

# Inhalt

## *Editorial:*

*Gemeinsam statt einsam* ..... 2

## Erinnerungen an Dr. med. Stefan Kette

*Christian K. D. Moik & Andrea Schneider* ..... 5

## Plädoyer für eine Kultur des Fühlens in der Kindertherapie und darüber hinaus

*Petra Stemplinger* ..... 9

## *Zur Diskussion gestellt:*

### Koordinierte und strukturierte Versorgung von komplex psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen

*Maik Herberhold* ..... 28

## *Kolumne:*

### ADHS Genetik – organische Grundlagen – therapeutische Ansätze Rückblick – aktuelle Situation – Ausblick

*Klaus-Ulrich Oehler* ..... 35

## *Kolumne*

### Forum-BKJPP vor 25 Jahren

*Christian K. D. Moik* ..... 50

Hinweise für Autor\*innen ..... 53

Anzeigen ..... 55

Mediadaten ..... 63

Impressum ..... 64

## *Editorial*

# **Gemeinsam statt einsam**

Wie kann derzeit Gemeinschaft erfahren werden? Welchen Stellenwert wird nach den Erfahrungen der Pandemie das Zusammentreffen, das Erleben von Gemeinsamkeit und Zusammengehörigkeitsgefühl haben?

Das erste Mal in der Geschichte unseres Verbandes muss eine Jahrestagung abgesagt werden, kann eine Mitgliederversammlung nur virtuell stattfinden. Diejenigen, die schon lange dabei sind, erinnern sich noch an Zeiten, da der Verband nur aus etwas mehr als 100 Mitgliedern bestand – tatsächlich kannte jede/r jede/n. Sich abstimmen, gemeinsam Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland voranbringen, war kein abstraktes, sondern ein in der direkten Begegnung und der direkten lebendigen Diskussion gestaltetes Vorhaben.

Vieles von dieser frühen Zeit war auch noch spürbar als der Verband bereits in Richtung der 1000 Mitglieder gewachsen war und diese schließlich übertroffen hatte. Im Vergleich zu anderen „Ärztetage“ gab es weiterhin die Atmosphäre, einer „besonderen“ Arztgruppe anzugehören, die sehr viel Wert auf lebendigen Austausch, direkte Kommunikation, persönlichen Kontakt statt Anonymität auch in Fragen der Berufspolitik und der Weiterentwicklung unseres Faches legte. Und da waren immer auch besondere Persönlichkeiten, die eine lange Geschichte des Wachstums und der Entfaltung kinder- und jugendpsychiatrischer Strukturen in Deutschland miterlebt, mitgeformt und mitdurchlitten haben.

An eine solche Persönlichkeit erinnern wir heute in diesem Heft: Stefan Kette war vielschichtig wie unser Fach, Streitbar und warmherzig, engagiert und kreativ. Und er liebte den direkten persönlichen Kontakt, arbeitete direkt von Anfang an (wie inzwischen über zwei Drittel aller kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen in Deutschland) in einem interdisziplinären Team.

Wir alle spüren, dass auch „nach Corona“ etwas in unseren Begegnungen anders werden wird. Wir werden öfter als bislang auch mit unseren Patient\*innen über Videosprechstunden kommunizieren. Wir werden an Fortbildungen,

Tagungen, Konferenzen per Bildschirm teilnehmen und auf lange Anreisen, aber auch den Plausch beim Kaffee zwischen den Sachblöcken verzichten. Wir werden anders miteinander reden, als wenn wir in einem Raum zusammen sind, alle Körperbewegungen subliminal wahrnehmen und auch unbewusst entscheiden, ob wir den anderen „riechen können“. Aber wir werden wohl auch eben diese persönliche Begegnung anders wertschätzen und wohl auch verteidigen.

Petra Stemplinger führt uns in ihrem Beitrag vor Augen, dass reduktionistische „Wissenschaftlichkeit“ nicht nur unser Fach entkernt, sondern auch uns als Person: „In die Atmosphäre des Lebendigen und des Seelischen sind wir hineingeboren.“ – damit weist sie uns darauf hin, dass wir unsere Heilkunst eben nicht an Apps und Algorithmen abgeben können, dass „Doktor Google“ keine Kinder- und Jugendpsychiaterin und -psychotherapeutin ist und sein kann. Und dass wir in unserem Fach lebendig zusammenarbeiten müssen – zusammen mit unseren Patient\*innen, zusammen mit den Eltern und Sorgeberechtigten, mit unseren Kolleg\*innen (ambulant und stationär), mit Schulen und Jugendhilfe, ...

In diesem Heft gibt es viele Rückblicke, die von Ausblicken gefolgt werden, als wäre allen Autor\*innen bewusst, dass wir gerade eine Zeitenwende erleben, in der wir uns zunächst der Vergangenheit versichern, bevor wir uns den Herausforderungen einer dicht immanent spürbaren Zukunft stellen. So geht es auch um die Anforderungen, Kinder- und Jugendpsychiatrie weiterhin nicht-reduktionistisch in einer vernetzten Welt zu praktizieren. Eine wichtige Herausforderung wird dabei die synergistische Zusammenarbeit mit Kolleg\*innen in anderen Strukturen sein. Aktuell wird gerade der zweite Teil des im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführten „Dialogprojektes“ zur Zukunft der Kinder- und Jugendpsychiatrie abgeschlossen. Aus der bereits vor zwei Jahren erstellten Ist-Analyse werden nunmehr Handlungsempfehlungen für eine Weiterentwicklung der Versorgung von psychisch kranken Kindern entwickelt. Und es sollte niemanden überraschen, dass der Schwerpunkt dabei auf Kooperation und Vernetzung liegt.

Die ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist erwachsen geworden. In den zu Beginn dieses Artikels und im Rückblick auf das *forum* vor 25 Jahren am Ende dieses Heftes beschriebenen frühen Zeiten ging es noch darum, sich fachlich von Pädiatrie, Erwachsenenpsychiatrie und Psychologie abzugrenzen, sich aus der Krankenhauspsychiatrie herauszuentwickeln und sich in einem Wettbewerbsumfeld der vertragsärztlichen Versor-

gung zu behaupten. Nicht zuletzt ging es auch um angemessene Honorare, nachdem jahrelang Kinder- und Jugendpsychiater\*innen das Schlusslicht der ärztlichen Honorarstatistik darstellten.

Inzwischen sind die Strukturen der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Gesundheitspolitik bekannt und anerkannt, als modellhaft werden sie weiterhin studiert und kopiert, wenn es um die Belange benachbarter Fächer und Sektoren geht. Wir würden allerdings genau diesen Nimbus des Modellhaften verlieren, wenn wir uns nun nur noch mit dem Verteidigen des Erzielten beschäftigen würden. Unser „Modell“ sollte weiterhin die Veränderungsbereitschaft und die Veränderungsfähigkeit sein, die ja auch bei unseren Therapien mit unseren jungen Patientinnen und Patienten und deren Familien unsere besten Verbündeten sind. Wir gelten nicht zu Unrecht als die „Könige der Vernetzung“ in allen ärztlichen und therapeutischen Fächern, mit diesem Pfund müssen wir weiter wuchern. Als Experten dafür, wie ambulante Therapie kooperativ, multidisziplinär und partizipatorisch strukturiert werden kann, darf uns niemand etwas vormachen, sonst würden wir bzw. unsere Strukturen rasch überflüssig.

Corona, wie wir die SARS-CoV-2-Pandemie beim Vornamen rufen, nimmt uns vielfältig das direkte Erleben von Gemeinsamkeit und macht uns den Wert des (auch körperlich) Sozialen in unseren Einsamkeiten deutlich. Einige reagieren mit Verleugnung, Abwehr, Egoismen, schießen quer, weil sich doch nichts ändern soll und ändern gerade dadurch für viele alles, indem sie Infektionszahlen steigen lassen, Todesopfer in Kauf nehmen und dadurch genau die Maßnahmen verlängern, die sie ablehnen. Die meisten allerdings scheinen Vernunft, Mitgefühl, Rücksichtnahme und Gemeinsamkeit gerade durch die Herausforderung der pandemischen Bedrohung in besonderem Maße und sogar auf einer Metaebene wahrzunehmen und Tag für Tag zu praktizieren.

Die Maske demaskiert, was uns als Menschen wichtig ist. Ich wünsche uns eine Weiterentwicklung zu mehr Miteinander und Mitmenschlichkeit, auch wenn dieser Virus hoffentlich im kommenden Jahr seinen Schrecken für die Krone der Schöpfung verloren haben wird.

*Maik Herberhold*

## Erinnerungen an Dr. med. Stefan Kette

*geb. 20.02.1942, in Hirschberg  
gest. 06.08.2019 in Bremen*

*Christian K. D. Moik & Andrea Schneider*

*„Er war ein Mann, nehmt alles nur in allem,  
ich werde nimmer seinesgleichen sehn.“  
(William Shakespeare: „Hamlet.“ I/2)*

Unsere Kollegin Frau Dr. med. Dipl.-Psych. Andrea Schneider hat uns eine Würdigung des schon vor längerem verstorbenen Kollegen Dr. Stefan Kette zukommen lassen, in der sie ihn zu Recht als einen der Pioniere der (ambulanten) Kinder- und Jugendpsychiatrie kennzeichnet und die mich persönlich sehr berührt hat.

Mit Dr. med. Stefan Kette verband mich eine Ähnlichkeit unserer Lebenswege und eine kollegiale Freundschaft, die überraschend und viel zu früh beendet wurde. Wir sehen unseren Verband auch als eine Art Weggemeinschaft, deshalb seien einige persönliche Reminiszenzen erlaubt:

Beide sind wir im Krieg und in Schlesien geboren. Mein Vater und seine Mutter wurden zur vorletzten Jahrhundertwende 1899/1900 geboren. Beide sind wir mit unseren Familien, jedoch zunächst ohne unsere Väter, vor der heranrückenden Ostfront geflohen, die Familie von Stefan bis Bayern, meine Familie bis ins sächsische Vogtland. Dort waren Flüchtlinge nicht gut gelitten, so dass die Familie von Stefan weiter ins Hessische zog.

Beide absolvierten wir zunächst eine Weiterbildung in Kinderheilkunde einschließlich einer epileptologischen Spezialisierung, erst danach auch in Erwachsenen-Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Und wir leisteten uns im Studium inhaltlich und regional den Blick über den Tellerrand in den Bereich der Psychologie und Philosophie und in andere Länder, außerdem eine Weiterbildung in Psychotherapie/Psychoanalyse.

Selbst die Zahl unserer Kinder ist gleich, und auch unsere Niederlassung fand im selben Jahr statt, 1985.

Die Arbeit des Berufsverbandes hat Stefan mit lebhaftem und kritischem Engagement begleitet und frühzeitig in Bremen das harte Brett „Sozialpsychiatrie“ gebohrt.

Ich verabschiedete mich von Stefan mit den Worten von Bertolt Brecht: „Die Schlechten fürchten seine Klauen, die Guten freuen sich seiner Grazie“ und lasse nun unsere Kollegin seinen Lebensweg detailliert nachzeichnen:

Geboren wurde Stefan Kette in Hirschberg in Niederschlesien. 1944 flüchtete er mit Mutter und Großmutter nach Garmisch. In Bayern fand dann sein Vater nach dem Krieg als Preuße keine Stelle, und die Familie zog nach Bad Homburg.

In seiner Arbeit begleitete ihn das Interesse an Geschichte und Vorgeschieden von Familien, verstärkt durch seine systemische Ausbildung. Im Ruhestand widmete er sich wieder seinen eigenen Ursprüngen.

Nach dem Abitur ging er, ungewöhnlich in dieser Zeit, zu einem mehrmonatigen Entwicklungshilfefaufenthalt nach Sizilien. Er studierte 1965 – 1970 in Frankfurt in der wilden 68er Zeit, hörte Adorno und Habermas im psychoanalytischen Institut. Mit dem „furchtbar“ autoritären Psychiatriedozenten führte er kritische Auseinandersetzungen und war aktiv tätig in der Roten Zelle Medizin.

Seine erste Frau Brigitte lernte er in dieser Zeit kennen, mit der er drei Söhne bekam.

Seine Medizinalassistentenzeit absolvierte er in Berlin. Die Approbation erhielt er 1972. In der Pathologie folgte 1976 die Promotion.

1974 zog er nach Bremen und begann die Weiterbildung in der Pädiatrie. Bei einer mehrwöchigen Fortbildung in London bei den Bobaths besuchte er die Samstagvorlesungen von Anna Freud.

Seit dem 1.9.1977 war er Facharzt der Kinderheilkunde und erweiterte seine somatischen Kenntnisse 1978 – 1979 in der Kinderepileptologie in Kehl-Kork.

Zurück in Bremen zog es ihn dann von der Pädiatrie in die Erwachsenenpsychiatrie, von dort in die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie unter Leitung von Arno Richard, der ihn dann in die Niederlassung schubste. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde er 1983.

Am 2.1. 1985 ließ er sich in Bremen zusammen mit Renate Völcker nieder, eine der ersten kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen in Deutschland, auch schon mit nichtärztlichen Mitarbeitern. Wichtig war ihm immer die Vernetzung mit der Pädiatrie und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

1997 bei einer BKJPP Tagung im lauschigen Bad Liebenzell lernte er Barbara Preiss-Leger kennen und lieben, die damals eine Praxis in Ravensburg hatte. Ab 1999 arbeiteten beide zusammen in einer großen sozialpsychiatrischen Praxis in Bremen-Mitte. Zu der Zeit hatte noch jede Praxis ihr eigenes Budget und Stefan Kette war ein geschickter Verhandler mit der KV.

1985 – 2004 hatte er den Bremer Regionalvorsitz im Berufsverband inne, Stellvertreter war er bis zu seinem Ruhestand 2008. Unvergessen ist sicher vielen die Jahrestagung 2007 in Bremen, die er mit Leidenschaft und Hingabe organisierte. Noch heute zeugen vier Aktenordner von der zweijährigen intensiven Vorbereitung.

Mit Musik und Tanz bereicherte er auch oft die Jahrestagungen. Sein Sinn für das Musische und Schöne ließ ihn in besonderer Weise lebendig sein. Er feierte gern, in der Praxis und in seinem Leben.

Stefan war ein sehr vielseitiger Mensch, offen, kommunikativ, immer sozialmedizinisch und sozialpolitisch interessiert und engagiert. Seit den 80er Jahren war er bei den Ärzten gegen den Atomkrieg aktiv und gestaltete 2013 das Jahrestreffen in Bremen mit. Sein Einsatz für Migrantenfamilien ging bisweilen weit über das normale Maß hinaus. Er war hilfsbereit und gedachte Hierarchien „eher abzuschaffen als einzuhalten“.

Er war auch kämpferisch und konnte seinen Standpunkt vehement vertreten. In der ADHS Diskussion war er Verfechter einer psychotherapeutischen Linie. Bei einem Workshop des BKJPP zu diesem Thema ging es heiß her zwischen Prof. Trott und Stefan Kette zum Thema Medikation oder Psychotherapie als Mittel der Wahl.

2008 ging er in den Ruhestand, den er zunächst mit Islandpferden & Hund, Singen & Musik aktiv verbrachte.

In den letzten Jahren galt sein historisches Interesse dem Boberhaus in Niederschlesien, einer Reformbewegung zwischen den Weltkriegen, durch die seine Mutter (\*1900) geprägt war. Die musische Erziehung und politisch offene Haltung, die sie in diesem Volksbildungshaus selbst erlebt hatte, gab sie an ihn weiter.

Im August 2019 verstarb er nach kurzer schwerer Krankheit.

Mit ihm verliert die Kinder- und Jugendpsychiatrie einen ihrer Pioniere, der immer über den Tellerrand der Medizin schaute, das Leben lieber aktiv als passiv gestaltete und einem humanistischen Ideal folgte.



## Plädoyer für eine Kultur des Fühlens in der Kindertherapie und darüber hinaus

*Petra Stemplinger*

Neulich im hochsommerlich heißen Oberlandesgericht, die RichterInnen schwitzten in ihren Roben und ich schwitzte im Zeugenstand. Ich hatte es geschafft, einvernehmlich mit beiden Eltern, eingeladen und angehört zu werden. Nicht als Sachverständige für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, aber wenigstens als Zeugin. Es war eine Chance, die ich nutzen wollte für das Kind, dessen Not mir deutlich geworden war in der Spieltherapie. Ich versuchte entlang der Fragen der Juristen wesentliche Inhalte aus der Therapie darzustellen. Ich bemühte mich um eine allgemeinverständliche Sprache für komplexe Zusammenhänge: Das Vorschulkind verweigert den Umgang mit dem Kindsvater und zeigt erhebliche Belastungszeichen. Der Kindsmutter wurde angelastet, dem Vater das Kind zu entfremden.

