

Klinik der Universität Duisburg-Essen  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJP)  
Leitung: Prof. Dr. med. J. Hebebrand

## Skript: Praktisches Jahr in der KJP

### Inhalt:

- I. Einleitung & Vorstellung der Klinik
- II. Interview mit dem Klinikdirektor Prof. Dr. med. Johannes Hebebrand und dem leitenden Oberarzt und PJ-Beauftragten Dr. med. Nikolaus Barth
- III. Organisatorisches
- IV. PJ-Seminar & Inhaltsangabe über die einzelnen Seminartage
- V. Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- VI. Literaturhinweise & LINKS
- VII. Anhang
  - a) Rechte der Kinder im Krankenhaus
  - b) Evaluationsbogen
  - c) Psychopathologischer Befund (nach AMDP)
  - d) Normalverteilung
  - e) Stundenplan

### Kontakt

Frau Dr. med. S. Knoll

LVR-Klinikum Essen  
Kliniken/Institut der Universität Duisburg-Essen  
Virchowstrasse 174  
45147 Essen

Tel.: +49 (0) 201 / 72 27 - 465  
Fax: +49 (0) 201 / 72 27 - 302  
E-Mail: susanne.knoll@lvr.de

## I. Einleitung & Vorstellung der Klinik

### Willkommen zum PJ in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie!

Liebe Studierende,

wir möchten euch herzlich in unserer Klinik begrüßen. Um einmal kurz vorzustellen, wie wir uns euer PJ - Tertial bei uns vorstellen, haben wir diese Einleitung geschrieben. Sie soll als genereller Leitfaden und kurze Einweisung im Bezug auf das dienen, was Ihr von uns erwarten dürft. Zudem haben wir die Erwartungen zusammengestellt, die u.E. notwendig sind, damit Ihr einen Lernerfolg in diesem Tertial habt.

#### Zu unserer Klinik:

Wir haben vier Stationen im Haupthaus, genannt PK1 bis PK4 sowie eine Ambulanz. Zudem gibt es eine ausgelagerte Tagesklinik in Altenessen mit 21 Plätzen sowie externe Sprechstunden in der Arbeitsagentur Bottrop, Suchthilfe direkt, in der Nelli-Neumann-Schule in Fronhausen und in einigen Regelschulen sowie eine Spezialambulanz für geistig behinderte Patienten im Franz-Salis-Haus.

Die *vier Stationen im Haupthaus* (Virchowstr. 174 in 45147 Essen) haben unterschiedliche Schwerpunkte:

1. **PK1:** In dieser offenen Station werden Jugendliche mit verschiedensten Krankheitsbildern behandelt, u. a. Angststörungen, Essstörungen, Psychosen, affektive Erkrankungen, Zwangsstörungen. Auf der Station gibt es 14 Betten, die Patienten sind zwischen 13 und maximal 20 Jahre alt.
2. **PK2:** Dies ist unsere geschlossene Akut- und Aufnahmestation. Hier finden sich die Patienten, die mit einem dringlichen Krankheitsbild (z.B. Suizidalität, Fremdgefährdendes Verhalten, akute psychotische Episode) aufgenommen werden. Dementsprechend sind alle Altersstufen vertreten. Auf der Akutstation gibt es 8 reguläre Betten.
3. **PK3:** Dies ist die Station für Kinder (bis ca. 13 Jahre). Hier finden sich Krankheitsbilder, die für diesen Altersbereich charakteristisch sind (z.B. Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätssyndrom (ADHS), Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen, Enuresis, Enkopresis, aber auch Anorexia nervosa oder Zwangsstörungen). Auf der Kinderstation gibt es 9 reguläre Betten.
4. **PK4:** In dieser Station werden bis zu 11 ältere Patienten (bis ins junge Erwachsenenalter) zum Qualifizierten Drogenentzug (sofern sie nicht akut intoxikiert sind), aber auch PatientInnen mit emotional-instabilen Störungen aufgenommen.
5. Zudem gibt es die **Ambulanz**; hier erscheinen alle Patienten, die einen regulären Termin haben und zur Diagnostik in die Kinder- und Jugendpsychiatrie überwiesen wurden. Es finden sich daher naturgemäß alle Krankheitsbilder und Altersstufen.

Auf allen Arbeitsbereichen gilt, dass wir es z. T. mit Patienten und Eltern zu tun haben, die große Ängste oder negative Erwartungen haben, wenn sie hier zur Behandlung erscheinen. Wir bemühen uns daher um eine besonders rücksichtsvolle und wertschätzende Behandlung dieser Menschen und legen Wert auf eine freundliche Umgangsform und ein gepflegtes äußeres Erscheinungsbild,

inklusive dem Tragen eines Namensschildes, das zu Beginn des Tertials ausgehändigt wird.

### **Was Euch hier erwartet:**

Wir sehen in unserer Klinik praktisch alle Kinder- und Jugendpsychiatrischen Krankheitsbilder. Insofern bekommt Ihr einen guten Überblick über die alltägliche Arbeit eines Kinder- und Jugendpsychiaters. Das beinhaltet die diagnostischen und therapeutischen Gespräche, die körperlichen Untersuchungen, die Laborbefundungen und elektrophysiologische Untersuchungen (EEG / EKG). Zudem könnt Ihr psychiatrische Therapiekonzepte und die Pharmakotherapie im psychiatrischen Bereich kennen lernen.

### **Was wir bieten:**

- Ein studentenfreundliches Team und Zeit für Fragen / Unterricht
- Theorieunterricht in einem PJ- Seminar
- Anleitung für unsere pädiatrisch psychiatrischen, internistischen und neurologischen Untersuchungen
- Anleitung zur Gesprächsführung und zur Betreuung „eigener Patienten“
- Besichtigung von Funktionsbereichen und Einrichtungen
- Studientag
- Rotation
- Prüfungsvorbereitung
- Teilnahme an sämtlichen Veranstaltungen und der Supervision (nach Absprache)
- Teilnahme an den Balintgruppen (nach Absprache)
- Teilnahme am Doktorandenseminar

### **Was wir uns von Euch wünschen:**

Die Arbeit im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie ist darauf angewiesen, dass man sich im ständigen Austausch miteinander befindet. Daher ist es sehr wichtig, Fragen, Probleme und Wünsche mitzuteilen. Es mag in anderen Kliniken möglich sein, den „Haken und die Klappe“ zu halten; hier würde das Euren Lernerfolg deutlich schmälern.

Zudem haben wir ein dann doch recht anspruchsvolles Curriculum – es ist damit möglich, eine gute Vorbereitung für die Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erhalten. Es stellt auch einen hohen Anspruch an Eure Motivation. Ihr solltet bei Unklarheiten niederschwellig fragen – wir stehen Euch gerne zur Seite.

Weiterhin gibt es noch die Arbeit in der ADHS- Ambulanz; es wäre gut, wenn Ihr vorübergehend einen Teil der dort anfallenden Routinetätigkeiten übernehmen könntet. Auch dies ist kein Selbstzweck, sondern spiegelt die Alltagstätigkeit eines Kinder- und Jugendpsychiaters wider und ist eine gute Übung für die grundlegenden Fähigkeiten in diesem Fach.

### **Und falls es doch Probleme gibt:**

Wie in anderen Kliniken auch, kann es bei der alltäglichen Arbeit zu Problemen im Umgang mit den teilweise schwierigen Patienten und deren Familien, aber auch im Umgang mit den Mitarbeitern kommen; anders als es manchmal in anderen Abteilungen läuft sind wir es aber gewohnt (und darauf angewiesen), dies offen zu besprechen. Daher an Euch die dringende Bitte: Wenn Ihr Probleme im Alltag habt, meldet Euch lieber früher als später. Sollte Euch nicht klar sein, wer der Ansprechpartner sein könnte, wendet Euch an den leitenden Oberarzt Herrn Dr. Barth, um eine Lösung zu erarbeiten.

## **II. Interview mit dem Klinikdirektor Prof. Dr. med. Johannes Hebebrand und dem leitenden Oberarzt und PJ- Beauftragten Dr. med. Nikolaus Barth**

### **TEIL I:**

**Interview mit dem Klinikdirektor Prof. Dr. Johannes Hebebrand (JH) vom 02.08.2007**  
**Interviewpartnerin: S. Knoll (SK)**

***SK: „Das Fach der KJP ist eines der kleinen klinischen Fächer, das Studierenden in der Ausbildung häufig erst spät kennen lernen. Welche Gründe haben Sie bewogen, eine Ausbildung in diesem Fach zu absolvieren?“***

JH: „Ich habe ursprünglich meine klinische Laufbahn an der Klinik für Sozialpädiatrie in München unter der Leitung von Prof. Hellbrügge begonnen. Im Rahmen meines Zivildienstes arbeitete ich in der entsprechenden Klinik mit einem Schwerpunkt auf geistig und körperlich behinderte Kinder für ein Jahr. Im Rahmen dieser Tätigkeit habe ich einerseits Einblicke in die Probleme von Kindern und Jugendlichen mit einer Behinderung und deren Familien bekommen; andererseits interessierten mich die erblichen Störungen. Ich habe damals meine erste wissenschaftliche Publikation zu einem Kind mit einem Lesch-Nyhan-Syndrom geschrieben und fand hierdurch dann Zugang zur Humangenetik. Ein weiteres Anliegen damals war, dass ich nicht so gern so viele Nachtdienste machen wollte. Diesem Anliegen konnte ich dann auch in den nächsten fünf Jahren absolut gerecht werden, da in der Humangenetik Nachtdienste nicht erforderlich sind. Allerdings stellte sich der Arbeitsaufwand dort dann doch als wesentlich höher heraus, als ich mir das ursprünglich vorgestellt hatte. Ich beschäftigte mich dann über fünf Jahre mit dem GABA-/Benzodiazepinrezeptor, wobei ich auf Abwege geriet (u. a. Untersuchung von verschiedenen Fischen, Lurchen, Schlangen und Hühnern). Gleichzeitig erhielt ich in der Humangenetik Einblicke in die psychiatrische Genetik, vermittelt durch Herrn Prof. Propping; insbesondere interessierte ich mich für aus meiner Sicht wissenschaftlich inkorrekte Befunde zur Vererbung der bipolaren Psychosen. Als ich dann 1989 merkte, dass ich nicht für ein Leben im Labor geschaffen bin, entschied ich mich angesichts meiner Vorerfahrungen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hier begann ich dann meine Tätigkeit in Marburg unter Herrn Prof. Remschmidt im Jahre 1990. Nach einer klinischen Einarbeitung in das Fach konnte ich dann ab 1995 die DFG-geförderte Klinische Forschergruppe „Genetische Mechanismen der Gewichtsregulation unter besonderer Berücksichtigung von Essstörungen und Adipositas“ leiten. Somit können Sie erkennen, dass es nicht unbedingt ein gradliniger Weg war, der mich in die Kinder- und Jugendpsychiatrie führte. Im Nachhinein habe ich das Gefühl, dass hier auch mancherlei Zufall am Werke war.“

***SK: „Welche persönliche Eigenschaften sollte man als angehender KJ- Psychiater am ehesten mitbringen?“***

JH: „An persönlichen Eigenschaften halte ich besonders Geduld, das Vermögen, Übersicht in schwierigen Situation zu bewahren und Empathie für relevant.“

***SK: „Wie schätzen Sie ein, dass sich das Fach der KJP in mittelfristiger Zukunft entwickeln wird? Welche bedeutsamen Veränderungen erwarten Sie?“***

JH: „Sie haben ja schon zu Recht angesprochen, dass es sich um kleines Fach handelt. Der Bedarf an psychiatrischer/psychotherapeutischer Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist hingegen immens. Es ist zu bezweifeln, dass dieser Bedarf allein durch dieses Fach gedeckt werden kann. Insofern meine ich, dass es sehr wichtig sein wird, mit verschiedenen Berufsgruppen daran zu

arbeiten, dass sich die Versorgung psychisch kranker Kinder in Deutschland verbessert. Hierzu zählt die Zusammenarbeit mit Institutionen (Jugendhilfe, Schule), ebenso wie mit Berufsgruppen (Psychologen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Sozialarbeiter, Pädagogen, Lehrer, etc.). Ich persönlich antizipiere eine Minderung des stationären Bedarfs und eine Zunahme sowohl tagesklinischer wie auch ambulanter Behandlungen. Es wird m. E. auch immer wichtiger, eine Spezialisierung im Hinblick auf Störungsbilder vorzunehmen. Dies ist analog zur Situation in der Erwachsenenpsychiatrie, in der die Spezialisierung wesentlich weiter fortgeschritten ist als in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.“

