

04
2025

forum

für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie

35. Jahrgang | Heft 4/2025 | Forum Verlag | ISSN 1866-6677
Gegr. 1991 von Christian K. D. Moik



Aus dem Inhalt:

Aktuelles zu Ticstörungen & Tourette Syndrom
Kolumne KJPP und Neuropädiatrie
Traumatherapeutische Konzepte



bkjpp

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

Inhalt

Editorial

Kindertag(e)

Annegret Brauer 2

Tic-Störungen inklusive Tourette-Syndrom bei Kindern und Jugendlichen – eine aktuelle Übersicht

Veit Roessner, Maria McDonald, Anne Uhlmann, Stefan Ehrlich 4

Kolumne

Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Schnittstelle zur Neuropädiatrie

Teil 1: Postenzephalitisches Syndrom

Ingo Spitzcok von Brisinski 28

Off-Label-Use: Regress-Widerspruch bei kombinierter Verordnung von Stimulanzien und retardiertem Guanfacin (Intuniv®) bei ADHS

Ingo Spitzcok von Brisinski 43

Traumafokussiertes begleitetes Sandspiel mit Flüchtlingskindern – ein Gruppenkonzept zur Behandlung und Prävention von Traumafolgen

Rolf Johnen und Franz Wienand 48

Trauma-Ambulanz als Spezifikation in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis mit sozialpsychiatrischer Vereinbarung

Carsten Edert 68

Bundesverdienstmedaille für Dr. med. Jutta Kaestner

Christian K. D. Moik 83

*Hinweise für Autor*innen* 87

Abonnement forum 89

Media Daten 90

Anzeigen 92

Impressum 100

Editorial

Kindertag(e)

Annegret Brauer

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Eigentlich sollte jeder Tag „Kindertag“ sein, denken Sie das auch? Die UNO rief 1954 den internationalen Weltkindertag aus, um Aufmerksamkeit auf die Rechte und Bedürfnisse von Kindern zu lenken. Kinder sind die Zukunft. Dieses Jahr stand der Kindertag am 20. September 2025 unter dem Motto „Kinderrechte – Bausteine für Demokratie!“.

Zu den Gepflogenheiten unserer Demokratie gehört alljährlich Mitte September die Haushaltsdebatte im Bundestag, ein Schlagabtausch zu den Vorhaben der Regierung und der einzelnen im Bundestag vertretenen Parteien. Immer wieder ist und war zu hören, dass gespart werden muss. Der SPD-Abgeordnete Truels Reichardt aus Schleswig-Holstein sprach als einziger ausführlicher zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Er ging ein auf „...die Krisen unserer Zeit, ob Coronafolgen, Putins Ukraineangriff, Sorgen vor der Klimakrise oder wachsende finanzielle Ungleichheit, treffen Kinder und Jugendliche ganz besonders heftig. [...] In jeder Schulklasse Ihrer Kinder oder Enkelkinder finden Sie etwa sechs Schülerinnen oder Schüler, denen es mental nicht gutgeht. [...] Das Beispiel ist aber nur eine Kennzahl, die dringenden Handlungsbedarf in der Kinder- und Jugendpolitik verdeutlicht. Wer in solchen Situationen Einsparungen in der Jugendhilfe propagiert, handelt nicht nur volkswirtschaftlich kurzfristig. Wir brauchen stattdessen mehr Investitionen in gute Rahmenbedingungen für gutes Aufwachsen und gutes Kindsein.“ Zu diesen „guten Rahmenbedingungen“ gehören vor allem Freizeit- und Sportangebote, Hilfen im schulischen Bereich u.v.a.m.

In der Debatte ging es auch um die Reform des SGB VIII zu einer inklusiven Kinder- und Jugendhilfe, die, seitdem die neue Bundesregierung im Amt ist, auf Eis liegt. Dabei waren sich Verbände, Kommunen und weite Teile der Politik bereits einig, alle warten auf die Umsetzung. Es bleibt viel zu tun für die Rechte und Bedürfnisse von Kindern, nicht nur in unserem Fachgebiet, der KJPP, sondern präventiv, so dass bestenfalls Kinder und Jugendliche psychisch gesund aufwachsen können und nicht zu uns in Behandlung kommen (müssen).

Für uns bleibt viel zu tun, die Praxen sind voll, viele Anfragen nach Behandlung müssen abgewiesen werden, das ist sehr bedauerlich. Wir können mit den Beiträgen im forum einige Entwicklungen aus Forschung und Praxis unseres Fachgebiets aufgreifen. Im aktuellen Heft geben Veit Roessner und Kollegen Einblick in aktuelle Aspekte der Behandlung von Ticstörungen, deren Ursache, spezifische Symptomatik, die Autoren gehen u.a. auf die Klassifikation nach ICD-10 und ICD-11 ein. Ingo Spitzcok von Brisinski berichtet in der Kolumne *Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Schnittstelle zur Neuropädiatrie* von dem klinischen Verlauf eines Falls mit postenzephalitischem Syndrom. Weitere Fallberichte bzw. Kasuistiken in dieser Kolumne sind geplant. In einem weiteren Beitrag erläutert er einen Regress-Widerspruch, ein wichtiges und praxisrelevantes Thema.

Zwei Beiträge in diesem Heft beschreiben spezifische traumatherapeutische Angebote jenseits der regelhaften vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Behandlung. Rolf Johnen und Franz Wienand schreiben über ein spannendes Gruppenkonzept zur Förderung von Stresskompetenz bei Traumafolgestörungen bei Flüchtlingskindern. Dabei kommen kreative Techniken wie das trauma-fokussierte Sandspiel und Entspannungsverfahren zum Einsatz. Die Einbeziehung von ehrenamtlichen Laien ermöglicht eine intensive individuelle Begleitung der Kinder, es werden erstaunlich positive Ergebnisse berichtet. Carsten Edert berichtet in seinem Beitrag anschaulich und praxisnah über die Erfahrungen mit der Etablierung einer Trauma-Ambulanz in der SPV-Praxis. Seit der Neufassung des Sozialen Entschädigungsrechtes im SGB XIV 2024 besteht Anspruch auf Soforthilfe durch schnell verfügbare psychologische Beratung und Betreuung in Trauma-Ambulanzen. Der Autor geht auf die rechtlichen Rahmenbedingungen an diese spezifische traumatherapeutische Arbeit ein, anhand der Fallbeispiele wird deutlich, wie umfangreich, vielfältig und wertvoll diese Arbeit ist. Vielleicht machen die beiden traumatherapeutischen Angebote in diesem Heft Schule und finden Nachahmung, das wäre nur zu begrüßen!

Und *last but not least* wird Frau Jutta Kaestner mit der Bundesverdienstmedaille geehrt, Christian K.D. Moik geht auf ihre Verdienste ein!

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und Inspiration für die weitere Arbeit.

Annegret Brauer

Tic-Störungen inklusive Tourette-Syndrom bei Kindern und Jugendlichen – eine aktuelle Übersicht

Veit Roessner¹, Maria McDonald¹, Anne Uhlmann¹, Stefan Ehrlich¹

Zusammenfassung

Tics treten in vielfältigen Formen auf, können z.B. motorischer oder vokaler Natur sein und bewegen sich auf einem Kontinuum von einfach bis komplex. Bei Vorliegen von ausschließlich motorischen oder vokalen Tics, welche länger als ein Jahr anhalten, wird die Diagnose einer chronischen Tic-Störung des jeweiligen Subtyps vergeben. Für die Vergabe der Diagnose Tourette-Syndrom ist das Auftreten von mindestens zwei motorischen und einem vokalen Tic ebenfalls innerhalb von 12 Monaten nötig. Die Lebenszeitprävalenz chronischer Tic-Störungen liegt bei ca. 4%. Tics zeigen einen wechselhaften Verlauf auf verschiedenen Zeitskalen mit beispielsweise situativen Schwankungen innerhalb von Minuten bis hin zu längerfristigen Veränderungen über Jahre. Typischerweise treten Tics erstmalig im Kindesalter auf, gefolgt von einem Gipfel um die Pubertät herum und nehmen im Verlauf des Jugendalters wieder ab. Für die Entstehung von Tics werden diverse Ursachen diskutiert, die sich aus genetischen, neurobiologischen, umweltbezogenen und psychosozialen Faktoren zusammensetzen. Tics treten häufig mit anderen psychischen Erkrankungen gemeinsam auf. Die häufigsten Begleitsymptome bis –störungen sind dabei ADHS und Zwangsstörungen. Diese Begleitsymptomatik ist oft für die Betroffenen beeinträchtigender als die Tics selbst, weshalb sie vorrangig behandelt werden sollten. Wenn die Tics jedoch das Funktionsniveau des Individuums stark beeinträchtigen, ist eine Behandlung indiziert. Dabei werden meist Antipsychotika eingesetzt, die die Betroffenen zwar nicht heilen, jedoch die Tic-Ausprägung mindern. Eine spezialisierte Verhaltenstherapie ist wirksam, aber vor Ort häufig nicht zugänglich.

¹ Affiliation: Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden, Partnerstandort Leipzig/Dresden des Deutschen Zentrums für Kinder- und Jugendgesundheit (DZKJ), Fetscherstrasse 74, 01307 Dresden

Summary

The phenomenology of tics is variable, occurring along a continuum from simple to complex. Furthermore, they can be classified into motor or vocal tics. If only motor or only vocal tics persist for more than one year, the diagnosis of a chronic tic disorder with motor or vocal subtype is given. For the diagnosis of Tourette-Syndrome, there must be at least two motor tics and one vocal chronic tic present within a 12-month period. The lifetime prevalence of chronic tic disorders is about 4%. Tics have a “waxing and waning” course in different time scales (minutes up to years), but regularly decrease throughout adolescence. Studies show results for a mixed etiology consisting of genetic, neurobiological, environmental and psychosocial factors. Tics are often accompanied by other psychiatric symptoms or comorbid disorders such as OCD or ADHD. Since these comorbid disorders often cause more and longer-lasting distress than the tics themselves, they should be prioritized in treatment. When tics significantly impair daily functioning, treatment is required. Antipsychotics cannot “heal the disorder”, but they have been proven as effective in alleviating tic symptoms. Specialized behavioral treatment is effective, but often not accessible.

Schlüsselwörter: Tics, Tourette-Syndrom, ADHS, Zwänge

Key words: tics, Tourette-Syndrome, ADHD, obsessive-compulsive disorders

Symptomatik und Klassifikation

Tics sind bei ihrem Erstauftreten fast immer kurze, plötzliche, unwillkürliche Bewegungen oder Lautäußerungen ohne einen offensichtlichen Zweck und ohne eine rhythmische Struktur. Als motorische Tics werden unwillkürliche Bewegungen und als vokale (phonische) Tics unwillkürliche Lautäußerungen bezeichnet (Döpfner et al., 2009; Nilles, Martino, et al., 2023). Tics können zwischen einzelnen Betroffenen, aber auch beim einzelnen Betroffenen über die Zeit sehr unterschiedlich bzgl.

- Lokalisation und Anzahl der betroffenen Muskeln,
- der Komplexität des Bewegungsablaufs (von einfach bis komplex),
- der Intensität der Muskelkontraktion,
- ihrer Häufigkeit pro Zeiteinheit und
- ihrer Interferenz mit Willkürbewegungen

sein. Einfache motorische Tics betreffen in der Regel nur eine einzelne Muskelgruppe und äußern sich beispielsweise durch Blinzeln, Naserümpfen oder

Schulterzucken. Im Gegensatz dazu äußern sich komplexe motorische Tics als koordinierte Bewegungsabfolgen mehrerer Muskelgruppen, wie etwa Klat-schen, Hüpfen, das Verdrehen der Arme oder Schlagen gegen die eigene Brust. In seltenen Fällen kann es auch zur Nachahmung der Gesten anderer (Echo-praxie) oder zur Ausführung obszöner Bewegungen (Kopropraxie) kommen.

Beispiele für einfache vokale Tics sind einzelne Laute ohne Bedeutung, wie Räuspern, Bellen, Schniefen sowie verstärkte Atemgeräusche. Komplexere vokale Tics zeigen sich beispielsweise als Äußerung einzelner Wörter, viel sel-tener als Wiederholung gesprochener Wörter von anderen (Echolalie) oder als Äußerung von obszönen Wörtern (Koprolalie) (Ganos et al., 2016). Dabei gilt es allerdings zu beachten, dass bislang weder bei Gesunden noch bei von einer Tic-Störung Betroffenen eine eindeutige Definition darüber besteht, was genau obszöne Wörter oder Gesten sind (Senberg et al., 2021).

Ebenso herausfordernd ist die Abgrenzung von Tics gegenüber anderen Phä-nomenen bei Gesunden oder bei von einer Erkrankung/Störung Betroffenen (siehe auch unten “Koexistierende Probleme bis hin zum Vollbild einer Diag-nose” und “Diagnostik”). Beispielhaft sind hier Bewegungsphänomene oder -störungen zu nennen, die ebenfalls durch repetitive, scheinbar zwecklose Be-wegungen, gekennzeichnet sind, wie z.B. Stereotypien oder Akathisien (Ca-vanna et al., 2024; Nilles, Amorelli, et al., 2023). In diesem Zusammenhang müssen zudem koexistierende, psychiatrische Störungen wie ADHS oder Zwangserkrankungen beachtet werden (Döpfner et al., 2009).

Im derzeit in Deutschland noch gültigen Klassifikationssystem ICD-10 wird zwischen drei Hauptdiagnosen unterschieden: Die vorübergehende Tic-Stö-rung (ICD-10: F95.0) ist durch Tics gekennzeichnet, die (bis zur Diagnostik) weniger als ein Jahr andauern. Eine chronisch motorische oder chronisch vokale Tic-Störung (ICD-10: F95.1) liegt vor, wenn entweder nur motorische oder nur vokale Tics über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr beste-hen. Wenn mindestens zwei motorische und ein vokaler Tic seit einem Jahr auftreten, wird die Diagnose Tourette-Syndrom (ICD-10: F95.2) vergeben. Dabei müssen motorische und vokale Tics nicht gleichzeitig auftreten; es ge-nügt, wenn jemals ein vokaler Tic vorhanden gewesen ist.

Im Zuge der Entwicklung der DSM-5 wurden verschiedene Veränderungen diskutiert, die eine Verbesserung darstellen sollten (Roessner et al., 2011). Ei-nige davon wurden letztendlich umgesetzt. Positiv zu bewerten sind die ver-einheitlichte Definition von Tics und Verzicht auf den leicht verwirrenden Begriff „stereotyp“, sowie die Abschaffung des Kriteriums einer maximalen

tic-freien Periode von drei Monaten bei chronischen Tic-Störungen; beides wird als praxisorientiert und diagnostisch hilfreich angesehen. Ebenfalls zu begrüßen ist die Einführung eines „Specifiers“ zur genaueren Subtypisierung von Tic-Störungen basierend auf komorbiden Bedingungen wie ADHS oder Zwangsstörungen, auch wenn die erhofften, dadurch angestoßenen Studien bislang nicht in dem erhofften Umfang realisiert wurden. Negativ zu bewerten ist die inkonsequente Entscheidung in Form einer ausschließlich terminologischen Anpassung der diagnostischen Kategorie „vorübergehende Tic-Störung“ in „provisorische Tic-Störung“. Die ursprüngliche Bezeichnung „vorübergehende Tic-Störung“ legt nahe, dass die Tics innerhalb eines Jahres remittieren und ein Wiederauftreten unwahrscheinlich ist. Die neue Bezeichnung „provisorische Tic-Störung“ hingegen suggeriert, dass zum Zeitpunkt der Diagnosestellung noch unklar ist, ob die Tics vorübergehend (d.h. weniger als ein Jahr) oder länger als ein Jahr anhalten werden (und somit als chronische Tic-Störung eingestuft werden müssen). Eine klare Unterscheidung zwischen beiden Kategorien ist jedoch essenziell: Die Bezeichnung „provisorische Tic-Störung“ sollte verwendet werden, wenn Tics bei einem Betroffenen bislang weniger als ein Jahr vorhanden waren. Dagegen beschreibt die Kategorie „vorübergehende Tic-Störung“ Fälle, in denen die Tics nicht länger als ein Jahr andauerten, der Beobachtungszeitraum ohne erneutes Auftreten von Tics aber bereits länger war. Erst die Möglichkeit, beide Kategorien zu vergeben, erlaubt eine differenzierte und ausreichend klare Kondensation von Informationen zur Symptomatik. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass weiterhin das Fehlen valider Daten zur Absicherung der genannten Zeitkriterien ein Problem darstellt, z.B. der Ein-Jahres-Grenze zur Unterscheidung zwischen vorübergehender und chronischer Tic-Störung. Ebenfalls infrage zu stellen sind die im DSM-5 neu eingeführten Kategorien „substanzinduzierte Tic-Störung“ oder „Tic-Störung aufgrund einer medizinischen Erkrankung“. Diese besitzen nur eine begrenzte klinische Relevanz, da sie zum einen sehr selten vermutet werden können und falls doch, von fraglicher Kausalität und klinischer Relevanz sind.

Während in der ICD-10 die Tic-Störungen im Kapitel „F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ genannt sind, änderte sich dies in der ICD-11 mit der Einordnung der Tic-Störungen in das Kapitel 8 „Erkrankungen des Nervensystems“. In Kapitel 6 „Mentale, Verhaltens- und neurologische Entwicklungsstörungen“ wird auf die Störungsgruppe unter dem Oberbegriff „8A05.0 Primäre Tics oder Tic-Störungen“ in Kapitel 8 hingewiesen. Dennoch betont die neue Klassifikation leider einseitig

eine neurologische Sichtweise auf die Tic-Störungen und vernachlässigt deren klinisch bedeutsame psychiatrische und psychosoziale Aspekte. Dies ist aus unterschiedlichen Gründen zu bedauern. So zeigen sich in vielen Fällen, die in unserer Spezialsprechstunde Tic-Störungen vorstellig werden, zwar Tics, das vorrangige Problem der Betroffenen sind jedoch eher bisher nicht diagnostizierte bzw. - falls diagnostiziert - nicht oder nur unzureichend behandelte, koexistierende Störungen wie ADHS und/oder Zwangsstörung.

Auch wird dies die bisherige, interdisziplinäre Zusammenarbeit erschweren und Stigmatisierung fördern. Zudem birgt die stärkere neurologische Ausrichtung der Klassifikation die Gefahr, dass multimodale Diagnostik- und Therapieansätze unter umfassender Berücksichtigung von psychopathologischen, psychosozialen, psychotherapeutischen und medikamentösen Aspekten in den Hintergrund treten.

Analog zum DSM-5 wurde in der ICD-11 kein Fortschritt hinsichtlich jener diagnostischen Kategorien erzielt, die für Betroffene erforderlich wären, bei denen Tics bislang weniger als ein Jahr andauern oder innerhalb dieses Zeitraums bereits wieder vollständig remittiert sind. Gerade für diese klinisch häufigen, aber schwer fassbaren Konstellationen, fehlt weiterhin eine differenzierte Erfassung, die eine adäquate Verlaufsbeschreibung und prognostische Einschätzung ermöglichen würde.

Darüber hinaus erscheinen einzelne Neuerungen wie die Differenzierung in primäre und sekundäre Tic-Störungen bislang weder empirisch ausreichend abgesichert noch im klinischen Alltag wirklich relevant. Auch hier analog zum DSM-5: Die vermuteten sekundären Tic-Störungen treten äußerst selten auf, kausale Zusammenhänge sind in vielen Fällen nicht überzeugend belegbar. Entsprechend ist ihre diagnostische Trennschärfe begrenzt und ihre Bedeutung für die Versorgung fraglich.

| Klassifikation von Tic-Störungen nach ICD-11 und DSM-5 | | | |
|---|--|--------------|---|
| ICD-11 | | DSM-5 | |
| 08 | Erkrankungen des Nervensystems | | Entwicklungsstörungen des Nervensystems |
| 8A | Bewegungsstörungen | | Motorische Störungen |
| 8A05 | Tic-Störungen | 307.2 | Tic-Störungen |
| Wo | Primäre Tics oder Tic-Störungen | | |
| 8A05.00 | Tourette-Syndrom | 307.23 | Tourette-Störung |
| 8A05.01 | Chronische motorische Tic-Störung | 307.22 | Persistierende (chronische) motorische oder vokale Tic-Störung (spezifiziere motorisch odervokal) |
| 8A05.02 | Chronische vokale Tic-Störung | | |
| --- | --- | 307.21 | Vorläufige Tic-Störung |
| 8A05.03 | Vorübergehende motorische Tics | --- | --- |
| 8A05.0Y | Andere spezifizierte primäre Tics oder Tic-Störungen | 307.20 | Andere spezifizierte Tic-Störung |
| 8A05.0Z | Primäre Tics oder Tic-Störungen, nicht spezifiziert | 307.20 | Nicht spezifizierte Tic-Störung |
| 8A05.1 | Sekundäre Tics | --- | --- |
| 8A05.1Y | Andere spezifizierte Tic-Störungen | --- | --- |
| 8A05.1Z | Tic-Störungen, nicht spezifiziert | --- | --- |

Verlauf

Besonders charakteristisch für Tic-Störungen ist ihr oben erwähnter schwankender Verlauf („waxing and waning“) bzgl. Lokalisation der betroffenen Muskeln, Komplexität (von einfach bis komplex), Schweregrad, Häufigkeit pro Zeiteinheit und Interferenz mit Willkürbewegungen. Das bedeutet auch, dass Tics für mehrere Tage oder Wochen verschwinden können und wieder auftauchen oder durch neue Tics abgelöst oder ergänzt werden. In einer

Längsschnittstudie konnten Leckman und Kollegen zeigen, dass die ersten Tics durchschnittlich im Alter von 5,6 Jahren auftreten (Leckman et al., 1998). Üblicherweise sind es zunächst motorische Tics, die im Gesichts- und Nackenbereich auftreten und sich bei weiter bestehender Tic-Störung dann auf die Extremitäten ausbreiten. Vokale Tics folgen meist 2-4 Jahre später. Nach dem Beginn der Tic-Störung wird die Symptomatik bei längerer Dauer oft zunächst schlimmer und erreicht im Alter zwischen 10 und 12 Jahren ihren Höhepunkt. Im Jugendalter verringern sich die Tics oft und im frühen Erwachsenenalter haben die meisten der Betroffenen eine deutlich verringerte Symptomatik (Groth, 2018).

Häufig gehen Tics mit spezifischen Vorgefühlen („premonitory urges“) einher, die als (Muskel)spannung, Wärme- oder Kältegefühle lokalisiert oder eher allgemein im Körper berichtet werden (Ding et al., 2024). Die spezifischen Vorgefühle lassen sich mit der sich aufbauenden Spannung bei gesunden Personen vergleichen, wenn es vor dem Niesen in der Nase kribbelt oder etwas juckt (Brandt et al., 2023). Vorgefühle vor Tics werden häufiger von älteren als jüngeren Kindern berichtet, im Durchschnitt ab dem 11. Lebensjahr (Banaschewski et al., 2003).

Bei allen Angaben, die Verlauf und Häufigkeit betreffen, gilt es allerdings zu bedenken, dass je nach Untersucher (Tics sind bis heute eine klinische Blickdiagnose (Paszek et al., 2010; Schappert et al., 2024)) und Untersuchungszeitraum/-situation teilweise sehr unterschiedliche Ergebnisse gefunden werden. Etliche der hier gemachten Angaben stammen daher aus Studien bzw. Artikeln, die mit der persönlichen Erfahrung der Autoren übereinstimmen und einen „etwas realitätsnäheren“ Erfassungsmodus gewählt haben (Striley et al., 2024).

Prävalenz

Entsprechend ist es auch nicht verwunderlich, dass die Prävalenzangaben in Abhängigkeit der untersuchten Stichprobe, Erhebungsmethode etc. größere Schwankungen aufweisen (Xiong et al., 2024). So wurden in einzelnen Studien relativ hohe Prävalenzraten berichtet. So untersuchten beispielsweise Zeitlin und Kollegen (2001) eine Stichprobe von SchülerInnen und fanden bei 18.7% Tics, während die Diagnose Tourette-Syndrom nur bei 0.8% der Stichprobe gesichert werden konnte (Zeitlin et al., 2001). Schätzungen aufgrund größerer Beobachtungsgruppen und persönlicher Erfahrung des Erstautors zufolge geht man aber davon aus, dass 4-12% der Kinder im Grundschulalter vorübergehend und 3-4% chronische Tics zeigen, während man beim Tourette-Syndrom von einer Prävalenz von 1% ausgeht (Döpfner et al., 2009). Dabei zeigt sich eine ca. drei- bis viermal so hohe Prävalenz bei Jungen im Vergleich zu Mädchen. Im Erwachsenenalter nimmt die Prävalenz deutlich ab (Black et al., 2021). Dabei ist zu beachten, dass etliche Erwachsene angeben, keine Tics mehr zu haben, der Experte bei deren (längerer) Beobachtung aber durchaus noch Tics unterschiedlicher Schwere feststellen kann.

Ätiologie und Störungsmodell

Genetische Faktoren

Die Bedeutung genetischer Faktoren für Tic-Störungen wird durch Zwillings- und Familienstudien unterstrichen, die zeigen, dass die genetische Veranlagung zu etwa 50 % bis 80 % des Erkrankungsrisikos beiträgt. So entwickeln eineiige Zwillinge in 53 bis 77 % der Fälle beide eine Tic-Störung, während bei zweieiigen Zwillingen dieser Wert nur bei 8% bis 23 % liegt. Auch bei Verwandten ersten Grades ist das Risiko, selbst an einer Tic-Störung zu erkranken, deutlich erhöht – etwa um das Zehnfache im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Fernandez, 2025; Yang et al., 2025).

