

Inhalt

Editorial:

In der Tradition des antiken Forum...

Annegret Brauer 2

Pharmakologie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Teil 1: Grundlagen und ADHS

Klaus-Ulrich Oehler 6

Mit dem starken Wanja und all den anderen aus der Gang groß werden

Kinder- und jugendpsychiatrische Gedanken zu Otfried Preußler

Markus Löble 21

Therapiegarten meets Klinik –

Unser EU-Projekt in der Diakonie-Klinik Mosbach

Karsten Rudolf, Patrick Jentner 34

30 Jahre Gremienarbeit für die Psychotherapie in unserem Fachgebiet –

Erfahrungen und Resümee zur „ärztlichen Psychotherapie

Christa Schaff 51

Rechtsfragen

Behandlungsstandards im Bereich der (Kinder- und Jugend) Psychiatrie

und Psychotherapie

Christian Maus, Kyrill Makoski 67

Kolumne:

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik 76

Hinweise für Autor*innen 79

Anzeigen 81

Media Daten 87

Impressum 88

Editorial

In der Tradition des antiken Forum...

„ein Forum (lateinisch, Plural: Fora oder eingedeutscht Foren) war in den Städten des römischen Reiches ein Platz, der das politische, juristische, ökonomische und religiöse Zentrum des Orts bildete. ...“

(Quelle: Wikipedia)

Liebe Leser, liebe Leserinnen,

wie das Forum im alten Rom kann und soll das *forum* für KJPP ein Ort der Information und der Diskussion sein, vielleicht ein Zentrum für den bkjpp, zumindest ein wichtiger Bestandteil. Unsere Zeitschrift beinhaltet Beiträge zu verschiedenen Themen, ganz wie es dem Namen *forum* und dessen Bedeutung entspricht. Dabei greifen wir Themen auf, die unsere tägliche Arbeit betreffen. Wobei es uns ein Anliegen ist, auch Aspekte in den Blick zu nehmen, die in der täglichen Arbeit unterzugehen drohen, bzw. über die wir leider oft zu wenig Zeit haben nachzudenken.

Unsere Arbeit wird bestimmt durch die wiederkehrenden Themen unserer Patienten, Problemen in den Familien, in Schulen, Verunsicherung wegen gesellschaftlicher Veränderungen, immer noch bestehenden Schwierigkeiten infolge der Pandemie. Und wir sind gefangen in administrativen Abläufen in der Praxis, Umsetzung und Anpassung an neue Vorgaben, zum Beispiel der Telematik-Infrastruktur, der Digitalisierung. Wann bleibt Zeit für neue, nicht nur populärwissenschaftliche Erkenntnisse, für die Lektüre von Studien, aber auch aktuell und neu erscheinenden Leitlinien oder ähnlichem? Es geht aber nicht nur um fehlende Zeit, sondern auch fehlende Ruhe, Kraft und Muße. Unsere tägliche Arbeit ist verbunden mit hohen emotionalen Belastungen. Es beinhaltet eben nicht nur die ärztlich-therapeutische Behandlung des ein-

zelen Patienten, sondern wir sind konfrontiert und müssen uns auseinandersetzen mit Problemen in den Familien, in Schulen, der Kinder- und Jugendhilfe, aber auch allgemeinen gesellschaftspolitischen Themen. Nicht selten können wir nur begrenzt helfen, sehen die Not und den Kummer der Kinder und Jugendlichen und der Familien, ohne dass wir die Probleme wegzaubern können, manchmal wünscht man sich ja einen Zauberspruch oder ein anderes schnelles Heilmittel. Vielleicht sind wir uns dieser Belastungen nicht immer bewusst. Es bleibt umso mehr die Frage, wo wir auftanken können, uns Kraft holen und inspirieren lassen können. Das ist verschieden, für manche sind das Kunst, Kultur, Musik oder Bücher, für andere Sport, Freundschaften, gute Gespräche, kurze Momente im Alltag, aus denen man Kraft schöpfen kann. Wenn wir Zugang zu unseren Ressourcen haben und es uns gelingt, das weiterzugeben an die Kinder und Jugendlichen und deren Familien, die zu uns kommen, das ist dann ressourcenorientiertes Arbeiten im besten Sinn.

Einige Beiträge dieses Heftes beschäftigen sich explizit mit stärkenden, ressourcenorientierten Themen bzw. Therapieformen. So führt uns Markus Löble mit seinem Artikel durch die Helden der Kinderbücher von Otfried Preußler. Markus Löble schreibt, worum es geht – zuhören! Er berichtet u.a. von der Heldengeschichte des starken Wanja, von dessen Schwierigkeiten und Herausforderungen, die typisch für Kindheit und Jugend und besonders die Pubertät sind. Er stellt die Frage „Was ist krank, was ist gesund?“. Um sich in Denken und Fühlen von Kindern hineinzusetzen, sollten wir Kinderbücher lesen und Kinder anregen, das auch zu tun. So können sie ihre Helden stellvertretend Konflikte erleben lassen und im besten Fall mit den Helden zu einer Lösung kommen. Im „Drama“, was „Handlung“ bedeutet, werden Konflikte durchlebt und durchgearbeitet, die wir im richtigen Leben bewältigen müssen.

Von einer anderen Form ressourcenorientierten Arbeitens berichten Karsten Rudolf und Patrick Jentner in ihrem Beitrag über ein von der EU gefördertes Projekt in der Diakonie-Klinik Mosbach, dem „Therapiegarten“. Gärtnern und die beruhigende Wirkung von Gärten seien schon seit dem Altertum beschrieben worden. Die Autoren rezipieren umfangreich die alte und neue Literatur zur Wirkung der Natur-Mensch-Interaktion, speziell der Gartentherapie. Wir wissen das vermutlich alle, in dem Beitrag bekommt es eine wissenschaftliche Grundlage und wird anhand des Projektes an der Klinik in Mosbach detailliert dargestellt. Wie schön, dass es möglich ist, solch ein Projekt in ein Klinikkonzept zu integrieren.

Der erste Beitrag in diesem Heft von Klaus-Ulrich Oehler beschäftigt sich mit Neuerungen in der Behandlung von ADHS, dabei geht er auf aktuelle Erkenntnisse aus der genetischen Forschung ein, er spricht zudem die Chancen an, die im Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) stecken und stellt neue Substanzen vor. Umso fundierter das Wissen über Grundlagen der Pharmakotherapie ist, desto sicherer ist das Auftreten des Behandlers gegenüber den Patienten. Sicherheit ist ein gutes Mittel gegen Angst, denn Angst resultiert aus Unsicherheit, das aber bringen schon die Patienten mit, wir sollten Sicherheit haben und diese vermitteln. Daher freuen wir uns über den Beitrag zu aktuellen Entwicklungen in der Pharmakotherapie bei ADHS. Weitere Beiträge zur Pharmakotherapie sind geplant und werden folgen.

Ebenfalls um eine Form von Sicherheit geht es in dem juristischen Beitrag in diesem Heft. Christian Maus und Kyrill Makowski gehen in ihrem Beitrag auf den Begriff „Behandlungsstandards“ ein. Was bedeutet das im juristischen Sinne, was ist für Behandler essentiell? Einerseits geht es um Sicherheit für den Patienten, in dem Sinn, dass die Behandlung nach Standards bzw. Leitlinien erfolgen muss, andererseits auch Sicherheit für uns in der täglichen Arbeit. Anhand von Beispielen aus der Rechtsprechung werden einzelne Themen wie Beendigung der Behandlung, Aufklärung, Pharmakotherapie, Umgang mit Selbstverletzung u.a. vorgestellt. Es bleibt als wichtigster Standard „*primum non nocere (secundum cavere, tertium sanare)*“, die Autoren schreiben das so: „Kurz gesagt, gehört die Behandlungsfehlerfreiheit zu den primären Leistungspflichten des Behandlers“.

Einem anderen Thema widmet sich Christa Schaff, sie berichtet von 30 Jahren Gremienarbeit, eine besondere Rolle spielt dabei der Begriff bzw. die Ausgestaltung des Begriffes „ärztliche Psychotherapie“. Wir diskutieren oft und in verschiedenen Gremien über unser Selbstverständnis als Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Viele von uns kennen die häufigen Miss- und Unverständnisse bezüglich unserer Berufsbezeichnung, mal werden wir als Kinderpsychologen vorgestellt oder als Kindertherapeuten, auch als Ärzte, selten als ärztliche Psychotherapeuten. Christa Schaff stellt hier ausführlich und detailliert die Etablierung des Begriffes und der Inhalte der ärztlichen Psychotherapie für Kinder und Jugendliche dar, u.a. bei der Erarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie. Die Arbeit von Christa Schaff ist von unschätzbarem Wert in der Darstellung unseres Faches in den verschiedenen Gremien und Fachverbänden, aber auch in der

Durchsetzung unserer Interessen in Bezug auf die Vergütung fachärztlicher Leistungen und Leistungen der ärztlichen Psychotherapie. Die jahrelange Arbeit hat sich ausgezahlt, wir werden gehört, wir sind in vielen verschiedenen Gremien vertreten, z.B. den beratenden Fachausschüssen für Psychotherapie und mittlerweile auch der Fachärzte bei der KBV, dem G-BA u.a.m. Zusammenfassend schreibt Christa Schaff: „Wir sind Psychotherapeut:innen und Fachärzt:innen und sollten unsere Doppelqualifikation in unseren Fachgebieten in diesem Sinne weiterhin selbstbewusst darstellen und leben.“ Dem ist nichts hinzuzufügen.

Ich wünsche Ihnen viel Freude bei der Lektüre, Anregungen zum Weiterdenken, Weitergeben und Mitmachen!

Ihre Annegret Brauer

Pharmakologie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Teil 1: Grundlagen und ADHS

Klaus-Ulrich Oehler

Zusammenfassung

Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung ist eine häufige Erkrankung, welche unbehandelt nicht immer eine gute Prognose hat. Follow up Untersuchungen zeigen, dass die Lebenserwartung bis zu 20 Jahre verkürzt sein kann. Es gibt jedoch effektive Behandlungsformen, die im Wesentlichen psychopharmakologischer Natur sind. Insbesondere lang wirksame Methylphenidat-Präparate sowie lang wirksame Amphetamine (Lisdexamfetamin) sowie auch alternative Medikation wie z.B. Guanfacin und Atomoxetin können die Therapie sinnvoll ergänzen. Genetische Studien haben gezeigt, dass Patienten mit ADS ein hohes Risiko haben an Suchterkrankungen, Adipositas sowie Bulimie zu erkranken. Daher ist eine kontinuierliche fachärztliche Therapie sinnvoll.

Schlüsselwörter: Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, Behandlungsformen, Medikation, genetische Studien

Summary

Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD) is a common disorder, which is occasionally accompanied by an unfavorable prognosis if untreated. In follow-up studies, a potential loss of expectation of life for untreated patients of up to 20 years can be seen. However, there are effective methods of treatment available, which primarily consist of pharmacological approaches. Particularly extended-release methylphenidate formulations and extended-release amphetamines (lisdexamfetamine), as well as alternative medications, such as guanfacine and atomoxetine are a useful addition to the treatment of ADHD. Genetic studies show that ADHD increases the risk for the development of addictive disorders, obesity and bulimia. Therefore, a continuous specialist medical treatment is advisable.

Keywords: ADHD, treatment, medications, genetic studies

Entwicklung eines neuen Pharmakons

Durch die Gabe eines Pharmakons greifen wir in den natürlichen biologischen Stoffwechsel unseres Körpers ein und müssen daher jeweils genauestens die Vor- und Nachteile abwägen. Die Weiterentwicklung der Pharmakologie und damit die Neuzulassung von Medikamenten erfolgt schon lange nicht mehr nach dem Zufallsprinzip biologischer oder klinischer Beobachtungen, sondern ist Inhalt zielgerichteter datengestützter Untersuchungen. Ich persönlich hatte vor vielen Jahren einmal die Möglichkeit, in dem Forschungslabor einer internationalen Pharmafirma zu hospitieren. Dort konnte ich eindrucksvoll erfahren, dass der Datenpool einer Firma für die Entwicklung eines neuen Medikaments ca. 100.000 Moleküle beinhaltet, von denen viele patentgeschützt sind. Durch Computersimulation wird eine Vorauswahl getroffen, die dann in die tierexperimentelle Phase geht. Bis zur Zulassung nach klinischen Phase-eins-, Phase-zwei- und Phase-drei- und -vier-Studien vergehen oft 10 bis 12 Jahre.

Pharmakon Wirkung:

Beeinflussung der Interaktion zwischen Transmitter und Rezeptor

Datenpool einer Firma:

- ca. 100.000 Moleküle für die Entwicklung eines Medikaments
- ca. 1000 kommen nach PC-Simulationen in die engere Wahl
- 10-100 werden synthetisiert und kommen zu Tierversuchen
- IdR kommt davon nur 1 in die klinische Erprobung
- D.h. Trefferquote der Datenanalyse 1- 0,1 %

Veränderung durch KI

Viele Kollegen und auch Laien haben sich in der Corona-Phase gefragt, wie es dann möglich sein kann, so etwas Komplexes wie einen Corona-Impfstoff innerhalb eines Jahres zu entwickeln. Damit haben sich naturgemäß viele Befürchtungen verbunden. Dieses ist aber letztlich möglich durch künstliche Intelligenz, die den beschriebenen Vorgang dimensional beschleunigt. Das menschliche Genom ist entschlüsselt. D. h. alle Proteine sind bekannt. Durch künstliche Intelligenz kann man 10^{60} Moleküle, d. h. das sind mehr als alle Moleküle auf der Erde, mit den Proteinen des menschlichen Genoms interagieren lassen. So lässt sich Wirkung und Nebenwirkung schneller erfassen.

Dadurch verbessert sich die Trefferquote eines geeigneten Pharmakons um mehrere Hunderte.

- Durch KI können 10^{60} Moleküle bzgl. Wirkung und Nebenwirkung untersucht werden
- Dadurch verbessert sich die Trefferquote von 0,1 auf 50

Zur Veranschaulichung:

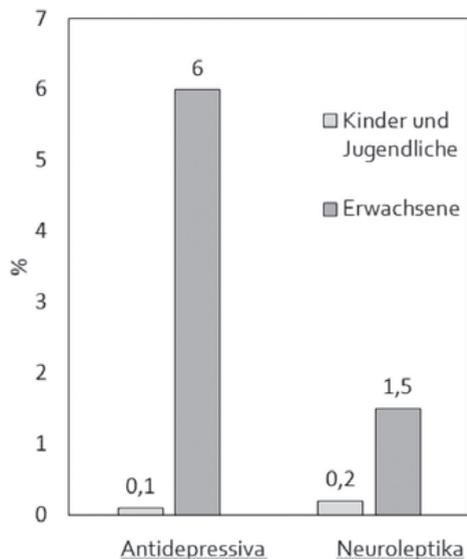
Ein Apfel hat 10^{10} Moleküle

Die 10^5 Moleküle der Labore entspricht einem Apfelstück von der Größe eines Stecknadelkopfes

Die 10^{60} theoretischen Moleküle der KI sind mehr Moleküle als die ganze Welt aufweist

Verschreibungshäufigkeit

Generell besteht in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Deutschland eine extreme Zurückhaltung, vielleicht auch Ängstlichkeit gegenüber der Verschreibung von Psychopharmaka. Es gibt erhebliche Unterschiede im Vergleich zu der amerikanischen Kultur. Bei uns ändert sich die Verschreibungshäufigkeit von Medikamenten in dem Moment, wo der Patient das 18. Lebensjahr überschreitet. Dies liegt nicht an einer grundsätzlichen Veränderung des biologischen Stoffwechsels, sondern ausschließlich daran, dass die Patienten einen Facharztwechsel vornehmen müssen, d. h. vom Kinder- und Jugendpsychiater zum Erwachsenenpsychiater. In der Erwachsenenpsychiatrie ist das Verschreibungsverhalten mit dem nordeuropäischen und angloamerikanischen Sprachraum vergleichbar. Die Unterschiede sind in der Abbildung 3 erkennbar. (Abb. 1)



Problem Früherkennung

Die Häufigkeit der Diagnosestellung hängt sehr davon ab, ob ein Patient im Jugendlichen- bzw. jungen Erwachsenenalter vom Kinderpsychiater oder vom Erwachsenenpsychiater behandelt wird. Die Kinderpsychiater sehen vieles durch die ADHS-Brille, während der Erwachsenenpsychiater eher die klassischen Diagnosen wie bipolare Störung, Schizophrenie oder emotionale Störung im Blickwinkel haben. Wenn man die Prävalenzzahlen von bipolaren Störungen oder Schizophrenien im Jugendlichenalter der verschiedenen epidemiologischen Studien mit denen von den deutschen niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern gestellten Diagnosen vergleicht, kann man erkennen, dass Schizophrenien und bipolare Störungen unterdiagnostiziert sind, wohingegen ADHS sehr häufig diagnostiziert wird. Es gibt zahlreiche amerikanische Studien, die nachgewiesen haben, dass ein Großteil der Patienten, die eine Schizophrenie und eine bipolare Störung entwickelt haben, mit Methylphenidat behandelt wurden, welches bezüglich der weiteren Entwicklung der Patienten nicht unbedingt förderlich war. Daher sollten wir bezüglich des ADHS vorsichtig sein. Wenn Symptome auftauchen, die in der folgenden Abbildung 4 aufgeführt sind.

Schizophrenie	Bipolare Störung
Geräusch- und Lichtempfindlichkeit	Extreme Stimmungsschwankungen
Stimmungsschwankungen	apid cycling (auch täglich)
Konzentrationsstörungen	Symptomfreie Intervalle
Selbstzweifel	Impulsives Verhalten

Cave: Fehldiagnose ADHS

Insbesondere wenn es sich um eine unauffällige Entwicklung im Kleinkind- und Kindesalter handelt und wenn die von uns angesetzte ADHS-Medikation nicht richtig wirkt, sollte man überlegen, ob nicht eine der o. g. Erkrankungen vorliegen könnte.

Wann sollten wir kritisch nachdenken?

- Positive Familienanamnese bzgl. Psychosen oder bipolare Störungen
- Unauffällige Kindheit (insbesondere bei bipolaren Störungen)
- ADHS Medikation wirkt nicht so richtig
- Starke Fluktuation der Symptomatik

Was war bislang bekannt? Was gibt's Neues?

Genetische Grundlagen:

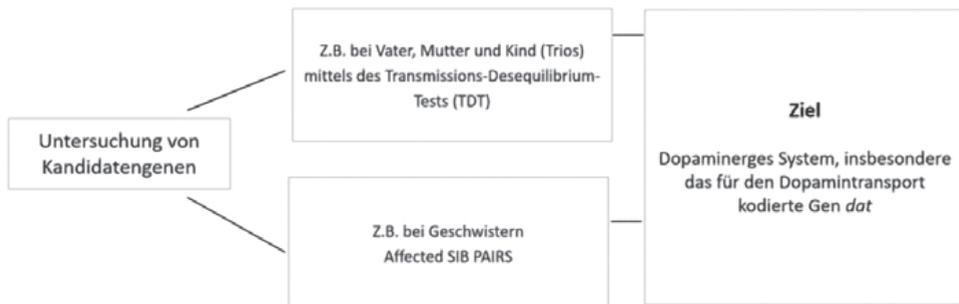
Assoziationsstudien sind sehr aufwendig, da bei einer hohen Zahl von Patienten das gesamte Genom untersucht werden muss. Daraus lässt sich auch das Risiko eineiiger Zwillinge bezüglich der Erkrankung ermitteln. (Abb. 8). Interessant ist es, sich mit den genetischen Grundlagen der ADHS auseinanderzusetzen. Wichtig ist hier die Studie von Ditte Demontis, die in einem genomweiten Assoziationsstudie Patienten mit ADS mit einer Gruppe nicht erkrankter Patienten vergleicht. Für diese Analyse wurden mehrere hunderttausend genetische Untersuchungen durchgeführt. Davor gab es nur hypothesengeleitete Assoziationsstudien.

Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficient hyperactivity disorder

Ditte Demontis et al., Nature Genetics volume 51, pages63–75 (2019)

Was bedeutet hypothesengeleitete versus hypothesenfreie Assoziationsstudien?

- Genome wide association study (GWAS): Das gesamte Genom muss untersucht werden
- Problem: Extrem hohe Zahl von untersuchten Patienten, um ein entsprechendes Signifikanzniveau zu erreichen (Abb. 2)



GWAS study Ergebnisse

In der Studie wurden 12 sichere Loci wurden gefunden. Es zeigte sich, dass das ADS wahrscheinlich von einer Vielzahl, d.h. von mehreren Tausend Loci abhängig ist. die in erster Linie für die neuronale Entwicklung sowie für die Entwicklung von Hirnschaltkreisen verantwortlich sind.

- Die Entwicklung des ADHS ist abhängig von einer Vielzahl von Loci, wahrscheinlich mehrere tausend

Es gibt eine polygenetische Ätiologie

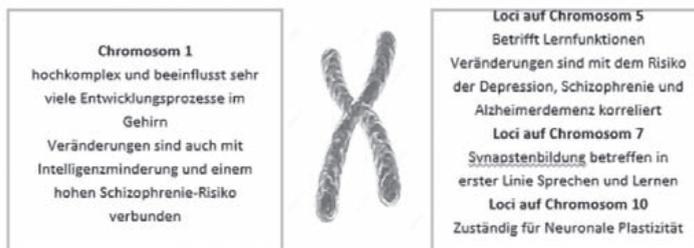
- Diese Genloci sind auch für die Konzentrationsschwäche und mangelnde Impulskontrolle bei Gesunden verantwortlich

Es fand sich eine positive Korrelation zwischen Adipositas und Diabetes mellitus Typ 2 sowie zu antisozialem Verhalten, Autismus, Schizophrenie, bipolare Störungen und Depressionen.

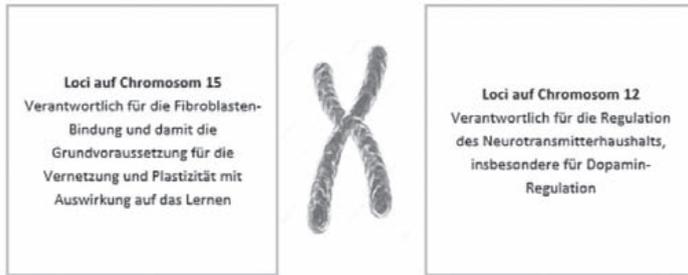
Positive Korrelation	Negative Korrelation
Zwischen Adipositas und Diabetes mellitus Typ 2	Zu Akzeptanz und Effektivität von Erziehungsfunktionen
Zu antisozialem Verhalten, kognitiven Störungen, Autismus, Schizophrenie, bipolare Störungen und Depressionen	Entwicklung einer Anorexie

Häufig betroffene Chromosomen waren das Chromosom 1,5,7,10,12,15

Häufig betroffene Chromosomen



Häufig betroffene Chromosomen waren das Chromosom 1, 5 und 7 und 10, 12 und 15. S. Abb. 11.