Nach fast zweistündigem Kreuzverhör durch den Senat und die jeweiligen Anwälte der Eltern kamen zuletzt noch Fragen von der hinter mir platzierten sachverständigen Gutachterin, eine kinder- und jugendpsychiatrische Fachkollegin. Ich hoffte im Dialog mit dieser das Wesentliche herausarbeiten zu können.

Ob sie richtig verstanden habe, fragte sie, dass ich die dargestellten Zusammenhänge der Psychodynamik und der Psychopathologie des Kleinkindes nach „meinem Gefühl“ beurteilt hätte.

Nach meinem Gefühl? Was für eine Frage von einer Kollegin!

Gründet sie sich als Gutachterin nicht auf ihrem geschulten Gefühl der psychopathologischen Einschätzung und auf ihren Gegenübertragungsgefühlen? Integriert sie nicht kontinuierlich diese Ebene der Wahrnehmung in ihre Urteilsbildung? Selbst die Ergebnisse unserer psychometrischen Testverfahren sind in ihrer Bedeutsamkeit im Gesamtkontext zu bewerten. Wie macht man das? Ohne Gefühl? Was ist unser Bewertungs- und Beurteilungsmaßstab

in der Wahrnehmung der Innenwelt eines Kleinkindes, wenn nicht das eigene, professionalisierte, Gefühle integrierende Urteilsvermögen als FachärztIn?

Natürlich saß ich im Gerichtssaal als Ärztin, die sich therapeutisch um ein Kleinkind kümmert und nicht als „wissenschaftliche“ Sachverständige. Aber muss man diese Rollen wirklich konträr verstehen und gegeneinander ausspielen? Gibt es nicht eine gemeinsame Ebene des Sachverstandes? Des Dialoges miteinander?

Als Psychotherapeutin übe ich mich kontinuierlich in der Ausbildung und Verfeinerung des Fühlens im Sinne einer tarierten Empathie. Dabei helfen unsere etablierten Qualitätssicherungsinstrumente: Austausch und Kooperation im interdisziplinären Team, Supervision und Selbsterfahrung. Ich übe mich darin, Sympathie- und Antipathieanteile sicher zu identifizieren und herauszuhalten aus Beurteilungsprozessen. Übe mich im Perspektivwechsel (je interdisziplinärer desto lieber) und habe durchaus Freude an der Horizonterweiterung, die sich in der Auseinandersetzung mit widersprüchlichen und konträren Blickwinkeln ergibt. Ich übe mich in wachsamer Wahrnehmung all dessen, was „die Spiegelneuronen“ mir an Zusatzinformationen in jedem Anamnesegespräch oder in Spielbeobachtungen mit Kindern offenbaren. Ich fühle mich ein in Mimik, Gestik, Körpersprache, Intentionalität und Affekte meines Gegenübers, um das, was verbal inhaltlich vermittelt wird, in seiner Bedeutsamkeit gewichten zu können.

Kinder, vor allem Kleinkinder sind Lehrmeister in dieser Kunst. Sie zeigen sich unverstellt, authentisch und offen. Sie offenbaren sich wie ein Buch, wenn man ihr Vertrauen gewonnen hat. Und – sie kalibrieren den Waagebalcken der eigenen Aufrichtigkeit des Fühlens, denn sie spiegeln uns und ahmen uns nach. Sie spiegeln und spielen vor allem auch, was an Unaufrichtigkeit in ihrem Umkreis passiert, lange bevor sie darüber sprechen können.

Erwachsene können zweifellos befangen sein in einer Unaufrichtigkeit ihres Gefühlslebens. Manche Erwachsene haben sich gewohnheitsmäßig eingerichtet in problematischen seelischen „Gleichgewichts“-lagen und Regulationsmustern. Manche können sich nur mit Hilfe ihres Umfeldes aufrecht halten. Manche neigen zu egoistischem Abgrenzen, andere zum altruistischem Aufopfern. Dass wir als Kinder-Psychotherapeuten Zusammenhänge um das Kind herum auch systemisch betrachten und die Eltern mit einladen zur Selbstreflexion, ist doch nur fair dem Kind gegenüber. Gesunde Eltern fragen von selbst nach Rückmeldung und wollen ihr Erziehungsverhalten reflektie-

ren. Sie wollen sich und ihr Verhalten nicht ausklammern aus dem diagnostischen Prozess. Eltern, die Feedback und Fragen an sich selbst kategorisch ablehnen, sind häufig erheblich eingeengt in ihrer Selbstwahrnehmung und ihrem Selbstgefühl. Auch das ist diagnostisch relevant, weil keine gute Erziehungsvoraussetzung.

Eine Kinderseele ist dynamisch eingebunden in die familiären Beziehungen. So wie das Kleinkind aufrecht stehen und balanciert gehen lernt, lernt es in der Interaktion mit seinen Bezugspersonen eigene Gefühle von den Gefühlen der anderen abzugrenzen. Dieser kontinuierliche Entmischungsprozess aus dem Eingebundensein in eine Beziehungshülle der Familie ist vergleichbar einem Geburtsprozess, in dem sich der in der Hülle des Uterus reifende Embryo in derselben physiologisch soweit stabilisiert und kontinuierlich emanzipiert bis er sich entbinden und abnabeln kann. Der körperliche Reifungsvorgang des Kindes hängt von den Umgebungsverhältnissen der Gebärmutter und des mütterlichen Organismus ab. Der seelische Reifungsvorgang hängt an den Nabelschnüren des Vertrauens in die Eltern und deren Umfeld. In ihnen übt und erreicht das Kind die gesetzliche verbrieften Stufen der eigenen Urteils- und Handlungsverantwortung mit 14 und schließlich mit 18 Jahren.

Kindertherapie ist eine Kunst der Einfühlung in dieses Beziehungsgefüge der Eltern-Kind-Triade und darüber hinaus. Ein stetiges Balancieren zwischen Einfühlen und Abgrenzen, zwischen Nähe und Distanz, Mitgehen und Alleine-Gehenlassen nicht nur in der Beziehung zum Kind. Dieses Balancieren lernen und üben wir als Therapeuten in unserer Ausbildung. Natürlich können wir den diagnostischen Blick auf das Kind auch mit psychometrischen Verfahren ergänzen, aber keines unserer Testverfahren kann unsere Ausbildung in psycho-pathologischer und psychodynamischer Befunderhebung als Psychotherapeuten ersetzen. Sie helfen auch wenig in der Einschätzung der Eltern und deren Erziehungshaltung.

Es lag eine unüberhörbare Wertung im Tonfall der sachverständigen Kollegin. Die Botschaft wurde noch unterstrichen durch die Frage, ob ich standardisierte, psychometrische Diagnostik durchgeführt hätte im speziellen Fall.

Allen im Gerichtssaal war klar, dass ich mit diesen Fragen auf meine wissenschaftliche Fundierung und damit auf die Belastbarkeit meiner Darstellungen geprüft werden sollte. Der Denkschluss:

Gefühl = subjektiv = nicht objektiv = unwissenschaftlich!

ist heute das Diktum einer jeden wissenschaftlichen Ausbildung. Eine selbstverständlich gewordene, nicht mehr hinterfragte Säule unserer aufgeklärten Humanwissenschaft. Der Rückzug auf diese Basis unseres Wissenschaftsverständnisses ist natürlich immer möglich und verspricht Sicherheit. Verspielte es aber in dieser Situation nicht eine wesentliche Chance zum Dialog?

Ich denke schon lange und intensiv nach über unser Wissenschaftsverständnis und wie man ob seiner Begrenztheit den Angelegenheiten der Kinderseele gerecht werden kann. Nach zwei Stunden Schwitzen im Gerichtssaal war aber definitiv nicht die Zeit und der Ort für diese Grundsatzdiskussion. Ich bin dennoch dankbar für den Impuls und möchte ihn hier aufgreifen.

Die Wissenschaft erwartet von uns Medizinern ungeachtet des Forschungsgegenstandes - sei er physikalischer, physiologischer oder psychischer Natur - einen dualistisch-verdinglichenden, objektiv-distanzierten Blick auf „die Dinge“. Wir werden nicht müde, uns auf den randomisierten Doppelblindversuch als Goldstandard unserer humanwissenschaftlichen Forschung festzulegen, weil er wie nichts anderes die Objektivität sicher stelle, subjektive Verfälschung eliminiere und belastbare Zahlen liefere. Evidenzbasiert wird ausgespielt gegen eminenzbasiert. Evidenz basiere auf der Objektivität der Zahl, Eminenz basiere auf Glauben und Suggestibilität. Dabei sind Zahlen nicht selten mit Geldsummen assoziiert, Geldgeber mit Interessen und Wissenschaftler mit Interessenkonflikten. Ob diese Interessenkonflikte „gering, moderat oder gravierend“ sind, müssen auch wieder Menschen bewerten. Wir kommen nicht raus aus der Bewertungs- und Beurteilungsverantwortung. Es ist und wird immer der Mensch sein, der forscht und die Bedeutung seiner Forschung bewertet. Das ist auch nicht weiter schlimm. Es sichert unsere Selbstbestimmung als Menschen. Schlimm ist nur, wenn wir uns im Grundsatz darauf festlegen, dass das Generieren von Zahlen und das Abgeben unserer Entscheidungskompetenz an Studien, Rechenmaschinen und Algorithmen einer gefühllosen künstlichen Intelligenz die „besseren“ Menschen und die moralischeren Entscheidungen hervorbringen soll.

Ich persönlich prüfe Forschungsergebnisse an einer inneren Gewissheits-Instanz. Wer von Ihnen macht das nicht?

Während Sie hier lesen, läuft auch Ihr Bewertungssystem mit. Dieser innere Bewerter prüft, ob es die Zeit wert ist, diese Zeilen zu lesen oder besser weiter zu blättern. Jeder muss jeden Moment entscheiden, wem oder was er seine begrenzte Zeit schenkt. Dieses Entscheiden hat (wenn es bewusst werden soll) immer mit Fühlen zu tun. Prüfen Sie es.

„Nicht an das eigene Urteilsvermögen zu glauben, heißt nicht an den Menschen zu glauben.“ So die schwedische Philosophieprofessorin Jonna Bornemark (2020) im Interview mit *gesundheit-aktiv*. Jede/r von uns trifft Entscheidungen gemäß seinem Intuitionsvermögen im Alltag wie in der Praxis. Wir machen das selbst-verständlich. Wir trauen unserem Urteilsvermögen. Wo kämen wir auch hin, wenn wir uns vor jeder Entscheidung in die neusten Studienergebnisse einlesen und dann noch widersprüchliche Ergebnisse verdauen wollten. Wir kennen solche Kontrollzwänge von unseren Klienten. Es ist ein kranker Zustand, wenn man nicht mehr vertrauen kann in das eigene intuitive Urteilsvermögen, sondern ständig kontrollieren muss, ob man alles Wichtige berücksichtigt hat.

Jede neue Erkenntnis sei diese aus einer Studie, einer konkreten Erfahrung am Klienten oder aus einem Erfahrungsbericht wie diesem gewonnen, gilt es in das eigene (per se begrenzte) Weltbild zu integrieren. Die Widersprüche und Widersinnigkeiten, die dabei auftreten, gilt es zu verdauen. Das ist ein eminent menschliches Vermögen, das wir nicht an Statistiken und Algorithmen delegieren sollten.

Zahlen und Daten lassen sich ebenso geduldig generieren wie manipulieren. News können fakenews sein und je weniger ich nachverfolgen kann, von welchem Menschen sie ausgehen, desto schwieriger wird die Beurteilung. Mit big data und big numbers wird heute Politik und Macht gestaltet. Amerikanische Machthaber werden nervös, wenn ihre big data Generatoren google, facebook, amazon von chinesischer big data software wie tic toc Konkurrenz kriegen. In diesen Etagen hat man realisiert, dass Zahlen und Daten Macht bedeuten. Aber auch in der Wissenschaft sind die Verflechtungen mit Geld und Macht kein Geheimnis mehr und wir ringen nach Glaubwürdigkeit und einer Neujustierung unserer Moral als Mediziner (siehe beispielhaft den Diskurs innerhalb der AWMF zum Umgang mit Interessenkonflikten oder das SZ Magazin „Die Ware Wahrheit“, 2018).

Wer als Arzt die Versuchung nicht kennt, eigene monetäre Vorteile als Fortschritt für seine Patienten zu verkaufen, versteht nicht, was ein „in Selbsterfahrung geschultes“ Gefühl ist. Jede materialistische Versuchung, die ich an anderen leicht erkennen kann, ist auch in der eigenen Innenwelt zu finden. Diese Versuchungen dort **nicht** zu identifizieren, erhöhen das Risiko ihnen zu unterliegen.

Ich verstehe mich als Mensch und tariere meine Interessenkonflikte (die ich natürlich habe) in Reflexion und Austausch mit anderen Menschen. Das ist meine Qualitätssicherung und Korrektur in Entscheidungsfragen. Ich finde so zu einer professionellen Haltung. Ich kann in dieser Kunst keine belastbaren Zahlen liefern, aber ich lasse mich und „mein Gefühl“ für die mir anvertrauten Klienten notfalls auch im Zeugenstand von Juristen und Sachverständigen prüfen.

### **Was ist objektiv an einer Kinderseele? Wie kann man ihr wissenschaftlich gerecht werden?**

Was bleibt von einer menschlichen Seele, wenn wir alles Subjektive aus der Betrachtung eliminieren? Ist es dann noch sinnvoll von einem psychischen Befund zu sprechen?

Was passiert mit Menschenseelen, wenn wir sie (bewusst oder unbewusst) in unserer Vorstellung als objektivierbares DING begreifen? Wenn wir sie strickt versachlichen als Nebenprodukt und Epiphänomen des Körpers?

Die kindliche Seele hat noch keine Belastbarkeit, keine Standhaftigkeit, keine Eigenständigkeit, kein Argumente, kein Selbst. Sie kann sich nicht verteidigen im Prüfstand der Justiz. Wer tut das für ein Kind, wenn die Eltern sich wechselseitig des Missbrauchs am Kind beschuldigen und berechtigte Gründe sehen, dem anderen das Kind vorzuenthalten?

Die kindliche Seele ist diesem Misstrauensklima der Familie ausgeliefert und darin gefangen. Es kann sich noch kein eigenständiges Urteil bilden über die wahrgenommenen Verhaltensweisen und Ausbrüche der Eltern gegeneinander. Ein Kind braucht in dieser Situation dringend Schutz und das gesunde Urteilsvermögen mindestens einer einfühlsamen Bezugsperson oder Therapeutin.

Woran lernt die kindliche Seele ihr selbständiges, belastbares, resilientes Selbst aufzurichten? Woran hält es sich fest bis es selber denken und selbstständig urteilen kann? Woran lernt es aufrecht gehen, denken und sprechen? Woran lernt es seine Ansichten und Standpunkte zu behaupten, zu relativieren oder zurückzunehmen? Sich selbstsicher einzuschätzen, seine Innenwelt von der Außenwelt abzugrenzen?

Doch am besten an Erwachsenen, die ihm aufrichtig begegnen. Menschen, die seine kindlichen Gefühle wahrnehmen und spiegeln können und sie nicht mit den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen verwechseln. An Menschen, die das Kind als Wesen mit eigenen Gefühlen und Intentionen anerkennen und eigene Vorstellungen, wie es zu sein hat, zurückstellen können.

Eltern können im Schutzraum der Familie auch willkürlich wie mit einem Ding mit ihren Kindern umgehen. Wer kriegt das schon mit? Wie wird so ein Ding-Kind auffällig und wer erkennt dann, was los ist? Wer schützt es und gibt ihm wieder das Gefühl zurück, ein Mensch zu sein?

Psychotherapeuten üben das Objektivieren und Ausklammern subjektiver Einflüsse bei der Beurteilung eines psychopathologischen Befundes von Berufswegen. Wir Kinderpsychiater und -psychotherapeuten üben es mit Kindern und einige auch mit Kleinkindern. Wir tragen damit ebenso Verantwortung wie Richter, Sachverständige und Eltern. Können wir diese Verantwortung abgeben an nüchterne, objektive Zahlen aus Testergebnissen? Ich meine nein. Wir können aber am jeweiligen Kind zu einer alle professionellen und elterlichen Blickwinkel integrierenden Dialogkultur finden.

