

**W o r t p r o t o k o l l \*)**

zu TOP 1 der 22. Sitzung

der Kommission zur Wahrnehmung  
der Belange der Kinder

**Mittwoch, 23. Februar 2011, 16.00 Uhr**  
**Berlin, PLH (Paul-Löbe-Haus), Raum 2.200**

Vorsitz: Abg. Marlene Rupprecht (SPD)

**Öffentliche Anhörung**

**zum gesunden Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen**  
**Themen: „Arzneimittelversorgung; ADHS; Psychische Gesundheit“**

\*) redaktionell überarbeitete Tonaufzeichnung

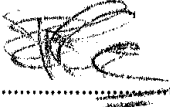

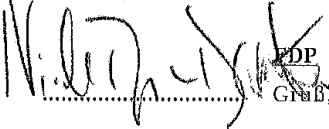
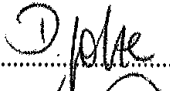

<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
Anwesenheitslisten	3
Liste der Sachverständigen	7
Sprechregister	8
Wortprotokoll	9



**Sitzung des Ausschusses Nr. 13 (Kinderkommission)**  
Mittwoch, 23. Februar 2011, 16:00 Uhr

**Anwesenheitsliste**

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder des Ausschusses	Unterschrift
<u>CDU/CSU</u> Pols, Eckhard		<u>CDU/CSU</u> Schön (St. Wendel), Nadine	.....
<u>SPD</u> Rupprecht (Tuchenbach), Marlene		<u>SPD</u> Özoguz, Aydan	.....
<u>FDP</u> Bracht-Bendt, Nicole		<u>FDP</u> Grieb, Miriam	.....
<u>DIE LINKE.</u> Golze, Diana		<u>DIE LINKE.</u> Wunderlich, Jörn	.....
<u>BÜ90/GR</u> Dörner, Katja		<u>BÜ90/GR</u> Deligöz, Ekin	.....

Off.

*Kinderkommission (13)*




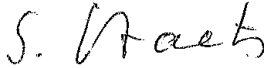

Mittwoch, 23. Februar 2011, 16:00 Uhr

	<u>Fraktionsvorsitzende:</u>	<u>Vertreter:</u>
CDU/ CSU	.....	.....
SPD	.....	.....
FDP	.....	.....
DIE LINKE.	.....	.....
BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	.....	.....

<u>Fraktionsmitarbeiter:</u>	<u>Fraktion:</u>	<u>Unterschrift:</u>
(Name bitte in Druckschrift)		
Marc Köster	B 90/Grüne	RJ
Cela Dethle	DIE LINKE	C. Dethle
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....



**Anwesenheitsliste der Sachverständigen  
für die öffentliche Anhörung zum Thema „Arzneimittelversorgung;  
ADHS; Psychische Gesundheit“  
Mittwoch, 23. Februar 2011, 16.00 Uhr**

Name	Unterschrift
<b>Prof. Dr. Dr. h. c. Hubertus von Voß</b> Kindernetzwerk e. V.	
<b>Prof. Dr. med. Dr. h. c. Wolfgang Rascher</b> Kommission Arzneimittel für Kinder und Jugendliche am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	
<b>Dr. med. Christa Schaff</b> Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.	
<b>Susanna Staets</b> Kinder psychisch kranker Eltern e. V.	
<b>Onur Gürsel</b> Kinder psychisch kranker Eltern e. V.	

**Liste der Sachverständigen**

**Prof. Dr. Dr. h. c. Hubertus von Voß**

Kindernetzwerk e. V.

**Prof. Dr. med. Dr. h. c. Wolfgang Rascher**

Kommission Arzneimittel für Kinder und Jugendliche am Bundesinstitut für  
Arzneimittel und Medizinprodukte

**Dr. med. Christa Schaff**

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

**Susanna Staets**

KIPKEL – Kinder psychisch kranker Eltern e. V.

**Onur Gürsel**

KIPKEL – Kinder psychisch kranker Eltern e. V.

## Sprechregister

### Kinderkommission

### Seite

Vorsitzende Marlene <b>Rupprecht</b> (SPD)	9, 12, 15, 17, 20, 22, 23, 33, 34, 38, 39, 40, 42, 46
Nicole <b>Bracht-Bendt</b> (FDP)	21, 28, 45
Diana <b>Golze</b> (DIE LINKE.)	44
Katja <b>Dörner</b> (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	16, 30

### Sachverständige

Prof. Dr. Dr. h. c. Hubertus <b>von Voß</b>	13, 15, 16, 22, 27, 28, 31, 37, 38, 42, 44
Prof. Dr. med. Dr. h. c. Wolfgang <b>Rascher</b>	11, 24, 25, 30, 31
Dr. med. Christa <b>Schaff</b>	17, 20, 21, 22, 23, 25, 28, 30, 31, 35
Susanna <b>Staets</b>	38, 39, 41, 43, 45
Onur <b>Gürsel</b>	39, 41

### Weitere Mitglieder des Bundestages

Sylvia <b>Canel</b> (FDP)	23
Maria <b>Klein-Schmeink</b> (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	15, 20

### Bundesregierung

Dr. Thomas <b>Stracke</b> (BMG)	34
---------------------------------	----



Beginn der Sitzung: 16.07 Uhr

**Vorsitzende:** Ich darf Sie ganz herzlich in der Kinderkommission des Deutschen Bundestages begrüßen. Die Kinderkommission setzt sich aus fünf Mitgliedern – von jeder Fraktion eine Person – zusammen. Das ist jeweils die oder der Kinderbeauftragte der Fraktion. Unser einziger Mann fehlt im Moment. Ihn muss ich entschuldigen, weil er sich im Plenum zur Aktuellen Stunde zu einem schwierigen Thema befindet. Auch seine Stellvertreterin konnte nicht kommen, sonst sind wir immer vollständig. Ich fange an, die Mitglieder vorzustellen: Das ist Frau Dörner von Bündnis 90/Die Grünen, Frau Golze von der Linken-Fraktion und Frau Bracht-Bendt von der FDP, Herr Pols von der CDU/CSU ist leider nicht anwesend. Mein Name ist Marlene Rupprecht, ich bin die derzeitige Vorsitzende. In der Kinderkommission haben wir ein besonderes Verfahren, das es ansonsten im Parlament nicht gibt: Wir wechseln uns im Vorsitz ab und die größte Fraktion beginnt. Das heißt, der erste Vorsitzende war Herr Pols von der CDU/CSU-Fraktion, als zweite bin ich jetzt dran und danach kommt Frau Bracht-Bendt, Frau Golze und Frau Dörner. Die jeweiligen Vorsitzzeiten sind gleich lang. Der Zeitraum von der Einsetzung der Kommission bis zum Ende der Wahlperiode wird durch fünf geteilt – das ergibt für jedes Mitglied neun Monate Vorsitzzeit. Wir haben noch etwas Besonderes, nämlich das Einstimmigkeitsprinzip, d. h. wir müssen jeden Beschluss einstimmig beschließen, ansonsten ist alles abgelehnt. Es zeichnet uns aus, dass wir ganz an den Kinderinteressen orientiert sind. Jedes Mitglied gibt sich ein Arbeitsprogramm und das Arbeitsprogramm, das wir derzeit abarbeiten, ist das Thema „Kinder und Gesundheit“. Dazu gab es 2002 im Bundestag einen Antrag aller Fraktionen. Es ging darum, die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu sichern und zu verbessern. Wir fragen nun neun Jahre später: Was ist daraus geworden? Wurden die erteilten Aufträge umgesetzt? Bestehen eventuell noch Lücken? Dort war unter Punkt 7 die Arzneimittelversorgung von Kindern und unter Punkt 8 ADHS angesprochen worden. Deshalb stehen beide Punkte heute auf unserer Tagesordnung. Zu anderen Themen haben wir bereits Anhörungen durchgeführt.

Ich darf zu diesen Punkten ganz herzlich Herrn Prof. Dr. Rascher aus Erlangen begrüßen, der Vorsitzende der Kommission für Arzneimittel für Kinder und Jugendliche beim Bundesinstitut für Arzneimittel (KAKJ). Von daher kennen wir uns auch.

Diese Kommission wurde eingesetzt, um Punkt 7 oder einen Teil davon abzuarbeiten. Vielen Dank, dass Sie aus Erlangen hergekommen sind. Neben Ihnen sitzt für das Thema ADHS und vor allem für die seltenen Krankheiten Herr Prof. Dr. von Voß, früher Leiter des Sozialpädiatrischen Zentrums in München, jetzt im Ruhestand. Wir kennen uns auch schon einige Zeit über die KAKJ, wo wir beide – ich für die Kinderkommission und Sie für den Verband – beratende Mitglieder waren. Neu in unserer Runde ist Frau Dr. Schaff vom Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu dem Thema ADHS und psychische Gesundheit. Ebenfalls begrüßen möchte ich in unserer Runde den Verein KIPKEL. Diese Einrichtung wurde uns von unserer Kollegin Noll von der CDU/CSU-Fraktion empfohlen, die gesagt hat, dass dringender Handlungsbedarf für die Prävention für Kinder von psychisch kranken Eltern besteht. Ich begrüße deshalb Frau Susanna Staets und Herrn Gürsel, die uns nachher eine kurze Filmsequenz zeigen werden. Ich freue mich, dass heute das Bundesgesundheitsministerium durch Herrn Dr. Stracke vertreten wird. Auch das ist eine Besonderheit zu den sonstigen Anhörungen – wir sind sehr offen in der Diskussion und man kann nachfragen. Herr Dr. Stracke wird sich sofort melden, wenn er etwas ergänzen oder korrigieren möchte und kann damit in die Diskussion eingreifen. Es ist noch eine Kollegin anwesend, die nicht Mitglied der Kinderkommission ist. Wir haben immer wieder Gäste, die einfach die Thematik interessiert. Ich darf alle Zuhörerinnen und Zuhörer oben in der Galerie begrüßen und freue mich, dass Sie sich für das Thema interessieren. Öffentliche Sitzungen sind nicht sehr häufig. Ich hoffe, Sie nehmen aus dem heutigen Expertengespräch Informationen oder auch Anregungen mit, um sie mit Kolleginnen und Kollegen zu beraten und leiten uns die Ergebnisse wieder zu.

Es ist üblich, dass wir ein Wortprotokoll fertigen, das kein Geheimdokument ist, sondern ein Dokument, das ins Netz gestellt wird. Dafür muss ich Ihr Einverständnis einholen. Wenn Sie also keine Einwände haben, sehe ich es als beschlossen an, dass Sie sich mit Ihren Wortbeiträgen im Netz wiederfinden.

Wir beginnen mit dem Thema „Versorgung mit Arzneimitteln“. Ich bitte darum, dass Sie in fünf Minuten, sechs Minuten Ihre wichtigsten Gesichtspunkte vortragen. Danach machen wir mit dem nächsten Punkt weiter. Zunächst sind nur Sachfragen zugelassen, die Diskussionsrunde beginnt erst nachher, denn vieles wird sich über-

schneiden. Da Sie, Herr Prof. Dr. Rascher, nicht nur Sachverständiger für die KAKJ, sondern als Leiter der Erlanger Uni-Kinderklinik, wo Sie auch ein Sozialpädiatrisches Zentrum haben, ebenfalls Experte für die Kindergesundheit sind, sind wir heute gut mit Sachverstand versorgt. Beginnen Sie, Herr Prof. Dr. Rascher, mit Ihrem Statement. Danke.

**Prof. Dr. med. Dr. h. c. Wolfgang Rascher** (Kommission Arzneimittel für Kinder und Jugendliche am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte): Sehr geehrte Frau Rupprecht, meine sehr verehrten Damen und Herren. Die Versorgung mit Arzneimitteln bei Kindern war insoweit problematisch, als die Gesetzgebung nur Studien an Kindern zugelassen hat, wenn die Kinder selbst betroffen waren und einen hohen Nutzen von diesen Studien hatten. Das war bei einigen Studien nicht gegeben. In der Zwischenzeit haben sich gesetzliche Veränderungen und auch die Notwendigkeit, Medikamente bei Kindern zu prüfen, ergeben – beispielsweise durch die europäische Gesetzgebung und die durch diese inaugurierten Regularien „Better medicines for children“. Wie Sie wissen, hat die 12. Novelle zum Arzneimittelgesetz (AMG) die Rahmenbedingungen dafür geschaffen, dass notwendige Studien bei Kindern auf ein Mindestmaß begrenzt sein müssen und ihr Nutzen sehr hoch sein muss. Man darf bestimmte Studien nicht durchführen, wenn sie sozusagen nicht zum Ziel führen. 2007 hat die EU-Kinderarzneimittelverordnung bewirkt, dass die pharmazeutischen Unternehmen heute einen Plan – den pediatric investigational plan - vorlegen müssen, damit neue Medikamente auch für Kinder entwickelt werden. Sie müssen also nach der ersten Phase der Arzneimittelprüfung festlegen, wie sie gedenken, diese Medikamente für die Kinder zu entwickeln. Das wird dazu führen, dass ein neues Medikament, das auf den Markt kommt, immer unter dem Aspekt beleuchtet wird: Nutzt es den Kindern? In welchem Grad der Erprobung werden die Kinderstudien notwendig sein? Das wird signifikant zur Verbesserung der Versorgung beitragen.

