

## Anlage 2:

### **Eingruppierungsempfehlungen zu den Behandlungsbereichen der Psych-PV in der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

#### **Inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte (Anlage 2 zu § 8 Psych-PV inklusive Erläuterungen)**

#### **Vorbemerkung:**

Die Spalten 1 bis 4 wurden aus der Psych-PV Anlage 2 (zu § 8) übernommen, vgl. S. 47 – 48, in: Kunze & Kaltenbach (Hrsg.) Psychiatrie-Personalverordnung, 5. Auflage 2005. Spalte 5 und 6 enthalten ergänzende Erläuterungen und Fallbeispiele der Selbstverwaltungspartner zu Anlage 2 Psych-PV (5. Auflage 2005, vgl. S.203 – 211).

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
<b>KJ 1 Kinder- psychiatri- sche Regel- und In- tensivbe- handlung (bis 14. Lebens- jahr)</b>	Vorschul- und Schulkinder mit akuten psychischen, psychosomatischen und/oder neuropsychiatrischen Erkrankungen, mit u. a. selbst- und fremdgefährdendem Verhalten, schweren Verhaltensstörungen, Teilleistungsstörungen sowie Entwicklungsstörungen, der kognitiven, emotionalen, psychosozialen Kompetenz	Psychosoziale Integration in Familie, Heim, Kindergarten, Schule u. a.; Ausgleich von Entwicklungs- und Funktionsdefiziten; Befähigung zur ambulanten Behandlung	Diagnostik und medizinische Grundversorgung, heilpädagogische Behandlung, Elternberatung, Familientherapie, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, funktionelle Therapien, und Entwicklungstherapie	In den Behandlungsbereich KJ1 sind stationär behandelte Kinder bis unter 14 Jahren einzugruppieren, sofern nicht rehabilitative Behandlungsziele und –mittel (KJ4), eine langdauernde Behandlung bei komplexer Symptomatik (KJ5) oder eine Eltern-Kind-Behandlung (KJ6) zutreffen. Patienten des Behandlungsbereiches KJ 1 benötigen allein schon wegen ihres Alters eine intensive Betreuung und Behandlung, so dass eine Differenzierung zwischen kinder-psychiatrischer Regel- und Intensivbehandlung nicht vorgenommen worden ist. Es erfolgen entwicklungs-niveau-adäquate Anleitung und Behandlung.	Patientin, Alter zehn Jahre, kommt zur diagnostischen Abklärung, weil sie sich in Anforderungssituationen zunehmend passiv-vermeidend verhält, kein altersentsprechendes Verhalten zeigt und die an sie gestellten Erwartungen nicht erfüllt. In der Schule ist sie versetzungsgefährdet. In der Freizeit wirkt sie lustlos, zieht sich in ihr Zimmer zurück. Innerhalb der letzten drei Monate vor Aufnahme ist ein Gewichtsverlust von drei kg zu verzeichnen. Somit sind mehrere Lebensbereiche durch die Symptomatik stark beeinträchtigt. Das Kind lebt seit seinem 4. Lebensjahr in einer Adoptivfamilie. Über die leiblichen Eltern ist eine Alkoholproblematik bekannt. Die engagierten Adoptiveltern erleben die Defizite des Kindes als persönliches Versagen. Das Kind gerät zunehmend unter Druck. Krisenhafte familiäre Zuspitzungen resultieren. Damit besteht eine Belastung durch mehrere abnorme psychosoziale Umstände. Im Stationsalltag benötigt die Patientin in einigen Alltagsbereichen Fremdmotivation, Fremdstrukturierung und Anleitung. Sie sucht die ständige Nähe zu Erwachsenen. Aktivitäten in der Gruppe gleichaltriger Patienten meidet sie; sie nimmt zunehmend eine

