

Kinder- und Jugendpsychiatrie und Partizipation

Partizipation – Die Stimme der Adressat*innen

24. Expertengespräch des Dialogforums „Bund trifft kommunale Praxis“

27. Juni 2022

Prof. Dr. Michael Kölch

Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und
Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

Themen

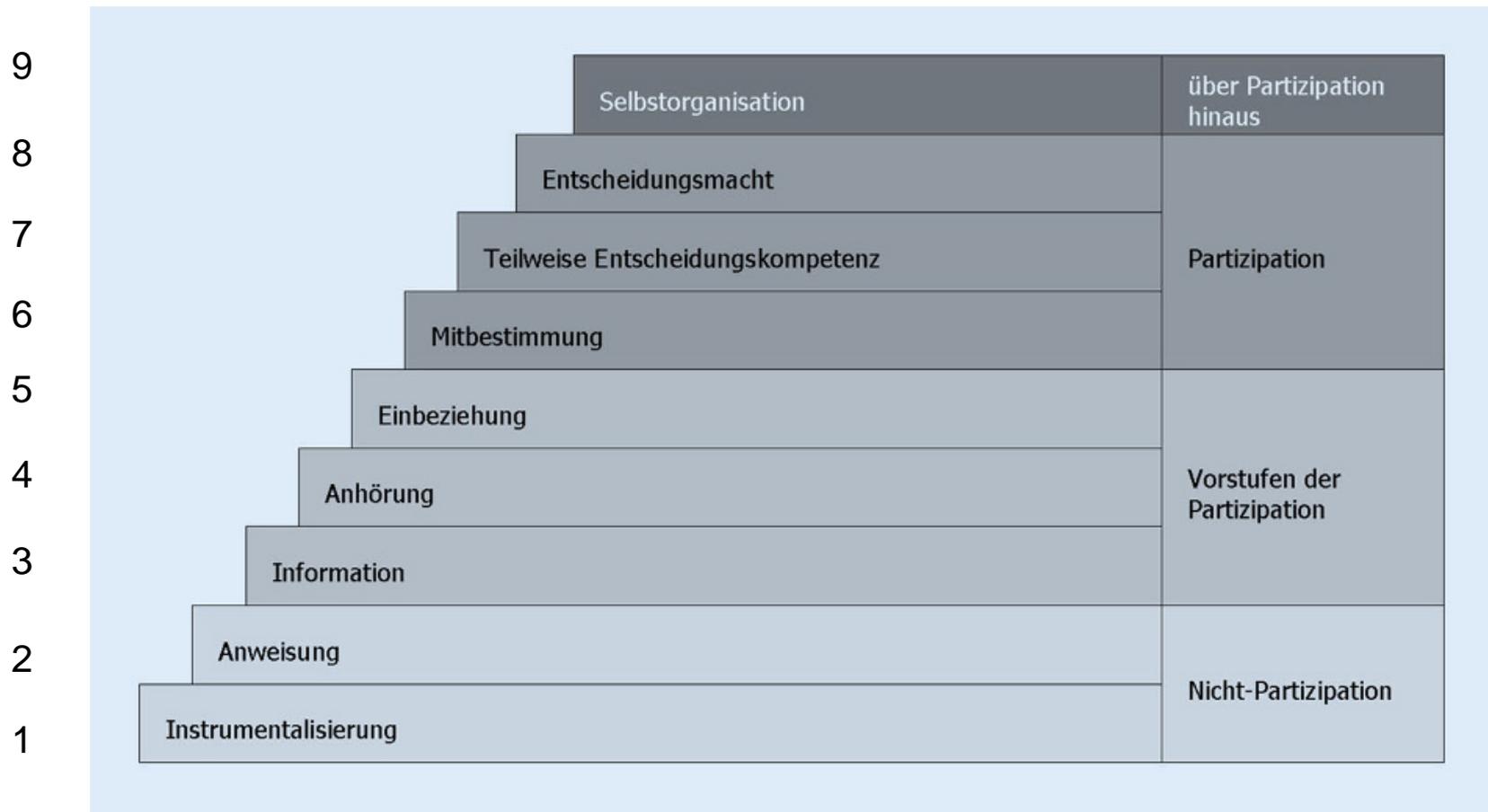
- Entwicklungspsychologische Aspekte – wirklich ein Argument gegen Partizipation?
- Behandlung und Therapie ohne Partizipation - ein Widerspruch in sich?
- Möglichkeiten der Sicherung von Partizipation – implizit oder explizit?

Entwicklungspsychologische Aspekte – wirklich ein Argument gegen Partizipation?

