

Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie in Ulm



Jörg M. Fegert

Von der Planung zur Verwirklichung

- Gründungskonzepte der Medizinischen Fakultät Ulm sahen Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 30 Betten vor
- Kooperation mit der *Weissenau* und Versuch der Etablierung eines Lehrstuhls dort
- 2000: Auswahlverfahren
- Ruferteilung im Herbst 2001
- Baubeginn Februar 2002
- Einstellung der ersten Mitarbeiter zum 1.09.2001
- 15.09.2001 Beginn Ambulanzbetrieb
- 15.10.2001 Beginn stationärer Betrieb

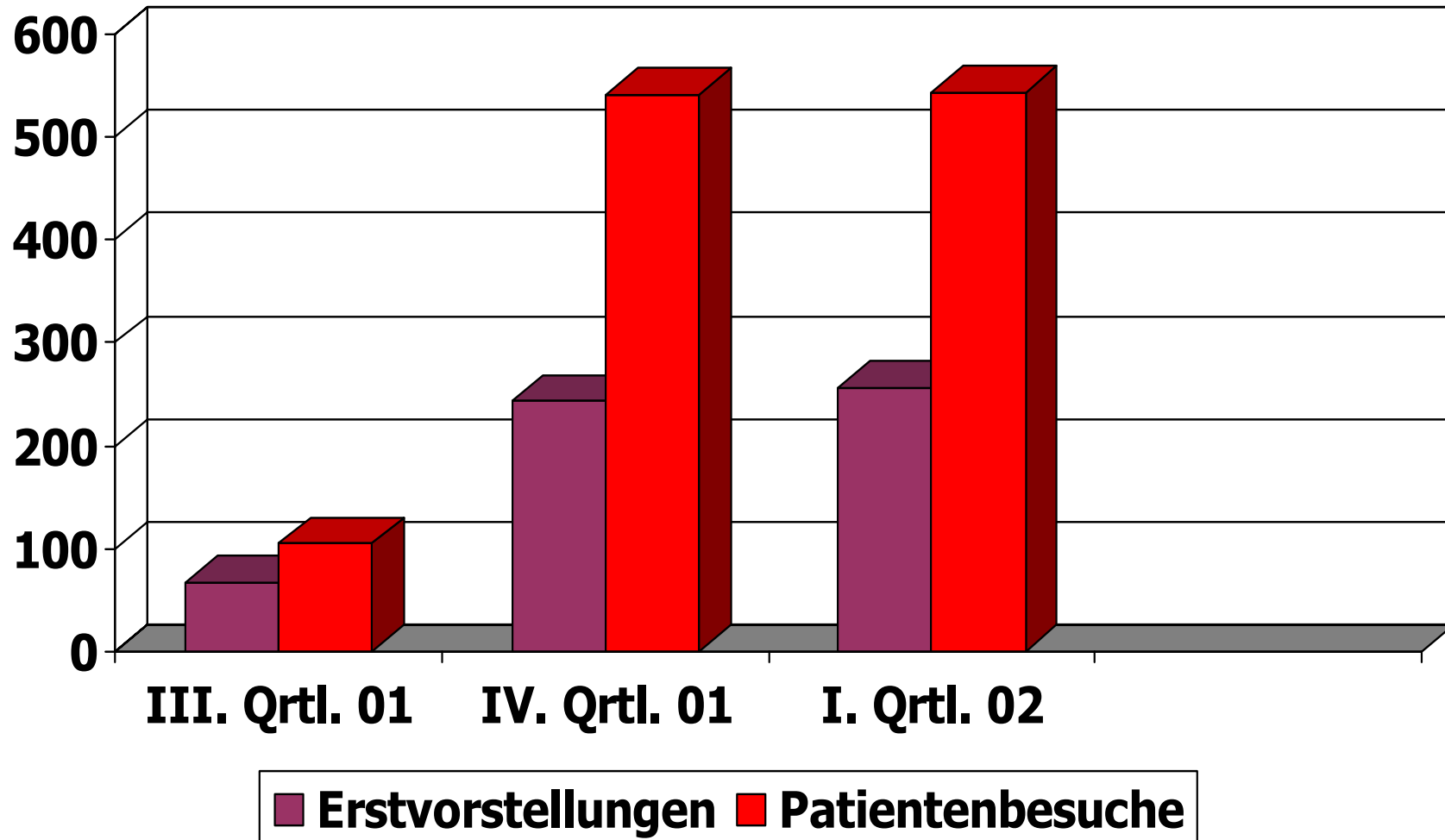
Struktur der Klinik

- 20 Betten
- 10 Tagesklinikplätze
- Poliklinik, Institutsambulanz nach § 118 SGB V
- Klinikschule
- Forschungsgruppe

Desiderate

- Spezialambulanzen
 - Pflegekinderambulanz (Stiftung für das Pflegekind)
 - Alleinerziehende in belastenden Lebenslagen
 - (BMFSFJ)
 - ausländische Kinder der ersten, zweiten und dritten Generation, Aussiedlerkinder (Kommune?)
 - chronisch kranke Kinder
 - Beratung von Familien und Psychodiagnostik von Kindern mit kardiologischen Problemen (Herzkinder)
- stationäre Eltern-Kind-Behandlungsangebote
- Behandlungsangebote für die bayerische Seite
 - 20 Tagesklinikplätze Günzburg
 - kooperative Jugendlichen- und Heranwachsendenstationen
 - Schizophrenie
 - Drogenkonsum
- spezialisierte Nachsorgeeinrichtungen
- etablierter Liaisondienst

