Projekt „Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche – Handlungsempfehlungen“
Workshop "Herausforderungen in der Versorgung“

„Rechte von Kindern und Jugendlichen: Information und Partizipation “

Jörg M. Fegert, 23.09.2020 in Bonn

UN Kinderrechtskonvention

„Kinder werden nicht erst zu Menschen – sie sind bereits welche“

Janusz Korczak*, 1921*

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm

Editorial

30 Jahre Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen

United Nations Convention on the Rights of the Child

Jörg M. Fegert

„Kinder werden nicht erst zu Menschen – sie sind bereits welche.“ (Janusz Korczak, 1921)

Am 20. November 1989 wurde in New York das Übereinkommen über die Rechte des Kindes der Vereinten Nationen (VN) verabschiedet. Im allgemeinen Sprachgebrauch in Deutschland hat sich, entgegen der amtlichen Übersetzung VN-Kinderrechtskonvention, eine Mischung aus der englischen Abkürzung für United Nations (UN) und der deutschen Abkürzung für Kinderrechtskonvention (KRK) eingebürgert (UN-KRK). Die korrekte englische Abkürzung für die „Convention on the Rights of the Child“ ist UN-CRC.

lichen. Diese Grundhaltungen und Verhältnisse liegen historisch nur ungefähr ein Jahrhundert zurück und wir sollten uns dies immer wieder verdeutlichen, wenn wir über kulturelle Unterschiede im Erziehungsverhalten z. B. bei geflüchteten Familien und „untragbare Zustände“ in der Dritten Welt reden.

Schon 1900 hatte die schwedische Pädagogin Ellen Key (1849–1926) in ihrem Buch *Das Jahrhundert des Kindes* Menschenrechte für Kinder eingefordert, insbesondere das Recht jedes Kindes auf körperliche Unversehrtheit und liebevolle Erziehung. Es sollte ein ganzes Jahrhundert dauern, bis diese Forderung vom deutschen Gesetzgeber mit der Einführung der gewaltfreien Erziehung ins Bürger-

Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2019), 47 (3), 189–192

Kinderrechtskonvention: Kindeswohl

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm

Art. 3 Wohl des Kindes

(1) Bei **allen Maßnahmen, die Kinder betreffen**, gleichviel ob sie von **öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen** getroffen werden, ist das **Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen** ist.

(2) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, dem Kind unter Berücksichtigung der Rechte und Pflichten seiner Eltern, seines Vormunds oder anderer für das Kind gesetzlich verantwortlicher Personen den **Schutz und die Fürsorge zu gewährleisten**, die zu seinem Wohlergehen notwendig sind; zu diesem Zweck treffen sie alle geeigneten **Gesetzgebungs- und Verwaltungsmaßnahmen**.

(3) Die Vertragsstaaten stellen sicher, dass die für die Fürsorge für das Kind oder dessen Schutz verantwortlichen Institutionen, Dienste und Einrichtungen den von den zuständigen Behörden festgelegten Normen entsprechen, insbesondere im **Bereich der Sicherheit und der Gesundheit** sowie hinsichtlich **der Zahl und der fachlichen Eignung des Personals und des Bestehens einer ausreichenden Aufsicht.**

Kindliche Basisbedürfnisse und die Berücksichtigung dieser Tatsachen in der UN-Kinderrechtskonvention

basic needs	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

Aktuelles Beispiel: Corona-Verordnung des Landes Baden-Württemberg vom 17. März (Beginn Lockdown)

Verordnung der Landesregierung über infektionsschützende Maßnahmen gegen die Ausbreitung des Virus SARS-Cov-2 (Corona-Verordnung - CoronaVO)[1]

vom 17. März 2020
(in der Fassung vom 28. März 2020)

Auf Grund von § 32 in Verbindung mit den § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 und § 31 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 10. Februar 2020 (BGBl. I S. 148) geändert worden ist, wird verordnet:

§ 1
Einstellung des Betriebs an Schulen, Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflegestellen

(1) Bis zum Ablauf des 19. April 2020 sind

1. der Unterrichtsbetrieb sowie die Durchführung außerunterrichtlicher und anderer schulischer Veranstaltungen an den öffentlichen Schulen, Schulkindergärten, Grundschulförderklassen und den Schulen sowie Schulkindergärten in freier Trägerschaft,

2. die Nutzung schulischer Gebäude für nichtschulische Zwecke,

3. der Betrieb von Kindertageseinrichtungen sowie Kindertagespflege und

4. der Betrieb von Betreuungsangeboten der verlässlichen Grundschule, flexiblen Nachmittagsbetreuung, Horte sowie Horte an der Schule

untersagt.

(2) Die Untersagung nach Absatz 1 gilt nicht für Schulen an nach § 28 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes für Baden-Württemberg anerkannten Heimen für Minderjährige, soweit die Schüler ganzjährig das Heim besuchen sowie Sonderpädagogische Bildungs- und Beratungszentren mit Internat, die ganzjährig geöffnet sind. Die Untersagung gilt ferner nicht für Schulen der Altenpflege, Altenpflegehilfe, Krankenpflege, Krankenpflegehilfe, Kinderkrankenpflege, Entbindungspflege (Hebammen), Notfallsanitäter sowie Schulen zur Aus-

[1] nichtamtliche konsolidierte Fassung nach Erlass der Dritten Verordnung der Landesregierung zur Änderung der Corona-Verordnung vom 28. März 2020 (notverkündet gemäß § 4 des Verkündungsgesetzes und abrufbar unter www.baden-wuerttemberg.de/corona-verordnung)

Besuchsrechte in kinder- und jugendpsychiatrischen Fachkrankenhäusern und Tageskliniken

§ 6

Maßnahmen zum Schutz besonders gefährdeter Personen

(1) Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und 3 bis 5 IfSG sowie teilstationäre Einrichtungen für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf oder mit Behinderungen einschließlich Kurzzeitpflege dürfen grundsätzlich nicht mehr zu Besuchszwecken betreten werden. Über den Zugang zu

1. Fachkrankenhäusern für Psychiatrie mit Ausnahme der Fachkrankenhäuser für Gerontopsychiatrie,

2. psychosomatischen Fachkrankenhäusern sowie

3. kinder- und jugendpsychiatrischen Fachkrankenhäusern,

jeweils einschließlich der zugehörigen Tageskliniken, entscheidet die Leitung der jeweiligen Einrichtung.

Information, Partizipation Selbstbestimmung

UN Kinderrechtskonvention

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm

Artikel 12 – Berücksichtigung des Kindeswillens

> ***Artikel 12***
>
> *(1) Die Vertragsstaaten sichern dem Kind, das fähig ist, sich eine eigene Meinung zu bilden, das Recht zu, diese Meinung in allen das Kind berührenden Angelegenheiten frei zu äußern, und berücksichtigen die Meinung des Kindes angemessen und entsprechend seinem Alter und seiner Reife.*
>
> *(2) Zu diesem Zweck wird dem Kind insbesondere Gelegenheit gegeben, in allen das Kind berührenden Gerichts- oder Verwaltungsverfahren entweder unmittelbar oder durch einen Vertreter oder eine geeignete Stelle im Einklang mit den innerstaatlichen Verfahrensvorschriften gehört zu werden.*

UN Kinderrechtskonvention

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm

Artikel 13 – Meinungs- und Informationsfreiheit

> ***Artikel 13***
> *(1) Das Kind hat das Recht auf freie Meinungsäußerung; dieses Recht schließt die Freiheit ein, ungeachtet der Staatsgrenzen Informationen und Gedankengut jeder Art in Wort, Schrift oder Druck, durch Kunstwerke oder andere vom Kind gewählte Mittel sich zu beschaffen, zu empfangen und weiterzugeben.*
> *(2) Die Ausübung dieses Rechts kann bestimmten, gesetzlich vorgesehenen Einschränkungen unterworfen werden, die erforderlich sind*
>
> *a. für die Achtung der Rechte oder des Rufes anderer oder*
>
> *b. für den Schutz der nationalen Sicherheit, der öffentlichen Ordnung (ordre public), der Volksgesundheit oder der öffentlichen Sittlichkeit.*

UN-Behindertenrechtskonvention

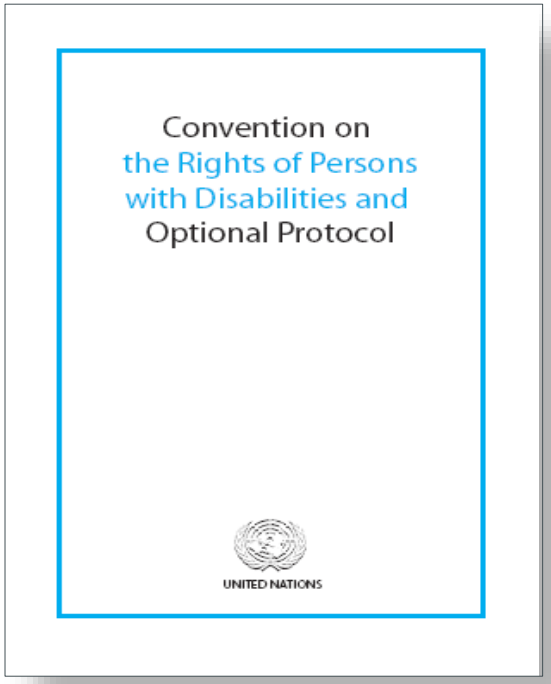
Übereinkommen und Zusatzprotokoll am 13. Dezember 2006 in New York verabschiedet

- 3. Mai 2008 nach Ratifizierung durch 20 Vertragsstaaten in Kraft getreten. Alle EU-Mitgliedsstaaten bis auf Lettland haben die Konvention ratifiziert, 16 das Zusatzprotokoll unterzeichnet
- UN-Behindertenrechtskonvention

  2 Jahre nach Unterzeichnung

  am 26. März 2009 in Deutschland

  in Kraft getreten



Dazugehören

bedeutet nicht gleiches Recht für alle, sondern jedem / jeder die Förderung der Teilhabe, die er/sie benötigt

