

Burkhard Brosig, Tim Botschek & Ulrike Müller
Chronische Krankheiten bei Kindern



Psychoanalytische Familientherapie
24. Jahrgang, Nr. 1, 2023, Seite 35–45
DOI: 10.30820/1616-8836-2023-1-35
Psychosozial-Verlag

Impressum

Psychoanalytische Familientherapie
Zeitschrift für Paar-, Familien-
und Sozialtherapie

ISSN 1616–8836 (print)
ISSN 2699–156X (digital)
www.psychosozial-verlag.de/paft
24. Jahrgang, Nr. 46, 2023, Heft 1
<https://doi.org/10.30820/1616-8836-2023-1>

Herausgeber: Bundesverband Psychoanalytische Paar- und Familientherapie (BvPPF), www.bvppf.de

Redaktion: Trin Haland-Wirth, Joseph Kleinschnittger, Inken Seifert-Karb, Prof. Dr. Hans-Jürgen Wirth

Wissenschaftlicher Beirat: Antje v. Boetticher, Prof. Dr. Burkhard Brosig, Dr. Miriam Haagen, PD Dr. Peter Möhring, Prof. Dr. Günter Reich, Prof. Dr. Georg Romer, Dr. Peter Rottländer, Michael Stasch, Dr. Helene Timmermann, Hilke Volker, Dr. Joachim Walter, Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe, Monika Zimmer

Redaktionsanschrift:
Redaktion
Psychoanalytische Familientherapie
Walltorstr. 10
35390 Gießen
hjw@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de/paft

Die Redaktion lädt zur Einsendung von Manuskripten ein. Vor der Veröffentlichung durchlaufen die Beiträge ein Peer-Review-Verfahren.

Verlag:
Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG
Walltorstr. 10
35390 Gießen
Telefon: 0641/969978-18
Fax: 0641/969978-19
info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Umschlagentwurf: Hans-Jürgen Wirth

Umschlagabbildung: © KroKi-Haus

Abo-Verwaltung: Psychosozial-Verlag,
bestellung@psychosozial-verlag.de

Bezugsgebühren:
Für das Jahresabonnement (2 Hefte) 33,90 Euro (inkl. MwSt.) zzgl. Versandkosten. Studierendenabonnement 25% Rabatt zzgl. Versandkosten. Lieferungen ins Ausland zzgl. Mehrporto. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, sofern nicht bis acht Wochen vor Ende des Bezugszeitraums eine Kündigung erfolgt. Bei Mitgliedschaft im BvPPF ist der Preis für ein Abonnement bereits im Mitgliedsbeitrag enthalten. Preis des Einzelheftes 22,90 Euro. Bestellungen richten Sie bitte direkt an den Psychosozial-Verlag.

Anzeigen:
Anfragen richten Sie bitte an den Verlag (anzeigen@psychosozial-verlag.de). Es gelten die Preise der aktuellen Mediadaten. Sie finden sie im Pressebereich auf der Verlagshomepage www.psychosozial-verlag.de.



Die Beiträge dieses Heftes sind unter der Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 DE Lizenz lizenziert. Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung und unveränderte Weitergabe, verbietet jedoch die Bearbeitung und kommerzielle Nutzung (creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de).

Deutsche Bibliothek – CIP Einheitsaufnahme:
Ein Titeldatensatz dieser Publikation ist bei der Deutschen Bibliothek erhältlich.

Datenbanken:
Die Zeitschrift *Psychoanalytische Familientherapie* wird regelmäßig in der Internationalen Bibliographie der geistes- und sozialwissenschaftlichen Zeitschriftenliteratur (IBZ – De Gruyter Saur) und in der Publikationsdatenbank PSYINDEX des ZPID – Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID – Leibniz Institute for Psychology) erfasst.