Ambulanz für KJPP: Patientenzahlen



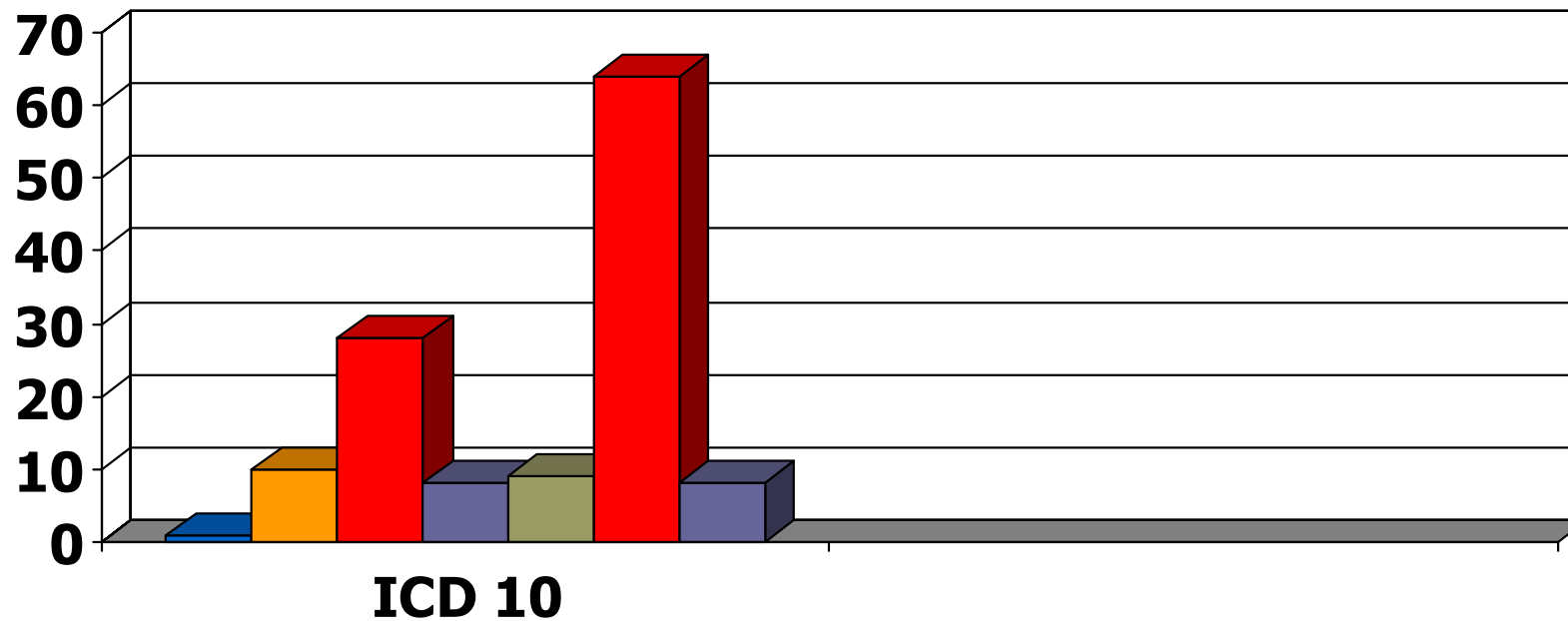
Stationen KJPP:

Belegungsstatistik 1. Qrtl. 2002

- 20 Planbetten
- 40 Patienten
- 1.878 Pfl egetage
- durchschnittl. Therapiezeit 46,4 Tage
- Auslastung 104 % seit 1.10. 2001
 - (obwohl Erstbelegung erst sukzessive ab 15.10.)

Ambulanz KJPP:

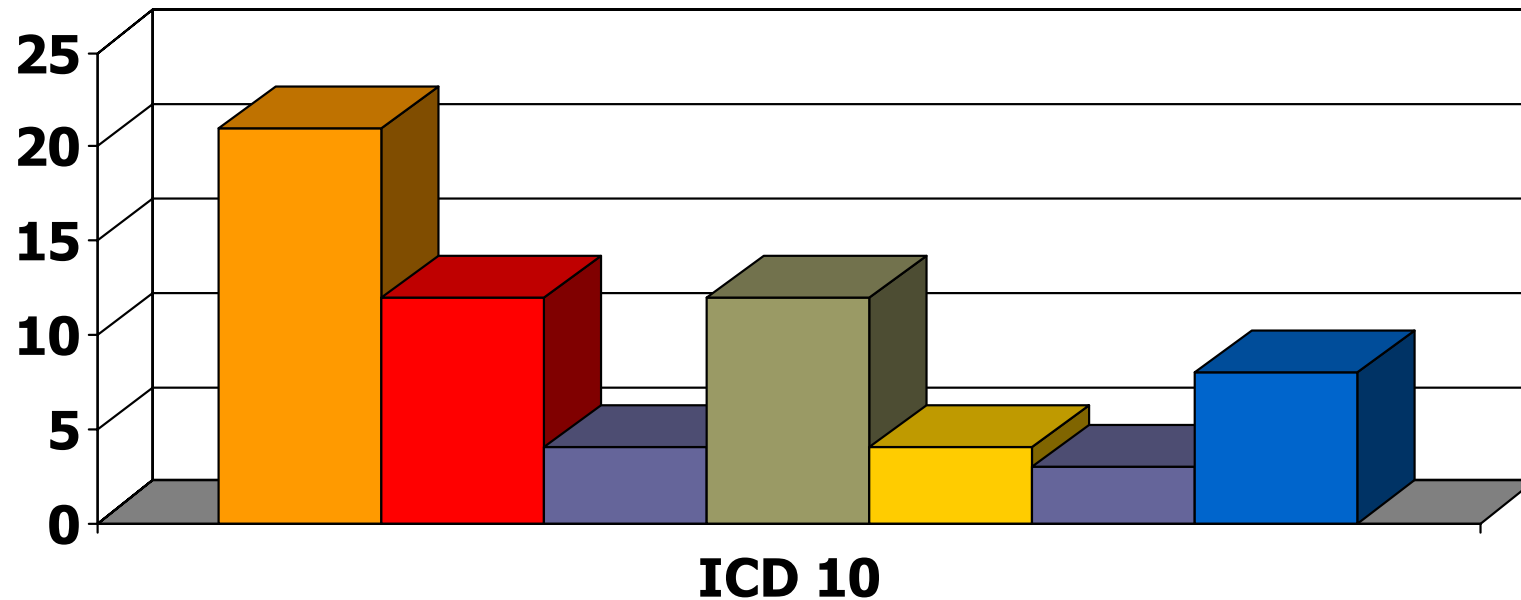
Hauptdiagnosen (Teilstichprobe)



- F2 Schizophrenie, Wahn
- F3 Affektive Störungen
- F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F8 Entwicklungsstörungen
- F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- Fx sonstige

KJPP:

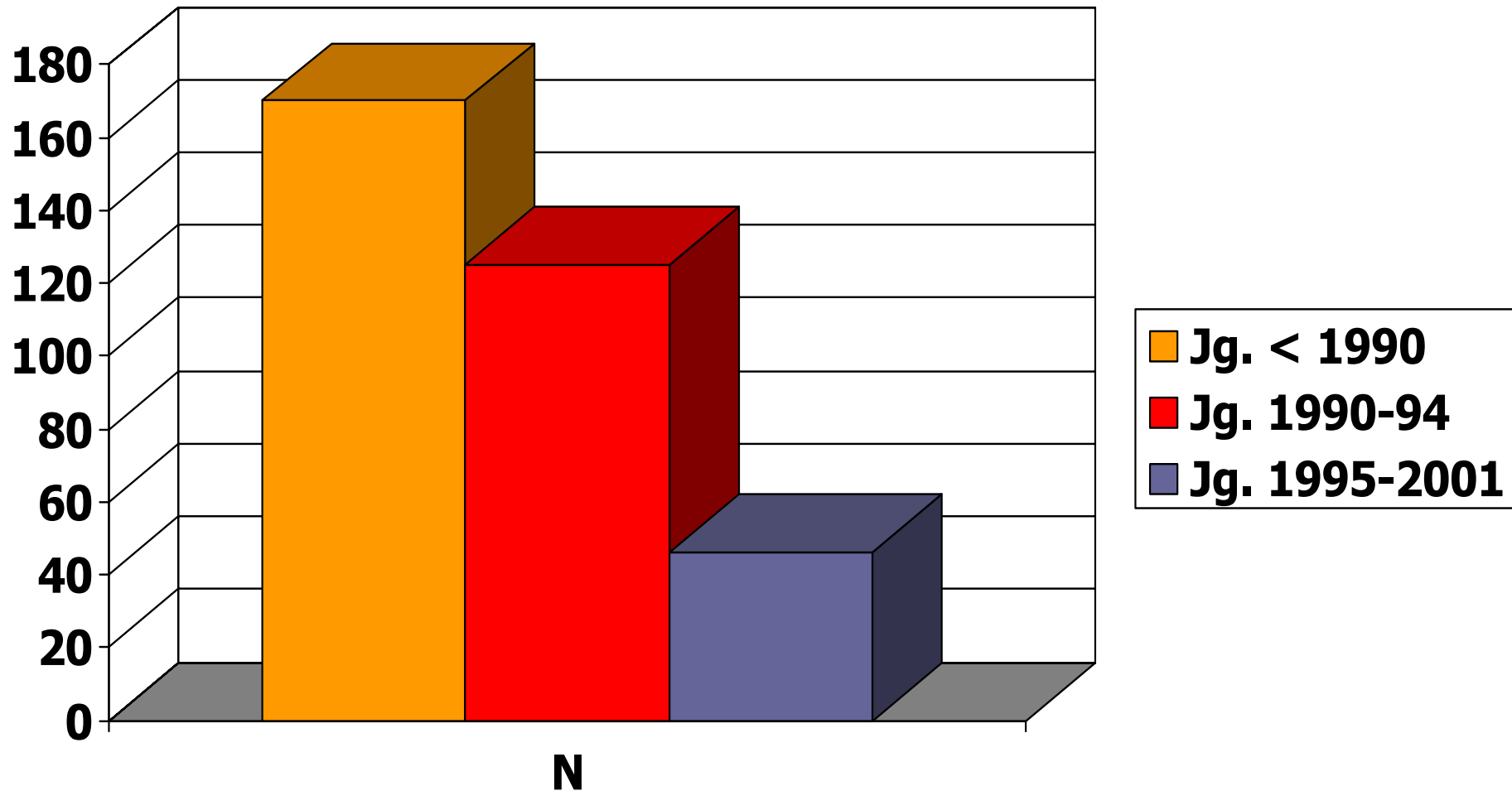
Diagnose-Aufschlüsselung F9



- F90 Hyperkinetische Störung
- F91 Störung des Sozialverhaltens
- F92 Komb. Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
- F93 Emotionale Störungen des Kindesalters
- F94 Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F95 Ticstörungen
- F98 andere

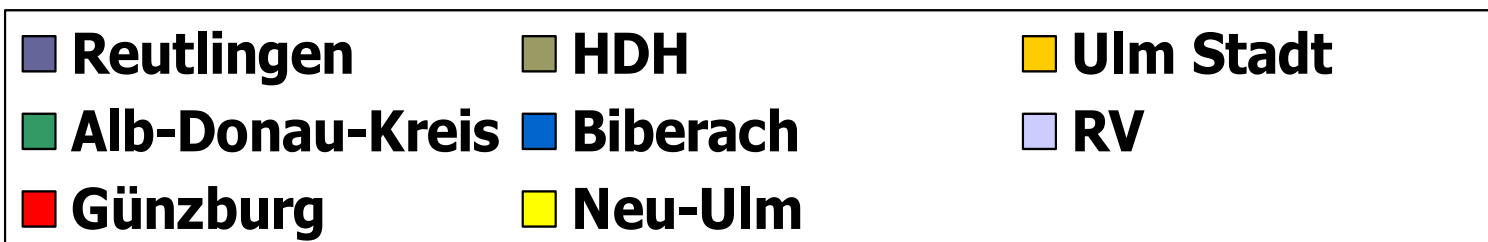
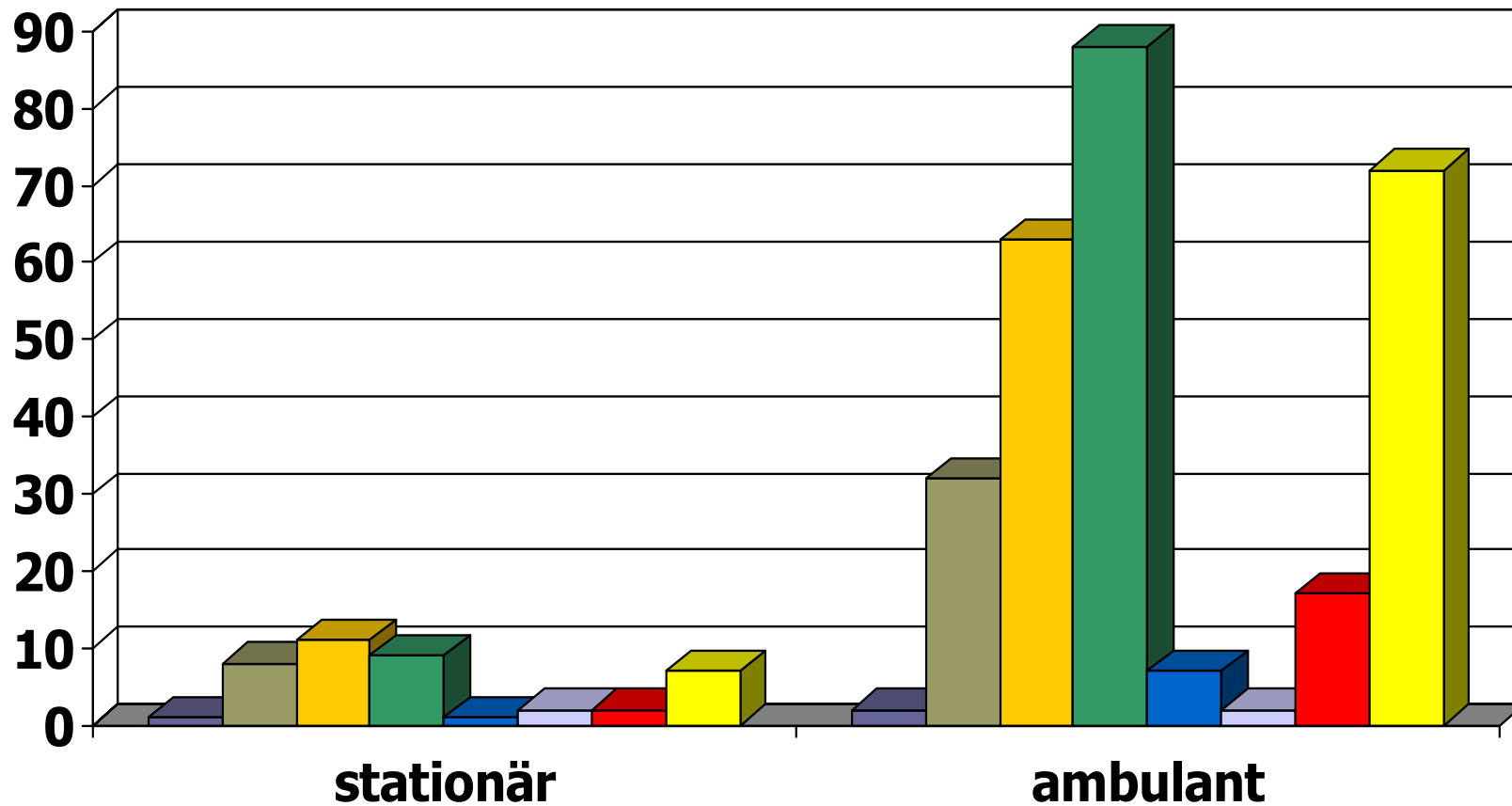
KJPP: Patienten nach Altersgruppen

