

Inhalt

Editorial:

In ureigener Sache 2

Medikamentöse Therapie der Enuresis nocturna

Teil 1: Diagnostik und Vorbereitung

Ingo Spitzok von Brisinski 6

Digitale Störungen bei Kindern und Jugendlichen: ein Update

Jan van Loh 32

Familienrechtliche Besonderheiten im Zusammenhang mit COVID-19

Maren Waruschewski 41

Off-Label-Use: Regress-Widerspruch am Beispiel von Methylphenidat bei Kindern unter 6 Jahren

Ingo Spitzok von Brisinski 53

Rezension:

Wilhelm Rotthaus: „Wir können und müssen uns neu erfinden.

Am Ende des Zeitalters des Individuums – Aufbruch in die Zukunft.“

Bodo Pisarski 60

Erratum 62

Kolumne

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik 63

Hinweise für Autor*innen 65

Anzeigen 67

Media Daten 79

Impressum 80

Editorial

In ureigener Sache

Die Klimakrise, die Corona-Pandemie, die Flüchtlingsströme bestimmen nun schon seit Jahren die Schlagzeilen. Seit zwei Jahren hören und lesen wir über Infektionszahlen, Impfquoten, es sind Zahlenreihen, an die wir uns nun schon gewöhnt haben, genauso wie an das Tragen einer Maske, Abstand zu halten oder sich nicht mehr mit Umarmung oder Handschlag zu begrüßen. Und nun - Krieg in Europa, die Ukraine wird von Putins Truppen aus Russland angegriffen.

Die Europäische Fachgesellschaft ESCAP hat bereits am 23.02.2022 mit folgenden Worten dazu Stellung bezogen: *War hits children first*. Wir müssen uns die Frage stellen: In welcher Welt werden Kinder und Jugendliche heute groß, wie können wir dafür sorgen, dass sie positiv und erwartungsfroh in die Zukunft schauen? Nicht erst heute fragen junge Menschen auf der Schwelle zum Erwachsenwerden nach dem Sinn des Lebens, was gibt Hoffnung, welche Bedeutung hat Solidarität in meinem Leben? Es ist eine krisenhafte Zeit.

Wir stehen scheinbar ratlos und ohnmächtig den Kriegen gegenüber. In seinem Brief „Warum Krieg?“ schreibt Sigmund Freud 1932 an Albert Einstein „Damit, denke ich, ist alles Wesentliche bereits gegeben: die Überwindung der Gewalt durch Übertragung der Macht an eine größere Einheit, die durch Gefühlsbindungen ihrer Mitglieder zusammengehalten wird.“ und weiter „Alles, was Gefühlsbindungen unter den Menschen herstellt, muss dem Krieg entgegenwirken. ... Unterdes dürfen wir uns sagen: Alles, was die Kultur-entwicklung fördert, arbeitet auch gegen den Krieg.“ Wir können also doch etwas tun gegen Krieg! In unserer Arbeit geht es um Beziehungen, das Zusammenleben und Zusammenwirken in den kleinsten Zellen der Gesellschaft, der Familie, egal in welcher globalen Krise wir uns gerade befinden. Hier können wir Beziehungen stärken und wir können Gewalt und Aggression entgegenreten. Wir können Kinder und Jugendliche unterstützen, Konflikte friedlich zu lösen.

Der Krieg in der Ukraine zeigt uns einerseits, wie fragil die Welt ist und bleibt, aber auch, welche Chancen wir durch die neuen digitalen Medien, bspw. *social networks* haben, wie die junge Generation dank *social media* kommuniziert und sich damit organisiert. Das lässt hoffen, dass heute durch die Vernetzung der Welt die Verbreitung von Propaganda, Desinformation und Lüge weniger Chancen hat und nicht unwidersprochen bleibt. Die Jahrestagung hat sich dieses Themas angenommen, es wird um Beziehungen, Bindungen und Therapie in digitalen Zeiten gehen. Sie sind herzlich eingeladen mitzudenken, mitzudiskutieren und mitzumachen!

Seit den zwei Jahren Pandemie und den damit verbundenen Einschränkungen wie Schulschließungen, Kontaktverboten u.a.m. ist die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den Blick der Öffentlichkeit geraten. In den Medien finden sich zahlreiche Beiträge zum Thema *mental health*. Zu den Folgen der Pandemie gehören neben den Erkrankungen an Covid-19 und den körperlichen Folgen die Zunahme psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. In ihrer 7. Stellungnahme „Zur Notwendigkeit einer prioritären Berücksichtigung des Kindeswohls in der Pandemie“ geht der ExpertInnenrat der Bundesregierung zu COVID-19 explizit auf die psychischen Probleme bei Kindern und Jugendlichen in dieser Zeit ein. Für uns Kinderpsychiater:innen und -psychotherapeut:innen ist die psychische Gesundheit bzw. sind psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter jeden Tag präsent. Wir arbeiten an „vorderster Front“, die Wartezimmer und Wartelisten der Praxen und die Stationen in den Kliniken sind voll.

Mit dem *forum* möchten wir in diesen Zeiten ganz besonders den gegenseitigen fachlichen Austausch weiter erhalten und fördern. Dabei legen wir auch in Zukunft großen Wert auf Wissenschaftlichkeit mit Bezug zur täglichen Praxis in unserem Fachgebiet. Die Zeit ist knapp, daher möchten wir den Lesern und Leserinnen in verschiedenen Formaten gut lesbare Beiträge zu psychiatrischen Themen, psychosomatischen und psychotherapeutischen

Fragestellungen sowie zu aktuellen gesellschaftspolitischen und berufspolitischen Themen bieten.

Wir gehen mit der Zeit mit, es gibt Veränderungen im Redaktionsteam. Seit Januar hat Ingo Spitzcok von Brisinski den Posten als Chefredakteur abgegeben. Das gesamte Redaktionsteam möchte ihm an dieser Stelle für die ungeheure Fleißarbeit und die vielen Jahre der Verantwortung und intellektuellen Prägung unseres *forum* stellvertretend für die treuen Leser von Herzen danken.

Maik Herberhold ist nun leitender Redakteur in der Redaktion des *forum*. Er ist gut vernetzt und in verschiedenen Bereichen aktiv, engagiert sich für den BKJPP im Aktionsbündnis seelische Gesundheit, der Stiftung Achtung! Kinderseele und in der APK. Außerdem bin ich, Annegret Brauer, neu im Team - ich durfte schon verschiedene Beiträge in den vorherigen Ausgaben beisteuern und werde mich nun regelmäßig auch in koordinierender und überarbeitender Funktion um unser Forum, das *forum*, kümmern. Meine inhaltlichen Schwerpunktthemen sind insbesondere die Verbindung von Humangenetik und Kinderpsychiatrie sowie die Behandlung und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen auch mit Intelligenzminderung.

Es gibt auch Veränderungen in der Gestaltung der Beiträge - wir werden die Beiträge ab dieser Ausgabe mit einem englischen Abstract und Schlüsselwörtern veröffentlichen. In Zukunft werden die Artikel jeweils einzeln im Online-Archiv auf die Homepage des BKJPP gestellt, für eine bessere Verfügbarkeit und eine größere Reichweite. Diese neuen Regelungen sind in den ebenfalls aktualisierten Hinweisen für Autor:innen nachzulesen.

Die Beiträge in der nun vor Ihnen liegenden Ausgabe beschäftigen sich u.a. mit dem Störungsbild Enuresis, resp. der medikamentösen Therapie. Ingo Spitzcok von Brisinski gibt einen umfassenden Ein- und Überblick darüber. Es ist ein ebenso häufiges wie auch schwieriges Thema in unserer praktischen Arbeit, da es ein oft schamhaft verschwiegenes Symptom ist. Wir sind gespannt und freuen uns auf Teil 2 dieses ausgesprochen informativen und gründlichen Aufsatzes im *forum* 2-2022. Ebenfalls von Ingo Spitzcok von Brisinski gibt es einen sehr aufschlussreichen Beitrag zu einem Regress-Widerspruch. Der Beitrag von Jan von Loh geht auf digitale Störungen bei Kindern und Jugendlichen ein, mit einem besonderen Blick auf die Änderungen in der ICD-11 und der Beratung der Familien, welche nun bereits in der zweiten Generation Erfahrungen mit Videospiele haben. Weiterhin freuen

wir uns über einen Beitrag zu einer familienrechtlichen Fragestellung, Frau Waruschewski schreibt als Rechtsanwältin für Familienrecht über das heikle Thema „Auswirkungen von COVID auf das Umgangsrecht“.

Neben den genannten Beiträgen wird es wieder eine schöne Reminiszenz von Christian Moik zum *forum* vor 25 Jahren und eine Rezension geben.

Und zum Ende noch einmal zur aktuellen Lage: „s ist leider Krieg - und ich begehre, Nicht schuld daran zu sein!“ Matthias Claudius, Kriegslied, 1778

Ihre

Annegret Brauer

Quellen:

Warum Krieg?: Ein Briefwechsel von Albert Einstein und Sigmund Freud, Diogenes 2005

<https://www.escap.eu>

<https://www.bundesregierung.de/> - 7. Stellungnahme des Expertenrates

Medikamentöse Therapie der Enuresis nocturna

Teil 1: Diagnostik und Vorbereitung

Ingo Spitzcok von Brisinski

Zusammenfassung:

In Teil I werden Diagnostik und Standard-Urotherapie als Vorbereitung und Begleitung der medikamentösen Therapie erläutert. Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance haben einen größeren Einfluss auf die Gesundung als viele Verbesserungen spezifischer medizinischer Behandlungen. Darüber hinaus werden speziell kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Aspekte diskutiert. Führt Standard-Urotherapie nicht zu Trockenheit, ist Alarmtherapie/apparative Verhaltenstherapie oder medikamentöse Behandlung indiziert. Es werden Variablen referiert zur Auswahl, welche der beiden Therapieformen zuerst gewählt werden sollte. Außerdem werden diätetische Maßnahmen vorgestellt, die möglicherweise zur Verbesserung der medikamentösen Wirksamkeit führen.

In Teil II werden ausführlich Möglichkeiten medikamentöser Differentialtherapie dargestellt.

Schlüsselwörter: Einnässen, Übersicht, Compliance, Essen, Trinken, Kalender, psychische Störungen

Drug therapy for enuresis nocturna. Part 1: Diagnostics and preparation

Summary:

Part I explains diagnostics and standard urotherapy as preparation and accompaniment of drug therapy. Measures to improve compliance have a greater influence on recovery than many improvements of specific medical treatments. In addition, specific child and adolescent psychiatric and psychotherapeutic aspects are discussed. If standard urotherapy does not lead to dryness, alarm

therapy/apparative behaviour therapy or drug treatment is indicated. Variables are presented for selecting which of the two forms of therapy should be chosen first. In addition, dietary measures are presented that may improve the effectiveness of medication.

In Part II, the possibilities of differential drug therapy are presented in detail.

Key words: Wetting, review, compliance, eating, drinking, calendar, mental disorders

Psychotherapeutische bzw. nichtmedikamentöse Behandlung ist bei Enuresis nocturna oft nicht ausreichend bzw. nicht ausreichend schnell erfolgreich. Der Stand der aktuellsten AWMF-Leitlinie zu Enuresis und nicht-organischer (funktioneller) Harninkontinenz bei Kindern und Jugendlichen entspricht 2015. Seitdem sind zahlreiche kontrollierte Studien, Reviews und Metaanalysen erschienen, die bzgl. medikamentöser Behandlung einige neue Erkenntnisse bzw. Akzentverschiebungen zur Folge haben. Die folgende Übersicht berücksichtigt daher Publikationen bis einschließlich 2021.

Definitionen

Einnässen im Kindesalter (unwillkürlicher Urinverlust) wird allgemein als Harninkontinenz bezeichnet. Nicht-organische (funktionelle) Harninkontinenz bezeichnet einen unwillkürlichen Urinverlust nach Ausschluss struktureller Anomalien des Harntrakts, epileptischer Anfälle, neurologischer und anderer nicht psychiatrischer Erkrankungen bei einem Kind ab dem Alter von 5 Jahren (entsprechend ICD-10 und DSM-5). Diese Definitionen spiegeln laut AWMF-S2k-Leitlinie (2015) nicht den aktuellen Forschungsstand wider und die Definitionen nach ICD-11 laut von Gontard (2020) auch nicht.

Die International Children's Continence Society (ICCS) hat die Terminologie der Funktionsstörungen des unteren Harntrakts mit dem Symptom Harninkontinenz standardisiert differenziert (Nevéus et al. 2006, Austin et al. 2014). Sie unterscheidet kontinuierliche und intermittierende Harninkontinenz, Inkontinenz im Schlaf (synonym: Enuresis oder Enuresis nocturna) und Inkontinenz am Tag. Für die Inkontinenz im Schlaf (nachts und tags, z.B. beim Mittagsschlaf) werden synonym die Begriffe „Enuresis“ und „Enuresis nocturna“ verwendet. Nächtliches Einnässen und Urinverlust im Tagesverlauf können sowohl allein als auch in Kombination auftreten.

Als Altersdefinition gilt das chronologische Alter ab 5,0 Jahren. Frühere Einschränkungen von ICD-10 und DSM nach Entwicklungsalter sind laut

AWMF-Leitlinie (2015) nicht gerechtfertigt: Kinder mit Entwicklungsstörungen und Intelligenzminderung haben zwar ein höheres Risiko, mit Verzögerung kontinent zu werden, können aber genauso wie typisch entwickelte Kinder behandelt werden und benötigen individuell angepasste Therapiekonzepte (von Gontard 2013).

Von der ICCS wird vorgeschlagen, Enuresis und nichtorganische Harninkontinenz erst als Störung zu bezeichnen, wenn mindestens ein Einnässen pro Monat über eine Dauer von 3 Monaten aufgetreten ist (AWMF 2015).

In Abgrenzung zur primären Enuresis (noch nie länger als 6 Monaten trocken, PEN) besteht eine sekundäre Enuresis (SEN) dann, wenn das betroffene Kind schon einmal mindestens 6 Monate lang hintereinander kontinent war und dann einen Rückfall erlitten hat.

Patienten mit nächtlicher Enuresis können je nach Vorhandensein von Symptomen des unteren Harntrakts als monosymptomatischen Enuresis nocturna (MEN) ohne Zeichen einer Blasendysfunktion tagsüber oder als nicht-monosymptomatischen Enuresis (non-MEN bzw. NMEN) mit Harnsymptomen wie Harndrang, Dysurie, erhöhter Miktionsfrequenz oder Nachtröpfeln tagsüber (mit oder ohne Inkontinenz) kategorisiert werden (Nevéus et al. 2006). Der Satz „Zudem wird zwischen der monosymptomatischen Enuresis nocturna (MEN) ohne Zeichen einer Blasendysfunktion und der nicht-monosymptomatischen Enuresis (non-MEN) mit einer nachweisbaren Blasendysfunktion tagsüber (mit oder ohne Inkontinenz) oder anderen Komorbiditäten unterschieden“ in der AWMF-Leitlinie (2015, S. 10) ist hinsichtlich zweier Aspekte missverständlich: 1. können bei MEN Zeichen einer Blasendysfunktion nachts vorhanden sein; 2. mit „anderen Komorbiditäten“ sind ausschließlich urologische, jedoch nicht kinder- und jugendpsychiatrische Komorbiditäten gemeint.

Pathogenese

Nächtliche Enuresis wird durch ein Missverhältnis zwischen funktioneller nächtlicher Blasenkapazität und nächtlicher Diurese-Rate verursacht, die Mehrzahl der Patienten ist zudem schwer erweckbar. Die nächtliche funktionelle Blasenkapazität ist bei Enuresis nocturna zwar oftmals reduziert, allerdings ist die Blase nicht anatomisch zu klein, sondern sie neigt dazu, sich zusammenzuziehen, bevor sie voll ist. Obwohl Blasendehnung und Detrusorkontraktionen starke Erregungsreize sind, wacht das Kind davon nicht

auf. Diese Erregungsstörung kann seine Erklärung im Hirnstamm haben oder durch die Erregungsreize selbst: Wenn jemand (in diesem Fall die volle oder überaktive Blase) ständig an die Tür klopft, kann man es schließlich ignorieren oder sogar ein zusätzliches Schloss anbringen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es zum Einnässen kommt, weil (1) die (Über-)Füllung der Blase das Kind nicht aufweckt oder (2) es zu ungehemmten Detrusorkontraktionen kommt oder (3) beidem (Nevéus 2011). Mattsson et al. (2019) konnten zeigen, dass sich die nächtliche Urinproduktion von Kindern mit und ohne nächtliches Einnässen nicht wesentlich unterscheidet. Es zeigte sich, dass bei MEN nächtliche Polyurie eine geringere Rolle spielt als bisher vermutet. Eine Dysfunktion des Blasenreservoirs während des Schlafs, die sich tagsüber nicht unbedingt nachweisen lässt, ist dagegen häufig (Borg et al. 2018).

Genetische Aspekte und psychosozial bedingte transgenerationale Expression: Wenn ein Elternteil eingenässt hat, liegt das Risiko beim Kind bei 44%, wenn beide Eltern eingenässt haben, bei 77%. Es wird ein autosomal-dominanter Erbgang mit Penetranz von ca. 90% vermutet, allerdings liegt die Konkordanz nach einer älteren Studie bei monozygoten Zwillingen nur bei 68% und bei dizygoten bei 36% (Sommer et al. 2021). Die Korrelation zwischen Genotyp und enuretischem Phänotyp ist komplex (Nevéus 2017).

Auch (andere) psychologische Faktoren und zentralnervöse Mechanismen können bei der Pathogenese ausschließlich und/oder zusätzlich eine Rolle spielen. Die Evidenz für eine komplexe, heterogene Störung, bei der mehrere pathogenetische Faktoren eine Rolle spielen, nimmt zu (van Herzeele & van de Walle 2016) und es gibt Hinweise auf Wechselwirkungen: So behandelten van Herzeele et al. (2015a) 30 Kinder mit MEN mit Desmopressin, von denen 82% ansprachen. Außer der Rückbildung des Einnässens zeigten sich Verbesserungen von Schlafqualität, Lebensqualität, exekutiven Funktionen, internalisierenden und externalisierenden Problemen. Andererseits erreichte beispielsweise Ohtomo (2017a) mit Atomoxetin nicht nur eine Verbesserung des ADHS, sondern auch eine signifikante Besserung des Einnässens.

Prävalenz und Prognose

Die Prävalenz beträgt 12-25% bei 5jährigen, 6-8% bei 8jährigen, 2-3% bei 12jährigen und 0,5-1,7% bei Erwachsenen. Die jährliche Spontanheilungsrate beträgt 14% bei 5- bis 9jährigen, 16% bei 10- bis 14jährigen und 16% bei 15- bis 19jährigen (Gasthuys et al. 2020). In einer 10-Jahres-Follow-up-Studie stellten Ferrara et al. (2014a) fest, dass die Remissionsraten mit dem Alter zunahmten, unabhängig davon, ob das Kind behandelt wurde. Nach 3 Jahren remittierten ca. 70% der behandelten und 63% der unbehandelten Kinder, nach 10 Jahren 86% bzw. 75%. Dennoch leidet etwa jedes 10. bis 20. Kind mit nächtlicher Enuresis bis ins Erwachsenenalter an dieser Störung (Vandersteen & Husmann 1999). Insbesondere Kinder mit schwerer nächtlicher Enuresis (Einnässen in 7 Nächten/Woche im Alter von 5 Jahren) haben eine schlechte Prognose, mit einer Spontanheilungsrate von nur ca. 60% vor dem Erwachsenwerden (vande Walle et al. 2010).

