

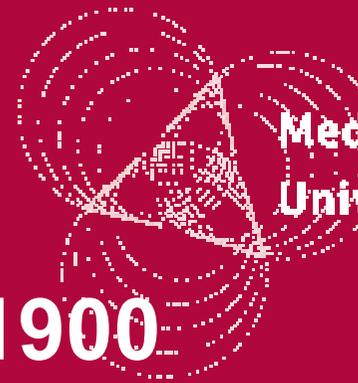
**Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR**

Psychiatrie im Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter – zwei Systeme

Frank Häßler

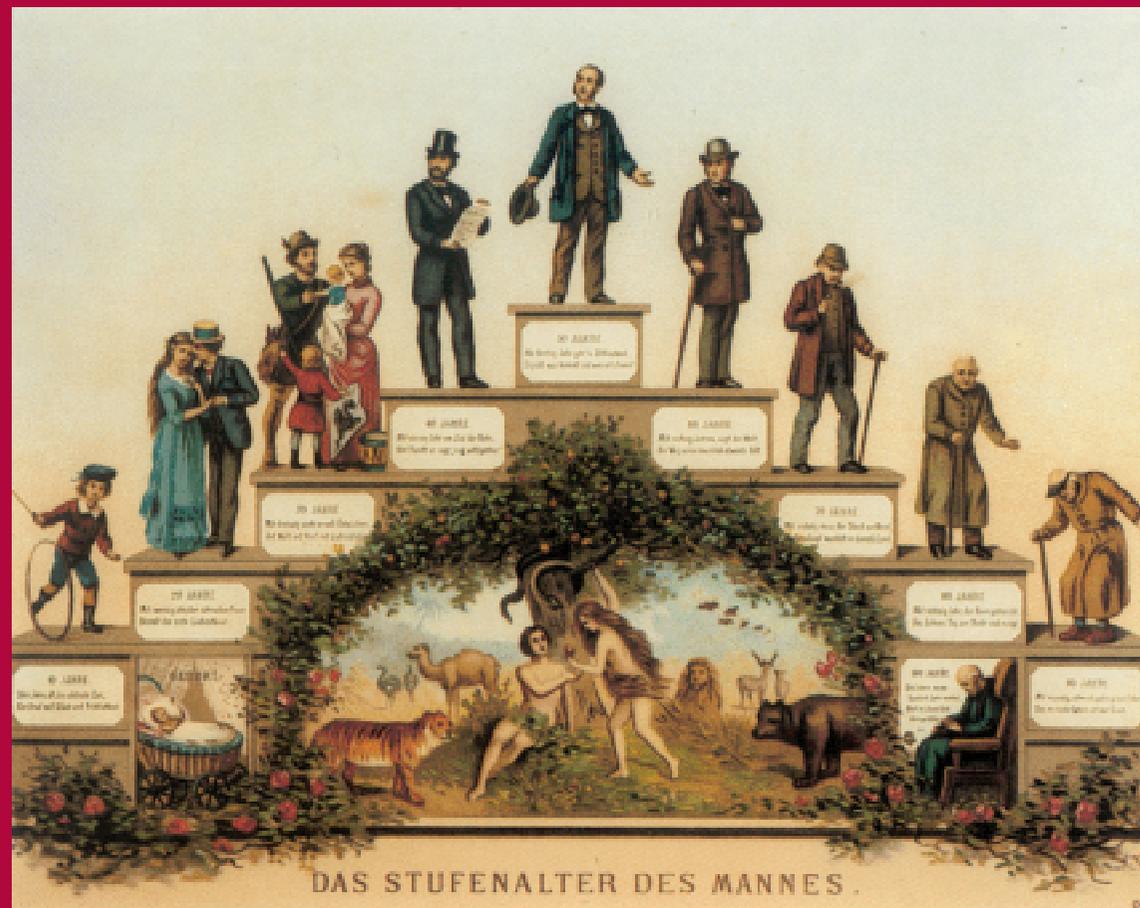
**Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und
Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universität
Rostock**

Rostock, 30.03. 2011



Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR

Lebenstreppe um 1900



Eltern

Psychiatrie SGB V,
Selbsthilfegruppen,
Schwangeren-
beratung etc.

Jugendhilfe
SGB VIII

KJPP ambulant,
teilstationär,
stationär SGB V

Pädiatrie
SGB V

Geburt

Schule

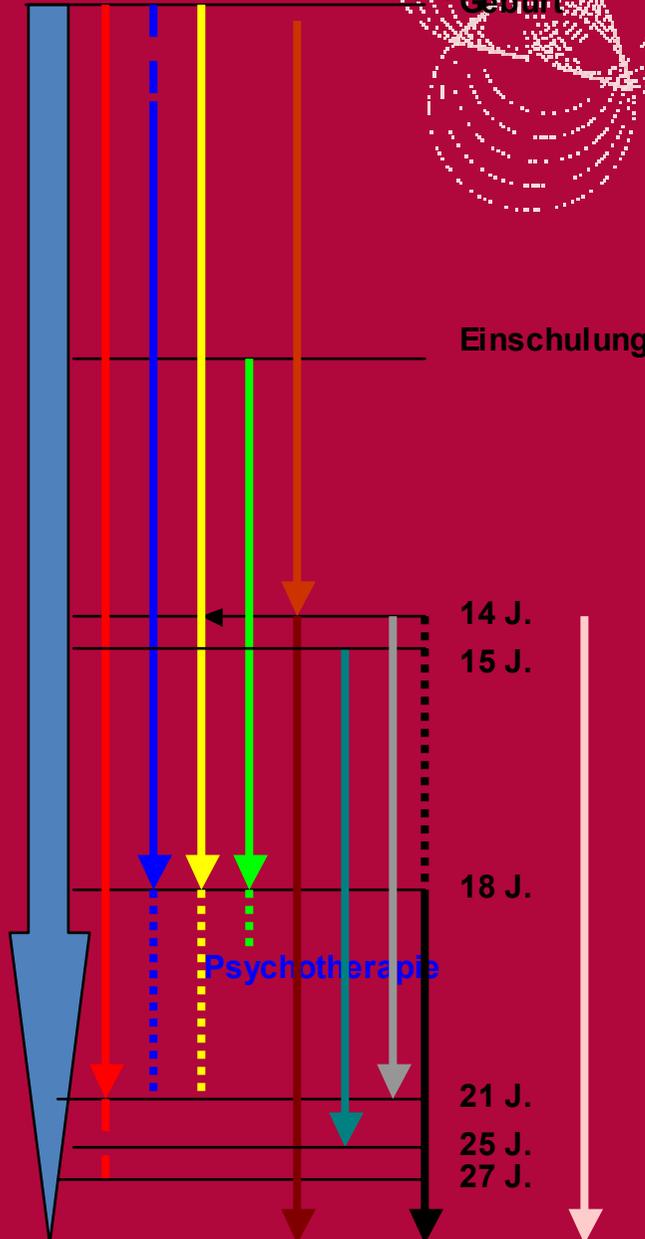
Rehabilitation und
Teilhabe (medizinische,
psychologische u.
pädagogische Hilfen)
SGB IX
Sozialhilfe SGB XII

Grundsicherung
für
Arbeitssuchende
SGB II

Arbeitsförderung
SGB III

Psychiatrie
(Forensik),
Psychosomatik,
Neurologie,
Allgemeinmedizin

Justiz JGG § §
3, 105, § §
20/21; 63/64
StGB



Einschulung

14 J.

15 J.

18 J.

21 J.

25 J.

27 J.

Psychotherapie

Kliniken die Möglichkeit, teilzunehmen.

Trotz dieses Beispiels erfolgreicher Initiativen scheiterten viele weitere Projektideen an der fehlenden Bereitschaft der Krankenkassen, diese zu finanzieren. Kliniken und Niedergelassene zogen sich zunehmend von den Aktivitäten für IV-Verträge zurück.

In Niedersachsen als auch in Berlin bilden sich gegenwärtig neue Netzwerke, die nicht alle Leistungserbringer einschließen. Diese Entwicklung ist ungunstig, da nicht alle an der Versorgung psychisch Kranker beteiligten Gruppen, wie z.B. Kliniken, integriert sind. Einem Paradigmenwechsel kommt nun aber die Einbindung der pharmazeutischen Industrie in ein solches Netzwerk gleich: Nach einer öffentlichen Ausschreibung sollen für die AOK Niedersachsen nun 12.000 schizophrene Patienten in einem IV-Netz ambulant behandelt werden. Das Netzwerk, welches für Niedersachsen den Zuschlag bekommen hat, wird von einer Managementfirma geführt, die eine 100-prozentige Tochter der Janssen-Cilag GmbH ist.

In Berlin gibt es bezüglich der Einbeziehung aller an der Versorgung beteiligten Gruppen eine ähnliche Konstellation. Dort wurde 2003 der Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V. gegründet mit einem Fokus der Integrierten Versorgung im niedergelassenen Bereich. Derzeit nehmen 50 niedergelassene Psychiater – flächendeckend in Berlin – und 30 Pflegedienste/psychosoziale Träger für Soziotherapie und häusliche psychiatrische Pflege (HPK) als Leistungserbringer teil. Seit 2006 gibt es durch den Trägerverein dieses Netzes ambulante IV-Verträge mit den Krankenkassen DAK / HMK sowie mit der VAG Ost BKK und der VAG BKK. Im November 2008 erfolgte im Hinblick auf die Weiterentwicklung der IV durch den Vorstand des Vereins die Gründung der Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg | PIBB GmbH & Co KG als Vertragsneh-

mer der Integrierten Versorgung. Damit soll die Diagnosen übergreifende Integrierte Versorgung und ambulante Komplexbehandlung gestärkt werden, wobei auch hier auf einen Einbezug der Kliniken verzichtet wurde.

Es soll betont werden, dass die DGPPN sich ausdrücklich dafür ausspricht, dass Integrierte Versorgung nur mit dem Einbezug aller Anbieter therapeutischer Leistungen erfolgen sollte. Nur so kann eine kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht werden. Die Beteiligung der pharmazeutischen Industrie oder auch jener für Medizinprodukte, die über Rabattverträge sowie die Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten herausgeht, ist politisch höchst bedenklich und wird aus Sicht der Fachgesellschaft eine Vielzahl von nicht hinnehmbaren Interessenkonflikten in der Versorgung psychisch Kranker entstehen lassen.

