

Universitätsklinikum Gießen und Marburg und Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg



Klinik für Kinder- und Jugend- psychiatrie und -psychotherapie



Zweijahresbericht 2004 - 2005

Herausgegeben von
Professor Dr. med. Dr. phil. Helmut Remschmidt

Universitätsklinikum Gießen und Marburg

Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg

**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie**

Zweijahresbericht 2004 - 2005

Herausgegeben von

Professor Dr. med. Dr. phil. H. Remschmidt

Universitätsklinikum Gießen und Marburg
und Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Hans-Sachs-Straße 6, D-35039 Marburg

ISBN: 978-3-89703-702-1

© 2006 Verlag Görlich & Weiershäuser, Marburg

Vorwort

Dieser Zweijahresbericht ist als Fortsetzung der vorangegangenen Berichte zu sehen und beschreibt Aktivitäten, Leistungen und Initiativen im Zeitraum vom 1.1.2004 bis zum 31.12.2005. Da dieser Bericht der letzte ist, der in meiner Amtszeit verfasst wurde und diese erst im Oktober 2006 zu Ende ging, enthält der Anhang (Anhang C bis E) auch noch eine Liste der wichtigsten Daten des Jahres 2006.

Die bedeutsamste Veränderung, die nicht nur unsere Klinik, sondern auch alle anderen Marburger Universitätskliniken betraf, war die Fusion der beiden Universitätsklinika Marburg und Gießen zum 1.7.2005 sowie deren Privatisierung als gemeinsames Klinikum Gießen-Marburg zum 1.1.2006. Die Auswirkungen von Fusion und Privatisierung lassen sich derzeit noch nicht sicher abschätzen. Sicher ist aber, dass im Zuge dieser Prozesse erhebliche Veränderungen in baulicher, organisatorischer, personeller und finanzieller Hinsicht eintreten werden, hoffentlich zum Guten!

Herausragende Ereignisse, die unser Haus in den Jahren 2004/2005 betrafen, waren folgende:

- Die Übernahme des Lehrstuhls für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Essen-Duisburg durch Herrn Prof. Dr. Johannes Hebebrand am 1.5.2004,
- die Berufung von Herrn PD Dr. Gerd Schulte-Körne auf den Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie an der Ludwig-Maximilians-Universität in München am 20.7.2005,
- die Eröffnung der Institutsambulanz in Bad Nauheim im Juni 2004,
- die Organisation des 16. Weltkongresses der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) durch das Marburger Team in Berlin vom 22.-26.8.2004 (s. Bericht auf S. 99)
- die Begründung des Internationalen Donald Cohen Fellowship-Programms auf dieser Tagung, das zu einer Dauereinrichtung auf den Weltkongressen der IACAPAP geworden ist,
- der Abschluss des Global Program on Child Mental Health der World Psychiatric Association (WPA) in Zusammenarbeit mit der WHO und IACAPAP mit Berichterstattung auf dem 17. Weltkongress der WPA in Kairo (10.-14.9.2005) (siehe Bericht auf S. 102),
- die Organisation und Leitung des 4. (2004) und 5. (2005) Forschungsseminars der European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) in Bocca di Magra (Italien) als gemeinsame Initiative von ESCAP, IACAPAP und der Foundation Child,
- die Berufung von Prof. Remschmidt in das Neurowissenschaftliche Kollegium der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) (2004),
- der Abschluss der ersten beiden Psychotherapie-Ausbildungskurse im Institut für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin der Philipps-Universität (IVV) und der Beginn der Verhaltenstherapiekurse 3 und 4.

Diese Ereignisse und die im Folgenden dargestellten Leistungen in Krankenversorgung, Forschung und Lehre sind Ausdruck des hohen Engagements, der Kompetenz und Kooperationsbereitschaft unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Dienste der gemeinsamen Aufgaben.

Im letzten Zweijahresbericht in meiner 26-jährigen Tätigkeit als Direktor der Marburger Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, ist mein Dank an alle, die in unserer Klinik und allen ihren Bereichen mitgearbeitet haben, diesmal ausführlicher und ein ganz besonderer. Er richtet sich zunächst an meinen Stellvertreter, Herrn Oberarzt PD Dr. Matthias Martin, die Oberärzte PD Dr. Gerd Schulte-Körne und Dr. Frank Theisen und an die leitenden Psychologen unserer Klinik, Herrn Prof. Dr. Fritz Mattejat und Herrn Dr. Kurt Quaschner. Mein ganz besonderer Dank gilt meinen Sekretärinnen Frau Elisabeth Goy, Frau Inge Grundel und Frau Anita Dehnert, ferner unserer Oberschwester Frau Renate Klotz, den Stationsleitungen und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf den Stationen und in der Tagesklinik, in der Ambulanz, der Ergotherapie, der Krankengymnastik und im Erziehungsdienst sowie Herrn Dipl.-Phys. Rainer Ulbrich und Herrn Dipl.-Phys. Jürgen Bartling als EDV-Koordinatoren. In meinen Dank einschließen möchte ich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinischen Forschergruppe, die Herr Prof. Hebebrand bis zu seinem Weggang nach Essen geleitet hat, ferner die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ärztlich-pädagogischen Jugendhilfe und der Erziehungsberatungsstelle des Vereins für Erziehungshilfe e.V., den Lehrkräften der Schule am Klinikum unter Leitung von Herrn Sonderschullektor Edgar Sachse. Sie alle haben zum Erfolg unserer Arbeit wesentlich beigetragen. Dies haben wir auf den alljährlich stattgehabten Weihnachtsfeiern auch stets zum Ausdruck gebracht.

Auf der Ebene der Gesamtuniversität zu danken ist den jeweiligen Präsidenten der Philipps-Universität. In meiner Amtszeit waren dies Prof. Dr. Walter Kröll, ohne den ich weder nach Marburg gekommen noch in Marburg geblieben wäre, Prof. Dr. Dieter Simon, Prof. Dr. Werner Schaal, Prof. Dr. Horst Kern und zuletzt Prof. Dr. Volker Nienhaus.

Meinen Kollegen im Zentrum für Nervenheilkunde danke ich für die außerordentlich gute Kooperation und freundschaftliche Zusammenarbeit: Herrn Prof. Bien (Neuroradiologie), Herrn Prof. Krieg (Psychiatrie und Psychotherapie) und Herrn Prof. Oertel (Neurologie).

Mein Dank gilt ferner dem im Berichtszeitraum tätigen Dekan, Herrn Prof. Bernhard Maisch, sowie allen seinen Vorgängern, den ärztlichen Direktoren Herrn Prof. Matthias Schrappe und Herrn Prof. Rainer Moosdorf sowie dem kaufmännischen Direktor, Herrn Dr. Hans-Joachim Conrad, die unsere Arbeit unterstützt haben.

Zu danken haben wir auch den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen aus dem ärztlichen und psychologischen Bereich, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kreis- und Stadtverwaltungen, der Jugend- und Sozialämter, des Kreisgesundheitsamtes sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Heimen, Schulen und anderen Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche betreuen und behandeln.

Auf der Landesebene richtet sich mein Dank an das Hessische Ministerium für Wissenschaft und Kunst, das Hessische Sozialministerium und das Hessische Kultusministerium für Verständnis und Unterstützung unserer Arbeit.

Auf der Bundesebene danke ich in besonderer Weise der Deutschen Forschungsgemeinschaft, der Max Planck-Gesellschaft, der Alexander von Humboldt-Stiftung und der Volkswagenstiftung für die Unterstützung unserer Forschungsprojekte, ebenso dem Bundesministerium für Forschung und Technologie, dem Bundesgesundheitsministerium sowie den Firmen Janssen-Cilag, Eli Lilly und Schering, die unsere Projekte tatkräftig unterstützt haben.

An diesem Bericht haben mitgewirkt:

Klaus Christ (Programmierer), Anita Dehnert (Sekretärin), Inga Engel (Dokumentationsassistentin), Inge Grundel (Sekretärin), Dr. Monika Heinzl-Gutenbrunner (Diplom-Statistikerin), Birgit Hofmann (Sekretärin), Sabine Jaeckel (Medizinische Dokumentarin), Udo König (Diplom-Humanbiologe), Elisabeth Goy (Fremdsprachensekretärin), Renate Klotz (Oberschwester), PD Dr. Matthias Martin (Leitender Oberarzt), Prof. Dr. Fritz Matzejat (Leitender Psychologe), Dr. Kurt Quaschner (Leitender Psychologe), Edgar Sachse (Sonderschulrektor), PD Dr. Gerd Schulte-Körne (Oberarzt), Dr. Frank Theisen (Oberarzt), Rainer Ulbrich (Diplom-Physiker).

Allen gilt ein sehr herzlicher Dank!

Marburg, im Dezember 2006

Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt

Dieser Bericht wird auch im Internet publiziert. Die Adresse der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie lautet:

www.kjp.uni-marburg.de

Weitere Internetquellen sind:

Institut für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin:

www.ivv-marburg.de

Projekt „kjp-Qualität“:

www.kjp-qualitaet.de

Marburger Spezialambulanz

für Autismus-Spektrum-Störungen:

www.kjp.uni-marburg.de/aut

Inhaltsverzeichnis

1	Geschichte	1
2	Konzeption und Weiterentwicklung der Klinik.....	3
2.1	Konzeption	3
2.2	Weiterentwicklung der Klinik	3
3	Aufgaben und Arbeitsweisen der Klinik	7
3.1	Diagnostik und Begutachtung	7
3.2	Therapie.....	8
3.3	Forschung.....	10
3.4	Lehre, Ausbildung, Weiterbildung	10
3.5	Kooperation und Koordination.....	10
3.6	Beratung und Aufklärung	11
4	Struktur der Klinik	13
4.1	Die Klinik als Teil des Klinikums der Philipps-Universität Marburg	13
4.2	Die Struktur der Klinik.....	13
4.3	Unterbringung und räumliche Struktur der Klinik	14
5	Die Funktionsbereiche der Krankenversorgung	19
5.1	Institutsambulanz, Poliklinik, Ärztlich-pädagogische Jugendhilfe	19
5.1.1	Geschichte, Aufgabenbereich und Entwicklungstendenzen	19
5.1.2	Institutsambulanz	19
5.1.2.1	Behandlungskonzept	19
5.1.2.2	Aufgaben der Institutsambulanz.....	20
5.1.2.3	Patientengruppen (gemäß §118 Absatz 2 SGBV):	20
5.1.2.4	Funktionsablauf.....	21
5.1.2.5	Funktionsbereiche und personelle Besetzung.....	21
5.1.3	Poliklinik	21
5.1.4	Ärztlich-pädagogische Jugendhilfe	22
5.1.4.1	Aufbau der Einrichtung	22
5.1.4.2	Inhaltliche Ausrichtung und Aufgaben.....	23
5.1.4.3	Struktureller Aufbau und Organisation von Ärztlich-pädagogischer Jugendhilfe.....	23
5.1.4.4	Das diagnostische und therapeutische Angebot	23
5.2	Klinische Stationen	24
5.3	Tagesklinik	25
5.3.1	Organisatorische Struktur.....	25
5.3.2	Konzept	26
5.3.3	Tagesablauf	27
5.4	Einrichtungen für die gesamte Klinik.....	27
5.4.1	Familienambulanz	27
5.4.2	Betreuung von Epilepsiekranken im Rahmen einer anerkannten Epilepsieambulanz...28	
5.4.3	Ergo- und Arbeitstherapie	29
5.4.4	Krankengymnastik und Mototherapie	30
5.4.5	Neurophysiologie (EEG-Labor)	31
5.4.6	Neuropsychologisches Labor	32

5.4.7	Psychopharmakologie- und Neurotransmitter-Labor	32
5.4.8	Dokumentation und Datenverarbeitung	33
5.4.9	Qualitätssicherung	33
5.4.10	Sozialdienst	33
5.5	Schule für Kranke.....	34
6	Leistungen in der Krankenversorgung.....	35
6.1	Leistungsdaten 2004 und 2005 aus der Verwaltung.....	35
6.2	Auswertung der Basisdokumentation.....	36
6.2.1	Übersicht	36
6.2.2	Ergebnisse für das Jahr 2004.....	36
6.2.2.1	Demographische Daten	36
6.2.2.2	Diagnosen.....	38
6.2.2.3	Umschriebene Entwicklungsstörungen	42
6.2.2.4	Zur körperlichen Symptomatik	43
6.2.2.5	Zu den »aktuellen abnormen psychosozialen Umständen«.....	45
6.2.2.6	Zu den Behandlungsmaßnahmen	45
6.2.3	Ergebnisse für das Jahr 2005.....	47
6.2.3.1	Demographische Daten	47
6.2.3.2	Diagnosen.....	49
6.2.3.3	Umschriebene Entwicklungsstörungen	52
6.2.3.4	Zur körperlichen Symptomatik	53
6.2.3.5	Zu den »aktuellen abnormen psychosozialen Umständen«.....	53
6.2.3.6	Zu den Behandlungsmaßnahmen	55
6.3	Zur Ärztlich-pädagogischen Jugendhilfe:	56
7	Lehre, Aus- Weiter- und Fortbildung.....	57
7.1	Unterricht für Studierende verschiedener Fachrichtungen	57
7.1.1	Vorlesungen und Praktika	57
7.1.2	Evaluation der Lehrveranstaltungen.....	59
7.1.3	Ausbildung von Psychologie-Praktikanten	60
7.2	Unterricht für Schwestern, Pfleger und pädagogische Mitarbeiter.....	61
7.2.1	Unterricht für Kinderkrankenschwestern	61
7.2.2	Weiterbildung zur Fachschwester und zum Fachpfleger für Psychiatrie	61
7.2.3	Unterricht für Logopäden.....	62
7.2.4	Unterricht für Motologen	62
7.3	Facharztweiterbildung.....	62
7.4	Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	63
7.5	Kinder- und jugendpsychiatrische Kolloquien	63
8	Forschung.....	65
8.1	Infrastruktur.....	65
8.1.1	Dokumentation	66
8.1.2	Datenverarbeitung	67
8.1.3	Neuropsychologisches Labor	69
8.1.4	Videoanlagen.....	70
8.2	Forschungsschwerpunkte und -projekte	70
8.2.1	Schizophrenie-Forschung.....	70

8.2.2	Lese-Rechtschreibforschung	72
8.2.2.1	Multizentrisches Forschungsprojekt „Neurobiologische, neurophysiologische und molekulargenetische Untersuchungen zur Lese-Rechtschreibstörung.	72
8.2.2.2	MSM: Modellprojekt Schriftsprachmoderatoren	74
8.2.3	Qualitätssicherung und Evaluationsforschung	77
8.2.4	Forschung zur Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen.....	78
8.2.5	Forschung zum Asperger-Syndrom.....	78
8.2.6	Forschung zur objektiven Messung von Aufmerksamkeit, Aktivität und Impulsivität. 81	
8.3	Klinische Forschergruppe »Genetische Mechanismen der Gewichtsregulation unter besonderer Berücksichtigung von Essstörungen und Adipositas«	82
8.3.1	Aufgabe und Struktur	82
8.3.2	Forschungsfragestellungen	83
8.3.3	Projekt »Gewichtszunahme unter Psychopharmaka«.....	85
9	Angegliederte, integrierte Einrichtungen sowie Kooperationen	89
9.1	Schule für Kranke des Landes Hessen am Klinikum der Philipps-Universität Marburg.....	89
9.2	Erziehungsberatungsstelle des Vereins für Erziehungshilfe e.V.	91
9.3	Institut für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin (IVV)	91
10	Andere kooperierende Einrichtungen	93
11	Kongresse und Tagungen	95
11.1	Mitwirkung als Referenten und Sitzungsleiter	95
11.2	Veranstaltungsleitung oder -mitgestaltung	96
12	Regionale und überregionale Aktivitäten.....	97
12.1	Regionale Aktivitäten.....	97
12.2	Überregionale Aktivitäten	98
12.2.1	Bericht über den 16. Weltkongress der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) in Berlin vom 22. bis 26.8.2004.....	99
12.2.2	Das WPA Global Program on Child Mental Health.....	102
	Anhang A: Personal (Stand 31.12.2005)	105
	Anhang B: Publikationen und Vorträge.....	109
B.1	Bücher von Mitarbeitern der Klinik	109
B.2	Zeitschriften- und Buchbeiträge von Mitarbeitern der Klinik	109
B.3	Vorträge von Mitarbeitern der Klinik.....	119
	Anhang C: Kinder- und jugendpsychiatrische Kolloquien.....	127
	Anhang D: Gäste der Klinik	130
	Anhang E: Chronik der Klinik.....	131
	Anhang F: Drittmittelprojekte	143
	Anhang G: Zitierte Literatur.....	147

1 Geschichte

Die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik der Philipps-Universität Marburg wurde am 21. April 1958 nach dreijähriger Bauzeit vom damaligen Hessischen Minister für Erziehung und Volksbildung Dr. A. Hennig ihrer Bestimmung übergeben. Sie war aus einer bereits 1946 an der Nervenklinik eingerichteten Kinderstation mit 30 Betten hervorgegangen. Wenngleich die Marburger Klinik die erste war, die einem eigenen Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie zugeordnet wurde, so hatte sie doch von ihrer Funktion her verschiedene Vorläufer. Die älteste kinderpsychiatrisch orientierte Krankenhausabteilung Deutschlands war wohl die 1864 von Heinrich Hoffmann, dem Verfasser des Struwwelpeters, gegründete Kinderstation an der »Städtischen Anstalt für Irre und Epileptische« in Frankfurt. Als erste Spezialabteilung an einer Universitätsklinik kann die 1911 von Lazar an der Wiener Kinderklinik eingerichtete heilpädagogische Abteilung gelten, die Modell war für die Einrichtung einer ganzen Reihe ähnlicher Stationen an deutschen Universitätskliniken für Psychiatrie und Pädiatrie. Die Einrichtung dieser Universitätsabteilungen resultierte sowohl aus einer historischen Besinnung auf das Kind als eigenständiges Wesen mit eigenen Rechten, aber auch eigenen Problemen, als auch aus der Tatsache, dass psychiatrische Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten von Kindern ärztliche Spezialisten erforderte, die gleichermaßen mit den Besonderheiten der kindlichen Entwicklung und mit den neuropsychiatrischen Grundlagen kindlicher Störungen und Erkrankungen vertraut waren.

Das Jahr 1958 war für die Klinik und die Versorgung behinderter Kinder, aber auch in anderer Hinsicht bedeutsam: Am 23.11.58 wurde in der Bibliothek unserer Klinik die »Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind« gegründet, eine Eltern- und Selbsthilfeorganisation, die die Lebens- und Förderungsbedingungen geistig behinderter Menschen in den nächsten Jahrzehnten von Grund auf neu gestalten sollte. Die Gründung der Lebenshilfe geht ganz entscheidend auf die Initiative ihres früheren Bundesgeschäftsführers und jetzigen Ehrenvorsitzenden Dr. Tom Mutters und des früheren Klinikdirektors Prof. Stutte zurück, die in der Verbesserung der Versorgung geistig behinderter Menschen ein wichtiges gemeinsames Anliegen sahen. Zur Geschichte der Klinik gehört ferner auch die Mitbegründung des Kerstin-Heimes, eines Heimes und Internates mit Schule für geistig behinderte und autistische Kinder. Mit der Etablierung dieser Einrichtung, die bis heute von der Klinik fachlich beraten wird, war der erste Schritt zur außerklinischen Betreuung jener Gruppe von Kindern getan, die damals am schlechtesten versorgt war.

Die Nachkriegsgeschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg wäre unvollständig, wollte man nicht auch die Gründung des Instituts für Ärztlich-pädagogische Jugendhilfe und der Erziehungsberatungsstelle (1950) erwähnen, ersteres ein Universitätsinstitut, letzteres eine Einrichtung in der Trägerschaft des Vereins für Erziehungshilfe e.V. Marburg, die bis auf den heutigen Tag sehr eng mit der Klinik zusammenarbeiten und die, gemeinsam mit der Poliklinik, der Institutsambulanz und den Spezialsprechstunden für entwicklungsgestörte Kinder, für anfallsranke Kinder und Jugendliche und der Familienambulanz, den ambulanten Versorgungsschwerpunkt verkörpern.

Die Gründungsgeschichte der Klinik und die ersten Jahre ihrer aktiven Tätigkeit sind mit dem Wirken folgender Persönlichkeiten eng verbunden: Prof. Dr. Doris Weber, Prof. Dr. Hubert Harbauer, Prof. Dr. Peter Strunk, Prof. Dr. Dres. h.c. Hermann Stutte, Min. Dir. Willy Viehweg und Prof. Dr. Dr. Curt Weinschenk.

Wichtige Etappen der Weiterentwicklung waren die Gründung des Weiterbildungsseminars für Kinder-, Jugendlichen und Familientherapie (1981), die Errichtung einer Tagesklinik für psychisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche (1984) und der schrittweise Aufbau einer Forschungseinheit mit entsprechenden personellen und apparativen Möglichkeiten als unabdingbare Voraussetzung für eine moderne Forschung. Die konsequente Fortsetzung dieses Weges machte 1995 die Einrichtung unserer klinischen Forschergruppe möglich, die durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft gefördert wird und sich mit genetischen Mechanismen der Gewichtsregulation beschäftigt. Nach der zweiten Begutachtung im Jahr 1997 konnte die klinische Forschergruppe als dauerhafte Einrichtung der Klinik etabliert werden.

Der Umbau der Station B und die Erweiterung um zwei Mutter-Kind-Einheiten hat die stationären Versorgungsmöglichkeiten der Klinik bedeutend verbessert.

Mit der Gründung des Instituts für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin an der Philipps-Universität Marburg e.V. (IVV) im Jahre 1999 wurden die Ausbildungsmöglichkeiten für psychologische und ärztliche Psychotherapeuten in unserer Klinik erweitert. Im Rahmen des IVV arbeitet die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie eng mit den anderen Kliniken des Zentrums für Nervenheilkunde, insbesondere mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Leiter: Prof. Dr. Krieg) zusammen.

2 Konzeption und Weiterentwicklung der Klinik

2.1 Konzeption

Die ursprüngliche Konzeption der Klinik wurde 1960 von Hermann Stutte ausführlich dargestellt. Das Raumprogramm sah 52 Betten vor, deren Zahl bis heute erhalten geblieben ist. Im Jahresdurchgang wurden damals rund 350 Patienten aufgenommen, die sich etwa je zur Hälfte aus Kindern mit vorwiegend neurologischen und vorwiegend psychopathologischen Krankheitsbildern zusammensetzten. Zum Konzept schrieb Stutte damals (1960): »Diesen lokalen Gegebenheiten und der neuropsychiatrischen Tradition des Sonderfaches in Deutschland überhaupt musste Rechnung getragen werden im Raumprogramm durch Kombination einer klinischen Institution (mit allen Möglichkeiten moderner ärztlicher Diagnostik und Therapie) mit einem pädagogisch-psychotherapeutisch orientierten Heim, das auch die Möglichkeit zur Separation bestimmter Gruppen von Kindern bietet. Ferner mussten die besonderen Bedürfnisse von Forschung und Unterricht (für die Medizin-, Psychologie-, Jurastudenten der Universität sowie die Studierenden der Lehrgänge zur Ausbildung von Sonderschullehrern und Sprachheilpädagogen) berücksichtigt werden«.

Die Klinik wurde damals in drei Stationen eingeteilt, die zunächst als Jungen- und Mädchenstationen sowie als geschlossene Station für männliche Jugendliche geführt und später in gemischte Stationen übergeführt wurden.

Von Anfang an war der Klinik eine Sonderschule angegliedert, die inzwischen als Schule für Kranke am Klinikum der Philipps-Universität firmiert und Schüler im gesamten Klinikum während ihres stationären Aufenthaltes betreut.

Im Nebengebäude der Klinik waren neben Chefarzträumen und der Poliklinik auch noch Wohnräume für Schwestern vorgesehen, die damit für die Stationen leichter erreichbar waren und manche Not- und Krisensituation kompensieren halfen.

In ihrer ursprünglichen Konzeption hatte die Klinik einen fast ebenso ausgeprägten Schwerpunkt in der Neurologie wie in der Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters. Dieser Tatsache wurde durch eine eigene neurologische Station sowie durch eine Epilepsie-Ambulanz Rechnung getragen. Mit der Errichtung neuropädiatrischer Abteilungen an der Universität Gießen, an den Städtischen Krankenanstalten Kassel sowie am DRK-Krankenhaus in Siegen kam es jedoch zu einem Rückgang der neurologischen Fälle, so dass dementsprechend die Konzeption geändert werden musste.

2.2 Weiterentwicklung der Klinik

Mit der Berufung von Professor Remschmidt als Nachfolger von Professor Stutte auf den Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg (1980) wurde eine Weiterentwicklung der Klinik unter Berücksichtigung folgender Schwerpunkte vorangetrieben, die in den beiden Fünfjahresberichten (1988-1992 und 1993-1997) und in den Zweijahresberichten (1998/1999, 2000/2001 und 2002/2003) ausführlich beschrieben sind und die deshalb hier nur in knapper Form wiedergegeben werden:

1. *Entwicklung eines regionalen Versorgungskonzeptes für psychisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche*

2. *Ausbau der ambulanten und teilstationären Behandlungsmöglichkeiten in der Region*

Die teilstationäre Behandlung war für die Region ein neues Angebot und wurde von der Bevölkerung sehr gut angenommen, was die nahezu hundertprozentige Belegung der Tagesklinik beweist. Auch die ambulanten Dienste sind sowohl für die Versorgung als auch für Forschung und Lehre und zuletzt für die Facharztweiterbildung unentbehrlich.

3. *Reorganisation der Klinik unter dem Gesichtspunkt aktueller diagnostischer und therapeutischer Bedürfnisse*

4. *Gründung eines Weiterbildungsseminars für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie und Mitbegründung einer Weiterbildungsstätte zur Fachschwester bzw. zum Fachpfleger*

Das *Weiterbildungsseminar für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie* wurde im Jahre 1981 gegründet mit dem Ziel, eine umfassende Weiterbildung zu vermitteln, die seine Absolventen in die Lage versetzt, Psychotherapie bei Kindern, Jugendlichen und Familien selbständig und eigenverantwortlich durchzuführen.

Das Weiterbildungsseminar für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie ist seitens der hessischen Landesärztekammer für den Erwerb des Zusatztitels Psychotherapie anerkannt. Der Abschluss der Weiterbildung erfolgt nach mindestens 6 Semestern durch eine schriftliche und mündliche Prüfung vor dem Weiterbildungsausschuss. Bis Ende 1998 haben rund 130 Teilnehmer (Ärzte und Psychologen) die Weiterbildung zum Zusatztitel Psychotherapie erfolgreich abgeschlossen. Inzwischen wurde das Weiterbildungsseminar durch das im Jahre 1999 gegründete Institut für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin (IVV) abgelöst.

Die *Weiterbildungsstätte zur Fachschwester bzw. zum Fachpfleger für Psychiatrie* wurde gemeinsam mit der Psychiatrischen Klinik (Professor Blankenburg) und der Klinik für Psychotherapie (Professor Pohlen) im Jahre 1981 gegründet und ermöglicht eine Zusatzqualifikation für Krankenschwestern und Krankenpfleger zum Fachpfleger für Psychiatrie mit drei Schwerpunkten: Psychiatrie, Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Beide Weiterbildungsstätten haben sich zu wichtigen Instrumenten der Weiterqualifikation entwickelt und tragen in hohem Maße zu einer Verbesserung des therapeutischen Angebotes bei.

5. *Aufbau einer eigenen Forschungseinheit und Etablierung aktueller Forschungsschwerpunkte*

Die Einrichtung einer eigenen Forschungseinheit ging von der Überlegung aus, dass qualifizierte Forschung in der Klinik nur möglich ist, wenn eine von der Routine-Krankenversorgung weitgehend unbelastete Forschungseinheit besteht, die für alle klinikinternen Forschungsprojekte Beratungs- und Dienstleistungsaufgaben erfüllt und zugleich über die notwendige apparative und methodische Ausrüstung verfügt. Dieses Konzept wurde vom Leiter der Klinik bereits während seiner Tätigkeit in Berlin (1975 - 1980) erprobt und hat sich als sehr erfolgreich erwiesen (Remschmidt 1982). Die Forschungsarbeit in der Klinik sollte sich dabei nicht nur auf praktische Probleme und Fragestellungen beschränken, sondern

auch solche verfolgen, deren unmittelbare Anwendung zunächst noch nicht sichtbar ist. Grundlagenforschung sollte also ebenso einbezogen sein wie angewandte Forschung.

6. *Teilnahme der Klinik am Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung*

Die Teilnahme am Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung hat nicht nur der Klinik und ihren Einrichtungen wesentliche Impulse für die Krankenversorgung, die Lehre und Forschung und die Aus- und Weiterbildung verliehen, sondern auch die gesamte Region, insbesondere die Landkreise Marburg-Biedenkopf, Waldeck-Frankenberg und Schwalm-Eder, in vielfältiger Weise auf die Bedürfnisse psychisch kranker und behinderter Kinder sowie deren Familien aufmerksam gemacht. Hierüber haben wir umfassende Berichte erstellt und zahlreiche Artikel publiziert. Die umfangreichsten Darstellungen sind die beiden Monographien über die »Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in 3 hessischen Landkreisen« (Renschmidt und Walter, 1989) und »Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern« (Renschmidt und Walter, 1990). Für die zuletzt genannte Arbeit erhielten die Autoren den Hermann-Simon-Preis für das Jahr 1990.

7. *Gründung des Vereins für Kinder- und Familientherapie e.V. Marburg am 6.7.1981*

Die Gründung dieses Vereins, in dessen Satzung neben Therapie- und Versorgungsaufgaben ausdrücklich auch die Forschungsförderung verankert ist, war aus vielerlei Gründen für die Weiterentwicklung der Klinik wichtig. Der Verein war zunächst auch Träger der Tagesklinik, bevor diese ins Klinikum integriert wurde.

8. *Aufstockung der Adoleszentenstation (Station B) und Einrichtung zweier Mutter-Kind-Einheiten*

Mit dieser Maßnahme, die rund 10 Jahre vor ihrer baulichen Realisierung (1997) beantragt wurde, konnte die extreme räumliche Enge unserer Adoleszentenstation aufgehoben und die Therapie- und Beschäftigungssituation der Station wesentlich verbessert werden. Dies trifft insbesondere auf die beiden Mutter-Kind-Einheiten zu, die neue therapeutische Möglichkeiten für jüngere Kinder erschließen, aber organisatorisch der Adoleszentenstation zugeordnet sind.

9. *Gründung des Instituts für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin an der Philipps-Universität Marburg e.V. (IVV)*

Mit der Gründung des *Instituts für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin an der Philipps-Universität Marburg e.V. (IVV)* wurden die Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten am Zentrum für Nervenheilkunde weiter ausgebaut. Das IVV ist eine staatlich anerkannte Ausbildungsstätte für Psychotherapie mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt. Am IVV kann die Qualifikation zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichentherapeuten erworben werden. Darüber hinaus vermittelt das IVV die psychotherapeutischen Bausteine für die Facharztqualifikation (Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie) und die Qualifikation für den Zusatztitel »Psychotherapie«.

10. *Erweiterungsbau der Schule für Kranke*

Im März 2002 wurde der Erweiterungsbau für die Schule für Kranke offiziell eingeweiht. Damit endete die lange Zeit, in der Schüler und Lehrer in extremer räumlicher Enge arbeiten mussten.

11. *Einrichtung einer Institutsambulanz in Marburg*

Zum 1.4.2001 wurde eine Institutsambulanz zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlichen psychiatrischen Störungsbildern eingerichtet. Sie stellt eine wesentliche Erweiterung unseres ambulanten Behandlungsspektrums dar und sichert auch unter finanziellen Gesichtspunkten die ambulante Versorgung insbesondere chronisch kranker Patienten ab.

12. *Einrichtung einer Institutsambulanz in Bad Nauheim*

Als zusätzliche Erweiterung unseres weiteren Behandlungsspektrums wurde am 1.4.2004 zusätzlich eine Institutsambulanz in Bad Nauheim eingerichtet, um die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung, insbesondere des Wetteraukreises zu stärken.

3 Aufgaben und Arbeitsweisen der Klinik

Die wichtigsten Aufgaben der Klinik können in die folgenden 6 Bereiche zusammengefasst werden:

- | | |
|--|---|
| <p>1. <i>Diagnostik und Begutachtung</i></p> <ul style="list-style-type: none">- neurologische Diagnostik- psychiatrische Diagnostik- testpsychologische Diagnostik- neuropsychologische Diagnostik- Familiendiagnostik- Diagnostik in Begutachtungsfragen <p>2. <i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Anwendung verschiedener Therapiekonzepte- Entwicklung und Anwendung störungsspezifischer Behandlungsmethoden- Effektivitäts- und Effizienzprüfung von Therapien und neuen Therapieformen- Evaluation institutioneller Maßnahmen <p>3. <i>Forschung</i></p> <ul style="list-style-type: none">- epidemiologischer Schwerpunkt- neuropsychologischer Schwerpunkt- kommunikationstheoretischer Schwerpunkt- genetischer Schwerpunkt- Überprüfung von Therapien- Katamnesen, Prognoseforschung- Untersuchungen zum hyperkinetischen Syndrom- Psychosenforschung- Anorexieforschung- Adipositasforschung- Legasthenieforschung | <p>4. <i>Lehre, Aus- und Weiterbildung</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Vorlesungen- Unterricht für Studierende verschiedener Fachrichtungen- Weiterbildung von Ärzten und Psychologen- Weiterbildung des Klinikpersonals- Unterricht für Krankenschwestern, Logopäden, Krankengymnasten <p>5. <i>Kooperation und Koordination</i></p> <ul style="list-style-type: none">- klinischen Einrichtungen der Region- psychotherapeutischen Institutionen- Erziehungsberatungsstellen- sozialpsychiatrischen Diensten und Kindergärten- Schulen und- Heimen sowie anderen komplementären Einrichtungen <p>6. <i>Beratung und Aufklärung</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Elternberatung- Öffentlichkeitsarbeit- Beratung von Institutionen- Beratungsaufgaben bei der Planung einer regionalen kinderpsychiatrischen Versorgung |
|--|---|

Im folgenden werden die Arbeitsweise der Klinik und die Umsetzung der oben genannten Aufgaben näher erläutert.

3.1 Diagnostik und Begutachtung

Hinsichtlich der Diagnostik werden neben den üblichen kinderneurologischen bzw. kinderpsychiatrischen Untersuchungsmethoden eine Reihe spezieller Verfahren angewandt. So verfügt

die Klinik über differenzierte neuropsychologische Untersuchungsmethoden zur Erfassung von umschriebenen Hirnfunktionsstörungen und Teilleistungsschwächen. Im psychologischen Sektor verfügt die Klinik über ein gut ausgebautes Testarchiv mit speziellen psychologischen Testverfahren. Interaktions- und Kommunikationsdiagnostik wird in der Familienambulanz mittels einer Videoanlage durchgeführt. Diese wird sowohl in der Einzelfalldiagnostik wie auch in der Familiendiagnostik häufig eingesetzt. Das neuropsychologische Labor ermöglicht die Untersuchung komplexer Informationsverarbeitungsprozesse und umschriebener Funktionsstörungen. Hier ist auch die synchrone Registrierung von Verhaltensdaten und hirnelektrischen Daten möglich. Diese Methodik hat sich insbesondere in der Diagnostik und Differentialdiagnostik von Anfallsleiden, psychogenen Anfällen, Konversionssyndromen und psychophysiologischen Störungen bewährt.

Eine wichtige Aufgabe wird in der Anwendung und Erprobung neuer Untersuchungsmethoden gesehen. Dies gilt sowohl für kinder- und jugendpsychiatrische Methoden, die immer stärker durch Interview- und Fragebogenverfahren erweitert werden, als auch für die psychologische Diagnostik, bei der angestrebt wird, von einer (einmaligen) Querschnittsdiagnostik zu einer Längsschnittsdiagnostik zu kommen (dynamisches Testen).

Kennzeichnend für die Arbeitsweise der Klinik ist, dass neben den Ärzten und Psychologen auch andere Berufsgruppen in den diagnostischen Prozess in starkem Maße einbezogen werden. Dies gilt auch für die Ergotherapie und für die Beobachtung der Patienten in der Schule bis hin zum krankengymnastischen Bereich, in dem standardisierte motodiagnostische Verfahren durchgeführt werden.

Ein wichtiger Schwerpunkt ist die Einbeziehung der Familie in den diagnostischen Prozess. Dies erfolgt in Zusammenarbeit zwischen Familienambulanz, Stationen und Poliklinik.

An apparativen Zusatzmethoden sind alle gängigen bildgebenden Verfahren einschließlich der Magnetresonanztomographie in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Neuroradiologie des Zentrums möglich. Das gleiche gilt für die Zusammenarbeit mit dem klinisch-chemischen Zentrallabor, das alle gängigen Laboratoriumsmethoden durchführen kann.

Die erhobenen Befunde werden im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation niedergelegt, die auch eine Anamnesen-, Leistungs- und Diagnosendokumentation umfasst und für jeden poliklinisch sowie klinisch untersuchten Patienten ausgefüllt wird.

Einen hohen Anteil an den diagnostischen Maßnahmen nehmen auch *Begutachtungsfragen* ein. Sie erstrecken sich auf alle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie geläufigen Fragestellungen, wobei der Schwerpunkt auf familien- und vormundschaftsrechtlichen und forensischen Fragestellungen liegt.

3.2 Therapie

Dem ursprünglichen Konzept entsprechend werden verschiedene Therapieformen, auch wenn ihre theoretischen Grundlagen unterschiedlich sein mögen, unter einem Dach praktiziert. Diese Vorgehensweise geht von der Überzeugung aus, dass es keine Therapiemethode gibt, mit deren Hilfe alle psychischen Störungen in der gleichen Weise gebessert oder gar geheilt werden können. Die *Indikation* zur Anwendung eines spezifischen Therapieverfahrens richtet sich nach dem gesicherten empirischen Wissen, welches Therapieverfahren bei welcher Störung den

größten therapeutischen Erfolg verspricht. Dies gilt grundsätzlich, auch wenn zu bedenken ist, dass für manche Therapieformen und Störungsmuster ein ausreichendes empirisches Wissen noch nicht vorhanden ist. In den letzten Jahren wurde das Schwergewicht im therapeutischen Bereich immer mehr auf störungsspezifische Behandlungsmethoden gelegt (s. Abb. 3.1).



Abb. 3.1: Klassifikation der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gebräuchlichen Therapiemethoden

Zur Anwendung kommen folgende Therapiemethoden: medikamentöse Behandlung, tiefenpsychologisch orientierte Behandlungsmethoden (als Einzel- und als Gruppentherapie), verschiedene Formen der Beratung, Familientherapie, Verhaltenstherapie einschließlich kognitiver Ansätze), verschiedene Formen der Übungsbehandlung (Körperkoordinationstraining, autogenes Training, psychomotorische Übungsbehandlung), Spieltherapie bei Kindern, Gruppentherapie, Psychodrama. Die Einbeziehung der Eltern in die Therapie erfolgt nach Maßgabe der Beteiligung ihres Verhaltens als ursächliches oder auslösendes oder aber aufrechterhaltendes Moment der Störung des Kindes und geschieht dementsprechend in Form einer Beratung oder einer expliziten Teilnahme an der Behandlung. In der Therapie wird von der Möglichkeit der Video-

aufzeichnung ausgiebig Gebrauch gemacht. Dabei werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes strengstens beachtet und Eltern wie Kinder stets über den Zweck der Aufnahme und ihre weitere Verwendung aufgeklärt. Die Therapie berücksichtigt in starkem Maße auch das soziale Umfeld (Kindergarten, Schule, Lehrstelle).

3.3 Forschung

Der Forschungsbereich der Klinik ist entsprechend dem in Abschnitt 2.1 beschriebenen Konzept aufgebaut. Dessen Realisierung, d.h. der Aufbau der Forschungseinheit, die personelle Besetzung und die Forschungsschwerpunkte, sind in Kapitel 8 beschrieben.

3.4 Lehre, Ausbildung, Weiterbildung

Mitarbeiter der Klinik sind an einer Vielzahl von Lehr-, Aus- und Weiterbildungsveranstaltungen beteiligt. Außer den universitären Ausbildungsgängen umfassen diese Verpflichtungen auch Unterrichtsveranstaltungen an Einrichtungen, die der Universität assoziiert sind (z.B. Krankenpflegeschulen, Staatliche Lehranstalt für Logopädie), sowie die Schulung und berufsbegleitende Fortbildung unterschiedlicher Berufsgruppen. Eine ausführliche Darstellung dieser Aktivitäten findet sich in Kapitel 7.

3.5 Kooperation und Koordination

Die Ziele der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind nur zu verwirklichen, wenn Bereitschaft und Möglichkeiten zu einer intensiven Kooperation mit allen Einrichtungen vorhanden sind, die sich mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen beschäftigen.

Die Zusammenarbeit erstreckt sich zunächst auf die Nachbarkliniken des Zentrums für Nervenheilkunde wie Psychiatrische Klinik und Neurologische Klinik, sowie insbesondere auf die Universitätskinderklinik, die regelmäßig konsiliarisch mitbetreut wird. Im außeruniversitären Bereich konnte eine gute Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen in der Stadt, den Jugendämtern sowie mit niedergelassenen Ärzten verschiedener Fachrichtung (insbesondere Pädiatern, Neurologen und Psychiatern, Kinder- und Jugendpsychiatern) und den Gesundheitsämtern hergestellt werden. Eine besonders enge Kooperation hat sich entwickelt mit Heimen, die im komplementären jugendpsychiatrischen Bereich arbeiten: Heilpädagogisches Kinder- und Jugendheim Leppermühle in Großen-Buseck, Psychotherapieheime in Gießen (Adalbert-Focken-Haus, Berthold-Martin-Haus) und Kerstin-Heim in Marburg. Dieser Zusammenarbeit dienen auch die kinder- und jugendpsychiatrischen Kolloquien, die während des Semesters einmal im Monat im Hörsaal des Zentrums veranstaltet werden und zu denen die Mitarbeiter derjenigen Einrichtungen, mit denen die Klinik zusammenarbeitet, eingeladen werden. Auf der Ebene der Stadt Marburg bzw. des Landkreises Marburg-Biedenkopf wurde die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, Schulen, anderen psychosozialen Diensten früher insbesondere auch durch die Tätigkeit des mobilen kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes gewährleistet. Im Rahmen des Modellprogramms wurden auch koordinative Aufgaben wahrgenommen, die gemeinsame Aktivitäten der verschiedenen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung tätigen Institutionen betrafen. Als Gremium diente die »Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugend-

psychiatrische Versorgung«, in der Vertreter der jeweiligen Einrichtungen ihre Arbeit aufeinander abstimmen. Sehr häufig geschah dies anhand von Fallbesprechungen, in denen am Einzelfall die konkret aufgetretenen Probleme in der Zusammenarbeit diskutiert und gelöst werden konnten.

Nach der Einstellung des mobilen Dienstes Ende September 1991 entstand auf dem Sektor der gemeindenahen Versorgung zunächst ein Vakuum. Dieses konnte nun mit etwas anderem Schwerpunkt (Erziehungs- und Familienberatung) durch die Neugründung von zwei Nebenstellen der Erziehungsberatungsstelle des Vereins für Erziehungshilfe e.V. Marburg im September 1993 in Biedenkopf und Stadtallendorf teilweise kompensiert werden. Inzwischen kann über eine langjährige außerordentlich positive Arbeit dieser beiden EB-Nebenstellen berichtet werden, die in den Jahresberichten der EB detailliert dargestellt ist.

3.6 Beratung und Aufklärung

Beratung und Aufklärung beziehen sich auf verschiedene Bereiche. In erster Linie ist die Elternberatung zu nennen. Diese gehört in den Bereich der Therapie. Eine zweite Form der Beratung erstreckt sich auf Institutionen bzw. auf verschiedene Ebenen im Bereich psychosozialer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. Die Mitarbeiter des kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes waren in vielfältiger Weise in der Institutionsberatung tätig. Bei fallbezogener Hilfestellung für die Institutionen (Kindergärten, Schulen, Heime) war es möglich, betroffene Kinder in unserer Poliklinik entsprechend zu untersuchen. Eine weitere wichtige Aufgabe ist in der Öffentlichkeitsarbeit zu sehen. Diese hat das Ziel, Vorurteile über psychiatrische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen sowie gegenüber kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen abzubauen. Zu diesem Zwecke finden regelmäßig Vortragsveranstaltungen, zum Teil gemeinsam veranstaltet mit den Jugendämtern, statt. Gleichzeitig ergibt sich die Notwendigkeit, darauf hinzuweisen, dass in der Öffentlichkeit realistischere Vorstellungen über psychische Störungen von Kindergarten- und Schulkindern verbreitet werden müssen, damit Kinder und ihre Eltern nicht zusätzlichen negativen Einflüssen ausgesetzt sind. Dies geschah u.a. auch in Form mehrerer Rundfunk- und Fernsehsendungen.

4 Struktur der Klinik

4.1 Die Klinik als Teil des Klinikums der Philipps-Universität Marburg

Die mehrmals novellierten Hessischen Hochschulgesetze haben auch die Struktur der Universitätskliniken gravierend verändert. Insbesondere wurden die Universitätskliniken zu einem Klinikum integriert mit einer eigenen, wirtschaftlich von der übrigen Universität unabhängigen Verwaltung. Mehrere Kliniken wurden zu sogenannten »Medizinischen Zentren« zusammengefasst. Mit dem »Gesetz für die Hessischen Universitätskliniken«, das zum 1.1.2001 in Kraft trat, wurde das Klinikum zu einer – rechtlich selbständigen – Anstalt des öffentlichen Rechts umgewandelt. Damit wurde der Krankenversorgungsbereich vollständig aus der Universität ausgegliedert. Nur noch Lehre und Forschung unterstehen der Aufsicht der Universität.

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist eine Abteilung des Klinikums. Mit den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, der Klinik für Neurologie und der Abteilung Neuroradiologie bildet sie das Zentrum für Nervenheilkunde. Die Bewirtschaftung und Versorgung erfolgt zentral durch die Verwaltung des Klinikums. Für die Organisation der gemeinschaftlichen Aufgaben und den Kontakt zur Verwaltung hat das Zentrum eine Geschäftsstelle.

Mit anderen Abteilungen und anderen Kliniken existiert eine enge Zusammenarbeit, sei es, dass andere Bereiche Leistungen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie erbringen (Neuroradiologie, Kinderklinik etc.), sei es, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie Leistungen für andere Kliniken erbringt (Konsiliardienst für die Kinderklinik und andere Kliniken).

4.2 Die Struktur der Klinik

Die in den Kapiteln 2 und 3 dargestellte Konzeption und Arbeitsweise der Klinik findet ihren Niederschlag in einer recht umfangreichen und vielschichtigen Organisationsstruktur. Ein Versuch, diese in einer gewissen Übersicht darzustellen ist in Abb 4.1 realisiert. Alle Funktionsbereiche sind in den folgenden Kapiteln noch einmal ausführlich dargestellt.

Die Aufteilung in die drei Bereiche *Krankenversorgung*, *Forschung*, *Lehre* sowie *Aus- und Weiterbildung* kann nur künstlich sein, da vielfältige Verflechtungen zwischen den Bereichen - wie bei einer Universitätsklinik selbstverständlich - vorhanden sind, im Arbeitsablauf ebenso wie in der personellen Ausstattung.

Der wichtigste und größte Bereich, die *Krankenversorgung*, gliedert sich zunächst in

- die Poliklinik und Institutsambulanz mit mehreren Spezialsprechstunden
- die klinischen Stationen, einschließlich der beiden Mutter-Kind-Einheiten
- die Tagesklinik,
- die Ärztlich-Pädagogische Jugendhilfe und
- die eng kooperierende Erziehungsberatungsstelle des Vereins für Erziehungshilfe e.V., Marburg.

Jeder der drei klinischen Teilbereiche (Poliklinik und Institutsambulanz, Tagesklinik, Klinik) wird von einem Oberarzt betreut. Dazu gibt es Funktionseinheiten, die keinem dieser Teilberei-

che zuzurechnen sind, sondern für die gesamte Klinik arbeiten bzw. von allen Teilbereichen mitbetreut werden: Familienambulanz, Epilepsieambulanz, Ergotherapie, Krankengymnastik, Neurophysiologie (EEG), Neuropsychologisches Labor bzw. Psychopharmakologie- und Neurotransmitter-Labor, Dokumentation, Sozialdienst und Konsiliardienst. Organisatorisch und finanziell selbständig ist diesem Bereich noch die Schule für Kranke zuzurechnen.

Der *Forschungsbereich* ist organisatorisch unabhängig von der Krankenversorgung und nur an den Klinikleiter gebunden, gleichwohl übernimmt er, wie Abb. 4.1 zeigt, wesentliche Aufgaben der Krankenversorgung, wie es auch Mitarbeiter der Krankenversorgung gibt, die zusätzlich in Forschungsaufgaben eingebunden sind.

Sowohl der Forschung als auch der Krankenversorgung zuzurechnen sind die Forschungseinrichtungen Dokumentation, Neuropsychologisches Labor bzw. Psychopharmakologie- und Neurotransmitter-Labor, Videoanlagen (in der Familienambulanz) und auch die Statistik und Datenverarbeitung. Weitere Teilbereiche der Forschung beschäftigen sich mit Epidemiologie und Versorgungsforschung und der Literaturdokumentation. Zeitlich begrenzt wird der Forschungsbereich erweitert durch Forschungsprojekte, die mit Drittmitteln gefördert werden.

Der Bereich *Lehre, Aus- und Weiterbildung* ist in einer Universitätsklinik selbstverständlich, doch gehen die Aktivitäten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie über das übliche Maß hinaus. Neben den Vorlesungen und Praktika für Studierende der verschiedenen Fachrichtungen und der Facharztweiterbildung werden durch Mitarbeiter der Klinik Schwestern, Pfleger und pädagogische Mitarbeiter wie z.B. Kinderkrankenschwestern, Fachschwestern/Fachpfleger für Psychiatrie, Logopäden, Krankengymnasten und Motopäden unterrichtet. Regelmäßig finden kinder- und jugendpsychiatrische Kolloquien bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Nachmittage statt. Im Weiterbildungsseminar für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie und im Institut für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin finden psychotherapeutische Aus- und Weiterbildungsveranstaltungen für Ärzte, Psychologen und Pädagogen statt.

Die Mitarbeiter der Klinik (Stand: 31.12.2005) und ihre Funktion in der Klinik sind in Anhang A namentlich aufgeführt.

Diese Vielschichtigkeit der Aufgaben und der damit verbundene Personalstand von 179 Mitarbeitern bedingen einen hohen Aufwand an Organisationsleistung. Dies ist als Abteilung eines medizinischen Zentrums innerhalb der Universität nicht immer einfach, da sowohl aufgrund der wirtschaftlichen Struktur des Klinikums als auch aufgrund der Verwaltungsstruktur des Klinikums viele Entscheidungen außerhalb der Klinik getroffen werden müssen.

4.3 Unterbringung und räumliche Struktur der Klinik

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde 1958 am Ortenberg, einer schönen Marburger Wohngegend, neben der Universitätsnervenklinik neu errichtet (Abb. 4.2). Sie bestand ursprünglich aus einem Bettenhaus (jetzt Haus 3) und einem Mehrzweckgebäude (jetzt Haus 1), mit Räumen für die Klinikleitung und die Poliklinik sowie mit Wohnräumen für Krankenschwestern.

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Universitätsklinikum Gießen und Marburg - Standort Marburg

Organisationsstruktur und Versorgungsnetz

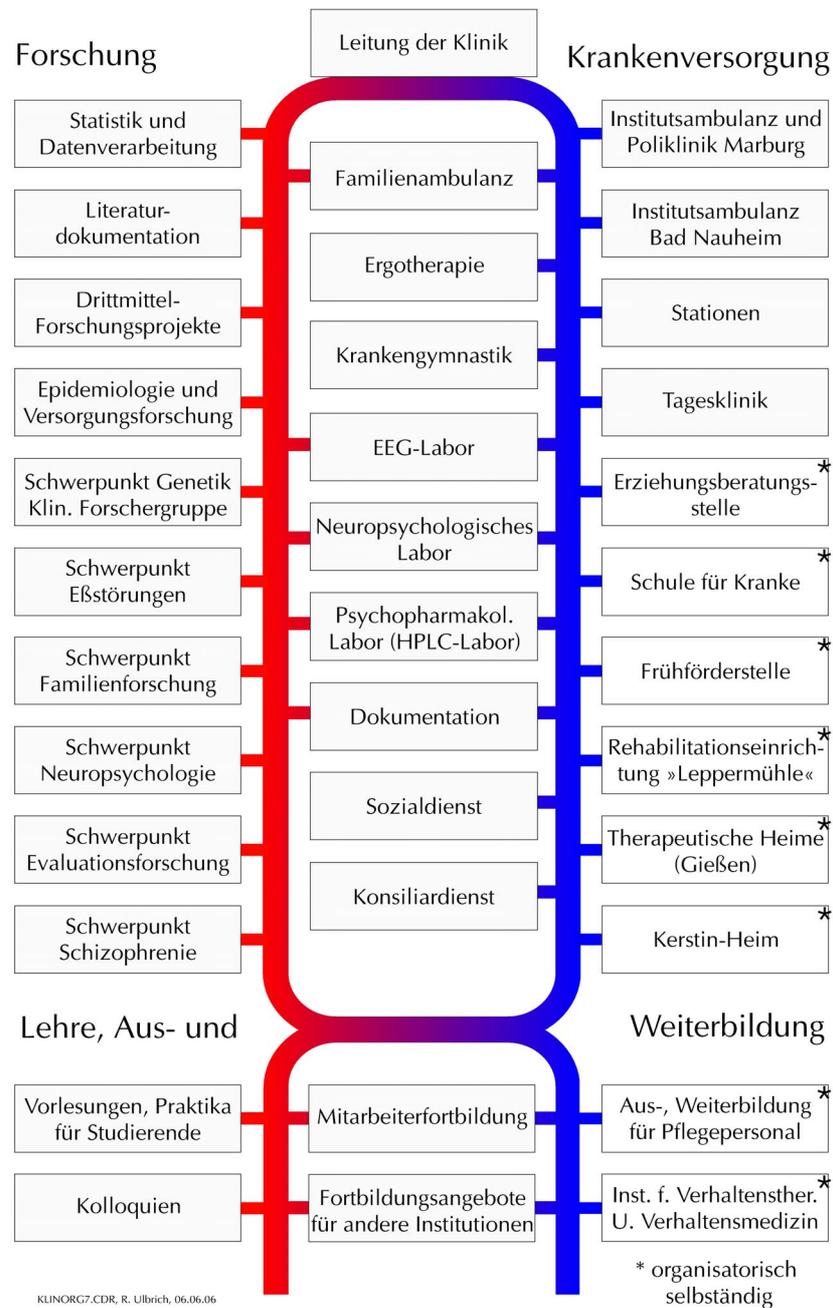


Abb. 4.1: Organisatorische Struktur und Kooperationen der Klinik

Heute sind die verschiedenen Bereiche der Klinik in 5 Häusern untergebracht, die auf einem zusammenhängenden Gelände, jedoch bis zu 200m voneinander entfernt liegen. Die Wege zwischen den Bereichen sind dadurch besonders im Winter recht mühsam. Zeit für den Weg von Patienten zwischen den Häusern muss eingeplant werden, Transporte zwischen den Häusern sind oft nur mit Kraftfahrzeugen realisierbar.

Haus 1 und Haus 3 (das Bettenhaus), die aus der Entstehungszeit der Klinik stammen, wurden mehrfach umgebaut und renoviert. Die durchgeführten Renovierungsarbeiten im Bettenhaus haben zu einer bedeutsamen Verbesserung der Krankenversorgung geführt. Leider konnten aber aus baulichen Gründen nicht die großen Patientenzimmer verändert werden, so dass immer noch Vierer- gelegentlich auch noch Fünferzimmer existieren. Durch den Neubau der Schule wurden ehemalige Schulräume frei. Diese werden nun anderweitig genutzt (Diagnostik- und Therapieräume für das IVV-Institut, computergestützte Diagnostik, Besprechungsraum für die Stationsleitungen, Bibliothek für die Kinder). Durch den engagierten Einsatz des ehemaligen Mitarbeiters Herrn Dr. Härtling konnte eine Bibliothek für Kinder- und Jugendliche mit einem Bestand von über 300 Büchern eingerichtet werden, diese befindet sich im ehemaligen Kasino.

Die Ärztlich-Pädagogische Jugendhilfe und die Erziehungsberatungsstelle teilen sich das Haus 2. Auch dieses Haus aus der Nachkriegszeit (1952) ist durch Renovierungen in einen guten Zustand versetzt worden. Durch Farbgebung und Gestaltung der Einrichtung wurde eine angenehme Atmosphäre geschaffen.

