

Inhalt

Editorial:

30 Jahre Forum-BKJPP 2

In Memoriam Prof. Dr. Michael Scholz

Wilhelm Rotthaus, Ingo Spitzok von Brisinski 12

Wann, wenn nicht jetzt? – Initiativen zur Prävention und frühen Intervention
im Bereich psychische Gesundheit auf dem langen Weg aus der
Corona-Pandemie

Jörg M. Fegert, Stephanie Lange, Andreas Jud, Ulrike Hoffmann 14

Zusammentreffen:

Genetik und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Annegret Brauer 37

Klein- und Vorschulkinder in familiengerichtlichen Auseinandersetzungen
Schritte zu einer Mediation am Kind (Teil 1)

Petra Stemplinger 46

Rezension:

ProDiBez – Projektives Diagnostikum zum Beziehungserleben von Kindern

Franz Wienand 81

Kolumne

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik 87

Ausschreibung

Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie

im Kindes- und Jugendalter – Förderpreis 2022 89

Hinweise für Autor*innen 90

Beitrittserklärung 92

Abonnement "forum" 93

Anzeigen 94

Media Daten 111

Impressum 112

Editorial

30 Jahre Forum-BKJPP

**Das „Forum“ hat Geburtstag!
Es ist 30 Jahre alt geworden.
Herzlichen Glückwunsch!**

Zum 30. bekommt man Verschiedenes zu hören: „Bestes Frauen-/ Mannes-Alter!“ Aber auch: „Trau keinem über 30!“

Schauen wir mal in 10 Jahren, wie es sich weiterentwickelt hat.

Frühe Anfänge:

Als die Mitgliederversammlung des 10 Jahre zuvor gegründeten „Berufsverbandes der deutschen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie e. V.“ 1988 die Leitung des Verbandes von Dr. Reinhard Schydlo auf den Unterzeichner übertrug, übernahm dieser auch die Tradition, die Mitglieder mehrfach im Jahr mit einem „Mitgliederrundbrief“ über aktuelle berufspolitische Entwicklungen zu informieren. Diesen Informationen waren kinder- und jugendpsychiatrische Beiträge beigelegt, z. B. die auf den Mitgliederversammlungen gehaltenen Referate. Zu diesem Zweck wurde ein zentnerschweres Kopiergerät der künftigen Geschäftsstelle vererbt.

Da nicht nur die Zahl der Kinder- und JugendpsychiaterInnen erfreulich wuchs, sondern auch die Zahl der Mitglieder des BKJP, entstand der Gedanke, die „fliegenden Blätter“ in einer Broschüre zusammenzufassen und damit gleichzeitig für den erstarkten Verband eine eigene Zeitschrift zu schaffen.

Realisiert wurde dieser Gedanke mit dem „**Mitgliederrundbrief I / 1991**“, der bereits von der Post als Zeitschrift verschickt wurde. Allerdings wurde die typographische Gestaltung der Zeitschrift angemahnt, denn in den ersten 4 Heften wurden mangels eines echten Sekretariats und mangels eines PCs die Texte auf einer „OLYMPIA electric 45“ geschrieben. Korrigiert wurde mit „tipp-ex“. Fremdbeiträge wurden in ihrer Originalform kopiert. Erst ab dem Heft I/ 1992 wurde das Heft überwiegend, später komplett auf dem inzwischen privat angeschafften PC in einheitlichem Layout erstellt.

Fort- und Weiterbildung

Von Anfang an bot der „Mitgliederrundbrief“, der ab dem Heft I/ 1993 den Namen „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ und die ISSN 0943-8831 erhielt, inhaltlich hohe Qualität.

Im Heft I/ 1991 fanden sich neben berufspolitischen Informationen und Tagungshinweisen, u.a. auf das „Symposium zur Situation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in den Ländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen“ am 06./07.09.1991 in Burg, Kreis Lübben, folgende Beiträge:

Dr. Jutta Kaestner: „Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Rheinhöhe in Eltville“ (S. 20-23),

Dr. Herber Fell: „Medizinische Organe der Europäischen Gemeinschaft“ (S. 24),

Dr. Helga Färber: „Indikation zur stationären und ambulanten Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus tagesklinischer Sicht“ mit einer Darstellung der „Konzeption der Tagesklinik Pionierstrasse“ (S. 26-35).

Dr. Ortrud Stenzel: „Indikation zur ambulanten und stationären Therapie aus sozialpsychiatrischer Sicht“ (S. 36-40).

Dabei versuchte die Redaktion, die gesamte Breite der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychotherapie abzubilden. Im Folgenden finden Sie beispielhaft eine Auswahl aus den ersten Jahrgängen:

„Süchtiges Verhalten im Kindes- und Jugendalter aus sozialpsychologischer Sicht“ von Ernst Federn (Forum III-1991, S. 21 – 28)

„Biologische Grundlagen süchtigen Verhaltens“ von Dr. med. Dipl.-Psych. Tilman J. Elliger (Forum II-1992, S. 12-20)



„Die Familien-Tagesklinik: Systemische Therapie mit Multi-Problem-Familien“ von Prof. Dr. med. Eia Asen (Forum II-1992, S. 42-60)

„Das Katathyme Bilderleben in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis“ von Dr. med. Renate Sannwald (Forum II-1993, S. 54-60)

„Evidenzbasierte Diagnostik und Therapie der Aufmerksamkeitsstörung“ von Prof. Dr. med. G.-E. Trott und Dr. med. S. Wirth (Forum 3-2001, S. 3-11)

„Untersuchungen zum Lipidstoffwechsel bei Hyperkinetischen Störungen“ von Dr. Gisela Irmisch et. al. (Forum IV-1995, S. 57-62)

„Kinder (neuro)psychiatrische Betreuung im Säuglings- und Kleinkindalter – Tradition der Dresdener Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ von Dr. med. Frank Oswaldt (Forum 1-1997, S. 58-59)

„Positive Psychotherapie unter dem interdisziplinären und transkulturellen Gesichtspunkt“ von Dr. med. Nossrat Peseschkian (Forum III-1997, S. 30-42)

„Arbeit mit Video und Einwegscheibe im kinderpsychiatrischen Alltag mit Kleinkindern und ihren Müttern/ Vätern“ von Dr. med. Helga Epple (Forum I-1998, S. 35-43)

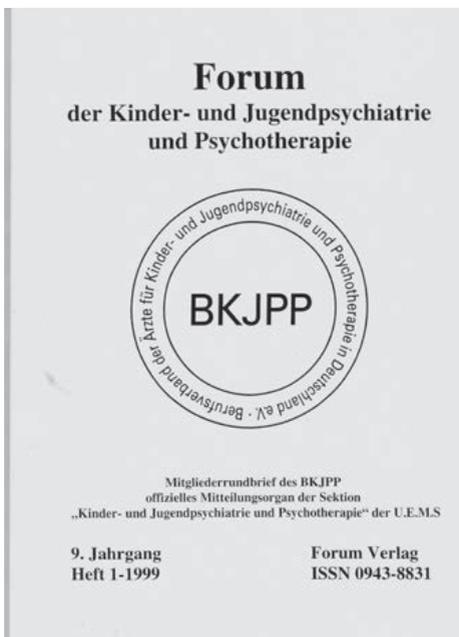
„Möglichkeiten und Grenzen der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen“ von Dr. med. habil. Wolfram Kinze (Forum IV-1999, S. 56-59)

„Tiefenpsychologisch fundierte Therapie mit Kindern und Jugendlichen“ von Prof. Dr. med. Ulrike Lehmkuhl (Forum 3-1999, S. 50-58)

„Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ von Dr. med. Wilhelm Rotthaus (Forum 3-1999, S. 59-65)

„Indikationen und Kontraindikationen psychotherapeutischer Methoden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ von Prof. Dr. med. Beate Herpertz-Dahlmann (Forum 3-1999, S. 66-78).

Stiefkind der KJPP war zumindest in Westdeutschland der neurologische Part unseres Fachgebietes. Bedeutsame Kontrapunkte



waren die Aufsätze von Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski „Neurophysiologische Basisdiagnostik“ (Forum 2-1999, S. 24-59) und „EEG und psychischer Befund“ (Forum 2-2001, S. 49-79), und von Dr. med. Klaus-Ulrich Oehler „Die Bedeutung der Epileptologie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (Forum 3-2001, S.31-42).

Ein menschlicher und gesellschaftlicher Problembereich, für den es bis heute keine wirkliche Lösung, nur punktuelle Hilfen gibt, Gewalt gegen Kinder und Jugendliche, wurde immer wieder im Forum thematisiert.

1992 stellte Dr. med. H.-J. Groebner die Theatergruppe „Die Trampelmuse“ mit „Das Geheimnis – Ein Stück zur Prävention sexuellen Mißbrauchs – Ein Stück, das Kinder stark machen soll“ vor (Forum III-1993, S. 43-44).

Dr. Eugen E. Jungjohann berichtete „Über die Probleme des sexuell mißbrauchten Kindes – innerhalb der Familie und innerhalb des Helfernetzwerkes – Der Mißbrauch des Mißbrauchs“ (Forum IV-1992, S. 35-46),

PD Dr. med. Matthias Martin über „Kinder- und Jugendpsychiatrische Interventionen bei mißhandelten Kindern – Fremdunterbringung und rechtliche Problematik“ (Forum I-1995, S. 46-55),

Dr. med. Michael Buscher und Prof. Dr. med. Alexander Trost über „Systemische Arbeit mit gewaltbereiten Familien“ (Forum III-1995, S. 24-48).

Dass Kinder- und Jugendliche nicht nur Opfer von Gewalt sind, sondern auch Gewalt ausüben, stellt Prof. Dr. med. Peter Struck in „Ursachen und Prävention von Gewalt bei Kindern und Jugendlichen“ dar (Forum II-1994, S. 34-38),

Prof. Dr. med. Helmut Remschmidt mit „Anmerkungen zur Gewalttätigkeit junger Menschen“, (Forum II-1995, S.19-32),

Dr. med. Annette Streek-Fischer berichtet über „Analytische Konzepte zur Arbeit mit gewalttätigen Jugendlichen“ (Forum IV-1994, S. 34-44).

Auch die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit wurde in vielen Beiträgen thematisiert:

„Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie im Rahmen des KJHG aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ von Prof. Dr. med. A. Warnke und W. Heid (Forum III-1993, S. 25-36).

„Bedingungen und Möglichkeiten effektiver Förderung durch die Schule für Kranke in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik von Horst Wolf genannt Schmidt (Forum I-1994, S. 33-44).

Einem anderen Stiefkind der KJPP, der Bedeutung der Religion für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, war der Beitrag von Prof. Dr. med. G. Klosinski „Religiöse Erziehung – krankmachend oder schützend?“ gewidmet (Forum IV-1992, S.13-22)

Dass die heutige Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie ihre Wurzeln nicht nur in diversen medizinischen, psychologischen, pädagogischen und philosophischen Disziplinen hat sondern auch deren Verantwortung, Irrtümer und Schuld teilt, stellte Prof. Dr. med. Manfred Müller-Küppers ergreifend und bedrückend in „Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter besonderer Berücksichtigung der Zeit des Nationalsozialismus“ dar (Forum 2-2001, S. 9-35).

Und dass wir Kinder- und JugendpsychiaterInnen Teil unsere Gesellschaft und ihrer Probleme sind lässt sich aus der Betroffenheit ablesen, mit der die Schilderung von Dr. Karl Christian von Braunmühl aufgenommen wurde „Erfahrung von Gewalt – Ein Anschlag der RAF und ein Versuch von Angehörigen, darauf zu reagieren“. (Forum IV-1994, S. 34-44).

Einen anderen Blick über den KJPP-Horizont hinaus gewährte uns Dr. med. Johannes Wilkes mit seinem Essay „Friedrich Hölderlin als Erzieher und Therapeut“(Forum II-1998, S. 59-72).

Eine Art (Über-)Lebenshilfe im Praxis- und Klinikalltag stellte die Serie „Internet für Kinder- und Jugendpsychiater“ samt Glossar dar, in der Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski ab dem Forum 3-1999 bis 1-2001 in 7 Folgen alles erklärte, was man inzwischen darüber wissen sollte. Im Forum 1-1999 (S. 70-78) hatte er bereits „Computergestützte Trainingsverfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ dargestellt.

2000 hatten Frau Shida Peseschkian und er die Homepage des BKJPP, www.bkjpp.de, entwickelt, auf der man auch die Beiträge des Forums lesen kann, leider derzeit erst ab dem Heft 1-2004 bis heute. Die früheren Ausgaben sind bei der letzten Überarbeitung der Homepage verloren gegangen und derzeit nur in gedruckter Form verfügbar. Dies ließe sich jedoch ändern!

Kleider machen Leute

Acht Jahre lang erschienen „Mitgliederrundbrief/ Forum“ im schlichten, broschierten DIN-A-5-Format und mit Ausnahme des Heftes IV/ 1991 im BKJP-Gelb mit schwarzer Schrift. Neben dem Titel prägte das kreisrunde Logo mit dem Verbandsnamen das Aussehen der Zeitschrift. 1999 wuchs sie vom Format DIN-A5 ((148x210 mm²) auf DIN-B-5 (176x250 mm²) und bekam

einen Rücken, auf dem der Titel angegeben werden konnte. Damit wurde die Zeitschrift nicht nur stattlicher, sondern ließ sich auch übersichtlich in der Bibliothek einordnen.

Unter der Vorsitzenden Dr. Christa Schaff wurde das BKJPP-Gelb ab der Ausgabe 1-2001 auch zum Kennzeichen des jetzt von den Wissenschaftsbeiträgen deutlich abgesetzten „Mitgliederrundbriefes“ in Form der „gelben Seiten“. Diese wurden ab 2004 als eigene Broschüre gedruckt, jedoch weiterhin gemeinsam mit den „Forum“.

Die vorerst letzte optische Änderung von „Forum“ und „Mitgliederrundbrief“ erfolgte 2006. Aus dem einfarbigen Sonnen-gelb des Umschlags wurde ein strukturiertes Gelb-Beige, und „bkjpp“ und „forum“ wurden klein geschrieben.

Gedruckt wurde das Forum von Beginn bis 2001 von der Druckerei „transaix-press“ in Aachen, von 1-2002 bis 4-2007 in der Druckerei „Scharpf“ in Weil der Stadt, 2008 in Berlin bei „Meta Data“, ab dem Heft 1-2009 bei „Meta-Druck“.

Mit den Druckereien bzw. deren Inhabern und MitarbeiterInnen bestand stets eine gute Zusammenarbeit, die von der Zeitnot, in der wir ehrenamtlichen Redakteure durch unsere Hauptaufgaben oft waren, zwar belastet aber nicht getrübt wurde! Dafür kann nicht genug gedankt werden!

Das Team

Wichtiger als die äußeren Änderungen war die Entwicklung des Redaktionsteams.

Zunächst vom Unterzeichner als 1-Mann-Unternehmen angefangen kam 1999 Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski als Autor zahlreicher Beiträge, und später als Ideengeber, Turbomotor und ab 2003 als Leiter der Redaktion dazu. Wieviel Arbeit er in dieser Aufgabe erbracht hat, können nur die ermessen, die etwas Ähnliches schon selbst getan haben. Bei anderen ist das der Hauptberuf!



Eine weitere Bereicherung erfuhr die Redaktion von 2002 bis 2004 durch die Mitarbeit von Dr. med. Ute Paporisz, die neben eigenen Beiträgen vor allem eine neue, einfühlsame Sichtweise einbrachte. Dass sie die zeitintensive, ehrenamtliche Tätigkeit nicht länger auf sich nehmen konnte, haben wir sehr bedauert.

Seit 2017 haben zunächst Dr. med. Maik Herberhold und dann Dr. med. Dipl. Psych. Franz Wienand das Team verstärkt. Beide gehörten bereits zu unseren zuverlässigsten Autoren. Die Zusammenarbeit ist eine große Freude, auch wenn diese während der jetzigen Pandemie ausschließlich digital erfolgt.

Und natürlich würden wir uns über eine **Redakteurin** in unserem Team freuen.

Danke!

Zu danken ist zuvörderst den Autorinnen und Autoren, die für Sie, unsere Leserinnen und Leser, unermüdlich und mit Akribie Aktuelles, Wichtiges und Besonderes zusammentragen und aufbereiten. Einige von ihnen haben sich als „HausautorInnen“ besonders verdient gemacht. Es wäre eine würdige und verdiente Anerkennung, wenn der lang gehegte Wunsch nach einer bibliografischen Darstellung der inzwischen über 500 Beiträge des Forums erfüllt und die wissenschaftliche Leistung aller AutorInnen sichtbar und leicht auffindbar würde.

Dem Redaktionsteam, allen voran Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, aber auch Dr. Ute Paporisz, Dr. Maik Herberhold und Dr. Franz Wienand gilt mein Dank, dass sie dafür gesorgt haben, dass aus einer schmalen Broschüre eine stattliche und anerkannte kinder- und jugendpsychiatrische Zeitschrift geworden ist.

Dem Vorstand des BKJPP ist zu danken, dass er dem Redaktionsteam weitgehend freie Hand lässt.

Und Ihnen, den Leserinnen und Lesern, denen unsere Arbeit gilt, ist für Ihre Aufmerksamkeit und Lesefreude zu danken!

Das Forum und die Welt – eine Auswahl

1991 – Als am 16. Januar 1991 der neue Vorstand des BKJPP seine Arbeit aufnahm, begann der 2. Golfkrieg zwischen der von den USA angeführten größten Militärkoalition seit dem 2. Weltkrieg und dem Irak. Auch wenn der Berufsverband und das Forum kein politisches Mandat haben, war der Unterzeichner so wie viele Menschen in Deutschland und der Welt von diesen kriegerischen Ereignissen tief bewegt. Wie groß das Entsetzen über diesen Krieg und das Mitgefühl mit den Opfern war, ließ sich in Deutschland daran

ablesen, dass nahezu sämtliche Karnevalsveranstaltungen abgesagt wurden. Ein zumindest für das Rheinland epochales Ereignis.

- Am 17.02.1991 wurde Dr. Helmut Kohl vom Dt. Bundestag zum ersten Kanzler des wiedervereinigten Deutschlands gewählt.
- Schon am 01.01.1991 trat das „Stromeinspeisungsgesetz“, die Vorläuferin des heutigen „Erneuerbare-Energien Gesetzes“, in Kraft.
- Nach dem „Augustputsch“ in Moskau erklären mehrere ehemalige Sowjetrepubliken ihre Unabhängigkeit.
- In Thailand wird durch einen Putsch des Militärs die Zivilregierung gestürzt.
- Der Airbus A 340 startet seinen Jungfernflug.
- In Texas erschießt ein Amokläufer 23 Menschen und verletzt 20 ehe er sich selbst erschießt.
- In Aachen wird das „Ludwigsforum für Internationale Kunst“ eröffnet.
- **2001** hatten die Vereinten Nationen das „Jahr des Dialogs zwischen den Kulturen“ ausgerufen.
- Am 26.01. sterben durch ein Erdbeben in Gujarat, Indien, mehr als 20.000 Menschen.
- Am 11. September wird das Jahr von den Terrorangriffen auf die Zwillingtürme des World Trade Centers und das Pentagon überschattet. Mehr als 3000 Menschen sterben.
- In Brasilien tagt das erste Weltsozialforum der Globalisierungsgegner.
- Die Bundeswehr beginnt mit der Grundausbildung von Frauen an der Waffe. Mit einer Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs wurde Frauen der Dienst an der Waffe und damit eine unbeschränkte militärische Laufbahn ermöglicht.
- Der Grundwehrdienst in der deutschen Bundeswehr wird von 10 auf 9 Monate verkürzt.
- Die Taliban zerstören in Bamiyan, Afghanistan, die beiden größten, aus dem 5. Jhdt. n. Chr. stammenden Buddha-Statuen der Welt.
- Der Dt. Bundestag beschließt die Entsendung von Truppen nach Afghanistan.
- China bringt die Raumstation „Shenzhou 2“ in eine Erdumlaufbahn.
- Die Raumstation „Mir“ wird nach 15 Jahren kontrolliert zum Absturz gebracht und verglüht.
- Im Rahmen des Genom-Projektes wird eine vorläufige Arbeitsversion des menschlichen Genoms erstellt.
- Bei einem Attentat in Zug, Schweiz, werden 14 Politiker erschossen.
- Jutta Kleinschmidt gewinnt als erste Frau die Rallye Dakar.

- „Harry Potter und der Stein der Weisen“ startet in den Kinos.
- **2011** war zunächst vom „Arabischen Frühling“ geprägt, der viele Hoffnungen weckte, die nahezu alle enttäuscht wurden. Auch die nach einer Volksabstimmung erfolgte Unabhängigkeit des Südsudan hat bald zu Bürgerkrieg und Tod geführt. Heute ist der Südsudan der ärmste Staat der Welt.
- Das Tōhoku-Erdbeben vor der Küste Japans am 11.03.2011 forderte mit dem nachfolgenden Tsunami über 22.000 Todesopfer und führte zum größten bisherigen Atomunfall in Fukushima.
- Will man diesem Jahr etwas Positives abgewinnen, dann den dadurch ausgelösten Beginn des deutschen Ausstiegs aus der Atomindustrie.
- Am 02.05.2011 wurde Osama Bin Laden fast 10 Jahre nach dem Angriff auf das World Trade Center von US-amerikanischen Spezialkräften in seinem Haus in Pakistan erschossen.
- In Deutschland wird die Wehrpflicht ausgesetzt.
- Im Mai erkrankten in Deutschland zahlreiche Menschen im Rahmen der HUS/EHEC-Epidemie an einem hämolytisch-urämisches Syndrom. 53 starben daran.
- Dem Bundesverteidigungsminister Karl-Theodor zu Guttenberg wurde wegen Plagiats von der Univ. Bayreuth der Dokortitel aberkannt und er trat von allen politischen Ämtern zurück.
- Am 17.07.2011 gewann die japanische Frauen-Fußballmannschaft die Weltmeisterschaft. Die deutsche Frauenmannschaft war im Viertelfinale ausgeschieden
- Es heirateten Prinz William, Duke of Cambridge und Catherine Middleton und Fürst Albert II. von Monaco und Charlene Lynette Wittstock.

Und 2021?

Noch ist dieses Jahr geprägt von der COVID-19-Pandemie. Jetzt, zu Beginn des Sommers, keimt die Hoffnung auf deren Ende. Allerdings hat diese Hoffnung im vergangenen Jahr getrogen und lediglich zur Verzögerung notwendiger Maßnahmen, wie der Sanierung der Schulen, geführt.

Jahrestagung und Mitgliederversammlung des BKJPP werden, wie schon 2020, per Internet stattfinden. Wiedersehen findet vor allem im kleinen Kreis der Zweifach-Geimpften statt. Immerhin gibt es reichlich Regen, die Natur atmet auf und ich schaue in einen blühenden Garten.

Leider ist die Welt nicht friedlicher geworden. Derzeit sind wir in Zentraleuropa von Krieg verschont, aber schon an den Rändern Europas gibt es mehrere kriegerische Konflikte. Allenthalben gibt es Spannungen und scheinbar unversöhnliche Interessenkonflikte. Um Ressourcen jedweder Art wird ge-

rungen. Und die Probleme Armut, Hunger, wachsende Überbevölkerung und Umweltzerstörung bleiben trotz vieler Bemühungen ungelöst.

Wie geht es weiter?

Auch in diesem Heft erwarten Sie wieder interessante Beiträge, aber auch Trauriges:

Wir nehmen Abschied von Prof. Dr. med. habil. Michael Scholz.

Jörg M. Fegert, Stephanie Lange, Andreas Jud und Ulrike Hoffmann berichten aktuell „Wann, wenn nicht jetzt? – Initiativen zur Prävention und frühen Intervention im Bereich psychische Gesundheit auf dem langen Weg aus der Corona-Pandemie“.

Dr. med. Annegret Brauer stellt als Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Fachärztin für Humangenetik in „Genetik und Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie“ Möglichkeiten und Bedeutung der Humangenetik für unser Fachgebiet dar.

Petra Stemplinger berichtet über „Klein- und Vorschulkinder in familiengerichtlichen Auseinandersetzungen“ mit Teil 1: „Schritte zu einer Mediation am Kind“.

In Fortsetzung der Serie über projektive Testverfahren rezensiert Dr. Franz Wienand den 2018 publizierte Test „Projektives Diagnostikum zum Beziehungserleben von Kindern“, der von den Entwicklungspsychologinnen Prof. Dr. em. Elisabeth Sticker und Prof. Dr. Insa Fooker und dem Individualpsychologe Jochen Willerscheidt als Überarbeitung des unveröffentlichten Schulbilder-Apperzeptionstests von Kunert (1960) entwickelt wurde.

Und auch die Serie „Forum-BKJPP vor 25 Jahren“ wird fortgesetzt, Bleiben Sie neugierig und bleiben Sie uns treu!

Zu allerletzt:

Für einige Zeit versuchte der Unterzeichner, mit Gedichten den kinder- und jugendpsychiatrischen Horizont zu weiten.

Manche hat dies erfreut, andere verwundert, einige sogar geärgert.

So verabschiede ich mich mit einem Zweizeiler von Johann Wolfgang von Goethe:

*Über Rosen kann man dichten,
in die Äpfel muß man beißen.*

Herzlichst

Ihr *Christian K. D. Moik*

In Memoriam Prof. Dr. Michael Scholz

Am 16.02. 2021 ist Michael Scholz Alter von 79 Jahren verstorben. Als langjähriger Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Dresden hat er das Fachgebiet in bemerkenswerter Weise bereichert. Michael Scholz war der Begründer der Familientherapie in der ehemaligen DDR und wurde nach der Wende zum leidenschaftlichen Vertreter und Förderer der Multifamilientherapie nicht nur in Deutschland, sondern auch in der Schweiz, in den Niederlanden und in Dänemark. Seine zahlreichen Publikationen und Forschungsstudien dokumentieren seine Bedeutung und seinen Einfluss.

Michael Scholz wurde weder in seinem privaten, noch in seinem beruflichen Leben der rote Teppich ausgerollt. Seinen Vater, der im Zweiten Weltkrieg fiel, hat er kaum kennengelernt. Er lebte mit seiner Mutter zunächst allein, später bei seinen Großeltern in Bernburg, wo die Mutter ihren zukünftigen Mann kennenlernte. Da die Eltern nicht in der Partei waren, erhielt er zunächst keinen Studienplatz und musste sein Medizinstudium in Bulgarien beginnen, das er dann in Leipzig abschließen konnte. Sein Interesse an der Familientherapie stieß in der DDR nicht auf Gegenliebe – wohl weil man den antidoktrinären Geist eines solchen Therapieansatzes erkannte. Trotzdem verfolgte er seine Ideen beharrlich und mit großer Überzeugungskraft, unter anderem in einem langjährigen Forschungsprojekt. 1980 wurde er Mitherausgeber des ersten familientherapeutischen Buches in der DDR.

Als Ordinarius der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Dresden entwickelte Michael Scholz sein Interesse an der Multifamilientherapie, schuf zunächst eine Familientagesklinik für sozial und emotional gestörte Kinder und ihre Eltern und später eine spezielle Tagesklinik für Essgestörte, in der er diesen Ansatz zu einem eindrucksvoll erfolgreichen Therapiemodell ausarbeitete. Dabei kooperierte er eng mit Eia Asen, der die Multifamilientherapie am Maudsley Hospital in London etabliert hatte. Mit großem Enthusiasmus setzte sich Michael Scholz für die Verbreitung der Multifamilientherapie ein und erreichte in erstaunlich kurzer Zeit, dass viele kinder- und jugendpsychi-

atrische Kliniken Tageskliniken mit diesem Konzept einrichteten. 2011 gründete er gemeinsam mit Maud Rix und seiner Frau Katja Scholz das Dresdener Institut für Multifamilientherapie. Im Rahmen der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGST) engagierte er sich erfolgreich für die Zertifizierung der Weiterbildung „MFT – Multifamilientherapie (DGST)“, die inzwischen auch in der Jugendhilfe einen wichtigen Stellenwert gefunden hat.

Michael Scholz imponierte in allen Begegnungen mit seiner Offenheit, seiner Begeisterungsfähigkeit, seiner mitmenschlichen Wärme und seiner unprätentiösen Kollegialität. Bei einem Besuch anlässlich eines Seminars, zu dem Michael Scholz mich (W.R.) eingeladen hatte, durfte ich an einer Eltern-Kind-Gruppe teilnehmen und seine mitreißende Art therapeutischen Arbeitens, sein aufmerksames Zuhören und seine unermüdliche Zuversicht erleben.

Nicht nur die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland wird den leidenschaftlichen Einsatz von Michael Scholz und seinen tiefen Respekt vor den Familien und ihren Kindern, die uns in der Arbeit begegnen, vermissen. Familie hatte auch im privaten Leben von Michael Scholz eine große Bedeutung und einen vorrangigen Stellenwert. Seiner Frau Katja Scholz, mit der er eng und vertrauensvoll zusammengearbeitet hat, sprechen wir unser herzliches Beileid aus.