Das Zusammenspiel genetischer Faktoren bei Tic-Störungen ist komplex und folgt keinem einfachen Mendelschen Erbgang. Vielmehr wird angenommen, dass Tic-Störungen im Einzelfall durch eine bestimmte Kombination aus häufigen genetischen Varianten mit geringen Auswirkungen und seltenen Varianten mit größerer Wirkung verursacht werden. Genetische Studien haben eine Vielzahl von Risikogenen und Chromosomenregionen identifiziert, die mit Tic-Störungen in Verbindung stehen (Fernandez, 2025; Yang et al., 2025).

Molekulargenetische Untersuchungen, insbesondere genomweite Assoziationsstudien (GWAS), haben spezifische Genorte identifiziert, die mit Tic-Störungen assoziiert sind, darunter FLT3 und NR2F1. Beide sind an zentralen Prozessen der Gehirnentwicklung, wie etwa der Reifung, Migration und Verschaltung von Nervenzellen, in der frühen Kindheit beteiligt. Darüber hinaus gibt es Hinweise darauf, dass bestimmte dopaminerge und serotonerge Gene (z. B. DRD2, DRD4, SLC6A3, SLC6A4) eine Rolle spielen könnten, obwohl die Studienergebnisse nicht immer konsistent sind (Fernandez, 2025; Yang et al., 2025).

Während häufige genetische Varianten das allgemeine Risiko für Tic-Störungen leicht erhöhen, gibt es seltene Mutationen mit potenziell größerer Wirkung. Dazu gehören:

- WWC1, CELSR3, OPA1, NIPBL, FN1, FBN2 – Gene mit Funktionen in Neurotransmission, Synapsenbildung und Zellorganisation.
- HDC (Histidin-Decarboxylase-Gen) – Diese Mutation beeinflusst die Histamin-Signalübertragung, was auf eine potenzielle Beteiligung des Histamin-Systems bei Tic-Störungen hindeutet.
- Zusätzlich wurden Kopienzahlvariationen (CNVs) identifiziert, die Gene betreffen, die an neuronalen Entwicklungsprozessen wie Zelladhäsion und Synapsenbildung beteiligt sind. Diese strukturellen genetischen Veränderungen treten in einer Untergruppe von Patienten mit Tic-Störungen auf.

Eine vielversprechende Methode zur Bewertung genetischer Risiken ist die Berechnung von polygenen Risikoscores (PRS). Diese aggregieren die kombinierten Effekte vieler genetischer Varianten, um eine individuelle Risikoabschätzung zu ermöglichen. Erste Studien zeigen, dass PRS die Schwere der Tics sowie die Wahrscheinlichkeit von Begleiterkrankungen wie ADHS und Zwangsstörungen vorhersagen können. Die klinische Anwendung von PRS ist jedoch derzeit noch sehr begrenzt (Fernandez, 2025; Yang et al., 2025).

Diese genetischen Erkenntnisse erklären auch, warum Tic-Störungen häufig in Kombination mit anderen psychiatrischen Erkrankungen wie ADHS, Zwangsstörungen und Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) auftreten. Genetische Studien zeigen eine signifikante Überlappung von Risikofaktoren, insbesondere in neuroentwicklungsbezogenen Signalwegen. So wurden gemeinsame genetische Risikoloci zwischen Tic-Störungen und ADHS/Zwangsstörungen identifiziert, darunter TBC1D7 und LINC00461. Insbe-

sondere Zelladhäsionsmoleküle wie Neurexine und Neuroligine spielen eine zentrale Rolle (Yang et al., 2021).

Diese Erkenntnisse deuten darauf hin, dass Tic-Störungen und ihre Begleiterkrankungen gemeinsame pathophysiologische Mechanismen teilen. Dies könnte in Zukunft zu neuen, gezielteren Therapieansätzen führen.

Neben genetischen Faktoren spielen auch epigenetische Mechanismen eine Rolle bei der Entstehung von Tic-Störungen. Dazu gehören:

- Veränderte DNA-Methylierungsmuster, die möglicherweise die Expression von für Tic-Störungen relevanten Genen beeinflussen.
- MicroRNAs (z. B. miR-429), die eine Rolle bei der Regulation von Neurdifferenzierung und synaptischer Übertragung spielen.

Erste Studien zur Epigenetik von Tic-Störungen deuten darauf hin, dass Umweltfaktoren mit genetischen Prädispositionen interagieren und zur Krankheitsentwicklung beitragen könnten. Allerdings ist weiterführende Forschung in diesem Bereich erforderlich (Ko et al., 2024).

Obwohl genetische Erkenntnisse ein besseres Verständnis von Tic-Störungen ermöglichen, ist genetisches Testen derzeit nicht Bestandteil der klinischen Diagnostik. Dies liegt an der komplexen genetischen Architektur und der noch begrenzten Aussagekraft spezifischer genetischer Varianten. Beratung auf Grundlage allgemeiner genetischer Erkenntnisse kann jedoch betroffene Familien darin unterstützen, Zusammenhänge besser zu verstehen, Sorgen einzuordnen und informierte Entscheidungen zu treffen.

Neurobiologische Faktoren

Im Zentrum der pathophysiologischen Mechanismen der Tic-Störungen steht das cortico-basal-ganglia-thalamo-corticale (CBGTC) Netzwerk, das Bewegungssteuerung und motorische Kontrolle reguliert (Singer & Pellicciotti, 2025). Dysfunktionen in diesem Netzwerk führen zu einem Ungleichgewicht zwischen aktivierenden und hemmenden motorischen Regelkreisen. Infolge einer übermäßigen Aktivierung bestimmter Bewegungsprogramme bei gleichzeitig verminderter inhibitorischer Kontrolle kommt es zur unwillkürlichen Ausführung motorischer Impulse in Form von Tics. Strukturelle und funktionelle Bildgebungsstudien zeigen, dass neben den Basalganglien auch weitere Regionen wie das Kleinhirn, die Amygdala und der präfrontale Kortex beteiligt sind. Neurowissenschaftliche Modelle versuchen, die Komplexität der Entstehung und Ausführung von Tics zu erklären. Es werden verschiedene Konzepte diskutiert, darunter eine Dysbalance zwischen direkten

und indirekten Bewegungssteuerungswegen, zielgerichteten und habituellen Handlungsmustern sowie exzitatorischen und inhibitorischen Mechanismen.

Direkter und indirekter Pfad der Bewegungssteuerung

Der direkte und indirekte Pfad der Bewegungssteuerung innerhalb der Basalganglien reguliert die Initiierung und Hemmung von Bewegungen (Fujiyama et al., 2024). Während der direkte Pfad Bewegungen erleichtert, indem er hemmende Signale an den Thalamus reduziert, wirkt der indirekte Pfad bewegungshemmend, indem er diese Signale verstärkt. Ein Ungleichgewicht in diesem System – zugunsten einer Überaktivität des direkten Pfads oder einer Unteraktivität des indirekten Pfads – könnte zu einer unzureichenden Kontrolle spontaner motorischer Impulse führen und somit die Entstehung und Ausführung von Tics begünstigen.

Balance zwischen zielgerichteten und habituellen Handlungsmustern

Die Balance zwischen zielgerichteten und habituellen Handlungsmustern bestimmt, ob eine Bewegung bewusst gesteuert oder automatisch abläuft. Während zielgerichtete Bewegungen flexibel und situationsangepasst erfolgen, laufen habituelle Bewegungen automatisch und wiederholt ab. Es wird vermutet, dass Tics durch eine übermäßige Aktivierung des habituellen Systems entstehen, wodurch Bewegungen auch dann abgerufen werden, wenn sie nicht (mehr) erforderlich oder nicht intendiert sind (Friedrich et al., 2021; Paulus et al., 2022).

Inhibitorische Kontrolle

Die inhibitorische Kontrolle ist für die willentliche Unterdrückung unerwünschter Bewegungen essenziell und erfolgt über hemmende Signale aus dem präfrontalen Kortex zum Striatum und den Basalganglien. Eine Dysfunktion dieses Hemmmechanismus kann dazu führen, dass spontane Bewegungsimpulse inadäquat gehemmt werden, wodurch Tics auftreten oder ihre Intensität verstärkt wird. Besonders relevant ist in diesem Zusammenhang die Hyperaktivität der subthalamischen Kernregion, die normalerweise an der Bewegungsunterdrückung beteiligt ist, jedoch bei Tic-Störungen möglicherweise unzureichend arbeitet (Ganos et al., 2014; Petruo et al., 2019).

Dysregulation von Neurotransmittersystemen

Neurochemische Ungleichgewichte im CBGTC-Netzwerk gelten als zentrale pathophysiologische Grundlage von Tic-Störungen. Besonders betroffen sind das dopaminerge, GABAerge und glutamaterge System, deren Dysregulati-

on die Filterfunktion und Bewegungshemmung innerhalb dieses Netzwerks beeinträchtigen kann (Buse et al., 2013; Hartmann et al., 2024). Bildgebende Studien zeigen strukturelle Veränderungen in den Basalganglien – insbesondere kleinere Volumina im Nucleus caudatus, Putamen und Globus pallidus (Peterson et al., 2003) – sowie kompensatorisch erhöhte Aktivität in frontokortikalen Arealen. Diese Befunde stützen die Hypothese, dass Störungen an mehreren Stellen des Netzwerks zur Tic-Entstehung beitragen können.

Zunehmend rückt auch die Rolle peripherer neuroimmunologischer Prozesse in den Fokus. Hinweise auf proinflammatorische Zustände und metabolische Veränderungen deuten auf komplexe Interaktionen zwischen Neurotransmission, Immunantwort und oxidativem Stress hin. Letzterer könnte die Schwere von Tics beeinflussen. Eine aktuelle Studie (Sarchioto et al., 2024) untersuchte daher mittels Protonen-Magnetresonanztomographie (^1H -MRS) oxidativen Stress in der rechten frontalen weißen Substanz – einer Region, die eng mit Tic-Schwere und inhibitorischer Kontrolle verknüpft ist. Dabei fanden sich signifikant erhöhte Konzentrationen von Glutathion, einem zentralen Marker antioxidativer Aktivität. Diese Befunde sprechen für eine kompensatorische Reaktion auf erhöhten oxidativen Stress und stützen die Annahme, dass neuroinflammatorische Prozesse eine Rolle in der Pathophysiologie von Tics spielen könnten.

Therapeutische Ansätze, die auf diese pathophysiologischen Mechanismen abzielen, umfassen pharmakologische Interventionen (Roessner et al., 2021), tiefe Hirnstimulation (DBS) und repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) (Aloufi et al., 2025). Zukünftige Forschung auf diesem Gebiet wird benötigt, um die komplexen Zusammenhänge weiter aufzuklären und gezieltere Behandlungsstrategien zu entwickeln. Während die genaue neuroanatomische Ursache der Tics weiterhin unklar bleibt, unterstützt die aktuelle Evidenz die Hypothese, dass Störungen an verschiedenen Stellen des CBGTC-Netzwerks zur Entstehung von Tics beitragen können.

Neurobiologisch vermittelte Umweltfaktoren

Rauchen während der Schwangerschaft und ein geringes Geburtsgewicht gelten als die am besten belegten prä- und perinatalen Risikofaktoren für die Entwicklung von Tics. Sie sind jedoch unspezifisch, d. h. sie können auch bei zahlreichen anderen neurologischen oder psychischen Störungen beobachtet werden (Chao et al., 2014; Groth, 2018). Weitaus schwieriger zu bewerten ist der Einfluss von psychosozialen Stress, was wir hier exemplarisch für die Schwierigkeiten entsprechender Forschungsarbeiten darstellen: Es können

zwei mögliche Kausalzusammenhänge in Betracht gezogen werden: (a) Psychosozialer Stress könnte einerseits über eine Aktivierung der HPA-Achse sowie nachfolgende Veränderungen in der Neurotransmission und neuroimmunologischen Regulation zu einer Verschlechterung der Tic-Symptome beitragen (b) Andererseits könnte eine durch das Tourette-Syndrom bedingte Veränderung von Neurotransmission oder neuroimmunologischen Prozessen die Stressanfälligkeit der Betroffenen erhöhen, die wiederum zu einer stärkeren HPA-Aktivierung bei psychosozialem Stress führt (Buse et al., 2014). In diesem Kontext untersuchte eine umfangreiche europäische Längsschnittstudie prospektiv den Zusammenhang zwischen HPA-Achsen-Aktivität, wahrgenommenem Stress und der Entwicklung von Tics bei 259 Kindern mit familiärer Vorbelastung und damit erhöhtem Risiko für die Entwicklung von Tic-Störungen. Dabei zeigte sich, dass Kinder, die später Tics entwickelten, einen nicht-linearen Anstieg der Haarkortisolkonzentration (HCC) aufwiesen – ein Biomarker für die kumulative Aktivität der HPA-Achse über mehrere Wochen bis Monate. Kinder, die keine Tics entwickelten, zeigten hingegen eine über den Untersuchungszeitraum hinweg konstante HCC-Kurve. Besonders hervorzuheben ist, dass erhöhte HCC-Werte in Haarproben, die zwei bis fünf Monate vor dem erstmaligen Auftreten der Tics entnommen wurden, mit einer signifikant erhöhten Wahrscheinlichkeit für das spätere Auftreten von Tics assoziiert waren. Dies spricht dafür, dass eine anhaltende Stressbelastung im Zeitraum von vier bis acht Monaten vor Symptombeginn einen relevanten Einflussfaktor für die Entstehung von Tics darstellen könnte (Rothe et al., 2023). Die Ergebnisse verdeutlichen jedoch, dass hinsichtlich der Kausalität und zeitlichen Abfolge möglicher Risikofaktoren für Tic-Störungen noch erheblicher Forschungsbedarf besteht.

Psychosoziale Umweltfaktoren

Conelea und Woods analysierten im Zuge eines systematischen Reviews mehrere Studien, die sowohl vorausgehende Auslöser als auch Konsequenzen von Tics untersuchten (Conelea & Woods, 2008). Dabei zeigte sich, dass stress-, angst- und frustrationsauslösende Ereignisse eine erhöhte Tic-Symptomatik bedingen können. Die Autoren betonen, dass es wichtig sei, nicht nur emotionale Zustände zu identifizieren, sondern die dazugehörigen Situationen näher zu explorieren. Weitere Risikofaktoren für die Zunahme der Tic-Symptomatik sind Müdigkeit, Treffen mit vielen Menschen und der Schulanfang im Herbst. In einer experimentellen Studie von Woods und Kollegen zeigten sich Gespräche über Tics als Trigger für insbesondere vokale Tics (Woods et al., 2001). Passend dazu lehrt die klinische Erfahrung,

dass sowohl positive als auch negative emotionale Erregung ebenso wie Substanzen (z.B. Koffein), Schlafmangel und Müdigkeit die Tics verstärken. Diese Befunde werden durch die Ergebnisse einer aktuellen systematischen Übersichtsarbeit von Lee et al. (2024) gestützt, die die psychosozialen Erfahrungen junger Menschen mit Tic-Störung anhand von 12 qualitativen Studien mit insgesamt 190 Teilnehmenden aus verschiedenen Ländern untersuchte. Die Analyse identifiziert fünf Hauptthemen: (1) Die Belastung durch behandlungsresistentes Tourette-Syndrom, (2) die negative soziale und kulturelle Wahrnehmung von Tourette-Syndrom, (3) Selbstanpassung im sozialen Kontext, (4) Reaktionen auf verschiedene Interventionen und (5) Positivität bei der Förderung der Selbstakzeptanz. Junge Menschen mit Tourette-Syndrom erleben oft soziale Stigmatisierung, Mobbing und Missverständnisse, was zu sozialer Isolation und negativen Selbstkonzepten führen kann. Viele versuchen, ihre Tics zu unterdrücken oder sich aus sozialen Interaktionen zurückzuziehen. Interventionen wie Verhaltenstherapie und psychoedukative Programme werden als hilfreich beschrieben, allerdings werden die Erwartungen an die medizinischen Behandlungen oft als enttäuschend beschrieben. Unterstützung durch Familie, Freunde und Lehrer spielt eine Schlüsselrolle bei der Entwicklung positiver Bewältigungsstrategien und der Selbstakzeptanz. Die Autoren empfehlen individualisierte symptomorientierte Strategien und stärkere psychosoziale Unterstützungsangebote, um das Wohlbefinden junger Menschen mit Tourette-Syndrom zu verbessern.

Koexistierende Probleme bis hin zum Vollbild einer Diagnose

Koexistierende psychiatrische Symptome bis hin zum Vollbild einer Störung treten bei Tic-Störungen sehr häufig auf. Man geht davon aus, dass beim Tourette-Syndrom in 90% der Fälle Begleitsymptomatik vorhanden ist und bei einfachen motorischen oder vokalen Tic-Störungen in 65% der Fälle (Hirscht et al., 2015; Yan et al., 2022). Die häufigsten komorbiden psychiatrischen Störungen sind ADHS (ca. 50% der Fälle) und Zwangsstörung (ca. 30% der Fälle). Es konnte gezeigt werden, dass Tic-Störungen teilweise die gleiche genetische Basis haben wie Zwangsstörungen, Autismus und ADHS (Yang et al., 2021). Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass prä- und perinatale Faktoren, wie mütterliches Rauchen, das Risiko für Zwangserkrankungen erhöht, während pränatale Komplikationen und ein unterdurchschnittliches Geburtsgewicht ein Risiko für eine komorbide ADHS-Erkrankung darstellen können (Chao et al., 2014). ADHS-Symptome zeigen sich im Durchschnitt zwei bis drei Jahre vor Beginn erster Tics. Außerdem konnte gezeigt werden, dass ADHS verstärkt zusammen mit weiteren Verhaltensauffälligkeiten, wie Im-

pulskontrollstörungen, Schlafproblemen, Lernschwierigkeiten, sozialen Problemen, sexuell unangebrachtem und selbstverletzendem Verhalten auftritt (Eapen et al., 2016). Zwangssymptome tauchen häufig erst zwei bis drei Jahre nach Beginn erster Tics auf (Groth et al., 2017). Die Unterscheidung zwischen komplexen Tics und Zwangshandlungen kann manchmal sehr schwierig sein (Roessner et al., 2005). Der größte Unterschied zwischen den beiden Phänomenen liegt meist in der Zweckgerichtetheit: Während Zwangshandlungen oft einem bestimmten Zweck dienen, sind komplexe Tics ungesteuerter und/oder erfüllen so gut wie keinen Zweck. So reduzieren Zwangshandlungen häufig Befürchtungen, die aus Zwangsgedanken entstehen, während Tics wie ein Schluckauf ohne Vorwarnzeichen und Ziel ausgeführt werden oder aber um die innere Spannung (Vorgefühle) zu reduzieren. In den meisten Fällen sind es nicht die Tics selbst, sondern eher die Begleitsymptomatik, die größere Probleme bedingt und die psychosoziale Beeinträchtigung der Erkrankten erhöht. Deshalb sollten die Symptome anderer Erkrankungen vordringlich behandelt werden (Roessner et al., 2021).

Therapeutisches Vorgehen

Diagnostik

Die Diagnostik umfasst die Anamnese, klinische Beobachtung und körperlich-neurologische Untersuchung (Robertson et al., 2017). Die Anamnese sollte dabei den Zeitraum der Schwangerschaft und Geburt mit umfassen, um einen Überblick über damalige mögliche Risikofaktoren zu bekommen. Weiterhin ist es wichtig, eine sehr genaue Anamnese der Tic-Störung selbst zu erheben: In welchem Alter begannen die ersten motorischen/vokalen Tics? Welche Tics sind bisher schon einmal aufgetreten? Welche Tics sind aktuell vorhanden? Gibt es Faktoren, die ein häufigeres oder selteneres Auftreten von Tics bedingen? Gibt es Vorgefühle, die die Tics ankündigen? Können die Tics unterdrückt werden? Wie hoch ist der Grad der Belastung, der durch die Tics entsteht? Im besten Fall sollten Tics während der Anamnese oder im Nachhinein über Videos nachvollzogen werden können. Außerdem ist es wichtig, zusätzlich eine Fremdanamnese, beispielsweise durch die Eltern, zu erhalten. Im Laufe der Diagnostik sollten auch standardisierte Fragebogeninstrumente verwendet werden, um unter anderem den Schweregrad der Tic-Störung festzustellen. Zur Erfassung des Schweregrad haben sich die Yale-Globale-Tic-Schweregrad-Skala (Haas et al., 2021) und zur Erfassung der sensormotorischen Vorgefühle die Premonitory Urge for Tics Scale (PUTS)

(Openneer et al., 2020; Roessner et al., 2010) als das jeweilige Standardinstrument international etabliert.

Wie bereits oben schon angeklungen ist, muss man koexistierende psychiatrische Symptome bis hin zum Vollbild einer Störung ausschließen, die mit Tic-ähnlichen Symptomen einhergehen. Auch müssen „neurologischere“ Bewegungsstörungen ausgeschlossen werden. Ein Beispiel für Bewegungsstörungen ist die Chorea Huntington, welche jedoch selten vor dem 30. Lebensjahr auftritt und durch eine DNA-Analyse nachgewiesen werden kann (Diener et al., 2019). Andere Beispiele für Bewegungsstörungen sind: Torticollis, Stereotypien, Chorea, Dystonien, Myoklonien, Tremor, Athetose, Akathisie und Hemiballismus (Diener et al., 2019). Inwieweit hierbei die Ableitung eines EEGs vorgenommen werden sollte, ist Gegenstand zahlreicher Diskussionen ohne überzeugendes Ergebnis.

Psychoedukation

Zu Beginn jeder Therapie, also auch bei Tics im Kleinkindalter, steht die Psychoedukation. Bei Tic-Störungen inklusive Tourette-Syndrom ist diese Maßnahme überaus relevant, da ein Teil der Betroffenen selbst gar nicht so sehr durch die Tics, sondern vielmehr durch die Reaktionen ihrer Umgebung belastet ist. Da Hintergründe zu Tic-Störungen in der deutschen Gesellschaft immer noch nicht allen bekannt sind, sind die Reaktionen auf Tics sehr unterschiedlich - häufig negativ oder anklagend. Auch das Familienklima kann durch häufige und v.a. laute vokale Tics belastet werden. Vor allem wenn Eltern zu wenig Wissen zu Tic-Störungen haben, können sie nicht verstehen, warum ihre Kinder das Verhalten nicht unterlassen, obwohl sie es streckenweise unterdrücken können; so fühlen sich die Eltern provoziert. Deshalb wirken die Diagnoseerstellung und die damit einhergehende Psychoedukation für die Betroffene und Angehörige häufig bereits sehr entlastend, u.a. da sich eine Ursache für die unwillkürlichen Bewegungen und Laute und eine plausible Erläuterung für die beobachten, teilweise willentlich beeinflussbaren Schwankungen gefunden hat. Dazu können auch Lehrkräfte und Schüler/innen aufgeklärt werden, was zu einer höheren Akzeptanz im außerfamiliären Bereich führt, wodurch das Wohlbefinden des Kindes tlw. enorm gesteigert werden kann (Döpfner et al., 2009; Nussey et al., 2013).

Behandlung - allgemein

Nach der Diagnostik und Psychoedukation sollte überlegt werden, ob eine Indikation für therapeutische Maßnahmen vorliegt. Dabei sollten Aspekte, wie Beeinträchtigung in der alltäglichen Funktionsfähigkeit, psychosoziale Entwicklung, zwischenmenschliche Beziehungen, Wohlbefinden und Emotionskontrollfähigkeiten berücksichtigt werden (Döpfner et al., 2009, 2024). Weist die Betrachtung dieser Aspekte auf eine starke psychosoziale Funktionseinschränkung hin, kann dies als Indikation für eine Therapie gesehen werden. Ein weiterer Grund für den Beginn einer Behandlung können durch Tics ausgelöste, nicht nur kurzzeitige Unannehmlichkeiten, wie Schmerzen oder Verletzungen sein (Green et al., 2024). Weiterhin kann es durch Tics zu einer signifikanten Abnahme im (schulischen) Leistungsniveau kommen, beispielsweise können vokale Tics das Sprachverständnis erschweren oder die übermäßige innerliche Beschäftigung/Unterdrückung von Tics kann dauerhaft zu einer verringerten Aufmerksamkeitsleistung führen. Wenn eine Behandlung aus einem der oben genannten Gründe angezeigt und von der Familie gewünscht ist, sollte transparent vermittelt werden, dass Medikamente Tics nicht heilen, sondern sie lediglich während der Einnahme auf ein bestimmtes Niveau reduzieren können (Roessner et al., 2021). Ob eine verhaltenstherapeutische Behandlung beim einzelnen Betroffenen kurz-, mittel- und langfristig positivere Effekte als „watch and wait“ verbunden mit Psychoedukation hat, ist noch nicht abschließend geklärt.