Enuresis nocturna kann schwerwiegende Folgen für Kind und Familie haben. Oftmals werden die Kinder zu Unrecht bestraft und sind körperlicher und emotionaler Misshandlung ausgesetzt. Viele Kinder werden isoliert, haben ein geringes Selbstwertgefühl und zeigen schlechte schulische Leistungen (Gomez Rincon et al. 2021). Es soll frühzeitig behandelt werden, möglichst nicht später als ab dem Alter von 6 Jahren (Fagundes et al. 2017). Motivation von Patient und Familie sind wesentliche Faktoren für den Behandlungserfolg, engmaschige Begleitung und Überwachung ebenso.

Diagnostik

Für die meisten Kinder mit nächtlichem Einnässen ist Standarddiagnostik (Tabelle 1) ausreichend, um die Unterform der Inkontinenz und komorbide Störungen zu erfassen und organische Ursachen auszuschließen.

Standarddiagnostik Einnässen (AWMF 2015):

- Anamnese
- Fragebogen
- Miktionsprotokoll
- Dokumentation von Einnässen, Darmentleerung, Stuhlschmierern, Einkoten (2–4 Wochen, Strichliste)
- körperliche Untersuchung
- Ultraschall (Nieren und Harnwege, Blasenwanddicke, Weite des Enddarms, Restharn nach Miktion)
- Urinstatus (Streifentest)
- kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik bzw. Screening mit Verhaltensfragebögen

Tabelle 1: Standarddiagnostik bei Einnässen

Bzgl. körperlicher sollte die Untersuchung gemäß der Ärztlich-ethischen Leitlinie zur körperlichen und neurologischen Untersuchung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (<https://www.kinderpsychiater.org/fileadmin/downloads/ll-ku.pdf>) der Ethik-Kommission der 3 Fachgesellschaften für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie erfolgen. Die Diagnostik soll klinisch orientiert und umfassend, aber nichtinvasiv sein. Entscheidender Bestandteil ist eine ausführliche Anamnese zu aktueller Symptomatik, bisherigem Verlauf, bisheriger sonstiger Entwicklung und zur Familie. Dies kann durch spezifische Fragebögen sinnvoll ergänzt werden (Fragebögen, Blasentagebuch und 14-Tage-Protokoll in zahlreichen Sprachen werden von der Konsensusgruppe Kontinenzschulung (KgKS) unter <https://www.kontinenzschulung.de/download/downloadDiagnostik.html> zur Verfügung gestellt). Ein Miktionsprotokoll soll in jedem Fall erstellt werden. Dazu werden über 48 h Trink- und Urinmengen (ggf. durch Wiegen der Windel) mit Zeitangabe gemessen und assoziierte Symptome erfasst. Die Häufigkeit des Einnässens sollte mindestens über 2, besser 4 Wochen mittels Strichliste oder Kalender dokumentiert werden (von Gontard & Kuwertz-Bröking 2019).

Gemäß ICCS (Nevéus et al. 2020) benötigen Kinder mit Enuresis nocturna keine Blutuntersuchung, keine radiologische oder urodynamische Untersuchung, wenn bestimmte Warnzeichen (z. B. Blasenentleerungsstörungen,

übermäßiger Durst) fehlen. Die wichtigsten zu berücksichtigenden Begleiterkrankungen sind psychische Störungen, Obstipation, Harnwegsinfektionen und Schnarchen bzw. Schlafapnoe.

Ist hochdifferenzierende Diagnostik für eine wirksame medikamentöse Therapie stets erforderlich?

Innerhalb der Hauptgruppen ‚Enuresis nocturna‘ und ‚tagsüber auftretende funktionelle (nichtorganische) Harninkontinenz‘ können Subgruppen unterschieden werden. Zwar wird bisher für eine wirksame Therapie meist eine genaue Diagnose der Subform der Ausscheidungsstörung für notwendig erachtet (von Gontard & Kuwertz-Bröking 2019), dennoch helfen eine Reihe von Interventionen auch ohne Berücksichtigung der Unterform (s. u.). Dies ist auch für andere Störungsbilder nicht ungewöhnlich: Während beispielsweise zeitweise angenommen wurde, dass Methylphenidat nur bei ‚echtem‘ ADHS wirksam ist und manche Kollegen sogar die Wirksamkeit von Methylphenidat als spezifisches Diagnostikum für ADHS ansahen, weiß man heute, dass Methylphenidat nicht nur bei AD(H)S wirksam ist, sondern auch bei Impulsivität bzw. Aggressivität ohne AD(H)S (Klein et al. 1997), Aufmerksamkeitsstörungen nach Schädel-Hirn-Trauma (Chien et al. 2019; LeBlond et al. 2019), Narkolepsie, Müdigkeit bei Krebspatienten, therapieresistenter Depressionen bei geriatrischen Patienten, Apathie bei der Alzheimer-Krankheit und zur Verbesserung der kognitiven Leistung (z. B. Gedächtnis) bei Gesunden (Verghese & Abdijadid 2021). Für SSRI und Neuroleptika haben wir ebenfalls sehr breite Wirknachweise für sehr unterschiedliche Störungsbilder. Nevéus (2019) fand bei 220 Kindern, dass das enuretische Entleerungsvolumen (EVV) nur der Hälfte der altersbezogen erwarteten Blasenkapazität (EBK) betrug. In der Stichprobe der Ambulanz des tertiären Zentrums reagierten nur 10% positiv auf antidiuretische Behandlung mit Desmopressin, 37,3% auf Anticholinergika, aber 70% auf Antidepressiva. Es fanden sich keine signifikanten EVV-Unterschiede zwischen den Kindern, die auf eine antidiuretische, anticholinerge oder antidepressive Therapie positiv reagierten, oder denjenigen, die nicht darauf ansprachen. In einer prospektiven Studie mit 69 Kindern fand sich bei allen mit MEN oder NMEN eine EVV von ca. 50% der dem Alter entsprechend erwarteten Blasenkapazität. Auch hier zeigte sich nach Standard-Urotherapie und pharmakologischer Therapie gemäß ICCS-Empfehlungen kein Zusammenhang zwischen EVV und Outcome (Chung et al. 2020, Kang et al. 2020). Laut Tai et al. (2021) sind Variablen

wie maximales Entleerungsvolumen am Tag, maximales Entleerungsvolumen, etc. nur sehr begrenzt Prädiktoren für den Behandlungserfolg von apparativer Verhaltenstherapie (AVT, Klingelhose bzw. -matratze, u. ä.), Desmopressin, Anticholinergika und Imipramin. Jüngere Kinder haben häufiger ein niedriges maximales Entleerungsvolumen (MVV) und/oder Symptome einer überaktiven Blase, die auf eine antidiuretische Therapie nicht ansprechen. > 80% der Kinder der DRIP-Studie hatten keine nächtliche Polyurie und ein niedriges Tages-MVV (van Herzeele et al. 2015b). Kamperis et al. (2017b) meinen dennoch, dass bei MEN für die Auswahl bzgl. AVT vs. Desmopressin differenziert werden sollte zwischen MEN mit nächtlicher Polyurie (NP) mit einer Urinmenge in der Nacht > 100 % der für das Alter erwarteten Blasenkapazität (EBK) und ohne nächtliche Polyurie, da bei Kindern mit nächtlicher Polyurie Arginin-Vasopressin über Nacht vermindert ist. Die Autoren gehen deshalb davon aus, dass Kinder mit nächtlicher Polyurie am ehesten von Desmopressin profitieren, Kinder ohne nächtliche Polyurie dagegen am ehesten von AVT. Desmopressin sorgt dafür, dass durch Hemmung der (normalen) Urinproduktion die nächtlich verminderte funktionale maximale Blasenkapazität nicht oder weniger überschritten wird, so dass das Bett nicht oder weniger nass wird. Van Herzeele et al. (2015b) und Kamperis et al. (2017b) führen eine Reihe von Variablen auf zur Auswahl der Patienten, die mit der höchsten Wahrscheinlichkeit von Desmopressin profitieren bzw. zur Optimierung der Behandlung mit Desmopressin hilfreich sein können. Mattsson et al. (2019) konnten jedoch zeigen, dass sich die Urinproduktion von Kindern mit und ohne nächtliches Einnässen nicht wesentlich unterscheidet. Obwohl < 20 % der Kinder der DRIP-Studie keine nächtliche Polyurie hatten, wird Desmopressin unter den pharmakotherapeutischen Interventionen bisher immer noch als Mittel erster Wahl angesehen. Seyfhashemi & Ghorbani (2015) hielten sich nicht an die Reihenfolge „Desmopressin Mittel der ersten Wahl, alle anderen Substanzen allenfalls Mittel der zweiten Wahl“, sondern verglichen in ihrer randomisierten Studie zu 92 Kindern mit PEN direkt die Wirksamkeit nach 6 Wochen und Rückfallquote 3 Monate nach Behandlungsende von Desmopressin, Imipramin und Oxybutynin als Monotherapie. Zwar wiesen die Kinder in der Oxybutynin-Gruppe eine etwas höhere Ansprechrate (71%) und eine niedrigere Rückfallrate (32%) auf, während in der Desmopressin-Gruppe die Ansprech- und Rückfallraten 63% bzw. 57% und in der Imipramin-Gruppe 61% bzw. 63% betragen. Der Unterschied zwischen den Gruppen war jedoch statistisch nicht signifikant. Offenbar hat Desmopressin auch einen positiven Effekt, wenn keine nächtliche Polyurie vorliegt. Das ist

nicht verwunderlich, da ein Großteil der Kinder mit MEN zwar keine Polyurie, aber eine nächtlich verminderte funktionale maximale Blasenkapazität hat.

Lee et al. (2005) verglichen in einer prospektiven randomisierten Studie Desmopressin, Imipramin und Desmopressin + Oxybutynin. 145 Kinder wurden mehr als 6 Monate beobachtet. Desmopressin + Oxybutynin erzielte die besten und schnellsten Ergebnisse und wurde gut vertragen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass eine diagnostische Differenzierung des Subtyps zwar wünschenswert ist, eine Behandlung jedoch auch ohne Subtyppdifferenzierung erfolgreich sein kann.

Therapie

Laut ICCS (Nevés et al. 2020) wird aktive Therapie ab dem Alter von 6 Jahren empfohlen. Zu Beginn sollte stets Standard-Urotherapie durchgeführt werden. Je nach Compliance und/oder Behandlungserfolg kommen psychotherapeutische Verfahren (insbesondere AVT) und/oder medikamentöse Behandlung in Betracht.

Standard-Urotherapie

Urotherapie ist ein Oberbegriff für nichtchirurgische und nichtpharmakologische Interventionen bei Störungen des unteren Harntrakts (lower urinary tract disorders, LUTD). Sie ist als Haupttherapie bei Enuresis nocturna etabliert und hat zum Ziel, durch Training eine Normalisierung des Miktionsverhaltens zu erreichen und weiteren Funktionsstörungen vorzubeugen. Gemäß ICCS (Nieuwhof-Leppink et al. 2020) konzentriert sich Urotherapie auf verhaltenstherapeutische Interventionen, die größtenteils auf der kognitiv-behavioralen Psychotherapie (KBT) basieren. Standard-Urotherapie umfasst u. a. eine Einführung in Wege zur Verbesserung der Einnässsymptomatik, Ratschläge zum Lebensstil bzgl. Flüssigkeitszufuhr, zu regelmäßiger Blasen- und Darmentleerung, optimaler Körperhaltung beim Wasserlassen, sowie Einschränkung der nächtlichen Flüssigkeitszufuhr (Kang et al. 2020). Es wird Informationsvermittlung und Veränderung des Trink- und Miktionsverhaltens angestrebt (von Gontard & Kuwertz-Bröking 2019).

Der Begriff „Standard-Urotherapie“ umfasst (AWMF 2015):

1. Information und Entmystifizierung
2. Instruktionen zum optimalen Miktionsverhalten
3. Instruktionen zum Trink- und Ernährungsverhalten
4. Dokumentation von Symptomatik und Miktionsverhalten
5. Regelmäßige Betreuung und Unterstützung

In der Urotherapie werden Kinder und Eltern gemeinsam angesprochen, es gibt aber auch als spezifische Urotherapie intensive Gruppen für Kinder und Gruppen für Eltern (z. B. „Erlanger Blasenschule“). Motivation und Entwicklung von Eigenverantwortung für die Blasenkontrolle sind von entscheidender Bedeutung. Vorwürfe und Bestrafungen sollen vermieden, Schuldgefühle und innerfamiliäre Spannungen abgebaut werden. Von großer Bedeutung sind kind- und elterngerechte Information über die Entwicklung und Funktion der Harnblase (Reifungsprozesse) und der Blasenentleerung, Charakterisierung und Beschreibung der vorliegenden Blasenfunktionsstörung und Entwicklung von Strategien, die Blasenfunktion zu normalisieren. Zur Erhöhung der Compliance können auch Smartphone-Apps, z. B. eine Blasentagebuch-App eingesetzt werden (Myint et al. 2016). Der erste Schritt besteht in einer Dokumentation der Einnässhäufigkeit mit Kalenderführung über 4 Wochen. Hierdurch werden 15% der Kinder trocken (von Gontard & Kuwertz-Bröking (2019)).

Nach Abschluss der Basisdiagnostik folgt als *zweite Stufe der Urotherapie* eine Beratung. Es sollen 4 Aspekte bearbeitet werden:

1. Was ist normal?
2. Was ist im individuellen Fall gestört?
3. Was ist nicht effektiv?
4. Was kann man tun?

Die „Erlanger Blasenschule“ (<https://www.urologie.uk-erlangen.de/universitaetsmedizin/kinderurologie/blasenschule/> [Zugriff am 13.02.2022]) benennt als **Aufgaben der Urotherapie**:

- Abbau des emotionalen Stresses, der durch das Einnässen des Kinds in der Familie entsteht
- Druck von den betroffenen Kindern und Familienmitgliedern zu nehmen
- Verständnis für den Aufbau und die Funktionen des Harntrakts sowie für eine normale Blasenfunktion zu vermitteln
- Anleitung zum optimalen Verhalten beim Wasserlassen zu geben
- Anleitung zur Ernährung bei begleitender Obstipation und idealem Trinkverhalten zu geben
- Unterstützung und Motivation der Familien auf ihrem Weg

Themen der Blasenschulung in Kleingruppen separat für Eltern und Kinder gemäß „Erlanger Blasenschule“ (<https://www.urologie.uk-erlangen.de/universitaetsmedizin/kinderurologie/blasenschule/> [Zugriff am 13.02.2022]):

- Körperwahrnehmung
- Trinkverhalten
- Blasenentleerung
- Ernährung
- Hygiene
- kindgerechte Vermittlung des Körpers und seiner Funktionen
- Umgang mit Gefühlen des Kinds, der Eltern und der Geschwister

Regelmäßige Kontakte im Anschluss an die erste Beratung mit dem Angebot, zu unterstützen und zu begleiten, sind anzustreben.

Allgemeine Empfehlungen zur Urotherapie (AWMF 2015, ergänzt um Graham & Levy 2009):

- Kindern mit funktioneller Blasendysfunktion soll empfohlen werden, die Blase bei Harndrang möglichst rasch, in entspannter Haltung (bequemes Sitzen auf der Toilette), und in Ruhe zu entleeren.
- Der Toilettensitz muss kindgerecht sein, ein vollständiges Aufstellen der Füße sollte möglich sein, z.B. mit Hilfe einer Fußbank.
- Anzahl und Zeitpunkt der regelmäßigen Miktionen sollen individuell mit Kind und Eltern besprochen werden.
- Bei altersentsprechender Trinkmenge und Blasenkapazität liegt die Zahl der Toilettengänge bei 5 bis 7 pro Tag.
- Bei vielen Kindern mit Harninkontinenz ist die Wahrnehmung für Harndrang und den Beckenboden herabgesetzt oder durch andere Sinnesindrücke oder Tätigkeiten beeinträchtigt. So kommt es zu unbemerktem Harnverlust oder imperativem Harndrang mit fehlender Möglichkeit, die Blase rechtzeitig auf der Toilette zu entleeren. Durch kindgerechte Aufklärung und Übungen für frühzeitige Wahrnehmung der Blasenfüllung und des Harndrangs können Kinder Strategien entwickeln, rechtzeitig ihre Blase zu entleeren.
- Viele Kinder mit funktioneller Blasendysfunktion und Inkontinenz tagsüber trinken reaktiv sehr wenig. Ihnen wird empfohlen, tagsüber regelmäßig und ausreichend Flüssigkeit zu sich zu nehmen, die zumindest der für das Alter empfohlenen Trinkmenge entsprechen sollte (1-1,5 Liter/Tag je nach Alter). Der Flüssigkeitsbedarf schwankt abhängig von Ernährung, körperlichen und sportlichen Aktivitäten. Die Flüssigkeitszufuhr kann auf bis zu 40-50ml/kgKG je nach Alter gesteigert werden. Die Trinkmenge soll gleichmäßig über den Tag verteilt, aber zum Abend hin weniger getrunken werden. ‚7-Becher-Regel‘: über den Tag verteilt sollen 7 Becher mit je 150-200ml je nach Alter getrunken werden, die letzte Portion etwa 2 Stunden vor dem Schlafengehen. Trinken und Miktion gehören zusammen, außer bei der letzten Miktion vor dem Schlafengehen. In der Beratung sollte der Fokus nicht nicht überzogen auf das Trinkverhalten gerichtet werden.
- Einschränkung der Milchprodukte 4 Stunden vor dem Schlafengehen (um osmotische Diurese zu vermeiden) und Leerung der Blase vor dem Schlafengehen sind wichtig. Radikale abendliche Flüssigkeitsrestriktion,

Vorwürfe und Bestrafungen belasten die Kinder zusätzlich und sollten unterbleiben.

- Wichtig ist die Dokumentation der Symptomatik mit Protokollsystemen (‘Kalender’ bzw. ‘Tagebuch/Nächtebuch’). Durch Registrierung nasser und trockener Nächte bzw. Tage in einem kindgerechten Plan (z.B. ‘Sonne-Wolken-Kalender’) wird die Aufmerksamkeit auf das Therapieziel gelenkt. Lob durch die Eltern kann die Wirkung positiv verstärken. 4 Wochen sind meist ausreichend. Bei (fast) ausschließlich nassen Nächten kann die Kalenderführung nach 2 Wochen beendet, bei deutlicher Verbesserung auch verlängert werden.
- Spätabendliches Wecken führt häufig zu vorübergehender Reduktion von nassen Nächten und zu Entspannung der familiären Situation, jedoch nicht zu einer Besserung der Arousal-Dysfunktion.

Einfache verhaltenstherapeutische Maßnahmen sind oft erster Versuch zur Verbesserung des nächtlichen Einnässens und umfassen Belohnungssysteme wie Sterntafeln für trockene Nächte, nächtliches Hochheben oder Wecken der Kinder zum Urinieren, Training der Retentionskontrolle zur Erweiterung der Blasenkapazität (Blasentraining) und Flüssigkeitsbeschränkung. Der Cochrane-Review von Caldwell et al. (2013) umfasst 1643 Kinder, von denen 865 eine einfache Verhaltensintervention erhielten. In einzelnen kleinen Studien waren Belohnungen, Liken und Wecken sowie Blasentraining jeweils mit signifikant weniger nassen Nächten, höheren Vollremissions- und niedrigeren Rückfallraten im Vergleich zu Kontrollgruppen verbunden. Einfache verhaltenstherapeutische Maßnahmen scheinen im Vergleich zu AVT oder medikamentöser Therapie weniger wirksam zu sein. Ein Vergleich der unterschiedlichen Maßnahmen ergab keine Hinweise auf Unterschiede in der Wirksamkeit.

Spezifische Urotherapie in Kleingruppen: Mattsson et al. (2010) untersuchten den Behandlungserfolg von spezifischer Urotherapie in Kleingruppen (Voiding School, VS) bei 200 Kindern mit Blasenfunktionsstörungen und Inkontinenz. Nach 3 bzw. 12 Monaten waren 35% bzw. 40% der Kinder trocken und bei weiteren 30% bzw. 34% hatte sich der Zustand verbessert ($p \leq 0,0001$). Im Vergleich zu dem Jahr vor Beginn der VS gingen die Harnwegsinfektionen von 34% auf 6% zurück ($p < 0,0001$). Das VS-Konzept ist demnach eine gute Alternative zur individuellen Urotherapie.