Satz: metiTec-Software, www.me-ti.de

Chronische Krankheiten bei Kindern

Eine interdisziplinäre Aufgabe für Pädiatrie, Familienpsychosomatik und Pädagogik

Burkhard Brosig, Tim Botschek & Ulrike Müller

Psychoanalytische Familientherapie Nr. 46, 24 (1) 2023 35–45

<https://doi.org/10.30820/1616-8836-2023-1-35>

www.psychosozial-verlag.de/paft

Zusammenfassung: Einleitend werden Geschichte und Rahmenbedingungen der pädiatrisch-psychosomatischen Arbeit in einem Universitätsklinikum geschildert. Anhand eines Fallbeispiels aus dem pädiatrisch-psychosomatischen Konsiliardienst mit einem Mädchen, das an Diabetes mellitus Typ 1 erkrankt ist, werden Probleme und Desiderate interdisziplinärer Arbeit bei chronisch kranken Kindern illustriert. Abschließend werden Forderungen zur besseren Versorgung chronisch kranker Kinder formuliert: mehr Interdisziplinarität auf allen Ebenen der Versorgung, Förderung der Zusammenarbeit der Berufsgruppen auch budgetär, Bürokratieabbau in den Fördermaßnahmen.

Stichworte: Pädiatrische Psychosomatik, chronisch kranke Kinder, interdisziplinäre Versorgung, Familientherapie

Pädiatrie im Spannungsfeld zwischen Naturwissenschaft, Psychosomatik und pädagogischer Förderung

Die Geschichte der Pädiatrie ist gekennzeichnet durch eine Erweiterung der im 19. Jahrhundert überwiegenden Akutbehandlung meist von infektiösen Erkrankungen und Ausgleich von Unterernährung durch die Fürsorge für die ihr anvertrauten Kinder und Jugendlichen in einem weitaus umfassenderen Sinn: Sie ist dabei gleichzeitig eine Pädiatrie der chronischen Erkrankungen geworden, in den letzten Jahren zunehmend eine Pädiatrie der sozialen Konflikte und Spannungen. Die Pädiatrie, wiewohl primär medizinisch-naturwissenschaftlich ausgerichtet, entwickelte dabei ein zunehmendes Gespür für die gesundheitlichen Einflüsse von sozialen Problemlagen, etwa bedingt durch niedrigen Sozialstatus und Migrationserfahrung.

Im Sprechzimmer findet man sich in der triangulären Situation zwischen Arzt, Patient bzw. Patientin und Eltern wieder. Vor allem atmosphärisch-

nonverbal vermitteln sich in dieser Situation Hinweise zu familiärem Klima, Eltern-Kind-Bindung und der Fähigkeit der Eltern, Impulse und Spannungen des Kindes aufzunehmen, in einem komplexeren Sinne zu verstehen und in gemeinsamer seelischer Arbeit aufzulösen. Kinderärztin und Kinderarzt werden damit zu einem psychosomatisch denkenden und handelnden Subjekt, zunächst vor dem Hintergrund seiner bzw. ihrer naturwissenschaftlichen Identifizierung, gleichsam wider Willen. In der Erfahrung komplexer klinischer Situationen mit ihren hochaufgeladenen klinischen Inhalten bleibt viel skizzenhaft, spannungsgeladen, vorsprachlich unklar und damit zunächst unverstanden. Theoretische Konzepte zum Wesen der frühen Mutter-Kind-Beziehung, der – damit eng verbundenen – psychosomatischen Interaktion, der pädagogisch-pädiatrischen Entwicklungstheorie sowie zu den familiären Sozialisationsprozessen bilden eine Matrix, eine Hintergrundfolie, diese ambivalent-unklaren klinischen Erfahrungen zu systematisieren und einem umfassenderen Verständnis zuzuführen.

