

Kinder- und jugendpsychiatrische Konsiliartätigkeit an einem Großklinikum

Annika Gahl-Lang

Aus der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie
der Ludwig- Maximilians- Universität München
Direktor: Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne

Kinder- und jugendpsychiatrische Konsiliartätigkeit an einem Großklinikum

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Annika Gahl-Lang
aus Hamburg
2009

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. R. Frank

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Dennis Nowak
Priv. Doz. Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler
Prof. Dr. Wulf Schiefenhövel

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h.c. M. Reiser, FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 29.10.2009

Danksagung

Herrn Prof. Dr. med. Frank danke ich für die Überlassung des spannenden Themas und die vielen freundlichen, aufmunternden und unermüdlich motivierenden Worte, die richtungsweisenden Denkanstöße und die lehrreichen Jahre während der verschiedenen Phasen der Entstehung dieser Arbeit.

Mein Dank gilt auch allen MitarbeiterInnen der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität für gemeinsame, fruchtbare Gespräche, in denen Lösungen entstanden und für die Unterstützung bei Soft- und Hardwareproblemen.

Lilli und Martin danke ich für ihre Liebe, ihre Geduld, ihre Kraft, die geschenkte Zeit und die Unterstützung. Ursel, Helmuth und Birgit danke ich für die Betreuung unserer Tochter in den letzten Jahren.

Inhaltsverzeichnis:

1. Einleitung	1
1.1. Einflussfaktoren von Verhaltensauffälligkeiten	2
1.2. Psychosoziale Versorgung.....	4
1.2.1. Patienten der Psychosomatischen Medizin	5
1.2.2. Versorgungsmöglichkeiten verhaltensauffälliger Kinder auf somatischen Stationen	5
1.2.3. Kooperation und Dialog	7
1.2.4. Schwierigkeiten im Dialog und der Kooperation	8
1.2.5. Erkennen und Einordnen psychischer Störungen.....	8
1.2.6. Diagnostikinstrumente bei Verhaltensauffälligkeiten.....	10
1.2.7. Psychosoziale Versorgungssituation	11
1.2.8. Finanzierung der psychosozialen Versorgung.....	12
1.3. Konsiliar- und Liaisontätigkeit als psychosoziale Versorgungsform.....	13
1.3.1. Definitionen von Konsiliar- und Liaisontätigkeit.....	13
1.3.2. Aufgaben von Konsiliar- und Liaisondiensten	14
1.3.3. Ziele von Konsiliartätigkeit	15
1.3.4. Modelle von Konsil- und Liaisondiensten.....	16
1.3.5. Konsil anfragende Kliniken und Konsilpatienten/Konsultationsanlässe	17
1.4. Der Konsiliar und das Konsil.....	18
1.4.1. Der effektive Konsil und Liaisondienst und Attribute eines Konsiliars.....	18
1.4.2. Die konsilpsychiatrische Untersuchung	19
1.4.3. Die Konsilsituation	21
1.4.4. Informanten des Konsiliars	22
1.5. Kriterien für die Vergleichbarkeit von Konsildiensten	28
1.6. Zielsetzung dieser Arbeit.....	33
2. Fragestellungen	34-37

3. Methodik	38
3.1. Klinikum der LMU, München	38
3.2. Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LMU München	40
3.2.1. Aufgaben der Ambulanz	41
3.2.2. Konsilarten in der Ambulanz	44
3.3. Erhebungsinstrument: Konsildokumentation	44
3.3.1. Anforderungen an den Konsiliar für die Dokumentation	44
3.3.2. Anforderungen an das Dokumentationsinstrument.....	45
3.3.3. Vorteile einer standardisierten Konsildokumentation	45
3.3.4. Die Konsildokumentation in der Ambulanz	46
3.4. Auswertung der Konsildokumentation	52
3.4.1. Datenerhebung	52
3.4.2. Umgang mit fehlenden Daten bei der Datenerhebung.....	52
3.4.3. Dokumentation bei „Langzeit-Patienten“ als Sonderform der Konsile.....	54
3.4.4. Strukturierung der Daten	54
3.4.5. Statistische Datenauswertung	57
4. Ergebnisse	70
4.1. Fallbeispiele:	70
4.2. Deskriptiver Teil	72
4.2.1. Kooperationspartner im Klinikum-.....	72
4.2.1.1. Häufigkeiten der Anfragen aus den anfragenden Kliniken.....	72
4.2.2. Demographische Basisdaten	80
4.2.3. Die Konsilanfrage (Sicht der anfragenden Klinik/Station)	88
4.2.4. Die Konsilantwort.....	106
4.2.5. Fehlende Werte	126
4.3. Analytischer Teil	136
4.3.1. Verhaltensmuster aus Sicht der Anfrager	136
4.3.2. Verhaltensmuster aus Sicht des Konsiliars.....	151

4.3.3. Vergleich stationäre Sicht und Sicht des Konsiliars	157
5. Diskussion	167
5.1. Qualität der Daten.....	167
5.2. Die Konsilanfrage	169
5.2.1. Demographische Basisdaten und Zuweisungsrate.....	169
5.2.2. Aufnahmediagnosen.....	175
5.3. Die Konsilantwort	178
5.3.1. Psychiatrische Diagnosen des Konsiliars nach ICD-10 und strukturierte Diagnosetechniken	178
5.3.2. Kategorien der Fragestellungen und Zuweisungsanlässe/ Konsilanlässe	181
5.3.3. Angabe von Therapien/Interventionen und von Zuweisungen zu psychiatrischer Behandlung	184
5.3.4. Messen von Behandlungsergebnissen, -erfolgen, -zufriedenheit	187
5.3.5. Konsilleistungen.....	188
5.4. Verhaltenseinschätzungen im Vergleich und psychopathologischer Befund (strukturierte Diagnosetechniken)	193
5.4.1. Vergleich der Häufigkeiten von auffälligem Verhalten und der Mittelwerte der Verhaltensbewertungen in einer Kinderklinikpopulation (Frank 1995) und in einer Konsilpopulation (Gahl-Lang 2009):	194
5.4.2. Vergleich der Verhaltensmuster der Kinderklinikpopulation in München und Freiburg (Frank et al, 2001) mit den Verhaltensmustern der Konsilpopulation (Gahl-Lang, 2009) 204	
5.5. Entwicklung einer handlungsleitenden Fragestellung.....	211
5.6. Schlussfolgerung	215
6. Ausblick.....	218
7. Zusammenfassung	222
8. Anhang	226
9. Literaturverzeichnis.....	273

10. Lebenslauf..... 283

Abbildungsverzeichnis:

<i>Abbildung 1: Sichtweisen des Patientenverhaltens</i>	26
<i>Abbildung 2: Versorgung von Patienten mit Verhaltensauffälligkeiten</i>	27
<i>Abbildung 3: Lageplan der Kliniken am Standort Innenstadt</i>	39
<i>Abbildung 4: Weg zwischen Ambulanz des Konsiliars und Klinikum Großhadern</i>	39
<i>Abbildung 5: Übersichtsplan: Lage der 3 Ambulanzen auf dem Campus Innenstadt</i>	41
<i>Abbildung 6: Anfragende Kliniken</i>	74
<i>Abbildung 7: Entfernung der anfragenden Kliniken mit Häufigkeit der Anfragen</i>	76
<i>Abbildung 8: Zeitspanne von stationärer Aufnahme bis zum ersten Konsiltermin</i>	77
<i>Abbildung 9: Frühe und späte Konsilanfragen</i>	79
<i>Abbildung 10: Altersverteilung der Konsilpatienten</i>	81
<i>Abbildung 11: Häufigkeiten der Altersgruppen</i>	82
<i>Abbildung 12: Geschlechter nach Altersgruppen</i>	83
<i>Abbildung 13: Häufigkeiten der Nationalitäten</i>	84
<i>Abbildung 14: Rangliste der Aufnahmediagnosen der anfragenden Kliniken nach ICD-10</i>	89
<i>Abbildung 15: Rangliste der Aufnahmediagnosen der anfragenden Kliniken nach ICD-10 ohne die Psychiatrische Klinik</i>	91
<i>Abbildung 16: Verhaltenseinschätzung des Kindes, Vergleich der Mittelwerte</i>	97
<i>Abbildung 17: Verhaltenseinschätzung der Eltern, Vergleich der Mittelwerte</i>	102
<i>Abbildung 18: Anteil der Fragestellungen</i>	104
<i>Abbildung 19: Rangfolge der Kategorien der Fragestellungen</i>	105
<i>Abbildung 20: Häufigkeit der psychiatrischen Diagnose</i>	110
<i>Abbildung 21: Rangfolge der psychiatrischen Diagnosen</i>	112
<i>Abbildung 22: Geschlechterverteilung nach psychiatrischen Diagnosegruppen</i>	113
<i>Abbildung 23: Altersgruppen nach psychiatrischen Diagnosegruppen</i>	115
<i>Abbildung 24: Sicherheitsgrad der psychiatrischen Diagnose</i>	116
<i>Abbildung 25: Anzahl Empfehlungen pro Konsil</i>	118
<i>Abbildung 26: Häufigkeiten der Konsilkontakte</i>	121
<i>Abbildung 27: Arztbrief geschrieben zum Konsil?</i>	122

<i>Abbildung 28: Häufigkeiten des Zeitaufwandes für ein Konsil in 15 min Einheiten</i>	123
<i>Abbildung 29: Zeitaufwand für die Konsile in den verschiedenen anfragenden Kliniken</i>	125
<i>Abbildung 30: Verhalten Kinder, Struktogramm</i>	137
<i>Abbildung 31: Verhaltenseinschätzung Kinder, 4 Clusterlösung, Clusterzentren</i>	138
<i>Abbildung 32: Verhaltenseinschätzung Kinder, 4 Clusterlösung, Konfidenzintervalle</i>	141
<i>Abbildung 33: Verhalten Kinder und Eltern, Struktogramm</i>	142
<i>Abbildungen 34-36: Verhaltenseinschätzung Kinder und Eltern, Clusterlösung 2-4, Clusterzentren</i>	143
<i>Abbildung 37: Verhaltenseinschätzung Eltern-Kind-Paare, 3 Clusterlösung, Konfidenzintervalle</i>	149
<i>Abbildung 38: psychopathologischer Befund Kinder, Struktogramm</i>	151
<i>Abbildung 39: Psychopathologischer Befund Kinder, 3 Clusterlösung, Clusterzentren</i>	155
<i>Abbildung 40: Psychopathologischer Befund Kinder, 3 Clusterlösung, Konfidenzintervalle</i>	156
<i>Abbildung 41: Verhaltenseinschätzung Kinder (4 Clusterlösung) gekreuzt mit Psychopathologischem Befund Kinder (3 Clusterlösung)</i>	160
<i>Abbildung 42: Vergleich psychiatrische Diagnosen mit Aufnahmediagnosen</i>	165

Tabellenverzeichnis:

<i>Tabelle 1: Kriterien für die Vergleichbarkeit von kinder- und jugendpsychiatrischen Konsildiensten</i>	28
<i>Tabelle 2: Ziele dieser Arbeit</i>	33
<i>Tabelle 3: Altersgruppen</i>	55
<i>Tabelle 4: Signifikanzniveau</i>	64
<i>Tabelle 5: Verteilung der Geschlechter</i>	80
<i>Tabelle 6: Lebenssituation des Kindes</i>	85
<i>Tabelle 7: Lebenssituation des Kindes nach Altersgruppen</i>	86
<i>Tabelle 8: Beziehungsstatus der Eltern</i>	87
<i>Tabelle 9: Beziehungsstatus der Eltern nach Altersgruppen der Kinder</i>	88
<i>Tabelle 10: Häufigkeiten der Bewertungen des Verhaltens der Kinder durch die anfordernde Station</i>	93
<i>Tabelle 11: Verhaltenseinschätzung der Kinder als auffällige und unauffällige Gruppe</i>	94
<i>Tabelle 12: kindliches, auffälliges Verhalten in Zusammenhang mit Alter und Geschlecht</i>	96
<i>Tabelle 13: Häufigkeiten der Bewertungen des Verhaltens der Kindseltern durch die anfordernde Station</i>	98
<i>Tabelle 14: Verhaltenseinschätzung der Kindseltern als auffällige und unauffällige Gruppe</i>	100
<i>Tabelle 15: Elterliches auffälliges Verhalten in Zusammenhang mit Alter und Geschlecht des Kindes</i>	101
<i>Tabelle 16: Anlass der Vorstellung für ein Konsil</i>	106
<i>Tabelle 17: Konsilanlässe nach Geschlecht</i>	107
<i>Tabelle 18: Konsilanlässe nach Altersgruppen</i>	108
<i>Tabelle 19: Auffälligkeiten im psychopathologischen Befund</i>	109
<i>Tabelle 20: Empfehlungen während des Klinikaufenthaltes</i>	117
<i>Tabelle 21: Empfehlungen für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt</i>	118
<i>Tabelle 22: Leistungsspektrum</i>	120
<i>Tabelle 23: Fehlende Daten > 25%, absteigend sortiert</i>	129
<i>Tabelle 24: Fragebögen nach Kliniken, Verhältnis zurück/ nicht zurück</i>	131
<i>Tabelle 25: Verhalten der Kinder, Mittelwerte und Konfidenzintervalle Cluster1-4</i>	140

<i>Tabelle 26: Verhalten Eltern- Kind- Paare, Mittelwerte und Konfidenzintervalle, Cluster 1-3</i>	147
<i>Tabelle 27 : Verhaltensmuster der Eltern-Kind-Paare</i>	150
<i>Tabelle 28: psychopathologischer Befund, Mittelwerte und Konfidenzintervalle</i>	154
<i>Tabelle 29: Vergleich Verhaltenseinschätzung Kinder und psychopathologischer Befund</i>	158
<i>Tabelle 30: Aufnahmediagnosen nach psychiatrischen Diagnosen</i>	166
<i>Tabelle 31: Basisdaten kinder- und jugendpsychiatrischer Konsiliardienste im Vergleich</i>	173
<i>Tabelle 32: Soziale Daten im Vergleich</i>	174
<i>Tabelle 33: Zeitspanne stationäre Aufnahme bis zum ersten Konsiltermin</i>	175
<i>Tabelle 34: Aufnahmediagnosen im Vergleich</i>	177
<i>Tabelle 35: Vergleich der psychiatrischen Diagnosen</i>	180
<i>Tabelle 36: Vergleich der Kategorien der Fragestellungen</i>	182
<i>Tabelle 37: Vergleich der Konsilanlässe</i>	183
<i>Tabelle 38: Vergleich von Therapie-Empfehlungen, Interventionen, Zuweisung zu psychiatrischer Behandlung</i>	186
<i>Tabelle 39: Vergleich von Konsilleistungen</i>	191
<i>Tabelle 40: Verhaltenseinschätzungen Kinderklinik versus Konsilpatienten</i>	194
<i>Tabelle 41: Vergleich auffälliges Verhalten von Kindern der Kinderklinik und Konsile</i>	196
<i>Tabelle 42: Konsile, kindliches auffälliges Verhalten nach Alter und Geschlecht</i>	198
<i>Tabelle 43: Verhalten Kinder, Vergleich Kinderklinik und Konsile, Effektstärken</i>	199
<i>Tabelle 44: Vergleich auffälliges Verhalten von Eltern der Kinderklinik und Konsile</i>	201
<i>Tabelle 45: Konsile, elterliches auffälliges Verhalten nach Alter und Geschlecht des Kindes</i>	202
<i>Tabelle 46 : Verhalten Eltern, Vergleich Kinderklinik und Konsile, Effektstärken</i>	203
<i>Tabelle 47: Verhaltensmuster, Vergleich 2 Kinderkliniken und Konsile, Methodik</i>	205
<i>Tabelle 48: Verhaltensmuster, Vergleich von 2 Kinderkliniken und Konsilen, Ergebnisse</i>	207

1. Einleitung

Kinder und Jugendliche als Patienten können einer somatisch orientierten Station, einer Tagklinik oder einer Ambulanz in einem Großklinikum durch viele Formen an abweichendem Verhalten auffallen, für das es wiederum vielfältige Gründe gibt.

Unruhe, Aggressionen, Angst oder Stimmungsschwankungen sind z.B. mögliche Verhaltenserscheinungen, die wiederum Ausdruck einer psychischen oder emotionalen Störung sein können. Dem Pflegepersonal fallen diese Verhaltenserscheinungen häufig zuerst auf.

In der Literatur gibt es Angaben über die Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Kinderkliniken, in Konsilpopulationen von Kinderkliniken und es gibt Schätzungen zu behandlungsbedürftigen Störungen.

So schreibt Elkemann (2006) über die Kinderkliniken: „Bei bis zu einem Viertel der Patienten mit somatischen Beschwerden in Kinderkliniken bestehen auch psychische Störungen im engeren Sinne oder andere im Rahmen der Behandlung relevante psychische Probleme oder Sorgen. Diese Störungen und Probleme gehen einher mit vermehrter und oft inadäquater Inanspruchnahme somatischer Diagnostik und Therapie (Elkemann 2006).“

Frank (2006) schreibt über die Verhaltensauffälligkeiten aus Sicht der Kinderschwestern: „In einer systematischen Erhebung in 2 Kinderkliniken lag aus Sicht der Kinderschwestern die Häufigkeit der Verhaltensauffälligkeiten zwischen 25% und 40%, eine Größenordnung, die auch von anderen Autoren angegeben wird. Aber nur eine kleinere Gruppe von Kindern und Jugendlichen bedarf ergänzender Unterstützung. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die aus Sicht der Klinikärzte schwierig zu handhaben sind, lässt sich nicht genau beziffern. Dazu wäre eine Einschätzung des Schweregrads der Verhaltensauffälligkeiten erforderlich (Frank 2006).“

Der Anteil Behandlungsbedürftiger Störungen beträgt etwa 5% (Frank/Schäfer zitieren in Frank/Mangold S. 150 Döpfner et al 1997).

1. Einleitung

Verhaltensauffälligkeiten werden in den letzten Jahren von verschiedenen Autoren als sog. versteckte Morbidität der Kinder ((Thun-Hohenstein 2001) zitiert (Costello 1988) und (Graham 1992)) dargestellt. 15- 20% des pädiatrischen Klientels werden als verhaltensauffällig beschrieben. Physische chronische Krankheit im Kindesalter führt häufig zu psychiatrischen Störungen, emotionale Störungen verursachen physische Erkrankungen ((Thun-Hohenstein 2001) zitiert im selben Absatz (Ortiz 1997)).

Die Forschung fokussiert weiterhin die emotionalen Belange und das Verhalten von Kindern in Kinderkliniken und die Krankheitsbewältigung von Familien mit chronisch kranken Kindern (Krener Knapp 1998; Krener Knapp 1998).

Zusammenfassend ist also festzuhalten, dass es einen gewissen Prozentsatz an Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen bei Kindern auf somatischen Stationen von Kinderkliniken gibt. Über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen in anderen Kliniken außerhalb der Kinderklinik wird von den Autoren keine Angabe gemacht. Um die Sichtweise der behandelnden somatischen Station zu verdeutlichen und um den Anteil an behandlungsbedürftigen psychischen Störungen herauszuarbeiten, ist eine Einschätzung des Schweregrads der Verhaltensauffälligkeit am besten durch die behandelnde somatische Station erforderlich. Verhaltensauffälligkeiten als Ausdruck psychischer Störungen können in enger Wechselbeziehung zu physischen Erkrankungen stehen und häufig zu vermehrter somatischer Diagnostik und Therapie führen und dadurch vermehrt Kosten produzieren.

1.1. Einflussfaktoren von Verhaltensauffälligkeiten

Verhaltensauffälligkeiten zeigen einen Zusammenhang mit Alter und Entwicklungsstand des Patienten, altersentsprechende Variationen von Verhalten sind von Auffälligkeiten bzw. Störungen abzugrenzen. Im Kleinkindalter ist es besonders schwierig, Variationen altersentsprechenden Verhaltens von Auffälligkeiten abzugrenzen ((Frank 2001) nach (Ziegenhain 2001)).

1. Einleitung

Kinder sind durch einen Krankenhausaufenthalt besonderen Belastungen ausgesetzt, insbesondere ist bei jungen Kindern die Stressbelastung durch die Trennungssituation hoch, so dass der Krankenhausaufenthalt an sich schon eine psychische Belastung sein und zu abweichendem Verhalten führen kann.

Ein Krankenhausaufenthalt kann für ein Kind eine besonders traumatische Erfahrung sein: Die Krankenhausumgebung setzt das Kind einer verwirrenden Vielzahl neuer Stimuli aus und oft findet sich das Kind getrennt von seiner Familie und seinen Freunden wieder. Manchmal muss es schmerzvolle Prozeduren über sich ergehen lassen oder sieht andere Kinder mit lebensbedrohlichen Erkrankungen. Nicht nur das Kind, sondern die ganze Familie ist mit Bedrohungen und Ungewissheiten konfrontiert, die mit der Erkrankung und der Hospitalisation verbunden sind.(...) Es sollte jedoch nicht vergessen werden, dass die Hospitalisation durch das Schaffen neuer und verschiedener Beziehungen für einige Kinder auch positive Aspekte bieten kann ((Schäfert 2005) S.19 nach Ortiz 1997).“

Chronische physische Erkrankung oder auch akute Gesundheit oder Leben bedrohende Erkrankungen können psychische Störungen des Patienten verursachen, psychiatrische Krankheitsbilder können parallel bestehen, oder emotionale Belastungen bedingen wiederum physische Erkrankungen.

Kinder mit chronischen Erkrankungen zeigen eine erhöhte Anfälligkeit für kinderpsychiatrische Störungen, vor allem wenn die Erkrankung mit einer Einschränkung physikalischer Fähigkeiten einhergeht ((Mangold 2001) nach (Costello 1988), (Blancquart 1992)).

In den letzten Jahren ist es zunehmend gelungen, Kindern die Belastung eines Krankenhausaufenthaltes zu ersparen oder durch Reduktion der Liegezeiten belastende Trennungserlebnisse zu verkürzen. Dies verändert aber auch die Verhältnisse im Krankenhaus. Nur noch schwer chronisch kranke Kinder und Kinder aus stark psychosozial belasteten Verhältnissen, in denen die häufig intensive Mitarbeit der Sorgeberechtigten bei der Pflege und Versorgung schwer kranker Kinder nicht gewährleistet werden kann, bleiben längere Zeit im Krankenhaus. So entsteht in der stationären Pädiatrie der Eindruck, dass immer mehr psychosoziale Probleme den Praxisalltag beherrschen (Fegert 2004).

1.2. *Psychosoziale Versorgung*

Der Begriff „psychosozial“ weist auf den engen Zusammenhang zwischen psychischen und sozialen Aspekten der Versorgung hin (Peterson und Kruthoff (2006) nach (Röttger 1999)).(...)Ein grundsätzliches Anliegen der psychosozialen Versorgung ist es, psychische und soziale Belastungen zu erkennen und eine angemessene Hilfe zur Verfügung zu stellen.

Im Allgemeinen werden psychosoziale Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche bei verschiedenen Problemlagen in Anspruch genommen, u.a. gehören hierzu:

- Belastungen aufgrund einer chronischen Erkrankung, oder Behinderung, zum Beispiel in Bezug auf die Krankheitsbewältigung
- Belastungen von Bezugspersonen, insbesondere der Eltern
- Fragen und Probleme bezüglich der Schule bzw. des beruflichen Werdegangs sowie
- Kommunikationsprobleme

(...)Psychosoziale Angebote sind- in unterschiedlichem Ausmaß- in allen Bereichen des Versorgungssystems vertreten. In den pädiatrischen Akutkrankenhäusern stehen medizinische Leistungen im Vordergrund;(...) Psychosoziale Leistungen werden meist im Rahmen von Konsil- oder Liaisondiensten und abteilungsgebundener Dienste angeboten(Peterson 2006).

Die psychosoziale Versorgung von Allgemeinkrankenhaus Patienten durch Konsiliar-/Liaisondienste ist ein zentrales Anliegen der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin (Herzog 2001).

1.2.1. Patienten der Psychosomatischen Medizin

Shaw und DeMaso geben in ihrem „Clinical Manual of Pediatric Psychosomatic Medicine“ einen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung der psychosomatischen Medizin und schreiben, „dass diese in den letzten Jahrzehnten mit vielen Namen bezeichnet wurde: u.a. internistisch- chirurgische Psychiatrie, Pädiatrische Psychiatrie, Psychologische Medizin, Verhaltenspsychologie, Pädiatrische Psychologie und am geläufigsten ist die Bezeichnung Konsiliar- und Liaison Psychiatrie (Shaw 2006).“

Sie teilen pädiatrische Patienten der psychosomatischen Medizin in 3 beschreibende Kategorien ein:

1. Patienten mit **gleichzeitig bestehenden emotionalen Störungen und physischen Krankheiten**, wobei die eine Störung/Krankheit das jeweilige Management der anderen verkompliziert
2. Patienten mit **somatoformen Störungen** (Definition der somatoformen Störungen: Das Charakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind (...)(Dilling 1992))
3. Patienten mit **psychiatrischen Symptomen**, die die direkte **Folge** sind **von einer primär bestehenden physischen Krankheit oder ihrer Behandlung** (Shaw, DeMaso :Clinical Manual of Pediatric Psychosomatic Medicine, 2006, S. xi Preface)(Shaw 2006)).

