

**Gemeinsame Empfehlung**  
**zur**  
**Eingruppierung in die Behandlungsgruppen der**  
**Psychiatriepersonalverordnung (Psych-PV)**  
**für die Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems**  
**gemäß § 17 d KHG**

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin\*,

sowie

dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln\*,  
gemeinsam

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin\*

---

\* nachfolgend „Selbstverwaltungspartner“ genannt.

## Präambel

Gemäß § 17 d KHG ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von Fachkrankenhäusern und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen) ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen und erstmals für das Jahr 2013 budgetneutral umzusetzen.

Für die Entwicklung dieses pauschalierenden Entgeltsystems müssen Einrichtungen, die die Psychiatrie-Personalverordnung anwenden, gemäß § 17 d Abs. 9 KHG für jeden voll- und teilstationären Behandlungsfall die tagesbezogene Einstufung der Patientin oder des Patienten in die Behandlungsbereiche der Anlagen 1 und 2 der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) übermitteln.

In der Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 d KHG haben die Selbstverwaltungspartner in § 3 Abs. 1 die Regelungen für die Anwendung der Psych-PV-Behandlungsbereiche definiert. Gemäß § 3 Abs. 2 geben die Selbstverwaltungspartner als Hilfestellung für die Eingruppierungspraxis in den Kliniken die nachfolgende ergänzende gemeinsame Empfehlung für die Psych-PV-Eingruppierung.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die vorliegende Empfehlung zur Eingruppierung und die danach erfassten Eingruppierungsdaten ausschließlich zur Entwicklung des neuen Vergütungssystems und entsprechender Regelwerke verwendet wird. Für die Verhandlungen der individuellen Krankenhausbudgets nach der BPfIV sind ausschließlich die Stichtagserhebungen nach Psych-PV nach dem bisher üblichen Verfahren maßgeblich. Es gilt ein Bestandsschutz für das bisherige Erhebungsverfahren. Jegliche abweichende anderweitige Nutzung und Verarbeitung dieser Daten und der diesbezüglichen Erläuterungen, insbesondere für die Durchführung von Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V bzw. Stichprobenprüfungen nach § 17 c KHG, ist bis zur Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems unzulässig.

**§ 1**  
**Eingruppierungsempfehlungen zu den**  
**Behandlungsbereichen der Psych-PV für Erwachsene**

Die **Anlage 1** zu dieser Empfehlung enthält die ergänzenden Erläuterungen der Selbstverwaltungspartner zur Eingruppierung in die Behandlungsbereiche der Psych-PV in der Erwachsenenpsychiatrie.

**§ 2**  
**Eingruppierungsempfehlungen zu den**  
**Behandlungsbereichen der Psych-PV für Kinder und Jugendliche**

Die **Anlage 2** zu dieser Empfehlung enthält die ergänzenden Erläuterungen der Selbstverwaltungspartner zur Eingruppierung in die Behandlungsbereiche der Psych-PV in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

**§ 3**  
**Inkrafttreten**

Diese Empfehlung tritt mit ihrer Unterzeichnung in Kraft.

**§ 4**  
**Kündigung**

Diese Empfehlung ist mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres kündbar.

Berlin, den 18.12.2009

GKV-Spitzenverband, Berlin

Verband der privaten Krankenversicherung, Köln

Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin

# Anlage 1: Eingruppierungsempfehlungen zu den Behandlungsbereichen der Psych-PV in der Erwachsenenpsychiatrie

Inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte (Anlage 1 zu § 4 Abs. 1 Psych-PV inklusive Erläuterungen)

## Vorbemerkung:

Die Spalten 1 bis 4 wurden aus der Psych-PV Anlage 1 (zu § 4 Abs. 1) übernommen, vgl. S. 44 – 47 in: Kunze & Kaltenbach (Hrsg.) Psychiatrie-Personalverordnung, 5. Auflage 2005. Spalte 5 und 6 enthalten ergänzende Erläuterungen und Fallbeispiele der Selbstverwaltungspartner zu Anlage 2 Psych-PV (5. Auflage 2005, vgl. S.203 – 211).

## 1. Allgemeine Psychiatrie

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
<b>A 1 Regelbehandlung</b>	Akut psychisch Kranke	Erkennen und Heilen, psychische und soziale Stabilisierung	Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Sozialtherapie <sup>1</sup> , Ergotherapie	In den Behandlungsbereich A1 sind stationär behandelte Patienten mit Erkrankungen aus dem Teilgebiet Allgemeine Psychiatrie einzugruppieren, sofern keine Intensivbehandlung (A2), rehabilitative Behandlungsziele und –mittel (A3), eine langdauernde Behandlung bei komplexer Symptomatik (A4) oder psychotherapeutische Behandlungsmittel (A5) dominieren.	Patient, Alter 50 Jahre, mit mittelschwerer Depression verbunden mit Antriebslosigkeit, sozialem Rückzug und gelegentlichen Lebensüberdussgedanken ist nicht dazu in der Lage, seine Medikamente selbstständig einzunehmen. Eine ausreichende Selbstversorgung und Tagestrukturierung sind im Alltag nicht mehr gewährleistet.
<b>A 2 Intensivbehandlung</b>	Psychisch Kranke, manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend, somatisch vitalgefährdet	Erkennen und Heilen, Risikoabschätzung, Krisenbewältigung. Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen	Diagnostik, Erst- und Notfallbehandlung, einbezogene Intensivbehandlung einschließlich Psychotherapie	Beim Behandlungsbereich A2 (ebenso S2 und G2) ist in der Spalte „Kranke“ das Wort „manifest“ zu beachten. Z. B. ist bei Suizidgefahr gemeint, dass der Patient krankheitsbedingt nicht in der Lage ist, auch nur über kurze Zeit für sich die Verantwortung zu übernehmen, er also eine sehr dichte Betreuung benötigt. Manifeste Selbst- oder Fremdgefährdung ist zu bejahen, wenn der Patient nicht absprachefähig oder sein Verhalten nicht vorhersehbar ist. Die unter psychisch Kranken weit verbreitete latente Suizidgefahr ist für den Behandlungsbereich A2 nicht ausreichend. Die Patienten im Behandlungsbereich A2 sind so schwer krank, dass sie zumeist einzelfallbezogen behandelt werden müssen. Für den „Intensiv“-Charakter von Behandlungsbereich A2 ist der quantitative pflegerische Betreuungsaufwand für sich kein ausreichendes Kriterium, entscheidend ist - wegen der unmittelbaren Gefährdung - der hohe und	Patient, Alter 22 Jahre, mit akutem Schub einer schizophrenen Psychose ist affektiv gespannt, kann die Nähe anderer nicht ertragen, wird aggressiv/fätlisch gegenüber anderen. Täglich sind, auch unvorhersehbar, mehrfach ärztliche Behandlungsmaßnahmen (Einschätzung des Gefährdungspotentials, Krisenintervention, Festlegung der Beaufsichtigungssintensität) erforderlich. Der pflegerische Beobachtungs-, Überwachungs- und Interventionsbedarf ist hoch, der Patient wird engmaschig beaufsichtigt.

<sup>1</sup> Als Soziotherapie werden in diesem Zusammenhang alle handlungsorientierten Einflussmaßnahmen auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld verstanden.