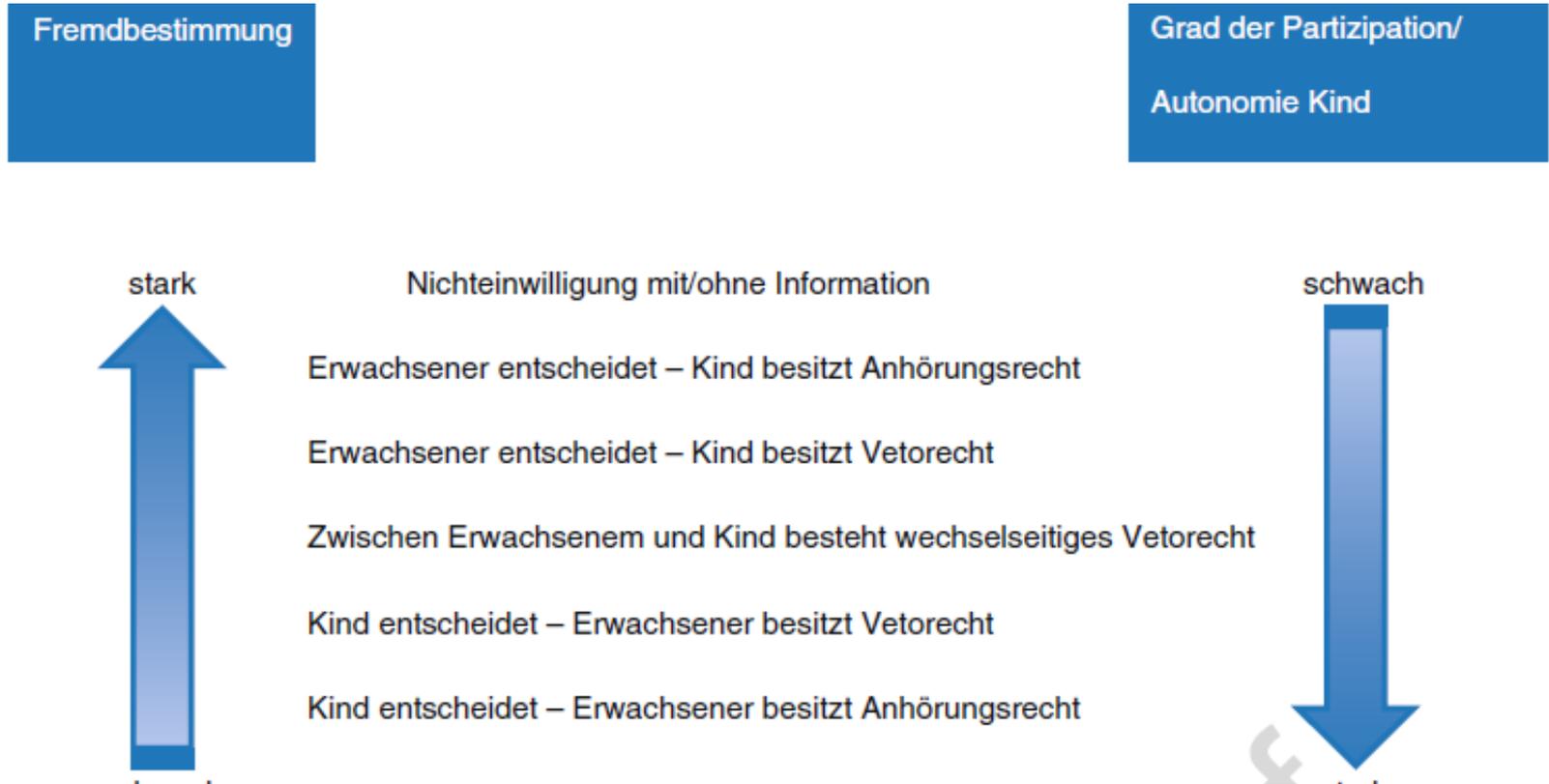
Definitionsklärungen: Partizipation und Beteiligung in der Medizin

- Begriffe haben „breite“ Bedeutung:
 - von Studienbeteiligung über Aspekte des „informed consent“ Paradigmas bis hin zu partizipativer Forschung
- Forschungsethik: Beteiligung und Partizipation auf der individuellen Ebene unerlässlich (Belmont Kriterien)
 - zentrale Kriterien:
 - Aufklärung,
 - Verständnis,
 - Entscheidungsfähigkeit und -freiheit
- wachsende Einsichtsfähigkeit (UNCRC, BGB etc.)
- rechtliche Situation: Forschung vs. „alltägliches Leben“
- Paternalistische Aspekte in der Logik von Forschungsethik mit historischen Bezügen

Stufenmodell nach Wright et al. 2010, 2020



Problematik Partizipation bei Minderjährigen (aus Kölch, Lippert, Fegert 2020)



Strukturelle Ebenen

- Partizipation und Beteiligung
- auf individueller Ebene: Behandlung
- auf struktureller Ebene:
 - Planung von Behandlungsformen und -settings?
 - Planung der Behandlungsqualität?
 - Planung von Beteiligung in der Behandlung?

