

Tagungskalender und Mitteilungen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 41 (1992) 3, S. 105-112

urn:nbn:de:bsz-psydok-35466

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

- GERHARDT, U.: Beratungsarbeit mit ausländischen Familien (Counseling Help for Immigrant Families) 76
- KASSEBROCK, F.: Bewältigung der Ablösungsprobleme anfallskranker Jugendlicher und junger Erwachsener mit Hilfe eines multidisziplinären Beratungsteams (Coping with Conflicts in Families of Adolescents and Young Adults with Epilepsy. Strategies of Epileptological and Psychosocial Counseling) 258

Familientherapie

- BAUERS, B.: Familientherapie bei Scheidung (Family Therapy with Divorce Families) 253
- HEEKERENS, H. P.: Humor in der Familientherapie – Zum Stand der Diskussion (Humour in Family Therapy – The State of the Discussion) 25
- MÜSSIG, R.: Familienmuster im Dienst der Selbstorganisation aus psychoanalytisch-systemischer Sicht (Family Patterns with the Task of Selforganisation in a Psychoanalytic-Systemic View) 219
- SCHMIDT, H. R.: Familienkonstellationen in Theorie und Praxis: Über Symmetrie und Komplementarität (Family Constellations in Theory and Practice: Upon Summerty and Complementary) 331

Forschungsergebnisse

- CIERPKA, A./FREVERT, G./CIERPKA, M.: „Männer schmutzen nur!“ – eine Untersuchung über alleinerziehende Mütter in einem Mutter-Kind-Programm („Men Make But Dirt“) – A Study on Single Educating Mothers in a Mother-Child-Programme) 168
- DEIMANN, P./KASTNER-KOLLER, U.: Was machen Klienten mit Ratschlägen? Eine Studie zur Compliance in der Erziehungsberatung (How do Clients comply with Advice?) 46
- HÄRING, H. G./HÜSING, A.: Sind Eltern mit der Schulpsychologischen Beratung zufrieden? – Erprobung eines Elternfragebogens (Are Parents satisfied with School Psychologist's Consultation? – The Testing of a Questionnaire for Parents) 52
- HOLLÄNDER, A./HEBBORN-BRASS, U.: Familiäre Entwicklungsbedingungen von autistischen Kindern vor der Heimaufnahme: Ein Vergleich mit Familien von hyperkinetisch, emotional und dissozial gestörten Kindern (Family-Environment of Autistic Children Before Referral to a Residential Care Institution: A Comparison with Families of Hyperactive, Emotionally Disturbed and Conduct Disorders Children) 40
- HOPF, H. H.: Geschlechtsunterschiede in Träumen. Inhaltsanalytische Erfassung von oknophilen und philobatischen Traumbildern in den Träumen von Kindern und Jugendlichen (Differences of Sex in the Dreams – Content Analytical Record of Oknophile and Philobatic Visions in the Dreams of Children and Young People) 176

- LAUCHT, M./ESSER, G./SCHMIDT, M. H./IHLE, W./LÖFFLER, W./STÖHR, R. M./WEINDRICH, D./WEINEL, H.: „Risikokinder“: Zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindliche Entwicklung in den beiden ersten Lebensjahren (Children at Risk: The Role of Early Biological and Psychological Factors in the Development of Infants and Toddlers) 274
- MACKENBERG, H.: Gefühlserkennen bei Kindern mit MCD-Diagnose (Recognition of Other's Emotions in Children with Minimal Brain Dysfunction) 9
- WEBER, P.: Die Motorik hörbehinderter Kinder (The Motoricity of Hearing Impaired Children) 2
- WEINDRICH, D./LAUCHT, M./ESSER, G./SCHMIDT, M. H.: Disharmonische Partnerbeziehung der Eltern und kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter (Marital Discord and Early Child Development) 114
- ZIMMERMANN, W.: Integrative Einzelpsychotherapie jugendlicher und junger Erwachsener Enuretiker – psychodiagnostische und psychosomatische Aspekte (Integrative Psychodynamic-oriented Psychotherapy of Youth and Young Adult Enuretics – Psychodiagnostic and Psychosomatic Aspects) 156

Kinder- und Jugendpsychiatrie nach der deutschen Einigung

- FEGERT, J. M./GEIKEN, G./LENZ, K.: Einige Eindrücke zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Berlin nach dem Fall der Mauer (Psycho-social Situation of Families and Child Psychiatric Problems in Berlin after the Fall of the Berlin Wall) 361
- HÖFLER, C.: Psychosoziale Belastungsfaktoren im historischen Umbruch (Psycho-Social stress Factors Caused by Historical Change) 350
- HUMMEL, P.: Transkulturelle Probleme der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Folgen einer inversen Migration? – Zur Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus der ehemaligen DDR in der ‚alten‘ Bundesrepublik (Cross-cultural Problems in Child and Adolescent Psychiatry or Consequences of an Inverse Migration? – The Diagnosis and Treatment of Children and Adolescents from the Former GDR in the ‚Ancient‘ FRG) 356
- SCHIER, E.: Ethnomedizinische und transkulturell-psychiatrische Aspekte der Migration (Ethnomedical and Transcultural-Psychiatric Aspects of Migration) 345
- SPECHT, F./ANTON, S.: Stationäre und teilstationäre Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie im vereinten Deutschland 1991 (In-Patient and Partially In-Patient Psychiatric Institutions for Children and Adolescents in United Germany 1991) 367
- WINKELMANN, B.: Manifestation psychischer Störungen durch Belastungsfaktoren des historischen Umbruchs in der ehemaligen DDR (Manifestation of Psychic Disorders Through Stress Factors Caused by the Historical Upheavals in the Former GDR) 354

Praxisberichte

- BISCHOFF, D.: Bemerkungen über das Problem der Spaltung bei anorektischen Patientinnen (Considerations About the Problem of Inter- and Intra-psychic Splitting in Anorectic Patients) 95
- BODE, M./MEYBERG, W.: Musiktherapie in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung (Music Therapy in a Children's and Adolescents' Psychiatric Department) 293
- GUGGENBUHL, A.: Das Mythodrama – ein gruppenpsychotherapeutisches Modell für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (Tales and Fiction in Group Psychotherapy for Children and Juveniles) 297

Übersichten

- BUCHHOLZ, M. B.: Streit und Wider-Streit – Unbewußtheiten im kulturellen Kontext (Quarrels and Counterquarrels – Unconsciousness in Cultural Context) 17
- DETTMERING, P.: Das Märchen vom ‚Marienkind‘ – Adoleszenz im Märchen (The Fairy-tale of ‚St. Mary's Child‘) 90
- DIEPOLD, B.: Probleme der Diagnostik bei Borderline-Störungen im Kindesalter (Problems in Diagnosing Borderline Disorders in Children) 207
- FURTADO, E. F.: Die Entwicklung der kommunikativen Kompetenz im Säuglingsalter (The Infant Communicative Competence Development) 139
- GUTTORMSEN, G.: Unfreiwillige Kinderlosigkeit: ein Familienproblem (Infertility: a Family Problem) 247
- HAMMON, C. P.: Gefährliche Comics – nur ein Märchen? (The Dangers of Comics – Nothing but a Fairy Tale?) 184
- HANTSCHKE, B./HENZE, K. H./PIECHOTTA, G.: Psychosoziale Aspekte bei der Frühgeburt eines Kindes – eine Bestandsaufnahme (Psychosocial Aspects of Premature Birth. A Survey) 129
- HELBING-TIETZE, B.: Die Funktion und Bedeutung von Idealbildungen für das Selbst in der Adoleszenz – illustriert an Anton Reiser (The Function and Meaning of Idealizing for the Self in Adolescence – illustrated with Anton Reiser) 57
- KOLBENSTVEDT-MICHEL, G./EGGERS, C.: Die Bedeutung des Übergangsobjektes für die psychische Entwicklung des Kindes (The Significance of Transitional Objects for the Child's Mental Development) 215
- KUSCH, M./BODE, U.: Der Psycho-Soziale Fragebogen für die Pädiatrische Onkologie (PSFPO) (The Psycho-Social Questionnaire of the Paediatric Oncology [PSFQPO]) 240
- MÜLLER-KÜPPERS, M.: Aus den Anfängen der Kinderanalyse (Upon the Beginnings of Child Analysis) 200
- OTTO, B.: Grenzen der Milieuthérapie Bruno Bettelheims (Limits of the Milieu-Therapy of Bruno Bettelheim) .. 316
- SCHACKE, M.: Ichstörungen bei Geistigbehinderten – Ansätze zu einem Verständnis (Egodisturbances by Mental Retardates) 119
- SCHMÖLZER, C.: Angst und Adoleszenz (Anxiety and Adolescence) 320
- SPECHT, F.: Kinder- und Jugendpsychiatrie – wie, wo, für wen? – Fragen der Versorgungsforschung (Child and Adolescent Psychiatry – How, Where, For Whom? – Questions of Medical Care and of Research Concerning Medical Care) 83
- STREHLOW, U./LEHMKUHL, U./HAFFNER, J.: Erfahrungen mit den Neufassungen der Klassifikationssysteme für