Behandlung - Medikation

Bei der medikamentösen Behandlung von Tic-Störungen ist es wichtig, ein gesundes Gleichgewicht zwischen Wirkung und Nebenwirkungen zu finden. Um dies zu erreichen und eine Überdosierung zu vermeiden, gilt es als Ziel eine Reduktion der Tics zu definieren, mit der Patient und Umfeld über einen längeren Beobachtungszeitraum „leben können“ (Roessner et al., 2021). Eine vollständige Reduktion ist oft auch bei höheren Dosen nicht zu erreichen, da Medikamente Tics im Durchschnitt um 25-50% reduzieren können (Roessner et al., 2013). Wenn sich für eine Medikation entschieden wird, sollte diese mindestens ein halbes Jahr lang verabreicht werden, bevor über eine Weiterbehandlung mit evtl. Dosisanpassung entschieden wird. (Atypische) Antipsychotika, wie Tiaprid und Aripiprazol, gelten als Medikamente der ersten Wahl, weil sie eine gute Wirkung zeigen und verhältnismäßig wenig Nebenwirkungen haben. Erwähnenswert ist, dass in Deutschland bis heute Haloperidol das einzig zugelassene Medikament zur Behandlung der Tic-Stö-

rungen ist (ab dem Alter von 10 Jahren), obwohl es aufgrund seines ungünstigeren Nutzen-Risiko-Profiles verglichen mit Tiaprid und Aripiprazol nicht (mehr) empfohlen wird. Typische Nebenwirkungen sind Müdigkeit, Konzentrationsschwäche und Appetitsteigerung tlw. gefolgt von Gewichtszunahme (Roessner et al., 2021).

Behandlung - Verhaltenstherapeutische Ansätze

Es gibt unterschiedliche verhaltenstherapeutische Ansätze. Zunächst fällt auf, dass Betroffene auch ohne Anleitung/Behandlung von sich aus verschiedene Strategien verwenden und ausbauen, um Tics zu verringern, wie beispielsweise Entspannung und Stressreduktion. Außerdem versuchen Betroffene oft, ihre Tics so gut wie möglich in einen natürlichen Verhaltensablauf zu integrieren, sodass die Tics von außen weniger als solche erkennbar sind. Ein wichtiger Aspekt für einen funktionaleren Umgang mit Tics ist die Sensibilisierung für die Vorgefühle (Döpfner et al., 2009). Die Fähigkeit, Vorgefühle zu erkennen und damit potentiell die Kontrollierbarkeit zu steigern, nimmt zwar mit steigendem Alter zu (Banaschewski et al., 2003), dennoch helfen Strategien zur Selbstbeobachtung diesen „natürlichen Prozess“ zu beschleunigen bzw. bei einigen ihn überhaupt anzustoßen. Ebenfalls hilfreich können Selbstinstruktionen und selbstständige Verstärkung von erfolgreicher Verhaltensweisen zur Unterdrückung von Tics sein (Döpfner et al., 2009). Ein weiterer Baustein wirksamer Interventionsprogramme bei Tics wie z.B. dem Comprehensive Behavioral Intervention (CBIT)-Training, ist das „habit reversal training“ (HRT) (Morand-Beaulieu et al., 2024). Im Fokus dieser Intervention stehen neben den schon erwähnten Komponenten wie Selbstwahrnehmungstraining, das Trainieren einer muskulären Gegenreaktion zu den Tics. Ein Beispiel dafür wäre das „Zusammenpressen der Lippen“ bei dem Tic „Nase rümpfen“ (Döpfner et al., 2009). Die Gegenreaktion sollte zunächst im therapeutischen Setting eingeübt und dann in den Alltag mit dem Ziel der Automation übertragen werden. Es konnte in vielen Studien gezeigt werden, dass das HRT bei Tics und anderen ähnlichen Störungen wirksam ist (Morand-Beaulieu et al., 2024). HRT kann außerdem noch mit Entspannungsverfahren, wie progressiver Muskelrelaxation nach Jacobsen, kombiniert werden, um Stress zu reduzieren (Döpfner et al., 2009). Zuletzt ist gerade bei Kindern und Jugendlichen trotz geäußerter Therapiemotivation ein Kontingenztraining zur Unterstützung des Transfers in den Alltag und das Entstehen eines Automatismus aus „wahrgenommenes Vorgefühl – motorische Gegenreaktion“ notwendig.

Abschließend lässt sich festhalten, dass eine differenzierte Diagnostik und eine strukturierte Psychoedukation die unverzichtbare Grundlage jeder Behandlung von Tic-Störungen bilden. Die Entscheidung über therapeutische Maßnahmen sollte stets individuell getroffen werden – orientiert an der funktionellen Beeinträchtigung, dem subjektiven Leidensdruck sowie möglichen komorbiden Störungen. Verhaltenstherapeutische Verfahren, insbesondere das Habit-Reversal-Training im Rahmen multimodaler Programme, gelten als evidenzbasiert wirksam und sollten – sofern verfügbar – primär eingesetzt werden. Eine medikamentöse Therapie kann bei stark ausgeprägter Symptomatik oder unzureichender Wirksamkeit anderer Maßnahmen eine sinnvolle Ergänzung darstellen, wobei Nutzen und potenzielle Nebenwirkungen stets sorgfältig abzuwägen sind.

Literaturverzeichnis:

- Aloufi, A. K., Zahhar, J. A., Bader, M. W., Almutairi, M. B., Alaaldeen, A., Hetta, O. E., Gammash, A. M., Almuntashiri, S., Binrabaa, I. S., Alsaleh, A., & AlSalem, M. (2025). Tourette syndrome and brain stimulation therapy: A systematic review and meta-analysis of current evidence. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1478503. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1478503>
- Banaschewski, T., Woerner, W., & Rothenberger, A. (2003). Premonitory sensory phenomena and suppressibility of tics in Tourette syndrome: Developmental aspects in children and adolescents. *Developmental medicine and child neurology*, 45(10), 700–703.
- Black, K. J., Kim, S., Yang, N. Y., & Greene, D. J. (2021). Course of tic disorders over the lifespan. *Current Developmental Disorders Reports*, 8(2), 121–132. <https://doi.org/10.1007/s40474-021-00231-3>
- Brandt, V., Otte, J.-H., Fremer, C., Jakubovski, E., & Müller-Vahl, K. (2023). Non-just-right experiences are more closely related to OCD than tics in Tourette patients. *Scientific Reports*, 13(1), 19627. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-37658-0>
- Buse, J., Kirschbaum, C., Leckman, J. F., Münchau, A., & Roessner, V. (2014). The Modulating Role of Stress in the Onset and Course of Tourette's Syndrome: A Review. *Behavior Modification*, 38(2), 184–216. <https://doi.org/10.1177/0145445514522056>
- Buse, J., Schoenefeld, K., Münchau, A., & Roessner, V. (2013). Neuromodulation in Tourette syndrome: Dopamine and beyond. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37(6), 1069–1084. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.10.004>
- Cavanna, A. E., Purpura, G., Riva, A., & Naciovich, R. (2024). Co-morbid tics and stereotypies: A systematic literature review. *Neurological Sciences: Official Journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 45(2), 477–483. <https://doi.org/10.1007/s10072-023-07095-y>

- Chao, T.-K., Hu, J., & Pringsheim, T. (2014). Prenatal risk factors for Tourette Syndrome: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 53. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-53>
- Conelea, C. A., & Woods, D. W. (2008). The influence of contextual factors on tic expression in Tourette's syndrome: A review. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(5), 487–496. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.04.010>
- Diener, H.-C., Steinmetz, H., Kastrup, O., Alonso, A., Arendt, G., Axer, H., Barow, E., Bauer, S., Bäumer, T., Baumung, L., Beck, J., Becktepe, J. S., Berlit, P., Bingel, U., Bischoff, C., Bohlen, S., Buchner, H., Burger, M., Buttman, M., ... Zwergal, A. (2019). *Referenz Neurologie* (2019. Aufl.). Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b-006-163224>
- Ding, Q., Woods, D. W., Xu, W., Zhao, Y., Shen, S., & Sun, J. (2024). Exploring the psychometric properties of the premonitory urge for tics scale (PUTS) and its association with psychiatric symptoms in Chinese children with tic disorders. *BMC Pediatrics*, 24(1), 341. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-04801-3>
- Döpfner, M., Roessner, V., Woitecki, K., & Rothenberger, A. (2009). *Tic-Störungen: Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie* (12010. Aufl.). Hogrefe Verlag.
- Döpfner, M., Roessner, V., Woitecki, K., & Rothenberger, A. (2024). *Ratgeber Tics: Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrkräfte und weitere Bezugspersonen*. Hogrefe Verlag.
- Eapen, V., Cavanna, A. E., & Robertson, M. M. (2016). Comorbidities, Social Impact, and Quality of Life in Tourette Syndrome. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 97. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00097>
- Fernandez, T. V. (2025). Genetics of Tourette Syndrome. *The Psychiatric Clinics of North America*, 48(1), 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.08.002>
- Friedrich, J., Spaleck, H., Schappert, R., Kleimaker, M., Verrel, J., Bäumer, T., Beste, C., & Münchau, A. (2021). Somatosensory perception-action binding in Tourette syndrome. *Scientific Reports*, 11(1), 13388. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-92761-4>
- Fujiyama, F., Karube, F., & Hirai, Y. (2024). Globus pallidus is not independent from striatal direct pathway neurons: An up-to-date review. *Molecular Brain*, 17(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s13041-024-01107-4>
- Ganos, C., Edwards, M. J., & Müller-Vahl, K. (2016). "I swear it is Tourette's!": On functional coprolalia and other tic-like vocalizations. *Psychiatry Research*, 246, 821–826. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.021>
- Ganos, C., Kahl, U., Brandt, V., Schunke, O., Bäumer, T., Thomalla, G., Roessner, V., Haggard, P., Münchau, A., & Kühn, S. (2014). The neural correlates of tic inhibition in Gilles de la Tourette syndrome. *Neuropsychologia*, 65, 297–301. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2014.08.007>
- Green, B., Waters, A., & Jimenez-Shahed, J. (2024). Pain in Tourette Syndrome: A Comprehensive Review. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. <https://doi.org/10.1089/cap.2024.0025>
- Groth, C. (2018). Tourette syndrome in a longitudinal perspective. Clinical course of tics and comorbidities, coexisting psychopathologies, phenotypes and predictors. *Danish Medical Journal*, 65(4).

- Groth, C., Mol Debes, N., Rask, C. U., Lange, T., & Skov, L. (2017). Course of Tourette Syndrome and Comorbidities in a Large Prospective Clinical Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(4), 304–312. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.01.010>
- Haas, M., Jakubovski, E., Fremer, C., Dietrich, A., Hoekstra, P. J., Jäger, B., Müller-Vahl, K. R., & EMTICS Collaborative Group. (2021). Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS): Psychometric Quality of the Gold Standard for Tic Assessment Based on the Large-Scale EMTICS Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 626459. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.626459>
- Hartmann, A., Andrén, P., Atkinson-Clement, C., Czernecki, V., Delorme, C., Mol Debes, N., Morand-Beaulieu, S., Müller-Vahl, K., Paschou, P., Szejko, N., Topaloudi, A., & Black, K. J. (2024). Tourette syndrome research highlights from 2023. *F1000Research*, 13, 677. <https://doi.org/10.12688/f1000research.150931.2>
- Hirschtritt, M. E., Lee, P. C., Pauls, D. L., Dion, Y., Grados, M. A., Illmann, C., King, R. A., Sandor, P., McMahon, W. M., Lyon, G. J., Cath, D. C., Kurlan, R., Robertson, M. M., Osiecki, L., Scharf, J. M., Mathews, C. A., & Tourette Syndrome Association International Consortium for Genetics. (2015). Lifetime prevalence, age of risk, and genetic relationships of comorbid psychiatric disorders in Tourette syndrome. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 325–333. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2650>
- Ko, Y. K., Chi, S., Nam, G.-H., Baek, K.-W., Ahn, K., Ahn, Y., Kang, J., Lee, M.-S., & Gim, J.-A. (2024). Epigenome-wide Association Study for Tic Disorders in Children: A Preliminary Study in Korean Population. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience: The Official Scientific Journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, 22(2), 295–305. <https://doi.org/10.9758/cpn.23.1099>
- Leckman, J. F., Zhang, H., Vitale, A., Lahnin, F., Lynch, K., Bondi, C., Kim, Y. S., & Peterson, B. S. (1998). Course of tic severity in Tourette syndrome: The first two decades. *Pediatrics*, 102(1 Pt 1), 14–19.
- Morand-Beaulieu, S., Szejko, N., Fletcher, J., & Pringsheim, T. (2024). Behavioural Therapy for tic disorders: A comprehensive review of the literature. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 24(12), 1181–1191. <https://doi.org/10.1080/14737175.2024.2405740>
- Nilles, C., Amorelli, G., Pringsheim, T. M., & Martino, D. (2023). „Unvoluntary“ Movement Disorders: Distinguishing between Tics, Akathisia, Restless Legs, and Stereotypies. *Seminars in Neurology*, 43(1), 123–146. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1764164>
- Nilles, C., Martino, D., Fletcher, J., & Pringsheim, T. (2023). Have We Forgotten What Tics Are? A Re-Exploration of Tic Phenomenology in Youth with Primary Tics. *Movement Disorders Clinical Practice*, 10(5), 764–773. <https://doi.org/10.1002/mdc3.13703>
- Nussey, C., Pistrang, N., & Murphy, T. (2013). How does psychoeducation help? A review of the effects of providing information about Tourette syndrome and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child: Care, Health and Development*, 39(5), 617–627. <https://doi.org/10.1111/cch.12039>

- Openneer, T. J. C., Tárnok, Z., Bogнар, E., Benaroya-Milshtein, N., Garcia-Delgar, B., Morer, A., Steinberg, T., Hoekstra, P. J., Dietrich, A., & the EMTICS collaborative group. (2020). The Premonitory Urge for Tics Scale in a large sample of children and adolescents: Psychometric properties in a developmental context. An EMTICS study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(10), 1411–1424. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01450-1>
- Paszek, J., Pollok, B., Biermann-Ruben, K., Müller-Vahl, K., Roessner, V., Thomalla, G., Robertson, M. M., Orth, M., Schnitzler, A., & Münchau, A. (2010). Is it a tic?—Twenty seconds to make a diagnosis. *Movement Disorders*, 25(8), 1106–1108.
- Paulus, T., Beste, C., & Münchau, A. (2022). Chapter Five—Perception-action integration in Gilles de la Tourette syndrome. In M. E. Lavoie & A. E. Cavanna (Hrsg.), *International Review of Movement Disorders* (Bd. 4, S. 127–160). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/bs.irmvd.2021.11.007>
- Peterson, B. S., Thomas, P., Kane, M. J., Scahill, L., Zhang, H., Bronen, R., King, R. A., Leckman, J. F., & Staib, L. (2003). Basal Ganglia volumes in patients with Gilles de la Tourette syndrome. *Archives of General Psychiatry*, 60(4), 415–424. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.4.415>
- Petruo, V., Bodmer, B., Brandt, V. C., Baumung, L., Roessner, V., Münchau, A., & Beste, C. (2019). Altered perception-action binding modulates inhibitory control in Gilles de la Tourette syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 60(9), 953–962. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12938>
- Robertson, M. M., Eapen, V., Singer, H. S., Martino, D., Scharf, J. M., Paschou, P., Roessner, V., Woods, D. W., Hariz, M., Mathews, C. A., Črnčec, R., & Leckman, J. F. (2017). Gilles de la Tourette syndrome. *Nature Reviews. Disease Primers*, 3, 16097. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.97>
- Roessner, V., Becker, A., Banaschewski, T., & Rothenberger, A. (2005). Tic disorders and obsessive compulsive disorder: Where is the link? *Journal of Neural Transmission. Supplementum*, 69, 69–99.
- Roessner, V., Eichele, H., Stern, J. S., Skov, L., Rizzo, R., Debes, N. M., Nagy, P., Cavanna, A. E., Termine, C., Ganos, C., Münchau, A., Szejko, N., Cath, D., Müller-Vahl, K. R., Verdellen, C., Hartmann, A., Rothenberger, A., Hoekstra, P. J., & Plessen, K. J. (2021). European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders—Version 2.0. Part III: pharmacological treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01899-z>
- Roessner, V., Hoekstra, P. J., & Rothenberger, A. (2011). Tourette's disorder and other tic disorders in DSM-5: A comment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(2), 71–74. <https://doi.org/10.1007/s00787-010-0143-3>
- Roessner, V., Müller-Vahl, K., & Neuner, I. (2010). PUTS- premonitory urge tics scale: Fragebogen für Kinder. In *Tourette-Syndrom und andere Tic-Erkrankungen im Kindes- und Erwachsenenalter* (1. Aufl.). MWV Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Roessner, V., Schoenefeld, K., Buse, J., Bender, S., Ehrlich, S., & Münchau, A. (2013). Pharmacological treatment of tic disorders and Tourette Syndrome. *Neuropharmacology*, 68, 143–149. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2012.05.043>

- Rothe, J., Buse, J., Uhlmann, A., Bodmer, B., Kirschbaum, C., Hoekstra, P. J., Dietrich, A., Roessner, V., & EMTICS Collaborative Group. (2023). Hair Cortisol and Perceived Stress-Predictors for the Onset of Tics? A European Longitudinal Study on High-Risk Children. *Biomedicine*, 11(6), 1561. <https://doi.org/10.3390/biomedicine11061561>
- Sarchioto, M., Howe, F., Morgante, F., Stern, J., Edwards, M. J., & Martino, D. (2024). Magnetic resonance spectroscopy reveals evidence of brain oxidative stress in Tourette syndrome. *Parkinsonism & Related Disorders*, 128. <https://doi.org/10.1016/j.parkrel-dis.2024.107154>
- Schappert, R., Verrel, J., Brügge, N. S., Li, F., Paulus, T., Becker, L., Bäumer, T., Beste, C., Roessner, V., Fudickar, S., & Münchau, A. (2024). Automated Video-Based Approach for the Diagnosis of Tourette Syndrome. *Movement Disorders Clinical Practice*, 11(9), 1136–1140. <https://doi.org/10.1002/mdc3.14158>
- Senberg, A., Münchau, A., Münte, T., Beste, C., & Roessner, V. (2021). Swearing and coprophenomena—A multidimensional approach. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 126, 12–22. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.03.016>
- Singer, H. S., & Pellicciotti, J. (2025). The Role of CBGTC Synaptic Neurotransmission in the Pathophysiology of Tics. *The Psychiatric Clinics of North America*, 48(1), 203–216. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2024.09.004>
- Striley, C., Black, K. J., Chichetto, N. E., & Vagelakos, L. (2024). Door-to-door Video-Enhanced Prevalence Study of Tourette Disorder Among African Americans. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 9(2), 281–295. <https://doi.org/10.1080/23794925.2023.2253544>
- Woods, D. W., Watson, T. S., Wolfe, E., Twohig, M. P., & Friman, P. C. (2001). Analyzing the Influence of Tic-Related Talk on Vocal and Motor Tics in Children with Tourette's Syndrome. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34(3), 353–356. <https://doi.org/10.1901/jaba.2001.34-353>
- Xiong, Y., O'Brien, M., Yang, W., Zang, X., Bao, W., & Xu, G. (2024). Prevalence of Tourette syndrome among children and adolescents in the United States, 2016–2022. *BMC Public Health*, 24(1), 2699. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20216-2>
- Yan, J., Deng, H., Wang, Y., Wang, X., Fan, T., Li, S., Wen, F., Yu, L., Wang, F., Liu, J., Wu, Y., Zheng, Y., Cui, Y., & Li, Y. (2022). The Prevalence and Comorbidity of Tic Disorders and Obsessive-Compulsive Disorder in Chinese School Students Aged 6–16: A National Survey. *Brain Sciences*, 12(5), 650. <https://doi.org/10.3390/brainsci12050650>
- Yang, C.-S., Yang, N., Hao, Z.-L., Yu, D., & Zhang, L.-L. (2025). Genetic architecture of tic disorders: A systematic review of 125 observational studies. *Journal of Psychiatric Research*, 184, 65–77. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.02.047>
- Yang, Z., Wu, H., Lee, P. H., Tsetsos, F., Davis, L. K., Yu, D., Lee, S. H., Dalsgaard, S., Haavik, J., Barta, C., Zayats, T., Eapen, V., Wray, N. R., Devlin, B., Daly, M., Neale, B., Borglum, A. D., Crowley, J. J., Scharf, J., ... Paschou, P. (2021). Investigating Shared Genetic Basis Across Tourette Syndrome and Comorbid Neurodevelopmental Disorders Along the Impulsivity-Compulsivity Spectrum. *Biological Psychiatry*, 90(5), 317–327. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.12.028>

Zeitlin, H., Robertson, M., Hornsey, H., & Banerjee, S. (2001). The prevalence of Tourette syndrome in 13-14-year-olds in mainstream schools. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 42(8), 1035–1039.

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. med. Veit Roessner

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
Technische Universität Dresden

Fetscherstrasse 74

01307 Dresden

Email: veit.roessner@uniklinikum-dresden.de

Kolumne

Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Schnittstelle zur Neuropädiatrie

Teil 1: Postenzephalitisches Syndrom, Suizidalität, Schmerzen, Distanzlosigkeit, Schlafstörungen, Geschmacksstörungen, Hungerattacken, Gedächtnisstörungen, Stimmungsschwankungen, Ausschleichen von Benzodiazepin

Ingo Spitzczok von Brisinski

Zusammenfassung:

Zu Beginn dieser Artikelserie wird zunächst auf die Zusammenhänge von Hirnschäden bzw. Hirnfunktionsstörungen und psychiatrischer Symptomatik allgemein eingegangen einschließlich der Konzepte in DSM-5-TR und ICD-11. Anschließend werden anhand einer Jugendlichen mit psychiatrischer Symptomatik nach Herpes-Enzephalitis kinder- und jugendpsychiatrische differentialdiagnostische und differentialtherapeutische Optionen beschrieben einschließlich Verlauf und Ausschleichen.

Schlüsselwörter: Psychopharmakotherapie, Epilepsie, Antikonvulsivum, EEG, Neuroleptikum, Antipsychotikum, Balneotherapie, Lorazepam, Diazepam, Aripiprazol, neuropsychologische Therapie

Column:

Child and adolescent psychiatry at the interface with neuropediatrics Part 1: Postencephalitic syndrome, suicidal tendencies, pain, lack of boundaries, sleep disorders, taste problems, hunger attacks, memory problems, mood swings, benzodiazepine withdrawal

Summary:

At the beginning of this series of articles, we will first discuss the connections between brain damage or brain dysfunction and psychiatric symptoms in general, including the concepts in DSM-5-TR and ICD-11. Subsequently,

based on the case of a adolescent with psychiatric symptoms following herpes encephalitis, differential diagnostic and therapeutic options in child and adolescent psychiatry are described, including course and tapering off.

Key words: Psychopharmacotherapy, epilepsy, anticonvulsant, EEG, neuroleptic, antipsychotic, balneotherapy, lorazepam, diazepam, aripiprazole, neuropsychological therapy

Einleitung

Ein großer Teil Kinder und Jugendlicher mit Hirnschäden und Hirnfunktionsstörungen zeigt kinder- und jugendpsychiatrische Auffälligkeiten. Umgekehrt ist der Anteil Kinder und Jugendlicher mit Hirnfunktionsstörungen unter psychiatrisch auffälligen Kindern deutlich erhöht. Die Auswirkungen von Hirnschäden auf die Psychopathologie Minderjähriger gehen offenbar über diejenigen anderer (auch chronischer) körperlicher Erkrankungen hinaus. Hirnfunktionsstörungen erhöhen das Risiko für die meisten psychiatrischen Störungen, aber nicht für alle in gleichem Ausmaß. So ging in der Isle of Wight-Studie eine Hirnfunktionsstörung mit einer etwa 7fach höheren Rate psychiatrischer Syndrome im Vergleich zu gesunden Kindern einher, die Prävalenz hyperkinetischer Störungen war jedoch 90fach erhöht. Zwischen bestimmten neurologischen Störungsbildern einerseits sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Auffälligkeiten andererseits gibt es teils eine größere Überschneidung als statistisch zu erwarten wäre, etwa zwischen tuberöser Sklerose und Autismus-Spektrumstörungen, zwischen Temporallappenepilepsien und Schizophrenien oder zwischen Zerebralparese und hyperkinetischen Störungen. Dennoch gibt es kein spezifisches ‚Gehirnstörungssyndrom‘ und eine pauschale Zuschreibung psychischer Eigenschaften oder unveränderlicher Verhaltensmuster zu einer bestimmten Hirnfunktionsstörung wird der komplexen Wirklichkeit nicht gerecht.

Außer der Rolle von Hirnfunktionsstörungen in der Pathogenese psychiatrischer Symptome sollte auch die umgekehrte Beziehung beachtet werden: Psychiatrische Störungen können das Risiko für körperliche Erkrankungen mit Hirnfunktionsstörungen erhöhen. So ist bei ADHS, aggressivem Verhalten oder Drogenkonsum das Unfall- und Verletzungsrisiko, auch für Schädel-Hirn-Traumata, deutlich erhöht. Die Unfallrate mit schweren Verletzungsfolgen liegt bei ADHS mehr als 6fach höher als bei Kontrollpersonen. Noch schwerer betroffen sind Kinder und Jugendliche mit ADHS ohne medikamentöse Therapie. Bei diesen Patienten werden deutlich häufiger intensivmedizinische Behandlungen notwendig als bei Kontrollpersonen. Mit

dem erhöhten Unfallrisiko wächst die Möglichkeit einer Schädigung von Hirnfunktionen, die sich dann wiederum auf die Psychopathologie auswirken kann, auch wenn diese Befunde nicht unumstritten sind.

