

03
2026

forum

für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie

36. Jahrgang | Heft 3/2026 | Forum Verlag | ISSN 1866-6677

Gegr. 1991 von Christian K. D. Moik



Aus dem Inhalt:

Forensische Begutachtung Teil 2
Jugendmaßregelvollzug

Kolumne: Schnittstelle KJPP und Neuropädiatrie



bkjpp

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

Inhalt

Editorial

<i>Christian K. D. Moik</i>	2
---------------------------------------	---

Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie

Teil II: Die Inhalte der strafrechtlichen Begutachtung

<i>Jochen Gehrmann</i>	5
----------------------------------	---

Jugendmaßregelvollzug in Deutschland

<i>David Strahl</i>	27
-------------------------------	----

Kolumne

Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Schnittstelle zur Neuropädiatrie

Teil 3: Organische Persönlichkeitsstörung, dissoziative Störung und/oder PTBS nach Schädel-Hirn-Trauma durch Pferdetritt

<i>Ingo Spitzczok von Brisinski</i>	49
---	----

eatappie – Zwischen Klinik und Klick:

Digitale Begleitung bei Anorexie und Bulimie im Jugendalter – Entwicklung, erste Erfahrungen und Wirksamkeit

<i>Szarah Sanchez Roman</i>	61
---------------------------------------	----

Nachruf auf Gotthard Roosen-Runge 75

Nachruf auf Josef E. Kirchner 77

Rezension

„Alexander“ Ferdinand von Schirach

<i>Christian K. D. Moik</i>	79
---------------------------------------	----

Hinweise für Autor*innen 82

Abonnement forum 84

Beitrittserklärung / Änderungsmitteilung 85

Symposium 2027 86

Anzeigen 87

Media Daten 94

Impressum 96

Editorial

Christian K. D. Moik

Wie ein bunter Sommergarten prangt auch dieses Heft mit informativen, lesens- und wissenswerten Beiträgen.

Rechtsfragen dominieren gleich Rosen, obwohl diese im Dasein der meisten Kinder- und JugendpsychiaterInnen eher Mauerblümchen sind.

Diese Randstellung findet sich bereits in der Musterweiterbildungsordnung von 2018 in der Fassung vom 03.07.2025: Zwar werden unter „Übergreifende Inhalte“ noch „Handlungskompetenzen, Erfahrungen und Fertigkeiten“ genannt, doch ohne jede Konkretisierung und ohne Richtzahlen.

Dementsprechend sind in der Liste der 3 KJPP-Fachgesellschaften von den insgesamt derzeit ca. 3000 berufstätigen Kinder- und JugendpsychiaterInnen nur 167 als qualifizierte und zertifizierte Gutachterinnen benannt, also ca. 5,5 %. In den Gutachterlisten der Ärztekammern finden sich noch weniger!

Der Autor selbst hat vor mehr als 45 Jahren im Rahmen der psychiatrischen Weiterbildung seine ersten Gutachten erstellt. Die Fähigkeiten dazu wurden damals jedoch wie so vieles andere vor allem durch „learning by doing“ erworben. In gut 1 Jahr kamen 12 Gutachten zusammen. Später, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, hatte er Entmündigungsgutachten zu erstellen, da die jungen, geistig behinderten Frauen, die in der von ihm geleiteten Station oft schon seit dem Kleinkinderalter lebten, inzwischen das Erwachsenenalter erreicht hatten. In der eigenen Praxis war es dann zumeist noch 1 Gutachten pro Quartal, was als durchaus anspruchsvolle aber auch anregende Abwechslung von der Praxisroutine erlebt wurde.

Jochen Gehrmann erläutert im Teil II seines Beitrags *„Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie – Die Inhalte der strafrechtlichen Beurteilung“* die Bereiche Reifebeurteilung, Schuldfähigkeit, Unterbringung im Maßregelvollzug, Novellierung des § 64 StGB.

Mit der Forderung „Minderjährige gehören in den Jugendmaßregelvollzug und nicht in die Erwachsenenforensik“ leitet er über zum Beitrags von **David Strahl**: *„Jugendmaßregelvollzug in Deutschland“*, ein Bereich unseres Fachgebiets, der wahrscheinlich den meisten wenig vertraut ist.

Als Chefarzt der Forensik II der LVR-Klinik Viersen kennt er die Realität und die Probleme dieses Bereichs aus eigener Arbeit und Erfahrung.

Er schildert eingehend und anschaulich die forensische Psychiatrie, den Jugendmaßregelvollzug, die Lebenswelt jugendliche Straftäter, deren Gewaltstraftaten, Gefährlichkeit, Rückfallgefahr und Resozialisierung. Neben Delinquenz und Prävention werden die besondere Bedeutung des Erziehungsgedankens und die Chancen der Entwicklung dargestellt. Beeindruckend ist das breite Angebot therapeutischer Hilfen bis hin zur Arbeit mit Angehörigen.

Ingo Spitzcok von Brisinski berichtet im 3. Teil seiner Kolumne „*Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Schnittstelle zur Neuropädiatrie*“ mit einem Fallbeispiel über „*Organische Persönlichkeitsstörung, dissoziative Störung und/oder PTBS nach Schädel-Hirn-Trauma durch Pferdetritt*“.

Nach einer systematischen Darstellung der möglichen Differentialdiagnosen schildert er das konkrete Krankheitsbild und die mögliche Therapie einschließlich differentieller Pharmakotherapie

Sarah Sanchez Roman stellt in „*eatappie – Zwischen Klinik und Klick: Digitale Begleitung bei Anorexie und Bulimie im Jugendalter – Entwicklung, erste Erfahrung und Wirksamkeit*“ die Entwicklung, Zertifizierung und erste Einschätzungen von BehandlerInnen der verhaltenstherapeutisch orientierten Interventionen mittels App bei Jugendlichen mit einer Essstörung vor.

Damit beschreibt Sie auch den Weg eines Projektes, das 2025 mit dem Förderpreis der „Stiftung-KJPP“ ausgezeichnet und zügig zur Anwendungsreife als zugelassenes, CE-zertifiziertes Medizinprodukt entwickelt wurde.

In der Rezension des Kinderbuches „**Alexander**“ von Ferdinand von Schirach wird auf ganz andere Weise als in den beiden ersten Beiträgen dieses Heftes die Frage nach „gerechten Gesetzen“, nach Recht und Gerechtigkeit aufgegriffen. Diese Lektüre bereitete besonderes Vergnügen.

Es heißt auch Abschied zu nehmen:

Die Kollegen Dr. med. Gotthard Roosen-Runge und Dr. med. Josef E. Kirchner sind von uns gegangen.

Dr. med. Roosen-Runge hat schon das Heft 2-2000 des Forum-KJPPP mit seinem Beitrag zur „*Praxis und Theorie des Sozialpsychiatrischen Versorgung*“ bereichert.

Neben seinem ärztlichen, psychosozialen und berufspolitischen Engagement, das in der Würdigung eingehend dargestellt wird, hat er mit seiner freundlichen Menschlichkeit und wohlthuendem Klang für Ausgleich und Wirksamkeit in Harmonie gesorgt.

Dr. med. Josef E. Kirchner ist bereits im Mitgliederverzeichnis des BKJPP von 1999 als Obmann der Regionalgruppe Nordrhein verzeichnet. Diese hat er bis zu seinem Tod geprägt. Unvergessen werden auch seine klaren, manchmal auch herben Beiträge in den Obleute- und Mitgliederversammlungen und seine eindeutige soziale Orientierung sein.

Für jeden der beiden kann die Aussage von Hamlet gelten:

„Er war ein Mann, nimmt alles nur in allem.“

Mit Dankbarkeit, für das, was ich in den vergangenen drei Jahrzehnten mit diesen Kollegen erleben und gestalten durfte wünsche ich Ihnen, den Leserinnen und Lesern, ein sommerliches Lese- und Denkvergnügen und die verdiente gute Erholung!

*Wohin wir uns wenden im Gewitter der Rosen
ist die Nacht von Dornen erhellt, und der Donner
des Laubs, das so leise war in den Büschen,
folgt uns jetzt auf dem Fuß.*

Ingeborg Bachmann

Ihr Christian K. D. Moik

Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Teil II: Die Inhalte der strafrechtlichen Begutachtung

Jochen Gehrmann

Zusammenfassung

Zur diagnostischen Einschätzung empfiehlt sich bei Kindern und Jugendlichen das multiaxiale Diagnose-Schema (MAS). Hinzu kommt die Reifebeurteilung, d.h. bei Minderjährigen gemäß § 3 JGG und bei Heranwachsenden zwischen dem 18. und dem 21. Lebensjahr gemäß § 105 JGG. Nicht „jede“ psychiatrische Diagnose begründet aber eine Beeinträchtigung bspw. der Steuerungsfähigkeit. Es kommt darauf an, die psychiatrische(n) Diagnose(n) einem der vier juristischen Eingangskriterien zuzuordnen.

Die Beurteilung der Einsichts- und der Steuerungs- bzw. Schuldfähigkeit §§ 20,21 StGB beziehen sich dabei stets konkret auf das Verhalten des Probanden zum jeweiligen Tatzeitpunkt. Falls eine verminderte Schuldfähigkeit §21 bzw. eine Schuldunfähigkeit § 20 attestiert werden, kommt eine Prüfung der medizinischen Voraussetzungen einer Unterbringung im Maßregelvollzug nach § 63 StGB bzw. in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB in Betracht. Bei Jugendlichen und Heranwachsenden wird die dafür hohe Eingriffsschwelle eher selten erreicht. Bei der Vollstreckung einer Unterbringung gilt der Leitsatz „Minderjährige gehören in den Jugendmaßregelvollzug und nicht in die Erwachsenenforensik.“

Schlüsselworte

Reifebeurteilung – Schuldfähigkeit – Unterbringung im Maßregelvollzug – Novellierung § 64 StGB - Jugendmaßregelvollzug

Summary

For children and adolescents, the multiaxial diagnostic scheme is recommended for diagnostic assessment. This is supplemented by an assessment of maturity, i.e., for minors according to Section 3 of the Juvenile Courts Act (JGG) and for young adults between the ages of 18 and 21 according to Section 105 JGG. However, not every psychiatric diagnosis justifies an impairment of, for example, the capacity to control one's actions. It is crucial to assign the psychiatric diagnosis(es) to one of the four legal entry

criteria. The assessment of insight and the capacity to control one's actions or criminal responsibility (Sections 20 and 21 of the German Criminal Code (StGB) always refers specifically to the individual's behavior at the time of the respective offense. If diminished criminal responsibility (Section 21) or lack of criminal responsibility (Section 20) is attested, then an examination of the medical prerequisites for placement in a secure psychiatric facility (Section 63) or in a drug rehabilitation center (Section 64) may be considered. The high threshold for such intervention is rarely reached in the case of adolescents and young adults. When enforcing a placement order, the guiding principle is "Minors belong in juvenile detention and not in adult forensic psychiatry."

Key Words

Assessment of maturity – criminal responsibility – placement in a secure psychiatric hospital – amendment to Section 64 of the German Criminal Code – secure psychiatric hospital for juveniles

Diagnostische Einschätzung

Der strafrechtliche Sachverständige sollte über eine solide klinische und diagnostische Erfahrung verfügen und Diagnoseinstrumente sicher anwenden.

Bei jugendlichen Straftätern verwendet der Sachverständige zuvörderst das multiaxiale Diagnosesystem (Renschmidt et al., 2017). Manche Richter mögen sich damit anfangs - denn für sie zunächst ungewohnt - schwertun. Erläutert der Sachverständige aber die sechs Achsen und ihre Bedeutung, dann erkennen meistens die Gerichte deren Vorzüge einer differenzierten diagnostischen Beurteilung.

Auf der Achse I ist es wichtig, für das Gericht Haupt- und Nebendiagnose(n) zu differenzieren. Dies ist für die Beurteilung der strafrechtlichen Verantwortung relevant.

Abb. 1

Beispiel einer multiaxialen Diagnose i.R. einer Begutachtung	
Achse I:	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1) <i>Diagnoseergänzend: aggressiv-impulsives Verhalten, erhöhtes Aggressionspotential, Tierquälen, sexuell grenzüberschreitendes Verhalten mit Hands-On-Handlungen, mangelnde Empathie bzw. sogenannte „Gefühlskälte“</i>

Beispiel einer multiaxialen Diagnose i.R. einer Begutachtung	
Achse II:	Globale Entwicklungsverzögerung (F83) Umschriebene Störungen schulischer Fertigkeiten (F 81.3)
Achse III:	Leichte Intelligenzminderung mit Verhaltensauffälligkeiten , die einer Beobachtung und Beaufsichtigung bedürfen (F70.1)
Achse IV:	Adipositas (E66.04) Neurodermitis (L20)
Achse V:	Disharmonie zw. Erwachsenen (1.1) Verdacht auf körperliche Kindesmisshandlung d. ein Elternteil (1.3) Verdacht auf abweichendes Verhalten eines Elternteils (2.0) Unwirksame elterliche Aufsicht und Steuerung (4.1) Abweichende Elternsituation (5.1) Abnorme Streitbeziehungen mit Mitschülern und Lehrern (8.8) Erziehung in zwei Institutionen mit einem vorzeitigen Abbruch (9.0)
Achse VI:	Psychosoziales Funktionsniveau (auf einer Skala von 0 – 8): Zum Vorfallszeitraum: Stufe 6 – 7, d. h. tiefgreifende und schwere sowie chronifizierte Beeinträchtigung in allen vier Bereichen (Schule, Familie, angemessene Freizeitaktivitäten, angemessener Freundeskreis) verbunden mit der Notwendigkeit einer 24/7 professionellen und intensivpädagogischen Einzelbetreuung aufgrund einer mangelnden Gefahreinschätzung bzw. eines erhöhten Risikoverhaltens mit aggressiven Impulsdurchbrüchen.
Anmerkung:	Hauptdiagnose Intelligenzminderung (F 70.1) = drittes juristisches Eingangskriterium

Die vier juristischen Eingangskriterien

Das *erste juristische Eingangskriterium der „krankhaften seelischen Störung“* umfasst alle psychischen Störungen, die somatisch-pathologisch (biologisch-begründet) bedingt sind. Im engeren Sinne werden darunter organische psychische Störungen des Kapitels F0 der ICD-10 verstanden, schizophrene und wahnhafte Störungen (F2), affektive Störungen (F3), Substanzmittelkonsumstörungen im Sinne eines Abhängigkeitssyndroms einschließlich der Komplikationen wie schwere Intoxikationen, Delir und andere Entzugssyndrome. Außerdem fallen hierunter mittlerweile nach der gängigen Rechtsprechung ADHS, Autismus-Spektrum-Störungen und das Fetale Alkohol Syndrom (FAS) (Gehrmann, 2016, Retz & Rösler, 2010, Rösler et al., 2004, 2009).

Das *zweite juristische Eingangskriterium der „tiefgreifenden Bewusstseinsstörung“* beschreibt eine nicht primär krankheitsbedingte Störung der Fähigkeit zur Vergegenwärtigung des eigenen Erlebens. Gemeint sind Zustände wie Schlaftrunkenheit, Erschöpfung, Schlafwandeln oder schwere akute Belastungsreaktionen mit dissoziativem Erleben im Sinne sogenannter Affekttaten. Da die Entität einer „tiefgreifenden Bewusstseinsstörung“ schwer fassbar und zudem kontrovers erörtert wird, kommt diese sehr selten zur Anwendung.

Das *dritte juristische Eingangskriterium einer „Intelligenzminderung“* (vormals stigmatisierend als „Schwachsinn“ bezeichnet) erfordert mindestens die eindeutige Feststellung einer leichten Intelligenzminderung nach der ICD-10 (F 70). Für die Beurteilung, inwieweit eine forensisch relevante Intelligenzminderung vorliegt, ist dabei jedoch eine standardisierte Intelligenztestung alleine nicht ausschlaggebend, vielmehr geht es um die Beurteilung des gesamten Funktionsniveaus und der Teilhabe des Betroffenen sowie der sozial-emotionalen Entwicklung (Hoffmann 2014).

Das *vierte juristische Eingangskriterium der „schweren anderen seelischen Störung“* (vormals eher stigmatisierend als „schwere andere seelische Abartigkeit“ bezeichnet) erfordert die Diagnosestellung einer stabil und länger andauernden Störung, so im Sinne einer Persönlichkeitsstörung, einer Störung der Sexualpräferenz bzw. einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Die Störungen müssen dabei so gravierend sein, dass sie in ihrer Gesamtheit das Leben des Angeklagten vergleichbar schwer und mit ähnlichen, auch sozialen Folgen stören, belasten oder einengen wie krankhafte seelische Störungen. Es müssen dabei erhebliche Auffälligkeiten in der Affektregulation, eine Einengung der Lebensführung bzw. eine Depravation, eine durchgängige Beeinträchtigung der Beziehungsgestaltung

und der psychosozialen Leistungsfähigkeit, eine durchgehenden Störung der Selbstwertregulation und eine deutlichen Schwäche der Abwehr- und Realitätsüberprüfungsmechanismen vorhanden sein, wobei diese hinweisenden Kriterien auch außerhalb der Anlasstat vorhanden sein müssen (Boetticher et al. 2007b). Naturgemäß sind die Kriterien für das vierte juristische Eingangskriterium bei jungen Heranwachsenden selten erfüllt.

In der Zusammenschau kommen meistens im Jugendalter das erste bzw. das dritte juristische Eingangskriterium zur Anwendung.

Reifebeurteilung: § 3 Jugendgerichtsgesetz (JGG)

Die strafrechtliche Verantwortung des Minderjährigen ist gemäß JGG prinzipiell zunächst unabhängig von dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung zu beurteilen. Strafrechtlich verantwortlich ist nämlich ein Jugendlicher dann, wenn er „zur Zeit der Tat nach seiner sittlichen und geistigen Entwicklung reif genug ist, das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln. Zur Erziehung eines Jugendlichen, der mangels Reife strafrechtlich nicht verantwortlich ist, kann der Richter dieselben Maßnahmen anordnen wie das Familiengericht“ (§ 3 JGG). Bei der Beurteilung der Strafreife kommt es also nicht primär darauf an, inwieweit eine psychische Erkrankung vorliegt, sondern auf die Beurteilung des Entwicklungsstandes eines Jugendlichen. Es muss also immer davon ausgegangen werden, dass es sich um eine quantitative Abweichung (Verzögerung) der Reifeentwicklung handelt, nicht um eine qualitative Abweichung, also die bestehenden Entwicklungsdefizite durch einen Nachreifungsprozess aufgeholt werden.

Sachverständig müssen die entwicklungsmäßigen Voraussetzungen, zum Zeitpunkt der straffälligen Handlung, in allen kontextuellen Bezügen beurteilt werden. Die Reife ist in strafrechtlicher Hinsicht immer retrospektiv zum Vorfallszeitpunkt in Bezug auf den konkreten Deliktvorwurf zu beurteilen. Zur Beurteilung der Reife können sog. Reifekriterien hinzugezogen werden, wie sie z.B. von Esser *et al.* (1999) entwickelt worden sind. Allgemein kann zwischen einer kognitiven Reife und einer moralischen/sittlichen Reife unterschieden werden. So muss einerseits die kognitive Reife beurteilt werden, die nötig ist, um zwischen Recht und Unrecht unterscheiden und die Folgen des eigenen Tuns abwägen zu können. Die kognitive Reife setzt drei Komponenten voraus: die Verinnerlichung der jeweiligen Norm, die Selbstbeobachtungsfähigkeit und die Fähigkeit zu vorausschauendem Denken. Gerade Letzteres setzt die Fähigkeit zur relativ komplexen Handlungsplanung voraus. Dazu gehören das Abwägen von Vor- und Nachteilen sowie das Beden-

ken von möglichen Konsequenzen eigener Handlungen usw. Ein affektiver Marker kann dabei das Schuldgefühl sein. Die Beurteilung der moralischen/sittlichen Reife andererseits ist nicht zuletzt deshalb ungleich schwieriger, weil standardisierte, validierte Testinstrumente zur Erfassung des moralischen/sittlichen Entwicklungsniveaus nicht verfügbar sind. Konkret ist bei der Reifebeurteilung einerseits zu prüfen, inwieweit ein Jugendlicher in der Lage ist, zu erkennen, dass sich ein bestimmtes Verhalten gegen die schutzwürdigen Interessen der Gemeinschaft richtet. Andererseits muss geprüft werden, ob sein Reifezustand ausreichend ist, derartiges Verhalten zu unterlassen.

Insgesamt wird man bei der Beurteilung der sittlichen und geistigen Reife daher insbesondere fremd- und eigenanamnestisch den bisherigen Entwicklungsverlauf des Jugendlichen, seine sozialen Bezüge einschließlich der Integration in Gleichaltrigengruppen, seine Beziehung zu primären Bezugspersonen sowie die Bewältigung bisheriger Entwicklungsaufgaben erfassen. Eine standardisierte Intelligenztestung ist dabei unter Beachtung der o. g. Einschränkungen ebenso wie das Vorliegen möglicher psychischer Symptome und Belastungsfaktoren ergänzend notwendig. Entscheidend ist letztlich die Beantwortung, ob die Entwicklung des Jugendlichen mit Blick auf die ihm zur Last gelegte Tat einem mindestens 14 Jahre alten Jugendlichen entspricht. Zwingend notwendig ist daher im Rahmen einer Begutachtung die Befragung des Jugendlichen zur Tat, soweit dieser sich dazu äußern möchte, bzw. die Beurteilung anhand der Aktenlage. Gerade das Verhalten vor bzw. nach der Tat kann dabei Hinweise darauf geben, inwieweit tatsächlich eine Unrechtsinsicht besteht.

Die Begutachtung von Jugendlichen mit Migrationshintergrund stellt dabei eine besondere Herausforderung dar, da kulturelle Aspekte zusätzlich berücksichtigt werden müssen. So besteht bei Familien mit Migrationshintergrund oft eine stärkere familiäre Kohäsion, und auch Zeichen der Autonomieentwicklung können sich weniger deutlich darstellen (Schepker et. al., 2009). Sowohl bei Kindern und Jugendlichen, die mit ihren Familien geflohen sind, als auch bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen können die Fluchterfahrungen zudem zu einer verzögerten oder inhomogenen Reifeentwicklung beitragen

Reifebeurteilung: § 105 JGG

Auch auf einen Heranwachsenden, also einen jungen Erwachsenen, der das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, kann es zu einer Anwendung des Jugendstrafrechts kommen, wenn „die Gesamtwürdigung der Persönlichkeit des Täters bei Berücksichtigung auch der Umweltbedingungen ergibt, dass dieser zur Zeit der Tat nach seiner sittlichen und geistigen Entwicklung noch einem Jugendlichen gleichstand, oder es sich nach der Art, den Umständen oder den Beweggründen der Tat um eine Jugendverfehlung handelt“ (§ 105 JGG). Die Entscheidung, ob Jugendstrafrecht zur Anwendung kommt, beruht damit also entweder auf der Beurteilung der Persönlichkeit des Täters oder der Tatcharakteristika, wobei insbesondere der erste Aspekt durch einen Kinder- und Jugendpsychiater zu beurteilen sein wird.

Ebenso wie bei der Beurteilung der Strafreife sind die geistige und die sittliche Entwicklung sowie die Entwicklung moralischer Standards zu berücksichtigen (Günter 2008). Ungünstige frühkindliche Entwicklungsumstände können zu einer verzögerten Reife beitragen, aber auch negative Einflüsse in der Adoleszenz wie Zugehörigkeit zu einer delinquenten Gleichaltrigengruppe können eine Rolle spielen. Beurteilt wird dabei im Wesentlichen die Persönlichkeit des Täters, nicht der konkrete Tatvorwurf. Die von *Esser et al.* (1999) formulierten Reifemerkmale (Übersicht „Reifemerkmale“) können dabei für die Beurteilung als Orientierung dienen. Allerdings muss auch hier kritisch angemerkt werden, dass die wissenschaftliche Validierung der Kriterien noch aussteht. Vor diesem Hintergrund kann man sich auch an der vom Bundesgerichtshof (BGH) festgestellten Prämisse orientieren, dass eine Unterordnung unter dem § 105 JGG dann erfolgen sollte, wenn davon auszugehen ist, dass noch Entwicklungskräfte in größerem Ausmaß wirksam sein können.

Abb. 2

Reifekriterien zur Beurteilung gemäß § 3 bzw. 105 JGG
Die Kriterien betrachten verschiedene Aspekte der Persönlichkeit und des Verhaltens:
Sozial-emotionale Reife: • Vorhandensein eines prosozialen Wertesystems. • Umgang mit Frustration und Zielverfolgung (Frustrationstoleranz). • Stabilität im Lebenskontext und Qualität der Beziehungen.
Problem- und Konfliktmanagement: Wie geht die Person mit Schwierigkeiten um?
Zusammenhang zwischen Tat und Entwicklung: Es wird geprüft, ob die Straftat auf festgestellte Entwicklungsdefizite zurückzuführen ist.
Gesamtbeurteilung: Eine abschließende Einschätzung, ob eine Entwicklungsverzögerung vorliegt, die eine Anwendung des § 3 (bzw. 105) JGG rechtfertigt.

