

Kindheit heute aus medizinischer Sicht – oder der Traum vom Designerkind

J.M. Fegert Uni Ulm

Riskante Kindheiten

22. – 24.9. 2003



Riskante Kindheiten

- Medizinische Risikoforschung
 - Armut
 - Sucht
 - Psychische Erkrankung von Eltern
 - Mehrfach behinderte Kinder
 - Migration
 - Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch
- Sozialabbau
- Medizinischer Fortschritt beeinflusst Rahmenbedingungen von Kindheit
 - Verschiebung des Generationenverhältnisses
 - Kinder als Waisenkinder des medizinischen Fortschritts
 - Ausblick

Attacke auf § 35 a SGB VIII

- Bundesratsinitiative der CDU regierten Länder („B“-Länder)
 - U.a. Wiedereinführung des Wörtchen „wesentlich“, Teilleistungsstörungen, junge Erwachsene
- Als Antwort auf Anfrage des Vereins Hilfe für das autistische Kind
 - Vorschlag des BMGS Abschaffung des §35a und Wiedereinführung der Zuständigkeit der Sozialhilfe (5. Juni 2003)

Fortschritt in der Medizin und Bedürfnisse von Kindern

- Kinder brauchen ein Recht auf offene Entwicklungsperspektiven
- Kinder brauchen ein Lebensumfeld welches für Familien das Leben mit einem behinderten oder verhaltensauffälligen Kind nicht zu einer schweren individuellen Belastung werden lässt
- (gerade chronisch kranke) Kinder brauchen Beteiligung an sie betreffenden Entscheidungen
- Kinder haben ein Recht auf ebenso sichere Behandlung wie Erwachsene
- Basisbedürfnisse gesunder und kranker Kinder werden in der UN-KRK beschrieben ihre Sicherstellung ermöglicht Entwicklungsperspektiven
- Berücksichtigung von Erkenntnissen z.B. der Hirnforschung ermöglicht differenziertere Hilfen

Individuelle Optimierung vs gesellschaftliche Schaffung geeigneter Lebensbedingungen für Kinder

Kapitel 1

1. Designerkind
2. Fortschritt um jeden Preis

aus „Kassandra“
von Friedrich Schiller

Frommt's den Schleier aufzuheben,

wo das nahe Schicksal droht?

Nur der Irrtum ist das Leben,

und das Wissen ist der Tod.

Zitat:

„Zukunftsminister“ Rüttgers (8.2.95)

- „Deutschland darf die biotechnologische Revolution des 21. Jahrhunderts nicht verschlafen. Wenn Deutschland seine Rückstände nicht aufholt, werden wir dauerhaft zweitklassig bleiben und die Chance auf neue zukunftssichere Arbeitsplätze verspielen. Neben der weiteren Verbesserung der Rahmenbedingungen wird das BMFT einen Schwerpunkt bei der biologischen und bio-medizinischen Forschung, u. a. bei der Humangenomforschung zur Krankheitsbekämpfung setzen.“

Zitat aus: Gassen, Martin, Bertram:

Gentechnik

Einführung in Prinzipien und Methoden

3. Aufl. Frankfurt 94. Ab der 4. Aufl. 1996 entfällt diese Passage

- *„Wie mit einem Baukasten können wir durch Einfügen kleiner und großer DNA-Elemente Lebewesen verändern. Der entscheidende Vorteil der Gentechnik ist dabei der Zeitgewinn. Gentechnische Methoden sind ‚unheimlich‘ schnell. Ähnlich wie die Kernspaltung auch zur Atombombe und zu Kernkraftwerken geführt hat, wie die moderne Elektronik unsere Arbeitswelt verändert, wird auch die neue Biologie und besonders die Gentechnik die Konstruktion von Lebewesen nach von uns geforderten Bedingungen beschleunigen.“*

Kommerzialisierung der Diagnostik von Gendefekten

- „DNA-Chips“ photolithographische Verfahren
- Bioethikkonvention des Europarates (Art. 12) fordert die Einbeziehung des Arztes bei prädiktiven Tests
- Dilemmata:
 - in der Beratung: Recht auf Geheimhaltung vs. Recht auf Information von Angehörigen
 - Versicherung: gegen genetische Risiken vs. Ausschluss von der Haftung bei gen. Risiken
 - genetisch differenziertes Prämiensystem
 - Gentestung als Voraussetzung der Aufnahme in Schulen, Hochschulen
 - Gendiagnostik als Voraussetzung für die Einstellung

Genpatentierung

- Europäische Richtlinie zum Schutz biotechnischer Erfindungen
 - Art. 5 Abs. 1 Entdeckung einer menschlichen Gensequenz oder Teilsequenz: keine patentierbare Erfindung
 - Art. 5 Abs. 2 Patentierung möglich, wenn die Sequenz durch ein neues technisches Verfahren gewonnen wurde
- Biotechnologie ist ein „Zukunftsmarkt“, auf dem derzeit die „Claims“ abgesteckt werden
 - Amgen macht allein mit Erythropoetin jährlich 1,5 Milliarden Dollar Umsatz
 - Amgen investierte 20 Millionen Dollar für den Erwerb der Schutzrechte für ein mutmaßliches Adipositasgen

Grenzen der Gentherapie

Ropers 1998

■ monogene Erkrankungen

- kausale Gentherapie: Adenosindeaminasedefizienz
- symptomatische Therapie: z. B. PKU, Hämophilie
- Früh- u. Pränataldiagnose: genetische Beratung

■ multifaktoriell bedingte Erkrankungen

- genetische u. exogene Faktoren
 - gelingt es, exogene Faktoren u. ihre Einwirkung auf Stoffwechselwege zu beschreiben, ergibt sich eine Möglichkeit zur Prävention multifaktoriell bedingter Erkrankungen

