

Monatsschr Kinderheilkd 2021 · 169 (Suppl 1):
S6–S17
<https://doi.org/10.1007/s00112-020-00972-2>
Online publiziert: 10. August 2020
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
Springer Nature 2020

Redaktion

A. Borkhardt, Düsseldorf
S. Wirth, Wuppertal



T. Lucas^{1,5} · M. Koester-Lück^{2,3,5} · D. Kunert^{4,5} · Arbeitsgruppe Psychosozial- psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Kliniken der Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie der Deutschen Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik (DGPPS, vormals AGPPS)

¹ Pädiatrische Psychosomatik & Psychotherapie / Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderzentrum, Campus
Lübeck, Universitäts-Klinikum Schleswig-Holstein (UKSH), Lübeck, Deutschland

² Psychosomatische Einheit der Kinderklinik, Leopoldina-Krankenhaus Schweinfurt, Schweinfurt,
Deutschland

³ Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Praxis M. Koester-Lück, Schweinfurt, Deutschland

⁴ Abteilung Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie der Klinik für Pädiatrische Hämato-Onkologie,
Psychosomatik und Systemerkrankungen, Klinikum Kassel, Kassel, Deutschland

⁵ Arbeitsgruppe Psychosozial-psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Kliniken
der Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie der Deutschen Gesellschaft Pädiatrische
Psychosomatik (DGPPS, vormals AGPPS), Datteln, Deutschland

Psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Kliniken für Kinder- und Jugend- medizin und Kinderchirurgie

1. Einleitung

Seelische und soziale Belastungen in der Kindheit, sog. „adverse childhood events“, bergen unbehandelt das Risiko einer lebenslang erhöhten psychischen und somatischen Morbidität und Mortalität [10, 11, 35, 44]. Pädiater, Kinderchirurgen und Kinderkrankenpflegende schultern als erste Ansprechpartner in Gesundheitsfragen die Aufgabe, Symptome zu erkennen und Betroffene frühzeitig ergänzender spezialisierter Diagnostik, Beratung und Behandlung durch psychosoziale Teams¹ zuzufüh-

ren. Idealerweise besteht im stationären Bereich ein Kontinuum der Versorgung, vom medizinisch-pflegerischen Team der Station, über den Konsiliarius für die akute Einschätzung und Intervention oder die umfassendere Liaisonversorgung, bis hin zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Station oder Tagesklinik.

Angesichts der hohen Prävalenz und prognostischen Bedeutung früher psychosozialer Auffälligkeiten erarbeitet die Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik (DGPPS) als Mitglied des Konvents für fachliche Zusammenarbeit der Deutschen Gesellschaft für Kinder-

und Jugendmedizin Qualitätskriterien für eine umfassende multiprofessionelle und familienorientierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Das vorliegende Positionspapier veranschaulicht durch Fallvignetten die Aufgaben und fachlichen Aspekte der psychosozialen Versorgung und beleuchtet deren Voraussetzungen, Struktur, Prozess und Ergebnisse. Dies führt zu einer evidenzbasierten Systematisierung qualitätsbezogener Aspekte.

Die psychosomatisch-psychotherapeutische und psychiatrische² Versorgung ist in enger Kooperation der spezialisierten „Kinder-Fächer“ essenzielles Qualitätsmerkmal einer modernen Klinik, Abteilung oder Praxis. Wo eine Abbildung und Vergütung psychosozialer Leistungen noch nicht gewährleistet ist, sehen sich Kliniken, die ihrer um-

¹ Die Versorgung durch das multiprofessionelle „psychosoziale Team“ umfasst kinder- und jugendpsychiatrische und psychosomatische sowie psychodiagnostische, psychotherapeuti-

sche und beratende Aspekte und Kompetenzen. Dies umfasst die Psychoedukation und Sozialberatung der Familien und findet in den meisten Bereichen der Klinik als Konsiliar- oder Liaisonversorgung statt. In größeren Kliniken bzw. Zentren und bei Vorhandensein einer psychosomatischen Station u./o. eines sozialpädiatrischen Zentrums, verfügt das Team über mehr interne Mitarbeiter und Kompetenzen. Die Möglichkeiten des klinikinternen Kernteams werden durch externe Kooperationen erweitert. Formulierungen im vorliegenden Text beziehen sich unabhängig von der jeweils gewählten Form auf alle Geschlechter.

² Die Begriffe „psychosomatisch“, „psychotherapeutisch“ und „psychiatrisch“ meinen im Rahmen des Positionspapiers stets *kinder- und jugend(lichen)-psychotherapeutisch*, -psychosomatisch und -psychiatrisch, ohne dass die spezifisch auf Kinder und Jugendliche bezogene Fachlichkeit der Ausbildung und Versorgung jeweils im Text wiederholt wird.

Die Autoren haben die Stellungnahme für die Arbeitsgruppe Psychosozial-psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Kliniken der Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie der Deutschen Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik (DGPPS, vormals AGPPS) erstellt. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe werden am Beitragsende gelistet.

Infobox 1 Konsentierung

Dieses im Rahmen der Deutschen Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik (DGPPS) erarbeitete fachliche Positionspapier wurde konsentiert durch:

- den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ, H. Tegtmeyer-Metzdorf),
- die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH, P. Schmittenecher),
- die Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM, B. Herrmann),
- die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ, I. Krägeloh-Mann),
- die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ, U. Thyen),
- die Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD, N. Lutterbüse) und
- den Verband Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKGD, A. Trotter).

Eine Konsensfindung zur psychosozialen Gesamtversorgung von Kindern und Jugendlichen mit den im Folgenden genannten Verbänden wird – deren Wunsch entsprechend – im Rahmen eines längerfristigen Dialogs verfolgt:

- der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP),
- dem Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP) und
- der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK).

fassenden fachlichen und ethischen Verantwortung für Kinder gerecht werden, weiterhin unangemessenen finanziellen Risiken ausgesetzt. Daher stellt die DGPPS ein Konzept zum Erreichen der Erlösrelevanz und Refinanzierung dieser Leistungen vor.

Positionspapiere zur **Struktur- und Prozessqualität in der stationären Psychosomatik** wurden bereits von der AGPPS als Vorgänger der DGPPS vorgelegt [24, 28]. Was die Darstellung zu Verfahren und Konsensbildung bei der Erarbeitung der Papiere angeht, wie auch zur Grundhaltung und zum Grundverständnis in der klinischen Arbeit psychosozialer Teams, wird auf diese Veröffentlichungen verwiesen. Das in Abstimmung zwischen AGPPS und GKinD (Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in

Deutschland e.V.) erarbeitete 3. Positionspapier [26] stellt ein **Konzept zur Beendigung der strukturellen psychosozialen Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen in deutschen Kliniken** vor. Hierzu ist die Finanzierung psychosozialer Stellenanteile über die standardisierte Kodierung und Kalkulation erbrachter Leistungen durch das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) erforderlich. Um dies zu erreichen, wird als Basis der geforderten Kalkulation und Vergütung durch AGPPS und GKinD ab 2017 ein Dokumentationsstandard durch OPS 1-900.- für psychosoziale Konsile und durch OPS 9-401.5- für die Liaisonversorgung empfohlen (s. GKinD 2020 und www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/ops/). Das 4. Positionspapier zur umfassenden psychosozial-psychosomatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird hiermit vorgestellt.

2. Psychosoziale Versorgung – Stellenwert und Versorgungsmodelle

Die Entstehung psychischer Erkrankungen lässt sich am besten mit dem biopsychosozialen Modell verstehen, das die Wechselwirkung zwischen biologischen, psychischen und sozialen Einflüssen hervorhebt. Eine wesentliche Grundlage unserer Gesundheit, wie auch unserer Vulnerabilität für Krankheiten, ist das vererbte menschliche Genom. Erkenntnisse der Epigenetik belegen allerdings, dass die Genexpression nicht nur unmittelbar im Erbgut determiniert ist, sondern – bereits pränatal – Einflüssen aus dem Bereich seelischen und sozialen Befindens unterliegt [44]. Die Übermittlung verläuft sowohl über Transmitter und Nervenbahnen als auch über Muster neuroendokriner Signale. Als Mechanismus werden Veränderungen der kindlichen DNA-Methylierung, assoziiert mit affektiven mütterlichen Belastungen in der Schwangerschaft, diskutiert [46]. Toepfer et al. [48] belegen zudem die moderierende Rolle des Oxytozinrezeptorgens für die transgenerationale Transmission erhöhter Risiken durch Mütter, die als Kinder selbst Misshand-

lung erlitten haben. Als Resultat wurde eine verringerte Bindungssicherheit der Kinder im Alter von 12 Monaten infolge von mütterlichem Beziehungsverhalten mit mangelnder Feinfühligkeit beobachtet. Das Spektrum psychostruktureller, innere Arbeitsmodelle prägender und psychoreaktiver, also erlebnisbezogener Entwicklungseinflüsse reicht von gesunderhaltenden Resilienz Faktoren, wie einer sicheren Bindung des Kindes zu seinen engsten Bezugspersonen, bis hin zu schweren Traumatisierungen mit resultierenden Veränderungen der Persönlichkeit und der individuellen Neurobiologie.