Einsichts- und Steuerungsfähigkeit: §§ 20, 21 StGB: ein zweistufiges Vorgehen

§ 20 StGB Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen

„Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinn oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.“

§ 21 StGB Verminderte Schuldfähigkeit

„Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.“

Zunächst muss die Einsichtsfähigkeit des Probanden in das Unrecht der vorgeworfenen Tat – getrennt von der Schuldfähigkeit geprüft werden (Saß & Werner R, 2024), welche aber in den allermeisten Fällen vorhanden sein dürfte.

Das Vorgehen der Überprüfung der Schuldfähigkeit sieht dabei ein prinzipiell *zweistufiges Vorgehen* vor. Zum einen muss geprüft werden, ob bei dem Täter eine der im Gesetzestext genannten spezifischen Zustände „krankhafte seelische Störung“, „tiefgreifende Bewusstseinsstörung“, „Schwachsinn“ oder „schwere andere seelische Abartigkeit“ zum Tatzeitpunkt vorlag. Im zweiten Schritt ist dann zu prüfen, ob diese Zustände einen Einfluss darauf hatten, das Unrecht der Tat einzusehen und gemäß dieser Einsicht zu handeln. Die im Gesetzestext genannten Begriffe sind dabei keine unmittelbaren Entsprechungen von psychiatrischen kategorialen Diagnosen, vielmehr ist es Aufgabe des Sachverständigen, festgestellte psychische Störungen diesen Begriffen zuzuordnen.

Die Beurteilung der Schuldfähigkeit sollte grundsätzlich auf den Zeitpunkt der Anlasstat(en) bezogen werden. Für die Beurteilung sollten zwingend die Einsichtsfähigkeit und die Steuerungsfähigkeit separat und detailliert beurteilt werden. Der Einfluss des Reifegrades auf die Schuldfähigkeit bzw. auf die Einsichtsfähigkeit oder Steuerungsfähigkeit sollte gegebenenfalls geprüft werden. Bei vorliegenden psychischen Störungen sollten begleitende Reifedefizite im Rahmen der Störung beurteilt werden. Die Beurteilung des Einflusses von psychischen Störungen, Intelligenzminderung, Substanzeinflüssen und Affektzuständen auf die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit sollte nicht pauschal, sondern individuell und vor dem Hintergrund der Wirkung dieser Faktoren sowie der allgemeinen Tatdynamik geschehen. Es sollte beschrieben werden, ob die Schuldfähigkeit des Jugendlichen vollständig aufgehoben, eingeschränkt (in leichtem, mittlerem oder schwerem Grad) oder vollständig erhalten ist.

Allein die Diagnose einer psychischen Erkrankung führt allerdings für sich genommen nicht zur Feststellung einer einen längeren Zeitraum überdauern, gesicherten Beeinträchtigung bzw. Aufhebung der Schuldfähigkeit (vgl. Senat, NStZ-RR 2012, 306). Erforderlich ist vielmehr stets die konkretisierende Darlegung, in welcher Weise sich die festgestellte psychische Störung bei Begehung der Taten auf die Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit ausgewirkt hat (vgl. BGH StraFO 2004, 390).

Beurteilungsgrundlage ist das konkrete Tatgeschehen, wobei neben der Art und Weise der Tatausführung auch die Vorgeschichte, der Anlass der Tat, die Motivlage des Angeklagten und sein Verhalten nach der Tat von Bedeutung sein können (BGHSt 37, 397, 402; Senat, Beschluss vom 1. Juni 2017 – 2 StR 57/17).

Zu prüfen ist dabei insbesondere auch, ob in der Person des Beschuldigten oder in seinen Taten letztlich nicht nur Eigenschaften und Verhaltensweisen hervortreten, die sich im Rahmen dessen halten, was bei schuldfähigen Menschen eine übliche Ursache für strafbares Verhalten und somit normalpsychologisch zu erklären ist (vgl. BGH NStZ-RR 2015, 275, 276; Beschluss vom 23. Juni 2020 – 3 StR 95/20, NStZ-RR 2020, 337 f.; Senat, Beschluss vom 25. August 2020 – 2 StR 263/20).

Der BGH (vgl. 4 StR 40/23 vom 13.09.2023) fordert mittlerweile, dass der Sachverständige letztendlich für jeden einzelnen Vorfallszeitpunkt einen symptomatischen Zusammenhang zwischen dem jeweiligen psychopathologischen Zustandsbild und dem konkreten Tatverhalten herstellt und konkret benennt. In der Praxis ist dies oft sehr herausfordernd bzw. schlichtweg so explizit nicht möglich. Dem Sachverständigen obliegt es dann, dem Gericht eine solche immanente Beurteilungsunschärfe plausibel darzulegen.

Vorläufige Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik § 126a StPO

Im Gegensatz zur Unterbringung gemäß § 81 StPO, die im Wesentlichen eine vorläufige Maßnahme der Verfahrenssicherung ist, indem sie eine Begutachtung ermöglicht, stellt die Unterbringung nach § 126a StPO eine vorläufige Maßnahme zum Schutz der Allgemeinheit dar: „Sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden, dass jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StGB) begangen hat und dass seine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt angeordnet werden wird, so kann das Gericht durch Unterbringungsbefehl die einstweilige Unterbringung in einer dieser Anstalten anordnen, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert.“ Die Unterbringung erfolgt also, wenn eine Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB zu erwarten ist und die öffentliche Sicherheit dies erfordert.

Unterbringung im Maßregelvollzug § 63 StGB

den Fall, dass ein Täter eine Straftat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder zumindest verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) begangen hat, kann die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB angeordnet werden:

„Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist. Handelt es sich bei der begangenen rechtswidrigen Tat nicht um eine im Sinne von Satz 1 erhebliche Tat, so trifft das Gericht eine solche Anordnung nur, wenn besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, dass der Täter infolge seines Zustandes derartige erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.“

Für die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus müssen dementsprechend über die Feststellung eines Zustandes der Schuldunfähigkeit oder sicher verminderten Schuldfähigkeit hinaus einige relevante Bedingungen erfüllt sein. Dazu gehört, dass die Straftat zweifelsfrei im Zustand der Schuldunfähigkeit oder zumindest verminderter Schuldfähigkeit begangen worden sein muss. Zudem muss die Gesamtwürdigung des Täters und der Tat ergeben, dass von ihm aufgrund seines Zustandes weitere erhebliche Straftaten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist. Dies erfordert deshalb im Rahmen der Begutachtung auch eine Gefährlichkeitsprognose. Vorliegen muss zudem eine dauerhafte und nicht bloß vorübergehende psychische Störung, zudem muss die Anlasstat symptomatisch für die vorliegende Störung sein und die Unterbringung muss explizit bezüglich ihrer Verhältnismäßigkeit geprüft werden (§ 62 StGB).

Eine grundsätzlich unbefristete Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB stellt jedoch eine außerordentlich belastende Maßnahme für den Probanden dar.

Der zugrundeliegende sogenannte seelische Defektzustand muss bei dem Probanden bereits seit längerer Dauer bestanden haben und somit als chronifiziert zu bewerten sein (vgl. BGH, 6 StR 106/20, 2 StR 358/14, 4 StR 210/16, 4 StR 520/12).

Neben einer Wahrscheinlichkeit höheren Grades einer Delikt wiederholung müssen die künftig zu erwartenden Taten schwere Störungen des Rechtsfriedens beinhalten (vgl. BGH, Beschl. v. 30.7.2013 – 4 StR 275/13 - NStZ 2014, 36, 37 mwN; BGH, Beschl. v. 15.1.2015 - 4 StR 419/14; BGH, Beschl. v. 28.1.2016 - 3 StR 521/15; BGH, Beschl. v. 17.2.2016 - 2 StR 545/15).

Bezüglich der Schwere der künftig zu erwartenden Straftaten ist eine positive Gefährlichkeitsprognose im Sinne einer sogenannten schweren Störung des Rechtsfriedens dann begründbar, wenn die zu erwartenden Delikte nicht wenigstens dem Bereich der mittleren Kriminalität zuzuordnen sind (BGH, Beschl. v. 26.9.2012 - 4 StR 348/12; BGH, Urt. v. 2.3.2011 – 2 StR 550/10 - NStZ-RR 2011, 240, 241; BGH, Beschl. v. 18.3.2008 – 4 StR 6/08; BGH, Beschl. v. 18.2.1992 – 4 StR 27/92 - BGHR StGB § 63 Gefährlichkeit 16; BGH, Beschl. v. 28.6.2005 – 4 StR 223/05 - NStZ-RR 2005, 303, 304). Die Bewertung der Anlasstaten bei dem Beschuldigten ist ausschließlich juristischer Natur.

Eine Unterbringung im Maßregelvollzug dient auf der einen Seite der Therapie einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung und auf der anderen Seite der Sicherung der Allgemeinheit vor einem psychisch kranken Täter mit einem individuell stark erhöhten Gefährlichkeitsrisiko für schwere Straftaten.

Bei minderjährigen bzw. heranwachsenden Tätern wird die Eingriffsschwelle für eine Unterbringung gemäß § 63 StGB nach der Erfahrung des Autors nur in besonderen Ausnahmefällen tatsächlich erreicht. Medizinische Eingangskriterien sind bspw. eine Schizophrenie bzw. eine Intelligenzminderung mit erheblichen Verhaltensproblemen sowie eine dazu in einem symptomatischen Zusammenhang stehende sicher verminderte (§ 21 StGB) bzw. aufgehobene Steuerungs- bzw. Schuldfähigkeit (§ 20 StGB). Bspw. eine „reine“ Pädophilie ohne komorbide psychische Erkrankung bzw. Anlassdelikte „reichen“ häufig dazu nicht aus. Anlass- und zu prognostizierte Wiederholungsdelikte sind schwere Gewaltdelikte bzw. Tötungsdelikte, schwere Brandstiftung bzw. schwerer sexueller Missbrauch von Kindern.

Bei der Vollstreckung der Unterbringung gilt der Leitsatz „Minderjährige gehören in den Jugendmaßregelvollzug und nicht in die Erwachsenenforensik.“ Allerdings gibt es Jugendmaßregelvollzugseinrichtungen gegenwärtig nur in den Ländern Bayern (Regensburg, Parsberg), Berlin, Hessen (Marburg), Mecklenburg-Vorpommern (Rostock), Niedersachsen (Bad Zwischenahn), Nordrhein-Westfalen (Marsberg, Viersen), Rheinland-Pfalz (Klingenmünster), Sachsen (Arnsdorf) und Thüringen (Mühlhausen) (Weissbeck 2023), jedoch nicht im Saarland und vor allem nicht im bevölkerungsreichen Baden-Württemberg.

Exkurs: § 67b StGB

Nach § 67b StGB kann das Gericht gleichzeitig mit deren Anordnung wiederum die Aussetzung einer Unterbringung im Maßregelvollzug anordnen, und zwar in einer alternativen Einrichtung, bspw. einer geschlossenen und zugleich therapeutischen Einrichtung.

Aufgrund eines de facto Mangels an solchen Plätzen und vielfältigen anderen, meistens bürokratischen Fällen kommen nach der Erfahrung des Sachverständigen in den letzten Jahren solche Alternativen – auch wenn sie grundsätzlich sinnvoll wären – schlichtweg nicht zu Stande. Allein die Nachfrage nach zivilrechtlichen Unterbringungen gemäß § 1631b BGB überschreitet mittlerweile um ein Mehrfaches das Angebot im Bereich der geschlossenen Jugendhilfe.

§ 64 StGB in der Fassung vom 01.10.2023

§ 64 Unterbringung in einer Entziehungsanstalt besagt im Gesetzestext zunächst:

„Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die überwiegend auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hangs erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird; der Hang erfordert eine Substanzkonsumstörung, infolge derer eine dauernde und schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensgestaltung, der Gesundheit, der Arbeits- oder der Leistungsfähigkeit eingetreten ist und fortdauert. Die Anordnung ergeht nur, wenn aufgrund tatsächlicher Anhaltspunkte zu erwarten ist, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt innerhalb der Frist nach § 67d Absatz 1 Satz 1 oder 3 zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.“

Da im Erwachsenenmaßregelvollzug in den Jahren vor 2023 ein stetiger Zuwachs von Anordnungen der Unterbringung gemäß § 64 StGB festzustellen war und zugleich mit einer hohen Rate an Therapieabbrüchen einherging, erfolgte auf Betreiben der Fachgesellschaften – rechtskräftig am 1.01.2023 – eine Novellierung des § 64 StGB mit entscheidenden und zugleich verschärfenden Veränderungen in der Anwendung des § 64 StGB insbesondere bei jungen Menschen (Schwarz et al., 2024).

Neues Erfordernis: Substanzkonsumstörung mit erheblichen Folgen

So wurde zum einen die Voraussetzung eines Hanges, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, in § 64 S. 1 Hs. 2 StGB vom Bestehen einer Substanzkonsumstörung abhängig gemacht. Diese muss zudem eine dauernde und schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensgestaltung, der Gesundheit, der Arbeits- oder der Leistungsfähigkeit zur Folge haben. Demgegenüber insistiert der Bundesgerichtshof (BGH) nunmehr darauf, dass die beiden Merkmale – dauernd und schwerwiegend – in dem von der Sucht betroffenen Lebensbereich auch tatsächlich kumulativ erfüllt sind (Beschl. v. 20.03.2024, Az. 6 StR 47/24).

Nachdem der Begriff des Hanges in der Novelle nicht aufgegeben, sondern in § 64 S. 1 Hs. 2 StGB nur durch das Erfordernis einer Substanzkonsumstörung gesetzlich konkretisiert wurde, spricht viel dafür, an der herkömmlichen Definition des Hangs durch die Rechtsprechung festzuhalten, wobei aber immer zusätzlich die Voraussetzungen des § 64 S. 1 Hs. 2 StGB zu beachten sind. Auf dieser Grundlage erscheint eine physische Abhängigkeit auch nach der Reform nicht unbedingt erforderlich.

Verschärftes Kausalitätserfordernis zwischen Hang und Anlasstat

Mit der Reform des § 64 StGB wurde darüber hinaus ein verschärftes Kausalitätserfordernis zwischen Hang und Anlasstat eingeführt. Die Tat muss nun quantitativ „überwiegend“ auf den Hang zurückzuführen sein. Hierdurch sollen Fälle ausgeschlossen werden, in denen ein Hang lediglich eine untergeordnete Rolle für die Begehung der Tat spielte. In derartigen Fällen ist die Konsumstörung lediglich eine Begleiterscheinung der Straftat.

Als ein Indiz gegen die Maßgeblichkeit des Hangs für die Anlasstat sieht der BGH etwa eine (große) Menge der gehandelten Betäubungsmittel im Vergleich zu einer nur (kleinen) sichergestellten Menge für den Eigenkonsum an (Beschl. v. 14.11.2023, Az. 6 StR 346/23). Auch ist eine Unterbringung nach § 64 StGB nunmehr in Fällen ausgeschlossen, in denen ein suchunabhängiges dissoziales Verhalten für die Tatbegehung wesentlich war.

Anders als unter Geltung des § 64 StGB a.F. fehlt es also an einem solchen symptomatischen Zusammenhang nicht erst, wenn die Taten allein zur Finanzierung des allgemeinen Lebensbedarfs oder zur Gewinnerzielung bestimmt waren, sondern schon dann, wenn dies überwiegend der Fall gewesen ist oder die Taten sowohl zur Finanzierung der Drogensucht als auch des Lebensunterhalts begangen wurden.

Anforderung an die Erfolgsprognose der Behandlung angehoben

Moderat angehoben wurden schließlich die in § 64 S. 2 StGB normierten Anforderungen an die Behandlungsprognose. Während das frühere Recht für eine Unterbringung nur eine „hinreichend konkrete Aussicht“ auf eine Heilung oder zumindest eine Rückfallverhinderung für eine gewisse Dauer verlangte, muss diese Prognose nunmehr „aufgrund tatsächlicher Anhaltspunkte zu erwarten“ sein. Dennoch wird man weitgehend auf die bisherige Rechtsprechung zurückgreifen können, zumal der frühere Gesetzestext mit der nun in den Materialien geforderten „konkrete(n) Chance für einen Behandlungserfolg“ weitgehend synonym zu sein scheint. Eine „noch hinreichend konkrete Behandlungsaussicht“ genügt nach der Neufassung jedoch nicht mehr.

Prognosegesichtspunkte sind in erster Linie in der Persönlichkeit des Täters liegende Umstände, die seine Sucht und deren Behandlungsfähigkeit unmittelbar kennzeichnen. Also insbesondere Art und Stadium der Sucht, bereits eingetretene physische und psychische Veränderungen und Schädigungen, frühere Therapieversuche, eine aktuelle Therapiebereitschaft, für eine erfolgreiche Therapie erforderliche kognitive Fähigkeiten und eine ausreichende Sprachkompetenz. Vor allem mangelnde Sprachkenntnisse oder unzureichende Sprachkompetenzen werden nunmehr vom Gesetzgeber als wesentliche Umstände genannt, bei denen die Erwartung einer erfolgreichen Behandlung in der Regel nicht mehr berechtigt sein werde.

Vor dem Hintergrund der Novellierung von § 64 StGB könnten sich für die Begutachtung junger straffälliger Personen mit Substanzgebrauchsneigung nach der Novellierung von § 64 StGB aus erfahrungswissenschaftlicher Sicht folgende Herausforderungen ergeben:

Durch die Schärfung des Hangkonzeptes könnten die medizinisch-psychologischen Voraussetzungen für die Anwendung dieses Prüfkriteriums bei denjenigen straffälligen jungen Personen nicht mehr als erfüllt betrachtet werden, die sich am Beginn einer Suchtentwicklung befinden.

Dass die Anlassstraftaten junger Personen überwiegend auf eine Abhängigkeit oder zumindest einen dauerhaften Missbrauch von psychotropen Substanzen zurückzuführen sind, wie es nach der Neuregelung erforderlich ist, wäre gegenwärtig wahrscheinlich nur bei einem kleineren Teil der Jugendlichen und Heranwachsenden, die gemäß § 64 StGB untergebracht sind, erkennbar.

Die kriminogenen Risikofaktoren reichen bei jungen untergebrachten Personen meist weit über den bloßen Suchtmittelkonsum hinaus (Weissbeck 2022),

weshalb eine Gefahr für die Begehung weiterer Delikte hauptsächlich infolge einer Substanzkonsumstörung bei vielen der aktuell untergebrachten Fälle nicht zu konstatieren wäre.

Einschätzungen hinsichtlich einer Erfolgsaussicht waren bei der jungen Klientel aufgrund der oben geschilderten altersbedingten Besonderheiten bereits vor der Novellierung nicht leicht zu treffen; die nun explizit gesetzlich verlangten tatsächlichen Anhaltspunkte, die einen erfolgreichen Therapieabschluss erwarten lassen, sind bei vielen delinquenten Jugendlichen und Heranwachsenden mit Suchtmittelproblematik schwer auszumachen.

Nach der persönlichen Erfahrung des Autors lassen sich mittlerweile die eng gefassten medizinischen Voraussetzungen für eine Unterbringung von jungen suchtkranken Straftätern in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB nur noch sehr selten begründen. Die Zahl der Unterbringungen gemäß § 64 StGB scheint ebenfalls im Erwachsenenbereich drastisch abzunehmen.

Exkurs: Sicherungsverwahrung § 7 JGG / § 66 StGB

Die Sicherungsverwahrung ist eine freiheitsentziehende „Maßregel der Besserung und Sicherung“ und in den §§ 66 ff. des Strafgesetzbuches (StGB) geregelt.

Bei der Sicherungsverwahrung werden besonders gefährliche Straftäter nach Verbüßung ihrer Strafe nicht in Freiheit entlassen, sondern zum Schutz der Allgemeinheit weiterhin untergebracht. Die Sicherungsverwahrung kann bei Erwachsenen im Urteil verhängt oder vorbehalten werden. In seltenen Fällen kann die Sicherungsverwahrung auch nachträglich angeordnet werden. Bei jugendlichen und heranwachsenden Straftätern sieht das Jugendgerichtsgesetz (JGG) in § 7 JGG besondere Voraussetzungen für den Vorbehalt und die Anordnung von Sicherungsverwahrung vor.

In der Regel wird die Sicherungsverwahrung in allgemeinen Justizvollzugsanstalten vollzogen. Da die Strafe mit Eintritt in die Sicherungsverwahrung aber bereits verbüßt ist und die Sicherungsverwahrung nicht an die Schuld des Täters anknüpft, sondern an dessen Gefährlichkeit, muss sich für die Betroffenen die Sicherungsverwahrung vom normalen Strafvollzug unterscheiden. Sie ist vor diesem Hintergrund anders auszugestalten als die Strafhaft.

Fragestellungen zu einer vorbehaltenen bzw. angeordneten Sicherungsverwahrung sind sehr selten. Bei jungen Menschen ist die Persönlichkeitsentwicklung noch nicht abgeschlossen bzw. in einem dynamischen Verlauf. Daher fällt eine Gefährlichkeitsprognose umso schwieriger.

Zur Frage des Hanges zu erheblichen Straftaten

Der Begriff des Hanges kann je nach Kontext mehrere Bedeutungen haben.

Im Kontext der Unterbringung der Sicherungsverwahrung fehlen laut Habermeyer und Saß (2004) bislang „geeignete und anerkannte psychiatrische Begriffsbestimmungen des Hanges zur Begehung gefährlicher Straftaten“. Der Hang repräsentiert keine definierte psychiatrische Kategorie. In der Rechtsprechung wird der Hang nach § 66 StGB als „fest eingewurzelte Neigung“ und „eingeschliffener innerer Zustand“ gekennzeichnet (Dannhorn 2010). Die Bedeutung des Erkennens eines Hanges besteht darin, dass damit unmittelbar eine hohe Wahrscheinlichkeit für das Begehen weiterer erheblicher Straftaten verknüpft ist (Dannhorn 2010).

Habermeyer und Saß stellten in ihrer Untersuchung 2004 heraus, dass der Begriff Hang als „zeitlich stabile, persönlichkeitsgebundene Bereitschaft zu aktivem kriminellem Handeln“, verbunden mit einer negativen Kriminalprognose, beschrieben werden kann. Des Weiteren führten sie Merkmale auf, die eine überdauernde Bereitschaft zur Ausübung von Delikten bzw. einen Hangtäter i. S. des § 66 StGB kennzeichnen sollen (siehe unten).

Dabei gehen sie im Wesentlichen auf Merkmale der Persönlichkeit des Täters ein (i. S. einer antisozialen/dissozialen Persönlichkeit), betrachten die Lebensumstände, die Delinquenz-Vorgeschichte und schlagen den Einsatz eines anerkannten Prognoseinstruments (PCL-YV bzw. PCL-R) vor. Zusätzlich kann – entsprechend des Alters und Entwicklungsstandes des Probanden – bspw. das *Structured Assessment of Violence Risk in Youths* (SAVRY) bzw. das *Historical Clinical-Risk-Management-20* (HCR-20) zur Frage der Gewaltprognose angewandt werden.

Um Prognoseinstrumente anzuwenden, bedarf es zumeist einer Schulung für das jeweilige Verfahren sowie grundsätzlicher Expertise in der Kriminalprognose. Ob es grundsätzlich dabei eine sichere Prognose gibt, das wagt der Autor zu bezweifeln.

Abb. 3

Merkmale für stabile und persönlichkeitsgebundene Bereitschaft zur Begehung von Straftaten (modifiziert nach Habermeyer und Saß 2004):

Kategorien	Merkmale
Persönlichkeitsmerkmale	Zustimmende, ich-syntone Haltung zur Delinquenz Schulduzuweisung an Opfer, Dritte, Umstände Antisoziale Denkstile, die eine situative Verführbarkeit bedingen oder kriminelle Verhaltensstile legitim erscheinen lassen.
Delinquenz-Vorgeschichte	Phasen der Delinquenz überwiegen gegenüber unauffälligen Lebensphasen Progrediente Rückfallneigung, Missachtung von Auflagen Aktive Gestaltung der Tatumstände bzw. der Tat Spezialisierung auf einen bestimmten Delinquenztyp
Prognoseinstrument	Psychopathy Scale nach Hare
Lebensumstände	Integration in eine kriminelle Subkultur Reizhunger, sozial unverbundene, augenblicksgebundene Lebensführung Fehlende psychosoziale Auslöse-faktoren bzw. begünstigende Konflikte.