Häufig betroffene Chromosomen waren das Chromosom 1, 5 und 7 und 10, 12 und 15. S. Abb. 11.

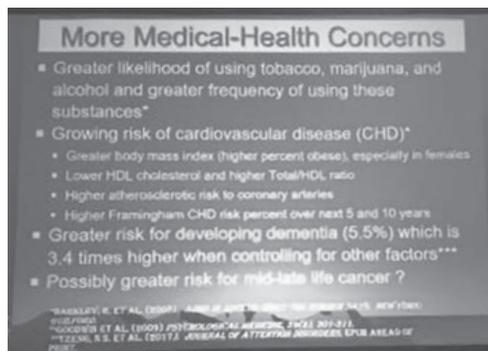
Abb. 3

Folgende Risiken sind bekannt

In den 90er Jahren des letzten Jahrtausends wurde ADHS oft als Modeerkrankung bezeichnet, die letztlich keine klinische Relevanz hat. Dies hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich geändert. Bedeutsam waren hierbei auch die Studien von Barkley, die auf das Suchtrisiko, das Risiko zur Entwicklung kardiovaskulärer Erkrankungen und das erhöhte Krebsrisiko nachgewiesen haben (Abb. 4)

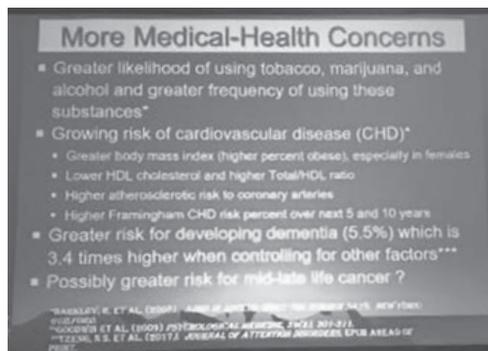
- Höhere Wahrscheinlichkeit für **Tabak-, Marihuana und Alkohol- Missbrauch** sowie stärkere Ausprägung
- **Wachsendes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen (CHD)**
- **Höherer BMI** (höherer Prozentsatz an Übergewicht), v. a. bei Frauen
- **Niedrigeres HDL-Cholesterin**, höhere Gesamt/HDL Ratio
- Höheres Risiko für Koronarsklerose
- Höheres **Risiko** für die Entwicklung einer **Demenz (5,5%)**, das 3,4mal höher liegt nach Ausschluss anderer Faktoren

Möglicherweise erhöhtes Krebsrisiko



Durch ein ADHS zeigte sich in den USA, dass die Lebenserwartung um 12 bis 20 Jahre verkürzt ist. D. h. deutlicher als bei klassischen Volkserkrankungen wie Diabetes, Hochdruck und Adipositas. (Abb. 5)

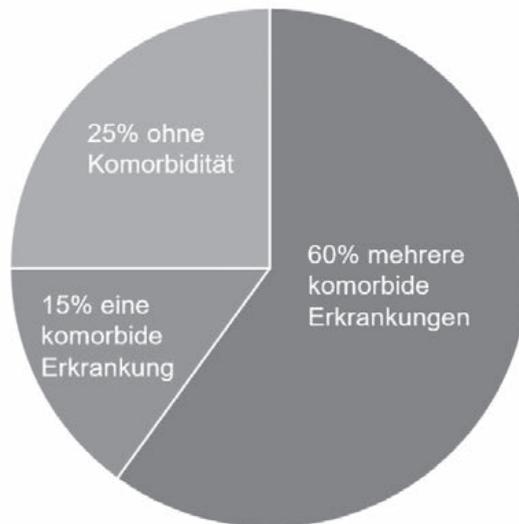
- ADHS ist eine **Störung der Selbst-Regulation**
- ADHS ist verbunden mit zahlreicheren u. schwerwiegenderen **Beeinträchtigungen wesentlicher Alltags-Aktivitäten**
- Neue Studien belegen ein **erhöhtes Mortalitätsrisiko** bei Kindern und v.a. Erwachsenen, besonders durch Unfälle und Suizid
- **Verbindung zu weiteren gesundheitlichen Risiken** mit negativem Einfluss auf die Lebenserwartung
- Eine in das Erwachsenenalter **persistierende ADHS** kann **die Lebenserwartung um 20 Jahre** reduzieren; bei **Nicht-Persistenz** um **12 Jahre** im Vergleich zur Kontrollgruppe
- **Schwerwiegendes Problem für das Gesundheitswesen**
- Eine **unerkannte oder unbehandelte ADHS** kann eine **erfolgreiche Behandlung von Folgeerkrankungen verhindern**
- Und dabei gehört ADHS zu den **am besten behandelbaren psychischen Erkrankungen**
- Größtes, aktuelles Problem: **mangelndes Erkennen** u. die Behandlung der ADHS u. ihrer Gesundheitsrisiken im Erwachsenenalter, **Zugang zu evidenz-basierter Behandlung**, hohe Kosten, Einsicht in die Notwendigkeit der **Fortführung der Behandlung in der Adoleszenz und bei Erwachsenen**



Komorbiditäten bei ADHS

Aus unserem klinischen Alltag sind die Komorbiditäten bei ADHS bekannt. S. Übersicht Abb. 6

Angststörungen	12–50 %
Depressive Störungen	16–26 %
Suizidalität	Risiko 4-fach erhöht
Teilleistungs-/Sprachentwicklungsstörung	23–46 %
Tic-Störungen	7–30 %
Essstörungen (Binge Eating/Bulimia nervosa)	Risiko 4- bis 5-fach erhöht
Schlafstörungen	35–70 %
Störung des Sozialverhaltens	30–60 %
Substanz-/Alkoholmissbrauch	Risiko 2-fach erhöht



Kindling-Phänomen

Bei bipolaren Störungen führt jede depressive Episode zu strukturellen Defiziten im Hippocampus

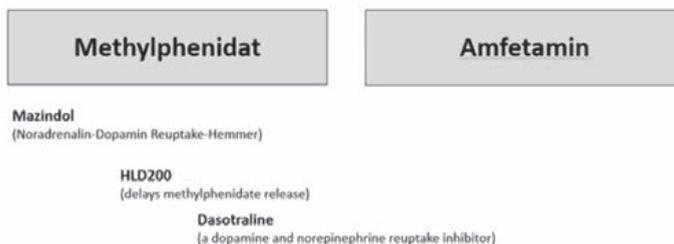
Bei Aufmerksamkeitsstörungen kommt es im Verlauf zur Volumenminderung im Basalganglienbereich und im Präfrontalbereich.

Bei vielen psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen ist das sogenannte Kindling-Phänomen bekannt. Zuerst beschrieben wurde es bei Epilepsien. Ähnlich wie beim ADHS oder bei Depressionen kann durch eine Medikation keine Heilung herbeigeführt werden. Die Unterdrückung der klinischen Symptome hat dabei einen prognostischen Aspekt, da bei jedem epileptischen Anfall und bei jeder manischen depressiven Phase erhebliche hirnorganische Veränderungen vornehmlich im basalen Temporallappen auftreten, die den weiteren Verlauf negativ beeinflussen. Dieses ist bei bipolaren Störungen nachgewiesen. Bei Aufmerksamkeitsstörungen ist dies zurzeit im Fokus wissenschaftlicher Untersuchungen. Wir wissen, dass es anatomische Veränderungen in Form von Hirnsubstanzminderung nicht im Striatum und im präfrontalen Cortex gibt, sondern auch im Bereich der gesamten Hirnrinde. Inwieweit durch eine Medikation dies aufgehalten oder positiv verändert werden kann, ist noch Gegenstand der Forschung. Jedoch stellt sich klinisch die Frage, ob ähnlich wie bei Depressionen oder bei der Epilepsie nicht eine 24-stündige Beeinflussung des Dopaminstoffwechsels für die Prognose hilfreich sein könnte. Dazu sind Medikamente in der klinischen Erprobung.

Neue Entwicklungen bei Kindern:

Substanzen / Therapien ADHS

Insbesondere Dasotralin ist im Fokus der Untersuchungen mit einer Halbwertszeit von 47 bis 77 Stunden. Es hat sich dabei herausgestellt, dass durch eine 24-stündige Gabe von Dopamin und Noradrenalin-Reuptake-Hemmer die Schlafstruktur nicht nachhaltig geschädigt wird, sondern sich vielmehr oft sogar bessert. S. Abb. 7



Dasotralin

Prinzip: Dopamin und Noradrenalin Wiederaufnahme Hemmer	
Nebenwirkungen: Schlaflosigkeit Appetitmangel Mundtrockenheit	Halbwertszeit: 47 – 77 h

Erprobte Medikamente gegen ADHS

Daytrana

April 2009 Zulassung durch FDA	Dosis: 10, 15, 20, 30 mg
Transdermales Pflaster DOT-Matrix von Noven Wirkdauer: 9h	Gute Verträglichkeit Schwimmen, Sport etc. kein Problem
	Wirkdauer verkürzbar 3h vorher abnehmen

Zugelassen ist in Deutschland: Lisdexamphetamin (Elvanse)

Dabei handelt es sich um ein D-Amphetamin, welches durch die Kopplung an die Aminosäure L-Lysin direkt nicht wirksam ist. Lisdexamfetamin muss in die Erythrozyten aufgenommen werden und kann nur da lysiert werden. Dies hat den großen Vorteil, dass die langsame Pharmakokinetik weder durch Injektion noch durch Schnupfen beschleunigt werden kann und somit das Suchtrisiko sehr gering ist.

Prodrug durch Lysin-Kopplung

Lisdexamphetamin selbst ist inaktiv und wird durch die Lysin-Abspaltung im Magen resorptionsfähig und dann in den Erythrozyten aktiviert.

Vorteil:

Längere Wirksamkeit, Sicherheit bzgl. Missbrauch (intravenöser oder geschnupfter Missbrauch ist uneffektiv).

Pharmakologische Daten**Lisdexamphetamin:**

Reines D-Enantiomer des Amphetamins

Dosierung:

25mg Elvanse (Lisdexamphetamin) ist äquivalent 10mg Dexedrin

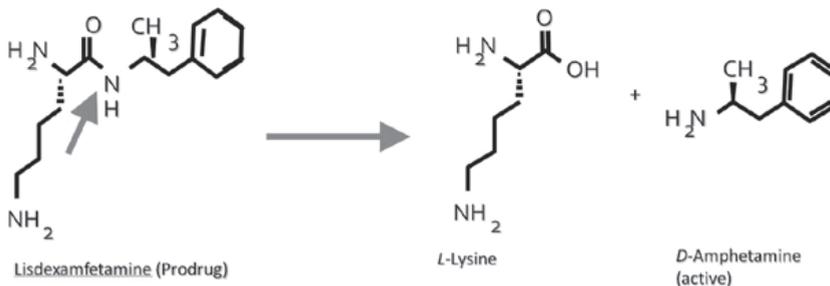
Wirkdauer:

Ca. 12 Std.

Nebenwirkungen entsprechen dem üblichen Amphetaminspektrum.

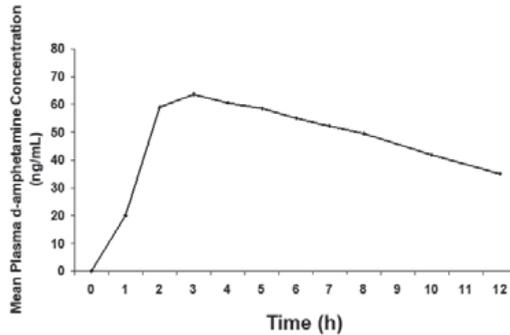
LDX wird zu D-Amphetamin umgewandelt

Nach der Aufnahme bleibt LDX intakt, solange bis die Peptidbindung vom Enzym gespalten wird und dadurch L-Lysin und D-Amphetamin freigesetzt werden. S. Abb. 8



Release of the active ingredient in Vyvanse does not rely on gastrointestinal (GI) factors such as GI transit time or gastric pH^{2,3}

Pharmakokinetik (PK) Profil von LDX

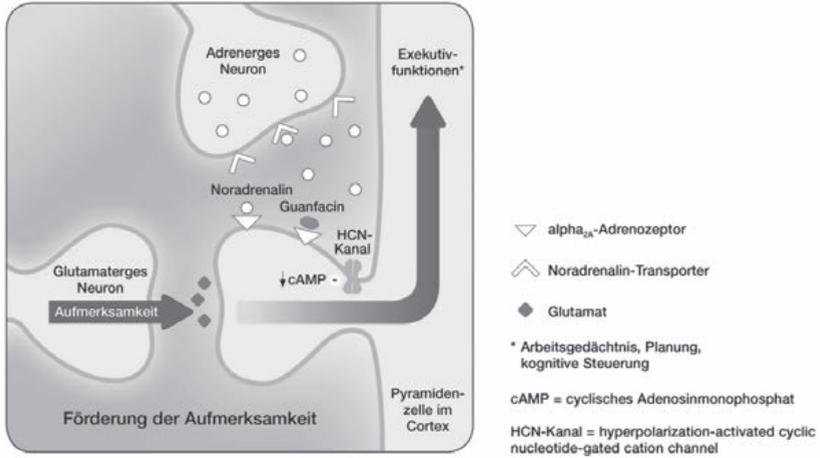


Guanfacin (Tenex, Intuniv ER)

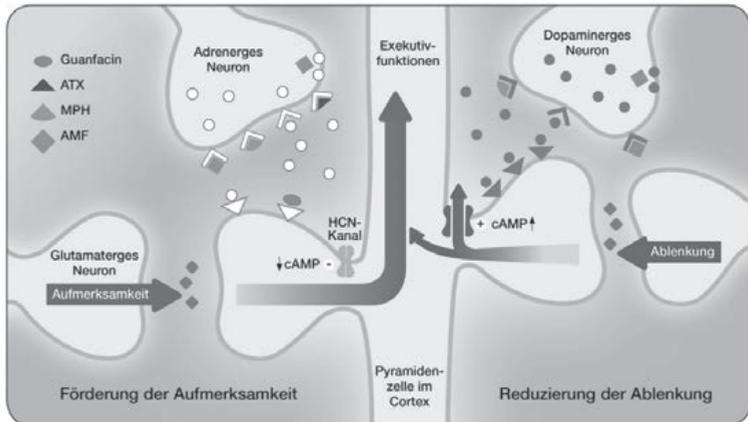
Alternative ist Guanfacin. Guanfacin ist ein Alpha-2-Agonist, insofern kein Amphetamin und hat ein Nebenwirkungsprofil, welches den üblichen Amphetaminen entgegenwirkt. Es senkt den systolischen und diastolischen Blutdruck und verbessert auch Ängste, Fressreaktionen und Tics. Daher ist die Kombination mit einem Amphetamin sehr sinnvoll. Als Nebenwirkung ist Blutdrucksenkung zu beachten. Müdigkeit tritt in der Regel nur initial auf. Guanfacin kann deswegen auch morgens gegeben werden. Die Halbwertszeit ist mit 17 Stunden relativ lang, so dass die Abenddosis auch durchaus in den nächsten Tag hineinwirkt. Der Wirkmechanismus ist noch einmal auf Abb. 10 und 11 verdeutlicht.

Prinzip: Alpha 2a Agonist Aktivierung der Alpha 2a Norepinephrin Autorezeptoren präfrontal	
Vorteile: Konzentrationsverbesserung Senkt systolischen und diastolischen Blutdruck Verbessert Angst, Stressreaktionen und Tic's.	Renal ausgeschieden
	Halbwertszeit: 17 h
Nebenwirkungen: Blutdrucksenkung initial Müdigkeit	Dosis: 1-4 mg pro die

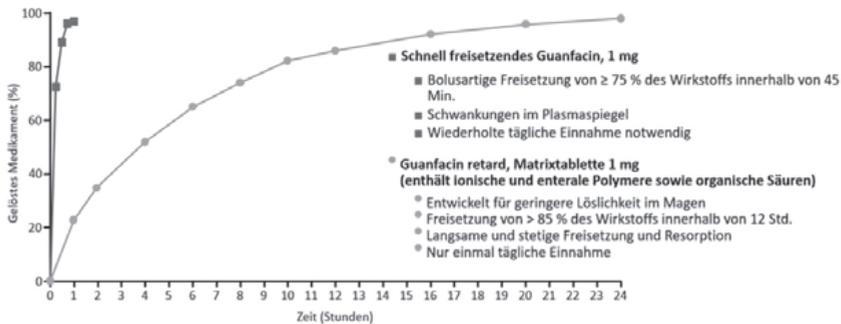
Wirkmechanismus von Guanfacin



Adaptiert nach Clement HW, Schulz E. α_2 -Agonisten und adrenerge Pharmaka bei ADHS, Pharm Unserer Zeit. 2011; 40 (6): 503-9.



Adaptiert nach Clement HW, Schulz E. α_2 -Agonisten und adrenerge Pharmaka bei ADHS, Pharm Unserer Zeit. 2011; 40 (6): 503-9.



Eine weitere Alternative ist Atomoxetin. Dieses ist ein Noradrenalin-Reuptake-Hemmer. Es hat eine sehr lange Wirkdauer, sodass von einer 24-Stunden-Wirkung auszugehen ist. Die Halbwertszeit dauert bis zu 21 Stunden. Es ist weniger stark wirksam als die Amphetamine. Es ist insbesondere bei Patienten, die Amphetamin nicht vertragen, sehr hilfreich. Darüber hinaus haben sich gute Effekte auch bezüglich emotionaler Störung gezeigt, so dass Atomoxetin für den Alltag unverzichtbar ist. Es wird einmal pro Tag gegeben und ist in 10, 20, 18, 25, 40, 60, 80 und 100mg erhältlich.

Wie aus dem Aufgeführten zu sehen ist, ist die Behandlung eines ADHS nicht leicht, sondern sehr komplex und sollte immer in einem Gesamt-Therapieprogramm eingebunden sein. Dabei hat sich gezeigt, dass die Prognose dann am besten ist, wenn psychiatrische, psychotherapeutische und pharmakologische Behandlungen in einer Hand, d. h. beim Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie liegen.

Literatur / Quellen

Abbildung 10: Adaptiert nach Clement HW, Schutz E. α_2 -Agonisten und adrenerge Pharmaka bei ADHS, Pharm Unserer Zeit 2011; 40 (6): 503-9.

Abbildung 11: Adaptiert nach Clement HW, Schulz E. α_2 -Agonisten und adrenerge Pharmaka bei ADHS, Pharm Unserer Zeit. 2011; 40 (6): 503-9

Weitere 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

Mit dem starken Wanja und all den anderen aus der Gang groß werden

Kinder- und jugendpsychiatrische Gedanken zu Otfried Preußler¹

Markus Löble²

Zusammenfassung:

Otfried Preußlers Trilogie der drei Kleinen (*Wassermann, Hexe und Gespenst*) und *Die Abenteuer des starken Wanja* sind das Fundament des erzählerischen Werks Otfried Preußlers, das später in seinen Meisterwerken *Krabat* und *Die Flucht nach Ägypten* gipfelte. Hier Gedanken zu Preußlers sogenannter *Der-Die-Das-Trilogie* und zum starken Wanja.

Schlüsselwörter: Otfried Preußler, Der kleine Wassermann, die kleine Hexe, das kleine Gespenst, die Abenteuer des starken Wanja.

Summary:

Otfried Preußler's trilogy of the three little ones (*Aquarius, Witch and Ghost*) and *The Adventures of Strong Wanja* are the foundation of Otfried Preußler's narrative work, which later culminated in his masterpieces *Krabat* and *Escape to Egypt*. Here are some thoughts on Preußler's so-called *The-That-Trilogy* and strong Wanja.

Keywords: Otfried Preußler, Aquarius, Witch, Adventures of strong Wanja.

1) Druckfassung eines Vortrags auf der Tagung: *Ich bin ein Geschichtenerzähler. Internationale wissenschaftliche Tagung zum 100. Geburtstag von Otfried Preußler*. 04.-06. Oktober 2023 an der Humboldt-Universität zu Berlin.

2) Diese Arbeit ist meinem Vater Kurt Löble (1919-2009) gewidmet, einem wahren Bruder im Geiste Otfried Preußlers. Herzlichen Dank an Dr. Gerd Kolter, Göppingen, für Anregungen und Lektorat. Besonderen Dank an Markus Ortwein-Schu, Klinikum Christophsbad, Göppingen, für technische Unterstützung und Mitarbeit. M. Löble.

1. So sieht's aus

Otfried Preußlers Werk scheint uns in die Kindheit. Seine Bücher sind Quellen des Trostes und der Freude, der Orientierung und der Hoffnung. Das ist die Realität, so sieht's aus, sagt Ihnen der Kinder- und Jugendpsychiater Ihres Vertrauens.

2. Die Haribo-Jungs

In der Kids-Voices-Reihe der Haribo-Werbung der Agentur Jung von Matt/Spree, Berlin (Clips seit 2022 frei auf YouTube abrufbar) werden kurze Szenen erwachsener Schauspieler*innen mit Kinderstimmen unterlegt. Witz und Werbewirksamkeit ergeben sich aus der kognitiven Dissonanz zwischen Gesehenem und Gehörtem und der Erkenntnis, dass diese nur auf den ersten Blick zu groß und auf psychologischer Ebene dann doch wieder stimmig ist. Otfried Preußler entnahm viele seiner Motive der Sagen- und Märchenwelt Nordböhmens. Die Erzählungen seiner „Großmutter Dora“, die besser tschechisch als deutsch sprach, spielten für Otfried Preußler eine große Rolle. Die mündlich erzählten Geschichten in niedergeschriebene Literatur zu übertragen, war die besondere Kunst Otfried Preußlers.

Die Haribo-Jungs

Video-Clip



HARIBO-Kids-Voices-Reihe, seit 2022 (100 Jahre Goldbären), Agentur Jung von Matt/Spree, Berlin, Quelle: Offizieller YouTube-HARIBO-Kanal Deutschland

Maschallah! Wie cool war das denn jetzt, cooler als ever: aufm Kiez, Basecap drauf, alles rundrum laut wie BVG, es pisst volle Kanne – dos à dos mit nem Bro‘.

„Btw...“, so Z. plötzlich. „Hab‘s gecheckt, wenn de meins‘, is‘ besser, wenn ich mitkomm‘ nach S., isses gebongt.“

„Echt jetzt?“, so H. - Z. so: „Jetzt echt! Ich habs satt, allein rumzuhängen. Echt und ich schwör‘, H. – ich check mit dir rüber nach Siebengiebelwald.“

„Und doch! Was er hier erlebte, in dieser Stunde, war schöner als alles andere je zuvor: mitten im Wald unter einem Hut zu sitzen, wenn draußen der Regen rauschte – Rücken an Rücken mit einem guten Freund.