*Wilhelm Rotthaus
Ingo Spitzcok von Brisinski*

Wann, wenn nicht jetzt? – Initiativen zur Prävention und frühen Intervention im Bereich psychische Gesundheit auf dem langen Weg aus der Corona-Pandemie

Jörg M. Fegert^{1, 2}, Stephanie Lange¹, Andreas Jud^{1, 3},
Ulrike Hoffmann^{1, 4}

¹ Kompetenzbereich Prävention psychische Gesundheit im Präventionsnetz Baden-Württemberg

² Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm

³ Junior-Professor am Kompetenzzentrum Kinderschutz in Baden-Württemberg

⁴ Leiterin der Arbeitsgruppe „Wissenstransfer, Dissemination, E-Learning“ an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm

Einleitung

Psychische Störungen gehören bei jungen Menschen und bis zur Mitte des Lebens zu den am stärksten beeinträchtigenden und eine gesellschaftliche Teilhabe gefährdenden Erkrankungen. Sie sind häufig mit Scham, Stigma und Selbststigmatisierung verbunden. Dies wiederum führt häufig zu einer Nichtanspruchnahme oder verspäteten Inanspruchnahme von Hilfe (vgl. Fegert et al. 2019).

Das Forum der Kinder -und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, welches in diesem Jahr sein 30-jähriges Bestehen feiern kann, war immer auch ein Forum für die praktische Umsetzung und die Netzwerkbildung in Versorgung und Prävention, vor allem auch im Netzwerk der in die kassenärztliche Versorgung eingebundenen, niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen.¹ Das

¹ Fußnote des Erstautors zum 30-jährigen Bestehens des Forums: Den Autorinnen und Autoren war es eine besondere Ehre und Freude im weitsichtig von Herrn Moik vor vielen Jahren gegründeten Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie aus Anlass des Jubiläums dieser Zeitschrift, die wirklich die Praxis bei uns im Fach erreicht, publizieren zu dürfen. Die von Herrn Moik gegründete Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter hat sich früh für den Aufbau innovativer, neuer, niederschwelliger, ambulanter Versorgungsformen

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) förderte schon in der letzten Legislaturperiode (18. Periode) ein Projekt der Aktion Psychisch Kranke (APK) zur Bestandsaufnahme der psychiatrisch, psychotherapeutischen Versorgung und für die Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (Fegert, Kölch & Krüger, 2017). Aus diesem Projekt ist in dieser Legislatur ein vom BMG selbst durchgeführter genereller Dialogprozess zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung und Prävention entstanden, bei dem die APK Projektträger ist. Des Weiteren wurde ein Projekt „Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung und für die Prävention seelischer Störung im Kindes- und Jugendalter in Deutschland“ an die APK vergeben, welches in einer von einem Beirat begleiteten Expertendiskussion Handlungsempfehlungen entwickeln sollte. Als höchste Priorität wurde in den Projektempfehlungen (Handlungsempfehlung 1) der zentrale Punkt „Information sicherstellen“ und damit „Partizipation stärken“ für die Bereiche der Prävention und der Krankenbehandlung herausgestellt. „Mental Health Literacy“ ist in der Allgemeinbevölkerung und bei Fachkräften, z. B. im Niedergelassenenbereich oder in der Jugendhilfe, eine ganz zentrale Voraussetzung für Prävention und frühe Intervention bei drohenden psychischen Belastungen. Konkret wurde zudem ein Vorschlag (Handlungsempfehlung 8) entwickelt, und bei der Abschlussagung am 01.06.2021 öffentlich präsentiert, um die durch das Präventionsgesetz eingeführte Möglichkeit von Präventionsempfehlungen zu erweitern. Dabei sollen nicht nur, wie bislang, ärztliche Bescheinigungen nach § 26 Abs. 1 Satz 4 SGB V Rechtsgrundlage sein, sondern es erscheint uns sinnvoll, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen ebenfalls Präventionsempfehlungen für Kinder- und Jugendliche ausgeben können. Noch psychisch gesunde Kinder und Jugendliche, mit einem dennoch erkennbaren vorliegenden Erkrankungsrisiko, soll es so ermöglicht werden, sich mit einer Präventionsempfehlung durch Kinder- und

eingesetzt und der Erstautor dieses Beitrags war der Stiftung Ende der 90er Jahren sehr dankbar für die erste Preisverleihung zur Anerkennung solcher Interventionsansätze. Seither sind viele Jahre ins Land gegangen, die Digitalisierung hat immer stärker Raum eingenommen, aber die Versorgungsfragen zwischen einzelnen Institutionen im Gesundheitswesen, die Fragen der Einbindung in Kreis und Gemeinde, die interdisziplinäre Zusammenarbeit z. B. mit der Jugendhilfe und letztendlich auch die ethischen Probleme unseres Handelns, die Fragen von Macht und Machtmissbrauch, sind kontinuierliche Herausforderungen geblieben. Das Forum hat hier immer wieder Stellung bezogen, hat auch unsere Auseinandersetzung mit der Prävention in Institutionen, im Kontext Schutz vor Gewalt und Missbrauch, sogar durch einen erweiterten Nachdruck eines Essays, der in der Zeitschrift „Stimmen der Zeit“ veröffentlicht wurde, unterstützt. Ingo Spitzcock von Brisinski, mit dem ich noch in Berlin zusammenarbeiten durfte, und Maik Herberhold, den ich über die Verbandsarbeit näher kennenlernen durfte, waren immer da, wenn es darum ging, schnell etwas „unter die Leute zu bringen“. Insofern gratuliere ich allen am Erfolg des Forums Beteiligten sehr herzlich, bedanke mich und wünsche: „*ad multos annos*“.

Jugendpsychiater*innen oder Psychotherapeut*innen über für sie geeignete, spezifische Präventionsangebote zu informieren und diese zu nutzen. Das heißt, dass zeitnah auch eine qualitätsgesicherte Übersicht über zur Verfügung stehende Präventionsangebote erforderlich ist, dass eine entsprechende „Prevention Literacy“, also Allgemeinkenntnisse zur gestuften Prävention im Bereich der psychosozialen Versorgung geschaffen werden muss und dass möglichst mit digitalen, flächendeckend überall verfügbaren Angeboten evaluierte Programme zugänglich gemacht werden sollten.

Initiativen in Baden-Württemberg

Die Landesregierung Baden-Württemberg hat in Reaktion auf die akuten Gesundheitsbelastungen und die drohenden Probleme durch die lange Restriktionsphase in der SARS-CoV-2-Pandemie, einen Nachtragshaushalt verabschiedet, der z. B. im Rahmen der Biopro-Initiative Baden-Württemberg medizintechnische Entwicklungen, insbesondere die Digitalisierung, als Fortschrittstreiber in Prävention und Versorgung in den Mittelpunkt stellt. Das Sozialministerium Baden-Württemberg fördert hier gezielt Projekte, z. B. auch im Bereich der Transition vom Jugendlichen- in das Erwachsenenalter, weil sich gezeigt hat, dass junge Menschen in Transitionsphasen, also Kinder im Übergang vom Kindergarten in die Schule oder im Übergang zur weiterführenden Schule oder eben im Übergang zum Erwachsenenleben besonders durch die Institutionsschließungen und die damit verbundenen Eingewöhnungs- und Umstellungsdefizite in neue Gruppenzusammenhänge beeinträchtigt sind. Im Projekt „ProTransition“ (Fegert, Baumeister) entsteht so ein E-Learning-Programm für Fachkräfte, welche sich für den Bereich der Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters interessieren² und eine TransitionsApp für Jugendliche mit einem präventiven Schwerpunkt in den Bereichen Selbstmanagement, Verantwortungsübernahme und Aktivierung. Im Nachtragshaushalt wurde darüber hinaus, vor dem Hintergrund der nun beschlossenen SGB-VIII-Reform, in der eine Übergangsplanung ins Erwachsenenalter in der Jugendhilfe und eine Stärkung der Hilfen im Übergang, beschlossen wurde, das Projekt „Dazugehören Baden-Württemberg“ bewilligt, welches an vier Modellstandorten in Baden-Württemberg, mit digitaler Unterstützung der lokalen Hilfeplanung, Übergangsprozesse bei psychisch beeinträchtigten Jugendlichen unterstützen

² Webseite: <https://elearning.protransition.de>; Die Registrierung für die kostenlose Teilnahme am Online-Kurs ist noch möglich bis 30.07.2021.

und ggf. beschleunigen soll. Ein „Wettbewerb“ für Kommunen und Kreise in Baden-Württemberg, die eine entsprechende Interessensbekundung abgeben können, ist schon unmittelbar nach dem Dienstantritt der neuen Landesregierung veröffentlicht worden.

Das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg hat in diesem Nachtragshaushalt, neben anderen zentralen Investitionen in die digitale Infrastruktur in der Universitätsmedizin in Baden-Württemberg, das Thema „Prävention“ durch die Förderung eines Präventionsnetzes in Baden-Württemberg zentral in den Blick genommen.

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie in Ulm übernimmt dabei die Entwicklung des „Kompetenzbereichs Prävention psychische Gesundheit“ in Baden-Württemberg und kann dabei auf die Vernetzung mit dem Kompetenzzentrum Kinderschutz in der Medizin Baden-Württemberg und dem Zentrum für Traumaforschung, ebenso wie auf die hohe interdisziplinäre Expertise im Bereich „Digital (Mental) Health“ setzen. Diese Schwerpunkte waren auch wesentlich für die Ulmer Beteiligung bei der zukünftigen Entwicklung neuer Deutscher Zentren für Gesundheitsforschung im Bereich der seelischen Gesundheit und der Kinder- und Jugendgesundheit. Gerade im Bereich der seelischen Gesundheit wollen wir uns stark mit dem Bereich „Mental Health Literacy, Prävention und Frühintervention“ in der Lebensspanne, im Rahmen partizipativer Forschung engagieren. Die jeweiligen Kompetenzbereiche im Präventionsnetz Baden-Württemberg zielen auf unterschiedliche Schwerpunkte, die auch bestimmte Strukturen im Blick haben können, so z.B. Tübingen mit dem öffentlichen Gesundheitswesen, welches in der Corona-Pandemie mit seiner zentralen bevölkerungsbezogenen Bedeutung, erst wieder richtig wahrgenommen wurde.

Im „**Kompetenzbereich Prävention psychische Gesundheit**“ werden wir uns, neben der **Makro-Ebene** der bevölkerungsbezogenen oder generell fachkräftebezogenen Mental Health Literacy, auch für die **Meso-Ebene** der institutionsbezogenen Prävention im Sinne der Entwicklung von Schutzkonzepten in Praxen und medizinischen Einrichtungen, aber auch in anderen Institutionen (z. B. in den Kirchen oder im Sport), engagieren, weil wir hier auf eine lange Liste von erfolgreichen Vorprojekten zurückblicken können. Die jetzigen Anforderungen für Schutzkonzepte, im Rahmen der Qualitätsrichtlinien des G-BA gehen auf Impulse zurück, die am Rande einer Tagung unserer Arbeitsgruppe „Wissenstransfer, Dissemination, E-Learning“ zu Schutzkonzepten in der Medizin am 07.06.2019 in Berlin entstanden sind. In seinem Grußwort zu dieser Veranstaltung sagte der Bundesgesundheits-

minister Spahn: „In Deutschland können die Menschen auf ein hochwertiges Gesundheitswesen vertrauen. Darin sind die Krankenhäuser mit ihrer medizinischen und pflegerischen Versorgung eine wichtige Säule. (...) Gerade die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bedeutet hierbei eine große Herausforderung. Das gilt insbesondere dann, wenn es neben der medizinischen Kinderbehandlung auch um medizinischen Kinderschutz geht. (...) Für einen bestmöglichen Kinderschutz brauchen wir einen engen Austausch und eine fachübergreifende Zusammenarbeit zwischen allen Behandlern und Beteiligten. (...) Bei alledem bedürfen Kinder und Jugendliche ganz besondere Aufmerksamkeit und Zuwendung. Für sein nachhaltiges Engagement in diesem Bereich danke ich deshalb sehr herzlich dem Kompetenzzentrum Kinderschutz in der Medizin am Universitätsklinikum Ulm. Auch durch die Fachtagung ‚Schutzkonzepte und Kinderschutz im Krankenhaus‘ gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft verschafft das Universitätsklinikum Ulm dem Thema besondere Beachtung – ein wertvoller Beitrag für weitere Fortschritte.“

Herr Baum, der damalige Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, erklärte spontan auf der Pressekonferenz zur dieser Veranstaltung, dass sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in der Selbstverwaltung dafür einsetzen wird, dass Schutzkonzepte vor (sexueller) Gewalt, wie bereits im Abschlussbericht des Runden Tisches Sexueller Kindesmissbrauch 2012 (BMJ et al. 2012) und seither auch kontinuierlich vom Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs für alle Institutionen gefordert, in das Qualitätsmanagement im Gesundheitsbereich aufgenommen werden. Am 16.07.2020 wurde die Qualitätsmanagementrichtlinie des G-BA um eine Verpflichtung zur Entwicklung von Schutzkonzepten ergänzt, die basierend auf den Ergebnissen einer Gefährdungsanalyse in der Institution folgende Elemente umfassen sollen:

- Prävention (u. a. Information und Fortbildung der Mitarbeiter, Entwicklung wirksamer Präventionsmaßnahmen, Selbstverpflichtung und Verhaltenskodex, altersangemessene Beschwerdemöglichkeit, vertrauensvoller Ansprechpartner sein, spezielle Vorgaben zur Personalauswahl)
- Interventionsplan (z. B. bei Verdachtsfällen, aufgetretenen Fällen, Fehlverhalten von Mitarbeitern)
- Aufarbeitung (u. a. Handlungsempfehlungen zum Umgang mit aufgetretenen Fällen entwickeln)

(G-BA, 2020, S. 3)

In der Vorbereitung arbeiteten wir mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und mit der Kassenärztlichen Vereinigung an Projekten zur Information und Qualifizierung von Kolleginnen und Kollegen via E-Learning zusammen. Maik Herberhold, dem ich hier explizit für die jahrelang exzellente Zusammenarbeit in Praxis und Politikberatung danke, war hier Co-Autor von zwei E-Learning Einheiten zum Kinderschutz und zu Schutzkonzepten für die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die jedem an der kassenärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung Beteiligten jederzeit zugänglich sind und die viele wichtige Hinweise für die Prävention in der Praxis geben, denn es geht uns darum, Praxen nicht nur durch präventive Aktivitäten zu möglichst sicheren Schutzzräumen zu machen, sondern eben Praxen auch als Kompetenzräume für Prävention und Schutz zu nutzen.

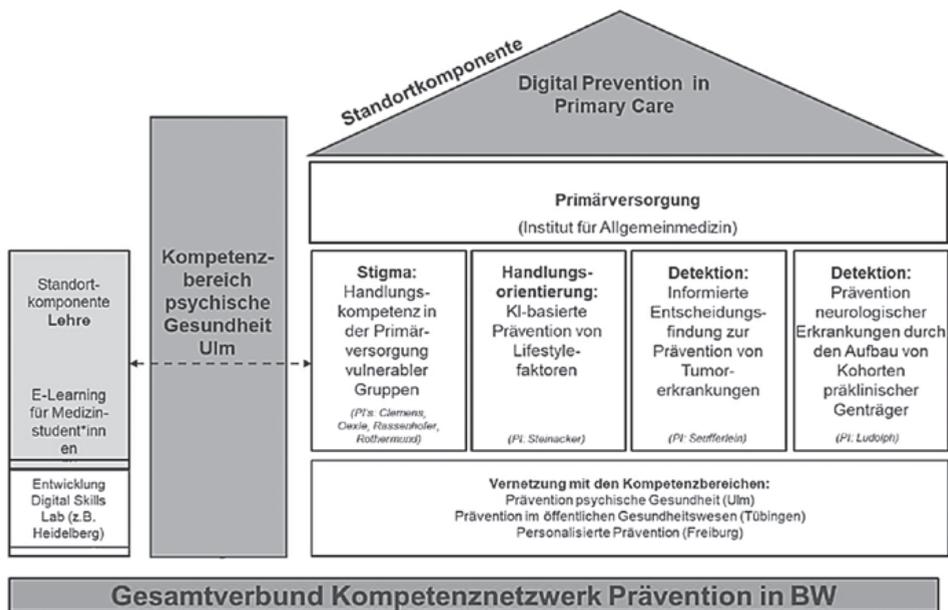


Abbildung 1: Aufbau des Kompetenzbereichs Psychische Gesundheit und der Standortkomponenten in Ulm im Gesamtverbund des Kompetenznetzwerks Prävention in Baden-Württemberg [Eigendarstellung, Rechte bleiben bei den Autor*innen]

Auf der **individuellen Ebene** werden wir frühe Kindheitsbelastungen als nachgewiesene Risikofaktoren, als Ansatzpunkt für Präventionsüberlegungen in den Fokus stellen (siehe oben). Das Kompetenznetz ist so aufgebaut, dass eine Zentrale, unter Leitung von Herrn Prof. Fischer in Mannheim³ das Netz

³ <https://www.umm.uni-heidelberg.de/miph/team/prof-dr-joachim-fischer>

koordiniert. Neben den Kompetenzbereichen an den einzelnen Medizinstandorten in Baden-Württemberg gibt es an jedem Standort in einem kompetitiven Verfahren ausgewählte einzelne Standortprojekte, die sich auch auf andere Kompetenzbereiche beziehen können.

So gibt es zum Beispiel in Ulm ein onkologisches Projekt individualisierter, digitalisierter Präventionsunterstützung (Prof. Seufferlein), welches starke Bezüge zum Bereich „individualisierter Prävention“ hat, der von Freiburg vertreten wird. Manche Projekte haben zu ganz unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsprävention Verknüpfungen, so hat ein sportmedizinisches und hausärztliches Projekt (Prof. Steinacker, Professorin Barzel) das digitale Empowerment von Präventionsangeboten in der niedergelassenen Praxis im Blick, um unter Einsatz künstlicher Intelligenz möglichst individuelle motivierende Angebote zu schaffen. Dies hat natürlich auch einen klaren Verbindung zu unserem Bereich der „Mental Health Prevention“. Ein für die Thematik psychische Gesundheit zentrales Standortprojekt in Ulm (Clemens, Rassenhofer, Oexle und Rothermund) widmet sich der Frage des Empowerments zur Durchführung von Präventionsangeboten und früher Inanspruchnahme auch im Bereich der psychischen Gesundheit. Hier spielen Scham und Stigma eine besondere Rolle. Während der SARS-CoV-2-Pandemie gab es ja einen beobachtbaren Rückgang der Krankenhausvorstellungen (Starker Rückgang der Krankenhaus-Fallzahlen durch Coronavirus-Lockdown bei planbaren Eingriffen, aber auch bei Notfällen (29.06.20) | Pressemitteilung | Presse | AOK-Bundesverband; aok-bv.de) auch die Inanspruchnahme von Selbsthilfe und anderen niederschwelligen Angeboten war erschwert (vgl. Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauch „Belastungen und Entlastungen von Betroffenen sexualisierter Gewalt in Kindheit und Jugend in der Corona-Pandemie“; https://www.aufarbeitungskommission.de/wp-content/uploads/Belastungen-und-Entlastungen_Zweite-Auswertung-Corona-Befragung_Aufarbeitungskommission.pdf) so dass die Auseinandersetzung mit diesen Fragestellungen zentral erscheint. Auch hierzu ist „Mental Health Literacy“, also Allgemeinbildung der Allgemeinärzte und primärversorgenden Personen im Gesundheitswesen in Bezug auf psychische Belastungen, erforderlich und deshalb wird in diesem Standortprojekt ein E-Learning Programm entwickelt werden, welches gleichzeitig auch in einem Lehrprojekt mit Medizinstudierenden noch Anwendung findet.

SARS-CoV-2-Pandemie als Herausforderung

Die Policy Division und der Vorstand der Europäischen Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ESCAP) haben darauf hingewiesen, dass wir nicht abwarten können bis wir nach einem irgendwann erfolgten Ende der Einschränkungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie den Schaden feststellen und auf eine vermehrte Nachfrage irgendwie reagieren müssen, während gleichzeitig unter den Belastungen der Pandemie Behandlungsangebote und insbesondere präventive Angebote im Vorfeld eher eingeschränkt zugänglich waren (Fegert et al., 2021). Ein „Recoveryplan“, ähnlich dem Marshallplan nach dem Krieg, wobei es natürlich keine unmittelbare Vergleichbarkeit dieser Situationen gibt, aber die Notwendigkeit einer großen Investition, gerade auch im Bereich der psychischen Gesundheit und insbesondere der Prävention psychischer Belastung bei Kinder und Jugendlichen drängt sich auf (Clemens & Fegert, 2021). Ein Themenheft in der Zeitschrift „Nervenheilkunde“ hat die beobachtbare Zunahme der Belastungen und die Tatsache, dass Familien, die schon vor der Krise Belastungen ausgesetzt waren, besonders gelitten haben und dass hier die Schere auseinandergegangen ist, sehr deutlich zur Diskussion gestellt. Gleichzeitig wurden aber auch rasche Reaktionen im Gesundheitswesen wie z. B. die flächendeckende Einführung von digitalen Therapiezugängen und die damit verbundenen Entwicklungschancen berücksichtigt (Bernheim et al. 2021). Der Wissenschaftliche Beirat in Familienfragen hat im März nach einer längeren Beschäftigung mit den Folgen der Corona-Pandemie für Familien und Kinder und Jugendliche ein Investitionsprogramm vom Bund und auch von den Ländern gefordert. (Spiess et al., 2021). Erfreulicherweise haben die Bundesministerien für Familie, Senioren., Frauen und Jugend und für Bildung und Forschung im Mai 2021 das Aktionsprogramm „Aufholen nach Corona für Kinder und Jugendliche“ in 2021 und 2022 beschlossen, ein 2 Milliarden Euro Paket, welches neben einem schulischen Leistungscheck-Up, auch darauf abzielt, Kindern den psychosozialen und emotionalen Wiedereinstieg in einen Gruppenalltag zu erleichtern.

Im Gesundheitsbereich wird auf Bundesebene derzeit noch um Reaktionen gerungen. Nicht wirklich zielführende Problemanzeigen des Berufsverbands der Kinderärzte haben die Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) erst jüngst dazu genötigt in einer Stellungnahme (DGKJP, 2021) klarzustellen, dass die kinder- und jugendpsychiatrische Akutversorgung sichergestellt ist.

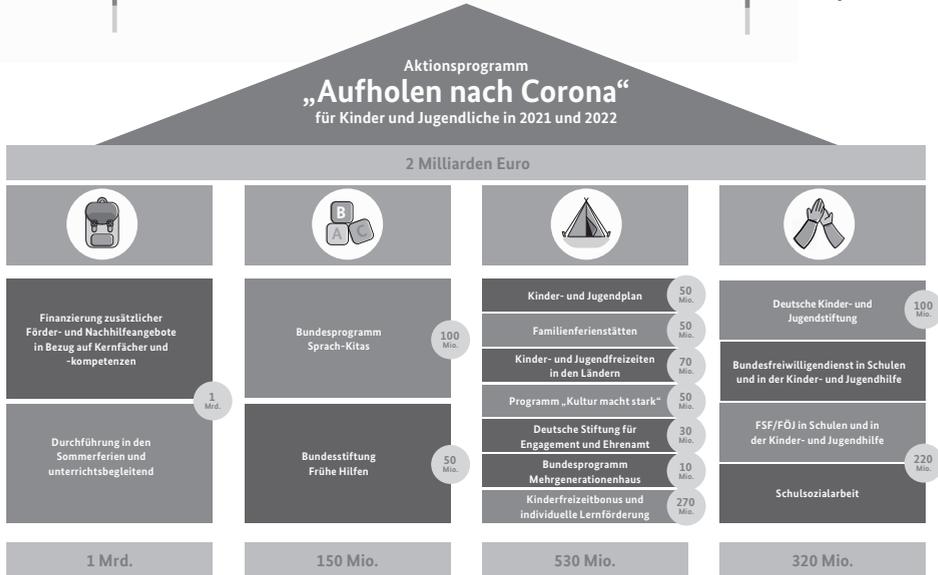


Abbildung 2: Aktionsprogramm „Aufholen nach Corona“ (BMFSFJ, 2021, S. 9)

Unseres Erachtens braucht es derzeit keine Aufbauprogramme für mehr stationäre Versorgung etc. Solche Maßnahmen können wegen der langen Planungsvorläufe gar keine rechtzeitige Wirkung entfalten und sind keine adäquate Reaktion auf die momentan gestiegenen Bedarfe. Was notwendig ist, sind zeitnahe Unterstützungs- und Screening-Angebote, quasi einen psychosozialen „Check-Up“ neben den viel diskutierten „Bildungs-Check-Up“ im Sinne der selektiven oder indizierten Prävention, um dann beschleunigt Krankenbehandlung und Hilfeplanung einleiten zu können, da, wo wirklich der größte Bedarf ist oder das größte Risiko zu erkranken besteht. Präventionsstrukturen, die vor Jahren erfolgreich bei den sogenannten „Frühen Hilfen“ etabliert wurden, könnten hier Vorbild sein. Es wird Maßnahmen der universellen Prävention brauchen, damit alle Familien, die allesamt in der Corona-Pandemie Großartiges geleistet haben, aber auch coronamüde und gestresst sind, einen Neuanfang im nächsten Schuljahr gut schaffen und begleiten können. Hierzu gehört auch die Ermöglichung von Erholung für Familien im Sommer und gezielte Förderung Einzelner im Sinne der selektiven Prävention, zum Beispiel in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil (vgl. AFET 2020; <https://www.ag-kpke.de/wp-content/uploads/2020/02/Abschlussbericht-der-AG-Kinder-psychisch-krank-Eltern.pdf>), oder in Familien mit Migrationshintergrund, wo die Entwicklungsrückstände von Kleinkindern, die nicht von

der Integrationsleistung der Kitas während der Kita-Schließungen profitieren konnten, besonders gefährdet sind. Netzwerke indizierter Prävention und Netzwerke der Frühintervention sind gefragt, wenn die monatelange tolerierte Schulvermeidung zu einer erwartbaren Zunahme von Trennungsängsten und sozialen Phobien geführt hat.

Zu einer gesteigerten Bedarfslage dürfte auch beitragen, was schon nach dem ersten Lockdown zu beobachten war (Fegert, Berthold, Clemens, Kölch, Eckhart-Ringel, von Moers & Witt (accepted). Der Corona-Lockdown und Kinderschutz – Entwicklungen in der Inanspruchnahme der Medizinischen Kinderschutzhotline während der SARS-CoV-2 Pandemie. Recht und Psychiatrie. Der Artikel ist akzeptiert, noch nicht veröffentlicht.): Kinder, wenn sie erst wieder in die Schule gehen, wenden sich mit ihren Hilfebedarfen auch an Klassenkamerad*innen und Lehrer*innen, womit die Zahl der Kinderschutzfälle rapide ansteigt. Kinder- und jugendpsychiatrische, psychotherapeutische Screening-Angebote und vor allem Informationen werden dabei eine zentrale Rolle spielen. Nachdem nun im letzten Jahr vor allem auf die somatische und intensivmedizinische Bewältigung der akuten SARS-CoV-2-Pandemie geachtet wurde und die Medizin und das Gesundheitswesen hier insgesamt, auch im Rahmen der Aufrechterhaltung notwendiger Behandlungsangebote im Bereich der psychischen Gesundheit, sehr viel geleistet haben, wird immer mehr deutlich, dass der lange Weg in eine Rückkehr zu einer gewissen Normalität (vgl. Fegert et al. 2020) vor allem im Bereich der psychischen Gesundheit betreffen wird. Hierzu ist es wichtig überhaupt die Dimension der individuellen und gesellschaftlichen Belastung durch psychische Störungen über epidemiologische Studien zu erfassen.

Psychische Erkrankungen und Teilhabebeeinträchtigung

Psychische Erkrankungen sind weltweit sehr häufig. In Deutschland betreffen sie ca. 1/3 der Bevölkerung im Verlaufe des Lebens. Zu dieser hohen Erkrankungswahrscheinlichkeit tragen insbesondere die Angststörungen (ca. 10 %), Depressionen (ca. 5 %), somatoforme Störungen (4 %), und psychotische Erkrankungen (ca. 3 %) bei. Eine besondere Bedeutung für die öffentliche Gesundheit haben zudem Suchterkrankungen, wie Nikotinabhängigkeit (ca. 5 Millionen Betroffene in der BRD), Alkoholabhängigkeit (ca. 2-3 Millionen Betroffene) und Drogenabhängigkeit (ca. 100.000 Betroffene).

Psychische Störungen tragen in Deutschland mit einem Anteil über 40 % der Frühberentungen erheblich zur chronischen Teilhabebeeinträchtigung bei.