Entwicklung der Entscheidungsfähigkeit

- Generell nehmen Entscheidungskompetenzen mit zunehmendem Alter bei Kinder zu
- Bereits frühere Studien zeigten umfassende Kompetenzen für Entscheidungen ab mittlerem Grundschulalter (Koelch et al. 2009)
- „capacities“ und „competences“ breit im medizinischen Feld erforscht:
 - Minderjährige haben hohe capacities
 - Capacities hängen von Umfeld-/Umweltfaktoren ab
- Neuere Studien zu konkreten Entscheidungen bestätigen frühe „formale“ Kompetenzen

	Age	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Adolescence
(1) Language																		
(2) Intelligence																		
(2) Attention – Alerting																		
(2) Attention – Orienting																		
(2) Attention – Executive control																		
(2) Memory – Recall																		
(3) Reasoning																		
(3) Weighing risks & benefits																		
(4) Abstract thinking																		
(4) Mentalizing																		

Alderson et al. 2006, Wallace-Henry 2015, Kölch & Fegert 2014, Tan & Kölch 2008, Grootens-Wiegers et al. 2017, Mandarelli et al. 2017

(Grootens-Wiegers et al., BMC Ped. 2017)

Generelle Entscheidungskompetenzen: Minderjährige mit psychischen Störungen

JOURNAL OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOPHARMACOLOGY
 Volume 27, Number 5, 2017
 Mary Ann Liebert, Inc.
 Pp. 462–465
 DOI: 10.1089/cap.2016.0092

Brief Report

Treatment Decision-Making Capacity in Children and Adolescents Hospitalized for an Acute Mental Disorder: The Role of Cognitive Functioning and Psychiatric Symptoms

Gabriela Mandarelli, MD, PhD¹; Ugo Sabatello, MD²; Elisa Lapponi, MD²; Giulia Pace, MD²; Mauro Ferrara, MD² and Stefano Ferracuti, MD¹

- Entscheidungskompetenzen nicht unbedingt eingeschränkt
- IQ hat den größten Einfluß

TABLE 2. CORRELATIONS BETWEEN TREATMENT DECISION-MAKING CAPACITY, CLINICAL MEASURES, AND COGNITIVE FUNCTIONING

	<i>MacCAT-T</i>			
	<i>Understanding</i>	<i>Appreciating</i>	<i>Reasoning</i>	<i>Expressing a choice</i>
BPRS total score	-0.252	0.038	-0.150	-0.122
YSR externalizing	-0.469^b	0.104	-0.079	-0.322
YSR internalizing	-0.80	-0.178	-0.078	-0.434^b
YSR total	-0.323	-0.112	-0.100	-0.481^b
CGAS	0.083	0.289	0.273	0.113
WISC-III				
Figures completion	0.568^a	0.076	0.448	0.24
Information	0.611^{**}	0.335	0.637^{**}	0.361
Digit symbol coding	0.378	0.319	0.339	0.156
Similarities	0.626^{**}	0.292	0.518^a	0.409
Picture arrangement	0.374	0.081	0.287	-0.144
Arithmetic	0.596^{**}	0.129	0.429	0.271
Block design	0.527^a	0.371	0.750^{**}	0.054
Vocabulary	0.617^{**}	0.105	0.446	0.099
Object assembly	0.439	-0.048	0.254	-0.187
Comprehension	0.504^a	-0.035	0.384	0.328
Performance IQ	0.723^{**}	0.280	0.592^{**}	0.170
Verbal IQ	0.599^{**}	0.210	0.522^a	0.450
Total IQ	0.680^{**}	0.215	0.532^a	0.270

^a $p < 0.05$; ^{**} $p < 0.01$; p values by Spearman's rho. Significant correlations are in bold.

MacCAT-T, MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment; BPRS, Brief Psychiatric Rating Scale v4.0; CGAS, Children's Global Assessment Scale; WISC-III, Wechsler Intelligence Scale for Children-III; YSR, youth self-report.