Veränderungen, sowohl des Krankheits- bzw. nach der ICD-10-F-Klassifikation der WHO (<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/>) des Störungsspektrums von Kindern und Jugendlichen als auch der Möglichkeiten ärztlicher und psychotherapeutischer Diagnostik und Behandlung stellen eine Herausforderung für die pädiatrische und kinderchirurgische Versorgung dar und erfordern die Anpassung medizinischer Versorgungsstrukturen. Die Entwicklung geht dabei von akuten hin zu chronischen Erkrankungen und von somatischen hin zu psychischen, sozialen und verhaltensbezogenen Auffälligkeiten [2]. Ärzte und Pflegenden in den somatischen Bereichen der Medizin benötigen ein psychosomatisches Basiswissen [5]. In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass auch für Kinder- und Jugendärzte das Curriculum zur psychosomatischen Grundversorgung (PGV) (https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20190920_MWBO-2018.pdf) als obligater Bestandteil ihrer Weiterbildung allgemein angestrebt wird und in einigen Bundesländern bereits in der neuen Weiterbildungsordnung entsprechend berücksichtigt ist. Diese grundlegenden Kenntnisse können extern im Curriculum der psychosomatischen Grundversorgung oder intern im Rahmen der Rotation auf die psychosomatische Station erworben werden, dann kombiniert mit einer Balint-Gruppe und dem Erwerb von Fertigkeiten, etwa im Bereich der Gesprächsführung.

T. Lucas · M. Koester-Lück · D. Kunert · Arbeitsgruppe Psychosozial-psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Kliniken der Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie der Deutschen Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik (DGPPS, vormals AGPPS)

Psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie

Zusammenfassung

Seelische und soziale Belastungen in der Kindheit können, v. a. wenn sie unerkannt und unbehandelt bleiben, irreversible Chronifizierungen mit lebenslang erhöhter psychischer und somatischer Morbidität bedingen. Aufgabe von Kinder- und Jugendärzten und -chirurgen als erste Ansprechpartner ist es, gezielt auch die psychische Befindlichkeit und das Lebensumfeld ihrer Patienten zu betrachten und ggf. frühzeitig Spezialisten einzubeziehen. Symptom- und Krankheitspektrum, Prävalenz und Bedarf im Bereich psychosozialer Auffälligkeiten werden dargestellt. Fallvignetten veranschaulichen Aufgaben, Voraussetzungen, Modelle und Ablauf der Konsiliar-Liaison-Versorgung in Kliniken. Alle Aspekte werden mit dem Fokus auf die resultierende Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität systematisiert. Bei Hinweisen auf Auffälligkeiten sollten psychosoziale Teams einbezogen und ggf. psychosomatisch-psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen gebahnt

werden. Eine psychosoziale Unterversorgung in primär somatisch ausgerichteten Kliniken erhöht die zeitlichen Latenzen bis zur Erkennung und zur Diagnose relevanter Symptome. Dies bedeutet für Kinder und Jugendliche ein hohes Risiko für nachhaltige Einschränkungen ihrer Entwicklung und sozialen Teilhabe. Neben individuellem Leid und hohen Folgekosten im Gesundheitswesen resultieren bleibende Einschränkungen der Lebensqualität, verbunden mit Bedürftigkeit und Abhängigkeit von Sozialleistungen. Ein psychosoziales Team mit angemessenen Stellenanteilen und kompetenter fachlicher Leitung, dem die klinisch tätigen Mitarbeiter der relevanten Fachgruppen angehören, ist integraler Bestandteil jeder modernen Klinik oder Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderchirurgie. Der psychosoziale Bereich ist in alle Ebenen einzubinden. Die Teamleitung organisiert Supervision und Fortbildung der Teammitglieder und verteilt Aufgaben und Zuständigkeiten. Besteht eine

psychosomatische Station, sollte ihre Leitung auch den übrigen psychosozialen Dienst fachlich koordinieren. Obligatorisch ist die formal geregelte Kooperation mit externen Spezialisten für Aufgaben, die das interne Team nicht übernehmen kann. Hintergrund der Tendenz zur strukturellen Unterbesetzung und -versorgung sind die unzureichende Abbildung und Vergütung im dargestellten Bereich. Das DRG-System sieht für die in der psychosozialen Konsiliar-Liaison-Versorgung erbrachten Leistungen über OPS-Kodierungen zumeist keine erlösrelevante Finanzierung vor. Kliniken, die eine angemessene Versorgung vorhalten, tragen schwer kalkulierbare finanzielle Risiken.

Schlüsselwörter

Psychosoziale Konsiliar-Liaison-Versorgung · Pädiatrische Psychosomatik/Kinderpsychiatrie · Strukturelle Unterversorgung · Qualitätsstandards · Refinanzierung psychosozialer Leistungen

Psychosocial care of children and adolescents in departments for pediatric and adolescent medicine and pediatric surgery

Abstract

Mental and social burdens in childhood have the potential to result in irreversible chronification with lifelong increased mental and somatic morbidity, especially when they remain unrecognized and untreated. The task of pediatric and adolescent physicians and surgeons as the first contact partner is to keep an eye open for the mental state and the living environment of their young patients and in the case of conspicuousness to involve specialists as soon as possible. The symptom and disease spectrum, prevalence and needs in the field of psychosocial conspicuousness are presented in detail. The tasks, prerequisites, models and course of the consultation-liaison care in hospitals are illustrated by means of case vignettes. All aspects are systematized with the focus on the resulting structure, process and results outcome. Where there are indications of conspicuousness, psychosocial teams should be included and if necessary psychosomatic, psychotherapeutic or psychiatric treatment initiated. A psychosocial undertreatment in

primarily somatically oriented clinics leads to increased temporal delays until relevant symptoms are recognized and the diagnostic classification takes place. For children and adolescents this is associated with high risks with respect to sustained impairments of their development and social participation. Apart from the individual suffering and high consequential costs in the healthcare system, this results in permanent impairments in the quality of life, associated with neediness and dependency on social services. A psychosocial team with appropriate personnel and competent specialist leadership, to which the clinically active personnel of the relevant specialist groups belong, is an integral component of every modern hospital or department of pediatric and adolescent medicine or surgery. The inclusion of the psychosocial field occurs at all levels of the medical center. The supervision and advanced training of team members as well as delegation of tasks at hand and responsibilities are organized by

the team leader. As long as a psychosomatic ward is available, it stands to reason that the leadership also coordinates the other psychosocial services. A formally regulated cooperation with external specialists for tasks that the internal team cannot undertake is obligatory. The background to the tendency to structural understaffing and undertreatment are the insufficient options of service-invoicing and the lack of remuneration in the presented field. The diagnosis-related groups system has so far not included any economically relevant financing for the services provided in the pediatric psychosocial consultation-liaison care via operation and procedural key (OPS) coding. Clinics that provide an appropriate care bear financial risks that are difficult to foresee.

Keywords

Psychosocial consultation-liaison care · Pediatric psychosomatics/child psychiatry · Structural insufficiency · Quality standards · Remuneration of psychosocial services

Eine integrierte psychosozial-psychosomatische Arbeitsweise in der Klinik oder Praxis öffnet dem gesamten Team den Blick für ein biopsychosoziales Krankheitsverständnis, zu dem auch die vom Pädiater oder Kinderchirurgen angeforderte psychodiagnostische Einschätzung gehört [12, 27].

Voraussetzungen einer effektiven und umfassenden Diagnostik sind vonseiten des psychosomatisch-psychotherapeutischen und psychiatrischen Konsiliar-Liaison-Dienstes [43] einerseits dessen Professionalität und rasche Verfügbarkeit wie andererseits auch eine enge Einbindung und Vernetzung innerhalb der Klinik. Das Vorgehen und Handeln sind praxisorientiert-pragmatisch und werden dem nichtpsychotherapeutisch ausgebildeten medizinischen und pflegerischen Personal, den Patienten und ihren Eltern bzw. Sorgeberechtigten verständlich und nachvollziehbar dargelegt. Wo erforderlich, werden psychosoziale Hilfen initiiert und eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung gebahnt.

Bestehende Versorgungsmodelle weisen vor dem Hintergrund gewachsener regionaler Strukturen eine große Vielfalt auf [27]. Unterschiede bestehen vor allem in der personellen Ausstattung der jeweiligen Klinik im psychosozialen Bereich. Aufbauend auf dieser Heterogenität ist es Anliegen dieses Positionspapiers, bestehende Strukturen darzustellen und auf der Basis erarbeiteter Qualitätskriterien zu deren Weiterentwicklung beizutragen. Ziel ist eine optimierte und qualitätsgesicherte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen im stationären Rahmen.

Für die Vergabe des Gütesiegels „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“ (www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de)³ wird seit 2009 die Zusammensetzung des

Behandlungsteams⁴ einer Abteilung oder Klinik abgefragt und eine Kooperationsvereinbarung mit einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gefordert.