Zum Fortbildungsangebot in der forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie

Nach der Erfahrung des Autors sind gegenwärtig die Fort- und Weiterbildungsangebote für praktisch tätige Sachverständige überschaubar. Vor diesem Hintergrund wurde 2021 die Arbeitsgruppe „Forensische Fragestellungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ der DGKJP gegründet. Das übergeordnete Ziel ist dabei die Stärkung des Bereichs der forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie durch Netzwerkarbeit und Sammlung bestehender Behandlungs-

konzepte, Versorgungs- sowie Fortbildungsangebote und wissenschaftliche Initiativen: Kontakt: forensik@dgkjp.de. In der Pfalz und Umgebung bieten Frau Dr. Petra Schwitzgebel (Landau) und Dr. Wolfgang Weissbeck (Klingenstein) etwa zweimal im Jahr Workshops für forensisch tätige Kinder- und Jugendpsychiater:innen an. Bei dem Kongress der DGKJP werden ebenfalls regelmäßig Workshops angeboten. Der Autor hat bei dem Jahreskongress des BKJPP immer wieder selber Workshops angeboten.

Der Autor begutachtet als Doppelfacharzt ebenso Erwachsene.

Die DGPPN bietet zu forensischen Themen auf ihrem Jahreskongress vielfältige Fort- und Weiterbildungsangebote an. Außerdem wird auf die renommierte jährliche Gutachtenwoche „Forensik am See“ in Tutzing, das Bildungswerk in Kloster Irsee, die dreitägige Weiterbildung des Zentrums für Forensisch-Psychiatrische Begutachtung (ZFPB) Berlin am Griebnitzsee, den Fachtag des Instituts für forensische Psychiatrie in Berlin im Juni, die Dresdener und die Münchener „Forensiktage“, die jährliche Eickelborner Fachtagung des LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt und weitere Tagungen der Kliniken in Rostock, Nette-Gut in Andernach, Bedburg Hau, Haina der Vitos Klinik für Forensik in Gießen usw. sowie auf die Angebote der Nachbarfachgesellschaften in Österreich und in der Schweiz explizit hingewiesen.

Fazit:

Im Vordergrund steht – ebenso wie in der Klinik und in der Praxis – eine solide diagnostische Einschätzung. Bei Kindern und Jugendlichen empfiehlt sich das Multiaxiale Diagnose-Schema. Hinzu kommt die Reifebeurteilung, d.h. bei Minderjährigen gemäß § 3 JGG und bei Heranwachsenden zwischen dem 18. und dem 21. Lebensjahr gemäß § 105 JGG. Nicht „jede“ psychiatrische Diagnose begründet aber eine Beeinträchtigung bspw. der Steuerungsfähigkeit. Es kommt darauf an, die psychiatrische Diagnose(n) einem der vier juristischen Eingangskriterien zuzuordnen: bei Jugendlichen und Heranwachsenden kommen meistens das erste bzw. das dritte juristische Eingangskriterium, d.h. eine „krankhaften seelischen Störung“ bzw. eine „Intelligenzminderung“ in Betracht. Die Beurteilung der Einsichts- und der Steuerungs- bzw. Schuldfähigkeit §§ 20, 21 StGB beziehen sich dabei stets konkret auf das Verhalten des Probanden zum jeweiligen Tatzeitpunkt. Falls eine verminderte Schuldfähigkeit § 21 bzw. eine Schuldunfähigkeit § 20 attestiert werden, dann kann der Sachverständige beauftragt werden, zur Wiederholungsgefahr für künftige Straftaten der mittleren bzw. schweren Kriminalität und damit zu den medizinischen Voraussetzungen des § 63 StGB Stellung zu nehmen. Eine Un-

terbringung im Maßregelvollzug dient dabei den Zwecken der Therapie und der Sicherung der Allgemeinheit. Ob die dafür notwendige hohe Eingriffsschwelle erreicht wird, ist am Ende eine ausschließlich juristische Bewertung.

Nach der Erfahrung des Sachverständigen wird die Schwelle für eine Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB bei Jugendlichen und Heranwachsenden eher selten erreicht. Mit der Novellierung des Gesetzes zur Unterbringung in einer Entziehungsanstalt § 64 StGB werden die dazu nunmehr hohen Voraussetzungen bei Jugendlichen und Heranwachsenden (aber auch bei Erwachsenen) nur noch selten erfüllt.

Fragen der (ggf. vorbehaltenen) Sicherungsverwahrung sind bei Jugendlichen und Heranwachsenden selten. Der Autor empfiehlt dann, sich an die *von Habermann und Saß 2004* veröffentlichten Leitlinien zu orientieren.

Bei der Vollstreckung der Unterbringung gilt der Leitsatz „Minderjährige gehören in den Jugendmaßregelvollzug und nicht in die Erwachsenenforensik.“ Nach dem derzeitigen Kenntnisstand des Autors gibt es bezüglich des Aufbaus eines Jugendmaßregelvollzug noch einen Aufbaubedarf.

Psychiatrische Gutachtertätigkeit in Jugendstrafverfahren kann beides sein: eine spannende Ergänzung zu der praktischen Tätigkeit bzw. eine vielfältige und abwechslungsreiche schwerpunktmäßige gutachterliche Tätigkeit in Klinik bzw. Praxis. Eine engagierte Förderung des ärztlichen Nachwuchses ist bedeutsam, um künftig ansonsten drohenden Versorgungsengpässen im Bereich der forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie vorzubeugen.

Literatur

- Gehrmann, J. (2016) An der Schnittstelle zweier Spektrum-Erkrankungen: klinische Erfahrungen mit der medikamentösen Behandlung von ADHS bei Fetalem Alkoholsyndrom im Kindes- und Jugendalter. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 26 (2): 2 – 26
- Günter, M. (2008) Der § 105 JGG: Entwicklungspsychologische Erkenntnisse und gutachterliche Praxis. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie* 2:169–179
- Habermeyer, E. & Saß, H. (2004) Regulation on preventive detention according to section sign 66 of the German Penal Code. Principles and differential indication compared with the regulation according to section sign 63 of the German Penal code. *Nervenarzt* 75(11), 1061-1067.
- Häßler, F., Kinze, W., Nedopil, N. (Hrsg) (2022) *Praxishandbuch Forensische Psychiatrie*. MWV, Berlin

- Hoffmann, K. (2014) Bedeutung des Intelligenzquotienten für die Feststellung des Eingangsmerkmals Schwachsinn im Sinne der §§ 20, 21 StGB. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie* 8:164–168
- Remschmidt, H., Schmidt, M.H. & Poustka, F. (2017) Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10: Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-5 (7. Aufl.). Hogrefe, Göttingen
- Retz, W. & Rösler, M. (2010) Association of ADHD with reactive and proactive violence in a forensic population. *ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder* 2:195–202
- Rösler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., Hengesbach, G., Schneider, M., Supprian, T., Schwitzgebel, P., Pinhard, K., Dovi-Akue, N., Wender, P. & Thome, J. (2004) Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 254:365–371
- Rösler, M., Retz, W., Yaqoobi, K., Burg, E. & Retz-Junginger, P. (2009) Attention deficit/hyperactivity disorder in female offenders: prevalence, psychiatric comorbidity and psychosocial implications. *European Archives of Psychiatry and clinical Neuroscience* 259:98–105
- Rössner, D. (2013). Strafaussetzung zur Bewährung und Aussetzung der Verhängung der Jugendstrafe. In B.-D. Meier, D. Rössner, & H. Schöch (Hrsg.), *Jugendstrafrecht* (3. Aufl.). München: Beck.
- Saß, H. & Werner, R. (2024) Die Differenzierung von Einsichts- und Steuerungsfähigkeit bei der Schuldfähigkeitsprüfung aus juristischer und psychiatrischer Sicht. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 18 (4):372–387
- Schepker, R., Fegert, J.M. & Habermeyer, E. (2009) Strafrechtliche Täterbegutachtung einschließlich Reifefragen. In: Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ (Hrsg) *Adoleszenzpsychiatrie*. Schattauer, Stuttgart/New York, S 778–791
- Schwarz, M., Kaspar, J., Werner R., Groß G & Stübner, S. (2024) Zur Anwendung der Neufassung von §64 StGB bei Jugendlichen und Heranwachsenden – rechts- und erfahrungswissenschaftliche Perspektiven. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 18 (3) 436–444
- Weissbeck, W. (2022) Jugendliche und Heranwachsende mit Reifeverzögerungen im Maßregelvollzug. In: Habermeyer E, Dreßing H, Seifert D, Lau S (Hrsg) *Praxishandbuch Therapie in der Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie*. Urban & Fischer, München, S 287–296
- Weissbeck, W. (2023) Was bisher geschah – kurzer historischer Überblick zum Jugendmaßregelvollzug. Vortrag auf dem Symposium „Jugendmaßregelvollzug als Chance – Geschichte und Perspektiven“, Pflazklinikum Klingenmünster/Rheinland-Pfalz, 8. Mai 2023

Erklärung zu einem Interessenkonflikt:

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt, d.h. keine finanziellen oder persönlichen Beziehungen bestehen, welche die Arbeit beeinflussen könnten

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. med. Jochen Gehrman
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie
Zertifikat Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie
Zertifikat Suchttherapie i. d. Kinder- und Jugendpsychiatrie
SRH University Heidelberg
School of Health, Education and Social Sciences

Anschrift:

Gutachtenpraxis Prof. Gehrman
c/o Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie Tobias Berg
Bahnhofstrasse 11
67059 Ludwigshafen am Rhein
Email: mail@kjpgutachtergehrman.de

Jugendmaßregelvollzug in Deutschland

David Strahl

Zusammenfassung:

Besserung und Sicherung junger forensischer Patienten erfordern eine ganzheitliche Berücksichtigung von individuellen Störungs- und Delinquenzprofilen sowie der mit dem Lebensalter verbundenen Besonderheiten. Altersbedingte Entwicklungsprozesse, Lern- und Sozialbedürfnisse, schulische und berufliche Perspektiven sowie familiäre Rahmenbedingungen prägen den Therapie- und Förderbedarf.

Zielgerichtete Interventionen orientieren sich an den individuellen Bedürfnissen der jungen Menschen, zielen auf Early Risk- und Protective Factors ab und streben eine Balance zwischen Sicherheit, Therapie, Bildung und sozialer Integration an.

Ziel ist es, altersgerechte Interventionen zu planen, die Hemmnisse zu überwinden, Ressourcen zu stärken und stabile, zukunftsorientierte Lebenswege zu ermöglichen. Dabei stehen Sicherheit, Behandlungserfolg und optimale Re-Integrationschancen in die Gesellschaft im Vordergrund, begleitet von einer engen Zusammenarbeit zwischen medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialarbeiterischen Fachkräften.

Schlüsselwörter: Forensische Psychiatrie, Jugendmaßregelvollzug, jugendliche Straftäter, Gewaltstraftaten, Gefährlichkeit, Rückfallgefahr, Resozialisierung, Erziehungsgedanke, Unterbringung, Delinquenz, Prävention

Adolescent Forensic Psychiatry in Germany

Summary:

A holistic approach is required for the rehabilitation and restraint of young forensic patients, taking into account the individual profiles of their disorders and delinquency, as well as their age-related characteristics. Age-related developmental processes, learning and social needs, educational and career prospects, and family circumstances shape the need for therapy and support.

Targeted interventions are tailored to the individual needs of young people, focus on early risk and protective factors, and strive to achieve a balance between safety, therapy, education, and social integration.

The goal is to plan age-appropriate interventions that overcome obstacles, strengthen resources, and enable stable, future-oriented life paths. Safety, treatment success, and optimal opportunities for reintegration into society are at the forefront, supported by close collaboration among medical, psychological, educational, and social work professionals.

Key words: Forensic psychiatry, juvenile correctional detention, juvenile offenders, violent offenses, dangerousness, risk of recidivism, resocialisation, rehabilitative ethos, institutional placement, delinquency, prevention.

Einleitung

Der Leitgedanke des Jugendgerichtsgesetzes ist die Resozialisierung des Jugendlichen, die in den meisten Fällen eigentlich erst eine Sozialisierung sein dürfte. Der erzieherische Auftrag ist eindeutig: Jugendliche und Heranwachsende sollen zu einem sozial integrierten und straffreien Leben befähigt werden. Allerdings ist insbesondere bei jugendlichen und heranwachsenden forensischen Patienten die aus ihren Störungen resultierende Gefährlichkeit bei allen Maßnahmen zu berücksichtigen.

Die geschlossene, die Allgemeinheit schützende Unterbringung ist kein pädagogisches Konzept und auch kein justizvollzugsanaloges „Wegsperrn“.

Sie sollte vielmehr einen Raum des Erlebens von Halt, Sicherheit und stabilen (professionellen) Beziehungen bieten, in denen auch Emotionen wie Angst, Wut, aggressives oder überangepasstes Verhalten gezeigt werden können.

Die Geschlossenheit sollte die Voraussetzung bilden, die pädagogische und therapeutische Prozesse überhaupt erst wieder ermöglicht. Durch die räumliche Gebundenheit haben die jungen Menschen überhaupt erst wieder die Möglichkeit eines Beziehungsaufbaus. Diese muss äußerst professionell durchgeführt werden und regelmäßig supervidiert, aber auch kontrolliert werden, um jeglichen Verdacht auf Machtmissbrauch zu verhindern und auch den Fachpersonen die notwendigen Fertigkeiten und Rückmeldungen zu geben, um ein förderliches therapeutisch/pädagogisches Setting zu etablieren, welches dann allmählich erweitert wird.

Eine geschlossene Unterbringung dient in diesem Fall in keinsten Weise pädagogischen bzw. erzieherischen Zwecken.

Die Besserung und Sicherung junger forensischer Patienten hat neben den individuellen Störungs- und Delinquenzprofilen die mit dem Lebensalter verbundenen Besonderheiten zu berücksichtigen.

Unter entwicklungspsychologischen Aspekten haben die Patienten die folgenden Entwicklungsaufgaben zu bewältigen:

- Sie haben sich vom Elternhaus zu lösen und angemessene Kontakte zu Gleichaltrigen aufzunehmen,
- sie müssen erwachsene Sexualität in ihre Persönlichkeit und in sexuelle Beziehungen integrieren und dabei Kompromisse zwischen dem sexuell Erwünschten und Zulässigen herstellen,
- sie haben ihre Ich-Funktionen weiter auszugestalten,
- sie haben ihre soziale Handlungskompetenz, verstanden als ihre Fähigkeiten, berechnete Bedürfnisse und Interessen in sozial angemessener Form durchzusetzen, zu erweitern
- und nicht zuletzt eine berufliche und Lebensperspektive zu entwickeln.

Kurz gesagt geht es in diesem Prozess darum, dass sich Jugendliche zu erwachsenen, zu autonomen Persönlichkeiten entwickeln. Die Störungsprofile der Jugendlichen und Heranwachsenden im Maßregelvollzug (MRV) verweisen aber darauf, dass ihre kognitiven, emotionalen und sozialen Kompetenzen für die Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben erheblich beeinträchtigt sind.

Die Förderung dieser Kompetenzen sowie die Begleitung und Unterstützung bei den genannten Entwicklungsaufgaben erfordern neben psychotherapeutischen, pädagogischen und kreativtherapeutischen Ansätzen eine „familiäre Struktur“ der Unterbringung einerseits und eine Vernetzung mit Schule, Ausbildung, Freizeit (Sport) und sozialen Institutionen andererseits. Hierbei tritt das Spannungsverhältnis zwischen der Entwicklungsförderung und den Sicherungsaspekten besonders deutlich hervor. Wenn möglich, sind Mitglieder der (Pflege-) Familien in die Behandlung einzubeziehen.

Um die Qualität und Effizienz der Weiterbildung zu optimieren wird zur Unterstützung der Weiterentwicklung von persönlichen Kompetenzen und der kollegialen Vernetzung ein breites Angebot an Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten, welche die forensische Schwerpunktbezeichnung, die rechtspsychologische Qualifizierung und fachpflegerische Weiterbildungen ebenso beinhalten wie die Fort- und Weiterbildung spezifischer Kompetenzen und The-

rapien. Es werden praktische Skills, Fachwissen und Vernetzung innerhalb der kinder- und jugendpsychiatrischen Bezüge, aber auch deutschlandweit über die Bundesarbeitsgemeinschaft Jugendmaßregelvollzug durchgeführt.

Epidemiologische Daten

Bei der Gewaltkriminalität ist die Anzahl der tatverdächtigen Kinder um 11,3 Prozent (2024: 13.755 tatverdächtige Kinder) und Jugendlichen um 3,8 Prozent (2024: 31.383 tatverdächtige Jugendliche) gestiegen. Im Langzeitvergleich verzeichnet das BKA erneut Höchststände bei dem Anteil der Kinder mit 7,0 Prozent und der Jugendlichen mit 15,9 Prozent an allen Tatverdächtigen der Gewaltkriminalität (https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2024/Polizeiliche_Kriminalstatistik_2024/Polizeiliche_Kriminalstatistik_2024_node.html).

Das Land NRW hat im Rahmen des Projektes „Kurve kriegen“ die sozialen Folgekosten berechnet, die von Gesellschaft getragen werden müssen, die durch IntensivtäterInnen im Durchschnitt bis zum 25. Lebensjahr verursacht werden: 1,7 Mio. € (Projekt „Kurve kriegen NRW“) (<https://www.kurvekriegen.nrw.de>).

Wie sich in der bundesweiten Rückfalluntersuchung von Jehle und Hohmann-Fricke (2024) im Auftrag des Bundesministeriums für Justiz und Verbraucherschutz zeigt, kommt es nach strafrechtlichen Sanktionen zu hohen Rückfallzahlen bei jungen Menschen. Die gesamte Rückfallrate nach Straftaten, die nach dem Jugendstrafrecht sanktioniert werden liegt bei 36%, die Rückfallrate nach unbedingter Jugendstrafe sogar bei 64%.

Allgemeine Grundlagen

Jugendmaßregelvollzugspatienten gelten als Hochrisikogruppe. Durch prekäre Biographien, die häufig geprägt sind von früher Traumatisierung, Gewalterfahrungen in der Familie und Heimunterbringungen, weisen diese Jugendlichen und Heranwachsenden eine hohe Belastung auf. Hinzu kommen schwere psychische Störungen, in den meisten Fällen eine ausgeprägte Komorbidität, eingeschränkte kognitive Fähigkeiten und ein entsprechend geringes Bildungsniveau. Viele Patienten wuchsen in einem delinquenten und drogenbelasteten familiären Umfeld auf und knüpften früh Kontakte zu dissozialen Peers. Der Beginn der Delinquenz liegt oft noch vor Erreichen der Strafmündigkeit und führt zu einer hohen Vorstrafenbelastung.

Die Unterbringung im MRV erfolgt vor allem aufgrund von Gewaltdelikten oder anderen schweren Straftaten. Aufgrund der komplexen Problematiken

fällt die prognostische Einschätzung erwartungsgemäß ungünstig aus. Trotzdem werden junge Menschen im MRV als „übersehbar“, „Vergessene“ und „Stiefkinder der psychiatrischen Versorgung“ beschrieben.

Um das Ziel der Unterbringung, die Rückfallvermeidung bzw. eine reduzierte Rückfallgefahr zu erreichen, müssen im Rahmen der Behandlung eine Vielzahl an Zwischenzielen erarbeitet werden. Da eine Unterbringung nach § 63 StGB eine zumindest verminderte Schuldfähigkeit zum Tatzeitpunkt bzw. den Tatzeitpunkten erfordert, die durch eine forensisch relevante psychische Störung bedingt und unter eine der 4 juristischen Kategorien des § 20 StGB zu subsumieren ist, stehen ganz unterschiedliche Störungsbilder im Fokus der Behandlung. Die Behandlungsziele sind daher grundsätzlich für jeden Patienten individuell.

Häufige Diagnosen, die zu einer Unterbringung im Jugendmaßregelvollzug führen, sind:

- Störung des Sozialverhaltens
- Autismus-Spektrum-Störungen
- AD(H)S
- Traumafolgestörungen
- Paraphilien
- Störungen der Intelligenz
- Psychotische Störungen

Aus praktischer Sicht existieren aber auch eine Reihe von Themen, die in der Regel bei allen untergebrachten Jugendlichen und Heranwachsenden in der Behandlung aufgegriffen und bearbeitet werden müssen. Hierzu zählt die Belastung der Patienten durch psychische Symptome. Die Reduktion der Symptombelastung ist ein naheliegendes Ziel und Schwerpunkt innerhalb der Therapie. Eine besondere Herausforderung, die sich bei Jugendmaßregelvollzugspatienten ergibt, sind die häufig langen Krankheitsverläufe. Oftmals konnte in der Vergangenheit trotz kinder- und jugendpsychiatrischer Vorbehandlung keine ausreichende Stabilisierung der psychischen Gesundheit etabliert werden.

Gegenüber der zum Teil chronifizierten Psychopathologie steht das erhebliche Veränderungspotenzial junger Menschen, das Verbesserungen in diesem Bereich wiederum begünstigen kann. Wird eine subjektiv wahrgenommene

Verbesserung des psychischen Zustandes erreicht, kann sich dies zusätzlich positiv auf die Behandlungsmotivation von Patienten auswirken.

Neben aggressiven Verhaltensweisen sind auch andere Strategien zur Emotionsregulation regelmäßiger Inhalt der therapeutischen Auseinandersetzung im Jugendmaßregelvollzug. Bei delinquenten Jugendlichen und Heranwachsenden ist von einem eingeschränkten bzw. destruktiven Umgang vor allem mit negativen Emotionen auszugehen. Verschiedene Untersuchungen weisen darauf hin, dass Jugendliche, die aggressives und problematisches Verhalten zeigen, häufig weniger funktionale Emotionsregulationsstrategien einsetzen. Diese mangelnden Kompetenzen im Bereich der Emotionsregulation in der Kindheit können als ein Risikofaktor für spätere Inhaftierungen identifiziert werden. Neben der Erarbeitung konkreter adaptiver Strategien im Umgang mit affektiven Zuständen gilt es, eine grundlegende Fähigkeit zur Selbstkontrolle zu entwickeln und zu stärken. Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche therapeutische Deliktbearbeitung ist zudem ein ausreichendes Maß an Offenheit und Transparenz der Patienten, die im Behandlungsverlauf etabliert werden muss.

Um ein entwicklungsförderndes Umfeld zu gewährleisten, realisieren alle mit der Behandlung bzw. Betreuung befassten MitarbeiterInnen eine Grundhaltung, die durch Akzeptanz der Person, aber Ablehnung der Tat(en) und der damit verbundenen subkulturellen, dissozialen und kriminellen Haltungen gekennzeichnet ist. Sie begegnen den PatientInnen mit Wertschätzung und sind davon überzeugt, dass sie ihre Entwicklungspotentiale für eine selbstverantwortliche und straffreie Lebensführung nutzen können. Mit dieser verstehenden und Grenzen setzenden Haltung bieten alle Beteiligten den Jugendlichen und Heranwachsenden zugleich Orientierung und Reibungsfläche. Transparenz bezüglich der Regeln im stationären Alltag und der Entscheidungsprozesse im Team sind ebenso handlungsleitend wie das Erlernen und Übernehmen von Selbstverantwortung der Jugendlichen und Heranwachsenden in definierten Bereichen des Zusammenlebens.

Aufgrund der geringen Fallzahlen sind die Jugendstationen im MRV mit jugendlichen PatientInnen belegt, die sich hinsichtlich klinischer und kriminologischer Aspekte zum Teil erheblich unterscheiden. Bei gefährdeten Jugendlichen steigt das Risiko für dysfunktionale und delinquente Verhaltensweisen durch den Umgang mit devianten Peer-Groups. Sie sind auch dadurch gefährdet, dass sie in institutionellen Settings diesen negativen Einflüssen ggf. vermehrt ausgesetzt sind. Das Zusammenleben devianter und delinquenter

Jugendlicher kann deshalb die intendierten positiven Behandlungseffekte minimieren oder gar zu negativen Effekten führen. Dies ist insbesondere unter stationären Bedingungen zu erwarten, die durch fehlende Struktur und ungenügendes Monitoring gekennzeichnet sind (siehe auch Dodge et al. 2006).

Hinzu tritt die gerade im Jugendstrafrecht besonders beachtete Verhältnismäßigkeit, so dass die Behandlung intensiviert werden muss, um Entlassungen aus Verhältnismäßigkeit statt aus prognostischen Gründen zu vermeiden. Wie sich aus den entlassenen Patienten ergibt, birgt eine Erledigung durch die Gerichte weiterhin eine hohe Rückfallgefahr. Bei den erfolgreich entlassenen Patienten findet sich häufig keine strafrechtliche Rückfälligkeit. Bei den aus Verhältnismäßigkeitsgründen entlassenen Patienten beträgt diese dagegen bis zu 50%.