- psychische Störungen (ICD-10 und 5. Achse MAS) (Experiences with the New Installed ICD-10 and the New Version of MAS) 328
- VOGT-HILLMANN, M./BURR, W./EBERLING, W.: Ein kurztherapeutisch synergetischer Ansatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (A Synergetic Approach of Brief Therapy in the Psychiatric Treatment of Children and Adolescents) 286

Tagungsberichte

- Bericht über die Jahrestagung des Arbeitskreises DGPT-
VAKJP vom 28.–30. Mai 1992 in Tiefenbrunn bei Göttingen 263

Buchbesprechungen

- AFFLECK, G. et al.: Infants in Crisis. How Parents cope with Newborn Intensive Care and its Aftermath 230
- BAERISWYL-ROUILLER, I.: Die Situation autistischer Menschen 33
- BÄUERLE, D.: Im Kampf gegen die Drogensucht. Hilfen für Eltern und ihre Kinder 189
- BARCHMANN, H. et al.: Aufmerksamkeit und Konzentration im Kindesalter 230
- BREMER-HÜBLER, U.: Streß und Streßverarbeitung im täglichen Zusammenleben mit geistig behinderten Kindern 101
- BRÜCKNER, J. et al.: Musiktherapie für Kinder 100
- BULLOCK, M. (Ed.): The Development of Intentional Action. Cognitive, Motivational, and Interactive Processes 337
- DIECKMANN, H.: Gelebte Märchen – Lieblingsmärchen der Kindheit 101
- DIETHELM, K.: Mutter-Kind-Interaktion. Entwicklung von ersten Kontrollüberzeugungen 232
- EICKHOFF, F. W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie und Praxis, Bd. 27 ... 148
- ELLIOT, M.: So schütze ich mein Kind vor sexuellem Mißbrauch, Gewalt und Drogen 103
- ESSER, G.: Was wird aus Kindern mit Teilleistungsschwächen? 339
- FAST, I.: Von der Einheit zur Differenz 379
- FISHER, S.: Heimweh. Das Syndrom und seine Bewältigung 340
- FRÖSCHER, W. (Hrsg.): Lehrbuch der Neurologie mit Repetitorium 103
- GADDES, W. H.: Lernstörungen und Hirnfunktion. Eine neuropsychologische Betrachtung 189
- GÖRRES, S./HANSEN, G. (Hrsg.): Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung 269
- GREIFFENHAGEN, S.: Tiere als Therapie. Neue Wege in Erziehung und Heilung 104
- GRISSEMAN, H.: Förderdiagnostik von Lernstörungen .. 308
- GRISSEMAN, H.: Hyperaktive Kinder 310
- GRÖSCHKE, D.: Psychologische Grundlagen der Heilpädagogik 306
- HEBBORN-BRASS, U.: Verhaltensgestörte Kinder im Heim. Eine empirische Längsschnittuntersuchung zu Indikation und Erfolg 268
- HEIDENREICH, W./OTTO, G.: Sterilisation bei geistiger Behinderung 309
- HEIMLICH, H./ROTHER, D.: Wenn's zu Hause nicht mehr geht. Eltern lösen sich von ihrem behinderten Kind .. 190
- HERKNER, W.: Lehrbuch Sozialpsychologie 234

HINZE, D.: Väter und Mütter behinderter Kinder. Der Prozeß der Auseinandersetzung im Vergleich	267	SCHOPPE, A.: Kinderzeichnung und Lebenswelt. Neue Wege zum Verständnis des kindlichen Gestaltens	229
HOFMANN, V.: Die Entwicklung depressiver Reaktionen in Kindheit und Jugend	311	SCHULZE, H.: Stottern und Interaktion	99
IMBER-BLACK, E.: Familien und größere Systeme. Im Gerüst der Institutionen	151	SESTERHENN, H.: Chronische Krankheit im Kindesalter im Kontext der Familie	192
JANUS, L.: Wie die Seele entsteht. Unser psychisches Leben vor und nach der Geburt	149	SOLNIT, A.J. et al. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 45	69
KEGEL, G./TRAMITZ, C.: Olaf, Kind ohne Sprache. Die Geschichte einer erfolgreichen Therapie	270	SOMMER-STUMPENHORST, N.: Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten: Vorbeugen und Überwinden	100
KLOSINSKI, G. (Hrsg.): Pubertätsriten. Äquivalente und Defizite in unserer Gesellschaft	235	SPECK, O.: Chaos und Autonomie in der Erziehung. Erziehungsschwierigkeiten unter moralischem Aspekt	70
KÖNIG, K./LINDNER, W.V.: Psychoanalytische Gruppentherapie	269	SPIESS, W. (Hrsg.): Gruppen- und Team-Supervision in der Heilpädagogik	190
LEBOVICI, S.: Der Säugling, die Mutter und der Psychoanalytiker – Die frühen Formen der Kommunikation	308	STORK, J. (Hrsg.): Neue Wege im Verständnis der allerfrühesten Entwicklung des Kindes. Erkenntnisse der Psychopathologie des Säuglingsalters	69
LEHMKUHL, U. (Hrsg.): Therapeutische Aspekte und Möglichkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	231	SZCZESNY-FRIEDMANN, C.: Die kühle Gesellschaft. Von der Unmöglichkeit der Nähe	67
LEONHARD, K.: Kinderneurosen und Kinderpersönlichkeit	336	TEXTOR, M.R.: Scheidungszyklus und Scheidungsberatung	267
LEYER, E.M.: Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. Zur Praxis der transkulturellen Psychotherapie	378	TEXTOR, M.R.: Familien: Soziologie, Psychologie. Eine Einführung für soziale Berufe	268
LOHAUS, A.: Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern	149	THEUNISSEN, G.: Heilpädagogik im Umbruch	270
MARTINIUS, J. (Hrsg.): Kinder- und jugendpsychiatrische Notfälle	34	TIETZE-FRITZ, P.: Handbuch der heilpädagogischen Diagnostik	377
MASSING, A. (Hrsg.): Psychoanalytische Wege in der Familientherapie	68	TÖLLE, R.: Psychiatrie	231
MATAKAS, F.: Neue Psychiatrie. Integrative Behandlung: psychoanalytisch und systemisch	307	TREPPER, T.S./BARRETT, M.J.: Inzest und Therapie: Ein (system)therapeutisches Handbuch	191
MÖLLER, W./NIX, C. (Hrsg.): Kurzkomentar zum Kinder- und Jugendhilfegesetz	102	TRESCHER, H./BÜTTNER, C.: (Hrsg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik 3	339
MOGEL, H.: Psychologie des Kinderspiels	338	TYSON, P./TYSON, R.: Psychoanalytic Theories of Development. An Integration	66
MÜSSIG, R.: Familien-Selbst-Bilder. Gestaltende Verfahren in der Paar- und Familientherapie	233	Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung (Hrsg.): Familienorientierte Frühförderung	378
NISSEN, G. (Hrsg.): Psychogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter	230	VIEBROCK, H./HOLSTE, U. (Hrsg.): Therapie – Anspruch und Widerspruch	338
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse IX, 1989	31	WESTHOFF, K./KLUCK, M.L.: Psychologische Gutachten schreiben und beurteilen	149
ORBACH, I.: Kinder, die nicht leben wollen	150	WIESSE, J. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin in Kindheit und Adoleszenz	98
PERREZ, M./BAUMANN, U. (Hrsg.): Klinische Psychologie, Bd. 2: Intervention	32	WILMERT, H.: Autistische Störungen. Aspekte der kognitiven Entwicklung autistischer Kinder	234
QUEKELBERGHE, R.v.: Klinische Ethnopsychologie: Einführung in die Transkulturelle Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie	67	ZIEGLER, F.: Kinder als Opfer von Gewalt. Ursachen und Interventionsmöglichkeiten	271
RANDOLPH, R.: Psychotherapie – Heilung oder Bildung? Pädagogische Aspekte psychoanalytischer Praxis	309	ZINKE-WOLTER, P.: Spüren – Bewegen – Lernen. Handbuch der mehrdimensionalen Förderung bei kindlichen Entwicklungsstörungen	232
RAUCHFLEISCH, U.: Kinderpsychologische Tests. Ein Kompendium für Kinderärzte	235		
REHN, E.: Geschwister zerebralparetischer Kinder. Persönlichkeitsstruktur, Lebenssituation und seelische Gesundheit	99	Editorial 344	
REITTER, H. (Hrsg.): Kinderspiel und Kindheit in Ost und West	98	Mitteilungen der Herausgeber 265	
ROGERS, C.R./SCHMID, P.F.: Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis	376	Autoren der Hefte 30, 64, 97, 146, 184, 219, 265, 303, 331, 374	
ROTHENBERGER, A.: Wenn Kinder Tics entwickeln. Beginn einer komplexen kinderpsychiatrischen Störung	33	Diskussion/Leserbriefe 266	
ROTHHAUS, W. (Hrsg.): Sexuell deviantes Verhalten Jugendlicher	337	Zeitschriftenübersicht 64, 146, 226, 304, 374	
SALISCH, M.v.: Kinderfreundschaften	312	Tagungskalender 35, 72, 105, 152, 193, 237, 272, 313, 342, 382	
		Mitteilungen 36, 73, 106, 154, 194, 238, 272, 342, 382	

