

18. Sächsischer Psychotherapeutentag

Die Lebens- und Ideenwelt junger Erwachsener in Zeiten existenzieller Bedrohung

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

wenn wir heute die Ideen- und Lebenswelten junger Menschen in den Mittelpunkt des heutigen Psychotherapeutentages stellen, dann passiert das in Zeiten eines Umbruches, wie wir alle ihn noch nie erlebt haben.

Wir leben in Zeiten existenzieller Bedrohung, so ist es unserem Veranstaltungsmotto zu entnehmen. Ist das tatsächlich so? Ist das nicht übertrieben? Sollten wir uns nicht besser im Sinne einer gebotenen therapeutischen Abstinenz aus solchen gesellschaftspolitischen Fragen heraushalten?

Habe ich auch einmal gedacht, geht aber nicht mehr. Meine Therapiekonzepte funktionieren nicht mehr.

Mit großer Leidenschaft behandle ich junge Menschen, die an schizophrenen Psychosen erkrankt sind. Ich versuche über Psychoedukation und unter Einsatz kognitiver Verhaltenstherapie Symptome der Wahnstimmung und der Derealisation für die Erkrankten selbst verstehbar zu machen: Durch eine Überflutung der Informationsverarbeitungszentren mit Reizen können aktuelle Eindrücke nicht mehr mit gespeicherten Erinnerungen abgeglichen werden. Somit können sie auch nicht mehr als vertraut und ungefährlich bewertet werden. Mit Bereitstellung von Hilfs-Ich-Strukturen durch Angehörige, die stellvertretend die Bewertungen der Geschehnisse vornehmen und durch ihre Reaktionen der Zuversicht und der Gelassenheit Gefährlosigkeit vermitteln, kann bei den Menschen mit schizophrenen Erkrankungen diesen Symptomen entgegen gewirkt werden. Wir vermitteln ihnen: Die Welt ist nicht gefährlich, du wirst das dann wieder erkennen, wenn sich deine Überflutung der Informationsverarbeitungsprozesse legt und du wieder Zugriff auf deine gespeicherten Informationen hast. Trinke in diesen Situationen der Angst ein besonderes Getränk, esse einen besonderen Keks, das kann dich erden und die Sicherheit vermitteln, dass die Welt sicher und gut ist.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Therapie funktioniert nicht mehr. Ich zeige Ihnen jetzt die Mail der Mutter einer meiner Patientinnen, noch nicht einmal 2 Monate alt. Die Patientin ist 18 Jahre alt, lebt mit ihrer Mutter in der Sächsischen Schweiz, hat im vergangenen Frühsommer noch erfolgreich ihren Realschulabschluss abgelegt, eine Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpflegerin begonnen, ist dann an einer schizophrenen Psychose erkrankt. Ich habe nur die Namen ersetzt, der übrige Text ist original und unverändert (Folie):

Am 25.07.2021 um 18:40 schrieb Mutter:

Lieber Dr. Martens,

vorigen Sonnabend den hatten wir Hochwasser , wir hatten das Wasser wieder im Haus.

Etwa 22 cm hoch.

Draußen vor dem Haus war es noch höher.

Wir waren komplett von den Wasser eingeschlossen.

Hanna hat das sehr schlecht verkraftet.

heute früh hatte sie wieder ein schwere Krise.

Sie wollte ihre Tabletten wieder nicht einnehmen.

Sie hat hat sehr geschrien und auf den CD - Ständer geschlagen.

Auch wieder auf ihren Kopf.

Ich mache mir große Sorgen, das Hochwasser hat sie auf sich bezogen,

ihre Stimmen haben ihr gesagt das sie selber daran schuld sei

und das sie sich in die " Fluten " stürzen sollte.

Ich habe auch den Eindruck das es mehr Stimmen geworden sind.

Ich bin durch das Hochwasser auch mit den Nerven fertig.

wir sind immer noch beim aufräumen., was Hanna zusätzlich nervös macht.

Das nicht alles an seinen vorgeschrieben Ort steht.

Mit den einen Lieblingsgetränk oder Keksen lies sie sich nicht ablenken.

Hanna hat nun wieder täglich eine Krise.

Können sie mir helfen?

Nun fängt es wieder an zu regnen.

Freundliche Grüße

Mutter

Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Therapie funktioniert nicht mehr. Die Hilfs-Ich-Funktionen dieser Mutter wurden weggespült. Und niemand von Ihnen wird sich wundern, wenn meine früher oft so wirksamen Strategien mit Brause und Keks im Angesicht solcher existenzieller Bedrohungen wirkungslos bleiben, wenn sie nicht sogar zynisch wirken. Die Welt ist gut? Alles ist gut? Ich kann es nicht mehr so vermitteln. Ich bin nicht mehr glaubhaft. Und ich stehe heute hier und werbe vor Ihnen allen dafür, dass sich etwas ändert. Und zwar schnell. Nicht erst 2045.

Unsere therapeutischen Strategien funktionieren nicht mehr. Das gilt in gleicher Weise auch im Umgang mit vielen Kindern und Jugendlichen, die den größten Teil ihrer Freizeit in virtuellen Welten verbringen (Folie). Ich komme später noch einmal darauf zurück.



Wenn Kinder und Jugendliche nicht mehr von den Videospiele wegzubekommen sind, dann habe ich bisher bei den Familien dafür geworben, in den Wald zu gehen und dort echte Abenteuer zu suchen. Nun müssen wir uns leider schon an vielen Orten unseres Landes fragen: In welchen Wald?



In den meisten letzten Wintern konnten wir selbst hier im sonst schneereichen Osten nicht mehr empfehlen, Schlitten zu fahren, einen Schneemann zu bauen, Schneeballschlachten durchzuführen, einen Iglu zu bauen – weil es keinen Schnee mehr gab.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir können diese Veränderungen nicht einfach beiseite schieben und so tun, als ob sie uns in unserer Arbeit nicht berühren würden. Existenzielle Bedrohungen wie die Klimakatastrophe, aber auch manche andere Bedrohungen sind in der Mitte unserer Gesellschaft angekommen, somit auch in der Mitte unseres therapeutischen Handelns. Wenn wir das nicht realisieren, dann wird es uns so gehen wie unzähligen Dampfmaschinen-Spezialisten im vergangenen Jahrhundert. Wir werden nicht mehr gebraucht, weil wir keine Antworten mehr haben auf die Ängste und Nöte unserer Patientinnen und Patienten.

Gerne möchte ich in diesem Zusammenhang 4 Aspekte genauer beleuchten:

- 1.: Fremdinteressensgeleitete Entwicklung von Leitlinien am Beispiel der ADHS-Leitlinie
- 2.: Patientenorientierte Versorgungskonzepte für junge Menschen mit psychischen Erkrankungen im digitalen Kontext
- 3.: Welche Lebenswirklichkeit finden Kinder und Jugendliche in Sachsen vor?
- 4.: Verantwortung für unsere Patientinnen und Patienten zwingt uns zur Verantwortungsübernahme für die Welt, in der wir leben

1.: Fremdinteressensgeleitete Entwicklung von Leitlinien

Ich möchte das deutlich machen an dem Thema der medikamentösen Behandlung von Kindern mit ADHS und der Entwicklungsgeschichte der AWMF-Leitlinie.

Vor 3 Jahren wurde diese S3-Leitlinie ADHS veröffentlicht.

Vorausgegangen war der bei Leitlinien übliche Konsensusprozess, der jedoch durch eine Reihe von Eigentümlichkeiten aus dem Rahmen fiel.

Auffallend war zunächst der Umgang mit Interessenkonflikten.

Nach den Statuten der AWMF wird empfohlen, dass Mitwirkende mit hohen Interessenkonflikten nicht an Beratungen der Leitliniengruppe teilnehmen sollten. Ihr Wissen kann in Form einer schriftlichen Stellungnahme eingeholt werden.

Dass jedoch niemand aus der Steuerungsgruppe frei von Interessenkonflikten im Zusammenhang mit der pharmazeutischen Industrie gewesen ist, erscheint vor diesem Hintergrund bedenklich.

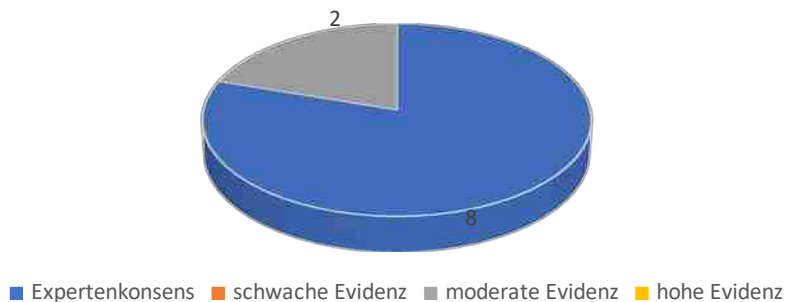
Nach der Veröffentlichung dieser Leitlinie wurde ich oft gebeten zu erklären, warum es für die Wirksamkeit der Pharmakotherapie einen höheren Evidenzgrad gegenüber psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen gibt.

Das kann ich leider nicht, weil es zumindest bei der ADHS-Leitlinie nicht stimmt.

Auch in einer S3-Leitlinie sind nicht alle Empfehlungen evidenzbasiert. Genauso ist es möglich, Abstimmungen im Rahmen eines Expertenkonsenses durchzuführen, wenn es denn für diese Frage keine wissenschaftliche Evidenz gibt. Die Auswahl der Fragen, über die als Expertenkonsens abgestimmt wird, obliegt der Steuerungsgruppe in der oben beschriebenen Zusammensetzung.

Sie sehen zunächst die Empfehlungen zur Diagnostik, von denen nur 2 von 10 evidenzbasiert sind (Folie 1).

Empfehlungen zur Diagnostik



Nun sehen Sie die Empfehlungen zum Interventionsalgorithmus (Folie 2).



Eine Pharmakotherapie der ADHS-Symptomatik soll nicht vor dem Alter von 3 Jahren angeboten werden

Bei mittelgradiger ADHS kann auch eine alleinige Pharmakotherapie angeboten werden.