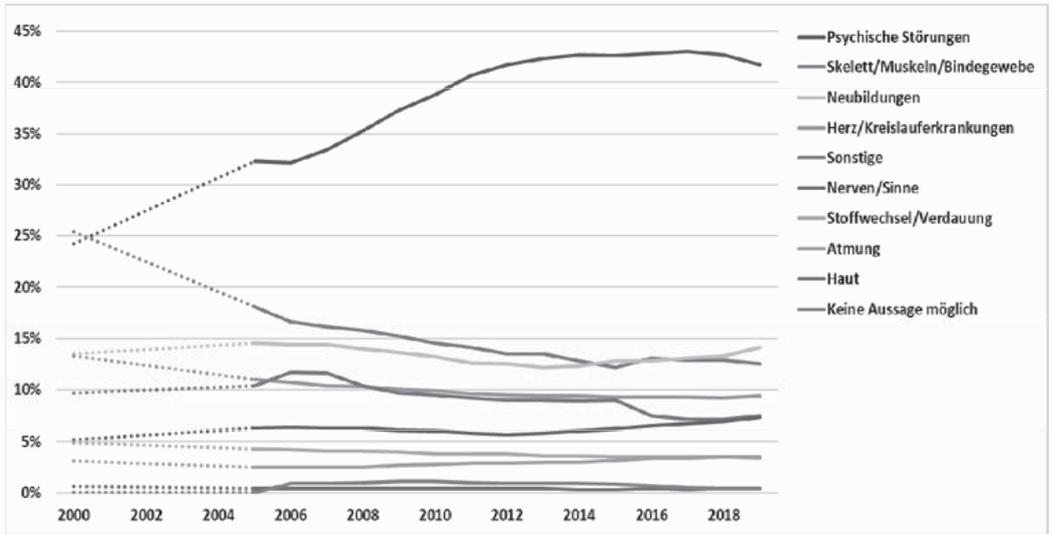


Abbildung 3: Entwicklung der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit – prozentuale Anteile nach ausgewählten Diagnosegruppen von 2000 bis 2019 (Männer und Frauen). Anmerkung: Datenverfügbarkeit für die Jahre von 2000 bis 2005 im 5-Jahres Schritt (gestrichelte Linie); von 2005 bis 2019 Berücksichtigung jährlicher Daten. Für die Jahre 2016 bis 2019 wurden die Daten nach ICD 10 mit neuer Zuordnung verwendet (Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund, 2020).

Im Entwicklungsalter zeigen knapp 20 % aller Kinder und Jugendlichen Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme (in den verschiedenen Wellen des KIGGS Survey des Robert-Koch-Instituts war hier in letzter Zeit ein leichter Rückgang auf Werte von knapp unter 20 % festzustellen. Am Ende des ersten Pandemie-Jahres fand die Hamburger COPSY-Studie einen Anstieg auf ca. 30 %. (UKE, 2021)). Neben den für das Erwachsenenalter genannten Störungsbildern, die überwiegend bereits im Kindes- und Jugendalter erstmals auftreten, sind umschriebene und tiefgreifende Entwicklungsstörungen (Pervasive Developmental Disorders – PDD), ADHS und Störungen des Sozialverhaltens sowie die Folgen früher Belastungen und Traumata, die wiederum zu Suchterkrankungen, Depressionen, Angsterkrankungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen prädisponieren, Krankheitsbilder mit besonderer Bedeutung für die öffentliche Gesundheit. Nimmt man Disability-Adjusted Life Years (DALY) als Maß für die Beeinträchtigung, wird deutlich, dass bei Kindern und jungen Menschen unter 20 Jahren psychische Erkrankungen zu den am stärksten die Teilhabe beeinträchtigenden Erkrankungen zählen.

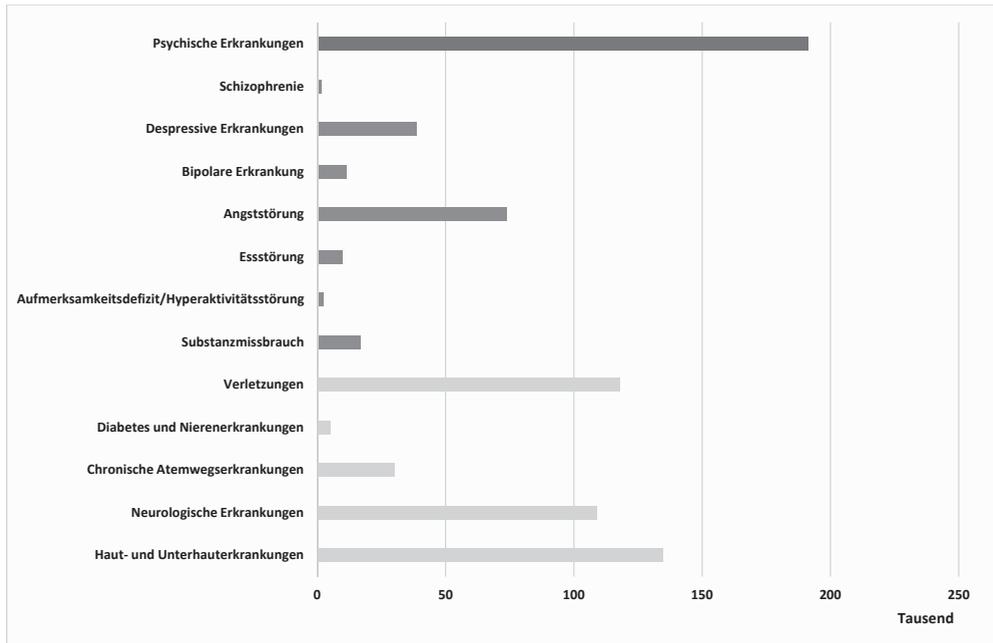


Abbildung 4: Disability-Adjusted Life Years für die Altersgruppe <20 im Jahr 2019 in Deutschland (Quelle: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021⁴).

Da psychische Störungen in unterschiedlichen Lebensphasen auch teilweise stressbedingt sind, wird angesichts der aktuellen Corona-Pandemie und der damit verbundenen Belastungen und angesichts der sich generell wandelnden psychosozialen Arbeits- und Lebensbedingungen die gegenwärtige Steigerungstendenz bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aufgrund psychischer Störungen anhalten. Als Maße für die gesundheitspolitische Bedeutung von psychischen Erkrankungen kann zum einen das Maß der Beeinträchtigung der normalen Lebensgestaltung durch diese Erkrankungen gelten und zum anderen das Ausmaß der Frühberentungen, die diese Erkrankungen zur Folge haben. Wichtig ist deshalb gerade heute eine Präventionsstrategie im Bereich „Mental Health“

Wissenschaftliche fundierte Prävention von psychischen Störungen

Auch bei psychischen Störungen wird aufgrund der wachsenden Kenntnisse über Ursachen und Entstehung eine zunehmend wirksame Prävention möglich. Hier sind speziell die sog. „Childhood Adversities“ (CAs) bzw. die weltweit eingeführten 10 ACE (Adverse Childhood Experiences) und andere

⁴ Anmerkung: Verwendung der Daten laut Website nach „Open Data Commons Attribution License“.

Umweltrisikofaktoren wie Urbanizität als präventiv angehbare Dispositionsfaktoren zu berücksichtigen. Auch für psychische Störungen gilt gerade im Rahmen der nun initiierten Gründung Deutscher Zentren für psychische Gesundheit die Vision: Disease Prediction – (vor der Diagnostik), Prevention (vor der Therapie) – Personalized Medicine (anstelle globalem, diagnosebezogenen Zugangs). Als Rahmenbedingungen sind Public Health Aspekte wie Mental Health Literacy in der Allgemeinbevölkerung, Mental Health First Aid durch das Umfeld, Dissemination von Wissen über psychische Erkrankungen und Betroffenenbeteiligung (Co-Creation) zentral.

Noch immer sind psychische Erkrankungen emotional mit Scham und sozial mit Stigmatisierung, aber auch Selbststigmatisierung verbunden. Gerade diese Selbststigmatisierung führt auch dazu, dass möglicherweise notwendige Hilfe nicht rechtzeitig in Anspruch genommen wird und somit Probleme eskalieren bis hin zum Auftreten akuter Suizidalität. Einsamkeit und generelle Vermeidung von Inanspruchnahme medizinischer Leistungen haben im Laufe der Corona-Pandemie hier noch zu einer Verschärfung der Ausgangslage geführt. Gleichzeitig hat die Corona-Pandemie zu einer deutlich höheren Akzeptanz digitaler oder digitalisierter Angebote auch im Bereich der Prävention geführt.

Risiken und Belastungen als Ausgangspunkt für Mental Health Prevention: ACE als Arbeitsfokus des Präventionsbereichs

Die zehn in der Literatur immer wieder erforschten belastenden Kindheitsereignisse (ACE, Adverse Childhood Experiences) sind auch in Deutschland so stark verbreitet, dass Belastungen mit irgendeiner so genannten „Kindheitsbelastung“ Teil der Normalität (Witt et al., 2019) sind. Zusammenhänge mit späteren psychischen Erkrankungen und Teilhabe-Defiziten lassen sich insbesondere beim Auftreten von vier und mehr solcher Belastungsbereiche in der Kindheit und Jugend aufzeigen (Witt et al., 2019). Die fünf Formen der Kindesmisshandlung und Vernachlässigung (körperliche Misshandlung, emotionale Misshandlung, sexueller Missbrauch, körperliche Vernachlässigung und emotionale Vernachlässigung) und die als household dysfunction bezeichneten Merkmale wie Gewalt gegen die Mutter in der Familie, Scheidung und Trennung, Inhaftierung eines Elternteils, psychische Erkrankung oder Sucht eines Elternteils können bei kombiniertem und gleichzeitigem Auftreten im weiteren Verlauf über die Lebensspanne hinweg sowohl zu körperlichen wie zu psychischen Erkrankungen führen (Felitti et al., 1998). Eigene Repräsentativbefragungen in der deutschen Bevölkerung (Witt et al.,

2019) zeigten, dass knapp 10 % der deutschen Bevölkerung vier und mehr solcher belastender Lebensereignisse in der Kindheit hatte und ein deutlich erhöhtes Risiko für psychische Belastungen, interpersonelle Konflikte, berufliches Scheitern und Beziehungsprobleme zeigte. In Bezug auf die Prävention psychischer Belastungen ist also Unterstützung und Hilfe bei solchen frühen Kindheitsbelastungen ein zentraler Ansatz der sogenannten selektiven Prävention oder indizierten Prävention, falls entsprechend betroffene Kinder schon in irgendeinem Zusammenhang institutionell erfasst wurden, z. B. durch die Schulpsychologie, die Schulsozialarbeit, in Beratungsstellen oder Hilfeangeboten der Jugendhilfe oder in der hausärztlichen Sprechstunde. Um hier mögliche Bystander, also Personen aus dem Umfeld von Kindern, oder professionelle Erstansprechpersonen zu sensibilisieren, bedarf es im Sinne der universellen Prävention einer Steigerung der Child Protection and Mental Health Literacy in der Allgemeinbevölkerung. Hierzu sind spezielle Disseminationsstrategien notwendig, die insbesondere auch mögliche erste Kontaktpersonen von Betroffenen, wie z. B. Lehrkräfte, Erzieherinnen und Erzieher oder Hausärztinnen und Hausärzte erreichen. Erste eigene Untersuchungen während der Corona-Pandemie zeigten, dass vorbestehende ACE zu einem schlechteren Coping mit den neu hinzugekommenen Belastungen in den Familien während der Corona-Pandemie führten (vgl. Clemens et al., 2021, Köhler-Dauner et al., 2021).

Im Bereich der Prävention von Kindesmisshandlung, Vernachlässigung, sexuellem Missbrauch (bzw. sexualisierter Gewalt gegen Kinder wie das Delikt nun nach der neuesten Strafrechtsreform genannt werden wird) hat die Ulmer Arbeitsgruppe an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie eine jahrzehntelange Vorgeschichte und ist gerade in der Kombination zwischen digitaler Information und Fortbildung über E-Learning und individueller fallbezogener Beratung durch die rundum erreichbare Medizinische Kinderschutzhotline von der WHO (Sethi et al., 2018, S. 41) als Leuchtturm-Beispiel bei der Prävention im Gesundheitswesen in Bezug auf Kindeswohlgefährdung erwähnt worden. Die Erfahrungen, aus der mittlerweile in ihrer Beratungstätigkeit auch auf medizinische Fragen im Kontext familiengerichtlicher Verfahren und Jugendhilfe-Verfahren ausgeweiteten Hotline, werden auch in die Präventionsarbeit des Kompetenzbereichs direkt einfließen. Aber auch zu den anderen fünf household dysfunctions gibt es in Ulm Vorerfahrungen aus früheren oder laufenden Projekten. Zum Thema **Trennung von Eltern, Scheidung und psychische Folgen für die Kinder** läuft derzeit ein BMFSFJ-gefördertes Projekt unter der Leitung von Prof. Sabine Walper am

Deutschen Jugendinstitut in Kooperation mit den Universitäten Heidelberg und Ulm (Junior-Prof. Rassenhofer, KJP; Prof. Baumeister, Klinische Psychologie). Zum Thema **Häusliche Gewalt** befindet sich mit Förderung durch das BMFSFJ ein interdisziplinäres E-Learning-Programm für Fachkräfte in der Entwicklung und Evaluation⁵. Zu erwähnen ist in diesem Kontext auch ein Modellprojekt in Baden-Württemberg, gefördert durch die Baden-Württemberg-Stiftung, zur Wahrnehmung psychischer Belastung von Kindern und Jugendlichen in Frauenhäusern (Zwönitzer et al. 2016). Psychische Erkrankungen oder Suchterkrankungen von Eltern waren wiederholt Thema unserer bisherigen Forschungstätigkeit und wurden u. a. in den Expertisen der AG KPKE aufgegriffen und dort als Vorarbeiten ausführlich zitiert.

Und auch zum letzten Bereich, dem Bereich der präventiven Reduktion, also indizierten Prävention bei Kindern und Jugendlichen, in deren Familie ein Familienmitglied inhaftiert wurde, haben wir mit Unterstützung der Baden-Württemberg-Stiftung ein Präventionsprojekt durchführen können, das Eltern-Kind-Projekt Chance zur Unterstützung von Kindern inhaftierter Eltern (Zwönitzer et al. 2017).

Zum Thema Schutz von Kindern und Jugendlichen in Institutionen werden wir auf der Meso-Ebene die Entwicklung von Schutzkonzepten gegen (sexuelle) Gewalt im Bereich des Gesundheitswesens als use case neben laufenden Projekten in den großen Kirchen oder im Sport in den Vordergrund stellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 16.07.2020 durch die oben erwähnte Verankerung der Verpflichtung für alle Leistungserbringungen zur Erstellung von Schutzkonzepten in der Qualitätsmanagement-Richtlinie, welche im November 2020 in Kraft getreten, den Anlass gegeben, dass alle Institutionen im Gesundheitswesen Schutzkonzepte vorhalten. Hierzu bedarf es einer Risikoanalyse. Wir haben deshalb schon retrospektive Repräsentativbefragungen zu erlebten Übergriffen im Krankenhaus auf Kinder, Jugendliche und Erwachsene durchgeführt und mussten dabei feststellen, dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch die relativ langen Aufenthaltszeiten und dem damit verbundenen intensiven Beziehungsaufbau ein besonders hohes relatives Risiko für solche Beziehungstaten besteht (Hoffmann et al., 2020). Schutz in Institutionen sollte aber nicht nur den Schutz der dort betreuten Kinder und Jugendlichen beinhalten, sondern die Institution muss für alle ein sicherer Ort sein. Notwendig ist deshalb, sich auch mit dem Thema der Übergriffe unter Mitarbeitenden zu beschäftigen. Nach der Gründung des

⁵ Online-Kurs „Schutz und Hilfe bei häuslicher Gewalt – ein interdisziplinärer Online-Kurs“; Webseite <https://haeuslichegewalt.elearning-gewaltschutz.de/>.

Präventionsnetz Baden-Württemberg und im Rahmen der Gründung eines Trägervereins der Universitätsmedizin in Baden-Württemberg ist derzeit eine Mitarbeitenden-Befragung an den Universitätsklinika in Baden-Württemberg als eine der zeitnahen Forschungsaktivitäten des Kompetenzbereichs Prävention geplant. In diesem Zusammenhang ist auch ein von der Staatskanzlei im Saarland finanziertes Auditierungsprojekt des Schutzkonzeptes am Universitätsklinikum des Saarlands zu erwähnen. Es ist davon auszugehen, dass es in der Medizin in exemplarischer Weise gelingen kann, durch die Verankerung der institutionellen Prävention in der Qualitätsrichtlinie einen kontinuierlichen präventiven Veränderungsprozess zu erreichen.

Prävention für seelische Gesundheit beginnt im Kindes- und Jugendalter

Prävention der psychischen Gesundheit muss im Kindes- und Jugendalter als sogenannte Primärprävention beginnen. Die alte häufig noch verwendete Definition von Gerald Caplan (1964) bezeichnet als Primärprävention die Verhinderung des Auftretens z. B. von Misshandlung oder psychischen Störungen. Erfolge solcher Primärpräventionen können durch eine Reduktion der Inzidenz gemessen werden. Deshalb braucht es ein regelmäßiges Monitoring von Inzidenzen bzw. Periodenprävalenzen, um feststellen zu können, ob präventive Arbeit auf Bevölkerungsebene tatsächlich zu Fortschritten führt. Die Vereinten Nationen haben eine Agenda zu einem menschenwürdigen Leben bis 2030 beschlossen und entsprechende nachhaltige Entwicklungsziele verabschiedet. Ziel 16 bezieht sich auf gerechte und partizipative Gesellschaften. Ein zentrales Unterziel von Ziel 16 ist Ziel 16.2 „Gewaltfreies Aufwachsen von Kindern“. Zu diesem Ziel wurden von der Weltgesundheitsorganisation Indikatoren verabschiedet, z. B. der Indikator 16.2.3, bei dem regelmäßig die Häufigkeit sexualisierter Gewalt gegen Kinder durch retrospektive Befragung der jüngsten Erwachsenengeneration 18-30 erhoben werden soll. Derzeit gibt es in Deutschland kein Monitoring solcher Indikatoren, obwohl es nun gelungen ist, den Schutz vor Kindeswohlgefährdung wenigstens in der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie 2021 prinzipiell zu verankern. Wissenschaftlich wird sich der „Kompetenzbereich Prävention seelische Gesundheit“ stark dafür einsetzen, dass der Nationale Rat gegen sexuelle Gewalt gegen Kinder und auch eine zukünftige Bundesregierung sich in diesem Bereich positioniert und die Grundlagen für die Evaluation des Erfolgs von Präventionsarbeit legt. In Caplans Definition bezeichnet Sekundärprävention die Frühintervention zur Reduktion der Dauer der Belastung. Wir wissen, dass Frühinterventionen bei erlebter Gewalt und Traumatisierung essenziell

dafür sind, Traumafolgen wie Angst, Vermeidung und sozialer Rückzug, die häufig mit erheblichen Teilhabebeeinträchtigungen einhergehen, zu reduzieren (Rassenhofer et al., 2016 und Keller et al., 2020). Der Bundestag hat in dieser Legislaturperiode eine Reform des sozialen Entschädigungsrechts beschlossen und darin festgelegt, dass die flächendeckende Einrichtung von Traumaambulanzen zu Frühintervention vorgezogen wird und schon 2021 beginnen soll. Leider wurden spezifische Traumaambulanzen für Kinder und Jugendliche im Gesetz nicht explizit erwähnt. Die Rechtsverordnung zur Umsetzung, die hier mehr Klarheit bringen soll, steht noch aus. Aber es ist zu erwarten, dass im Bereich der Sekundärprävention und insbesondere der Tertiärprävention, d. h. der Prävention möglicher Folgeschäden und Komplikationen (harm reduction), hier gezielt Fortschritte in Vermeidung von Teilhabedefiziten erzielt werden können. In Anlehnung an Caplans Präventionstrias wurde später noch der Begriff Quartärprävention eingeführt, der die Vermeidung unnötiger Maßnahmen und damit verbundene Schäden beinhaltet. Dieser Frage will sich der „Kompetenzbereich seelische Gesundheit“ im Präventionsnetz Baden-Württemberg stärker widmen, da sich z. B. auf der Meso-Ebene bei der institutionellen Prävention bisweilen schon die Frage nach Nebenwirkungen stellt, wenn Präventionsordnungen und Regelwerke so missverstanden werden, dass z. B. Kindergartenkindern tröstende körperliche Nähe vorenthalten wird, um irgendwelche starren Nähe-Distanz-Regeln einzuhalten. Entwicklungspsychologische Bedürfnisse müssen alterssprechend gewährleistet sein. Präventionsbemühungen zu Kinderschutz dürfen nicht dazu führen, dass notwendige Nähe prinzipiell vermieden wird. Als kindbezogene Primärprävention wird in Deutschland sehr häufig gerade im schulischen Bereich die Aufführung von Kindertheaterstücken zum Thema sexualisierte Gewalt gegen Kinder angesehen. Hier soll häufig Kindern vermittelt werden, stark zu sein und sich zu wehren. Auch dies kann zu einer unnötigen Belastung von Kindern führen, wenn sie im Alltag keinen Transfer dieser Regeln realisieren können, die Regel aber prinzipiell verstanden haben. Dies kann Schuldgefühle auslösen, etwas falsch gemacht zu haben, und dazu führen, dass Kinder sich nicht hilfeschend an z.B. ihre Sorgeberechtigten wenden. Solche Präventionstheaterstücke sind nur selten evaluiert worden (vgl. Jud, 2020). Manche Untersuchungen berichteten über eine Steigerung der Angst bei Kindern nach solchen gut gemeinten Aktionen. Es wurde auch davor gewarnt, dass durch solche Theaterstücke ein Bedarf geweckt wird und selbstverständlich Ansprechpartner*innen zur Verfügung stehen müssen, um eine entstehende Nachfrage dann auch aufzugreifen und Kindern eine entsprechende Hilfe zuzuführen.

Präventionsebene Ziele der Prävention	Universelle Prävention	Selektive Prävention	Indizierte Prävention	Vermeidung negativer Konsequenzen
Betroffene, potentielle Opfer	Empowerment	Prävention bei Risikopopulation z. B. Pfadfinder, Heime	Re-Integration, Teilhabe, Vermeidung von Re-viktimisierung	„Don't blame the victim“
Potentielle Täter*innen	Risiko für potentielle Täter erhöhen	Beratungsnetzw- erke, Tatgeneigte	Verhinderung unbegleiteten Zugangs zu Kindern	„in dubio pro reo“, im Strafrecht Risikoverminderung und Garantenpflichten
Kontextebene & gesellschaftliche Ebene	Aufklärung von „Bystandern“ Child protection literacy	Prävention bei Hochrisikopopulati- on	Intervention und Kontrollen	Eltern und Bystander- Programme
Institutionelle Strukturen	Information und Training z. B. durch E-Learning	CIRS, Beschwerdemanag- ement und Ombudspersonen	Aufarbeitung nach stattgefundenem Missbrauch	Altersangemessener Umgang mit Kindern in Institutionen

Abbildung 5: Prävention sexuellen Missbrauchs als Beispiel unterschiedlicher Präventionsebenen und Ziele der Prävention [Eigendarstellung, Rechte bleiben bei den Autor*innen]

Gut gemeint bedeutet eben auch im Bereich der Prävention nicht gleichzeitig gut gemacht. Deshalb bedarf es der Evaluation und einer konkreten Reflexion möglicher negativer Nebeneffekte.

Als wissenschaftlicher Kompetenzbereich Prävention seelische Gesundheit ist für uns die IOM-Definition (USIP-Treatment-Kontinuum) zentral. Ansatzpunkte für Präventionen können nach diesem Ansatz bevölkerungsbezogen (**universelle Prävention**), risikobezogen (**selektive Prävention**) und individuumbezogen bei festgestellten Auffälligkeiten und Institutionskontakt (**indizierte Prävention**) sein. Wichtig für die Entwicklung adäquater Präventionsansätze ist das Wissen um die Basisrate der infrage stehenden Phänomene (Bayes-Theorem), denn es handelt sich jeweils um bedingte Auftretenswahrscheinlichkeiten. Dies bedeutet in der Folge, dass z. B. Schutzkonzepte in einer kinder- und jugendpsychiatrischen/psychotherapeutischen Praxis anders aussehen müssen als in einer Pfarrgemeinde oder in einem Kinderheim, wo ein sehr viel höheres Risiko besteht, dass Kinder und Jugendliche mit traumatisierenden Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen aufeinandertreffen und sich erneut gegenseitig viktimisieren. Deshalb sind Analysen der Auftretenshäufigkeiten bestimmter Belastungen in unterschiedlichen Settings insbe-

sondere in Bezug auf die zehn belastenden Kindheitsereignisse eine zentrale Voraussetzung, um präventiv handeln zu können. Dabei geht es auch um Erkenntnisse zum Entwicklungsalter und den möglichen Folgen bei Eintritt der Misshandlungen. Hier ist gerade auch in der Medizin und den helfenden Institutionen noch viel zu erreichen. Sethi et al. (2013) sprechen im „European report on preventing child maltreatment“ davon, dass 90 % aller Fälle von Kindesmisshandlung, sexuellem Missbrauch und psychischer Misshandlung in den dafür zuständigen Institutionen in Europa nicht wahrgenommen werden. Belastende Kindheitserlebnisse haben ernste, weitreichende lebenslange Konsequenzen nicht nur für die psychische, sondern auch für physische Gesundheit. Erlebte frühe Kindheitsbelastungen haben Einfluss nicht nur auf die Gesundheit, sondern auch auf Bildungs- und Berufsaussichten sowie die Lebensqualität.

Ausblick

Im ersten nun bevorstehenden Förderzeitraum bis Ende 2022 werden im Kompetenzbereich Prävention seelische Gesundheit große Repräsentativbefragungen z. B. zur Vermeidung von Prävention und früher Hilfesuche während der SARS-CoV-2-Pandemie und zu allen frühen Kindheitsbelastungen durchgeführt und analysiert werden, um hiermit eine Grundlage auch für die Evaluation von zielgerichteten Interventionen und Präventionsprogrammen zu haben. Präventionsansätze auf der Meso-Ebene in Institutionsbereichen werden anhand verschiedener existierender und zu beantragender Projekte in Zusammenarbeit im Kompetenzzentrum Kinderschutz in der Medizin in Baden-Württemberg gebündelt werden. Die Entwicklung und Evaluation sowie Implementierung von neuen Präventionsansätzen zum Beispiel durch den Innofonds des G-BA wird längere Zeit beanspruchen, kann aber auf solchen Vorarbeiten aufbauen. Zentral sind die Vernetzung und insbesondere die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen in der Krankenversorgung. Die Chancen, die das Präventionsgesetz in Bezug auf die „Verschreibung von Präventionsaktivitäten“ geboten hat, sollten stärker genutzt werden. Hierzu will der Kompetenzbereich auch durch Fortbildungsaktivitäten, Veranstaltungen und Netzwerkbildung beitragen. Die große Herausforderung für selektive Prävention und indizierte Prävention im Bereich seelische Gesundheit ist aber die lange Rückkehr zu einer gewissen Normalität nach der möglichen Überwindung von Restriktionen wie Home-Schooling etc. Es ist davon auszugehen, dass im Herbst dieses Jahres ein hoher Screening- und Beratungsbedarf bestehen wird. Dieser wird nicht allein mit den

vorhandenen Ressourcen und üblichen Zuweisungswegen bewältigt werden können. Pro aktiv sollten Angebote zum Beispiel eines webbasierten Online-Home-Check-Ups entwickelt und zugänglich gemacht werden. Ähnlich wie heute bei Depressionsbehandlungsstudien üblich, könnte eine Clearing-Phase mit wenigen Beratungsstunden zur Selbstaktivierung wahrscheinlich präventiv wirken und die Dauer von Schulbesuchsproblemen auf Grund von Ängsten und Depression reduzieren. Jetzt ist der Moment nicht zu warten bis massive Probleme manifest werden. Die spezifischen Risiken z. B. bei Kindern welche vor der Coronakrise inklusiv beschult wurden bei Kindern mit erlebten frühen Kindheitsbelastungen sind vielfach beschrieben worden. Es macht keinen Sinn über eine „Generation Corona“ oder eine drohende „Lost Generation“ zu sprechen, denn zahlreiche Kinder und Jugendliche werden dank der Unterstützung ihrer Familien diese schwierige Phase hervorragend bewältigt haben und dabei noch etwas fürs Leben gelernt haben. Für manche ist die Situation aber belastender denn je. Hier bedarf es indizierter Prävention oder der Frühintervention um quasi sekundärpräventiv langanhaltende Folgeprobleme zu vermeiden.

Literatur:

- AFET (Hrsg.) (2020)*. Arbeitsgruppe Kinder psychisch- und suchtkrankter Eltern (AG KPKE), Abschlussbericht. Verfügbar unter <https://www.ag-kpke.de/wp-content/uploads/2020/02/Abschlussbericht-der-AG-Kinder-psychisch-krankter-Eltern.pdf>.
- Bernheim, D., Keller, F., Fegert, J.M. & Sukale, T. (2021)*. „Akzeptanz der Videotherapie an einer Ausbildungsambulanz für Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche in Zeiten der Corona-Pandemie: Einschätzungen aus Patienten-, Sorgeberechtigten- und Therapeutesicht“, *Nervenheilkunde*, vol. 40, pp. 341-347.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2021)*. Aktionsprogramm „Aufholen nach Corona“. Verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/178850/b783bfc8b8c114c7fae1eb0673a98ed3/aktionsprogramm-aufholen-nach-corona-fuer-kinder-und-jugendliche-in-2021-und-2022-data.pdf>.
- Bundesministerium für Justiz, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.) (2012)*. Abschlussbericht Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen und privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich. www.bmfsfj.de/blob/93204/2a2c26eb1dd477abc63a6025bb1b24b9/abschlussbericht-runder-tisch-sexueller-kindesmissbrauch-data.pdf.
- Caplan, G. (1964)*. *Principles of Preventive Psychiatry*.
- Clemens, V. & Fegert, J. (2021)*. Ein Marschallplan für Kinder, Jugend und Familie. *Nervenheilkunde*, no. 5, pp. 287-293.