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
<b>A 3 Rehabilitative Behandlung</b>	Für die rehabilitative Behandlung ausreichend stabilisierte Kranke mit psychischen und sozialen Krankheitsfolgen	Bessern, Lindern der Krankheitsfolgen – mit diesen leben lernen, Enthospitalisierung, Wiederereingliederung	Mehrdimensionale rehabilitative Behandlung; Psychotherapie zur Bewältigung der Krankheitsfolgen, Soziotherapie, Ergotherapie	<p>häufige ärztliche Abstimmungsaufwand in Bezug auf Behandlungsziele und -mittel. Der diagnostische und therapeutische Aufwand muss dann auch aus der Dokumentation erkennbar sein, z.B. bei somatischer Vitalgefährdung: Vitalzeichenkontrolle. Ein Hinweis für Behandlungsbereich A2 ist die unfreiwillige Behandlung bzw. der Patient müsste untergebracht werden, wenn er nicht in die Behandlung einwilligen würde (weil eine Entlassung gegen ärztlichen Rat nicht zu verantworten wäre).</p> <p>Die Intensivbehandlung ist in der Regel eine relativ kurze Durchgangsphase, meist in Richtung Behandlungsbereich A 1. Sie kann aber auch als Kriseninterventionsphase von jeder anderen Ebene aus notwendig werden.</p> <p>Die Einstufung in die Intensivbehandlung ist nicht mit Beurlaubung oder unbegleitetem Ausgang von der Station vereinbar. Zur Entaktualisierung können kurze begleitete Ausgänge durchgeführt werden. Der Behandlungsbereich A2 kann auch noch für wenige Tage vorliegen, wenn sich der Patient nach einer hochakuten Symptomatik bessert, die Gefährdungsaspekte aber noch nicht sicher abgeklungen sind (z. B. bei abklingender manifester Suizidalität).</p>	
				Dieser Behandlungsbereich ist als Psychiatrische Krankenhausbehandlung nur noch selten erforderlich, zumeist nach längerer stationärer Behandlung in der Phase der Vorbereitung einer Reintegration in die ursprüngliche oder eine neue Wohnform oder zur Vorbereitung einer Rehabilitationsmaßnahme (z.B. Rehabilitation psychisch Kranker, RPK; Eingliederung in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Beschäftigung).	Bei einem jüngeren, bisher allein lebenden Patienten mit bipolarer affektiver Störung und häufigen Wechseln zwischen schweren manischen und depressiven Episoden, kann erst nach neun Monaten stationärer Behandlung eine deutliche Besserung erreicht werden. Jetzt stehen die Rehabilitation im Sinne von Reintegration in das Alltagsleben mit Integration in eine betreute Wohngemeinschaft und die Vorbereitung des Besuchs einer Tagesstätte im Vordergrund der Behandlung. Der Patient ist mit den Alltagsaktivitäten noch häufig überfordert, ambivalent bezüglich der Zukunftsplanung und braucht noch regelmäßige multiprofessionelle Behandlung und Bezugspflege.

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
<p><b>A 4</b>  <b>Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker</b></p>	<p>Psychisch Kranke mit anhaltend akuten Symptomen <b>und/oder</b> erheblichen psychischen und sozialen Krankheitsfolgen</p>	<p>Bessern, Lindern, Verhüten von Verschlimmerung, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen</p>	<p>Medizinische Grundversorgung mit hohem ärztlichen und pflegerischen Aufwand, mehrdimensionale Einzelbehandlung, Gestaltung des therapeutischen Milieus in Kleingruppen</p>	<p>Diese Kranken haben einen anhaltend akuten Krankheitsverlauf, so ähnlich wie bei Behandlungsbereich A1, jedoch länger andauernd. Der hohe ärztliche und pflegerische Aufwand kann z. B. erforderlich werden, wenn neben der Psychose eine hirnorganische Schädigung verschlimmernd hinzukommt oder wenn neben der psychischen Erkrankung erheblich körperliche Erkrankungen (Diabetes mellitus, häufige Asthmaanfalle usw.) vorliegen. Patienten im Behandlungsbereich A4 können in der Regel nicht selbstständig zu ihren therapeutischen Aktivitäten oder zu ihren diagnostischen Maßnahmen außerhalb der Station gehen und bedürfen daher pflegerischer Begleitung. Der hohe therapeutische Aufwand muss aus der Dokumentation erkennbar sein.</p>	<p>Es geht darum, die Wechselwirkungen von Anforderungen und Belastungen einerseits und Medikationswirkungen und -nebenwirkungen andererseits zu einem vom Patienten steuerbaren Gleichgewicht zu bringen.</p> <p>Patientin, Alter 47 Jahre, mit chronisch-rezidivierender Schizophrenie mit akuter paranoid-halluzinatorischer Symptomatik, ist überwiegend, hat einen insulinfichtigen Diabetes mellitus mit diabetischen Folgeschädigungen und unzureichender Stoffwechsellage. Insbesondere die medikamentöse Behandlung kann wegen der Multimorbidität nur langsam einschleichend und unter ständiger ärztlicher Kontrolle unter Bezug auf die Komorbidität vorgenommen werden.</p>
<p><b>A 5</b>  <b>Psychotherapie</b></p>	<p>Kranke mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, die stationär psychotherapeutisch behandelt werden müssen</p>	<p>Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</p>	<p>Komplexe psychotherapeutische Behandlung</p>	<p>Dies ist eine spezielle Phase psychiatrischer Behandlung, bei der Psychotherapie im Vordergrund steht. Die Patienten sind schon soweit stabilisiert, dass sie weniger therapeutische Unterstützung in der Bewältigung des Alltags benötigen als in Behandlungsbereich A1. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen. Psychotherapie kann nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft nicht nur bei „schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen“ sondern bei allen psychischen Erkrankungen wirksam angewendet werden.</p>	<p>Beispiel 1 für A 5  Patientin, Alter 20 Jahre, alleinlebend, ist erstmalig mit einer Anorexia nervosa (bulimischer Typ) in stationärer Behandlung wegen zunehmender Ess-/Breachfälle, die sich im Rahmen der ambulanten Psychotherapie nicht stabilisieren ließ; BMI 16 kg/m², Elektrolyte im unteren Grenzbereich.</p> <p>Beispiel 2 für A 5  Patient, Alter 45 Jahre, beruflich erfolgreich, ist nach einem Autounfall ohne somatische Folgeerkrankungen aufgrund einer ausgeprägten Symptomatik in Form von Herzrasen und Schwindelattacken nicht mehr in der Lage, das Haus ohne Begleitperson zu verlassen. Aktuell ist die Ausübung seines Berufes nicht möglich. Jegliche soziale Kontakte sind auf die häusliche Umgebung eingeschränkt.</p>

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
<b>A 6 Tagesklinische Behandlung<sup>2</sup></b>	Psychisch Kranke, nicht oder nicht mehr vollstationär behandelungsbedürftig	Erkennen und Heilen, psychische und soziale Stabilisierung, Wiedereingliederung, Krisenbewältigung	Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Sozialtherapie, Ergotherapie	Tagesklinische Behandlung ist in einer Tagesklinik oder integriert auf einer Station möglich. Voraussetzungen für eine tagesklinische Behandlung - entweder bei Direktaufnahme aus dem ambulanten Bereich oder im Anschluss an die vollstationäre Behandlung - sind eine ausreichende Absprachefähigkeit des Patienten, ausreichende körperliche und psychische Belastbarkeit, ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden und die Fähigkeit den täglichen Weg in die Tagesklinik bewältigen zu können. Direktaufnahmen in die Tagesklinik aus dem ambulanten Bereich begründen in der Regel einen höheren diagnostischen und therapeutischen Aufwand.	Patient, Alter 35 Jahre, mit einer initial schweren depressiven Episode mit Herabgestimmtheit und erheblicher Antriebsminderung, wird nach einer vollstationären Behandlung tagesklinisch weiterbehandelt, nachdem sich die Depression etwas aufgehellt hat und der Patient den Weg zu und von der Tagesklinik gut bewältigen kann.