Umgekehrt hat klinische Erfahrung in der Pädiatrie die psychoanalytisch-psychosomatische Theoriebildung umfassend beeinflusst. Schöpfend aus der pädiatrischen Praxis gelang es D.W. Winnicott psychosomatische Symptombildungen (1966) zu verstehen, eine Theorie der Reifung zu entwickeln (1962), Delinquenz und gestörtes Essverhalten einzuordnen sowie eine Theorie gesunder elterlicher Erziehungseinstellung jenseits einer bloßen romantisierenden Idealisierung der frühen Mutter-Kind-Beziehung zu entwickeln. Die so entstandenen Beschreibungen kindlichen Verhaltens erwiesen sich in vielfacher Hinsicht fruchtbar und auf die klinisch-psychosomatische Praxis übertragbar (von Klitzing & Schlenso-G-Schuster, 2021).

In der deutschen psychoanalytisch-psychosomatischen Tradition war es vor allem Horst Eberhard Richter, der – aus der Erfahrung einer psychoanalytischen Beratungsstelle am Kaiser-und-Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus im Arbeiterviertel Berlin-Wedding schöpfend – eine Theorie der familiären Sozialisation und der psychosomatischen Symptombildung im Kontext der Psychoanalyse entwickelte (Richter, 1958). Diese Idee einer psychoanalytisch orientierten Familien- und (später hinzukommend) Sozialtherapie konnte in einem universitären Umfeld mit Gründung einer großen psychosomatischen Klinik und Etablierung eines interdisziplinären Zentrums für Psychosomatik Anerkennung erlangen.

Gießen: Fallstudie zu einer Kinderklinik im Spannungsfeld zwischen sozialen Problemlagen und universitärer Medizin

Community

Die Universitätsstadt Gießen liegt etwa 60 Kilometer nördlich von Frankfurt im Metropol-Areal Rhein-Main. Die Stadt selbst ist eine junge Stadt mit einem hohen Anteil an Studierenden, aber auch eine arme Stadt, die durch eine Vielzahl von sozialen Spannungen und Konflikten gekennzeichnet ist (die Armutsquote insgesamt beträgt mindestens sechs Prozent). 2019 lag in bestimmten sozialen Brennpunkten die Kinderarmut bei knapp 45 Prozent. Zudem beherbergt Gießen eine Vielzahl von Migranten (17,8 Prozent der Stadtbevölkerung), nicht zuletzt vor dem Hintergrund einer seit dem Zweiten Weltkrieg bestehenden Aufnahmeestelle für Flüchtlinge (Hessische Erstaufnahmeeinrichtung). Die Vielzahl der sozialen und kulturellen Konflikte wird immer wieder deutlich in der besonders herausfordernden Versorgung von akut oder chronisch erkrankten Kindern und ihren zu betreuenden Familien. Interkulturelle und konfliktzentrierte Kommunikationskompetenz im Sprechzimmer der Kinderärzte und -ärztinnen ist in hohem Maße gefragt.

Aspekte der psychosomatischen Versorgung

Schon in der Gründungsphase der psychosomatischen Klinik in Gießen spielte die sensible Wahrnehmung des historisch gewachsenen Seins der Stadt wie auch die daraus folgenden sozialen Bedingungen ihrer Bewohner eine große Rolle. Neben der Etablierung einer sorgfältigen, umfassenden psychoanalytischen Ausbildung in der Tradition der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (IPV) entwickelte sich eine sehr nahe an der psychoanalytischen Sozialarbeit und an der familienzentrierten psychoanalytischen Pädagogik angesiedelte Sektion der psychoanalytischen Paar-, Familien- und Sozialtherapie, die interdisziplinär für Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Medizin, Psychologie, Sozialer Arbeit und Pädagogik offensteht (Brosig et al., 2017).

Setting

Die Kinderklinik der Justus-Liebig-Universität ist überregional verantwortlich für Kinder mit chronischen Erkrankungen (etwa 3.000 Patienten),

mit Fehlbildungen des Herzens, neurologischen sowie onkologischen Erkrankungen und seltenen Erkrankungen (oft im Zusammenhang seltener genetischer Belastungen). Weiterhin besteht ein großer neonatologischer Bereich mit weit über 100 Frühgeburten unter einem Geburtsgewicht von 1.000 Gramm, Marker für die Leistungsfähigkeit dieses Bereichs der Kinderklinik, aber auch Hinweis auf die psychosoziale Belastung vieler Schwangerer im Einzugsgebiet.