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm

Inklusive Rahmenbedingungen schaffen

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm

Aufklärung: Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen

Aufklärung:
Besonderheiten bei Minderjährigen

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm

KJP: Besonderheit in AM-Therapie durch

- **Wenige zugelassene Medikamente**
- **Schlechte Evidenz vieler AM**
- **Problem der mangelnden Krankheitseinsicht und der fehlenden Compliance**

Generell Krankenbehandlung: Aufklärung im Dreieck: Arzt – Eltern – Kind

- **Komplizierte Abhängigkeitsverhältnisse**
- **Erhöhte emotionale Belastung für Eltern**
- **Wachsende Berücksichtigung des Willens betroffener Kinder mit dem wachsenden Verständnis für Entscheidungen**

Minderjährige in kognitiver und emotionaler Hinsicht inhomogene Klientel
„**informed-consent" Paradigma** nur eingeschränkt hilfreich
(Rothärmel & Fegert, MedR 2000)

Entwicklungsvorraussetzungen

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm

Grootens-Wiegers et al. BMC Pediatrics (2017) 17:120
DOI 10.1186/s12887-017-0869-x

BMC Pediatrics

REVIEW Open Access

Medical decision-making in children and adolescents: developmental and neuroscientific aspects

Petronella Grootens-Wiegers[1,2*], Irma M. Hein[3], Jos M. van den Broek[1,2] and Martine C. de Vries[4,5]

Abstract

Background: Various international laws and guidelines stress the importance of respecting the developing autonomy of children and involving minors in decision-making regarding treatment and research participation. However, no universal agreement exists as to at what age minors should be deemed decision-making competent. Minors of the same age may show different levels of maturity. In addition, patients deemed rational conversation-partners as a child can suddenly become noncompliant as an adolescent. Age, context and development all play a role in decision-making competence. In this article we adopt a perspective on competence that specifically focuses on the impact of brain development on the child's decision-making process.

Main body: We believe that the discussion on decision-making competence of minors can greatly benefit from a multidisciplinary approach. We adopted such an approach in order to contribute to the understanding on how to deal with children in decision-making situations. Evidence emerging from neuroscience research concerning the developing brain structures in minors is combined with insights from various other fields, such as psychology, decision-making science and ethics. Four capacities have been described that are required for (medical) decision-making: (1) communicating a choice; (2) understanding; (3) reasoning; and (4) appreciation. Each capacity is related to a number of specific skills and abilities that need to be sufficiently developed to support the capacity. Based on this approach it can be concluded that at the age of 12 children can have the capacity to be decision-making competent. However, this age coincides with the onset of adolescence. Early development of the brain's reward system combined with late development of the control system diminishes decision-making competence in adolescents in specific contexts. We conclude that even adolescents possessing capacities required for decision-making, may need support of facilitating environmental factors.

Conclusion: This paper intends to offer insight in neuroscientific mechanisms underlying the medical decision-making capacities in minors and to stimulate practices for optimal involvement of minors. Developing minors become increasingly capable of decision-making, but the neurobiological development in adolescence affects competence in specific contexts. Adequate support should be offered in order to create a context in which minors can make competently make decisions.

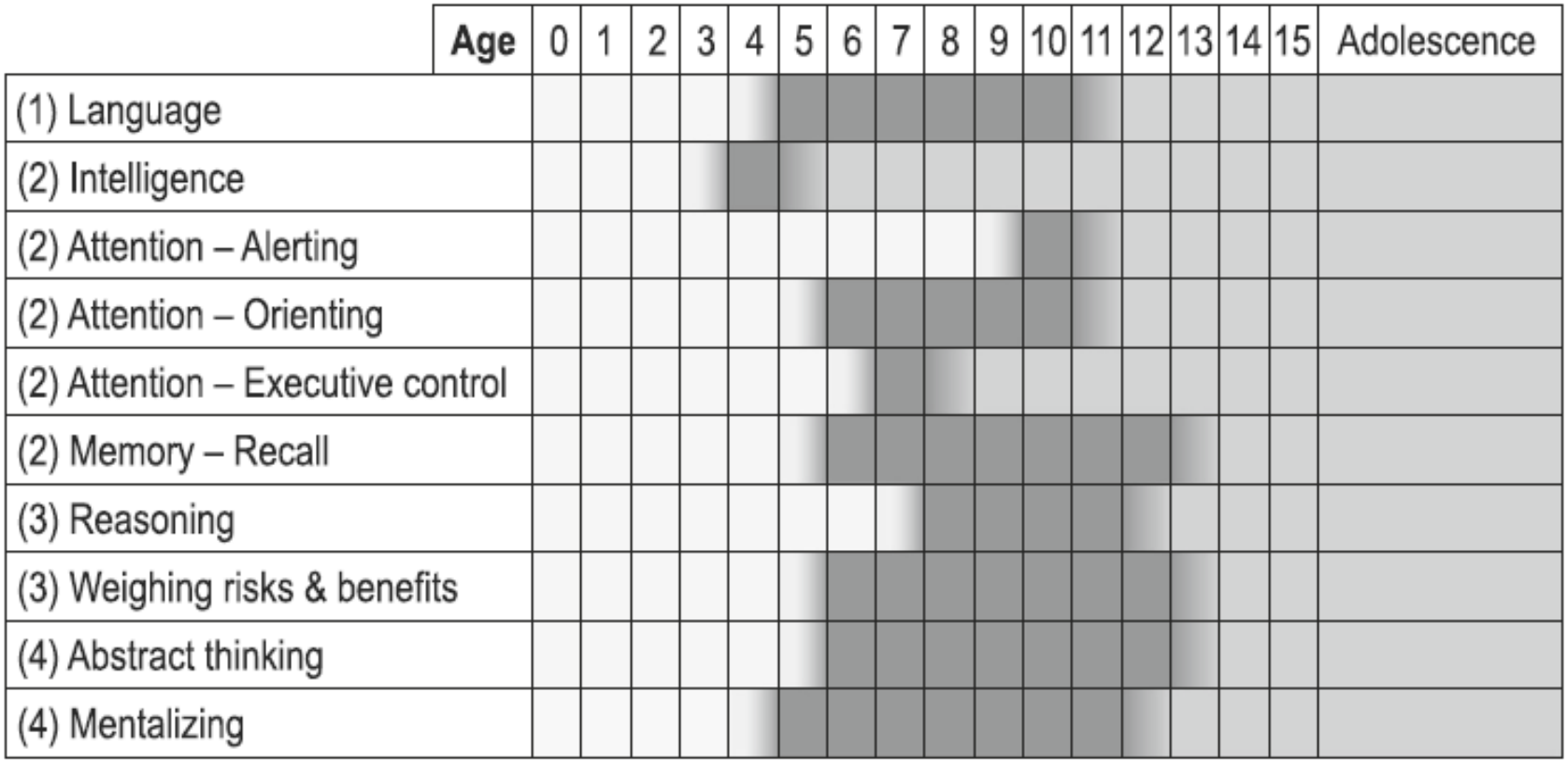
Keywords: Decision-making, Neuroscience, Competence, Children, Adolescents, Brain development, Minors

* Correspondence: p.grootens@vu.nl; grootensp@gmail.com
[1]Science Communication and Society, Leiden University, Leiden, The Netherlands
[2]Athena Institute for Research on Innovation and Communication in Health and Life Sciences, Faculty of Earth and Life Sciences, VU University Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands
Full list of author information is available at the end of the article

BioMed Central

© The Author(s). 2017 **Open Access** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

Entwicklung der Entscheidungsfähigkeit



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

Behandlungsentscheidung und psychische Erkrankung von Kindern

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm

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

Gabriele Mandarelli, MD, PhD,[1] Ugo Sabatello, MD,[2] Elisa Lapponi, MD,[2] Giulia Pace, MD,[2] Mauro Ferrara, MD,[2] and Stefano Ferracuti, MD[1]

Abstract

Objective: This study was conducted to assess treatment decision-making capacity (TDMC) in a child and adolescent psychiatric sample and to verify possible associations between TDMC, psychiatric symptom severity, and cognitive functioning.
Methods: Twenty-two consecutively recruited patients hospitalized for an acute mental disorder, aged 11–18 years, underwent measurement of TDMC by the MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T). The MacCAT-T interview focused on patients' current treatment, which comprised second-generation antipsychotics (45.5%), first-generation antipsychotics (13.6%), antiepileptic drugs used as mood stabilizers or lithium carbonate (45.5%), selective serotonin reuptake inhibitors (32%), and benzodiazepines (18%). We moreover measured cognitive functioning (Wechsler Intelligence Scale for Children III) and psychiatric symptom severity (Brief Psychiatric Rating Scale v 4.0).
Results: Patients' TDMC varied within the sample, but MacCAT-T scores were good in the sample overall, suggesting that children and adolescents with severe mental disorders could be competent to consent to treatment. The TDMC proved independent of psychiatric diagnosis while being positively associated with cognitive functioning and negatively with excitement.
Conclusion: The MacCAT-T proved feasible for measuring TDMC in a child and adolescent psychiatric sample. TDMC in minors with severe mental disorders was not necessarily impaired. These results deserve reconsidering the interplay between minors and surrogate decision-makers as concerning treatment decisions.

Keywords: informed consent, psychiatric hospitalization, treatment, mental capacity

Introduction

DATA ON INFORMED CONSENT decision-making in child and adolescent psychiatry are scarce. Involuntary treatment and surrogate decision-making are also common in adolescent psychiatric populations, and the need for consistent legal instruments and systematic analyses of such coercive practices has been recently advocated (Jendreyschak et al. 2014).

Several studies focusing on adult psychiatric patients' treatment decision-making capacity (TDMC) found a significant role played by cognitive factors (Okai et al. 2007; Mandarelli et al. 2012). Psychiatric symptom severity, rather than diagnosis, as well as metacognition, proved to be associated with TDMC in adult psychiatric populations. Nonetheless, whether and how these factors play a role also in child and adolescent treatment decision-making is unclear. Having such information is crucial because it could provide empirical evidence to verify child and adolescent capacity to accept or refuse their own treatment as well as to usefully interact with surrogate decision-makers.

