

1 Input von Matthias Schmelzle

Qualitätssicherung:

- Strukturqualität
- Prozessqualität
- Ergebnisqualität

Stichworte

- Treatment Integrity – Interne Validität
- Treatment Outcome – Externe Validität
- Evidenzbasierte Behandlung
- Expert statement

Strukturqualität:

- Gut ausgebildete Therapeuten
- Institutionelle Voraussetzungen, Finanzierung, Einrichtung, Sicherheit, etc.
- Supervision
- Laufende Weiterbildung
-

Prozessqualität

- Diagnostik
- Behandlungsprogramme
- Verwendetes Arbeitsmaterial
- ...

Ergebnisqualität

- Rückfälle
- Abbrecher
- „Lebens“-Zufriedenheit
- Symptombefreiheit
- Verbesserung des Funktionsniveaus
-

Outcome: Messinstrumente

- ERASOR
- J-SOAP
- ASAP
- CBCL, YSR, TRF - Symptomchecklisten

- Treatment Planning and Progress Inventory for Adolescents Who Sexually Abuse
-

1.1 Ergänzungen zu den Handouts

- Sowohl das Fachgebiet (Methoden) als auch das Problemfeld (Internet, soziale Netzwerke, Handys) sind in Entwicklung
- Strukturqualität: Zur Strukturqualität gehört auch der Stellenschlüssel.

1.2 Quellen

- Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, sind zu finden unter:
<http://uni-duesseldorf.de/AWMF/II/> →aktuelle Leitlinien (Volltext)→ 028: Leitlinien von Fachgesellschaften, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie→Leitlinien für Diagnostik und Therapie für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie, 028040: sexualdelinquentes Verhalten
- Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 3 - 2006, S. 58ff
- Landschaftsverband Rheinland, Landesjugendamt (2003?):
Sexualtäter unter 14. Rahmenbedingungen für die stationäre Erziehungshilfe. (Falls die Rahmenbedingungen dort nicht mehr bestellt werden können, kann ich sie als pdf-Datei zumailen: thomas.roehl@ask-hanau.de)
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (1999)
Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents Who are Sexually Abusive of Others. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 38 (12), Supplement, 55S-76S

2 Arbeitsergebnisse

2.1 Arbeitsschritte

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben in einem ersten Arbeitsschritt Themen entwickelt, die bearbeitet werden sollten:

- Risikoeinschätzung
- Basics der Behandlung
- Standards für die Risikoeinschätzung
- Qualitätsmerkmale im Vorfeld
- Wie sichern wir uns als Therapeuten ab (fachlich, juristisch)
- deutsche fachliche Standards
- Diagnostische Eingangsstufe

- Kostenträger
- Vernetzung zwischen den Einrichtungen (z. B. Jugendhilfe und KJP)
- Leitlinien: wie brauchbar sind sie?
- Abschluss (i.S.v. Entlassung): wer entscheidet?

Diese Themen wurden in einem zweiten Arbeitsschritt folgenden Etappen des Behandlungsablaufs zugeordnet:

- 1) Eingang
- 2) Behandlung
- 3) Abschluss (auch im Sinne von Nachsorge)

In allen drei Etappen wurden die Themen nach folgenden Fragestellungen diskutiert:

- 1) Was wissen wir sicher?
- 2) Was wissen wir nicht sicher?
- 3) Was sind Mythen?

2.2 Eingang

Im Vorfeld der Aufnahme gibt es folgende Probleme:

- Die Fachkräfte, die bisher mit den Kindern/Jugendlichen gearbeitet haben (z. B. Schule, Jugendamt), haben ein unterschiedliches Fachwissen über sexuell gewalttätige Kinder und Jugendliche. Hier ist Aufklärungsarbeit erforderlich, Fortbildungen und andere Formen der Informationsvermittlung.
- Wir müssen heute nicht mehr nur gegen das Bagatellisieren sondern auch gegen das Dramatisieren ankämpfen.
- Risikoeinschätzung: Es stehen keine ausreichend gesicherten Untersuchungsverfahren für den Zeitpunkt der Aufnahme zur Verfügung. ERASOR und J-SOAP sind „Best Practice“ und sorgfältig aus der Literatur extrahiert, aber bisher nicht an Rückfalldaten evaluiert. Zudem hängt die Qualität der Einschätzung von der Erfahrung des Untersuchers ab.
- Grundsätzlich sollte zum Zeitpunkt der Aufnahme eine abgeschlossene Risikoeinschätzung vorliegen. Das ist in der Praxis oft nicht möglich. Die Konsequenz ist, dass bei fehlender Vorfeldeinschätzung für die erste Zeit nach der Aufnahme eine sehr konservative Risikoeinschätzung erforderlich ist.