## 2. Abhängigkeitskranke

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	6. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
<b>S 1 Regelbehandlung</b>	Alkohol- und Medikamentenabhängige	Erkennen der Abhängigkeit, Entgiftung, Befähigung zur ambulanten Behandlung oder zur Entwöhnung, soziale Stabilisierung	Psychiatrische, neurologische und allgemeinmedizinische Diagnostik und Behandlung, Motivation zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen	Diesem Behandlungsbereich sind alle stationär aufgenommenen Patienten mit Abhängigkeitssyndrom oder schädlichem Gebrauch von Alkohol und/oder Medikamenten zuzuordnen, sofern keine besondere Gefährdung vorliegt (Drogenabhängige siehe Behandlungsbeleg S2). Auch bei unkomplizierten Entzugsbehandlungen sind in den ersten zwei bis drei Tagen regelmäßige Überwachungsmaßnahmen (Patientenbeobachtung, Vigilanz, Blutdruck und Puls) erforderlich. Dies	Patient, Alter 36 Jahre, mit seit vier Jahren bekannter Alkoholabhängigkeit und mehrmonatiger Abstinenz nach Langzeittherapie, kommt nach zweiwöchigem Rückfall mit 1,4 Promille Atemalkohol zur qualifizierten Entzugsbehandlung.

<sup>2</sup> Integrierte tages- oder nachtklinische Behandlung soll im Einzelfall von jeder Station aus möglich sein. Der Patient erhält einen teilstationären Status auf der Station, die ihn auch vollstationär behandeln würde.

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	6. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
<b>S 2 Inten- sivbehand- lung</b>	Alkohol-, Medikamen- ten- und Dro- genabhängige, manifest selbstge- fährdet, fremdgefähr- dend, so- matisch vital- gefährdet	Erkennen und Heilen, Risikoab- schätzung, Kri- senbewältigung, Entgiftung, Delir- behandlung, Stabi- lisierung als Vo- raussetzung für weitere therapeuti- sche Maßnahmen	Psychiatrische, neu- rologische und all- gemeinmedizinische Diagnostik, intensive Behandlung, Motivation zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen	allein begründet nicht, ebenso wenig wie eine Medikation, die Eingruppierung in die Intensivbehandlung S2. Die Behandlungsziele sind der Entzug (im Suchtmittel freien Raum), körperliche und psychische Stabilisierung, Fähigkeit und Bereitschaft, sich auf die Bearbeitung der Sucht und ihrer Folgen einzulassen als Voraussetzung für die Inanspruchnahme weiterer suchtspezifischer Hilfen (Motivationsbehandlung).  Diese Phase ist für die meisten Patienten kurz. Hier geht es neben der Delirbehandlung z.B. um die Überwachung von intoxikierten, bewusstseinsgetriebenen Patienten (Kontrolle von Vigilanz, Blutdruck und Herzfrequenz rund um die Uhr, z.B. Überwachung anamnestisch bekannter Krampfanfälle oder bei Verdacht auf Krampfanfälle). Der unkomplizierte Entzug fällt nicht unter Behandlungsbereich S2. Drogenkranke sind in den Behandlungsbereich S2 einzugruppieren. Bei bestehender Alkoholabhängigkeit und gleichzeitigem Gebrauch illegaler Drogen ist der Behandlungsschwerpunkt maßgeblich für die Eingruppierung in S1 oder S2. Bei im Vordergrund stehendem Drogenentzug ist der Patient in S2 einzugruppieren. Erfolgt eine Alkoholentzugsbehandlung, z.B. bei einer Drogen-Substitutionsbehandlung, ohne sonstigen Beigebrauch, und ist die Behandlung unkompliziert, erfolgt die Eingruppierung in den Behandlungsbereich S1. Auch bei Drogenabhängigkeit in der Anamnese und derzeitiger Abstinenz bzgl. Drogen ist für den unkomplizierten Alkoholentzug der Behandlungsbereich S1 maßgeblich.	Beispiel 1 für S 2 Patient, Alter 50 Jahre, mit Alkoholabhängigkeit entwickelt kurz nach der Aufnahme ein Entzugsdelir und muss intensiv ärztlich und pflegerisch überwacht und behandelt werden. Das Pflegepersonal hat engmaschig Sichtkontakt zum Patienten, Blutdruck und Puls werden regelmäßig gemessen. Es erfolgt eine an die Symptomatik angepasste Medikation mit einem entzugslindernden Medikament.  Beispiel 2 für S 2 Patientin, Alter 32 Jahre, mit Heroinabhängigkeit kommt erstmalig zu einer qualifizierten Entzugsbehandlung.
<b>S 3 Rehabilita- tive Be- handlung ein- schließlich sog. Ent- wöhnung</b>	Ausreichend entgiftete, motiviertere und belastbare Alkohol- und Medikamen- tenabhängige oder	Abstinenz, Befähigung zu ambulanter Behandlung, Integration in Selbsthilfegruppen, Wie-dereingliederung	Suchtspezifische mehrdimensionale Behandlung	Dieser Behandlungsbereich hat nur noch eine untergeordnete Bedeutung. Er dient vor allem dazu, die Integration in eine betreute Wohnform vorzubereiten oder die Rehabilitationsfähigkeit zu erzielen.	Patient, Alter 55 Jahre, langjährig alkoholkrank, mit alkoholbedingten körperlichen (Polyneuropathie, mäßige kognitive Störungen, Impulsdurchbrüche) und sozialen Schädigungen bzw. Beeinträchtigungen (Scheidung, Verlust von Arbeitsplatz und aktuell Verlust der Wohnung). Er soll nach abgeschlossener Entzugsbehandlung in eine soziotherapeutische Einrichtung entlassen werden. Der Patient ist noch

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	6. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
<b>S 4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranke</b>	inzwischen zur rehabilitativen Behandlung befähigte Schwer- und Mehrfachkranke	Bessern, Lindern, Verhüten von Verschlimmerung, Befähigung zur rehabilitativen Behandlung, Eingliederung in komplementäre Einrichtungen und ambulante Behandlung	Medizinische Grundversorgung mit hohem ärztlichen und pflegerischen Aufwand, sucht-spezifische soziotherapeutisch mehrdimensionale Behandlung	In diesem Behandlungsbereich sind chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke mit langdauernden körperlichen und/oder kognitiven Symptomen und/oder anderen psychischen Erkrankungen einzugruppieren. Der hohe pflegerische und therapeutische Aufwand kann z.B. erforderlich werden, wenn neben der Abhängigkeitserkrankung andere Erkrankungen (z.B. Korsakow-Syndrom), andere hirnorganische Schädigungen oder andere psychische Erkrankungen (z.B. Psychose, schwere affektive Erkrankung) oder somatische Komorbiditäten (z.B. Leberzirrhose, Polyneuropathie) erschwerend hinzukommen.	nicht gruppentfähig.  Patient, Alter 58 Jahre, langjährig alkoholkrank, bei dem nach Abschluss der Entzugsbehandlung anhaltende und schwere kognitive Störungen, u.a. Kurzzeitgedächtnisstörungen, Orientierungsstörungen auf der Station, Konfabulationen, fehlende Krankheits-einsicht und erhebliche Überschätzung des eigenen Leistungsvermögens im Sinne eines amnestischen Syndroms auffallen. Der Patient braucht regelmäßige multiprofessionelle therapeutische Behandlung, neuropsychologische Therapie und bezugs-pflegerische Anleitung.
<b>S 5 Psychotherapie</b>	Alkohol- und Medikamentenabhängige mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, erhebliche Rückfallgefahr	Erkennen der Abhängigkeit, Abstinenz, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung, Krisenbewältigung	Psychotherapeutische Behandlung unter Berücksichtigung suchtspezifischer Gesichtspunkte	In diesen Behandlungsbereich sind Suchtpatienten einzugruppieren, bei denen die psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund steht, die aber aufgrund der schweren oder der Komplexität der Erkrankung nicht in einer Rehabilitationseinrichtung behandelt werden können.	Patientin, Alter 35 Jahre, mit langjähriger Alkoholabhängigkeit und Angststörung. Nach Abschluß der Entzugsbehandlung steht die Angsterkrankung mit sozialer Phobie im Vordergrund. Die Patientin ist deswegen nur eingeschränkt gruppentfähig, bedarf häufiger therapeutischer Kurzkontakte. Als Behandlungsmittel kommen vor allem verhaltenstherapeutische Interventionen zum Einsatz.