No studies specifically aimed at evaluating child and adolescent capacity to give informed consent to psychiatric treatment are available, while two studies focused on informed consent to clinical research. Among these, a methodological study (Hein et al. 2012) proposed a modified version of the MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research (MacCAT-CR) for assessing capacity to give consent to clinical research in children and adolescents. A pilot study (Koelch et al. 2010) from a German research group on 12 children with ADHD or conduct disorder proved the MacCAT-CR useful for evaluating capacity to consent to a pharmacological trial. Moreover, the MacCAT-CR assessment showed that clinical judgments of capacity to consent to pharmacological research frequently were unconfirmed when using a

Departments of [1]Neurology and Psychiatry and [2]Pediatrics and Child Neuropsychiatry, University of Rome Sapienza, Rome, Italy.

© Gabriele Mandarelli et al. 2017; Published by Mary Ann Liebert, Inc. This article is available under the Creative Commons License CC-BY-NC (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0). This license permits non-commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. Permission only needs to be obtained for commercial use and can be done via RightsLink

Entscheidungskompetenz bei Minderjährigen mit psych. 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

Gabriele Mandarelli, MD, PhD,[1] Ugo Sabatello, MD,[2] Elisa Lapponi, MD,[2] Giulia Pace, MD,[2] Mauro Ferrara, MD,[2] and Stefano Ferracuti, MD[1]

Entscheidungskompetenz bei Minderjährigen mit psych. Störungen

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm

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

	MacCAT-T			
	Understanding	*Appreciating*	*Reasoning*	*Expressing a choice*
BPRS total score	−0.252	0.038	−0.150	−0.122
YSR externalizing	**−0.469***	0.104	−0.079	−0.322
YSR internalizing	−0.80	−0.178	−0.078	**−0.434***
YSR total	−0.323	−0.112	−0.100	**−0.481***
CGAS	0.083	0.289	0.273	0.113
WISC-III				
Figures completion	**0.568***	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***	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***	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***	−0.035	0.384	0.328
Performance IQ	**0.723****	0.280	**0.592****	0.170
Verbal IQ	**0.599****	0.210	**0.522***	0.450
Total IQ	**0.680****	0.215	**0.532***	0.270

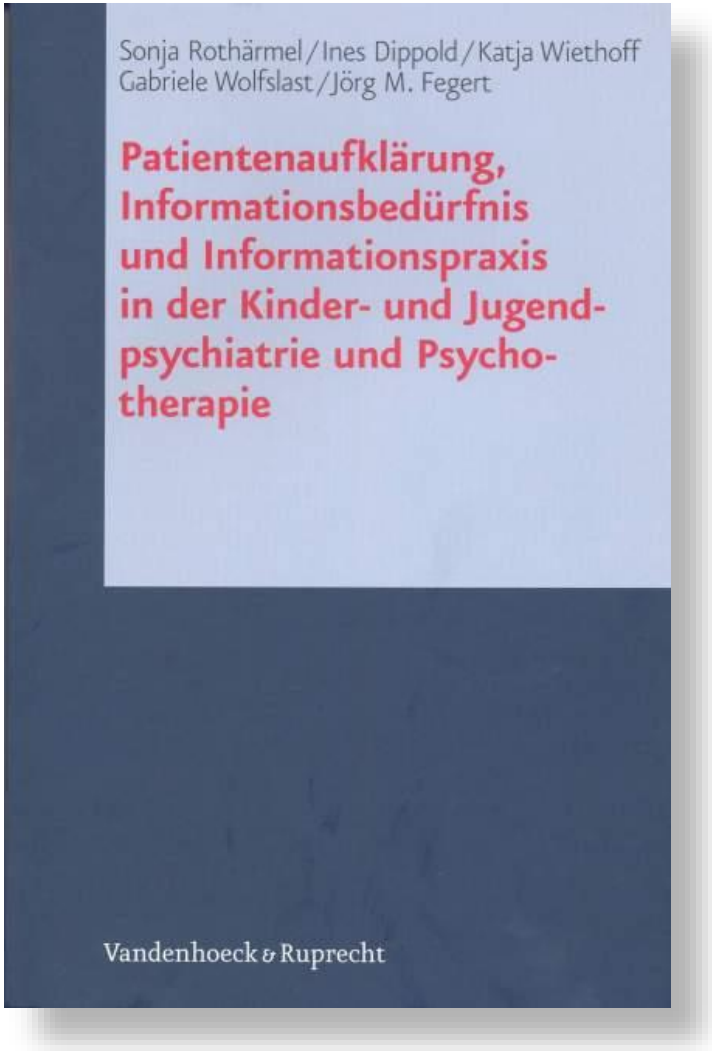
*$p<0.05$; **$p<0.01$; p values by Spearman's rho. Significant correlations are in bold.
MacCAT-T, MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment; BPRS, Brief Psychiatric Rating Scale v4.0; CGAS, Children's Global Assessment Scale; WISC-III, Wechsler Intelligence Scale for Children-III; YSR, youth self-report.

→ Entscheidungskompetenz bei Minderjährigen mit schweren psychischen Störungen nicht unbedingt beeinträchtigt

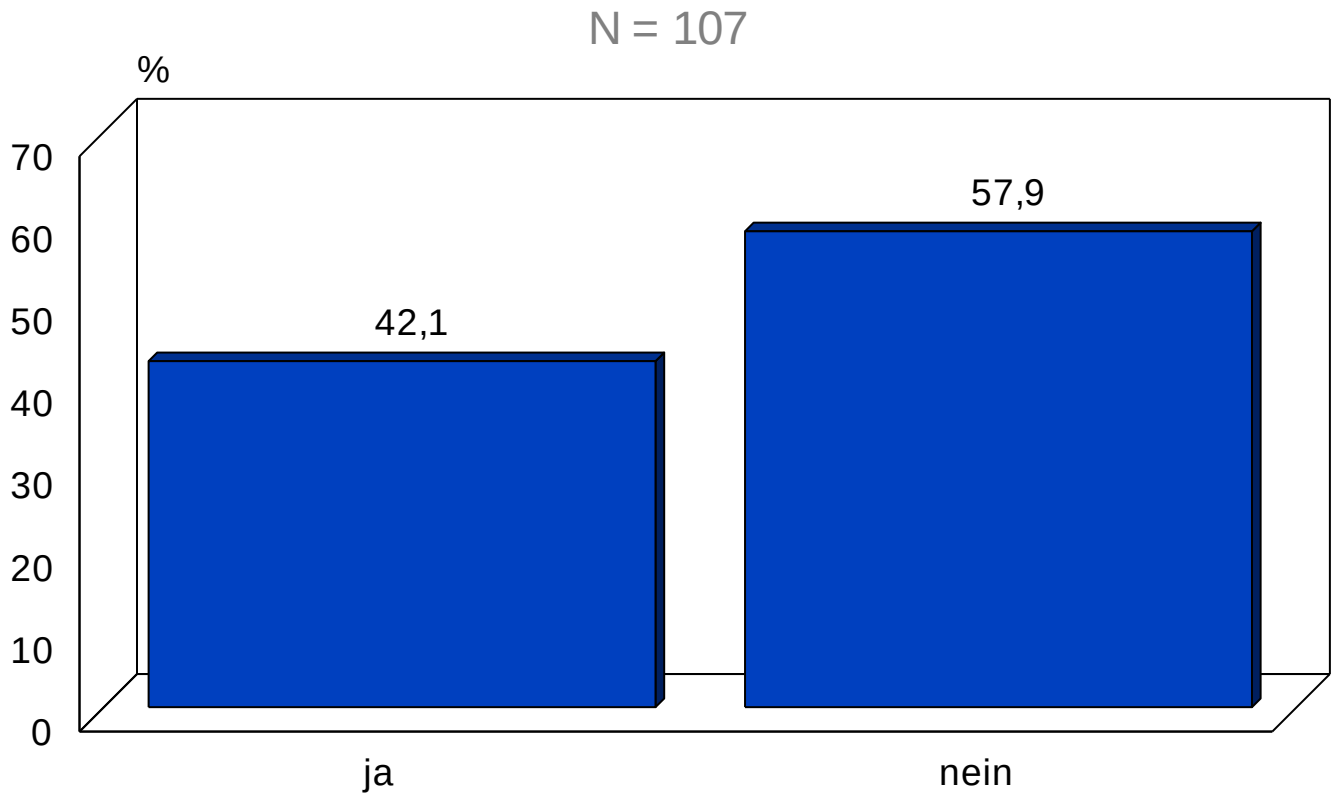
→ IQ: wesentlicher Faktor

VW Projekt Patientenaufklärung

- Patientenaufklärung
  - Wer bekommt die Information?
  - Ist die Information realistisch?