Die Bundesrepublik Deutschland hat im AMG die Gründung einer Kommission festgelegt. Die Kommission Arzneimittel für Kinder und Jugendliche, in der ich Vorsitzender bin, berät das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sehr intensiv, damit auch die Praxis in die Auseinandersetzung oder in die Diskus-

sion eingeht und das Amt in Fragen der Kinderarzneimittel beraten wird. Bei den sogenannten Altmedikamenten greift das Verfahren nicht sehr gut. Altmedikamente sind die Medikamente, von denen wir wissen, dass sie wirksam sind, bei denen aber die Dosisfindung nicht sehr gut funktioniert. Dennoch wenden wir sie seit Jahren und Jahrzehnten an – hier greifen die Mechanismen nicht, spezielle Mittel für Kinder zu prüfen und zu testen. So bleiben wir bei diesen Altmedikamenten, für die es keinen Patentschutz mehr gibt. In diesem Bereich gibt es so gut wie keine guten Daten für Kinder. Man müsste eigentlich nachlegen, um diese Medikamente sachgerecht bei den Kindern zu prüfen.

Die Langzeitarzneimittelsicherheit oder die Arzneimittelsicherheit stehen bei den Kindern noch in den Anfängen. Zu dieser Pharmakovigilanz, die Überwachung der Sicherheit der Arzneimittel, wünschen wir uns mehr Studien oder Anstrengungen auch über die Jahre nach der Zulassung. Das ist vielleicht das Entscheidende: Medikamente sind für Kinder zugelassen – wie ist es dann mit der Arzneimittelsicherheit über die Jahre bestellt, wenn die Kinder – anders als Erwachsene, die vielleicht 10, 20 Jahre die Medikamente nehmen – teilweise 60, 70 Jahre die Medikamente bekommen? Das ist ein wichtiger Gesichtspunkt.

Außerdem sollte ein Netzwerk für Arzneimittelstudien aufgebaut werden. Da ist Deutschland mit dem PET-Netz in den Ansätzen einmal gut gewesen. Es wird aber nicht weiter gefördert und nicht weiter betrieben. Da sind andere europäische Länder inzwischen besser aufgestellt, weil sie mehr Unterstützung von ihren Regierungen erhalten. Da gibt es doch schon ein gewisses Defizit.

Ich fasse kurz zusammen: In Teilen geht es in die richtige Richtung, in anderen Teilen haben wir die Ziele, die wir uns gesteckt haben, nicht erreicht und da gibt es noch etwas zu tun.

Die **Vorsitzende**: Wunderbar in der Zeit. Vielen Dank. Gibt es Nachfragen direkt zum Verständnis? Nein. Dann machen wir gleich weiter und gehen nachher in die Diskussionsrunde. Herr Prof. Dr. von Voß, Sie tragen uns bitte auch in dieser Zeitspanne vor. Da wird es sicherlich einiges geben, was Nachfragen und vielleicht auch Diskussionen auslösen.

**Prof. Dr. Dr. h. c. Hubertus von Voß** (Kindernetzwerk e. V.): Vielen Dank für die Einladung nach Berlin an alle Damen Abgeordneten und Sie, Frau Rupprecht. Es geht um das Problem ADHD/ADHS – ein Störungsbild, das im Kindes- und Jugendalter, aber eben auch im Erwachsenenalter und in einer Häufigkeit auftritt, dass man in den letzten Jahren die Erkenntnis gewonnen hat, dass wahrscheinlich frühere Zahlen zum Teil gar nicht zutreffen. Die große KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts hat uns gezeigt, dass die Prävalenz bei rund 5 Prozent der Patienten liegt. In diesen Fällen ist man der Meinung, dass ein ADHD-Syndrom vorliegt. Es gibt eine größere Zahl von vermuteten Patienten, die etwa bei 5, 6 Prozent liegt. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass mit zunehmendem Alter der Kinder – es ist bemerkenswert, dass das Alter dann vor allem über 10 Jahre liegt – dieses Störungsbild häufiger vermutet wird. Man kann spekulieren, ob dies nicht insbesondere damit zusammenhängt, dass der Leistungsanspruch an die Kinder in diesem Alter – vor allen Dingen der schulische Leistungsanspruch – zunimmt. Man kann auch spekulieren, dass diese Kinder vor Beginn des Jugendalters psychosoziale Risikofaktoren haben hinnehmen müssen. Insofern sollte man festhalten, dass das ADHD-Syndrom zunächst eine Vermutungsdiagnose ist und durch eine sehr gezielte Diagnostik eingegrenzt werden muss. Hier gibt es sicherlich einen ganz besonderen Knackpunkt, nämlich dass im ärztlichen Bereich ganz generell die Leitlinien der Fachgesellschaften gar nicht oder nur zum Teil eingehalten werden und sicherlich auch häufig zu schnell diese Verdachtsdiagnose gestellt wird. Im Prinzip ist es auch kein rein medizinisches Störungsbild, sondern – wie ich immer sage – ein neurobiologisch-psychosoziales Störungsbild.

Es wird Ihnen bekannt sein, dass im Oktober letzten Jahres eine größere Studie in einer sehr renommierten englischen Zeitschrift, „The Lancet“, publiziert wurde. Die Forschergruppe hat 366 Kinder untersucht, von denen sie annimmt, dass sie alle ein ADHD-Syndrom aufweisen. Sie haben dieser Gruppe eine Vergleichsgruppe von 1.047 nichtbetroffenen Kindern gegenüber gestellt. Allerdings gab es leider auch eine nicht ganz kleine Gruppe – immerhin fast 10 Prozent der Kinder –, die nach ihren Untersuchungen einen Intelligenzquotienten von unter 70 hatte; das sind also Kinder, die eine mentale Entwicklungsstörung aufweisen. Bei dieser Untersuchung ging es vor allem um die Klärung, ob das ADHD-Syndrom einen genetischen Hintergrund hat. Die Ergebnisse waren zunächst einmal sehr interessant. Dies zeigte sich

bei den Genkopienzahlvarianten. Man muss sich das so vorstellen, dass das Gen mit neuen Methoden immer weiter aufgefächert wird und immer mehr Informationen zu den Genen erarbeitet werden können. Da kann es sein, dass in bestimmten Bruchstückbereichen eines Gens entweder eine Verdopplung oder auch ein Verlust von genetischen Informationen nachweisbar ist. Man meint nun, in dieser Studie ein erhöhtes Risiko der betroffenen Kinder für diese genetischen Auffälligkeiten festgestellt zu haben. Es wird aber in diesem Zusammenhang leider nicht genügend diskutiert, dass ausgerechnet dieses Chromosom 16, an dem diese Veränderungen nachgewiesen wurden, auch für Autismus und Schizophrenie zuständig ist.

Zusammenfassend kann man zu der Arbeit sagen, dass mit dieser Studie nachgewiesen worden ist, dass es ein einzelnes, sicher zu identifizierendes Gen als Beweis für das Vorliegen eines ADHD-Syndroms nicht gibt. Glücklicherweise diskutiert die Forschergruppe die Frage, ob nicht auch andere Faktoren eine Rolle spielen. Dies sind wahrscheinlich Umweltfaktoren und epigenetische Faktoren, die etwas damit zu tun haben, dass am Gen selbst auch Stoffwechseleränderungen stattfinden können. Insofern konnte diese Untersuchung letzten Endes nachweisen, dass es sich um ein Krankheitsbild mit einem multifaktoriellen Hintergrund handelt. Multifaktorieller Hintergrund bedeutet, dass über die epigenetischen Faktoren vor allen Dingen auch Umwelt- und Sozialfaktoren eine große Rolle bei einer bestimmten Prädisposition spielen.

Bei 500.000 Kindern und Jugendlichen in Deutschland mit angeblich nachgewiesenem Syndrom müssen wir uns fragen, welche Therapie nach welcher Diagnostik erforderlich ist. Es würde zu weit führen, hier alle diagnostischen Schritte aufzuzählen – aber eines ist klar: Die Diagnostik ist sehr zeitaufwendig und bedarf einer großen Erfahrung. Die Arbeit teilen sich letzten Endes die Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeuten mit den Kinderärzten – und das ist auch gut so. Dass hier Honorierungsfragen eine große Rolle spielen, ob für den Zeitaufwand auch wirklich das angemessene Honorar gezahlt wird, ist ein anderer Punkt. Da gibt es noch ein großes Defizit. Denn wenn wir diese Kinder verantwortlich diagnostizieren und auch die Eltern und ihr psychosoziales Umfeld kennenlernen wollen, dann brauchen wir Zeit.

Die Therapie soll hier noch kurz angesprochen werden. Eines ist aus allen Studien sehr deutlich geworden, nämlich dass es ein multimodaler Therapieansatz sein muss. Dieser multimodale Therapieansatz sieht vor allen Dingen erstens die Beratung des Kindes bzw. des Jugendlichen und dann auch des Erwachsenen vor. Als zweites folgt die Beratung der Eltern, der Familien – sofern die Familien intakt sind – bzw. der Familienteile sowie die Beratung der Lehrer oder gegebenenfalls des Jugendamtes, wenn das Sorgerecht nicht bei den Eltern liegt. Eines ist sicher: Die Welt unserer Kinder hat sich erheblich verändert. Auf die Kinder sind große Risiken bezüglich ihrer emotionalen und psychosozialen Entwicklung zugekommen. Diese Faktoren der großen Belastung reichen vom Fehlen der Kommunikation, das insbesondere im häuslichen Milieu mehr und mehr um sich greift, über die große Flut von Informationen, die auf die Kinder zukommt – möglicherweise ein ganz bedeutender Risikofaktor – bis hin zu Veränderungen im Ernährungsverhalten und der Nutzung anderer genussähnlicher Angebote. Sie bedeuten ein hohes Risiko für die Kinder und Jugendlichen für das Entstehen des ADHS-Syndroms.

Die **Vorsitzende**: Danke. Gibt es Sach- oder Fachfragen? Frau Klein-Schmeink, bitte.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Soweit mir bekannt ist, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine neue Richtlinie erlassen. Waren Sie daran beteiligt? Gibt das Ihren fachlichen Stand wieder?

**Prof. Dr. Dr. h. c. Hubertus von Voß** (Kindernetzwerk e. V.): Wir waren nicht daran beteiligt, aber der G-BA hat ein Signal gesetzt, dass eine Qualifikation notwendig ist, um die Untersuchungen bei diesen Kindern und Familien fachkompetent durchzuführen. Er hat darauf aufmerksam gemacht, dass er vor allem eine Begrenzung dahingehend möchte, dass die Verordnung von Medikamenten – in diesem Fall von Psychostimulanzien – höchst verantwortungsvoll vorzunehmen ist. Damit hat der G-BA ein sehr wichtiges Signal gesetzt, denn nichts wäre schlimmer, als dass Kinder unnötigerweise mit einem Medikament behandelt werden. Denn die Nebenwirkungen dieses Medikaments sind zwar bekannt, aber wir müssen auch Langzeitwirkungen im Auge haben. Deswegen ist es sinnvoll, dafür zu sorgen, dass diese Kinder sehr spezifisch untersucht und sehr spezifisch longitudinal betreut werden und

auch immer wieder die Frage gestellt wird, ob hier wirklich ein ADHD-Syndrom vorliegt und nicht möglicherweise ganz andere Rahmenbedingungen für dieses Kind und diese Familie hergestellt werden müssen – z. B. die Schulklassen von bis zu 38 Kindern im Gymnasium auf eine Klassengröße von weniger als 20 Kindern zu verkleinern oder der Bedarf der Schulen an einer anderen Personal- und Fachausstattung.

**Vorsitzende:** Dankeschön. Frau Dörner, bitte.

Abg. **Katja Dörner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Zunächst vielen Dank für die Ausführungen. Ich kann mich an die Frage meiner Kollegin direkt anschließen. Wir haben uns in der letzten Sitzung der Kinderkommission am Rande schon mit der Richtlinie befasst. Meine Frage auch an Sie: Für wie realistisch halten Sie, dass diese Richtlinie tatsächlich auch in der Breite umgesetzt werden kann? Sie haben eben schon in einem anderen Zusammenhang darauf hingewiesen, dass die Richtlinien der Fachverbände nicht immer unbedingt flächendeckend ankommen und die Wirkung entfalten, die sie eigentlich entfalten sollten. In dem Zusammenhang mache ich mir Sorgen, dass diese Richtlinie tatsächlich nicht so umgesetzt wird, wie sie sehr positiv intendiert ist.

**Prof. Dr. Dr. h. c. Hubertus von Voß** (Kindernetzwerk e. V.): Diese Frage ist vollkommen berechtigt. Es geht letzten Endes darum, dass die Kinder und Jugendlichen mit diesen Problemen und die gesamte Familie nicht mit langen Wartezeiten belastet werden. Wird die Vermutung geäußert, dass das Kind ein solches Symptom-Spektrum, ein Syndrom dieser Art haben könnte, dann muss auf der einen Seite auch eine schnelle Diagnostik und Therapie gewährleistet sein. Es ist sicherlich ebenfalls ein wichtiger Punkt, den der G-BA bisher noch nicht beachtet hat, nämlich ob Kinder- und Jugendpsychiater und vor allem auch Kinderärzte tatsächlich in der Zukunft flächendeckend in der Lage sind, alle diese Kinder mit der notwendigen Fachkompetenz aufzufangen. Die andere Seite ist, dass eine leichtfertige Diagnosestellung auch eine Gefahr für die Kinder darstellt. Man muss beide Seiten sehen und sich genau anschauen, wie die Fragen in der Realität nachher zu beantworten sind. Da gibt es, glaube ich, noch große Fragen, die wir nicht gelöst haben.