Wir wissen sicher,

- dass ein geordnetes Aufnahmeverfahren (Akten/ gründliche Anamnese, Umfeld-Informationen/ persönliche Vorstellung) zu den erforderlichen Behandlungsstandards gehört.

Wir wissen nicht sicher, welche Bedeutung für den Behandlungsbeginn

- die Verleugnung spielt,
- die Empathiefähigkeit hat,
- die statischen Risikofaktoren bei Kindern und Jugendlichen haben,
- bei Strafmündigen die "Deals" zwischen Strafverteidiger und Gericht haben.

2.3 Behandlung

2.3.1 Standortbestimmung

Erforderlich ist eine regelmäßige Standortbestimmung:

Ist das, was wir tun, noch richtig bzw. noch angemessen?

Dazu sind regelmäßige interdisziplinäre Fallbesprechungen zwischen therapeutischen und pädagogischen Fachkräften erforderlich. Die Ergebnisse dieser Fallbesprechungen sollten auch in die Entwicklungsberichte für die Hilfeplanung einfließen.

2.3.2 Vernetzung

Wir wissen sicher,

- dass eine fallbezogene Vernetzung der Fachkräfte zu den erforderlichen Behandlungsstandards gehört. Ein Problem ist aber immer noch die Kostenerstattung für die Teilnahme an Vernetzungsgesprächen.

Vernetzung berührt Fragen des Datenschutzes (schützenswerte Sozialdaten, mögliche Strafvereitelung u.a.). Jede Fachkraft muss für ihren Bereich genau wissen, was sie wem mitteilen darf. Das ist juristisch ein heikler Bereich mit einigen "Grauzonen". Im Zweifelsfall sollte man die konkrete Situation juristisch abklären lassen.

2.3.3 Basics:

Wir wissen sicher,

- dass Täterbehandlung die Rückfallhäufigkeit verhindert (Metaanalysen, z. B. Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J. R., Marques J. K., Murphy, W., Quinsey, V. L., Seto, M. C. (2002). First Report of the Collaborative Outcome Data Project on the Effectiveness of Psychological Treatment for Sex Offenders. *Sexual Abuse* 14 (2), 169-194 und Lösel, F. & Schmucker, M. (2005) The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology* 1, 117-146).
- dass therapeutische Verfahren effektiver sind,
 - wenn sie opfertherapeutische Aspekte einschließen
 - wenn sie die Behandlung vorhandener Zwangsstörungen einschließen
 - wenn sie Bindungsstörungen berücksichtigen
 - wenn sie die Selbstwirksamkeit verbessern

→ Achtung: Es kann unter der Behandlung zu einer deutlichen Verbesserung des Funktionsniveaus bei gleichbleibender Rückfallgefährdung kommen.

→ Achtung: Es ist notwendig, zwischen Täteranteilen und dissozialen Anteilen zu unterscheiden.

Wir wissen nicht sicher,

- ob Gruppen- oder Einzelbehandlung effektiver ist.
- wie der "doppelte Blick" (Täteranteile/Opferanteile bzw. Delikt/Symptom) operational gemacht werden kann. Dies gilt insbesondere bei
 - jungen Tätern, die selbst Missbrauchsoffer sind,
 - bei Kindern und Jugendlichen mit PTBS,
 - bei Kindern und Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörungen.
- welche Behandlungsdauer erforderlich ist. Gesichert ist aber, dass schwer traumatisierte bzw. deprivierte Kinder und Jugendliche nicht in Zeiträumen von 8 Monaten o. ä. ausreichend behandelt werden können.

Wir sind (immer noch) mit folgenden Mythen konfrontiert:

- "no cure but control"
- "Heilung" ist möglich

2.4. Ausgang (Entlassung und Nachsorge)

- Eine externe abschließende Risikoeinschätzung ist fachlich sinnvoll, aber in der Realisierung sehr aufwendig.
- Eine eindeutige abschließende Stellungnahme ist notwendig (zum Beispiel gegenüber dem Jugendamt. Dabei muss auch auf eine mögliche Gefährdung, die von einer Rückführung ausgehen kann, hingewiesen werden.

3 Nicht diskutierte Themen

- Elternarbeit
- Pädosexualität: sexuelle Orientierung oder Gewaltform?

Diese Themen können vielleicht in künftigen Werkstattgesprächen aufgegriffen werden.

Protokoll: Thomas Röhl