

Lehrkonzept: Blockpraktikum Kinder- und Jugendpsychiatrie

Florian Hammerle

Das Blockpraktikum Kinder- und Jugendpsychiatrie findet im Rahmen der Kooperationsvereinbarung zwischen der Universitätsmedizin Mainz, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und des Landeskrankenhauses, bzw. der Rheinhausen-Fachklinik Mainz, Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und psychosomatik statt und ist integraler Bestandteil des Status eines akademischen Lehrkrankenhauses der Rheinhausen-Fachklinik.

Im Zuge der engen Zusammenarbeit beider Institutionen stellen wir hiermit ein idealisiertes Lehrkonzept für das Blockpraktikum vor!

Synopsis

Umfang:

Drei Termine à 1:45 Zeitstunden (3 x 105 Minuten)

Ort:

Rheinhausen Fachklinik Mainz
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik
Hartmühlenweg 2-4
55122 Mainz

Lernziele:

1. Diagnostische und differentialdiagnostische Kompetenzen (Kompetenzebene 1 und 2 des NKLM; wesentliche Bestandteile des Kap. 5: Die Ärztin und der Arzt als medizinische/-r Experte/-in)
2. Einblicke in Gesprächsführung im Kindes- und Jugendlichenbereich (Kompetenzebene 3 des NKLM; wesentliche Bestandteile des Kap. 7: Die Ärztin und der Arzt als Kommunikator/-in; Kap. 14c: Ärztliche Gesprächsführung)
3. Realer Patientenkontakt im Kinder- und Jugendlichenbereich (Auszüge des Kap. 14b.5; Kap. 14c: Ärztliche Gesprächsführung)

Inhalte (nach didaktischen Überlegungen geordnet):

Die Lernziele sollen durch die folgenden Inhalte vermittelt werden. Dabei richtet sich die konkrete Ausgestaltung des realen Patientenkontaktes nach den derzeit behandelten Patientinnen und Patienten, bei denen die eigene Einwilligung sowie die Einwilligung der Erziehungsberechtigten zur Teilnahme am Blockpraktikum vorliegt (Ausnahme: volljährige Patientinnen und Patienten, die selbst voll einwilligungsfähig sind).

Konzept: Florian Hammerle, Anna Zeislmeier

Version: 1.2

Stand: 17.09.2019

1. Diagnostische und differentialdiagnostische Kompetenzen
 - a. Überblick über alters- und entwicklungsbezogene psychische Störungsbilder (Abgrenzung zwischen Kindes- und Jugendbereich zu Erwachsenenbereich)
 - b. Multiaxiales Klassifikationsschema (MAS) des Kindes- und Jugendbereichs nach ICD-10
2. Einblicke in Gesprächsführung im Kindes- und Jugendbereich
 - a. Formaler Ablauf Erstgespräch mit fokalen Zielen und Informationen
 - b. Ethische und rechtliche Rahmenbedingungen (Initiierung der Behandlung, Schweigepflicht, etc.)
 - c. Therapeutische Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung
3. Realer Patientenkontakt im Kinder- und Jugendlichenbereich
 - a. Therapeutische Beziehungsgestaltung mit Kindern und Jugendlichen
 - b. Praxisnahe Erfahrungen zu alters- und entwicklungstypischen psychischen Störungsbildern

Methoden:

Im Zentrum der Methoden stehen das direkte, praxisbezogene Lernen mit konkreten Patienten sowie erlebnisbasierte Rollenspiele, die als Vorübungen für realen Patientenkontakt genutzt werden können. Dabei spielen neben der erlebnisbasierten Komponente auch Modelllernen und Chaining- und Shaping-Prozesse eine sehr wichtige Rolle. Studierende lernen an Hand des Zusehens Handlungsmuster kennen, die in Rollenspielen und mit realen Patienten eingesetzt werden und mit Rückmeldungen durch die Dozenten modifiziert werden können. Eine wertschätzende und gleichzeitig realistische Rückmeldung zu Kompetenzen und Verbesserungsmöglichkeiten stellt die Grundlage dar, damit Studierende dies „annehmen“ können und folgt dem Prinzip, dass nicht genug gelobt werden kann. Die beschriebenen Methoden werden durch interaktive Theorievermittlung ergänzt, wobei das korrespondierende Skript sowie die vorliegenden Materialien und die Power-Point-Präsentation zur Veranschaulichung genutzt werden können. Hierbei empfiehlt sich auch ggf. die Erweiterung durch den Einsatz von Flipcharts oder gemeinsamen Aufschrieben auf kleineren Blättern.