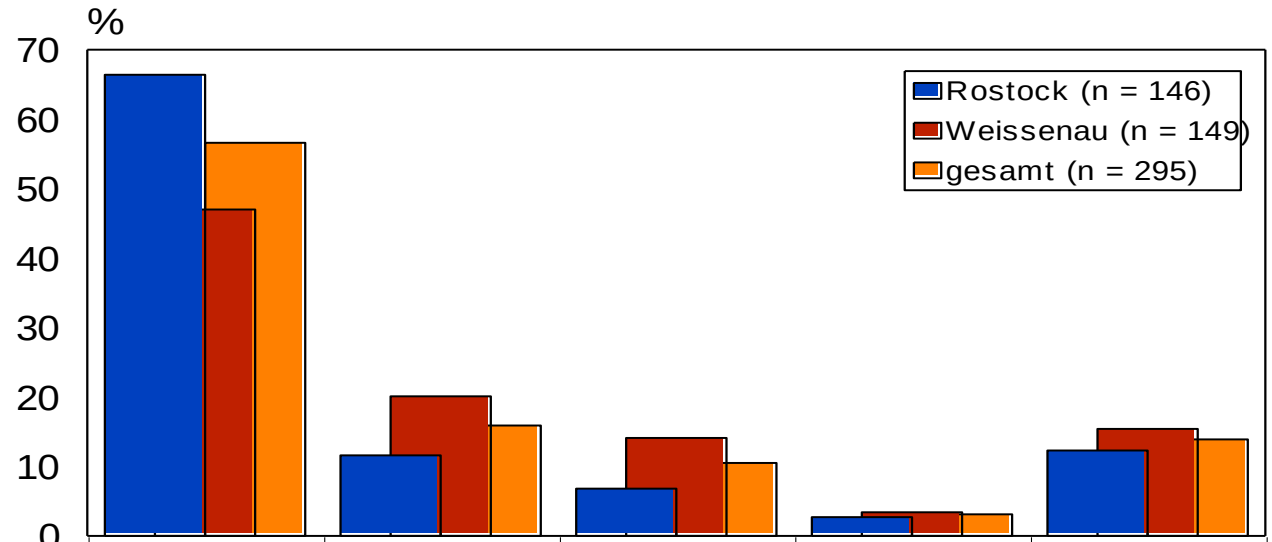


Hat Dich jemand über Deine Rechte aufgeklärt?



keine Angaben = 1 weiß nicht = 3

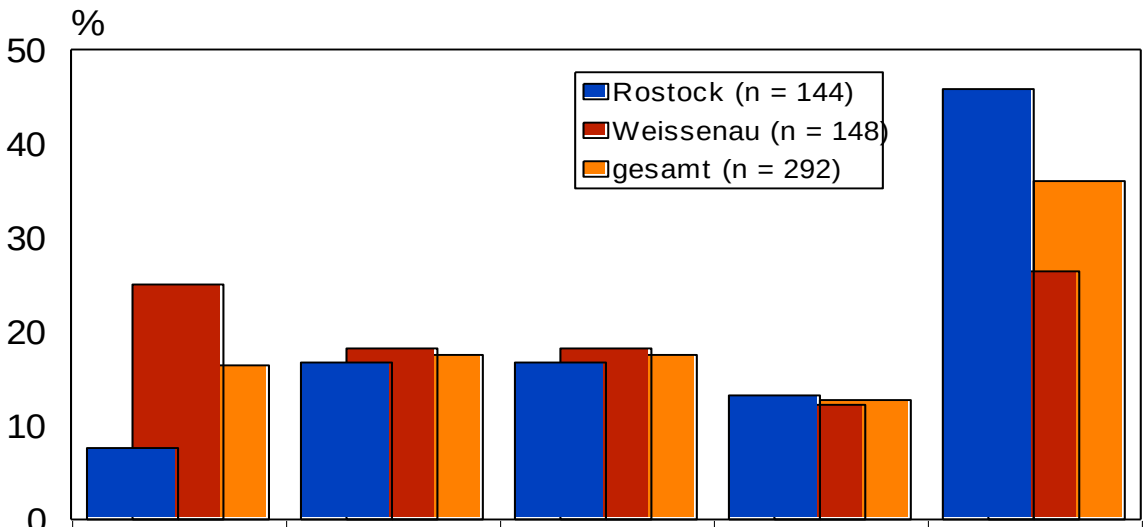
Wurdest Du informiert über die Stationsregeln?



	ja sehr ausführlich	eher ja ausführlich	teils teils	eher nicht	überhaupt nicht
Rostock (n = 146)	66,4	11,6	6,8	2,7	12,3
Weissenau (n = 149)	47	20,1	14,1	3,4	15,4
gesamt (n = 295)	56,6	15,9	10,5	3,1	13,9

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

Wurdest Du informiert über Deine Behandlung?



	ja sehr	eher ja	teils teils	eher nein	überhaupt nicht
Rostock (n = 144)	7,6	16,7	16,7	13,2	45,8
Weissenau (n = 148)	25	18,2	18,2	12,2	26,4
gesamt (n = 292)	16,4	17,5	17,5	12,7	36

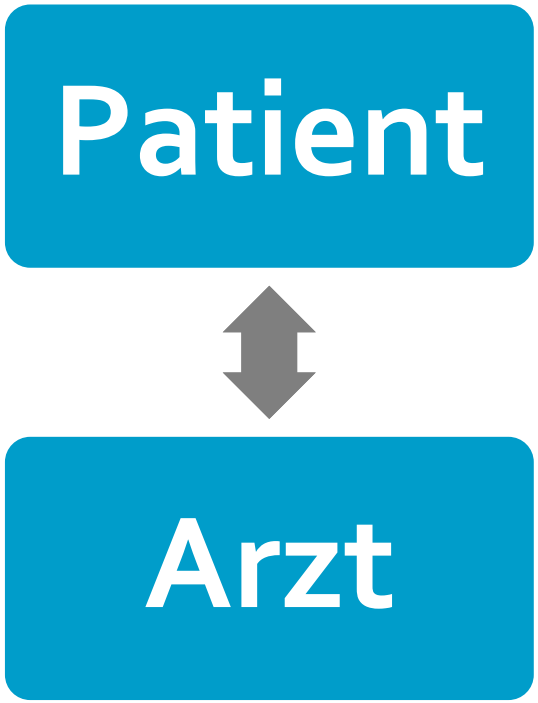
Rostock: keine Angaben = 2 weiß nicht = 1
Weissenau: keine Angaben = 3

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm

Informed consent - Einwilligungsfähigkeit

Wer entscheidet?

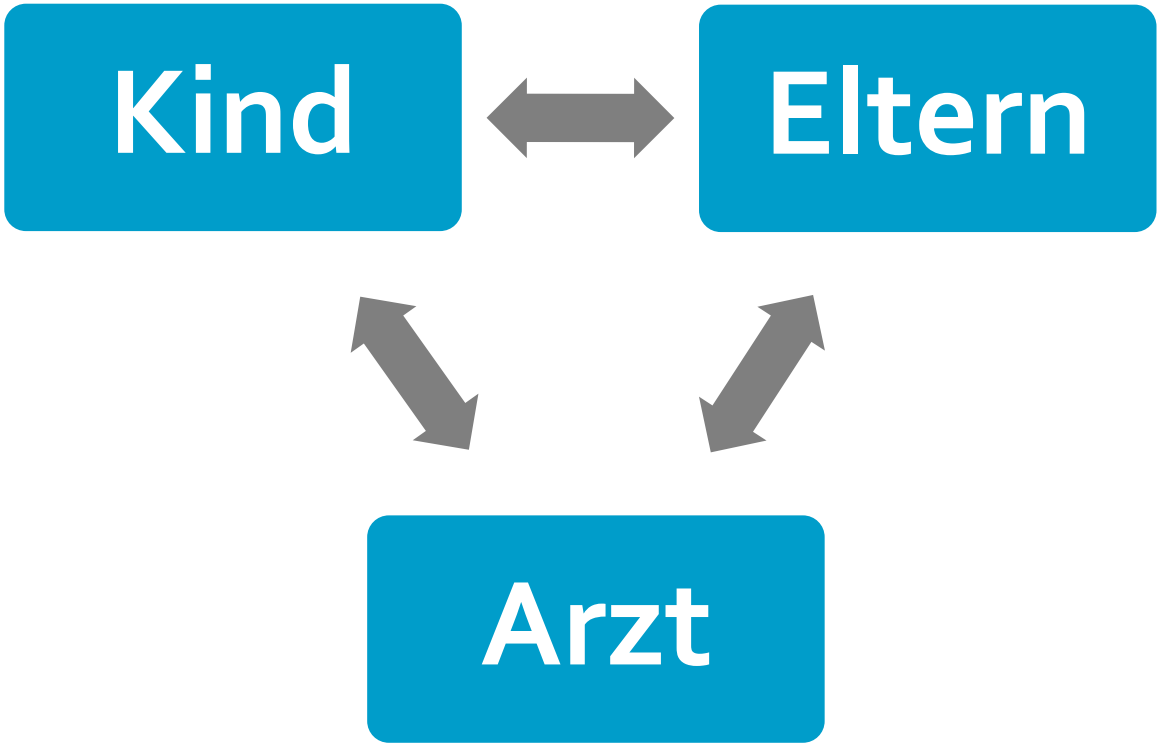
Informed Consent Paradigma im Erwachsenenalter



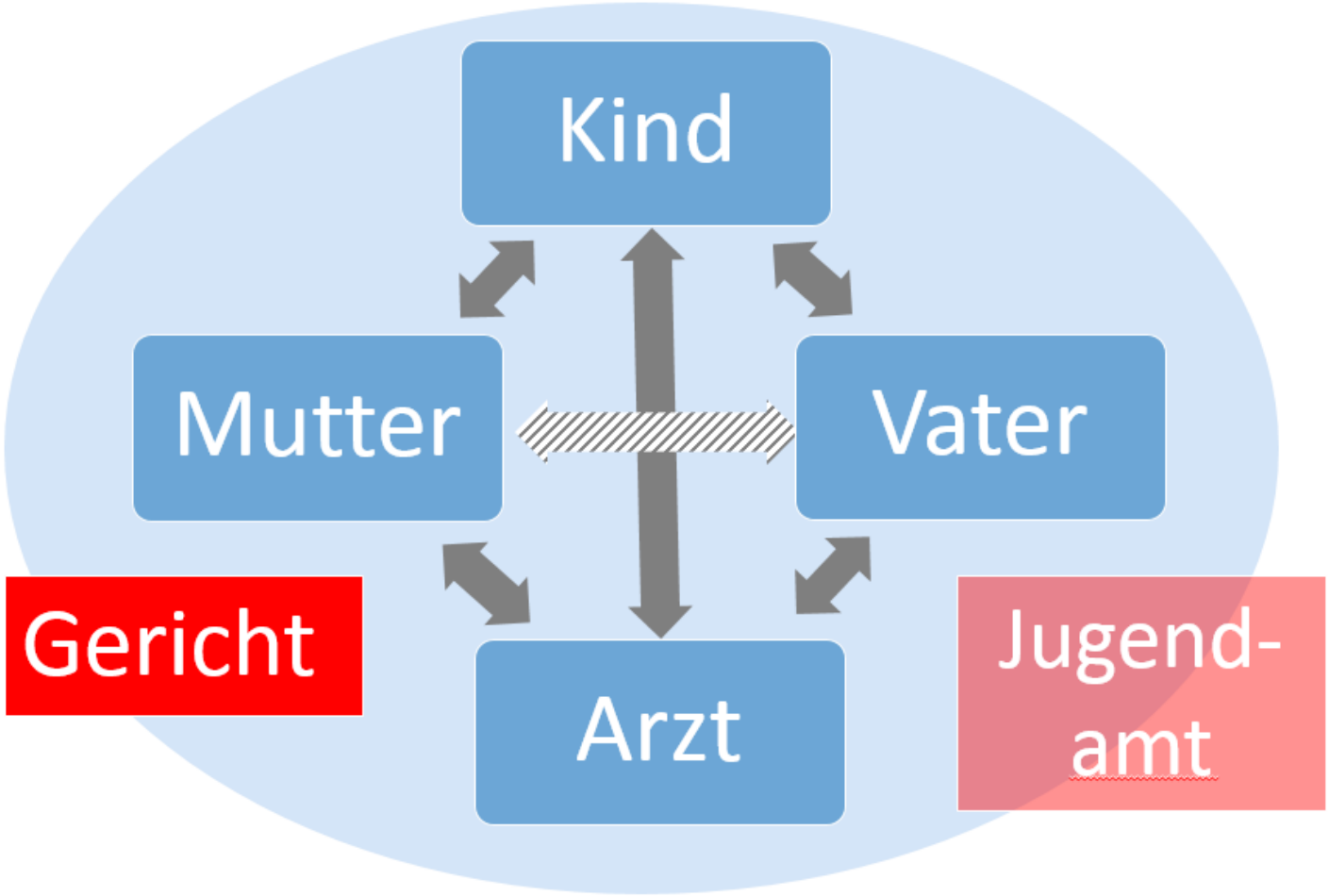
Wer entscheidet?