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
					Außenseiterrolle ein.
<b>KJ 2 Jugend- psychia- trische Regel- behand- lung</b>	Jugendliche und Heranwachsende mit akuten psychischen, psychosomatischen und/oder neuropsychiatrischen Erkrankungen, mit u.a. schweren Verhaltensstörungen und Entwicklungsstörungen der kognitiven, emotionalen, psychosozialen Kompetenz	Psychosoziale Integration; Bewältigung der gestörten alters- typischen Ablösungs- und Verselbständi- gungsprozesse; Befähigung zur ambulanten Behandlung	Diagnostik und med- izinische Grundver- sorgung; Milieuther- apie; Elternberatung; Familientherapie; Einzel- und Grup- penpsychotherapie; Beschäftigungsthera- pie; Arbeitstherapie	In den Behandlungsbereich sind Jugendliche ab 14 Jahren bis 18 Jahren, bei deutlichen Entwicklungsdefiziten (Entwicklungsalter < Lebensalter) auch bis 21 Jahren, einzugruppieren, sofern nicht Intensivbehandlung (KJ3), rehabilitative Behandlungsziele und –mittel (KJ4) oder eine langdauernde Behandlung bei komplexer Symptomatik (KJ5) zutreffen. In der Regel planbare Behandlung aller psychischen Störungsbilder; auch Krisenintervention ohne Vorliegen manifester Selbst- oder Fremdgefährdung sind hier einzugruppieren.	Patientin, Alter 14 Jahre, Schülerin an einer Schule für Lernbehinderte, wird stationär aufgenommen, nachdem die Situation zu Hause eskaliert war. Die Patientin war wiederholt der Schule und von zu Hause ferngeblieben, hatte Ladendiebstähle begangen und zusammen mit Gleichaltrigen Alkoholmissbrauch praktiziert. Die Patientin zeigt ein stark oppositionelles Verhalten, erkennt soziale Regeln nicht an und verweigert sich bei Anforderungen. Ihrer Körperhygiene kommt sie nur mäßig nach. Eltern und Lehrer fühlen sich überfordert, eine Heimunterbringung ist in Diskussion. Die Patientin wohnt mit ihrer Mutter in der Wohngemeinschaft des drogenabhängigen Vaters. Es besteht der Verdacht einer beginnenden dis- sozialen Persönlichkeitsentwicklung.
<b>KJ 3 Jugend- psychiatri- sche Inten- sivbe- handlung</b>	Psychisch kranke Jugendliche und psychosozial retardierte Heranwachsende, manifest selbstgefährdet, vital gefährdet, fremdgefährdend, hochgradig erregt	Krisenbewältigung; Befähigung zur jugendpsychiatrischen Regelbehandlung (KJ 2) oder zur ambulanten Behandlung	Diagnostik und med- izinische Grundver- sorgung; eng strukturierte Betreuung (evtl. freiheitsentziehende Maßnahmen); Krisenbewältigung; Elternberatung; Familientherapie; Pharmakotherapie; Einzeltherapie; überwiegend stationsgebundene Therapieangebote	In diesen Behandlungsbereich sind Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren, bei deutlichen Entwicklungsdefiziten (Entwicklungsalter < Lebensalter) auch bis 21 Jahren einzugruppieren. Intensivbehandlung nach Behandlungsbereich KJ 3 ist bei Jugendlichen und psychosozial retardierten Heranwachsenden erforderlich, wenn sie beispielsweise „manifest selbstgefährdet“ sind. Das bedeutet: Die Patienten sind nicht absprachefähig oder ihr Verhalten ist nicht vorhersehbar; sie sind krankheitsbedingt nicht in der Lage auch nur für kurze Zeit für sich Verantwortung zu übernehmen, so dass sie eine intensive Betreuung benötigen. Die Patienten von Behandlungsbereich KJ 3 sind	Beispiel 1 für KJ 3 Patient, Alter 16 Jahre, wird stationär aufgenommen, nach dem er sich neben dem Lernen für Klassenarbeiten und Prüfungen zum Schuljahresende, auch zeitintensiv für ein schulisches Projekt engagiert hatte und, nun trotz Schulferien und trotz Beendigung des Projektes, eine planlose Umtriebigkeit zeigt, ständig nach Beschäftigung sucht, kaum schläft, in gehobener Stimmung einen Wechsel an eine amerikanisch Eliteuniversität plant, trotz nur mäßiger Schulleistungen und ohne Abitur. Unaufhörlich redet er darüber, dass er das Geheimnis des Fliegens gelöst habe und es in Kürze selbst vom Dach eines Hochhauses aus testen werde. Aus diesem