Ernährungsempfehlungen für Kinder mit nächtlicher Enuresis

(Ferrara et al. 2015)

Empfohlene Nahrungsmittel

- ✓ Gemüse: Spinat, Mangold, Blumenkohl, Chicorée, Kohl, Hülsenfrüchte, Tomaten, Auberginen, Paprika, Bohnen, Gurken, Spargel, Sellerie, Erbsen, Bohnen, Kopfsalat, Grünkohl
- ✓ Fisch: Thunfisch, Lachs, Sardinen, Seebrasse, Seezunge, Wolfsbarsch
- ✓ Meeresfrüchte
- ✓ Getrocknete Früchte
- ✓ Getreideprodukte: Haferflocken, Weizenknospen, Puffreis, Maisflocken, Weizenkleie, Müsli
- ✓ Eier

Nicht empfohlene Lebensmittel am Abend

- Joghurt
- Wasser
- *Obst*: Ananas, Melone, Äpfel, Wassermelone, Aprikose, Banane
- Milch
- *Käse*: Mozzarella, Hüttenkäse, Weichkäse, Chartreuse

Überhaupt nicht empfohlene Lebensmittel

- Salz
- Schokolade, Kakao
- Kohlensäurehaltige Getränke
- Tee
- Fruchtsaft: insbesondere Grapefruit und Orange

Tabelle 2: Diätetische Empfehlungen bei Enuresis

Diätetische Maßnahmen: Viele Studien zeigen, dass einige Nahrungsmittel und Getränke Diurese und/oder Überaktivität des Detrusors fördern, was MEN verschlimmern kann. Ferrara et al. (2015) stellten nach einer Literaturrecherche diätetische Empfehlungen zusammen (Tabelle 2) und fanden in einer randomisierten Studie zu 137 Kindern mit PMEN zwar einen besse-

ren Behandlungserfolg für die Kombination von Desmopressin + diätetische Empfehlungen (67%) als für Desmopressin allein (59%), der Unterschied war aber nicht statistisch signifikant. Ein vergleichbares Ergebnis fanden Ferrara et al. (2016) in einer weiteren Studie zu 153 Kindern. Auch wenn der Effekt beider Studien nicht signifikant war, mag es im Einzelfall sinnvoll sein, die Behandlung um diätetische Empfehlungen zu erweitern, weswegen die Ergebnisse der Literaturrecherche hier referiert werden.

Weiterführende Therapie

Führt Standard-Urotherapie nicht zum Erfolg, stehen laut AWMF-Leitlinie AVT und Desmopressin als Therapie erster Wahl zur Verfügung. Compliance ist bei beiden Methoden, wenn auch auf unterschiedliche Art und Weise, erforderlich (AWMF 2015). Sollte eine der beiden Behandlungsverfahren versagen, empfiehlt die ICCS den Wechsel auf die jeweils andere Methode (Nevéus et al. 2010). Dieses Vorgehen hat sich in einer randomisiert-kontrollierten Studie als effektiv erwiesen (Kwak et al. 2010). Bei im Vorfeld festgestelltem Mangel an Compliance für AVT erscheint jedoch ein Wechsel von Desmopressin auf AVT nicht in jedem Fall sinnvoll, sondern vielmehr der Wechsel auf eine andere Medikation oder eine Kombination von Desmopressin mit einem Anticholinergikum. Analoges gilt, wenn eine ausreichende Compliance für Desmopressin nicht erreicht werden kann.

Medikation oder AVT?

Der Cochrane-Review von Caldwell et al. (2020) berücksichtigt in seiner Meta-Analyse außer den Behandlungsergebnissen auch die Qualität der einbezogenen Studien. Die Studien zur Wirksamkeit von AVT im Vergleich zu Desmopressin in Bezug auf die Anzahl nasser Nächte pro Woche (4 Studien, 285 Kinder) und Anzahl der Kinder, die bei Abschluss der Behandlung vollständig trocken waren (12 Studien, 1168 Kinder) sind nach Einschätzung der Autoren von geringer methodologischer Qualität. AVT erhöht gemäß dieser Meta-Analyse im Vergleich zu Desmopressin wahrscheinlich leicht die Zahl der Kinder, die nach der Behandlung trocken bleiben (RR 1,30, 95% CI 0,92 bis 1,84; 5 Studien, 565 Kinder; Belege von mäßiger Qualität).

Keten et al. (2020) verglichen in ihrer randomisierten Studie Desmopressin und AVT bei 130 Patienten mit PMEN. Die Rate vollständigen Ansprechens war nach der 4. Woche 53% vs. 37,3% ($p = 0,162$) und nach der 12. Woche

68,4% vs. 68,2% ($p = 0,257$) ähnlich. Die Rückfallrate war unter Desmopressin signifikant höher als unter AVT (48,9% vs. 20,5%, $p = 0,007$). Die Gesamtrate des vollständigen Ansprechens war am Ende der Studie in der AVT-Gruppe signifikant höher als in der Desmopressin-Gruppe und auch in der Intention-to-treat-Analyse war die vollständige Ansprechrate unter AVT signifikant höher als unter Desmopressin, die angegebenen Prozentzahlen widersprechen dem allerdings.

Cakiroglu et al. (2018) verglichen in ihrer retrospektiven Studie Patienten mit PMEN. 64 Kinder wurden mit AVT behandelt und 70 mit Desmopressin. Die Rückfallraten nach dem 3. Monat waren 67% versus 74%, nach dem 6. Monat 72% versus 80,0 %, und dem 1. Jahr 17% versus 21%. Auch wenn die Rückfallquoten tendenziell bei Desmopressin etwas höher waren als bei AVT, fanden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Peng et al. (2018) verglichen in ihrer Meta-Analyse AVT mit Desmopressin bei MEN. Es wurden 15 Studien mit 1502 Teilnehmern für die gepoolte Analyse berücksichtigt. Insgesamt war AVT überlegen, wenn es darum ging, zumindest ein teilweises Ansprechen (>50 % weniger nasse Nächte) zu erreichen in der Per-Protokoll-Analyse, nicht jedoch in der Intention-to-Treat-Analyse, da AVT eine hohe Abbrecherquote aufwies (OR: 2,20, 95 % CI 3,41 bis 4,29). AVT führte zu anhaltenderem Ansprechen (OR: 2,89, 95% CI 1,38 bis 6,04) und geringerer Rückfallquote (OR: 0,25, 95% CI 0,12 bis 0,50). In der Intention-to-treat-Analyse zeigte sich, dass AVT und Desmopressin vergleichbare Wirksamkeit aufwiesen, wenn es darum ging, die Anzahl nächtlichen Einnässens um > 50 % zu reduzieren.

Önol et al. (2015) fanden ähnliche Erfolgsraten (definiert als 90%ige Verringerung des nächtlichen Einnässens pro Monat) für Desmopressin und AVT nach 12 Monaten. Die langfristige Erfolgsrate für Desmopressin war jedoch deutlich höher (68,8% vs. 46,2%). Eltern, die Tai et al. (2015) wegen schwerer Enuresis konsultierten, waren eher ambivalent oder intolerant, was sich möglicherweise negativ auf die Remissionsraten auswirkte, da sie eher dazu neigten, die Behandlung, wie z. B. AVT, abzubrechen. Tai et al. (2021) untersuchten in ihrem Review, wie wichtig die elterliche Wahrnehmung bei der Behandlung der PEN ist. Die klinische Erfahrung zeigt, dass Ärzte, Eltern und Kind oft eine sehr unterschiedliche Sichtweise bzgl. Enuresis haben, und diese Unterschiede sich auf Familiendynamik, Behandlungsansätze und Behandlungserfolg auswirken können. Die Wahrnehmung von PEN durch die Eltern beeinflusst auch die Wahrscheinlichkeit, eine medizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen. Da Rückbildung der PEN aktive Beteiligung

von Eltern und Kind an der Behandlung voraussetzt, ermöglicht die Beurteilung von Erfolgserwartung und Überzeugungen, die Behandlungsziele anzupassen. Bei der Behandlung von PEN wird in den Leitlinien durchweg empfohlen, AVT als Teil der Therapie einzusetzen. Bei der Befragung der Eltern und der Behandlung ihrer Kinder stellten Tai et al. jedoch fest, dass die Eltern Medikamente oder einfache Verhaltensstrategien wie z. B. Einschränkung der Flüssigkeitsaufnahme vorzogen.

Laut Alqannad et al. (2021) ist es nicht einfach, die richtigen Familien für AVT zu finden und sie umfassend zu informieren, da Frustration und Rückzug bei Eltern und Kindern nicht selten sind. Viele Eltern beklagten sich bzgl. AVT darüber, dass sie und nicht ihr Kind durch den Wecker geweckt wurden, gaben AVT bald wieder auf. Zur Beurteilung ihrer Überzeugungen gehört auch die Einschätzung des Vertrauens in die Fähigkeit ihres Kindes, auf den Wecker zu reagieren und die Behandlung durchzuhalten. AVT soll so lange erfolgen, bis das Kind 14 Nächte hintereinander trocken ist – maximal 16 Wochen (Gontard & Kuwertz-Bröking 2019). Alqannad et al. (2021) betonen in ihrem Review, dass die Compliance des Kindes und seiner Eltern neben der Motivation des Kindes den Erfolg der Behandlung bestimmt. Wenn Kinder beim AVT-Weckalarm nicht aufwachen, sollten die Eltern sie aufwecken, um die Blase auf der Toilette zu entleeren. Wenn Kinder und Eltern nicht aufwachen, was häufig vorkommt, sind weitere Maßnahmen erforderlich. Mittlerweile gibt es Apps für Smartphones, die drahtlos Signale vom Sensor in der Hose empfangen, und deren Alarm-Ton ausgewählt werden kann, was auch zur Verbesserung des Erwachens beim Kind und/oder den Eltern beitragen kann. Die Stimme des Kindes oder der Eltern kann aufgenommen und als Alarm verwendet werden, was z. B. die Übermittlung eines zuvor zwischen Eltern und Kind vereinbarten Codeworts als Hilfe zum Aufwachen (Haid & Tekgül 2017) ermöglicht.

Zu verstehen, wie sie mit Rückschlägen umgehen, bestimmt ebenfalls die für das Kind geeignete Behandlungsmethode. Mehrere Studien haben über niedrige Remissionsraten bei AVT berichtet, die auf Probleme mit der Compliance zurückzuführen sind. Eltern und ihre Kinder mit PEN überschätzten häufig ihre Therapietreue, unabhängig von der Behandlungsmethode. Die Notwendigkeit einer strikten Einhaltung der Behandlung und die Unannehmlichkeiten, die AVT mit sich bringt, könnten die Schwierigkeiten bei der Compliance teilweise erklären (Tai et al. 2021). So stellten Walle et al. (2012) fest, dass die Entleerungstagebücher oft unvollständig waren, und die Kinder Desmopressin nicht immer wie geplant einnahmen, was sich negativ auf die Remis-

sionsraten auswirkte. AVT stellt trotz guter Wirksamkeit auch bei angemessener und konsequenter Anwendung eine erhebliche Belastung für die Familie dar, und die Abbruchrate ist hoch (Önol et al. 2015, Peng et al. 2018). Eltern finden AVT oftmals unbequem (Tai et al. 2021), und die Erfolgsergebnisse stellen sich nicht immer sofort ein. Außerdem funktioniert AVT bei Tiefschläfern nicht so gut. Gasthuys et al. (2020) fassen in ihrem Review zusammen, dass AVT nur für motivierte Kinder vorzuziehen sei aufgrund der wesentlich höheren Abbruchrate.

Almusafir & Adel (2017) verglichen in einer prospektiven, randomisierten Studie zu PMEN bei 78 Patienten die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie, Desmopressin, Oxybutynin und die Kombination der drei Behandlungen. Die Patienten wurden nach 4 und 12 Wochen erneut untersucht. Die Anzahl der feuchten Nächte pro Woche ging in allen Behandlungsgruppen im Vergleich zum Ausgangswert deutlich zurück. Die prozentuale Verringerung der feuchten Nächte pro Woche betrug bei Verhaltenstherapie 38,9%, Desmopressin 83%, Oxybutynin 78% und bei Kombination 87,8% nach 12 Wochen. Gemäß ICCS-Definition gab es bei Verhaltenstherapie kein vollständiges Ansprechen, teilweises Ansprechen bei 42%, bei Desmopressin betrug das vollständige Ansprechen 57% und das teilweise Ansprechen 28,6%, bei Oxybutynin 50% und 33%, und bei Kombination 60% und 30%. Allerdings ist in der Publikation nicht erläutert, um welche verhaltenstherapeutischen Maßnahmen es sich konkret handelte.

Kosilov et al. (2015) fanden bei 399 Kindern und Jugendlichen mit PMEN mit mindestens 2 nächtlichen Enuresis-Episoden pro Woche, dass AVT die beste kurz- und langfristige Wirkung bei 10- bis 12jährigen Kindern hat, die Ergebnisse der 7- bis 9jährigen, also jüngeren Kinder 2 Monate nach Beendigung der Behandlung waren signifikant schlechter.

Laut AWMF-Leitlinie (2015) sowie Kamperis et al. (2017b) profitieren vor allem Patienten, die nur einmal in der Nacht oder nicht in jeder Nacht einnässen, die eine normale oder allenfalls leicht verminderte Blasenkapazität aufweisen, die Hinweise für eine nächtliche Polyurie zeigen und die bei Therapiebeginn älter als 10 Jahre alt sind, am ehesten von der Desmopressin-Therapie. Behandlung mit Desmopressin ist insbesondere indiziert bei Kindern und ihren Familien,

- bei denen eine AVT trotz richtiger Anwendung erfolglos war.
- die eine AVT ablehnen oder bei denen die familiäre Situation diese nicht zulässt.

- wenn die Familie nach Information über die beiden Behandlungsmöglichkeiten sich für die Behandlung mit Desmopressin entscheidet.
- wenn ein sehr hoher Leidensdruck besteht, der eine rasche Besserung der Symptomatik erfordert.
- die kritische Situationen (Klassenfahrten, Urlaubsreisen) überbrücken müssen.
- wenn eine pragmatische Hilfe, aber nicht unbedingt eine kurative Maßnahme erwartet wird (z. B. analog einer Brille als visuelle Hilfe)

Spezielle Kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Aspekte

Die Spezifität von Befunden hängt von der Häufigkeit des Auftretens in der Inanspruchnahmepopulation ab (Spitzcok von Brisinski 2012), die Prävalenz komorbider Störungen ebenfalls, und es wird immer wieder berichtet, dass die Qualität der Behandlung (höhere Erfolgsrate, seltener unerwünschte Wirkungen) steigt, wenn das Behandlungsteam die Therapie häufig durchführt, d. h. Routine besteht. Die in diesem Überblick genannten Häufigkeiten zu Behandlungserfolg, UAW und komorbiden Störungen beziehen sich meist auf Einrichtungen der tertiären Versorgung, also spezialisierte Zentren, und können nicht 1:1 auf die primäre hausärztliche Versorgung übertragen werden und auch nicht auf die sekundäre urologische oder kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische.

Die Vorstellung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis oder Ambulanz bzw. Klinik erfolgt meist, wenn kinderärztliche Behandlung nicht ausreichend erfolgreich war und/oder relevante psychische Störungen als Komorbidität vorliegen bzw. vermutet werden. Auch werden Kinder und Jugendliche kinder- und jugendpsychiatrisch wegen anderer im Vordergrund stehender psychischer Störungen vorgestellt und die Enuresis ist ein Problem unter mehreren oder auch (von Kind, Eltern und/oder Behandler) als nachrangig eingestuft.

Oftmals ist es nicht sinnvoll, die gesamte Symptomatik eines Kindes auf eine einzige Ursache zurückzuführen und monokausal ‚von der Wurzel her‘ behandeln zu wollen, sondern stattdessen verschiedene Ansätze zu den verschiedenen Symptomen bzw. Krankheiten/Störungen aufeinander abgestimmt zu

nutzen, insbesondere störungsspezifisch-evidenzbasierte, aber auch kontextbezogene. Dazu ist es wichtig, eine detaillierte Anamnese zu erheben, um komorbide Störungen zu erkennen und sekundäre Ursachen auszuschließen (sofern das mit ausreichender Sicherheit möglich ist). Auch bei komorbiden psychischen Störungen sind Standard-Urotherapie und AVT bzw. Desmopressin oft erste Wahl und am erfolgreichsten, wenn das Kind an seinem Erfolg interessiert ist (Walker 2019). Dennoch steigert die Behandlung komorbider Störungen (z.B. einer ADHS) Motivation, Mitarbeit, Compliance und damit den Erfolg der Urotherapie (Crimmins et al. 2003; von Gontard & Equit 2015) bzw. führt teils mit Rückbildung der komorbiden psychischen Symptomatik zur Rückbildung des Einnässens. Dies gilt für medikamentöse und psychotherapeutische Interventionen.

Überwiegend psychosozial/psychotherapeutisch/sozialpsychiatrisch orientierten Beratern/Behandlern sei ans Herz gelegt, dass Medikamente – anders als oft behauptet – auch psychosoziale Probleme lösen können, da nicht nur Probleme zu Symptomen führen, sondern auch Symptome zu Problemen. Gelingt es, Symptome zu mildern oder zu beseitigen, führt dies oft dazu, dass sich die symptombedingten Probleme ebenfalls mildern oder auflösen (Spitzcok von Brisinski 2017). Die Auffassung, dass hinter jedem Symptom ein Problem stecken muss, das es zu lösen gilt, um das Symptom zu beseitigen, hat de Shazer (1989) in der lösungsorientierten Therapie falsifiziert.

Da Enuresis nicht nur Kinder, sondern auch Jugendliche betreffen kann, ist wichtig, dass Adoleszente im Rahmen ihrer Individuation nicht selten eine positive Einstellung zu Cannabis, Pilzen und anderen pflanzlichen Erzeugnissen zeigen, aber auch hinsichtlich Ecstasy, „Badesalzen“ und anderen chemischen Stoffen, solange sie nicht dem Zweck dienen, sich an die Spielregeln der Erwachsenengesellschaft anzupassen. Daher sind Interventionen zur Akzeptanz von Medikamenten bei Adoleszenten oft nur dann erfolgreich, wenn von den Behandelnden die Unterstützung der Autonomie des Adoleszenten herausgestellt wird. Es darf daher nicht vermittelt werden, dass die Adoleszenten „eingestellt werden“ (wie eine Maschine mit einem Schraubenzieher), sondern, dass sie ein Werkzeug zur Verfügung gestellt bekommen, das sie selbstverantwortlich nutzen können, um ihre Ziele zu erreichen. Nicht selten sind auch die Eltern kritisch gegenüber „Chemie fürs Hirn“, sodass Individuation für Adoleszente auch bedeuten kann, eine positivere Einstellung gegenüber Psychopharmaka zu entwickeln als die Eltern (Spitzcok von Brisinski 2017). Werden Medikamente kompetenzorientiert als Werkzeug der Kunden zur Erleichterung aktiver selbstverantwortlicher Arbeit an den Lösungen ih-

rer Probleme eingesetzt, können sie dazu beitragen, Inexpatient und Familie in ihrer Autonomie und Individuation zu stärken (Spitzcok von Brisinski 2003, 2017).