Wieso sollte unser Urteilsvermögen als Kinderpsychotherapeuten einer gerichtlichen Beurteilung nicht Stand halten? Sollte ich mich nicht mehr verlassen auf meine therapeutische Ausbildung, auf Supervisionsrunden, auf das kontinuierliche Feedback aus der Beziehungsgestaltung mit dem System der Familie und auf die Korrektur am Heilungsverlauf meiner Klienten?

Die Frage ist doch nicht, ob ich Gefühle integriere in meine Arbeit als Kindertherapeutin, sondern wie ich sie als Diagnostikum kultiviere.

Fragen wir uns also systematisch: Welche Rolle spielt das Fühlen im kindertherapeutischen Handeln?



## Welche Rolle spielt das Fühlen im kindertherapeutischen Handeln?

GutachterInnen aber auch die Arbeitsgruppe Familienrechtliche Gutachten (2020) gehen davon aus, dass eine therapeutische FachkollegIn zwangsläufig befangen ist. Man empfiehlt eine klare Rollentrennung. Diese Trennung ist aber für eine KindertherapeutIn nicht immer durchzuhalten, wenn es z.B. im Verlauf einer Kindertherapie zu gerichtlichen Auseinandersetzungen der Eltern kommt und man die Auswirkungen dieser Auseinandersetzung inklusive Begutachtungen und Verfahren auf das Kind zwangsläufig bezeugt. Man gerät in die gleiche Not wie die Kinder: Sie werden in diesem Prozess nur soweit verstanden, wie der Sachverstand der Beteiligten greift. Ob sie ihre Not mitteilen können, hängt von der Einfühlung der Sachverständigen ab. Wenn diese streng wissenschaftlich objektiv vorgehen, bleibt wesentliches ungehört und unberücksichtigt.

Aus diesem Grund habe ich im Verlauf der letzten Jahre ein therapeutisches Vorgehen entwickelt und systematisiert (Mediation am Kind), welches ich in einem Folgebeitrag im *forum* veröffentlichen und zur Diskussion stellen möchte.

Lassen Sie mich hier dennoch die Frage stellen: Was meint „Befangenheit“, wenn ein Kleinkind in den Spannungen zwischen den Eltern hin und hergerissen und zerrieben wird? Welche Vorstellungen hat man von einer Kindertherapie mit Kleinkindern im toxischen Umfeld misstrauischer Eltern? Wieso empfehlen Gutachter und Gerichte Psychotherapie für das Kleinkind, wenn der Psychotherapeut im Verfahren nicht sinnvoll integriert werden kann?

Für den Genesungsprozess des Kindes ist es zwingend, auf Einvernehmlichkeit beider Elternteile hinzuwirken, d.h. mit beiden Eltern zu arbeiten. Für den Genesungsprozess des Kindes wäre es oft ebenso erforderlich, in Gerichtsverfahren gehört zu werden und eine Rolle zu spielen.

Ich kann nur sagen, dass ich mich als Therapeutin dort positioniere, wo sich das Kleinkind positioniert, denn es sucht instinktiv den spannungsärmsten Ort und es sucht instinktiv eine Vermittlungsposition zwischen den Eltern, wenn es nicht schon schwer verstört ist vom Treiben der Eltern. Ich erfühle den noch erhaltenen Vertrauensraum des Kindes und suche von da aus meine Therapie zu gestalten. Meine Kunst besteht darin, die Instinkte und Impulse des Kleinkindes zu evaluieren. Ich persönlich bin dabei schneller und sicherer, wenn ich ein Kleinkind spielen lasse, als wenn ich testpsychologisch vorgehe. Ich bin primär darauf angewiesen, dass das Kind Vertrauen aufbaut, weil es sich nur dann unverstellt zeigen wird. Eine Ausbildung in klientenzentrierter



Spieltherapie bewährt sich außerordentlich in der Beziehungsgestaltung zum Kleinkind. (siehe Garbe E., Weinberg D. und Schlippe-Weinberger S.)

Mein Therapieraum (Enders und Vollmer 2020) wird von vielen Kindern gespielt und stellt so in seiner Konstellation inzwischen einen standardisierten Bezugsrahmen für meine Beurteilung dar.

Ich sehe an den immer gleichen Knobel-Spielen, ob ein Kind sich gern in Denkaufgaben vertieft, wie lang es dranbleibt, wie es Probleme angeht, wie es denkt und das Gedachte umsetzt. Es erlaubt mir im Vergleich eine grobe Einschätzung seiner praktischen Intelligenz.

Ich habe im Verlauf gelernt, welche Spielsachen prädestiniert sind, Kinder in erlittene Grenzverletzungen zu triggern und deshalb gemieden werden. Ich spüre das blitzschnelle Erschrecken und Abwenden des Kindes von manchen Schubladen und kann unmittelbar helfen, den Schrecken aufzufangen und aufzulösen. Ich kann normales kindliches Explorationsverhalten von gehemmtem, ängstlich eingeschränktem Explorationsverhalten unterscheiden. Ich kann traumatisiertes repetitives Spiel, Täterintrojekte, Hyperarousal sicher identifizieren. In der traumatherapeutischen Diagnostik ist die Spieltherapie mit Kleinkindern aussagekräftig und zielführend. Eine eingehende Beschreibung findet man beispielhaft bei den Autorinnen Garbe E., Weinberg D. und Schlippe-Weinberger S.

Ich weiß aber auch, wo meine Grenzen sind, wo ich unsicher werde in meiner Einschätzung. An diesem Punkt kann ich auf die Verlaufsbeobachtung, auf die sich offenbarende Beziehungsdynamik in Arbeit mit beiden Eltern (getrennt voneinander) und auf die Fremdanamnesen mit weiteren Fachpersonen (Kindergarten, Kinderarzt, Jugendamt etc.) vertrauen.

Beziehungsdynamik und Heilung im Verlauf zu beurteilen ist GutachterInnen kaum möglich. Sie folgen in ihrem Vorgehen juristischen Vorgaben und entsprechen juristischen Fragestellungen in zeitlich begrenzten Abschnitten. Dem Kindertherapeut obliegt es in der Folge, die Auswirkungen von Gutachten und Beschlüssen auf die Eltern und das Kind in den Therapieverlauf zu integrieren. Eine Rückkopplung mit dem Gericht oder dem Gutachter ist dabei nicht vorgesehen. Auch hier wird eine Möglichkeit der Dialogkultur zur wechselseitigen Qualitätssicherung verspielt.

Natürlich kenne ich als Therapeutin das Ringen um eine belastbare diagnostische Einschätzung eines Kleinkindes. Wann immer ich Unsicherheit bemerke, suche ich den Austausch in Supervision oder mit einem interdisziplinären

Kinderschutzteam oder mit Sachbearbeitern des Jugendamtes, welche auch vom Gesetz als „sachverständig“ im Sinne des Kinderschutzes beauftragt sind, zugleich aber keine Möglichkeit haben, eine Vertrauensbeziehung mit dem Kleinkind zu gestalten. Jugendamtsmitarbeiter sind daher in der Regel dankbar für den Austausch und die Rückkopplung mit einer Kindertherapeutin.

Als Therapeutin arbeite ich mit dem Kind und dekliniere meinen Blick auf psychodynamische Zusammenhänge im interdisziplinären Dialog. Das ist auch eine Form der Verobjektivierung durch Versubjektivierung des eigenen Blickwinkels. Sie führt zur Distanzierung von eigenen Lieblingsvorstellungen und Vorurteilen. Eine eingehendere Darstellung meines Vorgehens im Falle hochstrittiger Eltern (*Mediation am Kind*) folgt in der nächsten Ausgabe des *forum*.

### **Zurück in den Gerichtssaal:**

Auch ich wollte mit meinem Beitrag der Justiz eine Urteilsgrundlage schaffen zur Wahrnehmung und Berücksichtigung der Erlebniswelt des Kindes. Der zu fassende Urteilsbeschluss sollte dem Kind und seinen Eltern gerecht werden können, nur so kann man weiter sinnvoll Therapie mit ihm gestalten. Nur so würden sich seine Alpträume und seine Schlafqualität bessern und seine Sprachentwicklung konsolidieren. Keinem Beteiligten im Rechtsstreit sollte Unrecht geschehen, am wenigsten dem schwächsten Glied in der Kette - dem Kind. Für seine seelische Gesundheit und die Aufrichtekraft seines Urteilsvermögens ist es essenziell, **seiner Wahrheit** nahe zu kommen. Das Gericht sollte **Wahrnehmungen des Kindes** unverfälscht durch die Brille einer Therapeutin dargestellt bekommen. Darum habe ich mich bemüht.

### **Zurück zur Wissenschaft ohne Gefühl**

Verfolgen wir den Weg einer objektivierenden, subjektbereinigten Seelenwissenschaft stringent weiter, müssen wir uns in der Tat vom Fühlen verabschieden. Was wird dann aus der Psychotherapie? Was wird aus der therapeutisch-geschulten Empathie, die Kleinkinder und Klienten so dringend brauchen? Das Einfühlungsvermögen des Therapeuten, das sie aufleben und aufatmen lässt aus der Unterdrückung des eigenen Wahrheitsgefühls? Dieses Mitgefühl, für das die Evolution Spiegelneuronen entwickelt hat?

Sich im eigenen Gefühl verstanden zu fühlen, stärkt und nährt das Selbstgefühl und die Selbst-Ständigkeit. Ein Kleinkind braucht genau das, um zu sich zu finden. Aufrichtiges Mitgefühl der Bezugspersonen bestärkt das Vertrauen des Kindes in die eigene Wahrnehmung und das eigene Denken. In diesem Beziehungsprozess konsolidiert sich die Selbst- und Weltwahrnehmung und das eigenständige Urteilsvermögen des Kindes.

Wer abhängig bleibt von manipulierenden Gefühlen der Bezugspersonen, zweifelt und verzweifelt an sich. In der Traumatherapie mit Kleinkindern bemerkt man die Aufrichtung und Befreiung des eigenen Selbstgefühls unmittelbar an ihrem Affekt. Sie entlasten sich im Spiel so unmittelbar, dass sie unbeschwert und fröhlich aus dem Therapiezimmer hüpfen und fragen, wann sie wieder kommen dürfen.

Erlauben Sie mir an diesem Punkt einen Exkurs in die jüngsten Aufdeckungen eines weiteren kinderpornografischen Netzwerkes: <https://www.rundschau-online.de/region/rhein-berg/bergischgladbach/kinderpornografie-netzwerk-spur-zu-landesweiten-missbrauchsfaellen---eine-chronologie-33460824>.

In den Ermittlungen wurde (wieder) deutlich, was in Beratungsstellen zu häuslicher und sexualisierter Gewalt bzw. in Frauenhäusern längst Alltagserfahrung ist: Täter vernetzen sich, Täter pflegen intensiven Austausch über ihr Vorgehen, ihre Sexualpraktiken, ihre Vorsichtsmaßnahmen vor Entdeckung, ihr Agieren im Heimlichen, ihr Auftreten vor Gericht. Sie fühlen keine Skrupel in der Welt ihrer Lust. Sie schaffen sich durch den Austausch in ihrem Netzwerk eine eigene moralische Realität, eine Normalität der Macht über die von ihnen Abhängigen. Meist sind es die eigenen Kinder, Pflege- oder Stiefkinder, die Opfer dieser Täter werden. **„Machtmissbrauch“** ist ein Begriff, dessen Bedeutungsgehalt man nicht erlebt in diesen Kreisen. **Ein Begriff, dem man die Einfühlung verweigert!** So wie man den Kindern die Einfühlung verweigert und sie für die eigenen Bedürfnisse gebraucht. Wie Dinge ohne Gefühle, Rechte und Würde.

Dabei stehen diese Täter im öffentlichen Leben quer durch alle Gesellschaftsschichten. Sie genießen Ansehen und Reputation, tragen Verantwortung, sind intelligent und rhetorisch angepasst an die, außerhalb ihres Netzwerkes, herrschenden Moralvorstellungen. Sie können diese Moralvorstellungen auch bedienen, sie können sich in gutem Licht darstellen, sie können Mitgefühl zeigen und sogar weinen. Der doppelte Boden, die Doppelmoral einer Täterpersönlichkeit ist für Laien nicht zu durchschauen. Wohl aber für einen pro-

fessionellen Kindertherapeuten, der mit dem Kind arbeitet und seine Würde wahrzunehmen und aufzurichten gelernt hat.

Der TV-Film „Die Auserwählten“ zeichnet die Persönlichkeitsmerkmale eines Missbrauchstäters am früheren Leiter der Odenwaldschule verständnisvoll und verständnisvermittelnd nach (<https://www1.wdr.de/fernsehen/fernsehfilm/sendungen/die-auserwaehlten-104.html>)

Ich wünsche allen betroffenen Kindern, die in diesem oder ähnlichen Netzwerken der Macht missbraucht und ausgebeutet werden, dass ihr schwer demoliertes eigenständiges Urteilsvermögen und ihr tief arrodiertes Selbstgefühl nicht erst im Erwachsenenalter rehabilitiert wird. Ich wünsche ihnen, mutige Eltern (i.d.R. Mütter) an der Seite, die durchsetzungsstark sind, das Kind gegen die eigenen Ängste und die Widerstände des Täternetzwerkes einer Diagnostik zuführen. Und ich wünsche mir als Kindertherapeutin sowie allen verantwortlichen RichterInnen, dass wir diese Zusammenhänge richtig erkennen, ohne einer Mutter/ einem Vater unrecht zu tun. Ich gerate in Interessenskonflikte, wenn ich mich als Psychotherapeutin rausnehme aus dieser Verantwortung. Gemeinsam können wir sie tragen.

Missbrauch von Kindern ist eine, bzw. die schlimmste Form der **Gefühlstaubheit** für ihre seelischen Bedürfnisse und ihre psychische Fragilität. Missbrauch egal ob sexualisiert, körperlich oder emotional wirkt zerstörend auf die moralische Aufrichtekraft des Betroffenen.

Dennoch finde ich die dargestellte wissenschaftliche Reduktionstendenz der psychologischen Forschung und Praxis noch dramatischer. Eine Gefühle diskriminierende Einengung der humanwissenschaftlichen Forschung beschneidet das Menschsein und wird es tendenziell immer auf berechenbare Verhaltensweisen reduzieren. Das ist ein bedeutsamer Trend und Tatbestand, der gesamtgesellschaftlich toleriert, als Fortschritt propagiert und dogmatisch-wissenschaftliche Haltung geworden ist. Diese Haltung prägt unsere Normalität und unsere Moralität quer durch alle Gesellschaftsbereiche. Wer **Gefühlstaubheit** in der Kindertherapie toleriert, ja wissenschaftlich fordert, zerstört damit auch unser **Gefühl für Menschenwürde**. Wer nicht mehr an die eigenständige, freie menschlich-moralische Aufrichtigkeit glaubt, gibt sich ab als Mensch. Er hat damit auch keine Chance unaufrichtigen Täterpersönlichkeiten auf die Spur zu kommen oder unterdrückte Kinderseelen aufzurichten.

Ich kenne KollegInnen, die an diesem Punkt abwinken: Bitte keine Grundsatzdiskussion zum Thema Seele! Das führt zu nichts, schlimmstenfalls zurück in vor-aufgeklärte Vorstellungen, Glaubensinhalte oder religiös-esoterisches Gebiet. Sie halten sich lieber stringent an die Dinge, die man festhalten kann. Bevorzugt an den Körper, an dem sich der psychische Apparat manifestiert.

Es ist ein unlautere Beschränkung der Wissenschaft, seelische Phänomene und Bewusstseinsprozesse ursächlich am Körperlichen fest zu machen oder auf diese zu reduzieren. Denken, Fühlen und Handeln gehen mit körperlichen Phänomenen einher, können aber ebenso Einfluss auf den Körper nehmen, wie die Epigenetik beweist. Das Fühlen vermittelt im Wechselspiel zwischen Seele und Körper, zwischen Denken und Handeln.

Eine Befreiung unseres Wissenschaftsverständnisses als Seelenärzte und Seelenforscher aus den Denkgewohnheit und dem Denkdiktat des Materialismus, Objektivismus und Reduktionismus ist möglich ohne dass wir in haltlose Subjektivismen abstürzen und jeglichen Zusammenhalt verlieren. Das Gegenteil ist der Fall.

