

Inhalt

Editorial:

Wie können Kinder- und Jugendpsychiater*innen bei Long Covid und/oder Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom hilfreich sein?
Ingo Spitzcok von Brisinski 2

Chronisches Fatigue-Syndrom, ME/CFS, Long/Post-COVID in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Teil 1: Historisches, Kulturelles, Diagnostik
Ingo Spitzcok von Brisinski 5

Pharmakologie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Teil 2: Psychopharmakologie bei Komorbiditäten des ADHS – Welche Risiken bestehen und wie kann man diese vermindern
Klaus-Ulrich Oehler 32

Erik Homburger Erikson –
 Sein wegweisender Beitrag zur modernen Identitätspsychologie
Peter Conzen 45

Bewältigungsmöglichkeiten berühmter Persönlichkeiten mit psychisch kranken Eltern am Beispiel des Malers René Magritte und des Schriftstellers Amos Oz
Susanne Schlüter-Müller 68

Rechtsfragen

Schweigepflicht und elektronische Patientenakte – Konflikte bei der Behandlung Minderjähriger
Katharina Vogtmeier 79

Aus der Praxis

Inklusion macht Schule
Paula Viehweger, Ute Mendes 96

Assoziation statt Rezension

Shila Behjat: Söhne großziehen als Feministin – Ein Streitgespräch mit mir selbst
Christian K. D. Moik 103

Kolumne

Forum-BKJPP vor 25 Jahren
Christian K. D. Moik 106

Hinweise für Autor*innen 109

Abonnement *forum* 111

Anzeigen 112

Media Daten 118

Impressum 120

*Editorial:***Wie können Kinder- und Jugendpsychiater*innen bei Long Covid und/oder Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom hilfreich sein?**

Vor der Corona-Pandemie spielten diese Diagnosen in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen, Ambulanzen und Kliniken keine nennenswerte Rolle. Auch in anderen Fachgebieten wurde ME/CFS oft nicht diagnostiziert: So hatten in der gemeindebasierten Stichprobe von Jason et al. (2020) nur 5% der Jugendlichen, bei denen ME/CFS im Rahmen der Studie diagnostiziert wurde, diese Diagnose bereits zuvor.

Mittlerweile hat sich jedoch einiges geändert: Im Rahmen von Long Covid (LC), aber auch außerhalb davon werden in kinder- und jugendpsychiatrisch zunehmend Minderjährige mit erheblicher Erschöpfbarkeit vorstellig, durch die sie bedeutsam beeinträchtigt sind bzgl. schulischer Leistungen und körperlicher Aktivitäten. Aufmerksamkeitsstörungen, Schlafstörungen, Muskelschwäche, Lautstärke- und/oder Lichtempfindlichkeit und Schmerzen werden oft beklagt. Kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder als Neben- oder Hauptdiagnosen können vorbestehen.

Im Mai 2024 fand die bisher größte internationale Online-Konferenz zu LC und ME/CFS statt als #UniteToFight2024. Grußworte sprachen oder Vorträge hielten außer Prof. Dr. Karl Lauterbach auch Politiker aus Australien und Kanada, Vertreterinnen der WHO, Betroffene und Angehörige, sowie zahlreiche somatisch Forschende. Unter den Referent*innen waren keine Kinder- und Jugendpsychiater*innen, aber eine psychologische Psychotherapeutin und

drei Erwachsenenpsychiater*innen: Während Bettina Grande zu “Maintaining one’s own identity despite PEM - How can psychotherapy support this?” vortrug, Tom Molmans, selbst betroffen von LC und ME/CFS, zu “Holism done right: addressing psychic trauma in LC and ME/CFS” und Joanneke van der Nagel zu “The Long Covid Toolkit. Empowering people with Long Covid and their caregivers with actionable knowledge and tools”, äußerte Georg Schomerus in seinem Vortrag “Is there a stigma of Long Covid?”, dass es sich nicht um eine psychische Erkrankung handelt. Ob man diesem Statement zustimmen mag, hängt u. a. davon ab, was man unter “psychische Erkrankung” bzw. “mental disorder” versteht. Zumindest liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit keine rein psychogene Störung vor. Dennoch könnten auch bei somatischer Ursache neuropsychiatrische Symptome wie Aufmerksamkeitsstörungen (,brain fog‘), Erschöpfbarkeit (Fatigue, Post-exertionelle Malaise) und Schlafstörungen einer psychiatrischen Diagnose zugeordnet werden, ohne die somatische Genese außen vor zu lassen: Im Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)“ der ICD-10-GM Version 2024 sind u. a. „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)“ zu finden. Die Demenz bei Alzheimer-Krankheit wird hier als F00 kodiert, die zugrunde liegende neurodegenerativen Erkrankung im Kapitel VI „Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)“ unter G30. In ICD-11 ist es genauso: Die Demenz bei Alzheimer-Krankheit ist als 6D80 im Kapitel „06 Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen“ aufgeführt und die zugrunde liegende neurodegenerativen Erkrankung als 8A20 im Kapitel „08 Krankheiten des Nervensystems“. Anders dagegen bei ME/CFS: Während es in ICD-10 dieselbe Symptomatik sowohl als Neurasthenie (F48.0) als auch als Chronisches Fatigue-Syndrom (G93.3) gibt, ist die Neurasthenie in ICD-11 verschwunden. Während bei vielen anderen Störungsbildern monokausaler Reduktionismus überwunden scheint, ist dies bei LC und ME/CFS offenbar nicht mehr der Fall.

Unabhängig davon können Kinder- und Jugendpsychiater*innen hilfreich sein durch Diagnostik und Therapie komorbider und Folgestörungen, wenn sie sich mit LC und ME/CFS gut auskennen, um differentialdiagnostisch richtige Einordnungen zu treffen. Zudem weisen eine Reihe von Studien auf symptomatische Wirksamkeit von Stimulanzien, Guanfacin, Aripiprazol, Naltrexon, Melatonin und weiteren Pharmaka (Spitzcok von Brisinski in Vor-

bereitung) hin, die Kinder- und Jugendpsychiater*innen in der Anwendung vertraut sind. Sind die Minderjährigen nicht selbst betroffen, aber ein (ggf. alleinerziehendes) Elternteil, kann supportive Behandlung der Minderjährigen (Schmitz & Spitzok von Brisinski 2019) ebenfalls hilfreich sein.

Ihr Ingo Spitzok von Brisinski

Literatur

Jason LA, Katz BZ, Sunnquist M, Torres C, Cotler J, Bhatia S. The Prevalence of Pediatric Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome in a Community-Based Sample. *Child Youth Care Forum*. 2020 Aug;49(4):563-579. doi: 10.1007/s10566-019-09543-3

Schmitz A, Spitzok von Brisinski I. Wenn Kinder pflegen – Herausforderungen erkennen und traumatische Folgen verhindern. *Pflegen: palliativ* 2019, 44, 44-46

Chronisches Fatigue-Syndrom, ME/CFS, Long/Post-COVID in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Teil 1: Historisches, Kulturelles, Diagnostik

Ingo Spitzcok von Brisinski

Zusammenfassung:

Auch wenn Long Covid (LC) und Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS) nach aktueller Auffassung somatisch bedingt sind, können kinder- und jugendpsychiatrische Ansätze dennoch hilfreich sein durch sorgfältige Diagnostik und Therapie kinder- und jugendpsychiatrischer komorbider und Folgestörungen, wenn gute Kenntnisse bestehen bezüglich Symptomatik und Verlaufsdynamik von LC und ME/CFS, um differentialdiagnostisch korrekte Entscheidungen zu treffen. Hierzu bietet der vorliegende Beitrag umfassende Informationen bezüglich historischer Entwicklung und kultureller Bewertung sowie zu maßgeblichen Kriterienkatalogen für eine bestmögliche Diagnostik, auch bei Kindern und Jugendlichen. Therapeutische Optionen werden umfänglich in Teil 2 im folgenden Heft dargestellt. Unter anderem weisen eine Reihe von Studien auf symptomatische Wirksamkeit von Stimulanzien, Guanfacin, Aripiprazol, Naltrexon, Melatonin und weiteren Pharmaka hin, die Kinder- und Jugendpsychiater*innen in der Anwendung vertraut sind. Sind die Minderjährigen nicht selbst betroffen, aber ein (ggf. alleinerziehendes) Elternteil, kann supportive Behandlung der Minderjährigen ebenfalls hilfreich sein.

Schlüsselwörter: Neurasthenie, Beard-Syndrom, Behandlung, Diagnostik, Therapie

Chronic fatigue syndrome, ME/CFS, Long/Post-COVID in child and adolescent psychiatry – Part 1: Historical, cultural and diagnostic aspects

Summary:

Even though Long Covid (LC) and Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) are currently considered to be somatic in origin, child and adolescent psychiatric approaches can still be helpful through careful diagnosis and treatment of child and adolescent psychiatric comorbid and secondary disorders if there is good knowledge of the symptoms and course dynamics of LC and ME/CFS in order to make correct differential diagnostic decisions. This article provides comprehensive information on the historical development and cultural evaluation as well as on relevant criteria catalogs for the best possible diagnosis, also in children and adolescents. Therapeutic options are presented in detail in Part 2 of the following issue. Among other things, a number of studies point to the symptomatic efficacy of stimulants, guanfacine, aripiprazole, naltrexone, melatonin and other drugs that are familiar to child and adolescent psychiatrists. If the minors are not affected themselves, but a (possibly single) parent is, supportive treatment of the minors can also be helpful.

Key words: Neurasthenia, Beard syndrome, treatment, diagnostics, therapy

Einleitung

Bei mehreren psychischen Erkrankungen hat sich im Laufe vieler Jahre, Erfahrungen und Forschungsergebnisse herausgestellt, dass sie nicht rein psychogen, also ausschließlich durch innerpsychische und/oder psychosoziale Ursachen entstehen, sondern durch ein Zusammentreffen psychosozialer und organischer/somatischer Aspekte. Andererseits hängen Entstehung und Verlauf vieler somatischer Erkrankungen von zweifellos auch von psychosozialen Faktoren ab. Zudem spielen nicht nur pathogenetische, sondern auch salutogenetische Faktoren (Mittelmark et al. 2022) eine wichtige Rolle. Aktuell scheint es so, als ob bei LC und ME/CFS in der Diskussion unter Wissenschaftler*innen, aber auch in Foren Betroffener und Angehöriger mit einer gewissen Leidenschaft eine rein somatische Genese bevorzugt und demgemäß in den Vordergrund gestellt wird als Verteidigung gegen eine Stigmatisierung. Das mag hinsichtlich nicht ausreichend informierter Laien und Professioneller auf den ersten Blick sinnvoll sein – birgt aber die Gefahr, dass

sinnvolle Aspekte und Hilfen ausgeklammert werden. Ein reduktionistisches Krankheitsverständnis sollte daher auch bei LC und ME/CFS vermieden werden (Erbguth et al. 2023). Die bisherige wissenschaftliche Berichterstattung zu LC und ME/CFS ist offenbar zumindest teilweise – wie zu so manch anderen Themen auch – nicht frei von einem interessen geleiteten Bias (Erbguth et al. 2023, Kepp et al. 2024). Es soll hier weder „das Rad zurückgedreht“, noch sollen „veraltete Sichtweisen wieder aufgewärmt“ werden, dennoch erscheint es sinnvoll, den bisherigen Diskurs zu ME/CFS – ohne Infragestellung wichtiger verursachender somatischer Fakten – zu rekapitulieren, da zahlreiche Darstellungen zum historischen Verlauf offenbar nicht eines stark somatisch orientierten Interesses/Bias‘ entbehren.

Das ‚Interdisziplinäre, kollaborative D-A-CH Konsensus Statement zur Diagnostik und Behandlung von Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom‘ (Hoffmann et al. 2024) konstatiert: „Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS) ist eine schwere, chronische Multisystemerkrankung, die je nach Ausprägung zu erheblichen körperlichen und kognitiven Einschränkungen, zum Verlust der Arbeitsfähigkeit bis hin zur Pflegebedürftigkeit einschließlich künstlicher Ernährung und in sehr schweren Fällen sogar zum Tod führen kann.“

Laut AWMF-S1-Living Guideline Long/Post-COVID (2023) sind Fatigue, Dyspnoe, Leistungs-/Aktivierungseinschränkung, Kopfschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen sowie Riech- und Schmeckstörungen bei Long/Post-COVID „sehr häufig“. Husten, Schlafstörungen, depressive Verstimmung, Angstsymptomatik, PTBS-Symptome, allgemein Schmerzen, verändertes Atemmuster, kognitive Einschränkungen, Zwangshandlungen, Haarausfall und Stress seien „häufig“. Lähmungen und Sensibilitätsstörungen, Schwindel, Übelkeit, Diarrhoe, Appetitverlust, Tinnitus, Ohrenschmerzen, Stimmverlust, Palpitationen und Tachykardie seien dagegen „selten“. Demnach stehen psychische Symptome bei LC im Vordergrund.

Auch wenn neuroimmunologische Ursachen trotz bisher unzureichender Evidenz eine wichtige Rolle in Entstehung und kurativer Therapie spielen mögen, ist ein Ineinandergreifen somatischer und psychosozialer Faktoren mit gegenseitiger Beeinflussung bezüglich Krankheitsverlauf bei differenzierter Analyse bisheriger Publikationen zu ME/CFS nicht auszuschließen.

Trotzdem die Wirksamkeit von Einzel- und Gruppenpsychotherapie bezüglich ME-CFS-Kernsymptomatik bisher nicht ausreichend belegt und teilweise sogar widerlegt ist, gilt dies nicht für die Behandlung komorbider Störungen. Darüber hinaus spielt für den Genesungsprozess das soziale Umfeld, insbesondere die Familie, sowohl hinsichtlich psychosozialer Belastung als auch Unterstützung (Ressourcenaktivierung) ebenfalls eine wichtige Rolle (Gruber 2020), deren Berücksichtigung und gegebenenfalls Verbesserung ebenso Bestandteil kinder- und jugendpsychiatrischer Kernkompetenz ist.

Die Ausführungen zu historischen und kulturellen Aspekten im Folgenden sollen einer verengten Sichtweise entgegenwirken und den Blick weiten auf ein jeweils individuell und dem aktuellen Stand im Behandlungsprozess angepassten möglichst breiten Inventar therapeutischer Interventionsoptionen.

Historisches und Kulturelles

Bereits im Altertum wurde über chronische Erschöpfung berichtet, Terminologie und Erklärungsmodelle änderten sich jedoch im Laufe der Jahrhunderte. Körperliche und seelische Ursachen wurden diskutiert. 1869 prägte der New Yorker Nervenarzt George M. Beard den Begriff „Neurasthenie“. 1880 beschrieb er allgemeines Unwohlsein, Appetitlosigkeit, Verdauungsstörungen, Schwäche, Schmerzen, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen und Abneigung gegen geistige Tätigkeit, im Verlauf auch weitere der heute als typisch benannten Symptome für ME/CS. Ursachen wurden in einem somatischen Krankheitsverständnis als ‚Verarmung der Nervenkraft‘ durch Entphosphorylierung der chemischen Strukturen des Nervs gesehen als auch in einem psychosozialen Krankheitsverständnis in Form belastender Umgebungs- und Arbeitsbedingungen, ‚krankmachendem Hetzen und Jagen‘ der Moderne (Haisch et al. 2018). Weil Beard das Leiden auch auf zivilisatorische Entwicklungen zurückführte, die er besonders in den USA sah, nannte er die Neurasthenie auch „American Nervousness“. Er glaubte, dass Nervenkrankheiten zunehmen, weil moderne Gesellschaften verlangen normale Gefühle zu unterdrücken – auch heute eine der Perspektiven zur (Co-)Genese mancher Erkrankungen. Binswanger publizierte 1896 eine Monografie zur Neurasthenie mit einer Symptombeschreibung, die weitgehend dem heutigen Chronic Fatigue Syndrome (CFS) entspricht (Hausotter 2022).

Anfangs wurde Neurasthenie überwiegend als körperliche Erkrankung gesehen und erhielt zunehmend eine seelische Komponente, nachdem die damals häufigen, zu Erschöpfung führenden schweren Erkrankungen wie Tuberkulose oder Lues seltener wurden. In England und den USA wurden zwischen 1934 und 1957 mehrfach Erkrankungen beschrieben, die mit Schwäche und Fieber, aber ohne neurologische Ausfälle einhergingen. ME/CFS im heutigen Verständnis hat ebenfalls keine objektiv messbaren neurologischen Ausfälle. Damals wurde eine „atypische Poliomyelitis“ diskutiert, da zu jener Zeit die Poliomyelitis im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stand (Hausotter 2022) – analog zu COVID heutzutage. Ähnliche Krankheitssymptome traten auch zwischen 1950 und 1980 epidemieartig auf, was zum Begriff „benigne epidemische myalgische Encephalomyelitis“ führte (Hausotter 2022).

1938 wird in ICD-5 im Kapitel „VI. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane“ unter „andere geistige Störungen“ Neurasthenie ohne weitere Erläuterung erwähnt, ab 1950 in ICD-6 unter 318.3 als „Schwächereaktion, Neurasthenie“ unterteilt in „Nervöse: Schwäche, Erschöpfung, Entkräftung“ einerseits und „Psychogene: Schwäche, allgemeine Müdigkeit“ andererseits. Zu diesem Zeitpunkt wurde demnach unter dem Begriff ‚Neurasthenie‘ differenziert zwischen den Subtypen mit nichtpsychogener und psychogener Pathogenese, während Ende des 19. Jahrhunderts das Konzept ‚Neurasthenie‘ nicht unterteilt in Subtypen, sondern insgesamt sowohl von somatischen als auch psychosozialen Faktoren verursacht verstanden wurde (s. u.). ICD-7 nennt nur den Begriff ‚Neurasthenie‘ ohne weitere Erläuterung oder Differenzierung. In ICD-8 ist Neurasthenie zwar dem Abschnitt „Neurosen, Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien) und andere nichtpsychotische psychische Störungen“ zugeordnet, allerdings sind „Beard‘ Krankheit“ und -Syndrom dort explizit aufgeführt, so dass Beards Konzept somatischer und psychosozialer Ursachen offenbar berücksichtigt wird. ICD-9 nennt wieder nur den Begriff ‚Neurasthenie‘ ohne weitere Erläuterung oder Differenzierung. In ICD-10 wird das Chronische Fatigue-Syndrom (G93.3) erstmals als eigenständige Diagnose losgelöst von der Neurasthenie (F48.0) aufgeführt. Die ehemals integrative (manche Leser*innen mögen vielleicht auch ‚ganzheitliche‘) Sichtweise wurde in eine separierende (manche Autor*innen sehen es als ‚separatistische‘ bzw. ‚reduktionistische‘) überführt. In ICD-11 taucht Neurasthenie nicht mehr auf, was manche so interpretieren, dass psychische Ursachen keine Rolle spielen. Offenbar ist der psychosoziale Anteil verlorengegangen und der neurologische Anteil dominiert. Auch in den USA wurde das Neurasthenie-Konzept zunehmend kritisiert und erhielt immer weniger

Aufmerksamkeit: Ins DSM-II wurde Neurasthenie 1968 als ein Zustand, der durch Schwäche, Müdigkeit, mangelnde Ausdauer und Erschöpfung gekennzeichnet ist, aufgenommen. Im DSM-IV-TR ist die Neurasthenie noch als länger als 6 Monate dauernde undifferenzierte somatoforme Störung (300.82) aufgeführt, ab DSM-5 nicht mehr.

In China und Japan war Neurasthenie in den 1990er Jahren die am häufigsten verwendete psychiatrische Diagnose und ist dort kontinuierlich bis heute in Gebrauch. Ein wichtiger Grund für Neurasthenie als häufige Diagnose in asiatischen Kulturen ist, dass sie als akzeptable medizinische Diagnose gilt, die den Leidensdruck ohne das Stigma einer psychiatrischen Diagnose vermittelt. Gesundheitsexperten, die mit asiatisch-amerikanischen Patient*innen arbeiten, stellen fest, dass viele Patient*innen aus asiatischen Ländern ihre Symptome als Neurasthenie bezeichnen, obwohl sie DSM-Diagnosekriterien anderer Störungen erfüllen (Schwartz 2002) – ob dies auch für G93.3 gilt, bleibt abzuwarten.

Ob psychiatrische Diagnosen unausweichlich zu Stigmatisierung führen und deshalb möglichst vermieden werden sollten, muss hinterfragt werden: Die breite Rezeption von ADHS und Depression in den Medien hat eher zu Entstigmatisierung, besserer Erkennung und Versorgung, und damit zur Verminderung von Leiden geführt, so dass die Idee, psychiatrische Diagnosen sollten möglichst vermieden werden, eher anachronistisch erscheint.

Laut IQWiG (2023) und anderer Quellen sei ME/CFS ab 1969 in ICD-8 aufgenommen worden. Unseres Erachtens entsprechen die in ICD-8 als „inflammatory diseases of central nervous system“ unter 323,00 aufgeführte „Encephalitis postinfectiosa“ und unter 323,08 aufgeführte „Encephalitis, myelitis et encephalomyelitis alia definita“ sowie die anderen unter 323 aufgeführten Subtypen nicht ME/CFS, da weder der Begriff ‚Myalgisch‘ verwendet wird noch Fatigue-bezogene Bezeichnungen Bestandteil der Definition sind. Für die These, dass ME/CFS erst in ICD-10 eingeführt wurde, spricht auch, dass in ICD-9 unter 323.6 „Postinfektiöse Enzephalitis“ definiert ist als „Enzephalitis nach Masern“ (ICD-9 (West) Vierstellige Ausführliche Systematik (VAS) 1979): Die postinfektiöse Masernenzephalitis manifestiert sich am 4.–7. Tag nach Exanthemausbruch mit Kopfschmerzen, Fieber, Bewusstseinsstörung, epileptischen Anfällen und Paresen. Im Liquor können weder Viren noch Antikörper nachgewiesen werden. Die Masern-Einschlusskörper-Enzephalitis (MIBE) tritt überwiegend bei immuninkompetenten Patienten ca. 5 Wochen bis 6 Monate nach der Infektion auf und äußert sich durch Lethargie, Fieber, Schwäche, Dysarthrie, epileptische Anfälle sowie eine progrediente Be-

wusstseinstörung. Bei der subakut sklerosierenden Panenzephalitis (SSPE) kommt es zu einer progredienten Zerstörung des Gehirns, die Monate bis Jahre nach der Infektion eintritt, mit psychischen und intellektuellen Veränderungen beginnt, zu neurologischen Ausfällen bis zur Dezerebration und schließlich zum Tod führt. Dies alles hat mit dem typischen Verlauf von ME/CFS nichts zu tun.

Lim & Son (2020) referieren als erste ‚ME‘-Definition die Publikation von Ramsay 1986, Campagne et al. (2022) als erste ‚CFS‘-Definition die Publikation von Holmes et al. 1988 – beide knapp vor Einführung der ICD-10.

Die Bezeichnung ‚Chronisches Fatigue-Syndrom‘ (CFS) und der dazugehörige Begriff „Myalgische Enzephalomyelitis“ wurden erstmals 1990 und nicht 1969 in ICD aufgenommen.

Die Sinnhaftigkeit der Differenzierung zwischen psychischen Störungen, Verhaltensstörungen und neuronale Entwicklungsstörungen einerseits sowie Krankheiten des Nervensystems andererseits in ICD-11 darf daher hinterfragt werden: wieso sollten neuronale Entwicklungsstörungen keine Krankheiten des Nervensystems darstellen und wieso sollen psychische Störungen außerhalb des Nervensystems verortet sein?

Manche Wissenschaftler meinen, dass ME/CFS als eigenständige klinische Entität gegenüber der chronischen Fatigue, die bei unterschiedlichen Erkrankungen wie Depression, Krebs oder Autoimmunerkrankungen als häufiges Symptom auftritt, abzugrenzen sei (Scheibenbogen et al. 2023). Die Evidenz dafür wird jedoch in Frage gestellt (Erbguth et al. 2023). Teils wird ein Unterschied im Schweregrad konstatiert (z. B. Jason et al. 2020). Ob sich CFS und ME/CFS hinsichtlich Therapie und Prognose grundsätzlich unterscheiden oder ob es sich um eine eher dimensionale Differenzierung handelt, kann noch nicht als ausreichend evidenzbasiert gesichert gelten. Die Therapie erfolgt bisher überwiegend symptomatisch. Von anderen Störungsbildern ist bekannt, dass trotz unterschiedlicher Entitäten, Ätiologien und/oder Schweregraden dieselben Interventionen wirksam sind: Beispielsweise hilft Methylphenidat nicht nur bei ‚echtem‘ ADHS, sondern ebenso bei Aufmerksamkeits- und Impulskontrollstörungen nach Schädelhirntrauma oder Hirninfarkt/Hirnblutung oder Posttraumatischer Belastungsstörung und auch in der Palliativmedizin – und bei ME/CFS ebenfalls (siehe Teil 2).

Es bestehen keine empirisch ausreichend gesicherten Unterschiede zwischen Neurasthenie und ME/CFS bzgl. Symptomatik (Dörr & Nater 2013), auch wenn das Neurasthenie-Konzept in den letzten Jahrzehnten eher einer neurotischen Ätiologie zugeordnet wurde und ME/CFS einer somatischen.

Die Kategorie ‚Störung der körperlichen Belastung‘ in ICD-11 (6C20) ersetzt die somatoformen Störungen in ICD-10 und schließt laut Herpertz-Dahlmann (2020) die Neurasthenie ein. Pathognomonisch für die Störung der körperlichen Belastung sind zwar spezifische psychologische Symptome wie eine intensive Beschäftigung mit der körperlichen Symptomatik, die bei ME/CFS unserer Erfahrung nach nicht immer deutlich wird, das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein von somatischen Befunden ist jedoch keine Voraussetzung für diese Diagnose. Beispielsweise berichtet Bodenburg (2021) über neuropsychologische Störungen sowie Symptome einer somatischen Belastungsstörung als somatoforme psychische Störung nach einer COVID-19-Infektion. Ein ‚Sowohl – als auch‘ scheint treffender als ein ‚Entweder – oder‘.

Definitionen (in alphabetischer Reihenfolge)

COVID-assoziierte Subtypen

Wahrscheinlich sind in der Gesamtgruppe aller Patient*innen mit einem Long/Post-COVID-Syndrom mindestens vier Subtypen zu unterscheiden:

1. Patient*innen, die wegen einer COVID-19-Erkrankung intensivmedizinisch behandelt wurden und am Post-Intensive-Care-Syndrome (PICS) leiden,
2. Patient*innen, die in der Folge der COVID-19-Erkrankung mit zeitlicher Latenz an Folgekrankheiten wie z. B. kardiovaskulären Komplikationen, kognitiven Leistungsstörungen oder einer posttraumatischen Belastungsstörung erkranken,
3. Patient*innen, die vor allem aufgrund einer deutlichen Erschöpfungssymptomatik und Belastungsinsuffizienz mit/ohne Dyspnoe anhaltend in ihrer Teilhabe am Sozial- und Arbeitsleben deutlich beeinträchtigt sind sowie
4. Patient*innen mit unterschiedlichen Beschwerden, die in ihrem Alltag nicht wesentlich beeinträchtigt sind.

(AWMF-S1-Living Guideline Long/Post-COVID 2023)

COVID-19 (ICD-10: U07.1) ist eine Multiorgan-Krankheit mit breitem Manifestationsspektrum. Während der akuten Infektion treten neuropsychiatrische Symptome bei einem Teil der Erkrankten auf, stehen jedoch oftmals zurück hinter Symptomen von Lunge und anderen Organen. Bei LC dominieren dagegen oft neuropsychiatrische Symptome wie kognitive Defizite, Brain Fog und Fatigue.

Folgende Kategorien können herangezogen werden, um ein Long/Post-COVID-Syndrom zu diagnostizieren:

1. Symptome, die nach der akuten COVID-19 oder deren Behandlung fortbestehen,
2. neue Symptome, die nach dem Ende der akuten Phase auftreten, aber als Folge der SARS-CoV-2-Infektion verstanden werden können,
3. Verschlechterung einer vorbestehenden Erkrankung in Folge einer SARS-CoV-2-Infektion.

Beschwerden, die 4 bis 12 Wochen nach Infektion anhalten, werden als Long COVID oder post-akute Folgen von COVID-19 bezeichnet. Persistenz von > 12 Wochen ist als Post-COVID-Syndrom definiert.

In ICD-10-GM 2024 ist der „post-COVID-Zustand nicht näher bezeichnet“ unter den Schlüsselnummern für besondere Zwecke als U09.9! hinterlegt. Diese Schlüsselnummer ist zu verwenden, wenn eine anderenorts klassifizierte Störung in Zusammenhang mit einer vorausgegangenen COVID-19 steht, aber COVID-19 nicht mehr vorliegt. Meist bestehen Symptome, die eine behandlungswürdige Einschränkung der Alltagsfunktion und Lebensqualität bewirken und einen negativen Einfluss auf Sozial- und/oder Arbeitsleben haben.

Fatigue

Die Deutsche Fatigue Gesellschaft (DFaG) definiert Fatigue: „Der Begriff Fatigue stammt aus dem Lateinischen (Fatigatio = Ermüdung) und kommt heute im französischen und englischen Sprachgebrauch vor. Fatigue bei Krebserkrankungen bedeutet Müdigkeit und Erschöpfung, die in Verbindung mit einer Krebserkrankung und ihrer Behandlung auftreten kann. Die Erschöpfung steht häufig nicht in einem direkten Zusammenhang mit einer vorangegangenen körperlichen oder geistigen Anstrengung oder Belastung. Die Erschöpfung macht sich meist nicht nur körperlich, sondern auch seelisch und geistig bemerkbar. Typisch für Fatigue ist, dass sich das Gefühl

der Ermüdung durch Ruhephasen nicht wesentlich bessert. Meist bedeutet sie bei Krebserkrankungen die größte Belastung neben den Erkrankungssymptomen selbst. Fatigue erschwert die Bewältigung des Alltags und mindert die Lebensqualität. Die Symptome der Fatigue sind nicht spezifisch für Tumorerkrankungen. Sie kommen auch im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen, wie z.B. Multipler Sklerose, Rheuma oder Parkinson vor“ (<https://deutsche-fatigue-gesellschaft.de/fatigue/was-ist-fatigue/>). Im Unterschied zu ME/CFS ist PEM (siehe weiter unten) nicht Bestandteil dieser Definition.

In ICD-11 MG22 ist Fatigue folgendermaßen definiert: „Ein Gefühl der Erschöpfung, Lethargie oder verminderter Energie, das in der Regel als Schwächung oder Erschöpfung der körperlichen oder geistigen Ressourcen empfunden wird und durch eine verminderte Arbeitsfähigkeit und verminderte Effizienz bei der Reaktion auf Reize gekennzeichnet ist. Müdigkeit ist normal nach einer Zeit der geistigen oder körperlichen Anstrengung, kann aber manchmal auch ohne eine solche Anstrengung als Symptom von Gesundheitszuständen auftreten.“

Inklusiva: Allgemeiner physischer Abbauprozess, Lethargie

Indexbegriffe: Fatigue, Verfall o.n.A., Schwäche o.n.A., Erschöpfung

Allgemeine Abgeschlagenheit, Allgemeine Schwäche, Mangel an Vitalität

Lethargisch, Ermüdung, Geschwächt, Erschöpft, Funktionelle Schwäche, Verminderte Energie, Allgemeine Entkräftung, Allgemeiner physischer Abbauprozess, Lethargie, Kraftlosigkeit, slow decline“. ME/CFS ist demnach nicht Bestandteil dieser Definition.

Das britische National Institute of Health and Care Excellence (NICE) definiert Fatigue in der 2021 erschienenen Leitlinie „Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy)/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management“ folgendermaßen (S. 53):

„Fatigue bei ME/CFS hat typischerweise die folgenden Komponenten:

- Grippeähnliches Gefühl, besonders in den ersten Tagen der Krankheit
- Unruhe oder das Gefühl, ‚aufgedreht, aber müde‘ zu sein
- geringe Energie oder ein Mangel an körperlicher Energie, um Aktivitäten des täglichen Lebens zu beginnen oder zu beenden und das Gefühl, ‚körperlich ausgelaugt‘ zu sein
- kognitive Fatigue, die bestehende Schwierigkeiten verschlimmert

- Rascher Verlust von Muskelkraft oder Ausdauer nach Beginn einer Tätigkeit führt z. B. zu plötzlicher Schwäche, Ungeschicklichkeit, mangelnder Koordination und Unfähigkeit, körperliche Anstrengungen konsistent zu wiederholen“.

PEM ist demnach nicht Bestandteil dieser Definition.

Fatigue Syndrom

ICD-10-GM 2024 G93.3 Chronisches Fatigue Syndrom: Dazugehörige Begriffe sind ‚Chronisches Fatigue-Syndrom bei Immundysfunktion‘, ‚Myalgische Enzephalomyelitis‘, ‚Postvirales (chronisches) Müdigkeitssyndrom‘

ICD-11 8E49 Postvirales Müdigkeitssyndrom (Postviral fatigue syndrome): Dazugehörige Begriffe sind ‚Chronisches Müdigkeitssyndrom‘ (‚chronic fatigue syndrome‘ und ‚Myalgische Enzephalomyelitis‘. Indexbegriffe: ‚ME [Myalgische Enzephalomyelitis]‘, ‚PVFS [Postvirales Fatigue-Syndrom]‘, ‚Neuromyasthenie‘, ‚Island-Krankheit‘, ‚Akureyri-Krankheit‘, ‚CFS [Chronisches Müdigkeitssyndrom]‘, ‚Epidemische Neuromyasthenie‘, ‚Benigne myalgische Enzephalomyelitis‘, ‚Chronisches Erschöpfungssyndrom‘, ‚Postvirales Fatigue-Syndrom‘, ‚Chronic fatigue syndrome‘.