- Clemens, V., Staab, M. & Fegert, J.M. (2021).* Psychische Vorerkrankung der Eltern und psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen – ein Online-Survey während des ersten Lockdowns der SARS-CoV-2-Pandemie. *Nervenheilkunde*, vol. 40, pp. 327-322.
- DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) (2021).* Unwahre Behauptungen über „Triage“ in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Verfügbar unter <https://www.dgkjp.de/unwahre-behauptungen-ueber-triage-in-der-kinder-und-jugendpsychiatrie/>.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.)(2020).* Rentenversicherung in Zeitreihen. DRV-Schriften, Band 22, Sonderausgabe der DRV, Oktober 2020.
- Fegert, J.M., Baumeister, H., Brieger, P., Gallinat, J., Grabe H.J., Gündel, H., Härter, M., Oexle, N., Prestin, E., Rassenhofer, M., Riedel-Heller S.G., Rüschi, N., Schäfer, I., Schomerus, G., Schulz, H., Speck, A., Steinhart, I., Strengler, K. & Becker, T. (2019).* Greifswalder Erklärung zur gesellschaftlichen Bedeutung des Bereichs psychische Gesundheit in der Gesundheitsforschung – „Lost in Translation““. *Psychiatrische Praxis*, vol. 46, pp. 70-21.
- Fegert, J.M., Kölch, M. & Krüger, U. (2017).* Sachbericht zum Projekt „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“. Verfügbar unter https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/KiJu_BB-Projektbericht-Final-25.05.19.pdf.
- Fegert, J.M., Vitiello, B., Plener, P. & Clemens, V. (2020).* Challenges and burdens of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, vol. 14, pp. 1-11.
- Fegert, J., Kehoe, L., Cuhadaroglu, C., Doyle, M., Eliez, S., Hebebrand, J., Hillegers, M., Karwautz, A., Konstantinos, K., Kiss, E., Pevjovic-Milovencievic, M., Råberg Christensen, A., Raynaud, J. & Anagnostopoulos, D. (2021).* Next generation Europe: a recovery plan for children, adolescents and their families – For the time after the pandemic, we need a vision and investments for the future. *European Child & Adolescent Psychiatry*, <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01767-w>.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P. & Marks, J.S. (1998).* Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *AM J Prev Med.*, vol. 14, no. 4, pp. 245-58.
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss (2020).* Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL): Vorgaben für die regelmäßige Erhebung und Darlegung des aktuellen Stands der Umsetzung und Weiterentwicklung von einrichtungseinernem Qualitätsmanagement sowie weitere Änderung in § 4 der Richtlinie. Verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4379/2020-07-16_QM-RL_Vorgaben-aktueller-Stand.pdf.
- Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME (2021).* GBD Results Tool <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>. [aufgerufen am 11.05.2021].

- Rassenhofer, M., Laßhof, A., Felix, S. et al. Effektivität der Frühintervention in Traumaambulanzen. *Psychotherapeut* 61, 197–207 (2016). <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0073-0>
- Keller F. Rassenhofer M, Nolting B, Koppmair S, Schepker R (2020) Effektivität der Kurzinterventionen in Traumaambulanzen. *Psychotherapeut*. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00469-z>
- Jud, A. (2020). Fokus Prävention im schulischen Kontext. In A. Jud & J. M. Fegert (Hrsg.), *Kinderschutz: Eine Bestandsaufnahme für das Saarland* (S. 39-43). Ulm: Kompetenzzentrum Kinderschutz in der Medizin in Baden-Württemberg (com.can).
- KIGGS – Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Verfügbar unter <https://www.kiggs-studie.de/deutsch/home.html>.
- Köhler-Dauner, F. (2021). The interplay between maternal childhood maltreatment, parental coping strategies as well as endangered parenting behavior during the current SARS-CoV-2 pandemic. DOI: 10.1177/25161032211014899/ ID: DCW-21-0005.R1
- Sethi, D., Yon, Y., Parekh, N., Anderson, T., Huber, J., Rakovac, I. & Meinck, F. (2018). European status report on preventing child maltreatment. Verfügbar unter https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/381140/wh12-ecm-rep-eng.pdf
- Spiess, Deckers, Fegert (2021) Politikberatung Kompakt, Zusammenhalt in Corona-Zeiten: familienwissenschaftliche Perspektiven https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.810032.de/diwwkompakt_2021-163.pdf (aufgerufen 5.5.21)
- Spieß, C.L.; Schuler-Harms, M., Fegert, J.M. & Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen (2021). Erholung und gezielte Unterstützung für Familien: ein nachhaltiges Investitionsprogramm muss differenzieren. Verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/178726/cd4d0a672490daaae24d65b2c0202acf/202103-erholung-und-gezielte-unterstuetzung-wissenschaftlicher-beirat-data.pdf>.
- Fegert et al., 2021. Editorial „Dazugehören und zusammenhalten – Die Corona-Pandemie offenbart die Herausforderungen der Familienpolitik wie in einem Brennglas“, *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (2021), 49 (3), 163-168, <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000799>
- UKE (2021). Pressemitteilung „COPSY-Studie: Kinder und Jugendliche leiden psychisch weiterhin stark unter Corona-Pandemie“. Verfügbar unter https://www.uke.de/allgemein/presse/pressemitteilungen/detailseite_104081.html.
- Witt, A., Sachser, C., Plener, P.L., Brähler, E. & Fegert, J.M. (2019). Prävalenz und Folgen belastender Kindheitserlebnisse in der deutschen Bevölkerung. *Deutsches Ärzteblatt*, vol. 116, no. 38, pp. 635-642.
- Zwönitzer, A., Himmel, R., Thurn, L., Fegert, J.M. & Ziegenhain, U. (2016). Kinder in Frauenhäusern. Verfügbar unter https://www.bwstiftung.de/fileadmin/bw-stiftung/Publikationen/Gesellschaft_und_Kultur/G_K_Kinder_in_Frauenhaeusern.pdf.
- Zwönitzer, A., Fegert, J.M. & Ziegenhain, U. (2017). Eltern-Kind-Projekt Chance zur Unterstützung von Kindern inhaftierter Eltern: Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation. *Nervenheilkunde* 36(03):156-160, DOI:10.1055/s-0038-1635149.

Fegert, Berthold, Clemens, Kölch, Eckhart-Ringel, von Moers & Witt (accepted). Der Corona-Lockdown und Kinderschutz – Entwicklungen in der Inanspruchnahme der Medizinischen Kinderschutzhilfe während der SARS-CoV-2 Pandemie. Recht und Psychiatrie (Der Artikel ist akzeptiert, noch nicht veröffentlicht)

Witt, A., Sachser, C., Plener, P. L., Brähler, E., & Fegert, J. M. (2019). The prevalence and consequences of adverse childhood experiences in the German population. Deutsches Ärzteblatt International, 116(38), 635

Ansprechpartner:

Prof. Dr. Jörg Fegert
Ärztlicher Direktor der
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Steinhövelstraße 5
89075 Ulm
Email: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Zusammentreffen: Genetik und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Annegret Brauer

In den letzten Jahren hat der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einem genetischen Syndrom unter den Patienten in meiner kinderpsychiatrischen Praxis deutlich zugenommen. Einerseits geht das auf meine Spezialisierung im Fach Humangenetik zurück, andererseits aber auch durch die stetig zunehmenden Möglichkeiten der genetischen Diagnostik.

Viele Patienten mit Entwicklungsstörungen warten lange auf einen Befund aus der Humangenetik, der ursächlich für eine Entwicklungsstörung klassifiziert werden kann. Das Lesen der Befunde aus den Laboren ist für Kinderärzte und Kinderpsychiater nicht immer einfach. Es finden sich darin viele fachfremde Begriffe – Genloci, uniparentale Disomie, *single nucleotid polymorphism* (SNP), *Array*-Diagnostik u.v.a.m.

Das Gendiagnostikgesetz regelt den Umgang mit den Ergebnissen einer genetischen Beratung und Diagnostik, dazu gehört verpflichtend das Angebot einer Beratung durch einen Humangenetiker (Kujat et al., 2007). Das Gesetz dient dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung, wichtige Grundsätze sind das „Recht auf Wissen“ aber auch das „Recht auf Nichtwissen“. Das macht deutlich, welche hohe Relevanz ein genetischer Befund für den Betroffenen und seine Familie letztendlich hat.

Die Kinderpsychiatrie und -psychotherapie ist grundsätzlich ein diagnostisch-therapeutisches Fach. Die Humangenetik hingegen ist fast ausschließlich ein diagnostisches Fach, der Auftrag an Humangenetiker lautet „Abklärung einer möglichen genetischen Ursache der Entwicklungsstörung“ und ggf. die Einschätzung zum Wiederholungsrisiko. Nach dieser Abklärung werden die Familien wieder entlassen und die weitere Behandlung und Therapie findet bei Kinderärzten und Therapeuten statt. Natürlich gehört die Diagnostik am Beginn der Behandlung dazu, aber im Verlauf steht die therapeutische Arbeit und Beratung im Mittelpunkt. Der Bedarf an therapeutischer Unterstützung ist bei den Familien sehr hoch, beide Fächer ergänzen sich somit sehr gut.

Die Ursachen von Entwicklungsverzögerungen in der Sprache, der kognitiven Entwicklung oder im motorischen Bereich sind nicht immer klar, etwas ausweichend wird dann von einem „Sauerstoffmangel unter der Geburt“ oder „frühkindlichen Hirnschaden“ gesprochen. Das ist nicht ausreichend und für die betroffenen Familien oft deprimierend. Familien suchen nach Gründen und Erklärungen, sie haben Angst, dass weitere Kinder wieder betroffen sein könnten und fühlen sich schuldig. Daher können die gründliche humangenetische Diagnostik und Beratung sinnvoll sein. Die Entscheidung für eine Überweisung zu einer humangenetischen Beratung ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Die Frage nach dem „Warum hat mein Kind eine Entwicklungsstörung?“ gehört zur Verarbeitung einer Diagnose, dahinter steht oft ein hoher Leidensdruck. Die genetische Diagnostik kann Klarheit und Entlastung bringen. Wenn sich also Hinweise auf eine genetisch bedingte Störung ergeben, sollte frühzeitig eine Vorstellung beim Humangenetiker empfohlen werden.

Mit der Entwicklung der Polymerase Kettenreaktion (PCR) 1983 durch Kary Mullis, über die jetzt im Zuge der Pandemie im Rahmen der Virusdiagnostik viel berichtet wird, begann eine enorme und rasante Entwicklung in der Genetik. Das Humangenom-Projekt bestimmte die naturwissenschaftliche Forschungslandschaft der 1990er und 2000er Jahre. Hinzu kam die Etablierung des Internet als Forschungsnetz zwischen Universitäten, mit Hilfe derer internationale Datenbanken aufgebaut wurden. Über diese konnten nun Gensequenzen miteinander verglichen werden und verschiedene Forschungsgruppen in Austausch treten. Diese Technologien ermöglichten die Vernetzung klinischer und molekulargenetischer Informationen, gesammelt werden diese in verschiedenen Datenbanken, zum Beispiel der Datenbank *Online Mendelian Inheritance in Men* (OMIM; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/omim>). Eine Vielzahl von krankheitsverursachenden Genen konnten so identifiziert und sequenziert werden und es wurden bestimmte klinische Merkmale einzelnen Genen, Genorten oder Genprodukten zugeordnet.

Was spricht für eine genetische Ursache?

Bei ca. 50% der Patienten mit einer mentalen Retardierung liegt eine genetische Ursache der Entwicklungsstörung vor (Tzschach und Ropers, 2007). Auch ein großer Anteil neurologischer und motorischer Entwicklungsstörungen hat eine genetisch (mit)bedingte Ursache (Mahler et al., 2019). Das bedeutet, dass diese klinischen Auffälligkeiten bereits *per se* Hinweis auf eine genetische Ätiologie sind.

An zweiter Stelle nach der Auswertung der somatischen Befunde bzw. der Feststellung einer Intelligenzminderung in der psychologischen Leitungsdiagnostik kommt die Stammbaumanalyse als Methode der klassischen Genetik. Es ist davon auszugehen, dass die Frage nach Familiarität bzw. die Nachfrage, ob es in der Familie weitere Betroffene gibt in vielen Fällen fast nebenbei angewendet wird und nicht vordergründig als genetische Methode. Klinisch können sich Hinweise auf eine genetische Ursache ergeben durch das Auftreten früher Anlagestörungen wie Organ-, Extremitätenfehlbildungen, Dismorphien oder Stoffwechsel- und Enzymdefekte.

Wenn nicht eine explizite Familienanamnese mit der Frage nach Entwicklungsstörungen, Fehlbildungen o.ä. erhoben wird, ergeben sich Hinweise auf eine hereditäre Erkrankung in einigen Fällen zufällig durch einen Hinweis auf einen betroffenen Verwandten, Fehlgeburten oder ungewollte Kinderlosigkeit in der engeren Familie bei der Erstellung des Genogramms. In der Genetik wird eine sogenannte Stammbaumanalyse durchgeführt, das in der Kindertherapie gebräuchliche Genogramm ist diesem sehr ähnlich, mit dem Unterschied, dass im Stammbaum die Krankheiten in der Familie erfasst werden und im Genogramm eher bestimmte Eigenschaften, Begabungen und Interessen.

Genetische Beratung und Diagnostik

Was passiert eigentlich in der Humangenetik? An erster Stelle steht die „standardisierte Phänotypisierung“ (Mahler et al., 2019). Hier geht es um die Erhebung der Eigen- und Familienanamnese, die klinisch-genetische Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung möglicher Fehlbildungen oder Dismorphiezeichen (Lidspalte, Augenabstand, Fingeranomalien u.v.a.m.) und die Sichtung somatischer, besonders der neurologischen Befunde. Auf dieser Grundlage entscheidet der Genetiker über die weitere Labordiagnostik.

Die Möglichkeiten in der genetischen Diagnostik haben sich in den letzten Jahren deutlich vergrößert. An erster Stelle steht weiterhin die Chromosomenanalyse zur Karyotypisierung aus dem Lymphozyten des peripheren Blutes. Dafür reicht eine einfache Blutentnahme. Mit dieser Technik können hauptsächlich numerische Chromosomenstörungen wie Trisomien und die Monosomie X nachgewiesen werden. Außerdem ermöglicht die klassische GTG-Bandentechnik (*G-bands by Trypsin using Giemsa*) die Detektion struktureller Chromosomenaberrationen, das heißt Stückverluste und Zugewinn genetischen Materials, welches lichtmikroskopisch erkennbar ist. In der

klassischen Chromosomenanalyse können in ca. 25% der Fälle die Ursachen für eine mentale Retardierung aufgedeckt werden.

Heute ist es zudem möglich mit molekularzytogenetischen Techniken (*Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung*, FISH) submikroskopisch kleine Veränderungen spezifischer Loci nachzuweisen. In den letzten Jahren wurden zudem weitere molekularzytogenetische Techniken entwickelt, die eine Genomanalyse auf Chromosomenebene ermöglichen. So ist es nun mit Hilfe der Array Technologie möglich, genomweit Zugewinn und Verlust genetischen Materials (Deletionen/Duplikationen, Kopienzahlvarianten, *copy number variants CNV*) zu identifizieren (Nöthen et al., 2019)

In der Vergangenheit bedeutete eine molekulargenetische Diagnostik eine aufwändige Gen-für-Gen-Analyse. Idealerweise geht die molekulargenetische Diagnostik von einer konkreten Verdachtsdiagnose aus, für die ein einzelnes verantwortliches Gen bekannt ist. Auch hier gab es in den letzten 20 Jahren enorme Fortschritte durch „*next generation sequencing*“ (NGS) von der Sequenzierung einzelner bekannter Gene zum „*whole genome sequencing*“ (WGS), durch welche auch Mutationen in unbekannt Genen erfasst werden können (Mahler et al., 2019).

Mit dem Fortschritt der Genetik finden zunehmend auch genetische Beratungen bei psychiatrischen Erkrankungen statt, wie bei der Schizophrenie, affektiven Störungen u.a. Es ist bekannt, dass es familiäre Häufungen bei psychischen Erkrankungen gibt, auch wenn nicht in allen Fällen ein spezifisches Gen dafür verantwortlich gemacht werden kann. Die Gesamt-Erblichkeit bei der Schizophrenie liegt bei 60-80%, bei der Major Depression bei ca. 40% und bei bipolaren Störungen bei 60-85%. Der genomweite Ansatz der neuen Technologien ermöglicht eine systematische Kartierung der beteiligten biologischen Faktoren (Nöthen et al., 2019).

Neurologische Entwicklungsstörungen sind eine heterogene Gruppe klinischer Syndrome, bei welchen die neurologische Entwicklung unterbrochen ist. Zum Spektrum dieser Erkrankungen gehören u.a. Entwicklungsstörungen der Sprache, Motorik, Wahrnehmung, Autismusspektrumstörungen und Intelligenzminderung. Diese Entwicklungsstörungen sind mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem sehr frühen Zeitpunkt angelegt, werden jedoch erst zu verschiedenen Zeitpunkten in der Entwicklung deutlich bzw. klinisch auffällig. Die ersten großen Untersuchungen zur Identifizierung *copy number variations* (CNV) konzentrierten sich auf Autismusspektrumstörungen (Kim und State, 2014). Mit dieser Methode wurde eine kritische Region auf Chromosom 16p11.2 identifiziert.

Genetische Syndrome in der Praxis

Kinder mit mentaler Retardierung / Intelligenzminderung

Fragestellungen im Zusammenhang mit der Abklärung von Intelligenzminderungen begegnen uns häufig in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dabei ist oft nicht klar, ob, wann und wie eine genetische Abklärung durch die Fachgruppe der Kinderpsychiater veranlasst werden sollte. Bei mindestens 50% der Patienten mit schweren mentalen Retardierungen liegt aber eine genetische Ursache vor (Tzschach und Ropers, 2007). Mit Ausnahme der Veränderungen in den Geschlechtschromosomen gehen Chromosomenstörungen mit Zugewinn oder Verlust genetischen Materials fast immer mit einer mehr oder minder schweren mentalen Retardierung einher. Diese Veränderungen sind in einer einfachen Chromosomenanalyse detektierbar.

Deutlich schwieriger ist die Abklärung bei Verdacht auf eine monogene Störung, d.h. bei Verdacht auf submikroskopische Veränderungen bzw. Genmutationen. Diese sind erst durch aufwändige und hoch spezifische Untersuchungen auffindbar. Nur ein kleiner Anteil von ca. 3-7% der angeborenen mentalen Retardierungen sind erkennbaren Dysmorphie-Syndromen zuzuordnen, ca. 3-9% bekannten monogenen Erkrankungen, bei 30-50% der mentalen Retardierung bleibt die Ursache auch nach genetischer Diagnostik unbekannt. Knaben sind von monogen bedingten Intelligenzminderung signifikant häufiger betroffen, das liegt an der besonderen Bedeutung des X-Chromosoms. Auf dem X-Chromosom sind ca. 82 Gene lokalisiert, die eine wesentliche Bedeutung für die kognitiven Entwicklung und somit für die Ausprägung mentaler Retardierungen, sogenannter *X-linked mental retardation* haben (Chiurazzi P et al., 2007).

Das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) als nicht erbliches Syndrom

Zur Aufgabe eines Humangenetikern gehört neben der Abklärung genetisch bedingter Entwicklungsstörungen auch die Beratung von Schwangeren und Familien zu möglichen Auswirkungen von Medikamenten und Alkohol in der Schwangerschaft auf die Entwicklung des Kindes. In der Kinderpsychiatrie arbeiten wir ebenfalls mit Kindern in Pflegefamilien oder Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, bei denen der Verdacht auf ein Syndrom, bspw. eines Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) besteht. Dabei handelt es sich nicht um ein primär genetisch bedingtes Störungsbild, dennoch ist die Diagnosestellung auch Aufgabe der Fachärzte für Humangenetik. Die Humangenetiker diagnostizieren ein FAS nach dem relativ komplexen Schema von Majew-

ski, mit welchem eine Vielzahl von Parametern wie mögliche Organfehlbildungen, Dysmorphiezeichen, kognitive und emotionale Fähigkeiten erfasst werden (Majewski, 1978). In der Therapie und Weiterbehandlung ergibt sich aus der Diagnose FAS aus meiner Erfahrung das Problem, dass die Diagnose immer einen mehr oder minder schweren Alkoholabusus während der Schwangerschaft und somit durch die leibliche Mutter impliziert und damit die Schuldfrage im Raum steht. Das kann in der therapeutischen Arbeit eine aussöhnende Haltung und Selbstakzeptanz für den oder die Betroffene erschweren.

Kurzes Fallbeispiel

In meiner Behandlung ist eine Familie wegen der Verhaltensauffälligkeiten ihres Sohnes im Grundschulalter. Er hat eine Intelligenzminderung, sei sehr aggressiv, nicht belastbar, extrem unruhig. Der Junge kann nicht sprechen, er gestikuliert viel und läuft unentwegt umher. Er besucht eine Förderschule mit dem Förderschwerpunkt in der geistigen Entwicklung (GB), der IQ wird auf ca. 50 geschätzt, das Entwicklungsalter ist deutlich verzögert.

Die Familie hat eine jüngere Tochter, sie entwickelt sich relativ langsam, die Meilensteine der Entwicklung werden verzögert, aber vollständig durchlaufen. Schwierigkeiten beginnen mit der Einschulung der Tochter, die Entwicklungsdefizite gegenüber Gleichaltrigen werden immer deutlicher, die Sprachentwicklung stagniert, die Aussprache wird zunehmend schlechter. Eine Vorstellung in der Neuropädiatrie zur Abklärung einer neurologischen bzw. hirnorganischen Ursache ergibt den Verdacht auf eine hereditäre Erkrankung, eine weiterführende humangenetische Diagnostik nach ausführlicher Beratung erbrachte dann bei beiden Kindern die Diagnose Mukopolysaccharidose Typ III San Filippo (MPS III).

Die weitere Behandlung beinhaltet nun schwerpunktmäßig die Begleitung der Kinder und Eltern mit Informationen über das Krankheitsbild sowie supportive und unterstützende Therapien und Hilfen. Perspektivisch werden palliative Maßnahmen besprochen werden. Die Behandlung der psychischen Symptome, wie Aggressionen, Stimmungsschwankungen und Impulsivität bleibt in meinen Händen als Kinderpsychiaterin sowie die Planung und Verordnung körperorientierter Therapieverfahren und Hilfsmittel, bspw. einem Talker.

Die Feststellung der Ursache der Behinderung war für diese Familie ein großer Schock. Die Mukopolysaccharidose III ist eine fortschreitende neurodegenerative Erkrankung, die autosomal-rezessiv vererbt wird. Wegen der nur

leichten Dysmorphien wird die Krankheit nicht immer diagnostiziert. Erste Symptome zeigen sich im Kindergartenalter mit Hyperkinese und Aggressivität, erst später kommt es zum Verlust geistiger, kommunikativer und motorischer Fähigkeiten. Eine ursächliche Behandlung gibt es nicht. In der Behandlung dieser Familie stehen nun neben der Therapieplanung für die Kinder die Trauer um den Verlust einer gesunden Familie, Erarbeiten neuer Lebensziele für die ganze Familie, Unterstützung im Prozess der Ablösung und Entlastung im Vordergrund.

Keine Angst vor einer (genetischen) Diagnose!

Der Verdacht auf eine hereditäre Erkrankung und die humangenetische Abklärung führen zu verschiedenen Reaktionen bei den Betroffenen und in deren Umfeld. Einerseits kann eine genetische Ursache für eine Entwicklungsstörung als Entlastung erlebt werden: „das Kind bzw. dann die Behinderung hat einen Namen“. Ab diesem Zeitpunkt können Therapien und Fördermaßnahmen besser an die Bedürfnisse des Kindes angepasst werden. Es kann auch von Schuldgefühlen entlastet werden. Ich habe in meiner Arbeit oft Mütter erlebt, die sich Vorwürfe wegen möglicher Fehler in der Schwangerschaft machen oder dass sie nicht gut genug für ihre Kinder waren, sie nicht ausreichend gut gefördert haben. Das Wissen um die Zuordnung der Entwicklungsstörung und die Ursachen und damit auch gewissermaßen die Unabwendbarkeit kann entlastend sein. Wenn die Besonderheiten des Kindes genetisch sind, unterliegen sie auch nicht einem direkten Einfluss. Andererseits können aber auch Schuldgefühle entstehen, nämlich wenn ein Elternteil Anlageträger ist. Dann können Gedanken und Floskeln wie „aus unserer Familie hat er das aber nicht!“ verstärkt werden, es ist sozusagen „ein Schuldiger“ gefunden. Dazu ist zu bedenken, dass genetische Defekte bzw. Mutationen zahlreich im menschlichen Genom auftreten, jeder Mensch trägt mehrere unerkannte Genveränderungen (Mutationen) in sich. Ob und in welcher Form diese aber zum Tragen kommen, obliegt nicht unserem Einfluss, sondern ist absolut zufällig (Kujat, 2002).

Die Mitteilung einer Diagnose „Ihr Kind hat eine Behinderung“ ist in jedem Fall traumatisch für die Familien, es gilt, von dem gewünschten gesunden Kind Abschied zu nehmen und zu trauern. Die Beziehung zum Kind kann dadurch erheblich belastet werden. Eltern müssen die Behinderungsdiagnose ihres Kindes kognitiv und emotional integrieren, um die mit der Diagnosemitteilung erlebte Traumatisierung auflösen zu können (Paul, 2020). Gelingt die Verarbeitung, führt dieses zu einer Akzeptanz des Ist-Zustandes des Kin-

des, und eine Beendigung der Suche nach den Ursachen. Die Auflösung des Behinderungstraumas bei der Mutter führt zu einer höheren emotionalen Verfügbarkeit und Feinfühligkeit (ebd.). In der Studie von Paul, 2020 zeigte sich, dass die Eltern eines Kindes mit Down Syndrom ihr Diagnosetrauma weitgehend auflösen konnten. Es wird außerdem gezeigt, dass eine eindeutige Behinderungsursache und kurze Phase vom Verdacht bis zur Diagnosestellung günstig für die Verarbeitung sind, da den Familien rasch Therapie, Beratung, Selbsthilfeangebote u.a.m. angeboten werden können.

Möglichkeiten und Grenzen der Humangenetik

Die genetische Beratung erfordert eine fundierte Ausbildung und einen ausreichenden zeitlichen Rahmen. Die Mitteilung einer Diagnose nimmt Einfluss auf die Eltern-Kind-Beziehung und die weitere Therapie und Förderung. In diesem Prozess bedarf es einer hohen Feinfühligkeit und Selbstreflexion des Beraters (Kujat, 2007). Eine gute Zusammenarbeit der verschiedenen Fachrichtungen stärkt das Vertrauensverhältnis und verbessert die Compliance deutlich. Wichtig für unsere Arbeit ist die ergänzende Rolle der Humangenetik bzw. der genetischen Beratung für die Psychotherapie im Hinblick auf die Ätiologie einer Erkrankung (Leach et al., 2016).

Die diagnostischen Möglichkeiten in der Humangenetik sind in den vergangenen Jahren deutlich umfangreicher geworden. Dennoch bleiben bei fast 50% der Fälle die genetischen Ursachen auch nach einer humangenetischen Diagnostik ungeklärt. Besonders frustrierend für die betroffenen Familien sind zudem uneindeutige Befunde, die mit Zunahme der Diagnostik eher häufiger geworden sind. Um Enttäuschungen vorzubeugen, sollten Familien auf die Grenzen der Humangenetik hingewiesen werden.

Letztendlich verändert sich im Erleben des Kindes und der Familie durch die genetische Diagnostik und Abklärung nichts, jedes Kind behält seine Besonderheiten und Eigenarten, seine Schwächen und Stärken. Außerdem ist ein Kind in jedem Fall mehr als die Summe der Defizite, die gesunden Anteile sollten in der Therapie im Vordergrund stehen und nach der Diagnostik noch einmal besonders in den Vordergrund treten.