Quellenangaben

- SGB V Elfter Abschnitt, Beziehungen zu Leistungserbringern in der integrierten Versorgung
www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/05/index.php?norm_ID=0500000
- Modell Integrierte Versorgung Seelische Gesundheit Aachen
www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/Ver-sorgung/Projektbeschreibung_Netzwerk_Integrierte_Versorgung.pdf
- Integrierte Versorgung Berlin PIBB
www.psychiatrie-in-berlin.de/integrierte_versorgung.php

Frank Schneider, Aachen
fschneider@ukaachen.de

Frank Bergmann, Aachen
bergmann@bvdn-nordrhein.de

Peter Falkai, Göttingen
pfalkai@gwdg.de

DGPPN und DGKJP wollen Kooperation ausbauen

Die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften DGPPN und DGKJP treten ein für die berechtigten Interessen und Anliegen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörigen. Ausgehend von einer wissenschaftlichen Grundlage stellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik integrale Bestandteile des von beiden Fachgesellschaften in ihrem jeweiligen Altersspektrum vertretenden Fachgebietes dar. Im Mittelpunkt des Handelns steht die ganzheitliche Diagnostik und Therapie, orientiert an einem biologische, psychologische und soziale Aspekte umfassenden Gesundheits-, Krankheits- und Behandlungsmodell. Im Denken und Handeln hat die Prävention Vorrang vor den therapeutischen Maßnahmen zu beanspruchen. Ziel ist es, Menschen die Möglichkeit zu geben, sowohl seelisch gesund erwachsen zu werden als auch den im weiteren Verlauf mit der bestmöglichen psychischen Gesundheit zu leben.

Die Verpflichtung auf ein ethisch orientiertes Handeln in Diagnostik und Therapie ist dabei Selbstverständlichkeit. Beide Fachgesellschaften treten daher insbesondere für eine ethische Verantwortung und entsprechende Standards sowohl in der klinischen Forschung als auch in der Grundlagenforschung ein. Klinische und grundlagenorientierten Forschung haben dabei immer den Aspekt einer Balance von Nutzen und Notwendigkeit für die wissenschaftliche Fragestellung, den medizinischen Fortschritt, den Verbrauch von Ressourcen sowie die Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Auge.

Beiden Fachgesellschaften ist der Aufbau von Kooperationen und Partnerschaften mit Organisationen von Betroffenen und

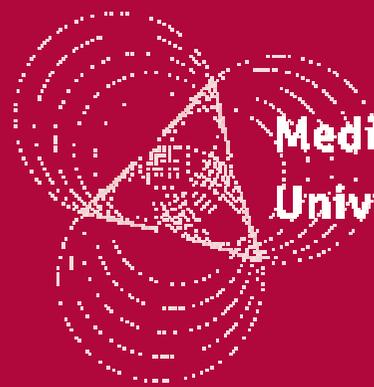
Angehörigen sowie mit anderen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und ärztlichen wie psychologischen Berufsverbänden auf der Grundlage eines gegenseitigen Respekts wichtig. Die kollegiale Zusammenarbeit untereinander und mit Vertretern der Nachbardisziplinen ist dabei selbstverständlich.

Aufgaben

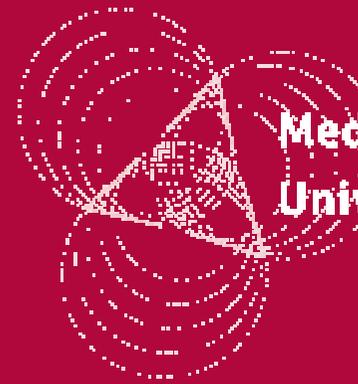
Psychische Erkrankungen sind nicht an Altersgrenzen orientiert: Etwa die Hälfte aller psychischen Störungen beginnen bereits in Kindheit und Jugend und dauern noch im Erwachsenenalter an. Die Fachgebiete Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie sind daher engstens miteinander verknüpft. Vor diesem Hintergrund gehört die Förderung der Erforschung und des besseren Verständnisses von psychischen Störungen zu den primären Aufgaben beider Fachgesellschaften.

Im Zentrum der Aufmerksamkeit hat die Verbesserung von Diagnostik und Therapie ebenso zu stehen wie die Förderung der Prävention durch Information und Aufklärung sowie andere geeignete Maßnahmen in der Gesellschaft. Bei der Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen stellt die Entwicklung von evidenzbasierten Diagnose- und Behandlungsempfehlungen für beide Fachgesellschaften ein wichtiges Instrument dar. Ziel muss es sein, dass in allen Leitlinien die jeweiligen Aspekte von Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter eine wissenschaftlich fundierte und der Sache angemessene Berücksichtigung finden.

Viele kranke Menschen, die zunächst in der Kinder- und Jugendpsychiatrie versorgt sind,



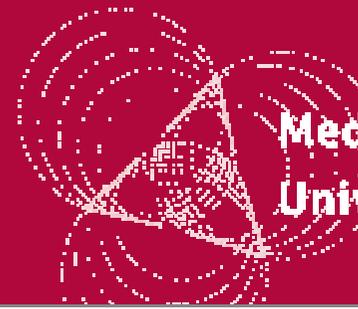
Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR



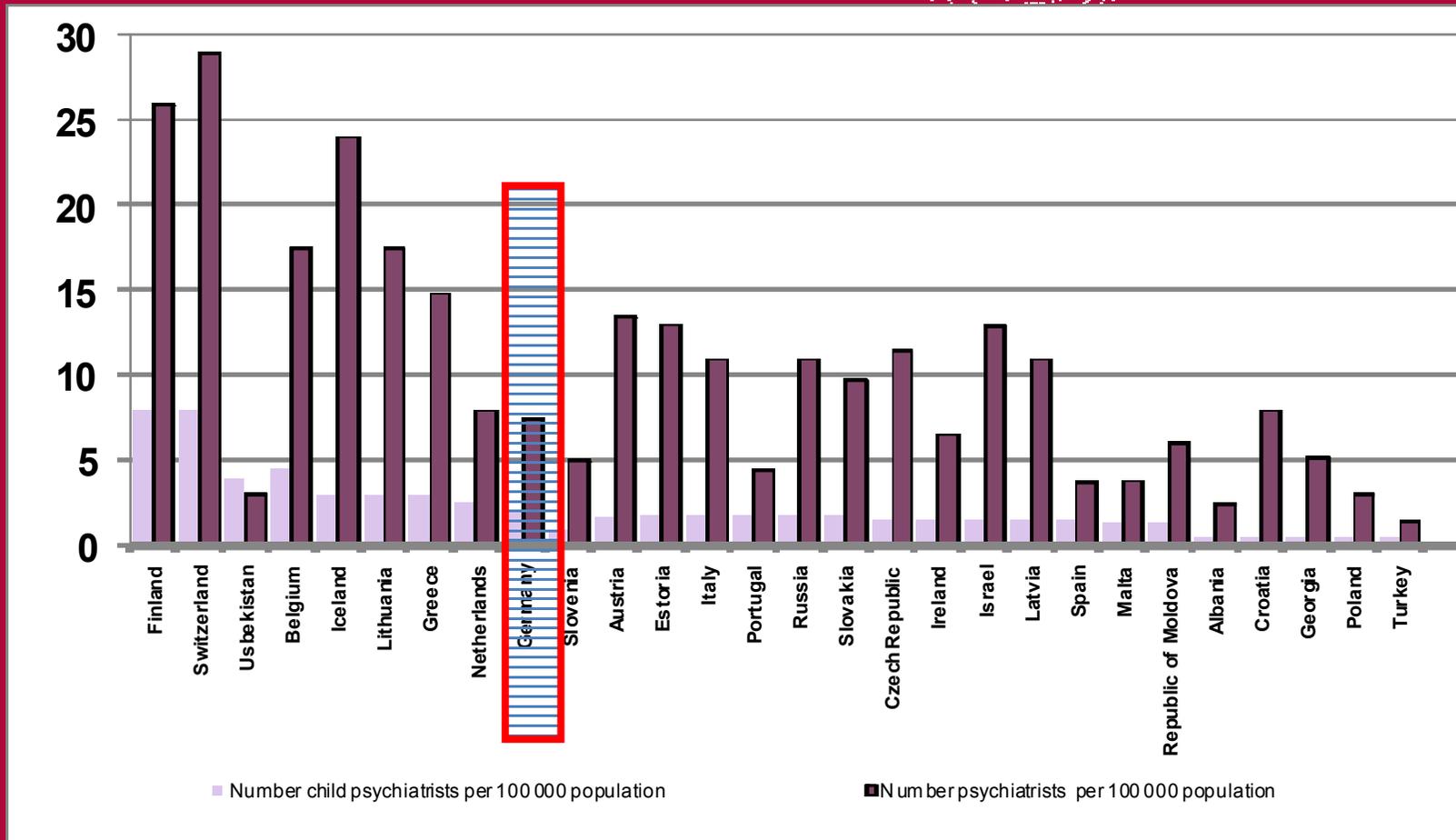
Gliederung

- Epidemiologie
- Kinder psychisch kranker Eltern
- Schizophrenien
- ADHS
- Geistige Behinderung
- Teenager-Mutterschaft
- Versorgungsmodelle

Child and all psychiatrists



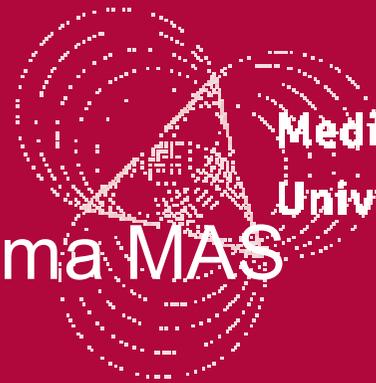
Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR



WHO Europe 2010

Diagnostik:

Multiaxiales Klassifikationsschema MAS



Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR

Achse I: Klinisch-psychiatrisches Syndrom

Achse II: Umschriebene Entwicklungsstörungen

Achse III: Intelligenzniveau

Achse IV: Körperliche Symptomatik

Achse V: Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (z.B. Disharmonie in der Familie, Kindesmisshandlung, abweichende Eltersituation)

Achse VI: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (z.B. Qualität der Beziehungen inner- und außerfamiliär, schulische Anpassung, Bewältigung lebenspraktischer Alltagsanforderung)

Prävalenzen psychischer Störungen (Erw.)

Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR

Diagnosen	Lifetime Prävalenz	12 Monatsprävalenz
Psychische Störungen allgemein	25,0%	9,6% / 27,5%
Angststörungen allgemein	13,6%	6,4% / 13,4%
Starke Depression	12,8%	3,9% / 6,1%
Alkoholabhängigkeit	1,1%	0,3% / 2,4%
Alkoholmissbrauch	4,1%	0,7% / k.A.
Psychotische Störungen		/ 1,2%
Essstörungen		/ 0,4%

European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD 2000), Acta Psychiatr Scand 2004

Wittchen and Jacobi 2005, European Neuropsychopharmacology (Grünbuch der EU)

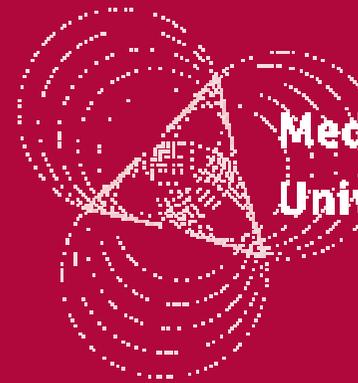
Prävalenzen psychischer Störungen (5 – 17 J.)



Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR

Diagnosen	Prävalenz
Psychische Störungen allgemein	8,0 – 45,0%
Angststörungen allgemein	2,5 – 17,5%
Starke Depression	0,1 – 12,8%
Alkoholabhängigkeit Alkoholmissbrauch	1,0 – 24,0%
Psychotische Störungen	0,01 – 0,04% (<14 J.), 0,6 – 1,0% (>14 J.)
SSV	1,0 – 12,0%
ADHD	0,5 – 14,0%
Intelligenzminderung	1,0 – 3,0%
Essstörungen	0,5 – 4,0%

Costello et al. 2005, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry



Prävalenz psychischer Auffälligkeiten generell

Untersuchung	Stichprobengröße	Prävalenz
Hölling et al. 2007 KIGGS	n=14478	14.7% (w:11.5%, m: 17.8%) 8.1% mit hohem, 13.4% mit mittlerem und 23.2% mit niedrigem Sozialstatus



Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR

Kinder psychisch kranker Eltern I

(Wiegand-Grefe et al. 2011, Howard und Underdown 2011)

60% der Frauen und 25% der Männer, die an einer psychischen Krankheit leiden, sind Eltern

9-10% aller Frauen und 5-6% aller Männer erkranken während der Elternschaft psychisch

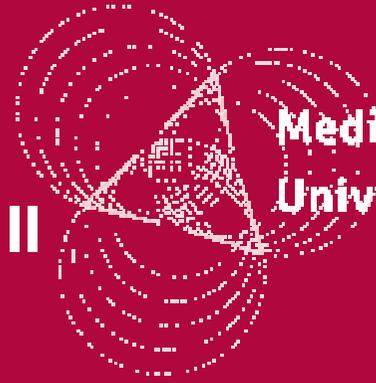
10 – 30% aller Patienten einer psychiatrischen Klinik sind Eltern

52% der Kinder bipolarer Eltern entwickeln eine psychische Störung vs. 29% in der KG (affektive Störungen 26,5 vs. 8,3%)

2fach erhöhtes Risiko für Angststörungen bei Kindern von Eltern mit Angststörungen

6fach erhöhtes Risiko für Substanzmissbrauch bei Kindern alkoholabhängiger Eltern

Komorbide psychische Störungen der Eltern erhöhen das Risiko



Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR

Kinder psychisch kranker Eltern II (Wiegand-Grefe et al. 2011)

Ergebnisse: Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen (PKS) sind am auffälligsten, Kinder suchtkranker Eltern am unauffälligsten. Zwischen den unspezifischen Merkmalen der elterlichen Erkrankung wie Schweregrad, Chronizität und Komorbidität sowie der Auffälligkeit der Kinder finden sich keine Zusammenhänge. Zwischen der Expositionsdauer und der Auffälligkeit ergibt sich ein gegenläufiger Zusammenhang: Je länger die Kinder der Erkrankung ausgesetzt sind, desto weniger auffällig werden sie eingeschätzt.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit von Präventionen, vor allem für Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen. Außerdem wird die Notwendigkeit externer Einschätzungen der Kinder deutlich, vor allem bei Eltern mit mangelnder Krankheitseinsicht.



Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR

Kinder psychisch kranker Eltern III (Herpertz-Dahlmann und Herpertz, Nervenarzt 2010)

- **Marburger KJPP (1998-2002): 48,3% mit psychisch kranken Eltern**
- **Würzburger KJPP (2002-2006): 30%**
(2007-2009): 45%

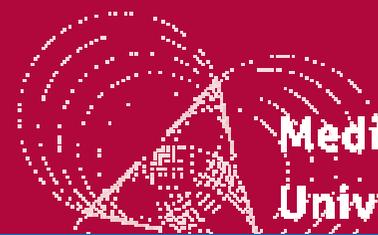


TABELLE 1

Häufigkeit von psychiatrisch relevanten Erkrankungen bei den Eltern von kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten

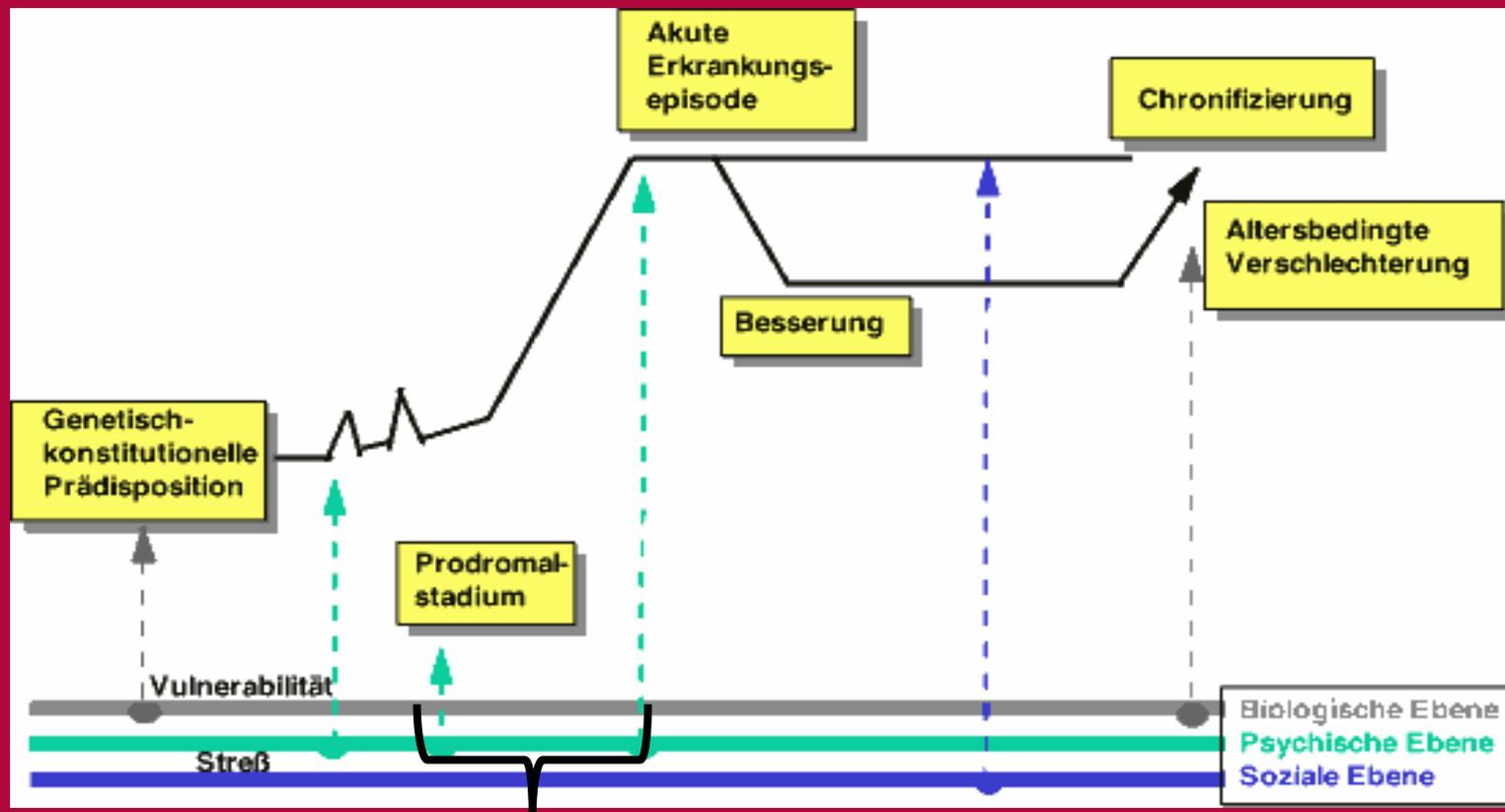
Erkrankungen	Väter (n = 978) n (%)	Mütter (n = 1 035) n (%)	Eltern (n = 1 083) (Vater oder Mutter) n (%)
Oligophrenien	7 (0,7)	10 (1,0)	15 (1,4)
Anfallsleiden	3 (0,3)	10 (1,0)	13 (1,2)
Schizophrenien	11 (1,1)	21 (2,0)	31 (2,9)
affektive Störungen (Depression/Manie)	46 (4,7)	92 (8,9)	129 (11,9)
neurotische und somatoforme Störungen	43 (4,4)	109 (10,5)	141 (13,0)
Hyperkinetisches Syndrom	11 (1,1)	10 (1,0)	18 (1,7)
Legasthenie	9 (0,9)	15 (1,4)	23 (2,1)
suizidale Handlungen	18 (1,8)	23 (2,2)	39 (3,6)
substanzbezogene Störungen: Alkoholismus, Drogenmissbrauch	186 (19,0)	72 (7,0)	224 (20,7)
Kriminalität	39 (4,0)	7 (0,7)	43 (4,0)
sonstige psychiatrisch relevante Störungen	36 (3,7)	37 (3,6)	69 (6,4)
Summe: irgendeine psychiatrisch relevante Störung	332 (33,9)	334 (32,3)	523 (48,3)

Daten aus einer vollständigen stationären Inanspruchnahmepopulation der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg 1998–2002.

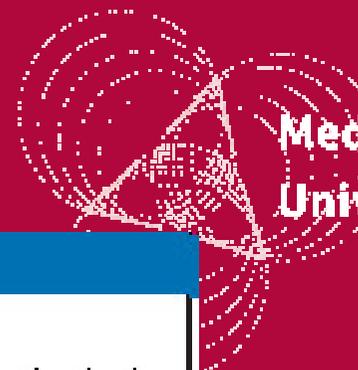
Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen einer systematischen anamnestischen Elternbefragung, bei der die Eltern anhand eines Dokumentationsleitfadens gezielt nach den in der Tabelle genannten Erkrankungen gefragt wurden. Für diese Datenerhebung wurde die „Basisdokumentation der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg, Version 01/03“ (Hrsg. H. Remschmidt) verwendet. Es handelt sich dabei um eine erweiterte Version der Basisdokumentation der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände, die im Internet unter http://www.bkjpp.de/files/BADO_3.PDF zur Verfügung steht.