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	6. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
<b>S 6 Tages- klinische Behand- lung</b>	Alkohol- und Medika- mentenabhän- gige, entgiftet, nicht oder nicht mehr vollstationär be- handlungsbe- dürftig	Erkennen der Ab- hängigkeit, Absti- nenz, Befähigung zur amb. Behand- lung, Integration in Selbsthilfegruppe, Krisenbewältigung, Vermei- dung/Verkürzung vollstationärer Behandlung	Diagnostik, Psycho- therapie, Soziothera- pie <sup>3</sup> , Ergotherapie, Motivation zur Inan- spruchnahme sucht- spezifischer Hilfen	Tagesklinische Behandlung ist in einer Tagesklinik oder integriert auf einer Station möglich. Vorausset- zungen für eine tagesklinische Behandlung - entweder bei Direktaufnahme aus dem ambulanten Bereich oder im Anschluss an die vollstationäre Behandlung - sind eine ausreichende Absprachefähigkeit des Patienten, ausreichende körperliche und psychische Belastbarkeit, ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden und die Fähigkeit den tägli- chen Weg in die Tagesklinik bewältigen zu können. Dies ist eine geeignete Behandlungsphase für Sucht- kranke, die so stabil sind, dass sie therapiefreie Zeiten (abends und am Wochenende) ohne Rückfall bewälti- gen. Direktaufnahmen in die Tagesklinik aus dem ambulanten Bereich begründen in der Regel einen höheren diagnostischen und therapeutischen Aufwand.	Patientin, Alter 28 Jahre, alkoholabhängig, kommt zur Entzugsbehandlung. Seit ca. einem Jahr Kon- trollverlust, morgendliches Trinken seit ca. drei Mo- naten. Sie hat ein vierjähriges Kind. Der Ehemann droht mit Scheidung, wenn sie sich nicht behandeln lasse. Die Patientin hat sich schon bei der Suchtbera- tungsstelle vorgestellt. Sie will eine Entzugsbehand- lung durchführen, aber wegen des Kindes keine stationäre Behandlung.

<sup>3</sup> Als Soziotherapie werden in diesem Zusammenhang alle handlungsorientierten Einflussmaßnahmen auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld verstan-  
den.

### 3. Gerontopsychiatrie

1. Behandlungsreiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	6. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
<b>G 1 Regelbehandlung</b>	Akut psychisch Kranke im höheren Lebensalter (meist Multimorbidität)	Erkennen und Heilen, Bessern, psychische, soziale Stabilisierung, vorwiegend Entlassung nach Hause	Psychiatrische, neurologische, allgemeine medizinische und soziale Diagnostik und Therapie. Medizinische Grundversorgung; gegebenenfalls Einbeziehung weiterer gebietsärztlicher Leistungen	Hier sind stationär aufgenommene Patienten einzugruppieren, bei denen die Besonderheiten des höheren Lebensalters und/oder Multimorbidität zu berücksichtigen sind, sofern nicht unmittelbare Gefährdungen vorliegen. Besonderheiten des höheren Lebensalters sind zum Beispiel: Vereinsamung nach Verlust von Bezugspersonen, verminderte körperliche Belastbarkeit, Verlust des gewohnten Wohnumfeldes, zunehmender Hilfebedarf. Unter Multimorbidität ist zu verstehen: Psychische Erkrankung und/oder zusätzlich relevante somatische Erkrankung(en).	Patientin, Alter 75 Jahre, mit einer depressiven Episode. Sie war nach dem Tod des Ehemanns vereinsamt, lag in der letzten Zeit fast nur noch im Bett, hat die Medikamente nicht zuverlässig genommen, sich nicht ausreichend ernährt. Auf Station ist sie absprachefähig, kann mit Gehstock noch sicher gehen. Braucht sehr lange für die täglichen Verrichtungen, benötigt aber keine Hilfe mehr. Sie zeigt lediglich leichte zeitliche Orientierungs- und Merkfähigkeitsstörungen.
<b>G 2 Intensivbehandlung</b>	Psychisch Kranke im höheren Lebensalter, manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend und somatisch vitalgefährdet	Erkennen und Heilen, Risikoabschätzung, Krisenbewältigung, Bessern der vital bedrohlichen Störungen, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen	Psychiatrische und somatische Diagnostik. Erst- und Notfallbehandlung, einzelbezogene Intensivbehandlung einschließlich medikamentöser Therapie	In den Behandlungsbereich G 2 sind Patienten einzugruppieren, die zwar körperlich rüstig, aber anhaltend sehr unruhig und verwirrt sind. Diese Patienten gefährden schwache, hilflose Mitpatienten, und sie gefährden sich selbst. Die unmittelbare Gefährdung kann auch von somatischen Erkrankungen ausgehen (Vitalgefährdung), die eine kontinuierliche Überwachung der Vitalparameter erfordern. Manifeste Selbst- oder Fremdgefährdung ist zu bejahen, wenn der Patient nicht ab sprachefähig oder sein Verhalten nicht vorhersehbar ist.	Patientin, Alter 81 Jahre, mehrjährig bekannte Demenz vom Alzheimer-Typ, lebt in einem spezialisierten Pflegeheim. Sie ist anhaltend motorisch unruhig, irrt zeitweise auf der Station umher, geht in fremde Zimmer, ruft und klagt ständig, wirft mit Gegenständen nach anderen Patienten und Personal und drängt an der Stationstür nach draußen, so dass sie beaufsichtigt werden muss. Auch beim Essen ist wegen einer Schluckstörung Beaufsichtigung erforderlich.
<b>G 3 Rehabilitative Behandlung</b>	Ausreichend stabilisierte psychisch Kranke im höheren Lebensalter mit psych-	Bessern und Lindern, mit Krankheit und Alter leben lernen, Wiedereingliederung zu	Training zum Ausgleich von Einbußen lebenspraktischer Fertigkeiten, Orientierungs- und Gedächtnistraining, Soziotherapie <sup>1)</sup> , Psy-	In den Behandlungsbereich G 3 sind gerontopsychiatrischen Patienten einzugruppieren, deren Vorbereitung auf die Heimfähigkeit bzw. auf die häusliche / ambulante Versorgung im Vordergrund der stationären Krankenhausbehandlung steht. Hier sollte nachvoll-	Patientin, Alter 83 Jahre, mit einer rezidivierenden depressiven Störung wird aktuell wegen eines depressiven Syndroms stationär aufgenommen. Vor der Aufnahme lebte sie in einem Pflegeheim. Die Rückkehr in das Pflegeheim wird von der Patientin nicht

<sup>1)</sup> Als Soziotherapie werden in diesem Zusammenhang alle handlungsorientierten Einflussmaßnahmen auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld verstanden.