Literatur

- Chiurazzi P, Schwartz CE, Gez J, Neri G (2008). [XLMR genes: update 2007](#). Eur J Hum Genet. 2008 Apr;16(4):422-34
- Nöthen MM, Degenhart F, Forstner AJ (2019): Durchbrüche im Verständnis der molekularen Ursachen psychiatrischer Störungen. Nervenarzt 2019, 90:99–106
- Kim YS, State MW (2014). Recent challenges to the psychiatric diagnostic nosology: a focus on the genetics and genomics of neurodevelopmental disorders. Int J Epidemiol. 2014; 43(2). 465-75
- Kujat A (2002). Schuld und Schulgefühle bei genetischen Erkrankungen. Zeitschrift für Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft 2002;6: 7-8
- Kujat A, Strenge S, Froster UG (2007). Genetische Beratung bei Entwicklungsstörungen von Kindern. Kinder- und Jugendmedizin 4/2007, 183-187
- Leach E, Morris E, White HJ, Inglis A, Lehman A, Austin J (2016). How do physicians decide to refer their patients for psychiatric genetic counseling? A qualitative study of physicians' practice. J Genet Couns. 2016 25(6):1235-1242
- Mahler EA, Johannsen J, Tsiakas K, Kloth K, Lüttgen S, Mühlhausen C, Alhaddad B, Haack TB, Strom TM, Kortüm F, Meitinger T, Muntau AC, Santer R, Kubisch C, Lessel D, Denecke J, Hempel M (2019). Exome Sequencing in Children. Dtsch Arztebl Int. 2019 22;116(12). 197-204
- Majewski F (1978). [Alcoholic embryopathy] Fortschr Med 1978 Nov 16;96(43):2207-13
- Mullis KR, Faloona F, Scharf S, Saiki R, Horn G, Erlich H (1986): Specific enzymatic amplification of DNA in vitro: the polymerase chain reaction. Cold Spring Harb Symp Quant Biol. 1986;51 Pt 1:263-73.
- Paul O (2020). Diagnoseverarbeitung von Eltern behinderter Kinder in Reaction to Diagnosis Interview (RDI) und Auswirkungen auf das Spiel mit dem Kind. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 69: 625-642
- Tzschach A, Ropers HH (2007). Genetik der mentalen Retardierung Dtsch Arztebl 2007; 104(20). 1400-1405

Autorin:

Dr. med. Annegret Brauer
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Fachärztin für Humangenetik
Ludwig-Wucherer-Str. 80
06108 Halle (Saale)
Mail: post@kinderpsychiatrie-halle.de

Klein- und Vorschulkinder in familiengerichtlichen Auseinandersetzungen Schritte zu einer Mediation am Kind (Teil 1)

Petra Stemplinger

Zusammenfassung

Der Artikel gibt einen Einblick in die therapeutische Arbeit mit Klein- und Vorschulkindern inmitten schwerwiegender Konflikte ihrer Eltern. Kleinkinder brauchen dringend vor, während und nach familiengerichtlichen Auseinandersetzungen den Schutz einer therapeutischen Beziehung und Begleitung. Der Grundsatz „Begutachtung vor Therapie“ wird in Frage gestellt und eine Haltung „Therapie vor Begutachtung“ begründet.

Ein Elternteil, der beim jeweils anderen Elternteil Missbrauch oder Manipulation des gemeinsamen Kindes zu erkennen meint, hat ein dringendes Bedürfnis nach therapeutischer Begleitung des Kindes. Elternteile die diese Vorwürfe zu Unrecht bzw. zur (bewussten oder unbewussten) Ablenkung von eigenem Fehlverhalten erheben und aufrecht erhalten, zeigen dieses Interesse nicht, bzw. behindern den therapeutischen Prozess mit dem Kind. In der Gestaltung der Diagnostik und Therapie mit dem Kind und seinen Eltern treten problematische Erziehungshaltungen regelhaft hervor und werden sicher identifizierbar. Sie manifestieren sich als Reflexionsunfähigkeit und Reflexionsunwilligkeit der eigenen Meinung und der eigenen Handlungsmotivation. Sie zeigen sich in Form von Rigidität der Kommunikation, beschränkter Einfühlung in das Kind, vor allem aber in Widersprüchen und Inkongruenz zwischen Reden und Handeln. Unaufrichtigkeit einer Elternpersönlichkeit zu erkennen ist von erheblicher Bedeutung, weil sie das Vertrauen des Kindes in die eigene Wahrnehmung tiefgreifend und anhaltend erschüttert.

Der Beitrag versteht sich auch als Methodik zur Beurteilung der Erziehungsfähigkeit.

Einführung in die Thematik

In meiner Facharztausbildung habe ich gelernt, **keinen therapeutischen Prozess mit Kindern zu beginnen, deren Eltern ein Sorge- oder Umgangsrechtsverfahren anstrengen oder unterhalten**. Noch klarer wurde Abstinenz gefordert, wenn sie strafrechtliche Vorwürfe gegeneinander erheben. Die diagnostische Begutachtung dieser Kinder sollte den vom Gericht zu bestimmenden Sachverständigen vorbehalten bleiben. Eine solche Haltung schafft Klarheit und schützt den Therapeuten vor Verwicklung und Verstrickung in verfahrensrechtliche Notwendigkeiten. Mit wachsender Erfahrung in der ambulanten und stationären psychotherapeutischen Versorgung sei mir gestattet, einige Fragen und Sorgen in Bezug auf dieses Vorgehen zu formulieren und Erfahrungen zu beschreiben, die einen anderen Weg versuchen. Dass dieser Weg nur Sinn macht in einer koordinierten und kooperierenden Zusammenarbeit mit dem Jugendamt und dem Familiengericht, wird dem Leser evident werden. Dass man als KindertherapeutIn dabei in die gleichen Dilemmata gerät, wie die Kinder selbst, will ich adressieren und damit den Kindern eine Stimme geben.

Es soll ein Einblick in die Erlebniswelt von Kleinkindern werden wie sich diese in der therapeutischen Arbeit abbildet. Die Not dieser Kinder kann nach meiner Erfahrung in familiengerichtlichen Begutachtungen und Verfahren nur unzureichend wahrgenommen werden, da die Ebene der Beziehungsgestaltung ausgeklammert wird und Einsichten in die emotionale kindliche Erlebniswelt schwer zu operationalisieren und in ihrer Bedeutung zu gewichten sind. Letzteres wird möglich in einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung.

Mein Artikel *Plädoyer für eine Kultur des Fühlens in der Kindertherapie* der Ausgabe 4/2012 des Forums diente der methodenkritischen Vorbereitung für das Folgende.

Ich beziehe mich in diesem Beitrag **ausschließlich** auf die Situation der **Klein- und Vorschulkinder**. Mit Eintritt der Schulreife verändert sich vieles in der innerseelischen Verarbeitung von Krisen und Konflikten. Da Kleinkinder aufgrund ihrer Vulnerabilität das größte Risiko im Konflikt ihrer Eltern, aufgrund ihrer Vitalität aber auch die nachhaltigsten Heilungschancen mitbringen, verdienen sie gesondertes Augenmerk.

Fragen zum Problemkreis

- Wo und wie werden Klein- und Vorschulkinder zwischen konfliktreich getrennten Eltern und in komplexen familiengerichtlichen Auseinandersetzungen mit ausreichend Expertise wahrgenommen und begleitet?
- Mit welchen anderen Menschen ausser mit den Eltern, Geschwistern und den von den Eltern ausgewählten Menschen kommt ein Kleinkind in Kontakt?
- Welche öffentlichen Instanzen haben eine Chance, wahrzunehmen, ob ein Kind in einem familiären Konflikttherd steckt und ob es darin einer schwerwiegenden emotionalen Verunsicherung bzw. Verstörung ausgesetzt ist?
- Ist sichergestellt, dass diese Instanzen – Krippe, Kindergarten, Kinderarzt – ihre Beobachtungen im Alltag mit einer erfahrenen kinderpsychotherapeutischen Fachperson austauschen können?
- Welche Möglichkeiten haben sie, auffällige Beobachtungen am Kind kontinuierlich zu supervidieren und damit eine Expertise aufzubauen, Verantwortung zu teilen und Wahrnehmungen kindlicher Psychopathologie objektivieren zu lernen?
- Haben wir ausreichend therapeutische Kompetenzen und Netzwerke etabliert, innerfamiliäre Macht- und Unterdrückungsstrukturen an Kleinkindern zu entschlüsseln und aufzufangen?
- Wieviel Kontakte hat ein Sozialarbeiter des Jugendamtes mit dem Kind persönlich? Wieviel ein Verfahrensbeistand? Wieviel die Mitarbeiter einer Elternberatung? Wieviel die Gutachter? Reichen diese Kontakte zur Beurteilung der seelischen Situation eines Kleinkindes?
- Werden Kinderrechte neben Elternrechten in Familiengerichtsverfahren gleichermaßen gewürdigt?
- Versteht ein Kleinkind, die unterschiedlichen Aufgaben der vielen beteiligten Personen? Wer erklärt ihm diese?
- Wer garantiert dem Kind das Recht auf Schutz und Fürsorge, solange seine Eltern sich wechselseitig der Unfähigkeit und missbräuchlichen Unehrllichkeit beschuldigen?
- Was heißt Kinderrecht im Elternstreit um Sorge und Umgang und wer steht dafür ein, solange die Erwachsenen untersuchen, wer von den Eltern Recht hat bzw. Recht bekommen soll? Und was ändert sich in der Psychodynamik einer Familie nach einem Gerichtsbeschluss?

- Wie viele fremde Menschen sprechen im Rahmen eines Familiengerichtsverfahrens mit dem Kleinkind? Wie viele Befragungen und Begutachtungen sind ihm zuzumuten?
- Wer bestimmt das und auch, wann es reicht?
- Wie nimmt man Affekte, Bedürfnisse, Spannungen, Nöte und Willensimpulse von Kleinkindern in familiären Unterdrückungsstrukturen adäquat wahr und übersetzt sie in eine verfahrensrelevante Sprache?
- Kann man sich ohne kontinuierliche psychopathologische Evaluation und therapeutische Beziehung zum Kind wirklich ein Urteil über seine Situation erlauben?
- Ist die gewachsene Zurückhaltung des Kinderpsychotherapeuten in dieser Situation der Kinder gerechtfertigt?
- Wie sind wir ausgebildet, mit Eltern zu arbeiten, die sich wechselseitig schwerwiegende Vorwürfe machen?

Mediation am Kind – ein Weg der Tabus bricht und warum es sich trotzdem lohnt, ihn zu gehen

Mir ist klar, dass das hier beschriebene Vorgehen Tabus bricht. Tabus der Richtlinienpsychotherapie ebenso wie traditionell gewachsene Vorgehensweisen der familiengerichtlichen Begutachtung und juristischer Verfahrenswesen. Erfahrene Kindertherapeuten werden rasch nachvollziehen, auf welchem schmalen Grat zwischen Schweigepflicht, Verrat des therapeutischen Schutzraumes, gesellschaftlichen, familiären wie individuellen Kinderschutzbelangen man unterwegs ist mit den beschriebenen Fällen. Ich räume ein, dass man die Gründe und Notwendigkeiten für diese Tabubrüche nicht einsehen, ja abweisen kann. Sie stellen eine Zumutung dar, für das eingespielte und begründete Procedere der am Kinderschutz beteiligten Fachdisziplinen. Wenn Sie diese Zumutung erleben, bitte ich Sie, sich zu fragen, was mich dazu bewogen haben könnte, einen Weg zu beschreiten, der sich belastend, rechtlich ungeschützt und unwirtschaftlich gestaltet gegenüber einer regelkonformen Abstinenz in diesen Fällen. Bevor Sie das Beschriebene als unsachgemäß abweisen, lade ich Sie ein, sich mit mir gemeinsam auf die Not dieser Kinder einzulassen, so wie die Kinder selbst sie zum Ausdruck bringen.

Als Therapeuten verfügen wir über Handwerkszeug, uns nicht in das Leid unserer Klienten zu verstricken. Betroffene Kleinkinder sind ihrem Leid schutzlos ausgeliefert, wenn die Eltern als Schutzinstanz versagen. Ein solches Versagen liegt vor, wenn Eltern nicht mehr miteinander sprechen und sich

stattdessen der Lüge, des Missbrauches, der Manipulation des Kindes bezichtigen. Ich habe mich mit gewachsener Erfahrung daran gewagt, den Weg der Involvierung in das Verstrickt-sein dieser Kinder mit den eigenen Eltern zu gehen. Ich rate ausdrücklich davon ab, dieses Vorgehen ohne Erfahrungsbasis und Supervision nachzuahmen. Auch ich muss mich davon zurückziehen, wenn diese Arbeit keinen Schutz erfährt und sich ein therapeutisch koordiniertes, interdisziplinäres Zusammenwirken der beteiligten Berufsgruppen nicht erreichen lässt. Zu hoch sind die Reibungsverluste im Praxisalltag, wenn es an klaren Rahmenbedingungen für eine solche Arbeit fehlt. Zu häufig die willkürlichen Abbrüche seitens des Elternteils, das die psychotherapeutische Zusammenarbeit am nötigsten bräuchte und für das Kind gefährlich ist.

Dennoch überwiegen die dankbaren und befreienden Momente der Kinder, die ich begleiten konnte auf diesem Weg inklusive ihrer schutzbefähigten Elternteile. Weil das so ist und weil mir immer deutlicher wird, wie wir aktuell im Kinderschutz in einer Erwachsenenart des Top-down befangen sind, die den Kindern nur marginal gerecht werden kann, will ich Einblicke geben in mein Vorgehen. Es stellt den Versuch dar, Kinderschutz auf dem Erleben des Kindes (bottom-up) zu begründen.

Dass es eine kontinuierliche und dynamische Qualitätssicherung dieser kindertherapeutischen Kompetenz geben muss und wie diese aussehen kann, versuche ich in einem zweiten Teil meiner Ausführungen zu entwerfen.

Ein wissenschaftlicher Diskurs zum seelischen Erleben eines Kleinkindes darf keine Fachgruppe ausschließen, muss Dialog ermöglichen und dazu einladen

Ich beschreibe in diesem Bericht, seelische Zusammenhänge auf Basis der therapeutisch geschulten Erfahrung und begleitenden dialogischen Sicherung mittels Supervision und Reflexion im Team. Die Basis dialogoffener Erfahrung kann es jedem, auch fachfremden Leser ermöglichen, anzuknüpfen und in Austausch zu kommen. Ich lade auch familiengerichtliche Fachkräfte ein, sich mit den Möglichkeiten einer Kleinkind-therapie vertraut zu machen. Das Dargestellte soll nachvollziehbar sein, damit die eigene Urteilsbildung und der Dialog angeregt wird. Ich bediene mich daher bewusst auch der Alltagssprache.

Eine sachgerechte Urteilsbildung zur Welt des Kleinkindes braucht und lebt von der Dialog- und Prozessfähigkeit, d.h. genau von dem, was den Eltern im Konflikt verloren geht. Wie sich dieser dramatische Verlust für die Kinder überbrücken und wieder in Gang setzen lässt, ist mein Thema. Meine Darstellung will die Wahrnehmungs- und Beurteilungsfähigkeit für kindliche Bedürfnisse beim Leser stärken, indem sie den Blick auf bestimmte Phänomene lenkt. Diese live-Wahrnehmung des Seelischen ergänzt psychometrische Diagnostik und bedarf der gezielten Schulung. Sie führt zu der Befähigung, grobe Hindernisse und Unaufrichtigkeiten im Elternverhalten zu erkennen und stellt damit einen konkreten Ansatz zur Beurteilung der Erziehungsfähigkeit dar (Zumbach & Oster).

Diese Fähigkeit wird bei Therapeuten im Rahmen ihrer Ausbildung in der Auseinandersetzung mit der eigenen Gefühlswelt, d.h. in Selbsterfahrung grundgelegt. Eine kindertherapeutische Kunst wird daraus, wenn man diese Erfahrungen in der Arbeit mit Kindern jeden Alters entwicklungsphysiologisch und -psychologisch deklinieren lernt. Dabei entsteht eine Kompetenz der Beziehungsgestaltung mit dem Kleinkind, die vor allem eines voraussetzt: Eine **Wahrnehmung und Anerkennung der authentischen Gefühlswelt und Willensimpulse des Kindes**.

Respekt vor einem Kind begründet sich im Respekt für seine Erlebnisrealität und diese kann es nur in der ihm eigenen Weise (d.h. im Spiel) zum Ausdruck bringen. Andere Arten der Evaluation laufen Gefahr, dem Kind erwachsene Sichtweisen überzustülpen.

Jeder aufgeklärte Mensch erlaubt sich heute selbstverständlich die Begründung seines Urteils auf Basis seiner Wahrnehmungen und Erfahrungen. Im Gebiet der seelischen Wahrnehmung der kindlichen Innenwelt herrscht diesbezüglich eine gewisse Willkür, über die es **fachkundig und allgemeinverständlich aufzuklären gilt**.

Aufklärung über die Kinderseele sollte allgemeinverständlich sein, damit sie **dialogfähig und dialogkompetent** macht. Es sollte kein Studium erfordern, Kleinkinder zu verstehen und ihnen gerecht zu werden. Wohl aber wird eine Beurteilung ihre Erlebnisweise unsere stetige selbstreflexive, selbstkritische und wohlwollende Lernbereitschaft voraussetzen. Selbsterfahrung und Selbsterziehung sind unumgängliche Bausteine auf dem Weg zu dieser Fachsprache und Fachkompetenz der Kinderseele.

Besonderheiten der Versorgung an einem Kinderkrankenhaus

Ich führe eine klassische kinderpsychiatrische Praxis, die in ein Kinderkrankenhaus integriert ist (MVZ am Kinderkrankenhaus St. Marien, Landshut). In 13 Jahren konnte sich so in stetiger konsiliarischer Kooperation mit den Kinderärzten eine Schwerpunkttätigkeit in Psychosomatik und Kinderschutzarbeit (ICD 10 Kapitel F4 Diagnosen) ausbilden. In diesem Zusammenhang bin ich häufig mit dem beschriebenen Problem konfrontiert.

Als Leitung der stationären Psychosomatikabteilung in diesem Kinderkrankenhaus konnte ich zudem feststellen, dass maligne Trennungskonflikte im Patientenkontext der Psychosomatik sehr häufig vorkommen. Das verwundert nicht und entspricht dem Stand der pädiatrischen Forschung zum toxischen Stress in der frühen Kindheit (Friedmann, HS. und Martin, LR. „The longlife Formel“ S. 121 – 138 in Soldner, G. 2015). Psychosomatisch bedingte Beschwerden sind verknüpft mit einer Fehlregulation des vegetativen Nervensystems. Die Balance zwischen Sympathikus und Parasympathikus, zwischen Anspannung und Entspannung, Abbau- und Aufbaustoffwechsel ist gestört. Ein regenerierender Aufbau der Lebenskräfte tritt zurück hinter einen verbrennenden Raubbau an diesen Kräften und zeigt sich in Form von Schmerzen, Störungen der Verdauung, des Schlafes, des Wachstums, der Konzentration und des Gedächtnisses. Burnout ist das Schlagwort für diese Dynamik in der Erwachsenenmedizin. Ähnliche Phänomene sind aber auch bei Klein- und Vorschulkindern zu beobachten.

Ein weiterer Grund, mich den Klein- und Vorschulkindern in der Zerrissenheit zwischen ihren Eltern zuzuwenden, ist auch die psychotherapeutische Erfahrung mit jugendlichen Klient*innen, die in ihrer Kindheit einer vergleichbaren Situation ausgesetzt waren und dabei eine systematische Verstörung und Entwürdigung ihrer Persönlichkeit in der eigenen Familie erleben mussten, ohne dass diese von den eingesetzten Instanzen (Jugendamt, Beratungsstelle, Familiengericht, Kindergarten und später Schule) verhindert werden konnten. Das innere Ringen dieser jungen Menschen um ihre Urteils- und Selbstsicherheit ist ungleich schwieriger und langwieriger, als Kleinkinder zu stabilisieren, die regenerieren sobald sie Schutz erfahren.

Konflikte bedeuten Stress

Konflikte und Spannungen im psychosozialen Umfeld sind belastend. Als Erwachsene haben wir Strategien damit umzugehen von Auseinandersetzen bis Aus-dem-Weg-gehen. Ein Kleinkind, das der Spannung seiner streitenden

Eltern ausgesetzt ist, verfügt nicht über diese Möglichkeiten der Stressbewältigung und Konfliktlösung. Kleinkinder sind dem Konflikt in der Familie unausweichlich ausgeliefert. Auch und gerade, wenn man vielfach von den Eltern hört, dass „sie ja nichts mitkriegen“, sind die Folgen in der Physiologie ihrer Affekt- und Impulsregulierung zum Teil verheerend. Stress, der nicht von einem reifen ZNS „reflektiert“, d.h. gespiegelt werden kann, wirkt nervenaufreibend im Vegetativum. Die Wachstums- und Reifungsvorgänge des Nervensystems brauchen adäquate Anregung und ruhige Entspannung im rhythmischen Wechsel, um sich zu konsolidieren. Fehlt die sichere, entspannte Atmosphäre in der Familie, geraten diese Kinder in dysregulierte Zustände, die psychische **und körperliche** Erkrankungen bahnen. Ich möchte auf die bedeutende Arbeit des Entwicklungspädiaters Shonkoff (2012) verweisen (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22201148/> „... this report illustrates how early experiences can leave a lasting signature on the genetic predispositions that affect emerging brain architecture and longterm health“).

Konflikte zwischen Eltern, die trotz Beratung persistieren und zu Gerichtsverfahren führen, zählen zu den toxischen Stressfaktoren der frühen Kindheit und stellen einen erheblichen Risikofaktor für die Entwicklung dieser Kinder dar. Häufig kommen Begutachtungen im Sorge- und Umgangsrecht deshalb zurecht zu der Empfehlung einer Kindertherapie. Diese Kinder brauchen in der Regel aber schon vor und während der Begutachtung, das heißt auch vor und während des Gerichtsverfahrens eine fachkundige Entwicklungsbegleitung und phasenweise auch einen psychotherapeutischen Schutzraum.

Ein Kind nach einer Trennung alleine zu erziehen stellt eine Herausforderung dar und bildet sich in allen Risikostudien ab. Jede/r Alleinerziehende ist angewiesen auf den Rückhalt und die Erziehungspartnerschaft mit dem getrennten Elternteil möglichst auf allen Ebenen. Bricht diese Partnerschaft weg und gerät sie gar zur **Erziehungsgegnerschaft, bedeutet das immer einen erheblichen und im Verlauf behandlungsbedürftigen Stress für das Kind und oft auch für den/die Alleinerziehende/n**. Wenn Eltern sich wechselweise nicht mehr trauen und dem jeweils anderen mit schwersten Vorwürfen begegnen, gibt es keine Sicherheit mehr für das Kind. Es bedeutet, dass im Schutzraum Familie ein feindliches, kaltes, aversives Gegeneinander herrscht. Jede Äußerung des Kindes kann Spannungen und gefährliche Ausbrüche der Erwachsenen auslösen. Das Kind gerät in eine Überwachsamkeit, Überangepasstheit, zensiert eigene Impulse (je nach Intelligenz und Einfühlungsvermögen) und/oder wird entwicklungsauffällig.

Jack Shonkoff schreibt in seiner Schlüsselpublikation 2012: "... wenn diese Stress-Systeme (wie maligne Konflikte und Machtsysteme A.d.V.) in der frühen Kindheit dauerhaft über Wochen und Monate aktiviert bleiben, wenn das Leben der Kinder überhaupt in diesem Modus verläuft, hat das einen zerstörerischen Effekt auf den ganzen Organismus. Es zerstört buchstäblich neuronale Verknüpfungen während sie gerade entstehen: es führt zu Arteriosklerose und Insulinresistenz und so verstehen wir allmählich, wie das Unheil sich im Körper manifestiert."

Er fordert auf Basis dieser Erkenntnisse einen Paradigmenwechsel für die Pädiatrie hin zu mehr Prävention und Augenmerk auf den Schutz der Kinder in der frühen Kindheit. Erfahrungen aus der Psychotherapie mit Kleinkindern können dabei richtungsweisend sein.

Wenn die eigene Familie nicht mehr der Ort ist, in dem man Schutz und Geborgenheit erfährt, sondern wenn sie zu einem Ort des Misstrauens und des Machtmissbrauches verkommt, braucht ein Kind einen sicheren Ort in unserer Gesellschaft. Wo findet es diesen?

Sollte der Kinderpsychiater und -psychotherapeut aufgrund des hohen Risikos dieser Kinder nicht eine definierte Rolle spielen vor, während und nach familiengerichtlichen Verfahren? Wie kann diese Rolle aussehen? Wie sollten diese Therapeuten ausgebildet sein? Wie könnte und sollte ihre Arbeit im Kontext des Gerichtsverfahrens eingebunden werden?

Einführung am typisierten Fallbeispiel:

Eine Mutter stellt ihre vierjährige Tochter in der Notfallambulanz des Kinderkrankenhauses vor. Sie habe die Tochter verstört und weinend, ungepflegt und zerzaust aus dem Wochenendumgang beim getrennt lebenden Vater in Empfang genommen. Die Tochter gehe nur widerwillig zu diesen Umgängen, zeige sich danach regelhaft verstört und zurückgeworfen in ihrer Entwicklung, nasse wieder ein, klammere sich an die Mutter und schlafe unruhig. Das Jugendamt sei bereits beteiligt im Sinne einer Vermittlung zwischen den Eltern. Eine Umgangsvereinbarung sei getroffen worden. Ein Beratungsprozess an der Erziehungsberatungsstelle laufe parallel. Die KM mache sich Sorgen um die Tochter und fühle sich zunehmend überfordert, das Kind gegen seinen Willen dem KV zuzuführen.

Es erfolgt eine kinderärztliche inklusive kindergynäkologische Untersuchung durch unser Kinderschutzteam. Eine Beobachtung über zwei Nächte, in denen sich das Kind rasch unauffällig zeigt, schließt sich an. Ein körperlich manifester Hinweis auf Übergriffe wird nicht gefunden.

Ich werde als KJPP konsiliarisch hinzugezogen mit der Bitte um eine Einschätzung und Empfehlung zum weiteren Vorgehen.

In der Anamnese mit der KM zeigt sich eine bereits zwei Jahren andauernde Trennungs-, Unterhalts- und Umgangsauseinandersetzung. Die KM ist Vollzeit berufstätig als Erzieherin und wird vom eigenen Familiensystem unterstützt.

Ein Kennenlernen und Einbinden des KV klappt in der Zeit des kurzen stationären Aufenthaltes zunächst nicht. Die Mutter wünscht sich bei Entlassung eine Fortführung der Entwicklungsbegleitung des Kindes. Der eingeforderten Kooperation mit dem sorgeberechtigten KV stimmt sie zu. Dieser bringt telefonisch seine Bereitschaft zur Mitarbeit zum Ausdruck und kommt zu einem ersten Ambulanzkontakt alleine.

Im Weiteren ergibt sich eine Begleitung des Kindes (in wechselnder Frequenz).

Wenn Uneinigkeit verhindert, dass Kinder einem Kindertherapeuten zugeführt werden

Als Kinderpsychotherapeutin gerät man in der Auseinandersetzung mit maligne verstrickten Eltern laufend in schwierige Situationen:

Eine erste Hürde besteht in der Uneinigkeit der Eltern. Denn wer sich bezüglich Umgang, Sorgerecht oder Unterhalt nicht einig wird, findet diese Einigkeit meist auch nicht an der Frage, ob das Kind einen Therapeuten braucht. Die Eltern müssten sich aber einigen, denn der KJPP braucht schon für eine Untersuchung des Kindes die schriftliche Zustimmung beider ET. Diese Zustimmung wird von einem ET häufig kategorisch aversiv verweigert („Das Kind braucht keinen Psychiater! Das Kind ist normal, es hat kein Problem. Du bist das Problem!“).

Nach § 1687 Abs. 1 S.2 BGB verlangt das Gesetz „in Angelegenheiten, deren Regelung für das Kind von erheblicher Bedeutung sind“ eine einvernehmliche Zustimmung beider sorgeberechtigter Eltern. Kinderpsychiatrische Diagnostik fällt unter diese Kategorie.

In dieser Situation ergibt sich (siehe Beispielfall) ein Dilemma zwischen der Wächterfunktion als Diagnostiker und der rechtlich gebotenen Zurückhaltung

bei fehlender Auftragserteilung durch beide Sorgeberechtigten. Dieses Dilemma läßt sich i.d.R. noch gut überwinden, indem man beim ersten Termin mit dem einen ET (meist mit der Mutter) klarstellt, dass der nächste Termin dem anderen ET (dem Vater) vorbehalten ist. Das Problem der Uneinigkeit in der Elternschaft bleibt aber bestehen und die Zustimmung damit unzuverlässig. **Die Gefahr des Abbruches durch ein ET muss kontinuierlich im Bewusstsein des Therapeuten präsent bleiben.**

Es ist widersinnig, eine Therapie, das heißt einen auf Vertrauen und Beziehungskontinuität gegründeten Prozess mit einem Kind zu beginnen, wenn dieser willkürlich von Seiten eines Sorgeberechtigten abgebrochen werden kann. Das Vertrauen beider Eltern gilt es deshalb parallel zu konsolidieren.

Unberechenbare Abbrüche, die dem Elternkonflikt geschuldet sind, stellen einen Hauptgrund dar, keine Therapie mit Kindern zu beginnen, die Gegenstand gerichtlicher Auseinandersetzung sind. Die Kinder aber nicht zu sehen und zu begleiten, zumal wenn ein Elternteil eine Symptomatik von Krankheitswert erkennt, erscheint mir auch keine Lösung in Anbetracht der oben beschriebenen Risiken.

Wie gewinnt man uneinige Eltern dafür, ihrem Kind einen Schutzraum zuzugestehen?

Als Kindertherapeutin geht es mir nicht um juristische Fragestellungen. Ich suche das Kleinkind zu verstehen und dieses Verständnis den Eltern nahe zu bringen. Ich stehe auf keiner Seite, sondern weiß um die Gefährdung des Kindes und will, dass beide Eltern diese Gefährdung gleichermaßen einsehen und Sorge tragen lernen. Ich prüfe sozusagen, ob beide anerkennen, dass das Kind zerrissen ist und einen neutralen Raum braucht, gerade weil sie sich als Eltern wechselseitig eine missbräuchliche Erziehung vorhalten. Anerkennen beide Eltern, dass eine Psychotherapie bzw. eine spieltherapeutische Entwicklungsbegleitung so einen neutralen Raum und Rahmen für das Kind bieten und ihnen damit die Welt des Kindes nahebringen kann? Wenn ja, kann ich eine erfolgreiche *Mediation am Kind* durchführen und eine familiengerichtliche Auseinandersetzung kann aufgelöst werden.

