



Katharina Fechner | Luisa Brings-Haase
David Wild (Hrsg.)

Ergotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Betätigung – Person – Umwelt

WISSEN

Katharina Fechner | Luisa Brings-Haase | David Wild (Hrsg.)

Ergotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Betätigung – Person – Umwelt

Spektrum Ergotherapie

Herausgeber der Buchreihe



Deutscher Verband
Ergotherapie

Herausgeberinnen und Herausgeber des Buches

Foto: © Sean Payne



Katharina Fechner (Mag., B.Sc.) hat Ergotherapie in Wien studiert und war seit ihrem Abschluss in den Fachbereichen Pädiatrie, Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie in unterschiedlichen Settings tätig. Neben der praktischen Arbeit mit Klient:innen engagierte sie sich beim Berufsverband der Ergotherapeut:innen in Österreich (Ergotherapie Austria) sowie der Austrian Association of Occupational Science (AOS) im Vorstand und sammelte Erfahrung als wissenschaftliche Assistentin an der Medizinischen Universität Wien im Bereich Outcomes Research. Aktuell ist sie hauptberuflich als Lehrende im Studiengang Ergotherapie an der Hochschule Burgenland und in freiberuflicher Praxis tätig.



Luisa Brings-Haase (Ergotherapeutin, M.Sc.) hat sich nach der schulischen Ausbildung auf die Arbeit im psychosozialen Fachbereich spezialisiert und im teilstationären sowie stationsäquivalenten Setting gearbeitet. Berufsbegleitend absolvierte sie ein Bachelorstudium in Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool und später ein Masterstudium Ergotherapie an der HAWK in Hildesheim. Seit 2018 unterrichtet sie an der Schule für Ergotherapie der LVR-Universitätsklinik Essen im Schwerpunkt psychosoziale Behandlungsverfahren. Seit 2017 engagiert sie sich ehrenamtlich im Leitungsteam des Fachausschusses Psychiatrie des Deutschen Verband Ergotherapie e. V. (DVE) sowie im Referat Gesundheitsfachberufe der

Deutschen Gesellschaft Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Außerdem ist sie Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Ergotherapiewissenschaft (DGEW).



David Wild (Musik- und Ergotherapeut, B.Sc.; M.A., „Therapie, Förderung und Betreuung“) hat sich sowohl im Rahmen seiner alltäglichen Arbeit als auch seines Masterstudiengangs auf den Fachbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie spezialisiert. Bei seiner Arbeit in verschiedenen ergotherapeutischen Settings (ergotherapeutische Praxis [2012-2018], Kinder- und Jugendpsychiatrie Viersen [2018-2023], Europaschule Erkelenz [ab 2023]) und als Dozent an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (Niederlande, ab 2012) ist es ihm wichtig, Wissen zu vermitteln und den Wissensempfängern neue Handlungsmöglichkeiten zu bieten. Darüber hinaus beschäftigt er sich seit mehreren Jahren mit dem Einfluss der Umweltfaktoren und leitete u. a.

psychoedukative Elterngruppen oder entwickelt Konzepte für die Anpassung der schulischen Umwelt.

Katharina Fechner | Luisa Brings-Haase
David Wild (Hrsg.)

Ergotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Betätigung – Person – Umwelt

WISSEN

Schulz-
Kirchner
Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de | www.skvshop.de

1. Auflage 2025

ISBN 978-3-8248-1356-8

eISBN 978-3-8248-1082-6

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2025

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Martina Schulz-Kirchner

Umschlagfoto: SplitShire / Pixabay

Fachlektorat: Sara Mohr

Lektorat: Doris Zimmermann

Umschlagentwurf und Layout: Petra Jeck

Druck und Bindung: TZ-Verlag & Print GmbH, Bruchwiesenweg 19, 64380 Roßdorf

Printed in Europe

Die Informationen in diesem Buch sind von den Herausgeberinnen und Herausgebern sowie dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Herausgeberinnen und Herausgeber bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen. Das Buch enthält Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalte der Verlag keinen Einfluss hat und für deren Inhalte er auch keine Gewähr übernehmen kann. Für die Inhalte der verlinkten Seiten ist der jeweilige Anbieter oder Betreiber der Seiten verantwortlich.

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes (§ 53 UrhG) ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar (§ 106 ff UrhG). Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigungen, Übersetzungen, Verwendung von Abbildungen und Tabellen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung oder Verarbeitung in elektronischen Systemen. Eine Nutzung über den privaten Gebrauch hinaus ist grundsätzlich kostenpflichtig. Anfrage über: info@schulz-kirchner.de

Die Schulz-Kirchner Verlag GmbH behält sich eine Nutzung ihrer Inhalte für Text- und Data-Mining i. S. v. § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
---------------	---

Kapitel 1 Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie	13
--	-----------

1.1	Einleitung	13
1.2	Einführung in den medizinischen Fachbereich (Österreich)	15
	<i>Leonhard Thun-Hohenstein</i>	
Exkurs	Deutschland (David Wild).....	16
Exkurs	Schweiz (David Wild).....	19
1.3	Rolle und Haltung der Ergotherapie in der KJP(P)	28
	<i>Luisa Brings-Haase & David Wild</i>	
1.4	Das multiprofessionelle Team in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	55
	<i>Nicole Reich</i>	
1.5	Externe Zusammenarbeit	74
	<i>Miriam Urbic</i>	

Kapitel 2 Betätigung	91
-------------------------------	-----------

2.1	Einleitung	91
	<i>Luisa Brings-Haase</i>	
2.2	Betätigungsentwicklung	93
	<i>Muriel Marieke Kinyara</i>	
2.3	Bedeutungsvolle Betätigungen, Gewohnheiten und Routinen	99
	<i>Nadja Reeck und Muriel Marieke Kinyara</i>	
2.4	Betätigungen in den Lebensbereichen	109
	<i>Nadja Reeck</i>	
2.5	Verhaltensstörungen von Kindern und Jugendlichen und ihre Auswirkungen auf Betätigungen	116
	<i>Karina Kloos</i>	
2.6	Dark Side of Occupation	134
	<i>Katharina van Stephaudt, Laura Schneider, Zöe Poulson & Anna Westhoff</i>	
2.7	Betätigungsdysbalance	140
	<i>Nadja Reeck & Muriel Marieke Kinyara</i>	
2.8	Evaluation und Intervention	144
	<i>Luisa Brings-Haase</i>	

Kapitel 3 Person		165
3.1	Einleitung <i>Katharina Fechner</i>	165
3.2	Betätigungsidentität und Rollen von Kindern und Jugendlichen <i>Katrin Pechstädt</i>	168
3.3	Psychische Grundbedürfnisse, Risiko- und Schutzfaktoren..... <i>Ines Haider</i>	177
Exkurs	Zürcher Fit-Konzept (Anna Huber).....	185
3.4	Entwicklung der Emotionen und der Beziehungsfähigkeit <i>Karin J. Lebersorger</i>	212
3.5	Psychosoziale Funktionen der Betätigungsperformanz <i>Maria Thun</i>	237
Exkurs	Theory of Mind (Anna Huber).....	264
3.6	Betätigungsübergänge (occupational transitions) von Kindern und Jugendlichen <i>Magdalena Schlögl, Beate Wetzelsberger</i>	270
3.7	Bedeutung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen in der Ergotherapie <i>David Wild</i>	283
3.8	Kinder- und jugendpsychiatrische Krankheitsbilder <i>Isabel Böge</i>	285
Exkurs	Suizidalität (Isabel Böge).....	301
3.9	Evaluation und Intervention <i>Katharina Fechner</i>	326
Exkurs	Die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (Gesa Döringer)	347
Exkurs	SelbstWIRKSAM – Stärkung der Selbstwirksamkeit im Rahmen der Ergotherapie (Diana Lechleiter)	349