Bei schwerer ADHS soll primär eine Pharmakotherapie nach einer intensiven Psychoedukation angeboten werden.

Nur eine Abstimmungsrunde einschließlich der Mitwirkenden mit Interessenskonflikten, 76,9 % Zustimmung

Da finden sich Aussagen zur Möglichkeit der Pharmakotherapie ab dem Alter von 3 Jahren, der Option einer alleinigen Pharmakotherapie bei einer mittelgradigen ADHS oder auch zur Empfehlung einer primären pharmakologischen Behandlung bei schwerer ADHS. Hier haben alle Teilnehmer abstimmen dürfen, auch diejenigen mit Interessenskonflikten aufgrund von Tätigkeiten für pharmazeutische Unternehmen. Für keine dieser Empfehlungen wurde eine auch nur schwache Evidenz festgestellt. Sie wurden als Expertenkonsens festgestellt und wenige Tage nach Veröffentlichung der Leitlinie von einem Mitglied der Steuerungsgruppe in einer Bekanntmachung eines Herstellers von Methylphenidat entsprechend interpretiert (Folie 3).

Evidenzbasierte Pharmakotherapie der ADHS: Die neue S3-Leitlinie

Eine der wesentlichen Neuerungen in der Leitlinie: Künftig sollte auch für Kinder und Jugendliche mit einer moderaten ADHS eine Pharmakotherapie in Erwägung gezogen werden. Bisher wurde eine Medikation vornehmlich für Kinder mit einer starken Ausprägung der psychischen Störung empfohlen. Im Erwachsenenalter sollte die Pharmakotherapie – neben der Psychoedukation – als primäre Therapieoption nicht nur bei schwerer, sondern auch bei leichter und moderater Ausprägung angesehen werden – sofern sich dies mit den Präferenzen des Patienten deckt.

„Das ist ein Unterschied zu den bisherigen Empfehlungen, die bei milder bis moderater Symptomatik primär eine psychosoziale Intervention vorsahen“, so Professor Manfred Döpfner bei einer ADHS-Expertenveranstaltung in diesem Frühjahr. Es gebe also einen Trend, die Pharmakotherapie im Therapiealgorithmus ein Stück weiter nach vorne zu rücken.

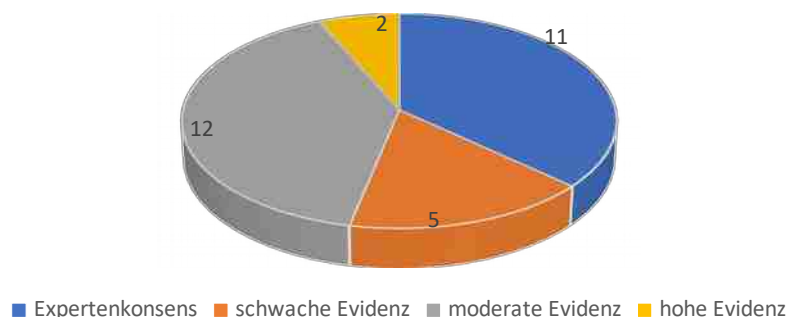
Es wird in der neuen Leitlinie erstmalig explizit darauf hingewiesen, dass bei Nichtansprechen der Pharmakotherapie überprüft werden soll, ob das Präparat in **ausreichender Dosierung** und in angemessener Verteilung über den Tag verordnet und eingenommen wurde.

Dabei heißt es doch in der britischen Nice-Leitlinie, bei deren Entwicklung der Einfluss von Interessen der pharmazeutischen Industrie wirksam begrenzt wird:

„Es gibt nur eine geringe Evidenz dafür, dass eine Medikation mit Stimulanzien den relativ schlechten Langzeitverlauf von vielen Betroffenen mit ADHS verändert. Zusätzliche psychologische und andere Therapien dürften daher den Langzeitverlauf positiv beeinflussen. Es bereitet Sorgen, dass Stimulanzien allein nicht dazu in der Lage sind, die Symptome hinreichend zu beeinflussen, und nur begrenzte Effekte auf andere mit der ADHS verbundene Problembereiche wie z. B. das prosoziale Verhalten haben.“

Es folgt in der nächsten Folie 4 die Übersicht zu den Empfehlungen der Interventionen auf psychologisch-psychotherapeutischer Basis.

Interventionen auf psychologisch-psychotherapeutischer Basis

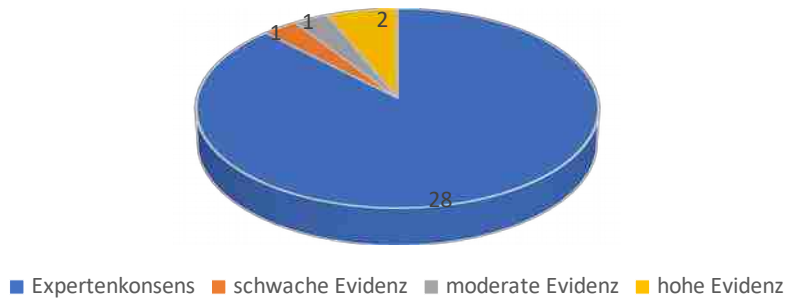


Mehr als 2/3 der Empfehlungen beruhen auf wissenschaftlicher Evidenz. Empfehlungen fanden hier also überproportional nur dann Berücksichtigung im Abstimmungsprozess, wenn sie denn wissenschaftlich belegt waren. Empfehlungen als Expertenkonsens wurden insbesondere auch zur psychodynamischen Psychotherapie wurden zwar eingebracht, aber weitaus seltener vom

Steuerungsgremium zugelassen. Schließlich handele es sich ja um eine S3-Leitlinie, so die Argumentation des Steuerungsgremiums. Da hätten nur evidenzbasierte Empfehlungen ihren Platz.

Nun wird es spannend (Folie 5):

Pharmakologische Interventionen

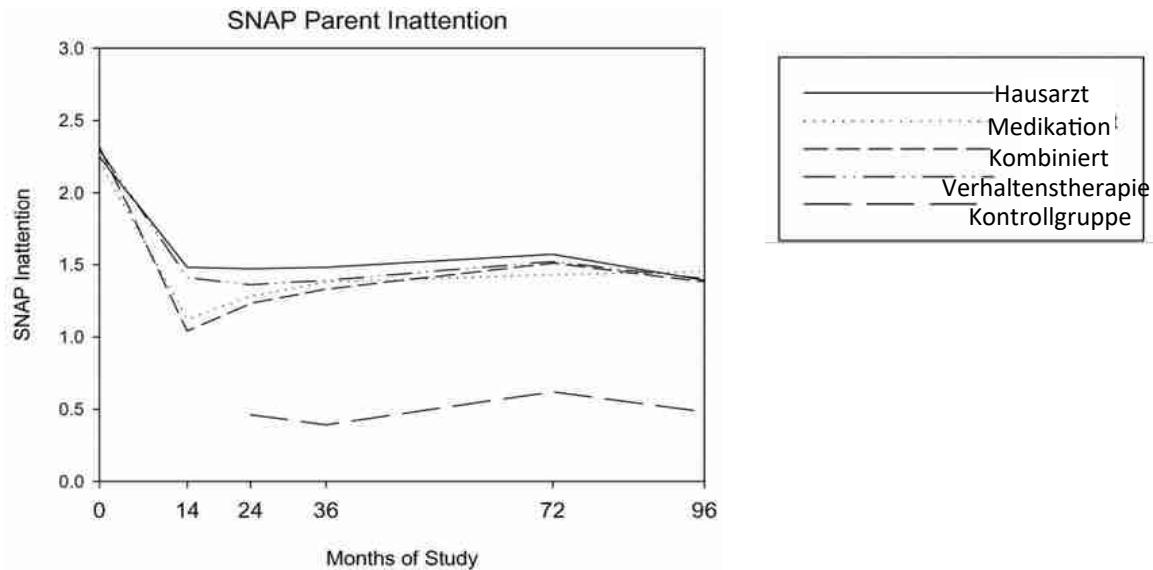


Hier sind die Empfehlungen zur Pharmakotherapie abgebildet: Nur 4 von 32 Empfehlungen sind evidenzbasiert, die übrigen 28 Empfehlungen sind reiner Expertenkonsens in der besagten Zusammensetzung der Mitwirkenden.

In der Gegenüberstellung wird noch einmal deutlich, welche Empfehlungen wissenschaftlich abgesichert sind und welche nicht (Folie 7).

In der gesamten Leitlinie fehlen fundierte Überlegungen zum Langzeitverlauf. Hier gilt die MTA-Studie, die über 500 Kinder mit ADHS über einen Zeitraum von zunächst 2 Jahren, dann 3 Jahren, dann 6 und 8 Jahren in 4 Gruppen untersucht hat: alleinige pharmakologische Behandlung, alleinige psychotherapeutische Intervention und kombinierte Behandlung sowie übliche hausärztliche Versorgung.

Zwar wird in der AWMF-Leitlinie die MTA-Studie zitiert mit dem Ergebnis eines positiven Effektes der Pharmakotherapie für einen Zeitraum von 24 Monaten. Es wird jedoch verschwiegen, dass in dieser Studie keine positiven Effekte der Pharmakotherapie gegenüber den nicht pharmakologisch behandelten Studienteilnehmern nach 36 Monaten zu beobachten gewesen sind, ebenso nach 6 oder 8 Jahren (Folie 8).



Es wird in der AWMF-Leitlinie nur festgestellt, dass ein fehlender Gewichtsrückstand von 2,7 kg und eine durchschnittliche Längenminderung um 2 cm nach 3 Jahren in der Regel klinisch nicht bedeutsam seien.

Nach 3 Jahren zeigen medizierte Kinder mit ADHS keine signifikanten Vorteile gegenüber den Kindern, die keine Medikation erhalten haben.

Um das zu verstehen, müssen wir uns der Frage zuwenden, welches Krankheitsverständnis wir diesen Kindern mit unserer Medikamentengabe vermitteln.