(alle Ptn. 9-12/2001)



Einzugsgebiet KJPP Ulm: Kreise

(Fallzahlen 2001, Mehrfachnennungen möglich)



Definition der Bundesärztekammer: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

„Erkennung, nichtoperative Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen und Störungen sowie der psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen sowie Heranwachsenden und jungen Volljährigen mit Entwicklungsverzögerungen, denen eine psychische Erkrankung oder eine Fehlentwicklung der Person zugrunde liegt, einschließlich der Psychotherapie als Einzel-, Gruppen- und Familientherapie.“

Ausbildungsprobleme

- in der AO kein eigenständiges Fach, dadurch keine Pflichtlehre für Mediziner
 - Orchideen.- vs. Kernfach?
- häufig nur fakultative Vorlesungen für diverse Fachgebiete
- mangelnde Facharztzahlen führten z. B. bei der Formulierung von § 36 KJHG dazu, dass Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten nicht erwähnt wurden
- Regionalisierung führt zu so kleinen klinischen Einheiten, dass Ausbildung und Binnendifferenzierung kaum mehr möglich ist
- Rotationen sind für Pädiater und Psychiater primär nicht attraktiv

Drehtür Verschiebebahnhof

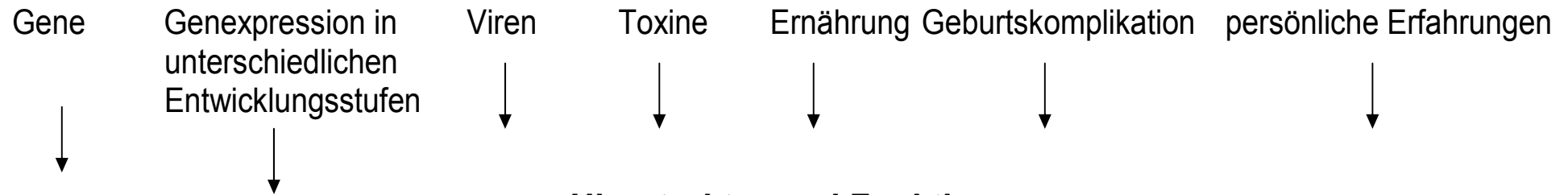
- mangelnde fließende Übergänge zwischen extra- und intramuralen Ansätzen vor allem im ländlichen Bereich
- Heim – KJPP – nächstes Heim – KJPP – nächstes Heim „Scheitererkarrieren“
- unvermittelte Übergänge aus stationärer Therapie ohne hinreichende und rechtzeitige Hilfeplanung
- Vorteile vs. Nachteile kurzer Liegezeiten
- Bermudadreieck: Jugendhilfe – KJPP - Justiz

zentrale Sichtweisen

- Entwicklungsgedanke
 - Schwellensituationen
 - Entwicklungsaufgaben
- Bindung
- Risikoforschung, Resilience
- Psychische Belastungen
 - multiaxiale Betrachtungsweise
 - Diagnose ICD 10
 - Entwicklungsstörungen
 - Intelligenz
 - Körperliche Grund- und Begleiterkrankungen
 - Psychosoziale Belastungen
 - Zurechtkommen im Alltag

Verursachungsmodell

Interagierende Faktoren wie



Hirnstruktur und Funktion

(z. B. Hirnentwicklung wird multipel beeinflusst, nicht nur anlagebedingte Faktoren, sondern auch Lernerfahrungen führen zu Strukturveränderungen, wichtig sind auch die Veränderungen in Bezug auf Medikation etc.)

Funktionen des Geistes

(z. B. Erinnerung, Emotion, Sprache, Aufmerksamkeit, Bewusstsein, exekutive Funktionen etc.)

Persönlichkeitsentwicklung

(individuelles Verhalten, Temperament und Interaktion mit der Umgebung)

Spezifische entwicklungspsychopathologische Auffälligkeiten und psychiatrische Erkrankungen

(z. B. Schizophrenie, Angsterkrankungen)

Diagnostik

- defizitorientiert vs. ressourcenorientiert
- kategorial vs. dimensional
- Lebensqualität
- Einengung auf den identifizierten Patienten vs. Familiendiagnostik
 - Wer definiert, wer das Problem hat?
- ökologische Validität von Beobachtungen, die fern des Lebensumfeldes gemacht werden

Forschungsprojekte:

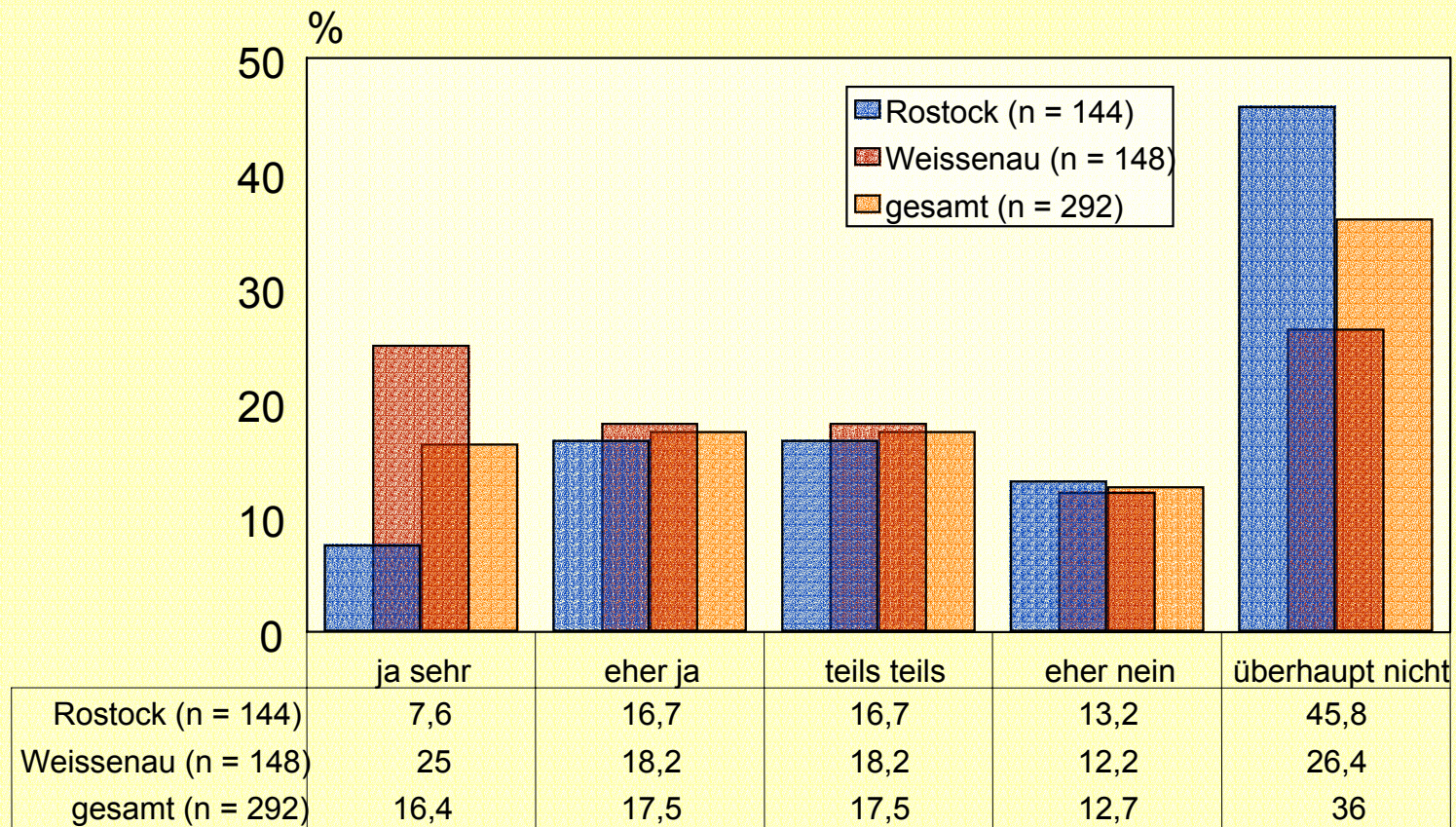
8,1 % Industrie

- Patientenaufklärung und -zufriedenheit
 - Patientenaufklärung, Informationsbedürfnis und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - Patientenzufriedenheit (Erhebung und Verlaufsaspekte bei Kindern und Jugendlichen)
 - Forschung an Einwilligungsunfähigen

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

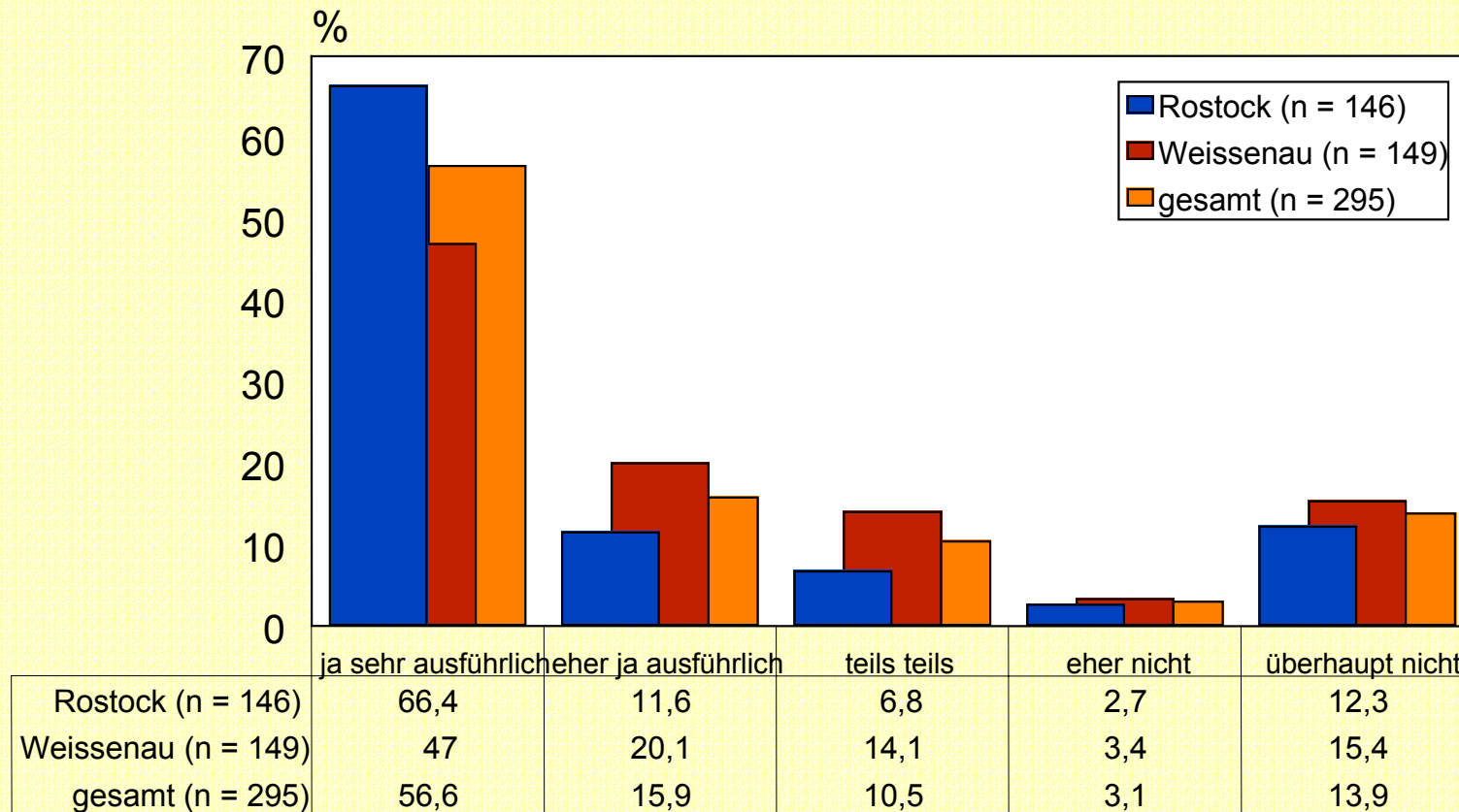
Wurdest Du informiert über Deine Behandlung?