Die bisherigen Erfahrungen der jugendforensischen Stationen zeigen, dass vor allem durch folgende – auch in der Literatur vorgeschlagenen – Maßnahmen die oben dargestellten Probleme reduziert werden können:

- Gelegenheiten für unstrukturierte Interaktionen der devianten Jugendlichen sollten reduziert werden. Dies erfordert ein hochstrukturiertes Setting mit entsprechenden Angeboten.
- Verhaltensnahe Interventionen, die durch Mitarbeitende durchgeführt werden.
- Etablierung einer prosozialen Gruppenkultur
- Qualifizierung der Arbeit mit den devianten und delinquenten Jugendlichen.

Für die Ausgestaltung des Alltags und der Behandlungsplanung bedeutet dies:

- Das Zeitfenster für das Auftreten subkultureller/devianter/delinquenter Verhaltensweisen sollte soweit wie möglich reduziert werden.
- Optimale Strukturierung des Alltags und ausreichende therapeutische Angebote.
- Die Behandlungsstruktur muss in Gruppenangebote und individuelle Maßnahmen unterteilt werden. Gerade bei der Heterogenität der Patientengruppe sind hierfür ausreichend qualifizierte Mitarbeitende unbedingt erforderlich.
- Es werden (Klein-)Gruppenangebote durchgeführt, um den Bedürfnissen der heterogenen Patientenstruktur angepasst, eine intensive und damit im Vergleich zu den durchschnittlichen Unterbringungszeiten im MRV verkürzte Unterbringungsdauer zu erreichen.

Die Behandlungsziele der jugendforensischen Stationen beinhalten

- das Erfahren stabiler und stützender Beziehungen und Bindungsstile
- non-verbale Therapien (Kunsttherapie, Musiktherapie, Mototherapie, Ergotherapie)
- verhaltenstherapeutische und pädagogische Gruppenprogramme (Soziale Kompetenz, Impulskontrolle, Sexualaufklärung)
- deliktspezifische Gruppenangebote für Gewalttaten, Sexualstraftaten und Brandstiftungen.
- störungsspezifische Gruppen und Konzepte (Psychosen, STEPPS, DBT, Suchtgruppen, Impulskontrolle, ForTiS, EMDR, Rage- and Anger-Gruppen, etc.)
- systemische Therapien (Einbezug des Familiensystems und der Bezugspersonen)
- schulische und berufliche Förderung (teilweise in Begleitung von Mitarbeitenden aufgrund der Gefährlichkeitseinschätzung)
- sporttherapeutische und sportliche Aktivitäten
- sozial angepasste Freizeitgestaltung und erlebnispädagogische Maßnahmen.

Das STEPPS-Programm (Systematic Training for Emotional Predictability and Problem Solving) ist ein strukturiertes, 20-wöchiges Gruppenprogramm für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung oder emotionaler Instabilität. Es vermittelt Fähigkeiten zur Emotionsregulation, Verhaltensänderung und Krankheitsbewältigung. Das Programm wird als Ergänzung zu bestehenden Therapien eingesetzt und bezieht Angehörige aktiv mit ein.

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) ist eine Form der Psychotherapie, die ursprünglich für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt wurde. Sie verbindet klassische Verhaltenstherapie mit Elementen der Achtsamkeit und hilft dabei, extreme Gefühle zu regulieren und Krisen besser zu bewältigen.

ForTiS ist ein strukturiertes und manualisiertes forensisches Therapieprogramm für straffällig gewordene Jugendliche und junge Erwachsene.

EMDR ist ein Akronym für Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Die Erinnerung an ein traumatisches Erlebnis wird verknüpft mit einer Stimulierung beider Gehirnhälften, die durch eine rhythmische Bewe-

gung der Augen erreicht wird, indem die Patienten den sich bewegenden Fingern der Therapeuten folgen.

Rage- und Anger-Gruppen bieten einen sicheren Rahmen, um unterdrückte Wut zu verarbeiten, zu kanalisieren und somatisch abzubauen. Sie helfen dabei, die Energie hinter der Wut für Klarheit und Abgrenzung zu nutzen, anstatt destruktiv zu handeln.)

Hinzu kommen Aufgaben im Krisenmanagement, da Krisen und besondere Vorkommnisse im Sinne der Beziehungskonstanz auf den Stationen bewältigt und bearbeitet werden.

In den regelmäßigen Behandlungsplankonferenzen werden die entsprechenden Behandlungsbausteine individuell für den einzelnen Patienten festgelegt und anschließend umgesetzt.

Durch dieses (notwendigerweise) breit gefächerte Behandlungsangebot können die individuellen Delinquenzfaktoren unter Berücksichtigung jugendtypischer Entwicklungsaufgaben suffizient und umfassend behandelt werden.

Aufgrund der sehr dynamischen Lebensphase, in der sich die jungen Menschen befinden, verbunden mit verschiedensten sozialen Anforderungen ergibt sich eine äußerst komplexe Behandlungsnotwendigkeit. Gerade in Bezug auf delinquentes Verhalten und dessen Verhinderung bzw. Verringerung des Auftretens, müssen verschiedenste Behandlungsansätze, pädagogische Maßnahmen und schulisch/berufliche Qualifikationen ineinandergreifen.

Allgemeine Behandlungsziele:

- Die Behandlungsmotivation des Einzelnen ist hergestellt
- Entwicklung von Beziehungsfähigkeit
- Differenzierung von Selbst-Fremdbild
- Entwicklung sozial adäquater Konfliktlösungsstrategien
- Erhöhung des Identitäts- und Selbstwertgefühls
- Erhöhung von Frustrationstoleranz, emotionaler Stabilität, Fähigkeit zu Triebaufschub
- Aufbau einer differenzierten Norm- und Wertewelt
- Herstellung von Lernfähigkeit und Kreativität

Hervorzuheben sind hier aus den bisherigen Behandlungsverläufen insbesondere folgende Aspekte:

- Die aus den irritierenden oder gar traumatisierenden Beziehungserfahrungen resultierenden unsicheren oder chaotischen Bindungsstile der jungen forensischen PatientInnen verlangen nach stabilen Beziehungsangeboten im Rahmen eines beziehungsorientierten Betreuungs- und Pflegekonzepts. Aus der Begleitung von und Auseinandersetzung mit alltäglichen Erlebnissen, Konflikten und Zielen kann sich eine tragfähige Beziehung entwickeln, die oftmals erst die Voraussetzungen für eine störungsspezifische und deliktorientierte psychotherapeutische Arbeit schafft.
- Da die Jugendlichen und Heranwachsenden über begrenzte verbale bzw. kognitive Introspektions- und Reflexionsmöglichkeiten verfügen, kommt einem nonverbalen psychotherapeutischen Zugang mit körperorientierten und kreativtherapeutischen Methoden (Kunsttherapie, Musiktherapie, Mototherapie) ein wesentlicher Stellenwert zu.
- Durch verhaltenstherapeutische und -pädagogische Gruppenprogramme soll sowohl die Gruppenfähigkeit der PatientInnen (wieder-)hergestellt als auch störungsspezifisch im Gruppenkontext gearbeitet werden (z.B. Psychosegruppen, Soziales Kompetenz Training, STEPPS, DBT, Suchtgruppe, etc.).
- Die Delinquenz der jungen forensischen PatientInnen wird in deliktorientierten Gruppen (Sexualstraftaten, Gewaltstraftaten, Brandstiftungen) bearbeitet. Zentrale Aspekte der inhaltlichen Arbeit bestehen in der Verantwortungsübernahme und der Etablierung von Rückfallvermeidungsstrategien.
- Wenn möglich, ist das familiäre System in die therapeutische Arbeit einzubeziehen. Angehörigenarbeit stellt einen wesentlichen Behandlungspfeiler dar.
- Da bei den Jugendlichen in der Regel die schulische Entwicklung defizitär ist, besitzt der schulische Unterricht während der Unterbringung eine besondere Bedeutung, um zum einen den Selbstwert der Jugendlichen zu stärken und zum anderen, um die Chancen für eine soziale Eingliederung zu erhöhen. Weiter werden im Rahmen von Kooperationen Qualifizierungsangebote (Schulabschlüsse, Berufskolleg, Führerscheine, Gabelstaplerscheine, Schweißerscheine, etc.) eingerichtet. Ergänzend hierzu wurde ein „Berufs-Coach“ eingestellt, der in Kooperation mit

zahlreichen externen Firmen und Organisationen Praktika, Lehrstellen und Arbeitsstellen vermittelt und begleitet.

- Aufgrund vorherrschender Misserfolgsorientierung im schulischen Bereich infolge von Teilleistungs- und anderen Lernstörungen, aber auch von frühen dissozialen Entwicklungen sind zeitlich parallel oder alternativ praktisch-handwerkliche Erfolgserlebnisse in der Ergotherapie erforderlich.
- Sportliche Betätigung besitzt einen hohen Stellenwert im Behandlungskonzept. In Einzel- und Mannschaftssportarten können die Jugendlichen und Heranwachsenden ihre eigenen körperlichen Grenzen erfahren, aber auch die Grenzen der Anderen respektieren lernen.
- Ergänzt wird das Behandlungsangebot durch kreativtherapeutische Maßnahmen wie Kunsttherapie, Musiktherapie und Mototherapie, durch die die Jugendlichen über alternative Kommunikationskanäle einen Zugang zu ihren Störungen erhalten. Es finden gleichzeitig wiederholt therapeutische Angebote mit Tieren statt (z.B. therapeutisches Reiten, Therapiehund, etc.).
- Nicht zuletzt ist auf eine sinnvolle Freizeitgestaltung zu verweisen. Hier werden zusätzlich erlebnispädagogische Maßnahmen (z.B. Kletterwald, Paddeln, Tanz etc.) eingesetzt.

Bei gravierenden Verstößen gegen das geordnete Zusammenleben auf der Station, bei massiven Bedrohungen und tätlichen Angriffen auf MitpatientInnen und/oder Personal, sind folgende Zwangsmaßnahmen reflektiert einzusetzen:

- Räumliche Trennung und im akuten Krisenfall auch die Unterbringung in einem besonders gesicherten Raum
- Kurzzeitiger Wegfall von Ausgängen
- Aussetzung von Lockerungsstufen
- Verlegung aus der Jugendforensik in den Erwachsenenbereich.

Diese Zwangsmaßnahmen dienen der Wiederherstellung eines respektvollen Miteinanders oder um akute selbst-/fremdgefährdende Krisen zu überwinden.

Behandlungsphasen und -planung

Die „Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB“ der interdisziplinären Task-Force der DGPPN (Müller et al. 2017) formulieren den Maßstab der Behandlungsanforderungen anhand des Grundsatzzurteils des BVerfG vom 04.05.2011:

- Der Behandlungsrahmen muss therapeutisch klar auf die Ziele der *Verringerung der Rückfallgefahr*, der *Entlassung in die Freiheit* als realistische Möglichkeit, und der *Verringerung der Dauer der Freiheitsentziehung* auf das unbedingt erforderliche Maß ausgerichtet sein.
- Erforderlich ist ein *hohes Maß an Betreuung* auf der Grundlage einer Eingangsdiagnostik, die unverzüglich, umfassend sowie entsprechend moderner wissenschaftlicher Anforderungen durchzuführen ist.
- Auf dieser Grundlage ist ein *individuell* auf die untergebrachte Person *zugeschnittener Behandlungsplan* zu entwickeln, der regelmäßig fortgeschrieben wird. Er muss im Einzelnen beschreiben, mit welchen Maßnahmen, Motivation und Mitarbeit des Untergebrachten gezielt gefördert, *Risikofaktoren verringert* und *schützende Faktoren* gestärkt werden sollen.
- Die Klinik ist dazu angehalten, für eine zügige, konsequente und intensive Umsetzung des Behandlungsplans durch ein multiprofessionelles Team qualifizierter Fachkräfte zu sorgen. Soweit standardisierte Therapiemethoden keine Wirkung zeigen, müssen *individuell zugeschnittene Therapieangebote* entwickelt werden.

Die Behandlung im MRV beginnt am Tag der Aufnahme. Ausgehend vom Basisrisiko und den jeweils vorliegenden dynamischen (veränderbaren) Risikofaktoren legt der Behandlungsplan dar, mit welchen Methoden (unter Berücksichtigung der Ansprechbarkeit) und in welcher Reihenfolge diese zu reduzieren, kompensieren oder neutralisieren sind.

Es sind Zwischenziele zu formulieren.

Bei den forensischen Behandlungsprinzipien sind das RNR-Prinzip (Risk-Need-Responsivity, Müller et al. 2017) und im Bereich der Pflegewissenschaften das Recovery-Modell (Knuf 2026) etabliert.

Im RNR-Prinzip wird im „risk principle“ das Rückfallrisiko über valide Methoden erhoben. Das „need principle“ (Bedürfnisprinzip) besagt, dass die kriminalpräventiven Interventionen auf solche Merkmale abzielen haben, die mit kriminellem Verhalten in Zusammenhang stehen. Das „responsivity

principle“ (Ansprechbarkeitsprinzip) besagt, dass die Behandlungsmethoden dem Lernstil und den Fähigkeiten der PatientInnen entsprechen sollten. Gerade dieses Prinzip muss das jugendliche Alter mit all seinen Entwicklungsbedarfen und Besonderheiten in der Adoleszenz berücksichtigen, selbstverständlich unter Beachtung der psychischen Störungen, deretwegen die Person untergebracht wurde.

In der **Eingangsphase** der Behandlung erfolgt eine ausführliche Diagnostik unter Berücksichtigung der Ressourcen des Patienten. Das Studium der Ermittlungsakten, die Erhebung fremdanamnestischer Daten und die Anwendung geeigneter psychologischer Testverfahren sind obligatorisch. Eine erste Abschätzung des strukturellen Rückfallrisikos, verstanden als langfristige Disposition für erneutes delinquentes Verhalten, wird auf der Grundlage der bekannten statischen Prädiktoren vorgenommen. Unter Gefährdungsaspekten wird damit sowohl eine langfristige Planung der Unterbringung als auch die mittelfristige Möglichkeit der Nutzung therapeutischer Angebote der Klinik und ggfs. extramuraler Einrichtungen erleichtert.

Unter Berücksichtigung des Störungs- und Delinquenzprofils des Patienten, der Delinquenzgeschichte und der situativen Bedingungen zum Tatzeitpunkt wird die individuelle Handlungstheorie der Delinquenz entwickelt. Aus ihr ergeben sich diejenigen Störungs- bzw. Problembereiche, die Gegenstand hypothesengeleiteter Behandlung sind, um das Rückfallrisiko wirksam zu reduzieren. Dabei sind die Zielsetzungen des Patienten in angemessener Weise einzubeziehen.

Neben den genannten Aufgaben ist in der Eingangsphase der Behandlung der Aufbau eines konstruktiven und stabilen Arbeitsbündnisses deutlich zu fokussieren (Förderung und Stabilisierung der Therapie- und Veränderungsmotivation). Die Bedeutung einer professionellen Bezugspflege und eines entwicklungsfördernden Stationsmilieus muss wegen der Relevanz für das Gelingen eines stabilen Arbeitsbündnisses, das ja ein gewisses Maß an Bindungsfähigkeit des jungen forensischen Patienten voraussetzt, noch einmal ausdrücklich betont werden. Hierzu gehören u. a. die Wiederherstellung bzw. der Ausbau der Beziehung zu sich selbst und der Umgebung, die Erweiterung von sozialen Kompetenzen sowie das Training alltagspraktischer Fähigkeiten und das Erlernen von Bewältigungsstrategien im Umgang mit krankheitsbedingten Einschränkungen und Symptomen.

Zu Beginn der Behandlungsphase werden diejenigen Fertigkeiten der PatientInnen gezielt gefördert, die es ihnen ermöglichen, von den psychotherapeutischen Angeboten optimal zu profitieren. Insbesondere gilt es, ihre Introspektionsfähigkeit zu erhöhen.

Im **psychotherapeutischen Prozess** sind zwei Dimensionen wesentlich: Zum einen sind durch deliktorientierte und störungsspezifische Angebote Veränderungsprozesse zu initiieren. Zum anderen sind diese Veränderungen in einer kontinuierlichen therapeutischen Beziehung, in der der Patient durch die Behandlungsphase begleitet wird, aufzunehmen. In dieser therapeutischen Beziehung erfährt der Patient Unterstützung, aber auch Grenzsetzung durch Klärung, Deutung und empathische Konfrontation. Zudem sind diejenigen Fähigkeiten des Patienten zu fördern, die es ihm ermöglichen, berechnigte Bedürfnisse und Interessen auf sozial angemessene Weise zu artikulieren und durchzusetzen. Im Einzelfall ist bei Patienten eine psychopharmakologische Behandlung zu prüfen.

Wenn die mit der Delinquenz assoziierten Störungsbereiche hinreichend modifiziert sind, werden die in der Behandlung erzielten Einstellungs- und Verhaltensänderungen in einer **zunehmenden Außenorientierung** erprobt und stabilisiert sowie eine Entlassung aus dem Maßregelvollzug vorbereitet. Insbesondere ist dabei auf die Sicherstellung einer qualifizierten forensischen Nachsorge im sozialen Empfangsraum zu achten. Frühzeitige Kontakte zu ambulanten Diensten und extramuralen Einrichtungen, zu jugendpsychiatrischen und forensischen Ambulanzen, zur Führungsaufsicht und Bewährungshilfe sind herzustellen.

Die Behandlung im Rahmen der jugendforensischen Station muss nicht immer zwangsläufig dazu führen, dass das strukturelle Rückfallrisiko wesentlich gesenkt werden kann. Weil in diesen Fällen eine Entlassung aus dem Maßregelvollzug nicht absehbar ist, wird die Übernahme auf eine Station im Maßregelvollzug für Erwachsene sorgfältig geplant und vorbereitet.

Therapeutisches Milieu

Die Ausgestaltung des Stationsmilieus hat eine nicht zu unterschätzende Bedeutung für die Behandlung junger forensischer PatientInnen. Sie erleben auf der Station Beziehungskontinuität und sind in soziale Lernprozesse eingebunden, die Unterstützung und Grenzsetzung beinhalten. Hier ist der Raum, in dem Beziehungserfahrungen und Selbstkonzepte korrigiert werden können. Im sozialen Mikrokosmos der Station zeigen sich die Ressourcen und Defizite der PatientInnen. In den therapeutischen Kontakten angestoßene Entwick-

lungen können aufgenommen und stabilisiert werden. Nicht zuletzt können neue Formen der sozialen Interaktion und der Konfliktfähigkeit ausprobiert und verändert werden. Das stationäre Umfeld ist unter einer weitgehenden Annäherung an reale Lebensverhältnisse zu gestalten.

Dabei liegen die Schwerpunkte milieutherapeutischer Arbeit auf 4 wesentlichen Prinzipien:

- Partizipation umfasst das systematische Fördern und Ermöglichen von Mitentscheid, Mitverantwortung und Autonomie
- Offene Kommunikation behandelt einen dichten Informationsaustausch, Informationsklarheit und Ermöglichen des individuellen Ausdrucks
- Soziales Lernen meint systematische Reflexion von Strukturen, Prozessen und Rollenverhalten von Patienten und Teammitgliedern, das Schaffen von Situationen, bei denen Lernen am Modell möglich und die Aktivierung von gesunden Ich-Funktionen durch Beteiligung der Patienten an Milieuprozessen möglich sind.
- Leben in der Gemeinschaft umfasst das Lösen individueller sowie kollektiver Aufgaben in verschiedenartigen Gruppen.

Kommunikation im Bereich

Zielgerichtete Behandlung erfordert effiziente Kommunikationsstrukturen (Übergabegespräche, Teamsitzungen, Behandlungsplankonferenzen, Falldarstellungen), in denen nicht nur die einzelnen therapeutischen Maßnahmen koordiniert und reflektiert, sondern auch die Grundhaltungen der Arbeit kritisch überdacht werden. Dabei gilt, allen an der Behandlung der jungen forensischen PatientInnen beteiligten MitarbeiterInnen die relevanten Informationen zugänglich zu machen. Zudem sind ausreichende Zeiten für die Kooperation mit Schule, Kreativ- und Ergotherapie, Sport, Ausbildungsbetrieben etc. einzuplanen.

Vom Bundesarbeitskreis Jugendmaßregelvollzug wurden Mindestanforderungen formuliert, die sich auf therapeutische und allgemeine Faktoren der Behandlung beziehen (z.B. Weissbeck & Boysen 2022). Die therapeutischen Mindestanforderungen sind:

1. Der Jugendmaßregelvollzug muss als Feld für soziales Lernen eine überschaubare Größe haben und entsprechend gegliedert sein.
2. Er muss vom Erwachsenenbereich so abgegrenzt sein, dass die eigene Gestaltung der für soziales Lernen notwendigen Verantwortungsbereiche für die jugendlichen Straftäter möglich ist.
3. Er muss mit seinen alltäglichen Lebensbedingungen eine weitgehende Annäherung an Lebensbedingungen außerhalb der Einrichtung stellen können, wozu auch Schule und Berufsausbildung zählen, und schrittweise Übergänge von innen nach außen entwickeln.
4. Er muss einen Plan seiner Angebote und Vorgehensweise, des Zusammenwirkens und des beabsichtigten Verlaufes seiner Einflussnahme nach neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen vorweisen können.
5. Er muss über Mitarbeitende des allgemeinen Maßregelvollzugsdienstes mit besonderen Befähigungen sowie über besondere Fachdienste mehrerer Fachrichtungen verfügen. Dabei müssen folgende Aufgabenbereiche vertreten sein: Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädagogik, Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychotherapie, Psychologie, Ergotherapie, Kreativtherapie.
6. Für die Mitarbeitenden müssen Fortbildung, Supervision und externe Teambberatung gewährleistet sein.

Strukturell sollten folgende Bedingungen gegeben sein:

1. Überschaubare familien- und lebensweltnahe Gruppen, die kleiner als in der Allgemeinpsychiatrie und von Bereichen der Allgemeinpsychiatrie abgegrenzt sind.
2. Das Setting sollte Einüben und Stabilisieren von Fähigkeiten zur Selbstversorgung ermöglichen.
3. Die Struktur muss so gemeindenah sein, dass Erfahrungen mit Lebenswelten „draußen“ und der sich verändernden Jugendkultur möglich sind.
4. Gestaffelte Freizeitbedingungen sollen es ermöglichen, Erfahrungen mit Lehre, Schule, Freizeit, Dating etc. über einen längeren Zeitraum zu machen.
5. Ambulante Nachbehandlungsmöglichkeiten.

Dies bedeutet inhaltlich

- Nutzen der Kraft und Möglichkeiten jugendlicher Peergroups und vom Deliktspektrum her heterogen strukturiert.
- Multiprofessionelle Teams mit pädagogischen Mitarbeitenden und darunter ausreichend weiblichen Mitarbeiterinnen. Mit Mitarbeitenden, die nicht nur dem Kontrollgedanken verpflichtet sind und extern supervidiert werden. Mit Mitarbeitenden, die den Unterschied zwischen therapeutischer Gemeinschaft und jugendpsychiatrischer Behandlung mit der oft notwendigen Wiederaufrichtung von Generationsgrenzen nachvollziehen können.
- Einbezug von relevanten Bezugspersonen wie der Familie als originärem Teil des Settings.

Zusätzlich wird gefordert, dass

- ein besonderer Öffentlichkeitsschutz besteht, der sich aus den Anforderungen des JGG ergibt
- ausreichend qualifiziertes Personal eingesetzt wird
- die Architektur der Einrichtung die Anforderungen, die sich aus diesen Forderungen ergeben, sinnhaft unterstützt
- ausreichend Mitarbeitende im Bereich Ergotherapie und Berufsausbildung
- ausreichend psychotherapeutisches Personal (ÄrztInnen und PsychologInnen) mit forensischen und jugendpsychiatrischen Fachkenntnissen.

Als allgemeine Behandlungsziele wurden folgende Punkte aufgestellt:

- Differenzierung des Selbst- und Fremdbildes
- Aufarbeitung von Fehlentwicklungen im Bereich von Drogen, Aggressivität, Sexualität.
- Erhöhung des Identitäts- und Selbstwertgefühls
- Integration und Differenzierung von Über-Ich-Funktionen
- Entwicklung von Ich-Stärke, d.h. von Frustrationstoleranz, Antizipationsfähigkeit, Trieb- und Bedürfnisaufschub, reiferer Abwehrmechanismen
- Impulskontrolle
- Aufbau einer differenzierten inneren Norm- und Wertewelt
- Herstellen von Lernfähigkeit, Arbeitsfähigkeit und Kreativität
- Förderung von alternativen Befriedigungsmöglichkeiten (insbesondere bei Sucht)

- Entwicklung von Beziehungsfähigkeit
- Entwicklung sozial adäquater Konfliktlösungsstrategien
- Verbesserung der kommunikativen Fertigkeiten
- Training der sozialen Wahrnehmung
- Training von Perspektivwechsel
- Verbesserung der Realitätsprüfung
- Offenheit und Vertrauen
- Abwägen und Einbeziehung möglicher Konsequenzen in die Handlungsplanung
- Förderung von Verantwortungsübernahme
- Auseinandersetzung mit der Straftat und der zugrunde liegenden Dynamik sowie Bearbeitung der motivationalen Zusammenhänge und Entwicklung eines Erklärungsmodells
- Spezifische Behandlungsmaßnahmen richten sich in der Regel nach der Grundstörung.