Tagungskalender

24.-26. 4. 1992 in Hückeswagen/Beversee:

Tagung „Musik und Depression“. Thema: **Musiktherapie bei Menschen mit depressiven Zuständen – Möglichkeiten und Grenzen**.
Auskunft: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG), Wefelsen 5, 5609 Hückeswagen; Tel.: 02192/8580.

7.-9. 5. 1992 in Viersen:

6. Viersener Therapietage. Thema: **Therapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen**.

Auskunft: Rheinische Landesklinik Viersen, Sekretariat des Fachbereichs Kinder- und Jugendpsychiatrie, Postfach, 4060 Viersen 12; Tel.: 02162/671352.

8.-10. 5. 1992 in Den Haag:

4. Kongreß „Autismus Europa“. Thema: **Autismus im Europa von morgen**.

Auskunft: QLT/CONGREX, Kreuzersgracht 782, NL-1017 EC Amsterdam; Tel.: 0031 (0) 20-6261372.

14.-16. 5. 1992 in Lübeck:

Tagung der Klinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität zu Lübeck. Thema: **Von der ICD-9 zur ICD-10: Neue Ansätze in der Diagnostik psychischer Störungen in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie**.

Auskunft: Frau Dr. E. Schulte-Markwort, Klinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität, Ratzeburger Allee 160, 2400 Lübeck 1; Tel.: 0451/500-2446.

15.-16. 5. 1992 in München:

7. Kolloquium der Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychotherapie. Thema: **Über das Trauma in der Kinderanalyse**.

Auskunft: Sekretariat Prof. Stork, Biedersteiner Str. 29, 8000 München 40; Tel.: 089/3849-3341.

26.-30. 5. 1992 in Luxemburg:

39. Internationaler wissenschaftlicher Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Heimerziehung (FICE). Thema: **Politik, Forschung und Ausbildung in der Heimerziehung**.

Auskunft: Internationale Gesellschaft für Heimerziehung, Heinrich-Hoffmann-Str. 3, 6000 Frankfurt/M. 71; Tel.: 069/67061.

28.-30. 5. 1992 in Erfurt:

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Themen: (1) **Kinder- und jugendpsychiatrische Probleme im historischen Umbruch und bei Migration**, (2) **Sprach- und Kommunikationsstörungen**.

Auskunft: Abteilung für Neuropsychiatrie des Kinder- und Jugendalters, Tagungsbüro, Medizinische Akademie Erfurt, Nordhäuser Str. 74, O-5010 Erfurt; Tel.: 792955 oder 792993.

29.-30. 5. 1992 in Rosdorf/Göttingen:

Jahrestagung des Arbeitskreises DGPT/VaKJP. Thema: **Ansichten zum psychoanalytischen Prozeß in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**.

Auskunft: Fachkrankenhaus für psychogene und psychosomatische Erkrankungen des Landes Niedersachsen Tiefenbrunn, Walter Bauers, 3405 Rosdorf 1; Tel.: 0551/78081.

18.-20. 6. 1992 in Innsbruck:

9. Heilpädagogischer Kongreß der Österreichischen Gesellschaft für Heilpädagogik. Thema: **Lebensqualität und Heilpädagogik**.

Auskunft: Österreichische Gesellschaft für Heilpädagogik, Landesgruppe Tirol, Postfach 53, A-6022 Innsbruck; Tel.: 0512/52001.

24.-26. 6. 1992 in München:

Second International Congress of Movement Disorders.

Auskunft: Sekretariat ISMD, P.O. Box, CH-4005 Basel; Tel.: 061/6915111.

29. 6.-4. 7. 1992 in Heidelberg:

Intensivkurs der Heidelberger Familientherapeutischen Arbeitsgruppe. Thema: **Behandlung psychosomatischen und psychotischen Verhaltens**.

Auskunft: Verein zur Förderung der Familienforschung und -therapie e.V., Maria Syska, Mönchhofstr. 15a, 6900 Heidelberg; Tel.: 06221/565832 (vorm.).

9.-13. 9. 1992 in Chicago:

5. Weltkongreß der „World Association of Infant Psychiatry and Allied Disciplines“. Thema: **A Future for Babies: Opportunities and Obstacles**.

Auskunft: Charles Zeanah, MD, Women & Infants Hospital, 101 Dudley Street, Providence, RI 02905, U.S.A.

11.-12. 9. 1992 in Leiden:

Internationales Symposium „Depression in Young Adolescents“. Thema: **Epidemiology, Assessment and Psychoanalytic Treatment**.

Auskunft: PAOS, Postbox 325, 2300 AH Leiden (the Netherlands); Tel.: (0)71143142.

23.-25. 9. 1992 in Zürich:

Tagung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und der Psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf. Thema: **Langzeitperspektiven und Verlaufsbeeinflussung süchtigen Verhaltens**.

Auskunft: Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Sozialpsychiatrischer Dienst, Frau Erna Lutz, Militärstr. 8, CH-8021 Zürich; Tel.: 01-2422234.

23.-26. 9. 1992 in Köln:

13. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie (DAF). Thema: **Wie entwickeln sich Systeme? Bindungsdynamik und Konfliktverfahung in der Familie**.

Auskunft: DAF-Tagung 1992, Tagungssekretariat, Ulrike Toschka-Christ, Drosselweg 5, 5000 Köln 60; Tel.: 0221/711986.