„Übrigens ...“, sagte Zwottel dann ziemlich unvermittelt. „Ich hab es mir überlegt. Wenn du meinst, dass es besser ist, wenn ich mit dir in den Siebengiebelwald komme, dann soll das ein Wort sein.“

„Im Ernst?“, fragte Hörbe.

„Im Ernst“, sagte Zwottel. „Ich hab das Alleinsein satt. Echt und ehrlich, Hörbe – ich komme mit dir in den Siebengiebelwald.“

Archaischer Dialog der Freundschaft



HARIBO-Kids-Voices-Reihe, seit 2022 (100 Jahre Goldbären) Agentur Jung von Matt/Spree, Berlin



Hörbe mit dem großen Hut (1981) und Hörbe und sein Freund Zwottel (1983), beide Verlag Thienemann-Esslinger, Stuttgart



*Stand by Me (1986) nach einer Novelle von Stephen King (*The Body*, 1982). Die Handlung spielt 1959 in Castle Rock, Oregon, USA*

Dieser Dialog stammt aus „Hörbe mit dem großen Hut“ von Otfried Preußler, erschienen im Verlag Thienemann-Esslinger, Stuttgart, in einer Übertragung in Berliner Soziolekt: M. Löble.

3. Archaischer Dialog der Freundschaft

Wir haben hier dreimal den gleichen archaischen Dialog zweier Jungs oder Mädchen vor uns. Es ist der uralte Freundschaftsdialog, ein Winnetou-Old Shatterhand-Dialog, wie ihn jede Zeit und jede Kultur, jede Gesellschaft immer wieder neu für sich prägt. Und den fast alle Kinder und Jugendlichen miteinander führen. Es gab und es gibt unzählige Beispiele dafür, von Hagen von Tronje mit Volker von Alzey im Nibelungenlied aus dem 13. Jahrhundert wie Hagen und Volker Schildwache halten bis Jerry Cotton mit seinem Partner Phil Decker³ oder paradigmatisch in *Stand by Me*⁴, dem Film von 1986. Es geht um echte Freundschaft, echte Bruderschaft im Geiste und in der Welt, um *Brothers in Arms*.⁵

Das eben ist es, was Kinder und Jugendliche spüren. Sie spüren, wenn das, was wir ihnen erzählen oder für sie schreiben, ernst gemeint ist und ehrlich, also echt. Otfried Preußler ist ehrlich zu seinem Publikum. Er erzählt von dem, auf das es ankommt. Auf „Anstand“⁶, auf Freundschaft, auf Freundlichkeit. Otfried Preußler pädagogisiert nicht, er arbeitet keine pädagogische Agenda ab und ist nicht an Ideologien interessiert. Er unterscheidet zwischen Aufgaben der Kinder und Aufgaben der Erwachsenen.⁷

4. Vom kleinen Kind zum größeren Kind

Das kleine Gespenst ist noch recht klein und traut sich kaum, die Eulenburg und das schützende Dunkel der Nacht zu verlassen. Im Licht des Tages der Welt draußen und so ganz ohne seinen Uhu Schuhu wird ihm bewusst, wie

3) *G-Man Jerry Cotton*. Die erfolgreichste deutsche Serienroman-Reihe. Verlag Bastei-Lübbe, Köln, seit 1953.

4) *Stand by Me* (1986). Film von Rob Reiner, nach einer Novelle von Stephen King (*The Body*, 1982). Die Handlung spielt 1959 in Castle Rock, Oregon, USA.

5) *Brothers in Arms*, Rock Song von Mark Knopfler (Dire Straits), Label Vertigo Records (1985).

6) „Mit Anstand über die Runden!“ (O-Ton Otfried Preußler, 1987). In: Gansel, Carsten: *Kind einer schwierigen Zeit: Otfried Preußlers frühe Jahre*. Verlag Galiani, Berlin (2022), Seite 14.

7) Preußler, Otfried: *Plötzlich war ich der Watschenmann* (1988) in: Preußler, Otfried: *Ich bin ein Geschichtenerzähler*. Herausgegeben von Susanne Preußler-Bitsch und Regine Stigloher, Verlag Thienemann-Esslinger, Stuttgart (2010), S. 138–142.

Vom kleinen Kind zum größeren Kind



Das kleine Gespenst (1966)
Verlag Thienemann-
Esslinger, Stuttgart



Der kleine Wassermann (1956)
Verlag Thienemann-Esslinger,
Stuttgart



Die kleine Hexe (1957)
Verlag Thienemann-
Esslinger, Stuttgart

fremd und undurchschaubar die große weite Welt, die Stadt, die „richtigen“ Menschen sind. Es macht wichtige Erfahrungen und lernt daraus. Es zieht aus seinen Erfahrungen jedoch schon individuelle Schlüsse, es trifft Entscheidungen, z. B. auf die Burg und in die Nacht zurückzukehren. Das Kleinkind lernt, was ihm guttut und was nicht: „Ich bleibe von nun an dort, wohin ich gehöre. Von meiner Burg soll mich nichts mehr weglocken, nicht mal meine eigene Neugier.“⁸

Der kleine Wassermann hat ebenfalls altersentsprechende Entwicklungsaufgaben zu meistern. Er ist entwicklungspsychologisch etwas älter als das kleine Gespenst. Für das Kindergartenkind steht die Exploration seiner Umwelt im Vordergrund, das Entdecken der Welt außerhalb der Familie. Glücklicherweise steht ihm, neben den immer greifbaren Eltern, der Karpfen Cyprinus bei. Der ist ihm lebendiges Fortbewegungsmittel und Großvater zugleich.

Die kleine Hexe ist die kleine Hexe. Ganz und gar sie selbst und niemand anderes. Sie kümmert sich um das, was für sie ansteht. Und das sind ihre altersentsprechenden Entwicklungsaufgaben. Sie kümmert sich nicht um gesellschaftliche, soziale oder gar politische „Imbalancen“. Sie hat keine Zeit, sich um Probleme, die sie noch nichts angehen, zu kümmern. Sie hat eigene

8) Preußler, Otfried: *Das kleine Gespenst*, Verlag Thienemann, Stuttgart (1966), S. 131f.

genug. Das ist gesund. Sie muss sich um ihre Stellung als Jüngste in der Hexengemeinschaft kümmern. Sie muss sich darum kümmern, was ihre ureigenen, persönlichen Wertvorstellungen sind. Sie muss sich darum kümmern, wie sie jetzt und später mal leben will. Sehr zum Glück kann sie lesen und hat ihren kritischen Freund und Ratgeber, den Raben Abraxas, und bereits ihren eigenen Besen als Fortbewegungsmittel. Die kleine Hexe, sie ist schließlich erst 127 Jahre alt, ist psychologisch ein Grundschulkind. Wir alle wissen, da hat man wahrlich viel zu tun. Grundschulkindern wissen schon sehr viel und können sehr selbstständig denken.

Ärzt:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPP) sehen Kinder und Jugendliche in Schwierigkeiten. Gestörte Kindheiten, gestörte Jugenden, gestörte Adoleszenzen sind unser Thema. Manchmal werden die gesunden Entwicklungen durch Erkrankungen gestört, durch eine Magersucht, eine depressive Entwicklung, Störungen der Emotionalität oder des Sozialverhaltens. Manchmal sind die Störungen der psychischen Entwicklung unmittelbar und kommen von extern. Sexuelle und andere Gewalt, Misshandlung, Deprivation, Mobbing, Ausgrenzung, psychisch kranke Eltern, Scheidung und Streit, Trauma und Tod. Es ist an uns Ärzt:innen und Psycholog:innen, Therapeut:innen, Lehrer:innen und Pädagog:innen zu schauen, was lindert und förderlich ist, was hilft und was heilt. Ganz wie bei gesunden Kindern und Jugendlichen. Im Klinikalltag sind Diplome und Doktorgrade unwichtig. Im Klinikalltag kommt es auch nicht darauf an, allgemeine gesellschaftliche und andere Probleme zu benennen und zu lösen. Es geht um die Kinder. Auf das einzelne, historisch einmalige Kind und seine historisch einmalige Familie. Unsere Kinder und Jugendlichen merken, wer sich Zeit dafür nimmt, sie individuell kennenzulernen.

Otfried Preußler hat das Gleiche getan, schon sein Vater tat es: zuhören. Der Vater von Otfried Preußler war Josef Preußler, 1891 als Josef Syrowatka geboren. Er war Lehrer, Heimatforscher, Chronist und Volkskundler. Er sammelte insbesondere die deutschsprachigen Märchen, Sagen und Lieder des Isergebirges um Liberec in der Tschechoslowakei, dem früheren Reichenberg Österreich-Ungarns. Auch Astrid Lindgren hörte den Menschen, v.a. den Kindern zu und schrieb dann für sie. Nicht, damit sie bestimmte Dinge tun, nein: Damit sie sehen, wie Wachsen geht und „Sich-Entwickeln“, wie es geht, den eigenen Weg zu finden und sich zu überlegen, was wirklich wichtig ist. Das kleine Gespenst macht erste abenteuerliche Erfahrungen. Der kleine Wassermann lernt unermüdlich hinzu, bald wird er lesen lernen. Die kleine

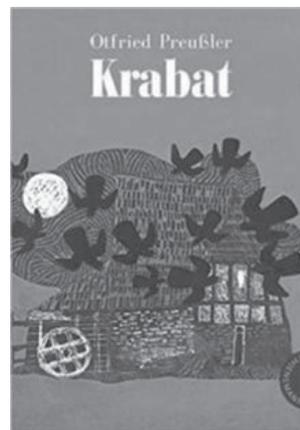
Hexe wächst von Seite zu Seite, sie wächst vom Grundschulkind zur fast schon Jugendlichen heran.

Es geht auch um Freundschaft und Liebe. Hörbe und sein Freund Zwottel entdecken, wie wichtig Freundschaft im Leben ist. Die geborenen Freunde Kasper und Seppel leben Freundschaft bereits vor, als gäbe es nichts Anderes. Ohne die ganze große Gang gäbe es später keinen Krabat! Durch die Mühle der Pubertät und Jugend müssen später alle Kinder. Es ist wichtig, dafür gut gerüstet zu sein.

Freundschaft und Liebe



Der Räuber Hotzenplotz (1962, 1969, 1973)
Verlag Thienemann-Esslinger, Stuttgart



Krabat (1971)
Verlag Thienemann-Esslinger, Stuttgart

5. Die Heldenreise der Adoleszenz am Beispiel „Die Abenteuer des starken Wanja“

Heldenreise der Adoleszenz



Die Abenteuer des starken Wanja (1968), Verlag Thienemann-Esslinger, Stuttgart, Illustration von Herbert Holzling

1. Buch: Die ersten sieben Jahre
2. Buch: Die Dreikopekenmünze
Die Furt
Der böse Och (Lanze)
Die Räuberbande
Die Versuchung Kiew
Die Baba Jaga (Rappe)
Der Fährmann
Der steinerne Ritter (Rüstung)
3. Buch: Die Erfüllung: Die Reife für
Freundschaft, Liebe und Amt

Apropos gerüstet sein. Es findet sich auch noch eine veritable, die ideale, die märchenhafte Heldenreise, die des starken Wanja. Erstmal haben wir hier eine gestörte Kindheit. Der dritte Sohn des Bauern ist eine Niete, ein Versager, er kriegt nichts auf die Reihe, nicht mal die Schule! Wir alle kennen ähnliche Geschichten, bspw. so: „Wanja“ sitzt im Zimmer und zockt ohne Ende. Er zockt am PC, ja, da ist er der Größte, aber aus dem Zimmer schafft er es seit langem schon nicht mehr, geschweige denn in die Schule. Verstummt ist er außerdem. Das können wir benennen nach der ICD-10⁹ als elektiven Mutismus (F94.0) in Verbindung mit vollständigem Schulabsentismus vor unklarem individuellem Hintergrund.

Eigentlich ist es aber kein psychisch bedingtes Krankheitssymptom, oder? Das Verstummen Wanjas ist eine bewusste Entscheidung. Um sich sinnvoll auf seine Zukunft vorzubereiten, bricht Wanja den Kontakt zur Familie und Umwelt ab. Er will sich nicht mehr mit seinen Brüdern und den anderen Holzköpfen aus dem Dorf herumschlagen. Da haben wir die Grundfrage der Psychiatrie: Was ist krank, was ist gesund? Was darf man einem Kind und Jugendlichen zugestehen?

9) International Statistical Classification of Diseases, 10. Version: F94.0 (elektiver Mutismus, komplett). 11. Version: 6B06 (eigenständige Angststörung).

Schulabsentismus, das ist die Situation von ca. fünf Prozent aller Schüler:innen in Deutschland. Schulabsentismus als Symptom und Sammelbegriff umfasst das weite Feld der Schulphobien, der Schulängste, des von der Schule Fernhaltens und der Schulverweigerungen. Er beschreibt das Phänomen, dass schulpflichtige Kinder und Jugendliche nicht die Schule besuchen. Der individuelle Hintergrund ist höchst vielfältig und in jedem einzelnen Fall zu eruieren. Nach konservativen Schätzungen sind 500.000 Kinder und Jugendliche in Deutschland von Schulabsentismus betroffen. Die Gründe dafür sind vielfältig und individuell. 500.000 Kinder und Jugendliche, die nicht in die Schule gehen, die einfach nicht „hinter dem Ofen“ hervorkommen.

Wenn sie dies, eines Tages, vielleicht nach den Sommerferien, vielleicht erst nach sieben Jahren, schaffen, dann, ja dann - dann geht's los, das werden dann alle schon noch sehen! Wie beim starken Wanja geht's dann raus aus der Enge des Zimmers, des Hofes, des Dorfs, ja des Landes sogar.

Erstmal gibt es eine Prophezeiung von einem blinden Seher, den jedoch kein anderer gesehen hat. Eine sehr vage Sache, zumal Wanja ja nicht mehr spricht. Dann gibt es eine alte Tante Akulina, die an Wanja glaubt. Die Mutter ist verstorben, der Vater überfordert, selbst der Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist sich nicht sicher, ob Tante Akulina so guttut. Sie pathologisiert und verhätschelt den Jungen zugleich und schützt ihn sieben Jahre lang vor seinen Brüdern und allen anderen Anforderungen.

Aber gut, die Geschichte gibt Akulina recht. Wanja geht seinen Weg! Gefahren lauern und Aufgaben werden gemeistert. Es gibt, man glaubt es kaum, ein Leben ohne Schule! Es ist nicht leicht, aber man bekommt das hin. Wenn dann die Zeit reif ist, dann geht's los: „Von jetzt an war er ein freier Mann und das freute ihn.“¹⁰

Das Dreikopekenstück der Mutter ist ihm Entscheidungshilfe. Das ist systemisches Denken, der Münzwurf ist heute in moderner Fachliteratur für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie und Ratgebern aller Art zu finden.¹¹ Der Münzwurf macht Intuition erfahrbar, indem er den Status quo bias erfahrbar macht, die Angst also vor dem Neuen. Er führt Möglichkeiten vor Augen, er führt aus der Ambivalenz, hilft Ambitendenz („Buridans Esel“) zu vermeiden und fördert das eigenständige Denken.

10) Preußler, Otfried: *Die Abenteuer des starken Wanja*. Verlag Thienemann-Esslinger, Stuttgart, 8. Aufl. (2023): S. 59.

11) Steven D. Levitt: *Heads or Tails: The Impact of a Coin Toss on Major Life Decisions and Subsequent Happiness*. In: *The Review of Economic Studies*, Vol. 88, Issue 1, January 2021, pp. 378-405.

Der böse Och, das noch undifferenzierte, geschlechtslose, amorphe Monster, der Schrecken an sich also, wird durch Mut, Optimismus, Selbstvertrauen und schiere Stärke im Widerstehen (der Och bläst orkanartig) besiegt. Der Lohn für den jungen Mann: eine Lanze aus Eisenholz. Damit werden dann Räuber besiegt. Es winkt zur Belohnung die Aufnahme in eine Tafelrunde am Hof des Fürsten von Kiew. Man könnte auch sagen, eine Lebensstellung als Beamter im höheren Dienst. Dieser Versuchung widersteht Wanja mit Hilfe des Münzwurfs, d.h. mit Hilfe der Übernahme von Verantwortung für den eigenen Weg, nicht den vorgezeichneten.

Die nächste Aufgabe ist die Loslösung von der dunklen mütterlichen Imago.¹² Erwachsenwerden heißt auch, sich aus übermächtiger Mutterbindung zu lösen. Die Hexe Baba-Jaga muss als weitere Entwicklungsaufgabe besiegt werden. Es gilt, sich nicht von ihr in den mütterlichen Sumpf ziehen zu lassen. Der prächtige Rappe als Belohnung kommt zur Lanze hinzu.

Vor der dritten Station übernimmt Wanja selbst die mythische Rolle des Fährmanns. Er ist sich selbst der beste Fährmann! Die eigene Übernahme des Ruders für die Überfahrt kann als Symbol der Individuation gedeutet werden. So nennt C.G. Jung den Prozess der Selbstwerdung des Individuums, in dessen Verlauf sich das Bewusstsein der eigenen Individualität und Stärke zunehmend festigt. Geübt hat Wanja das schon einige Kapitel zuvor, indem er ein Pferd durch die Furt trug. Herbert Holzing¹³, der geniale Illustrator, hat treffsicher eben diese Szene verewigt.

Es folgt der Kampf mit dem steinernen Ritter, dem dunklen männlichen Schatten. Erst der Sieg über den dunklen Bruder macht Wanja zum reifen Erwachsenen. Weltweit ist in Märchen und Sagen das Motiv des Ritters enthalten, der einen anderen, dunklen Ritter besiegen muss. Dies dunkle Gegenüber kann als Archetyp des Schattens gesehen werden. Er steht nach C.G. Jung der Anima im Wege, also der Möglichkeit zu reifen Lebens- und Liebesbeziehungen.

Neun Jahre nachdem Otfried Preußler den Wanja schrieb, wird George Lucas 1977 von Kalifornien aus seinen Luke Skywalker mit dessen dunklen Schat-

12) Mutterimago, Bezeichnung nach C.G. Jung (Analytische Psychologie) für das aus dem kollektiven Unbewussten stammende Mutterbild mit allen Möglichkeiten der Einseitigkeit und Übersteigerung, auch Mutterkomplex, Mutterbindung.

13) Herbert Holzing (1931–2000) illustrierte 1968 den *Wanja*. Es war seine erste Arbeit für Otfried Preußler. Es folgten der *Krabat* und Otfried Preußlers *Rübezahl-Buch*. Zur Entstehung des Wanja siehe: Preußler, Otfried: *Ich bin ein Geschichtenerzähler*. Herausgegeben von Susanne Preußler-Bitsch und Regine Stigloher, Verlag Thienemann-Esslinger, Stuttgart (2010). S. 180–183 (Text von Otfried Preußler von 1973).

ten Darth Vader auf Heldenreise schicken.¹⁴ Es war der Beginn einer modernen Heldenreise, die sich zu drei aufwändigen und weltweit überaus erfolgreichen Filmtrilogien ausweitete und lief als *Krieg der Sterne* in Deutschland 1978 an. Joseph Campbells moderne Sicht auf die Mythologie, hier insbesondere die Auffassung der Heldenreise als Monomythos (James Joyce), stand dazu Pate.

Die Reife des Erwachsenen erst ermöglicht erwachsene Liebe - und die verantwortliche Ausübung eines ernsthaften Berufes. Im Falle des Zarenamtes geht eins ins andere. Auf den nun initiierten, wirklich erwachsenen Mann warten sehnsüchtig der greise Propheten-Zar und dessen Tochter, die Prinzessin.

Der Sieg über den steinernen Ritter trägt Wanja die goldene Rüstung ein, die von innen heraus leuchtet. Sie leuchtet ihm in der Welt jenseits der Weißen Berge. Ein nun erwachsener Ritter zieht durchs Land und wird an seiner Rüstung erkannt. Endlich auch firmiert er unter seinem Erwachsenenamen, Iwan Wassiljewitsch statt Wanja. Wir kennen dies Phänomen auch aus dem modernen Alltag. Zwischen 20 und 35 wird ja auch heute noch aus manchem Harry ein Harald, aus manchem Tommy ein Thomas und bei vielen taucht plötzlich das Initial des Mittelnamens in der Signatur auf. Das alles sind Insignien des Erwachsenseins. Von innen heraus strahlt Wanjas innere Reife, die Reife des erwachsenen Iwan Wassiljewitsch. Auf diesem Teil der Reise findet er auch noch einen Gefährten, so wie Tamino seinen Papageno findet, Kara Ben Nemsis seinen Hadschi Halef Omar, Luke Skywalker seinen R2-D2, der starke Wanja noch seinen Mischa Holzbein. Diese Form der nicht gleichberechtigten Gefährtschaft sollte von der gleichberechtigten Bruderschaft im Geiste unterschieden werden. Ein deutliches Beispiel zeigt sich ebenso bei Karl May: Old Shatterhand und Winnetou begegnen sich auf Augenhöhe, Kara Ben Nemsis und Hadschi Halef Omar nicht.

14) George Lucas: *Star Wars* (1977), später: *Star Wars: Episode IV - A New Hope*. Der Beginn einer modernen Heldenreise, die sich zu drei aufwändigen und weltweit überaus erfolgreichen Filmtrilogien ausweitete. Als *Krieg der Sterne* in Deutschland 1978 angelaufen. Joseph Campbells moderne Sicht auf die Mythologie, hier insbesondere die Auffassung der Heldenreise als Monomythos (James Joyce), stand dazu Pate.

6. Und was bedeutet das für die Kinderpsychiatrie?

„Wenn Sie ein guter Kinder- und Jugendpsychiater werden wollen, dann lesen Sie. Lesen Sie Otfried Preußler – alles!“ Das sind die ersten Sätze, die ich vor 30 Jahren in der KJPP als junger Mediziner hörte. Es sind die gleichen Sätze, die ich heute zu meinen Kolleg:innen sage. Von ihm haben unsere Vorgänger:innen in diesem kaum 100 Jahre alten medizinischen Fach gelernt, nicht etwa anders herum! Otfried Preußler und Astrid Lindgren, natürlich auch Mark Twain und noch viele andere haben uns Mediziner:innen gelehrt, wie Kinder und Jugendliche denken, fühlen, handeln und leben und uns Psychiater:innen so vorangebracht. Ihr Wissen und das Know-how in ihren Werken floss in unsere medizinischen Standardwerke und unsere Fachzeitschriften mit ein. Otfried Preußlers Literatur und Haltung kann so als Bestandteil des Wissens und der Erkenntnisse der in der Nachkriegszeit erst entstehenden modernen europäischen Kinder- und Jugendpsychiatrie war in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts angesehen werden.