Seele, Gefühle sind nicht materiell fassbar. Die Seele ist geistiger Natur und trotzdem real erlebbar und selbstverständlich wirksam in Gedanken, Gefühlen und Willensimpulsen. Wir können als Menschen lernen, uns unserem Denken, Fühlen und Handeln erlebend gegenüber zu stellen und so ein unbegrenztes Feld der Selbsterkenntnis und der Selbstoptimierung eröffnen. Genau betrachtet tun wir das längst. Es ist nichts Neues. Es ist nur eine Frage der Bewusstheit und der gesellschaftlichen Verabredung, ob und wie wir es implementieren und pflegen wollen.

Bekennen wir uns zum Fühlen und kultivieren wir es konsequent in Kommunikation und Interdisziplinarität zum Beispiel im praktizierten Kinderschutz, schaffen wir wechselseitige Qualitätskontrollgegebenheiten, die der Lebendigkeit eines gesellschaftlichen Beziehungsgeflechts gerecht werden.

Stellen wir als Kinderpsychotherapeuten unsere Kunst nicht unter das Diktat einer fachfremden Disziplin und verraten sie damit. Fundieren wir sie stattdessen erkenntniswissenschaftlich: Wir üben uns schon lang im aufrechten Balancieren unserer Mitte zwischen Nähe und Distanz durch Selbsterfahrung, Supervision und Intervision. Alle diese Methoden und Praktiken dienen dem

Prozess der Selbstrelativierung und der Selbstentwicklung als Therapeuten. Wir wollen Spiegel und Orientierung sein für (junge) Menschen, so dass sie sich seelisch-geistig an uns spiegeln und zu sich selber finden können. Wir begegnen ihnen (doch hoffentlich) nicht als objektivierende seelenlose Roboter oder mit unseren subjektiven, verschlafenen Sympathie- und Antipathiegefühlen. Wir pflegen und kultivieren (doch hoffentlich) eine innere Haltung der Balance und der Aufrichtigkeit ... oder nicht?

Kleinkinder lernen nicht nur den aufrechten Gang, sondern auch das aufrichtige Denken und das aufrichtige Sprechen an uns Erwachsenen. Was passiert mit Kleinkindern, wenn wir in ihrem Umkreis Unklarheit, Orientierungslosigkeit, Lügen und Unaufrichtigkeit vorleben? Wenn wir nicht wir selber sind, sondern eine Maske unseres Selbst, wenn wir gewohnheitsmäßig eine Rolle spielen oder so tun als ob?

Wenn ich gegenüber meinem Kind die abgeklärte Psychotherapeutin bin und nicht die Mama, rebelliert und protestiert es hoffentlich so lange bis ich mich wieder auf die Suche mache nach mir selbst.

Vielleicht haben wir uns ja als Menschen verloren auf dem Weg? Wer bin ich eigentlich als Mensch? Diese Frage gilt es endlich wieder zu stellen und geisteswissenschaftlich zu fundieren, unseren Kindern zuliebe. Damit sie moralisch Orientierung finden an uns. Mit der Fridays for future Bewegung möchte man meinen, dass wir den Generationenauftrag in Bezug auf die moralische Bildung inzwischen umgekehrt haben. Ich empfehle Greta Thunbergs Rede vor dem UN-Klimagipfel 2019 [www.youtube.com/watch?v=8h3oWyCFPwg](http://www.youtube.com/watch?v=8h3oWyCFPwg)

Wir dürfen diese Fragen nicht länger als Poesie und Romantik diffamieren und ausklammern aus einer wissenschaftlichen Anthropologie. Wir beschämen uns doch selbst mit diesem Reduktionismus. Wir können auch als Psychotherapeuten noch viel besser werden, wenn wir interdisziplinär werden dürfen und müssen mit den Juristen. Im Übrigen fordert das Gesetz genau das in Bezug auf den Kinderschutz.

Aufgeklärte Seelenwissenschaft errichtet die Menschenwürde auf sicherem Boden, satt sie schleichend zu untergraben und schließlich abzugeben an Statistiken und Algorithmen. Kindertherapeuten wollen die Menschenwürde als moralisches Basisgefühl unserer Gesellschaft stabilisieren. Wir sind dabei in bester Gesellschaft mit Kleinkindpädagoginnen und Lehrkräften. Wir sind dafür in einem stetigen Lernprozess mit den Kindern, an den Kindern und für die Kinder. Begegnen wir ihnen aufrichtig, mit Respekt und Würde, schenken wir ihnen damit ihre Gesundheit und was ihnen zusteht von Gesetzes wegen.

### **Zurück zu dem Kleinkind, um das es in der Verhandlung an diesem heißen Sommertag im OLG ging.**

Auch dieses Kind spiegelt die Erwachsenen seines Umfeldes. Es hat noch keinen ausgereiften „Reflexionsapparat“ in seinem ZNS zur Verfügung, der ihm eine Distanzierung ermöglicht und es damit schützt vor unaufrichtigen Vorbildern. Dass es solche in seinem Umfeld gibt, war abzulesen an seinem Spiel.

Man braucht ein intensiv geschultes Einfühlungsvermögen und muss die Ober- und Untertöne der gezeigten Gefühle und Intentionen der Eltern wahrnehmen lernen, wenn man den doppelten Boden unaufrichtiger Persönlichkeiten aufdecken will. Das braucht Professionalität. Die Aufwachmomente für Ungereimtheiten in der Persönlichkeit der Bezugspersonen sind identifizierbar in den Gegenübertragungsgefühlen und im Spiel der Kinder. Sie lassen sich mit Befunden und Beobachtungen in der Regel zu einem schlüssigen Gesamtbild konstruieren.

Gefühle zu integrieren, den subjektiven Blick nicht zu eliminieren, sondern qualifiziert einzubeziehen ist möglich. Es ist nötig, wenn wir Klein- und Vorschulkindern in der Therapie, aber auch in allen Bereichen ihres Lebens (Familie, Erziehung oder Familiengericht) gerecht werden wollen. Aus diesem Grund sind Selbsterfahrungsmodule für Eltern und alle Berufsgruppen, die mit Kinder umgehen, dringend zu fordern.

Wichtig erscheint mir, die Erfahrung der Selbsterfahrung als organischen Prozess der Persönlichkeitsentwicklung verstehen zu lernen. Selbsterfahrung ist erhellend, fördert das Kohärenz- und Gemeinschaftsgefühl, verstärkt das Gefühl innerer Freiheit, Selbstständigkeit und Sinnerfüllung als Mensch.



Die Methode der Selbsterfahrung ist nicht neu, sondern hat Tradition in fast allen therapeutischen Richtungen sowie in zahlreichen Strömungen der Persönlichkeitsentwicklung. Sie wird gepflegt und kultiviert in diversen Methoden wie Selbstmitgefühl (z.B. Neff 2015), der Achtsamkeit (Kabat-Zinn 2008), der Arbeit mit dem inneren Kind (Stahl 2015) und vielen weiteren. Sie ist Inhalt vieler Coachingprogramme und damit praxiserprobt. Eine erkenntnis- und wissenschaftsphilosophische Fundierung dieser weitläufig geübten Praxis ist möglich und dringend nötig.

Gefühle sind nicht materiell fassbar oder beweisbar, auch wenn sie immer mit messbarer Körperchemie einhergehen werden. Es sind Bewusstseinsinhalte der Seele, die mit der Erlebnisrealität unseres Körpers näher in Verbindung stehen als unsere Gedanken. Nicht nur die Verbindung zum eigenen Körper, auch jede andere Bindung zu Menschen, sei sie aversiv oder assoziativ, sympathisch oder antipathisch, ist im Fühlen begründet. Diesem psychophysischen Erlebnisinhalt der Seele kann man sich durch Übung erlebend gegenüberstellen. Dabei bildet sich eine Kompetenz aus, welche durch kein theoretisches Lernen zu vermitteln ist, sondern nur durch die Praxis der Konfrontation mit den eigenen Gefühlen. Sie wäre deshalb als Kernkompetenz für alle Kinderverantwortlichen zu fordern. Ein Üben in Selbsterfahrung befreit aus der Subjektivitätsfalle der unreflektierten und unaufgeklärten Emotionalität und hilft damit zur praktischen Objektivierung unserer Erkenntnisse im Bereich der Bindungswahrnehmung und Bindungsbeurteilung. Sie eröffnet zudem vermittelnde Wege in der Kommunikation.

Affekt- und Bedürfnisdistanzierung, Bindungstoleranz ebenso wie Bindungsverbindlichkeit und -verantwortung sind Forderungen an eine gesunde Erziehungshaltung. Diese Fähigkeiten fundiert und kindgerecht zu praktizieren und sie bei sich und anderen objektivierend wahrzunehmen erfordert eine Schulung. Selbsterfahrung ist dazu adäquat. Sie sollte nicht nur Psychotherapeuten vorbehalten sein, sondern in pädagogische und familiengerichtliche Qualifizierungen integriert werden.

Wer sich gemeinsam mit anderen Menschen daran übt, Gefühle (vor allem auch leidvolle!) in seiner Seele wahrzunehmen, begrifflich zu identifizieren und diese Inhalte im beschützten Rahmen den anderen mitzuteilen, ist auf dem Weg, sich dem Gefühl erlebend gegenüberzustellen. Auf dieser Kultur lässt sich ein geistesgegenwärtiges Bindungs- und Kooperations-orientiertes Miteinander aufbauen, von dem der Kinderschutz maßgeblich abhängt.



„Man muss sich der Idee erlebend gegenüber stellen sonst gerät man unter ihre Knechtschaft.“ Mit diesem Satz aus der Philosophie der Freiheit von Rudolf Steiner (1987) lässt sich die beschriebene Haltung auf den Punkt bringen und zugleich an die geistesgeschichtliche Tradition einer bislang wenig gewürdigten Strömung der Aufklärung (Klünker et al. 2015) anknüpfen. Gedanken, Gefühle, Impulse, Affekte, Beziehungen, Bindungsqualitäten sind allesamt Ideen, d.h. nicht auf physische Phänomene reduzierbar. Die phänomenologische Begründung dieser Haltung in der Selbstreflexion ist bereits Jugendlichen verständlich zu vermitteln (Stemplinger 2016).

Der Bedeutungsgehalt des zitierten Satzes („Man muss sich der Idee erlebend gegenüber stellen sonst gerät man unter ihre Knechtschaft.“) und die Übungsmethode wurde mit Schwerpunkt auf dem Denken von Rudolf Steiner in der Philosophie der Freiheit erkenntniswissenschaftlich ausgearbeitet (seelische Beobachtungsergebnisse nach naturwissenschaftlicher Methode). In Bezug auf das Fühlen pflegen und üben wir diese Methoden einer inneren Distanzierung und Verobjektivierung der eigenen Gefühle in der Tradition der Selbsterfahrung (Schlebusch 2011). Sie ist ein solides Instrument der Selbsterkenntnis, des Selbstmitgefühls und der Selbsterziehung in Richtung einer aufrichtig balancierten Persönlichkeit und Moralität. Dennoch wird die Bedeutung dieses Instrumentes erst umfänglich gewürdigt, wenn wir zu einer wissenschaftlichen Begründung und in Folge zu einer gesellschaftlichen Verabredung über ihre Verbreitung finden. Dass unsere (Klein)Kinder davon eminent abhängen, habe ich versucht darzustellen.

Nelson Mandela, hat als Staatsmann die gesellschaftlichen Implikationen einer Moral, die Kindern gerecht wird und Stand hält, in den Satz geprägt: „Eine Gesellschaft offenbart sich nirgendwo deutlicher als in der Art und Weise, wie sie mit ihren Kindern umgeht. Unser Erfolg muss am Glück und Wohlergehen unserer Kinder gemessen werden, die in einer jeden Gesellschaft die verwundbarsten Bürger und deren größter Reichtum sind.“

Materialistisch-reduzierte Forschungsansätze können per se, dem „Gegenstand“ der Seele und insbesondere der Fragilität der Kinderseele nicht gerecht werden. Es gibt ernstzunehmende, geisteswissenschaftliche Ansätze einer praxisorientierten und praxiserprobten Seelen-Forschung. Dass diese Wege unmittelbar praktisch sind, verstärkt heute noch die Vorbehalte im herrschenden Wissenschaftsverständnis, welches sich daran gewöhnt hat, lebendige

dynamische Zusammenhänge in theoretischen Standardwerten und Standardwerken zu beschreiben, zu objektivieren und damit kontrollierbar zu machen.

Die schwedische Professorin Jonna Bornemark praktiziert die Kunst einer praktischen Erkenntnis für Berufserfahrene in den Studiengängen ihres Lehrstuhls in Stockholm. Mein Weg führte über das Studium der Philosophie der Freiheit von Rudolf Steiner zu gleichen Ergebnissen. Es gibt verschiedene geisteswissenschaftliche Möglichkeiten auf dem Weg zu einer Subjektivierung, die erlebbar abgegrenzt ist von einer gefürchteten Subjektivierung.

Die menschliche Seele ist nicht ein materialistisch objektivierbares Gegenüber, sondern der innere Schauplatz eines persönlichen Lebens (Stemplinger 2016). Dieser Schauplatz ist untrennbar mit einem Umkreis, d.h. mit anderen Menschen und mit der Atmosphäre des Lebens verbunden. Dass diese Erkenntnis nicht mehr nur theoretisch gewusst, sondern praktisch, lebendig erfahren und natürlich kultiviert werden kann und sollte, ist mein Plädoyer. Schwimmen (=Fühlen) lernt man nicht am Beckenrand, man muss sich schon ins Wasser begeben. In die Atmosphäre des Lebendigen und des Seelischen sind wir hineingeboren. Wir müssen also ähnlich einem Fisch, der schon immer im Wasser lebt, uns bewusstwerden, was das wirklich für uns bedeutet. Der Fisch müsste sich dem Wasser erlebend gegenüberstellen können, um zu merken, wie er getragen wird von diesem Element. Was der Fisch nicht kann, können wir als Menschen lernen und üben. Gefühle wie Vertrauen und soziale Wärme sind sozusagen das Wasserelement des Seelischen, in dem ein Kind sich entwickelt. Gefühle machen auch die Verbundenheit mit unserem Körper erlebbar und geben allem sinnlich Wahrgenommenen eine Bedeutungsfärbung, einen unverwechselbar subjektiven Geschmack und Charakter. Das braucht uns nicht abzuschrecken, aber es muss uns Aufforderung sein, über unsere Subjektivität hinauszuwachsen durch interdisziplinäre Dialogkultur.

## Literatur:

*Arbeitsgruppe Familienrechtliche Gutachten* (2020). Mindestanforderungen an die Qualität von Sachverständigengutachten im Kindschaftsrecht (2.Auflage). Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie, 30(2), 90

*AWMF*. Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten bei Leitlinienvorhaben. Online-Dokument [www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/11-entwicklung/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/po-interessenkonflikte/interessenkonflikte.html](http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/11-entwicklung/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/po-interessenkonflikte/interessenkonflikte.html)

- Bornemark, J.* (2020). Wider die „Weltherrschaft der Pedanten“. Online-Dokument [www.gesundheit-aktiv.de/images/Newsletter/05-2020/Interview\\_Jonna\\_Bornemark\\_medi-zin\\_individuell\\_No\\_71.pdf](http://www.gesundheit-aktiv.de/images/Newsletter/05-2020/Interview_Jonna_Bornemark_medi-zin_individuell_No_71.pdf)
- Enders, G.-M., Vollmer, W.* (2020). Spielplätze – Räume für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. 1. Auflage, Köln: KiKT
- Garbe, E.* (2018). Das kindliche Entwicklungstrauma verstehen und bewältigen. 3. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta
- Klünker W.-U., Reiner J., Tolksdorf M., Wiese R.* (2016). Psychologie des Ich. Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben
- Neff, K.* (2012). Selbstmitgefühl. 11. Auflage, Deutsche Erstausgabe, München: kailash
- Schlebusch, P.* (2011). Grundlagen-Aspekte von Selbsterfahrung. In: Sachse R., Fasbender J., Breil J. & Sachse M. (Hrsg.). Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie II, S. 294-322. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Schlippe-Weinberger, S.* (2015). Kindern spielend helfen – Einführung in die Personenzentrierte Spielpsychotherapie. 6. Auflage, Weinheim: Beltz Juventa
- Stahl, S.* (2015). Das Kind in dir muss Heimat finden. 11. Auflage, München: kailash
- Kabat-Zinn, J.* (2008). Zur Besinnung kommen. 3. Auflage, Freiamt: Arbor
- Steiner, R.* (1987). Die Philosophie der Freiheit. 15. Auflage, Dornach: Rudolf Steiner Verlag
- Stemplinger, P.* (2016). Die ich.live Methode – ein psychoedukatives Tool für die psychosomatische und psychotherapeutische Arbeit mit Jugendlichen. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 26(2), 23-37
- Süddeutsche Zeitung Magazin* (20.07.2018). Die Ware Wahrheit.
- Tunberg, G.* (2019). „How dare you!“ – Greta Thunbergs Rede beim UN-Klimagipfel. Online-Dokument [www.youtube.com/watch?v=8h3oWyCFPwg](http://www.youtube.com/watch?v=8h3oWyCFPwg)
- Weinberg, D.* (2010). Psychotherapie mit komplex traumatisierten Kindern. Behandlung von Bindungs- und Gewalttraumata der frühen Kindheit. Stuttgart: Klett-Cotta
- Witzenmann, H.* (1988). Die Philosophie der Freiheit als Grundlage künstlerischen Schaffens, Gideon Spicker Verlag, Arlesheim

**Autorin:**

Petra Stemplinger

Leitung des MVZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH

Grillparzer Str. 9

84036 Landshut

[petra.stemplinger@mvz-kinderkrankenhaus-la.de](mailto:petra.stemplinger@mvz-kinderkrankenhaus-la.de)

## *Zur Diskussion gestellt*

# **Koordinierte und strukturierte Versorgung von komplex psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen**

*Maik Herberhold*

Die Aktion Psychisch Kranke (APK) führt derzeit im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums ein Projekt zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland durch.