23.-26. 9. 1992 in Heidelberg:

2. Internationale Workshopatagung des Milton H. Erikson Instituts. Thema: **Hypnotherapeutische Konzepte für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen**.

Auskunft: Milton H. Erikson Institut Heidelberg/Rottweil Dipl.-Psych. Bernhard Trenkle, Bahnhofstr. 4, 7210 Rottweil; Tel.: 0741/41477.

Die Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung der Freien und Hansestadt Hamburg hat um Abdruck des folgenden Positionspapiers gebeten. Es wurde von einer Arbeitsgruppe vorbe-

reitet und ist am 22./23.11.90 von der Konferenz der Gesundheitsminister und am 20./21.06.91 von der Konferenz der Jugendminister und -senatoren der Länder gebilligt worden.

Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Gemeinsames Positionspapier der Jugendministerkonferenz und Gesundheitsministerkonferenz

1. Das Verhältnis zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie

Zwischen den Bereichen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie* gibt es vielschichtige, historisch gewachsene und aktuell diskutierte Berührungspunkte und Überschneidungen. Anliegen der verschiedenen Ansätze sollte es sein, im Interesse einer bestmöglichen Hilfe für die betroffenen Kinder und Jugendlichen, eines qualifizierten Umgangs mit den jeweiligen Problemen und im Bewußtsein der Leistungsfähigkeit der jeweiligen Angebote und ihrer Auswirkungen sich über geeignete Kooperationsformen und sinnvolle Abgrenzungen zu verständigen.

1.1 Nach ihrem gesetzlichen Auftrag soll die *Jugendhilfe* zur Verwirklichung der Rechte von jungen Menschen auf Förderung ihrer Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit beitragen (§ 1 Abs. 1 und 3 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes – KJHG). Diesem Ziel dient ein breitgefächertes System von beratenden und unterstützenden Leistungen für unterschiedlichste Lebenslagen. Jugendhilfe ist gekennzeichnet durch die Vielfalt von Trägern unterschiedlicher Wertorientierungen und die Vielfalt von Inhalten, Methoden und Arbeitsformen.

Die Zuständigkeit und Verantwortung von Jugendhilfe nach § 1 KJHG besteht auch dann, wenn Minderjährige in einer spezifischen Krisen- oder Krankheitssituation andere spezielle Hilfen brauchen; Jugendhilfe hat den Auftrag, einen ganzheitlichen Hilfeansatz zu garantieren. Diesem Gedanken entspricht auch die gesetzliche Regelung in § 10 und § 27 Abs. 4 des KJHG, nach der Hilfen zur Erziehung auch die Maßnahmen der Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte gemäß § 40 BSHG umfaßt. Längerfristig sollte dies auch für die geistig und körperlich Behinderten gelten.

Dem Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte – auch verschiedener Fachrichtungen – und der Einbeziehung des engeren sozialen Umfeldes kommt in dem vielfältigen Leistungsangebot der Jugendhilfe eine besondere Bedeutung zu.

1.2 Die Aufgabe der *Jugendpsychiatrie* besteht in der Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation von seelischen Krankheiten und Störungen mit Krankheitswert während akuter Krankheitsphasen und Krisen, die die Entwicklungsprozesse eines Kindes oder Jugendlichen gefährden. Die Tätigkeit der Jugendpsychiatrie geschieht im ambulan-

ten Bereich durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater, durch die Mitwirkung in jugendpsychiatrischen Diensten, in Erziehungsberatungsstellen, in Polikliniken und Institutsambulanzen.

Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken und Abteilungen stellen die vollstationäre und teilstationäre Versorgung sicher. Die Vielfalt an Erscheinungs- und Verlaufsformen dieser Störungen bis hin zu Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter erfordern die Klärung und Würdigung körperlicher, entwicklungspsychologischer und sozialer Entstehungs- und Ausprägungszusammenhänge.

Dies gilt nicht nur für die Diagnostik und Behandlung manifester jugendpsychiatrischer Erkrankungen, sondern auch für die Abklärung des Krankheitswertes sozialer und emotionaler Verhaltensauffälligkeiten. Auch Erziehungsberatungsstellen diagnostizieren, beraten und erbringen im Rahmen ihres unterstützenden Auftrages pädagogisch-therapeutische Leistung. Hier gibt es keine klare Abgrenzung der Zuständigkeiten zwischen den ambulanten Beratungsdiensten. Die Auswahl, Gestaltung und Koordination der differenzierten Hilfen sollten eine größtmögliche Nähe zum bestehenden Lebensbereich des Kindes garantieren und ganzheitlich angelegt sein.

Die vollstationäre Krankenhausbehandlung hat grundsätzlich nur nach Ausschöpfung aller anderen Behandlungsmaßnahmen zu geschehen und so kurz wie möglich zu erfolgen. Hier ist nach Lage des Einzelfalles intensive Kooperation, insbesondere bei langfristig erforderlicher medizinisch-rehabilitativer Hilfe für schwer erkrankte Kinder und Jugendliche geboten.

Um eine kontinuierliche Begleitung und Behandlung erkrankter Kinder und Jugendlicher auch ambulant zu gewährleisten, sollten Kinder- und Jugendpsychiater mit den Einrichtungen der Jugendhilfe und anderen Diensten kooperieren oder in sie integriert sein. Die Inanspruchnahme der fachlichen Kompetenz der Jugendpsychiatrie kann für die Jugendhilfe eine entlastende Funktion haben. Wie jugendpsychiatrisches Handeln nicht ohne Einbeziehung psychosozialer Behandlungskonzepte denkbar ist, so ist die Jugendhilfe bei der Abklärung seelischer Krankheiten auf die fachliche Zusammenarbeit mit der Jugendpsychiatrie angewiesen.

1.3 Im Interesse der Kinder und Jugendlichen ist es von daher geboten, Kooperation und Zuweisung zu den verschiedenen Institutionen der Jugendhilfe und der Jugendpsychiatrie sensibel zu gestalten und zu entwickeln. Dies ist nur durch regelmäßigen fachlichen, wechselseitig sich respektierenden Austausch möglich. Die beteiligten Fachdisziplinen sollten

* Zur Vereinfachung wird im folgenden Text stets der Begriff „Jugendpsychiatrie“ verwandt.

auf einen möglichst frühzeitigen, klar strukturierten und entscheidungsrelevanten Informationsaustausch achten.

Um im Einzelfall adäquat über die notwendige Maßnahme oder Behandlung entscheiden zu können, erscheint ein gegenseitiges Verständnis und Wissen um Grundlinien der unterschiedlichen Beurteilungskriterien und Entscheidungsprinzipien unverzichtbar. Bei der Diagnosestellung sollte berücksichtigt werden, daß gerade im Kinder- und Jugendlichen-Bereich prozeßhafte Entwicklungen vorliegen und die Gefahr besteht, durch dauerhafte Festlegungen Chancen für Veränderungen zu verstellen.

Die vielschichten Ursachenzusammenhänge, die zu seelischen und psychosozialen Krisen und Krankheiten führen können, dürfen nicht auf ein einseitiges Interpretationsmodell eingeengt werden, vielmehr müssen Hilfsangebote jeweils auf die vielfältigen sozialen, familiären und ökonomischen Ursachen eingehen. Die Angebote müssen so strukturiert und die praktische Kooperation so angelegt sein, daß ein Abschieben und Verweisen von Kindern und Jugendlichen in die unterschiedlichsten Einrichtungen, was durch sog. „differenzierte, spezialisierte Versorgungsketten“ zu befürchten ist, vermieden wird.