Der Neubau der Tagesklinik (1983/1984) wurde zu Haus 4. Die Tagesklinik ist architektonisch sehr gelungen und den Bedürfnissen von Kindern angepasst. Auf der begrenzten Fläche ist ein gutes und nach funktionalen Gesichtspunkten gestaltetes Raumangebot geschaffen worden.

Nach Inbetriebnahme des neuen Klinikums auf den Lahnbergen (1985) konnte im »Haus Bethanien« ein Teil der Räume der orthopädischen Poliklinik übernommen und damit als Haus 5 von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie bezogen werden. Das Haus stammt aus den 30er Jahren und ist 1970 in den Besitz der Universität übergegangen. Hier wurde zunächst die Poliklinik, die bis dahin im Haus 1 sehr beengt arbeiten musste, neu eingerichtet. Ferner wurden im Haus Bethanien das Psychopharmakologielabor, das neuropsychologische und neurophysiologische Labor und die klinische Forschergruppe mit dem molekulargenetischen Labor untergebracht. Zuletzt fand auch noch das Asperger-Projekt seinen Platz in diesem Haus.

Im einzelnen sind in den Häusern folgende Bereiche untergebracht:

Haus 1 (Hans-Sachs-Str. 6)

Direktor der Klinik
Sekretariat des Klinikdirektors
Bibliothek
Familienambulanz
Videostudio
Mitarbeiter des Forschungsbereiches
Datenverarbeitung und Dokumentation

Haus 2 (Hans-Sachs-Str. 8)

Ärztlich-Pädagogische Jugendhilfe
Erziehungsberatungsstelle des Vereins für Erziehungshilfe e.V.

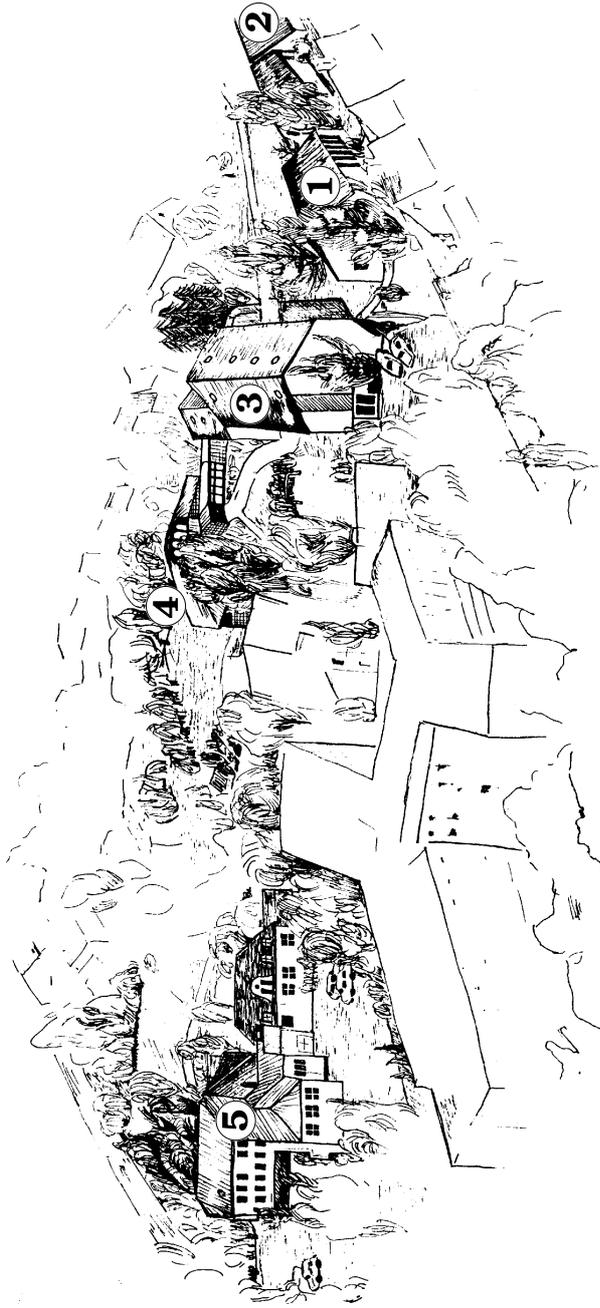


Abb. 4.2: Lage der Klinik am Ortenberg vom Kaiser-Wilhelm-Turm aus gesehen (Zeichnung: Silke Rieckmann)

Rechts an dem im Vordergrund angedeuteten Neubau der Nervenklinik führt die Hans-Sachs-Straße vorbei zum Haus 1 der Klinik und weiter zum Gebäude der Erziehungsberatungsstelle (Haus 2). Links davon ist das Bettenhaus (Haus 3) zu sehen, an das sich nach hinten über einen überdachten Verbindungsgang der flache Bau der Tagesklinik (Haus 4) anschließt. Das »Haus Bethanien« (Haus 5) mit der Poliklinik liegt unterhalb der anderen Gebäude an der Schützenstraße, die mit dem linken Bildrand verläuft. Der Hauptflügel und der linke Querflügel werden von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie genutzt.

Haus 3 (Hans-Sachs-Str. 4) - Bettenhaus

Oberarzt und Stv. Klinikleiter
Aufnahme für die Klinik und Sekretariat des stv. Klinikleiters
Ltd. Psychologe
Pflegedienstleitung
Station A mit Dienstzimmern
Station B mit Dienstzimmern
Station C mit Dienstzimmern
Mutter-Kind-Einheiten
Küche, Versorgungseinrichtungen
Behandlungszimmer IVV-Institut
Besprechungsraum für die Stationsleitungen
Patientenbibliothek
»Schule für Kranke«
Krankengymnastik
Spiel- und Werkkeller für die Stationen

Haus 4 - Tagesklinik

Aufnahme für die Tagesklinik und Sekretariat
Dienstzimmer
Aufenthalts- und Therapieräume
Schulraum der »Schule für Kranke«
Krankengymnastik

Haus 5 - »Haus Bethanien« - (Schützenstr. 49)

Oberarzt
Institutsambulanz und Poliklinik
- Aufnahme für die Poliklinik
- EEG
- Dienstzimmer
- Sekretariat

Spezialsprechstunden für
- anfallskranke Kinder
- entwicklungsgestörte Kinder

Marburger Spezialambulanz für Autismusspektrumstörungen
Krankenblatt- und EEG-Archiv
Ergotherapie
Sozialdienst
Forschungsprojekte
Molekulargenetisches Labor
Neuropsychologisches Labor
Psychopharmakologisches Labor

5 Die Funktionsbereiche der Krankenversorgung

5.1 Institutsambulanz, Poliklinik, Ärztlich-pädagogische Jugendhilfe

5.1.1 Geschichte, Aufgabenbereich und Entwicklungstendenzen

Die Poliklinik wurde gleichzeitig mit der Gründung der stationären Klinik in Räumen des Gebäudes Hans-Sachs-Str. 6 eröffnet. Seit dem September 1985 liegen die Räumlichkeiten im »Haus Bethanien« (Haus 5), Schützenstr. 49.

Seit dem 1.4.2001 besteht an unserer Klinik eine Institutsambulanz. Sie ist in den gleichen Räumlichkeiten untergebracht, durch umfangreiche Baumassnahmen wurden im Jahr 2001 zwei größere Arbeits- und Untersuchungszimmer geschaffen. Seit dem 1.4.2004 verfügt die Klinik zudem über eine Institutsambulanz in Bad Nauheim.

Der Einzugsbereich der Patienten liegt schwerpunktmäßig in der Stadt Marburg und den Landkreisen Marburg-Biedenkopf und Gießen, erstreckt sich aber weit über diese Grenzen hinaus - insbesondere auch auf Städte in der Wetterau.

Die speziellen Forschungssprechstunden (z.B. für hyperkinetisches Syndrom, Legasthenie, Essstörungen, Asperger-Syndrom) in der Poliklinik wurden von Patienten und ihren Eltern, auch überregional, zunehmend wahrgenommen.

5.1.2 Institutsambulanz

Seit dem 1.4.2001 besteht an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie eine Institutsambulanz. Seit langer Zeit bestand bereits Bedarf nach der Einrichtung eines entsprechenden ambulanten Behandlungsangebotes, jedoch erst durch die Vereinbarung nach §118 Abs. 2 SGB V war der gesetzliche Rahmen geschaffen, um eine Institutsambulanz an unserer Klinik einzurichten. Geplant ist, eine Institutsambulanz in Gießen zu errichten.

5.1.2.1 Behandlungskonzept

Im Vordergrund des Behandlungskonzeptes steht die Gewährleistung der Behandlungskontinuität für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hat seit 1982 die Pflichtversorgung des Landkreises Marburg-Biedenkopf, seit 1995 des Landkreises Gießen und des Wetteraukreises. Patienten mit psychischen Störungen aus dem gesamten Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden teilstationär (12 tagesklinische Plätze) und stationär behandelt (52 stationäre Betten). Schwerpunkte der Versorgung sind insbesondere besonders schwere Erkrankungen, wie z. B. die Anorexia nervosa, die Psychosen und der Autismus, die aufgrund ihres häufig chronischen Verlaufs zu häufigen stationären und länger andauernden Behandlungen führen. Ziel der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz ist, den psychisch kranken Kindern und Jugendlichen ein krankenhaushnahes Versorgungsangebot, bestehend aus einem diagnostischen und psychotherapeutischen Schwerpunkt, anzubieten. Durch dieses Angebot soll erreicht werden, dass durch ein umfassendes Angebot ambulanter Leistungen eine stationäre Behandlung verkürzt und in Einzelfällen auch vermieden werden kann.

5.1.2.2 Aufgaben der Institutsambulanz

Diagnostik:

Das Leistungsspektrum der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz umfaßt das gesamte Spektrum der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik. Nachfolgend sind die Schwerpunkte der Arbeit aufgeführt:

1. Psychopathologische Befunderhebung
2. Biographische Anamneseerhebung und Exploration
3. Entwicklungsdiagnostik
4. Leistungsdiagnostik
5. Persönlichkeitsdiagnostik
6. Emotionaldiagnostik
7. Familiendiagnostik
8. Diagnostik zur Indikationsstellung von Psychotherapie
9. Diagnostik zum Körperschema
10. Neurophysiologische Diagnostik (EEG, Langzeit-EEG, Evozierte Potentiale)
11. Neurologische und internistische/pädiatrische Diagnostik
12. Motologische Diagnostik
13. Laborchemische Diagnostik (z. B. kl. Blutbild, Diff. BB, Leberenzyme, Medikamentenspiegel von Psychopharmaka)
14. Neuroradiologische Diagnostik (bildgebende Verfahren: Röntgen CCT, MRT)

Die diagnostischen Tätigkeiten umfassen die Befunderhebung, Befundauswertung und Befundbewertung sowie Befunddokumentation.

Therapie:

Das therapeutische Leistungsangebot wird das gesamte Spektrum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie umfassen. Schwerpunkte der Arbeit sind nachfolgend aufgeführt.

1. Einzel-, Gruppen und Familientherapie mit Schwerpunkten in der Verhaltenstherapie, Familientherapie sowie tiefenpsychologisch fundierten Verfahren.
2. Krisenintervention
3. Differentielle Psychopharmakotherapie
4. Behandlung bei Teilleistungsstörungen
5. Ergotherapie
6. Soziotherapie
7. Ernährungsberatung
8. Krankengymnastik, Motologie
9. Aufklärungs- und Informationsarbeit und Beratung von familiären und außerfamiliären Bezugspersonen

5.1.2.3 Patientengruppen (gemäß §118 Absatz 2 SGBV):

1. Patienten, die einer langfristigen, kontinuierlichen Behandlung bedürfen
2. Patienten, die mangels Krankheitsgefühl und/oder mangelnder Krankheitseinsicht und/oder mangelnder Impulskontrolle der Wahrnehmung einer kontinuierlichen Behandlung entgegenstehen

3. Psychische Erkrankungen mit chronischem oder chronisch rezidivierendem Verlauf.
Dazu gehören: Schizophrenien, affektive Störungen, schwere Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen mit Komorbidität.

Häufige Störungsbilder: Psychosen, Affektive Störungen, Essstörungen, Hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, Drogenmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen, Emotionalstörungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Ticstörungen, tiefgreifende (Autismus) und umschriebene Entwicklungsstörungen.

5.1.2.4 Funktionsablauf

Der Funktionsablauf in der Institutsambulanz ist in Abb. 5.1 veranschaulicht. Die Voranmeldung zur Untersuchung erfolgt zentral über die Funktionsschwestern in der Anmeldung. Nach Prüfung der Anmeldungen wird intern die Terminvergabe abgesprochen, die Termine müssen telefonisch von den Eltern der Patienten erfragt werden. Abhängig von der Dringlichkeit und der spezifischen Anforderung (z.B. psychologische Diagnostik) liegt die Wartezeit bei ca. 4 bis 12 Wochen. Bei Notfällen erfolgt eine Vorstellung noch am selben Tag oder innerhalb von wenigen Tagen.

5.1.2.5 Funktionsbereiche und personelle Besetzung

Im ärztlichen Dienst der Institutsambulanz und Poliklinik sind ein Oberarzt und zwei Assistenzärztinnen tätig. Von psychologischer Seite ist die Poliklinik derzeit lediglich mit einer halben Stellen eines Diplom-Psychologen besetzt, so dass die Diplom-Psychologen aus den Stationen immer wieder einspringen müssen. Eine große Hilfe sind diesbezüglich auch die Praktikanten des IVV.

Der Poliklinik obliegt ferner die Führung des Krankenblattarchives für den gesamten stationären, ambulanten und tagesklinischen Bereich sowie die Archivierung der EEGs. Für diese Aufgaben ist eine Krankenschwester tätig, die durch eine weitere Krankenschwester und eine EEG-Assistentin (2 Halbtagskräfte) unterstützt wird. Der umfangreiche Schriftverkehr der Institutsambulanz und Poliklinik wird durch zwei Schreibkräfte (jeweils Teilzeit-Stellen) abgewickelt, die allerdings auch noch andere Aufgaben wahrnehmen.

5.1.3 Poliklinik

Die Poliklinik versorgt mit in ihren Spezialambulanzen Kinder mit spezifischen Störungsbildern: Hyperkinetisches Syndrom, Legasthenie, Asperger-Syndrom, Essstörungen. Die Aufgaben bestehen in einer eingehenden Diagnostik und Beratung hinsichtlich Therapie, in Einzelfällen erfolgt eine ambulante therapeutische Anbindung. Die Spezialsprechstunden der Poliklinik sind meistens in ein Forschungsprojekt integriert, das durch externe Förderung (z. B. DFG, BMBF, HUGO) zusätzlich finanziert wird.

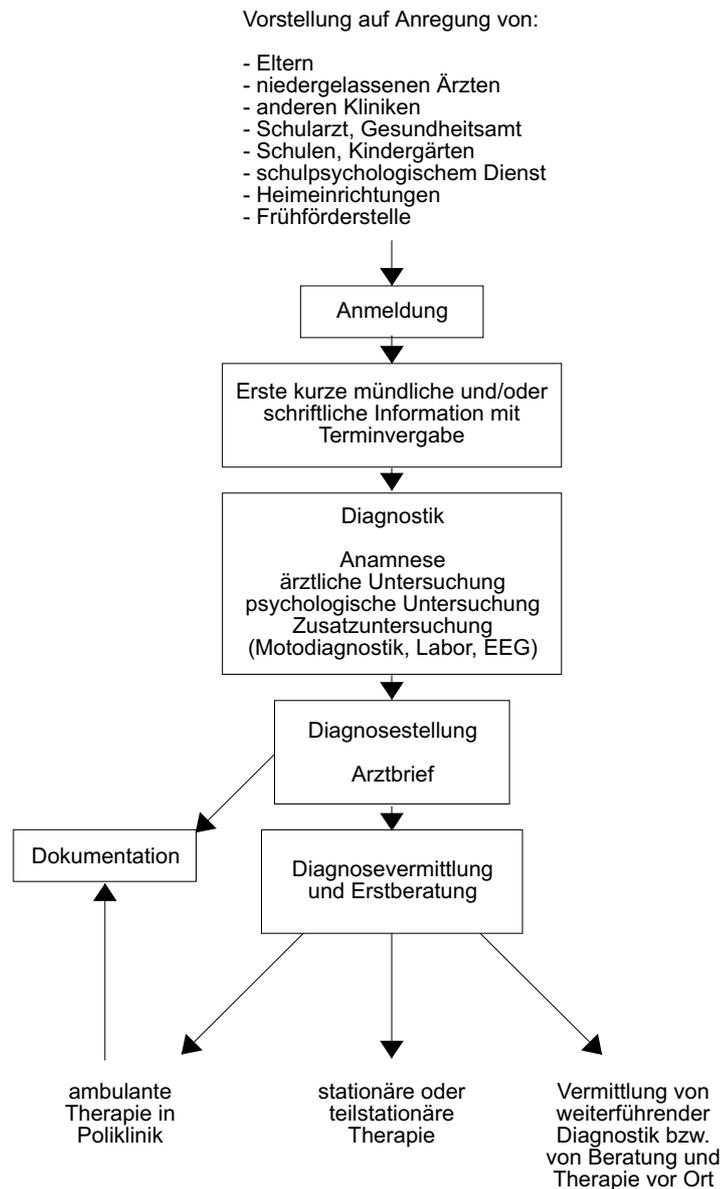


Abb. 5.1: Funktionsablauf in der Institutsambulanz und Poliklinik

5.1.4 Ärztlich-pädagogische Jugendhilfe

5.1.4.1 Aufbau der Einrichtung

Ärztlich-Pädagogische Jugendhilfe und Erziehungsberatungsstelle sind unter einem Dach vereinigt. Die Marburger Erziehungsberatungsstelle wurde am 1.5.1950 in drei Räumen der Uni-

versitäts-Nervenlinik in Betrieb genommen. Sie verdankt ihre Entstehung der Initiative von Professor Villinger, der nach dem Muster der Child Guidance Clinic die Beratungsstelle im Rahmen der Universitäts-Nervenlinik und ihrer Kinderabteilung anregte. Über den McCloy-Fund wurde in den ersten Jahren der Betrieb der Erziehungsberatungsstelle (damals unter der alleinigen Bezeichnung »Institut für ärztlich-pädagogische Jugendhilfe«) sichergestellt und der heute noch benutzte, 1952 eingeweihte Neubau errichtet.

Aus etatrechtlichen Gründen erfolgte später (1959) eine formale Trennung des im Universitätsrahmen verbleibenden Instituts für ärztlich-pädagogische Jugendhilfe und der von dem Verein für Erziehungshilfe getragenen Erziehungsberatungsstelle. Die Trägerschaft für das Institut verblieb bei der Universität. Seine heutige Bezeichnung ist »Ärztlich-pädagogische Jugendhilfe«. Der Trägerverein der Erziehungsberatungsstelle erhält die Betriebsmittel vom Hessischen Sozialministerium (Landesjugendamt), vom Landeswohlfahrtsverband Hessen und von den Gebietskörperschaften Stadt Marburg und Landkreis Marburg-Biedenkopf. Dem Verein für Erziehungshilfe e.V. Marburg gehören, neben einer Reihe von Privatpersonen, als juristische Personen die lokalen Gebietskörperschaften an.

5.1.4.2 Inhaltliche Ausrichtung und Aufgaben

Zum Aufgabenspektrum der Ärztlich-pädagogische Jugendhilfe gehören:

- a) Erziehungsschwierigkeiten, Verhaltensstörungen, Entwicklungsstörungen und Krisen, schulische Leistungsbehinderungen und Überforderungen, sowie Störungen im Zusammenleben mit der Familie zu diagnostizieren, um
- b) Eltern und andere Träger der Erziehung (Kindergarten, Schule, Jugendamt, Vormundschaftsgericht, Heime etc.) bzw. auch die betroffenen Kinder und Jugendlichen selbst zu beraten und gegebenenfalls die entwicklungsgefährdeten Kinder und Jugendlichen in ambulante Therapie zu übernehmen - oft in Gemeinschaft mit ihren Familien. Für die zur Universität gehörende Ärztlich-pädagogische Jugendhilfe liegt ein zusätzlicher Aufgabenschwerpunkt in
- c) der Lehre und Forschung, für beide Institutionen auch in der Öffentlichkeitsarbeit.

5.1.4.3 Struktureller Aufbau und Organisation von Ärztlich-pädagogischer Jugendhilfe

Die Ärztlich-pädagogische Jugendhilfe ist in den Räumlichkeiten von Haus 2 (Hans-Sachs-Str. 8) untergebracht.

Die personelle Besetzung gliedert sich z. Zt. folgendermaßen: 2 Psychologinnen (Teilzeit), 1 Sekretärin (ganztags) und ein Oberarzt als stellvertretender Leiter (in Teilzeit).

Die Anmeldung erfolgt telefonisch im Sekretariat.

5.1.4.4 Das diagnostische und therapeutische Angebot

Das diagnostische Angebot umfasst psychologische Untersuchungsverfahren (Entwicklungsdiagnostik, psychometrische Testung, Interaktionsbeobachtung, Familiendiagnostik etc.), ergänzt durch die diagnostischen Möglichkeiten der Klinik. Das Therapie- und Beratungsangebot gilt für:

- Familien
- Elternpaare
- Einzelpersonen (Elternteile, Kinder, Jugendliche)
- Gruppen (Elternguppen, Kinderspielgruppen, Jugendlichengruppen)

5.2 Klinische Stationen

Der stationäre Bereich der Klinik gliedert sich in drei Stationen:

- Station A: Psychiatrisch-psychotherapeutische Station mit 21 Betten
- Station B: Psychiatrische Intensivstation mit 10 Betten und 2 Mutter-Kind-Einheiten
- Station C: Neurologisch-psychosomatische Station mit 21 Betten

Die Stationen A und C werden »halboffen« geführt, die Station B kann bei Bedarf geschlossen geführt werden. Sie sind im Bettenhaus (Haus 3) untergebracht.

Die Klinik hat für den Landkreis Marburg-Biedenkopf im Jahr 1982 die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung übernommen. Der Versorgungsauftrag wurde 1995 auf den Landkreis Gießen und auf den Wetteraukreis erweitert. Die Versorgungsaufgabe der Klinik bezieht sich auf Patienten, die in den 3 Landkreisen wohnen und ihren gewöhnlichen Aufenthalt hier haben oder auf Personen ohne festen Wohnsitz, die in den 3 Landkreisen behandlungsbedürftig werden. Sie erstreckt sich auf Patienten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Patienten kommen freiwillig bzw. auf Wunsch der Eltern in die Klinik. Die Pflichtversorgung erstreckt sich aber auch auf Patienten, die durch Polizei und Ordnungsbehörden oder gerichtlich nach dem Gesetz über die Entziehung der Freiheit geisteskranker, geistesschwacher, rauschgift- oder alkoholsüchtiger Personen (HFEG) und im Rahmen von Pflegschaft und Betreuungen eingewiesen werden. Ausgenommen von unserer Aufnahmeverpflichtung sind Patienten, die im Rahmen des Maßregelungsvollzugs unterzubringen sind. Für den Maßregelvollzug gibt es jedoch in Hessen spezielle Betten.

Insgesamt werden pro Jahr ca. 250 Patienten neu aufgenommen, die Fallzahlen liegen zwischen 350 und 400. In den letzten Jahren ist die Behandlungsdauer gesunken.

Die zur Aufnahme kommenden Patienten sind z.T. in anderen Kliniken voruntersucht, ein kleinerer Teil wird aber auch ohne poliklinische Voruntersuchung nach Anmeldung beim Oberarzt der Stationen (Abschätzung der Aufnahmeindikation) direkt aufgenommen. Die Patienten kommen aus anderen Krankenhäusern, als Notfälle über die niedergelassenen Ärzte und schließlich von Institutionen wie Jugendämtern oder Heimen. Die Aufnahmeindikationen umfassen folgendes Spektrum: Psychosen, neurotische Störungen, psychosomatische Störungen, cerebrale Anfallsleiden mit zusätzlichen psychischen Störungen, cerebrale Schädigungen leichten Grades, hyperkinetisches Syndrom mit zusätzlichen psychischen Störungen, Entwicklungsrückstände unterschiedlicher Ausprägung, seltenere chronische neurologische Erkrankungen. Ein Aufgabengebiet insbesondere der Intensivstation sind soziale Störungen und Patienten mit einer forensischen Problematik. Aus dem neurologischen Krankheitsspektrum ausgenommen bleiben akute infektiöse und nicht-infektiöse akute neurologische Erkrankungen.

Für die ärztliche Leitung aller drei Stationen sind zwei Oberärzte zuständig. Auf den Stationen arbeiten Ärzte und Psychologen kooperativ zusammen, wobei jeweils nach Maßgabe der Störung entschieden wird, ob der Arzt oder der Psychologe federführend tätig wird. Die personelle

Ausstattung ist je nach Art und Schweregrad der Erkrankung unterschiedlich und richtet sich nach der Psychiatriepersonalverordnung, sofern diese umgesetzt werden kann.

Bei der Zuteilung der Fälle wird auf Übereinstimmung von Aufnahmediagnose und Sachkompetenz der Therapeuten geachtet. Sachliche Überschneidung bei der Betreuung einzelner Patienten ergeben sich aus Routineaufgaben des Arztes (internistische und neurologische Untersuchung aller Patienten) sowie des Psychologen (psychologische Testuntersuchung aller Patienten). Diese Personalausstattung ermöglicht eine entsprechend intensive Betreuung der Patienten sowie auch die Einbeziehung der Eltern. In der Regel erhalten die Patienten 2-3 Einzeltherapiestunden pro Woche. Von großer Bedeutung ist die Kooperation der einzelnen therapeutischen Bereiche untereinander, hier wird ein umfassendes Bild des Patienten gewonnen und ein koordiniertes Behandlungskonzept erstellt. Im pädagogisch-pflegerischen Bereich sind Mitarbeiter des Pflegedienstes in zwei Tagesschichten tätig. Die pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nehmen durchweg am Nachtdienst teil.

Die schulische Versorgung der Patienten wird durch die im Hause befindliche Schule für Kranke gewährleistet. Jeder Station ist eine Ergotherapeutin fest zugeordnet. Die Krankengymnastin versorgt die Patienten aller Stationen. Für die Sozialarbeit steht allen Stationen gemeinsam die halbe Stelle einer Sozialarbeiterin zur Verfügung. Auch auf diesem Sektor entspricht die Personalausstattung der Klinik noch nicht den Richtlinien der Psychiatriepersonalverordnung. Die Sozialarbeiterin berät die Eltern in sozialrechtlichen Fragen und übernimmt wesentliche Aufgaben bei der Vermittlung von Kindern und Jugendlichen in andere Institutionen (Heime, Internate, Kliniken).

5.3 Tagesklinik

Gefördert durch das Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung konnte der Neubau einer kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik mit 12 Behandlungsplätzen errichtet werden, die am 1.9.1984 ihre Tätigkeit aufnahm. Die Tagesklinik ist Bestandteil der Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie.

5.3.1 Organisatorische Struktur

Der *Versorgungsbereich* der Tagesklinik erstreckt sich auf die Stadt Marburg und den Landkreis Marburg-Biedenkopf mit ca. 250.000 Einwohnern, davon ca. 50.000 Kinder und Jugendliche im Alter von 0-17 Jahren. Er umfasst ein Gebiet mit einem Radius von ca. 35 km. Das *Transportproblem* ist zur Zeit so geregelt, dass die Patienten mit dem Taxi morgens gebracht und am späten Nachmittag abgeholt werden. Die Kosten werden, bei geringer Selbstbeteiligung, von den Krankenkassen übernommen. Mit den Krankenkassen wurde ein kostendeckender *Tagespflegesatz* vereinbart.

In einem mit dem stationären Bereich baulich verbundenen Neubau (Haus 4) stehen in einem oberen Geschoss folgende *Räumlichkeiten* zur Verfügung: eine Küche - auch als Lehrküche zu benutzen -, in der von den Patienten die Mahlzeiten gemeinsam eingenommen werden, zwei große Therapieräume, von denen der eine mit Werkbänken vor allem für die Ergotherapie vorgesehen ist. Des Weiteren stehen ein Gymnastikraum und ein Schulraum zur Verfügung. Die große Halle bietet die Möglichkeit zu Kommunikation und Entspannung. In der unteren Etage

befindet sich der Therapiebesprechungsraum, in dem auch die Familiengespräche durchgeführt werden, außerdem die heilpädagogische Übungsbehandlung. Die Therapeuten haben je einen kleinen Raum für Einzelgespräche, und es steht noch ein Spieltherapiezimmer zur Verfügung. In dem Außengelände gibt es neben der Möglichkeit zu sportlichen Aktivitäten ein abgetrenntes Stück Land, so dass sich die Patienten auch gärtnerisch beschäftigen können.

Das Behandlungsteam setzt sich aus Vertretern mehrerer sich ergänzender Fachdisziplinen zusammen: der *Stellenplan* umfasst jeweils ganze Stellen für einen Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, einen Diplom-Psychologen, eine Ergotherapeutin, eine Erzieherin und eine Kinderkrankenschwester. Außerdem je eine halbe Stelle für eine Sozialpädagogin, einen Krankengymnasten und eine Schreibkraft. Ein Oberarzt supervidiert die Arbeit.

Diagnostisch handelt es sich überwiegend um Auffälligkeiten im Sozialverhalten, meist verbunden mit emotionalen Störungen, oft in Kombination mit hirnorganisch bedingten Entwicklungsrückständen und/oder speziellen Symptomen wie Enuresis, Tics, Einnässen, Einkoten, Essstörungen. Anlass für Eltern oder Lehrer, die Kinder vorzustellen, sind oft Schulschwierigkeiten, meist kombiniert im Leistungs- und Verhaltensbereich. Die Patienten der Tagesklinik sind in der Mehrzahl zwischen 5 und 14 Jahre alt, während ältere Jugendliche die stationäre Behandlung vorziehen. Bei der Gruppe der Vorschulkinder fanden sich überwiegend multiple Entwicklungsrückstände im sprachlichen, motorischen, sozialen und emotionalen Bereich.

5.3.2 Konzept

Vor der Aufnahme in die Tagesklinik wird nach sorgfältiger Diagnostik die Indikation zur teilstationären Behandlung gestellt. Nach einer Zeit der Verhaltensbeobachtung wird nach symptombezogenen und psychodynamischen Gesichtspunkten ein Therapieplan aufgestellt, der verschiedene therapeutische Ansätze integriert und abgestimmt ist auf Alter und Entwicklungsstufe des Patienten.

Besonders zu Anfang stehen *individuumzentrierte* und störungsspezifische Therapiemethoden im Vordergrund. Dabei kommen folgende Behandlungsverfahren zur Anwendung:

- psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (tiefenpsychologisch orientierte Einzel- und Gruppentherapie, Spieltherapie, Verhaltensmodifikation, kreative Therapieansätze)
- spezielle verhaltenstherapeutische Verfahren unter Einbeziehung kognitiver Ansätze
- gruppentherapeutische Verfahren
- heilpädagogische und funktionelle Übungsbehandlung (spezielle Angebote für Teilleistungsschwächen wie z.B. Legasthenie- und Wahrnehmungsstörungen; Sprachförderung)
- Ergotherapie, einzeln und in Gruppen
- Krankengymnastik (Funktionstraining, Entspannungs- und Körperwahrnehmungsübung, Rhythmik)

Nach den bisherigen Erfahrungen sind die Patienten bei Aufnahme kaum gruppentauglich. Häufig sind sie sehr expansiv, aggressiv und hypermotorisch. So wurde die Gesamtgruppe von 12 Kindern in Kleingruppen aufgeteilt. Mit zunehmender Gruppenfähigkeit liegt der Schwerpunkt der Behandlung dann auf den *Gruppenaktivitäten*, wobei es um das Erlernen von sozialen Verhaltensweisen und Integration in die Gruppe geht.

Weiterer Behandlungsschwerpunkt ist die Einbeziehung der *Familie* in die Behandlung des Kindes. Diese kann in Form von Elternberatung, Elterntraining oder Familientherapie erfolgen.

Eine sehr wichtige Funktion im therapeutischen Prozess hat die *Klinikschule*. Mit den Lehrern der Klinikschule erfolgt intensive Zusammenarbeit in einer regelmäßigen wöchentlichen Besprechung und Einzelabsprachen nach Bedarf. Aber auch mit den Herkunftsschulen besteht eine enge Kooperation.

5.3.3 Tagesablauf

Die Kinder und Jugendlichen halten sich von 8.00 Uhr bis 16.30 Uhr jeweils von Montag bis Freitag - auch in den Ferien - in der Tagesklinik auf. Nach einem gemeinsamen zweiten Frühstück besuchen die schulpflichtigen Kinder die Klinikschule. In dieser Zeit liegt der Schwerpunkt der Behandlungsaktivitäten für die Vorschulkinder. Mittags wird gemeinsam gegessen. Am Nachmittag haben die Patienten einen festgelegten Plan für Gruppenbeschäftigung, Einzelübungsbehandlungen, Einzeltherapie und Familiengespräche. Jedem Patienten ist ein *Einzelbetreuer* zugeordnet, der besonderer Ansprechpartner für ihn ist. Dieser hält zusammen mit dem Therapeuten Kontakt zu Schule und Behörden wie Jugendamt und Arbeitsamt. Er nimmt an Eltern- oder Familiengesprächen teil und führt für den jeweiligen Patienten eine schriftlich niedergelegte Verhaltensbeobachtung durch.

In der wöchentlich stattfindenden *Therapiebesprechung*, an der auch der Oberarzt teilnimmt, werden im Turnus für jedes Kind die Therapieziele festgelegt und ein *Therapieplan* aufgestellt. Dieser bietet im Verlaufe der Behandlung ein gestuftes und strukturiertes Programm an, welches auf die Anforderungen und Anpassungsleistungen der Patienten abgestimmt ist. Ebenfalls wöchentlich wird eine Organisationsbesprechung abgehalten, in der es um Planung der Gruppeneinteilungen, aber auch inhaltliche Gestaltung der Gruppen- und Einzelarbeit geht.

Frühzeitig werden auch Überlegungen bezüglich der *Nachbetreuung* angestellt. Dabei werden die Patienten möglichst an die zuweisenden Institutionen zurücküberwiesen. Zu ihnen wird auch während der tagesklinischen Behandlung Kontakt gehalten. Wenige Patienten wurden von den Therapeuten der Tagesklinik selbst weiterbetreut, was jedoch schnell seine Grenzen in deren Therapie-Kapazität findet.

5.4 Einrichtungen für die gesamte Klinik

5.4.1 Familienambulanz

Die Familienambulanz wurde im Jahr 1980 neu eingerichtet. Sie wird von Herrn Prof. Dr. Mattejat geleitet. Im Rahmen der Familienambulanz können bei Patienten der Poliklinik und der Klinik familiendiagnostische Untersuchungen und Familientherapien durchgeführt werden. Hierzu stehen speziell für diesen Zweck ausgestattete Räume und technische Möglichkeiten (Video-Technik) zur Verfügung.

Eine familiendiagnostische Untersuchung umfasst eine bis höchstens zwei Stunden. Sie besteht aus einem gemeinsamen Familiengespräch mit dem Patienten, seinen Eltern, teilweise auch weiteren Familienangehörigen, und aus ergänzenden Einzeluntersuchungen z.B. mit Fragebogenverfahren oder Tests. Eine solche Diagnostik ist natürlich nicht bei allen Patienten notwendig und könnte schon alleine aus Zeitgründen nicht bei allen Patienten durchgeführt werden. Die Indikation zur Durchführung einer familiendiagnostischen Sitzung wird von den Ärzten und Psychologen der Poliklinik und Klinik gestellt. Die Familienambulanz wird besonders

dann in Anspruch genommen, wenn die familiären Beziehungen schwer zu überblicken sind oder wenn die Zusammenarbeit mit der Familie ungewöhnlich kompliziert erscheint. Die Gesprächsführung ist strukturiert, d.h., es werden in der Regel die folgenden Themenbereiche besprochen:

- 1) Vorbehandlungen und Zuweisungsentscheidung,
- 2) Symptomatik, Erleben und Verhalten des Patienten,
- 3) Reaktionen und Einstellungen der Eltern, der anderen Familienmitglieder und der weiteren Umwelt in bezug auf die berichteten Auffälligkeiten des Patienten,
- 4) Familienbeziehungen und sonstige familiäre Probleme etc., die nicht unmittelbar mit der Symptomatik zusammenhängen,
- 5) Vorstellungen über Bewältigungs- oder Lösungsmöglichkeiten für die anstehenden Probleme
- 6) Vorstellungen zum weiteren Vorgehen, speziell zu den Therapievorstellungen der Familie.

Das Ziel des familiendiagnostischen Untersuchungsganges besteht darin, einen Baustein zur Indikationsstellung und Therapieplanung zu liefern, d.h., eine fundierte Entscheidung darüber zu ermöglichen, welche Therapieform angezeigt ist, ob sie in Kombination mit anderen Maßnahmen durchgeführt werden soll, in welchem Setting und in welcher Häufigkeit die Sitzungen stattfinden sollen.

Familientherapien werden überwiegend ambulant durchgeführt, sie finden aber auch parallel zur stationären Einzelbehandlung des Patienten statt. Bei stationären Patienten verlagert sich häufig der Schwerpunkt der Therapiemaßnahmen im Verlaufe der Behandlung: Während zunächst die Einzeltherapie im Vordergrund steht, rückt gegen Ende des stationären Aufenthaltes und in der Nachbetreuung die Zusammenarbeit mit der Familie in den Vordergrund. Setting, Sitzungshäufigkeit und methodischer Schwerpunkt der Familienberatungen und -behandlungen sind nicht von vorneherein festgelegt, sondern werden so weit wie möglich auf den individuellen Fall abgestimmt. Die angewandten Methoden sind vielfältig; zu ihnen zählen einerseits Therapietechniken, die sich direkt auf die Interaktion in den Familiensitzungen richten (familienterapeutische Gesprächstechniken, nichtverbale bzw. aktionale Methoden), und andererseits Methoden, die auf die Familieninteraktion zwischen den Sitzungen abzielen. Bei letzteren handelt es sich um Anweisungen (Ratschläge, »Verträge«, »Verschreibungen«), die der Therapeut der Familie mit nach Hause gibt. Bei der Vielfalt der methodischen Möglichkeiten ergibt sich die innere Einheitlichkeit der familientherapeutischen Betreuung aus den zugrundeliegenden Therapieprinzipien, die wir durch die Stichworte »Transparenz«, »Perspektivität/Allparteilichkeit«, »Empathie«, »Positive Entwicklungsorientierung« kennzeichnen.

5.4.2 Betreuung von Epilepsiekranken im Rahmen einer anerkannten Epilepsieambulanz

Im Rahmen der Institutsambulanz werden als besonderer Schwerpunkt anfallsranke Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr behandelt. Vielfach handelt es sich um Patienten, bei denen neben dem Anfallsleiden besondere psychische oder familiäre Probleme vorliegen. Alle notwendigen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sind gegeben. Zu ihnen gehören spezielle EEG-Untersuchungen, einschließlich Langzeitableitungen, eine differenzierte neuropsychologische Diagnostik, die Durchführung regelmäßiger Blutspiegelbestimmungen in

Zusammenarbeit mit der Neurologischen Klinik sowie die zeitweise Mitarbeit eines Sozialarbeiters. Die Betreuung der Epilepsiepatienten ist fachlich in die Institutsambulanz integriert und befindet sich auch in deren Räumlichkeiten.

5.4.3 Ergo- und Arbeitstherapie

Im Erdgeschoss des Westflügels von Haus Bethanien (Haus 5) ist die Ergo- und Arbeitstherapie eingerichtet. Die beschäftigungstherapeutische Abteilung besteht aus 2 Behandlungsräumen (1 Werkraum, 1 Mehrzweckraum), einer Übungsküche und einem separaten Übungsraum. Als Ergänzung und Ausweichmöglichkeit bei schlechtem Wetter, besonders aber für die intensivere Behandlung ohne Störfaktoren und ohne die Mühe eines längeren Weges, steht im Bettenhaus ein weiterer Raum zur Verfügung. Dieser Raum wird vorwiegend für Einzelbehandlungen und die Therapie von jüngeren Kindern und weniger belastungsfähigen Patienten genutzt. Bei besonderer Problematik wie Selbstgefährdung und Fluchtgefahr findet die Behandlung auf den Stationen statt. Die Aufgaben teilen sich ein Therapeut und eine Therapeutin, die jeweils einer Station zugeordnet sind. Die Patienten der dritten Station betreuen sie gemeinsam. Hinzu kommen jeweils für die Dauer ihres Ausbildungsabschnittes 1-2 Schüler der Fachschule für Ergo- und Arbeitstherapie der Medizinalschulungseinrichtung Marburg. Ferner sind 1-2 Stellen für Praktikanten eingerichtet.

Nach bisherigen Erfahrungen in der Klinik läßt sich die Ergotherapie als Angebot für den Patienten beschreiben, auf weitgehend selbständige Weise Möglichkeiten für sich zu entdecken

- bei der Vorbereitung und Durchführung mehrteiliger Aufgaben in handwerklich-gestalterischen Techniken;
- beim Entdecken und Wiederauffinden von Fähigkeiten im senso-motorischen Bereich;
- bei der Entwicklung und Förderung von Fertigkeiten im persönlichen Umfeld; bei der Verselbständigung hinsichtlich individueller und häuslicher Aufgaben und im sozialen Verhalten.

Vorrangige Aufgabe ist dabei die Ich-Stärkung. Die Ergotherapie versteht sich als Übungsfeld, in dem der Patient seine gesunden Persönlichkeitsanteile einsetzen kann. Sie ist ganz besonders wichtig für die Patienten, die aufgrund der Schwere ihrer Störung keine Schule bzw. kein Praktikum besuchen können, z.B. für akut psychotische Patienten.

Ergotherapie erfolgt auf Anweisung des Arztes und ist in den Klinikablauf eingebettet. Durch regelmäßige Teilnahme an Visiten und Stationsbesprechungen ergibt sich ein intensiver Austausch mit allen am Behandlungsplan beteiligten Mitarbeitern. Rückmeldungen über Verlauf und Erfolg der Beschäftigungstherapie führen in gemeinsamer Entscheidung zu neuen Zielab-sprachen und aktuellen Vorgehensweisen.

Durch die Festlegung auf 2-3 Termine pro Woche erhält die Ergotherapie den Charakter einer vorübergehenden Erfahrungschance mit den Möglichkeiten zu eigener Gestaltungsarbeit der Patienten an sich und zur Übertragung der gewonnenen positiven Erfahrungen auf andere Bereiche. Durch Schaffen einer verlässlichen Umgebung wird versucht, die Patienten in ihrem Bemühen zu unterstützen, ihre eigene Befähigung zu entdecken und weiterzuentwickeln.

Für die Umsetzung ihrer Aufgaben setzt die Ergotherapie folgende *Behandlungsformen* an:

- Einzeltherapie bei geringerer Belastbarkeit, leicht erregbaren Patienten, besonderer Schutzbedürftigkeit, mit vermehrter Hilfestellung.
- Behandlung in Gruppen mit unterschiedlicher Teilnehmerzahl (bevorzugte Anzahl 2-3 Patienten, maximal 5-6 Patienten pro Therapeut), jeder arbeitet für sich an selbstgewählter Aufgabe.
- Gruppenprojekte mit gemeinsamer Aufgabenstellung in kooperierender Absicht, Teilaufgaben für jeden einzelnen.
- Arbeitstherapeutische Einheiten mit vorgegebenen Zielen, größtmöglicher Eigenkontrolle, längerer Belastungszeit in Anlehnung an Aufgabenstellungen und Normen in Industrie, Gewerbe oder Handwerk.

Der bisherige Aufbau der Abteilung und die Erfahrung mit den Patienten haben die Auffassung bestätigt, dass die Ergotherapie eine Plattform für eine realitätsnahe, situationsentsprechende und personenbezogene Behandlung innerhalb unserer Klinik anbieten kann. Ihre Aufgabenstellung und Zielsetzung hängen vom rehabilitativen Gesamtkonzept ab. Das Therapieangebot ist weit gefächert; neben Malen und einfacheren Bastelarbeiten wird Seidenmalerei, Töpfern, Korbflechten, Modellieren mit Gips, Holz- und Sägearbeit und vieles andere mehr durchgeführt. Ein Teil dieser Arbeiten wird auf unserem jährlichen Weihnachtsbasar ausgestellt und kann von Besuchern der Klinik gegen eine kleine Spende erworben werden.

5.4.4 Krankengymnastik und Mototherapie

Die Räume der Krankengymnastik befinden sich im Erdgeschoss der Klinik. Dort stehen ein Turnraum und ein Behandlungs- und Büroraum zur Verfügung. Im Sommer besteht die Möglichkeit, auf eine Wiese vor dem Haus oder auf einen hinter dem Haus liegenden Ballspielplatz auszuweichen.

Die Krankengymnastik-Abteilung betreut Kinder und Jugendliche der drei Stationen sowie ambulante Patienten. Darüber hinaus werden im Rahmen der poliklinischen Untersuchungen diagnostische Aufgaben übernommen. Stellenmäßig ist die Krankengymnastikabteilung mit einer ausgebildeten Krankengymnastin besetzt. Die Krankengymnastin nimmt an den wöchentlichen Chefvisiten der drei Stationen teil.

Das Aufgabengebiet der Krankengymnastik gliedert sich in folgende Bereiche:

1. *Motodiagnostik*

- a) KTK (Körperkoordinationstest)
- b) MOT (Motorik-Test)
- c) LOS KF 18 (Lincoln-Oseretzky-Skala)
- d) Kontrolle der Wahrnehmungsfähigkeit
- e) Überprüfung der Raum- und Körperorientierung

2. *Körpererfahrung für Patienten mit Anorexia nervosa und Bulimie*

Die Körpererfahrung wird in Einzel- und Gruppenbehandlung durchgeführt. Das Ziel dieser Arbeit ist, ein verfeinertes Körpergefühl und Körperbewusstsein zu vermitteln. Das positive Erleben der körpereigenen Funktionen und Kräfte z.B. durch Körperschemaübungen ist für den gesamten therapeutischen Verlauf dieser Erkrankungen von großer Bedeutung.

3. *Psychomotorische Übungsbehandlung*

Hierunter fallen Kinder mit folgenden Auffälligkeiten: erhöhte Ablenkbarkeit, Reizbarkeit, Hyperaktivität (Bewegungsunruhe) und Aggressivität. Auch bei Krankheits- und Störungsbildern wie Autismus, minimale cerebrale Dysfunktion und Legasthenie hat sich die psychomotorische Übungsbehandlung mit Erfolg bewährt. Die Befundaufnahme des Leistungsstandes der Funktionen in den einzelnen Entwicklungsbereichen (Körper-, Hand- und Sprachmotorik sowie akustische und optische Wahrnehmung) ist dafür erforderlich. Die Aktivierung verzögerter Sinnes- und Bewegungsfunktionen über lustbetonte Übungsreize hat eine positive Rückwirkung auf das gesamte Entwicklungsgeschehen.

4. *Entspannungstechniken*

Entspannungstechniken werden ebenfalls für Patienten durchgeführt, die an der Körpererfahrungsgruppe teilnehmen. Zudem haben sich die verschiedenen Entspannungstechniken, wie z.B. Jacobson-Muskelentspannung, Atemübungen oder Dehnlagen bei Störungsbildern wie Zwangs- und Angststörungen oder allgemeiner körperlicher Anspannung oder Unruhe bewährt.

5. *Gruppen- und Einzelsport*

Um dem Bewegungsbedürfnis aller Patienten gerecht zu werden, wird täglich Gruppensport für Mädchen und Jungen getrennt durchgeführt.

6. *Haltungsbefunde und Haltungsturnen*

Wird bei Kindern und Jugendlichen mit Haltungsschäden oder Haltungsschwächen durchgeführt.

7. *Bewegungsbad*

Schwimmen für Patienten, die keine Möglichkeit haben, in ein öffentliches Schwimmbad zu gehen, oder die davor Angst haben, sich im Wasser zu bewegen.

8. *PNF (Proprioceptive Muskuläre Facilitation)*

Hierbei handelt es sich um eine Übungsmethode, um eine bestimmte, unter Umständen geschwächte Muskulatur „aufzutrainieren“.

5.4.5 Neurophysiologie (EEG-Labor)

Die EEG-Untersuchung ist fester Bestandteil der neurologischen und neuropsychiatrischen Diagnostik in der Poliklinik und im stationären Bereich.

Organisatorisch ist der EEG-Bereich in die Poliklinik und Institutsambulanz integriert. Alle heute standardmäßig angewandten EEG-Untersuchungsmethoden sind durchführbar. Bei besonderen Fragestellungen werden Ableitungen nach Schlafentzug durchgeführt. Für speziellere Fragestellungen ist das neuropsychologische Labor ausgerüstet, in welchem auch quantitative EEG-Analysen möglich sind (siehe Abschnitte 5.4.6 bzw. 8.1.3).

5.4.6 Neuropsychologisches Labor

Das neuropsychologische Labor ist im Haus Bethanien (Haus 5) untergebracht. Es dient der ergänzenden Diagnostik insbesondere bei Patienten mit Teilleistungsstörungen und anderer Symptomatik, die Defizite bei Aufmerksamkeit und Konzentration vermuten lässt. Eine ausführliche Beschreibung findet sich in Abschnitt 8.1.4.

In die Routinediagnostik hat hauptsächlich die Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP) der Firma Psytest Psychologische Testsysteme Eingang gefunden. Hier liegen zu fast allen Untertests auch Normen für Kinder vor. Darüber hinaus werden im Einzelfall Computertests aus dem Programm des Hogrefe Testsystems durchgeführt.

5.4.7 Psychopharmakologie- und Neurotransmitter-Labor

Das neuropsychopharmakologische Labor wurde zur Durchführung eines therapeutischen Drug-Monitorings im Rahmen der Behandlung von Kindern und Jugendlichen etabliert. Es dient zur Optimierung der Arzneimittelsicherheit bei psychiatrisch kranken Kindern und Jugendlichen. Das Labor bietet die Möglichkeit, anhand von Serumspiegelbestimmungen für Clozapin und seine beiden Hauptmetaboliten - N-Desmethylozapin und Clozapin-N-Oxid – sowie des Neuroleptikums Olanzapin und seiner Metabolite die Behandlung therapierefraktärer schizophrener Psychosen sicherer zu gestalten.

Die Serumspiegelbestimmung von Clozapin und Olanzapin sowie deren Metabolite

Zur Bestimmung von Clozapin-Plasmaspiegeln wurden bisher verschiedene HPLC-Methoden mit UV-Detektion beschrieben. Diese beinhalten jedoch alle eine mehr oder weniger zeit- und arbeitsaufwendige Extraktion - ein Nachteil, der diese Methoden für die klinischen Anforderungen eines Arzneimittel-Monitorings als nur bedingt geeignet erscheinen lässt. Für die gleichzeitige Miterfassung der beiden bekannten Metaboliten Clozapin-N-Oxid und N-Desmethyl-Clozapin, für die eine antipsychotische Wirkung diskutiert wird, liegt uns eine HPLC-Bestimmungsmethode vor, die ebenfalls mit erheblichem Aufwand in der Extraktion einhergeht. Das von uns gewählte Vorgehen zur Bestimmung von Clozapin und seiner Hauptmetaboliten im Serum basiert auf einer eigens entwickelten HPLC-Methode mit elektrochemischer Detektion bei Direktinjektion nach Fällung auf eine RP-Select B Säule. Diese HPLC-Methode hat sich in unserem Labor, bei einer sehr einfachen Handhabung der Probenaufarbeitung, auch in der täglichen Routine als akkurat und präzise bewährt.

Mit einer ähnlichen Methode werden im Rahmen der klinischen Routine Olanzapin-Serumspiegel bestimmt. Parallel zur Entwicklung der Bestimmung von Clozapin und Olanzapin wurden im neuropsychopharmakologischen Labor Methoden zur Messung der Plasmaspiegel der biogenen Amine Noradrenalin, Adrenalin, Dopamin und Serotonin sowie von MHPG als Hauptmetaboliten des zentralen und peripheren noradrenergen Stoffwechsels, etabliert.

Aufbau des Labors

Eine Besonderheit des Labors besteht in der Ankopplung der HPLC-Anlage an das Rechnernetz der Klinik. Über ein »Satellite-Interface« (SAT/IN) und das »Laboratory Communication Equipment (LAC/E)« sind die HPLC-Module an das Ethernet-Netzwerk angeschlossen. Die anfallenden Meßdaten werden gesammelt und über das Netz auf einen Plattenspeicher des VAX-Clusters übertragen. Eine auf den Micro-VAX-Systemen des Rechnerclusters installierte

Software (Waters Expert Ease) ermöglicht die Systemsteuerung sowie Integration, Kalibrierung, Berichtsdruck, Methodendokumentation und Systemverwaltung und bietet Schnittstellen zu anderen Anwendungen. Die Datenaufnahme und Systemsteuerung kann von nahezu allen Terminals und PCs im Netzwerk überwacht werden.

5.4.8 Dokumentation und Datenverarbeitung

Unverzichtbarer Bestandteil der Krankenversorgung ist inzwischen die Patienten- und Befunddokumentation geworden. Aus der in Berlin 1976 entwickelten Basisdokumentation ist eine umfangreiche Dokumentation von Patienten, Befunden und Leistungen entstanden.

Die Dokumentation wird für jeden Patienten, der in einem der Bereiche der Klinik neu aufgenommen wird, durch den behandelnden Arzt oder Psychologen ausgefüllt. Das Dokumentationsystem wurde erweitert durch die Dokumentation der Videoaufnahmen und regelmäßige Informationen für das Archiv.

Weitere Erläuterungen zu diesem Bereich finden sich in den Abschnitten 8.1.1 und 8.1.2.

5.4.9 Qualitätssicherung

Der Bereich der Qualitätssicherung bildet einen weiteren Schwerpunkt der Forschungs- und Entwicklungsarbeit, die in der Klinik betrieben wird. Wichtige Teilbereiche der Qualitätssicherung sind

- die Basisdokumentation, einschließlich Dokumentation soziodemographischer Daten, Daten zur Psychopathologie und Dokumentation der Diagnosen,
- die Leistungsdokumentation
- und die systematische Erfassung der Therapiezufriedenheit bei allen Patienten, die in der Klinik behandelt wurden.

Im Berichtszeitraum wurden mehrere Projekte durchgeführt, die sich speziell mit der Weiterentwicklung von Methoden zur Qualitätssicherung und zur Therapieevaluation beschäftigt haben. Ein wichtiger weiterer Baustein der Qualitätssicherung ist die Evaluation der Behandlungen durch systematische Nachuntersuchungen und durch katamnestische Erhebungen. Die in diesem Bereich durchgeführten Projekte wurden zum Teil durch Drittmittel finanziert.

5.4.10 Sozialdienst

Von den am Zentrum für Nervenheilkunde bestehenden Sozialarbeiterstellen steht der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Stelle zu. Die zuständige Sozialarbeiterin nimmt an den wöchentlichen Chefvisiten auf allen drei Stationen teil und ist somit stets über aktuelle Entwicklungen informiert. Das Aufgabengebiet der Sozialarbeiterin umfasst im wesentlichen die außerfamiliäre Unterbringung von Patienten, d.h. die Vermittlung von Heimen, therapeutischen Einrichtungen, Pflegestellen und Rehabilitationsmaßnahmen sowie die in diesen Fragen erforderliche Beratung der Eltern. Die Sozialarbeiterin hat einen großen Teil der Einrichtungen selbst besichtigt und kann durch ihre eigenen Erfahrungen mit den Institutionen einen bedeutenden Beitrag dazu liefern, die Nachsorge für unsere Patienten zu verbessern. Die Kooperation

mit Ämtern und Behörden wie z.B. Jugend- und Sozialämtern bildet einen weiteren Schwerpunkt der Arbeit und stellt eine große Entlastung für die zuständigen Therapeuten dar.

5.5 Schule für Kranke

Die Schule für Kranke am Klinikum der Philipps-Universität Marburg, ist zwar räumlich in die Klinik integriert, aber organisatorisch unabhängig von der Klinik. Daher erfolgt eine Beschreibung der Aufgaben der Schule für Kranke in Abschnitt 9.1.

6 Leistungen in der Krankenversorgung

6.1 Leistungsdaten 2004 und 2005 aus der Verwaltung

Zum stationären Bereich:

Die Zahl der Planbetten im stationären Bereich beträgt 52. Tab. 6.1 zeigt die Fallzahlen für die Jahre 2004 und 2005. Die Bettenausnutzung betrug 89,6% und 91,1% bei einer Gesamtzahl von 393 (im Jahr 2004) und 376 (im Jahr 2005) Fällen. Bei einer Ausnutzung von 85% wird bekanntlich im Allgemeinen eine Vollbelegung registriert.