Müdigkeit

„Müdigkeit ist eine universelle menschliche Erfahrung. Nur in Ausnahmefällen suchen Menschen deshalb medizinische Hilfe: wenn die Befindungsstörung aus ihrer Sicht nicht angemessen erklärt werden kann (z. B. durch Anstrengung oder Mangel an Schlaf), die Beeinträchtigung nicht mehr akzeptabel erscheint oder die individuellen Kompensationsmöglichkeiten erschöpft sind“ (AWMF S3-Leitlinie Müdigkeit 2022, S. 19). Ausgangspunkt ist das Empfinden von Müdigkeit, das als Schlappeheit, Mangel an Energie, Erschöpfung (Fatigue), Ermüdung, frühe Ermüdbarkeit, (Tages-)Schläfrigkeit, Einschlafneigung tagsüber usw. vorgetragen wird. Laut dieser Leitlinie sind bei der Diagnostik und Therapie zu berücksichtigen:

- emotionale (Unlust, Motivationsmangel, enge Verbindung zu Traurigkeit bzw. niedergedrückter Stimmung, verminderte affektive Schwingungsfähigkeit)
- kognitive (verminderte geistige Aktivität bzw. Leistungsfähigkeit, z. B. ‚brain fog‘)
- Verhaltensaspekte (‚Leistungsknick‘)
- körperliche Aspekte (z. B. muskuläre Schwäche)

Epidemiologische Untersuchungen demonstrieren eine große Spannweite von Ausprägungen, die von leichten Müdigkeitsbeschwerden bis hin zum Chronischen Müdigkeitssyndrom mit schweren Behinderungen reichen (AWMF S3-Leitlinie Müdigkeit 2022, S. 19).

Neurasthenie

ICD-10-GM 2024 F48.0 Neurasthenie (F48 Andere neurotische Störungen):

„Im Erscheinungsbild zeigen sich beträchtliche kulturelle Unterschiede. Zwei Hauptformen überschneiden sich beträchtlich. Bei einer Form ist das Hauptcharakteristikum die Klage über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, häufig verbunden mit abnehmender Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben. Die geistige Ermüdbarkeit wird typischerweise als unangenehmes Eindringen ablenkender Assoziationen oder Erinnerungen beschrieben, als Konzentrationsschwäche und allgemein ineffektives Denken. Bei der anderen Form liegt das Schwergewicht auf Gefühlen körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung, begleitet von muskulären und anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen. Bei beiden Formen finden sich eine ganze Reihe von anderen unangenehmen körperlichen Empfindungen wie Schwindelgefühl, Spannungskopfschmerz und allgemeine Unsicherheit. Sorge über abnehmendes geistiges und körperliches Wohlbefinden, Reizbarkeit, Freudlosigkeit, Depression und Angst sind häufig. Der Schlaf ist oft in der ersten und mittleren Phase gestört, es kann aber auch Hypersomnie im Vordergrund stehen.“

ICD-10-Forschungskriterien 1993: F48.0 Neurasthenie:

- A. Entweder 1. oder 2.
1. Anhaltendes und quälendes Erschöpfungsgefühl nach geringer geistiger Anstrengung (z. B. nach der Bewältigung oder dem Bewältigungsversuch alltäglicher Aufgaben, die keine ungewöhnlichen geistigen Anstrengungen erfordern)
 2. Anhaltende und quälende Müdigkeit und Schwäche nach nur geringer körperlicher Anstrengung
- B. Mindestens eins der folgenden Symptome:
1. Akute oder chronische Muskelschmerzen
 2. Benommenheit
 3. Spannungskopfschmerz

4. Schlafstörung
 4. Unfähigkeit, zu entspannen
 5. Reizbarkeit.
- C. Die Betroffenen sind nicht in der Lage, sich von A.1. oder A.2. innerhalb eines normalen Zeitraumes von Ruhe, Entspannung oder Ablenkung zu erholen.
- D. Die Dauer der Störung beträgt mindestens drei Monate.
- E. Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Störung tritt nicht während einer organischen emotional labilen Störung (F06.6), einem postenzephalitischen Syndrom (F07.1), einem organischen Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (F07.2), einer affektiven Störung (F30-F39), einer Panikstörung (F41.0) oder einer generalisierten Angststörung (F41.1) auf.

PEM ist Bestandteil der Definition von Neurasthenie (Kriterium C).

ME/CFS (G93.3) ist nicht als Ausschlusskriterium benannt, so dass analog der Alzheimer-Krankheit auch eine doppelte Kodierung in Betracht kommt. Das ‚Postenzephalitische Syndrom‘ (F07.1) entspricht nicht ME/CFS, da laut ICD-10-Forschungskriterien mindestens eins der folgenden residualen neurologischen Symptome bestehen muss: „Lähmung, Taubheit, Aphasie, konstruktive Apraxie, Akalkulie“. Ausgeprägte Gedächtnisstörungen dürfen nicht vorliegen. Residualsymptome und Verhaltensänderungen nach einer viralen oder bakteriellen Enzephalitis („ein allgemeines Krankheitsgefühl, Apathie oder Reizbarkeit, gewisse Verminderungen kognitiver Funktionen (Lernstörungen), Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus oder ein verändertes Sexualverhalten“) werden als für diese Diagnose unspezifisch definiert und rechtfertigen die Diagnose nicht.

Postacute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC)

Ein weiterer Begriff für LC. An Langzeitfolgen leiden laut Thaweethai et al. (2023) 10 % aller Erwachsenen, die sich mit der Omikron-Variante infiziert haben. Nach Infektionen mit früheren Varianten sowie bei ungeimpften Personen und nach einer Zweitinfektion ist die Rate der Publikation nach höher.

Post-exertionelle Malaise (PEM)

Unter PEM versteht man eine langanhaltende Symptomverschlechterung nach leichter Anstrengung (geringfügiger Alltagsbelastung). Für das Krite-

rium PEM wird eine Symptomverschlechterung gefordert, die mindestens noch am Folgetag nach der Belastung oder länger besteht. PEM wird als Kardinalsymptom von ME/CFS angesehen und in vielen Kriterienkatalogen als unverzichtbar.

IOM schlug als alternativen Begriff „Systemische Belastungs-Intoleranz-Erkrankung“ (*“systemic exertion intolerance disease”, SEID*) vor, der sich jedoch bislang nicht durchsetzte. *Postexertionelle neuroimmune Erschöpfung (PENE)*: Sie ist Teil der globalen Schutzreaktion des Körpers und steht im Zusammenhang mit einer Störung des regulatorischen Gleichgewichts innerhalb und zwischen dem Nerven-, Immun- und endokrinen System sowie dem zellulären Stoffwechsel und Ionentransport. Der normale Aktivitäts- und Ruhezyklus, der die Ausübung einer Tätigkeit, die Ermüdung und eine Ruhepause zur Wiederherstellung der Energie beinhaltet, wird gestört. Zahlreiche Publikationen dokumentieren abweichende biologische Reaktionen auf Anstrengung, wie z. B. Verlust der belebenden Wirkung von Bewegung, Verringerung von Schmerzschwelle, zerebralem Sauerstoff- und Blutvolumenfluss, maximaler Herzfrequenz, eine beeinträchtigte Sauerstoffzufuhr zu den Muskeln, erhöhte Konzentrationen von Stickoxidmetaboliten und Verschlimmerung anderer Symptome. Die Patient*innen erreichen die anaerobe Schwelle und die maximale Belastung bei einem wesentlich geringeren Sauerstoffverbrauch. Zu den berichteten verlängerten Auswirkungen der Belastung gehören erhöhte sensorische Signale an das Gehirn, die als Schmerzen und Müdigkeit interpretiert werden, erhöhte Zytokinaktivität, Verzögerung der Symptomaktivierung und eine Erholungszeit von mindestens 48 Stunden. Wenn ein Belastungstest an zwei aufeinanderfolgenden Tagen durchgeführt wurde, sank bei einigen Patienten die Fähigkeit Energie zu produzieren bei der zweiten Auswertung um bis zu 50 %. Sowohl submaximale als auch selbstgesteuerte physiologisch begrenzte Übung führte zu postexertionalem Unwohlsein (Carruthers et al. 2011).

Diagnostische Kriterien

Gemäß Hoffmann et al. (2024) gehen bisherige internationale Studien davon aus, dass 84–90% der ME/CFS-Betroffenen nicht oder fehldiagnostiziert sind. In Deutschland vergehen im Schnitt 6 bis 7 Jahre bis zur Diagnosestellung. Daher ist die Kenntnis und Anwendung international akzeptierter Diagnosekriterien unverzichtbar.

IOM/NAM-Kriterien für ME/CFS bei Erwachsenen und Kindern

Aufgrund zuvor unterschiedlicher Diagnosekriterien wurden vom US-amerikanischen Institute of Medicine (IOM), mittlerweile National Academy of Medicine (NAM), 2015 Diagnosekriterien für die Kernsymptome vorgeschlagen (AWMF-S3-Leitlinie Müdigkeit. Kapitel 5.7 Myalgische Enzephalomyelitis (oder Enzephalopathie)/Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS) 2022):

Die folgenden drei dauerhaft vorliegenden (mind. die Hälfte der Zeit mit mäßiger, erheblicher oder schwerer Intensität) Symptome sind vorhanden:

1. Eine im Vergleich zur der Zeit vor der Erkrankung substanzielle Einschränkung der Fähigkeit zu beruflichen, schulischen, sozialen oder persönlichen Aktivitäten, die länger als 6 Monate besteht und von Fatigue begleitet ist, die tiefgreifend, neu aufgetreten, also nicht lebenslang bestehend, nicht das Resultat von übermäßiger Anstrengung ist und sich durch Ruhe und Erholung nicht substanziell verbessert.
2. Verschlechterung der Symptome nach körperlicher und/oder kognitiver Belastung (Postexertionales Unwohlsein, PEM): Verschlimmerung der Symptome nach körperlicher, geistiger oder emotionaler Anstrengung, die vor der Krankheit keine Probleme verursacht hätte. Bei PEM erleidet der Patient häufig einen Rückfall, der Tage, Wochen oder sogar länger andauern kann. Bei einigen Patienten kann eine Reizüberflutung (Licht und Ton) eine PEM auslösen. Die Symptome verschlimmern sich in der Regel 12 bis 48 Stunden nach der Aktivität oder Belastung und können Tage oder sogar Wochen andauern.
3. Nicht erholsamer Schlaf: Die Patienten fühlen sich auch nach einer durchgeschlafenen Nacht nicht besser oder weniger müde, obwohl keine spezifischen objektiven Schlafstörungen vorliegen.

Obligat ist außerdem das Vorliegen mindestens eines der beiden folgenden Symptome:

1. Kognitive Einschränkungen: Patienten haben Probleme mit dem Denken, dem Gedächtnis, der Exekutivfunktion und der Informationsverarbeitung sowie Aufmerksamkeitsdefizite und beeinträchtigte psychomotorische Funktionen. All dies kann sich durch Anstrengung, lange aufrechte Haltung, Stress oder Zeitdruck verschlimmern und kann schwerwiegende Folgen für die Fähigkeit des Patienten haben, einer Arbeit nachzugehen oder eine Schule in Vollzeit zu besuchen.

2. Orthostatische Intoleranz: Verschlechterung der Symptome, wenn eine aufrechte Haltung eingenommen und beibehalten wird, gemessen durch Herzfrequenz- und Blutdruckabweichungen im Stehen, orthostatische Vitalzeichen am Krankenbett oder Kopfneigungstests. In aufrechter Position treten vermehrt Symptome wie Schwindel, Benommenheit, Sehstörungen, Tachykardie, Palpitationen, Schwäche, Ohnmacht, erhöhte Müdigkeit, kognitive Verschlechterung, Kopfschmerzen oder Übelkeit und Blässe auf; dies bessert sich im Liegen = Posturales Tachykardie-Syndrom (POTS). Orthostatische Intoleranz ist bei Jugendlichen oft die lästigste Manifestation von ME/CFS.

Weitere häufige Symptome sind:

- Muskelschmerzen
- Schmerzen in den Gelenken ohne Schwellung oder Rötung
- Kopfschmerzen einer neuen Art, eines neuen Musters oder einer neuen Schwere
- Geschwollene oder empfindliche Lymphknoten im Hals oder in der Achselhöhle
- Halsschmerzen, die häufig oder immer wieder auftreten
- Schüttelfrost und Nachtschweiß
- Sehstörungen
- Empfindlichkeit gegenüber Licht und Geräuschen
- Übelkeit
- Allergien oder Empfindlichkeiten gegenüber Lebensmitteln, Gerüchen, Chemikalien oder Medikamenten

Canadian Consensus Criteria (CCC)

Diese Kriterien werden international am häufigsten für die Diagnostik in der Sekundärversorgung von erwachsenen Patient*innen und in der Forschung verwendet. Zusätzlich zu den IOM-Kriterien müssen Schmerzen, neurologische/kognitive Störungen und mindestens ein weiteres Symptom aus zwei der Kategorien (a) autonome, (b) neuroendokrine und (c) immunologische Manifestationen vorliegen. Es werden weitere Beschwerden erfasst wie die häufig vorkommenden gastrointestinalen Beschwerden im Sinne eines Reizdarms, Grippegefühl, subfebrile Temperaturen, Überempfindlichkeit gegen äußere Reize, sowie häufige und langwierige Atemwegsinfektionen.

Für Minderjährige wurden die CCC angepasst. Aktuell wird in der Pädiatrie mit den Diagnosekriterien von Rowe et al. (2017) bzw. Jason et al. (2006) gearbeitet. Bei Kindern können andere Symptome auftreten als bei Erwachsene-

nen mit ME/CFS bzw. gemeinsame Symptome mit anderer Häufigkeit. Hautausschläge und Bauchschmerzen treten bei Minderjährigen offenbar häufiger auf. Die drei häufigsten Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen mit ME/CFS neben Müdigkeit sind Kopfschmerzen, Schlafstörungen und kognitive Schwierigkeiten. Da Kinder wirksame Bewältigungsstrategien noch erlernen müssen, reagieren sie auf Beschwerden häufiger mit Reizbarkeit. Wiederkehrende, somatisch nicht erklärbare körperliche Symptome sind bei Kindern und Jugendlichen mit ME/CFS häufig. Eine Somatisierungsstörung, dissoziative (Konversions-) bzw. funktionelle neurologische Störung, die alle Kriterien gemäß ICD-10 erfüllt, ist jedoch nicht immer gegeben. Schulabsentismus ist eine weitere Störung, die differentialdiagnostisch berücksichtigt werden muss. Minderjährige mit ME/CFS haben ihre Hobbys und Freizeitaktivitäten meist aufgegeben. Einige Ärzt*innen interpretieren ME/CFS bei Kindern und Jugendlichen als körperliche Manifestation einer familiären Dysfunktion und ME/CFS-Symptome des Kindes als primären oder sekundären Krankheitsgewinn, zur Bewältigung von Entwicklungsproblemen oder Veränderungen oder zur Bewältigung familiärer Probleme, ohne dass dies ausreichend empirisch belegt ist.

Bei Kindern mit ME/CFS hören die Freunde oft nach ca. 6 Monaten auf, es anzurufen oder zu besuchen. Wenn es keine Gleichaltrigen, Verwandten, erweiterte Familie oder andere Personen im gleichen Alter gibt, kann die Isolation verheerend sein. Zu weiteren Verlusten gehört, dass es nicht mehr in der Lage ist, an normalen Aktivitäten mit Gleichaltrigen teilzunehmen, und dass es sein Selbstwertgefühl verliert, wenn Lehrkräfte und Ärzt*innen skeptisch sind. Der Schulbesuch kann nicht nur körperlich anstrengend, sondern auch psychologisch belastend sein. Jason et al. (2006) haben Symptome innerhalb der kanadischen Kriterienkategorien selektiert, um pädiatrische Patient*innen zuverlässiger zu diagnostizieren. Ihre Definition stellt Fatigue weniger in den Vordergrund und hebt Schwindel, verminderte Ausdauer bei Symptomen, Schmerzen und grippeähnliche Symptomen deutlicher hervor.

ME/CFS-Kriterien für Kinder nach Jason et al. 2006

- I Klinisch beurteilte, ungeklärte, anhaltende oder rezidivierende chronische Fatigue während der letzten 3 Monate, die
 - A. nicht auf anhaltende Anstrengung zurückzuführen ist
 - B. nicht wesentlich durch Ruhe gelindert wird

- C. zu einer erheblichen Verringerung des früheren Niveaus der schulischen, sozialen und persönlichen Aktivitäten führt
- D. mindestens drei Monate lang andauern oder wieder auftreten muss
- II. Gleichzeitiges Auftreten folgender klassischer ME/CFS-Symptome, die während der letzten drei Krankheitsmonate bestanden haben oder wieder aufgetreten sein müssen (die Symptome können vor dem berichteten Beginn der Fatigue auftreten):
- A. Unwohlsein und/oder Ermüdung nach Anstrengung. Bei Aktivität (sie muss nicht anstrengend sein und kann z. B. Treppensteigen, Arbeiten am Computer oder Lesen eines Buches umfassen) muss ein Verlust an körperlicher oder geistiger Ausdauer, eine schnelle/plötzliche Ermüdbarkeit der Muskeln oder der kognitiven Fähigkeiten, Unwohlsein und/oder Fatigue nach der Anstrengung und eine Tendenz zur Verschlimmerung anderer damit verbundener Symptome innerhalb des Symptomenkomplexes des Patienten gegeben sein. Die Erholung ist langsam und dauert oft 24 Stunden oder länger.
- B. Nicht erholsamer Schlaf oder Störung der Schlafquantität oder Störung des Schlafrhythmus'. Es kann sich um verlängerten Schlaf (einschließlich häufiger Nickerchen), gestörten Schlaf (z. B. Unfähigkeit einzuschlafen oder frühes Erwachen) und/oder eine Umkehrung von Tag und Nacht handeln.
- C. Schmerzen (oder Unwohlsein), die oft ausgedehnt sind und wandern können. Mindestens ein Symptom aus einem der folgenden Bereiche:
- Myofasziale und/oder Gelenkschmerzen (Myofasziale Schmerzen können tiefe Schmerzen oder Muskelzuckungen und Muskelkater umfassen. Schmerzen, Steifheit oder Schmerzempfindlichkeit können in jedem Gelenk auftreten, müssen aber in mehr als einem Gelenk vorhanden sein und die Gelenke dürfen keine Ödeme oder andere Anzeichen einer Entzündung aufweisen).
 - Bauch- und/oder Kopfschmerzen (Es können Augenschmerzen/Empfindlichkeit gegenüber hellem Licht, Magenschmerzen, Übelkeit, Erbrechen oder Brustschmerzen auftreten. Kopfschmerzen, die oft als hinter den Augen oder im Hinterkopf lokalisiert beschrieben werden. Es können auch anderswo lokalisierte Kopfschmerzen auftreten, einschließlich Migräne).

D. Zwei oder mehr neurokognitive Manifestationen:

- Beeinträchtigung des Gedächtnisses (selbstberichtete oder fremdbeobachtete Störung der Fähigkeit, sich kurzfristig an Informationen oder Ereignisse zu erinnern)
- Konzentrationsschwierigkeiten (Konzentrationsstörungen können die Fähigkeit beeinträchtigen, bei einer Aufgabe zu bleiben, fremde/übermäßige Reize im Klassenzimmer auszublenden oder sich auf Lesen, Computer-/Arbeitsaktivitäten oder Fernsehprogramme zu konzentrieren)
- Schwierigkeiten, das richtige Wort zu finden
- Häufiges Vergessen, was man sagen wollte
- geistesabwesend
- verlangsamtes Denken
- Schwierigkeiten, sich an Informationen zu erinnern
- Notwendigkeit, sich jeweils auf eine Sache zu konzentrieren
- Schwierigkeiten, Gedanken auszudrücken
- Schwierigkeiten beim Verstehen von Informationen
- Häufiger Verlust des roten Fadens im Gedankengang
- Neu aufgetretene Probleme mit Mathematik oder anderen Unterrichtsfächern

C. Mindestens ein Symptom aus zwei der folgenden drei Kategorien:

1. Autonome Manifestationen: Neural vermittelte Hypotonie, posturale orthostatische Tachykardie, verzögerte posturale Hypotonie, Palpitationen mit oder ohne Herzrhythmusstörungen, Schwindel, Gangunsicherheit - Gleichgewichtsstörungen, Kurzatmigkeit.
2. Neuroendokrine Manifestationen: Wiederkehrendes Gefühl von Fieber und kalten Extremitäten, subnormale Körpertemperatur und ausgeprägte Tagesschwankungen, Schweißausbrüche, Intoleranz gegenüber extremer Hitze und Kälte, ausgeprägte Gewichtsveränderung – Appetitminderung oder -steigerung, Verschlimmerung der Symptome bei Stress.
3. Immunologische Manifestationen: Wiederkehrende grippeähnliche Symptome, nicht-exudative Halsschmerzen oder Kratzen im Hals, wiederholtes Fieber und Schweißausbrüche, druckschmerzhafte Lymph-

knoten (generell wird eine minimale Schwellung festgestellt), neu aufgetretene Empfindlichkeiten gegenüber Lebensmitteln, Gerüchen oder Chemikalien.

III. Ausschlusskriterien:

- A. Jede aktive medizinische Erkrankung, die das Vorhandensein von chronischer Müdigkeit erklären könnte, wie z. B. unbehandelte Hypothyreose, Schlafapnoe, Narkolepsie, Bösartige Erkrankungen, Leukämie, Unbehandelte Hepatitis, Multiple Sklerose, Juvenile rheumatoide Arthritis, Lupus erythematosus, HIV/AIDS, Extreme Adipositas (BMI über 40), Zöliakie, Borreliose.
- B. Einige aktive psychiatrische Erkrankungen, die das Vorhandensein von chronischer Fatigue erklären können, wie z. B. Schizophrenie oder psychotische Störungen in der Kindheit, Bipolare Störung, Alkohol- oder Drogenmissbrauch (erfolgreich behandelter und überwundener gilt nicht als Ausschlusskriterium), 4. Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa (erfolgreich behandelte und überwundene Essstörungen gelten nicht als Ausschlusskriterium), depressive Störungen

IV. Es können Begleiterkrankungen vorliegen, die für sich die Fatigue nicht hinreichend erklären und daher nicht unbedingt ME/CFS ausschließen:

1. Psychiatrische Diagnosen wie z. B. Schulphobie, Angststörungen, somatoforme Störungen, depressive Störungen
2. Andere Erkrankungen, die in erster Linie durch Symptome definiert sind, die nicht durch Labortests bestätigt werden können, wie z. B. multiple Nahrungsmittel- und/oder Chemikalienempfindlichkeiten, Fibromyalgie
3. Jede Erkrankung mit spezifischer Behandlung, die ausreicht, um alle mit dieser Erkrankung verbundenen Symptome zu lindern, und bei der die Angemessenheit der Behandlung dokumentiert ist.
4. Jede Erkrankung, die ausbehandelt wurde, bevor sich chronische Folgesymptome entwickelten.
5. Jede isolierte und nichterklärbare Abweichung bei der körperlichen Untersuchung, Labor oder Bildgebung, die nicht ausreicht, eine Ausschlussdiagnose überzeugend zu begründen.

ME/CFS-Kriterien für Kinder und Jugendliche

des European Network on Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (EUROMENE, Nacul et al. 2021)

Die Diagnose basiert auf folgenden anhaltenden Symptomen:

Erforderliche Symptome:

- Beeinträchtigte Funktionen
- Postexertionelle Symptome
- Fatigue

Darüber hinaus sind mindestens 2 der folgenden 3 Symptome erforderlich:

- Schlafprobleme
- Kognitive Probleme
- Schmerzen

Zudem müssen alle nachstehenden Kriterien zutreffen:

- Die Symptome bestehen seit mindestens 6 Monaten (oder seit mindestens 3 Monaten, wenn sie nach einer Infektion auftreten); zumindest einige treten täglich auf und sind von mindestens mittlerem Schweregrad
- Andere Diagnosen werden durch Anamnese, körperliche Untersuchung und weitere medizinische sowie testpsychologische Untersuchungen Tests ausgeschlossen, einschließlich Lernbehinderung
- Der Schweregrad der Symptome übersteigt einen vorher festgelegten Cut-off-Wert.

Häufigkeit

ME/CFS ist bereits bei Kindern im Alter von 2 Jahren aufgetreten. Gemäß Renz-Polster et al. (2022) liegt der Altersgipfel bei den Jugendlichen, aber auch Kleinkinder können erkranken. Mädchen sind nach der Pubertät häufiger betroffen als Jungen (3-4:1). Die Schätzungen für die Prävalenz des pädiatrischen ME/CFS schwanken in verschiedenen Studien weltweit zwischen 0,1 und 0,5 % (Rowe et al. 2017). Jason et al. (2020) fanden in ihrer gemeindebasierten Stichprobe von 10119 Kindern und Jugendlichen im Alter von 5 bis 17 Jahren in 5622 Haushalten in der Region von Chicago und Umgebung nach Untersuchung durch ein Ärzt*inentam bei 0,75% ME/CFS. EURO-MENE (Nacul et al. 2021) schätzt die Prävalenz auf 0,1 bis 0,7 %. Insgesamt muss mit einem langwierigen, oft chronischen Verlauf gerechnet werden und langen Schulfehlzeiten. Bei jungen Patient*innen ist eine frühe Diagnose mit

angemessenem Energiemanagement (Pacing) und psychosozialen Support mit einer besseren Prognose assoziiert. Allerdings etabliert sich auch bei der Mehrheit der Minderjährigen ein langwieriger Verlauf (AWMF 2023). Jason et al. (2023) befragten Eltern von Kindern mit PASC (Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 Infection) und ME/CFS. Dauer und Verlauf differierten insgesamt zwischen Monaten und Jahren, aber auch bezüglich Dynamik der einzelnen Symptome. Aktuelle Daten weisen darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung eines Long/Post-COVID-Syndroms nach Infektion mit der Omikron-Variante nur etwa halb so hoch ist wie nach Infektion mit der Delta-Variante (AWMF-S1-Living Guideline Long/Post-COVID 2023).

Schweregrad

Die folgende Einordnung orientiert sich an der britischen NICE-Leitlinie zu ME/CFS, auf die auch das Kapitel zu ME/CFS in der deutschen AWMF-Leitlinie Müdigkeit und der IQWiG-Bericht Bezug nehmen:

Mildes ME/CFS:

Betroffene sind – verglichen mit ihrem Funktionsniveau vor der Erkrankung – deutlich eingeschränkt. Sie sind weitestgehend selbstständig, benötigen aber eventuell Unterstützung bei Haushaltstätigkeiten. Trotz Einschränkungen in der Mobilität sind sie meist noch berufstätig oder in der Ausbildung. Um dies zu bewältigen, müssen sie oft auf Freizeitaktivitäten verzichten, ihre Arbeitszeiten reduzieren und besonders auf Erholungsphasen achten.

Moderates bzw. mittelschweres ME/CFS:

Die betroffenen Personen sind in ihrer Mobilität und allen täglichen Aktivitäten stark eingeschränkt. Sie müssen in der Regel ihre berufliche Tätigkeit oder Ausbildung aufgeben. Typisch sind Schwankungen im Symptomverlauf. Das geringe Funktionsniveau zwingt Erkrankte, verbliebene Aktivitäten gut zu planen und umfangreiche Pausen einzulegen. Außerhaustermine wie Einkaufen, Arzt- oder Behördenbesuche führen in der Regel zu einer (zeitweisen) Verschlechterung des Gesundheitszustands (PEM).

Schweres ME/CFS:

Betroffene können oft nur minimale Aufgaben wie Gesichtwaschen oder Zähneputzen selbst erledigen. Viele alltägliche Aktivitäten (z. B. Kochen, Du-

schen, Putzen) können sie nicht mehr selbstständig durchführen, ohne eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes (PEM) auszulösen. Sie leiden unter schwerwiegenden kognitiven und orthostatischen Problemen und sind in der Regel auf einen Rollstuhl angewiesen. Der Großteil ihres Lebens spielt sich im Haus oder im Bett ab, wobei starke Sensibilität gegenüber Licht und Geräuschen besteht.

Sehr schweres ME/CFS:

Betroffene sind vollständig auf Hilfe angewiesen und vollständig ans Bett gebunden. Sie benötigen Unterstützung bei der persönlichen Hygiene und der Nahrungsaufnahme. Eine extreme Empfindlichkeit gegenüber sensorischen Reizen (Licht, Geräusche, Gerüche) ist typisch und viele Betroffene sind kaum noch oder gar nicht mehr in der Lage zu sprechen. In manchen Fällen ist eine Ernährung über eine Sonde erforderlich.

Die Schweregrade gehen fließend ineinander über und können im Verlauf der Krankheit schwanken. Betroffene können zudem eine Kombination von Symptomen unterschiedlicher Schweregrade erleben, z. B. sehr schwere kognitive Beeinträchtigungen verbunden mit etwas weniger schwerer körperlicher Einschränkung und Orthostatischer Intoleranz – oder umgekehrt.

Diagnostik

Derzeit gibt es keinen objektiven, ausreichend zuverlässigen somatischen Labortest, der ME/CFS sicher bestätigt bzw. ausschließt. Die Diagnose erfolgt klinisch und basiert auf der Anamnese sowie dem Ausschluss anderer Erkrankungen, die die Symptomatik genauso gut oder besser erklären.

Um LC bzw. ME/CFS zu diagnostizieren bzw. differentialdiagnostisch abklären zu können, bedarf es guter Kenntnisse bezüglich der typischen Symptomatik und weniger typischer Varianten sowie der Verlaufsdynamik der einzelnen Symptome, um andere kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosen im engeren bzw. bisherigen Sinne mit ausreichender Sicherheit abgrenzen zu können. Alternative hypothetische Erklärungen der Symptomatik sollten nicht vorschnell als ‚bessere‘ Klärung bzw. Ausschlusskriterium präferiert werden. Die typische ME/CFS-Symptomatik und ihre Dynamik im Verlauf besitzen hohen Erklärungswert und eine gegenteilige Erklärung sollte nur dann in Erwägung gezogen werden, wenn es harte objektive und konkrete Anhaltspunkte gibt.

Folgende Fragebögen stehen derzeit für eine standardisierte Diagnostik von LC bzw. ME/CFS zur Verfügung:

Munich Berlin Symptom Questionnaire (MBSQ):

Dieser Fragebogen steht sowohl in einer Version für Erwachsene als auch für Minderjährige unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10951047/bin/431_2023_5351_MOESM1_ESM.pdf zum Download zur Verfügung.

Fragebogen zum Screening auf Post-Exertionelle-Malaise (PEM):

Dieser Fragebogen steht sowohl in einer Version für Erwachsene als auch für Minderjährige unter https://csh.depaul.edu/about/centers-and-institutes/ccr/myalgic-encephalomyelitis-cfs/Documents/DSQ-PEM_German.pdf zum Download zur Verfügung.

Fatigue Assessment Scale (FAS):

Dieser Fragebogen steht unter https://www.wasog.org/dynamic/media/78/documents/Questionnaires/FAS_Germany_PDF.pdf zum Download zur Verfügung.

Pediatric ME/CFS: Clinical Diagnostic Worksheet:

Dieser Fragebogen von Rowe et al. (2017) ist sehr verbreitet und kann unter <https://mecfssa.org.au/docs/General/fped-05-00121.pdf> heruntergeladen werden.

In Teil 2 dieses Beitrags, der im kommenden Heft erscheinen wird, werden umfassend die therapeutischen Optionen dargestellt.