Auch in den Leitlinien diverser Fachgesellschaften und den Beschlüssen des G-BA⁵ werden psychosoziale Mitarbeiter als Teil einer angemessenen Versorgung vor allem für chronisch körperlich kranke Kinder und Jugendliche bereits ausdrücklich gefordert: Neben der Leitlinie „Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie“ [40] und der S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter“ [6] betrifft dies die Richtlinie „Früh- und Reifgeborene“ [14] mit dem Ziel der Schaffung einer familienzentrierten Betreuung [21]. Zur weiteren Optimierung wurde 2016 unter dem Titel: „Die entwicklungsadäquate psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ eine Stellungnahme der medizinischen Fachverbände für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen erarbeitet [2]. Quali-

⁴ Kinder und Jugendliche sollten von Ärzten und Pflegenden versorgt und behandelt werden, deren Aus- und Weiterbildung sie zu Spezialisten für die Entwicklung, Diagnostik und Behandlung dieser Altersgruppe macht, somatisch also von Pädiatern, Kinderchirurgen und Kinderkrankenpflegenden. In Analogie gilt dies gleichermaßen für Psychotherapeuten und psychosoziale Teams. Prädestiniert für die Konsiliar-Liaison-Versorgung und psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Familien, aber auch für die Anleitung, Supervision, Fachaufsicht und Leitung psychosozialer Teams sind daher kinder- und jugendpsychiatrische, pädiatrische sowie andere ärztliche und approbierte nichtärztliche auf Kinder- und Jugendliche spezialisierte Psychotherapeuten, Psychologen und Sozialarbeiter/Sozialpädagogen beauftragt in ihren Kompetenzbereich fallende Anfragen. Im Liaisondienst kommen ggf. weitere therapeutische Berufe zum Einsatz. Mindestvoraussetzung ist die kurzfristige Erreichbarkeit je einer Fachkraft mit kindspezifischer psychotherapeutischer und sozialpädagogisch-sozialarbeiterischer Qualifikation (bei kleinen Abteilungen eventuell im Rahmen einer externen Kooperation).

⁵ Beim G-BA handelt es sich um den Gemeinsamen Bundesausschuss, als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland.

tätsstandards werden fortlaufend entwickelt (s. oben sowie [18, 19, 43]) und realisiert, abhängig etwa von Kapazitäten relevanter Ausbildungsinstitutionen und der faktischen Verfügbarkeit von Spezialisten im regionalen Arbeitsmarkt. Hier knüpft das vorliegende Papier an.

3. Prävalenz psychischer Auffälligkeiten und versorgungsrelevanter Bedarf psychosozialer Interventionen

Die Prävalenz von Kindern und Jugendlichen mit Hinweisen auf psychische Auffälligkeiten wird in der Literatur für die deutsche Allgemeinbevölkerung zwischen 20,2% [20] und 21,9% [34] der Altersgruppe beziffert und steigt auf 31,2% bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status. In den USA wurde bei stationären pädiatrischen Patienten eine Rate psychischer Auffälligkeiten von 18% ermittelt [3]. Sozial wenig integrierte und bildungsferne Familien und solche mit einem Hintergrund von Migration und Flucht nehmen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung vermehrt stationäre und teilstationäre Behandlungsmöglichkeiten in Anspruch [16, 29, 47]. Psychosoziale Versorgungsstrukturen in pädiatrischen und kinderchirurgischen Kliniken müssen dem Rechnung tragen.

Bei der Entscheidung, ob ein Konsil angefordert wird, ist es hilfreich, zunächst Dauer und Ausprägung der Symptomatik sowie das Ausmaß des Leidensdruckes zu erfragen. Inwieweit die Symptomatik neben einer Beratung auch eine Diagnose oder Behandlungsempfehlung rechtfertigt, ist bei Anforderung Teil der sorgfältig zu formulierenden Fragestellung an den Konsiliar. Grundsätzlich ermittelt sich der Bedarf psychosozialer Interventionen aus einer interdisziplinären Zusammenschau von Wahrnehmung und Beurteilung durch Mitarbeiter der Station oder der Patientenaufnahme, im Austausch mit den psychosozialen Fachkräften der Klinik. Dieser ist stark variabel und von einer Reihe von Faktoren abhängig: Etwa vom Ausmaß der Sensibilisierung der Ärzte und Pflegenden für psychosoziale Belastungen von Kindern, Jugendlichen und Fa-

³ Verliehen wird das Siegel nach gemeinsamer Prüfung bezüglich einer Erfüllung der Qualitätskriterien durch die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ), die Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus (BaKuK), die Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) und die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH).

milien, den ihnen vertrauten Modellen von Krankheit und Gesundheit sowie von der Etablierung von Strukturen hinsichtlich zeitnaher Verfügbarkeit des Konsiliar- und Liaisondienstes und den Möglichkeiten, dessen Ergebnisse und Empfehlungen sinnvoll und effektiv in stationäre Abläufe oder in die poststationäre Versorgung der Patienten zu integrieren. Infolge der genannten Faktoren konnten sowohl zwischen als auch innerhalb von Kliniken (abteilungsabhängig oder im zeitlichen Verlauf) starke Schwankungen sowohl bei der Anzahl nachgefragter Konsile als auch bei der kurz- und längerfristigen Qualität der Behandlungen beobachtet werden.

Da das Chronifizierungsrisiko psychischer und somatischer Symptome und Erkrankungen infolge psychosozialer Belastungen hoch ist, sind frühzeitige Interventionen essenziell [44]. Ein psychosozialer Einschätzungs-, Beratungs- oder Behandlungsbedarf besteht auf der Basis oben genannter Prävalenzdaten in Deutschland für mehr als ein Fünftel der stationären pädiatrischen und kinderchirurgischen Patienten. Dem kann das vorhandene Fachpersonal flächendeckend nicht gerecht werden.

4. Symptom- und Krankheitspektrum

Das Spektrum psychischer Erkrankungen, mit dem Kliniken der Kinder- und Jugendmedizin alltäglich konfrontiert sind, umfasst in erster Linie funktionell-somatoforme Symptome, psychische Begleitprobleme bei akuten und chronischen körperlichen Erkrankungen (vor allem Anpassungs- und Belastungsstörungen) sowie emotionale Störungen und Verhaltensauffälligkeiten. Hinzu kommen Belastungen und psychische Erkrankungen der Eltern und deren Folgen auf die Eltern-Kind-Interaktion und Beziehung:

Funktionelle bzw. somatoforme Symptome, also körperliche Beschwerden ohne erklärendes somatisches Korrelat, sind oft Folge aktueller oder durchlebter Belastungen (Herausforderungen der Alltagsbewältigung, Stressoren, Unfälle, Gewalt, Traumata). Häufiger Anlass der Kontaktaufnahme mit dem Psy-

chosomatiker sind nicht oder nicht im berichteten Ausmaß somatisch erklärbare akute oder chronische Schmerzen [13]. Die Ausprägung funktionell-somatoformer Symptome ist vielfältig und kann sämtliche Körperfunktionen und Organsysteme betreffen. Dies gilt auch für dissoziative Störungen. Sowohl in Verbindung mit körperlichen Beschwerden [37] als auch vor dem Hintergrund einer Traumatisierung [25] werden vermehrt Verhaltensprobleme und Hyperaktivitätssymptome beobachtet. Belastende Erlebnisse in der Kindheit mit traumatogenem Potenzial können unbehandelt die Lebensqualität, die seelische und auch die körperliche Gesundheit während des gesamten weiteren Lebensverlaufs nachhaltig beeinträchtigen und – im Bereich der somatischen Medizin wie auch der Psychotherapie, der Psychiatrie und der sozialen Sicherungssysteme – hohe Folgekosten verursachen [11, 17, 44].

Psychische Probleme bei körperlichen Erkrankungen: Diese werden nach wie vor unzureichend erfasst [13]. Sie resultieren aus der oft hohen zusätzlichen Belastung bei der Alltagsbewältigung und durch krankheitsbedingte Entwicklungsaufgaben, besonders in den Bereichen Krankheitsverarbeitung, Kooperationsfähigkeit und Adhärenz. Eltern sind gefordert, ihren akut oder chronisch kranken Kindern unangenehme, schmerzhaft und mit Kontrollverlust verbundene Maßnahmen, wie auch ein nichtaltersgemäßes Maß an Vernunft oder eigener Verantwortungsübernahme abzuverlangen. Dies schränkt die kindliche Autonomieentwicklung ein und birgt das Potenzial, Zuversicht und Vertrauen beim Kind zu erschüttern. Körperliche Erkrankungen können folglich die Ressourcen und Bewältigungsstrategien der Betroffenen überfordern und zu einer Symptombildung beitragen, die die Diagnosekriterien psychischer Störungen erfüllt. Deren Prävalenz ist bei körperlich chronisch kranken gegenüber körperlich gesunden Kindern und Jugendlichen 2- bis 4-fach erhöht [31–33, 41, 42, 45, 49, 50]. Eine aktuelle repräsentative Studie aus den USA sieht vor allem Aktivitätseinschränkungen im Alltag als bedeutsamen Einflussfaktor

für psychische Leiden bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen [1].

Emotionale Störungen sowie Depressionen und andere psychische Störungen wie Angst- oder Zwangsstörungen ohne hinweisende körperliche Symptome werden bei Kindern häufig erst nach erheblicher Latenz diagnostiziert, sodass diese Kinder lange auf fachliche Hilfe warten müssen. Dies gilt vermehrt, soweit es sich um „stille“, internalisierte Symptome ohne Verhaltensstörung handelt. Hier können Pflegende, Pädiater und Kinderchirurgen durch das niederschwellige Anfordern von Konsilen maßgeblich dazu beitragen, Leidenswege zu verkürzen und Chronifizierungen zu vermeiden.