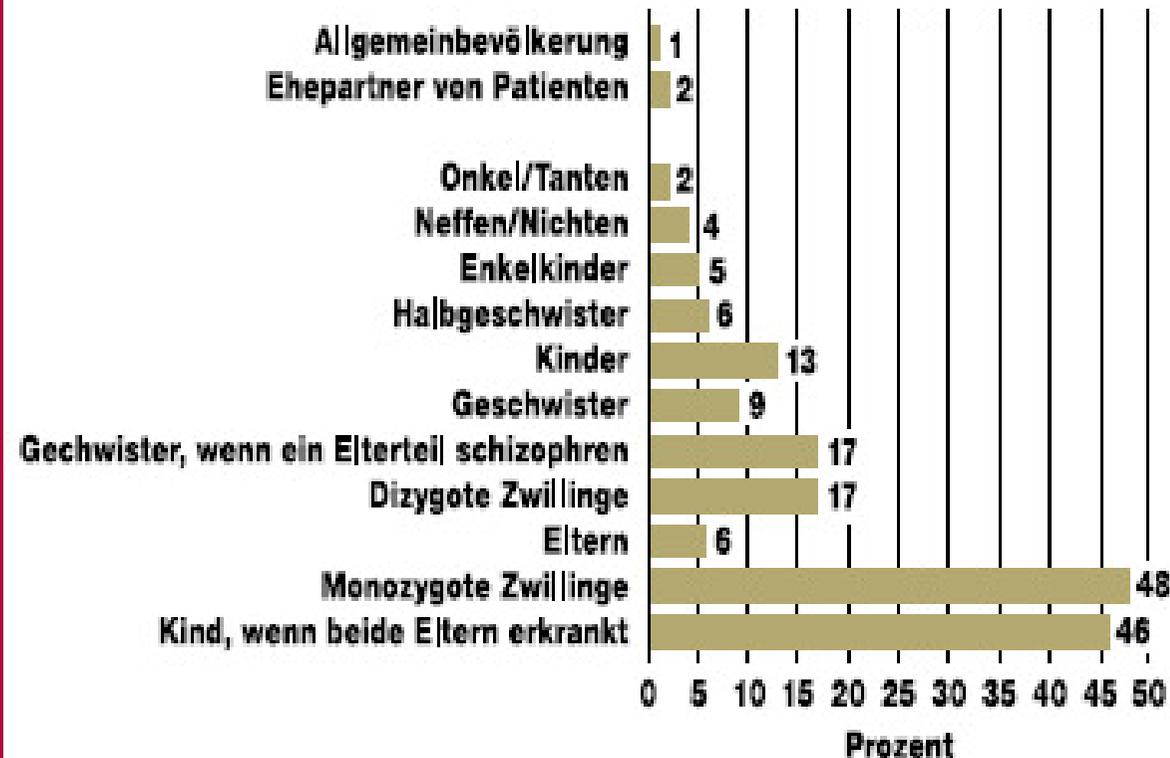
Verlauf einer schizophrenen Erkrankung



3. Lebensjahrzehnt



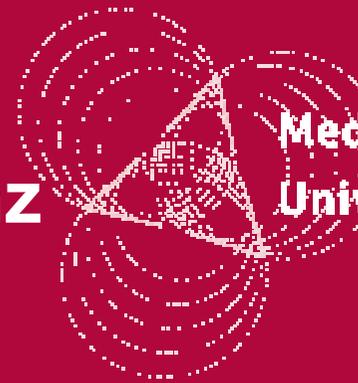
GRAFIK 1



Mattejat und
Renschmidt,
Dt. Ärzteblatt 2008

Durchschnittliches Risiko, im Verlaufe des Lebens eine Schizophrenie zu entwickeln; das Risiko korreliert mit dem Grad der Verwandtschaft (1° Verwandte, 2° Verwandte) (5, 6).

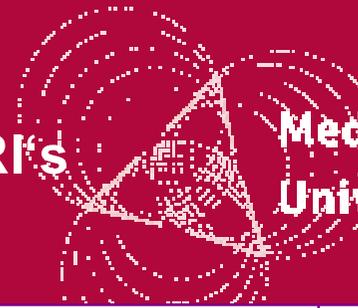
Verschreibungsprävalenz Neuroleptika



Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR

UK (Rani et al. 2008)	1992 0-18 J.: 0.39/1000 7-12 J.: 0.23/1000	2005 0.77/1000 0.61/1000
Dänemark (Deurell et al. 2010)	1998 0-18 J.: 8/1000	2002 0-14 J.: 2% 0-18 J.: 6.4%
BRD/AOK Hessen (Schubert et al. 2009)	2000 Atypika: 0.4/1000 Klass.N.: 1.6/1000 Σ : 2.0/1000	2006 1.8/1000 1.4/1000 3.2/1000

Psychopharmakotherapie – Zulassungsstatus von Atypika und SSRI's

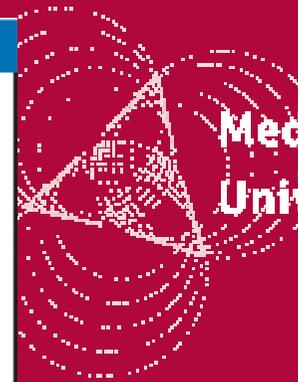
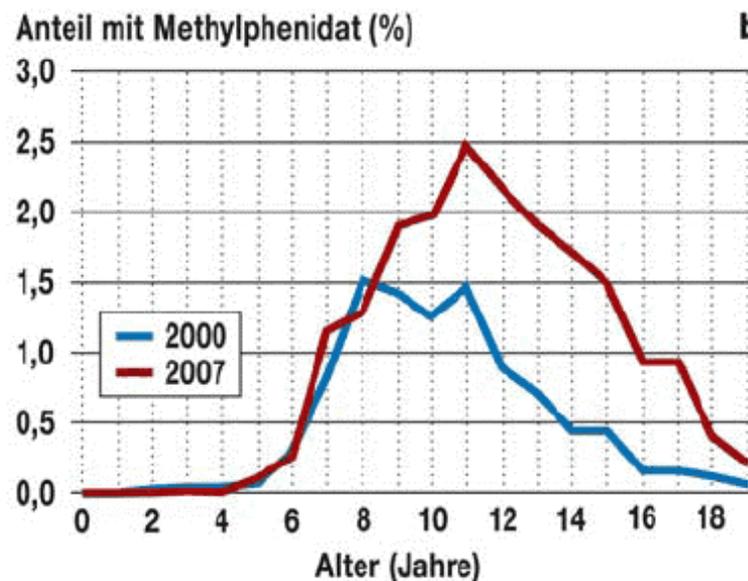
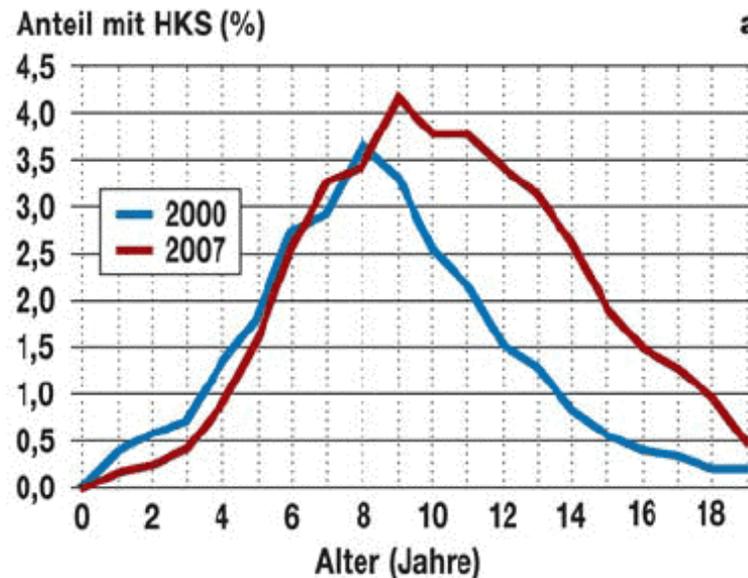


Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR

Substanz	Produktname	Zulassung	Erhaltungsdosis	Indikation
Aripiprazol	Abilify	> 15 Jahre	10 mg/Tag (max. 30mg/Tag)	Schizophrenie
Clozapin	Clozapin... Leponex	> 16 Jahre	25 – 300 mg	Therapieresistente Schizophrenie, second line
Risperidon	Risperdal	> 5 Jahre	0,5 - 3 (4) mg/Tag	Verhaltensstörung
Fluoxetin	Fluctin	> 8 Jahre, nur Hartkapseln 20mg, nach 4-6 S. PT	5 – 60 mg/Tag	Depression
Fluvoxamin	Fevarin	> 8 Jahre	25–50 mg/Tag max. 200 mg/Tag	Zwangsstörungen

Anteil der Versicherten mit Behandlungsanlass hyperkinetische Störung (HKS) und Anteil der Versicherten mit Methylphenidatverordnung nach Alter und Beobachtungsjahr (2000 und 2007)

GRAFIK



**Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR**

Lehmkuhl, Gerd. Schubert, Ingrid;
Köster, Ingrid.

**Prävalenzentwicklung von
hyperkinetischen Störungen
und Methylphenidatverordnungen:
Analyse der Versichertenstichprobe
AOK Hessen/KV Hessen zwischen
2000 und 2007**

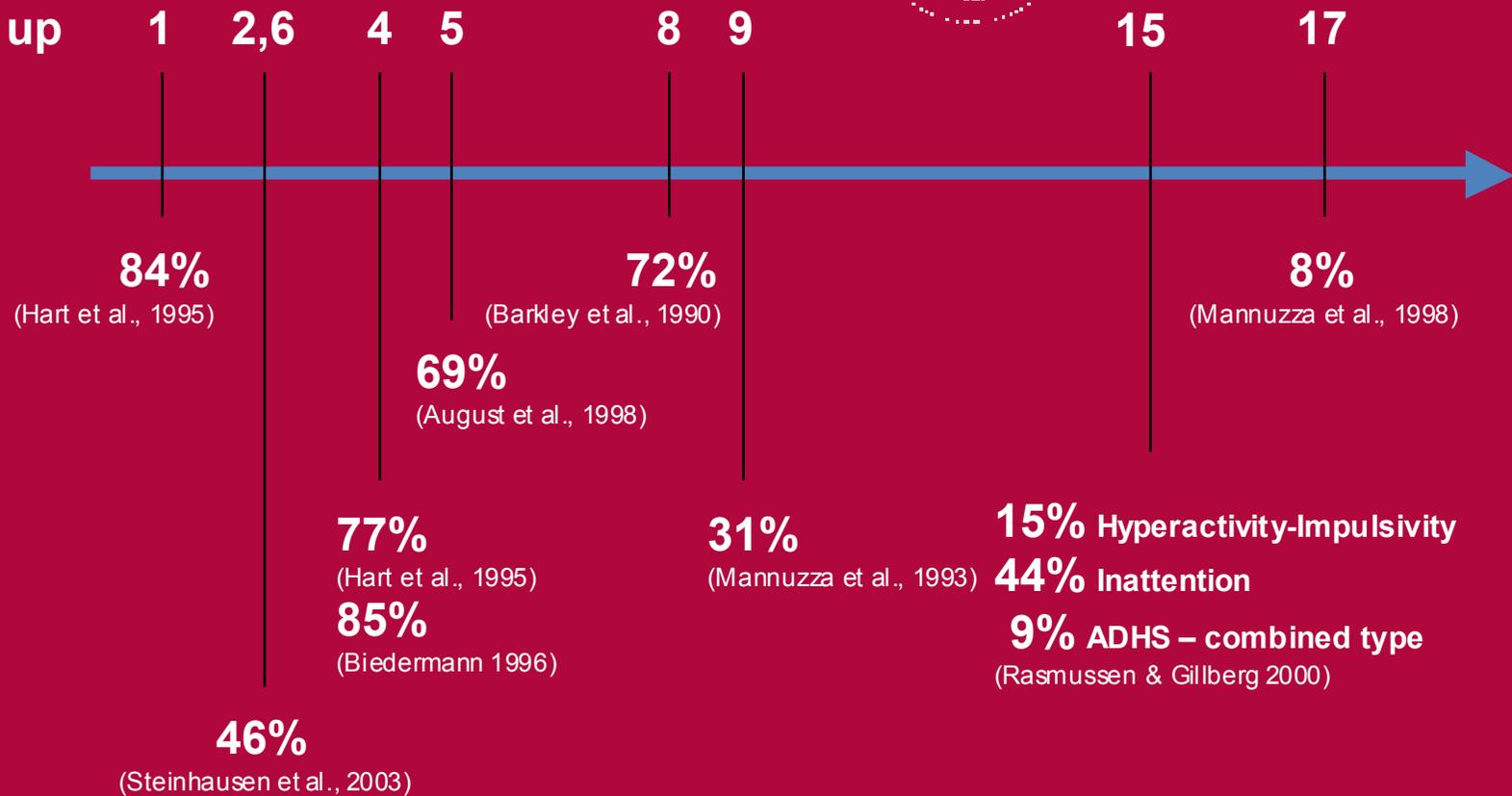
Dtsch Arztebl Int 2010; 107(36): 615-21;