In der Erhebung von van Tijen et al. (1998) beschrieben Kinder mit Enuresis nocturna das Einnässen als die drittgrößte Belastung in ihrem Leben, gleich nach Scheidung und elterlichen Konflikten. Ähnlich der Enkopresis (Spitzcok von Brisinski & Lüttger 2007) ist auch Enuresis oftmals eine tabuisierte Symptomatik, die nicht nur für die betroffenen Kinder, sondern auch die Familienangehörigen mit hohem Leidensdruck verbunden ist. Da Eltern und Kind selten eine eindeutige Ursache für das Bettnässen finden, reagieren sie oft mit Resignation, Frustration und Wut (Tai et al. 2021). Familientherapeutische Sichtweisen sind zum Verständnis der Enuresis daher manchmal unverzichtbar, da bei hoher Symptompersistenz und bedeutsamer psychischer individueller und familiärer Komorbidität bei vielen Kindern ein rein verhaltenstherapeutisches bzw. urologisches, symptomorientiertes Vorgehen nicht immer ausreicht, sondern weitergehende psychotherapeutische Interventionen zusätzlich notwendig sind. Zwischen familiärer Interaktion und Häufigkeit des Einnässens kann eine Korrelation bestehen und Veränderungen in der Interaktion können u. U. mehr Einfluss auf Veränderungen beim Einnässen haben als umgekehrt (u. a. Zierep 2003, Schweitzer et al. 2014, Quecke 2016). Auch in der systemischen Therapie kann unterschieden werden zwischen symptomorientierten, nichtsymptomorientierten und kombinierten familientherapeutischen Ansätzen. Symptomorientierte Familientherapie wie z. B. Externalisierung des Einnässens kann u. U. auch dann hilfreich sein, wenn keine dysfunktionalen familiären Beziehungsmuster vorliegen (z. B. Mrochen et al. 2014), da alle Familienmitglieder ihre Ressourcen zum Behandlungserfolg beitragen können.

Literaturverzeichnis

- Almusafer MM, Adel A* (2017) Efficacy of different therapeutic modalities for primary monosymptomatic pediatric nocturnal enuresis. *Basrah Journal of Surgery*, 23(2), 47-52. doi: 10.33762/bsurg.2017.141320
- Alqannad EM, Alharbi AS, Almansour RA, Alghamdi MS* (2021). Alarm Therapy in the Treatment of Enuresis in Children: Types and Efficacy Re-view. *Cureus*, 13. doi:10.7759/cureus.17358
- Austin P, Bauer S, Bower W, Chase J, Franco I, Hoebeke P, Rittig S, Vande Walle J, von Gontard A, Wright A, Yang S, Nevéus T* (2014) The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents: Update Report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society (ICCS). *J Urol* 191:1863-1865
- AWMF* (2015) S2k-Leitlinie: Enuresis und nicht-organische (funktionelle) Harninkontinenz bei Kindern und Jugendlichen. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-0261_S2k_Enuresis_nicht-organische_Harninkontinenz_Kiner_Jugendliche_2015-12-abgelaufen.pdf
- Borg B, Kamperis K, Olsen LH, Rittig S* (2018) Evidence of reduced bladder capacity during nighttime in children with monosymptomatic nocturnal enuresis. *J Pediatr Urol* 14(2):160.e1-160.e6. doi: 10.1016/j.jpuro.2017.09.021
- Cakiroglu B, Arda E, Tas T, Senturk AB* (2018). Alarm therapy and desmopressin in the treatment of patients with nocturnal enuresis. *African journal of paediatric surgery AJPS*, 15(3), 131–134 https://doi.org/10.4103/ajps.AJPS_115_16
- Caldwell PHY, Nankivell G, Sureshkumar P* (2013) Simple behavioural interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev* 7:CD003637. doi: 10.1002/14651858.CD003637.pub3
- Chien YJ, Chien YC, Liu CT, Wu HC, Chang CY, Wu MY* (2019) Effects of Methylphenidate on Cognitive Function in Adults with Traumatic Brain Injury: A Meta-Analysis. *Brain Sci* 9(11):291. doi:10.3390/brainsci9110291
- Chung JM, Lee SD, Cho WY* (2020) Evaluation of bladder capacity in children with nocturnal enuresis: comparison of 48-hour frequency-volume charts and uroflowmetry measurements. *Journal of Pediatric Urology* 16, suppl 1, S11. doi.org/10.1016/j.jpuro.2020.05.037
- Crimmins CR, Rathbun SR, Husmann DA* (2003) Management of urinary incontinence and nocturnal enuresis in attention-deficit hyperactivity disorder. *J Urol* 170 (4 Pt 1): 1347-50
- de Shazer S* (1989) *Der Dreh*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme
- Fagundes SN, Lebl AS, Azevedo Soster L, Sousa E Silva GJ, Silveiras EF, Koch VH* (2017) Monosymptomatic nocturnal enuresis in pediatric patients: multidisciplinary assessment and effects of therapeutic intervention. *Pediatr Nephrol* 32(5):843-851
- Ferrara P, De Angelis MC, Caporale O, Malamisura M, Del Volgo V, Vena F, Gatto A, Chiaretti A* (2014a) Possible impact of comorbid conditions on the persistence of nocturnal enuresis: results of a long-term follow-up study. *Urol J* 11(4):1777-1782. PMID: 25194075

- Ferrara P, Del Volgo V, Romano V, Scarpelli V, De Gara L, Miggianno GA (2015) Combined dietary recommendations, desmopressin, and behavioral interventions may be effective first-line treatment in resolution of enuresis. *Urol J* 12:2228-2232
- Ferrara P, Sbordone A, Cutrona C, Ianniello F, Guadagno C, Perrone G, Chiaretti A, Verrotti A, Lazzaro VD (2016) Melatonin's Effect on the Efficacy of Desmopressin in the Treatment of Enuresis. *Int Neurourol J* 20(3):203-208. doi: 10.5213/inj.1632518.259
- Gasthuys E, Dossche L, Michelet R, Nørgaard JP, Devreese M, Croubels S, Vermeulen A, Van Bocxlaer J, Walle JV (2020) Pediatric Pharmacology of Desmopressin in Children with Enuresis: A Comprehensive Review. *Paediatr Drugs* 22(4):369-383. doi: 10.1007/s40272-020-00401-7
- Gomez Rincon M, Leslie SW, Lotfollahzadeh S (2021) Nocturnal Enuresis. Aug 12. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. PMID: 31424765
- Graham KM, Levy JB (2009) Enuresis. *Pediatr Rev* 30(5):165-172
- Haid B, Tekgül S (2017) Primary and secondary enuresis: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Eur Urol Focus* 3:198-206. 10.1016/j.euf.2017.08.010
- Kamperis K, Van Herzeele C, Rittig S, Vande Walle J (2017b) Optimizing response to desmopressin in patients with monosymptomatic nocturnal enuresis. *Pediatr Nephrol* 32(2):217-226. doi: 10.1007/s00467-016-3376-7
- Kang BJ, Chung JM, Lee SD (2020) Evaluation of Functional Bladder Capacity in Children with Nocturnal Enuresis According to Type and Treatment Outcome. *Res Rep Urol* 12:383-389. doi:10.2147/RRU.S267417
- Keten T, Aslan Y, Balci M, Erkan A, Senel C, Oguz U, Kayali M, Guzel O, Karabulut E, Tuncel A (2020) Comparison of the efficacy of desmo-pressin fast-melting formulation and enuretic alarm in the treatment of monosymptomatic nocturnal enuresis. *J Pediatr Urol* 16(5):645.e1-645.e7. doi: 10.1016/j.jpuro.2020.07.018
- Klein RG, Abikoff H, Klass E, Ganeles D, Seese LM, Pollack S (1997) Clinical efficacy of methylphenidate in conduct disorder with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry* 54:1073-1080
- Kosilov KV, Loparev SA, Ivanovskaya MA, Kosilova LV (2015) Sensibility of Children of Different Age Groups to Alarm Intervention for Enuresis. *J Nepal Paediatr Soc* 35(1):49-56. doi: http://dx.doi.org/10.3126/jnps.v35i1.11261
- Kwak KW, Lee YS, Park KH, Baek M (2010) Efficacy of Desmopressin and enuresis alarm as first and second line treatment for primary monosymptomatic nocturnal enuresis: prospective randomized crossover study. *J Urol* 184 (6): 2521-2526
- LeBlond E, Smith-Paine J, Riemersma JJ, Horn PS, Wade SL, Kurowski BG (2019) Influence of Methylphenidate on Long-Term Neuropsychological and Everyday Executive Functioning After Traumatic Brain Injury in Children with Secondary Attention Problems. *J Int Neuropsychol Soc* 25(7): 740-749. doi:10.1017/S1355617719000444
- Lee T, Suh H, Lee HJ, Lee JE (2005) Comparison of effect of treatment of primary nocturnal enuresis with oxybutynin plus desmopressin or desmopressin alone or imipramine alone: Are randomized controlled clinical trial. *J Urol* 174(3):1084-1087

- Mattsson GG, Brännström M, Eldh M, Mattsson S* (2010) Voiding school for children with idiopathic urinary incontinence and/or bladder dysfunction. *J Pediatr Urol* 6(5):490-5. doi: 10.1016/j.jpuro.2009.11.004
- Mattsson S, Persson D, Glad Mattsson G, Lindström S* (2019) Night-time diuresis pattern in children with and without primary monosymptomatic nocturnal enuresis. *J Pediatr Urol*. 2019 May;15(3):229.e1-229.e8. doi: 10.1016/j.jpuro.2019.02.002
- Mrochen S, Karl L Holtz KL, Trenkle B [Hrsg.]* (2014) Die Pupille des Bettnässers: Hypnotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Carl-Auer Verlag, 8. Aufl.
- Nevéus T* (2017) Pathogenesis of enuresis: Towards a new understanding. *Int J Urol* 24(3):174-182
- Nevéus T* (2019) The amount of urine voided in bed by children with enuresis *J Pediatr Urol* 15(1):31.e1-31.e5. doi: 10.1016/j.jpuro.2018.08.006
- Nevéus T, von Gontard A, Hoebeke P, Hjälmsås K, Yeung CK, Vande Walle J, Rittig S, Jørgensen TM, Bower W, Bauer S, Djurhuus JC* (2006) The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents: Report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society (ICCS). *J Urol* 176 (1): 314-324
- Nevéus T, Eggert P, Evans J, Macedo A, Rittig S, Tekgül S, Vande Walle J, Yeung CK, Robson L; International Children's Continence Society* (2010) Evaluation of and treatment for monosymptomatic enuresis: a standardization document from the International Children's Continence Society. *J Urol*. 2010 Feb;183(2):441-7. doi: 10.1016/j.juro.2009.10.043
- Nevéus T, Fonseca E, Franco I, Kawauchi A, Kovacevic L, Nieuwhof-Leppink A, Raes A, Tekgül S, Yang SS, Rittig S* (2020) Management and treatment of nocturnal enuresis-an updated standardization document from the International Children's Continence Society. *J Pediatr Urol* 16(1):10-19. doi: 10.1016/j.jpuro.2019.12.020
- Nieuwhof-Leppink AJ, Hussong J, Chase J, Larsson J, Renson C, Hoebeke P, Yang S, von Gontard A* (2021) Definitions, indications and practice of urotherapy in children and adolescents: - A standardization document of the International Children's Continence Society (ICCS). *J Pediatr Urol* 17(2):172-181. doi: 10.1016/j.jpuro.2020.11.006
- Ohtomo Y* (2017a) Atomoxetine ameliorates nocturnal enuresis with sub-clinical attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatr Int* 59(2):181-184. doi: 10.1111/ped.13111
- Önol FF, Guzel R, Tahra A, Kaya C, Boylu U* (2015) Comparison of long-term efficacy of desmopressin lyophilisate and enuretic alarm for monosymptomatic enuresis and assessment of predictive factors for success: a randomized prospective trial. *J Urol* 193:655–661. doi:10.1016/j.juro.2014.08.088
- Peng CC, Yang, SS, Austin PF et al.* (2018) Systematic Review and Meta-analysis of Alarm versus Desmopressin Therapy for Pediatric Monosymptomatic Enuresis. *Sci Rep* 8, 16755. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-34935-1>
- Quecke B* (2016) Enuresis und Enkopresis. In: Reinert Hanswille (Hrsg.) *Handbuch systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2. Aufl., 353-358

- Schweitzer J, von Schlippe A, Spitzcok von Brisinski I* (2014) Einnässen und Einkoten – Die Dinge zum richtigen Zeitpunkt herauslassen. In: Schweitzer J, von Schlippe A: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II: Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 5. Aufl., 272-276
- Seyfhashemi M, Ghorbani R* (2015) Desmopressin, Imipramine, and Oxybutynin in the Treatment of Primary Nocturnal Enuresis: A Randomized Clinical Trial. Iranian Red Crescent Medical Journal 17(7):e16174. DOI:10.5812/ircmj.16174v2
- Sommer V, Holland-Cunz S, Frech M* (2021) Enuresis nocturna im Kindes- und Jugendalter. Urol Prax 23:144–150. Doi:10.1007/s41973-021-00155-w
- Spitzcok von Brisinski I* (2003) Systemische und lösungsorientierte Ansätze in der Psychopharmakotherapie des Kindes- und Jugendalters. Zeitschrift für systemische Therapie 21, 157-167
- Spitzcok von Brisinski I* (2012): Neurophysiologische Verfahren. In: G. Lehmkuhl, F. Poustka, M. Holtmann, H. Steiner (Hrsg.) Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Göttingen: Hogrefe, 280-296
- Spitzcok von Brisinski I* (2017) Familie und Individuation. Systemische Perspektiven in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Behandlung. Psychotherapie im Dialog 18(2), 70-73
- Spitzcok von Brisinski I, Lüttger F* (2007) Familientherapie bei Enkopresis. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56, 549-564
- Tai TT, Tai BT, Chang Y, Huang K* (2015) Parents have different perceptions of bed-wetting than children from six to 15 years of age. Acta Paediatr 104(10):e466–e472. doi:10.1111/apa.13101
- Tai TT, Tai BT, Chang YJ, Huang KH* (2021) The Importance of Understanding Parental Perception When Treating Primary Nocturnal Enuresis: A Topic Review and an Institutional Experience. Res Rep Urol 13:679-690. doi:10.2147/RRU.S323926
- Vandersteen DR, Husmann DA* (1999) Treatment of primary nocturnal enuresis persisting into adulthood. J Urol 161(1):90–92. doi:10.1016/S0022-5347(01)62073-1
- Vande Walle J, Van Herzelee C, Raes A* (2010) Is there still a role for desmopressin in children with primary monosymptomatic nocturnal enuresis?: a focus on safety issues. Drug Saf 33(4):261-271. doi: 10.2165/11319110-000000000-00000
- Van Herzelee C, Dhondt K, Roels S, Raes A, Hoebeke P, Groen L, Bruneel E, Vande Walle J* (2015a) Effective treatment of nocturnal enuresis results in amelioration of neurocognitive dysfunction and disrupted sleep. Abstract 195: International Continence Society (ICS) meeting in Montreal, Canada. <https://www.ics.org/2015/abstract/195>
- Van Herzelee C, Evans J, Eggert P, Lottmann H, Norgaard JP, Vande Walle J* (2015b) Predictive parameters of response to desmopressin in primary nocturnal enuresis. J Pediatr Urol 11(4):200.e1-8. doi: 10.1016/j.jpuro.2015.03.007
- Van Herzelee C, Vande Walle J* (2016) Incontinence and psychological problems in children: a common central nervous pathway? Pediatr Nephrol 31(5):689-692. doi: 10.1007/s00467-016-3336-2
- Van Tijen NM, Messer AP, Namdar Z* (1998) Perceived stress of nocturnal enuresis in childhood. Br J Urol 81 Suppl 3:98-9. doi: 10.1046/j.1464-410x.1998.00018.x

- Verghese C, Abdijadid S* (2021) Methylphenidate. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. PMID: 29494058
- von Gontard A* (2013) The impact of DSM-5 and guidelines for assessment and treatment of elimination disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 22 Suppl1:S61-7
- von Gontard A* (2020) *Ausscheidungsstörungen – Klassifikation und Definition nach ICD-11. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (2020), 0, 1-8. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000751>
- von Gontard A, Equit M* (2015) Comorbidity of ADHD and incontinence in children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 24(2):127-140
- von Gontard A, Kuwertz-Bröking E* (2019) The diagnosis and treatment of enuresis and functional daytime urinary incontinence. *Dtsch Arztebl Int* 116: 279–85. doi: 10.3238/arztebl.2019.0279
- Walker RA* (2019) Nocturnal Enuresis. *Prim Care* 46(2):243-248
- Walle J, Rittig S, Bauer S, Eggert P, Marshall-Kehrel D, Tekgul S* (2012) Practical consensus guidelines for the management of enuresis. *Eur J Pediatr* 171(6):971–983. doi:10.1007/s00431-012-1687-752
- Zierep E* (2003) Überlegungen zum Krankheitsbild der Enuresis nocturna aus systemischer Perspektive. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 52(10):777-793

Autor:

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und
Jugendalter, LVR-Klinik Viersen, Horionstr. 14, D-41749 Viersen
Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
<https://klinik-viersen.lvr.de>

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht

Digitale Störungen bei Kindern und Jugendlichen: ein Update

Jan van Loh

Kurzfassung:

Mit der Internet Gaming Disorder (dt.: Online-Spielsucht) steht im ICD 11 künftig eine statistisch validierte Diagnose mit unmittelbarem Bezug zu Medien zur Verfügung. Im Zuge dieser Entwicklung haben sich Ansätze für weitere Differenzierungen von klinischen Zustandsbildern herausgebildet. Die mehrfach belegte Beziehung zwischen Bindungsstruktur und problematischem Mediennutzungsverhalten deutet ebenso in ein psychodynamisches Verstehen dieses Zusammenhanges wie die klinischen Phänomene der „Medialen Introjekte“, „digitalen Selbst-Derivate“ und weiterer digitaler Übergangsphänomene. Für die KJP von besonderer Bedeutung sind Eltern, die selbst bereits mit Onlinespielsucht zu kämpfen haben. Daraus ergibt sich für die kinder- und jugendpsychotherapeutischen Fach- und Berufsverbände Anpassungsbedarf bei der Ausbildung von Therapeuten und bezüglich gemeinsamer Standards bei der Elternberatung.

Schlüsselwörter: Digitale Störungen, Mediensucht, Online-Gaming-Disorder, Mediale Introjekte, Übertragungsbeziehung, digitale Selbst-Derivate

Abstract:

With the Internet Gaming Disorder (German: Online-Spielsucht), a statistically validated diagnosis with direct reference to media will be available in the ICD 11 in the future. In the course of this development, approaches for further differentiation of clinical conditions have emerged. The relationship between attachment styles and problematic media usage behavior, which has been documented several times, also points to a psychodynamic understanding of this connection, as do the clinical phenomena of “medial introjects”, “digital self-derivatives” and other digital transitional phenomena. Parents who are already struggling with online gaming addiction are of particular importance for the KJP. This results in a need for adjustments in the training

of therapists and with regard to common standards in parent counseling for child and adolescent psychotherapeutic specialist and professional associations.

Keywords: Digital Disorders, Media Addiction, Online-Gaming-Disorder, Mediativ Introjects, Transference Relationship, Digital Self-Derivatives

Dass die Effekte von technologisch bedingten, gesellschaftlichen und psychischen Veränderungen mit Verzug eintreten, ist keine Neuigkeit. Auch bei der Beobachtung der psychischen Folgen der Nutzung neuer Medien durch Kinder und Jugendliche zeigt sich, dass Medientechnologien unser Bewusstsein verändert haben, bevor wir selbst dies realisiert haben. Wir – das sind die Erwachsenen. Was aber ist mit denen, deren Bewusstsein sich erst noch entwickelt – unseren Kindern?