Soweit Befund und Diagnostik. Das dritte, die Therapie kommt hinzu: Was wirkt? Was lindert? Was heilt? Otfried Preußlers Werk wirkt lindernd und heilend. Auch heute noch. Seine literarischen Nachfolger:innen stehen auf seinen Schultern. Linderung und Heilung für Kinder, Jugendliche und ihre Familien, oft ist allein schon die Hoffnung die halbe Miete. Wir sehen es beim starken Wanja, dem alten Schulabsentisten. Da müssen wir es gar nicht erst mit kranken, gestörten oder behinderten Kindern und Jugendlichen und deren Eltern zu tun haben. Um die Erfahrung der Hoffnung durch Literatur zu machen, müssen wir nur hergehen und mit unseren Kindern die Geschichten vom Hörbe, vom kleinen Gespenst, dem kleinen Wassermann, der kleinen Hexe und dem starken Wanja lesen und von den vielen anderen der ganzen *Gang* halt. Unsere Kinder werden uns schon sagen, was sie davon halten. So sieht's aus, das ist die Realität.

Was ist die Realität? Da halten wir es ganz und gar mit Otfried Preußlers gutem Freund Josef Lada¹⁵, der sagte: „Als Mensch unseres aufgeklärten Zeitalters weiß ich natürlich genau, dass es keine Wassermänner gibt. Bloß, mit dem Herrn Wassermann, der was bei uns im Dorfteich lebt: mit dem hab ich, bittschön, erst gestern Abend mal wieder lange und ausführlich gesprochen.“^{16,17}

Autor:

Dr. med. Markus Löble

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPP) Klinikum Christophsbad Göppingen

Faurndauer Strasse 6-28

73035 Göppingen.

Kontakt: markus.loeble@christophsbad.de

Interessenkonflikt: Keine Interessenkonflikte

15) Josef Lada (1887-1957), tschechischer Illustrator (*Die Abenteuer des Soldaten Schwejk* von Jaroslav Hašek) und Kinderbuchautor (*Kater Mikesch*, 1963 von Otfried Preußler übersetzt und nacherzählt).

16) Preußler, Otfried: *Phantasie und Wirklichkeit*. In: Das Otfried Preußler Lesebuch, Verlag dtv, München (1988), S. 131.

17) Rund 350 Jahre vor Lada und Preußler wandte ein gewisser Michel de Montaigne (1537–1592) den gleichen ironischen Kunstgriff an, um ideologische Scharfmacherei und Verblendung wunderbar treffend zu entlarven: „Die Hexen in meiner Nachbarschaft (les sorcières de mon voisinage) geraten in Lebensgefahr, wenn ein neuer Autor mit seiner Einschätzung ihren Träumereien (songes) Substanz zuschreibt.“ (Montaigne: *Essays*: 3. Buch, 2. Essay (Hexenfragment). Nach: Reinhardt, Volker: *Montaigne. Philosophie in Zeiten des Krieges*. Verlag C.H. Beck, München (2023) S. 266.

Therapiegarten *meets* Klinik

Unser EU-Projekt in der Diakonie-Klinik Mosbach



Karsten Rudolf, Patrick Jentner

Zusammenfassung

Die Natur repräsentiert schon immer den Lebensraum des Menschen und stets war und ist er mit dieser verbunden. Das Gärtnern zählt seit dem Neolithikum (weit vor 10.000 v.Chr.) zu den jüngeren Entwicklungen in der Menschheitsgeschichte. In der Antike wurde bereits über die wohltuende Wirkung der Gärten geschrieben und auch beim Bau der ersten psychiatrischen Krankenhäuser (u.a. Kairo 981 n.Chr.) berücksichtigt. Vor rund 200 Jahren durch den amerikanischen Psychiater Rush forciert, beginnt die Geschichte der Therapiegärten, die ab den 1950er Jahren zunehmend professionalisiert und wissenschaftlich evaluiert wurden. Eine Meta-Analyse 2022 unterstrich auf RCT-Niveau die signifikanten und positiven Einflüsse auf die mentale Gesundheit. Weitere Arbeiten beschreiben vielfältige positive Wirkungen auf Stimmung, Lebensqualität, Stressempfinden, physisches Wohlbefinden etc. Der Artikel beschreibt die Definitionen der Gartentherapie und des Therapiegartens. Über ein EU-gefördertes Erasmus⁺-Projekt „Healing Gardener“ (Partner in Spanien und Griechenland) konnte unsere Klinik in Kooperation mit dem Berufsbildungswerk der Johannes-Diakonie einen Therapiegarten aufbauen und an einem breit angelegten Konzept zur Erstellung und Nutzung eines Therapiegartens mitarbeiten. Unser Artikel endet mit einem Ausblick auf die zukünftigen Herausforderungen unseres Gartens. Es gilt den existenten Garten zur nachhaltigen und hochwertigen Nutzung zu pflegen und zu bewahren. Darüberhinaus entwickeln wir Ideen für einen Ausbau an weiteren Standorten der Einrichtung und bleiben den Projektpartnern über das wachsende Europäische Netzwerk der Therapiegärten verbunden.

Schlüsselwörter: Natur – Therapiegarten - Gartentherapie – Psyche – Healing- Gardener -Projekt – Gartennutzung - Gartenentwicklung

Abstract

Man has always been connected to nature and nature has always represented his living space. Gardening has been one of the more recent developments in human history since the neolithic. The beneficial effects of gardens were already written about in ancient times and were also taken into account when the first psychiatric hospitals were built. The history of therapy gardens begins around 200 years ago by the American psychiatrist Mr. Rush and was increasingly professionalized and scientifically evaluated from the 1950s onwards. A meta-analysis from 2022 underlines the significant and positive effects on mental health. Further publications describe positive influences on mental well-being, quality of life, feeling of stress and physical well-being. The article describes the definitions of garden therapy and therapy garden. Via an EU-funded Erasmus+ project „Healing Gardener“ (partners in Spain and Greece) our clinic was able to cooperate with the vocational center of Johannes Diakonie to build a therapy garden and work on a broad concept for the creation and use of a therapy garden. Our article ends with an outlook on the future challenges of our garden. There is to maintain and preserve the existing garden for sustainable and high-quality use. In addition we are developing ideas for expansion at other locations of the facility and remain connected to the project partners via the growing European network of therapy gardens.

Keywords: Nature - Horticultural Therapy – Healing Garden – Mental Health – Healing Gardener Project – Use of the garden – Development of the garden

Einleitung

Der Mensch war und ist in anthropologischer Betrachtung stets mit der Natur verbunden und ein Teil dieser war und ist sein Lebensraum. Vielfältig wurde das Verhältnis Mensch-Natur bereits beschrieben (u.a. Brämer 2003, Gebhard 2000, Wilson 1984) und gewinnt mit der Thematik des Klimawandels eine besondere Aktualität mit der Notwendigkeit zum Handeln (u.a. COP28 UAE).

Seit vielen Jahren erleben wir eine zunehmende Entfernung des Menschen von der Natur hin zur Technik und Technisierung seiner Lebenswelten. Seit der digitalen Revolution können wir eine Digitalisierung nahezu aller Alltags- und Lebenskontexte registrieren, mit all ihren Vor- und Nachteilen. Digitale Formate (Social media, Apps, eCommerce, Gaming, eLearning, etc.) prägen die Lebensgestaltung, kosten Lebenszeit und tragen einen erheblichen Anteil zur Entfernung von der Natur bei (siehe beispielsweise Addictive Social media Konsum bei Leo et al. 2023). Louv prägte bereits 2005 in seiner Pub-

likation „Last Child in the Woods: Saving Our Children from Nature-Deficit Disorder“ den Non-ICD-konformen Begriff der „Nature-Deficit Disorder“.

Dem Menschen war das Gärtnern nicht in die Wiege gelegt. Lange Zeit stand bei homo sapiens und seinen Vorfahren die tägliche Existenzsicherung, sprich das Überleben, als Jäger und Sammler im Vordergrund seines Handelns. Erst im Neolithikum (weit vor 10.000 v.Chr.) mit Beginn der Sesshaftigkeit und des fortschreitenden Werkzeugbaus wurde mit der Kultivierung der Natur im Sinne des Acker- und Pflanzenbau, der Tierhaltung und Tierproduktion sowie der Vorratshaltung begonnen.

Gärten und ihre beruhigende, auf die Psyche wohltuende Wirkung als solche finden sich in Beschreibungen des Altertums. Aufzeichnungen können bereits in der Antike in Ägypten, in Mesopotamien sowie später im Zuge der Entstehung erster psychiatrischer Krankenhäuser, z.B. in Kairo (981 n.Chr.) und Damaskus (1160 n.Chr.), eruiert werden (Nissen 2005, Payk 2000).

Die Ursprünge der Therapiegärten an Kliniken liegen mehr als 200 Jahre zurück. Als „Vater“ der Gartentherapie gilt Dr. Benjamin Rush (1745-1813), der in Philadelphia psychisch erkrankte Menschen mit gärtnerischen Aktivitäten betraute. In seinem Werk „Medical Inquiries and observations upon the diseases of the mind“ (1812) beschrieb er Gartentherapie u.a. „als Heilmittel gegen Depressionen und Angstzustände“.

Im europäischen Raum sind es die Psychiater Pinel und Esquirol, in Deutschland ab 1830 Christian Roller (Großherzogliche Badische Heil- und Pflegeanstalt Illenau, Achern, Baden-Württemberg) und in der Schweiz ab 1870 Dr. Ulrich Zehnder am Burghölzli (Zürich), die konzeptionell die Garten- und oft auch Arbeitstherapie im Feld für psychiatrische Patienten realisieren und voranbringen.

Seit den 50er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts fand dann, ausgehend von den USA und England, schließlich auch in Europa eine zunehmende Professionalisierung der Gartentherapie statt und mündete in Gründungen von Vereinen mit Organisation von Fachtagungen und Publikationen, Studiengängen bzw. Lehrgängen zum Gartentherapeuten (z.B. Universität für Bodenkultur Wien, Studiengang Gartentherapie, Green Care) sowie Forschungsprojekten (z.B. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften).

Definitionsgemäß steht ein **Therapiegarten** für ein geplantes, designtes, pflanzenbasiertes Terrain im Freien zur gartentherapeutischen Nutzung.

Gartentherapie („Horticultural Therapy“, HT) wiederum ist ein zielgerichteter Interaktionsprozess Mensch-Natur/Pflanzen unter professioneller Begleitung, Durchführungsplanung und –sicherstellung mit dem Ziel, das psychische und physische Wohlbefinden zu steigern (Gartentherapie nach Schneider-Ullmann et al.[2010], Horticultural Therapy nach Haller [2006] bzw. Sempik et al. [2003]). Gartentherapie findet inzwischen breite Anwendung in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Altenheimen, Einrichtungen für Menschen mit Behinderung. Oft werden gärtnerische Aktivitäten bereits im Rahmen der Ergo-, Arbeits- und Bewegungstherapie bzw. im Zuge von pädagogischen Aktivierungs- und Beschäftigungsangeboten durchgeführt, ohne explizit als Gartentherapie zu firmieren.

Die wissenschaftliche Betrachtung zur Wirksamkeit der Gartentherapie ergibt ein heterogenes Bild zahlreicher Arbeiten und Studien, die spezifische Effekte beschreiben. Bis zum Zeitpunkt der Meta-Analyse von Tu (2022) konnte attestiert werden: „Weak evidence in the benefits of Horticultural Therapy based on evidence bases medicine“.

Früh wurden zahlreiche positive Effekte der Natur-Mensch-Interaktionen und speziell der Gartentherapie beschrieben, die sich auf das psychische und physische Wohlbefinden, die Schmerztoleranz, Stressempfinden sowie psychosoziale und physische Fähigkeiten beziehen (u.a. Ulrich 1984, Park et al. 2004, Jarot und Gigliotti 2004, Rappe und Kivelä 2005). Aktuelle Arbeiten beschreiben positive Effekte auf die depressive Symptomatik bei Senioren (Zhang et al, 2022), Verbesserung der Stimmung, Einsamkeit, Reduktion von Stress, Schmerzen und suizidalen Gedanken bei Veteranen (Meore, 2021), Reduktion der Angst- und Depressionssymptome bei chronisch Schizophrenen (Kenmochi et al., 2019), Verbesserung des psychischen Wohlbefindens (Siu et al., 2020), Verbesserung der Lebensqualität, BMI, physischen Funktionen und Stimmung bei Senioren (Wang et al. 2022), Verbesserung der Selbstwirksamkeit und Kompetenz, der Life-skills, Selbstvertrauen, Zugehörigkeitsgefühls, Problemlösekompetenzen bei Menschen mit Intelligenzminderung bzw. Entwicklungsstörungen (Lai et al, 2017. Himmelheber et al, 2018)

Unter Anwendung des RCT-Standards ergaben sich in einer Meta-Analyse (Tu, 2022) aus 18 Studien der Beleg signifikanter und positiver Einflüsse auf die mentale Gesundheit, so dass propagiert wird: „Horticultural Therapy should be integrated into healthcare settings to improve mental health“. Folglich ist in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis die Gartentherapie ein integraler Baustein eines multimodalen Therapieplans, der im Sinne eines „add-on“ die leitliniengerechten Interventionen begleitet.

Der konzeptionellen Thematik des Therapiegartens, der Gartentherapie und des Gartentherapeuten sowie Studien zu Effekten, Zielgruppen und Einsatzgebieten bzw. entsprechende Publikationen widmen sich professionell Vereine, wie z.B. die „Internationale Gesellschaft GartenTherapie e.V. (IGGT e.V., Grünberg / D), die „American Horticultural Therapy Association (AHTA)“.

Der 18. Mai eines Jahres ist zum „Welt-Gartentherapie-Tag“ ausgerufen worden.

In den letzten Jahren ist das Interesse an der Thematik deutlich gestiegen und ist durch die intensive, fachlich vielfältige Beschäftigung mit dem Klimawandel bzw. der Klimakrise sowie den Folgen für die Gesundheit des Menschen aktueller denn je geworden.

Weitere Formen und Möglichkeiten der Mensch-Natur-Interaktionen können vielfältig ausgeübt und gestaltet werden: Garten (Private Gardening), Indoor-Gardening, Roof-top-Gardening, School-Gardening, Parks, community garden, Waldbaden, Naturerlebnis-Parcours (Barfuß-Pfad)

Zunehmend können wir den Einzug der Natur in innenarchitektonische Gestaltungskonzepte (Pflanzen und Gärten in Räumen, Wandbepflanzung) sowie Gebäude- und Städteplanung (Dach-, Fassadenbegrünung, Parkanlagen, grüne Korridore, Gemeinschaftsgärten) feststellen.

Spitzer (2017) fasste zahlreiche Studien zu den Auswirkungen von green spaces (Pflanzen) und blue spaces (Wasser, Luft) auf die Gesundheit zusammen, die allesamt positive Effekte beschrieben: bessere seelische Gesundheit, weniger Depression, weniger Angststörungen, Verminderung von Stresshormonen, cardiovaskuläre Effekte, bessere körperliche Gesundheit

Richard Mitchell (2013) äußerte sich: „Nature improves mental health- people are less depressed when they have better access to green spaces (...)“.

Demgegenüber konträr gestellt sind die „dysbiotic grey spaces“ von Beton und Asphalt; ein interessanter Bogen zu notwendigen Maßnahmen des Klimaschutzes sowie zunehmend klaren Zusammenhängen von Klima und Gesundheit (siehe auch Jahrestagung der DGPPN 2023 unter dem Motto Ökologische Psychiatrie).

Konzepte und Strategien der WHO („One Health“) und UN („Sustainable Developmental Goals“, SDGs) stehen repräsentativ für die enge Verzahnung der Herausforderungen für den Menschen und seine Zukunft. Das „One Health Konzept“ bedeutet in Kurzform: Gesunde Umwelt – gesunder Mensch.

Es stellt sehr deutlich die enge, dependente interaktionelle Verzahnung der menschlichen Existenz mit seiner Umwelt dar.

Die UN formulierte in ihrer Agenda für die Teilnehmerstaaten 17 Nachhaltigkeitsziele „to transform our world“.

Im Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 (MAS, 2017) wird die Achse 5 (Gesellschaftliche Belastungsfaktoren) um die ökologischen bzw. makroökonomischen Risikofaktoren (Ökosystemansatz nach Bronfenbrenner, 1983) für mentale Gesundheit erweitert und spezifiziert werden müssen. Dies haben uns die Corona-Pandemie (insbesondere Lockdown-Phasen) mit ihren gut untersuchten psychosozialen Auswirkungen (u.a. Ravens-Sieberer et al. 2022, Trendstudie Schnetzer und Hurrelmann 2023), Publikationen zu Klima und Gesundheit (u.a. Cuijpers et al. 2023, Positionspapier der DGPPN 2022, Erklärung der COP28 UAE) sowie die aktuellen Poly-Krisen (siehe Lass-Hennemann 2023) sehr deutlich vor Augen geführt.

Ein Therapiegarten entsteht

Unsere Therapiegarten-Geschichte beginnt in den 1990ern mit Einzelaktionen von engagierten Mitarbeitenden mit „grünem Daumen“ zusammen mit Patienten in unserem Klinikgarten noch am Gründungsstandort der KJPP in Schwarzach (Neckar-Odenwald-Kreis / Baden-Württemberg). In einem kleinen Areal in der Nähe des Klinikgebäudes wurde eine Kräuterspirale angelegt und Gemüse angebaut, zusammen gehegt und gepflegt sowie erfolgreich geerntet. Früh wurde uns klar, dass wir durch diese Tätigkeiten und sozialen Interaktionen Verbindungen zu euthymen Übungen, Ernährungsberatung, sozialem Kompetenztraining und Transfer in den Lebensalltag der jungen Menschen knüpfen und beleben können.

Sukzessive professionalisierten und erweiterten wir unser Konzept im Sinne des Green Care-Ansatzes. Green Care steht zusammenfassend für alle Interventionen, Initiativen und Aktivitäten mit Hilfe der Natur (Tiere, Pflanzen, unbelebte Teile der Natur), um physische bzw. psychische Verbesserungen bei bestimmten Zielgruppen zu erreichen (Schneiter-Ullmann, 2010).

In unserer Klinik folgen wir mit den Elementen des Therapiegartens, der naturbezogenen Erlebnis- und Waldpädagogik, der tiergestützten Therapie (Therapiehund, Pferde), der Ernährungsberatung durch ein Team von Oecotrophologen und unserem Projekt „Green Hospital – unser Weg zu einem

klimatefreundlichen Krankenhaus“ dem Green Care-Konzept in einer systematischen Erweiterung um die ökologische Komponente. Folglich ist unser Therapiegarten integrativer Bestandteil der multimodalen Therapiepläne, des Gebäude- und Außenanlagenkonzepts sowie eines Nachhaltigkeitsmanagements.

So können wir im Therapiegarten das „One Health“-Konzept der WHO direkt erlebbar gestalten. Folgende SDGs der UN erfüllen wir und erweitern das therapeutische Arbeiten sowie Gestaltung von Flächen um die ökologische Perspektive: Klimaschutz (13), Gesundheit und Wohlergehen (3), Leben an Land (15), des weiteren Bildung (4), Partnerschaft zur Zielerreichung (17) und nachhaltiger Konsum und Produktion (12).

Im Zuge unseres Neubaus am Standort Mosbach (Metropolregion Rhein-Neckar; Norden von Baden-Württemberg) konnten wir als „Diakonie-Klinik Mosbach“ (109 Betten/Plätze, 140 Mitarbeitende, ca. 5.000 Patienten/Jahr, Psychiatrie und Psychotherapie für Menschen von 0-99+ Jahren ohne und mit Behinderung ambulant, tagesklinisch und vollstationär) ab 2016 eine Fläche direkt am Gebäude zwischen unseren Tageskliniken gestalten. Zudem konnten wir weitere Teile eines Therapiegartens rund um die Klinik verwirklichen: Bienen-Blühwiese, Insektenhotels, mobile Hochbeete.

Früh wurde uns klar, dass wir auf Spenden- bzw. Fördergelder angewiesen sind, die durch das Fundraising der Trägereinrichtung Johannes-Diakonie und Koordinator für Erasmus+-Projekte des Berufsbildungswerks (BBW International) gewonnen werden konnten. Die erste Phase des Gartens wurde durch Spenden der Belegschaft von Audi kreiert, die zweite Phase in Zusammenarbeit mit dem BBW durch das EU-geförderte Projekt „Healing Gardener“.

Wofür steht nun das Projekt?

Vorangegangen war ein anderes erfolgreiches EU-Projekt (SEC4VET, Social Emotional Competences for Vocational Education and Training), so dass die koordinierende Einrichtung „Fundacion intras“ mit dem Projekt Healing Gardener erneut auf uns zukam, zumal die Voraussetzungen mit der Klinik und Gartenflächen erfüllt waren.

Healing Gardener (www.healinggardener.eu) startete als EU-gefördertes Erasmus+-Projekt (www.erasmus-plus.ec.europa.eu) am 01.11. 2021 und wurde von der EU mit einem Fördervolumen von knapp 250.000 € ausgestattet. Nationenübergreifend (Spanien, Griechenland und Deutschland) haben

wir mit unseren Projektpartnern und unter federführender Projektkoordination durch Fundacion Intras (Valladolid / Spanien. www.intras.es) ein arbeitsintensives Paket der Herausforderungen und Arbeitslisten gemeistert und folgende Ergebnisse erzielt: Therapiegärten an allen drei Standorten (Madrid, Athen, Mosbach), Tour Guide Manual, Methodological Guide, Video-Tour, regelmäßige Newsletter, Erstellung einer Homepage, Biophilic Design Portfolio, European Network.

Die Projektbeteiligten sind im Einzelnen:

- (a) Jardines Terapeuticos Palmlöf
(Madrid / Spanien und Torhamn / Schweden. www.jardines terapeuticos.com)
- (b) Theotokos Foundation
(Athen / Griechenland. www.theotokosfoundation.gr)
- (c) Johannes-Diakonie, Berufsbildungswerk Mosbach-Heidelberg und Diakonie-Klinik Mosbach
(Mosbach / Deutschland. www.johannes-diakonie.de)

Diese inhaltlich, fachlich, konzeptionelle Arbeit wurde, wie für geförderte Projekte üblich, durch einen nicht unerheblich aufwändigen bürokratischen Prozess der Dokumentation und des regelmäßigen Reportings begleitet. Auch diesen Kraftakt konnten wir nur im Team bewältigen. Alle drei Standorte der Therapiegärten wurden gegenseitig im Rahmen der Kooperation, verbunden mit einem mehrtägigen Arbeitstreffen, besucht.

Das Projektende wurde zum 31.01.2024 festgelegt.

Ziele des Therapiegartens

Bereits im Mittelalter erkannte man, dass ein Garten ein wohltuender Bereich ist, der einem sowohl Kräuter oder Medikamente geben als auch ein Platz für Ruhe und Entspannung sein konnte. Man stellte fest, dass die Sonne, die Blumen und die Bäume – also die Natur – positiv auf erkrankte Menschen wirken. Allein Zeit in einem Garten zu verbringen oder das aktive Agieren mit Pflanzen und Kräutern konnte eine Verbesserung des Gesundheitszustands bewirken. Die Menschen therapierten sich durch das Agieren oder Verweilen in einem Garten ‚quasi selbst‘.