1.2.2. Versorgungsmöglichkeiten verhaltensauffälliger Kinder auf somatischen Stationen

Eine somatisch orientierte Station, die auffälliges Verhalten bei einem Kind oder Jugendlichen beobachtet, kann auf die Verhaltensproblematik im Rahmen ihrer eigenen psychosozialen

1. Einleitung

Versorgungsmöglichkeiten bis zu einem gewissen Ausmaß eingehen. Je nach Personalkapazität und Fort- und Weiterbildungsstand des Personals auf dem Gebiet der psychosozialen Medizin gibt es Unterschiede in der Versorgungsmöglichkeit zwischen den Stationen eines Großklinikums. Übersteigt das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeit die eigenen Versorgungsmöglichkeiten, so kann die Station fachliche Unterstützung hinzuziehen.

Thun-Hohenstein stellt vier Ebenen der psychosozialen Versorgung an Kinderspitälern vor, die von der Arbeitsgruppe „Kinder- und Jugendpsychiater an Kinderkliniken“ 1996 erarbeitet wurden und beschreibt welche Angebote die Kinder- und Jugendpsychiatrie auf den einzelnen Ebenen für die Pädiatrie hat.

1.2.2.1. Versorgungsebenen

Ebene 1: Versorgung im Rahmen der Pädiatrischen Grundversorgung

Ebene 2: Versorgung verhaltensauffälliger, kranker Kinder im Kinderspital

Ebene 3: Konsiliar- und Liaisonebene

Ebene 4: Kinderpsychiatrische oder psychosomatische Stationsarbeit im engeren Sinn (Thun-Hohenstein 2001)

Ebene 1 betrifft die Kinder, die sich unauffällig zeigen, aber für die eine psychosoziale Versorgung trotzdem sinnvoll ist, sie entspricht der Basisversorgung.

Auf **Ebene 2** werden kranke Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten idealerweise im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung auf der primär somatischen Station versorgt.

Ebene 3 ist die Konsiliar- und Liaisonebene. Wenn die Station der Verhaltensauffälligkeit eines Kindes oder Jugendlichen in Art und Ausmaß nicht mehr mit den eigenen Versorgungsmöglichkeiten gerecht werden kann oder hinter der Verhaltensproblematik eine psychische bzw. emotionale Störung vermutet, so hat sie die Möglichkeit, zusätzliche fachliche Unterstützung durch den Spezialisten in Diagnostik und Therapie und auch für die Prävention

1. Einleitung

psychischer Störungen z.B. in Form eines kinder- und jugendpsychiatrischen oder - psychosomatischen Konsils anzufordern.

Das Konsil wird in der Regel von einem Konsilarzt ausgeführt, der Kinder- und Jugendpsychiater und/oder Psychosomatiker ist. In der Regel wird dem Konsiliarius ein Kind vorgestellt, durch den Psychiater eine Diagnose gestellt und ein diagnostisch-therapeutisches Vorgehen vorgeschlagen((Thun-Hohenstein 2001) S.22 Ebene3).

Ebene 4 bedeutet kinderpsychiatrische oder psychosomatische Stationsarbeit im engeren Sinn. Die spezialisierte Station ist mit personeller Besetzung und fachlicher Ausbildung auf die Verhaltensproblematik eingestellt. Ein multiprofessionelles Team geht mit den Problemen der Patienten und ihrer Familien interdisziplinär um. Die gelebte Gleichzeitigkeit somatischer und psychischer Diagnostik und Therapie gibt auch den Patienten und deren Angehörigen die Möglichkeit, sich ganzheitlicher mit ihrem Krankheitsproblem zu beschäftigen((Thun-Hohenstein 2001) S. 25).

1.2.3. Kooperation und Dialog

Auf allen vier Ebenen ist eine Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen im Krankenhaus (Station, Tagklinik, Ambulanzen), die Kinder und Jugendliche als Patienten versorgen und der Kinder- und Jugendpsychiatrie sinnvoll. Somatische und psychiatrische Professionen führen idealerweise einen Dialog und profitieren voneinander. Diese Schnittstelle zwischen somatischen und psychiatrischen Medizinern führt zum gegenseitigen fachlichen Austausch und zur Anregung (Thun-Hohenstein zitiert (Menahem 1997)), was in der Regel den Prozess der Zusammenarbeit fördert und damit wiederum für die Patienten ein Modell des menschlichen Umganges darstellen kann((Thun-Hohenstein 2001)S. 25).

Konsiliar- und Liaisontätigkeit stellt eine mögliche Form des kollegialen Dialogs dar.

Grundsätze für eine effektive Konsiliartätigkeit sind:

- Rasche Verfügbarkeit,
- Erfassen der Gesamtsituation eines Patienten,

1. Einleitung

- Arbeiten mit begrenzten Fragestellungen,
- Praxisorientierung, die sich in verstehbaren Handlungsanleitungen niederschlägt (Frank 2001)S. 7).

1.2.4. Schwierigkeiten im Dialog und der Kooperation

Der Dialog zwischen Pädiatern und Kinder- und Jugendpsychiatern verläuft nicht immer spannungsfrei. Schwierigkeiten im Dialog und in der Kooperation ergeben sich durch:

- Machtansprüche zwischen den Fachdisziplinen
- Schwierigkeiten in der Verständigung aufgrund unterschiedlicher Denkmodelle,
- Fehlende Kooperationsstrukturen und
- Die Tendenz, sich im eigenen Bereich nach außen hin abzugrenzen (Frank 2001) S.6).

Ullrich beantwortet die Frage: Wird in interdisziplinärer, multiprofessioneller Versorgung auch wirklich zusammengearbeitet? so: (...),„Die Ergebnisse zu Problemen der psychosozialen Versorgung und zur Kooperation, die eine bundesweite Befragung pädagogischer und psychosozialer Mitarbeiter an Universitäts-Kinderkliniken erbracht hatte ((Ullrich 2001); (Ullrich 2004)), lassen dies jedoch eher als einen frommen Wunsch erscheinen, insofern Klagen über mangelnde Kooperation und oder mangelnde Anerkennung im „interdisziplinären“ Arbeitsalltag außerordentlich verbreitet waren (Ullrich 2006).“

1.2.5. Erkennen und Einordnen psychischer Störungen

Nicht immer werden auf der somatischen Station (Ebene 2 nach Thun-Hohenstein s. S.9) jedoch emotionale oder psychische Störungen hinter der Verhaltensproblematik erkannt und eine Diagnostik oder gar Therapie eingeleitet. Angaben über Prozentzahlen zur Entdeckung

1. Einleitung

von psychischen bzw. psychiatrischen Störungen bei Kindern durch behandelnde Pädiater schwanken in der Literatur.

Thun-Hohenstein (2001) schreibt hierzu: „Diese Verhaltensauffälligkeiten werden in der Regel vom pädiatrischen Personal wohl wahrgenommen, aber nicht als Ausdruck einer Störung oder Erkrankung gesehen. Auch werden diese Diagnosen von den Pädiatern nur bei 4-7% der Kinder gestellt (Thun-Hohenstein nach (Chang 1988)). Diese Kinder und ihre Eltern werden lediglich als „schwierig“ beschrieben. Häufig entwickeln sich bei derartig schwierigen Kindern dann Complianceprobleme, das schwierige Verhalten drängt sich in den Vordergrund und beeinträchtigt die Behandlung und verhindert eine adäquate Krankheitsbewältigung. Erkennen und Einordnen derartiger Auffälligkeiten geben aber oft erst einen Schlüssel zum Verständnis der Symptomatik, die das Kind ins Krankenhaus bringt. Sexueller Missbrauch, Kindesmisshandlung, Vernachlässigung, Life-events können sich hinter derartigen Symptomen verbergen und so wirksam werden. Unerkannt wirken diese Verhaltensweisen weiter, verfestigen sich und führen nicht selten zu manifesten psychischen und/oder körperlichen Erkrankungen ((Thun-Hohenstein 2001) S.21).“

Schäfert (2005) schreibt hierzu: „Es gibt eine große Schwankungsbreite unter den Pädiatern hinsichtlich ihrer Fähigkeit, psychiatrische Erkrankungen zu erkennen. Mehrere Studien weisen darauf hin, dass nur etwa 40-50% der psychiatrischen Erkrankungen von den Pädiatern entdeckt werden. Sack und Blocker (1978) stellten die Hypothese auf, dass vor allem diejenigen Kinder den Pädiatern „verborgen“ bleiben, deren emotionale oder familiäre Probleme nicht mit ihrer medizinischen Versorgung interferieren oder sie komplizieren. Auch diejenigen Kinder, die richtig diagnostiziert werden, erhalten nicht notwendiger Weise adäquate psychiatrische Hilfe. Garralda (1994) z.B. berichtet, dass nur etwa 10% der Kinder mit psychiatrischen Störungen eine Überweisung zu einer psychiatrischen Behandlung erhalten ((Schäfert 2005) auf S. 249 nach (Sack 1978) und (Garralda 1994)).“

Zusammenfassend ist hier zu sagen, dass es auch schon auf dieser Ebene (somatische Station) psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen gibt, es aber nicht selbstverständlich ist, dass diese erkannt und einer adäquaten Behandlung zugeführt werden. Standardisierte Diagnostik auftretender Verhaltensauffälligkeiten ist auf dieser Ebene also sehr

1. Einleitung

sinnvoll und nicht nur in Kinderspitälern, sondern in allen Fachkliniken, die Kinder und Jugendliche als Patienten versorgen.

1.2.6. Diagnostikinstrumente bei Verhaltensauffälligkeiten

Screening von Verhaltensauffälligkeiten:

In den USA gibt es bereits die sog. Pediatric Symptom Check List ((Murphy 1996) übersetzt ins Deutsche von Thun-Hohenstein), die auf standardisierte und einfache Weise versucht, Verhaltensvariablen bei Eltern und Pflegepersonal im Sinne eines Screenings abzufragen, um bei Überschreitung eines Grenzwertes eine weiterführende Diagnostik zu veranlassen ((Thun-Hohenstein 2001) nach (Murphy 1996) auf S. 23).

Auch die Symptom-Fragebögen nach Achenbach (CBCL, YSR, TRF) seien an dieser Stelle erwähnt, diese Fragebögen können Verhaltensauffälligkeiten aus Sicht des Betroffenen (YSR), der Angehörigen (CBCL) oder eines Lehrers (TRF) herausarbeiten.

Frank et al haben ein Instrument zur situationspezifischen Beurteilung von Kindern und Eltern im Krankenhaus entwickelt (Weiterentwicklung der Verhaltenseinschätzung von Müttern neugeborener Kinder und der Säuglinge von (Engfer 1986)) und in zwei Kliniken (Kinderklinik in München und Freiburg) im klinischen Alltag eingesetzt.(...)

Dieses Instrument musste folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Datenerhebung muss zugeschnitten sein auf hohe Patientenzahlen mit kurzer Verweildauer
- Instrument sollte einfach handhabbar und
- für Altersspanne von 0-18 Jahre geeignet sein

1. Einleitung

Anhand der Daten zweier Stichproben wurde die Frage untersucht, ob sich im klinischen Alltag von Kinderkliniken Muster von normalem und auffälligem Verhalten sowohl von Kindern als auch von Eltern herausarbeiten lassen. „(...) Das Instrument erwies sich als praktikabel ((Frank 2001) S.42-54).“

Das Instrument (die Verhaltensskalen) wurde bereits in der „Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ (1999) 27:59-71 publiziert. Der Beitrag in Frank/Mangold ist eine gekürzte Fassung.

Frank empfiehlt die Integration dieser standardisierten Verhaltensbeschreibung in den Aufnahmestatus jedes Kindes: „Eine Verhaltenseinschätzung im Aufnahmestatus jedes Kindes würde eine Identifikation von Auffälligkeiten begünstigen ((Frank 2002) Zusammenfassung).“

Grundlage dieser Arbeit sind nun ebenfalls die von Frank et al erarbeiteten Verhaltensskalen als Instrument für eine leicht einsetzbare, dimensionale Verhaltenseinschätzung, diesmal aber durch die konsilanfordernde Station im Rahmen ihrer Konsilanfrage.

Das heißt, eingesetzt werden die Verhaltensskalen diesmal am Übergang von Ebene 2 (somatische Station) zu Ebene 3 (Konsil- und Liaison ebene) und auf Ebene 3 als Sichtweise der Station auf die Verhaltensproblematik (Ebenen nach Thun-Hohenstein s.S.9).

Diese Verhaltensskalen werde ich im Teil der Methodik differenziert vorstellen.

1.2.7. Psychosoziale Versorgungssituation

Abhängig vom Kliniktyp, der Versorgungsstufe und den finanziellen Mitteln sind Kliniken mit psychosozialen Mitarbeitern unterschiedlich ausgestattet. Universitätskinderkliniken als Krankenhäuser der Maximalversorgung haben wegen ihrer höheren Ausstattung mit Psychologen, Erziehern und mit Klinikschulen deutlich bessere Möglichkeiten einer psychosomatischen Kooperation als Kinderkliniken und kinderchirurgische Kliniken anderer Versorgungsstufen ((Stadler 2001) et al nach (Ullrich 2001) und (Andler 1995)).

1. Einleitung

Die Konsile werden überwiegend von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgeführt, gefolgt von Psychologen, Ärzten in Weiterbildung und anderen ((Stadler 2001)S.140).

1995 waren in 42% der bundesdeutschen Kinderkliniken Kinder-und Jugendpsychiater tätig, und zwar 23% konsiliarisch, 4% in Liaisontätigkeit und 15% in fester Anstellung ((Stadler 2001) nach (Berger-Sallawitz 1995)S.140)).“

Bei einer Umfrage von Stadler 1992/93 (Stadler 2001) gaben von den 118 Kliniken und Instituten für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Bundesrepublik Deutschland (Specht 1991) 91 Einrichtungen (77%) an, mit einer Kinderklinik zu kooperieren, davon 88 explizit im Rahmen einer Konsil- und Liaisontätigkeit. ((Schäfert 2005) S.8)

Die aufgewandte Arbeitszeit von Konsilen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist mit einem Median von 5,2 Stunden höher als der Zeitaufwand von 2,8 Stunden im Erwachsenenbereich. Nach Themenbereichen stehen an erster Stelle Selbstmordversuche, gefolgt von Störungen des Sozialverhaltens mit ausagierendem Verhalten und Essstörungen.(...) Aus Sicht der Kinderklinik handelt es sich jeweils um akute Krisen, aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie um Störungen, die in der Regel schon länger bestehen ((Stadler 2001) S. 140).“

Die Inanspruchnahmequote kinder- und jugendpsychiatrischer Konsiliar-und Liaisondienste liegt bei durchschnittlich nur 2% aller behandelten Patienten (Shaw 2003).

1.2.8. Finanzierung der psychosozialen Versorgung

Ullrich (2006) beschreibt einen situativen Wandel für psychosoziale MitarbeiterInnen der Pädiatrie. „Während man in den 90er Jahren noch meinen konnte , man sei Teil einer innovativen, die Medizin reformierenden Bewegung hin zu einer „ganzheitlichen“ Versorgung, haben sich Finanzierungs- und Verteilungsfragen inzwischen ganz in den Vordergrund geschoben und lassen die psychosozialen Fragen plötzlich als eine Art Luxus erscheinen- den man sich womöglich nicht länger leisten können (Ullrich 2006).“

Er sieht Konsequenzen auf verschiedenen Ebenen:

1. Einleitung

- „Bezogen auf das Selbst:(...) erscheint mir (...) die Gefahr des Burnout ungleich größer zu sein(...)
- Bezogen auf die Kooperation: (:..) besonders wichtig, mit Respekt und Behutsamkeit zu Werke zu gehen. Denn die Arbeitsbeziehungen sind heute, (...), ungleich empfindlicher angespannt (...)
- Bezogen auf die konzeptuell-strategische Ebene: Es wird zukünftig entscheidend darauf ankommen, **den eigenen Beitrag innerhalb der Klinik sichtbar zu machen, was größere Anstrengungen hinsichtlich der Dokumentation und Evaluation psychosozialer Versorgung erfordert.**(...) Denn wenn man bislang ebenso gut auch hatte nebeneinander arbeiten können (in der frommen Hoffnung, dass das Ganze am Ende vom Patienten als „ganzheitlich“ erlebt werde), zwingt die jetzige Situation die multiprofessionelle Kinderklinik schon aus Gründen der eigenen Kostenkalkulation dazu, das Zusammenwirken zu präzisieren und die Abläufe tatsächlich aufeinander abzustimmen (Ullrich 2006).“

An dieser Stelle möchte ich noch einen Überblick über den Konsil- und Liaisondienst und die Konsiliartätigkeit an sich geben.

1.3. *Konsiliar- und Liaisontätigkeit als psychosoziale Versorgungsform*

1.3.1. Definitionen von Konsiliar- und Liaisontätigkeit

Unter **Konsiliartätigkeit** versteht man eine patientenbezogene Zusammenarbeit nach Anforderung. Bei der **Liaisontätigkeit** handelt es sich um eine regelmäßig stattfindende Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern einer Station oder einer Arbeitsgruppe zur Behandlung organspezifischer Erkrankungen, mit dem Ziel, die Behandlung von Patienten auch durch die Erweiterung der Kompetenz aller Mitarbeiter zu verbessern (Frank 2006).

Konsil/Liaisonpsychiatrie in der Pädiatrie ist die Arbeitsrichtung innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die sich mit der psychiatrischen Versorgung von körperlich kranken Kindern

1. Einleitung

befasst. Lipowski (1967) hat diese Subspezialität definiert als alle diagnostischen, therapeutischen, Lehr- und Forschungsaktivitäten, die Psychiater im nicht psychiatrischen Teil eines Allgemeinkrankenhauses erbringen ((Shaw 2003) nach (Lipowski 1967)).

Die psychiatrische und psychosomatische Konsiliar- und Liaisontätigkeit soll zu einer besseren Versorgung körperlich Kranker mit psychischen Störungen und psychosozialen Problemen beitragen (Machleidt, Bauer et al. 1999).

1.3.2. Aufgaben von Konsiliar- und Liaisondiensten

Die Aufgabe des Konsiliar- und Liaisondienstes wird allgemein definiert als Diagnostik, Therapie und Prävention von psychischen Störungen bei körperlich Kranken in nicht-psychiatrischen Bereichen des medizinischen Versorgungssystems. Sie befasst sich ferner mit der Erforschung und Didaktik der psychosozialen Aspekte innerhalb der Medizin im weitesten Sinne ((Mangold 2001)S.90).

Adler (1992) unterscheidet drei Bereiche von Konsiliartätigkeit:

- **Primäre Konsiliartätigkeit** meint die direkte Beteiligung an der Patientenversorgung in Diagnostik und Therapie, den Umgang mit Kind und Familie.
- **Sekundäre Konsiliartätigkeit** trägt indirekt zur Patientenversorgung bei, indem Aufmerksamkeit und Fähigkeiten des Stationspersonals gestärkt werden. Dies geschieht am besten in Falldiskussionen und Stationsbesprechungen.
- Unter **tertiärer Konsiliartätigkeit** versteht man das Erarbeiten von Diagnostik- und Behandlungskonzepten, von Konzepten für Fortbildung und für die Zusammenarbeit mit Diensten außerhalb des Krankenhauses. Die Planung und Durchführung von Forschungsprojekten trägt wesentlich zur Intensivierung der Kooperation bei. ((Frank 2001)et al S.151 nach (Adler 1992))

1. Einleitung

Ein Konsil-/Liaisondienst trägt zu einer qualifizierten Versorgung von Patienten im Akutkrankenhaus bei, indem

- Psychische und psychosomatische Störungen besser erkannt und auch behandelt werden,
- Die psychosoziale Kompetenz von Ärzten und Pflegepersonal verbessert wird und
- Die Schnittstellen zwischen organmedizinischer und psychosozialer Versorgung und zwischen stationärer und ambulanter Behandlung überbrückt werden“ ((Frank 2002) nach (Herzog 2001)).

1.3.3. Ziele von Konsiliartätigkeit

Bronheim et al formulieren folgende **Ziele psychiatrischer bzw. psychosomatischer Konsiliartätigkeit** im medizinischen Setting:

- Sicherheit und Stabilität der Patienten innerhalb des Medizinsystems sicherstellen;
- Ausreichend Geschichte und medizinische Daten von geeigneten Quellen zusammentragen, um den Patienten beurteilen und das Problem formulieren zu können;
- Erhebung des psychischen Befundes sowie neurologische und körperliche Untersuchungen, soweit erforderlich;
- Differentialdiagnostische Überlegungen;
- Initiieren eines Behandlungsplanes (Bronheim 1998).

1. Einleitung

Die Ziele **einer psychosomatischen Konsiliaruntersuchung** sind im Folgenden dargestellt:

- Klärung einer psychosozialen Auslösung, Mitbeteiligung oder Aufrechterhaltung der Symptomatik der Erkrankung
- Krisenintervention
- Grenzen der somatischen Diagnostik festlegen
- Aufbau einer hilfreichen Arzt-Patienten-Beziehung
- Motivierung des Patienten für psychosoziale Zusammenhänge
- Beratung und Vorschlag zur Therapie (Studt 1999).

1.3.4. Modelle von Konsil- und Liaisondiensten

Übliche Organisationsformen sind nach den Leitlinien für den Konsiliar- und Liaisondienst in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin (psmCL) in Krankenhäusern der Akutversorgung von August 2000:

- **Konsiliarmodell:** bedarfsweise patientenbezogene Hinzuziehung des Konsiliars
- **Kontraktmodell:** regelmäßige Hinzuziehung bei bestimmten Patienten-, Diagnose-, oder Problemgruppen
- **Liaisonmodell:** anfrageunabhängige, regelmäßige Präsenz des Konsiliars in einer Behandlungseinheit ((Liaisondienst 2000)AWMF Leitlinien).

Lewis (1994) unterscheidet 5 Modelle der Konsiliar- und Liaisondienste:

- a) „**emergency response model**“: Dieses Modell ist am ehesten unserem Konsiliarmodell vergleichbar.

1. Einleitung

- b) „**anticipatory model**“: Dieses Modell beruht darauf, dass vor stresshaften Eingriffen und Prozeduren und vor einer zu beginnenden Therapie eine kinderpsychiatrische Begutachtung durchgeführt wird.
- c) „**case finding model**“: Dieses Modell zielt auf die frühzeitige Erfassung von Kindern und ihren Familien, die von einer psychosozialen Intervention profitieren könnten
- d) „**education and training model**“: Innerhalb dieses Modells ist die Konsiliartätigkeit auf klinischen Fallbesprechungen und Diskussionen aufgebaut.
- e) „**continuity and collaborative care model**“: Dieses Modell entspricht dem Liaisonkonzept im engeren Sinn, es gibt eine ständige Zusammenarbeit und Kooperation zwischen Pädiatern und Kinderpsychiatern ((Lewis 1994) zitiert aus (Thun-Hohenstein 2001)S.23/24).

1.3.5. Konsil anfragende Kliniken und Konsilpatienten/Konsultationsanlässe

Adressaten sind z.B. Kinderärzte, Kinderchirurgen, traumatologische Stationen oder, bei der Behandlung chronisch kranker Adoleszenter, auch Kliniken für Innere Medizin. Seltener kommt es zu Konsilen in den Fachabteilungen HNO, Augenheilkunde oder Dermatologie. In einer stomatologischen Abteilung oder einer Zahnklinik sind Konsiliarbesuche gefragt, wenn im Rahmen einer Angsterkrankung notwendige Eingriffe zunächst einer therapeutischen Vorbereitung bedürfen. Gelegentlich kommt es aufgrund mangelnder Versorgungsstrukturen zu Behandlungen jugendlicher Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie. (...) Nicht nur in der Erwachsenenpsychiatrie, sondern auch in Suchtabteilungen ist es bisweilen notwendig, bei der Behandlung psychisch kranker Eltern und/oder suchtkranker Eltern die nicht selten schwer belasteten Kinder ebenfalls mit einzubeziehen und für die gesamte Familie ein Versorgungsnetz zu etablieren (Fegert 2004).

1.4. *Der Konsiliar und das Konsil*

Die Konsultation des Kinder- und Jugendpsychiaters durch eine anfragende Klinik ist ein Prozess. Am Anfang steht die Konsilanfrage, die per Telefon, auf dem Anforderungsformular der Klinik per Fax oder auch persönlich z.B. bei einem Treffen in der gemeinsamen Klinikantine erfolgen kann. Die Konsilanfragen haben neben strukturellen Bedingungen (z.B. räumliche Nähe der Kliniken zum Konsiliar und Verfügbarkeit anderer Konsildienste) einen Zusammenhang mit der Bekanntheit und der Popularität des Konsiliars.