Es ist immer wieder festgestellt worden, dass zu einer leistungsfähigen Kinderklinik ergänzend eine leistungsfähige Kinderpsychosomatik – Tür an Tür – gehört. Beispielhaft möchte ich hier die Verbindung von körperlicher und seelischer Belastung zitieren, so wie es das Hessische Sozialministerium in seinem Statement zur anzustrebenden Schaffung vermehrter kinderpsychosomatischer Versorgung an Kinderkliniken formuliert hat: Es hält bereits 2002 in seiner Dokumentation zur Notwendigkeit psychosozialer Zentren an Kinderkliniken fest (HSM, 2002):

- 15 Prozent aller in Kinderkliniken aufgenommenen Patientinnen und Patienten sind psychosomatisch erkrankt im Sinne erheblicher seelischer Komorbidität.
- Fünf Prozent aller Aufnahmen in Kinderkliniken sind sogar (im Gewande eines körperlichen Vorstellungsgrundes) *primär* psychosomatisch bedingt.
- Das Sozialministerium kommt in seinem Statement zu dem Schluss, dass kinderpsychosomatische Zentren in einer Kinderklinik in räumlicher Nähe und Organisationseinheit integriert sein müssen.
- In diesem Kontext entstand seit Mitte 2008 eine Familienpsychosomatik in der Tradition der Gießener Paar-, Familien- und Sozialtherapie am Zentrum für Kinderheilkunde der Justus-Liebig-Universität (als Teil des Universitätsklinikums Gießen und Marburg UKGM, Standort Gießen), die sich fünf wichtigen therapeutischen Handlungsfeldern widmete:
 - Therapeutische Hilfe im Rahmen der Diagnose- und weiteren Krankheitsverarbeitung bei chronischen Erkrankungen (siehe auch die Beiträge von Steiß & Langner sowie de Laffolie in diesem Heft)
 - Fokale Therapie bei akuten seelischen Krisen im Rahmen der Notfallambulanz der Kinderklinik
 - Beratung, Unterstützung und Förderung der Eltern-Kind-Beziehung im Rahmen der neonatologischen Behandlung von Frühgeborenen und kranken Neugeborenen
 - Stationäre psychosomatische Therapie für Jugendliche und Kinder mit chronischen Erkrankungen, Somatisierungsstörungen, Kon-

versionen, neurotischen Belastungen (Depression, Angst, Zwäng) und Essstörungen (Büttner & Brosig, 2021)

- Diagnostische Einleitung von psychosozialen Maßnahmen im Rahmen des Kinderschutzes insbesondere bezogen auf die Möglichkeit familienerhaltender Maßnahmen (Jacobi et al., 2010).

Hintergrund dieser Entwicklung war, wie eingangs schon bezüglich des sich wandelnden Spektrums der Pädiatrie in der Moderne erwähnt, die zunehmende Komplexität von pädiatrischer Diagnostik, Therapieplanung und Entwicklung einer angemessenen Therapietreue durch psychosoziale Belastungen, insbesondere durch familiäre Konflikte, Armut und Migrationserfahrung (Azman et al., 2021; Reiss et al., 2019; Lampert et al., 2018; Holling et al., 2014).

Jasmin: Ein typischer Fall aus dem Bereich des psychosomatischen Konsildienstes

Jasmin ist zehn Jahre alt, sie leidet seit zwei Jahren unter einer autoimmunbedingten Stoffwechselstörung, dem Diabetes mellitus Typ 1. So sehr sie sich in der ersten Zeit mit dem Schicksal, chronisch krank zu sein, versuchte abfinden zu können, so sehr wühlt es derzeit in ihr, diese Krankheit nicht einfach abstreifen, nicht loswerden zu können.