Diese positiven Erfahrungswerte sorgten dafür, dass unter anderem der für jeden sicherlich bekannte Kloostergarten entstand.

Die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten eines Therapiegartens sorgen dafür, dass er gerne und immer häufiger in das therapeutische Setting mit eingebun-

den wird. Durch den Kontakt mit der Natur besteht die Möglichkeit, dass neben der Stressregulierung auch wieder gelernt werden kann, positive Gefühle zu erfahren oder diese zuzulassen. Positive Erlebnisse beeinflussen wiederum die Stimmungslage jedes Einzelnen. Jeder kann sich nach seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten in einem Garten mit einbringen, sei es für sich allein oder auch in der Gemeinschaft. Deshalb macht es in jedem Fall Sinn, einen Therapiegarten in die Therapie von psychisch erkrankten Menschen in den multimodalen Therapie-, Unterstützungs- und Betreuungsplan zu integrieren.

Projektschritte

Angeleitet und ausgebildet wurden die Mitarbeitenden der Johannes-Diakonie im Rahmen des Healing Gardener Projekts von der erfahrenen Agraringenieurin Karin Palmlöf, die auf Gartenprojekte in ganz Europa zurückblicken kann.

Hierfür fand ein mehrtägiges Arbeitstreffen und Training in Madrid/Spanien statt, bei dem die grundlegende Vorgehensweise für die Erstellung eines Therapiegartens vermittelt wurde.

Planungsphase

Für einen sinnvoll gestalteten Therapiegarten sind verschiedene Aspekte in die Planung mit einzubringen.

Die Kooperation zwischen Garten- und Therapieprofis ist am zielführendsten. Dementsprechend ist eine enge Zusammenarbeit bei der Planung und Gestaltung sinnvoll, um das know how des Gärtners, Gartenbauers mit den Therapeuten zu verknüpfen.

Wichtig ist in der Planungsphase, die Zielgruppe eines Therapiegartens zu identifizieren.

Je nachdem, für welches Patientenkontinuum der Therapiegarten gedacht ist, ist es wichtig, ihn nach deren Vorstellungen und Bedürfnissen zu gestalten. Die Zielgruppe entscheidet darüber, wie am Ende der Therapiegarten gestaltet ist. Erwachsene, Senioren, gehandicapte Menschen oder Kinder und Jugendliche haben unterschiedliche Bedürfnisse und stellen unterschiedliche Anforderungen an einen Garten. Unsere Gartenzielgruppe ist divers: Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene, Erwachsene und Senioren, psychisch erkrankte Menschen, Menschen mit und ohne Behinderung(en), Menschen mit und ohne Entwicklungsstörungen, Patienten mit kurzer bzw. längerer Verweildauer.

Grundsätzlich wird ein Therapiegarten bei Healing Gardener in vier Bereiche bzw. Segmente eingeteilt. Es wird angemessen Platz benötigt, so dass die Gartenelemente den prägenden Raum einnehmen: Bäume, Büsche, Sträucher, Pflanzen und Wiesen sowie in moderater Form Gebäudeteile (Gartenhaus, Pergola), Mobiliar (Bänke) und andere Gestaltungselemente (Steine, Beete, ggf. Wasserzonen).

Die einzelnen Bereiche des Therapiegartens, die stets im dynamischen Entstehungs-, im Entwicklungs- und jahreszeitlichen Veränderungsprozess sind, bestehen aus:

- (a) Bereich der Gartenaktivitäten (Anbau, Pflege, Ernten von Obst und Gemüse, Kräuter, weitere Pflanzen)
- (b) Bereich der Sinne
- (c) Bereich der Entspannung
- (d) Bereich der sozialen Begegnung
- (e) Bereich des Spielens

Darüber hinaus sind Verweilmöglichkeiten zu schaffen. Dies können Plätze für ein geselliges Beisammensein, aber auch Rückzugsorte zum Nachdenken oder Entspannen sein. Neben der Ruhe, dem geselligen Beisammensein bzw. generell sozialen Interaktionen dient der Therapiegarten auch dazu, aktiv zu werden und dadurch Zeit in der Natur zu verbringen. Deshalb ist an einen Bereich zur Stimulation zu denken. Die Art der Stimulation hängt von der Zielgruppe und den Therapieangeboten ab. So sollte in jedem Fall eine Möglichkeit geboten werden, dass im Rahmen der Gartentherapie bewegungsaktive Menschen an Bodenbeeten und ältere oder gehandicappte Menschen an Hochbeeten agieren können. In diesen Beeten können Obst- und Gemüsesorten sowie Kräuter angebaut, gepflegt, umsorgt und am Ende gemeinsam geerntet und verzehrt werden. Vielfältige Sinneseindrücke werden durch blühende, duftende Pflanzen und Wiesen erzeugt.

Aber auch Aktivitäten der Bewegungstherapie (z.B. Yoga, Qigong oder kleine Gruppenspiele) sind um ein Vielfaches schöner, wenn sie anstatt in einer Sport- oder Gymnastikhalle auf einer Wiese an der frischen Luft umgesetzt werden können.

Letztlich ist bei der Gestaltung auch an die jüngeren Menschen zu denken. Damit sie neben der Gartenarbeit ihre Zeit dort verbringt, sind Spieloptionen wichtig. Je nach Platzangebot kann man hier an Wasserspiele, Kugelbahnen,

Klettermöglichkeiten oder an kleine Spielfelder (Basketball, Fussball) denken.

Als letzter Baustein spielt ein sinnvoll gestalteter Garten eine wichtige Rolle. Unter dem Begriff Respekt ist zu verstehen, dass sich das Design des Therapiegartens an den Bedürfnissen des Benutzers orientiert und ihn auf diese Art und Weise respektiert. Hier ist beispielsweise an eine rollstuhlgerechte Wegeführung, an eine barrierefreie Installation der Hochbeete oder auch an Übungsplätzen zur Sturzprophylaxe zu denken.

Umsetzungsphase

Bei der Umsetzungsphase geht es um die Frage, welche Ziele man mit dem gestalteten Therapiegarten verfolgen möchte, d.h. welche Ressource des Gartens kann für welches Angebot genutzt werden. Hier spricht Healing Gardener von unterschiedlichen Modulen. Diese können sich durchaus ergänzen.

Ein Therapiegarten kann verschiedene Module enthalten und verfolgt dementsprechend unterschiedliche Ziele. Sie sind mit der Aktivität im Garten oder auch mit der Therapie verknüpfbar. Bei der Planung eines Therapiegartens sollte der Einsatz dieser Module dahingehend überdacht werden, für welche Klientel der Garten gedacht ist. Dementsprechend können, aber müssen nicht, alle Module vorhanden sein.

Zum einen ist ein Handelsmodul definiert, in dem die aktive Gartentherapie stattfindet. Darüber hinaus gibt es ein Sinnesmodul, in dem man Pflanzen oder Kräuter intensiv und bewusst mit allen Sinnen erfahren kann. Diesen Bereich kann man als Sinnesgarten bezeichnen.

Das Orientierungsmodul und das Erinnerungsmodul sind für Personen sinnvoll, die Schwierigkeiten haben, sich räumlich zurecht zu finden oder mnestiche Störungen haben. Hier kann man durchaus auch biografische Verknüpfungen zu Anekdoten aus früheren Lebensphasen schaffen.

Das Psychomotorische Modul zielt darauf ab, dem eher älteren Therapiegarten-Nutzer koordinative Herausforderungen und damit eine Übungsplattform zur Wiedergewinnung von Sicherheit und Stabilität zu bieten. Aber auch für Kinder- und Jugendliche sind koordinative Herausforderungen wichtige Elemente, um sich entwickeln zu können bzw. krankheits- oder entwicklungsbedingten Störungen zu begegnen.

Die Umsetzungsphase hängt in der zeitlichen Ausrichtung neben der Verfügbarkeit von Mensch und Material auch von den jahreszeitlichen sowie vor Ort herrschenden Wetterbedingungen ab. Realistisch sind 1-2 Jahre des Aufbaus sowie die Erkenntnis, dass ein Garten nie „vollendet“ ist, sondern einer Dynamik der Veränderung, der Erweiterung, des Ab- oder Umbaus unterworfen ist.

Der Garten im Klinikalltag

Unser Therapiegarten liegt ebenerdig zwischen zwei Tageskliniken und ist sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche konzipiert. Dementsprechend nutzen ihn beide Interessensgruppen. Es gibt mit einer Pergola einen Ort der Geselligkeit zum gemeinsamen Mittagessen oder um Spiele durchzuführen. Darüber hinaus gibt es Sitzbänke, auf die man sich zu zweit oder zu dritt zu einem Gespräch zurückziehen kann. Wem seine Privatsphäre wichtig ist und für sich alleine sein möchte, hat die Möglichkeit, geschützt durch Büsche auf Waldsofas zu entspannen. Kinder und Jugendliche können Fangen spielen oder in Kleingruppen Ball- und Wurfspiele spielen.

Für das Wohlbefinden der Gartennutzer und für eine Farbenvielfalt im Garten sind eine Wildblumenwiese, ein großflächiges Tulpenfeld und ein Sinnesgarten installiert worden. Sie laden zum Verweilen, Entspannen und Genießen ein.

Es gibt auch einen Bereich für Gartenaktivitäten in Form von mehreren Boden- und Hochbeeten. Hier werden Gemüse (Tomaten, Paprika, Kürbisse etc.), Kräuter („Küchenkräuter“) und Obst (Johannisbeeren, Himbeeren) angebaut, gepflegt und schließlich geerntet. Das Erntegut wird in den Ernährungsplan und hauswirtschaftlich integriert. Auch in diesem Feld werden die vielfältigen Sinneseindrücke gefördert.

Entspannen, relaxen, verweilen, agieren, essen oder spielen. All diese Aspekte sind in der Tagesroutine der Stationen und Tageskliniken eingebettet.

Aufgaben, wie beispielsweise Pflanzen gießen, regelmäßige Pflege der Beete oder das Ernten von Obst oder Gemüse werden an Patienten vergeben oder gemeinsam mit ihnen im Rahmen einer Therapie umgesetzt. Alltäglich zugeteilte Aufgaben werden abgearbeitet, damit die Pflanzen auch gut gedeihen können. So ist eine tägliche Interaktion im Therapiegarten besonders in den wärmeren Monaten gut möglich bzw. verbindlich.

Wie intensiv der Therapiegarten in den Stationsalltag eingebunden wird, hängt von dem Pflege- und Therapeutenpersonal, den Arbeitsschichten, der Personalpräsenz und deren Affinität zur Natur ab. So kann auch das Personal für sich selbst ein Arbeitsumfeld gestalten, das abwechslungsreich ist und einem ein gewisses Maß Individualität sowie kreativer Gestaltungsmöglichkeiten und Sinnhaftig- bzw. Wertigkeit ermöglicht. Zudem entscheidet auch die Zusammensetzung und Charakteristik der Patientengruppe über die Nutzung des Gartens. Deshalb ist hier Flexibilität und Spontanität der Pflegekräfte und Therapeuten gefragt, sowie eine gute Planung, wie und wie häufig der Garten genutzt wird.

Therapiegarten goes future

Die Architektur der Diakonie-Klinik Mosbach hat von Anfang Innenhöfe mit eingeplant, allerdings bislang nicht in Form eines Therapiegartens. Der aktuell existente Therapiegarten kann der Anfang einer Umgestaltung der weiteren Innenhöfe der Klinik sein.

Auch am Berufsbildungswerk (BBW), in dem Jugendliche und junge Menschen ihre Ausbildung zum Landschaftsgärtner, zum Schreiner oder zu anderen Berufen machen, gibt es Grünflächen, die für einen weiteren Therapiegarten in Frage kommen.

Die Eröffnung eines Seniorenzentrum und einer Rehaklinik für Kinder und Jugendliche in einem Gebäude in der Nähe der Klinik des gleichen Trägers steht bevor. Für die 90 Senioren und die 35 jungen Patienten der Rehaklinik wäre ein Therapiegarten zum Verweilen und Erholen oder als Teil der Rehabilitation sicherlich ein unterstützendes und bereicherndes Element. Erste Planungen zu einer Integration eines Therapiegartens bzw. Teilelementen (z.B. Hochbeet mit Kräutern) sind aufgenommen.

Im Zuge des EU-Projekts haben wir im Projektteam vielfältige Materialien entwickelt, die es auch anderen Institutionen ermöglichen, einen Therapiegarten sowie seine kreative Nutzung zu realisieren und diesen Prozess professionell zu gestalten. Somit kann unser Therapiegarten Modellfunktion für andere Einrichtungen einnehmen.

Ein sogenannter „Multiplier Event“ vor Ort in Mosbach konnte durch die Vorstellung des Theorie-Konzepts und Praxisbeiträge bei zahlreichen Teilnehmern zum Erkenntnisgewinn der Sinnhaftigkeit eines Therapiegartens

beitragen und bei Kooperationspartnern unserer Institution zur Realisierung sehr konkret anregen.

Auch nach dem offiziellen Abschluss des Projekts (Ende 01/2024) bleiben wir als Projektpartner im Austausch und arbeiten an dem Ausbau eines Europäischen Netzwerks der Institutionen mit Therapiegärten.

Zukünftige Herausforderungen

Wer an einen Therapiegarten mit dem Gedanken herangeht, dass mit der grundlegenden Errichtung des Gartens alle nötigen Arbeiten getan sind, wird schnell merken, dass viele Faktoren für einen ordnungsgemäß funktionierenden sowie intakt erhaltenen Garten zu beachten sind. So wird beispielsweise Fachpersonal aus verschiedenen Berufsbereichen benötigt, das seinen Part im Therapiegarten erfüllt.

Hochbeete, Sitzgelegenheiten, die Pergola – letztendlich alle aus Holz bestehenden Elemente - müssen regelmäßig gepflegt werden, damit der witterungsbedingte Verschleiß gering gehalten werden kann. Hier wären Hausmeister oder auch Schreiner die passende Berufsgruppe.

Des Weiteren ist fachliches ‚Garten Know How‘ gefragt. Landschaftsgärtner, die bereits bei der Gestaltung des Therapiegartens mitgewirkt haben, sind prädestiniert für die grundlegende Pflege (z.B. Rasen mähen, Hecken schneiden), aber auch der qualifizierte Ansprechpartner für das Bepflanzen der Hoch- und Bodenbeete.

Als Drittes das Klinikpersonal: Pflegekräfte und Therapeuten bringen Aktivität und Leben in den Therapiegarten. Hier bedarf es Menschen, die gerne den Therapiegarten in ihre Arbeit einbinden, die darin eigenverantwortlich agieren möchten und grundlegend eine hohe Affinität zur Natur und zum Gärtnern aufweisen.

Der bundesweit herrschende Personal- und Fachkräftemangel im Gesundheitswesen (sowie in nahezu allen Branchen) wird uns auch bezüglich der langfristigen Gartenpflege vor Herausforderungen stellen. Wir versuchen unsere Nachwuchskräfte, Schüler, Praktikanten, Fachkräfte für diese Form der Beschäftigungstherapie integriert in die Tagesstruktur eines Klinikalltags zu gewinnen, zu motivieren und bei Interesse auch durch Unterstützung von Fortbildungsangeboten zu fördern. Mehr denn je müssen wir in intensiven regelmäßigen Mitarbeitenden-Gesprächen die Menschen für das Unternehmen begeistern, Feedback geben, Entwicklungschancen aufzeigen und zum Verbleib motivieren.

Literaturverzeichnis

- Brämer, R. (2003). Zurück zur Natur ? Die Wald-undWiesen-Therapie. In: Psychol heute, 30(4), S. 20-28
- Bronfenbrenner, U., Crouter, A. (1983). The evolution of environmental models in developmental research. In: P.-H. Mussen: Handbook of Child Psychology, Volume I: History, Theory, and Methods. 4. Auflage, John Wiley & Sons, New York 1983, S. 357–414
- Cuijpers, P., Miguel, C., Ciharova, M., Kumar, M., Brander, L., Kumar, P., & Karyotaki, E. (2023). Impact of climate events, pollution, and green spaces on mental health: An umbrella review of meta-analyses. *Psychological Medicine*, 53, 638-653. <https://doi.org/10.1017/S0033291722003890>
- Fleming, L., Zhang, W., & Nelson, K. (2022). Horticulture for Health Activity in U.S. Hospitals: Horticultural Therapy, Nutrition-led Programming, Gardens at Hospitals, and Affiliated Community Gardens. *Journal of Therapeutic Horticulture*. 2022: Vol. 32, Issue 1, pp 10-30. American Horticultural Therapy Association
- Gebhard, Ulrich (2000): Naturschutz, Naturbeziehung und psychische Entwicklung. Naturerfahrung als Wunsch nach Vertrautheit und Neugier. In: Naturschutz und Landschaftsplanung, 32 (2-3), S. 45-48.
- Himmelheber, S., Mozolic, J., Lawrence, L. & Thorbecke, L. (2018). Why Camp ? Evaluating The Impact of a Horticultural Therapy Camp for Adolescents With Intellectual and Developmental Disabilities. *Journal of Therapeutic Horticulture*, 2018, Vol.28, No.2(2018), pp3-14. American Horticultural Therapy Association
- Jarrot, S., Gigliotti, C. (2004). From the garden to the table. Evaluation of a dementia-specific horticultural therapy program. *Acta Horticulturae* 639, 2004, pp. 139-144
- Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Reiß, F., Napp, AK., Simon, A., Hurrelmann, K., Schlack, R., Hölling, H., Wieler, L., Ravens-Sieberer, U. (2023). Two years of pandemic: the mental health and quality of life of children and adolescents- findings of the COPS longitudinal study. *Dtsch Ärzteblatt Int* 2023; 120:S.269-270. DOI: 10.3238/arzteblatt.m2023.0001.
- Kellert, S.R., Wilson, E.O. (1993) Hrsg. The Biophilia Hypothesis. Washington. 1993
- Kenmochi, T., Kenmochi, A., Hoshiyama, M. (2019). Effects of Horticultural Therapy on Symptoms and Future Perspective of Patients with Schizophrenia in the Chronic Stage. *Journal of Therapeutic Horticulture*, 2019, Vol 29, Issue 1, pl. American Horticultural Therapy Association
- Lai, C., Ho, L., Kwan, R., Fung, C. & Mak, Y. (2017). An exploratory study on the effect of horticultural therapy for adults with intellectual disabilities. *Journal of Therapeutic Horticulture*, 27(1), pp 3-15. American Horticultural Therapy Association
- Lass-Hennemann, J., Sopp, M.R., Ruf, N., Equit, M., Schäfer, S.K., Wirth, B.E. & Michael, T. (2023). Generation climate crisis, COVID-19, and Russia-Ukraine-War- Global crises and mental health in adolescents [Preprint]. Available at Research Square: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3131485/v1>
- Leo, K., Arnold, J., Kewitz, S., Lindenberg, K. (2023). Addictive Social Media Use and Depressive Symptoms in Adolescents. *Kindheit und Entwicklung* (2023), 32(4), 228-240. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000427>

- Louv, R. (2005). *Last Child in the Woods: Saving Our Children from Nature-Deficit Disorder*. Chapel Hill, NC; Algonquin Books
- Meore, A., Sun, S., Byma, L., Alter, S., Vitale, A., Podolak, E., Gibbard, B., Adams, T., Boyer, J., Galfalvy, H., Yehuda, R., Feder, A., Haghghi, F. (2021). Pilot evaluation of horticultural therapy in improving overall wellness in veterans with history of suicidality. *Complementary Therapies in Medicine*. 2021. Vol 59, 102728. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102728>
- Mitchell, R. (2013). Is physical activity in natural environments better for mental health than physical activity in other environments? *Social Science & Medicine* 2013; 91: 130-134
- Nissen, G. (2005). *Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Park, S.H. (2004). Pain tolerance effects of ornamental plants in a simulated hospital patient room. *Acta Horticulturae* 639, 2004, pp. 241-247
- Payk, T.R. (2000). *Psychiater. Forscher im Labyrinth der Seele*. Stuttgart, Berlin, Köln: Verlag W.Kohlhammer GmbH
- Payk, T.R. (2012). *Psychiater und Psychotherapeuten. Berufsbilder in der medizinischen und psychologischen Heilkunde*. Stuttgart, Berlin, Köln: Verlag W.Kohlhammer GmbH
- Rappe, E., Kivelä, S.L. (2005). Effects of garden visits on long-term care residents as related to depression. *Hort-Technology* 15 (2), 2005, pp.298-303
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R., Otto, C. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022 Jun; 31(6):879-889. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H., Poustka, F. (2017): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10. 7.aktualisierte Auflage*. Bern und Göttingen: Verlag Hans Huber Hogrefe
- Rush, B. (1812). *Medical Inquiries and Observations Upon the Diseases of the Mind*. Kimber & Richardson, Philadelphia.
- Schneiter-Ulmann, R. (2010). *Lehrbuch Gartentherapie*. Bern:Verlag Hans Huber, Hogrefe AG
- Siu, A., Kam, M., Mok, I. (2020). Horticultural Therapy Program for People with Mental Illness: A Mixed-Method Evaluation. *Int.J.Environ:Res.Public Health* 2020, 17,711;doi:10.3390/ijerph17030711
- Spitzer, M. (2017). *Natur: Geschützt, gesund und teuer ! Nervenheilkund* 2017; 36:689-694. Stuttgart: Verlag Schattauer
- Tu, H-M. (2022). Effect of horticultural therapy on mental health: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2022 Aug; 29(4):603-615. doi:10.1111/jpm.12818
- Ulrich, R.S.. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science* 224, 1984, pp420-421

- Ulrich, R.S. (1999). Effect of gardens on health outcomes: Theory and research. In: Cooper, M., Barnes, M. (eds.): *Healing Gardens: Therapeutic Benefits and Design Recommendations*. John Wiley, New York 1999, pp. 27-86
- Wang, Z., Zhang, Y, Lu, S., Tan, L., Guo, W., Lown, M., Hu, X., Liu, J. (2022). Horticultural therapy for general health in the older adults: A systematic review and meta-analysis. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0263598>
- Wilson, E.O. (1984). *Biophilia*. Cambridge. 1984
- Zhang, Y.W., Wang, J., Fang, T.H. (2022). The effect of horticultural therapy on depressive symptoms among the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*.2022 Aug 24;10:953363. Doi:10.3389/fpubh.2022.953363

Internet-Links:

- <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/one-health> (Abruf am 29.12.2023)
- <https://www.aerzteblatt.de/archiv/201358/Planetary-Health-Ein-umfassendes-Gesundheitskonzept> (Abruf am 29.12.2023)
- <https://sdgs.un.org/goals> (Abruf am 29.12.2023)
- <https://www.cop28.com/en/cop28-uae-declaration-on-climate-and-health> (Abruf am 10.01.2024)
- <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/klima-und-psyche.html> (Abruf am 10.01.2024)
- <https://simon-schnetzer.com/blog/veroeffentlichung-jugend-in-deutschland-trendstudie-winter-2022-23/> (Abruf am 10.01.2024)
- <https://stadtundland-nrw.de/wp-content/uploads/2021/06/8.-Jugendreport-Natur-2021.pdf> (Abruf am 11.01.2024)
- <https://www.iggt.eu/de/>

Autoren:

Dr. med. Karsten Rudolf
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
Suchtmedizin
Ärztlicher Direktor DKM und Chefarzt KJPP

Patrick Jentner
Sportwissenschaftler Mag.
Leitung Therapeutikum DKM

Diakonie-Klinik Mosbach der Johannes-Diakonie
Neckarburkener Straße 6, 74821 Mosbach
www.diakonie-klinik.de
www.johannes-diakonie.de

Interessenkonflikt:

Karsten Rudolf und Patrick Jentner haben keine Interessenskonflikte.