**Vorsitzende:** Vielen Dank. Jetzt kommen wir zu einer Frau aus der Praxis. Frau Dr. Schaff, Sie haben eine Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und behandeln Kinder.

**Dr. med. Christa Schaff** (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.): Deswegen bedanke ich mich ganz besonders, dass Sie mich eingeladen haben und bin auch gerne bereit, Ihnen meine Sicht nach 25 Jahren kinderpsychiatrischer Praxis und Behandlung des ADHS zu berichten. Ich darf bezüglich meiner beiden Vorredner drei Punkte aufgreifen, die mir wichtig sind, bevor ich zu dem Punkt komme, den ich selbst transportieren möchte. Ich möchte mit Nachdruck betonen, dass wir unbedingt Medikamentenstudien über Kinder und Jugendliche hinsichtlich psychischer Störungen benötigen. Wir haben sehr wenige zugelassene Medikamente. Wir bewegen uns mit dem Off-Label-Use ständig in einer Grauzone. Für Psychosen ab dem 15. Lebensjahr haben wir **Abilify** und Risperdal – aber nur bei gleichzeitiger geistiger Behinderung –, das setzt man praktisch immer off-label ein. Das kann auch ab dem 6. Lebensjahr bei Aggression eingesetzt werden, aber ansonsten gibt es nicht viel. Es gibt das alte Haldol, aber das hat bekanntermaßen viele Nebenwirkungen, die man Kindern auch nicht unbedingt zumuten möchte. Für **Ticc-Störungen** gibt es eigentlich gar kein zugelassenes Medikament, außer dass wir Haldol nehmen können. Da haben wir auch bei den wirksamen Medikamenten eigentlich immer wieder den Off Label-Use. Das Problem der Depression liegt – wie Ihnen wahrscheinlich auch bekannt ist – bei den **Serotoninhemmer**. Das Fluoxetin ist ab dem 12. Lebensjahr zugelassen, es ist aber offenbar in Studien weniger wirksam gewesen als bei Erwachsenen. Ich bin jetzt keine Spezialistin – aber mir wurde von Fachleuten gesagt, dass dies auch an der Art der Studie gelegen hat, denn da waren schwere Störungen bei Jugendlichen ausgeschlossen und deswegen konnte das Fluoxetin auch nicht ausreichend wirksam sein. Es scheint, dass in den USA, wo die Antidepressiva dieses Typs verboten wurden, inzwischen Studien mit der Aussage existieren, dass damit schlagartig die Suizidrate der vollendeten Suizide hochgegangen ist. Wir haben eine brisante Situation, in der wir im Alltag immer wieder schauen müssen, was wir im Einzelnen machen und im Einzelnen verantworten können. Das wollte ich gerne dazu sagen.

Zu den Ausführungen zur ADHS-Thematik möchte ich folgendes ergänzen: Wir müssen uns immer klar machen, auf welcher Ebene wir diskutieren. Wenn wir von ADS und ADHS sprechen, dann sprechen wir **von einer ICD 10-Diagnose, d. h. einer Summe** von Symptomen. Im Moment wird der ADS-Begriff in aller Welt von Pädagogen und Ergotherapeuten und sonstigen Personen verwendet, die diese medizinische Systematik nicht genau kennen. Wir müssen wissen, dass wir einfach Symptome meinen – wir meinen motorische Unruhe, wir meinen Impulsivität und wir meinen Unaufmerksamkeit. Wir sagen damit nichts über die Ätiologie. Es ist aber auch mehr als ein Symptom. Das heißt also, ADS ist nicht gleich Unkonzentriertheit. Es gibt Unkonzentriertheit aus ganz vielen Gründen. Das ist mir wichtig in der Diskussion, weil Sie schon sehr in die Ätiologie eingestiegen sind. Zur Ätiologie gibt es sicher vielfältige Faktoren und da möchte ich vor allem die psychischen noch einmal erwähnen. Sie haben die psychosozialen und die biologischen erwähnt, aber es gibt selbstverständlich auch vielfältige Faktoren in der Gesamtentwicklung der Psyche des Kindes, die schon mit der Geburt oder in der Schwangerschaft beginnen und die dann in der Summe zu einer Symptomatik, wie sie in der ADS-Diagnose zusammengefasst ist, führen können. Das heißt, wenn wir eine ADS-Diagnose stellen, müssen wir die ganze Palette der Ätiologien im Kopf abfragen und mit den Eltern bzw. den Bezugspersonen erörtern. Es kann sein, dass es frühe Bindungsstörungen, frühe Regulationsstörungen, Fütterstörungen, Trinkstörungen, Schlafstörungen oder traumatische Erfahrungen gegeben hat und dass es in der Folge zu Kränkungen und Ausgrenzungen und ähnlichem im Kindergarten gekommen ist, die die psychische Entwicklung des Kindes betreffen, die dann zu dieser Symptomatik führten. Das heißt nicht, dass ich nicht trotzdem eine ADS-Diagnose stellen kann, aber ich muss in der therapeutischen Konsequenz abwägen, was vorrangig ist. Das ist der Alltag.

Es gab die Frage, wie die Richtlinien des G-BA umgesetzt werden. Da kann ich Sie ein bisschen beruhigen. Wir haben in der Praxis im Moment vermehrt Eltern, die anrufen und sagen: „Mein Hausarzt kann das nicht mehr verschreiben, bitte, können wir zu Ihnen kommen und können Sie das verschreiben.“ Das gleiche weiß ich von den Kinderärzten. Hier kommt also die Entwicklung, dass Spezialisten diese Syndrome behandeln, ganz gut in Gang. Insofern begrüße ich diese Aktion des G-BA sehr.

Ich möchte zu meinem zentralen Punkt kommen. Wir sind als Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie seit Jahren dabei, diese komplexe Symptomatik und diese multimodalen Behandlungskonzepte auch in einem gemeinsamen Voranbringen der somatischen, psychischen und psychosozialen Entwicklung der Kinder zu diskutieren und dafür Konzepte zu finden. Denn es ist eines unserer Hauptgebiete, ADHS-Patienten zu behandeln – in unseren Praxen entfallen laut einer Studie aus dem Jahr 2005 im Schnitt etwa 35 Prozent der Diagnosen auf ADS und ADHS. Wir haben einen großen Schritt gemacht, der auf diesem Konsensuspapier, das 2003 von der Bundesregierung und dem BMG in Gang gesetzt worden ist, beruht. Wir haben mit den Kinderärzten, Kinderpsychotherapeuten und Kinderpsychiatern in den letzten vier Jahren einen ADHS-Konsensusvertrag – so will ich ihn mal nennen – entwickelt, in dem wir uns darauf geeinigt haben – ich glaube, es ist auf diesem Feld relativ selten, dass man sich zwischen den Fachgruppen einig wird –, was zur Verdachtsdiagnose führt. Das ist sehr wichtig, denn da wird schon deutlich, dass allein Konzentrationsschwäche kein ADS ist.

Was ist dann zur Differenzialdiagnostik notwendig und was sind die gängigen therapeutischen Angebote? Wir haben diesen Vertrag vor zwei oder drei Jahren fertiggestellt. Wir haben ihn danach allen Kassenverbänden in Deutschland unter der Schirmherrschaft des BMG ganz breit angeboten und haben leider sehr, sehr große Widerstände feststellen müssen. Nur ein Kassensystem, das BKK-System in Baden-Württemberg, wo ich selbst meine Praxis habe, hat diesen Vertrag umgesetzt. Wir haben jetzt fast zwei Jahre diesen Vertrag. Ich kann Ihnen die ersten Ergebnisse des ersten Versorgungsberichts über das erste Jahr kurz referieren. Nach einem Jahr hatten wir 1.000 Patienten aus dem BKK-System in dem Vertrag. Es haben ungefähr 150 Kinderärzte, Kinderpsychiater und Kinderpsychotherapeuten teilgenommen. In dieser Zeit haben wir ein Konzept entwickelt, das in dem Vertrag auch niedergelegt ist, mit dem wir ADHS-Teams gebildet haben. In Baden-Württemberg gibt es also ein Netz aus verschiedenen Teams, in denen zwingend alle drei Berufsgruppen vertreten sein müssen, weil der Grundgeist dieses Vertrages lautet, dass das Psychische, das Somatische und das Psychosoziale zusammengeschlossen werden. Diese Netzstruktur hat sich insofern schon ganz gut etabliert, als wir fast 40 Gruppen haben, die allerdings nur zur Hälfte mit allen drei Fachgruppen besetzt waren. Ich kann

Ihnen leider nicht den jetzigen Stand sagen – wir sind jetzt fast ein Jahr weiter –, aber nach einem Jahr hatten wir immerhin schon 20 vollständige Teams in Baden-Württemberg.

Es ist sehr interessant, die ersten Ergebnisse zu sehen. In diesem Zusammenhang ist im Hinblick auf die Arzneimittel sehr interessant, dass nur 30 Prozent der Kinder in diesem Vertrag Medikamente bekamen. Ich halte es für wichtig, dass wir die Relationen immer wieder richtig sehen. Es ist nicht so, dass jedes ADHS-Kind eine Medikation bekommt. Hier waren es 30 Prozent, in unserer Studie zu den kinderpsychiatrischen Praxen im Jahr 2006 mit 1.000 Patienten waren es 25 Prozent. Ich denke, das sind relativ realistische Zahlen, die aber selbstverständlich weiter überprüft werden müssen. Jetzt müssen wir das nächste Jahr abwarten.

Mein Anliegen ist, Sie dafür zu interessieren und zu gewinnen, weil es ein Konzept gibt, das wir bundesweit weiter verbreiten wollen. In Bremerhaven ist der Vertrag auch in den Anfängen der Umsetzung und es gibt auch weiterhin das BKK-System, das interessiert ist, aber bei den anderen Kassen stoßen wir im Moment noch auf wenig Interesse. Dies ist für mich als Praktikerin einfach nicht zu verstehen.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Gibt es direkte Nachfragen? Frau Klein-Schmeink, bitte.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde darauf gerne eingehen. Es handelt sich wahrscheinlich um einen Vertrag der Integrierten Versorgung – ja, um diesen 73 C-Vertrag. Es wäre zu fragen, warum die anderen Krankenkassen nicht interessiert sind. Dazu können Sie vielleicht noch einiges sagen, weil wir auch noch einmal nachhaken könnten. Das ist das eine. Das andere sind die großen Probleme in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung hinsichtlich der Dichte der Praxen und der langen Wartezeiten – das ist insgesamt ein Themenkomplex. Das stellt eine Art Schlüsselstelle dar, denn durch dieses Schlüsselloch müssen in gewisser Weise alle. Wie bewältigen Sie das?

**Dr. med. Christa Schaff** (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.): Zur ersten Frage, warum wir die anderen Kassen nicht gewinnen können? Bei der Auftaktveranstaltung waren ungefähr 25 interessierte Kassenvertreter anwesend. Eine Kasse hat es dann umgesetzt,

wobei persönliche Beziehungen eine Rolle spielten. Als Argument habe ich immer wieder gehört: „Das macht ja jetzt die BKK, also müssen wir etwas anderes machen, da es ja ein 73 C-Vertrag ist.“ Ich habe immer wieder damit argumentiert, dass man dann beispielsweise das Elterntraining vorziehen könne, denn sie könnten dann speziell das Elterntraining bezahlen; das wäre schon ein großer Fortschritt, weil wir im GKV-System kein Elterntraining machen können. Aber das zündete einfach nicht. Wir haben leider bisher kein anderes Kassensystem dazugewonnen.

Zur zweiten Frage bezüglich der Versorgungsdichte der Kinder- und Jugendpsychiater: In diesem Vertrag sind Kinderpsychotherapeuten und Kinderärzte mit spezieller Qualifikation sowie Kinderpsychiater zusammengeschlossen, d. h., gerade dort gehen wir gemeinsam diese Versorgung an und dort kann auch der Kinderpsychotherapeut „Fallführer“ für die Diagnostik am Anfang und für die Behandlung sein. Das ist schon eine Öffnung. So schlecht ist die Versorgung der Kinderpsychiatrie auch nicht mehr. Wir haben 800 Praxen in Deutschland und 2006 haben wir 500.000 Patienten in Deutschland neu mit dem ambulanten und stationären System versorgen können. Es gibt immer noch etwas das Thema, dass wir so wenig präsent sind. Es hat sich aber sehr viel getan.

**Vorsitzende:** Frau Bracht-Bendt, bitte.

Abg. **Nicole Bracht-Bendt** (FDP): Zu den Wartezeiten hätte ich gerne gewusst, wie lange es dauert, bis ein Patient letztendlich beim Arzt vorstellig werden kann?

**Dr. med. Christa Schaff** (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.): Das Thema beschäftigt uns sehr. Bei mir – das kann ich ganz persönlich sagen – dauert es ungefähr zwei Monate, bis der erste Termin stattfindet. Es gibt aber auch andere Kollegen, die Wartezeiten von sechs Monaten haben. Das ist für mich nicht tolerabel. Das ist ein immanentes Problem in unserem Fachgebiet und das würde ich selbst auch gerne ändern. Da müssen wir uns selbst anstrengen.