Aktuell werden die Probleme der Krankheitsakzeptanz immer drängender und brisanter. Im letzten Jahr kam es zu drei stationären Aufenthalten, darunter auch einer stationär-psychosomatischen Behandlung, die jedoch bei fehlender innerer Motivation (was soll das Ganze?) und fehlender Anpassung an den ihr schon sehr weit entgegenkommenden therapeutischen Rahmen (sie schlägt die Pflegekräfte) abgebrochen werden musste.

Aktuell besteht bei einem HbA1c von 9,5 Prozent eine akute Aufnahmeindikation in der Kinderdiabetologie zur erneuten Stoffwechseleinstellung. Die psychosomatische Evaluation sucht in der aktuellen Problemkonstellation rund um die Erkrankung erneut nach differenziert interdisziplinär abgestimmter Planung eine Zukunftsperspektive für dieses so massiv problembeladene junge Mädchen. Jasmin ist das älteste von vier Kindern, die Eltern sind mit ihr und den Geschwistern aus Afghanistan geflohen. Im Verlauf der stationären psychosomatischen Arbeit erhalten wir Berichte darüber, dass sie sowohl in Afghanistan selbst als auch im Verlauf der Flucht durch persönliches Erleiden und Mitansehen-Müssen von Gewalt und Brutalität traumatisiert wurde.

Man kann den Eltern kaum einen Vorwurf bezüglich der Erziehung des Kindes machen, sie sind liebevoll zugewandt und versuchen, die Belastung mit der Diabetes-mellitus-Erkrankung und den damit verbundenen Anforderungen an Konstanz und Therapietreue durch eine besondere Fürsorge in Form von Laissez-faire und Verwöhnung auszugleichen. Insgesamt ist die Familie, bedingt durch die Migration, das nach wie vor Fremdsein im Gastland (oder ist es doch schon die neue Heimat?) und den damit verbundenen unerwartet komplexen Integrationsprozessen überfordert. Die besonderen Bedingungen der Anpassung einer Familie an eine chronische Erkrankung führen schließlich dazu, dass das Familiensystem die an sie gestellten Anforderungen nicht mehr erfüllen kann, die daraus resultierende Problemlage der Familie kann »leider« an einem objektiven Kennwert, dem erhöhten HbA1c, abgelesen werden.

Die Patientin ist in den Gesprächen wenig zugänglich, hat das »Psychologisieren« und das Verstehenwollen durch Andere gründlich satt, will einfach nur Kind sein, auch die Eltern schildern Schwierigkeiten im seelischen Zugang und bezeichnen sie als »dickköpfig«, mit einem Ansatz von kritischer Selbsterkenntnis vonseiten des Vaters und der Mutter, als zu verwöhnt. Alles sei nach der Diagnose Diabetes mellitus Typ 1 schwerer geworden. Aus der Schule wird berichtet, dass die Patientin kaum beschulbar sei, da sie viel zu undiszipliniert und motivationslos arbeite und insgesamt zu sprunghaft in ihrem Verhalten sei.

In der gemeinsamen Fallkonferenz mit den pädiatrischen Diabetologen werden Aspekte der zukünftigen Versagung diskutiert, das Für und Wider der einzelnen Lösungswege abgewogen, es fällt schwer, eine verheißungsvolle Perspektive für Patientin und Familie zu finden.

Sicher wäre eine ambulante begleitende Psychotherapie für die Patientin selbst und/oder für die Familie indiziert, jedoch schwer zu organisieren. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass ambulante Therapieplätze im Bereich der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie sehr rar sind, fällt es schwer, Kinder und Eltern mit fehlender bzw. mit eingeschränkter deutscher Sprachkompetenz zu vermitteln. Das Zusammentreffen der westeuropäischen Kultur mit der islamisch geprägten Kultur Afghanistans führt zu einem Culture Clash, der von vielen ambulanten Psychotherapeuten in seiner Brisanz und Dimension der Unterschiedlichkeit schwer aufgefangen werden kann.

Weiterhin wäre prinzipiell eine begleitende sozialpädagogische Familienhilfe zur Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern dringend notwendig. Hier liegt die Problematik darin, dass die Mutter (fast) kein Deutsch spricht.