Die Psychiatriegeschichte hat viele Epochen durchlaufen. Zunächst war es ein gewaltiger Fortschritt, dass Wilhelm Griesinger vor mehr als 150 Jahren anmerkte: Geisteskrankheiten sind Hirnerkrankungen. Damit hat er einen wichtigen Kontrapunkt gegenüber mystischen Krankheitsmodellen gesetzt, die psychische Erkrankung unter anderem als Zeichen der Besessenheit von Dämonen gedeutet haben.

Nach mehr als 150 Jahren wissen wir über biochemische Prozesse im Gehirn weitaus besser Bescheid, haben daraus auch viele pharmakologische Behandlungsansätze entwickelt, die ohne Zweifel z. B. für Menschen, die an Schizophrenien oder an bipolaren Störungen leiden, außerordentlich segensreich sein können.

Aber dennoch scheinen wir auch negative Effekte hervorzurufen, wenn wir gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen solche biologistischen Krankheitsmodelle defizitorientiert kommunizieren.

Wir bestätigen, was die Betroffenen ohnehin schon vermuten, nämlich dass bei ihnen etwas nicht richtig funktioniert, dass sie einen Defekt haben, einen Makel, der durch die Einnahme eines Medikamentes gelindert werden kann. Ein Stoff, der fehlt, wird im Gehirn ersetzt, nicht vollkommen, aber ein bisschen, damit es nicht mehr so schlimm ist.

Die Erleichterung, nicht schuld an bisher frustrierten Bewältigungsversuchen der psychischen Symptome zu sein, weicht allerdings nach einiger Zeit oft einem Fatalismus. Wenn denn nur noch eine Tablette hilft, dann bin ich unvollkommen, dann bin ich weniger wert. So höre ich es nicht selten von Betroffenen.

Je mehr wissenschaftliche Erkenntnisse zu genetischen Markern und neurobiologischen Prozessen gewonnen werden, umso größer wird die Gefahr, dass Abweichungen reflexhaft mit abwertenden Attributen versehen werden: Defekt, Störung, Mangel, Überaktivität. All diese Begrifflichkeiten beschreiben nicht nur einen Funktionszustand, sondern sie beinhalten implizit eine Wertung. So werden die neurobiologische Konstitution und die damit verwobene einzigartige Identität des Betroffenen zur Erkrankung.

Wenn medikamentöse Behandlung mit einer solchen Wertung der neurobiologischen Konstitution des Betroffenen als krank verbunden ist, dann führt das unweigerlich zur Resignation und zum Versiegen von Selbstheilungskräften.

Dann holen nicht medizierte Kinder nach 3 Jahren die pharmakologisch behandelten Kinder ein, weil sie lernen mussten, mit ihrer neurobiologischen Besonderheit umzugehen, weil sie gezwungen waren, Kompensationsstrategien zu erlernen. Dazu hatten die medizierten Kinder keine Gelegenheit, sofern ihnen denn gesagt wurde, dass sie ja nicht anders können, weil ihnen ein Stoff im Gehirn fehlt, der durch das Medikament ersetzt werden muss.

Die Frage des Krankheitsverständnisses reicht aber auch tief in unsere psychotherapeutische Arbeit hinein.

Selbst eine intensive psychotherapeutische Intervention mit 27 Stunden Gruppentraining der Eltern, 8 Einzelterminen für die Eltern, 8 Wochen Sommercamp der Kinder, 12 Wochen Verhaltenstherapie mit einer Halbtagskraft in der Klasse und 10 Stunden Lehrerberatung hatten im Langzeitverlauf keinen positiven Effekt gegenüber den Kindern, die im Rahmen der Diagnostik auf die bestehenden Schwierigkeiten hingewiesen wurden, aber kein spezifisches Behandlungsangebot erhalten haben, also ihre Schwierigkeiten selber lösen mussten.

Erschöpft sich Psychotherapie in modularen symptom-spezifischen Interventionen zum Abtrainieren störender Verhaltensweisen? Dabei führt uns die Psychotherapieforschung immer wieder vor Augen, dass Psychotherapie von der Begegnung zwischen Patienten und Psychotherapeuten lebt.

Viele von Ihnen haben sicherlich die Diskussion um den Kinder- und Jugendpsychiater Michael Winterhoff mitverfolgt. Es ist menschenverachtend, jungen Menschen zu unterstellen, dass sie es sich nur bequem machen wollen, dass sie nicht bereit sind, sich anzustrengen, dass sie nicht gesellschaftsfähig sind. Die letzten Reste ihres Stolzes und ihrer Empfindsamkeit mit Antipsychotika abzutöten, um sie zu unterwerfen und in nicht kindgerechte Strukturen zu integrieren, ist ein Verbrechen. (Folie)

17
21.8.21
92

„Vulgäranalytische Einschätzung“

Die Kinderpsychiaterin Renate Schepker kritisiert Michael Winterhoffs Diagnosen

München – Renate Schepker ist Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Nach den Recherchen von WDR und Süddeutscher Zeitung zum Kinderpsychiater und Buchautor Michael Winterhoff fordert sie eine umfangreiche Untersuchung.

SZ: Die Lehre aus dem Fall Winterhoff lautet: Ein Kinderpsychiater kann eine eigene Diagnose erfinden und dann Medikamente mit schweren Nebenwirkungen schon kleinen Kindern jahrelang verschreiben, ohne dass ihn jemand daran hindert. Würden Sie zustimmen?

Renate Schepker: Um solche Auswüchse zu verhindern, gibt es eigentlich das Standesrecht und Gesetze. Krankenkassen erstatten nur die Behandlung von Diagnosen, die die Weltgesundheitsorganisation anerkennt. Und Ärztekammern bieten kostenlose Schlichtungsstellen für Patienten an.

„Man beeinflusst doch keine Eltern-Kind-Symbiose mit Beruhigungsmitteln.“

Trotzdem hat Michael Winterhoff über Jahre eine Diagnose gestellt, die sich in keinem offiziellen Verzeichnis findet: Entwicklungsretardierung im frühkindlichen Narzissmus verbunden mit Eltern-Kind-Symbiose.

Das ist keine korrekte Diagnose, sondern eine vulgäranalytische Einschätzung, die sich mit heutigen Therapiekonzepten nicht vereinbaren lässt.

Vielen seiner Patienten mit dieser Diagnose verordnete Winterhoff Pipamperon, ein Neuroleptikum mit sedierender Wirkung. Wie bewerten Sie das?

Wenn es die Diagnose tatsächlich gäbe: Man beeinflusst doch keine Eltern-Kind-Symbiose mit Beruhigungsmitteln. Und bei einer Entwicklungsverzögerung wäre ein dämpfendes Medikament ja genau falsch. Das Medikament hat seine Berechtigung bei expansivem und fremdgefährdendem Verhalten. Also in Notfällen?

So wird es heute verwendet, auch in der Jugendhilfe. Wenn ein Kind oder ein Jugendlicher es zum Beispiel nicht schafft, sich nach einem impulsiv-eruptiven Wutanfall wieder in den Griff zu bekommen, kann eine Dosis von 20 Milligramm angebracht sein. Wenn das nichts bewirkt, kann man nach 45 Minuten noch einmal dieselbe Dosis verabreichen. Schlimmstenfalls wird eventuell eine Krisenintervention in der Klinik notwendig. Aber das ist immer noch besser, als die Kinder dauerhaft zu sedieren.

Ehemalige Patienten von Winterhoff bezeugen, dass er ihnen wesentlich höhere Dosen verordnet hat – über Jahre.

Das ist in mehrerlei Hinsicht problematisch. Wer ein Medikament verschreibt, will damit ein bestimmtes Verhalten ändern. Das bedingt auch regelmäßige Kontrollen, besonders bei Kindern und Jugendlichen, die sich ja noch entwickeln. Regelmäßige Absetzversuche sind geboten, um zu sehen, ob das Medikament noch nötig ist. Was die Dosierung angeht: Es gilt, für jedes Kind die adäquate Dosis zu finden. Kinder unter zehn Jahren sollten nie mehr als ein Milligramm pro Kilogramm Körpergewicht erhalten. Daran hat er sich nicht gehalten, wenn sich die Aussagen der Betroffenen bestätigen.

Winterhoff sagt, er habe die Kinder regelmäßig fachärztlich kontrolliert.

Dann muss er das nachweisen. Welches Verhalten, welche Symptome sollen mit der Gabe des Medikaments beeinflusst werden? Mit welcher Dosis? Wie wurde die Dosis verändert? Wann gab es Absetzversuche? Wie hat das Kind darauf reagiert? Treten Nebenwirkungen auf? All das muss genau dokumentiert werden – übrigens moderner Weise in elektronischer Form und so, dass es nicht nachträglich manipuliert werden kann. Und die Patienten können diese Dokumentation auch einsehen.

Betroffene berichten, Winterhoff habe ihnen die Patientenakte erst auf wiederholte Nachfrage überlassen. In zwei Fällen musste sogar die Ärztekammer eingreifen.

Es handelt sich nicht um eine Gefälligkeit, die Patienten haben ein Recht auf diese Unterlagen. Das steht im Patientenrechtsgesetz, das seit 2013 gilt.



Renate Schepker ist Professorin für Kinder- und Jugendpsychiatrie. FOTO: IFF

Winterhoff argumentiert, er habe mit der Gabe von Pipamperon „bewusst keine Sedierung“ der Kinder und Jugendlichen angestrebt. Ist das möglich mit einem Mittel, dessen sedierende Wirkung sogar der Hersteller bestätigt?

Das kann bei einer Impulskontrollstörung funktionieren, wenn das Medikament in niedriger Dosierung und zeitlich begrenzt verabreicht wird. Das scheint aber, wenn die Zeugenaussagen zutreffen, in einigen Einrichtungen nicht der Fall gewesen zu sein. Sonst wären die Kinder ja nicht so sediert und müde gewesen, wie das Sorgeberechtigte und auch eine Erzieherin beschreiben. Es wäre deshalb zur Aufklärung erforderlich zu untersuchen, an wie viele Kinder Winterhoff das Medikament in welcher Dosierung verordnet hat.

Welche Rolle hat Ihre Fachgesellschaft?

Unsere Aufgabe ist es, Leitlinien und Standards für die Behandlung zu definieren. Daran sind die Ärzte zwar nicht zwingend gebunden, aber wer davon abweicht, muss das begründen können. Die Kontrolle der Ärzte ist Sache der Ärztekammern.