Vorbestehende psychiatrische Störungen beeinflussen nicht nur die Auftretenswahrscheinlichkeit für Hirnfunktionsstörungen, sondern auch deren Verlauf. So konnte wiederholt belegt werden, dass die Häufigkeit und der Verlauf emotionaler, behavioraler und kognitiver Störungen nach Schädel-Hirn-Traumata von präexistenten emotionalen Problemen ungünstig beeinflusst wird. Für Kinder und Jugendliche mit Epilepsie ist beschrieben, dass internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten der ersten Anfallsmanifestation auch um Monate vorausgehen können.

Fast alle psychopathologischen Symptome, Syndrome und Persönlichkeitsakzentuierungen können auch Resultat einer systemischen oder hirnrorganischen Erkrankung sein, also durch Hirnfunktionsstörungen induziert werden. Im klinischen Querschnittsbild sind die Syndrome nach Hirnfunktionsstörungen psychopathologisch oft nicht eindeutig von psychischen Störungen anderer Genese zu unterscheiden. Daher ist das Eingangskriterium für ihre Diagnose das Vorhandensein einer organischen Erkrankung, die anerkanntermaßen zu einer Funktionsstörung des Gehirns führen kann. Diese Funktionsstörung kann eine primäre Schädigung sein bei Krankheiten, Verletzungen oder Störungen, die das Hirn direkt oder in besonderem Maße betreffen und deren Korrelat oft morphologisch fassbar ist. Die Funktionsstörung kann aber auch eine sekundäre Schädigung sein, z. B. bei Systemerkrankungen oder Störungen, die auf das Gehirn nur als eines von vielen anderen Organen oder Körpersystemen übergreifen (Holtmann 2008).

Laut DSM-5-TR (American Psychiatric Association 2022) ist eine Unterteilung in ‚organisch‘ (durch körperliche Faktoren verursacht) und ‚nicht-organisch‘ (rein psychisch bedingt; auch als „funktionell“ oder „psychogen“ bezeichnet) veraltet und wurde nur bis DSM-III-R im DSM verwendet. Da diese Dichotomien fälschlicherweise implizierten, dass nicht-organische Störungen keine biologische Grundlage und psychische Störungen keine physische Grundlage haben, wurde diese Terminologie ab DSM-IV (erschienen 1994) aktualisiert: 1) Die Begriffe ‚organisch‘ und ‚nicht-organisch‘ wurden aus DSM-IV gestrichen; 2) Die früher als ‚organisch‘ bezeichneten Störungen wurden unterteilt in solche, die auf direkte physiologischen Auswirkungen einer Substanz zurückzuführen sind (substanzinduziert), und solche, die auf die direkten physiologischen Auswirkungen einer Erkrankung auf das zen-

trale Nervensystem zurückzuführen sind; 3) Der Begriff ‚nicht-organische psychische Störungen‘ (d. h. Störungen, die weder auf Substanzen noch auf Erkrankungen zurückzuführen sind) wurde durch „primäre psychische Störung“ ersetzt. Im DSM-5 wurde „primär“ durch „unabhängig“ ersetzt, da der Begriff „primär“ in der Vergangenheit auch andere Bedeutungen hatte (z. B. wird er manchmal verwendet, um anzugeben, welche Störung unter mehreren komorbiden Störungen zuerst aufgetreten ist). Die Verwendung des Begriffs „unabhängige psychische Störung“ sollte nicht so ausgelegt werden, dass die Störung unabhängig von anderen potenziellen ursächlichen Faktoren wie psychosozialen oder anderen Umweltstressoren ist.

Eine weitere Dichotomie, die in früheren Ausgaben des DSM übernommen wurde und den Dualismus von Körper und Geist widerspiegelte, war die Unterteilung von Störungen in „psychische Störungen“ und „körperliche Störungen“. In Verbindung mit der Abschaffung der Begriffe „organisch“ und „nicht-organisch“ ersetzte das DSM-IV die Dichotomie „psychische Störung“ versus „körperliche Störung“ durch eine Dichotomie „psychische Störung“ versus „allgemeine medizinische Erkrankung“, basierend auf der Kapitelzuordnung innerhalb der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD). Da Bedenken bestanden, dass der Begriff „allgemeine medizinische Erkrankung“ mit Allgemeinmedizin verwechselt werden könnte, wurde ab DSM-5 der Begriff „andere medizinische Erkrankung“ verwendet, um zu betonen, dass psychische Störungen medizinische Erkrankungen sind und dass psychische Störungen durch andere medizinische Erkrankungen ausgelöst werden können. Gemäß DSM-5-TR ist es wichtig zu erkennen, dass „psychische Störung“ und „andere medizinische Erkrankung“ lediglich Begriffe der Einfachheit halber sind und nicht so verstanden werden sollten, dass sie einen grundlegenden Unterschied implizieren, der nichts mit physischen oder biologischen Faktoren oder Prozessen zu tun hat, oder dass andere medizinische Erkrankungen nichts mit Verhaltens- oder psychosozialen Faktoren oder Prozessen zu tun haben.

Ob die Verursachung der Symptomatik somatisch oder psychisch ist, ist in der *ICD-11* nachrangig (Walter et al. 2024), was gut dazu passt, dass viele evidenzbasiert wirksame symptomorientierte Interventionen (z. B. Neuroleptika/Antipsychotika bei aggressivem Verhalten oder Methylphenidat bei Aufmerksamkeitsdefizitstörungen) ursachenunabhängig sind. Unter die Kategorie 6E6* *„Sekundäre psychische oder Verhaltenssyndrome bei anderenorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen“* fallen psychische und Verhaltenssyndrome, für die eine Erkrankung als ursächlich angesehen wird, die

nicht ICD-11-Kapitel 06 zuzuordnen ist, also das, was in ICD-10 „organische“ (ICD-11: „sekundäre“) psychische Störungen außerhalb von Demenz und Delir sind, z. B. eine depressive Symptomatik bei Hirninfarkt oder eine manische Symptomatik bei Hirnblutung. Es können u. a. psychotische, affektive, ängstliche und/oder zwanghafte Syndrome zusätzlich zur verursachenden Krankheit kodiert werden.

Postenzephalitisches Syndrom

ICD-10-GM 2025 F07.1: Postenzephalitisches Syndrom

„Anhaltende unspezifische und uneinheitliche Verhaltensänderung nach einer viralen oder bakteriellen Enzephalitis. Das Syndrom ist reversibel; dies stellt den Hauptunterschied zu den organisch bedingten Persönlichkeitsstörungen dar.“

Das Postenzephalitische Syndrom (ICD-10 F07.1) ist eine häufig chronische Verhaltensänderung nach einer viralen oder bakteriellen Enzephalitis, deren Symptomatik je nach Alter und Entwicklungsstand individuell variabel ist und, abhängig vom Erreger, auch unterschiedlich verlaufen kann. Im Unterschied zur organischen Persönlichkeitsstörung ist die Symptomatik in manchen Fällen teilweise oder ganz reversibel (Holtmann 2008).

Folgende Symptome sind für das Postenzephalitische Syndrom charakteristisch:

- allgemeines Unwohlsein, Apathie oder Reizbarkeit,
- Einschränkung kognitiver Funktionen, die sich als psychomotorische Verlangsamung, Merkfähigkeits- und Lernstörung bemerkbar macht,
- Veränderung vegetativer Funktionen (Ess-, Schlaf- und Sexualverhalten),
- deutliche Einschränkung der sozialen Anpassung und der sozialen Urteilsfähigkeit,
- bleibende neurologische Funktionsstörungen wie Lähmung, Taubheit, Aphasie, Apraxie oder Akalkulie.

Fallbeispiel

Vorstellungsanlass

Mir wurde eine 16jährige Patientin mit Zustand nach Herpes-Enzephalitis vorgestellt zur kinder- und jugendpsychiatrischen Mitbeurteilung. Die Infektion war einen Monat vor der Vorstellung bei mir diagnostiziert und neuropädiatrisch behandelt worden. Zum Vorstellungszeitpunkt bei mir litt die Patientin u.a. unter ausgeprägten Stimmungsschwankungen, Geschmacksstörungen, Hungerattacken, Gedächtnisproblemen und Distanzlosigkeit. Die Patientin klagte wiederholt, nachts mehr als tags, über stärkste, nicht ertragbare Schmerzen, und äußerte in diesen Momenten, sich umbringen zu wollen. Diese Situationen konnten zum Teil schnell durch Ablenkung beendet werden, aber nicht mit ausreichender Nachhaltigkeit.

Weitere Anamnese

Die Eltern berichteten, dass Jenny vor der Herpesenzephalitis bereits eine temperamentvolle Person gewesen sei, jedoch nicht distanzlos. Sie sei sehr engagiert bezüglich schulischer Leistungen gewesen, vielleicht etwas zu viel. Jenny selbst fragt mich zunächst, was ich unter ‚gut‘ verstehe, und berichtete anschließend, dass sie eine sehr gute Schülerin auf dem Gymnasium sei mit einem Notendurchschnitt von 1,3.

Psychischer Befund

Die Patientin lag während der Untersuchung überwiegend im Bett. Nachdem ich bemerkt hatte, dass ich sie nicht ausreichend genau einschätzen kann hinsichtlich ihres Altersabstands zur Schwester, ohne ihre Körperhöhe gesehen zu haben, zeigte sie keinerlei Probleme, aus dem Bett zu steigen und sich lächelnd neben ihre Schwester zu stellen. Dabei zeigten sich keinerlei motorische Beeinträchtigungen. Blickkontakt bei der Begrüßung angemessen, im Verlauf oftmals Wechsel zwischen sozial angemessen moduliertem Blickkontakt und frei flottierendem Blick wie bei einer Aufmerksamkeitsstörung. Während der Untersuchung fanden sehr häufig Wechsel zwischen zugewandtem Dialog und selbstbezogenem Verhalten statt. Sprechen und Sprache wechselten mehrfach zwischen Logorrhoe und sowohl hinsichtlich Lautstärke als auch Sprachmelodie, Sprechgeschwindigkeit und sozialer Modulation angemessenen Phasen. Immer wieder traten jedoch stereotype Floskeln auf. Meist war der Antrieb deutlich gesteigert: Jenny bewegte sich übermäßig viel im Bett und es bestand eine Logorrhoe. Die Orientierung war zeitlich nicht gegeben,

räumlich und situativ besser, aber nicht ausreichend. Es fielen immer wieder Phasen verminderten Distanzverhaltens auf. Affektiv labil, übermäßiges Schwingungsverhalten zwischen dysphorisch-klagend und hypoman bis manisch, ins unangemessen Veralbernde abgleitend. In Situationen, in denen sie Zuwendung erhielt und in denen mit ihr nicht über Schmerzen gesprochen wurde, traten keine verbale Äußerungen zu und nonverbale Anzeichen von Schmerzbeschwerden auf. Sehr deutlich traten Klagen über Schmerzen nur dann auf, wenn kein direkter Dialog mit ihr gehalten wurde (sie keine direkte Aufmerksamkeit erhielt bzw. ihre Aufmerksamkeit nicht durch direkten Dialog aufrechterhalten wurde) oder das Gespräch auf Schmerzen kam. Während der gesamten Untersuchung wurden keine Schmerzen beklagt und es kam zu keinen nonverbalen Schmerzzeichen, solange Jenny mit anderen Themen beschäftigt wurde. Auf die Frage, wo es ihr denn wehtue, antwortete Jenny völlig undifferenziert «überall». Während ihrer Äußerungen, dass sie Schmerzen habe und sofort ein starkes Schmerzmittel brauche, fielen in der Beobachtung keine Hinweise auf schmerzbedingte Einschränkungen auf. Der Gedankengang war nur für jeweils wenige Minuten geordnet und inhaltlich angemessen. Hinweise auf Wahnphänomene oder Halluzinationen ergaben sich jedoch nicht mit ausreichender Sicherheit. Keine Hinweise auf aktuell bestehende Selbst- oder Fremdgefährdung. Die Realitätswahrnehmung der Patientin war jedoch deutlich beeinträchtigt.

Diagnosen:

Postenzephalitisches Syndrom (ICD-10: F07.1)

Lokalisationsbezogene symptomatische Epilepsie mit sekundär generalisierten Anfällen (ICD-10: G40.2)

Z. n. Herpes-Enzephalitis [HSV-1, HSV-2] (ICD-10: B00.4)

Differentialdiagnostische und -therapeutische Beurteilung und Empfehlungen

1. Während und nach einer Enzephalitis besteht ein erhöhtes Risiko für epileptische Anfälle. Bei der Patientin traten während der akuten HSV-1/HSV-2-Herpesenzephalitis mehrere epileptische Anfälle auf, die jedoch unter Levetiracetam 600 – 0 – 600 mg (30 mg/kg/d) sistierten und nicht wieder auftraten. Dies ist bedeutsam, da anfallsartiges Schmerzempfin-

den und affektive Veränderungen durch komplexe Partialanfälle erklärt werden könnten. Anamnese, bisheriger Verlauf und das Ergebnis meiner konsiliarischen Untersuchung sprechen jedoch gegen eine epileptische Ursache der aktuellen Symptomatik.

2. Dennoch ist es sinnvoll, zur Verlaufskontrolle ein EEG durchzuführen, da ein auffälliger Befund, der aufgrund fehlender neurologischer Klinik als neurologisch nicht als bedeutsam eingeschätzt wird, klinische Bedeutung hinsichtlich kinder- und jugendpsychiatrischer Störungsbilder haben kann (Spitzcok von Brisinski 2012).
3. Des Weiteren sollte ein EEG mit Einschlafen bis N3 durchgeführt werden, um einen Electrical status epilepticus during slow sleep (ESES) bzw. continuous spikes and waves during slow sleep (CSWS) auszuschließen. Die für ESES/CSWS in der Literatur referierten Prozentzahlen statusartiger Häufung von Entladungen in mindestens 50% bzw. 85% des non-REM-Schlafs sind willkürlich und die Differenzierung ist nicht ausreichend empirisch gesichert. So behandelten Jung et al. (2000) Kinder mit Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, die geringere Prozentzahlen erreichten (partielles ESES), mit Sultiam und erreichten mit Sanierung des EEGs nicht nur Verbesserungen sprachlicher Fähigkeiten, sondern auch des Verhaltens. Zerebrale Anfälle können beim ESES auftreten oder fehlen.
4. Schlafstörungen, Nervosität/Reizbarkeit, suizidale Gedanken, anormales Verhalten, Konfusion, emotionale Labilität/Stimmungsschwankungen, Agitiertheit, Persönlichkeitsstörungen, anormales Denken, Zwangsstörung, Beeinträchtigung des Gedächtnisses, Parästhesien, Aufmerksamkeitsstörungen, Abdominalschmerzen und Myalgie sind in den Fachinformationen als unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) von Levetiracetam aufgeführt. Ein großer Teil der aktuell beobachtbaren Symptomatik könnte daher durch die Einnahme von Levetiracetam bedingt sein. Es stellt sich daher die Frage, ob ein Wechsel auf ein anderes Antikonvulsivum in Betracht kommt. Valproat ist nicht nur antikonvulsiv wirksam, sondern auch zur Behandlung manischer Episoden zugelassen. Zudem gibt es mindestens zwei Publikationen, die über eine Wirksamkeit in Kombination mit einem Antipsychotikum bei Z. n. Herpes Encephalitis (Vasconcelos-Moreno et al. 2011, Topçuoğlu et al. 2012) hinweisen. Zwar sind auch für Valproat Verwirrheitszustände, Agitiertheit, Aufmerksamkeitsstörungen, Reizbarkeit, Hyperaktivität, abnormales Verhalten, eingeschränktes Erinnerungsvermögen, Kopfschmerzen und Oberbauchbe-

schwerden als UAW beschrieben. Meiner Erfahrung nach wirkt Valproat bei Kindern und Jugendlichen mit und ohne Epilepsie in der Regel jedoch eher beruhigend und stimmungsstabilisierend.

5. Gesteigerter Antrieb, Rededrang, Distanzlosigkeit, Reizbarkeit, situationsinadäquate Stimmung mit Schwankungen zwischen sorgloser Heiterkeit und fast unkontrollierbarer Erregung, starke Ablenkbarkeit, in Bezug auf die Umstände unpassendes und persönlichkeitsfremdes Verhalten entsprechen einer manischen Symptomatik. Aripiprazol ist für manische Episoden bei Jugendlichen ab 13 Jahren zugelassen. Die empfohlene Dosierung ist 10 mg/d. Die Behandlung sollte an den ersten beiden Tagen mit 2 mg/d betragen, dann für 2 weitere Tage auf 5 mg/d gesteigert werden, um schließlich die empfohlene tägliche Dosis von 10 mg zu erreichen. Aripiprazol ist auch bei organisch verursachten Symptomen wirksam (Moreira et 2011).

Guaiana & Markova (2006) setzten 1-0-1 mg Risperidon ein und fanden nach 1 Woche eine deutliche Verbesserung. Risperidon ist für diese Indikation nur bei Erwachsenen zugelassen.

Vasconcelos-Moreno et al. (2011) setzten Valproat (bis zu 1000 mg/d) in Kombination mit Olanzapin (bis zu 10 mg/d) ein. Allerdings ist Olanzapin in Deutschland nicht zur Behandlung Minderjähriger zugelassen, so dass nur off-label-use bzw. individueller Heilversuch in Betracht kommt.

Topçuoğlu et al. (2012) verabreichten eine Kombination von 1000 mg/d Valproat und 400 mg/d Quetiapin, worunter sich die manischen Symptome allmählich verbesserten, so dass die Dosierung von Quetiapin nach zwei Monaten verringert wurde. Auch Quetiapin ist in Deutschland nicht zur Behandlung Minderjähriger zugelassen, so dass auch hier nur off-label-use bzw. individueller Heilversuch in Betracht kommt.

Allen o. g. Neuroleptika ist gemeinsam, dass sie in mittlerer Dosis wirksam waren. Aripiprazol hat gegenüber Risperidon bei Minderjährigen weniger UAW.

6. Zwar werden Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) auch zur Behandlung von Schmerzen eingesetzt und, da sich bei Jenny außer den verbalen Äußerungen kaum Hinweise auf bedeutsame Schmerzen fanden, es sich bei den ohne Ablenkung ständig geäußerten Schmerzen um Zwangsgedanken handeln könnte, was ebenfalls an den Einsatz eines SSRI (z. B. Sertralin) denken lassen würde. Im Cochrane-Review von Birkinshaw et al. (2023) bzgl. Antidepressiva als Schmerzbehandlung ergab sich

jedoch nur für Duloxetin eine gesicherte Wirkung. Duloxetin ist jedoch nur für Erwachsene und hinsichtlich Schmerzen nur zur Behandlung von Schmerzen bei diabetischer Polyneuropathie zugelassen, was der Patientin jedoch nicht vorliegt. Der Einsatz eines Antidepressivums bzw. SSRIs ist primär nicht ratsam, da das Risiko einer Verstärkung der hypomanen bzw. manischen Symptomatik besteht.

7. Pipamperon ist zwar zugelassen für die Behandlung von Schlafstörungen und psychomotorischen Erregungszuständen. Bezüglich manischer Symptomatik liegen jedoch keine Studien vor und bzgl. allgemeiner Studienlage sowie Wirkprofil im Vergleich zu anderen Antipsychotika ist Pipamperon im vorliegenden Fall nicht Mittel der ersten Wahl.
8. Bezüglich der Schlafstörungen berichtete die Mutter über eine sehr positive Nacht nach einem abendlichen warmen Bad der Patientin. In einem systematischen Review mit Metaanalyse fanden Haghayegh et al. (2019) eine Verbesserung von Einschlafen und/oder Schlaftiefe nach Baden 1,5 Stunden vor der gewünschten Einschlafzeit in 40-42,5 °C warmem Wasser. Demnach sind allabendlich solche warmen Bäder mit richtiger Temperatur und richtigem Zeitabstand sinnvoll.
9. Sollten sich die Einschlaf- und/oder Durchschlafstörungen unter den vorgenannten Maßnahmen nicht ausreichend bessern, ist die Einnahme von bis zu 10 mg retardiertem Melatonin (z. B. Slenyto®) mindestens 1 Stunde vor der gewünschten Einschlafzeit sinnvoll, um einen angemessenen regelmäßigen Schlaf-Wach-Rhythmus zu erreichen. Allerdings handelt es sich auch hier um off-label-use, da bei der Patientin weder eine Autismus-Spektrum-Störung noch ein Smith-Magenis-Syndrom bzw. eine neurogenetische Störung mit abweichender diurnaler Melatonin-Sekretion und/oder nächtlichem Erwachen noch ADHS vorliegt.

Zusammenfassend wurde von mir zu diesem Zeitpunkt empfohlen, die Schlafstörungen durch regelmäßige 40-42,5 °C warme Bäder 90 Minuten vor dem Einschlafen und ggf. regelmäßige Einnahme von 10 mg retardiertem Melatonin mindestens 1 Stunde vor der Einschlafzeit zur Etablierung eines angemessenen Schlaf-Wach-Rhythmus' zu behandeln. Sollten sich die übrigen o. g. Symptome nicht als UAW von Levetiracetam herausstellen und fällt das Schlaf-EEG unauffällig aus, ist eine Behandlung mit Aripiprazol sinnvoll beginnend mit 2 mg/d und je nach Verlauf bis auf 10 mg/d gesteigert.

Verlauf

Rund einen Monat später nahmen die Eltern erneut Kontakt zu mir auf. Jenny habe mittlerweile eine Autoimmun-Enzephalitis entwickelt, die mit Cortison und Apherese behandelt worden sei. Jetzt sei Jenny wieder zu Hause. Sie sei in der Persönlichkeit wieder wie früher, habe aber EPS entwickelt mit vermehrtem Speichelfluss und Parkinsonoid. Sie nehme 10 mg/d Aripiprazol sowie Diazepam 5-0-5 mg ein. Jenny habe zuvor in der Neurologie viel Lorazepam bekommen und der niedergelassene Kollege habe auf Diazepam umgestellt.

Der Vater fragt, ob die Dosierung des Aripiprazols verringert werden könne. Ich habe vorgeschlagen, auf Aripiprazol-Lösung umzustellen und für 2 Wochen um 2,5 mg/d auf 7,5 mg/d zu reduzieren. Sollte es hierunter zu keinem Rezidiv der maniformen Symptomatik kommen, kann um weitere 2,5 mg/d reduziert werden auf 5 mg/d. Auf die Möglichkeit der zusätzlichen Gabe von Biperiden habe ich hingewiesen. Differentialdiagnostisch kommt ein vom Aripiprazol unabhängiger Parkinsonismus in Betracht, z. B. als Folge der Autoimmun-Enzephalitis (Yamahara et al. 2023).

Bzgl. Diazepam gilt:

5-K-Regel der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft bzgl. Verordnung von Benzodiazepinen:

1. Einsatz nur bei klarer Indikation
2. Anwendung der kleinsten möglichen Dosis
3. Anwendung über den kürzesten möglichen Zeitraum
4. Kein abruptes Absetzen
5. Kontraindikationen sind zu beachten

Werden Benzodiazepine nach längerer regelmäßiger Einnahme (ab etwa sechs Wochen) abrupt abgesetzt, treten bei einem beträchtlichen Teil der Betroffenen verschiedenartige Beschwerden leichter Natur auf, nur ein kleiner Teil ist von schweren Symptomen betroffen.

Folgende Phänomene werden unterschieden:

- Absetzphänomene oder Rebound-Effekt: Gegenreaktion des Organismus zur Neujustierung des Gleichgewichtszustandes (,minor symptoms‘ z. B. im Sinne von psychomotorischer Unruhe, Schlaflosigkeit, Ängstlichkeit)
- Rückfall: Wiederauftreten der Symptome der Erkrankung/ Störung, die zur Einnahme der Benzodiazepine geführt hat (Angst, Schlafstörungen)
- Entzugssymptome: ‚eigentliche‘ Entzugssymptome, die – anders als die Absetzphänomene – eine erhebliche Eigendynamik entfalten und sich zu schweren und bedrohlichen Zuständen (,major symptoms‘ z. B. im Sinne von Krampfanfällen, schwerer Depression, Delir oder Psychosen) entwickeln können.

Hinsichtlich des Abhängigkeitsrisikos unterscheiden sich die verschiedenen Benzodiazepine nur graduell. Es wird diskutiert, dass Substanzen mit kurzer bis mittlerer Wirkdauer und hoher Rezeptoraffinität (bei der Patientin Lorazepam) ein etwas höheres Risiko besitzen als lang wirksame Substanzen (bei der Patientin Diazepam). In der Analyse von Lader et al. (2009) zeigte sich jedoch nicht, dass kurz wirksame Benzodiazepine schwerere Entzugssyndrome verursachen. Daher scheint auch die Umstellung von kurz- auf langwirksame Benzodiazepine nicht besser zu sein als der primäre Entzug kurz wirksamer Benzodiazepine.

Das Abhängigkeitsrisiko steigt, wenn höhere Dosen verabreicht und wenn Benzodiazepine über längere Zeiträume eingenommen werden.

Von ‚kaltem Entzug‘, also vollständigem sofortigem Absetzen des Benzodiazepins, wird abgeraten. Im Falle eines Hochdosiskonsums ab einer Diazepam-Äquivalenzdosis von 20 mg/d wird eine stationäre Aufnahme empfohlen (Janhsen et al. 2015). Bei einem Niedrigdosiskonsum ohne Abhängigkeit können Beratungsinterventionen bzw. Kurzinterventionen ausreichen, um eine Konsumbeendigung herbeizuführen. Dabei ist es wichtig, dass – neben der zuverlässigen Verfügbarkeit eines Ansprechpartners bei Bedarf und einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung – ein klarer Abdosierungsplan erforderlich ist.