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm

Assent und Consent



Wer entscheidet?



Behandlung von sog. einwilligungsunfähigen Kindern und Jugendlichen

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm

„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)

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm

Aufklärung: Rechtlicher Rahmen

Aufklärung nach dem Patientenrechtegesetz

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm

§ 630e BGB: Aufklärungspflichten

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören in der Regel **insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie**. Bei der Aufklärung ist auch auf **Alternativen zur Maßnahme** hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

(2) Die Aufklärung muss

1. **mündlich** durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Befähigung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält,
2. **so rechtzeitig** erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann,
3. **für den Patienten verständlich** sein. Dem Patienten sind **Abschriften von Unterlagen**, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

Aufklärung nach dem Patientenrechtegesetz, Deutschland

§ 630e BGB: Aufklärungspflichten/Aufklärungspflichten

- Weitere formelle Voraussetzung für eine wirksame Aufklärung ist die Durchführung eines **mündlichen Gesprächs**
- **Schriftliche Informationen dürfen nur ergänzend ausgehändigt werden**. Werden im Rahmen des Aufklärungsgesprächs bzw. der Einwilligung vom Patienten Unterlagen unterzeichnet, so sind ihm nach § 630e Abs. 2 S. 2 BGB davon Abschriften auszuhändigen.
- Da der Gesetzeswortlaut kein Verlangen oder Auskunftsbegehren des Patienten voraussetzt, ist er dahingehend auszulegen, dass dem Patienten **ungefragt** Abschriften von sämtlichen unterschriebenen Formularen zu übergeben sind.

UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
ulm

Aufklärung bei Entscheidungen im klinischen Alltag

Vorteile der Aufklärung

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm

- bessere Motivation und Kooperation der Kindern
- Vermeidung unnötiger Komplikationen
- Signalisieren von Respekt und einer gewissen Grundhaltung im Umgang mit dem Gesprächspartner, dadurch Schaffung einer Gesprächsatmosphäre trotz eher einschränkender situativer oder Umgebungsbedingungen
- **qualitative Verbesserung des Informationsergebnisses durch explizites Erlauben von**
  - **Nachfragen**
  - **Rückfragen, wenn Fragen zu schwierig waren oder nicht verstanden wurden**

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

Information

Information über Rechte während der Krankenbehandlung

- Entsprechend der UN-Kinderrechtskonvention sind die Rechte von Mädchen und Jungen auf institutioneller Ebene verankert
- Ohne Möglichkeit diese einzufordern, bleiben Regeln und Rechte wirkungslos

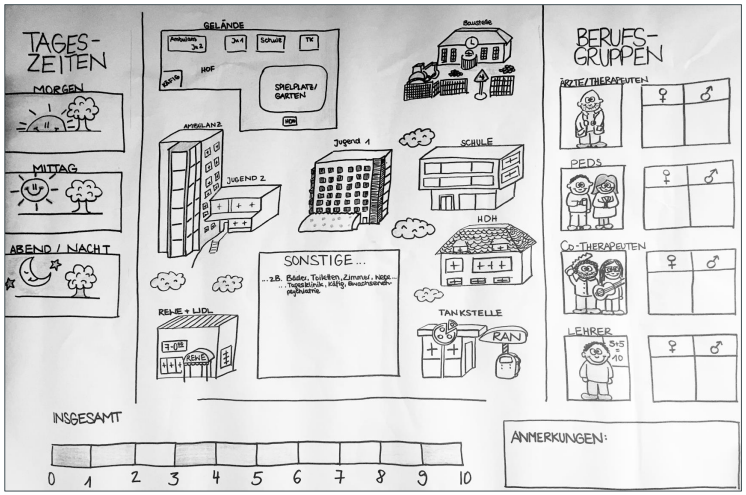
Partizipationsmöglichkeiten KJPP Ulm: Beschwerdemöglichkeit seit 2001

Freisprechanlage zum Patientenfürsprecher und zu den umliegenden Jugendämtern in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Gefährdungsanalyse partizipativ

Grüne Nadeln markieren
Lieblingsräume:

- Wo halten sich die Kinder und Jugendlichen gerne auf?
- Wo fühlen sie sich sicher?



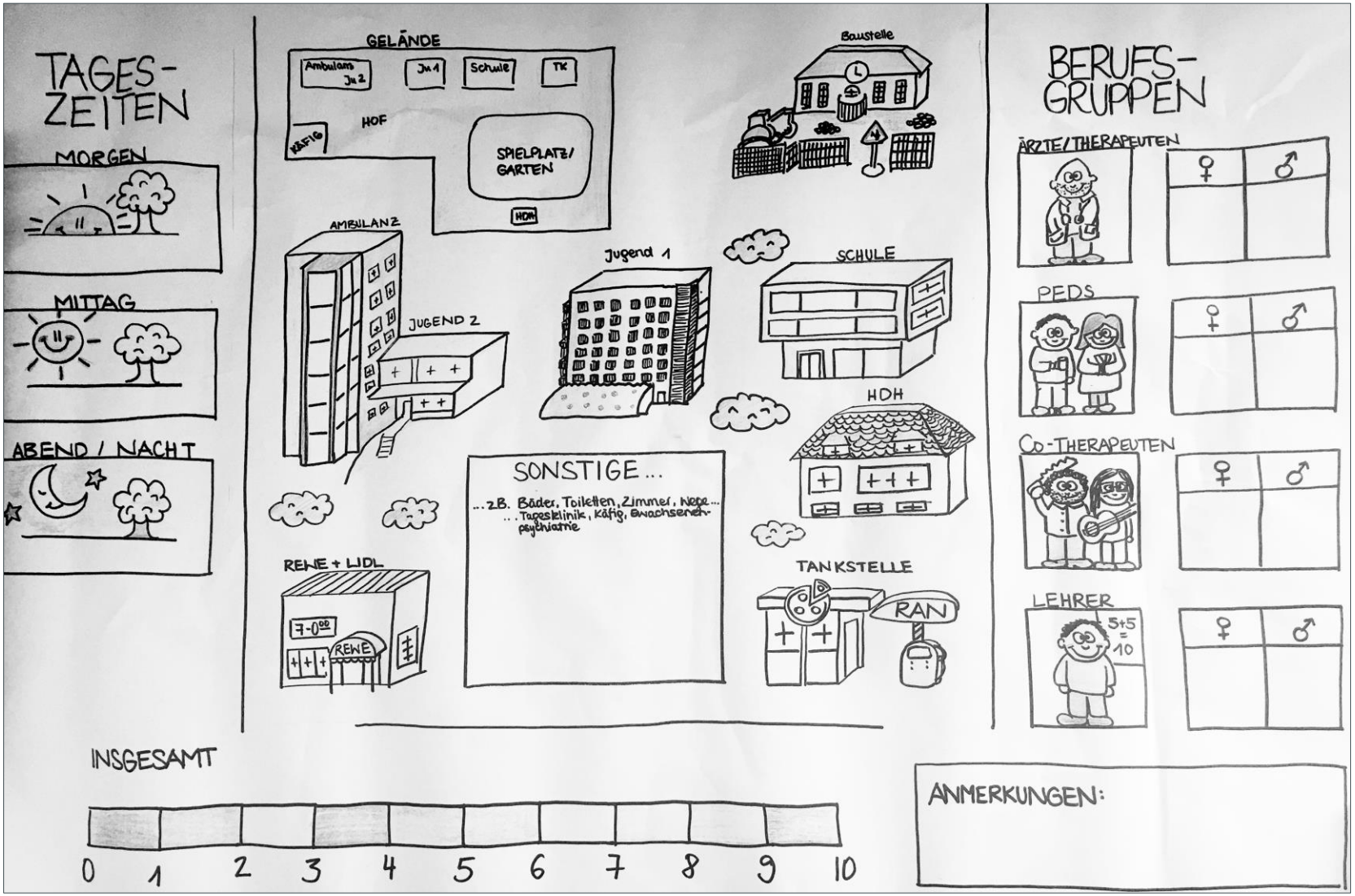
Gelbe Nadeln markieren **Vermeidungsräume**:

- Wo halten sich die Kinder und Jugendlichen nicht gern auf?
- Wohin nehmen sie lieber jemanden mit?

Rote Nadeln markieren **Angst-Räume**:

- Welche Orte mögen die Kinder und Jugendlichen überhaupt nicht?
- Welche suchen sie am liebsten erst gar nicht auf?