Kapitel 4 | Umwelt**357**

4.1	Einleitung	357
	<i>Barbara Kermer & David Wild</i>	
Exkurs	Systemtherapie (David Wild).....	358
4.2	Soziale Umwelt.....	362
	<i>David Wild</i>	
Exkurs	Kinderschutz.....	370
4.3	Institutionelle Umwelt	388
	<i>Gina Franke & David Wild</i>	
4.4	Physische Umwelt.....	419
	<i>Barbara Kermer</i>	
4.5	Kulturelle Umwelt	452
	<i>Katharina Dürtscher</i>	
4.6	Virtuelle Umwelt.....	491
	<i>Marlene Alvarez & David Wild</i>	
Exkurs	Die andere oder dunkle Seite von Betätigung (Dark Side of Occupation) (Marlene Alvarez).....	512

Kapitel 5 | Theorie – Praxis – Transfer**525**

5.1	Einführung in den ergotherapeutischen Prozess	525
	<i>Katrin Pechstädt</i>	
5.2	Fallbeispiel Oskar, 5;5 Jahre, Wutausbrüche in Kindergarten und zu Hause, Eltern-Kind-Station	534
	<i>David Wild</i>	
5.3	Fallbeispiel Jona, 9 Jahre, Konflikte zu Hause und in der Schule, Medienkonsum, ambulante Behandlung.....	542
	<i>David Wild</i>	
5.4	Fallbeispiel Franziska, 10;11 Jahre, Schulvermeidung wegen Mobbing, Geschlechtsidentität, Tagesklinik	549
	<i>David Wild</i>	
5.5	Fallbeispiel Eva, 15 Jahre, sozialer Rückzug, nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten, Tagesklinik	556
	<i>David Wild</i>	

Anhang

567

Glossar	569
Assessments und Methoden	580
Interventionen.....	582
Literatur	585
Die Autorinnen und Autoren.....	655

Vorwort

Liebe Leser:innen,

wir freuen uns, Ihnen das erste eigenständige Fachbuch zur Ergotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) präsentieren zu dürfen. Die KJP(P)¹ stellt ein junges „Zwischenfeld“ zwischen den Fachbereichen Pädiatrie und Psychiatrie dar, was zur Folge hat, dass es bisher nur wenig ergotherapeutische Forschung und Evidenz dazu gibt. Viele Konzepte, Assessments und Interventionen werden aus einem der beiden Fachbereiche übernommen und müssen entsprechend an den neuen Fachbereich angepasst werden. Dies führt oft dazu, dass sich Kolleg:innen „zwischen den Stühlen“ fühlen und von beiden Bereichen nicht vollständig angesprochen werden. Gleichzeitig wächst der Fachbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie stetig, was sich in der deutlichen Zunahme und dem deutlichen Ausbau an fachlichen Stellen und Ausbildungsmöglichkeiten zeigt, aber auch in einem Anstieg der Fallzahlen, nicht zuletzt aufgrund der Auswirkungen der Corona-Pandemie.

Dieses Buch entstand auf Wunsch von in der Praxis tätigen Therapeut:innen, die nach spezifischer Literatur suchten, die sich speziell mit dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie beschäftigt. Aus einer ersten Idee entstand unter Mitarbeit von vielen Therapeut:innen, Ärzt:innen und anderen Fachgruppen zunächst ein Konzept und schließlich ein konkretes Produkt. Der Prozess, an dem alle Beteiligten aufgrund ihres Interesses für den Fachbereich „ehrenamtlich“ mitgearbeitet haben, erstreckte sich über mehr als vier Jahre und fand neben beruflichem und privatem Alltag statt – in dieser Zeit sind sogar die drei Herausgebenden (und einige Autorinnen) Eltern geworden.

Da es unmöglich ist, alle Themen der KJP(P) in einem Buch abzudecken, erheben wir keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Wir möchten mit dem Buch einen ersten „Aufschlag“ machen und den Anstoß für weitere Bücher und Veröffentlichungen in diesem Fachbereich geben. Wir laden Sie ausdrücklich ein, sich auf den Weg zu machen und den Austausch über die Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu fördern.

1 KJP steht für „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ und KJP(P) für „Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“. Diese Begriffe und Abkürzungen werden folgend synonym verwendet.

Das Buch ist das Ergebnis der Zusammenarbeit von Therapeutinnen und Therapeuten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Unser Wunsch ist es, ein Buch vorzulegen, das im gesamten deutschsprachigen Raum genutzt wird. Aufgrund der Zusammensetzung des Autor:innenteams sind einige Inhalte nur in einem System dargestellt, beispielsweise die Möglichkeiten der Unterstützung in der Schule in Nordrhein-Westfalen (Deutschland). Auch führte die Zusammenarbeit von zahlreichen Autor:innen aus verschiedenen Feldern zu Unterschieden im Sprachgebrauch (wissenschaftlich vs. praxisorientiert, therapeutisch vs. medizinisch, länderspezifisch). Wir bitten Sie daher, sich nicht durch eventuelle abweichende Terminologien irritieren zu lassen und die Inhalte selbstständig in Ihre regionalen und institutionellen Kontexte zu übertragen (soweit möglich).

Die von uns anvisierte Zielgruppe des Buches umfasst Praktiker:innen, Berufseinsteiger:innen, Lernende, aber auch Wieder- und Seiteneinsteiger:innen sowie Lehrkräfte der Ergotherapie. Auch wenn der Titel Kinder- und Jugendpsychiatrie lautet und hierdurch häufig als Institution aufgefasst wird, möchten wir bewusst auch Therapeut:innen aus ergotherapeutischen Praxen ansprechen, die Fälle mit kinder- und jugendpsychiatrischem Hintergrund behandeln.

Der Aufbau des Buches orientiert sich am PEO-Modell als Basismodell der Ergotherapie und nicht am medizinischen Modell (ICF/ICD/DSM), das jedoch ebenfalls berücksichtigt wird. Soweit möglich haben wir versucht, die Auswirkungen auf alltägliche Betätigungen in den Mittelpunkt zu stellen und weniger die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose.

Nach einer Einführung in den Fachbereich werden daher in den → *Kapiteln Betätigung, Person und Umwelt* immer zuerst wichtige Faktoren bzw. Elemente sowie deren Auswirkungen auf Betätigung und Psyche und eventuelle Herausforderungen geschildert. Passend zu diesen Faktoren werden danach Möglichkeiten der ergotherapeutischen Evaluation und Intervention aufgezeigt und häufig an Fallbeispielen dargestellt, um einzelne Faktoren, Assessments oder Interventionen praxisnah zu verdeutlichen. Hierdurch soll die Theorie verständlich erklärt und anwendbar gemacht werden. Die Fallbeispiele am Ende des Buches (→ *Kapitel 5*) sind exemplarische Fälle aus der ergotherapeutischen Praxis und beschreiben den gesamten Prozess vom Kennenlernen über die Evaluation zur anschließenden Intervention. Auch hierbei war keine vollständige Beschreibung von Fällen aus dem Praxisalltag möglich, sodass wir uns entschieden haben, vier verschiedene Fallbeispiele aus unterschiedlichen Lebensphasen exemplarisch darzustellen.