Ergebnisse bei Studien zur Einwilligungsfähigkeit zu klinischer Forschung bestätigen Vorbefunde

Original Investigation

Accuracy of the MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research (MacCAT-CR) for Measuring Children's Competence to Consent to Clinical Research

Irma M. Hein, MSc, MD; Pieter W. Troost, MD, PhD; Robert Lindeboom, MSc, PhD; Marc A. Benninga, MD, PhD; C. Michel Zwaan, MD, PhD; Johannes B. van Goudoever, MD, PhD; Ramón J. L. Lindauer, MD, PhD

Prospektive Untersuchung an 161 Patient*Innen (6-18 Jahre alt, mittl. Alter: 10,6 Jahre) die in klin. Studien passten

- Kinder unter 9,6 Jahren: Kompetenz unwahrscheinlich (Sensitivität, 90 %)
- Kinder über 11,2 Jahren: Kompetenz wahrscheinlich (Spezifität, 90 %)
- optimales Cutoff-Alter: 10,4 Jahre (Sensitivität, 81%; Spezifität, 84 %)

Behandlung und Therapie ohne Partizipation - ein Widerspruch in sich?

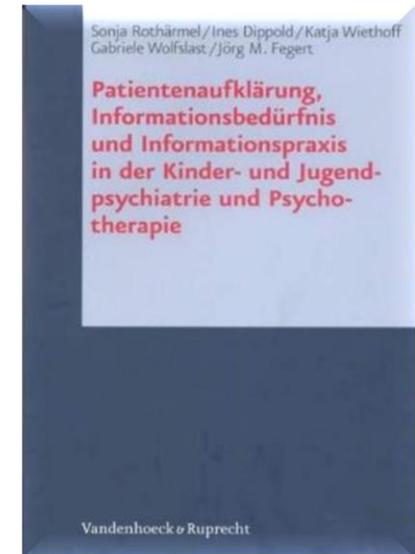
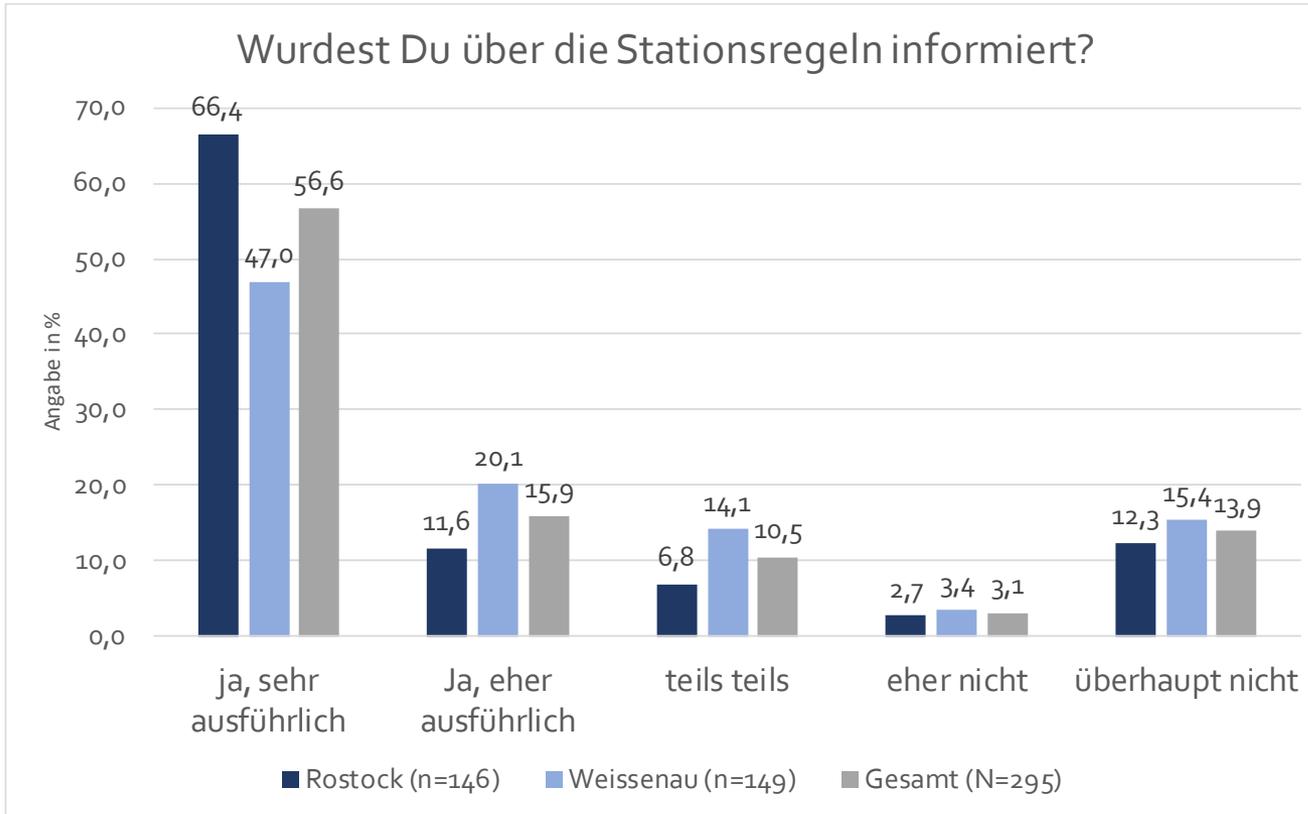
In der Realität