Beispiel Nadelmethode (un-)sichere Räume



Partizipative Entwicklung eines Kinderspiels im Rahmen eines Projekts

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm

Beispielabbildung

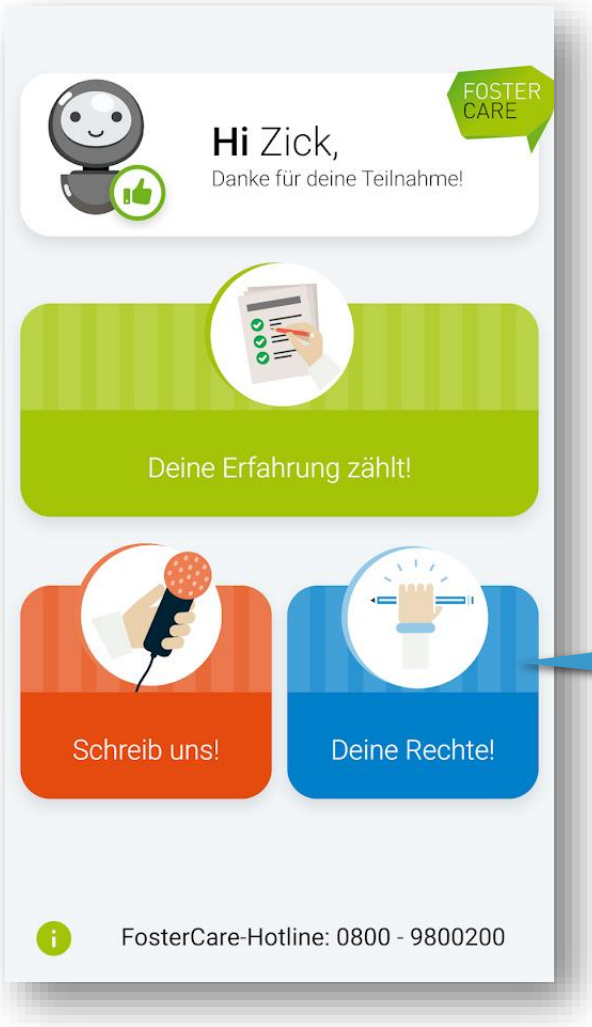
APP Fostercare

APP FosterCare – die erste App nur für Pflegekinder!

im Google Playstore und im Apple –Store (iOS) verfügbar!

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

App Fostercare – „Deine Rechte!“



Kinder- und Jugendrechte für Pflegekinder

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung

FOSTER CARE
RECHTE STÄRKEN . BETEILIGEN . SCHÜTZEN
JUNGE MENSCHEN IN PFLEGEFAMILIEN

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm

Aufbau der Rubrik „Deine Rechte“ in verschiedene Themenbereiche

(Rückgriff auf 54 Artikel der UN-Kinderrechtskonvention):

erstellt von Lea Autenrieth

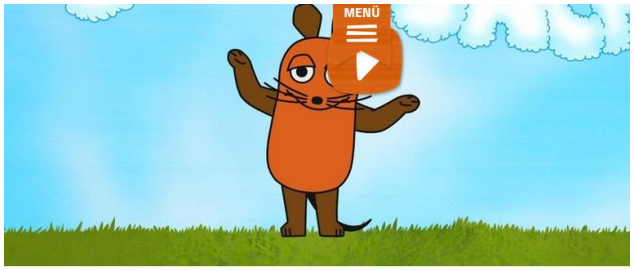
Die Sendung mit der Maus
„Die unsichtbare Krankheit“

hDauerhaft abrufbar unter: https://www.wdrmaus.de/extras/mausthemen/unsichtbare_krankheit/index.php5

Aufklärung zur Krankenbehandlung

Aufklärung zu Emotionen

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm



Einem Menschen mit einem gebrochenen Bein oder einem schlimmen Husten sieht man direkt an, dass es ihm gerade nicht gut geht. Es gibt aber auch Krankheiten, die sind nicht so leicht zu erkennen und auch der Kranke selbst kann gar nicht genau sagen, wo der Schmerz sitzt oder wo er herkommt. Hier erzählen vier mutige Kinder, wie sich so eine unsichtbare Krankheit anfühlt und wie sie damit umgehen.

Wo du Hilfe findest

Freude

Sich über etwas zu freuen, ist ein sehr schönes Gefühl. Wenn man Freude empfindet, weiß man, dass ein Erlebnis gut ist. Sie motiviert dazu, schöne Situationen immer wieder zu erleben und sich dafür auch anzustrengen.

Wut

Wut ist ein sehr starkes Gefühl. Sie entsteht ganz schnell, wenn man sich zum Beispiel ungerecht behandelt fühlt und im Moment nichts dagegen tun kann. Ist die Situation zuende, geht die Wut meistens auch schnell wieder weg und man kann wieder besser nachdenken.

Wozu gibt es Gefühle?

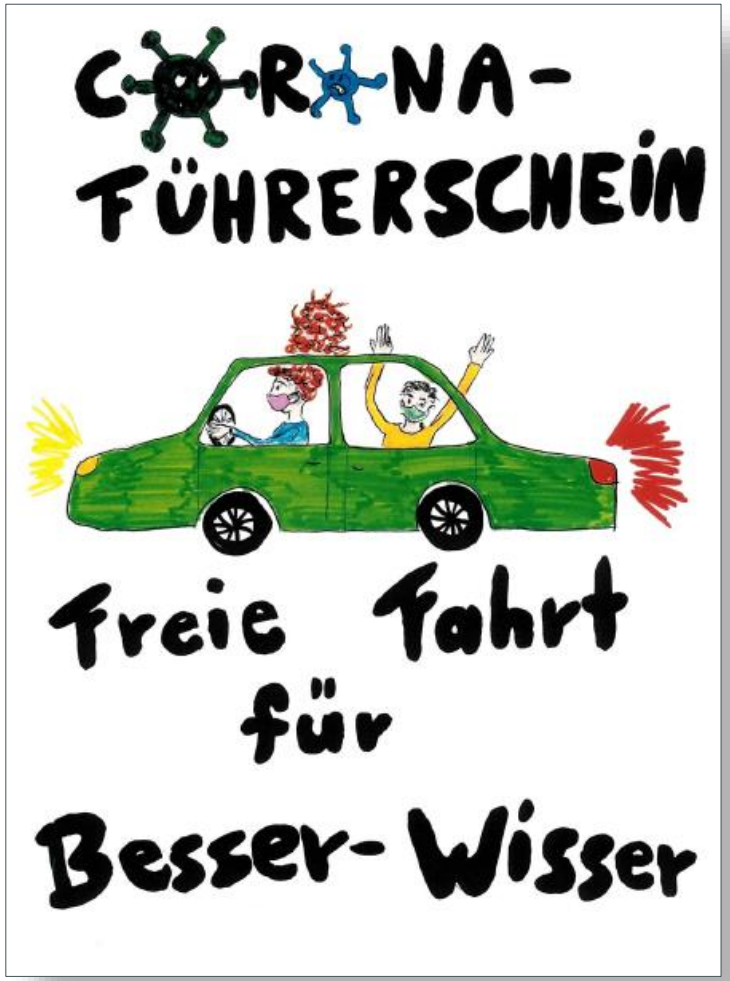
Gefühle helfen dabei, zu entscheiden, ob dir eine Situation oder ein Erlebnis gefällt oder nicht. Sie zeigen dir auch, mit wem du gerne zusammen bist oder wen du lieber meidest, wie es den Menschen um dich herum geht und sie warnen dich vor Gefahr. Zusammen mit den Gedanken sind Gefühle ein guter Kompass durch das Leben.

Traurigkeit

Jeder Mensch kennt traurige Momente, zum Beispiel, wenn jemand stirbt, den man sehr gerne hat. Die meisten Menschen ziehen sich dann erst einmal zurück, möchten am liebsten mit niemandem sprechen und haben zu nichts Lust. Alle Gedanken und Gefühle sind dann ganz darauf konzentriert, sich mit dem traurigen Erlebnis zu beschäftigen.

Psychoedukation –
Dank an Prof. Möhler, UKS Homburg/Saar

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm



Corona-Virus - das solltest du darüber wissen:

Was ist der Corona-Virus?

Ein Virus ist ein winzig kleiner Krankheitserreger. Mit bloßem Auge ist er nicht sichtbar. Dafür braucht man ein spezielles Mikroskop zur Vergrößerung.

Es gibt viele verschiedene Arten von Viren. Um sie besser unterscheiden zu können, bekommen sie Namen und werden Gruppen zugeordnet. Der Corona-Virus sieht unter dem Mikroskop wie eine kleine Krone aus. Im Lateinischen heißt Krone „Corona". So ist der Corona-Virus zu seinem Namen gekommen.

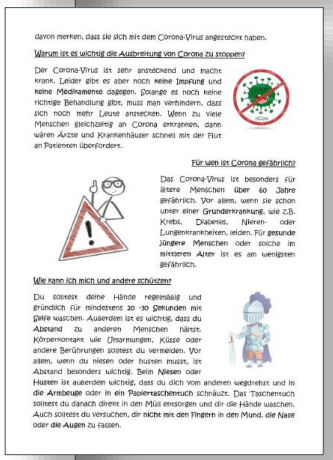
Wie steckt man sich mit dem Corona-Virus an?

Der Corona-Virus wird hauptsächlich durch kleine Wassertröpfchen in der Luft übertragen. Diese entstehen, wenn ein Mensch atmet, spricht, niest oder husten. Die Wassertröpfchen erreichen dann aus dem Mund und Fliegen umher. Wenn ein Mensch die Tröpfchen einatmet, die ein Corona-Kranker ausgeatmet, ausgeniest oder ausgehustet hat, dann kann er sich auch mit dem Corona-Virus anstecken.