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
				<p>so schwer krank, dass sie in der Regel nur einzelfallbezogen behandelt werden können. Auch bei somatischer Vitalgefährdung (z.B. Herzrhythmusstörungen oder Elektrolytentgleisungen durch unzureichende Nahrungsaufnahme bei Anorexia nervosa) ist der diagnostische und therapeutische Aufwand sehr hoch. Patienten des Behandlungsbereichs KJ 3, die ihrer Behandlung nicht zustimmen, müssen zumeist vormundschaftsgerichtlich oder nach den Unterbringungsgesetzen der Bundesländer untergebracht werden. Die Intensität der Behandlung muss aus der Dokumentation ersichtlich sein. Die Behandlung im Behandlungsbereich KJ 3 ist in der Regel eine Durchgangsphase, meist in Richtung auf Behandlungsbereich KJ 2. Sie kann aber auch als Kriseninterventionsphase von jeder anderen Ebene oder aus dem außerstationären Bereich heraus notwendig werden. Die Jugendlichen bedürfen in ihrer akuten Krisensituation mehrmals täglich ärztlicher Interventionen und einer intensiven Betreuung/Überwachung durch den Pflege-/Erziehungsdienst (störungsspezifische Einzelbetreuung oder in der Kleinstgruppe, bis zu 3 Patienten). Auch die Akutphase der Behandlung jugendlicher Suchtpatienten ist hier einzugruppieren.</p>	<p>Grund habe er auch nicht die Absicht, auf Station zu bleiben. Spricht man ihn auf den Realitätsgehalt seiner Ideen an, kann die Stimmung auch in eine aggressive Gereiztheit umschlagen. Alkohol- und Drogenanamnese sind, ebenso wie das Screening auf Drogen, negativ.</p> <p>Beispiel 2 für KJ 3 Jugendliche, Alter 14 Jahre, mit seit drei Jahren bestehender Magersucht, ausgeprägter Gewichtsphobie, fast kompletter Nahrungsverweigerung bis auf einige wenige Nahrungsmittel und völlig fehlender Krankheitseinsicht, multiplen und stark ausgeprägten Strategien der Gewichtsreduktion; BMI 12 kg/m<sup>2</sup>. Dieses ist der vierte vollstationäre Aufenthalt der Patientin, die zwischen Pädiatrie und KJPP pendelt. Die Eltern haben der Tochter über den größten Teil des Krankheitsverlaufs nachgegeben und stationäre Behandlungen immer wieder beendet. Die vital gefährdete, stets hypotone und bradykarde Jugendliche bedarf einer regelmäßigen Vitalzeichenkontrolle. Die Überwachung der Nahrungsaufnahme sowie der zunehmend notwendigen Sondierung nimmt jeden Tag zeitintensive Betreuung durch das Pflegepersonal in Anspruch. Ausgang ins Freie kann nur in enger Begleitung erfolgen, da sie sonst in einen starken Bewegungsdrang verfällt. Kreative Angebote kann sie kaum ausfüllen oder umsetzen, Musiktherapie wird verweigert.</p>