Dies limitiert die Möglichkeiten dieser Interventionsform, da ein Austausch und damit ein Fruchtbarwerden der Familienhilfe so nicht möglich werden. Es fehlt nach wie vor an Konzepten für interkulturelle Familienarbeit mit Eltern, die sich bezüglich des Erwerbs der Sprachkompetenz erst auf den Weg machen. Familienhilfe mit Dolmetscher bzw. Dolmetscherin wäre sicher eine Möglichkeit, aber aufwendig und kaum kontinuierlich umzusetzen.

Auch die stationäre Jugendhilfe (siehe den Beitrag zum KroKi-Haus von Kennerknecht & Kráske-Rawer in diesem Heft) wäre eine Option, die deutlich indiziert ist, da das Mädchen in einer selbstgefährdenden Art und Weise ihre Diabeseinstellung vernachlässigt, jedoch trifft dies auf den vehementen Widerstand von Eltern und Kind, sodass sorgfältig abgewogen werden muss, ob diese Zwangsmaßnahme, unter Umständen mit Einschränkung der Rechte der Eltern einhergehend, durchgesetzt werden muss.

Diskussion

Tritt man vom aktuellen Fallbeispiel etwas zurück, wird deutlich, welcher umfassender Aufwand bei diesen sehr individuellen Problemkonstellationen aufgebracht werden muss: Die Fragestellungen und damit verbundenen Therapieoptionen sind sehr schwer zu standardisieren, ein Entscheidungsablauf in Form eines vorab festgelegten Algorithmus ist schwer zu definieren. Alles sollte maßgeschneidert sein.

Die Ideallösung für das Problem von Jasmin konnten wir im Verlauf des stationären Aufenthalts nicht finden, auch dies keine Seltenheit: Denn lange Motivierungsphasen im Vorfeld einer adäquaten Versorgung sind nicht nur bei Familien mit Migrationshintergrund, sondern insgesamt bei Familien mit psychosomatischen Belastungen die Regel. Der Familienpsychosomatik in einer Kinderklinik fällt dabei die Rolle zu, diesen Motivations- und Entscheidungsprozess hin zu einer ganzheitlichen Versorgung mit Geduld, niemals das Ziel aus den Augen verlierend, zu begleiten, kreativ zu fördern, weiter konsequent zu verfolgen, ohne jedoch zu viel Zwang und Druck auf das Familiensystem auszuüben. Ohne Einsicht in die Problemlage und verbleibende Freiheit der Entscheidung lässt sich keine gute Versorgung chronisch Kranker auf den Weg bringen.

Gebetsmühlenartig und nicht nur im Gestus der Sonntagsrede kann immer wieder betont werden, welcher hoher Bedarf an interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, die in der Versorgung chronisch Erkrankter zusammenarbeiten, notwendig ist. Die-

ser hohe »Redebedarf«, diese zeitaufwendige Arbeit in interdisziplinären Fallkonferenzen bildet sich nicht ausreichend in den gegebenen Vergütungssystemen von Krankenhäusern und im ambulanten Bereich ab. Ich verweise hier auch auf die gleichlautenden Statements der Kollegen de Laffolie als in der Institution Kinderkrankenhaus arbeitender Kollege, als auch auf die Forderungen von Steiß und Langner aus der Perspektive der niedergelassenen Pädiatrie zur Versorgung chronisch Erkrankter.

Wenig reflektiert wird die unterschiedliche Sprache, in der die Problemlagen erfasst und dargestellt werden; oft wird implizit vorausgesetzt, dass die hohe Fachkompetenz derjenigen, die hier multidisziplinär zusammenarbeiten, sich einfach additiv ergänzen könnte. In Wahrheit ist gelebte Multidisziplinarität nur dann sinnvoll und umsetzbar, wenn der Erfahrungsbereich des jeweils anderen Fachgebiets mit Empathie für die jeweils andere Haltung einer anderen beruflichen Sozialisation ein Zusammenwirken im Sinne der echten Kooperation ermöglicht. Aus der Anstrengung für eine bessere Versorgung von chronisch Kranken erwächst die Notwendigkeit, das Nebeneinanderher-Arbeiten zu verlassen und ein Team von sich gegenseitig aktiv verstehenden Disziplinen zu schaffen. Nur so können fruchtbar-kreative Wege zur besseren Versorgung chronisch Kranker gefunden werden.