Dieses Projekt mit dem Titel „*Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen und der Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland - Entwicklung und Abstimmung von Handlungsempfehlungen*“, kurz *KIJU WE*, schließt an das ebenfalls vom BMG geförderte Projekt „*Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland - Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse*“ an, das 2018 veröffentlicht wurde. In diesem Projekt wurde eine umfassende Analyse der Hilfs- und Versorgungsangebote für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Deutschland geleistet.

Nunmehr sollen konkrete Handlungsempfehlungen entwickelt werden, die insbesondere Problempunkte, die im ersten Projekt identifiziert wurden, aufgreifen. Dabei waren insbesondere zwei Beobachtungen wichtig:

Zum einen zeigt sich eine (auch im europäischen Vergleich) einzigartige und dichte kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung. Zum zweiten ist eine „Ambulantisierung“ der Behandlung zu konstatieren.

Daraus folgert der Bericht:

*„Neben den positiven Aspekten der großen Bandbreite an Versorgungsmöglichkeiten entsteht für die betroffenen Kinder, Jugendlichen und ihre Familien jedoch auch die Problematik von Schnittstellen zwischen den beteiligten Leistungserbringern; Zugangswege zu geeigneten Behandlungsmaßnahmen können z.B. aufgrund von Schnittstellenproblemen erschwert werden. Auch gibt es sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten. Bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten zeigt sich eine hohe Dichte in Ballungsräumen, während auf dem Land die Versorgung eher gering ist. Schnittstellenprobleme und ein Mangel an Verfügbarkeit evidenzbasierter Behandlungsangebote zeigen sich auch bei besonders vulnerablen Gruppen wie zum Beispiel traumatisierten Kindern und Jugendlichen, geflüchteten Kindern, Kindern mit Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in der Vorgeschichte und Kindern aus Hochrisikokonstellationen wie Kinder psychisch kranker Eltern.“ (APK 2018)*

Davon ausgehend fragt sich, wie die gewünschte Weiterentwicklung und Verbesserung der Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sowie bei jungen Erwachsenen und der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen im SGB V und Schnittstellenbereichen erreicht werden kann.

Als Mitglied des Beirates des aktuellen *KIJU WE*-Projektes, wie auch aufgrund meiner Mitarbeit am Vorläuferprojekt sehe ich bereits in der Bezeichnung „Schnittstellenproblematik“ das Grundübel dargestellt. Alle gesundheitspolitischen Aktivitäten beteiligen hauptsächlich sogenannte „Leistungserbringer“ und „Leistungsträger“ („Finanzierer“), die ihre jeweiligen Interessen formulieren, durchsetzen, sich voneinander abgrenzen. In dieser Struktur wird die Patient\*in und ihre Familie zu einer Art Kuchen, der zum wirtschaftlichen Wohle der „Erbringer“ aufgeteilt (zerschnitten) wird. Auch das Bild des Kaukasischen Kreidekreises drängt sich auf.

Das salomonische Urteil (in der Bibel und bei Brecht) dreht hingegen die Sichtweise um: es aktiviert den Grundgedanken „Was ist denn eigentlich für das umstrittene Kind das Beste? Was ist das Kindeswohl?“. Es überwindet die Partikularinteressen und wandelt die Objektivierung in eine Subjektivierung um.

Übertragen auf das Problem einer „Sektor-“ und „Leistungsanbieter-“ übergreifenden Versorgung kann es nur dann zu einer Verbesserung kommen, wenn die vielfältigen Behandlungsangebote nicht in einer Wettbewerbssituation miteinander konkurrieren. Die Patient\*in und ihre Familie muss in den Mittelpunkt rücken und Entscheidungsgewalt bekommen, die Behandler müssen sich von Wettbewerbern zu Helfern und Beratern wandeln können, deren Kooperation im Interesse aller Beteiligten liegt.

Ich stelle deshalb hiermit ein grundsätzliches Modell der koordinierten, patientenzentrierten, intersektoralen Versorgungsstruktur zur Diskussion. Dieses Modell bezieht sich auf Patientinnen und Patienten mit sogenanntem „komplexem Behandlungsbedarf“, d.h. es liegt in der Natur des Problems, dass mehrere Behandler (und ggf. Sozialsysteme) miteinander kooperieren müssen. Dies ist zum Beispiel bei protrahiertem Schulabsentismus, schweren psychischen Störungen mit rezidivierenden Krankenhausaufenthalten, Kindeswohlgefährdung usw. der Fall.

Natürlich sehen wir bei fast allen unseren Patient\*innen die Notwendigkeiten von Kooperation und Vernetzung, denn insbesondere bei Kindern und Jugendlichen wird deutlich, dass „kein Mensch eine Insel“ ist. Aber in der gesundheitspolitischen Realität wäre eine völlige Umstrukturierung der Versorgungslandschaft hin zu grundsätzlich multidisziplinärer, intersektoraler und alle „Sozialgesetzbücher“ und Systeme umfassender Kooperationsbehandlung illusorisch – wahrscheinlich aber auch gar nicht unbedingt wünschenswert, da andererseits oft ja auch „Reduktion von Komplexität“ sinnvoll ist. Der geschützte Raum einer Psychotherapie zum Beispiel sollte vielleicht gar nicht in alle Richtungen „aufgebrochen“ werden, vielleicht ist ja auch manches Mal die „fürsorgliche Belagerung“ durch zu viele hilfreiche Experten in Bezug auf Selbstständigkeit, Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung kontraproduktiv.

Deshalb sieht das hier vorgestellte Modell bewusst sektoral belassene Bereiche vor, in dem allerdings intensivierete Behandlung möglich sein und finanziert werden muss.

Erst wenn diese Behandlungsformen an ihre Grenze stoßen, muss es einen Raum geben, in dem die dann sogenannte „Komplexbehandlung“ organisiert, koordiniert und geplant wird.

Ich schlage als diesen Raum eine „Kooperationskonferenz“, oder bildlicher ausgedrückt: einen Runden Tisch vor. Das Besondere dieses Runden Tisches ist, dass sich die Helfer\*innen, Behandler\*innen, Therapeut\*innen,

Expert\*innen sozusagen um die Patient\*in und ihre Familie versammeln und nicht umeinander. Der partizipatorische Prozess des Runden Tisches ist eher im Sinne einer Beratung der Patient\*in und der Familie zu verstehen, mit der zusätzlichen Aufgabe, zu einem konsentierten Ergebnis zu kommen. Um Überforderungen zu vermeiden, sollten die Patient\*in und die Familie eine Case-Manager\*in ihres Vertrauens bestimmen, die die Kooperationskonferenz organisiert, koordiniert und moderiert. Diese Case-Manager\*in könnte prinzipiell jede Behandler\*in aus jeder Struktur sein (niedergelassene KJPP, Richtlinien-Psychotherapeutin, behandelnde Ärztin in der Institutsambulanz ...). Wichtig wäre nur, dass Patient\*in/Familie und Case-Manager\*in eine vertrauensvolle Dyade bilden, die auch notwendige Kindeswohl- und Kinderschutzaspekte gewährleisten kann.

Partizipation, Konsens, Beratung – ist das nicht allzu idealistisch gedacht, wenn man sich die Realitäten im Bereich des SGB V mit all seinen „Wettbewerbern“, „Leistungserbringern“, Konzernen, Wirtschaftssubjekten anschaut?

Andererseits: wenn Handlungsempfehlungen für eine Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sich weiterhin auf die Bedienung von Partikularinteressen, die Verteidigung hergebrachter „Claims“ und die Schaffung von Leistungsanreizen beschränken würde, würden sie im Spiel der gesundheitspolitischen Kräfte und in den Mühlen der „Selbstverwaltung“ rasch pulverisiert.

Partizipation, Konsens, Beratung – das erfordert von uns Niedergelassenen die selbstbewusste Haltung, inzwischen nicht mehr durch „Nachbarstrukturen“ (wie zum Beispiel Institutsambulanzen oder Sozialpädiatrische Zentren) oder Kolleg\*innen (wie zum Beispiel Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen oder Erwachsenenpsychiater\*innen) in unserer Existenz oder unserem Anteil am ärztlichen Honorartopf bedroht zu sein, wie dies tatsächlich lange Zeit der Fall war. Unser Erfolgsmodell hat zwar einerseits Begehrlichkeiten und Plagiatswünsche geweckt, andererseits waren unsere Strukturen wohl noch nie so unangefochten, weil höchst effizient, wie jetzt – das konnten wir eindrucksvoll in der Bestandsaufnahme des ersten „KIJU-Projektes“ zeigen. Aus dieser Position heraus ergibt sich meines Erachtens die Chance, die eher inhaltlich-fachlichen Ärgernisse unseres Alltages und die Unzufriedenheit mit den Begrenzungen sinnvoller Behandlungs- und Hilfemaßnahmen zum Wohle unserer Patient\*innen anzugehen. Wir sehen doch allzu oft, welche Bedarfe unsere Patient\*innen haben, ohne diese für sie und ihre Familien organisieren zu können. Das gute Gefühl, das leisten zu können, was fachlich



geboten ist, könnte unsere Arbeitszufriedenheit entscheidend erhöhen – unser Vorteil ist überdies, dass wir seit Jahrzehnten multidisziplinäre, teamorientierte Arbeit und mediationsartige Prozesse gewohnt sind.

Nun soll das Modell stichpunktartig dargestellt werden, ich würde mich sehr über Diskussionsbeiträge in den nächsten Ausgaben des *forum* freuen, gerne auch per email an den Verfasser.

### **Voraussetzung:**

Intensivierte multimodale Behandlungsnotwendigkeit mit komplexem Behandlungsbedarf (keine sektortypische Regelbehandlung)

### **Ziele:**

- patienten-/familienzentrierter Ansatz
- prozessorientiertes Vorgehen
- Vermeidung einer Überforderung von Patient\*in/Familie bei der Entscheidung, welche Behandlungsform zielführend erscheint
- Beratungsprozesse der Patient\*in / Familie durch Experten ermöglichen
- unkoordinierten Wettbewerb verschiedener Anbieter im ambulanten Versorgungsbereich vermeiden. Intersektorale Versorgung darf nicht über Leistungsanreize innerhalb eines Sektors organisiert werden. Anreize müssen zur kooperativen Versorgung an der heute noch bestehenden Sektorengrenze gesetzt werden. Brüche an dieser Grenze sind zu vermeiden.
- Ausgehen von den regional bestehenden Leistungsangeboten und deren verlässliche Kooperation stärken. Diesbezüglich die Verbindlichkeit zwischen den Leistungserbringern und die Transparenz über die Prozesspfade für den Patienten verbessern.
- Durch die hier zu treffenden Maßnahmen keine Leistungsanreize für neue Leistungen innerhalb eines Sektor schaffen, sondern Leistungsbedarf konsentiert indizieren, organisieren, erfüllen. Die Kooperation und Koordination als zentrale Weiterentwicklung begreifen.



**Finanzierungsrahmen:**

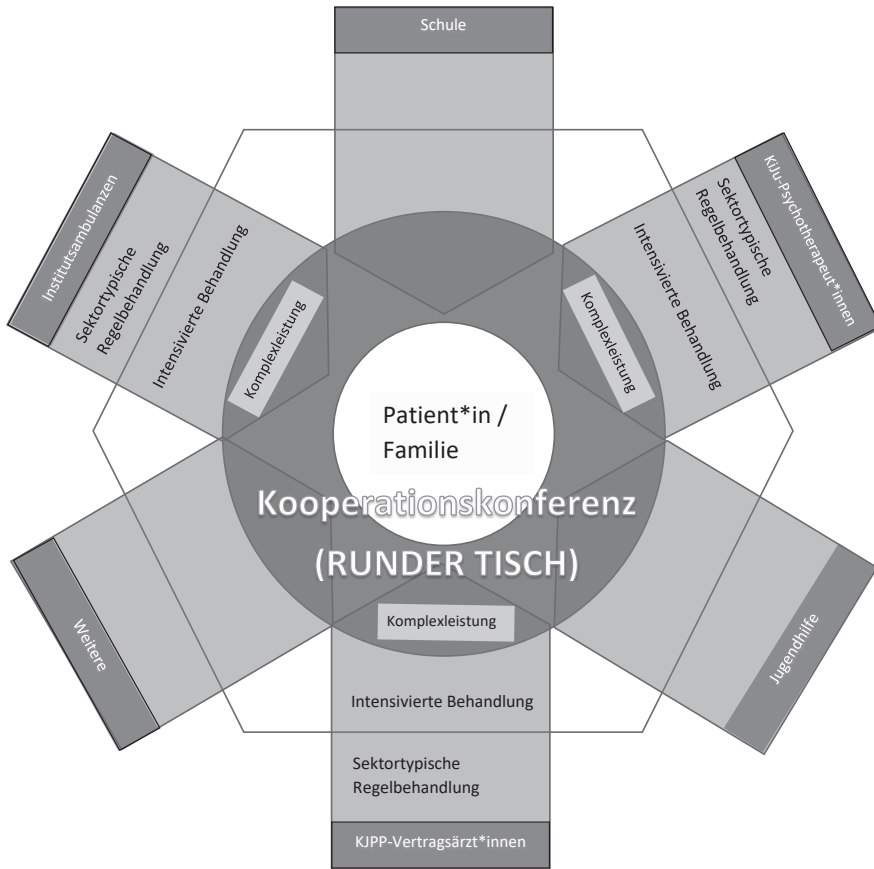
- Regelbehandlung und intensiviert sektorbasierte Intensivbehandlung: Sektorbezogene Finanzierung innerhalb der jetzigen Regelungskreise möglich
- Koordinierte, intersektorale Komplexleistung: eigener Finanzierungstopf, „Kooperationskomplex“

**Struktur:**

Von Patient\*in / Familie ausgehend (patienten-/personenzentrierter Ansatz) entscheidet die von der Familie wesentlich mitbestimmte Case-Manager\*in zusammen mit Patient\*in / Familie, ob eine „Kooperationskonferenz (RUNDER TISCH)“ der mit der Familie arbeitenden Behandler\*innen (ggf. unter Hinzuziehung von Schule, Jugendhilfe und weiteren) angezeigt ist.

Die Kooperationskonferenz ist zum einen der Ort gemeinsamer Absprachen zur weiteren abgestimmten sektoralen Therapieplanung und der Integration nicht-therapeutischer professioneller Bezugspersonen (zB Schule, Jugendhilfe) in die therapeutischen Bemühungen. Zum anderen beurteilt der RUNDE TISCH die Notwendigkeit über die bisherige sektorale Versorgung hinausgehender ambulanter, teilstationärer oder stationärer Komplexleistungen und berät diesbezüglich die Familie/Patient\*in.

Patient\*in/Familie (nicht die Leistungserbringer) entscheiden über die Inanspruchnahme vorgeschlagener Behandlungsformen. Sowohl dieser „Runde Tisch“ als auch daraus entstehende gemeinsam konsentiert komplexe Behandlungsformen werden über einen eigenen Finanzierungstopf („extrasektoral“, „extrabudgetär“) vergütet.