Persistenz von ADHD

Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR

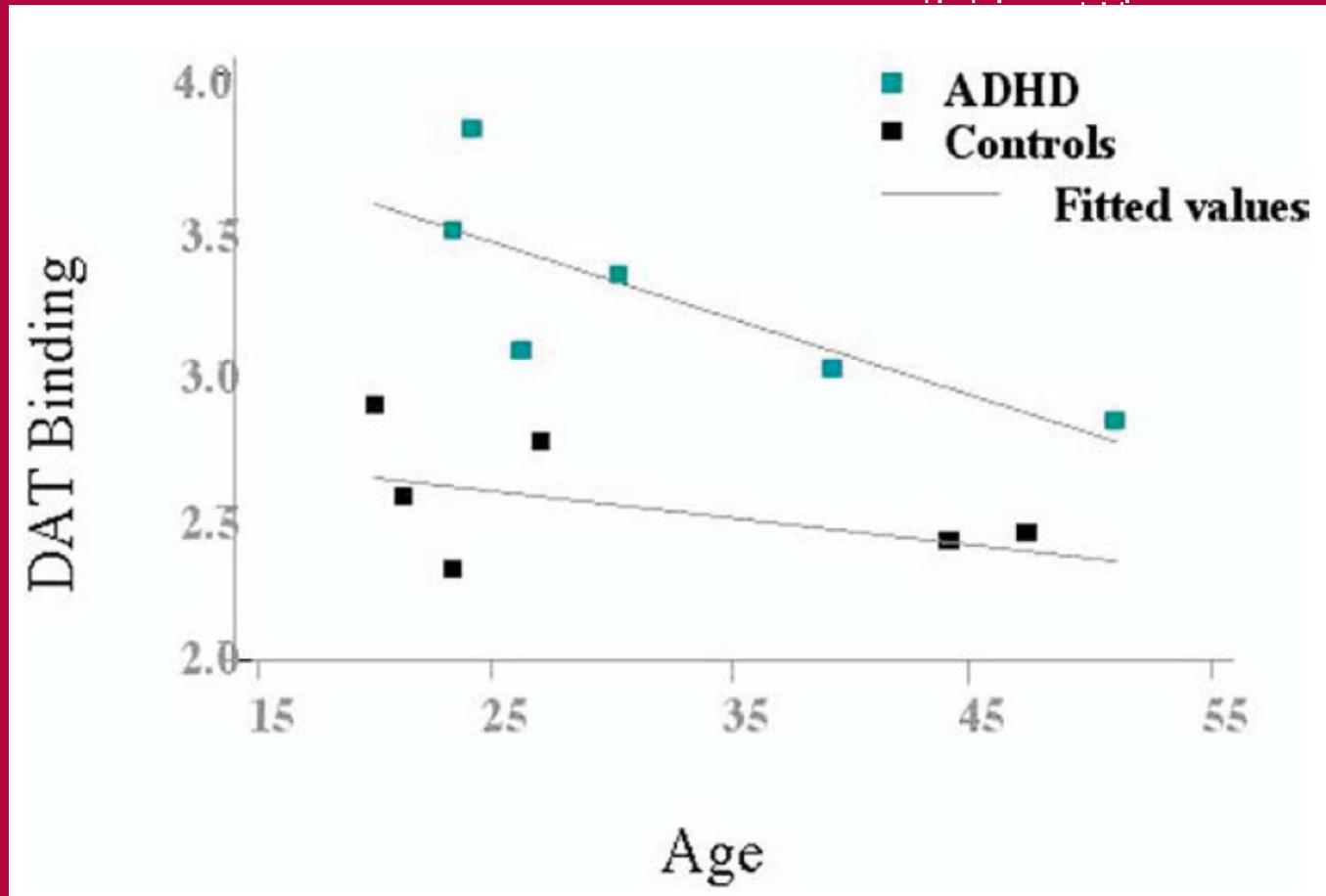


follow up
Jahre



Die DAT-Dichte im Striatum bei ADHS reduziert sich mit zunehmendem Alter

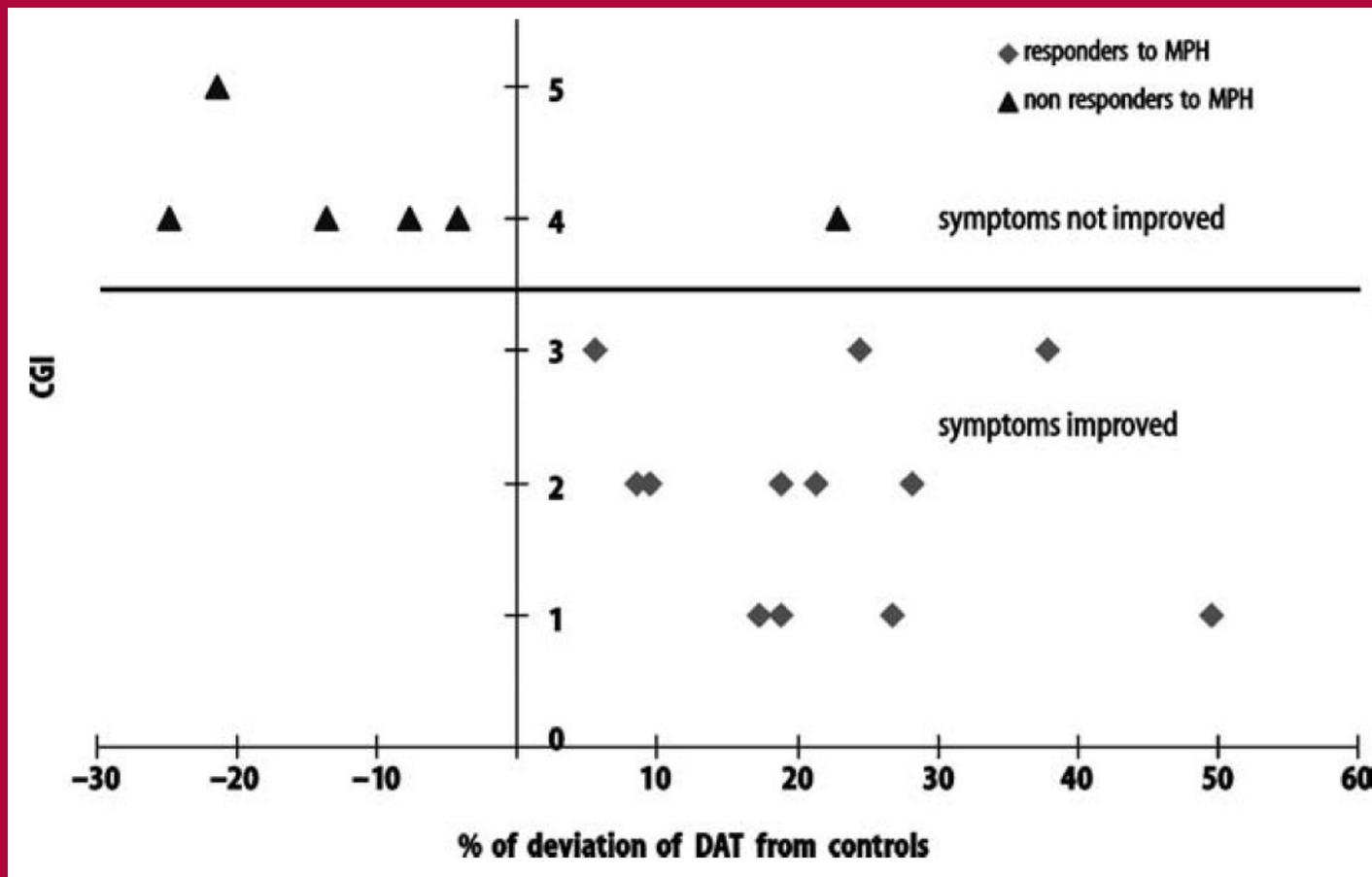
Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR



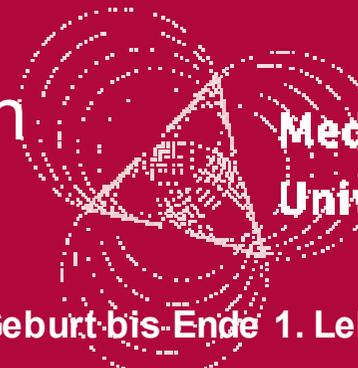
Dopamin -Transporter (DAT) Bindungspotential (erhalten mit ^{11}C Altropan) in Abhängigkeit vom Alter der Patienten mit ADHS

DAT Verfügbarkeit korreliert mit Response auf Methylphenidat (MPH) bei ADHS Patienten (21-57 J.)

Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR



PWS - Expressionsmangel von Genen auf dem väterlichen Chromosom 15q11-q13



Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR

U7
21-24. Lebensmonat

①

AOK	LUK	BKK	PKK	VARK	AEV	Krankenkasse	PKV	Sonstige
				X				

②

inaktiv aktiv Geburtsjahr des Kindes: 2006 Seite 2

③

Körpergewicht: 19000 g Körpergröße: 93 cm Kopfumfang: 48 cm

④

Jetzige Früherkennungsuntersuchung kein Anhalt für eine die Entwicklung gefährdende Gesundheitsstörung

⑤

Kernziffer der Gesundheitsstörung (laut Katalog)	1 = Verdacht 2 = gesichert	erforderliche Maßnahmen		Zustand		
		Kontroll-Untersuchung oder zusätzliche Diagnostik notwendig	Behandlung wird notwendig oder durchgeführt	stabil	kompen- siert	teil- weise kompen- siert
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⑥ Welche der oben angeführten Gesundheitsstörungen wurden erstmals bei dieser Früherkennungsuntersuchung entdeckt? a b c

Sonstige Bemerkungen:
Adipositas, semil. Adipositas, Appetitlosigkeit 24/6

Bitte Kohlepapier einlegen

Phase 1 (Geburt bis Ende 1. Lebensjahr):

schlechte Nahrungsaufnahme, Gedeihstörung durch zentrale Hypotonie

Phase 2 (1. – 6. Lebensjahre):

Gewichtszunahme ohne erkennbare Appetitsteigerung, später Übergewicht bis zur Adipositas bei Zunahme der Kalorienzufuhr, Muskellhypotonie, schlafabhängige Atemstörungen

Phase 2 (3. – 15. Lebensjahr):

aggressive Nahrungssuche, Fressattacken, fehlendes Sättigungsgefühl, unterdurchschnittliche Intelligenz, hypothalamischer Hypogonadismus, Impulsivität

Phase 4 (nach dem 20. Lebensjahr):

gesteigerter Appetit ohne Aggressivität, Müdigkeit, 25% entwickeln einen Diabetes mellitus Typ II nach dem 20. Lebensjahr, bipolare Störungen, psychotische Störungen (eher bei der mütterlichen Disomie als bei der Deletion)

Komorbide psychische Störungen bei g.B.



Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR

Komorbide Störung	Prävalenz Kinder u. Jugendliche	Prävalenz Erwachsene
Störung des Sozialverhaltens	bis 45%	bis 60 %
Mood disorders	4,4%	10%
Angststörungen	22%	31,4%
Schlafstörungen	50-86%	15-88%
Alkoholmiss(ge)brauch	12-30%	3,5-33%
Drogenmissbrauch	-	4%
Nikotinmissbrauch/ -abhängigkeit	5-14%	36%
Autismus	8-20%	8%
Schizophrenie	-	21 - 30%

PHARMACOTHERAPY OF DISRUPTIVE BEHAVIOR IN MENTALLY RETARDED SUBJECTS: A REVIEW OF THE CURRENT LITERATURE

Frank Häbeler* and Olaf Reis

Department of Child and Adolescent Neuropsychiatry, University of Rostock, Rostock, Germany

The review presented here describes the state of the art of pharmacological treatment of aggression in subjects with mental retardation (MR) summing up results for both, children and adults. In general, psychopharmacological treatment of disruptive behavior in individuals with MR is similar to the treatment in subjects without MR. Compared to individuals without MR medication should “start lower and go slower.” For children and adults results were similar but were obtained by somewhat different medications. There is evidence for the conventional antipsychotic zuclopenthixol having positive effects on disruptive behavior. Most studies described the atypical antipsychotic risperidone to control severe self-injurious behavior and other behavior problems in a variety of diagnoses. Anticonvulsants, antidepressants, and anxiolytic medications are reported as effective as well for the treatment of individuals with disruptive behavior. Aggression-related behavior often gets treated with stimu-

those cared for at home or at day care units [Singh et al., 1997; Stolker et al., 2002; de Bildt et al., 2006]. Adults with MR received psychotropic medication more often and at higher doses compared to children with the same condition. Medication treatment trials lasted over long periods and often included polypharmacy—often without any Axis I psychiatric diagnosis. As Holden and Gitlesen [2004] stated pharmacopsychiatry is the most common practice for the treatment of behavioral problems in the mentally retarded population. This article reviews recent evidence for the use of psychotropic treatments in the management of disruptive behavior of people with mental retardation, separately for children or adolescents

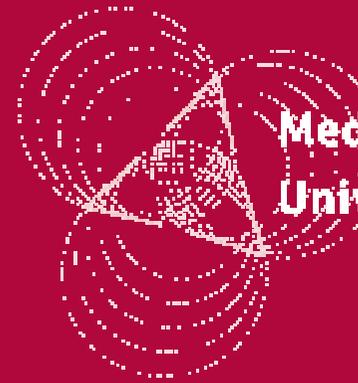


Zusammenhänge zwischen früher psychiatrischer Behandlung und psychischer Gesundheit im Erwachsenenalter (Hazell 2007)

Effektiv und präventiv sind alle Behandlungen, die die Schulbewährung verbessern.

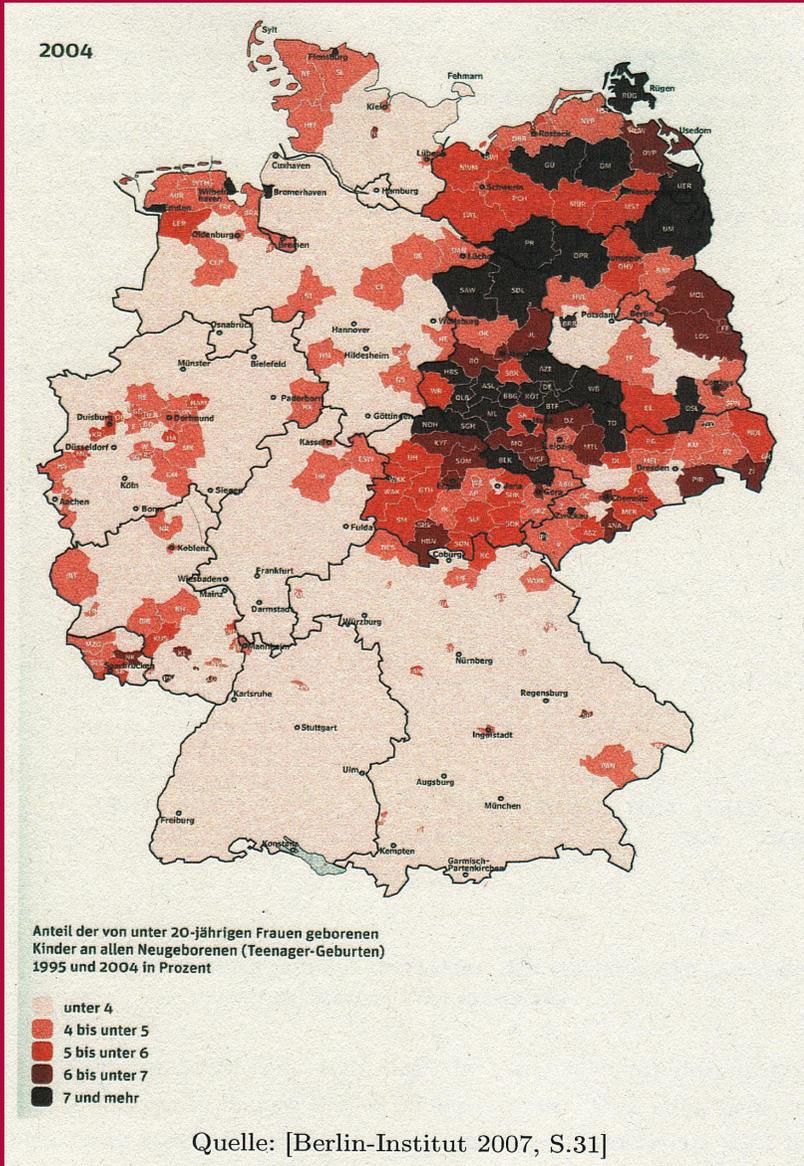
Den größten Langzeiteffekt haben Interventionen bei schweren und persistierenden Störungen wie ASD, Anorexia nervosa.

Problematisch kann die Behandlung der SSV sein – fehlende spätere Akzeptanz des Helfersystems, negative Attribuierung bei Rückschlägen, ebenso wie MPH Behandlung und späterer Substanzmissbrauch.



Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR

Projekt „Bedingungen und Folgen minderjähriger Mutterschaft“



Das erste Baby 2008 kommt aus Nordvorpommern

Am 1. Januar um 0.02 Uhr erblickte Phil Krüger das Licht der Welt.

Nordvorpommern, vpb.lak. Wer den kleinen Ort Donnie bisher noch nicht kannte, wird spätestens seit dem 1. Januar wissen, dass er zur Gemeinde Süderholz gehört und im Landkreis Nordvorpommern liegt. Und daran „Schuld“, dass es nun jeder weiß, ist der kleine Phil Krüger. Der süße Junge wurde am 1. Januar 2008 um 0.02 Uhr geboren und ist damit der erste Neugeborene des Jahres 2008 nicht nur in Mecklenburg-Vorpommern sondern in ganz Deutschland. Seine Mutter Angélique ist allerdings erst 14 Jahre alt und natürlich genau so glücklich wie ihre Eltern, dass der Junge gesund zur Welt kam.

Geboren wurde er im Kreis-krankenhaus Demmin und hat sich tatsächlich den besten Termin ausgesucht. Fast vier Stunden vorher hatte er sich schon bemerkbar gemacht. „Es wird Zeit“, wird er wohl gedacht ha-

BLITZ – 6. Januar 2008 21



Angélique mit ihrem Sohn Phil.

Foto: A.K. Rücksicht auf die beiden!

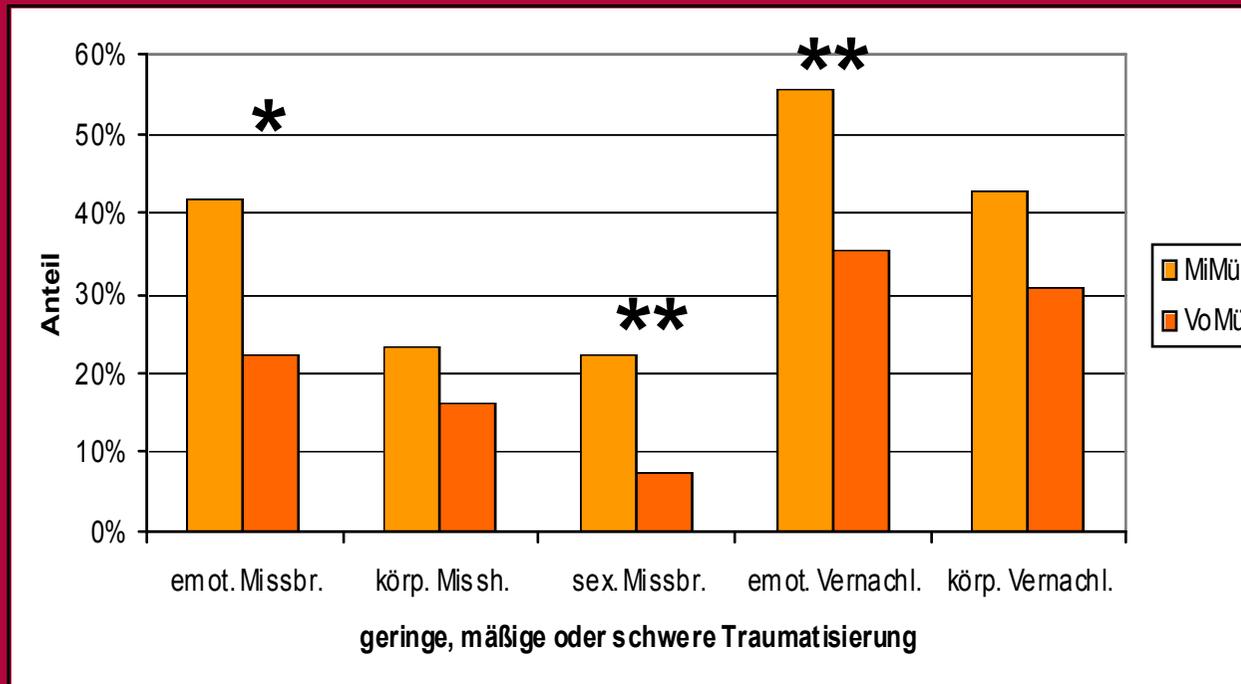
ben und er machte seiner jungen Mama auch keine Schwierigkeiten. „Alles ging völlig normal“, sagt Kinderkrankenschwester Christa Bard. Über 600 Geburten gibt es jährlich im Demminer Krankenhaus, aber, dass ein Kind so kurz nach der Jahreswende zur Welt kommt, ganz selten.