**SK: „Was gefällt Ihnen besonders an der Arbeit in der KJP? Wo sehen Sie besondere Herausforderungen?“**

JH: „Ich bin jetzt seit mehr als drei Jahren in Essen und darf behaupten, dass bislang noch kein einziger Tag langweilig war. Das ist für mich ein hoher persönlicher Gewinn, wenngleich dies mit einem hohen Arbeitseinsatz bezahlt wird. Wie dem auch sei, für mich ist die Arbeit extrem abwechslungsreich und beinhaltet sowohl die Versorgung einzelner Patienten (stationär oder ambulant), Visiten und andere Besprechungen, zusätzlich aber auch den ganzen Bereich der Forschung. Wer hier Einblicke hat, kann sich vorstellen, dass man aufpassen muss, auf nicht zu vielen Hochzeiten zu tanzen. Eine besondere Herausforderung sehe ich darin, das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie stärker in der medizinischen Landschaft zu verankern. Wir müssen m. E. auch die Kooperation zwischen einzelnen Kliniken verbessern; hierbei bietet sich eine bessere Kooperation innerhalb der LVR-Kliniken ebenso an wie die bereits etablierten Zusammenkünfte der Universitäts-Kinder- und Jugendpsychiatrien Aachen, Köln und Essen. Ich glaube, dass das Fach besonders gut sich entwickeln wird, wenn wir fundierte Forschung mit klinisch relevanten Erkenntnissen noch besser implementieren können.“

**SK: „Wie schätzen Sie Berufsaussichten für Anfänger ein?“**

JH: „Ich habe in letzter Zeit viel über diesen Aspekt nachgedacht. Es ist für mich ganz erstaunlich, wie schnell man eigentlich Facharzt wird. Vier Jahre sind ja rasch verflogen (zumindest aus meiner Sicht). Sicherlich habe ich das als Anfänger in der Kinder- und Jugendpsychiatrie damals auch nicht so gesehen, aber im Nachhinein staunt man über die Komplexität des Faches und auch die Erfahrung, die man sich aneignen muss, um in dem Fach wirklich kompetent zu werden. Insofern ist es aus meiner Sicht sehr wichtig, dass man sich der Kürze der Weiterbildungszeit bewusst ist und von sich aus bemüht ist, hieraus das Beste zu machen. Grundsätzlich rate ich auch, sich die weiteren Optionen offen zu lassen und nicht von vornherein auf eine Niederlassung hinzuarbeiten. Unter anderen Optionen verstehe ich beispielsweise eine oberärztliche Tätigkeit in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik. Mutmaßlich wie in kaum einem anderen medizinischen Fach ist die wissenschaftliche Laufbahn in dem Fach sehr gut möglich; im Grunde genommen besteht hier auch gegenüber anderen Fächern erheblicher Nachholbedarf. Gegenwärtig ist es beispielsweise schwer, eine ähnliche große Anzahl an Bewerber wie in anderen klinischen Fächern aufzuweisen. Ansonsten ist festzuhalten, dass es ja weiterhin eine freie Niederlassungsmöglichkeit für Kinder- und Jugendpsychiater gibt, die auch aus dieser Sicht das Fach attraktiv machen. Da insbesondere auch die medikamentöse Behandlung von psychischen Störungen auch in Zukunft erforderlich sein wird, sollte ein Kinder- und Jugendpsychiater die Psychopharmakologie beherrschen, damit er sich auch gegenüber anderen Berufsgruppen abgrenzen kann.“

**SK: „In den letzten Jahren hat sich in der biopsychiatrischen Forschung einiges getan. In welchen Bereichen sehen Sie die größte Entwicklung?“**

JH: „Aus meiner Sicht wird es darauf ankommen, dass die sehr aufwändige biologisch orientierte Forschung Eingang in die Klinik findet. Es muss aus meiner Sicht gelingen, die neuen Erkenntnisse aus beispielsweise Genetik und Bildgebung für die Klinik nutzbar zu machen. Umgekehrt gilt es in der Forschung Problemfelder aufzugreifen, die klinisch relevant sind. Ich bin gespannt, inwieweit

die molekulargenetische Forschung in den nächsten Jahren neue ätiologische Zusammenhänge der verschiedenen psychiatrischen Störungen erbringen wird. Hier kann es möglicherweise zu einem großen Sprung durch die Einführung sog. genomweiter Assoziationsstudien kommen. Gleichwohl ist aber hinterher zu fragen, wie mit diesen neuen Erkenntnissen umzugehen ist bzw. wie sie sich auf den klinischen Alltag bzw. unter tägliches Handeln auswirken werden.“

**SK:** „*Was ist in den nächsten Jahren in Bezug auf die Entwicklung dieser Klinik geplant?*“

JH: „Wir müssen hier unterscheiden zwischen klinischen und wissenschaftlichen Aspekten. Klinisch ist die Einrichtung einer Institutsambulanz und einer Tagesklinik in Mülheim geplant. Die Spezialisierung der Ambulanz müsste vorangetrieben werden; hierzu gehören ggf. auch dezentrale Sprechstunden, wie sie jetzt beispielsweise an der Nelli-Neumann-Schule geplant sind. Wie wohl das nicht allein von unserer Klinik gestaltet werden kann, wäre es mittel- und langfristig aus meiner Sicht wichtig, mehr Mittel für die ambulante Versorgung zur Verfügung zu haben; möglicherweise wird man hier im Gegenzug auch im stationären Bereich Betten reduzieren können bzw. sollen. Ich halte die Vernetzung mit anderen Kliniken innerhalb und außerhalb des LVR für außerordentlich wichtig, da gerade die Kleinheit des Faches es erfordert, durch den Austausch das alltägliche Handeln immer wieder in Frage zu stellen, um letztlich die Behandlung der Kinder und Jugendlichen zu verbessern. Zusätzlich gilt es die Kontakte zur Jugendhilfe, zu Schulen und anderen Einrichtungen zu vertiefen. Insgesamt bevorzuge ich hierbei eine pragmatische Sichtweise: In welchen Bereichen sind Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung gefährdet? Hierzu gehört z. B. das Problem Schulverweigerung ebenso wie das Vorkommen psychischer Störungen als ein Faktor bei der Jugendarbeitslosigkeit. Wissenschaftlich wird es mir in den nächsten Jahren darum gehen, uns stärker in dem Fachbereich Medizin zu verankern mittels Kooperationen. Ich freue mich auf das Kommen von Herrn Prof. Wiltfang und hoffe, dass hier auch gemeinsame Forschungsprojekte initiiert werden können. Die Themen sind ja gut bekannt: Adipositas, Essstörungen, ADHS, Schulverweigerung und Jugendarbeitslosigkeit.“

**SK:** „*Danke für das nette und unterhaltsame Interview!*“

## **TEIL II:**

**Das Interview mit dem leitenden Oberarzt und PJ- Beauftragten Dr. med. Nikolaus Barth (NB) fand nicht in herkömmlicher Form statt, sondern per Emailaustausch. Die Fragen sind identisch zu denen vom ersten Interview.**

***1. Das Fach der KJP ist eines der kleinen klinischen Fächer, das Studierenden in der Ausbildung häufig erst spät kennen lernen. Welche Gründe haben Sie bewogen, eine Ausbildung in diesem Fach zu absolvieren?***

NB: „Ich wollte immer ein Kopffach machen und war sehr an der Erwachsenenpsychiatrie interessiert. Da ich aber zunächst prüfen wollte, ob ich Spaß an der Forschung habe, bin ich über einen Zufall auf die klinische Forschergruppe von Professor Hebebrand gestoßen. Hier hatten wir neben der theoretischen Arbeit auch die Möglichkeit an den Visiten an der Universitätskinder- und Jugendpsychiatrie Marburg teilzunehmen. Und hier gab es eine sehr beeindruckenden Oberarzt (Herr Dr. Martin), der mich sehr für das Fach begeistern konnte. Und so bin ich in die dortige Klinik gekommen und habe meine Facharztausbildung absolviert.“

***2. Welche persönliche Eigenschaften sollte man als angehender KJ- Psychiater am ehesten***

***mitbringen?***

NB: „Zurückhaltende Sym- und Empathie, Witz und Humor, Vorsicht und Spaß am Beobachten und Beraten!

***3. Wie schätzen Sie ein, dass sich das Fach der KJP in mittelfristiger Zukunft entwickeln wird? Welche bedeutsamen Veränderungen erwarten Sie?***

NB: „Die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird ihrer Bedeutung sicherlich noch wichtiger werden; die Frage ist, wie lange die Finanzierung durch unser Gesundheitssystem garantiert ist. Die Beratungsfunktion wird aber sicherlich beständig und wichtig bleiben. Ich bin mir ziemlich sicher, dass stat. Betten abgebaut werden. Dafür wird es mehr ambulante und tagesklinische Behandlungsangebote geben (z.B. 'Home Treatment), was auch sinnvoll ist.“

***4. Was gefällt Ihnen besonders an der Arbeit in der KJP? Wo sehen Sie besondere Herausforderungen?***

NB: „Mir gefällt es gut, betroffene Patienten und deren Familien psychoedukativ in die seelische Erkrankung an sich einzuführen und zu beraten. Durch die Stigmatisierung psychischer Erkrankung ist hier ein behutsames Vorgehen wichtig und der individuell-dosierte Umgang damit kann großen Spaß bereiten. Darüber hinaus ist das Fach einfach in vielerlei Hinsicht auch spannend, witzig und hat nicht zuletzt einen hohen Unterhaltungswert!“

***5. Wie schätzen Sie Berufsaussichten für Anfänger ein?***

NB: „Hervorragend! Gute Niederlassungsmöglichkeiten, viele Angebote zur Mitarbeit in unterschiedlichen Kliniken. Hervorragende Möglichkeiten der Arbeitsteilung.“

***6. In den letzten Jahren hat sich in der biopsychiatrischen Forschung einiges getan. In welchen Bereichen sehen Sie die größte Entwicklung?***

NB: „Neuropsychotherapie.“

***7. Was ist in den nächsten Jahren in Bezug auf die Entwicklung dieser Klinik geplant?***

NB: „Intensivere Lehre und Patientenvorstellung! Einrichtung zusätzlicher Spezialambulanzen (Autismus, Geistige Behinderung...) Forschungsprojekte z.B.: im präventiven Bereich ‚Prodromalforschung (z.B. bei Affektiven Erkrankungen), ggf. auch funktionelle Bildgebung.“

***Wir danken unseren Gesprächspartnern für das Interview und für ihr Engagement, die Betreuung der Studierenden stetig zu verbessern!***

### **III. Organisatorisches**

#### **Zuteilung**

Die Zuteilung für einen PJ-Platz in der KJP des LVR-Klinikums Essen erfolgt durch das Dekanat der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen.

#### **Ansprechpartner**

Zu Beginn des PJ wird der Studierende vom zuständigen Oberarzt auf der entsprechenden Abteilung (Stationen, Ambulanz, Tagesklinik) vorgestellt und ein ärztlicher Mitarbeiter als Ansprechpartner bestimmt. Dieser soll die Ausbildung sinnvoll unterstützen und den Studierenden anleiten und supervidieren. Die Initiative zur Kontaktaufnahme sollte primär vom Studierenden ausgehen. Meist ist es in der täglichen Routine sinnvoll, wenn der PJ'ler bei Fragen zuerst versucht, sich an Ärzte und/oder Pflegepersonen der Station/ Ambulanz zu wenden, auf der er arbeitet.

#### **Rotation**

Unter Berücksichtigung der besonderen Eignung bestimmter Funktionsbereiche soll dem Studierenden die Möglichkeit gegeben werden, in seinem PJ zu rotieren und dabei die Arbeit in der Ambulanz und auf mindestens einer Station kennen zu lernen, um einen besseren allgemeinen Eindruck von der Arbeit eines Kinder- und Jugendpsychiaters zu erhalten. In Absprache mit OA Dr. Barth und den anderen Studierenden können der Termin der Rotation festgelegt und Wünsche für bestimmte Stationen angegeben werden.

#### **Besichtigung von Funktionsbereichen und Einrichtungen**

Im Rahmen der PJ- Ausbildung soll der Studierende die Möglichkeit haben, bei Interesse an bestimmten Tagen einige Einrichtungen (z.B. Tagesklinik, ggf. TRIALOG, ggf. Förderschulen, Arbeitsagentur, ggf. Allgemeinpsychiatrie, etc.) zu besichtigen und bestimmte Bereiche, wie beispielsweise die Fachtherapien und die Testpsychologie kennenzulernen und sich die Diagnostik und Therapien anzuschauen.

Bei Interesse kann sich der PJ'ler an seinen Mentor oder an Herrn Dr. Barth wenden.

#### **Studientag & Ausbildung, Fort- und Weiterbildung**

Dem PJ'ler steht pro Woche ein Studientag zu. Zudem gibt es verschiedene Angebote für die Aus- und Weiterbildung, die teilweise für den PJ'ler verpflichtend sind.

Näheres diesbezüglich kann in den **Kapiteln IV** und **V** nachgelesen werden.