Autor:

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski
Fachbereichsarzt, Chefarzt Abt. 1
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie
LVR-Klinik Viersen
Horionstr. 14, D-41749 Viersen
Tel. 02162 96 5000
Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
<https://klinik-viersen.lvr.de>

Literatur

- AWMF. S1-Living Guideline Long/Post-COVID. Stand 05.03.2023. https://register.awmf.org/assets/guidelines/020-0271_S1_Long-Post-Covid_2023-11.pdf
- AWMF. S3-Leitlinie Müdigkeit. Kapitel 5.7 Myalgische Enzephalomyelitis (oder Enzephalopathie)/Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS). 2022. https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-0021_S3_Muedigkeit_2023-01_01.pdf
- AWMF. S3 Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“. Überarbeitung 07/2018. https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-0011_S3_Funktionelle_Koerperbeschwerden_2018-11.pdf
- Beard G. Neurasthenia, or nervous exhaustion. *Boston Med Surg J* 1869; 80:217-221. DOI: 10.1056/NEJM186904290801301
- Beard G. A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia), Its Symptoms, Nature, Sequences, Treatment. 1880, W. Wood, New York
- Bell DS, Jordan K, Robinson M. Thirteen-year follow-up of children and adolescents with chronic fatigue syndrome. *Pediatrics* 2001, 107(5):994–8. doi:10.1542/peds.107.5.994
- BfArM. ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html [Zugriff am 20.03.2024]
- Binswanger O. Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie. 1896. Jena: Gustav Fischer Verlag
- Bodenburg S. Neuropsychologische Störungen und Symptome einer somatischen Belastungsstörung als mögliche Langzeitfolgen nach einer CO-VID-19-Infektion. *Zeitschrift für Neuropsychologie* 2021, 32(4), 223–228. <https://doi.org/10.1024/1016-264X/a000341>
- Campagne J, Fornasieri I, Andreani B, Eginard M, de Korwin JD. Separating Patients with SEID from Those with CFS in the French ME/CFS Association, with Some Thoughts on Nomenclature. *Diagnostics (Basel)*. 2022 Apr 27;12(5):1095. doi: 10.3390/diagnostics12051095. PMID: 35626248; PMCID: PMC9139646
- Carruthers BM, van de Sande MI, De Meirleir KL, Klimas NG, Broderick G, Mitchell T, Staines D, Powles AC, Speight N, Vallings R, Bateman L, Baumgarten-Austrheim B, Bell DS, Carlo-Stella N, Chia J, Darragh A, Jo D, Lewis D, Light AR, Marshall-Gradisnik S, Mena I, Mikovits JA, Miwa K, Murovska M, Pall ML, Stevens S. Myalgic encephalomyelitis: International Consensus Criteria. *J Intern Med*. 2011 Oct;270(4):327-38. doi: 10.1111/j.1365-2796.2011.02428.x. Epub 2011 Aug 22. Erratum in: *J Intern Med*. 2017 Oct;282(4):353. PMID: 21777306; PMCID: PMC3427890
- Dörr J, Nater U. Erschöpfungssyndrome – Eine Diskussion verschiedener Begriffe, Definitionsansätze und klassifikatorischer Konzepte. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2013; 63(02): 69-76. DOI: 10.1055/s-0032-1327706
- Erbguth F, Förstl H, Kleinschnitz C. Long COVID und die Psycho-Ecke: Wiedergeburt eines reduktionistischen Krankheitsverständnisses. *Dtsch Arztebl* 2023; 120(13): A-563/B-482. www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=16&aid=230476&s=cf&s=psychosomatisch

- Gruber T. Therapie-Tools Ressourcenaktivierung. Beltz 2020
- Haisch SA, Ballwega T, Seehera C, Orosz A, Schiblib Y, Cattapan K. Burnout und Neurasthenie – Zeitdiagnosen der Jahrhunderte? *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy* 2018;169(2):54–57. https://boris.unibe.ch/112248/1/sanp_00561.pdf
- Hausotter W. Long- und Post-COVID versus Chronic Fatigue Syndrome: Chronische Erschöpfungssyndrome im Vergleich. *DNP*. 2022;23(5):32–6. doi: 10.1007/s15202-022-5508-1. Epub 2022 Oct 4. PMID: PMC9529321
- Herpertz-Dahlmann B. Klassifikation der dissoziativen Störungen und der Störung der körperlichen Belastung – ein Vergleich zwischen ICD-10 und ICD-11. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2020, 49(6), 417–420. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000745>
- Hoffmann K, Hainzl A, Stingl M et al. *Interdisziplinäres, kollaboratives D-A-CH Konsensus-Statement zur Diagnostik und Behandlung von Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom*. *Wien Klin Wochenschr* 136 (Suppl 5), 103–123 (2024). <https://doi.org/10.1007/s00508-024-02372-y>
- Holmes G.P., Kaplan J.E., Gantz N.M., Komaroff A.L., Schonberger L.B., Straus S.E., Jones J.F., Dubois R.E., Cunningham-Rundles C., Pahwa S., et al. Chronic fatigue syndrome: A working case definition. *Ann. Intern. Med.* 1988;108:387–389. doi: 10.7326/0003-4819-108-3-387
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Myalgische Enzephalomyelitis / Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) – Aktueller Kenntnisstand. Abschlussbericht N21-01 Version 1.0 17.04.2023. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/ME-CFS-aktueller-Kennntnisstand_Abschlussbericht_V1-0.pdf
- Jason LA, Jordan K, Miike T, Bell DS, Lapp C, Torres-Harding S, Rowe K, Gurwitt A, De Meirleir K, van Hoof ELS (2006) A Pediatric Case Definition for Myalgic Encephalomyelitis and Chronic Fatigue Syndrome, *Journal Of Chronic Fatigue Syndrome*, 13:2-3, 1-44, doi: 10.1300/J092v13n02_01
- Jason LA, Katz BZ, Sunnquist M, Torres C, Cotler J, Bhatia S. The Prevalence of Pediatric Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome in a Community-Based Sample. *Child Youth Care Forum*. 2020 Aug;49(4):563-579. doi: 10.1007/s10566-019-09543-3
- Jason LA, Johnson M, Torres C. Pediatric Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 Infection. *Fatigue*. 2023;11(2-4):55-65. doi: 10.1080/21641846.2022.2162764
- Kepp KP, Cristea IA, Muka T, Ioannidis JPA. COVID-19 advocacy bias in the BMJ: meta-research evaluation. Preprint posted June 14, 2024. doi: 10.1101/2024.06.12.24308823
- Lim EJ, Son CG. Review of case definitions for myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS). *J Transl Med*. 2020 Jul 29;18(1):289. doi: 10.1186/s12967-020-02455-0. PMID: 32727489; PMID: PMC7391812

- Mittelmark MB, Bauer GF, Vaandrager L, Pelikan JM, Prof. Sagy S, Eriksson M, Lindström B, Meier Magistretti C (eds.) *The Handbook of Salutogenesis*. Springer, 2nd edition, 2022
- Nacul L, Authier FJ, Scheibenbogen C, Lorusso L, Helland IB, Martin JA, Sirbu CA, Mengshoel AM, Polo O, Behrends U, Nielsen H, Grabowski P, Sekulic S, Sepulveda N, Estévez-López F, Zalewski P, Pheby DFH, Castro-Marrero J, Sakkas GK, Capelli E, Brundsdlund I, Cullinan J, Krumina A, Bergquist J, Murovska M, Vermuelen RCW, Lacerda EM. European Network on Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (EUROMENE): Expert Consensus on the Diagnosis, Service Provision, and Care of People with ME/CFS in Europe. *Medicina (Kaunas)*. 2021 May 19;57(5):510. doi: 10.3390/medicina57050510. PMID: 34069603; PMCID: PMC8161074.
- National Institute for Health and Care Excellence. Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy) / chronic fatigue syndrome: diagnosis and management; [F] Pharmacological interventions; NICE guideline NG206. 2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng206/evidence/f-pharmacological-interventionspdf-9265183027>.
- Ramsay M. *Postviral fatigue syndrome: The saga of royal free disease*. London: Gower Medical; 1986
- Renz-Polster H, Broxtermann W, Behrends U. Chronische Erschöpfung bedeutet nicht, einfach nur müde zu sein. *Pädiatrie* 2022;34(3):26–33. doi: 10.1007/s15014-022-4043-z. Epub 2022 Jun 17. PMCID: PMC9203140
- Rowe PC, Underhill RA, Friedman KJ, Gurwitt A, Medow MS, Schwartz MS, Speight N, Stewart JM, Vallings R, Rowe KS. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome Diagnosis and Management in Young People: A Primer. *Front Pediatr* 2017 Jun 19;5:121. doi: 10.3389/fped.2017.00121
- Scheibenbogen C, Bellmann-Strobl J, Reißhauer A, Maier A, Veauthier C, Schmidt D, Behrends U. Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom: Interdisziplinär versorgen. *Dtsch Arztebl* 2023; 120(20): A-908 / B-780. <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=16&aid=231286&s=covid&s=post>
- Schwartz PY. Why is neurasthenia important in Asian cultures? *West J Med*. 2002 Sep;176(4):257-8. PMID: 12208833; PMCID: PMC1071745
- Thaweethai T, Jolley SE, Karlson, Levitan EB, Levy B, McComsey GA, McCorkell L, Nadkarni GN, Parthasarathy S, Singh U, Walker TA, Sel-vaggi CA, Shinnick DJ, Schulte CCM, Atchley-Challenner R, Horwitz LI, Foulkes AS, RECOVER. Development of a Definition of Postacute Se-quelae of SARS-CoV-2 Infection. *JAMA*. 2023;329(22):1934-1946. doi:10.1001/jama.2023.8823

Pharmakologie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Teil 2: Psychopharmakologie bei Komorbiditäten des ADHS Welche Risiken bestehen und wie kann man diese vermindern

Klaus-Ulrich Oehler

Zusammenfassung:

Zusammenfassend sind Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen keine Modeerkrankungen. Unbehandelt ist die Prognose eher schlecht mit einem hohen Risiko, schwere Komorbiditäten zu erleiden. Auch das Suizid- und Mortalitätsrisiko ist deutlich erhöht. Oft sind Aufmerksamkeitsstörungen durch Komorbiditäten im Adoleszenten- und Erwachsenenalter so überlagert, dass die Grunderkrankung schlecht zu erkennen ist. Absolut erforderlich ist immer eine genaue Eigen- und Fremdanamnese. Durch die Behandlung mit Amphetaminen, Atomoxetin und Guanfacin ist auch neben der Verbesserung des ADHS eine Verbesserung der Komorbiditäten zu erwarten. Daher sollten Patienten mit ADHS und Komorbiditäten in der Regel zuerst mit einer ADHS-Medikation therapiert werden. Sinnvoll ist hier weiterhin, dass die pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung vom gleichen Therapeuten, d. h. in der Regel Kinder- und Jugendpsychiater durchgeführt wird, da häufige Dosisanpassungen erforderlich sind und eine langfristige und jahrelange therapeutische Begleitung erforderlich ist und ein begrenztes kurzfristiges Therapiestundenangebot, wie bei der in Deutschland üblichen Richtlinientherapie üblich ist, den Bedürfnissen des Patienten nicht gerecht wird.

Schlüsselwörter: ADHS, Komorbiditäten, Pharmakotherapie

Summary:

In summary, attention deficit- hyperactivity disorder is not a fashionable complaint. If untreated, it is accompanied by a rather unfavorable prognosis with a high risk of developing severe comorbidities. Furthermore, the mortality- and suicide risk among patients is considerably higher. Oftentimes the attention deficit disorders in adolescence and adulthood are concealed by comorbidities to such an extent, that the primary disease can hardly be distinguished. A precise collection of the personal and medical history from the patient and a third party is mandatory. Besides an improvement in ADHD symptoms, a better health outcome for comorbidities may also be expected through treatment with amphetamines, atomoxetine and guanfacine. Therefore the primary approach in patients with ADHD and comorbidities should be the application of an ADHD-medication. Due to necessary routine dose adjustments and long-term therapeutic care, complemental both pharmacological and psychotherapeutic treatment administered by the same therapist, typically a child psychiatrist, is advisable. A restricted short-term therapy session quota, which is common in german code of practice, falls short of the patient's needs.

Keywords: ADHD, comorbidities, pharmacotherapy

Die Erwachsenenpsychiater sind oft mit komplexen psychiatrischen Erkrankungen konfrontiert, die folgendes gemeinsam haben: Häufige Klinikaufenthalte sind meist ohne therapeutischen Erfolg. Der Einsatz von Antidepressiva, die nur begrenzt wirksam sind sowie die Gabe von Neuroleptika, die vorübergehend ruhigstellen, jedoch langfristig die Prognose verschlechtern. Es ist in diesen Fällen sinnvoll, eine sehr genaue Anamnese zu machen und zu explorieren, ob nicht eine Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung die Ursache dieser negativen Entwicklung ist. Dieses hat erhebliche therapeutische Konsequenzen und kann für den Patienten sehr hilfreich sein. Die allgemeine Erkenntnis, dass Antidepressiva bei Aufmerksamkeitsstörungen nur unzureichend wirken, wenn nicht primär die Aufmerksamkeitsstörung behandelt wird, ist inzwischen zunehmend Konsensus. Viele Leitlinien z. B. die kanadischen (CADDRA) spiegeln dies wieder. Das Kernproblem bei dem ADD ist die Aufmerksamkeitsstörung, die auch am häufigsten über die gesamte Lebensstrecke persistiert. Neuroleptika sind manchmal unumgänglich. Man sollte jedoch bedenken, dass diese die Konzentration und Aufmerksamkeit weiter beeinträchtigen, so dass die Wiedereingliederung der ADD-Patienten in einen normalen sozialen beruflichen oder schulischen Alltag dadurch zusätzlich beeinträchtigt sein kann. Wenn die Aufmerksamkeitsstörung gut (z.

B. durch Amphetamine, Atomoxetin oder Guanfacin) behandelt ist, sind die o. g. Psychopharmaka oft nicht mehr oder nur in geringerer Dosis erforderlich, welches für den Patienten und die weitere Prognose seiner Erkrankung sehr hilfreich sein kann.

Viele Studien weisen darauf hin, dass das Mortalitätsrisiko für sehr viele Erkrankungen bei vorliegendem ADHS erhöht ist. Barbaresi et al fanden z. B. 2017 ein erhöhtes Suizidrisiko um den Faktor 4,83 über das Jugendalter und das junge Erwachsenenalter.

London und Landers stellten fest, dass Erwachsene mit ADHS ein 1,8fach erhöhtes Risiko haben, innerhalb einer Vierjahresperiode zu versterben. Ebenso wiesen Dalsgaard et al darauf hin, dass das Mortalitätsrisiko mit dem Alter steigt und zwar von 1,86 bei Kindern mit ADHS auf 4,25 im Erwachsenenalter und dass ADHS-Betroffene ein dreifach erhöhtes Unfallrisiko haben (alle Veröffentlichungen demonstriert im APSARD-Kongress 2018 in Washington).

Im gleichen Kongress wurden von Barkley Metaanalysen veröffentlicht, die gezeigt haben, dass ADHS-Patienten im Erwachsenenalter doppelt so häufig Übergewicht haben sowie häufig an Essstörungen wie Binge-Eating-Disorder oder Bulimie leiden. Insgesamt ist Bulimie die häufigste Essstörung bei ADHS in der Adoleszenz. Auf dem gleichen Forum wurde darauf hingewiesen, dass Tabak-, Marihuana- und Alkoholmissbrauch erhöht sind, dass der BMI erhöht und das ADL-Cholesterin erniedrigt ist. So besteht ein erhöhtes Risiko für Koronarsklerose. Darüber hinaus besteht ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Demenz (Faktor 3 bis 4) und auch ein erhöhtes Krebsrisiko.

Dies alles wurde dahingehend zusammengefasst, dass ein persistierendes ADHS die Lebenserwartung durchschnittlich um 20 Jahre reduziert und selbst bei klinischer Nichtpersistenz das Lebensalter um 12 Jahre verkürzt ist. Dieses ist besonders interessant, da ADHS nach den Daten von Barkley die bestbehandelbare psychische Erkrankung ist.

Es gelten für die Behandlung des ADHS klare international anerkannte Kriterien. Es gibt jedoch auch Besonderheiten bei der Behandlung der häufigen Komorbiditäten, die in der wissenschaftlichen Diskussion sind (s. Abb 1).

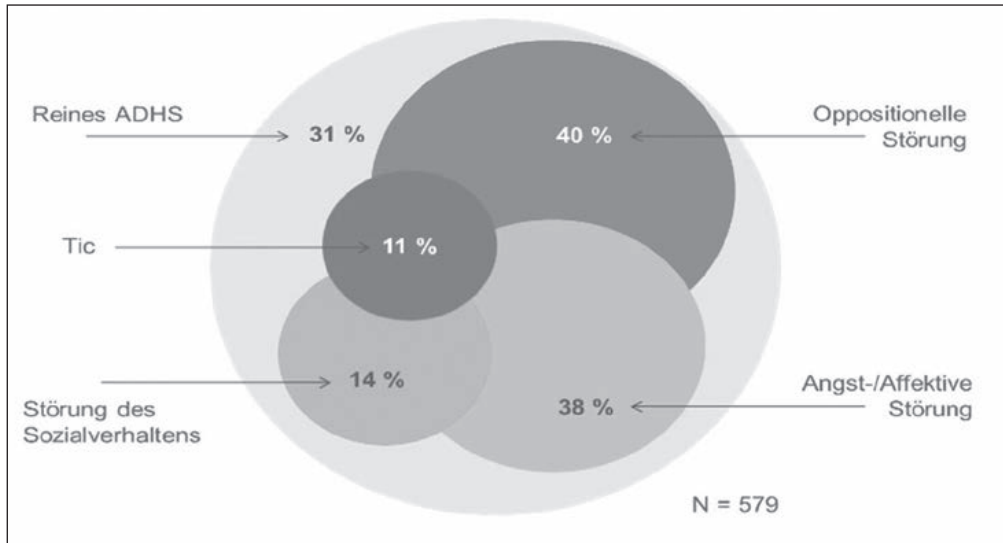


Abbildung 1

Die Diagnose ADHS ist im Kindesalter leicht zu stellen, da sie nicht durch die später auftretenden Komorbiditäten überlagert wird. In der Adoleszenz und im Erwachsenenalter sind die Komorbiditäten oft so offensichtlich, dass das zugrundeliegende ADHS nicht erkannt wird. Die mit zunehmendem Alter auftretende Diversifizierung zeigt.

Säuglingsalter	Vorschulalter	Schulalter	Adoleszenz
(Regulationsstörungen)	Probleme in der Gruppe feinmotorische Schwierigkeiten	niedriges Selbstbewusstsein Lernschwierigkeiten	Schulprobleme schwierige berufliche Integration
(Beziehungsstörungen)	Verzögerung der Blasen- und Mastdarmkontrolle	Verhaltensprobleme soziale Ungeschicklichkeit impulsives Verhalten hohe Unfallhäufigkeit	Substanzmissbrauch ungewollte Schwangerschaft Suizidversuche Stimmungs labilität komplexe Lernprobleme Demotivation hohe Unfallhäufigkeit

Daraus ergeben sich für das Erwachsenenalter sehr charakteristische Risiko-profile (s. Abb. 2).

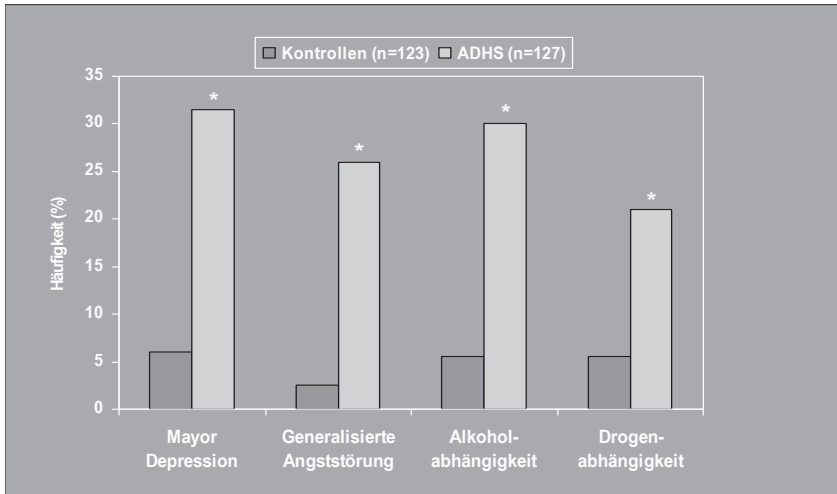
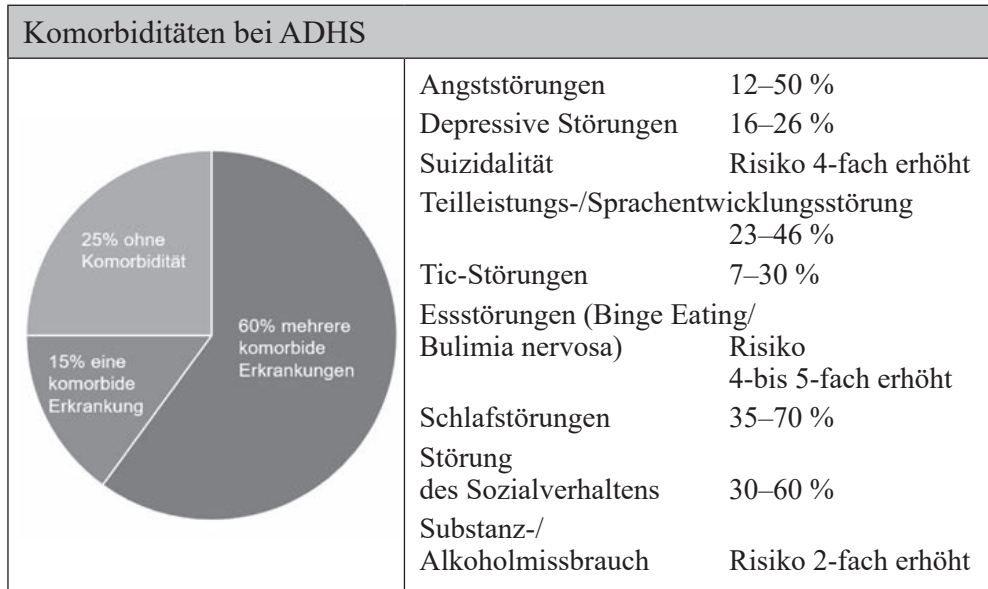


Abbildung 2

Oft vergessen wird, dass neben den psychiatrischen Komorbiditäten auch organische Erkrankungen bei ADHS-Patienten häufiger sind. Dies betrifft besonders Erkrankungen des Bewegungsapparates, Stoffwechselstörungen, Gastrointestinalstörungen, Erkrankungen der oberen Luftwege.

Psychiatrische Störungen	Somatische Störungen
Affektive Störungen (61,8 % vs. 14,3 %)	Erkrankungen des Bewegungsapparates (48,4 % vs. 21,6 %)
Persönlichkeitsstörungen (33,2 % vs. 0,6 %)	Gastrointestinale Störungen (41,1 % vs. 21,6 %)
Anpassungsstörungen (18,9 % vs. 3,0 %)	Stoffwechselstörungen (36,5 % vs. 19,0 %)
Schlafstörungen (11,3 % vs. 2,3 %)	Erkrankungen der oberen Luftwege (33,7 vs. 15,2 %)
Substanzmissbrauch (7,8 % vs. 1,9 %)	

Von Grönemann et al und von Banaschewski et al im deutschen Ärzteblatt veröffentlicht zeigt eine schöne Übersicht über die bestehenden Komorbiditäten.



Die Frage ist nun, welche Besonderheiten sich ergeben, wenn ein Patient zu behandeln ist, der sowohl ein ADHS als auch eine der beschriebenen Komorbiditäten aufweist. Falls der Patient ein vorbestehendes ADHS hat, welches schon diagnostiziert und behandelt wurde, ist die Entscheidung relativ leicht. Zunächst sollte das ADHS optimal eingestellt werden. Die verbleibenden Komorbiditäten können dann psychotherapeutisch oder pharmakologisch entsprechend angegangen werden.

Bei Patienten, die mit einem ADHS und einer Depression vorgestellt werden, gilt das Grundprinzip, dass das ADHS zuerst behandelt werden soll. Erst nach den üblichen Kriterien Amphetamine (MPH oder LDX) behandelt werden sollten. Falls dies nicht zum Erfolg führt, kann eine Umstellung auf Guanfacin oder Atomoxetin erfolgen, bei schweren Formen das ADHS kann auch Amphetamin mit Guanfacin kombiniert werden. Sehr oft bessert sich die Depression, so dass diese pharmakologisch nicht mehr behandlungsbedürftig ist. Im Falle des Fortbestehens der Depression ist eine zusätzliche Behandlung mit Antidepressiva sinnvoll z. B. SSRI oder SNRI. In schweren Fällen kann auch Bupropion sehr hilfreich sein. Falls nach Ausdosierung des gewählten Antidepressivums kein Erfolg erreicht wird, ist eine Augmentation einem Wechsel des Antidepressivums vorzuziehen. Dies bedeutet, dass bei

schweren Depressionen eine Kombination mit Lithium oder einem Antikonvulsivum (Lamotrigin, Valproinsäure) durchgeführt werden soll. Neuroleptika sollten nur in absoluten Ausnahmefällen gegeben werden, sind aber in schweren Fällen manchmal nicht zu vermeiden (s. Abb. 3 und Abb. 4).

ADHS und Depression

Grundprinzip: Behandlung des ADHS zuerst, ansonsten die gleichen Behandlungsschritte wie bei Angststörungen

- **1. Schritt:** Optimale Einstellung des ADHS mit Amphetaminen (MPH oder LDX)
- **2. Schritt:** Bei Versagen von 1. bei leichten Formen des ADHS-Umstellung auf Guanfacin oder Atomoxetin
Bei schwereren Formen Kombination Amphetamine (MPH oder LDX) mit Guanfacin
- **3. Schritt:** Bei Versagen von 1. und 2.: Zusätzliche Behandlung mit AD (SSRI /SRNI)

Eine Augmentation ist einem Wechsel des Antidepressivums oder einer Dosiserhöhung (zumindest bei SSRI) vorzuziehen

- Bei schweren Depressionen Kombination mit Lithium oder Antikonvulsiva
- Gabe von Neuroleptika nur in absoluten Ausnahmefällen

Abbildung 3

Vorgehen in der Praxis

- Therapieresistente Depressionen sollten pharmakologisch behandelt werden
- Eine Augmentation ist einem Wechsel des Antidepressivums oder einer Dosiserhöhung (zumindest bei SSRI) vorzuziehen
- Bei Versagen Kombination mit Lithium anzustreben (Neuroleptika wie Aripiprazol oder Quetiapin sollten eine Ausnahme sein)

Abbildung 4

Bei SNRI ist zu bedenken, dass der noradrinerge und damit antriebssteigernde Anteil recht unterschiedlich ist. Die Verteilung von Venlafaxin, Duloxetin und Milnacipran ist auf Abb. 5 dargestellt.

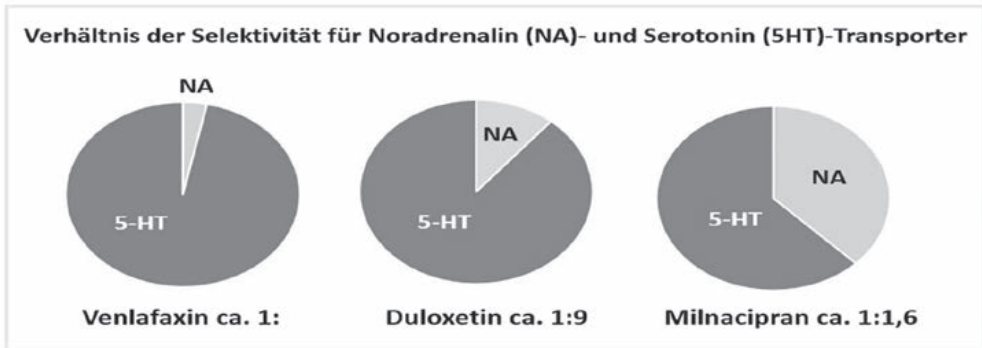


Abbildung 5

SNRI können auch höherdosiert werden, z. B. Venlafaxin bis 225 mg. Bei SSRI sind Hochdosis-Therapien eher nicht erfolgreich.

Wenn eine bipolare Störung vorliegt oder diese zumindest nicht ausgeschlossen werden kann, sollte das Vorgehen anders sein. In diesem Falle ist die Einstellung auf einen Mood Stabilizer (Lithium, Valproinsäure, Lamotrigin) als erster Schritt vorzunehmen, da durch die alleinige Gabe eines Antidepressivums eine Switch-Gefahr besteht, d. h. eine Manie ausgelöst werden kann. Im zweiten Schritt sollten dann Stimulanzien oder Guanfacin eingesetzt werden. Erst im dritten Schritt Antidepressiva, jedoch vorsichtig eindosieren wegen der oben erwähnten Switch-Gefahr.

ADHS und Bipolare Störung

Schritt 1: Einstellung auf Moodstabilizer (Li,Vp,Ltg)

Schritt 2: Stimulantien (MPH,LDX) , Guanfacin, bei leichten Fällen ATX

Schritt 3: Antidepressiva

Cave: Switchgefahr

Bei ADHS und Angststörungen ist ebenso wie bei Depression der erste Schritt die optimale Einstellung des ADHS. Insbesondere bei leichten Formen ist Guanfacin oder Atomoxetin ausreichend, welches auch gut wirksam gegen die Angststörung ist. Erst im dritten Schritt ist die zusätzliche

Behandlung mit Antidepressiva, SSRI oder SNRI erforderlich. Bei leichten und mittelschweren Angststörungen ist primär nach Einstellung des ADHS eine Verhaltenstherapie indiziert.

ADHS und Angststörung

1. Schritt : Optimale Einstellung des ADHS mit Amphetaminen (MPH oder LDX)

2. Schritt: Bei leichten Formen des ADHS Umstellung auf Guanfacin oder Atomoxetin

Bei schwereren Formen Kombination Amphetamine (MPH oder LDX) mit Guanfacin

3. Schritt: Bei Versagen von 1. und 2. Behandlung mit AD (SSRI /SRNI)

Cave: Bei leichteren Angststörungen ist primär VT die Therapie der Wahl

Oft bestehen Ängste bei Behandlung des ADHS bezüglich Tic-Störungen. Alle extrapyramidalen Störungen so auch Tics nehmen bei gesteigerter Aufmerksamkeit und Erregung zu. Daher kann es durchaus nach Behandlung eines ADHS mit Amphetaminen zu Tics kommen. Diese haben aber in der Regel eine gute Prognose und sistieren immer nach Reduktion der Amphetamine. In diesem Falle ist eine Umstellung auf Atomoxetin oder Guanfacin sinnvoll. Bei weiterer Persistenz ist die Einstellung auf Neuroleptika wie Tiapridex, Risperidon und Aripiprazol möglich. Generell ist im ersten Behandlungsschritt Tiapridex zu präferieren, weil dieses eine relativ kurze Halbwertszeit hat. Man kann dann schrittweise aufdosieren, bis die Tics sistieren oder ein erträgliches Maß annehmen. Oft kann danach auch vorsichtig wieder reduziert werden. Viele Patienten sind erleichtert, wenn sie sehen, dass diese Problematik behandelbar ist und mit der Reduzierung des allgemeinen Erregungsniveaus reduzieren sich auch die Tics. Danach kann man einschleichend auf länger wirksame Neuroleptika übergehen wie z. B. Risperidon mit einer Halbwertszeit von 17 bis 23 Stunden oder danach auf Aripiprazol mit einer Halbwertszeit von 60 bis 80 Stunden.

ADHS und Tic-Störung

Therapie des ADHS wie gewohnt

Falls Tic-Störungen persistieren Umstellung auf Atomoxetin oder Guanfacin

Bei weiterer Persistenz Einstellung auf Neuroleptika (Tiapridex Risperidon, Ariprazol)

ADHS ist wie oben erwähnt häufig mit Essstörungen verbunden. Dabei handelt es sich weniger um Anorexie, sondern vermehrt um Binge-Eating-Disorder und Bulimie. Auch hier sollte das ADHS zuerst behandelt werden. Es gelten hier jedoch einige Besonderheiten. Die Hauptnebenwirkung der Amphetamine ist eine Appetitverminderung. Es gibt jedoch hierbei auch Rebound-Phänomene, d. h. nach Abklingen der Amphetaminwirkung entsteht ein stärkeres Hungergefühl. Insbesondere mit kurz wirksamen Amphetaminen wie z. B. nicht retardiertes Methylphenidat kann man gefährdete Patientinnen und Patienten artifiziell in eine Bulimie oder eine Binge-Eating-Disorder hineinschaukeln. Daher sind bei ADHS und Essstörungen lang wirksame Amphetamine wie LDX oder Atomoxetin oder Guanfacin geeignet. Die üblichen retardierten Methylphenidat-Präparate sollten eher vermieden werden. Bei weiterer Therapiebedürftigkeit können Antidepressiva gegeben werden. Die gefürchtete Nebenwirkung der klassischen Antidepressiva ist die Gewichtszunahme. Dieses gilt insbesondere für Mirtazapin, jedoch auch für die klassischen SSRI und SNRI. Eine mögliche Alternative ist Bupropion. Bei besonders schweren Fällen können Lithium und Antikonvulsiva sowie Neuroleptika kombiniert werden. Lithium und Neuroleptika machen jedoch in der Regel auch eine Gewichtszunahme. Eine sinnvolle Alternative wäre hier Lamotrigin. Dieses ist sehr nebenwirkungsarm. Insbesondere beeinträchtigt es nicht die Konzentration und ist somit bei ADHS besonders gut geeignet. Es hat jedoch den Nachteil, dass es sehr langsam eingeschlichen werden muss, da sonst Hauteffloreszenzen auftreten und dass es bei der Zugabe anderer Medikamente z. B. Antibiotika zu Interaktionen kommen kann.

ADHS und Essstörungen

Behandlung des ADHS zuerst

Cave: Appetitrebound bei kurz wirksamen Amphetaminen

Bei weiterer Therapiebedürftigkeit Therapie mit AD

Cave: NW der AD, insbesondere Gewichtszunahme (gefürchtet oder erwünscht ?)

Bzgl AD: Übliches Vorgehen (Monotherapie, Dosisbegrenzung , Augmentation, Kombination mit Li und Antikonvulsiva, Neuroleptika)

Begleitende VT i.d.R erforderlich

Bei ADHS treten häufig Ein- und Durchschlafstörungen auf. Dieses kann sich bei der Gabe von Amphetaminen verstärken, insbesondere dann, wenn retardierte Amphetamin-Präparate relativ spät genommen werden. Andererseits kann es manchmal hilfreich sein, z. B. nicht retardiertes Methylphenidat in niedrigen Dosen abends zusätzlich zu geben, da durch die Verminderung der psychomotorischen Unruhe und der Impulsivität das Einschlafen erleichtert wird. Grundsätzlich ist eine Umstellung oder zusätzliche Therapie mit Atomoxetin und Guanfacin auch möglich. Wichtig ist jedoch auch eine psychotherapeutische Behandlung mit der Durchführung von Schlafhygiene, z. B. Einschlafrituale. Pharmakologisch ist zusätzlich die Behandlung mit Melatonin oder Orexin-Antagonisten (z. B. Daridorexant) möglich. Mit Benzodiazepinen und sog. Z-Drugs oder Neuroleptika sollte man eher zurückhaltend sein.

ADHS und Schlafstörungen

Bei ADHS sind Schlafstörungen auch primär häufig

Abendliche Gabe von geringen Dosen MPH oft hilfreich

Bei Schlafstörungen nach MPH oder LDX-Therapie Umstellung oder Kombinationstherapie mit Atomoxetin oder Guanfacin hilfreich

Schlafhygiene (Einschlafrituale etc.)

