Lehrkonzept:

Blockpraktikum Kinder- und Jugendpsychiatrie

Florian Hammerle
Lehr- und Unterrichtsbeauftragter der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

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

Alle Medizinstudierende müssen im Rahmen ihres Studiums an der Universitätsmedizin Mainz regelhaft im achten Semester Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einer Vorlesung (klausurrelevant) und dem korrespondierenden Blockpraktikum (Anwesenheitspflicht, nicht klausurrelevanz) besuchen. Auf Basis der Vorlesung werden drei Fragen zur Klausur, die durch die Erwachsenenpsychiatrie umgesetzt wird, integriert. In der Einführungsvorlesung Kinder- und Jugendpsychiatrie werden hierzu Hinweise sowie Beispielfragen vorgestellt.
Das Blockpraktikum soll dazu dienen, theoretisches Wissen der Vorlesung zu verdichten und das Fach „praktisch erfahrbar“ zu machen.
Es ist vorgesehen, dass alle Termine in Präsenz umgesetzt werden.

Für die Umsetzung des Praktikums wurde ein vollständiger Unterlagensatz mit Folien entwickelt, der sowohl flankierend bei der Umsetzung in Präsenz eingesetzt werden kann, als auch Folien, Fallbeispiele und Videos enthält.

Alle Abläufe/begleitende Unterlagen zum vorliegenden Lehrkonzept sind Vorschläge und nicht bindende inhaltliche/thematische Vorgaben.

Synopsis

Umfang:

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

Orte:

Universitätsmedizin Mainz
Psychosomatik für Kinder und Jugendliche der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Langenbeckstrasse 1
55131 Mainz

Rheinhessen 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 Patient:innenkontakt im Kinder- und Jugendlichenbereich (Auszüge des Kap. 14b.5; Kap. 14c: Ärztliche Gesprächsführung.

Inhalte (nach didaktischen Überlegungen geordnet):

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

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 sowie Hinweise auf das in 2022 in Kraft getretene ICD-11
2. Einblicke in Gesprächsführung im Kindes- und Jugendbereich
    a. Formaler Ablauf Erstgespräch mit fokalen Zielen und Informationen

   b. Suizidalität und ethische und rechtliche Rahmenbedingungen (Initiierung der Behandlung, Schweigepflicht, etc.)
   c. Therapeutische Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung
3. Realer Patient:innenkontakt 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 Patient:innen sowie erlebnisbasierte Rollenspiele, die als Vorübungen für realen Patient:innenkontakt genutzt werden können. Dabei spielen neben der erlebnisbasierten Komponente auch Modelllernen und Chaining- und Shaping-Prozesse eine sehr wichtige Rolle. Studierende lernen durch aktives Zusehen Handlungsmuster kennen, die mit realen Patient:innen eingesetzt werden und mit Rückmeldungen durch die Dozierenden modifiziert werden können. Eine wertschätzende und gleichzeitig realistische Rückmeldung zu Kompetenzen und Verbesserungsmöglichkeiten stellt die Grundlage dar, damit Studierende dies „annehmen“ können. Auch hier gilt: es kann nicht genug gelobt werden kann. Die beschriebenen Methoden werden durch interaktive Theorievermittlung ergänzt, wobei das korrespondiere Skript sowie die vorliegenden Materialien und die Power-Point-Präsentation zur Veranschaulichung genutzt werden können. Es empfiehlt sich auch ggf. die Erweiterung durch den Einsatz von Flipcharts oder gemeinsamen Aufschreiben auf kleineren Blättern.

Nach den bisherigen Rückmeldungen durch Studierende ergibt sich der maximale Lerngewinn durch eine Kombination aus kurzen theoretischen Inputs, Modelllernen sowie den realen Patient:innenkontakten und die sich hieraus ergebenden Nachbesprechungen.

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.	Suizidalität und ethische und rechtliche Rahmenbedingungen (Initiierung der Behandlung, Schweigepflicht, etc.)	ca. 10 Min.
2d.	Kurze Vorbereitung Exploration Patient:in mit Auswahl eines Hauptbefragers/-befragerin	ca. 5 Min.
2e.	Patient:innenvorstellung (Live oder als digitale:r Patient:in)	ca. 30 - 45 Min.
2f.	Nachbesprechung	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.	Patient:innenvorstellung (Live oder als digitale:r Patient:in)	ca. 30 - 45 Min.
3d.	Nachbesprechung	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 das Setting Kinder- und Jugendpsychiatrie kurz vorgestellt werden. Hierbei ist natürlich auch die Privatsphäre der Patient:innen zu schützen. Wenn es die Zeit und die Rahmenbedingungen zulassen, 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
Hierbei können 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 geleiteten Entdeckens können weitere Störungsbilder ergänzt werden, sowie die jeweilige Kernsymptomatik herausgestellt werden. Die gefundenen Störungsbilder können dann um die Fehlenden ergänzt werden. Hierbei kann auch Bezug auf typische Symptome, Prävalenzen und Geschlechtsverteilungen genommen werden und auf das ICD-11 Bezug 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. Organisatorische Klärung (wenn notwendig)
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 Ziele im Rahmen eines Erstgesprächs verfolgt werden. Häufig werden hierbei Informationen