#### **PJ- Dienst**

Ein PJ-Dienst entfällt in der KJP. Jedoch ist es für den PJ'ler möglich, in Absprache mit dem jeweiligen Diensthabenden freiwillig einen Dienst zu begleiten.

#### **Krankheit & Urlaub**

Gemäß der Richtlinien des Landesprüfungsamtes NRW kann der PJ'ler im gesamten PJ 20 Tage fehlen, pro Tertial maximal 10 Tage; dies gilt für Krankheits- und Urlaubstage. Näheres dazu ist bitte im Studiendekanat zu erfragen. Urlaubstage sind nach Absprache mit dem zuständigen Oberarzt bei dem zugeteilten Assistenten mündlich abzuklären.

#### **Evaluation**

Um eine stetige Verbesserung des PJ in der KJP gewährleisten zu können, ist eine regelmäßige Evaluation sinnvoll und notwendig. Ein Evaluationsbogen befindet sich im Anhang. Erst nach Abgabe des Evaluationsbogens wird die PJ-Bescheinigung ausgestellt.

## IV. PJ- Seminar & Inhaltsangabe über die einzelnen Seminartage

Das Seminar dient in erster Linie der theoretischen PJ-Begleitung und Prüfungsvorbereitung und behandelt thematisch die wichtigsten Krankheitsbilder der KJP und relevante Themen für die tägliche Praxis. Es soll einen guten Überblick über das Tätigkeitsfeld eines Kinder- und Jugendpsychiaters ermöglichen. Damit das Seminar effektiv sein kann, ist eine regelmäßige Vorbereitung diesbezüglich sinnvoll und erwünscht. Im PJ-Skript werden die einzelnen Seminarthemen und deren Inhalt stichpunktartig aufgelistet. Zusätzlich finden sich jeweils einige Fragen, die einerseits der Seminar- und Prüfungsvorbereitung dienen und andererseits zum Nachdenken anregen sollen.

### Curriculum:

Das einstündige PJ- Seminar findet wöchentlich statt. Die einzelnen Seminare und -themen werden von den Assistenten, Psychologen, Sozialarbeitern, Oberärzten bzw. vom leitenden Arzt abgehalten.

Nr. *	Thema
1	Vorstellung/ Aufmerksamkeits- Defizit- Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
2	Psychopathologischer Befund
3	Essstörungen
4	Diagnostik in der KJP/ Testtheorie
5	Pharmakotherapie in der KJP
6	Störung des Sozialverhaltens und/oder der Emotionen/ kindliche Depression/ Anpassung- und Posttraumatische Belastungsstörungen
7	Autismus
8	Psychosen
9	Ticstörungen/ Zwangs- und Angststörungen/ seltene Krankheitsbilder der KJP
10	Psychotherapie
11	Intoxikation, Substanzmissbrauch und –abhängigkeit
12	Suizidalität/ Selbstverletzendes Verhalten/ Richterliche Unterbringung
13	Jugendhilfe/ Sozialpsychiatrie
14	Forschungsschwerpunkte/ berufliche Perspektiven in der KJP
15	Psychiatrische Symptome bei somatischen Grunderkrankungen/ Notfälle
16	Ausgewählte mündliche Prüfungs- und IMPP- Fragen für das Zweite Staatsexamen/ Evaluation

\* Die Reihenfolge der Seminarthemen kann variieren.

\* Zusätzlich kann als Seminar angeboten werden: DBT-A- Konzept

## Die einzelnen Seminartage im Überblick:

Im Folgenden werden die einzelnen Seminarthemen und deren Inhalt stichpunktartig aufgelistet. Zusätzlich finden sich jeweils ein paar Fragen, die einerseits der Seminar- und Prüfungsvorbereitung dienen und andererseits zum Nachdenken anregen sollen. Literaturhilfen befinden sich in **Kapitel VI**.

- **Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung (Hyperkinetische Störung)**
  - a) Inhalt und Ziele des Seminars
  - b) Vorstellung des MAS (zur Diagnosefindung)
  - c) Aufmerksamkeitsdefizits- Hyperaktivitätsstörung (ADHS) / Hyperkinetische Störung (HKS)
    - Symptomatik (Haupt- und Nebensymptome)
    - Diagnostik, diagnostische Kriterien nach ICD-10
    - Differenzialdiagnosen
    - Ätiologie, Pathogenese, Genetik und Prävalenz
    - Komorbidität
    - Therapieoptionen
    - Prognose (erhöhtes Risiko für ADHS im Erwachsenenalter und die Ausbildung anderer Störungen)
    - gesellschaftliche Bedeutung

### Fragen:

1. Ist ADHS eine Modediagnose?
2. Ist die Ursache in der Erziehung zu suchen? Sind die Eltern nicht konsequent genug?
3. Haben Menschen mit ADHS Vorteile im Leben gegenüber Gesunden?
4. Was sind die Kernsymptome einer ADHS?
5. Wie wird eine ADHS behandelt?
6. Korreliert ADHS mit dem IQ?

- **Psychopathologischer Befund (PPB)**

- spezifisches Vokabular in der Psychiatrie
- Inhalt des psychopathologischen Befundes & Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)

### Fragen:

1. Was ist der Unterschied zwischen formalen und inhaltlichen Denkstörungen?
2. Nenne den Unterschied zwischen Wahnstimmung, Wahneinfall, Wahnwahrnehmung, Wahngedanken, Wahnvorstellung anhand von Beispielen.

Im Anhang befindet sich eine Übersicht über die wichtigsten Kriterien des Psychopathologischen Befundes.

Tipp: Film über den psychopathologischen Befund bei OA Dr. Barth erhältlich.

- **Essstörungen: Anorexia und Bulimia nervosa, „Binge Eating“-Störung und Adipositas**
  - BMI und Altersperzentilen
  - Symptomatik, Diagnostik, diagnostische Kriterien nach ICD-10
  - Differenzialdiagnosen
  - Ätiologie, Pathogenese, Genetik und Prävalenz
  - Komorbidität
  - Therapieoptionen
  - Obeldicks
  - Prognose
  - gesellschaftliche Bedeutung

**Fragen:**

1. Was sind die diagnostischen Kriterien einer Anorexia nervosa?
2. Wieviel Prozent der Bevölkerung erfüllen das Gewichtskriterium der Anorexia nervosa?
3. Ist Erbrechen ein obligates Symptom einer Bulimia nervosa?
4. Ist Adipositas eine psychiatrische Erkrankung?
5. Wie verhält man sich therapeutisch Patienten mit einer Essstörung gegenüber?

- **Suizidalität, Selbstverletzendes Verhalten (SVV), richterliche Unterbringung**
  - Definition und Unterschied zwischen Suizidalität und SVV
  - Symptomatik, Diagnostik, diagnostische Kriterien nach ICD-10
  - Differenzialdiagnosen
  - Ätiologie, Pathogenese und Prävalenz
  - Komorbidität
  - Therapieoptionen, Umgang mit Patienten
  - Prognose
  - gesellschaftliche Bedeutung
  - rechtliche Grundlagen (PsychKG: §14, §1631b StGB, Freiwilligkeit)

**Fragen:**

1. Welchen Diagnosen/ Störungsbildern kann SVV bzw. Suizidalität zugeordnet werden?
2. Hat das SVV in den letzten Jahren zugenommen?
3. Wie geht man als Arzt/ Therapeut mit einem Patienten mit Suizidgedanken um?
4. Nenne Indikationen für eine Fixierung. Welche rechtlichen Schritte müssen beachtet werden?
5. Wie geht man mit Patienten um, deren Angehörigen einen Suizid ausgeführt haben?

- **Diagnostik/ Testtheorie**

a) häufig angewandte Test in der hiesigen KJP:

- IQ- Testung (Tests, Unterschiede: HAWIK, CFT-20, Kaufmann-ABC), Normalverteilung, Standardabweichung, Varianz, P- und T-Werte
- QB-Test
- Fragebögen zur Selbst- und Fremdbeurteilung (DIKJ, AFS, Conners, etc.) und deren Aussagekraft
- projektive Verfahren (SET, 3-W-T, etc.)

b) Medizinische Diagnostik (Anamnese, körperliche und neurologische Untersuchung, Labor, EKG, EEG, Liquordiagnostik, Bildgebung, etc.)

c) fachtherapeutische Diagnostik (Entwicklungsdiagnostik)

**Fragen:**

1. Was sind Standardabweichung, Varianz, T-Werte, p-Werte? Erkläre anhand der Normalverteilung des IQ!
2. Was bedeutet eine signifikante Korrelation?
3. Was wird beim IQ getestet? Welche Subklassen gibt es? Wie gehen Patient und Gesellschaft mit Hochbegabung bzw. geistiger Behinderung um?
4. Was wird in der KJP (überhaupt) an medizinischer Diagnostik angewandt?

*Im Anhang findet sich eine Übersicht über die Normalverteilung.*

**• Pharmakotherapie in der KJP**

- Substanzgruppen: Neuroleptika (starke, schwache, atypische), Benzodiazepine, Methylphenidat, Atomoxetin, SSRI, etc.
- Wirkung auf zellulärer Ebene
- Hauptwirkung(en)
- (Langzeit-) Nebenwirkungen und Komedikation (Akineton, etc.)
- Indikationen
- Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter

**Fragen:**

1. Hat sich durch die atypischen Neuroleptika die Langzeitprognose der Psychose in den letzten Jahrzehnten verbessert, und wenn ja, wie?
2. Wie läßt sich die Wirksamkeit von Psychopharmaka objektiv messen?
3. Was sind die gravierendsten Nebenwirkungen atypischer Neuroleptika?
4. Welche Kontrolluntersuchungen sind vor und während der Einnahme erforderlich?
5. Wie rasch sollte man die zur Verfügung stehenden Psychopharmaka einsetzen?

**• Störung des Sozialverhaltens (SSV)/ Emotionale Störung/ Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)/ Anpassungsstörung/ akute Belastungsstörung/ Bindungsstörung**

- Symptomatik, Diagnostik, diagnostische Kriterien nach ICD-10
- Differenzialdiagnosen
- Ätiologie, Pathogenese, Genetik und Prävalenz
- Komorbidität
- Therapieoptionen
- Prognose
- gesellschaftliche Bedeutung
- Definitionen, Ätiologie, Pathogenese und Prävalenz
- Symptomatik
- Diagnostik, diagnostische Kriterien nach ICD-10
- Schwierigkeiten in der Diagnosestellung
- Differenzialdiagnosen
- Therapieoptionen
- Komorbiditäten
- prognostische Indikationen (erhöhtes Risiko für die Ausbildung anderer Störungen)
- gesellschaftliche Bedeutung (life events, Wegfall der Großfamilien, etc.)

**Fragen:**

1. Ist die Prävalenz der einzelnen Störungsbilder in den letzten Jahren angestiegen? Wie sieht es in den Entwicklungsländern im Vergleich aus?
2. Ist das SSV therapierbar? Welchen Effekt haben z.B. die „Supernanny“ oder „Bootscamps“?
3. Welche Rolle spielt die Erziehung bei diesen psychiatrischen Störungen? Auf was sollte bei der Erziehung geachtet werden? Welche Tipps gibt es?

**• Autismus**

- Definitionen, Untergruppen: **Asperger, Kanner, Rett-Syndrom** (im Unterschied zum **Heller-Syndrom**) - nach Gegenstandskatalog werden in IMPP bisher nur diese drei Untergruppen gefragt – und **High functioning Autismus, atypischer Autismus**
- Symptomatik, Diagnostik, diagnostische Kriterien nach ICD-10
- Differenzialdiagnosen
- Ätiologie, Pathogenese, Genetik und Prävalenz
- Komorbidität
- Therapieoptionen
- Prognose
- gesellschaftliche Bedeutung

**Fragen:**

1. Ist der Asperger Autismus eine Erkrankung? Mögliche Vorteile?
2. Wo besteht u.a. der Unterschied zum Rettsyndrom bzw. zum Hellersyndrom?

*Tipp: Film über Autismus (bei OA Dr. Barth erhältlich), Film „Rainman“ mit Tom Cruise und Dustin Hoffman*

**• Psychose/ Schizophrenie / Psychopathologischer Befund (Wiederholung)**

- Symptomatik, Diagnostik, diagnostische Kriterien nach ICD-10
- Differenzialdiagnosen
- Ätiologie, Pathogenese, Genetik und Prävalenz
- Komorbidität
- Therapieoptionen
- Prognose
- gesellschaftliche Bedeutung
- spezifisches Vokabular in der Psychiatrie, Inhalt des psychopathologischen Befundes & Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)

**Fragen:**

3. Gibt es Prädiktoren für die Entstehung einer Psychose? Kann man präventiv eingreifen?
4. Was ist der Unterschied zwischen formalen und inhaltlichen Denkstörungen?
5. Was versteht man unter Positiv- bzw. Negativsymptomatik?
6. Wie wird eine Psychose behandelt?
7. Welche Formen einer Schizophrenie kennen Sie?