Behandlung mit Melatonin z.B. Zirkadin oder Orexin Antagonisten

Cave: Benzodiazepine, "Z-Drugs" oder Neuroleptika

Bei ADHS und Störungen des Sozialverhaltens ist die Therapie schwierig und die Prognose oft ungünstig. Wichtig ist ein sehr konsequentes verhaltenstherapeutisches Vorgehen. Pharmakologisch ist Amphetamin bei aggressivem und impulsivem Verhalten Methylphenidat, auch Atomoxetin und Guanfacin zu überlegen. Auch hier sollten eher lang wirksame Amphetamine wie LDX eingesetzt werden, da es auch bei antisozialem Verhalten ein Rebound-Phänomen gibt. Hier werden sehr häufig Neuroleptika eingesetzt. Dies ist oft auch nicht zu vermeiden. Jedoch sind Neuroleptika außer bei Psychosen und Tics stets Medication of desperation.

ADHS und Störung des Sozialverhaltens

Grundprinzip: Amphetamin ist bei aggressivem und impulsivem Verhalten MPH überlegen

Cave: Es gibt bei Rebound auch bzgl. impulsivem und aggressivem Verhalten

Therapie der Wahl: LDX , gegebenenfalls auch in Kombination mit Guanfacin

Neuroleptika „Medication of desperation“

Wie eingangs aufgeführt sind Suchterkrankungen bei ADS häufig. Grundsätzlich ist zu bedenken, dass die substanzbezogene Sucht immer eine Frage der Kinetik ist. Je schneller ein Suchtmittel anflutet, desto höher das Suchtrisiko. So ist z. B. Crystal Meth die auf dem deutschen und internationalen Markt befindliche Droge, die das höchste Suchtrisiko hat. Bei LDX handelt es sich letztlich um die gleiche Substanz, die an die gleichen Rezeptoren geht und nur durch eine Retardierung nicht blitzartig anflutet, sondern eine Anflutungszeit von 20 bis 30 Minuten hat und 12 bis 30 Stunden anhält, so dass hier kein Suchtrisiko gegeben ist. Des Weiteren ist entscheidend, in welchem Alter mit der Sucht begonnen wird. Zu hat z. B. ein 13-jähriger, der am Tag 6 bis 10 Zigaretten raucht, über die gesamte Lebenszeit kaum eine Chance, davon wieder loszukommen. Die Besonderheit der ADHS-Patienten ist, dass sie in jüngerem Alter und in höheren Dosen konsumieren. Auch hier gilt Behandlung des ADHS wie gewohnt, solange es sich nicht um einen massiven Drogen- und Alkoholkonsum wie z. B. bei Junkies handelt. Die klinische Erfahrung zeigt, dass unter Behandlung des ADHS das Konsumieren von Suchtstoffen signifikant zurückgeht. Das Missbrauchspotential der ADHS-Medikamente selbst ist dabei relativ gering.

Auch hier sollen lang wirksame Amphetamine wie Concerta, LDX oder Guanfacin bevorzugt werden, um Rebound-Phänomene zu vermeiden. Eine selbe Option bei sehr schwer kranken alkoholkranken Patienten ist die Gabe des Opioid-Rezeptorantagonisten Nalmefen. Schwere Suchterkrankungen sollten stationär behandelt werden.

Zusammenfassung:

Zusammenfassend sind Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen keine Modeerkrankungen. Unbehandelt ist die Prognose eher schlecht mit einem hohen Risiko, schwere Komorbiditäten zu erleiden. Auch das Suizid- und Mortalitätsrisiko ist deutlich erhöht. Oft sind Aufmerksamkeitsstörungen durch Komorbiditäten im Adoleszenten- und Erwachsenenalter so überlagert, dass die Grunderkrankung schlecht zu erkennen ist. Absolut erforderlich ist immer eine genaue Eigen- und Fremdanamnese. Durch die Behandlung mit Amphetaminen, Atomoxetin und Guanfacin ist auch neben der Verbesserung des ADHS eine Verbesserung der Komorbiditäten zu erwarten. Daher sollten Patienten mit ADHS und Komorbiditäten in der Regel zuerst mit einer ADHS-Medikation therapiert werden. Sinnvoll ist hier weiterhin, dass die pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung vom gleichen Therapeuten, d. h. in der Regel Kinder- und Jugendpsychiater durchgeführt wird, da häufige Dosisanpassungen erforderlich sind und eine langfristige und jahrelange therapeutische Begleitung erforderlich ist und ein begrenztes kurzfristiges Therapiestundenangebot, wie bei der in Deutschland üblichen Richtlinientherapie üblich ist, den Bedürfnissen des Patienten nicht gerecht wird.

Literatur beim Verfasser

Autor

Dr. med. Klaus-Ulrich Oehler

- Arzt für Neurologie
- Arzt für Psychiatrie
- Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Kontakt

meditz GmbH

Medizinisches Versorgungszentrum

Frankfurter Str. 15a, 97080 Würzburg

Ärztliche Leitung:

Dr. med. Klaus-Ulrich Oehler

praxis@meditz.org

Erik Homburger Erikson

Sein wegweisender Beitrag zur modernen Identitätspsychologie

Peter Conzen

Zusammenfassung

In diesem Artikel wird Erik H. Eriksons Identitätsbegriff in seinen mannigfachen Aspekten diskutiert. Eriksons Pionierleistungen auf diesem Gebiet machten ihn zum Vordenker vieler neuerer Theorien des Selbst und des Narzissmus, psychosozialer und psychohistorischer Ansätze in der Psychoanalyse. In manchem mag Eriksons Identitätsbegriff im Zeitalter der Postmoderne die gesellschaftliche Basis abhandengekommen zu sein. Dennoch gilt er weiterhin als Klassiker der gesamten Identitätsforschung, dessen fruchtbare Beiträge und Denkanstöße nach wie vor nicht über- oder umgangen werden können.

Schlüsselwörter: Erikson, Identität, Identitätskrise, Identitätsverwirrung, Lebenszyklus

Summary

In this article, Erik H. Erikson's concept of identity is discussed in its different aspects. Erikson's pioneering work in this field made him the mastermind of many recent theories of the self and narcissism, psychosocial and psychohistorical approaches in psychoanalysis. In some respects, Erikson's concept of identity may have lost its social basis in the age of postmodernism. Nevertheless, he is still regarded as a classic of identity research as a whole, whose fruitful contributions and thought-provoking impulses still cannot be ignored or bypassed.

Keywords: Erikson, identity, identity crisis, identity confusion, life cycle

Erik Homburger Erikson – Pionier der psychoanalytischen Identitätstheorie

Nach wie vor zählt Erik H. Erikson zu den bedeutendsten und meistgelesenen Vertretern der Psychoanalyse nach dem Zweiten Weltkrieg. Sein Aufstieg vom sensiblen jungen Künstler zum weltbekannten Wissenschaftler, Schriftsteller und Psychotherapeuten zählt zu den ungewöhnlichsten Karrieren in der modernen Psychologie. Ohne je ein Hochschulstudium absolviert zu haben, wurde Erikson zum Professor einer amerikanischen Elite-Universität, zum mehrfachen Ehrendoktor und Pulitzer-Preisträger. Seine Bücher erreichten eine weltweite Leserschaft. Begriffe wie „Urvertrauen“, „Identitätskrise“ oder „psychosoziales Moratorium“ fanden Aufnahme in den allgemeinen Wortschatz, prägten in den 1960er und 70er-Jahren das Denken einer ganzen Ära. Aufbauend auf der klassischen Psychoanalyse Sigmund Freuds, näherte sich Erikson Positionen der Selbst- und Objektbeziehungspsychologie bzw. den Narzissmus-Theorien an, ohne sich jemals auf eine bestimmte „Schule“ der Psychoanalyse festlegen zu wollen. Unorthodox suchte er den Kontakt zu Nachbarwissenschaften. Seine Verbindung der Psychoanalyse mit Soziologie, Kulturanthropologie und Geschichtswissenschaften, die Beiträge zur Adoleszenz- und Altersforschung, zur Spieltherapie und zur Behandlung psychotischer Störungen beeinflussten weit über sein Fachgebiet hinaus die Humanwissenschaften.

Sucht man nach so etwas wie einem zentralen Thema in der Vielgestaltigkeit von Eriksons Denken, so ist es am ehesten die Frage nach Wesen und Zusammenhalt des menschlichen Ichs, jenes Ichs, das sich immer wieder in der Gesellschaft verorten und seinem Dasein einen Sinn geben muss. Erikson ist zwar nicht Begründer der modernen Identitätspsychologie. Aber vor allem seine Beiträge machten „Identität“ zu einem interdisziplinären Forschungsanliegen und – ungewollt – auch zu einem Modewort der Populärpsychologie.

Anstoß zur Beschäftigung mit dem Identitätsthema war sicherlich auch Eriksons persönliches Lebensschicksal als Stiefsohn, Halbjude und Emigrant. 1902, zu Beginn eines zerrissenen Jahrhunderts geboren, durchlebte Erikson als Sohn der aus Dänemark stammenden Karla Abrahamsen und Stiefsohn des jüdischen Kinderarztes Theodor Homburger eine scheinbar wohlbehütete Kindheit im großbürgerlichen Milieu der Stadt Karlsruhe. Dennoch litt er lebenslang unter Selbstwertkonflikten, blieb sich über seine eigene Identität lange Zeit im Unklaren. Seine Eltern verschwiegen ihm zunächst, dass er aus einer Affäre hervorgegangen war, und die Tatsache, dass er seinen leiblichen Vater nie kennenlernte, belastete ihn lebenslang. In seiner Gymnasialzeit wur-

de der junge Erik aufgrund seiner deutsch-dänisch-jüdischen Abstammung in der patriotisch aufgeheizten Atmosphäre des ersten Weltkriegs Zielscheibe manch nationalistischer Ressentiments. Nach dem Abitur widersetzte er sich dem Wunsch des Stiefvaters, Medizin zu studieren, um später dessen Praxis zu übernehmen. Es folgte ein siebenjähriges krisenhaftes Moratorium. Immer wieder brach Erikson Versuche, ein Kunststudium zu absolvieren, ab, um auf Wanderschaft zu gehen. All die Stimmungsschwankungen und Arbeitsstörungen, die er später bei seinen jugendlichen Patienten behandelte, durchlebte er als Spätadoleszenter selber. Erst die durch Peter Blos vermittelte eher zufällige Begegnung mit dem Wiener Kreis um Sigmund Freud, die Lehranalyse bei Anna Freud und die Heirat mit der Kanadierin Joan Serson brachten größere Stabilität in sein Leben.

Nach seiner Emigration in die Vereinigten Staaten wurde Erikson zum ersten Kinderanalytiker in den USA, arbeitete von 1934 bis 1950 zunächst in Boston, später in San Francisco als Psychotherapeut, Dozent und Berater von Fachkliniken, stand in engem wissenschaftlichen Austausch mit anderen wissenschaftlichen Disziplinen. 1950 formulierte er mit seinem Hauptwerk „Kindheit und Gesellschaft“ seinen eigenständigen Ansatz in der Psychoanalyse, wurde zum schreibenden Psychoanalytiker, wenngleich wiederum in einer Sprache, die nicht seine eigene war. 1951, nach seiner Rückkehr in den Osten der USA, behandelte er am Austen Riggs Center in Massachusetts schwer gestörte Jugendliche, rückten Eigenart und Krisen der Adoleszenz in den Mittelpunkt seines wissenschaftlichen Interesses. Daraus entstanden weitere wegweisende Veröffentlichungen, vor allem „Jugend und Krise“ und „Der junge Mann Luther“. 1960, nach seiner Berufung an die Harvard-Universität, wandte sich Eriksons Denken mehr und mehr ethisch-religiösen und politischen Fragen zu. Seine mutigen Stellungnahmen gegen Gewaltherrschaft, Rassismus und Krieg machten ihn zu einer Symbolfigur für die Bürgerrechts- und Studentenbewegung. Sein Alterswerk „Gandhis Wahrheit“ wurde mit dem Pulitzerpreis ausgezeichnet. Auch nach seiner Emeritierung blieb Erikson lange Zeit noch als Autor und Vortragsreisender tätig. Er starb hochbetagt im Mai 1994 in einem Seniorenheim in Harwich.

Identität – vom philosophischen Terminus zum Modebegriff der Populärpsychologie

Wer bin ich? Wie sehen mich die anderen? Was sind meine tragenden Beziehungen? Was verschafft meinem Leben Tiefgang und Sinn? Fragen unserer persönlichen und sozialen Identität beschäftigen uns immer wieder und können in Krisensituationen, gerade für viele unserer Patientinnen und Patienten, besonders prekär werden. Identität ist heute einer der meist benutzten Ausdrücke der Populärpsychologie. Politische Parteien, Wirtschaftsunternehmen, Kirchen suchen nach ihrer „Identität“. Identitätsdebatten beherrschen Talkshows und die Leitartikel großer Zeitungen. Coaching-Programme verheißen die erfolgreiche, „authentische Identität“. Und Boulevardblätter sorgen sich um die „Identitätskrisen“ von Royals oder Fußballnationalspielern. Aus einem ursprünglich aus der Philosophie stammenden, auf höchste Exaktheit zielenden Begriff ist heute ein Modewort geworden, unter dem jeder etwas anderes versteht. Dies mag mitunter dem Hype modernen Originalitätskultes entsprechen. Aber hinter dem vielfachen Gebrauch von Identität scheint sich auch die verkappte Sehnsucht nach Halt und Orientierung zu verbergen, nach Resonanz und Zugehörigkeit in einer immer rascher sich wandelnden unüberschaubaren Welt. Bereits 1950 hatte Erikson fast prophetisch festgestellt: „Die Psychoanalyse hat zu einem geschichtlichen Zeitpunkt begonnen, sich mit der Identität auseinanderzusetzen, als sie in besonderer Weise problematisch geworden ist, und die Auseinandersetzung mit diesem Thema wird heute mehr und mehr zu einer genauso drängenden Frage wie es das Studium der Sexualität zu Freuds Zeiten war“ (1982a, S. 7). Seitdem haben immer rascher fortschreitende gesellschaftliche Wandlungsprozesse manch traditionelle Vorstellungen von Sozialisation infrage gestellt, hat die digitale Revolution seit der Jahrtausendwende menschliches Kontakt- und Beziehungsverhalten radikal verändert. Noch nie hatte der Einzelne so viel Freiraum, eigenständig zu wählen, wie, mit wem, wofür er leben will, seine Identität bis ins Alter um- und neu zu gestalten. Noch nie prasselten so viele Reize auf das Individuum ein, war das Selbstbild so vielfältig, facettenreich und zum Teil widersprüchlich-diffus. Die „Patchwork-Identität“, der „flexible Mensch“, das „unternehmerische“ oder „mediale Selbst“ – in der digitalisierten und multikulturellen Welt scheinen neue Menschen-Typen zu entstehen, die es verstehen, sich im Wechsel und Wandel, der Flut an Reizen, Informationen und Suggestionen erfolgreich zu behaupten.

Aber die Aufgabe einer selbst gestalteten Identität hat auch etwas Anspruchsvolles, Überforderndes, führt zu neuen Formen der Krise, des Leidens und

Scheiterns. „Das erschöpfte Selbst“ (Ehrenberg 2004), „Die bedrängte Seele“ (Conzen 2017) – es wächst die Zahl der Menschen, die sich den Anforderungen nach Flexibilität, Beschleunigung und Selbstoptimierung nicht mehr gewachsen fühlen. Mehr und mehr verschwimmen heute klassische psychiatrische Krankheitsbilder mit diffusen Gefühlen von Selbstzweifeln, Scham, Nichtzugehörigkeit und Sinnverlust, geht es in Beratung und Therapie um die Stützung des verunsicherten Selbst, die Klärung bedrängender Identitätsprobleme. Gleichzeitig beobachten wir derzeit immer stärker konservative gesellschaftliche Gegenbewegungen, die Suche nach mehr Überschaubarkeit und Sicherheit, die Rückbesinnung auf klarere Werte und Autoritätsverhältnissen. Diese, wie Richard Senneth (2004) es nennt, „Sehnsucht nach der Stärkung des Ortes“, ist eine verständliche Reaktion auf das zu rasche Infragestellen vertrauter Traditionen, weckt aber leicht auch Misstrauen und Abschottungstendenzen, regressive Fantasien nach Schutz und Zuflucht in geschlossenen, homogenen Gemeinschaften. Und es muss bedenklich stimmen, dass der ursprünglich emanzipatorisch gebrauchte Ausdruck „Identität“ mittlerweile auch zum Fetisch für Rechtspopulisten geworden ist.

All dies macht die Schwierigkeit einer angemessenen wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Identitätsbegriff nicht geringer. Ist Identität gleichbedeutend mit Ausdrücken wie „Persönlichkeit“, „Selbst“, „Charakter“? Handelt es sich vorrangig um ein innerpsychisches Empfinden, mein „Ich“, mein „Ich-Gefühl“, mein „Selbstbild“, mein „subjektiver Kern“? Oder ist Identität etwas, was man nach außen präsentiert, der Habitus, der Status, die öffentliche Erscheinung einer Person? Wann beginnt Identität – im ersten Ahnen eigenständiger Existenz als Säugling, in den Ablösungsprozessen der Adoleszenz oder erst in der Abgeklärtheit der mittleren Jahre? Wann endet Identität – in der Psychose, in der Demenz, im Tod? Und was ist eigentlich eine Identitätskrise, was unterscheidet sie von Alltagskonflikten und allgemeinen Lebenskrisen? All diesen Fragen ist Erikson in nahezu fünf Jahrzehnten wissenschaftlichen Forschens nachgegangen. Mit einer Vielzahl von Umschreibungen und Detaildefinitionen hat er versucht, sich einem Phänomen anzunähern, das „ebenso unzugänglich als allgegenwärtig ist“ (1981a, S. 7). So faszinierend seine eher literarische Zugangsweise ist – der dabei bisweilen zu Tage tretende Mangel an Präzision kann sich für eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mitunter als mühsam erweisen.

Die unterschiedlichen Bedeutungsgehalte des Erikson'schen Identitätsbegriffs

Aus Sicht der **Ich- und Selbst-Psychologie** nennt Erikson die Identität eine „Ich-Identität“. Das Identitätserleben ist eine Leistung der überwiegend unbewussten Ich-Funktionen und wird in den bewussten Anteilen des Ich wahrgenommen. Meist spricht Erikson weniger von einem festen „Selbstbild“ oder „Selbstkonzept“, sondern eher von einem fließenden Empfinden. In allem Denken, Fühlen und Handeln ist das Ich der einheitliche, konstante Erlebnis-träger, einmalig und unverwechselbar und dennoch stets unterschiedlichen sozialen Kontexten zugehörig. So heißt es in Eriksons wohl bekanntester Definition: „Identität ist das angesammelte Vertrauen darauf, dass der Einheitlichkeit und Kontinuität, die man in den Augen anderer hat, eine Fähigkeit entspricht, Einheitlichkeit und Kontinuität aufrechtzuerhalten“ (1981b, S. 188). Erst wenn wir innehalten, näher über uns selber und unsere Lebensumstände reflektieren, taucht unser Selbst als inneres Bild in seinen unterschiedlichen Facetten und Gefühlsnuancen auf. Wie begrenzt, lückenhaft, durch unbewusste Abwehrmechanismen verzerrt menschliche Selbstwahrnehmung freilich ist, hat die Psychoanalyse von Anfang an betont. Aus **tiefenpsychologischer Sicht** spricht Erikson von der unbewussten „negativen Identität“, die „Summe all jener Identifikationen und Identitätsfragmente, die der Einzelne unterdrücken musste, weil er sie ablehnte oder für unzumutbar hielt, oder weil seine Gruppe ihn lehrte, sie als Merkmale fatalen Andersseins in Geschlechtsrolle oder Rasse, in sozialer Klasse oder Religion wahrzunehmen“ (1982b, S. 18). Stets beherrscht alles Seelenleben ein dynamisches Wechselspiel zwischen positiver und negativer Identität, kämpfen wir mit unserer Schattenseite, die wir verdrängen oder auf andere projizieren, die uns dennoch immer wieder in Momenten der Depression, der Scham oder des Misserfolgs bedrängen kann.

Nie ist die Identitätsfindung des Menschen ein rein binnenpsychologisches Phänomen. Ich-Sein heißt stets Mit-Sein. Aus **sozialpsychologischer Sicht** steht Eriksons Identitätsbegriff für ein Gefühl der Zugehörigkeit, der Partizipation, „der Realität des Selbst in der sozialen Realität“ (1981a, S. 219). All unser Selbst- und Welterleben ist bis in die tiefsten Empfindungen soziokulturell geprägt. Selbst unser Name, Kern unseres persönlichen Identitätsempfindens, ist uns einst von anderen verliehen worden. Von Anfang an wächst das Kind in unterschiedliche „Gruppenidentitäten“ hinein, die besondere Atmosphäre einer Familie, Weltbild und Lebensauffassung eines Volkes, einer Religions- oder Kulturgemeinschaft. Und von Anfang an verschmilzt das

Identitätsgefühl unter **psycho-historischem Aspekt** mit dem Zeitgeist und den Krisen einer geschichtlichen Epoche. Lebenslang verläuft die Ich-Entwicklung in Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Institutionen, die uns stützen und stärken, Stellung und Status verleihen, an denen wir uns reiben und die uns in schwere Konflikte stürzen können. Die Identifikationen mit Eltern, Geschwistern und Bezugspersonen, deren Eigenarten, Wünschen und Ängsten, die Erfahrungen unserer Heimat und unseres Herkunftsmilieus betrachtet Erikson gleichsam als die „Bausteine“, aus denen der Adoleszente allmählich ein eigenes Persönlichkeitsprofil, einen eigenen Zukunftsentwurf ableitet. Aber die Identitätsfindung ist nie etwas Abgeschlossenes, als eine „Errungenschaft in der Form eines Panzers der Persönlichkeit oder als irgendetwas Statisches und unveränderliches festgelegt (Erikson 1981a, S. 20). Aus **entwicklungspsychologischer Sicht** ist Identität für Erikson eine lebenslang sich verändernde Konfiguration. Auf jeder Entwicklungsstufe erlebt der Mensch sich anders, beurteilt die Vergangenheit in verändertem Licht, setzt sich neue Ziele. Sich immer wieder auf neue Begegnungen und Herausforderungen einlassen, ein Gleichgewicht zwischen Individualität und Gemeinschaftsbezug finden, neue Erfahrungen an das vorhandene Selbstkonzept anpassen und dennoch ein Gefühl der Kontinuität wahren – man könnte von einer dauernden „Identitätsarbeit“, einem „Identitätsprozess“ sprechen. Nur ein Bruchteil davon unterliegt bewusster Reflexion und Entscheidung. Unbemerkter sorgen die unbewussten synthetischen, abwehrenden und anpassenden Ich-Funktionen für Ordnung und Zusammenhalt des Selbst, sichern es gegen äußere und innere Gefahren ab. Solange dieser innerliche Prozess gut funktioniert, empfinden wir laut Erikson das Identitätsgefühl meist vorbewusst als „psychosoziales Wohlbefinden“. In seltenen Ausnahmesituationen – Momente tiefer Verliebtheit, intensiver Naturverbundenheit oder meditativen Friedens – spürt der Mensch seine Identität ganz tief und unmittelbar, gleichsam als innere Stimme, die sagt: „Dies ist mein wirkliches Ich“ (Erikson 1981a, S. 219). Aber auch Momente der Enttäuschung, der Peinlichkeit, des Schocks sind von einem tiefen, geradezu schmerzhaften Identitätsbewusstsein erfüllt. Aus **klinischer Sicht** ist das menschliche Identitätsgefühl für Erikson grundsätzlich auch etwas, das in Verunsicherung, Krise und Verwirrung geraten, sich mit pathologischen Zustandsbildern vermischen, im Ernstfall ganz zerbrechen kann.

Nie erschöpft sich menschliche Identitätsfindung für Erikson in einer rein privaten Selbstdarstellung oder Selbstverwirklichung. Der Lebenszyklus des Menschen ist in einen Kreislauf der Generationen eingebettet, ein ständiger Prozess der Zeugung und Fortzeugung. Wahre Identität erlangt der Mensch erst durch die Übernahme von Verantwortung für soziale und politische Geschicke, für das Fortbestehen der nächsten Generation. Unter **ethischem Aspekt** umfasst Eriksons Identitätsbegriff auch Fragen von Gewissensbildung, Weltanschauung und Religion. Keineswegs will er Freuds Einsichten über die primitiven Wurzeln menschlichen Gewissens leugnen. Normalerweise vermag der Mensch aber mit steigender Entwicklung die anerzogenen Gebote und Moralismen der Kindheit zunehmend zu relativieren, einen persönlichen Freiheitsspielraum zu erarbeiten, welcher die „Zwingherrschaft des kindlichen Über-Ichs neutralisiert“ (Erikson 1982a, S. 275). Die Fähigkeit, nach vernünftigen, humanen ethischen Prinzipien zu urteilen und zu handeln, ist für Erikson eine der wesentlichen Indikatoren reifer Identitätsfindung, zeigt sich besonders eindrucksvoll in Situationen, wo der Einzelne mutig seinen Überzeugungen treu bleibt, kritische Vorbehalte und Zivilcourage gegen Gruppendruck, Propaganda oder totalitäre Einschüchterung bewahrt. Weltanschauliche Ideen, politische Programme, religiöse Überzeugungen, wissenschaftliche und künstlerische Visionen – Erikson spricht etwas missverständlich von „Ideologien“ – vermögen zu begeistern, wecken Engagement, feuern menschliche Bedürfnisse nach existenziellem Tiefgang und Sinn immer wieder an. Gerade in den Nöten der adoleszenten Identitätskrise können vereinfachte politische Visionen für junge Menschen zur Stütze werden, sind „Identität und Ideologie zwei Aspekte des gleichen Prozesses“ (Erikson 1982b, 184). Das Aufbegehren der jungen Generation, der entschlossene Kampf gegen Unrecht und Ungerechtigkeiten, die Doppelmoral und den Realitätsverlust herrschender Autoritäten hat in Krisensituationen immer wieder den Anstoß für gesellschaftliche Veränderungen gegeben. Leicht kann indessen der spätadoleszente Protest auch naive, simplifizierende und spiegelfechterische Tendenzen annehmen, in unfruchtbare Eskalationsspiralen hineinmünden – bei Extremgruppen gar bis in die terroristische Entgleisung.

Über Jahrtausende haben die Religionen am stärksten das menschliche Urbedürfnis nach Glaube und Sinn befriedigt, waren für die Lebensführung Einzelner wie für Weltbild und politische Ordnung ganzer Kulturen selbstverständlich vorgegebene Kernidentität. Zu keinem Zeitpunkt hat Erikson Freuds Kritik über das Illusionäre, ungerechte Machtverhältnisse Stützende und potenziell Fanatisch-Gewaltsame organisierter Religionen infrage ge-

stellt, die in manchen Phasen ihrer Geschichte beherrscht waren „von grausamer, kalter und ausschließlicher Totalität“ (1981a, S. 83). Aber er möchte auch die positiven, lebenslang das kindliche Urvertrauen stützenden Aspekte religiösen Glaubens hervorheben, der im Rätselhaften unserer Existenz Antworten gibt auf Fragen nach dem Woher und Wohin unseres Lebens, Hoffnung weckt auf eine bessere Zukunft jenseits unseres begrenzten irdischen Daseins. Beeindruckt von der Numinosität der Religionsstifter und Heiligen hat Erikson den an sich nicht biblischen oder theologischen Begriff „Identität“ auch auf das religiöse Erleben des Menschen bezogen, „den Glauben an eine höhere Identität irgendwo im großen Unbekannten. Aussehen und Gestalt dieser Identität sind in den verschiedenen Zeitaltern und Kulturkreisen unterschiedlich. Ihr entlehnen die Menschen den Teil ihrer eigenen Identität, den wir als existenziell bezeichnen können, da er durch den Bezug der Seele auf ihre reine Existenz bestimmt ist“ (1975, S. 197). So rapide der Verlust an religiöser Orientierung heute voranschreitet – für einen gläubigen Menschen stärkt eine religiöse Überzeugung das Urvertrauen gerade in den Krisen und Grenzsituationen des Lebens. In Gebet und Meditation fühlt der Einzelne sich geborgen durch schützende, tröstende Mächte, Erfahrungen, die sich in mystischen Erschütterungen bis zu Erlebnissen absoluter Gottesgewissheit steigern. Es handelt sich für Erikson um geheimnisvolle und vielleicht tiefste Empfindungen von Identität, die, „unzerstörbar in ihrer unmittelbaren Überzeugung“ (1975, S. 197), als ganz gewiss erlebt werden, aber nur schwer kommunizierbar und schon gar nicht wissenschaftlich beweisbar sind. Von daher muss auch bei Eriksons die Kernfrage offenbleiben, ob das Ich hier in der Tat von transzendenten Sphären erfasst wird, oder ob es sich letztlich um kindliche Illusionen und Regressionen handelt,

Identitätsverunsicherung, Identitätskrise, Identitätsverwirrung – Störungen und Pathologien des Identitätsgefühls

Eriksons eher optimistische Sichtweise, seine Betonung menschlicher Stärken hat vielfach Eltern und Erziehern Mut gemacht. Freilich bleibt er Psychoanalytiker, geht in seinen Falldarstellungen und biografischen Studien stets auf die Konflikthaftigkeit und innere Zerrissenheit menschlichen Selbsterlebens ein. Seine Unterscheidung von Identitätsstörungen in Zustände der „Identitätsverunsicherung“, „Identitätskrise“ und „Identitätsverwirrung“ ist ein wichtiger Beitrag zur genaueren Systematisierung dieses Problemfeldes und hat die psychoanalytische und psychiatrische Krankheitslehre bereichert.

Immer wieder in den Irritationen und Enttäuschungen, Rückschlägen und Peinlichkeiten des Alltagslebens erleben wir **Identitätsverunsicherungen**, Momente der Ratlosigkeit, der inneren Zerrissenheit, der Scham, Wut oder Depression. Stets sind die regenerativen Ich-Funktionen bemüht, negative Gefühle und düstere Gedanken abzubauen, den Zustand seelischen Gleichgewichts wiederherzustellen – durch innere Überlegungen und Selbstgespräche, vor allem durch unbewusste Mechanismen des Phantasierens, Träumens oder Spielens. Gerade die Umbruchs- und Übergangssituationen des Lebens können mit längeren Gefühlen der Entwurzelung und Identitätsverunsicherung einhergehen. Der Umzug in eine fremde Stadt, der Schul- oder Berufswechsel, neue Entwicklungsphasen, der Eintritt in die Adoleszenz oder Elternschaft - es dauert eine Zeitlang, bis man in der neuen Umgebung Fuß gefasst hat, sich veränderten Anforderungen gewachsen fühlt, einen Verlust ausreichend betrauert hat.

Von einer **Identitätskrise** sollte man laut Erikson erst dann sprechen, wenn schwere Verluste, Kränkungen, Schicksalsschläge oder Lebenssackgassen das Selbst- und Weltbild über einen längeren Zeitraum massiv erschüttern, neue Entwicklungen und Herausforderungen scheinbar nicht zu bewältigen, andauernde Diskriminierung und Entwertung nicht mehr verkraftbar erscheinen. Die Diagnose einer schweren Krankheit, plötzliche Invalidität nach einem Unfall, der Burn-Out inmitten scheinbar rastloser Leistungsfähigkeit, das Zerbrechen der als sicher geglaubten Partnerbeziehung, historische Katastrophen – etwas stürzt über uns herein, was unser bisheriges Lebenskonzept auf den Kopf stellt. Man fühlt sich nicht mehr als derselbe, durchlebt eine längere Phase der Regression, der Desorientierung und des Mangels an Initiative – Erikson spricht vom „Patiens-Zustand“ des Ich. Je stärker das Urvertrauen des Einzelnen ist, je mehr der Betreffende sozialen Beistand erhält, desto eher greifen Bewältigungsmechanismen, kann die Krise im Nachhinein gar als Reifungs- und Wachstumspotential erfahren werden. Eine unausgeglichene psychische Verfassung, mangelnde Hilfsbereitschaft, Gleichgültigkeit oder gar Ablehnung lassen Identitätskrisen hingegen leicht in pathologische oder deviante Entwicklungspfade münden.

Darüber hinaus führt Erikson die Begriffe „**Identitätsverwirrung**“ bzw. „**Identitätsdiffusion**“ in die psychoanalytische Krankheitslehre ein, vorübergehende oder länger andauernde psychoseartige Zustände der Zerrissenheit, des Verlusts an innerer Orientierung. Das Ich droht in seine verschiedenen Kerne und Funktionen zu zerfallen, die Grenzen zwischen Selbst und Außenwelt, Fantasie und Realität, Traum und Wachzustand drohen zu verschwim-

men. „Es ist eine Zersplitterung des Selbst-Bildes eingetreten, ein Verlust der Mitte, ein Gefühl von Verwirrung und in schweren Fällen die Furcht vor völliger Auflösung“ (Erikson 1981b, S. 154). Momentane Ausnahme- und Verwirrheitszustände können schon im Alltagsleben auftreten, kurze Gefühle des Neben-sich-Stehens, des Schocks beim Erhalten einer schlimmen Nachricht oder beim Miterleben eines Unfalls. Meist ist die Identitätsverwirrung Begleiterscheinung vor allem früher Persönlichkeitsstörungen. Man denke an das Weltuntergangserleben des Narzissten beim unvermittelten Infragestellen seines grandiosen Selbst, an die abrupten Wechsel von Selbstbild und Gefühlszuständen des Borderline-Patienten oder die Halluzinationen und Wahnzustände im akuten schizophrener Schub. Besonders tragisch überfällt die Identitätsverwirrung immer wieder traumatisierte Menschen in akuten Ängsten und Flashbacks. Und nicht von ungefähr hat Erikson die Identitätsdiffusion zuerst an amerikanischen Kriegsveteranen studiert.