Nicht alle Elternteile sehen bzw. wollen die Betroffenheit ihrer Kinder von den eigenen Verhaltensweisen einsehen. Eine gesetzliche Aufklärungspflicht (vergleichbar der Raucheraufklärung) über das Gesundheitsrisiko der Kinder

bei persistierenden familiären Konflikten wäre geboten. Jugendämter sollten über ausreichend niedrigschwellige Möglichkeiten verfügen, Risikokinder einer kindertherapeutischen Diagnostik und Begleitung zuzuführen. Die Verweigerung einer solchen Diagnostik und Begleitung seitens eines Elternteiles sollte negativ konnotiert und rechtlich nicht toleriert werden.

Der Kurs „Kinder im Blick“ (<https://www.kinder-im-blick.de/>) war ein Meilenstein auf dem Weg zu einer solchen Aufklärung. Dass er vielen Eltern gerichtlich auferlegt wird, erlebe ich hilfreich. In den von mir begleiteten Fällen wird deutlich, dass die Durchführung und das Ergebnis in Bezug auf das Kind evaluiert und begleitet werden muss. Ein Lernerfolg ist nicht implizit.

Im **Falle der beschriebenen 4Jährigen** wird die Diagnostik primär von der KM gewünscht. Neben den von der Mutter beschriebenen Sorgen, zeigt sich ein intrinsisches Bedürfnis des Kindes zur Stressregulation in der Diagnostik. Es weicht zunächst nicht vom Schoß der Mutter, kann aber bereits im zweiten Termin gewonnen werden, alleine mit der Referentin im Zimmer zu spielen. Sie schickt bei folgenden Treffen die Mutter aktiv aus dem Zimmer, um ihre Spielzeit zu bestimmen. Das Spiel nimmt in Folge Fahrt auf. Die 4-Jährige zeigt sich auffällig angespannt.

Im Kindergarten sei sie laut Mutter angepasst, zurückhaltend, vereinzelt auch gehemmt. In der Therapie zeigt sie sich ausgelassen und triumphierend. Sie schießt am liebsten mit der Armbrust gegen die Therapeutin. Zielt auf deren Augen und wiederholt „das tut nicht weh“. Übt sich mit der Schwimmnudel im Attackieren der Referentin. Sie sucht die Therapeutin auszutricksen und ihr das Gefühl zu geben, dass sie unterlegen ist und alles verkehrt macht.

Spieltherapeuten erkennen in diesem Spiel das typische Ausagieren von Erlebnissen, die ein Kind überfordern. Dieser Befund bedarf der weiteren Beobachtung. Er muss daher beiden Elternteilen situationsadäquat nahe gebracht werden. Die Mutter im Beispielfall erlebt sich durch den Befund bestärkt in ihrer Wahrnehmung des Kindes. Der Vater weist eine Auseinandersetzung mit den Spielinhalten kategorisch ab und bewertet die Auffälligkeiten seiner Tochter im Spiel als Folge der mütterlichen Fehlerziehung und ihrer Hetze gegen den Vater.

Anerkennung der Befunde aus der Spieltherapie seitens der Eltern

Wenn ein Kind beim KJPP gesehen und eingeschätzt werden soll, setzt das bei beiden Eltern voraus, dass sie der Fachperson auch in Bezug auf das eigene Kind Fachkompetenz zugestehen und sich auf die Befundergebnisse einlassen. Man kann diese Offenheit auch „Vertrauen in den Arzt bzw. Therapeuten“ nennen. Dieses Vertrauen ist keine Selbstverständlichkeit.

Die meisten Eltern sind überzeugt davon, dass sie als Mutter und Vater die Seele des eigenen Kind am besten kennen und verstehen, was ja in der Tat meist zutrifft. Gerade wenn sie dieses Verständnis haben, sind sie in der Regel offen und interessiert am fachkundigen Blick auf ihr Kind. Einige Eltern geraten jedoch unmittelbar in aversive Gefühle, wenn man ihrer Einschätzung eine weitere Sicht hinzufügen will und diese nicht der eigenen entspricht. Im Bereich der somatischen Medizin lässt sich eine Ablehnung manifester Befunde und notwendiger ärztliche Massnahmen leicht aufzeigen. Die Rigidität der Vorstellungen eines Elternteiles bezüglich der gesundheitlichen Situation des eigenen Kindes, das Leugnen von Realitäten kann augenfällig werden. Im Falle psychopathologischer Befunde ist diese **Erdung an Fakten** deutlich schwieriger und geht noch schneller mit einer In-Frage-Stellung und Ablehnung des Diagnostikers einher. Zumal, wenn es den eigenen Vorstellungen entgegenläuft.

Das Vermitteln „schwieriger“ Befunde gegenüber Eltern gehört zum Alltag eines Kinderarztes und auch eines Kinderpsychiaters. Dabei schult sich das ärztliche Wahrnehmungs- und Reaktionsvermögen in Bezug auf die Abwehr der Eltern.

Die Abwehr der Befunde durch den Vater im **Beispielfall** wird konstant mit dem Erziehungsverhalten der KM begründet. Er bleibt im Belastungseifer. Eine solche Situation ist typisch im beschriebenen Klientel und macht die Notwendigkeit der Diagnostik und Begleitung nur umso deutlicher. Das Kind droht in der Polarisierungsbefangenheit des Vaters aus dem Blick zu geraten.

Wie wichtig bei einer psychopathologischen „Erdung an Fakten“ auch der konzertierte Blick aller im Alltag beteiligten Fachpersonen auf die Situation des Kindes ist und wie diese Zusammenschau organisiert werden kann, will ich in einem zweiten Teil meiner Darstellungen ausführen.

Welche Gründe haben Eltern, sich gegen einen Befund der Psychodiagnostik zu stellen?

Jeder Erwachsene gesteht sich heutzutage selbstverständlich ein sicheres Urteil über seine Innenwelt und seine Beziehungsgestaltung zu. Das ist gut und richtig und reguliert sich in den Auseinandersetzungen des Alltags. Konflikte sind allfällige Indikatoren für die Störanfälligkeit und Fehlerbehaftung dieser Selbstreflexionsprozesse. Kaum ein Erwachsener toleriert gerne Kritik an den eigenen Ansichten und Einschätzungen zu psychischen Zusammenhängen. Wir reagieren empört, verletzt, beleidigt, ignorant, souverän – selten dankbar (obwohl man doch nur so blinde Flecken der eigenen Wahrnehmung aufdecken und den eigenen Horizont erweitern lernt). Wie sollte es Eltern anders gehen, wenn sie – und sei es noch so einladend und humorvoll verpackt – ungebeten zur kritischen Selbstreflexion ihres Blickes auf das eigene Kind aufgefordert werden?

Und doch stellt gerade die Selbstreflexionsfähigkeit und -bereitschaft eine grundlegende „kognitive, emotionale und soziale Kompetenz elterlicher Erziehungsfähigkeit“ S.44 Zumbach und Oster (2020) dar.

Wenn das Vertrauen in den Therapeuten schwindet, sobald dieser mit seinen Befunden nicht mehr das vorgefasste Urteil des Elternteils bedient, hat man es mit einer **Schlüsselsituation des Klientels zu tun: Die Sorge um das Kind gerät aus dem Blick und die Verteidigung der eigenen Ansichten wird vorrangig.**

Diese Haltung eines Elternteiles zeigt sich nach meiner Erfahrung recht rasch und oft im Vorfeld bereits gegenüber anderen Fachpersonen (JA, Kindergarten). Sie ist richtungweisend bei der sachgerechten Beurteilung der Vorwürfe der Eltern gegeneinander.

Für den Prozess einer Mediation am Kind ist von beiden Eltern zu fordern, dass sie die Gefährdung des Kindes vorrangig vor dem eigenen Bedürfnis Recht-zu-behalten (= den anderen zu belasten) akzeptieren und aushalten. Wer zu dieser Akzeptanz nicht fähig ist, disqualifiziert sich in Bezug auf die gemeinte Selbstreflexion und disqualifiziert sich auch im Durchhalten einer Mediation am Kind.

Zugegebenermaßen kommt bei dieser Forderung dem kindertherapeutischen Diagnostiker eine hohe, für Eltern möglicherweise inakzeptabel hohe Verantwortung zu. Diese Verantwortung tragen ansonsten die Gutachterinnen, die unter ungleich schwierigeren Bedingungen und strengen juristischen Vorga-

ben evaluieren und agieren müssen. Ob ein Kindertherapeut nicht eine höhere Chance hat, der Wahrheit des Kind gerecht zu werden, steht zur Diskussion. Die Verantwortung ist in jedem Falle hoch. Was wenn wir irren in der Beurteilung der Situation des Kindes?

Wie weit lassen sich Affekt und Willensimpulse eines Kleinkindes fachgerecht beurteilen, wenn es diese Affekte und Impulse nicht spontan ausagieren und das heißt spielen darf? Wie sicher kann man sich bei Kleinkindern auf der Basis psychometrischer und projektiver Diagnostik und anamnestischer Befragung jemals sein? Läuft die kognitive Ebene dieser Erhebungsarten nicht grundsätzlich Gefahr, dass das Kind „Angelerntes“ wiedergibt? Ist nicht das Spiel im sicheren Setting die adäquatere Möglichkeit, seine authentischen Emotionen, Affekte, Impulse und Spannungszustände zu evaluieren?

Eine qualitätssichernde Kooperation und damit Verantwortungsverteilung sollte installiert sein. Die konferierende Zusammenarbeit aller involvierten Fachpersonen (Jugendamt, Verfahrensbeistand, Kindergarten, Kinderarzt) kann die Einschätzung eines Einzelnen im Austausch mit den anderen entlasten. Sie könnte standardmäßig der oben erwähnten **Erdung** der Eltern dienen.

Wer oder was ist krank im Beispielfall? Wo liegt die Störung? Welche Diagnostik und welche Behandlung ist zielführend?

Im beschriebenen **Fallbeispiel** zeigte das Kind eine akute Belastungsreaktion, die sich zunächst im Rahmen des kurzen stationären Aufenthaltes beruhigt. Die Anamnese deutet jedoch auf Zusammenhänge, die eine weitere Beobachtung und Diagnostik in Richtung posttraumatischer Belastungsstörung oder Anpassungsstörung notwendig machen. Die Mutter beschreibt gestörte Nächte, Anhänglichkeit und Entwicklungsrückschritte. Sie wünscht die Fortsetzung der Begleitung und auch der Vater stimmt zunächst zu. Im beschriebenen Fall ist es die 4Jährige selbst, die durchsetzt, dass sie weiter kommen darf. Sie will spielen. Warum sie dieses Bedürfnis entwickelt und was sie über ihr Spiel zum Ausdruck bringt, ist relevant in Bezug auf die oben genannten Fragen.

Es gibt lösbare Schwierigkeiten und Spannungen nach einer Trennung. Diese können in der Kommunikation der Eltern oder in der Anpassung des Kindes an vielfältige Veränderungen bei Mutter und Vater begründet sein. Diese

Fälle sehen wir in der Regel nicht, sie beruhigen sich einfach mit Zeit und Geduld. Die von mir begleiteten Fälle zeigen eine anhaltende Persistenz des Konfliktes, welche häufig in (einseitiger) Elternpathologie begründet liegt und sich am Kind spiegelt.

Die Pathologien dieser Beziehungsdynamik um das Kleinkind sind aus der Gutachterpraxis hinlänglich bekannt und müssen auch in eine kinderpsychotherapeutische **Differentialdiagnostik** eingeschlossen werden:

Das **Besuchsregelungssyndrom**

Das **Pariental-Alienation-Syndrom PAS**

Unterschiedliche **Formen des Missbrauchs**, welchen häufig ein vorbestehender Macht-Unterwerfungs-Konflikt der Paarbeziehung zugrunde liegt.

Jede dieser Eltern-Konstellationen kann sich hinter der Umgangsverweigerung des Kindes verbergen und stellt eine Gefahr für seine seelische Gesundheit dar. Die Eltern weisen jeweils wechselseitig auf den anderen, das Kind für die eigenen Bedürfnisse zu missbrauchen. Jedes Elternteil sieht sich in der Notwendigkeit, das Kind vor den Bedürfnissen und Machtansprüchen des andern zu schützen. Die Frage „Wer hat recht?“, steht im Raum und wird an das Familiengericht adressiert.

Egal ob derart gravierende Vorwürfe zu recht oder zu unrecht erhoben werden, sind sie für das Kind fatal. Sie provozieren in der Regel mindestens eine Anpassungsstörung. Unerkannt und unbehandelt können diese Belastungen wie oben beschrieben in psychische, psychosomatische oder mit Latenz in körperliche Leiden chronifizieren.

Schwerwiegend ist ein anhaltender Belastungseifer gegenüber einem Elternteil, wenn er nicht am Kind orientiert ist. Dass sich hinter einem hoch emotional vorgebrachten Leidensdruck („Ich bin seit Monaten abgeschnitten von meinem Kind.“) auch ein Täter verstecken kann, der gekränkte Gefühle in Szene setzt, gilt es zu durchschauen, da die Unaufrichtigkeit gegenüber dem Kind, den schlimmsten Schaden in seiner Urteilsreife anrichtet.

Die Diagnostik muss daher systemisch fundiert gestaltet werden. Das Kind gilt es bei allen Schritten der Diagnostik als Beurteilungsbasis im Blick zu behalten.

Grundsätzliches zur Diagnostik

Eine notwendige Voraussetzung zur vertieften psychopathologischen und psychodynamischen Beurteilung eines Kleinkindes besteht in einer **Beziehung, die auf Vertrauen gründet**. Dieses Vertrauen zeigt sich daran, ob und wie sich das Kind von der Hauptbezugsperson trennt und alleine bei der Therapeutin bleibt. Die Zeit mit der Therapeutin darf es frei, d.h. ohne Befragung oder festgelegte Fragestellungen, gestalten und sich dabei selbst zum Ausdruck bringen. Damit ist die größtmögliche Sicherheit einer Einschätzung seiner Affekte, Spannungen, Intrusionen und Impulse gewährleistet. Freie Spielimpulse eines Kindes kommen seiner emotionalen und volatilen Originalität am nächsten. Sie durchbrechen am ehesten die unbemerkte Umklammerung seiner Erlebniswelt, die (bewusst oder unbewusst) von einem oder beiden Elternteilen kontrollierend aufrechterhalten wird.

Zu den Spielinhalten komponieren sich in der Diagnostik die Blickwinkel und Haltungen der Eltern, die Fremdanamnesen und der Verlauf. Eine fortgesetzte Wahrnehmung des Kindes und des Kooperations- und Kommunikationsverhaltens der Eltern, sichert die Einschätzung. Zeitliche Befristungen wie bei der Begutachtung entfallen. Es droht lediglich der Abbruch seitens des Elternteils, das im Belastungseifer befangen bleibt.

Typische systemische Konstellationen der Elterndynamik

Voraussetzung ist immer die Arbeit **mit beiden Eltern getrennt voneinander**. Das heißt ausführliche Anamnesen mit jedem einzeln.

Im **Beispielfall** kommt der KV zum ersten Ambulanztermin alleine und ist ab da regelmäßig eingebunden in den Prozess. Das Kind selbst verweigert gemeinsam mit dem Vater zu kommen.

Inhaltliche Kriterien bei der **Anamnese-Erhebung** mit den Eltern:

- Historie des Kennenlernens und Auseinanderlebens der Elternbeziehung. Dabei läßt sich in der Regel der Kern der noch virulenten Verletzungen in der Paarbeziehung herausarbeiten.
- Aufschlussreich ist dabei immer auch eine grobe Einschätzung der wirtschaftlichen Autonomie bzw. Abhängigkeit vom anderen.
- Die Beziehung des Elternteiles zum Kind sollte möglichst an Entwicklungsanekdoten und Alltagsgepflogenheiten aus der gemeinsamen Zeit verdeutlicht werden. Beziehungsqualität zum Kind drückt sich mehr in der Beschreibung kleiner Details, Lieblingsspiele und

Rituale aus als in typischen Entwicklungsmeilensteinen, die man auch im Vorsorgeheft nachlesen kann. Ebenso wichtig wie das Erzählte sind „Erinnerungslücken“ zum Entwicklungsverlauf. Wer keine Vorlieben seines Kindes kennt, war vielleicht doch wenig engagiert in der Beziehungspflege als er es selber wahrhaben will.

Der innere **Leitfaden durch die Anamnese** mit den Eltern bleibt kontinuierlich die implizite Frage, **ob das Elternteil eine Not des Kindes erleben kann**. Auf der Basis der beschriebenen Gesamtkomposition der Diagnostik ist es nicht schwer Affekte und Intentionen der Protagonisten zu erspüren. Ob ein Elternteil sich in die Not des Kindes einfühlt oder ob es von eigenen Emotionen wie Einsamkeit, Verlassenheits- und Vergeltungsgefühlen, Angst vor Kontrollverlust, Machtmissbrauch o.a. bewegt ist, bildet sich spürbar ab.

Erläuterung am Beispielfall:

Der KV beschreibt im ersten Termin, die manipulative Entfremdung des Kindes durch die KM: „Sie ist eine Löwenmutter. Sie hat mich noch nie an das Kind rangelassen. Ich habe alle Zeit in die Familie investiert. Das Kind macht kein Problem. Das Problem ist die Mutter.“ Er zeigt entsprechende Fotos aus den Umgängen, die seine Einschätzung belegen sollen.

Hat der Vater ein Anliegen an die KJPP? Sieht und erlebt er eine Not des Kindes? Sucht er eine Rückversicherung seiner „diagnostischen“ Einschätzung „manipuliertes Kind“?

Als ausgegrenzter Vater erlebt er zunächst verständlicherweise nur den eigenen Schmerz des Abgeschnitten-Seins von seinem Kind. Nach entsprechender Würdigung dieses Schmerzes wird man ihm verdeutlichen können, dass das Abgeschnitten-sein auch für das Kind ein erhebliches Entwicklungshindernis darstellt. Er wird sich interessiert zeigen an der Aufklärung wie Mütter Kinder manipulativ an sich binden und wie man als Therapeutin, das Vertrauen des Kindes gewinnen will, um es aus der Umklammerung durch die Mutter zu lösen. Während der Aufklärung ist zu beobachten, ob er seine persönliche Betroffenheit relativieren kann.

Der **Beispielvater** erlebt sich abgeschnitten vom Kind und weist der KM kategorisch die Verantwortung dafür zu, obwohl das Kind zu diesem Zeitpunkt bereits Einzelkontakte mit der Therapeutin gestaltet, d.h. der Vertrauensaufbau mit einer fremden erwachsenen Person geglückt ist und die Mutter diesen Vertrauensaufbau nicht stört. Der Vater ignoriert, dass einer fremden Person gelingt, was ihm offensichtlich nicht gelingt: das Vertrauen seines Kindes zu

gewinnen. Die Reflexionsfähigkeit des Vaters bezüglich seiner Verantwortung in der Beziehungsgestaltung zum Kind fehlt gänzlich. Er verharrt im Opfermodus, fixiert sich in einer Misstrauenshaltung gegenüber der KM, dem Kindergarten und der Therapeutin und sucht schließlich Rückhalt im Rechtsweg.

Wenn die Mutter tatsächlich befangen wäre in einer bewussten oder unbewussten Bindungspathologie zum Kind (Besuchsregelungssyndrom, PAS Situation) und der Vater tatsächlich Opfer der mütterlichen Ausgrenzung wäre, würde er auf den geglückten Prozess mit dem Kind unmittelbar kooperativ reagieren. Er würde begrüßen, dass sein Kind Vertrauen zur Therapeutin aufbaut und in der Therapie die Chance hat, auch eine andere Beziehung als die zur Mutter zuzulassen. Diese Väter sind dankbar und dadurch klar abgrenzbar von Vätern, denen es um Macht und Kontrolle ihres Kindes und der KM geht.

Das entscheidende diagnostische Merkmal bei manipulierenden Müttern (PAS oder Besuchsrechtssyndrom) bzw. dem Vorwurf der Manipulation ist die Trennung des Kindes von der Mutter. Die Frage, ob das Kind allein bei der Referentin bleibt und sich im Spiel kindlich authentisch zeigt oder ob es im Verhalten durchgängig an der KM orientiert bleibt.

Im **Falle des Beispiels**, ist es kein Problem, das Kind zu gewinnen. Die Mutter freut sich über die Autonomie ihres Kindes und unterstützt seine Zeit mit der Referentin.

Wichtig in der Anamnese sind neben der Dauer und Historie der Elternbeziehung auch **Gewalterfahrungen** inklusive sexualisierter und seelischer Gewalt (Drohungen, Stalking, Demütigung u.a.) in der Ehe. Im **Beispielfall** sind diese gegeben.

Dabei gilt es wiederum das Affektverhalten des Opfers (meist der Mutter) wachsam zu registrieren. Warum? Weil es natürlich auch unter diesen „Opfer-Müttern“ falsche Tatanschuldigungen gegenüber dem anderen Elternteil gibt. Wie identifiziert man diese?

Konkrete Traumatisierungen (Opfererfahrungen) werden aus Scham zunächst oft tabuisiert. Sie werden i.d.R. nicht anklagend oder vorwurfsvoll vorgebracht, eher verhalten und auch erst im Verlauf eröffnet. Gewaltopfer prüfen genau, wem sie Vertrauen schenken und ihre fragile Seele offenbaren. Es ist für sie überlebenswichtig, sich zu schützen vor Blicken und Bemerkungen, die innere Kaskaden des Zweifels an der eigenen Wahrnehmung wieder in Gang setzen und ihre mühsam errungene Stabilität einstürzen lassen.

Mit wachsender Berufserfahrung in ambulanter Traumatherapie zeigt sich, dass sich eine türöffnende Haltung in der Begleitung von Gewaltopfern erst ausbildet, ähnlich einem Handwerk, das durch Übung entsteht. Wird man als Therapeut für würdig befunden, Gewalterfahrungen anvertraut zu bekommen, merkt man auf Basis dieses Vertrauens recht deutlich, ob eine Opfergeschichte wie Schild und Speer vor sich hergetragen („Der hat mich missbraucht!“) oder wie ein Rucksack voller gefährlicher Intrusionen, schambelastet mit sich herumgeschleppt wird. Die Qualität der Gegenübertragungsgefühle ist ausgesprochen gegensätzlich, so dass eine Beurteilung der Opfergeschichte im Verlauf möglich wird.

Wie gestaltet sich der diagnostische Prozess mit einer am Kind klammernden Mutter, die den KV zu Unrecht belastet?

Einer elterlichen Entfremdung liegt eine schwerwiegende, häufig subtile Manipulation des Kindes auf der emotionalen und Willensebene zugrunde. Sie dient der Entlastung des eigenen Bedürfnisdruckes und der emotionalen Stabilisierung auf pathologischem Niveau. Sie stellt eine Spielform der Macht über das Kind und damit einen schwerwiegenden Missbrauch dar.

Diese Mütter erheben klassischer Weise Vorwürfe gegenüber dem Vater: Er missbrauche oder misshandle das Kind im Umgang, erziehe es mit Gewalt etc. Sie stilisieren sich und das Kind zum Opfer. Wäre die Sorge um das Kind im Mittelpunkt, d.h. nicht vorgeschoben, würden auch diese Mütter, ein hohes Interesse daran entwickeln, dass sich das Kind einem diagnostischen und therapeutischen Prozess öffnet.

Entgegen getroffener Absprachen kommen sie jedoch zum Termin gerne ohne Kind. Sie erläutern wortreich und mit hohem Belastungseifer die traumatisierte Gefühlswelt des Kindes und den Zusammenhang mit dem Verhalten des Vaters. Sie realisieren nicht, dass die Kindertherapeutin dafür ausgebildet ist, Traumafolgen eines Kind konkret am Kind zu untersuchen und zu behandeln. Subtil oder offen wird verhindert, dass das Kind in einen Prozess mit der Therapeutin kommt. Die Probatorik endet frustriert, weil sich das Kind ähnlich verweigert und „zur Mutter steht“ wie bei zurückliegenden Übergabeversuchen an den Vater.

Der zu dieser Konstellation gehörige, vom Kind abgelehnte, zugleich aber reflexionsfähige und reflexionswillige Vater (d.h. tatsächliches Opfer des Machtmissbrauchs) zeigt wie schon besprochen ein hohes Interesse an der therapeutischen Arbeit mit dem Kind. Er freut sich, wenn das Kind bei der Referentin bleibt. Er fühlt sich aber auch tiefgehend verstanden, wenn der

Beziehungsaufbau zwischen Kind und Therapeutin scheitert. Warum? – Weil sich damit seine Wahrnehmung bestätigt, dass und wie er von der KM ausgebootet wird. Das Vertrauen des Vaters zur Therapeutin vertieft sich auf der Basis dieses Verstanden-seins.

Wenn ein Elternteil das Kind als Objekt für die eigene Bedürfnisregulierung missbraucht, bildet sich diese Bindungspathologie des Elternteiles auch in der Beziehungsgestaltung mit der Therapeutin ab.

Ein ungebremstes Ausagieren der Macht eines Elternteiles ist bedrohlich für das Kind und für den anderen Elternteil und in Folge oft auch für die Therapeutin. Ist der bedrohte Elternteil auch wirtschaftlich abhängig vom Unterdrücker wird es besonders prekär. Ein Ausstieg aus dieser Abhängigkeit ist für das Opfer immer schwer, aber noch schwerer, wenn Kinder mit im Spiel sind. Gerade solche Konstellationen zeigen sich in meiner Praxis bedauerlich häufig. Werden sie von Gutachterinnen konträr eingeschätzt, ist der toxische Stress dieser Kinder und ihres schützenden Elternteiles enorm.

Die Frage, wie ein Vater sein Kind aus einer „pathologisch engen Bindung“ an die Mutter zu lösen hofft – ob über eine Kindertherapie oder über ein Gerichtsverfahren – verdeutlicht viel über seine Einfühlung in das Kind und seine Erziehungsmotivation.

Die Frage, ob und wie eine manipulierende Mutter, das Kind einer Therapeutin zur Behandlung anvertraut oder nicht, ebenso.

Die Gesamtkonstellation und der Prozess mit dem Kind gewährleisten ein hohes Maß an Sicherheit der diagnostischen Einschätzung.

Väter oder Mütter, die das Kind beim anderen in einer manipulativen Umklammerung sehen, forcieren eine gerichtliche Auseinandersetzung in der Regel nicht, da ihnen eine erzwungene Trennung des Kindes aus der pathologischen Bindung widerstrebt. Sie sind an einer Behandlung des Kindes eminent interessiert. Der manipulierende Elternteil hat jedoch meist kein Interesse daran und argumentiert, dass das Kind kein Vertrauen habe und man folglich die „falsche Therapeutin“ sei.

Auch hier kennzeichnet also der Abbruch die fehlende Selbstreflexion und damit verbunden die gefährliche, weil eigene Interessen priorisierende Erziehungshaltung des abbrechenden Elternteiles.

Am Punkt des Abbruches wäre die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt und dem Familiengericht notwendig und dringend erforderlich, um dem Elternteil

zu verdeutlichen, dass die Behandlung eines traumatisierten Kindes nicht der Willkür unterliegt, sondern ein Recht des Kindes darstellt.

Ergänzung der Diagnostik mittels Fremdanamnese mit dem Kindergarten (Gehrmann S. 38)

Oft zeigt sich bereits nach den Anamnesen mit den Eltern eine deutliche Tendenz der Inkongruenz oder Unaufrichtigkeit der elterlichen Beziehungshaltung. Zusätzliche Klarheit bringt die Fremdanamnese mit weiteren Bezugspersonen.

Wird ein Kind von einem Elternteil manipulierend gebunden, stellt dies eine erhebliche Entwicklungsgefährdung dar. Die befreiende Triangulierung mit dem anderen Elternteil fehlt. Selbst wenn es darunter zunächst nicht zu leiden scheint, weil es die Manipulation als solche nicht erkennen kann, wird es im Alltag doch häufig (unspezifisch) auffällig. Es kann im Kindergarten mutistisch, zurückgezogen, isoliert, überangepasst oder aber vorlaut, bestimmend, altklug, wie ein Hilfserzieher auffallen. Es kann intensiv an den Erzieherinnen klammern oder schwierige Trennungsszenen zeigen.

Im **Beispielfall** wird die Anamnese mit dem Kindergarten vom KV untersagt, da er auch die Erzieherinnen von der Beeinflussung durch die KM betroffen sieht.

Eine Kooperation mit dem Kindergarten könnte den diagnostischen Blick erheblich erweitern. Der Kindergarten kennt häufig die Familiensituation von vor der Trennung der Eltern, kennt das Beziehungs- und Abholverhalten der Eltern und weiterer Bezugspersonen, kennt Charakteristika der Eltern, Besonderheiten des Kindes und vor allem sein Integrationsverhalten in die Kindergruppe.

Diese Informationen fügen sich in das diagnostische Bild von der Bindungssicherheit und Bindungsoffenheit des Kindes. Wird eine Befragung des Kindergartens wie im Beispielfall untersagt, fehlt ein wesentlicher Baustein in der Einschätzung. So rechtmäßig dieses Verbot sein mag, so hindernd ist es in einer systemischen Beziehungs-Diagnostik. Es sollte im Falle von Begutachtungen negativ konnotiert werden.