Rostock: keine Angaben = 2 weiß nicht = 1

Weissenau: keine Angaben = 3

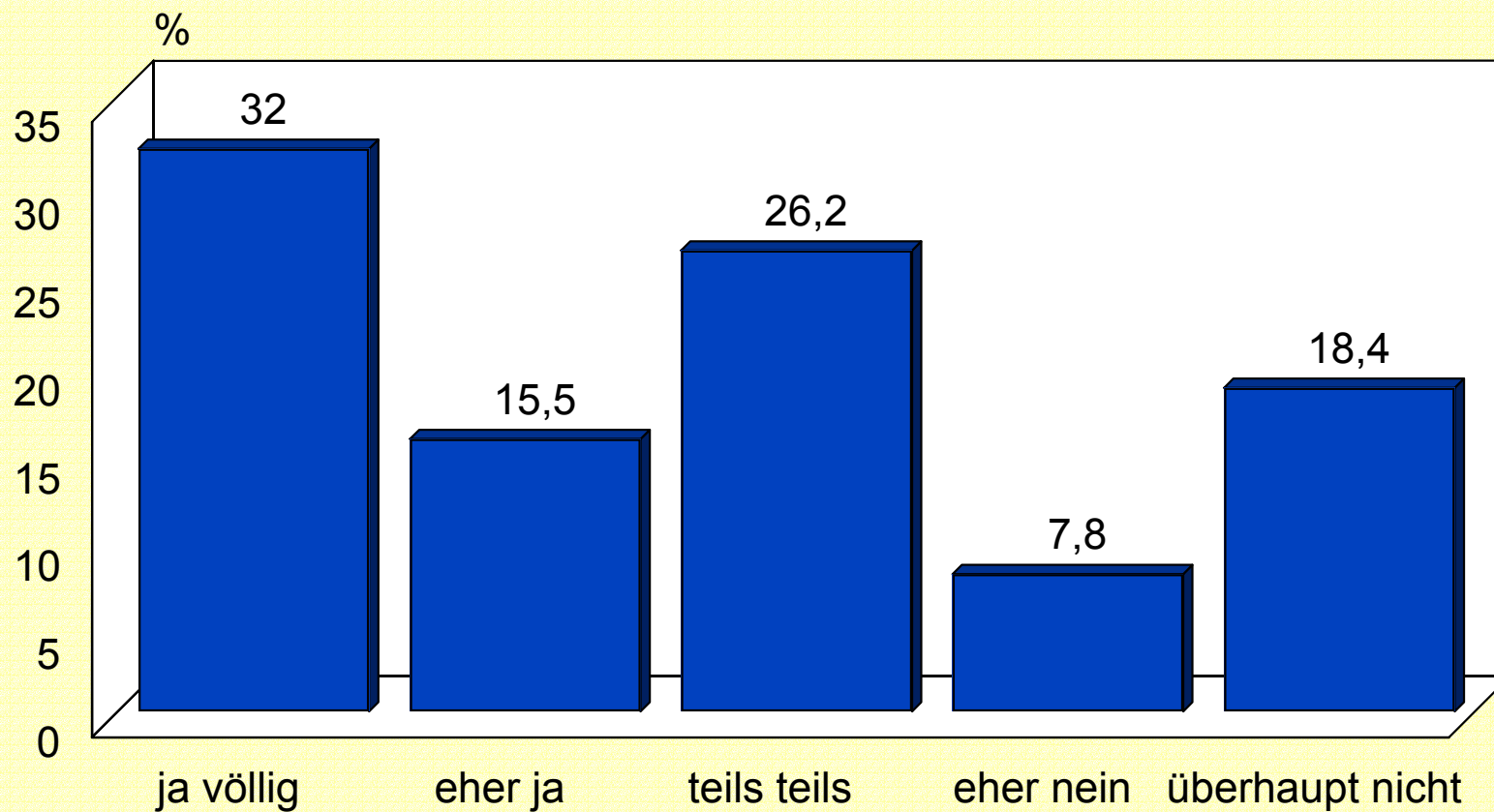
Wurdest Du informiert über die Stationsregeln?



Rostock: keine Angaben = 1
 Weissenau: keine Angaben = 2

Wird Deine Privatsphäre respektiert?

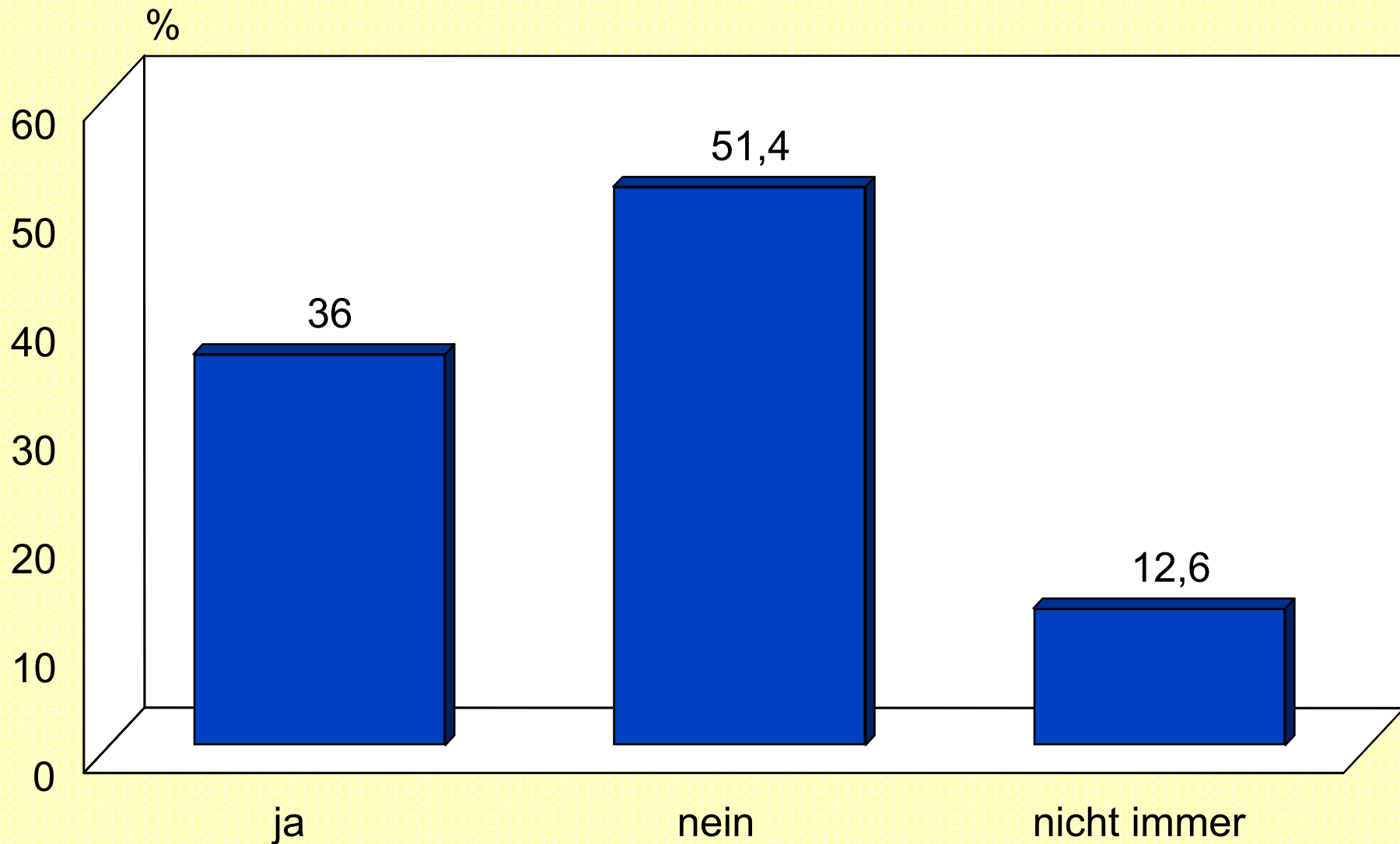
N = 103



keine Angaben = 6 weiß nicht = 2

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

N = 111



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.