- Gewisse Störungsbilder mit geringer Einsicht in Störungsproblematik
 - Externalisierende Störungen:
 - z.B. oppositionelles Verhalten/Störung des Sozialverhaltens
 - Substanzabusus
 - andere typische Störungsbilder:
 - Essstörungen
 - Bipolare Störungen
 - Schizophrene Störungen
- Aber Partizipationsbedürfnis deshalb nicht eingeschränkt! (Tan et al. 2006)

Was meint Freiwilligkeit in der KJP Behandlung?

- Zwang ist Bestandteil stationärer Behandlung gerade schwer erkrankter psychiatrischer Patienten (Steinert, 2015)
- Zwangsmaßnahmen KJP z.B. nach §1631b BGB v.a. bei Substanzabusus, Störung des Sozialverhaltens, Essstörungen (Vogel und Kölch 2016)
- Therapie in der KJP beinhaltet auch Psychoedukation und Motivationsaufbau
- „Fehlende“ Motivation oft Bestandteil des Störungsbildes
- Wird aber oft missverstanden und als Argument, Patient sei nicht motiviert, als Grund für Behandlungsabbruch verwendet

Aufklärung und Partizipation



Rostock "keine Angabe" = 1
Weissenau "keine Angabe" = 2

**HAT DICH JEMAND ÜBER DEINE RECHTE
AUFGEKLÄRT? JA: 42,1% - NEIN: 57,9%**

Partizipation und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Daria Nolkemper, Nicole Wiggert, Sabine Müller, Jörg M. Fegert und Michael Kölch

Tabelle 1: Aufnahmemodus

Wer hat entschieden, dass du in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen wurdest?			
	Erfragte Akteure	Freiwillige Aufnahme	Selbstbeteiligung des Patienten
Gericht	5 (7 %)	7 %	40 %
Eltern oder Betreuer	23 (28 %)	93 %	
Arzt/ Psychologe	4 (5 %)		
Patient selbst	19 (23 %)		60 %
Eltern/ Betreuer mit Patient	22 (27 %)		
Patient, Eltern und Arzt/Psychologe	8 (10 %)		
Gesamt	100 %	100 %	100 %

Tabelle 2: Auswertung der Einzelfragen bei nicht per Beschluss aufgenommenen Kindern und Jugendlichen

	Ja	Teils/teils	Nein
Warst du mit deiner Aufnahme einverstanden?	56 %	26 %	18 %
Wurdest du vor der stationären Aufnahme nach deiner Meinung gefragt?	71 %	13 %	16 %
Haben deine Eltern mit dir darüber gesprochen, was auf dich zukommt?	49 %	21 %	30 %
Hat deine Ärztin/dein Arzt mit dir darüber gesprochen, was auf dich zukommt?	43 %	15 %	41 %
Bist du zufrieden mit dem, was du über die Psychiatrie, dein Problem und deine Behandlung weißt?	54 %	33 %	12 %
Wurde dir deine Behandlung ausführlich erklärt?	47 %	34 %	18 %
Wurden dir deine Fragen zur Behandlung ausführlich beantwortet?	77 %	16 %	5 %
Wurdest du über deine Rechte aufgeklärt?	83 %	7 %	5 %
Möchtest du im Moment in der Klinik bleiben?	38 %	19 %	43 %

Partizipation und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Daria Nolkemper, Nicole Wiggert, Sabine Müller, Jörg M. Fegert und Michael Kölch