Man kann sich aber auch durch Körperkontakt anstecken, weil der Corona-Virus auch auf der Haut oder auf Kleidung sitzen kann. Wenn man eine Person oder einen Gegenstand berührt, der das Virus trägt, dann kann der Corona-Virus auf die eigenen Hände oder Kleider gelangen. Hat man den Virus an den Händen und berührt seine Augen, Nase und den Mund, so wird man ebenfalls angesteckt.

Woran erkenne ich, dass ich Corona habe?

Wenn man sich angesteckt hat, dann leidet man unter Husten, Fieber, Atembeschwerden, Gliederschmerzen, Schüttelfrost oder Lungenschmerzen. Manche Menschen haben auch Übelkeit oder Durchfall. Es gibt aber auch Menschen, die nur wenig oder gar nichts


davon merken, dass sie sich mit dem Corona-Virus angesteckt haben.

Warum ist es wichtig die Ausbreitung von Corona zu stoppen?

Der Corona-Virus ist sehr ansteckend und machte krank. Leider gibt es aber noch keine Impfung und keine Medikamente dagegen. Solange es noch keine richtige Behandlung gibt, muss man verhindern, dass sich noch mehr Leute anstecken. Wenn zu viele Menschen gleichzeitig an Corona erkranken, dann wären Ärzte und Krankenhäuser schnell mit der Flut an Patienten überfordert.

Für wen ist Corona gefährlich?

Das Corona-Virus ist besonders für ältere Menschen über 60 Jahre gefährlich. Vor allem, wenn die schon unter einer Grunderkrankung, wie z.B. Krebs, Diabetes, Nieren- oder Lungenkrankheiten, leiden. Für gesunde jüngere Menschen oder solche im mittleren Alter ist es am wenigsten gefährlich.

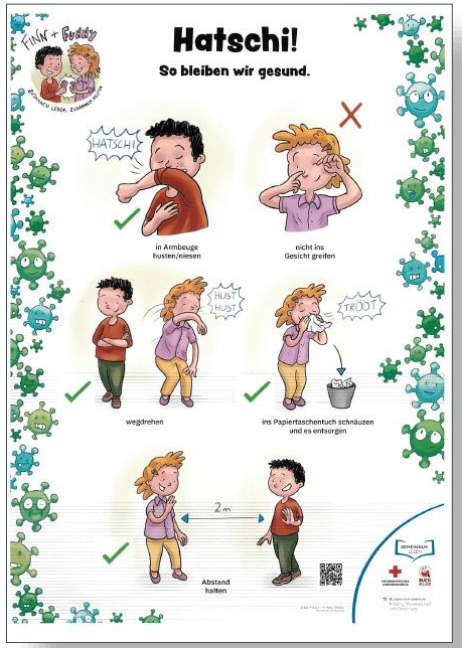
Wie kann ich mich und andere schützen?

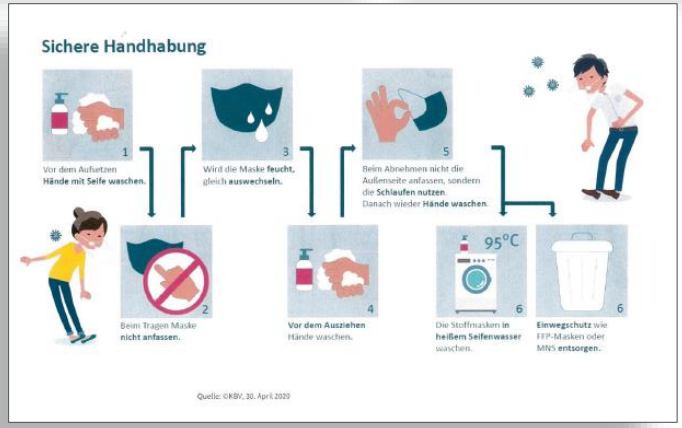
Du solltest deine Hände regelmäßig und gründlich für mindestens 20 -30 Sekunden mit Seife waschen. Außerdem ist es wichtig, dass du Abstand zu anderen Menschen hältst. Körperkontakte wie Umarmungen, Küsse oder andere Berührungen solltest du vermeiden. Vor allem, wenn du niesen oder husten musst, ist Abstand besonders wichtig. Beim Niesen oder Husten ist außerdem wichtig, dass du dich von anderen wegdrehst und in die Armbeuge oder in ein Papiertaschentuch schnäuzt. Das Taschentuch solltest du danach direkt in den Müll entsorgen und dir die Hände waschen. Auch solltest du versuchen, dir nicht mit den Fingern in den Mund, die Nase oder die Augen zu fassen.

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm

2.

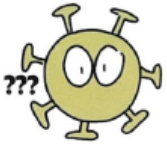
Wie schütze ich mich und andere ???





3. Was heißt das für die Tagesklinik ???

Was heißt das für die Tagesklinik ???



UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm

4. Quiz & Urkunde

UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
ulm

Mein Corona-Führerschein

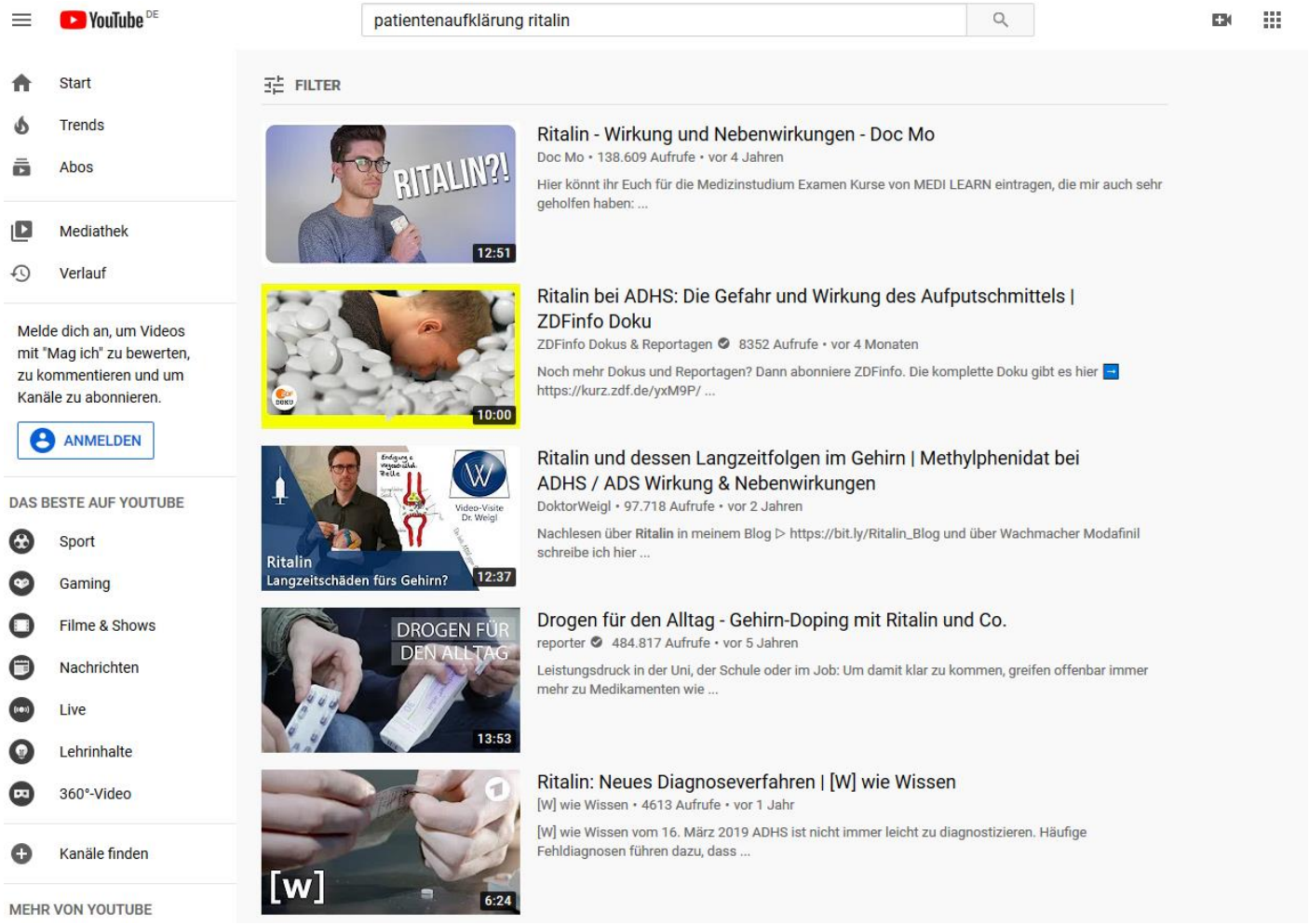
Liebe/-r_____

Herzlichen Glückwunsch

Zur bestandenen Corona –

Führerscheinprüfung! ☺

Aufklärung in YouTube ?



https://www.youtube.com/watch?v=BTfTjRAaOPY

YouTube DE
stimulanzenbehandlung
SRF DOK
ABO
0:37 / 49:54
#SRFDok #Doku #krankheit
Leben mit ADHS | Ritalin oder doch andere Therapie? | Doku | SRF DOK

YouTube DE
stimulanzenbehandlung
Vortragsreihe für jedermann
Medizin: Faszination Forschung
Eintritt frei
Mittwoch, 18.11.2015, 19.15 Uhr
ADHS: Verstehen und behandeln
Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. M. Huss, Mainz
Moderation:
Univ.-Prof. Dr. F. Zepp, Mainz
Hörsaal Chirurgie (Geb. 505H), Langenbeckstr. 1,
55131 Mainz
UNIVERSITÄTSmedizin.
0:32 / 1:01:59
ADHS: Verstehen und behandeln
22.263 Aufrufe • 27.11.2015
MAG ICH
MAG ICH NICHT
TEILEN
SPEICHERN

Well, I'm not going to give my baby any more dangerous drugs. From now on, it's nothing but fresh air, lots of hugs, and good old-fashioned Ritalin.