Abg. **Nicole Bracht-Bendt** (FDP): Können Sie noch kurz die Inhalte der Elterntrainings schildern? Mir ist das nicht so bekannt.

**Dr. med. Christa Schaff** (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.): Es gibt verschiedene Elterntrainings, die speziell für ADHS ausgearbeitet worden sind. Sie kennen vielleicht das allgemeine Triple P-Programm, das auch für ADS eingesetzt werden kann, aber eher für kleinere Kinder und das auch nicht sehr spezifisch ist. Es gibt ansonsten das OptiMind-Elterntraining, das sehr häufig genutzt wird. Dabei werden in Elterngruppen die spezifischen, immer wiederkehrenden Probleme, die Eltern mit diesen Kindern haben, besprochen; es wird informiert; es enthält einen psycho-educativen, aber auch einen ärztlichen Teil; es werden die medizinischen Dinge erklärt; es werden ansonsten vor allem bestimmte typische Situationen – z. B. morgendliches Aufstehen und das Kind zum Frühstück bringen oder Hausaufgabensituationen oder abendliches ins-Bett-gehen – verhaltenstherapeutisch modellhaft mit den Eltern erarbeitet. Es gibt verschiedene Programme, ich will jetzt nicht für eines werben. Es gibt sehr gute Ansätze, die auch zunehmend evaluiert werden.

Ich selbst habe das Elterntraining an fünf Abenden mit Doppelstunden durchgeführt. Im ADHS-Vertrag sagen wir, dass es bis zu zehn Abende für ungefähr sechs bis zehn Elternteile, also drei bis fünf Patienteltern, sein können. Das ist eine Konstruktion, die für ADS-Patienten sehr hilfreich ist und die wir im normalen Kassensystem als Finanzierungsmöglichkeit vermissen. Wenn sie flächendeckend umgesetzt werden könnte, wobei man dann das Problem der Trainer lösen müsste, dann wäre schon sehr viel geholfen.

**Vorsitzende:** Herr Prof. Dr. von Voß, bitte, Sie wollten eine Anmerkung machen.

**Prof. Dr. Dr. h. c. Hubertus von Voß** (Kindernetzwerk e. V.): Frau Dr. Schaff hat ein Beispiel einer hervorragenden Vernetzung zwischen den Fachgruppen dargestellt und ich denke, dass dieses ADHS-Syndrom diese Vernetzung verlangt, weil es nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein psychosoziales Problem im weitesten Sinne des Wortes ist. Die Hürden zwischen den Fachgruppen sind jedenfalls in diesem Modell überwunden worden. Ergänzend will ich sagen, dass die Sozialpädiatrischen Zentren in Deutschland hier auch eine ganz maßgebliche Rolle spielen – in der Frühdiagnostik, auch in der frühen Therapie und nachher bei der Weiterbegleitung

der Familien. Insofern ist es wichtig, diesen Baustein zu benennen und auch in die zukünftigen Konzepte mit einzubeziehen. Denn manche Kinder bedürfen noch umfassenderer weiterer Diagnostik, wenn nicht nur ein Verdacht auf das ADHS im Raum steht, weil auch noch ein anderes Krankheitsbild, ein Störungsbild oder auch eine seltene Krankheit dahinter stecken kann. Um dies zu klären, ist eine gemeinsame Zusammenarbeit im Sozialpädiatrischen Zentrum mit einer entsprechenden kinderneurologischen Klinik oder Kinderklinik, beispielsweise zur Nutzung von bildgebenden Verfahren bis hin zu Stoffwechseluntersuchungen, erforderlich. Das Panorama der notwendigen Diagnostik kann schon sehr breit sein. Aber dieser Baustein „Sozialpädiatrisches Zentrum“ gehört zum Versorgungsbereich und zum Auftrag ganz unmittelbar dazu.

**Vorsitzende:** Frau Canel möchte eine Frage stellen und ich hätte auch gern eine Frage angeschlossen. Herr Prof. Dr. Rasche, wie sehen denn die Studien zu den Medikamenten, die die Kinder bekommen, aus? Vielleicht nehmen wir noch die Frage von Frau Canel dazu.

Abg. **Sylvia Canel** (FDP): Vielen Dank. Ich glaube, Sie haben meine Gedanken gelesen, denn genau dazu wollte ich auch eine Frage stellen, etwas erweitert allerdings. Inwieweit beschäftigt sich die Wissenschaft überhaupt damit? Gibt es nationale Studien? Ist es wünschenswert, dass wir darüber nachdenken, hierzu einen Auftrag zu erteilen? Die zweite Frage wäre: Inwieweit arbeiten Sie mit Selbsthilfegruppen zusammen und welchen Stellenwert haben diese für Sie?

**Dr. med. Christa Schaff** (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.): Sie haben selbstverständlich einen sehr hohen Stellenwert. Wir haben den ADHS-Vertrag gemeinsam mit der Selbsthilfeorganisation ADHS Deutschland entwickelt. Wir haben ihn, bevor wir ihn verabschiedet haben, diskutiert und er wird auch von der Selbsthilfegruppe beworben. Von daher ist die Zusammenarbeit regional und bundesweit unbedingt zu befürworten und sehr, sehr gut.

**Prof. Dr. med. Dr. h. c. Wolfgang Rascher** (Kommission Arzneimittel für Kinder und Jugendliche am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte): Die medikamentöse Therapie darf man nicht ganz unkritisch sehen. Die folgende Information habe ich aus dem Bayerischen Ärzteblatt, November 2008, Kassenärztliche Vereinigung Bayern: Im Jahr 1993 wurden 34 Kilogramm Methylphenidat verordnet. 13 Jahre später waren es 1,2 Tonnen – also 35 Mal mehr allein von diesem einen Medikament Methylphenidat. Da muss man fragen: Sind unsere Kinder in 13 Jahren 35 mal kranker geworden? Ich relativiere diese Aussage etwas: In vielen Ländern ist diese Zahl auch angestiegen; ein Land hat nicht mitgemacht – Frankreich. Wir wissen nicht, warum dies der Fall ist. Man kann sicherlich sagen, dass vorher unterdiagnostiziert wurde und jetzt in Teilen überdiagnostiziert wird. Ich denke, die Überlegungen des G-BA – wir benötigen Qualitätskriterien, das kann nicht jeder, im Rahmen einer multimodalen Therapie muss sehr sorgfältig gearbeitet werden – sind der richtige Weg.

Zur wirklichen Therapie in Deutschland – das bezieht sich auf eine Untersuchung von Frau Schubert und Herrn Lehmkuhl – berichtet das Deutsche Ärzteblatt im September letzten Jahres: Auf der Grundlage der Daten der AOK Hessen erfolgten gute Stichproben. Danach haben 2,2 Prozent der Kinder und Jugendlichen bis zum Alter von 18 Jahren im Jahr 2007 die ICD-10-Diagnose auf dem Krankenschein erhalten. Bei den Jungen waren es 3,4 Prozent und bei den Mädchen knapp ein Prozent. Im Vergleich zum Jahr 2000 war das ein Anstieg um das 1,5-fache. Die KiGGS-Studie, Herr von Voß hat sie schon referiert, kommt über die Befragungen der Eltern auf 5 Prozent. Was stimmt denn jetzt? Ärzte haben 2 Prozent diagnostiziert – jedenfalls in Hessen. In Hessen wird etwas vorsichtiger verordnet und diagnostiziert. Wer recht hat, bleibt dahingestellt. Das ist das Problem: Vom Jahr 2000 bis zum Jahr 2007 ist die verordnete Tagesdosis um 252 Prozent angestiegen, d. h. um das 2,5-fache in sieben Jahren: die Zahl der neuen Patienten ist um 93 Prozent gestiegen und die durchschnittliche Anzahl an Tagesdosen pro Empfänger hat sich um 83 Prozent erhöht. Neu ist, dass mehr Jugendliche behandelt werden. Früher war das eine Krankheit, die war ...



**Dr. med. Christa Schaff** (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.): Ich habe noch gelernt, dass es die Krankheit nicht nach dem 13. Lebensjahr gibt.

**Prof. Dr. med. Dr. h. c. Wolfgang Rascher** (Kommission Arzneimittel für Kinder und Jugendliche am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte): Ja. Es ist schwer zu werten. Dieses Medikament ist als Psychostimulanz, d. h. als Aufputschmittel entdeckt worden. Wenn wir es nehmen, können wir kurzfristig bessere Leistungen erbringen – aber es macht abhängig. Ein Amerikaner hat dieses Medikament im Jahr 1937 einem Patienten gegeben und festgestellt, dass die Kinder ruhig werden – eine paradoxe Wirkung. Bei diesen Kindern entsteht keine Abhängigkeit oder wenig Abhängigkeitspotential. Außerdem gibt es wenig Toleranzentwicklung. Wenn man das Medikament ohne ADHS nimmt, dann braucht man immer mehr Dosen, um den Therapieeffekt zu erreichen und wird abhängig. Das ist bei den ADHS-Kindern nicht so. Aber jetzt ist die Höhe der Tagesdosis das Problem. Ist es vielleicht doch so, dass man bei Jugendlichen zu hoch dosiert, die Dosis falsch einsetzt oder Missbrauch betrieben wird? Dafür benötigen wir Daten und eine qualitätsgesicherte Versorgung.

Zum Schluss möchte ich noch eine Anmerkung zu den unerwünschten Wirkungen anbringen. Die unerwünschten Wirkungen sind erheblich. Vielleicht muss man sagen, dass es eigentlich die Kunst des Arztes ist, dem richtigen Patienten, das richtige Medikament in der passenden oder angepassten Dosis zu geben. Der G-BA sagt sehr klar: Nicht länger als ein Jahr verordnen, dann absetzen und schauen, ob der Patient das Medikament braucht. Zur Langzeitsicherheit gibt es keine Daten. Wir wissen nicht, was wir damit anstellen. Es ist sicherlich so, dass wir vielen Patienten, die schwer betroffen sind, mit dem Medikament gut helfen. Das sind die Nebenwirkungen: Sehr häufig – in mehr als 10 Prozent der Fälle – kommt es zu Appetitverlust, unzureichender Gewichtszunahme, Schlaflosigkeit, Nervosität und Kopfschmerzen. Ich habe das grob durchgerechnet: Wir haben 17 Millionen Kinder und Jugendliche, zwei Drittel sind über 6 bis 17 Jahre alt – das sind dann ungefähr 12 Millionen Kinder und Jugendliche. 2,2 Prozent haben die Krankheit und 1,06 Prozent – das ist die Zahl aus dieser Studie von Frau Schubert und Lehmkuhl – wurden im Jahr 2007 behandelt – 1,7 Prozent der Jungen und 0,4 Prozent der Mädchen. Das ist ein An-

stieg um etwa das Doppelte, im Jahr 2000 waren es 0,5 Prozent. Ein Prozent dieser Bevölkerungsgruppe von 6 bis 18 Jahre werden behandelt und davon haben wenigstens 10 Prozent erhebliche Nebenwirkungen, z. B. Schlafstörungen oder sie wachsen nicht adäquat. Da die Nebenwirkungen erheblich sind, muss die Verordnung immer wieder überprüft, angepasst oder ausgesetzt werden. Das hat jetzt in Ansätzen der G-BA entschieden. Das ist der richtige Weg. Wir brauchen eine Kontrolle, es muss dokumentiert sein, dass sehr sparsam verordnet wird und dass die Therapien in ein Gesamtkonzept eingehen, so dass nicht jeder einfach dieses Medikament verordnen kann – der Missbrauch ist dabei relativ groß. Wir benötigen eine kritische Verordnung. Letzten Endes muss die Indikation streng gestellt werden und es müssen Kontrollen erfolgen, damit man diese Medikamente immer wieder absetzt oder auch durch die Medikamente die Patienten dazu bringt, dass andere therapeutische Maßnahmen greifen.

Zur Studienlage ist folgendes zu sagen: Es werden sehr viele Medikamente und Modifikationen der Medikamente in Studien geprüft. Das sind Medikamente, bei denen das Methylphenidat nicht nur kurz wirkt, denn dieses wirkt eigentlich nur zwei, drei Stunden. Daher stellt die Industrie Medikamente zur Verfügung, die etwas länger wirksam sind. Das Problem dabei ist, dass die Prüfungen immer nur gegenüber Placebos erfolgen, d. h., es wird lediglich festgestellt, dass es wirkt. Aber es ist nie richtig untersucht worden, welches Medikament – sei es ein lang oder kurz wirksames – viel besser ist. Nach dem AMNOG – dem Arzneimittelneuordnungsgesetz – ist jetzt aufzuzeigen, dass das neue, das teurere Medikament auch wirklich besser ist oder einen Zusatznutzen hat, andernfalls kann man sich auf das alte Medikament beschränken. Was noch kommen wird oder wo Studien laufen werden bzw. bereits laufen, ist, dass man auf das alte Amphetamin zurückgreift, also die klassische, abhängig machende Substanz. Das ist in England und auch in den USA **das** Medikament, es kommt jetzt nach Deutschland und dazu erfolgen Studien. Da stellt sich die Frage, ob wir es wirklich brauchen. Ich bin aber nicht die Person, die Patienten behandelt und sagen kann, wir brauchen es. In Deutschland liegt die Verordnung für Amphetamin unter 4 Prozent. Die Studien müssten – das ist mein Wunsch – nach den neuen Vorgaben des AMNOG vergleichende Studien sein, denn wir haben mit Methylphenidat eigentlich ein relativ gutes Medikament in der Hand und brauchen

nicht – so sehe ich das – viele andere Alternativen; aber das können Sie vielleicht besser sagen.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Herr Prof. Dr. von Voß, bitte.