<i>Stationärer Bereich (Klinik)</i>	<i>Jahr</i>	
	<i>2004</i>	<i>2005</i>
52 Planbetten		
Anzahl der Fälle	393	376
Durchschnittlich belegte Bettenzahl	46,6	47,4
Bettenausnutzung in %	89,6	91,1

Tab. 6.1: Stationäre Fälle im Berichtszeitraum

Zum teilstationären Bereich (Tagesklinik):

In der Tagesklinik besteht eine Behandlungskapazität von 12 Plätzen. Aus Tab. 6.2 wird ersichtlich, dass in den beiden Berichtsjahren eine 100%ige Platzausnutzung (mit 100,6% bzw. 100,4%) erreicht wurde. Diese Zahlen spiegeln wider, dass die teilstationären Behandlungsplätze sehr begehrt sind, wobei sich dieser Umstand auch darin äußert, dass die Wartezeiten auf einen Therapieplatz relativ lang sind.

<i>Teilstationärer Bereich (Tagesklinik)</i>	<i>Jahr</i>	
	<i>2004</i>	<i>2005</i>
12 Plätze		
Anzahl der Fälle	31	32
Durchschnittlich belegte Plätze	12,1	12,0
Platzausnutzung in %	100,6	100,4

Tab. 6.2: Teilstationäre Fälle im Berichtszeitraum

Zum ambulanten Bereich:

Im Jahr 2004 sind 2397 Fälle vorgestellt worden (Erstvorstellungen bezogen auf das Quartal) und es fanden 2546 Wiederholungsvorstellungen statt, in 2005 waren es 2128 Erst- und 2518 Wiederholungsvorstellungen. Diese Zahlen schließen die in 2004 eröffnete Institutsambulanz in Bad Nauheim ein.

<i>Ambulanter Bereich (Poliklinik, Institutsambulanz)</i>	<i>Jahr</i>	
	<i>2004</i>	<i>2005</i>
Erstvorstellungen	2397	2128
Wiederholungsvorstellungen	2546	2518
Gesamt	4943	4646

Tab. 6.3: Ambulante Fälle im Berichtszeitraum

6.2 Auswertung der Basisdokumentation

6.2.1 Übersicht

Zum 1.1.2004 wurde der Dokumentationsmodus umgestellt (siehe 8.1.1). Nur noch neu aufgenommene Patienten werden einmalig in der jeweiligen Einrichtung dokumentiert. Die Zahl der Dokumentationen ist dadurch deutlich gesunken.

Basis für die Auswertung der demographischen Daten waren alle Dokumentationen, für alle anderen Auswertungen wurden nur vollständig dokumentierte Fälle zugrunde gelegt, d.h. Fälle, für die eine vollständige Anamnese und Diagnostik durchgeführt wurde (siehe Tab. 6.4).

<i>Gesamtzahl der dokumentierten Patienten</i>	<i>Jahr</i>	
	<i>2004</i>	<i>2005</i>
Klinik (stationär)	267	251
- davon vollständig	222	220
Tagesklinik (teilstationär)	28	22
- davon vollständig	28	21
Ambulanz (Poliklinik und Institutsambulanz)	892	903
- davon vollständig	789	805

Tab. 6.4: Dokumentierte Fälle (Patienten) im Berichtszeitraum

Die Gesamtzahlen bei den Einzelauswertungen können aufgrund fehlender Angaben niedriger sein, als in Tab. 6.4 angegeben.

Im Rahmen der »Basisdokumentation« werden, neben demographischen Daten, unter anderem auch Angaben zur Anamnese, zur Symptomatik und Diagnose sowie zum Behandlungsverlauf festgehalten (vgl. Abschnitt 8.1.1 - Dokumentation). In den folgenden Abschnitten werden einige Auswertungsergebnisse auf der Grundlage dieser Dokumentation dargestellt. Im Berichtszeitraum wurde für die Dokumentation der Diagnosen durchgängig die ICD 10 bzw. das multiaxiale Klassifikationsschema von Remschmidt, Schmidt und Poustka (4. Aufl., 2001) zugrunde gelegt.

Die Daten werden für die folgenden Funktionsbereiche getrennt dargestellt.

- Klinik: stationärer Bereich (3 Stationen)
- Tagesklinik: teilstationärer Bereich
- Ambulanz: Poliklinik und Institutsambulanz

6.2.2 Ergebnisse für das Jahr 2004

6.2.2.1 Demographische Daten

Abb. 6.1 bis 6.3 zeigen die Verteilung von Alter und Geschlecht der Patienten in den verschiedenen Teilbereichen für das Jahr 2004. In Klinik und der Ambulanz sind bei den Kindern bis 10 Jahren die Jungen deutlich überrepräsentiert. Dies erklärt sich aus der generellen Altersverteilung psychischer Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (nach der Pubertät nimmt eine Reihe von psychischen Störungen bei Mädchen zu). In der Altersgruppe von 14 -18 Jahren sind im stationären Bereich Mädchen deutlich häufiger vertreten. Dies ergibt sich aus den stationären Behandlungsschwerpunkten; so sind z.B. Patientinnen mit neuroti-

sehen Störungen im stationären Bereich sehr stark vertreten. In den Abbildungen ist außerdem ein typisches Altersprofil für jede Teileinrichtung zu erkennen. Die Ambulanz hat den Schwerpunkt bei den unter 15-jährigen, die Tagesklinik bei den unter 10-jährigen, während im stationären Bereich über 79% der Patienten im Alter von 12 bis einschließlich 18 Jahre waren.

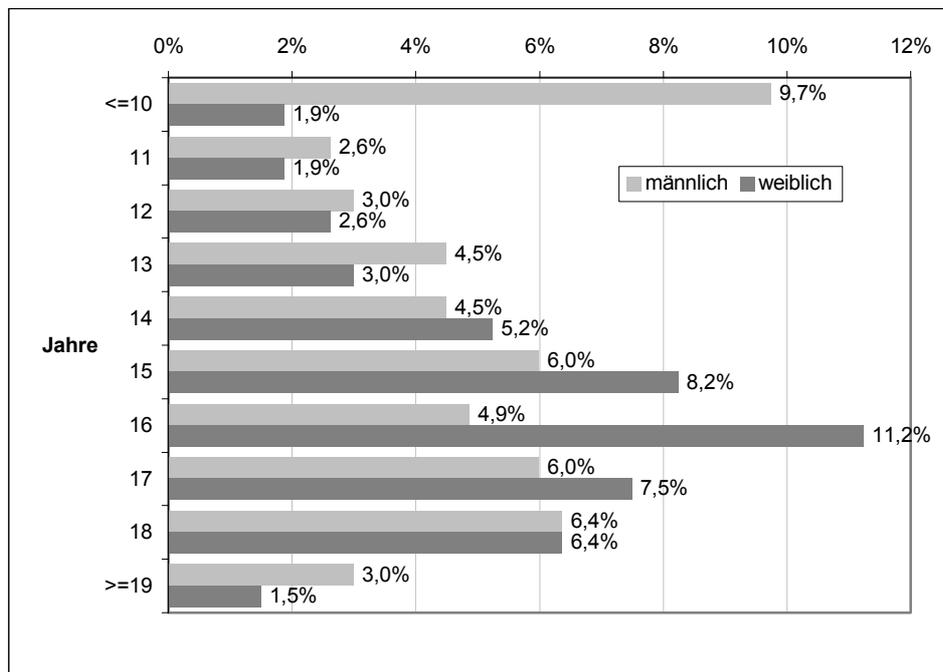


Abb. 6.1: Alter bei Aufnahme – Klinik (N=222) für das Jahr 2004

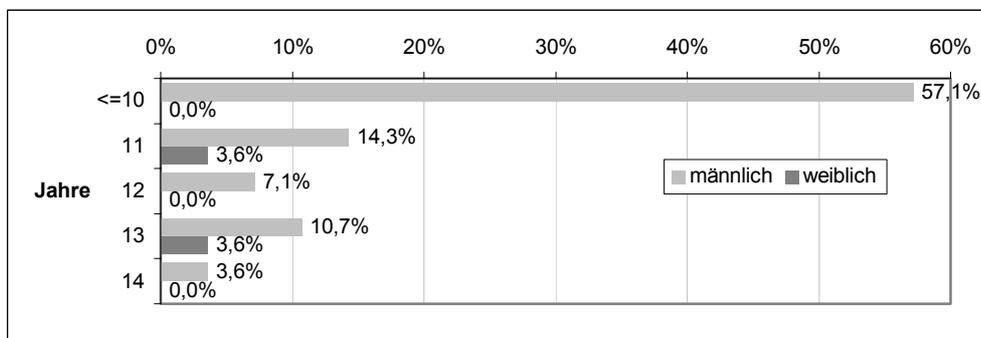


Abb. 6.2: Alter bei Aufnahme - Tagesklinik (N=28) für das Jahr 2004

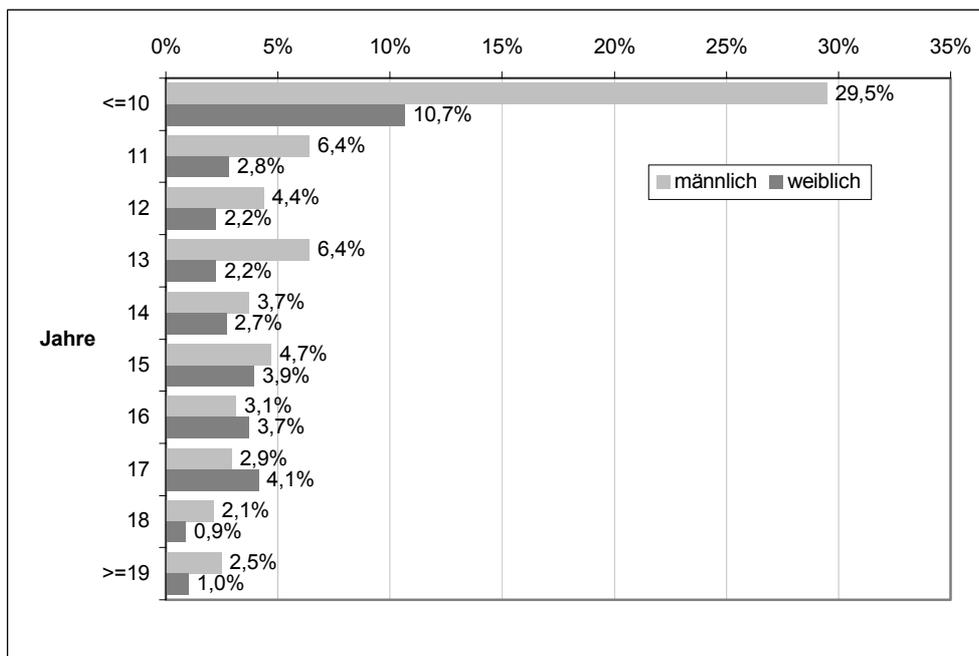


Abb. 6.3: Alter bei Aufnahme: Ambulanz (N=789) für das Jahr 2004

Die regionale Herkunft der Patienten verdeutlicht die Abb. 6.4. Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Philipps-Universität Marburg hat eine Aufnahmepflicht für »Notfälle« der Landkreise Marburg-Biedenkopf, Gießen und des Wetteraukreises. Das Pflichtaufnahmegebiet stellt zunehmend die meisten Patienten sowohl im stationären, als auch im ambulanten Bereich.

79,4 % aller stationären Aufnahmen kommen aus dem Pflichtversorgungsgebiet, dazu kommen noch 6,0 % aus den angrenzenden Landkreisen Waldeck-Frankenberg, Vogelsbergkreis und Lahn-Dill-Kreis. Der Rest verteilt sich ohne besondere Schwerpunkte auf die restlichen hessischen Kreise, Nordrhein-Westfalen und den Rest Deutschlands. Bei den ambulanten Patienten kommen 80,5% aus dem Pflichtversorgungsgebiet und 5,5% aus den angrenzenden Landkreisen, dies entspricht dem Bild bei den stationären Fällen.

Im übrigen erlaubt die Darstellung keine weitergehenden »epidemiologischen« Interpretationen, da der Bezug zur Gesamtbevölkerung der Gebiete fehlt. Der Schwerpunkt im Landkreis Gießen stärkt die Planung einer Institutsambulanz in Gießen.

6.2.2.2 Diagnosen

Abb. 6.5 bis 6.7 zeigen die Verteilung der Diagnosen auf der ersten Achse des multiaxialen Klassifikationsschemas (ICD 10) für 2004. Unsere Dokumentation erlaubt zwei Nennungen auf der ersten Achse, dargestellt werden hier jeweils die ersten Nennungen (Hauptdiagnosen). Aus den Abbildungen sind erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Teileinrichtungen hinsichtlich der gestellten Diagnosen erkennbar.

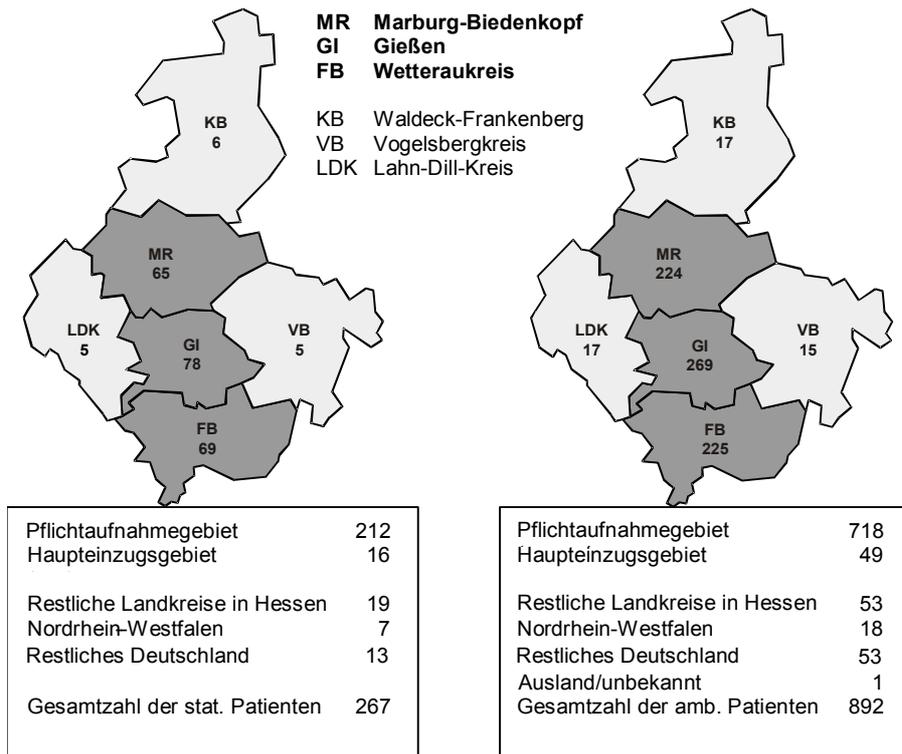


Abb. 6.4: Einzugsgebiet der Klinik – stationärer Bereich (links) – ambulanter Bereich (rechts) für das Jahr 2004

Zum stationären Bereich:

Zwei Diagnosegruppen stehen bei diesen Patienten im Vordergrund: *neurotische Störungen* (F 4) mit 21,6% und *Störungen des Sozialverhaltens* (F 9) mit 18,9%. Dann folgen weitere Diagnosegruppen: *Schizophrenien* (F 20) mit 11,7%, *emotionale Störungen* (F 93) mit 10,4%, *Essstörungen* (F 50) mit 9,9%, *affektive Störungen*, eine Untergruppe der Psychosen (F3), mit 6,8% und *hyperkinetisches Syndrom* (F 90) mit 6,3%. Auch *Störungen der Persönlichkeit und des Verhaltens* (F 6) mit 4,1%, *psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* (F 1) mit 4,1%, sowie *Entwicklungsstörungen* mit 3,2% waren häufig vertreten.

Zur Tagesklinik:

Im Unterschied zum stationären Bereich ergibt sich hier eine gänzlich andere Struktur der Diagnosegruppen (Abb. 6.6). Eindeutig stehen *Störungen des Sozialverhaltens* mit 46,4% und *hyperkinetisches Syndrom* mit 32,1% im Vordergrund. Es folgen *emotionale Störungen* (14,3%).

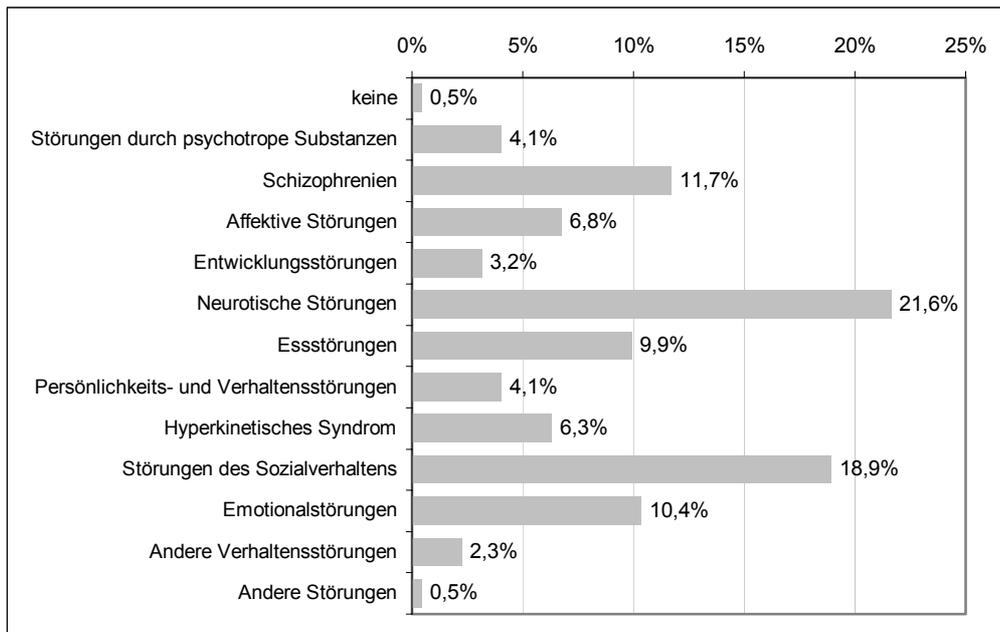


Abb.6.5: Stationär: Diagnosen 1. Achse (N=222) für das Jahr 2004

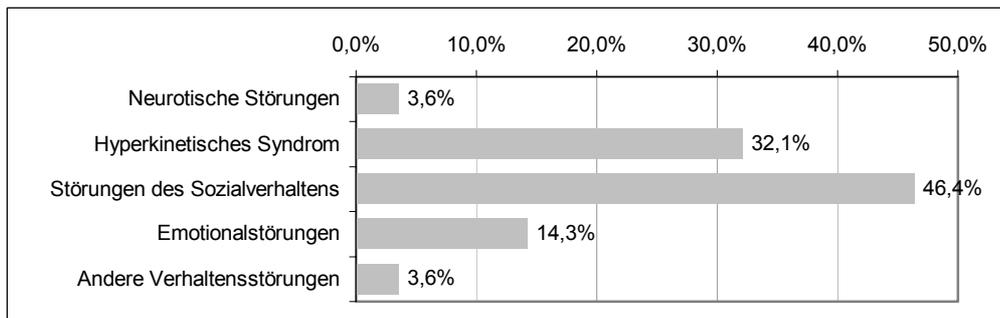


Abb. 6.6: Tagesklinik: Diagnosen 1. Achse (N=28)

Zur Ambulanz:

Bei vielen Patienten (20,1%) wurde auf der Achse des *klinisch-psychiatrischen Syndroms* des multiaxialen Klassifikationsschemas keine Codierung vorgenommen (Abb. 6.7). Dies hängt u.a. damit zusammen, dass ein Großteil dieser Patienten an Entwicklungsstörungen oder an neurologischen Erkrankungen leidet, die auf der 2. bzw. 4. Achse des MAS kodiert werden. Es folgen dann die Diagnosegruppen *hyperkinetische Störungen (F 90)* mit 24,2%, *emotionale Störungen des Kindesalters (F 93)* mit 15,4%, *Störungen des Sozialverhaltens (F 91)* mit 13,4% sowie *neurotische Störungen (F 4)* mit 8,8%.

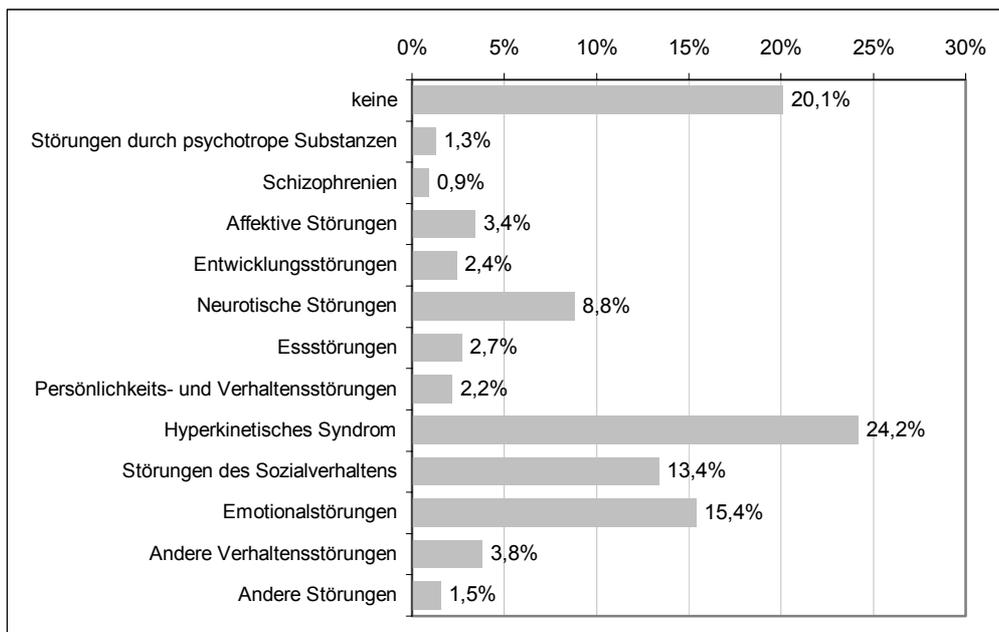


Abb. 6.7: Ambulanz: Diagnosen I.Achse (N=789)

<i>Klinik 2004</i>	<i>Behandlungsdauer(Tage)</i>		
	<i>N</i>	<i>Mittel</i>	<i>Std.abw</i>
0: keine Diagnose	1	11,0	
9: Störungen durch Einnahme psychotroper Substanzen	9	22,9	22,3
A: Schizophrene Störungen	26	60,8	28,5
B: Affektive Störungen	15	61,5	49,7
C: Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	7	59,7	34,2
D: Neurotische Störungen	48	51,2	53,0
E: Essstörungen	22	139,9	113,8
F: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	9	62,8	48,6
G: Hyperkinetisches Syndrom	14	36,9	8,7
H: Störungen des Sozialverhaltens	42	44,2	29,4
I: Emotionale Störungen des Kindesalters	23	75,7	81,4
J: Andere Verhaltensstörungen des Kindesalters	5	49,8	26,0
K: andere Diagnosen	1	32,0	
Gesamt	222	61,4	22,3

Tab. 6.5: Mittlere stationäre Behandlungsdauer nach Diagnosen, neu aufgenommene Patienten im Jahr 2004

Zur mittleren stationären Behandlungsdauer in Abhängigkeit von den Diagnosen:

Ergänzend zu der Verteilung der Diagnosen enthält Tab 6.5 Angaben über die Behandlungsdauer in Abhängigkeit von den psychiatrischen Störungen. Aus dieser Übersicht geht hervor, dass die Behandlungsdauer bei Patientinnen und Patienten mit Essstörungen mit 140 Tagen die längste ist, gefolgt von Patienten mit emotionalen Störungen (76 Tage), Persönlichkeitsstörungen (63 Tage), affektiven Störungen (62 Tage) und schizophrenen Störungen (61 Tage). Die durchschnittliche Behandlungszeit für alle Patienten lag bei 61,4 Tagen.

6.2.2.3 Umschriebene Entwicklungsstörungen

Getrennt für die jeweiligen Teilbereiche der Klinik sind in Tab 6.6 Codierungen wiedergegeben, die auf der Achse der »umschriebenen Entwicklungsstörungen« des multiaxialen Klassifikationsschemas der jeweiligen Patienten vorgenommen wurden. Mehrfachnennungen auf dieser Achse waren hierbei möglich, evtl. vorhandene Mehrfachnennungen pro Patient, die derselben Gruppe nachfolgend aufgelisteter Diagnosegruppen zuzurechnen sind, wurden entsprechend korrigiert.

<i>Diagnosen 2.Achse 2004</i>		<i>stationär</i>	<i>teilstationär</i>	<i>ambulant</i>
Mehrfachnennungen möglich				
kein Entwicklungsrückstand	Anzahl	193	13	523
	Prozent	86,9	46,4	66,3
Sprach- und Sprechstörungen	Anzahl	9	3	33
	Prozent	4,1	10,7	4,2
Legasthenie	Anzahl	19	12	172
	Prozent	8,6	42,9	21,8
Rechenschwäche	Anzahl	1	0	6
	Prozent	0,5	0,0	0,8
motorischer Entwicklungsrückstand	Anzahl	3	0	79
	Prozent	1,4	0,0	10,0
sonstige Entwicklungsstörungen	Anzahl	0	0	1
	Prozent	0,0	0,0	0,1
Patienten	Anzahl	222	28	789

Tab. 6.6: Diagnosen 2. Achse bei im Jahr 2004 stationär, teilstationär und ambulant neu aufgenommenen Patienten

Zu den stationären Patienten:

Nach der Übersicht in Tab 6.6 wurde bei vielen Patienten im stationären Bereich kein Entwicklungsrückstand diagnostiziert (86,9%). Falls Codierungen in dieser Hinsicht vorgenommen wurden, waren Legasthenie (8,6%), sowie Sprech- und Sprachstörungen (4,1%), die hauptsächlich diagnostizierten Störungen.

Zum teilstationären Bereich:

Im Unterschied zu den stationären Patienten wurde bei mehr als der Hälfte der Patienten (53,6%) aus der Tagesklinik ein Entwicklungsrückstand (Codierung auf Achse 2 des MAS) diagnostiziert: Legasthenie (42,9%) sowie Sprach- und Sprechstörungen (10,7%).

Zu den Patienten des ambulanten Bereiches:

Hier gab es bei 33,7% der Patienten Codierungen auf der Achse der umschriebenen Entwicklungsrückstände. Wie die Tabelle zeigt, waren hier eine Legasthenie (21,8%) oder ein motorischer Entwicklungsrückstand (10,0%) häufig, Sprach- und Sprechstörungen (4,2%) kamen weniger oft vor.

6.2.2.4 Zur körperlichen Symptomatik

Auf der 4. Achse des MAS wird die »körperliche Symptomatik« erfasst. Tab. 6.7 zeigt die Ergebnisse für die verschiedenen Teilbereiche der Klinik. Mehrfachnennungen auf dieser Achse waren hierbei möglich, evtl. vorhandene Mehrfachnennungen pro Patient, die derselben Gruppe nachfolgend aufgelisteter Diagnosegruppen zuzurechnen sind, wurden in den Tabellen entsprechend korrigiert.

<i>Diagnosen 4.Achse 2004</i> Mehrfachnennungen möglich		<i>stationär</i>	<i>teil- stationär</i>	<i>ambulant</i>
keine organischen Krankheiten	Anzahl Prozent	196 88,3	25 89,3	657 83,3
Epilepsien	Anzahl Prozent	1 0,5		13 1,6
Migräne	Anzahl Prozent			4 0,5
Frühkindliche Hirnschädigung	Anzahl Prozent			1 0,1
Andere neurologische Diagnosen	Anzahl Prozent	1 0,5		10 1,3
Diagnosen außerhalb Kapitel F,G ICD-10	Anzahl Prozent	30 13,5	3 10,7	128 16,2
Patienten	Anzahl	222	28	789

Tab. 6.7: Diagnosen 4. Achse bei 2004 stationär, teilstationär und ambulant neu aufgenommenen Patienten

Zu den stationären Patienten:

Organische Krankheiten wurden lediglich bei 11,7% dieser Patienten codiert. Am häufigsten unter ihnen kamen Diagnosen vor, die nicht zu den Kapiteln F und G der ICD 10 zählen (13,5%). Die Rubrik F der ICD 10 umfasst die psychiatrischen Störungen einschließlich organischer Erkrankungen, die mit diesen in Verbindung stehen können, die Rubrik G Erkrankungen des Nervensystems im engeren Sinne.

Zu den Patienten der Ambulanz:

In der Ambulanz wurden am häufigsten Codierungen auf der Achse 4 vorgenommen (16,7%). Auch hier waren es hauptsächlich *Diagnosen außerhalb der Kapitel F und G* der ICD 10, die mit 16,2% den größten Anteil ausmachten, gefolgt von Epilepsien (mit 1,6%) und anderen neurologischen Diagnosen (1,3%).

Diagnosen 5.Achse, 2004 (in %)	Einrichtung		
	Klinik	Tages klinik	Ambu -lanz
1.0 Mangel an Wärme in der Eltern-Kind Beziehung	15,1	7,7	6,4
1.1 Disharmonie i. d. Familie zwischen Erwachsenen	22,2	11,5	10,8
1.2 Feindl. Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind	6,5	11,5	2,2
1.3 Körperliche Kindesmisshandlung	3,8	7,7	2,6
1.4 Sexueller Missbrauch (innerhalb der Familie)	2,2	0,0	0,4
1.8 Andere abnorme intrafamiliäre Beziehungen	1,1	0,0	0,4
2.0 Psychische Störung / abweichendes Verhalten eines Elternteils	28,6	34,6	22,5
2.1 Behinderung eines Elternteils	3,8	0,0	2,6
2.2 Behinderung der Geschwister	2,2	0,0	1,8
2.8 Andere abweichende Bedingungen in der Familie	0,5	7,7	0,2
3 Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation	31,9	11,5	4,0
4.0 Elterliche Überfürsorge	18,9	15,4	11,3
4.1 Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung	21,1	50,0	26,5
4.2 Erziehung, die unzureichende Erfahrung vermittelt	19,5	11,5	7,9
4.3 Unangemessene Anforderungen	8,6	3,8	2,9
4.8 Andere abnorme Erziehungsbedingungen	2,7	0,0	0,4
5.0 Erziehung in einer Institution	21,1	0,0	13,7
5.1 Abweichende Elternsituation	41,6	30,8	48,6
5.2 Isolierte Familie	3,2	3,8	3,1
5.3 Lebensbedingungen mit mögl. psychosozialer Gefährdung	6,5	0,0	1,5
5.8 Andere abnorme Umgebungsbedingungen	0,5	0,0	0,2
6.0 Verlust einer liebevollen Beziehung	7,6	0,0	3,3
6.1 Bedrohliche Umstände infolge Fremdunterbringung	1,6	3,8	0,4
6.2 Negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitgl.	1,1	0,0	1,5
6.3 Ereignisse die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen	2,7	0,0	2,0
6.4 Sexueller Missbrauch (außerhalb der Familie)	2,7	0,0	0,0
6.5 Unmittelbar beängstigende Erlebnisse	3,8	0,0	3,3
6.8 Andere belastende Lebensereignisse	1,6	0,0	0,2
7.0 Verfolgung und Diskriminierung	0,5	0,0	1,1
7.1 Migration	6,5	0,0	2,0
7.8 Andere gesellschaftliche Belastungsfaktoren	0,0	0,0	0,2
8.0 Streitbeziehung mit Schülern/Mitarbeitern	9,7	0,0	3,3
8.1 Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder	2,2	0,0	1,8
8.2 Allgemeine Unruhe in der Schule bzw. Arbeitssituation	7,0	3,8	3,1
8.8 Andere Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit	1,6	0,0	0,0
9.0 Institutionelle Erziehung (störungsbedingt)	8,6	0,0	6,4
9.1 Bedrohliche Umstände, infolge Fremdunterbringung (störungsbedingt)	1,1	0,0	0,0
9.2 Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen (störungsbed)	0,0	3,8	0,7
9.8 Andere belastende Lebensereignisse (störungsbedingt)	0,0	0,0	0,0
Anzahl berücksichtigter Patienten	222	28	789

Tab. 6.8: Diagnosen 5. Achse, 2004 stationär, teilstationär und ambulant neu aufgenommene Patienten

6.2.2.5 Zu den »aktuellen abnormen psychosozialen Umständen«

In Tab. 6.8 sind die Codierungen aufgeführt, die auf der 5. Achse im multiaxialen Klassifikationsschema vorgenommen wurden. Zum Vergleich sind hierbei der stationäre und der teilstationäre Bereich sowie die Ambulanz nebeneinander dargestellt. Ohne hier eine Detailanalyse vornehmen zu wollen, sei auf den bekannten Befund auch sonstiger kinder- und jugendpsychiatrischer Populationen verwiesen, dass es sich bei ihnen regelmäßig um eine hohe Belastung mit den in dieser Tabelle aufgeführten Faktoren handelt. Bemerkenswert ist, dass die Häufigkeiten (Belastungen) der Patienten hinsichtlich der aktuellen abnormen psychosozialen Umstände zwischen den einzelnen Teileinrichtungen stark variieren.

Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände werden in allen 3 Bereichen vielfältig dokumentiert. Herausgegriffen seien nur wenige Zahlen. So war bei 41,6% der stationären Patienten eine *abweichende Elternsituation* (vorwiegend Scheidungsfamilien) registriert worden. Bei den Patienten der Tagesklinik waren es 30,8% der Eltern und in der Ambulanz 48,6%. Eine *Disharmonie in der Familie zwischen den Erwachsenen* wurde gleichfalls bei den Patienten der einzelnen Teileinrichtungen zu einem hohen Prozentsatz gefunden (stationär: 22,2%, teilstationär: 11,5% ambulant: 10,8%). Besonders häufig kamen auch eine *Psychische Störung / abweichendes Verhalten eines Elternteils* (stationär 28,6%, teilstationär: 34,6%, ambulant: 22,5%) und eine *inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation* vor (stationär: 31,9%, teilstationär: 11,5%, ambulant: 4,0%).

6.2.2.6 Zu den Behandlungsmaßnahmen

Stationen	Beratung / Therapie erhalten		Gesamt Gesamtzahl Patienten	Anzahl Therapiesitzungen	
	Anzahl Nennungen	%		Gesamt	Mittel pro Patient
Psychotherapeutische Beratung und Behandlung beim Kind	215	96,8	222	2979	14,6
Beratungen und Behandlungen bei Eltern/Familie	212	95,5	222	926	4,6
Weitere Therapien	175	78,8	222	3126	19,2
Medikamentöse Therapie *:					
Keine	116	52,3	222		
Antikonvulsiva	4	1,8			
Neuroleptika	58	26,1			
Thymoleptika	45	20,3			
Tranquilizer	5	2,3			
Stimulantien	21	9,5			
Sonstige	11	5,0			
Soziotherapeutische Maßnahmen	132	59,5	222		

*) addiert sich nicht zu 100%; Mehrfachnennungen möglich

Tab. 6.9: Leistungen, stationäre Patienten mit Neuaufnahme in 2004 (N = 222)

Die dargestellten Kennziffern für Behandlungsmaßnahmen beziehen sich nur auf neu aufgenommene Patienten, lassen also keinen Schluss auf die gesamten Leistungen der Klinik zu, sie zeigen nur ein Bild der pro Patient durchgeführten Behandlungsmaßnahmen.

Behandlungsmaßnahmen im stationären Bereich:

In Tab 6.9 ist eine Übersicht über einzelne Behandlungs- und Beratungsmaßnahmen zusammengestellt. Sie zeigt, dass eine Vielzahl verschiedener Behandlungsmaßnahmen je Patient erforderlich war. In der Häufigkeit der Anwendungen variieren sie zwischen 96,8% (psychotherapeutische Behandlungen beim Kind) und 59,5% (soziotherapeutische Maßnahmen). In 52,3% aller Fälle findet keine medikamentöse Therapie statt. Eine Auflistung der hauptsächlich eingesetzten Medikamente (Mehrfachnennungen waren möglich) findet sich ebenfalls in Tabelle 6.9.

Zu den Patienten der Tagesklinik:

Auch bei den teilstationären Patienten werden verschiedene therapeutische Maßnahmen regelmäßig durchgeführt. Bei allen kommen psychotherapeutische Behandlungen, Beratungen und andere Therapieformen zum Einsatz. Auch soziotherapeutische Maßnahmen haben mit einem Prozentsatz von 67,9% eine hohe Bedeutung. Bemerkenswert ist der große Anteil der Patienten, bei denen keine medikamentöse Therapie (35,7%) durchgeführt wird (Tab 6.10).

<i>Tagesklinik</i>	<i>Beratung / Therapie erhalten</i>		<i>Gesamt</i>	<i>Anzahl Therapiesitzungen</i>	
	<i>Anzahl Nennungen</i>	<i>%</i>	<i>Gesamtzahl Patienten</i>	<i>Gesamt</i>	<i>Mittel pro Patient</i>
Psychotherapeutische Beratung und Behandlung beim Kind	28	100,0	28	576	21,3
Beratungen und Behandlungen bei Eltern/Familie	28	100,0	28	298	10,6
Weitere Therapien	27	96,4	28	840	32,3
Medikamentöse Therapie*:					
Keine	10	35,7	28		
Antikonvulsiva	0	0,0			
Neuroleptika	2	7,1			
Thymoleptika	6	21,4			
Tranquilizer	0	0			
Stimulantien	14	50,0			
Sonstige	0	0			
Soziotherapeutische Maßnahmen	19	67,9	28		

*) addiert sich nicht zu 100%; Mehrfachnennungen möglich

Tab. 6.10: Leistungen, teilstationäre Patienten mit Neuaufnahme in 2004 (N = 28)

6.2.3 Ergebnisse für das Jahr 2005

6.2.3.1 Demographische Daten

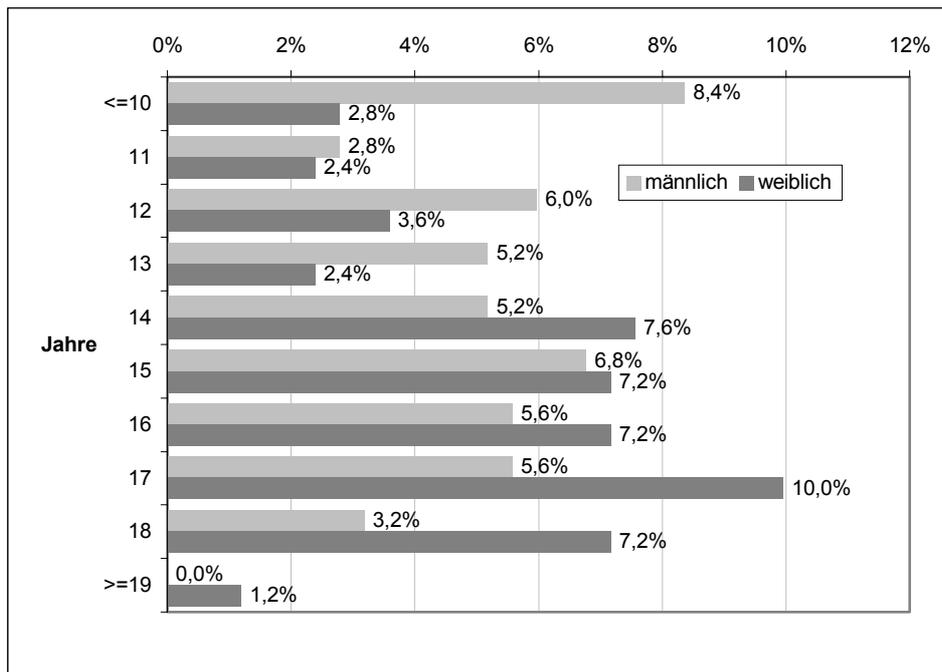


Abb. 6.8: Alter bei Aufnahme – Klinik (N=251) für das Jahr 2005

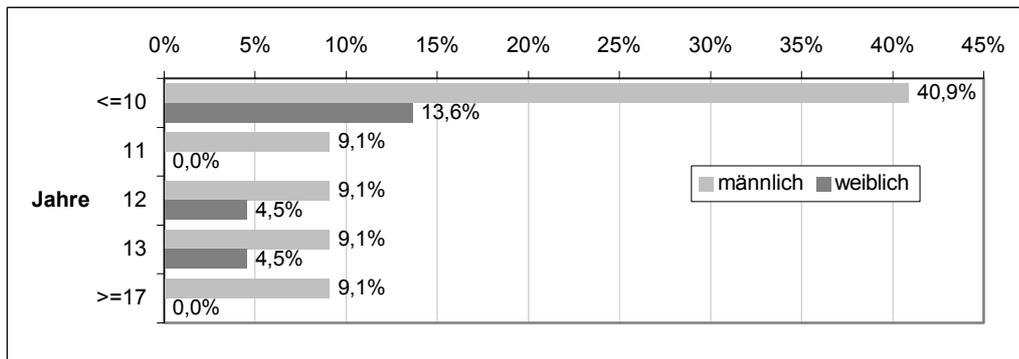


Abb. 6.9: Alter bei Aufnahme - Tagesklinik (N=22) für das Jahr 2005

Abb. 6.8 bis 6.10 zeigen die Verteilung von Alter und Geschlecht der Patienten in den verschiedenen Teilbereichen für das Jahr 2005. In Klinik und der Ambulanz sind bei den Kindern bis 10 Jahren die Jungen deutlich überrepräsentiert. Dies erklärt sich aus der generellen Alters-

verteilung psychischer Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (nach der Pubertät nimmt eine Reihe von psychischen Störungen bei Mädchen zu). In der Altersgruppe von 14 -16 Jahren sind im stationären Bereich Mädchen deutlich häufiger vertreten. Dies ergibt sich aus den stationären Behandlungsschwerpunkten; so sind z.B. Patientinnen mit neurotischen Störungen im stationären Bereich sehr stark vertreten. In den Abbildungen ist außerdem ein typisches Altersprofil für jede Teileinrichtung zu erkennen. Die Ambulanz hat den Schwerpunkt bei den unter 15-jährigen, die Tagesklinik bei den unter 10-jährigen, während im stationären Bereich über 81% der Patienten im Alter von 12 bis einschließlich 18 Jahre waren.

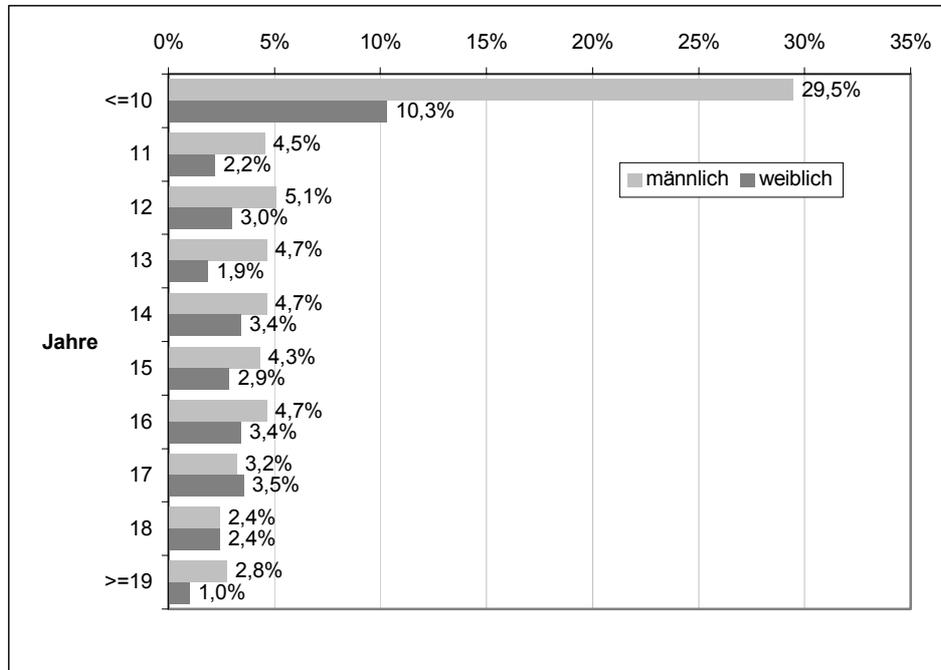


Abb. 6.10: Alter bei Aufnahme: Ambulanz (N=902) für das Jahr 2005

Herkunft	Stationäre Patienten		Ambulante Patienten	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Landkreis Marburg-Biedenkopf	68	27,09	172	19,05
Landkreis Gießen	77	30,68	285	31,56
Wetteraukreis	68	27,09	320	35,44
<i>Pflichtaufnahme nicht gesamt:</i>	<i>213</i>	<i>84,86</i>	<i>777</i>	<i>86,05</i>
Restliches Hessen	21	8,37	67	7,42
Nordrhein-Westfalen	7	2,79	19	2,10
Restliches Deutschland	10	3,98	40	4,43
Gesamt	251	100,00	903	100,00

Tab. 6.11 Übersicht über die regionale Herkunft der stationären Patienten (N=251).

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Philipps-Universität Marburg hat eine Aufnahmepflicht für »Notfälle« der Landkreise Marburg-Biedenkopf, Gießen und des Wetteraukreises. Die Herkunft der Patienten konzentriert sich immer mehr auf dieses Gebiet. Im Jahr 2005 sind bereits 84,9% aller stationär neu aufgenommenen Patienten aus diesem Bereich. Außerhalb des Pflichtversorgungsgebietes lassen sich keine besonderen Schwerpunkte mehr ausmachen.

Die hohe Zahl der ambulanten Patienten aus dem Wetteraukreis erklärt sich daraus, dass in der 2004 eröffneten Institutsambulanz in Bad Nauheim natürlich die meisten Patienten Neuaufnahmen sind, während in Marburg-Biedenkopf sehr viele Wiederaufnahmen bzw. Weiterbehandlungen aus vorangegangenen Jahren stattfinden, die ja nicht mehr dokumentiert werden. Insgesamt sind 86% der neu aufgenommen ambulanten Patienten aus dem Pflichtversorgungsgebiet. Auch hier gibt es außerhalb keine besonderen Schwerpunkte mehr. Das Vorhaben, eine Institutsambulanz in Gießen einzurichten, wird hier noch einmal deutlich bestätigt.

6.2.3.2 Diagnosen

Abb. 6.11 bis 6.13 zeigen die Verteilung der Diagnosen auf der ersten Achse des multiaxialen Klassifikationsschemas (ICD 10) für 2005. Unsere Dokumentation erlaubt zwei Nennungen auf der ersten Achse, dargestellt werden hier jeweils die ersten Nennungen (Hauptdiagnosen). Aus den Abbildungen sind erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Teileinrichtungen hinsichtlich der gestellten Diagnosen erkennbar.

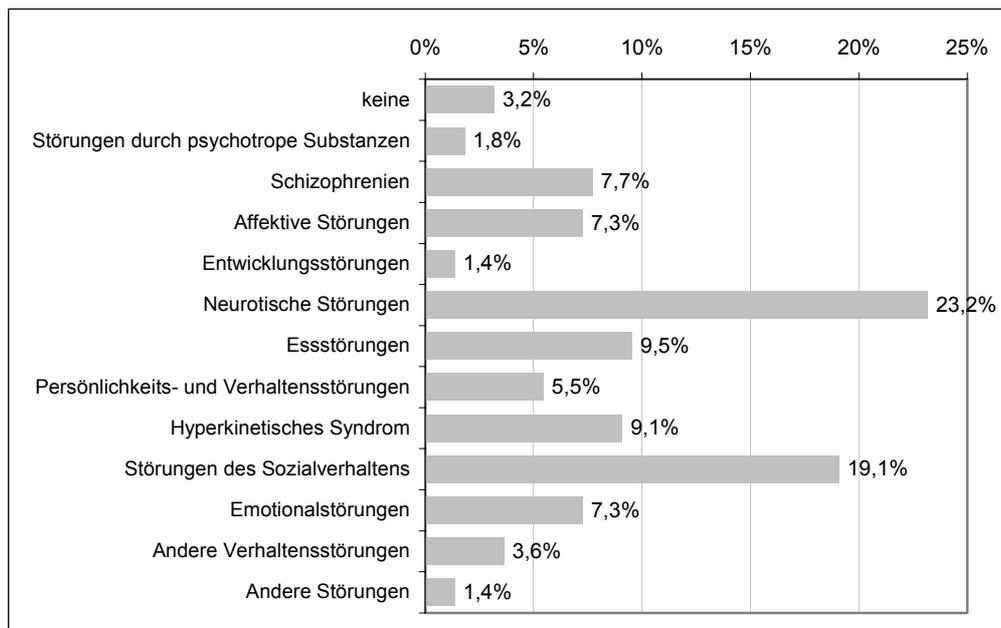


Abb.6.11: Stationär: Diagnosen 1. Achse (N=220) für das Jahr 2005

Zum stationären Bereich:

Zwei Diagnosegruppen stehen bei diesen Patienten im Vordergrund: *neurotische Störungen (F 4)* mit 23,2% und *Störungen des Sozialverhaltens (F 9)* mit 19,1%. Dann folgen weitere Diagnosegruppen: *Essstörungen (F 50)* mit 9,5%, *hyperkinetisches Syndrom (F 90)* mit 9,1%, *Schizophrenien (F 20)* mit 7,7%, *emotionale Störungen (F 93)* und *affektive Störungen*, eine Untergruppe der Psychosen (F3), jeweils mit 7,3%. Auch *Störungen der Persönlichkeit und des Verhaltens (F 6)* mit 5,5% waren häufig vertreten.

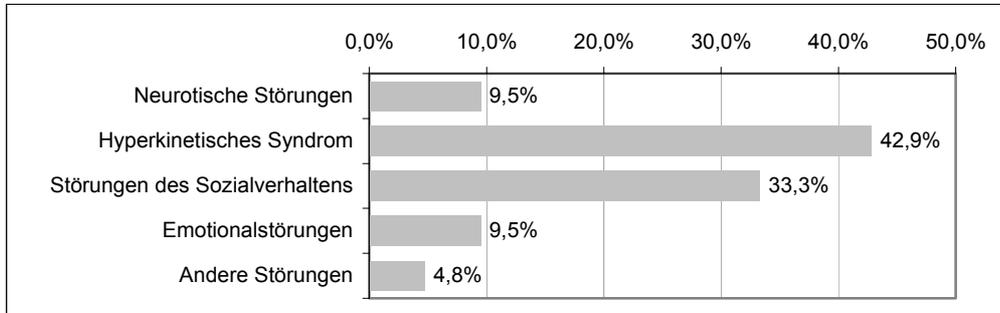


Abb. 6.12: Tagesklinik: Diagnosen 1. Achse (N=21)

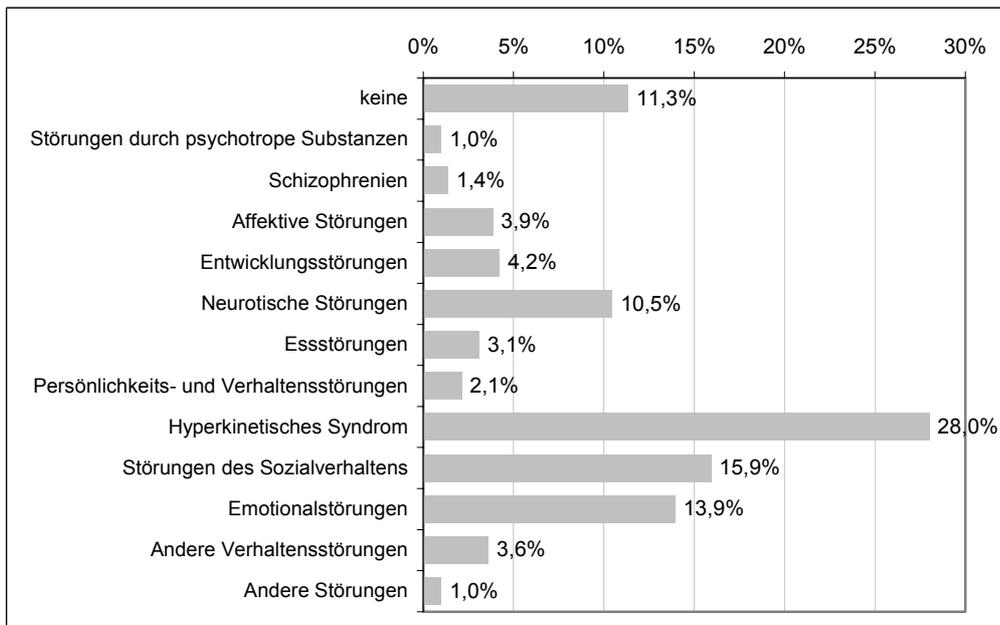


Abb. 6.13: Ambulanz: Diagnosen 1.Achse (N=805)

Zur Tagesklinik:

Im Unterschied zum stationären Bereich ergibt sich hier eine gänzlich andere Struktur der Diagnosegruppen (Abb. 6.12). Eindeutig stehen *hyperkinetisches Syndrom* mit 42,9% und *Störungen des Sozialverhaltens* mit 33,3% im Vordergrund. Es folgen *neurotische Störungen* und *Emotionalstörungen* mit jeweils 9,5%.

Zur Ambulanz:

Bei vielen Patienten (11,3%) wurde auf der Achse des *klinisch-psychiatrischen Syndroms* des multiaxialen Klassifikationsschemas keine Codierung vorgenommen (Abb. 6.13). Dies hängt u.a. damit zusammen, dass ein Großteil dieser Patienten an Entwicklungsstörungen oder an neurologischen Erkrankungen leidet, die auf der 2. bzw. 4. Achse des MAS kodiert werden. Es folgen dann die Diagnosegruppen *hyperkinetische Störungen (F 90)* mit 28,0%, *Störungen des Sozialverhaltens (F 91)* mit 15,9%, *emotionale Störungen des Kindesalters (F 93)* mit 13,9% sowie *neurotische Störungen (F 4)* mit 10,5%.

Zur mittleren stationären Behandlungsdauer in Abhängigkeit von den Diagnosen:

Ergänzend zu der Verteilung der Diagnosen enthält Tab 6.12 Angaben über die Behandlungsdauer in Abhängigkeit von den psychiatrischen Störungen. Aus dieser Übersicht geht hervor, dass die Behandlungsdauer bei Patientinnen und Patienten mit Essstörungen mit 105 Tagen die längste ist, gefolgt von Patienten mit schizophrenen Störungen (74 Tage) und Emotionalstörungen (63 Tage) und. Die kürzeste Behandlungszeit wurde bei Patienten registriert, die keine Diagnose auf der Achse des »klinisch-psychiatrischen Syndroms« erhielten. Die durchschnittliche Behandlungszeit für alle Patienten lag bei 54 Tagen.

Klinik 2005	Behandlungsdauer(Tage)		
	N	Mittel	Std.abw
0: keine Diagnose	7	19,0	16,3
9: Störungen durch Einnahme psychotroper Substanzen	4	24,5	15,6
A: Schizophrene Störungen	17	74,1	44,8
B: Affektive Störungen	16	51,6	34,6
C: Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	3	36,3	23,0
D: Neurotische Störungen	51	49,6	38,3
E: Essstörungen	21	105,0	126,3
F: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	12	44,5	33,5
G: Hyperkinetisches Syndrom	20	42,2	16,0
H: Störungen des Sozialverhaltens	42	41,0	29,5
I: Emotionale Störungen des Kindesalters	16	62,5	43,4
J: Andere Verhaltensstörungen des Kindesalters	8	62,0	25,4
K: andere Diagnosen	3	36,3	44,9
Gesamt	220	53,9	53,4

Tab. 6.12: Mittlere stationäre Behandlungsdauer nach Diagnosen, neu aufgenommene Patienten im Jahr 2005

6.2.3.3 Umschriebene Entwicklungsstörungen

Getrennt für die jeweiligen Teilbereiche der Klinik sind in Tab 6.13 Codierungen wiedergegeben, die auf der Achse der »umschriebenen Entwicklungsstörungen« des multiaxialen Klassifikationsschemas der jeweiligen Patienten vorgenommen wurden. Mehrfachnennungen auf dieser Achse waren hierbei möglich, evtl. vorhandene Mehrfachnennungen pro Patient, die derselben Gruppe nachfolgend aufgelisteter Diagnosegruppen zuzurechnen sind, wurden entsprechend korrigiert.

Zu den stationären Patienten:

Nach der Übersicht in Tab 6.13 wurde bei vielen Patienten im stationären Bereich kein Entwicklungsrückstand diagnostiziert (86,3%). Falls Codierungen in dieser Hinsicht vorgenommen wurden, waren Legasthenie (8,7%), Sprach- und Sprechstörungen (4,6%) oder ein motorischer Entwicklungsrückstand (2,7%) die hauptsächlich diagnostizierten Störungen.