Im engeren Sinne ist die Identitätsdiffusion bei Erikson ein Störungssyndrom der Spätadoleszenz, ein angstvolles Zurückschrecken vor dem Übergang ins Erwachsenenleben, ein Lähmungszustand, „dessen Mechanismen so konstruiert zu sein scheinen, dass ein Minimum tatsächlicher Verpflichtung und Entscheidung mit einem Maximum innerer Überzeugung verbunden bleibt, noch Zeit und Kraft zur Entscheidung zu haben (Erikson 1981b, S. 156). Als charakteristische Symptome nennt Erikson die „Diffusion der Intimität“, die Furcht vor dem Ich-Verlust bei jeglicher erotischer oder gefühlsmäßiger Nähe; die „Diffusion der Zeitperspektive“, Zustände chronischer Müdigkeit, Apathie und Resignation, eine „No-future“-Haltung, hinter der sich „so etwas wie „ein Misstrauen gegen die Zeit an sich“ verbirgt (Erikson 1981b, S. 180); weiter die „Diffusion des Werksinns“, Arbeitsstörungen, Lernunlust, das selbstsabotierende Ausweichen vor aller Verpflichtung in Schule oder Ausbildung; schließlich die „Identifikation mit der negativen Identität“, das trotzige Experimentieren mit negativen Rollen und Selbstbildern als Widerstand gegen eine als übermächtig erlebte Erwachsenenwelt. Gerade bei den klinischen Grenzfällen kommt es häufig zur „Rock-bottom-Attitüde“, ein quasi freiwilliges Sich-Fallenlassen des Jugendlichen, „eine Suche nach der allerniedrigsten Lage, die zugleich die äußerste Grenze der Regression und das einzige feste Fundament für einen neuen Aufstieg ist“ (Erikson 1981b, S. 169). Es hat keinen Sinn, den jungen Patienten in seinem oft misstrauischen und abweisenden Agieren durch künstliches Lob stützen zu wollen. Der Therapeut muss für Erikson die Funktion einer absolut zuverlässigen, „haltenden

Mutter“ einnehmen. Das unterste Felsgestein muss erst erreicht worden sein, bevor die Entwicklung wieder nach vorne umgeleitet werden kann.

Vielfach ähneln manche der von Erikson beschriebenen Symptome psychiatrischen Krankheitsbildern. Freilich hat er den Fatalismus klassischer Diagnosen gescheut und immer wieder darauf hingewiesen, dass gerade in kritischen Phasen der jugendlichen Entwicklung abstempelnde und negative Urteile von gesellschaftlichen Autoritäten, Eltern, Lehrer, Richter, Psychiater, zu verhängnisvollen Verhärtungen führen können. Psychische Krisen und Erkrankungen sind für Erikson nicht nur Folge unbewusster Konflikte, sondern werden grundsätzlich auch von gesellschaftlichen Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten mit verursacht und verstärkt. Autoritäre Machtverhältnisse, Rassismus, Armut, Unterprivilegiertheit, ein Klima der Unterdrückung, Ausbeutung und Korruption – all dies sind reale äußere Stressoren menschlichen Identitätsgefühls. In allen Gesellschaftsformen besteht offen oder unterschwellig die Neigung, die eigene negative Identität auf bestimmte Außenseiter, Randgruppen und Normüberschreiter zu projizieren, die zum Gegenstand von Ausgrenzung und Verachtung werden. Stigmatisierte Menschen, so Erikson, leiden oftmals unter einer chronischen Identitätsverunsicherung. Die falsche Hautfarbe oder sexuelle Orientierung, die Vorstrafe oder psychiatrische Diagnose, die eigene Behinderung oder Obdachlosigkeit steht im Zentrum empfindlicher Selbstbeobachtung, wird insgeheim als Makel erlebt. Gefahr ist stets, dass sich direkte oder latente Ablehnung der Umwelt mit der eigenen negativen Identität vermischen und zu einer Haltung schamvoller Selbstentwertung verdichten. Die Betroffenen finden sich entweder irgendwann resigniert mit der herabgesetzten Rolle ab. Oder es kommt zur Identifikation mit der negativen Identität. Man verkörpert bewusst etwas Fragwürdiges, Abgelehntes, fügt sich in trotzigem Stolz nicht in die offiziellen Erwartungen ein, was wiederum Ablehnung und Ausgrenzungstendenzen der Gesellschaft erhöht.

Wie andere Vertreter der Identitätspsychologie hat Erikson seine therapeutische und wissenschaftliche Arbeit auch als „Identitätspolitik“ verstanden. Sein entschiedener Einsatz für unterdrückte und ausgegrenzten Randgruppen in den Vereinigten Staaten wurde beispielhaft für den allmählichen Wandel öffentlichen Bewusstseins ab der zweiten Hälfte der 1960er Jahre. Die Stärkung von Frauen- und Kinderrechten, die zunehmende Akzeptanz sexueller Vielfalt, der Kampf gegen Gewalt und Rassismus, vielfältige Antidiskriminierungsmaßnahmen und -gesetze – viele Formen der Herabsetzung und Ausgrenzung haben sich in den letzten Jahrzehnten abgebaut. Mit welchem Teil fanatischem Sittlichkeitsfanatismus die autokratischen Regime und Gottes-

staaten dieser Erde sich derzeit gegen den gesellschaftlichen Wandel stemmen, wie rasch in Krisenzeiten auch in demokratischen Gesellschaften Vorurteile, Vermeidungshaltungen und Ressentiments wiederaufleben, ist Teil eines mittlerweile spürbar veränderten Klimas wachsenden Rückschritts und wachsender Intoleranz.

Gesellschaftliche Identitätskrisen – totalitäre Identitäten

Vor allem in seinen psychohistorischen Werken und Beiträgen zum Totalitarismus hat Erikson deutlich gemacht, wie rasch sich individuelle und gesellschaftliche Krisen wechselseitig steigern, das Identitätsgefühls verengen und verhärten lassen, leicht in totalitäre Geisteshaltungen und politische Systeme ableiten. Alle menschlichen Gemeinschaftsformen, vor allem Völker, Religionen, Kulturgemeinschaften, neigten in ihrer historischen Entwicklung dazu, das eigene Weltbild und den eigenen Lebensplan zu überhöhen, sich als herausgehoben, auserwählt, gottgewollt, gleichsam als eine „Pseudospezies“ des Menschseins zu empfinden und diese Überzeugungen und Vorurteile jeweils in der nächsten Generation zu verankern. Dies weckte zu allen Zeiten Gefühle von Stolz und Loyalität, höchste Formen von Solidarität und Kreativität. Aber die Tendenz, die eigene negative Identität auf äußere Feinde oder Randgruppen in den eigenen Reihen zu projizieren, diese zu entwerten und ökonomisch auszubeuten, führte immer wieder zu schlimmsten Formen der Feindseligkeit, des Rassismus, der gewaltsamen kriegerischen Auseinandersetzung.

Gerade in Krisensituationen und Zeiten zu raschen gesellschaftlicher Wandels löst die Angst, ein schützendes gemeinschaftliches Gefüge zu verlieren, bei breiten Massen leicht unterschwellige Identitätspanik aus. Angst, Misstrauen, Vorurteilsbereitschaft und Abschottungstendenzen nehmen zu. Ob in solch historischen „Identitäts-Vacua“ (Erikson 1975) gemäßigte Kräfte die Oberhand behalten oder Demagogen mit simplen Rezepten und primitiven Schuldzuweisungen die Stimmung weiter anheizen, kann oftmals über das Schicksal ganzer Populationen entscheiden. In seinen psychohistorischen Untersuchungen arbeitet Erikson gewisse Regelmäßigkeiten in der Entwicklung großer geschichtlicher Gestalten heraus. Oftmals leiden sie schon als Adoleszente vermehrt unter Problemen und Missständen, die unterschwellig alle bedrängen. Sind sie erst einmal auf ihre historische Mission gestoßen, verbindet sich ihre persönliche Identitätskrise gleichsam mit der Lösung der Krise ihres Zeitalters. In seinen Biografien über Martin Luther

und Mahatma Gandhi zeigt Erikson auf, wie zwei charismatische religiöse Erneuerer in höchst kritischen Phasen gesellschaftlich-kulturellen Übergangs zu Wegbereitern einer neuen Epoche wurden. Wie leicht andererseits destruktive Führerfiguren mit dem Syndrom des malignen Narzissmus in verunsicherten Zeiten die Führung übernehmen, zeigt ein nüchterner Blick auf die Geschichte. Gerade in Krisensituationen neigt die Psyche laut Erikson dazu, von einem Zustand der „Ganzheit“ in den Zustand der „Totalität“ zu wechseln und die Welt in einfachere Kategorien von Gut und Böse, richtig und falsch, Freund und Feind einzuteilen. Solche Spaltungen kommen in den Stimmungsschwankungen des Alltagslebens häufiger vor, bei bestimmten klinischen Zuständen, in extremistischen, fundamentalistischen oder fanatischen Persönlichkeitsveränderungen werden sie habituell. Totalitäre Propaganda, totalitäre Systeme suchen in Krisensituationen regelmäßig, solche Spaltungen anzustacheln und dauerhaft im kollektiven Bewusstsein zu verankern. Alles Harmonische, Vertrauensvolle, Gute wird im Binnenraum der eigenen Gemeinschaft beschworen, alles Misstrauen, aller Hass nach außen projiziert. „Angesichts einer bestimmten, willkürlichen Grenzziehung darf nichts, was hereingehört, draußen gelassen werden, nichts, was draußen sein soll, kann innen geduldet werden“ (Erikson 1981a, S. 80). Im Ernstfall werden ganze Massen bereit, „Doktrinen zu unterstützen, die ein völliges Eintauchen in eine synthetische Identität (des extremen Nationalismus, Rassismus, Klassenbewusstseins) und eine kollektive Verdammung eines total stereotypisierten Feindes der neuen Identität anbieten (1981a, S. 89). Individuelle Kritik, individuelle Gewissensregungen lösen sich auf im rauschhaften Erleben einer grandiosen „Wir-Identität“. Im Gnadenlosen kriegerischer Auseinandersetzungen, in Pogromen und Massakern lässt der Einzelne sich zu Grausamkeiten hinreißen, zu denen er unter normalen Umständen nie in der Lage gewesen wäre.

Wir wissen nicht, welche Wunden der Holocaust bei Erikson schlug. Aber das Entsetzen über kühl geplante Szenarien der Massenvernichtung trug sicherlich bei zu jener Haltung der Anmahnung menschlicher Destruktionsneigung, gesellschaftskritischen Engagements und ethischer Besinnung, wie sie für viele jüdische Denker der Nachkriegszeit so typisch wurde. Gleichwohl hielt Erikson stets an einer Hoffnung fest, einer Art positiver Geschichtsphilosophie. Die Entstehung von Weltreichen und Weltreligionen, die Ideen der Aufklärung, des Humanismus und Sozialismus – es scheint in der Geschichte der Menschheit unter furchtbaren Stillständen und Rückschlägen einen evolutiven Zug zu immer größeren Gefühlen menschlicher Zusammengehörigkeit zu geben,

zur allmählichen Überwindung der Pseudospezies-Mentalität. Wie weit wir derzeit noch vom Entwicklungsziel eines gesamt menschlichen Identitäts- und Solidaritätsgefühls entfernt sind, zeigt das Zerrissene momentanen Weltgeschehens.

Die acht Stufen des menschlichen Lebenszyklus – Herzstück von Eriksons Identitätstheorie

Eriksons Konzept des Lebenszyklus ist bis heute Herzstück seines gesamten Theoriegebäudes. Danach verläuft die Identitätsentwicklung des Individuums von der Geburt bis zum Tod in Auseinandersetzung mit acht Grundaufgaben, Grundkrisen menschlichen Daseins, von deren Bewältigung die Lösung der jeweils nächsten Entwicklungsstufen abhängig ist. So ist es in der ersten Lebensphase **„Urvertrauen versus Urmisstrauen“** von nahezu schicksalhafter Bedeutung, ob der total abhängige Säugling ein ausreichendes Maß an Zuversicht entwickelt, sich hoffnungsvoll auf das Leben einzulassen. Die liebevolle Zuwendung der Mutter, ausreichender Hautkontakt, die regelmäßige Stillung der körperlichen Bedürfnisse, überhaupt ein Klima des Gehalten- und Geborgenseins schafft das früheste Gefühl symbiotischer Verschmelzung mit einer guten Umgebung. Der Glanz im Auge der Mutter bedeutet ein erstes „Ansehen“ und „Anerkennen“, die Uhrahnung einer persönlichen Identität. Früheste Erfahrungen von Alleingelassen- und Ungeborgensein, des „bösen Blicks“, hinterlassen schwere Irritationen, wie sie im späteren Leben zur Wurzel unerklärlicher Ängste und psychosomatischer Symptomen werden. Ein Übergewicht des Urvertrauens über das Ur-Misstrauen - ein Mensch gänzlich ohne Misstrauen wäre nicht lebensfähig – ist für Erikson gleichsam „Eckstein der gesunden Persönlichkeit“ (1981b, S. 63), Basis allen gesunden Selbstwert- und Identitätsgefühls, aller Kontakt und Liebesfähigkeit. Ein in früher Kindheit grundgelegtes chronisches Urmisstrauen hingegen ist eine schwere Hypothek, kommt in Haltungen der Freudlosigkeit und des Skeptizismus zum Ausdruck, im steten Zweifel an der Verlässlichkeit von Kontakten und der Aufrichtigkeit von Gefühlen. In den Spaltungsprozessen früher Persönlichkeitsstörungen wird das unberechenbare Schwanken zwischen sehnsüchtigem Kontaktwunsch und radikalem Misstrauen zum führenden Symptom – und zur Nagelprobe jeder Therapie.

In der zweiten Lebensphase **„Autonomie versus Scham und Zweifel“** eröffnen die motorischen Fähigkeiten des Krabbelns, Aufrechstehens und Laufens, die beginnende Entwicklung des Eigenwillens dem Kleinkind ungeahnt

neue Zugangsmöglichkeiten zur Welt, gehen aber auch mit ersten schamvollen Erlebnissen von Ungeschicklichkeit, Ohnmacht und Unterlegenheit einher. Überwiegen durch eine ebenso liebevolle wie konsequente Erziehung die ermutigenden Erfahrungen, wird das Urvertrauen durch ein wachsendes Gefühl der Autonomie bereichert, auf eigenen Füßen stehen, den eigenen Körper beherrschen zu können, Grundlage für Selbstsicherheit und Durchsetzungsfähigkeit in den Erfahrungen des späteren Lebens. Stets bleiben Gefühle von Autonomie und narzisstischer Sicherheit hingegen vom Feuer der Scham bedroht, ein spezifisch menschliches Erleben eigenen Unwertes, das Erikson, deutlicher als Freud, in seiner psychologischen Eigenart analysiert. Akute Scham tritt überall dort auf, wo wir uns in peinlicher Weise exponiert fühlen, öffentlich ertappt, bloßgestellt oder gedemütigt werden, ein dramatischer Gesichtsverlust, weshalb der Schamerfüllte die Welt geradezu zwingen möchte, „ihn nicht anzusehen“ und am liebsten „die Augen aller anderen zerstören“ würde (1982a, S. 247). Chronische Schamgefühle infolge schwerer narzisstischer Kränkungen stecken hinter vielen Formen von Schüchternheit und depressiver Selbstentwertung, können massiven Hass, nagende Ressentiments erzeugen, ebenso wie Beschämungen des Kollektivbewusstseins, demagogisch aufgeputscht, ethnische, nationale und religiöse Konflikte immer wieder so irrational und hoffnungslos unbeeinflussbar machen.

Zwischen dem dritten und fünften Lebensjahr, in der Entwicklungsphase „**Iniative versus Schuldgefühl**“, entwickeln Jungen und Mädchen zunehmend Freude am Zusammenspiel, versetzen sich in die Helden von Bilderbüchern und Filmen, ahmen die Tätigkeiten und Rollen von Erwachsenen nach, wichtige Voraussetzung für Einfallsreichtum, Kreativität und Forscherdrang im weiteren Leben. Es ist aber auch die Zeit, wo die Geschlechtsunterschiede bewusster werden, wo Sexualneugier und Sexualfantasien sich deutlicher auf die Paarbeziehung der Eltern richten, Jungen und Mädchen unterschwellig eine zärtlich-emotionale Bindung an den gegengeschlechtlichen Elternteil entwickeln und insgeheim die gleichgeschlechtliche Elternfigur als beneideten Rivalen und störenden Konkurrenten erleben. Erikson hält an der klassischen Theorie fest, „wonach jedes neue Kind potentieller Träger des ödipalen Fluchs ist“ (1982b, S. 231). Ängste und Eifersuchtsgefühle des unbewältigten Ödipuskomplexes sind nach wie vor für neurotische Entwicklungen im Erwachsenenleben mitverantwortlich, für Autoritätskonflikte, Partnerschaftsschwierigkeiten und chronische Sexualstörungen, ebenso wie verborgene ödipale Hassgefühle Konflikten um gesellschaftliche Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten zusätzliche irrationale Brisanz verleihen. Wenn es Eltern hin-

gegen gelingt, Kindern in fairer und liebevoller Weise ein Erlebnis gleichen Wertes, wenn auch unterschiedlichen Alters zu vermitteln, können, glaubt Erikson, viele Reibungen des Generationsunterschiedes abgemildert werden. Gefahr in dieser Phase erster Konsolidierung des Gewissens ist, dass harte, autoritäre Verbote und Strafen ein kategorisches Über-Ich begründen, übermäßige Schuldgefühle, die alles spontane Wünschen und Wollen unterdrücken und später in vielerlei neurotischen Attitüden und selbstsabotierenden Haltungen gesunde Initiative des Erwachsenen hemmen.

Erikson versteht die Latenzphase als eine Zeit intensiven Lernens mit der Überschrift „**Werksinn versus Minderwertigkeitsgefühl**“. Die Schule wird nun zu einer prägenden außerfamiliären Welt, wo die eigene Leistung erstmals deutlicher bewertet, Erfolg und Misserfolg, Solidarität und Konkurrenz zu Gleichaltrigen vermehrt gespürt werden. Soziale Rangunterschiede werden nun mitunter schmerzlicher bewusst, Lehrpersonen werden oft zu wichtigen Übertragungsfiguren. Gezielter entwickeln Jungen und Mädchen nun eigene Interessen, entdecken eigene Hobbys. Wichtig ist, dass Eltern einen Blick für die Begabungen ihrer Kinder haben, interessiert an deren Aktivitäten teilnehmen, ab und an mit ihnen basteln und werken und sie als gleichberechtigte Partner akzeptieren. Gerade aus den Erfolgserlebnissen und positiven Rückmeldungen dieser Phase wächst für Erikson „Werksinn“, Selbstvertrauen in die eigene Kompetenz und Geschicklichkeit, Ausdauer und Fleiß, die Anfänge einer späteren positiven Arbeitsidentität. Schulische Misserfolge, das Veröden ganzer Interessenbereiche kann hingegen quälende Minderwertigkeitsgefühle hervorrufen, ungeschickt und inkompetent zu sein, nichts von Wert zu Stande zu bringen, die später mit zu Lernunlust, Arbeitsstörungen und beruflichen Krisen beitragen. Gefahr für Erikson ist ebenso, dass unter dem zunehmenden Diktat ökonomischer Zwänge die Persönlichkeitsentwicklung mit der vierten Entwicklungsphase quasi endet und Fragen von Moral, Mitmenschlichkeit und Sinnfindung dem Kampf um Gewinnmaximierung, Effizienz und Erfolg untergeordnet werden.

Erikson stellt die Adoleszenz unter das Thema „**Identität versus Identitätsdiffusion**“, ein „psychosoziales Moratorium“, während dessen der junge Mensch „durch freies Rollen-Experimentieren sich in irgendeinem der Sektoren der Gesellschaft seinen Platz sucht“ (1981b, S. 137). Die Ablösung aus dem Kindheitsstatus wird, gerade in der Anfangszeit, nicht selten als krisenhaft erlebt. Die körperlichen Veränderungen, die ungestümen Triebimpulse erzeugen Scham und Verunsicherung, die Bindung an die Erwachsenen und deren Wertewelt wird fragwürdig, Konflikte, Enttäuschungen rühren an unbe-

wältigte Kindheitsängste, wecken Gefühle von Bitterkeit und Weltschmerz. Das Schwärmen für Idole wird in Momenten diffuser Identität oft zu einer wichtigen narzisstischen Stütze. Ebenso findet man in der Peergroup Halt und Zuflucht, möchte Solidarität erfahren, seinen Stil erproben, sich respektiert fühlen. Die tastenden Versuche, sich einem möglichen Partner zu nähern, zu erfragen, wie man vom anderen Geschlecht eingeschätzt wird, erste erotische Erfahrungen können intensive Verschmelzungserlebnisse auslösen, ebenso Gefühle tiefen Schmerzes, unattraktiv, unbeliebt, allein gelassen zu sein. Die mittlere und späte Adoleszenz ist auch eine Zeit des Nachdenkens über politische und weltanschauliche Themen, gleichzeitig werden Fragen der Ausbildung und beruflichen Zukunft immer bestimmender. Unklarheiten, Unsicherheiten junger Menschen können hier zu spontanen, selbstgewählten Moratorien führen, eine oft bereichernde Zeit der Besinnung und des Experimentierens. Gefahr ist das immer weitere Abgleiten in Unentschlossenheit, Entwicklungsstillstand und Regression, am deutlichsten zum Ausdruck kommend im „Nesthocker-Syndrom“ der Gegenwart.

Im jungen Erwachsenenalter, der Entwicklungsphase **„Intimität und Distanzierung versus Isolierung“**, stehen die verbindliche Wahl eines Partners und der Aufbau einer gemeinsamen Paarbeziehung für Erikson im Mittelpunkt. In der Fähigkeit, einen gemeinsamen Lebensstil aufzubauen, ehrlich Konflikte auszutragen, offen für den belebenden Kontakt mit anderen zu bleiben und sich gleichzeitig einen Freiraum, ein Stück Distanz nach außen aufrechtzuerhalten, zeigt sich wahre Intimität, „die gegenseitige Bezogenheit zweier reifer Menschen“ (Erikson 1988, S. 30). Man nimmt Anteil aneinander, kann sich immer wieder das Gefühl geben, füreinander der wichtigste Mensch zu sein. In intensiven Momenten des Gesprächs oder der erotischen Begegnung vermag sich dies zu einem tiefen Verschmelzen mit den Gedanken und Gefühlen des anderen zu steigern und die unvermeidlichen Aggressionen, die geheimen Eifersuchtsgefühle und Verlustängste jeder engeren Beziehung in Schach halten. Natürlich realisiert sich Intimität nicht nur in der Zweisamkeit, sondern überhaupt in einer Grundhaltung sympathischer Aufgeschlossenheit, der Fähigkeit, sich von außen anrühren und vom Du bereichern zu lassen. Gegenpol ist für Erikson ein grundlegendes Gefühl von Isolierung, die Unfähigkeit, sich auf tiefere Beziehungen einzulassen und die daraus resultierenden „Angst, allein und unerkannt zu bleiben“ (1988, S. 92), eine Isolierung, wie sie – trotz oder gerade wegen wahlloser sexueller Aktivitäten - hinter vielen Formen von Kontaktstörungen und Vereinsamung steckt und in Paarkonflikten als zunehmend quälerische Entfremdung erlebt wird.

Im mittleren Erwachsenenalter, der Lebensphase „**Generativität versus Stagnation**“, ergibt sich aus der gemeinsamen Intimität für Erikson natürlicherweise „das Interesse daran, die nächste Generation zu begründen und zu führen“ (1981a, S. 141). Das Vater- und Muttersein bedeutet ein verändertes Identitätserleben. Eltern und Kinder entwickeln sich gemeinsam, wachsen aneinander im gemeinsamen Durchstehen von Konflikten, im Teilen von Glück und Leid, ebenso wie Kinder die Ängste und Schwachstellen von Eltern anrühren, Beziehungen stagnieren, Konflikte sich in unfruchtbaren Streitritualen verhärten. Selbstverständlich wird der generative Drang auch im sozialen und politischen Engagement oder schöpferischen Tun befriedigt, es geht Erikson allgemein um die Verantwortung, die der erwachsene Mensch für den Fortbestand der Gesellschaft übernimmt. Gefahr des mittleren Erwachsenenalters ist die Stagnation, das Empfinden, partnerschaftlich, beruflich oder ideell auf der Stelle zu treten, innerlich leer, keine Erfüllung zu finden, besonders hervorstechend in narzisstischen Persönlichkeitsstörungen, wo der generative Drang sich zunehmend in ein immer ausschließlicheres Kreisen um das eigene Selbst verkehrt.

In der letzten Lebensphase „**Integrität versus Verzweiflung und Ekel**“ geht es für den alternden Menschen darum, aus der Fülle der Lebenserfahrungen ein Gefühl der Integrität, der Ganzheit und Sinnhaftigkeit abzuleiten. Man kann das eigene So-geworden-Sein bejahen, trotz alles Schmerzhaften, trotz mancher Irrtümer und Enttäuschungen. Man hat ein Stück Lebensweisheit entwickelt, eine allgemeine Zufriedenheit, das Leben gelebt, den „Auftrag erfüllt“ zu haben. Zu solch innere Abgeklärtheit zu finden, kann allerdings im letzten Lebensabschnitt schwierig werden angesichts zunehmender Gebrechlichkeit und Krankheitsanfälligkeit, des Endes des Berufslebens, des Verlusts des Partners oder nahestehender Menschen, der Furcht vor dem eigenen näher rückenden Tod. Wie immer der ältere Mensch sein Leben gestaltet, das beste Mittel gegen Gefühle von Verzweiflung und Einsamkeit ist für Erikson die „Beibehaltung einer würdevoll generativen Funktion“ (1988, S. 81), im mitmenschlichen Kontakt und ehrenamtlichen Engagement, im vertrauensvollen Umgang mit Enkelkindern. Fehlt eine solch positive Bilanz, machen sich Hoffnungslosigkeit und innere Leere breit, Trauer, Bitterkeit, hypochondrische Befürchtungen. Man hat nichts Überdauerndes gefunden, was dem Leben Festigkeit und Sinn verleiht, möchte oft noch einmal ganz von vorne anfangen, eine Verzweiflung, in der letztlich „die Verachtung des Menschen gegen sich selbst“ zum Ausdruck kommt (1981a, S. 143).

Eriksons Identitätspsychologie – nach wie vor aktuell und wegweisend

Wenn es auch in den letzten Jahren um Erikson stiller geworden ist – seine ungemein fruchtbaren Beiträge und Denkanstöße vorschnell als veraltet abzutun, wäre töricht. Mit der Diskussion der Identitätsproblematik hat er als einer der ersten ein modernes Bedürfnis wie ein modernes Leiden in Worte gefasst. Gerade in Zeiten, wo die persönliche Identität sich hinter Posen, Rollen, gespielten Gefühlsäußerungen aufzulösen oder in unerschütterlichen Überzeugungen einzukapseln droht, ist die Stärkung eines verantwortlichen, kritischen Ich - gerade für die Aufrechterhaltung von Rechtsstaatlichkeit und Demokratie - notwendiger denn je. Gewiss ist die Vorstellung einer stufenförmigen Bewältigung von Lebensphasen in der digitalisierten und multikulturellen Welt vielfach nicht mehr zeitgemäß, kann von einer weitgehend feststehenden Identitätsbildung zu Beginn des jungen Erwachsenenalters kaum noch die Rede sein. In vielen neuen Lebensentwürfen überschneiden sich die Entwicklungsphasen, werden in die Länge gezogen, überschlagen, nachgeholt, aufs Neue wieder aufgenommen. Dennoch, auch hinter dem Getriebebenen pausenloser digitaler Kommunikation, dem Patchwork multi-optionaler moderner Lebensstile verbergen sich letztlich Sehnsüchte nach Resonanz und Zugehörigkeit, nach Vertrauen, Autonomie, Liebe und Fürsorge. Ähnlich heizen sich im immer wieder Ähnlichen eskalierender sozialer und politischer Konflikte Misstrauen, verletzte Schamgefühle, ödipale Rivalitäten und Identitätspanik wechselseitig auf.

Eriksons Mahnung, Kindern ein ausreichendes Maß an Vertrauen zu schenken, sie nicht zu beschämen, ihnen „Spielraum“ im wahrsten Sinne des Wortes zu gewähren, sind aktueller denn je in einer Zeit, wo Kinder oft viel zu früh mit digitalisierten Welten überfordert sind, mitunter viel zu früh deren spätere Karriere geplant wird. In keinem Lebensabschnitt wirken sich die Veränderung der postmodernen Welt so massiv aus wie in der Adoleszenz, die heute oftmals nur noch einen „Vorwaschgang der Identitätsfindung“ (Seiffge-Krenke 2021) darstellt. Das Unaufgeregte, der Einfallsreichtum, mit dem heutige Jugendliche im weltweiten Chat Kontakt suchen, mit unterschiedlichen Lebensentwürfen und Sinnoptionen experimentieren, sich Sorgen um die Zukunft unseres Planeten machen, hat durchaus etwas Hoffnungsvolles. Dennoch bleibt die Adoleszenz eine Zeit der Krise. Schwere Körperscham, oft zugespitzt in Krankheitsbildern der Magersucht oder Dysmorphophobie, Computersucht, Unsicherheiten der Geschlechtsidentität und der unstillbare Wunsch nach einer Geschlechtsumwandlung, massive Eifersuchtsgefühle und vernichtendes digitales Mobbing in der Peergroup, in Extremfällen Aus-

löser für unerklärliche, die Öffentlichkeit schockierende Gewalttaten, endlos verlängerte, immer krisenhaftere Moratorien - vermehrt sehen sich heute Kinder- und Jugendpsychiater mit bedrängenden und scheinbar neuartigen Symptomen jugendlicher Identitätsverwirrung konfrontiert.

Viele Aufgaben der Identitätsfindung, Partnerwahl, Berufsfindung, das Zeugen von Kindern, verlagern sich heute bis weit ins dritte oder gar vierte Lebensjahrzehnt, immer häufiger verschmelzen im jungen und mittleren Erwachsenenalter Themen von Identität, Intimität und Generativität miteinander. Neue Beziehungsformen sind heute zur klassischen Ehe und Familie in Konkurrenz getreten, Sexualität hat sich weitgehend von der Fortpflanzungsfunktion abgekoppelt, wird in unterschiedlichen Variationen und Beziehungsformen gelebt. Trotz Paarshipping und Cyber-Sex, nach wie vor gibt es bei vielen Menschen ein starkes Bedürfnis nach Intimität, werden Unzuverlässigkeit und Untreue als ausgesprochen konflikthaft und kränkend erlebt. Das Arbeitsleben ist offener und flexibler geworden, bietet eine Vielzahl von Vergünstigungen, ermöglicht neue originelle Formen der Lebensplanung und des Zeitmanagements. Dennoch ist das Berufsleben heute viel häufiger eine Kette von Prüfungen, Evaluation und Neuqualifikationen, erzeugen harte Konkurrenz und Team-Rivalitäten vermehrt Stress und Verunsicherung.

Der Wechsel vom befehlsorientierten zum verhandlungsorientierten Erziehungsstil, die Demokratisierung der Familie, das stärkere Sich-Einbringen von Vätern - Erziehung ist heute liberaler und kindgemäßer geworden. Dennoch leiden Kinder unter widersprüchlichen Erziehungsstilen, elterlichem Streit, Trennungen und unklaren Patchwork-Verhältnissen, kommt es nach wie vor zu bestürzenden Formen der Vernachlässigung, der Gewalt und des Missbrauchs. Gelungene Partnerschaften, beruflicher Erfolg, die geglückte Beziehung zu den eigenen heranwachsenden Kindern und zur Großelterngeneration stärken beim erwachsenen Menschen Zufriedenheit und eine positive Lebensbilanz, während wachsende Streitigkeiten und Enttäuschungen zu einem immer quälenderen Gefühl der Stagnation führen.

Das Alter ist heute zu einer eigenen Entwicklungsphase mit vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten geworden, bietet neue Möglichkeiten und Chancen, Gefühle von Lebenssinn und Integrität abzurunden. Dennoch verstärken wachsende Phänomene von Altersarmut und Vereinsamung Zustände von Depression und Verzweiflung. Dies steigert sich oftmals im neu hinzugetretenen Lebensabschnitt der Hochaltrigkeit. Der dementielle Abbau, der Verlust elementarer Fähigkeiten, das Angewiesen-Sein auf Hilfe bei intimsten Vorgängen, am Schluss ein dämmerndes Dahinsiechen - nicht nur für die Betref-

fenden selber, auch für die Angehörigen und das überfordertes Pflegepersonal stellt das allmähliche Verlöschen einer vertrauten Persönlichkeit eine zunehmend belastende existenzielle Herausforderung dar.

Wenn auch Phasenmodelle menschlichen Lebens in der heutigen Entwicklungspsychologie an Bedeutung verloren haben – gerade hinsichtlich der Vielfalt und Unvorhersehbarkeit neuer gesellschaftlicher Entwicklungen ist Eriksons Acht-Phasenmodell nach wie vor ein wichtiger und übersichtlicher Anhaltspunkt für Diagnostik und Therapieplanung. Auf welcher Entwicklungsphase bewegt sich der Patient, welche aktuellen Chancen, Herausforderungen, Krisen stehen an? Welche Defizite, unverarbeiteten Konflikte, Traumata aus vergangener Entwicklungsphasen könnten ihn belasten und an aktueller Krisenlösung hindern? Und welche Hoffnungen bzw. Ängste bezüglich künftiger Entwicklungsphasen bewegen ihn?