Interdisziplinäre und professionelle Kooperation und Kommunikation im forensischen Kompetenzzentrum für Jugendliche und Adoleszente der LVR-Klinik Viersen

1. Zentrumsstruktur und Zuständigkeiten:

Die Abteilung/das Zentrum wird dual geleitet durch den Chefarzt und therapeutischen Leiter sowie die pflegerische Abteilungsleitung.

Die jugendforensischen Stationen werden darüber hinaus durch den leitenden Psychologen und durch pflegerische Stationsleitungen geführt, die definierte Entscheidungen mit der dualen Leitung abstimmen. Dies betrifft die halbjährlich stattfindende Behandlungsplanung, in der Behandlungspfade/-szenarien festgelegt werden, in denen die Behandlung auf stationärer Ebene durchgeführt werden kann.

Aufgrund des Sicherheitsauftrages bleiben Letztentscheidungen insbesondere in Zusammenhang mit erhöhten Freiheitsgraden der Abteilungsleitung überlassen.

Jedem Untergebrachten werden ein/e fallführende/r TherapeutIn/ÄrztIn und eine Bezugspflegekraft zugeordnet, die alle Informationen aus den unter-

schiedlichen Bereichen zusammenführen und in die Behandlungsplanung einbringen sowie die Behandlung gestalten.

2. Kooperation mit anderen Zentren:

Es bestehen Kooperationen mit verschiedenen kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen sowie übergeordnet in der Bundesarbeitsgemeinschaft Jugendmaßregelvollzug.

3. Kommunikation mit dem Patienten:

Unter Zugrundelegung der Kommunikation mit dem Patienten im Schutzkonzeptes begegnen die Mitarbeitenden den Jugendlichen/jungen Erwachsenen mit Wertschätzung und Respekt.

Die Mitarbeitenden beteiligen sich aktiv an der Vermittlung von Werten wie Respekt, Wertschätzung vor der Individualität, vor Eigentum, dem eigenen Körper, dem Recht auf Grenzsetzung und der freien Meinungsäußerung.

Grundsätzlich dürfen alle Entscheidungen und moralischen Grundsätze kritisch hinterfragt werden. Keine Person ist alleinige moralische Instanz für Andere.

Für eine offene Zusammenarbeit setzen wir eine angemessene Kritikfähigkeit und Offenheit bei den Mitarbeitenden voraus und fördern diese in den Strukturen der institutionellen Zusammenarbeit. Insbesondere in der Reflexion der pflegerischen und erzieherischen Methoden und Verhaltensweisen der Erwachsenen ist die Kritikfähigkeit eine grundlegende Anforderung an psychiatrisch Tätige.

4. Kommunikation zwischen den Disziplinen und Professionen:

Zielgerichtete Behandlung erfordert effiziente Kommunikationsstrukturen (Übergabegespräche, Teamsitzungen, Behandlungsplankonferenzen, Falldarstellungen), in denen nicht nur die einzelnen therapeutischen Maßnahmen koordiniert und reflektiert, sondern auch die Grundhaltungen der Arbeit kritisch überdacht werden können. Dabei gilt, allen an der Behandlung der jungen forensischen Patienten beteiligten MitarbeiterInnen die relevanten Informationen zugänglich zu machen. Zudem sind ausreichende Zeiten für die Kooperation mit Schule, Kreativ- und Ergotherapie, Sport, Ausbildungsbetrieben etc. einzuplanen.

Belastungen sowohl innerhalb der Mitarbeitenden als auch im Umgang mit den Untergebrachten können in den fest installierten extern geleiteten Super-

visionen besprochen werden. Zudem finden wiederholt Teamtage und Teambildungsmaßnahmen statt.

5. Fallmanagement:

Die Fallführung wird von einem zugeordneten therapeutischen Mitarbeitenden übernommen, der sämtliche Informationen aus den verschiedenen Bereichen einholt, koordiniert und in einer Behandlungsplanung zusammenfasst. Diese wird ober- und chefärztlich diskutiert und überprüft.

6. Pflegemanagement, psychologische, ergotherapeutische, kreativtherapeutische und sozialdienstliche Betreuung:

Die verschiedenen Berufsgruppen führen wöchentliche Behandlungsplanbesprechungen und halbjährliche Behandlungskonferenzen durch. In diesen wird individuell der notwendige Betreuungs- und Behandlungsbedarf evaluiert, geplant und initiiert.

7. Angehörigenbetreuung:

Im jugendforensischen Bereich ist der Einbezug von Angehörigen obligatorisch und wird federführend durch den zuständigen Sozialdienst eingeleitet. Hierzu wurde ein Sozialdienstkonzept für die Abteilung entwickelt, der sämtliche Bedarfe wie Kontaktaufnahme zu externen Bezügen, Unterstützung bei sämtlichen Verwaltungsangelegenheiten, Ausführungen zu den Angehörigen und Rehabilitationsmöglichkeiten jenseits der jugendforensischen Unterbringung prüft und vorschlägt.

Exemplarische Darstellung anhand der Jugendforensik der LVR-Klinik Viersen

Im Behandlungszeitraum von 01.10.2012 bis zum 1.10.2025 wurden insgesamt 103 jugendliche Untergebrachte behandelt. Die Rechtsgrundlagen umfassten vor allem junge Menschen, die nach § 63 StGB in Verbindung mit § 7 JGG untergebracht wurden. Daneben wurden junge Menschen behandelt, die nach § 64 StGB, §126a StPO und einzelne nach § 81 StPO fremduntergebracht wurden. Die Delikte umfassten vor allem Gewalttaten (Körperverletzungsdelikte, Tötungsdelikte) und Sexualdelikte (sexueller Missbrauch von Kindern, Vergewaltigung). Diese beiden Gruppen machten > 80% der Anlassdelikte aus. Ferner wurden die jungen Menschen noch wegen Brandlegungen, Gefahr einer staatsgefährdenden Straftat und Straßenverkehrsgefährdung untergebracht.

Diagnostisch lagen vor allem Störungen des Sozialverhaltens, Autismus-Spektrum-Störungen, ADHS und psychotische Störungen vor. Etwa 1/5 wurde mit einer Intelligenzminderung untergebracht.

Spezialisierte Präventionsambulanzen

Sowohl im Hellfeld als auch im Dunkelfeld wurde ein Anstieg der Gewaltdelinquenz ansteigend vom Kindes- hin zum Erwachsenenalter beobachtet. Auch stieg der Anteil von Mädchen bei Gewaltdelinquenz in den letzten Jahren deutlich an, was die Notwendigkeit von Präventionsangeboten eindrucksvoll unterstreicht (Hellfeldstudie LKA 2025).

Dringend erforderlich ist ein jugendforensisches Präventionsangebot, das die allgemeine Versorgung um ein spezialisiertes niederschwelliges Angebot zur deliktpräventiven Arbeit erweitert und von stationären forensischen Angeboten und forensischen Ambulanzen, die erst die Nachbetreuung entlassener Maßregelvollzugspatienten übernehmen, abzugrenzen ist. Die jugendforensische Präventionsambulanz dient dem Krisenmanagement und der Deliktprävention und übernimmt eine Lotsen- und Steuerungsfunktion in der Versorgungslandschaft auffälliger junger Menschen.

Das jugendforensische Präventionsangebot ist von anderen Angeboten der Prävention und Krankenversorgung abzugrenzen. Es unterscheidet sich in erster Linie durch die Zielgruppe. Sie bezieht sich nämlich auf junge Menschen mit einem hohen Gefährdungspotential, welche durch ‚klassische‘ therapeutische Maßnahmen schwer erreichbar sind, und verhindert dadurch eine Zunahme von Straftaten. Durch gezielte Maßnahmen kann das Risiko für Gewalt- und Sexualdelikte gesenkt werden. Dies bedarf einer umfassenden und integrierten Versorgung durch verschiedene Berufsgruppen und Hilfesysteme.

Die Finanzierung eines solchen Angebots ist komplex und bisher leider selten erfolgreich, da sich dieses Angebot jenseits der bestehenden Aufträge der Sozialsysteme (Krankenkasse, Jugendhilfe, etc.) aufstellt. Ein Finanzierungskonzept konnte in NRW bisher nicht umgesetzt werden, obwohl ein entsprechendes Diagnostik-, Beratungs- und Behandlungsangebot in Viersen über Jahre mit viel Engagement und Arbeit aufgebaut wurde.

Literatur:

- Dodge KA, Lansford JE, Dishion TJ (2006) The Problem of Deviant Peer Influences in Intervention Programs. In KA Dodge, TJ Dishion, & JE Lansford (Eds.), *Deviant peer influences in programs for youth: Problems and solutions*. The Guilford Press, 3–13
- Jehle J-M, Hohmann-Fricke S (2024) Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine bundesweite Rückfalluntersuchung 2016 bis 2019 • 2010 bis 2019. Göttinger Studien zu den Kriminalwissenschaften Band 47. Universitätsverlag Göttingen. doi.org/10.17875/gup2024-2661
- Knuf A (2026) *Recovery und Empowerment*. 2. Aufl., Köln: Psychiatrie Verlag
- Müller JL, Saimeh N, Briken P et al. (2017) Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB. *Nervenarzt* 88 (Suppl 1), 1–29. doi.org/10.1007/s00115-017-0382-3
- Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen (2025), *Entwicklung der Kinder- und Jugenddelinquenz in Nordrhein-Westfalen. Befunde zum Hellfeld und Vergleich der Erkenntnisse aus Hellfeld und Dunkelfeld*. https://www.im.nrw/system/files/media/document/file/250703_bericht_hellfeld.pdf
- Weissbeck W, Boysen A (2022) Psychotherapeutische Behandlung delinquenter Jugendlicher im Maßregelvollzug. In: Häßler F, Nedopil N, Dudeck M (Hrsg.) *Praxishandbuch Forensische Psychiatrie. Grundlagen, Begutachtung, Interventionen im Erwachsenen-, Jugendlichen- und Kindesalter*. 3., akt. und erw. Aufl., Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 546–585

Autor

Dr. David Strahl

Chefarzt Forensik II

LVR-Klinik Viersen, Johannisstr. 70, D-41749 Viersen

David.Strahl@lvr.de

<https://klinik-viersen.lvr.de>

Interessenkonflikte: Keine.

Kolumne

Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Schnittstelle zur Neuropädiatrie

Teil 3:

Organische Persönlichkeitsstörung, dissoziative Störung und/oder PTBS nach Schädel-Hirn-Trauma durch Pferdetritt

Ingo Spitzczok von Brisinski

Zusammenfassung:

Nach der neurochirurgischen Operation einer 17jährigen infolge einer Schädel-Hirn-Verletzung durch den Tritt eines Pferdes wurden verminderte Impulskontrolle, erhöhte Ablenkbarkeit/Reizoffenheit und Affektlabilität beobachtet sowie wiederholt Abwesenheitszustände, teils auch krampfanfallartig. Eine Epilepsie war ausgeschlossen worden. Die kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung ergab Hinweise auf eine Organische Persönlichkeitsstörung bzw. dissoziative Störung sowie differentialdiagnostisch auf eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Medikamentöse und psychotherapeutische Optionen werden erörtert.

Schlüsselwörter: Psychopharmakotherapie, Traumafolgestörung, SSRI, Paroxetin, Sertralin, Fluoxetin, Venlafaxin, Antikonvulsivum, Valproinsäure, Neuroleptikum, Antipsychotikum, Aripiprazol, Stimulanzen, Methylphenidat, Lisdexamfetamin, Atomoxetin, Guanfacin, Propranolol, niedrig dosiertes Naltrexon, Nalmefen

Child and adolescent psychiatry at the interface with neuropsychiatry

Part 3: Organic personality disorder, dissociative disorder and/or PTSD following traumatic brain injury caused by a horse kick

Summary:

Following neurosurgery performed on a 17-year-old girl due to a traumatic brain injury caused by being kicked by a horse, impaired impulse control, increased distractibility/irritability, and emotional lability were observed, as

well as recurrent absence episodes, some of which were seizure-like. Epilepsy had been ruled out. The child and adolescent psychiatric evaluation revealed indications of an organic personality disorder or dissociative disorder, as well as a differential diagnosis of post-traumatic stress disorder (PTSD). Medication and psychotherapy options are discussed.

Key words: Psychopharmacotherapy, post-traumatic stress disorder, SSRI, paroxetine, sertraline, fluoxetine, venlafaxine, anticonvulsant, valproic acid, neuroleptic, antipsychotic, aripiprazole, stimulants, methylphenidate, lisdexamfetamine, atomoxetine, guanfacine, propranolol, low dose naltrexone, Nalmefene

ICD-10 Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)

Dieser Abschnitt umfasst eine Reihe psychischer Krankheiten mit nachweisbarer Ätiologie in einer zerebralen Krankheit, einer Hirnverletzung oder einer anderen Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt. Die Funktionsstörung kann primär sein, wie bei Krankheiten, Verletzungen oder Störungen, die das Gehirn direkt oder in besonderem Maße betreffen; oder sekundär wie bei systemischen Krankheiten oder Störungen, die das Gehirn als eines von vielen anderen Organen oder Körpersystemen betreffen.

F07: Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns

Eine Veränderung der Persönlichkeit oder des Verhaltens kann Rest- oder Begleiterscheinung einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns sein.

F07.0: Organische Persönlichkeitsstörung

Diese Störung ist charakterisiert durch eine auffällige Veränderung des gewohnten prämorbidem Verhaltensmusters und betrifft die Äußerung von Affekten, Bedürfnissen und Impulsen. Eine Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten, des Denkvermögens und ein verändertes Sexualverhalten können ebenfalls Teil des klinischen Bildes sein.

Zugehörige Begriffe: Frontalhirnsyndrom, Leukotomiesyndrom, Lobotomiesyndrom, Organisch: Pseudopsychopathie, pseudoretardierte Persönlichkeit. Persönlichkeitsstörung bei limbischer Epilepsie.

Organische dissoziative Störung (F06.5)

Eine Störung, charakterisiert durch den teilweisen oder völligen Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins und der unmittelbaren Wahrnehmungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen (F44.-), jedoch als Folge einer organischen Störung.

Zur Systematik in **ICD-11** (6E6* „Sekundäre psychische oder Verhaltenssyndrome bei anderen-orts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen“) siehe Spitzcok von Brisinski (2025).

ICD-10 Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen] (F44)

Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen oder Konversionsstörungen besteht in teilweisem oder völligem Verlust der normalen Integration der Erinnerung an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen. Alle dissoziativen Störungen neigen nach einigen Wochen oder Monaten zur Remission, besonders wenn der Beginn mit einem traumatisierenden Lebensereignis verbunden ist. Eher chronische Störungen, besonders Lähmungen und Gefühlsstörungen, entwickeln sich, wenn der Beginn mit unlösbaren Problemen oder interpersonellen Schwierigkeiten verbunden ist. Diese Störungen wurden früher als verschiedene Formen der „Konversionsneurose oder Hysterie“ klassifiziert. Sie werden als ursächlich psychogen angesehen, in enger zeitlicher Verbindung mit traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen. Die Symptome verkörpern häufig das Konzept der betroffenen Person, wie sich eine körperliche Krankheit manifestieren müsste. Körperliche Untersuchung und Befragungen geben keinen Hinweis auf eine bekannte somatische oder neurologische Krankheit. Zusätzlich ist der Funktionsverlust offensichtlich Ausdruck emotionaler Konflikte oder Bedürfnisse. Die Symptome können sich in enger Beziehung zu psychischer Belastung entwickeln und erscheinen oft plötzlich. Nur Störungen der körperlichen Funktionen, die normalerweise unter willentlicher Kontrolle stehen, und Verlust der sinnlichen Wahrnehmung sind hier eingeschlossen. Störungen mit Schmerz und anderen komplexen körperlichen Empfindungen, die durch das vegetative Nervensystem vermittelt werden, sind unter Somatisierungsstörungen (F45.0) zu klassifizieren. Die Möglichkeit eines späteren Auftretens ernsthafter körperlicher oder psychiatrischer Störungen muss immer mitbedacht werden. Inkl.: Hysterie, Hysterische Psychose, Konversionshysterie, Konversionsreaktion

Dissoziative Störungen, gemischt (F44.7)

Kombinationen der unter F44.0-F44.6 beschriebenen Störungen.

F44.2: Dissoziativer Stupor

Dissoziativer Stupor wird aufgrund einer beträchtlichen Verringerung oder des Fehlens von willkürlichen Bewegungen und normalen Reaktionen auf äußere Reize wie Licht, Geräusche oder Berührung diagnostiziert. Dabei lassen Befragung und Untersuchung keinen Anhalt für eine körperliche Ursache erkennen. Zusätzliche Hinweise auf die psychogene Verursachung geben kurz vorhergegangene belastende Ereignisse oder Probleme.

F44.4: Dissoziative Bewegungsstörungen

Die häufigsten Formen zeigen den vollständigen oder teilweisen Verlust der Bewegungsfähigkeit eines oder mehrerer Körperteile. Sie haben große Ähnlichkeit mit fast jeder Form von Ataxie, Apraxie, Akinesie, Aphonie, Dysarthrie, Dyskinesie, Anfällen oder Lähmungen.

Psychogen: Aphonie, Dysphonie

F44.5: Dissoziative Krampfanfälle

Dissoziative Krampfanfälle können epileptischen Anfällen bezüglich ihrer Bewegungen sehr stark ähneln. Zungenbiss, Verletzungen beim Sturz oder Urininkontinenz sind jedoch selten. Ein Bewusstseinsverlust fehlt oder es findet sich stattdessen ein stupor- oder tranceähnlicher Zustand.

ICD-11 6B60 Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen

Eine dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen ist durch das Auftreten motorischer, sensorischer oder kognitiver Symptome gekennzeichnet, die eine unwillkürliche Unterbrechung der normalen Integration motorischer, sensorischer oder kognitiver Funktionen implizieren und nicht mit einer anerkannten Erkrankung des Nervensystems, einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung oder einem anderen medizinischen Zustand vereinbar sind. Die Symptome treten nicht ausschließlich während einer anderen dissoziativen Störung auf und sind nicht auf die Auswirkungen einer Substanz oder eines Medikaments auf das zentrale Nervensystem, einschließlich Entzugserscheinungen, oder eine Schlaf-Wach-Störung zurückzuführen.

6B60.4 Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen: nichtepileptischer Anfall

Eine dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen der nicht-epileptischen Anfällen ist durch eine symptomatische Präsentation von Anfällen oder Krämpfen gekennzeichnet, welche nicht mit einer anerkannten Erkrankung des Nervensystems, einer anderen psychischen Störung, einer Verhaltensstörung, einer neuromentalen Entwicklungsstörung oder einem anderen medizinischen Zustand vereinbar sind und nicht ausschließlich während einer anderen dissoziativen Störung auftreten.

ICD-10 F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Die Störungen dieses Abschnittes unterscheiden sich von den übrigen nicht nur aufgrund der Symptomatologie und des Verlaufs, sondern auch durch die Angabe von ein oder zwei ursächlichen Faktoren: ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis, das eine akute Belastungsreaktion hervorruft, oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat und eine Anpassungsstörung hervorruft. Obwohl weniger schwere psychosoziale Belastungen („life events“) den Beginn und das Erscheinungsbild auch zahlreicher anderer Störungen dieses Kapitels auslösen und beeinflussen können, ist ihre ätiologische Bedeutung doch nicht immer ganz klar. In jedem Fall hängt sie zusammen mit der individuellen, häufig idiosynkratischen Vulnerabilität, das heißt, die Lebensereignisse sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten und die Art der Krankheit zu erklären. Im Gegensatz dazu entstehen die hier aufgeführten Störungen immer als direkte Folge der akuten schweren Belastung oder des kontinuierlichen Traumas. Das belastende Ereignis oder die andauernden, unangenehmen Umstände sind primäre und ausschlaggebende Kausalfaktoren, und die Störung wäre ohne ihre Einwirkung nicht entstanden. Die Störungen dieses Abschnittes können insofern als Anpassungsstörungen bei schwerer oder kontinuierlicher Belastung angesehen werden, als sie erfolgreiche Bewältigungsstrategien behindern und aus diesem Grunde zu Problemen der sozialen Funktionsfähigkeit führen.

Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)

Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast

jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren wie bestimmte, z.B. zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über. Dazugehöriger Begriff: Traumatische Neurose.

ICD-11: Spezifisch belastungs-assozierte Störungen

Störungen, die spezifisch belastungs-assoziert sind, stehen in direktem Zusammenhang mit einem belastenden oder traumatischen Ereignis oder einer Reihe solcher Ereignisse oder nachteiliger Erfahrungen. Für jede der Störungen in dieser Gruppe ist ein identifizierbarer Stressor ein notwendiger, wenn auch nicht hinreichender Kausalfaktor. Obwohl nicht alle Personen, die einem identifizierbaren Stressor ausgesetzt sind, eine Störung entwickeln, wären die Störungen dieser Gruppe ohne das Erleben des Stressors nicht aufgetreten. Stressauslösende Ereignisse für einige Störungen in dieser Gruppe liegen im Bereich der normalen Lebenserfahrungen (z. B. Scheidung, sozioökonomische Probleme, Trauerfall). Für andere Störungen ist ein Stressor von extrem bedrohlicher oder katastrophaler Natur erforderlich (d. h. potenziell traumatische Ereignisse). Bei allen Störungen in dieser Gruppe sind es die Art, das Muster und die Dauer der Symptome, die als Reaktion auf die belastenden Ereignisse auftreten - zusammen mit den damit verbundenen funktionellen Beeinträchtigungen -, die die Störungen ausmachen.

6B40 Posttraumatische Belastungsstörung

Eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) kann sich entwickeln, wenn man einem extrem bedrohlichen oder katastrophalen Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen ausgesetzt war. Sie ist durch alle der folgenden Punkte gekennzeichnet: 1) Wiedererleben des traumatischen Ereignisses oder der traumatischen Ereignisse in der Gegenwart in Form von lebhaften sich aufdrängenden Erinnerungen, Flashbacks oder Albträumen. Das Wiedererleben kann über eine oder mehrere Sinnesmodalitäten erfolgen und wird typischerweise von starken oder überwältigenden Emotionen, insbesondere Angst oder Entsetzen, und starken körperlichen Empfindungen begleitet; 2) Vermeidung von Gedanken und Erinnerungen an das Ereignis bzw. die Ereignisse oder Vermeidung von Aktivitäten, Situationen oder Personen, die an das Ereignis bzw. die Ereignisse erinnern; und 3) anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung, die sich z. B. durch Hypervigilanz oder eine verstärkte Schreckreaktion auf Reize wie unerwartete Geräusche zeigt. Die Symptome halten mindestens mehrere Wochen lang an und verursachen bedeutsame Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Inklusiva: Traumatische Neurose

6B41 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (Komplexe PTBS) ist eine Störung, die sich entwickeln kann, nachdem man einem Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen extrem bedrohlicher oder katastrophaler Natur ausgesetzt war, meist lang anhaltende oder sich wiederholende Ereignisse, denen man nur schwer oder gar nicht entkommen kann (z. B. Folter, Sklaverei, Völkermordkampagnen, lang anhaltende häusliche Gewalt, wiederholter sexueller oder körperlicher Missbrauch in der Kindheit). Alle diagnostischen Voraussetzungen für eine PTBS sind erfüllt. Darüber hinaus ist die komplexe PTBS gekennzeichnet durch schwere und anhaltende 1) Probleme bei der Affektregulierung; 2) Überzeugungen über die eigene Person als erniedrigt, unterlegen oder wertlos, begleitet von Scham-, Schuld- oder Versagensgefühlen im Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis; und 3) Schwierigkeiten, Beziehungen aufrechtzuerhalten und sich Anderen nahe zu fühlen. Diese Symptome führen zu bedeutsamen Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Fallbeispiel

Vorstellungsanlass:

Die 15jährige Jasmin wurde mir vorgestellt nach schwerem Schädel-Hirntrauma (SHT) durch Pferdetritt. Seit dem Aufwachen nach der neurochirurgischen Operation waren verminderte Impulskontrolle, erhöhte Ablenkbarkeit/Reizoffenheit und Affektlabilität beobachtet worden, in letzter Zeit zudem wiederholt Abwesenheitszustände, teils auch krampfanfallartig. Eine Epilepsie war bereits ausgeschlossen worden. Laut Mutter sei Jasmin vor dem SHT ein normal entwickeltes, fröhliches, kontaktfreudiges Mädchen gewesen. Von den Lehrkräften habe die Mutter keinerlei Rückmeldungen bekommen über Auffälligkeiten.