Pränataldiagnostik

Kindesgrundrechte (Menschenwürde) vs.
„Elternrecht auf ein perfektes Kind“

- Debatte Spätabtreibung vs. extrem frühgeborene Kinder z. B. DÄB 11/98
- „Kein Anspruch auf das Wunschkind nach Maß“ DÄB 14/98
- „Designer-Babys, Träume vom Menschen nach Maß“
G. Maranto 1998
 - Original: „Quest for Perfection. The Drive to Breed Better Human Beings.“ New York 1996
- Embryotherapie, d. h. Eingriffe in die Keimbahn, sind in Europa verboten
- Präimplantationsdiagnose in Deutschland verboten, dagegen im europäischen Ausland erlaubt

Mütter brauchen ein hohes Maß an Entscheidungskompetenz

- vor Beginn der Pränataldiagnostik
- während der Diagnostik, d. h. zwischen den verschiedenen Untersuchungen oder während der Wartezeit auf ein Untersuchungsergebnis
- nach einem auffälligen Untersuchungsbefund
- nach der Geburt eines behinderten Kindes
- nach einem Schwangerschaftsabbruch
- nach Dewald u. Cierpka. *Dt. Ärzteblatt*. Jg. 98. Heft 13 2002

„Prädiktive Medizin“

Präimplantationsdiagnostik und genetische Selektion im Spiegel von Meinungsumfragen

- 62 % der befragten US-amerikanischen Ärzte würden Prä-nataldiagnostik zur **aktiven Geschlechtswahl** vornehmen.
- 8 % einer Gruppe von befragten Paaren würden ein Kind, bei dem die **Prädisposition zur Adipositas** festgestellt würde, abtreiben lassen.
- Einstellung von Humangenetikern zum Kinderwunsch in fiktiven Entscheidungssituationen:
 - blindes Paar Risiko Kind 100 % 89 % pro Abtreibung
 - alleinstehende leicht geistig behinderte Frau 58 % pro
 - blinde Frau hat 3 Kinder von unterschiedlichen Vätern und ist Sozialhilfeempfängerin; neuer Partner: fiktives Risiko für Blindheit beim Kind 50 %:
 - 16 % der befragten Humangenetiker schlagen Sterilisation der Frau vor
 - 43 % raten zur **Abtreibung**

Klonen : Fortpflanzungsmedizin als „Wunschindustrie“

- Zum Weltkongreß 2003 läuft ein Ideenwettbewerb, der das „dirty word“ Klonen durch etwas positiveres ersetzen soll z.B. „monogenetische Prokreation“
- Robert Edwards Schöpfer des ersten Retortenbabys auf der Tagung der Europäischen Gesellschaft für menschliche Fortpflanzung und Embryologie (Juli 2002): „Wir müssen die Gene der Frau kennen. Wir müssen die Embryonen stärker selektieren. Wir brauchen eine bessere Qualitätskontrolle“ ... „Sind wir nicht in einer wunderbaren Welt?“

Was bedeutet der Fortschritt der genetischen Grundlagenforschung für Kinder mit Behinderungen und Entwicklungsbeeinträchtigungen?

■ Herausforderung und Chance

■ **adäquatere Untersuchungsdesigns**

- bessere phänotypische Beschreibung
- Kombination der **Entwicklungsdimension** mit Aussagen zu relativen Risiken in Modellen die unterschiedliche Ausgangskonstellationen berücksichtigen **peristatische** und **genetische Faktoren**

■ **bessere Behandlung und Prävention**

- Fortschritte durch mögliche **Gentherapie**
- Fortschritte durch bessere **Kenntnis** von **beeinflussbaren Faktoren** in **spezifischen Risikokonstellationen**

Risiken

- Demographische Entwicklung und Machbarkeitsphantasien erhöhen den Erwartungsdruck auf die Kinder, für die Frau sich noch entscheidet
- Verschwinden der Schicksalhaftigkeit führt zu Entsolidarisierung mit den Betroffenen (z.B. Down – Syndrom)
- In Europa kein Risiko für staatliche Eugenik aber postmoderne Individualisierung: eugenische Risikoabwägungen einzelner Mütter/Paare

Konsequenzen

- Es gibt immer weniger allgemein akzeptierte z.B. religiöse Grundsätze, die hier Einzelpersonen als akzeptierte Richtschnur dienen. Postmoderne Individualisierung und Privatisierung zentraler Entscheidungen.
- **Nicht nur „riskante Kindheiten“ sondern Kinder als soziales Risiko**
- In einer globalisierten Welt werden staatliche Verbote den medizintechnischen Fortschritt nicht aufhalten :
 - Was möglich ist wird von (reichen) Nutzern irgendwo in der Welt „genutzt“ werden
- Totalblockaden aus Prinzipienreiterei bringen keinen Schutz, aber eine konkrete Gefährdung für Kinder (z.B. Medikamentenforschung / Bioethikkonvention)
- Reaktionen müssen familienpolitisch und jugend**politisch** sein

Familien und Jugendpolitische Konsequenzen

- Nutzung und Verbreitung des medizintechnischen Fortschritts lässt sich regulatorisch kaum beeinflussen
- Deshalb müssen individuelle Entscheidungen **für** Kinder durch eine vernünftige familien-, sozial- und Bildungspolitik ermöglicht werden
- Wenn Behinderte oder verhaltensauffällige Kinder Eltern in ihren Entfaltungsmöglichkeiten individuell einschränken, werden gerade die Frauen mit dem höchsten Entfaltungspotential sich gegen Kinder entscheiden
 - Demographen finden die ersten Anzeichen auf die zu erwartenden U- förmige Kurve

Kapitel 2

- Kinder in der
Krankenbehandlung Patienten
2. Klasse, Waisenkinder des
Fortschritts und der
Partizipation

Beispiel: Verschärfung von Interessenkonflikten zwischen Ethiklobbyisten, Eltern und (ungeborenen wie geborenen) Kindern bei Diagnostik und Therapieentscheidungen

- Keine hinreichende Vorbereitung von Kindern auf
Behandlung, mangelhafter Einbezug in
Behandlungsentscheidungen
 - Aufklärung im Dreieck: Arzt – Eltern – Patient
 - Informed consent paradigm nur eingeschränkt hilfreich
 - (Rothärmel, Wolfslast & Fegert Med R 2000)
- Nicht hinreichende Forschung an Kindern und
Jugendlichen
 - „Bioethik – Fundis“
 - Designs
 - Einwilligung und Aufklärung
 - Keine hinreichenden ökonomischen Anreize