Mehrere Patienten von Winterhoff geben an, sie hätten sich an die Ärztekammer Nordrhein gewandt – vergeblich.

Dazu kann ich im Detail nichts sagen, weil ich die Vorgänge nicht kenne. Vorgesehen ist jedenfalls, dass die Beschwerden von einer Gutachterkommission genau untersucht werden. Diese Verfahren können sehr aufwendig für die betroffenen Ärzte sein. So kenne ich es jedenfalls aus Baden-Württemberg, wo ich selbst als Gutachterin involviert bin.

Wenn Betroffene ihren Arzt für eine Fehlbehandlung verantwortlich machen wollen, stehen sie vor dem Problem, dass Folgewirkungen oft erst Jahre später auftreten. Dann greifen die oft sehr kurzen Verjährungsfristen, der Arzt ist nicht mehr zu belangen.

Die kurzen Fristen halte ich auch für problematisch. Veränderungen wären aber möglich – wie beim sexuellen Missbrauch, wo sie jetzt unter dem Druck der Betroffenen gesetzlich verlängert wurden. Auch unsere Fachgesellschaft hatte sich dafür ausgesprochen.

Empfinden Sie es als rufschädigend, wenn ein Kinderpsychiater seine Patienten entgegen den Leitlinien behandelt? Rufschädigend ist er schon seit Jahren, mit dem, was er in seinen Vorträgen als Kinderpsychiater verbreitet. Seine pädagogischen Grundüberzeugungen sind in keiner Weise wissenschaftlich fundiert und werden von der Fachgesellschaft nicht geteilt. Ich befürchte, dass durch die Diskussion um ihn unsere Arbeit generell in Misskredit gerät – auch bei Eltern und Einrichtungen, deren Kinder dringend auf kinderpsychiatrische Beratung angewiesen sind.

INTERVIEW: RAINER STADLER

Berlin – wieder Au kelunter tigten Pa ge Mobili die Zukun zweiges. E arde Euro pe aus Ma tung in sei Lampe, Februar a kel teilge und mit L Dabei sei Kanzlerin veranstalt ten. Und M te Idee: „O Kanzlerin bald wiede neben all d fel wäre sic Doch da das dürfte dass die C nicht wirk wäre wohl s liengipfel z für einen g

Ich bin Frau Prof. Schepker sehr dankbar, dass sie sich als eine der wenigen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen sehr deutlich fachlich zu dem Fall Winterhoff geäußert hat.

Aber wer hat den Mut, sich gegen solche tendenziösen Leitlinien offen zu positionieren, gegen eine Phalanx fremdbeeinflusster tatsächlicher oder vermeintlicher Experten.

Wenn wir uns mit existenzieller Bedrohung heute befassen, dann müssen wir als Ärzte und Therapeuten zwingend reflektieren, ob wir – selbst wenn es gut gemeint sein mag – nicht selbst ein Teil der existenziellen Bedrohung unserer Kinder und Jugendlichen sind.

Wie begegnen wir unseren Patienten?

Mit Mitleid für ihre Unvollkommenheit?

Oder mit Respekt und Begeisterung für ihre Besonderheit?

So kann ich die neurobiologische Spezifik eines ADHS-Kindes auch dadurch beschreiben, dass es für andere interessant und mitreißend ist, immer originelle Ideen hat, kontaktfreudig und reaktionsschnell ist. Dann kann ich als Erkrankung die aktuell fehlende Passung zwischen den an das Kind gerichteten Anforderungen und seiner Konstitution formulieren, ohne das Kind im Kern seiner Persönlichkeit als defizitär zu labeln.

Behandlung heißt dann, dem Kind Unterstützung anzubieten, seine Besonderheit in Stärke zu wandeln, die Passung zwischen ihm und den Anforderungen der Umwelt herzustellen. Das beinhaltet auch den Schutz vor unangemessenen Anforderungen. Und das beinhaltet, dass wir Verantwortung dafür tragen, die heutige und die zukünftige Welt kindgerechter zu gestalten.

Da kann ein Medikament vorübergehend im Einzelfall hilfreich sein, aber nur zur Unterstützung der Anstrengungen des Kindes, nicht aber mit dem Ziel, dauerhaft die neurobiologische Konstitution zu verändern.

Die Frage der Auswirkungen medikamentöser und nichtmedikamentöser Interventionen auf das Krankheitsverständnis und das Selbstbild unserer Patienten sollten wir uns aber auch bei anderen Krankheitsbildern stellen.

Ohne Zweifel sind bei Erkrankungen wie bipolaren Störungen oder schizophrenen Psychosen die heutigen Möglichkeiten medikamentöser Behandlung oft unverzichtbar und segensreich.

Wir wissen aber auch, dass die Effekte medikamentöser Behandlung vieler anderer Störungsbilder nicht weit vom Placebo-Effekt entfernt sind. Das gilt auch für die Somatik.

Ist denn der Placebo-Effekt schädlich? Wenn er denn in der Behandlung üblicherweise vorübergehender Beschwerden genutzt wird, dann sicherlich nicht.

Wenn wir jedoch den Placebo-Effekt bei Kindern und Jugendlichen mit vermeintlichen neurobiologischen konstitutionellen Störungen einsetzen, dann mögen wir vorübergehend eine Symptombesserung erreichen.

Wenn das aber dazu führt, dass ein gut begabtes, selbst denkendes und nicht immer hinreichend angepasstes Kind durch die Einnahme von Medikamenten mit Placebo-Wirkung als gestört gelabelt wird, dann ist das nicht selten der erste Schritt zu der Beantragung und Bewilligung von Leistungen aus der Pflegeversicherung z. B. nach Pflegegrad 2 und einem Schwerbehindertenausweis. Was macht das mit so einem Kind?

Unsere Aufgabe ist es, unsere Patienten zu ermutigen, ihre Einzigartigkeit als große Ressource zu entdecken, ohne dabei unsere Augen vor ihrem Leid zu verschließen.

2.: Patientenorientierte Versorgungskonzepte für junge Menschen mit psychischen Erkrankungen im digitalen Kontext

Liebe Kolleginnen und Kollegen, das Bundesgesundheitsministerium hat uns einen Aufbruch in neue digitale Welten beschert, der als Fortschritt gefeiert wird, jedoch in Teilbereichen nichts anderes ist als eine existenzielle Bedrohung für die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen.

Dabei werden Kinder und Jugendliche mithilfe der Telematik-Infrastruktur unter Nutzung von uns als Handlangern ihres Versicherungsschutzes beraubt. Folie



Folgendes Fallbeispiel soll erläutern, wie Kinder und Jugendliche in unserem Land durch Verlust des Krankenversicherungsschutzes in existenzielle Bedrohung gebracht werden:

Ein jetzt 16 Jahre alter Jugendlicher hat vor 3 Jahren den plötzlichen Herztod seines allein erziehenden Vaters miterleben müssen, diesen noch versucht zu reanimieren, bis der Rettungsdienst eingetroffen ist. Seit dieser Zeit lebt er in einer Wohngruppe, weil seine Mutter aufgrund eigener Besonderheiten sich nicht um ihn kümmern kann. Er steht unter Amtsvormundschaft. In diesem Frühjahr wurde die eGK beim Versuch des Einlesens gesperrt. Dazu ist es wichtig zu wissen, dass wir mit dem Versichertenstammdatenabgleich nicht nur Anschriftsänderungen auf die eGK übertragen. Wenn die Krankenkasse die Versicherung als nicht mehr gegeben ansieht, dann kann sie im Rahmen des Versichertenstammdatenabgleichs durch unser Einstecken der Karte in unser Kartenterminal die

eGK irreversibel deaktivieren. Wenn man die eGK in ein mobiles Lesegerät steckt, das nicht mit der Telematik-Infrastruktur verbunden ist, dann bleibt die eGK aktiviert. Wenn wir dem Gesetz Folge leisten und den Versichertenstammdatenabgleich durchführen, dann berauben wir Kinder und Jugendliche ihren Versicherungsschutz, ohne dass zuvor uns eine entsprechende Warnung darauf hinweist und uns die Chance gibt, diesen Prozess abzubrechen.

Der Jugendliche hatte daraufhin versucht, die Angelegenheit zu klären, indem er sogar per online-Termin-Vergabe eine Filiale der Krankenkasse aufgesucht hat. Weil er noch nicht volljährig war, wurde er abgewiesen. Er sei nicht befugt, Anträge zu stellen.

In einem gemeinsamen Telefonat mit dem Jugendlichen gelang es schließlich nach erheblichem Nachdruck, von der Krankenkasse folgende Auskunft zu erhalten: Die nicht mehr sorgeberechtigte Mutter habe einen jährlich auszufüllenden Fragebogen zur Familienversicherung nicht zurück an die Krankenkasse geschickt. Daraufhin habe nach den gesetzlichen Vorgaben die Familienversicherung für den Jugendlichen beendet werden müssen. In diesem Fragebogen hätte die Mutter Angaben zu ihrem aktuellen Einkommen sowie zum Einkommen des Vaters machen müssen. Wenn der Vater inzwischen mehr verdiene, dann könne der Jugendliche nicht weiter bei der Mutter familienversichert sein. Der Hinweis, dass der Vater bereits vor 3 Jahren verstorben ist und aus diesem Grund kaum ein höheres Einkommen als die Mutter erzielen kann, sei nicht von Interesse. Es sei gesetzlich vorgeschrieben, dass die Mutter das als Versicherungsnehmerin erklären müsse. Auch wenn eine solche Erklärung für das vorhergehende Jahr bereits abgegeben worden sei, könne aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen nicht davon abgesehen werden, dass die Mutter diese Erklärung jährlich erneuere. Ohne den Auskunftsbogen der Mutter und einen erneuten Antrag des Vormunds werde der Jugendliche nicht wieder krankenversichert.

Eine Kollegin berichtete mir von einem Kind, das beide Eltern bei einem Verkehrsunfall verloren hatte und erst nach Monaten wieder krankenversichert war, nachdem seine Vollwaisenrente bewilligt worden war.