Sicherlich geben einige Vorstellungen Eriksons berechtigterweise Anlass zu Kritik: manche Überschriften und Tugenden des Lebenszyklus, die bisweilen einem bürgerlich-calvinistischen Tugendkatalog ähneln, der Identitätsbegriff, der Vorstellungen von Reife, Erfolg und persönlicher Authentizität suggerieren könnte, wie sie in einer vernetzten und verwalteten Welt leicht illusorisch werden, die Vernachlässigung des Arbeitslebens in den fast ausschließlich um die privaten Beziehungen kreisenden Stadien des Erwachsenenlebens, nicht zuletzt auch manch problematische Geschlechterstereotype in seiner Beschreibung der weiblichen Identität. Das soll die beeindruckende Vielschichtigkeit und Originalität seines monumentalen Werkes nicht schmälern. Nach wie vor lohnt sich die Lektüre der Originaltexte.

Wie der menschliche Lebenszyklus in einer von Robotern und künstlicher Intelligenz beherrschten Welt der Zukunft aussehen wird, ist gänzlich unvorhersehbar. Alles andere als auf weitere schwere Krisen gefasst zu sein, wäre blauäugig. Hoffen wir dennoch, dass sich ein Gefühl gesamt menschlicher Verantwortung für die Zukunft unseres Planeten am Ende als stärker erweist ist als kurzsichtiger Egoismus und wahnhafte Destruktionsbereitschaft. Im Nachwort von „Der junge Mann Luther“ hat Erikson es in einen wunderbaren Satz gefasst: „Jede Generation schuldet der nächsten einen verlässlichen Schatz an Urvertrauen“ (1975, S. 292).

Literatur

- Conzen, P. (2017) Die bedrängte Seele. Identitätsprobleme in Zeiten der Verunsicherung. Stuttgart: Kohlhammer
- Conzen, P. (2020). Erik H. Erikson. Grundpositionen seines Werkes. 2. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer
- Ehrenberg, A. (2004) Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt a. M.: Campus
- Erikson, E. H. (1975) Der junge Mann Luther. Eine psychoanalytische und historische Studie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Erikson, E. H. (1978) Gandhis Wahrheit. Über die Ursprünge der militanten Gewaltlosigkeit. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Erikson, E. H. (1981a). Jugend und Krise. Die Psychodynamik im sozialen Wandel. Berlin und Wien. Klett-Cotta
- Erikson, E. H. (1981b). Identität und Lebenszyklus. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Erikson, E. H. (1982a). Kindheit und Gesellschaft. 8. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta
- Erikson, E. H. (1982b). Lebensgeschichte und historischer Augenblick. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Erikson, E. H. (1988). Der vollständige Lebenszyklus. Frankfurt a.M. Suhrkamp
- Seiffge-Krenke, I. (2001) die Jugendlichen und ihre Suche nach dem neuen Ich, 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer
- Senneth, R. (2000) Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin: Berlin-Verlag

Interessenkonflikt: Es besteht kein Interessenkonflikt.

Autor:

Dr. Peter Conzen
Burgblick 18, 53 177 Bonn
peter.conzen@t-online.de

Zum Autor: Peter Conzen ist Diplom-Psychologe und psychologischer Psychotherapeut und war bis zum Eintreten in den Ruhestand 2021 langjähriger Leiter der Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche des Caritasverbandes für die Stadt Bonn. Veröffentlichungen zum Werk Erik H. Eriksons, zur psychoanalytischen Entwicklungstheorie, zur Identitäts- und Fanatismusforschung.

Letzte Veröffentlichungen: „Die bedrängte Seele. Identitätsprobleme in Zeiten der Verunsicherung“, Stuttgart 2017, Kohlhammer; „Erik H. Erikson – Grundpositionen seines Werkes“, 2. Auflage, Stuttgart 2020, Kohlhammer

Bewältigungsmöglichkeiten berühmter Persönlichkeiten mit psychisch kranken Eltern am Beispiel des Malers René Magritte und des Schriftstellers Amos Oz

Susanne Schlüter-Müller

Zusammenfassung

Das Interesse an Kindern psychisch erkrankter Eltern hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Diese Kinder gehören einer Hochrisikogruppe an und Prävention ist dringend erforderlich. Erfreulicherweise kommt der Früherkennung und Vorbeugung von psychischen Erkrankungen immer mehr Bedeutung zu und somit gilt das Forschungsinteresse zunehmend den Resilienzfaktoren.

Anhand der Biografien des belgischen surrealistischen Malers René Magritte und des israelischen Schriftstellers und Friedenspreisträgers des Deutschen Buchhandels, Amos Oz, deren Mütter sich suizidierten, als sie beide 12 Jahre alt waren, wird aufgezeigt, wie sich diese Lebensbelastung auf (unbewusste) Weise künstlerisch einen Weg bahnen kann.

Schlüsselwörter: Psychisch kranke Eltern, Prävention, Resilienz, künstlerische Verarbeitung, Vulnerabilität

Abstract

The scientific and clinical interest in children with mentally ill parents increased in the last years. Those children belong to a high-risk population so that prevention is urgently indicated. Fortunately, early detection and prevention become more and more important, and the topic of resilience is in the focus.

Based on the biographies of the surrealist painter René Magritte and the Israeli writer and winner of the peace prize of the German Book sellers Amos

Oz, whose mothers both committed suicides, when their sons were 12 years old, the article will show, how this severe life-event (unconsciously) can find a way in artistic creation.

Keywords: Mentally ill parents, prevention, resilience, artistic creation, vulnerability

Ungefähr 2-3 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (cave: hohe Dunkelziffer) erleben einmal pro Jahr einen oder zwei Elternteile mit einer psychischen Erkrankung (Mattejat 2013).

In kinderpsychiatrischen Kliniken haben fast die Hälfte der Kinder ein oder zwei kranke Elternteile (Mattejat und Remschmidt 2008).

Das Risiko dieser Kinder eine psychische Störung zu entwickeln ist 3 bis 5-fach erhöht (Vostanis et al. 2006). Dieses erhöhte psychiatrische Erkrankungsrisiko ist zum einen durch genetische Einflüsse zu erklären, aber auch das elterliche Verhalten im Umgang mit dem Kind kann krankheitsbedingt eingeschränkt sein (Elbracht et. Al 2023). Zusätzlich haben Familien mit einem oder zwei erkrankten Elternteilen erhöhte psychosoziale Belastungen (Mattejat 2013). Die genannten Faktoren interagieren miteinander, so kann es beispielsweise von genetischen Bedingungen abhängen, wie sich Umweltstress auswirkt, wie es auch das bio-psycho-soziale Model erklärt.

Resilienz

Resilienz meint eine psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken und umfasst somit ein hochkomplexes Zusammenspiel aus Merkmalen des Kindes und seiner Lebensumwelt (Wustmann, 2008). Besondere Schutzfaktoren, über die diese Kinder verfügen können und die innerhalb des Kindes wirken (Lenz 2014) sind u.a. ein aktives kontaktfreudiges Temperament, Selbstvertrauen, Flexibilität, geringere Stressanfälligkeit, soziale Kompetenz, sicheres Bindungsverhalten und *Kreativität*.

Die geheime Sprache der Bilder – René Magritte

Der surrealistische Maler René Magritte wurde 1898 in Hennegau/Belgien als erstes Kind seiner Eltern geboren, es folgten noch zwei Brüder nach. Aus wenigen autobiografischen Notizen weiß man, dass seine Kindheit geprägt war von unzähligen Umzügen. In ihrem Buch „Magritte“ schreibt Suzi Gab-

lik (1985), die den Künstler persönlich kannte, dass Magritte nur über wenige frühe Kindheitserinnerungen verfügte, die alle bizarr waren. Was er, wie in einer Art Vision, speziell erinnerte, war ein großer hölzerner Oberkörper, der rätselhaft neben seiner Wiege stand (Bild Entdeckung, 1927).

Aus der Biografie des Künstlers ist bekannt, dass Magrittes Mutter Regine psychisch krank war und wahrscheinlich an einer Schizophrenie litt. In keiner der Biografien wird weiter auf die Erkrankung der Mutter und den späteren Suizid eingegangen, meist wird von einer „glücklichen Kindheit“ des Künstlers gesprochen oder in wenigen Sätzen der Suizid der Mutter erwähnt. Wie sehr sich die verrückte Welt der Mutter, die Unvorhersehbarkeit ihrer psychischen Zustände und das Unverstehbare ihres Handelns in seinen Bildern widerspiegelt ist Spekulation und wird auch von keinem Kunsthistoriker so gesehen. Es ist eindrucksvoll, dass Zusammenhänge, die sich psychotherapeutisch geschulten Betrachtern nahezu aufdrängen, in keiner der Biografien, Ausstellungsbeschreibungen, Bildinterpretationen einfließen, obwohl über die Verwirrung sehr wohl immer wieder berichtet wird. So beschrieben beispielsweise die Kuratoren der Magritte–Ausstellung „Der Schlüssel der Träume“, die 2005 in der Fondation Beyeler in Basel stattfand, in ihrem Vorwort des Ausstellungskataloges: „Der Reigen der Bilder reiht Rätsel an Rätsel... Die irritierende Wirkung, die Magrittes Bilder hinterlassen, ist mit den phantasievollen Motivzusammensetzungen, mit den dauernden Verrückungen von Perspektive, Größenverhältnissen und Inhalt allein nicht zu erklären... Magrittes Bilder, einmal gesehen gehen einem nicht mehr aus dem Kopf...“. „...In Magrittes Bildern wird die logische Welt brüchig. Magritte stellt den passiven Zuständen, die der klassische Surrealismus bevorzugt, die Vortäuschung der Paranoia entgegen, ein in sich geschlossenes Bild von Trugbildern und Irrealitäten. An die Stelle der Halluzination und der damit verbundenen stilistischen Verschlüsselung tritt eine in Teile und Stücke zerschnittene und fremde, gleichsam außerirdisch zusammengesetzte Welt. (Vorwort Ausstellungskatalog „Der Schlüssel der Träume“ 2005).

Als Magritte 13 Jahre alt war ertränkte sich seine Mutter in der Sambre, einem Fluss, der durch seine Heimatstadt floss. Er selbst beschrieb laut Gablik das Ereignis folgendermaßen: Seine Mutter, die ihr Zimmer mit ihrem jüngsten Sohn teilte, fand sich nachts nicht im Zimmer, sodass der Sohn den Rest der Familie weckte, um die Mutter im Haus zu suchen. Sie fanden draußen vor der Haustür und auf dem Gehweg Fußspuren und folgten diesen bis zu der Brücke, die über die Sambre führte. Die Mutter Magrittes hatte sich in den Fluss geworfen, und als sie ihren Körper fanden, hatte sie das Nachthemd

über dem Kopf. Ob sie sich das Nachthemd selbst über das Gesicht gezogen hatte oder die Strömung es tat war nicht ersichtlich. In der Biografie von David Sylvester (1992) beschreibt dieser, dass Magritte sich daran erinnert, wie die Mutter nach Tagen aus dem Fluss geborgen wurde, das Nachthemd hatte sich um ihren Kopf gewickelt. Magritte erinnert sich in einer autobiografischen Notiz, den Leichnam der Mutter mit dem Nachthemd um den Kopf gesehen zu haben, an die Gefühle die er dabei gehabt habe, könne er sich nicht erinnern.

Da in unzähligen seiner frühen Bilder immer wieder verhüllte Gesichter oder von Tüchern bedeckte Körperteile als Motiv dienten, stellt man als tiefenpsychologisch denkender Mensch unweigerlich eine Verbindung zu Magrittes Unbewusstem her, denn bewusst stellte auch er selbst nie eine wie auch immer geartete Verbindung zwischen diesem traumatischen Erlebnis und seinen Bildern her (Schlüter-Müller, 2008). (Bild: Zwei Liebende, 1928)

David Sylvester führt Gründe für die Vermutung an, dass der Körper der Mutter durch den regen Schiffsverkehr auf der Sambre durch Schiffsschrauben grauvollen entstellt und die Leiche zum Teil verstümmelt war. Auch zu diesem Wissen und seinen immer wiederkehrenden Bildern von fragmentierten Körpern hat Magritte selbst nie einen Bezug hergestellt (Bild: Die symmetrische List, 1928)

Aus Magrittes Biografie geht hervor, dass er ein sehr ruhiges und ausgeglichenes Leben führte mit keinerlei psychischen Auffälligkeiten und einer langen und glücklichen Ehe. Seine große Begabung könnten ihm geholfen haben, seine Traumatisierung zu verarbeiten und in Kreativität umzuwandeln, denn interessanterweise besuchte Magritte vom 12. Lebensjahr an eine Zeichenschule, sodass ihm dieses Medium in der Zeit der Verarbeitung aktiv zur Verfügung stand.

In einem besonders eindrucksvollen Bild von Magritte, das er „Der Geist der Geometrie“ nannte und das aus dem Jahr 1936 oder 37 stammt wird deutlich, wie genau er zumindest unbewusst die Belastungen als Kind einer psychisch kranken Mutter kannte, und dies weit vor der Zeit, in der Familienforscher den Begriff der Parentifizierung prägten (s.a. Fischer, 2004).

An Kinder psychisch kranker Eltern werden hohe Anpassungsleistungen gestellt: Frühe Autonomieanforderungen und ein frühes Erwachsenwerden, die Übernahme elterlicher Aufgaben, der Versuch, nach Außen den Schein zu wahren können dazu führen, dass ihre eigenen Bedürfnisse übersehen werden (Schone u. Wagenblaus 2010, Beardslee 2013).

Ihre hauptsächlichen Konflikte sind Scham- und Schuldgefühle, Hilflosigkeit, Verunsicherung und Desorientierung, soziale Isolation durch Stigmatisierung und ein hohes Verantwortungsgefühl für die Familie (Lenz 2012).

Kinder sind sensible Beobachter ihrer erkrankten Eltern. Sie erkennen und benennen eine Reihe von Frühwarnzeichen, an denen sie die Verschlechterung des psychischen Zustandes Ihrer Eltern ablesen können.

Das Leben ist durch eine Atmosphäre der Rücksichtnahme und Schonung gekennzeichnet, da die meisten Kinder und auch Jugendlichen die Erkrankung auf psychosoziale Belastungen, Überforderung und Stress zurückführen. Es kommt zu einer Rollenumkehr, die Kinder nehmen Rücksicht, hören zu und kümmern sich, eigene Bedürfnisse werden nicht mehr wahrgenommen oder falls doch, mit Schuldgefühlen unterdrückt. Viele fliehen in eine Fantasiewelt, neigen zu defensiv –vermeidenden Bewältigungsstrategien. Wenn man Kinder und Jugendliche befragt, was ihnen am meisten helfen würde, äußern sie als wichtigste Form der Unterstützung die ehrliche und offene Antwort auf Fragen über die Erkrankung oder das offene Gesprächsklima, das Fragen überhaupt zulässt, ferner Kontakt- und Austauschmöglichkeiten in Gruppen, möglichst mit anderen Betroffenen, sowie Aufklärung der Öffentlichkeit über psychische Erkrankungen (Lenz 2014). Auch von ehemals Betroffenen, die heute erwachsen sind und unter der Belastung der psychischen Erkrankung der Eltern massiv gelitten haben, wird als schwerwiegendste Belastung die Sprachlosigkeit über die Erkrankung, die Tabuisierung der Thematik, das Zurückstellen müssen der eigenen Bedürfnisse und die Angst vor Stigmatisierung genannt.

Schreibend sprechen – Amos Oz

Der Schriftsteller Amos Oz hat unzählige wunderbare Bücher geschrieben und viele Literaturpreise erhalten, u.a. auch den Friedenspreis des Deutschen Buchhandels. Er lebte bis zu seinem Tod in Israel und war einer der führenden Intellektuellen, die sich für die Anerkennung des Staates Palästina aussprach und einen friedlichen Weg der Koexistenz beider Staaten wünschte und aktiv unterstützte. In seinem wunderbaren Buch „Eine Geschichte von Liebe und Finsternis“ (2002) schreibt und spricht Amos Oz erstmalig mit 63 Jahren über die depressive Erkrankung seiner Mutter und ihren Selbstmord, als er 12 Jahre alt war.

Amos Oz zeigte nach dem Suizid der Mutter keine schwerwiegenden psychischen Auffälligkeiten, er wurde lediglich schlechter in der Schule und das einst brave Kind wurde aufmüpfiger. Wie nachhaltig und schwerwiegend er jedoch in seiner Identität und seinem Selbstwert nach dem Selbstmord der Mutter verunsichert war und wie stark er versuchte, sich davon emotional zu distanzieren, zeigte er als er trotz völligem Unverständnis des Vaters im Alter von knapp 15 Jahren in einen Kibbuz ging, dort seinen Nachnamen Klausner ablegt und den israelischen Namen OZ (hebräisch: Kraft) annahm, und versuchte, seine intellektuelle Erziehung hinter sich zu lassen und ein Landarbeiter im Kibbuz zu werden.

Dieser wunderbare Erzähler, der so treffende Worte für alles finden kann, hat ein ganzes Leben lang keine Worte für dieses traumatische Lebensereignis gefunden, brauchte 50 Jahre, um für sich selbst einen sprachlichen und emotionalen Zugang zu dem Erлитenen zu finden. Er schreibt in seinem Buch:

„Über meine Mutter habe ich fast nie gesprochen, bis jetzt, bis zum Schreiben dieser Seiten. Nicht mit meinem Vater, nicht mit meiner Frau, nicht mit meinen Kindern und mit keinem anderen Menschen.“

Amos Oz war ein sensibles und begabtes Kind, das eine außerordentlich innige Beziehung zu seinen Eltern hatte. Die Mutter seiner frühen Kindheit war eine kluge, gebildete und warmherzige Frau, die sich liebevoll um ihren Sohn kümmerte. Der Vater, ein Intellektueller und von Beruf Literaturwissenschaftler, lebte in seiner Welt der Bücher, konnte die wunderbarsten Wortspiele machen und Schweigen besonders schwer aushalten, was die von Oz beschriebene Wortlosigkeit über den Tod der Mutter zusätzlich in einem besonderen Licht erscheinen lässt. „Vom Todestag meiner Mutter bis zum Todestag meines Vaters, fast zwanzig Jahre nach ihr, haben er und ich kein einziges Mal über sie gesprochen. Kein einziges Wort. Als hätte sie nie gelebt... Als schämten wir uns sehr über irgendetwas, das wir beide getan hatten, aber besser nicht hätten tun sollen, und worüber man sich wenigstens lieber still für sich geschämt hätte, ohne einen Komplizen, der all das über dich weiß, was du über ihn weißt.“

Als Kind beobachtete er fein und hochsensibel die allmählichen Veränderungen an der Mutter, ohne dafür eine Erklärung zu bekommen. Er beschreibt eindrucksvoll, wie er diese Ungereimtheiten, das Unverständliche daran erst voll Ärger der Mutter und später sich selbst als Schuld zuschrieb.

„Nach und nach musste sie die Arbeit im Haushalt einschränken: Noch besaß sie die Kraft, jedes Ding an seinen Platz zu tun, alles aufzuräumen, jeden

Schnipsel Papier und jeden Krümel zu beseitigen. Noch fegte sei allmorgendlich die Fliesen der kleinen Wohnung und wischte alle zwei bis drei Tage den Boden. Aber sie kochte keine komplizierten Mahlzeiten mehr, sondern begnügte sich mit einfachen Gerichten: Pellkartoffeln, Spiegeleier, Rohkost. Und manchmal Hühnersuppe mit ein paar Stückchen Huhn. Oder Reis mit Thunfisch aus der Dose.

Mutter lächelte mir liebevoll zu, aber es war ein Lächeln ohne Lächeln... Gäste besuchten uns kaum noch.

Als es der Mutter zunehmend schlechter ging, musste der damals etwa 11-Jährige immer mehr Aufgaben übernehmen, was ihn anfangs mit Stolz erfüllt, weil der Vater ihn dafür sehr lobte, später aber von dem Gefühl der Überforderung, der Scham, der Wut auf die Mutter abgelöst wurde.

„Ich stand früh auf und fegte an ihrer Stelle die Wohnung, noch bevor ich zur Schule ging. Zweimal die Woche wischte ich mit einem in Seifenwasser getauchte Lappen den Boden auf und danach noch einmal mit trockenem Lappen. Ich lernte mir jeden Abend Salat zu schnippeln, Brot zu schneiden und ein Spiegelei zu machen, denn Mutter litt meist unter leichter Abendübelkeit.

...Mit ihr hatte ich überhaupt kein Mitleid in jenen Tagen. Sie bedeutete nur eine lange Reihe täglicher Pflichten und Zwänge. Und Verlegenheit und Scham und Kummer: Denn man musste irgendwie den Freunden erklären, warum sie nie zu mir kommen durften, musste den Nachbarn im Lebensmittelladen Antwort geben, die mich mit zuckersüßer Stimme ausfragten, warum man sie denn gar nicht mehr sehe? Was mit ihr los sei?

...Nie sprachen wir, Vater und ich, miteinander über Mutters Zustand. Wir sprachen nur über die Aufgaben des kommenden Tages, über die Arbeitsverteilung im Alltag und im Haushalt“.

Oz beschreibt auf eindrucksvolle Weise den Wechsel der Gefühle, die der Tod der Mutter in ihm auslöste, die Verzweiflung, die sich mit Enttäuschung, Wut und Selbsthass vermischte und stellt damit in erschütternder Weise dar, wie sich der Selbstmord einer Mutter auf ihr Kind auswirkt:

„In den Wochen und Monaten nach dem Tod meiner Mutter dachte ich nicht einen Augenblick lang an ihr Leiden. Ich verschloss mich undurchdringlich vor dem ungehörten Schrei, der von ihr blieb und vielleicht alle Tage in den Zimmern der Wohnung schwebte. Keinen Funken Mitleid hatte ich. Auch keine Sehnsucht. Auch keine Trauer über den Tod meiner Mutter: vor lauter

Kränkung und Wut blieb kein Raum in mir für irgendein anderes Gefühl. Fiel mein Blick zum Beispiel auf ihre karierte Schürze, die noch einige Wochen nach ihrem Tod am Haken hinter der Küchentür hing, wurde ich wütend, als streute diese Schürze Salz in meine Wunden. Das Waschzeug meiner Mutter, die Puderdose, ihre Haarbürste auf ihrem grünen Bord im Badezimmer verletzten mich, als wären sie nur dortgeblieben, um sich über mich lustig zu machen. Ihre Bücher, ihre leeren Schuhe, ihr Duft, der mir noch einige Zeit entgegenwehte, immer wenn ich Mutters Seite im Kleiderschrank aufmachte – all das weckte meinen hilflosen Zorn. Als würde ihr Pullover, der sich irgendwie in meinen Pulloverstapel geschlichen hatte, mich mit gemeiner Schadenfreude angrinsen. Ich war wütend auf sie, weil sie gegangen war ohne Verabschiedung, ohne Umarmung, ohne ein Wort der Erklärung: Selbst einen Wildfremden, einen Lieferanten oder Hausierer an der Tür, ließ meine Mutter nicht gehen. ohne ein Glas Wasser anzubieten, ohne ein Lächeln, ohne eine kleine Entschuldigung, ohne zwei drei freundliche Worte. Während meiner ganzen Kindheit ließ sie mich kein einziges Mal im Lebensmittelladen, in einem fremden Hof oder Park allein. Wie konnte sie nur so etwas tun? Ich war auch wütend auf sie wegen Vater, den seine Frau dermaßen beschämt, bloßgestellt hatte, sie machte sich einfach auf, verschwand plötzlich, als wäre sie wie in einer Filmkomödie mit einem Mann durchgebrannt. Ich, wenn ich ihnen als Kind auch nur für ein oder zwei Stunden verschwunden war, ich wurde augenblicklich gerügt und bestraft. Wir hatten eine feste Regel: wer weggeht, sagt immer wohin, für wie lange und wann er zurückkommt. Oder hinterlässt zumindest einen Zettel am festgelegten Platz, unter der Vase.

Jeder von uns. Geht man so weg, unvermittelt, mitten im Satz? Sie selbst legte doch größten Nachdruck auf Taktgefühl, auf Höflichkeit, auf sanfte Umgangsformen, darauf, niemanden zu kränken oder zu verletzen, rücksichtsvoll zu sein, Zartgefühl zu zeigen! Wie konnte sie!

Ich hasste sie!

...Nach einigen Wochen verblasste der Zorn. Und mit dem Zorn verlor ich mein Schutzschild, eine Art Bleimantel, der in den ersten Tagen keinen Schock und Schmerz an mich hatte herankommen lassen. Von nun an war ich allem schutzlos ausgesetzt. Je weniger ich meine Mutter hasste desto mehr verabscheute ich mich selbst.... (Aber) nun war ich ihr nicht mehr böse, sondern umgekehrt, beschuldigte mich selbst: wäre ich nur ein besserer, ergebenerer Sohn gewesen, hätte ich meine Sachen nicht auf dem Boden zerstreut, hätte ich ihr nicht so zugesetzt, hätte ich meine Schulaufgaben pünktlich gemacht und bereitwillig jeden Abend den Mülleimer rausgetragen, ohne dass man

erst mit mir schimpfen musste, hätte ich ihr nicht das Leben schwer gemacht, hätte nicht rumgelärmt, hätte nicht vergessen das Licht auszumachen, wäre nicht mit zerrissenem Hemd nach Hause gekommen, nicht mit schlammigen Schuhen in der Küche herumgelaufen. Hätte ich nur etwas mehr Rücksicht auf ihre Migräne genommen. Oder mich wenigstens bemüht, ihren Wunsch zu erfüllen und endlich etwas weniger schwach und blass zu sein, alles zu essen, was sie gekocht und auf den Tisch gestellt hatte, ohne so viele Schwierigkeiten zu machen. Wäre ich nur um ihretwillen ein etwas aufgeschlosseneres Kind gewesen und nicht so ein Eigenbrötler, etwas weniger mager und mickrig und dafür braungebrannt und athletisch, so wie sie mich haben wollte!

Oder vielleicht gerade umgekehrt? Wenn ich noch viel schwächer gewesen wäre, kränklich, gelähmt im Rollstuhl, schwindsüchtig oder sogar von Geburt aus blind? Ihre Güte und ihr großzügiger Charakter hätten ihr doch nie und nimmer erlaubt ein vom Schicksal geschlagenes Kind in sich zu lassen.

Wenn meine Mutter mich auf diese Weise verlassen hatte, ohne einen Blick zurück, dann war das eindeutig ein Zeichen dafür, dass sie mich nie geliebt hatte. Wenn man liebt, so hatte sie mir selbst beigebracht, wenn man liebt, dann verzeiht man alles außer Verrat. Verzeiht auch die Nervereien und die verlorene Mütze und die Zucchini, die auf dem Teller geblieben sind.

Verlassen heißt verraten. Und sie – sie hat an uns beiden Verrat begangen, an Vater und an mir...

Alle Mütter lieben ihre Kinder: Das ist ein Naturgesetz. Sogar eine Katze oder eine Ziege. Sogar Mütter von Verbrechern und Mördern. Sogar Mütter von Nazis. Sogar Mütter von sabbernden Schwachsinnigen. Sogar Mütter von Monstern. Dass man nur mich nicht lieben konnte, dass meine Mutter von mir geflohen ist, bewies bloß, dass an mir nichts war, was man lieben konnte, dass ich keine Liebe verdiente.“

Kinder haben einen egozentrierten Blick auf ihr Leben, d.h., dass sie vieles, was um sie herum geschieht auf sich beziehen oder einen Zusammenhang zum eigenen Verhalten herstellen und sich somit schuldig fühlen für Dinge, die sie nicht zu verantworten haben. Dies ist ein häufig zu beobachtendes Phänomen bei Kindern psychisch erkrankter Eltern und Depressionen können die Folge sein.

Amos Oz hatte als Bewältigungsmöglichkeit seine große sprachliche und literarische Begabung zur Verfügung, die ihm half, sich in künstlerischer Weise von seinem Trauma zu entfernen ohne sich selbst verloren zu gehen,

Verdrängung zu leisten, ohne abzustumpfen, nicht zu zerbrechen und dennoch sensibel zu bleiben.

Kinder darin zu unterstützen, ihre künstlerischen Fähigkeiten zu entwickeln und ihnen dabei zu helfen, dadurch Unbewusstes zu verarbeiten ist eine Aufgabe, der nicht genug Aufmerksamkeit geschenkt werden kann.

Literatur:

- Beardslee, M.D. William R Beardslee, Tytti S Solantaus, Bradley S Morgan, Tracy R Gladstone and Nicholas M Kowalenko* (2013). Preventive interventions for children of parents with depression: international perspectives. *Med J Aust* 2013; 199 (3 Suppl): S23-S25. || doi: 10.5694/mja11.11289 Published online: 2013-10-29
- Elbracht T, Busmann M, Adema B, Daubmann A, Kilian R, Winter S, Lambert M, Wegscheider K, Wiegand-Greife S.* (2023) Associations of symptom severity of mentally ill parents on family functioning and children's mental health. *Psychology*. 2023;14:213–30. <https://doi.org/10.4236/psych.2023.142013>.
- Fischer G.* (2004). Konflikt, Paradox und Widerspruch – für eine dialektische Psychoanalyse. Kröning: Asanger Verlag.
- Fondation Beyeler* (2005). Der Schlüssel der Träume: René Magritte. Ausstellungskatalog. Wien: BA-CA Kunstforum und Riehen/Basel: Fondation Beyeler,
- Gablik S.* (1985). Magritte. World of Art series. London: Thames & Hudson.
- Lenz A.* (2014) Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe
- Lenz, A.* (2012). Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. Psychiatrieverlag Köln
- Mattejat, F., Remschmidt, H.* (2008). The Children of Mentally ill Parents. *Deutsches Ärzteblatt International Dtsch Arztebl Int*, 105(23): 413-8
- Mattejat, F., Lisofsky, B. (Hrsg)* (2013). Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch kranker Eltern. 4. erweiterte Auflage. Balance-Buch und Medien-Verlag Bonn
- Oz, A.* (2002). Eine Geschichte von Liebe und Finsternis. Frankfurt: Suhrkamp
- Schlüter-Müller, S.* (2008). Bewältigungsstrategien von Kindern psychisch kranker Eltern am Beispiel des surrealistischen Malers René Magritte. *Nervenheilkunde* 27(6):561-564.
- Schone R, Wagenblass S.* (2010). Wenn Eltern psychisch krank sind. Weinheim: Juventa Verlag
- Sylvester D.* (1992). Magritte. Basel: Wiese Verlag
- Vostanis P, Graves A, Meltzer H, Goodman R, Jenkins R, Brugha T.* (2006). Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health - Findings from the GB national study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41(7), 509-14.
- Wustmann, C.* (2008). Resilienz. 6. Erweiterte Auflage. Cornelsen Verlag Berlin

Da das forum keine Bilderrechte von Magritte erwerben konnte, können die im Artikel erwähnten Bilder in folgenden Publikationen eingesehen werden:

Schlüter-Müller, S. (2008). Bewältigungsstrategien von Kindern psychisch kranker Eltern am Beispiel des surrealistischen Malers René Magritte. *Nervenheilkunde* 27(6):561-564.

Schlüter-Müller, S. (2010). Die Problematik von Kindern psychisch kranken Eltern anhand von Biographien berühmter Persönlichkeiten. In: Wie-gand-Grefe, S. Mattejat, F., Lenz, A (Hrsg) *Kinder mit psychisch kranken Eltern*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Schlüter-Müller, S. (2012). Künstlerische Bewältigungsstrategien von Kindern mit psychisch kranken Eltern am Beispiel des surrealistischen Malers René Magritte und des Schriftstellers Amos Oz. In: Tietze, D. (Hrsg) *Zeichen setzen im Bild. Zur Präsenz des Bildes im kunsttherapeutischen Prozess*. Sandstein Verlag Dresden, S. 255-259, 2012

Zur Autorin:

Dr. med. Susanne Schlüter-Müller,
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,
Georg-Speyer-Str. 61, 60487 Frankfurt

Interessenskonflikte: Die Autorin erklärt, keine Interessenskonflikte bezüglich der Publikation des Artikels zu haben.

Schweigepflicht und elektronische Patientenakte - Konflikte bei der Behandlung Minderjähriger -

Katharina Vogtmeier

Zusammenfassung

Der Artikel beleuchtet die Konflikte, die sich aus der Einführung des sog. Opt-outs der elektronischen Patientenakte insbesondere bei der Behandlung minderjähriger ergeben. Dabei wird auf die seit Bekanntwerden des Gesetzesvorhabens vorgebrachten Bedenken aus rechtlicher Sicht eingegangen.

Schlagworte: Schweigepflicht; elektronische Patientenakte; Einwilligungsfähigkeit

Abstract

The article examines the conflicts arising from the introduction of the so-called opt-out of electronic patient records, particularly in the treatment of minors. It addresses the concerns raised from a legal perspective since the proposed legislation was announced.

Keywords: duty of confidentiality; electronic patient documentation; ability to consent

I. Einführung: Die Schweigepflicht

Die Schweigepflicht gehört zu den zentralen Berufspflichten der Ärztinnen und Ärzte (im Folgenden zur besseren Lesbarkeit: Ärzte) und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (im Folgenden zur besseren Lesbarkeit: Psychotherapeuten).

Schon im hippokratischen Eid heißt es:

„Was immer ich sehe und höre, bei der Behandlung oder außerhalb der Behandlung, im Leben der Menschen, so werde ich von dem, was niemals nach draußen ausgeplaudert werden soll, schweigen, indem ich alles Derartige als solches betrachte, das nicht ausgesprochen werden darf.“¹

1) Ausschnitt aus dem Eid des Hippokrates, abgedruckt in Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch des Arztrechts, 5. Aufl. 2019, § 4 Rn. 25.