Nach den bisherigen Rückmeldungen durch Studierende ergibt sich der maximale Lerngewinn durch eine Kombination aus kurzen theoretischen Inputs, Modelllernen und eigenem „Trockenüben“ sowie den realen Patientenkontakten und die sich hieraus ergebenden Nachbesprechungen.

Die Ziele, Inhalte und Methoden werden im Weiteren ausführlich und mit Umsetzungsvorschlägen dargestellt, wobei sich alle Vorschläge als Vorschläge verstehen.

Ausführliche Darstellung des Vorgehens

Vor Beginn der inhaltlichen Schwerpunkte sind eine kurze Vorstellung (hierbei auch die Form der Anrede) sowie die Abklärung organisatorischer Aspekte geplant (Termingestaltung, Schweigeverpflichtung, Unterschriftenlisten).

Für die didaktischen Vorgehensweisen ergibt sich folgendes exemplarisches Vorgehen aufgeteilt auf die drei Termine:

Termin 1:

- | | |
|---|-------------------|
| 1a. Kurze Vorstellungsrunde/organisatorische Klärung | ca. 10 Min. |
| 1b. Überblick KJP und Vorstellung KJP | ca. 20 Min. |
| 1c. Überblick über alters- und entwicklungsbezogene psychische Störungsbilder | ca. 40 Min |
| 1d. Multiaxiales Klassifikationsschema (MAS) des Kindes- und Jugendbereichs nach ICD-10 | ca. 20 Min. |
| 1e. Offene Fragen/Vorbesprechen des nächsten Termins | verbleibende Zeit |
| 1f. Abschluss Termin 1 | |

Termin 2:

- | | |
|---|------------------|
| 2a. Kurze Begrüßung | |
| 2b. Formaler Ablauf Erstgespräch mit fokalen Zielen und Informationen | ca. 15 Min. |
| 2c. Ethische und rechtliche Rahmenbedingungen (Initiierung der Behandlung, Schweigepflicht, etc.) | ca. 10 Min. |
| 2d. Kurze Vorbereitung Exploration des Patienten mit Auswahl eines Hauptbefragers/-befragerin | ca. 5 Min. |
| 2e. Patientenvorstellung | ca. 30 - 45 Min. |
| 2f. Nachbesprechung des Patienten | ca. 25 Min. |
| 2g. Offene Fragen/Vorbesprechen des nächsten Termins | ca. 5-10 Min. |

Termin 3:

- | | |
|--|------------------|
| 3a. Kurze Begrüßung | |
| 3b. Therapeutische Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung | ca. 30 Min. |
| 3c. Patientenvorstellung | ca. 30 - 45 Min. |
| 3d. Nachbesprechung des Patienten | ca. 25 Min. |
| 3e. Offene Fragen & Abschluss des Blockpraktikums | ca. 5-10 Min. |

*Didaktische Vorgehensweise:**Termin 1:**1a. Kurze Vorstellungsrunde/organisatorische Klärung**1b. Überblick KJP und Vorstellung KJP*

Zu Beginn des Blockpraktikums kann auf vielfachen Wunsch der Studierenden das Format Kinder- und Jugendpsychiatrie kurz vorgestellt werden. Hierbei ist natürlich auch die Privatsphäre der Patientinnen und Patienten zu schützen. Wenn die Zeit es zulässt, können die Lehrzimmer, Kreativtherapie und die Sporteinrichtungen angesehen werden um einen Überblick über die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu geben. Am Ende wird in der Gruppe erklärt, wie Kinder- und Jugendpsychiatrie grundsätzlich „funktioniert“ (Einbezug der Eltern, Häufigkeit von Gesprächen, Einsatz von Medikamenten im Verhältnis zu gesprächsbasierten Interventionen etc.).

1c. Überblick über alters- und entwicklungsbezogene psychische Störungsbilder

In einem ersten Schritt können die Studierenden befragt werden, welche Störungsbilder sie bereits kennen oder auch schon aus dem Praktikumsbereich mit Erwachsenen kennen gelernt haben. Häufig werden hierbei depressive Störungsbilder, Missbrauch/Abhängigkeit von Substanzen und auch Störungen des schizophrenen Formenkreises genannt. Diese Sammlung kann grafisch visualisiert werden. Ausgehend von diesen Störungsbildern können psychische Störungsbilder des Kindes- und Jugendbereichs im interaktiven Dialog erarbeitet werden. Häufig werden hierbei ADHS und verschiedene Essstörungen genannt. Mittels geleitetem Entdecken können weitere Störungsbilder ergänzt werden, sowie die jeweilige Kernsymptomatik herausgestellt werden. Die gefundenen Störungsbilder können dann um die Fehlenden ergänzt werden (Rückgriff auf das Material mit ICD-10 Überblicksblatt zu allen psychischen Störungen/Foliensatz mit der Aufgliederung typischer psychischer Störungsbilder). Hierbei kann auch Bezug auf typische Symptome, Prävalenzen und Geschlechtsverteilungen genommen werden (Kap. 5 des NKLM).