Unser Dank an dieser Stelle gilt:

- allen Autor:innen, die durch ihre Fachkenntnis und -texte das Buch in diesem Umfang erst ermöglicht haben,
- allen Testleser:innen, die mit kritischem Blick Vorabversionen der einzelnen Kapitel und des inhaltlichen Konzeptes beurteilt und uns mit Feedback weitergeholfen haben,

- dem Schulz-Kirchner Verlag (insbesondere Tom Leidag, Sara Mohr und Doris Zimmermann), die uns von der Idee bis zur Fertigstellung des Buches unterstützt und uns den Prozess erklärt haben,
- weiteren Begleitern (u. a. Helen Strebel, Nicole Kaldewei, Rebecca Lang), denen wir „Herausgeber-Neulinge“ alle unsere Fragen zum Schreiben und Redigieren eines Buches stellen konnten
- und natürlich unseren Familien für ihre Unterstützung und Geduld.

Abschließend noch einige Tipps zum Lesen:

- Interaktiv: Unser Wunsch war es, mit diesem Buch Denkanstöße zu geben. Daher finden sich im Buch viele Hinweise auf Hintergründe, Fortbildungen und weiterführende Literatur mithilfe von Links und QR-Codes. Diese können bei Bedarf genutzt werden, um sich auch über die Inhalte des Buches hinaus zu informieren.
- Reihenfolge: Wie oben beschrieben, haben wir uns dafür entschieden, das PEO-Modell als Grundstruktur zu nutzen und auch in den Kapiteln einen festen Aufbau beizubehalten (Definition von Faktoren/Themen, wichtige Einflüsse/Herausforderungen und anschließend Möglichkeiten in der ergotherapeutischen Evaluation und Intervention). Wir möchten damit jedoch keinesfalls eine feste Reihenfolge beim Lesen vorgeben und ermutigen hiermit auch die Macher/Entdecker (nach Kolb, 2015) unter den Leser:innen, mit den praktischen Tipps/Ideen zu beginnen und erst danach die theoretische Erklärung zu lesen.
- Praxisnah: Unser Wunsch war es, das Buch praxisnah zu gestalten. Daher finden sich in vielen Kapiteln sowie am Ende des Buches zahlreiche Fallbeispiele. Wir hoffen, dass hierdurch der Transfer in die Praxis einfacher wird und Sie viele Aspekte schnell und einfach in Ihrem Arbeitstag ausprobieren können.

Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen.

Katharina, Luisa & David

Kapitel 1 | Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie

1.1 Einleitung

In Deutschland leben ca. 13 Millionen Kinder und Jugendliche mit einem Bevölkerungsanteil von 16 % (Robert Koch Institut, 2024). Eines der wichtigsten Ziele der Gesundheitspolitik ist es, die Gesundheit der heranwachsenden Generationen nachhaltig zu fördern, da in der Kindheit und Jugend wesentliche Grundsteine für die Gesundheit in späteren Jahren gelegt werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2024a).

Im Rahmen der Gesundheitsförderung nimmt der Bedarf an kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung im gesamten deutschsprachigen Raum zu. Baumgarten et al. (2019) berichten, dass sich das Krankheitsspektrum von Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahrzehnten von körperlichen zu psychischen Erkrankungen verschoben hat. Neuere Untersuchungen der KIGGS- und BELLA-Studie zeigen, dass knapp 17 % aller Mädchen und Jungen im Kindes- und Jugendalter psychische Auffälligkeiten aufweisen (Klipker et al., 2018) und ungefähr 15 % im Laufe ihrer Kindheit und Jugend eine psychiatrische Diagnose erhalten (Sevecke et al., 2022b).

In den letzten Jahren führten auch pandemiebedingte Maßnahmen wie Home-schooling und Lockdown zu einer vermehrten Aufmerksamkeit auf die psychosoziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Gesellschaft und in den Medien. Untersuchungen zeigten, dass durch die Einschränkungen in der Pandemie das Stresserleben sowie die psychischen Belastungen von Kindern und Jugendlichen enorm gestiegen sind (Ravens-Sieberer et al., 2021; Peters et al., 2020).

Innerhalb der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsstrukturen übernimmt die Ergotherapie eine wesentliche Rolle: So ist die Berufsgruppe der Ergotherapeut:innen an vielen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im Behandlungsteam vertreten und auch in ambulant niedergelassenen Praxen werden regelmäßig Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen Diagnosen von Ergotherapeut:innen behandelt.



Abb. 1-1: Versorgungsstrukturen für Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen Diagnosen

Trotz der großen Relevanz und Aktualität wird die Ergotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Fachliteratur nur rudimentär behandelt. Klassische Einteilungen unterscheiden in die Arbeitsfelder Pädiatrie und Psychiatrie, in denen die Kinder- und Jugendpsychiatrie jeweils als kleiner Teilbereich behandelt wird. Dies führt dazu, dass es derzeit noch kein eigenständiges, speziell für den deutschsprachigen Raum anwendbares Buch für die Ergotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt.

In der ergotherapeutischen Ausbildung zeigte sich bisher ein ähnliches Phänomen. Auch hier wurden kinder- und jugendpsychiatrische Fragestellungen in Lehrveranstaltungen der Pädiatrie und Psychiatrie abgehandelt. Durch die zunehmende Akademisierung und Angleichung der Curricula in der Lehre und Bestrebungen der Gesundheitspolitik, Versorgungsstrukturen im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich zu erweitern, gewinnt die Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigenständiges Fach auch in der Lehre und Weiterbildung an Bedeutung, wofür zukünftig vermehrt fachspezifische Literatur erforderlich ist.

Im folgenden Kapitel soll daher aufgezeigt werden, wie der Fachbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie entstanden und derzeit gestaltet ist. Außerdem werden wichtige Ausgangspunkte für die ergotherapeutische Arbeit in diesem Setting sowie in der inner- und außerklinischen Zusammenarbeit beschrieben.¹

¹ Im Folgenden werden die Begriffe „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (KJP) und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) synonym verwendet.

1.2 Einführung in den medizinischen Fachbereich (Österreich)

Leonhard Thun-Hohenstein

1.2.1 Geschichte

Mit dem Ausklingen des 19. Jahrhunderts hat sich aus den Kinderheimen und dem damit verbundenen Versorgungsanspruch die zunehmende Professionalisierung eines medizinischen Fachbereichs, der sich auf die psychischen Belange von Kindern und Jugendlichen fokussiert, entwickelt. Aus den Mutterfächern Psychiatrie, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Neurologie entwickelten sich langsam die Anfänge des Faches der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die ersten internationalen (Maudsley 1867) und deutschen (Emminghaus 1887) Lehrbücher stammen aus dem späten 19. Jahrhundert. Der Begriff Kinderpsychiatrie wurde 1899 eingeführt (Thun-Hohenstein, 2017).

In Österreich gründete Erwin Lazar 1911 am Allgemeinen Krankenhaus (AKH) in Wien die „Heilpädagogische Station“ in der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde (Leiter Clemens von Pirquet), heute die Psychosomatische Tagesklinik der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde.

1949 wurde an der Erwachsenenpsychiatrie des AKH ebenfalls ein Kinder- und Jugendbereich eröffnet, dessen Leitung Prof. Dr. Walter Spiel übernahm, der diesen Bereich zur ersten österreichischen Universitätsklinik (ab 1975) ausbaute. Gleichzeitig wurde die Ärzteausbildungsordnung (ÄAO) an diese Entwicklung angepasst und 1975 ein Zusatzfach eingerichtet, das es Kolleg:innen aus den Mutterfächern ermöglichte, nach der sechsjährigen Facharztausbildung innerhalb von drei Jahren noch den Zusatztitel Kinder- und Jugendneuropsychiatrie zu erwerben. Erst 2007 wurde ein eigenes Sonderfach eingeführt und 2015 in der Ausbildungsordnung als Facharzt/Fachärztin für „Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin“ (KJP(P)) festgeschrieben. Es ist damit eines der jüngsten Sonderfächer des medizinischen Versorgungskanons Österreichs mit derzeit ca. 180 Fachärzt:innen für KJP(P).