Startzeitpunkt und Geschwindigkeit der Abdosierung sollte in individueller Abwägung der Situation der Patient*innen unter Beachtung der Ausgangsmenge, der Dauer der Einnahme, des Einnahmemusters, der somatischen und psychischen Situation erfolgen, um Überforderungen der Patient*innen zu vermeiden und die Adhärenz der Patient*innen nicht zu gefährden. Insbesondere gegen Ende – mit dem Risiko für das Auftreten von Absetzeffekten und Wiederauftreten von spezifischen Krankheitssymptomen verbunden – ist häufig eine Reduktion in kleineren Schritten als zu Beginn erforderlich. Die Gesamtbehandlungsdauer kann Wochen bis sechs Monate – in Ausnahmefällen auch mehr - in Anspruch nehmen (AWMF S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen – Langfassung 2020).

Da sich weder Hinweise auf schädlichen Gebrauch (entspricht ‚Missbrauch‘ im DSM-5-TR, fortlaufender Substanzkonsum trotz des Wissens um schädliche körperliche und psychische Konsequenzen) noch auf Abhängigkeit bei der Patientin fanden, insbesondere auch nicht auf Toleranzentwicklung, wurde entsprechend o. g. 5-K-Regel Diazepam in wöchentlichen 2,5 mg/d-Schritten ausgeschlichen unter Beibehaltung der antikonvulsiven Therapie mit Levitiracetam. Gegen Ende erfolgte keine Reduktion in kleineren Schritten als zu Beginn, da kein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Absetzeffekten und Wiederauftreten von spezifischen Krankheitssymptomen bestand.

Unter Reduktion von Aripiprazol auf 7,5 mg/d kam zu keinem Wiederauftreten maniformer Symptome, es bestand jedoch weiterhin starker Speichelfluss. Nach Reduktion von Aripiprazol auf 5 mg/d kam es zu keinem Rezidiv der manischen Symptomatik, der Speichelfluss und die Steifigkeit sowie Händezittern hatten abgenommen.

Ob sich Speichelfluss, Rigor und Tremor aufgrund der Dosisreduktion von Aripiprazols vermindert haben oder aufgrund eines mittel- bis längerfristigen Effekts der Behandlung der Autoimmun-Enzephalitis mit Cortison und Apherese oder ggf. auch im Zusammenspiel, lässt sich nicht mit ausreichender Sicherheit zuordnen.

Nach 4 Wochen mit Aripiprazol 5 mg/d wurde reduziert auf 2,5 mg/d, nach weiteren 4 Wochen auf 0 mg/d ohne Rezidiv im Verlauf. Diazepam wurde ebenfalls wie geplant ausgeschlichen, auch hier gab es kein Rezidiv.

Die Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen hatten sich jedoch noch nicht ausreichend zurückgebildet, so dass stationäre neuropädiatrische Reha zum kognitiven Training erfolgte. Ein Verzeichnis zertifizierter Neuropsycholog:innen der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) mit Angaben dazu,

ob ambulante bzw. stationäre neuropsychologische Diagnostik und Therapie auch für Kinder und Jugendliche angeboten wird, findet sich unter <https://www.gnp.de/behandlerliste>.

Eine zusätzliche medikamentöse Behandlung mit Stimulanzien, Atomoxetin oder retardiertem Guanfacin kann in Betracht gezogen werden.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR®). Washington: American Psychiatric Association, 2022
- AWMF S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen – Langfassung 2020. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/9dd86f97183aae0e5e3258fcf2d9bfb53031feb6/038-025_medikamente_langfassung.pdf
- Birkinshaw H, Friedrich CM, Cole P, Eccleston C, Serfaty M, Stewart G, White S, Moore RA, Phillippo D, Pincus T*. Antidepressants for pain management in adults with chronic pain: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 May 10;5(5):CD014682. doi: 10.1002/14651858.CD014682.pub2
- Guaiana G, Markova I*. Antipsychotic treatment improves outcome in herpes simplex encephalitis: a case report. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2006 Spring;18(2):247. doi: 10.1176/jnp.2006.18.2.247
- Haghayegh S, Khoshnevis S, Smolensky MH, Diller KR, Castriotta RJ*. Before-bedtime passive body heating by warm shower or bath to improve sleep: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 2019 (46) 124-135, <https://doi.org/10.1016/j.smr.2019.04.008>
- Holtmann M*. Psychiatrische Syndrome nach Hirnfunktionsstörungen. Heidelberg: Springer, 2008
- Janhsen K, Roser P, Hoffmann K*. Probleme der Dauertherapie mit Benzodiazepinen und verwandten Substanzen. *Dtsch Arztebl Int* 2015; 112: 1-7; DOI: 10.3238/arztebl.2015.0001
- Jung M, Gabriel KH, Stolle D*. Das ESES-Syndrom in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 2000;28, 17-24
- Lader M, Tylee A, Donoghue J*. Withdrawing benzodiazepines in primary care. *CNS Drugs* 2009; 23(1): 19–34. doi: 10.2165/0023210-200923010-00002
- Moreira T, Khemiri L, Runeson L*. Impulse control loss rapidly reversed by aripiprazole in a patient with concomitant bipolar disease type I and posttraumatic frontal lobe lesions. *BMJ Case Reports* 2011;10.1136/bcr.09.2011.4756
- Spitzcok von Brisinski I*, Neurophysiologische Verfahren. In: G. Lehmkuhl, F. Poustka, M. Holtmann, H. Steiner (Hg.) *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Göttingen: Hogrefe, 2012; 280-296

Topçuoğlu V, Gimzal Gönentür A, Bilgin Topçğlu Ö, Yazgan Ç, Kora K. Mood Disorder due to Herpes Simplex Encephalitis with Neuroimaging Findings Limited to the Right Hemisphere and Cerebellum: Case Report. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2012 January 32(6):1724-1728. DOI: 10.5336/medsci.2011-23147

Vasconcelos-Moreno MP, Dargél AA, Goi PD, Bragatti JA, Kapczinski F, Kauer-Sant'Anna M. Improvement of behavioural and manic-like symptoms secondary to herpes simplex virus encephalitis with mood stabilizers: a case report. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2011 Jun;14(5):718-20. doi: 10.1017/S1461145710001598

Walter H, Husemann R, Hölzel LP. Psychische Störungen in der ICD-11. *Nervenheilkunde* 2024; 43, 167–176. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-2216-7277.pdf>

Yamahara N, Kimura A, Shimohata T. [Autoimmune encephalitis and paraneoplastic neurological syndromes presenting atypical parkinsonism: a scoping review]. *Rinsho Shinkeigaku.* 2023 Aug 29;63(8):497-504. Japanese. doi: 10.5692/clinicalneuroi.cn-001871

Autor

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski
Fachbereichsarzt, Chefarzt Abt. 1
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
im Kindes- und Jugendalter
LVR-Klinik Viersen, Horionstr. 10, D-41747 Viersen
Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
<https://klinik-viersen.lvr.de>

Interessenkonflikte:

Der Autor ist Mitglied der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP).

Off-Label-Use: Regress-Widerspruch bei kombinierter Verordnung von Stimulanzien und retardiertem Guanfacin (Intuniv®) bei ADHS

Ingo Spitzczok von Brisinski

Zusammenfassung:

Die kombinierte Verordnung von Intuniv und Stimulanzien stellt in Deutschland einen Off-Label-Use dar. 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 bzw. der Kombination von Präparaten ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) erzielt werden kann. Es werden wissenschaftliche Datenlage und individuelle Voraussetzungen dargestellt, um einer Regressforderung der Krankenkassen zu widersprechen.

Schlüsselwörter: Methylphenidat, Lisdexamfetamin, Lisdexamphetamin, Dexamfetamin, Dexamphetamin Krankenkasse, Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen, Erstattung

Off-label use: Recourse contradiction with combined prescription of stimulants and slow-release guanfacine (Intuniv®) for ADHD

Summary:

The combined prescription of Intuniv and stimulants constitutes off-label use in Germany. In order for the prescribing doctor not to be liable to recourse for the offlabel 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. Based on the data available, there is a reasonable prospect that treatment success (curative or palliative) can be achieved with the preparation in question or the combination of preparations. Scientific data and individual requirements are presented in order to contradict a recourse claim by the health insurance companies.

Key words: Methylphenidate, lisdexamfetamine, lisdexamphetamine, dexamfetamine, dexamphetamine Health insurance, examination centre for doctors and health insurance companies, reimbursement.

In den deutschen Fachinformationen zu Intuniv® (retardiertem Guanfacin) steht bzgl. Zulassung: „Intuniv wird angewendet zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 – 17 Jahren, für die eine Behandlung mit Stimulanzien nicht in Frage kommt oder unverträglich ist oder sich als unwirksam erwiesen hat.“ Es wird hier eine Schwarz/Weiß-Formulierung verwendet, die den therapeutischen Alltag, in dem es immer wieder Patient*innen gibt, deren Symptomatik zwar von Stimulanzien positiv beeinflusst wird, aber nicht ausreichend, und/oder bei denen inakzeptable Unverträglichkeiten erst bei höheren Dosen (aber noch innerhalb des Zulassungsbereichs) auftreten, nicht gerecht wird. Wenn eine vollständige Umstellung auf retardiertes Guanfacin ebenfalls nicht ausreichend erfolgreich ist, bietet sich eine Kombination aus Stimulanz und Intuniv® an, die auch oftmals hilfreich ist. Allerdings handelt es sich hierbei in Deutschland – im Gegensatz zu den USA – um Off-Label-Use.

Unter Off-Label-Use wird der zulassungsüberschreitende Einsatz eines oder mehrerer Arzneimittel außerhalb der von den nationalen oder europäischen Zulassungsbehörden genehmigten Anwendungsgebiete (Indikationen, Patientengruppen) verstanden. Grundsätzlich ist Ärzt*innen eine zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln erlaubt. Off-Label-Use – insbesondere bei ambulanter Verordnung – jedoch nur in Ausnahmefällen eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Zwar kann ein Medikament in Deutschland prinzipiell 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 ermöglicht jedoch in engen Grenzen einen Off-Label-Use als GKV-Leistung (<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 Empfehlungen zum Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse über den Off-Label-Use dieser 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 (<https://www.g-ba.de/richtlinien/anlage/15>, letzte Änderung in Kraft getreten am 07.05.2025, Zugriff am 30.06.2025). 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 Off-Label-Anwendungen, die dort noch nicht aufgeführt sind. Die Kombination von Intuniv® und Stimulanzen ist dort nicht aufgeführt. Hierdurch kann es vorkommen, dass eine Krankenkasse bei der ‚Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen‘ einen Antrag auf Prüfung in „besonderen Fällen – unzulässige Arzneiverordnungsweise“ stellt (Spitzcok von Brisinski 2022). Die Prüfungsstelle ist als Ausgangs- und der Beschwerdeausschuss als Widerspruchsbehörde jeweils als selbständige organisatorische Einheit eingerichtet. In Nordrhein ist beispielsweise die Prüfungsstelle eine von der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen gemeinsam getragene Einrichtung. Die KV Nordrhein, bei der diese Stelle organisatorisch angesiedelt ist, übernimmt die Arbeitgeberfunktion.

Um als verordnende Ärzt*in 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.

Ad 1.: Gemäß Definition der AWMF-S3-Leitlinie ADHS, Langfassung (S. 46) liegt eine schwergradige ADHS vor, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind: „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.“ Die Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen hat schwergradige ADHS als eine schwerwiegende, die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung anerkannt (Spitzcok von Brisinski 2022).

Ad 2.: Es muss für jede Patient*in nachvollziehbar dokumentiert sein, dass keine andere wirksame zugelassene Therapie verfügbar ist bzw. warum alternative zugelassene Therapieformen nicht in Betracht kommen oder nicht erfolgsversprechend sind.

Ad 3.: Von hinreichenden Erfolgsaussichten der Kombinationsbehandlung von Intuniv® mit Stimulanzien ist auszugehen, wenn zum Zeitpunkt der Verordnung Forschungsergebnisse in der Qualität einer kontrollierten klinischen Prüfung der Phase III (gegenüber Standard oder Placebo) vorliegen. Dies ist seit 2011 erfüllt:

In der 2011 (epub) bzw. 2012 (paper) publizierten randomisierten, doppelblinden, Placebo-kontrollierten Multicenter-Phase III-Studie mit N = 461 Kindern und Jugendlichen mit ADHS von Wilens et al. wurde nachgewiesen, dass die Kombination von Stimulanzien mit retardiertem Guanfacin zu einer signifikant stärkeren Verbesserung der ADHS-Symptome führte als Stimulanzien in Kombination mit Placebo. Es kam zu keinen neuen unerwünschten Arzneimittelwirkungen.

Zudem bestätigt eine 2016 publizierte randomisierte, doppelblinde, komparative 3-Arm-Studie mit 207 Kindern und Jugendlichen mit ADHS zu retardiertem Guanfacin allein, retardiertem Methylphenidat allein, und Kombination der beiden Wirkstoffe von McCracken et al. dieses Ergebnis.

Außerdem heißt es in der AWMF-S3-Leitlinie zu ADHS, Langfassung (Stand 2017) auf S. 76: „1.4.5.5. Bei Patienten mit ADHS, deren Symptomatik weder auf Stimulanzien (Methylphenidat, Dexamfetamin) noch auf Atomoxetin oder Guanfacin anspricht bzw. bei welchen die genannten Medikamente zu nicht tolerierbaren unerwünschten Wirkungen führen, kann eine Kombination verschiedener Wirkstoffe erwogen werden.“

Die Food and Drug Administration (FDA) der USA hat Intuniv® seit 2011 zur Kombinationsbehandlung mit Stimulanzien zugelassen (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2011/022037s002lbl.pdf, Zugriff am 30.06.2025).

Die o. g. Voraussetzungen für einen Off-Label-Use müssen gemäß BSG-Urteil vom 13.12.2016, Az. B1 KR 10/16 R mwN erfüllt sein. Die Behandlung muss nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt sein. Insbesondere muss die/der Versicherte für den Verordnungszeitraum der Kombination durchgängig betreut, überwacht und behandelt worden sein. Die vertragsärztlichen Überlegungen und Behandlungsschritte transparent, nachvollziehbar und schlüssig dokumentiert sein. In jedem Einzelfall muss nachvollziehbar dokumentiert sein, dass die schwere ADHS der Patient*in eindeutig die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigt und dass eine andere (zugelassene) Therapie nicht erfolgreich oder zumutbar gewesen war.

Literatur:

AWMF (2017) S3-Leitlinie ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

McCracken JT, McGough JJ, Loo SK, Levitt J, Del'Homme M, Cowen J, Sturm A, Whelan F, Helleman G, Sugar C, Bilder RM. *Combined Stimulant and Guanfacine Administration in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Controlled, Comparative Study.* *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016 Aug;55(8): 657-666.e1. doi: 10.1016/j.jaac.2016.05.015. Epub 2016 Jun 3. PMID: 27453079; PMCID: PMC4976782

Spitzcok von Brisinski I. (2022): Off-Label-Use: Regress-Widerspruch am Beispiel von Methylphenidat bei Kindern unter 6 Jahren. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 32(1), 53-59. https://bkjpp.de/wp-content/uploads/2024/06/forum_1_2022.pdf

Wilens TE, Bukstein O, Brams M, Cutler AJ, Childress A, Rugino T, Lyne A, Grannis K, Youcha S. *A controlled trial of extended-release guanfacine and psychostimulants for attention-deficit/hyperactivity disorder.* *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012 Jan;51(1): 74-85.e2. doi: 10.1016/j.jaac.2011.10.012. Epub 2011 Nov 25. PMID: 22176941

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>

Interessenkonflikte:

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht, außer, nicht selbst in Regress genommen zu werden.

Traumafokussiertes begleitetes Sandspiel mit Flüchtlingskindern – ein Gruppenkonzept zur Behandlung und Prävention von Traumafolgen.

Rolf Johnen und Franz Wienand

Zusammenfassung

Vorgestellt wird ein Modell der traumafokussierten Gruppenarbeit mit jungen Menschen, das zum Ziel hat, Stresskompetenz für (traumatisierte) Kinder und Jugendliche durch „Begleitetes Sandspiel“ und „Traumaorientierte Kreativarbeit“ („begleitetes Malen“ in Kombination mit Metallarbeit, Keramikarbeit oder Mosaikarbeit) zu entwickeln und zu fördern. Die Besonderheit unseres Verfahrens besteht darin, dass Gruppen von jeweils 10 bis 15 Kindern und Jugendlichen von ebenso vielen ehrenamtlich arbeitenden Laien begleitet werden, die wiederum von Fachtherapeuten angeleitet und supervidiert werden. Es handelt sich um ein ökonomisches, sicheres und wirksames Verfahren der Prävention und Behandlung von Traumafolgenstörungen.

Trauma-focused guided sand play with refugee children – a group concept for treating and preventing the effects of trauma.

Abstract

A model of trauma-focused group work with young people is presented, which aims to develop and promote stress competence for (traumatized) children and adolescents through “guided sand play” and “trauma-oriented creative work” (help for self-help). What makes it special is that it is carried out with groups of children and adolescents in schools and kindergartens, accompanied by trained and supervised volunteer laypeople. It is an economical, safe, and effective method of preventing and treating trauma-related disorders.

Einführung

Im Jahr 2023 lebten in Deutschland 21,2 Millionen Menschen mit Einwanderungsgeschichte, das entspricht 26% der Bevölkerung. Seit dem Beginn des russischen Angriffskriegs gegen die Ukraine im Februar 2022 kamen etwa eine Million Schutzsuchende aus der Ukraine hinzu, überwiegend weiblichen Geschlechts, etwa ein Drittel davon Kinder unter 18 Jahren (Quelle: Statisti-

ches Bundesamt, aufgerufen am 4.9.2025). Für die Gesellschaft, die Schulen und die Kindergärten stellt die Integration dieser Personen eine große Herausforderung dar. Die wenigsten sprechen die deutsche Sprache, fast alle haben Angehörige an der Front, Männer, Söhne, Brüder und Väter. Diese Kinder haben Bombenangriffe, zerstörte Wohnhäuser, schwere Verletzungen und Leichen gesehen, angstvolle Nächte in U-Bahn Stationen verbracht und zum Teil auch Verwandte und Freunde verloren.

Es braucht nicht viel Phantasie, um davon auszugehen, dass viele dieser Kinder und Jugendlichen traumatisiert sind. Sie leiden unter Ängsten, Schlafstörungen, gesteigerter Unruhe und psychosomatischen Beschwerden. Die Erwachsenen in diesen Flüchtlingshaushalten sind selbst von ständiger Angst und Sorge um Leben und Sicherheit von in der Heimat verbliebenen Angehörigen erfüllt und sind somit selbst nur eingeschränkt in der Lage, die Kinder zu beruhigen, zu trösten und ihnen Sicherheit zu vermitteln. Hinzu kommen die neuen Herausforderungen in der Fremde: das Erlernen der deutschen Sprache, das sich Zurechtfinden in den sozialen Gegebenheiten, die Sicherung des Einkommens und für die Kinder die Orientierung in einem fremden Schulsystem. Ein Großteil dieser Kriegsflüchtlinge ist traumatisiert.

Wir wissen, dass 15 bis 25 Prozent der von einem Trauma betroffenen Kinder und Jugendlichen eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln (Vogel et al 2022, S. 148). Trotz vieler engagierter professioneller und ehrenamtlicher Helfer und Unterstützer fehlt es an den notwendigen psychosozialen, diagnostischen und therapeutischen Hilfen. Daher müssten ökonomische und praktikable Formen der präventiven und therapeutischen Betreuung entwickelt, erprobt und verbreitet werden, um die psychosoziale Integration dieser jungen Menschen zu verbessern.

Aus dieser Notwendigkeit heraus entwickelte Rolf Johnen gemeinsam mit seinem Sohn Urs das nachstehend vorgestellte Modell der traumafokussierten Gruppenarbeit mit jungen Menschen, das von der Projektgruppe „Seite an Seite“ umgesetzt wurde mit dem Ziel, Stresskompetenz für Kinder und Jugendliche durch „Begleitetes Sandspiel“ und „Traumaorientierte Kreativarbeit“ zu entwickeln und zu fördern.

Eine Besonderheit dieses Projektes besteht darin, dass es in Begleitung von angeleiteten und supervidierten ehrenamtlichen Laien mit Gruppen von Kindern und Jugendlichen in Schulen und Kindergärten durchgeführt wird.

Die *Einführung des Projektes an den Schulen* erfolgte immer über eine persönliche Kontaktaufnahme mit der Schulleitung, oft auf dem Weg über in-

teressierte Eltern, die den ersten Kontakt zu Lehrern oder zur Schulleitung aufnahmen. Die „Rekrutierung“ der Ehrenamtlichen verlief in der Anfangszeit überwiegend auf dem Weg über den Freundes- und Bekanntenkreis der Beteiligten. Als dann immer wieder positive Berichte in lokalen Medien erschienen, meldeten sich zunehmend auch Menschen, die bis dahin keinen persönlichen Kontakt zu uns hatten.

Das Konzept

Rolf Johnen begegnete Ende 2018 Prof. Thomas Loew, dem Leiter der Psychosomatischen Universitätsklinik Regensburg, der zusammen mit seiner Frau Prof. Beate Leinberger das „Trauma-fokussierte Sandspiel“ und das „Trauma-fokussierte Malen“ begründet, evaluiert und weit verbreitet hat. Der „*Regensburger Weg*“ (Loew und Leinberger 2016) zeichnet sich dadurch aus, dass er die Möglichkeit bietet, mithilfe von hierfür eigens geschulten ehrenamtlichen Begleitpersonen größere Anzahlen von kriegstraumatisierten oder entwicklungs-traumatisierten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in Gruppen wirksam zu behandeln. Es handelt sich um ein hoch wirksames und dabei doch sicheres Verfahren, obwohl die Arbeit zum großen Teil von Ehrenamtlichen geleistet wird. Diese verfügen über keine psychotherapeutische Ausbildung, sondern sie absolvieren eine lediglich eintägige vorbereitende Schulung (mit Theorie und Praxis). Das Konzept orientiert sich am Beispiel der Notfallmedizin-Ersthelfer, die in der Medizin, in der Arbeit mit traumatisierten Menschen in ihrem Heimatland und in der Luftfahrt eingesetzt werden und unter Anleitung von Professionellen Hilfestellung, Selbststabilisierungstechniken und Unterstützung anbieten.

So ist jedem Kind in der Gruppe ein Erwachsener konsequent über den ganzen Prozess zugeordnet. „Für Kinder aus dem arabischen Kulturraum ist das sehr wichtig, da die unmittelbare Aufmerksamkeit eines Erwachsenen auch disziplinierend wirkt, und sich die Kinder – neben allen anderen positiven Aspekten, wie unmittelbare Anleitung zur Selbst-Stabilisierung, Vorbildfunktion, Zeugenschaft, leichter konzentrieren können... Sie stammen aus Wir-Kulturen und in der Peergruppe tun sie sich leichter“ (a.a.O., S. 14).

Theoretische Grundlagen

Im Kern geht es bei allen Methoden der Traumatherapie darum, drohender oder eingetretener Dissoziation zu begegnen durch *Stabilisierung*, Beruhi-

gung, Verankerung im Hier und Jetzt und um *Reorientierung* insbesondere durch Wahrnehmung des eigenen Körpers. Jederzeit zur Verfügung stehende und einfach anzuwendende Techniken nutzen hierzu die Möglichkeiten von Atmung und Körperwahrnehmung.

Die *Funktionelle Entspannung nach Marianne Fuchs* (FE) stellt daher ein zentrales Element in dem beschriebenen Konzept dar. Marianne Fuchs hat die FE in den 1940er Jahren - beeinflusst von den Psychiatern Ernst Kretschmer und Friedrich Mauz und dem Neurologen Viktor von Weizsäcker, einflussreichen Wegbereitern der psychosomatischen Medizin - als körper-zentrierte psychodynamische Psychotherapiemethode entwickelt. Die FE richtet sich vorwiegend an Menschen mit somatopsychischen Beschwerden, also an die psychische Verarbeitung körperlicher Krankheiten.

Die FE wirkt auf dem Weg über eine gezielte und umgrenzte Entspannung, die gebunden ist an das vertiefte Spüren des eigenen Körpers und an das gelassene Ausatmen. Übergeordnetes Ziel ist die Selbstwahrnehmung und Selbstregulation im Wechselspiel zwischen Entspannung und Anspannung. Die FE ist frei von Suggestion, der Therapeut gibt lediglich Hinweise und Anregungen zur Vertiefung des Erlebten. In einem dialogischen Prozess werden die körperliche und die seelische Seite des Atmens in jedem der beiden Partner und zwischen den beiden miteinander verknüpft mit dem Ergebnis der Korrektur gestörter Körperfunktionen durch Rhythmusänderung.

Ein weiteres zentrales Element traumatherapeutischer Methoden ist die *Externalisierung*, d.h. die Bewusstmachung von sonst unbewusst bleibenden inneren Prozessen, die der Verarbeitung, der Kontrolle und der Neukonstruktion des Erlebten dienen und damit zu einer emotionalen Entlastung führen. Die jeweils verwendete Methode: Erzählen, Aufschreiben, Malen, Töpfern, Imaginieren oder eben Spielen, ist dabei nachrangig.