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungs- ziele	4. Behandlungsmittel	6. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
<b>G 4</b> <b>Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranke</b>	chischen, somatischen und sozialen Einbußen  Psychisch Kranke im höheren Lebensalter mit anhaltenden akuten Symptomen und erheblichen psychischen, somatischen und sozialen Einbußen	Hause oder in Einrichtungen der Altenhilfe  Bessern und Lindern, Verhüten von Verschlimmerung, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen oder Entlassung in häusliche oder Heimpflege	chotherapie  Medizinische Grundversorgung mit kontinuierlich hohem ärztlichen und pflegerischen Aufwand, gegebenenfalls ergänzt durch Einbeziehung weiterer gebietsärztlicher Leistungen, Gestaltung des therapeutischen Milieus	ziehbar sein, welche Fähigkeitsstörungen sich bessern lassen und welche kompensatorischen Fertigkeiten entwickelt werden können.  Diesem Behandlungsbereich sind die Patienten zuzuordnen, bei denen die Krankenhausbehandlung neben der schweren psychischen Erkrankung durch die Mehrfacherkrankung im Sinne mindestens einer psychischen oder einer relevanten somatischen Begleiterkrankung mitbegründet ist.  Diese Kranken haben einen anhaltenden akuten Krankheitsverlauf. Hoher pflegerischer und therapeutischer Aufwand können beispielsweise erforderlich werden, wenn neben einer Depression eine beginnende Demenz erschwerend hinzukommt oder wenn neben der psychischen Erkrankung relevante somatische Erkrankungen (Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, M. Parkinson) vorliegen.	mehr gewünscht, da sie wieder alleine leben möchte, was jedoch nicht mehr möglich ist. Die Klinik plant einen Heimwechsel. Zur Motivierung wird sie mehrfach im neuen Pflegeheim vorgestellt werden. Es erfolgt Probewohnen.  Beispiel 1 für G 4 Patientin, Alter 73 Jahre, es besteht seit Jahren eine rezidivierende depressive Störung. Aus somatischer Sicht liegen ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II und eine mittlerweile gut kompensierte Herzinsuffizienz vor. Der Diabetes mellitus weist ständig wechselnde Blutzuckerwerte auf, da die Patientin nur unregelmäßig isst. Aufgrund der erheblichen kognitiven Defizite sowie des schweren depressiven Syndroms benötigt die Patientin pflegerische Hilfe bei der Ernährung und Körperpflege.  Beispiel 2 für G 4 Patient, Alter 55 Jahre, mit seit Jahren bekannter Chorea Huntington, ist dement, schwer hirnganorgisch geschädigt und wesensverändert. Er hat einen erheblichen therapeutischen und pflegerischen Aufwand und ist anhaltend beachtungsbedürftig. Er benötigt regelmäßige strukturierende Begleitung, um zu verhindern, dass nicht tragbare Verhaltensweisen, wie z. B. auf den Flur urinieren oder sich in fremde Betten zu legen, auftreten. Eine Fixierung oder 1:1-Betreuung ist nicht notwendig.
<b>G 5</b> <b>Psychotherapie</b>	Kranke im höheren Lebensalter mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, die	Erkennen von Krankheit, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung	Komplexe psychotherapeutische Behandlung	Hierbei handelt es sich um eine typische stationäre psychotherapeutische Behandlung bei Patienten des höheren Alters, wobei zumeist altersspezifische Themen (Partnerverlust. Rollenverlust des alternden Menschen, Vereinsamung, Krankheitsbewältigung etc.) im Vordergrund stehen. Die psychotherapeutische Behandlungsgemeinschaft muss an die Belastbarkeit des älteren Menschen angepasst werden. Auf beginnende kogniti-	Patient, Alter 70 Jahre, mit einer initial schweren depressiven Episode nach ausbehandelter Karzinom-Erkrankung und leichten Merkfähigkeitsstörungen, wird überwiegend psychotherapeutisch behandelt. Zusätzlich benötigt er aufgrund einer allgemeinen körperlichen Schwäche pflegerische Unterstützung bei der Körperpflege (Hilfe beim Anziehen von Strümpfen und Schuhen).

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungs- ziele	4. Behandlungsmittel	6. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
<b>G 6 Tagesklini- sche Be- handlung<sup>2</sup></b>	stationär psychotherapeutisch behandelt werden müssen  Psychisch Kranke im höheren Lebensalter, nicht oder nicht mehr vollstationär behandlungsbedürftig	Erkennen von Krankheit, Beschwerden, psychische und somatische und soziale Stabilisierung, Krisenbewältigung, Wiedereingliederung, Vermeidung oder Verkürzung vollstationärer Behandlung	Psychiatrische, neurologische und allgemeine medizinische Diagnostik und Therapie einschließlich Pharmakotherapie. Training zum Ausgleich von Einbußen lebenspraktischer Fertigkeiten, Orientierungs- und Gedächtnistraining, Soziotherapie, Psychotherapie	ve Einschränkungen wird eingegangen. Es steht die psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund. Ergänzend können eine Psychopharmakotherapie sowie wie Maßnahmen zur Verbesserung des sozialen Lebenskontextes durchgeführt werden.  Tagesklinische Behandlung ist in einer Tagesklinik oder integriert auf einer Station möglich. Voraussetzungen für eine tagesklinische Behandlung, entweder bei Direktaufnahme aus dem ambulanten Bereich oder im Anschluss an die vollstationäre Behandlung, sind eine ausreichende Absprachefähigkeit des Patienten, ausreichende körperliche Belastbarkeit/ Mobilität und ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden und die Fähigkeit den täglichen Weg in die Tagesklinik bewältigen zu können. Direktaufnahmen in die Tagesklinik aus dem ambulanten Bereich begründen in der Regel einen höheren diagnostischen und therapeutischen Aufwand.	Patientin, Alter 75 Jahre, mit einer generalisierten Angsterkrankung sowie Koronaren Herzkrankheit und Herzinsuffizienz wird nach vollstationärer Behandlung integriert tagesklinisch multiprofessionell weiterbehandelt. Die Patientin erhält neben der Behandlung mit Psychopharmaka ein eingehendes Expositionstraining sowie psychotherapeutische Einzel- und Gruppentherapie. Sie lebt im betreuten Wohnen und nutzt den Fahrdienst.

<sup>2</sup>Integrierte tages- oder nachtklinische Behandlung soll im Einzelfall von jeder Station aus möglich sein. Der Patient erhält einen teilstationären Status auf der Station, die ihn auch vollstationär behandeln würde.

## Anlage 2: Eingruppierungsempfehlungen zu den Behandlungsbereichen der Psych-PV in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

### Inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte (Anlage 2 zu § 8 Psych-PV inklusive Erläuterungen)

#### Vorbemerkung:

Die Spalten 1 bis 4 wurden aus der Psych-PV Anlage 2 (zu § 8) übernommen, vgl. S. 47 – 48, in: Kunze & Kaltenbach (Hrsg.) Psychiatrie-Personalverordnung, 5. Auflage 2005. Spalte 5 und 6 enthalten ergänzende Erläuterungen und Fallbeispiele der Selbstverwaltungspartner zu Anlage 2 Psych-PV (5. Auflage 2005, vgl. S.203 – 211).