Definition des Sonderfaches: Definition lt. ÄAO (Österreichische Ärztekammer, 2015):

„Das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin umfasst die Prävention, Diagnostik, Behandlung einschließlich Psychotherapeutischer Medizin und Rehabilitation von im Kindes- und Jugendalter auftretenden psychischen Krankheiten, Störungen und Verhaltensauffälligkeiten einschließlich der psychiatrischen Behandlung von entwicklungsbedingten psychischen Erkrankungen sowie die fachspezifische Begutachtung.“



1.2.2 Aktuelle Versorgungslage

Mit der Schaffung des Sonderfaches in Österreich kam auch Bewegung in die Entwicklung des Faches, respektive der Abteilungen, und es verdoppelte sich die Zahl der stationären Einrichtungen. 2009 wurde in Salzburg die zweite Universitätsklinik für KJP(P) ins Leben gerufen, mittlerweile gibt es in Österreich insgesamt sechs. Es wurden Konzepte für Tageskliniken, Ambulatorien und die Möglichkeit der Niederlassung für Kinder- und Jugendpsychiater:innen entwickelt und umgesetzt. Im Durchschnitt erreicht die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Versorgungsniveau von knapp 50 % des Solls. Am meisten beschäftigt die Kinder- und Jugendpsychiatrie zurzeit der Fachärzt:innenmangel (Sevecke et al., 2022a). Dies hat zur Folge, dass Diagnosen zu spät gestellt werden und lange Wartezeiten bestehen, durch die die Prognose der Kinder und Jugendlichen deutlich verschlechtert wird. Ein deutlicher Zuwachs an Fachkräften im multiprofessionellen Team wäre daher notwendig, um das Soll zu erfüllen und dem Bedarf der Klient:innen gerecht zu werden. In vielen Bereichen der KJP(P) ist die Versorgung derzeit nicht auf internationalem Niveau und vor allem nicht flächendeckend (z. B. für die Klientel mit den Diagnosen Autismus oder Essstörungen).

Der Vergleich der Versorgungslage zwischen Deutschland, Österreich und der Schweiz zeigt, dass in allen drei Ländern angesichts der epidemiologischen Entwicklung – insbesondere während und nach der COVID-19-Pandemie – Mangel herrscht, dieser aber in Österreich eklatant am größten ist (Sevecke et al., 2022b).

E X K U R S

Deutschland (David Wild)

Auch in Deutschland stieg Ende des 19. Jahrhunderts das Bewusstsein für Kinderarmut und -verwahrlosung als Massenphänomen. Da die Versorgung der Kinder in den damals verbreiteten Waisenhäusern nicht mehr ausreichte, wurden diese um Institutionen für Erziehung und Bildung zur Förderung der Entwicklung erweitert (Fangerau & Oommen-Halbach, 2021). In diesen entwickelte sich wiederum zunehmend ein Fokus auf die Diagnostik und Behandlung von sogenannten „Geisteskrankheiten“. 1887 erschien mit *„Die psychischen Störungen des Kindesalters“* von Hermann Emminghaus ein erstes Lehrbuch zum Thema Kinderpsychiatrie. In den folgenden Jahren fand auf dieser Basis eine zunehmende Spezialisierung und Etablierung des Faches statt, welches zu Beginn noch eine Mischung aus Psychiatrie, Wohlfahrt und Jugendfürsorge mit unklaren Grenzen war (Fangerau & Oommen-Halbach, 2021).

1906 eröffnete Emil Sioli die erste „Beobachtungsabteilung“ für Kinder und Jugendliche an der „Städtischen Heil- und Pfllegeanstalt für Irre und Epileptische“ in Frankfurt/Main (DGKJP, 2024). Die erste offizielle kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtung wurde 20 Jahre später unter der Leitung von Otto Löwenstein in Bonn eingerichtet.

Die Ideologie des Nationalsozialismus veränderte die Kinder- und Jugendpsychiatrie ganz wesentlich in ihrem Sinne. Viele, vor allem jüdische, Ärzt:innen wurden vertrieben. Die Idee des unwerten Lebens und die Ideologie der Rassenhygiene hielten auch in diesem Fach Einzug. Zentrale Aufgabe der diagnostizierenden Ärzte war es damals, „heilbare bzw. therapierbare von unheilbaren bzw. nicht therapierbaren Kindern zu unterscheiden“ (Fangerau & Oommen-Halbach, 2021, S. 4). Während heilbare Kinder Therapieplätze und Behandlungen erhielten, wurden unheilbare zunächst in Einrichtungen untergebracht und ab 1939 im Rahmen der sogenannten Kindereuthanasie ermordet.

Nach dem Zweiten Weltkrieg dauerte es bis in die späten 1970er Jahre, bis eine entsprechende Aufarbeitung der Zeit des Nationalsozialismus begann, in der vor allem die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tätigen kritisch durchleuchtet wurden. Die Aufarbeitung ist allerdings immer noch nicht abgeschlossen und nach wie vor das Thema kontroverser Forschung.

Zur Vertiefung sei u. a. folgendes Buch empfohlen: Fangerau, H., Topp, S. & Schepker, K. (Hrsg.) (2017). *Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit: Zur Geschichte ihrer Konsolidierung*. Berlin, Heidelberg: Springer



In den Nachkriegsjahren orientierte sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie auch weiterhin am Defizit-Modell und richtete ihren Blick bei der Diagnostik und Behandlung häufig auf Negativaspekte wie Schwererziehbarkeit und Problemverhalten, die mit Medikamenten(versuchen) und einer gesonderten Unterbringung therapiert werden sollten. Diese wurden ergänzt durch verhaltenstherapeutische und psychoanalytische sowie milieutherapeutische Ansätze. Darüber hinaus gab es auch Versuche mit neurochirurgischen Eingriffen. Im Nachhinein betrachtet zeichnet sich auch diese Periode durch eine fragwürdige rechtliche und ethische Situation aus, die erst nach Jahren reflektiert und kritisch hinterfragt wurde (Fangerau & Oommen-Halbach, 2021).

Ab den späten 1950er und Anfang der 1960er Jahre fand eine zunehmende Akademisierung und wissenschaftliche Fundierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie statt. 1950 wurde mit dem „Verein für Jugendpsychiatrie, Heilpädagogik und Jugendpsychologie“ der Vorläufer der heutigen „Deutsche(n) Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (DGKJP) gegründet. 1954 bzw. 1958 entstanden die ersten Lehrstühle für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marburg (BRD) bzw. Rostock (DDR). 1968 wurde das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie in der ärztlichen Ausbildung eingerichtet, inklusive des zugehörigen Titels für Fachärzt:innen (DGKJP, 2024).

1975 ergab die „Psychiatrie-Enquete“ des Deutschen Bundestages eine mangelhafte Versorgungslage von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen. Demnach führte besonders der Mangel an Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie dazu, dass die Aufgaben der Behandlung und Betreuung nicht von den Psychiatrien, sondern von Erziehungsberatungsstellen übernommen wurden

(Fangerau & Oommen-Halbach, 2021). In den Jahren danach erhöhte sich die Zahl der Fachärzt:innen unter anderem aufgrund der zunehmenden Zahl an Lehrstühlen. Aber auch Debatten über die Gefährdung und eine verbesserte Wahrnehmung des Kindeswohls sorgten in den folgenden Jahrzehnten für ein gesteigertes Bewusstsein im Hinblick auf die Bedeutung des Fachgebietes und für einen Ausbau der Kapazitäten (ebd.).