Die Effektivität eines Konsil und Liaisondienstes hängt unter anderem von den unten aufgeführten Attributen des Konsiliars und seiner Arbeitsgruppe ab. Weiteren Einfluss auf die Effektivität üben aber sicherlich auch Faktoren aus wie eine strukturierte konsilpsychiatrische Untersuchung, eine Analyse der Konsilsituation und eine gute Konsildokumentation durch den Konsiliar.

1.4.1. **Der effektive Konsil und Liaisondienst und Attribute eines Konsiliars**

Das Führen eines Konsiliardienstes ist eine Übung in klinikinterner Öffentlichkeitsarbeit, die von der guten Entwicklung professioneller Beziehungen abhängt.

Mehrere Qualitäten charakterisieren einen effektiven Konsil und Liaisondienst:

1. **gute Erreichbarkeit** für die Behandlungsteams in Kinderkliniken. Bei begrenzten Ressourcen sollte zumindest eine Konsultation in psychiatrischen Notfallsituationen angeboten werden.
2. **Verbindlich- freundliches Auftreten** von allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe trägt wesentlich dazu bei, die Inanspruchnahme des Konsil/Liaisondienstes zu fördern.
3. Die **Fähigkeit** unerlässlich die Konsiliartätigkeit so zu erbringen, dass in den Augen der Klinikmitarbeiter, der Patienten und ihrer Familien und auch von Seiten der Klinikverwaltung und der Kostenträger als hilfreich und effektiv angesehen wird (Shaw 2003).

1. Einleitung

Der Konsiliararzt sollte gründliche Kenntnisse der Auswirkung von akuten und chronischen Erkrankungen haben und gleichzeitig über ausreichende Erfahrung in Entwicklungs- und familienbezogenen Fragestellungen und in kindheits- und jugendspezifischen psychiatrischen Störungsbildern verfügen. Er sollte gleichzeitig ein gutes Verständnis von körperlichen Erkrankungen, der Art der Eingriffe, der medikamentösen Behandlung, den Klinikroutinen, Krankheitsverläufen und Behandlungsergebnissen bei Kindern und Jugendlichen haben ((Shaw 2003) S. 4 nach (Bronheim 1998)).

1.4.2. Die konsilpsychiatrische Untersuchung

Nach der telefonischen oder schriftlichen Konsilanfrage per Fax und einem eventuell anschließend geführten Telefonat oder persönlichem Gespräch zwischen Konsiliar und anforderndem/ behandelndem Arzt, folgt in der Regel (es sei denn es handelt sich um ein rein telefonisches Konsil, z.B. Beratung des behandelnden Arztes) die konsilpsychiatrische Untersuchung des Patienten durch den Kinder- und Jugendpsychiater. Hierfür gilt:

Anamnese und klinische Untersuchung sind die Grundpfeiler ärztlichen Handelns, die durch Fremdanamnese und Berücksichtigung der familiären und beruflichen Situation des Patienten ergänzt werden. Jeder konsiliarisch tätige Arzt wird dabei den je speziellen Beitrag seines Fachgebietes für die Evaluation des Patienten nutzen ((Saupe 1996), Kapitel 1, S.15).

Das Hauptinstrument des Psychiaters ist das klinische Interview, also die umfassende Erhebung des psychopathologischen Befundes unter Berücksichtigung interaktioneller (oder psychodynamischer) Momente, wie sie in der Interviewsituation deutlich werden können ((Saupe 1996) Kapitel 1 zitieren (Kind 1996), (Möller 1994),(Dilling 1986), (Morgan 1977)).“

Der Inhalt des psychopathologischen Befundes wird unter dem Abschnitt der Konsildokumentation ausführlich vorgestellt.

Eine eigenständige Durchsicht der aktuellen Krankengeschichte und Kurve und, wenn vorhanden, auch früherer Krankengeschichten sollte zur Routine gehören (Saupe 1996) S. 18).

Zu Beginn des Interviews sollte eine mögliche Verärgerung des Patienten oder der Eltern über die Hinzuziehung des Psychiaters angesprochen werden.

1. Einleitung

„Ist so dem Affekt erst einmal Luft gemacht, kann der Psychiater kurz seinen möglichen Beitrag definieren, damit der Patient“ - (und eventuell die Eltern)- „eine ungefähre Vorstellung davon hat, was er vom Gespräch erwarten kann (Saupe 1996) Kapitel 1, S.16).“

„Gerade in der Diagnose kognitiver Störungen muss der Konsiliarpsychiater seine besondere Aufgabe sehen und darf sich nicht auf möglicherweise falsche Vorbefunde verlassen(Saupe 1996) S. 17).“

Die Verhaltensbeobachtung des Patienten durch den Kinder-und Jugendpsychiater ist ein wichtiges Element der konsilpsychiatrischen Untersuchung. „Bereits vor der Beurteilung von Inhalten kann also eine verarmte Sprache oder eine Logorrhoe auffallen, die Mimik kann starr oder grimassierend sein, die Psychomotorik kann eingebunden oder unruhig, hektisch und ziellos sein, die Körperhaltung kann zusammengesunken oder angespannt sein(...)“(Saupe 1996) S.19). Der Kinder- und Jugendpsychiater wird in der Konsilsituation mit Patienten konfrontiert, die durch eine körperliche Grunderkrankung (z.B. beatmeter Patient, Z. n. Herz/Lungen- Transplantation) nicht oder nur eingeschränkt in der Lage sind, sich sprachlich zu äußern. (...),„Dies führt dazu, dass vor allem der mehr psychotherapeutisch orientierte Psychiater im Konsildienst um einiges direkter und aktiver mit seinen Patienten arbeiten muss als er es von seiner üblichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis gewöhnt ist. Nicht selten muss ein großes Repertoire von Gestik und Mimik eingesetzt werden, um Kontakt zu nicht sprachfähigen Patienten zu erreichen((Saupe 1996) S.19).“ Zur Durchführung des Interviews muss sich eventuell auf eine einfach verständliche Gestik geeinigt werden (z.B. Nicken und Kopfschütteln) oder der Konsiliar muss dem Patienten Schreibmöglichkeiten zur Verfügung stellen.

In der körperlichen Untersuchung, sollte der Konsiliar auch an eine mögliche organische Ursache der Symptomatik denken. „Die Grundregel für den psychiatrischen Konsiliar muss aber lauten, dass er sich über eine mögliche organische Verursachung der zu beurteilenden Psychopathologie oder Verhaltensauffälligkeit ein eigenes Urteil bilden sollte und nicht davon ausgehen kann, dass der anfordernde Kollege an alle unter diesem Gesichtswinkel möglichen Differentialdiagnosen gedacht hat ((Saupe 1996) zitieren auf S. 20 (Schifferdecker 1992), (Fallon 1993),(Caduff 1994)).“

Der Konsiliar sollte auch für mögliche Differentialdiagnosen über ausreichende neurologische Kenntnisse verfügen und spezifische Fragestellungen erarbeiten können, „um dann gezielt

1. Einleitung

neurologische, neurophysiologische, ophthalmologische oder radiologische Zusatzuntersuchungen oder Konsile veranlassen zu können ((Saupe 1996) S. 25).“

1.4.3. Die Konsilsituation

„Gerade der Konsilpsychiater muss innerhalb sehr kurzer Zeitsequenzen sehr verschiedene Funktionen erfüllen((Saupe 1996) S. 40, Kapitel 3).“ Er ist Notarzt auf der chirurgischen Station, wo ein Patient delirant und fremdaggressiv geworden ist, beurteilt chronisch physisch kranke Patienten mit zusätzlichem Verdacht auf depressive Erkrankungen bzw. Copingproblemen, soll beim Überbringen „schlechter Nachrichten“ an Eltern und Patienten helfen, moderiert bei Fallkonferenzen um nur ein paar Beispiele zu nennen. Vom Konsiliar wird erwartet, dass er sich mit verschiedenen Stilen der Gesprächsführung vom explorativ diagnostischen bis zum aufklärend beratenden Gespräch auch an vielfältige Konsilsituationen anpassen kann.

In der Konsilsituation ist es oft die Regel, dass der Kinder- und Jugendpsychiater keinen ausdrücklichen Behandlungsauftrag durch seinen Patienten oder durch die Eltern hat. „Er kommt, gerufen durch eine andere Instanz, Stationsarzt oder Pflegekraft, oft (leider) ist der Patient auch vorher gar nicht über die Tatsache des psychiatrischen Konsils informiert worden ((Saupe 1996) S. 41).“ Auch dieser sensiblen Situation muss sich der Psychiater durch seine Gesprächsführung anpassen.

Für seine Befunderhebung gilt: „Wichtige Voraussetzung für ein zielstrebiges Erheben von Details ist eine gelungene Beziehungsaufnahme und das Erleben von wechselseitiger Akzeptanz. Hier haben sich die Prinzipien der klientenzentrierten Gesprächsführung bewährt ((Saupe 1996) S. 42 zitieren (Tausch 1970), (Mucchielli 1972), (Geyer 1985),(Geyer 1994),(Rosemeier 1991)).“

Für den Konsiliar ist es nicht selten von strategischer Bedeutung, die Konsilsituation an sich zu analysieren.

1. Einleitung

1.4.3.1. Systemische Analyse der Konsilsituation

„Meistens ist es zwar der Patient, auf den sich der Fokus der konsiliarischen Intervention zu richten hat. Spätestens aber, wenn sich dieser Fokus nicht einstellen will, und sich auch durch Nachfragen die Konsilanforderung nicht weiter präzisieren lässt, sollte der Konsiliar sich die Frage stellen: „Wem nützt das Konsil?“ Analog zu Beobachtungen in der Familientherapie mag der Patient zum „Index-Patienten“ für Probleme innerhalb des Stationsteams oder innerhalb des Krankenhauses (Konkurrenz unterschiedlicher Abteilungen nach Verlegung von Patienten) geworden sein. Analog zur systemischen Therapie wird sich dann die Intervention des Konsiliars eben nicht auf den Patienten, sondern auf das Stationsteam richten müssen.“ ((Saupe 1996) S. 25) „Der Konsilpsychiater sollte sich im Klaren sein, dass die Konsilsituation keine Psychiater-Patient-Dyade darstellt, sondern eher im Sinne eines triangulären Beziehungsgefüges von Stationsarzt(Station), Patient und Psychiater zu begreifen ist ((Saupe 1996) S. 26 zitieren (Diefenbacher 1996)).

1.4.4. Informanten des Konsiliars

1.4.4.1. Die konsilanfordernde Station als Informant

Das Pflegepersonal hat häufiger Kontakt zum Patienten als anderes versorgendes Personal wie z.B. Stationsarzt oder gar der Konsiliararzt und nimmt primär das Verhalten des Kindes oder Jugendlichen wahr. Deshalb ist es sinnvoll die Verhaltenseinschätzung auf dem Fragebogen an die Station durch das Pflegepersonal vornehmen zu lassen. Die Verhaltensskalen nach Frank et al geben dem Ausfüllenden die Möglichkeit Verhalten dimensional zu benennen. Tatsächlich besteht gerade im Pflorgeteam ein großer Bedarf, selber einmal von seinen Eindrücken über den Patienten zu berichten, die eigenen Fragen, Unklarheiten und Unzufriedenheiten im Umgang mit dem Patienten zu benennen bzw. über das Konzept des Umgangs mit dem Patienten zu sprechen. Gibt man dem Pflorgeteam in diesem Sinne einen Raum, wird der Konsilpsychiater noch wesentliche Informationen für seine

1. Einleitung

eigene Urteilsbildung gewinnen und zusätzlich ein wesentlich offeneres Klima schaffen für die Rückmeldungen und Verhaltenshinweise, die er selber gern im Mitarbeiterteam implementieren möchte (Saupe 1996)S. 48,Kapitel 3).

1.4.4.1.1. Die Fragestellung der konsilanfordernden Station

Der Verhaltensfragebogen stellt in Verbindung mit einer klinischen Fragestellung eine Grundlage für eine Konsilanforderung dar (Frank 2001) S. 54). Eine konkrete klinische Fragestellung ist oftmals nicht formuliert. Schäfert schreibt hierzu: „Typisch ist das Fehlen einer klaren Fragestellung bei der Konsilanforderung. Das Erarbeiten einer solchen im Kontakt mit dem Konsiliararzt stellt bereits einen wesentlichen Schritt im Konsultationsprozess dar ((Schäfert 2005)S. 262).“

Der Konsiliar, der den Patienten häufig in höchstens 1-2 Konsilkontakten beurteilen und eine handlungsleitende Empfehlung aussprechen soll, erhält mithilfe der Verhaltenseinschätzung von Station eine Information über die Art und die Dimension einer Verhaltensauffälligkeit. Durch Dokumentation dieser Sichtweise des Verhaltensproblems kann der Konsiliar die oftmals lange Erfahrung des Pflegepersonals nutzen und seine eigene Sichtweise, die in einem nur kurzen Konsilkontakt entsteht und der Patient hier häufig nur einen Ausschnitt seiner Verhaltensproblematik zeigt, ergänzen.

1.4.4.2. Patienten und Angehörige als Informanten

Für die Beurteilung einer Situation hat der Konsiliar weitere Instrumente, die er zur Befundergänzung hinzuziehen kann.

In Abb. 1 seien beispielhaft die systematisierten Symptom- Fragebögen nach Achenbach erwähnt: Die Child Behavior Check List (CBCL übersetzt ins Deutsche nach Döpfner et al (Döpfner 1994)), die die Sichtweise eines Angehörigen und der Youth Self Report (YSR übersetzt ins Deutsche nach Döpfner et al (Döpfner 1994)), der die Sichtweise des Patienten selbst wiedergibt.

1. Einleitung

Die Eltern sind als Informanten umso bedeutender, je jünger ein Kind ist. Neben der gemeinsamen sind immer auch getrennte Befragungen notwendig, um die Mitteilung von schützenswerten Sachverhalten zu erleichtern bzw. überhaupt zu ermöglichen (Blanz 1996).

Natürlich können je nach Situation weitere Instrumente (z.B. Teacher Report Form, TRF übersetzt ins Deutsche nach Döpfner et al (Döpfner 1994)) und Befunde (interdisziplinärer Austausch mit z.B. behandelnden Psychologen und Sozialpädagogen) miteinbezogen werden.

Abb. 1 zeigt beispielhaft den Ablauf einer Konsilsituation. Sie soll vier Sichtweisen der Verhaltensproblematik darstellen, veranschaulichen dass es auf der Konsiliarebene verschiedene Perspektiven/Sichtweisen auf das Patientenverhalten gibt, deren Erfassung ein Konsiliar nutzen kann, um ein umfassenderes Bild eines Verhaltenproblems zu gewinnen.

Blanz (1996) schreibt zu den systematisierten Symptom- Fragebögen (z.B. CBCL): „Insbesondere dem Unerfahrenen können sie wertvolle Hinweise für die Exploration geben, als kinder- und jugendpsychiatrisches Diagnoseinstrumentarium sind sie aber ungeeignet (auch wenn gelegentlich das Gegenteil behauptet wird). Besser sind standardisierte kinder- und jugendpsychiatrische Interviews (z.B. Mannheimer Elterninterview (Esser 1989)), die neben der relevanten Symptomatik die Symptomausprägungen und die Behandlungsbedürftigkeit erfassen.(...) Optimal ist die getrennte Durchführung mit dem Kind/Jugendlichen und einem Elternteil, weil differierende Angaben bezüglich einzelner Symptome nicht gegen das Vorhandensein solcher Symptome sprechen und sie gleichzeitig Einblick in die Besonderheiten der Eltern-Kind-Beziehung erlauben(Blanz 1996).“ Differierende Angaben multipler Informanten bezüglich der Symptome waren Gegenstand verschiedener Untersuchungen. Differierende bzw. übereinstimmende Sichtweisen der Eltern (CBCL) und des Kindes oder Jugendlichen (YSR) wurden in mehreren Studien in Zusammenhang mit Alter und Geschlecht der Kinder/Jugendlichen untersucht. Aktuell wurde eine Studie in der Zeitschrift „European Child+Adolescent Psychiatry“ publiziert, die die Übereinstimmung von Einschätzungen durch Eltern (CBCL) und Jugendliche (YSR) in Zusammenhang mit der Psychopathologie unter Jugendlichen mit psychischen Störungen erforschte (Salbach-Andrae 2009). Eine weitere Studie in derselben Ausgabe untersuchte Übereinstimmungen zwischen

1. Einleitung

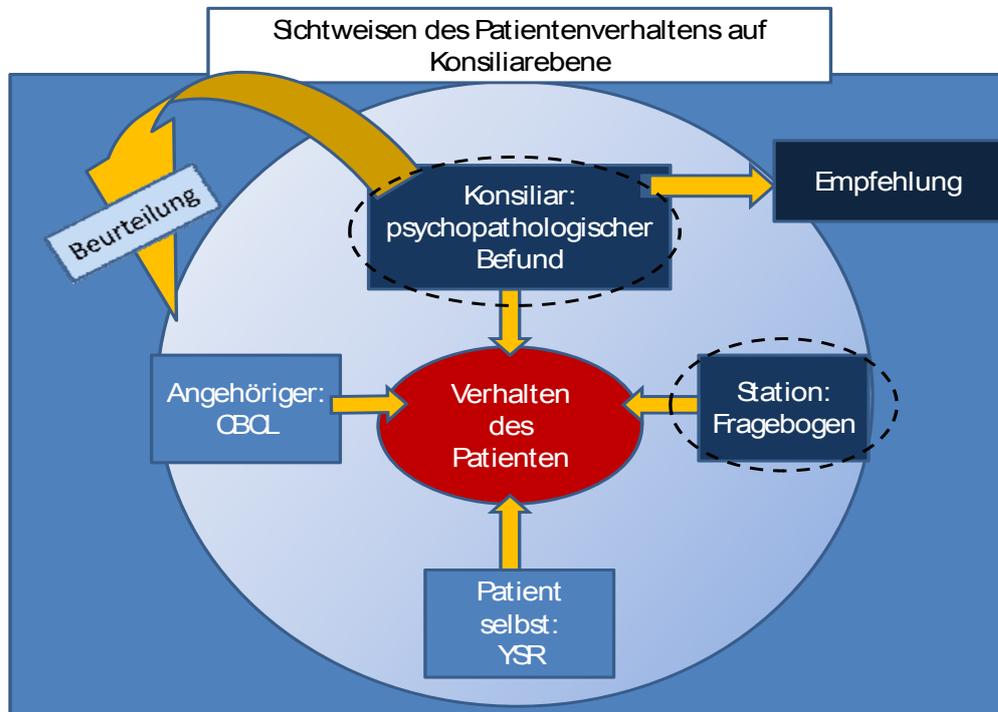
Eltern (CBCL) und Lehrern (TRF) bezüglich der Kompetenzen und Verhaltensproblemen von 11-12 Jährigen (Javo 2009).

Auch zur weiteren Validierung des Instruments mit einem Außenkriterium bietet sich der Vergleich mit dem von den Eltern ausgefüllten Verhaltensfragebogen nach Achenbach (CBCL, Döpfner et al 1994), mit einer psychopathologischen Befunderhebung und schließlich der psychiatrischen Diagnose an.“ ((Frank 2001) in Frank/Mangold S.54).

In dieser Arbeit interessiert der Vergleich des psychopathologischen Befundes durch den Konsiliar (Sichtweise Konsiliar) mit den Verhaltenseinschätzungen der Konsilpatienten durch die Station (Sichtweise der Station). Auch die psychiatrische Diagnose durch den Konsiliar wird im Vergleich untersucht.

1. Einleitung

Abbildung 1: Sichtweisen des Patientenverhaltens

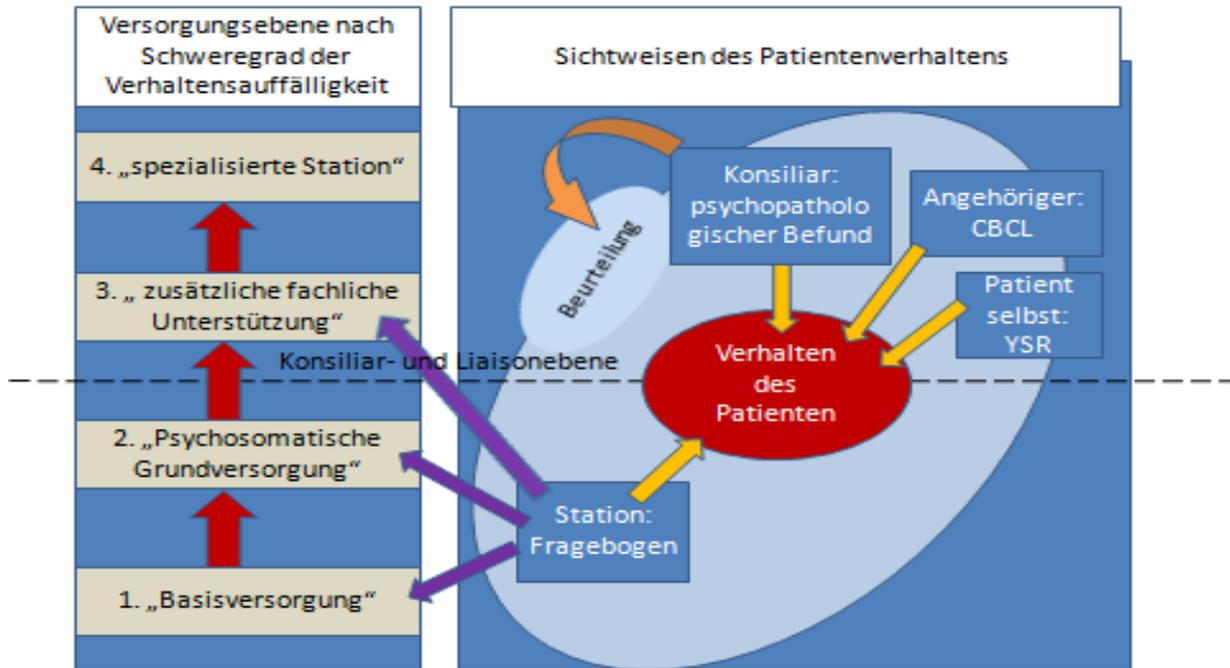


Abkürzungen: CBCL= Child Behavior Check List, YSR= Youth Self Report (Döpfner et al 1994)

Die folgende Abbildung 2 setzt die in Abbildung 1 veranschaulichten Sichtweisen des Patientenverhaltens zusammenfassend in Bezug zum Schweregrad der Verhaltensauffälligkeiten und entsprechend zu den bereits beschriebenen, psychosozialen Versorgungsebenen nach Thun-Hohenstein (s.1.2.2.1.) und stellt den Übergang von Versorgungsebene 2 (Versorgung von Verhaltensauffälligkeiten auf Station) zu Versorgungsebene 3 (zusätzliche Unterstützung durch den Konsiliar) dar.

1. Einleitung

Abbildung 2: Versorgung von Patienten mit Verhaltensauffälligkeiten



Versorgungsmöglichkeiten von Patientenverhalten durch die Station (lila Pfeile) und Sichtweisen des Patientenverhaltens (gelbe Pfeile) in Bezug zu den Versorgungsebenen und zum Schweregrad der Verhaltensauffälligkeit (rote Pfeile).

1.5. Kriterien für die Vergleichbarkeit von Konsildiensten

Eine Literaturübersicht zum Thema kinder- und jugendpsychiatrische Konsiliartätigkeit lieferte Shugart in ihrer Arbeit von 1991, sie erarbeitete Kriterien zur Vergleichbarkeit von Studien zu diesem Thema.

Für die Vergleichbarkeit von künftigen Studien zum Thema kinder – und jugendpsychiatrische Konsiliartätigkeit bei Kindern und Jugendlichen in stationärer Behandlung forderte sie folgende enthaltene Informationen:

Tabelle 1: Kriterien für die Vergleichbarkeit von kinder- und jugendpsychiatrischen Konsildiensten

- **Demographische Basisdaten** wie Alter, Geschlecht, Nationalität-> siehe 5.2.1.
- Die **Zuweisungsrate** zum Kinder- und Jugendpsychiatrischen Konsildienst, prozentual bezogen auf die stationären Aufnahmen-> siehe 5.2.1.
- Standardisierte **Aufnahmediagnosen**-> siehe 5.2.2.
- Standardisierte **psychiatrische Diagnosen** nach DSM oder ICD- Klassifikation (->siehe 5.3.1.) und **strukturierte Diagnostiktechniken**-> Verhaltensskalen in dieser Arbeit ->siehe 5.3.1. und 5.4.
- Standardisierte Kategorien der **Zuweisungsanlässe**-> hier Konsilanlässe genannt, wurde erweitert um die Kategorien der Fragestellungen ->siehe 5.3.2.
- Standardisierte Angabe von **Therapien/Interventionen** und von Zuweisungen zu psychiatrischer Behandlung -> hier nur Empfehlungen, keine Informationen über Umsetzung in dieser Arbeit ->siehe 5.3.3.
- Standardisiertes **Messen von Behandlungsergebnissen, -erfolgen, -zufriedenheit**-> hier nicht möglich-> siehe 5.3.4.