Wurde die Verschwiegenheit damals noch nicht als die Erfüllung einer rechtlichen Pflicht, sondern als besondere menschliche Haltung angesehen, fand sie ab 1794² zunehmend Einzug in die Medizin- und Strafgesetze.³

Heutzutage wird der Schweigepflicht eine so große Bedeutung zugemessen, dass sie strafrechtlich in § 203 Strafgesetzbuch (StGB) sanktioniert ist. Die Musterberufsordnungen⁴ der Ärzte⁵ und der Psychotherapeuten⁶ enthalten Vorschriften zur Schweigepflicht, die von sämtlichen Landeskammern in ihren Berufsordnungen übernommen worden sind. Darüber hinaus ist die Schweigepflicht eine Nebenpflicht aus dem zwischen Patient und Behandler geschlossenen Behandlungsvertrag.

Die Schweigepflicht ist notwendige Voraussetzung für die Behandlung, denn „[e]rste und wichtigste Voraussetzung einer Vertrauensbeziehung ist die Gewissheit des Patienten, dass der Arzt über alles, was er in seiner Eigenschaft als Arzt von dem Patienten erfährt, Schweigen bewahren wird.“⁷ Sie schützt damit vorrangig die Privat- und Intimsphäre des Einzelnen⁸, darüber hinaus aber auch das öffentliche Interesse an einer leistungsfähigen Gesundheitsfürsorge. Hierzu hat das Bundesverfassungsgericht ausgeführt:

„Wer sich in ärztliche Behandlung begibt, muß und darf erwarten, daß alles, was der Arzt im Rahmen seiner Berufsausübung über seine gesundheitliche Verfassung erfährt, geheim bleibt und nicht zur Kenntnis Unberufener gelangt. Nur so kann

-
- 2) Das Preußische Allgemeine Landrecht sah erstmal eine Strafe bei Bruch der Verschwiegenheit für Mediziner vor.
 - 3) *Ulsenheimer*, in: Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch des Arztrechts, 5. Aufl. 2019, § 139 Rn. 3 ff.
 - 4) Den Musterberufsordnungen kommt keine rechtsverbindliche Wirkung zu. Rechtsverbindliche Vorgaben enthalten die Berufsordnungen der Landeskammern, welche größtenteils – teilweise vollständig – den Wortlaut der jeweiligen Musterberufsordnung wiedergeben.
 - 5) S. dazu: *Ratzel/Lippert/Prütting*, Kommentar zur (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997, 8. Aufl. 2023, Berlin/Heidelberg.
 - 6) S. dazu: *Stellpflug/Berns*, Musterberufsordnung für die Psychotherapeuten, 4. Aufl. 2020, Heidelberg.
 - 7) *Katzenmeier*, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, 8. Aufl. 2021, IX. Rn. 3.
 - 8) *Dochow*, MedR 2023, 608, 609.

zwischen Patient und Arzt jenes Vertrauen entstehen, das zu den Grundvoraussetzungen ärztlichen Wirkens zählt, weil es die Chancen der Heilung vergrößert und damit – im Ganzen gesehen – der Aufrechterhaltung einer leistungsfähigen Gesundheitsfürsorge dient.“⁹

II. Einführung: Die elektronische Patientenakte

Seit fast zwanzig Jahren ist der deutsche Gesetzgeber nun schon darum bemüht, eine elektronische Patientenakte (ePA) einzuführen.¹⁰ Mit dem Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (PDSG)¹¹ wurde § 341 SGB V (Elektronische Patientenakte) geschaffen.¹²

„Ziel ist es zum einen, die in die Behandlung der Versicherten einbezogenen Leistungserbringer im Bedarfsfall bestmöglich über Vorerkrankungen und vorliegende Befunddaten der Versicherten zu informieren. [...] Zum anderen sollen auch die Versicherten besser über ihre Gesundheitsdaten informiert werden und dadurch ihre medizinische Behandlung besser begleiten können.“¹³

Gem. § 341 Abs. 1 S. 1 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) ist die ePA eine „versichertengeführte Akte“. Nach der jetzigen Konzeption wird diese den Versicherten von den Krankenkassen nur auf Antrag zur Verfügung gestellt. Der „Versicherte bestimmt, welche Dokumente bzw. Datensätze im Einzelnen in der elektronischen Patientenakte gespeichert oder gelöscht werden und wer diese Daten mit Einwilligung des Versicherten in der elektronischen Patientenakte auslesen und in lokalen Datenverwaltungssystemen zur weiteren Verwendung speichern oder auch unmittelbar in der elektronischen Patientenakte verarbeiten darf.“¹⁴

Bislang scheiterte der Gesetzgeber insbesondere mit seinem Anliegen, „den Austausch von medizinischen Informationen so zu organisieren, dass Anwen-

9) BVerfG, Beschl. v. 8.3.1972, 2 BvR 28/71, NJW 1972, 1123, 1124.

10) *Dochow*, MedR 2023, 608.

11) Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG) vom 14.10.2020, BGBl. I 2020, Nr. 46.

12) In Teilen sind § 291a Abs. 3 Nr. 4 und Abs. 5c a.F. Vorgängervorschriften, im Übrigen ist § 341 SGB V eine Neuregelung.

13) BR- Drs. 164/20. S. 123.

14) Ebd.

dungen wie [...] die elektronische Patientenakte [...] auch wirklich genutzt werden und damit ihren Mehrwert für die Versorgung entfalten können.“¹⁵

Deshalb hat der Gesetzgeber im Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG)¹⁶ beschlossen, „die Potenziale der elektronischen Patientenakte (ePA) zur Steigerung der Patientensicherheit und der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität zu nutzen, indem sie durch Umstellung auf eine Widerspruchslösung („Opt-out“) flächendeckend in die Versorgung integriert werden kann“.¹⁷

Ab dem 15.1.2025 sind die Krankenkassen nach § 342 Abs. 1 S. 1 SGB V „verpflichtet, jedem Versicherten, der nach vorheriger Information gemäß § 343 der Einrichtung einer elektronischen Patientenakte gegenüber der Krankenkasse nicht innerhalb einer Frist von sechs Wochen widersprochen hat, eine nach § 325 Absatz 1 von der Gesellschaft für Telematik zugelassene elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen“.

Die Bundesregierung erhofft sich hiervon, „dass im Jahr 2025 mindestens 80 Prozent der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) über eine ePA verfügen“ werden.¹⁸

Da der Versicherte bei einer Opt-out-Lösung der Informationsverarbeitung in der ePA aktiv widersprechen muss, findet eine Datennutzung nicht nur bei Versicherten statt, deren Wunsch dies entspricht, sondern auch bei solchen, die beispielsweise aus mangelndem Interesse, mangelnden Fähigkeiten oder mangelnder Kenntnis einen Widerspruch nicht erheben. Da in einem solchen Fall auch standardmäßig eine Befüllung der ePA erfolgt,¹⁹ stellen sich neben datenschutzrechtlichen Fragen insbesondere Fragen zum Vorgehen im Hinblick auf die Schweigepflicht. Letztere sollen nachfolgend erörtert werden.

III. Der „Versicherte“ im Sinne des § 341 SGB V

Die ePA ist und bleibt eine „versichertengeführte Akte“, weshalb sich die Frage stellt, wer Versicherter im Sinne des § 341 SGB V ist. Bei Erwachsenen ist diese Frage leicht zu beantworten, bei Minderjährigen fragen sich jedoch

15) BR-Drs. 164/20, S. 1.

16) Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG) vom 22.3.2024, BGBl. I 2024, Nr. 101.

17) BR-Drs. 435/23, S. 1.

18) BT-Drs. 20/4746, S. 2.

19) Vgl. *Dochow*, MedR 2023, 608, 609.

viele, ob diese selbst als „Versicherte“ gelten, oder nur der Elternteil bzw. die Elternteile, über die eine Familienversicherung besteht.

Der vielfach geäußerten Auffassung, Minderjährige seien keine Versicherten, möchte die Verfasserin entgegentreten.

Die Familienversicherung ist in § 10 SGB V geregelt. Dort heißt es:

„(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern [...].

(2) Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,

2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,

3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten; [...]

4. ohne Altersgrenze, wenn sie als Menschen mit Behinderungen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, daß die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach den Nummern 1, 2 oder 3 familienversichert war oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.“

Bereits aus dem Wortlaut der Norm ergibt sich eindeutig, dass Kinder selbst „versichert“ sind. Aus dem allgemeinen Sprachgebrauch folgt ferner, dass jemand, der versichert ist, als „Versicherter“ bezeichnet wird. Dass der Bestand dieses Versicherungsverhältnisses vom Versicherungsverhältnis der Eltern abhängt, ist hierfür ohne Belang.

Teilweise scheint der Umstand, dass § 341 SGB V statt von einer „*patientengeführten Akte*“ von einer „*versichertengeführten Akte*“ spricht, zu Unsicherheit geführt zu haben. Dass im Gesetzestext (nicht in der Überschrift²⁰) nicht an den Patienten, sondern an den Versicherten angeknüpft wird, liegt jedoch am Anwendungsbereich des SGB V. Dieses regelt nur die Rechte und Pflichten von Krankenkassen, Leistungserbringern und gesetzlich Versicherten. Es wird im SGB V daher durchgängig nur der Begriff des Versicherten verwendet. Der Begriff des Patienten ist dagegen im Privatrecht üblich, zum Beispiel im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), wo die Pflichten des Behandlenden und des Patienten aus dem Behandlungsvertrag normiert sind.²¹

Minderjährige, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, sind daher „*Versicherte*“ im Sinne des § 341 SGB V.

IV. Gesetzliche Vertretung des Kindes durch die Sorgeberechtigten

Wenn der Minderjährige „*Versicherter*“ im Sinne des § 341 SGB V ist, drängt sich als nächstes die Frage auf, warum regelmäßig die Eltern über die Nutzung und Verwaltung der ePA bestimmen. Dies beruht auf der gesetzlichen Vertretung Minderjähriger durch ihre sorgeberechtigten Eltern. In § 1629 Abs. 1 BGB heißt es diesbezüglich:

„Die elterliche Sorge umfasst die Vertretung des Kindes. Die Eltern vertreten das Kind gemeinschaftlich; ist eine Willenserklärung gegenüber dem Kind abzugeben, so genügt die Abgabe gegenüber einem Elternteil. Ein Elternteil vertritt das Kind allein, soweit er die elterliche Sorge allein ausübt oder ihm die Entscheidung nach § 1628 übertragen ist. Bei Gefahr im Verzug ist jeder Elternteil dazu berechtigt, alle Rechtshandlungen vorzunehmen, die zum Wohl des Kindes notwendig sind; der andere Elternteil ist unverzüglich zu unterrichten.“

Im Grundsatz vertreten Eltern ihre minderjährigen Kinder also gemeinschaftlich. In Ausnahmefällen sind einer oder beide Elternteile von der gesetzlichen Vertretung des Kindes ausgeschlossen.

Die gesetzliche Vertretung erstreckt sich auf Rechtsgeschäfte (bspw. den Abschluss eines Vertrages) aber auch auf sogenannte rechtsgeschäftsähnliche

20) In der Überschrift wird einmalig der Begriff der Patientenakte gewählt, weil es sich hierbei um einen Eigennamen handelt.

21) Vgl. etwa § 630a BGB.

Handlungen.²² Letztere sind Erklärungen, die auf einen tatsächlichen Erfolg gerichtet sind und deren Rechtsfolgen kraft Gesetzes eintreten.²³ Ob es sich bei der Erklärung des Opt-outs nach § 341 SGB V um eine rechtsgeschäftsähnliche Handlung handelt, ist bislang nicht geklärt. Jedenfalls sind auf diese Erklärung aber die Grundsätze zur rechtsgeschäftsähnlichen Handlung anwendbar.

Zu den rechtsgeschäftsähnlichen Handlungen zählt nach Meinung einiger²⁴ auch die Einwilligung; jedenfalls gelten hinsichtlich deren Erklärung aber ebenfalls ähnliche Grundsätze.²⁵ Deshalb sind auch für die Einwilligung in die Datenverarbeitung bei Minderjährigen regelmäßig die Sorgeberechtigten zuständig.

Im Grundsatz entscheiden daher die Sorgeberechtigten darüber, ob und mit welchen Daten eine ePA für einen Minderjährigen geführt wird.

V. Einwilligungsfähigkeit des Minderjährigen

Für den Bereich der Einwilligung gilt allerdings eine wichtige Ausnahme von den soeben dargestellten Grundsätzen der Vertretung. Einwilligungsfähige Minderjährige können auch ohne Zustimmung ihrer Sorgeberechtigten die Einwilligung in eine medizinische oder psychotherapeutische Behandlung erklären.^{26, 27} Dies ergibt sich schon aus dem Umstand, dass nach § 630d Abs. 1 BGB die Einwilligung eines Berechtigten nur dann statt der Einwilligung des Patienten einzuholen ist, wenn letzterer einwilligungsunfähig ist. Der Gesetzgeber hat damit klargestellt, dass es hinsichtlich der Einwilligungszuständigkeit nicht auf die Geschäftsfähigkeit ankommt.

Ab dem Zeitpunkt der Einwilligungsfähigkeit eines Minderjährigen gilt die Schweigepflicht grundsätzlich auch den sorgeberechtigten Eltern gegen-

22) Veit, in: Hau/Poseck, BeckOK, 69. Ed., § 1629 Rn. 3.

23) Ehlers/Schneider, in: Schoch/Schneider, Verwaltungsrecht, 44. EL, § 40 VwGO Rn. 457.

24) OLG München, Urt. v. 17.3.1989, 21 U 4729/88, NJW-RR, 999; a.A. allerdings BGH, Urt. v. 28.6.1988, VI ZR 288/87, NJW 1988, 2946.

25) Hinzpeter-Schmidt, JA 2022, 705, 706.

26) LG München II, Urt. v. 22.9.2020, 1 O 4890/17 Hei, MedR 2021, 1005; Spickhoff, FamRZ 2018, 412, 423; MüKo/Wagner, 9. Aufl. 2023, § 630d BGB Rn. 58 ff.; Schwerdtner, NJW 1999, 1525.

27) Teilweise wird auch die Auffassung vertreten, bei einwilligungsfähigen Minderjährigen müsse ein Co-Konsens verlangt werden, also die Einwilligung sowohl des Minderjährigen als auch der Sorgeberechtigten, s. BGH, Urt. v. 16.11.1971, VI ZR 76/70, NJW 1972, 335.

über²⁸, bis zu diesem Zeitpunkt nicht.²⁹ Für die Frage, ob der Arzt den Eltern eines minderjährigen Patienten gegenüber zur Verschwiegenheit verpflichtet ist, kommt es damit in jedem Einzelfall auf die Feststellung der Einwilligungsfähigkeit an. Allerdings hat der Gesetzgeber es trotz anhaltender Kritik nicht geschafft, gesetzlich zu regeln, wann Einwilligungsfähigkeit besteht.³⁰

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs liegt Einwilligungsfähigkeit vor, wenn der Minderjährige „nach seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Gestattung zu ermessen vermag.“³¹ Dabei wird man hohe Anforderungen an die Einsichtsfähigkeit des Minderjährigen stellen und für die Frage der Einsichtsfähigkeit nicht nur abstrakt auf dessen Alter und Reife, sondern auch konkret auf die Schwere, Dringlichkeit und Reversibilität des Eingriffs abstellen müssen.³² Es gibt folglich keine absolute Einsichtsfähigkeit, sondern nur eine in Bezug auf die jeweilige Erkrankung und Behandlung relative Einsichtsfähigkeit. Ein Minderjähriger mag beispielsweise zu einem gegebenen Zeitpunkt bereits die geistige und sittliche Reife besitzen, um die Bedeutung und Tragweite der Einnahme eines Antibiotikums zu ermessen, nicht aber einer schwerwiegenden und riskanten Operation.

Die Feststellung, ob im konkreten Fall Einsichtsfähigkeit besteht, obliegt dem Behandler.³³

Diese Grundsätze sind auf die Einwilligung in die bzw. den Opt-out aus der Nutzung der elektronischen Patientenakte zu übertragen.

Das Bundesministerium für Gesundheit schreibt zu der aktuell geltenden Rechtslage:

„Aus diesen rechtlichen Grundsätzen folgt für das Einstellen von personenbezogenen Daten eines Minderjährigen in dessen ePA und für das Erteilen von Zugriffsrechten an Leistungserbringer,

28) Ludyga, NZFam 2017, 1121, 1122; MüKo/Wagner, 9. Aufl. 2023, § 630d Rn. 64.

29) AG Siegen, Urt. v. 20.05.2021, 14 C 1101/20, NJOZ 2022, 908.

30) Ausführlich zu den bisherigen Regelungsversuchen: Genske, Gesundheit und Selbstbestimmung, 2019, S. 77 ff.

31) BGH, Urt. v. 5.12.1958, VI ZR 266/57, NJW 1959, 811.

32) MüKo/Wagner, 9. Aufl. 2023, § 630d BGB Rn. 60 f.

33) Siehe zur praktischen Umsetzung: Maur, Praktische Aspekte der Einwilligungsfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen, in: Arge Medizinrecht im DAV/Institut für Rechtsfragen der Medizin (Hrsg.) Aktuelle Entwicklungen im Medizinstrafrecht. 13. Düsseldorfer Medizinstrafrechtstag, S. 87 ff.

dass grundsätzlich die gesetzlichen Vertreter des Minderjährigen diesen Datenverarbeitungsvorgängen zustimmen müssen. Die Eltern entscheiden also stellvertretend für ihr Kind darüber, welche Dokumente für Ihr Kind in der ePA hinterlegt werden und wer hinsichtlich dieser Daten Zugriffsberechtigungen erhält. Ist der Minderjährige jedoch einwilligungsfähig, kann er die Einwilligung für die Verarbeitung seiner Daten zur Nutzung der ePA auch ohne seine gesetzlichen Vertreter erteilen. Ob die erforderliche Einwilligung- bzw. Einsichtsfähigkeit besteht, muss stets im konkreten Einzelfall festgestellt werden.

Vor dem Hintergrund dieser rechtlichen Grundsätze wird die ePA eines Minderjährigen zunächst von einem sorgeberechtigten Vertreter (im Regelfall den Eltern) verwaltet. Spätestens mit Vollendung des 15. Lebensjahres sollte der Minderjährige die ePA dann selbstständig nutzen können. Ist die erforderliche Einwilligungsfähigkeit des Minderjährigen schon zu einem früheren Zeitpunkt gegeben, sollte er die ePA bereits zu einem früheren Zeitpunkt eigenständig nutzen können. In diesem Fall sollte die Einwilligungsfähigkeit des Minderjährigen gegenüber den Krankenkassen von den gesetzlichen Vertretern oder dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin bestätigt werden.“³⁴

Umgekehrt wird gelten, dass der Minderjährige ab dem 15.1.2025 bei Einwilligungsfähigkeit einen durch seine Sorgeberechtigten zuvor nicht erklärten Widerspruch erklären und die Löschung der eingestellten Daten verlangen oder Einsichtsrechte beschränken kann.

Hochproblematisch und bislang ungeklärt sind die Details hinsichtlich der Bestimmung der Einwilligungsfähigkeit mit Bezug auf die ePA.

So ist insbesondere die Frage, worauf sich die notwendige geistige und sittliche Reife beziehen soll, bislang ungeklärt. Es gibt nach Auffassung der Verfasserin zwei Möglichkeiten, wobei keine der Alternativen zufriedenstellende Ergebnisse liefert.

Anknüpfungspunkt könnte wie oben dargestellt die Fähigkeit sein, Bedeutung und Tragweite einer Behandlung oder eines Eingriffs im Einzelfall zu

34) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/elektronische-patientenakte>, letzter Abruf: 4.4.2024.

ermessen. Da es in diesem Zusammenhang aber, wie bereits erörtert, nur eine relative Einwilligungsfähigkeit geben kann, würde diese Vorgehensweise bedeuten, dass kein fester Zeitpunkt bestimmt werden kann, zu dem der Minderjährige selbst über die Nutzung der ePA bestimmen kann. Es würde je nach Erkrankung zu einem ständigen Wechsel der Einwilligungszuständigkeit zwischen Minderjährigem und Sorgeberechtigten kommen. Dies wäre praktisch schon nicht umsetzbar und ist vom Gesetzgeber so aller Voraussicht nach auch nicht gewollt.

Anknüpfungspunkt könnte auch die Fähigkeit sein, die Bedeutung und Tragweite der Nutzung der ePA zu erfassen. Diese vorzugswürdige Alternative bietet den Vorteil, dass ein konkretes Datum, ab dem der Minderjährige einwilligungsfähig ist, zumindest theoretisch bestimmt werden kann. Sie führt aber zu einem gravierenden Problem, das der Gesetzgeber bislang anscheinend nicht erkannt, jedenfalls aber weder thematisiert noch gelöst hat: Der Zeitpunkt der Einwilligungsfähigkeit in Bezug auf die Nutzung der ePA und des Beginns der Schweigepflicht den Sorgeberechtigten gegenüber kann – und wird wohl auch oftmals – auseinanderfallen. Dieses Auseinanderfallen ist in beiden denkbaren Konstellationen problematisch. Wenn der Minderjährige die Einwilligungsfähigkeit in die Nutzung der ePA erlangt, bevor die Schweigepflicht den Eltern gegenüber besteht, müssen diese für ihre Entscheidung alle relevanten Informationen bekommen. Gehen Sie fälschlicherweise davon aus, dass dies über die ePA geschieht, obwohl dies auf Wunsch des Minderjährigen nicht passiert, sind die Eltern nicht in der Lage ihre elterliche Sorge angemessen auszuüben. Auch die umgekehrte Konstellation bietet Zündstoff: Der Minderjährige hat noch keine Einwilligungsfähigkeit hinsichtlich der ePA, weshalb diese weiter von den Sorgeberechtigten verwaltet und eingesehen wird. Für eine bestimmte medizinische Maßnahme ist er allerdings bereits einwilligungsfähig, sodass der Behandler auch den Sorgeberechtigten gegenüber zur Verschwiegenheit verpflichtet ist.

VI. Verstoß gegen die Schweigepflicht bei Befüllen der ePA?

Es stellt sich deshalb die Frage, ob der Behandler gegen seine Verschwiegenheitspflicht verstößt, wenn er in einer solchen Situation Daten in die ePA einstellt bzw. die automatische Einstellung der Daten nicht aktiv verhindert.

Unzweifelhaft stellen die in der ePA gespeicherten Informationen durch die Verschwiegenheitspflicht geschützte Patientengeheimnisse dar. Das Befüllen der ePA und das Überlassen der Daten stellt eine Offenbarung dieser Patientengeheimnisse dar, und zwar auch dann, wenn diese Bereitstellung automatisiert abläuft.³⁵ Ein Verstoß gegen die Schweigepflicht wird allerdings nicht durch jede Offenbarung eines Patientengeheimnisses, sondern nur durch eine unbefugte Offenbarung begründet.

So ist ein Offenbaren insbesondere bei vorliegender Einwilligung des Geheimnisinhabers – in dieser Konstellation dem einsichtsfähigen Minderjährigen – nicht unbefugt. Von einer konkludenten Einwilligung kann auch ab Inkrafttreten der Opt-Out-Regelung nicht ausgegangen werden.³⁶ Notwendig wäre es daher, sich eine Einwilligung ausdrücklich bestätigen zu lassen, aus Gründen der Nachweisführung empfiehlt es sich, die Einwilligung schriftlich bestätigen zu lassen und zur Akte zu nehmen.

Sofern keine Einwilligung erteilt wird, ist das Offenbaren eines Patientengeheimnisses trotzdem erlaubt, soweit für den Behandler Offenbarungspflichten bestehen. Was der Gesetzgeber als Erfüllung einer Pflicht verlangt, kann nicht unbefugt und strafbewehrt sein.

Es gibt eine Vielzahl an Rechtsvorschriften, die Offenbarungspflichten enthalten.³⁷ So sind Vertragsärzte über die Grundnorm des § 100 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) verpflichtet, den Krankenkassen gewisse Daten zu übermitteln. Die oftmals in Spezialvorschriften geregelten Übermittlungspflichten gelten auch dann, wenn der Versicherte der Übermittlung widerspricht.³⁸ Eine Übermittlungspflicht für die ePA gibt es allerdings nicht. Im einschlägigen § 347 Abs. 2 SGB V heißt es nämlich lediglich:

35) *Dochow*, MedR 2023, 608, 611.

36) *Dochow*, MedR 2023, 608, 614.

37) S. z.B. § 4 Abs. 3 S. 3 KKG, § 138 Abs. 1, § 139 Abs. 3, S. 2 StGB, § 100 SGB X i.V.m. §§ 275 ff. 294 ff. SGB V, §§ 6 ff. IfSG.

38) BSG, Urt. v. 22.6.1983, 6 RKa 10/82, juris.

„(2) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer haben

- 1. die Versicherten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung über den Anspruch nach Absatz 1 zu informieren und*
- 2. die Daten nach Absatz 1 auf Verlangen des Versicherten in die elektronische Patientenakte nach § 341 zu übermitteln und dort zu speichern.“*

Die Verpflichtung zur Datenübermittlung hängt damit vom Verlangen des Versicherten ab, wobei bei einwilligungsfähigen Minderjährigen auf deren Verlangen abzustellen ist. Der Gesetzgeber hat die Regelung in § 347 Abs. 2 SGB V bislang noch nicht für die Opt-out-Lösung modifiziert und entsprechende Vorhaben sind der Verfasserin auch nicht bekannt.

Es wäre auch – je nach konkreter Ausgestaltung der ePA – äußerst unwahrscheinlich, dass die Einführung einer Befüllungspflicht – ohne Verlangen des Versicherten – rechtmäßig wäre. Eine solche Pflicht würde einen schwerwiegenden Eingriff in das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung des Versicherten bedeuten.³⁹

Auch andere Offenbarungspflichten werden regelmäßig genauso wenig in Betracht kommen wie Offenbarungsbefugnisse. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Befüllung der ePA ohne die Einwilligung eines einwilligungsfähigen Minderjährigen einen Verstoß gegen die Schweigepflicht begründen würde.

Behandler müssen daher stets prüfen müssen, ob der von ihnen behandelte Minderjährige einwilligungsfähig ist (dies muss ja auch ohne Nutzung einer ePA immer geschehen). Im Sinne einer vertrauensvollen und transparenten Zusammenarbeit kann es aus Sicht der Verfasserin sinnvoll sein, die minderjährigen Patienten über die automatische Befüllung der ePA zu informieren. Sobald Einwilligungsfähigkeit für eine Maßnahme besteht, sollte mit dem Minderjährigen besprochen werden, dass nun die Schweigepflicht auch den Eltern gegenüber gilt und gefragt werden, ob der Minderjährige eine Einwilligung zur weiteren Befüllung der ePA erteilen möchte. Dies sollte schriftlich vermerkt und eine etwaige Einwilligung vom Minderjährigen schriftlich erteilt werden. Sollte keine Einwilligung erteilt werden, muss das Befüllen der ePA für alle Maßnahmen, für die der Minderjährige einwilligungsfähig ist,

39) S. hierzu genauer: *Dochow*, MedR 2023, 608.

unverzüglich gestoppt werden. Sollten Sorgeberechtigte die weitere Befüllung verlangen, sind sie auf die Einwilligungsfähigkeit des Minderjährigen und die deshalb bestehende Schweigepflicht hinzuweisen.

VII. Relevante Sonderkonstellationen

Im Folgenden soll auf einige Konstellationen eingegangen werden, die ein besonders großes Konfliktpotential besitzen.

1. Führung der ePA durch nicht Sorgeberechtigten

In der Praxis kann es vorkommen, dass die ePA durch einen Elternteil geführt wird, der nicht das Sorgerecht – oder zumindest nicht das Sorgerecht in Bezug auf die Gesundheit des Minderjährigen – besitzt. Da die Schweigepflicht auch gegenüber nicht sorgeberechtigten Eltern gilt, könnte das Befüllen der ePA in diesem Fall einen Verstoß gegen die Schweigepflicht begründen.

Allerdings ist zu bedenken, dass der nicht sorgeberechtigte Elternteil zur Führung der ePA nicht befugt ist. Wie oben dargestellt, ist nicht derjenige Elternteil zur Führung der ePA befugt, über den der Versichertenstatus des Minderjährigen besteht, sondern im Grundsatz beide Elternteile gemeinsam. Ist nur ein Elternteil sorgeberechtigt, so ist auch nur dieser zur Führung der ePA befugt, unabhängig davon, über wessen Versicherung der Versichertenstatus des Minderjährigen begründet wird.

Der Behandler darf grundsätzlich davon ausgehen, dass nur Befugte die ePA für einen Minderjährigen führen. Übermittelt er Daten in die ePA, die von einem nicht Befugten eingesehen werden, handelt der Behandler daher nicht mit Vorsatz hinsichtlich einer Verletzung der Schweigepflicht. Auch ein Fahrlässigkeitsvorwurf wird in diesem Fall nicht erhoben werden können. Anders sieht dies nur dann aus, wenn der Behandler konkrete Anhaltspunkte dafür hat, dass ein Unberechtigter die ePA führt. In diesem Fall bietet sich die Kontaktaufnahme mit dem Berechtigten an, um zu besprechen, ob weiter Daten übermittelt werden sollen, oder nicht.

2. Umgang mit Daten Dritter

Im Umgang mit den Daten Dritter ergeben sich keine Besonderheiten bei der Behandlung von Minderjährigen. Es besteht grundsätzlich – also auch bei der Behandlung von Erwachsenen – oftmals ein Konflikt zwischen der Verpflichtung des Behandlers zur vollständigen Dokumentation und dem Recht

Dritter an informationeller Selbstbestimmung. Auch aus der Einführung der ePA ergeben sich keine neuen Besonderheiten, denn ob Daten Dritter in einer schriftlichen Patientenakte oder in einer elektronischen Patientenakte gespeichert werden, ist zunächst einmal irrelevant.

Beim Umgang mit Daten Dritter stellen sich daher stets die Fragen, ob Daten gespeichert werden dürfen, und ob Daten gespeichert werden müssen.

a) Verbot der Datenspeicherung?

Einer Speicherung der Daten Dritter könnten Regelungen des Datenschutzes entgegenstehen. Nach Art. 6 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) ist eine Verarbeitung nur bei Vorliegen einer der dort genannten Gründe rechtmäßig. Der bekannteste Rechtfertigungsgrund für die Datenverarbeitung ist die Einwilligung. Zu Recht wird darauf hingewiesen, dass eine Einwilligung der Dritten in die Datenverarbeitung in aller Regel im Behandlungskontext nicht vorliegen wird. Die Datenverarbeitung ist allerdings jedenfalls durch Art. 6 Abs. 1 lit. c), d) DSGVO gerechtfertigt. Danach ist die Verarbeitung gerechtfertigt, weil folgende Bedingungen erfüllt sind:

„c) die Verarbeitung ist zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich, der der Verantwortliche unterliegt;

d) die Verarbeitung ist erforderlich, um lebenswichtige Interessen der betroffenen Person oder einer anderen natürlichen Person zu schützen“.

In der hier untersuchten Konstellation sind Behandler nach § 630f BGB zur Führung einer Patientenakte und Aufnahme von Daten Dritter, soweit diese medizinisch relevant sind, verpflichtet. Die Norm lautet:

„(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.

(3) Der Behandelnde hat die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.“

Zur Übermittlung der Daten in die ePA ist der Behandler auf Verlangen des Versicherten nach § 347 Abs. 2 SGB V verpflichtet.

Die Verarbeitung ist auch notwendig, um lebenswichtige Interessen des Patienten zu schützen.

„Der europäische Gesetzgeber lässt in Erwägungsgrund Nummer 112 S. 2 erkennen, dass er darunter insbesondere die körperliche Unversehrtheit und das Leben fasst. Gleichwohl ist ‚lebenswichtig‘ nicht gleichzusetzen mit lebensnotwendig, sodass lit. d nicht erst greift, wenn eine Lebensgefahr besteht. Ein hinreichend enger und gewichtiger Bezug zur körperlichen Integrität und Gesundheit des Betroffenen (oder einer anderen natürlichen Person) genügt“⁴⁰

Ein Verstoß gegen die DSGVO oder andere datenschutzrechtliche Normen durch Dokumentation von Angaben oder Diagnosen, die Rückschlüsse auf Dritte zulassen, folgt aus der Übermittlung in die ePA also nicht.

b) Pflicht zur Einstellung in die ePA?

Ob dagegen auch eine Pflicht zur Einstellung Daten Dritter in die ePA besteht, ist bislang nicht geklärt. Vieles spricht für eine differenzierte Betrachtung.

Sofern Diagnoseschlüssel Rückschlüsse auf Dritte zulassen (bspw. beim Fetalen Alkoholsyndrom), wird man bei Verlangen des Versicherten eine Übermittlung der Daten vornehmen müssen. Das Interesse des Versicherten an

40) Albers/Veit, in: Wolff/Brink/v. Ungern-Sternberg, BeckOK Datenschutzrecht, 47. Ed. Art. 6 DSGVO Rn. 51.

einer vollständigen Information über seinen Gesundheitszustand muss die berechtigten Interessen Dritter am Schutz ihrer Daten überwiegen.

Sofern allerdings anamnestiche Angaben betroffen sind, besteht eine solche Pflicht nach Auffassung der Verfasserin wohl eher nicht, wobei es bei der Entscheidung stets auf den Einzelfall ankommt. Bei Führung einer schriftlichen Patientenakte können bei einem Akteneinsichtsgesuch des Patienten Angaben über Dritte geschwärzt werden, sofern dies zur Wahrung ihrer berechtigten Interessen notwendig ist.⁴¹ Entsprechend kann die „Schwärzung“ in der ePA nur derart vollzogen werden, dass die Daten zu Dritten nicht eingestellt werden. Ob diese Art der Schwärzung notwendig ist, um die berechtigten Interessen Dritter zu schützen, muss der Behandler in jedem Einzelfall prüfen. Wichtig ist auch der Hinweis, dass die Berechtigung, die Daten nicht in die ePA zu übermitteln, den Behandler nicht von der Verpflichtung befreit, eine vollständige Dokumentation zu fertigen. In diesem Fall käme es daher möglicherweise zu einem erheblichen Mehraufwand durch doppelte Aktenführung.