Landläufig passt auf diesen Sachverhalt die Redensart „Hinterher ist man immer klüger“. Das allzu menschliche Phänomen der erst im Nachhinein sich einstellenden Erkenntnis ist auch im Kontext der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu beobachten, wenn es um den Einfluss der digitalen Medien auf das Denken, Fühlen und Handeln der Therapeutinnen und Therapeuten ging und geht. Historisch lässt sich dies recht schön anhand von Jahreszahlen nachvollziehen: so ging Facebook 2004 online und wurde 2012 in eine Aktiengesellschaft umgewandelt. Damals hatte das soziale Netzwerk 800 Millionen Nutzer, aktuell sind es 2,5 Milliarden. Ebenfalls im Jahr 2012 erschien Spitzers populärwissenschaftliches Buch „Digitale Demenz“. (Spitzer, 2012)

Zwischen der „Erfindung“ des sozialen Netzwerks und der Warnung vor langfristigen Folgen seiner Nutzung lagen im breiten gesellschaftlichen Diskurs 8 Jahre. Legt man die Markteinführung der ersten „Playstation“ von 1994 als zeitliche Referenz zugrunde, wächst die Zeitlücke auf 18 Jahre. Allerdings hatte Spitzer sieben Jahre zuvor bereits „Vorsicht Bildschirm“ (Spitzer, 2005) vorgelegt, in dem die Grundzüge seiner medienkritischen Haltung bereits ausformuliert waren. Der Vorsprung schmilzt zwar, aber mehr auch nicht.

Unabhängig davon, ob es sich nun um 8, 11 oder 18 Jahre handelt: die neue Technologie ist immer vorneweg. Es ist wie im Paradoxon von Achilles und der Schildkröte, nur mit umgekehrten Vorzeichen: der Mensch kommt der von ihm selbst geschaffenen, schnellen Technologie seelisch niemals hinterher. Noch vor der Jahrtausendwende äußerte sich Plassmann (1999) stellvertretend für die deutsche psychoanalytische Gemeinschaft bezüglich der Rolle der sozialen Medien kritisch: diese manipulierten und seien daher als Gegner

des Läuterungsgedankens aufzufassen, den die Psychoanalyse sich gewiss ist, im Wappen zu tragen. Ein Kampf von David gegen Goliath war ausgerufen und wird bis heute ausgefochten, inzwischen u.a. im Feld der Telematik-Infrastruktur.

Was aber ist in der konkreten Zeit passiert, zwischen 2004 und 2022, im Diskurs der Psychiatrie und Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen und ihrem Umgang mit den sozialen Medien?

Zunächst einmal scheinen Kinder den Älteren uneinholbar enteilt zu sein. Hier tut sich eine neue Hase-Igel-Lücke auf, nicht nur im Zeitbezug, sondern auch zwischen den Generationen. Zu den polemischen Mahnern wie Spitzer gesellten sich ebenso polemische Verharmloser wie Milzner und Altmeyer. „Digitale Hysterie“ (Milzner, 2016) und der vom Soziologen Hartmut Rosa entwendete Begriff der „Resonanz in der digitalen Moderne“ (Altmeyer, 2017) kennzeichnen dabei die überkommene Tendenz dieser im weitesten Sinne psychodynamisch argumentierenden Autoren, sich entweder nicht um statistische Daten oder nicht um die Darstellung von empirischem Fallmaterial zu bemühen. Für das eigene Selbst stricken diese Autoren weiter medial wirksam und unaufhörlich an einer psychoanalytisch orientierten Therapie als Behandlung, die es nicht nötig hat, wissenschaftlich fundierte Nachweise vorzulegen. Sie sprechen nicht über Menschen, die sich in interaktiven medialen Erfahrungen verrennen, sondern diskutieren stattdessen TV-Sendungen.

In der quantitativen Forschung hat sich unterdessen ein breiter Konsens gefunden, der sich auch gegen die Lobbyisten aus der Gaming-Industrie durchsetzen konnte, die in letzter Minute die Aufnahme der Online-Computerspielsucht in die ICD-11 zu verhindern versuchte. Ob sich eine solche Erwachsenen-Diagnose im Bereich der KJ-Behandlungen sinnvoll stellen lässt, wird sich zeigen müssen. In jedem Fall kann sie als Hinweis darauf gelesen werden, dass eine wissenschaftlich fundierte Auseinandersetzung auch in diesem Feld möglich ist. Allerdings scheint eine eigenständige, statistisch belegbare Forschung im Bereich der psychodynamischen Behandlung derartiger Phänomene in einer fernen Zukunft, wenn nicht gar jenseits des Erreichbaren zu liegen. Aktuell machen die verhaltenstherapeutischen Kollegen mit symptomorientierten Manualen die Erfahrung, dass sie unter der Überschrift des geradezu paradigmatisch paradoxen, und zugleich treffenden Begriffes der „Teilabstinenz“ zu der Erkenntnis gelangen, dass die Behandlung von Computerspielsucht bei exzessiven Nutzern nur selten zu dauerhaften Erfolgen führt. (Vgl. Florack & Illy, 2021, Wölfling et al, 2013)

Im Zuge der Versachlichung des Diskurses ist es nicht nur zur Zusammenarbeit zwischen den Vertretern der unterschiedlichen therapeutischen Fachkunden, sondern auch zu einer weiteren Ausdifferenzierung therapeutisch relevanter Begriffe gekommen. So haben Eichenberg und Kühne (2014) ein Kategoriensystem vorgeschlagen, um die exzessiven Nutzungsweisen (alle Arten von Medien-Sucht) von anderen medienbezogenen Pathologien abzugrenzen. Die herausgearbeiteten Zustandsbilder der dysfunktionalen, der selbstschädigenden, der devianten und schließlich der jugendgefährdenden Nutzung sind zwar noch nicht trennscharf diagnostisch zu erheben und operationalisiert zu behandeln. Die Einteilung deutet aber darauf hin, dass sich Forscher und klinische Behandler in Psychotherapie und Psychiatrie auch bei medienbezogenen Störungen nicht mehr mit einer einzigen diagnostischen Kategorie zufriedengeben. Anhand von Begriffen wie beispielsweise „Cyberchondrie“, die sich in dem Symptom artikuliert, dass Menschen versuchen, ihre gesundheitsbezogenen Sorgen durch Recherchen im Internet zu lindern, das Internet häufig jedoch mit noch größeren Sorgen verlassen, oder im Fall von Cyber-Mobbing und Cyber-Stalking lassen sich analog zu im sogenannten Real-Life anzutreffenden Pathologien auch forensisch relevante Zustandsbilder beschreiben. Auf die digitale Repräsentation von selbstverletzendem Verhalten komme ich weiter unten zurück.

Im Feld der psychodynamischen Betrachtung von Mediennutzungsgewohnheiten ist in vielen Studien nachgewiesen worden, dass zwischen Bindungsstörungen und Internetsucht ein Zusammenhang besteht (vgl. Dieris-Hirche et al., 2021). Dahinter verbirgt sich augenscheinlich der ebenso unbewusste wie vergebliche Versuch von Nutzern, die in der frühen Kindheit erworbenen Bindungsunsicherheiten durch exzessive Mediennutzung in Sicherheiten umzuwandeln. In anderen Worten kann dies als unvollständige Triangulierungsproblematik verstanden werden (vgl. v. Loh 2018, S.). Ob und wenn ja welche Bindungssysteme bei den devianten, dysfunktionalen und selbstschädigenden Nutzungsweisen vorliegen, ist auch aufgrund der zu vermutenden Stigmatisierungen bisher nur in Ansätzen systematisch beforscht.

Ich selbst habe aus meinem klinischen Alltag heraus drei Begrifflichkeiten vorgeschlagen, anhand derer auch psychotisch anmutende Konstellationen aus einem unangemessenen (dysfunktionalen) Medienkonsum heraus als mediale, nicht psychotische Störungen diagnostizierbar werden.

Da wären zunächst **mediale Introjekte** zu nennen, die als mentale Repräsentanzen von mitunter sehr frühen Medienerfahrungen, von denen sich Patienten im Laufe ihres Lebens nur sehr schwer zu lösen in der Lage sind (v.Loh 2020),

eine Bewegung eines medialen Außen in ein psychisches Innen bezeichnen und traumatischen Charakter haben. Die nicht altersgerechte Konfrontation mit Horrorfilmen, Pornografie oder globalen Bedrohungen ist ebenso wenig wie exzessiver Medienkonsum in Form von Computerspielen in ihrem Ergebnis als nicht wahnhaft einzuschätzen, da die Inhalte ja in suggestiver und emotional stark angereicherter Weise von außen an die betroffenen Individuen herangetragen werden. Während beim Vorlesen von gruseligen Geschichten oder Märchen das vorlesende, steuernde Objekt eine Beziehung zur Verfügung stellt, ist diese Struktur bei einem Kind, das alleine oder mit anderen Kindern vor einem Fernseher oder Computer sitzt und plötzlich ängstigende oder sonst wie verunsichernde Inhalte zu sehen (und vor allem zu hören) bekommt, nicht mehr gegeben. Sind die Erfahrungen, die ein Kind macht, aber praktisch ausschließlich medialen Inhalts, weil gar keine interpersonellen Erfahrungen mehr gemacht werden, kann es zu schwerwiegenden Wahrnehmungsverzerrungen kommen, die dann quasi psychotischen Charakter haben. Es ist genau diese Beziehungslosigkeit, die auch von ansonsten bindungssicheren Eltern unterschätzt wird, wenn Kinder über Stunden allein an das Tablet oder sonst einen Bildschirm gelassen werden und von ihnen erwartet wird, dass sie eigenständig zu einem medienkompetenten Umgang finden sollen. Die Eltern nehmen in genau diesem Moment ihre Verantwortung nicht mehr wahr, denn ihre Kinder sind von derartigen, rationalen Entscheidungsfindungen notwendigerweise überfordert.

Ein zweiter Begriff, den ich formuliert habe, um die spezifischen Transfers von einem psychischen Innen in ein mediales Außen zu kennzeichnen, sind die **Digitalen Selbst-Derivate** (vgl. v Loh, 2022). Sie bezeichnen die häufig zu beobachtende Strategie junger Menschen, sich und mehr oder weniger große Teile ihres Lebens im Internet anderen zugänglich zu machen. Bei diesem vielschichtigen Prozess geht es nicht nur um Identitäts-Suche und -Stiftung, sondern auch um narzisstische Aufwertungen, und zugleich um massenhafte, leere Beziehungsimagines („follower“), die sich in vielen Fällen niemals mit wirklichen Beziehungserfahrungen füllen oder zur Deckung bringen lassen. Während Jungen vor allem in digitalen Spielumwelten den Kontakt zu Peers regulieren, tun dies Mädchen in sozialen Netzwerken wie Instagram oder TikTok und sind statistisch nachweisbar stärker von Mediensuchtstörungen betroffen (Rumpf et al, 2011). Sie stellen eigene Inhalte ein, die sich wiederum nicht nur an dem orientieren, was andere Peers eingestellt haben, sondern

auch an sogenannten viralen, also solchen Inhalten, die in kürzester Zeit jeder gesehen haben muss, die/der mitreden will, die ihrerseits aber auch von Firmen und Konzernen erzeugt werden.

An dieser Stelle sei der Rückbezug zu den selbstverletzenden Internetnutzungen hergestellt: Instagram hat inzwischen die Veröffentlichung von Bildern untersagt, in denen sich junge Borderliner mit ihren Selbstverletzungen um narzisstische Aufwertung in Form von Likes oder Kommentaren bemühen. Diese spezielle Form von digitalen Selbst-Derivaten ist also inzwischen zwar nicht mehr über die großen Portale abrufbar, wird in den entsprechenden Nischen aber weiterhin als Pathologie am Übergang zwischen digitaler und realer Welt praktiziert. Was aber geschieht in Therapien, wenn Jugendliche hinter dem Rücken ihrer TherapeutInnen derart mit sich selbst verfahren? Wenn Therapeuten die durch eine solche Praxis entstehende Übertragungsbeziehungs-Lücke selbst nicht schließen, weil sie gar nicht auf die Idee kommen, danach zu fragen und ihnen so entgeht, dass die jungen Menschen aus einer solchen Praxis einen ggf. auch sexuellen Kick ziehen, so liegt die Verantwortung auch in diesem Fall bei den Erwachsenen. Hier tut sich das auf, was ich als unvollständige Übertragungsbeziehung bezeichnet habe: bindungsunsichere Patienten weichen dem Beziehungsangebot von TherapeutInnen unter Umständen emotional aus, indem sie im Internet ihre Beziehungslosigkeit weiterführen, ohne dass von einem der Beteiligten die Bedeutung oder Relevanz der Dynamik erkannt werden würde.

Damit ist der dritte wesentliche Begriff, den ich eingebracht habe, bereits angedeutet. Die **digitalen Übergangsphänomene** (v. Loh 2022) umfassen alle möglichen Arten, die prinzipielle Opposition zwischen digitaler und realer Sphäre unscharf werden zu lassen. Hier geht es um Cosplay, um E-Sports, um Merchandising in Form von Action-Figuren, um Conventions und kreativen Umgang z.B. mit 3D-Druckern. Ein in diesem Zusammenhang häufig anzutreffender Gefühlszustand ist die FOMO, die Fear of Missing Out, also die Angst derjenigen, die in digitalen Belangen nicht up-to-date sind, nicht dazu zu gehören. Sie bringt vor allem Jugendliche dazu, sich unentwegt zu überlegen, was sie selbst für Inhalte beisteuern könnten, um überhaupt noch wahrgenommen zu werden.

Meine therapeutische Erfahrung geht dahin, dass wir uns als Therapeuten als Übergangsobjekte zwischen digitaler und realweltlicher Sphäre zur Verfügung stellen können, damit jugendliche Patienten in die Lage kommen, die oftmals enttäuschenden digitalen Erfahrungen als solche zu entschlüsseln. So lernen sie gemeinsam mit uns, dass es einen emotional und kognitiv wahr-

nehmbaren Übergang zwischen den unterschiedlichen Sphären ihrer Wirklichkeit gibt und wie sie ihn selbst konfiguriert haben, um sich darin mental und hoffentlich mentalisierend auszubalancieren.

Wenn es um die jüngeren Kinder geht, die von ihren Eltern viel stärker abhängig sind, gilt es vor allem, ein sinnvolles Beratungsangebot zur Verfügung zu stellen, damit sie die Möglichkeit erhalten, sich der Verantwortung zu stellen, ihren Kindern einen sinnvollen und angemessenen Umgang mit Medien zu ermöglichen. Es ist mir nicht bekannt, ob die Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutische Gemeinschaft, ähnlich wie die Kinderärzte, bereits über gemeinsame Beratungsstandards verfügt. Sollte dies nicht der Fall sein, wäre es dringend erforderlich, dass hier Leitlinien formuliert werden, damit nicht jeder Therapeut nach eigenem Gutdünken und Ermessen heraus Eltern zu beraten hat, die inzwischen selbst vermehrt an digitalen Störungen laborieren. Hier geht es auch um Kindeswohlgefährdung, denn in aktuellen neurokognitiven Studien konnte gezeigt werden, dass übermäßiger Medienkonsum in der frühen Kindheit zu Veränderungen in der Entwicklung von Hirnstrukturen führt, was unter Umständen eine abweichende Impulsivität im Jugendalter mit sich bringt (Hutton et al, 2019, Lee et al, 2020). Vor allem aber bleiben die tragfähigen Beziehungen zwischen Eltern und Kindern auf der Strecke und der transgenerationale Zusammenhang fällt jenseits der nötigen Abgrenzung der jungen Menschen immer weiter auseinander.

In einer aktuellen Studie (Eichenberg, Piening, v.Loh, 2022) konnten wir zeigen, dass sich eine Mehrheit der Erwachsenentherapeuten angemessene Schulungen im therapeutischen Umgang mit digitalen Medien wünscht. Die Erhebung einer Folge-Studie mit Kinder- und Jugendlichen-Therapeuten wurde gerade abgeschlossen und wird derzeit ausgewertet. Entsprechend scheint es ratsam, die digitalen Medien und ihre Auswirkungen auf die Psyche von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern in die Ausbildungscurricula von Kinder- und Jugendlichen-Therapeuten aufzunehmen.

Literatur

- Altmeyer, M.* (2017). Auf der Suche nach Resonanz. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Dieris-Hirche, J., Geisle, B., Bottel, L., te Wildt B.* (2021): Problematische und pathologische Bindungsphänomene im Zusammenhang mit internetbezogenen Störungen
Ein systematisches Review. In: *Nervenheilkunde* 2021; 40(12): 989-1000
DOI: 10.1055/a-1650-1441 Stuttgart, Thieme.
- Eichenberg, E. & Kühne S.* (2014). Einführung Onlineberatung und -therapie. München: Basel, Ernst Reinhardt Verlag.
- Eichenberg, C Piening, K., v.Loh, J.* (2022): Exploration und Berücksichtigung von Medienproblemen in der Psychotherapie von Erwachsenen: Eine Onlinebefragung von Psychotherapeut*innen. In: *Z. Psychosom Med Psychother.* 68, 24–38, ISSN (Printausgabe): 1438-3608, ISSN (online): 2196-8349 © 2022 Vandenhoeck & Ruprecht, <https://doi.org/10.13109/zptm.2022.68.1.24>
- Florack, J. & Illy, D.* (2021). Behandlungsmanual Videospiele- und Internetabhängigkeit: Verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppenbehandlung zur Teilabstinenz bei Adoleszenten. Amsterdam: Urban & Fischer/Elsevier
- Hutton, J., Dudley, J., Horowitz-Kraus, T., DeWitt, T., Holland, S.* (2019): Associations Between Screen-Based Media Use and Brain White Matter Integrity in Preschool-Aged Children. In: *JAMA Pediatr.* 2020 Jan; 174(1): e193869. Published online 2019 Nov 4. doi: 10.1001/jamapediatrics.2019.3869: 10.1001/jamapediatrics.2019.3869
- Lee, J., Lee, D., Namkoong, K., Jung, Y.* (2020): Aberrant posterior superior temporal sulcus functional connectivity and executive dysfunction in adolescents with internet gaming disorder In: *Journal of Behavioral Addictions* 9 2020 3, 589–597 DOI: 10.1556/2006.2020.00060
- v.Loh, J.* (2018). Digitale Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- v.Loh, J.* (2021). Mediale Introjekte. In: *Kinderanalyse*, 29 (2). DOI 10.21706/ka-29-2
- v.Loh, J.* (2022): Digitale Übergangsphänomene. In: *KJP Heft* 194, LIII, Jg. 02/2022. Frankfurt / Main, Brandes & Apsel.
- Milzner, G.* (2016): Digitale Hysterie. Weinheim, Beltz.
- Plassmann, R.* (1999): Virtuelle Objekte und ihre Verwendung. *Forum der Psychoanalyse* 15, 1–8.
- Rosa, H.* (2016): Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung. 2. Auflage. Berlin: Suhrkamp.
- Rumpf, H., Bischof, G., Bischof, A., Meyer, C. & John, U.* (2013): Prävalenz der Internetaabhängigkeit – Diagnostik und Risikoprofile (PINTA-DIARI) Kompaktbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Lübeck.
- Spitzer, M.* (2012): Digitale Demenz. München, Droemer.
- Ders.* (2005): Vorsicht Bildschirm. Stuttgart, Klett.
- Wölfling, K., Jo, C., Bengesser, I., Beutel, M. & Müller, K.* (2013): Computerspiel- und Internetsucht. Ein kognitiv-behaviorales Behandlungsmanual. Stuttgart, Kohlhammer.