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
<b>KJ 4 Rehabilitative Be- handlung</b>	Längerfristig psychisch kranke Kinder, Jugendliche, Heranwachsende mit krankheitsbedingten komplexen kognitiven, emotionalen und psychosozialen Defiziten	Entlassung in Familie, Wohngemeinschaft, Heim, o.ä.; schulische oder berufliche Eingliederung	Medizinische Grundversorgung Milieuthherapie; Rehabilitationsprogramm mit speziellen Trainingsmaßnahmen; Arbeitstherapie, Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Eingliederung; Beratung von Bezugspersonen; Familientherapie; Einzelpsychotherapie (evtl. nur phasenweise)	In diesen Behandlungsbereich sind Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren, bei deutlichen Entwicklungsdefiziten (Entwicklungsalter < Lebensalter) auch bis 21 Jahren einzugruppierten, deren Erkrankung bereits zu erheblichen Behinderungen geführt hat. Die Fähigkeiten in den Zielbereichen Wohnen, Arbeit/Schule und Freizeit sowie die Gestaltung der sozialen Kontakte stehen im Zentrum der Behandlung. Ziele der Behandlung sind die Besserung konkreter Fähigkeitsstörungen und die Entwicklung konkreter Fertigkeiten. Praktische Aktivitäten (Ergo-/Arbeitstherapie) überwiegen im individuellen Behandlungsplan zur Besserung von Symptomen oder zum Ausgleich von Defiziten. Gruppentherapie und gruppenbezogene Behandlung stehen hierbei im Vordergrund. Eine Überleitung in andere Versorgungsangebote ist aus störungsbedingten Gründen noch nicht möglich.	Patientin, Alter 16 Jahre, mit bereits mehrmonatiger stationärer Behandlung bei einer schweren depressiven Störung auf dem Hintergrund eines chronischen Familienkonflikts mit ständigen Entwertungen und einer deutlich erschwerten pubertären Autonomieentwicklung, Z. n. Schulabbruch der Realschule durch die überdurchschnittlich begabte Schülerin. Der Versuch einer Entlassung in einen rehabilitativen Kontext war von einer neuen depressiven Krise gefolgt, die Wiederaufnahme nach neuerlicher Suizidalität war unumgänglich; seither hat sich die Patientin durch intensive Einzelpsychotherapie, Ergotherapie, Körper- und Kreativtherapien gut stabilisiert und an Autonomie gewonnen. Die Perspektive einer schützenden Wohneinrichtung der Jugendhilfe mit Ausbildungsmöglichkeit wurde bereits mit der Familie erarbeitet und ein Platz gefunden. Die Aufnahme dort war von einer erneuten depressiven Krise trotz suffizienter Medikation gefolgt, so dass sich die Wohngruppe überfordert sah. Es erfolgte Rückübernahme in die Klinik, um in der jetzigen Behandlungsphase bei deutlich reduzierter Therapiefrequenz, aber im noch notwendigen schützenden Rahmen der Station mit regelmäßigen pädagogisch-pflegerischen Stabilisierungsgesprächen die autonome Lebensgestaltung einzuüben. Die Ausbildungssituation wird dabei in Form täglicher Arbeitstherapie-Einheiten simuliert.