**Prof. Dr. Dr. h. c. Hubertus von Voß** (Kindernetzwerk e. V.): Wir sprechen hier immer wieder über einen Symptomenkomplex und es gibt noch viel zu wenige Studien, die der Frage nachgehen, welche medikamentöse Behandlung auszuwählen ist, wenn ein Symptom im Vordergrund steht und – wenn wir schon über Medikamente sprechen – in welcher Dosierung. Der Patient ist vielleicht ein vorwiegend impulsiver Typ oder er ist eher ein vorwiegend unkonzentrierter Typ und hat Lernschwierigkeiten. Oder wir haben einen Typ, der vorwiegend mit Hyperaktivität einhergeht – je nachdem werden sich bei genauer Betrachtung in der Zukunft auch neue Fragestellungen bezüglich der Wahl des Medikaments, der Dosierung und der individuellen Dosierung ergeben. Herr Prof. Dr. Rascher hat es schon angesprochen, es geht letzten Endes um das Finden – wenn wir nur über die Pharmakotherapie sprechen – einer individuellen Dosierung, also auch um ein Titrieren. Es geht nicht darum, mit welcher hohen Dosis, sondern mit welcher möglichst niedrigen Dosis – wenn überhaupt - dieses Kind behandelt werden soll. Sie haben nach Studien gefragt – da kann man nur sagen, dass es zu begrüßen wäre, hierzu eine flächendeckende Studie zu planen, wobei ich immer wieder daran erinnere, dass in Berlin eine große Studie läuft. Es müssen nicht immer wieder neue Kohorten zusammengestellt werden, um eine solche Frage zu klären, sondern man müsste eine Therapiestudie an eine solche Kohorten-Studie, die vom Konzept her schon bestens entworfen worden ist und auch große Anerkennung gefunden hat, ankoppeln. Deswegen würde ich sehr dafür plädieren, dass auch von Seiten des Haushaltes her überlegt wird, eine solch große Studie prospektiv und vergleichend zu planen. Das ist bei dieser Haushaltslage zunächst ein frommer Wunsch, aber wenn uns etwas an unseren Kindern und Jugendlichen liegt, könnte man prüfen, ob man vielleicht manche Therapie bei manchen Kindern nicht benötigt. Vielleicht sollten Selbsttrainingstherapien, Anleitungen der Eltern sowie Anleitungen der Erzieher und Lehrer auch in Therapiestudien aufgegriffen werden, damit ein Instruktionkonzept entworfen wird, wie – auch in der

Lehrerbildung – im schulischen Kontext auf das Problem der im weitesten Sinne Verhaltens-, Lern- und Leistungsstörungen eingegangen werden kann.

**Vorsitzende:** Frau Bracht-Bendt, bitte.

Abg. **Nicole Bracht-Bendt** (FDP): Gibt es schon eine Zusammenarbeit mit den Schulen und Lehrern? Ich höre häufig von Eltern, dass Lehrer ganz konkret ein Medikament für das Kind fordern.

**Prof. Dr. Dr. h. c. Hubertus von Voß** (Kindernetzwerk e. V.): Prof. Dr. Rascher sagte schon, dass die Diagnose nicht von Ergotherapeuten, nicht von Erziehern und nicht von Lehrern gestellt werden darf. Lehrer können vielleicht vorsichtig eine solche Vermutung äußern, aber wenn sie sagen, „und Ihr Kind braucht ein Medikament“, dann ist das weit über ihre Fachkompetenz hinausgegriffen. Dem muss Einhalt geboten werden. Ansonsten – um Ihre Frage zu beantworten – gibt es lokal und auch überregional eine sehr gute Zusammenarbeit mit Schulen und Kindergärten. Es ist beileibe nicht so, dass keine gute regionale Vernetzung erfolgt, aber sie müsste noch weiter ausgedehnt werden.

**Vorsitzende:** Frau Dr. Schaff, bitte.

**Dr. med. Christa Schaff** (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.): Ich möchte gern zwei Ergänzungen vornehmen – zunächst zu der Menge der Verordnungen, die als Zahl erschreckend wirkt. Ich habe aber gehört, dass ein DRK-Report von September letzten Jahres zeigt, dass die Verordnungshäufigkeit um 20 Prozent oder sogar etwas mehr herunter geht. Ich glaube, dass der Berg möglicherweise überwunden ist, weil jetzt doch das Bewusstsein dafür wächst, dass es sich hier um eine Diagnose handelt und nicht nur um das Symptom Unaufmerksamkeit oder Hyperaktivität. Zu den Nebenwirkungen scheint es auch dadurch Verwirrung gegeben zu haben, dass die Beipackzettel in den Pharmafirmen europaweit egalisiert werden mussten und daher alles aufgeschrieben wurde, was in allen Ländern in den Beipackzetteln stand. Dadurch entstand dann die Meldung, dass es noch mehr Nebenwirkungen gibt. Es existiert aber

wohl eine Untersuchung aus dem drug safety report von 2010, dem Review 33(10) von Stiefel und Besag, die besagt, dass sich im Moment keine Vermehrung der Nebenwirkungen zeigen lässt. Soviel zunächst dazu, damit hier nicht zu viel Beunruhigung entsteht.

Ich möchte weiter noch folgendes sagen: Als Klinikerin und Praktikerin ist es für mich ein Segen, dass es Methylphenidat gibt. Im Vergleich zu Neuroleptika erlebe ich Methylphenidat wesentlich angenehmer für die Kinder und setze es auch mit weniger Bedenken ein als ein Neuroleptikum. Das heißt, man muss einfach sehen, dass es Nebenwirkungen gibt, die aber relativ gut einzugrenzen sind. Eine Nebenwirkung haben Sie nicht genannt, die für mich im klinischen Alltag eigentlich die schlimmste ist. Es gibt fast immer eine Appetitsstörung. Da muss man mit den Mahlzeiten gegensteuern und dabei ist dann diese kurze Wirksamkeit manchmal hilfreich. Es wird aber viel zu wenig darauf geachtet, dass mit dem Methylphenidat häufig Verstimmungen entstehen und das Kind eher ein bisschen gedrückt wirkt und sich nicht mehr vital und lebendig erlebt. Darauf wird auch bei denjenigen, die sich mit dem psychischen Bereich nicht so auskennen, zu wenig geachtet. Das ist für mich das Hauptsymptom, warum ich die Medikation wieder absetze. Das wollte ich noch ergänzen.

Ich möchte noch eine Anmerkung zu dem Vertrag anbringen: Ich hatte vorhin nicht erwähnt, dass wir zur Medikation schon eine interessante erste Beobachtung vorliegen haben. Ich hatte gesagt: 30 Prozent Medikamente. Es haben sich drei Kassen bereit erklärt, die Patienten aus dem Jahr davor zu untersuchen – Patienten, die also schon eine Medikation hatten. Da ist ein leichter Trend zu sehen, dass die Medikamentenhäufigkeit – gemessen an den Dosierungen bei Methylphenidat – leicht heruntergeht und beim Atomoxetin sogar ganz deutlich heruntergeht. Dieses Ergebnis wurde genauer analysiert. Es wurde festgestellt, dass durch diesen Vertrag die Koordinierung der Führung der Patienten klarer ist, dass also nicht mehr verschiedene Personen parallel Methylphenidat für das gleiche Kind verordnet haben.

Damit komme ich zum letzten Punkt: Medikation bei einem Kind mit einer psychischen Auffälligkeit ist immer eine Intensivbehandlung. Das heißt, es kann nicht sein, dass ich einem Kind lediglich ein Medikament gebe, sondern wenn ich ein Medikament gebe, dann ist es für mich ein Intensivfall, in dem ich wirklich alle Möglichkeiten der Elternberatung, der Schulberatung, der Kindergartenberatung, der

psychosozialen Unterstützung – wir machen viele Gruppenprogramme mit den Kindern, weil sie häufig sehr viele soziale Probleme haben und auch Mobbing in der Schule oder ähnliches erleben – voranbringen muss, um das System der Familie zunächst so zu stabilisieren – dafür ist das Elterntaining auch ein zentraler Punkt –, damit sie überhaupt wieder zurecht kommt und sich nicht mehr ständig alles im Chaos bewegt. Dann kann man allmählich schauen, was im psychischen Bereich los ist. Oft muss man dabei die Medikation zu Hilfe nehmen. Dies führt dann dazu, sich mehr mit Ängsten, Depressionen und all dem zu beschäftigen, was vielleicht dahinter steckt. Das ist der Weg, das ist die hohe Kunst der Kinderpsychiatrie, den man mit den Familien geht. Das dauert manchmal vier Jahre, manchmal sechs Jahre, ich habe auch Kinder und Jugendliche schon zehn Jahre begleitet.

**Vorsitzende:** Frau Dörner und dann Herr Prof. Dr. von Voß.

Abg. **Katja Dörner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herr Prof. Dr. Rascher, Sie haben eben in einem Nebensatz die unterschiedlichen Prozentsätze bezogen auf Mädchen und Jungen genannt. Vielleicht könnten Sie für mich als eine medizinische Laiin erläutern, warum das so geschlechterspezifisch ist.

**Prof. Dr. med. Dr. h. c. Wolfgang Rascher** (Kommission Arzneimittel für Kinder und Jugendliche am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte): Es ist sehr schwierig zu sagen, warum bestimmte Krankheiten bei Jungen viel häufiger als bei Mädchen – oder umgekehrt – vorkommen. Es gibt auch bestimmte Krankheiten, die bei Mädchen viel häufiger sind. Wir wissen es letztlich nicht genau. Wir gehen aber davon aus, dass Jungen diese Störungen drei- bis viermal häufiger als Mädchen haben. Aber es gibt letzten Endes keine wirklich gute Erklärung dafür.

**Dr. med. Christa Schaff** (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.): Man kann verschiedene Dinge überlegen, aber das würde jetzt etwas zu weit führen. Man kann es auch im psychischen, im Bindungskontext andeuten. Tatsache ist, dass wir in den kinderpsychiatrischen Praxen bis zum Alter von 10 Jahren hauptsächlich Jungen und danach die Mädchen haben. Mädchen werden ab dem 10. Lebensjahr, wenn sie in der Vorpu-

bertät sind, labil und können dann oft das nicht mehr kompensieren, was sie vorher geschafft haben und insofern kommen dann eher die Mädchen in die Praxen. Das ist nicht nur bei ADS so, sondern das ist ein ...

**Prof. Dr. med. Dr. h. c. Wolfgang Rascher** (Kommission Arzneimittel für Kinder und Jugendliche am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte): Vielleicht zeigt das auch sehr klar, Herr Prof. Dr. von Voß hat das ja angedeutet, dass es zwar eine genetische Veranlagung dafür gibt, aber es keine genetische Krankheit ist, das muss man ganz klar sagen. Es gibt eine Anlage und dazu kommt dann viel Umwelt. Es sind vielleicht auch ein bisschen die Lebensbedingungen, die für Jungen anders sind als für Mädchen.

**Dr. med. Christa Schaff** (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.): Da muss ich allerdings sagen, dass der genetische Faktor für mich ein harter Faktor ist. Bei den Fragen zur Verdachtsdiagnose frage ich immer, ob es jemanden in der Familie gibt, der so ähnlich ist wie das Kind. Wenn dann gesagt wird, „naja, die Oma“ oder „vielleicht bin ich auch so gewesen“, dann ist für mich eigentlich schon eher eine Verdachtsdiagnose gegeben.

**Vorsitzende:** Herr Prof. Dr. von Voß, bitte.

**Prof. Dr. Dr. h. c. Hubertus von Voß** (Kindernetzwerk e. V.): Es ist nicht ganz neu, dass Kinder und Jugendliche Verhaltensstörungen haben können. Es gab schon eine sehr große und bemerkenswerte Studie – die leider nicht mehr im Bewusstsein ist – von Harnack in Hamburg, der nachweisen konnte, dass damals 10 Prozent der Schulkinder verhaltensauffällig im weitesten Sinne des Wortes waren. Da hatte man noch nicht das Krankheitsbild – wenn man es jetzt als Krankheitsbild bezeichnet – ADHS identifiziert. Da hätte man es vielleicht hyperkinetisches Syndrom genannt. Jetzt kommt der entscheidende Punkt: Ist die Familie sozial schwach und benachteiligt, steigt der Prozentsatz sofort auf über 20 Prozent. Das heißt, wir müssen diese psychosozialen Faktoren im Auge haben, wenn wir über ADHS sprechen. Deswegen müssen wir auch das therapeutische und das rehabilitative Konzept, nicht nur die

medikamentöse Behandlung, sondern eben auch diese zusätzlichen – vielleicht sollten wir sie gar nicht zusätzlich nennen, sondern vielleicht sind es bei vielen Kindern sogar die entscheidenden Faktoren – Bereiche viel mehr ins Auge fassen, damit wir diesen Familien ein multimodales, globales Behandlungskonzept anbieten können. Das wäre der erste Punkt, den ich hier noch erwähnen wollte.