Untersuchung zur Information und Partizipation in der KJP - Behandlung

- Vorstudie: qualitative Befragung in Rostock , Entwicklung der Fragebögen (2000)
- Hauptstudie: konsekutive Aufnahmen in 2001
 - Rostock und ZfP Weissenau
 - N 296
 - Verläufe nur in HRO n = 110
- Förderung VW Recht und Verhalten
 - Leitung: J.M.Fegert und G. Wolfslast
 - Mitarbeiterinnen: I. Dippold, S. Rothärmel, K. Wiethoff
 - Kooperationspartner: A.Naumann und L. Konopka

Fragestellungen

- Informationspraxis vs. Informationsbedürfnisse
- Kenntnisstand bei Behandlungsbeginn
- Wahrgenommene Rechte bei Behandlungsbeginn und im Verlauf
- Subjektives Erleben der Aufnahme (Stigma, Emotionalität und Motivation)
- Partizipationspraxis und –bedürfnisse
- Korrelationen insbesondere mit der Einschätzung des Behandlungserfolgs

Informationspraxis

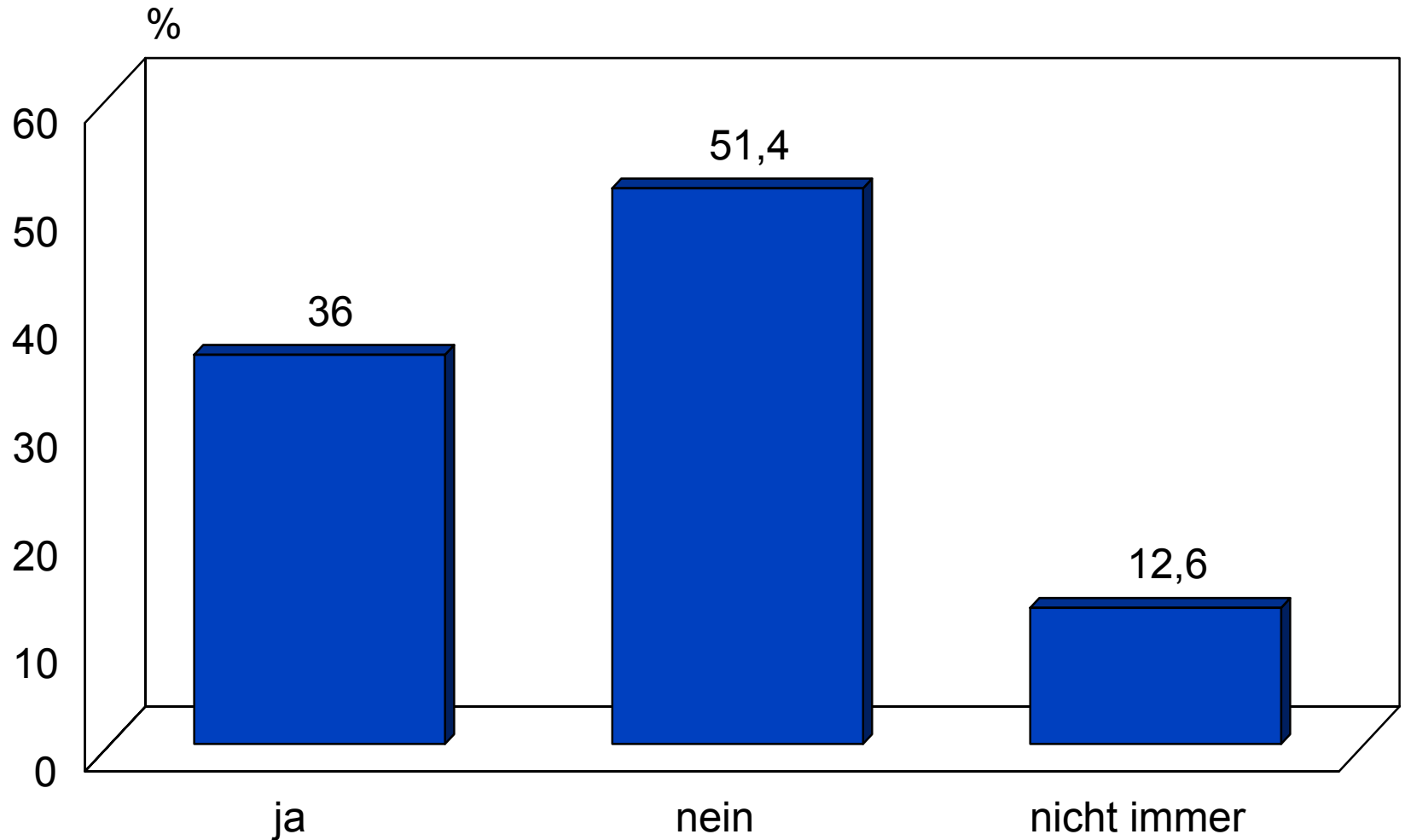
- Bei über 60% der Befragten hat der einweisende Arzt sie nicht auf den bevorstehenden Aufenthalt vorbereitet (keine Alterseffekte)
- Wenn informiert wurde hatten die Ärzte folgendes am häufigsten genannt (Mehrfachnennungen möglich):
 - Problemlösung (17,2 %)
 - Da werden Therapien gemacht (19,5%)
 - Da sind auch andere Kinder (10.2%)
 - Die Klinik ist schön (15,8%)
- Einige Stilblüten:
 - Jetzt ist es soweit, du hast so viel Blödsinn gemacht jetzt musst du in die Psychiatrie.
 - Dort ist es schön, keiner der da war wollte nach Hause ...