Im europäischen Vergleich ist die Versorgungssituation in Deutschland im Hinblick auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie positiv einzuschätzen. So gab es 2020 143 Krankenhäuser oder Abteilungen mit der Zielgruppe Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen (Sevecke et al., 2022b). In diesen Einrichtungen sind etwa 2700 Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig (Romanos et al., 2024). Insgesamt entspricht dies einer Quote von 64 Betten/Behandlungsplätzen pro 100.000 Kindern und Jugendlichen, was im europäischen Raum die höchste Anzahl ist (Sevecke et al., 2022b).

Doch trotz dieser scheinbar guten Versorgungssituation zeigen Analysen, dass das System auch unterschiedliche Schwächen birgt. Im ambulanten Bereich sind beispielsweise viele Stellen für Fachärzt:innen nicht besetzt (Schepker & Kölch, 2023), sodass besonders im ländlichen Raum längere Warte- und Wegzeiten nötig sind. Die DGKP spricht in diesem Zusammenhang von einem Fachkräftemangel, der unter anderem auf eine Unterrepräsentation des Fachbereiches in der Ausbildung zurückzuführen sei (DGKP, 2023).

Die Fallzahlen steigen seit mehr als einem Jahrzehnt stetig an, was sich vor allem in der wachsenden Zahl von diagnostizierten Depressionen und Verhaltensstörungen zeigt (Destatis, 2023). Die Auswirkungen der Corona-Pandemie haben diese Entwicklung nochmals verstärkt (Romanos et al., 2024).

Gerade die Kombination dieser Faktoren (Versorgungslücken/-engpässe bei gleichzeitig zunehmenden Fallzahlen) könnte in Zukunft dafür sorgen, dass trotz der guten Ausgangssituation eine unzureichende Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen eintritt. Verschiedene Vereine und Personen fordern daher eine Überarbeitung und Anpassung der Versorgungsstrukturen (DGKP, 2023; Schepker & Kölch, 2023; Romanos et al., 2024).

E X K U R S

Schweiz (David Wild)

In der Schweiz entwickelte sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine verstärkte Aufmerksamkeit für die Situation von Kindern. Unter anderem durch die neuen Kinderrechte (1912) begann die Gesellschaft – und insbesondere die Psychiatrie – sich mit „schwierigen und auffälligen Kindern zu beschäftigen“ (Janett et al., 2023, S. 4). Insbesondere der Kanton Zürich war hierbei Vorreiter, in dem nach Einführung eines Jugendamtes zur Sorge für verwahrloste Kinder 1921 eine erste Kinderbeobachtungsstation an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich/Burghölzli entstand (Zollinger, 2011). Diese, wie auch weitere entstehende Stationen waren jedoch vorher Teil der Erwachsenenpsychiatrie bzw. der Kindersomatik und Kinderpädagogik. Es dauerte jedoch noch ein ganzes Jahrzehnt, bevor 1933 der Begriff der „Kinderpsychiatrie“ durch Moritz Tramer geprägt wurde (ebd.), der auch Gründer der ersten kinderpsychiatrischen Zeitschrift war (Janett et al., 2023). In den Folgejahren entstanden auch in anderen Kantonen Stationen für Kinder(psycho)therapie.

In den 1940er Jahren nahm die Bedeutung der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu, unter anderem weil bei Verfahren zu Jugenddelikten zunehmend medizinisch-psychiatrische Sachverständige einbezogen wurden (Janett et al., 2023). Es dauerte jedoch ein weiteres Jahrzehnt, bis 1953 die Ausbildung/Spezialisierung für Fachärzt:innen – und hiermit die Akademisierung der Kinderpsychiatrie – eingeführt wurde (Zollinger, 2011).

Als erster Fachartikel erschien ein Beitrag von Arnold Weber zur Kinderpsychiatrie im Riechardtschen Lehrbuch der Psychiatrie von 1955 (Janett et al., 2023).

1977 entstand der erste Lehrstuhl für Kinderpsychiatrie (Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters) an der Universität Zürich (Walitza & Steinhausen, 2023). Stand 2023 gibt es ca. 600 Kinder- und Jugendpsychiater:innen, die in der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie organisiert sind (SGKJPP, 2024).

Während in den ersten Jahrzehnten hauptsächlich die „Versorgung von Problemkindern“ (Janett et al., 2023, S. 6) Aufgabe der Einrichtungen war, folgten mit der Weiterentwicklung des Fachgebietes auch neue Herangehensweisen. Zunächst waren es Methoden der Psychoanalyse, später auch zunehmend medizinische, medikamentöse sowie verhaltenstherapeutische Einflüsse und ein systemischer Ansatz (ebd.). Die Definitionen und Konkretisierungen verschiedener Krankheitsbilder sowie Analysen des aktuellen Bedarfes gingen einher mit einer Differenzierung des Angebotes und der Spezialisierung einzelner Kliniken und Stationen (Walitza & Steinhausen, 2023).

Bezüglich der Versorgungslage in der Schweiz zeigten sich in den vergangenen 20 Jahren verschiedene Probleme. So berichtet Zollinger (2011), dass die Abdeckung im Bereich der Städte wie Basel und Genf ausreichend sei, jedoch besonders in ländlichen Regionen Versorgungslücken bzw. Engpässe entstehen. Einzelne Kinder- und Jugendpsychiater:innen sind in diesen Gegenden teilweise für zehn- bis zwanzigmal so viele Kinder und Jugendliche verantwortlich.

So spricht eine Studie (Stocker et al., 2016) von einer Unterversorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit bedeutenden Unterschieden zwischen den Angeboten in städtischen und ländlichen Regionen. Aber auch landesweit sei ein Mangel an Fachpersonal und hiermit verbunden ein Defizit an Behandlungsplätzen zu beobachten.

Auf Basis dieser Studienlage hat das Bundesamt für Gesundheit verschiedene Schritte unternommen, um den Defiziten entgegenzusteuern, und kommt 2022 zu dem Schluss, dass sich die Versorgungslage durch eine Zunahme von stationären Therapieplätzen und neuen Stellen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verbessert habe (BAG, 2024).

Aktuelle Studien im Rahmen der Corona-Pandemie (Schuler et al., 2022) zeigen jedoch auch, dass die Fallzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter anderem durch die Auswirkungen der Pandemie weiter steigen und sich hierdurch erneute Bedarfe für die stationäre und ambulante Versorgung ergeben.

1.2.3 Versorgungsebenen

Im Folgenden werden die Versorgungsebenen am Beispiel der österreichischen Struktur erläutert. In Deutschland und der Schweiz kann eine vergleichbare Struktur angenommen werden, wenn auch eventuell mit anderen Begrifflichkeiten.

Die Versorgung der gefährdeten und psychisch kranken Kinder und Jugendlichen wird in Österreich über den Österreichischen Strukturplan Gesundheit geregelt. Dieser definiert die Versorgungsebenen, den Versorgungsauftrag und die damit verbundenen Strukturqualitätskriterien (→ Abb. 1-2). Leider klaffen Planung und Wirklichkeit trotz aller Bemühungen noch beträchtlich auseinander. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist nach diesem Plan nur in den Ebenen stationäre (Spitalbetten, Rehabilitationszentren) und ambulante Fachversorgung (von Spitalsambulanz, über Tagesklinik, Ambulatorien zu niedergelassenen Fachärzt:innen) zu finden. In der Primärversorgung kommt sie nicht vor, trotz der bekannten Häufigkeit psychischer Erkrankungen.

