

D. Kunert¹, M. von Stauffenberg², Y. Heidenreich³, K. Mönkemöller⁴, M. Martens⁴, E. Feldmann-Ulrich⁵, T. Lucas⁶, K.-A. Lion⁷, J. Meister⁸ und G. Bürk⁹

¹ Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Kassel, Mönchebergstr. 41–43, 34125 Kassel

² Clementine Kinderhospital, Theobald-Christ-Str. 16, 60316 Frankfurt

³ Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln, Dr. Friedrich-Steiner-Str. 5, 45711 Datteln

⁴ Kinderkrankenhaus der Stadt Köln gGmbH, Amsterdamer Str. 59, 50735 Köln

⁵ Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Marienhausklinik St. Josef Kohlhof, 66539 Neunkirchen

⁶ Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

⁷ Kinder- und Jugendklinik Gelsenkirchen, Adenauerallee 30, 45894 Gelsenkirchen

⁸ Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, HELIOS-Klinikum Aue, Gartenstr. 6, 08280 Aue

⁹ Paedicum Ruhrkidz, Bahnhofstr. 104, 44629 Herne

Prozessqualität in der stationären pädiatrischen Psychosomatik

Positionspapier der Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik (AGPPS)

Einleitung

Die Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik (AGPPS) der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) hat die Aufgabe übernommen, Qualitätskriterien für die stationäre pädiatrische Psychosomatik zu entwickeln. In einem ersten Positionspapier wurden die Anforderungen zur Strukturqualität dargestellt [1]. Verfahren, Konsensusbildung und Geltungsbereich sind hier ausdrücklich definiert. In Fortsetzung der Ausführungen zur Strukturqualität soll nun über die Prozessqualität in der stationären pädiatrischen Psychosomatik berichtet werden.

Prozessqualität

Die Prozessqualität beschreibt den Ablauf aller diagnostischen, therapeutischen, pädagogischen und pflegerischen Maßnahmen im Kontext der Versorgung der in der Pädiatrischen Psychosomatik behandelten Kinder und Jugendlichen.

Grundhaltung und Grundverständnis

Grundlage ist ein bio-psycho-soziales Verständnis für die Entstehung

der jeweiligen Störungen der Kinder und Jugendlichen. Die therapeutische Haltung des Behandlungsteams ist geprägt von Wertschätzung, Empathie und Kongruenz [2]. Die therapeutische Arbeit fördert den Aufbau tragfähiger Beziehungen zu den Kindern, die sowohl Geborgenheit als auch Autonomie gewähren und fördern soll [3]. Sie ist patientenorientiert, d.h. sie orientiert sich an der individuellen Krankengeschichte und den Ressourcen des Patienten. Sie ist auch systemorientiert, d.h. sie orientiert sich auch am familiären und sozialen Umfeld des Kindes. Der Familien- und Elternarbeit kommt dabei eine besondere Bedeutung zu [4].

Aufnahmemodalitäten und Auftragsklärung

In der prästationären Phase werden Vorgespräche geführt, die der Klärung der Aufnahmedikation und des Auftrags dienen. Bei der Auftragsklärung stehen Vorstellungsanlass, Behandlungsmotivation und Bedürfnisse des Kindes und seiner Familie im Fokus. Der Zugang zur psychosomatischen Station erfolgt über niedergelassene Ärzte, Psy-

chotherapeuten und andere Institutionen. Innerhalb der Klinik wird die Vorstellung durch den behandelnden Arzt und/oder den psychosozialen Dienst vermittelt.

Die Aufnahme erfolgt in der Regel geplant. Eine Stationsbesichtigung sollte nach Möglichkeit vorgeschaltet sein.

Die Art und Schwere der Störung muss eine multimodale Komplexbehandlung erforderlich machen, die nur in einem stationären Setting erbracht werden kann und/oder die eine vorübergehend Trennung vom sozialen Umfeld erforderlich macht. Der Patient muss im Setting der Station behandelbar sein.

Diagnostik und Diagnosestellung

Die somatische Diagnostik sollte der stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung möglichst vorgeschaltet und soweit wie möglich abgeschlossen sein.