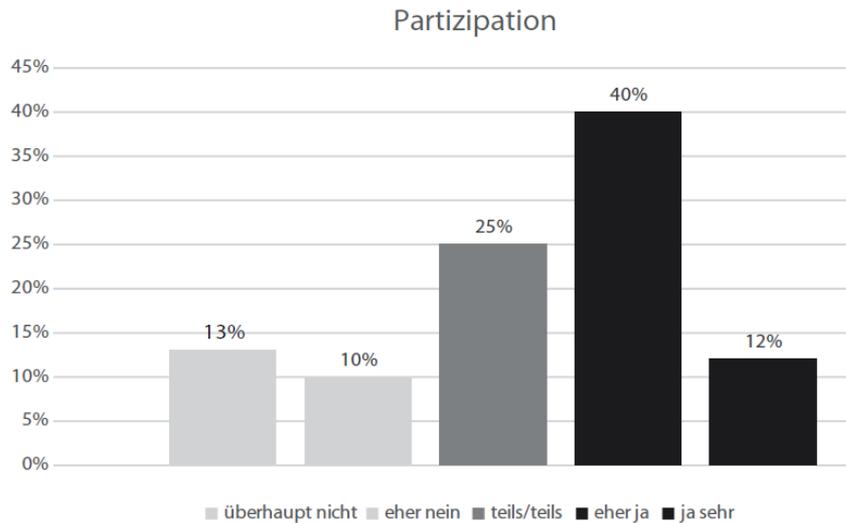


Abbildung 1: Partizipationserleben – Gesamtstichprobe

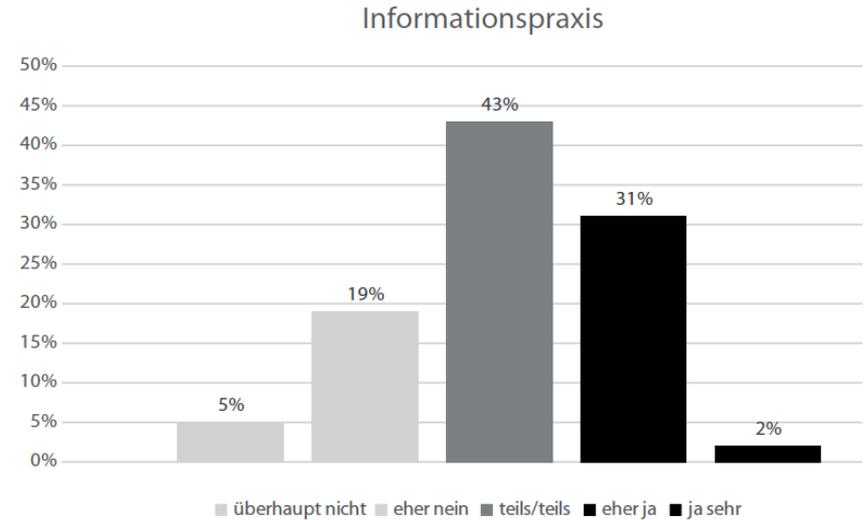


Abbildung 2: Zufriedenheit mit der Informationspraxis – Gesamtstichprobe

Möglichkeiten der Sicherung von Partizipation – implizit oder explizit?

Monitoring des UBSKM – Teilbericht 3

„Die meisten Einrichtungen setzen bereits **mehrere Bausteine** um. Das Thema „Schutz von Kindern bzw. Jugendlichen vor sexualisierter Gewalt“ ist **in der Mehrheit der befragten Einrichtungen** also **angekommen**.

Gleichzeitig bleibt festzuhalten, dass in allen Handlungsfeldern noch **Entwicklungsbedarf** besteht. Zunächst schreibt sich quer über alle Handlungsfelder nur eine **Minderheit** der Einrichtungen bereits ein umfassendes Präventionskonzept zu.

Zudem ist festzustellen, dass häufig einzelne oder mehrere **Elemente** von Schutzkonzepten als **erst geplant** oder **noch nicht ausreichend umgesetzt** charakterisiert werden. Schließlich formuliert ebenfalls in allen Handlungsfeldern ein substantieller Anteil der Einrichtungen einen **weitergehenden Unterstützungsbedarf (von außen)** bei Prozessen der Weiterentwicklung.“