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
<b>KJ 5 Langdauernde Be- handlung Schwer- und Mehr- fachkran- ker</b>	Langfristig schwer psychisch kranke und mehrfach behinderte Kinder, Jugendliche und Heranwachsende, selbstgefährdet, fremdgefährdet, erregt, desorientiert	Verhaltenskorrektur und Vermittlung grundlegender lebenspraktischer und sozialer Fertigkeiten als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen (evtl. Aufgabenbereich KJ 4)	Medizinische Grundversorgung; eng strukturierte Betreuung (evtl. freiheitsentziehende Maßnahmen); Verlaufsdiagnostik; heilpädagogische Gruppenbehandlung; Elternberatung; Familientherapie; funktionelle Therapie	In diesen Behandlungsbereich sind Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren, bei deutlichen Entwicklungsdefiziten (Entwicklungsalter < Lebensalter) auch bis 21 Jahren einzugruppiert, die eine anhaltend akute psychische Erkrankung und häufig eine Mehrfachbehinderung (geistige und körperliche Behinderung) aufweisen. Diese Patienten können in der Regel nicht selbständig zu therapeutischen Aktivitäten oder diagnostischen Maßnahmen außerhalb der Station gehen. Sie benötigen eine hohe Pflege- und Betreuungsintensität. Therapie ist überwiegend nur im Einzelkontakt oder in Kleinstgruppen möglich. Die pflegerischen, betreuenden und heilpädagogischen Maßnahmen werden ergänzt durch adjuvante Therapieformen (z.B. wahrnehmungs- und bewegungsaktivierende Maßnahmen und krankengymnastische Behandlungen). Um an den therapeutischen Interventionen teilnehmen zu können, benötigen die Patienten ein hohes Maß an Fremdstrukturierung und Fremdmotivation.	Patient, Alter 12 Jahre, mit frühkindlichem Autismus und mittelgradiger Intelligenzminderung, einem Sprachniveau auf der Ebene von Drei-Wort-Sätzen, fortbestehender Enuresis und behandlungsbedürftiger Epilepsie. Er kann sich für ca. zehn Minuten einer Beschäftigung widmen, zeigt gelegentlich aggressive Durchbrüche vor allem in unberechenbaren neuen Situationen; er muss dann in einen reizarmen Raum verbracht werden. Der Besuch der Geistigbehinderten-Schule wird nun in der beginnenden Pubertät dadurch erschwert, dass er unter Reizüberflutung Mitschüler angreift, Rollstühle umwirft etc. Eine Betreuung im Elternhaus ist nach dem unerwarteten Tod der bislang verwöhnenden und nachgiebigen Mutter nicht mehr möglich. Eine psychotherapeutische Unterstützung der Trauer kann nur punktuell erfolgen. Derzeit steht die Behandlung und das Auffangen häufiger raptusähnlicher Zustände mit Schreien im Vordergrund. Medikamentöse Einstellungsversuche benötigen lange Zeiträume. Die Überleitung in eine Behinderteneinrichtung kann erfolgen, sobald er auf der Langzeitbehandlungsstation der Klinik ausreichend führbar erscheint und hinreichend Erfahrungen mit Sicherheit gebenden und begrenzenden Ritualen gesammelt worden sind.