Es wurden mir auch Fallkonstellationen berichtet, nach denen Väter, denen das Sorgerecht entzogen wurde, aus Rache das Kind bei ihrer Krankenkasse von der Familienversicherung abgemeldet haben, ohne dass die Mutter dazu in der Lage gewesen ist, das Kind über sich familienversichern zu lassen. Auch hier wurde die eGK im Rahmen des Versichertenstammdatenabgleichs deaktiviert.

So selten solche Konstellationen auch sein mögen, so bedrohlich und retraumatisierend sind sie zugleich für die betroffenen Kinder und Jugendlichen. Seither setze ich mich dafür ein, dass Kinder und Jugendliche so lange bei einer Krankenkasse versichert bleiben, bis eine andere Krankenkasse die Versicherung bestätigt. Diese Forderung haben wir erst Anfang September im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KBV in Berlin einstimmig verabschiedet.

Zur existenziellen Bedrohung kann für viele Kinder und Jugendliche auch die elektronische Patientenakte werden, zu deren Befüllung wir verpflichtet sind. Das elterliche Sorgerecht und damit auch das Einsichtsrecht in unsere gesamte Dokumentation, auch in unsere Therapiemitschriften, gilt zunächst bei Minderjährigen uneingeschränkt. Wir müssen das alles auf Zuruf der Eltern in die elektronische Patientenakte laden, zur Einsicht der Eltern auf ihrem Handy oder Tablet. Nur dann, wenn wir bei einzelnen Dokumenten die Auffassung vertreten, dass der Vertrauensschutz des Jugendlichen ein höheres Rechtsgut ist, können wir uns dem Ansinnen verweigern. Eltern können jedoch gerichtlich auf die Einsichtnahme klagen. Sollte der Richter unserer Einschätzung nicht folgen,

so bedeutet das, dass wir uns sowohl wegen eines Verstoßes gegen das Patientenrechtegesetz als auch hinsichtlich zivilrechtlicher Ansprüche belangbar gemacht haben.

Bisher habe ich meinen Patienten zugesichert, sofern ich sie für hinreichend einsichtsfähig gehalten habe, dass alle vertraulichen Informationen, die sie mich wissen lassen, nicht weitergegeben werden. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob wir diese Zusicherung noch mit gutem gewissen Gewissen geben können. Der Pfarrer wird es weiter können, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Beratungsstellen auch. Wir möglicherweise nicht mehr, weil wir gesetzlich zur Dokumentation und zur Offenlegung unserer Behandlungsunterlagen verpflichtet sind.

Das bedeutet nicht, dass wir grundsätzlich Therapie an den Eltern vorbei machen wollen. Aber manche Entwicklungen benötigen Zeit. Wenn zum Beispiel ein Jugendlicher sich verzweifelt an uns wendet, weil seine sexuelle Orientierung nicht kompatibel mit den Erwartungen der Eltern ist, dann ist es selbstverständlich notwendig, dem Jugendlichen bei der Lösung dieses Konfliktes zu helfen. Aber Prozesse benötigen ihre Zeit. Eine Lösung kann nicht darin bestehen, dass Eltern unmittelbar nach der Therapiestunde die Inhalte vertraulicher Gespräche regelhaft nachlesen können.

Das gilt in gleicher Weise, wenn wir Kinder aus hochstrittigen Elternkonstellationen behandeln. Wenn Informationen, die Kinder uns zu den Eltern geben, nicht mehr vertraulich bleiben, sondern von den Eltern im Anschluss an den Termin automatisch abgerufen und für etwaige gerichtliche Sorgerechtsverfahren verwendet werden können, dann werden wir diesen Kindern mit unserer Arbeit zukünftig mehr schaden, als dass wir ihnen helfen können.

Genau eine solche automatisierte Zugriffsmöglichkeit fordert übrigens der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen in seinem neuesten Gutachten vom Frühjahr dieses Jahres. Alle Informationen, die Ärzte und Psychotherapeuten erheben, sollen automatisiert mit der elektronischen Patientenakte synchronisiert werden, so wird es von diesen Experten gefordert. Und der Sachverständigenrat fordert, dass alle diese Daten für die wissenschaftliche Forschung zugänglich gemacht werden. Lediglich eine Widerspruchslösung wird noch für angemessen gehalten.

Erschreckend ist eine der Begründungen dafür:

738. Ein systematischer Ausschluss bestimmter Bevölkerungsgruppen bei der Anwendung einer ePA und einer sekundären Datenverwendung, z. B. durch den Versicherungs-, Bildungs- oder Aufenthaltsstatus, sollte verhindert werden. Sofern an dem derzeit (Stand Dezember 2020) vorgesehenen (Opt-in-)Zustimmungsverfahren festgehalten wird, sollte diese Problematik der Einseitigkeit in den Daten (Selektionsbias) in der Ausgestaltung der Regelung besonders berücksichtigt werden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, eine technokratische Sprache mit Verharmlosung des Raubes der Menschenwürde von benachteiligten Menschen hat es in der Geschichte unseres Landes schon einmal gegeben. Das Widerspruchsverfahren soll also dazu führen, dass Menschen, die die komplexen Folgen der Verwendung ihrer Daten nicht überblicken können, automatisch für die Forschung rekrutiert werden, und nur noch die Bevölkerungsgruppen, die das überblicken können, die Chance des Widerspruchs haben. Denn wer nicht zustimmen kann, wird erst recht nicht widersprechen können. Dass durch eine solche Regelung ebenso ein Bias erzeugt wird, scheint den

Mitgliedern des Sachverständigenrates entgangen zu sein, denn damit werden die vom Sachverständigenrat benannten Bevölkerungsgruppen zwangsläufig überrepräsentiert sein.

Schon jetzt führt die Aktivierung der elektronischen Patientenakte zu offensichtlichem Rechtsbruch:

Die elektronische Gesundheitskarte wird nicht an die Sorgeberechtigten verschickt, sondern an den Versicherungsnehmer. Das ist in der Regel der Elternteil, der das höhere Einkommen bezieht, der aber durchaus getrennt von dem Kind leben kann und nicht das Sorgerecht hat. Dieser erhält die elektronische Gesundheitskarte mit den Zugangsdaten für die ePA. Solange die ePA nicht aktiviert ist, mag erst einmal nichts Schreckliches passieren. Aber stellen Sie sich vor, dieser nicht sorgeberechtigte Versicherungsnehmer gibt die eGK mit Zugangsdaten an den Sorgeberechtigten weiter. Der sorgeberechtigte Elternteil lässt die ePA des Kindes befüllen. Dann meldet der Versicherungsnehmer die eGK als verloren. Er bekommt dann eine neue eGK mit neuen Zugangsdaten zugeschickt, mit denen er Einsicht in die elektronischen Patientenakte des Kindes nimmt, für das er nicht sorgeberechtigt ist, gegenüber demjenigen, er sich möglicherweise nicht korrekt verhalten hat. Das ist auch unter den jetzigen gesetzlichen Festlegungen ein eklatanter Bruch der heilberuflichen Schweigepflicht.

Nach meiner Kenntnis wird der Zugang zur elektronischen Patientenakte bei Jugendlichen mit Erreichen der Volljährigkeit noch nicht einmal deaktiviert. Eltern haben somit weiterhin Zugriff auf die elektronischen Patientenakte. Sofern der Volljährige noch weiter über die Eltern familienversichert ist, erhalten diese weiterhin die Zugangsdaten für die elektronischen Patientenakte.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, das bekommt jede Volksbank in der Provinz besser hin als unsere Gesundheitspolitik, die Rechte von Jugendlichen zumindest mit Erreichen der Volljährigkeit zu wahren.

Im Auftrag der Ständigen Kommission psychotherapeutisch tätiger Ärzte der Bundesärztekammer durfte ich diese Problematik am 17.10.2019, also vor 2 Jahren, Herrn Klose, dem für die Gematik zuständigen Abteilungsleiter im BMG, vortragen. Er bestätigte, dass es diese offenen Fragen gebe. Diese seien ihm bekannt, jedoch seien diese nur schwer lösbar. Es sei nicht damit zu rechnen, dass wegen solcher randständiger Fragen das gesamte Projekt der elektronischen Patientenakte verzögert oder gekippt werde.

Selbst Initiativen der Bundespsychotherapeutenkammer und Resolutionen der Vertreterversammlung der KBV, die wir auf den Weg gebracht haben, haben keine Lösung für diese rechtswidrige Problematik angestoßen.

Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen sind somit auch durch diese unzulängliche Digitalisierung des Gesundheitswesens bedroht.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wie kann es denn anders gehen? Wir sollten nicht in Resignation verfallen. Es gibt auch Entwicklungen, die hoffnungsvoll stimmen:

Am 02.09.2021 hat der Gemeinsame Bundesausschuss die sogenannte Komplexrichtlinie verabschiedet. Dadurch werden besondere Behandlungsmöglichkeiten für schwer psychisch kranke Versicherte geschaffen. Auch wenn nicht alle unsere Vorstellungen umgesetzt wurden, haben wir über die Bildung von Versorgungsnetzen nun die Chance, in vernetzter Zusammenarbeit Versorgung zu gestalten. Wir können im Versorgungsnetz therapeutische Mitarbeiter wie z. B. Ergotherapeuten

zur Koordination der Behandlung einstellen, ohne dass jeder einzelne Arzt und Psychotherapeut Arbeitgeber werden muss. Wir werden damit noch mehr in die Lebenswelt insbesondere junger Patientinnen und Patienten hineinwirken können. Und wir haben die Chance, manche historisch entstandene Gräben zwischen Psychotherapeuten und Ärzten zu überwinden.

Es ist gelungen, dass wir uns nicht an Managementgesellschaften verkaufen müssen, um diese Richtlinie mit Leben zu füllen. Wir können selbst die Versorgung unserer besonders schwer erkrankten Patientinnen und Patienten gestalten.