Hans Zulliger (1893-1965) hat das *Spiel* als Teil der kindlichen Realität (und nicht als Symbolisierung) aufgefasst und seine Methode der *deutungsfreien Spieltherapie* (1952, 1967) entwickelt. Nach seinem Ansatz können die kindlichen Konflikte allein auf der Ebene des Spiels gelöst werden, solange das Kind spielen darf, wie es will. Das freie Spiel wird damit zum Mittel der Externalisierung der kindlichen Konflikte. Entscheidend ist nicht die Deutung, sondern das emotionale Erleben des Kindes. Interventionen des Therapeuten erfolgen, wenn überhaupt, allenfalls sehr behutsam und zielen darauf ab, die Externalisierung zu fördern (Wienand 2016, S. 237).

Die verwendete Form des freien und unbeeinflussten *Sandspiels* beruht auf dem Ansatz von *Dora Kalff* (1904-1990), der auf der Basis der analytischen Psychologie von C. G. Jung und in Anlehnung an die „World Technique“ von Margaret Lowenfeld (1890-1973) entwickelt wurde. Im freien Spiel findet wie beim Malen eine „*Regression im Dienste des Ichs*“ (Balint 1970) statt mit dem Ziel einer progressiven Entwicklung. Das dreidimensionale Gestalten in Verbindung mit den taktilen Körpererfahrungen knüpft an frühe Formen der Selbstregulierung an (Mantel 1998). Aufgabe des Therapeuten ist es nach Kalff, eine nicht beurteilende, empathische und verstehende Haltung einzunehmen.

Das dialogische Element besteht in dem dargestellten Konzept in der Anwesenheit des Betreuers während des Spiels. Die Interaktion findet auf der unter- und unbewussten Ebene statt, indem der Beobachter (wie eine aufmerksame Mutter) das Geschehen im Spiel und das Verhalten, die emotionale Bewegung und das Körpergeschehen in sich aufnimmt und sich ganz auf sein eigenes Erleben konzentriert. So geschieht eine Kommunikation von Unbewusst zu Unbewusst.

Die Umsetzung

Auf Initiative von Johnen wurde im Januar 2019 nach einer Schulung von 56 ehrenamtlichen Interessierten im Kreis Calw mit dem „Trauma-fokussierten Sandspiel“ und dem „Trauma-fokussierten Malen“ mit Kindern und Jugendlichen begonnen.

Zunächst hielten sich die Organisatoren eng an das von Leinberger und Loew beschriebene Vorgehen, haben dann aber, aufbauend auf eigenen Erfahrungen, beide Trauma-Techniken unter dem Namen „Seite-an-Seite – Resilienz-förderung für Kinder und Jugendliche im Kreis Calw“ leicht umgearbeitet. Dabei wurde das Konzept an einzelnen Stellen inhaltlich abgeändert und weiterentwickelt.

Setting und Ablauf

Die Durchführung des Projekts erfolgt in Schulen und Kindergärten. Das Trauma-fokussierte Sandspiel eignet sich besonders für Kinder bis zum Alter von zwölf Jahren, die hierfür in zwei Altersgruppen eingeteilt werden: 4 bis 7 Jahre und 8 bis 12 Jahre. Ein Durchgang für die Kinder erfolgt in etwa einer Zeitstunde. Jedem Kind ist eine Begleitperson zugeordnet. - Im Raum befindet sich immer auch eine psychotherapeutische Fachkraft, die nicht mit

einzelnen Kindern arbeitet, sondern in einer Ecke des Raumes sitzt und das Geschehen auf sich wirken lässt.

Die Kinder werden von ihren Begleitpersonen abgeholt und bilden mit diesen zusammen zunächst einen Kreis, in dem das *Eingangsritual* von ca. 5-10 Minuten durchgeführt wird. Dieses besteht je nach Alter der Kinder aus gemeinsamen Atemübungen, begleitet von Summen „Aramsamsam“ mit bilateraler Stimulation (sich abwechselnd auf die Brust klopfen) und in einfachen Kinderliedern.

Es folgt die *erste Arbeitsphase* von 20-25 Minuten: Die Kinder sitzen an Tischen und spielen in der ca. 1/4 m² großen Sandkiste das, was ihnen gerade in den Sinn kommt. Für jedes von ca. 10 bis 15 Kindern in einem Raum stehen je ein Spielzeug-Sandkasten sowie Spielfiguren, Häuser, Fahrzeuge, Pflanzen und Tiere u.a. zur Verfügung.

Die Begleitperson, die jeweils einem Kind gegenüber sitzt, soll das Sandspiel „ihres“ Kindes so begleiten, wie gute Eltern das Spiel ihres kleinen Kindes begleiten würden: sie soll „innerlich“ am Spiel des Kindes teilnehmen, ohne sich in das Spiel einzumischen, und insbesondere ohne das Kind zu manipulieren.

Ein *Zwischenritual* folgt auf die erste Arbeitsphase und besteht aus im Kreis durchgeführten Atem- und Entspannungsübungen wie gemeinsamem Summen, Singen wie beim Eingangsritual beschrieben.

Die *zweite Arbeitsphase* dauert **ebenfalls** 20-25 Minuten.

Auf sie folgt das *Schlussritual*, wieder im Kreis, das aus Atemübungen, dem symbolischen „Abwaschen“ aller Belastungen und dem Singen eines einfachen Liedes besteht und zum Schluss mit einer Phase beschleunigter Atmung endet, worauf die Verabschiedung zwischen Begleitperson und Kind erfolgt.

Nach jedem Sandspiel findet ein etwa einstündiger *Austausch mit Supervision für die Begleitpersonen* statt, selbstverständlich nicht im Beisein der Kinder. Dabei geht es nicht um Supervision im eigentlichen Sinne. Der Sinn des Austauschs liegt vor allem darin, dass die Begleitpersonen nach den Sitzungen immer wieder berichten können und sollen, wie es ihnen selbst „innerlich“ ging, während sie dem spielenden Kind gegenüber saßen. In diesem Austausch hat sich immer wieder gezeigt, dass in den „tieferen“ Gefühlsreaktionen der einzelnen Begleitpersonen sehr viel von dem zum Ausdruck kommt, was Begleitperson und Kind auf einer tieferen Gefühlsebene verbunden oder auch getrennt hat, während das Kind einfach spielte. Unsere Erfahrung ist,

dass dieser „tiefere“ Gefühlsaustausch von den Begleitpersonen nicht wahrgenommen wird, wenn ihnen „innere“ Abgrenzung nicht ausreichend gelingt.

Aufgabe der ehrenamtlichen Begleitpersonen

Eine besonders wichtige Aufgabe der Begleitperson besteht im Konzept von Leinberger und Loew darin, bei sich selbst und dem Kind „Stabilisierungsmaßnahmen“ anzuwenden, wenn sie merkt, dass das Kind in Stress gerät und mit Angst und Panik reagiert. Dabei spielt die Funktionelle Entspannung nach Marianne Fuchs eine entscheidende Rolle. Nach dem Bericht der Autoren führt der Rückgriff auf die „Spielregeln“ der FE (s. u.) auch beim Auftreten von schweren Dissoziationen in der Regel dazu, dass die/der Betroffene wieder „den Boden unter sich spürt“, d.h. die Dissoziation schwächt sich ab.

Unser methodisches Vorgehen unterscheidet sich an dieser Stelle in zweierlei Hinsicht:

1. Unser Umgang mit den Kindern fußt ebenfalls auf Erfahrungen mit der FE. Das Besondere unseres methodischen Vorgehens liegt aber darin, dass wir die FE *nicht* in erster Linie als Stabilisierungsmaßnahmen nutzen, wenn ein Kind offensichtlich „dissoziiert“, sondern bereits zur Vorbeugung, damit es erst gar nicht zu Dissoziationen kommt.
2. Dabei berücksichtigt unser Vorgehen auch die Erfahrung, dass traumatisierte Kinder sich in Spielsituationen in der Regel *selbst aus eigenem inneren Antrieb* schützen, indem sie sich auf der bewussten Ebene nur so weit auf ihre symbolisch dargestellten traumatischen Erinnerungen einlassen, wie es für sie verträglich ist. - In der Spielsituation können die Kinder diesen Schutzmechanismus nur aufrechterhalten, wenn die Begleitpersonen die Kinder einfach für sich spielen lassen, ohne zu kommentieren, ohne sich einzumischen und insbesondere, ohne die Kinder zu „manipulieren“.

In unserem Konzept besteht die wichtigste *Zielsetzung der vorbereitenden Schulungen* darin, die Begleitpersonen theoretisch und praktisch mit den Besonderheiten der dritten *Spielregel der FE* vertraut zu machen. – Die drei kleinen Fragen dieser Spielregel – nämlich „Wo?“ – „Wie?“ – „Was?“ – stellen eine einzigartige Möglichkeit dar, sich in beliebigen Situationen körperlich und seelisch abzugrenzen und dabei mehr von den eigenen „tieferen“ Gefühlsschichten wahrzunehmen.

Für die Sandspiel – Situation bedeutet das: Die Begleitpersonen sind aufgefordert, sich selbst, während das ihnen gegenüber sitzende Kind spielt, immer wieder dieselben drei Fragen zu stellen:

1. *Wo spüre ich den Druck meines Körpers auf der Unterlage?*
2. *Wie ist es dort? – z.B.: Weich oder hart? Eng oder breit?*
3. *Was spüre ich dort? – Spüre ich mich oder die Unterlage?*

Wenn die Begleitperson *ihre* Antworten auf diese Fragen sucht, dann folgt daraus mit großer Regelmäßigkeit:

- Die Begleitperson ist augenblicklich mehr bei sich selbst,
- sie nimmt sich besser abgegrenzt von ihrer Umwelt wahr,
- sie atmet spontan aus, ohne es bewusst wahrzunehmen, und
- mit dem „gelassenen“ Ausatmen ist – aufgrund einer im Organismus verankerten „psycho – physischen Kopplung“ – immer auch eine gewisse seelische und körperliche Entspannung sowie ein Gefühl größerer Sicherheit verbunden.

Mit anderen Worten: Die Begleitperson soll immer wieder den drei kleinen Fragen („Wo? - Wie? - Was?“) nachspüren und dabei ganz kurz im eigenen Körpererleben verweilen. Mit dieser Abgrenzung verbunden ist regelmäßig ein *gleichzeitiges* größeres Interesse für und Neugier auf die andere Person. - Nur wenn ich mich in einer Begegnung aus den bewusstseinsnahen „Verwicklungen“ abgrenze, kann ich ein wirkliches Interesse an meinem Gegenüber entwickeln; nur dann übertrage ich *nicht* meine Projektionen auf die/den anderen. - Vor allem ermöglicht mir diese Art von Abgrenzung einen besseren Zugang zu den eigenen „tieferen“ Gefühlen, die sonst unbemerkt bleiben.

Entscheidend ist, dass sich in diesen eigenen tieferen Gefühlen persönliche, in der Regel ebenfalls nicht bewusste Reaktionen auf die (unbewussten) Gefühlsäußerungen des jeweiligen Gegenübers finden. Wenn die Begleitperson diese *eigenen* Gefühlsmitteilungen merkt,

- ist sie der/dem anderen näher,
- kann sie mehr und anderes Interesse für sie/ihn aufbringen,
- kann sie sie/ihn besser verstehen, und
- ist sie weniger in Gefahr, ihre/seine Grenzen zu verletzen.

Vor allem merkt die Begleitperson auf diese Weise etwas von dem, was sie in diesem Augenblick bei sich selbst – auch in Bezug auf die Person ihr gegenüber – aus eigenem inneren Antrieb „mag“; sie entwickelt ein momentanes „Mögen“, das die Basis für jedes Mitgefühl ist.

Einige Bilder aus der Sandspielarbeit



Abb. 1: Spielmaterial



Abb. 2: Übersicht



Abb. 3: Einzelbeispiel

Varianten der traumafokussierten begleitenden Kreativarbeit

Für ältere Kinder und Jugendliche, für die das Sandspiel nicht mehr so geeignet ist, werden innerhalb eines altersangemessenen, prinzipiell gleichen Settings, teilweise unter Einbeziehung von Künstlern, die folgenden kreativen Techniken zur Stressreduktion und Stressbewältigung eingesetzt:

Die Arbeit mit der *Lebenslinie*:

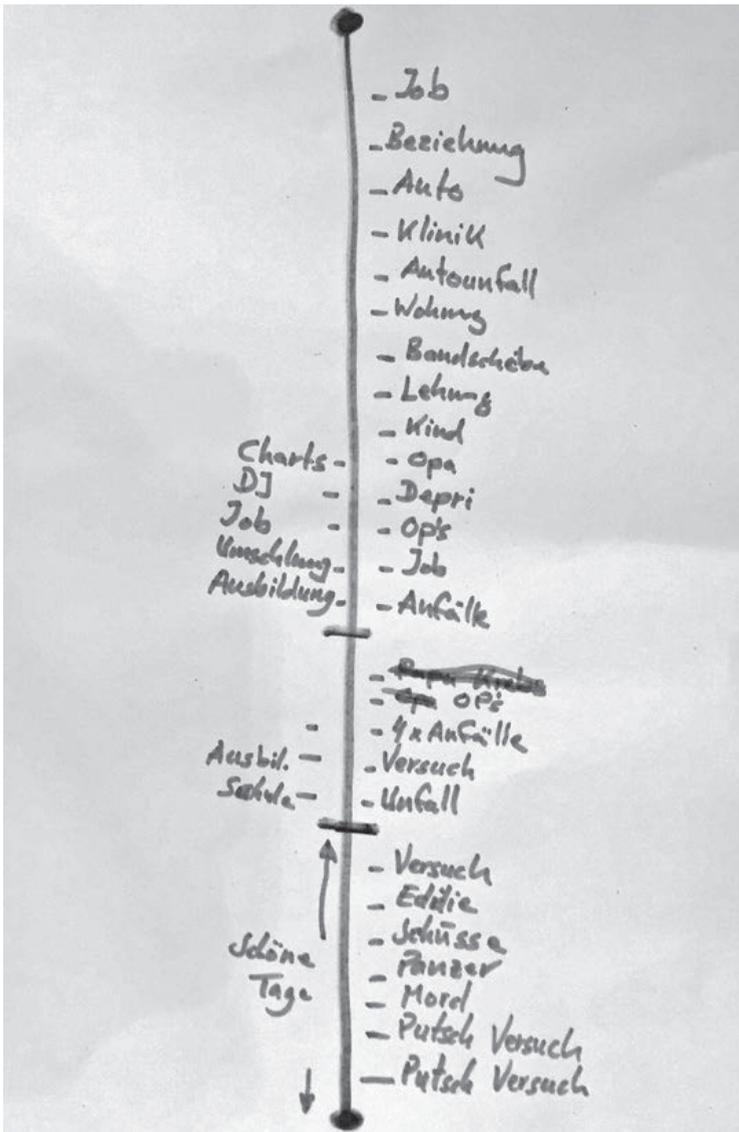


Abb. 4: Gezeichnete/gemalte Lebenslinie



Abb. 5: Figürlich-symbolisch dargestellte Lebenslinie

Mosaikarbeit:

Abb. 6: Darstellung der Lebenslinie mit Mosaik

Keramikarbeit:



Abb. 7: Darstellung der Lebenslinie mit Keramik

Collagenarbeit:

Abb. 8: Darstellung der Lebenslinie in einer Collage

Metallarbeit:



Abb. 9: Darstellung der Lebenslinie mit Metall

Ein *Theaterprojekt* für Jugendliche im Alter von 12-14 Jahren aus schwierigen sozialen Verhältnissen fand zusammen mit der Kulturwerkstatt Simmersfeld und dem Jugendhaus Altensteig Anfang 2021 statt.

Vorläufige Ergebnisse

Wenn die Regel der „vorbeugenden Stabilisierungsmaßnahme“ eingehalten wird, schützen die Kinder sich selbst wirksam vor Dissoziationen. Wie sicher das Verfahren durch diesen unseren veränderten Umgang mit der FE geworden ist, zeigt sich darin, dass es in unserer bisherigen Arbeit, die weit mehr als 3000 Einzelbegegnungen zwischen Begleitpersonen und Kindern umfasst, in keinem einzigen Fall zu einer klinisch fassbaren Dissoziation gekommen ist.

Leinberger und Loew haben mithilfe von wissenschaftlichen Begleituntersuchungen die Auswirkungen des Sandspiels auf die Kinder gemessen und festgestellt, dass nur etwa zwei von zehn Kindern, von denen die meisten schwer traumatisiert sind, nach Abschluss der 10-stündigen Sandspiel – Kurse noch

eine intensive Psychotherapie benötigten. - Wir selbst haben bei den bisher mehr als 30 im Kreis Calw durchgeführten Kursen in stichprobenartig durchgeführten Evaluationen die Ergebnisse von Leinberger und Loew bestätigt gefunden. Was uns bei der Sandspiel-Arbeit außerdem immer wieder beeindruckt, ist das offensichtliche *persönliche Wohlbefinden und Glücksgefühl*, das sowohl die Kinder als auch die Begleitpersonen immer wieder während und nach den Stunden zeigen und mit „nach Hause nehmen“.

Nach Aussage von Lehrern, deren Schüler*innen einen Kurs mit Trauma-fokussiertem Sandspiel mitgemacht haben, hat sich das *Klima des Miteinanders den betroffenen Klassen* jeweils zum Besseren entwickelt. Vor allem seien die Schüler*innen bei Meinungsverschiedenheiten und Streitigkeiten weniger aggressiv und verletzend miteinander umgegangen.

Bisher durchgeführte Maßnahmen und Zukunftsperspektiven

Im Flächenkreis Calw gibt es *keine* ausreichenden psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten für die hier lebenden Flüchtlinge.

Vor der Corona – Pandemie verfügte „Seite an Seite“ über einen „Pool“ von etwa 120 ausgebildeten Traumahelfer*innen. Die mit der Pandemie verbundenen Einschränkungen haben uns nicht nur die Arbeit an den Schulen, sondern auch die Gewinnung von ehrenamtlichen Begleitpersonen erschwert. Inzwischen haben wir trotzdem mehr als 50 weitere Helfer*innen geschult, und etwa zwei Drittel der geschulten Helfer*innen haben – wie auch vor der Pandemie – an einem oder mehreren Kursen mitgearbeitet.

Bisher haben wir mehr als 30 Kurse zu zehn Stunden mit jeweils einer Stunde pro Woche an *Grund-, Haupt- und Förderschulen* durchgeführt. Am günstigsten erscheint uns - was die Aufnahmefähigkeit und das Interesse der Kinder betrifft - ein Alter von 8-9 Jahren, also das zweite Schuljahr. Auch die Durchführung von Sandspielkursen an *Kindergärten* erscheint uns möglich und sinnvoll. Hierzu müsste das methodische Vorgehen entsprechend modifiziert werden.

Unser Hauptanliegen ist die konsequente Weiterentwicklung der Arbeit an Grundschulen und Kindergärten sowie die Kontaktaufnahme zu Kriegsflüchtlingen.

In unseren Überlegungen zur Zukunft des Projektes hatten wir ursprünglich den Plan, im Kreis Calw – entsprechend den lokalen Gegebenheiten – insgesamt sieben eigenverantwortliche Projekt-Standorte für Traumafokussiertes

Sandspiel und Traumafokussierte Kreativarbeit aufzubauen. Diese einzelnen Standorte könnten dann durch eine zentrale Gruppe, die für Schulungen, Fortbildungen, Materialbeschaffung, Raumbeschaffung und so weiter verantwortlich wäre, unterstützt werden. – Es zeigte sich aber, dass unsere Arbeitsgruppe, die ausschließlich aus Ehrenamtlichen besteht, durch die mit einem solchen Projekt verbundenen Belastungen überfordert wäre. Ohne Professionalisierung der Leitung, die auch mit Kosten verbunden ist, wird sich das Projekt nicht auf den ganzen Kreis Calw ausdehnen lassen, obwohl eine dringende Notwendigkeit besteht.

Ein besonderes logistisches Problem in Bezug auf die traumatisierten Kriegsflüchtlinge besteht schon darin, die über die Fläche des Landkreises verteilten Kriegsflüchtlinge zu identifizieren und realisierbare Angebote zu organisieren, um sie an gemeinsamen zentralen Kursen (Gruppenarbeit!) teilnehmen zu lassen. Zurzeit stellt auch die unklare Situation der ukrainischen Flüchtlinge eine anhaltende Belastung für die jungen Menschen, ihre Angehörigen und die ehrenamtlichen Helfer dar.

Fazit

Das hier vorgestellte Gruppenkonzept der traumafokussierten Sandspiel- und Kreativarbeit unter Einbeziehung ehrenamtlicher Laien stellt eine ökonomische, wirksame und sichere Form der Prävention und Behandlung von Traumafolgenstörungen bei jungen Menschen dar. Dem „Regensburger Weg“ und seinen Varianten ist angesichts der hohen Flüchtlingszahlen und der unzureichenden psychosozialen Versorgung eine weite Verbreitung zu wünschen. Auch wenn der Aufwand beträchtlich ist, um Schulen und Kindergärten zur Mitarbeit zu gewinnen, ehrenamtliche und professionelle Psychotherapeuten zu rekrutieren und nicht zuletzt dafür, junge Betroffene und ihre Angehörigen zur Teilnahme zu bewegen, lohnt sich in Anbetracht der erzielten Erfolge die aufgewendete Mühe.

Eine offene, aber zentrale Frage ist die *Finanzierung*. Bisher lagen die Kosten im Kreis Calw auf einem niedrigen Niveau, es mussten lediglich etwa 700 Euro für das Material ausgegeben werden, weil die Begleiter und die Supervisoren sich ehrenamtlich engagierten. So konnte das Projekt aus Eigenmitteln der Beteiligten sowie aus einzelnen Spenden gedeckt werden. Hinzu kamen Fördergelder von der Stadt, dem Landkreis und dem Land Baden-Württemberg. Für die betreuten Menschen sollte die Teilnahme auch in Zukunft kostenlos bleiben.

Vielleicht gelingt es ja, *Stiftungen* wie „Achtung Kinderseele!“ zur Aufnahme dieser Kurse in ihr Programm zu bewegen. Die *Krankenkassen* müssten ein Interesse daran haben, vergleichbare Veranstaltungen (anstelle von Wellnesskursen) in ihre Präventionsprogramme aufzunehmen, schließlich reduziert das Projekt nachweisbar die Folgekosten für die Therapie von Traumafolgestörungen. Möglich und sinnvoll, wenn auch nicht einfach zu erreichen, wäre die Finanzierung über die *Sozialpsychiatrievereinbarung*.

Literatur

- Balint, M.* (1970): Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung: Stuttgart: Klett-Cotta. 6. Aufl. 1919.
- Fuchs, M., I. Herholz, R. Johnen, D. Schweitzer, S. Wurzbacher (Hrsg.)* (2013): Funktionelle Entspannung: Theorie und Praxis eines körperbezogenen Psychotherapieverfahrens. Hohenwarsleben: Westarp.
- Johnen, R.* (1992) : Die Funktionelle Entspannung. In: P. Buchheim, M. Cierpka, T. Seifert: Der Körper in der Psychotherapie. (Lindauer Texte). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Kalff, D* (2000): Sandspiel. Seine therapeutische Wirkung auf die Psyche. München: Reinhardt, . 4. Aufl.
- Leinberger, B. und T. H. Loew* (2016): Die Flüchtlingskrise in eine Chance wandeln: TraumaHelfer – der Regensburger Weg. Behandlungen für traumatisierten Kinder- und Jugendliche anders organisieren: Psychotherapeutische Kapazitäten vervielfachen durch Einbeziehen von trainierten TraumaHelfern. Bogen: Gewiss e. V.
- Lowenfeld, M.* (2000): Sandspiel. Seine therapeutische Wirkung auf die Psyche. München: Reinhardt, 4. Aufl.
- Mantel, T.* (1998): Sandspieltherapie - heilende Bilder der Seele. Forum der Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 1, S. 44-54.
- Vogel, A., R. Eilers, R. Rosner* (2022): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. In: Müller/Ruf-Leuschner/Grimmer/Knaevelsrud/Dammann (Hrsg.): Traumafolgen. Forschung und therapeutische Praxis, S. 147-159. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wienand, F.* (2016): Projektive Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Grundlagen und Praxis. Ein Handbuch Stuttgart: Kohlhammer.
- Zulliger, H.* (1967): Heilende Kräfte im kindlichen Spiel (5. Aufl.). Stuttgart: Klett.

Interessenkonflikt: Es besteht kein Interessenkonflikt

Autoren:

Dr. med. Rolf Johnen

Facharzt für Innere Medizin und Psychosomatik

Psychotherapie, Psychoanalyse,

Sozialmedizin, Rehabilitationsmedizin

Eduard-Conz-Straße 20/1, 75365 Calw

rolf.johnen@web.de

Dr. med. Dipl.-Psych. Franz Wienand

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Psychotherapie, Psychoanalyse

Eduard-Conz-Straße 44, 75365 Calw

f.wienand@gmx.de

Trauma-Ambulanz als Spezifikation in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis mit sozialpsychiatrischer Vereinbarung

Carsten Edert

Vorgeschichte

2013 trat das Bremer Gesundheitsamt im Auftrag für das Amt für Versorgung und Integration (AVIB) sowohl an die Bremer Klinik als auch an die Praxen mit der expliziten Forderung heran, sogenannte *Trauma-Ambulanzen*, die ein spezifiziertes traumatherapeutisches Angebot anbieten, zu eröffnen. Die Patient:innen sollten die Möglichkeit bekommen, innerhalb weniger Tage behandelt und in acht Behandlungsstunden stabilisiert bzw. zeitnah weitervermittelt zu werden. Sowohl den niedergelassenen Kolleg:innen als auch der Klinik missfiel dieses erste Konzept deutlich. Die Anzahl der Interventionsstunden wurde als unzureichend erachtet, um eine effektive Zusammenarbeit mit den Kindern und Eltern zu ermöglichen und gleichzeitig über eine angemessene Zeit für die Beziehungsentwicklung zu verfügen. Auch schien die Isoliertheit des Konzeptes, herausgelöst aus den bisherigen vernetzten Hilfestrukturen, als kontraproduktiv. In der Stadt bestand ein eng vernetztes Versorgungssystem, das zum einen über bestimmte Qualifikationen verfügte, zum anderen jedoch auch die Möglichkeit einer Ausweichoption bot, sobald die Kapazitäten einer Institution überschritten wurden. Der erste vorgelegte Entwurf orientierte sich zudem vollständig an den Rahmenbedingungen des Erwachsenenbereiches und schien nicht ohne Weiteres auf den Kinder- und Jugendbereich übertragbar. Da sich jedoch niemand zur Implementierung des Vorschlages bereit erklärte und eine Verpflichtung nicht möglich war, ruhte dieses gesamte Projekt für einige Jahre.