1.4 Im Überschneidungsbereich der Tätigkeitsfelder Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie ist eine präzise, fachlich beidseitig akzeptierte und zugleich praktikable Abgrenzung des Klientels nicht möglich. Die Problemlagen in krisenhaft zugespitzten Situationen werden sowohl im Bereich „Erziehungsbedürftigkeit“ angesiedelt wie auch als „krankhaft“ bezeichnet. Bei einer Anhäufung „besonders schwieriger“ Kinder und Jugendlicher sind Mitarbeiter der Einrichtungen und Dienste häufig überfordert. Verlegungen erfolgen in jeweils andere Institutionen, auch wegen der vermuteten „besseren Problembewältigungskompetenz“. Das so verursachte Zerstören elementarer Beziehungsnetze verstärkt jedoch häufig die Problematik. Dies gilt insbesondere für jene Jugendlichen, die ohnehin aus belasteten, unvollständigen Familien stammen, wie sie sehr oft in der Jugendpsychiatrie und in (stationären) Einrichtungen der Jugendhilfe anzutreffen sind.

1.5 Um unklare Zuständigkeiten verschiedener Ressorts und Träger zu überwinden, sollten vorrangig inhaltliche und strukturelle Elemente entwickelt werden, die die Kooperation und Verzahnung bereits vorhandener Dienste und Einrichtungen verbessern helfen.

Die Empfehlungen der Expertenkommission zur Reform der Versorgung im psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Bereich (Teil D „Kinder- und Jugendpsychiatrie“) enthalten wenig konkrete Vorschläge in Richtung einer dringend erforderlichen, wechselseitigen Kooperation mit den angrenzenden Hilfesystemen, da dieser Bericht zu sehr auf den Aus- und Aufbau medizinisch-psychiatrischer Spezialdienste und einer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungskette ausgerichtet ist.

2. Grundzüge für die Weiterentwicklung im Überschneidungsbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie

Die Angebote und Einrichtungen der Jugendhilfe und -psychiatrie haben sich in der Bundesrepublik Deutschland regional

außerordentlich unterschiedlich entwickelt. Sie verfolgen weder in der Jugendpsychiatrie noch in der Jugendhilfe (einschl. öffentlicher Erziehung) einheitliche Betreuungs-, Versorgungs- und Theoriekonzepte. Unterschiede existieren auch in personeller, baulicher und sonstiger ressourcenmäßiger Ausstattung. Die Größe traditioneller, stationärer Einrichtungen variiert erheblich. Differenzen gibt es auch in der Bewertung der geschlossenen Unterbringung in beiden Bereichen. Der Ausbau regionalisierter Versorgungseinrichtungen ist insgesamt sehr unterschiedlich.

2.1 Im Sinne der *interdisziplinären Arbeit* sollte im Bereich der Jugendhilfe jugendpsychiatrische Kompetenz besonders in Anspruch genommen werden bei

- der Mitwirkung an Krisengesprächen mit Fachkräften von Einrichtungen der Jugendhilfe;
- der differentialdiagnostischen Abklärung und Behandlung von seelischen und körperlichen Erkrankungen.

2.2 Zur Verbesserung der *ambulanten Versorgungssituation* sollte der Auf- und Ausbau ambulanter Hilfen sowie die Kooperation der vorhandenen Einrichtungen von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie vorangetrieben werden. Von beiden Versorgungsbereichen getragene ambulante Dienste sollten ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum entwickeln. Wichtige Elemente eines solchen Arbeitsansatzes, der sowohl die Aufgaben der Erziehungsberatung als auch jugendpsychiatrische Tätigkeiten integriert, wurden im Rahmen des Modellprogramms Psychiatrie erprobt. Kennzeichen der Strukturen und Arbeitsweisen derartig integrierter Dienste sollten sein:

- multiprofessionelle Teams
- Kooperation oder Integration von Ärzten mit den/in die Teams
- regionale Zuständigkeit
- enge Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Regelversorgung und Sozialen Dienste
- Aufhebung der Trennung von „Komm- und Gehstrukturen“
- Einrichtung niederschwelliger Angebote.

2.3 *Stationäre Versorgungsangebote der Jugendpsychiatrie* sind vorrangig zur Durchführung akuter und mittelfristiger Behandlung ausgestattet. Leistungsfähige Angebote im Jugendhilfebereich verbunden mit qualifizierter Unterstützung durch den ambulanten Sektor sollen längerfristige klinische Aufenthalte weitgehend vermeiden helfen. Eine geschlossene Unterbringung ist nur in Ausnahmefällen, nach Maßgabe der jeweiligen gesetzlichen Bestimmungen, gerechtfertigt.

Vorhandene klinische Großinstitutionen sollten zugunsten kleinerer, an der Region orientierter Einrichtungen ab- bzw. umgebaut werden. Dem Ausbau tagesklinischer Plätze sollte hierbei Priorität zukommen.

Jugendpsychiatrische stationäre Angebote sollten unter Berücksichtigung regionaler Erfordernisse möglichst gemeindenah strukturiert sein.

Die Kooperationsbezüge sind während der stationären Aufenthalte von Seiten der Kliniken wie der betreuenden Jugendhilfeeinrichtung zu gewährleisten. Gleiches gilt für die Anbahnung erzieherischer Hilfen im Anschluß an stationär-klinische Aufenthalte.

3. Entwicklungsnotwendigkeiten in den Bereichen Fort- und Weiterbildung

Die verschiedenen beteiligten Berufsgruppen sollen dazu befähigt werden, mit den vielfältigen, komplexen psychosozialen und emotionalen Schwierigkeiten umzugehen. Mitarbeiter der verschiedenen Professionen benötigen ein übergreifendes Fachwissen, um über eine fachgerecht indizierte Inanspruchnahme der Dienste entscheiden zu können. Gemeinsame Fort- und Weiterbildung kann u.a. bestehen aus:

- fachübergreifenden Curricula (mit institutioneller Anbindung an Fach- oder Hochschulen, Tagungen, Seminaren, berufsbegeleitender Weiterbildungsangeboten, Fachberatung multiprofessioneller Teams in den Institutionen);
- Hospitationsmöglichkeiten in den jeweiligen Institutionen;
- Unterstützung und Förderung der eigenen Kompetenz und der eingesetzten Fachkräfte durch Austausch, Beratung und Supervision.

4. Entwicklung integrativer und kooperativer Arbeitsformen zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie

Die Organisation von Hilfsangeboten für Kinder und Jugendliche ist auf verschiedenen Handlungsebenen in starkem Maße immer wieder von Zersplitterung, Zuständigkeitsproblemen und auch kontraproduktiver Konkurrenz geprägt. Zwischen den bereits beschriebenen, unterschiedlich ausdifferenzierten, spezialisierten und meistens an Institutionen orientierten Versorgungssystemen bzw. -ketten in beiden Bereichen (Jugendhilfe/Jugendpsychiatrie) fehlt es nach wie vor an einer häufig auch organisatorischen Sicherung und Intensivierung der vielfach im Ansatz - besonders an der Basis - bereits vorhandenen guten Kooperation. Wegen der Schwierigkeiten einer Abgrenzung bleibt auch eine immer wieder entstehende Konkurrenz mit dem dabei entwickelten Verdrängungswettbewerb nicht aus. Wo bereits an einzelnen Orten engere organisatorisch-fachliche Verbindungen entwickelt worden sind, sollten diese intensiviert und die gewonnenen Erfahrungen anderen zugänglich gemacht werden. Insoweit kommt den in Ziff. 2.2 geforderten ambulanten Diensten, die von beiden Versorgungsbereichen getragen sind, besondere Bedeutung zu.

Koordinations- und Kooperationsbedarf besteht im übrigen zwischen dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe u.a. auf der Ebene von Bund, Ländern, Kreisen, Städten und Gemeinden.

Auf kommunaler und regionaler Ebene sollten neben den Jugendhilfeausschüssen und den von der Expertenkommission empfohlenen Psychiatrie-Beiräten

- psychosoziale Arbeitsgemeinschaften
- Arbeitskreise/Stadtteilkonferenzen
- Fall- oder Erziehungskonferenzen

eingerrichtet, gefördert und unterstützt werden. Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften und Arbeitskreise zum Thema „Kinder und Jugendliche“ sollten zu Fragen kommunaler Jugendhilfe, Sozial- und Gesundheitsplanung angehört werden. Mitglieder der vorgenannten Gremien sollten Mitarbeiter aus den psychosozialen Tätigkeitsfeldern für Kinder und Jugendliche sein. Auf der Ebene der Praxis und institutionellen Arbeit sind Gruppensupervision, Fallbesprechungen, Teamgespräche fach- und institutionsübergreifend nötig.