VIII. Fazit

Viele der rechtlichen Fragestellungen rund um die Schweigepflicht und die ePA sind noch nicht geklärt. Der Gesetzgeber scheint bislang mit einer erschreckenden Naivität diesen Problembereich völlig ausgeblendet zu haben. Für Behandler – nicht nur aber insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin – ist dies mit Rechtsunsicherheit und Mehraufwand verbunden. Schnelle Lösungen sind unwahrscheinlich, aber die Vergangenheit hat gezeigt, dass bekannte Probleme in der Regel mit der Zeit entweder vom Gesetzgeber oder aber von der Rechtsprechung geklärt werden.

Bis dahin sind Behandler gut beraten, wenn Sie bei Eltern und Minderjährigen die Problematik transparent ansprechen, sich hinsichtlich etwaiger Einwilligungen aktiv erkundigen und diese schriftlich zur Akte nehmen und im Zweifelsfall die Handhabung bei der Papierakte auf die ePA zu übertragen versuchen.

41) *Buckstegge*, in: Saalfrank, Handbuch des Medizin- und Gesundheitsrechts, 10. EL, § 15 Rn. 173;

Literatur:

- Arge Medizinrecht* im DAV/Institut für Rechtsfragen der Medizin (Hrsg.) Aktuelle Entwicklungen im Medizinstrafrecht. 13. Düsseldorfer Medizinstrafrechtstag, Baden-Baden
- Dochow*, Opt-out für die elektronische Patientenakte und die ärztliche Schweigepflicht, *Medizinrecht*, 2023, 608
- Genske*, Gesundheit und Selbstbestimmung. Voraussetzungen und Folgen der Einwilligungs(un)fähigkeit vom Patienten, 2019, Berlin/Heidelberg
- Hau/Poseck*, BeckOK, 69. Ed.
- Hinzpeter-Schmidt*, Die Einwilligung einer Minderjährigen in den Schwangerschaftsabbruch, *Juristische Ausbildung*, 2022, 705
- Laufs/Katzenmeier/Lipp*, *Arztrecht*, 8. Aufl. 2021, München
- Laufs/Kern/Rehborn*, *Handbuch des Arztrechts*, 5. Aufl. 2019, München
- Ludyga*, Die Schweigepflicht von Ärzten bei der Behandlung Minderjähriger, *Neue Zeitschrift für das Familienrecht* 2017, 1121
- Ratzel/Lippert/Prütting*, Kommentar zur (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997, 8. Aufl. 2023, Berlin/Heidelberg
- Saalfrank*, *Handbuch des Medizin- und Gesundheitsrechts*, 10. EL, München
- Säcker/Rixecker/Oetker/Limberg* (Hrsg.), *Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch*, 9. Aufl. 2023, München
- Schoch/Schneider*, *Verwaltungsrecht*, 44. EL, München
- Schwerdtner*, Mehr Rechte für das Kind – Fluch oder Segen für die elterliche Sorge?, *Neue Juristische Wochenschrift*, 1999, 1525
- Spickhoff*, Einwilligungsfähigkeit und Geschäftsfähigkeit von Minderjährigen im Kontext medizinischer Behandlungen, *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht*, 2018, 412
- Stellpflug/Berns*, *Musterberufsordnung für die Psychotherapeuten*, 4. Aufl. 2020, Heidelberg
- Wolff/Brink/v. Ungern-Sternberg*, BeckOK *Datenschutzrecht*, 47. Ed.

Autorin:

Katharina Vogtmeier,
Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht
D+B Rechtsanwälte Partnerschaft mbB,
Kurfürstendamm 195, 10707 Berlin

Interessenkonflikt: Es liegt keine Interessenkollision vor.

Aus der Praxis Inklusion macht Schule

Paula Viehweger und Ute Mendes

Wie kommen Mitarbeiter:innen eines Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) auf die Idee, sich mit schulischer Inklusion zu beschäftigen und Lehrer:innen zu beraten?

Seit vielen Jahren merken wir in unserem SPZ, dass wir nur dann hilfreich für Kinder und Jugendliche sein können, wenn wir uns über die medizinisch-psychologische Zuwendung hinaus zusätzlich mit ihrem sozialen Lebensraum vernetzen und ihn in unsere Arbeit einbeziehen. Die Schule ist dabei besonders wichtig. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass Kinder und Jugendliche, die inklusiv beschult werden, schneller bestimmte Alltags- und Sozialkompetenzen erwerben als Schüler:innen in Förderzentren.

Ort der sogenannten ›sekundären Sozialisation‹ für Kinder und Jugendliche ist die Schule. Hier findet ein Großteil der Peer-Kontakte statt. Normen, Grundhaltungen, Wertvorstellungen, soziale Praktiken und Verhaltensweisen werden erlernt und zugleich neue Erfahrungs- und Handlungsspielräume eröffnet. Unsere Kinder können dort mit anderen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Handicap gemeinsam lernen. Dafür ist es notwendig, Vorurteile und Berührungängste zu reflektieren und zu überwinden.

Seit 2009 gilt in Deutschland die UN-Behindertenrechtskonvention. Sie fordert ein inklusives Schulsystem, aus dem sich das Recht jedes Kindes auf gemeinsamen Unterricht ableitet. Das deutsche Schulsystem ist verpflichtet, allen Kindern den Besuch einer Regelschule zu ermöglichen und Kinder mit Behinderung so zu unterstützen, dass Ihre Teilhabe am Regelunterricht möglich ist. Das Konzept der inklusiven Erziehung beruht auf dem Prinzip, alle Schüler:innen gemeinsam zu unterrichten. Heterogenität wird dabei als Bereicherung gesehen. Es geht um eine ›Schule für alle‹.

In einem inklusiven Bildungssystem sollten ca. 80 - 90% aller Kinder mit Behinderungen eine allgemeine Schule besuchen können. In Deutschland ist diese Quote nur etwa halb so hoch. Aufgeschlüsselt nach Förderschwerpunk-

ten haben es Kinder und Jugendliche mit einer Intelligenzminderung (Förderschwerpunkt „geistige Entwicklung“) am schwersten auf dem Weg zur inklusiven Bildung. Nur ein sehr kleiner Teil von ihnen besucht eine inklusive Klasse bzw. Schule.

Politische Vorgaben und Forderungen allein verbessern die Situation nicht ausreichend. Ausgehend von der Bildungsgeschichte in Deutschland fühlen sich viele Lehrer:innen nicht hinreichend vorbereitet, Kinder mit und ohne Förderbedarf gemeinsam zu unterrichten. Besonders schwierig scheint es, wenn Kinder Verhaltensauffälligkeiten oder scheinbar unverständliche Reaktionen zeigen, d.h. den Unterricht stören und sich nicht an verabredete Regeln halten.

Unser Projekt ›Inklusionsbegleitung‹ berät und begleitet nun schon im zweiten Durchgang Lehrkräfte von ausgewählten Schulklassen an Berliner Grundschulen kontinuierlich über eine Dauer von zweieinhalb Jahren. In den teilnehmenden Klassen werden mindestens zwei Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf beschult. Die Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie finanziert dieses Modellprojekt. Die lokalen Schulpsychologischen und Inklusionspädagogische Beratungs- und Unterstützungszentren (SIBUZ) sind einbezogen.

Wir hospitieren als Inklusionsbegleiter:innen einmal wöchentlich in der Klasse und beraten anschließend die Lehrer:innen und Erzieher:innen. „Wir“ - das sind Ärzt:innen, Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen und Pädagog:innen mit langjähriger Berufserfahrung in der Arbeit mit psychisch kranken, verhaltensauffälligen oder intelligenzgeminderten Kindern – insbesondere auch mit Kindern mit mehrfachen Behinderungen gleichzeitig. Am Ende des Projekts sollen die teilnehmenden Lehrer:innen in der Lage sein, weitere Kinder mit Förderbedarfen selbstständig zu integrieren und ihr Wissen sowie ihre Expertise weiterzugeben. So werden sie zu Multiplikator:innen für das Lehrerkollegium.

Was tun wir genau?

- Wir informieren über Hintergründe und Auswirkungen einer Diagnose.
- Wir helfen dabei, herausfordernde oder unverständliche Verhaltensweisen der Kinder zu analysieren und in ihrer Funktionalität zu verstehen.
- Wir unterstützen die Lehrer:innen dabei, teilhabeorientierte Ziele zu formulieren und entwickeln zusammen individuell passende Interventionen.

- Wir beraten zur Gesprächsführung in schwierigen Situationen mit dem Kind und dem Umfeld.
- Wir helfen, die gesamte Klasse für die Fähigkeiten und Bedürfnisse der Kinder zu sensibilisieren und die sozialen Interaktion zwischen den Schüler:innen zu stärken.
- Wir ermutigen die Lehrer:innen dazu, neue Sozial- und Lernformen zur Förderung eines gemeinsamen Unterrichts zu erproben.
- Wir unterstützen die Schulen bei der Vernetzung mit dem Helfersystem des Kindes, um unterschiedliche Fördermaßnahmen zu koordinieren und Synergien zu schaffen.
- Wir reflektieren mit den Lehrer:innen eigene Ängste oder Unsicherheiten.
- Wir entwickeln mit den Lehrer:innen aus den konkreten Erfahrungen allgemeine Strukturen und Methoden zum Problemverständnis und zur Problemlösung. Diese können sie später bei anderen Kindern mit Förderbedarfen selbstständig anwenden.

Aus langjähriger Erfahrung in der Arbeit mit Schulen wissen wir, dass es für Lehrer:innen besonders hilfreich ist, wenn in der Beratung sehr konkrete und praxisnahe Interventionen entwickelt werden. Schon im ersten Durchlauf unseres Projektes erhielten wir die Rückmeldung, dass unsere Arbeit deshalb so gut angenommen wird, weil wir tatsächlich und regelmäßig in die Schulen kommen. Wir waren da und erlebten den Alltag im Unterricht als auch in den Pausen. Im zweiten Durchgang wurden zusätzlich zur individuellen Beratung in allen Schulen Inklusionsteams gebildet. Diese setzen sich aus Lehrer:innen, (Integrations-) Erzieher:innen, Sonderpädagog:innen, Schulsozialarbeiter:innen, Schulhelfer:innen und Schulleiter:in zusammen. Wir regen in diesen Runden vernetzendes auf das jeweilige Kind ausgerichtetes Denken an. Wir unterstützen die Pädagog:innen in den Schulen dabei, kontinuierlich am Ball zu bleiben, Verabredungen zu treffen und diese nachzuhalten. Unsere Inklusionsbegleitung erfolgt handlungsorientiert, d.h. die Lehrer:innen bekommen die Möglichkeit, ihre Kompetenzen über einen längeren Zeitraum im konkreten Umgang mit einzelnen Schüler:innen zu erweitern. Im Gegensatz zu einer rein theoretischen Fortbildung wird so sichergestellt, dass die erarbeiteten Konzepte und Methoden von den Lehrer:innen sofort praktisch erprobt, trainiert und hinsichtlich ihrer Alltagstauglichkeit beim einzelnen Kind überprüft werden können.

Beratungsschwerpunkte sind:

- Der gezielte Einsatz bestimmter Arbeits- und Hilfsmittel:
z.B. Kind durch Füller überfordert, ständig abgelenkt – stattdessen Tintenroller;
- akustische Abschirmung bei selbstständigem Arbeiten durch Lärm-
schutzkopfhörer;
- Signalkarte für andere Kinder ›Büro-Arbeitszeit‹;
- Gestaltung des gemeinsamen Unterrichts, z.B. Wochenplan auch für
inklusiv beschulte Kinder; inklusiv beschulte Kinder sitzen mit anderen
Kindern an einem Gruppentisch
- Wer sind Kinder-Experten in der Klasse und für welche Fragen (zur Ent-
lastung der Lehrer)?
- Flexible Gestaltung von Unterrichts- und Pausenzeiten
- Anregungen zu Mitversorgung der Kinder in SPZ oder Psychotherapie
bei entsprechendem Bedarf
- Lehrkräfte unterscheiden sehr bewusst zwischen helfen (das Kind über-
nimmt die Handlung selbst) und abnehmen (das Kind gibt eine Aufgabe
ab, jemand anders übernimmt die Handlung)
- Lehrkräfte unterscheiden sehr bewusst zwischen verschiedenen Arten von
Lob:
 - prozessorientiert (die Anstrengung und das Bemühen einer Auffor-
derung nachzukommen werden benannt) – wichtig für Stärkung
einer selbstständigen Arbeitshaltung
 - ergebnisorientiert (die erreichte Leistung wird als richtig oder
falsch benannt)
- Transparentes Erstellen von Zielen:
Lehrkräfte beziehen Kinder in die Zielplanung ein;
Ziele sind kurzfristig erreichbar, klar definiert;
Ziele sind Annäherungsziele, keine Vermeidungsziele;
Individuelle Ziele für alle Kinder in der Klasse

- Zur Förderung sozialer Kompetenzen:
 - In der Adventszeit Wichtel- Kiste, in der die Kinder positive Verhaltensweisen ihrer Mitschüler aufschreiben und sammeln (statt Meckerkiste)
- Einbezug der Peergroup / Förderung von Selbständigkeit
 - Gutscheinkarten für Fragen an Lehrer:in (um automatisierte ›Hilferufe‹ zu begrenzen)
 - Foto von Lehrer:in auf dem Schülertisch, um inneren Dialog zu fördern
 - Wäscheklammer an Arbeitsblatt an der Stelle, die später mit Peer oder Lehrer:in geklärt werden muss
- Anregung zum Austausch zwischen Schulhelfer:innen, Leiter:innen der temporären Lerngruppen, Erzieher:innenn etc. und Abstimmung der Lernziele

Hinzu kommt immer häufiger:

- Gemeinsames Denken und Handeln im Kinderschutz:
 - Wann wird Fehlen in der Schule zu Schuldistanz und zum Kinderschutzfall?
 - Wie gehen wir mit Informationen der Kinder zu brisanten familiären Vorfällen um?
 - Wie bilden wir ein Kinderschutzteam?
 - Und wie vernetzen sich die schulinternen Teams untereinander?

Ausschlaggebend für die gemeinsame Einschulung und Unterrichtung der Kinder im Klassenverbund ist nach wie vor nicht deren Gleichheit bezüglich ihres – interindividuell sehr unterschiedlichen – Entwicklungsstandes, sondern deren Altersähnlichkeit. Wenn es gelingt, dass Kinder und Jugendliche mit Vielfalt umgehen lernen, dann gehört die Vielfalt von Begabungen, Stärken, Schwächen und Anders-Sein dazu. Kinder und Jugendliche wachsen daran genauso wie Ihre Lehrer:innen. Die so erworbenen Kompetenzen werden ihnen ein Leben lang gute Wegbegleiter sein.

Einige Rückmeldungen von Lehrer:innen der Schulen unseres Projektes:

„Die Inklusionsberatung fungiert in unserem kleinen Team als wunderbarer Ankerpunkt, um konkrete Fälle voranzutreiben und kompetent zu agieren. Durch die regelmäßigen Beratungstreffen werden wir in die Lage versetzt, für uns stimmige Lösungen zu suchen und erhalten zugleich die nötige Beratung, wenn wir selbst nicht drauf kommen. Durch die Beratung durch eine externe Begleitung ist es uns zudem leichter, Zuständigkeiten zu klären und besser differenzieren zu können, welche Aufgaben in unserem Handlungsbereich liegen und welche nicht.“

„Super Unterstützung dabei, ein Inklusionsteam an der Schule zu installieren und die Berater:innen vom SIBUZ einzubinden. Unser Ziel ist es, dies fest zu etablieren, wenn das Projekt vorbei ist! Inklusion und die Arbeit der Sonderpädagog:innen ist mehr in den Fokus gerückt worden! Supertolle Tipps und Anregungen durch die wöchentlichen Beratungen!!“

„Ich habe in dem Inklusionsprojekt wertvolle Bestätigung erhalten für Systeme, die in unserer Schule schon gut funktionieren. Dieses Feedback ist sehr wichtig für unser Selbstbewusstsein und unsere Motivation. Außerdem erhielt ich in den Diskussionen interessante Hinweise und praktikable Tipps für die Umsetzung im Schulalltag. Gerne würde ich ab und an einen Fall zur beispielhaften Unterstützung der gefundenen Thesen näher besprechen.“

Fünf Berliner Grundschulen sind viel für uns, aber sehr wenig für die Verbesserung der Inklusion an Schulen insgesamt. Deshalb haben wir aufgeschrieben, was hoffentlich auch für andere nützlich ist. Geschrieben haben wir es aus der Berliner Perspektive. Da sich die Bildungslandschaften in Deutschland unterscheiden, ist möglicherweise nicht alles unmittelbar auf andere Bundesländer übertragbar. Wir hoffen dennoch, dass vor allem die Freude und die Kreativität, die wir in diesen Jahren erfahren haben, ansteckend sind. Und wir hoffen, dass Sie, wenn Sie unser Buch lesen, Lust bekommen, (noch mehr) Inklusion zu leben, zu unterstützen und sich an den Erfolgen der oft einfachen Lösungen zu erfreuen.

Unsere Arbeit in diesem Projekt wird von Förderverein „Frieda e.V.“ unterstützt. Das Motto dieses Vereins ist: „Es geht nicht, wir machen es trotzdem“. Dieser Satz will Mut machen für kreative und ungewöhnliche Ideen, auch in schwierigen Situationen.

Autoren:

Paula Viehweger, Diplom-Sozialarbeiterin
 OÄ Dr. med. Ute Mendes, SPZ-Leitung
 Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
 SPZ Vivantes-Klinikum im Friedrichshain
 Landsberger Allee 49, 10249 Berlin
 Tel. 030 130 23 15 45, Fax 030 130 23 2077
 ute.mendes@vivantes.de



Inhalt:

Heft 1: Einführung in kreative Inklusion

- Vorwort
- Platz für Ihre Ideen

Heft 2: Soziale Fertigkeiten

- Soziales Miteinander oder Zusammensein lernen
- Alle besonders! oder Wie bespreche ich Inklusion mit der Klasse?
- Mit „schwierigem Verhalten“ umgehen

Heft 3: Schulische Voraussetzungen

- Räume gestalten
- Zusammenarbeit mit Kolleg:innen gestalten
- Schulalltag gestalten

Heft 4: Lernen

- Wissen erwerben
- Ziele für individuelle Förderpläne finden
- Nachteilsausgleich schaffen

Heft 5: Vernetzung innen und außen

- Übergänge erleichtern
- Mit Eltern arbeiten
- Sich interdisziplinär vernetzen

Heft 6 Glossar: Ausgewählte Erkrankungen

- ADHS
- Autismus
- Bindungsstörung
- Depression • Epilepsie
- Fetale Alkoholspektrumstörung
- Lese-Rechtschreibstörung
- Rechenstörung
- Soziale Angst / extreme Schüchternheit
- Ticstörung
- Trisomie 21
- Entwicklungsstörungen der Wahrnehmung

Bestellung

Das Fachbuch kann für 29 € (inklusive Versand) über diesen Link bestellt werden:
<https://friedafriedrichshain.org/buch-inklusion-macht-schule-bestellen/>

Assoziation statt Rezension

Söhne Großziehen als Feministin– Ein Streigespäch mit mir Selbst

Shila Behjat

Carl Hanser Verlag, 1. Auflage 2024, 199 Seiten,

Hardcover: 23, 00 €, ISBN 978-3-446-27808-0

E-Book: 16, 99 €. ISBN 978-3-446-28028-1

In der Redaktion des Forum-KJPP werden derzeit Beiträge über die Identitätsentwicklung von Jungen und Mädchen diskutiert. Das hat bei dem Referenten die Neugier auf die Selbstreflexionen „Söhne Großziehen als Feministin“ von Shila Behjat geweckt. Im Untertitel nennt sie diese „Ein Streigespäch mit mir Selbst“.

Es ist ein höchst persönliches Buch, in dem die Autorin viele persönliche Empfindungen, Überlegungen und Entwicklungen mitteilt, die den Autor zu eigenen persönlichen Empfindungen und Gedanken angeregt haben. Sie berichtet über ihre Entwicklung als Feministin und Mutter von 2 Söhnen.

Um dem Vorwurf des „Mansplaining“ zu entgehen, ist dies keine Rezension. Es soll keine Zensur erteilt werden, sondern es ist die subjektive Reflexion eines Lesers, der als weißen Mannes, fast doppelt so alt ist wie die Autorin, die 1982 in Mannheim geboren wurde. Da diese wiederholt auf ihre Migrationswurzeln hinweist, - der Vater ist gebürtiger Iraner und Baha'i, erwähnt auch der Referent seinen Status als Kriegsflüchtling und Vertriebener, damals im Kinderwagen.

Es ist dem Autor nicht leicht gefallen, die ersten Seiten des Buches zu überwinden, da diese wie einem Sperrgürtel gleich mit feministischen Versatzstücken drapiert sind.

Schon der Begriff „großziehen“ für die Entwicklung von Kindern weckt Widerstand. Und auf der ersten Textseite (S. 9) wird abschreckend geschrieben: „...Frauen können alles ohne Männer...Feminismus...stellt als Endvision

auch das Ende des Mannes in Aussicht, auf jeden Fall des weißen Mannes, wie er heute alles und jedes dominiert.“

Auf Seite 31: „Als Instanz, als weiße Männer, gehören sie abgelöst, abgeschafft.“ Seite 32: „Welche Gesellschaft schwebt uns Feministinnen dann eigentlich vor, nach dem Ende der menschlichen Paviane?“

Doch hat sich gelohnt, diese Abwehr zu überwinden.

Shila Behjat berichtet von ihrer Entwicklung als Mutter zweier Söhne. Diese wurden von ihr und ihrer Frauenärztin schon bei den ersten Ultraschalluntersuchungen, die eine verdächtige Vorwölbung erkennen ließen, als Jungen apostrophiert, nicht nur gelesen. An dieser Geschlechtszugehörigkeit gibt es im gesamten Buch keinen Zweifel, auch wenn ansonsten dem Gendern gehuldigt wird.

In der Entwicklung ihrer Söhne und der des Buches wird aus der Geschlechterfrage immer mehr eine Frage des Menschseins und der Menschlichkeit. Neben die Rechte von Frauen stellt Shila Behjat die Rechte von Kindern, insbesondere auch deren Recht auf Eltern und auf Elternzeit. Allerdings kommt der Begriff „Eltern“ äußerst selten vor.

Dass es Vaterschaft gibt, ist anzunehmen. Jedoch wird nie ein Vater der Söhne erwähnt, ganz selten das Wort „uns“. Der eigene Vater allerdings mehrfach. Statt der entwicklungspsychologisch vertrauten „Triade“ wird das Bild der „legendären, weltberühmten Pyramide“ vorgestellt: die Mutter mit dem älteren Sohn auf den Schultern, den Jüngere in den Armen.

Mit den Gedanken zu den Bedürfnissen und Rechten ihrer Söhne werden im Kapitel „Liebe, Job und andere Herausforderungen“ auch Überlegungen zur Sinnhaftigkeit von Berufstätigkeit und Mutterschaft dargelegt. Und in weiteren Ausführungen auch die Frage, was es bringt, wenn in einem kapitalistischen, hierarchisch strukturierten System die Handlungen dieselben sind und nur die Figuren ausgetauscht werden.

Im Kapitel „MÄNNER LIEBEN“ heißt es auf S. 179: „...ich wünsche, Menschen großzuziehen“. Und im vorletzten Kapitel „WEIBLICHKEIT LIEBEN“ möchte sie „...die Weiblichkeit, genauso wie den Feminismus, für meine Söhne ,dekolonisieren““.

Auch wenn es noch manches andere gibt, das den Referenten gepiekt hat, also als spießig wahrgenommen wurde, wie die Koketterie mit ihrem getön-

ten Teint, gab es viel zu lernen. Der Referent war animiert, manches nachzuschlagen. Jetzt weiß er, dass „Olymp de Gouges“ eine der ersten Kämpferinnen für die Rechte der Frauen war, die auf dem Schafott starb. Und er hat viele Abkürzungen und (Neo-)Anglizismen gelernt.

Es ist ein Buch, das jetzt meine Enkelin lesen will!

Es wäre interessant, wenn eine unserer Leserinnen ihre Wahrnehmung dieses Buches hier veröffentlichen würde, dann vielleicht als eine wahre Rezension!

Christian K. D. Moik

Forum – BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik

Im Mitgliederrundbrief 99/3 gedenkt der Vorsitzende des verstorbenen Ehrenmitglieds Dr. Eckart Förster, der als Kliniker die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und von 1984 bis 1985 als Vorsitzender die des Berufsverbandes nachhaltig gefördert hat. Auch nach 25 Jahren ist er zumindest bei den Altvorderen und in seiner früheren KJPP-Klinik in Essen unvergessen.

Erinnert wird an die Jahrestagung in Aachen, die neben lehrreichen Vorträgen, einer neuen Satzung und einem neuen Vorstand auch einen furiosen, euregionalen Gesellschaftsabend im Kasteel Erenstein und ein ergreifendes Konzert im Hohen Dom zu Aachen bescherte. Dr. Wilhelm Rotthaus ließ mit seiner kraftvollen Stimme erleben, welche Multitalente Kinder- und JugendpsychiaterInnen sind!

Auch bei der anstehenden Novellierung der Weiterbildungsordnung war Einsatz und Begabung gefordert. Es galt, die Kinder- und Jugendpsychotherapie und die Kinder- und Jugendneurologie in unser Fachgebiet zu integrieren. Leider ging später der Kampf und die „Neuropsychiatrie im Kindes- und Jugendalter“ weitgehend verloren, auch wenn es noch einige neurologische Inhalte in unserer jetzigen Weiterbildung gibt.

Erstmalig wurde der Förderpreis der „Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter“ vergeben, und zwar an Prof. Dr. med. Jörg Michael Fegert, damals Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie /Psychotherapie an der Universität Rostock für das Projekt „Designerdrogen-Sprechstunde“.

Neben dem Protokoll der Mitgliederversammlung des BKJPP findet sich auch das Protokoll des „Solidaritätsfonds“, der kürzlich liquidiert wurde. Als

neue Mitglieder des Beratungs- und Entscheidungsausschusses wurden Dr. Kirchner, Dr. Wienand und Dr. Landsberg gewählt.

Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen, führt mit einer 1. Folg in die wunderbare Welt des „*Internet für Kinder- und Jugendpsychiater*“ ein. So kurz ist das erst her!

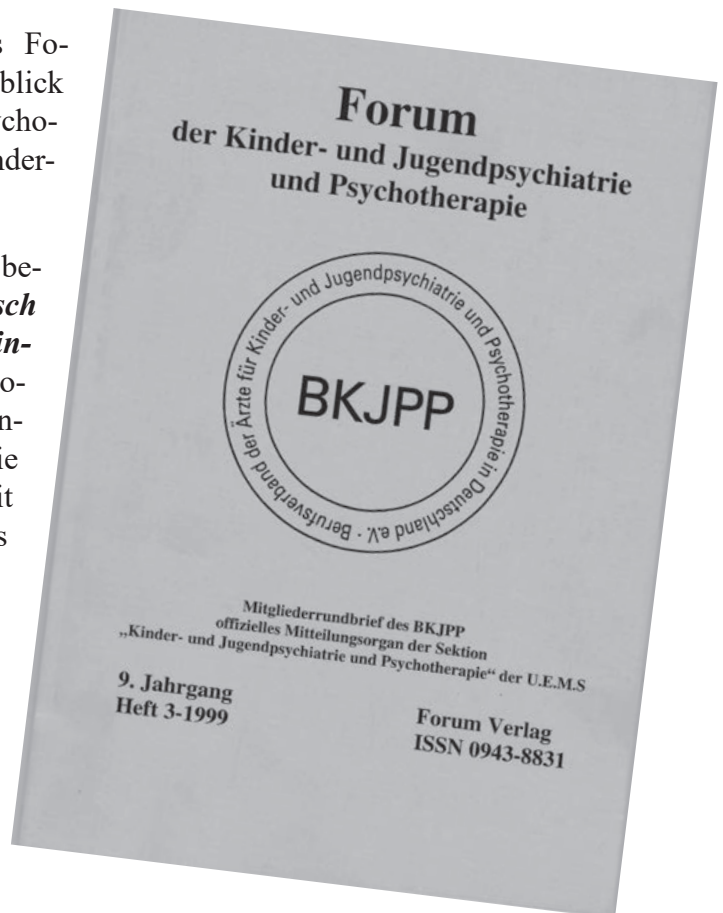
RA **Jürgen Schmitz**, Euskirchen, führt „*Anmerkungen zum Gesetz zur Korrektur in der Sozialversicherung und zur Sicherung der Arbeitnehmerrechte vom 19.12.1998 (BGB I 1998, S. 3843 ff.)*“, die auch Bedeutung für die Kinder- und JugendpsychiaterInnen haben, aus.

Das preisgekrönte „*Projekt – Designerdrogen-Sprechstunde*“ wird vom Preisträger, **Jörg M. Fegert**, Rostock, in seinen wesentlichen Teilen vorgestellt.

Die weiteren Beiträge des Forum-KJPP geben einen Überblick über die Bedeutung der Psychotherapie im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Ulrike Lehmkuhl, Köln, beschreibt „*Tiefenpsychologisch fundierte Therapie mit Kindern und Jugendlichen*“, wobei sie einleitend darauf hinweist, dass die Psychotherapie erst seit relativ kurzer Zeit obligater Bestandteil unseres Fachgebietes ist.

Wilhelm Rotthaus, Viersen, erläutert „*Systemische Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie*“, die



damals zwar bereits in der kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeit etabliert, jedoch noch nicht als eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren zugelassen war.

Ein Überblick über „*Indikationen und Kontraindikationen Psychotherapeutischer Methoden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*“ gibt **Beate Herpertz-Dahlmann**, Aachen.

Renate Sannwald, Berlin, beschreibt „*Die Katathym-imaginative Psychotherapie in der Praxis des Kinder- und Jugendpsychiaters - mit einem kasuistischen Beitrag zur tiefenpsychologischen Psychotherapie bei schwerer Körperbehinderung*“.

Viele der Beiträge sind auch heute noch lesenswert!

*Heute habe ich nichts gemacht.
Aber viele Dinge geschahen in mir.*

Roberto Juarroz

Blieben Sie neugierig und hoffnungsfroh!

Ihr Christian K. D. Moik

Hinweise für Autor*innen

1. Das forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen. Die Zeitschrift erscheint 4 x pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen die Redaktionsleitung Dr. Annegret Brauer (brauer@bkjpp.de oder redaktion-forum@bkjpp.de)
2. Urheberrecht / Rechtseinräumung / Copyright:
Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheidet die Redaktion. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Herausgeber, den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP e.V.) über. Der/die Autor:in bestätigt und garantiert, dass er/sie uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an dem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt.
Der/die Autor:in räumt – und zwar auch zur Verwertung seines/ihrer Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Vor Publikation eines Beitrages überträgt der/die Autor:in dem Herausgeber das ausschließliche geographische und zeitlich unbeschränkte Recht der Speicherung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe.
3. Interessenkonflikte:
Die Autor:innen sind verpflichtet, alle Interessen aufzuführen, unabhängig davon, ob der/die Erklärende selbst darin einen Interessenskonflikt sieht oder nicht.
4. Manuskriptgestaltung:
 - ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (per E-Mail oder USB-Stick) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor:innen: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10.
 - ✓ Das Manuskript sollte neben dem Beitragstitel eine Zusammenfassung / Abstract und die Nennung von bis zu 5 Schlüsselwörtern / Keywords jeweils in deutscher und in englischer Sprache beinhalten.

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



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

ABONNEMENT

forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

BKJPP, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.
Geschäftsstelle BKJPP, Umbach 4, 55116 Mainz, Tel.: 06131 – 69 38 070, Fax: 06131 – 69 38 072, E-Mail: mail@bkjpp.de

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

- Ich abonniere das *forum* der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zum
Jahresabonnementspreis von € 60,00

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

Ort / Datum : _____ Unterschrift: _____

Zahlungsweise:

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

Bankverbindung zur Erstellung eines SEPA-Lastschriftmandates :

Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut: _____
IBAN: _____ BIC: _____

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

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74BUN0000800342, Mandatsreferenz: Ihre individuelle Mandatsreferenz wird Ihnen jährlich mit den Beitragsrechnungen mitgeteilt.

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

Ort, Datum _____ Unterschrift: _____

Impressum

**forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie**
Mitgliederrundbrief des BKJPP und offizielles
Mitteilungsorgan der Sektion „Kinder- und Jugend-
psychiatrie 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. Annegret Brauer (V.i.S.d.P.), Dr. med. Maik Herberhold
Dr. med. Ingo Spitzzok von Brisinski, Christian K. D. Moik,
Dr. med. Dipl. Psych. Franz Wienand
Alle Beiträge bitte an: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

Dr. med. Arnfried Heine (V.i.S.d.P.), Nicole Kauschmann-Loos, Mirjana Husakovic
Alle Beiträge bitte an: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank
IBAN: DE24 3006 0601 0007 3373 88, BIC: DAAEDEDXXX

Gesamtherstellung

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

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Thomas Didier, Meta Druck, Eylauer Str. 10, 10965 Berlin
e-mail: didier@metadruck.de, Tel.: 030 / 61 70 21 47

Erscheinungsweise: *forum*/Weiße Seiten 4-mal jährlich

Mitgliederrundbrief /Gelbe Seiten 2-mal jährlich (März und September)

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

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



- Neue Anschrift -

BKJPP e.V.
Geschäftsstelle
Umbach 4
55116 Mainz
Tel: 06131 / 69 38 07 - 0
Fax: 06131 / 69 38 07 - 2