- **Ticstörung, Gilles-de-la-Tourette- Syndrom, PANDAS ( =Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Stretococcal infections), Angststörung, Zwangsstörung**

- Symptomatik, Diagnostik, diagnostische Kriterien nach ICD-10
- Differenzialdiagnosen
- Ätiologie, Pathogenese, Genetik und Prävalenz
- Komorbidität
- Therapieoptionen
- Prognose
- gesellschaftliche Bedeutung

**Fragen:**

1. Ist die Ticstörung eine psychiatrische Erkrankung?
2. In wieweit spielen autoimmunologische Faktoren eine Rolle?
3. Mit welchen Schwierigkeiten im Alltag haben Patienten mit diesen Störungen zu rechnen?

- **Psychotherapie: Verhaltenstherapie (VT), tiefenpsychologische Therapie, Familientherapie**

- Definitionen der Schulen: Psychologe vs. Psychiater? – Vor- und Nachteile?
- Aufbau, Ziele und Durchführung der Therapien
- Indikationen
- Angewandte Beispiele: THOP, SORCK-Schema

**Fragen:**

1. Wäre Sigmund Freud heute in Zeiten der Evidenz-basierten Medizin überhaupt angehört worden? – Schwierigkeiten in der Durchführung Evidenz-basierter Studien in der Psychiatrie.

- **Sucht & Intoxikation**

- Symptomatik, Diagnostik, diagnostische Kriterien nach ICD-10
- Verschiedene Substanzgruppen und Klinik/ Intoxikation
- Differenzialdiagnosen
- Ätiologie, Pathogenese, Genetik und Prävalenz
- Komorbidität
- Therapieoptionen
- Prognose
- gesellschaftliche Bedeutung
- Besonderheiten der Sucht im Kindes- und Jugendalter (Beschaffens kriminalität, gesellschaftliche Relevanz, prognostische Qualität)

**Fragen:**

1. Bringt frühe Prävention etwas?
2. Welches Outcome hat eine stationäre Therapie/ Langzeittherapie?
3. Sollten Drogen legalisiert werden, und wenn ja, welche?
4. Was können Kinder tun, wenn ihre Eltern drogenabhängig sind?

- **Jugendamt / Sozialpsychiatrie**

- rechtliche Grundlagen: KJHG, Paragraph 35a
- Maßnahmen: Heime (offene, geschlossene, KH-spezifische), flexible Familienhilfe, Tagesgruppe, 5-Tagesgruppe, Pflegefamilie, Integrationshelfer
- Leppermühle, TRIALOG, etc.
- Verschiedene Schulformen: Regelschulen, Förderschulen mit verschiedenen Schwerpunkten, etc.
- Überblick über das Tätigkeitsfeld des Jugendamtes

**Fragen:**

1. Wann sollte ein Kind aus der Familie genommen werden und wann nicht?
2. Wer hat welche Befugnisse, wer entscheidet wann was?
3. Welche Rechte bzw. welches Mitspracherecht hat das Kind?

*Tipp: Es besteht die Möglichkeit, die Einrichtung TRIALOG zu besichtigen. Bitte Dr. Barth ansprechen!*

- **Forschungsschwerpunkte / Berufliche Perspektiven in der KJP**

- Verbesserung der empirischen Datenlage
- biopsychiatrische Grundlagen: Genetikstudien
- hiesige Forschungsschwerpunkte (ADHS, Adipositas, Obeldicks)
- Vorstellung aktueller Studien
- Berufliche Perspektiven in der KJP aus Sicht eines Chefarztes

**Fragen:**

1. Welchen Sinn haben Genetikstudien, auch für die Eltern?
2. Ist alles biologisch/ genetisch erklärbar? Inwieweit haben wir einen freien Willen?

- **Psychiatrische Symptome bei somatischen Grunderkrankungen & Notfälle**

- Symptomatik, Diagnostik, diagnostische Kriterien nach ICD-10
- Differenzialdiagnosen: Störungen des Glukosehaushaltes & Hypoglykämie, Erkrankungen der Schilddrüse, Dehydratation, Fieber, Syndrome: Down-, Turner-, Klinefelter- Syndrom, fragiles X-Chromosom, etc.
- Ätiologie, Pathogenese, Genetik und Prävalenz
- Komorbidität
- Therapieoptionen
- Prognose
- gesellschaftliche Bedeutung
- **Notfälle:** Suizidalität, Anorexie, Psychose, Intoxikationen

**Fragen:**

1. Nenne die wichtigsten Notfallmedikamente, Dosierungen, Indikation, NW, etc.!
2. Mit welchen Symptomen muß man bei einer stark anorektischen Patientin rechnen?

- **Ausgewählte mündliche Prüfungs- und IMPP- Fragen für das Zweite Staatsexamen & Evaluation**

- alle bisher gestellten Fragen
- für Prof. Hebebrand und Dr. Barth unverzichtbare Basics
- Durchgehen typischer IMPP Fragen (der letzten Zeit)
- Feedback und Evaluation

*Ein Evaluationsbogen befindet sich im Anhang.*

- **Fakultativ: Verschiedene Krankheitsbilder der KJP: Enuresis, Enkopresis, Schulverweigerung, Entwicklungsstörungen (u.a. Lese-, Rechtschreib-, Rechenschwäche), Trichotillomanie & psychogener Haarausfall, Mutismus**

- Symptomatik, Diagnostik, diagnostische Kriterien nach ICD-10
- Differenzialdiagnosen: verschiedene Formen der Schulverweigerung (Trennungsangst/ Schulphobie, Schulunlust, Schulangst, Mobbing)
- Ätiologie, Pathogenese, Genetik und Prävalenz
- Komorbidität
- Therapieoptionen
- Prognose
- gesellschaftliche Bedeutung
- primärer/ sekundärer Krankheitsgewinn

**Fragen:**

1. Hat das Kind Vorteile durch diese Störungsbilder?
2. Therapieoptionen bei Enuresis/ Enkopresis: welchen Effekt hat die Benutzung einer Klingelhose?
3. Welche therapeutischen Maßnahmen können die Eltern anwenden?

## V. Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten

Neben der Teilnahme am PJ- Seminar gibt es weitere Möglichkeiten der Fortbildung während des PJ-Tertials. Die untenstehenden Fortbildungen können in Absprache mit dem zuständigen Assistenten und dem Einverständnis des jeweiligen Fortbildungsleiters besucht werden.

Die Termine und Themen werden z. T. in der allgemeinen Weiterbildung (mittwochs) bekannt gegeben und unter anderem am Schwarzen Brett im Kopierraum, 2. Etage ausgehängt bzw. sind bei Frau Fendrich im Vorzimmer von Prof. Hebebrand zu erfragen.

Regelmäßig stattfindende Termine sind auch auf dem **Stundenplan** im Anhang zu finden.

### Hausinterne Fortbildungen:

- PJ- Seminar, Näheres in **Kapitel IV** dieses Skriptes, Teilnahme verpflichtend
- Weiterbildung in der allgemeinen Weiterbildung jeden Mittwoch, 13 Uhr in der Bibliothek der Erwachsenenpsychiatrie, Teilnahme verpflichtend
- Balintgruppen\*, Bibliothek der KJP, Termine (mittwochs) hängen in der Bibliothek aus
- Supervisionen, Bibliothek der KJP, Termine (montags) bitte erfragen
- Teilnahme an Veranstaltungen der Erwachsenenpsychiatrie, Bibliothek der Erwachsenenpsychiatrie, Termine (mittwochs 17:00-18:30 Uhr) bitte erfragen
- Teilnahme am 14-tägigen Doktorandenseminar (dienstags 17-18:30 Uhr), Bibliothek der KJP
- Teilnahme am vierwöchentlich stattfindenden forensischen Seminar, bitte erfragen

### Externe Fortbildungen:

- Teilnahme an der allgemeinen PJ- Fortbildung (donnerstags 14-15 Uhr) am Uniklinikum Essen, Teilnahme verpflichtend
- Teilnahme an Veranstaltungen des Curriculums für die ärztliche Weiterbildung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Termine (donnerstags 14-18 Uhr) bitte erfragen
- Termine für gemeinsames Treffen der Uniklinika Aachen, Köln und Essen (Kooperation zwischen den KJP der 3 Universitätsklinika zwecks gemeinsamer Zusammenarbeit und Informationsaustausch), Termine bitte erfragen
- Veranstaltungen der DGKJP (Dt. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie), Termine sind auf der Webseite zu finden
- Veranstaltungen des BVKJD (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte in Dtl.), Termine sind auf der Webseite zu finden

## VI. Literaturhinweise

Einige, unserer Meinung nach sehr gute Bücher, Journals und Webseiten haben wir aufgelistet. Obwohl es sicherlich mehr an sehr guter Literatur zu empfehlen gibt, haben wir uns hier auf diese Auswahl beschränkt, die einen guten Ein- und Überblick über das gesamte Spektrum der KJP vermitteln kann.

### Bücher (in der Bibliothek der KJP, 2.Etage bzw. bei Fr. Knoll):

- Bandelow, Bleich, Kropp (Hrsg.) *Handbuch Psychopharmaka*. Hannover: Hogrefe 2006  
Das Handbuch basiert auf dem kanadischen Buch "Clinical Handbook of Psychotropic Drugs", herausgegeben von Kalyna Z. Bezchlibnyk-Butler und J. Joel Jeffries (9. Auflage) Seattle, Toronto, Göttingen, Bern: Hogrefe & Huber Publishers 1999
- Herpertz-Dahlmann, Resch, Schulte-Markwort, Warnke (Hrsg.): *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen*. Stuttgart: Schattauer 2003
- Hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP). *Das AMDP- System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde*. (7. Aufl.) Hannover: Hogrefe- Verlag 2000
- Jones (Hrsg.), *Smith`s Recognizable Patterns of Human Malformation*. (6. Auflage) La Jolla, California: Elsevier 2006
- Remschmidt (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung*. (4., neu bearbeitete und erweiterte Auflage) Stuttgart: Thieme 2005
- Remschmidt, Schmidt, Poustka (Hrsg.) *MAS – Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-I..* (5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage) Stuttgart: Thieme 2006

### Filme

- Filmmaterial zu spezifischen Krankheitsbildern, bitte an OA Dr. Barth wenden.

### Internet/ LINKS:

#### Wissenschaftliche Gesellschaften

- [Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften: AWMF- Leitlinien für Kinder- und Jugendpsychiatrie- und Psychotherapie](#)
- [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie](#)
- [International Society for Adolescent Psychiatry and Psychology](#)
- [International Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions](#)
- [World Psychiatric Association, Child and Adolescent Section](#)
- [World Association for Infant Mental Health](#)
- [National Institut for Mental Health](#)
- [American Academy for Child- and Adolescent Psychiatry](#)
- [European Society for Child and Adolescent Psychiatry](#)
- [European Union of Medical Specialists](#)

- Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland
- Deutschrachige Gesellschaft für Psychotraumatologie
- Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
- Fortbildungsveranstaltungen, angeboten vom LVR

#### **Internationale Journals:**

- Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie
- Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
- European Child & Adolescent Psychiatry
- National Institut for Mental Health
- Neuropsychobiology
- Pediatrics
- Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

#### **Gesellschaften & Informationen zu spezifischen Krankheitsbildern**

- Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte
- ADHS
- Bundesverband der Elterninitiativen zur Förderung hyperaktiver Kinder
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen
- Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie
- Deutsche Tourette Gesellschaft
- Deutsche Gesellschaft für Zwangserkrankungen
- Magersucht Online
- Übergewicht Online
- Deutsche Adipositasgesellschaft
- Beratungsstelle für Hochbegabung BRAIN

#### **Medizinische Datenbanken:**

- Online Mendelian Inheritance in Man (OMIM)

- update (Hinweis: geht nur über Zugangsberechtigung, nicht von hier aus!)
- PubMed

**Internetprogramme:**

- Programm zur BMI- Berechnung ([www.mybmi.de](http://www.mybmi.de))

**Universitäts- / Klinikseiten der Universität Duisburg- Essen & Sonstiges:**

- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie → Button „LEHRE“
- Medizinische Fakultät
- Rheinische Kliniken Essen
- Landschaftsverband Rheinland (LVR)
- Uniklinikum

## VII. Anhang

### Rechte der Kinder im Krankenhaus\*

Der Weltärztebund hat sich auf einer Generalversammlung stark gemacht für die Rechte der Kinder, die in ein Krankenhaus kommen. Das ist sehr wichtig, denn auch die Bedürfnisse und Wünsche von kranken Kindern müssen gehört und beachtet werden. Damit dieses Recht der Kinder auf altersangemessene Behandlung gestärkt wird, wurde eine „Charta“ dazu verabschiedet.