Zitat Mädchen 17 Jahre

Beim ersten mal in Schwerin, da hatte meine Ärztin mir das so erklärt, da gibt es Pferde, da kannst Du reiten, da gibt es ein Schwimmbecken und so. Als man nachher dahin kam, da lag man erst einmal ein paar Wochen im Bett, toll – nichts mit Reiten und nichts mit Schwimmen und so. Die sollen einen schon darauf vorbereiten was tatsächlich kommt... Wenn du noch nie in der Klappe warst, dann denkst du, da sind überall Gummizellen und so.

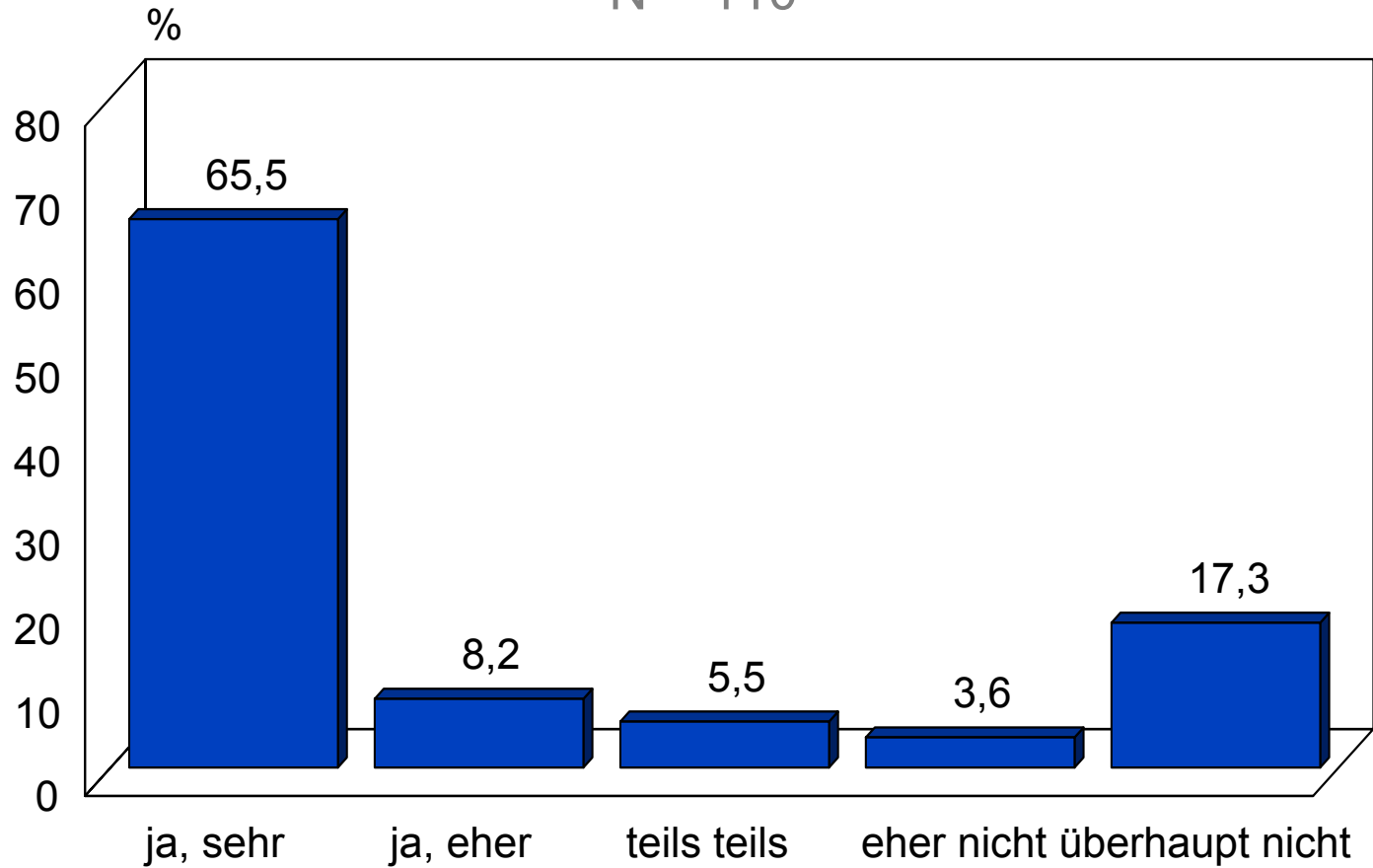
Klopfen die Schwestern/Ärzte an, wenn sie ins Zimmer kommen

N = 111



Ist es Dir wichtig, daß angeklopft wird?

N = 110



keine Angaben = 1

Partizipation

„Deine Eltern haben entschieden, dass Du in die KJPP kommen sollst. Was müssen sie wissen, um so eine Entscheidung treffen zu können?“

„Zuerst müssen sie mit dem Kind reden. Dann sage ich ja oder nein und wenn man nein sagt, dann sagt Mama ja“

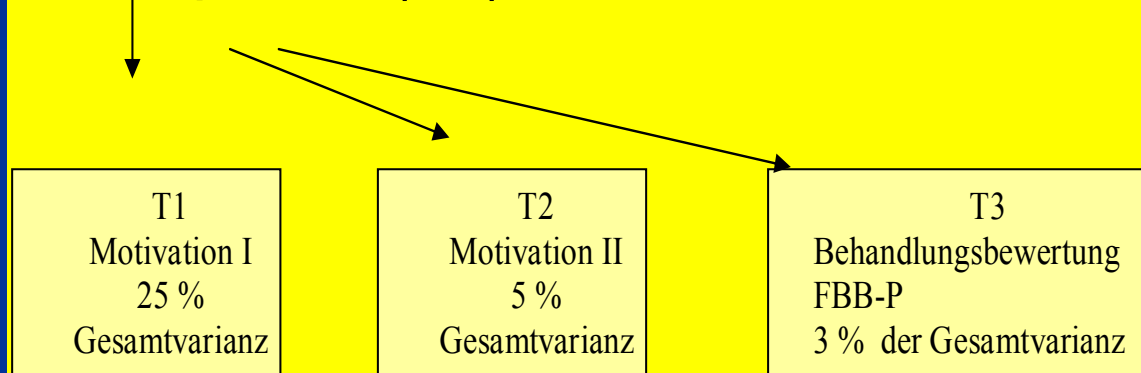
Skala aus 8 Items (Chronbachs alpha = .87)