über Symptome etc. genannt. Hier kann aufgegriffen werden, dass das primäre Ziel ist, dass ein:e Patient:in 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 Patient:in mit Problemen/Stärken, sowie danach Befragung der Eltern/Erziehungsberechtigten, Teil mit Patient:in allein, Teil mit Eltern/Erziehungsberechtigten allein und gemeinsamer Teil mit Zusammenfassung und Rückmeldung des bisher Gehörten (ggf. unterstützend mit Genogrammarbeit sowie begleitendem Skript).

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

Nach dem strukturellen Block kann der Bereich Suizidalität und ethische und rechtliche Rahmenbedingungen fokussiert werden. Dies kann im Gespräch erfolgen oder aber die Folien aus dem Foliensatz verwendet werden, die eine passende Fallvignette, sowie psychopathologischen Befund und zugehöriges MAS enthalten. Auf dieser Basis kann die Diagnostik von Suizidalität erarbeitet werden wobei auch auf standardisierte Vorgehensweisen wie die C-SSRS verwiesen werden sollte. Daneben können – je nach Zeit - 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 vorhanden[1], sodass Kinder ab diesem Alter ihre Einwilligung zur Behandlung geben sollten (Behandlungen gegen den Willen ausgenommen). Auch muss in der Regel die Einwilligung beider Erziehungsberechtigen eingeholt werden. Einsichtsfähige Jugendliche können auch ohne Einwilligung der Eltern/Erziehungsberechtigen 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/Erziehungsberechtigen 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

[1] Schneider, S., & Margraf, J. (2019). Lehrbuch der Verhaltenstherapie (p. 3), Kapitel 54. Springer Berlin Heidelberg.

Kindeswohlgefährdung) mit der Rückmeldung an das zuständige Jugendamt kurz angesprochen werden.
Alternativ kann zur Live-Vorstellung einer/-s Patient:in auch im hybriden Vorgehen der digitale Patient mit AHDS (über Folien und begleitende Videos) verwendet werden.
2d. Kurze Vorbereitung Exploration Patient:in mit Auswahl eines Hauptbefragers/-befragerin
Bei der Patient:invorstellung soll ein Studierender das Gespräch führen. Der Studierende sollte sich kurz vorstellen und der Patientin/dem Patienten vermitteln, dass sie/er nicht auf alle Fragen antworten müsse, wenn diese zu persönlich seien. Danach können noch einige kurze Ideen für mögliche Fragen gegeben werden: z.B. Alter/Schulart/Klasse der/des Patient:in, familiärer Hintergrund, Vorstellungsanlass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, bisheriger Behandlungsverlauf etc. Sollte sich kein/-e Studierende(-r) bereit erklären die Patient:innenvorstellung zu moderieren, macht es Sinn zu losen.
2e. Patient:innenvorstellung
Sollten zu intime Fragen gestellt werden oder die Patientin/der Patient deutlich belastet erscheinen, kann die Vorstellung durch Dozierende unterbrochen werden. Im Zweifelsfall ist hierbei das Patient:innenwohl in jedem Fall über das Lehrinteresse zu stellen.
In den meisten Fällen signalisieren die Hauptbefragenden 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 Patient:innenbefragung können auch die Patient:innen eingeladen werden, mögliche Fragen an die Studierenden stellen zu dürfen.
2f. Nachbesprechung
Die Nachbesprechung sollte erst begonnen werden, wenn die/der Patient:in verabschiedet wurde. Danach kann die Nachbesprechung zuerst mit dem Hauptbefragenden 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 Dozierenden 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 Beispiele mit nicht-wertendem Zuhören ergänzt werden.

3c. Patient:invorstellung

Alternativ kann zur Live-Vorstellung einer/-s Patient:in auch im hybriden Vorgehen der digitale Patient mit einer Essstörung (über Folien und begleitende Videos) verwendet werden.

Wahrscheinlich wird die zweite Gesprächssequenz länger dauern, da die Hauptbefragenden 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 Patient:innenbefragung kann auch wieder der Patient:in eingeladen werden, mögliche Fragen an die Studierenden stellen zu dürfen.

3d. Nachbesprechung des Patienten

Auch bei der zweiten Nachbesprechung kann zuerst mit dem Hauptbefragenden 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 durchgeführt und eine kurze verbale Rückmelderunde angeschlossen werden. Hierbei ist es auch möglich das Quiz aus dem Foliensatz für den dritten Block einzusetzen.