Der zweite Punkt betrifft die Nebenwirkungen: Die Nebenwirkungsrate ist meines Erachtens sehr davon abhängig, welche Dosierungen gewählt worden sind. Wir beziehen uns im Moment noch auf Angaben über Nebenwirkungen aus einer Zeit, als hochdosiert behandelt worden ist – leider schrecklich hochdosiert behandelt worden ist. Ich kann aus meiner Erfahrung sagen, dass die Nebenwirkungsrate bei guter Führung der Patienten sehr gering ist.

Der dritte Punkt ist folgender: Wir wissen aus Großstudien, dass die Wirksamkeit von Methylphenidat in Abhängigkeit von der Zeitdauer der Verordnung rückläufig ist. Das heißt, manche Patienten reagieren nicht mehr auf die ursprünglich gewählte Dosierung. Das hängt mit neurobiologischen Faktoren – Adaptationsfaktoren – zusammen, die hier wahrscheinlich eine Rolle spielen. Zu den Amphetaminen habe ich mich kundig gemacht. Amphetamin ist ein herzwirksames Medikament und deswegen raten Kinderkardiologen – erfahrene Kinderkardiologen mit einem guten Background –, sehr zurückhaltend mit der Indikationsstellung und Auswahl von Amphetaminen umzugehen, weil das Herz belastet wird und ein Hochdruck entstehen kann. Ich denke, dieses Medikament ist wirklich nur eine Alternative, aber meines Erachtens nicht die zu favorisierende Therapie.

Einen letzten Punkt möchte ich ansprechen, sonst würde ich ungern von Berlin abreisen: Wir müssen darauf hinweisen, dass manchen Patienten mit ADHS älter werden und wir leider die Schnittstelle zum Erwachsenenalter noch nicht beachtet haben. Diese Patienten fallen nämlich dann in ein furchtbares Loch der Unterversorgung, wenn sie nicht schon als Kinder oder Jugendliche die Diagnose eines ADHS bekommen haben, denn dann ist die Therapie auch im Erwachsenenalter leicht fortzuführen. Wird die Diagnose – aus welchen Gründen auch immer – erst später im Erwachsenenalter gestellt, ist es äußerst problematisch, dass der Arzt an das Medikament herankommt und ein Betäubungsmittelrezept mit Methylphenidat verordnen darf. Diese Problematik muss sich die Kinderkommission auch anschauen, denn



ich meine, dass eine Kinderkommission auch dafür verantwortlich ist, was aus den Kindern wird, wenn sie ins Erwachsenenalter, also in die Transition kommen und sie dann nicht in ein Loch der Unterversorgung fallen.

Damit zusammenhängend haben wir eine große Gruppe leider gar nicht im Auge, das sind die kriminell werdenden Jugendlichen. Es ist überhaupt erstaunlich, dass im gesamten medizinischen Bereich die kriminell werdenden Jugendlichen in unserem Spektrum der Betrachtungen gar nicht auftauchen. Aber wir wissen heute, dass Jugendliche, die ein ADHS haben und nicht behandelt werden – weder mit einer Verhaltens- oder Psychotherapie noch mit einem Medikament – hochgefährdet sind, ggf. in den Drogenkonsum zu geraten oder auch mit Drogen zu handeln. Dafür kenne ich Beispiele. Deswegen brauchen wir auch ein neues Bewusstsein für Jugendliche, die nur durch Drogen, Drogenhandel und Drogenkonsum kriminell geworden sind. Diese bedürfen einer ganz besonderen Betrachtung, weil wir sie möglicherweise aus dem Justizvollzug herausziehen können. Es wäre auch ein großes Ziel, sie zu resozialisieren. Es ist mir ganz wichtig, dass das nicht vergessen wird.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Ich würde gerne noch eine Frage an Herrn Dr. Stracke stellen. Es ging vorhin um die Verträge. Ich habe den Bericht des Ministers an uns gelesen. Dort steht, dass der Mustervertrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jetzt in die Fläche gehen kann. Das war 2008. Warum hakt es Ihrer Meinung nach? Was könnten wir tun, damit die Verträge zustande kommen? Wenn keine Verträge zustande kommen, dann kann man auch nicht gut behandeln. Das wäre eine Frage. Die letzte Frage geht an Sie, Frau Dr. Schaff, aber auch an die anderen: In dieser Woche hatten wir Haushaltsberatungen in der Jugendhilfe in meinem Landkreis. Die psychiatrische, psychotherapeutische und kinderärztliche Versorgung, die Sie angesprochen haben, geht sehr häufig in die Jugendhilfe. Wenn ich mir dann die Problematik der Schnittstellen zwischen beiden Sozialgesetzbüchern V und VIII vergegenwärtige, dann denke ich: Da werden die Familien mit ihren Kindern zwischendurch fallen. Wenn Sie sagen, Sie haben Teams gebildet – wie gut klappt es an den Schnittstellen, damit es wirklich nicht auf den Rücken der Familien ausgetragen wird? Das ist kein Thema der Parteien, sondern es geht um unser versäultes System: Jedes System in sich ist an und für sich ganz gut, aber wenn sie miteinander arbeiten

müssen, kommt es zu Konflikten. Wenn Sie Jugendhilfe brauchen – klappt das? Gibt es Verständnis? Aus meinem Jugendamt kenne ich die Vorbehalte, wenn es um Kinder mit ADHS oder mit Lernstörungen geht, die eben auch schon bei der Diagnose einen psychiatrischen Wert haben. Da ist kaum Verständnis dafür vorhanden, dass die Jugendhilfe auch tätig werden muss.

**Dr. Thomas Stracke** (BMG): Vielen Dank für die Gelegenheit, kurz etwas dazu sagen zu können. Wir im Ministerium teilen die Begeisterung, die in dem Vortrag von Frau Dr. Schaff ein bisschen zum Ausdruck gekommen ist. Im Grunde ist das eine Zusammenfassung dessen, was im Jahr 2002 auf Initiative des BMG als Konsens zusammengetragen wurde. Im Grunde würden wir am liebsten diesen Vertrag vorschreiben – nur: Das können wir in unserem selbstverwalteten Gesundheitswesen nicht, sondern er muss sich irgendwie durchsetzen. Was wir tun konnten, war die Förderung eines Forschungsprojekts, die Evaluation dieses Vertrages. Das heißt, wir unterstützen, dass man durch ein Evaluationsprojekt nachweist, dass sich die Ergebnisqualität der Behandlung durch diesen Vertrag tatsächlich verbessert. Wenn man dann auch noch nachweisen kann, dass die Krankenkassen dadurch vielleicht mittelfristig sogar Geld einsparen können, wäre das natürlich ein Supercoup. Das ist nicht sicher, aber ich denke, mit dem Evaluationsprojekt werden wir die Datengrundlage verbessern und wir hoffen, damit zur Umsetzung dieses Vertrags beizutragen.

**Vorsitzende:** Wäre denn eine Moderatorenrolle des BMG möglich, um die Beteiligten zu motivieren, sich gemeinsam an den Tisch zu setzen und zu fragen, woran es hakt? Im Palliativbereich und in der spezialisierten ambulanten Palliativmedizin machen wir es derzeit so, dass wir einfach moderierend sagen: „Jetzt setzt euch mal her und sagt, wo es knackt. Wir können es euch nicht vorschreiben, aber wir möchten, dass das, was der Gesetzgeber vorgegeben hat, auch umgesetzt wird.“ Wäre das eventuell eine Möglichkeit?

**Dr. Thomas Stracke** (BMG): Das können wir gerne im Gesamtkontext unserer Maßnahmen – wir tun sehr viel auf dem Gebiet ADHS, das hat man Ihnen in dem Bericht auch geschrieben – mit aufgreifen.

**Vorsitzende:** Frau Dr. Schaff und dann Herr Prof. Dr. von Voß, bitte.

**Dr. med. Christa Schaff** (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.): Herr Stracke, ich wollte mich an dieser Stelle ganz herzlich dafür bedanken, dass das BMG diese Evaluation des Vertrages, die wir jetzt mit der Universität Marburg im Januar gestartet haben, fördert und die Gelder dafür zur Verfügung stellt. Das hatte ich ganz vergessen. Schön, dass Sie das nochmal angesprochen haben.

Die andere Frage lautet: Wie funktioniert eigentlich die Vernetzung vor allem innerhalb der Systeme? Ich möchte zunächst noch einen Punkt erwähnen. Wir Kinderpsychiater sind per Definition Menschen, die den Körper, das Somatische und das Psychische im Kopf haben und eigentlich integrativ denken. Das hat sich in unserer sogenannten Sozialpsychiatrievereinbarung, die vor zwei Jahren im Gesetz auch vom Gesetzgeber abgesichert wurde, sehr gut umsetzen lassen. Das hat dazu geführt, dass wir integriert mit Heilpädagogen, Sozialpädagogen, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten verschiedener Methoden in unseren Praxen arbeiten können. Von den 800 Praxen in Deutschland sind jetzt etwa 400 sozialpsychiatrische Praxen; es gibt auch 50, die von Kinderärzten geleitet werden. Das ist in der Praxis ein Pendant zum Sozialpädiatrischen Zentrum, d. h. zur Sozialpädiatrischen Praxis. Diese Sozialpsychiatrievereinbarung, die der Gesetzgeber noch in dem Gesetz mit viel Zittern von unserer Seite aufgenommen hat, ist von Ihnen auch mit unterstützt worden.

Zum zweiten Punkt: Die ADHS-Teams sind erstaunlicherweise ein besonderes Schmankerl dieses Vertrages geworden. Das hatte ich überhaupt nicht so erwartet. Wir hatten sehr darum gerungen, wer von uns drei Berufsgruppen die Pfeilführung übernehmen darf. Sie können sich vorstellen, dass das auch ein Hin und Her war – ist es der Kinderarzt, der Kinderpsychiater oder Kinderpsychotherapeut? Es war eigentlich ein kreativer Akt, dieses Modell des ADHS-Teams zu finden, in dem man immer wieder gezwungen ist, sich mit allen drei Gruppen zusammenzusetzen. Erstaunlicherweise haben sich diese Teams schnell gebildet. Wobei das selbstverständlich auch ein Stück weit an den persönlichen Kontakten liegt. Ich habe jetzt ein Team mit Ärzten, mit denen ich vorher nicht zusammen saß. Wir treffen uns je-

des Quartal. Es ist sehr viel Bereitschaft und auch Freude seitens der Kindertherapeuten zu erkennen, die jetzt sagen: „Wenn ich jetzt beim Kinderarzt anrufe, dann komme ich gleich durch.“ Da ist wirklich etwas, das wächst. Da wird über das ADHS eine Netzstruktur geschaffen, die wir auch für alle anderen Störungen nutzen können. Wir unterhalten uns selbstverständlich am Rande, wenn wir uns sehen, auch immer wieder über andere Dinge. Es hakt also noch an einigen Stellen, aber an anderen geht es auch erstaunlich gut.

Das kann ich auch zur Vernetzung mit der Jugendhilfe sagen. Das hängt alles an den Personen. Ich bin an einer Schnittstelle zwischen drei Bereichen, da geht es mit einem Jugendamt hervorragend. Mit diesem veranstalten wir gemeinsame Fallkonferenzen und müssen uns nur auf dem kurzen Wege irgendwie abstimmen. Wenn ich da sage, da wäre doch jetzt eine Heimunterbringung gut, dann wird das mehr oder weniger ernstgenommen. Bei einem zweiten Bereich geht es so einigermaßen und beim dritten weiß ich von vornherein, dass alles, was ich sage, nicht gehört oder genau das Gegenteil gemacht wird. Das ist wirklich eine sehr schwierige Situation, das hört man von allen Kollegen immer wieder.

Es gibt eine sehr interessante Studie aus dem stationären Bereich von Prof. Dr. Fegert in Ulm – dazu wollte ich den letzten Bogen spannen –, der mit Heimen – also der Jugendhilfe – und dem Krankenhaus sowie niedergelassenen Ärzten eine vernetzte Arbeit als Modellprojekt durchgeführt hat. Es wurde noch einmal deutlich, dass wir alle die größten Probleme mit den Störungen des Sozialverhaltens haben – sowohl in der Jugendhilfe als auch in den psychiatrischen Kliniken, wo das – wie bei uns in den Praxen – eine der Hauptdiagnosen ist. Die Störungen des Sozialverhaltens, die vom ADHS manchmal schwer zu differenzieren sind, haben sehr stark zugenommen und wir sind in diesem Bereich nicht besonders effektiv. Wir haben eine eigene Studie durchgeführt, in der wir mit Prof. **Mattejat** – mit dem wir jetzt auch die ADHS-Studie machen – 1.000 Patienten in Praxen untersucht haben. Wir haben festgestellt, dass wir bei ADHS-Störungen und bei Ängsten mit unserer psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit wirksam sind, und zwar umso mehr, je intensiver wir arbeiten. Das heißt, wir brauchen auch mehr Zeit. Bei Störungen des Sozialverhaltens und auch bei schweren Depressionen greift dieses Modell in den sozialpsychiatrischen Praxen nicht so. Das ist auch im world psychiatry im Juni

letzten Jahres veröffentlicht worden. Die Störungen des Sozialverhaltens sind wirklich ein großes Problem.

**Prof. Dr. Dr. h. c. Hubertus von Voß** (Kindernetzwerk e. V.): Ich wollte nur ergänzend sagen, dass gerade wenn die Störungen des Sozialverhaltens im Vordergrund stehen, auch Methylphenidat am wenigsten wirksam ist. Das müssen wir öffentlich machen, damit der Glaube endlich aufgegeben wird, dass wir hier ein sehr wirksames Medikament in der Hand zu haben.