Effekte einzelner unabhängiger Variablen auf die abhängige Variable “Partizipation”

| Unabhängige Variable | F | p |
|-----------------------------------|-------|------|
| Stationäre/ambulante Vorerfahrung | 7,100 | .008 |
| IQ | 2,664 | .072 |
| Erwerbstätigkeit Mutter | 3,494 | .032 |
| Alter | 5,995 | .015 |

Auswirkungen der Partizipation zu Behandlungsbeginn auf Motivation in der 1. und 5. Behandlungswoche und auf die Einschätzung des Therapieerfolgs bei Behandlungsende

Partizipation (T1)



Regressionsmodell (Alter, Geschlecht, Störungsart,
Region, Vorerfahrungen)

beta 518 ***

245*

183*

Praktische Ansätze vor Ort in Ulm

- Beschwerdemanagement
- Teil der Qualitätssicherung
- Expliziter Hinweis auf Patientenrechte
- Klinikschule
 - Schülerzeitung
- Information der Öffentlichkeit und der Fachöffentlichkeit
- Spezifische Lehrangebote

UN- Kinderrechtskonvention

1

Artikel 31
Die Vertragsstaaten achten die Rechte der Kinder und Jugendlichen auf Erholung, Spiel und Freizeit, sowie auf ihre Teilnahme an kulturellen, künstlerischen, sportlichen und Freizeitsportaktivitäten.
Die Vertragsstaaten fördern die Erholung, das Spiel und die Freizeit der Kinder und Jugendlichen durch geeignete Maßnahmen und durch die Bereitstellung von Freizeitsportstätten und Freizeitsportmöglichkeiten.
Die Vertragsstaaten achten die Rechte der Kinder und Jugendlichen auf Erholung, Spiel und Freizeit, sowie auf ihre Teilnahme an kulturellen, künstlerischen, sportlichen und Freizeitsportaktivitäten.
Die Vertragsstaaten fördern die Erholung, das Spiel und die Freizeit der Kinder und Jugendlichen durch geeignete Maßnahmen und durch die Bereitstellung von Freizeitsportstätten und Freizeitsportmöglichkeiten.

Im Treppenhaus der Klinik wird auf jedem Stockwerk eine Norm aus der UN-KRK vorgestellt. Damit soll den behandelten Kindern und ihren Eltern vermittelt werden, dass sie in stationärer Behandlung nicht rechtlos sind.

Alle Kinder und Jugendlichen haben das Recht auf Ruhe, Erholung, Spiel und Freizeit.



Auf den Stationsfluren finden sich für alle Patienten frei zugänglich Telefone für ein Beschwerdemanagement. Die Anschlüsse sind zum Patientenfürsprecher und den umliegenden Jugendämtern freigeschaltet.



Arzneimittelverordnung und Forschung

- Ausgedehnter off – label and unlicensed use
- Reformbedarf im Arzneimittelrecht
 - USA FDAMA und Pediatric rule und 4.1.2002 best pharmaceutical products for children (<http://www.fda.gov/cder/pediatrics>)
 - Europa: Directive sieht auch gruppennützige und bedingt auch fremdnützige Forschung vor
 - Deutschland
 - 11. AMG Novelle: Gruppennutzen, keine Forschung für MmGB
 - Expertengremium beim BfArM

Klinische Bedeutung des off-label use

- In der stationären Behandlung von Kindern ca. 70% off – label use (50 – 90% verschiedene Studien)
 - Höchste Raten in der Intensivmedizin, Neonatologie, Onkologie
- In der ambulanten Behandlung (Gleiter et al. 2001) 13,2%
 - Daten AOK BW Kinder 0-16 Jahre 1. Quartal 1999
 - Hoher off – label Anteil bei topischen Arzneimitteln 63,8% und bei Antidepressiva 36,6 %

Forschung an „Einwilligungsunfähigen“

- *„Man kann ja nicht einfach so über ein Lebewesen hinweg entscheiden , ob nun Kind oder Jugendlicher. Es muss ja wenigstens gefragt werden auch wenn man nicht akzeptiert wird.“*

*(Mädchen 8 Jahre, in Fegert et al. 2000 ,
gefördert von VW II/ 74 904)*

UN KRK: Artikel 12 (Meinung bilden,
angemessen berücksichtigen)

Artikel 13 (Informationsfreiheit)

Schutz Einwilligungsunfähiger

Bioethikkonvention

- Art. 17 I v. Vetorecht für Kinder bei der Teilnahme an Studien
- Art. 16 I v. u. Art. 17 I i Informationsrechte
- Art. 10 Information über die Ergebnisse der Studie
- Art. 6 : „ Die Ansicht des Minderjährigen wird als ein mit zunehmendem Alter und mit zunehmender Reife an Bedeutung gewinnender Faktor in die Entscheidung mit einbezogen.“

Entwicklungsdimension

Unmündigkeit vs Mündigkeit

- Schleiermacher 1826: „ Man darf den Willen nicht unterdrücken, denn je schwächer er sich entwickelt, desto weniger kann er nachher anerkannt werden ...“
- §1626 II BGB Verpflichtung der Eltern, die wachsende Fähigkeit und das wachsende Bedürfnis des Kindes zu selbstständigen und verantwortungsbewusstem Handeln zu berücksichtigen

Verstärkte spezifische Forschung zur Aufklärung und Einbeziehung von Kindern

- Kriterien (nach Coester)
 - Reife
 - Urteilskraft
 - Kritikfähigkeit
 - Entscheidungsfähigkeit
- Nicht generell feststellbar sondern situativ (Fegert 2000)
 - Psychopathologie
 - Erfahrung bei chronischer Erkrankung

voice effect

- Mitsprachemöglichkeiten im Entscheidungsprozess erhöhen die wahrgenommene Fairness, selbst dann wenn keine Kontrolle hinsichtlich des Ergebnisses der Entscheidung besteht
- Mitsprache führt zu höherer Akzeptanz und Bindung an die Folgen der Entscheidung