Versorgungsstufenmodell

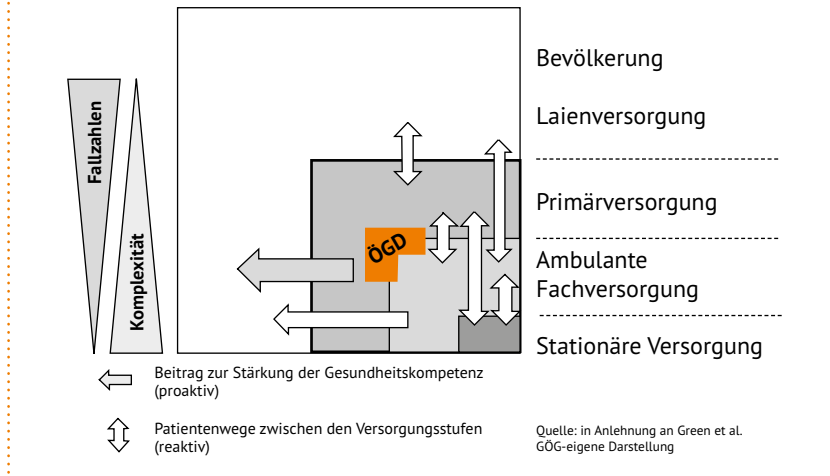


Abb. 1-2: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023. p.30;
Hrsg.: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)

1.2.4 Menschenbild

Das Menschenbild der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP[P]) ist von humanistisch-aufgeklärten Aspekten geprägt, die sich in den letzten Jahrzehnten um die Menschenrechte als Basis, den Kinderschutz als Handlungsanleitung und das psychotherapeutische Denken und Handeln erweitert haben. Alle Aktivitäten der Kinder- und Jugendpsychiater:innen ordnen sich dem Ziel des bestmöglichen Erreichens des Kindeswohls unter, wie unter § 138 Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch (ABGB, 2024) definiert. So versteht die KJP(P) ein Kind als ein sich in Entwicklung befindliches, von seiner eigenen Entwicklungsdynamik bestimmtes Individuum, das sich in Auseinandersetzung mit seiner näheren und fernerer Umgebung entwickelt. Dabei verfügen gesunde Kinder und Jugendliche im jeweiligen Entwicklungsabschnitt über genau die Fähigkeiten und Fertigkeiten, um den anstehenden Entwicklungsschritt und die Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Die Entwicklung ist somit ein Zusammenspiel angeborener und erworbener Fähigkeiten, die durch die normativen bzw. die aktuellen und akuten Lebensumstände herausgefordert werden. Durch diese jeweils spezifischen Umstände entwickeln Kinder und Jugendliche ein subjektives Weltbild, konstruieren sich ihre Welt auf Basis eigener Erfahrungen (→ Kapitel 3.4).

1.2.5 Berufsverständnis

Obwohl die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein eigenes Sonderfach darstellt und dieses die Fachärzt:innen berechtigt, frei und selbstständig diesen Beruf auszuüben, gehört die KJP(P) zu jenen Fächern der Medizin, in denen Kooperation mit

anderen Berufsgruppen und Systemen immanent dazu gehört (→ *Kapitel 1.4*). Die Systeme, mit denen die KJP(P) zusammenarbeiten muss, reichen von Rettungswesen und Polizei über Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendanwaltschaft, Kinderschutzzentren, das gesamte Bildungssystem und die Organisationen der Berufsausbildung. Berufsgruppen, mit denen kooperiert wird, oder die direkt im System der KJP(P) arbeiten, sind: Diplom- und Gesundheitskrankenpflege, Sozialpädagogik, Pädagogik, Soziale Arbeit, Psychologie und Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und alle Formen der kreativen und künstlerischen Therapien. Im englischen Sprachraum werden diese Berufe als „allied professions“ bezeichnet und sind sogar in einer weltumspannenden Gesellschaft, der IACAPAP, der „International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions“ (<https://iacapap.org/>) organisiert.

Das ärztliche Berufsverständnis hat sich in den letzten zehn Jahren auch um die Psychotherapie erweitert, da diese im Namen des Faches enthalten ist und somit auch im Rahmen der Fachärzt:innen-Ausbildung zugehörige Fertigkeiten und Kenntnisse, nicht zuletzt auch über die wissenschaftliche Fachgesellschaft (ÖG-KJPP; <https://oegkjp.at/psy-ausbildung/>), vermittelt werden.

Zum Selbstverständnis in der KJP(P) gehört auch, dass Mitarbeitende eine wesentliche Funktion darin sehen, die Interessen der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen zu vertreten, vielleicht sogar aller Kinder und Jugendlichen. In diesem Sinne stellt die KJP(P) ein hoch politisches Fach dar.

1.2.6 Krankheitsverständnis

Krankheit wird als das Abweichen von der normalen Entwicklung unter Herausbildung spezifischer Symptome verstanden, die zusammengefasst als ein Krankheitsbild (definiert nach den Kriterien der ICD-11 bzw. DSM-V) beschrieben werden können (→ *Kapitel 3.8*). Symptomen kommt Signalcharakter zu, sie sind also immer auch als Teil der Kommunikation des Individuums mit seiner Umwelt zu verstehen. Zusätzlich kommt es durch die Belastungen und Herausforderungen des Lebens – vor allem in der Pubertät – zu Belastungsreaktionen oder Krisen, die per se nicht notwendigerweise krankheitswertig sind, aber doch einer entsprechenden Behandlung bedürfen.

1.2.7 Behandlungssettings

Entsprechend dem Ebenen-Modell (→ *Abb. 1-2*) sind Behandlungen in Österreich im Einzel-, Gruppen- und Familiensetting sowie in folgenden Gegebenheiten denkbar:

- Praxis niedergelassener Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Gruppenpraxis, Primärversorgungszentren)
- Ambulatorium

- Ambulanzen an Kliniken oder Tageskliniken
- Tagesklinik
- Stationäre Einrichtungen und stationsäquivalente Betreuung (z. B. Hometreatment)
- Rehabilitative Einrichtungen

1.2.8 Diagnostik

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie beruht die Diagnostik (→ *Kapitel 3.7; 3.8*) ganz zentral auf zwei wesentlichen Grundlagen: dem Gespräch und der Verhaltensbeobachtung. Gespräche mit dem betroffenen Kind, den Angehörigen und dem Umfeld (Schule, Jugendhilfe etc.) bieten neben dem nötigen Informationsgewinn die Möglichkeit, eine positive Beziehung aufzubauen und damit die Grundlage, um eine erfolgreiche Behandlung zu erarbeiten (Lempp, 2023). Dabei geht es um eine beziehungsorientierte und transparente Begegnung, ein bewertungsfreies Analysieren der Situation und – idealerweise – die Erarbeitung eines gemeinsamen Krankheitskonzeptes, das dann als Basis der Behandlung dienen kann. Hinzu kommt die Verhaltensbeobachtung während des Gesprächs und im Umgang mit dem Herkunftssystem.