## Literatur

APK (Hg.) (2018). Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland - Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse. Online-Dokument: [www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/KiJu\\_BB-Projektbericht-Final-25.05.19.pdf](http://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/KiJu_BB-Projektbericht-Final-25.05.19.pdf)

APK: Projekt „Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen und der Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland - Entwicklung und Abstimmung von Handlungsempfehlungen“ (KIJU WE). Laufendes Projekt, Online-Dokumentation unter [www.apk-ev.de/projekte/kiju-handlungsempfehlungen/startseite](http://www.apk-ev.de/projekte/kiju-handlungsempfehlungen/startseite)

## Autor:

Dr. med. Maik Herberhold

Hauptstr. 207

44892 Bochum

E-Mail: [herberhold@bkjpp.de](mailto:herberhold@bkjpp.de)

## *Kolumne*

### **ADHS**

#### **Genetik – organische Grundlagen – therapeutische Ansätze Rückblick – aktuelle Situation – Ausblick**

*Klaus-Ulrich Oehler*

Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen haben in den letzten 30 Jahren bezüglich der nosologischen Einordnung und der therapeutischen Möglichkeiten eine enorme Entwicklung genommen.

Ich persönlich habe in den 80er Jahren an der kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik Marburg, die seinerzeit als führend in Deutschland, wenn nicht in ganz Europa galt, unter Herrn Prof. Dr. Dr. Remschmidt meine Facharztausbildung gemacht. Damals waren Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen nicht im Zentrum unseres klinischen wissenschaftlichen Interesses. Wir dachten, dass es sich eher um harmlose Verhaltensauffälligkeiten handelt und dass sich die Problematik mit der Pubertät ohnehin verliert.

Ich erinnere mich noch genau daran, dass Herr Prof. Remschmidt von einer wissenschaftlichen Tagung aus den USA kam und anmahnte, dass wir dieses Krankheitsbild doch ernster nehmen sollen und dass es durchaus Hinweise gebe, dass sich die Problematik mit der Pubertät nicht verliert. Wir haben das seinerzeit unter den Assistenten, Dozenten und auch Oberärzten diskutiert und kamen zu der Meinung, dass wir andere schwere Erkrankungen haben und dass es nicht unser Problem ist, wenn die Amerikaner ihre Kinder nicht erziehen können.

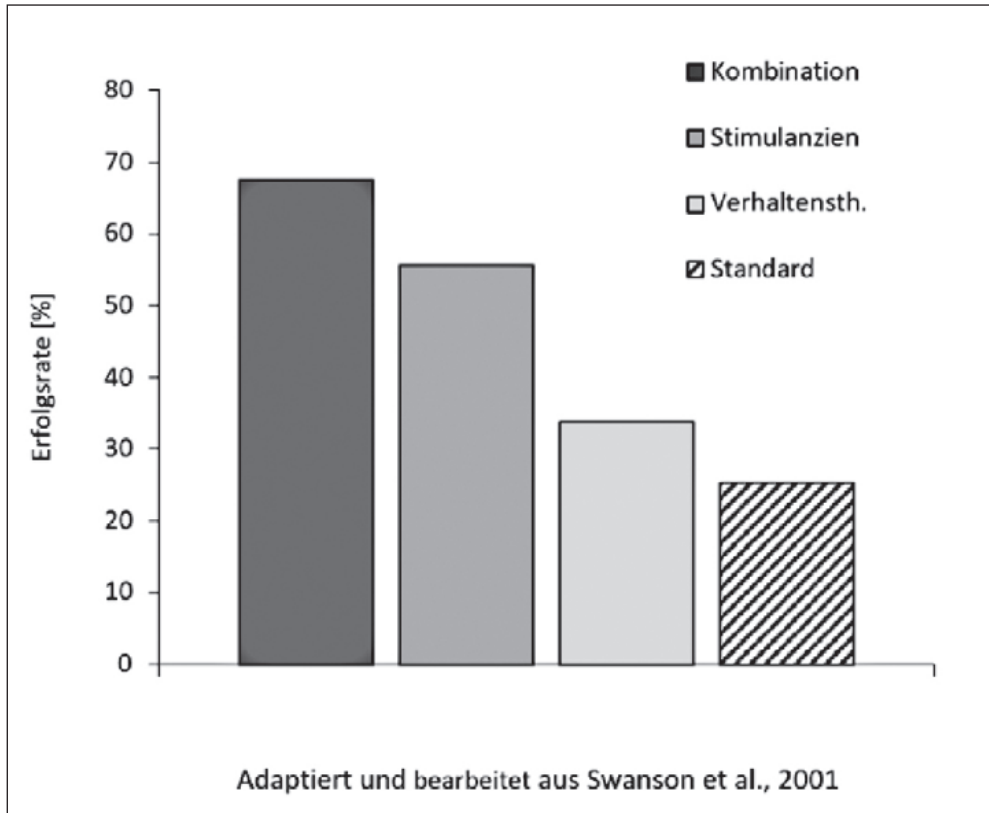
Ich war fünf Jahre in der Klinik und habe retrospektiv einmal nachgeforscht und herausgefunden, dass ich seinerzeit während der fünf Jahre zweimal die Diagnose ADHS entsprechend der ICD 10 F90.0 vergeben habe. Ich bin als Neurologe primär sozialisiert und wollte nach meiner kinder- und jugendpsychiatrischen Zeit eigentlich wieder in die Organ-Medizin zurück. Ich habe daher in Würzburg eine neurologische Schwerpunktpraxis übernommen. Ich

hatte damals noch überlegt, ob ich den Facharzt Kinder- und Jugendpsychiatrie überhaupt an mein Praxisschild heften sollte, da ich der Meinung war, dass man im niedergelassenen Bereich die Kinder- und Jugendpsychiatrie, so wie ich sie in Marburg gelernt hatte, nicht durchführen kann. Ich war dann sehr überrascht, dass das Wartezimmer nur teilweise mit den Patienten, die ich erwartet hatte, nämlich Patienten mit Morbus Parkinson, Epilepsie, peripheren neurologischen Erkrankungen etc. gefüllt war. Die andere Hälfte bestand aus Eltern, die mit ihren Kindern wegen einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung kamen.

Damals habe ich in dem Kontakt mit den Kindern und Eltern erst gespürt, welche Problematik und welches Elend auch manchmal auf den Familien lastete. Ich habe auch sehr bald gemerkt, welche zentrale Rolle die Pharmakologie in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit der Aufmerksamkeitsstörung hat.

Wir haben insgesamt, insbesondere nach Einführung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, immer ein integriertes therapeutisches Konzept angeboten. Wir waren eine der ersten Praxen, die in Deutschland Eltern- und Lehrertraining angeboten haben. Dafür bekamen wir seinerzeit sogar den sog. Moik-Preis. Wir sind dann in der Presse und Öffentlichkeit oft sehr gelobt worden. Der Grundtenor ging jedoch in der Regel dahin, dass alles optimal wäre, wenn wir doch nur auf die pharmakologische Behandlung verzichten würden. Diese war in den 80er und 90er Jahren hochgradig stigmatisiert. Ich persönlich stand mehrfach in der Süddeutschen Zeitung, im Spiegel und im Arzneimittel-Telegramm. Dies betraf jedoch weniger meine ärztliche Leistung, sondern bezog sich auf die angebliche Verharmlosung und unkritische Anwendung von Amphetaminen, insbesondere Methylphenidat.

Auch wenn die emotionalen und kritischen Stimmen bislang nicht verstummt sind, hat sich doch die öffentliche Wahrnehmung nach Veröffentlichung der allgemeinen bekannten MTA-Studie geändert. Es handelte sich bekanntlich um eine vierarmige Studie. Bezüglich der Behandlung von Kindern mit ADHD wurde alleinige Psychotherapie, alleinige Pharmakotherapie mit Methylphenidat, die Kombinationstherapie von Psychotherapie und Pharmakotherapie und eine Placebo-Gruppe untereinander verglichen.

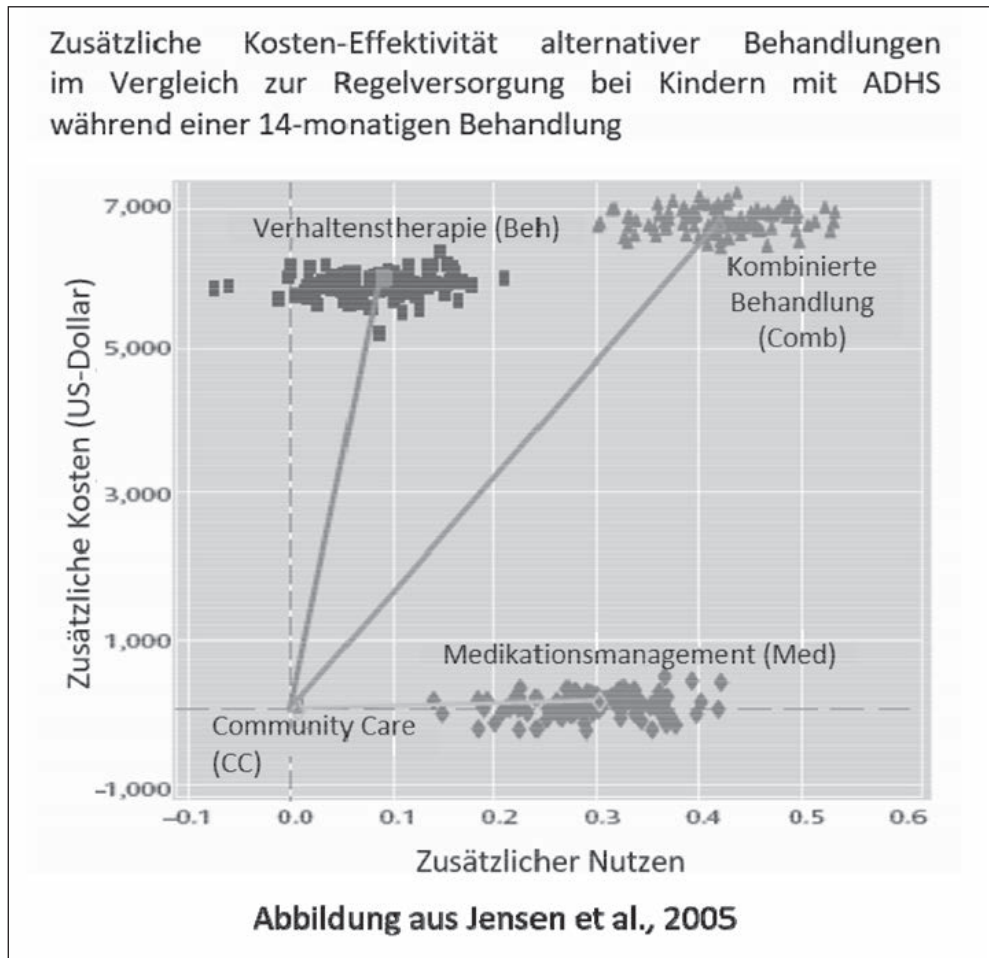


Ich habe 20 Jahre ein medizinisches Studienzentrum geleitet, in dem wir zahlreiche Studien durchgeführt haben. Bei der Prüfung einer vorgelegten Studie in unserem Zentrum ging es immer um die Frage, ob wir genügend Patienten haben, an der Studie teilzunehmen und ob die Studie bezüglich ihrer finanziellen Ausstattung für uns geeignet ist. Darüber hinaus haben wir uns immer die Frage gestellt: Was will der Initiator der Studie eigentlich nachweisen? Wenn mir seinerzeit einer die MTA-Studie vorgelegt hätte, hätte ich gedacht, dass hier mit hoher Intension die Überlegenheit der Psychotherapie belegt werden soll. Es wurde ein psychotherapeutisches Konzept über 14 Monate durchgeführt, das in keinem Gesundheitssystem der Welt bezahlbar wäre. Neben der psychotherapeutischen Einzeltherapie gab es ein Elterntaining und ein Lehrertraining und ein Co-Teaching. Dabei nahm ein Therapeut hochfrequent in der Klasse in der Nähe des Patienten sitzend am Schulunterricht teil.

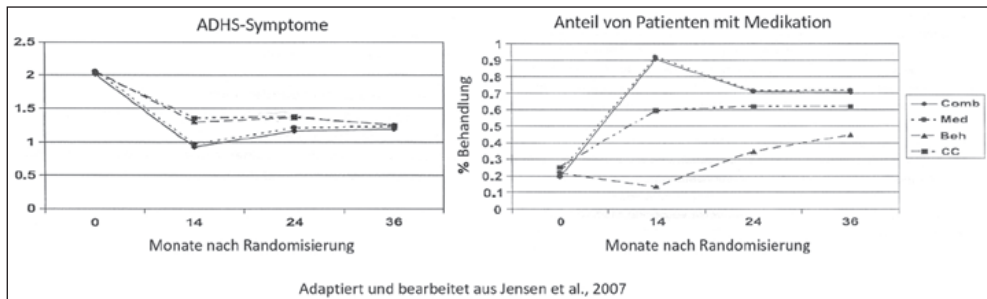
Die Studie wurde aus öffentlichen Mitteln und nicht durch die Pharmaindustrie gesponsert. Das Ergebnis war für alle Beteiligten überraschend. Die rei-

ne Stimulanzien-Behandlung war der Verhaltenstherapie überlegen. Es ergab sich jedoch eine Überlegenheit der Kombinationstherapie gegenüber der reinen Stimulanzien-Therapie.

Bezüglich der Kosteneffektivität zeigte sich, dass die reine Verhaltenstherapie und auch die Kombinationstherapie extrem teuer bei relativ begrenztem Zusatznutzen waren.



Durch diese Ergebnisse hat sich weltweit das Herangehen an die Erkrankung geändert. Eine pharmakologische Behandlung gehört seitdem bei allen seriösen Behandlungen zum therapeutischen Konzept. Es tauchte jedoch alsbald die Frage auf: Gibt es Unterschiede bezüglich des Langzeitverlaufes? Es wurde dann eine Follow-up-Studie nach drei Jahren aufgelegt. Hier wurden die vier Arme wieder verglichen.



Community Care (CC) ist letztlich die Placebo-Gruppe, d. h. sind die Patienten, die ohne Einfluss des Studiendesigns durch das amerikanische Gesundheitssystem liefen.

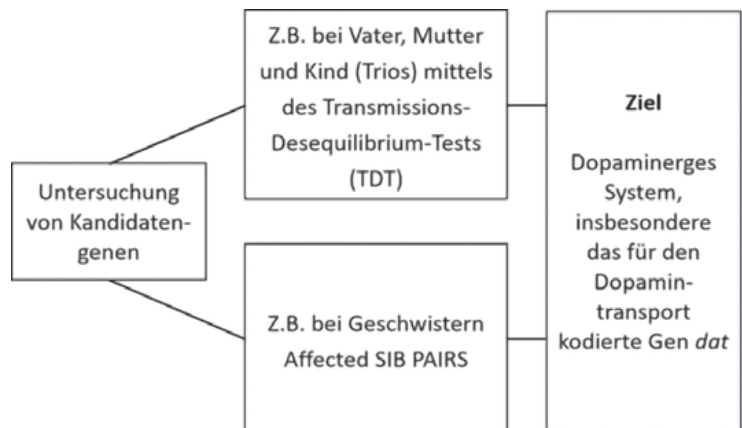
Diese Ergebnisse sind über Jahre hinweg falsch interpretiert worden. Im ersten Moment möchte man denken, dass langfristig wieder alles auf das Gleiche hinausläuft.

Aus der Grafik ist zu erkennen, dass die Patienten, die in der Studie mit Medikation behandelt wurden, also die aus der reinen Medikationsgruppe und die, die Medikation und Psychotherapie bekommen haben, zu einem großen Teil die Medikation nicht weiter genommen haben. Dies mag verschiedene Gründe haben. Man muss bedenken, dass im amerikanischen Gesundheitssystem eine fachärztliche Behandlung und Medikation sehr teuer ist. Aus der MTA-Studie war auch erkennbar, dass die betroffenen Patienten häufig aus der sozialen Unterschicht stammen, so dass das Nichtweiterführen der Medikation auch diesbezüglich verursacht sein könnte. Andererseits haben die Patienten aus der Psychotherapie-Gruppe sich zum großen Teil in fachärztliche Behandlung begeben und nahmen nach Beendigung der Studie eine Medikation, so dass in allen vier Armen kein Unterschied bestand. Das Ergebnis ist nicht dahin zu interpretieren, dass die Medikation nicht wirkt, dass jedoch eine kontinuierliche fortlaufende Medikation erforderlich ist, um die therapeutischen Effekte zu erhalten und zu stabilisieren.