30 Jahre Gremienarbeit für die Psychotherapie in unserem Fachgebiet

Erfahrungen und Resümee zur „ärztlichen Psychotherapie“¹

Christa Schaff

Persönliche Erfahrungen:

Als ich in den Vorstand des BKJPP gewählt wurde - das war 1996 - wurde gerade intensiv das erste Psychotherapeutengesetz diskutiert. Ich habe die Aufgabe übernommen, bei den Diskussionen auf der Bundesebene unser Fachgebiet der Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu vertreten. Es begann eine intensive Erfahrung des Lernens in den für mich neuen Gremien auf der Bundesebene.

Mit meiner grundsätzlichen Zustimmung zur Integration der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in das KV-System und in die vertragsärztliche Versorgung war ich mir mit meinen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, die auf der Bundesebene um die Positionierung unserer Fachgebiete und das erste Psychotherapeutengesetz 1999 (PsychThG) rangen, weitgehend einig. Im Vorstand des BKJPP und der Mitgliederversammlung erlebte ich mit dieser Zustimmung aber heftigen Gegenwind. Das war für mich unerwartet, da ich mit der Delegation von Psychotherapien an meine psychologischen und pädagogischen Kolleg:innen in meiner kinder- und jugendpsychiatrischen und psychiatrischen Praxis, und mit der Ausbildung zur Psychoanalytikerin am analytischen Ausbildungsinstitut selbstverständlich mit anderen Berufsgruppen psychotherapeutisch sozialisiert war.

In den Diskussionen um das PsychThG mussten sowohl die Interessen der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche als auch die von uns ambulant

1) Leicht geänderte Fassung des Vortrags am 18.11.22 bei der BKJPP-Tagung in Kassel

psychotherapeutisch tätigen Ärzt:innen vertreten werden. Gemeinsam mit den Vertreter:innen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie haben wir die Erweiterung unserer Fachgebiete der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie bis zum 21. Lebensjahr erreicht, die heute im ambulanten Bereich eine Selbstverständlichkeit ist. Mit den anderen Ärzt:innen musste ich um unsere ärztliche Präsenz in Gremien und die Positionierung der ärztlichen Psychotherapie kämpfen. Diese Doppelstrategie ist gut an den sogenannten Quotenregelungen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie zu verdeutlichen: einerseits musste gemeinsam mit den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für eine angemessene Quote für die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen gekämpft werden, und andererseits gemeinsam mit den Vertreter:innen der ärztlichen psychotherapeutischen Verbände um eine möglichst hohe Quote für ärztliche Psychotherapeuten – damals noch von 40%.

Nach Verabschiedung des ersten PsychThG hatte ich es geschafft, den Platz der ärztlichen Kinder- und Jugendpsychotherapie so zu besetzen, dass ich in die maßgeblichen Gremien gewählt wurde: in den damaligen Unterausschuss Psychotherapie im Bundesausschuss und in den Fachausschuss der KBV. Dass der Integrationsprozess nicht Gemeinsamkeit und Gleichwertigkeit, sondern Kampf um den Erhalt eigener Positionen bedeutete, musste ich in den folgenden Jahren erfahren:

Unsere Arbeit in den Gremien war von Misstrauen, Vorwürfen, Verunglimpfungen zwischen Ärzten und KJP /PP geprägt. Es ging emotional in unseren Sitzungen häufig hoch her, auch weil wir Ärzt:innen zunehmend feststellen mussten, dass unsere Idee von Integration nicht der der PP und KJP entsprach - und leider auch nicht den Ideen der Politik.

Allerdings habe ich persönlich von den heftigen Lagerkämpfen auch profitiert: Da es zusätzlich zu den Auseinandersetzungen mit PP/KJP auch unter unseren ärztlichen Kolleg:innen Konflikte zwischen Psychiatern und Psychosomatikern gab, welche ein eigenes EBM - Kapitel erreichen wollten, wurde mir als Kinder und Jugendpsychiaterin der ärztliche Vorsitz im BFA PT angeboten.

Eine der schlimmsten berufspolitischen Desillusionierungen und Erfahrungen war 2001 eine Regelung im SGB V mit Festsetzung eines gestützten Stundenhonorars im EBM für alle ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Psychologische Psychotherapeut:innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen sowie Ärzt:innen (inklusive Psychosomatiker:innen). Diese galt nicht für uns Psychiater:innen und Kinder- und Jugendpsychiater:innen sowie

die sog. Zusatztitel. Ganz praktisch bedeutete das, dass ich als Psychiaterin und Psychoanalytikerin mit drei Facharzttiteln für eine Therapieeinheit einer Richtlinienpsychotherapie etwa 20 - 30% weniger Geld ausgezahlt bekam, als der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, mit dem ich im Praxishaus eng kooperierte. Ein solches Szenario hatte sich keiner von uns integrationswilligen Ärzt:innen bis dahin vorstellen können. In der entscheidenden Sitzung mit der damaligen Gesundheitsministerin flossen unsererseits Tränen. Wir bombardierten in der folgenden Nacht alle Mitglieder:innen des Gesundheitsausschusses mit einer Darstellung dieser Ungerechtigkeit per Fax, was zu einem Anruf des damaligen Vorsitzenden in meiner Praxis führte: er zeigte Verständnis, es sei aber nichts mehr zu machen und eine Änderung würde ca. weitere 5 Jahre dauern. Womit er Recht behalten sollte.

Eine weitere tränenreiche Sitzung war die Verhandlung im Fachausschuss Psychotherapie der KBV um die Ausgestaltung des psychologischen und kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Kapitels 23 im EBM, aber auch das neue fachärztliche Kapitel 22 der Psychosomatiker:innen. Die Fachärzte für Psychosomatische Medizin strebten seit Jahren ein eigenes EBM- Kapitel an. Als Preis mussten wir KJPP die „bittere Pille“ schlucken, dass bei Kinder- und Jugendlichentherapeut:innen in deren Ordinationsgebühr psychosoziale Koordination bei jedem Patienten aufgenommen wurde, was zur Folge hatte, dass die Ordinationsgebühr bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen höher bewertet wurde, als bei uns Kinder- und Jugendpsychiater:innen. Wieder erlebte ich Ohnmacht, Hilflosigkeit und Wut, da immer deutlicher wurde, dass uns Psychiatern und Kinder und Jugendpsychiatern die Felle wegschwommen. Dieses Erleben wurde noch dadurch bedrückender, dass den Psychologischen Psychotherapeut:innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen mit der Schaffung eines eigenen Kapitels 23 im EBM eine Art „Dambruch“ gelungen war, da sie damit Abrechnungsziffern außerhalb der Leistungen der Psychotherapie-Richtlinie erhalten hatten.

Nach dem Urteil des Bundessozialgerichts im Januar 2004 zur angemessenen Honorierung psychotherapeutischer Leistungen und der Änderung des SGB V etwa 2005 in dem Sinne, dass auch wir „überwiegend psychotherapeutisch“ tätigen Psychiater:innen und Kinder und Jugendpsychiater:innen den gestützten Punktwert für die Richtlinienpsychotherapie beanspruchen konnten, glätteten sich die Wogen. Zunehmend machte sich auch unter uns Ärzt:innen die Erkenntnis breit, dass wir durch unsere Präsenz in den Fachausschüssen für Psychotherapie in KBV und KVen der Länder auch für unsere eigenen Fachgebiete Erfolge erringen konnten. Der Zugang zu KBV und KVen war umso

bedeutsamer, da wir meistens keine eigenen Ärztevertreter:innen für unsere Fachgebiete in fachärztlichen Fachausschüssen, Bewertungsausschuss und anderen Gremien der KBV hatten. Bei Honorarfragen zur Psychotherapie wurden wir von Psychologischen Psychotherapeuten vertreten, die sich sehr kompetent in Honorarangelegenheiten eingearbeitet hatten. Leider zeichnete sich schon damals ab, dass wir bei den haus- und fachärztlichen Kolleg:innen keine Lobby für unsere Belange der psychotherapeutisch tätigen Ärzt:innen finden würden.

Die allmähliche Beruhigung unserer Lagerkämpfe im Fachausschuss Psychotherapie der KBV bis etwa 2010 sollte sich im folgenden Jahrzehnt im wahren Sinne des Wortes bezahlt machen: zur großen Überraschung der Politik und der damaligen Zuständigen im BMG – vielleicht auch unseres KBV-Vorstandes - konnten wir ab 2010 eine Einigung aller Verbände der psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer bei der Forderung zur extrabudgetären Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapie Richtlinie erzielen. Es bedeutete einen Meilenstein für die Sicherung und Verbreitung der ambulanten Psychotherapie in Deutschland, dass wir bundesweit die einheitliche extrabudgetäre Vergütung tatsächlich im Jahr 2013 erreichen konnten. Davon profitieren wir bis heute – auch wenn eine Überprüfung drohend im Hintergrund steht.

Mehr oder weniger gemeinsam haben wir dann in den folgenden Jahren verschiedene andere Regelungen für die Psychotherapie durchgesetzt. Im anfangs eigenen Bundesausschuss Psychotherapie und heutigen Unterausschuss Psychotherapie und Psychiatrische Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses haben wir gemeinsam viele einzelne Anpassungen, z.B. zur zusätzlichen Integration von anderen Methoden, wie EMDR bei Psychotherapien mit Erwachsenen, und zu Präzisierungen bei der Arbeit mit Suchtkranken durchgesetzt.

Jahrelang hat uns ein Verfahren zur Qualitätssicherung der Psychotherapie beschäftigt. Leider konnte der Entwurf aus den Jahren 2000 – 2002, der später ab ca. 2012 wieder in mehrjähriger Arbeit modifiziert und erweitert wurde, keine Zustimmung bei der Mehrheit der psychotherapeutischen Verbände und der Bundespsychotherapeutenkammer finden, sodass wir in der Strukturreform 2017 das Verfahren nicht, wie im Unterausschuss geplant, umsetzen konnten. Diese Uneinigkeit hat uns deutlich geschwächt, da wir jetzt die bundesweite Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens für Psychotherapie durch das Institut für Qualitätssicherung (IQTIQ) nur kommentierend

begleiten dürfen und damit die fachliche Eigenregie darüber aus der Hand gegeben haben.

Sehr erfolgreich war die lange Vorbereitung eines Entwurfs für die Strukturreform der Psychotherapie – Richtlinie (PT-RL), den wir mit allen psychotherapeutischen Verbänden abgestimmt haben und der KBV als konsentierten Vorschlag zur Verhandlung im Gemeinsamen Bundesausschuss vorlegen konnten. Die vorher schon begonnenen Veränderungen für Gruppentherapien wurden ergänzt und die zusätzlichen psychotherapeutischen Leistungen der psychotherapeutischen Sprechstunde und der Psychotherapeutischen Akutbehandlung sowie der Rezidivprophylaxe eingeführt. Durch diese zusätzlichen Leistungen in der PT-RL und PTV (Psychotherapie-Vereinbarung) werden die Schritte einer psychotherapeutischen Behandlung jetzt deutlich besser abgebildet als vorher. Nach der Strukturreform sind weitere Entscheidungen zur Einführung der Systemischen Therapie sowie zur Vereinfachung von Gruppentherapien gefallen, wie Wegfall der Gutachterpflicht für Gruppentherapien und Einführung der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung.

Was waren die Lehren aus dieser Zeit?

1. „Integration“ war in den Auseinandersetzungen mit Psychologischen Psychotherapeut:innen und Kinder und Jugendlichenpsychotherapeut:innen ein zeitweise schmerzhafter, aber letztendlich auch für unsere ärztlichen Fachgruppen und für die Versorgung ein erfolgreicher Prozess. Zeitweise haben wir Ärzt:innen uns aufgrund eigener fachspezifischer Interessen gegenseitig blockiert und unsere Positionen geschwächt.
2. Weitreichende und strukturelle Veränderungen konnten nur in Geschlossenheit aller ärztlichen und psychotherapeutischen Verbände erreicht werden. Innerärztlicher und innerpsychotherapeutischer Streit lädt die Akteure in BMG und Politik zu Ablehnung unserer Interessen oder Spaltung unserer Interessen ein.
3. Bei unseren haus- und fachärztlichen Fachkolleg:innen haben wir bis heute keine Verbündeten für eine „ärztliche Psychotherapie“ gefunden.

„Ärztliche Psychotherapeut:innen“ und „Ärztliche Psychotherapie“ – eine Annäherung an die Begrifflichkeiten

Wir haben mehr als zwei Jahrzehnte in den bundesweiten Gremien die Positionen für uns „ärztliche Psychotherapeut:innen“ und die „ärztliche Psychotherapie“ halten können.

Mit „ärztlichen Psychotherapeut:innen“ sind einerseits laut der ambulanten Bedarfsplanungs-Richtlinie nur die sog. „ausschließlich psychotherapeutisch“ tätigen Ärztinnen und Ärzte gemeint, die mehr als 90% Psychotherapie nach den Regeln der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) und der Psychotherapie-Vereinbarung (PTV) erbringen. Andererseits steht der Begriff aber auch in der PT-RL und in der PTV für alle Ärztinnen und Ärzte, die für Psychotherapie nach den Regeln der PT-RL und PTV qualifiziert sind und diese Leistungen persönlich erbringen. Das sind wir Fachärzt:innen der drei Gebiete und die Ärzt:innen mit Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoanalyse. Der Begriff hat sich als praktikabel erwiesen um die verschiedenen Gruppierungen psychotherapeutisch tätiger Ärzt:innen zusammenzufassen.

Im neuen Psychotherapeutengesetz (2020) werden wir Ärzt:innen bei der Gruppe der Psychotherapeut:innen genannt und es wird ergänzt, dass Ärzt:innen sich auch „Ärztliche Psychotherapeut:innen“ nennen können. Das ist umso bemerkenswerter als der Zusatz „Psychologische“ Psychotherapeut:innen weggefallen ist. Kommt einerseits vielleicht Freude auf, dass wir uns als ärztliche Psychotherapeut:innen mit unserem Grundberuf von den anderen Psychotherapeut:innen differenzieren können, so kann das andererseits auch so ausgelegt werden, dass wir neben den „Psychotherapeuten“ (die eben nicht psychologische oder pädagogische genannt werden können) nur oder nur partiell Psychotherapeuten sind. Tatsache ist aber, dass wir Ärzte und Psychotherapeuten sind.

In der PT-RL wird die Grundlage einer „ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen“ Psychotherapie für die ambulante vertragsärztliche Versorgung geregelt. Zentrale Regelungsinhalte der PT-RL beziehen sich auf die Definition der qualifizierten akademischen Heilberufler:innen, auf die Definition der sozialrechtlich zugelassenen Verfahren, die persönliche Leistungserbringung sowie die Dosis und Intensität der Behandlungen - mit vorgegebenen Kontingenten, begrenztem Behandlungsrahmen und definiertem Behandlungsende.

Für die Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen sind sozialrechtlich laut PT-RL Verhaltenstherapie und die psychoanalytisch orientierten Verfahren - tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) und analytische Psychotherapie (AP) – zugelassen, die Systemische Therapie für Kinder und Jugendliche wird im Verlauf des Jahres 2024 hinzukommen.

Exemplarisch für die Regelungen der PT-RL möchte ich die Feststellungen zu übergreifenden Merkmalen von Psychotherapie in §4 der PT-RL nennen:

- (1) *Psychotherapie dieser Richtlinie wendet methodisch definierte Interventionen an, die auf als Krankheit diagnostizierte seelische Störungen einen systematisch verändernden Einfluss nehmen und Bewältigungsfähigkeiten des Individuums aufbauen.*
- (2) *Diese Interventionen setzen eine bestimmte Ordnung des Vorgehens voraus. Diese ergibt sich aus Erfahrungen und gesicherten Erkenntnissen, deren wissenschaftliche Reflexion zur Ausbildung von Behandlungsverfahren und -methoden, die in einem theoriegebundenen Rahmen gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 1 und § 6 Absatz 1 Nummer 1 eingebettet sind, geführt hat.*
- (3) *In der psychotherapeutischen Intervention kommt, unabhängig von der Wahl des Therapieverfahrens und der Anwendungsform (Setting), der systematischen Berücksichtigung und der kontinuierlichen Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung eine zentrale Bedeutung zu.*

Eine spezielle „ärztliche“ oder etwa „psychologische“ oder „pädagogische“ Psychotherapie ist in der PT-RL nicht geregelt.

Im Verlauf des berufspolitisch notwendigen Integrations- und gleichzeitig auch Abgrenzungsprozesses von den PP/KJP wurde der Begriff „ärztliche Psychotherapie“ in der Gremienarbeit von uns Ärzt:innen immer häufiger benutzt, um unsere eigene Identität hervorzuheben und einzufordern. Für die politische Arbeit konnten wir in größeren Abständen die Bundesärztekammer aktivieren, um Symposien und Stellungnahmen zu dieser Frage abzuhalten. Dabei hat uns unser Zusammenschluss von Niedergelassenen und Klinikern in der „Ständigen Konferenz der ärztlichen psychotherapeutischen Verbände“ (StäKo) sehr geholfen.

So hat der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) im Jahr 2006 auf dem Ärztetag einen Entschließungsantrag zur „Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen und gegen Stigmatisierung - für Stärkung der ärztlichen Psychotherapie“ vorgelegt und festgestellt, dass das Behandlungsverfahren der Psychotherapie aus der Medizin verdrängt zu werden drohe.

Forderungen des Ärztetages 2006 für die bessere Versorgung psychisch Kranker waren beispielsweise: Schaffung von Transparenz durch präzise Benennung von Institutionen der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen, eine bessere Vermittlung psychotherapeutischer und psychosozialer Kenntnisse und Fertigkeiten in der studentischen Ausbildung und

Approbation, die Erarbeitung von speziellen therapeutischen Konzepten (z. B. der Psychotraumatologie) sowie eine Festschreibung der ärztlichen Quote mit einem Versorgungsanteil von 40% für ärztliche Psychotherapeut:innen. Gleichzeitig wurde auch die Sicherung der Richtlinienpsychotherapie in den neuen Bundesländern gefordert, um den damals besonders eklatanten Mangel an ärztlichen Psychotherapeut:innen in diesen Regionen zu reduzieren. „Ärztliche Psychotherapie“ wurde aber in diesem Entschließungsantrag nicht genau definiert und nicht von psychiatrischer, psychosomatischer und kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung abgegrenzt. Das Dilemma um die Präzisierung des Begriffes „ärztliche Psychotherapie“ wurde mit diesem Entschließungsantrag der BÄK eher offensichtlicher, als dass er für eine Inhaltsklärung hilfreich war.

Neun Jahre später - im Jahr 2015 - wurde dann im Rahmen der Diskussionen um eine Neugestaltung des Psychotherapeutengesetzes und eine Direktausbildung zum Psychotherapeuten ein weiteres Positionspapier der Bundesärztekammer, diesmal tatsächlich zur „Ärztlichen Psychotherapie“, veröffentlicht. Darin war der Tenor, dass Ärztinnen und Ärzte die zentrale Säule in der Versorgung von Patient:innen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen seien. Die AWMF-Behandlungsleitlinien zu psychischen Störungen forderten bei vielen Erkrankungen eine Psychotherapie als notwendigen Bestandteil eines Gesamtbehandlungsplans. Es sei notwendig die biopsychosoziale Einheit bei der Betrachtung der Krankheiten von Patient:innen beizubehalten beziehungsweise auszudifferenzieren. Die psychotherapeutische Behandlung sei ein Teil der ärztlichen Therapie, die auch somatische Interventionen, wie zum Beispiel pharmakologische Therapien, umfassen müsse.

In einem anschließenden Symposium wurde öffentlich angemahnt, dass interessierte junge Menschen durch die Direktausbildung mit einem Psychotherapie-Studiengang den Eindruck gewinnen könnten, dass sie diesen wählen müssten, um später als Psychotherapeut:in arbeiten zu können. Das würde die „ärztliche Psychotherapie“ langfristig in den Hintergrund drängen und ausbluten. Es müsse wesentlich mehr dafür getan werden, dass der ganzheitliche Ansatz der „ärztlichen Psychotherapie“ in der Bevölkerung und bei den ärztlichen Kolleg:innen mehr ins Bewusstsein komme. Offen blieb auch im Verlauf dieser Diskussion eine Abgrenzung gegenüber kinder- und jugendpsychiatrischen, psychiatrischen oder psychosomatischen ganzheitlichen Behandlungen.

Verschiedene Versuche zur Definition einer „ärztlichen Psychotherapie“

Formal kann man es bei der Beschreibung des Begriffs der „ärztlichen Psychotherapie“ dabei belassen, dass es sich um eine von Ärzt:innen durchgeführte Psychotherapie handelt. Inhaltlich gab es verschiedene Versuche, das was „ärztliche Psychotherapie“ ausmacht, zu definieren. Die Ergebnisse aus drei Arbeitsgruppen sollen im Folgenden zusammengefasst werden:

Von unserer Fachgruppe der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wurde 2006 ein Leitfaden „Grundlagen der Psychotherapie im Fachgebiet der Kinder und Jugendpsychiatrie“ erstellt - federführend von Herrn Prof. Lehmkuhl unter Mitarbeit von Vertreter:innen der damaligen Vorstände der drei Verbände. Psychotherapie in unserem Fachgebiet wurde auf der Grundlage der Evidenz- und Theoriebasierung der damaligen Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und analytischen Psychotherapie) definiert. Speziell wurde auf die notwendige „psychotherapeutische Haltung“ des Kinder- und Jugendpsychotherapeuten eingegangen – mit Abstinenz und Integrität sowie der Verpflichtung, Behandlungen unabhängig von weltanschaulichen oder religiösen Anschauungen durchzuführen sowie mit Fürsorgepflicht gegenüber Patient:innen und ihren Familien. Zu den ethischen Grundlagen einer psychotherapeutischen Behandlung gehöre die Aufklärungspflicht, die Schweigepflicht, der „informed consent“, aber auch das Vermeiden von schädigendem körperlichem oder sexuellem Machtmissbrauch sowie finanzieller Ausbeutung. Jede psychotherapeutische Behandlung mit einem Kind oder Jugendlichen und seiner Familie müsse eingebettet sein in die Leitlinien gerechte Diagnostik, Differentialdiagnostik, Indikationsstellung und Differentialindikation für die verschiedenen Psychotherapieverfahren.