Die Verhaltensbeobachtung findet weiterhin in möglichst verschiedenen Settings des kindlichen oder jugendlichen Lebens statt und ist das Mittel, um zu versuchen zu verstehen, wie sich ein Kind oder ein:e Jugendliche:r in den verschiedenen Lebensumgebungen verhält, welche Strategien der Kommunikation es oder er/sie an den Tag legt, wie die Positionierung in der Peer-Group und die Beziehungsgestaltung mit Peers und Erwachsenen gelingt. Ist die direkte Beobachtung nicht möglich, so gilt es in der Diagnostik möglichst viele Informationsquellen in die Analyse einzubeziehen. Das in den kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen vorhandene multiprofessionelle Team berücksichtigt zur Analyse ebenfalls vielfältige Möglichkeiten.

Ergänzt wird diese klassische kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik durch psychopathologische Testverfahren und eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Herangehensweise: Psychologische Tests und Diagnostikverfahren, ergotherapeutische, logopädische oder (heil-)pädagogische Diagnostik und Alltagsbeobachtungen vervollständigen die Analyse. Es gibt allgemeine, psychopathologisch-orientierte Fragebögen wie die Fragebögen aus der Gruppe der Child Behaviour Checklist (CBCL [Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen], YSR [Youth Self Report, Fragebogen für Jugendliche], TRF [Teacher Report Form, Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen]) oder den Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Weiterhin gibt es störungsspezifische Fragebögen bzw. Testverfahren, die für nahezu jede Diagnose vorhanden sind. Ein Beispiel hierfür ist das Diagnostik-System für psychische Störungen (DISYPS). Je nach Krankheitsbild werden aber auch sehr komplexe, mehrstufige Verfahren eingesetzt, wie zum Beispiel bei der Autismus- oder Per-

sönlichkeitsdiagnostik. Ergänzt wird die Abklärung durch eine medizinische Diagnostik, die grob den Ernährungs- und körperlichen Zustand, das Wachstum und die körperliche Entwicklung umfasst, aber auch Untersuchungen des Gehirns (mittels EEG, cCT, MRT etc.) beinhalten kann.

Die multiprofessionelle Diagnostik, wie oben schon erwähnt, rundet die KJP(P)-Diagnostik ab und bringt in der Regel eine Fülle an wesentlichen Informationen über das Erleben und Handeln des Kindes/Jugendlichen in den verschiedenen professionellen Kontexten. Gerade bei diesen multiprofessionellen Beobachtungen und Untersuchungen ist auf das Wahrnehmen der subjektiven Fähigkeiten, der objektiven und subjektiven Ressourcen und Begabungen zu achten. Im Idealfall werden diese multiprofessionellen Erkenntnisse im Rahmen interdisziplinärer Gespräche und einer multiprofessionellen Dokumentation zu einem gemeinsamen Bild verarbeitet, das dann mit dem Bild der Betroffenen abgeglichen und zusammengeführt werden muss.

1.2.9 Behandlungskonzepte

Die therapeutische Haltung bildet die Basis der Behandlung: eine Haltung des Respektes der Person gegenüber, vor deren Ideen, Ansichten, Lebenserfahrungen und Äußerungen, mit der prinzipiellen und grundlegenden Annahme, dass es so, wie es ist – zumindest im Moment der Begegnung/Beobachtung – in Ordnung ist. Die Wahrnehmung der eigenen emotionalen Reaktionen dient uns als Verständnisanker (Übertragung – Gegenübertragung). Ob das gezeigte Verhalten, das Denken und die Gefühle im Sinne der Pathologie oder einer gesunden Entwicklung verstanden werden können, sollte in gemeinsamer Betrachtung und Reflexion herausgefunden werden (Erarbeitung einer subjektiven Krankheitstheorie) (→ *Kapitel 1.3*). Die therapeutischen Prozesse sind bei Kindern und Jugendlichen häufig auf die Möglichkeit fokussiert, korrigierende Erfahrungen im Denken und Verhalten zu machen und daraus neue Verhaltens- und Denkstrategien zu entwickeln. Bei allen Interventionen wird auf die emotionale Bewältigung großes Augenmerk gelegt. Ein weiterer zentraler Aspekt ist die Arbeit in und mit Beziehungen.

1.2.10 Wie sieht die bestmögliche Therapie in der KJP(P) aus?

Nach abgeschlossener Diagnostik und der Rückmeldung an die Klient:innen und das jeweilige System geht es um die Erstellung eines Behandlungsplanes. Dabei gilt es, auf die Evidenz der verschiedenen therapeutischen Angebote zu achten und gleichzeitig dabei auch die entsprechenden Angebote so umzusetzen, dass sie von Klient:in und System mitgetragen und in eine entwicklungsfördernde Veränderung umgesetzt werden können. Die meisten KJP(P)-Einrichtungen haben dazu im Laufe der Zeit ein für die jeweilige Einrichtung typisches therapeutisches Prozedere („treatment as usual“) entwickelt und überprüfen im Idealfall dessen Wirksamkeit von Zeit zu Zeit.

An dieser Stelle soll das Konzept der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Salzburg vorgestellt werden, da es eine feste, ziel- und lösungsorientierte partizipative Struktur bietet, aber gleichzeitig der individuellen Therapiegestaltung genügend Raum lässt. Der systemische Ansatz und Aufbau des Konzeptes ist überprüft, sodass es nachweislich eine erfolgreiche Behandlung garantiert und mit hoher Zufriedenheit bei Eltern und Klient:innen einhergeht (Thun-Hohenstein et al., 2021).

Die Grundstruktur ist eine systemisch orientierte, partizipative, lösungs- und zielorientierte Kette von Gesprächen:

- 1) Systemisches Aufnahmegespräch
- 2) Systemisches Reflexionsgespräch (eines oder mehrere)
- 3) Systemisches Entlassungsgespräch
- 4) evtl. Übergabegespräch an das nachsorgende System

Die Teilnehmenden dieser Gespräche sind einerseits – und ganz zentral – der/die Klient:in, ihre Angehörigen, soweit sie Verantwortung haben (Obsorgeberechtigte), und andererseits der/die behandelnde Ärzt:in, der/die behandelnde Psychotherapeut:in sowie Pflege- und Erziehungspersonal. Nach Bedarf können Personen weggelassen und hinzugefügt werden.

Die Gespräche haben eine feste Struktur:

- Phase 1 dient als Einstieg dem Ankommen im Gesprächssetting, dem gegenseitigen Kennenlernen (Aufnahmegespräch) und Small Talk.
- Phase 2 beschäftigt sich mit dem Verlauf bis zur derzeitigen Situation und dem Ist-Stand.
- Phase 3 dient der gemeinsamen, ressourcenorientierten Zielformulierung.

1) **Systemisches Aufnahmegespräch:**

Nach einer kurzen Einführung, dem Kennenlernen und Small Talk (Phase 1), geht es darum, was bisher war, wie es sich entwickelt hat und wo der/die Klient:in jetzt steht (Phase 2). Was war bisher erfolgreich und warum? Die Teammitglieder bringen die Ergebnisse des diagnostischen Prozesses und der bisherigen Beobachtungen ein, um gemeinsam Hypothesen zu bestehenden (subjektiv erlebten und beobachtbaren) Problemen zu bilden. In der dritten Phase geht es um die gemeinsame, ressourcenorientierte Zielformulierung, was es braucht, um das Ziel oder Teilziele davon zu erreichen, und wer dazu etwas Wesentliches beitragen kann.

Die Arbeit mit Zielen sollte dafür im Vorfeld erworben und trainiert werden (Ludewig, 1999). Ziele sind in diesem Zusammenhang realistisch erreichbare Verhaltensänderungen, die eine fantasierte Vorstellung von der Zukunft als positives Ereignis und so die grundlegende Motivation für den Veränderungsprozess ermöglichen (Roessler & Gaiswinkler, 2020) (→ Kapitel 3.9).