1d. Multiaxiales Klassifikationsschema (MAS) des Kindes- und Jugendbereichs nach ICD-10 (Auffrischung des vorhandenen Wissens und Aktualisierung; Kap. 15.1.1.8 des NKLM). Dem MAS kommt im Kinder- und Jugendbereich besonderes Augenmerk zu, sodass es auch im Blockpraktikum vermittelt werden sollte. Basis sind hierbei die Informationen eines Arztbriefs im Kindes- und Jugendbereich, woraus das MAS abgeleitet werden kann. In der Folge erscheint es sinnvoll, das MAS mit allen Achsen darzustellen und Beispiele für Abweichungen/Auffälligkeiten auf den Achsen zu nennen (und ggf. entsprechend zu visualisieren).

*1e. Offene Fragen/Vorbesprechen des nächsten Termins**Termin 2:**2a. Kurze Vorstellungsrunde/organisatorische Klärung**2b. Formaler Ablauf Erstgespräch mit fokalen Zielen und Informationen*

Am zweiten Termin des Blockpraktikums können die Struktur sowie Gesprächsführungsaspekte im Rahmen eines psychiatrischen Erstgesprächs noch näher fokussiert werden. Zu Beginn kann an Wissen der Studierenden angeknüpft werden, welche

Konzept: Florian Hammerle, Anna Zeislmeier

Version: 1.2

Stand: 17.09.2019

Ziele im Rahmen eines Erstgesprächs verfolgt werden. Häufig werden hierbei Informationen über Symptome etc. genannt. Hier kann angeknüpft werden, dass das primäre Ziel ist, dass ein Patient sowie die Eltern/Erziehungsberechtigten wiederkommen um ggf. zu späteren Terminen weitere Informationen zu erhalten. Das sekundäre Ziel ist die Klärung von Selbst- und Fremdgefährdung (essentieller Teil des Erstgesprächs). Alle weiteren Informationen über Symptome sowie protektive Faktoren und Stärken können auch zu einem späteren Zeitpunkt geklärt werden (ggf. entsprechend visualisieren).

Danach wird der Ablauf eines Erstgesprächs dargestellt. Hierbei geht es um die Strukturelemente: Begrüßung mit allen Personen zusammen, Erstbefragung des Patienten mit Problemen/Stärken, sowie danach Befragung der Eltern/Erziehungsberechtigten, Teil mit Patient allein, Teil mit Eltern/Erziehungsberechtigten allein und gemeinsamer Teil mit Zusammenfassung und Rückmeldung des bisher Gehörten (ggf. unterstützend mit Genogrammarbeit sowie begleitendem Skript).

2c. Ethische und rechtliche Rahmenbedingungen (Initiierung der Behandlung, Schweigepflicht, etc.; Kap. 11.1.2 des NKLM)

Nach dem strukturellen Block können ethische und rechtliche Rahmenbedingungen erläutert und der Aspekt der Behandlungsinitiierung im Kindes- und Jugendbereich aufgegriffen werden. Bei kognitiv normal entwickelten Kindern ist Einsichts- und Urteilsfähigkeit ab einem Alter von 12 Jahren weitestgehend vorhanden¹, sodass Kinder ab diesem Alter ihre Einwilligung zur Behandlung geben sollten (Behandlungen gegen den Willen ausgenommen). Auch muss in der Regel die Einwilligung beider Erziehungsberechtigten eingeholt werden. Einsichtsfähige Jugendliche können auch ohne Einwilligung der Eltern/Erziehungsberechtigten eine Behandlung initiieren, allerdings ist bei der Abrechnung die Einwilligung der Eltern/Erziehungsberechtigten notwendig, da Jugendliche nur beschränkt geschäftsfähig sind und die Krankenkasse der Eltern benachrichtigt werden muss. Daneben muss auch der Aspekt der Schweigepflicht bedacht werden. Gespräche bei denen nur das Kind/Jugendlicher bzw. die Eltern/Erziehungsberechtigten anwesend sind, fallen per se unter Schweigepflicht, sodass Inhalte daraus nicht direkt den jeweils anderen Personen berichtet werden darf. Es macht Sinn, dies bereits beim ersten Kontakt zu Beginn zu thematisieren und auch ggf. die Einwilligung einzuholen, Inhalte zu berichten und das bei den jeweiligen Einzelgesprächen weiter aufzugreifen. Die einzigen Ausnahmen bilden drohende Selbst- und/oder Fremdgefährdung, bei denen die Schweigepflicht das niedrigere Rechtsgut darstellt. Hierbei kann auch die Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung) mit der Rückmeldung an das zuständige Jugendamt kurz angesprochen werden.