#### Wichtige Punkte dieser Charta:

- A. Die bestmögliche Wahrnehmung der Interessen des Kindes ist die wichtigste Aufgabe in der Gesundheitsversorgung.
- B. Kinder sollen nur dann in ein Krankenhaus aufgenommen werden, wenn die medizinische Behandlung, die sie benötigen, nicht ebenso gut zu Hause oder in einer Tagesklinik erfolgen kann.
- C. Kinder im Krankenhaus haben das Recht, ihre Eltern oder eine andere Bezugsperson jederzeit bei sich zu haben. Es sollten alle Anstrengungen unternommen werden, damit die Eltern bei ihrem stationär behandelten Kind sein können; falls erforderlich, sollte ihnen im oder ganz in der Nähe des Krankenhauses kostenlos bzw. zu sehr geringen Kosten eine Übernachtungsmöglichkeit zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus sollten sie auch Arbeitsbefreiung in Anspruch nehmen können, ohne dabei Nachteile für ihren Arbeitsplatz in Kauf nehmen zu müssen. Um an der Pflege ihres Kindes teilnehmen zu können, sollen Eltern über die Grundpflege und den Stationsalltag informiert werden. Ihre aktive Teilnahme daran soll unterstützt werden.
- D. Kinder und Eltern haben das Recht, in angemessener Art ihrem Alter und ihrem Verständnis entsprechend informiert zu werden. Es sollen alle Maßnahmen ergriffen werden, um körperlichen und seelischen Stress zu mildern.
- E. Kinder und Eltern haben das Recht, in alle Entscheidungen, die ihre Gesundheitsfürsorge betreffen, einbezogen zu werden. Jedes Kind soll vor unnötigen medizinischen Behandlungen und Untersuchungen geschützt werden.
- F. Kinder sollen gemeinsam mit Kindern betreut werden, die von ihrer Entwicklung her ähnliche Bedürfnisse haben. Kinder sollen nicht in Erwachsenenstationen aufgenommen werden. Es soll keine Altersbegrenzung für Besucher von Kindern im Krankenhaus geben, wenn keine medizinischen Gründe dagegen sprechen.
- G. Kinder haben das Recht auf eine Umgebung, die ihrem Alter und ihrem Zustand entspricht und die ihnen umfangreiche Möglichkeiten zu Spielen, zur Erholung und Schulbildung gibt. Die Umgebung soll für Kinder geplant, möbliert und mit Personal ausgestattet sein, das den Bedürfnissen von Kindern entspricht.
- H. Ärzte und andere mit der medizinischen Betreuung von Kindern betrauten Personen müssen über eine spezielle Ausbildung und besondere Fähigkeiten verfügen, um in geeigneter Weise den medizinischen, physischen, emotionalen und psychologischen Bedürfnissen der Kinder und ihrer Familien gerecht werden zu können.
- I. Die Kontinuität in der Pflege kranker Kinder soll durch ein Team sichergestellt sein.
- K. Kinder sollen mit Takt und Verständnis behandelt werden, und ihre Intimsphäre soll jederzeit respektiert werden. Es sollten alle Anstrengungen unternommen werden, um dem Kind Schmerzen und /oder Leiden zu ersparen.

*Originaltext dieser Kindercharta: Verabschiedet von der 50. Generalversammlung des Weltärztebundes Ottawa, Kanada ,Oktober 1998*

\*Anmerkung: Im Blickfeld standen hier somatisch und nicht psychiatrisch erkrankte Kinder.

# Psychischer Befund (AMDP-System)

0 nicht vorhanden  
1 leicht  
2 mittel  
3 schwer  
4 keine Aussage

## Bewußtseinsstörungen

Verminderung	F				
Trübung	F				
Einengung	sF				
Verschiebung	Sf				

## Orientierungsstörungen

zeitlich	sF				
örtlich	sF				
situativ	sF				
zur eigenen Person	sF				

## Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen

Auffassungsst.	sF				
Konzentrationsst.	sF				
Merkfähigkeitsst.	sF				
Gedächtnisst.	sF				
Konfabulationen	F				
Paramnesien (z.B. déjà-vu, jamais-vu)	F				

## Formale Denkstörungen

gehemmt	S				
verlangsamt	F				
umständlich	F				
eingeeengt	F				
perseverierend	F				
Grübeln	S				
Gedankendrängen	S				
ideenflüchtig	F				
Vorbereden	F				
gesperrt/Gedankenabreißen	SF				
inkohärent/zerfahren	F				
Neologismen	F				

## Befürchtungen und Zwänge

Mißtrauen	sF				
Hypochondrie	SF				
Phobien	Sf				
Zwangsdanken	S				
Zwangsimpulse	S				
Zwangshandlungen	SF				

## Wahn (inhaltliche Denkstörungen)

Wahnstimmung	sF				
Wahrnehmung	Sf				
Wahneinfall	SF				
Wahngedanken	SF				
Systematisierter Wahn	sF				
Wahndynamik	F				
Beziehungswahn	sF				
Beeinträchtigungs-/verfolgungswahn	sF				
Eifersuchtswahn	sF				
Schuldwahn	sF				
Verarmungswahn	sF				
hypochondrischer Wahn	sF				
Größenwahn	sF				
andere Wahnhalte	sF				

## Sinnestäuschungen

Illusionen	S				
Stimmenhören	S				
and. akust. Halluzinat. (Akoasmen)	S				

Name d. Patienten: .....  
Geburtsdatum / Alter: .....  
Untersuchungsdatum: .....

0 nicht vorhanden  
1 leicht  
2 mittel  
3 schwer  
4 keine Aussage

optische Halluzinationen	S				
Körperhalluzinationen	S				
Geruchs-/Geschmackshalluzinationen	S				

## Ich-Störungen

Derealisation	S				
Depersonalisation	S				
Gedankenausbreitung	S				
Gedankenentzug	S				
Gedankeneingebung	S				
and. Fremdbeeinflussungserleben	S				

## Störungen der Affektivität

ratlos	sF				
Gefühl der Gefühllosigkeit	S				
affektarm	F				
Störung der Vitalgefühle	S				
deprimiert	sF				
hoffnungslos	Sf				
ängstlich	S				
euphorisch	sF				
dysphorisch	sF				
gereizt	sF				
innerlich unruhig	S				
klagsam/ jammerig	F				
Insuffizienzgefühle	S				
gesteigerte Selbstwertgefühle	sF				
Schuldgefühle	S				
Verarmungsgefühle	S				
ambivalent	Sf				
Parathymie	F				
affektlabil	sF				
affektinkontinent	sF				
affektstarr	F				

## Antriebs- und psychomotorische Störungen

antriebsarm	SF				
antriebsgehemmt	S				
antriebsgesteigert	sF				
motorisch unruhig	SF				
Parakinesen (Stereotypen, Befehlsautomatismus, Negativismus)	F				
maniert / bizarr	F				
theatralisch	F				
mutistisch	F				
logorrhöisch	sF				

## Circadiane Besonderheiten

morgens schlechter	Sf				
abends schlechter	Sf				
abends besser	Sf				

## Andere Störungen

sozialer Rückzug	SF				
soziale Umtriebigkeit	sF				
Aggressivität	sF				
Suizidalität	Sf				
Selbstbeschädigung	SF				
Mangel an Krankheitsgefühl	sF				
Mangel an Krankheitseinsicht	sF				
Ablehnung der Behandlung	sF				
pflegebedürftig	F				

**Legende:** S: Selbstbeurteilung, F: Fremdbeurteilung, SF: Selbst- und Fremdbeurteilung sind gleichwertig, sF: Fremdbeurteilung ist wichtiger, Sf: Selbstbeurteilung ist wichtiger

**Literatur:** Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP). 7. Aufl. 2000; 223 S. Hogrefe-Verlag.

# **Psychopathologische Befunderhebung nach AMDP-System (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie)**

Quelle: AMDP-System: Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP). 7. Auflage. 2000, Hogrefe- Verlag

## ***Legende:***

- S: die Selbstbeurteilung ist allein heranzuziehen
- F: die Fremdbeurteilung ist allein heranzuziehen
- SF: Selbst- und Fremdbeurteilung sind gleichwertig
- sF: die Selbstbeurteilung ist weniger bedeutsam als die Fremdbeurteilung
- Sf: die Selbstbeurteilung ist bedeutsamer als die Fremdbeurteilung

## **Bewusstseinsstörungen:**

### **1. Bewusstseinsverminderung (F)**

Definition: Störung der Wachheit (Somnolenz, Sopor, Koma).

### **2. Bewusstseinstrübung**

Definition: Qualitative Beeinträchtigung der Bewusstseinsklarheit. Die Fähigkeit ist gestört, verschiedene Aspekte von der eigenen Person und der Umwelt zu verstehen, sie sinnvoll miteinander zu verbinden, sich entsprechend mitzuteilen und sinnvoll zu handeln.

### **3. Bewusstseinsengung**

**Definition: Fokussierung des Denkens, Fühlens und Wollens auf wenige Themen. Charakteristisch ist die verminderte Ansprechbarkeit auf Außenreize.**

### **4. Bewusstseinsverschiebung (Sf)**

Definition: Es handelt sich um eine fast völlig im Subjektiven bleibende Form der Bewusstseinsstörung, bei der die Patienten berichten, ihr Erleben sei erweitert durch Steigerung der Wachheit, intensiverer Wahrnehmung von Raum und Zeit, Sinnesempfindungen und eines erweiterten Erfahrungshorizontes.

## **Orientierungsstörungen**

### **5. Zeitliche Orientierungsstörung (sF)**

Definition: Datum (Tag, Monat und Jahr), Wochentag und/oder Jahreszeit werden nicht oder nur teilweise gewusst.

### **6. Örtliche Orientierungsstörung (sF)**

Definition: Der gegenwärtige Aufenthaltsort wird nicht oder nur teilweise gewusst.

### **7. Situative Orientierungsstörung (sF)**

Definition: Die gegenwärtige Situation wird in ihrem Bedeutungs- und Sinnzusammenhang für die eigene Person nur teilweise oder gar nicht erfasst.

### **8. Orientierungsstörungen zur eigenen Person (sF)**

Definition: Die aktuelle persönliche lebensgeschichtliche Situation wird nicht oder nur teilweise gewusst

## **Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen**

### **9. Auffassungsstörungen (sF)**

Definition: Störung der Fähigkeit, Wahrnehmungen in ihrer Bedeutung zu begreifen und sinnvoll miteinander zu verbinden, im weiteren Sinne auch in den Erfahrungsbereich einzubauen (gedankliche Verarbeitung einer Wahrnehmung).

### **10. Konzentrationsstörungen (sF)**

Definition: Verminderte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit ausdauernd einer Tätigkeit oder einem Thema zuzuwenden.

### **11. Merkfähigkeitsstörungen (sF)**

Definition: Herabsetzung bis Aufhebung der Fähigkeit, sich frische Eindrücke über eine Zeit von ca. 10 Minuten zu merken.

### **12. Gedächtnisstörungen (sF)**

Definition: Herabsetzung bis Aufhebung der Fähigkeit, Eindrücke oder Erfahrungen längerfristig (länger als ca. 10 Minuten) zu speichern bzw. Erlerntes aus dem Gedächtnis abzurufen.

### **13. Konfabulationen (F)**

Definition: Erinnerungslücken werden mit Einfällen ausgefüllt, die vom Patienten selbst für Erinnerungen gehalten werden.

### **14. Paramnesien (F)**

Definition: Unter "Paramnesien" werden folgende Merkmale zusammengefasst: - Falsches Wiedererkennen bzw. vermeintliche Vertrautheit (schon einmal gesehen, gehört, erlebt, "déjà-vu") und vermeintliche Fremdheit (noch nie

gesehen, "jamaisvu"); Ekmnesien (Störungen des Zeiterlebens bzw. der zeitlichen Einordnung, wobei die Vergangenheit als Gegenwart erlebt wird); Hypermnesien (Steigerungen der Erinnerungsfähigkeit)

## **Formale Denkstörungen**

**15. Gehemmt (S)** Definition: Das Denken wird vom Patienten subjektiv als gebremst oder blockiert (wie gegen einen inneren Widerstand) empfunden.

**16. Verlangsam (F)**

Definition: Das Denken ist verlangsamt und schleppend.

**17. Umständlich (F)**

Definition: Als umständlich bezeichnet man ein Denken, das bezogen auf den Gesprächsinhalt das Nebensächliche nicht vom Wesentlichen trennt. Der inhaltliche Zusammenhang bleibt dabei aber stets gewahrt.

**18. Eingeengt (F)**

Definition: Einschränkung des inhaltlichen Denkfanges, Verhaftetsein an ein Thema oder an wenige Themen, Fixierung auf wenige Zielvorstellungen.

**19. Perseverierend (F)**

Definition: Haftenbleiben an zuvor gebrauchten Worten oder Angaben, die im aktuellen Zusammenhang nicht mehr sinnvoll sind.

**20. Grübeln (nicht zwanghaft) (S)**

Definition: Unablässiges Beschäftigtsein mit (nicht nur, aber meist) unangenehmen Themen.