5. Finanzierungsprobleme

Nicht zuletzt die starren Finanzierungsstrukturen mit z.T. unklaren Zuständigkeiten der einzelnen Kostenträgerschaften erschweren die Entwicklung integrativer und kooperativer Arbeitsformen in vielen der genannten Bereiche, so auch speziell im Überschneidungsbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Das gegenwärtige Finanzierungssystem behindert einen ganzheitlichen Hilfsansatz für Kinder, Jugendliche und ihre Familien. Insoweit stellt die Einbeziehung von seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen in das Kinder- und Jugendhilfegesetz einen wichtigen Schritt dar. Die Einrichtung eines Finanzierungspools unter Beteiligung der Kranken- und Rentenversicherungsträger sowie der Jugend- und Sozialhilfeträger, der aufgrund der gesetzlichen Festlegungen zur Zeit nicht möglich ist, könnte eine von einzelnen Kostenträgerschaften unabhängige Sachentscheidung im Sinne der betroffenen Kinder und Jugendlichen erleichtern und eine bessere Voraussetzung für fachübergreifendes Denken und Handeln bieten.

6. Forschungsbedarf

Eine interdisziplinär angelegte Aufarbeitung des derzeitigen Wissensstandes mit unterschiedlichen theoretischen Erklärungsansätzen und Begründungen für die Entstehung devianten Verhaltensmuster und psychischer Erkrankungen, fehlt weitgehend. Forschungsbedarf besteht im wesentlichen in folgenden Bereichen:

- Grundlagenforschung
- Verbundforschung, die auch die komplexen Betreuungsformen untersucht (sowohl in der Jugendpsychiatrie als auch der Jugendhilfe)
- Langzeituntersuchungen betroffener Kinder und Jugendlicher aus beiden Hilfesystemen
- Effizienz-Untersuchungen der verschiedenen Methoden-Ansätze (Vergleichs-Analysen organisatorischer Effizienz von Verwaltung und Institution)
- Prozeßforschung (Analyse von Entscheidungs- und Behandlungsprozessen in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie).

7. Prävention und Öffentlichkeitsarbeit

Prävention seelischer Erkrankungen und Störungen im Kindes- und Jugendalter ist eine gemeinsame Aufgabe von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe. Dabei geht es um die Vorbeugung von Entwicklungsstörungen und psychischen Erkrankungen. Durch Früherkennung und Verbesserung der Informationen können gefährdete Entwicklungen rechtzeitig erkannt und Beratung und Behandlung adäquater in Anspruch genommen werden. Durch rechtzeitige Hilfe kann die Verfestigung individueller Fehlentwicklungen verhindert werden. Dafür nützlich sind Informationen und Fortbildung von Schlüsselpersonen wie Eltern, Erzieher und Lehrer.

Öffentlichkeitsarbeit soll sich darauf beziehen, daß nicht einzelne Entscheidungen (Diagnosen, Berichte, Unterbringung) im Bereich der Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie stigmatisierend wirken. Durch Öffentlichkeitsarbeit sollte zudem die Akzeptanz für eine gemeindenahere Betreuung von Kindern und Jugendlichen verbessert werden.

Neben der Vermittlung von Aufklärung und Information sollte der Schwerpunkt präventiver Anstrengungen auf Hilfe für

Eltern, Kinder und Jugendliche gerichtet sein, damit diese angemessen und selbstverantwortlich persönliche und soziale Anforderungen, Konflikte und Problemsituationen bewältigen können. Das bedeutet insbesondere positive Lebensbedingungen für Kinder, Jugendliche und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche/gesundheitsfördernde Umwelt zu erhalten oder zu schaffen (siehe hierzu auch § 1 Abs. 3 Ziff. 3 KJHG).

Präventive Aktivitäten in diesem Sinne sollen darauf gerichtet sein, auf Entscheidungen im Bereich der Stadtentwicklung, der Arbeitsmarktpolitik, der Wohnungspolitik und der sozialen Sicherung im Interesse von Kindern und ihren Eltern Einfluß zu nehmen sowie bei der bedarfsgerechten Einrichtung von Spielplätzen, Kindergärten und Kindertagesheimen im Wohnumfeld mitzuwirken.

Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e. V.

Im November 1975 hat sich – zunächst innerhalb des Arbeitskreises der Leiter der öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland – ein eigener kinder- und jugendpsychiatrischer Arbeitskreis gebildet, der seit 1979 als „Arbeitskreis der Leiter öffentlicher kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland“ bezeichnet wurde. Dieser Arbeitskreis hat sich dann im März 1990 als *Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e. V.* konstituiert.

Schon 1981 hat der Arbeitskreis eine Denkschrift „Zielsetzung und Orientierungsdaten einer Jugendpsychiatrischen Klinik“ vorgelegt. Sie sollte als Diskussions- und Argumentationsgrundlage dienen. Die Denkschrift wurde zuletzt 1990 grundlegend überarbeitet und von der Mitgliederversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft am 12.04.1991 in Stralsund einstimmig verabschiedet.

Zielsetzung / Orientierungsdaten kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen

Mai 1991

1. Grundsätze der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

Die Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind die Erkennung und Behandlung, Prävention und Rehabilitation von psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen oder Störungen sowie von psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter, denen eine psychische Erkrankung oder eine Fehlentwicklung der Person zugrunde liegt.

Die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie ist Teil eines Versorgungssystems, das ambulante, teilstationäre und stationäre Dienste zur psychosozialen Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen umfaßt.

Die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen sind nach den Begriffsbestimmungen des § 2 Ziff. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und entsprechend den Bestimmungen in § 107 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V (SGB V) Einrichtungen, in denen durch ärztliche, pflegerische und sonstige Hilfeleistung psychische, psychosomatische und neuropsychiatrische Krankheiten und Behinderungen des Kindes- und Jugendalters diagnostiziert, geheilt oder gelindert werden und in denen deren Verschlimmerung verhütet wird.

Als Einrichtungen für die stationäre und teilstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung stehen in der Bundesrepublik Deutschland kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken (einschl. Fachkrankenhäuser) und Abteilungen zur Verfügung. Sie übernehmen entsprechend ihrer Größe, Ausstattung und Struktur regionale und ggf. auch überregionale Versorgungsaufgaben. Sie sollten an der Pflichtversorgung teilnehmen. Sie sind Bestandteil des allgemeinen Gesundheits- und Krankenhauswesens und in die allgemeine Krankenhausbedarfsplanung einbezogen.

Bei der Diagnostik und Behandlung von psychischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter ist es unerlässlich, die Erwachsenen in die Diagnostik und Behandlung einzubeziehen, die für die gesunde Entwicklung der Persönlichkeit und die soziale Integration des Kindes oder Jugendlichen Verantwortung tragen. Das sind die Eltern oder andere gesetzliche Vertreter des Minderjährigen ebenso wie Heimerzieher, Lehrer, Mitarbeiter der Jugendhilfe und andere Beziehungspersonen. Kinder- und Jugendpsychiatrie beachtet den Grundsatz einer familiennahen Versorgung.

Ein weiteres Prinzip in der Kinder- und Jugendpsychiatrie lautet, daß Diagnostik und Therapie „so ambulant wie möglich“ erfolgen. Neben dem vollstationären Angebot werden – evtl. mit dezentraler Auslagerung – teilstationäre, vorwiegend tagesklinische Plätze und eine Ambulanz vorgehalten. Die Möglichkeit zu integrierter tagesklinischer Behandlung sollte gewährleistet sein.

Bei der stationären Behandlung eines psychisch kranken Kindes oder Jugendlichen müssen zudem die Beziehungen zum sozialen Herkunftsbereich soweit wie möglich erhalten werden, z.B. durch den Besuch der Herkunftsschule oder durch die Benutzung von Einrichtungen der kommunalen Infrastruktur.