Geht es dem Elternteil wirklich um eine solide Diagnostik oder um eigennützige Motive? Geht es darum, Kontrolle zu behalten über alles, was der KJPP erfährt und interpretiert? Oder ist der Prozess seitens des Elternteiles von ergebnisoffenem Interesse am Kind geprägt?

Willkürliche Behinderungen im Prozess einer Diagnostik können auffällig sein im Sinne eines pathologischen Kontrollbedürfnisses.

Zur Authentizität der Eltern

Wie sich ein Elternteil beschreibt und wie er sich tatsächlich in der Beziehungsgestaltung verhält, läßt einen Einblick in seine Integrität und Kongruenz zu. Widersprüche entschlüsseln einem erfahrenen Diagnostiker Unaufrichtigkeiten der Persönlichkeit. Gerade diese Unaufrichtigkeit ist das Toxische in der Beziehung zum eigenen Kind.

Der **stärkste Widerspruch einer Elternpersönlichkeit** tritt dann zu Tage, wenn sie dem anderen Elternteil mit Belastungseifer begegnet, zugleich aber den aufkeimenden therapeutischen Prozess des Kindes mit der Therapeutin nicht zulässt oder abbricht. Wer sein Kind wirklich als Opfer eines Missbrauches durch den anderen Elternteil erlebt, wird immer ein dringendes Bedürfnis haben, dass das Kind Vertrauen zu einer fachkundigen Person aufbaut. Er wird sich freuen, wenn genau das gelingt.

Dass sich hinter einer Besuchsrechtsymptomatik wie im **Beispielfall** schlimmstenfalls ein innerfamiliärer Missbrauch verbergen kann, gilt es im Bewusstsein zu haben. Vor allem in Anbetracht der ungebremst ausufernden kinderpornografischen Szene. Im letzten Artikel waren es Aufdeckungen eines Netzwerkes in Bergisch Gladbach, aktuell ist es ein Netzwerk in Bamberg:

<https://www.infranken.de/lk/franken/razzia-wegen-kinderpornografie-auch-in-bamberg-coburg-ansbach-und-schweinfurt-art-5155413>

Die Alltäglichkeit und das Ausmaß des sexualisierten Umgangs mit Kindern innerhalb von Täternetzen schockiert Ermittler und die Öffentlichkeit.

<https://www.zdf.de/dokumentation/37-grad/37-auf-der-spur-der-taeter-102.html>

Diese ZDF-Dokumentation zeigt, dass die Dynamik des Kindesmissbrauches mittels Anonymität der digitalen Welt so rasant voranschreitet, dass eine Aufarbeitung des sichergestellten „Materials“ und der Drahtzieher dahinter die zeitlichen Kapazitäten und die psychischen Copingstrategien, der damit betrauten Beamten*innen an Grenzen bringt. Je ungebremster sexuelle Bedürfnisbefriedigung an Kindern ausagiert und gewinnbringend verbreitet werden kann, desto größer ist die Gefahr, dass die Dramatik für die Entwicklung der

Kinder aus dem öffentlichen Bewusstsein schwindet. Die Menge des Bildmaterials im Hellfeld ist von bedeutendem Ausmaß, das Dunkelfeld unausgeleuchtet. Je mehr „Material“ geschaffen wird, desto mehr verlieren Menschen ihre Skrupel, es zu konsumieren. Es wird Normalität. Auch das wird in der ZDF-Dokumentation an der „Ich hab doch nur konsumiert“-Haltung eines Verhafteten deutlich. Dazukommen Pornokonsumgewohnheiten: Etwa ein Viertel aller Suchanfragen im Internet beziehen sich ausschließlich auf Pornographie (S. 162, Sonnenmoser 2021). „Die starke Zunahme von Kinder-, Jugend- und Gewaltpornografie, verbunden mit der Normalisierung von sexueller Ausbeutung und Gewalt im Netz, und das Ausbleiben eines wirksamen Kinder- und Jugendschutzes wirft Fragen nach den Gründen dieses blinden Flecks auf sowie nach Ansätzen zur Prävention.“ (S. 48, Freitag 2021)

Wenn die pornografisch ausgebeuteten Kleinkinder in unserem kinderpsychiatrischen Versorgungssystem nicht oder erst als Erwachsene in Erscheinung treten, müssen wir uns fragen, wie wirkungsvoll wir unterwegs sind im Kinderschutz.

Während sich viele Wissenschaftler*innen redlich um belastbare Operationalisierungen elterlicher Erziehungsfähigkeit (siehe Zumbach und Oster 2020 oder Ludewig et al. 2015) bemühen, während hochbelastete Kriminalbeamt*innen das bedrückende Bildmaterial sichten und die Prinzipien der Rechtsstaatlichkeit hochhalten, verbreitet sich das Verbrechen an den Wehrlosen unserer Gesellschaft ungebremst in den eigenen Familien.

Wie kann das sein? Wo ist unser blinder Fleck? Wann und wo tauchen diese missbrauchten Kleinkinder in unserem kinderpsychiatrischen Versorgungssystem auf? Schreiben Sie mir bitte, ob und wie oft Sie im Verlauf Ihrer Tätigkeit den Eindruck hatten, dass Sie es mit einem Kind aus einem organisierten Netzwerken des Machtmissbrauchs zu tun hatten und wie wirksam es geschützt werden konnte.

Diagnostik mit dem Klein- und Vorschulkind

Im Falle der von mir begleiteten Kleinkinder erheben die Eltern zum Teil berechtigt, zum Teil unberechtigt gravierende Vorwürfe gegeneinander. Kleinkinder sind angewiesen auf eine aufrichtige authentische Beziehung zu beiden Eltern, deshalb ist es essentiell, der Wahrnehmung des Kindes im eskalierten Treiben der Eltern gegeneinander nahe zu kommen. Wenn zwischen den Eltern Misstrauen solchen Ausmaßes herrscht, ist die Bindung des Kindes zu einem oder beiden per se korrumpiert. Das Kind verliert seine Orientierung

und seine Sicherheit. Es muss sich auf eine Seite schlagen, um nicht hin und her gerissen und zerrissen zu werden.

Eine psychopathologische und traumapsychologische Diagnostik mit dem Kind ist deshalb immer indiziert und sollte einem juristischen Prozessgeschehen vorrangig, statt nachrangig behandelt werden. Diese Diagnostik sollte für das Kind idealerweise von der gleichen Person durchgeführt werden, die auch die therapeutische Begleitung übernimmt.

Auch zur Rückversicherung der Bemühungen des Jugendamtes, der Eltern-Beratungsstellen und aller weiterer am gerichtlichen Verfahren Beteiligten sollte ein erfahrener Psychotherapeut das Kind kontinuierlich begleiten. Nur auf dieser Basis wird eine am Kind orientierte Richtigstellung der Elterndarstellungen und Haltungen möglich.

Der Vertrauensaufbau mit Klein- und Vorschulkindern

Spielen ist die natürliche Sprache und die am ehesten unkontrollierte freie Ausdrucksform des Kleinkindes. Im Spiel zeigen sich Affekte, Ideen, Spannungen, Belastungen, Hemmungen, Triggerungen, Panikmomente und Inhalte, die unverdaut auf der Seele lasten.

Geht man vom differentialdiagnostischen worst case, das heißt von einem Missbrauch oder einer Manipulation des Kindes aus, ist die Schaffung einer vertrauensvollen Beziehung zum Kind vorrangiges Ziel und Voraussetzung für eine solide diagnostische Einschätzung. Ohne Vertrauen und sicheres Setting wird man vom Kind nichts wesentliches erfahren, was es erlebt hat und möglicherweise weiter erlebt. In den ersten Elterngesprächen kann die beidseitige Zustimmung für diese Beziehungsgestaltung mit dem Kind meist noch erreicht werden. Dass und warum diese Zustimmung fragil bleibt, wurde beschrieben.

Eine wesentliche und diagnostisch entscheidende „Schwellensituation“ im Vertrauensaufbau stellt die Trennung des Kindes von der Hauptbezugsperson dar. Dafür muss das Kleinkind seinen vertrauten Rahmen verlassen, bzw erweitern indem es sich auf eine fremde Person und deren unbekanntem Raum einlässt. Es zeugt von Sicherheit und Toleranz in der Bindung zwischen Mutter und Kind, wenn sich diese Schwelle problemlos gestaltet. Die Mutter bahnt und baut (oder verhindert) die Brücke (nicht nur zum Vater, sondern auch) zu allen anderen potenziellen Beziehungspartnern des Kindes. Gelingt der Schritt der Lösung in der ersten oder zweiten Sitzung, wird eine manipu-

lierende Entfremdung des Kindes durch die Mutter sehr unwahrscheinlich. Konsolidiert sich diese Tendenz im Verlauf der Probatorik mit ca. 3-4 weiteren Sitzungen, fasst das Kind stabil Vertrauen und freut sich auf die Treffen, während die Mutter sich entlastet zeigt, kann man ein PAS ausschließen. Eine PAS Mutter ist immer befangen in ihrer Verstrickung mit dem Kind und kann es nicht einfach loslassen.

Exkurs zum Thema Vertrauen: wie erforscht man Vertrauen?

Eine therapeutische Beziehung stellt einen Schutz- und Beziehungsraum dar, in dem Klienten ihr oft schwer gestörte Bindungsvertrauen mit einem verständnisvollen, wohlwollenden Gegenüber wieder wagen und wachsen lassen können. Bindungsvertrauen ist ein konkreter, im Vegetativum erlebbarer Zustand, der für Menschen, die in sicheren Bindungen leben, in der Selbstverständlichkeit ihrer Entspannung untergeht. Bindungssicherheit ist existenziell und wird überwiegend unbewusst erlebt. Das zugrundeliegende Vertrauen kann nicht kognitiv, „im Kopf“ hergestellt werden, es muss „wachsen“. Der Kopf, d.h. das Wachbewusstsein kann dieses Anwachsen und Einwachsen in ein seelisches Umgebungsmilieu verhindern. Man lernt als Mensch, das Wachbewusstsein (=den Kopf) einzuschalten zum Schutz vor Vertrauensbrüchen, wenn man täuschenden Umständen ausgesetzt war. Man lernt sich fern zu halten von „falschen“ Menschen und unzuverlässigen Beziehungsangeboten. Bindungserfahrung ist eine essentielle Entspannungs- und Regenerationserfahrung unseres Organismus. Es stärkt Resilienz und immunologische Prozesse, konsolidiert und stabilisiert neuronale Vernetzung. Es ist ein schwer zu fassendes, geschweige denn einfach operationalisierbares, parasympathisches Ganzkörpererlebnis ähnlich dem Schlaf. Unaufrichtigkeiten eines Erwachsenen gegenüber einem Kleinkind korrumpieren und vergiften sein intrinsisches Bedürfnis und existenzielles Angewiesen-sein auf vertrauensvolles Wachsen im familiären Umfeld.

Man kann Vertrauen zwischen Menschen nicht erzwingen. Es ereignet sich in der Regel selbstverständlich wie Einschlafen und ist störrisch wie Einschlafen. Vertrauen bedeutet, die Kopfkontrolle kurzfristig bzw. pendelnd aufzugeben und sich auf den anderen Menschen einzulassen. Vertrauen ist das Gegenteil von Kontrolle. Bindungsvertrauen heißt miteinander einzutauchen in eine Atmosphäre zwischenmenschlicher Verbundenheit. Dieses Verbundenheitsgefühl braucht zur adäquaten Wahrnehmung und Beurteilung die Einfühlung und ist einer distanzierten Beurteilung schwer zugänglich.

Wie wir die innere Erfahrung des Bindungsvertrauens als Phänomen menschlicher Psychologie erforschen ist in unsere Freiheit gestellt. Wissenschaftlich können (und müssen?) wir sie reduzieren auf statistische und numerisch fassbare Größen, in der Psychotherapie können wir das nicht. In der Beziehungsgestaltung einer Therapie hilft es nicht, Vertrauen zu operationalisieren. Als Therapeuten müssen wir mit dieser „Substanz“ umgehen und sie handhaben lernen. Sie ist unser Nährboden für gelingende Therapie und damit etwas sehr konkretes. Sie kann in seelischer Beobachtung wahrgenommen und im vermittelnden Dialog geteilt und konsolidiert werden. Das gleiche gilt für jedwede menschliche Beziehung. Am Dialog zu scheitern heißt am Vertrauen zu scheitern und heißt auch am Schutz des Kindes zu scheitern. Kinder brauchen und leben vom vermittelnden, friedfertigen Dialog der Erwachsenen.

Kleinkinder leben im Vertrauen in ihre Eltern. Ihre vertrauensvolle Hingabe an die Erwachsenen, ihre Nachahmung der Erwachsenen nährt ihre seelische Aufrichtekraft. Hingabe und Nachahmung sind Fähigkeiten des Kindes, die sein Selbst instinktiv am Erwachsenen anlehnen und seine Würde an ihm erwachen und erwachsen lassen.

Man kann als Kindertherapeutin den Blick auf diese seelisch-körperlichen Phänomene lenken. Ob und wer sich einlässt auf diese introversive Wahrnehmung der Entfaltungskraft einer Kinderseele, ist in die Freiheit jedes einzelnen gelegt. Es herrscht kein Zwang im Sinne des herkömmlichen objektivierenden Wissenschaftsverständnisses. Seelisch phänomenologisches Wahrnehmen deshalb nicht als Forschungsmöglichkeit anzuerkennen und zu pflegen, verarmt unser Selbstverständnis als Menschen und unsere Dialog- und Konfliktkompetenz.

Ist das Spiel eines Kleinkindes geeignet für eine solide Einschätzung seiner Gefährdung und kann es zur Beurteilung einer gerichtlichen Auseinandersetzung beitragen?

Die innerseelische Situation eines Kindes (je kleiner desto mehr) ist adäquat in einfühlsamer Beobachtung zu evaluieren. Daniel Stern gilt als einer der Begründer des Babywatchings. In der analytischen Ausbildung zum Psychotherapeuten schult man seine Wahrnehmungs- und Einfühlungsfähigkeit am Beobachten eines Säuglings. Wenn Kinder sich sicher fühlen, spielen und offenbaren sie unzensiert, was sie beschäftigt, was sie ausprobieren und begreifen wollen.

Eine weitere wesentliche Fähigkeit, die man schult in der Ausbildung zur Therapeutin, ist eine Erfahrung, die sich in der eigenen Innenwelt ereignet,

sobald ein geschützter Raum mit Schweigepflicht und wechselseitigem Respektversprechen angeboten wird. Der Schutzraum provoziert Menschen zur Offenheit und zum Zeigen ihrer seelischen Verwundungen und Belastungen. Aktuelle und zurückliegende schmerzhafteste Prozesse aktivieren sich in der einladenden, teilnehmenden, zuhörenden Präsenz anderer Menschen.

Das (Mit)Teilen belastender Erfahrungen scheint ein Urprozess der Heilung seelischer Verwundung zu sein. So wie man physische Wunden mit Mull verbindet, „verbinden“ wir Verwundungen der Seele in der Wärme des menschlichen Mitgefühls. Eine Erfahrung, die wir als Menschen nicht zu lernen brauchen, weil sie uns angeboren ist: **wir suchen aufrichtiges menschliches Mitgefühl**. Säuglinge und Kleinkinder brauchen diese Erfahrung existenziell. Mit wachsendem Wortschatz benennen sie es mit dem Wort „Trost“. Sie spüren, wer sie verstehen und trösten kann und suchen die Nähe dieser Menschen. Wenn sie zum Ausdruck bringen, dass ein Elternteil sie nicht trösten kann, ist das eine erhebliche Auffälligkeit und deutet auf ein Beziehungsproblem zu diesem Elternteil. Umgekehrt ist es ein Zeichen des Vertrauens, wenn sie sich im Behandlungszimmer frei bewegen und explorieren.

Das kindliche Spiel bringt neben seiner kognitiven Reife immer auch die unbewussten Schichten der emotionalen und der Willensebene zum Ausdruck. Es ist schwer zu operationalisieren, wohl aber im psychopathologischen Befund einzufangen.

Eine aussagekräftige Traumadiagnostik wird erst möglich, wenn ein Kind vertraut und das heißt spürt, dass man es verstehen und trösten kann. Ethisch verbindet sich damit die Verpflichtung, dass man es nicht alleine läßt mit den Offenbarungen, die man in seiner Seele provozieren und aufbrechen lassen kann wie bedrohliche Alpträume. Wenn sich verschlossene Intrusionen eines Klienten öffnen, ist er ihnen ausgeliefert und verfolgt bis in den Schlaf hinein.

Ein Kleinkind das (seitens eines Elternteiles) unter dem Verdacht steht, innerfamiliär missbraucht oder manipuliert zu werden, sollte mit größter Sorgfalt untersucht und beim gleichen Untersucher, aufgefangen, stabilisiert und nachhaltig geschützt werden. Selbst wenn sich der Verdacht nicht bestätigt, ist es immer noch vor dem Elternteil zu schützen, das den Verdacht haltlos in die Welt setzt und damit den anderen Elternteil diskreditiert. Die Wahrheit (im Sinne der Wahrnehmung) des Kindes sollte solide und kontinuierlich evaluiert und rückversichert werden. Die Vorwürfe der Eltern können und sollen auf Basis einer therapeutischen Beziehung zum Kind korrigiert und auf dieser Basis, wenn nötig gerichtlich verhandelt werden.

Es ist unverantwortlich, aber leider geübte Praxis, eine vertrauensvolle Öffnung zu provozieren und das Kind dann mit den offenbarten Verletzungen weiter zu verweisen.

Wie man dieser heiklen Situation in einer familiengerichtlichen Begutachtung gerecht werden kann, erscheint mir eine bedeutsame Frage. Nach meiner Erfahrung bleiben entweder wesentliche Befunde bei der Begutachtung unentdeckt, weil die Kinder sich nicht zeigen, oder es wird der Frust des Kindes provoziert, weil es sich öffnet und doch keinen Trost erfährt. Diese erwachsenen Spielarten verkraftet ein traumatisiertes Kleinkind nicht endlos. Seine Kraft, sich vertrauensvoll mitzuteilen und einzulassen auf eine Beziehung wird geschwächt mit jedem enttäuschten Versuch, Trost zu erfahren. Insofern wird jede Begutachtung einer nachfolgenden Therapeutin den Beziehungsaufbau mit dem Kind erschweren. Ich rate dringend, Begutachtung von Kleinkindern am Langzeitverlauf der kindlichen Entwicklung zu validieren.

Der Verlauf der Spieltherapie

Ist die beschriebene Schwelle der Trennung für das Kind geschafft, zeigen sich im Spiel häufig schon in der zweiten Sitzung innerseelische Spannungen und Belastungen. Wichtig ist dafür das freilassende Setting mit verschiedenen Spielangeboten ohne Reizüberflutung. Es werden keine Fragen zu Umgängen oder zu den Eltern gestellt. Das Kind exploriert und entscheidet selbst, welches Spiel es ergreifen und welche Schubladen es (auch im übertragenen Sinn) zulassen will. Es folgt seinem Instinkt und einem wachsenden Sicherheitsgefühl und entlastet sich dabei emotional und impulsiv. Auf blitzartige Panik-Momente, Hyperarousal, Triggerungen, Ausblenden und Dissoziieren ist zu achten bei der Explorationsbeobachtung. Für die Diagnostik einer

posttraumatischen Belastungsreaktion kann es relevant sein, ob das Kind vor bestimmten Spielsachen erschreckt. Auch eine freiwillige Beschränkung des Explorationsradius im Raum kann im Gesamtkontext aussagekräftig sein.

Kinder zeigen große Temperamentsunterschiede (bewegte oder träge Spielsequenzen) und Vorlieben (Rollenspiele, Brettspiele, Bewegungsspiele etc.), daneben aber eben auch Krankheits- und Trauma-spezifische Auffälligkeiten. Diese reichen von überangepasst-reduziertem, mutistischem Spiel bis zu spannungsgeladenen, aggressiv enthemmten Inhalten, die man bremsen muss, damit niemand zu Schaden kommt. Rollenspiele, die systematisch ein Elternteil ausblenden, sind auffällig und bedürfen der weiteren Beobachtung: spielt es nur Mutter-Kind- oder nur Vater-Kind-Szenen, vermeidet es den Begriff Mutter oder Vater oder benutzt es Stellvertreterbegriffe wie „der Mann“ oder „die Frau“?

Tendiert das Kind dazu immer das gleiche zu spielen (repetitive Spielsequenzen), z.B. ein Tierkind geht verloren und muss gesucht werden, ein Tierkind wird verletzt und gerät in Gefahr, ein Tierkind wird ausgetrickst etc., deutet dies auf Inhalte, die verarbeitet werden im Spiel.

Auch die Therapeutin kann miteinbezogen werden: Das Kind bringt die Therapeutin in eine unterlegene Rolle und treibt „Spielchen“ mit ihr – erschreckt und belästigt sie mit (in der kindlichen Wahrnehmung) ekligen Spieltieren wie Spinnen oder Glitschigem. Das Kind kommt der Therapeutin nahe bis zur Spürbarkeit des Atems, wird zudringlich bis grob, will ihr Dinge in den Mund stecken. Oder es bringt die Therapeutin mit Eifer in die Verliererrolle und triumphiert über sie. Auch Fesseln, Würgen, Treten, Knebeln, Beiß- und Stichattacken oder Kopulationsbewegungen können sich zeigen im Spiel des Kleinkindes und wollen sich ausagieren an der Therapeutin.

Diese Inhalte sind differenzialdiagnostisch abzugrenzen von einer Störung des Sozialverhaltens, von der Bezeugung gewalttätiger Situationen (häufig innerhalb der Familie) und auch von Folgen inadäquaten Medienkonsums. Die Abgrenzung gelingt auf der Basis der Gegenübertragung und in Zusammenschau des Gesamtkontextes, sowie in Supervision.

Die Dynamik des Spiels offenbart den zugrundeliegenden seelischen Druck in der Gefühlswelt des Kindes. Das Ausagieren von Täterintrojekten in der klientenzentrierten Spieltherapie ist eingehend dokumentiert von Dorothea Weinberg, Elke Garbe, Sabine Schlippe-Weinberger.

Fragen an das Kind: Was ist das für ein Spiel? Wie heißt dieses Spiel? Woher kennst du dieses Spiel? Mit wem spielst du dieses Spiel? Beantwortet das

Kind nicht selten ausweichend oder gar nicht. Schweigegebote und innere Konflikte bezüglich virulenter Drohungen (der Mutter werde etwas passieren, wenn das Kind etwas verrät), können sich in zunehmende Anspannung und Ambivalenzdruck steigern. Diese Zustände brauchen kontinuierlich therapeutische Begleitung.

Im **Beispielfall** zeigt das Kind im Spiel ein unmittelbares Regulationsbedürfnis erkennbar am anhaltenden Einfordern von Kämpfen gegen die Therapeutin mit der Schwimmmudel. Die 4Jährige steigert dieses Spiel im Verlauf der Stunden und geht schließlich mit Anlauf und Kampfgeschrei auf die Therapeutin los. Diese Situation mag einen Unerfahrenen verunsichern, einem spieltherapeutisch geschulten zeigt sie den affektiven und impulsiven Druck des Kindes, der sich nirgendwo sonst im Alltag zeigt und entlädt. (Im Kindergarten imponiert es vorsichtig und beobachtend.) Dieses Spiel stellt den therapeutischen Benefit für das Kind dar. Der Effekt zeigt sich unmittelbar in der Entlastung seines Affektes. Nach Wochen des Kämpfens gegen die Referentin fragt sie plötzlich unvermittelt, ob sie jetzt stark genug sei, gegen ihren Vater zu kämpfen.

Dazu kommen im **Beispielfall** Zeichnungen von Übergriffen: Sie malt das blaue Hemd des Vaters, malt ein weibliches und ein männliches Genitale, die Hände des Vaters und erläutert „mit der Hand hat er es gemacht“, „in den Popo gestochen“.

Ein Zusammenhang der Spielinhalte mit der Umgangsproblematik wird in den Sitzungen mit dem Kind weder gesucht noch thematisiert, obgleich er sich aufdrängen kann. Mitteilungen von Spielinhalten an die Eltern werden sorgfältig an Loyalitäten abgewogen. Wichtig ist, das vom Kind Gezeigte und Anvertraute, ernst zu nehmen, für ausreichend Schutz zu sorgen und die Kontinuität des Prozesses sicher zu stellen. Sichere Schutzbedingungen lassen sich für das Kind und seine Therapeutin nur in Kooperation mit Jugendamt und Familiengericht organisieren und dies sollte möglich werden.

Wenn ein Kleinkind im therapeutischen Spiel traumatische Inhalte bietet, sollten zusätzliche Belastungen wie Umgänge (auch begleitete) mit dem abgelehnten Elternteil, Befragungen, Begutachtungen, Vernehmungen dringend ausgesetzt werden. Der therapeutische Prozess sollte umgehend unter Schutzbedingungen erfolgen können.

Vielleicht können Sie als Leser erahnen, in welcher Schwierigkeit man steckt als Therapeutin, wenn die Eltern Auftraggeber für diesen Prozess sind und konträre Aufträge geben. Was steht im Fokus eines Elternteiles, wenn es den therapeutischen Prozess abbricht und die Therapeutin diskreditiert, die vom Kind selbst als vertrauenswürdig befunden wurde? Dieses Vertrauen nicht zu respektieren heißt das Kind nicht zu respektieren.

Eine vermittelnde Lösung für das Kind und beide Eltern läßt sich nur entwickeln, wenn beide Elternteile diese Vermittlung wirklich wollen. Psychisch kranke Anteile von Eltern können einer solchen Vermittlung entgegen stehen, ebenso wie bewusste und verdeckte Täteranteile.

Dem Vater im **Beispielfall** geht es nicht um eine vermittelnde Beziehungskonsolidierung zum Kind. Er hält unbeirrbar fest an einer Belastung der KM. Dieser Fall wäre damit dem Familiengericht zur rechtlichen Behandlung zu übergeben.

Als Therapeutin sollte man die Beteiligung an Familiengerichtsverfahren nicht scheuen. Gerichte sollten ihrerseits die Beteiligung von Kindertherapeutinnen vorsehen. Zu wichtig ist das zu verteidigende Gut – die seelische Gesundheit des Kleinkindes. Eine gemeinsame Sprache des Dialogs im Sinne der Kinder gilt es zu suchen und zu pflegen.

Aus Sicht der Therapeutin empfehle ich, Eltern unter Tatverdacht des Mißbrauches nur dann gerichtlich zu verfolgen, wenn sie sich einer Vermittlung und Konfrontation mit den Erfahrungen des Kindes im therapeutischen Prozess verweigern.

Zeigen bzw. entwickeln beide Eltern ein konstantes Interesse und Vertrauen in die Befunde am Kind, lassen sich in der fortgeführten Elternarbeit **immer kindgerechte Lösungen** für Sorge- und Umgangsfragen entwickeln. Gesunde Eltern wissen Rückmeldungen zur Erlebniswelt des Kindes zu schätzen, hören zu, lassen sich ein auf Erklärungen, können einem inneren Zusammenhang folgen, können den eigenen Blickwinkel verlassen und den Blick des Kindes einnehmen, können auch einer zeitweise schmerzhaften Selbstreflexion Stand halten und sich schließlich für ihr Verhalten beim Kind entschuldigen. Dafür sind viele Einsichten nötig, beispielsweise die, dass man auch unbewusst zum „Täter“ am Kind werden kann. Erziehen erfordert Entscheiden im Alltag und manchmal leider auch im Affekt. Das wird niemals ohne Kollateralschäden abgehen. Eltern werden immer kleine und große „Fehler“ machen mit ihren Kindern. Das ist nicht weiter schlimm, denn Kinder verzeihen und tolerieren viele Erziehungsfehler. Wichtig für Erziehende ist aber die

Fähigkeit des inneren Zurücktretens und Reflektierens der eigenen Emotionen und Beweggründe.

Gesunde, aufrichtig suchende Eltern merken, dass man sie als Therapeutin in ihrem erzieherischen Fehlverhalten nicht bloßstellen und verurteilen, sondern Gelegenheiten schaffen will, eigene Muster und Befangenheiten zu durchschauen. Auf dieser Basis können Vertrauensbrüche zwischen Kind und Eltern heilen und kann Beziehung wieder aufgenommen werden, selbst da wo Verbrechen begangen wurden. „Therapie vor Strafe“ ist für mich als vermittelnder Kindertherapeutin ein verinnerlichter Leitgedanke.

Vor dem Hintergrund vielgestaltig erlebter Elternmitarbeit in einer kindertherapeutischen Praxis lassen sich pathologische Muster psychisch kranker und/oder Tätern-Eltern klar identifizieren und abgrenzen von der Bandbreite gesunder, durchaus auch krisenhaft verlaufender Kooperation.

Eine gezielte Diagnostik der identifizierten Elternpathologie kann vom Gericht in Form eines Erziehungsfähigkeitsgutachtens erzwungen werden. Fruchtbar für das Kind ist ein solches Gutachten nur dann, wenn die Einschätzung solide ist und dem beschränkt erziehungsfähigen Elternteil nahegebracht werden kann. *Mediation am Kind* kann eine solide Beurteilung der Beziehungsgestaltung der Eltern leisten und bezieht den Versuch einer Involvierung in selbstreflexive Prozesse implizit mit ein.