Consent der Eltern nur zusammen mit Assent der Kinder und Jugendlichen

- Spezifische Aufklärung für Kinder
 - Entwicklungsspezifisch
 - Anforderungsspezifisch
 - Krankheitsspezifisch (Krankheitseinsicht, Expertenwissen chronisch kranker Kinder)
 - Rechtliche und ethische Aspekte insbesondere das Vetorecht
- Überprüfung ob die konkrete Aufklärung verstanden wurde
 - Z.B. Mac Arthur Interview R adaptiert für Kinder (Grisso & Applebaum)
- Leitfaden und Einsatz von FAQ besser als „erschlagende primär juristisch abgesicherte Aufklärungsformulare“

Lösungsansätze

- **Aufklärung interdisziplinäre Aufgabe**
 - Übersetzung in einfache Sprache
 - Information der Kinder ist ein Wert an sich
 - Höhere Compliance und Motivation
 - Respekt vor Ihren Persönlichkeitsrechten
- **Altersdifferenzierte Sicht auf sog. „Einwilligungsunfähige“**
 - Kinder haben ein anderes Entwicklungspotential als z.B. Alzheimerpatienten
- **Kontrolle von Entscheidungen**
 - Gruppenkontrolle durch Selbsthilfegruppen und Betroffenenverbände
Elterninteressen entsprechen nicht automatisch den Betroffeneninteressen
 - In Konfliktfällen Einsatz von Verfahrenspflegern bei schwierigen Behandlungs- oder Forschungsentscheidungen
- **Gleichstellung mit Erwachsenen hinsichtlich der Behandlungsqualität** erfordert staatliche Forschungsförderung (Medikamentenforschung nicht alleine der Industrie überlassen) und „fremdnützige Forschung in strengen Grenzen

Epilog und Ausblick

- Bilanz
- Alte Themen und neue Themen für die Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendmedizin insbesondere Kinder- und Jugendpsychiatrie / - psychotherapie und Jugendhilfe
- Lobby für Bereitschaft zum „Risiko“ Kinder

Individualisierte „Eugenik“ und gesellschaftliche Sicherstellung kindlicher Basisbedürfnisse

- Der individuelle Wunsch nach dem wohlgeborenen (Eugen) Kind ist verständlich und uralt
- Konstrukte wie „Schicksal“ „gottgewollt“ verlieren an gesellschaftlicher Akzeptanz
- Das Verschwinden des Zufalls oder der Vorsehung reduziert die Wirksamkeit kollektiver Sinnstiftung und macht kindliche Beeinträchtigung zur unüberlegten oder ideologiebedingten (Fehl-)Entscheidung der Eltern für die sie dann auch gefälligst die Verantwortung tragen sollen
- Nur die bestmögliche Sicherstellung kindlicher Basisbedürfnisse lässt Eltern Entscheidungsspielräume
- In Problemsituationen klaffen Elterninteressen und Kindesinteressen immer weiter auseinander

Kindliche Basisbedürfnisse und deren Berücksichtigung in der UN- KRK

| Basic need | UN-Kinderrechtskonvention |
|---|--|
| Liebe und Akzeptanz | Präambel, Art. 6; Art. 12, 13, 14 |
| Ernährung und Versorgung | Art. 27, Art. 26, Art. 32 |
| Unversehrtheit, Schutz vor Gefahren, vor materieller emotionaler und sexueller Ausbeutung | Art. 16, Art. 19, Art. 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40 |
| Bindung und soziale Beziehungen | Art. 8, 9, 10, 11; Art. 20, 21, 22 |
| Gesundheit | Art. 24, 25, 23, 33 |
| Wissen und Bildung | Art. 17; Art. 28, 29, 30, 31 |

„mündige Familie“

„Problemsituationen“

**Reduzierung des
Verwaltungsaufwandes, der
Einmischung, Überwachung und
Kontrolle**

Erkennen

**Gute Regelangebote auch für
Ganztagsbetreuung**

Beraten, Informieren

**Spezifische Hilfen zur
Teilhabe rechtzeitig anbieten**

Kontrollieren „Wächteramt“

**Eltern berücksichtigen die
altersentsprechenden
Kindesinteressen**

**Spezifische Kindesinteressen
berücksichtigen**

DEREGULIERUNG

SPEZIALISIERUNG

Neurobiologie und Jugendhilfe

- Plastizität
- Traumatische Einflüsse
 - Exekutive Funktionen
- Inhibitionsdefizite bei Störungen des Sozialverhaltens
 - Damasio
- Internale emotionale Marker

Psychopharmakotherapie und Jugendhilfe

- Psychopharmakoprävalenz in Einrichtungen der Jugendhilfe verzerrt
 - Teilweise erhöht Substanzklassen!
 - Teilweise proportional vermindert
- Frage der Einstellung
 - Häufig Teil der Definition für Scheitern

Spezifische psychosoziale Lebenslagen

- Sehr junge Mütter
- Psychisch kranke oder süchtige Eltern
- Migrationshintergrund
 - Am wenigsten beachte derzeit Russlanddeutsche
- Armut und Gesundheitsrisiken