Sie haben aber noch einen Punkt bezüglich der Sozialgesetzgebung angesprochen. Aus der großen repräsentativen Studie der Kindernetzwerke zu den chronisch kranken Kindern und zur psychosozialen Versorgung in Deutschland von über 1.000 Familien wird eines ganz deutlich: Die Abgrenzung der Sozialgesetzbücher und damit die Budgetabgrenzung ist eine der größten Katastrophen, die gerade auch diese Familien in besonderer Weise trifft. Wenn die Probleme lokal durch freundschaftliche Zusammenarbeit gelöst werden, ist das etwas ganz anderes. Ansonsten können wir nur von den Erfahrungen sprechen, dass in Deutschland generell alles abgegrenzt, möglichst ausgegrenzt wird und keine Finanzierung zustande kommt. Im Prinzip braucht das Kind mit seiner Familie oder der Jugendliche mit ADHS ein ganz anderes Herangehen. Die Fachleute, die für die Einzelproblematik oder Gesamtproblematik am besten geeignet sind, müssen die Möglichkeit haben, so schnell wie möglich effektiv die Diagnostik und Therapie einzuleiten. Da gibt es noch ganz gewaltige Hürden. Meine Forderung für die Kindernetzwerke ist schon seit langer Zeit, dass wir endlich ein vereinheitlichendes Sozialgesetzbuch erhalten, damit der Dschungel der Paragraphen aufgegeben und endlich Transparenz für alle Leistungen, die der Sozialgesetzgeber vorgesehen hat, hergestellt wird. Im Moment hängt es von der Intelligenz der Eltern ab, ob sie überhaupt an Sozialleistungen herankommen. Wir wollen aber nicht nur diejenigen, die intelligent sind, erreichen. Sozialgesetzgebung heißt eigentlich auch, die Benachteiligten – und die ganz besonders – zu erreichen. Hier haben wir ein sehr großes Defizit.

Wenn Sie fragen, wie das realisiert werden soll – da müssen auch Gebührenscheffeln geschaffen werden. Ich bin nun nicht im niedergelassenen Bereich tätig, deswegen kann ich dafür auch werben. Es müssen Gebührenscheffeln geschaffen werden, über die die Vernetzung und die Kooperation über die Fachgrenzen hinaus ermöglicht

wird – das ist ein Akt, der unbedingt kommen muss. Es geht darum, ein oder zwei Gebührensätze in die Gebührenordnung einzufügen, damit eine Vernetzungsstrategie bezüglich Diagnostik und Therapie möglich wird. Wer das nicht realisiert, der redet am Thema vorbei.

**Vorsitzende:** Zur Vernetzung haben Sie bei mir eine Mitstreiterin.

**Prof. Dr. Dr. h. c. Hubertus von Voß** (Kindernetzwerk e. V.): Ich weiß, deswegen habe ich es gesagt.

**Vorsitzende:** Danke. Ich habe 11 Jahre lang Petitionen von all den Betroffenen, die zwischen die Sozialgesetzbücher gefallen sind, bearbeitet. Das ist zermürend für Eltern, die vor allem bei seltenen Krankheiten dringend Hilfe benötigen.

Damit würde ich diese Runde schließen.

Wir haben jetzt eine weitere, kleinere Runde vor uns. Es geht um KIPKEL. Sie werden kurz etwas dazu sagen und sich vorstellen. Bei KIPKEL geht es um Kinder von psychisch kranken Eltern. Das ist eine Gruppe von Kindern, die wir kaum beachten. Diese Kinder müssen sehr früh und sehr schnell groß werden. Die Organisation KIPKEL hat uns gebeten, hier vortragen zu können, wie sie die Situation einschätzen und wie sie die Kinder begleiten. Psychische Krankheiten von Kindern haben sehr häufig ihre Ursache in den psychischen Krankheiten der Eltern. Bitte, Frau Staets.

**Susanna Staets** (KIPKEL – Kinder psychisch kranker Eltern e. V.): Danke, Frau Rupprecht. Meine Damen und Herren, ich bedanke mich sehr, dass wir heute hier sein können. Wir werden über eine Arbeit berichten, die seit 1998 im südlichen Kreis Mettmann durchgeführt wird. KIPKEL ist die Abkürzung für Kinder psychisch kranker Eltern. Heute haben wir eine Premiere, weil ich jemanden mitgebracht habe. Das ist Onur, den ich kennenlernte, als er 15 Jahre war. Seine Familie habe ich in der psychiatrischen Klinik kennengelernt. Ich finde es großartig, dass er als Betroffener heute hier ist und darüber redet, was er erlebt hat und wie ihm auch geholfen werden konnte. Das ist etwas Besonderes. Deshalb freue ich mich, dass wir beide heute hier sind.

Onur, würdest Du Dich jetzt vorstellen?

**Onur Gürsel** (KIPKEL – Kinder psychisch kranker Eltern e. V.): Vielen Dank. Mein Name ist Onur Gürsel, ich bin z. Z. Zivildienstleistender im Krankenhaus. Für mich ist es eine Ehre, hier im Bundestag zu sein und über dieses Thema reden zu können, weil das Thema psychisch kranker Menschen in unserer heutigen Gesellschaft leider ein sehr großes Tabuthema ist und sich viele Menschen davon auch distanzieren. Deswegen finde ich es gut, dass wir hier zusammenkommen und in dieser Kinderkommission offen darüber reden. Ich stehe Ihnen auch für weitere Fragen zur Verfügung.

Ich habe das Projekt durch Frau Staets kennengelernt. Meine Mutter hatte eine sehr ausgeprägte Psychose und musste im Krankenhaus bleiben. Zu der Zeit war ich 15 Jahre alt, für uns war die Situation nicht einfach. Frau Staets bzw. das Projekt KIPKEL ist dann zu uns gekommen und hat uns unterstützt bzw. Hilfe angeboten. Wir haben auch einen Film mitgebracht, den wir Ihnen zunächst präsentieren möchten. Dieses Konzept KIPKEL ist ein präventives Konzept. Ich denke, dass in all den Jahren sehr viel präventive Arbeit geleistet wurde und der südliche Kreis Mettmann sehr gut versorgt ist. Das ist sicher das Besondere. Dieser Film dauert einige Minuten. Ich denke, er macht deutlich, was eigentlich mit den Kindern und Familien passiert.

Film

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Der Film hat doch einen komprimierten Einblick in Ihre Arbeit und Ihr Anliegen gegeben. Ich würde gerne nachfragen: Sie haben gesagt, Sie sind auf Spenden angewiesen. Sind Sie irgendwo – über die Jugendhilfe oder in einem Präventionsprojekt – regelfinanziert?

**Susanna Staets** (KIPKEL – Kinder psychisch kranker Eltern e. V.): Wir arbeiten für sechs Städte im südlichen Kreis Mettmann und von diesen sechs Städten gibt es, soweit ich jetzt informiert bin, pro Jahr etwa 15.000 bis 18.000 Euro im Jahr. Benötigt werden im Jahr etwa 80.000 Euro und mehr und diese Summe muss über Spenden hereingeholt werden. Ich finde es unglaublich, dass solche Projekte, die so not-

wendig sind und der Gesunderhaltung der Kinder dienen, über „Aktion Mensch“ oder ähnliche Glücksspiele finanziert werden. Es ist sicher unser großes Anliegen, dass diese Arbeit regelfinanziert wird. Es ist tatsächlich die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie gewachsen. Als ich das Konzept geschrieben hatte, bin ich in die zuständige Klinik gegangen und habe es vorgestellt. Dort wurde mir gesagt: „Dass diese Patienten Kinder haben, wissen wir nicht.“ Das war etwa 1998/1999. Heute ist es ganz selbstverständlich, dass in dieser psychiatrischen Klinik, die für den Einzugsbereich zuständig ist, sowohl in der Aufnahme zur Tagesklinik als auch in der Therapiestation, in der Ambulanz und in der wöchentlichen Sprechstunde Eltern die Möglichkeit erhalten, dieses Projekt kennenzulernen und sich darauf einzulassen, das Angebot für die Kinder anzunehmen. Das Problem besteht darin, dass Kinder nur sprechen und sich mitteilen, wenn ihre Eltern ihre Erlaubnis dazu geben. Das ist vielen nicht bekannt. Kinder sind loyal und reden nicht über das, was wirklich mit ihnen los ist. Kinder haben sehr schwierige Probleme – nicht nur psychisch kranke Eltern, sondern 60 bis 70 Prozent der Kinder erleben Trennung und Scheidung der Eltern. Das ist für viele insofern besonders dramatisch, weil viele dann mit ihren psychisch kranken Müttern alleine leben. Das ist ein Thema, das noch viel mehr Beachtung erhalten muss. Kinder müssen auch die Möglichkeit haben, sich zu äußern. Ich würde gerne noch einmal Onur zu Wort kommen lassen, weil es meine Idee in der Arbeit ist, dass diese Kinder soviel Integration wie möglich erfahren, dass diese Kinder aus der Isolation heraus kommen, dass sie nach draußen gehen, selbstbewusst sind und darüber reden, was sie selbst erleben. Dass Onur jetzt dabei ist, ist ein tolles Beispiel dafür, dass dies möglich ist, wenn über viele Jahre kontinuierlich Unterstützung geleistet wird. Diese Arbeit bedeutet nicht nur drei Monate Betreuung, sondern sie bedeutet Begleitung über vielleicht viele Jahre.

**Vorsitzende:** Wie sieht es mit der Kooperation mit der Schule, eine der wichtigsten Instanzen im Leben eines Kindes, aus? Wissen die Schulen überhaupt, was mit einem Kind los ist, dessen Eltern oder ein Elternteil psychisch krank sind? Wie gehen Sie damit um? Gehen Sie auf Schulen oder auf Kindergärten zu?



**Susanna Staets** (KIPKEL – Kinder psychisch kranker Eltern e. V.): Ich denke, wir arbeiten schon mit Lehrern und Erzieherinnen zusammen, aber das ist ein Bereich, der intensiviert werden müsste. Es müssten viel mehr Kooperationsgespräche mit Schulen erfolgen, es müssten Lehrer für dieses Thema sensibilisiert werden. Es geht nicht an, dass Kinder wochenlang fehlen, weil sie zuhause vielleicht eine suizidale Mutter haben und sie meinen, dass sie die Mutter kontrollieren und beobachten müssen. Sie werden nicht gefragt: „Warum bist du solange nicht in der Schule gewesen?“ Wir arbeiten im Augenblick daran, diese Konzepte noch intensiver zu entwickeln.

**Onur Gürsel** (KIPKEL – Kinder psychisch kranker Eltern e. V.): Ich möchte Ihnen mitteilen, dass so ein Projekt, wie es auch im Film durch die Antworten verschiedener Passanten deutlich wurde, auch andere betroffene Kinder ermutigt, selbst etwas zu tun und etwas zu verändern. Ich kann z. B. aus meiner Erfahrung sagen, dass ich durch die Organisation KIPKEL gemerkt habe, dass ich anderen Kindern aus sozial schwachen Familien und aus Mitigrationsfamilien helfen kann. Speziell dafür setzen wir uns momentan ein, dass man diesen Kindern hilft. Diese Erfahrungen habe ich zum großen Teil der Organisation KIPKEL zu verdanken. Wenn man darüber nachdenkt oder wenn man überhaupt diese Phrase „Kinder psychisch kranker Eltern“ hört, verbindet man damit direkt etwas Negatives. Vielleicht werden diese Kinder auch als Verlierer der Gesellschaft abgestempelt, was ich aber überhaupt nicht nachvollziehen kann. Denn diese Kinder gehen eigentlich am Ende als Gewinner aus der Situation, weil sie viel Verantwortung übernehmen und anderen Menschen deutlich machen können, dass eine psychisch kranke Mutter auch etwas Normales sein kann, dass es auch eine Krankheit wie jede andere sein kann, wie z. B. Grippe, die man heilen kann. Ich habe meine Mutter damals selbst gar nicht mehr wahrgenommen, sie war von einem Tag auf den anderen eine ganz andere Person geworden und wie ausgewechselt. Ich konnte sie gar nicht als meine Mutter mehr erkennen. Heute ist alles ganz anders, sie ist wieder gesund. Ich muss auch sagen, dass diese Erfahrung auch die Familie zusammenschweißt, wie Herr Prof. Dr. von Voß vorhin berichtet hat. Diese Kinder können aber auch in ein Loch fallen. Das ist ein sehr großes Problem, denn dies kann zu Kriminalität und Drogenkonsum führen. Davon hat die Gesellschaft am Ende auch nichts, sondern daraus entwickeln sich nur noch

mehr Probleme. Wenn man an psychisch kranke Menschen denkt, denkt man gar nicht an ihre Kinder und was mit ihnen geschieht. Ich arbeite im Krankenhaus und habe auch über dieses Projekt mit den Ärzten geredet. Sie waren sehr verwundert, denn sie hatten bisher auch nicht an die Kinder gedacht. Das ist ein großes Problem.