In den darauffolgenden Jahren initiierte das Gesundheitsamt eine erneute Kontaktaufnahme mit sämtlichen Beteiligten mit der Intention, einen Diskurs darüber zu eröffnen, auf welche Art und Weise ein Konzept von Trauma-Ambulanzen für Kinder und Jugendliche in Bremen unter Berücksichtigung der zuvor geäußerten Vorbehalte realisierbar wäre. Dieser Dialog erwies sich als ausgesprochen fruchtbar. Die darauffolgende Etablierung eines übergreifenden Trauma-Netzwerkes, das Beratungsstellen, Jugendhilfe, Psychotherapeut:innen, KJP-Praxen und die Klinik miteinander verbindet, war

insbesondere auf die erhebliche Initiative der Klinik und der senatorischen Behörde zurückzuführen. Es erfolgte ein Austausch unter den Institutionen und Praxen darüber, welche traumabezogenen psychiatrischen, psychotherapeutischen und beratenden Angebote für welche Zielgruppen bestehen, aber auch fehlen. Dies erfolgte auch für den Jugendhilfesektor, um so übergreifende und ineinander verzahnte Hilfesysteme zu entwickeln. Unter der Initiative der Klinik und der senatorischen Behörde erfolgte eine intensive Netzwerk-Arbeit, die ein gegenseitiges Kennenlernen sowie einen Austausch über die jeweiligen Kompetenzen ermöglichte. Im Rahmen dessen wurden zudem Weiterbildungsveranstaltungen durchgeführt. Aus dem Netzwerk hat sich in Bremen inzwischen der Verein „Traumavereint e.V.“ konstituiert, der diese integrierende Arbeit am Leben erhält. Darüber hinaus hat das Versorgungsamt das Stundenkontingent zur Erstversorgung von Kindern und Jugendlichen im gemeinsamen Dialog angepasst und eine Vereinfachung und Entbürokratisierung der Antragstellung vorgenommen.

Umsetzung

In einer entsprechenden Vereinbarung mit dem Versorgungsamt der Stadt Bremen haben die Klinik und unsere Praxis im November 2020 die Rahmenbedingungen festgelegt, innerhalb derer wir die Erfüllung der formalen und inhaltlichen Kriterien der Trauma-Ambulanzen nachzuweisen haben. Zudem wurden die Abläufe für die Abrechnung (klar definiert, unbürokratisch, klare Ansprechpartner:innen usw.) vereinbart. Dieses System funktioniert bis zum heutigen Tage ausgesprochen gut! Innerhalb der Praxis wurden die Abrechnungsziffern in unserem Praxis-Informationssystem hinterlegt. Mit der Klinik trafen wir eine Kooperationsvereinbarung, sodass im Falle einer Überbelegung oder während Urlaubszeiten die jeweils andere Institution übernehmen konnte. Dieses Verschieben von Patient:innen erfolgt zumeist unbürokratisch auf dem kleinen Dienstweg.

Voraussetzungen

Für das Zustandekommen einer Vereinbarung für das Betreiben einer Trauma-Ambulanz war und ist eine ausgewiesene psychiatrische und psychotherapeutische Expertise bezüglich psychischer Traumatisierung unabdingbar. Diese schließt sowohl rechtliche Kenntnisse, Wissen über Kindeswohl und Misshandlungen, traumaspezifische Behandlungsfähigkeiten und erste Hilfe bei Psychotraumata ein. Die genauen Qualifikationsanforderungen zur

Behandlung von Kindern und Jugendlichen werden im § 4 der Traumaambulanz-Verordnung vom 20. Oktober 2022 (BGBl. I S. 1816) festgehalten. Entsprechende Nachweise mussten dem Versorgungsamt vorgelegt und in gewissen Zeiträumen erneut erbracht werden. Es ist möglich, die Aufgaben in der Trauma-Ambulanz an Mitarbeitende unter Supervision zu delegieren. Aufgrund meiner persönlichen Weiterbildungserfahrungen im Bereich der Psychotraumatologie, die ich seit Anfang der 2000er Jahre kontinuierlich ausgebaut habe, erfülle ich die erforderlichen Voraussetzungen und wir führen im Praxisteam regelmäßig selbst eine Reihe von Fortbildungen zu diesem Thema durch.

Eine weitere Voraussetzung sind die werktägliche Erreichbarkeit und die Durchführung einer Erstsicht innerhalb einer Frist von wenigen Tagen. Im Rahmen dieser erfolgt eine initiale Sichtung und Behandlungsplanung sowie die Initiierung therapeutischer und psychoedukativer Maßnahmen. Zudem können Hilfen im Umfeld des:der Patient:in aktiviert werden. Unsere Sprechzeiten und die Formalien der Anmeldung sind entsprechend veröffentlicht, es besteht täglich eine telefonische Erreichbarkeit. Die Kontaktdaten sind der Feuerwehr, der Polizei, dem Weißen Ring, den Jugendämtern, den Beratungsstellen, den Frauenhäusern, dem Opferschutz und vielen anderen Institutionen bekannt.

Bezahlung

Die erste Sichtung und Behandlungseinheit werden in jedem Fall vom Versorgungsamt übernommen. Im Anschluss erfolgt die Einreichung eines einfachen Antrags beim Versorgungsamt, in dem eine Prüfung zur Gewährung von acht Stunden angefragt wird. Darüber hinaus besteht bei entsprechender Begründung die Möglichkeit, weitere zehn Stunden zu beantragen. Wenn die formalen Kriterien erfüllt sind, werden eine Verwaltungspauschale von 65 € und eine Stundenpauschale von 120 € gezahlt. Bei Abschluss der Interventionen erfolgt eine schriftliche Stellungnahme mit einer prognostischen Einschätzung.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Das SGB XIV, auch bekannt als Gesetz zur Sozialen Entschädigung, ist das Gesetzbuch, das Leistungen für Menschen regelt, die durch Gewalttaten gesundheitliche Schäden erlitten haben. Es trat am 1. Januar 2024 in Kraft und

löste teilweise das Bundesversorgungsgesetz (BVG) ab. Das SGB XIV soll Leistungen schneller, zielgerichteter und stärker an den Bedürfnissen der Berechtigten orientiert erbringen. Seit dem Jahr 2024 wurde das Gesetz erweitert: Neben Opfern von Gewalttaten sind nun auch Opfer psychischer Gewalt, einschließlich sexueller Gewalt, und Menschen, die durch das Miterleben einer Tat (Schockschadensopfer) beeinträchtigt sind, anspruchsberechtigt. Ebenfalls neu eingeführt wurde, dass Opfer von Gewalttaten unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit und ihrem Aufenthaltsstatus gleichbehandelt werden, sofern die Tat in Deutschland stattgefunden hat. Eine neue Regelung zur Beweiserleichterung bei der Kausalitätsprüfung psychischer Erkrankungen kommt insbesondere Opfern sexueller oder psychischer Gewalt zugute.

Der Leistungsumfang des SGB XIV umfasst Leistungen des Fallmanagements, Leistungen der Krankenbehandlung, Teilhabeleistungen, Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, Leistungen bei Blindheit, Entschädigungszahlungen, Berufsschadensausgleich, besondere Leistungen im Einzelfall, Leistungen zur Überführung und Bestattung, Leistungen zum Ausgleich in Härtefällen, Leistungen bei Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland sowie Leistungen zu Besitzständen. Diese Leistungen werden nicht gewährt, wenn die verletzte Person die Schädigung selbst mitverursacht hat oder es unterlassen hat, das ihr Mögliche und Zumutbare zur Aufklärung der Tat beizutragen. Für die Antragstellung und Bewilligung der Leistungen ist die Versorgungsbehörde des Bundeslandes zuständig, in dem die schädigende Handlung stattgefunden hat oder in dem sich der Wohnort oder gewöhnliche Aufenthalt des Geschädigten befindet.

Umsetzung in der Praxis

Wir werden ca. ein- bis zweimal pro Monat für entsprechende Fragestellungen angefragt (jedoch sehr variabel!). In Tabelle 1 findet sich eine kurze Fall-Übersicht über die seit 2023 im Rahmen der Trauma-Ambulanz vorstelligen Patient:innen. Wir reservieren dabei standardmäßig in unserem Terminplan Termine für Erstgespräche für die Trauma-Ambulanz oder für andere akute Krisenanmeldungen (ein Termin pro Woche á 120 Minuten). Bei einem zu hohen Anmeldeaufkommen wird die Trauma-Ambulanz der Klinik konsultiert, oder umgekehrt.

Über die Jahre haben sich verschiedene Behandlungspfade gemeinsam mit den Therapeut:innen eingespielt. Bedarf es längerfristiger psychotherapeutischer Hilfen, die wir nicht durch unsere Praxis abdecken können oder wollen,

gibt es ein Netzwerk ambulanter Psychotherapeut:innen, die einen Schwerpunkt im Bereich der Psychotrauma-Behandlung haben und mit denen wir zum Teil im Rahmen von Qualitätszirkeln im engen Austausch stehen. Kosten für Sprachmittler werden ebenfalls für den gesamten Interventionsprozess vom Versorgungsamt übernommen.

Typische Verläufe

Aufgrund der hohen Bekanntheit der Trauma-Ambulanzen erfolgt die Anmeldung in vielen Fällen zeitnah nach dem Ereignis. Zu den häufigsten Anmeldegründen zählen gewaltsame Überfälle von Jugendlichen mit oder ohne Körperverletzung, Gewalt im familiären Kontext sowie die Zeug:innenschaft massiver körperlicher Gewalt innerhalb und außerhalb der Familien.

Wenn wir die Patient:innen kurz nach dem Ereignis sehen, gibt es einen recht phasentypischen Verlauf aus noch „Unter-Schock-Stehen“, Numbing, Ängstigung, Desorganisation und dysphorischem Grundgefühl. Es erfolgt meist ein Rückzugsverhalten bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit. Im weiteren Verlauf werden häufig Defizite in der Aufmerksamkeitssteuerung beobachtbar, die sich in einer anhaltenden „Alarmiertheit“ oder dem Gefühl des „Abgeschaltet-Seins“ äußern. Eine ADHS-Erkrankung zeigt ähnliche Symptome. Zunehmend folgt darauf eine Phase der Trauer und der Verarbeitung, die auch mit Wut und Schuldgefühlen einhergehen kann. In jeder dieser Phasen ist eine Begleitung der Betroffenen und ihrer Familie wichtig und sehr hilfreich. Die Anwendung traumaspezifischer Techniken wie z. B. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)* (Shapiro & Trunk, 2022) oder Verfahren der *Psychodynamisch-Imaginativen Traumatherapie (PITT)* (Reddemann, 2024) findet in aller Regel erst in der letzten Phase oder im Rahmen einer anschließenden Behandlung statt. Ein wesentlicher Aspekt ist zudem die Prüfung des Patient:innumfeldes, ob die Betroffenen tatsächlich „sicher“ und keinen weiteren Bedrohungen mehr ausgesetzt sind. In der Praxis zeigt sich überraschend häufig, dass dies nur selten zutrifft.

Innerhalb der Praxis sehen wir als Fachärzt:innen die Familie zunächst allein, die weiteren Termine werden dann häufig von entsprechend ausgebildeten Mitarbeiter:innen der Praxis übernommen. Diese Termine finden am Vormittag statt, was organisatorisch deutlich einfacher ist, da in dieser Zeit die Diagnostik unserer Patient:innen stattfindet und somit mehr Flexibilität in den Terminen besteht. Es bedarf hier einer guten Unterstützung der Mit-

arbeitenden, da Misshandlungen und schwere Schicksalsschläge der Familien natürlich auch das Team der Praxis belasten.

Besonderheiten der Trauma-Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Bei der Behandlung dramatischer Ereignisse liegt der Fokus beim Kind und dessen Eltern und Geschwistern. Nicht selten sind auch Eltern, die selbst nicht direkt in die Ereignisse involviert waren, von Ängsten und Affekten überschwemmt. Dies stellt für die Kinder eine zusätzliche Belastung dar. Insofern liegen unsere Ansätze sowohl beim Kind als auch bei dessen Eltern, sodass es einer Beziehungsaufnahme mit allen Beteiligten bedarf. Wichtig ist hier die Würdigung des Schreckens und der Angst, die das Ereignis mit sich gebracht hat. Im Vordergrund steht von Beginn an, dass es um abgeschlossene, vergangene Ereignisse geht, und dass somit die Verarbeitung von Vergangenen im Fokus steht.

Viele erste Interventionen haben den Fokus, einen möglichst abgeschirmten, geschützten Ort im Alltag zu entwickeln, der eine erste Verarbeitung der Ereignisse ermöglicht, der den Bedürfnissen der betroffenen Personen entgegenkommt. Beispiele für solche Maßnahmen sind: befristete Beurlaubung von der Schule, gemeinsame entspannte Zeiten in der Familie oder mit Bezugserzieher:innen, sich vor niemandem rechtfertigen zu müssen und die Welle der Aufregung um die Ereignisse in der Schule einzufangen (Social Media!). Das Entängstigen der Eltern, das Hinzuziehen stabilisierender Bezugspersonen und das Finden von Aktivitäten, die diese Situation zunächst einmal aushaltbar machen, stehen im Vordergrund. In manchen Fällen bedarf es zudem einer medikamentösen Unterstützung, beispielsweise zur Verbesserung der Schlafqualität.

Meist trennen wir in diesem Prozess Eltern und Kinder voneinander, soweit sie dies zulassen, um auch für die Elternteile einen Raum zu schaffen, in dem die Ängste und Sorgen offen geäußert und stabilisierende Strategien für die Eltern entwickelt werden können. Dabei kann sowohl ein Zuviel als auch ein Zuwenig an emotionaler Zuwendung seitens der Eltern für den Verarbeitungsprozess der Kinder als kritisch anzusehen sein. Wir versuchen daher, mit den Eltern und Kindern ein gutes Gleichgewicht zu entwickeln.

Wir ermutigen die Patient:innen vom ersten Tag an, uns gut mitzuteilen, worauf sie sich einlassen können und worauf nicht, um ihnen das Gefühl von Steuerung und Selbstwirksamkeit zu geben. Trauma-psychoedukative Aspekte fließen beständig mit ein. Sobald wir die Patient:innen als ausrei-

chend stabil einschätzen und sie sich dazu bereit erklären, arbeiten wir den Ereignisverlauf in mehreren Phasen durch: beginnend mit dem Punkt „Da war noch alles gut“ über die verschiedenen Erinnerungsmomente bis hin zum abschließenden „hier und jetzt ist wieder alles gut“. Mit dieser *Felder-Technik* (Lansch, 2010) sortieren wir die Erinnerungen, arbeiten der Dissoziation entgegen und orten starke oder gar überwältigende Affektzustände bestimmten Momenten zu, um diese dann gezielt zu behandeln. Dieser Ansatz ist in aller Regel für Monotraumata geeignet und wird je nach Anforderung individuell angepasst. Er bietet die Möglichkeit, die traumatische Situation auf verschiedenen Wahrnehmungs- und Verstehens-Ebenen durchzuspielen: situativ, kognitiv, körperlich, die Perspektive wechselnd, in Bezug auf Anspannung, in der Selbstbeurteilung und mit welchen Selbstüberzeugungen. Oftmals manifestiert sich ein Schuldgefühl im Zusammenhang mit dem Erlebten und trägt dazu bei, dass die Verarbeitung dessen erheblich beeinträchtigt wird. Dieses Behandlungskonzept hat sich als Behandlungstool in unserer Praxis sehr gut etabliert. Anschließend können sich als besonders überwältigend erweisende Einzelsituationen noch einmal gezielt mit traumaspezifischen Techniken wie beispielsweise *EMDR* (Shapiro & Trunk, 2022), der *Bildschirmtechnik* (Sack et al., 2022), der *PITT-Methode* (Reddemann, 2024) oder ähnlichen Ansätzen angegangen werden. Im Rahmen der therapeutischen Interventionen mit sehr jungen Kindern wird, sofern die Bereitschaft dazu vorhanden ist, ein spieltherapeutischer Ansatz verfolgt, der sich auf die spezifischen Ereignisse bezieht. Dies kann beispielsweise durch die Anwendung des *Sandspiels* (Kalff, 2022) oder der *EMDR-Geschichten-Erzähltechnik* (Eckers, 2016) erfolgen. Der gute Blick auf die bestehenden Ressourcen (Ressourcendiagnostik!) bei Kindern und Familien ist wichtig, um Heilung zu erreichen und Selbstverständnis wiederherzustellen.

Nach Abschluss der initialen Behandlungsphase erfolgt in der Regel, sofern keine weiteren Therapiemaßnahmen in unserer Praxis oder bei niedergelassenen Psychotherapeut:innen durchgeführt werden, eine Wiedervorstellung der Patient:innen nach sechs Monaten. Dies gibt uns die Möglichkeit, bei negativen Verläufen (z. B. mit Rückzug, grundsätzlicher Dysphorie, Körperschmerzen und weiteren typischen PTBS-Störungen) ein breiter gefasstes, umfänglicheres Behandlungssetting zu entwickeln. Es gibt dazu einen Kreis ambulanter Psychotherapeut:innen, die traumatherapeutisch ausgebildet sind und im Rahmen unseres Netzwerkes Patient:innen für eine Langzeittherapie übernehmen.

Ergebnisse

Insbesondere durch die frühzeitigen Interventionen haben wir den Eindruck, dass die erarbeiteten Bewältigungsstrategien gut greifen. Es ist nicht selten, dass die Patient:innen nach einer guten Stabilisation keinen weiteren Behandlungsbedarf sehen und wir uns im Guten verabschieden können. Die meisten dieser Patient:innen kommen aus einem recht stabilen sozialen Umfeld und haben im Prinzip gute Ressourcen zur Lebensbewältigung. Auch ergibt es sich manchmal, dass eine ganz andere Geschichte hinter dem traumatischen Geschehen steht, bei der es gut ist, auch mit den gewohnten Mitteln einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis reagieren zu können (z. B. wenn die Tat aus anderen Gründen konstruiert wurde).

Herausforderungen und Hindernisse:

Wir haben immer wieder Klient:innen, die nicht wollen, dass die Gewalttaten zur Anzeige gebracht werden, weil sie Angst vor Repressalien haben oder es ihnen zu schamhaft ist. Dann rechnen wir die Patient:innen als normale Krankenkassenfälle ab. Immer wieder erfolgen Anfragen von der Polizei oder von Gerichten, bei denen wir uns entscheiden müssen, ob wir diagnostische Befunde weitergeben.

Selbstverständlich ist auch die Stabilität des Behandlungsteams von großer Bedeutung und erfährt immer wieder Veränderungen, die es für die Leiter:innen der Trauma-Ambulanzen herausfordernd machen, entsprechende Qualifikationen wieder neu zu vermitteln.

Aufgrund der Bekanntheit in der Stadt werden mindestens in gleicher Quantität Kinder mit akuten Traumaerfahrungen, aber ohne erlebte oder bezeugte Gewalttaten, bei uns angemeldet, insbesondere bei Verkehrs-, Schul- oder Freizeitunfällen. Auch bei diesen Patient:innen bestehen häufig recht gute psychische Strukturen und es gelingt eine gute Verarbeitung des Erlebten.

Ausblick

Die Erweiterung der Gesetzesgrundlage auf Therapieansprüche durch das Erleben von psychischer Gewalt und schwerer Vernachlässigung führt dazu, dass wir künftig mit anderen Patient:innengruppen in den Trauma-Ambulanzen konfrontiert sein werden. Diese Patient:innen, die die meisten Praxen aus ihrem Alltag kennen, haben damit auch Ansprüche auf Leistungen aus dem SGB XIV. Hier handelt es sich um eine sehr große Patient:innengruppe, für die die Schaffung gänzlich neuer Strukturen erforderlich sein wird. Eine

Realisierung dieser Strukturen ist mit dem gegenwärtigen Konzept der Trauma-Ambulanzen voraussichtlich nicht möglich. Auch wie die Auseinandersetzung bezüglich der Behandlungskosten zwischen Krankenkassen und den Versorgungsmatern verlaufen wird, ist zurzeit noch offen.

Tabelle 1

Fallübersicht der Behandlungen zwischen 2023 und 2025

| Vorstellungsgrund | Weitere Perspektive | Gesamtstundenanzahl |
|---|---|--|
| <p>M. (*07.2016) F93.8 G Unsichere Ich – Entwicklung beim Kind; F43.1G (Posttraumatische Belastungsstörung) im Übergang zu einer Dissoziativen Störung sexueller Gewalt durch den Vater 2022–2023, zwanghaftes Händewaschen, sekundäre Enuresis, starke Stimmungsschwankungen, erhöhtes Essbedürfnis, Schlafstörungen (müsse immer im Hellen schlafen)</p> | <p>M. hat einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz in unserer Praxis. Die Kontakte zum Vater sollten nur unter Begleitung stattfinden und im Nachhinein mit M. durch eine dritte vertraute Person (nicht Familie) reflektiert werden. Es bedarf einer grundsätzlichen sicheren familiären Lebenssituation ohne Bedrohungen, um Retraumatisierungen zu verhindern.</p> | <p>weiterhin zur Therapie in unserer Praxis 8 Termine</p> |
| <p>E. (*10.2017) E. stellt sich auf Hinweis der Polizei und des Weißen Ringes in unserer Praxis vor, nachdem E. einen Entführungsversuch erlebt hat.</p> | <p>Im Rahmen der Erstdiagnostik erfolgte eine ausführliche Psychoedukation sowie ein Vorgehen im Rahmen der Begleitung der Verarbeitung dieser Situation. Soweit E. sich darauf einlässt, empfehle ich das Arbeiten mit der Feldertechnik, das durch unsere Mitarbeiterin angeleitet wird.</p> | <p>keine vereinbarten Termine, die Kindesmutter meldet sich zur weiteren Terminabsprache. 5 Termine</p> |

| Vorstellungsgrund | Weitere Perspektive | Gesamtstundenanzahl |
|--|---|---|
| <p>L. (*09.2006) F43.0 G (Akute Belastungsreaktion); F32.0 G (Leichte depressive Episode) L. wurde nachts von einem kräftigen, ihm bekannten Mann mit 2 weiteren jungen Männern unvermittelt überfallen, verbal bedroht, als Pädophiler beschimpft, geschubst und auf die Schulter geschlagen. Er hat durch diesen körperlichen Übergriff keine längerfristigen Schäden erlitten, aber Prellungen.</p> | <p>Eine Stabilisation wurde erreicht. Der Patient ist zufrieden: soziale Ängste und Angst, nachts unterwegs zu sein, sind abgebaut. Er hat einen neuen Freundeskreis und ist damit zufrieden.</p> | <p>keine weiteren vereinbarten Termine 5 Termine</p> |
| <p>L. (*09.2012) F43.2 G Anpassungsstörung nach Bedrohung und Erpressung; F93.8 G Unsichere Ich-Entwicklung 2024 habe L. Anrufe und Nachrichten erhalten, dass er 4000,00 € an einen Jungen zahlen solle. Er habe sich auf diese Zahlung nicht eingelassen, woraufhin ihm auf dem Parkplatz des Schulgeländes aufgelauret und er massiv geschlagen und gegen Kopf und Hals getreten worden sei. Das Krankenhaus habe Befunde aufgenommen und bei der Polizei sei eine Anzeige erfolgt. Der Täter sei ein ehemaliger Schüler der Schule gewesen und gefasst worden. Aufgrund seiner noch nicht bestehenden Strafmündigkeit habe es keine Konsequenzen gegeben. In Folge hätten aber Bedrohungen und Anrufe bei L und seinem Vater ständig zugenommen und Familienangehörige des Täters hätten weiter bedroht. L. leide unter Schlafstörungen, sei sehr verschlossen und habe abendliche Ängste.</p> | <p>Die Belastungsreaktion durch den Überfall ist stark abgeklungen. Belastungen durch Paarkonflikte zwischen den Eltern und die schwer beeinträchtigte Vater-Sohn-Beziehung sind weiterhin vorhanden. L. selbst möchte keine weitere Behandlung wahrnehmen.</p> | <p>keine weiteren vereinbarten Termine 7 Termine</p> |