**21. Gedankendrängen (S)**

Definition: Der Patient ist dem Druck vieler verschiedener Einfälle oder Gedanken ausgeliefert.

**22. Ideenflüchtig (F)**

Definition: Vermehrung von Einfällen, die aber nicht mehr von einer Zielvorstellung straff geführt werden. Das Ziel des Denkens kann aufgrund dazwischenkommender Assoziationen ständig wechseln oder verloren gehen.

**23. Vorbeireden (F)**

Definition: Der Patient geht nicht auf die Frage ein, bringt etwas inhaltlich anderes vor, obwohl aus Antwort und/oder Situation ersichtlich ist, dass er die Frage verstanden hat.

**24. Gesperrt/Gedankenabreißen (SF)**

Definition: Plötzlicher Abbruch eines sonst flüssigen Gedankenganges oder des Sprechens ohne erkennbaren Grund, was vom Patienten erlebt (Gedankenabreißen) und/oder vom Interviewer beobachtet wird (gesperrt).

**25. Inkohärent/zerfahren (F)**

Definition: Denken und Sprechen des Patienten verlieren für den Untersucher ihren verständlichen Zusammenhang, sind im Extremfall bis in einzelne, scheinbar zufällig durcheinander gewürfelte Sätze, Satzgruppen oder Gedankenbruchstücke zerrissen.

**26. Neologismen (F)**

Definition: Wortneubildungen, die der sprachlichen Konvention nicht entsprechen und oft nicht unmittelbar verständlich sind.

## **Befürchtungen, Zwänge**

**27. Mißtrauen (sF)**

Definition: Wahrnehmungen werden ängstlich-unsicher auf die eigene Person bezogen. Anderen Menschen wird eine feindselige Haltung unterstellt.

**28. Hypochondrie (nicht wahnhaft) (SF)**

Definition: Ängstlich getönte Beziehung zum eigenen Körper, an dem z.B. Mißempfindungen wahrgenommen werden, mit offensichtlich unbegründeter Befürchtung, körperlich krank zu sein oder zu werden, normale Körpervorgänge bekommen oft eine übermäßige Bedeutung.

**29. Phobien (Sf)**

Definition: Angst vor bestimmten Situationen oder Objekten, die meist Vermeidungsreaktionen zur Folge haben.

**30. Zwangsdanken (S)**

Definition: Immer wieder sich gegen inneren Widerstand aufdrängende Gedanken oder Vorstellungen, die als unsinnig erlebt werden. Sie lassen sich vom Patienten nicht oder nur schwer unterbinden.

**31. Zwangsimpulse (S)**

Definition: Immer wieder gegen inneren Widerstand sich aufdrängende Impulse, bestimmte Handlungen auszuführen, die zwar abgelehnt werden, sich aber vom Patienten nur schwer unterbinden lassen.

**32. Zwangshandlungen (SF)**

Definition: Zwangshandlungen müssen (aufgrund von Zwangsimpulsen oder -gedanken) immer wieder gegen inneren Widerstand ausgeführt werden und lassen sich vom Patienten nicht oder nur schwer unterbinden, obwohl sie als unsinnig erlebt werden.

## Inhaltliche Denkstörungen/ Wahn

Wahn entsteht auf dem Boden einer allgemeinen Veränderung des Erlebens und imponiert als Fehlbeurteilung der Realität, die mit apriorischer Evidenz (erfahrungsunabhängiger Gewissheit) auftritt und an der mit subjektiver Gewissheit festgehalten wird, auch wenn sie im Widerspruch zur Wirklichkeit und zur Erfahrung der gesunden Mitmenschen sowie zu ihrem kollektiven Meinen und Glauben steht. Der Kranke hat im allgemeinen nicht das Bedürfnis nach einer Begründung seiner wahnhaften Meinung, ihre Richtigkeit ist ihm unmittelbar evident. (Definiton nach Scharfetter: Wahn ist eine private und privative lebensbestimmende Überzeugung eines Menschen von sich selbst und seiner Welt)

### **33. Wahnstimmung (sF)**

Definition: Ist die erlebte Atmosphäre des Betroffenseins, der Erwartungsspannung und des bedeutungsvollen Angemetetwerdens in einer verändert erlebten Welt oder auch durch ein verändert erlebtes Ich. Diese Stimmung besteht in einem Bedeutungszumessen und Inbeziehungsetzen, Meinen, Vermuten und Erwarten, das von Gesunden nicht nachvollzogen werden kann. Dabei gibt es die verschiedenen Grundtönungen der Stimmung; am häufigsten ist die Stimmung der Unheimlichkeit, das Mißtrauen, des Verändertenseins (des Kranken selbst oder seiner Umgebung), des Erschütter- und Erschrecktenseins, der Bedrohung, der Angst, des Argwohns, der Ratlosigkeit, manchmal auch der Gehobenheit, Euphorie und Zuversicht. In der Wahnstimmung ist der Wahnhalt in der Regel nicht definiert, deshalb kann der Patient keine Gründe für sein Erleben angeben.

### **34. Wahnwahrnehmung (Sf)**

Definition: Reale Sinneswahrnehmungen erhalten eine abnorme Bedeutung (meist im Sinne der Eigenbeziehung). Die Wahnwahrnehmung ist also eine wahnhafte Fehlinterpretation einer an sich richtigen Wahrnehmung.

### **35. Wahneinfall (SF)**

Definition: Wahneinfall nennt man das *gedankliche* (im Gegensatz zur "Wahnwahrnehmung") Auftreten von wahnhaften Vorstellungen und Überzeugungen. Diese treten meist plötzlich und unvermittelt auf.

### **36. Wahngedanken (SF)**

Definition: Wahnhaftes Denken.

### **37. Systematisierter Wahn (sF)**

Definition: Beschreibt den **Grad der Verknüpfung** (logisch oder auch paralogisch) einzelner Wahnsymptome mit anderen Wahnphänomenen, Sinnestäuschen, Ich-Störungen oder auch nicht krankhaft veränderten Beobachtungen und Erlebnissen. Zwischen diesen einzelnen "Aufbauelementen" werden Verbindungen hergestellt, die oft einen kausalen oder finalen Charakter besitzen und vom Patienten als Beweise und Bestätigungen angesehen werden.

### **38. Wahndynamik (F)**

Definition: Die effektive Anteilnahme am Wahn, die Kraft des Antriebes und die Stärke der Affekte, die im Zusammenhang mit dem Wahn wirksam werden.

### **39. Beziehungswahn (sF)**

Definition: Wahnhafte Eigenbeziehung, selbst belanglose Ereignisse werden ich-bezogen gedeutet.

### **40. Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn (sF)**

Definition: Der Kranke erlebt sich selbst als Ziel von Feindseligkeiten. Er wähnt sich von seiner Umwelt bedroht, gekränkt, beleidigt, verspottet, verhöhnt, die Umgebung trachte nach seinem Hab und Gut, nach seiner Gesundheit oder gar nach seinem Leben.

### **41. Eifersuchtswahn (sF)**

Definition: Wahnhafte Überzeugung, vom Lebenspartner betrogen und hintergangen zu werden.

### **42. Schuldwahn (sF)**

Definition: Wahnhafte Überzeugung, Schuld auf sich geladen zu haben.

### **43. Verarmungswahn (sF)**

Definition: Wahnhafte Überzeugung, nicht genug Mittel zum Lebensunterhalt zu haben.

### **44. Hypochondrischer Wahn (sF)**

Definition: Wahnhafte Überzeugung, krank zu sein.

### **45. Größenwahn (sF)**

Definition: Wahnhafte Selbstüberschätzung und Selbstüberhöhung.

### **46. Andere Inhalte (sF)**

Definition: Wahnthemen, die nicht in die obigen Kategorien passen.

## Sinnestäuschungen

### **47. Illusionen (S)**

Definition: Verfälschte wirkliche Wahrnehmungen. "Die Sache" (Reizquelle) wird verkannt (im Gegensatz zur Wahnwahrnehmung).

### **48. Stimmenhören (Phoneme) (S)**

Definition: Wahrnehmung menschlicher Stimmen, ohne daß tatsächlich jemand spricht.

### **49. Andere akustische Halluzinationen (sog. Akoasmen) (S)**

Definition: Akustische Halluzinationen, die nicht Stimmenhören beinhalten.

**50. Optische Halluzinationen (S)**

Definition: Wahrnehmen von Lichtblitzen, Photismen, Mustern, Visionen, Gegenständen, Personen oder ganzen Szenen ohne entsprechende Reizquelle. Hier auch optischszenische Halluzinationen kodieren (können kombiniert mit akustischen Sinnestäuschungen auftreten).

**51. Körperhalluzinationen (S)**

Definition: Taktile Halluzinationen (Taktiles Wahrnehmen von nicht vorhandenen Objekten) und Störungen des Leibempfindens (Coenästhesien).

**52. Geruchs- und Geschmackshalluzinationen (S)**

Definition: Geschmacks- und Geruchswahrnehmungen, ohne daß eine entsprechende Reizquelle ausgemacht werden kann.

## **Ich-Störungen**

**53. Derealisation (S)**

Definition: Personen, Gegenstände und Umgebung erscheinen unwirklich, fremdartig oder auch räumlich verändert. Dadurch wirkt die Umwelt z.B. unvertraut, sonderbar, oder gespenstisch.

**54. Depersonalisation (S)**

Definition: Störung des Einheitserlebens der Person im Augenblick oder der Identität in der Zeit des Lebenslaufs. Die Person kommt sich selbst fremd, unwirklich, unmittelbar verändert, als oder wie ein anderer und/oder uneinheitlich vor.

**55. Gedankenausbreitung (S)**

Definition: Die Gedanken gehören nicht mehr dem Patienten alleine, andere haben daran Anteil und wissen, was er denkt (Gedankenlesen).

**56. Gedankenentzug (S)**

Definition: Dem Patienten werden die Gedanken weggenommen oder "abgezogen".

**57. Gedankeneingebung (S)**

Definition: Gedanken und Vorstellungen werden als von außen her beeinflusst, gemacht, gelenkt, gesteuert, eingegeben, aufgedrängt empfunden.

**58. Andere Fremdbeeinflussungsergebnisse (S)**

Definition: Fühlen, Streben, Wollen oder Handeln werden als von außen gemacht erlebt.

## **Störungen der Affektivität**

**59. Ratlos (sF)**

Definition: Der Patient wirkt stimmungsgemäß wie jemand, der sich nicht mehr zurechtfindet und seine Situation, seine Umgebung oder Zukunft kaum oder nicht mehr begreift. Er versteht nicht mehr, was mit ihm geschieht und wirkt auf den Beurteiler "staunig" (verwundert, hilflos).

**60. Gefühl der Gefühllosigkeit (S)**

Definition: Hierbei handelt es sich um eine vom Patienten angegebene Reduktion oder einen Verlust affektiven Erlebens, um subjektiv erlebte Gefühlsleere. Der Patient erlebt sich als gefühlsverarmt, -leer, -verödet, nicht nur für Freude, sondern auch für Trauer.

**61. Affektarm (F)**

Definition: Die Anzahl (das Spektrum) gezeigter Gefühle ist vermindert. Wenige (z.B. nur Wut, Haß, Fixation in depressiver Stimmung) oder nur sehr dürftige Affekte (z.B. gleichgültig, unbeteiligt, teilnahmslos) sind beobachtbar.

**62. Störung der Vitalgefühle (S)**

Definition: Herabsetzen des Gefühls von Kraft und Lebendigkeit der körperlichen und seelischen Frische und Ungestörtheit.

**63. Deprimiert (sF)**

Definition: Negativ getönte Befindlichkeit (niedergedrückt, niedergeschlagen).

**64. Hoffnungslos (Sf)**

Definition: Pessimistische Grundstimmung, fehlende Zukunftsorientierung. Der Glaube an eine positive Zukunft ist vermindert oder abhanden gekommen ("Schwarz- sehen").

**65. Ängstlich (Sf)**

Definition: Der Patient hat Angst, manchmal ohne angeben zu können, wovor.

**66. Euphorisch (sF)**

Definition: Zustand des übersteigerten Wohlbefindens, Behagens, der Heiterkeit, der Zuversicht, des gesteigerten Vitalgefühls.

**67. Dysphorisch (sF)**

Definition: Mißmutige Verstimmtheit. Der Patient ist übellaunig, mürrisch, moros, nörgelnd, mißgestimmt, unzufrieden, ärgerlich.

**68. Gereizt (sF)**

Definition: Der Patient ist in einem Zustand erhöhter Reizbarkeit bis hin zur Gespanntheit.

**69. Innerlich unruhig (S)**

Definition: Der Patient spürt innere Aufgeregtheit, Spannung oder Nervosität.

**70. Klagsam/Jammrig (F)**

Definition: Schmerz, Kummer, Ängstlichkeit werden ausdrucksstark in Worten, Mimik und Gestik vorgetragen ("Wehklagen").