Mangelnde Forschung an sog. Einwilligungsunfähigen

- 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 fremdnützige Forschung vor
 - Deutschland 11. AMG Novelle Expertengremium (-kommission) beim BfArM (Altsubstanzen und Forschungsfragen)

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)

□ Forensische Fragestellungen

- Bestandsaufnahme und Qualitätssicherung der forensischen Gutachtertätigkeit in Mecklenburg-Vorpommern
- Umgang mit sexueller Selbstbestimmung und sexueller Gewalt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung
- Sexually abused children and the law
- Bestandsaufnahme und Qualitätssicherung psychiatrischer Gutachtertätigkeit in Sexualstrafverfahren unter besonderer Berücksichtigung von Prognoseverfahren
- Verfahrenspflegschaft
- Geschlossene Unterbringung

Freiheitsentziehende Maßnahmen im Jugendalter als ultima ratio

- Güterabwägung zwischen Risiken und Chancen bedingt zunächst die Feststellung, dass das normale Repertoire an Hilfen und Interventionen ausgeschöpft ist.
- Hierbei gilt es zu prüfen:
 - Hilfen zur Erziehung, insbesondere stationäre Hilfen
 - Kinderpsychiatrische Behandlung
 - Auch medikamentöse Behandlungsversuche
 - Kombinierte Ansätze
 - Haltung der Sorgeberechtigten
 - Information von Behörden und Gerichten

Pädagogisch vs. Psychiatrisch begründete Eingriffe in Grundrechte

- § 1631 b BGB gibt die Möglichkeit, den Sorgeberechtigten freiheitsentziehende Maßnahmen aus pädagogischen Gründen oder auch aus akut psychiatrischen Gründen in geeigneten Bedingungen realisieren zu lassen.
- Unterschiedliche Feststellungskriterien
 - Psychiatrische Akutsituation
 - Fremd- und Selbstgefährdung
 - Deutlich verminderte Steuerungsfähigkeit
 - Keine Krankheitseinsicht
 - Extrem auffälliger psychopathologischer Befund mit expliziten psychopathologischen Phänomenen wie z. B. Halluzinationen, z. B. mit imperativen Stimmen)
 - Pädagogisch ausweglose Situation, Charakteristika:
 - Chronizität
 - Pervasivität
 - Ausweglosigkeit in Bezug auf die Schul- oder Ausbildungssituation
 - Verlust von Peer-Kontakten oder höhere Abhängigkeit in einer subkulturellen Peer-Group
 - Stark reduziertes globales Zurechtkommen

Fallbeispiel 1

Ungerechtfertigte geschlossene Unterbringung in einer jugendpsychiatrischen Klinik nach § 1631 b BGB

- 15jähriger Junge, Verdachtsdiagnose Asperger-Syndrom
- Sozial isoliert, gute Leistung auf dem Gymnasium, massive aggressive Auseinandersetzungen mit den Eltern, insbesondere mit der Mutter, mehrmals mussten bei solchen „Kämpfen“, die auch zu Verwundungen führten, Nachbarn und Polizei zu Hilfe geholt werden
- Eltern beantragen Gerichtsbeschluss ohne Wissen des Jungen, eine Anhörung des Pat. hatte nicht stattgefunden, 4 Tagen vor Weihnachten stationäre Aufnahme bei gleichzeitiger Weigerung der Kindeseltern über Weihnachten und Neujahr mit dem Jungen Kontakt zu haben

Fallbeispiel 2

- Magersüchtiges Mädchen, 14 Jahre
- In der Vorgeschichte 5 stationäre Behandlungen in unterschiedlichen Kinderkrankenhäusern
- Derzeit 23 kg bei einer Größe von 1,79 m
- Extreme Bradikardie, Lanugobehaarung etc.
- Lehnt Behandlung ab, will sich einen Tag nach der stationären Aufnahme, die auch nur auf Druck der Hausärztin und des Jugendamts unter Androhung familiengerichtlicher Maßnahmen zustande kam, von den Eltern abholen und gegen ärztlichen Rat entlassen lassen.
- Inobhutnahme gegen ihren Willen nach § 40 (3) KJHG
- Keine Zustimmung der Eltern
- Familiengerichtliche Verhandlung
- Eltern sind anwaltlich beraten, fürchten um Sorgerecht und stellen über Anwalt Antrag nach § 1631 b BGB
- Positiver Verlauf

Fallbeispiel 3

- ❑ Mädchen, 14 Jahre, seit ca. 2 Jahren auf Trebe
- ❑ Nach Angaben der Eltern Drogenkonsum, fraglich Prostitution
- ❑ Eltern beantragen beim Familiengericht Genehmigung zur Unterbringung des Mädchens in einem geschlossenen Mädchenheim
- ❑ Gericht veranlasst Vorführung des Mädchens durch das Jugendamt mithilfe der Polizei zur mehrtägigen stationären Beobachtungsunterbringung zur Erstellung eines Sachverständigengutachtens gemäß § 70 e Abs. 2 und § 68 b Abs. 4 FGG
- ❑ Patientin bleibt freiwillig, wird in offene Jugendhilfeeinrichtung vermittelt

□ Disruptives Verhalten, Aggression, Sucht

- Designerdrogen-Sprechstunde (Rostock)
- Aggression, Disruptives Verhalten: Diagnostik und Therapie
- Flexible, therapeutische pädagogische und strafrechtliche Reaktionen auf dissoziales und delinquentes Verhalten bei Jugendlichen – Expertise
- Zulassungsstudie Risperidon

Referral

Pre-school, School Child & Adolescent

DBD



Working Hypothesis

**Chronicity
Pervasiveness
Global Functioning
Academic ? & Peer Problems**

Impact

Symptoms

- Aggression**
- Defiance**
- Impulsivity**
- Hyperactivity**
- Distractability**
- Neuro/Tic**
- Affective Symp**

Psychosocial Interventions e.g. Parent Training, Symptom Specific Interventions

Treatment

**Atypicals
Risperdone
Lithium**

- 1. Stimulant 1**
- 2. Stimulant 2**

**Tic
Pimozide
Tiaprid
Risp.**

Antidepressants
1. Atomoxetine
2. BSRI / SNRI
3. Tricyclic

□ Bindungsforschung

- Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern – Ein Beratungsmodell zur Prävention von Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern
- Bindungsvorerfahrungen bei Kindern mit Störung des Sozialverhaltens
- Alleinerziehen in spezifischen Risikosituationen

□ Lebensqualität

- Entwicklung und Einsatz von Lebensqualitätsinstrumenten bei verschiedenen Patientengruppen (chronisch kranke Kinder; Asthma, Mukoviszidose)

Beschriebene Risikosituationen

- geringes erhöhtes Risiko für Kinder aus Einelternfamilien in Bezug auf Verhaltens- und Schulleistungsproblemen (*Graham et al. 1999, Steinhausen et al. 1999*), z. B. Ontario-Child-Health-Study (*Plum et al. 1988*)
- höheres Risiko für Sozialstörungen aber stärkere Armut und Abhängigkeit vom Sozialsystem bei Einelternfamilien als Covariate

Sehr junge alleinerziehende Mütter

(*Morash und Rucker 1989*)