Einige konkrete Forderungen an Gesetzgeber, Krankenkassen sowie Behandlerinnen und Behandler zum Abschluss

- Der Kampf der verschiedenen Rechtskreise des Sozialgesetzbuches gegeneinander mit dem Schachern und Zuständigkeiten muss aufgegeben werden. Hilfe und Clearing der Bedarfe mit Lotsenfunktion von spezialisierten Beratungsstellen sind zu schaffen.
- Die notwendige Interdisziplinarität in der Versorgung chronisch Kranker muss sich in ambulanten wie stationären Finanzierungsmodellen der Krankenversorgung abbilden.
- Die Jugendhilfe sollte sich als Teil dieser interdisziplinären Netzwerke begreifen und die Zusammenarbeit mit Medizin und Psychosomatik stärken.
- Ambulante psychotherapeutische Behandlungsansätze sollten sich den individuellen Bedürfnissen chronisch Kranker besser öffnen und diese als Aufgabe einer ambulanten psychotherapeutischen Versorgung begreifen.

Literatur

- Azman, O., Mauz, E., Reitzle, M., Geene, R., Holling, H. & Rattay, P. (2021). Associations Between Parenting Style and Mental Health in Children and Adolescents Aged 11–17 Years: Results of the KiGGS Cohort Study (Second Follow-Up). *Children*, 8(8), 672. <https://doi.org/10.3390/children8080672>
- Brosig, B., Becker, L., Kaczmarek-Kolb, A., Speier, A. & Zimmer, K.-P. (2015). Pantomime mit chronisch kranken Kindern. Wenn Gefühle Ausdruck erlangen, für die es (noch) keine Worte gibt. *Musik-, Tanz-, und Kunsttherapie*, 26(4), 198–206. <https://doi.org/10.1026/0933-6885/a000220>
- Brosig, B., Möhring, J. & Müller, K. (2017). Soziopsychosomatik. In K. Köhle, W. Herzog, P. Joraschky, J. Kruse, W. Langwitz & W. Söllner (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin: Theoretische Modelle und klinische Praxis* (8. Aufl., S. 233–240). Elsevier.
- Brosig, B. & Zimmer, K.-P. (2014). Besondere Therapiemaßnahmen für chronisch kranke Kinder. In D. Reinhardt, T. Nicolai & K.-P. Zimmer, *Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter* (S. 1515–1518). Springer.
- Büttner, J. & Brosig, B. (2021). Analytische Psychosomatik in der Kinderklinik – Konzept und erste Ergebnisse einer Stationsgründung. *Kinderanalyse*, 29(1), 25–50. <https://doi.org/10.21706/ka-29-1-25>
- Hessisches Sozialministerium HSM (2002). Drucksache 15/2276 zur Kinder- und Jugendpsychosomatik (Dokument v. 16. Jan. 2002, S. 11).
- Holling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U. & Mauz, E. (2014). Psychopathological Problems and Psychosocial Impairment in Children and Adolescents Aged 3–17 Years in the German Population: Prevalence and Time Trends at Two Measurement Points (2003–2006 and 2009–2012): Results of the KiGGS Study: First Follow-Up (KiGGS Wave 1). *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz*, 57(7), 807–819. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-1979-3>
- Jacobi, G., Dettmeyer, R., Banaschak, S., Brosig, B. & Herrmann, B. (2010). Child Abuse and Neglect: Diagnosis and Management. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107(13), 231–239. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0231>
- Lampert, T., Prutz, F., Rommel, A. & Kuntz, B. (2018). Social Differences in the Utilization of Medical Services by Children and Adolescents in Germany. Results of the Cross-Sectional KiGGS Wave 2 Study. *Journal of Health Monitoring*, 3(4), 35–51. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-098>
- Milch, W. & Wirth, H. J. (2002). *Psychosomatik und Kleinkindforschung*. Psychosozial-Verlag.
- Reiss, F., Meyrose, A. K., Otto, C., Lampert, T., Klasen, F. & Ravens-Sieberer, U. (2019). Socioeconomic Status, Stressful Life Situations and Mental Health Problems in Children and Adolescents: Results of the German BELLA Cohort-Study. *PLoS One*, 14(3), e0213700. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213700>
- Richter, H. E. (1958). Beobachtung an 14 Kindern mit chronischer Obstipation. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 12(5), 291–308.
- von Klitzing, K. & Schlenso-Schuster, F. (2021). Our Difficult Job Is to Take a Unified View of the Patient ... (Winnicott). Psychosomatic Work in a Children's Hospital. *International Journal of Psychoanalysis*, 102(1), 91–108. <https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1858084>
- Winnicott, D. W. (1960). The Theory of the Parent-Infant Relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585–595.
- Winnicott, D. W. (1966). Psycho-Somatic Illness in Its Positive and Negative Aspects. *International Journal of Psychoanalysis*, 47, 510–516.