Richtlinien und Leitlinien konforme Psychotherapie könne auch nur ein wichtiger Baustein eines Gesamtbehandlungsplanes für Kind und Bezugspersonen sein. Begleitende medikamentöse Therapien, soziotherapeutische Ansätze oder Beratung der Eltern sollten gegebenenfalls im Sinne synergistischer Kombination mit der psychotherapeutischen Behandlung eingesetzt werden. Jeder psychotherapeutischen Behandlung solle eine sorgfältige Therapieplanung voraus gehen, welche die Definition von Therapiezielen beschreibe und Eltern und Patient:innen gegenüber transparent mache. Wenn spezifische Fachtherapien wie Musiktherapie, Kunsttherapie, Tanztherapie oder Ergotherapie zur Anwendung kommen, so sollen in diesen Fällen pathogenetische Vorstellungen und Therapieziele interdisziplinär abgestimmt werden. Das

Therapieende einer psychotherapeutischen Behandlung sei immer sorgfältig und vor allem rechtzeitig zu planen.

Die Bundesärztekammer ist 2011 einen großen Schritt zur Definition der „ärztlichen Psychotherapie“ vorwärts gegangen, indem sie Studien zur Versorgungsforschung zum Thema „Die spezifische Rolle der ärztlichen Psychotherapie“ in Auftrag gegeben hat.

Beide Studien wurden von Arbeitsgruppen von Psychiatern, Psychosomatikern und Kinder- und Jugendpsychiatern jeweils gemeinsam durchgeführt, aber mit unterschiedlichen Schwerpunkten und unterschiedlichen Methoden. In der Arbeitsgruppe um Frau Prof. Sabine Herpertz et.al. wurde neben der Auswertung von Fragebogen auch ein Diskussionsforum zur Definition der Begrifflichkeit der „ärztlichen Psychotherapie“ durchgeführt. Dabei bestand unter den Teilnehmer:innen weitgehend Konsens, dass „ärztliche Psychotherapie“ eine psychotherapeutische Intervention ist, die von Ärzt:innen durchgeführt wird, welche bereits während ihres gesamten Studiums auf die Ausübung von Heilkunde vorbereitet wurden. Andererseits wurde kritisch hinterfragt, ob Psychotherapie durch Ärzte tatsächlich eine qualitativ andere ist, als eine, die von Psychologischen Psychotherapeut:innen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen durchgeführt wird.

Als Gesamtergebnis hat die Arbeitsgruppe um Frau Prof. Sabine Herpertz u.a. die Spezifika der „ärztliche Psychotherapie“ vor allem mit notwendigen Kompetenzen ärztlicher Psychotherapeut:innen beschrieben:

- Aufgrund der ärztlich-naturwissenschaftlichen Grundausbildung - zusätzlich zur spezifischen psychotherapeutischen Weiterbildung - können psychotherapeutisch tätige Ärzte ihre psychotherapeutischen Behandlungen auf der Grundlage ihres ärztlichen Wissens von biologischen, psychischen und sozialen Perspektiven konzipieren und ihre psychotherapeutischen Behandlungen im praktischen Vorgehen in komplexe Therapieprogramme integrieren. So kann der ärztliche Psychotherapeut bzw. der psychotherapeutisch tätige Arzt auch medikamentöse Behandlungen und sozialpsychiatrische Maßnahmen parallel zur Psychotherapie einsetzen. Solche komplexen Behandlungsprogramme eignen sich besonders für die Behandlung von Komorbiditäten bei somatischen und psychischen Erkrankungen
- Bei psychotherapeutisch tätigen Ärzt:innen wird eine besondere Belastbarkeit im Umgang mit schwer und lebensgefährlich erkrankten Patient:innen erlebt, da die angehenden Mediziner:innen bereits in der ärztlichen Ausbil-

dung mit einem breiten Spektrum an Erkrankungen, aber auch damit verbundenem Leiden, konfrontiert sind und entsprechend sozialisiert werden.

- Psychotherapeutisch tätige Ärzt:innen arbeiten in ihren fachärztlichen Praxen nicht nur im vorgegebenen Rahmen der Richtlinienpsychotherapie sondern auch mit psychotherapeutischen störungsspezifischen Interventionen und Kurzzeittherapien um mit Flexibilität und Individualisierbarkeit in Inhalt und Dosis das psychotherapeutische Angebot an die Bedürfnisse einzelner Patient:innen angemessen anpassen zu können. Gleichwohl ist eine Abgrenzung psychotherapeutischer Kurzzeitinterventionen zum ärztlichen Gespräch notwendig. Für diesen Bereich der psychotherapeutischen Kurzzeitinterventionen sollten methodische Konzepte, gegebenenfalls störungsorientiert, entwickelt und erprobt werden

Als Fazit stellte diese Arbeitsgruppe fest, dass ärztliche Psychotherapie nicht nur ätiologisch orientierte und verfahrensbezogene Richtlinienpsychotherapie einschlieÙe, sondern auch evidenzbasierte störungsspezifische Methoden und störungsübergreifend einzusetzende Techniken. Ärztliche Psychotherapie könne als ein geplanter interaktioneller Prozess (nach ausführlicher Diagnostik) unter definierter Zielsetzung und mit gezielter Auswahl von Methoden und Techniken oder eines Verfahrens definiert werden. Sie habe einen definierten Anfang und ein ins Auge gefasstes Ende. Daneben gebe es auch jahrelange oder gar lebenslange niederfrequente Psychotherapien bei besonders schwerwiegenden und chronisch verlaufenden Erkrankungen oder auch begleitend zu einer somatisch medizinischen Behandlung bei lebensbedrohlichen körperlichen Erkrankungen. Ärztliche Psychotherapie meine immer einen inhaltlich zusammenhängenden Prozess, der sie von einer psychiatrischen, psychosomatischen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung unterscheide (Mindestanzahl von 6 TE, eine Behandlungsdichte von mindestens 6 Behandlungen innerhalb von einem halben Jahr und Mindestdauer einer psychotherapeutischen Intervention von 20 Minuten).

Die zweite Forschungsgruppe zu dem von der BÄK in Auftrag gegebenen Thema um Herrn Prof. Heuft u.a. stellte 2011 in ihrer umfangreichen Expertise fest, dass die institutionelle Verankerung der „ärztlichen Psychotherapie“ im Vergleich zur Vertretung der psychologischen Psychotherapie in der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) fehle und eine Ausgliederung des Psychischen aus der Medizin drohe. Dem müsse durch den Kern der ärztlichen Psychotherapie im Sinne einer personalisierten Medizin begegnet werden, bei der auch persönliche Erfahrungen und Beziehungsorientierung sowie psychische und soziale Faktoren von Patient:innen beachtet werden

und in eine gleichberechtigte Arzt-Patienten Beziehung einfließen. Insofern könne die „ärztliche Psychotherapie“ in Verbindung mit somatischen Diagnosen und Behandlungsverfahren das Attribut für sich in Anspruch nehmen die gesamte Person im Blick zu haben. Der immer noch bestehenden Tendenz zur Diskriminierung psychischer Störungen und Komorbiditäten sei somit zugunsten einer personalen beziehungsorientierten Medizin entgegenzuwirken. Ärztliche Psychotherapie wird als integrativer Faktor des psychischen und psychosozialen Blickwinkels bei der Behandlung somatischer und psychischer, speziell psychosomatischer Erkrankungen gesehen und es wird ein Stufenmodell vorgeschlagen, bei dem diese Sichtweise schon im Medizinstudium, dann aber in der psychosomatischen Grundversorgung, in einer fachgebundenen Psychotherapie und den speziellen Fachgebieten mit jeweils unterschiedlichen Kompetenzen integriert werden solle. Die ärztliche Psychotherapie im Sinne einer personalisierten Medizin könne auf diese Weise mehr in das Bewusstsein von Studierenden, Ärzten und Patienten gelangen.

Auch diese Gruppe definierte Kompetenzen für psychotherapeutisch tätige Ärzt:innen:

- Bei der fachärztlichen psychotherapeutischen Kompetenz werde eine selbstständige Fähigkeit gefordert, eigenständig auch in komplexen und herausfordernden Fällen Psychotherapie durchführen zu können, gegebenenfalls in Kombination mit fachspezifischer Medikation und nicht ärztlichen Interventionen.
- Es werde außerdem erwartet, dass mit neuen theoretischen Entwicklungen umgegangen werden kann und diese in das eigene Verfahren integriert werden.
- „Ärztliche Psychotherapie“ anzuwenden, bedeute auch störungsspezifische Therapien bzw. störungsspezifische Methoden und Techniken anzuwenden.
- Die Richtlinienpsychotherapie sei ein elementarer und unverzichtbarer Bestandteil des psychotherapeutischen Vorgehens, auch wenn einzelne Defizite erkennbar seien.
- Jeder fachärztliche Psychotherapeut müsse mindestens in einem psychotherapeutischen Verfahren und mit möglichst vielen Störungsbildern durch supervidierte Behandlungen weitergebildet sein. Erst durch diese grundlegende psychotherapeutische Weiterbildung sei er in der Lage für verschiedene Patienten geeignete störungsspezifische Interventionen auszuwählen und einzusetzen.

Abschließende Überlegungen

Alle bisherigen Versuche „ärztliche Psychotherapie“ zu definieren sind angreifbar und wenig stichhaltig. Die oben exemplarisch genannten Arbeitsgruppen haben „ärztliche Psychotherapie“ im Wesentlichen mit den Kompetenzen beschrieben, welche ärztliche Psychotherapeut:innen haben sollten.

Übereinstimmung scheint zu bestehen, dass der Zusatz „ärztliche“ so viel wie eine „von Ärzt:innen durchgeführte Psychotherapie“ heißen soll. Die durchführenden (Fach-)Ärzt:innen bringen spezifische Qualifikationen aus ihrer ärztlichen Sozialisation und Weiterbildung mit, insbesondere für eine Anwendung von Psychotherapie in einem Gesamtbehandlungsplan. Dabei werden neben der persönlichen Leistungserbringung in den Verfahren der Richtlinien-entherapie und der anderen psychotherapeutischen Leistungen der PT-RL u.a. auch sozialpsychiatrische Leistungen und medikamentöse Behandlungen in Kooperation mit anderen Therapeut:innen konzipiert. So gesehen ist die Formulierung im Entschließungsantrag der BÄK von 2015 zutreffend, dass die ärztliche Psychotherapie „ein Teil der ärztlichen Therapie“ sei, neben somatischen Interventionen, z.B. Medikation.

Die in beiden Arbeitsgruppen des Forschungsauftrags der BÄK im Jahre 2011 zu den Spezifika ärztlicher Psychotherapie versuchten Definitionen sind in langen Diskussionen von Experten entstanden und trotzdem wenig aufschlussreich geblieben. Einige Punkte müssen kritisch reflektiert werden:

„Ärztliche Psychotherapie“ als „personalisierte Medizin“ zu verstehen, steckt den Rahmen zu weit. In dem vor allem von Psychosomatiker:innen vorgeschlagenen „Stufenmodell“ für eine beziehungsorientierte Medizin sind allgemeine psychosoziale Kompetenzen, die alle Ärzte haben sollten, und psychosomatische Grundversorgung nicht klar von Psychotherapien abgegrenzt. In diesem Konstrukt würde zudem die „ärztliche Psychotherapie“ auf Leistungserbringer:innen erweitert, die keine Qualifikation nach PR-RL und PTV haben.

Es wurde postuliert, dass „ärztliche Psychotherapie“ in der Anwendung mehr sei als die Richtlinienpsychotherapie nach PT-RL und PTV. Unsere Sozialisation im Medizinstudium und im Heilberuf des Arztes befähigt uns besonders zu ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungen schwer, komplex und chronisch erkrankter Patient:innen. Bisher ist aber weder belegt, dass ärztliche Psychotherapeut:innen besonders viele schwere und chronische oder psy-

chomatische oder somato-psychische Erkrankungen behandeln, noch dass eine synergistische Kombination verschiedener Behandlungsmaßnahmen aus einer Hand besser wirksam ist, als eine Psychotherapie in Kooperation mit verschiedenen anderen Leistungserbringern.

„Ärztliche Psychotherapie“ wurde als Psychotherapie beschrieben, welche flexibel, individuell und variabel für die Patient:innen einsetzbar ist. Aber Flexibilität und Individualisierbarkeit für eine Dosis- und Zielanpassung von Psychotherapien sind wesentliche Ziele der Strukturreform 2017 in der PT-RL geworden und können mit Einführung neuer psychotherapeutischer Leistungen neben der Richtlinientherapie spätestens seit dieser Zeit nicht mehr als spezifisch ärztliche psychotherapeutische Leistung beschrieben werden. Psychotherapeutische Sprechstunden, Akutbehandlungen und Rezidivprophylaxe können inzwischen von allen Psychotherapeut:innen für ihre Patient:innen eingesetzt werden.

„Ärztliche Psychotherapie“ wurde als inhaltlich zusammenhängender Prozess beschrieben, allerdings nur mit einer Mindestzahl von sechs Therapieeinheiten innerhalb eines halben Jahres (also auch nur einmal monatlich) und mit einer Mindestzeit einer Intervention von 20min. Damit ist vor allem die Zeitdauer geringer angegeben als laut PT-RL und PTV für psychotherapeutische Leistungen vorgegeben (mindestens 30 min). Ein solches Konzept ist mit einer niederfrequent haltgebenden Richtlinienpsychotherapie laut PT-RL aber auch für alle Psychotherapeuten durchführbar.

Definierte Behandlungsziele, definierte Behandlungsfrequenz und Begrenzung durch ein bestimmtes Kontingent mit notwendiger Planung des Behandlungsendes als vorgegebenem Entwicklungsrahmen für Patient:innen sind wichtige Voraussetzungen einer psychotherapeutischen Behandlung, aber allgemeine Kennzeichen jedes psychotherapeutischen Prozesses und nicht spezifisches Kennzeichen einer von Ärzt:innen durchgeführten Psychotherapie. Diese Charakteristika für Psychotherapien sind eher Abgrenzungskriterien zu psychiatrischen Behandlungen.

Die in der PT-RL anerkannten Richtlinienverfahren sind ätiologisch orientierte Therapieverfahren, zu denen ebenfalls in der PT-RL verfahrensspezifische Methoden und Techniken definiert sind. Für die „ärztliche Psychotherapie“ wird zusätzlich in Anspruch genommen, dass bei Evidenznachweis in den entsprechenden AWMF-Leitlinien auch störungsspezifische psychotherapeutische Methoden und Techniken ohne Bezug zu den Verfahren der Richtlinienverfahren angewendet werden können. Störungsspezifische Methoden in

die PT-RL aufzunehmen wurde wiederholt gefordert, würde aber das bisherige Gefüge der PT-RL maßgeblich verändern.

Eine bio-psycho-soziale Komplexbehandlung, die Kombination verschiedener Behandlungsstränge und die Kooperation mit Fachtherapeut:innen und anderen Institutionen ist besonderes Kennzeichen unserer fachärztlichen, also psychiatrischen und vor allem sozialpsychiatrischen Behandlungen, und besonderes Merkmal in unserem Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Diese Kompetenzen auch als qualitatives Merkmal für eine „ärztliche Psychotherapie“ zu definieren, verwirrt eher und führt zu der zentralen Frage, wie denn „ärztliche Psychotherapie“ von psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungen abzugrenzen ist.

Der Begriff „ärztliche Psychotherapie“ ist entbehrlich; es ist in all den Jahren nicht gelungen diesen inhaltlich zu fassen und von der Psychotherapie der Psychologischen Psychotherapeut:innen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen einerseits bzw. von unseren psychosomatischen, psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen andererseits klar genug inhaltlich abzugrenzen.

Statt uns um Beschreibung einer „ärztlichen Psychotherapie“ zu bemühen sollten wir unsere fachspezifischen Behandlungen in Psychiatrie und Psychosomatik mehr mit Inhalt füllen und gleichberechtigt neben der Psychotherapie etablieren. Wir sollten eine eigenständige inhaltliche Diskussion zu den Inhalten unserer fachärztlichen kinder- und jugendpsychiatrischen Gespräche und Behandlungen führen. Was ist eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung? Was zeichnet sie aus? Es berührt mich, dass die Frage zur „Therapie in der ambulanten kinderpsychiatrischen Versorgung“ schon bei der ersten von mir mit anderen verantworteten BKJPP-Tagung 1995 in Kühlungsborn Tagungsthema war und dass es dreißig Jahre später immer noch schwerfällt, unsere fachärztliche kinder- und jugendpsychiatrische Arbeit allgemeinverständlich zu vermitteln und selbstbewusst gegenüber Psychotherapie abzugrenzen. Einige Aspekte dazu möchte ich hier noch nennen:

Fachärztliche Gespräche sind je nach Bedarf der Patient:innen auch situativ und anlassbezogen, niederschwellig stützend oder akut intervenierend notwendig und nicht nur im Rahmen einer Psychotherapie zu sehen. Damit sind sie nicht weniger wert als Psychotherapie, sondern anders. Evidenzbasierte störungsspezifische psychotherapeutische Interventionen können eine inhaltliche Definition der fachärztlichen Behandlungen bereichern.

Unsere fachärztliche Arbeit und Gesprächsführung wird wesentlich von dem oder den Richtlinienverfahren geprägt, welche wir in unserer Weiterbildung gelernt haben. Es gibt deutliche Unterschiede im Vorgehen mit Patient:innen und Bezugspersonen bei uns verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch oder systemisch ausgebildeten Kinder und Jugendpsychiater:innen. Das psychotherapeutische Richtlinienverfahren scheint mit seinem theoretischen Konstrukt eine Art „Gestalt“ für unsere Arbeit zu geben, in die wir unsere psychiatrischen Gespräche, unsere Medikamentenbehandlungen und unsere sozialpsychiatrische Arbeit mit multimodalen Behandlungsplanungen einbetten – manchmal auch neben und synergistisch mit einer Richtlinienpsychotherapie. Das zeichnet uns psychotherapeutisch tätige Ärzt:innen aus.

Wir sind Psychotherapeut:innen und Fachärzt:innen und sollten unsere Doppelqualifikation in unseren Fachgebieten in diesem Sinne weiterhin selbstbewusst darstellen und leben. Die Grundprinzipien der Psychotherapie mit den psychotherapeutischen Verfahren der PT-RL durchdringen unser ärztliches Handeln. So ist dann (siehe Formulierung der Arbeitsgruppe um Prof. Heuft für die „ärztliche Psychotherapie“) Psychotherapie als integrativer Faktor für einen psychischen und psychosozialen Blickwinkel bei der Behandlung somatischer und speziell psychosomatischer Erkrankungen zu sehen. Uns Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen zeichnet eine solche Sichtweise auf unsere Patient:innen gegenüber allen anderen Fachgebieten aus!

Literatur bei der Verfasserin

Autorin:

Dr. med. Christa Schaff, Lindenstr. 66, 14467 Potsdam

Interessenkonflikt:

Die Autorin ist Mitglied und Sprecherin der Ärzte im Unterausschuss Psychotherapie und Psychiatrische Versorgung (UA PPV) des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) für die Psychotherapie-Richtlinie und seit 1999 auch in den Vorläufer-Gremien des GBAs Mitglied gewesen. Sie war von 1999 bis 2017 Mitglied und von 2001 bis 2017 Vorsitzende der Ärzt:innen im Fachausschuss Psychotherapie (BFA) der KBV und langjährige Vorsitzende der Psychotherapie-Kommission der drei kinder- und jugendpsychiatrischen Verbände.

Behandlungsstandards im Bereich der (Kinder- und Jugend) Psychiatrie und Psychotherapie

Christian Maus, Kyrill Makoski

Zusammenfassung

Dieser Beitrag beleuchtet das insbesondere im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie bestehende Spannungsfeld zwischen der gesetzlich normierten Pflicht des Behandelnden, die Behandlung nach den „zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards“ durchzuführen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist (§ 630a Abs. 2 BGB) und der in dieser Fachrichtung nur schwer zu objektivierenden Beziehungsebene zwischen Therapeuten und Patienten. Neben der Darstellung der rechtlichen Voraussetzungen der (Kinder- und Jugend-)psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung fasst dieser Beitrag exemplarisch einschlägige Rechtsprechung zusammen, um so dem Therapeuten die Bedeutung des Begriffs „Behandlungsstandard“ für seine praktische Tätigkeit näher zu bringen.

Schlüsselwörter: Behandlungsstandard, Behandlungsfehler, Dokumentation

Abstract

This article sheds light on the tension, particularly in the field of psychiatry and psychotherapy, between the legally standardized obligation of the treating party to carry out the treatment according to the “generally recognized professional standards existing at the time of treatment”, unless otherwise agreed (§ 630a para. 2 BGB) and the relationship level between therapist and patient, which is difficult to objectify in this field. In addition to presenting the legal requirements for (child and adolescent) psychiatric and psychotherapeutic treatment, this article summarizes examples of relevant case law in order to give therapists an understanding of the meaning of the term “treatment standard” for their practical work.

Keywords: Standard of care, malpractice, documentation

1. Der Behandlungsstandard und seine gesetzliche Grundlage

§ 630a Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) verpflichtet den Behandelnden, die Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards durchzuführen, soweit mit dem Patienten nicht etwas anderes vereinbart ist. Der Behandelnde hat also die Möglichkeit, mit dem Patienten nach entsprechender Aufklärung eine „Standard-Behandlung“ zu vereinbaren, deren Einzelheiten allerdings nicht Gegenstand dieser Darstellung sind.