**71. Insuffizienzgefühle (S)**

Definition: Das Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit oder den eigenen Wert ist vermindert oder verloren gegangen.

**72. Gesteigertes Selbstwertgefühl (sF)**

Definition: Ein positiv erlebtes Gefühl von Steigerung des eigenen Wertes, der Kraft und/oder der Leistung.

**73. Schuldgefühle (S)**

Definition: Der Patient fühlt sich für eine Tat, für Gedanken oder Wünsche verantwortlich, die seiner Ansicht nach vor einer weltlichen oder religiösen Instanz, anderen Personen oder sich selbst gegenüber verwerflich sind.

**74. Verarmungsgefühle (S)**

Definition: Der Patient fürchtet, ihm fehlten die Mittel, seinen Lebensunterhalt zu bestreiten, er sei verarmt.

**75. Ambivalent (Sf)**

Definition: Koexistenz widersprüchlicher Gefühle, Vorstellungen, Wünsche, Intentionen und/oder Impulse des Patienten, die er als gleichzeitig vorhanden und meist auch als quälend erlebt.

**76. Parathymie (F)**

Definition: Gefühlsausdruck und berichteter Erlebnisinhalt stimmen nicht überein (paradoxe Affekte, inadäquate Gefühlsreaktion).

**77. Affektlabil (sF)**

Definition: Schneller Stimmungswechsel, der auf einen Anstoß von außen erfolgt (Vergrößerung der affektiven Ablenkbarkeit) oder auch scheinbar spontan auftritt.

**78. Affektinkontinent (sF)**

Definition: Affekte können bei geringem Anstoß überschießen, vom Patienten nicht beherrscht werden und manchmal eine übermäßige Stärke annehmen.

**79. Affektstarr (F)**

Definition: Verminderung der affektiven Modulationsfähigkeit. Hier ist die Schwingungsfähigkeit (Amplitude) verringert.

**Antriebs- und psychomotorische Störungen**

**80. Antriebsarm (SF)**

Definition: Mangel an Energie, Initiative und Anteilnahme.

**81. Antriebsgehemmt (S)**

Definition: Energie, Initiative und Anteilnahme werden als gebremst/blockiert erlebt.

**82. Antriebsgesteigert (sF)**

Definition: Zunahme an Energie, Initiative und Anteilnahme.

**83. Motorisch unruhig (SF)**

Definition: Gesteigert und ungerichtete motorische Aktivität.

**84. Parakinesen (F)**

Definition: Unter diesem Merkmal sind verschiedene psychopathologische Symptome subsumiert. *Parakinesen* sind qualitativ abnorme, meist komplexe Bewegungen, die häufig die Gestik, die Mimik und auch die Sprache betreffen. Unter *Stereotypien* versteht man Äußerungen auf sprachlichem und motorischem Gebiet, die die Tendenz aufweisen, oft längere Zeit hindurch in immer gleicher Form wiederholt zu werden. Im Gegensatz zur Perseveration ist hier kein Zusammenhang zu früher im Gespräch gebrauchten Worten und Gesten erkennbar. Hierunter fallen auch Verbigerationen (Wortstereotypien), Katalepsie (Haltungstereotypien) und die "flexibilitas cerea" (wächserne Biegsamkeit). *Befehlsautomatismus*: Der Patient führt automatisch Handlungen aus, die er selbst als nicht von ihm intendiert empfindet, sofern er sich überhaupt dazu äußert (äußern kann). *Negativismus*: Negativistische Kranke tun gerade das nicht, was man von ihnen erwartet oder verlangt (passiver Negativismus), oder sie tun genau das Gegenteil (aktiver Negativismus). Negativistische Kranke kann man in gewissen Fällen zur gewünschten Handlung bringen, wenn man ihnen diese Handlung verbietet oder ihnen das Gegenteil befiehlt (Befehlsnegativismus).

**85. Manieriert/bizarr (F)**

Definition: Alltägliche Bewegungen und Handlungen (auch Gestik, Mimik und Sprache) erscheinen dem Beobachter verstiegen, verschoben, possenhafte und verschnörkelt, werden manchmal mit einer ausgesprochen spielerischen Note ausgeführt.

**86. Theatralisch (F)**

Definition: Die Patienten erwecken den Eindruck, als würden sie sich selber darstellen.

**87. Mutistisch (F)**

Definition: Wortkargheit bis hin zum Nichtsprechen (Verstummen).

**88. Logorhoisch (sF)**

Definition: Verstärkter Redefluß.

## **Ciradiane Besonderheiten**

### **89. Morgens schlechter (Sf)**

Definition: Relativ regelhaftes morgendliches Schlechterfühlen im Vergleich zu anderen Tageszeiten.

### **90. Abends schlechter (Sf)**

Definition: Relativ regelhaftes abendliches Schlechterfühlen im Vergleich zu anderen Tageszeiten.

### **91. Abends besser (Sf)**

Definition: Relativ regelhaftes abendliches Besserfühlen im Vergleich zu anderen Tageszeiten.

## **Andere Störungen**

*In diesem Merkmalsbereich werden eine Reihe von Symptomen zusammengefaßt, die den anderen Merkmalsbereichen nicht zugeordnet werden können, jedoch von klinischer Relevanz sind.*

### **92. Sozialer Rückzug (SF)**

Definition: Einschränkung der Kontakte zu anderen Menschen.

### **93. Soziale Umtriebigkeit (sF)**

Definition: Vermehrung der Kontakte zu anderen Menschen.

### **94. Aggressivität (sF)**

Definition: Aggressivität umfaßt Aggressionstendenzen und Aggressionshandlungen.

### **95. Suizidalität (Sf)**

Definition: Suizidgedanken und -handlungen.

### **96. Selbstbeschädigung (SF)**

Definition: Selbstverletzungen ohne damit verbundene Suizidabsichten.

### **97. Mangel an Krankheitsgefühl (sF)**

Definition: Der Patient fühlt sich nicht krank, obwohl er krank ist.

### **98. Mangel an Krankheitseinsicht (sF)**

Definition: Der Patient erkennt seine krankhaften Erlebens- und Verhaltensweisen nicht als krankheitsbedingt an.

### **99. Ablehnung der Behandlung**

Definition: Widerstreben gegen verschiedene therapeutische Maßnahmen und/oder gegen Krankenhausaufnahme und -aufenthalt.

### **100. Pflegebedürftigkeit (F)**

Definition: Der Patient ist bei Aktivitäten des täglichen Lebens auf fremde Hilfe angewiesen.

## **Schlaf- und Vigilanzstörungen**

*Hierbei handelt es sich um Störungen des Schlafes und die Erfassung von Müdigkeit beim Patienten. Insbesondere beim Schlaf gibt es eine große Schwankungsbreite der individuellen Norm. Eine allgemeine Norm als Referenzkriterium ist problematisch. Deshalb ist ein intraindividueller Vergleich mit der prämorbidem Individual-Norm unumgänglich. Entscheidend ist das subjektive Erleben des Patienten.*

### **101. Einschlafstörungen (S)**

Definition: Verlängerung der Zeit bis zum Einschlafen.

### **102. Durchschlafstörungen**

Definition: Nach dem Einschlafen ist der Schlaf nicht kontinuierlich. Der Patient wacht evtl. mehrmals wieder auf, registriert diese Störung, kann jedoch wieder einschlafen.

### **103. Verkürzung der Schlafdauer (S)**

Definition: Vom Patienten empfundene Verkürzung der Gesamtschlafdauer in der Nacht.

### **104. Früherwachen (S)**

Definition: Deutliche Vorverlegung des Aufwachzeitpunktes. Unmöglichkeit, wieder einschlafen zu können.

### **105. Müdigkeit**

Definition: Gefühl verminderter Wachheit und damit verbundener Abnahme der Frische bis hin zur Neigung einzuschlafen.

## **Appetenzstörungen**

*Neben dem Verlangen nach Nahrung (Appetit) wird hier auch das Verlangen nach anderen Triebbefriedigungen (Durst, Sexualität) erfaßt. Die Appetenz kann vermindert oder verstärkt sein.*

### **106. Appetit vermindert (S)**

Definition: Vermindertem Verlangen nach Nahrung, verminderter Genuß am Essen und/oder Trinken.

### **107. Appetit vermehrt (S)**

Definition: Verstärktes Verlangen nach Nahrung.

### **108. Durst vermehrt (S)**

Definition: Der Patient hat das vermehrte Bedürfnis zu trinken.

**109. Sexualität vermindert (S)**

Definition: Herabsetzung des sexuellen Verlangens.

### **Gastrointestinale Störungen**

*Für die Abbildung der im folgenden genannten Symptome ist unerheblich, ob diese im Rahmen einer vorbestehenden oder der zugrundeliegenden (somatischen oder psychischen) Erkrankung oder Störung oder als unerwünschte Arzneimittelwirkung auftrate.*

**110. Hypersalivation (SF)**

Definition: Vermehrter Speichelfluß.

**111. Mundtrockenheit (Sf)**

Definition: Gefühl der Mundtrockenheit, verminderter Speichelfluß.

**112. Übelkeit**

Definition: Empfinden von Übelkeit und Brechreiz.

**113. Erbrechen (SF)**

Definition: Spontanes und/oder provoziertes Erbrechen.

**114. Magenbeschwerden (S)**

Definition: Keine.

**115. Obstipation (SF)**

Definition: Erschwerter Stuhlgang, Verstopfung.

**116. Diarrhoe (S)**

Definition: Häufigere und weichere Stühle (Durchfall).

### **Kardio-respiratorische Störungen**

**117. Atembeschwerden (Sf)**

Definition: Subjektiv erlebte Erschwerung der Atmung.

**118. Schwindel (Sf)**

Definition: Hier ist jede Form von Schwindelgefühl einschließlich orthostatischer Beschwerden gemeint.

**119. Herzklopfen (S)**

Definition: Der Patient klagt über verstärkt gespürten, beschleunigten oder unregelmäßigen Herzschlag.

**120. Herzdruck (S)**

Definition: "Beklemmende", eventuell als stechend oder drückend empfundene Herzbeschwerden, die entweder als äußerer oder innerer Druck auf das Herz erlebt werden.

### **Andere vegetative Beschwerden**

**121. Akkommodationsstörungen**

Definition: Beeinträchtigung der Fähigkeit des Auges zur Scharfeinstellung fixierter Gegenstände, Verschwommensehen.

**122. Schwitzen vermehrt (SF)**

Definition: Verstärkte Schweißneigung oder Schweißausbrüche.

**123. Seborrhoe (SF)**

Definition: Vermehrte Talgdrüsenproduktion.

**124. Miktionsstörungen (S)**

Definition: Störungen der Blasenentleerung. Diese umfaßt verschiedene Formen: erschwerte Miktion, Pollakisurie, Enuresis.

**125. Menstruationsstörungen (S)**

Definition: Abweichungen vom normalen Menstruationszyklus.

### **Weitere Störungen**

**126. Kopfdruck (S)**

Definition: Hier werden eine Reihe von unterschiedlichen Beschwerden erfaßt: Kopfdruck, "dumpfes Gefühl im Kopf", Kopfschmerz etc.

**127. Rückenbeschwerden (S)**

Definition: Hier werden unterschiedliche Formen von Rückenbeschwerden erfaßt: Schmerzen, Spannungsgefühl und Druckbeschwerden, die entweder umschrieben oder diffus, konstant oder wechselnd vorhanden sind.

**128. Schweregefühl in den Beinen (S)**

Definition: Die Beine werden als schwerer gegenüber sonst empfunden.

**129. Hitzegefühl (S)**

Definition: Hier werden unterschiedliche Formen von Hitzegefühl erfaßt: Hitzewallungen, Flush- Phänomene, aufsteigende Hitze etc.

**130. Frösteln (S)**

Definition: Dem Patienten ist kalt und er friert, obwohl kein Fieber besteht.

**131. Konversionssymptome (SF)**

Definition: Auf keiner körperlichen Erkrankung beruhende Störung, die unmittelbar in der Untersuchung zu beobachten sind oder aber unzweifelhaft für den Dokumentationszeitraum angegeben werden. Diese Störungen gehen in der Regel auf einen innerpsychischen Konflikt zurück und können einen symbolischen Ausdruckscharakter besitzen. Sie stehen häufig in engem zeitlichem Zusammenhang mit Ereignissen in der sozialen Umwelt.

## **Neurologische Störungen**

*Die Auswahl der im folgenden aufgeführten neurologischen Störungen ist darauf abgestellt, während einer Behandlung aufgetretene Nebenwirkungen insbesondere im extrapyramidal- motorischen System festzuhalten.*

**132. Rigor (F)**

Definition: Rigor ist eine bei Erkrankungen des extrapyramidal- motorischen Systems auftretende Muskeltonuserhöhung, die von Anfang bis Ende einer passiven Bewegung spürbar ist.