Survey design - 1

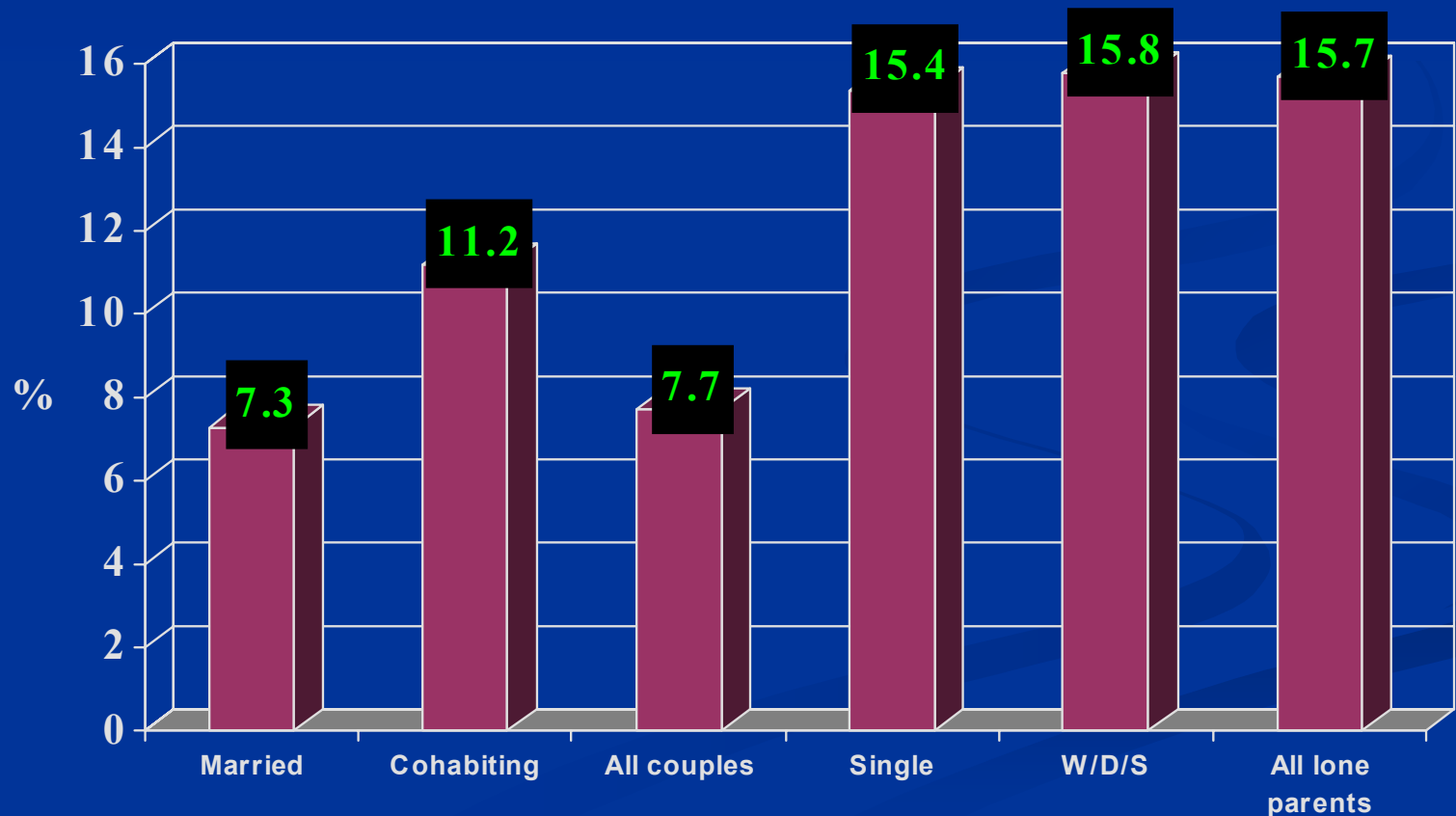
- Representative sample from Child Benefit Records
- Initial mail out of 14,250 letters, 12,529 families eligible, 10,438 interviews completed (83%)
- Face to face interviews with all parents
- Face to face interviews with 11-15 year olds self-completion for sensitive topics (CASI)
- Postal questionnaires to teachers
- 95% response from 11-15 year olds and 80% response from teachers
- Dyslexia assessment (BAS-II, BPVS-II)

Mental health among children and adolescents

- Survey was carried out in 1999 by Social Survey Division of the **Office for National Statistics for the Department of Health, Scottish Health Executive and National Assembly for Wales**
- Howard Meltzer and Rebecca Gatward (ONS)
- Robert Goodman and Tamsin Ford (Institute of Psychiatry, London UK)

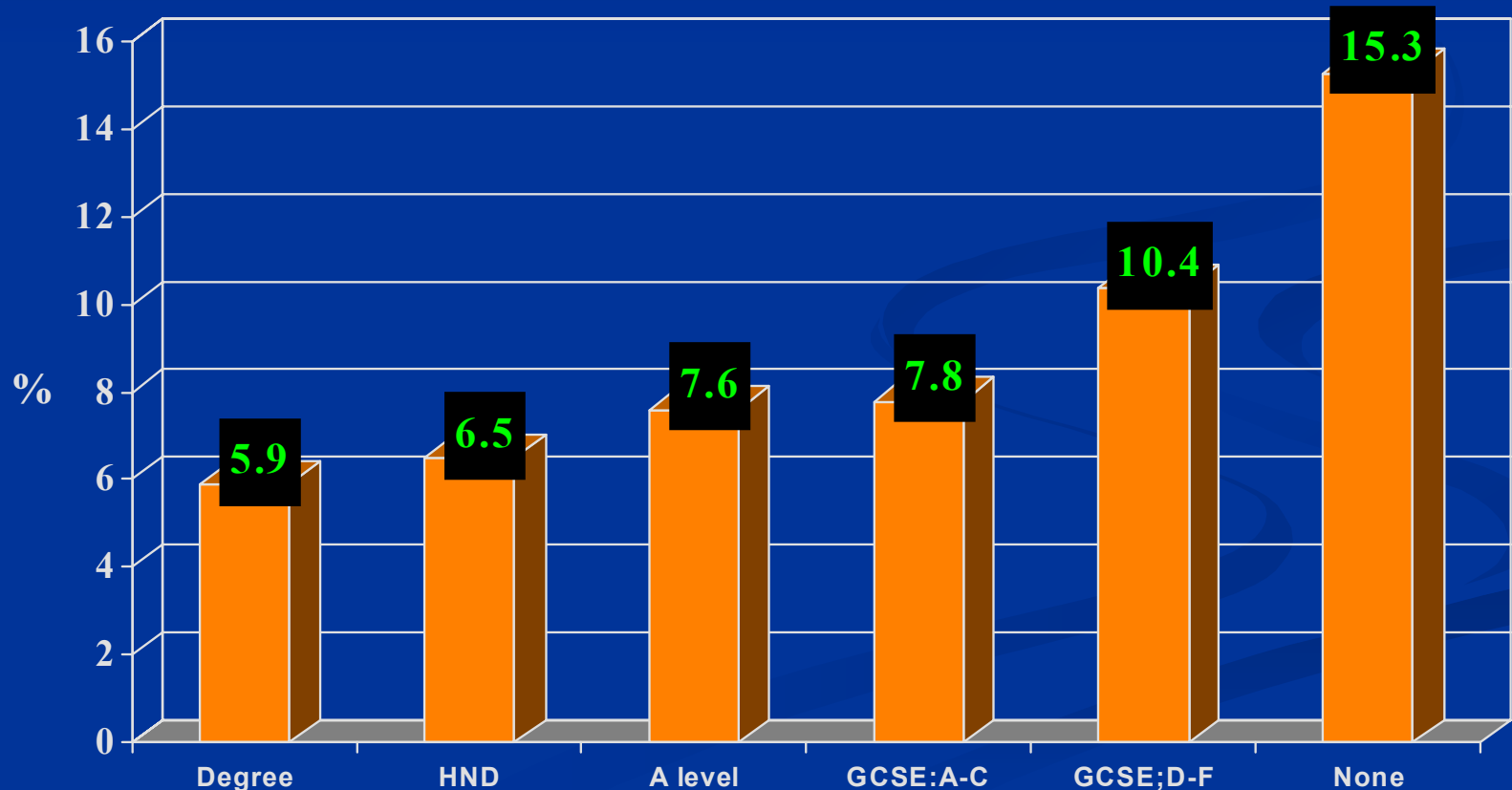
Prevalence of any mental disorder by family type