Was verbirgt sich hinter dem Begriff der „zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards“? Zur Beruhigung des Behandelnden sei vorweggeschickt, dass der Behandlungsstandard nicht von Juristen bestimmt wird, auch wenn es sich dabei um einen Rechtsbegriff handelt. Kurz gesagt, gehört die Behandlungsfehlerfreiheit zu den primären Leistungspflichten des Behandlers [1]. Nach der Gesetzesbegründung beziehen sich die medizinischen Standards primär auf die Art und Weise der Erbringung der Behandlung durch einen Arzt und sind nicht auf ein abstrakt vorgegebenes Ziel, sondern auf die in der Praxis bereits verfolgten Verhaltensmuster ausgerichtet; für Ärzte ist deshalb im Regelfall auf den jeweiligen Stand naturwissenschaftlicher Erkenntnis und ärztlicher Erfahrung abzustellen, der zur Erreichung des Behandlungsziels erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat (Bundestags-Drucksache [BT-Drs.] 17/10488, 19). Maßgeblich für die Definition des Standes der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und der ärztlichen Erfahrung sind regelmäßig Leitlinien, die von wissenschaftlichen Fachgesellschaften herausgegeben werden (**Bundesgerichtshof [BGH]**, Urt. v. 10.11.2019 – VI ZR 247/08). Die Gesetzesbegründung erwähnt des Weiteren, dass die zu beachtenden fachlichen Standards nur in dem Umfang maßgeblich sein können, wie sie für diese Behandlung auch tatsächlich existieren und anerkannt sind und erwähnt dies als „unproblematisch“ z.B. für Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (BT-Drs. 17/10488, 198). Je nachdem, von welcher methodischen Qualität die jeweiligen Leitlinien sind, haben diese mehr oder weniger stark ausgeprägte indizielle Bedeutung für den geforderten medizinischen Standard und damit für die Beurteilung der konkret erforderlichen Sorgfalt [2]. Der Behandlungsstandard ist damit zeit- und behandlungsortbezogen und regelmäßig auf das fachliche Gebiet des jeweiligen Arztes bezogen, so dass dieser die Einhaltung des Facharztstandards schuldet (**BGH**, Urt. v. 21.11.1995 – VI ZR 341/94).

Widersprechen sich Leitlinien allerdings oder ist der Behandler aufgrund eigener, fachlich basierter Überzeugungsbildung im konkreten Fall der Behandlung der Auffassung, dass bei seinen Patienten eine andere Behandlungsart medizinisch indiziert und erforderlich ist, kann er von den Leitlinien abweichen. Da er damit aber den medizinischen Standard unterschreitet, was er nach § 630a Abs. 2 Hs. 2 BGB kann, muss er den Patienten darüber aufklären. Die Gesetzesbegründung spricht ausdrücklich von der Dispositionsmöglichkeit der Parteien, einen von den anerkannten fachlichen Standards abweichenden Standard der Behandlung zu verabreden. Zudem wird völlig zutreffend konstatiert, dass die medizinische Behandlung grundsätzlich offen sein muss für neue Behandlungsmethoden, so dass ein Abweichen des Behandelnden vom gültigen Standard nicht notwendig zu einem Behandlungsfehler führt (BT-Drs. 17/10488, 20). Möglich ist es grundsätzlich auch, dass zum Zeitpunkt der Behandlung ein fachlich allgemein anerkannter Standard noch nicht oder nicht mehr besteht. Befindet sich z.B. ein bisher anerkannter Standard in der Ablösung, wird man zunächst bis zur vollständigen Ablösung noch beide Behandlungsmethoden als zulässig ansehen können [3].

Es sei noch einmal daran erinnert, dass der Arzt keinen Behandlungserfolg schuldet, sondern nur eine Behandlung nach dem Standard – so dass z.B. eine Suchtklinik nicht für einen Rückfall des Patienten verantwortlich ist (**Oberlandesgericht [OLG] Koblenz**, Urt. v. 23.12.2015 – 5 U 938/14).

Aus juristischer Sicht ist im Falle des Vorwurfs einer Unterschreitung des Behandlungsstandards die Ermittlung des Standards selber grundsätzlich Sache des Tatrichters, der sich dabei auf die medizinische Bewertung durch einen Sachverständigen aus dem betroffenen medizinischen Fachgebiet stützen muss und der als Mediziner wiederum z.B. Leitlinien zugrunde legt. Grundsätzlich kommt es im Übrigen auf die objektive Sorgfalt und nicht auf die subjektiven Fähigkeiten und Kenntnisse des Arztes an [4]. Verfügt der Behandelnde allerdings über persönliche Fähigkeiten und Kenntnisse, die über dem Standard liegen und wegen der er möglicherweise auch konsultiert worden ist, muss er diese auch ohne eine entsprechende Vereinbarung mit dem Patienten bei der Heilbehandlung einsetzen [5].

2. Die Unterschreitung des Behandlungsstandards im Bereich der (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie und Psychotherapie

Wie bereits unter 1. zitiert, geht der Gesetzgeber von der Existenz eines Behandlungsstandards in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie aus. Richtig ist, dass es zahlreiche einschlägige Leitlinien gibt. In einer im Jahr 2020 veröffentlichten Studie haben Psychotherapeuten, befragt zur Häufigkeit von Behandlungsfehlern in der Psychotherapie, 24 verschiedene von 100 möglichen Behandlungsfehlern angegeben, die mindestens einmal während ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit vorgekommen seien. Die meistgenannten Unterschreitungen des Behandlungsstandards waren die Verletzung therapeutischer Basisvariablen, eine mangelhafte Diagnostik bzw. Technikanwendung sowie mangelhafte Rahmenbedingungen [6].

3. Fallbeispiele

Darüber hinaus seien im Folgenden einige Gerichtsentscheidungen aufgeführt, die sich mit Behandlungsfehlern im Bereich der (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie und Psychotherapie befassen.

a. Behandlungsbeendigung

So hat das *Landgericht [LG] Kiel* (Urt. v. 7.11.2017 – 8 O 274/16) einen Behandlungsfehler einer Psychotherapeutin verneint, der vorgeworfen wurde, auf eine Retraumatisierung einer beim Reiten gestürzten Patientin nicht adäquat reagiert zu haben, obwohl es die Klägerin selber war, die den Behandlungsvertrag kündigte. Das Landgericht hat festgestellt, dass es keine Verpflichtung der Therapeutin zur Fortsetzung des Therapieverhältnisses „um jeden Preis“ gab, da dies gegen den Grundsatz der Vertragsfreiheit verstoßen würde. Ist das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Therapeut nachhaltig gestört, kann die Therapie nicht mehr erfolversprechend fortgesetzt werden. Die beklagte Therapeutin wollte zunächst eine Supervision hinsichtlich der Situation und der therapeutischen Beziehung durchführen; diese Supervision ergab, dass die beklagte Therapeutin die Therapie vernünftigerweise nicht fortsetzen wollte, was diese wiederum der Klägerin mitteilte, aber anbot, im Rahmen der schon vereinbarten Termine eine „ordnungsgemäße“ Abwicklung vorzunehmen. Die Durchführung der Supervision sei nach Ansicht des LG Kiel „vernünftig“ gewesen, die Entscheidung, ob die Therapie fortgesetzt werden könne, habe allein der Therapeutin obliegen.

Fordert ein Patient nachhaltig eine freundschaftliche Beziehung zu seinem Therapeuten ein und leistet der Therapeut, der dem entgegenwirken will, ausreichend Hilfestellung für einen Therapiewechsel, ist der Abbruch der Therapie durch den Therapeuten nicht zu beanstanden (**OLG Hamm**, Urt. v. 11.11.2016 – 26 U 16/16). Denn in allen Fällen ist der Grundsatz der therapeutischen Abstinenz (§ 6 Muster-Berufsordnung der Psychotherapeut*innen) zu beachten.

b. Medikationen

Besondere Vorsicht ist geboten, wenn Medikamente verschrieben werden. In einem Fall des **LG Hamburg** (Urt. v. 7.3.2013 – 323 O 323/10) hatte ein Arzt anstelle des Medikaments „Leponex®“, welches auf dem vorläufigen Entlassungsbericht notiert war, das Medikament „Hypnorex®“ verordnet. Die Patientin erlitt durch schwere Lithiumintoxikation eine dauerhafte Schädigung. Nach den Feststellungen des Gerichts war der Medikamentenname deutlich lesbar; die Dosierung von Hypnorex® entsprach nicht der im Entlassungsbericht vorgeschlagenen Dosierung; zuletzt war die therapeutische Breite von Hypnorex® deutlich **überschritten. Außerdem hatte der Arzt der Patientin vor dem Krankenhausaufenthalt selbst Leponex®** verschrieben.

Auch wenn ein Medikament mit dem Risiko eines epileptischen Anfalls verbunden ist, kann es trotzdem verordnet werden, wenn es wegen der im Vordergrund stehenden depressiven Krankheit erforderlich ist und Hinweise auf eine bestehende Epilepsie fehlen (**OLG Stuttgart**, Urt. v. 18.1.2011 – 1 U 82/10).

Bei vielen Medikamenten, die im Bereich der Psychiatrie verwendet werden, besteht ein Suchtpotential. Über dieses ist der Patient aber nicht gesondert aufzuklären (**OLG Dresden**, Beschl. v. 7.6.2018 – 4 U 307/18). In dem entschiedenen Fall mag das Gericht auch berücksichtigt haben, dass die Patientin selbst ausgebildete Krankenschwester war.

Allerdings reicht in vielen Fällen eine alleinige medikamentöse Behandlung nicht aus. Auch bei einer akut exazerbierten paranoiden Schizophrenie ist eine multimodale Behandlung standardgemäß, die neben der Medikation auch psychiatrische Einzelgespräche, Psychoedukation und Co-Therapien wie Ergotherapie, Bewegungstherapie und Soziotherapie umfasst. Die Einzelgespräche können nicht durch ärztliche Visiten ersetzt werden. Verlängert sich dadurch die Behandlung und muss der Patient unnötig lange auf einer geschlossenen Station bleiben, hat er einen Anspruch auf Schadensersatz. Wird in derart grober Weise der Behandlungsstandard verletzt, kommt es zu einer

Umkehr der Beweislast (§ 630h Abs. 5 S. 1 BGB), d.h. die Behandler **hätten nachweisen müssen, dass sich der Zustand des Patient auch bei einer multimodalen Therapie nicht schneller gebessert hätte** (*OLG Hamburg*, Urt. v. 17.3.2023 – 1 U 78/22).

c. Aufklärung

Im Bereich der (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie müssen die Patienten wie bei allen anderen Behandlungen auch aufgeklärt werden. Grundsätzlich muss der Patient auch über alternative Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Wenn die Therapien aber gleiche Erfolgchancen und Risiken haben, hat der Therapeut die Wahl der Behandlungsmethode (*OLG Hamm*, Urt. v. 11.11.2016 – 26 U 16/16).

Auch bei der Verschreibung von Psychopharmaka ist der Patient aufzuklären. Dies gilt aber bei Risiken und Nebenwirkungen nur, wenn diese auch bekannt sind. So ist bei der Gabe von Fluanxol® (Flupentixol) nicht über das Risiko einer Epilepsie aufzuklären, wenn das Medikament nur einmalig gegeben wird und dieses Risiko nicht beschrieben wurde (*OLG Hamm*, Urt. v. 2.7.2003 – 3 U 226/02).

Die Pflicht zur Aufklärung gilt auch dann, wenn ein Patient auf einer geschlossenen Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses behandelt wird und er verschiedene Psychopharmaka erhält, die dann zu akuten Atembeschwerden und einer dauerhaften Schädigung der Atemwege führen (*OLG Karlsruhe*, Beschl. v. 19.7.2013 – 7 W 40/12).

d. Eigen- und fremdgefährdendes Verhalten

Regelmäßig müssen Gerichte entscheiden, ob Krankenhausträger oder Therapeuten verantwortlich sind für den Suizid eines Patienten. Allerdings kann auch hier nicht ein absoluter Schutz verlangt werden. So besteht keine Pflicht, sämtliche Fenster einer geschlossenen psychiatrischen Station so auszustatten, dass sie auch unter Einsatz von Körperkraft nicht so geöffnet werden können, dass ein Patient hinaussteigen oder -springen kann (*BGH*, Urt. v. 31.10.2013 – III ZR 388/12).

Wird ein Patient, der wegen eines Suizidversuchs eingeliefert wurde, von der geschlossenen psychiatrischen Abteilung zur Chirurgie (zur erforderlichen Nachbehandlung) gebracht und dabei von einer Pflegekraft begleitet, ist dies ausreichend, wenn es keine Hinweise auf (fortdauernde) erhöhte Suizidalität

vorliegt. Läuft der Patient dann überraschend los und stürzt sich ein Treppenhaus hinab, haften die Ärzte nicht für die Folgen (**OLG München**, Urt. v. 13.1.2011 – 1 U 4927/09).

Ein Krankenhausträger haftet auch nicht für Übergriffe eines Patienten auf Mitpatienten, wenn dies nur gelegentlich geschieht und eine Zwangsmedikation nicht möglich ist. Die Freiheitsrechte des Patienten sind abzuwägen gegen die Schutzpflicht für die anderen Patienten; in der Regel werden dadurch freiheitsentziehende Maßnahmen wie Fixierung oder permanente Beaufsichtigung durch das Pflegepersonal nicht gerechtfertigt (**Amtsgericht [AG] Kassel**, Urt. v. 29.1.2015 – 435 C 5598/13).

Besteht bei einer Patientin eine Suizidgefahr, ist bei der Umstellung der antidepressiven Medikation besondere Vorsicht geboten. Bei der Umstellung von Maprotilin® auf Tagonis® (Paroxetin) ist eine Einnahmeunterbrechung von 5 bis 7 Tagen zwar nicht erforderlich, aber auch nicht fehlerhaft, denn nur so können wesentliche Folgen des Absetzens im klinischen Bild beobachtet werden. Zwar ist der Umstand eines möglichen Suizids frühzeitig in das therapeutische Konzept mit einzubeziehen, d.h. die Suizidalität müsse als gemeinsames Thema mit dem Patienten behandelt werden. Allerdings sei die Patientin dann nicht stationär einzuweisen, weil dies üblicherweise von der Patientin nicht als Hilfe erlebt werde. Es bestehe ein therapeutischer Spielraum (**OLG Hamm**, Urt. v. 21.11.2001 – 3 U 10/01).

Allerdings darf die Diagnose einer akuten Suizidalität nicht vorschnell aufgegeben werden. Denn diese Diagnose begründet eine gesteigerte Sicherungspflicht des Behandlers. Allerdings indiziert ein Suizidversuch nicht alleine eine Pflichtverletzung des behandelnden Arztes. Vielmehr muss sich aus dem dokumentierten Behandlungsverlauf ergeben, dass es Anzeichen gab, wonach der Patient sich selbst schaden wollte – und dennoch eine „Behandlungslockerung“ erfolgte (**OLG Hamm**, Urt. v. 20.12.2022 – 26 U 15/22).

Auch bei suizidgefährdeten Patienten kann das Risiko einer Selbstschädigung in Kauf genommen werden. Der Psychiater muss dabei aber Chancen und Risiken einer schrittweise zu gewährenden Freiheit abwägen. So kann ein Patient auch entlassen werden, wenn keine akuten Suizidgedanken erkennbar sind; in bestimmten Fällen kann es dann aber geboten sein, z.B. Angehörige über die bevorstehende Entlassung zu informieren, damit diese den Patienten abholen können. Dies ist aber nicht in allen Fällen zwingend, weil die Patientenautonomie zu beachten ist (**OLG Dresden**, Beschl. v. 2.11.2021 – 4 U 1646/21).

Wird ein Patient mit psychischen Auffälligkeiten nachts durch eine 5-Punkt-Fixierung ruhig gestellt und zieht er sich bei seinen „Befreiungsversuchen“ einen Muskelfaserriss zu, hat das **OLG Koblenz** (Urt. v. 22.12.2014 – 5 U 1132/14) eine Haftung abgelehnt, wenn Ärzte und Pflegepersonal situationsangemessen unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes vorgegangen sind. Denn eine dauerhafte direkte Überwachung des Patienten hätte diesen nicht nur stärker beeinträchtigt, sondern auch die Folgen des Umerschlagens des Patienten nicht vollständig vermieden.

Im Zusammenhang mit dem Amoklauf von Winnenden wurden auch die Therapeuten des Täters verklagt. Grundsätzlich hatte das **LG Heilbronn** (Urt. v. 26.4.2016 – 1 O 220/12) eine deliktische Haftung der Ärzte in Betracht gezogen, weil es im Rahmen der Therapiegespräche zu Fehlern bei der Befunderhebung gekommen war, z.B. bei geäußerten Mordgedanken keine Nachfragen erfolgten, die gebotene Sexualanamnese nicht erhoben wurde oder der Persönlichkeitsfragebogen fehlerhaft ausgewertet wurde. Wenn diese Fehler aber nicht zu einer nicht mehr vertretbaren Diagnose geführt haben, schließt dies eine Haftung aus. Zudem müsste immer die Mitursächlichkeit des Behandlungsfehlers für die Amoktat festgestellt werden, was man nur bei „Ankündigungshinweisen“ annehmen könne, die so genau sind, dass ggf. eine geschlossene Unterbringung hätte angeregt werden können.

e. Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Liegt bei einer Patientin eine deutliche Anorexie vor (BMI unter 13), besteht eine absolute Lebensgefahr. Wird die Patientin dann auf einer internistischen Station behandelt, übernehmen die dortigen Ärzte die Behandlungsverantwortung. Gerade in einem schweren Fall kann die Anorexie eine psychiatrische Grunderkrankung sein, die die freie Willensbildung beeinträchtigt – und daher eine Zwangsbehandlung rechtfertigt (**OLG München**, Urt. v. 8.7.2004 – 1 U 3882/03).

Literatur:

1. **Spickhoff** in Spickhoff, Medizinrecht, 4. Auflage 2022, § 630a BGB, Rn. 37
2. **Spickhoff** in Spickhoff, Medizinrecht, 4. Auflage 2022, § 630a BGB, Rn. 41
3. **Spickhoff** in Spickhoff, Medizinrecht, 4. Auflage 2022, § 630a BGB, Rn. 43
4. **Martis/Winkhart**, Arzthaftungsrecht, 5. Auflage 2018, B 24a
5. **Taupitz**, Patientenrechtegesetz: Hemmschuh für den medizinischen Fortschritt?, GesR 2015, 65
6. **Frenzl/Gawlytta/Schleu/Strauß**, (Kunst)Fehler in der Psychotherapie, Psychotherapie aktuell 2020, Nr. 4, 24-27

Korrespondenzadresse der Autoren:

Dr. Christian Maus, Dr. Kyrill Makoski
Möller und Partner
Breite Straße 69
40213 Düsseldorf
Tel. 0211/7584880
Homepage: www.moellerpartner.de
Mail: Zentrale@moellerpartner.de

Interessenkonflikt:

Seitens der Autoren bestehen keine Interessenkonflikte in Zusammenhang mit diesem Beitrag

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik

Im Mitgliederrundbrief 99/2 weist der Vorsitzende des BKJPP einleitend darauf hin, dass Deutschland nach 54 Jahren erstmals wieder an einem Krieg beteiligt ist, nämlich den Luftangriffen der NATO gegen die Bundesrepublik Jugoslawien, die es damals zumindest noch nominell gab. Das „Nie wieder Krieg“ der Ära nach dem 2. Weltkrieg war bis in die grüne Mitte in einen Streit um das richtige Vorgehen gegen Aggressoren und Diktatoren gewichen. Und auch wenn der Berufsverband kein politisches Mandat hatte und hat, konnte und kann er sich den lokalen und weltweiten Auseinandersetzungen um Recht und Gerechtigkeit, oft aber auch um Rechthaben und Macht, nicht entziehen.

Auseinandersetzungen gab es auch innerärztlich: Hausärzte gegen Fachärzte, Fach-Psychotherapeuten- gegen „Zusatztitler“, Niedergelassene gegen Kliniker. Überall Tumult und Geschrei.

Konstruktiv war das Bemühen, die zunehmend wichtige Arbeit der regionalen KJPP-Vertretungen auch in der Satzung des BKJPP abzubilden.

Im Rahmen der Berufspolitik wurde eine Stellungnahme der GFB zu Teilen des Referentenentwurfs zur GKV-Gesundheitsreform 2000 veröffentlicht, fast ein Déjà-vu, und Abrechnungshinweise gegeben.

In den Fachbeiträgen wies **Johannes Wilkes**, Erlangen, auf die Gefahr von **„Orlistat – Substanzmißbrauch durch Patienten mit Anorexia und Bulimia nervosa?“** hin. Nach der Darstellung der Wirkweise von „Orlistat“ (Tetrahydrolipstatin), dass die gastrointestinale Lipasen hemmt und so die Fettresorption vermindert, der Pharmakodynamik und Pharmakogenetik und der Nebenwirkungen weist er auch eine sich abzeichnende Tendenz hin, dass Essgestörte dieses Medikament zur Gewichtsreduktion benutzen.

Markus Löble und **Dieter Felbel**, Ravensburg, berichten über *„Psychisch kranke Jugendliche in Familienpflege - 2 Jahre Projekt-Erfahrung“*. Sie schildern, dass ausgehend von Erfahrungen in der Erwachsenen-Psychiatrie der eingetragene Verein „Arkade Ravensburg“ auch 12 Jugendliche in psychiatrischer Familienpflege betreute. Finanziert wurde dies nach § 35 a KJHG SGB VIII, also als Eingliederungshilfe der Jugendhilfe. Dargestellt werden die Pflegefamilien, die Herkunftsfamilien, die professionelle Betreuung, die Finanzierung und ein Fallbeispiel. Es habe nur zwei Betreuungsabbrüche gegeben. Insgesamt sei dies ein Nachsorgemodell, das in bestimmten Konstellationen bei hinreichenden Rahmenbedingungen psychisch kranken Jugendlichen Chancen eröffne.



Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen, stellt in einem umfassenden Beitrag *„Neurophysiologische Basisdiagnostik: Indikation und Befunderhebung“* dar. Nach einleitender Begriffsklärung werden die verschiedenen neurophysiologischen Verfahren, EEG, evozierte und ereigniskorrelierte Potentiale, Neuroradiologie, EMG und weitere prägnant beschrieben. Es werden die Indikationen für diese Verfahren erörtert. Ein besonderes Kapitel ist „EEG und Epilepsie“ gewidmet. Ausführlich wird auf die Hirnreifung und ihre Repräsentanz im EEG eingegangen. Unter Berücksichtigung der Weiterentwicklung verschiedener Untersuchungsverfahren, insbesondere in der Bildung, sollte dieser Beitrag, der auch viele EEG-Beispiele enthält, vor allem allen angehenden Kinder- und JugendpsychiaterInnen ins Pflichtenheft geschrieben werden!

In einem ebenfalls sehr umfassenden Beitrag erläutern **J. M. Fegert, F. Hässler** und **S. Rothärmel** „*Rechtliche Fragen und Notwendigkeiten der Patienten- und Elternaufklärung beim Einsatz atypischer Neuroleptika in der Jugendpsychiatrie*“ aus rechtlicher, psychiatrischer, pharmakologischer und ethischer Sicht. Hier wird u. a. auch das Problem des Off-Label-Use erörtert.

All diese Beiträge sind noch heute erhältlich und lesenswert, auch wenn sich einiges weiterentwickelt hat und neue Erkenntnisse und gesetzliche Änderungen berücksichtigt werden müssen!

Schließen will ich mit Gedanken von Reiner Kunze, die sich auch in dem Heft finden und ebenso in unsere Zeit passen:

Schnelle Nachtfahrt

Niemals wird es uns gelingen
die Welt zu enthassen.
Nur dass am Ende uns nicht Reue heimsucht
über nicht gelebte Liebe.

Reiner Kunze

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.

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 Spitzcok 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.