<i>Diagnosen 2.Achse</i>		<i>stationär</i>	<i>teil-</i>	<i>ambulant</i>
Mehrfachnennungen möglich			<i>stationär</i>	
kein Entwicklungsrückstand	Anzahl	189	11	616
	Prozent	86,3	52,4	76,5
Legasthenie	Anzahl	19	4	114
	Prozent	8,7	19,0	14,2
Rechenschwäche	Anzahl	1	1	7
	Prozent	0,5	4,8	0,9
Sprach- und Sprechstörungen	Anzahl	10	2	31
	Prozent	4,6	9,5	3,9
motorischer Entwicklungsrückstand	Anzahl	6	5	58
	Prozent	2,7	23,8	7,2
sonstige Entwicklungsstörungen	Anzahl	0	0	5
	Prozent	0,0	0,0	0,6
Patienten	Anzahl	220	21	805

Tab. 6.13: Diagnosen 2. Achse bei im Jahr 2005 stationär, teilstationär und ambulant neu aufgenommenen Patienten

Zum teilstationären Bereich:

Im Unterschied zu den stationären Patienten wurde bei knapp der Hälfte der Patienten (47,6%) aus der Tagesklinik ein Entwicklungsrückstand (Codierung auf Achse 2 des MAS) diagnostiziert. Mit abnehmender Häufigkeit waren es insbesondere die folgenden Störungen: motorischer Entwicklungsrückstand (23,8%), Legasthenie (19,0%), Sprach- und Sprechstörungen (9,5%) sowie Rechenschwäche (4,8%).

Zu den Patienten des ambulanten Bereiches:

Hier gab es bei 23,5% der Patienten Codierungen auf der Achse der umschriebenen Entwicklungsrückstände. Wie die Tabelle zeigt, waren auch hier eine Legasthenie (14,2%), ein motorischer Entwicklungsrückstand (7,2%) und Sprach- und Sprechstörungen (3,9%) am häufigsten vertreten.

6.2.3.4 Zur körperlichen Symptomatik

Auf der 4. Achse des MAS wird die »körperliche Symptomatik« erfasst. Tab. 6.14 zeigt die Ergebnisse für die verschiedenen Teilbereiche der Klinik. Mehrfachnennungen auf dieser Achse waren hierbei möglich, evtl. vorhandene Mehrfachnennungen pro Patient, die derselben Gruppe nachfolgend aufgelisteter Diagnosegruppen zuzurechnen sind, wurden in den Tabellen entsprechend korrigiert.

Zu den stationären Patienten:

Organische Krankheiten wurden lediglich bei 15,0% dieser Patienten codiert. Am häufigsten unter ihnen kamen Diagnosen vor, die nicht zu den Kapiteln F und G der ICD 10 zählen (17,1%). Die Rubrik F der ICD 10 umfasst die psychiatrischen Störungen einschließlich organischer Erkrankungen, die mit diesen in Verbindung stehen können, die Rubrik G Erkrankungen des Nervensystems im engeren Sinne.

<i>Diagnosen 4.Achse</i> Mehrfachnennungen möglich		<i>stationär</i>	<i>teil- stationär</i>	<i>ambulant</i>
keine organischen Krankheiten	Anzahl Prozent	187 85,0	18 85,7	701 87,1
Epilepsien	Anzahl Prozent	1 0,5		5 0,6
Migräne	Anzahl Prozent			1 0,1
Frühkindliche Hirnschädigung	Anzahl Prozent			
Andere neurologische Diagnosen	Anzahl Prozent	1 0,5	5 23,8	8 1,0
Diagnosen außerhalb Kapitel F,G ICD-10	Anzahl Prozent	38 17,1		106 13,2
Patienten	Anzahl	220	21	805

Tab. 6.14: Diagnosen 4. Achse bei 2005 stationär, teilstationär und ambulant neu aufgenommenen Patienten

Zu den Patienten der Ambulanz:

In der Ambulanz wurden am seltensten Codierungen auf der Achse 4 vorgenommen (12,9%). Auch hier waren es hauptsächlich *Diagnosen außerhalb der Kapitel F und G* der ICD 10, die mit 13,2% den größten Anteil ausmachten.

6.2.3.5 Zu den »aktuellen abnormen psychosozialen Umständen«

In Tab. 6.15 sind die Codierungen aufgeführt, die auf der 5. Achse im multiaxialen Klassifikationsschema vorgenommen wurden. Zum Vergleich sind hierbei der stationäre und teilstationäre Bereich sowie die Ambulanz nebeneinander dargestellt. Ohne hier eine Detailanalyse vornehmen zu wollen, sei auf den bekannten Befund auch sonstiger kinder- und jugendpsychiatrischer Populationen verwiesen, dass es sich bei ihnen regelmäßig um eine hohe Belastung mit den in dieser Tabelle aufgeführten Faktoren handelt. Bemerkenswert ist die Variation zwischen den einzelnen Teileinrichtungen.

Diagnosen 5.Achse, 2005 (in %)	Einrichtung		
	Klinik	Tages klinik	Ambu lanz
1.0 Mangel an Wärme in der Eltern-Kind Beziehung	14,7	19,0	6,7
1.1 Disharmonie i. d. Familie zwischen Erwachsenen	28,3	28,6	14,1
1.2 Feindl. Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind	3,8	9,5	4,9
1.3 Körperliche Kindesmisshandlung	2,7	9,5	1,4
1.4 Sexueller Missbrauch (innerhalb der Familie)	2,7	0,0	0,4
1.8 Andere abnorme intrafamiliäre Beziehungen	0,0	0,0	0,6
2.0 Psychische Störung / abweichendes Verhalten eines Elternteils	38,6	38,1	21,4
2.1 Behinderung eines Elternteils	2,2	0,0	3,5
2.2 Behinderung der Geschwister	2,7	0,0	6,7
2.8 Andere abweichende Bedingungen in der Familie	0,5	0,0	0,6
3 Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation	28,8	9,5	8,8
4.0 Elterliche Überfürsorge	14,7	28,6	8,6
4.1 Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung	26,1	52,4	21,8
4.2 Erziehung, die unzureichende Erfahrung vermittelt	20,1	4,8	11,4
4.3 Unangemessene Anforderungen	6,5	9,5	6,3
4.8 Andere abnorme Erziehungsbedingungen	3,8	4,8	1,0
5.0 Erziehung in einer Institution	11,4	4,8	7,6
5.1 Abweichende Elternsituation	42,4	57,1	47,6
5.2 Isolierte Familie	1,6	0,0	5,5
5.3 Lebensbedingungen mit mögl. psychosozialer Gefährdung	2,2	0,0	6,1
5.8 Andere abnorme Umgebungsbedingungen	0,0	0,0	0,0
6.0 Verlust einer liebevollen Beziehung	10,3	0,0	5,7
6.1 Bedrohliche Umstände infolge Fremdunterbringung	2,7	0,0	0,8
6.2 Negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitgl.	3,8	4,8	1,6
6.3 Ereignisse die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen	2,2	0,0	5,9
6.4 Sexueller Missbrauch (außerhalb der Familie)	1,6	0,0	0,8
6.5 Unmittelbar beängstigende Erlebnisse	3,8	0,0	4,7
6.8 Andere belastende Lebensereignisse	1,1	0,0	0,2
7.0 Verfolgung und Diskriminierung	1,1	0,0	0,8
7.1 Migration	2,7	4,8	2,9
7.8 Andere gesellschaftliche Belastungsfaktoren	0,5	0,0	0,4
8.0 Streitbeziehung mit Schülern/Mitarbeitern	10,3	28,6	6,7
8.1 Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder	1,6	0,0	2,4
8.2 Allgemeine Unruhe in der Schule bzw. Arbeitssituation	2,7	0,0	3,5
8.8 Andere Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit	2,2	0,0	0,8
9.0 Institutionelle Erziehung (störungsbedingt)	3,8	0,0	6,5
9.1 Bedrohliche Umstände, infolge Fremdunterbringung (störungsbedingt)	1,1	0,0	0,2
9.2 Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen (störungsbed)	1,1	0,0	2,0
9.8 Andere belastende Lebensereignisse (störungsbedingt)	0,0	0,0	0,0
Anzahl berücksichtigter Patienten	220	21	805

Tab. 6.15: Diagnosen 5. Achse, 2005 stationär, teilstationär und ambulant neu aufgenommene Patienten

Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände werden in allen 3 Bereichen vielfältig dokumentiert. Herausgegriffen seien nur wenige Zahlen. So war bei 42,4% der stationären Patienten eine *abweichende Elternsituation* (vorwiegend Scheidungsfamilien) registriert worden. Bei den Patienten der Tagesklinik waren es 57,1% der Eltern und in der Ambulanz 47,6%. Eine *Dis-harmonie in der Familie zwischen den Erwachsenen* wurde gleichfalls bei den Patienten der einzelnen Teileinrichtungen zu einem hohen Prozentsatz gefunden (stationär: 28,3%, teilstationär: 28,6% ambulant: 14,1%). Besonders häufig kamen auch eine *Psychische Störung / abweichendes Verhalten eines Elternteils* (stationär 38,6%, teilstationär: 38,1%, ambulant: 21,4%) und eine *inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation* vor (stationär: 28,8%, teilstationär: 9,5%, ambulant: 8,8%).

6.2.3.6 Zu den Behandlungsmaßnahmen

Stationen	Beratung / Therapie erhalten		Gesamt Gesamtzahl Patienten	Anzahl Therapiesitzungen	
	Anzahl Nennungen	%		Gesamt	Mittel pro Patient
Psychotherapeutische Beratung und Behandlung beim Kind	207	94,1	220	3218	16,4
Beratungen und Behandlungen bei Eltern/Familie	206	93,6	220	1115	5,7
Weitere Therapien	173	78,6	220	2412	15,2
Medikamentöse Therapie *:					
Keine	117	53,2	220		
Antikonvulsiva	3	1,4			
Neuroleptika	53	24,2			
Thymoleptika	45	20,5			
Tranquilizer	8	3,6			
Stimulantien	24	10,9			
Sonstige	17	7,7			
Soziotherapeutische Maßnahmen	116	52,7	220		

*) addiert sich nicht zu 100%; Mehrfachnennungen möglich

Tab. 6.16: Leistungen, stationäre Patienten mit Neuaufnahme in 2005 (N = 220)

Die dargestellten Kennziffern für Behandlungsmaßnahmen beziehen sich nur auf neu aufgenommene Patienten, lassen also keinen Schluss auf die gesamten Leistungen der Klinik zu, sie zeigen nur ein Bild der pro Patient durchgeführten Behandlungsmaßnahmen.

Behandlungsmaßnahmen im stationären Bereich:

In Tab 6.16 ist eine Übersicht über einzelne Behandlungs- und Beratungsmaßnahmen zusammengestellt. Diese Übersicht zeigt, dass eine Vielzahl verschiedener Behandlungsmaßnahmen je Patient erforderlich war. In der Häufigkeit der Anwendungen variieren sie zwischen 94,1% (psychotherapeutische Behandlungen beim Kind) und 52,7% (soziotherapeutische Maßnahmen). In 53,2% aller Fälle findet keine medikamentöse Therapie statt. Eine Auflistung der

hauptsächlich eingesetzten Medikamente (Mehrfachnennungen waren möglich) findet sich ebenfalls in Tabelle 6.16.

Zu den Patienten der Tagesklinik:

Auch bei den teilstationären Patienten werden verschiedene therapeutische Maßnahmen regelmäßig durchgeführt. Bei allen kommen psychotherapeutische Behandlungen, Beratungen und andere Therapieformen zum Einsatz. Auch soziotherapeutische Maßnahmen haben mit einem Prozentsatz von 71,4% eine hohe Bedeutung. Bemerkenswert ist der große Anteil der Patienten, bei denen keine medikamentöse Therapie (42,9%) durchgeführt wird (Tab 6.17).

<i>Tagesklinik</i>	<i>Beratung / Therapie erhalten</i>		<i>Gesamt</i>	<i>Anzahl Therapiesitzungen</i>	
	<i>Anzahl Nennungen</i>	<i>%</i>	<i>Gesamtzahl Patienten</i>	<i>Gesamt</i>	<i>Mittel pro Patient</i>
Psychotherapeutische Beratung und Behandlung beim Kind	21	100,0	21	458	21,8
Beratungen und Behandlungen bei Eltern/Familie	21	100,0	21	216	10,8
Weitere Therapien	16	76,2	21	519	32,4
Medikamentöse Therapie*:					
Keine	9	42,9	21		
Antikonvulsiva	0	0,0			
Neuroleptika	1	4,8			
Thymoleptika	0	0,0			
Tranquilizer	1	4,8			
Stimulantien	11	52,4			
Sonstige	1	4,8			
Soziotherapeutische Maßnahmen	15	71,4	21		

*) addiert sich nicht zu 100%; Mehrfachnennungen möglich

Tab. 6.17: Leistungen, teilstationäre Patienten mit Neuufnahme in 2005 (N=21)

6.3 Zur Ärztlich-pädagogischen Jugendhilfe:

Die Ärztlich-pädagogische Jugendhilfe (ÄPJ) der Philipps-Universität kooperiert eng mit der Erziehungsberatungsstelle am Ortenberg, die eine Einrichtung der Stadt Marburg und des Landkreises Marburg-Biedenkopf ist. In der ÄPJ sind zwei Psychologinnen halbtags und eine Sekretärin in Teilzeit angestellt.

In den beiden Jahren 2004 und 2005 wurden in ÄPJ und Erziehungsberatungsstelle 1033 bzw. 1034 Klienten betreut. Die Leistungen für diese Kinder und Jugendlichen umfassen eine psychologische Diagnostik, ein oder mehrere Beratungsgespräche mit den Eltern und gegebenenfalls eine psychotherapeutische Behandlung der Patienten.

7 Lehre, Aus- Weiter- und Fortbildung

7.1 Unterricht für Studierende verschiedener Fachrichtungen

7.1.1 Vorlesungen und Praktika

<i>Kinder- und Jugendpsychiatrie</i>	
20 121 VL 00086	Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Krankenvorstellungen (begleitende Vorlesung zum Praktikum für Studierende des 2. klinischen Studienjahres (für Mediziner) Fr. 12.15 - 13.45 Uhr, Hörsaal MZN Remschmidt (V), Kamp-Becker, Martin, Mattejat, Quaschner, Schulte-Körne, Theisen
20 121 VL 00940	Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Krankenvorstellungen (für Psychologen, Motologen, Heil-/Sonderpädagogen und Logopäden) Mo 10.15 - 11.45, Hörsaal MZN Remschmidt (V), Kamp-Becker, Martin, Mattejat, Quaschner, Schulte-Körne, Schütz, Theisen
20 121 PÜ 00090	Praktikum der Psychiatrie: Kinder- und Jugendpsychiatrie a) Blockunterricht in Kleingruppen auf Station (2 Termin á 4 h, Di oder Do 8.00 – 12.00) b) Großgruppenunterricht (2 Termine á 4 Stunden, Di, Do, Fr. 13.30 – 17.00, MZN, KJP) H. Remschmidt (V), u.a.
20121 VL 00425	Wahlfach im Klinischen Studienabschnitt Psychiatrische Störungen im Kindes- u. Jugendalter I (1 SWS) Theisen (V), Ballauff, Martin, Preis, Schütz
00427	Psychiatrische Störungen im Kindes- u. Jugendalter II (1 SWS) Martin (V), Ballauff, Preis, Schütz, Theisen
00428	Psychotherapeutische Behandlungsverfahren bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter I (1 SWS) Mattejat (V), Quaschner
00429	Psychotherapeutische Behandlungsverfahren bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter II (1 SWS) Quaschner (V), Mattejat
00430	Entwicklungsstörungen (1 SWS) Schulte-Körne (V)

Tab. 7.1: Auszug aus dem Vorlesungsverzeichnis der Philipps-Universität im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie für das Sommersemester 2005. Der für die Veranstaltung Verantwortliche ist mit (V) gekennzeichnet.

Kinder- und Jugendpsychiatrie (Fortsetzung)

20 121 SE 00931	Kinder- und jugendpsychiatrisches Forschungsseminar Do., 18.00 – 19.00, KJP, n.V. Remschmidt (V), Martin, Mattejat, Schulte-Körne, Quaschner
20121 SE 00932	Kooperation mit Familien 2 Stunden, KJPK, n.V. Mattejat (V)
20 121 SE 00933	Forensisches Seminar Do., 18-20 Uhr, Hörsaal MZN, Termine: 21.4./12.5./16.6.05 Remschmidt(V), Rössner, Martin, Bauer
20 121 SE 00934	Doktorandenkolloquium für Mediziner und Psychologen Mo., 18.00 – 20.00 Mattejat (V)
20 121 SE 00935	Methodik der wissenschaftlichen Arbeit für Doktoranden/innen und Diplomanden/innen, n.V. Konferenzraum der KJP Mattejat (V)
20 121 SE 00936	Praktische Psychopharmakologie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (mit Fallbeispielen), n.V. Konferenzraum der KJP Theisen (V)
20 121 SE 00937	Kinderpsychiatrisches Kolloquium für Sonderschulpädagogen (nur Examenssemester), KJPK, n.V. Theisen (V)

Tab. 7.2: (Fortsetzung) Auszug aus dem Vorlesungsverzeichnis der Philipps-Universität im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie für das Sommersemester 2005. Der für die Veranstaltung Verantwortliche ist mit (V) gekennzeichnet.

In der Klinik werden Studierende der Fachrichtungen Medizin, Psychologie, Heil- und Sonderpädagogik sowie Motologie unterrichtet. Die Vorlesung »Kinder und Jugendpsychiatrie mit Krankenvorstellung« besuchen überwiegend Studierende der Humanmedizin, die auch an dem Praktikum der Psychiatrie I (Kinder- und Jugendpsychiatrie) teilnehmen. Seit dem SS '01 wird diese Vorlesung für die Studierenden des Fachbereichs Psychologie mitangeboten. Eine weitere Vorlesung mit Krankenvorstellung findet für die Studierenden der Motologie und Sonderpädagogik statt. Seit dem Sommersemester 2005 findet eine eigene Vorlesung für die Mediziner im Rahmen der sogenannten „Kopffächer“ (z.B. Psychiatrie, Neurologie, Augenheilkunde) statt, sowie eine eigene Vorlesung für Psychologen und Studierende der Motologie und Sonderpädagogik. Die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik beteiligt sich an den Staatsexamina für Mediziner (Prüfung der PJ-Studenten im Wahlfach Kinder- und Jugendpsychiatrie) ebenso wie an der Staatsprüfung für das Lehramt an Sonderschulen, an der Abschlussprüfung für die Motopädagogen sowie der Diplomprüfung für Psychologen.

7.1.2 Evaluation der Lehrveranstaltungen

Seit dem Sommersemester 1998 werden die Lehrveranstaltungen der Klinik (Vorlesungen und Praktika) regelmäßig durch die Studierenden bewertet, d. h. evaluiert. Die Evaluation der Lehrveranstaltungen erfolgt am Ende eines jeden Semesters mittels eines speziell dafür entworfenen strukturierten Fragebogens, anhand dessen verschiedene Aspekte der jeweiligen Lehrveranstaltung bewertet werden.

In dem Fragebogen wird gefragt in wie weit die behandelten Themen interessant, der theoretische Stoff gut verständlich, die Patientenvorstellungen eindrucksvoll, die Veranstaltung klar und systematisch aufgebaut, der Vortragsstil des Dozenten lebendig und anregend, die didaktischen Mittel übersichtlich waren, und in wie weit der Dozent gut und ausführlich auf Fragen einging und es verstand, die Teilnehmer zu motivieren. Nachdem die Fragebögen am Ende der jeweils letzten Veranstaltung des Semesters an alle anwesenden Teilnehmer ausgeteilt, anonym ausgefüllt und zurückgegeben wurden, erfolgt eine statistische Auswertung und graphische Darstellung der Ergebnisse.

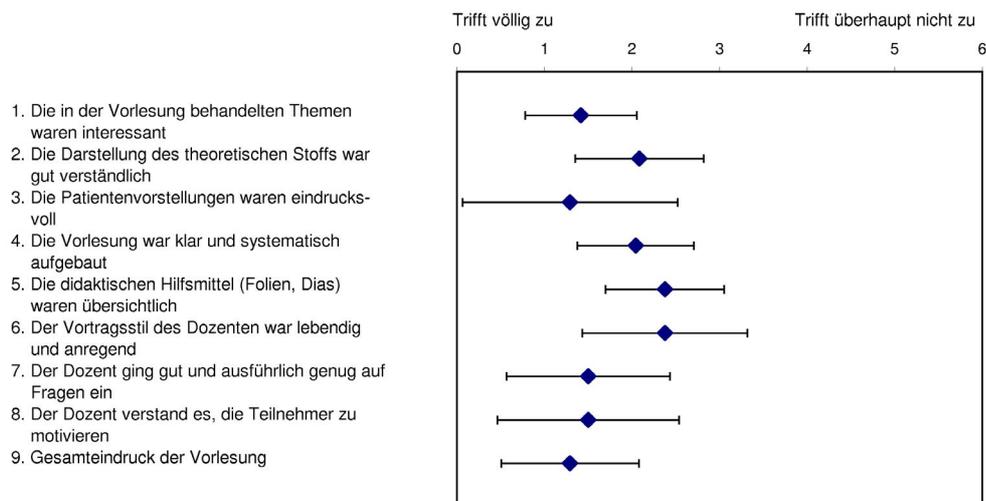


Abb. 7.1: Bewertung der Vorlesung »Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Krankenvorstellung« (5. klin. Semester, SS 2005) durch die Studierenden, die an der Veranstaltung teilgenommen haben. Dargestellt sind Mittelwert und Standardabweichung der Bewertungen.

Seit Einführung der Evaluation wurden die Lehrveranstaltungen insgesamt mit sehr gut bis gut bewertet. Besonders positiv hervorgehoben wurden fast durchweg die Darstellung der in den Vorlesungen behandelten Themen und Störungsbilder. Die angebotenen Praktika in Form von Groß- und Kleingruppenunterricht wurden von den Studierenden gleichermaßen als gut eingestuft. Seit zwei Semestern konnte auch nachgewiesen werden, dass diejenigen Studierenden, die die Vorlesung regelmäßig besuchten, in der Abschlussklausur signifikant besser abschnitten, als jene, die nur zur Klausur erschienen waren.

Über die Beantwortung des Fragebogens hinaus werden die Studierenden gebeten, besonders positive oder auch negative Aspekte der Veranstaltung im Klartext zu nennen und zu erläutern

sowie Verbesserungsvorschläge zu unterbreiten. Die im Klartext aufgeführten Kritikpunkte und Verbesserungsvorschläge werden systematisch ausgewertet, mit den Lehrenden diskutiert und soweit wie möglich bei der Planung zukünftiger Veranstaltungen berücksichtigt. In Abb. 7.1 sind die Ergebnisse der Bewertung der Vorlesung »Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Krankenvorstellung« aus dem Sommersemester 2005 beispielhaft dargestellt. In Abb. 7.2 ist die Evaluation des Praktikums I für die Medizinstudenten aufgeführt.

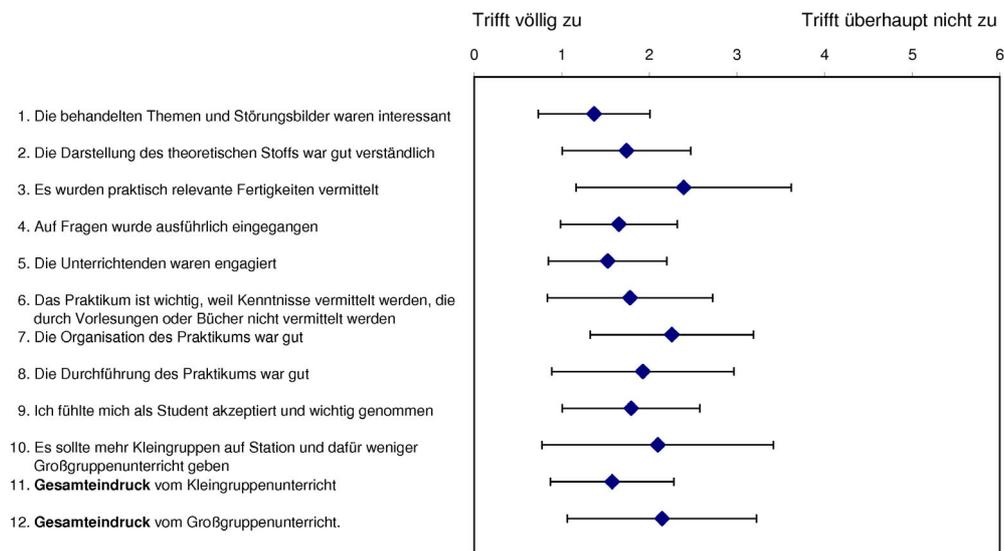


Abb. 7.2: Bewertung des Praktikums Psychiatrie I, Kinder- und Jugendpsychiatrie für Medizinstudenten des 5. Klinischen Semesters, Groß- und Kleingruppenunterricht (SS 2005)

7.1.3 Ausbildung von Psychologie-Praktikanten

Im Rahmen des Studiums der Psychologie müssen die Studierenden drei Praktika à 6 Wochen oder ein Praktikum für die Dauer von sechs Monaten absolvieren.

Im Berichtszeitraum haben wir mehrere Psychologiestudenten, vorwiegend aus Marburg, aber auch von anderen Universitäten, in unserer Klinik betreut. Viele zusätzliche Bewerbungen für die Absolvierung eines Praktikums konnten wir aus Kapazitätsgründen nicht berücksichtigen.

Die Erfahrung mit den Psychologie-Praktikanten zeigt, dass viele von ihnen sich in relativ kurzer Zeit so weit in die psychologische Testdiagnostik einarbeiten können, dass sie einige psychologische Testverfahren selbständig durchführen und auswerten können sowie unter Anleitung der betreuenden Psychologen der Klinik schriftliche psychologische Befunde zu erstellen lernen.

7.2 Unterricht für Schwestern, Pfleger und pädagogische Mitarbeiter

Für die Mitarbeiter der eigenen Klinik wird eine wöchentliche Fortbildung angeboten, die von Mitarbeitern der Klinik durchgeführt wird. Im Wechsel werden verschiedene Themen in Seminarveranstaltungen und Kleingruppenarbeit behandelt.

7.2.1 Unterricht für Kinderkrankenschwestern

An der Ausbildung der Krankenpflegeschule für Kinderkrankenschwestern ist die Klinik beteiligt mit Unterrichtsstunden über Kinder- und Jugendpsychiatrie.

7.2.2 Weiterbildung zur Fachschwester und zum Fachpfleger für Psychiatrie

Die Klinik für Psychiatrie, die Klinik für Psychotherapie und die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie haben eine Weiterbildungsstätte für die Qualifikation zur/zum Fachschwester/-pfleger für Psychiatrie/Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie eingerichtet (Leitung der Schule: Prof. Krieg und Prof. Remschmidt). Der Schule steht eine Lehrkrankenschwester zur Verfügung. In einem ca. 730 Stunden umfassenden Curriculum, kombiniert mit entsprechenden praktischen Einsätzen an verschiedenen Kliniken, können die Schwestern bzw. Pfleger unserer Klinik berufsbegleitend die Zusatzbezeichnung »Fachschwester bzw. Fachpfleger für Psychiatrie« erwerben. Der zehnte Lehrgang mit 16 Teilnehmern (davon 3 aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie) begann im Januar 2004, alle Teilnehmer absolvierten im Dezember 2005 erfolgreich die Abschlussprüfung.

Kurs	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		Gesamt				
	1984-1986		1987-1989		1989-1991		1991-1993		1993-1995		1995-1997		1998-1999		2000-2001		2002-2003		2004-2005						
Jahr	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F/M		
Psy Uni Marburg	4		4	1	1	1	2		1	1		2	1	2	3	1	2	4	2	1	20	13	33		
KJP Uni Marburg	3		3			1	1		2	1	1	2	2	2		1	1	1	1	2	14	10	24		
ZSP Marburg			1	1	1	1	1	1		2	1	1	1	1									5	7	12
Psy Uni Gießen								2	1	1	2	1	2	2		3	1	1	1	2	8	11	19		
KKH Kassel							2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		2	7	8	15		
Lauterbach										1		1	1	1		1	1			1	2	5	7		
Schwalmstadt															2	1	1		2		5	1	6		
Haina																	2		2			4	4		
Gesamt	7		8	2	2	3	6	4	5	7	5	8	8	9	6	8	7	9	7	9	61	59			
Summe	7		10		5		10		12		13		17		14		16		16		120	120			

F=Frauen, M=Männer

Tab. 7.3: Übersicht über die Teilnehmerzahlen an den durchgeführten Weiterbildungskursen von 1984 bis 2005, teilnehmende Kliniken waren: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Universitätsklinikums Marburg, Zentrum für Soziale Psychiatrie Marburg Süd, Klinik für Psychiatrie des Universitätsklinikums Gießen, Ludwig-Noll-Krankenhaus Kassel, Eichhof-Krankenhaus Lauterbach, Hephata Kliniken Schwalmstadt, Klinik für forensische Psychiatrie Haina

7.2.3 Unterricht für Logopäden

Seit 1981 beteiligen sich die Psychologen der Klinik an der sechssemestrigen Ausbildung der Lehranstalt für Logopäden, die dem »Medizinischen Zentrum für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde« angegliedert ist.

Im Rahmen des Curriculums für die staatlich anerkannte Ausbildung zum Logopäden sind 120 Unterrichtsstunden für Themen aus den Bereichen der Entwicklungspsychologie sowie klinischen Psychologie vorgesehen. Bestimmte, für die logopädische Praxis relevante Gesichtspunkte können hierbei besonders durch die klinische Tätigkeit der Psychologen der Kinder- und Jugendpsychiatrie praxisnah vermittelt werden. Dabei hat sich herausgestellt, dass auch bei diesen Lehrveranstaltungen die Erläuterung ausgewählter theoretischer und praktischer Gesichtspunkte an konkreten Beispielen der Diagnostik und Therapie von Patienten besonders effektiv ist.

Im Berichtszeitraum wurde über die Dauer von drei Semestern bei den einzelnen Ausbildungskursen zwei Unterrichtsstunden pro Woche abgehalten. Dabei hat sich bewährt, ergänzend zu den theoretischen Aspekten Grundlagen der klinischen Psychologie mit Hilfe von Fallbeispielen zu erläutern. Die Ausbildung für Logopädie schließt mit einer schriftlichen und mündlichen Prüfung ab. Ein Prüfungsfach dabei ist »Entwicklungspsychologie und klinische Psychologie«. Im Berichtszeitraum waren Psychologen der Klinik an der Ausbildung von sechs Kursen (zu jeweils 12 Ausbildungskandidatinnen) beteiligt.

In diesem Zusammenhang sei noch ergänzt, dass die Zusammenarbeit zwischen der Klinik, insbesondere der Poliklinik und Institutsambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie, und der Phoniatrie-Pädaudiologischen Abteilung der Hals-Nasen-Ohrenklinik bei der Diagnostik und Therapie sprachentwicklungsgestörter Kinder besonders intensiv ist und auch deshalb viele Verbindungen für diese Ausbildungstätigkeit existieren.

7.2.4 Unterricht für Motologen

Seit mehreren Jahren sind Mitarbeiter der Klinik an dem neu geschaffenen Studiengang Motologie als Dozenten tätig. Es handelt sich bei diesem Studiengang um eine Postgraduierten-Ausbildung. Über drei Semester hinweg werden in jeweils zweistündigen, wöchentlichen Veranstaltungen die Fächer Klinische Gesprächsführung und Motopathologie unterrichtet. Inhaltlich liegt der Schwerpunkt darauf, Zusammenhänge von kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern und motorischen Störungen darzustellen und zu vermitteln.

7.3 Facharztweiterbildung

Die Facharztausbildung erfolgt nach den Richtlinien zur Facharztweiterbildung der Bundesärztekammer. In der Klinik wird regelmäßig eine Facharztweiterbildungskonferenz durchgeführt. In dieser Facharztweiterbildung werden jüngeren Kollegen die Grundlagen von Diagnostik und Therapie systematisch dargestellt, aber auch aktuelle Ergebnisse der Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie vermittelt. Eine spezielle Weiterbildungskonferenz dient der Einübung der multiaxialen Klassifikation und Dokumentation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Ausbildung in forensischen Fragen erfolgt sowohl in der Facharztkonferenz wie in einem eigenen forensischen Seminar. Die psychotherapeutische Qualifikation der in der Wei-

terbildung stehenden Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgt im Institut für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. Außerdem wird einmal pro Woche eine Therapiekonferenz durchgeführt, in der die laufenden Behandlungen vom Klinikleiter bzw. von den Oberärzten supervidiert werden.

7.4 Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes am 1.1.1999 wurden die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten neu geschaffen. Mit den gesetzlichen Neuregelungen wurden auch die entsprechenden Vorschriften für die Ausbildungsgänge geändert. Aufgrund der neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen wurde im Jahr 1999 gemeinsam mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie das Institut für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin an der Philipps-Universität Marburg e.V. (IVV) gegründet. Im IVV können Psychologen die Qualifikation zum Psychologischen Psychotherapeuten erwerben; Psychologen und Pädagogen können darüber hinaus die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten absolvieren.

7.5 Kinder- und jugendpsychiatrische Kolloquien

Seit 1981 werden - mit Ausnahme der Ferien- und Urlaubsmonate - regelmäßig einmal monatlich kinder- und jugendpsychiatrische Kolloquien durchgeführt. Eingeladen werden dazu insbesondere Ärzte für Allgemeinmedizin, Kinderärzte, Nervenärzte, Klinische Psychologen, Kinder- und Jugendpsychiater sowie Mitarbeiter anderer Berufsgruppen, die mit Kindern und Jugendlichen und deren Familien zu tun haben. Die Kolloquien finden jeweils im Hörsaal des Zentrums für Nervenheilkunde statt. Neben Mitarbeitern der Klinik sind es meist auswärtige Referenten, die eine Fülle breit gelagerter Themen abhandeln. Eine Liste der Vorträge findet sich in Anhang C.

8 Forschung

8.1 Infrastruktur

Die Einrichtung einer eigenständigen Forschungseinheit gründet in der Überlegung, dass qualifizierte Forschung in der Klinik nur möglich ist, wenn ein von der Krankenversorgung weitgehend entlasteter Forschungsbereich besteht, der für alle klinikinternen Forschungsaufgaben Beratungs- und Dienstleistungsaufgaben wahrnimmt und zugleich über die notwendige apparative und methodische Ausrüstung verfügt. Dabei beschränkt sich die Forschung nicht nur auf die reine Zuarbeit, sondern hat auch die Aufgabe, neue Wege zu erschließen und durch Grundlagenarbeit neue Projekte vorzubereiten.

Hauptbereiche sind dabei die

- Betreuung, Weiterentwicklung und Auswertung der Patienten-, Befund- und Leistungsdocumentation
- methodische Betreuung der laufenden wissenschaftlichen Untersuchungen
- Betrieb und Weiterentwicklung des neuropsychologischen Labors, Archivierung und Auswertung der anfallenden Daten
- Entwicklung diagnostischer Instrumente und therapeutischer Verfahren
- Wissenschaftliche Begleitung der Aus-, Weiter- und Fortbildung
- Erstellung von Berichten, Dokumentationen und Lehrmaterialien
- Betreuung der Literaturdokumentation
- Mitarbeit bei der Konzipierung, Durchführung und Auswertung von Drittmittel-Forschungsprojekten
- Betreuung und Unterstützung der Routine-Krankenversorgung durch technische Dienstleistungen (Reparaturen, Installationen, Planungen) und Beratung bei der Benutzung von technischen Geräten
- Betreuung von Hard- und Software der HPLC-Anlage im Psychopharmakologie- und Neurotransmitter-Labor
- Betreuung von Hard- und Software der computergestützten EEG-Systeme

Die konsequent verfolgte Ausstattung dieses Bereiches mit Personal hat zum Ziel, ständig qualifizierte Mitarbeiter zur Verfügung zu haben, die den größten Teil der für die Forschung benötigten Dienstleistungen im eigenen Haus erbringen können. Das Team der Forschungseinheit besteht ständig aus Diplom-Mathematiker (seit 01.05.01: Diplom-Statistikerin), Diplom-Physikern, Programmierer (Techn. Assistent), Dokumentationsassistentin, Med. Dokumentarin sowie je nach Bedarf und zeitlich befristet - zusätzlich Psychologen, Ärzten, Wissenschaftlern anderer Disziplinen, Hilfskräften und Praktikanten.

Da die Grundausrüstung der Infrastruktur für Drittmittelprojekte in der Regel durch die Klinik bereitgestellt werden muss, ist bei der Vielzahl der hier durchgeführten Projekte eine solche Gruppe unerlässlich.

Gleichzeitig erbringt diese Gruppe auch erhebliche Dienstleistungen für die Krankenversorgung. Zu erwähnen sind dabei besonders die Betreuung im EDV-Bereich, im Bereich des EEG-Labors (Kap. 5.4.5), des Psychopharmakologie- und Neurotransmitter-Labors (Kap. 5.4.7), deren reibungslose Funktion ohne die Mitarbeiter der Forschungseinheit in dieser Form nicht zu gewährleisten wäre. Zwei Mitarbeiter übernehmen in diesem Sinne die Funktion des

DV-Koordinators der Abteilung gegenüber der Zentralen Informationsverarbeitung des Klinikums (ZIV) und der Verwaltung.

Detailliert beschrieben werden hier die Bereiche Dokumentation, Datenverarbeitung und Video – ursprünglich aus Forschungsvorhaben entstanden, haben sie heute auch großen Anteil an der Krankenversorgung und der Ausbildung.

Gemeinsame Basisdokumentation kinder- und jugendpsychiatrischer Universitätskliniken	
Block	Inhalt und Unterabschnitte
1	Aufnahmedaten
2	Soziodemographische Daten: - Kind/Jugendlicher wohnt bei ... - Aufenthaltswohnort
3	Anamnese: - Komplikationen/Risikofaktoren ... - Störungen der kindlichen Entwicklung - Kindergarten - Schule - Leibliche Eltern und Geschwister - Familiäre Belastungen
4	Symptomatik (Marburger Symptomskalen)
5	Körpermaße
6	Diagnosen: - I. Achse – Klinisch-psychiatrisches Syndrom - II. Achse – Umschriebene Entwicklungsstörungen - III. Achse – Intelligenzniveau - IV. Achse – Körperliche Symptomatik - V. Achse – Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände - VI. Achse Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung Diagnosenergänzende Liste
7	Therapie
8	Ende der Behandlung
9	Behandlungsergebnis
10	Empfohlene Weiterbehandlung/Maßnahmen

Tab. 8.1 Gliederung der Dokumentation

8.1.1 Dokumentation

Die Entstehungsgeschichte der kinder- und jugendpsychiatrischen Dokumentation reicht zurück in das Jahr 1976. Aus der in diesem Jahr in Berlin entwickelten Basisdokumentation entstand in den Jahren 1981-1983 eine umfangreiche, an Behandlungsepisoden orientierte Basis-, Befund- und Leistungsdokumentation - im ambulanten Bereich gegenüber der stationären Dokumentation in verkürzter Form. Seit 1992 wurde eine revidierte Fassung auf der Basis der ICD-10 verwendet. Zum 1.1.1998 erfolgte eine völlig neue Überarbeitung der Dokumentation.

Ziele waren eine Vereinheitlichung zwischen mehreren kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätskliniken in Deutschland und eine Vereinfachung für die Dokumentierenden. Es entstand die »Gemeinsame Basisdokumentation kinder- und jugendpsychiatrischer Universitätskliniken«.

Für die Dokumentation gibt es einen – für stationäre und ambulante Patienten identischen – Erfassungsbogen, der von den behandelnden Ärzten und Psychologen ausgefüllt wird. Der kompakte 8-seitige Bogen ist gegliedert in 10 Blöcke, in die die erhobenen Daten einzutragen sind, Block 2 und 3 sind nur für stationäre Fälle auszufüllen (Tab. 8.1). Insgesamt werden 381 Variablen erfasst, die in wesentlichen Abschnitten weitgehend den Vergleich mit den früheren Dokumentationen ermöglichen. Die Symptomatik wird nach den Marburger Symptomskalen erfasst. Der Diagnoseblock verwendet weiterhin die 6-achsige Klassifizierung nach dem Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (herausgegeben von Helmut Remschmidt, Martin H. Schmidt und Fritz Poustka, 4. Auflage 2001).

Ab 2004 wurde auf die Dokumentation von Wiederaufnahmen verzichtet, es wird nur noch die jeweils erste Behandlungsepisode in Klinik, Tagesklinik und Ambulanz berücksichtigt.

Ergänzt wird die Basisdokumentation durch Daten zur Verwaltung von Videoaufnahmen der Patienten und verschiedene administrative Programme. Zusätzlich werden diagnose- und projektspezifische Spezialdokumentationen eingesetzt (siehe z.B. 8.2.3). Die Datenerfassung erfolgt auf PCs in der Regel mit Anwendungen, die mit dem Datenbankprogramm *Clipper* programmiert sind, zunehmend allerdings auch mit *Microsoft Access*. Die Auswertungen erfolgen mit den Statistikpaketen *SAS und SPSS*.

8.1.2 Datenverarbeitung

Die Bereitstellung von »Handwerkszeug« - der Hard- und Software - ist eine Hauptaufgabe des Bereichs Datenverarbeitung. Dazu kommen Dienstleistungen für Krankenversorgung und Forschung. Diese Aufgaben werden in den entsprechenden Abschnitten dieses Berichts beschrieben.

Die Entwicklung der EDV in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie begann 1982: ein Mehrbenutzer-Rechner-System wurde in Betrieb genommen, das bis zum heutigen Zeitpunkt zu einem leistungsfähigen heterogenen Rechnernetz für Krankenversorgung und Forschung ausgebaut wurde. Ursprüngliche Zielsetzung war die Bereitstellung eigener (Abteilungs-) Rechnerkapazität für Dokumentation, Statistik und Neuropsychologie und die komfortable Anbindung an das Hochschulrechenzentrum.

Das lokale Rechnernetz (KJP-Netz) der Klinik ist Bestandteil der Netztopologie des Klinikums. Sie garantiert den Zugang zu den zentralen Systemen (ORBIS) und den verschiedenen Intranetdiensten wie Webservern oder E-mail-Server. Zugang zum Internet wird über ein »Firewall«-System ermöglicht. Zugriffe von außen in das Klinikumsnetz sind nicht möglich. Kern des KJP-Netzes sind 4 Server mit dem Netzwerkbetriebssystem *Windows NT bzw. Windows 2000 Server*. Diese dienen als Anmeldeserver für die Benutzerkontrolle, Fileserver zur Dateiablage und Druckserver. Sie bedienen alle am Netz angeschlossenen Endgeräte wie PCs und Drucker. Zentrale Dateiablage auf einem Server ist für personenbezogene Daten durch die Datenschutzrichtlinie des Klinikums zwingend vorgeschrieben. Ferner wird dadurch eine

erhöhte Datensicherheit durch eine regelmäßige zentrale Datensicherung erreicht. Daneben betreibt die Abteilung im Netz noch spezielle Rechner für den Betrieb der HPLC-Anlage. Insgesamt sind in das KJP-Netz mehr als 150 Endgeräte integriert:

- PC-Arbeitsplätze - alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik haben an ihren Arbeitsplätzen direkten Zugang zu einem PC oder einem »Thin Client« (*windows based terminal* mit Zugang zu einem zentralen *Terminalserver*)
- Laborrechner im neuropsychologischen Labor
- Laborsubsystem HPLC-Labor
- Laborsubsysteme Genlabor (Klinische Forschergruppe)
- Labor-PCs für spezielle Aufgaben (EEG-System, BMI-System, Videosteuerung, psychologische Testsysteme)
- Netzwerkdrucker (Printserver)

Neu hinzu gekommen ist im Berichtszeitraum die Betreuung eines weiteren Standortes in Marburg: das Projekt „KJP-Qualität“ bezog Räume in der Deutschhausstr. 17.

Besonders zu erwähnen ist der Aufbau der DV-Infrastruktur in der Institutsambulanz in Bad Nauheim. Diese wurde - unterstützt durch die Zentrale Informationsverarbeitung - durch die DV-Gruppe geplant, aufgebaut und in Betrieb genommen. Es war das erste Projekt zur Einbindung eines externen Standortes im Universitätsklinikum Marburg. In der Außenstelle stehen sämtliche Ressourcen des Klinikumsnetzes zur Verfügung.

Darüber hinaus wird auch die DV-Infrastruktur der Schule für Kranke und die der Erziehungsberatungsstelle mitbetreut, auch die zentralen DV-Ressourcen des Zentrums für Nervenheilkunde werden unterstützt. Die Arbeitsplätze in den Stationszimmern und in der Leitstelle der Ambulanz werden von der Zentralen Informationsverarbeitung betreut.

Die Ausstattung der PC-Arbeitsplätze mit dem Betriebssystem *Windows 2000* und einer Zusammenstellung von Anwendersoftware wurde weitgehend vereinheitlicht. Standardsoftware sind *Microsoft-Office 2000* (*Word*, *Excel*, *Powerpoint* und *Access*) für Textverarbeitung, Tabellenkalkulation, Präsentationsgrafik und Datenbankapplikationen, dazu die freien Programme *Mozilla* (später *Firefox* und *Thunderbird*) als Internetbrowser und E-mail-client, *7zip* zur Datenkomprimierung, *IrfanView* als Grafikbetrachter, *Adobe Acrobat Reader* für die Darstellung des „portable document format“. Je nach Bedarf ist auf weiteren PCs *CorelDraw* für Grafikerstellung und -bearbeitung und *SPSS* für Statistikauswertungen installiert. Für die Literaturdokumentation wird *EndNote* eingesetzt. Auf den Arbeitsplatzrechnern, an denen Zugang zu ORBIS notwendig ist, ist zusätzlich die entsprechende Clientsoftware aufgespielt.

Die Ziele des DV-Konzeptes

- Einheitlichkeit der Bedienung und Arbeitsweise
- leichte Erlernbarkeit auch für ungeübte Benutzer
- Sicherheit der Bedieneroberfläche
- Flexibilität und Transparenz
- kontinuierliche Betreuung der Anwender durch Mitarbeiter der Forschungseinheit
- zentrale Datensicherung
- Zugriffskontrolle auf das Netzwerk und das zentrale System
- Zugang zum Internet, Kommunikation mit E-mail
- hohe und schnelle Verfügbarkeit
- Gewährleistung des Datenschutzes

sind umgesetzt und können garantiert werden. Die Akzeptanz durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist gut – trotz gewisser Einschränkungen aufgrund der Forderungen des Datenschutzes und der Gewährleistung der Betriebssicherheit ist effektives und flexibles Arbeiten möglich.

Wartungs- und Reparaturarbeiten können oft in Eigenleistung durchgeführt werden, was die Verfügbarkeit deutlich erhöht. Die DV-Koordinatoren können Ersatzteilbeschaffung und Serviceaufträge in eigener Verantwortung durchführen.

Das oben beschriebene Aufgabenspektrum des „Systemmanagement“ dieses Rechnernetzes entspricht der vom Klinikumsvorstand geschaffenen Funktion des DV-Koordinators der Abteilung: Konzepterstellung für die Beschaffung von Hard- und Software, Installation und Anpassung von Hardware, Konfiguration der PCs für den Netzbetrieb, Installation, Einführung und Wartung von Software, Vergabe von Benutzerberechtigungen, Datensicherung, Benutzerberatung, Wartung und Pflege von Rechnern und Peripherie.

8.1.3 Neuropsychologisches Labor

Das neuropsychologische Labor dient der Untersuchung von Kindern und Jugendlichen mit neuropsychologischen Methoden, d. h. der Untersuchung von Zusammenhängen zwischen psychischen Vorgängen und Hirnfunktionen. Es bietet die Möglichkeit, bei der Durchführung von Untersuchungen eine Registrierung von physiologischen Parametern (EEG, EKG, EMG, Puls, Atmung) und Ereignissen (Tastendruck bei Reaktionszeitmessung, Triggerzeitpunkt bei evozierten Potentialen) zeitsynchron vorzunehmen.

Als Laborrechner zur Steuerung des Untersuchungsablaufs und Darbietung der Testverfahren dient ein PC. Psychologische Testverfahren oder physiologische Reize werden von diesem Rechner mit Programmen dargeboten, die in der Klinik selbst entwickelt wurden. Die dabei erzeugten Ereignisse (wie z.B. ein Triggersignal bei Reizeinblendung oder Probandenreaktionen) werden über die parallele Schnittstelle des Rechners an den zur EEG-Aufzeichnung verwendeten zweiten Rechner übergeben und dort parallel zum EEG gespeichert.

Die Einrichtungen des Labors sind auf zwei nebeneinander liegende Räume verteilt. Im »Beobachtungsraum« befinden sich die unmittelbar zur Untersuchung und zur Aufnahme der Messdaten erforderlichen Geräte, im »Kontrollraum« die zur Ablaufsteuerung, Datenspeicherung und Weiterverarbeitung erforderlichen Geräte.

Die Probanden sitzen in entspannter Haltung in einem ehemaligen Zahnarztstuhl. Vor ihnen hängt ein Bildschirm, der zur Darbietung der Reizsignale bzw. der Aufgaben dient. Die Probandenreaktionen werden über eine an den Laborrechner angeschlossene Computermaus aufgezeichnet. Die Aufzeichnung des EEG erfolgt auf einem PC mit angeschlossenem EEG-Verstärker »Synamps« der Firma *Neuroscan*. Erfasst werden maximal 32 Signalkanäle (für EEG und EOG) sowie der vom Laborrechner übergebene Ereigniskanal.

Zur Auswertung der Daten dient das Programm »*BrainVision Analyzer*« der Münchener Firma *Brainvision* auf einem Personalcomputer unter *Windows 2000*. In diesem modular aufgebauten Programm erfolgt zunächst die Kontrolle der Rohdaten und Markierung der artefaktbehafteten EEG-Abschnitte. Um dann z. B. evozierte Potentiale zu ermitteln, werden die Daten anhand der Ereignismarkierungen segmentiert, gemittelt (Averaging) und anschließend Amplitude und

Latenz typischer Peaks bestimmt. Abschließend werden diese Parameter exportiert und mit verschiedenen Spezialprogrammen und dem Statistikprogramm *SAS* weiterverarbeitet.

Im Jahr 2004 wurde ein zweiter Untersuchungsplatz in Betrieb genommen, der grundsätzlich genau so, wie oben beschrieben, aufgebaut ist. Hierzu wurde ein EEG-System mit 64 Kanälen beschafft (*Brainamp* von der Fa. *Brainproducts*). Zur schnelleren Montage der Elektroden werden Elektrodenhauben der Fa. *Easycap* eingesetzt. Um weitergehende analytische Methoden, z.B. Quellenanalysen durchführen zu können, wurde ein System zur 3-dimensionalen Vermessung der Elektrodenpositionen (*Digitizer Zebri CMS20*) beschafft.

Die in 8.2.2 beschriebene Methodik neurophysiologischer Untersuchungen konnte damit deutlich verbessert werden, auch die neuropsychologischen Tests des Asperger-Projektes (siehe 8.2.5) wurden mit der neuen Technik durchgeführt.

8.1.4 Videoanlagen

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist es seit langem üblich, zur Unterstützung von Diagnostik und Therapie Videoanlagen einzusetzen.

Neben VHS-Camcordern und mehreren Anlagen, die fahrbar in den verschiedenen Häusern stationiert sind, gibt es eine zentrale Videoanlage im Bereich der Familienambulanz. In einem für die Durchführung von Bild- und Tonaufzeichnungen hergerichteten Raum befinden sich 2 Kameras und leistungsfähige, fest installierte Mikrofone. Im Kontrollraum stehen Recorder und Kontrollmonitor.

Hauptsächlich wird die Anlage im Rahmen der Familiendiagnostik und Familientherapie genutzt. Die Aufzeichnung der Gespräche kann dann z.B. im Verlauf der Behandlung zur Therapieplanung wieder herangezogen werden. Ferner besteht die Möglichkeit, dass weitere Therapeuten im Kontrollraum das Gespräch aus der Distanz beobachten und anschließend den Gesprächsverlauf diskutieren und bewerten. Spezielle Aufnahmekonstellationen können bei Bedarf geschaltet und bereitgestellt werden.

Die Produktion von Lehrfilmen, Zusammenschnitten und Kopien wird weitgehend vom Bereich „Medizinisches Fernsehen“ der zentralen Technik übernommen.

Ende 2005 wurde begonnen, die gesamte Videotechnik auf digitale Aufnahme- und Wiedergabeverfahren umzustellen (Aufnahme auf Mini-DV, Wiedergabe über DVD oder PC).

8.2 Forschungsschwerpunkte und -projekte

8.2.1 Schizophrenie-Forschung

Die bereits in den letzten Berichten dargestellte Forschung zum Rehabilitationsverlauf von schizophrenen Patienten wurde in Kooperation mit dem Jugendheim »Leppermühle« in Großen-Buseck bei Gießen weitergeführt. Über das Konzept des Rehabilitationsprogrammes und über Ergebnisse der Evaluation wurde bereits an anderer Stelle berichtet.

In einem anderen Teilprojekt der Schizophrenie-Forschung wird seit einigen Jahren die Wirkung von Clozapin auf schizophrene Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter untersucht. Im Zusammenhang mit diesem Projekt wurden neue Fragestellungen zur Schizophrenie-Forschung

aufgegriffen. Im Vordergrund standen dabei neuropharmakologische und biochemische Untersuchungen. Es wurde eine Bestimmungsmethode für das atypische Neuroleptikum Clozapin und seine beiden Hauptmetabolite entwickelt und entsprechende Untersuchungen bei an Schizophrenie erkrankten Jugendlichen durchgeführt.

Eine Methode zur Serumspiegelbestimmung des Neuroleptikums Olanzapin und seiner Metabolite 2OH-Olanzapin und N-Desmethyl-Olanzapin wurde ebenfalls in unserem HPLC-Labor entwickelt. Seit 1999 werden Olanzapin-Serumspiegelkontrollen im Rahmen der klinischen Routine zur Überprüfung der Compliance und Dosisoptimierung bestimmt.

Kürzlich wurden im Rahmen einer Untersuchung der bisherigen Olanzapin-Serumspiegelbestimmungen Daten von 122 Patienten im Alter von 10-21 Jahren dargestellt (Theisen et al. 2006). Hierbei wurden neben dem Einfluss der Dosis (siehe Abb. 8.1) auch Effekte von Diagnose, Alter, Geschlecht, Rauchen und Komedikation auf den Olanzapin-Serumspiegel systematisch untersucht. Daneben wurde in unserem HPLC-Labor eine Methode zur Serumspiegelbestimmung des atypischen Neuroleptikums Aripiprazol entwickelt (Bachmann et al., in Vorbereitung).

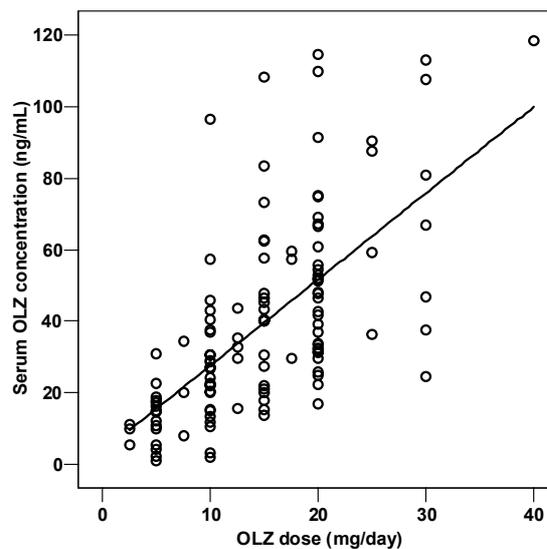


Abb. 8.1: Korrelation zwischen Olanzapin (OLZ)-Dosis und OLZ-Serumkonzentration bei 122 Patienten im Alter von 10-21 Jahren. Proben entsprechend repräsentativem Talwert (10-24 h nach letzter Einnahme) im „steady state“ (≥ 7 Tage bei gleichbleibender täglicher OLZ-Dosis). $R^2 = 0.42$; $p < 0.001$.

Die Mitarbeiter des HPCL-Labors spielen eine wichtige Rolle bei der Durchführung klinischer Arzneimittelstudien an denen sich unsere Klinik beteiligt.