**Vorsitzende:** Herr Prof. Dr. von Voß, bitte.

**Prof. Dr. Dr. h. c. Hubertus von Voß** (Kindernetzwerk e. V.): Ich wollte Sie zu Ihrer Initiative beglückwünschen, aber ich möchte Ihnen vielleicht noch einen Hinweis geben. Es gibt in Mettmann und in Ratingen einen Kinderschutzbund, den ich selbst vor vielen Jahren – bevor ich dann nach München gegangen bin – mit großen Erfolg flächendeckend bis weit über Mettmann hinaus gegründet habe. Ich will damit sagen, dass es nötig ist, dass sich Selbsthilfegruppen vernetzen und nicht immer versucht wird, das Rad neu zu erfinden. Das kann ich Ihnen jetzt sagen und das ist vielleicht auch beispielhaft für andere Initiativen. Es gibt einen Kinderschutzbeauftragten bei der Landesregierung in Nordrhein-Westfalen, ich habe den Namen leider gerade vergessen ...

**Vorsitzende:** Früher war es Dr. Eichhorn.

**Prof. Dr. Dr. h. c. Hubertus von Voß** (Kindernetzwerk e. V.): Ja, Dr. Eichhorn. Also mit Dr. Eichhorn – das ist immer eine persönliche Beziehung gewesen, ich kannte ihn vorher gar nicht – war wie mit dem Bürgermeister viel an Vernetzung und Unterstützung zu erreichen. Ich möchte Ihnen Mut machen, vernetzen Sie sich mit anderen Institutionen, die etwas mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben, dann sind Sie nicht isoliert. Es ist nicht mehr so, dass psychische Erkrankungen in der Öffentlichkeit nicht diskutiert werden, aber es fehlen vielleicht noch Konzepte. Da muss man offen auf andere zugehen, ob sie sich nicht unterstützend in öffentlichen Aktionen erkennbar machen wollen. Dabei gewinnen auch Sie. Das heißt, Selbsthilfe soll sich vernetzen – aber da gibt es ein großes Problem: Jeder fürchtet, dass er dann weniger Spenden bekommt. Das ist ein großes Problem. Da muss untereinander eine Absprache getroffen werden, nicht nur zwischen den Sozialgesetzbüchern, sondern auch die Handelnden in den Sozialgesetzbüchern müssen lernen, dass sie gemein-

sam für Kinder und Jugendliche und Familien auftreten müssen. Das ist echte Vernetzungspolitik. Dafür brauchen wir keine Regierung, das machen wir selbst.

**Susanna Staets** (KIPKEL – Kinder psychisch kranker Eltern e. V.): Vielen Dank, dass Sie das sagen. Ich denke, mit dem ersten Schritt 1998 haben wir eine Vernetzung mit der psychiatrischen Klinik aufgebaut – das gab es überhaupt nicht. Inzwischen besteht auch eine gute Vernetzung zu den Jugendämtern und zu den sozialen Einrichtungen. Ich denke, dass hinter dem großen Gedanken der Vernetzung manchmal Schwierigkeiten im Detail bestehen. Wenn wir es schaffen, dass sich die Haltungen der Menschen, auch der professionellen, verändern, wird es auch eine Offenheit gegenüber psychisch kranken Menschen geben und dann geschieht Vernetzung von ganz alleine. Ich kenne Sie noch von Düsseldorf, dort habe ich früher gearbeitet. Zunächst muss einfach die Angst und Unsicherheit gegenüber psychisch kranken Menschen, die enorm groß sind, abgebaut werden. Ich bin laufend in Deutschland unterwegs und halte Vorträge und nehme an Workshops teil. Die größte Angst ist immer: Wie gehe ich mit diesen Menschen um? Wenn wir es schaffen, Kinder durch die Arbeit so zu stabilisieren, so selbstbewusst zu machen, dass das Kind sagen kann: „Das habe ich erlebt und ich weiß, wie groß die Not war“, dann ist das ein enormer Schritt. Wir müssen beginnen, den Kindern selbst eine Stimme zu geben – und nicht nur die Profis reden und sagen lassen, wie es gemacht werden muss – und einem Kind sagen: „Du machst die Erfahrung, Du bist derjenige, der Bescheid weiß, ich kann Dich dabei begleiten.“ Wenn ich ressourcenorientiert arbeite und Kindern eine Chance gebe, selbst von dem zu berichten, was sie aus einer Not heraus leisten müssen, dass sie Manager der Familie sind, dass sie für Geschwister sorgen und den Haushalt bewältigen, dann kann ich auch mit den Potentialen dieser Kinder arbeiten. Das ist nämlich nötig – dass wir sie nicht nur als die armen Kinder mit psychisch kranken Eltern sehen. Nein – das sind kompetente Kinder! Nur, wir müssen sie auch erreichen mit dem, was wir ihnen anbieten. Das bedeutet nach meiner Devise: Integration und Offenheit, damit dieses Thema nicht wieder geschlossen werden muss.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Frau Golze hat noch eine Frage.

Abg. **Diana Golze** (DIE LINKE.): Das wäre schon ein richtig schönes Schlusswort gewesen. Aber wir haben im ersten Teil unserer Beratung heute über ein Syndrom von Kindern im Kindesalter gesprochen und haben festgestellt, dass nicht nur das Kind behandelt werden muss, sondern dass eine Familientherapie oder eine Umfeldtherapie notwendig ist. Jetzt sprechen wir über eine Erkrankung von Eltern und stellen fest, dass die Kinder dabei vergessen werden. Sie werden nicht einbezogen in das Krankheitsbild der Eltern, sie werden einfach nicht – wie Sie das sagten – wahrgenommen. Es ist schade, dass der Kollege aus dem BMG nicht mehr da ist. Vielleicht könnten wir es in unsere Stellungnahme aufnehmen, dass man über Möglichkeiten nachdenken muss, dass nicht eine Initiative wie Ihre in die Klinik, wo die erkrankten Eltern sind, gehen muss, sondern dass es Usus wird, dass man sich dort auch das Familienbild dieser Patienten anschaut und sieht, wer von dieser Krankheit noch betroffen ist – nämlich nicht nur der unmittelbar Erkrankte, sondern eben auch die Kinder. Ich habe jetzt auch keine Lösung – aber man muss versuchen, Wege zu finden, den Patienten auch mit seinem Umfeld zu betrachten. Dies wäre ein präventiver Ansatz, denn spätere weitere Folgeerkrankungen können nicht nur beim Ursprungspatienten, sondern auch bei den Kindern ausgelöst werden. Es sollte auch im Interesse des BMG sein, dass man versucht, solche Umfeldtherapien oder zunächst zumindest Umfeldbetrachtungen zu ergreifen.

**Vorsitzende:** Herr Prof. Dr. von Voß.

**Prof. Dr. Dr. h. c. Hubertus von Voß** (Kindernetzwerk e. V.): Ich wollte sagen, dass man auch vor Kindern mit ADHD-Syndrom Angst hat. Auch diese Eltern, um bei Ihrem Thema zu bleiben, werden krank. Es ist so: Tritt eine Krankheit bei einem Kind oder Jugendlichen in der Familie auf, dann gibt es sofort schreckliche Nebenwirkungen und Auswirkungen auf das gesamte Familienkonzept, auf die Lebensentwürfe, auf die Lebensplanungen. Insofern kann ich Ihnen nur zustimmen, das BMG zu gewinnen, solche globalen Strategien zu entwickeln und nicht immer nur den einzelnen Symptomträger zu erfassen, sondern auch die Mitbetroffenen früh zu identifizieren und sie nicht erst in dieses Loch fallen zu lassen. Denn diese Nichtbeachtung hat große Folgen für den Jugendlichen – er geht gar nicht mehr in die Schule und wird nicht mehr gebildet. In der geschilderten Situation sind auch die Lehrer

inkompetent gewesen – sie hätten nachfragen müssen, warum der betreffende Junge nicht in die Schule kommt. Also mit anderen Worten: Die komplementären Fragestellungen, die sich aus diesen Problemen der Betroffenheit ergeben, sind ein psychosozial-medizinisches Aufgabenfeld, das noch nicht aufgegriffen worden ist. Hier muss Klarheit hergestellt werden – deswegen: ein Sozialgesetzbuch.

**Vorsitzende:** Vielen Dank. Frau Bracht-Bendt, bitte.

Abg. **Nicole Bracht-Bendt** (FDP): Ich möchte nur anmerken, dass in der Gesellschaft letztendlich die Akzeptanz psychisch Erkrankter nicht vorhanden ist – unabhängig davon, ob es sich um einen Jugendlichen, ein Kind oder einen Erwachsenen handelt. Ich kenne es aus dem Freundeskreis. Allein das Problem zu thematisieren, traut man sich nicht mehr. Ein junger Mann, der unter einer Zwangserkrankung leidet und gerade Abitur gemacht hat, reagierte auf die Frage: „Jetzt nach dem Erfolg können Sie das doch mitteilen?“ mit der folgenden Antwort: „Wer weiß, ich will mal Bundespräsident werden!“ Das ist ein Handicap! Nach dem Amoklauf in Winnenden, wo nach außen getragen wurde, dass dieser junge Mensch in psychotherapeutischer Behandlung gewesen war und das wirklich wie so ein Stigma wirkte, habe ich den Eindruck, als wenn uns das auch zurückgeworfen hat, denn viele möchten sich aus dieser Sorge heraus nicht mehr artikulieren, dass dies für sie zum Nachteil werden könnte. Deswegen halte ich es für so wichtig, dass Sie über die Erkrankung Ihrer Mutter berichten, auch wenn sie jetzt wieder gesund ist. Es muss zur Normalität in unserer Gesellschaft werden, es muss akzeptiert werden.

**Vorsitzende:** Vielen Dank.

**Susanna Staets** (KIPKEL – Kinder psychisch kranker Eltern e. V.): Ich möchte gerne noch einen Satz dazu sagen. Das Problem beginnt eigentlich in der Familie. Die Kinder und Eltern reden nicht miteinander über das, was sich am Verhalten der Eltern verändert. Das hat viele Gründe – der eine Grund ist, dass Eltern Angst haben, ihre Kinder zu belasten. Die Eltern haben Angst, dass wenn ihre Kinder über die Krankheit aufgeklärt werden, dass sie dann pathologisiert und stigmatisiert werden. Umgekehrt – Kinder sind sorgend, lieben ihre Eltern und fragen nicht. Diese Situa-

on verhindert Kommunikation schon in der Familie. Wir klären die Kinder in Gesprächen mit der ganzen Familie, mit dem erkrankten Elternteil, mit dem Nichterkrankten und allen Geschwistern auf. Wenn dann der Arzt dazukommt, der moderiert und Fragen beantwortet, ist das oft ein erster Schritt in der Familie, dass man überhaupt darüber redet. Der nächste Schritt wäre, dass das Kind dann nach draußen gehen und sagen kann: „Hallo, ich habe eine kranke Mutter und ich bin trotzdem tüchtig.“ Das ist meine Idee, dass wir diese Themen öffnen und dass zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe eine Kommunikation stattfindet. Ich habe zu Anfang die Erwachsenenpsychiatrie als ein geschlossenes System erlebt. Ich hatte große Mühe, hineinzukommen. Auch die Familie ist ein geschlossenes System und wenn wir es schaffen, diese beiden Systeme zu vernetzen, dann denke ich, haben wir einen ersten, wichtigen Schritt gemacht.

**Vorsitzende:** Vielen herzlichen Dank. Ich würde gerne jetzt unsere öffentliche Anhörung beenden. Für Sie zur Information: Die Kinderkommission fertigt nach einem Themenkomplex eine Empfehlung an die Mitglieder des Bundestages, an die Ministerien, an – wenn es sein muss – die Länder, Regierungen und die Länderparlamente, wenn wir der Ansicht sind, dass sie mit tätig werden müssen. Wir geben diese Empfehlung nach außen. Diese bereiten wir jetzt für den Themenkomplex Gesundheit vor. Heute war es sehr anregend – vielen herzlichen Dank, dass Sie Ihre Kompetenz hier eingebracht haben. Wir haben einen Vorteil: Wir können alles aus Kindersicht sehen und müssen nicht in erster Linie auf Koalitionen achten. Für uns ist wichtig, dass wir die Kolleginnen und Kollegen auf einen Handlungsbedarf aufmerksam machen, beispielsweise wenn gute Beschlüsse nicht umgesetzt wurden und wir nachhaken, woran das liegt. In der Anhörung haben wir z.B. festgestellt, dass die Verträge noch nicht abgeschlossen wurden, obwohl das Gesetz alles regelt. Unsere Beschlüsse werden wir Ihnen gerne zuleiten, damit Sie sehen, was wir beschlossen haben. Außerdem stellen wir unsere Beschlüsse auch ins Netz. Das Protokoll wird, wenn es fertig ist – das dauert allerdings, denn wir haben nur ein kleines Sekretariat – ebenfalls im Netz stehen. Ich hoffe, dass wir heute mit dazu beigetragen haben, dass das Thema differenzierter gesehen wird, denn ein Glaubenskrieg pro und contra bringt niemandem etwas – weder den Kindern noch denjenigen, die in diesem Bereich arbeiten. Es ging uns darum, für die Thematiken zu sensibilisie-

ren. Dazu haben Sie beigetragen – herzlichen Dank. Dank auch an die Zuhörerinnen und Zuhörer, die solange ausgehalten haben. Wenn Sie Fragen haben, können Sie sich an die Kinderkommission wenden. Damit schließe ich den öffentlichen Teil und wünsche Ihnen allen eine gute Fahrt nach Hause und noch einen schönen Abend.

Ende der Sitzung: 18.02 Uhr

gez. Marlene Rupprecht, MdB  
Vorsitzende