Monitoring des UBSKM – Teilbericht 3

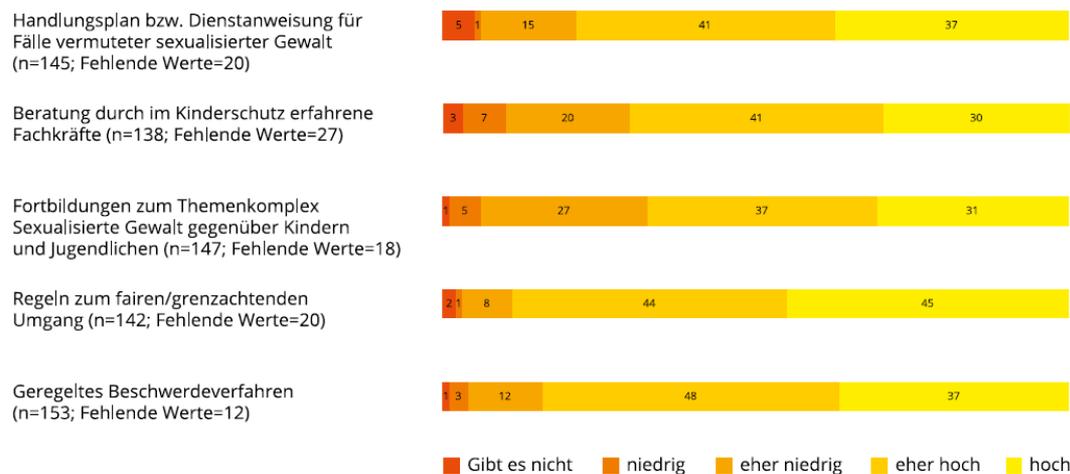
Abbildung C2: Aktivitäten und Verfahren, die bei der systematischen Bestandsaufnahme (Potenzialanalyse) betrachtet wurden



n=41; Fehlende Werte=124

Anm.: Mehrfachantworten möglich; Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Abbildung C5: Selbst eingeschätzter Umsetzungsgrad verschiedener Elemente von Schutzkonzepten in Kliniken⁸²



Anm.: Prozentzahl bezieht sich auf die tatsächliche Anzahl an gültigen Antworten.

Angaben in %

Patientenfürsprecher, Besuchskommissionen und Beschwerdestellen

- Sensibilisierung von Patientenfürsprechern für besondere Situation von Kindern und Jugendlichen in Kliniken, insbesondere KJP (keine Komm-Struktur, längerer Vertrauensaufbau etc.)
- Besuchskommissionen Psychiatrie und KJP: uneinheitlich geregelt aufgrund Landesgesetzgebung; Kontrollinstanz für Zwangsmaßnahmen, (menschenwürdige) Ausstattung, Konzepte im Umgang mit Patienten
- Beschwerdestellen als Möglichkeit für Aufarbeitung von Konflikten etc., z.B. Berliner Beschwerdestelle

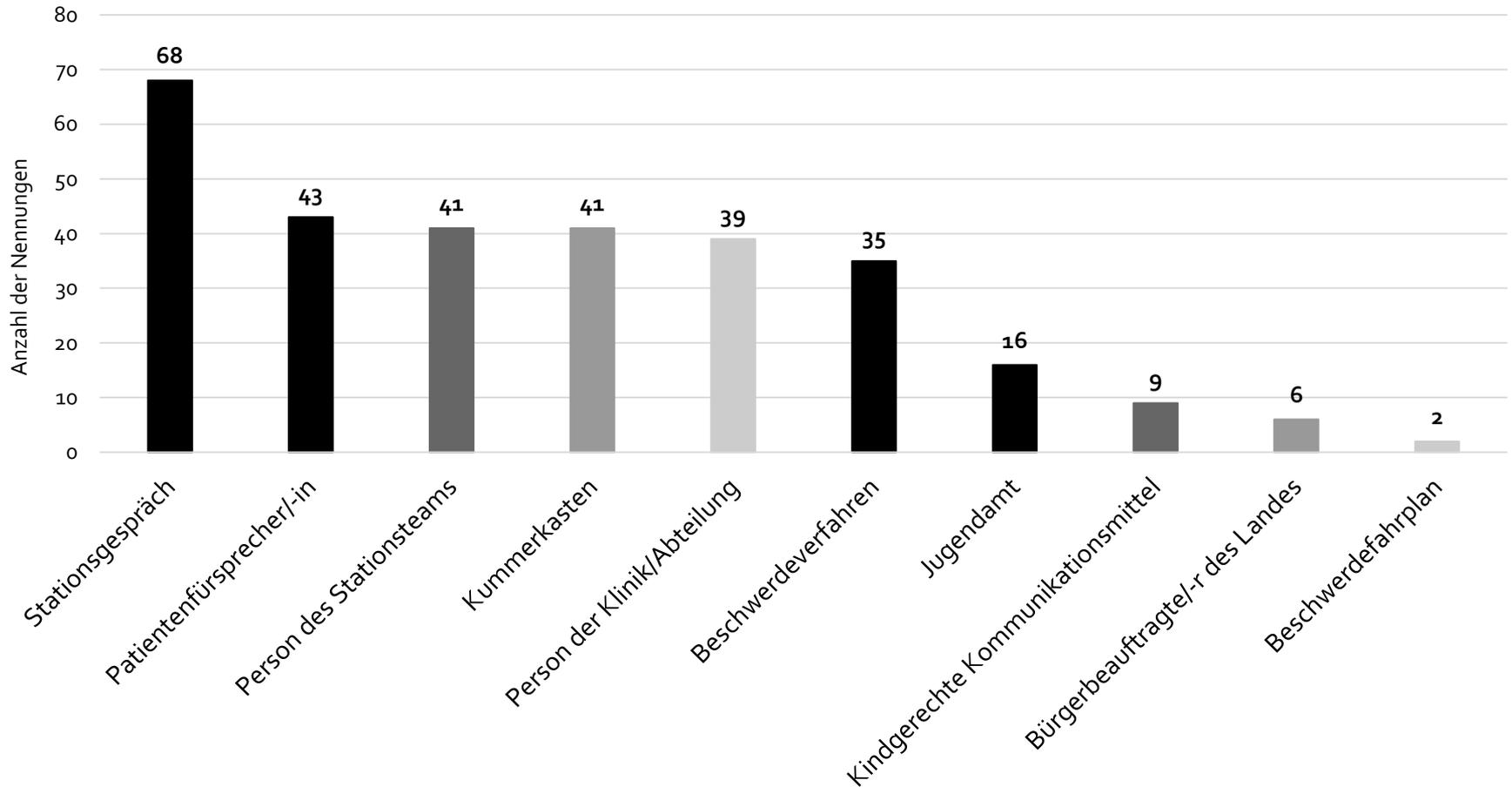
Umfrage zum Thema Beschwerdemöglichkeiten und Zwangsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen

- Angeschrieben wurden 178 Mitglieder der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (BAG)
- Rücklaufquote 39 %

Zentrales Ergebnis:

- Hinsichtlich der Unterscheidung von Unterbringung und unterbringungsähnlichen Maßnahmen gibt es eine große Verunsicherung sowie ein heterogenes Vorgehen von Kliniken und Familiengerichten

Beschwerdeverfahren in KJP Einrichtungen



Schritte zu mehr Verbindlichkeit

- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG): Vereinbarung mit dem Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs der Bundesregierung (UBSKM)
- Kinderschutzkonzept verbindlicher Bestandteil des Qualitätsberichts eines Krankenhauses

- Erstellung einer S2k-Leitlinie Verringerung und Vermeidung von Zwangsmaßnahmen und Umgang mit Zwangsmaßnahmen
- Beteiligung von ehemaligen Patient*innen in der Leitliniengruppe
- DGKJP: Gewinnung von Beiräten für Fachgesellschaft



Aktion
Psychisch
Kranke e.V.



Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen und der Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Entwicklung und Abstimmung von Handlungsempfehlungen

Abschlussbericht

6.1	Katalog priorisierter Handlungsempfehlungen	20
6.1.1	Präambel	21
6.1.2	Priorisierte Handlungsempfehlungen vorrangig adressiert an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den Bundesgesetzgeber.....	23
6.1.2.1	Handlungsempfehlung 1 - Information sicherstellen und Partizipation stärken.....	23
6.1.2.2	Handlungsempfehlung 2 - Ambulante Komplexleistungen ermöglichen...	26
6.1.2.3	Handlungsempfehlung 3 - Vorstationäre Behandlung stärken	30
6.1.2.4	Handlungsempfehlung 4 - Partizipative, integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung im Verbund.....	33

Fazit

- Minderjährige – auch mit psychischen Störungen – haben hohe Entscheidungskompetenzen
- Partizipation im eigentlichen essentieller Bestandteil therapeutischer Intervention
- In der Praxis oft wenig(er) beachtet
- Strukturierte Systeme im Beschwerdemanagement in KJP vorhanden
- Schutzkonzept ggfs. als „Trittbrett“ auch für eine höhere Partizipation der Patienten
- Qualifizierung:
 - Kinder und Jugendliche: Information, Ermutigung zur Beteiligung
 - Mitarbeiter*innen: Thema muss Bestandteil der Ausbildung sein (Facharztrepetitorien, Psychotherapieweiterbildung, Ausbildung Pflege- und Erziehungsdienst)
- Politisch im Bereich KJP priorisiertes Thema (siehe KIJU Projekt der APK)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

michael.koelch@med.uni-rostock.de

Klinik für Psychiatrie, Neurologie,
Psychosomatik und Psychotherapie im
Kindes- und Jugendalter