Fazit

Fazit: Einwilligungsfähigkeit bei Jugendlichen stärker ernstnehmen

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm

Hein et al. BMC Medical Ethics (2015) 16:76
DOI 10.1186/s12910-015-0067-z

BMC Medical Ethics

DEBATE Open Access

Informed consent instead of assent is appropriate in children from the age of twelve: Policy implications of new findings on children's competence to consent to clinical research

Irma M. Hein[1*], Martine C. De Vries[2], Pieter W. Troost[1], Gerben Meynen[3,4], Johannes B. Van Goudoever[5,6] and Ramón J. L. Lindauer[1]

Abstract

Background: For many decades, the debate on children's competence to give informed consent in medical settings concentrated on ethical and legal aspects, with little empirical underpinnings. Recently, data from empirical research became available to advance the discussion. It was shown that children's competence to consent to clinical research could be accurately assessed by the modified MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research. Age limits for children to be deemed competent to decide on research participation have been studied: generally children of 11.2 years and above were decision-making competent, while children of 9.6 years and younger were not. Age was pointed out to be the key determining factor in children's competence. In this article we reflect on policy implications of these findings, considering legal, ethical, developmental and clinical perspectives.

Discussion: Although assessment of children's competence has a normative character, ethics, law and clinical practice can benefit from research data. The findings may help to do justice to the capacities children possess and challenges they may face when deciding about treatment and research options. We discuss advantages and drawbacks of standardized competence assessment in children on a case-by-case basis compared to application of a fixed age limit, and conclude that a selective implementation of case-by-case competence assessment in specific populations is preferable. We recommend the implementation of age limits based on empirical evidence. Furthermore, we elaborate on a suitable model for informed consent involving children and parents that would do justice to developmental aspects of children and the specific characteristics of the parent-child dyad.

Summary: Previous research outcomes showed that children's medical decision-making capacities could be operationalized into a standardized assessment instrument. Recommendations for policies include a dual consent procedure, including both child as well as parents, for children from the age of 12 until they reach majority. For children between 10 and 12 years of age, and in case of children older than 12 years in special research populations of mentally compromised patients, we suggest a case-by-case assessment of children's competence to consent. Since such a dual consent procedure is fundamentally different from a procedure of parental permission and child assent, and would imply a considerable shift regarding some current legislations, practical implications are elaborated.

Keywords: Minors, Mental competence, Informed consent, Assessment, Health care policy

* Correspondence: i.hein@debascule.com
[1]Department of Child and Adolescent Psychiatry, Academic Medical Center, Meibergdreef 5, 1105 AZ Amsterdam, Netherlands
Full list of author information is available at the end of the article

BioMed Central

© 2015 Hein et al. **Open Access** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

Fazit

- Einwilligungsfähigkeit bei Jugendlichen ernst nehmen heißt diese informieren, diese, wenn sie die Tragweite der Entscheidung absehen können, auch unterschreiben lassen, z.B. Behandlungsvertrag ab 16 Jahre
- Diese bei allen sie betreffenden Informationen adressieren
- Informationen in adäquater Weise vermitteln
- Gelegenheit zur Partizipation geben
- Kindgerechtes Beschwerdemanagement und Schutzkonzept

Damit heutige Kinder gute Entwicklungsperspektiven und ähnliche Chancen auf ein menschenwürdiges Leben haben …

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm

- Jetzt Kinderrechte als Leitschnur für nachhaltige Politik in der Verfassung verankern
  (Beitrag von Jörg M. Fegert, Vera Clemens und Eckart von Hirschhausen zum 75-jährigen Bestehen von UNICEF, erscheint im Novemberheft der ZKJ)

Comment

Climate anxiety in young people: a call to action

Climate change poses a major threat to human health. Emerging studies are elucidating the physical health effects of climate change, such as increased rates of heat-related illnesses and infectious diseases and exacerbation of cardiopulmonary conditions;[1] however, research is scarce on the psychological effects,[2] particularly in young people (defined by WHO as individuals aged 10–24 years) and youth (15–24 years) who might be disproportionately affected. The climate crisis could precipitate new psychological conditions and worsen existing mental illnesses among young people experiencing climate anxiety, yet pervasive data gaps preclude our ability to act.

Natural disasters precipitated by climate change including hurricanes, heatwaves, wildfires, and floods can lead to direct psychological effects, such as increased rates of depression, anxiety, post-traumatic stress, and other mental health disorders.[3] However, psychological effects of climate change unrelated to a climate event are less well characterised. Referred to as eco-anxiety, climate distress, climate change anxiety, or climate anxiety, these terms describe anxiety related to the global climate crisis and the threat of environmental disaster.[3–5] Symptoms associated with climate anxiety include panic attacks, insomnia, and obsessive thinking.[6] Feelings of climate distress might also compound other daily stressors to negatively affect overall mental health, potentially leading to increases in stress-related problems such as substance use disorders, anxiety disorders, and depression.[3] With little available data, the prevalence of climate anxiety cannot be quantified, although there are indications that young people are adversely affected.

For instance, global youth-led climate strikes, federal lawsuits demanding government action to reduce greenhouse gas emissions, and advocacy by young climate activists such as Greta Thunberg and Isra Hirsi show that youth are anxious about their collective futures. In 2019, in March alone, an estimated 1·6 million school-aged protestors in 125 countries demanded action be taken to combat climate change. Direct effects of the climate crisis on youth are already apparent: the global concentration of atmospheric carbon dioxide is the highest it has been in 3 million years, sea levels are continuously rising, and global temperatures are the hottest ever recorded. To compensate, the lifetime carbon dioxide emissions (or carbon budget) of the average young person today will need to be eight times less than that of their grandparents to restrict global warming to 1·5°C, as the limit set out by the Intergovernmental Panel on Climate Change in 2018.[7]

Youth might be more likely than adults to experience ill-effects associated with climate anxiety. They are at a crucial point in their physical and psychological development, when enhanced vulnerability to the effects of stress and everyday anxiety elevate their risk of developing depression, anxiety, and substance use disorders.[8] Additionally, chronic stress during youth might result in permanent alterations in brain structure and the emergence of psychopathologies later in life.[8] As such, the stress of a climate crisis during a crucial developmental period, coupled with an increased likelihood of encountering repeated stressors related to climate change throughout life,[2] will conceivably increase the incidence of mental illness over the life course. However, few attempts have been made to investigate the short-term and long-term effects of climate anxiety on the mental health of youth.

Measuring the magnitude of the effects of climate anxiety on youth mental health, identifying which groups are most affected, and partnering with youth to develop approaches to mitigate the mental health effects is a pressing priority. Valid and reliable tools for measuring climate anxiety should be developed and implemented,[4] and standardisation in the field promoted to enable comparisons among and within populations.[5] Few tools have been published in peer-reviewed research and, concerningly, even fewer measure climate anxiety in young people.[9] Of the studies in youth, many do not focus specifically on climate anxiety and its effects on mental health, but instead investigate alternative outcomes such as the relationship between climate concern and environmental actions.[10] Thus, the development of climate anxiety scales (like in the 2020 publication by Clayton and Karazsia[4]) and validation in diverse youth populations might be a first step in addressing this knowledge gap, followed by prospective studies in young people to improve understanding of the long-term effects on mental health.

Lancet Planet Health 2020
Published Online September 9, 2020
https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30223-0

European Child & Adolescent Psychiatry
https://doi.org/10.1007/s00787-020-01615-3

REVIEW

Report of the intergovernmental panel on climate change: implications for the mental health policy of children and adolescents in Europe—a scoping review

Vera Clemens[1] · Eckart von Hirschhausen[2] · Jörg M. Fegert[1,3]

Received: 16 March 2020 / Accepted: 3 August 2020
© The Author(s) 2020

Abstract
Climate change is a worldwide challenge. Its consequences do encompass severe threats not only for the existence and somatic health, but also for the mental health of children and adolescents. Mental health can be impaired by three types of consequences. Direct consequences of climate change, such as natural disasters and indirect consequences, such as loss of land, flight and migration, exposure to violence, change of social, ecological, economic or cultural environment. Moreover, the increasing awareness of the existential dimension of climate change in children and adolescents can influence their well-being or challenge their mental health. Consequences of climate change for somatic health may interact with mental health or have psychological sequelae in children and adolescents. Based on the estimates by the United Nations Intergovernmental Panel on Climate Change, we have summarized current data on these differential pathways as to how climate change affects the mental health of children worldwide through selective literature research on Pubmed. Mental health sequelae of direct and indirect consequences of climate change, increased awareness and physical health problems caused by climate change are presented. We give insights into special vulnerabilities of children and adolescents and identify high-risk groups. As the "Fridays for Future" movement has been initiated in northern Europe, we will discuss these results with a focus on children and adolescents in Europe. The results indicate that climate change is a serious threat to children and adolescent mental health. Children's rights, mental health and climate change should not continue to be seen as separate points; instead, they need to be brought together to address this major challenge determining the future of our children and their descendants.

Keywords Climate change · Global warming · Mental health · Children and adolescents · Psychological consequences

Introduction

Climate change is a worldwide challenge that goes along with existential threats especially for future generations—today's children, adolescents and their descendants. However, climate change will not only threaten the existence of future generations, it may also cause major implications towards the mental health of today's and future children and adolescents.

Climate change can affect mental health in three ways. Directly, due to natural disasters; indirectly through consequences of climate change that affects social, economic and environmental aspects of life. An example of this would be stress due to crop shortfalls caused by drought. Furthermore, mental health can be impacted by overarching awareness of climate change and its global consequences [1]. As physical health is strongly interwoven with mental health, we will introduce major physical health impairments and possible implications for mental health. Based on information estimated by the United Nations Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) [2], in this review, we will address all these potential pathways and present current literature with a special focus on European studies (Fig. 1).

The aim of this article is to provide an overview of potential mental health consequences in children and adolescents

✉ Vera Clemens
vera.clemens@uni-ulm.de

[1] Department for Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy, University of Ulm, Steinhövelstr. 5, 89073 Ulm, Germany

[2] Scientist for Future/Foundation Healthy Planet, Healthy People, Berlin, Germany

[3] European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) Board Member, Head of the Policy Division of ESCAP, Ulm, Germany

Published online: 26 August 2020

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Prof. Dr. Jörg M. Fegert
Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm
joerg.fegert@uniklinik-ulm.de