Ein weiteres Teilprojekt der Schizophrenieforschung ist auf die Erfassung von Früh- und Spätdyskinesien bei Kindern und Jugendlichen mit einer schizophrenen Psychose ausgerichtet. Dabei steht die Frage der Häufigkeit und Form von Dyskinesien und Akathisien unter und nach neuroleptischer Behandlung im Vordergrund. Das Projekt gliedert sich in eine prospektive Verlaufsuntersuchung und eine katamnestiche Nachuntersuchung an zwei unterschiedlichen

Stichproben. Beide Stichprobenkollektive werden mit Beginn der Erkrankung im Jugendalter unter wissenschaftlichen Bedingungen und unter Einbeziehung der Eltern standardisiert untersucht. Systematisch erhobene Daten zur Prävalenz, zum Erkrankungsverlauf und zur neuroleptischen Medikation fließen in die Untersuchung ein.

In einer kürzlich erschienenen Arbeit wurde die Häufigkeit (Prävalenz) verschiedener Bewegungsstörungen (Movement Disorders, MDs) bei mit Neuroleptika behandelten Patienten aufgezeigt (Gebhardt et al. 2006). Es wurden 93 Patienten (Alter 19.6 ± 2.2 Jahre) mittels verschiedener Skalen [Tardive Dyskinesia Rating Scale“ (TDRS), Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS), Extrapyramidal Symptom Scale (EPS), Barnes Akathisia Scale (BAS)] untersucht. Bewegungsstörungen fanden sich in rund 40% der Patienten und diese waren signifikant häufiger mit typischen als mit atypischen Neuroleptika assoziiert.

Im Rahmen der Schizophrenieforschung stellen Nachuntersuchungen (Katamnesen) mit langen Nachbeobachtungszeiträumen besonders wertvolle aber auch aufwändige Untersuchungen dar. In einer bislang einzigartigen Arbeit ist es gelungen, 76 Patienten mit der Verdachtsdiagnose Schizophrenie, die zwischen 1920 und 1961 in der Marburger Klinik stationär behandelt wurden, nach etwa 42 Jahren nachzuuntersuchen (Renschmidt et al. 2006). In 50% (n=38) des Kollektivs konnte die damalige Verdachtsdiagnose Schizophrenie anhand der heutigen ICD-10 Kriterien bestätigt werden. Das Ersterkrankungsalter lag bei 12.7 ± 2.5 (Spannweite 5-14) Jahren, das Nachuntersuchungsalter lag bei 55.0 ± 4.8 (42-62) Jahren. Hauptergebnis der Katamnese waren vergleichsweise niedrige Werte in der globalen Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus der Patienten mittels „Global Assessment Scale“ (GAS). Nur wenige Patienten wiesen einen guten (GAS-Werte zwischen 71-100; 16%) oder moderaten (GAS 41-70; 24%) Verlauf auf, die meisten Patienten (60%) zeigten ein schlechtes Outcome (GAS 0-40). Die Sterberate (einschließlich Suizid) lag in der Schizophreniegruppe signifikant höher (n=15; 39.5%) als in der Gruppe von Patienten ohne Schizophrenie (n=7; 18.4%). Die diagnostische Stabilität der Diagnosen über den Beobachtungszeitraum lag bei 69 von 74 Fällen (91%).

8.2.2 Lese-Rechtschreibforschung

Die Legasthenieforschung stellt seit vielen Jahren einen Forschungsschwerpunkt der Klinik dar. Das Forschungsspektrum umfasst alle wesentlichen Bereiche der Diagnostik, der Ursachen- und der Therapieforschung sowie der normalen Lese- und Rechtschreibentwicklung. In dem vorliegenden Berichtszeitraum gab es zwei Forschungsschwerpunkte:

8.2.2.1 Multizentrisches Forschungsprojekt „Neurobiologische, neurophysiologische und molekulargenetische Untersuchungen zur Lese-Rechtschreibstörung.

Gefördert durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (Re 471/15-1)

Kooperationspartner: Koenig IR (2), Plume E (4), Grimm T (3), Schumacher J (1), Warnke A (4), Propping P (1), Ziegler A (2), Nöthen MM (5), Juha Kere (7)

- 1) Institut für Humangenetik, Universität Bonn,*
- 2) Institut für Medizinische Biometrie und Statistik, Universität zu Lübeck,*
- 3) Abteilung für Medizinische Genetik, Institut für Humangenetik der Universität Würzburg,*

- 4) *Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität Würzburg,*
- 5) *Life and Brain, Universität Bonn*
- 6) *Max-Planck Institut für Psychiatrie, München*
- 7) *Karolinska Institutet, Stockholm*

Ergebnisse neurobiologischer Forschung zeigen, dass der LRS basale Störungen verschiedener Verarbeitungsstufen akustischer und visueller Informationen zugrunde liegen. Zur Genese der LRS tragen erbliche Faktoren bei, wobei bislang noch keiner dieser Faktoren auf molekularer Ebene identifiziert worden ist. Durch Kopplungsuntersuchungen konnten in unabhängigen Studien Gene auf den Chromosomen 1, 2, 3, 6, 15 und 18 lokalisiert werden. Ziel dieser multizentrischen Studie in Kooperation von Arbeitsgruppen an den Universitätskliniken Marburg, Würzburg, Bonn und München ist die molekulargenetische Untersuchung einer großen, bzgl. basaler Informationsverarbeitungsprozesse charakterisierten Stichprobe von 400 rechtsschreibschwachen Probanden und ihrer Geschwister. In den ersten drei Projektjahren wird die Stichprobe phänotypisiert und DNA-Proben gewonnen. Parallel werden unter Einbeziehung einer bereits vorhandenen Stichprobe weitergehende molekulargenetische Untersuchungen in der Kandidatenregion auf Chromosom 15 vorgenommen werden. Mit der neu gewonnenen Stichprobe werden durch genomweite Kopplungsuntersuchung Genorte identifiziert werden, die es erlauben werden, die molekularen Grundlagen basaler Informationsprozesse und ihre Beziehung zur LRS zu verstehen. Dieses Projekt ist im Mai 2001 gestartet und 2005 beendet worden.

Im Rahmen der laufenden Multizentrischen Studie wurden ca. 400 Familien mit einer Rechtsschreibstörung untersucht.

Im Bereich der LRS-Forschung werden gegenwärtig 9 chromosomale Regionen (DYX1-DYX9) mit Kopplungsevidenz durch das *Human Gene Nomenclature Committee* gelistet. Bei der wohl aussichtsreichsten Kopplungsregion handelt es sich dabei um einen chromosomalen Abschnitt auf 6p21-p22, hier konnten gleich mehrere unabhängige Arbeitsgruppen Kopplungshinweise finden. Innerhalb dieser Region gelang uns im Rahmen des Nationalen Genomforschungsnetzes (NGFN, Neuronetz, Standort Bonn) und parallel dazu einer US-amerikanischen Arbeitsgruppe die Identifikation eines Dispositionsgens für die Dyslexie. In der etwa 16,5 Millionen Basenpaaren umfassenden Region untersuchten wir zunächst genetische Varianten im konstanten Abstand zueinander (Feinkartierung), unser Kollektiv bestand aus 137 Trio-Konstellationen mit Dyslexie. Hierbei identifizierten wir, dass ein Allel eines Markers – D6S276 – überzufällig häufiger und signifikant an die betroffenen Kinder weitergegeben wurde ($p=0,004$). Da der Marker innerhalb eines nicht-kodierenden Abschnitts (Intron 8) eines funktionell sehr interessanten Kandidatengens für die Dyslexie lokalisiert ist, erweiterten wir unsere Analysen. Bei dem Gen handelt es sich um das Doublecortin-Domain-Containing-2-Gen (DCDC2), von dem bekannt ist, dass es u. a. an der kortikalen Migration beteiligt ist. Hierbei handelt es sich um den in der menschlichen Embryonalentwicklung stattfindenden Prozess, bei dem die Nervenzellen (Neurone) von inneren Hirnstrukturen in die äußere Hirnrindbereiche (Kortex) wandern.

Um die genetische Architektur und Variabilität des DCDC2-Locus genau zu erfassen, resequenzierten wir den gesamten kodierenden und große Anteile des nicht-kodierenden DCDC2-Bereichs sowie die kodierenden Abschnitte zweier flankierender Gene (insgesamt 170 Tausend Basenpaare) an 3 betroffenen Individuen mit dem entsprechenden Risiko-Allel bei Marker

D6S276. Hierdurch gelang uns die Identifikation von 177 genetischen Varianten, von denen wir 29 ausgewählte Varianten weiteren Assoziationsanalysen zuführten. Von diesen Varianten war eine signifikant ($p=0,011$) und zwei andere borderline-signifikant zum Betroffenenstatus assoziiert. Unter Zugrundelegen der vier am meisten assoziierten Marker verstärkten sich die Befunde in der Haplotyp-Analyse (gemeinsame Auswertung benachbarter Genvarianten, s. o.). Zwei Haplotypen wurden hochsignifikant häufiger an die erkrankten Kinder weitergegeben, beide mit p-Werten von $p<0,0001$. Die entsprechenden Marker führten wir anschließend einer Replikationsanalyse an einem unabhängigen Kollektiv bestehend aus 239 Trios mit Dyslexie deutscher Herkunft zu. Hierdurch konnten wir die initialen Befunde bestätigen, in unserem zweiten Assoziationskollektiv zeigten sich die gleichen Haplotypen hochsignifikant zum Betroffenenstatus assoziiert ($p=0,001$). Wie bereits erwähnt, wird die Bedeutung von DCDC2 am Entstehungsprozess der Dyslexie auch durch unabhängige Befunde einer US-amerikanischen Arbeitsgruppe bestätigt. Sie führten parallel zu unseren Untersuchungen Analysen in der Kopplungsregion 6p21-p22 an 153 Familien mit Dyslexie durch. Auch hier ergaben sich hochsignifikante Assoziationshinweise zwischen genetischen Varianten im DCDC2-Gen und dem Betroffenen-Status.

Weiterführende Untersuchungen unserer Gruppe zeigten überdies, dass der vom DCDC2-Locus ausgehende genetische Effekt mit zunehmenden Dyslexie-Schweregrad steigt. Ein Maß, mit dem sich der genetische Effekt auf die phänotypische Ausprägung abschätzen lässt, ist das sog. Genotypische-Relative-Risiko (GRR). Hiermit wird beschrieben, wieviel mal höher die Erkrankungs Wahrscheinlichkeit ist, wenn ein disponierendes Allel gegenüber dem nicht-disponierendem Allel vererbt wird. Die Schweregradausprägung der Dyslexie ließ sich bei vorliegender Untersuchung gut bestimmen, da sich die individuelle Einschränkung der Lese-Recht-schreib-Fähigkeit durch die jeweilige Standardabweichungen von der Norm ausdrücken ließ. Für den am stärksten assoziierten Haplotyp stieg dabei das GRR in unserem initialen Kollektiv (127 Trio-Konstellationen) von 4,11 (95% CI: 2,77-6,08) auf 11,13 (95% CI: 6,32-19,60) unter Zugrundelegen der 2,5-fachen Standardabweichung (SD) für die phänotypische Ausprägung. Der gleiche Effekt zeigte sich auch im Replikationskollektiv (239 Trio-Konstellationen), hier nahm das GRR von 1,49 (95% CI: 1,16-1,93) auf 2,95 (95% CI: 1,76-3,27) unter Verwendung der 2,5 SD zu.

Durch Expressions-Untersuchungen (u. a. RT-PCRs, Northern-Blot-Hybridisierungen, 5' und 3' RACE-Experimente) gelang uns ferner die Identifikation von drei unterschiedlichen DCDC2-Transkripten (BC050704, NM_016356 "long", AL133013 "short"). Von diesen wird nur ein Transkript – NM_016356 "long" – zentralnervös exprimiert, die Expression betrifft dabei maßgeblich die kortikalen Hirnareale. Dies passt zu den Vermutungen, wonach Störungen neuronaler Migrationsprozesse an der Entstehung der Dyslexie beteiligt sind. Dabei scheinen regulatorische Veränderungen des Transkripts am ehesten am Entstehungsprozess der Dyslexie beteiligt zu sein, da keine genetischen Veränderungen in den kodierenden Bereichen durch unsere Re-Sequenzierungsarbeiten gefunden wurden. Zukünftige Untersuchungen werden klären, welche genetische DCDC2-Variante(n) exakt am Entstehungsmechanismus der Dyslexie beteiligt ist (sind).

8.2.2.2 MSM: Modellprojekt Schriftsprachmoderatoren

Es ist ein auf drei Jahre angelegtes Projekt zur Verbesserung des Anfangs- und Förderunterrichts im Schriftspracherwerb, Beginn 2002.

Die Verhinderung bzw. frühzeitige Behebung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (LRS) soll als übergeordnetes Ziel auf drei Ebenen angestrebt werden:

- Im regulären Deutschunterricht durch die Erprobung zweier Unterrichtskonzepte, die eine Differenzierung nach dem individuellen Lernstand ermöglichen und zur Entstehung einer altersgemäßen Methodenkompetenz beitragen sollen.
- In der Lehrerfortbildung durch die Ausbildung und den Einsatz von so genannten »Schriftsprach-Moderatoren«, die eine kontinuierliche schulinterne Fortbildung personell und institutionell gewährleisten sollen.

Der innovative Wert dieser Studie besteht darin, dass es in der deutschsprachigen Unterrichtsforschung keine Untersuchungen zur Wirksamkeit von Programmen gibt, die für eine LRS-Förderung im Klassenverband (im Unterschied zur Förderung in Kleingruppen) geeignet erscheinen.

Ziele des Modellprojektes

Es ist ein gemeinsames Projekt von Vertreterinnen und Vertreter der Schulpraxis, der Schulpsychologie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dieses Team hat im Mai 2001 einen ersten Projektentwurf vorgelegt und ist nach umfangreichen Vorbereitungen im April 2002 vom Hessischen Kultusministerium beauftragt worden, das Modellprojekt mit der folgenden Zielsetzung durchzuführen: Der Anfangsunterricht im Lesen und Schreiben in den Klassen 1 und 2 und die klasseninterne Förderung in den folgenden Jahrgangsstufen 3 bis 6 soll so weit verbessert werden, dass besondere Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten (LRS) möglichst von vornherein nicht entstehen bzw. sich nicht verfestigen können.

Dies soll anhand zweier Unterrichts- und Förderkonzepte erprobt werden, die dank binnendifferenzierender und individualisierender Lehr- und Lernmethoden eine Förderung im regulären Klassenunterricht möglich erscheinen lassen.

Darüber hinaus soll untersucht werden, ob die Erprobung der Unterrichtskonzepte und die zeitgleich stattfindende Lehrerfortbildung Anhaltspunkte für ein verändertes Rollenverständnis der Lehrkräfte sowie für lernförderliche Aspekte ihres Unterrichts liefern.

Auf der Basis dieser Erkenntnisse sollen so genannte »Schriftsprach-Moderatoren« ausgebildet werden, die mittel- und langfristig an allen Schulen der Modellregion für schulinterne Bildungsmaßnahmen zu Fragen des Schriftspracherwerbs zuständig sein sollen.

Die zentrale Bedeutung schulischer Unterrichtung für den Erwerb von Schriftsprachkompetenz ist unbestritten. Jedoch besteht einerseits eine Unsicherheit, mit welchen Methoden dieses Ziel am besten erreicht werden kann. Andererseits ist die Zahl der Kinder mit besonderen Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben sehr hoch und die Frage, welche Förderung für diese Kinder insbesondere geeignet ist, ist offen.

Im Gegensatz zu den Entwicklungen im Gesundheitswesen, das basierend auf empirischem Wissen z. B. Entscheidungen über die Finanzierung von Therapien trifft, ist der Einfluss empirischer Forschung für den Schulalltag eher als gering einzustufen. Grund hierfür ist auch, dass nur wenige Studie vorliegen, die einem empirischen Ansatz folgend Fragen zur Vermittlung von Schriftsprachkompetenz untersuchen.

Daher ist es von großer Bedeutung, dass sich in diesem Modellprojekt die Bildungspolitik, vertreten durch das Hessische Kultusministerium, das Staatliche Schulamt mit den Schulen der

Kreise Waldeck-Frankenberg und Schwalm-Eder und die empirische Forschung, vertreten durch die Universität Marburg zusammengeschlossen haben, um in einem gemeinsamen Projekt Ergebnisse zu gewinnen, die grundlegend für die Vermittlung von Schriftsprachkompetenz in der Grundschule sind.

Die zentrale Fragestellung des Modellprojektes ist, inwieweit durch den Einsatz von spezifischen Unterrichts-/Förderkonzepten der Schriftspracherwerb verbessert werden kann. Die vorliegenden Ergebnisse nach zwei Jahren Projektdauer zeigen eindrucksvoll, dass es sehr deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen gibt. Dadurch kann einerseits der deutliche Einfluss von Unterrichtskonzepten auf den Schriftspracherwerb empirisch belegt werden. Andererseits zeigen die Ergebnisse auch, dass es entscheidend ist, welches Konzept eingesetzt wird. Auch für die Risikokinder ist es entscheidend, nach welchem Konzept sie unterrichtet werden. Während bei dem Konzept Lollipop die unterdurchschnittliche Rechtschreibleistung der Risikokinder sich so verändert hat, dass die Risikogruppe nach 2 Jahren eine durchschnittliche Rechtschreibleistung erreicht, bleibt die Risikogruppe, die nach dem Konzept Rechtschreibwerkstatt unterrichtet wurde, auch nach 2 Jahren noch unterdurchschnittlich.

Die Bedeutung der Unterrichtskonzepte für den Schriftspracherwerb wurde unter Berücksichtigung zentraler, aus der Forschungsliteratur abgeleiteter Faktoren untersucht. Zu diesen zählen *Unterrichtsfaktoren* (Klassenmanagement, Unterrichtsmenge, Aufmerksamkeit der Kinder), *Klassenfaktoren* (Klassengröße, Ausländeranteil), *Individuumsfaktoren* (Vor- und Sprachkenntnisse des Kindes, Intelligenz, Verhalten, Fernsehen), und *familiäre Faktoren* (Bildungsstand der Eltern, Geburtsrang, häusliches Lernumfeld). Diese Faktoren werden gemeinsam als potentielle Prädiktoren behandelt, die die Bedeutung der Unterrichtskonzepte auf den Schriftspracherwerb beeinflussen können. Dieses Vorgehen ist wichtig, damit ein gefundener Gruppenunterschied nicht eventuell fälschlicherweise als Konzeptunterschied interpretiert wird, obwohl der auf andere Faktoren zurückzuführen ist. Durch das gewählte Untersuchungsdesign und die statistische Auswertung wurden diese Einflussfaktoren für den Gruppenvergleich adäquat berücksichtigt. *Dies bedeutet, dass die unterschiedlichen Rechtschreibleistungen der Lollipop-Klassen im Vergleich zu den Rechtschreibwerkstatt-Klassen tatsächlich auf den Konzepten beruhen und nicht auf anderen Faktoren.*

Trotz der methodisch umfangreichen Planung und Berücksichtigung konfundierender Variablen auf das Ergebnis gibt es einzelne Aspekte, die im Rahmen dieser Studie nicht berücksichtigt werden konnten, z. T., weil sie im Rahmen eines schulischen Projektes auch nicht berücksichtigt werden können. Hierzu zählt z. B. der Anspruch an Studien, die die Wirksamkeit einer Therapie untersuchen, ein Doppel-Blind-Studiendesign zu verwenden, d. h., dass weder die Ausführenden (Lehrkräfte und Schüler) noch die Untersucher wissen, wer welches Konzept verfolgt. Solche Bedingungen sind jedoch in einer Schuluntersuchung nicht erfüllbar.

Es ist außerdem bekannt, dass allein die Messung in einer Untersuchungsgruppe bereits Auswirkungen hat: wer gemessen wird, erzielt allein dadurch bessere Ergebnisse, vermutlich bedingt durch besondere Anstrengungen (sogenannter Hawthorne-Effekt). Diese Einschränkungen sind im Rahmen eines Schulversuchs unumgebar, d.h. sie betreffen prinzipiell alle Schuluntersuchungen dieser Art. Es ist jedoch sehr unplausibel, dass ein Ergebnis in der Deutlichkeit des bei uns gefundenen allein durch selektive Motivation zustande gekommen ist. Außerdem erscheint es nicht plausibel, dass sich der Hawthorne-Effekt unterschiedlich auf die Gruppen auswirkt.

Aufgrund der Bedeutung dieser Untersuchung stellt sich die Frage, inwieweit diese Ergebnisse repräsentativ, also z. B. auf andere Regionen Deutschlands übertragbar sind. Die untersuchte Stichprobe stammt aus einem ländlichen Raum. Eine naheliegende Vermutung ist, dass der Anteil an Migrantenkindern geringer ist als in städtischen Ballungsgebieten. Allerdings schwankt der Ausländeranteil in unseren Klassen sehr stark (zwischen 0% und 28%), so dass wir hier zumindest eine Aussage darüber treffen können, ob der Ausländeranteil bei uns einen Einfluss auf die Rechtschreibleistung hat. Dies ist jedoch nicht der Fall, d.h. die Korrelation ist unbedeutend. Eine Aussage über Klassen mit noch höherem Ausländeranteil können wir aufgrund unserer Daten natürlich nicht machen. Hüttis-Graf & Widmann (1996) fanden in einem Hamburger Modellprojekt, dass schwache Klassen einen höheren Ausländeranteil hatten (45%) als gute Klassen (31%). Wir können nicht sagen, wie die bei von uns erprobten Konzepte unter solchen Bedingungen, also mit deutlich höherem mittleren Ausländeranteil, abschneiden würden. Wir haben aber keine Hinweise darauf, dass der Ausländeranteil einen Einfluss auf die erzielten Leistungen innerhalb der Konzeptgruppen hat.

Ein wichtiger weiterer Aspekt ist, dass der Modellversuch unter idealen Bedingungen stattfindet, was die Betreuung der Lehrkräfte betrifft. Wir können nicht quantifizieren, wie weit die Praxisbegleitung einen Einfluss auf die Resultate hat, jedoch kann vermutet werden, dass die gute Betreuung einen positiven Einfluss hat. Darüber hinaus haben sich alle teilnehmenden Lehrkräfte freiwillig gemeldet, waren also von sich aus bereit, Neues zu wagen. Diese beiden Punkte, also Motivation der Teilnehmerinnen und die gute Betreuung, sind sicher zu berücksichtigen, wenn es um eine allgemeine Empfehlung für das gut abschneidende Konzept Lollipop geht. Hier wäre es von großem Interesse zu verfolgen, ob die guten Ergebnisse dieses Modellversuchs auch unter „Alltagsbedingungen“ reproduzierbar sind.

Da wir jeweils das komplette „Paket“ Rechtschreibwerkstatt bzw. Lollipop überprüft haben, können wir nur sehr begrenzt Aussagen darüber machen, welche Eigenschaften der Konzepte zu dem Zwischenergebnis geführt haben. Trotzdem wollen wir hier noch einmal die Unterschiede der Konzepte zusammenfassen, wie sie sich in den Unterrichtsbeobachtungen und den Einschätzungen der Lehrkräfte (Fragebögen) darstellen. Daraus ergeben sich zumindest Hinweise für die Diskussion, wie die Zwischenergebnisse zustande gekommen sind. Dazu gehört auch die Betrachtung der Variablen, in denen sich die Konzepte *nicht* unterscheiden.

8.2.3 Qualitätssicherung und Evaluationsforschung

Anknüpfend an die Arbeiten aus früheren Jahren, in denen Verfahren zur Evaluationsforschung und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelt wurden (z.B. »Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung«), wurden die Methoden weiter differenziert, verbessert und in die Routineversorgung eingeführt. Darüber hinaus wurden neue Verfahren entwickelt, die ebenfalls mittlerweile in die Routineversorgung implementiert sind. Im Marburger System zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation“ (MARSYS) sind die entwickelten Methoden zusammengefasst. Zu ihnen gehört auch ein standardisiertes Telefoninterview. Seit 1999 wird das »Marburger stationäre Evaluation-Projekt« durchgeführt. In diesem Projekt werden alle stationären Patienten bei Behandlungsbeginn untersucht, weitere Erhebungen finden bei Entlassung und 4 Wochen nach der Entlassung statt. Diese Erhebungen werden ergänzt durch ein katamnästisches Interview, das 1½ Jahre nach der Entlassung stattfindet. In diesen Untersuchungen werden von den Patienten und ihren Eltern grundlegende Informationen zum Behandlungserfolg, zur Behandlungszufriedenheit und zur weiteren Entwicklung des Patienten erfragt.

Ziel des Projektes ist es, den Qualität und den Erfolg der Behandlungen in systematischer Weise zu empirisch überprüfen um anhand der gewonnenen Daten die Therapien zu verbessern. Die Datenerhebung für das »Marburger stationäre Evaluation-Projekt« wird im Jahr 2006 abgeschlossen. Zur Zeit werden umfangreiche Auswertungsarbeiten durchgeführt. Seit 2002 wird parallel das „kjp-Qualitätsprojekt“ durchgeführt [<http://www.kjp.uni-marburg.de/qs>]. In dieses Projekt wurden die Patienten aus 9 kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen einbezogen. Die Untersuchungen erfolgten mit dem MARSYS in analoger Weise wie beim stationären Evaluationsprojekt. Auch dieses Projekt befindet sich aktuell in der Auswertungsphase.

8.2.4 Forschung zur Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen

Das Ziel des Projektes »Lebensqualität«, das von 200 bis 2006 durchgeführt wurde, lag darin, das Konzept der Lebensqualität für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erproben und die Methoden zur systematischen Erfassung der Lebensqualität wissenschaftlich zu überprüfen. Aus der Arbeitsgruppe liegen mittlerweile mehrere Publikationen über die bisherigen Arbeiten vor. Im Berichtszeitraum wurden mehrere neue Stichproben mit dem »Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)« untersucht. Hierzu zählen Schülerstichproben an unterschiedlichen Schulformen und klinische Stichproben (Kinderkliniken, kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken und Praxen). Darüber hinaus wurde die Lebensqualität vor und nach kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen untersucht, um Veränderungen im Therapieverlauf zu erfassen. Das verwendete Verfahren wurde im Jahr 2006 als Test publiziert. Schließlich wurde zusätzlich zum Screening-Bogen ein differenziertes und ausführliches standardisiertes Interviewverfahren zur Lebensqualität entwickelt; dieses Verfahren befindet sich in Überprüfung.

8.2.5 Forschung zum Asperger-Syndrom

In der Zeit vom Januar 2001 bis November 2005 fand an unserer Klinik das sogenannte "Marburger Untersuchungs- und Forschungsprogramm zum Asperger-Syndrom und High-functioning Autismus" statt. Dieses Untersuchungsprogramm, das mit dem Max-Planck-Forschungspreis (den Prof. Remschmidt im Jahre 1999 erhielt) als Anschubfinanzierung initiiert wurde, diente sowohl Forschungszwecken (Ursachenforschung) als auch der individuellen Hilfe für Betroffene. Ziel des Projektes ist es, genauere Aufschlüsse über die Ätiologie bzw. Genese des Asperger-Syndroms zu gewinnen. Die Patienten, die an diesem Programm teilnehmen, werden 2-3 Tage in Marburg untergebracht; nach der Untersuchung erhalten sie einen ausführlichen Bericht mit Empfehlungen.

Als Grundlage hierfür dient eine multidimensionale Diagnostik, in der biologische, psychologische und soziale Variablen berücksichtigt sind. In diesem Untersuchungsprogramm werden, neben Fragebogenverfahren und psychologischen Tests, ausführliche Interviews und spezielle Videobeobachtungsmethoden und computergestützte Testverfahren (s. Tab. 8.2) eingesetzt. Darüber hinaus werden im Projekt auch genetische Untersuchungen durchgeführt. In Kooperation mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Aachen werden ab Januar 2004 bildgebende Verfahren zur Darstellung der Hirnfunktion (Magnet-Resonanz-Tomographie) eingesetzt.

Die konkrete Fragestellung lautete: Unterscheidet sich das Asperger-Syndrom in einer signifikanten Weise vom High-functioning Autismus (frühkindlichen Autismus auf hohem Funktionsniveau)

- im neuropsychologischen Profil
- in Verlauf und Prognose
- im Profil der Begleiterkrankungen
- in der genetischen Disposition
- und wichtigen anderen Faktoren die für die Behandlung oder generellen Interventionsstrategien von Bedeutung sind?

Methoden	
Diagnosestellung:	Autism Diagnostic Observation Schedule Generic (ADOS-G), Autism Diagnostic Interview (ADI-R)
Komorbidität:	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (DIPS)
Adaptives Verhalten:	Vineland Adaptive Behaviour Scales
Familienanamnese:	Family History Interview
Neuropsychologische Testung	
Intelligenz	Hamburg Wechsler Intelligenztest für Kinder HAWIK-III (6;0 bis 16;11 Jahre) bzw. Hamburg Wechsler Intelligenztest für Erwachsene HAWIE (ab 16 Jahre)
Händigkeit	Edinburgh Laterality Quotient Finger Tapping (candit.com)
Visomotorische Koordination	Bender Visual-Motor-Gestalt Test Purdue Pegboard
Zentrale Kohärenz	Embedded Figure Test bzw. Children Embedded Figure Test
Räumlich-perzeptive Wahrnehmung	Mental Rotation Test (eindimensional) (ab 6 Jahre) Mental Rotation (dreidimensional) (ab 10 Jahre)
Gesichts-Wahrnehmung	Benton Face Recognition
Theory of Mind	Emotionserkennung: Facial Emotion Matching Soziale Attribuierungen: Social Attribution Task Perspektivenübernahme: Nilpferd-Test
Exekutive Funktionen	Handlungsplanung: Turm von Hanoi (ab 9 Jahre) Das Zoo-Spiel (6-9 Jahre) Kognitive Flexibilität: Kartensortierverfahren (ab 20 Jahre) Kognitiver Flexibilitätstest (ab 7;6 Jahre bis 19;11 Jahre)
Aufmerksamkeit	Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung

Tab. 8.2: Darstellung der angewendeten Verfahren

Mit Hilfe der Erkenntnisse aus diesen Forschungen hoffen wir ggf. Strategien für präventive und therapeutische Interventionen entwickeln zu können. Wenn wir die Unterschiede und Grenzen zwischen diesen beiden Erkrankungen besser verstehen, wird es leichter sein, die Ursachen dieser Erkrankungen zu erforschen, Fragen zur Prävalenz zu beantworten und effektive Behandlungen zu bestimmen.

Im Berichtszeitraum konnten 141 Familien an diesem Forschungs- und Beratungsprogramm teilnehmen, davon erhielten 52 die Diagnose Asperger-Syndrom, 44 die Diagnose High-functioning-Autismus, 8 die Diagnose Atypischer Autismus. Bei 37 Patienten, die mit dem Verdacht auf eine autistische Störung vorgestellt wurden, konnte dieser Verdacht jedoch nicht bestätigt werden. Sie erhielten folgende Diagnosen: 13 Aufmerksamkeitsstörung; 6 emotionale Störung des Kindesalters; 5 kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen; 3 Verdacht auf schizoide Persönlichkeitsstörung; 3 rezeptive Sprachstörung; 2 V.a. andere Persönlichkeitsstörung; 2 allgemeine Entwicklungsverzögerung; 2 Lernbehinderung mit autistischen Zügen; 1 Psychose. Das Alter der untersuchten Probanden lag zwischen 6 und 24 Jahren (mean 12.41, SD 4.57). Für die genetische Analyse konnten 97 Trios (beide Eltern und Proband), 8 Duos (Proband, Mutter) und das Blut von 10 Geschwistern gewonnen werden.

Zur Diagnosestellung wurden jene Verfahren gewählt, die zu den testtheoretisch am besten abgeklärten Instrumenten bei autistischen Störungen zählen: Das „Autism Diagnostic Interview-Revised“ (ADI-R, Lord et al., 1994; Rühl et al., 1995) und die „Autism Diagnostic Observation Scale – Generic“ (ADOS-G, Lord et al., 2000; Rühl et al., 2004), die beide auch in deutscher Sprache vorliegen. In der Vorbereitung machten zwei Mitarbeiter (Frau Dr. Kamp-Becker und Frau Ghahreman) ein spezielles Training für die Anwendung dieser Verfahren mit. Zwischenzeitlich wurde Frau Dr. Kamp-Becker als Trainerin für die „Autism Diagnostic Observation Scale – Generic“ ausgebildet.

Um den Bedarf an Therapie und Unterstützung in der Schule oder auch zu Hause deutlich zu machen, erscheint es notwendig, die adaptiven Fähigkeiten des Betroffenen einzuschätzen und zu dokumentieren. Dies wurde anhand der Vineland Adaptive Behavior Scales (Sparrow et al., 1984) erhoben. Die neuropsychologische Untersuchung umfasst ein breites Spektrum an Funktionsbereichen, die für autistische Störungen relevant sind.

Daneben fand eine neuropsychologische Untersuchung zur Erforschung von Zusammenhängen zwischen psychischen Vorgängen und Hirnfunktionen statt. Ziel ist die zeitsynchrone Registrierung von physiologischen Parametern (EEG) und Ereignissen (Tastendruck bei Reaktionszeitmessung, Triggerzeitpunkt bei evozierten Potentialen). Hier befassen wir uns speziell mit der Frage der zentralen Kohärenz, d.h. der Fähigkeit auch bei Vorhandensein vieler Details ein übergeordnetes Ganzes erkennen zu können. Den Probanden wurden ein Test zum Erkennen einfacher Figuren innerhalb komplizierterer geometrischer Gebilde (Embedded Figures Test), ein Test zum Erkennen kohärenter Bewegung von Punkten (Coherent Motion) und ein Test zum Erkennen eines Tones innerhalb eines Mehrklangs vorgegeben. Während der Bearbeitung der Testaufgaben wurden bei dem Probanden die Gehirnaktivität mittels eines Elektro-Enzephalogramms (EEG) aufgezeichnet. Diese Untersuchung wurde mit 12 autistischen Probanden und 12 gesunden Kontrollprobanden durchgeführt.

Im Rahmen dieses Forschungsprojektes entwickelte die Forschergruppe ein Screening-Verfahren („Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom (MBAS)“, welches inzwischen auch publiziert wurde (Remschmidt & Kamp-Becker, 2006) und vielfältige Anwendung im klinischen Alltag findet. Dabei handelt es sich um einen Fragebogen zum Screening von autis-

tischen Störungen auf einem hohen Funktionsniveau bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 6 und 24 Jahren mit durchschnittlichen kognitiven Fähigkeiten. Die „MBAS“ erwies sich in ersten empirischen Untersuchungen (Kamp-Becker et al., 2005) als reliabel und diagnostisch valide. Zum Zwecke der Präselektion oder Generierung von Verdachtsdiagnosen des Autismus auf hohem Funktionsniveau ist sie daher gut geeignet. Sie bietet einen Cut-Off-Wert, der nach diesen ersten empirischen Ergebnissen gut zwischen autistischen und nicht-autistischen Gruppen diskriminiert. Inhaltlich deckt die MBAS eine Vielzahl von Symptomen ab und orientiert sich an den diagnostischen Kriterien der aktuellen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt läuft die Auswertung der erhobenen umfangreichen Daten, erste molekulargenetische Auswertungen sind ebenfalls angelaufen. Kooperationen mit anderen Kliniken zur Gewinnung einer möglichst großen Stichprobe für die molekulargenetische Auswertung sind geplant.

Da nicht alle Familien, die Interessen an diesem Untersuchungsprogramm bekundet hatten, im Rahmen dieses Forschungsprojekts berücksichtigen konnten, und um die gesammelten Erfahrungen, die bei der Durchführung dieses Projekts gewonnen wurden, auch weiterhin betroffenen Familien zur Verfügung zu stellen, wurde im Anschluss an die Datenerhebung eine dauerhafte Spezialambulanz für Autismus-Spektrum-Störungen an unserer Klinik eingerichtet. Diese Spezialambulanz bietet betroffenen Familien auch weiterhin überregional die Möglichkeit der ausführlichen, autismspezifischen Diagnostik und Beratung.

8.2.6 Forschung zur objektiven Messung von Aufmerksamkeit, Aktivität und Impulsivität

Das Ziel dieses Projektes ist die Einführung objektiver Meßmethoden zur Messung von Aufmerksamkeit, Aktivität und Impulsivität mittels einer einzigen Testsituation in den klinischen Alltag. Hintergrund ist, dass subjektive Angaben zu diesen Symptomen sehr gering korrelieren. Weiterhin sind diese Symptome die Kernsymptomatik des hyperkinetischen Syndroms, der häufigsten kinder- und jugendpsychiatrischen Störung.

Seit dem Jahre 2001 besteht eine Kooperation mit Herrn Fredrik Ulberstad (Schweden). Herr Ulberstad hat den OPTAx-Test, einen an der Harvard-Universität entwickelten Test von Teicher et al. (1996), in Marburg aufgebaut. Dieser Test besteht aus einem Infrarotbewegungsanalyse-System, um die Bewegungsmuster während eines Continuous Performance Tests (CPT) zu erfassen.

Mit diesem Test wurden 2 Studien initiiert. Es wurde eine Zwillings-Untersuchung zur Erblichkeit sowie eine Untersuchung von Kindern mit einem hyperkinetischen Syndrom vor und nach Stimulanzgabe durchgeführt.

Seit dem Herbst 2003 hat Herr Ulberstad mit seinen neuen Mitarbeitern den OPTAx-Test weiterentwickelt. Der neue Test heißt QbTest und unterscheidet sich vom Vorgänger durch einen benutzerfreundlicheren CPT und eine Verbesserung der dreidimensionalen Bewegungsanalyse. Der Testaufbau ist in Abb. 8.2 schematisch dargestellt. Der QbTest ist in der Lage, 5 verschiedene Parameter der Aktivität (distance, area, microevents, immobility, complexity) und 8 verschiedene Parameter der Aufmerksamkeit/Impulsivität (omission error, commission error, accuracy, multiresponse, reaction time, RT variation, RT COV, anticipatory) zu messen.

Geplant war eine Normierung für eine deutsche Population und eine Untersuchung aller stationären Patienten. Inzwischen konnten im Rahmen von drei Dissertationsarbeiten ca. 200 Patienten mit verschiedenen Störungsbildern mittels QbTest untersucht werden. Ein Großteil dieser Patienten wurde bei Aufnahme und bei Entlassung untersucht, um den Verlauf zu dokumentieren. Die Therapeuten erhielten zudem eine Testauswertung, so dass die Ergebnisse in die klinische Behandlung mit einfließen konnten.

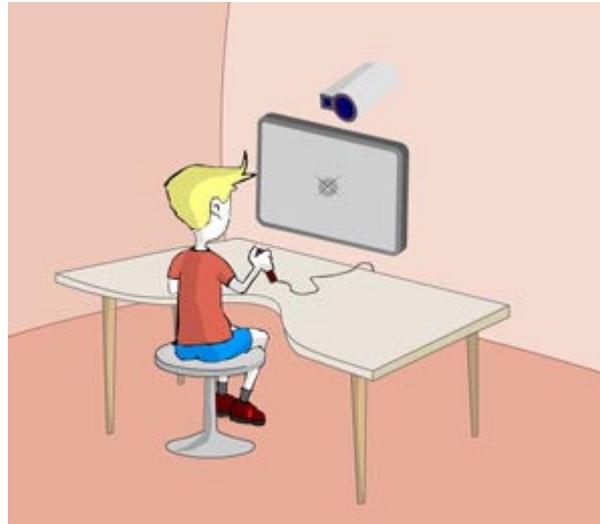


Abb. 8.2: Schematische Darstellung des Qb-Tests

8.3 Klinische Forschergruppe »Genetische Mechanismen der Gewichtsregulation unter besonderer Berücksichtigung von Essstörungen und Adipositas«

8.3.1 Aufgabe und Struktur

Die Klinische Forschergruppe »Genetische Mechanismen der Gewichtsregulation unter besonderer Berücksichtigung von Essstörungen und Adipositas« unter der Leitung von Prof. Dr. med. Johannes Hebebrand (C3-Professur »Genetik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie« seit Mai 1995) ist der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Philipps-Universität Marburg angegliedert. Die Gruppe wird seit 1995 von der Deutschen Forschungsgemeinschaft großzügig finanziert (Hauptantragsteller: Prof. Dr. Dr. Remschmidt und Prof. Dr. Hebebrand); insgesamt wurden 6,4 Mio DM bewilligt. Die DFG-Förderung lief bis Ende 2003.

Die Universität Marburg und das Land Hessen haben 1996 die Einrichtung des molekulargenetischen Labors mit ca. 100 m² Laborfläche finanziert. Das Labor verfügt über mehrere PCR-Geräte, ein WAVE-Gerät und einen Sequenzer. Seit Beginn des Jahres 2001 werden die Stellen für Prof. Hebebrand, die Leiterin des molekulargenetischen Labors, Frau Dr. Anke Hinney, ebenso wie die der biologisch-technischen Assistentin Frau Gerber und der Sekretärin, Frau Köhler, vom Land Hessen finanziert.

Im Jahre 2000 und 2001 konnten zwei interdisziplinäre Forschungsprojekte unter der Koordination von Prof. Hebebrand ins Leben gerufen werden, die beide vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziert werden. Zudem ist die Gruppe an zwei wissenschaftlichen Projekten der Europäischen Union (Framework 5) beteiligt. Eine Übersicht zu den bewilligten und aktuell laufenden Forschungsvorhaben findet sich im Anhang F.

Das Hauptziel der Gruppe besteht in der Identifikation von Erbanlagen, die an der Gewichtsregulation bzw. an der Entstehung von Essstörungen beteiligt sind. Der gemeinsamen Untersuchung von Adipositas und Essstörungen liegt die Hypothese zugrunde, dass die Ergebnisse der molekularen Adipositasforschung für die Pathogenese der Essstörungen, insbesondere der Anorexia und Bulimia nervosa, aber auch der Binge eating-Störung relevant sind. Die Konzentration auf Kinder und Jugendliche fußt auf der angenommenen stärkeren genetischen Prädisposition bei frühmanifestierender gegenüber erst im Erwachsenenalter manifest werdender Adipositas. Die Adoleszenz ist zudem der Hauptmanifestationszeitpunkt der Essstörungen.

Nach dem Wechsel von Prof. Hebebrand an die Universität Essen wurde die Klinische Forschergruppe von Herrn Prof. Remschmidt weiter geleitet. Während die Projekte zur Gewichtsregulation (Herr Dr. Theisen, Frau Dr. Wermter) fortgeführt wurden, erfolgte zugleich eine Erweiterung des Spektrums von Störungsbildern, die mittels genetischer Methoden untersucht werden. Neben den bereits durchgeführten Untersuchungen zur Legasthenie (PD Dr. Schulte-Körne) wurde inzwischen ein Kollektiv zu Autismus-Spektrum-Störungen (Prof. Remschmidt, Fr. Dr. Kamp-Becker) rekrutiert und mit ersten molekulargenetischen Untersuchungen begonnen.

8.3.2 Forschungsfragestellungen

Adipositas: Weltweit wird in verschiedenen Industrieländern ein starker Anstieg der Adipositasprävalenz verzeichnet. Als Ursache hierfür werden bislang primär Umweltfaktoren diskutiert. So geht man davon aus, dass insbesondere die reduzierte körperliche Aktivität für diesen Anstieg maßgeblich mitverantwortlich ist. Außerdem wird eine Zunahme des Fettgehalts der Nahrung diskutiert. Letztlich ist zu bedenken, dass derartige Veränderungen eingebettet sind in gesellschaftliche Entwicklungen. So ist beispielsweise das Einnehmen gemeinsamer Mahlzeiten in einer Familie zunehmend seltener geworden. Viele Kinder sind, bedingt durch die Berufstätigkeit beider Eltern oder des alleinerziehenden Elternteils, nachmittags auf sich allein gestellt; diesen Kindern ist es aufgrund des erheblich angestiegenen Angebotes an Fernsehsendungen möglich, den gesamten Nachmittag alleine vor dem Fernseher zu verbringen.

Viele Kinder mit Adipositas haben auch übergewichtige Eltern. Einer eigenen Untersuchung zufolge haben mehr als 50% der Väter bzw. Mütter solcher Kinder ebenfalls einen Körpermassenindex (BMI; kg/m^2) oberhalb des 90. Perzentils. Bei ca. 1/3 unserer Familien sind beide untersuchten Eltern adipös. Aufgrund dieser Beobachtungen haben wir postuliert, dass es möglicherweise zu einer Zunahme von Partnerschaften zwischen zwei Übergewichtigen im Lauf der letzten 30 Jahre gekommen ist. Tatsächlich gibt es Hinweise dafür, dass die soziale Stigmatisierung von Menschen mit Übergewicht in diesem Zeitraum zugenommen hat. Falls diese Hypothese sich als richtig herausstellen sollte, könnte der Anstieg der Adipositasprävalenz teilweise auch auf genetischen Faktoren beruhen, da aufgrund des oligo- bis polygenen Erbgangs der Adipositas diese Eltern mehr prädisponierende Erbanlagen an ihre Kinder weitergeben.

Seit der Entdeckung des Hormons Leptin im Jahre 1994 erfolgen weltweit im großen Umfang molekulargenetische Untersuchungen zur Ermittlung von Genen, die an der Gewichtsregulation bzw. am Zustandekommen von Übergewicht beteiligt sind. Dementsprechend bildeten molekulargenetische Untersuchungen zur Adipositas im Kindes- und Jugendalter den Forschungsschwerpunkt der Klinischen Forschergruppe. Hierbei ist es gelungen, Mutationen in dem Melanocortin-4-Rezeptorgen kausal mit der Entstehung von Adipositas in Verbindung zu bringen: Basierend auf der Untersuchung von über 800 extrem übergewichtigen Kindern und Jugendlichen konnten bei ca. zwei Prozent funktionell relevante Mutationen in diesem Gen identifiziert werden. Es wird davon ausgegangen, dass diese Mutationen zu einem übermäßigen Appetit bzw. Hunger führen, der in Folge Übergewicht bzw. Adipositas bereits im Kindesalter bedingt. Mutmaßlich handelt es sich um Mutationen, die einen großen Einfluss auf das Körpergewicht haben, da derartige Mutationen praktisch nicht bei normal- bzw. untergewichtigen Personen gefunden werden.

Katamnesestudie zur extremen Adipositas im Jugendalter: Am Adipositas-Rehabilitationszentrum Insula in Berchtesgarden konnten 55 Jugendliche mit extremer Adipositas konsekutiv in die Katamnesestudie eingeschlossen werden. Es wurde eine ausführliche psychopathologische Diagnostik mit Hilfe strukturierter Interviews und Fragebögen durchgeführt. 50 dieser Patienten konnten ein Jahr nach Entlassung aus der durchschnittlich sechs Monate langen stationären Therapie nachuntersucht werden. Die durchschnittlichen BMI-Werte bei Aufnahme, Entlassung und zum Zeitpunkt der Einjahreskatamnese betragen 40,1, 32,0 und 40,1 kg/m². Als Prädiktor für den BMI zum Katamnesezeitpunkt erwies sich primär der BMI bei Aufnahme; darüber hinaus konnten geringe Einflüsse des IQ's und des Geschlechtes ermittelt werden. Die entsprechende Arbeit verdeutlicht, dass selbst bei einer halbjährigen stationären Therapie der Outcome nicht den Erwartungen entspricht. Diese Studie muss einen skeptisch stimmen im Hinblick auf therapeutische Bemühungen bei extremer Adipositas im Jugendalter und verdeutlicht noch einmal die starke Gegenregulation bzw. die Schwierigkeit, eingefahrene Verhaltensweisen dauerhaft zu verändern.

Essstörungen: Die Implikationen solcher Befunde für Essstörungen lassen sich exemplarisch an folgendem Sachverhalt erläutern:

Bei Patientinnen mit Bulimia nervosa (Ess-Brechsucht) ist in der Literatur gehäuft das Auftreten von Übergewicht im Kindesalter, aber auch elterliches Übergewicht beschrieben worden. Aus diesem Grund wurde in Kooperation mit Prof. Fichter, Klinik Roseneck, Prien, eine Stichprobe von Patientinnen mit dieser Essstörung rekrutiert, so dass wir gezielt die DNA dieser Patientinnen auf das Vorkommen von Mutationen in dem Melanocortin-4-Rezeptorgen hin untersuchen konnten. Tatsächlich konnte eine Patientin identifiziert werden, die eine funktionell relevante Mutation trägt.

Wir schließen hieraus, dass viele Patientinnen mit Bulimia nervosa eine angeborene Neigung zur Entwicklung von Übergewicht aufweisen. Da Übergewicht in unserer Gesellschaft dem gängigen Schlankheitsideal jedoch nicht entspricht, versuchen naturgemäß viele Menschen – insbesondere junge Frauen – durch Diäten und andere Maßnahmen, ihr Gewicht im normalen Bereich zu halten. Durch derartige Diäten kann es zum Auftreten von sogenannten ‚Fressattacken‘ kommen, im Rahmen derer große Mengen an kalorienreicher Nahrung zugeführt werden, wobei subjektiv das Gefühl eines Kontrollverlustes vorliegt. Um dennoch nicht an Gewicht zuzunehmen, fasten Patientinnen mit Bulimia nervosa häufig; zudem wird nach solchen ‚Fressattacken‘ häufig erbrochen. Das Auffinden einer Mutation im Melanocortin-4-Rezeptorgen be-

legt zum ersten Mal auf molekularer Ebene, dass Genotypen, die zur Adipositas prädisponieren, sich auch bei Patientinnen mit dieser Essstörung finden.

Einen weiteren Schwerpunkt der Klinischen Forschergruppe bildeten endokrinologische Untersuchungen zur Anorexia nervosa (Magersucht). Hierbei interessierte insbesondere die Sekretion des Hormons Leptin bei Patientinnen im Akutstadium der Erkrankung und nach Erreichen des Zielgewichts. Die Patientinnen mit Anorexia nervosa weisen zu Beginn einer stationären Behandlung im Akutstadium sehr niedrige Leptinspiegel auf, die unter der therapeutisch induzierten Gewichtszunahme ansteigen. Die initial sehr niedrigen Leptinspiegel bedingen offenbar, dass die Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse (Reproduktionsachse) abgeschaltet wird. Es resultiert das für die Anorexia nervosa charakteristische Ausbleiben der Regelblutung. Auch bei männlichen Patienten mit dieser Essstörung gibt es Hinweise dafür, dass die Regulation des Follikel-stimulierenden Hormons und des luteinisierenden Hormons durch Leptin geregelt werden. Generell hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass dem Leptin, das überwiegend in Fettzellen gebildet wird, eine Schlüsselfunktion bei der Adaptation des Organismus an einen Hungerzustand zukommt. Fallen die Leptinspiegel im Blut unter einen kritischen Schwellenwert, so erfolgen hierdurch ausgelöst zahlreiche körperliche Veränderungen, die es dem Organismus ermöglichen, Energie einzusparen.

Zusammengenommen ergibt sich die Hypothese, dass der für Patientinnen mit Anorexia nervosa charakteristische Bewegungsdrang möglicherweise auch durch biologische Mechanismen mit bedingt wird. Bislang herrschte die Meinung vor, dass die Patientinnen diese Aktivitäten absichtlich herbeiführen, um ihr Gewicht niedrig zu halten.

8.3.3 Projekt »Gewichtszunahme unter Psychopharmaka«

Ein weiterer Schwerpunkt liegt seit 1996 in der Erforschung von Gewichtszunahme unter Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika, die eine klinisch bislang nicht hinreichend beachtete Nebenwirkung darstellt. In unseren Forschungsprojekten gehen wir klinischen, biochemischen, formal- und molekulargenetischen Fragestellungen zur Gewichtszunahme unter Psychopharmaka nach. Die ersten Arbeiten hierzu wurden von Herrn Dr. Tosten Brömel durchgeführt. Ab 1999 wurden die Untersuchungen von Herrn Dr. Frank Theisen fortgeführt, sowie von zwei Ärzten im Praktikum, Herrn Stefan Gebhardt und Herrn Michael Haberhausen, die im Rahmen der Drittmittelförderung eingestellt werden konnten. Neben der Drittmittelförderung durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft ist unser Projekt seit 2000 Bestandteil des NeuroNetzes Marburg, das im Rahmen des Nationalen Genomforschungsnetz (NGFN) durch das »Bundesministerium für Bildung und Forschung« (BMBF) finanziert wird [siehe dazu auch <http://www.rzpd.de/ngfn/>].

Die Gewichtszunahme zu Beginn der Neuroleptika-Therapie wird häufig kaum bemerkt oder vor dem Hintergrund einer schizophrenen Psychose zunächst als eher »harmlose« Nebenwirkung billigend in Kauf genommen wird. In verschiedenen Untersuchungen haben wir jedoch eine Anzahl an Patienten identifiziert, die nach einigen Monaten Behandlung Gewichtszunahmen von über 20-30 kg aufwiesen. Insbesondere die atypischen Neuroleptika, die aufgrund ihrer hervorragenden antipsychotischen Wirksamkeit zunehmend eingesetzt werden, können eine ausgeprägte Gewichtszunahme bedingen. Hiervon sind besonders Jugendliche und junge Erwachsene betroffen, die sich in der Phase des Aufbaus partnerschaftlicher und beruflicher Bindungen befinden. Zu den vielfältigen Folgen der Gewichtszunahme zählen u.a. gravierende

gesundheitliche Konsequenzen, die Beeinträchtigung der subjektiven Befindlichkeit und Lebensqualität sowie auch die negative Beeinflussung der Compliance des Patienten.

In einer Untersuchung zur *Adipositas-Prävalenz* an langfristig mit Neuroleptika behandelten Jugendlichen und jungen Erwachsenen konnte gezeigt werden, dass im Vergleich zur repräsentativen Vergleichsstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung insbesondere die mit atypischen Neuroleptika behandelten Patienten eine Adipositas aufwiesen.

In einer weiteren Untersuchung zum *Essverhalten unter Neuroleptika* wurden insgesamt 74 mit Clozapin oder Olanzapin behandelte Patienten mittels standardisierten Interviews über ihr Essverhalten befragt und die Gewichtsveränderung unter diesen Substanzen erhoben. 50% der Patienten gaben an, »Fressattacken« (»binge-eating«-Episoden) gehabt zu haben. Insgesamt erfüllten 10% der männlichen und 27% der weiblichen Patienten die Kriterien für eine sog. »binge eating disorder« oder eine Bulimia nervosa. Patienten mit »Fressattacken« hatten eine im Mittel signifikant höhere Gewichtszunahme als Patienten ohne diese Attacken.

Daneben konnten wir erste *formalgenetische Befunde* für die Gewichtszunahme unter Neuroleptika aufzeigen. Sie basieren auf der Identifikation eineiiger männlicher Zwillinge mit einer paranoiden Schizophrenie, die beide unter Clozapin ca. 40 kg an Gewicht zugenommen hatten und ein stabiles Gewichtsplateau von ca. 130 kg aufwiesen. Basierend auf diesen Beobachtungen wurde die weltweit erste und bislang einzige Zwillingsuntersuchung durchgeführt, die die Erblichkeit im Hinblick auf den Phänotyp »Gewichtszunahme unter Clozapin« untersucht (Theisen et al. 2005a). Das Hauptergebnis war, dass bei den eineiigen Zwillingen eine höhere Ähnlichkeit in der neuroleptisch induzierten BMI-Veränderung bestand als bei den gleichgeschlechtlichen Geschwisterpaaren. Unter Zugrundelegung der Set point-Theorie wurde die Hypothese aufgestellt, dass neuroleptische Effekte zu einer neuen Energiebalance führen, die dann bei »Risikopatienten« in einem »höheren Set point« resultiert.

Bislang wurden weltweit nur wenige *molekulargenetische Studien* durchgeführt, um die Ursachen für die Nebenwirkung Gewichtszunahme näher aufzuschlüsseln. In Abhängigkeit vom Rezeptorbindungsprofil von Clozapin werden in unserer Arbeitsgruppe ebenfalls Varianten verschiedener Kandidatengene im Hinblick auf die Gewichtszunahme untersucht. Diese Arbeiten stellen erst den Beginn molekulargenetischer Untersuchungen für den Phänotyp »Gewichtszunahme unter Neuroleptika« dar, deren längerfristige Ziele darin bestehen, Risikopersonen für die Gewichtszunahme zu identifizieren und einen Ansatz für neue Behandlungsstrategien zu eröffnen. Eine kürzlich durchgeführte molekulargenetische Studie untersucht den potenziellen Zusammenhang zwischen dem -759C/T-Promotor-Polymorphismus des 5-HT_{2C}-Rezeptorgens und der Clozapin-induzierten Gewichtszunahme (Theisen et al. 2004a). Da weder eine Assoziation dieses Polymorphismus mit Delta-BMI noch mit der Gewichts-Klassifikation nach zwölf Wochen vorlag, konnten wir die Ergebnisse vorangegangener Studien nicht bestätigen. Die widersprüchlichen Ergebnisse zu diesem Polymorphismus, die inzwischen weltweit von verschiedenen Forschergruppen im Rahmen von acht Untersuchungen generiert wurden, wurden anhand möglicher Erklärungsansätze (z.B. Unterschiede in den untersuchten Neuroleptika, Studiendesign, Beobachtungsdauer, Ethnien, Fallzahl, neuroleptischen Vorbehandlung) diskutiert.