**133. Muskeltonus erniedrigt (Fs)**

Definition: Ein erniedrigter Muskeltonus ist gekennzeichnet durch einen verringerten Dehnungswiderstand der willkürlich entspannten Muskulatur.

**134. Tremor (FS)**

Definition: Zittern. Rhythmisch aufeinanderfolgende Kontraktionen antagonistisch wirkender Muskeln.

**135. Dyskinesien (sF)**

Definition: Motorische Fehlfunktionen bei Störungen des extrapyramidal-motorischen Systems.

**136. Hypokinesien (sF)**

Definition: Verarmte und verlangsamte physiologische Mitbewegungen, Willkür- und Reaktivbewegungen, zumeist als Ausdruck einer Störung des extrapyramidalmotorischen Systems.

**137. Akathisie (sF)**

Definition: Unfähigkeit, ruhig zu sitzen oder zu stehen.

**138. Ataxie (SF)**

Definition: Störung des geordneten Zusammenwirkens von Muskelgruppen bei zielgerichteten Bewegungen oder beim Einnehmen von Haltungen.

**139. Nystagmus (F)**

Definition: Unwillkürliche, rhythmische Augenbewegungen, die aus zwei unmittelbar aufeinanderfolgenden Phasen bestehen: Beim Rucknystagmus ist die Bewegung in die eine Richtung schnell, in die Gegenrichtung langsamer, beim Pendelnystagmus sind beide Phasen gleich schnell.

**140. Parästhesien (S)**

Definition: Hier ist jede Form von sensiblen Reizerscheinungen abzubilden, also nicht nur Parästhesien im eigentlichen Sinne (d.h. sensible Reizerscheinungen, die nicht als unangenehm erlebt werden), sondern auch Dysästhesien (als unangenehm empfundene sensible Reizerscheinungen).

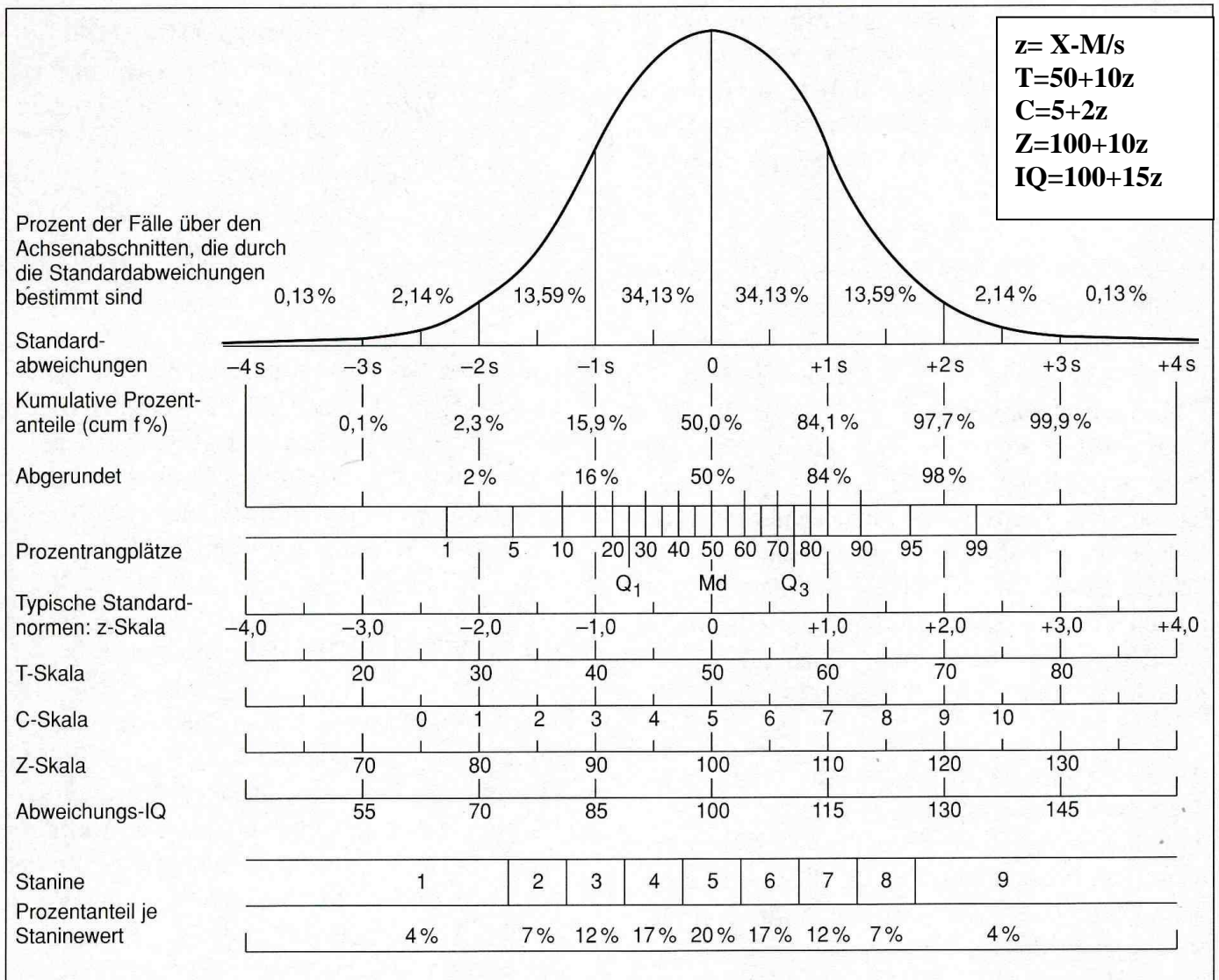
# Testpsychologie - Einführung: Testaufbau, Gütekriterien, Normwerte

- Projektive Tests:** Satzergänzungstest, Rohrschach-, TAT-Test; Sceno-Spiel - Assoziationen werden interpretiert
- Psychometrische Tests:** Hogrefe (ca. 700)
  - Bestandteile: Testmanual, Testmaterial, Auswertungshilfen
  - Tests sind standardisiert, (Eichstichprobe) und normiert
- Intelligenztests:** verbal-, nichtverbal; mit oder ohne Zeitbegrenzung
  - Erste Intelligenztests vor ca. 100 Jahren durch Binet und Simon entwickelt
  - Beispiele: HAWIK, HAWIE, Kaufmann- ABC, CFT-20
  - Prinzip: Aufgaben der Schwierigkeit nach geordnet, Bestimmung  $IQ = IA/LA \times 100$
- Leistungstests:** Motorik, Konzentration, Rechentest etc. (z.B. ZAREKI, DRT, Züricher Leseprobe, QB- Test)
- Persönlichkeitstests:** Eigenschaftstests (z.B. FPI, Hanes- II, PFK)

→ Die Testothek mit allen im Hause genutzten Testverfahren befindet sich im Raum 308, 3. Etage.

## Gütekriterien

- Objektivität: ( ca.  $r = 1.0$ )
- Reliabilität (Zuverlässigkeit): ( $r = 0,70$  bis  $0,95$ )
- Validität (Gültigkeit): ( $r = 0,30$  bis  $0,65$ )
- Standardmessfehler errechnet sich aus Standardabweichung und Reliabilität
- Bestimmung des Vertrauensintervalls: *Beispiel: Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ):  $T = 57$ ,  $SD = 6.77$ ;  $r_{tt} = .844$  (T- Werte- Band = 53-62)*



# Evaluationsbogen für das PJ-Wahlfach Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Einsatzorte (Stationen/ Ambulanz): \_\_\_\_\_
- Einsatzzeit (Jahr): \_\_\_\_\_
- Zuständiger OA: \_\_\_\_\_

## 1. Wie bewerten Sie insgesamt diesen PJ- Abschnitt?

(Punkte: 1= sehr gut, 6=ungenügend)

Vermittlung praktischer Fertigkeiten (körperliche & neurologische Untersuchung, Blutentnahmen, Fixierung, etc.)

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Vermittlung theoretischen Wissens

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Patientenkontakt und Patientenführung

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Organisation der Stationsarbeit

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Integration und Teamarbeit

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Beurteilung insgesamt

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

## 2. Wie beurteilen Sie allgemein die Lehrbereitschaft der Ärzte des Arbeitsbereichs?

(Punkte: 1= sehr gut, 6=ungenügend)

Assistenten

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Oberärzte

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Chefarzt

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

## 3. Wie würden Sie Ihren Wissenszuwachs im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie nach diesem Tertial einschätzen?

(Punkte: 1= sehr gut, 6=ungenügend)

vor dem Tertial

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

nach dem Tertial

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

## 4. Wie viele Wochenstunden haben Sie durchschnittlich gearbeitet?

ca. \_\_\_\_ Stunden/ Woche

## 5. Bitte geben Sie eine Einschätzung Ihrer Tätigkeiten während Ihres Einsatzes.

(Punkte: 1=immer, 6=gar nicht)

Waren Sie bei Visiten dabei?

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Betreuten Sie unter Anleitung "eigene Patienten"?

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Stellten Sie bei Visiten Patienten vor?

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Wurden Patientenaufnahmen mit Ihnen hinterher besprochen?

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Wurden Befunde mit Ihnen besprochen?

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

## 6. Welchen Anteil eines Tages hatten im Durchschnitt die folgenden Tätigkeiten (in Prozent)?

1. Praktische Tätigkeiten

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

2. Visiten und Besprechungen

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

3. Theoretischer/ praktischer Unterricht

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

4. Arbeiten ohne Lerneffekt

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

5. Leerlauf ohne die Möglichkeit zum Eigenstudium

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

## 7. Wurden Sie als Person im Team wahrgenommen und akzeptiert?

(Punkte: 1= sehr, 6 = überhaupt nicht)

Pflege- und Erziehungspersonal

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Assistenzärzte & Psychologen

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Oberärzte

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Chefarzt

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

## 8. Wie beurteilen Sie das Engagement der Lehrenden

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

*im PJ-Seminar?*

*(Punkte: 1=sehr gut, 6=schlecht)*

**9. Profitieren Sie in Bezug auf die Examensvorbereitung vom PJ-Seminar?**

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

*(Punkte: 1= sehr, 6 = überhaupt nicht)*

**10. Wie oft ist das PJ-Seminar ausgefallen?**

\_\_\_\_\_ mal ausgefallen

**11. Wie war/ist nach diesem Tertial Ihre Motivation, sich weiter mit KJP zu beschäftigen?**

*(Punkte: 1= stark vorhanden, 6 = nicht vorhanden)*

vor dem Tertial

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

nach dem Tertial

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

### **FREITEXTANTWORTEN:**

Diese Seite können Sie nutzen, um **frei** und so **konkret** wie möglich zu schreiben, was Ihnen am PJ-Abschnitt in dieser Abteilung am stärksten verbesserungswürdig erschien, was besser gemacht werden könnte und wie dies geschehen könnte. Ruhig auch Dinge aufschreiben, die zunächst unrealistisch erscheinen, **es geht um ein Stimmungsbild.**

*Am meisten hat mich gestört und wie könnte man dies ändern?*

*Was hat mir am meisten gefallen?*

## Stundenplan

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
08:00			Beginn Station PK1	Beginn Station PK2	
<b>08:30</b>	Beginn Ambulanz/Station	Beginn Ambulanz/Station	Beginn Ambulanz/Station	Beginn Ambulanz/Station	Beginn Ambulanz/Station
09:00	<b>ChA Visite PK2</b>			<b>OA Visite PK2</b>	
09:30					
10:00					
10:30		<b>ChA Visite PK1</b>	Assistentenbesprechung, PKJ-B		
11:00	Supervision für alle*, PKJ-B		Stationsbesprechung, PKJ-B		
11:30		Intervision Ambulanz, PKJ-B	<b>Ambulanzbesprechung,</b> PKJ-B	Intervision Ambulanz, PKJ- B	
12:00	<b>Übergabe, PKJ-B</b>		Intervision Ambulanz, PKJ-B		
12:30		<b>OA Visite PK3</b>		<b>ChA Visite PK3</b>	<b>OA Visite PK4</b>
13:00	Intervision Ambulanz*, PKJ-B		<b>Fortbildung, AP-Bibliothek</b>		
13:30					
14:00				<b>OA Visite PK1</b>	<b>Übergabe, anschließend</b> Fallvorstellung , Gutachtensvorstellung bzw. Kodierungsseminar, PKJ-B
14:30					
15:00		<b>PJ-Seminar</b>	Balintgruppen 15-18Uhr**		
15:30					
16:00			<b>ChA Visite PK4</b>		
16:30					
<b>17:00</b>	<i>Ende</i>	<i>Ende</i>	<i>Ende</i>	<i>Ende</i>	<i>Ende</i>

\* = alle 14 Tage

\*\*= bestimmte Termine festgelegt, Raum 13 bzw. AP-Bibliothek

markierte Felder: Anwesenheit erwünscht!

PKJ-B = Bibliothek auf der 2. Etage