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
<b>KJ 6 Eltern-Kind-Behandlung (gemeinsame Aufnahme von Kind und Bezugspersonen)</b>	Kinder mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen, Kommunikations- und Interaktionsstörungen, selbstverletzendem Verhalten	Stärkung der elterlichen Erziehungs- und Betreuungskompetenz auf der Basis der Entwicklungsdiagnostik; Einleitung ambulanter Behandlung	Diagnostik und medizinische Grundversorgung; Frühtherapie; Elternberatung; Familientherapie; spezielle Therapieprogramme für Kind und Eltern (Erzieher) als kurzfristige Intensivmaßnahme	<p>In diesen Behandlungsbereich sind psychisch kranke Kinder (auch psychisch kranke Jugendliche bei Vorliegen tiefgreifender Entwicklungsstörungen, wie z.B. Autismus, oder mittelgradiger bis schwerer Intelligenzminderung) einzugruppieren, bei denen die Mitaufnahme der Bezugsperson therapeutisch erforderlich ist, weil die Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson ein zentraler Fokus der Behandlung ist.</p> <p>Überwiegender Bestandteil der Eltern-Kind-Behandlung ist die gemeinsame Therapie des Kindes und der Bezugsperson(en) sowie die Anleitung/ Beratung/ Psychoedukation der in der Regel hoch belasteten Bezugsperson(en). Eine Eltern-Kind-Behandlung hilft Familien, mit der psychischen Erkrankung, den Verhaltensauffälligkeiten bzw. mit der Behinderung ihres Kindes einen angemessenen Umgang zu finden.</p>	Patient, Alter sieben Jahre, hat bisher keinen Kindergarten besucht und fiel bei der Einschulungsuntersuchung dadurch auf, dass er sich überwiegend krabbelnd fortbewegt, andererseits sehr bedürfnisorientiert ist und die Mutter schlägt. Die Mutter scheint das Kind vor der Umwelt beschützen zu wollen, kann ihm keine Grenzen setzen und gibt wenig Entwicklungsanreize. Mutter und Kind werden aufgenommen, um eine Entwicklungsdiagnostik beim Kind vorzunehmen und die Ressourcen der Mutter einzuschätzen. Vater und Großmutter sollen dabei einbezogen werden.
<b>KJ 7 Tagesklinische Behandlung</b> <sup>1</sup>	Kinder und Jugendliche mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen, die keiner vollstationären Behandlung bedürfen	Wahrung der Integration in Familie oder Heim; Verbesserung der psycho-sozialen Kompetenz; Befähigung zu Schulbesuch bzw. Fortsetzung der beruflichen Ausbildung	Diagnostik und medizinische Grundversorgung; heilpädagogische Behandlung; Elternberatung; Familientherapie; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; funktionelle Therapien; Entwicklungstherapie	<p>In diesen Behandlungsbereich sind Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren, bei deutlichen Entwicklungsdefiziten (Entwicklungsalter &lt; Lebensalter) auch bis 21 Jahren einzugruppieren. Voraussetzungen für teilstationäre, im Folgenden „tagesklinische“ Behandlung genannt, sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Fähigkeit des Kindes oder Jugendlichen zur Mitwirkung in der Behandlung</li> <li>•ein ausreichend belastbares soziales Umfeld</li> <li>•die vorhandene Bereitschaft und Fähigkeit der Erziehungsberechtigten zur aktiven Mitwirkung bei der Behandlung</li> <li>•ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden.</li> </ul>	Patientin, Alter zwölf Jahre, hat bereits seit drei Monaten die Schule nicht mehr besucht. Das auslösende Ereignis sei die kritische Äußerung einer Lehrerin zu einem sorgsam vorbereiteten Vortrag gewesen, von der Patientin „mehr erwartet“ zu haben. Die Patientin sei vor Scham errötet und habe am ganzen Körper gezittert. Seither verspüre sie ein wachsendes Unbehagen bereits bei dem Gedanken, in die Schule zu müssen, erwarte schon im Vorhinein Kritik an ihrem Handeln und erröte leicht. Sie habe das Gefühl, alle in der Klasse würden sie prüfend betrachten, was wiederum Schamesröte hervorrufe und sie zittern lasse. Seit einer morgendlichen Panikattacke mit Kreislaufsensationen und Übelkeit verweigert sie endgültig den Schulbe-

<sup>1</sup> Integrierte tages- oder nachtklinische Behandlung soll im Einzelfall von jeder Station aus möglich sein. Der Patient erhält einen teilstationären Status auf der Station, die ihn auch vollstationär behandeln würde.

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
				<p>Tagesklinische Behandlung kann integriert im vollstationären Bereich oder in einer Tagesklinik erfolgen. Tagesklinische Behandlung ermöglicht einen schnellen Transfer von Therapieerfolgen ins psychosoziale Umfeld, vor allem durch den engen Kontakt und regelmäßigen Austausch zwischen Therapeuten und Bezugspersonen.</p>	<p>such. Ein durch die besorgten Eltern initiiertes Schulwechsel auf die Nachbarschule habe nicht den erhofften Erfolg gebracht. Das teilstationäre Setting wird gewählt, um die gefürchtete Trennung der Patientin von den Eltern auf ein Minimum zu reduzieren. Im Rahmen einer kognitiv-verhaltensorientierten Therapie wird das tagesklinische Setting einschließlich der Klinikschule im Sinne einer Exposition genutzt, um eine systematische Desensibilisierung und Reaktionsverhinderung durchzuführen. Des Weiteren sollen verfestigte, störungsunterstützende Faktoren im Familiensystem verändert werden.</p>