Im Rahmen unserer *endokrinologischen Untersuchungen* wurde eine erste prospektive Längsschnittstudie durchgeführt, um Veränderungen in Serum-Ghrelin-Konzentrationen bei Patienten mit Schizophrenie-Spektrum-Diagnosen zu untersuchen, die mit Clozapin behandelt werden (Theisen et al. 2005b). Da bekannt ist, dass die Serum-Leptin-Konzentrationen unter Clozapin ansteigen, erwarteten wir aufgrund der entgegengesetzten physiologischen Effekte der

beiden Hormone, dass die Serum-Ghrelin-Konzentrationen absinken. Diese Annahme konnte über den Beobachtungszeitraum von 12 Wochen nicht bestätigt werden. Die Ergebnisse der in jüngster Zeit publizierten Studien zum Einfluss verschiedener Neuroleptika auf Ghrelin und Leptin sind bislang widersprüchlich und müssen in weiteren Untersuchungen, ggf. mit größerer Fallzahl weiter untersucht werden.

Schließlich wurden Übersichtsarbeiten zur der Frage der *Prävention bzw. Intervention* bei neuroleptisch induzierten Gewichtsanstiegen publiziert (Theisen et al. 2002, 2004b). Neben nicht-pharmakologischen Interventionen wurden in jüngerer Zeit zunehmend sowohl Kasuistiken als auch kontrollierte Studien zu verschiedenen Pharmaka publiziert, die als Komedikation zu der bestehenden neuroleptischen Medikation hinzugegeben wurden, um eine Gewichtsstabilisierung bzw. Gewichtsabnahme herbeizuführen. Die Literaturübersicht zeigt eine ganze Reihe unterschiedlicher Arzneimittel-Kombinationen auf, die bislang eingesetzt wurden. Obwohl einzelne Kombinationen erfolgversprechend erscheinen, z.B. die Begleitmedikation mit Amantadin bei der Olanzapin-induzierten Gewichtszunahme, ist eine entsprechende Komedikation im Einzelfall mit großer Sorgfalt abzuwägen. Die Studienübersicht macht zugleich deutlich, dass angesichts zahlreicher denkbarer Arzneimittel-Kombinationen auf diesem Gebiet weiterhin ein großer Forschungsbedarf besteht.

9 Angegliederte, integrierte Einrichtungen sowie Kooperationen

9.1 Schule für Kranke des Landes Hessen am Klinikum der Philipps-Universität Marburg

Allgemeines

Die Schule für Kranke ist eine öffentliche Schule des Landes Hessen am Klinikum der Philipps-Universität Marburg. Sie hat die Aufgabe, alle schulpflichtigen Patienten des Universitätsklinikums schulisch zu betreuen und zu fördern.

Die Schule arbeitet in drei Abteilungen: In der Kinderklinik, dem Klinikum auf den Lahnbergen und mit der größten Abteilung in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Ortenberg.

Die Schule für Kranke in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

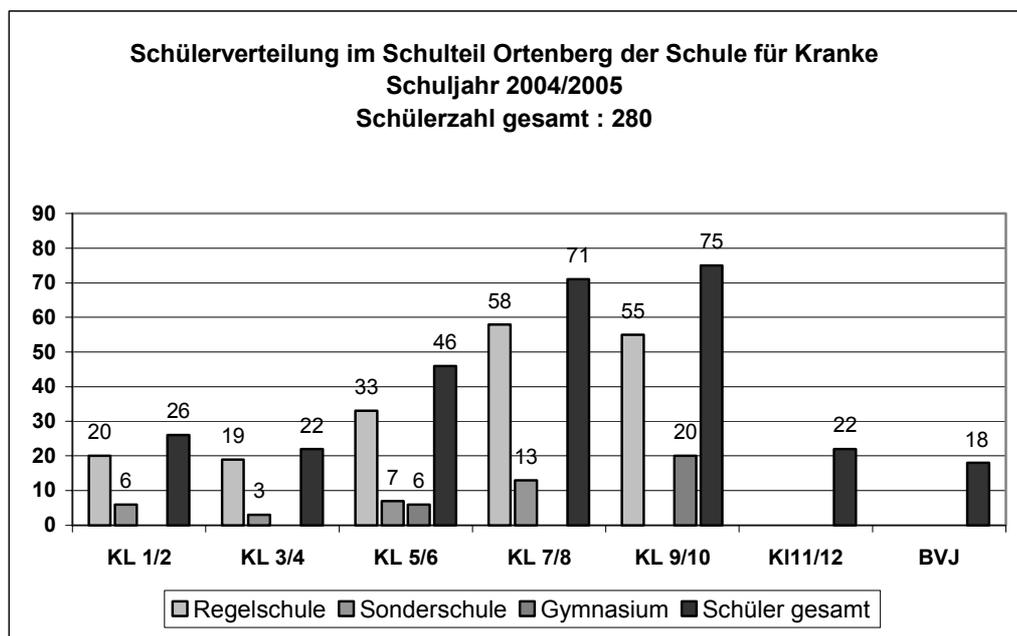


Abb. 9.1: Schülerverteilung im Schulteil Ortenberg der Schule für Kranke im Schuljahr 2004/2005

Die Schule für Kranke am Ortenberg arbeitet in enger Kooperation mit der Kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik. Die meisten der stationären Patienten sind im Schulalter zwischen sechs und achtzehn Jahren und bedürfen während ihres Aufenthaltes einer differenzierten schulpädagogischen Diagnostik und schulischen Förderung. Die Arbeit wird durch folgende Bedingungen bestimmt:

- Die Schüler kommen aus allen Jahrgängen (Klassen 1 bis 13) und allen Schulformen.
- Pro Jahr werden durchschnittlich 280 Kinder und Jugendliche beschult. Täglich besuchen ca. 60 Patienten die Schule, die in 8 Lerngruppen (Klassen) von maximal acht Schülern unterrichtet werden. Daneben erhalten Schüler bei Bedarf Einzelunterricht oder Kleingruppenunterricht.
- Die Verweildauer beträgt durchschnittlich ca. drei Monate; etwa ein Drittel der Schüler bleibt länger.
- Die gesetzlich vorgeschriebene Unterrichtsversorgung liegt derzeit bei 13 Planstellen für Lehrer verschiedener Schulformen, derzeit besetzt mit 16 Personen, überwiegend Sonderschullehrer.
- Die Rahmenlehrpläne für die allgemeinbildenden Schulen sind auch für den Unterricht in der Schule für Kranke bindend. In einem Erlass (Richtlinien für den Unterricht an Schulen für Kranke) sind die Einzelheiten der Arbeit geregelt.
- Die Unterrichtsgestaltung geht vom einzelnen Schülerpatienten aus. Der Lehrer berücksichtigt in pädagogisch-psychologischer und didaktisch-methodischer Hinsicht die Belange der kranken Schüler. Dabei verfolgt der Unterricht die Ziele:
 - Erhaltung des Anschlusses an den Wissensstand der Heimatschule,
 - Feststellung und Aufarbeitung bestimmter Lernrückstände,
 - Förderung der sozial-emotionalen Entwicklung.
- In allen Fällen arbeitet die Schule eng mit allen anderen am therapeutischen Prozess beteiligten Personen zusammen. Diese Zusammenarbeit findet in Einzelgesprächen, durch die Teilnahme an den Visitenbesprechungen und durch regelmäßige Besprechungen mit den Therapeuten der drei Stationen und der Tagesklinik statt.
- Besonders wichtig ist der Kontakt zur Heimatschule des Kindes, weil häufig Schulschwierigkeiten mit der Erkrankung des Schülerpatienten einhergehen. Die Schule erfüllt im Zusammenwirken mit der Klinik eine gewisse »Weichenstellerfunktion«, indem sie Eltern und Lehrer berät, ihnen geeignete schulische Maßnahmen vorschlägt und Hilfen anbietet. Die Heimatschule erhält in der Regel einen ausführlichen Schulbericht.
- Wichtig ist darüber hinaus die Zusammenarbeit mit einigen Marburger Schulen, da immer wieder Schülerpatienten diese für eine Übergangszeit extern besuchen.
- Für manche Schülerpatienten ist die geplante Schullaufbahn durch die Krankheit unterbrochen oder auch schon abgebrochen worden. Die Klinikschule versucht, diesen Schülern wieder eine Perspektive zu geben, indem sie ihnen regulär - aber auch in Ausnahmen extern - zur Erlangung des Haupt- oder Realschulabschlusses verhilft.
- Erfahrungsaustausch, Offenheit, Gesprächs- und Lernbereitschaft sind Kennzeichen des guten Arbeitsklimas im Kollegium der Schule sowie in der Kooperation mit der Klinik. In wöchentlichen Dienstbesprechungen tauschen die Lehrerinnen und Lehrer untereinander als auch mit den Therapeuten der Klinik ihre Beobachtungen über alle Schüler aus, überdenken und diskutieren ihre tägliche Unterrichtsarbeit und entwickeln sie weiter. Sowohl regelmäßige schulinterne, gemeinsame Fortbildung wie auch die Teilnahme

an außerschulischen Fortbildungsangeboten begleiten seit vielen Jahren selbstverständlich die Arbeit des Kollegiums.

Entwicklung in den Jahren 2004 und 2005

<i>Schülerzahl Ortenberg</i>	280
<i>Schulleitung</i>	<i>Herr Sachse, Sonderschulrektor</i> <i>Herr Benthin, Sonderschulkonrektor</i>
<i>Lehrpersonal</i> <i>Land Hessen</i>	10 Sonderschullehrer/innen 1 Hauptschul-Realschullehrerin, 3 Gymnasiallehrer/innen 1 Grundschullehrer 2 Fachabordnungen aus anderen Schulformen 2 Zeitverträge im Umfang von zus. 30 Wochenstunden,
<i>Personal Schulträger</i>	Schulsekretärin, ½ Stelle
<i>Erteilte Unterrichts-</i> <i>Wochenstunden</i>	ca. 300

9.2 Erziehungsberatungsstelle des Vereins für Erziehungshilfe e.V.

Die Erziehungsberatungsstelle ist eng mit der Ärztlich-Pädagogischen Jugendhilfe verbunden und als organisatorische Einheit anzusehen. Die Darstellung ihrer Funktion ist in Abschnitt 5.1.4 nachzulesen.

9.3 Institut für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin (IVV)

Nachdem das neue Psychotherapeutengesetz in Kraft getreten war, wurde im Jahre 1999 das Institut für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin an der Philipps-Universität Marburg e.V. von Psychologen und Medizinern der Philipps-Universität Marburg in enger Kooperation mit den Universitätskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gegründet. Das IVV ist ein staatlich anerkanntes psychotherapeutisches Ausbildungsinstitut (anerkannt vom Hessischen Landesprüfungsamt für Heilberufe, von der Landesärztekammer Hessen und von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen), das eine umfassende Ausbildung in der Psychotherapie mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie anbietet; die Ausbildung wird nach den Richtlinien des Psychotherapeutengesetzes durchgeführt und führt zu den Berufen des staatlich approbierten Psychologischen Psychotherapeuten (PP) bzw. des staatlich approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP). Die Ausbildungen richten sich an Psychologen (PP und KJP) und Pädagogen sowie Sozialpädagogen (KJP). Darüber hinaus bietet das IVV Ärzten die Möglichkeit, durch die Ausbildung den Zusatztitel »Psychotherapie« zu erwerben, oder im Rahmen ihrer Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an den Ausbildungskursen teilzunehmen und die für die Erlangung der jeweiligen Facharztqualifikation erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen auf den Gebieten der

Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin zu erwerben. Die besonderen Möglichkeiten des IVV liegen in der interdisziplinären Zusammenarbeit und in der engen Kooperation mit den beiden Universitätskliniken, durch die eine praxisnahe und wissenschaftlich fundierte Ausbildung ermöglicht wird. Im Jahr 2000 wurde der erste Aus- und Weiterbildungskurs mit insgesamt 25 Teilnehmern begonnen; im Oktober 2001 begann der Ausbildungskurs 2 mit 25 Teilnehmern und im Herbst 2003 begann der Kurs 3 mit insgesamt 36 Teilnehmern. Im November 2005 begann der Kurs 4 mit 39 Teilnehmern.

Außerdem haben 15 Ärzte ihre psychotherapeutische Ausbildung vollständig abgeschlossen. Darüber hinaus haben 14 Psychologen bzw. Pädagogen die Abschlussprüfung abgelegt und die staatliche Approbation als Psychologischer Psychotherapeut oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut erhalten. Von diesen arbeiten 5 Kolleginnen und Kollegen in einer eigenen von der kassenärztlichen Vereinigung zugelassenen Praxis; die anderen sind in Kliniken und Institutionen, teilweise in leitender Funktion tätig. Genauere Informationen zum IVV finden sich auf der Internetseite www.ivv-marburg.de.

10 Andere kooperierende Einrichtungen

Eine besondere Kooperation der Klinik hat sich mit den Einrichtungen des Vereins für Jugendfürsorge in Gießen entwickelt. Sie betrifft einmal die Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendwohnheim Leppermühle in Buseck im Rahmen eines speziellen Rehabilitationsprogrammes für schizophrene Jugendliche, zum anderen die Zusammenarbeit mit dem Adalbert-Focken-Haus und dem Berthold-Martin-Haus in Gießen, wo insbesondere Patienten mit chronischen Essstörungen (Anorexia nervosa und Bulimie) eine spezielle Nachbehandlung erhalten.

40 % der in der Klinik behandelten Patienten mit einer schizophrenen Psychose bedürfen eines speziellen Rehabilitationsprogramms. Rehabilitationsmaßnahmen für jugendliche Schizophrenie beinhalten mehrere aufeinander bezogene und koordinierte Maßnahmen:

1. Wichtigste Grundlage ist ein durch pädagogische Maßnahmen strukturierter Lebensrahmen, der durch die entsprechenden gruppenpädagogischen und sozialpädagogischen Maßnahmen den Besonderheiten der Krankheit angepaßt ist.
2. Integrierter Bestandteil der Rehabilitation ist eine optimale schulische Bildung mit einem, den Fähigkeiten angemessenen Schulabschluß.
3. Ein weiterer wichtiger Bestandteil des Rehabilitationsprogramms sind die supportive Psychotherapie sowie zusätzliche gruppentherapeutische Behandlung zum Training sozialer Fertigkeiten.
4. Gleichbedeutend mit der schulischen Rehabilitation sind Maßnahmen der Arbeitstherapie und der beruflichen Integration.
5. Eine stets individuell dosierte psychopharmakologische Behandlung kann einen möglichst weitgehenden Schutz vor Rezidiven bieten.

Abb. 10.1 zeigt den Aufbau und die Organisation des Rehabilitationsprogrammes. Sie zeigt die enge Kooperation zwischen Klinik und Rehabilitationseinrichtung.

Ähnlich eng sind die kooperativen Verbindungen mit den beiden Heimen in Gießen, insbesondere bei der langfristigen Betreuung chronifizierter Essstörungen (Adalbert-Focken-Haus, Berthold-Martin-Haus).

In Kooperation mit dem Kerstinheim in Marburg, einer Heimreinrichtung für geistig behinderte Kinder und Jugendliche mit einer entsprechenden Schule, werden Patienten mit geistigen Behinderungen und autistischen Syndromen versorgt.

Weiterhin besteht mit den verschiedenen Jugendämtern, die für die Stadt Marburg, den Landkreis Marburg-Biedenkopf, die Stadt Gießen, den Landkreis Gießen und den Wetteraukreis zuständig sind, eine enge Kooperation, die sich unter anderem aus dem Versorgungsauftrag der Klinik für diese Gebiete ergibt. Diese Kooperation mit den Jugendämtern ist fallbezogen z.B. in Fragen der Unterbringung von Jugendlichen in Jugendhilfeeinrichtungen, bei der Beratung des Jugendamtes in Sorgerechtsfragen und anderen familienrechtlichen Fragestellungen sowie in der gegenseitigen Beratung von Mitarbeitern in dem Kooperationsfeld Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe.

Eine enge Zusammenarbeit hat sich schließlich auch mit verschiedenen Marburger Schulen entwickelt, da eine größere Anzahl von stationär behandelten Patienten der Klinik extern Schulen in der Stadt besucht.

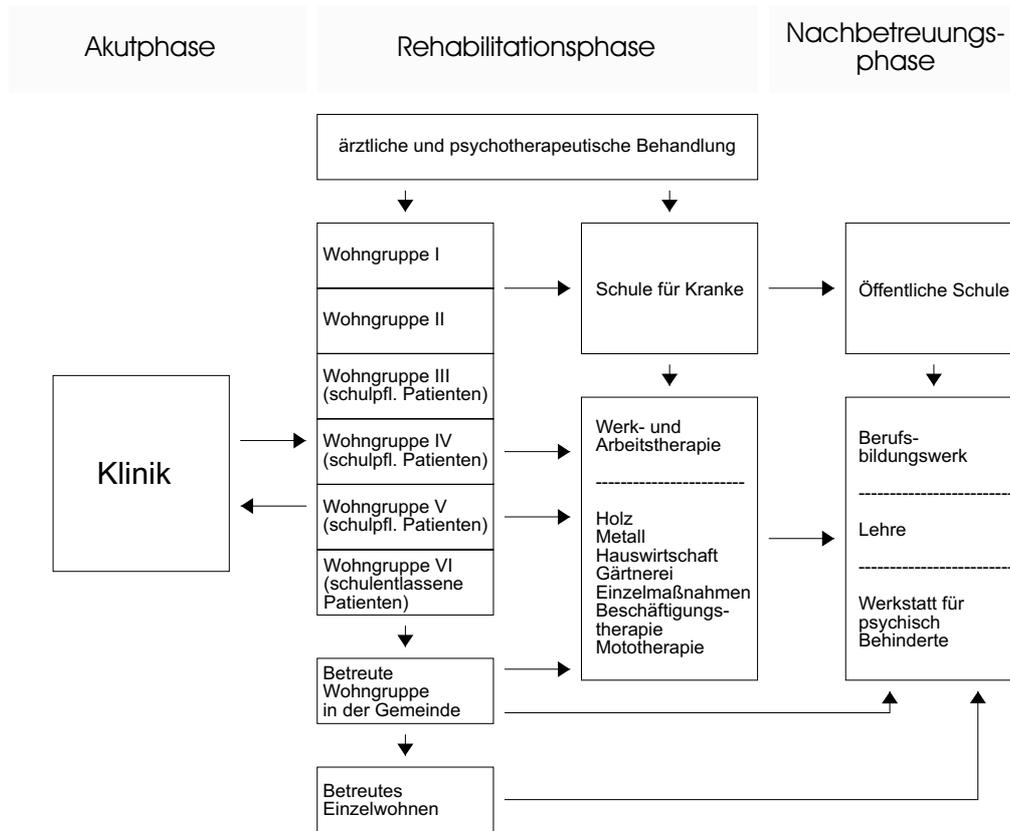


Abb. 10.1: Kooperation der Klinik mit dem Kinder- und Jugendheim Leppermühle des Vereins für Jugendfürsorge in Gießen

11 Kongresse und Tagungen

11.1 Mitwirkung als Referenten und Sitzungsleiter

Im Berichtszeitraum haben Mitarbeiter der Klinik als Referenten und Sitzungsleiter an zahlreichen Kongressen im In- und Ausland mitgewirkt. Erwähnt werden sollen folgende Kongresse und Tagungen:

2004

- First international research seminar in the eastern mediterranean region. Sharm el Sheikh (Ägypten), 28.2.2004
- Tagung des Bundesverbandes „Hilfe für das autistische Kind“. Stuttgart, 06.03.2004
- 4. Europäisches Forschungsseminar für Kinder- und Jugendpsychiater. Camposanpiero/ Padua (Italien), 15.3.2004
- 12. Kongress der European Association of Psychiatrists. Genf, 17.04.2004
- Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Luzern (Schweiz), 21.10.2004
- 21. Nationaler Kongress der italienischen Gesellschaft für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters. Modena (Italien), 08.11.2004
- 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22.-26.08.2004
Zu diesem Kongress gibt es einen Bericht in 11.3

2005

- XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. Heidelberg, 16. - 19.03.2005.
- 5th European Research Seminar in Child and Adolescent Psychiatry. Bocca die Magra (Italien), 13.04.2005
- 11. Okasha- Lecture, Hotel Semiramis Intercontinental. Kairo (Ägypten), 23.06.2005
- 13. Weltkongress der World Psychiatric Association (WPA) Special lecture. Kairo (Ägypten), 14.09.2005
- 11. Bundestagung des Bundesverbandes autismus Deutschland e.V. Leipzig, 16.-18.09.2005
- 21. Jahrestagung der Deutschen Adipositas Gesellschaft. Berlin, 6.-8.10.2005
- Fachtagung zur Eröffnung der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. Siegen, 12.11.2005
- Kongress der BKJPP- Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. Körper, Seele, Umfeld - auf vielen Wegen zur seelische Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen. Würzburg, 17. - 19.11.2005
- Tagung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Berlin, 18.11.2005
- Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) mit DGPPN-Akademie für Fort- und Weiterbildung und Pflegekongress. ICC Berlin, 23. - 26.11.2005
- 13. Tagung Biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Mannheim, 02.12.2005

11.2 Veranstaltungsleitung oder -mitgestaltung

Es wurden folgende wissenschaftliche Veranstaltungen von Mitarbeitern der Klinik geleitet bzw. in wesentlichem Umfang mitgestaltet:

2004

- Kurs am Institut für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. Marburg, 17.01.2004
- Studium Generale der Philipps-Universität Marburg "Das Verbrechen". Marburg, 04.02.2004
- Forensisches Seminar. Marburg, 05.02.2004
- Meeting des WPA-Vorstandes mit dem Steering - Committee des WPA Global Mental Health Program for Children and Adolescents. Kairo (Ägypten), 10.02.2004
- Wohltätigkeitsveranstaltung der Liga für das Kind, gemeinsam mit IACAPAP. Berlin, 25.06.2004
- Steering Committee des WPA-Programms on child Mental Health. Berlin, 27.08.2004
- 100. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin. Berlin 9.-12.09.2004
- Symposium "Stationäre Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie" aus Anlass der Verabschiedung von Dr. Drömann. Titisee-Neustadt, 29.10.2004
- Gesundheitskonferenz zum Thema "Kinder- und Jugendpsychiatrie". Neuwied, 03.11.2004
- Paul-Martini-Symposium in Verbindung mit der "Leopoldina" zum Thema "Arzneimitteltherapie bei Kindern- und Jugendlichen - Probleme und Perspektiven". Berlin, 12.11.2004
- Symposium der Paul-Martini-Stiftung in Verbindung mit der Deutschen Akademie Leopoldina. Berlin 12., 13.11.2004
- Symposium "200 Jahre Nervenlinik Jena". 18.11.2004
- Kinder- und jugendpsychiatrisches Kolloquium. Marburg, 25.11.2004
- Festveranstaltung aus Anlass des 25-jährigen Jubiläums der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kinderhospital Osnabrück, 08.12.2004

2005

- Vorträge im Rahmen des ersten bundesweiten Aktionstages "Tag der Gesundheitsforschung" zum Thema Kinder- und Jugendmedizin mit dem Titel "Forschung für gesunde Kinder!". Marburg, 20.02.2005
- Symposium der DRK-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Berlin "Psychose – Autismus - Geistige Behinderung". Berlin, 16.04.2005
- Wiss. Kolloquium der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie der Universität Duisburg-Essen.. 04.05.2005
- Einweihung der Reha- Einrichtung Hofgut Georgenhammer. Laubach, 11.05.2005
- Vortrag im Rahmen der "Lebensqualität"-Tagung. Marburg, 04.06.2005
- Vortrag im Rahmen der ADHS Elterninitiative, Georg-Vogt Str. 21 (Mitglied im Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität e.V.) Regionalgruppe Marburg, 27.06.2005
- Vortrag im Rahmen des 3. Hessischen Psychotherapeutentages. Frankfurt, 24.09.2005
- Pressekonferenz der Bundesärztekammer (Wissenschaftlicher Dienst). Berlin, 25.09.2005
- Fernsehinterviews zum Thema ADHS und Borderline-Störung im Rahmen der Sendereihe "Forschungsreise in die Psychiatrie". Marburg, 26.09.2005

12 Regionale und überregionale Aktivitäten

12.1 Regionale Aktivitäten

Unter den *regionalen Aktivitäten* ist für die Jahre 2004 und 2005 Folgendes zu berichten:

1. *Weiterentwicklung des regionalen Versorgungssystems*
Aufgrund der seit 1995 bestehenden Pflichtversorgung der Klinik für die drei Landkreise Marburg-Biedenkopf, Gießen und den Wetterau, ist es weiterhin zu einer starken Inanspruchnahme des stationären Bereiches durch Notfälle gekommen. Insbesondere haben drogenabhängige Patienten, die zur Entgiftung eingewiesen werden, erheblich zugenommen. Die Zusammenarbeit mit den fünf Jugendämtern unserer Versorgungsregion wurde weiterhin intensiviert, wobei sich immer wieder Probleme ergaben, wenn es um die Verlegung von Patienten in Rehabilitations- und Nachsorgeeinrichtungen geht. Die Zusammenarbeit mit allen Institutionen, die Kinder und Jugendliche betreuen (andere Kliniken, Kindergärten, Schulen), insbesondere auch den Heimeinrichtungen im engeren und weiteren Umkreis hat sich im Berichtszeitraum erfreulich weiterentwickelt. Es fanden regelmäßig Abstimmungsgespräche mit Vertretern der Jugendämter im Pflichtversorgungsgebiet der Klinik statt. Die besonders gute Zusammenarbeit mit den Einrichtungen des Vereins für Jugendfürsorge in Gießen wurde fortgesetzt und ausgebaut.
2. *Kinder- und Jugendpsychiatrische Kolloquien und Nachmittage*
Diese Veranstaltungen wurden weitergeführt und haben einen erheblichen Zuspruch erfahren. Insbesondere unsere kinder- und jugendpsychiatrischen Nachmittage führten regelmäßig zu einem vollen Hörsaal.
3. *Institut für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin an der Philipps-Universität Marburg e.V. (IVV).*
Das IVV hat sich sehr gut entwickelt. Die Kurse finden großes Interesse und die Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten kommen aus einem weiteren Umkreis zu den Kursen nach Marburg. Näheres siehe Kapitel 9.3.
4. Die ursprünglich durch die DFG finanzierte *Klinische Forschergruppe „Genetische Mechanismen der Gewichtsregulation unter besonderer Berücksichtigung von Essstörungen und Adipositas“* ist als dauerhafte Einrichtung in die Klinik integriert. Sie hat im Berichtszeitraum ihre erfolgreiche Arbeit fortgesetzt und entscheidend zur internationalen wissenschaftlichen Reputation unserer Klinik beigetragen

Zu den *regionalen Aktivitäten* gehörte ferner die Mitarbeit des Klinikleiters und anderer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an verschiedenen universitären und außeruniversitären Gremien. So hat der Klinikdirektor seine Tätigkeit als Vorsitzender des Vereins für Erziehungshilfe, welcher der Träger der Erziehungsberatungsstelle am Ortenberg ist und die Funktion als stellvertretender Vorsitzender des Kerstin-Heims fortgesetzt. Oberarzt Priv.Doz. Dr. Matthias Martin hat ebenfalls seine Aufgabe als Vorsitzender des Vereins für Jugendfürsorge in Gießen weiter ausgeführt.

12.2 Überregionale Aktivitäten

Sehr zahlreich waren die *überregionalen Aktivitäten* im Berichtszeitraum. Diese wurden stark dadurch geprägt, dass der Klinikdirektor von 1998 bis 8/2004 das Amt des Präsidenten und ab diesem Datum das Amt des Pastpräsidenten der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) bekleidete. Dadurch kam es zu einigen berichtenswerten Entwicklungen in den Jahren 2004/2005:

- Herausragendes Ereignis im Jahr 2004 war die Organisation und Leitung des 16. Weltkongresses der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions in der Zeit vom 22. – 26.8.2004 in Berlin (siehe Bericht in 12.2.1).
- Wissenschaftliche Organisation und Leitung des 4. und 5. Europäischen Forschungsseminars für Kinder- und Jugendpsychiater, jeweils im Mai 2004 und 2005 in Bocca die Magra (La Spezia, Italien), an dem jeweils rund 30 Teilnehmer aus über 15 europäischen Ländern teilnehmen.
- Aktive Teilnahme des Klinikdirektors an zahlreichen internationalen Tagungen, auf denen er häufig Plenarvorträge hielt, meist auch die Eröffnungsreferate.
- Vorsitz einer internationalen Gruppe, die ein „Global ADHD Consensus Statement“ erarbeitet hat, das als Leitlinie für die Behandlung dieser Störung gelten kann. Dieses Statement wurde inzwischen veröffentlicht und hat große Beachtung gefunden (European Child and Adolescent Psychiatry 14, 127 – 137, 2005)
- Eine weitere überregionale Aktivität von weltweiter Bedeutung war der Abschluss des Global Program on Child Mental Health der World Psychiatric Association in Zusammenarbeit mit IACAPAP und der WHO. Die wesentlichen Ergebnisse dieses Programms wurden in mehreren Veranstaltungen auf dem 13. Kongress der WPA in Kairo in der der Zeit vom 10. bis 15. September 2005 vorgetragen (siehe Bericht in 12.2.2).

Weitere überregionale bzw. internationale Aktivitäten wurden im größeren Umfang wahrgenommen von Oberarzt HD Dr. Schulte-Körne.

Prof. Matzejat ist Vorstandsmitglied in folgenden Fachgesellschaften.:

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJP).
- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT).
- Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter (BVKJ).

Er ist außerdem Mitglied im Ausschuss für Wissenschaft und Forschung der Psychotherapeutenkammer Hessen und Vorsitzender der staatlichen Prüfungskommission für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Schwerpunkt Verhaltenstherapie) des hessischen Landesprüfungsamtes für Heilberufe.

Zur Redaktionstätigkeit:

Schließlich gehört zu den Aktivitäten mit überregionaler Wirksamkeit auch die Redaktionstätigkeit für *wissenschaftliche Zeitschriften und Buchreihen*, die vom Klinikdirektor, unterstützt durch mehrere Mitarbeiter der Klinik (insbesondere Prof. Dr. Hebebrand, Prof. Dr. Matzejat, PD Dr. Martin, PD Dr. Schulte-Körne, Dr. Theisen, Dr. Walter), wahrgenommen wird. Es handelt sich dabei um folgende Publikationsorgane:

Zeitschriften:

Child Psychiatry and Human Development (Beiratsmitglied),
Current Opinion in Psychiatry (Beiratsmitglied),
Deutsches Ärzteblatt (stellvert. Leiter der med. wiss. Redaktion),
Development and Psychopathology (Beiratsmitglied),
European Child and Adolescent Psychiatry (Mitbegründer und Mitherausgeber),
Frühförderung Interdisziplinär (Beiratsmitglied),
Info Neurologie und Psychiatrie (Beiratsmitglied),
Journal of Child and Adolescent Mental Health (Beiratsmitglied),
Journal of Child and Adolescent Mental Health (SAACAP) (Beiratsmitglied),
Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology (Beiratsmitglied),
Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines
(Beiratsmitglied),
Journal of Neural Transmission (Beiratsmitglied),
Kindheit und Entwicklung (Beiratsmitglied),
Klinische Pädiatrie (Beiratsmitglied),
Medical Education (Beiratsmitglied),
Monatsschrift Kinderheilkunde (Mitherausgeber),
Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform (Mitherausgeber),
Nervenarzt (Beiratsmitglied),
Pediatric Drugs (Beiratsmitglied),
Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie (Beiratsmitglied),
Psichiatria dell' infanzia e dell' adolescenza (Beiratsmitglied),
Psycho (Beiratsmitglied),
Rehabilitation (Beiratsmitglied),
Verhaltenstherapie (Beiratsmitglied),
Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Mitherausgeber),
Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie (Beiratsmitglied)

Prof. Hebebrand und Prof. Mattejat sind Beiratsmitglieder der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Buchreihen:

Beiträge zur Psychiatrie und Psychologie des Kindes- u. Jugendalters (Mitherausgeber),
Cambridge Monographs in Child and Adolescent Psychiatry (Mitherausgeber),
Child and Youth Psychiatry. European Perspectives (Mitherausgeber),
Klinische Psychologie und Psychiatrie (Herausgeber). Inzwischen sind 70 Bände erschienen.

12.2.1 Bericht über den 16. Weltkongress der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) in Berlin vom 22. bis 26.8.2004

Der 16. IACAPAP-Weltkongress, der Ende August 2004 unter Leitung des IACAPAP-Präsidenten Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt (Marburg) abgehalten wurde, fand ein überaus großes Echo. Das Kongressthema lautete: „Facilitating Pathways. Care, Treatment and Prevention in Child and Adolescent Mental Health“. Es war bislang der teilnehmerstärkste Kongress in der Geschichte der IACAPAP. Die Gesamtzahl der Teilnehmer betrug 2767. Die Zahl der regis-

trierten Kongressteilnehmer betrug 2376. Bemerkenswert war auch der Länderspiegel: Die Teilnehmer kamen aus 78 Ländern, wobei Deutschland mit 623 Teilnehmern an der Spitze stand, gefolgt von Teilnehmern aus dem Vereinigten Königreich (172), gefolgt von den USA (168), Norwegen (137), Niederlande (132), Schweden (121). Über 100 Teilnehmer kamen aus Japan und die Schweiz war mit 104 Teilnehmerinnen und Teilnehmern vertreten.

Das wissenschaftliche Programm umfasste die ganze Breite der Kinder- und Jugendpsychiatrie und alle gängigen Veranstaltungstypen. Es gab 8 Hauptvorlesungen, 15 State of the Art-Lectures, 10 Kurse (die von 355 Teilnehmern besucht wurden), zahlreiche Workshops und 440 Poster, die während der ganzen Kongresszeit gezeigt wurden, so dass sich vielfältige Möglichkeiten zur Diskussion mit den Posterautoren ergaben.

Der Kongress wurde eingeleitet mit einer stilvollen Opening Ceremony, die vom Jugendstreichorchester Berlin-Lichtenberg unter Leitung von Winfried Brandenburg musikalisch umrahmt wurde. Grußworte sprachen der Staatssekretär des Senats für Wissenschaft und Forschung, Herr Dr. Hans-Gerhard Husung, die Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Frau Prof. Dr. Beate Herpertz-Dahlmann (Aachen) sowie die Vorsitzende des örtlichen Organisationskomitees, Frau Prof. Dr. Ulrike Lehmkühl (Berlin).

In die Eröffnungsveranstaltung einbezogen war ein Vortrag des Präsidenten der World Psychiatric Association (WPA), Prof. Dr. Ahmed Okasha (Kairo), der das „WPA Global Program on Child Mental Health“ erläuterte. Es handelt sich dabei um ein weltweites Programm zur Verbesserung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, das gemeinsam mit der WHO und IACAPAP durchgeführt wird und dessen drei Arbeitsgruppen folgenden Themenbereichen gewidmet sind:

- Arbeitsgruppe zum Thema „Awareness“ (Leitung: Prof. Sam Tyano, Tel Aviv)
- Arbeitsgruppe zum Thema „Primary Prevention“ (Leitung: Prof. Helmut Remschmidt, Marburg)
- Arbeitsgruppe zum Thema „Services“ (Leitung: Prof. Peter Jensen, New York).

Im Rahmen dieses weltweiten Programmes finden u.a. Pilotstudien in Nizhny Novgorod (Russland), Alexandria (Ägypten) und Porto Alegre (Brasilien) statt.

In der Eröffnungsveranstaltung wurde ferner der verstorbenen Mitglieder von IACAPAP gedacht, wobei fünf Personen wegen ihrer besonderen Verdienste hervorgehoben wurden:

- Prof. Serge Lebovici (1915-2000)
- Prof. Albert Solnit (1919-2002)
- Prof. Donald J. Cohen (1940-2001)
- Prof. Luis Prego Silva (1917-2004)
- Prof. Richard Harrington (1956-2004)

Ehrungen:

Nach der Ehrung der Verstorbenen wurde fünf Persönlichkeiten, die sich in besonderer Weise um die internationale Kinder- und Jugendpsychiatrie verdient gemacht haben, die IACAPAP-Medaille verliehen. Es waren dies:

- Dr. Kari Schleimer (Malmö, Schweden)
- Prof. Dr. Giovanni Bollea (Rom, Italien)
- Dr. Jack Davis (Madison, USA)

- Dr. Winston Rickards (Melbourne, Australien) und
- Prof. Dr. Ahmed Okasha (Kairo, Ägypten).

Prof. Okasha, der derzeit Präsident der World Psychiatric Association ist, erhielt die Medaille wegen seiner besonderen Verdienste um die internationale Kinder- und Jugendpsychiatrie, insbesondere für die Etablierung des „WPA Global Program on Child Mental Health“. Ferner wurde an Prof. Dr. Michael Hong (Seoul, Korea) der von der koreanischen Akademie für Kinder- und Jugendpsychiatrie neu gestiftete Preis für besondere Verdienste um die Entwicklung der internationalen Kinder- und Jugendpsychiatrie verliehen. Der Preis besteht aus einer Medaille und einem Geldbetrag von 2.000 Dollar.

Der offizielle Veranstaltungsbeginn war dann am Montag, den 23.8.2004, und der Kongress wurde beendet am Donnerstag, den 26.8.2004, mit einer Abschlussitzung, in der der neue Vorstand bekannt gegeben und auch die Poster-Preise überreicht wurden.

Besonders hervorzuhebende Ereignisse waren:

1. Die Hauptvorträge, die durchweg von profilierten Wissenschaftlern gehalten wurden, wobei die Gerald Caplan Lecture von Frau Prof. Colette Chiland (Paris) besondere Aufmerksamkeit fand. Ihr Thema lautete: „What about girls? Sex differences in psychopathology“. Ebenfalls sehr beachtet wurde der Vortrag von Prof. Leon Eisenberg (Harvard University Boston, USA), einem der Pioniere der internationalen Kinder- und Jugendpsychiatrie, zum Thema „The biosocial roots of mind and brain“. Die Donald Cohen Memorial Lecture wurde vom IACAPAP Präsidenten Prof. Remschmidt gehalten und hatte das Thema: „The place of development in child and adolescent psychiatry“.

Auch alle anderen Hauptvorträge und Veranstaltungen (State of the Art Lectures, Symposien, Workshops, insbesondere die Kurse) waren sehr gut besucht.

2. Das Atlas-Projekt wurde in einem Workshop von Prof. Belfer (jetzt neuer Präsident der IACAPAP) präsentiert und ist eine Initiative der WHO gemeinsam mit IACAPAP. Ziel dieses Projektes ist es, weltweit kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen und Ressorts zu identifizieren und in einem Atlas festzuhalten, der die wichtigsten Daten der Versorgung auf dem Gebiet von Child and Adolescent Mental Health enthält.
3. Fellowship Program

Auf dem Kongress existierten zwei Fellowship-Programme für Nachwuchs-Wissenschaftler: Das Donald Cohen Fellowship Program und das Eastern European Program. Das zuerst genannte Programm wurde vom Kongresspräsidenten etabliert und auf seinen Antrag hin von verschiedenen Organisationen und Stiftungen unterstützt. Auf diese Weise war es möglich, 58 überwiegend jüngere Kolleginnen und Kollegen aus 26 Ländern zum Kongress einzuladen. Die eingeladenen Kolleginnen und Kollegen wurden von einer größeren Zahl von Tutoren betreut. Die Koordination dieser wichtigen Arbeit hatten die Herren Jim Leckman und Andres Martin (beide Yale University, New Haven/USA), John Sikorski (University of California, San Francisco/USA) und Andreas Warnke (Würzburg) übernommen.

Das Eastern European Program wurde mit dem Donald Cohen Fellowship Program vereinigt. Mit Hilfe dieses Programmes war es möglich, 18 Kolleginnen und Kollegen aus osteuropäischen Ländern einzuladen. Die Tutoren dieses Programmes waren Kari Schleimer (Schweden) sowie Peter Riedesser und Gerd Schulte-Körne (Deutschland).

Beide Programme waren sehr erfolgreich. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer äußerten den Wunsch, sich in gewissen zeitlichen Abständen wieder zu treffen. Dies soll auf dem nächsten IACAPAP-Kongress in Melbourne, der im September 2006 stattfinden wird, organisiert werden.

4. Zertifizierte Fortbildung (Continuing Medical Education, CME Credits)

Der Kongress wurde vom European Accreditation Committee in Brussels (EACIC) als wertvolle Fortbildungsveranstaltung anerkannt und mit einer maximal erreichbaren Zahl von 44 Fortbildungspunkten versehen. Der Kongress war auch von der Berliner Ärztekammer als Fortbildungsveranstaltung anerkannt, wobei ein Maximum von 38 Punkten zu erreichen war.

5. Kongress-Monographie

Eigens für den Kongress wurde ein Buch mit dem Titel des Kongresses „Facilitating Pathways: Care, Treatment and Prevention in Child and Adolescent Mental Health“ hergestellt, herausgegeben von Helmut Remschmidt, Myron Belfer und Ian Goodyer. Das Buch enthält Beiträge von durchweg international renommierten Klinikern und Wissenschaftlern und umfasst einen großen Abschnitt mit Beiträgen zur Versorgungssituation in allen fünf Erdteilen.

6. Poster-Preise

Durch eine Spende der Firma Janssen-Cilag war es möglich, drei Posterpreise zu verleihen. Die Preisträger wurden von einer Posterjury ausgewählt, die aus drei Mitgliedern des IACAPAP-Vorstandes bestand: Ian Goodyer (Cambridge, U.K.), Savita Malhotra (Chandigarh, Indien) und Cynthia Pfeffer (New York, USA).

12.2.2 Das WPA Global Program on Child Mental Health

Dieses Programm der World Psychiatric Association (WPA) wurde gemeinsam durchgeführt mit der World Health Organization (WHO) und der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP). Es wurde im Dreijahreszeitraum von 2003-2005 in weltweiter Ausrichtung etabliert. Die Ergebnisse wurden auf dem 13. Weltkongress für Psychiatrie in Kairo in der Zeit vom 10.-15.9.2005 vorgestellt.

Das Programm wurde von einem *Steering Committee* koordiniert, das aus folgenden Personen bestand:

- Prof. A. Okasha, Präsident der World Psychiatric Association (Vorsitzender)
- Prof. N. Sartorius, Mitglied des WPA Council (stellv. Vorsitzender)
- Prof. H. Remschmidt, Präsident der IACAPAP (Wissenschaftliche Leitung)
- Prof. S. Tyano (stellv. wissenschaftliche Leitung)
- Prof. T. Okasha (Sekretär)
- Prof. Peter Jensen, Mitglied
- Prof. Barry Nurcombe, Mitglied.

Es wurden drei Arbeitsgruppen (Task Forces) gebildet, die sich auf folgende Projektbereiche erstreckten:

1. *Task Force on Awareness (Leiter: Prof. Dr. Sam Tyano, Tel Aviv).*

Die Aufgabe dieser Task Force war, die Sensibilität für psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen weltweit zu erhöhen und mit entsprechenden Merkblättern und Schriften für dieses Ziel zu werben. Die von dieser Task Force erarbeiteten Broschüren wurden in acht Sprachen übersetzt (vgl. www.wpanet.org; www.globalhealth.columbia.edu).

2. *Task Force on Prevention (Leiter: Prof. Dr. Dr. Helmut Remschmidt, Marburg).*

Die Mitglieder dieser Task Force erarbeiteten vier Übersichtsartikel zu präventiven Fragestellungen (u.a. eine systematische Übersicht über „Ergebnisse der Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen“, über „Violence and Trauma“, über „School drop-out“ und „School violence“. Ferner wurden drei Feldstudien zur Reduktion von Schulverweigerung (school drop-out) mit einem vergleichbaren Design in Porto Alegre/Brasilien, Alexandria/Ägypten und Nishnij Novgorod/Russland durchgeführt. Alle drei Studien wiesen nach, dass mit Hilfe eines gezielten Programmes die Rate an Schulverweigerungen innerhalb eines Jahres deutlich gesenkt werden konnte.

3. *Task Force on Services Development (Leiter: Prof. Dr. Peter Jensen, New York).*

Die Teilnehmer dieser Arbeitsgruppe konzipierten Therapie- und Trainingsprogramme auf verhaltenstherapeutischer Grundlage, die ebenfalls in mehrere Sprachen übersetzt wurden.

Entsprechend den genannten Arbeitsgruppen waren die Ziele des Projektes dreifach:

- Das Bewusstsein und die Sensibilität von Entscheidungsträgern, Beschäftigten im Gesundheitswesen und in der Öffentlichkeit für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter zu schärfen, um auf diesem Wege Verbesserungen der Versorgung herbeizuführen und Vorurteile abzubauen.
- Die Anwendung von Maßnahmen der primären Prävention bekannt zu machen, zu erproben und in der Breite weltweit anzuwenden, und
- Versorgungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen aufzubauen, wirksame Behandlungsmethoden einzuführen und die Versorgungseinrichtungen den jeweiligen Möglichkeiten des Landes anzupassen.

Die Aktivitäten, Initiativen und Ergebnisse wurden auf mehreren internationalen Kongressen vorgestellt, zuletzt auf dem 17. Weltkongress der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions in Melbourne in der Zeit vom 10.-14.9.2006.

Eine zusammenfassende Publikation der wichtigsten Ergebnisse wird unter dem Titel

“The Mental Health of Children and Adolescents: International Perspectives”

bei Wiley (New York) Anfang 2007 erscheinen.

Aufgrund der Tatsache, dass Prof. Remschmidt die wissenschaftliche Leitung des Programms inne hatte, wurde in Marburg aus Mitteln des Programms eine wissenschaftliche Hilfskraft beschäftigt, die, gemeinsam mit dem Chefsekretariat, die Projektleitung nachhaltig unterstützte. Darüber hinaus fand am 19. und 20.3.2005 in Marburg eine Sitzung der Task Force on Prevention statt, an der die folgenden Personen teilnahmen:

Frau Prof. Amira Seif El Din (Alexandria/Ägypten), Frau Prof. Tatjana Dmitrieva (Nishnij Novgorod/Russland), Prof. Barry Nurcombe (Brisbane/Australien), Prof. Luis Rohde (Porto Alegre/Brasilien) und Prof. Helmut Remschmidt.

Anhang A: Personal (Stand 31.12.2005)

Mitarbeiter deren Arbeitsverträge nicht durch das Universitätsklinikum finanziert werden, sind durch einen Vermerk nach dem Eintrittsdatum in die Klinik gekennzeichnet. Dabei bedeuten:

1. Neurophysiologische, psychometrische und genetische Untersuchungen zur Lese-Rechtschreibstörung (DFG)
2. Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen: Überprüfung des „Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen“ (DFG)
3. Max-Planck-Forschungspreis für internationale Kooperation; Asperger-Projekt
4. Klinische Forschergruppe „Genetische Mechanismen der Gewichtregulation, Zentralprojekt II a

(EB) Erziehungsberatungsstelle; Träger: Verein für Erziehungshilfe e.V., Marburg

(SCH) Schule für Kranke, Träger: Land Hessen

Name, Vorname	Berufsbezeichnung	Eintrittsdatum
Anlauf, Martina	Dipl.-Psychologin	01.01.05
Auernheimer, Elisabeth	Sonderschullehrerin	01.08.99 (SCH)
Bachmann, Christian, Dr.	Arzt	15.10.05
Ball, Juliane	Dipl.-Psychologin	01.06.04
Ballauff, Anne, Dr.	Ärztin	01.08.96
Barth, Kerstin	Erzieherin	01.10.01
Bartling, Jürgen	Dipl.-Physiker	01.01.96 (1)
Bauer, Helena	Doku.-Assistentin (Praktikum)	01.12.05
Beaca, Daniela	Krankenschwester	15.10.99
Benthin, Peter	Sonderschullehrer (Konrektor)	06.08.01 (SCH)
Bertsch, Anne	Dipl.-Psychologin	15.11.97
Betz, Monika	Dipl.-Sozialarbeiterin	15.08.01
Bittner, Friederike	Sekretärin	01.01.83
Böker, Alexandra	Erzieherin	01.03.00
Boucsein, Kurt	Beschäftigungstherapeut	01.09.97
Brzoska, Jana	Kinderkrankenschwester	01.10.03
Bunnenberg, Christel	Dipl.-Psychologin	01.03.96 (EB)
Burk, Michael	Krankenpfleger	01.11.96
Bursch, Bettina	Kinderkrankenschwester	01.10.91
Büttner, Ute	Krankenschwester	01.04.96
Christ, Klaus	Programmierer	01.01.86
Claes, Maike	Dipl.-Psychologin	16.07.99 (EB)
Cleveland, Michaela	Kinderkrankenschwester	01.04.91
Deacon, Christine	Ergotherapeutin	01.04.03
Debus-Unkel, Katja	Krankenschwester	15.03.03
Dehnert, Anita	Verwaltungsangestellte	01.09.82
Demirci, Ayse	Verwaltungsangestellte	01.10.92 (EB)
Derx, Heinz-Georg	Dipl.-Psychologe	01.08.93 (EB)
Dolezal, Sabine	Krankenschwester	01.06.92
Döllinger, Christine	Krankenschwester	01.04.94
Dombrowsky, Carina	Erzieherin	15.07.03
Ebel, Andrea	Kinderkrankenschwester	01.04.95
Eckel, Isolde	Krankenschwester	15.07.92
Eimecke, Sylvia	Dipl.-Psychologin	01.06.03
Elfenthal, Beatrix	Erzieherin	15.09.03

Emmerich, Julia	Dipl.-Psychologin	01.05.04
Engel, Inga	Doku.-Assistentin	01.01.79
Erb, Sandra	Arzthelferin	15.05.04
Finkenstein, Sabine	Chemisch-Technische Assistentin	15.03.95
Förster, Ulrich	Krankenpfleger	01.01.88
Frey, Joachim, Dr.	Arzt	15.04.98
Gaul, Eva	Krankenschwester	01.04.96
Gehner, Christoph	Dipl.-Sozialarbeiter	15.04.80 (EB)
Geiger, Christiane	Krankenschwester	01.10.94
Geißenhöner, Heike	Motopädin	01.02.01
Gerber, Gerti	Medizinisch-Technische Assistentin	15.01.96 (4)
Gerlach, Dagmar	Hausangestellte	01.03.00
Ghahreman, Mardjan	Ärztin	15.03.00
Glaubitz, Stephan	Kinderkrankpfleger	01.10.00
Göttig, Daniela	Krankenschwester	01.10.95
Goy, Elisabeth	Fremdsprachensekretärin	01.09.80
Grabarkiewicz, Justyna	Ärztin	01.02.03
Gröb, Brigitte	EEG-Assistentin	01.02.82
Grundel, Inge	Verwaltungsangestellte	01.04.72
Haberhausen, Michael	Arzt	01.07.02
Harbecke, Anette	Kinderkrankenschwester	01.04.94
Hartmann, Frauke	Kinderkrankenschwester	01.05.94
Hefert, Carmen	Kinderkrankenschwester	01.04.86
Heimann-Wockenfuß, Christine	Dipl.-Sozialpädagogin	01.06.02
Heim-Fulda, Susanne	Krankenschwester	01.10.93
Heinzel-Gutenbrunner, Monika	Statistikerin	01.05.04
Heldmann, Bärbel	Kinderkrankenschwester	01.10.93
Henrich, Heidemarie	Ergotherapeutin	01.07.93
Herold, Dorothea, Dr.	Arztin	01.11.79
Herrmann, Andrea	Krankenschwester	01.09.93
Herz, Sylvia	Krankenschwester	01.10.91
Hesse, Claudia	Krankenschwester	06.05.02
Heuser, Stefan	Erzieher	01.10.96
Höbel, Markus	Studienrat	07.08.00 (SCH)
Hofmann, Birgit	Sekretärin	15.03.90
Hormel, Anita	Sekretärin	01.09.95
Huber, Birgit	Lehrerin	30.08.04
Hügel-Bleser, Sabine	Kinderkrankenschwester	01.10.94
Humeny, Helmut	Krankenpfleger	01.07.01
Idahor, Friederike	Ergotherapeutin	01.02.96
Jaeckel, Sabine	Med. Dokumentarin	01.12.99
Jährig, Madeleine	Kinderkrankenschwester	01.10.00
John, Katja	wiss. Hilfskraft m. Abschluss	15.11.04
Kalkowski, Sabine	Krankenschwester	01.05.00
Kamp-Becker, Inge, Dr.	Dipl.-Psychologin	15.02.01 (3)
Kanbach, Barbara	Dipl.-Psychologin	15.08.02
Käppele, Kerstin	Erzieherin	01.02.92
Karem, Ilse	Sekretärin	01.04.80

Kehr, Iris	Kinderkrankenschwester	01.04.91
Kern, Ute	Hausangestellte	01.06.95
Kesting, Daniela	Erzieherin	01.04.03
Kirchert, Cordula	Dipl.-Psychologin	01.09.78
Kleim, Helmut	Sonderschullehrer	01.08.00 (SCH)
Klopfstein, Astrid	Erzieherin	01.04.95
Klotz, Renate	Oberschwester	01.01.77
Köhler, Pia	Sekretärin	01.05.00
König, Udo	Human-Biologe	01.11.95
Krämer, Thomas	Krankenpfleger	01.05.93
Kranz, Sabine	Krankenschwester	01.01.99
Kubetz, Petra	Kinderkrankenschwester	01.02.84
Kuhl, Mirjam	Krankenschwester	01.09.96
Kuhn, Karsten	Krankenpfleger	01.04.93
Landstein, Stefanie	Kranken-/Kinderkrankenschwester	01.04.99
Lengl, Eleonore	Dipl.-Sozialpädagogin	15.08.93
Lenz, Kirsten	Erzieherin	01.04.03
Lüders, Barbara	Sonderschullehrerin	01.02.89 (SCH)
Mandlinger, Ilona	Krankenschwester	01.10.90
Martin, Matthias, PD Dr.	Oberarzt	01.10.80
Martin, Sabine	Dipl.-Sozialpädagogin	15.05.04
Mattejat, Fritz, Prof. Dr.	Dipl.-Psychologe	01.10.80
Minke, Henning	Krankenpfleger	01.10.00
Moderer, Joachim	Krankenpfleger	01.06.97
Möller, Eva	Kinderkrankenschwester	01.10.01
Mommertz, Ursula	Lehrerin (Lb)	01.01.01 (SCH)
Müller, Annette	Sonderschullehrerin	01.08.94 (SCH)
Müller, Ulrike	Erzieherin	01.09.94
Muth, Stefan	Krankenpfleger	01.01.99
Nau, Claudia	Erzieherin	15.10.97
Naumann, Wolfgang	Krankenpfleger	01.04.93
Ofori, Gabriele	Hausangestellte	15.05.02
Paling, Gabriele	Sonderschullehrerin	01.08.79 (SCH)
Parthesius, Irmgard	Hausangestellte	01.01.95
Pauschardt, Jan	Dipl.-Psychologe	01.05.03
Preis, Maike, Dr.	Ärztin	01.06.01
Quaschner, Kurt, Dr.	Dipl.-Psychologe	01.11.81
Reichelt, Sabine	Dipl.-Oecotrophologin	01.08.96
Reitter-Haupt, Elke	Bio-Laborantin	01.05.98
Renschmidt, Helmut, Prof. Dr. Dr.	Kliniksdirektor	25.08.80
Richardt, Martin	Dipl.-Psychologe	01.07.00 (EB)
Ried, Nicole	Krankenschwester	01.10.95
Riegels, Margret, Dr.	Oberärztin	15.01.81
Riehl, Thomas	Krankenpfleger	01.10.02
Rose, Alfred	Sonderschullehrer	07.08.86 (SCH)
Sachse, Edgar	Sonderschullehrer (Rektor)	01.02.87 (SCH)
Sandig, Viola	Erzieherin	12.04.92
Sassmannshausen, Dorothe	Kinderkrankenschwester	01.10.01

Schaefer, Jürgen	Dipl.-Sozialarbeiter	01.04.80 (EB)
Schäuble, Nadine	Oecothrophologin	01.06.05
Schenk, Eva Maria	Stud. Hilfskraft	01.11.03 (3)
Schick, Oliver	Krankenpfleger	22.09.03
Schiel, Sibylle	Ärztin	01.10.01
Schlitt, Hans-Jürgen	Krankenpfleger	01.10.87
Schlitzkus, Tanja	Krankenschwester	01.10.93
Schlosser, Adelheid	Sekretärin	15.05.99
Schmack, Andrea	Kinderkrankenschwester	01.10.00
Schneider, Jens	Krankenpfleger	01.10.00
Schneider, Karin	Sekretärin	01.11.00 (SCH)
Schneider, Ralf	Krankenpfleger	01.06.93
Schneider, Ulrich	Lehrer	01.09.03
Schneider, Ulrike	Dipl.-Sozialpädagogin	15.07.93 (EB)
Schönberger, Jürgen	Dipl.-Psychologe	16.02.91 (EB)
Schönich, Ingeborg	Kinderkrankenschwester	01.06.97
Schröder, Ines	Ärztin	01.09.04
Schröder-Jeide, Wilma	Lehrerin	01.08.83 (SCH)
Schulte, Kerstin	Kinderkrankenschwester	01.10.96
Schulte-Körne, Gerd, HD Dr.	Oberarzt	01.09.91
Schulz, Juliane	Sozialarbeiterin	11.11.91
Schütz, Klaus	Dipl.-Psychologe	01.11.97
Schwamhofer-Hollstein, Daniela	Krankenschwester	01.10.93
Schwick, Ralf	Handwerker	03.02.92
Smidt, Judith	Ärztin	01.04.03
Smidt, Judith	Ärztin	01.10.01
Sommerlad, Christine	Ärztin	01.12.99
Spies, Christian	Krankenpfleger	01.04.03
Steber, Marliese	EEG-Assistentin	08.03.88
Stegmann, Alfred	Krankenpfleger	01.04.95
Teichmann, Heike	Verwaltungsangestellte	17.08.87
Theisen, Frank, Dr.	Oberarzt	01.01.99
Tramnitz, Stefan	Krankenpfleger	01.10.05
Trosse, Maria	Wiss. Hilfskraft	15.11.02 (2)
Ulbrich, Rainer	Dipl.-Physiker	01.06.81
Vehlies, Klaudia	Studienrätin	07.08.00 (SCH)
Vogelgesang, Barbara	Studienrätin	15.11.86 (SCH)
Walter, Reinhard, Dr.	Dipl.-Psychologe	01.09.81
Waßmuth, Frank	Krankenpfleger	01.04.99
Weber, Astrid	Erzieherin	01.04.95
Weber, Karl Josef	Handwerker	01.05.97
Wermter, Anne-Kathrin	Wiss. Mitarbeiterin	01.08.00 (4)
Westrup, Peter	Krankenpfleger	01.04.87
Wett, Katja	Krankenschwester	03.10.96
Willersheuser, Regina	Kinderkrankenschwester	01.10.02
Wolf, Nicole	Kinderkrankenschwester	01.10.96
Wüst, Cathrin	Sonderschullehrerin	01.09.03 (SCH)
Zimmermann, Olga	Krankenschwester	01.04.03

Anhang B: Publikationen und Vorträge

B.1 Bücher von Mitarbeitern der Klinik

2004

- Remschmidt, H. (Hrsg.): Schizophrene Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter: Klinik, Ätiologie, Therapie und Rehabilitation Schattauer, Stuttgart 2004.
- Remschmidt, H.; Belfer, M.L.; Goodyer, I. (Hrsg.): Facilitating pathways: Care, treatment and prevention in child and adolescent mental health Springer, Berlin 2004.
- Remschmidt, H.: Praxis der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Störungsspezifische Behandlungsformen und Qualitätssicherung. (2. überarbeitete und ergänzte Auflage) Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2004.
- Remschmidt, H.; Belfer, M. (Hrsg.): Book of Abstracts of the 16th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) 22-26 August 2004, Berlin, Germany Steinkopff, Darmstadt 2004.