Eine familiennahe Versorgung ist nur möglich, wenn die Patienten, ihre Familien und die Mitarbeiter anderer Dienste der psychosozialen Versorgung die Klinik/Abteilung mit einem zumutbaren Aufwand erreichen können. Die erforderlichen Plätze sollten auf eine genügend große Anzahl von Einrichtungen verteilt werden. Um ein ausreichend differenziertes Behandlungsangebot machen zu können, sollte allerdings eine Größe von 30 Plätzen pro Klinik/Abteilung nicht unterschritten werden.

Struktur und Leistungsfähigkeit der übrigen ambulanten, teilstationären und stationären Dienste zur psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen müssen bei der Berechnung der notwendigen stationären und teilstationären Plätze berück-

sichtigt werden. Bezogen auf 100 000 Einwohner ist von einem Bedarf von 5–7 Plätzen für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung auszugehen. Die Versorgung besonderer Problemgruppen kann 2–3 weitere Plätze pro 100 000 Einwohner erfordern. Für die neuen Bundesländer sind Übergangsregelungen einzuplanen.

Bei der Behandlung von Jugendlichen, für die im Rahmen eines Jugendgerichtsverfahrens eine Maßregel angeordnet worden ist, gelten die landesrechtlichen Regelungen.

2. Behandlungsbereiche kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen

In der Grundversorgung müssen folgende Behandlungsbereiche unterschieden werden:

- Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung,
- Jugendpsychiatrische Regelbehandlung,
- Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung (fakultativ geschlossene Behandlung),
- Rehabilitative Behandlung,
- Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker,
- Eltern-Kind-Behandlung (gemeinsame Aufnahme von Kind und Bezugsperson),
- Tagesklinische Behandlung,
- Ambulante Behandlung und Diagnostik.

Behandlungsaufgaben für besondere Problemgruppen können überregional einzelnen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken/Abteilungen zugeordnet werden z. B. für

- psychotisch erkrankte Jugendliche mit Borderline-Störungen, die eine längerdauernde Rehabilitation benötigen,
- Behinderte mit gravierenden neuropsychiatrischen Erkrankungen, z. B. Epilepsiekranker und Schwerst- und Mehrfachbehinderte,
- Patienten mit Schädel-Hirn-Traumen,
- Kinder und Jugendliche mit autistischen Syndromen und sonstigen schweren Entwicklungsstörungen,
- psychisch kranke Jugendliche Rechtsbrecher.

Werden solche besonderen Patienten in anderen Einrichtungen versorgt, muß die kinder- und jugendpsychiatrische Betreuung durch einen Konsiliararzt sichergestellt werden.

3. Struktur der Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

3.1 Aufgaben der ärztlichen Leitung

Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken und Abteilungen sind eigenständige organisatorische Einheiten. Die ärztliche Leitung steht in der fachlichen Verantwortung des leitenden Arztes¹ für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der leitende Arzt ver-

tritt die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik/Abteilung in den vom Landeskrankengesetz vorgeschriebenen Gremien gleichberechtigt neben den ärztlichen Leitern der übrigen anerkannten Fachgebiete. Dem leitenden Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie unterstehen der ärztliche Dienst, der psychologische Dienst, der therapeutische Dienst (u. a. Ergotherapeuten, Mototherapeuten, Sozial- und Heilpädagogen), der Sozialdienst und ggf. der medizinisch-diagnostische Dienst. Der ärztliche Leiter ist verantwortlich für den gesamten Behandlungsplan einschl. der besonderen pflegerischen und erzieherischen Zielsetzungen. In diesem Rahmen ist er gegenüber den Mitarbeitern des Pflege- und Erziehungsdienstes weisungsberechtigt.

3.2 Leitung des Pflege- und Erziehungsdienstes

Der Pflege- und Erziehungsdienst in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik/Abteilung wird berufsübergreifend durch krankenpflegerische Mitarbeiter, Erzieher und Sozial- bzw. Heilpädagogen geleistet. Die fachspezifischen Besonderheiten erfordern eine eigene Pflegedienstleitung, die die altersspezifischen Bedürfnisse in Pflege und Heilpädagogik sowie die Notwendigkeit einer Integration von Pflege, Erziehung und Therapie kennt und berücksichtigt.

Personalentscheidungen werden durch den Leiter des kinder- und jugendpsychiatrischen Pflege- und Erziehungsdienstes im Einvernehmen mit der ärztlichen Leitung getroffen.

3.3 Ambulanter Bereich

Eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik/Abteilung benötigt eine Klinikambulanz, welche ihr direkt zugeordnet ist. Diagnostik einer psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankung im Kindes- und Jugendalter, Beurteilung ihres Schweregrades und Indikationsstellung therapeutischer Maßnahmen müssen insbesondere im Hinblick auf die Planung stationärer Behandlung in einer oft umfangreichen Untersuchung erfolgen. Angesichts der Eingebundenheit der Patienten in ihren sozialen Herkunftsbereich und unter Beachtung der Verhältnismäßigkeit der Interventionen sollte die Abklärung vor der stationären oder teilstationären Aufnahme geleistet werden. Andererseits ist oft eine ambulante Fortführung der stationär begonnenen Therapie und Beratung erforderlich, in welche die Klinikambulanz einbezogen werden sollte, um entstandene therapeutische Beziehungen im Interesse des Patienten weiter zu nutzen.

3.4 Schulischer Bereich

Während der stationären oder teilstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung muß der erforderliche Schulunterricht, ausgerichtet an der Belastungsfähigkeit des Kindes/Jugendlichen, sichergestellt werden. Die Lehrkräfte sollen zur Klärung krankheitsbedingter Lernschwierigkeiten beitragen, Lernfortschritte ermöglichen und die Teilnahme am Unterricht in einer Regelschule vorbereiten und unterstützen. Sie führen den Unterricht eigenverantwortlich und in enger Abstimmung mit dem Gesamttherapieplan durch. Dazu nehmen sie regelmäßig an den Therapiekonferenzen teil. Das bereitgestellte Fächerangebot muß den unterschiedlichen Belangen der zumeist heterogenen Schülerstruktur Rechnung tragen. Bei der Besetzung von Lehrerstellen sollte Einvernehmen mit der ärztlichen Leitung hergestellt werden.

¹ Sämtliche der im folgenden benannten Berufsbezeichnungen wurden in männlicher Form gewählt. Sie gelten selbstverständlich genauso für Mitarbeiterinnen. Die gesonderte Aufführung der männlichen und weiblichen Schreibformen würde die Lesbarkeit des Textes erschweren.

3.5 Besondere organisatorische Regelungen

Die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik/Abteilung braucht ein eigenes Budget und einen eigenen Stellenplan.

Ein für die Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie zuständiges Aufnahmebüro ist einzurichten und kann bei kleineren Abteilungen ggf. mit dem Büro der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz verbunden werden.

Der Schutz der Privatsphäre der kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten und ihrer Angehörigen muß gewährleistet sein.

Als eigenständige organisatorische Einheit muß die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik/Abteilung die Krankengeschichten ihrer Patienten gesondert verwahren können. Ein Zugang darf nur über den ärztlichen Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie möglich sein.

Patienten und ihre Angehörigen haben das uneingeschränkte Recht, sich mit Beschwerden, Anfragen und Anregungen an die zuständigen Stellen, die behandelnden Ärzte/Psychologen, an die ärztliche Leitung und an unabhängige Beschwerdeinstanzen, z.B. Patientenfürsprecher oder Beschwerdekommisionen, zu wenden.

Wünschenswert ist eine gesonderte Personalvertretung der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik/Abteilung. Ist dies nicht möglich, muß zumindest für eine gesicherte Vertretung in einem übergreifenden Personalrat gesorgt werden.