Gerade diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die viele junge Patientinnen und Patienten behandeln, wurden in den vergangenen Monaten von Anfragen regelrecht überrollt. Das hat viele von uns an die Grenze der Erschöpfung gebracht, auch manche Resignation ausgelöst. Frau Prof. Asbrand hat in ihrem Vortrag gerade beeindruckend dargestellt, wie Kinder und Jugendliche und auch deren Familien in der Pandemie gelitten haben. Die Leidensfähigkeit der Kinder und Jugendlichen wird auch noch weiter auf eine harte Probe gestellt werden. Wie wir jeden Tag verfolgen können, ist die Pandemie noch nicht vorbei.

Aber wir sollten alles unternehmen, um die Knappheit der Ressourcen im Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung nicht für unsere Patientinnen und Patienten spürbar werden zu lassen.

Bei allen Klagen über alle Versuche der Politik, immer wieder eine „Raster-Psychotherapie“ einzuführen, dürfen wir nicht übersehen, dass unsere eigene Vertretung, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, eine solche Behandlungssteuerung schon seit vielen Jahren fordert.

Bereits in dem Positionspapier der KBV aus dem Jahr 2016 wurde gefordert, dass unterschiedliche Krankenkassentarife eingeführt werden. Nur in dem teureren Luxustarif soll das direkte Aufsuchen eines Facharztes noch möglich sein. Bei den beiden günstigeren Tarifen soll immer erst der Hausarzt aufgesucht werden. Zwar waren Ausnahmen für Augenärzte, Gynäkologen und Psychotherapeuten vorgesehen, jedoch nicht für Psychiater und Kinder- und Jugendpsychiater.

Und weiter heißt es in dem Papier:

Die Inanspruchnahme besonders kostenintensiver Leistungen soll durch eine qualifikationsabhängige Zugangssteuerung verbessert werden.

Und in dem in diesem Frühjahr veröffentlichten Konzept 2025 der KBV heißt es unter der Überschrift

EINFÜHRUNG EINER ÄRZTLICHEN/PSYCHOTHERAPEUTISCHEN KOORDINIERUNG DER INANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHER LEISTUNGEN

Die Anpassung der Versorgungsstrukturen an den Behandlungsbedarf der Menschen in Deutschland muss einhergehen mit Lösungsansätzen, die dem Problem des derzeit ungesteuerten und jederzeit beliebigen Zugangs der Versicherten zur medizinischen Versorgung und der immer knapper werdenden Ressource Arzt bei stetig abnehmender Arztzeit und bei gleichzeitig weiterbestehender Endlichkeit der finanziellen Ressourcen Rechnung tragen.

Wir bekennen uns zu einer Ausweitung ärztlicher/psychotherapeutischer Steuerungselemente der Versorgung und folgen den gesundheitsökonomischen Überlegungen zu den möglichen

Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung. Es versteht sich aber von selbst, dass diese systemische Weiterentwicklung der Versorgung Ärzte und Psychotherapeuten ausschließlich besser und nicht schlechter stellen darf.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wenn unsere Standsvertretung bei der Forderung der Einführung einer Verknappung der Versorgungsangebote an erster Stelle die Forderung erhebt, dass dadurch Ärzte und Psychotherapeuten nicht schlechter gestellt werden dürfen, dann hat sie verkannt, dass in unserem Beruf die Verpflichtung für das Wohl unserer Patienten an erster Stelle steht.

Wenn wir einerseits darstellen, zu welcher guten Hilfe wir fähig sind, und andererseits darüber klagen, wenn diese von Menschen in Not auch angesteuert wird, dann schaffen wir Verunsicherung. Wenn wir dann noch darüber diskutieren, ob der unregelmäßige Zugang zukünftig nur noch denjenigen offen stehen soll, die über besondere finanzielle Möglichkeiten verfügen, dann entstehen aus der Not Panik, Verzweiflung und Wut. Wohin das Teile der Gesellschaft führt, konnten wir bei den letzten Wahlen in Sachsen schmerzhaft erleben.

Die Verknappung tatsächlich oder vermeintlich existenziell wichtiger Versorgung mag zwar den Preis, der dafür gezahlt wird, nach oben treiben. Aber er führt eher in einer reflexhaften Gegenreaktion zu einer noch größeren Bedürftigkeit. Hamsterkäufe im Vorfeld vermeintlicher Krisen sind dafür ein gutes Beispiel. Und selbst wenn die Krisen gar nicht so bedeutend oder überhaupt nicht existent sein sollten, bringt alleine die Angst vor der Verknappung ein jedes System zum Kollabieren. Sie werden sich sicherlich alle noch an den Mangel von Toilettenpapier zu Beginn der Pandemie erinnern. Und selbst die Geldautomaten spuckten nur noch begrenzt Geld aus.

Wenn wir für uns selbst Benefit zulasten der Zufriedenheit unserer Patienten einfordern, dann verspielen wir unseren Vertrauensbonus, den wir bisher noch bei unseren Patientinnen und Patienten haben.

Deswegen freue ich mich sehr über den Beschluss der neuen Richtlinie, die darauf gerichtet ist, den Menschen in unserem Land zuzusichern, dass sie psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe in dem notwendigen Maße finden. Die Konzeption erlebe ich als richtig und hilfreich, trotz mancher Unzulänglichkeiten und mancher Mühe, die damit für uns verbunden ist.

Menschen, die nicht Sorge haben, dass ihnen etwas vorenthalten wird, z. B. weil sie nicht so zahlungskräftig sind, sind besser dazu in der Lage, mit unserer Hilfe ihre in sich liegenden Schätze neu zu entdecken. Damit werden sie zu mehr Eigenverantwortung befähigt. Das spart auf Dauer sogar Ressourcen und hilft uns dabei, unsere Kräfte dort einzusetzen, wo sie am dringendsten benötigt werden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, in unseren Verbänden machen wir uns intensiv Gedanken, wie wir Psychologischen Psychotherapeuten und Ärzten ohne übermäßigen bürokratischen Aufwand in den Netzstrukturen erfüllende und effektive Zusammenarbeit ermöglichen können.

Sehr herzlich bitte ich Sie schon heute: Verschließen Sie sich nicht der Mitarbeit. Wenn wir nicht Versorgungsverantwortung übernehmen und für die Patientinnen und Patienten da sind, die Hilfe suchen, dann werden Politik, Krankenkassen und selbst die Kassenärztliche Bundesvereinigung regulierend im Sinne einer Steuerung eingreifen. Ich freue mich auf eine Zusammenarbeit mit Ihnen allen.

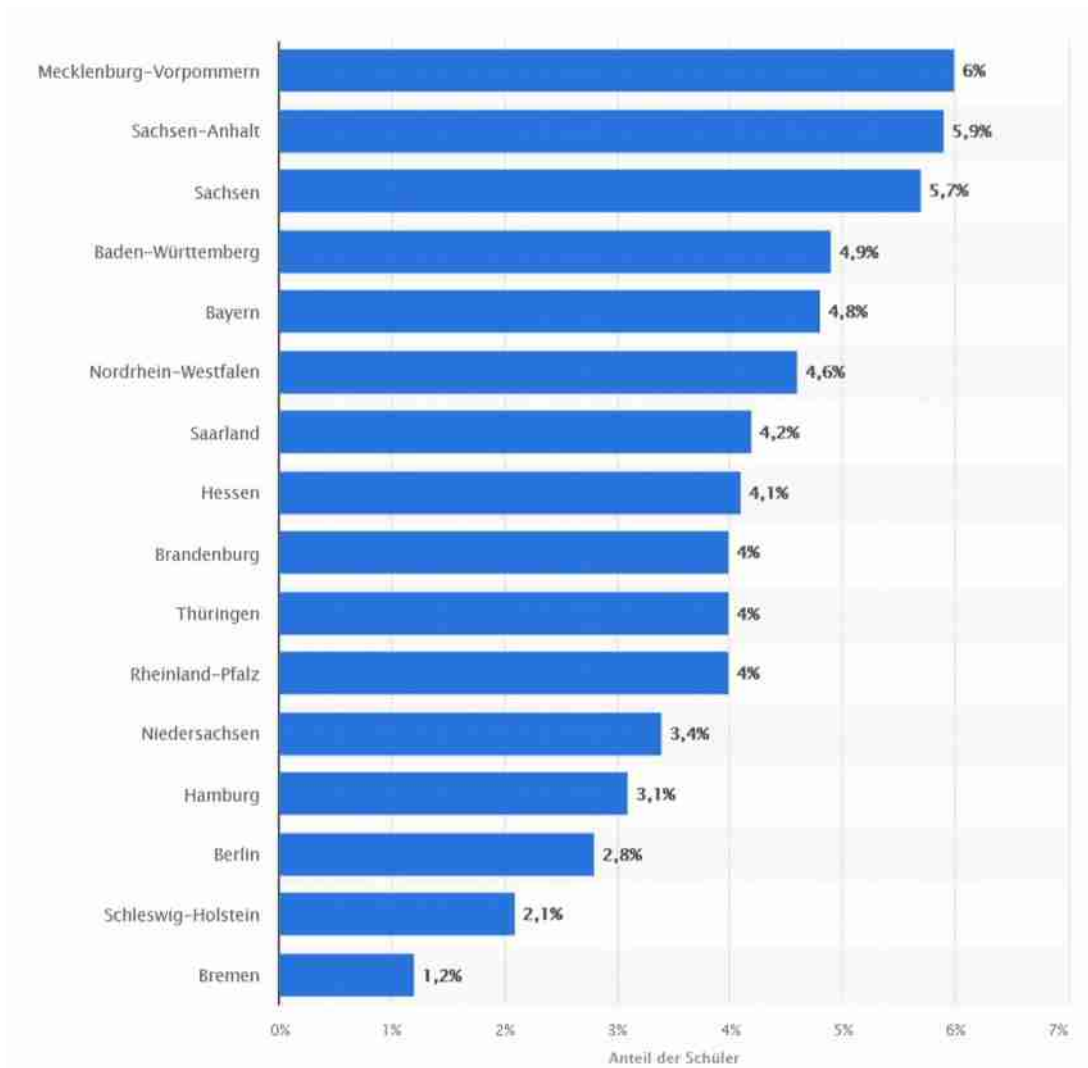
3.: Welche Lebenswirklichkeit finden Kinder und Jugendliche in Sachsen vor?

Ich komme zu meinem vorletzten Punkt.