Akute Krisen, etwa nach Suizidversuch oder bei Verdacht auf Psychose, erfordern eine Notfallintervention, bei Patienten mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung auch eine Verlegung in die zuständige Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Belastungen und psychische Erkrankungen der Eltern gehören – oft unerkannt – zu den bedeutsamsten Risikofaktoren für die Entwicklung von emotionalen und Verhaltensstörungen bei Kindern. Schickedanz et al. [38] belegten die hohe Assoziation zwischen Kindheitsbelastungen (ACE) der Eltern und Symptomen ihrer Kinder im Bereich emotionaler Störungen und von Hyperaktivität. Erste Auffälligkeiten in Interaktion und Beziehungsaufbau zeigen sich oft bereits in der Säuglingszeit und können zu Bindungsstörungen führen. Frühe Interventionen und interdisziplinäres Arbeiten sind hier angezeigt. Die Beobachtung der Kinder in An- und Abwesenheit der Eltern mit besonderem Fokus auf die Eltern-Kind-Interaktion und -Beziehung ermöglicht es mit Unterstützung des psychosozialen Teams, präventiv wirksam zu werden, bevor ein Kind manifest seelisch erkrankt. Unterschätzt wird oft die Bedeutung emotionaler Vernachlässigung, aber auch anhaltender Entwertung oder verdeckter bis offen destruktiver Konflikte im Umkreis der Kinder.

Damit Pädiater und Kinderchirurgen bei ihren Patienten vor einer krisenhaften Zuspitzung oder drohenden Chroni-

fizierung auf emotionale und Verhaltensstörungen aufmerksam werden, bedarf es der Sensibilisierung und Schulung in diesem Bereich.

5. Aufgaben der psychosozialen Konsiliar-Liaison-Versorgung

Die Konsiliar-Liaison-Versorgung hat eine „Türöffnerfunktion“, verbunden mit der Möglichkeit, Patienten und ihre Familien sowie die somatischen Behandler zu unterstützen. Als *Standard* einer qualitativ hochwertigen *Diagnostik und Behandlung* mit hoher klinischer Evidenz ist im Rahmen des biopsychosozialen Krankheitsmodells eine umfassende Gesamtschau auf Symptome, Befindlichkeit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen samt ihrem Umfeld zu fordern. Dabei gilt es insbesondere Reaktionen, Belastungen und Ressourcen im Familiensystem zu erkennen, da diese den Krankheitsverlauf wesentlich beeinflussen können [9]. Patienten und Eltern können so frühzeitig für psychosoziale Belastungen wie auch psychische bzw. psychiatrische Symptome sensibilisiert und für eine Weiterbehandlung motiviert werden. Oft hilft hierbei der niederschwellige Zugang über die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderchirurgie. Im Sinne einer *Simultandiagnostik* sollte parallel zur somatischen Abklärung bereits das psychosoziale Team einbezogen werden. Dieses Vorgehen richtet den Blick auf das emotionale Erleben und Verhalten im Rahmen der Symptomentstehung wie auch der Krankheitsverarbeitung. Die *Simultandiagnostik* umfasst das Vertiefen der biographisch-psychosozialen und symptombezogenen Anamnese, das Erheben des psychischen Befundes sowie die Interaktionsbeobachtung und Beziehungsdiagnostik. Sie kann in einer *Diagnosestellung* im Sinne des Multiaxialen Klassifikationssystems psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (MAS der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, n. Remschmidt et al. [36]) bzw. der Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik der Sozialpädiatrie (MBS der Sozialpädiatrie n. Schmid et al. [39]) nach ICD-10 münden. Andere Diagnosesysteme, wie die Operationa-

lisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ2), können hinzugezogen werden. Der Beratung, Supervision und Fortbildung des medizinischen Behandlungsteams kommt eine besondere Bedeutung zu, die der Qualitätssicherung dient. Behandlungsteams werden so in ihren psychosozialen Basiskompetenzen gestärkt, um diese zum Nutzen der Patienten einbringen und nach Bedarf Spezialisten hinzuziehen zu können. Im Rahmen einer psychosozialen Stellungnahme werden Verdachtsdiagnosen gestellt. Zumeist ergibt sich daraus ein ergänzender ambulanter oder (teil-)stationärer spezialisierter psychosomatisch-psychotherapeutischer bzw. psychiatrischer oder entwicklungsneurologischer Diagnostik- oder Behandlungsbedarf. Weitere Möglichkeiten der Unterstützung umfassen interdisziplinäre Frühförderung, Erziehungsberatung, Jugendhilfemaßnahmen, schulpsychologische Beratung und sozialarbeiterische Unterstützung.

6. Modelle, Effektivität und Einbettung der stationären Konsiliar-Liaison-Versorgung

Die Organisationsform der psychosozialen Versorgung richtet sich nach den spezifischen regionalen, strukturellen und personellen Gegebenheiten einer Klinik. Ein diskreter und vertrauensvoller Kontakt- und Beziehungsaufbau zu Patienten und Eltern ist eine Kernaufgabe jedes Mitarbeiters des psychosozialen Teams. Voraussetzung sind geeignete Rahmenbedingungen sowie eine solide Verankerung und Akzeptanz in der Klinik [27]. Grundsätzlich sind folgende Organisationsformen möglich:

Konsiliarmodell. Der Konsiliar wird durch die somatischen Behandler patientenbezogen, zur fachlichen Stellungnahme und Unterstützung angefordert. Dabei handelt es sich zumeist um diagnostische Fragestellungen, um chronische Erkrankungen mit bedeutsamen Adhärenzproblemen oder um akute Kriseninterventionen etwa nach suizidalen Handlungen. Die Konsiliartätigkeit umfasst einen oder wenige Kontakte. Sie dient der fokussierten Vertiefung der bio-

grafischen Anamnese, dem Ergründen psychosomatischer Zusammenhänge und problematischen Verhaltens sowie familiärer, sozialer und emotionaler Belastungen, samt Erhebung des psychischen bzw. psychopathologischen Befundes und der Einschätzung bezüglich seelischer Symptome und Diagnosen. Über das Erfassen der Problematik und das Vornehmen einer Einschätzung hinaus besteht an den Konsiliar die Erwartung, konkrete Empfehlungen für das weitere Vorgehen zu geben. Die Kombination der genannten Faktoren bei knappem Zeitbudget stellt hohe Anforderungen. Soweit die Fragestellung akute bzw. komplexe psychiatrische Erkrankungen oder spezielle psychopharmakologische Entscheidungen umfasst, richtet sie sich an einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der entweder im Team zur Verfügung steht oder über ein Kooperationsmodell angefordert werden kann.

Fallbeispiele Konsiliartätigkeit

1. *Patient nach Suizidversuch/massiven Selbstverletzungen:* akute Suizidgefahr? Psychose? Verlegungsbedarf auf kinder- und jugendpsychiatrische Station? Krisenintervention/Beratung von Patienten, Eltern und Behandlern bezüglich Procedere: Sozialdienst? Jugendamt? Kinderschutz? Helferkonferenz in der Klinik?
2. *Patient mit unklarer Kachexie/Mangelernährung:* Einschätzung Magersucht/psychogene Essstörung? Diagnostik, Psychoedukation, Beratung, Behandlungsbündnis. Tempo des Gewichtsverlusts? Gewichtsabnahme auch stationär? Familiendynamik? Längere Wartezeit auf stationären psychosomatischen Psychotherapieplatz? Procedere?
3. *Patient mit entgleistem Diabetes mellitus:* gestörte Adhärenz, Manipulation mit Insulin? Einschätzung: Krisenintervention und Procedere? Klärung des Case Managements! Psychotherapie?
4. *Patient mit akuten Schmerzen oder Lähmung ohne somatische Grundlage:* Einschätzung, somatoforme

oder dissoziative Störung? Aktuelle psychosoziale Belastungen vs. posttraumatische Genese? Beratung von Patienten, Eltern und somatischen Behandlern; Empfehlungen zum *Procedere*. Psychotherapie? Übergabe oder Übernahme des Case Managements.

Kontraktmodell. Dies beinhaltet das regelmäßige Hinzuziehen definierter psychosozialer Fachkräfte in bestimmten Situationen bzw. bei bestimmten Patienten- und Krankheitsgruppen, wie z. B. chronischen Erkrankungen oder Kinderschutzfällen. Auch an Patientenschulungen und anderen präventiven Maßnahmen ist das psychosoziale Team beteiligt.

Liaisonmodell. Hier ist ein Mitarbeiter des psychosozialen Teams anfrageunabhängig verfügbar und strukturell im medizinischen Behandlungsteam und Alltag der jeweiligen Station bzw. des Bereichs verankert [23]. Er kommt im Rahmen der Visite mit den Patienten selbst in Kontakt und arbeitet patienten- und familienorientiert (Diagnostik, Indikationsstellung, Motivationsaufbau, Beratung, therapeutische Interventionen, Bahnung einer therapeutischen Anschlussbehandlung). Bei der Behandlung chronischer körperlicher Erkrankungen sollte dies unter Anwendung krankheitsspezifischer patienten- und familienorientierter Konzepte ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung Standard sein. Die Zuordnung fester psychosozialer Mitarbeiter zum Behandlerteam der jeweiligen Station bzw. Subspezialität (z. B. Onkologie, Neonatologie, Endokrinologie/Diabetes, Mukoviszidosezentrum/Pulmologie, Kinderkardiologie/Herzchirurgie oder Schwerbrandverletztenzentrum) ermöglicht Patienten, Angehörigen und Behandlern den Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung und die Entwicklung einer interdisziplinären Teamidentität. Auch bei Verlaufskontrollen oder Wiederaufnahmen besteht Betreuungskontinuität. Psychische Störungen stationärer Patienten werden im Liaisonmodell signifikant häufiger erkannt. Gleiches gilt für pathogene Interaktionsstörungen zwischen Eltern und Kind und für unsichere bis

desorganisierte Bindungsmuster, Deprivation und Traumatisierungen. In Krisenfällen können, je nach fachlichem Bedarf, weitere psychosoziale Mitarbeiter hinzugezogen werden. Auch hier kann das o. g. Kooperationsmodell mit einer Klinik – evtl. auch mit einer Praxis – für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie hilfreich sein. Somatische Behandler erhalten spezifische Fortbildungsangebote und werden patientenbezogen beraten.