4. Diagnostisches und therapeutisches Leistungsangebot

Stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung wird interdisziplinär im Rahmen eines ärztlich verantworteten Behandlungsplanes durchgeführt. Alle Patienten benötigen in unterschiedlichem Umfang diagnostische und therapeutische Angebote, insbesondere

- ärztliche Diagnostik und Therapie,
- Betreuung und Führung durch den Pflege- und Erziehungsdienst,
- psychologische Diagnostik und Therapie,
- Psychotherapie,
- Bewegungstherapie (Physiotherapie),
- Beschäftigungs- und Arbeitstherapie (Ergotherapie) einschließlich Musik- und Kunsttherapie,
- Logopädie/Sprachheiltherapie,
- Sozialarbeit/Sozialpädagogik,
- Heilpädagogik.

Apparative Möglichkeiten zur neurologischen, neuroradiologischen und sonstigen medizinischen Diagnostik müssen verfügbar sein. Weitergehende Untersuchungen sollten in Kooperation mit anderen Krankenhäusern sowie durch Hinzuziehung von Konsiliarärzten erfolgen können.

Der Behandlungsalltag sollte bei familienähnlicher Struktur soviel Normalität wie möglich beinhalten.

Erforderlich sind ein ausreichendes Angebot an Freizeitaktivitäten sowie Möglichkeiten zur Durchführung von therapeutischen Maßnahmen außerhalb des Krankenhauses.

Zum Therapiekonzept gehört die Möglichkeit der ein- oder mehrtägigen Beurlaubung der Kinder/Jugendlichen, z.B. über das Wochenende, in die Herkunftsfamilie oder die Herkunftseinrichtung. Die räumlichen Voraussetzungen zur Mitaufnahme von Bezugspersonen sollten gegeben sein.

5. Personelle Ausstattung

Die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik/Abteilung muß in ausreichendem Maß über qualifizierte Mitarbeiter verfügen, um psychisch kranke Kinder und Jugendliche unter differenzierten therapeutischen Zielsetzungen zu behandeln und heilpädagogisch zu betreuen.

Eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik/Abteilung benötigt:

- Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- Ärzte in der Weiterbildung,
- Diplom-Psychologen,
- (Fach-)Krankenschwester/-pfleger,
- Erzieher,
- Ergotherapeuten, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten,
- Musiktherapeuten,
- Bewegungstherapeuten,
- Krankengymnasten,
- Heilpädagogen,
- Sozialarbeiter, Sozialpädagogen,
- Logopäden,
- Sprachheiltherapeuten.

Eine regelmäßige Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter ist unerlässlich. Psychotherapeutische Zusatzqualifikationen sollten angestrebt werden.

Allen Mitarbeitern sollte die Teilnahme an einer Supervision ermöglicht werden. In der stationären/teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie müssen die Mitarbeiter in eine oft sehr persönliche Interaktion mit Kindern und Jugendlichen eintreten. Daraus entstehen Wechselwirkungsprozesse, die dann für die Therapie nutzbar sind, wenn sie regelmäßig in einer Supervision reflektiert werden können. Die Supervision dient zudem der Klärung der funktionellen Beziehungen im Team und fördert das gemeinsame therapeutische Handeln.

Die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik/Abteilung ist Fortbildungsstätte für die dort tätigen Berufsgruppen. Sie ist in die Ausbildung des Krankenpflegepersonals einbezogen und stellt Praktikumsplätze für andere Berufsgruppen zur Verfügung.

Die Dienstpläne aller Berufsgruppen sind patientengerecht zu gestalten.

Notwendig ist ein ärztlicher Bereitschafts- und Rufdienst.

6. Bauliche Bedingungen

Eine deutliche räumliche Trennung der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik/Abteilung von anderen Fachbereichen und Abteilungen des Krankenhauses ist aus fachlichen und organisatorischen Gründen notwendig. Gestaltung und Ausstattung der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik/Abteilung müssen den Lebensbedürfnissen der Kinder und Jugendlichen entsprechen und ein therapeutisches Milieu begünstigen. Dazu bedarf es ausreichender Räumlichkeiten, eines wohnlichen Mobiliars und hinreichender Freiflächen für Spiel und Sport. Die notwendigen Geräte, Spielmittel und Verbrauchsmaterialien müssen bereit gehalten werden. Jeder Patient sollte sich einen eigenen Bereich gestalten und persönliche Gegenstände einschließlich der Kleidung selbst verwahren können.

Die Stationen werden gemischtgeschlechtlich belegt.

Patientenzimmer sollten nicht mehr als 2 bis 3 Plätze haben.

Die Stationsgröße soll 10 durchschnittlich belegte Plätze betragen, wobei eine Untergliederung in 2 Behandlungsgruppen

mit 5 Patienten vorzusehen ist. Die Gruppen sollten die Möglichkeit zur Selbstversorgung haben.

Grundsätzlich sind die Stationen offen zu führen. Geschlossene bzw. fakultativ geschlossene Stationen bilden die Ausnahme.

7. Zusammenarbeit mit anderen Diensten

Die Fachdisziplin Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein medizinisches Fachgebiet, für das die Kooperation mit anderen Diensten zur Entwicklung, Förderung, Erziehung und Betreuung von Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden von besonderer Bedeutung ist. Das gilt vor allem für die Beziehung zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe. Planung der erforderlichen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung einer Region ist effektiv nur möglich, wenn Ausstattung und Leistungsstruktur der für Kinder und Jugendliche vorhandenen komplementären Dienste der Jugendhilfe berücksichtigt werden. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat von Beginn ihrer Interventionen an den Erziehungs- und Entwicklungshintergrund des Kindes, Jugendlichen bzw. Heranwachsenden in ihr Handeln einzubeziehen. Dies gilt im besonderen Maß für die beträchtliche Anzahl von Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden, deren psychische Fehlentwicklung und Erkrankung im Zusammenhang mit defizitären Lebensverhältnissen zu sehen sind. Schon zu Beginn einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung solcher Patienten und erst recht bei Planungen zu ihrer längerfristigen Betreuung sollte die Jugendhilfe eingeschaltet werden und im weiteren Verlauf der Behandlung einbezogen bleiben.

Die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik arbeitet des weiteren eng mit niedergelassenen Ärzten, Therapeuten, anderen Kliniken, Gesundheitsämtern, Erziehungsberatungsstellen, so-

zialpsychiatrischen Diensten, Schulen und gutachterlich mit Vormundschafts- und Familiengerichten zusammen.

Aufgrund ihrer gemeinsamen Verantwortung müssen die unterschiedlichen Dienste ihre Hilfsangebote aufeinander abstimmen.

Die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik/Abteilung ist Mitglied der regionalen psychosozialen Arbeitsgemeinschaft.

Einem regionalen Versorgungsverbund können Kooperationsverträge, Konsiliarvereinbarungen oder die Einrichtung multidisziplinär besetzter Beratungs- und „Clearing“-Stellen dienen, in denen die verschiedenen Dienste gemeinsam Maßnahmen bei besonders problematischen Kindern und Jugendlichen abklären bzw. aufeinander abstimmen können.

Darüber hinaus sollte auch auf Länderebene eine Koordination insbesondere zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie angestrebt werden. Die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik sollte an der Entwicklung der notwendigen komplementären Einrichtungen zur Versorgung der von ihr zuvor behandelten Patienten mitwirken. Dies betrifft sowohl den Wohnbereich als auch den Bereich der Ausbildung und der Arbeitserprobung. Die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik/Abteilung sollten engen Kontakt zu Rehabilitationseinrichtungen haben.

Zur Integration der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik/Abteilung in das regionale Umfeld gehört eine regelmäßige Öffentlichkeitsarbeit, in welcher durch Informations-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen nicht nur die Fachöffentlichkeit, sondern auch interessierte Laien über die Arbeitsweise und die Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie informiert werden.

Anschrift: Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e.V., Dr. med. Wilhelm Rotthaus, Horionstraße 41, 4060 Viersen 12.