Psychischer Befund:

Wach, reagiert prompt auf Ansprache. Im Verhalten etwas distanzlos wirkend. Blickkontakt altersentsprechend moduliert. Sprechen und Sprache bis auf verminderte Differenzierung in der Lautstärke (stets laut) und eine gewisse Logorrhoe altersgemäß. Antworten der Patientin auf Fragen des Untersuchers erfolgen prompt und inhaltlich passend. Dennoch wirkt die Patientin etwas jünger als ihrem Alter entsprechend. Mimik und Gestik nicht sicher auffällig. Antrieb deutlich gesteigert. Gedankengang teils rasch zwischen verschiedenen Themen wechselnd, teils rigide eingeengt immer wieder Fragen zu bestimmten, umschriebenen Themen stellend. Während der Untersuchung fast durchgehend gehobene Stimmung, hypomanisch bis manisch wirkend. Keine Hinweise auf Halluzinationen oder wahnhaftes Denken. Keine Hinweise auf akute Selbst- oder Fremdgefährdung (abgesehen davon, dass sie, obwohl der Knochendeckel nach Kraniotomie noch nicht reimplantiert wurde, in Gefährdungssituationen nicht durchgängig ihren Schutzhelm trägt). Stolz weist die Patientin den Untersucher darauf hin, dass im Kalender an der Wand markiert ist, dass sie seit 2 Tagen keine Abwesenheitszustände hat.

Eine spezifisch vertiefte Exploration sowie die Ergebnisse von Selbstbeurteilung, Fremdbeurteilung durch die Eltern im *The child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2)* und das standardisierte Interview *Clinician-Administered PTSD Scale nach DSM-5 – Kinder und Jugendlichen Version (CAPS-CA-5)* fielen grenzwertig aus, ebenso *Screening zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung Jugendlichenversion (SkPTBS-J)* und *Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS)*.

Diagnosen:

Organische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F07.0)

V. a. Dissoziative Störungen, gemischt (ICD-10: F44.7)

DD: Organische dissoziative Störung (ICD-10: F06.5)

DD: Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1)

Empfohlene Maßnahmen:

Gesteigerter Antrieb, Reizoffenheit, Distanzlosigkeit und Affektlabilität können sowohl einer organisch bedingten ADHS-Symptomatik als auch einer organisch bedingten hypomanischen, manischen oder bipolaren affektiven Symptomatik zugeordnet werden (Anghinah et al. 2013, Başar et al. 2016, Cotovio et al. 2020). Daraus ergeben sich folgende medikamentöse Optionen (vgl. Spitzczok von Brisinski 2026):

- Substanzen, die bei ADHS eingesetzt werden (Methylphenidat (Huang et al. 2016), Lisdexamfetamin (Tramontana et al. 2014), Atomoxetin, retardiertes Guanfacin). Allerdings gibt es für Atomoxetin in der Literatur keine Hinweise auf Wirksamkeit bei Hirnverletzung und für Guanfacin unzureichende (Arnsten 2020). Risiken für UAW bei Stimulanzien sind für Methylphenidat und Lisdexamfetamin etwa gleich, Methylphenidat ist jedoch bei SHT besser untersucht.
- Substanzen, die bei manischen und bipolaren Störungen eingesetzt werden (u. a. Valproat, Aripiprazol).

Darüber hinaus können Ruhelosigkeit, Impulsivität und Unaufmerksamkeit auch als Agitation aufgrund einer Hirnverletzung interpretiert werden, so dass auch Propranolol in Betracht gezogen werden kann (Williamson et al. 2019), allerdings kann Propranolol auch eine manische Symptomatik induzieren.

Da sich erhöhte zerebrale Erregbarkeit unter Umständen erst Wochen und Monate nach der Hirnverletzung bilden kann, wird empfohlen, vor Beginn der Behandlung mit einer der o. g. Substanzen (außer Valproat, da auch breit wirksames Antikonvulsivum) erneut ein EEG abzuleiten, um ein erhöhtes Risiko für medikamentös induzierte epileptische Anfälle auszuschließen.

Der Vorteil von Methylphenidat ist, dass auch eine Verbesserung kognitiver Funktionen zu erwarten ist, der Vorteil von Valproat, dass das Risiko von epileptischen Anfällen als UAW noch deutlich geringer ist als von Methylphenidat. Außerdem wirkt Methylphenidat nur stundenweise (je nach Präparat pro Einnahme 4-12 h, bei mehrmals täglicher Einnahme kann ein längerer

Zeitraum abgedeckt werden, jedoch nicht 24 h rund um die Uhr), Valproat dagegen rund um die Uhr. Andererseits birgt die Einnahme von Valproat das Risiko leichter Beeinträchtigung kognitiver Funktionen.

Alle genannten Substanzen stellen einen Off-Label-Use dar, sofern nicht Erkrankungen/Symptomen, die unabhängig von der Genese durch das SHT bestehen, behandelt werden.

Im Falle einer Behandlung mit Methylphenidat sollte mit Medikinet® retard 5 mg morgens zum Frühstück begonnen werden. Nach ca. 1 Woche kann wöchentlich um 5-10 mg/d gesteigert werden, sofern erforderlich bis auf max. 60 mg/d. Medikinet® retard wirkt in der Regel 6-8 h, so dass ggf. eine zweite Dosis mittags oder nachmittags erforderlich sein kann. Das Ende der Wirkung sollte nicht in die Einschlafphase fallen, da andernfalls Einschlafstörungen zu erwarten sind. Andererseits zeigt sich nur bei der Hälfte der mit Stimulanzien Behandelten ein Einschlafproblem, wenn die Wirkung bis in den Schlaf hinein erfolgt. Kontrollen von Blutdruck und Puls sind erforderlich. Je nach kardialer Vorgeschichte bzw. Kombination mit anderen Medikamenten sind EKG-Kontrollen mit Bestimmung der QTc-Zeit erforderlich.

Im Falle einer Behandlung mit Valproat kann sich die Eindosierung an für antikonvulsive Therapie üblichen Schemata orientieren, da die manische Symptomatik nicht sehr stark ausgeprägt ist und schon längere Zeit besteht. Die Initialdosis beträgt in der Regel 5 – 10 mg/kgKG. Die Tagesdosis wird danach schrittweise alle 4 bis 7 Tage um etwa 5 mg/kgKG erhöht, bis der psychische Befund ausreichend gebessert ist, also nicht allein am Blutspiegel orientiert. Die volle Wirkung ist in einigen Fällen erst nach 4 – 6 Wochen zu beobachten. Die Tagesdosen sollen deshalb nicht zu früh über mittlere Werte hinaus gesteigert werden. Die mittlere Tagesdosis beträgt während der Langzeitbehandlung für Jugendliche 25 mg/kgKG. Die durchschnittliche tägliche Dosis zur Behandlung einer manischen Symptomatik beträgt üblicherweise zwischen 1000 und 2000 mg/d. Patient*innen, die tägliche Dosierungen über 45 mg/kgKG/d erhalten, sollten sorgfältig überwacht werden.

Bzgl. der Abwesenheitszustände kommt außer einer dissoziativen Störung bzw. SHT-bedingten organischen dissoziativen Störung auch eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) mit intermittierend auftretenden dissoziativen Zuständen in Betracht: Bei häufigen traumatischen Erlebnissen verfestigen sich die dissoziativen Symptome und treten auch außerhalb traumatischer Ereignisse auf. Traumatische Erlebnisse sind nicht selten nicht erinnerbar, können aber bei bestimmten, die Erinnerung aktivierenden Trig-

ger-Reizen überflutend wieder erinnert werden und zu Erstarrung (Stupor) führen. Auch pseudoepileptische Anfälle können auftreten.

Da zum Zeitpunkt der kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung seit 2 Tagen keine Abwesenheitszustände mehr aufgetreten waren, sollte zunächst abgewartet werden, ob sie selbstständig remittieren. Sollte dies nicht der Fall sein, ist eine Traumatherapie in Betracht zu ziehen.

Psychopharmakotherapeutisch gibt es für PTBS die meisten Wirksamkeitsbelege für Paroxetin, Sertralin und Venlafaxin (siehe u. a. Abdallah et al. 2019, Sartor et al. 2023, Watts et al. 2013), allerdings fanden Shiner et al. 2018 bzgl. unterschiedlicher SSRI einschließlich Fluoxetin keine Unterschiede bzgl. Wirksamkeit bei PTBS. Van der Kolk et al. (1994) fanden nach 5 Wochen Behandlung mit Fluoxetin eine signifikante Reduzierung der PTBS-Symptomatik. Sollten die Abwesenheitszustände und/oder pseudoepileptischen Anfälle erneut und mehrfach auftreten, sollten Traumatherapie und/oder Fluoxetin (beginnend mit 10 mg/d morgens, wöchentlich um 10 mg/d steigerbar bis auf max. 60 mg/d, bei slow oder fast metabolizing entsprechend angepasst) zusätzlich zu den o. g. Interventionen bzgl. ADHS-/manischer Symptomatik in Betracht gezogen werden. Zu beachten ist, dass eine Behandlung mit SSRI die hypomanische bzw. manische Symptomatik verstärken kann.

Zur Behandlung dissoziativer Zustände kommt zudem Naltrexon niedrig dosiert oder Nalmefen als Off-Label-Use in Betracht (Enning & Schmahl 2022).

Literaturverzeichnis

- Abdallah CG, Averill LA, Akiki TJ, Raza M, Averill CL, Gomaa H, Adikey A, Krystal JH. The Neurobiology and Pharmacotherapy of Posttraumatic Stress Disorder. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 2019;59:171-189. doi: 10.1146/annurev-pharmtox-010818-021701
- Anghinah R, Freire FR, Coelho F, Lacerda JR, Schmidt MT, Calado VTG, Ianof JN, Machado S, Velasques B, Ribeiro P, Basile LFH, Paiva WS, Amorim RL. BPSD following traumatic brain injury. *Dement Neuropsychol*. 2013;7(3):269-277. doi: 10.1590/S1980-57642013DN70300007
- Arnstén AFT. Guanfacine's mechanism of action in treating prefrontal cortical disorders: Successful translation across species. *Neurobiol Learn Mem* 2020;176:107327. doi:10.1016/j.nlm.2020.107327
- Başar HM, Selük S, Aydın N. Secondary psychotic mania following traumatic brain injury: a case report. *PBS*. 2016; 6(2): 79-81. doi: 10.5455/jmood.20150622013455
- Cotovio G, Talmasov D, Barahona-Corrêa JB, Hsu J, Senova S, Ribeiro R, Soussand L, Velosa A, Silva VCE, Rost N, Wu O, Cohen AL, Oliveira-Maia AJ, Fox MD. Mapping mania symptoms based on focal brain damage. *J Clin Invest*. 2020 Oct 1;130(10):5209-5222. doi: 10.1172/JCI136096

- Enning F, Schmahl C. Behandlung dissoziativer Symptome mit Nalmefen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexer posttraumatischer Belastungsstörung. *Nervenarzt* 93, 503–505 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01239-1>
- Huang CH, Huang CC, Sun CK, Lin GH, Hou WH. Methylphenidate on Cognitive Improvement in Patients with Traumatic Brain Injury: A Meta-Analysis. *Curr Neuropharmacol* 2016;14(3):272–81. doi: 10.2174/1570159x13666150514233033
- Sartor Z, Kelley L, Laschober R. Posttraumatic Stress Disorder: Evaluation and Treatment. *Am Fam Physician*. 2023 Mar;107(3):273–281. PMID: 36920821
- Shiner B, Westgate CL, Gui J, et al. A Retrospective Comparative Effectiveness Study of Medications for Posttraumatic Stress Disorder in Routine Practice. *J Clin Psychiatry*. 2018;79(5):18m12145. doi:10.4088/JCP.18m12145
- Spitzcok von Brisinski I. Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Schnittstelle zur Neuropädiatrie Teil 1: Postenzephalitisches Syndrom, Suizidalität, Schmerzen, Distanzlosigkeit, Schlafstörungen, Gedächtnisstörungen, Stimmungsschwankungen, Ausschleichen von Benzodi-azepinen. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 2025;35(4), 28–42
- Spitzcok von Brisinski I. Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Schnittstelle zur Neuropädiatrie Teil 2: Frühe infantile epileptische Enzephalopathie und ADHS. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 2026;36(1), 65–75
- Tramontana MG, Cowan RL, Zald D, Prokop JW, Guillaumondegui O (2014) Traumatic brain injury-related attention deficits: Treatment outcomes with lisdexamfetamine dimesylate (Vyvanse). *Brain Injury* 28:11, 1461–1472. <http://dx.doi.org/10.3109/02699052.2014.930179>
- van der Kolk BA, Dreyfuss D, Michaels M, Shera D, Berkowitz R, Fisler R, Saxe G. Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 1994 Dec;55(12):517–22
- Watts BV, Schnurr PP, Mayo L, Young-Xu Y, Weeks WB, Friedman MJ. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2013 Jun;74(6):e541–50. doi: 10.4088/JCP.12r08225
- Williamson D, Frenette AJ, Burry LD, Perreault M, Charbonney E, Lamontagne F, Potvin MJ, Giguère JF, Mehta S, Bernard F. Pharmacological interventions for agitated behaviours in patients with traumatic brain injury: a systematic review. *BMJ Open*. 2019 Jul 9;9(7):e029604. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029604

Interessenkonflikte: Keine

Autor

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski
Fachbereichsarzt, Chefarzt Abt. 1
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
im Kindes- und Jugendalter
LVR-Klinik Viersen, Horionstr. 10, D-41747 Viersen
Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
<https://klinik-viersen.lvr.de>

eatappie – Zwischen Klinik und Klick:

Digitale Begleitung bei Anorexie und Bulimie im Jugendalter – Entwicklung, erste Erfahrungen und Wirksamkeit

Szarah Sanchez Roman

Zusammenfassung

Essstörungen wie Anorexia nervosa (AN) und Bulimia nervosa (BN) beginnen häufig im Jugendalter und sind bei verzögerter Behandlung mit einem hohen Chronifizierungsrisiko verbunden. Gleichzeitig stellen lange Wartezeiten auf ambulante Psychotherapie eine anhaltende Versorgungslücke dar, in der sich Symptome oft weiter verfestigen.

Vor diesem Hintergrund gewinnen digitale Interventionen zunehmend an Bedeutung, insbesondere für eine Patient:innengruppe, die mit digitalen Formaten aufgewachsen ist. Sie bieten das Potenzial, bestehende Versorgungsstrukturen zu ergänzen und so langfristig sowohl Betroffene als auch Behandelnde zu entlasten. Doch welche Rolle können sie realistisch in der klinischen Versorgung spielen?

Der vorliegende Beitrag stellt die Entwicklung, Zertifizierung und erste Einschätzungen von Behandler:innen zur ersten digitalen verhaltenstherapeutisch orientierten Intervention für junge Menschen ab 12 Jahren mit einer Essstörung vor. Zudem wird die aktuell laufende Wirksamkeitsstudie am Universitätsklinikum Tübingen beschrieben und aufgezeigt, wie Behandelnde zur Evidenzgenerierung beitragen können.

Schlüsselwörter: Essstörung – Versorgungslücke – Digitale Intervention – Wirksamkeitsstudie – Transition

Summary

Eating disorders such as anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN) frequently manifest during adolescence and are associated with a high risk of chronicity and severe symptom progression. Prolonged waiting times for outpatient psychotherapy exacerbate this issue.

Against this background, digital interventions are gaining increasing relevance—particularly for a patient population that has grown up with digital

technologies. They offer the potential to complement existing care structures and, in the long term, alleviate the burden on both patients and clinicians. But what role can they realistically play in routine clinical care?

This article presents the development, certification, and initial clinician perspectives on the first **cognitive-behavioral** digital intervention for individuals aged 12 years and older with eating disorders. Additionally, the **clinical trial regarding the efficacy** of the intervention at the University Hospital of Tübingen is outlined, along with opportunities to support the study.

Keywords: eating disorder – treatment gap – digital intervention – clinical trial – transition

Einleitung

Essstörungen wie Anorexia nervosa (AN) und Bulimia nervosa (BN) zählen zu den schwerwiegendsten psychiatrischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, nicht nur aufgrund der hohen Mortalität im Falle der AN (Arcelus et al, 2022, Castellini et al, 2023), sondern auch durch ihre chronischen Verläufe und weitreichenden Einschränkungen der Teilhabe für die Betroffenen. Laut ICD-10 ist die AN vor allem durch einen absichtlich selbst herbeigeführten Gewichtsverlust, ein um mindestens 15% verringertes Körpergewicht, eine Gewichtsphobie sowie eine Körperschemastörung gekennzeichnet. Hinzu kommen endokrine Störungen. Die Bulimia nervosa ist charakterisiert durch häufige Episoden von Essattacken mit Konsum großer Nahrungsmengen, bei einer andauernden Beschäftigung mit dem Essen und dem Einsatz gegensteuernder Maßnahmen, um einer befürchteten Gewichtszunahme entgegenzuwirken. Besonders bekannt ist das selbstinduzierte Erbrechen nach dem Essen, es kommen jedoch auch zeitweilige Hungerperioden, Missbrauch von Abführmitteln oder Appetitzüglern sowie übermäßige sportliche Betätigung zum Einsatz. Typisch für beide Erkrankungen ist ein Beginn in der Adoleszenz, wobei der Übergang zwischen beiden Störungen fließend sein kann. Studien zufolge leiden Betroffene mehrere Jahre an Symptomen und tragen die Problematik somit meist bis ins Erwachsenenalter mit sich (Filippini et al, 2022). Es ist bekannt, dass besonders in der Transition im Gesundheitswesen um den 18. Geburtstag ein bedeutender Einschnitt stattfindet (Karow et al, 2022). Diese kritische Phase gewinnt vor dem Hintergrund der hohen Krankheitslast zusätzlich an Bedeutung. Mehr als 2% der 4 Millionen in Deutschland lebenden 12 bis 17-jährigen Jugendlichen leiden an einer behandlungsbedürftigen Essstörung (Cohrdes et al, 2019). Diese Zahl unter-

streicht nicht nur die Dringlichkeit einer frühzeitigen Intervention, sondern auch die Notwendigkeit lückenloser Versorgungsstrukturen, insbesondere während des Übergangs ins Erwachsenenalter. Die (Lebenszeit-)Prävalenz wird europaweit bzw. in westlichen Industrieländern für AN auf 0,4 bis 2,0 Prozent und für BN auf 0,9 bis 3,0 Prozent geschätzt (Hoek 2016; S3-Leitlinien 2018; Campbell & Peebles 2014), wobei Mädchen und junge Frauen eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung von Essstörungen darstellen. Im Vergleich zu gleichaltrigen Jungen bzw. jungen Männern ist die Prävalenz bis zu 10-fach erhöht (Campbell & Peebles 2014; Cohrdes et al. 2019). Aus Krankenkassendaten geht ein deutlicher Anstieg von Essstörungsdiagnosen insbesondere bei (weiblichen) Jugendlichen und jungen Erwachsenen hervor; im Zeitraum von 2011 bis 2015 bzw. 2010 bis 2016 haben sich diese verdoppelt (AOK 2018; Barmer 2017). Zudem ist die Anzahl an Kindern und Jugendlichen in Deutschland, die Symptome einer Essstörung zeigen, gestiegen. Laut den Daten aus der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS 2018) zeigt mit 19,8 Prozent jede:r fünfte Jugendliche zwischen elf und 17 Jahren Essstörungssymptome bzw. Hinweise auf eine Essstörung, wobei Mädchen (27,9 %) deutlich häufiger betroffen sind als Jungen (12,1 %). Während der COVID19-Pandemie ist diese Zahl weiter angestiegen, so dass derzeit von etwa 100 000 Jugendlichen mit der Diagnose einer Essstörung nach ICD-10 ausgegangen werden kann (Kohring et al. 2023). Nimmt man junge Erwachsene bis 25 Jahre mit hinzu steigt die Anzahl auf ca. 200 000. Im Verlauf der Pandemie nahmen jedoch nicht nur die Behandlungszahlen, sondern auch der Schweregrad von Essstörungen v.a. bei Heranwachsenden zu (Ravens-Sieberer U et al. 2021; Otto AK et al. 2021; Toulany A et al. 2022). Zudem zeigen aktuelle Krankenkassendaten aus dem Jahr 2024, dass die gestiegenen Prävalenzraten auch nach Abklingen der Pandemie und der damit einhergehenden Einschränkungen auf einem hohen Niveau bleiben (DAK Kinder- und Jugendreport 2024).

Auf der anderen Seite stehen die oftmals langen Wartezeiten – vor allem hinsichtlich ambulanter Psychotherapie – dem Bedarf an frühzeitigen Interventionen, welche entscheidend sind, um schwere Krankheitsverläufe bzw. Chronifizierungen zu vermeiden, entgegen (Zeeck et al. 2011). In Deutschland warten betroffene Jugendliche derzeit durchschnittlich 26 Wochen auf einen ambulanten Psychotherapieplatz, was eine kritische Behandlungslücke darstellt (Raabe-Menssen et al. 2021). Unbehandelte Essstörungen führen häufig zu langen und kostenintensiven stationären Behandlungen, während eine frühe Diagnose und Intervention die Heilungschancen verbessert und

eine geringere Belastung des Gesundheitssystems zur Folge hat. Digitale Interventionen erwiesen sich bei Erwachsenen mit Essstörungen als wirksam und könnten als überbrückende und ergänzende Lösungen in jüngeren digital affinen Populationen eingesetzt werden (Cruz et al, 2024; Hamid et al, 2024; Zhong et al, 2024).

eHealth Applikationen (Apps) werden als ein potenziell wirkungsvolles Medium für Interventionen zur Verhaltensänderung angesehen. Durch beispielsweise personalisierte Zielsetzungen, Erinnerungsfunktionen oder spielerische Elemente kann die Bereitschaft und Motivation den Maßnahmen gegenüber erhöht werden (Rowland et al. 2020; Perski et al. 2017). In einer Metaanalyse identifizierten Linardon und Kollegen (2019) 66 randomisiert-kontrollierte Studien zur Wirksamkeit App-gestützter Smartphone-Interventionen bei psychischen Problemen. Im Vergleich zu den Kontrollgruppen zeigten die Smartphone-Interventionen signifikant bessere Ergebnisse etwa hinsichtlich depressiver Symptome, Stress oder Angstsymptomen, aber auch bezüglich der Lebensqualität. Vor allem Studien, in denen eine auf kognitiver Verhaltenstherapie (CBT) basierende App bereitgestellt und zudem professionelle Anleitung und Erinnerungshilfen anboten wurden, zeigten größere Effekte. Die wenigen Studien, die sich thematisch speziell mit mHealth im Bereich Essstörungen befassen (Anastasiadou et al. 2018), deuten zwar auf ein dahingehendes Potenzial hin, es fehlt jedoch an dieser Stelle an Wirksamkeitsnachweisen (Chiang et al, 2023). Neben der Tatsache, dass viele Apps keine evidenzbasierten Informationen enthalten, wird auch die bisher geringe Partizipation von potenziellen Endnutzer:innen in Entwicklungsprozesse kritisch gesehen (Fischer 2020). Der möglichst frühen Einbindung und einer entsprechend interessens-, bedarfs- und bedürfnisgerechten Nutzer:innenorientierung wird eine hohe Relevanz beigemessen. Neben Anforderungsanalysen können Nutzer:innen beispielsweise auch in Fragen der Gestaltung oder die prozesshafte Weiterentwicklung einbezogen werden (Hochmuth et al, 2020).

Entwicklung und Zertifizierung

Derzeit existiert nach unserem Kenntnisstand keine digitale Gesundheitsintervention (DGI) in Deutschland, die speziell für Heranwachsende, die an einer AN, BN oder einer atypischen Form dieser Essstörungen leiden, entwickelt wurde. Vor diesem Hintergrund wurde „**eatappie**“ konzipiert – eine Smartphone-Applikation für mentale Gesundheit für junge Menschen ab einem Alter von 12 Jahren mit einer Essstörung. Um die partizipative Ent-

wicklung umzusetzen, wurde bereits in einer ersten Machbarkeitsstudie 2024 in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sport und Sportwissenschaften der Universität Heidelberg die Benutzerfreundlichkeit und Relevanz der Inhalte systematisch untersucht (Sanchez et al., 2025). Für die Anerkennung dieser Arbeit durch den Preis der Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter möchten wir uns an dieser Stelle noch einmal herzlich bedanken. Im Rahmen der Studie zeigte sich, dass die Nutzer:innen die App intuitiv bedienen konnten und mit den Inhalten sowie dem Design zufrieden waren. Es konnten keine Sicherheitsbedenken festgestellt werden. Triggerwarnungen und in die App integrierte Sicherheitshinweise wurden von den Teilnehmenden gut verstanden. Besonders positiv wurden von den jugendlichen Tester:innen der Mahlzeitenplaner, die digitalen Therapiebegleiter und der Gamificationansatz bewertet.