Fallbeispiele Liaisonversorgung

1. *Patient mit rezidivierenden Bauchschmerzen:* Auftreten vor allem morgens und abends, nach durchlebtem Magen-Darm-Infekt und Übertritt in andere Schule; Schulfehlzeiten; Eltern hilflos; ambulante und stationäre somatische Diagnostik nicht richtungweisend. Ausführliche Anamneseerhebung und Beratung, ggf. Anbahnung kinderpsychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung.
2. *Patient mit Asthma und starker atopischer und psychosozialer Belastung:* suboptimales Coping, häufige Krankenhausaufenthalte, heftige Konflikte zwischen den psychisch belasteten und getrennten Eltern, Patient parentifiziert und im Loyalitätskonflikt, mit heftigen Schuldgefühlen, Streit, Trennung und Belastung der Eltern verursacht zu haben.
3. *Patient mit Epilepsie, wiederkehrenden Anfällen und depressiver Entwicklung:* Patient quengelig-weinerlich, teils aggressiv, Eltern in beständiger Angst und Unruhe, druckvollfordernd, die Anfälle müssten sofort beendet werden, Klärung der Indikation für eine antidepressive Medikation (SSRI). Die Mutter befürchte einen eigenen „Nervenzusammenbruch“, Krisenintervention, Elterngespräche, Bahnung externer Beratung/Therapie für Mutter/Eltern.
4. *Patientin mit onkologischer Erkrankung und akuter Belastungsreaktion oder PTBS (posttraumatischer Belastungsstörung):* Familie stark verängstigt, im permanenten Alarmzustand, Eltern wechseln sich im Krankenhaus ab, Geschwisterkinder entwickeln

eigene Symptome (Schlafstörung, Trennungsangst, sozialer Rückzug, Reizbarkeit, Einnässen), Unterstützung der Patientin und Familie. Stabilisierung der Eltern, Vermittlung an externe Beratungsstelle. Bahnung psychosozialer Hilfen für die Familie und psychotherapeutischer Unterstützung der Geschwister.

5. *Versterben eines Kindes auf der Intensivstation nach Verkehrsunfall mit Polytrauma:* Begleitung der Geschwister und Angehörigen beim Sterbeprozess, in enger Abstimmung mit dem pädiatrisch-kinderchirurgischen Behandlersteam, beständige Anforderung zu Krisengesprächen durch Eltern und Pflgeteam; Beratung bezüglich einer möglichen Organspende sowie der Organisation von Unterstützung/Verarbeitungshilfen bei der Trauer im Anschluss.

In Kinderschutzfällen wird ergänzend zu den genannten Modellen die Kinderschutzgruppe tätig [7, 22]. Hier sind in der Regel ein Psychotherapeut und ein Sozialpädagoge eingebunden. In einigen Kreisen und Kommunen sind Ablaufpläne mit dem Jugendamt zu § 8a SGB VIII vereinbart.

Während ein Konsiliarius seine Empfehlungen im Rahmen des verfügbaren Zeitbudgets meist nur knapp erläutern kann, besteht im Rahmen der Liaisonversorgung die Möglichkeit ausführlicher *Psychoedukation* sowie der fortlaufenden *Beratung und psychotherapeutischen Intervention*. Dies verbessert die *Überleitung* – auch von belasteten oder psychisch erkrankten Elternteilen – in eine externe Beratung oder *Psychotherapie*. Je größer der verfügbare psychosoziale Stellenanteil, desto umfangreicher kann die Einschätzung der Patienten und die Beratung der Angehörigen und Behandler erfolgen. Je enger – im Sinne eines synergistischen Verständnisses als gemeinsames Team – die Kooperation und der Austausch zwischen Anforderer und Erbringer sind, desto höher ist die zu erwartende *Effizienz* bezogen auf das „outcome“. Die Wahrnehmungen und Einblicke während des stationären Aufenthalts sollten abgeglichen werden, insbesondere bedarf es der engen Ver-

zahnung von Empfehlungen aus der Liaisonversorgung mit der vor- und nachstationären Behandlung durch den niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt, der Eltern und Kind zumeist schon von früh an kennt, sodass die Vorgeschichte der Problematik aus dessen Perspektive häufig bereichernde Aspekte für die Einschätzung erbringt. Für die *Umsetzung der Empfehlungen des psychosozialen Dienstes* ist es wichtig, dass entlassende Stationsärzte sowohl die diagnostische Einschätzung des Konsiliariums kodieren als auch dessen Empfehlungen im Abschlussbericht exakt dokumentieren und das *Case Management* bei Abschluss der Klinikbehandlung sorgfältig an den Kinder- und Jugendarzt und bei Bedarf zusätzlich an andere externe Behandler und Instanzen übergeben. So kann der einweisende Kinderarzt die Behandlung poststationär wieder fallführend übernehmen und dabei auch die Realisierung erforderlicher psychosozial-psychotherapeutischer oder psychiatrischer Elemente bei Spezialisten gewährleisten.

7. Voraussetzungen und Personalbedarf

Voraussetzung für die Erbringung, Kodierung und Vergütung psychosozialer Leistungen ist, unabhängig von der Organisationsstruktur, dass ein qualifiziertes psychosoziales Team im Rahmen der Klinik vorgehalten wird und verfügbar ist. Die *Stellenausstattung* des Teams richtet sich nach der Bettenzahl und den Schwerpunkten der jeweiligen Klinik. Die Mitarbeiter verfügen bei möglichst mehrjähriger Berufserfahrung über eine auf Kinder und Jugendliche bezogene *Qualifikation und Spezialisierung*. Das psychosoziale Team ist *multidisziplinär* zusammengesetzt aus Ärzten mit psychosomatisch-psychotherapeutischer bzw. psychiatrischer Qualifikation, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bzw. psychologischen Psychotherapeuten mit Zusatzqualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen, Psychologen, (Sozial-)Pädagogen, Sozialarbeitern, sowie ggf. weiteren Berufsgruppen.⁴ Die Mitarbeiter verfügen über fundierte Kenntnisse in der

Diagnostik und interdisziplinären Behandlung psychischer Störungen sowie in der Beratung und der Nutzung psychosozialer Hilfesysteme für Kinder und Jugendliche. Persönliche Voraussetzungen sind kommunikative Kompetenz, Belastbarkeit und eine stabile berufliche Identität. Je nach Größe und Versorgungsschwerpunkten der Klinik und Art der Fragestellung der beauftragenden Fachabteilungen richtet sich der Stellenbedarf vor allem nach dem *Aufgabenprofil* (ausschließliche Konsil-, Kontrakt- bzw. Liaisontätigkeit oder Zuständigkeit auch für Fort- und Weiterbildung des Klinik- und Stationspersonals, Anleitung und Supervision, Psychotherapien stationärer Psychosomatik-Patienten oder im sozialpädiatrischen Zentrum, Leitungsfunktion, Forschung und Lehre). Der Aufwand sollte zeitökonomisch und ziel führend sein. Der *Zeitbedarf* pro Patient bzw. pro Familien- und Helfersystem ist abhängig von der Anforderung und Aufgabenstellung stark variabel: Beim *Konsiliardienst* ist regelmäßig von 2 bis 5 h auszugehen, inklusive Terminabstimmung, Auftragsklärung, Wegezeiten, Telefonaten, Übergaben an das Behandlungsteam und Dokumentation, ggf. der Teilnahme an einer Helferkonferenz, der Verlegung in die Akutpsychiatrie, der Begleitung einer Inobhutnahme durch das Jugendamt oder der Bahnung von Anschlussmaßnahmen und der Übergabe des Case Managements an Externe. In der *Liaisonversorgung* kann der Zeitbedarf deutlich höher liegen, besonders bei medizinischen oder psychosomatisch-psychosozialen Krisen, Multiproblemfamilien, komplexen Kinderschutzfällen, lang andauernden Unfallfolgebehandlungen oder komplexen psychischen Begleiterkrankungen. Soweit hausintern keine kinder- und jugendpsychiatrische und kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische Kompetenz vorgehalten wird, bestehen entsprechende Kooperationsmodelle, um deren externe Verfügbarkeit zu gewährleisten.

8. Vorgehen, Ablauf, Dokumentation und „Outcome“

Ein *Konsil* wird durch ein klinikintern definiertes, standardisiertes Vorgehen

vom Behandler beim Konsiliar angefordert, auf das der Konsiliar durch zeitnahe Terminvergabe, samt Klärung des Gesprächs-„Settings“ (Wer mit wem, wo, wann und wie lange?) reagiert. Sinnvoll ist hierbei die Unterscheidung zwischen regulären und Notfallkonsilen mit hoher Dringlichkeit (befürchtete akute Selbst- oder Fremdgefährdung), da entsprechend gefährdete Patienten zur Gewährleistung von Schutz und Sicherheit bis zur erfolgten Einschätzung eng überwacht werden müssen. Ein Notfallkonsil gilt sinnvollerweise nach (fern-)mündlicher Übergabe direkt an den Konsiliar als angefordert, der mobil erreichbar ist und umgehend reagiert. Die Koordination des Konsiliardienstes erfolgt durch dessen Leiter. Die schriftliche Konsil-Anforderung enthält: 1. eine fokussierte Fragestellung und 2. wesentliche Vorinformationen. Das sind Informationen zu Konsilanlass, Symptomatik, psychosozialer Anamnese, aktueller Lebenssituation und Sorgeberechtigten. Angaben zu früheren Hilfen durch den niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt oder die Jugendhilfe sowie zu einer vorausgegangenen Psychotherapie oder einer psychiatrisch-psychopharmakologischen Behandlung sind notwendig. Im *Kontrakt- und Liaisonmodell* sind mehrere oder fortlaufende Kontakte sowie Psychoedukation, Behandlung und Schulung möglich. Grundsätzlich gleichen die Fragen der Anforderung denen des Konsiliardienstes.