Chronic diseases in children

A task between pediatrics, family psychosomatics and pedagogy

Summary: By way of introduction, the history and setting of pediatric psychosomatic work in a university hospital are described. On the basis of a case study from a pediatric psychosomatic consultation with a girl who affected with diabetes mellitus type 1, problems and desiderata of interdisciplinary work with chronically ill children are illustrated. Finally, demands for a better care of chronically ill children are formulated: More interdisciplinarity at all levels of care, promotion of cooperation between professional groups, also in budgetary terms, reduction of bureaucracy in the funding measures.

Keywords: pediatric psychosomatics, chronically ill children, interdisciplinary care, family therapy

Biografische Notizen

Burkhard Brosig, Prof. Dr. med., ist Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie, Psychoanalytiker und Familientherapeut sowie Leiter des Bereichs Familien- und Kinderpsychosomatik, Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie, am Klinikum der JLU. Seine Forschungsschwerpunkte sind Psychodynamik und Familienprozesse bei chronischen Erkrankungen, Einzelfallanalyse und Soziopsychosomatik.

Tim Botschek, M.Sc., ist Psychologe, Systemischer Kinder- und Jugendlichentherapeut i.A. sowie Psychologe im Bereich Familien- und Kinderpsychosomatik, Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie, am UKGM Gießen. Seine Forschungsschwerpunkte sind Familientherapie und deren Wirkungen sowie stationäre Kinder- und Jugendpsychotherapie.

Ulrike Müller, Dr. med., ist Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin (mit umfangreichen Auslandstätigkeiten für Ärzte ohne Grenzen). Seit Gründung der Kinderpsychosomatischen Station ist sie in somatischer Versorgung, Gruppen- und Familientherapie und im Konsiliarbereich tätig, derzeit als Funktionsoberärztin mit stellvertretender Leitungsfunktion. Ihr hauptsächliches Forschungsinteresse liegt in der psychosozialen Versorgung von Familien mit chronisch kranken Kindern (Diabetes mellitus Typ I, Stoffwechseldefekte, Gerinnungsstörungen). Ihr besonderes klinisches Anliegen ist die Vernetzung mit den somatisch orientierten Kolleg:innen und die besondere Situation von Familien mit Migrationshintergrund.

Kontakt

UKGM Gießen

Abteilung für Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie

Feulgenstr. 10–12

35392 Gießen

Prof. Dr. med. Burkhard Brosig

E-Mail: Burkhard.Brosig@psycho.med.uni-giessen.de

M. Sc. Tim Botschek

E-Mail: Tim.Botschek@uk-gm.de

Dr. Ulrike Müller

E-Mail: Ulrike.Mueller2@uk-gm.de