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
<b>KJ 1</b> <b>Kinder- psychiatri- sche Regel- und In- tensivbe- handlung</b> <b>(bis 14. Lebens- jahr)</b>	Vorschul- und Schulkinder mit akuten psychischen, psychosomatischen und/oder neuropsychiatrischen Erkrankungen, mit u. a. selbst- und fremd-gefährdendem Verhalten, schweren Verhaltensstörungen, Teilleistungsstörungen sowie Entwicklungsstörungen, der kognitiven, emotionalen, psychosozialen Kompetenz	Psychosoziale Integration in Familie, Heim, Kindergarten, Schule u. a.; Ausgleich von Entwicklungs- und Funktionsdefiziten; Befähigung zur ambulanten Behandlung	Diagnostik und medizinische Grundversorgung, heilpädagogische Behandlung, Elternberatung, Familien- und Gruppentherapie, Einzel- und Gruppentherapie, funktionelle Therapien, und Entwicklungstherapie	In den Behandlungsbereich KJ1 sind stationär behandelte Kinder bis unter 14 Jahren einzugruppieren, sofern nicht rehabilitative Behandlungsziele und –mittel (KJ4), eine langdauernde Behandlung bei komplexer Symptomatik (KJ5) oder eine Eltern-Kind-Behandlung (KJ6) zutreffen.  Patienten des Behandlungsbereiches KJ 1 benötigen allein schon wegen ihres Alters eine intensive Betreuung und Behandlung, so dass eine Differenzierung zwischen kinder-psychiatrischer Regel- und Intensivbehandlung nicht vorgenommen worden ist. Es erfolgen entwicklungs-niveau-adäquate Anleitung und Behandlung.	Patientin, Alter zehn Jahre, kommt zur diagnostischen Abklärung, weil sie sich in Anforderungssituationen zunehmend passiv-vermeidend verhält, kein altersentsprechendes Verhalten zeigt und die an sie gestellten Erwartungen nicht erfüllt. In der Schule ist sie versetzungsgefährdet. In der Freizeit wirkt sie lustlos, zieht sich in ihr Zimmer zurück. Innerhalb der letzten drei Monate vor Aufnahme ist ein Gewichtsverlust von drei kg zu verzeichnen. Somit sind mehrere Lebensbereiche durch die Symptomatik stark beeinträchtigt.  Das Kind lebt seit seinem 4. Lebensjahr in einer Adoptivfamilie. Über die leiblichen Eltern ist eine Alkoholproblematik bekannt. Die engagierten Adoptiveltern erleben die Defizite des Kindes als persönliches Versagen. Das Kind gerät zunehmend unter Druck. Krisenhafte familiäre Zuspitzungen resultieren. Damit besteht eine Belastung durch mehrere abnorme psychosoziale Umstände. Im Stationsalltag benötigt die Patientin in einigen Alltagsbereichen Fremdmotivation, Fremdstrukturierung und Anleitung. Sie sucht die ständige Nähe zu Erwachsenen. Aktivitäten in der Gruppe gleichaltriger Patienten meidet sie; sie nimmt zunehmend eine

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
					Außenseiterrolle ein.
<b>KJ 2 Jugend- psychia- trische Regel- behand- lung</b>	Jugendliche und Heranwachsende mit akuten psychischen, psychosomatischen und/oder neuropsychiatrischen Erkrankungen, mit u.a. schweren Verhaltensstörungen und Entwicklungsstörungen der kognitiven, emotionalen, psychosozialen Kompetenz	Psychosoziale Integration; Bewältigung der gestörten alters-typischen Ablösungs- und Verselbständigung zur ambulanten Behandlung	Diagnostik und medizinische Grundversorgung; Milieutherapie; Elternberatung; Familientherapie; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; Beschäftigungstherapie; Arbeitstherapie	In den Behandlungsbereich sind Jugendliche ab 14 Jahren bis 18 Jahren, bei deutlichen Entwicklungsdefiziten (Entwicklungsalter < Lebensalter) auch bis 21 Jahren, einzugruppieren, sofern nicht Intensivbehandlung (KJ3), rehabilitative Behandlungsziele und –mittel (KJ4) oder eine langdauernde Behandlung bei komplexer Symptomatik (KJ5) zutreffen. In der Regel planbare Behandlung aller psychischen Störungsbilder; auch Krisenintervention ohne Vorliegen manifester Selbst- oder Fremdgefährdung sind hier einzugruppieren.	Patientin, Alter 14 Jahre, Schülerin an einer Schule für Lernbehinderte, wird stationär aufgenommen, nachdem die Situation zu Hause eskaliert war. Die Patientin war wiederholt der Schule und von zu Hause ferngeblieben, hatte Ladendiebstähle begangen und zusammen mit Gleichaltrigen Alkoholmissbrauch praktiziert. Die Patientin zeigt ein stark oppositionelles Verhalten, erkennt soziale Regeln nicht an und verweigert sich bei Anforderungen. Ihrer Körperhygiene kommt sie nur mäßig nach. Eltern und Lehrer fühlen sich überfordert, eine Heimunterbringung ist in Diskussion. Die Patientin wohnt mit ihrer Mutter in der Wohngemeinschaft des drogenabhängigen Vaters. Es besteht der Verdacht einer beginnenden sozialen Persönlichkeitsentwicklung.
<b>KJ 3 Jugend- psychiatrische Intensiv- behandlung</b>	Psychisch kranke Jugendliche und psychosozial retardierte Heranwachsende, manifest selbstgefährdet, vital gefährdet, fremdgefährdend, hochgradig erregt	Krisenbewältigung; Befähigung zur jugendpsychiatrischen Regelbehandlung (KJ 2) oder zur ambulanten Behandlung	Diagnostik und medizinische Grundversorgung; eng strukturierte Betreuung (evtl. freizeitspezifische Maßnahmen); Krisenbewältigung; Elternberatung; Fa-	In diesen Behandlungsbereich sind Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren, bei deutlichen Entwicklungsdefiziten (Entwicklungsalter < Lebensalter) auch bis 21 Jahren einzugruppieren. Intensivbehandlung nach Behandlungsbereich KJ 3 ist bei Jugendlichen und psychosozial retardierten Heranwachsenden erforderlich, wenn sie beispielsweise „manifest selbstgefährdet“ sind. Das bedeutet: Die Patienten	Beispiel 1 für KJ 3 Patient, Alter 16 Jahre, wird stationär aufgenommen, nach dem er sich neben dem Lernen für Klassenarbeiten und Prüfungen zum Schuljahresende, auch zeitintensiv für ein schulisches Projekt engagiert hatte und, nun trotz Schulfreien und trotz Beendigung des Projektes, eine planlose Umtriebigkeit zeigt, ständig nach Beschäftigung sucht, kaum schläft, in gehobener