Ein kritischer Ansatz bezüglich der Interpretation der Studiendaten bestand darin, dass in der Kombinationsgruppe (VT + Medikation) eine regelmäßige Medikamenteneinnahme als in der Kontrollgruppe vorgegeben haben könnte. Wenn nahezu täglich ein Kontakt mit einem Therapeuten ist, könnte dies ja zu einer erhöhten Adhärenz führen. Merkwürdig ist, dass die Adhärenzdaten erst 10 Jahre nach der Veröffentlichung der Studiendaten publiziert wurden. Es zeigte sich, dass sich nur eine Gesamt-Adhärenz bezüglich der Medikation von 53,5 % ergab und dass fast ein Viertel der Patienten nicht adhären waren.

## Genetik – organische Grundlagen

Wenn also eine pharmakologische Therapie so effektiv ist, ist es naheliegend, dass Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen eine biologische Grundlage haben. Dieses ist heute in zahlreichen Studien belegt, auch wenn es keine elektroneurophysiologische oder radiologische Untersuchung (MRT, funktionelles MRT etc.) gibt, die ein ADHD beweisen kann, so sind doch Hirnvolumen-Minderungen auf der Basalganglien-Ebene um den präfrontalen Kortex wiederholt beschrieben worden. Interessant ist weiterhin, dass diese Veränderungen im Laufe des Lebens eher zunehmen. Es stellte sich daher die Frage, ob sich eine Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung nicht durch genetische Studien nachweisen lässt. Vom Studiendesign muss man bezüglich der stattgehabten Untersuchungen zwischen Hypothesen-geleiteten versus Hypothesen-freien Assoziationsstudien unterscheiden. Bei den Hypothesen-geleiteten Assoziationsstudien wird familienbasiert das Vorhandensein einer genetischen Verknüpfung zwischen einem genetischen Marker und dem Merkmal ADHS untersucht. Da wir wissen, dass die Symptomatik des ADHS mit einer Funktionsstörung des dopaminergen Systems und insbesondere mit der Verminderung des Dopamin-Transports korreliert, wurden entsprechende Kandidatengene z. B. bei Geschwistern oder z. B. bei Vater, Mutter und Kind (Trios) untersucht.



Bei den Hypothesen-freien Assoziationsstudien gibt es das Problem, dass eine extrem hohe Zahl von Patienten untersucht werden muss. 2019 wurde die RGWAS (Genome wide association study) veröffentlicht. (Discovery of the first genome wide significant risk loci for attention deficient hyperactivity disorder. Dite Demontis et al, Nature genetics volume 51, pages 63-75, 2019).

Aus dieser Studie ergab sich z. B. ein Risiko von 75 % für eine gemeinsame Erkrankung von eineiigen Zwillingen. Es hat sich bestätigt, dass es sich um



eine polygenetische Ätiologie handelt und dass die Entwicklung des ADHS abhängig von der Anzahl der betroffenen Loci ist. Diese 12 gefundenen Loci sind auch für die Konzentrationsschwäche bei Gesunden verantwortlich.

Es bestehen auch positive und negative Korrelationen nicht nur zu Verhaltensauffälligkeiten, sondern auch zu organischen und psychiatrischen Erkrankungen.

Positive Korrelation	zwischen Adipositas und Diabetes mellitus Typ 2 zu antisozialem Verhalten, kognitiven Störungen, Autismus, Schizophrenie, bipolaren Störungen und Depressionen
Negative Korrelation	zu Akzeptanz und Effektivität von Erziehungsfunktionen

Häufig betroffene Chromosomen werden in der folgenden Tabelle dargestellt.

Chromosom 1	hochkomplex und beeinflusst sehr viele Entwicklungsprozesse im Gehirn Veränderungen sind auch mit Intelligenzminderung und einem hohen Schizophrenie-Risiko verbunden
Chromosom 5	Betrifft Lernfunktionen Veränderungen sind mit dem Risiko der Depression, Schizophrenie und Alzheimerdemenz korreliert
Chromosom 7	Synapstenbildung betreffen in erster Linie Sprechen und Lernen
Chromosom 10	Zuständig für Neuronale Plastizität
Chromosom 12	Verantwortlich für die Regulation des Neurotransmitterhaushalts, insbesondere für Dopamin-Regulation
Chromosom 15	Verantwortlich für die Fibroblasten-Bindung und damit die Grundvoraussetzung für die Vernetzung und Plastizität mit Auswirkung auf das Lernen

Diese Erkenntnisse sind nicht rein theoretischer Natur, sondern haben durchaus eine praktische Relevanz. Z. B. ist die negative Assoziation zur Anorexie wichtig. Bei den von uns eingesetzten Medikamenten ist eine Hauptnebenwirkung die Appetitstörung. Wir müssen darauf achten, dass wir unsere jungen

Patienten durch die Medikation nicht einem problematischen Untergewicht aussetzen, da sonst Wachstums- und andere Funktionen beeinträchtigt sind. Wir brauchen jedoch nicht die Angst haben, insbesondere junge Mädchen in eine Anorexie zu treiben, da hier eine negative Assoziation besteht.

Demgegenüber besteht eine positive Assoziation z. B. zu Essstörungen wie Bulimie und Binge-eating-Disorder. Wir wissen, dass die von uns eingesetzten Amphetamine (Methylphenidat und D-Amphetamin) nicht nur eine Appetitunterdrückung haben, sondern es gibt auch nach dem Absetzen sogenannte Rebound-Phänomene. Wir müssen also aufpassen, dass wir mit kurz wirksamen Amphetaminen wie z. B. Methylphenidat durch die Mehrfachgabe am Tag und durch die dann beobachteten Rebound-Phänomene nicht Patientinnen und Patienten in eine der o. g. Essstörungen hineintreiben.

### Therapeutische Ansätze - Einzelpräparate

Es steht uns zurzeit eine Reihe von Medikamenten zur Verfügung. Auf die verschiedenen Methylphenidat-Präparate und auf Atomoxetin möchte ich hier nicht näher eingehen, weil diese uns seit vielen Jahren sehr vertraut sind. Jedoch möchte ich auf einen wesentlichen Unterschied der Präparate bezüglich der Wirkdauer hinweisen.

Substanz	Wirkansatz	Wirkdauer	Zulassung für Kinder ab 6 J.	Zulassung für Erwachsene
Methylphenidat	DA- und NA-Wiederaufnahmehemmung <sup>1</sup>	~3-4h (kurzwirksam) ~6-12h (langwirksam)	Ja	Ja
Ritalin Adult	DA- und NA-Wiederaufnahmehemmung <sup>1</sup>	~ 8h	Ja	Ja
Medikinet Adult		~ 8h		Ja
Equasym Retard		~ 8h		Nein
Concerta		~ 12h		Weiterverordnung

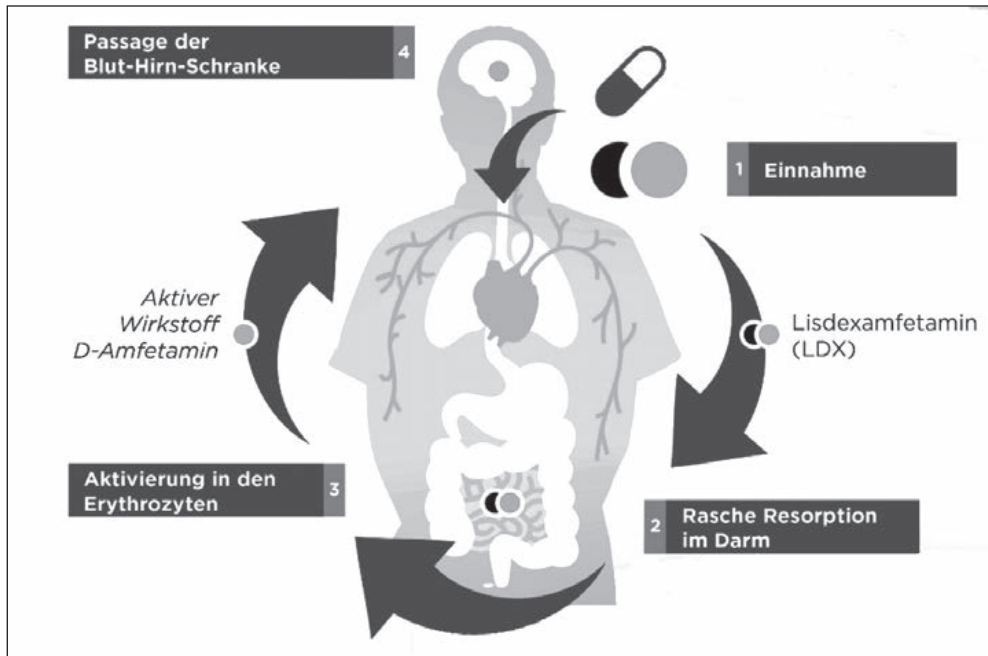
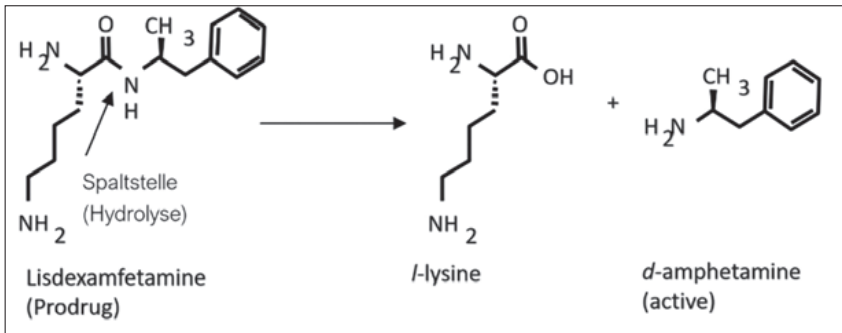
Substanz	Wirkansatz	Wirkdauer	Zulassung für Kinder ab 6 J.	Zulassung für Erwachsene
Dexamfetamin	DA- und NA-Wiederaufnahme-hemmung, verstärkte Neurotransmitter-Freisetzung <sup>1</sup>	bis ~4h	Ja	Nein
Lisdexamfetamin	DA- und NA-Wiederaufnahme-hemmung, verstärkte Neurotransmitter-Freisetzung	bis ~13h	Ja	Weiterver-ordnung*
Atomoxetin	NA-Wiederauf-nahme-hemmung	bis ~24h	Ja	Ja
Guanfacin	Alpha <sub>2A</sub> -adrenerger Rezeptoragonist	bis ~24h	Ja	Nein

Bezüglich der Behandlungsplanung gibt es allgemeine Richtlinien, die auch in den Leitlinien zugrunde gelegt sind. Der Überblick zeigt:

Diagnose	Empfohlene Substanz
ADHS ohne Komorbidität	Initial Stimulanzien
ADHS & komorbide SSV	Initial Stimulanzien
ADHS+ Tics	Stimulanzien, Atomoxetin oder Guanfacin
ADHS+Angst	Stimulanzien oder Atomoxetin
ADHS+Substanzkonsum	Langwirksame Stimulanzien / alternativ Atomo-xetin / Guanfacin

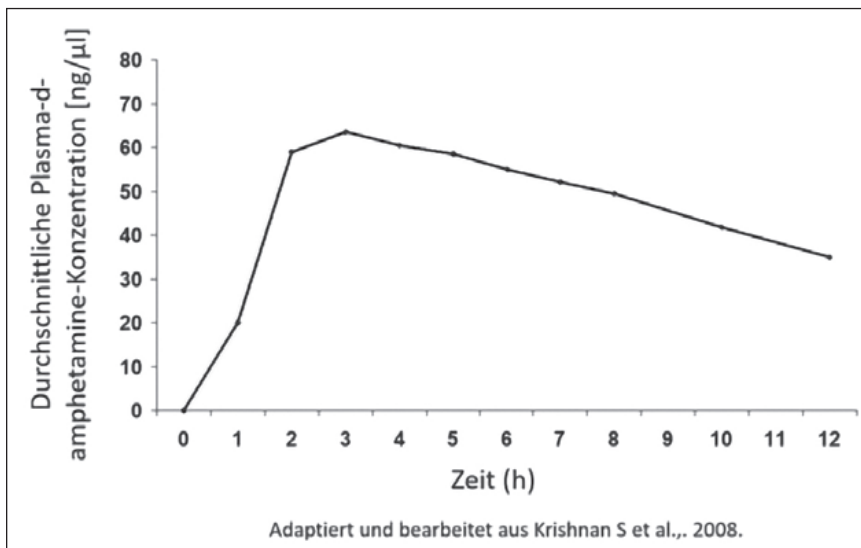
## Lisdexamfetamin

Relativ neu, jedoch auch schon Jahre in unserer klinischen Erprobung ist Lisdexamfetamin. Es handelt sich um reines D-Enantiomer des Amphetamins, welches an Lysin gekoppelt ist. Es wird durch Lysin-Abspaltung in den Erythrozyten aktiviert, wodurch ein Missbrauch weitgehend ausgeschlossen ist.



	Lisdexamphetamin (Elvanse)
Wirkmechanismus	Prodrug durch Lysin-Kopplung Lisdexamphetamin selbst ist inaktiv und wird durch die Lysin-Abspaltung in den Erythrozyten aktiviert.
Pharmakologische Daten	Reines D-Enantiomer des Amphetamins
Vorteil	Längere Wirksamkeit, Sicherheit bezüglich Missbrauch
Dosierung	25 mg Elvanse (Lisdexamphetamin) äquivalent zu 10 mg Dexedrin
Wirkdauer	ca. 12 Stunden
Nebenwirkungen	Dem üblichen Amphetaminspektrum entsprechend

Die Pharmakokinetik ist in der folgenden Abbildung dargestellt.



Klinisch tritt die Wirksamkeit jedoch früher auf, als es diese Kurve denken lässt. Wir rechnen mit einem Eintritt der Wirkung nach 20 Minuten bis einer halben Stunde nach Einnahme und einer Wirkdauer von 12 bis 13 Stunden. Dieses kann wegen der Metabolisierung von Patient zu Patient sehr unter-

schiedlich sein. Es gibt durchaus Patienten, bei denen sich die Wirkdauer bis auf die Hälfte verkürzt oder entsprechend auch verlängert. Auch wenn dies nicht der Zulassungssituation entspricht, sind bei einigen wenigen Patienten Zweimalgaben am Tag durchaus erforderlich und sinnvoll.

## Guanfacin

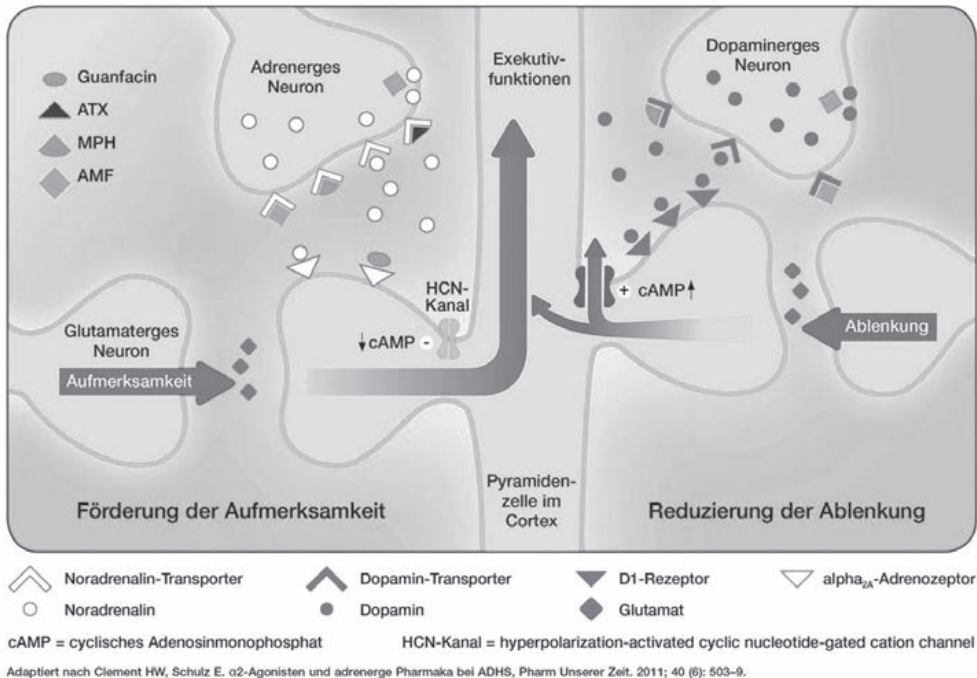
Relativ neu auf dem Markt und zu unserer Verfügung ist Guanfacin.

Dieses ist für Einzel-, aber auch Kombinationstherapie hilfreich, da das Nebenwirkungsspektrum quasi invers zu den Amphetaminen ist, so dass bei einer Kombinationstherapie sich Nebenwirkungen ausgleichen können. Wegen der initialen Müdigkeit ist dieses Medikament auch für die abendliche Gabe sinnvoll. Klinisch wirkt es als Alpha-2-Agonist.