Ablauf psychosozialer Interventionen.

Die Möglichkeit eines psychosozialen Gesprächs im Sinne einer erweiterten *Diagnostik* sollte dem Patienten und seinen Eltern, deren Einverständnis als Sorgeberechtigte einzuholen ist, von den Klinikärzten unter Benennung der Fachlichkeit des Konsiliar-Liaison-Teams frühzeitig verständlich und einfühlsam angekündigt werden. Soweit es bei der Ankündigung gelingt, eine mit Hoffnung verbundene, positive Erwartungshaltung zu wecken, hilft dies den Betroffenen, sich zu öffnen und das Gespräch hilfreich werden zu lassen. Ankündigung, Räumlichkeiten, Atmosphäre, Kontaktaufnahme und Gesprächsführung (Stichwörter: konzentriert, zugewandt, ruhig

und wertschätzend) bestimmen maßgeblich, inwieweit eine vertrauensvolle Begegnung mit dem Mitarbeiter des psychosozialen Teams, eine valide Differenzialdiagnose und eine Umsetzung gegebener Empfehlungen möglich werden. *Ergebnisse* der Exploration sollten in einer angemessenen und verständlichen Form am Ende des Gespräches zunächst dem Patienten und seinen Angehörigen und anschließend den anfordernden Behandlern mitgeteilt werden. Soweit gegebene Empfehlungen durch Patient und Familie frühzeitig in die Wege geleitet werden, wirkt sich dies günstig auf den Gesundungsprozess aus. Nach der mündlichen Übergabe erfolgt die *Dokumentation* der Befunde, Diagnosen und Empfehlungen in Form eines strukturierten schriftlichen Kurzberichts, der dem anfordernden Arzt zeitnah zur Verfügung gestellt wird. Zur raschen, gut lesbaren schriftlichen Übermittlung von Anforderung und Ergebnissen bietet sich ein EDV-gestütztes Dokumentationssystem an. Dabei ist ein besonders hoher *Datenschutz* für intime psychiatrisch-psychotherapeutische Daten und die sorgfältige Abwägung durch den Mitarbeiter des psychosozialen Dienstes erforderlich, welche Angaben mit welcher Formulierung weitergegeben werden. Die Eigendokumentation des Mitarbeiters enthält regelmäßig detailliertere persönliche Angaben, die unter exklusiver Schweigepflicht anvertraut wurden. Mit den Patienten sollte abschließend in altersgemäßer Form besprochen werden, welche Informationen und Empfehlungen an den betreuenden Kinder- und Jugendarzt oder andere Behandler, an Eltern oder an andere Instanzen weitergegeben werden, um zu verhindern, dass dies als Vertrauensbruch empfunden wird. Zur *Wahrung der Schweigepflicht*, insbesondere bei Fragen des Kinderschutzes, eröffneten „Familiengeheimnissen“ oder massiven Loyalitätskonflikten des Kindes, kann es sinnvoll sein, in der Dokumentation zwischen geschützten internen Informationen und Formulierungen für schriftliche Berichte an Nachbehandler zu unterscheiden. Mündliche Rücksprachen mit den behandelnden Ärzten ermöglichen eine differenzierte Befunderörterung

und Abstimmung des weiteren Vorgehens. Teile der Stellungnahmen können – auch um evtl. gestellte Diagnosen zu belegen – im abschließenden Arztbrief eingefügt werden.

Wirksamkeit psychosozialer Interventionen. Die höchste Effektivität entfaltet eine psychosoziale Intervention, deren Ergebnisse vom Anforderer und Behandlungsteam angenommen, den Betroffenen gegenüber bekräftigt und Nachbehandlern zeitnah vollständig verfügbar gemacht werden. Soweit gegebene Empfehlungen durch den Patienten und seine Familie oder in Absprache mit ihnen frühzeitig in die Wege geleitet werden, wirkt sich dies günstig auf den Krankheitsverlauf aus.

9. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Abschließend werden wesentliche qualitätsbezogene Aspekte mit dem Fokus auf die Bereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Konsiliar-Liaison-Versorgung systematisiert.

Strukturqualität. Essenziell sind die *Besetzung* (Stellenanteile, Fachlichkeit und Kompetenzen) und die *fachliche Leitung* des Konsiliar-Liaison-Dienstes wie auch dessen Einbindung und Vernetzung, klinikintern und bezogen auf externe Behandler bzw. Institutionen. Das psychosoziale Stellenkontingent entscheidet darüber, welche Aufgaben wahrgenommen werden können. Für die zeitnahe Erfüllung der Aufgaben sind der Umfang der geforderten Leistungen in den Bereichen Diagnostik, Beratung/Psychoedukation und Behandlung, das für diesen Aufgabenbereich verfügbare Zeitbudget und die *Organisationsstruktur* des Dienstes (definierte Abläufe, effiziente Dokumentation, *Aufgabenspektrum*, ggf. konkurrierende Aufgaben des Erbringers) ausschlaggebend. Ergebnisse sollten im Rahmen des Multiaxialen Klassifikationssystems nach ICD-10 der WHO, erbrachte Leistungen nach OPS kodiert werden. Die interdisziplinären Behandlungsteams der Stationen (Pädiater, Kinderchirurgen, Pflegende etc.) erhalten durch das psychosoziale Team

regelmäßige *Fortbildungen*. Mitarbeiter psychosozialer Teams ohne somatische Grundausbildung nehmen an geeigneten medizinischen Fortbildungen der Klinik teil, um Basiskompetenzen zur Einbeziehung somatischer Aspekte in die psychosoziale Diagnostik und Beratung zu erwerben. *Anleitung*, Intervention wie auch interne und externe *Supervision* sind als Teil der Qualitätssicherung unverzichtbare Bestandteile der Tätigkeit psychosozialer Teams. Bezogen auf die dokumentierten sensiblen persönlichen Daten ist ein besonders hoher *Datenschutz* zu gewährleisten. Zur Durchführung der Gespräche werden stationsnah verfügbare, geeignete, kindgerecht ausgestattete *Räumlichkeiten* für Einzel- bzw. Familiengespräche sowie für Helfer- oder Fallkonferenzen benötigt, die gemeinsam mit den somatischen Behandlern durchgeführt werden. Die Konsiliar-Liaison-Versorgung steht in der Regel zu den üblichen Arbeitszeiten zur Verfügung. Die Zuständigkeit in den Abendstunden und an Wochenenden regelt die Klinik nach Bedarf und Fragestellung. Es muss die Möglichkeit bestehen, jederzeit eine Akuteinschätzung vornehmen zu lassen. Dies kann entweder intern oder im Rahmen eines Kooperationsabkommens erfolgen, notfalls durch Verlegung in die zuständige Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Prozessqualität. *Arbeitsabläufe* sollten bis hin zum Vorgehen bei Kriseninterventionen *standardisiert* sein, um den organisatorischen Kommunikationsbedarf zu begrenzen und die Fehleranfälligkeit zu minimieren. Die Gestaltung des *Settings*, eine Fokussierung auf die relevantesten Aspekte wie auch die *Gesprächsführung* selbst obliegen dem Mitarbeiter des psychosozialen Teams und erfordern umfangreiche Erfahrung. Daher sollte, jenseits der *Einarbeitung und Anleitung neuer Mitarbeiter* besonders in komplexen Situationen stets die *Möglichkeit der supervisorischen Rücksprache* oder Intervention bestehen. Da Gefühle, Verhalten und Interaktion Gegenstand der Untersuchung und regelmäßig wesentlicher Bestandteil der Ätiologie untersuchter Symptome sind, haben die *verbale und*

nonverbale Kommunikation des Untersuchers und des Behandlungsteams mit Patienten und Angehörigen hohe Bedeutung für deren Glaubwürdigkeit und Vorbildfunktion als Rollenmodell für ein wertschätzendes Miteinander. Dies betrifft gleichermaßen die Kommunikation und den Umgang der Behandler untereinander. Situationsabhängig haben interne *Fallbesprechungen*, Sitzungen der Kinderschutzgruppe wie auch *Helferkonferenzen*, unter Einbeziehung externer Instanzen (z. B. Kinderschutzzentrum, Jugendamt, Familiengericht, vor- und nachbehandelnder Kinder- und Jugendarzt), hohe Bedeutung.