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
			<p>milientherapie; Pharmakotherapie; Einzeltherapie; überwindend stationäres gebundene Therapieangebote</p>	<p>sind nicht absprachefähig oder ihr Verhalten ist nicht vorhersehbar; sie sind krankheitsbedingt nicht in der Lage auch nur für kurze Zeit für sich Verantwortung zu übernehmen, so dass sie eine intensive Betreuung benötigen. Die Patienten von Behandlungsbereich KJ 3 sind so schwer krank, dass sie in der Regel nur ein-zelfallbezogen behandelt werden können. Auch bei somatischer Vitalgefährdung (z.B. Herzrhythmusstörungen oder Elektrolytentgleisungen durch unzureichende Nahrungsaufnahme bei Anorexia nervosa) ist der diagnostische und therapeutische Aufwand sehr hoch. Patienten des Behandlungsbereichs KJ 3, die ihrer Behandlung nicht zustimmen, müssen zumeist vormundschaftsgerichtlich oder nach den Unterbringungssetzungen der Bundesländer untergebracht werden. Die Intensität der Behandlung muss aus der Dokumentation ersichtlich sein. Die Behandlung im Behandlungsbereich KJ 3 ist in der Regel eine Durchgangphase, meist in Richtung auf Behandlungsbereich KJ 2. Sie kann aber auch als Kriseninterventionsphase von jeder anderen Ebene oder aus dem außerstationären Bereich heraus notwendig werden. Die Jugendlichen bedürfen in ihrer akuten Krisensituation mehrmals täglich ärztlicher Interventionen und einer intensiven Betreuung/Überwachung durch den Pflege-/Erziehungsdienst (störungsspezifische Einzelbetreuung oder in der Kleinstgruppe, bis zu 3 Patienten). Auch die Akutphase der Behandlung jugendlicher Suchtpatienten ist hier einzugruppieren.</p>	<p>Stimmung einen Wechsel an eine amerikanisch Eliteuniversität plant, trotz nur mäßiger Schulleistungen und ohne Abitur. Unaufhörlich redet er darüber, dass er das Geheimnis des Fliegens gelöst habe und es in Kürze selbst vom Dach eines Hochhauses aus testen werde. Aus diesem Grund habe er auch nicht die Absicht, auf Station zu bleiben. Spricht man ihn auf den Realitätsgehalt seiner Ideen an, kann die Stimmung auch in eine aggressive Gereiztheit umschlagen. Alkohol- und Drogenanamnese sind, ebenso wie das Screening auf Drogen, negativ.  Beispiel 2 für KJ 3 Jugendliche, Alter 14 Jahre, mit seit drei Jahren bestehender Magersucht, ausgeprägter Gewichtsphobie, fast kompletter Nahrungsverweigerung bis auf einige wenige Nahrungsmittel und völlig fehlender Krankheitseinsicht, multipel und stark ausgeprägten Strategien der Gewichtsreduktion; BMI 12 kg/m<sup>2</sup>. Dieses ist der vierte vollstationäre Aufenthalt der Patientin, die zwischen Pädiatrie und KJPP pendelt. Die Eltern haben der Tochter über den größten Teil des Krankheitsverlaufs nachgegeben und stationäre Behandlungen immer wieder beendet. Die vital gefährdete, stets hypotone und bradykarde Jugendliche bedarf einer regelmäßigen Vitalzeichenkontrolle. Die Überwachung der Nahrungsaufnahme sowie der zunehmend notwendigen Sondierung nimmt jeden Tag zeitintensive Betreuung durch das Pflegepersonal in Anspruch. Ausgang ins Freie kann nur in enger Begleitung erfolgen, da sie sonst in einen starken Bewegungsdrang verfällt. Kreative Angebote kann sie kaum ausfüllen oder umsetzen, Musiktherapie wird verweigert.</p>

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
<b>KJ 4 Rehabilita- tive Be- handlung</b>	Längerfristig psy- chisch kranke Kinder, Jugendliche, Heran- wachsende mit krankheitsbedingten komplexen kogniti- ven, emotionalen und psychosozialen Defi- ziten	Entlassung in Fami- lie, Wohngemein- schaft, Heim, o.ä.; schulische oder be- rufliche Einglie- derung	Medizinische Grund- versorgung Milieuo- therapie; Rehabilita- tionsprogramm mit speziellen Trai- ningsmaßnahmen; Arbeitstherapie, Pla- nung und Durchfüh- rung von Maßnah- men zur Ein- gliederung; Beratung von Bezugspersonen; Familientherapie; Einzelpsychotherapie (evtl. nur phasenwei- se)	In diesen Behandlungsbereich sind Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren, bei deutlichen Entwicklungsdefiziten (Entwicklungsalter < Lebensalter) auch bis 21 Jahren einzugruppieren, deren Erkrankung bereits zu erheblichen Behinderungen geführt hat. Die Fähigkeiten in den Zielbereichen Wohnen, Arbeit/Schule und Freizeit sowie die Gestaltung der sozialen Kontakte stehen im Zentrum der Behandlung. Ziele der Behandlung sind die Besserung konkreter Fähigkeitsstörungen und die Entwicklung konkreter Fertigkeiten. Praktische Aktivitäten (Ergo-/Arbeitstherapie) überwiegen im individuellen Behandlungsplan zur Besserung von Symptomen oder zum Ausgleich von Defiziten. Gruppentherapie und gruppenbezogene Behandlung stehen hierbei im Vordergrund. Eine Überleitung in andere Versorgungsangebote ist aus störungsbedingten Gründen noch nicht möglich.	Patientin, Alter 16 Jahre, mit bereits mehrmonatiger stationärer Behandlung bei einer schweren depressiven Störung auf dem Hintergrund eines chronischem Familienkonflikts mit ständigen Entwertungen und einer deutlich erschwerten pubertären Autonomieentwicklung, Z. n. Schulabbruch der Realschule durch die überdurchschnittlich begabte Schülerin. Der Versuch einer Entlassung in einen rehabilitativen Kontext war von einer neuen depressiven Krise gefolgt, die Wiederaufnahme nach neuerlicher Suizidalität war unumgänglich; seither hat sich die Patientin durch intensive Einzelpsychotherapie, Ergotherapie, Körper- und Kreativtherapien gut stabilisiert und an Autonomie gewonnen. Die Perspektive einer schützenden Wohneinrichtung wurde Jugendhilfe mit Ausbildungsmöglichkeit wurde bereits mit der Familie erarbeitet und ein Platz gefunden. Die Aufnahme dort war von einer erneuten depressiven Krise trotz suffizienter Medikation gefolgt, so dass sich die Wohngruppe überfordert sah. Es erfolgte Rückübernahme in die Klinik, um in der jetzigen Behandlungsphase bei deutlich reduzierter Therapiefrequenz, aber im noch notwendigen schützenden Rahmen der Station mit regelmäßigen pädagogisch-pflegerischen Stabilisierungsgesprächen die autonome Lebensgestaltung einzutüben. Die Ausbildungssituation wird dabei in Form täglicher Arbeitstherapie-Einheiten simuliert.