Autor:

Dr. phil. Dipl.-Psych. Jan van Loh

Psychotherapeut (TfP) für Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Research Fellow

Sigmund Freud Privat-Universität Wien, Fakultät für Medizin, Institut für Psychosomatik

Freudplatz 3, A-1020-Wien

eMail: jan.vanloh@sfu.ac.at, Website: <https://med.sfu.ac.at>

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht

Familienrechtliche Besonderheiten im Zusammenhang mit COVID-19

Maren Waruschewski

Ich berichte als Fachanwältin für Familienrecht und stellvertretende Bundesvorsitzende des ISUV über die aktuelle „Corona-Problematik“ im Zusammenhang mit Kindern. Voranstellen möchte ich, dass sich seit Beginn der Pandemie bis heute die Ereignisse förmlich überschlagen. Ganz aktuell meine ich damit den Kriegsbeginn in der Ukraine. Wir als Beratende, und damit meine ich sowohl uns als Verein, als auch als Juristen und Sie als Ärzte und Psychologen, haben in diesem Zusammenhang eine große Verantwortung. Bei allen liegen nach faktisch zweijähriger sozialer Isolation die Nerven blank. Viele Eltern haben coronabedingt ihren Arbeitsplatz verloren. Manche sind psychosomatisch erkrankt und leiden insoweit gesundheitlich. Dann kommt bei vielen noch die Trennung hinzu. Eine Trennung ist auch für die Eltern ein Trauma. Alles muss neu organisiert werden. Das alte und ursprünglich langfristig geplante Leben fällt auseinander. Und die Kinder und Jugendlichen haben neben den trennungsbedingten familiären Problemen auch noch ihre ganz eigenen Probleme. Klassenfahrten, Schulausflüge, Sportvereine, Karneval, Partys – alles ist weggefallen. Die Wahrnehmung der Kinder auf das, was für sie schlimm ist und was nicht, verschiebt sich. Sie haben nicht mehr so einfach die Möglichkeit, ihre eigene Situation mithilfe von Schulkameraden oder sonstigen Gleichaltrigen zu reflektieren. Rechtlich lässt sich das nicht oder nur bedingt auffangen. Der eigentliche Ansatzpunkt müssen deshalb die Eltern sein. Diese sind als Verantwortliche auch von Ärzten und Psychologen in diesen besonderen und für alle schweren Zeiten in die Verantwortung zu nehmen.

A.

Allgemeines

Der „ISUV – Verband Unterhalt und Familienrecht“ ist eine ehrenamtliche Organisation, die im Sinne eines Verbrauchervereins oder -verbandes versucht, bei familienrechtlichen Problemen Hilfe zu leisten. Wir bieten nicht nur kostenlose Vorträge (zurzeit vorwiegend online) an, sondern sind bundesweit so organisiert, dass jedem ortsnah eine Kontaktstelle mit Ansprechpartner zur Verfügung steht. Bei unseren Kontaktstellenleitern/-innen handelt es sich zumeist um Betroffene, die allein durch ihre eigenen Erfahrungen schon weiterhelfen können. Sie vermitteln aber auch Kontakte zu sogenannten „Kontaktanwälten“ – alles Fachanwälte für Familienrecht. Gerade während der Zeit der Pandemie wurden wir vermehrt zu Rate gezogen. Und das ist gut. Denn nur durch Austausch mit Außenstehenden kann eine belastende Situation reflektiert werden. Es kann wieder ein Aufeinander zugehen stattfinden, zumindest aber die Möglichkeit, konstruktiv und wertschätzend miteinander umzugehen.

Im Zusammenhang mit „Corona“ ging es für Eltern vor Allem um folgende Fragen:

- Kann der Umgang, der mir mit dem Kind zusteht, von dem anderen mit dem Hinweis auf Corona ausgesetzt oder sonst wie untersagt werden?
- Wer entscheidet über die Frage des Impfens des Kindes? Kann einer die Impfung verweigern?
- Muss mein Kind eine Maske aufsetzen (zu Anfang der Pandemie eine sehr häufig gestellte Frage)?
- Kann der andere mit dem Kind ohne meine Zustimmung ins Ausland?

B.

Begrifflichkeiten

Für eine Beantwortung der Fragen ist es wichtig zu wissen, um welche rechtlichen Fragen es geht.

1.

Bei Fragen des Umgangs geht es eigentlich um die Frage des Kontakts und der Beziehung der Kinder mit dem Eltern- oder Großelternanteil. Soweit es die Eltern-Kind-Ebene angeht ist das Recht auf Umgang miteinander grundrechtlich geschützt (Art. 6 GG). Umgang dient dem Bindungsaufbau bzw. -bestand.

Im Rahmen einer Trennung von Eltern kommt es oft dazu, dass die Kinder ihren Hauptwohnsitz bei einem Elternteil haben. Das ist der sogenannte Lebensmittelpunkt. Sowohl das Kind als auch der Elternteil haben gemäß § 1684 BGB jeweils einen Anspruch auf „Umgang“, also ungestörtes Zusammensein und Zusammenleben. Der Gesetzgeber verlangt eigentlich von den getrennt lebenden Eltern, dass sie sich hierüber verständigen. Deshalb gibt es keine konkreten Regelungen zur Ausgestaltung des Umgangs. Wenn ein Elternteil mit den Zeiten des Umgangs nicht einverstanden und der andere nicht zum Gespräch bereit ist, dann bleibt nach Einschaltung des Jugendamtes nur noch der rechtliche Weg über das Gericht. Der betroffene Elternteil kann dort einen „Antrag auf Regelung des Umgangs“ stellen. In diesem Antrag kann er seine gewünschten Umgangszeiten angeben. Einer anwaltlichen Unterstützung bedarf es nicht. Aber selbstverständlich hat jeder das Recht, einen Anwalt mit der Interessenwahrnehmung zu beauftragen. Der Verfahrenswert ist, damit jedem der Zugang zu Gericht ermöglicht wird, niedrig (4.000,00 €).

2.

Bei der „elterlichen Sorge“, also dem „Sorgerecht“, handelt es sich um eine Art „Verwaltungsebene“ der Eltern. Wenn und solange das gemeinsame Sorgerecht der Eltern besteht, müssen und sollen sie gemeinsam über die wesentlichen Entscheidungen, das Kind betreffend, entscheiden. Hieran ändert weder eine Trennung noch eine Ehescheidung etwas. Der Gesetzgeber verlangt den Eltern ab, sich von der eventuell konfliktbehafteten Paarebene zu distanzieren und gemeinsam und im Gespräch über die wesentlichen Belange des Kindes zu entscheiden. Dabei unterteilt sich das Sorgerecht in verschiedene Teilbereiche. Hierzu gehören die Personen- und Gesundheitssorge, aber auch das Aufenthaltsbestimmungsrecht.

Wenn ein Miteinander der Eltern nicht gelingt, bleibt auch hier nur der rechtliche Weg. Es gibt drei verschiedene Möglichkeiten:

- Übertragung der Entscheidungsgewalt für eine spezielle Frage auf einen Elternteil (§ 1628 BGB)
- Übertragung von Teilen des Sorgerechts auf einen Elternteil
- Übertragung des gesamten Sorgerechts auf einen Elternteil.

Da die Übertragung der Entscheidungsgewalt/elterlichen Sorge im Umkehrschluss einen massiven Eingriff in das Elternrecht des anderen Elternteils durch Entziehung der elterlichen Sorge beinhaltet, setzt das Bundesverfassungsgericht hohe Anforderungen an die Begründung eines solchen Antrags.

Nur in Ausnahmefällen (z.B. körperliche Gewalt, fehlende Kommunikationsfähigkeit) kommt ein solcher Eingriff in Betracht (z.B. BVerfG, Beschl. v. 14.09.2021, Az. 1 BvR 1525/20).

Auch hier bedarf es verfahrensrechtlich keiner anwaltlichen Hilfe. Aber es besteht die Möglichkeit hierzu.

3.

Sowohl Umgangs- als auch Sorgerechtsachen sind „Kindschaftsverfahren“. Die Gerichte sind gehalten, zum Wohle des Kindes von Amts wegen zu ermitteln, was für das Kind am besten ist. Deshalb wird nicht nur das betroffene Kind persönlich angehört, sondern auch das Jugendamt. Und das Kind erhält auf Kosten des Staates einen eigenen Anwalt, den sogenannten Verfahrensbeistand.

Wenn mit der Entscheidung des entscheidenden Amtsgerichts – Familiengerichts – kein Einverständnis besteht, kann hiergegen Beschwerde zum jeweils zuständigen Oberlandesgericht eingelegt werden. Um die Kinder zu entlasten, gilt der Beschleunigungsgrundsatz: Kindschaftsverfahren gehen allen anderen Verfahren vor. Die Termine sollen umgehend angesetzt werden.

C.

Darf der Umgang wegen Corona verweigert werden?

1.

Die Rechtsprechung war sich auf diesem Gebiet sehr schnell einig: „Corona“ ist kein Grund, den bereits bestehenden Umgang zu beenden oder einzuschränken. Es wird unterstellt, dass jeder Elternteil nur das Beste für sein Kind möchte und sich an die jeweiligen Vereinbarungen hält. Aufgrund dessen gibt es hierzu kaum Rechtsprechung. Die Verfahren wurden vor den jeweiligen Amtsgerichten beendet, die Oberlandesgerichte haben die Verfahren im Zweifel nicht zur Entscheidung angenommen (§ 522 ZPO) und eine Veröffentlichung war deshalb nicht erforderlich.

2.

Ehrlicherweise ist das aber leider nur die Theorie. Denn in Wirklichkeit haben viele Mitglieder berichtet, dass ein Elternteil den Umgang mit „Corona-Argumenten“ verweigert oder boykottiert. Das Problem an dieser Stelle ist dasselbe wie in allen Umgangsverfahren: es gibt faktisch keine juristische Möglichkeit, einen sich verweigernden Elternteil zur Umsetzung des Umgangs zu zwingen. Zwar werden im Rahmen von Umgangsbeschlüssen oder -vergleichen vor Gericht erhebliche Geldstrafen (bis zu 25.000,00 €) oder ersatzweise Ordnungshaft bei einem Verstoß gegen die Einhaltung der Umgangszeiten angedroht (für Corona-Umgangsbeschlüsse: OLG Schleswig, Beschl. v. 25.05.2020, Az. 10 WF 77/20 und OLG Braunschweig, Beschl. v. 20.05.2020, Az. 1 UF 51/20). Aber eine Vollstreckung erfolgt in der Regel nicht. Denn würde man dies konsequent durchführen, würde der Elternteil, der den Umgang verweigert, bei dem die Kinder aber auch ihren Lebensmittelpunkt haben, in Haft genommen. Und das wiederum hätte fatale Folgen für das Kind.

Der Verband hat viele Rückmeldungen erhalten, die beispielhaft und sich im Ergebnis wiederholend etwa folgende Inhalte hatten:

- *Der betreuende Elternteil sagt per WhatsApp, der Kontakt werde ausfallen, weil er nicht wolle, dass sich das Kind anstecke und der umgangsberechtigte Elternteil solle Rücksicht nehmen.*
- *Der betreuende Elternteil lässt einseitig den Umgang ausfallen. Nachholtermin werden nicht angesetzt. Wann soll ein Anwalt eingeschaltet werden?*
- *Die Kinder haben Kontakt zu Nachbarskindern oder Großeltern, nicht aber zu dem betreuenden Elternteil.*

3.

Trotzdem hat das Gesetz Möglichkeiten eingeführt, die bei der Umsetzung des Umgangs helfen können. Hier sind insbesondere die Umgangspflegschaft und der „begleitete Umgang“ zu nennen. Wenn das Gericht eine Umgangspflegschaft anordnet, dann entzieht es dem sorgeberechtigten Elternteil, der den Umgang verweigert oder erschwert, die Entscheidungskompetenz hierüber. Es wird ein Dritter in die Eltern-Kind-Beziehung eingeschaltet, der als neutrale Person dafür sorgen soll, dass das Kind den Umgang mit dem berechtigten Elternteil wahrnehmen darf und kann, obwohl der Elternteil, bei dem es lebt, etwas dagegen hat. Das Kind soll hierdurch entlastet wer-

den. Wenn der Umgangspfleger das Kind aus seinem Zuhause abgeholt und dem berechtigten Elternteil überbracht hat, findet der Umgang ohne weitere Beaufsichtigung statt. Der Umgangspfleger hat allein das Kindeswohl zu wahren. Er ist gegenüber den Eltern zur Neutralität verpflichtet. Verletzt er die Neutralitätspflicht gegenüber den Eltern oder nimmt er die Interessen des Kindes nicht ausreichend wahr, kann er vom Gericht entlassen werden (aus: FF 11/2016, „Umgangspflegschaft – Umgangsbegleitung“). Umgangsbegleitung bedeutet, dass der Umgang zwischen berechtigtem Elternteil und Kind unter Aufsicht durchgeführt wird. Oft stellen Jugendämter die Umgangsbegleitung sicher.

Problematisch ist in beiden Fällen, dass es zu wenig Personal gibt. Wenn es beispielsweise gelingt, einen Beschluss zu erwirken, der eine Umgangspflegschaft anordnet, dann scheitert die zeitnahe Umsetzung viel zu oft daran, dass es keine Umgangspfleger gibt, diese nur spezielle Arbeitszeiten haben oder schon ausgelastet sind. Hier ist dringender Handlungsbedarf. Wir als Verein versuchen an dieser Stelle, auf den Gesetzgeber einzuwirken und die Dringlichkeit dieser Sache zum Wohle der Kinder herauszustellen. Es bedarf finanzieller Förderung dieser Strukturen.

Während „Corona“ hat sich ein neues und weiteres Problem herauskristallisiert: trotz bestehender Hygienekonzepte und Kontaktverbote oder -einschränkungen werden durch die Beschlüsse oder Vergleiche, die begleiteten Umgang regeln oder eine Umgangspflegschaft einsetzen, unbeteiligte Dritte betroffen. Diese wiederum haben ein eigenes Persönlichkeitsrecht. Das wiederum bedeutet, dass sich Jugendämter oder andere Träger beispielsweise geweigert haben, dass trotz Kontaktbeschränkungen die Umgangstermine in deren Räumlichkeiten stattfanden. Der BGH hat hierzu entschieden, dass Dritte nicht verpflichtet werden können, sich den gesundheitlichen Gefahren der Pandemie auszusetzen (BGH, Beschl. v. 09.06.2021, Az. XII ZB 513/20). Folge war und ist in einem solchen Fall, dass der Umgang, obwohl das Gericht den Termin festgesetzt hat, es also einen vollstreckungsfähigen Titel gibt, nicht umgesetzt werden konnte bzw. kann.

Die Folgen ausgefallenen Umgangs liegen auf der Hand. Kinder und berechtigter Elternteil entfremden sich, der betreuende Elternteil hat manipulative Einflussmöglichkeit und im schlimmsten Fall reagieren die Kinder in Folge ablehnend auf den berechtigten Elternteil.

4.

Im Ergebnis ist die Frage des Umgangs ein nicht zufriedenstellendes Rechtsinstitut, auf das zwar ein Anspruch besteht, an dessen Umsetzung es aber oft scheitert. Aus unserer Sicht muss hier eine Arbeit auf Elternebene erfolgen, solange die gesetzlichen Regelungen eine Gleichbehandlung der voneinander getrennt lebenden Elternteile noch nicht vorsehen. Die Eltern brauchen in den Krisensituationen Unterstützung, um die Konflikte untereinander nicht auf die Elternebene übergreifen zu lassen. Bestenfalls sollte das nicht erst dann geschehen, wenn die Streitigkeiten bereits so verfestigt sind, dass nur noch gerichtliche Hilfe bleibt. Direkt nach oder bei Trennung sollten die Eltern ermutigt werden, sich Unterstützung zu holen – entweder durch individuelle Beratung oder durch Mediationen. Die Betroffenen müssen zum Gespräch ermutigt werden. Es muss ihnen vor Augen geführt werden, dass es an dieser Stelle keine „Schuld“ oder „Nichtschuld“ an der Trennung oder der Situation gibt. Es muss den Beteiligten klar werden und sein, dass es an diesem Punkt einzig und allein um das Kindeswohl gehen kann, dass die persönlichen Bedürfnisse hintenangestellt werden müssen. Unser Verband bietet hierfür die Möglichkeit. Und es wäre wünschenswert, wenn der Gesetzgeber auch an dieser Stelle durch Finanzierung entsprechender Stellen Abhilfe versucht zu schaffen.

D.

Elterliche Sorge

Während der Coronazeit sind im Rahmen des Sorgerechts zwei Streitpunkte zu Tage getreten:

- Wer entscheidet darüber, ob das Kind gegen Corona geimpft wird?
- Wer entscheidet über Auslands- oder sonstige Urlaubsaufenthalte?

Grundsätzlich gilt, dass die pandemische Lage nichts an den rechtlichen Grundsätzen, die in der Vergangenheit bereits geklärt worden sind, ändert. Wenn Eltern die gemeinsame elterliche Sorge haben, dann müssen sie gemeinsam entscheiden. Die Trennung oder die Scheidung ist rechtlich unerheblich.

1.

Die Frage des Impfens war seitjeher umstritten. Immer gab es Impfgegner und Impfbefürworter. Schon lange vor Corona (z.B. Waruschewski, FuR 2016, S. 220 ff.). Während früher die Ansicht vertreten wurde, der Elternteil, bei dem das Kind lebt, könne alleine entscheiden, ob das Kind geimpft wird oder nicht, hat sich diese Rechtsprechung mit Beginn der „Maserndebatte“ geändert. Die Frage des Impfens gewann an Bedeutung und wurde nicht mehr als alltägliche Entscheidung angesehen. Denn plötzlich war an das Fehlen einer Impfung ein gesellschaftlicher Ausschluss gebunden. Und auch die Frage der eventuellen Nebenwirkungen wurde ernster genommen. Mit seiner Grundsatzenscheidung vom 03.05.2017 zu dem Aktenzeichen XII ZB 157/16 hat der BGH dann entschieden, dass die Frage, ob ein Kind geimpft werden darf oder nicht, von den sorgeberechtigten Eltern nur noch gemeinsam getroffen werden darf. Denn es handelt sich um eine so wichtige Frage, dass nicht einer alleine diese Angelegenheit entscheiden darf. Die Eltern müssen sich darüber einigen. Das ist keine Wertung der Impfung an sich, sondern eine Wertung der Bedeutung. Diese Rechtsprechung galt für die Masernimpfung. Nichts anderes gilt für Corona.

2.

Wenn sich die Eltern nicht einig werden, dann müssen sie sich rechtliche Hilfe holen. Es gibt die Möglichkeit, zu beantragen, dass einem Elternteil die Entscheidungsbefugnis für die Frage der Impfung allein übertragen wird, § 1628 BGB. Notwendig ist hierfür die Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens, also eines Kindschaftsverfahrens mit dem Zusatz „Sorgerecht“. Das Gericht entscheidet dann, wem die Entscheidung übertragen wird. In der Regel wird die Entscheidungskompetenz demjenigen Elternteil übertragen, der die Impfung des Kindes entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut befürwortet. Das gilt jedenfalls dann, wenn bei dem Kind keine besonderen Impfrisiken vorliegen. Solange das Kind keine Vorerkrankung oder Ähnliches hat, bedarf es dann auch keiner Einholung eines Sachverständigengutachtens zur Klärung und Abwägung der allgemeinen Infektions- und Impfrisiken (BGH, Beschl. v. 3.5.2017 – XII ZB 157/16). Entsprechend ist aus rechtlicher Sicht ein Sachverständigengutachten einzuholen, wenn das Kind Vorerkrankungen hat. Die Kosten muss zunächst derjenige tragen, der den Antrag auf Übertragung der Entscheidungsbefugnis stellt.

Wenn Eile geboten ist, z.B. wenn eine neue Infektionswelle anrollt, kann die Übertragung der Entscheidungsbefugnis auch im Wege eines Eilverfahrens übertragen werden. Eilverfahren sind eigentlich „vorläufige“ Verfahren bzw. Entscheidungen des Gerichts, die ggf. in einem Hauptsacheverfahren noch geändert werden können. Es findet keine Beweisaufnahme etwa durch Einholung eines Sachverständigengutachtens oder Vernehmung von Zeugen statt. Im Falle einer Impfung kann das natürlich bedeuten, dass es faktisch jedenfalls zunächst keines Hauptsacheverfahrens mehr bedarf. Denn das Kind wird dann ja relativ schnell geimpft sein. Doch die Rechtsprechung lässt das zu. Für die spätere dann eventuell noch folgende Impfung gilt die Eilentscheidung dann allerdings nicht mehr (z.B. OLG Rostock, Beschl. v. 10.12.2021, Az. 10 UF 121/21 – FamRZ 2022, 192 ff.).