Die Forderungen von Shugart (1991) sind fett gedruckt.

An diesen Kriterien möchte auch ich mich orientieren und die Ergebnisse dieser Arbeit in Bezug auf diese Stichpunkte im Vergleich mit anderen Arbeiten diskutieren.

1. Einleitung

1.5.1. Vergleichsarbeiten

Schäfert (Schäfert 2005) untersuchte die **Konsiliartätigkeit** der Ambulanz der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für den Zeitraum von 1986-1997.

Ziel seiner Untersuchung war es, „das Kooperationsfeld kinder- und jugendpsychiatrischer und – psychosomatischer Konsiliararbeit als der häufigsten Organisationsform psychosozialer Versorgung in Kinderkliniken differenziert zu analysieren ((Schäfert 2005) Zusammenfassung S. 260).“ Er untersuchte die Konsiliartätigkeit speziell in der Kinderklinik unter Betrachtung der Unterschiede zwischen pädiatrisch- internistischer und kinderchirurgischer Konsilfälle, zwischen den Geschlechtern und zwischen 5 definierten Altersgruppen der Kinder.

Aus seiner Arbeit entstand eine strukturierte Konsildokumentation, die seit 1999 für die Konsile der Ambulanz eingesetzt wird.

Definition Dokumentation

Als Dokumentation bezeichnet man die Tätigkeit des Sammelns, Erschließens, Ordnen und Aufbewahrens von Daten, Informationen oder von Wissen, um sie/ es zu einem späteren Zeitpunkt und für ein gegebenes Ziel nutzbar zu machen. Erst durch die inhaltliche Erschließung werden die in den Dokumenten enthaltenen Informationen zugänglich (Rienhoff 1998).

Diese Dokumentation ist nun Grundlage der Untersuchungen zur deskriptiven Darstellung der Konsiliartätigkeit für den Zeitraum in dieser Arbeit.

Ein Teil dieser Konsildokumentation wird von der Station (oder Ambulanz), die das kinder- und jugendpsychiatrische Konsil als zusätzliche fachliche Unterstützung anfordert, ausgefüllt.

Auf diesem sogenannten Fragebogen an die Konsil anfordernde Station sind die bereits unter Ebene 2 nach Thun-Hohenstein (somatische Station) erwähnten, von Frank et al erarbeiteten Verhaltensskalen als Instrument zur Einschätzung des Verhaltens von Kind und Eltern durch das Pflegepersonal integriert.

1. Einleitung

Die Auswertung der Verhaltensskalen und das Suchen nach Verhaltensmustern von Kindern und Eltern der Konsilpopulation ist ein zweites Ziel dieser Arbeit.

Schäfert (S. 298) setzte seine Ergebnisse in Bezug zu den Ergebnissen von Shugarts tabellarisch festgehaltenen Arbeiten zum Thema kinder- und jugendpsychiatrische Konsiliartätigkeit bei stationären Patienten.

Ich möchte die Ergebnisse der Auswertung der Konsiliartätigkeit im Untersuchungszeitraum dieser Arbeit in Bezug auf Shugarts Stichpunkte u.a. mit den Ergebnissen des früheren Untersuchungszeitraumes von Schäfert (1986-1997) vergleichen.

Eine zweite Arbeit, die ich für den Vergleich der Daten über die Konsiliartätigkeit heranziehen möchte, ist die von Tomalak mit dem Titel „Kinder- und Jugendpsychiatrischer Konsiliardienst in der Erwachsenenpsychiatrie“ (Tomalak 2006).

Diese beiden Arbeiten liefern die aktuellsten Daten zu diesem Thema, geben gleichzeitig Informationen zu einem großen Teil von Shugarts Forderungen für eine adäquate Vergleichbarkeit, und Kinderklinik und Erwachsenenpsychiatrie sind auch als Konsil anfragende Kliniken im Anfragerspektrum des Großklinikums dieser Arbeit enthalten, daher bieten sie sich als Vergleichsarbeiten über weite Strecken der Diskussion des deskriptiven Ergebnisteils über die Konsiliartätigkeit an.

Eine dritte, aktuellere Arbeit beschreibt eine psychosomatische Konsilpopulation in einer Kinderklinik (Elkemann 2006). Hier können einige deskriptive Daten über die untersuchte Stichprobe als Vergleich herangezogen werden.

Tomalak, Schäfert und Elkemann haben allerdings keine Daten über Verhaltenseinschätzungen in ihren Arbeiten. Die Untersuchung der Verhaltenseinschätzungen der Konsilpatienten und deren Eltern durch die konsilanfordernde Station sind neben der deskriptiven Auswertung der kinder- und jugendpsychiatrischen Konsiliartätigkeit am Großklinikum der LMU wesentlicher Bestandteil dieser Arbeit.

1. Einleitung

Die Verhaltensskalen der Verhaltenseinschätzungen in der Konsildokumentation lassen sich am ehesten unter Shugarts Stichpunkt der „strukturierten Diagnosetechniken“ einordnen.

Die Ergebnisse der **Verhaltenseinschätzungen von Kind und Eltern** durch die Konsil anfordernden Stationen werden zum Zwecke der Vergleichbarkeit mithilfe von drei verschiedenen Methoden ausgewertet.

Einmal können die Ergebnisse der Verhaltenseinschätzungen mit einer Arbeit von Frank verglichen werden, der dieselben Verhaltensskalen in einer Studie **an allen Patienten einer Kinderklinik** (v. Haunersches Kinderspital München) zum Thema Kindsmisshandlung einsetzte und die Häufigkeiten von auffälligem Verhalten der Kinder und Kindseltern berechnete (Frank 1995). Für diesen Vergleich werden zusätzlich in einem zweiten Durchgang für Franks und diese Arbeit Mittelwerte der Verhaltenseinschätzungen berechnet.

Die Verhaltensskalen wurden in einem ähnlichen Setting wie in Franks Arbeit in München auch an einer Kinderklinik in Freiburg eingesetzt. Anhand der Daten dieser zwei Stichproben wurde die Frage untersucht, ob sich im klinischen Alltag Muster von normalem und auffälligem Verhalten sowohl von Kindern als auch von Eltern herausarbeiten lassen.

Die Ergebnisse dieser Studien wurden im Kapitel „Verhaltensmuster von Kindern und Eltern in zwei Kinderkliniken“ (Frank 2001) in Frank/ Mangolds Psychosomatischer Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen zusammengefasst. Hier bietet sich ein dritter Vergleich an, dafür wird in dieser Arbeit auch nach Gruppen von Kindern und Eltern mit ähnlichen Verhaltensmustern per Clusteranalyse gesucht.

Das heißt, dieses Screening-Instrument für das Erkennen von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter, das bereits auf Ebene 2 (somatische Station s. 1.2.2.1.) im klinischen Alltag von zwei Kinderkliniken von Frank et al im Rahmen einer Studie zum Thema Kindsmisshandlung eingesetzt wurde (s. Frank/Mangold 2001 Kapitel „Verhaltensmuster von Kindern und Eltern in zwei Kinderkliniken“), wird in dieser Arbeit auf Ebene 3 (Konsil- und Liaisonsebene) bzw. am Übergang von Ebene 2 zu Ebene 3 (Konsilanfrage) erprobt und mit

1. Einleitung

den Ergebnissen der Studien in München und Freiburg auf Ebene 2 (somatische Station) verglichen.

Klein untersuchte in seiner Arbeit „Kindsmisshandlung: Verhalten und Interaktion von misshandelten Kindern und ihren Eltern“ (Klein 1996) schon im Vorfeld die Ergebnisse der bereits erwähnten Studien in München und Freiburg und verglich diese.

1. Einleitung

1.6. Zielsetzung dieser Arbeit

Zusammenfassung der Ziele dieser Arbeit:

Tabelle 2: Ziele dieser Arbeit

Ziele sind:

- die deskriptive Darstellung der kinder- und jugendpsychiatrischen Konsiliartätigkeit der Ambulanz in den Kliniken des Großklinikums der LMU auf der Grundlage der Konsildokumentation von 1999-2005,
- zu untersuchen, ob sich auch bei den Konsilpatienten Muster von normalem und auffälligem Verhalten von Kindern und ihren Eltern herausarbeiten lassen und
- Vergleich der Sicht der Station (Verhaltenseinschätzung Kind) und der Sicht des Konsiliars (psychopathologischer Befund Kind)
- Vergleich Verhalten von Kindern und Eltern in einer Kinderklinikpopulation und in einer Konsilpopulation
- eine Verbesserung der Konsildokumentation.

2. Fragestellungen

2.1. *Deskriptiver Teil -> 4.2.*

2.1.1. Kooperationspartner im Klinikum -> s. 4.2.1.

- Welche Kliniken sind Anfrager für ein kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil?
- Wie ist die räumliche Nähe der anfragenden Klinik zum Konsiliar?
- Wie schnell erfolgt nach Aufnahme eines Patienten ein kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil?
- Zu welchem Zeitpunkt fordern die verschiedenen anfragenden Kliniken ein kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil an?

2.1.2. Demographische Basisdaten -> 4.2.2.

- Wer sind die Patienten für ein kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil?

2.1.3. Die Konsilanfrage -> s. 4.2.3.

- *Aufnahmediagnosen: -> s. 4.2.3.1.*
 - Wie ist die Verteilung der Aufnahmediagnosen aus allen anfragenden Kliniken?
 - Wie ist die Verteilung der Aufnahmediagnosen aus den anfragenden Kliniken ohne die Psychiatrische Klinik?
- *Verhaltenseinschätzung: -> s. 4.2.3.2.*
 - In welchem Verhalten fallen Kinder und Eltern der anfragenden Station auf, wie häufig ist dieses auffällige Verhalten?
 - Welche Ergebnisse liefert ein Vergleich mit anderer Verhaltenseinschätzung von allen Patienten einer Kinderklinik (Frank 1995)? -> s. 5.4.1.

2. Fragestellungen

- *Fragestellung:* -> s. 4.2.3.3.
 - Gibt es eine Fragestellung der anfragenden Station für das Konsil?
 - Wie sehen die Fragestellungen aus und wie ist deren Verteilung?

2.1.4. Die Konsilantwort -> s. 4.2.4.

- *Konsilanlässe:*-> s. 4.2.4.1.
 - Wie sieht die Rangliste der Konsilanlässe aus?
 - Wie verteilen sich Geschlechter und Altersgruppen auf die Konsilanlässe?
- *Psychopathologischer Aufnahmebefund:* -> s. 4.2.4.2.
 - Welche Störungen sind führend im psychopathologischen Befund des Konsiliars?
- *Klinisch-psychiatrische Diagnose:* -> s. 4.2.4.3.
 - Wie oft ist eine klinisch-psychiatrische Diagnose gestellt worden?
 - Wie sieht die Verteilung der psychiatrischen Diagnosegruppen F0- F9 aus?
 - Wie ist die Verteilung von Geschlecht und den Altersgruppen in den psychiatrischen Diagnosegruppen F0- F9?
 - Wie ist der Sicherheitsgrad der psychiatrischen Diagnosen?
- *Empfehlungen des Konsiliars:*-> s. 4.2.4.4.
 - Welche Empfehlungen wurden für die Zeit während des Klinikaufenthaltes gegeben?
 - Welche Empfehlungen wurden für die Zeit nach dem Klinikaufenthaltes gegeben?
 - Wie viele Empfehlungen wurden pro Konsil gegeben?
- *Leistungsspektrum der erbrachten Konsile:* -> s. 4.2.4.5.
 - Wie sieht die Verteilung der verschiedenen Leistungen aus?
 - Wie viele Konsilkontakte fanden statt?
 - Wurde ein Arztbrief vom Konsiliar geschrieben und an die Eltern verschickt?
- *Zeitaufwand für die Konsile:* -> s. 4.2.4.6.
 - Wie viel Zeit benötigt der Konsiliar für ein Konsil?
 - Wie viel Zeit benötigt der Konsiliar für die jeweiligen Konsile in den verschiedenen Kliniken?

2. Fragestellungen

2.1.5. Fehlende Werte -> s. 4.2.5.

- Welche Werte fehlen am häufigsten, was sind Gründe für fehlende Werte?
- Wie ist die Qualität der Konsildokumentation?

2.2. Analytischer Teil -> s. 4.3.

2.2.1. Verhaltensmuster aus Sicht der Anfrager -> 4.3.1.

- Welche Gruppen von Kindern und ihren Eltern lassen sich per Clusteranalyse bilden, die sich in ihrem Verhalten innerhalb der jeweiligen Gruppe ähneln? Wie unterscheiden sich die gebildeten Gruppen in ihrem Verhalten untereinander?
 - *Clusteranalyse der Verhaltenseinschätzung der Kinder -> s. 4.3.1.1.*
 - *Clusteranalyse der Verhaltenseinschätzung von Kindern und ihren Eltern -> s. 4.3.1.2.*
- Gibt es Ähnlichkeiten mit anderen Verhaltensmustern von allen Kindern und Eltern einer Kinderklinikpopulation (Frank et al 2001)? -> s. 5.4.2.
- Welches ist das sinnvollste Verfahren für die Untersuchung der Verhaltenseinschätzung? -> s. 5.6.

2.2.2. Verhaltensmuster aus Sicht des Konsiliars -> 4.3.2.

- Welche Gruppen von Kindern und Jugendlichen lassen sich per Clusteranalyse bilden, die sich in ihrem psychopathologischen Befund ähneln? Wie unterscheiden sich die gebildeten Gruppen in ihrem psychopathologischen Befund untereinander?
 - Clusteranalyse des psychopathologischen Befunds -> s. 4.3.2.1.

2. Fragestellungen

2.2.3. Vergleich stationäre Sicht und Sicht des Konsiliars -> s. 4.3.3.

- Welche Ergebnisse liefert ein Vergleich der Sicht der anfordernden Station (Aufnahmediagnose und Verhaltenseinschätzung) mit der Sicht des Konsiliars (psychopathologischer Befund und psychiatrische Diagnose)?
 - Welche Ähnlichkeiten und Unterschiede gibt es zwischen der Verhaltenseinschätzung der Kinder von der Station und dem vom Konsiliarius erstellten psychopathologischen Befund der Kinder? -> s. 4.3.3.1.
 - Welche Ergebnisse liefert ein Vergleich von Aufnahmediagnose und psychiatrischer Diagnose? -> s. 4.3.3.2.

2.2.4. Entwicklung einer handlungsleitenden Fragestellung -> s. 5.5.

- Wird aus einer unscharfen Fragestellung (oder einer nicht vorhandenen Fragestellung) eine handlungsorientierte durch den KJP? -> s. 5.5.1.
- Liefern Aufnahmediagnose und Verhaltenseinschätzung einen Hinweis auf die zu Grunde liegende Fragestellung? -> s. 5.5.2.

3. Methodik

3.1. *Klinikum der LMU, München*

Das Klinikum der LMU, München ist ein Großklinikum mit 2 Standorten. Es gibt einen Campus in der Münchner Innenstadt und einen Campus in München Großhadern, zwischen denen eine Entfernung von ca. 6 km (Luftlinie) liegt. Die Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Lindwurmstr. 2a, deren Konsiliartätigkeit Gegenstand dieser Untersuchung ist, befindet sich auf dem Campus Innenstadt. Der Konsiliar hat bei Anfragen aus den Kliniken der Innenstadt je nach Entfernung der entsprechenden Klinik unterschiedlich lange Fußwege bis zu seinem Ziel zurückzulegen (s. Abb. 3). Bei Konsilianforderungen aus dem Klinikum Großhadern kann er dieses mit der U-Bahn (U6) erreichen, Einstieg bei Haltestelle „Goetheplatz“ und Endhaltestelle ist „Großhadern“. Die reine Fahrzeit beträgt einfach ca. 12 min, insgesamt beansprucht der einfache Weg ca. 30 min (s. Abb. 4)

3. Methodik

Abbildung 3: Lageplan der Kliniken am Standort Innenstadt

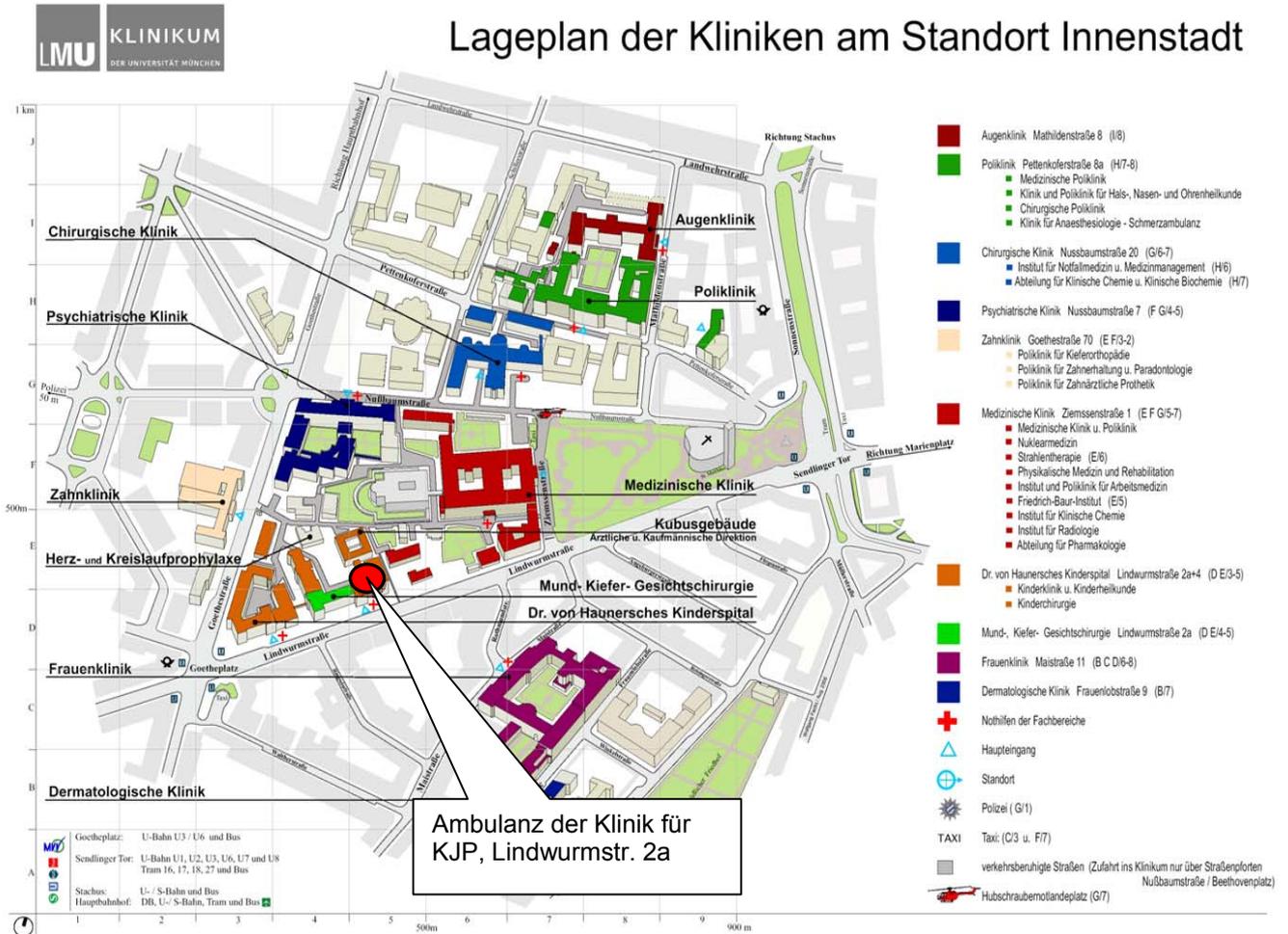
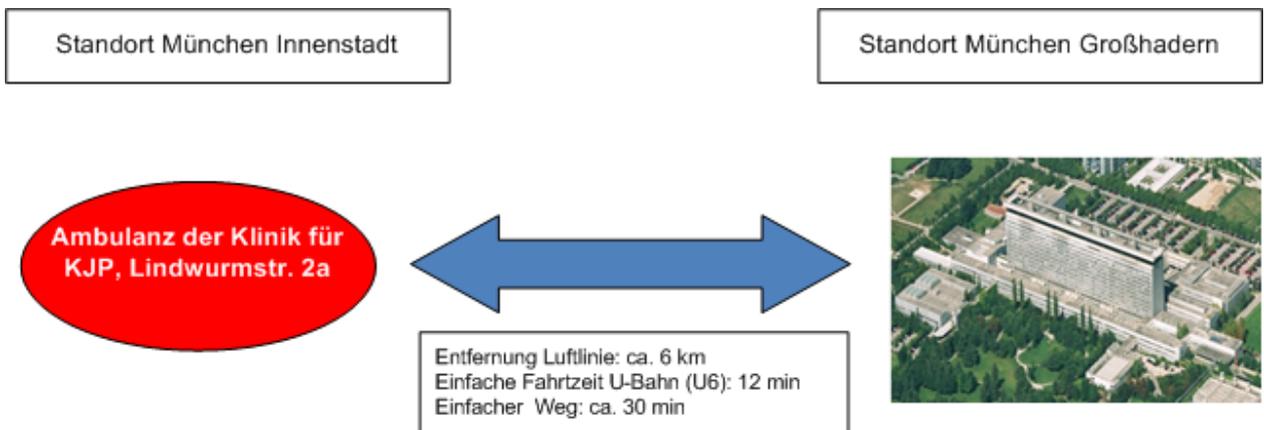


Abbildung 4: Weg zwischen Ambulanz des Konsiliars und Klinikum Großhadern



3. Methodik

3.2. *Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LMU München*

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie befindet sich auf dem Campus Innenstadt der LMU München; vor Oktober 2006 und im Untersuchungszeitraum nannte sich die Klinik „Institut und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der LMU München“ und wurde bis dahin kommissarisch von Herrn Prof. Dr. med. H.- J. Möller geleitet und hatte 2 Ambulanzen.

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LMU, München im Untersuchungszeitraum:

- Ambulanz, Lindwurmstr. 2a
- Spezialambulanz und Forschungsabteilung für Entwicklungsfragen, Waltherstr. 23

Mit der Neubesetzung des Lehrstuhls im Oktober 2006 durch Herrn Prof. Dr. med. G. Schulte-Körne wurde das Institut umbenannt und hat seit dem 3 Ambulanzen an 3 verschiedenen Orten auf dem Campus Innenstadt.

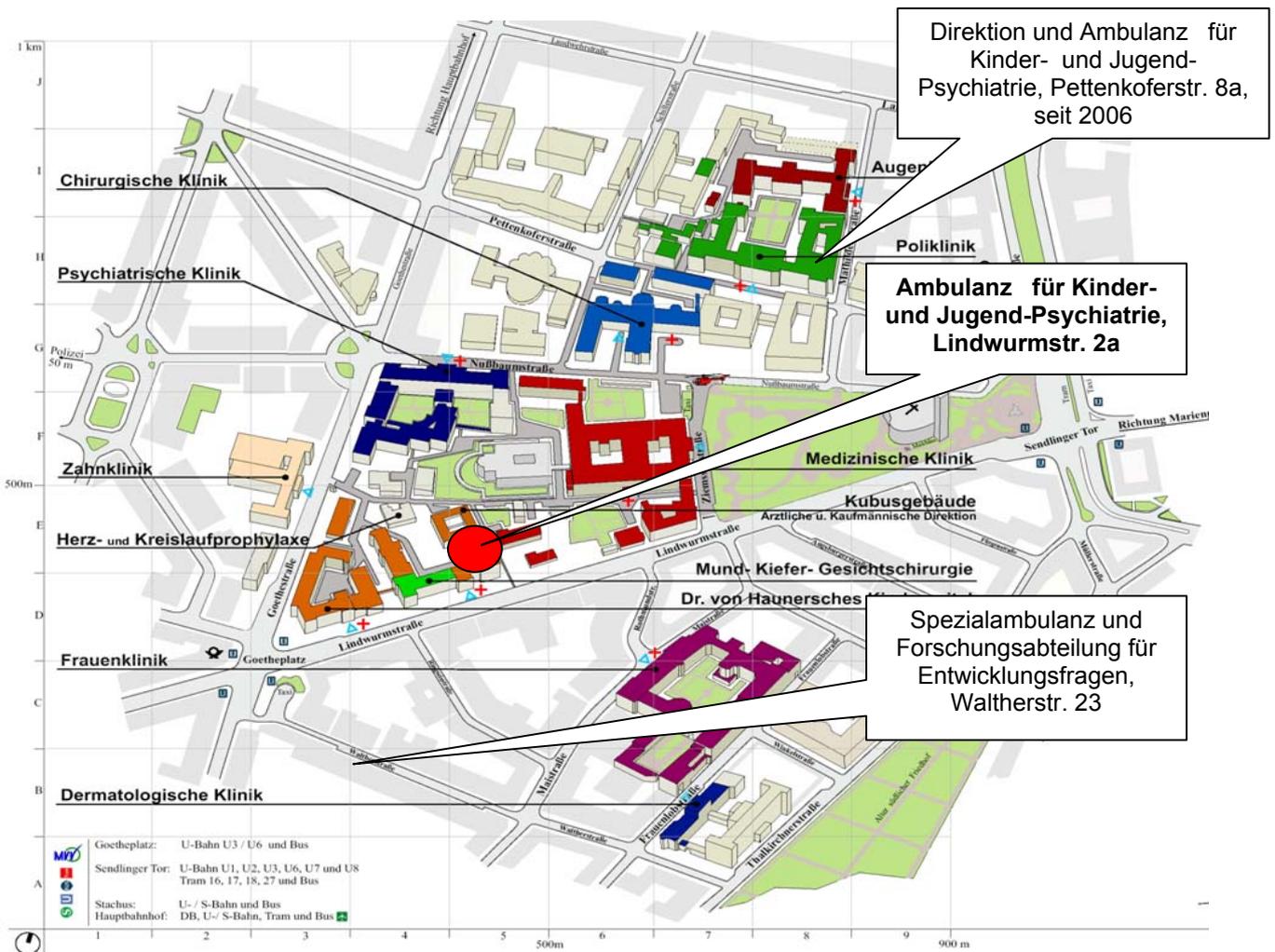
Eine Zusammenlegung der 3 Ambulanzen ist geplant, ein Gebäude mit Ambulanz, Tagklinik und der Möglichkeit der stationären Patientenversorgung befindet sich im Bau. Fertigstellung ist voraussichtlich 2010.

Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie seit 10/2006:

- Direktion, Privatambulanz, Pettenkoferstr. 8a, Prof. Dr. med. G. Schulte- Körne
- Ambulanz, Lindwurmstr. 2a, Prof. Dr. med. R. Frank
- Spezialambulanz und Forschungsabteilung für Entwicklungsfragen, Waltherstr. 23, Prof. Dr. med. W. v. Suchodoletz (Böhm 2008)

3. Methodik

Abbildung 5: Übersichtsplan: Lage der 3 Ambulanzen auf dem Campus Innenstadt



3.2.1. Aufgaben der Ambulanz

Die Aufgaben der Ambulanz in der Lindwurmstr. 2a umfassen im allgemeinen die ambulante Diagnostik und Therapie von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die Lehre für Studenten verschiedener Fächer (z.B. Pädagogen, Mediziner), die Weiterbildung (z.B. von Ärzten) und die Konsiliar- und Liaison-tätigkeit. Die spezielle Beschreibung der Aufgaben folgt stichpunktartig.

3. Methodik

Aufgrund der Ressourcen (s. Besetzung) wurde der Konsiliardienst im Untersuchungszeitraum und wird derzeit nur in begrenztem Umfang ausgeübt.

Aufgaben der Ambulanz

Ambulante Diagnostik und Therapie von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

- Behandlung des gesamten Spektrums der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Oft komplexe Fragestellungen
- Multidisziplinärer Ansatz mit folgender Besetzung:
 - Arzt (1 Stelle), Sozialpädagogin (1 Stelle), Psychologin (1/2 Stelle), Sekretärin (3/4 Stelle)
- Zugangswege:
 - Gezielte Zuweisung durch Kliniken/ Kinderärzte
 - Gutachten
 - Auftrag vom Jugendamt, Versorgungsamt, Gericht
 - Telefonische Anmeldung durch die Eltern selbst

Lehre

- Vorlesungen, Seminare
- MeCum- Wahlfach Kinder- und Jugendpsychiatrie seit 2005
- Training in Gesprächsführung für Medizinstudenten: „Überbringen schlechter Nachrichten“ (seit 2002)

Weiterbildung

- Kinder- und Jugendpsychiatrische Kolloquien
- Münchner Kinder- und Jugendpsychiatrisches Herbstsymposium seit 1996
- Training in Gesprächsführung insbesondere für Ärzte aus dem Klinikum (seit 2002)(Böhm 2008)

3. Methodik

Konsiliartätigkeit

- Vernetzung der verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen innerhalb des Klinikums der LMU durch den kinder- und jugendpsychiatrischen Konsiliardienst
 - **Konsiliartätigkeit auf Anforderung** der verschiedenen medizinischen Klinken zu unterschiedlichen Fragestellungen
 - z.B. Diagnostik, Beratung, ambulante Weiterbetreuung durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - Zusammenarbeit mit der Erwachsenenpsychiatrie
 - **Projekt „Kindersprechstunde“**-> Kinder psychisch kranker Eltern bekommen die Möglichkeit einer konsiliarischen Betreuung
 - **Vernetzungsarbeit in „schwierigen Fällen“**
 - durch Fallkonferenzen (Fallbesprechung mit verschiedenen an der Behandlung beteiligten Disziplinen, der Konsiliar übernimmt oft die Moderation)
 - spezielles Medium: Videoaufnahme: Eltern-Kind-Interaktion wird aufgenommen und gemeinsam mit den Eltern analysiert

Liaisonstätigkeit

- **Treffen des psychosoziales Teams** der Kinderklinik und der Kinder- und Jugendpsychiatrie,
4 regelmäßige Treffen im Jahr im Untersuchungszeitraum

Themen des Jahres 2002 als Beispiel:

- 1. Treffen: Strukturen der Kooperation der Patientenbehandlung,
- 2. Treffen: Indikation zur stationären psychosomatischen Behandlung,
- 3. Treffen: Leitlinien Misshandlung,
- 4. Treffen: Psychotraumatologie

Seit 1999 hat die Kinderklinik der LMU auf dem Campus Innenstadt einen eigenen Kinderpsychiater als Leiter der psychosomatischen Abteilung, die Konsile der Ambulanz der

3. Methodik

Klinik für KJP, Psychosomatik und Psychotherapie in der Lindwurmstr. 2a finden seither nur in Vertretung statt.

3.2.2. Konsilarten in der Ambulanz

Es gibt

- 1. das **klassische Konsil**, mit Anforderungsformular/Telefonanfrage, Besuch des Konsiliars auf der anfordernden Station, eventuell mit persönlichem oder telefonischem Gespräch zwischen Konsiliar und anforderndem Arzt/Psychologe im Vorfeld (zur Erörterung einer Fragestellung) und Untersuchung des Patienten
- 2. das rein **telefonische oder persönliche** (z.B. auf dem Klinikflur oder in der Kantine) Konsil, im Sinne einer Fachberatung ohne dass der Konsiliar den Patienten jemals sieht
- 3. Die konsiliarische **Betreuung von Kindern, deren Eltern im Klinikum** (z.B. in der Psychiatrie) als Patienten **aufgenommen** sind. (z.B. „Kinder psychisch kranker Eltern“)
- 4. Das Konsil als **Anfrage von Klinikmitarbeitern**, bei dem es nicht um aufgenommene Patienten sondern um private Probleme (z.B. mit den eigenen Kindern) geht
- 5. Sonderform: das **lange Konsil (Langzeit-Patienten)**: Einige wenige Patienten (N=5) wurden konsiliarisch mit wiederholten stationären Aufnahmen über Jahre betreut

3.3. Erhebungsinstrument: Konsildokumentation

3.3.1. Anforderungen an den Konsiliar für die Dokumentation

Wesentlich ist zunächst die Lesbarkeit des Konsilbefundes ((Saupe 1996) S. 27, Kapitel 2).(…) Der konsultierende Arzt erwartet möglichst spezifische und praktikable Antworten auf eine bestimmte Fragestellung, oder er erwartet implizit die Klärung einer diffusen Fragestellung. Er ist im Allgemeinen nicht an den unterschiedlichen theoretischen Bezugssystemen von psychodynamischer oder verhaltenstherapeutischer Psychotherapie oder biologischer Psychiatrie interessiert ((Saupe 1996) Kapitel 2, S. 28). Die Antwort des Konsiliars sollte

3. Methodik

möglichst klar sein, wobei der anfordernde Arzt nachvollziehen können sollte, dass diese Antwort „auf einer gründlichen psychopathologischen Befunderhebung beruht, unter Berücksichtigung anamnestischer, familienanamnestischer, biographischer und sozialer Angaben, mit Kenntnis relevanter epidemiologischer Daten ((Saupe 1996) S.29).“

Der Konsiliar sollte bei seiner Antwort bedenken, dass „ mögliche Adressaten seines Berichts nicht nur der jeweilige Stationsarzt, sondern auch der Sozialdienst (...)((Saupe 1996)S.30 zitieren (Strain 1991))“ oder andere nichtärztliche Disziplinen sein können.

Der Konsilbefund sollte daher nicht nur gut lesbar, sondern auch gut verständlich (ohne Fachtermini) geschrieben sein.

Zur Verbesserung der Konkordanz (Befolgen der vom Konsilpsychiater vorgeschlagenen Maßnahmen) und gerade, wenn der Konsiliar von einem anderen Dienst die Umsetzung spezifischer Aufgaben erwartet, müssen die für diesen Dienst wichtigen Daten aufgeführt sein.

3.3.2. Anforderungen an das Dokumentationsinstrument

Idealerweise sollte ein Dokumentationsbogen möglichst kurz sein, computerisiert verarbeitet werden können, und sowohl praktisch-klinischen (Kurzbrief) und Ausbildungszwecken dienen, wodurch der Zeitaufwand für das Ausfüllen der Formulare, der wenige Minuten, nicht übersteigen sollte, sich wieder ausgleichen lässt ((Saupe 1996)S.33 nach (Hammer 1993), (Hammer 1995)).

3.3.3. Vorteile einer standardisierten Konsildokumentation

- Eine Konsildokumentation kann als **Nachweis gegenüber der Verwaltung** dienen und gerade „bei Stellenverhandlungen von zentraler Bedeutung sein ((Saupe 1996) S. 33).
- Eine **Konsilanforderung in Form eines standardisierten Fragebogens** und(...) „der Gebrauch standardisierter Fragebögen, unter Anleitung des Konsiliars, ist im klinischen Alltag sinnvoll (...) ((Saupe 1996) S.37 zitieren (Thompson 1992),(Möller 1994)).
- Das **Versenden von Kurzbriefen** (z.B. Teile der Konsildokumentation) kann die Präsenz des Konsiliardienstes in den anderen Abteilungen stärken, damit die Akzeptanz

3. Methodik

erhöhen und somit wiederum zu einer besseren Patientenversorgung beitragen ((Saupe 1996) S. 33).

- Für **Forschungszwecke** ist es wichtig, dass einzelne Konsildienste miteinander verglichen werden können. Einzelne Fragestellungen lassen sich unter Zugriff auf ein PC-gestütztes Konsildokumentationssystem leichter bearbeiten ((Saupe 1996) S. 34).

3.3.4. Die Konsildokumentation in der Ambulanz

Die **Daten dieser Arbeit** wurden vom Leiter der Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Lindwurmstr. 2a, im Rahmen seiner Konsiliartätigkeit für die Klinik von **1999 bis einschließlich 2005** dokumentiert. Seit 1999 erfolgt die Dokumentation der Konsile handschriftlich auf den im Anhang (unter 8.1.) aufgeführten standardisierten Konsildokumentationbögen (Seite 1-4), die aus der Arbeit von Schäfert (2005) hervorgingen und die ich ab Punkt 3.3.4.1. vorstellen möchte.

Schäfert (2005) beschrieb den Zeitraum von **1986 bis 1997**, in diesem Zeitraum erfolgte die Dokumentation der Konsile in Form von losen handschriftlichen Aufzeichnungen. Ab 1998 kam dann der neu entwickelte Dokumentationsbogen zum Einsatz, wobei das Jahr 1998 noch als eine Phase des Übergangs zu betrachten ist und eine regelhafte Dokumentation auf diesen Bögen erst seit 1999 (Beginn des Untersuchungszeitraums dieser Arbeit) stattfand

Einige Dokumentationspunkte erkläre ich in den folgenden Abschnitten mit Beispielen. Für weitere Erklärungen möchte ich auf das Glossar der Konsildokumentation im Anhang (s. 8.2.) verweisen.

3.3.4.1. Seite 1, Fragebogen an die anfordernde Station

Seite 1 wird nach der Konsilanfrage in der Regel vor der konsilpsychiatrischen Untersuchung vom Konsiliar an die konsilanfordernde Station gegeben, oftmals findet dies allerdings auch im Nachhinein (bis einige Wochen nach dem Konsil) statt.

3. Methodik

Hier werden die anfragende Klinik, persönliche Daten des Patienten, die Lebenssituation des Patienten und der Beziehungsstatus der Eltern festgehalten. Der Anfrager dokumentiert die Aufnahmediagnose.

Bei der Verhaltenseinschätzung handelt es sich um eine bipolare Skala. Das Pflorgeteam hat durch die Verhaltensskalen die Möglichkeit beobachtetes Verhalten dimensional zu benennen. Die Verhaltensskalen sind von Frank et al entwickelt auf der Grundlage der Skalen nach Engfer und Gavranidou (Engfer 1986).

Wurde eine Fragestellung nur mündlich geäußert oder fehlte bei der telefonischen Anfrage oder der Anfrage per Fax eine konkrete Fragestellung, so hat der Anfrager auf dem Fragebogen die Möglichkeit, die Fragestellung zu formulieren und diese schriftlich festzuhalten.

3.3.4.2. Seite 2

Der Konsiliar dokumentiert idealerweise nach der ersten Begegnung mit dem Patienten und der stattgefundenen konsilpsychiatrischen Untersuchung auf Seite 2 den psychopathologischen Befund und fasst diesen danach handschriftlich zusammen. Der Konsiliar kann in dem Befundsystem zunächst kategorial unterscheiden, ob zu den einzelnen Punkten eine Störung vorliegt und wenn eine Störung vorliegt, kann er ihr mit „leicht und stark ausgeprägt“ eine Dimension geben.

Die psychopathologische Befund-Dokumentation wurde von Döpfner et al entwickelt ((Döpfner 1993; Döpfner 1997)).

Aus der Beurteilung des Patienten ergibt sich gegebenenfalls eine psychiatrische Diagnose (Einordnung nach ICD-10), die der Konsiliar mit einem Sicherheitsgrad bewerten kann.

Empfehlungen die der Konsiliar an den anfragenden Arzt und sein Team ausspricht können hier ausformuliert werden.

Wenn der Konsiliar den Patienten nie gesehen hat (z.B. Konsile als telefonische oder persönliche Beratung des behandelnden Arztes/Psychologen) oder wenn der Patient nicht beurteilbar ist (z.B. beatmeter Patient oder Säugling), so füllt der Konsiliar die Seite 2 nicht aus, auf Seite 3 (Konsilanlass, Empfehlungen und Leistungsspektrum) und 4 (Zeitaufwand für das Konsil) wäre eine Dokumentation in diesen Fällen jedoch möglich. Bei gesehen und

3. Methodik

beurteilten, aber im psychopathologischen Befundsystem nicht dokumentierten Patienten, wird eine Dokumentation des psychopathologischen Befunds nicht nachgeholt. Diese Dokumentation ist nur direkt im Anschluss an die Untersuchung sinnvoll.

3.3.4.3. Seite 3

Anlass der Vorstellung/Konsilanlass:

Der Anlass der Vorstellung (=Vorstellungsgrund) bezieht sich in erster Linie auf die Informationen aus der Voranmeldung und der telefonisch bzw. im Erstgespräch erarbeiteten Fragestellung aus der Sicht des Untersuchers/des Konsiliars. ((Steininger 2002)Glossar zur Basis- und Leistungsdokumentation)

Empfehlungen des Konsiliarius

Die bereits auf Seite 2 handschriftlich formulierten Empfehlungen können hier in Kategorien eingeteilt werden.

Beschreibungen der verschiedenen vorgegebenen Empfehlungskategorien erfolgen anhand von Beispielen:

Empfehlungen während des Klinikaufenthaltes:

- **Empfehlungen zur Beurteilung des Kindes:**

Die Beurteilung des Kindes im Rahmen der Empfehlungen betrifft z.B. die Benennung von Verhalten, Auffälligkeiten oder Themen, die Anlass zum Konsil gaben durch den Konsiliarius u.a. seinerseits durch Begriffe aus psychopathologischem Befund oder einordnen mit einer psychiatrischen Diagnose. Gleichzeitig werden im Dialog Stärken des Patienten herausgearbeitet und betont und versucht, durch eröffnen einer anderen Sichtweise auf eine konstruktive Lösung hinzuführen.

3. Methodik

- Empfehlungen zu den Kontakten mit den Eltern:

Diese Empfehlungen betreffen eine Anleitung zum Umgang mit den Eltern des Patienten auf Station, z.B. wie die Eltern bei der Therapie einbezogen werden können. Ziel ist es, aufzuklären, Verständnis zu fördern und ein gemeinsames Vorgehen zu planen.

- Empfehlungen zum Umgang mit dem Kind:

Dies sind v.a. praktische Anleitungen für den Stationsalltag, z.B. das Führen eines Schmerztagebuches

- Empfehlungen zur Aufgabenverteilung auf Station:

Gemeinsame Besprechung auf Station, wer bei der Versorgung des Kindes und der Umsetzung der Empfehlungen welche Aufgaben übernehmen kann, z. B. Unterricht des Kindes in der Klinik durch die Klinik- Schule

- Empfehlungen als Anleitung der Eltern:

Im Gespräch mit den Eltern gemeinsame Ziele festlegen und Aufgaben verteilen, wer kann dem Kind wie helfen, z.B. Hilfe beim Führen eines Schmerztagebuches bzw. dem Einordnen der Schmerzstärke

- Empfehlungen, die Hilfen zu Schmerz-, Angst- und Stressbewältigung geben:

z.B. gemeinsame Überlegung und Anleitung wie alle Beteiligten einen schmerzhaften Verbandwechsel möglichst Angst und Schmerz vermeidend gestalten können

- Empfehlungen zur Pharmakotherapie:

Empfehlungen zur Medikation, z.B. Psychopharmaka

Empfehlungen für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt:

- Empfehlungen zur Schule/ berufliche Rehabilitation:

Empfehlungen zum Fortführen des Schulbesuchs der Ausbildung z.B. durch Besuch einer spezialisierten Einrichtung, Privatlehrer

- Empfehlungen zur Jugendhilfe:

z.B. ambulantes Fortführen einer Versorgung durch heilpädagogische Einrichtung oder Erziehungshilfe

- Empfehlungen für Beratung:

z.B. Vermittlung an eine Erziehungsberatungsstelle

3. Methodik

- Empfehlungen für eine Therapie:
z.B. ambulante Psychotherapie
- Empfehlungen zu einer Verlegung:
Empfehlung bei der Verlegung eines Patienten, z.B. in eine Kinderkurklinik
- Empfehlungen, die rechtliche Schritte betreffen:
z.B. Einschalten des Familiengerichts

Leistungsspektrum der Konsile:

Hier dokumentiert der Konsiliar Art und Umfang seiner Leistungen für das erbrachte Konsil. Die verschiedenen Leistungen werden im Glossar nicht erklärt, deswegen möchte ich hier eine kurze Übersicht geben.

Art der Leistung:

Fachberatung: Ein beratendes Gespräch im Sinne einer Fachberatung durch den Konsiliar kann an Arzt/Ärztin, Psychologen/In, den Sozialdienst oder an Pflegepersonal (Station) der anfordernden Abteilungen erfolgen. Es können auch durchaus mehrere Fachberatungen an einen oder mehrere beteiligte Disziplinen erfolgen.

Untersuchung Kind: Während der Untersuchung des Kindes wird die Anamnese erstellt, der psychopathologische Befund ermittelt und das Kind gegebenenfalls körperlich untersucht. Eventuell wird das Verhalten des Kindes (auch in der Interaktion mit den Eltern) durch eine *Videoaufnahme* festgehalten und das Kind kann bei entsprechendem Alter das eigene Verhalten durch den *YSR (Youth Self Report)* (Achenbach, T. M. and C. Edelbrock (1987). Youth Self- Report der Child Behavior Checklist) einschätzen.

Elterngespräch: Ein Gespräch mit den Eltern durch den Konsiliar, die Eltern können mit der *CBCL (Child behavior check list, falls durch den Konsiliar ausgegeben)* (Achenbach, T. M. and C. Edelbrock (1993). ihre Sichtweise des Verhaltensproblems ihres Kindes standardisiert ausdrücken.

3. Methodik

Mitwirkung an der Behandlung: Der Kinder- und Jugendpsychiater kann an der Behandlung des Patienten mitwirken durch z.B. psychotherapeutische Behandlung (Termine in der Ambulanz) während des stationären Aufenthaltes. Er hat die Möglichkeit der Wegweisung und Gesprächssteuerung auf *Fallkonferenzen* (Konferenz zu einem Fall/Patienten unter Beteiligung verschiedener Disziplinen, z.B. behandelnder Arzt/Ärztin, Konsiliar, Sozialdienst, PsychologIn, Pflegepersonal) in schwierigen Fällen, hier kann er neue Sichtweisen eröffnen und Anstöße für Diagnostik und Therapie geben. Auch eine *Stellungnahme vor einem Vormundschaftsgericht* wäre eine Mitwirkung an der Behandlung.

Mitwirkung bei Verlegung: Der Konsiliar kann aktiv an der Verlegung des Patienten beteiligt sein, z.B. durch Gespräche mit dem behandelnden Personal über eine geeignete Weiterbehandlung, Anschlussbehandlung und Weitervermittlung in/auf eine entsprechende Klinik, Station oder andere Einrichtung.

Krisenintervention: Eine Krisenintervention beinhaltet sofortiges Handeln des Konsiliars, z.B. bei akuter Gefährdung des Patienten durch Selbst- oder Fremdgefährdung. Die Krisenintervention kann mehrere Leistungen des Konsiliars erfordern z.B. Fallkonferenz, Mitwirkung bei der Verlegung...

Nachsorge: Nachsorge bedeutet, dass der Patient nach Entlassung von Station vom Konsiliar weiterbetreut wird, z.B. in Form von ambulanten Terminen

Anzahl der Konsiliarkontakte und Konsiliar: Die Anzahl der Konsiliarkontakte wird auf Seite 3 durch eine Zahl dokumentiert. Da der Konsiliar die Seite 2-3 meist direkt nach dem ersten Kontakt/Untersuchung des Kindes(, wenn kein rein telefonisches Konsil) ausfüllt, werden hier oft weitere Termine nicht dokumentiert. Dies geschieht dann auf Seite 4. Für die Berechnung der Anzahl der Konsilkontakte im Ergebnisteil wurde daher die Dokumentation von Seite 4 herangezogen. Alle Konsile im Untersuchungszeitraum wurden von Herrn Frank durchgeführt.

3. Methodik

Arztbrief geschrieben und Brief an die Eltern verschickt:

Auch hier wusste der Konsiliar bei Ausfüllen der Seite 3 oft noch nicht, ob ein Arztbrief für das Konsil angefordert wird, deshalb war hier oft keine Dokumentation vorgenommen worden. Die Information über die Leistung eines Arztbriefes war im Nachhinein der Seite 4 zu entnehmen oder es lag ein Arztbrief des Konsiliars in der Konsilakte, der in einem gewissen zeitlichem Abstand zum eigentlichen Konsil geschrieben wurde.

3.3.4.4. Seite 4

Seite 4 ist eine Tabelle, in der der Konsiliar den Zeitaufwand für einzelne Leistungen in 15 Minuten Einheiten dokumentieren und aufaddieren kann. Für die Wegezeit zum Klinikum Großhadern werden pauschal 30 min berechnet.

3.4. Auswertung der Konsildokumentation

3.4.1. Datenerhebung

Es wurden die Akten der Konsile der Jahre 1998 bis einschließlich 2005 gesichtet. Zu jedem Konsilfall befanden sich im Idealfall die vorhandene und komplett ausgefüllte, standardisierte Konsildokumentation, gegebenenfalls ergänzt durch Arztbriefe, Konsilanforderungsschein, Brief des Konsiliars, handschriftliche Aufzeichnungen des Konsiliars und selbstgemalte Bilder/Zeichnungen des Patienten in der entsprechenden Akte abgeheftet. Die in den Akten archivierten Daten der 4 Seiten der Konsildokumentation wurden retrospektiv erfasst und nach den Kodierregeln in eine Datei des Statistikprogramms SPSS (Version 14) eingegeben.

3.4.2. Umgang mit fehlenden Daten bei der Datenerhebung

Vor Erheben der Daten aus den abgehefteten Konsildokumentationen (Seite 1-4) der Jahre 1999- 2005 bestand eine Datei (Sekretariat der Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Konsile 1997-2005 mit N=363 Patienten), in der die Konsilpatienten in dem genannten

3. Methodik

Zeitraum mit Namen, Geburtsdatum und Konsildatum registriert waren. Die Jahre 1997 (bereits von Herrn Schäfert untersucht) und 1998 (siehe oben genannter Grund) wurden ausgeschlossen (N=132).

Es galt die vorhandenen Akten über die Konsile der Jahre 1999-2005 mit den Daten aus dieser Datei abzugleichen.