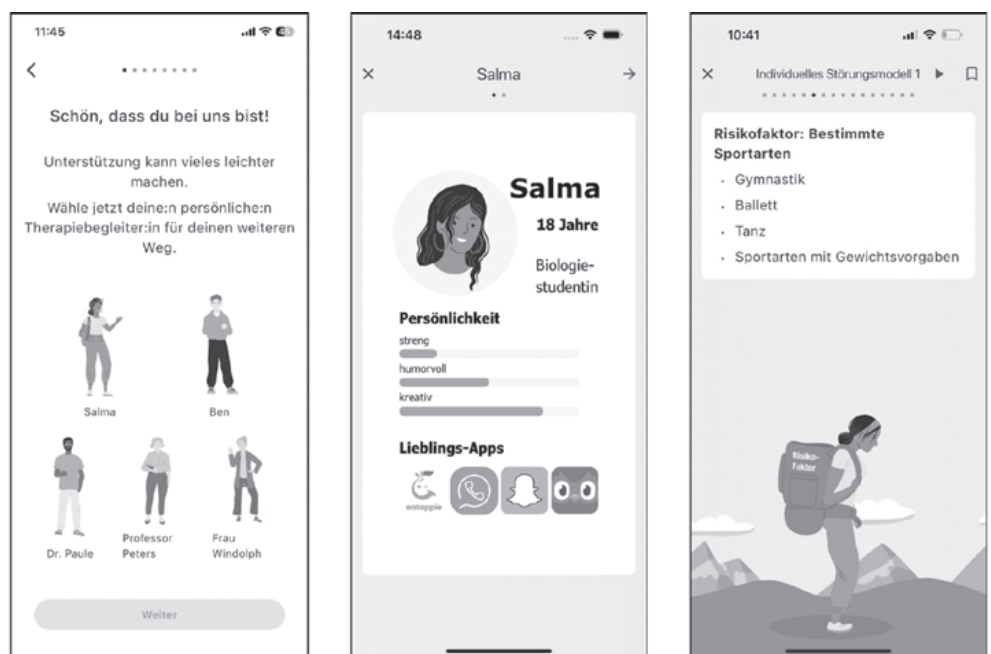
Die Selbsthilfe-App eatappie ist ein zugelassenes, CE-zertifiziertes Medizinprodukt gemäß der europäischen Medizinprodukteverordnung und beinhaltet über 50 Lerneinheiten und interaktive Übungen zum Umgang mit einer Essstörung. Das Programm gliedert sich in die Phasen Psychoedukation, Verhaltensveränderung und Stabilisierung und basiert auf etablierten verhaltenstherapeutischen Konzepten. Tabelle 1 bietet einen detaillierten Überblick über die einzelnen therapeutischen Bausteine.

Phase 1: Psychoedukation	
Einführung	Kennen lernen der App-Funktionen
Energiehaushalt und Selbstwertgefühl	Steigerung des Selbstwertgefühls, persönliche Ressourcen identifizieren, Akzeptanz Förderung
Erkrankungsmodell	Entwicklung eines individuellen Erkrankungsmodells, Erkennen eigener Risiko- /Resilienzfaktoren
Ernährung	Information bezüglich ausgewogener Ernährung an Hand der Empfehlungen der DGE, Portionsgrößen, Einführung in den Mahlzeitenplaner

Phase 2: Verhaltensveränderung	
Motivation	Phasen der Veränderung, motivationssteigernde bzw. -erhaltende Übungen
Informationen zur Erkrankung	Spezifische Informationen zu Essstörungen sowie psychischen und physischen Folgen, Bezug zu Sexualität und Pubertät
Emotionsregulation	Entspannungstechniken, Skills und Emotionsregulation insbesondere in Bezug auf Bewegungsdrang
Kognitive Umstrukturierung	Erkennen, analysieren und umstrukturieren automatischer negativer Kognitionen
Phase 3: Stabilisierung	
Verbotene Lebensmittel	Identifizieren verbotener Lebensmittel, achtsames Essen, Verhaltensexperiment
Leben trotz der Krankheit	Zielsetzung außerhalb der Erkrankung, Kommunikation mit Angehörigen, Übung zum Lebensmittel-Einkauf
Soziale Medien	Umgang mit Schönheitsidealen, schädlichem Content sowie Recovery Accounts
Rückfallprophylaxe	Strategien zum Umgang mit Rückfällen, „Erste-Hilfe-Koffer“
Optionale Elemente	
Gefühle	Informationen zu Basisemotionen, Gefühle erkennen und zuordnen
Essanfälle	Analyse von Auslösesituationen, Strategien, um Essanfälle zu vermeiden, Notfallplan
Perfektionismus	Erkennen und Verändern von perfektionistischen Überzeugungen

Tabelle 1: Inhalte der app-basierten Smartphone-Intervention eatappie für AN und BN

Zudem wird ein Mahlzeitenplaner mit Protokollfunktion nach den Empfehlungen der deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) eingesetzt. Die App soll einen direkten Zugang zu psychotherapeutischen Inhalten nach der Diagnosestellung ermöglichen, indem sie niederschwellig evidenzbasierte kognitiv-behaviorale Therapieinhalte (KVT) bereitstellt. Sie beinhaltet Psychotherapieinhalte nach etablierten medizinischen Leitlinien (S3-Leitlinie für Diagnostik und Behandlung von Essstörungen), welche für einen digitalen Kontext adaptiert wurden und selbständig bearbeitet werden. Die App soll einer Verschlechterung der Symptomatik in Transitionsperioden, also wenn keine Face-to-face Therapie verfügbar ist (nach Diagnosestellung vor Beginn einer ambulanten Therapie, therapiebegleitend zwischen Therapiesitzungen, zur Nachsorge), entgegenwirken. Unterstützt wird die Vermittlung der Lerninhalte durch animierte Therapiebegleiter, ein integriertes Belohnungssystem sowie weitere Gamification-Ansätze, um eine langfristige Motivation zu fördern. Abbildung 1 bietet Einblicke in Design und Funktionen der App.



A. Therapiebegleiter B. Detailansicht "Salma" C. Psychoedukation

Abbildung 1: Design und Funktionen der App. Bild (A) stellt die allgemeine Vorstellung der Therapiebegleiter dar. Bild (B) zeigt die exemplarische Detail Presentation des Charakter "Salma". Bild (C) zeigt einen psychoedukativen Inhalt. Design made by Birgit Jansen.

Abbildung 1: Design und Funktionen der App

Erste Erfahrungen aus der Praxis

Ein zentrales Ziel von eatappie ist es, die bestehenden Versorgungsstrukturen auch für Behandelnde sinnvoll zu ergänzen. Durch die app-basierte Vermittlung therapeutischer Inhalte sind Patient:innen bei Start einer vor-Ort Psychotherapie bereits informierter und reflektierter was den Einstieg effizienter gestaltet und so potenziell zu weniger schweren Krankheitsverläufen führt. Zudem können Betroffene die App weiter parallel zur ambulanten Therapie nutzen, um ihre Mahlzeiten zu planen, ihre Emotionen zu regulieren oder Übungen zu bearbeiten, die sonst als Hausaufgaben in gedruckter Form oft vergessen werden. Um eine möglichst zielführende Integration in das bestehende Versorgungssystem zu erreichen, ist auch die Partizipation und das Feedback von Behandler:innen von großer Bedeutung. Daher bieten wir Fachpersonal die Möglichkeit, die App selbst 4 Wochen kostenfrei zu testen und anschließend auf freiwilliger Basis in einem kurzen Fragebogen ihre Erfahrungen zu teilen.

Bisher testeten deutschlandweit über 220 Professionelle (z.B. Ärzt:innen, Therapeut:innen, Beratungsstellen, Ernährungsberater:innen) eatappie (Stand 04/2026). Die ersten 30 ausgewerteten Rückmeldungen zeigen ein deutlich positives Bild: 90% der Behandler:innen bewerteten den fachlichen Gesamteindruck mit „gut“ oder „sehr gut“ (Abbildung 2). Besonders positiv hervorgehoben wurden der niederschwellige Zugang, die täglichen Übungen sowie die Inhalte der Lerneinheiten. Auch Mahlzeitenplaner und der Schnellaufgriff auf Skills wurden von 40% der Tester:innen als hilfreich bewertet. Interessanterweise wurden die animierten Therapiebegleiter:innen sowie der Gamification-Ansatz als weniger relevant bewertet, was teilweise im Kontrast mit der Einschätzung der jugendlichen Tester steht. In der Machbarkeitsstudie hatten die Jugendlichen besonders die Therapiebegleiter wertgeschätzt, was auf eine Diskrepanz in der Wahrnehmung zwischen Fachpersonal und Betroffenen hindeutet (Sanchez et al, 2025).

Befragung von Behandler:innen, die die App 4 Wochen testeten (n = 30)

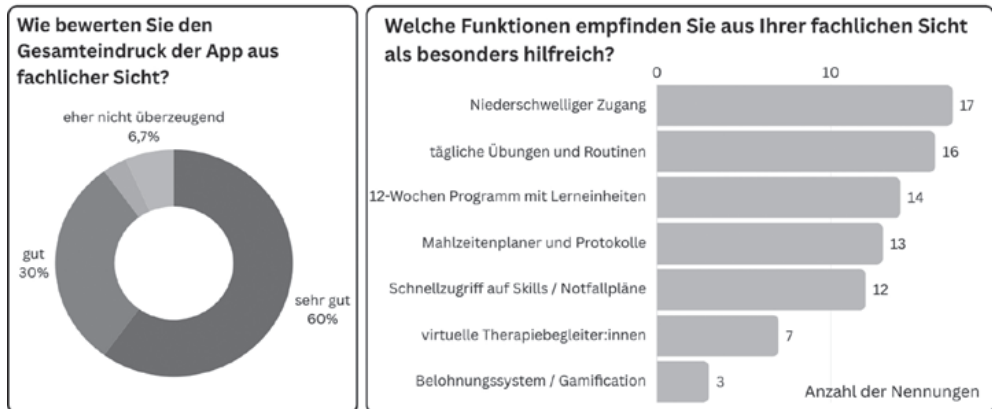


Abbildung 2: Fragebogen-Feedback von Behandler:innen

Die qualitativen Rückmeldungen bestätigen den quantitativen Trend und liefern wertvolle Impulse für die Optimierung. So betonte eine Beratungsstelle für Essstörungen:

„Die kinderfreundlichen und leicht erklärten Inhalte sind sehr ansprechend und bilden eine hilfreiche Ergänzung innerhalb der Behandlung.“

Ein ähnlicher Tenor zeigte sich in den Aussagen einer Ernährungsmedizinerin (Dr. Fani Mera):

„Die Erklärungen sind kurz, klar strukturiert und in einer sehr verständlichen Sprache formuliert, sodass auch komplexe Inhalte gut nachvollziehbar sind, ohne Verwirrung zu hinterlassen.“

Verbesserungsvorschläge, wie der Wunsch nach mehrsprachigen Optionen, fließen in die nächsten Entwicklungsphasen mit ein.

Die Rückmeldungen der Fachpersonen stellen eine zentrale Grundlage für die iterative Weiterentwicklung der App dar. Sie ermöglichen nicht nur eine evidenzbasierte Optimierung der Inhalte und Funktionen, sondern tragen auch dazu bei, die Anwendbarkeit im klinischen Kontext weiter zu verbessern. Interessierte Kolleg:innen sind eingeladen, eatappie im Rahmen einer vierwöchigen Testphase zu evaluieren und durch ihr Feedback zur kontinuierlichen Qualitätssteigerung beizutragen (Testaccounts können unter hallo@eatappie.de angefragt werden).

Wirksamkeitsstudie

Die langen Wartezeiten auf Psychotherapieplätze stellen Jugendliche mit Essstörungen und ihre Behandler:innen vor große Herausforderungen. Vor diesem Hintergrund untersucht die randomisiert-kontrollierte eatappie-Studie am Universitätsklinikum Tübingen, ob die app-basierte Intervention die Symptomatik während dieser Wartezeit stabilisieren kann. Die monozentrische, unverblindete Studie zielt darauf ab, die Wirksamkeit der 12-wöchigen, app-basierten Intervention (Interventionsgruppe) im Vergleich zu Treatment as usual (TAU; Wartekontrollgruppe) zu evaluieren. Eingeschlossen werden 12- bis 17-jährige Jugendliche mit AN oder BN, die aktuell keine Psychotherapie erhalten (Ziel: N=259). Die Studienteilnahme und Datenerhebung erfolgen vollständig online, was eine deutschlandweite Rekrutierung ermöglicht. Voraussetzung ist die Einwilligung der Sorgeberechtigten.

Nach der Baseline-Erhebung (T0) erhalten Teilnehmende der Interventionsgruppe für 12 Wochen Zugang zu eatappie. Die Kontrollgruppe verbleibt im gleichen Zeitraum in einer Wartekontrollbedingung (TAU) ohne psychotherapeutische Behandlung, wobei Routineuntersuchungen beim Kinderarzt oder Kinder- und Jugendpsychiater sowie das Verbleiben auf einer Warteliste für Psychotherapie erlaubt sind. Primärer Endpunkt ist die Veränderung der essstörungsspezifischen Psychopathologie (EDE-Q-Gesamtscore) zwischen Baseline (T0) und Post-Intervention (T1). Es wird ein Gruppenvergleich zwischen Interventions- und Wartekontrollgruppe durchgeführt. Sekundäre Zielvariablen umfassen Adhärenz (basierend auf Nutzungsmetadaten), Lebensqualität (KIDSCREEN), Therapiemotivation, ungeplante Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Notfallvorstellungen oder Hospitalisierungen), Nebenwirkungen sowie das elterliche Urteil zur Symptomatik. In der Interventionsgruppe erfolgt zusätzlich eine Follow-up-Erhebung nach weiteren 6 Wochen ohne Nutzung der App. Alle erhobenen Daten werden pseudonymisiert verarbeitet und gemäß den Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gespeichert. Die Studie soll Evidenz zur Wirksamkeit einer digitalen Intervention zur Stabilisierung der Essstörungssymptomatik im ambulanten Setting liefern. Die Ergebnisse können einen wichtigen Beitrag zur Versorgung von Jugendlichen mit Essstörungen während Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung leisten. Die Rekrutierung läuft seit April 2026. Interessierte Kliniken/Praxen sind herzlich eingeladen, die Informationen zur Studie an passende Patient:innen weiterzugeben. Alle benötigten Informationen zur Teilnahme finden Sie hier:

<https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/einrichtungen/kliniken/psychiatrie-und-psychotherapie/kinder-und-jugendpsychiatrie/forschung/eatappie>



Abbildung 3: QR-Code zu Studienseite

Alle Studienteilnehmer erhalten im Laufe der Studie einen kostenfreien eatappie-Zugang für 12 Wochen. Zudem wird eine Aufwandsentschädigung im Wert von 30€ nach der zweiten Befragung bereitgestellt.

Ausblick

Die Entwicklung der App eatappie sowie die begleitende klinische Studie zur Wirksamkeit am Universitätsklinikum Tübingen zielen darauf ab, digitale Interventionen als mögliche Unterstützung für junge Menschen mit Essstörungen zu evaluieren. Langfristig könnte diese Erweiterung des Behandlungsangebots zu einer nachhaltigen Entlastung des Gesundheitssystems beitragen: Durch die Vermeidung oder Verkürzung stationärer Aufenthalte, die Reduktion von Behandlungskosten sowie die Freisetzung von zeitlichen Ressourcen bei Behandler:innen entsteht Raum für eine verbesserte Versorgungsqualität und flexiblere Therapieplanung.

Der Einschluss von Teilnehmenden ist bis voraussichtlich April 2027 möglich. Für interessierte Kliniken und Praxen besteht die Möglichkeit, die Studieninformationen an geeignete Patient:innen weiterzugeben, die aktuell keine Psy-

chotherapieplatz haben. Sämtliche Materialien und Kontaktdaten für Rückfragen sind per E-Mail an eatappie@med.uni-tuebingen.de verfügbar.

Die Zusammenarbeit mit Fachpersonen war von Anfang an ein zentrales Anliegen, um digitale Tools nicht nur evidenzbasiert, sondern auch praxistauglich zu gestalten. Für eine langfristige Verbesserung der Versorgungslage im Bereich der Essstörungstherapie ist diese Kooperation von großer Bedeutung.

Literaturverzeichnis:

- Anastasiadou, D., Folkvord, F. & Lupiañez-Villanueva, F. (2018). A systematic review of mHealth interventions for the support of eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.*, 26(5), 394-416. <https://doi.org/10.1002/erv.2609>.
- AOK Nordost (2018). Aktuelles GeWINO-Spotlight zu Essstörungen zeigt starkes Stadt-Land-Gefälle (Presseinformation). https://www.aok.de/pk/cl/fileadmin/user_upload/AOK-Nordost/07-Presse/Dokumente/2018/180116_PI_GeWINO-Spotlight_Esstörungen_zeigt_Anstieg_der_Diagnosen.pdf
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724–731. <https://doi.org/10.1001/ARCHGENPSYCHIATRY.2011.74>
- Barmer (2017). Wenn Schönheitsideale krank machen. Essstörungen in Brandenburg (Presse-mitteilung). <https://www.barmer.de/resource/blob/1028322/4514fcf452ac8860adcfcbcdca5575d1/pm-pressemappe-essstoerungen-data.pdf>
- Castellini, G., Caini, S., Cassioli, E., Rossi, E., Marchesoni, G., Rotella, F., de Bonfoli Caval-cabo, N., Fontana, M., Mezzani, B., Alterini, B., Lucarelli, S., & Ricca, V. (2023). Mortality and care of eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 147(2), 122–133. <https://doi.org/10.1111/acps.13487>
- Campbell, K. & Peebles R. (2014). Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review. *Pediatrics*, 134(3), 582–592. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0194>
- Chiang, C.P., Hayes, D. & Panagiotopoulou, E. (2023). Apps targeting anorexia nervosa in young people: a systematic review of active ingredients. *Translational Behavioral Medicine*. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibad003>
- Cohrdes, C., Göbel, K., Schlack, R., & Hölling, H. (2019). [Symptoms of eating disorders in children and adolescents: frequencies and risk factors : Results from KiGGS Wave 2 and trends]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 62(10), 1195–1204. <https://doi.org/10.1007/S00103-019-03005-W>
- Cruz, T., Duarte, C., Ferreira, T. B., Santos, C., & Martins, M. v. (2025). Smartphone Applications for Eating Disorders: A Systematic Review and Meta- Analysis of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Eating Disorders*, 58(9), 1662–1682. <https://doi.org/10.1002/eat.24488>
- DAK-Kinder- und Jugendreport 2023. Hamburg. https://www.dak.de/dak/unternehmen/report-e-forschung/dak-kinder-und-jugendreport-2023_45524

- Filipponi, C., Visentini, C., Filippini, T., Cutino, A., Ferri, P., Rovesti, S., Latella, E., & Di Lorenzo, R. (2022). The Follow-Up of Eating Disorders from Adolescence to Early Adulthood: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(23), 16237. <https://doi.org/10.3390/ijerph192316237>
- Fischer, F. (2020). Digitale Interventionen in Prävention und Gesundheitsförderung: Welche Form der Evidenz haben wir und welche wird benötigt?. *Bundesgesundheitsbl*, 63, 674–680. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03143-6>
- Hamid, N. (2024). Internet-based cognitive behaviour therapy for the prevention, treatment and relapse prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *PsyCh Journal*, 13(1), 5–18. <https://doi.org/10.1002/pchj.715>
- Hochmuth, A., Exner, A.-K. & Dockweiler, C. (2020) Implementierung und partizipative Gestaltung digitaler Gesundheitsinterventionen. *Bundesgesundheitsbl*, 63(2), 145–152. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03079-6>
- Hoek, H.W. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29 (6), 336–339. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000282>
- Karow, A., Lambert, M., Finter, C., & Hohmann, S. (2022). Psychische Erkrankungen in der Adoleszenz – Behandlungsansätze und klinische Erfahrungen. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 71(7), 658–676. <https://doi.org/10.13109/prkk.2022.71.7.658>
- Kohring C, Akmatov MK, Holstiege J, Heuer J, Dammertz L, Bätzing J. *Inzidenztrends psychischer sowie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung - Entwicklungen zwischen 2014 und 2021. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 23/05. Berlin (2023). URL: <https://doi.org/10.20364/VA-23.05>*
- Linardon, J., Cuijpers, P., Carlbring, P., Messer, M. & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2019). The efficacy of app-supported smartphone interventions for mental health problems: A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 18(3), 325-336. <https://doi.org/10.1002/wps.20673>
- Otto, A.K., Jary, J.M., Sturza, J., Miller, C.A., Prohaska, N., Bravender, T. & Van Huysse, J. (2021). Medical admissions among adolescents with eating disorders during the COVID-19 pandemic. *Pediatrics*, 148(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052201>
- Perski, O., Blandford, A., West, R. & Michie, S. (2017): Conceptualising engagement with digital behaviour change interventions: a systematic review using principles from critical interpretive synthesis. *Transl. Behav. Med.*, 7(2), 254-267. <https://doi.org/10.1007/s13142-016-0453-1>
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Otto, C., Devine, J., Löffler, C., Hurrelmann, K., Bullinger, M., Barkmann, C., Siegel, N.A., Simon, A.M., Wieler, L.H., Schlack, R. & Hölling, H. (2023). Quality of life and mental health in children and adolescents during the first year of the COVID-19 pandemic: Results of a two-wave nationwide population-based study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(4), 575-588. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01889-1>

- Rowland, S. P., Fitzgerald, J. E., Holme, T., Powell, J. & McGregor, A. (2020). What is the clinical value of mHealth for patients?. NPJ digital medicine, 3(1), 4. <https://doi.org/10.1038/s41746-019-0206-x>
- Sanchez Roman, S., Panek, E., Niemeyer, L., Saase, V., Norden, M., & Frenkel, M. O. (2025). Bridging the gap in outpatient care for adolescent eating disorders: Usability of a digital mental health intervention for anorexia or bulimia nervosa. Frontiers in Psychiatry, 16. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1640889>
- Storm, A., *Kinder- und Jugendreport* (2021). Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Suchterkrankungen. In: DAK-Gesundheitsreport. Hamburg
- Toulany, A., Kurdyak, P., Guttman, A., Stukel, T.A., Fu, L., Strauss, R., Fiksenbaum, L. & Saunders N.R. (2022). Acute Care Visits for Eating Disorders Among Children and Adolescents After the Onset of the COVID-19 Pandemic. Journal of Adolescent Health, 70, 42-47. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.09.025>
- Zeeck A, Cuntz U, Herpertz-Dahlmann B, Ehrlich S, Friederich HC, Resmark G, Hagenah U, Haas V, Hartmann A, Greetfeld M, Zipfel S, Brockmeyer T. Anorexia nervosa. In: Herpertz S, Fichter M, Herpertz-Dahlmann B et al. (Hrsg.). S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. Berlin: Springer 2011; 63-192.
- Zhong, J., Zhang, Y., Sun, Y., Wang, Q., Dong, G., & Li, X. (2024). The efficacy of internet-based cognitive behavioral therapy for adult binge spectrum eating disorders: A meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 361, 684–692. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.06.084>

Interessenskonflikt: Die Autorin war an der Entwicklung der in diesem Artikel vorgestellten App beteiligt und hat im Januar 2025 das Unternehmen Mind Generation GmbH mitgegründet, welches die App nun kommerziell vertreibt.

Autorin:

Dr. med. Szarah Sanchez Roman
Friedrich-Ebert-Anlage 27
69117 Heidelberg
Mind Generation GmbH
szarah@eatappie.de

Nachruf auf Gotthard Roosen-Runge

*31.01.1953 +10.03.2026

„Man muss etwas, und sei es noch so wenig, für diejenigen tun, die Hilfe brauchen; etwas, das keinen Lohn bringt, sondern Freude, es tun zu dürfen“.

(Albert Schweitzer)

Unser langjähriges Vorstandsmitglied und unser Kollege und Freund Dr. med. Gotthard Roosen-Runge ist am 10.03.2026 nach langer schwerer Krankheit verstorben. Sein viel zu früher Tod erfüllt uns im BKJPP mit tiefer Betroffenheit und großer Trauer.

Gotthard Roosen-Runge hat sich mit großer Energie und Freude für unseren Berufsverband und unser Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie eingesetzt und leidenschaftlich für seine Überzeugungen gekämpft. Besonders am Herzen lagen ihm Kinder in schwierigen Lebensumständen. So hat er auf die große Belastung für Kinder süchtiger Eltern hingewiesen und die Bedeutung dieses Themas für die Entstehung psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen betont. Er hat auch immer wieder angemahnt, dass Menschen mit geistiger Behinderung in unserem Fachgebiet mehr Beachtung finden sollten, und hat sich selbst intensiv für ambulante Therapiemaßnahmen für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung eingesetzt. In unseren Verbänden hat er sich für diese Themen bei der Erarbeitung der Leitlinien und bei der Arbeit in den Kommissionen zur Jugendhilfe, Sucht und für Menschen mit geistiger Behinderung engagiert.