Prevalence of any mental disorder



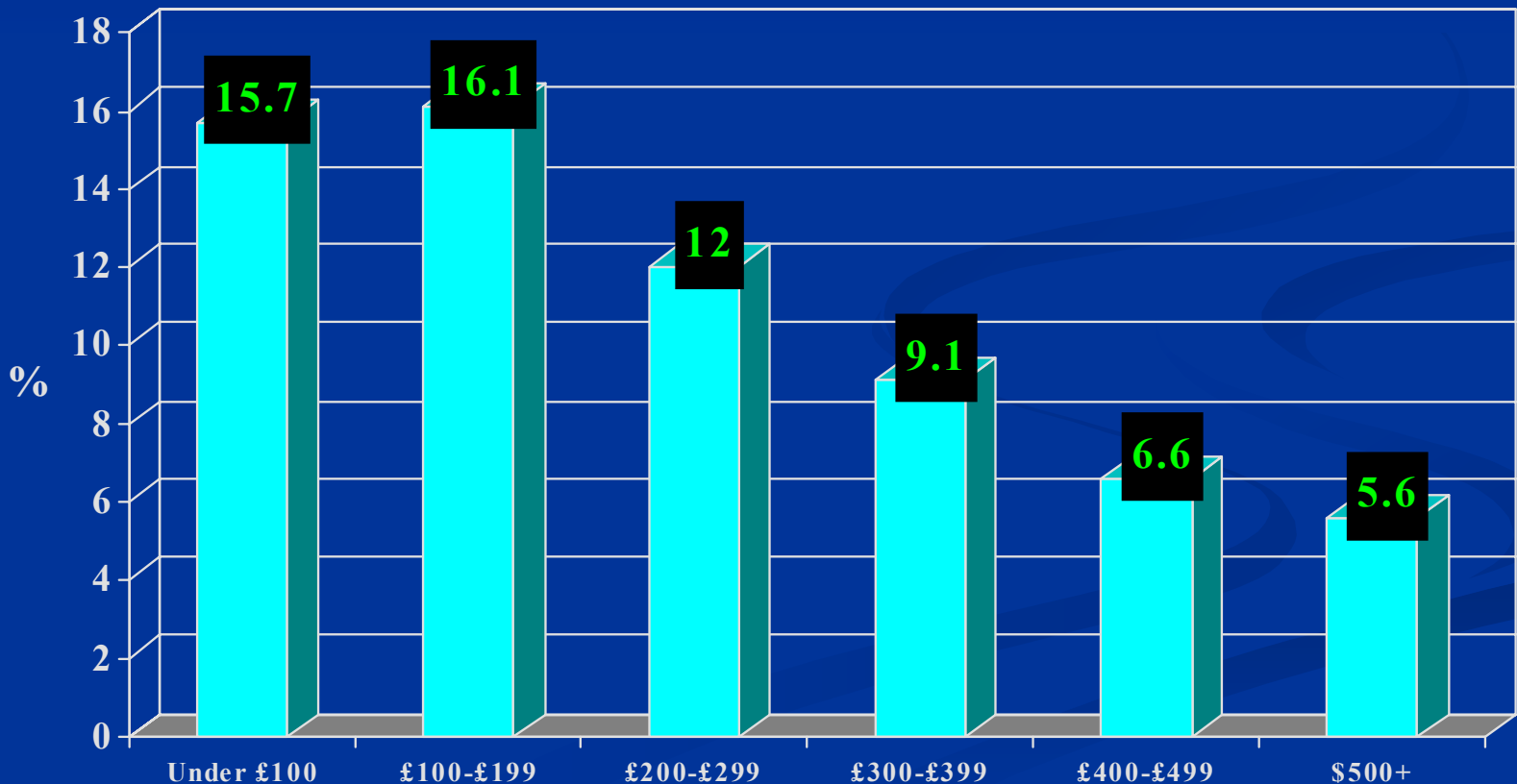
Prevalence of any mental disorder by educational qualifications of parent

Prevalence of any mental disorder



Prevalence of any mental disorder by gross weekly household income

Prevalence of any mental disorder



**Mehr Information zu diesem Vortrag und zu
unserer Klinik finden Sie im Internet:
www.uni-ulm.de/klinik/kjp**