| Vorstellungsgrund | Weitere Perspektive | Gesamtstundenanzahl |
|---|---|--|
| <p>K. (*06.2009) F41.2 G (Ängstlich-depressives Syndrom); X84.9 G (Absichtliche Selbstbeschädigung); F43.1 G (Posttraumatische Belastungsstörung)</p> <p>K. hat sich im Alter von 12 Jahren prostituiert und einem älteren Mann (61 Jahre) sexuelle Dienste angeboten. K. habe in alles eingewilligt, was er tun wollte, obwohl es sie psychologisch überfordert habe (Oralverkehr, BDSM, Urin-Fetisch). Eine Anzeige sei durch die Mutter erstattet worden.</p> <p>Bei K. liegt ein lang chronifiziertes Störungsbild vor. Auch in dem Jahr vor der Prostitution habe K. suizidale Gedanken und Panikattacken gehabt und sich selbst verletzt. Ausgrenzungs- und Mobbing Erfahrungen begleiten sie ihr Leben lang. Es besteht eine ausgeprägte Neigung zu dissoziativer Abspaltung.</p> | <p>Die Weiterführung der Behandlung in unserer Praxis wurde von K. auf eigenen Wunsch beendet. Laut Eltern wurde eine weiterführende Behandlung bei einer Kunsttherapeutin begonnen. Eine Unterbringung in einer therapeutischen Wohngruppe haben wir empfohlen. K. und ihre Mutter sehen zum jetzigen Zeitpunkt dafür keinen Bedarf.</p> | <p>keine weiteren vereinbarten Termine</p> <p>17 Termine</p> |
| <p>B. (*01.2007) F43.1 Z.n. Posttraumatischer Belastungsstörung</p> <p>B. wurde 2022 Opfer von Gewalttaten von einer Gruppe junger Männer, die eine junge Frau belästigt haben sollen. Er und 3 weitere Freunde haben die Männergruppe angesprochen, woraufhin diese ihn gewalttätig attackiert haben. B. erlitt zahlreiche Hämatome und einen Jochbeinbruch.</p> | <p>Entwicklung ist stabil. B. berichtet von einer sehr guten Reduktion der Symptome (Alpträume, Ängste herauszugehen, bestimmte Orte aufzusuchen, Menschen mit arabischem Hintergrund zu begegnen sowie eine hohe Alltagsanspannung) und dass er sich wieder ohne Ängste in der Stadt bewegen könne. Wir entscheiden uns für eine Beendigung der Intervention. Seitens unserer Praxis gibt es keine weitere Therapieempfehlung.</p> | <p>keine weiteren vereinbarten Termine</p> <p>8 Termine</p> |

| Vorstellungsgrund | Weitere Perspektive | Gesamtstundenanzahl |
|---|---|--|
| <p>F. (*05.2007)</p> <p>F43.0 Z. n. akuter Belastungsreaktion</p> <p>Nebendiagnosen: nicht im Zusammenhang stehend mit dem Ereignis ist eine psychogene Essstörung.</p> <p>F. wurde 2023 Opfer eines räuberischen Überfalls. Sie wurde von Jugendlichen mit einem Messer bedroht und ihr wurden die Kopfhörer, das Handy und das Portemonnaie gestohlen. Sie erlitt bei dem Überfall keinen körperlichen Schaden. Seitdem meidet sie Orte, an denen sich wenig Menschen aufhalten. Sie fühle sich oft sehr unsicher und wehrlos.</p> | <p>Aktuell lässt sich keine mittel- oder langfristige seelische Beeinträchtigung als Folge des Überfalls feststellen, die Angstsymptomatik ist abgeflaut. Es erfolgte eine Empfehlung für eine ambulante Psychotherapie in Bezug auf die Essstörung. Diese wurde von der Patientin zum Abschluss der Behandlung begonnen. Die Familie kann sich bezüglich der Überfallsituation oder der neu aufgetretenen Problematik gerne wieder in unserer Praxis melden.</p> | <p>keine weiteren vereinbarten Termine</p> <p>8 Termine</p> |
| <p>D. (*04.2006)</p> <p>F43.0 G Akute Belastungsreaktion</p> <p>D. sei von einer Gruppe junger Männer ins Gesicht und an den Kopf geschlagen, bedroht und beraubt worden. Sie seien mit Messern und Schlagstöcken ausgestattet gewesen. Er habe sich die ersten Tage nach dem Vorfall nicht aus dem Haus getraut. Die Polizei konnte später die Täter mit dem gestohlenen Geld fassen. D. leide jetzt unter großen Ängsten, dass diese jungen Männer ihm noch einmal auflauern könnten.</p> | <p>Im Rahmen der Erstintervention der Trauma-Ambulanz gelang eine sehr gute Symptomreduktion. Die Stimmung ist wieder stabiler, die Konzentration gut und der Schlaf zwar noch leicht unterbrochen, aber stabilisiert. D. kann abends wieder unterwegs sein, er ist etwas vorsichtiger, aber vermeidet keine Stadtfahrten usw. mehr.</p> <p>D. erhält noch einmal therapeutische Unterstützung im Einzel bzgl. des Themas der Nähe und Distanz. Aktuell wird ein Therapieende besprochen.</p> | <p>derzeit zur Therapie in unserer Praxis</p> <p>5 Termine</p> |

| Vorstellungsgrund | Weitere Perspektive | Gesamtstundenanzahl |
|--|---|--|
| <p>N. (*04.2011)</p> <p>F43.0 G (Akute Belastungsreaktion); F93.8G (unsichere Ich-Entwicklung)</p> <p>Der Bruder der Patientin wurde durch den Vater im Rahmen einer Gewalttätigkeit tödlich verletzt (2023). Zum aktuellen Zeitpunkt ermittelt die Staatsanwaltschaft. N. sei 8 Tage lang nicht zur Schule gegangen und besuche seitdem regelmäßig den Schulunterricht, sie wirke dabei sehr in sich gekehrt. Der Vater befindet sich aktuell in der forensischen Psychiatrie. Die Mutter sei krankgeschrieben. Sie erhalte selber Unterstützung über die Trauma-Ambulanz in der Heines Klinik.</p> | <p>Die Mutter hatte die Diagnostik und Krisenintervention gegen ärztlichen Rat beendet.</p> <p>Die Erfahrung einer solch drastischen Gewalttat durch den leiblichen Vater am Bruder hat mit Sicherheit eine psychotraumatische Wirkung N. Ihre aktuelle Strategie, die Ereignisse „ungeschehen“ zu machen, machen eine posttraumatische Verarbeitung eher wahrscheinlich. Dazu kamen die beobachteten dissoziativen Beeinträchtigungen und die Beeinträchtigung in der Aufmerksamkeitssteuerung. Aufgrund der Schwere der Ereignisse und der mangelnden Möglichkeiten, therapeutisch tätig zu werden, ist eine Traumafolgestörung wahrscheinlich.</p> | <p>hat noch einen Termin in unserer Praxis</p> <p>1 Termin</p> |
| <p>A. (*10.2010)</p> <p>F43.0 G (Akute Belastungsreaktion)</p> <p>Ermordung des Vaters 2022. Der Mord erfolgte durch einen schizophren erkrankten, drogenabhängigen Mann, der in das Wohnzimmer der Familie stürzte und mit einem Messer auf den Vater einstach. A. (11 Jahre) kontaktierte die Polizei, die ihr aber keinen Glauben schenkte. Erst als eine Nachbarin die Polizei rief, kamen ein Rettungswagen und die Polizei. Es erfolgten Reanimationsversuche und die Festnahme des Täters. Am nächsten Tag wurde die Familie informiert, dass der Vater verstorben sei.</p> | <p>Zur Primärverarbeitung zunächst mit der ganzen Familie gearbeitet, dann einzeln mit den drei Geschwistern als Zeug:innen.</p> <p>Die Symptomreduktion in Bezug auf Ängste, Schlafstörungen und Konzentrationsstörungen gelang zum Teil. Die Intervention war sehr verwoben mit der Trauerverarbeitung.</p> <p>Abschluss der Behandlung seitens A. und ihrer Mutter. Es besteht das Angebot unsererseits für eine Wiedervorstellung.</p> | <p>keine weiteren vereinbarten Termine</p> <p>7 Termine</p> |

Literatur

- Eckers, D. (2016). EMDR-Erzählgeschichten bei Kindern. In C. Rost (Hg.), EMDR zwischen Struktur und Kreativität: Bewährte Abläufe und neue Entwicklungen. Junfermann Verlag.
- Kalff, D. M. (2022). Sandspiel: Seine therapeutische Wirkung auf die Psyche. Ernst Reinhardt Verlag.
- Lansch, D. (2010). Die Arbeit mit der Vier-Felder-Technik. EMDRIA-Rundbrief S, 37–58.
- Reddemann, L. (2024). Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. Psychotherapie, 29(1), 63–78.
- Sack, M., Sachsse, U., Schellong, J., & Gahleitner, S. B. (2022). Komplexe Traumafolgestörungen, 2. Auflage: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung. Schattauer.
- Shapiro, F., & Trunk, C. (2022). EMDR – Grundlagen und Praxis: Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Junfermann Verlag.

Rechtliche Grundlagen

- Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) https://media.offenegesetze.de/bgbl1/2019/bgbl1_2019_50.pdf#page=52
- Traumaambulanz-Verordnung vom 20. Oktober 2022 (BGBl. I S. 1816) <https://www.gesetze-im-internet.de/tambv/BJNR181600022.html>

Hinweise auf weiterführende Literatur

- Brächter, W. (2010). Geschichten im Sand: Grundlagen und Praxis einer narrativen systemischen Spieltherapie. Carl Auer.
- Epple, F., Weidner, K., & Schellong, J. (Hg.). (2018). Praxisbuch Psychotraumatologie (1. Auflage). Georg Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b-006-149613>
- Keller, R., Frommberger, U., & Graul, J. (Hg.). (2022). Praxishandbuch Traumatherapie: Diagnostik, ambulante und stationäre Behandlung, Rahmenbedingungen und Anwendungsbeispiele. Elsevier Health Sciences.

Landolt, M. A. (2003). Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.11530>

Landolt, M. A. (2021). Psychotraumatologie des Kindesalters: Grundlagen, Diagnostik und Interventionen. Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.

Richter, A.-K. (2024). Therapie-Tools EMDR. Beltz Verlagsgruppe. http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783621289108

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Carsten Edert

FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Tresckowstraße 1

28203 Bremen

E-Mail: edert@kinderpsychiater-bremen.de

**Es gibt nichts Gutes,
außer man tut es.**

Erich Kästner

Bundesverdienstmedaille für Dr. med. Jutta Kaestner

Unsere hochverdiente und hochgeschätzte Kollegin Dr. med. Jutta Kaestner hat die Bundesverdienstmedaille erhalten. Damit wird ihr eine schon lange verdiente Ehrung zuteil, zu der wir ihr von ganzem Herzen gratulieren und in deren Abglanz auch wir uns ein wenig sonnen dürfen!

In dieser Würdigung soll beschrieben werden, welches soziale Engagement Dr. Jutta Kaestner in ihrem langen, erfüllten Leben gezeigt und was sie bewirkt hat. Doch es soll auch die engagierte Ärztin Erwähnung finden.

Jutta Kaestner wurde am 29.05.1934 in Blankenburg am Harz als 3. Kind der Familie Köhler geboren. Ihre Mutter verstarb schon 1 ½ Jahre später. 7 Jahre später heiratete ihr Vater eine Witwe mit einem älteren Sohn und es kamen noch 3 Halbgeschwister dazu. Eine bunte, sicher nicht immer einfache Familie!

Von prägender Bedeutung war der Großvater Adolf Just, der durch eigene Krankheitserfahrung sich der Lebensreformbewegung zugewandt hatte. Er eröffnete 1898 die „Naturheilkundliche Anstalt Jungborn“ bei Stapelburg, ein ärztlich geleitetes Sanatorium mit dem Wahlspruch „Kehrt zur Natur zurück!“ Dazu erfand Adolf Just die Rohkost, begann mit ökologischem Obst- und Gemüseanbau und mit der „Heilerde-Aufbereitung“. 1950 wurde die Familie in der damaligen DDR enteignet und floh den Westen. Da der „Jungborn“ im Bereich des Grenzstreifens lag, wurden bei dessen Befestigung alle Gebäude gesprengt.

Der Vater von Jutta Kaestner baute in Bad Homburg v. d. Höhe die „Heilerde-Gesellschaft Luvos Just GmbH & Co.KG“ wieder auf. Diese hat inzwischen ihren Sitz in Friedrichsdorf und wird seit 2006 von der Tochter von Kollegin Kaestner, der Dipl.-Volkswirtin Ariane Kaestner geleitet.

Jutta Kaestner selbst wuchs bei ihrer Patentante in Soest/Westf. auf, machte dort das Abitur, studierte Medizin und wurde in Köln Fachärztin für Pädiatrie. Vielleicht wurde sie dort mit dem Kinderpsychiatrie-Virus infiziert, denn an der Univ. Kinderklinik in Köln hatte seit Beginn der 50er Jahre Prof. Dr. Hubert Harbauer die erste heilpädagogisch-kinderpsychiatrische Abteilung an einer Kinderklinik in Deutschland, die „Pestalozzi-Station“ aufgebaut, bevor er 1967 an die Universität in Frankfurt/Main berufen wurde. Dort erfolgte auch die Weiterbildung von Dr. Jutta Kaestner zur Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

1968 blieb noch Zeit für die Eheschließung mit dem Meteorologen Kaestner.

1971 begann sie gemeinsam mit Dr. Albrecht und Herrn Oberding im Rahmen des LWV in Idstein mit dem Aufbau einer hessischen „Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgungsklinik“. Es war die Zeit, in der nicht nur die Jugend, die „68er“, revoltierten, sondern es war auch die Zeit der bitter notwendigen Psychiatrie-Reformen. Vor allem im Behindertenbereich lag vieles im Argen. Der Medizinkasten war kaum gefüllt. Evidenzbasierte Medizin war am Beginn. Die „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ war erst 1968 als eigenständiges Fachgebiet etabliert worden.

Diese Turbulenzen hatten jedoch auch positive Ergebnisse mit der Entwicklung integrativer, multiprofessioneller Teams unter Einbeziehung von Psychologen, Heil- und Sonderpädagogen und diversen Therapeuten. Dabei war es von Vorteil, dass sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie historisch aus den Wurzeln von Kinderheilkunde, Psychiatrie, Heilpädagogik und Psychotherapie entwickelt hatte.

Nach der Anerkennung als Fachklinik 1973 erfolgte der Umzug in die neue „Klinik-Rheinhöhe“ auf dem Eichberg in Eltville, wobei Idstein als Außenstelle erhalten blieb. Auf dem „Eichberg“ war bereits 1849 eine „Landes-Heil- und Pflegeanstalt“ geschaffen worden. Doch gibt es auch ein schlimmes Erbe mit der „Kinderfachabteilung“, die von 1941 bis 1945 dort bestand. Heute erinnert eine Gedenkstätte an die dort im Rahmen des Euthanasieprogramms ermordeten Kinder. An der Klinik „Rheinhöhe“ war Dr. Jutta Kaestner bis zur Pensionierung die „Ärztliche Leiterin“.

Der Verfasser erinnert sich immer wieder mit Freude an eine wunderbare BAG-Sitzung in Eltville, bei der es neben inhaltsreichen Vorträgen auch kulturelle und kulinarische Höhepunkte gab.

Dr. Jutta Kaestner erhält die Bundesverdienstmedaille jedoch nicht wegen ihrer hohen beruflichen Verdienste, sondern für ihr außerberufliches soziales Engagement, auch wenn diese durchaus von privater und beruflicher Biografie inspiriert war und ist.

Dies betonte Dr. Jürgen Linden, Oberbürgermeister der Stadt Aachen 2003 in einer Laudatio, in der er darauf hinwies, dass man die Bundesverdienstmedaille nicht für den Beruf, die alltägliche Arbeit bekäme, und sei diese auch noch so gut, sondern für das, was man überdies für die Mitmenschen und Gesellschaft getan hat und tut.

Bereits während der klinischen Tätigkeit organisierte Dr. Jutta Kaestner unterstützende ehrenamtliche Projekte wie Therapeutisches Reiten, Kletterwand und Snoezelraum.

1979 war sie an der Gründung der „Werkgemeinschaft zur Resozialisierung aus der Psychiatrie-Entlassener“, beteiligt, die neben der Verbesserung therapeutischer Angebote mit zahlreichen Projekten zu differenzierter Nachsorge und Wiedereingliederung beitrug. Dazu gehören u. a.: ein Übergangwohnheim mit integrierter Werkstatt, das Büro-Service-Sekretariat, die Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle, Betreutes Wohnen, Tagesstätte mit Beschäftigungstherapie, Jugendcafé, beschützte Arbeits- und Ausbildungsplätze, Club 75, kleine Werkstätten für Holzarbeiten, Fahrradwerkstatt und Waschmaschinenrecycling, Krisendienst und Angehörigengruppen. Diese Angebote waren über die Stadt verteilt, also nah an den Menschen, ganz im Sinne der Psychiatrie-Enquête.

Im Rheingau hatte sich der „Lebensraum-Verein“ mit ähnlichen Aufgaben und Strukturen etabliert. Gemeinsam trug man dazu bei, dass sich die PatientInnenzahl in den Kliniken auf dem Eichberg von 1200 auf 400 verringerte. Für alle ein großer Gewinn an Lebensqualität! Inzwischen ist aus diesem ehrenamtlichen Projekt ein mittelständisches Unternehmen, die „Werkgemeinschaft e. V.“ geworden, mit 140 Mitarbeitenden, die bis zu 500 Menschen betreuen.

1986 trat Dr. Jutta Kaestner dem „Zonta Club Wiesbaden“ bei. Dieser Club ist Teil von „Zonta International“, einem weltweiten Zusammenschluss berufstätiger Frauen in verantwortlicher Position, die sich gemeinsam dafür einsetzen, die Lebenssituation von Frauen im rechtlichen, politischen, wirtschaftlichen und beruflichen Bereich zu verbessern. Die „Confederation of Zonta Clubs“ wurde 1919 in Buffalo, New York, USA gegründet und finanzierte bereits 1923 in Smyrna, Türkei, ein Projekt zur Unterstützung von Waisenkindern und

Frauen. 1927 wurde in Toronto, Kanada, der erste Club außerhalb der USA gegründet. Inzwischen gibt es in 64 Ländern 1.100 Zonta Clubs mit 26.000 Mitgliedern. Dr. Jutta Kaestner hatte zweimal die Präsidentschaft für den Zonta Club Wiesbaden inne, zuletzt 2004-2006. U.a. war sie für die Wettbewerbe YWPA-Award (Young Woman in Public Affairs Award) und JANE M KLAUSMAN Business Scholarship auf lokaler Ebene zuständig und hat diese Preise nachhaltig in Deutschland etabliert. Besonders intensiv hat sie die beiden Projekte „Biser e.V. Initiative für Frauen aus Bosnien-Herzegowina“ und „Kinderhilfe Afghanistan von Dr. Erös“ mit Engagement und Spenden nachhaltig unterstützt.

Sie gehört mit ihrer großzügigen Unterstützung der „Stiftung-KJPP“ in deren Gründungsphase auch zu deren „Förderkreis“.

Wir gratulieren Ihnen, liebe, hochgeschätzte Kollegin, Dr. Jutta Kaestner, zu dieser hohen und wohlverdienten Auszeichnung, wünschen Ihnen Freude über diese Anerkennung im Kreis Ihrer Familie, Ihren Freundinnen und Freunden und hoffen, noch viel von Ihnen zu hören und auch lernen zu dürfen!

Mit herzlichen Grüßen

Ihr Christian K. D. Moik

Ehrenvorsitzender des BKJPP

Vorstandsvorsitzender der Stiftung-KJPP

Hinweise für Autor*innen

1. Das forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen. Die Zeitschrift erscheint 4 x pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen die Redaktionsleitung Dr. Annegret Brauer (brauer@bkjpp.de oder redaktion-forum@bkjpp.de)

2. Urheberrecht / Rechtseinräumung / Copyright:

Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheidet die Redaktion. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Herausgeber, den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP e.V.) über. Der/die Autor:in bestätigt und garantiert, dass er/sie uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an dem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt.

Der/die Autor:in räumt – und zwar auch zur Verwertung seines/ihres Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Vor Publikation eines Beitrages überträgt der/die Autor:in dem Herausgeber das ausschließliche geographische und zeitlich unbeschränkte Recht der Speicherung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe.

3. Interessenkonflikte:

Die Autor:innen sind verpflichtet, alle Interessen aufzuführen, unabhängig davon, ob der/die Erklärende selbst darin einen Interessenskonflikt sieht oder nicht.

4. Manuskriptgestaltung:

✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (per E-Mail oder USB-Stick) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor:innen: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10.

✓ Das Manuskript sollte neben dem Beitragstitel eine Zusammenfassung / Abstract und die Nennung von bis zu 5 Schlüsselwörtern / Keywords jeweils in deutscher und in englischer Sprache beinhalten.

- ✓ Vollständige Anschrift der Autor:innen einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
 - ✓ Manuskriptlänge max. 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen, ca. 1500 pro Seite), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. (je Seite ca. 2.500 Anschläge).
 - ✓ Die Zahl der Abbildungen ist nicht begrenzt. Farbabbildungen in Ausnahmefällen, bitte kennzeichnen.
 - ✓ Bitte Grafiken und Fotos stets als Originaldateien mailen. Im Manuskript bitte Platzhalter für Abbildungen kennzeichnen..
 - ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens der Autor:in und des Erscheinungsjahrs.
 - ✓ Folgende Zitierweise ist außerdem möglich: in Vorbereitung stehende Arbeiten, nicht publizierte Vorträge, eingereichte, aber noch nicht zum Druck angenommene Manuskripte, persönliche Mitteilungen.
 - ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: die Autor:innen (kein „et al.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen <https://de-academic.com/~dic.nsf/~dewiki/855488>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten) nach den Zitierregeln der APA-Richtlinien, siehe <https://www.scribbr.de/zitieren/apa-generator/>.
 - ✓ Beispiele: (wichtig sind die Klammern beim Erscheinungsjahr nach den Autoren)
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 Leitfadens für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag
5. Die Autor:innen erhalten das Manuskript der endgültigen Fassung im PDF-Format und 3 Hefte als Belegexemplare.

**ABONNEMENT****FORUM der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**

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

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

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

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

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____

Zahlungsweise:

- Ich erteile hiermit die Einzugsermächtigung für die Zahlung des Abonnements
 Ich bin nicht damit einverstanden, dass meine Beitragsrechnung als PDF-Dokument per E-Mail verschickt wird.

Bankverbindung zur Erstellung eines SEPA-Lastschriftmandates:

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

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

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74BUN00000800342, Mandatsreferenz: Ihre individuelle Mandatsreferenz wird Ihnen jährlich mit den Beitragsrechnungen mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den BKJPP e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BKJPP e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum _____ Unterschrift Kontoinhaber/-in: _____

Informationen für Anzeigenkunden

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



Media Daten 2026

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 20,- Euro, das Jahresabonnement kostet 60,- Euro, alles inklusive Versand.)

Kündigung Jahresabo bis 30. Juli 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.

Umbach 4
55116 Mainz
Tel.: 06131 6 93 80 70
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

| | |
|--------------------------------------|-----------------|
| Firmenanzeigen | 1.600,- Euro |
| Stellenanzeigen, Fortbildung, etc | |
| Nichtmitglieder, Institute, Kliniken | 700,- Euro |
| Mitglieder | 350,- Euro |
| Farbanzeigen 4c | plus 480,- Euro |

auslaufende Formate sind möglich mit 3mm Randbeschnitt



130 x 95 mm, einfarbig Graustufen

| | |
|--------------------------------------|-----------------|
| Firmenanzeigen | 850,- Euro |
| Stellenanzeigen, Fortbildung, etc | |
| Nichtmitglieder, Institute, Kliniken | 450,- Euro |
| Mitglieder | 220,- Euro |
| Farbanzeigen 4c | plus 380,- Euro |



130 x 62 mm, einfarbig Graustufen

| | |
|--------------------------------------|-----------------|
| Firmenanzeigen | 600,- Euro |
| Stellenanzeigen, Fortbildung, etc | |
| Nichtmitglieder, Institute, Kliniken | 250,- Euro |
| Mitglieder | 180,- Euro |
| Farbanzeigen 4c | plus 330,- Euro |



Sonderseiten Umschlag

170 x 240 mm, nur 4c Farbe

| | |
|-----------------------|--------------|
| Umschlag innen, U2+U3 | 2.550,- Euro |
|-----------------------|--------------|

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

Termine 2026

| Ausgabe forum | Anzeigenschluss | Erscheinungstermin* |
|---------------|--------------------|---------------------|
| 1-2026 | 15. Dezember 2025 | 2. KW 2026 |
| 2-2026 | 17. März 2026 | 15. KW 2026 |
| 3-2026 | 16. Juni 2026 | 28. KW 2026 |
| 4-2026 | 15. September 2026 | 41. KW 2026 |

* 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)

Umbach 4, 55116 Mainz

Verantwortliche Redaktion „forum“

Dr. med. Annegret Brauer (V.i.S.d.P.), Dr. med. Maik Herberhold

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

Dr. med. Dipl. Psych. Franz Wienand

Alle Beiträge bitte an: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief

Dr. med. Arnfried Heine (V.i.S.d.P.), Nicole Kauschmann-Loos, Mirjana Husakovic

Alle Beiträge bitte an: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank

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

Gesamtherstellung

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

Verantwortlich für den Anzeigenteil

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

e-mail: didier@metadruck.de, Tel.: 030 / 61 70 21 47

Erscheinungsweise: *forum* 4-mal jährlich

Mitgliederrundbrief / 2-mal jährlich (April und Oktober)

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.