Die psychosoziale Diagnostik wird einzelfallbezogen und störungsübergreifend durchgeführt. Sie bezieht sich auf Patient, Familie sowie soziales Umfeld und fokussiert sowohl auf Res-

ourcen als auch auf krankheitsauslösende, -aufrechterhaltende und entwicklungspsychologische Faktoren. Der Beziehungsgestaltung gilt eine besondere Aufmerksamkeit.

Neben dem ICD-10 [5] wird mindestens ein weiteres **Diagnose- und Klassifikationsschema** genutzt [Multiaxiales Klassifikationsschema der psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (MAKS) [6], Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik der Sozialpädiatrie (MBS) [7]. Andere Diagnostik-Systeme können hinzugezogen werden [z.B. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ) [8] oder das Störungsübergreifende Diagnostik-System für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (SDS-KJ) [9].

Psychosomatische Behandlung

Die Milieutherapie und die Gestaltung des **Stationsalltags** sind tragende Säulen der Behandlung. Sie werden in ihrer therapeutischen Wirkung oft unterschätzt. Ein gut strukturiertes lebendiges pädagogisches Setting der Station ist effektiver als viele „Spezialtherapien“ nach dem Gießkannenprinzip. Das Pflege- und Erziehungspersonal gibt dabei Orientierung und Halt durch Unterstützung bei der Problembewältigung im Alltag. Der Regelkatalog der Station ist fürsorglich, flexibel und nicht rigide gestaltet und lässt Spielraum für Verhandlungen [10]. Die Durchführung spezieller Trainings (z.B. Schmerz- und Angstbewältigung, Selbstständigkeit, Stuhlgang) ist in den Tagesablauf integriert.

Die **psychotherapeutische Behandlung** ist auf den individuellen Bedarf zugeschnitten.

Sie beinhaltet je nach Indikation im Einzelfall: Einzel-, Gruppen- und Familientherapie, Kreativtherapien, Körpertherapie, Entspannungsverfahren, Psychoedukation. Sie wird bei Bedarf ergänzt durch physio-, ergo- und logopädische Behandlungen.

Sozialarbeit in unterschiedlicher Ausgestaltung ist bei vielen Patienten ein wichtiges Behandlungselement.

Die somatische **Behandlung** findet in enger Kooperation mit Fachabteilungen der Klinik statt. Bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen kann eine alltagsnahe Schulung integriert werden. Bei entsprechender Indikation kann eine psychopharmakologische Behandlung durchgeführt werden.

Die **Schule für Kranke** ist ein zentraler Baustein in der Behandlung, da sie einen wichtigen Lebensweltbezug der Kinder und Jugendlichen aufrechterhält. Es findet Kleingruppen- und Einzelunterricht in Orientierung am Stoff der jeweiligen Heimatschule statt. Schullaufbahnberatungen können durchgeführt werden. Bei entsprechender Indikation findet in der letzten Phase der Behandlung als Belastungsprobe eine externe Beschulung in der Heimatschule oder an einer entsprechenden öffentlichen Schule am Ort der Klinik statt.

Behandlungsziele

Eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung soll die Patienten dazu befähigen, ihre Alltagsanforderungen wieder erfüllen zu können oder *zumindest ein höheres Funktionsniveau zu erreichen*. Sie sollen dabei so viel Normalität wie möglich leben und ihre Symptome mindern oder aufgeben können. Erreicht wird dies durch die Förderung von Autonomieentwicklung und Bindungsfähigkeit, Stabilisierung des Selbstwerts, korrigierende konstruktive Beziehungserfahrungen und das Verstehen von Konfliktkonstellationen.

Bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen stellt außerdem die Stärkung von Bewältigungsstrategien ein wichtiges Ziel dar.

Nachsorge

Die stationäre pädiatrische Psychosomatik sieht sich zugunsten

der Kinder und ihrer Familien in der Verpflichtung, die Überleitung zur ambulanten Versorgung zu regeln. Dies kann bedeuten, Nachsorgemöglichkeiten selbst vorzuhalten, sie verbindlich zu vermitteln (z.B. ambulante oder stationäre Jugendhilfemaßnahmen) oder zumindest Empfehlungen zur Nachsorge zu geben (z.B. zur ambulanten Psychotherapie).