3.

Wie in jedem Kindschaftsverfahren ist auch hier das Kind anzuhören und zu prüfen, welchen Willen das Kind hat. Hieran orientiert sich die Entscheidung, ob etwas dem Kindeswohl entspricht oder nicht. Je älter das Kind ist, desto schwerer wiegt seine eigene Entscheidung. Hier kann eine Parallele zum Arzthaftungsrecht gezogen werden. Dort gelten die Kinder ab 14 Jahren bereits als eigenständige Patienten mit entsprechender Schweigepflicht für die behandelnden Ärzte. Hinzu kommt, dass rein faktisch ein körperlicher Zwang notwendig wäre, wenn Kinder ab 14 Jahren eine Impfung ablehnen würden. Entsprechend wenig bis keine Entscheidungen sind mir hierzu bekannt, die veröffentlicht worden wären. Zur Orientierung eine Entscheidung des Amtsgerichts Mainz vom 09.03.2021 zu dem Aktenzeichen 31 F 8/12:

„Anhörung des 14-jährigen Kindes

Maßgeblich ist der konkret artikulierte Wunsch des Kindes, wenn er erkennbar autonom gebildet und zielorientiert vorgetragen wird. Dann bedarf es auch nicht der Einholung eines ggf. entwicklungspsychologischen Sachverständigengutachtens zur Frage des Kindeswohls. Bei der Prüfung des Kindeswohls kann dem beachtlichen Willen des Kindes entscheidende Bedeutung zukommen. Entscheidungsmaßstab ist das Kindeswohl, sodass sich die gerichtliche Entscheidung daran auszurichten hat, welcher Elternteil am ehesten geeignet ist, eine am Kindeswohl orientierte Sachentscheidung zu treffen. ... Wird der Wille des Kindes missachtet, besteht das Risiko, dass das Kind seine Selbstwirksamkeitsüberzeugung, d.h.

seine Überzeugung, Probleme aktiv lösen zu können, verliert. Hierdurch werden die Hilflosigkeit des Kindes und sein emotionales Stresserleben erhöht; zugleich wird ihm die Stressbewältigung erschwert, was psychosomatische Symptome sowie längerfristige psychische Erkrankungen des Kindes zur Folge haben kann. Umgekehrt birgt aber auch die unkritische Beachtung des Kindeswillens erhebliche Risiken für dessen Wohl. Diese kann bei dem Kind zu einer Überanpassung, zur Unterdrückung tatsächlich bestehender Bedürfnisse (insbesondere auch Nähe zum anderen Elternteil), zur Selbstverleugnung, sowie dazu führen, dass es adäquate Konfliktbewältigungsstrategien nicht erlernen kann, was nachteilige Folgen für Sozialkompetenzen, Selbstwertgefühl und Konfliktverhalten des Kindes und damit seinerseits negative somatische und psychosoziale Auswirkungen haben kann. Wesentlich aussagekräftiger, umfassender und zuverlässiger sind hingegen die in der Familienrechtspsychologie aufgestellten Mindestanforderungen für die Beachtlichkeit des Kindeswillens, wonach der Wille zielorientiert, stabil, intensiv und autonom sein muss. Grundvoraussetzung ist zudem, dass der Wille nicht selbstgefährdend ist. Der Wille des Kindes ist zielorientiert, wenn es handlungsleitend auf ein erstrebtes Ziel ausgerichtet ist. Zum einen muss das Kind Vorstellungen davon haben, was sein soll (sog. Zielintention). Zum anderen muss das Kind Vorstellungen dazu haben, wie etwas erreicht werden kann (sog. Mittelintention). Stabil ist der Kindeswille, wenn er über eine gewisse Zeit, auch gegenüber verschiedenen Personen (z.B. Verfahrensbeistand, Umgangspfleger, Jugendamt, Sachverständigen, Gericht, umgangssuchender Elternteil, Umgangsgebleiter) und unter unterschiedlichen Umständen (emotionale Zustände, Tageszeiten, Aufenthaltsort) beibehalten wird. Die Intensität des Kindeswillens wird erkennbar an der Nachdrücklichkeit und Entschiedenheit, mit welcher der Wunsch des Kindes verfolgt wird und ob es bei auftretenden Hindernissen und Widerständen an seinem Ziel festhält.“

4.

Soweit es um Urlaube geht, ist zu fragen, wer das Aufenthaltsbestimmungsrecht hat. Liegt das bei beiden Eltern, dann können nur beide einverständlich darüber entscheiden. Stimmt ein Elternteil beispielsweise einer Flugreise ins Ausland wegen Infektionsrisiko nicht zu, dann bleibt auch hier der Weg über § 1628 BGB. Fährt ein Elternteil unerlaubt und ohne Zustimmung des anderen Elternteils mit dem Kind weg, dann ist schnelles Handeln erforderlich. Durch einstweilige Anordnung kann beantragt werden, dass dem Elternteil, der übergangen wurde, das Aufenthaltsbestimmungsrecht allein übertragen wird. Das ist ein Eilverfahren und die Entscheidung lässt in der Regel höchstens ein paar Tage auf sich warten. Im Erfolgsfall kann der übergangene Elternteil im Anschluss einen Antrag auf Herausgabe des Kindes und Strafantrag wegen Kindesentführung stellen.

Wichtig ist immer, den Eltern vor Augen zu führen, dass es die genannten rechtlichen Möglichkeiten gibt, dass diese Maßnahmen aber nicht an den Kindern vorbei gehen. Sie werden angehört und erfahren hautnah, welche Unstimmigkeiten herrschen. Meistens befinden sich die Kinder ohnehin schon in einem Loyalitätskonflikt, wenn sich die Eltern trennen. Aus unserer Sicht als Verband darf es zu einer Verschärfung der Situation für die Kinder nicht kommen. Die Eltern müssen darin gestärkt werden zum Schutze ihrer Kinder vor psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen die Konflikte anders zu lösen.

5.

Die Frage der Maskenpflicht ist keine familienrechtliche. Hier ist der Verwaltungsweg offen. Denn es handelt sich um Vorgaben der Schule. Diese stehen nicht zur Disposition der Eltern.

E.

Schlusswort

Unser Appell und unsere Bitte als Verband zielt dahin, zum Wohle der Kinder bereits auf der Elternebene auf die Betroffenen einzuwirken, ihnen in den Trennungs- und Streitmomenten zur Seite zu stehen und bestenfalls ein Helfersystem zu erschaffen, dass alle Beteiligten auffängt. Gerade in diesen

Notzeiten stehen wir als ISUV zur Verfügung, haben faktisch permanent Ansprechpartner vor Ort und arbeiten aktiv mit Betroffenen, um einvernehmliche Lösungen zu finden. Die Leidtragenden der letzten zwei Jahre sind die Kinder und Jugendlichen. Mehr noch als die Erwachsenen. Rechtlich gesehen sind es aber die Eltern, die entscheiden und zum Wohle ihres Kindes oder ihrer Kinder handeln müssen. Gerade vor dem Hintergrund, dass zum einen die neue Omicron-Variante anfängt zu toben, zum anderen aber erstmalig Krieg in Europa herrscht, Eltern, die bei der Bundeswehr sind, unter Umständen in den Krieg müssen und eine große Unsicherheit und Angst herrscht, bedarf es noch mehr Unterstützung. Und es bedarf der Ermutigung an die Eltern, sich professionelle Unterstützung zu holen.

Autorin:

RA Maren Waruschewski
Fachanwältin für Familienrecht
DR. KOCH Rechtsanwälte Partnerschaft mbH
Bahnhofstr. 8
26122 Oldenburg
Mail: info@ra-drkoch.de – Internet: www.ra-drkoch.de

Interessenkonflikte: Es bestehen keine Interessenkonflikte

Off-Label-Use: Regress-Widerspruch am Beispiel von Methylphenidat bei Kindern unter 6 Jahren

Ingo Spitzcok von Brisinski

Zusammenfassung:

Um als verordnender Arzt für die Off-Label-Use-Verordnung nicht regresspflichtig zu werden, sind folgende Aspekte relevant: 1. Es geht um die Behandlung einer schwerwiegenden (lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden) Erkrankung. 2. Es ist keine andere (wirksame zugelassene) Therapie verfügbar. 3. Aufgrund der Datenlage besteht die begründete Aussicht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) erzielt werden kann. Es wird ein Beispiel referiert, bei dem von der Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen bestätigt wurde, dass diese Kriterien erfüllt waren und daher kein Regress des Verordnenden an die Krankenkasse zu leisten war trotz Off-Label-Use.

Schlüsselwörter: Minderjährige, Jugendliche, Krankenkasse, Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen, Erstattung, Bezahlung

Off-label use: recourse contradiction using the example of methylphenidate in children under 6 years of age

Summary:

In order for the prescribing doctor not to be liable to recourse for the off-label use prescription, the following aspects are relevant: 1. it is a matter of the treatment of a serious (life-threatening or permanently impairing the quality of life) disease. 2. there is no other (effective approved) therapy available. 3. on the basis of the data available, there is a reasonable prospect that a successful treatment (curative or palliative) can be achieved with the preparation in question. An example is given in which the examination office

of the physicians and health insurance funds confirmed that these criteria were fulfilled and therefore no recourse was to be made by the prescriber to the health insurance fund despite off-label use.

Key words: Minors, adolescents, health insurance, examination body of doctors and health insurers, reimbursement, payment

Einführung und allgemeine Bestimmungen

Seit 1976 können Arzneimittel in Deutschland nur auf den Markt gebracht werden, wenn sie ein Zulassungsverfahren beim BfArM, beim Paul-Ehrlich-Institut für Sera und Impfstoffe (PEI) oder bei der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) durchlaufen haben. Auf der Grundlage der vom antragstellenden pharmazeutischen Unternehmen vorgelegten Daten werden mit der Zulassung unter anderem die Anwendungsgebiete sowie die Anwendungsart und Dosierung des Arzneimittels festgelegt. Ein solches Zulassungsverfahren ist aufwändig und kostenintensiv. Daher werden Zulassungen durch die pharmazeutische Industrie vor allem für solche Arzneimittel erwirkt, die bei häufig vorkommenden Erkrankungen eingesetzt werden können und dadurch einen großen Absatzmarkt erwarten lassen.

Unter Off-Label-Use wird der zulassungsüberschreitende Einsatz eines Arzneimittels außerhalb der von den nationalen oder europäischen Zulassungsbehörden genehmigten Anwendungsgebiete (Indikationen, Patientengruppen) verstanden. Grundsätzlich ist Ärztinnen und Ärzten eine zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln erlaubt.

Eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist ein Off-Label-Use – insbesondere bei ambulanter Verordnung – jedoch nur in Ausnahmefällen. Grundsätzlich kann ein Medikament in Deutschland nur dann zulasten der GKV verordnet werden, wenn es zur Behandlung von Erkrankungen eingesetzt wird, für die ein pharmazeutisches Unternehmen die arzneimittelrechtliche Zulassung bei der zuständigen Behörde erwirkt hat. Der Gesetzgeber hat jedoch einen Weg eröffnet, in engen Grenzen einen Off-Label-Use als GKV-Leistung zu ermöglichen (G-BA 2022, <https://www.g-ba.de/themen/arzneimittel/arzneimittel-richtlinie-anlagen/off-label-use>).

Zwar beauftragt der G-BA Expertengruppen mit der Bewertung des Wissensstandes zum Off-Label-Use einzelner Wirkstoffe bzw. Arzneimittel und die Expertengruppen leiten dem G-BA die jeweils erarbeiteten Empfehlungen zum Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse über den Off-Label-Use die-

ser Arzneimittel zu. Je nach Ergebnis der Empfehlungen der Expertengruppe wird der Wirkstoff als im Off-Label-Use „verordnungsfähig“ oder als „nicht verordnungsfähig“ eingestuft und es wird eine entsprechende Liste publiziert (Anlage VI zum Abschnitt K der Arzneimittel-Richtlinie Verordnungsfähigkeit von zugelassenen Arzneimitteln in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten (sog. Off-Label-Use), <https://www.g-ba.de/richtlinien/anlage/15>), letzte Änderung in Kraft getreten am 19.01.2022. Dort gibt es zu jedem gelisteten Wirkstoff detaillierte Angaben, für welche Patientengruppen bei welcher Indikation und in welcher Dosierung und Anwendungsdauer der Off-Label-Use verordnungsfähig ist und welches pharmazeutische Unternehmen dem Off-Label-Einsatz seines Arzneimittels zugestimmt und eine entsprechende Haftungsübernahme nach § 84 AMG abgegeben hat.

Dennoch gibt es auch Off-Label-Anwendungen, die dort noch nicht aufgeführt sind. Für diese Fälle kann es vorkommen, dass die zuständige Krankenkasse bei der Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen einen Antrag auf Prüfung in „besonderen Fällen - unzulässige Arzneiverordnungsweise“ stellt. Ein solches Beispiel wird hier dargestellt.

Um als verordnender Arzt für die Off-Label-Use-Verordnung nicht regresspflichtig zu werden, sind folgende Aspekte relevant:

1. Es geht um die Behandlung einer schwerwiegenden (lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden) Erkrankung.
2. Es ist keine andere (wirksame zugelassene) Therapie verfügbar.
3. Aufgrund der Datenlage besteht die begründete Aussicht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) erzielt werden kann (BSG, Urteil vom 13.12.2016, Az. B1 KR 10/16 R mwN.). Von hinreichenden Erfolgsaussichten ist gemäß diesem Urteil auszugehen, wenn Forschungsergebnisse vorliegen, die erwarten lassen, dass das betroffene Arzneimittel für die relevante Indikation zugelassen werden kann. Es müssen Erkenntnisse in der Qualität einer kontrollierten klinischen Prüfung der Phase III (gegenüber Standard oder Placebo) veröffentlicht sein.

Was bedeutet „Es müssen Erkenntnisse in der Qualität einer kontrollierten klinischen Prüfung der Phase III (gegenüber Standard oder Placebo) veröffentlicht sein“ konkret?

Laut Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) <https://www.dimdi.de/dynamic/de/glossar/glossareintrag/Studienphasen/> ist der Zweck von Phase III-Studien die „Therapeutische Bestätigung“: Das Arzneimittel wird in groß angelegten Studien getestet, bei denen es um Wirksamkeit und Sicherheit geht. Diese Studien werden für die Einreichung des neuen Arzneimittels zur Produktlizenzierung bei regulatorischen Behörden benötigt. Manchmal werden Phase-III-Studien in Phase IIIa und Phase IIIb unterteilt: Phase-IIIa-Studien werden durchgeführt, nachdem die Wirksamkeit des Arzneimittels nachgewiesen ist, jedoch bevor eine Einreichung zur Produktlizenzierung erfolgt. Phase-IIIb-Studien sind während der Phase III durchgeführte Studien, die vom Marketing verwendet werden können, um das Arzneimittel nach Zulassung auf dem Markt weiter zu fördern.

„Groß angelegt“ ist ein weitreichender Begriff. Während viele Phase III-Studien mehrere tausend Probanden umfassen, bestand beispielsweise die Phase III-Studie zu Slenyto® aus einer randomisierten placebokontrollierten Doppelblindstudie mit nur 125 Teilnehmern (EMA 2018). Diese Probandenzahl dürfte daher ggf. für kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder als (ggf. unterer) Maßstab gelten. Die Prüfungsstelle stellte in ihrer Stellungnahme fest, dass größere Zulassungsstudien bei Kleinkindern aus ethischen Gründen nicht möglich sind.

Leider äußern sich Prüfungsstellen der Ärzte und Krankenkassen nicht immer konkret dazu, warum sie eine publizierte Studienlage als „in der Qualität einer kontrollierten klinischen Prüfung der Phase III (gegenüber Standard oder Placebo) anerkennen oder nicht. Werden im Widerspruch publizierte randomisierte placebokontrollierte Doppelblindstudien mit 125 Teilnehmern oder mehr aufgeführt, heißt dies leider noch nicht, dass von jeder Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen stets anerkannt wird, dass Erkenntnisse in der Qualität einer kontrollierten klinischen Prüfung der Phase III (gegenüber Standard oder Placebo) veröffentlicht sind. Teils wird entgegnet, dass die vom Verordnenden aufgeführten Studien nicht aufgeführt sind im Register der Zulassungsstudien. Dieses Argument ist jedoch nicht stichhaltig, da es im BSG-Urteil vom 13.12.2016, Az. B1 KR 10/16 R mwN heißt: „Es müssen also Erkenntnisse in der Qualität einer kontrollierten klinischen Prüfung der Phase III (gegenüber Standard oder Placebo) veröffentlicht sein (allgemein zur Bedeutung der Phasen-Einteilung vgl BSGE 97, 112 = SozR 4-2500 § 31 Nr 5, RdNr 20 - Ilomedin) und einen klinisch relevanten Nutzen bei vertretbaren Risiken belegen oder außerhalb eines Zulassungsverfahrens gewon-

nene Erkenntnisse von gleicher Qualität veröffentlicht sein (vgl. zB BSGE 97, 112 = SozR 4-2500 § 31 Nr 5, RdNr 17 f - Ilomedin; BSGE 109, 211 = SozR 4-2500 § 31 Nr 19, RdNr 17 mwN - BTX/A)“. „Fallberichte, Fallserien, kleinere epidemiologische Untersuchungen und Übersichtsarbeiten“ reichen jedoch nicht.

Sollte die Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen argumentieren, dass zum Thema keine Phase III-Studien im Register aufgeführt sind, sollte unbedingt Widerspruch eingelegt werden (ggf. gerichtlich), wenn Erkenntnisse in der Qualität einer kontrollierten klinischen Prüfung der Phase III (gegenüber Standard oder Placebo) veröffentlicht sind, auch ohne Eintrag in ein Phase-III-Studienregister.

Beispiel für einen erfolgreichen Widerspruch

Eine Krankenkasse beantragte die Prüfung wegen Verordnung von Methylphenidat bei einem 4jährigen Kind im Jahr 2020. Zur Begründung trug sie im Wesentlichen vor, dass ein Verstoß gegen die Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) vorliege.

Der Patient litt seit dem 2. Lebensjahr an schwerer motorischer Unruhe mit hoher Impulsivität. Bei der ärztlichen Untersuchung fiel unvorsichtiges Verhalten mit hohem Körpereinsatz bei fehlendem Gefahrenbewusstsein auf. Er verhielt sich impulsgesteuert und verfügte kaum über Möglichkeiten der Eigenregulation oder Aufmerksamkeitssteuerung.