2005

- Mattejat, F.; Lisofsky, B.: Nicht von schlechten Eltern (5. Aufl.) Psychiatrie-Verlag, Bonn 2005.
- Remschmidt, H. (Hrsg.): Autismus: Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen (3. Aufl.) Verlag C. H. Beck, München 2005. (2003 ins russ. übersetzt)
- Remschmidt, H. (Hrsg.): Zweijahresbericht 2002 - 2003 Philipps-Universität Marburg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Marburg 2005.
- Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung, (4., neu bearb. und erw. Aufl.) Thieme, Stuttgart 2005. (Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen)

B.2 Zeitschriften- und Buchbeiträge von Mitarbeitern der Klinik

2004

- Asmus, F.; Schoenian, S.; Lichtner, P.; Munz, M.; Mayer, P.; Mueller-Myhsok, B.; Zimprich, A.; Remschmidt, H.; Hebebrand, J.; Bandmann, O.; Gasser, T.: Epsilon-sarcoglycan is not involved in sporadic Gilles de la Tourette syndrome (Letter). *Neurogenetics*, 2004.
- Bühning, P.; Marx, C.: Weltkongress für Kinder- und Jugendpsychiatrie: Präventiv muss weltweit der Schulbesuch gefördert werden (Interview). *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 101 (31-32), 2004, S. A2155-A2157.
- Correll, C.: Seeing the individuality in every child: An interview with Professor Helmut Remschmidt. *IACAPAP Bulletin Supplement: Donald J. Cohen Fellows' Remarks on the 16th IACAPAP Congress Berlin, Germany - August 22-26, 2004*, 2004, S. s24-s27.
- Dempfle, A.; Hinney, A.; Heinzel-Gutenbrunner, M.; Raab, M.; Geller, F.; Gudermann, T.; Schäfer, H.; Hebebrand, J.: Large quantitative effect of melanocortin-4 receptor gene mutations on body mass index. *Journal of Medical Genetics*, Bd. 41 (10), 2004, S. 795.
- Fleischhaker, C.; Schulz, E.; Remschmidt, H.: Psychotische Störungen und Substanzmissbrauch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Schizophrene Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter: Klinik, Ätiologie, Therapie und Rehabilitation. Schattauer, Stuttgart 2004. S. 41-50. Kap. 5.

- Gabrovsek, M.; Breclj-Anderluh, M.; Bellodi, L.; Cellini, E.; Die Bella, D.; Estivill, X.; Fernandez-Aranda, F.; Freeman, B.; Geller, F.; Gratacos, M.; Haigh, R.; Hebebrand, J.; Hinney, A.; Holliday, J.; Hu, X.; Karwautz, A.; Nacmias, B.; Ribases, M.; Remschmidt, H.; Komel, R.; Sorbi, S.; Tomori, M.; Treasure, J.; Wagner, G.; Zhao, J.; Collier, D.A.: Combined family trio and case-control analysis of the COMT val158met polymorphism in european patients with anorexia nervosa. *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics)*, Bd. 124B, 2004, S. 68-72.
- Gadzicki, D.; Müller-Vahl, K.R.; Heller, D.; Ossege, S.; Nöthen, M.M.; Hebebrand, J.; Stuhmann, M.: Tourette syndrome is not caused by mutations in the cental cannabinoid receptor (CNR1) gene. *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics)*, Bd. 127B, 2004, S. 97-103.
- Geller, F.; Reichwald, K.; Dempfle, A.; Illig, T.; Vollmert, C.; Herpertz, S.; Siffert, W.; Platzer, M.; Hess, C.; Gudermann, T.; Biebermann, H.; Wichmann, H.-E.; Schäfer, H.; Hinney, A.; Hebebrand, J.: Melanocortin-4 rezeptor gene variant I103 is negatively associated with obesity. *American Journal of Human Genetics*, Bd. 74 (3), 2004, S. 572-581.
- Haberhausen, M.; Gebhardt, S.; Theisen, F.; Remschmidt, H.; Hebebrand, J.: Forschungsschwerpunkt Gewichtszunahme und Gewichtsregulation unter Neuroleptika. In: Hippus, H. (Hrsg.): *Universitätskolloquien zur Schizophrenie*. Steinkopff, Darmstadt 2004. S. 251-255.
- Hebebrand, J.: Biologie der Anorexia nervosa unter besonderer Berücksichtigung genetischer Aspekte. *Psychotherapie im Dialog*, Bd. 5 (1), 2004, S. 57-62.
- Hebebrand, J.; Casper, R.; Treasure, J.; Schweiger, U.: The need to revise the diagnostic criteria for anorexia nervosa. *Journal of Neural Transmission*, Bd. 111, 2004, S. 827-840.
- Hebebrand, J.; Dabrock, P.; Lingenfelder, M.; Mand, E.; Rief, W.; Voit, W.: Ist Adipositas eine Krankheit? Interdisziplinäre Perspektiven. *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 101 (37), 2004, S. A2468-A2474, Literatur A1-A2. ([pub/a2468.pdf](http://pub.a2468.pdf))
- Hebebrand, J.; Geller, F.; Dempfle, A.; Heinzel-Gutenbrunner, M.; Raab, M.; Gerber, G.; Wermter, A.-K.; Horro, F.; Blundell, J.; Schäfer, H.: Binge-eating episodes are not characteristic of carriers of melancortin-4 rezeptor gene mutation. *Molecular Psychiatry*, Bd. 9 (8), 2004, S. 796-800.
- Hebebrand, J.; Wermter, A.-K.; Hinney, A.: Adipositas: Genetik und Gen-Umwelt-Interaktionen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, Bd. 152 (8), 2004, S. 870-876.
- Heiser, P.; Frey, J.; Smidt, J.; Sommerlad, C.; Wehmeier, P.M.; Hebebrand, J.; Remschmidt, H.: Objective measurement of hyperactivity, impulsivity, and inattention in children with hyperkinetic disorders before and after treatment with methylphenidate. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Bd. 13 (2), 2004, S. 100-104.
- Heiser, P.; Friedel, S.; Dempfle, A.; Konrad, K.; Smidt, J.; Grabarkiewicz, J.; Herpertz-Dahlmann, B.; Remschmidt, H.; Hebebrand, J.: Molecular genetic aspects of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, Bd. 28, 2004, S. 625-641.
- Heiser, P.; Schulte, E.; Hausmann, C.; Becker, R.; Remschmidt, H.; Krieg, J.-C.: Effects of clozapine and its metabolites on the 5-HT2 receptor system in cortical and hippocampal cells in vitro. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, Bd. 28 (2), 2004, S. 297-302.
- Heiser, P.; Teepker, M.; Möller, J.C.; Theisen, F.; Friedel, S.; Hebebrand, J.; Remschmidt, H.: Neuropathy due to hypovitaminosis following excessive weight loss [Letter]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, Bd. 43 (8), 2004, S. 928-929.
- Hinney, A.; Friedel, S.; Remschmidt, H.; Hebebrand, J.: Genetic risk factors in eating disorders. *American Journal of Pharmacogenomics*, Bd. 4 (4), 2004, S. 209-223.
- Holtkamp, C.; Hebebrand, J.; Herpertz-Dahlmann, B.: The contribution of anxiety and food restriction on physical activity levels in acute anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, Bd. 36 (2), 2004, S. 163-171.
- Holtkamp, K.; Hebebrand, J.; Mika, C.; Heer, M.; Heussen, N.; Herpertz-Dahlmann, B.: High serum leptin levels subsequent to weight gain predict renewed weight loss in patients with anorexia nervosa. *Psychoneuroendocrinology*, Bd. 29 (6), 2004, S. 791-797.
- Holtkamp, K.; Konrad, K.; Mueller, B.; Heussen, N.; Herpertz, S.; Herpertz-Dahlmann, B.; Hebebrand, J.: Overweight and obesity in children with Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, Bd. 28, 2004, S. 685-689.

- Kamp-Becker, I.; Matzejat, F.; Remschmidt, H.: Zur Diagnostik und Ätiologie des Asperger-Syndroms bei Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Bd. 53 (4), 2004, S. 371-394.
- Martin, M.: Psychotherapie der Schizophrenie im Jugendalter. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Störungsspezifische Behandlungsformen und Qualitätssicherung*. (2. überarbeitete und ergänzte Auflage). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2004. S. 195-207. Kap. 15.
- Matzejat, F.: Perspektiven einer entwicklungsorientierten Psychotherapie. In: Lehmkuhl, U.; Lehmkuhl, G. (Hrsg.): *Frühe psychische Störung und ihre Behandlung*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2004. S. 97-116.
- Matzejat, F.: Psychotherapie bei Angststörungen. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Störungsspezifische Behandlungsformen und Qualitätssicherung*. (2. überarbeitete und ergänzte Auflage). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2004. S. 138-150. Kap. 11.
- Matzejat, F.: Qualitätssicherung in der Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Störungsspezifische Behandlungsformen und Qualitätssicherung*. (2. überarbeitete und ergänzte Auflage). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2004. S. 29-39. Kap. 3.
- Niebergall, G.: Psychotherapie bei posttraumatischen Belastungsstörungen. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Störungsspezifische Behandlungsformen und Qualitätssicherung*. (2. überarbeitete und ergänzte Auflage). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2004. S. 176-194. Kap. 14.
- Quaschner, K.: Qualitätssicherung der Therapie in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Störungsspezifische Behandlungsformen und Qualitätssicherung*. (2. überarbeitete und ergänzte Auflage). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2004. S. 40-48. Kap. 4.
- Quaschner, K.: Zwangsstörungen. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Störungsspezifische Behandlungsformen und Qualitätssicherung*. (2. überarbeitete und ergänzte Auflage). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2004. S. 160-175. Kap. 13.
- Quaschner, K.; Schulte-Körne, G.: Hyperkinetische Störungen. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Störungsspezifische Behandlungsformen und Qualitätssicherung*. (2. überarbeitete und ergänzte Auflage). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2004. S. 69-84. Kap. 6.
- Remschmidt, H.: Autistische Syndrome. In: Reinhardt, D. (Hrsg.): *Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter* (7., vollst. überarb. Aufl.). Springer, Berlin 2004. S. 1778-1789. Kap. 152.
- Remschmidt, H.: Bedeutung der Entwicklungspsychopathologie für die Psychotherapie. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Störungsspezifische Behandlungsformen und Qualitätssicherung*. (2. überarbeitete und ergänzte Auflage). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2004. S. 14-28. Kap. 2.
- Remschmidt, H.: Drogenabhängigkeit im Kindes- und Jugendalter. In: Reinhardt, D. (Hrsg.): *Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter* (7., vollst. überarb. Aufl.). Springer, Berlin 2004. S. 1829-1833. Kap. 159.
- Remschmidt, H.: Forschung an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. In: Hippus, H. (Hrsg.): *Universitätskolloquien zur Schizophrenie*. Steinkopff, Darmstadt 2004. S. 245-250.
- Remschmidt, H.: Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter besonderer Berücksichtigung der Wissenschaftsgeschichte. In: Schmeck, K.; Schmötzer, G.; Bölte, S. (Hrsg.): *Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Grundlagen und Behandlungskonzepte*. Festschrift für Fritz Poustka. Pabst Science Publishers, 2004. S. 11-22. Kap. 148.
- Remschmidt, H.: Intelligenzminderungen und Demenzzustände. In: Reinhardt, D. (Hrsg.): *Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter* (7., vollst. überarb. Aufl.). Springer, Berlin 2004. S. 1760-1763. Kap. 149.
- Remschmidt, H.: Misshandlungssyndrome. In: Reinhardt, D. (Hrsg.): *Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter* (7., vollst. überarb. Aufl.). Springer, Berlin 2004. S. 1825-1828. Kap. 158.

- Remschmidt, H.: Prof. Dr. med. Elmar Doppelfeld: Führungswechsel in der medizinisch-wissenschaftlichen Redaktion. Deutsches Ärzteblatt, Bd. 101 (44), 2004, S. A2952-A2953. (pub/a2952.pdf)
- Remschmidt, H.: Psychische Störungen im Zusammenhang mit Hirnschädigungen. In: Reinhardt, D. (Hrsg.): Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter (7., vollst. überarb. Aufl.). Springer, Berlin 2004. S. 1770-1777. Kap. 151.
- Remschmidt, H.: Psychosen. In: Reinhardt, D. (Hrsg.): Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter (7., vollst. überarb. Aufl.). Springer, Berlin 2004. S. 1782-1789. Kap. 153.
- Remschmidt, H.: Psychosomatische Erkrankungen. In: Reinhardt, D. (Hrsg.): Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter (7., vollst. überarb. Aufl.). Springer, Berlin 2004. S. 1812-1824. Kap. 156.
- Remschmidt, H.: Reaktive alterstypische und neurotische Störungen mit vorwiegend körperlicher Symptomatik. In: Reinhardt, D. (Hrsg.): Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter (7., vollst. überarb. Aufl.). Springer, Berlin 2004. S. 1790-1802. Kap. 154.
- Remschmidt, H.: Reaktive alterstypische und neurotische Störungen mit vorwiegend psychischer Symptomatik. In: Reinhardt, D. (Hrsg.): Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter (7., vollst. überarb. Aufl.). Springer, Berlin 2004. S. 1803-1811. Kap. 155.
- Remschmidt, H.: Suizidhandlungen bei Kindern und Jugendlichen. In: Reinhardt, D. (Hrsg.): Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter (7., vollst. überarb. Aufl.). Springer, Berlin 2004. S. 1821-1824. Kap. 157.
- Remschmidt, H.: Teilleistungsstörungen. In: Reinhardt, D. (Hrsg.): Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter (7., vollst. überarb. Aufl.). Springer, Berlin 2004. S. 1764-1769. Kap. 150.
- Remschmidt, H.: Therapieprinzipien bei psychischen Störungen. In: Reinhardt, D. (Hrsg.): Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter (7., vollst. überarb. Aufl.). Springer, Berlin 2004. S. 1739-1759. Kap. 148.
- Remschmidt, H.: Zur Neurobiologie schizophrener Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Schizophrene Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter: Klinik, Ätiologie, Therapie und Rehabilitation. Schattauer, Stuttgart 2004. S. 65-78. Kap. 7.
- Remschmidt, H.; Heiser, P.: Zertifizierte medizinische Fortbildung: Differenzierte Diagnostik und multimodale Therapie hyperkinetischer Störungen. Deutsches Ärzteblatt, Bd. 101 (37), 2004, S. B-2071-2078. (pub/a2457.pdf)
- Remschmidt, H.; Matzejat, F.: Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Lehmkuhl, U.; Lehmkuhl, G. (Hrsg.): Frühe psychische Störung und ihre Behandlung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2004. S. 45-61.
- Remschmidt, H.; Schulte-Körne, G.: Neuropsychologie von tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. In: Lautenbacher, S.; Gauggel, S. (Hrsg.): Neuropsychologie psychischer Störungen. Springer, Berlin 2004. S. 339-366. Kap. 17.
- Remschmidt, H.; Wolf-Ostermann, K.; Matzejat, F.: Schizophrene Erkrankungen im Jugendalter: Eine versorgungsepidemiologische Untersuchung an 305 konsekutiven stationären Behandlungsfällen. Nervenarzt, Bd. 75 (7), 2004, S. 663-674.
- Ribasés, M.; Gratacòs, M.; Fernández-Aranda, F.; Bellodi, L.; Boni, C.; Anderlüh, M.; Cavallini, M.C.; Cellini, E.; Di Bella, D.; Erzegovesi, S.; Foulon, C.; Gabrovsek, M.; Gorwood, P.; Hebebrand, J.; Hinney, A.; Holliday, J.; Hu, X.; Karwautz, A.; Kipman, A.; Komel, R.; Nacmias, B.; Remschmidt, H.; Ricca, V.; Sorbi, S.; Wagner, G.; Treasure, J.; Collier, D.A.; Estivill, X.: Association of BDNF with anorexia, bulimia and age of onset of weight loss in six European populations. Human Molecular Genetics, Bd. 13 (12), 2004, S. 1205-1212.
- Scheuerpflug, P.; Plume, E.; Vetter, V.; Schulte-Körne, G.; Deimel, W.; Bartling, J.; Remschmidt, H.; Warnke, A.: Visual information processing in dyslexic children. Clinical Neurophysiology, Bd. 115 (1), 2004, S. 90-96.
- Schulte-Koerne, G.; Bartling, J.; Deimel, W.; Remschmidt, H.: Motion-onset VEPs in dyslexia. Evidence for visual perceptual deficit. NeuroReport, Bd. 15 (6), 2004, S. 1075-1078.
- Schulte-Körne, G.; Bartling, J.; Deimel, W.; Remschmidt, H.: Spatial-frequency- and contrast-dependent visible persistence and reading disorder: no evidence for a basic perceptual deficit. Journal of Neural Transmission, Bd. 111, 2004, S. 941-950.

- Schulte-Koerne, G.; Bartling, J.; Deimel, W.; Remschmidt, H.: Visual evoked potentials elicited by coherently moving dots in dyslexic children. *Neuroscience Letters*, Bd. 357 (3), 2004, S. 207-210.
- Schulte-Körne, G.; Deimel, W.; Bartling, J.; Remschmidt, H.: Neurophysiological correlates of word recognition in dyslexia. *Journal of Neural Transmission*, Bd. 111, 2004, S. 971-984.
- Schulte-Körne, G.; Remschmidt, H.: Neuropsychologie von umschriebenen Entwicklungsstörungen. In: Lautenbacher, S.; Gauggel, S. (Hrsg.): *Neuropsychologie psychischer Störungen*. Springer, Berlin 2004. S. 367-386. Kap. 18.
- Schulte-Körne, G.; Remschmidt, H.; Scheuerpflug, P.: The role of magnocellular pathways in dyslexia: reply to Skottun and Skoyles. *Clinical Neurophysiology*, Bd. 115 (12), 2004, S. 2836-2838.
- Tafel, J.; Branscheid, I.; Skwarna, B.; Schlimme, M.; Morcos, M.; Algenstaedt, P.; Hinney, A.; Hebebrand, J.; Nawroth, P.; Hamann, A.: Variants in the human $\beta 1$ -, $\beta 2$ - and $\beta 3$ -adrenergic receptor genes are not associated with morbid obesity in children and adolescents. *Diabetes, obesity & metabolism*, Bd. 6 (6), 2004, S. 452-455.
- Theisen, F.; Gebhardt, S.; Haberhausen, M.; Hinney, A.; Heinzel-Gutenbrunner, M.; Krieg, J.-C.; Martin, M.; Remschmidt, H.; Hebebrand, J.: Gewichtsveränderungen und Gewichtsregulation unter neuroleptischer Behandlung. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Schizophrene Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter: Klinik, Ätiologie, Therapie und Rehabilitation*. Schattauer, Stuttgart 2004. S. 146-162. Kap. 12.
- Theisen, F.; Hinney, A.; Broemel, T.; Heinzel-Gutenbrunner, M.; Martin, M.; Krieg, J.-C.; Remschmidt, H.; Hebebrand, J.: Lack of association between the -759/T polymorphism of the 5-HT_{2c} receptor gene and clozapine-induced weight gain among German schizophrenic individuals. *Psychiatric Genetics*, Bd. 14 (3), 2004, S. 139-142.
- Walitzka, S.; Wewetzer, C.; Gerlach, M.; Klampfl, K.; Geller, F.; Barth, N.; Hahn, F.; Herpertz-Dahlmann, B.; Gössler, M.; Fleischhaker, C.; Schulz, E.; Hebebrand, J.; Warnke, A.; Hinney, A.: Transmission disequilibrium studies in children and adolescents with obsessive-compulsive disorders pertaining to polymorphism of genes of the serotonergic pathway. *Journal of Neural Transmission*, Bd. 111, 2004, S. 217-225.
- Walter, R.: Psychotherapie bei Panikstörungen. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Störungsspezifische Behandlungsformen und Qualitätssicherung*. (2. überarbeitete und ergänzte Auflage). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2004. S. 151-159. Kap. 12.
- Walter, R.; Remschmidt, H.: Die Vorhersage der Delinquenz im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter: Ergebnisse einer prospektiven Studie. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, Bd. 87 (5), 2004, S. 333-352.
- Wang, H.J.; Geller, F.; Dempfle, A.; Schäuble, N.; Friedel, S.; Lichtner, P.; Fontenla Horro, F.; Wudy, S.; Hagemann, S.; Gortner, L.; Huse, K.; Remschmidt, H.; Bettecken, T.; Meitinger, T.; Schäfer, H.; Hebebrand, J.; Hinney, A.: Ghrelin receptor gene: identification of several sequence variants in extremely obese children and adolescents, healthy normal-weight and underweight students, and children with short normal stature. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, Bd. 89 (1), 2004, S. 157-162.
- Warnke, A.: Preface - Special Issue: Biological child and Adolescent Psychiatry. *Journal of Neural Transmission*, Bd. 111 (7), 2004, S. 749-752.
- Wehmeier, P.M.; Quaschner, K.: Depressive Störungen. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Störungsspezifische Behandlungsformen und Qualitätssicherung*. (2. überarbeitete und ergänzte Auflage). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2004. S. 85-95. Kap. 7.
- Wehmeier, P.M.; Schüler-Springorum, M.; Heiser, P.; Remschmidt, H.: Chart review for potential features of myocarditis, pericarditis, and cardiomyopathy in children and adolescents treated with clozapine. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, Bd. 14 (2), 2004, S. 267-271.
- Werner, W.; Martin, M.: Die Rehabilitation schizophrener Kinder und Jugendlicher - Konzepte und Erfahrungen in der Leppermühle. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Schizophrene Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter: Klinik, Ätiologie, Therapie und Rehabilitation*. Schattauer, Stuttgart 2004. S. 95-104. Kap. 9.

- Bundesärztekammer Berlin: Der Vorsitzende des Arbeitskreises ADHS: Stellungnahme zur "Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)". Deutsches Ärzteblatt, Bd. 102 (51-52), 2005, S. A-3609-A-3616.
- Fleischhaker, C.; Schulz, E.; Tepper, K.; Martin, M.; Hennighausen, K.; Remschmidt, H.: Long-term course of adolescent schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, Bd. 31 (3), 2005, S. 769-780.
- Friedel, S.; Fontenla Horro, F.; Wermter, A.-K.; Geller, F.; Dempfle, A.; Reichwald, K.; Smidt, J.; Bröner, G.; Konrad, K.; Herpertz-Dahlmann, B.; Warnke, A.; Hemminger, U.; Linder, M.; Kiefl, H.; Goldschmidt, H.P.; Siegfried, W.; Remschmidt, H.; Hinney, A.; Hebebrand, J.: Mutation screen of the brain derived neurotrophic factor gene (BDNF): Identification of several genetic variants and association studies in patients with obesity, eating disorders, and Attention-Deficit/Hyperactivity disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics)*, Bd. 132B, 2005, S. 96-99.
- Hebebrand, J.; Theisen, F.: Genetic aspects of obesity, eating disorders and drug-induced obesity. In: Antel J. et al. (Hrsg.): *Obesity and metabolic disorders*. IOS Press, 2005. S. 109-121.
- Hebebrand, J.; Wermter, A.-K.; Hinney, A.: Genetik und Gen-Umwelt-Interaktionen. In: Wabitsch, M.; Hebebrand, J.; Kiess, W.; Zwiauer, K. (Hrsg.): *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Klinik. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen*; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 27-36. Kap. 3.
- Hoare, P.; Remschmidt, H.; Medori, R.; Ettrich, C.; Rothenberger, A.; Santosh, P.; Schmit, M.; Spender, Q.; Tamhne, R.; Thompson, M.; Tinline, C.; Trott, G.E.: 12-month efficacy and safety of OROS MPH in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder switched from MPH. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Bd. 14 (6), 2005, S. 305-309.
- Holtkamp, K.; Müller, B.; Heussen, N.; Remschmidt, H.; Herpertz-Dahlmann, B.: Depression, anxiety, and obsessiveness in long-term recovered patients with adolescent-onset anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Bd. 14 (2), 2005, S. 106-110.
- Ihle, W.; Matthejat, F.: Familienorientierte Diagnostik und Intervention bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, Bd. 14 (1), 2005, S. 1-2.
- Kamp-Becker, I.; Matthejat, F.; Wolf-Ostermann, K.; Remschmidt, H.: Die Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom (MBAS) - ein Screening-Verfahren für autistische Störungen auf hohem Funktionsniveau. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, Bd. 33 (1), 2005, S. 15-26.
- Klein, K.M.; Hamer, H.M.; Reis, J.; Schmidtke, J.; Oertel, W.H.; Theisen, F.M.; Hebebrand, J.; Rosenow, F.: Weight change in monozygotic twins treated with valproate. *Obesity Research*, Bd. 13 (8), 2005, S. 1330-1334.
- Matthejat, F.: Evidenzbasierte Prinzipien und Grundkomponenten familientherapeutischer Interventionen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, Bd. 14 (1), 2005, S. 3-11.
- Matthejat, F.: Familiendiagnostik. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen*; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 78-81. Kap. 10.
- Matthejat, F.: Familientherapie. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen*; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 408-417. Kap. 49.
- Matthejat, F.: Familientherapie. In: Resch, F.; Schulte-Markwort, M. (Hrsg.): *Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychiatrie. Schwerpunkt: Sexualität*. Beltz Verlag, Basel 2005. S. 39-50.
- Matthejat, F.: Familientherapie in der Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, Bd. 26 (1), 2005, S. 40-62.
- Matthejat, F.; Koenig, U.; Barchewitz, C.; Felbel, D.; Herpertz-Dahlmann, B.; Hoehne, D.; Janthur, B.; Jungmann, J.; Katzenski, B.; Kirchner, J.; Naumann, A.; Nölkel, P.; Schaff, C.; Schulz, E.; Warnke, A.; Wienand, F.; Remschmidt, H.: Zur Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und ihren Eltern: Ergebnisse der ersten multizentrischen Studie mit der Elternversion des Inventars zur Erfassung

- der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). *Kindheit und Entwicklung*, Bd. 14 (1), 2005, S. 39-47.
- Mattejat, F.; Remschmidt, H.: MSS - Marburger Symptomskalen. In: Strauß, B.; Schumacher, J. (Hrsg.): *Klinische Interviews und Ratingskalen*. Hogrefe, Göttingen 2005. S. 266-271.
- Mattejat, F.; Remschmidt, H.: PPB - Profil Psychosozialer Belastungen. In: Strauß, B.; Schumacher, J. (Hrsg.): *Klinische Interviews und Ratingskalen*. Hogrefe, Göttingen 2005. S. 332-336.
- Mewe, F.; Mattejat, F.: Psychische Entwicklung. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung*. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 9-26. Kap. 2.
- Mössner, R.; Walitza, S.; Geller, F.; Scherag, A.; Gutknecht, L.; Jacob, C.; Bogusch, L.; Remschmidt, H.; Simons, M.; Herpertz-Dahlmann, B.; Fleischhaker, C.; Schulz, E.; Warnke, A.; Hinney, A.; Wewetzer, C.; Lesch, K.-P.: Transmission disequilibrium of polymorphic variants in the tryptophan hydroxylase-2 gene in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, Bd. 9, 2005, S. 1-6.
- Mössner, R.; Walitza, S.; Lesch, K.P.; Geller, F.; Barth, N.; Remschmidt, H.; Hahn, F.; Herpertz-Dahlmann, B.; Fleischhaker, C.; Schulz, E.; Warnke, A.; Hinney, A.; Wewetzer, C.: Brain-derived neurotrophic factor V66M polymorphism in childhood-onset obsessive-compulsive disorder (Letter). *International Journal of Neuropsychopharmacology*, Bd. 8, 2005, S. 133-136.
- Niebergall, G.; Quaschner, K.: Testpsychologische und neuropsychologische Untersuchung. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung*. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 54-77. Kap. 9.
- Niebergall, G.; Quaschner, K.: Verhaltenstherapie. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung*. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 365-378. Kap. 44.
- Philipps-Universität und Marburger Universitätsbund e.V.: *Uni Forschung: Lose Enden im Gehirn* [Interview mit Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt]. *Marburger UniJournal* (23), 2005, S. 15-20.
- Quaschner, K.; Theisen, F.M.: Hyperkinetische Störungen. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung*. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 156-164. Kap. 19.
- Remschmidt, H.: Affektive Störungen. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung*. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 219-229. Kap. 26.
- Remschmidt, H.: Alkoholabhängigkeit bei jungen Menschen. In: Tölle, R.; Doppelfeld, E. (Hrsg.): *Alkoholismus: Erkennen und Behandeln*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2005. S. 42-55. Kap. 4.
- Remschmidt, H.: Allgemeine Gesichtspunkte. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung*. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 355-359. Kap. 42.
- Remschmidt, H.: Alterstypische, habituelle Verhaltensauffälligkeiten. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung*. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 173-178. Kap. 21.
- Remschmidt, H.: Andere (nicht autistische) Störungen des Kommunikationsverhaltens. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung*. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 199-204. Kap. 24.
- Remschmidt, H.: Angststörungen. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung*. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 230-247. Kap. 27.
- Remschmidt, H.: Ätiologie und Genese. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung*. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 32-35. Kap. 4.
- Remschmidt, H.: Die Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung bei Kindern und Jugendlichen. *Schweizerische Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie*, Bd. 5 (2), 2005, S. 10-18.

- Remschmidt, H.: Bericht über den 16. Weltkongress der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) in Berlin vom 22. bis 26.08.2004. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Bd. 33 (1), 2005, S. 69-72.
- Remschmidt, H.: Diagnostischer Prozess - Weg zur Diagnose. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 101-104. Kap. 12.
- Remschmidt, H.: Diskussion zu dem Beitrag: Differenzierte Diagnostik und multimodale Therapie hyperkinetischer Störungen von Prof. Dr. med. Dr. phil. Helmut Remschmidt, Dr. med. Philip Heiser in Hef 37/ 2004. (Schlusswort). Deutsches Ärzteblatt, Bd. 102 (20), 2005, S. A1462-A1463. (pub/a1462.pdf)
- Remschmidt, H.: Entspannungsverfahren. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 394-398. Kap. 47.
- Remschmidt, H.: Entwicklungspsychopathologie. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 27-31. Kap. 3.
- Remschmidt, H.: Erhebung des psychischen Befundes. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 47-53. Kap. 8.
- Remschmidt, H.: Erhebung und Anamnese. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 39-42. Kap. 5.
- Remschmidt, H.: Global consensus on ADHD/HKD. European Child & Adolescent Psychiatry, Bd. 14 (3), 2005, S. 127-137. (Helmut Remschmidt by the Global ADHD Working Group [Cornelio Banaag, Francois Bange, Manuel Bouvard, F. Xavier Castellanos, David Coghill, Jesus Gomez-Placencia, Laurence Greenhill, Michael Huss, Hemut Remschmidt, Luis Rohde, Paramala Santosh, Martin Schmidt, Yee-Jin Shin, Eric Taylor, Kenneth Whiting])
- Remschmidt, H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zwischen Einsamkeit und Hoffnung. Wie Kinder und Jugendliche ihre seelische Erkrankung erleben. Deutsches Ärzteblatt, Bd. 102 (25), 2005, S. A1794-A1798. (pub/a1794.pdf)
- Remschmidt, H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zwischen Einsamkeit und Hoffnung. Wie Kinder und Jugendliche ihre seelische Erkrankung erleben. Deutsches Ärzteblatt für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (7), 2005, S. 305-308.
- Remschmidt, H.: Klassifikation psychischer Störungen. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 105-107. Kap. 13.
- Remschmidt, H.: Kombinierte Behandlung. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 423-427. Kap. 51.
- Remschmidt, H.: Konversionsstörungen und dissoziative Störungen. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 252-259. Kap. 29.
- Remschmidt, H.: Körperliche Entwicklung des Kindes. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 3-8. Kap. 1.
- Remschmidt, H.: Körperliche Misshandlung und Vernachlässigung. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 326-331. Kap. 38.
- Remschmidt, H.: Organisations- und Strukturfragen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 472-497. Kap. 57.

- Remschmidt, H.: Psychische Störungen bei zerebralen Anfallsleiden. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 130-134. Kap. 16.
- Remschmidt, H.: Psychische Störungen im Zusammenhang mit zerebralen Schädigungen. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 121-129. Kap. 15.
- Remschmidt, H.: Rehabilitation. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 445-451. Kap. 54.
- Remschmidt, H.: Schizophrene Störungen. In: Schlottke, P.F.; Silbereisen, R.K.; Schneider, S.; Lauth, G.W. (Hrsg.): Störungen im Kindes- und Jugendalter - Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf. Hogrefe, Göttingen 2005. (Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich D, Praxisgebiete: Ser. 2. Klinische Psychologie; Bd. 5.) S. 1011-1046. Kap. 25.
- Remschmidt, H.: Schizophrene Störungen. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 205-218. Kap. 25.
- Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 332-337. Kap. 39.
- Remschmidt, H.; Belfer, M.: Mental health care for children and adolescents worldwide: a review. *World Psychiatry*, Bd. 4 (3), 2005, S. 147-153.
- Remschmidt, H.; Belfer, M.: Psiquiatría infantil y del adolescente en el contexto mundial: una revisión. *World Psychiatry (Ed Esp)*, Bd. 3 (3), 2005, S. 147-153.
- Remschmidt, H.; Hoare, P.; Ettrich, C.; Rothenberger, A.; Santosh, P.; Schmidt, M.; Spender, Q.; Tamhne, R.; Thompson, M.; Tinline, C.; Trott, G.E.; Medori, R.: Symptom control in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder on switching from immediate-release MPH to OROS MPH: Results of a 3-week open-label study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Bd. 14 (6), 2005, S. 297-304.
- Remschmidt, H.; Kamp-Becker, I.: Autistische Syndrome und andere tiefgreifende Entwicklungsstörungen. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 186-198. Kap. 23.
- Remschmidt, H.; Kamp-Becker, I.: Neuropsychologie autistischer Störungen. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, Bd. 73 (11), 2005, S. 654-663.
- Remschmidt, H.; Martin, M.: Gerichtliche Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 461-471. Kap. 56.
- Remschmidt, H.; Martin, M.: Rechtliche und institutionelle Voraussetzungen für Therapie und Rehabilitation. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 452-457. Kap. 55.
- Remschmidt, H.; Martin, M.: Störungen der Sexualentwicklung und des Sexualverhaltens. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 315-325. Kap. 37.
- Remschmidt, H.; Niebergall, G.: Intelligenzminderungen und Demenzzustände. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 111-120. Kap. 14.
- Remschmidt, H.; Niebergall, G.: Störung des Sprechens und der Sprache. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 179-185. Kap. 22.

- Remschmidt, H.; Quaschner, K.: Störungen der Nahrungsaufnahme und der Ausscheidungsfunktionen in früher Kindheit. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung*. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 135-141. Kap. 17.
- Remschmidt, H.; Quaschner, K.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung*. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 360-364. Kap. 43.
- Remschmidt, H.; Theisen, F.M.: Ergotherapie. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung*. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 441-444. Kap. 53.
- Remschmidt, H.; Theisen, F.M.: Schizophrenia and related disorders in children and adolescents. *Journal of Neural Transmission (Suppl. 69: Neurodevelopmental Disorders)*, 2005, S. 121-141.
- Schulte-Körne, G.: Belastungs- und Anpassungsstörungen. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung*. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 260-265. Kap. 30.
- Schulz, E.; Fleischhaker, C.; Theisen, F.M.: Medikamentöse Behandlung. In: Remschmidt, H. (Hrsg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung*. Unter Mitwirkung von Kurt Quaschner und Frank M. Theisen; 4., neu bearb. und erw. Aufl., Thieme, Stuttgart 2005. S. 428-440. Kap. 52.
- Schumacher, J.; Koenig, I.R.; Plume, E.; Propping, P.; Warnke, A.; Manthey, M.; Duell, M.; Kleensang, A.; Repsilber, D.; Preis, M.; Remschmidt, H.; Ziegler, A.; Nöthen, M.M.; Schulte-Körne, G.: Linkage analyses of chromosomal region 18p11-q12 in dyslexia. *Journal of Neural Transmission*, 2005. (Onlinepublikation)
- Theisen, F.; Gebhardt, S.; Brömel, T.; Otto, B.; Heldwein, W.; Heinzel-Gutenbrunner, M.; Krieg, J.-C.; Remschmidt, H.; Tschöp, M.; Hebebrand, J.: A prospective study of serum ghrelin levels in patients treated with clozapine. *Journal of Neural Transmission*, Bd. 112, 2005, S. 1411-1416.
- Theisen, F.M.; Gebhardt, S.; Haberhausen, M.; Heinzel-Gutenbrunner, M.; Wehmeier, P.M.; Krieg, J.-C.; Kühnau, W.; Schmidtke, J.; Remschmidt, H.; Hebebrand, J.: Clozapine-induced weight gain: a study in monozygotic twins and same-sex sib pairs. *Psychiatric Genetics*, Bd. 15 (4), 2005, S. 285-289.
- Theisen, F.M.; Grabarkiewicz, J.; Fegbeutel, C.; Hübner, A.; Mehler-Wex, C.; Remschmidt, H.: Olanzapine overdose in children and adolescents: Two case reports and a review of the literature. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, Bd. 15 (6), 2005, S. 986-995.
- Walitza, S.; Renner, T.J.; Dempfle, A.; Konrad, K.; Wewetzer, C.; Halbach, A.; Herpertz-Dahlmann, B.; Remschmidt, H.; Smidt, J.; Linder, M.; Flierl, L.; Knölker, U.; Friedel, S.; Schäfer, H.; Gross, C.; Hebebrand, J.; Warnke, A.; Lesch, K.P.: Transmission disequilibrium of polymorphic variants in the tryptophan hydroxylase-2 gene in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, Bd. 10 (12), 2005, S. 1-7.
- Wehmeier, P.M.; Gebhardt, S.; Schmidtke, J.; Remschmidt, H.; Hebebrand, J.; Theisen, F.: Clozapine: weight gain in a pair of monozygotic twins concordant for schizophrenia and mild mental retardation. *Psychiatry Research*, Bd. 133 (2-3), 2005, S. 273-276.
- Wehmeier, P.M.; Heiser, P.; Remschmidt, H.: Myocarditis, pericarditis and cardiomyopathy in patients treated with clozapine. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, Bd. 30, 2005, S. 91-96.
- Wermter, A.-K.; Reichwald, K.; Büch, T.; Geller, F.; Platzer, C.; Huse, K.; Hess, C.; Remschmidt, H.; Gudermann, T.; Preibisch, G.; Siegfried, W.; Goldschmidt, H.-P.; Wei-Dong, L.; Price, R.A.; Biebermann, H.; Krude, H.; Vollmert, C.; Wichmann, H.-E.; Illig, T.; Soerensen, I.A.; Astrup, A.; Larsen, L.H.; Pedersen, O.; Eberlé, D.; Clément, K.; Blundell, J.; Wabitsch, M.; Schäfer, H.; Platzer, M.; Hinney, A.; Hebebrand, J.: Mutation analysis of the MCHR1 gene in human obesity. *European Journal of Endocrinology*, Bd. 152, 2005, S. 851-862.
- Ziegler, A.; Koenig, I.R.; Deimel, W.; Plume, E.; Nothen, M.; Propping, P.; Kleensang, A.; Müller-Myhsok, B.; Warnke, A.; Remschmidt, H.; Schulte-Körne, G.: Developmental dyslexia - Recurrence risk estimates from a German Bi-Center Study using the single proband sib pair design. *Human Heredity*, Bd. 59 (3), 2005, S. 136-143.

B.3 Vorträge von Mitarbeitern der Klinik

2004

- Haberhausen, M.; Gebhardt, S.; Heinzl-Gutenbrunner, M.; Helwig-Rolig, A.; Krieg, J.C.; Hebebrand, J.; Theisen, F.: Alterations of glucose and lipid metabolism under treatment with atypical antipsychotics. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Hebebrand, J.: Molecular genetic findings in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Heger, S.; Schreiner, A.; Rettig, K.; Medori, R.; Remschmidt, H.: Switching from MPH immediate-release tablets to MPH extended-release tablets (Concerta): A multi-center, open-label study in children with ADHD. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Heger, S.; Schreiner, K.; Rettig, K.; Medori, R.; Remschmidt, H.; Janssen-Cilag GmbH: Wirksamkeit und Verträglichkeit von Methylphenidat-OROS nach Umstellung von kurz wirksamem Methylphenidat. 100. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin. Berlin, 9. - 12.09.2004
- Heiser, P.; Dempfle, A.; Konrad, K.; Friedel, S.; Smidt, J.; Grabarkiewicz, J.; Geller, F.; Kiefl, H.; Knölker, U.; Hemminger, U.; Saar, K.; Warnke, A.; Herpertz-Dahlmann, B.; Remschmidt, H.; Hebebrand, J.: Association study of serotonergic candidate genes and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in a German sample. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Heiser, P.; Frey, J.; Remschmidt, H.: Simultaneous objective measurement of attention hyperactivity and impulsiveness. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Hinney, A.; Wermter, A.-K.; Friedel, S.; Geller, F.; Schaefer, H.; Remschmidt, H.; Hebebrand, J.: Genetic dissection of eating disorders. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Kamp-Becker, I.; Germerott, I.; Remschmidt, H.: The screening and diagnosis of Asperger's syndrome. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Plume, E.; Schulte-Körne, G.; Remschmidt, H.; Warnke, A.: Phonological awareness and orthographic knowledge in German children with spelling disorders. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Quaschner, K.: Quality of life: Improvement during and after inpatient treatment. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Remschmidt, H.: Psychopathologie und Klassifikation. 4-stünd. Kurs am Institut für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. Marburg, 17.01.2004
- Remschmidt, H.: Was wird aus delinquenten Kindern? Studium Generale der Philipps-Universität Marburg "Das Verbrechen". Marburg, 04.02.2004
- Remschmidt, H.: Sexualdelikte im Jugendalter. Fragen der Begutachtung. Forensisches Seminar. Marburg, 05.02.2004
- Remschmidt, H.: Prevention in child and adolescent mental health. Vorstellung der ersten Ergebnisse der Task-force. Meeting des WPA-Vorstandes mit dem Steering - Committee des WPA Global Mental Health Program for Children and Adolescents. Kairo/ Ägypten, 10.02.2004
- Remschmidt, H.: Understanding depression in children and adolescents. First international research seminar in the eastern mediterranean region. Sharm el Sheikh/ Ägypten, 28.02.2004

- Remschmidt, H.: Neuropsychologie autistischer Störungen. Diagnostik-Tagung des Bundesverbandes "Hilfe für das autistische Kind". Stuttgart, 06.03.2004
- Remschmidt, H.: Treatment evaluation in child and adolescent psychiatry. 4. Europäisches Forschungsseminar für Kinder- und Jugendpsychiater. Camposanpiero/ Padua, Italien, 15.03.2004
- Remschmidt, H.: Neurobiological and clinical aspects of early-onset schiziphrenia. 12. Kongress der European Association of Psychiatrists. Genf, 17.04.2004
- Remschmidt, H.: Der weltweite Einsatz der IACAPAP für die seelische Gesundheit von Kindern. Wohltätigkeitsveranstaltung der Liga für das Kind, gemeinsam mit IACAPAP. Berlin, 25.06.2004
- Remschmidt, H.: ADHD management, still a major concern in paediatric psychiatry. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Remschmidt, H.: Asperger's syndrome: A pervasive developmental disorder characterized by an integration deficit of cerebral functions. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Remschmidt, H.: The component model of treatment in child and adolescent psychiatry. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Remschmidt, H.: Forensic practice. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Remschmidt, H.: Neurobiological and clinical aspects of early-onset schizophrenia. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Remschmidt, H.: Objective measurement in ADHD. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Remschmidt, H.: The place of development in child and adolescent psychiatry. The Donald Cohen Memorial Lecture. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Remschmidt, H.: Psychotic disorders in children. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Remschmidt, H.: Treatment evaluation under realistic clinical conditions. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Remschmidt, H.: WPA Global programm on child and mental health: Prevention in child and adolescent mental health. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Remschmidt, H.: Prevention of psychopathological disorder in children. Report on the work of the task-force prevention. Steering Committee des WPA-Programms on child Mental Health. Berlin, 27.08.2004
- Remschmidt, H.: Zur historischen Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Symposium "200 Jahre Nervenlinik Jena". Jena, 18.09.2004
- Remschmidt, H.: Psychisch Kranke und ihre Familie. Eröffnungsvortrag. Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Luzern, 21.10.2004
- Remschmidt, H.: Wie wirksam sind unsere Behandlungen? Probleme und Ergebnisse der Therapie-Evaluation. Symposium "Stationäre Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie" aus Anlass der Verabschiedung von Dr. Drömann. Titisee-Neustadt, 29.10.2004
- Remschmidt, H.: Psychisch Kranke Kinder und Jugendliche - Versorgungsbedarf und Behandlungserfolg. Gesundheitskonferenz zum Thema "Kinder- und Jugendpsychiatrie". Neuwied, 03.11.2004
- Remschmidt, H.: The future of research in child and adolescent psychiatry (Plenary lecture). 21. Nationaler Kongress der italienischen Gesellschaft für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters. Modena, 08.11.2004

- Remschmidt, H.: Treatment evaluation in child and adolescent psychiatry (Invited plenary lecture). 21. Nationaler Kongress der italienischen Gesellschaft für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters. Modena, 08.11.2004
- Remschmidt, H.: Pharmakotherapie bei psychiatrischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Symposium der Paul-Martini-Stiftung in Verbindung mit der Deutschen Akademie Leopoldina. Berlin 12. - 13.11.2004
- Remschmidt, H.: Probleme und Perspektiven der speziellen Pharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter: Kinder- und Jugendpsychiatrie. Paul-Martini-Symposium in Verbindung mit der "Leopoldina" zum Thema "Arzneimitteltherapie bei Kindern- und Jugendlichen - Probleme und Perspektiven". Berlin, 12.11.2004
- Remschmidt, H.: Schulverweigerung: Diagnostik, Ursachen, Therapie und Verlauf. Kinder- und jugendpsychiatrisches Kolloquium. Marburg, 25.11.2004
- Remschmidt, H.: Festvortrag: Entwicklungstendenzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Wohin geht die Reise? Festveranstaltung aus Anlass des 25-jährigen Jubiläums der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kinderhospital Osnabrück. Osnabrück, 08.12.2004
- Remschmidt, H.; Kamp-Becker, I.; Germerott, I.: Prospective neuropsychological study to evaluate external validity in Asperger's disorder. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Schulte-Koerne, G.: Auditory and visual processing in dyslexia. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Schulte-Körne, G.: Dyslexia. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Schulte-Koerne, G.: Early precursors and genetics in dyslexia. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Schulte-Körne, G.; Koenig, I.R.; Deimel, W.; Plume, E.; Nöthen, M.M.; Propping, P.; Kleensang, A.; Müller-Myhsok, B.; Warnke, A.; Remschmidt, H.; Ziegler, A.: Developmental dyslexia - recurrence risk estimates from a German bi-center study using the single proband sib pair design. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Schulte-Koerne, G.; Schumacher, J.; Plume, E.; Koenig, I.R.; Libertus, C.; Griesmann, H.; Kleensang, A.; Ziegler, A.; Warnke, A.; Propping, P.; Remschmidt, H.; Nöthen, M.: Linkage analyses on chromosomal region 18p 11 in dyslexia: Results from the german bicenter study. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Schulz, E.; Fleischhaker, C.; Heiser, P.; Hennighausen, K.; Herpertz-Dahlmann, B.; Holtkamp, K.; Mehler-Wex, C.; Warnke, A.; Remschmidt, H.: Antipsychotic treatment. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Schulz, E.; Fleischhaker, C.; Martin, M.; Hennighausen, K.; Remschmidt, H.: Results of two follow-up studies in child and adolescent onset schizophrenia. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Theisen, F.; Apter, A.: Antipsychotic induced body weight change and associated metabolic changes. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004
- Walitza, S.; Wewetzer, C.; Warnke, A.; Gerlach, M.; Geller, F.; Barth, N.; Hahn, F.; Herpertz-Dahlmann, B.; Fleischhaker, C.; Schulz, E.; Remschmidt, H.; Hinney, A.: Transmission disequilibrium studies pertaining to children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and candidate genes of the serotonergic system. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004

Warnke, A.; Scheuerpflug, P.; Vetter, V.; Plume, E.; Bartling, J.; Schulte-Körne, G.; Remschmidt, H.: Electrophysiological differences in visual information processing between dyslexic children and controls. 16th World Congress of the IACAPAP (International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions). Berlin, 22. - 26.08.2004

2005

Ball, J.: Kindliche Krankheitskonzepte - Implikationen für die medizinische Praxis. Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16. - 19.03.2005. Heidelberg, 19.03.2005

Eimecke, S.; Herpertz-Dahlmann, B.; Holtkamp, K.; Schulz, E.; Fleischhaker, C.; Warnke, A.; Jans, T.; Mattejat, F.; Remschmidt, H.: Lebensqualität bei Patienten mit Anorexia nervosa. Eine multizentrische Studie aus vier Kliniken. Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16. - 19.03.2005. Heidelberg, 17.03.2005

Elben, C.E.; Ball, J.; Nützel, J.; Fegert, J.M.: Erfassung und Untersuchung des Störungskonzepts von ADHD bei Kindern. Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16. - 19.03.2005. Heidelberg, 19.03.2005

Fleischhaker, C.; Heiser, P.; Hennighausen, K.; Herpertz-Dahlmann, B.; Holtkamp, C.; Mehler-Wex, C.; Rauh, R.; Remschmidt, H.; Schulz, E.; Warnke, A.: Behandlungsrisiken atypischer und typischer Neuroleptika im Langzeitverlauf. Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16. - 19.03.2005. Heidelberg, 19.03.2005

Fleischhaker, C.; Schulz, E.; Martin, M.; Hennighausen, K.; Remschmidt, H.: Verlauf und Rehabilitation schizophrener Psychosen im Kindes- und Jugendalter. Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16. - 19.03.2005. Heidelberg, 19.03.2005

Friedel, S.; Hebebrand, J.; Dempfle, A.; Saar, K.; Thiele, H.; Herpertz-Dahlmann, B.; Linder, M.; Kiefl, H.; Remschmidt, H.; Hemminger, U.; Warnke, A.; Knölker, U.; Heiser, P.; Schäfer, H.; Nürnberg, P.; Konrad, K.: Genomscan für das Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom in 155 Geschwisterpaaren deutscher Herkunft. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) mit DGPPN-Akademie für Fort- und Weiterbildung und Pflegekongress. 23. - 26.11.2005, ICC Berlin. Berlin, 26.11.2005

Gebhardt, S.; Härtling, F.; Hanke, M.; Mittendorf, M.; von Georgi, R.; Wolf-Ostermann, K.; Theisen, F.M.; Fleischhaker, C.; Schulz, E.; Martin, M.; Remschmidt, H.: Motorische Befunde bei adolescenten Patienten mit Schizophrenie unter der Behandlung mit vorwiegend atypischen Neuroleptika. Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16. - 19.03.2005. Heidelberg, 19.03.2005

Haberhausen, M.; Gebhardt, S.; Remschmidt, H.; Hebebrand, J.; Theisen, F.: Metabolische Veränderungen unter atypischen Antipsychotika. Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16. - 19.03.2005. Heidelberg, 18.03.2005

- Hebebrand, J.; Dempfle, A.; Saar, K.; Nürnberger, P.; Warnke, A.; Hemminger, U.; Linder, M.; Kiefl, H.; Remschmidt, H.; Heiser, P.; Herpertz-Dahlmann, B.; Konrad, K.: Kopplung zu Chromosom 5p in einem Genomscan für Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung bestätigt. Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16. - 19.03.2005. Heidelberg, 17.3.2005
- Heiser, P.; Friedel, S.; Dempfle, A.; Konrad, K.; Hinney, A.; Schmidt, J.; Grabarkiewicz, J.; Ringler, G.; Kiefl, H.; Hemminger, U.; Bettecken, T.; Saar, K.; Warnke, A.; Herpertz-Dahlmann, B.; Remschmidt, H.; Hebebrand, J.: Familienbasierte Assoziationsstudie von serotoninergeren Kandidatengen und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen in einer deutschen Stichprobe. Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16.- 19.03.2005. Heidelberg, 17.03.2005
- Herold, D.: "Nicht alles ist ADHS". Vortrag im Rahmen der ADHS Elterninitiative, Georg-Vogt Str. 21 (Mitglied im Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/ Hyperaktivität e.V.) Regionalgruppe Marburg. Marburg, 27.06.2005
- Jans, T.; Wewetzer, C.; Beck, N.; Reinecker, H.; Klampfl, K.; Barth, N.; Remschmidt, H.; Herpertz-Dahlmann, B.; Warnke, A.: Familiäre Interaktion, Erziehungspraktiken in Familien mit einem zwangskranken Kind. Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16. - 19.03.2005. Heidelberg, 18.03.2005
- Kamp-Becker, I.; Remschmidt, H.: Von der autistischen Psychopathie zum Asperger-Syndrom. Immer noch eine Herausforderung an Diagnostik und Therapie. 11. Bundestagung des Bundesverbandes autismus Deutschland e.V. Leipzig, 16. - 18.09.2005
- Kamp-Becker, I.; Remschmidt, H.: Neuropsychologische Befunde bei Kindern und Jugendlichen mit High-functioning Autismus und Asperger-Syndrom. 13. Tagung Biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Mannheim, 02.12.2005
- Mattejat, F.: KJP-Qualität: Ergebnisse des ersten Projektes zur externen Qualitätssicherung in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen. Kongress der BKJPP- Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. Körper, Seele, Umfeld - auf vielen Wegen zur seelische Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen. 17. - 19.11.2005. Würzburg, 17.11.2005
- Mattejat, F.; Fischer, E.; Hoehne, D.; Kühl, D.; Lam, L.; Neuhauss, M.; Oehler, K.-U.; Schaff, C.; Uzelli-Schwarz, O.; Wienand, F.: Das kjp-Qualitätsprojekt: Projektvorstellung mit ersten empirischen Ergebnissen. Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16. - 19.03.2005. Heidelberg, 17.03.2005
- Mattejat, F.; Remschmidt, H.: Katamnese einer unausgelesenen stationären Inanspruchnahmepopulation einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik. Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16. - 19.03.2005. Heidelberg, 17.03.2005
- Mattejat, F.; Remschmidt, H.: Therapiezufriedenheit bei Behandlungsende und im katamnesticen Rückblick. Ergebnisse aus einer unausgelesenen stationären Inanspruchnahmepopulation. Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16. - 19.03.2005. Heidelberg, 19.03.2005
- Plume, E.; Schulte-Körne, G.; Remschmidt, H.; Warnke, A.: Die Bedeutung der kognitiven Informationsverarbeitung bei Kindern mit umschriebener Rechtschreibstörung. Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung.

- XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16. - 19.03.2005. Heidelberg, 18.03.2005
- Quaschner, K.: Veränderungen der Lebensqualität bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten während und nach der stationären Behandlung. Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16. - 19.03.2005. Heidelberg, 19.03.2005
- Quaschner, K.: Vergleichsergebnisse aus dem stationären und teilstationären Bereich. Vortrag im Rahmen der "Lebensqualität"-Tagung. Marburg, 04.06.2005
- Quaschner, K.: Patient und Therapeut auf der Suche nach der geeigneten Therapie - die Komplexität alltäglicher Entscheidungen. Vortrag im Rahmen des 3. Hessischen Psychotherapeutentages in Frankfurt. Frankfurt, 24.09.2005
- Quaschner, K.: Das therapeutische Angebot einer kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik. Vortrag zur Eröffnung der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik in Siegen. Siegen, 12.11.2005
- Remschmidt, H.: Einzelgänger: Zum Verständnis autistischer Kinder und Jugendlicher. Tag der Gesundheitsforschung im Klinikum der Universität Marburg. Marburg, 20.02.2005
- Remschmidt, H.: Was wird aus delinquenten Kindern? - Eine katamnestiche Untersuchung. Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16. - 19.03.2005. Heidelberg, 17.03.2005
- Remschmidt, H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie im internationalen Dialog. Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16. - 19.03.2005. Heidelberg, 18.03.2005
- Remschmidt, H.: Evaluation of complex interventions in child and adolescent psychiatry. 5th European Research Seminar in Child and Adolescent Psychiatry. Bocca die Magra (Italien), 13.04.2005
- Remschmidt, H.: Psychotische Zustandsbilder im Kindes- und Jugendalter unter besonderer Berücksichtigung der Schizophrenie. Symposium der DRK-Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie Berlin "Psychose - Autismus - Geistige Behinderung". Berlin, 16.04.2005
- Remschmidt, H.: Wie wirksam sind unsere Behandlungen. Probleme und Ergebnisse der Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wiss. Kolloquium der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Universität Duisburg-Essen. Essen, 04.05.2005
- Remschmidt, H.: Festvortrag: Einzelgänger, zum Verständnis autistischer Störungen. Einweihung der Reha- Einrichtung Hofgut Georgenhammer. Laubach, 11.05.2005
- Remschmidt, H.: The needs of people with autism and the answers of the scientific community. 11. Okasha- Lecture, Hotel Semiramis Intercontinental. Kairo, 23.06.2005
- Remschmidt, H.: Prevention of mental health problems in children. 13. Weltkongress der World Psychiatric Association (WPA). Presidential program on global child mental health. Kairo, 13.09.2005
- Remschmidt, H.: The long-term course of early-onset and very early-onset schizophrenia. 13. Weltkongress der World Psychiatric Association (WPA). Kairo, 14.09.2005
- Remschmidt, H.: How effective are our treatments? Problems and results of treatment evaluation in child and adolescent psychiatry. 13. Weltkongress der World Psychiatric Association (WPA) Special lecture. Kairo, 14.09.2005
- Remschmidt, H.: Prevention of school violence. 13. Weltkongress der World Psychiatric Association (WPA). Kairo, 14.09.2005
- Remschmidt, H.: Die Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörung (ADHS). Pressekonferenz der Bundesärztekammer (Wissenschaftlicher Dienst). Berlin, 25.09.2005
- Remschmidt, H.: Interviews zum Thema ADHS und Borderline-Syndrom. Fernsehinterviews zum Thema ADHS und Borderline-Störung im Rahmen der Sendereihe "Forschungsreise in die Psychiatrie". Marburg, 26.09.2005
- Remschmidt, H.: Wie erfolgreich sind Behandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Fachtagung zur Eröffnung der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Siegen, 12.11.2005

- Remschmidt, H.: Wie wirksam sind unsere Behandlungen und worauf sollten wir sie stützen? Tagung des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Würzburg, 18.11.2005
- Remschmidt, H.: Autismus als tiefgreifende Entwicklungsstörung. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Berlin, 18.11.2005
- Remschmidt, H.: Autismus als tiefgreifende Entwicklungsstörung. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) mit DGPPN-Akademie für Fort- und Weiterbildung und Pflegekongress. 23. - 26.11.2005, ICC Berlin. Berlin, 24.11.2005
- Remschmidt, H.: Neuropsychologische Befunde bei Kindern und Jugendlichen mit High-Functioning Autismus und Asperger-Syndrom. 13. Tagung Biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Mannheim, 02.12.2005
- Remschmidt, H.; Kamp-Becker, I.: Differentialdiagnostik autistischer Störungen. 11. Bundestagung des Bundesverbandes autismus Deutschland e.V. Leipzig, 16. - 18.09.2005
- Remschmidt, H.; Kamp-Becker, I.: Autismus als zentrale Integrationsstörung: Ein neuropsychologisches Konzept zum Verständnis autistischer Syndrome. 13. Tagung Biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Mannheim, 02.12.2005
- Schulte-Körne, G.; Koenig, I.R.; Deimel, W.; Plume, E.; Nöthen, M.M.; Propping, P.; Kleensang, A.; Mueller-Myhsok, B.; Warnke, A.; Remschmidt, H.; Ziegler, A.: Wiederholungsrisiko der Legasthenie und verhaltensgenetischen Untersuchungen zu mit der Legasthenie assoziierten Fähigkeiten. Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16. - 19.03.2005. Heidelberg, 18.03.2005
- Schulte-Körne, G.; Schumacher, J.; Plume, E.; Koenig, I.R.; Libertus, C.; Griesemann, H.; Ziegler, A.; Propping, P.; Warnke, A.; Remschmidt, H.; Nöthen, M.M.: Kopplungs- und Assoziationsuntersuchungen bei der Legasthenie in einer Kandidatengeneration (18p11-q12). Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16. - 19.03.2005. Heidelberg, 17.03.2005
- Schulz, E.; Fleischhaker, C.; Heiser, P.; Herpertz-Dahlmann, B.; Holtkamp, K.; Mehler-Wex, C.; Rauh, R.; Remschmidt, H.; Warnke, A.: Gewichtsveränderungen unter atypischen Neuroleptika. Erste Ergebnisse einer Langzeitstudie bei Kindern und Jugendlichen. Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16. - 19.03.2005. Heidelberg, 18.03.2005
- Schulz, E.; Fleischhaker, C.; Martin, M.; Remschmidt, H.: Der Langzeitverlauf schizophrener Psychosen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter. Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16. - 19.03.2005. Heidelberg, 19.03.2005
- Theisen, F.: Neues vom Zappelphilipp: Erkenntnisse zu den Ursachen, zur Behandlung des hyperkinetischen Syndroms. Vortrag im Rahmen des ersten bundesweiten Aktionstages "Tag der Gesundheitsforschung" zum Thema Kinder- und Jugendmedizin mit dem Titel "Forschung für gesunde Kinder!". Marburg, 20.02.2005
- Theisen, F.; Gebhardt, S.; Haberhausen, M.; Heinzel-Gutenbrunner, M.; Wehmeier, P.M.; Krieg, J.C.; Kühnau, W.; Schmidtke, J.; Remschmidt, H.; Hebebrand, J.: Clozapin-induzierte Gewichtszunahme: Eine Studie in monozygoten Zwillingen und gleichgeschlechtlichen Geschwisterpaaren. Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16. - 19.03.2005. Heidelberg, 17.03.2005
- Theisen, F.; Haberhausen, M.; Gebhardt, S.; Remschmidt, H.; Hebebrand, J.: Gewichtszunahme unter Neuroleptika und pharmakologische Gegenregulation. Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. XXIX.

- Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16. - 19.03.2005. Heidelberg, 18.03.2005
- Trosse, M.; Mattejat, F.: Die Lebensqualität von kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten während und nach der stationären Behandlung. Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16. - 19.03.2005. Heidelberg, 19.03.2005
- Walitza, S.; Wewetzer, C.; Geller, F.; Scherag, A.; Herpertz-Dahlmann, B.; Hahn, F.; Remschmidt, H.; Barth, N.; Fleischhaker, C.; Schulz, E.; Warnke, A.; Hinney, A.: Positive und negative molekulargenetische Befunde bei Patienten mit Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter. Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung. XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie. 16. - 19.03.2005. Heidelberg, 18.03.2005
- Wermter, A.K.; Scherag, A.; Reichwald, K.; Brönner, G.; Nguyen, T.T.; Koberwitz, K.; Lichtner, P.; Meitinger, T.; Hinney, A.; Hebebrand, J.: Rezente Kandidatengenanalysen. 21. Jahrestagung der Deutschen Adipositas Gesellschaft, 6. - 8.10.2005. Berlin, 07.10.2005

Anhang C: Kinder- und jugendpsychiatrische Kolloquien

- 25.02.2004 Prof. Dr. G. LEHMKUHL (Köln):
»Was hilft zum richtigen Zeitpunkt? Prinzipien einer evidenzbasierten psychotherapeutischen Indikation und Behandlung«
- 28.04.2004 Prof. Dr. W. von SUCHODOLETZ (München):
»Förderung und Therapie bei Lese-Rechtschreibschwäche«
- 24.04.2004 Kinder- und jugendpsychiatrischer Nachmittag zum Thema:
»Drogenabhängigkeit (Haschisch und Ecstasy)«
Prof. Dr. R. THOMASIVS (Hamburg):
»Ursachen und Hintergrundfaktoren von Ecstasy- und Cannabis-Missbrauch«
Prof. Dr. J. HEBEBRAND (Marburg):
»Wirkmechanismen«
Dr. C. FLEISCHHAKER (Friedburg):
»Klinik und Verlauf«
Dr. U. BACH (Oderheim):
»Therapie und Rehabilitation«
- 29.09.2004 Kinder- und jugendpsychiatrischer Nachmittag zum Thema:
»Hyperkinetisches Syndrom«
HD Dr. G. SCHULTE-KÖRNE (Marburg):
»Diagnostik und Verlauf«
Dr. A. HINNEY (Marburg):
»Ergebnisse eines Genom-Scans zum hyperkinetischen Syndrom«
Prof. Dr. A. ROTHENBERGER (Göttingen):
»Medikamentöse Behandlung«
Prof. Dr. M. DÖPFNER (Köln):
»Psychotherapeutische Behandlung«
Dipl.-Psych. B. PELESKA (Marburg):
»Elterntraining – ein erster Erfahrungsbericht«
- 27.10.2004 Prof. Dr. A. SCHMIDTKE (Würzburg):
»Suizid und Suizidversuche im Kindes- und Jugendalter«
- 24.11.2004 Prof. Dr. Dr. H. REMSCHMIDT (Marburg):
»Schulverweigerung: Ursachen, Behandlung und Verlauf«
- 27.04.2005 Prof. Dr. H. LUKESCH (Regensburg):
»Gewalt in den Medien und unsere Kinder«

- 29.06.2005 Kinder- und jugendpsychiatrischer Nachmittag zum Thema:
 »Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter«
 Dr. M. PREIS (Marburg):
 »Kasuistik zum Thema«
 Dr. F. THEISEN (Marburg):
 »Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter - Übersichtsreferat«
 Dipl.-Psych. W. IHLE (Potsdam):
 »Psychotherapie depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter«
 Prof. Dr. C. WEWETZER (Würzburg):
 »Pharmakotherapie depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter«
- 28.09.2005 Kinder- und jugendpsychiatrischer Nachmittag zum Thema:
 »Trennung, Scheidung und ihre Folgen für Kinder«
 Familienrichterin F: GÜNTHER (Marburg):
 »Kinder bei Trennung und Scheidung aus familienrechtlicher Sicht«
 Prof. Dr. U. LEHMKUHL (Berlin):
 »Trennung, Scheidung und ihre Folgen für Kinder -Übersichtsreferat«
 Prof. Dr. F. MATTEJAT (Marburg):
 »Praktische Fragen der familienrechtlichen Begutachtung (mit Fallbeispielen)«
- 26.10.2005 Prof. Dr. K. SCHMECK (Ulm):
 »Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter«
- 30.11.2005 Prof. Dr. J. MARTINIUS (München):
 »Posttraumatische Belastungsstörungen und ihre neurobiologischen Grundlagen«
- 29.03.2006 Prof. Dr. F. HÄSSLER (Rostock):
 »Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung«
- 26.04.2006 Kinder- und jugendpsychiatrischer Nachmittag zum Thema:
 »Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe«
 Prof. Dr. J. FEGERT (Ulm):
 »Die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie unter besonderer Berücksichtigung der Versorgung von Heimkindern«
 D. DETERING (Gießen):
 »Der § 35a KJHG aus der Sicht einer Jugendhilfeeinrichtung«
 P. HEYDT (Gießen):
 »Der § 35a KJHG aus der Sicht der Jugendämter«

- 31.05.2006 Kinder- und jugendpsychiatrischer Nachmittag zum Thema:
»Psychische Störungen und Schule«
Dr. F.M. THEISEN (Marburg):
»Stellungnahme zum Thema aus der Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie«
Dr. U. WINKLER (Gießen):
»Stellungnahme aus der Sicht der Schule«
Prof. Dr. A. LOHAUS (Marburg):
»Stressprävention in der Schule«
- 28.06.2006 Prof. Dr. H. VAN ENGELAND (Utrecht):
»Neurobiologie autistischer Störungen«
- 25.10.2006 Dr. K. HOLTKAMP (Aachen):
»Diagnostik und Therapie von Essstörungen im Kindes- und Jugendalter«

Anhang D: Gäste der Klinik

2004

17.08.2004 Prof. Barry Nurcombe aus Brisbane (Australien) zu Besuch

2005

21.03.2005 Prof. Barry Nurcombe aus Brisbane (Australien) zu Besuch

21.03.2005 Prof. Tatjana Dmitrieva aus Novgorod (Russland) zu Besuch

21.03.2005 Prof. Luis Augusto Rohde aus Porto Alegre (Brasilien) zu Besuch.

21.03.2005 Prof. Amira Seif El Din aus Alexandria (Ägypten) zu Besuch.

06.11.-

09.11.2005 (Slowenien) Dr. Hojka Kumperščak und Dr. Jernej Vidmar aus Maribor zu Besuch

2006

29.03.2006 Prof. Dr. Frank Häßler aus Rostock

26.04.2006 Prof. Dr. Jörg Fegert aus Ulm

10.04.-

07.05.2006 Prof. Barry Nurcombe aus Brisbane (Australien) zu Besuch

28.06.2006 Prof. Dr. H. van Engeland aus Utrecht (Niederlande)

25.10.2006 Dr. Kristian Holtkamp aus Aachen

Anhang E: Chronik der Klinik

Daten aus der Geschichte der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, des Instituts für Ärztlich-pädagogische Jugendhilfe und der Erziehungsberatungsstelle

- 1946 Eröffnung der Kinderstation der Psychiatrischen und Nervenkl.ink.
- 01.05.1950 Beginn der Erziehungsberatungsarbeit in den Räumen der Universitäts-Nervenkl.ink mit einem Team aus Psychiater, Psychologe und Fürsorgerin.
- März 1951 Prof. Villinger erhält aus der Mc Cloy-Spende insgesamt 76.500 DM für den Neubau einer modernen Erziehungsberatungsstelle.
- 27.11.1952 Einweihung des Neubaus der Erziehungsberatungsstelle.
- 18.11.1954 Berufung von Prof. Dr. Hermann Stutte auf das neugegründete Extraordinariat für Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- 21.04.1958 Einweihung des Neubaus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 23.11.1958 Gründung der Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind in der Bibliothek der Klinik.
- 01.01.1959 Nach der Emeritierung von Prof. Dr. Villinger wird Prof. Dr. Stutte neuer Leiter des Instituts für Ärztlich-pädagogische Jugendhilfe (Erziehungsberatungsstelle).
- 01.04.1959 Aufteilung des Instituts für Ärztlich-pädagogische Jugendhilfe (Erziehungsberatungsstelle) in
- a) Universitäts-Institut für Ärztlich-pädagogische Jugendhilfe mit überwiegend Lehr- und Forschungsaufgaben,
 - b) Erziehungsberatungsstelle des Vereins für Erziehungshilfe e.V. Marburg mit vorwiegend praktischen Aufgaben der sozialen Jugendhilfe.
- Leiter der beiden Einrichtungen ist Prof. Dr. Stutte.
- 26.01.1961 10-Jahres-Feier von Institut und Erziehungsberatungsstelle.
- 01.09.1963 Umwandlung des Extraordinariats in eine Ordinariat.
- 1967 Prof. Hubert Harbauer erhält einen Ruf auf den Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Frankfurt (er war von 1960-1967 Oberarzt an unserer Klinik).
- 1970 Habilitation Frau Dr. Doris Weber.
- 1971 Ernennung von Frau Dr. Doris Weber zur Professorin. Leiterin der Erziehungsberatungsstelle 12.12.1978-01.07.1985, kommissarische Leiterin des Instituts für Ärztlich-Pädagogische Jugendhilfe vom 12.12.1978 bis zum 29.09.1981.
- 1973 Prof. Remschmidt erhält einen Ruf auf den Lehrstuhl für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters an der Freien Universität Berlin, den er zum 01.05.1975 annimmt.
- 1977 Habilitation Frau Dr. Iris Dauner.

- 1980 Ernennung von Frau Dr. Iris Dauner zur Professorin.
- 06.10.1978 Prof. Remschmidt (Berlin) erhält einen Ruf auf die C4-Professur für Kinder- und Jugendpsychiatrie an die Philipps-Universität Marburg, den er zum 01.09.1980 annimmt.
- 12.12.1978 Leiterin des Instituts für Ärztlich-pädagogische Jugendhilfe (bis 05.03.1980 kommissarisch) und der Erziehungsberatungsstelle: Prof. Dr. Doris Weber.
- 01.04.1979 Kommissarische Leitung der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie: Dr. Matthias Martin.
- 01.04.1980 Kommissarische Leitung der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie: Prof. Dr. Doris Weber.
- 01.09.1980 Prof. Remschmidt übernimmt die Leitung der Klinik.
- 08.12.1980 Genehmigung des Antrages für den Bau einer Tagesklinik durch das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (im Rahmen des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung).
- 25.02.1981 Gründung der Arbeitsgemeinschaft kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung, die bezogen auf Kinder und Jugendliche die Aufgaben einer psychosozialen Arbeitsgemeinschaft wahrnimmt.
- 10.04.1981 Gründung eines regionalen wissenschaftlichen Beirats zum Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung.
- 06.07.1981 Gründung des Vereins für Kinder- und Familientherapie e.V., der als Träger für die geplante Tagesklinik und für die Begleitforschung zum Modellprogramm vorgesehen wird.
- 01.09.1981 Die Arbeitsgruppe »Begleitforschung« zum Modellprogramm Psychiatrie nimmt ihre Tätigkeit auf (Leitung: Diplom-Psychologe R. Walter).
- 30.09.1981 Leiter des Instituts (als nicht mehr selbständige Abteilung - jetzt Ärztlich-pädagogische Jugendhilfe): Prof. Dr. Dr. Helmut Remschmidt.
- 08.10. -
10.10.1981 Jahrestagung der Deutschen Sektion der internationalen Liga gegen Epilepsie in Marburg unter Leitung von Prof. Remschmidt.
- Herbst 1981 Begründung des Weiterbildungsseminars für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie in gemeinsamer Trägerschaft der Klinik, des Instituts für ärztlich-pädagogische Jugendhilfe und des Vereins für Kinder- und Familientherapie e.V. Marburg.
- Nov. 1981 Der mobile kinder- und jugendpsychiatrische Dienst (gefördert im Rahmen des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung) nimmt seine Tätigkeit auf. Die beiden Teams, die jeweils einen Landkreis versorgen, bestehen aus einem Arzt, einem Psychologen, einem Sozialpädagogen/Sozialarbeiter und einer halben Stelle für eine Sekretärin.
- 22.04.1982 Tod von Prof. Dr. med. Dr. phil. h. c. Dr. jur. h. c. Hermann Stutte

- 01.11.1982 Übernahme der Pflichtversorgung für den Landkreis Marburg-Biedenkopf durch die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität.
- 09.05.-
11.05.1983 18. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marburg unter dem Vorsitz von Prof. Remschmidt
- 09.09.1983 Beginn mit dem Bau der Tagesklinik.
- 06.07.1984 Prof. Remschmidt erhält einen Ruf auf den Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Zürich
- Aug. 1984 Inbetriebnahme der Tagesklinik und Übergabe durch den hessischen Sozialminister Armin Clauss.
- 11.06.1985 Ablehnung des Rufes an die Universität Zürich durch Prof. Remschmidt
- 01.07.1985 Leiter der Erziehungsberatungsstelle: Prof. Helmut Remschmidt
- 31.12.1985 Ende des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Der mobile kinder- und jugendpsychiatrische Dienst für den Landkreis Waldeck-Frankenberg wird eingestellt, der Dienst für den Landkreis Marburg-Biedenkopf bleibt erhalten.
- 01.01.1986 Übernahme der Tagesklinik für psychisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche aus der Trägerschaft des Vereins der Kinder- und Familientherapie e.V. in die Trägerschaft der Universität.
- 30.03. -
31.03.1987 Tagung der Europäischen Arbeitsgemeinschaft für Klassifikation und Dokumentation im Klinikum der Philipps-Universität Marburg.
- 13.06.1987 Ehrenpromotion Dr. Tom Mutters, Bundesgeschäftsführer der Lebenshilfe
- 1987 Prof. Remschmidt wird Mitglied der Unabhängigen Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt (»Gewaltkommission«) und Vorsitzender der Unterkommission »Psychiatrie«
- 30.09. -
01.10.1988 Wissenschaftliches Symposium aus Anlaß des 30jährigen Jubiläums der Klinik
- 1989 Prof. Remschmidt wird Vorsitzender des Wiss. Beirates des Bundesverbandes Hilfe für das autistische Kind
- Prof. Remschmidt wird Vorsitzender der Section of Child and Adolescent Psychiatry der World Psychiatric Association
 - Prof. Remschmidt wird Vorsitzender des Vereins für Interdisziplinäre Frühförderung Marburg e.V.
 - Prof. Remschmidt wird Mitglied der Arbeitsgruppe des Wissenschaftsrates zur Reform des Medizinstudiums
 - Etablierung eines Drug-monitoring-Systems für Psychopharmaka bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen,

- 18.01.1989 Habilitation Dr. Andreas Warnke
- 16.02.1989 Antrittsvorlesung Dr. Andreas Warnke
- 15.06. -
16.06.1989 Arbeitsgruppe Klassifikation und Dokumentation der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bergen (Norwegen) unter der Leitung von Prof. Remschmidt und Prof. Schmidt (Mannheim).
- 01.10. -
04.10.1989 Symposium der WHO - European Research Meeting Group in Marburg (gefördert durch die VW-Stiftung)
- 13.12.1989 Habilitation Dr. Matthias Martin
- 15.02.1990 PD Dr. med. M. Martin: Antrittsvorlesung über das Thema »Der Verlauf der Schizophrenie im Jugendalter unter Rehabilitationsbedingungen«
- 1990 Prof. Remschmidt und Dipl. Psychologe R. Walter erhalten den Hermann-Simon-Preis für hervorragende Arbeiten auf dem Gebiet der Sozialpsychiatrie für die Monographie »Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern«
- 31.05.1990 Tod von Prof. Dr. med. Dr. phil. Curt Weinschenk
- 20.08.1990 Ernennung von Herrn PD Dr. Andreas Warnke zum Professor
- 1991 Begründung einer Arbeitsgemeinschaft für Genetik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Etablierung des Projektes »Genetik des Tourette-Syndroms«, gefördert von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (Prof. Remschmidt, gemeinsam mit PD J. Hebebrand, Prof. G. Lehmkuhl, Prof. F. Poustka, Prof. M. Schmidt und Prof. P. Propping)
- 1991 Prof. Remschmidt wird Mitglied der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina in Halle
- Prof. Remschmidt wird Mitglied des Ausschusses der Bundesärztekammer »Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik«
- 02.05.1991 Prof. Warnke erhält den Hermann-Emminghaus-Preis für seine Habilitationsschrift »Legasthenie und Hirnfunktion«
- 30.09.1991 Der mobile kinder- und jugendpsychiatrische Dienst muß aus finanziellen Gründen nach 10jährigem Bestehen eingestellt werden.
- 04.12.1991 Habilitation Dr. F. Mattejat
- 11.12.1991 Habilitation Dr. B. Herpertz-Dahlmann
- 16.01.1992 PD Dr. phil. F. Mattejat: Antrittsvorlesung zum Thema »Subjektive Familienstrukturen - Emotionale Verbundenheit und individuelle Autonomie in Familien«
- 23.01.1992 Akademische Feier aus Anlaß des 75. Geburtstages von Frau Prof. D. Weber
- 12.03.1992 Verabschiedung von Prof. Dr. A. Warnke anlässlich seiner Berufung auf den Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Würzburg

- 22.05.1992 PD Dr. B. Herpertz-Dahlmann: Antrittsvorlesung zum Thema »Magersucht und Literatur«
- 1992 Prof. Remschmidt wird zum International Scholar der American Psychiatric Association ernannt.
- 1992 Verleihung des Carl-Oelemann-Preises an Herrn Dr. med. E. Schulz für hervorragende Dissertationen des Jahres 1991. Thema: »Neurochemische Befunde zur Modulation der Tagesrhythmen von Serotoninbindung und -konzentration im Gehirn der Ratte - physiologische und pharmakologische Aspekte der Depressionsforschung«
- 30.10. -
31.10.1992 Tagung aus Anlass des 10jährigen Bestehens unseres Weiterbildungsseminars für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie
- 1993 Berufung von Prof. Remschmidt zum Special Professor for Child and Adolescent Psychiatry an der School of Medicine der University of Birmingham
- 08.03. -
12.03.1993 Veranstaltung des 7. Methodenseminars für junge Wissenschaftler, Heidelberg (gemeinsam mit Prof. M. Schmidt, Mannheim)
- 26.04.1993 DFG-Beratergespräch in Marburg über die geplante Klinische Forschergruppe »Genetische Mechanismen der Gewichtsregulation«
- 15.09.1993 Eröffnung der Nebenstellen der Erziehungsberatungsstelle des Vereins für Erziehungshilfe e.V. Marburg in Biedenkopf und Stadtallendorf
- 24.10.1993 Prof. Remschmidt wird bis zur Wiederbesetzung des Lehrstuhls zum kommissarischen Leiter der Klinik für Psychiatrie der Philipps-Universität Marburg ernannt
- 08.11.1993 Prof. Remschmidt erhält die Anerkennung als Verhaltenstherapeut und als Supervisor für Verhaltenstherapie
- 1994 Prof. Remschmidt erhält den Christina-Barz-Preis für Forschungsleistungen auf dem Gebiet der Eßstörungen des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft (gemeinsam mit B. Herpertz-Dahlmann und J. Hebebrand)
- Febr. 1994 Berufung von Frau PD Dr. Herpertz-Dahlmann zur Professorin
- 27.11.1994 Erfolgreiche Begutachtung der Klinischen Forschergruppe »Genetische Mechanismen der Gewichtsregulation« durch die DFG
- 18.01.1995 Habilitation von Dr. E. Schulz
- 20.02.1995 Ernennung von Prof. Remschmidt zum Member of the Royal College of Psychiatrists, London
- 08.03.1995 Auflösung des Vereins für Interdisziplinäre Frühförderung. Prof. Remschmidt tritt als Vorsitzender zurück.
- 01.04.1995 Prof. Remschmidt wird zum Dekan des Fachbereichs Humanmedizin der Philipps-Universität Marburg gewählt

- 04.05.1995 Antrittsvorlesung von PD Dr. E. Schulz zum Thema »Schizophrene Psychosen der Adoleszenz«
- 07.07.1995 Berufung von PD Dr. J. Hebebrand zum Professor
- 19.09.1995 Prof. Remschmidt wird in Utrecht zum Präsidenten der European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) gewählt und mit der Ausrichtung des nächsten europaischen Kongresses 1999 in Deutschland beauftragt
- 06.10.-
07.10.1995 Zweites Therapiesymposium des Marburger Weiterbildungsseminars für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie
- 09.12.1995 Prof. Remschmidt wird in den Vorstand des wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer gewählt
- 08.02.1996 Gründung der Neurowissenschaftlichen Forschungsgemeinschaft (NFG) auf Initiative von Prof. Remschmidt. Gründungsmitglieder sind die Professoren Bauer, Bien, Krieg, Remschmidt, Weihe, Wiegand und Voigt.
- 13.07.1996 Verleihung der Ernst-von-Bergmann-Plakette für Verdienste um die ärztliche Fortbildung an Prof. Remschmidt
- 16.07.1996 80. Geburtstag von Frau Prof. Dr. med. Doris Weber
- 05.03.1997 Feier anlässlich des 20-jährigen Jubiläums der Schule für Kranke am Klinikum der Philipps-Universität Marburg
- 27.05.1997 Verabschiedung von Frau Prof. Dr. Herpertz-Dahlmann anlässlich ihrer Berufung auf den neugegründeten Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der RWTH Aachen
- 21.06.1997 Tag der offenen Tür des Zentrums für Nervenheilkunde der Philipps-Universität Marburg
- 01.07.1997 Eröffnung von zwei neuen Mutter-Kind-Einheiten und Wiedereröffnung der Station B (Jugendlichenstation) nach dem Umbau
- 11.11.1997 Zweite Begutachtung der Klinischen Forschergruppe »Genetische Mechanismen der Gewichtsregulation« mit sehr positivem Ergebnis
- 25.04.1998 60. Geburtstag von Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. Helmut Remschmidt
- 08.05.1998 Kinder- und jugendpsychiatrisches Symposium zum 60. Geburtstag von Prof. Remschmidt zum Thema »Entwicklungsperspektiven in der Kinder- und Jugendpsychiatrie«
- 22.06.-
27.06.1998 Veranstaltung des ersten European Research Seminar for Young Scientists im Internationalen Wissenschaftsforum der Universität Heidelberg (gemeinsam mit Prof. M. Schmidt, Mannheim)
- 26.06.1998 Prof. Remschmidt wird zum Ehrenpräsidenten der Spanischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie gewählt
- 10.07.1998 Feier zum 40jährigen Jubiläum der Klinik

- 10.07.1998 Verabschiedung von Prof. Dr. E. Schulz anlässlich seiner Berufung auf den Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter an der Universität Freiburg
- 04.08.1998 Prof. Remschmidt wird in Stockholm zum Präsidenten der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) gewählt
- 06.11.-
07.11.1998 Drittes Therapiesymposium des Marburger Weiterbildungsseminars für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie
- 09.12.1998 Verleihung der Niilo-Hallman-Medaille der Finnish Foundation for Pediatric Research (Helsinki) an Prof. Remschmidt
- 17.02.1999 Ernennung von PD Dr. F. Mattejat zum Professor
- 12.04.1999 Gründung Instituts für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin an der Philipps-Universität Marburg e.V., das eng mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters verbunden ist
- 14.07.1999 Habilitation von Dr. G. Schulte-Körne
- 15.09.-
19.09.1999 Prof. Remschmidt ist Präsident des 11th International Congress of the European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP), der in Hamburg stattfindet.
- 22.11.1999 Antrittsvorlesung von PD Dr. G. Schulte-Körne zum Thema »Neurobiologie der Lese-Rechtschreibstörung«
- 08.12.1999 Prof. Remschmidt erhält in München den Max-Planck-Forschungspreis für internationale Kooperation
- 10.12.1999 Symposium zur Eröffnung des Instituts für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin an der Philipps-Universität Marburg (IVV)
- 04.01.2000 Tod von Frau Prof. Dauner, ehemalige Oberärztin der Klinik und zuletzt Direktorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Lahnhöhe des LWV in Marburg
- 06.04.2000 Wahl von Prof. Remschmidt zum Ehrenvorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- 06.05.2000 Ausbildungsbeginn für den ersten Kurs des Institut für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin an der Philipps-Universität Marburg e. V. (IVV)
- 24.08.-
25.08.2000 Festveranstaltung aus Anlaß des 50-jährigen Bestehens der Erziehungsberatungsstelle des Vereins für Erziehungshilfe e. V., Marburg
- 11.10.2000 Begutachtung einer multizentrischen Studie zur Genetik der Lese-Rechtschreibschwäche durch die DFG mit positivem Ergebnis

- 11.10.2000 Vorläufige Bewilligung eines nationalen Konsortiums mit dem Titel »Molekulargenetische Mechanismen der Gewichtsregulation««
- 30.10.2000 Konferenz des Vorstands der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) in Marburg unter Beteiligung von Prof. Dr. M. L. Belfer (Harvard University), Prof. Dr. I. Goodyer (Cambridge University) und Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt (Philipps-Universität Marburg)
- 04.11.2000 Tagung des Landesverbandes Legasthenie Hessen
- 08.12.2000 2. Marburger Verhaltenstherapietag (Schwerpunkt: Behandlung von Depressionen)
- 30.03.2001 Genehmigung des Projektes "Early onset regulatory and developmental disorders" im Rahmen des durch das BMBF geförderten Genomnetzwerks "Krankheitsbekämpfung durch Genomforschung"
- 01.04.2001 Einrichtung einer Institutsambulanz an der Poliklinik
- 01.10.2001 Prof. Remschmidt wird zum Ehrenvorsitzenden der FLAPIA /Federatio Latino Americana de Psychiatria de Infancia et Adolescencia) ernannt
- 03.11.2001 Beginn des 2. IVV-Kurses
- 13.03.2002 Einweihung des Neubaus der Schule
- 03.04.-
06.04.2002 Beteiligung am 27. Kongress der DGKJP in Berlin
- 24.05.-
25.05.2002 Wissenschaftliches Symposium unserer Klinik mit dem Thema: „Schizophrene Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter“
- 06.06.2002 Wahl von Prof. Remschmidt zum stellvertretenden Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer
- 13.06.2002 Ernennung von Frau Prof. Weber zum Ehrenmitglied des Kerstinheims
- 16.06.-
17.06.2002 Vorstandssitzung der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) in New York mit der folgenschweren Entscheidung, den für November 2002 geplanten Weltkongress in Indien als IACAPAP-Aktivität abzusagen. Prof. Remschmidt wurde beauftragt, den Kongress im Jahre 2004 in Berlin zu organisieren
- 18.06.-
19.06.2002 Gedenkveranstaltung an der Yale-University in New Haven für den 2001 verstorbenen IACAPAP-Präsidenten Prof. Donald Cohen, der der Vorgänger von Prof. Remschmidt in diesem Amt war
- 14.08.-
18.08.2002 Prof. Remschmidt hält einen der beiden Eröffnungsvorträge auf dem 18. Weltkongress für Psychotherapie in Trondheim/Norwegen

- 30.09.-
04.10.2002 3. Europäische Forschungsseminar in Camposampiero (bei Padua/Italien) unter Leitung von Prof. Remschmidt
- 23.10.-
26.10.2002 Prof. Remschmidt hält auf Einladung der American Academy for Child and Adolescent Psychiatry den den Kongress abschließenden Plenarvortrag zum Thema „Treatment Evaluation for Child and Adolescent Psychiatry“
- 07.11.2002 Prof. Remschmidt wird zum Ehrenmitglied der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ernannt
- 07.11.2002 Frau Dr. Anke Hinney erhält den Adipositas-Preis von der Deutschen Adipositas Gesellschaft
- 29.01.-
31.01.2003 Adipositas Kongress in Marburg (Disorders of Body Weight Regulation Clinical Aspects and Identification of Novel Drug Targets) von Prof. Hebebrand organisiert
- 02.04.-
05.04.2003 Gemeinsamer Kongress der DGKJP, der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie vom 2. bis 5. April in Wien
- 23.04.2003 Gründung des Global Programs on Child on Child Mental Health der World Psychiatric Association (WPA) gemeinsam mit der WHO und IACAPAP. Prof. Remschmidt wird zum wissenschaftlichen Direktor dieses weltweiten Programmes ernannt
- 25.04.2003 65. Geburtstag von Prof. Remschmidt
- 04.07.
05.07.2003 Verabschiedung der Richtlinien zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizite bei Hyperaktivitätsstörungen durch die „Global ADHD-Working Group“ (Vorsitz: Prof. Remschmidt) in London
- 16.07.-
19.07.2003 Internationale Tagung in Rom zum Thema „Children in times of war, terrorism and disaster“ in Rom. Organisatoren: Prof. Caffo (Modena, Italien), Prof. Laor (Tel Aviv, Israel) und Prof. Remschmidt
- 26.07.-
27.07.2003 Veranstaltung des Kongresses „Der Stellenwert der Psychopharmakotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ in Berlin. Organisatoren: Prof. Remschmidt und Prof. Schmidt (Mannheim)
- 01.08.2003 Berufung von Prof. Remschmidt für weitere vier Jahre zum Mitglied des Aufsichtsrats des Klinikums der Universität Würzburg (01.11.2003 – 31.10.2008)
- 04.09.2003 Verabschiedung des Leitenden Psychologen der Klinik, Herrn Dr. Niebergall

- 15.09.-
18.09.2003 10-jähriges Jubiläum der Nebenstellen unserer Erziehungsberatungsstelle in Biedenkopf und Stadtallendorf
- 31.10.2003 Prof. Hebebrand erhält einen Ruf auf die C4-Professur für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Essen
- Nov. 2003 Beginn des 3. IVV-Kurses
- 04.12.-
05.12.2003 Beteiligung von Mitarbeitern der Klinik an der Tagung „biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie“ in Aachen
- Jan. 2004 Prof. Hebebrand hat den Ruf der Universität Essen angenommen
- 23.01.2004 Prof. Remschmidt erhält das Bundesverdienstkreuz am Bande
- 09.02.-
12.02.2004 Sitzung des Steering Committee des WPA Global Program on Child and Adolescent Mental Health
- 23.02.2004 Vortrag von Frau Prof. Uta Frith (Institute of Cognitive Neuroscience and Department of Psychology, University College London) zum Thema „Psychologische Theorie des Autismus“ in der Marburger Klinik
- 26.02.-
04.03.2004 1. Forschungsseminar und 2. Internationale Tagung in Sharm-El-Sheikh/Ägypten. Thema: „Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter“
- 14.03.-
18.03.2004 4. Europäisches Forschungsseminar in Camposampiero/Padua
- 15.04.-
18.04.2004 Europäischer Kongress für Psychiatrie (AEP). Veranstaltung eines eigenen Symposiums zum Thema „Schizophrene Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter“
- 26.04.2004 Gründung des Arbeitskreises ADHS des Wiss. Beirats der Bundesärztekammer und 1. Sitzung
- 06.05.2004 Verabschiedung von Herrn Prof. Johannes Hebebrand und Herrn Dr. Nikolaus Barth
- 25.06.-
26.06.2004 Benefiz-Veranstaltung der „Liga für das Kind“, gemeinsam mit IACAPAP zugunsten der Liga und des IACAPAP-Kongresses in Berlin
- 02.07.2004 DFG-Panel in Bonn (Berufung von Prof. Remschmidt in das Neurowissenschaftliche Kollegium der DFG)
- 16.08.2004 Besuch in der Marburger Klinik und Vortrag von Prof. Barry Nurcombe (Head of Child and Adolescent Psychiatry at the Royal Children's Hospital, Melbourne)
- 22.08.-
26.08.2004 16. IACAPAP-Weltkongress in Berlin

- 27.08.-
28.08.2004 Treffen des WPA Steering Committees und der Task Forces im Rahmen des WPA Global Program on Child and Adolescent Mental Health in Berlin
- 28.09.2004 2. Sitzung des Neurowissenschaftlichen Kollegiums der DFG in Bonn
- 20.10.-
23.10.2004 Gemeinsamer Kongress der schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Luzern. Eröffnungsvortrag von Prof. Remschmidt zum Thema „Kinder psychotischer Eltern“
- 29.10.-
30.10.2004 Veranstaltung zur Verabschiedung von Dr. Drömann in Titisee-Neustadt. Festvortrag Prof. Remschmidt zum Thema „Wie erfolgreich sind unsere Behandlungen? Probleme und Ergebnisse der Evaluationsforschung“
- 03.11.2004 Vortrag zum Gesundheitstag in Neuwied. Thema „Psychisch kranke Kinder und Jugendliche: Versorgungsbedarf und Behandlungserfolg“
- 08.11.-
09.11.2004 Tagung der italienischen Gesellschaft für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters (SINPIA) in Modena. Eröffnungsvortrag Prof. Remschmidt zum Thema „Treatment Evaluation in Child and Adolescent Psychiatry“
- 22.11.2004 Offizielle Eröffnung/Eröffnungsfeier der Institutsambulanz in Bad Nauheim
- 02.12.-
03.12.2004 Beteiligung von Mitarbeitern der Klinik an der Tagung „biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie“ Göttingen
- 06.12.2004 Vortrag zum 25-jährigen Jubiläum der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kinderhospital Osnabrück. Thema „Entwicklungstendenzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wohin geht die Reise?“
- Dez. 2004 Ende des 2. IVV-Kurses
- 20.01.2005 Tag der Gesundheitsforschung. Gemeinsame Vortragsveranstaltung der Kliniken für Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Vorträgen von Prof. Remschmidt, HD Dr. Schulte-Körne und Dr. Theisen. Organisatoren: Prof. Seyberth (Kinderklinik) und Prof. Remschmidt
- 03.06.-
04.06.2005 Tagung "kjp-Qualitätsprojekt" - Zur Ergebnisqualität von ambulanten Therapien bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Organisator: Prof. Mattejat
- 23.06.2005 Named Lecture: "Okasha-Lecture" in Kairo, Ägypten. Organisator: Prof. Remschmidt
- 10.04.-
15.04.2005 Europäisches Forschungsseminar in Camposampiero/Padua
- 20.07.2005 HD Dr. Schulte-Körne erhält einen Ruf auf die C4-Professur für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Ludwig-Maximilians-Universität München

- 11.11.2005 Beginn des 4. IVV-Kurses
- 01.12.-
02.12.2005 Beteiligung von Mitarbeitern der Klinik an der Tagung „biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie“ in Mannheim
- 01.02.2006 Privatisierung des Universitäts-Klinikums in das „Universitäts-Klinikum Giessen und Marburg GmbH“
- 10.04.-
17.05.2006 Besuch in der Marburger Klinik und Vortrag von Prof. Barry Nurcombe (Head of Child and Adolescent Psychiatry at the Royal Children's Hospital, Melbourne)
- 07.05.-
12.05.2006 Europäisches Forschungsseminar in Camposampiero/Padua
- 31.05.2006 Verleihung des August Homburger Preises an HD Dr. Schulte-Körne
- 19.07.2006 Eröffnung des Habilitationsverfahrens für Herrn Dr. P. Heiser
- 03.08.2006 HD Schulte-Körne hat den Ruf der Ludwig-Maximilians-Universität München angenommen
- 20.08.2006 Eröffnung des Habilitationsverfahrens für Herrn Dr. F.M. Theisen
- 01.09.2006 Herr Diplom-Pflegewirt Roales-Welsch übernimmt die Pflegedienstleitung der Klinik
- 10.09.-
14.09.2006 17. IACAPAP-Weltkongress in Melbourne
- 29.09.2006 Abschiedsfeier von Prof. Remschmidt, PD Dr. Schulte-Körne und Oberschwester Renate Klotz in der Tagesklinik
- 01.10.2006 PD Dr. M. Martin übernimmt die kommissarische Leitung der Klinik
- 20.10.2006 Abschiedsvorlesung von Prof. Remschmidt und Kinder- und Jugendpsychiatrisches Symposium zum Abschied/Emeritierung von Prof. Remschmidt zum Thema „Entwicklungslinien der Kinder- und Jugendpsychiatrie“
- 20.10.2006 Gesellschaftsabend zur Abschiedsveranstaltung von Prof. Remschmidt im Schloss
- 03.12.2006 Berufung von Herrn Dr. F. Theisen zum Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Herz-Jesu-Krankenhaus in Fulda
- 07.12.2006 Prof. Remschmidt und Prof. Mattejat wurde der Lilly Quality of Life-Preis 2006 verliehen.

Anhang F: Drittmittelprojekte

Max-Planck-Forschungspreis für internationale Kooperation

Drittmittelgeber: Alexander von Humboldt-Stiftung/Max-Planck-Gesellschaft
zur Förderung der Wissenschaften e.V.
Beihilfeempfänger: Prof. Remschmidt
Zeitraum: 18.10.1999 -

Überprüfung des »Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen«

Drittmittelgeber: Deutsche Forschungsgemeinschaft
Beihilfeempfänger: Prof. Remschmidt, Prof. Mattejat
Zeitraum: 2000 –2004

Neurophysiologische, psychometrische und genetische Untersuchungen zur Lese- Rechtschreibstörung

Drittmittelgeber: Deutsche Forschungsgemeinschaft
Beihilfeempfänger: Prof. Remschmidt
Zeitraum: 2000 - 2005

The role of social, genetic and environmental factors in healthy eating: a multicentre analysis of eating disorders and obesity

Drittmittelgeber: Framework Five, EU
Beihilfeempfänger: Prof. Hebebrand
Zeitraum: 2000 -

Körpergewichtsregulation: Analyse molekulargenetischer Mechanismen

Drittmittelgeber: BMBF, DLR
Beihilfeempfänger: Prof. Hebebrand
Zeitraum: 2000 -

Identification and study of genes underlying obesity and related disorders

Drittmittelgeber: INTAS, EU
Beihilfeempfänger: Prof. Hebebrand
Zeitraum: 2000 -

Dietary and genetic influences on susceptibility of resistance to weight gain on a high fat diet

Drittmittelgeber: EU, Rowett Research Inst., Aberdeen
Beihilfeempfänger: Prof. Hebebrand
Zeitraum: 2001 - 2004

Nationales Genomforschungsnetz - Genomnetz Neuro

Drittmittelgeber: BMBF und DLR
Beihilfeempfänger: Prof. Hebebrand (Federführung)
Zeitraum: 2001 -

Kooperation Integragen

Drittmittelgeber: Integragen
Beihilfeempfänger: Prof. Hebebrand
Zeitraum: 2001 -

Risperidone in the prevention of relapse: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial in children and adolescents with conduct and other disruptive behavior disorders

Drittmittelgeber: Janssen-Cilag
Beihilfeempfänger: Prof. Remschmidt
Zeitraum: 2001 -

Kandidatengenuntersuchung bei Schwein und Mensch

Drittmittelgeber: Deutsche Forschungsgemeinschaft
Beihilfeempfänger: Prof. Hebebrand
Zeitraum: 2002-2005

Untersuchung eines Kandidaten-Gens

Drittmittelgeber: Develogen
Beihilfeempfänger: Prof. Hebebrand
Zeitraum: 2002-2005

A Multi-Centre, Open-Label Study to Evaluate Safe and Effective Doses of Methylphenidate HCl Extended Release Tablets (Concerta) in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Transferring from Treatment with Methylphenidate HCl Immediate, Release Tablets (Janssen C-2000-045)

Drittmittelgeber: ICON, jetzt Johnson & Johnson
Beihilfeempfänger: Prof. Remschmidt
Zeitraum: 2002

Neurophysiologische, psychometrische und genetische Untersuchung zur Lese-Rechtsschreibstörung – Umdisposition von Genotypisierung

Drittmittelgeber: Deutsche Forschungsgemeinschaft
Beihilfeempfänger: Prof. Remschmidt
Zeitraum: 2003 – 2004

Tagungsgebühr „Grundlagen, Diskussion und Praxis effektiver und kindgerechter Behandlungsstrategien

Drittmittelgeber: Astra Zeneca
Beihilfeempfänger: Prof. Remschmidt
Zeitraum: 2003 - 2004

Modell-Forschungsprojekt zur Qualität kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung

Drittmittelgeber: Janssen-Cilag
Beihilfeempfänger: Prof. Remschmidt, Prof. Mattejat
Zeitraum: 2003 -

Evaluation einer Beratung zu genetischen Aspekten bei Adipositas

Drittmittelgeber: BMBF and DLR
Beihilfeempfänger: Prof. Hebebrand
Zeitraum: 2003 -

Diabesity

Drittmittelgeber: EU
Beihilfeempfänger: Prof. Hebebrand
Zeitraum: 2003 -

Vereinbarung zur Teilnahme an einer Fortbildungsveranstaltung „IACAPAP – 16. Weltkongress in Berlin vom 22.-26.08.2004

Drittmittelgeber: Janssen-Cilag
Beihilfeempfänger: Dr. Heiser, Dr. Martin, Dr. Quaschner,
HD Dr. Schulte-Körne, Dr. Theisen
Zeitraum: 2004 - 2005

Neurophysiologische, psychometrische und genetische Untersuchung zur Lese-Recht-schreibstörung – Umdisposition Würzburg

Drittmittelgeber: Deutsche Forschungsgemeinschaft
Beihilfeempfänger: Prof. Remschmidt
Zeitraum: 2004 -

International Congress „Neurobiology of Dyslexia“, 23.-25.09.2005, Berlin

Drittmittelgeber: Deutsche Forschungsgemeinschaft
Beihilfeempfänger: HD Dr. Schulte-Körne
Zeitraum: 2004 -

Anhang G: Zitierte Literatur

- Gebhardt S, Haertling F, Hanke M, Mittendorf M, Theisen FM, Wolf-Ostermann K, Grant P, Martin M, Fleischhaker C, Schulz E, Remschmidt H. Prevalence of movement disorders in adolescent patients with schizophrenia and in relationship to predominantly atypical antipsychotic treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006; 15:371-82
- Hüttis-Graf, P.; Widmann, B.-A.: Elementare Schriftkultur als Prävention von Lese-/Rechtschreibschwierigkeiten und Analphabetismus bei Grundschulkindern. Abschlußbericht des Modellversuchs der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung. Hamburg: Amt für Schule. 1996.
- Kamp-Becker I, Matthejat F, Wolf-Ostermann K, Remschmidt H: Die Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom (MBAS): Ein Screening-Verfahren für autistische Störungen auf hohem Funktionsniveau. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 33: 15-26, 2005.
- Lord C, Rutter M, LeCouteur A: Autism Diagnostic Interview-Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 24: 659-685, 1994
- Lord C, Risi S, Lambrecht L, Cook EH, Leventhal B, DiLavore PC, Pickles A, Rutter M: The ADOS-G (Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic): A standard measure of social-communication deficits associated with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 30: 205-223, 2000.
- Remschmidt, H. (Hrsg.): Fünfjahresbericht 1975-1980. Freie Universität Berlin, Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters. H. Remschmidt, Marburg 1982.
- Remschmidt, H. (Hrsg.): Siebenjahresbericht 1981-1987. Philipps-Universität Marburg, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Marburg 1988
- Remschmidt, H.; Walter, R. (unter Mitarbeit von Kampert, K.): Evaluation kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung. Analysen und Erhebungen in drei hessischen Landkreisen. Enke, Stuttgart 1989. (Klinische Psychologie und Psychopathologie, Bd. 51.)
- Remschmidt, H.; Walter, R.: Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Eine epidemiologische Untersuchung. (Mit deutschen Normen für die Child Behavior Checklist.) Hogrefe, Göttingen 1990.
- Remschmidt, H. (Hrsg.): Fünfjahresbericht 1988-1992. Philipps-Universität Marburg, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Marburg 1993
- Remschmidt, H. (Hrsg.): Fünfjahresbericht 1993-1997. Philipps-Universität Marburg, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Marburg 1999
- Remschmidt, H. (Hrsg.): Zweijahresbericht 1998-1999. Philipps-Universität Marburg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Marburg 2001
- Remschmidt, H.; Schmidt, M.H.; Poustka, F. (Hrsg.): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 4. Aufl., Hans Huber, Bern 2001.
- Remschmidt, H. (Hrsg.): Zweijahresbericht 2000-2001. Klinikum der Philipps-Universität Marburg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Marburg 2002
- Remschmidt, H. (Hrsg.): Zweijahresbericht 2002-2003. Klinikum der Philipps-Universität Marburg, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Marburg 2005
- Remschmidt, H. by the Global ADHD Working Group: Global consensus on ADHD/HKD, *European Child and Adolescent Psychiatry* 14: 127-137, 2005
- Remschmidt H, Kamp-Becker I: Das Asperger-Syndrom. Heidelberg, Springer Verlag 2006
- Remschmidt H, Martin M, Fleischhaker C, Theisen FM, Hennighausen K, Gutenbrunner C, Schulz E. Forty-Two-Years later: The outcome of Childhood-Onset Schizophrenia. *J Neural Transm*, in press (published online: 10.08.06)
- Rühl D, Schmötzer G, Thies G, Poustka F: Autismus Diagnostisches Interview in Revision (ADI-R). J.W. Goethe-Universität Frankfurt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters, Eigendruck, 1995.

- Rühl D, Bölte S, Feineiss-Matthews S, Poustka F: Beobachtungsskala für Autistische Störungen (ADOS). Huber, Bern, 2004.
- Sparrow SS, Balla D, Cicchetti D: Vineland Adaptive Behavior Scales (Survey Form). American Guidance Service, Circle Pines, 1984.
- Stutte, H.: Die kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung an der Philipps-Universität zu Marburg a.d. Lahn. Jahrbuch für Jugendpsychiatrie 2, 194-202, 1960.
- Teicher et al.: Objective Measurement of Hyperactivity and Attentional Problems in ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35, March 1996, p. 341
- Theisen F, Gebhardt S, Haberhausen M, Remschmidt H, Hebebrand J. Neuroleptika-Therapie: Richtig reagieren bei gewichtigen Nebenwirkungen. *Neurotransmitter* 2002; 11: 60-63
- Theisen FM, Hinney A, Brömel T, Heinzel-Gutenbrunner M, Martin M, Krieg J-C, Remschmidt H, Hebebrand J. Lack of association between -759C/T polymorphism of 5-HT_{2C} receptor gene and clozapine-induced weight gain among German schizophrenic individuals. *Psychiatr Genet* 2004a; 14: 139-142
- Theisen F, Gebhardt S, Haberhausen M, Hinney A, Krieg JC, Heinzel-Gutenbrunner M, Martin M, Remschmidt H, Hebebrand J. Gewichtsveränderungen und Gewichtsregulation unter neuroleptischer Behandlung. In: Helmut Remschmidt (Hrsg.) *Schizophrene Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter - Klinik, Ätiologie, Therapie und Rehabilitation*. Schattauer-Verlag, Stuttgart, New York, 2004b, pp 146-162
- Theisen FM, Gebhardt S, Haberhausen M, Heinzel-Gutenbrunner M, Wehmeier PM, Krieg JC, Kühnau W, Schmidtke J, Remschmidt H, Hebebrand J. Clozapine-induced weight gain: a study in monozygotic twins and same-sexed sib pairs. *Psychiatr Genet* 2005a; 15: 285-289
- Theisen FM, Gebhardt S, Brömel T, Otto B, Heldwein W, Heinzel-Gutenbrunner M, Krieg JC, Remschmidt H, Tschöp T, Hebebrand J. A prospective study of serum ghrelin levels in patients treated with clozapine. *J Neural Transm* 2005b; 112: 1411-1416
- Theisen FM, Haberhausen M, Schulz E, Fleischhaker C, Clement HW, Heinzel-Gutenbrunner M, Remschmidt H. Serum levels of olanzapine and its N-desmethyl and 2-hydroxymethyl metabolites in child and adolescent psychiatric disorders: Effects of dose, diagnosis, age, gender, smoking, and comedication. *Ther Drug Monit*, 2006 (in press).