	Guanfacin (Tenex, Intuniv ER)
Wirkmechanismus	Alpha 2a Agonist Aktivierung der Alpha 2a Norepinephrin Autorezeptoren präfrontal
Vorteil	Konzentrationsverbesserung Senkt systolischen und diastolischen Blutdruck Verbessert Angst, Stressreaktionen und Tik's
Dosierung	1-4 mg pro die
Halbwertszeit	17 h Stunden
Nebenwirkungen	Blutdrucksenkung, initial Müdigkeit

Das retardierte Guanfacin, welches uns als Medikament zur Verfügung steht, hat eine extrem lange Wirksamkeit, wie in der obenstehenden Tabelle zu sehen ist.

Für uns im klinischen Alltag ist bedeutsam, dass wir mit diesem Medikament anders denken und vorgehen müssen als bei Methylphenidat und anderen Amphetaminen. Das Medikament ist langsam einzudosieren mit Milligramm-Schritten über eine Woche. Es muss auch genauso langsam wieder abdosiert werden. Medikamentenpausen z. B. am Wochenende etc. sind hochproblema-



tisch. Die Patienten müssen darüber genau aufgeklärt werden, um überflüssige negative Folgen zu vermeiden.

Nachdem wir in den 80er Jahren dachten, dass es ausreicht, die problematische Schulsituation mit einer Medikation zu verbessern, haben wir in den letzten Jahren gelernt, dass das Krankheitsbild über den ganzen Tag hinweg zu erheblichen Schwierigkeiten und Spätfolgen führen kann. So hilfreich die Medikation mit Methylphenidat und Amphetaminen sein mag, so ist doch zu bedenken, dass es erhebliche Rebound-Phänomene gibt. Diese können in der Freizeit hochproblematisch sein. Ich möchte besonders darauf hinweisen, dass es zwar hilfreich sein kann, wenn ein Schüler seine Mathematikarbeit bei voller Konzentration gut abliefern kann. Wenn er jedoch in der Rebound-Situation mit dem Fahrrad nach Hause fährt und einer hohen Unfallgefährdung ausgesetzt ist, ist das hochproblematisch. Wir wissen, dass der Tod durch Unfall im Kinder- und Jugendalter mit Abstand die häufigste Todesursache ist. Auch hat sich gezeigt, dass Komorbiditäten wie Emotionalstörungen, Störungen des Sozialverhaltens etc. in erster Linie durch die ADHS-Problematik in der Freizeitsituation getriggert werden. Es gibt nahezu keinen Lebensbereich, in dem Patienten mit ADHS nicht Probleme haben. Die möglichen Folgen einer unbehandelten ADHS zeigt die folgende Abbildung.





Im Apsward-Kongress in Washington 2018 hat Barkley auf die allgemeinen gesundheitlichen Aspekte hingewiesen. Im Vordergrund steht das Suchtrisiko, jedoch auch das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, für Demenz und auch Krebs.

Durch die Störung der Selbstregulation entsteht eine Beeinträchtigung in allen wesentlichen Altersaktivitäten. Zusammengenommen kann dadurch die Lebenserwartung bei persistierendem ADHS um 20 Jahren, bei Nichtpersistenz um 12 Jahre im Vergleich zur Normalbevölkerung reduziert sein. Damit hat ADHS ein höheres Langzeitrisiko als die meisten bekannten Volkskrankheiten wie Adipositas, Diabetes oder Fettstoffwechselstörung. Barkley wies noch einmal darauf hin, dass das größte aktuelle Problem ein mangelndes Erkennen und eine mangelnde Einsichtigkeit in die Wichtigkeit der Behandlung ist. Insbesondere die Fortführung der Behandlung in das Erwachsenenalter ist von hoher Bedeutung.

Bei Epilepsien ist seit vielen Jahren das Kindling-Phänomen bekannt. Viele Epilepsie-Patienten standen früher einer pharmakologischen Behandlung kritisch gegenüber, da sie die Nebenwirkungen der Medikamente fürchteten. Dieses war insbesondere bei nächtlich auftretenden Anfällen der Fall. Durch moderne Forschung und epidemiologische Studien wissen wir, dass durch die pharmakologische Behandlung nicht nur die aktuelle Symptomatik gebessert wird, sondern auch der weitere Verlauf. Anfälle können sich habituierten, d. h. jeder stattgehabte Anfall bereitet den nächsten vor, so dass die Anfallsfrequenz ohne Medikation stark, manchmal sogar exponentiell zunimmt. Dieses ist darauf zurückzuführen, dass das Krankheitsgeschehen selbst hirnganische Veränderungen bedingt, die den weiteren Verlauf negativ beeinflussen. Ähnliche Phänomene sind bei bipolaren Störungen in Form von strukturellen Defiziten im Hippocampus beschrieben worden. Auch bei Schizophrenien kommt es zu fortschreitenden strukturellen Defiziten im Bereich der Basalganglien,

im Temporallappen und in der präfrontalen Hirnregion. Dabei handelt es sich um fortschreitende Prozesse, die durch eine Medikation wenn nicht gestoppt, so doch aufgehalten werden können. Es stellt sich nun bei Aufmerksamkeitsstörungen die Frage, ob die beschriebenen Volumenänderungen im Basalganglienbereich und im präfrontalen Cortex auch einer ähnlichen Dynamik unterliegen. Dies würde dafürsprechen, eine pharmakologische Behandlung durchzuführen, die den ganzen Tag wirksam ist. Auch werden zunehmend Therapiekonzepte diskutiert, die eine 24-stündige Behandlung präferieren.

### **Ausblick**

Neben den Substanzen wie Atomoxetin und Guanfacin sind zurzeit Substanzen in der Diskussion, die den Dopaminstoffwechsel direkt beeinflussen.

Dieses sind z. B. Mazindol, ein Noradrenalin- und Dopamin-Reuptake-Hemmer, der in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts schon als Appetitzügler eingesetzt wurde und vom Markt genommen wurde, weil die Effektivität nicht ausreichend war, welches für uns eher ein positiver Aspekt ist. Ebenso Datsoralin, ein Dopamin- und Norepinephrin-Reuptake-Hemmer, der ebenfalls Wirkdauern bis zu 50 Stunden hat. Interessant ist auch HLD2, ein Medikament, das abends genommen werden kann und in den frühen Morgenstunden dann verzögert aktiviert wirkt, um die Morgensituation besser zu gestalten. Dieses sind Aspekte, die in der Zukunft auf uns zukommen werden. Zusammenfassend ist zu sagen, dass sich seit den 80er Jahren sehr viel getan hat. Wir wissen sehr viel mehr über die Bedeutsamkeit der pharmakologischen Behandlung und diese kann auch wesentlich differenzierter und effektiver durchgeführt werden.

(Literatur beim Verfasser)

### **Autor:**

Dr. med. Klaus-Ulrich Oehler  
Arzt für Neurologie und Psychiatrie,  
Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie  
Wirsbergstr. 10, 97070 Würzburg  
Tel: 0931 322966, Fax: 0931 3229688  
E-Mail: [praxis@klein-kreienkamp-oehler.de](mailto:praxis@klein-kreienkamp-oehler.de)

## *Kolumne*

### **Forum-BKJPP vor 25 Jahren**

*Christian K. D. Moik*

Auch dieser Geschichtsbeitrag über „Mitgliederrundbrief“ / „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ – IV/1999 könnte wie sonst damit enden, das auch nach 25 Jahren vieles noch wissens- und lesenswert sei!

Aber im Quartalsheft IV/1995 steht sehr viel, das verdeutlicht, wieviel in einem Vierteljahrhundert passieren kann. Diesmal ist es vor allem jüngere Medizingeschichte, wenn wir die Gesundheitspolitik auch der Medizin zu rechnen.

Frau Dr. Christa Schaff beschreibt als stellvertretende Vorsitzende des BKJPP in ihren ersten Mitgliederrundbrief in fast zeitloser Weise die Mühsalen berufspolitischer Arbeit.

So begrüßt sie, dass im neuen EBM, der zum 01.01.1996 in Kraft tritt, „*wir mit Nervenärzten und Psychiatern ein eigenes Kapitel für unsere Ziffern haben werden und andere Fachgruppen unsere Leistungen nicht mehr abrechnen könne.*“

Und sie resümiert: „*Trotzdem bin ich persönlich enttäuscht, denn das, was wir vom Vorstand versucht und angeregt haben, sollte so viel besser werden!*“

Von einer Sitzung der drei KJPP-Verbände mit der KBV, deren „*Stimmung einvernehmlich*“ war, berichtet sie: „*Ich glaubte meinen positiven Eindrücken und wunderte mich ein wenig über die wesentlich zurückhaltendere Freude unserer „alten Hasen“. Die Entwicklung schien getrost abgewartet werden zu können...*“

„*...und lernte, daß Dabeisein die Kunst der Stunde ist: Hätten wir im richtigen Moment nicht aufgepaßt, hätten vielleicht am Ende die Kinderpsychotherapeuten Zugang zu ‘unseren’“ Psychiatrie-Ziffern in der ebenfalls neu konzipierten GOÄ erhalten und wäre das Autogene Training für Kinder womöglich ganz vergessen worden.*“

Sie berichtet, dass in der GFB eine erste Diskussion zu dem geplanten Schwerpunkt Neuropädiatrie stattfand. Leider war das Bemühen um einen Bereich

„Neuropsychiatrie“ innerhalb des Fachgebietes Kinder- und Jugendpsychiatrie letztendlich vergeblich.

Und auch die Berechtigung zur Psychotherapie bei erwachsenen Bezugspersonen wurde nicht erreicht, obwohl die damalige Weiterbildung in Psychotherapie auch bei den Kinder- und Jugendpsychiatern den Erwachsenenbereich mit umfaßte und sich der damalige stellvertretende Vorsitzende der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg Hoppe, dafür ausgesprochen hatte.

Neben dem Blick auf die inhaltlichen Mühsale der berufspolitischen Arbeit, die oft der des Sisyphos gleicht, gewährt der Mitgliederrundbrief von Dr. Christa Schaff und der von Christian Moik auch einen Blick auf den technischen Wandel in den berufspolitischen Arbeitsmöglichkeiten.

Hatte Herr Moik 1988 bei der Übernahme des Vorsitzes von Dr. Reinhard Schydlo als einziges Büroutensil ein Trumm von Kopiergerät geerbt, beschreibt Frau Dr. Schaff, wie ihr Faxgerät unentwegt rattert und ihren Papiervorrat auffrißt.

Für das Rechenprogramm „Planspiel EBM 96“ mit dem sich die zu erwartenden Änderungen des EBM 96 simulieren ließen und das man für 50 DM bei der „Ärztezeitung“ auf Diskette anfordern konnte, waren auf einen IBM-kompatiblen PC mit dem Betriebssystem DOS ab Version 3.3 mindestens 3 Megabyte freier Speicherkapazität nötig. *(Wieviel hat Ihr aktuelles Mobiltelefon?)*

Inhaltlich wurden im „Forum“ zunächst die für uns Kinder- und Jugendpsychiater relevanten Ziffern und Bestimmungen des EBM 96 aufgeführt. Diese ähnelten damals noch weitgehend der GOÄ.

Es folgte eine Beratungshilfe für Eltern bezüglich der Inanspruchnahme von Sozialpsychiatrie und der Entwurf für einen „Schwerpunkt Neuropädiatrie im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ samt einer „Richtlinie über den Inhalt der Weiterbildung“

Neben einer Kurzinformation über Aufgaben und Arbeit der „Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V.“ stellte sich die „Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ mit ihrem Merkblatt vor.

Dr. Reinhard Schydlo berichtete als Vorsitzender über die Delegiertenversammlung der „Section Psychiatrie et Psychotherapie de L’Enfant et L’Adolescent der „Union Européenne des Médecins Spécialistes“.

Dr. med. Dipl.-Psych. Tilman Elliger gab eine „Einführung der Diagnose-Kodierung nach ICD-10 in die vertragsärztliche Versorgung“.

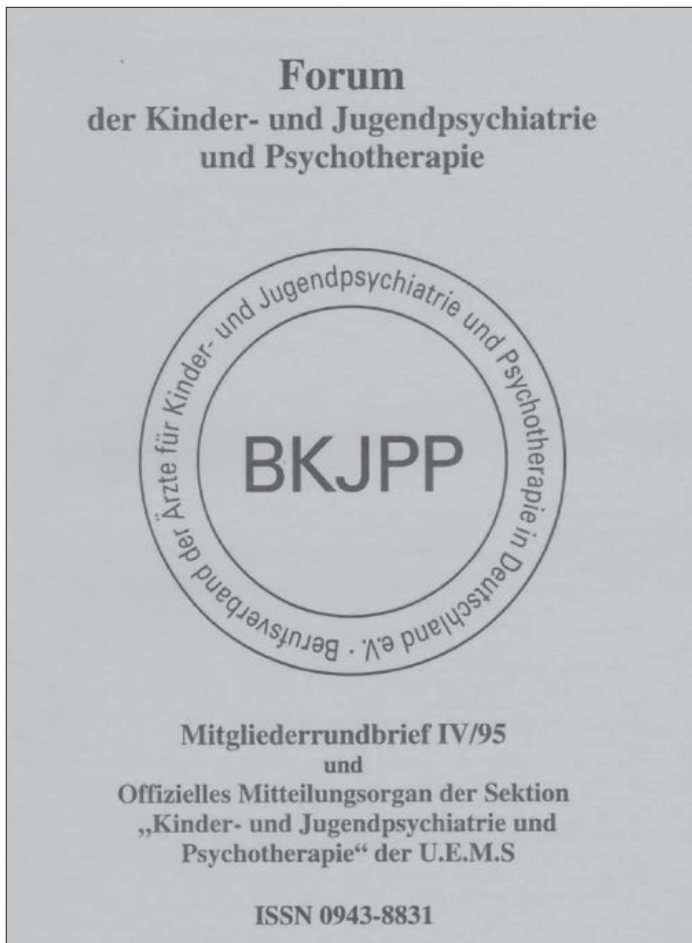
G. Irmisch, F. Häßler, P. Wiechert und L. Langemann, von der Universitätsnervenklinik Rostock diskutierten in ihrem Beitrag „Untersuchungen zum Lipidstoffwechsel bei hyperkinetischen Störungen“ mögliche biochemische Ursachen des HKS, eine Forschungsansatz, der vielleicht in der Vergangenheit nicht intensiv genug verfolgt wurde.

In der Buchbesprechung wurde von Emil Schmalohr „ Klären statt beschuldigen – Beratungspsychologie mit Eltern, Kindern und Lehrern“ vorgestellt.

Was berufspolitisch im Frühjahr 1996 wichtig war und was alles im Forum I/1996 stand, das erfahren Sie im „forum I/2021“.

Bleiben Sie neugierig!

*Christian K. D. Moik*



## Hinweise für Autor\*innen

1. Das Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen. Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, EMail: redaktion-forum@bkjpp.de

2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Die Autor\*in bestätigt und garantiert, dass sie uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an ihrem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Die Autor\*in räumt - und zwar auch zur Verwertung ihres Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Die Autor\*in räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
- das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
- das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
- das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;
- das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

### 3. Manuskriptgestaltung:

- Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autor\*innennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- Vollständige Anschrift der Verfasser\*in bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zur Verfasser\*in bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopfzeile 1,4 cm und Fußzeile 0,6 cm vom Seitenrand.
- Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens der Autor\*in und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rothhaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autor\*innen (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncicrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). Beispiele:

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

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

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



## Impressum

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

Forum Verlag – Aachen

ISSN 1866-6677

### Herausgeber

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

### Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

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

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

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

E-Mail: [redaktion-forum@bkjpp.de](mailto:redaktion-forum@bkjpp.de)

### Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

*Anja Walczak*

Alle Beiträge bitte an: [mail@bkjpp.de](mailto:mail@bkjpp.de)

### Bankverbindung

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank

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

### Gesamtherstellung

Meta Druck, Thomas Didier, Berlin, [didier@metadruck.de](mailto:didier@metadruck.de)

### Verantwortlich für den Anzeigenteil

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

e-mail: [didier@metadruck.de](mailto:didier@metadruck.de), Tel.: 030 / 61 70 21 47

---

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich

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

Jahresabonnement: 46,- € (einschließlich Postversand)

Der Bezug des Forums ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

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

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

Jahresabonnement: 35,- € (einschließlich Postversand)

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

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