Psychosozialer Dienst

Ein psychosozialer Dienst / psychosomatisch-psychotherapeutischer Konsiliar- und Liaisondienst gehört zwingend zum Standard einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. Beim Vorhandensein einer Psychosomatischen Station bilden sie ein gemeinsames Netzwerk.

Ausblick

Das vorliegende Positionspapier gibt richtungsweisende Anhaltspunkte für das Qualitätsmanagement in der stationären pädiatrischen Psychosomatik. In einem abschließenden dritten Schritt sollen die notwendigen Maßnahmen zur Sicherung der Ergebnisqualität diskutiert und beschrieben werden.

Literatur

1. Meister, J., Kunert, D., von Stauffenberg, M., Heidenreich, Y., Mönkemöller, K., Martens, M., Feldmann-Ulrich, E., Lucas, T., Lion, K.A., Bürk, G.: Strukturqualität in der pädiatrischen Psychosomatik. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 2013; 80-81
2. Rogers, C.R. (1981). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett-Cotta.
3. Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
4. Fröhlich-Gildhoff, K., Hufnagel, G., Jürgens-Jahnert, S. (2004): „Allgemeine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“. In: Michels, H.-P. & Dittrich, R. (Hrsg.). *Auf dem Weg zu einer allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Eine diskursive Annäherung. (S. 161-190). Tübingen: dgvt-Verlag.
5. ICD-10 GM 2012
6. Remschmidt, H., Schmidt, M.H., Poustka, F. (2006): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO* (5. überarb. und erw. Aufl.). Bern: Huber.

7. Hollmann, H., Kretzschmar, C., Schmid, R. (Hrsg.) (2009): *Qualität in der Sozialpädiatrie, Band 1. Das Altöttinger Papier. Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie*. Altötting: RS-Verlag.
8. OPD-KJ Arbeitskreis (Hrsg.) (2007): *OPD-KJ – Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual* (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
9. Borg-Laufs, M. (2006): *Störungsübergreifendes Diagnostik-System für die Kinder- und Jugendlichen-*

psychotherapie. Manual für die Therapieplanung (SDS-KJ). Tübingen: dgvt-Verlag.

10. Du Bois, R., Resch, F. (2005): *Klinische Psychotherapie des Jugendalters*. Stuttgart: Kohlhammer.

Korrespondenzadresse

G. Bürk

AGPPS-Geschäftsstelle

c/o Vestische Kinder- und Jugendklinik

Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5

45711 Datteln

GKinD-Aktion „Gesundheitspolitischer Frühschoppen“ nach der Wahl

Aufmerksamkeit in der Politik zu erreichen gestaltet sich immer schwieriger. Bundespolitiker mit den Themen der Kinder- und Jugendmedizin zu erreichen ist aber notwendig, wenn an der Situation der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen etwas geändert werden soll.

Um die Bundestagsabgeordneten auf die wichtigen Themen der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen aufmerksam zu machen, will die GKinD deshalb unmittelbar nach der Bundestagswahl eine gemeinsame politische Aktion aller Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen starten.

Geplant ist ein so genannter **„Gesundheitspolitischer Frühschoppen“ am 30. November 2013**.

Es soll erreicht werden, dass sich die frisch gewählten Bundestagsabgeordneten gleich zu Beginn der Legislaturperiode mit unseren gesundheitspolitischen Themen auseinandersetzen.

Diese Aktion macht aber nur Sinn, wenn sie an möglichst vielen Kinderkrankenhäusern und Kinderabteilungen in Deutschland gleichzeitig, in einem ähnlichen Rahmen und mit identischen Themen stattfindet.

Geplant ist eine Diskussionsrunde, an der Bundestagsabgeordnete aus der jeweiligen Region, aber auch regional aktive und interessierte Politiker und Fachleute aus der Klinik teilnehmen. Für die Moderation sollte möglichst ein Journalist aus der Region gewonnen werden, der über Moderationserfahrung verfügt.

Die Kernthemen und Statements sowie Entwürfe für Presseeinladungen und Pressemitteilungen stellt die GKinD rechtzeitig vorher zur Verfügung.

Weitere Informationen dazu finden Sie im GKinD-Sonderrundschreiben 2/2013 oder erhalten Sie über die GKinD-Geschäftsstelle, Tel. 030.60984281.