Die Zielearbeit ist insofern besonders wichtig, da hierbei auch die Verantwortung und die Verantwortungsübernahme durch nicht-therapeutische Personen (Klient:in, Angehörige, Jugendhilfe etc.) für einen erfolgreichen Therapieprozess herausgearbeitet werden kann und soll.

2) Systemisches Reflexionsgespräch:

Im Reflexionsgespräch werden erneut alle drei Phasen (siehe oben) durchlaufen – mit dem Unterschied, dass Phase 2 jetzt den Erfolgen der Zwischenzeit gewidmet ist. Es wird die Umsetzung der im letzten Gespräch vereinbarten Ziele abgefragt und positiv verstärkt. Dies dient ganz wesentlich dazu, den/die Klient:in aus der Negativität in ein Gefühl der Selbstwirksamkeit zu bewegen und die Angehörigen zu ermuntern, positiv über ihr Kind zu sprechen. Es folgt eine kurze Runde zu den aufgefallenen oder noch offenen Problemen. Abschließend werden die Therapieziele formuliert und vereinbart. Diese Gespräche sollten stationär im Abstand von ca. zwei Wochen, im tagesklinischen Bereich alle drei Wochen und im ambulanten Bereich ca. einmal pro Monat stattfinden. Ist das Ende der Behandlung absehbar, sollte das letzte Reflexionsgespräch genutzt werden, um die Entlassung vorzubereiten, die Nachsorge festzulegen und eine eventuelle Übergabe an weiterführende Einrichtungen zu organisieren. Die Zeit bis zum Entlassungsgespräch soll aber auch für einen guten Abschied und Abschluss der Behandlungen zwischen Team, Klient:in und Angehörigen genutzt werden.

3) Systemisches Entlassungsgespräch:

Im Entlassungsgespräch geht es um die während des Behandlungszeitraums erreichten Ziele und das Bewusstmachen der Veränderungen, die möglich waren. Die Leistung des Kindes/des:r Jugendlichen, des Systems und des Teams soll positiv betrachtet werden, Bemühungen, Anstrengungen und Leistungen sollen wertgeschätzt werden, auch wenn vielleicht nur kleine, kaum wahrnehmbare Veränderungen stattgefunden haben. Ganz nach dem Motto: „Der Flügelschlag eines Schmetterlings kann das Wetter an weit entfernten Orten beeinflussen“ können auch kleine Veränderungen im Lauf der Zeit große Wirkung entfalten. Nach der Einordnung und Wertschätzung des Erreichten geht es um die Umsetzung zu Hause und die Nachbetreuung. Idealerweise sollte der/die nachbetreuende Behandler:in beim Gespräch anwesend sein (dies ist jedoch mangels Finanzierung eher die Ausnahme als die Regel).

Diese Gesprächskette ermöglicht einerseits einen strukturierten und reflektierenden Behandlungsverlauf und bietet andererseits die maximale individuelle Freiheit der Therapiegestaltung. Die formulierten und vereinbarten Ziele gelten als Richtschnur für die Therapie. Die Methoden und Anwendungen sollten diesen Zielen nützen und ihre Umsetzung ermöglichen. Die Therapeut:innen und die Klient:innen berichten in den Gesprächen über die Einflüsse und Auswirkungen der Therapie und so bietet diese partizipative Gesprächskette den jeweiligen

Therapeut:innen die größtmögliche Freiheit bei der Wahl ihrer Methoden. Dennoch besteht ein gemeinsamer, multiprofessioneller und interdisziplinärer Reflexionsprozess, der noch dazu jederzeit auch von den Klient:innen und deren Angehörigen beeinflusst werden kann und somit zur Selbstwirksamkeitsentwicklung und dem Resilienzaufbau dient.

1.2.11 Medikamente

Die medikamentöse Therapie ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine von mehreren Behandlungsmöglichkeiten und sollte nur ausnahmsweise als alleinige Behandlung eingesetzt werden. Zumindest ist sie von einer ausführlichen Psychoedukation zu begleiten. Die Erforschung der Wirksamkeit von Medikamenten für psychisch kranke Kinder und Jugendliche gehört rechtlich und inhaltlich aufgrund der besonders vulnerablen Altersgruppe zu den aufwendigsten. Der finanzielle Aufwand für die Entwicklung von Pharmazeutika speziell für diese Altersgruppe ist daher für die Pharmaindustrie selten gerechtfertigt. Dies führt zu einem Mangel an Wirksamkeitsstudien und gezielter Zulassung von Medikamenten für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen.

Die Verabreichung erfolgt daher oft als sogenannter „off-label use“, also „nicht bestimmungsgemäßer Gebrauch“ bei Indikationen oder Patientengruppen, für die es keine offizielle Zulassung gibt. Viele Psychopharmaka durchlaufen das kosten- und zeitintensive Zulassungsverfahren für Kinder und Jugendliche nicht, obwohl es Evidenzen für ihren Einsatz gibt. Außerdem ist bei jeder Medikation das Einverständnis der Oborgerechtigten einzuholen.

Unterschieden werden folgende Medikamentengruppen (Huscava et al., 2020): Antiepileptika, Psycholeptika (Antipsychotika, Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa) und Psychoanaleptika (Antidepressiva, Psychostimulantien).

Zusammenfassung

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein eigenständiges Sonderfach, in Österreich als Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin definiert. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist den Kindern und Jugendlichen verpflichtet und stellt alle Aktivitäten unter das Ziel des Kindeswohls. Es ist eines der wenigen medizinischen Fächer, in denen eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Kooperation fachimmanent ist. Das Spektrum der Tätigkeiten umfasst Prävention, Diagnostik, Behandlung, Begutachtung und Rehabilitation.

1.3 Rolle und Haltung der Ergotherapie in der KJP(P)

Luisa Brings-Haase & David Wild

Welche Rolle und Haltung sollten Ergotherapeut:innen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeit einnehmen? Diese Frage kann leider nicht einfach und eindeutig beantwortet werden. Viele Theorien und Modelle, moderne Ansätze und Werte beeinflussen die persönliche Rolle und Haltung der Ergotherapeut:innen. Jeder:r Ergotherapeut:in hat auf Grundlage des gesammelten Wissens und der individuellen Erfahrungen eine ganz eigene Definition von Rolle und Haltung. Das nachfolgende Kapitel zeigt einen bunten Blumenstrauß an Ressourcen auf, die zu diesem Zweck herangezogen werden können.

1.3.1 Ausgangspunkte der Ergotherapie

Edith Cup und Margo van Hartingsveldt definieren sechs ergotherapeutische Prinzipien (auch bekannt als Säulen), die in der Berufsausübung grundlegend sind:



Abb. 1-3: 6 Prinzipien der Ergotherapie (angelehnt an Cup & van Hartingsveldt, 2019)

1. Klient:innenzentrierung

Die Klient:innenzentrierung ist bereits seit über 30 Jahren Kernelement der Ergotherapie. Bewusst wird in der Ergotherapie vorrangig von „Klient:innen“ statt von Patient:innen gesprochen, da dies die aktive Partizipation impliziert und die Arbeitsbeziehung stärkt. Die klient:innenzentrierte Haltung fördert und respektiert die Autonomie der Klient:innen und deren Rechte. Zwischen Ergotherapeut:in und Klient:in besteht eine gleichberechtigte Partnerschaft: Klient:innen beteiligen sich aktiv an der gleichberechtigten Entscheidungsfindung im Therapieprozess. Dies wirkt sich nachweislich positiv aus: Klient:innen sind besser informiert, sind sich der Vor- und Nachteile von im Hinblick auf Assessments und Interventionen