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
<b>KJ 5</b> <b>Langdauernde Behandlung</b> <b>Schwer- und Mehrfachkranke</b>	Langfristig schwer psychisch kranke und mehrfach behinderte Kinder, Jugendlichen und Heranwachsende, selbstgefährdend, fremdgefährdend, erregt, desorientiert	Verhaltenskorrektur und Vermittlung grundlegender lebenspraktischer und sozialer Fertigkeiten als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen (evtl. Aufgabenbereich KJ 4)	Medizinische Grundversorgung; eng strukturierte Betreuung (evtl. freiheitsentziehende Maßnahmen); Verlaufsdagnostik; heilpädagogische Gruppenbehandlung; Elternberatung; Familientherapie; funktionelle Therapie	In diesen Behandlungsbereich sind Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren, bei deutlichen Entwicklungsdefiziten (Entwicklungsalter < Lebensalter) auch bis 21 Jahren einzugruppieren, die eine anhaltend akute psychische Erkrankung und häufig eine Mehrfachbehinderung (geistige und körperliche Behinderung) aufweisen. Diese Patienten können in der Regel nicht selbständig zu therapeutischen Aktivitäten oder diagnostischen Maßnahmen außerhalb der Station gehen. Sie benötigen eine hohe Pflege- und Betreuungsintensität. Therapie ist überwiegend nur im Einzelkontakt oder in Kleinstgruppen möglich. Die pflegerischen, betreuerischen und heilpädagogischen Maßnahmen werden ergänzt durch adjuvante Therapieformen (z.B. wahrnehmungs- und bewegungsaktivierende Maßnahmen und krankengymnastische Behandlungen). Um an den therapeutischen Interventionen teilnehmen zu können, benötigen die Patienten ein hohes Maß an Fremdstrukturierung und Fremdmotivation.	Patient, Alter 12 Jahre, mit frühkindlichem Autismus und mittelgradiger Intelligenzminderung, einem Sprachniveau auf der Ebene von Drei-Wort-Sätzen, fortbestehender Enuresis und Behandlungsbedürftiger Epilepsie. Er kann sich für ca. zehn Minuten einer Beschäftigung widmen, zeigt gelegentlich aggressive Durchbrüche vor allem in unberechenbaren neuen Situationen; er muss dann in einen reizarmen Raum verbracht werden. Der Besuch der Geis-tigbehinderten-Schule wird nun in der beginnenden Pubertät dadurch erschwert, dass er unter Reizüberflutung Mitschüler angreift, Rollstühle umwirft etc. Eine Betreuung im Elternhaus ist nach dem unerwarteten Tod der bislang verwöhnten und nachgiebigen Mutter nicht mehr möglich. Eine psychotherapeutische Unterstützung der Trauer kann nur punktuell erfolgen. Derzeit steht die Behandlung und das Auf-fangen häufiger raptusähnlicher Zustände mit Schreien im Vordergrund. Medikamentöse Einstellungsversuche benötigen lange Zeiträume. Die Überleitung in eine Behinderteneinrichtung kann erfolgen, sobald er auf der Langzeitbehandlungsstation der Klinik ausreichend führbar erscheint und hinreichend Erfahrungen mit Sicherheit gebenden und begrenzenden Ritualen gesammelt worden sind.

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
<b>KJ 6 Eltern-Kind-Be- handlung (gemein- same Auf- nahme von Kind und Be- zugsperso- nen)</b>	Kinder mit psychi- schen, psychosomati- schen und neuropsy- chiatrischen Erkran- kungen, Kommunika- tions- und Interak- tionsstörungen, selb- stverletzendem Ver- halten	Stärkung der elterli- chen Erziehungs- und Betreu- ungskompetenz auf der Basis der Ent- wicklungsdiagnostik; Einleitung ambulan- ter Behandlung	Diagnostik und me- dizinische Grundver- sorgung; Frühthera- pie; Elternberatung; Familientherapie; spezielle Therapie- programme für Kind und Eltern (Erzieher) als kurzfristige In- tensivmaßnahme	In diesen Behandlungsbereich sind psychisch kranke Kinder (auch psychisch kranke Jugend- liche bei Vorliegen tiefgreifender Entwicklungs- störungen, wie z.B. Autismus, oder mittelgradig- er bis schwerer Intelligenzminderung) einzu- gruppieren, bei denen die Mitaufnahme der Bezugsperson therapeutisch erforderlich ist, weil die Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson ein zentraler Fokus der Behandlung ist.  Überwiegender Bestandteil der Eltern-Kind- Behandlung ist die gemeinsame Therapie des Kindes und der Bezugsperson(en) sowie die Anleitung/ Beratung/ Psychoedukation der in der Regel hoch belasteten Bezugsperson(en). Eine Eltern-Kind-Behandlung hilft Familien, mit der psychischen Erkrankung, den Verhaltensauf- fälligkeiten bzw. mit der Behinderung ihres Kindes einen angemessenen Umgang zu finden.	Patient, Alter sieben Jahre, hat bisher keinen Kindergarten besucht und fiel bei der Einschu- lungsuntersuchung dadurch auf, dass er sich überwiegend krabbelnd fortbewegt, andererseits sehr bedürfnisorientiert ist und die Mutter schlägt. Die Mutter scheint das Kind vor der Umwelt beschützen zu wollen, kann ihm keine Grenzen setzen und gibt wenig Entwicklungsan- reize. Mutter und Kind werden aufgenommen, um eine Entwicklungsdiagnostik beim Kind vorzunehmen und die Ressourcen der Mutter einzuschätzen. Vater und Großmutter sollen dabei einbezogen werden.
<b>KJ 7 Tagesklini- sche Be- handlung<sup>1</sup></b>	Kinder und Jugendli- che mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatri- schen Erkrankungen, die keiner vollstatio- nären Behandlung bedürfen	Wahrung der Integra- tion in Familie oder Heim; Verbesserung der psycho-sozialen Kompetenz; Befähig- ung zu Schulbesuch bzw. Fortsetzung der beruflichen Ausbil- dung	Diagnostik und me- dizinische Grundver- sorgung; heilpädago- gische Behandlung; Elternberatung; Fa- milientherapie; Ein- zel- und Gruppenpsy- chotherapie; funktio- nelle Therapien; Ent- wicklungsstherapie	In diesen Behandlungsbereich sind Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren, bei deutlichen Ent- wicklungsdefiziten (Entwicklungsalter < Le- bensalter) auch bis 21 Jahren einzugruppierten. Voraussetzungen für teilstationäre, im Folgen- den „tagesklinische“ Behandlung genannt, sind: •Fähigkeit des Kindes oder Jugendlichen zur Mitwirkung in der Behandlung •ein ausreichend belastbares soziales Umfeld •die vorhandene Bereitschaft und Fähigkeit der Erziehungsberechtigten zur aktiven Mitwirkung bei der Behandlung •ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden.	Patientin, Alter zwölf Jahre, hat bereits seit drei Monaten die Schule nicht mehr besucht. Das auslösende Ereignis sei die kritische Äußerung einer Lehrerin zu einem sorgsam vorbereiteten Vortrag gewesen, von der Patientin „mehr er- wartet“ zu haben. Die Patientin sei vor Scham errötet und habe am ganzen Körper gezittert. Seither verspüre sie ein wachsendes Unbehagen bereits bei dem Gedanken, in die Schule zu müssen, erwarte schon im Vorhinein Kritik an ihrem Handeln und erröte leicht. Sie habe das Gefühl, alle in der Klasse würden sie prüfend betrachten, was wiederum Schamesröte hervor- rufe und sie zittern lasse. Seit einer morgendli- chen Panikattacke mit Kreislaufsenkationen und Übelkeit verweigert sie endgültig den Schulbe-

<sup>1</sup> Integrierte tages- oder nachtklinische Behandlung soll im Einzelfall von jeder Station aus möglich sein. Der Patient erhält einen teilstationären Status auf der Station, die ihn auch vollstationär behandeln wür-  
de.

1. Behandlungsbe- reiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
				<p>Tagesklinische Behandlung kann integriert im vollstationären Bereich oder in einer Tagesklinik erfolgen. Tagesklinische Behandlung ermöglicht einen schnellen Transfer von Therapieerfolgen ins psychosoziale Umfeld, vor allem durch den engen Kontakt und regelmäßigen Austausch zwischen Therapeuten und Bezugspersonen.</p>	<p>such. Ein durch die besorgten Eltern initiiertes Schulwechsel auf die Nachbarschule habe nicht den erhofften Erfolg gebracht. Das teilstationäre Setting wird gewählt, um die gefürchtete Trennung der Patientin von den Eltern auf ein Minimum zu reduzieren. Im Rahmen einer kognitiv-verhaltensorientierten Therapie wird das tagesklinische Setting einschließlich der Klinikschule im Sinne einer Exposition genutzt, um eine systematische Desensibilisierung und Reaktionsverhinderung durchzuführen. Des Weiteren sollen verfestigte, störungsunterstützende Faktoren im Familiensystem verändert werden.</p>