- deutlich erhöhtes Risiko von Delinquenz bei den Kindern
- *Farrington (1999)* betont Bedeutung von elterlichem Verhaltensvorbild, elterlichen Streitbeziehungen, häufigen Wechsel der primären Bezugsperson für die Entstehung von delinquenten Verhalten
- Bindungsqualität

Kinder schizophrener Eltern

- Höhere Inzidenz von allgemeiner Psychopathologie
 - Kinder schizophrener Mütter 10-16% Erkrankungsrisiko für Schizophrenie
 - Quellen: Copenhagen high risk project; New York high risk projekt, NIMH, finnische Adoptionsstudie
 - Vgl. Watson et al. 1999

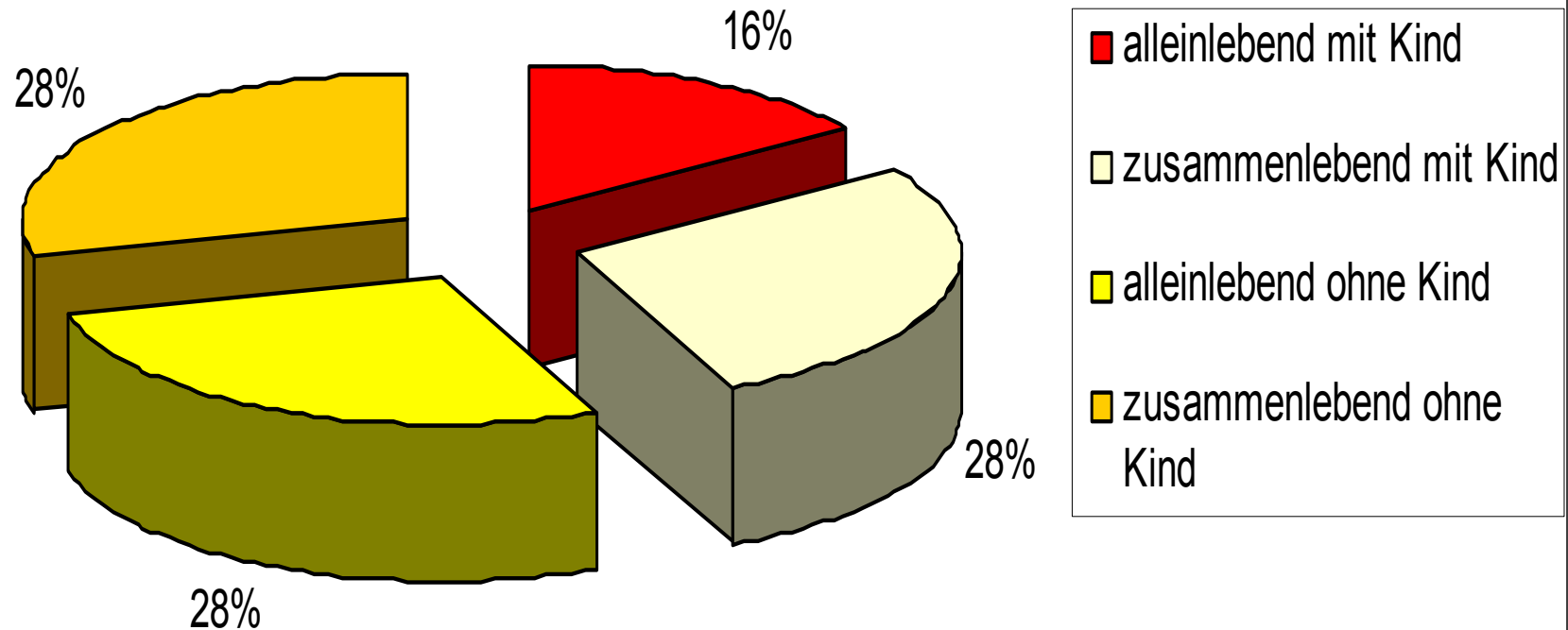
Internalisierende Probleme

- Dunedin-Studie aus Neuseeland (*Williams et al. 1990. Mütterliche Depression*)
- Sekundärpräventive Intervention zur Steigerung der Bindungsqualität und Feinfühligkeit bei jugendlichen Müttern (*Ziegenhain et al. 1999*)
- Depression oder andere psychische Belastungen der Mutter zentraler Verlaufsprädiktor bei sexuell missbrauchten Kindern (*Fegert et al. 1999*)

Kinder von Eltern mit Suchtproblemem

- Alkohol:
 - FAS
 - Verhaltensauffälligkeiten, Delinquenz (Reich et al 1993)
 - Hyperkinetische Störungen
 - Emotionale Störungen und Sunstanzkonsum
- Drogen: Mischung biologischer und sozialer Risiken
 - Entwicklungsstörungen bei pränataler Cocain und Heroinexposition

Anteil alleinerziehender Mütter in der erwachsenenpsychiatrischen Ambulanz des Uniklinikums ULM



Stichtag: Mitte 1. Quartal 2002

n = 83 Frauen
17 – 55 Jahre

Familiäre Verlaufsfaktoren

Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie an Familien mit Kindern, die bis ins Pubertätsalter chronisch an Neurodermitis erkrankt waren

□ positive Bedingungen

- rel. hohes Selbstwertgefühl der Eltern
- rel. harmonische Beziehungskonstellation
- Krankheitskonzept:
 - Mit-/Eigenverantwortung (interner LOC)
 - „Selbstbehandlung“ weitgehend unabhängig von Ärzten, Experten
- Interaktion
 - klare Grenzen
 - wenig Kontrolle, Kind übernimmt seine Pflege eigenverantwortlich

Familienmerkmale

qualitative Interviews

- Frauen:
 - eng mit Familie verbunden
 - keine individuelle Freizeitgestaltung
 - Frauen – Kinder problematische Nähe
 - Distanz-Regulierung
- Männer:
 - eng mit Beruf verbunden
 - konservatives Rollenbild
 - individuelle Freizeitgestaltung, Hobbys
 - Beziehung weniger konfliktbeladen, weniger intensiv
- Kinder:
 - äußern Kritik und Unzufriedenheit an familiärer Situation und Rollenverteilung (cave: Pubertätsalter)

Einladung Klinikeröffnung und Symposien

- **Klinikeröffnung Safranberg 4. Juli 11 Uhr**
 - **Festvortrag Prof. Lempp**

- **Syposium ADHD**
- **Kloster Wiblingen: 4. Juli 2002, 14:30 Uhr bis 19:00 Uhr**
 - Verlaufsuntersuchung: H.-Ch. Steinhausen (Zürich)
 - Suchtentwicklung und Methylphenidat: U. Lehmkuhl (Berlin)
 - Patientenzufriedenheit: A. Naumann u. F.Keller (Ravensburg & Ulm)
 - Effektive psychosoziale und behaviorale Trainings: M. Döpfner (Köln)

- Antrittsvorlesung 5. Juli im Rahmen des Dies academicus
 - Informationsrechte und Partizipation ...

- Symposium Information und Partizipation 9.9.2002