50 Zentimeter groß ist Phil und wog bei der Geburt immerhin 3.270 Gramm. Ein prächtiger Bursche. Klar, dass auch Vater Tom Abschlagen ganz stolz ist. Er war bei der Geburt dabei. Natürlich wird die ganze Familie Angélique unterstützen, denn sie ist Schülerin am Grimmener Gymnasium und will so schnell wie möglich wieder den Unterricht aufnehmen.

Viel Trübel wird es in den nächsten Tagen geben und viele Glückwünsche – aber bitte, liebe Mitmenschen, schont auch

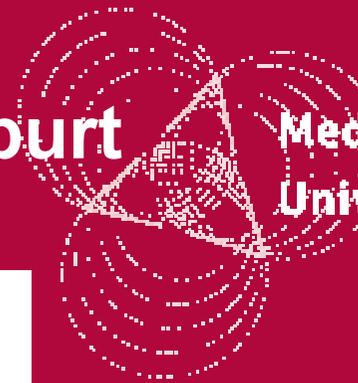


Häufigkeit von Traumatisierung in der Kindheit

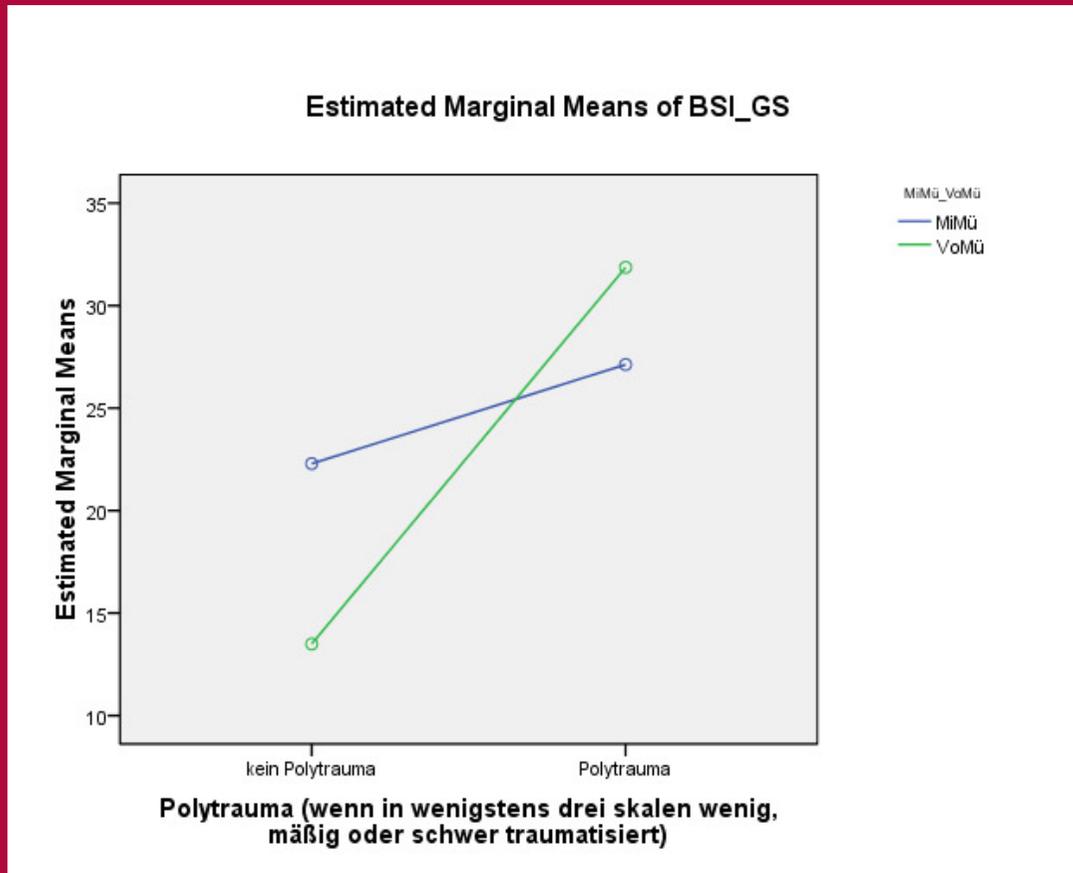


Mehr Teenage-Mütter als volljährige geben an, emotional und körperlich vernachlässigt und sexuell missbraucht worden zu sein.

Polytrauma und Alter zur Geburt



Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR



Bei volljährigen Müttern (grün) wirkt die Traumatisierung symptomverstärkend, bei minderjährigen nicht.

Interaktion: $F = 3.90$, $df = 1$, $p < 0.05$

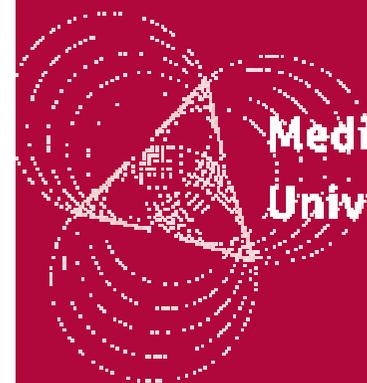
Meta-Analysis of Genome-Wide Association Studies of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Benjamin M. Neale, Ph.D., Sarah E. Medland, Ph.D., Stephan Ripke, M.D., Philip Asherson, M.R.C.Psych., Ph.D., Barbara Franke, Ph.D., Klaus-Peter Lesch, M.D., Stephen V. Faraone, Ph.D., Thuy Trang Nguyen, Dipl. Math. oec., Helmut Schäfer, Ph.D., Peter Holmans, Ph.D., Mark Daly, Ph.D., Hans-Christoph Steinhausen, M.D., Ph.D., D.M.Sc., Christine Freitag, M.D., M.A., Andreas Reif, M.D., Tobias J. Renner, M.D., Marcel Romanos, M.D., Jasmin Romanos, M.D., Susanne Walitza, M.D., Andreas Warnke, M.D., Ph.D., Jobst Meyer, Ph.D., Haukur Palmason, Ph.D., Jan Buitelaar, M.D., Alejandro Arias Vasquez, Ph.D., Nanda Lambregts-Rommelse, Ph.D., Michael Gill, Mb B.Ch. B.A.O., M.D., M.R.C.Psych., F.T.C.D., Richard J.L. Anney, Ph.D., Kate Langley, Ph.D., Michael O'Donovan, F.R.C.Psych., Ph.D., Nigel Williams, Ph.D., Michael Owen, Ph.D., F.R.C.Psych., Anita Thapar, M.D., Lindsey Kent, M.D., Ph.D., Joseph Sergeant, Ph.D., Herbert Roeyers, M.D., Ph.D., Eric Mick, Sc.D., Joseph Biederman, M.D., Alysa Doyle, Ph.D., Susan Smalley, Ph.D., Sandra Loo, Ph.D., Hakon Hakonarson, M.D., Ph.D., Josephine Elia, M.D., Alexandre Todorov, Ph.D., Ana Miranda, M.D., Fernando Mulas, M.D., Ph.D., Richard P. Ebstein, Ph.D., Aribert Rothenberger, M.D., Ph.D., Tobias Banaschewski, M.D., Ph.D., Robert D. Oades, Ph.D., Edmund Sonuga-Barke, Ph.D., James McGough, M.D., Laura Nisenbaum, Ph.D., Frank Middleton, Ph.D., Xiaolan Hu, Ph.D., Stan Nelson, M.D., for the Psychiatric GWAS Consortium: ADHD Subgroup

Objective: Although twin and family studies have shown attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) to be highly heritable, genetic variants influencing the trait at a genome-wide significant level have yet to be identified. As prior genome-wide association studies (GWAS) have not yielded significant results, we conducted a meta-analysis of existing studies to boost statistical power. **Method:** We used data from four projects: a) the Children's Hospital of Philadelphia (CHOP); b) phase I of the International Multicenter ADHD Genetics project (IMAGE); c) phase II of IMAGE (IMAGE II); and d) the Pfizer-funded study at the University of California, Los Angeles, Washington University, and the University of Pittsburgh Medical Center (PUWMa). The final sample size consisted of 20,000 individuals. For each study, we imputed HapMap single nucleotide polymorphisms, computed association test statistics and transformed them to z-scores, and then combined weighted z-scores in a meta-analysis. **Results:** No genome-wide significant associations were found, although an analysis of candidate genes suggests that they may be involved in the disorder. **Conclusions:** Given that ADHD is a highly heritable disorder, our negative results suggest that the effects of common ADHD risk variants must, individually, be very small or that other types of variants, e.g., rare ones, account for much of the disorder's heritability. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2010;49(9):884–897. **Key Words:** ADHD, meta-analysis, association, GWAS, genetics

This article is discussed in an editorial by Drs. James J. Hudziak and Stephen V. Faraone on page 729 of the August 2010 issue

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common psychiatric phenotypes affecting children and adolescents. It is characterized by an inability to focus, high levels of impulsivity and age-



Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR

No genome-wide significant associations were found.....

Bishop 2010, PLoS ONE
Which neurodevelopmental disorders get researched and why?