Ergebnisqualität. Entscheidend für die Handlungsfähigkeit der Behandler sind in erster Linie die *Validität, Dokumentation und Verfügbarkeit der Untersuchungsergebnisse* wie auch die *Relevanz und Umsetzbarkeit der Empfehlungen* des psychosozialen Teams. Ferner sind die Berücksichtigung und Bekräftigung der Ergebnisse des Konsils bzw. der Liaisonversorgung im Rahmen der Diagnosen, Behandlungsempfehlungen und Gesamtdokumentation bei Entlassung, insbesondere im Arztbrief, wesentlich. Als *Zielsetzung* bezüglich des Ergebnisses („outcome“) werden die *Gesundung, die angemessene weitere Entwicklung, die Wahrung des Wohls und die gesellschaftliche Teilhabe* der psychosozial und emotional belasteten bzw. psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen definiert. Nur soweit eine Umsetzung gegebener Empfehlungen vor und nach der Entlassung durch Patienten, Familie, Klinikbehandler, niedergelassene Nachbehandler u. a. Instanzen (Jugendamt/Jugendhilfe, Beratungsstellen etc.) erfolgt, entsteht die Möglichkeit, ausreichend wirksam zu werden und dem Patienten nachhaltig zu helfen. In diesem Sinne ist die *Übergabe essenzieller Ergebnisse und Empfehlungen durch den koordinierenden Klinikbehandler* samt der *Übernahme des „externen Case Managements“ durch den koordinierenden Nachbehandler*, in der Regel den Kinder- und Jugendarzt, verbindlich für den Patienten zu regeln und zu dokumentieren. Eine künftige Erhebung der genannten

Variablen als Teil der Qualitätssicherung erscheint wünschenswert.

10. Fazit und Ausblick

Ergänzend zu den vorliegenden Positionspapieren zur Qualität der alters- und entwicklungsgerechten, spezialisierten stationären Versorgung und Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen in einer psychosomatischen Einheit werden *Qualitätsstandards für die psychosoziale Konsiliar-Liaison-Versorgung*, zur Erkennung des Bedarfs und zur Bahnung notwendiger Maßnahmen *definiert*. Die niederschwellige Einbindung psychosozialer Teams führt zur früheren Erkennung seelischer Belastungen, Beschwerden und Diagnosen und hilft, die Frequenz stationärer Wiederaufnahmen zu senken [4]. In diesem Sinne besteht dringender Bedarf, die niederschwellige Kooperation und Vernetzung von Kinderärzten mit auf Kinder- und Jugendliche spezialisierten Psychotherapeuten und Psychiatern zu fördern. *Erst wenn die seelische Entwicklung und Gesundheit der Kinder und Jugendlichen als gleichwertig und gleichermaßen bedeutsam wahrgenommen und vermittelt wird wie die körperliche, besteht begründete Hoffnung, die noch immer fortbestehende Angst vor Stigmatisierung, die frühzeitige effektive Hilfen und Therapien regelmäßig verhindert, zu überwinden*. Das Einleiten geeigneter ambulanter Hilfen kann bestehende Risiken für psychische und somatische Morbidität und Mortalität, wie auch zu erwartende Folgekosten, senken.

Forderungen nach psychosozialen Stellenanteilen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen liegen für bestimmte Subspezialitäten in Leitlinien diverser Fachgesellschaften und in Beschlüssen des G-BA⁵ bereits vor. Anstelle der Beendigung einer insgesamt bestehenden Unterversorgung und personellen Unterbesetzung führte dies bislang oft eher zur Verschiebung des vorhandenen Personals in Bereiche, zu denen Beschlüsse vorliegen – zu Ungunsten von Patienten der übrigen Subspezialitäten. Der ökonomischen Logik folgend sind zudem Trends zu beobachten, psychosoziales Personal aus

dem Konsiliarbereich herauszulösen, damit Erlöse zur Refinanzierung entsprechender Stellen generiert werden können. Folge ist hier die Verzögerung notwendiger Diagnostik und weitere Verschlechterung der Versorgung. *Ziel führend für die Deckung des Bedarfs aller Patienten einer Klinik oder Abteilung ist allein die Schaffung der erforderlichen personellen Kapazitäten im psychosozialen Gesamtteam. Deren Sicherung setzt die Abbildbarkeit und Kalkulation erbrachter Leistungen durch angemessene Erlöse voraus* (siehe **Infobox 2** Konzept zum Erreichen der Erlösrelevanz für den psychosozialen Konsiliar-Liaison-Dienst).

Mit unbewältigten Herausforderungen wird das Gesundheitswesen durch die Zuwanderung konfrontiert. Bestehende Kompetenzen und Strukturen bedürfen für eine qualitativ hochwertige transkulturelle pädiatrische Versorgung der Weiterentwicklung, häufig unter Einbindung professioneller Sprachmittler. Dies gilt vermehrt für die *hohe Komplexität transkultureller Diagnostik, Beratung und Psychotherapie* bei hochvulnerablen, vielfach traumatisierten minderjährigen Flüchtlingen [30].

Insgesamt bestehen für alle dargestellten Bereiche erhebliche Defizite der psychosozialen Versorgung, verbunden mit einem hohen Handlungsbedarf sämtlicher beteiligter Akteure. Hierzu existiert bundesweit hohe klinische Evidenz. Aus der Perspektive betroffener Kinder, ihrer Familien und ihrer Behandler ist die reale Versorgung unzureichend. Die vorgelegte Bestandsaufnahme aus fachlicher pädiatrischer, psychotherapeutischer und psychiatrischer Sicht bekräftigt dies anhand verfügbarer Daten und Evidenz [17]. Gesellschaftlich gesehen geht es um den Stellenwert der seelischen Gesundheit, der Lebensqualität und der Teilhabe der heranwachsenden Generation. Gesundheitsökonomische und volkswirtschaftliche Argumente, bezogen auf eine effiziente Ressourcenverwendung, wiegen nicht weniger schwer. Zielführende Initiativen durch Gesundheitspolitik, Fachverbände und Kostenträger sind hier dringend erforderlich [44].

Infobox 2 Konzept zum Erreichen der Erlösrelevanz für den psychosozialen Konsiliar-Liaison-Dienst

Konzept zum Erreichen der Erlösrelevanz für den psychosozialen Konsiliar-Liaison-Dienst in Kliniken bzw. Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie:

1. **Einheitliche Dokumentation:** Die Kodierung erbrachter Leistungen erfolgt für Kinder oder Jugendliche auf einer somatischen Station für ein psychosoziales/psychosomatisches Konsil u./o. für eine Liaisonversorgung durch OPS 1-90-, z. B. 1-900- (psychosomatische und psychotherapeutische Diagnostik) und durch OPS 9-401.5- (psychosoziale Intervention, integrierte psychosoziale Komplexbehandlung [8]); s. auch Kodierleitfaden Kinder- und Jugendmedizin [15] der GKinD. Ziel ist die vollständige Abbildung des zeitlichen Aufwands im Konsiliar- und Liaisondienst mit diesen Prozeduren.
2. **Kalkulation und Vergütung:** Die einheitliche Kodierung dient dem Generieren eines ausreichend repräsentativen Datenvolumens, als Basis für einen Antrag zu Kalkulation und Bewertung beim InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus). Kalkulationskliniken sollten hierzu ihre durchgeführten Leistungen zusammen mit der Kodierung der Prozeduren fallbezogen erfassen. Diese sollten dem internen Controlling für die Leistungsabrechnung und die Erstellung der Kalkulationsdaten für das InEK zur Verfügung gestellt werden. Eine ergänzende Rückmeldung zum Umfang der erbrachten Konsiliar- und Liaisonleistungen an die AGPPS und an die GKinD wird ausdrücklich begrüßt (aus: [26]).

Korrespondenzadresse

Dr. med. T. Lucas

Pädiatrische Psychosomatik & Psychotherapie / Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderzentrum, Campus Lübeck, Universitäts-Klinikum Schleswig-Holstein (UKSH)
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Deutschland
Torsten.Lucas@uksh.de

Arbeitsgruppe Psychosozial-psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Kliniken der Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie der Deutschen Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik (DGPPS, vormals AGPPS). T. Lucas (Lübeck); D. Kunert (Kassel); M. Koester-Lück (Schweinfurt); P. Stemplinger (Landshut); U. Benz (Ravensburg); D. Clauß (Halle); V. Reinhard (Passau); P. Nickel (Leipzig); S. Emami

(Bremen); B. Brosig (Gießen); M. Monninger (Münster); H. Karpinski (Lauchhammer); J. Meister (Aue); M. von Stauffenberg (Frankfurt/M.); G. Bürk (Herne). Die interdisziplinäre Arbeitsgruppe umfasst Ärzte und Psychotherapeuten in Kliniken und Praxen aus den Bereichen Kinder- und Jugendmedizin, pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie, Psychologische Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie sowie weitere Berufsgruppen.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. T. Lucas, M. Koester-Lück und D. Kunert geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Adams JA, Chien AT, Wisk LE (2019) Mental illness among youth with chronic physical conditions. *Pediatrics* 144(1):e20181819
2. AGPPS, BVKJ, DGKJ, DGKJP, DGSPJ, VLKKD (2017) Die entwicklungsadäquate psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Gemeinsame Stellungnahme der medizinischen Fachverbände. <https://www.dgkj.de/unsere-arbeit/wissenschaft/stellungnahmen/ansicht/konsenspapier-zur-psychosomatischen-versorgung-von-kindern-und-jugendlichen-in-deutschland/>. Zugegriffen: 13.05.2020
3. Bardach NS, Coker TR, Zima BT et al (2014) Common and costly hospitalizations for pediatric mental health disorders. *Pediatrics* 133(4):602–609
4. Bujoreanu S, White MT, Gerber B, Ibeziako P (2015) Effect of timing of psychiatry consultation on length of pediatric hospitalisation and hospital charges. *Hosp Pediatr* 5(5):269–275
5. Bundesärztekammer (2018) Musterweiterbildungsordnung. 175 ff. https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO-2018.pdf. Zugegriffen: 13.05.2020
6. Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Diabetologie (AGPD) (2015) Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter. AWMF-Leitlinie Registernummer 057/016. http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Leitlinien/Evidenzbasierte_Leitlinien/2016/DM_im_Kinder-_und_Jugendalter-final-2016.pdf. Zugegriffen: 20.04.2020
7. Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) (2016) Vorgehen bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Empfehlungen für Kinderschutz in Kliniken. Version 1.6. http://www.ag-kim.de/file-admin/template/DGKiM-DAKJ_KSG-Leitfaden_1.6-21.11.2016.pdf. Zugegriffen: 15.03.2020
8. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2019) Operations- und Prozedurenschlüssel. <http://www.dimdi.de/>