Es zeigte sich, dass es Fälle gab, die in der Datei geführt waren, aber keine Akten hierzu vorhanden waren (N= 27) und es gab auch einige Konsile, die in den Akten dokumentiert waren, nicht jedoch in der Datei (N= 18). Fälle, die nur eine Konsilnummer oder einen Namen in dieser Datei hatten, aber keine Rückschlüsse mehr möglich waren über Geschlecht, Alter, Anfrager und sich weder Konsiliar noch Sekretariat an die Konsile erinnern konnten, wurden gestrichen. Verwertbare Daten fanden sich für N=229 Fälle, die die Stichprobe bilden.

In dieser Stichprobe entstanden fehlende Daten durch Fehlen ganzer Akten, der kompletten Konsildokumentation in den Akten, durch Fehlen einzelner Seiten der Konsildokumentation oder durch Nichtausfüllen einzelner Abschnitte. Bei etwa einem Viertel der Stichprobe fehlte die komplette Konsildokumentation (S.2-4) oder in Teilen (ca. 5%). Ein geringer Teil der Stichprobe wurde nur mit Namen, Geschlecht und Alter in die Datei aufgenommen, weil die Dokumentation fehlte, die Daten aber für die Auswertung einiger Basisdaten (Alter, Geschlecht, Gesamtzahl der Konsile im Untersuchungszeitraum) der Stichprobe nutzbar waren.

Soweit möglich wurden fehlende Daten aus den Ambulanzakten oder in den Konsilakten vorhandenen Arztbriefen (Datum der stationären Aufnahme, Aufnahmediagnose), dem Konsilanforderungsschein (Fragestellung, Datum der Konsilanforderung und der konsiliarischen Untersuchung), dem Brief des Konsiliars (Datum der konsiliarischen Untersuchung, eventuell psychiatrische Diagnose und vorhandene Empfehlungen des Konsiliars) oder durch die Erinnerung des Konsiliars an einzelne Konsile (Zeitaufwand und Leistungen für das Konsil) ergänzt. Die Nacherhebung von Daten betraf vor allem die Seiten 3 und 4. Im Nachhinein an Daten heranzukommen, die auf dem Fragebogen an die Station (Seite 1) durch die anfragende Station dokumentiert hätten sein sollen war nur begrenzt möglich oder nicht sinnvoll. In einigen wenigen Fällen wurden Name, Geburtsdatum und Geschlecht des Patienten durch Rückfragen an den Anfrager nacherhoben. Die Verhaltenseinschätzung ist nur sinnvoll, wenn sie zeitnah ausgefüllt wird (der Patient muss für

3. Methodik

die Einschätzung dem Pflegepersonal präsent sein, sonst kommt es zu Verfälschungen). Auch eine Nacherhebung des psychopathologischen Befunds (Anteile wurden nur ergänzt, falls diese im Arztbrief des Konsiliars explizit beschrieben wurden) und des Sicherheitsgrades der psychiatrischen Diagnose (Seite 2) durch den Konsiliar war nicht sinnvoll, weil es sich um einen situativen Eindruck handelte, dessen Bewertung durch den Zeitabstand ebenso verfälscht wäre.

Waren fehlende Daten nicht mehr nach zu erheben wurden diese als fehlende Daten (missings) kodiert. In Bezug auf die verschiedenen Dokumentationspunkte gab es unterschiedliche Zahlen von fehlenden Werten (Gründe siehe Diskussion), dadurch entstehen im Ergebnisteil unterschiedliche Fallzahlen, die durch die begrenzten Möglichkeiten der retrospektiven Datenerhebung so hingenommen werden müssen.

Im Ergebnisteil wird detailliert untersucht, welche Variablen Einfluss auf die fehlenden Werte genommen haben könnten.

3.4.3. Dokumentation bei „Langzeit-Patienten“ als Sonderform der Konsile

Es gibt Patienten in der Stichprobe, die der Konsiliar über Jahre betreut hat. Dokumentierte der Konsiliar in einer Konsildokumentation Termine innerhalb von zwei Jahren, so wurde der Patient, jeweils für ein Jahr einmal registriert. Wurde ein Patient innerhalb eines Jahres zwei Mal stationär aufgenommen, und existierten für dazugehörige konsiliarische Betreuungen entsprechend zwei Konsildokumentationen, so wurde der Patient für dieses Jahr zwei Mal registriert.

3.4.4. Strukturierung der Daten

3.4.4.1. Altersgruppen der Patienten

Das Alter der Patienten wurde zu 5 Altersgruppen zusammengefasst. Diese 5 Altersgruppen wurden für eine spätere Vergleichbarkeit analog zu Schäfer (2005) eingeteilt. Die Einteilung zeigt die folgende Tabelle.

3. Methodik

Tabelle 3: Altersgruppen

Alter der Patienten (die Stellen nach dem Komma geben die Monate an)	Altersbezeichnung
0-2,11 Jahre	Frühes Kindesalter
3-5,11 Jahre	Vorschulalter
6-11,11 Jahre	Schulalter
12-17,11 Jahre	Jugendalter
>18 Jahre	Junge Erwachsene*

*Sondergruppe am Übergangsbereich zwischen Kinder- und Jugendmedizin und Erwachsenenmedizin

Die Sondergruppe der Patienten über 18 Jahre erfasst Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie mit besonderen Fragestellungen an die Kinder- und Jugendpsychiatrie (z.B. Frage nach Entwicklungsverzögerung als Differentialdiagnose) und Kinder psychisch kranker Eltern, bei denen die Eltern stationär aufgenommen waren und als Fall kodiert wurden (Alter der Eltern wurde erfasst).

3.4.4.2. Einteilung der anfragenden Kliniken

Bei den anfragenden Kliniken wurde zwischen den Innenstadt Kliniken und den Kliniken des Klinikums Großhadern unterschieden. Die einzelnen Kliniken wurden in der Datei kodiert, mit Ausnahme der Kinderklinik in der Innenstadt (Dr. v. Haunersches Kinderspital): Hier gab es eine Differenzierung zwischen Kinderklinik, stationär; Kinderklinik, ambulant; PIPS (Pädiatrische Intensivstation); Chirurgischer Kinderklinik und CHIPS (Chirurgisch-Pädiatrischer Intensivstation). Auch Anfragen durch Mitarbeiter des Klinikums wurden gesondert kodiert.

3.4.4.3. Gruppierung der Aufnahmediagnosen der anfragenden Kliniken

Die Aufnahmediagnosen aus somatischer Sicht wurden in die Diagnosegruppen A00-Z99 des ICD- 10 Systems (Brenner 1995) eingruppiert. Die führende Aufnahmediagnose stand im Vordergrund. Es waren keine Mehrfachnennungen möglich.

3.4.4.4. Kategorien der Fragestellungen

Die Fragestellungen der konsilanfordernden Kliniken wurden in Kategorien eingeteilt. Um die Art, bzw. das Thema der Fragestellungen und deren Häufigkeitsverteilung zu erfassen, habe ich mich an dem „Kategoriensystem zur Erfassung der Fragestellungen“ in der Arbeit von Schäfert ((Schäfert 2005) S. 30-32) orientiert. Schäfert zog für die Kategorisierung insbesondere die Arbeit von Froese et al 1997 (Froese 1997) hinzu, in der ein Schema für die Kategorisierung von Fragestellungen eingesetzt wurde.

Die Eingruppierung in folgendes Kategoriensystem ermöglicht eine Vergleichbarkeit mit den Daten von Schäfert.

Die verschiedenen Kategorien des Systems sollen mit Beispielen näher erläutert werden:

1. **Mitwirkung an der Diagnostik**-> Erheben einer Anamnese mit z.B. Ursachenklärung, Erstellen eines psychopathologischen Befundes mit z.B. Einschätzung des Entwicklungsstandes, Frage nach einer psychiatrischen Diagnose
2. **Fragestellung, welche die Sicherheit des Kindes betreffen**-> Selbstgefährdung durch z.B. Suizidgefahr, Fremdgefährdung des Kindes z.B. durch sexuellen Missbrauch, Kindesmisshandlung
3. **Therapie- Empfehlung**-> Vorschlag für die weiterführende Therapie, Beratung zu Medikation
4. **Eltern- und Familienprobleme**-> Beratung, Entlastung und Unterstützung der Angehörigen, z.B. Versorgung eines Kindes bei psychisch erkrankten Eltern, Unterstützung der Eltern bei sterbendem Kind
5. **Mitbehandlung**-> Mitbetreuung des Kindes, Krisenintervention
6. **Fragestellungen am Übergang ambulanter- stationärer Bereich**-> z. B. Mitwirkung bei der Verlegung, Anfrage für ambulante Weiterbehandlung am Institut
7. **Interaktionsprobleme auf der Station**-> Station hat Schwierigkeiten im Umgang mit Kind oder Eltern auf Station

3. Methodik

Insgesamt gibt es nur eine geringe Fallzahl (N=84) mit formulierten Fragestellungen auf Seite 1 der Konsildokumentation. In Arztbriefen und in Briefen des Konsiliars waren z.T. Fragestellungen für das Konsil erwähnt, jedoch war hier nicht mehr nachzuvollziehen ob die konsilanfordernde Station oder der Konsiliar die Fragestellung formuliert hatten, daher war eine Nacherhebung nicht mehr sinnvoll. Aufgrund der geringen Fallzahl erfolgte die Eingruppierung der Fragestellungen in die verschiedenen Kategorien ohne die Möglichkeit der Mehrfachnennungen. Nur in wenigen Fällen wurde mehr als eine Frage gestellt, dann wurde in die Kategorie eingruppiert, die bei dem jeweiligen Fall im Vordergrund stand.

3.4.5. Statistische Datenauswertung

3.4.5.1. Allgemeines zur statistischen Datenauswertung

Nach Eingabe der Daten in eine SPSS- Datei (Version 14) wurden die Variablen der Datei **deskriptiv ausgewertet** bzw. beschreibend dargestellt (SPSS Version 14-16), indem Häufigkeitstabellen erstellt und in Form von Balkendiagrammen grafisch dargestellt und/oder statistische Kennwerte berechnet wurden, sofern das Skalenniveau der Variable dies zuließ (Ausnahme Berechnung des Mittelwerts der Verhaltenseinschätzungen). Um Näheres über die Struktur der Daten zu erfahren und um eine Vergleichbarkeit mit anderen Arbeiten möglich zu machen, wurde eine **explorative Datenanalyse** vorgenommen. Kreuztabellen, Signifikanzprüfungen und Clusteranalysen wurden hierfür eingesetzt und Effektstärken berechnet.

3.4.5.1.1. Merkmalsausprägungen

Der größte Teil der Daten dieser Arbeit umfasst **nominale** Daten, die eine **qualitative** Ausprägung angeben (z.B. anfragende Klinik) oder als **dichotome** Daten (nominale Daten mit zwei Kategorien) entweder durch eine Antwort auf die Frage „Vorhanden?“ mit ja=1 oder nein=0 beantwortet werden können (z.B. Lebenssituation des Kindes, Anlass für das Konsil, Empfehlungen und Leistungsspektrum) oder die Merkmalsausprägung mit 1=weiblich oder 2=männlich (Daten zum Geschlecht) angegeben wird. Der psychopathologische Befund bietet auch eine **kategoriale** Unterscheidung in „Störung vorhanden“ oder „nicht vorhanden“, aber zusätzlich eine **dimensionale** Merkmalsausprägung mit 1=leicht ausgeprägt und 2=stark ausgeprägt. Die Verhaltenseinschätzung umfasst eine dimensionale Merkmalsausprägung (1=viel mehr bis 5=viel weniger).

3. Methodik

3.4.5.1.2. Skalenniveaus

Die Variablen der Daten in der SPSS- Datei befinden sich auf verschiedenen Skalenniveaus.

Nominalskala: „Nominalskalierte Werte haben die Funktion lediglich eines Etiketts und besitzen keine numerische Bedeutung(...) Da nominal skalierte Variablen keine numerische Bedeutung besitzen, hat es auch keinen Sinn, sie mathematisch zu behandeln.“ (Wiseman 2005) z.B. Kodierung des Geschlechts der Patienten (1=männlich, 2=weiblich), der anfragenden Kliniken, Lebenssituation des Kindes usw.

Ordinalskala: „Ordinalskalierte Werte besitzen die Eigenschaften einer Nominalskala, geben aber zusätzlich die Rangreihe der Messungen wieder.“ ((Wiseman 2005)SPSS Special Topics: Einige Grundbegriffe der Statistik, Michael Wiseman, 2005) „ Die eingetragenen Werte geben bei ordinalen Variablen eine Reihenfolge an.“((Wiseman 2005)SPSS für Windows, Eine Einführung, Wiseman, 2005) z.B. Altersgruppen (1=0-2,11 Jahre,2=3-5,11 Jahre...)

Intervallskala: „Intervallskalierte Werte besitzen die Eigenschaften nominaler und ordinaler Skalen und zusätzlich die, dass der Abstand zwischen den Messwerten aussagekräftig ist.(...) Für die Mehrzahl statistischer Verfahren reicht eine Intervallskalierung.“ ((Wiseman 2005) SPSS Special Topics: Einige Grundbegriffe der Statistik, Michael Wiseman, 2005) z.B. in der Analyse der Verhaltenseinschätzungen, wird davon ausgegangen, dass es sich bei der bipolaren Skala (s. Konsildoku S.1) um eine normalverteilte Intervallskala handelt, das heißt es wird angenommen, dass zwischen viel mehr (=1) und mehr (=2) der gleiche Abstand wie zwischen weniger (=4) und viel weniger (=5) liegt...

Verhältnisskala: „Eine Verhältnisskala besitzt alle Eigenschaften der ordinalen, nominalen und Intervall-Skalen und zusätzlich, die, dass der Nullpunkt eine Bedeutung hat: Die Kelvin'sche Temperaturskala ist eine solche Skala: „0“ heißt dort wirklich keine Wärme. ((Wiseman 2005) SPSS Special Topics: Einige Grundbegriffe der Statistik, Michael Wiseman, 2005) z.B. Variablen mit Alter (im Gegensatz zu Altersgruppen)

Das Programm SPSS fasst Intervall- und Verhältnisskalen unter dem gemeinsamen Begriff „metrisch“ zusammen.

Metrische Skala: „Variablen, deren Werte numerische Bedeutung haben.“ ((Wiseman 2005)SPSS für Windows, Eine Einführung, Wiseman, 2005) z.B. Daten, Alter in Monaten und Jahren, Anzahl der Konsilkontakte, Zeitaufwand für das Konsil

3. Methodik

Nominalskalierte und ordinalskalierte Variablen wurden durch einfache Häufigkeitstabellen ausgewertet und teilweise durch Balkendiagramme grafisch dargestellt. Rangfolgen der Häufigkeiten wurden erstellt und bei der Analyse fehlender Werte wurden Verhältnisse berechnet.

Für metrische Variablen wurden zum Teil Häufigkeitstabellen und Balkendiagramme erstellt und/oder verschiedene statistische Kennwerte berechnet.

3.4.5.1.3. Abhängigkeit und Unabhängigkeit von Stichproben

Zwei Stichproben sind dann voneinander abhängig, wenn jedem Wert der einen Stichprobe auf sinnvolle und eindeutige Weise genau ein Wert der anderen Stichprobe zugeordnet werden kann; Entsprechendes gilt für den Fall von mehreren abhängigen Stichproben.(...)

In SPSS werden abhängige Stichproben durch verschiedene Variablen repräsentiert, die am gleichen Kollektiv von Fällen in den entsprechenden Tests einander gegenübergestellt werden.

Ist eine sinnvolle und eindeutige Wertezuordnung zwischen den Stichproben nicht möglich, liegen unabhängige Stichproben vor. In SPSS beinhalten unabhängige Stichproben unterschiedliche Fälle, die in der Regel mit Hilfe einer nominalskalierten Gruppierungsvariablen unterschieden werden. ((Bühl 2006), Kapitel 4 S. 113)

3.4.5.1.4. Irrtumswahrscheinlichkeit p

Folgt man der Aufgliederung der Statistik in deskriptive Statistik und analytische Statistik, so ist es Aufgabe der analytischen Statistik, Verfahren an die Hand zu geben, nach denen objektiv unterschieden werden kann, ob etwa ein auftretender Mittelwertunterschied oder aber auch ein Zusammenhang zufällig zustande gekommen ist oder nicht.

Vergleicht man etwa zwei Mittelwerte, so kann man zu diesem Zweck zwei Hypothesen formulieren:

Hypothese 0 (Nullhypothese): Die beiden Stichproben entstammen verschiedenen Grundgesamtheiten (d.h. der Mittelwertunterschied ist zufällig zustande gekommen).

Hypothese 1 (Alternativhypothese): Die beiden Stichproben entstammen verschiedenen Grundgesamtheiten (d.h. der Mittelwertunterschied ist nicht zufällig zustande gekommen).

Die Prüfstatistik hat Verfahren entwickelt, die aus den gegebenen Stichprobenwerten bzw. den daraus resultierenden Kennwerten nach bestimmten Formeln sogenannte Prüfgrößen berechnen. Diese Prüfgrößen folgen bestimmten theoretischen Verteilungen (...Chi-Quadrat-Verteilung u.a.), welche die Berechnung der sogenannten Irrtumswahrscheinlichkeit erlauben. Es ist die Wahrscheinlichkeit, sich zu irren, wenn man die Nullhypothese verwirft und die Alternativhypothese annimmt. ((Bühl 2006), Kapitel 4, S. 115)

3. Methodik

Wahrscheinlichkeiten werden für gewöhnlich mit p bezeichnet und liegen zwischen 0 und 1.

3.4.5.1.5. Überprüfung von Eingabefeldern

Nach Eingabefeldern wurde beim Erstellen der Häufigkeitstabellen der zu untersuchenden Variablen, durch logische Überprüfung der Daten z.B. des minimalsten und maximalsten Wertes gesucht. Auch beim Erstellen von Kreuztabellen wurden Plausibilitätsüberlegungen angestellt. Die Datenmenge ist überschaubar und Eingabefehler wurden gefunden und korrigiert.

3.4.5.1.6. Dichotome Methode

Es gibt Dokumentationspunkte, die für die Möglichkeit der Mehrfachantworten in mehrere Variablen aufgeteilt sind. Für die Bearbeitung dieser Dokumentationspunkte in Häufigkeitstabellen fasse ich die betreffenden Variablen nach der in SPSS vorhandenen „**dichotomen Methode**“ (Bühl 2006) für die Tabellen im Anhang zu Variablensets zusammen.

3.4.5.1.7. Auswertung der strukturierten Diagnosetechniken

Verhaltenseinschätzung:

Die Daten der Verhaltenseinschätzungen wurden durch drei verschiedene Methoden ausgewertet:

1. Die Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen (1-5) wurden berechnet. Je nach Fragestellung können die Werte 1 und 2 oder 4 und 5 auffälliges Verhalten anzeigen. Die Häufigkeiten der jeweiligen auffälligen Merkmalsausprägungen wurden addiert und nach absteigender Häufigkeit des prozentualen Anteils an auffälligem Verhalten in einer Tabelle aufgelistet. Es wurde davon ausgegangen, dass es sich bei der bipolaren Skala um eine normalverteilte Intervallskala handelt und es wurden Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet. Tatsächlich sind die Daten der Verhaltenseinschätzung aber nicht normalverteilt (Der Kolmogorov-Smirnov-Test zur

3. Methodik

Überprüfung der Verteilungsform ergab eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < 0,05$, d.h., dass die Werte nicht hinreichend normalverteilt sind).

2. Mittelwerte und Standardabweichungen für die einzelnen Verhaltensmerkmale wurden berechnet und durch Fehlerbalken grafisch dargestellt.
3. Per Clusteranalyse wurde nach ähnlichen Mustern in den Verhaltenseinschätzungen gesucht.

Psychopathologischer Befund:

Neben einer Rangfolge der Häufigkeiten der psychischen Störungen wurden auch die Daten des psychopathologischen Befundes, zum Zwecke der Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen der Verhaltenseinschätzung, per Clusteranalyse ausgewertet. Auch hier wurden Mittelwerte für die Darstellung der Cluster errechnet. Die Daten des psychopathologischen Befunds sind ebenfalls nicht normalverteilt (Kolmogorov-Smirnov-Test ergab $p < 0,05$). Die Skala ist eher Ordinal- als Intervallskala.

3.4.5.2. Univariate Analysen

3.4.5.2.1. Häufigkeitstabellen

Jede Zeile einer Häufigkeitstabelle beschreibt eine Merkmalsausprägung. Die Zeile mit dem Label „Fehlend“ repräsentiert diejenigen Fälle, bei denen keine Antwort vorliegt(...) Die erste Spalte enthält die Labels der einzelnen Merkmalsausprägungen. In der zweiten Spalte erscheint unter „Häufigkeit“ die Anzahl der jeweiligen Nennungen(...) In der dritten Spalte befindet sich die prozentuale Häufigkeit (Prozent) jeder Merkmalsausprägung. Die prozentuale Häufigkeit bezieht sich auf alle abgegebenen Antworten, d.h. inklusive der „fehlenden Werte“. In der vierten Spalte erscheint der gültige Prozentsatz („gültige Prozente“). Der gültige Prozentsatz klammert bei der prozentualen Berechnung die fehlenden Werte aus. Die letzte Spalte enthält den kumulativen Prozentsatz („kumulierte Prozente“). Der kumulative Prozentsatz summiert zeilenweise die prozentuale Häufigkeit der gültigen Antworten. ((Bühl 2006), Kapitel 5, S.120)

3. Methodik

3.4.5.2.2. Berechnung von statistischen Kennwerten

Median: Der Median ist derjenige Punkt der Messwertskala unterhalb und oberhalb dessen jeweils die Hälfte der Messwerte liegen.

Mittelwert: Der Mittelwert ist das arithmetische Mittel der Messwerte und berechnet sich daher aus der Summe der Messwerte geteilt durch ihre Anzahl.

Modus/Modalwert: Der Modalwert ist der am häufigsten auftretende Wert in einer Stichprobe.

Minimum: der kleinste Wert

Maximum: der größte Wert

Standardabweichung: Die Standardabweichung ist ein Maß für die Streuung der Messwerte; sie ist die Quadratwurzel aus der Varianz. Trägt man die Standardabweichung zu beiden Seiten des Mittelwerts auf, so liegen bei normalverteilten Werten ca. 67% der Werte in diesem Intervall.

Quartile: Zeigt das 1., 2. und 3. Quartil an. Das 1. Quartil ist derjenige Punkt der Messwertskala, unterhalb dessen 25% liegen. Das 2. Quartil ist derjenige Punkt der Messwertskala, unterhalb dessen 50% der Messwerte liegen. Das 2. Quartil bezeichnet man auch als Median. Das 3. Quartil ist derjenige Punkt der Messwertskala, unterhalb dessen 75% der Messwerte liegen. (Bühl 2006) Kapitel 5, S. 121-123)

Boxplot: Der Boxplot besteht aus einer Box, die vom ersten und dritten Quartil begrenzt wird und deren innere Linie den Median repräsentiert. Ferner werden der kleinste und größte Wert markiert, sofern sie keine Ausreißer sind. Werte, die um mehr als drei Kastenlängen außerhalb liegen (Extremwerte), werden im Boxplot mit einem Stern markiert. Werte, die um mehr als anderthalb Kastenlängen außerhalb liegen, werden mit einem Kreis gekennzeichnet. (Bühl 2006) Kapitel 9, S. 231) (siehe Boxplot: Zeitaufwand pro anfordernder Klinik)

3.4.5.3. Bivariate Analysen

3.4.5.3.1. Kreuztabellen

Durch Kreuztabellen wird untersucht, ob zwischen zwei oder mehr Variablen Zusammenhänge bestehen. Kreuztabellen stellen am besten Zusammenhänge zwischen nichtmetrischen, also nominal- oder ordinalskalierten

3. Methodik

Variablen mit nicht allzu vielen Kategorien dar. SPSS stellt dazu den Chi-Quadrat-Test zur Verfügung, der überprüft, ob sich die beobachteten Häufigkeiten signifikant von den erwarteten Häufigkeiten (diejenigen Häufigkeiten, die vorliegen müssten, wenn statistisch kein Zusammenhang zwischen den betreffenden Variablen vorläge) unterscheiden. Die innerhalb der Kreuztabelle eingetragenen Variablenlabels und Wertelabels entsprechen den Variablendefinitionen der SPSS- Datendatei. Die Zahlen rechts neben der Tabelle und unterhalb der Tabelle (Gesamt) werden Randsummen genannt, und zwar Zeilen- bzw. Spaltensummen. (Bühl 2006), Kapitel 10, S.241-243) Es besteht die Möglichkeit je nach Fragestellung von Hinzunahme weiterer Variablen sog. Schichtvariablen, diese Möglichkeit wird genutzt bei den Zusammenhagsuntersuchungen mit Alter und Geschlecht im Anhang.

Kreuztabellen wurden je nach Fragestellung erstellt, überwiegend wurden die Ergebnisse auf Zusammenhänge mit Alter und Geschlecht untersucht, jedoch nicht durchgängig, da diese Fragestellungen hier (im Gegensatz zu der Arbeit von Herrn Schäfert) nicht durchgängig im Vordergrund standen, sondern ihnen nur zum Zwecke der Vergleichbarkeit mit anderen Arbeiten nachgegangen wurde. Die Ergebnisse der Kreuztabellen wurden im Ergebnisteil oft mit Balkendiagrammen grafisch dargestellt.