Welche Lebenswirklichkeit finden Kinder und Jugendliche in Sachsen vor? Unter welchen Lernbedingungen verbringen Sachsen ihre Kindheit und Jugend? Lässt uns das vielleicht verstehen, warum in Sachsen manches anders ist. Vordergründig sind wir hier in Sachsen PISA-König. Wie schafft man das? Ich zeige es Ihnen:

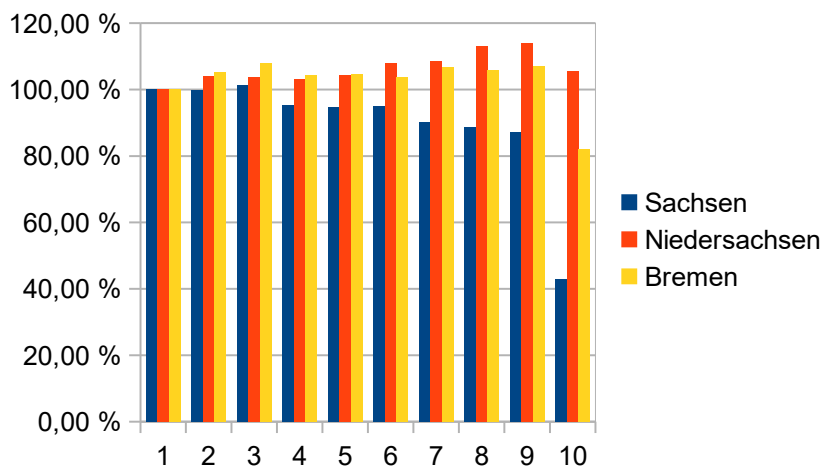
Wenn man die Leistungen der Schüler an allgemeinbildenden Schulen in den jeweiligen Klassenstufen vergleicht, dann sollte man schauen, ob denn auch die Verteilung auf die unterschiedlichen Schulformen berücksichtigt wurde.

Wie Sie hier auf der Folie sehen, liegt Sachsen in der Spitzengruppe derjenigen Bundesländer, die die meisten Schüler in Förderschulen unterrichtet.



Es verwundert nicht, dass an der Regelschule im Vergleich der Bundesländer dort die Leistungen am besten sind, wo die meisten Schüler mit Lernschwierigkeiten aussortiert werden.

Und ebenso ist es wichtig zu prüfen, wer denn überhaupt in der 10. Klasse ankommt. Hier ergibt sich für Sachsen ein erschreckendes Szenario:



Nur noch 88 % der Schüler erreichen die Klassenstufe 8. Der Rest verlässt mit Abgangszeugnis Klasse 7 die Schule oder wurde in eine Förderschule mit dem Schwerpunkt geistige Entwicklung geschickt, in der es diese Klassenstufen nicht gibt. Und Sie sehen, dass nicht einmal mehr die Hälfte der eingeschulten Schüler in Sachsen die 10. Klasse erreicht. Schüler der Lernförderschule, der Schule für Erziehungshilfe, der Hauptschulklassen, sie alle können nicht eine 10. Klasse besuchen, werden aus dem Regelschulsystem ausgesondert, bevor man sie auf ihre Berufstauglichkeit hin untersuchen kann.

Das Aussortieren vermeintlich oder tatsächlich schwacher Menschen in einer solchen Dimension hat Folgen. Folgen für die Gesellschaft. Folgen für die Aussortierten. Aber auch Folgen für diejenigen, die nicht aussortiert wurden, die aber miterleben mussten, wie aussortiert wurde. Das macht Angst. Wer durch die Schule als staatliche Institution aussortiert wurde, der verliert Vertrauen. Der glaubt nicht daran, dass sich das Impfen lohnt. Der wird retraumatisiert, wenn er hört, dass wir dringend eine zumindest kontrollierte Zuwanderung in Deutschland benötigen. Der sortiert andere Menschen, die vermeintlich unter ihm stehen, genauso aus, wie er es erlebt hat. Der ist erleichtert, wenn er auf politische Gruppierungen trifft, die ihm sagen: Du bist wertvoll, weil du deutsch bist. Dem bleiben nur virtuelle Welten, um sich im Foltern und Töten von Feinden in immer besserer Grafik Bestätigung zu holen, bis er selbst im Spiel getötet wird und das Spiel von vorne beginnt.

In Zusammenhang mit der Eröffnung der Gamescom berichtet die Presse (Folie):

Scheuer, Laschet, Bär eröffnen Gamescom 2021 (Update)

26. August 2021



Armin Laschet (CDU), Andreas Scheuer (CSU) und Dorothee Bär (CSU) eröffnen die Gamescom 2021 (Fotos: Laurence Chaperon, Daniel Biskup, Bundesregierung)

Andreas Scheuer bezeichnet die Videospiele-Messe als „*absolutes Aushängeschild*“: Die Bundesregierung habe sich vorgenommen, zu anderen Entwicklungs-Standorten aufzuschließen. Dazu beitragen soll die Games-Förderung des Bundes: Seit der Gamescom 2020 seien 140 Anträge im Verkehrsministerium eingegangen – mit Budgets zwischen 40.000 Euro und 10 Millionen Euro. In Summe seien Fördermittel in Höhe von 40 Millionen Euro bewilligt worden. „*Das heißt aber auch: Wir haben noch viel Geld übrig*“, so Scheuer. Pro Jahr sind 50 Millionen Euro eingeplant.

Unions-Kanzlerkandidat **Armin Laschet** will ebenfalls die Möglichkeiten von „*spielerischem Lernen*“ künftig viel stärker nutzen. Als NRW-Ministerpräsident habe er das Thema Games zur Chefsache erklärt und sich vorgenommen, das Bundesland zum Games-Standort Nummer 1 in Deutschland zu entwickeln. Laschet: „*Diese klare Zielsetzung brauchen wir auch auf der Bundesebene, um im internationalen Wettbewerb ganz nach vorne zu kommen.*“

Wie macht es der Unrechtsstaat China? Ich zitiere aus der Computerbild vom 31.08.2021:

Dort gibt es bereits seit 2019 eine neue Regelung, die es minderjährigen Nutzern untersagt, zwischen 22 Uhr abends und 8 Uhr morgens Online-Spiele zu konsumieren. Des Weiteren setzte die chinesische Regierung die maximale Spielzeit für Wochentage auf eineinhalb Stunden und für Wochenenden und Feiertage auf drei Stunden fest. Diese Regelungen sollen verhindern, dass Kinder und Jugendliche eine Sucht nach Online-Spielen entwickeln. Doch die getroffenen Maßnahmen zeigten wohl nicht den gewünschten Effekt, sodass Peking sie nun nochmals verschärft.

Wie Chinas staatliche Nachrichtenagentur Xinhua am 30. August 2021 bekannt gab, dürfen unter 18-Jährige ab sofort nur noch am Freitagabend zwischen 20 und 21 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und an Feiertagen für jeweils eine Stunde im Internet spielen. All das ist allerdings nur dann erlaubt, wenn sie sich unter ihrem Klarnamen registrieren. Die Durchsetzung der Regeln sollen die Spieleanbieter selbst – beispielsweise mittels Gesichtserkennung – überprüfen. Unternehmen, die den Auflagen nicht nachkommen, drohen laut [spiegel.de](https://www.spiegel.de) "ernsthafte Konsequenzen".

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Sie alle wissen, welche Risiken mit diesen Online-Spielen insbesondere für sozial benachteiligte Jugendliche verbunden sind. Grenzenlose Freiheit für Jugendliche kann Ausdruck von Vernachlässigung und Missachtung des Schutzbedürfnisses sein. Wer als Eltern nur geliebt werden will, weil er den Konflikt mit dem Kind scheut, der macht sich an seinem Kind schuldig.

Begrenzung mit Bereitschaft zum Konflikt ist Ausdruck von Fürsorge und selbstloser Liebe. Sie ist Grundlage für die Befähigung zum eigenverantwortlichen Handeln von Kindern und Jugendlichen. Das schaffen oft aber nur Eltern, die hinreichend stark dafür sind.

Zwar fordert die Wirtschaft gut ausgebildete Schulabgänger. Tatsächlich sucht sie aber oft Arbeitskräfte, die sie bei schlechter Bezahlung beschäftigen kann. Die liefert unser Schulsystem. Und hinreichend Beschäftigte in den Werkstätten. Spitzenjobs an großen Konzernstandorten gibt es in anderen Bundesländern.

Es ist kein Wunder, dass hier die soziale Gerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen auf der Strecke bleibt.

Ich zeige Ihnen hier die Anleitung zur Komplexen Lernleistung für die Oberschule für Lehrerinnen und Lehrer in Sachsen. Daraus sehen Sie hier die Anlage 6 zum richtigen Zitieren:

Hinweise zum richtigen Zitieren

Das Übernehmen von Textstellen, Bildern o. Ä. aus fremden Quellen (Büchern, Zeitschriften, Internet etc.) muss im Text kenntlich gemacht werden, da sonst eine Täuschung vorliegt.

Man unterscheidet:

1. Direkte Zitate

- wörtliche Übernahmen aus fremden Texten sollten grundsätzlich sparsam verwendet werden
- sinnvoll, wenn man einen Gedanken oder einen Sachverhalt mit eigenen Worten nicht besser ausdrücken kann
- auf keinen Fall Ersatz für die eigene Argumentation

Form:

- kursiv
- in An- und Ausführungszeichen
- bei längeren direkte Zitate einzeilige Schreibweise
- **Auslassungen** oder **Ergänzungen** durch **eckige Klammern** kenntlich machen
- gegebenenfalls grammatikalische Anpassung, damit das Zitat in den eigenen Zusammenhang passt (ebenfalls durch **eckige Klammern** kenntlich machen)
- Fußnote am Ende des Zitats, in der die Quelle in Kurzform angegeben wird

Beispiele:

„Seit Einführung der allgemeinen Schulpflicht kann jeder in Europa schreiben. Also kann er auch wissenschaftlich arbeiten.“¹⁵

„Seit Einführung der allgemeinen Schulpflicht kann jeder [...] schreiben.“

2. Indirekte Zitate

- sinngemäße Übernahmen aus einem anderen Text
- Wiedergabe mit eigenen Worten
- ohne An- und Ausführungszeichen
- Abkürzung „vgl.“ vor Quellenangabe in der Fußnote

Beispiel:

Laut Theisen könne jeder nach der Einführung der Schulpflicht in Europa schreiben und daher auch wissenschaftlich arbeiten.¹⁶

3. Abbildungen/Tabellen

- Angabe direkt unter der Abbildung/Tabelle, keine Fußnote
- Abbildungen im Dokument fortlaufend nummerieren

Beispiel:

Abb. 1: Titel (Quelle)

Tabelle 1: Titel (Quelle)

bei veränderter Übernahme: Tabelle 1: Titel (in Anlehnung an: Quelle)

¹⁵ vgl. Theisen 2013, S. 281

¹⁶ vgl. Theisen 2013, S. 281

Es ist erstaunlich, dass hier Kompetenzen bei Oberschülern der 10. Klasse abgefordert werden, deren Fehlen schon manchen Bundesminister den Job gekostet hat. Wenn man Eltern mit akademischem Hintergrund hat, dann mögen Jugendliche das hinbekommen.