Gotthard war ein überzeugter Sozialpsychiater. In seiner Praxis in Mölln war ihm gemeinsam mit seinem Team die Begegnung mit den Menschen, ausreichend Zeit für therapeutische Maßnahmen und der Einbezug kreativer Medien in die Behandlungen wichtig. Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts hat er gemeinsam mit Herrn Jungmann

als Vertreter der BAG das sog. Blaue Buch herausgegeben, in dem die damaligen Strukturen für Kommunikation und Kooperation in unserem Fachgebiet und die sozialpsychiatrische Versorgung unter verschiedenen Aspekten dargestellt wurden.

Geboren am 31.12.1953 in München, wuchs Gotthard im Fränkischen nahe Würzburg auf. Seine Jugend war durch eine Erkrankung an Diabetes mellitus geprägt. Dieser „ständige Begleiter“ hat ihm sein Leben lang viel Disziplin abverlangt, aber vielleicht auch seinen Blick für das Lebendige geschärft – das er in Begegnungen, Aufgaben, Musik, Klängen und Malerei sowie in seiner großen Fülle an Wissen, Ideen und Kreativität finden konnte. Nach dem Abitur ist er zunächst Kinderarzt geworden und hat anschließend in Lübeck die Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie absolviert. In der Nähe ist er mit seiner Frau und vier Kindern heimisch geworden und hat in Mölln seine sozialpsychiatrische Praxis gegründet.

Im Jahr 2000 trafen wir uns im Vorstand des BKJPP. Gotthard war ein sehr unterstützender stellvertretender Vorsitzender, auf den immer Verlass war, der loyal war, aber auch eigene Ideen einbrachte, Akzente und Kontrapunkte setzte und seine Positionen mit Leidenschaft vertrat. Andererseits blieb er auch gern im Hintergrund: er wollte nie Vorsitzender unseres Verbandes werden! Seine Bescheidenheit, sein Humor, seine Liebenswürdigkeit und seine Natürlichkeit haben ihn menschlich sehr ausgezeichnet und bleiben unvergessen.

Wir werden ihn auf unseren Jahrestagungen in den Kongresspausen mit seinen Klangreisen zur Entspannung vermissen und auf der Tanzfläche bei unseren Gesellschaftsabenden!

Gotthards Familie hat das oben genannte Zitat von Albert Schweitzer für die Traueranzeige gewählt. Es beschreibt Gotthard sehr treffend: Er tat mit Freude, was er für diejenigen, die Hilfe brauchen, tun konnte. Und er hatte in diesem Sinne noch so viel vor.

Wir trauern um ihn, wir haben ihm viel zu verdanken und werden sein Andenken in Ehren bewahren!

Christa Schaff

Nachruf auf Josef E. Kirchner

*01.08.1956 +18.05.2026

Mit großer Trauer nehmen wir Abschied von unserem langjährigen Weggefährten und Freund Josef Kirchner aus Rösrath.

Josef war für viele von uns weit mehr als ein engagiertes Mitglied des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten. Er war ein aufrichtiger Freund, ein kritischer Geist und ein Mensch, der uns immer wieder dazu brachte, Gewohntes zu hinterfragen. Zuweilen war er ein unbequemer Querdenker – aber gerade deshalb oft einer, der wichtige Diskussionen anstieß.

Josef gehörte nicht zu den Bedenkenträgern. Er war ein spontaner Macher. Wenn etwas gut lief, dann ließ er die Dinge laufen. Wenn er überzeugt war, dass etwas falsch lief oder dass unsere Patientinnen und Patienten eine starke Stimme brauchten, dann kämpfte er mit großer Beharrlichkeit und Leidenschaft.

Sein berufspolitisches Engagement war von einer klaren Haltung geprägt. Für Josef ging es nie darum, Berufspolitik zu betreiben, um die eigene finanzielle Situation zu verbessern. Sein Maßstab war stets die Frage, was Kindern, Jugendlichen und ihren Familien hilft. Er war überzeugt, dass wir als Berufsgruppe selbstbewusst zeigen müssen, wer wir sind und was wir können – nicht aus Eitelkeit, sondern weil wir Verantwortung tragen für die Versorgung psychisch erkrankter junger Menschen. Diese Verantwortung nahm er ernst und forderte sie auch bei seinen Kolleg:innen ein.

Er verstand Kinder- und Jugendpsychiatrie immer auch als gesellschaftlichen Auftrag. Seine politische Grundhaltung war geprägt von einem tiefen Sinn für Solidarität und soziale Gerechtigkeit. Nicht zufällig verabschiedete er viele

seiner Mails mit dem Wort „Venceremos“ – wir werden siegen. Für ihn war dies weniger ein politischer Slogan als Ausdruck einer Hoffnung: dass Beharrlichkeit, Zusammenhalt und Engagement die Welt ein wenig besser machen können.

Mit Josef verlieren wir einen Kollegen, der klare Kante zeigen konnte, der unbequem sein durfte und der zugleich immer von einer tiefen Menschlichkeit getragen war. Seine Stimme wird uns fehlen. Seine Fragen werden uns fehlen. Sein Engagement wird uns fehlen.

Vielleicht würde Josef selbst wenig von langen Trauerreden halten. Vermutlich würde er uns vielmehr zurufen, was ihm immer wichtig war: Mischt euch ein. Übernehmt Verantwortung. Gestaltet die Zukunft unseres Faches.

Deshalb soll dieser Nachruf zugleich ein Appell an die jüngeren Kolleginnen und Kollegen sein. Die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher braucht Menschen, die sich engagieren, die ihre Stimme erheben und die bereit sind, Verantwortung zu übernehmen.

Oder, um es mit den Worten zu sagen, die Josef wahrscheinlich lieber hören würde als viele wohlgesetzte Abschiedsworte:

„Arsch huh, Zäng ussenander!“

Weint mir nicht nach. Tut etwas.

Josef, wir danken Dir.

Katharina Bayer im Namen der Regiogruppe
Nordrhein und des Vorstands des BKJPP

Rezension

Christian K. D. Moik

„Alexander“ Ferdinand von Schirach

Penguin JUNIOR in der Penguin Random House Verlagsgruppe GmbH
2026, 4. Auflage, 153 Seiten, farbig mit Vignetten, Hardcover, 18,0 €;
ISBN 978-3-328-30481-4

Alexander von Schirach, Rechtsanwalt und seit 2009 Autor zahlreicher Erzählungen, Essays und Roman, stellt aus seiner Erfahrung als Jurist immer wieder das Spannungsfeld von Recht und Gerechtigkeit, von Schuld und Sühne, Verbrechen und Strafe dar und die Frage nach einer gerechten Ordnung. In seinem ersten Buch „Verbrechen“ erzählt er Geschichten, die auf Fällen seiner Kanzlei beruhen. Im Theaterstück „Terror“ vom 2015, das auch die Zuschauer in den Prozeß einbezog, stellt er die Frage, ob Menschenleben gegeneinander abgewogen werden dürfen.

Jetzt hat Ferdinand von Schirach, Enkel des Reichsjugendführers Baldur von Schirach und inzwischen selbst im Großelternalter, sein erstes Kinderbuch geschrieben. Der Verlag empfiehlt es für Menschen ab 10 Jahren. Die Zeichnungen stammen vom Autor selbst und erinnern in ihrer Kindlichkeit, so wie auch der teils kindliche, teils hohe Ton der Sprache, den Rezensenten an „Der kleine Prinz“ von Antoine de Saint-Exupéry.

Die Erzählung berichtet im Stil einer Parabel, wie nach einem Krieg der Junge „Alexander“ von den Menschen seiner Stadt „Kaliste“ ausgeschickt wird, um „gerechte Gesetze“ zu finden und so einen neuen Krieg zu verhindern. Alexander ist ein kluges Kind, dessen Vater in dem Krieg, den der „Tyrann“ begonnen hat, gestorben ist, und der selbst so friedfertig ist, dass er ohne Haken angelt, da kein Fisch sterben soll. Dieser Alexander hat für seine Aufgabe nur sieben Tage Zeit. Auf seinem Weg begegnen ihm typisierte Figuren, - Menschen, aber auch Denk- und Handlungsfiguren -, wie „Das Rätsel der Sphinx“, „Die Wahl“, „Der fremde General“, „Der Winzer“, „Der Modeschöpfer“, „Der Schaumschläger“, „Der Philosoph“, „Das Orakel“, „Die Zwillinge“, „Die Leserin“, „Bukephalos“ und „Der fremde König“, die Alexander auf seinen Weg

bringen, ihm Zugang zu den „gerechten Gesetzen“ verschaffen und so zu einem guten Ende führen.

Die Großeltern-Leser werden sich an ihnen bekannte Personen und Erzählungen erinnern. Schon das Rätsel der Sphinx erinnert an Alexander den Großen, der mehrfach aufscheint. Auch der „Modeschöpfer“ kommt bekannt vor. Beim „Schauschläger“, einem entmachteten, nackten Tyrannen, kann man an „Des Kaisers neue Kleider“ denken.

Ob sich diese Bilder auch bei 10-Jährigen einstellen scheint ehr fraglich. Diese könnten Großeltern ergänzen, wenn die denn vorlesen würden. Aber welches präpubertäre Kind lässt sich noch vorlesen?

Wegstrecke für Wegstrecke werden die „guten Gesetze“ entwickelt, die weitgehend den Thesen entsprechen, die Ferdinand von Schirach 2012 in seinen „neuen Grundrechten“ formulierte. Bei Alexander lauten sie:

- Kein Mensch darf einem anderen gehören.
- Die Menschen sind nicht gleich, aber alle müssen gleich behandelt werden, nach den gleichen Regeln.
- Ich kann mich frei entfalten, solange es nicht die Freiheit irgendeines andern einschränkt.
- „Erkenne Dich selbst! – Nichts im Übermaß!
- Jeder darf seine Meinung frei äußern, auch wenn sie falsch ist.
- Jeder Mensch besitzt seine Würde.

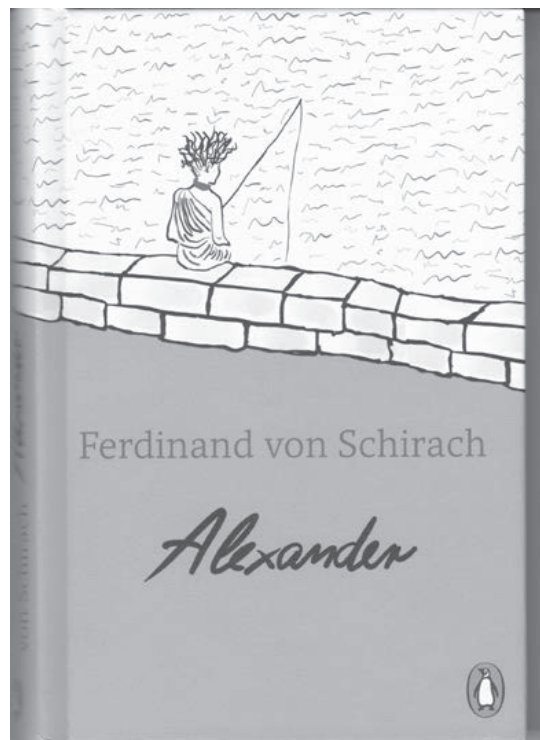
Der „Fremde König“ der vor Trauer über den grausamen Tod in einer Schlacht weint, erinnert an Tao Te King, Vers 31 von Laotse: „Darum gleicht der Sieg im Krieg einem Begräbnis.

Im Epilog stellt die Enkelin von Alexander diesem die „Pilatus-Frage“: „Aber was ist das Richtige?“ Alexander streicht ihr über die Haare und sagt: „Wenn es soweit ist, wirst Du es wissen.“

Das Buch hat ein handliches Taschenbuchformat und ist mit großer Schrift, überschaubaren Kapitel und insgesamt 149 Seiten samt Bildern und Epilog sehr gut lesbar. Allerdings ist der Versuch des Rezensenten, eine 11-jährige Rezensentin zu finden misslungen. Nach 10 Tagen lag das Büchlein immer noch unberührt da. Vielleicht ist es doch eher etwas zum Vorlesen durch Großeltern, die die geschichtlichen und kulturellen Assoziationen wir „Pop-Ups“ ergänzen könnten.

Weshalb der Autor, Ferdinand von Schirach, bei der Suche „gerechten Gesetze“ Alexander den Großen nicht nur als Namensgeber für die Titelfigur sondern auch als eine Art Leitmotiv gewählt hat, erschließt sich dem Rezensenten jedoch nicht. Alexander der III., König Makedoniens und Hegemon des Korinthischen Bundes, wird „Der Große“ genannt, weil er in geschichtlicher Zeit einer der größten, wenn auch erfolgreichsten Schlagetots war. Vorbild könnte heute allenfalls sein, dass er bereits mit 20 Jahren den Thron seines ermordeten Vaters, also Verantwortung übernahm, jedoch auch da gleich mit Härte und Grausamkeit.

Unbeschadet von diesem Rätsel hat der Rezensent dieses „Familienbuch“ mit Freude an einem Nachmittag gelesen und empfiehlt es durchaus für die Wartezimmerbibliothek und als Geschenk.



Hinweise für Autor*innen

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

2. Urheberrecht / Rechtseinräumung / Copyright:

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

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

3. Interessenkonflikte:

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

4. Manuskriptgestaltung:

✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (per E-Mail oder USB-Stick) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor:innen: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10.

✓ Das Manuskript sollte neben dem Beitragstitel eine Zusammenfassung / Abstract und die Nennung von bis zu 5 Schlüsselwörtern / Keywords jeweils in deutscher und in englischer Sprache beinhalten.

- ✓ Vollständige Anschrift der Autor:innen einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
 - ✓ Manuskriptlänge max. 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen, ca. 1500 pro Seite), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. (je Seite ca. 2.500 Anschläge).
 - ✓ Die Zahl der Abbildungen ist nicht begrenzt. Farbabbildungen in Ausnahmefällen, bitte kennzeichnen.
 - ✓ Bitte Grafiken und Fotos stets als Originaldateien mailen. Im Manuskript bitte Platzhalter für Abbildungen kennzeichnen..
 - ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens der Autor:in und des Erscheinungsjahrs.
 - ✓ Folgende Zitierweise ist außerdem möglich: in Vorbereitung stehende Arbeiten, nicht publizierte Vorträge, eingereichte, aber noch nicht zum Druck angenommene Manuskripte, persönliche Mitteilungen.
 - ✓ 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: die Autor:innen (kein „et al.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen <https://de-academic.com/~dic.nsf/~dewiki/855488>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten) nach den Zitierregeln der APA-Richtlinien, siehe <https://www.scribbr.de/zitieren/apa-generator/>.
 - ✓ Beispiele: (wichtig sind die Klammern beim Erscheinungsjahr nach den Autoren)
Cropp, C., Claaßen, B. (2021). Reliabilität und Validität des OPD-KJ-Konfliktfragebogens bei stationär behandelten Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 49, 377-385
Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79
Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag
5. Die Autor:innen erhalten das Manuskript der endgültigen Fassung im PDF-Format und 3 Hefte als Belegexemplare.


bkjpp

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

ABONNEMENT

forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

BKJPP, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.
Geschäftsstelle BKJPP, Umbach 4, 55116 Mainz, E-Mail: mail@bkjpp.de, Tel.: 06131 – 69 38 070

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

☐ Ich abonniere das *forum* für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zum

Jahresabonnementspreis von € 60,00

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 Abonnements

☐ Ich bin nicht damit einverstanden, dass 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: DAAEEDXXX

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 Kontoinhaber/-in: _____

☐ Beitrittserklärung ☐ Änderungsmitteilung

Geschäftsstelle: Umbach 4, 55116 Mainz
Email: mail@bkjpp.de, Tel. 06131 6938070



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

Auf der **Website des bkjpp e.V.** unter <http://www.bkjpp.de/> finden Sie wertvolle Informationen, u.a. auch die **Satzung** unter <http://www.bkjpp.de/berufsverband/satzung/>, in der Aufgaben und Zweck des bkjpp e.V. festgelegt sind und die dort zum Download und Speichern bereitsteht.

Hier finden Sie auch die **Beitragsordnung** unter <http://www.bkjpp.de/berufsverband/beitragsordnung/> und die **Datenschutzklärung** unter <http://www.bkjpp.de/datenschutz/>. Beide Dokumente stehen hier zum Download und zum Speichern für Sie bereit. Eine Mitgliedschaft im bkjpp e.V. verpflichtet zur Zahlung des Jahresbeitrags, der aus zwei Teilen besteht, dem Bundesbeitrag und dem Beitrag der zugeordneten Regiogruppe.

Korrespondenzadresse: (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen! Angaben mit * sind Pflichtangaben.)

Anrede/ Titel: _____ Geburtsdatum*: _____

Name*: _____ Bei Namensänderung (vormals)*: _____

Vorname*: _____ Institution: _____

Straße* und Nr*: _____

PLZ* und Ort*: _____

Email*: _____

Telefon/ Mobil*: _____ Zust. Landesärztekammer*: _____

Ich bin Fachärztin/ -arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*: ☐ Trifft zu. ☐ Trifft nicht zu.

Ich bin Ärztin/ Arzt in Weiterbildung zur JKPP*: ☐ Trifft zu. ☐ Trifft nicht zu.

Ich bin Student:in der Humanmedizin*: ☐ Trifft zu. ☐ Trifft nicht zu.

Sonstiges: _____

Ich bin niedergelassen mit eigener Kassenzulassung oder MVZ-Inhaber*: ☐ Trifft zu. ☐ Trifft nicht zu.

Ich arbeite in einem Anstellungsverhältnis oder einer Verbeamtung*: ☐ Trifft zu. ☐ Trifft nicht zu.

Rechtliche Grundlage für meine Tätigkeit ist ein bedarfsplanungsrelevanter
Bescheid des KV-Zulassungsausschuss („mit KV-Sitz“)*: ☐ Trifft zu. ☐ Trifft nicht zu.

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. Diese Einwilligung ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufbar. Zahlungsempfänger: Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (bkjpp e.V.) Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74 BUNO 0000 8003 42. Mandatsreferenz: Ihre individuelle Mandatsreferenz wird Ihnen jährlich mit den Beitragsrechnungen mitgeteilt.

Ich ermächtige den bkjpp e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift

Unterschrift Kontoinhaber/ Kontoinhaber

Ich habe die Satzung und Beitragsordnung eingesehen und beantrage die Mitgliedschaft im bkjpp e.V.

Ort*: _____ Datum*: _____ **Unterschrift***

Für Anträge zur Reduktion des Mitglieder-Jahresbeitrags nutzen Sie bitte das Formular Anlage 3 der Beitragsordnung.



Stiftung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter



Symposium 2027

„Zukunftsperspektiven der kinder- und jugendpsychiatrischen und
psychotherapeutischen Versorgung“

Schirmherr

Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. h.c. Helmut Remschmidt

Aachen, den 16. April 2027

Tagungsort: Erholungs-Gesellschaft Aachen 1837

Programm

12.15 - 13.00 Uhr **Anmeldung/Empfang**

13.00 - 13.30 Uhr **Begrüßung**

Tagungsvorsitz: Dr. med. Renate Sannwald

13.30 - 14.15 h

Kinderschutz in einer digitalisierten Welt

Prof. Dr. Jörg Fegert, Ulm

14.15 - bis 15.00 h

Ein transdiagnostisches Behandlungsprogramm für Jugendliche mit Angst- und depressiven Störungen

Prof. Dr. phil. Tina In-Albon, Mannheim

15.00 - bis 15.45 h

Into Future – Enhanced Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Prof. Dr. med. Tobias Renner, Tübingen

15.45 - 16.15 h **Pause**

Tagungsvorsitz: Prof. Dr. med. Jochen Gehrmann

16.15 - 17.00 h

**ETRo: Evaluation des Therapieprogrammes ROBIN: standardisiertes Manual + Smartphone-App für
Jugendliche mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Psychose**

KD Dr. med. Maurizia Franscini, Nina Traber-Walker lic. phil., Zürich

17.00 - 17.45 h

Behandlungsalternativen bei Selbstverletzendem Verhalten

Prof. Dr. med. Paul Plener MHBA, Wien

17.43 - 18.30 Uhr

Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit genetischem Hochrisikoprofil für psychische Erkrankungen

Dr. med. Franziska Radtke, Würzburg

18.30 - 18.45 **Abschlußdiskussion**

Wissenschaftliche Leitung: Christian K. D. Moik, Aachen, Prof. Dr. med. Jochen Seitz, Essen

Information und Anmeldung bis zum 23.03.2027: www.stiftung-kjpp.de

Stiftung-KJPP, c/o Christian K. D. Moik, eMail: info@stiftung-kjpp.de, Fax: 0241-79419

Kostenbeitrag bis 19.02.2027: 40,00 € pro TeilnehmerIn, 10,00 € pro StudentIn,

ab dem 20.02.2027: 50,00 € / 15,00 €

Tagungs- / Spendenkonto: IBAN: DE11 3006 0601 0004 7907 90 Stichwort: „Symposium 2027“

**Das Symposium 2027 ist von der Ärztekammer Nordrhein unter der
VNR: 2760512027145020013 in der Kategorie A mit 6 Punkten zertifiziert.**

Informationen für Anzeigenkunden

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



Media Daten 2026

forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

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

Auflage 1.450 Ex. (Der Preis des Einzelheftes beträgt 20,- Euro, das Jahresabonnement kostet 60,- Euro, alles inklusive Versand.)

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

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

Dauerbuchungen und Sonderkonditionen sind möglich.

Beilagen ebenso bitte bei didier@metadruck.de anfragen.

Bitte senden Sie Ihre **Druckvorlagen** als pdf Datei mit eingebetteten Schriften an didier@metadruck.de

Bitte beachten Sie die Formate (Breite x Höhe) weiter unten. Bilddaten mit mindestens 250 dpi im Endformat.

Verwenden Sie bitte Standardschriften bei der Erstellung als Worddatei.

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

Alle Stellenanzeigen werden zusätzlich im Internet veröffentlicht.

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

Geschäftsstelle BKJPP e.V.

Umbach 4

55116 Mainz

Tel.: 06131 6 93 80 70

mail@bkjpp.de

www.bkjpp.de

Anzeigenverwaltung, Archiv

Meta Druck, Thomas Didier

Eylauer Str. 10

10965 Berlin

Tel.: 030 617 02 147

didier@metadruck.de

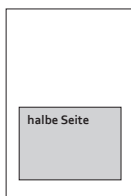


130 x 195 mm, einfarbig Graustufen

Firmenanzeigen	1.600,- Euro
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc	
Nichtmitglieder, Institute, Kliniken	700,- Euro
Mitglieder	350,- Euro

Farbanzeigen 4c plus 480,- Euro

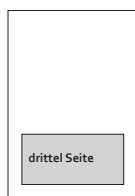
auslaufende Formate
sind möglich mit 3mm Randbeschnitt



130 x 95 mm, einfarbig Graustufen

Firmenanzeigen	850,- Euro
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc	
Nichtmitglieder, Institute, Kliniken	450,- Euro
Mitglieder	220,- Euro

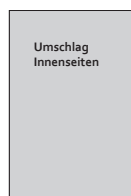
Farbanzeigen 4c plus 380,- Euro



130 x 62 mm, einfarbig Graustufen

Firmenanzeigen	600,- Euro
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc	
Nichtmitglieder, Institute, Kliniken	250,- Euro
Mitglieder	180,- Euro

Farbanzeigen 4c plus 330,- Euro



Sonderseiten Umschlag

170 x 240 mm, nur 4c Farbe

Umschlag innen, U2+U3 2.550,- Euro

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

Termine 2026

Ausgabe forum	Anzeigenschluss	Erscheinungstermin*
1-2026	15. Dezember 2025	2. KW 2026
2-2026	17. März 2026	15. KW 2026
3-2026	16. Juni 2026	28. KW 2026
4-2026	15. September 2026	41. KW 2026

* 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)

Umbach 4, 55116 Mainz

Verantwortliche Redaktion „forum“

Dr. med. Annegret Brauer (V.i.S.d.P.), Dr. med. Maik Herberhold

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

Dr. med. Dipl. Psych. Franz Wienand

Alle Beiträge bitte an: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief

Dr. med. Arnfried Heine (V.i.S.d.P.), Nicole Kauschmann-Loos, Mirjana Husakovic

Alle Beiträge bitte an: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank

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

Gesamtherstellung

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

Verantwortlich für den Anzeigenteil

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

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

Erscheinungsweise: *forum* 4-mal jährlich

Mitgliederrundbrief / 2-mal jährlich (April und Oktober)

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

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