Clusteranalyse der Verhaltenseinschätzung: Die Cluster wurden, neben der Zusammenhagsanalyse mit Alter und Geschlecht, mit den 3 häufigsten Aufnahmediagnosen und den 4 häufigsten psychiatrischen Diagnosegruppen gekreuzt. Der Rest der Aufnahmediagnosen und psychiatrischen Diagnosen wurde unter „alle anderen“ zusammengefasst.

3.4.5.3.2. Signifikanzprüfungen

Signifikanzprüfungen wurden durch den Chi-Quadrat-Test vorgenommen. Der Chi-Quadrat-Test überprüft die Unabhängigkeit der beiden Variablen der Kreuztabelle und damit indirekt den Zusammenhang der beiden Merkmale. Zwei Variablen einer Kreuztabelle gelten dann als voneinander unabhängig, wenn die beobachteten Häufigkeiten der einzelnen Zeilen mit den erwarteten Häufigkeiten übereinstimmen.(...) Zur Berechnung des Chi-Quadrat-Werts werden drei verschiedene Formeln benutzt: die nach **Pearson, Likelihood und Mantel-Haenszel-Test**. Handelt es sich bei der Kreuztabelle um eine Vierfeldertafel und ist eine erwartete Häufigkeit kleiner als 5, so wird zusätzlich der exakte Test nach Fisher ausgeführt.(...)

Der Chi-Quadrat-Wert stellt somit die Summe der Quadrate der standardisierten Residuen dar, die über alle Felder der Kreuztabelle gebildet wird. Die Felder der Kreuztabelle mit hohen standardisierten Residuen liefern demnach einen hohen Beitrag zum Chi-Quadrat-Wert und damit zu einem signifikanten Ergebnis.(...)

Aus wahrscheinlichkeitstheoretischen Überlegungen lässt sich angeben, mit welcher Wahrscheinlichkeit sich ein Chi-Quadrat bestimmter Größenordnung ergibt, wenn die Variablen unabhängig voneinander sind. Dieser Zusammenhang wird mit Hilfe der so genannten **Freiheitsgrade (df)** der Kreuztabelle dargestellt. Die Anzahl der Freiheitsgrade bestimmt sich wie folgt: $\text{Freiheitsgrade} = (\text{Zeilen}-1) * (\text{Spalten}-1)$. (...) Mit Hilfe des Chi-Quadrat-Werts und der Anzahl der Freiheitsgrade lässt sich die Wahrscheinlichkeit ermitteln, mit der sich die vorliegende Abweichung für unabhängige Variablen ergibt. (Bühl 2006) Kapitel 10, S. 259-261)

3. Methodik

Für die Signifikanzprüfung wurde der Wert des Chi-Quadrat nach Pearson herangezogen. Gab der exakte Test nach Fisher >20% der Felder einer Kreuztabelle erwartete Häufigkeiten <5 an, so wurde der Chi-Quadrat-Test verworfen und die Ergebnisse wurden nur beschrieben, denn Zitat: „der Chi-Quadrat-Test setzt voraus, dass nur in maximal 20% der Felder einer Kreuztabelle erwartete Häufigkeiten <5 auftreten dürfen. Zeilen- und Spaltensummen müssen stets größer als null sein.“ ((Bühl 2006) Kapitel 10, S. 261)

3.4.5.3.3. Signifikanzniveau

Nach üblichem Sprachgebrauch wird das Signifikanzniveau festgelegt:

Tabelle 4: Signifikanzniveau

Irrtumswahrscheinlichkeit	Bedeutung
$p > 0,05$	nicht signifikant
$p \leq 0,05$	signifikant
$p \leq 0,01$	sehr signifikant
$p \leq 0,001$	höchst signifikant

Irrtumswahrscheinlichkeiten zwischen 0,05 und 1 wurden als Tendenzen beschrieben.

3.4.5.3.4. Fehler erster und zweiter Art

Mir ist bewusst, dass je mehr Variablen miteinander gekreuzt werden auch die Zahl der signifikanten Ergebnisse steigt.

Die relative Sinnlosigkeit eines unkritischen Heraussuchens der signifikanten Ergebnisse liegt darin, dass bei einem kritischen Signifikanzniveau von $p=0,05$ von vornherein fünf Prozent der Fälle ein signifikantes Ergebnis erwarten lassen.

Diesem „Fehler erster Art“ (die Nullhypothese wird verworfen, obwohl sie richtig ist) sollte man genügend Beachtung schenken. Als „Fehler zweiter Art“ bezeichnet man den Fall, dass die Nullhypothese beibehalten wird, obwohl sie falsch ist. Die Wahrscheinlichkeit, einen Fehler erster Art zu begehen, ist offensichtlich gleich der Irrtumswahrscheinlichkeit p . Die Wahrscheinlichkeit für einen Fehler zweiter Art ist umso kleiner, je größer die Irrtumswahrscheinlichkeit p ist. ((Bühl 2006) Kapitel 4, S.116)

3. Methodik

3.4.5.4. Multivariate Analyse

Als struktorentdeckendes Verfahren wird die **Clusteranalyse** bei der Auswertung der Verhaltenseinschätzung von Kindern bzw. Eltern und dem psychopathologischen Befund eingesetzt. Sie „ist ein heuristisches Verfahren zur systematischen Klassifizierung der Objekte einer gegebenen Objektmenge“ (Bortz 1989).

Mit Clusteranalyseverfahren lassen sich durch einen festen Satz von Merkmalen beschriebene Objekte, hier Personen, entsprechend ihrer Ähnlichkeiten zu Gruppen zusammenfassen, wobei die Gruppen (=Cluster) intern möglichst homogen und extern möglichst gut zu trennen sein sollen.

Ein aktuelles Beispiel für das Heraussuchen von Gruppen, die Individuen mit ähnlichen Merkmalen zusammenfassen, ist ein Artikel über genetische Untersuchungen zu ADHD (attention-deficit/ hyperactivity disorder)(Acosta July, 2008). In der Studie dieses Artikel wurden die Gruppen allerdings mit einer anderen Methode, der Latent Class Analyse (LCA), gebildet. Diese Methode wendeten Frank et al beim Vergleich der Studien zum Thema Kindsmisshandlung in München und Freiburg, bei denen die Verhaltenseinschätzungen der Kinderschwestern per LCA ausgewertet wurden, an (Frank 2001).

SPSS bietet für das Zusammenfassen von Fällen/Individuen mit ähnlichen Merkmalen zu Gruppen die Clusteranalyse an.

In dieser Arbeit werden Cluster von Kindern und Kindern und ihren Eltern gebildet, die sich innerhalb eines Clusters in ihrem Verhalten möglichst ähneln sollen. Die einzelnen Cluster sollten gegeneinander möglichst verschieden sein.

Es gibt verschiedene Clusteranalyseverfahren, die entweder hierarchisch oder nicht–hierarchisch vorgehen.

3.4.5.4.1. Hierarchische Clusteranalyseverfahren

Für die Auswertungen von und den Vergleich zwischen Verhaltenseinschätzung (Intervallskala) und psychopathologischem Befund (Ordinalskala) wurde das hierarchische Clusteranalyseverfahren gewählt, da es für kleine Fallzahlen, intervallskalierte und ordinale Variablen geeignet ist.((Bühl 2006) Kapitel 20, Tabelle S. 521)

Die hierarchischen Clusteranalyseverfahren starten bei der Clusterbildung in einer Objektmenge damit, dass jedes Objekt ein eigenes Cluster bildet. Es werden die paarweisen Distanzen zwischen allen Objekten berechnet und diejenigen zwei Objekte zu einem Cluster fusioniert, die die kleinste Distanz aufweisen. So reduziert sich die Anzahl der Cluster um 1. Es folgen weitere Schritte, bei denen sich die Clusteranzahl jeweils um 1 reduziert, bis schließlich alle Objekte in einem Cluster zusammengefasst sind. In SPSS gibt es verschiedene hierarchische Fusionierungsmethoden.

3.4.5.4.2. Nicht-hierarchische Clusteranalyseverfahren

Bei nicht- hierarchischen Verfahren gibt man die Anzahl von Clustern, denen die Objekte zugeordnet werden sollen vor, und es wird versucht durch schrittweises verschieben einzelner Objekte eine Gruppierung zu verbessern. Durch die Vorgabe der Clusteranzahl wird die Rechenzeit begrenzt, jedoch besteht die Möglichkeit, dass man hierbei die tatsächlich beste Lösung übersieht. Daher ist es sinnvoll eine inhaltlich plausible Clusteranzahl vorzugeben, die vorher mit einem hierarchischen Verfahren gefunden wurde, die man dann mit dem nicht-hierarchischen Verfahren zu optimieren versucht.

3.4.5.4.3. Kombination hierarchische und nicht-hierarchische Methode

Als hierarchisches Verfahren habe ich die in SPSS verfügbare **Ward- Methode** gewählt und dieses mit einem nicht-hierarchischen Verfahren, der sogenannten **k-means- Methode** kombiniert. Zwei Methoden, die sich- auch in kombinierter Form- in der Praxis gut bewährt haben (Bortz 1993).

Mit der Ward- Methode wurde zunächst eine angemessene Clusteranzahl bestimmt.

Für die Anwendung der Ward- Methode basieren die folgenden Berechnungen und Graphiken auf der Annahme, dass es sich bei der Bewertungsskala des Verhaltens um eine Intervallskala und bei den Verhaltensbewertungen um Intervalldaten handelt, d.h. es wird angenommen, dass euklidische Abstände zwischen den Objekten berechnet werden können.

Die Ward- Methode vereinigt schrittweise die Cluster, bei deren Fusion es zur geringsten Erhöhung der gesamten Fehlerquadratsumme kommt.

In einer **Zuordnungsübersicht** kann man rechnerisch nachvollziehen wie die Objekte schrittweise zusammengefasst wurden.

Der **Fehlerquadratsummenzuwachs (Δ QS Fehler)** steigt pro Fusionsstufe, steigt dieser sprunghaft an, ist es nicht mehr sinnvoll weitere Fusionierungen vorzunehmen, Δ QS Fehler errechnet sich aus den Differenzen zwischen den einzelnen Koeffizienten der jeweiligen Fusionsstufe in der Zuordnungsübersicht, wird in den Tabellen der Fehlerquadratsummenzuwächse für verschiedenen Clusteranzahlen festgehalten und im sogenannten **Struktogramm** graphisch veranschaulicht.

Im Struktogramm sieht man den sprunghaften Anstieg von Δ QS Fehler in Bezug auf die Clusteranzahl, jedoch kann es manchmal nicht ganz eindeutig sein bei welcher Clusteranzahl genau der größte Fehlerquadratsummenzuwachs vorliegt.

Ist es eindeutig lassen sich mit der so erhaltenen Clusteranzahl durch die k- means Methode Mittelwerte der Bewertungen für die einzelnen Verhaltensmerkmale berechnen. Die bestimmte Anzahl an Clustern wird in dem k-

3. Methodik

means Verfahren also durch Mittelwerte repräsentiert. Liefert das Struktogramm keine eindeutige Clusteranzahl, da es z.B. mehrere sprunghafte Anstiege von Δ QS Fehler zeigt, ist es sinnvoll die k-means Methode für mehrere Clusteranzahlen durchzurechnen und aufgrund von stark unterschiedlichen Fallzahlen innerhalb der Cluster z.B. später eine Entscheidung für eine bestimmte Clusterlösung bei der graphischen Darstellung der Cluster zu treffen.

Die graphische Darstellung der Mittelwerte der entsprechenden Cluster als Liniendiagramm hat in meiner Arbeit keine gleichgerichtete Polung, d.h. auffälliges Verhalten kann sowohl über als auch unter dem unauffälligen Bereich liegen.

3.4.5.4.4. Konfidenzintervalle

Mit dem Bestimmen der sogenannten **Konfidenzintervalle** für die errechneten Mittelwerte lassen sich die Cluster miteinander vergleichen. Das Konfidenzintervall ist ein Vertrauensbereich in dem sich der Mittelwert mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. Als Wahrscheinlichkeit wird hier 95% und als Irrtumswahrscheinlichkeit 5% festgelegt. In der Standardnormalverteilung befinden sich 95% zwischen $z = -1,96$ und $z = 1,96$.

Mit diesem z erhalten wir das kürzeste Konfidenzintervall das um den Mittelwert symmetrisch ist. Mit der Darstellung der Cluster als Konfidenzintervalle mit einem Mittelwert, einer Ober- und einer Untergrenze lassen sich die Cluster in Bezug auf ihre Trennschärfe untersuchen.

3.4.5.4.5. Umgang mit fehlenden Daten bei den Verhaltenseinschätzungen

Um eine gemeinsame Fallzahl für die Verhaltensmerkmale der Verhaltenseinschätzung für die Clusteranalyse zu schaffen, wurden für die weitere Untersuchung einzelne fehlende Daten innerhalb einer vorhandenen Verhaltenseinschätzung (z.B. fehlte nur die Bewertung des Verhaltensmerkmals: psychische Veränderung seit Aufnahme) mit dem Wert 3 (= gleich wie andere Gleichaltrige oder gleich wie andere Eltern) auf der Bewertungsskala ersetzt. So entsteht eine gleiche Fallzahl von $N = 108$ unter allen Verhaltensmerkmalen. Einschlusskriterium war, dass sowohl die Verhaltenseinschätzung des Kindes als auch der Eltern zu einem Fall vorhanden sein musste.

Fälle, bei denen eine der beiden Verhaltenseinschätzungen fehlte, wurden ausgeschlossen.

3. Methodik

3.4.5.5. Definitionsbereich für auffälliges und unauffälliges Verhalten

Verhaltenseinschätzung:

Als Bereich für unauffälliges Verhalten definiere ich für die errechneten Mittelwerte den Bereich zwischen 2, 5 und 3,5. Für auffälliges Verhalten definiere ich entsprechend die Bereiche zwischen 1 und 2,49 und je nach Fragestellung zwischen 3,51 und 5. Mittelwerte, die im auffälligen Bereich liegen, können sowohl negativ als auch positiv auffällig sein, dies ist beabsichtigt, um auch angepasstes Verhalten darzustellen. Ein Beispiel für positiv auffälliges Verhalten wäre der Mittelwert von 4,3 für Unruhe, der deutlich im auffälligen Bereich liegt, er sagt aber aus, dass diese Gruppe weniger unruhig ist als andere Gleichaltrige. Ein Beispiel für negativ auffälliges Verhalten wäre der Mittelwert von 4,3 für das Merkmal „Kontakt mit anderen Kindern“, er sagt aus, dass diese Gruppe weniger Kontakt mit anderen Kindern sucht als andere Gleichaltrige.

Psychopathologischer Befund:

Ich definiere den Bereich > 1 als auffälligen Bereich, bzw. als Bereich ausgeprägter Störung, Werte < 1 sind als unauffällig definiert.

3.4.5.6. Effektstärken, Validitätsprüfung

In der Diskussion werden Mittelwerte von den Verhaltenseinschätzungen aus dieser Arbeit mit Mittelwerten von Verhaltenseinschätzungen einer Kinderklinik-Stichprobe von Frank (1995) verglichen. Für diesen Vergleich werden **Effektstärken** bestimmt.

Die Effektstärke berechnet sich nach folgender Formel:

$$(MW1-MW2)/((STD1+STD2)/2)$$

MW= Mittelwert

STD= Standardabweichung

3. Methodik

„Auf der Grundlage einer solchen Berechnung können nach Cohen (1988) Effektstärken bis 0,2 als unbedeutend, Effektstärken von 0,21-0,50 als gering, 0,51-0,80 als mittel und $>0,80$ als bedeutend bewertet werden (Schmeck 2003).“

4. Ergebnisse

4.1. Fallbeispiele:

Beispiel 1, Anlass für das Konsil -> chronische Erkrankung, Probleme mit der Krankheitsbewältigung und kindliche Verhaltensauffälligkeiten, 1 Konsilkontakt:

Mädchen, 10 Jahre, ist in Behandlung der dermatologischen Klinik in der Innenstadt mit der Diagnose eines atopischen Ekzems, weitere Diagnose ist ein Morbus Osler. Dem behandelnden Dermatologen fällt das Mädchen durch ihr Verhalten auf. So ist sie eher unruhig, ängstlich, kontaktscheu, wirkt angepasst und zeigt wenig Selbstvertrauen. Die Eltern berichten über eigene Belastungssituationen und äußern sich wenig positiv über ihr Kind. Der Dermatologe fordert ein kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil an mit einer Frage zur Mitwirkung an der Diagnostik. Konkret wird gefragt nach einem kinder- und jugendpsychiatrischen Interventionsbedarf und ob es einen Zusammenhang zwischen ihrer Neurodermitis und Stressbelastung gibt. Im gemeinsamen Gespräch mit Kind und Eltern in der Konsilsituation zeigt sich das Mädchen hochangepasst, aufmerksam, ernst und verunsichert. Die Familie berichtet, dass sowohl der Vater, die Patientin und auch ihre Schwester an M. Osler erkrankt seien. Die Schwester hat als Folge eines spinalen Angioms einen hohen Querschnitt und braucht viel Versorgung. Die Patientin berichtet über Stress durch schulische Anforderungen auf dem Gymnasium. Der Kinder- und Jugendpsychiater äußert den Eindruck von Überforderung und empfiehlt eine weitergehende Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Beispiel 2, Anlass für das Konsil-> Psychosomatische Erkrankung, 1 Konsilkontakt:

Mädchen, 14 Jahre, befindet sich zur stationären Behandlung in der Augenklinik wegen Visusminderung auf 20% im Verlauf des stationären Aufenthaltes Visusbesserung auf 60%. Erkrankungen des Auges und des Sehnerven konnten ausgeschlossen werden. In der Vorgeschichte langjährige Schmerzsymptomatik an verschiedenen Gelenken und Organen.

4. Ergebnisse

Vor einem Jahr stationärer Aufenthalt in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik wegen selbstverletzendem Verhalten und Suizidideen. Der behandelnde Augenarzt fordert ein kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil an mit der Frage nach Hinweisen für eine psychogene Sehstörung. Der Konsiliarius beurteilt die Situation als eine lang andauernde Stressbelastung und stellt die Diagnose einer Somatisierungsstörung. Empfohlen werden das Umsetzen der bereits angedachten ambulanten Psychotherapie und auch stationäre Aufenthalte bei Notwendigkeit.

Beispiel 3, Anlass für das Konsil-> Suizidale Handlungen und Probleme mit der Krankheitsbewältigung, 1. Konsilkontakt:

Frau H., 21 Jahre, stationär in der Psychiatrischen Klinik in der Innenstadt bei Z.n. schwerem Suizidversuch. Frau H. wurde von einem Güterzug überrollt und dabei wurden ihre beiden Unterschenkel amputiert. In der Vorgeschichte gab es einen weiteren Suizidversuch mit Medikamenten im selben Jahr. Frau H. wird vorgestellt zum kinder- und jugendpsychiatrischen Konsil mit einer Frage zur Mitwirkung an der Diagnostik den Entwicklungsstand betreffend. Die Patientin wirkt von ihrer Entwicklung jünger. Eine weitere Frage betrifft die Mitwirkung bei der Behandlung. Es wird vom Anfrager gefragt, wie es für die junge Frau weiter gehen könnte.

4.2. Deskriptiver Teil

Die Stichprobe umfasst **229 Konsilpatienten** mit insgesamt **395 dokumentierten Konsilkontakten** im Untersuchungszeitraum vom 1.1.1999 bis 31.12.2005. Die Konsile wurden von Herrn Prof. Dr. med. R. Frank, dem Leiter der Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LMU durchgeführt. Geht man von den in diesem Zeitraum dokumentierten Konsilen als Gesamtzahl aus, ergibt sich eine Zahl von **33 Konsilen, die durchschnittlich im Jahr** im angegebenen Untersuchungszeitraum vom Institut durchgeführt wurden. Es ergab sich eine **Zuweisungsrate von 0,04%**, errechnet aus der durchschnittlichen Konsilanzahl pro Jahr bezogen auf die durchschnittlichen Aufnahmen der Jahre 2003-2005 des gesamten Klinikums. Entsprechend errechnete sich eine pädiatrische Zuweisungsrate von 0,2% aus der durchschnittlichen Anzahl der Konsilpatienten aus den pädiatrischen Kliniken pro Jahr bezogen auf die durchschnittlichen Aufnahmen der Kinderkliniken der Jahre 2003-2005.

4.2.1. Kooperationspartner im Klinikum

4.2.1.1. Häufigkeiten der Anfragen aus den anfragenden Kliniken

Frage: Welche Kliniken sind Anfrager für ein kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil?

Bei 221 Fällen wurde eine anfragende Klinik/ ein Anfrager dokumentiert. In 8 Fällen fehlte diese Information.

Vergleicht man die für ein Konsil anfragenden Kliniken miteinander, so sieht man, dass ein Grossteil der Anfragen aus den Kliniken der Innenstadt (insgesamt 189 Anfragen/ 86% aller Anfragen) kommt und hier kommen allein 90 Anfragen (das sind 41% aller Anfragen) aus dem Dr. v. Haunerschen Kinderspital. Differenziert man die Anfragen aus der Kinderklinik (Haunersche Kinderklinik, ambulanter und stationärer Bereich und Chirurgische Kinderklinik mit den jeweiligen Intensivstationen) so sieht man, dass die Anfragen aus der Kinderklinik überwiegend (50 Anfragen, 23% aller Anfragen) vom stationären Bereich der Haunerschen

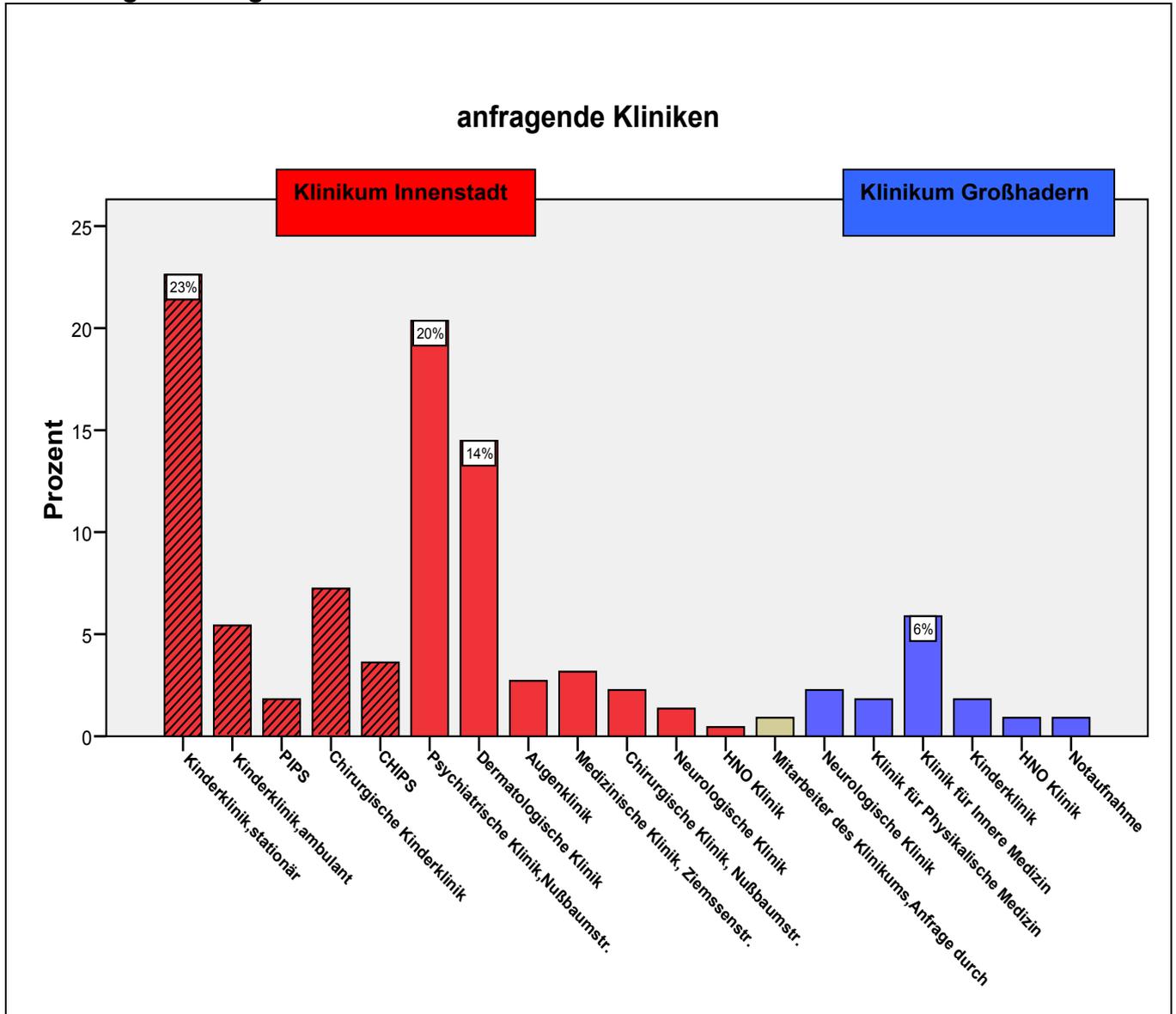
4. Ergebnisse

Kinderklinik kommen. Dem Anfragenteil aus der Innenstadt stehen die Anfragen aus dem Klinikum Grosshadern mit insgesamt 30 Anfragen (13% aller Anfragen) und 2 Anfragen von Mitarbeitern des Klinikums (1% aller Anfragen) gegenüber.