Condition	Prevalence per 100 ¹	Mean severity	N pubs in 25 yr	Rate of increase ²	% genet.	N cases in UK	Pub. index ³
Lesch-Nyhan syndrome	0.0005	4.00	428	-14	69	57	750.88
Lowe syndrome	0.0005	4.00	171	1	67	57	300.00
Rubinstein-Taybi syndrome	0.0008	3.50	291	2	48	92	316.30
Cornelia de Lange syndrome	0.0014	4.00	420	20	54	165	254.55
Cri du chat syndrome	0.0020	4.00	162	1	79	231	70.13
Galactosaemia	0.0020	2.50	678	8	46	231	293.51
Angelman syndrome	0.0040	3.79	690	36	80	462	149.35
Williams syndrome	0.0044	3.31	1,349	87	54	513	262.96
Marfan syndrome	0.0067	1.50	1,805	71	53	770	234.42
Prader-Willi syndrome	0.0067	3.17	1,851	82	58	770	240.39
Rett syndrome	0.0080	3.94	1,918	35	59	924	207.58
Phenylketonuria	0.0100	2.00	2,941	9	51	1,156	254.41
Duchenne muscular dystrophy	0.0143	2.50	3,212	-28	64	1,651	194.55
Tuberous sclerosis	0.0167	2.69	3,083	76	42	1,926	160.07
Trisomy 18	0.0250	3.70	661	-1	75	2,890	22.87
Velocardiofacial syndrome	0.0250	2.72	839	83	82	2,890	29.03
Neurofibromatosis type 1	0.0308	2.00	1,840	151	62	3,556	51.74
Turner syndrome	0.0400	1.94	2,485	21	60	4,624	53.74
XYY	0.0545	2.00	251	-6	86	6,300	3.98
XXX	0.0550	1.50	62	-3	87	6,358	0.98
Noonan syndrome	0.0571	2.50	635	44	67	6,605	9.61
Fragile X syndrome	0.0615	3.57	4,008	60	81	7,113	56.35
Klinefelter syndrome	0.0860	1.83	1,312	29	64	9,941	13.20
Fetal alcohol syndrome	0.1000	2.58	1,105	14	16	11,560	9.56
Cerebral palsy	0.1500	2.50	6,988	334	1	17,340	40.30
Down syndrome	0.1667	3.44	15,522	295	70	19,266	80.57
Tourette syndrome	0.5000	1.25	2,071	24	27	57,800	3.98
Autistic spectrum disorder	0.6500	2.90	16,071	1,468	38	75,140	21.39
Developmental dyscalculia	3.0000	1.56	229	15	14	346,800	0.07
Attention deficit hyperactivity disorder	5.0000	1.95	12,631	1,434	13	578,000	2.19
Intellectual disability ⁴	5.5000	2.75	17,721	497	19	635,000	2.79
Developmental dyslexia	6.0000	1.90	3,789	128	10	693,000	0.64
Developmental coordination disorder	6.5000	1.50	398	38	0	751,400	0.05
Specific language impairment	7.4000	2.15	1,140	84	8	855,440	0.13
Speech sound disorder	10.0000	1.69	387	24	11	1,156,000	0.03

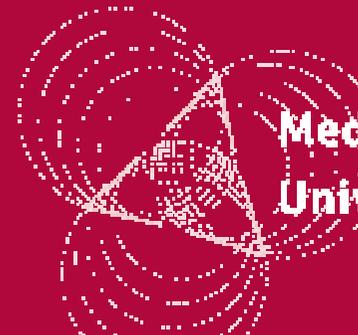
¹Prevalence has been divided by two if reported for one sex only.

²Average N additional publications per 5 yr period.

³N publications in 25 yr per 100 affected cases in UK, based on population of 11.56 million children.

⁴Includes 'learning disability' if not specified as 'specific' (see text).

AWMF Leitlinien – Anmeldungsstand 17.02.2011



Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR

Autismusstörungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter

Registrierungsnummer: 028-018, Entwicklungsstufe: S3

ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

Registrierungsnummer: 071-014, Entwicklungsstufe: S3

Diagnostik und Behandlung von Ess-Störungen

Registrierungsnummer: 051-026, Entwicklungsstufe: S3 konsentiert

} **DGKJP
federführend**

Redeflussstörungen

Registrierungsnummer: 049-013, Entwicklungsstufe: S1

Federführende Fachgesellschaft(en): Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DGPP)

Umschriebene Entwicklungsstörung motorischer Funktionen ICD-10: F82.0 und F82.1)

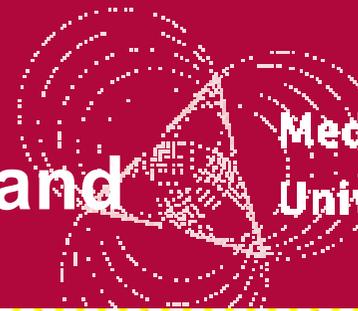
Registrierungsnummer: 022-017, Entwicklungsstufe: S3

Federführende Fachgesellschaft(en): Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP)

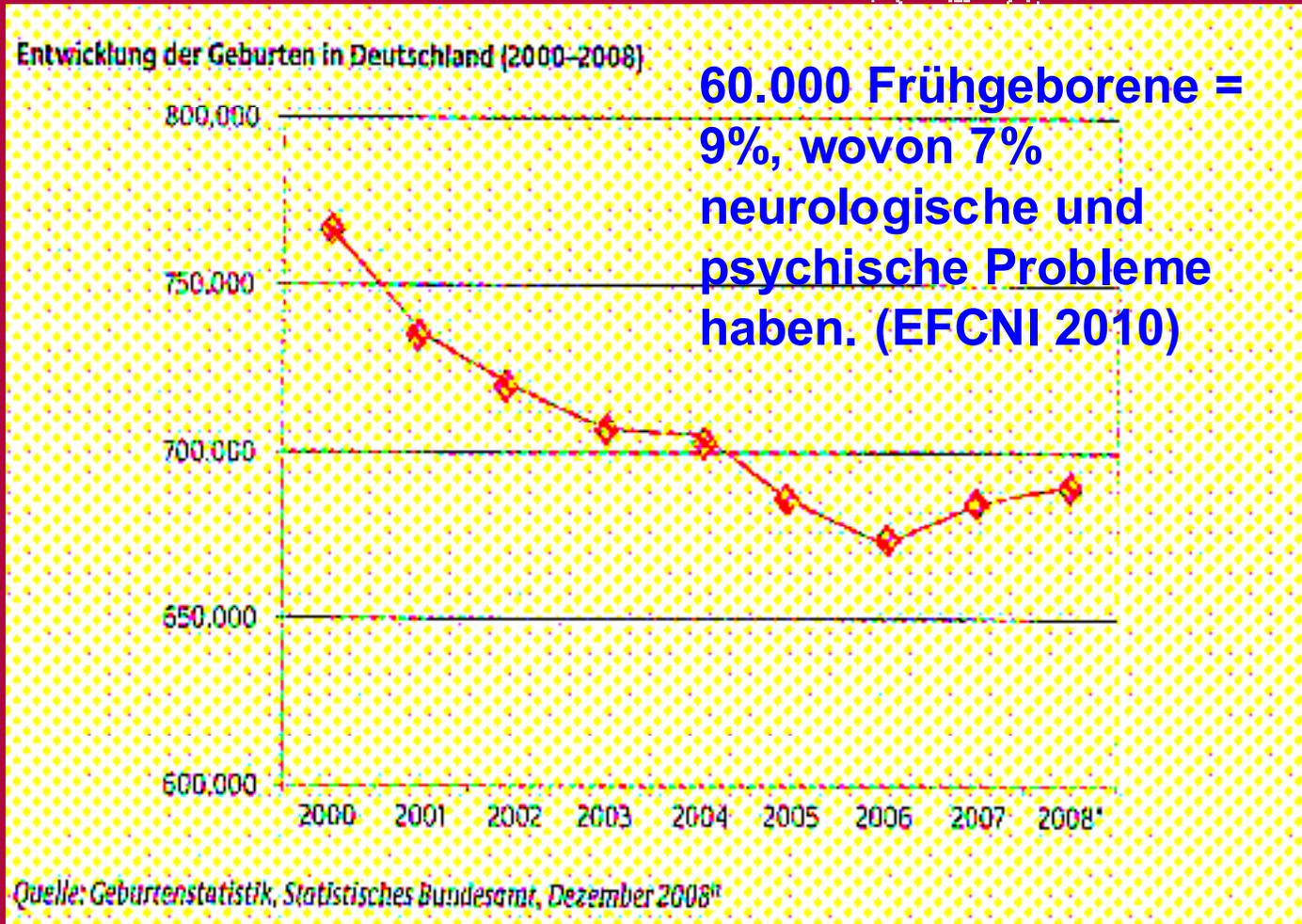
Tic- Störungen
Zwangsstörungen
Depression im Kindesalter

} ?

Geburtenzahlen in Deutschland

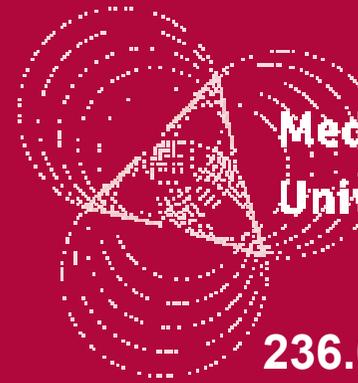


Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR



Rückgang der Geburtszahlen von 2000 bis 2008 ca. 10%

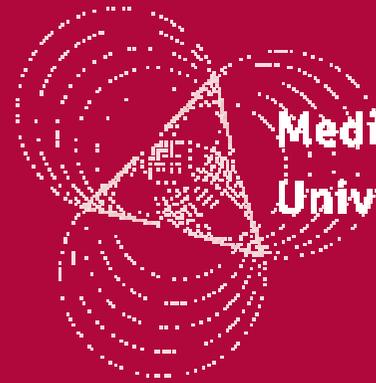
Krankheitskosten in Mio. € für Deutschland 2006/2008: Anteil F00-F99



Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR

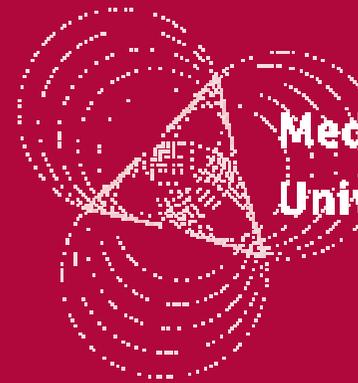
Gesamtkosten	236.022	254.280
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	26.657	28.654
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	9.795	
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	2.715	
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	2.947	
F30-F39 Affektive Störungen	5.067	
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	2.871	
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	501	
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	627	
REST (F7, F8, F9)	2.104	

Entwicklungsaspekte



Medizinische Fakultät
Universitätsklinikum
Rostock AÖR

- **Kindes(- und Jugend)alter** gekennzeichnet durch schnelles Wachstum, rasche Entwicklung
- **Interdisziplinäre Forschung** aufgrund der Komplexität geboten
- **Forschung zum Verständnis der reziproken Einflüsse** zwischen Kindern und ihren Umweltbedingungen in Abhängigkeit von der Entwicklung erforderlich
- **Kenntnisse von Entwicklungsprozessen** wichtig für Behandlung und Prävention



Versorgungsmodelle

- Interdisziplinäre ambulante, inklusive aufsuchende, teilstationäre und stationäre Diagnostik und Therapie im Übergangsbereich von der Adoleszenz ins Erwachsenenalter (16 – 21(23) Jahre) – gilt auch für Forensik
- Vernetzung ambulanter Angebote (z.B. MVZ)