Wenn nicht, dann werden sie trotz guter Begabung genauso wie in der Grundschule in die Röhre gucken wie bei der Bildungsempfehlung für das Gymnasium, die sie vielleicht auch deswegen nicht bekommen haben, weil ihre Eltern ihnen keine hübschen Wandzeitungen und Plakate erstellen konnten.

Es ist ein Skandal, dass Jugendhilfe aktuell über die Kommunen finanziert wird, die in Deutschland weiterhin extrem unterschiedlich mit Finanzen ausgestattet sind. Das liegt daran, dass vor allem die Gewerbesteuererinnahmen als Haupteinnahmequelle so unterschiedlich verteilt sind.

Im Landkreis Görlitz beträgt laut statistischem Bundesamt das Steueraufkommen der Kommunen pro Einwohner pro Jahr 539 €, im Landkreis Sächsische Schweiz/Osterzgebirge 591 €, in Frankfurt 2106 €, in Coburg in Bayern 2335 €. Wenn man nun noch bedenkt, dass der Aufwand für Straßen, Schülertransport und Sozialhilfe in den verschiedenen Regionen sicherlich eher zuungunsten der ärmeren Flächenlandkreise ausfällt, dann dürfte schnell deutlich werden, welche Mittel noch für Jugendhilfe übrig bleiben. Dann verwundert es nicht, dass Homeschooling in Sachsen während des Lockdowns für die benachteiligten Kinder und Jugendlichen, die nicht zu Hause leben können, nicht selten daran gescheitert ist, dass Wohngruppen keinen WLAN-Router haben, 13 Jahre alte Jugendliche vom Amtsvormund angeschnauzt werden, dass sie doch ein Handy haben und über den Datentarif, den sie von ihrem dürftigen Taschengeld zahlen müssen, sich doch auf der Lernplattform einwählen und dort auf dem Smartphone die Aufgaben bearbeiten (sprich: von Hand abschreiben) sollen, wenn sie denn die Schule schaffen wollen.

Das darf so nicht sein. Den Jugendämtern in den armen Regionen bleibt nichts anderes übrig, als Eltern den Jugendhilfebedarf für ihre Kinder auszureden und Kinder und Jugendliche, wenn es gar nicht mehr anders geht, in Einrichtungen unterzubringen, die dafür weder sachlich noch personell (qualitativ und quantitativ) geeignet sind. Es kommt aber auch zu Verlagerungen von Leistungen in den Gesundheitssektor, die eigentlich dort nicht verortet sind.

Unzureichende Unterstützung durch die Jugendhilfe führt nicht selten zu einer Symptombildung mit psychischen Veränderungen von Krankheitswert, die sich selbst mit intensiven Maßnahmen der Krankenbehandlung nicht hinreichend beeinflussen lassen, solange die Umgebungsfaktoren, die auf die Kinder und Jugendlichen einwirken, weiterhin so ungünstig sind.

Die Gewerbesteuererinnahmen korrelieren mit der Ansiedlung großer Unternehmen, die wiederum über qualifizierte Arbeitsplätze bildungsaffine Familien in die Region locken. Wo solche Unternehmen fehlen, ziehen gut qualifizierte Arbeitskräfte weg, die als Eltern ihren Kindern selbst gut Bildung vermitteln können. Es bleiben sozial benachteiligte Eltern, die oft weniger Möglichkeiten haben, ihre Kinder in Bildung zu unterstützen. Gerade im Rahmen des Lockdowns mit Homeschooling hatte das für diese Kinder dramatische Konsequenzen, zumal sich nicht selten das schulische Angebot des Distanzunterrichtes auf die Aushändigung von Arbeitsblättern ohne jede zusätzliche Erklärung erstreckte, was viele Eltern ohne entsprechenden Bildungshintergrund überfordert hat. Deren Kinder wurden bei der Rückkehr in den Präsenzunterricht nicht selten von den Lehrern beschimpft, weil sie

die Aufgaben nicht im Eigenstudium erfolgreich bearbeiten konnten, wurden dann ausgegrenzt und nicht selten aus der Schule ohne Schulabschluss verstoßen.

Die verbliebene Zeit des vergangenen Schuljahres wurde nicht selten dazu genutzt, das in der Schule nicht vermittelte Wissen abzufragen, anstelle den Lernstoff anschaulich zu erklären.

Unter den aktuellen Bedingungen haben die sozial schwachen Kinder und Jugendlichen keine Chance, stark zu werden. Sie sind im Sinne eines transgenerationalen Fluchs dazu bestimmt, in Not, Armut und Bildungsdistanz zu leben, oft trotz guter Begabung.

Was sollte sich noch ändern, damit Lebenswelten aller Kinder und Jugendlichen reichhaltiger werden?

Wir benötigen eine bundesweit einheitliche Finanzierung der Jugendhilfe, möglichst noch in Abhängigkeit von den regionalen sozialen Strukturen und den jeweiligen Finanzierungsmöglichkeiten der Eltern. Für benachteiligte Regionen müssen überproportional Ressourcen bereitgestellt werden, um dem transgenerationalen Fluch entgegenzuwirken.

Kinder und Jugendliche in benachteiligten Regionen benötigen kostenfreie Mobilität und attraktive Angebote in den Bereichen Bildung, Kultur und Sport.

Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche müssen in den Schulen gefördert und ermutigt werden, dürfen nicht bloßgestellt, verängstigt und ausgegrenzt werden. Schulen sollten die Entwicklung von Freundschaften unterstützen, den Zugang zu attraktiven Freizeitangeboten bahnen, Freizeitkompetenz fördern. Ich halte das für weitaus wichtiger, als die Kompetenz von Jugendlichen der Oberschule, romantische Gedichte interpretieren zu können.

Wir kümmern uns gerne mit allen unseren Möglichkeiten um diese Kinder und Jugendlichen. Es wäre aber weitaus besser, wenn diese Kinder und Jugendlichen gar nicht erst psychische Symptome von Krankheitswert entwickeln würden, indem wir die Umgebungsfaktoren so verändern, dass sie auch sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen eine Entwicklung in psychischer Gesundheit ermöglichen.

4. Verantwortung für unsere Patientinnen und Patienten zwingt uns zur Verantwortungsübernahme für die Welt, in der wir leben

Ich möchte noch einmal meine einleitenden Worte aufgreifen. Wenn nicht nur die unmittelbaren gesellschaftlichen Umgebungsfaktoren für Kinder und Jugendliche existenzbedrohend wirken, sondern der Lebensraum unseres Planeten zur Bedrohung wird, dann können wir Psychotherapeuten und Ärzte nicht dazu schweigen. Wir sind aufgerufen, Schaden von unseren Patienten abzuwenden. Gerade unsere Fachgruppe, die sich um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen kümmert, darf nicht zulassen, dass Kindern und Jugendlichen Hoffnung und Zuversicht genommen wird, darf nicht zulassen, dass sich junge Menschen fragen, ob sie einer nachfolgenden Generation noch ein Leben auf diesem Planeten zumuten können.

Wenn sich unsere ältere Generation der Entscheidungsträger auf unseren schönen Erinnerungen an glückliche Zeiten mit unseren Kindern ausruht und die schwer erträglichen Fakten über die Zukunft

unseres Planeten verdrängt und verleugnet, um selbst nichts verändern zu müssen, dann schafft das Distanz und Unverständnis bei unseren jungen Patientinnen und Patienten, deren seelischer Gesundheit wir uns doch verpflichtet fühlen.

Heute findet deutschlandweit der Klimastreik statt.



Ich bin allen Menschen in unserem Land, die sich heute für die Zukunft unseres Planeten und damit für die Zukunft unserer Kinder und Jugendlichen engagieren, die auf die Straße gehen und gegen manche Verdrängung und Verleugnung angehen, unendlich dankbar.

Wer meint, dass sich das doch inzwischen überall herumgesprochen habe, wie wichtig dieses Thema ist, und dass solche Aktionen überflüssig sind, dem empfehle ich den Live-Mitschnitt der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 17.09.2021, heute vor einer Woche.

Zunächst berichtete ein Vertreter von einem ärztlichen Kollegen in Weiterbildung, dessen Frau und eines der beiden Zwillinge vom Hochwasser im Westen weggespült wurden, getötet wurden.

Wenig später wurde über eine schon recht weichgespülte Resolution zum Klimaschutz abgestimmt.

Bitte schauen Sie sich hier in dem Video das Abstimmungsverhalten unserer sächsischen KV-Vertreter an:

Gegenstimmen:



Enthaltungen:



Liebe Kolleginnen und Kollegen, unsere Gesellschaft, unser Sachsen benötigt dringend einen Aufbruch. Sehr herzlich lade ich Sie dazu ein, diesen anzustoßen und gemeinsam zu gestalten.

Dann würde ich Sie gerne bei einem zukünftigen Psychotherapeutentag wiedersehen, bei dem wir uns mit dem Mut, der Lust und der Freude junger Menschen befassen können.

Herzlichen Dank! Ich freue mich auf eine interessante Diskussion.