2d. Kurze Vorbereitung Exploration des Patienten mit Auswahl eines Hauptbefragers/-befragerin

Bei der Patientenvorstellung soll ein Studierender das Gespräch führen. Der Studierende sollte sich kurz vorstellen und der Patientin/dem Patienten vermitteln, dass er nicht auf alle

¹ Schneider, S., & Margraf, J. (2009). Lehrbuch der Verhaltenstherapie (p. 3), Kapitel 54. Springer Berlin Heidelberg.

Fragen antworten müsse, wenn diese zu persönlich seien. Danach können noch einige kurze Ideen für mögliche Fragen gegeben werden: z.B. Alter/Schulart/Klasse des Patienten, familiärer Hintergrund, Vorstellungsanlass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, bisheriger Behandlungsverlauf etc. Sollte sich kein Studierender bereit erklären die Patientenvorstellung zu moderieren, macht es Sinn zu lösen.

2e. Patientenvorstellung

Sollten zu intime Fragen gestellt werden oder die Patientin/der Patient deutlich belastet erscheinen, wird die Vorstellung durch Dozierende unterbrochen werden. Im Zweifelsfall ist hierbei das Patientenwohl in jedem Fall über das Lehrinteresse zu stellen. In den meisten Fällen signalisieren die Hauptbefrager nach einiger Zeit, dass Sie keine weiteren Fragen mehr haben. Dann kann die Runde der anderen Studierenden eingebunden und deren Fragen aufgenommen werden. Zum Abschluss der Patientenbefragung können auch die Patienten eingeladen werden, mögliche Fragen an die Studierenden stellen zu dürfen.

2f. Nachbesprechung des Patienten

Die Nachbesprechung sollte erst begonnen werden, wenn der Patient verabschiedet wurde. Danach kann die Nachbesprechung zuerst mit dem Hauptbefrager begonnen werden. Dabei kann auf seinen Eindruck Bezug genommen werden und wie er das Gespräch einschätzte bzw. was er als einfach erlebte und was er als schwierig oder herausfordernd erlebte. Dies kann durch die Einschätzung der Dozenten ergänzt werden. Hierbei sollte ein Schwerpunkt auf positive Aspekte gelegt werden. Abschließend können die Eindrücke der Gruppe aufgenommen und diskutiert werden.

2g. Offene Fragen/Vorbesprechen des nächsten Termins

Termin 3:

3a. Kurze Begrüßung

3b. Therapeutische Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung (wesentliche Aspekte des Kap. 7 und Kap. 14c des NKLM)

Der Anfangsblock kann durch Aspekte der Gesprächsführung abgerundet werden. Der Ausgangspunkt ist hierbei auch Vorwissen der Studierenden. Empathie kann hierbei als zentrale Kompetenz angesprochen und durch praktische Beispielen mit nicht-wertendem Zuhören ergänzt werden.

3c. Patientenvorstellung

Wahrscheinlich wird die zweite Gesprächssequenz länger dauern, da die Hauptbefrager mehr Handlungsspielraum im Bereich der zu stellenden Fragen aufweisen. Danach kann wieder die Runde der anderen Studierenden eingebunden werden und deren Fragen aufgenommen werden. Zum Abschluss der Patientenbefragung kann auch wieder der Patient eingeladen werden, mögliche Fragen an die Studierenden stellen zu dürfen.

3d. Nachbesprechung des Patienten

Auch bei der zweiten Nachbesprechung kann zuerst mit dem Hauptbefrager begonnen werden. Danach können wieder die Eindrücke der Gruppe aufgenommen und diskutiert werden.

3e. Abschluss des Blockpraktikums

Am Ende des Blockpraktikums kann je nach vorhandener Zeit noch einmal eine kurze Rückschau über die beiden Termine durchgeführt und eine kurze verbale Rückmelderunde mit anschließender schriftlicher Evaluation angeschlossen werden oder direkt die Veranstaltung beendet und die schriftliche Evaluation durchgeführt werden.