dynamic/de/klassifikationen/ops/. Zugegriffen: 13.05.2020

9. Elkemann U (2006) Prospektive Feldstudie zur psychosomatischen Konsiliararbeit mit Eltern und Patienten einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. Dissertation, Münster
10. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences study (ACE). *Am J Prev Med* 14(4):245–258
11. Felitti VJ, Anda RF (2010) The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders, and sexual behavior: implications for healthcare. In: Lanius RA, Vermetten E, Pain C (Hrsg) *The hidden epidemic: the impact of early life trauma on health and disease*. Cambridge University Press, New York, S 77–87
12. Frank R, Mangold B (Hrsg) (2001) Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen: Kooperationsmodelle zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Kohlhammer, Stuttgart
13. Frank R (Hrsg) (2002) Chronischer Schmerz bei Kindern und Jugendlichen. Marseille Verlag, München
14. Gemeinsamer Bundesausschuss (2016) Richtlinien über Maßnahmen zur Qualitätssicherung von Früh- und Reifgeborenen. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1116/QFR-RL_2015-11-27_ik-2016-02-04.pdf. Zugegriffen: 15.03.2020
15. Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (2020) Kodierleitfaden Kinder- und Jugendmedizin
16. Glazebrook C, Hollis C, Heussler L, Goodman R, Coates L (2003) Detecting emotional and behavioural problems in paediatric clinics. *Child Care Health Dev* 29(2):141–149
17. Habetha S, Bleich S, Sievers C, Marschall U, Weidenhammer J, Fegert JM (2012) Deutsche Traumafolgekostenstudie: Kein Kind mehr – kein(e) Trauma(kosten) mehr? Schriftenreihe/IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung, Bd. III. Schmidt & Klaunig, Kiel
18. Herzog T, Stein B, Wirsching M (Hrsg) (2000) Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik. Thieme, Stuttgart
19. Herzog T, Stein B, Söllner W, Franz M (Hrsg) (2003) Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik und -psychiatrie. Schattauer, Stuttgart
20. Hölling H, Schlack R, Petermann F, Ravens-Siebere U, Mauz E (2014) Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS-Welle 1) KiGGS Study Group. *Bundesgesundheitsbl* 57:807–819
21. Hüning BM, Reimann M, Sahlmen S, Leibold S, Nabring JC, Felderhoff-Müser U (2016) Konzeptanalyse einer stationären und ambulanten psychosozialen familienzentrierten Betreuung in der Neonatologie in Zeiten des G-BA-Beschlusses. *Klin Padiatr* 228(4):195–201
22. Kinderschutzleitlinienbüro (2019) AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Langfassung 1.0. AWMF-Registernummer: 027–069
23. Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hrsg) (2016) UeXküll

- Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis, 8. Aufl. Elsevier, München
24. Kunert D, von Staufenberg M, Heidenreich Y, Mönkemöller K, Martens M, Feldmann-Ulrich E, Lucas T, Lion K-A, Meister J, Bürk G (2013) Prozessqualität in der stationären pädiatrischen Psychosomatik. *Monatsschr Kinderheilkd* 161:864–865
 25. Lucas T, Krüger A (2013) Verändert, verstört, verschlossen? – Kindliche Traumatisierung erkennen und versorgen. *Kinderarztl Prax* 84:174–178
 26. Lucas T, Kunert D, Koester-Lück M et al (2017) Psychosoziale Konsiliar-Liaisonleistungen. OPS-Kodierungen, Kalkulation und Finanzierung in Kliniken der Kinder- und Jugendmedizin & Kinderchirurgie. *Monatsschr Kinderheilkd* 165:272–273
 27. Mangold B (2001) 30 Jahre Psychotherapie an der Kinderklinik. Klinische Abteilung für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie und Pädiatrische Psychosomatik. Universitäts-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde. Journalverlag, Innsbruck
 28. Meister J, Kunert D, von Stauffenberg M, Heidenreich Y, Mönkemöller K, Martens M, Feldmann-Ulrich E, Lucas T, Lion KA, Bürk G (2013) Strukturqualität in der pädiatrischen Psychosomatik. *Monatsschr Kinderheilkd* 161:80–81
 29. Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T (2000) The mental health of children and adolescents in Great Britain. The Stationery Office, London
 30. Möller B, Paulus S, Adam H, Lucas T (2006) Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung von traumatisierten Flüchtlingskindern und ihren Familien im Spannungsfeld von Kulturwechsel, Psychotherapie und Ausländerrecht. In: Adam H, Möller B, Lucas T (Hrsg) Flüchtlingskinder und ihre Familien in Beratung und Therapie. *Psychosozial*, Bd. 102, S 19–39
 31. Noeker M, Petermann F (2003) Entwicklungsorientierte Betrachtung chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 51:191–229
 32. Noeker M, Petermann F (2008a) Chronisch-körperliche Erkrankungen. In: Petermann F (Hrsg) *Lehrbuch Klinische Kinderpsychologie*, 6. Aufl. Hogrefe, Göttingen, S 515–531
 33. Noeker M, Petermann F (2008b) Chronische Erkrankungen im Jugendalter. In: Petermann F, Schneider W (Hrsg) *Angewandte Entwicklungspsychologie: Serie 5*, Bd. 7. Hogrefe, Göttingen, S 635–676
 34. Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M (2007) Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGs). *Bundesgesundheitsbl* 50(5/6):871–878
 35. Rassenhofer M, Hoffmann U, Hermeling L, Berthold O, Fegert JM, Ziegenhain U (2020) Misshandlung und Vernachlässigung. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Hogrefe, Göttingen
 36. Remschmidt H, Schmidt MH, Poustka F (2017) Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10. Hogrefe, Göttingen
 37. Santalahti P, Aromaa M, Sourander A, Helenius H, Piha J (2005) Have there been changes in children's psychosomatic symptoms? A 10-year comparison from Finland. *Pediatrics* 115:434–442
 38. Schickedanz A, Halfon N, Sastry N, Chung PJ (2018) Parent's adverse childhood experiences and their children's behaviour problems. *Pediatrics* 142(2):e20180023
 39. Schmid RG, Hollmann H, Kretzschmar C (2016) *Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie (MBS)*. RS-Verlag, Altötting
 40. Schröder HM, Lilienthal S, Schreiber-Gollwitzer BM, Giessmeier B, Leiss U (2013) Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie. AWMF-Leitlinie Register Nr. 025/002. Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie (PSAPOH). <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/025-002.html>. Zugegriffen: 13.05.2020
 41. Schulte-Markwort M, Behrens JG, Bindt C (2008) Psychosomatik chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A (Hrsg) *Entwicklungspsychiatrie. Biologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen*. Schattauer, Stuttgart, S 1024–1051
 42. Seiffge-Krenke I, Skaletz C (2006) Chronisch krank und auch noch psychisch beeinträchtigt? Die Ergebnisse einer neuen Literaturrecherche. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 55:73–90
 43. Shaw R, Frank R (2013) Konsiliar-/Liaisonstätigkeit. In: Lehmkuhl G, Poustka F, Holtmann M, Steiner H (Hrsg) *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Hogrefe, Göttingen, S 1367–1394
 44. Shonkoff JP, Garner AS, Siegel BS, Dobbins MI, Earls MF, McGuinn L, Wood DL (2012) The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics* 129(1):232–246
 45. Steinhausen HC (2006) Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. Urban & Fischer, München, Jena
 46. Stonawski V, Frey F, Golub Y, Moll GH, Heinrich H, Eichler A (2018) Affektive Belastungen der Mutter in der Schwangerschaft und assoziierte epigenetische Veränderungen beim Kind: Eine Übersicht. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 46(2):155–167
 47. Störmer F (2011) Erfassung der Prävalenz psychischer Auffälligkeiten in einer pädiatrischen Inanspruchnahmepopulation und Beurteilung des Bedarfs kinder- und jugendpsychiatrischer Interventionen. Dissertation, Leipzig, Bd. 2012 (in Hinblick auf die Bildung von Kompetenzzentren für körperliche und seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen)
 48. Toepfer P, O'Donnel KJ, Entringer S, Heim CM, Lin DTS, MacIsaac JL, Kobor MS, Meaney MJ, Provencal N, Binder EB, Wadhwa PD, Buss C (2019) A role of Oxytocin receptor gene brain tissue expression quantitative trait locus rs237895 in the Intergenerational transmission of the effects of maternal childhood maltreatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 58(12):1207–1216
 49. Warschburger P (2000) Chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Psychosoziale Belastungen und Bewältigungsanforderungen. Hogrefe, Göttingen
 50. Warschburger P (2008) Psychische Probleme chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. In: Esser G (Hrsg) *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Thieme, Stuttgart, S 494–508