Gemäß Definition der AWMF-S3-Leitlinie ADHS, Langfassung (S. 46) lag eine schwergradige ADHS vor: „Schwergradig: Die Anzahl der Symptome übersteigt deutlich die zur Diagnosestellung erforderliche Anzahl oder mehrere Symptome sind besonders stark ausgeprägt und die Symptome beeinträchtigen die soziale, schulische oder berufliche Funktionsfähigkeit in erheblichem Ausmaß.“ Als Therapie wird empfohlen (S. 45): „Bei Kindern vor dem Alter von sechs Jahren soll primär psychosozial (einschließlich psychotherapeutisch) interveniert werden. Eine Pharmakotherapie der ADHS-Symptomatik soll nicht vor dem Alter von drei Jahren angeboten werden.“ und „Bei schwerer ADHS soll primär eine Pharmakotherapie nach einer intensiven Psychoedukation angeboten werden. In die Pharmakotherapie kann eine parallele intensive psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Intervention integriert werden. In Abhängigkeit von dem Verlauf der Pharma-

kotherapie sollen bei residualer behandlungsbedürftiger ADHS-Symptomatik psychosoziale (einschließlich psychotherapeutische) Interventionen angeboten werden.“

Auf S. 48 der Leitlinie heißt es: „Die Auswirkungen einer Pharmakotherapie im Vorschulalter sind aufgrund der aktuellen Studienlage für die Hirnentwicklung eher günstig zu beurteilen.“

Unter „Psychosoziale Interventionen bei Kindern im Vorschulalter mit ADHS“ findet sich in der Leitlinie folgende Empfehlungen (S. 51): „Eltern von Kindern mit ADHS vor dem Einschulungsalter soll als primäre Intervention ein Elterntraining / eine Elternschulung / Elternberatung (einschließlich Psychoedukation) angeboten werden.“ und „Da ADHS-Symptome auch im Kindergarten / in der Kindertagesstätte auftreten, sollte den Pädagoginnen und Pädagogen eine Schulung auf verhaltenstherapeutischer Basis (Erziehertraining) oder eine Beratung angeboten werden.“

Trotz intensiver psychosozialer (einschließlich psychotherapeutischer) Interventionen zeigte sich bei dem Patienten keine ausreichende Verminderung der ADHS-Symptomatik, so dass zusätzlich als medikamentöse Therapie Methylphenidat verordnet wurde.

Von hinreichenden Erfolgsaussichten der Behandlung eines 4jährigen Kindes mit Methylphenidat ist auszugehen, da zum Zeitpunkt der Verordnung (2020) Forschungsergebnisse vorlagen in der Qualität einer kontrollierten klinischen Prüfung der Phase III (gegenüber Standard oder Placebo): An der bereits 2006 publizierten randomisierten, Placebo-kontrollierten Studie von Greenhill et al. hatten 303 Kinder mit ADHS im Alter von 3 bis 5,5 Jahren teilgenommen. Zudem fand die Prüfungsstelle auf der Plattform Clinical Trials (<https://clinicaltrials.gov>) acht Phase-III- bzw. -IV-Studien dieser Altersklasse mit Methylphenidat bei ADHS.

Es handelt sich gemäß Prüfungsstelle bei ADHS um eine schwerwiegende Erkrankung im Sinne der Rechtsprechung. Die schwere ADHS des Patienten wurde von der Prüfungsstelle als eindeutig die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung anerkannt und auch, dass eine andere Therapie nicht erfolgreich gewesen war. Auch die zum Verordnungszeitpunkt 2020 vorliegende Datenlage wurde als eindeutig begründend bewertet, dass mit Methylphenidat bei Patienten unter 6 Jahren ein Behandlungserfolg erzielt werden kann. Die Krankenkasse wurde für die ausgestellten Verordnungen des verschreibenden Arztes von der Prüfungsstelle als leistungspflichtig eingestuft. Die vorgenannten Voraussetzungen für einen Off-Label-Use

gemäß BSG-Urteil vom 13.12.2016, Az. B1 KR 10/16 R mwN wurden als kumulativ erfüllt bestätigt. Es wurden keinerlei Verstöße gegen das Arzneimittelrecht festgestellt. Die Behandlung erfolgte nach den Regeln der ärztlichen Kunst. Insbesondere wurde der Versicherte durchgängig betreut, überwacht und behandelt. Zudem waren die vertragsärztlichen Überlegungen und Behandlungsschritte transparent, nachvollziehbar und schlüssig dokumentiert. Zusammenfassend sah die Prüfungsstelle den Off-Label-Use als zulässig an und traf aus den genannten Gründen die tenoriene Entscheidung, dass dem Antrag der Krankenkasse nicht stattgegeben wird und ein Regress nicht festzusetzen ist.

Literaturverzeichnis

- AWMF* (2017) Langfassung der Leitlinie „ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen“. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-045.html>
- BSG* (2016) Urteil vom 13.12.2016, Az. B1 KR 10/16 R mwN. <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bsg&Datum=2016-12&Sort=1026&Seite=0&anz=54&pos=9>
- EMA* (2018) https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/slenyto-epar-product-information_de.pdf
- Greenhill et al.* (2006) Efficacy and safety of Immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006, 45(11): 1284-1293)

Autor:

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und
Jugendalter, LVR-Klinik Viersen, Horionstr. 14, D-41749 Viersen
Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
<https://klinik-viersen.lvr.de>

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Rezension

**Wilhelm Rotthaus:
„Wir können und müssen uns neu erfinden.
Am Ende des Zeitalters des
Individuums – Aufbruch in die Zukunft.“**

Bodo Pisarsky

Wilhelm Rotthaus neue Veröffentlichung ist eigentlich eine literarische Einladung zu Erprobung einer Zeitmaschine, die uns zeigt, was die systemisch-ökologische Epistemologie zum Umgang mit den wichtigsten Herausforderungen unserer Zeit beitragen kann.

Die vier Etappen der „Reise“ umfassen das Früh- und Hochmittelalter, Gegenwart und Zukunft.

Im ersten Teil des Buches wird der Leser mit dem Denken und Weltbild des frühen Mittelalters bis etwa zum 12. Jahrhundert konfrontiert und mit der damals herrschenden Optik einer ständisch-feudalen Gesellschaft vertraut gemacht. Dabei werden das Selbstbild des Menschen, die Natur, Umwelt, Wissenschaft und Sprache sowie Wirtschaft, Zeit, Raum, Ethik und die Kunst unter die Lupe genommen.

Rotthaus zeigt minutiös, wie etwa ab 1150 langsam der gesellschaftliche Umbruch auf dem Hintergrund der Änderung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen mit Bevölkerungswachstum, Entwicklung des Glaubens, Kreuzzügen sowie der Begegnung mit der weit entwickelten Kultur des Islams in Südspanien - ein Zeitalter des Individuums hervorbringen.

In der heutigen Zeit erkennt er wieder eindeutige Zeichen eines erneuten Umbruchs in Denken und Wahrnehmung, die er an der Verunsicherung in der Bevölkerung, der Zunahme von Protesten und der Vereinsamung als Verlust

des gesellschaftlichen Miteinanders mit psychischen und körperlichen Folgen, der Zunahme des Erlebens des Kontrollverlustes und dem Phänomen des Populismus sowie der wachsenden Kluft zwischen Reich und Arm festmacht. Bisher galt unzweifelhaft das Dogma, dass das Eigeninteresse der Individuen als Motor der Wirtschaft zu sehen war. Die seit vielen Jahren zur Verfügung stehenden Forschungsergebnisse, die ein ständiges Wirtschaftswachstum als unmittelbare Gefahr für die Bewohnbarkeit des Planeten durch den Menschen sehen, wurden systematisch ausgeblendet.

Dann lässt er die in einer beispiellos fundierten und komprimierten Form zusammengefassten Erkenntnisse der Epistemologie des systemischen Denkens und der zweiten Kybernetik folgen: Geradezu ein Feuerwerk von Leitideen Batesons, Gergens, Maturanas, Luhmanns und anderer machen deutlich, dass im Zentrum des systemisch-ökologischen Denkens der Mensch als Beziehungswesen steht.

Die Einsicht, dass „Eigentum verpflichtet“ und Wohlstand gerechter verteilt werden muss, werden in Zukunft Entwicklungen in Richtung einer „Wirtschaftsdemokratie“ steuern.

Der Staat wird zunehmend die Verantwortung für klare Regeln und Vorgaben für das Zusammenleben der Menschen übernehmen müssen und auch die Rolle der Vereinten Nationen und ihrer Unterorganisationen (z.B. der WHO) wird im Interesse aller gestärkt werden müssen.

Im Deliktrecht könnte laut Rotthaus das Prinzip der individuellen Schuld und Bestrafung durch die Verantwortung des Täters für sein zukünftiges Handeln in den Vordergrund gestellt und ersetzt werden.

Die literarische Reise endet in einer letzten Etappe mit einem Imaginären Interview aus dem Jahr 2252.

„Die Erkenntnis, dass wir Menschen nicht grundsätzlich anders und besser sind als unsere Mitgeschöpfe, die Tiere, und dass jede unserer Handlungen eine Auswirkung auf die Ökologie unseres Zusammenlebens auf unseren Planeten Erde hat (?)“ half uns die Katastrophe zu verhindern.

Eine lohnenswerte Reise, die uns in unterschiedliche Zeitalter und deren Denkweisen versetzt. Was wollen wir aus der Vergangenheit und der Zukunft für unsere Gegenwart lernen? Mit spielerischer Sicherheit gelingt es Rotthaus,

uns an die wichtigsten Herausforderungen unserer Zeit und die Möglichkeiten des systemisch-ökologischen Denkens zur Lösungsfindung bei sehr viel Lesespaß heranzuführen. Es ist uns allen ein gutes Gelingen zu wünschen!

Wilhelm Rotthaus: „Wir können und müssen uns neu erfinden. Am Ende des Zeitalters des Individuums – Aufbruch in die Zukunft.“ 189 Seiten; Carl Auer Verlag 2021

Rezensent:

Dr. med. Bodo Pisarsky
Tempelhofer Damm 138
12099 Berlin

Email: info@kinderpsychiatrie-berlin.de
Website: www.kinderpsychiatrie-berlin.de

ERRATUM

Im Gesamtverzeichnis „FORUM 1991-1 bis „FORUM 2000-4“ Teil 1 Autorenverzeichnis im forum 4-21 ist uns ein Fehler beim Vornamen unterlaufen. Nachstehend die Korrektur:

Löchel, Michael	Johanniter- Tagesklinik für kinder- und Jugendpsychiatrie am Carmen- Sylver- Garten Neuwied	91 / IV	57 - 58
------------------------	--	---------	---------

Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Löchel
FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
(Verhaltenstherapie u. Tiefenpsycholog. fund. Psychotherapie)
Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (Kinderarzt)
EEG- Zertifikat Dtsch. Gesellsch. für Neurophysiologie
Zertifikat Kinder- und jugendpsychiatrische Begutachtung
Chefarzt i. R. / Johanniter-Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie Neuwied

Kolumne

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik

Im Forum und Mitgliederrundbrief I-1997 kann man vor allem Nachlesen, welche großen Probleme es vor einem Vierteljahrhundert in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung gab, und wir können erkennen, was zwischenzeitlich erreicht wurde und was auch heute noch schwierig ist.

In mehreren KVen wurde uns Kinder- und JugendpsychiaterInnen die Berechtigung zur Durchführung neurologischer Untersuchungen und funktionseller Entwicklungstherapien bestritten und die Sozialpsychiatrie war auch noch nicht bundesweit umgesetzt.

Um gegenüber der Politik, den KVen und den Krankenkassen eine solide Argumentationsgrundlage zu erhalten, wurde beim „Institut für Fortschrittliches Controlling“, Leitung Prof. Dr. Notger Carl und Prof. Dr. Rudolf Fiedler, eine „Leistungs- und Kostenstrukturanalyse kinder- und jugendpsychiatrischer und –psychotherapeutischer Praxen“ in Auftrag gegeben und die niedergelassenen Kinder- und JugendpsychiaterInnen wurden um Teilnahme und auch finanzielle Unterstützung gebeten. Denn damals war der BKJPP finanziell arm, wenn auch an Idee und Initiative reich. Diese Analyse erschien im Frühjahr 1998 und war in den weiteren berufspolitischen Verhandlungen eine wirksame Argumentationshilfe.

Ebenfalls zur Selbsthilfe war auf Initiative des BKJPP ein „Solidaritätsfond“ der niedergelassenen Kinder- und JugendpsychiaterInnen gegründet worden, an dem sich aber zunächst nur ca. 20 Prozent der gut 300 niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen beteiligten.

Dr. Reinhard Schydlo erläuterte als Präsident der UEMS-Sektion Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie die „Stellungnahme zum Psychotherapeutengesetz und zum Integrationsmodell“ der UEMS.

Der Wissenschaftsteil des „Forum“ war vor allem sozialpsychiatrischen Themen gewidmet. Birgit Hanisch, Chemnitz, vom Sächsischen Landesamt für

Familie und Soziales stellte „*Seelische Behinderung – Chancen und Probleme der Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe*“ vor.

MR Dr. Reinhard Wiesner, Berlin, vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erläuterte ausführlich „*Seelische Behinderung – Juristische Aspekte*“. Diese Arbeit erwies sich vor allem in Verhandlungen mit der Jugendhilfe als sehr nützlich.

Dipl.-Med. Renate Weber vom Kinderpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes Dresden beschrieb das Dresdener „*Kooperationsmodell von Kinderpsychiatrischer Beratungsstelle und Jugendamt*“. Dr. med. Le Lam, Landau, erläuterte „*Sozialpsychiatrische Aufgaben der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie*“. Dr. med. Hans Bach vom Sächsischen Krankenhaus für Psychiatrie in Arnsdorf stellte das „*Konzept der Sozialpsychiatriestation*“ vor.

Dr. med. Frank Ostwald von der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden beschrieb die „*Kinder(neuro)psychiatrische Betreuung im Säuglings- und Kleinkindalter – Tradition der Dresdener Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie*“.

Roswitha Fischer-Rosa, Frankfurt, berichtete aus der Sicht der nichtärztlichen MitarbeiterInnen einer KJPP-Praxis über die Chancen und Besonderheiten beim „*Erstkontakt in der Praxis*“.

Dieser Beiträge sind auch heute noch lesenswert!

Was berufspolitisch im Frühsommer 1997 wichtig war und was alles im Forum II/1997 stand, das erfahren Sie im „*forum 2-2022*“.

Blieben Sie neugierig!

Christian K. D. Moik



Hinweise für Autor*innen

1. Das *forum* 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 die Redaktionsleitung Dr. Maik Herberhold (herberhold@bkjpp.de oder redaktion-forum@bkjpp.de) entgegen

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 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 (möglichst per E-Mail, alternativ auf CD-ROM oder DVD) 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. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Das Manuskript sollte neben dem Beitragstitel eine Zusammenfassung / Abstract und die Nennung von 5 Schlüsselwörtern / Keywords jeweils in deutscher und in englischer Sprache beinhalten.
- ✓ Vollständige Anschrift der Autor:innen einschließlich akademischer Titel. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.

- ✓ Manuskriptlänge maximal 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. Seitenabstand der Kopfzeile 1,4 cm und Fußzeile 0,6 cm vom Seitenrand. Eine durchschnittliche Seite im *forum* hat ca. 350 Wörter, ca. 2.600 Buchstaben mit Leerstellen.
- ✓ Die Zahl der Abbildungen ist nicht begrenzt. Farbabbildungen sind möglich, erhöhen aber u. U. die Druckkosten. Im Manuskript die Abbildungen, die farbig erscheinen sollen, kennzeichnen.
- ✓ Bitte Grafiken und Fotos stets als Originaldateien mailen, da die Qualität durch Einfügen in Word sich oft deutlich verschlechtert. Bitte im Text erwähnen, welche Grafik- bzw. Bilddatei an welche Stelle.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens der Autor:in und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Autor:innen, Erscheinungsjahr, Titel, Erscheinungsangaben; bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift, Band, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verleger.
- ✓ Zitierregeln nach APA-Richtlinien, siehe <https://www.scribbr.de/zitieren/apa-generator/>: Cropp und Claaßen (2021) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Schrobildgen et al., 2019) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rotthaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Auch folgende Formen von Arbeiten können zitiert und ins Literaturverzeichnis aufgenommen werden: in Vorbereitung stehende Arbeiten, nicht publizierte Vorträge, eingereichte, aber noch nicht zum Druck angenommene Manuskripte.
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also kein „et al.“ oder „u. a.“), 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).

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

Die Autoren erhalten das Manuskript in der endgültigen Fassung im PDF-Format und 3 Hefte unentgeltlich als Belegexemplare.

Informationen für Anzeigenkunden

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



Media Daten 2022

Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer Anzeigenschaltung im „Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“. Bitte wenden Sie sich bei allen Fragen betreffend Anzeigenaufträgen, Anzeigenbuchungen, Platzierungen und Rechnungen direkt an die Firma Meta Druck, **Herrn Thomas Didier**.

Die Zeitschrift erscheint 4 x im Jahr zusammen mit dem Mitgliederrundbrief des bkjpp (2x im Jahr) und im Abonnement. Zusätzlicher Versand an 350 Kliniken.

Auflage 1.450 Ex. (Der Preis des Einzelheftes beträgt 13,50 Euro, das Jahresabonnement kostet 46,- Euro, alles inklusive Versand.)

Kündigung Jahresabo bis 30. September zum 31. 12. des aktuellen Jahres.

Format: 170 x 240 mm, Klebebindung (80 bis 160 Seiten)

Dauerbuchungen und Sonderkonditionen sind möglich.

Beilagen ebenso bitte bei didier@metadruck.de anfragen.

Bitte senden Sie Ihre **Druckvorlagen** als pdf Datei mit eingebetteten Schriften an didier@metadruck.de

Bitte beachten Sie die Formate (Breite x Höhe) weiter unten. Bilddaten mit mindestens 250 dpi im Endformat.

Verwenden Sie bitte Standardschriften bei der Erstellung als Worddatei.

Als Service für Mitglieder im BKJPP sind Layouthilfen und Korrekturen möglich.

Alle Stellenanzeigen werden zusätzlich im Internet veröffentlicht.

Alle Preise zuzüglich 19% Mehrwertsteuer. Zusammen mit der Rechnung erhalten Sie ein Belegexemplar.

Geschäftsstelle BKJPP e.V.

Rhabanusstraße 3 8.OG

55118 Mainz

Tel.: 06131 6 93 80 70

Fax: 06131 6 93 80 72

mail@bkjpp.de

www.bkjpp.de

Anzeigenverwaltung, Archiv

Meta Druck, Thomas Didier

Eylauer Str. 10

10965 Berlin

Tel.: 030 617 02 147

didier@metadruck.de

130 x 195 mm, einfarbig Graustufen

1 ganze Seite

Firmenanzeigen	1.400,- Euro
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc	
Nichtmitglieder, Institute, Kliniken	650,- Euro
Mitglieder	300,- Euro

Farbanzeigen 4c plus 480,- Euro

auslaufende Formate sind möglich mit 3mm Randbeschnitt

130 x 95 mm, einfarbig Graustufen

halbe Seite

Firmenanzeigen	750,- Euro
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc	
Nichtmitglieder, Institute, Kliniken	370,- Euro
Mitglieder	200,- Euro

Farbanzeigen 4c plus 360,- Euro

130 x 62 mm, einfarbig Graustufen

drittel Seite

Firmenanzeigen	500,- Euro
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc	
Nichtmitglieder, Institute, Kliniken	220,- Euro
Mitglieder	150,- Euro

Farbanzeigen 4c plus 300,- Euro

Umschlag Innenseiten

Sonderseiten Umschlag

170 x 240 mm, nur 4c Farbe

Umschlag innen, U2+U3 2.350,- Euro

Achtung: wegen Klebekante am Rücken ist das effektive Anzeigenformat nur 165 x 240 mm, plus 3mm Beschnitt außen.

Termine 2022

Ausgabe Forum	Anzeigenschluss	Erscheinungstermin*
1-2022	15. März 2022	14. KW 2022
2-2022	15. Juni 2022	27. KW 2022
3-2022	15. September 2022	40. KW 2022
4-2022	12. Dezember 2022	52. KW 2022

* Änderungen vorbehalten

Impressum

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

Forum Verlag – Aachen

ISSN 1866-6677

Herausgeber

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

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

*Dr. med. Maik Herberhold, Dr. med. Annegret Brauer, Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski,
Christian K. D. Moik, Dr. med. Dipl. Psych. Franz Wienand*

Alle Beiträge bitte an: Dr. med. Maik Herberhold, herberhold@bkjpp.de

E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

Dr. med. Daniela Thron-Kämmerer, Nicole Kauschmann-Loos

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.