Nach meiner Erfahrung können Eltern in familiengerichtlichen Begutachtungen bewusste Täteranteile gekonnt verbergen, weil keine Beziehungsgestaltung im Verlauf gefordert ist. Erst in dieser zeigen sich Affekte und Willensimpulse, die ein Erwachsener ansonsten geübt hinter rationalisierender Rhetorik verstecken kann.

Wenn die eigene Familie nicht mehr der Ort ist, in dem man Schutz und Geborgenheit erfährt, sondern wenn sie zu einem Ort des Misstrauens und des Machtmissbrauches verkommt, braucht ein Kind einen sicheren Ort in unserer Gesellschaft. Wo findet es diesen?

Sollte der Kinderpsychiater und -psychotherapeut aufgrund des hohen Risikos dieser Kinder nicht eine definierte Rolle spielen vor, während und nach familiengerichtlichen Verfahren? Wie kann diese Rolle aussehen? Wie sollten diese Therapeuten ausgebildet sein? Wie könnte ihre Arbeit im Kontext des Gerichtsverfahrens eingebunden werden?

Diesen Fragen will ich im Fortgang meiner Ausführungen weiter nachgehen.

Danksagung:

Ich danke der Klinikleitung der Kinderkrankenhause St. Marien GmbH, allem voran ihrem Geschäftsführer Herrn Bernhard Brand, der die wirtschaftlichen Risiken und unliebsamen Auseinandersetzungen, die diese Arbeit mit sich brachte über die letzten Jahre, mitgetragen und unterstützt hat. Ohne ihn und auch ohne die Kooperation mit meinem Praxisteam und unseren Kinder- und Jugendpsychiatern im Haus wäre sie nicht möglich gewesen.

Hinweis zur Genderhaltung:

Ich bitte den Leser um Entschuldigung bezüglich der möglicherweise verwirrenden Genderbenutzung. Ich habe mich daran orientiert, welche Geschlechtsvertreterinnen in meinem Umkreis überwiegend die genannten Rollen erfüllen. Ungeachtet ob maskulin oder feminin bitte ich Sie, immer den gegengeschlechtlichen Part mit im Bewusstsein zu halten.

Literatur

- Arbeitsgruppe Familienrechtliche Gutachten* (2020), Mindestanforderungen an die Qualität von Sachverständigenutachten im Kindschaftsrecht (2. Auflage), 30. Jg. Heft 2/2020 S. 90, Rezension im Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie,
- Freitag, T* (2021) Pornographie – der blinde Fleck unserer Gesellschaft, sozialpsychiatrische Informationen Jg. 51, 2021/1, 48 – 53, Psychiatrie Verlag
- Garbe, E.* (2018) Das kindliche Entwicklungs-trauma verstehen und bewältigen, Klett-Cotta Verlag 3. Auflage
- Gehrmann J.* (2018) Kinder- und jugendpsychiatrische Begutachtung im Sorge- und Umgangsrecht: Standards und Fallstricke in der Praxis, Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 3/2018
- Ludewig R. /Baumer S. /Salzgeber J. /Häfeli Ch./Albermann K.* (2015) **Richterliche und behördliche Entscheidungsfindung zwischen Kindeswohl und Elternwohl: Erziehungsfähigkeit bei Familien mit einem psychisch kranken Elternteil**, Die Praxis des Familienrechts 3/2015, Stämpfli Verlag, Bern
- Schlippe-Weinberger, S.* (2015) Kindern spielend helfen – Einführung in die Personenzentrierte Spielpsychotherapie, 6. Auflage Beltz Juventa Verlag
- Seichter, S.* (2020) Das „normale“ Kind, Einblicke in die Geschichte der schwarzen Pädagogik, 1. Auflage Beltz Verlag, Weinheim Basel
- Sonnenmoser, M* (2021) Pornographiesucht – Hilfe ohne Tabu, Deutsches Ärzteblatt PP, Heft 4 April 2021, 162 – 165, Deutscher Ärzteverlag, Köln

Stern, D. (1995) Tagebuch eines Babys, 2. Auflage, Piper Verlag GmbH

Weinberg, D. (2010) Psychotherapie mit komplex traumatisierten Kindern. Behandlung von Bindungs- und Gewalttraumata der frühen Kindheit, Klett-Cotta Verlag

Zumbach J., Oster A. (2020) Elterliche Erziehungsfähigkeit: Definition, Indikatoren und Erfassungsmöglichkeiten. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Jg 49/ Heft 1/2021, hogrefe Bern

Autorin:

Petra Stemplinger

Leitung des MVZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH

Grillparzer Str. 9

84036 Landshut

petra.stemplinger@mvz-kinderkrankenhaus-la.de

Rezension

ProDiBez – Projektives Diagnostikum zum Beziehungserleben von Kindern

Franz Wienand

Projektive Verfahren sind im Laufe der zunehmenden Dominanz quantitativer Messmethoden in der Psychologie der wissenschaftlichen Ächtung anheimgefallen, während sie sich in der Praxis von Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie, Familienberatung und Pädagogik weiterhin als wertvolle qualitative Instrumente der Individualdiagnostik bewähren. Im Studium der Psychologie kommen sie nicht mehr vor und nur wenige Ausbildungsinstitute für KJP (überwiegend C.G. Jung-Institute) haben sie noch im Lehrplan. Sie werden nicht mehr gelehrt, aber in den Praxen und Einrichtungen verbreitet angewendet.

Da die aufwändige Neuentwicklung oder Überarbeitung projektiver Tests offenkundig nicht zu lohnen scheint, um eine wissenschaftliche Karriere zu befördern, sind wir gezwungen, mit Materialien zu arbeiten, die aus der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts stammen.

Die wenigen Ausnahmen haben sich aus der systemischen und Bindungstheorie und -forschung entwickelt: Das Familienbrett (Ludewig et al 1983), der Familiensystemtest (Gehring 1989), das Adult Attachment Projective (George 1999), der Bochumer Bindungstest für 8-14-Jährige (Trudewind & Steckel 1999) und das Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung 5-8-jähriger Kinder (Gloger-Tippelt & König 2009). Eine Aktualisierung des Szenotests (von Staabs 1938) erfolgt derzeit durch eine Arbeitsgruppe um Lehmkuhl.

Um eine Aktualisierung handelt es sich auch bei dem 2018 publizierten Test mit der sperrigen Bezeichnung „Projektives Diagnostikum zum Beziehungserleben von Kindern“, der eine Überarbeitung des unveröffentlichten, aber vor allem in der schulpsychologischen Beratung unter der Hand verbreiteten Schulbilder-Apperzeptionstests von Kunert (1960) darstellt.

Zu den **Autoren**: Prof. Dr. em. Elisabeth Sticker und Prof. Dr. Insa Fooker sind Entwicklungspsychologinnen, der Individualpsychologe Jochen Willerscheidt ist Pädagoge und Dozent am Alfred-Adler-Institut zu Köln.

Theoretische Grundlagen: Als projektives, thematisch-apperzeptives Verfahren stützt sich der Test auf die generelle Annahme, dass die Vorgabe unbestimmten Reizmaterials Reaktionen der Versuchspersonen hervorruft, die stärker durch ihre eigenen Erfahrungen, Haltungen und Reaktionsmuster bestimmt werden als durch den Reiz selbst. Da Kinder im Grundschulalter im Allgemeinen suggestibler als Erwachsene sind, dürfte diese Annahme für sie in besonderem Maße zutreffen. Das Reizmaterial besteht in Bildern mit der Darstellung sozialer Situationen, zu denen eine Geschichte erzählt werden soll. Die Auswahl der dargebotenen Themen erfolgte auf der Grundlage der Entwicklungspsychologie, der Bindungstheorie, der Mentalisierungstheorie, der Individualpsychologie (die nach dem Wozu unseres Handelns fragt als nach dem Warum) und der tiefenpsychologischen Motivationstheorien. So werden die Bedürfnissysteme Zugehörigkeit, Zuwendung, Anerkennung, Autonomie, Selbstbehauptung und Abgrenzung in den Lebens- und Erfahrungsbereichen Familie, Schule, Freizeit und Gesundheit/Krankheit/Tod thematisiert. Angenommen wird, dass sich das Kind in die dargestellten Beziehungsepisoden hineinversetzt, sich mit den Protagonisten und deren Bezugspersonen identifiziert und dass die Geschichten Rückschlüsse auf zentrales Erleben und Verhalten des Kindes zulassen.

Indikations- und Anwendungsbereiche: Das ProDiBez eignet sich für die pädagogische und psychologische Diagnostik bei Kindern zwischen sechs und zwölf Jahren. Einsatzbereiche sind die Schul- und Erziehungsberatung, die Eingangs- und Verlaufsdiagnostik in der Kinderpsychiatrie und Kinderpsychotherapie, die familienrechtliche Begutachtung und die Forschung.

Das **Testmaterial** besteht aus 32 schwarz-weißen, nummerierten Bildtafeln (je 16 für Jungen und Mädchen) im Format DIN-A 4, auf denen jeweils eine typische Situation aus dem Leben eines Kindes in Form einer Skizze dargestellt ist. Mimik und Gestik der Personen bleiben unbestimmt, um Raum für die Interpretation zu lassen. Nachstehend zwei Beispiele (mit freundlicher Genehmigung des Hogrefe Verlags, Bern; Bezugsquelle: www.testzentrale.de):



Abb. 1: ProDiBEz Tafel 1 Jungen. © Hogrefe Verlag, Bern



Abb. 2: ProDiBEz Tafel 1 Mädchen. © Hogrefe Verlag, Bern

Durchführung und Instruktion: Die Eingangsinstruktion lautet: *„Ich habe dir ein paar Zeichnungen mitgebracht und würde mich freuen, wenn du mir zu jedem Bild eine eigene Geschichte erzählst. Auf diesem ersten Bild siehst du eine Mutter und einen Vater mit ihrem Kind: Kannst du dir denken was hier vorgeht?“* Dann werden die Tafeln der Reihe nach vorgelegt und die Antworten aufgenommen bzw. protokolliert. Für die Durchführung werden im Manual etwa 15 Minuten, für die Auswertung mit Interpretation ca. 30-45 Minuten angegeben.

Nachfragen für alle Tafeln beziehen sich auf das Erleben, die Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse des Kindes, auf die Reaktionen der anderen Personen und wie das Kind diese erlebt sowie darauf, wie die Geschichte weitergeht und endet. Für jede Tafel werden zusätzlich spezifische Nachfragen vorgeschlagen.

Voraussetzung für die Durchführung ist eine wohlwollende und akzeptierende Atmosphäre. Auf Suggestivfragen ist zu verzichten.

Auswertung: Das triadisch angelegte Auswertungssystem orientiert sich an den drei zentralen Elementen der individualpsychologischen Lebensstildagnostik: Aktive und passive Bedürfnisse des Kindes, Verhalten/Resonanz der Umwelt und (reaktives) Verhalten/Erleben des Kindes, wobei letztere hinderlich oder förderlich sein können.

Jedes Narrativ wird in Bezug auf diese drei Aspekte codiert und die Kodierungen auf einem Auswertungsbogen (DIN A 3) eingetragen. Die Spalten des Bogens stellen die nummerierten Tafeln und ihre Themen dar. Die 40 Zeilen beziehen sich auf Ausdifferenzierungen der Kategorien Bedürfnisse, Umwelt und Erleben sowie auf dargestellte Zusammenhänge. So wird beispielsweise das Bindungsbedürfnis weiter unterteilt in: Erwartungen genügen; Bezugspersonen nahe sein; und Hilfe, Unterstützung, Trost suchen. Die Resonanz der Umwelt ist gegliedert in Gleichaltrige, übrige soziale bzw. physikalische Umwelt, die jeweils hinderlich oder förderlich sein können. Die Reaktionen des Kindes werden differenziert nach internalisierenden und externalisierenden Erlebens- bzw. Verhaltensweisen.

Interpretation: Die Summenbildung der einzelnen Kategorien auf dem Auswertungsbogen erlaubt einen Überblick über die vorherrschenden Bedürfnisse des Kindes, über fördernde oder hindernde Reaktionen der Umwelt und über angemessene oder unangemessene Reaktionen des Kindes auf seine Umwelt sowie auf spezifische Zusammenhänge, Hemmungen, Teufelskreise und Stressfaktoren.

Gütekriterien: Die Validitäts- und Reliabilitätsuntersuchung erfolgte in den Jahren 2015-2016 an insgesamt 111 Kindern (60 Jungen und 51 Mädchen) zwischen sechs und zwölf Jahren aus unterschiedlichen Milieus in Köln, Niedersachsen und der Eifel. Für die Übereinstimmung zwischen geschul-ten Auswertern werden Werte zwischen 85 % für Regelschüler und 74 % für Förderschüler (sozial/emotional) angegeben. Die Bestimmung der Validität erfolgte im Vergleich mit den Ergebnissen des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) als Außenkriterium. Für 70 % der überprüften Zusammenhangskonstellationen werden „substantielle Zusammenhänge für die Selbst-, Eltern- und Lehrereinschätzung“ (Manual S. 14) angegeben. Diese Werte wurden zwar an einer vergleichsweise kleinen Stichprobe gewonnen, sind aber für ein projektives Verfahren ausgesprochen gut. Weitere differenzierte Untersuchungen sind hoffentlich noch zu erwarten.

Fazit: Das ProDiBez stellt in verschiedener Hinsicht eine Bereicherung der psychodiagnostischen und insbesondere der projektiven Verfahren dar: 1. ist es eine Weiterentwicklung und Aktualisierung eines zwar veralteten und nie publizierten, in der schulpsychologischen Praxis aber offenbar weit verbreiteten Verfahrens; 2. steht jetzt in der Kinderpsychiatrie, Kinderpsychologie und –psychotherapie ein Diagnostikum zur Verfügung, das auch außerfamiliäre soziale Bereiche wie Gleichaltrige und Schule einbezieht; 3. beruht es auf einer auch im Manual differenziert dargestellten theoretischen Grundlage und 4. und nicht zuletzt ist es eines der wenigen projektiven Verfahren, dessen Ergebnisse sich quantifizieren lassen und das damit weiterer psychometrischer Forschung zugänglich ist.

In der Praxis lässt sich die Auswertung und Interpretation der Geschichten durch erfahrene Diagnostiker(innen) anhand der grundlegenden Kategorien auch ohne die doch aufwändige Kodierung (analog zum Thematischen Apperzeptionstest TAT) durchführen.

Der Aufwand für Durchführung, Auswertung und Interpretation ist vergleichbar mit dem Rorschach Test und dem TAT, so dass das ProDiBez zu den aufwändigen projektiven Testverfahren nach GOÄ Nr. 855 zählt.

Das ProDiBez schließt die Lücke der verbal-thematischen Verfahren zwischen dem CAT für Vorschulkinder und dem TAT, der sich eher für Jugendlichen und Erwachsene eignet, und stellt so eine wertvolle Bereicherung der Psychodiagnostik im Kindesalter dar.

Das Autorenteam hat sich um die kinderpsychologische Diagnostik sehr verdient gemacht, dem Test ist eine breite Verwendung in Klinik, Praxis und Forschung nur zu wünschen.

**Sticker, E., Willerscheidt, J., Fooker, I. (2018):
ProDiBez – Projektives Diagnostikum zum Beziehungserleben
von Kindern: Hogrefe, Bern; € 156.00**

Rezensent:

Dr. med. Dipl.-Psych. Franz Wienand
71034 Böblingen
Wilhelmstraße 24
Email: info@praxis-wienand.de
Website: www.praxis-wienand.de

Kolumne

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik

Im Mitgliederrundbrief 2-1996 verweist der Vorsitzende zunächst auf die Verwerfungen, die der EBM 96 in der KV-Versorgungslandschaft erzeugt hat. Obwohl inzwischen mit fast 300 niedergelassenen Kinder- und JugendpsychiaterInnen zumindest in einigen Regionen eine relevante ambulante Versorgung besteht, scheint die berufspolitische Sisypchos-Arbeit neu zu beginnen.

Zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen hat die Mitgliederversammlung des BKJPP in Kühlungsborn der beim Vorsitzenden angesiedelten Geschäftsstelle Gesamtkosten in Höhe von monatlich 1500 DM genehmigt.

Die Schatzmeisterin, Frau Dr. Ute Schulte-Holthausen, bittet nach fast 20 Jahren um die Entpflichtung von diesem Amt, was mit großem Dank für ihre sorgfältige und selbstlose Arbeit erfolgt. Als Nachfolger wird Dr. Walter Landsberg gewählt.

Berufspolitisch wird noch immer darum gerungen, dass der künftige Schwerpunkt „Neuropädiatrie“ auch von Kinder- und JugendpsychiaterInnen erworben werden kann, zumal neurologische Kenntnisse seit jeher Teil des Fachgebietes Kinder- und Jugendpsychiatrie sind.

Um innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie einen einheitlichen Weiterbildungsstandard zu fördern, haben die KJP-Verbände ein Weiterbildungsbuch entwickelt.

Unter Leitung von Dr. Le Lam erfolgt in Rheinland-Pfalz ein Probelauf der „Basisdokumentation“

Im CAPP-Newsletter stellt Dr. Reinhard Schydlo als Präsident die UEMS-Facharztsektion „Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ und die Situation der KJPP in den 17 teilnehmenden Ländern vor. Außerdem sind 4 weitere Länder assoziierte Mitglieder.

Ausführlich wird die Situation der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Norwegen geschildert.

Im Wissenschaftsteil des „Forum“ finden sich folgende Beiträge:

Dr. med. Ursula Dudeck, Charité Berlin: „Das psychiatrische Gespräch mit dem magersüchtigen Patienten – Auf dem Grat zwischen Wissen und Verstehen“

Prof. Dr. Stefan Schmidtchen, Psychol. Inst. II Univ. Hamburg: „Spiel als Psychotherapiemethode“

Dr. med. Renate Sannwald, Bonn: „Die kindliche Schizophrenie“

Dr. med. Christa Schaff, Weil der Stadt: „Differentielle Therapieindikation am Beispiel von „Jacob“.

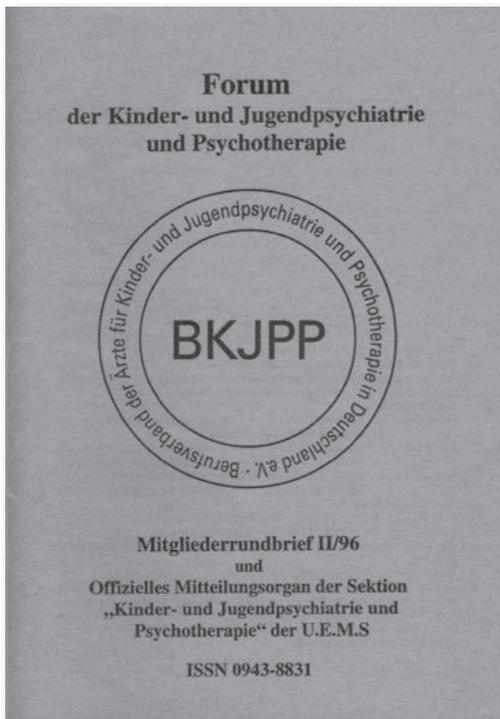
Dipl.-Päd. Birgit Oberdörffer, Dipl.-Heilpäd. Jutta Schulze, Rösraht: „Testdiagnostische Möglichkeiten in einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung“

Diese Beiträge sind auch heute noch lesenswert!

Was berufspolitisch im Sommer 1996 wichtig war und was alles im Forum III/1996 stand, das erfahren Sie im „forum 3-2021“.

Blieben Sie neugierig!

Christian K. D. Moik



Ausschreibung

Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter Förderpreis 2022

Die Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter schreibt für 2022 ihren Förderpreis aus.

Thema: „Psyche und Internet“

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

Dotierung; 10.000,00 €

7000,00 € werden bei der Preisverleihung vergeben, die restlichen 3000,00 € nach der Vorlage der Projektergebnisse.

Die Preisverleihung erfolgt im Rahmen des XXXVII. DGKJP-Kongresses vom 18. bis 21. Mai 2022 in Magdeburg.

Die PreisträgerInnen werden gebeten, Ihr Projekt im Rahmen des Stiftungssymposiums während dieses Kongresses vorzutragen.

Bewerbungen sind mit einer Darstellung des Projektes (max. 20 Seiten) in seiner Fragestellung, seiner Zielsetzung und mit den vorgesehenen Durchführungsschritten in deutscher Sprache und in achtfacher Ausfertigung **bis zum 30.11.2021** an die Stiftung-KJPP, c/o Christian K. D. Moik, Lütticher Str. 512 a, D-52074 Aachen, zu senden. Weitere Infos auf www.stiftung-kjpp.de.

Hinsichtlich des Aufbaus des Antrags wird eine Anlehnung an die Systematik von Anträgen an die DFG oder das BMBF empfohlen.

Es wird erwartet, dass die Ergebnisse des geförderten Projekts **bis zum 28.02.2024** dem Vorstand der Stiftung-KJPP vorgelegt werden.

Christian K. D. Moik
(Gründungsvorsitzender)

Prof. Dr. Dr. MHBA Paul L. Plener
(Kuratoriumsvorsitzender)

Hinweise für Autor*innen

1. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen. Die Zeitschrift erscheint in 4 Heften pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, EMail: redaktion-forum@bkjpp.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 für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. über. Die Autor*in bestätigt und garantiert, dass sie uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an ihrem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Die Autor*in räumt – und zwar auch zur Verwertung ihres Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Die Autor*in räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- 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;
- 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;
- 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;
- 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;
- 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 CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autor*innennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- Vollständige Anschrift der Verfasser*in bzw. der Verfassenden einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zur Verfasser*in 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 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopfzeile 1,4 cm und Fußzeile 0,6 cm vom Seitenrand.
- Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens der Autor*in 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 ... Rothhaus (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 Autor*innen (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). Beispiele:

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

Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82

Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag
- Die Autor*innen erhalten ein Belegexemplar kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss vor Drucklegung des Heftes eingegangen sein.



BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt zum

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

Geschäftsstelle BKJPP, Rhabanusstraße 3, 55118 Mainz, Tel.: 06131 – 69 38 070, Fax: 06131 – 69 38 072, E-Mail: mail@bkjpp.de

Ordentliches Mitglied

Name / Titel, Vorname: _____

geb. am: _____ Fortbildungsnummer: _____

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie (und –psychotherapie) ja: nein:

Kinder- und Jugendmedizin: Psychiatrie und Psychotherapie: Neurologie: Psychotherapeutische/Psychosomatische
Medizin: Nervenheilkunde: Andere: SPV-Praxis:

Jährliche Mitgliedsbeiträge ab 2016 (gem. der MV-Entscheidung 11/2013):

Niedergelassene mit eigener Kassenzulassung, MVZ-Inhaber:	€ 500,00
Angestellte/verbeamtete Fachärzte (CA, OÄ, u.a. FÄ):	€ 120,00
Assistenzärzte, Fachärzte mit 50 % - Stelle	€ 60,00
Rentner	€ 0,00
Reduzierter Beitrag bei Einkommen unter € 50.000	€ 350,00 (auf Antrag mit Nachweis bis Dezember für Folgejahr)
Sonstige	Einzelfallprüfung

** in diversen Bundesländern wird zusätzlich ein Regionalgruppenbeitrag erhoben

Dienstanschrift: _____ Praxis: Klinik: Angestellt:

Institution: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Privatanschrift ab: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Korrespondenz (E-Mails, Schriftverkehr, FORUM-Versand usw.) an: Dienstanschrift Privatanschrift Bundesland: _____

Ich wünsche keine Veröffentlichung der Praxisadresse im öffentlichen Verzeichnis unter www.bkjpp.de

Funktion : Klinik Praxis Angestellt MVZ Facharzt Chefarzt Oberarzt

Weiterbildungsassistent (im _____WB-Jahr) Andere: _____

ermächtigt zur Weiterbildung: ja nein

Zust. Landesärztekammer: _____ Landes-KV: _____

Zahlungsweise:

Ich erteile hiermit die Einzugsermächtigung für die Zahlung des Mitgliedsbeitrages / Regionalgruppenbeitrages*

Ich bin nicht damit einverstanden, dass ab 2019 meine Beitragsrechnung als PDF-Dokument per e-mail verschickt wird.

Bankverbindung zur Erstellung eines SEPA-Lastschriftmandates:

Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut : _____

IBAN: _____ BIC.: _____

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

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74BUN0000800342, Mandatsreferenz: Ihre individuelle Mandatsreferenz wird Ihnen jährlich mit den Beitragsrechnungen mitgeteilt. SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den BKJPP e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BKJPP e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

* in diversen Bundesländern wird zusätzlich ein Regionalgruppenbeitrag erhoben

Ort, Datum

Unterschrift



ABONNEMENT

"forum" der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

BKJPP, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.
Geschäftsstelle BKJPP, Rhabanusstraße 3, 55118 Mainz, Tel.: 06131 – 69 38 070, Fax: 06131 – 69 38 072, E-Mail: mail@bkjpp.de

Name / Titel, Vorname: _____
 Institution: _____
 Straße: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail : _____

- Ich abonniere das FORUM der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zum
 Jahresabonnementspreis von € 46,00

Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn ich nicht drei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres schriftlich widerrufe.

Ort / Datum : _____ Unterschrift: _____

Zahlungsweise:

- Ich erteile hiermit die Einzugsermächtigung für die Zahlung des Abonnement
 Ich bin nicht damit einverstanden, dass ab 2019 meine Beitragsrechnung als pdf-Dokument per e-mail verschickt wird.

Bankverbindung zur Erstellung eines SEPA-Lastschriftmandates :

Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ BIC.: _____

Zahlungsempfänger: Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.
 Deutsche Ärzte- und Apothekerbank, IBAN: DE24 3006 0601 0007 3373 88, BIC: DAAEDEDXXX

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74BUN00000800342, Mandatsreferenz: Ihre individuelle Mandatsreferenz wird Ihnen jährlich mit den Beitragsrechnungen mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den BKJPP e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BKJPP e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum _____ Unterschrift: _____

Informationen für Anzeigenkunden

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



Media Daten 2021

Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

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

Auflage 1.400 Ex. (Der Preis des Einzelheftes beträgt 13,50 Euro, das Jahresabonnement kostet 46,- Euro, alles inklusive Versand.)

Kündigung Jahresabo bis 30. September zum 31. 12. des aktuellen Jahres.

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

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

Bitte senden Sie Ihre **Druckvorlagen** als pdf Datei mit eingebetteten Schriften an didier@metadruck.de. Bilddaten mit mindestens 250 dpi im Endformat. Verwenden Sie bitte Standardschriften bei der Erstellung als Worddatei. Als Service sind Layouthilfen und Korrekturen möglich.

Alle Stellenanzeigen werden zusätzlich im Internet veröffentlicht.

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

Bei Anfrage werden Agenturrabatte von 10 % angeboten.

Geschäftsstelle BKJPP e.V.

Rhabanusstraße 3 8.OG
55118 Mainz
Tel.: 06131 6 93 80 70
Fax: 06131 6 93 80 72
mail@bkjpp.de
www.bkjpp.de

Anzeigenverwaltung, Archiv

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

	<p>130 x 195 mm, einfarbig Graustufen</p> <p>Firmenanzeigen 1.400,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 650,- Euro Mitglieder 300,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 480,- Euro</p> <p>auslaufende Formate sind möglich mit 3mm Randbeschnitt</p>		<p>130 x 95 mm, einfarbig Graustufen</p> <p>Firmenanzeigen 750,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 370,- Euro Mitglieder 200,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 360,- Euro</p>
	<p>130 x 62 mm, einfarbig Graustufen</p> <p>Firmenanzeigen 500,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 220,- Euro Mitglieder 150,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 300,- Euro</p>		<p>Sonderseiten Umschlag</p> <p>170 x 240 mm, nur 4c Farbe</p> <p>Umschlag innen, U2+U3 2.350,- Euro</p> <p>Achtung: wegen Klebekante am Rücken ist das effektive Anzeigenformat nur 165 x 240 mm, plus 3mm Beschnitt außen.</p>

Termine 2021:

Ausgabe Forum	Anzeigenschluss	Erscheinungstermin*
1-2021	15. März 2021	14. KW 2021
2-2021	15. Juni 2021	27. KW 2021
3-2021	15. September 2021	40. KW 2021
4-2021	10. Dezember 2021	1. KW 2022

* Änderungen vorbehalten

Impressum

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

Forum Verlag – Aachen

ISSN 1866-6677

Herausgeber

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

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

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

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

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

E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

Daniela Thron-Kämmerer

Alle Beiträge bitte an: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank

IBAN: DE24 3006 0601 0007 3373 88, BIC: DAAEDEDXXX

Gesamtherstellung

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

Verantwortlich für den Anzeigenteil

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

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

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich

Preis des Einzelheftes: 13,50 € (einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 46,- € (einschließlich Postversand)

Der Bezug des Forums ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

Sonderkonditionen für Mitglieder der BAG, der DGKJP, Studenten und AIPs:

Preis des Einzelheftes: 11,50 € (einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 35,- € (einschließlich Postversand)

Kündigung Jahresabo bis 30. September zum 31. Dezember des aktuellen Jahres.

Das „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ und alle in ihm enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist nur mit Zustimmung des Herausgebers und bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen zusätzlich der des Autors gestattet.