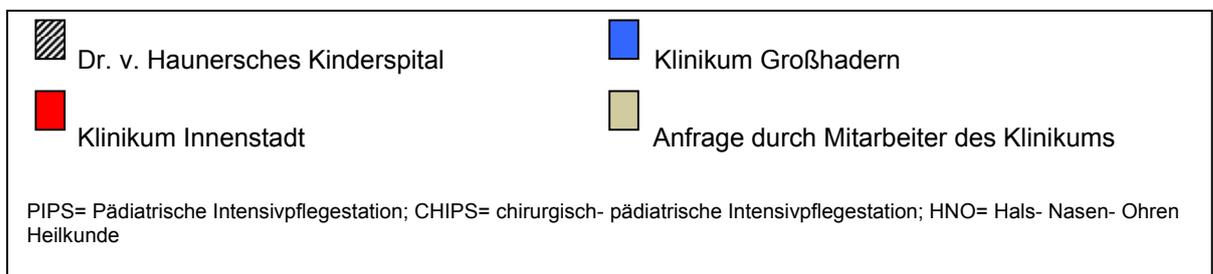
Die Verteilung der anfragenden Kliniken ist in Abb. 6 dargestellt, Prozentangaben sind für die Kliniken angegeben, aus denen die meisten Anfragen kommen.

4. Ergebnisse

Abbildung 6: Anfragende Kliniken



Verteilung der anfragenden Kliniken, N= 221 (97%)



4. Ergebnisse

4.2.1.2. Anfragende Klinik und räumliche Nähe zum Konsiliar

Frage: Wie ist die Nähe der anfragenden Klinik zum Konsiliar?

Der Leiter der Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie erreicht für die Ausführung eines Konsils die anfragende Klinik in der Innenstadt auf dem Fußweg (Distanzen s. Abb. 7) oder im Klinikum Großhadern mit der U-Bahn und nach einem unterschiedlich langen Fußweg innerhalb des Klinikums Großhadern je nach Zielklinik.

Die folgende Abbildung zeigt einen Übersichtsplan der Kliniken in der Innenstadt und ihrer Entfernungen zur Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.

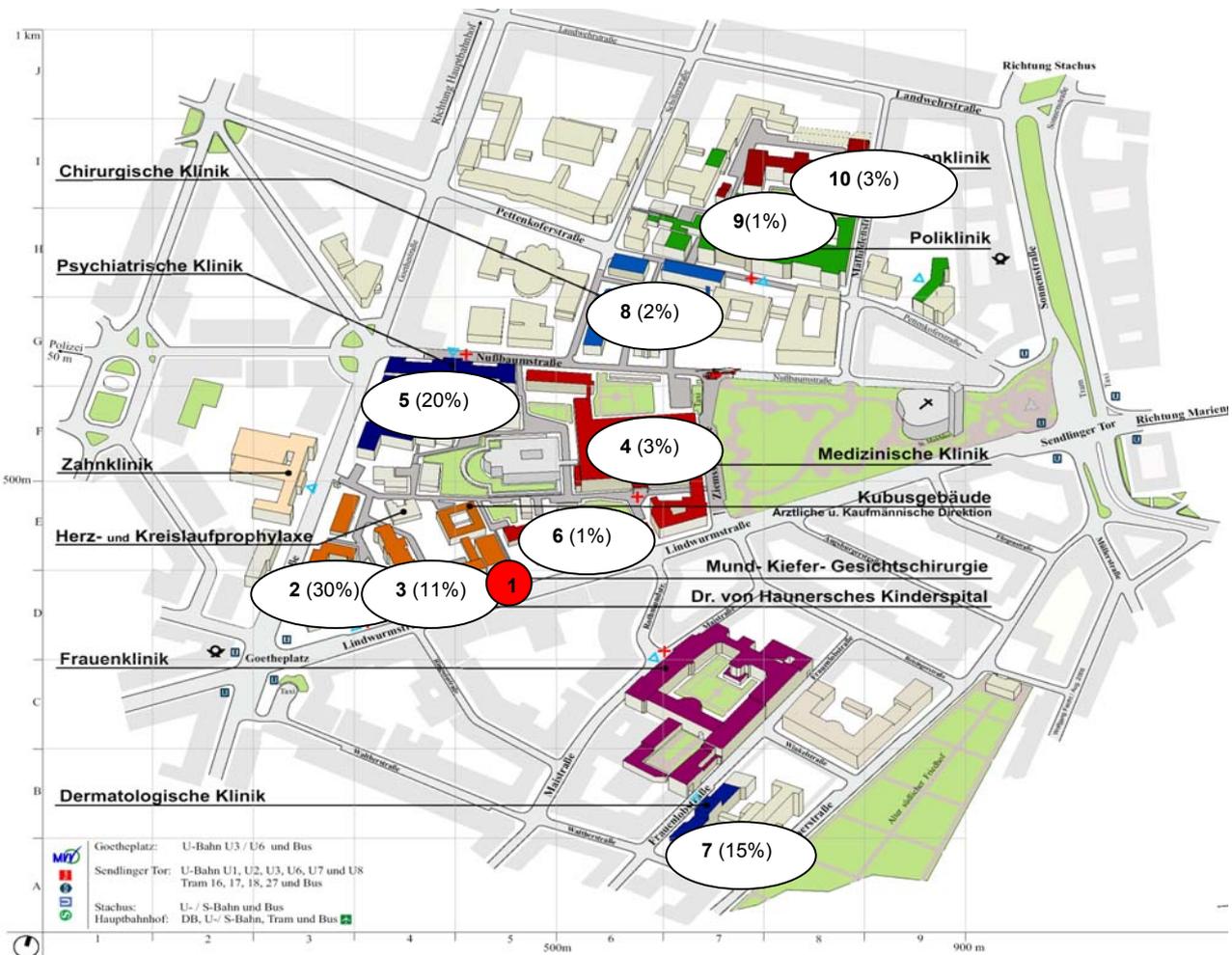
Im Bild sind die einzelnen Kliniken mit Ziffern gekennzeichnet und der jeweilige prozentuale Anteil der Klinik an den Gesamtanfragen ist dazu angegeben.

Man kann erkennen, dass diejenigen Kliniken mit einem höheren Anfragenanteil räumlich eher näher an der Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie liegen.

Vermutlich hat die Häufigkeit der Anfragen, neben den fachlichen Überschneidungen, einen Zusammenhang mit der räumlichen Nähe (gemeinsame Kantine von anfragendem Arzt und Konsiliar, zufälliges Treffen auf dem Klinikgelände) zum konsiliarisch tätigen Arzt.

4. Ergebnisse

Abbildung 7: Entfernung der anfragenden Kliniken mit Häufigkeit der Anfragen



- 1 Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, LMU
- 2 Kinderklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital
- 3 Kinderchirurgische Klinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital
- 4 Medizinische Klinik Innenstadt
- 5 Psychiatrische Klinik und Poliklinik
- 6 Neurologische Klinik Innenstadt
- 7 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie
- 8 Chirurgische Klinik und Poliklinik Innenstadt
- 9 Medizinische Poliklinik Innenstadt mit HNO- Klinik
- 10 Augenklinik

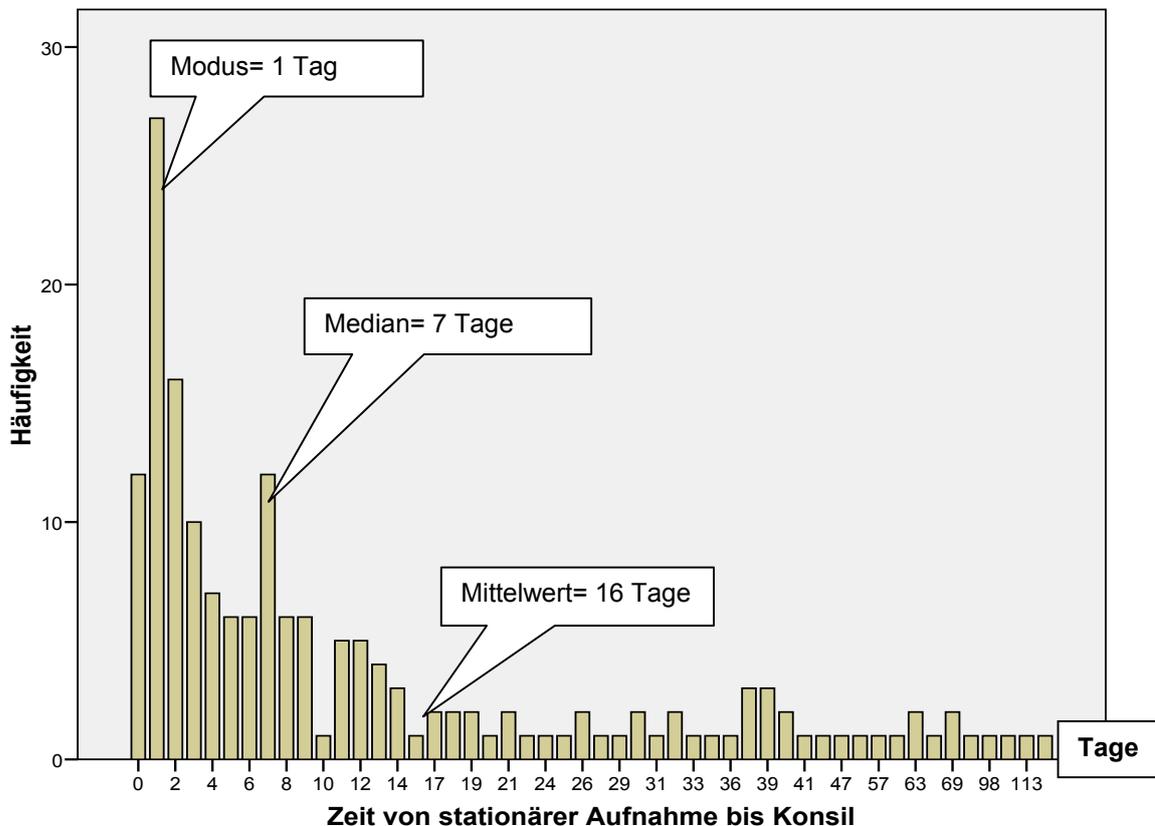
4. Ergebnisse

4.2.1.3. Zeit von stationärer Aufnahme bis zum Konsil

Frage: Wie schnell erfolgt nach stationärer Aufnahme eines Patienten ein kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil?

Bei der Untersuchung dieser Fragestellung ergaben sich N= 175 gültige Fälle, für die sowohl ein stationäres Aufnahmedatum als auch ein Datum der ersten konsiliarischen Untersuchung dokumentiert waren. Aus der Differenz dieser beiden Angaben ergibt sich dann eine Information über die Zeitspanne zwischen stationärer Aufnahme und Konsilstart. Das Spektrum reichte bei dieser Zeitspanne von „Konsil am selben Tag“ der stationären Aufnahme bis Konsil „erst 193 Tage nach“ stationärer Aufnahme. Im Mittel waren es 16 Tage nach stationärer Aufnahme, am häufigsten erfolgte das erste Konsil einen Tag nach Aufnahme.

Abbildung 8: Zeitspanne von stationärer Aufnahme bis zum ersten Konsiltermin



Verteilung der Zeit (Tage) von der stationären Aufnahme bis zum ersten Konsiltermin, N= 175 (76%)

4. Ergebnisse

4.2.1.4. Zeitpunkt der Konsilanfrage nach Kliniken

Frage: Zu welchem Zeitpunkt fordern die verschiedenen anfragenden Kliniken ein kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil an?

Die anfragenden Kliniken fordern in der weiten Spanne von „Konsil am selben Tag der stationären Aufnahme“ bis „Konsil erst 193 Tage nach“ stationärer Aufnahme im Vergleich zu ganz unterschiedlichen Zeitpunkten ein kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil an. Um die Antwort auf diese Frage übersichtlich zu gestalten, war es sinnvoll, die lange Zeitspanne von 0- 193 Tagen in Abschnitte einzuteilen.

In der folgenden Abbildung ist dargestellt wie häufig die Konsilanfragen (bzw. die ersten konsiliarischen Untersuchungen) der verschiedenen Kliniken in einem frühen (0-14 Tage nach stationärer Aufnahme, blaue Balken) und einem späten (15-193 Tage nach stationärer Aufnahme, grüne Balken) Zeitabschnitt (Zeit von der stationären Aufnahme bis zum ersten Konsiltermin) verteilt sind.

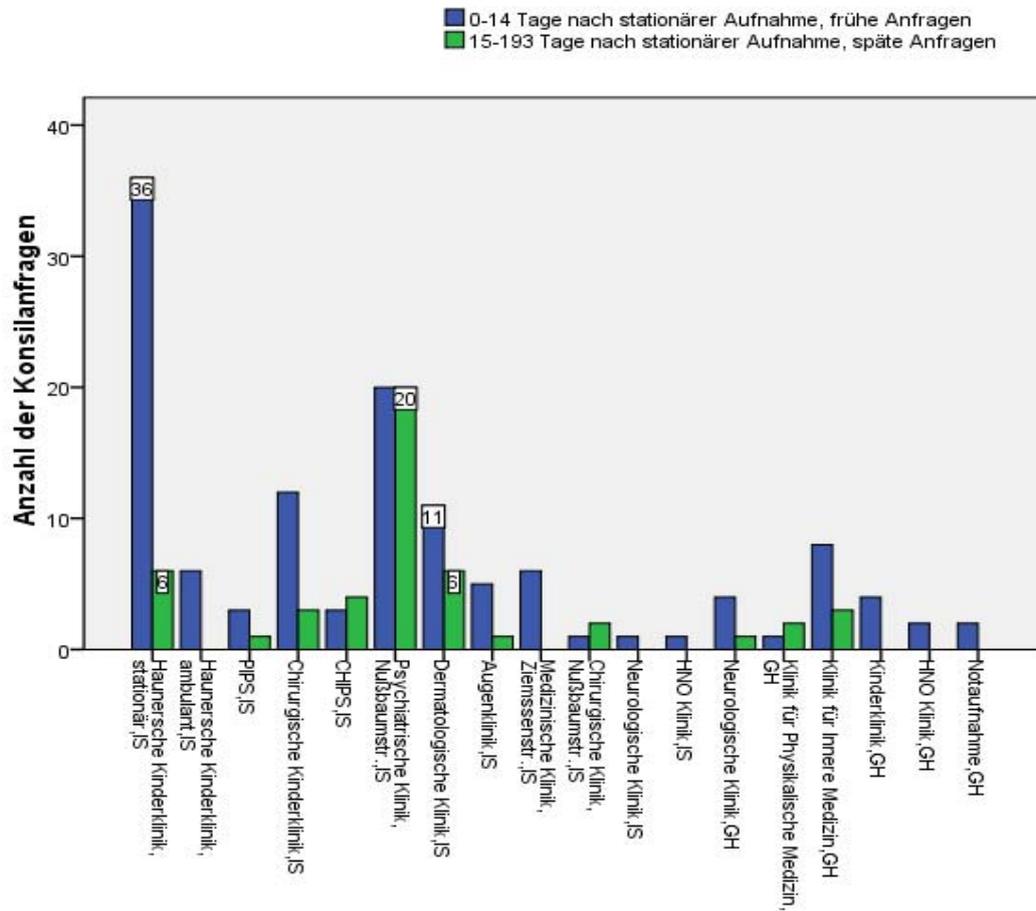
Für die drei am häufigsten anfragenden Kliniken zeigt sich: Der stationäre Bereich der Haunerschen Kinderklinik fragt deutlich mehr im frühen Zeitabschnitt an als im späten (Verhältnis: N=36:N=6). Ähnlich ist es bei der dermatologischen Klinik (Verhältnis: N=11:N=6). Die psychiatrische Klinik (Erwachsenenpsychiatrie) zeigt die gleiche Menge an Konsilanfragen im frühen und im späten Zeitabschnitt (Verhältnis: N=20:N=20).

Mehr späte als frühe Konsilanfragen kommen von der chirurgischen Intensivstation der Kinderklinik, der chirurgischen Klinik in der Nußbaumstraße und der Klinik für physikalische Medizin im Klinikum Großhadern, die Fallzahl der Konsilanfragen aus diesen Kliniken ist aber insgesamt sehr klein.

Hinweis: Der konkrete Zeitpunkt der Konsilanfrage wird in der Konsildokumentation nicht erfasst. In der Regel erfolgt das Konsil noch am selben Tag der Anfrage oder einen Tag später. Eine eventuelle Verzögerung von der Konsilanfrage bis zur Ausführung durch z.B. Terminengpässe des Konsiliars ist aus den gegebenen Daten nicht mehr nachzuvollziehen. Es wird davon ausgegangen, dass es sich bei dem ersten Konsiltermin auch um das Datum der Konsilanfrage handelt.

4. Ergebnisse

Abbildung 9: Frühe und späte Konsilanfragen



Anzahl der Konsilanfragen der verschiedenen Kliniken in einem frühen und einem späten Zeitraum nach stationärer Aufnahme

4. Ergebnisse

4.2.2. Demographische Basisdaten

Frage: Wer sind die Patienten für ein kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil?

4.2.2.1. Geschlechterverteilung

In 226 Fällen wurden Angaben zum Geschlecht des Patienten gemacht, in 3 Fällen wurde kein Geschlecht dokumentiert. Von N=226 Patienten waren N=98 (43%) männlichen Geschlechts und N=128 (57%) weiblichen Geschlechts.

Tabelle 5: Verteilung der Geschlechter

	Fälle absolut	Fälle in %
männlich	98	43
weiblich	128	57
gesamt	226	100

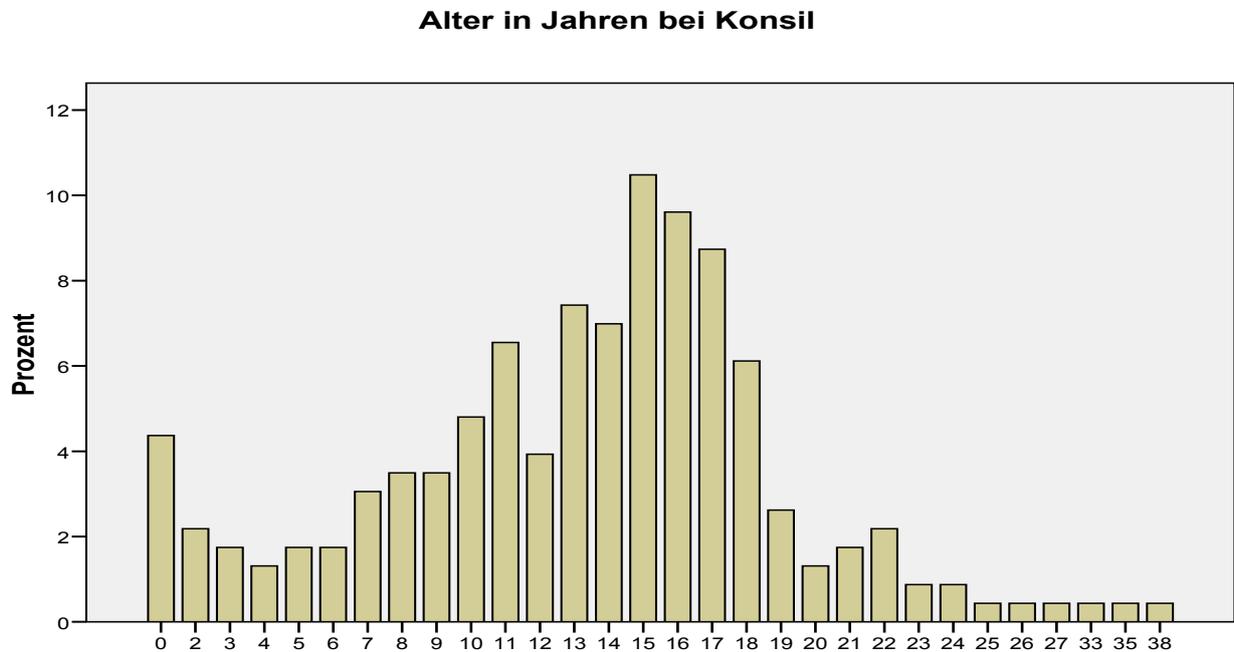
N= 226 (99%)

4.2.2.2. Altersverteilung

Das Alter der Patienten ist für alle Fälle N=229 bekannt. Die Konsilpatienten waren zwischen 0 und 38 Jahren alt. Es errechnet sich ein Altersdurchschnitt von 13 Jahren (Mittelwert). Am häufigsten wurden Patienten im Alter von 15 Jahren gesehen (Modus= 15 Jahre). Der Median liegt bei 14 Jahren.

4. Ergebnisse

Abbildung 10: Altersverteilung der Konsilpatienten



N=229 (100%). Mittelwert= 13 Jahre; Median= 14 Jahre; Modus= 15 Jahre

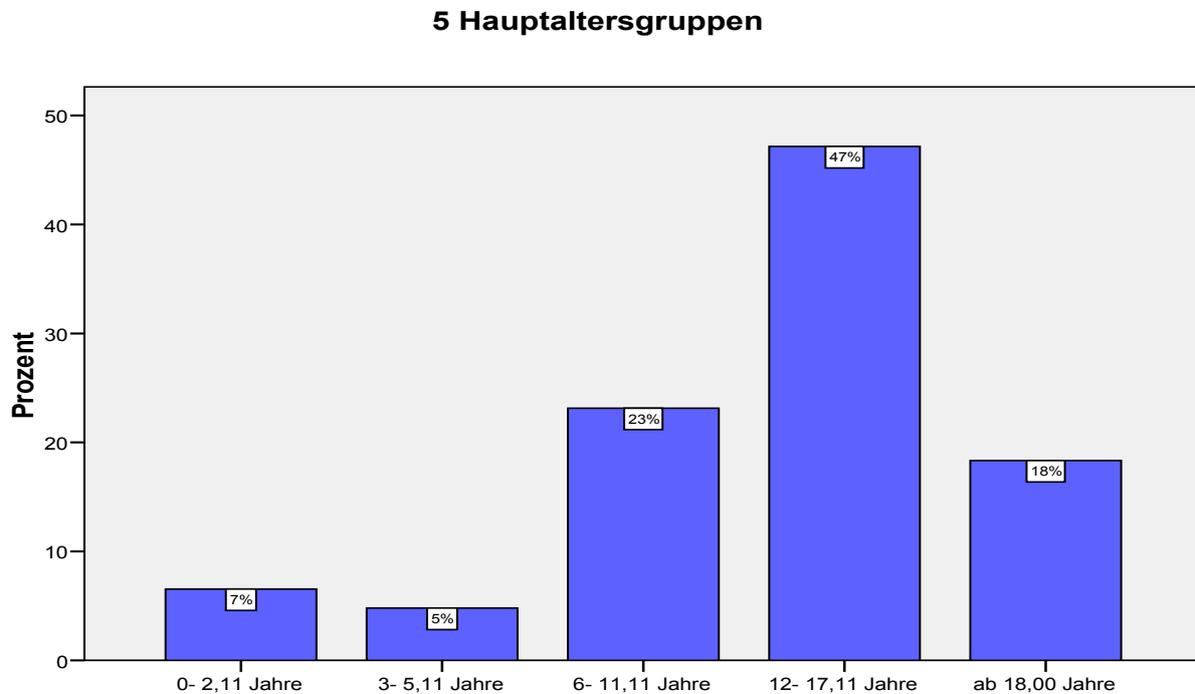
4.2.2.2.1. Häufigkeiten der Altersgruppen

Für die statistische Untersuchung ist es sinnvoll die Altersverteilung in Altersgruppen zusammenzufassen, die eine möglichst gleich große Altersspanne beinhalten und dadurch gut vergleichbar werden. Es wurden 5 Altersgruppen gebildet.

Die Gruppe der 12-17,11 Jährigen ist mit N=108 (47%) am häufigsten vertreten, gefolgt von der Gruppe der 6-11,11 Jährigen mit N=53 (23%). Die Gruppe der ab 18,00 Jährigen ist mit N=42 (18%) vertreten, die 0-2,11 Jährigen schließen sich mit N=15 (7%) an. Die kleinste Gruppe bilden die 3- 5,11 Jährigen mit N=11 (5%).

4. Ergebnisse

Abbildung 11: Häufigkeiten der Altersgruppen



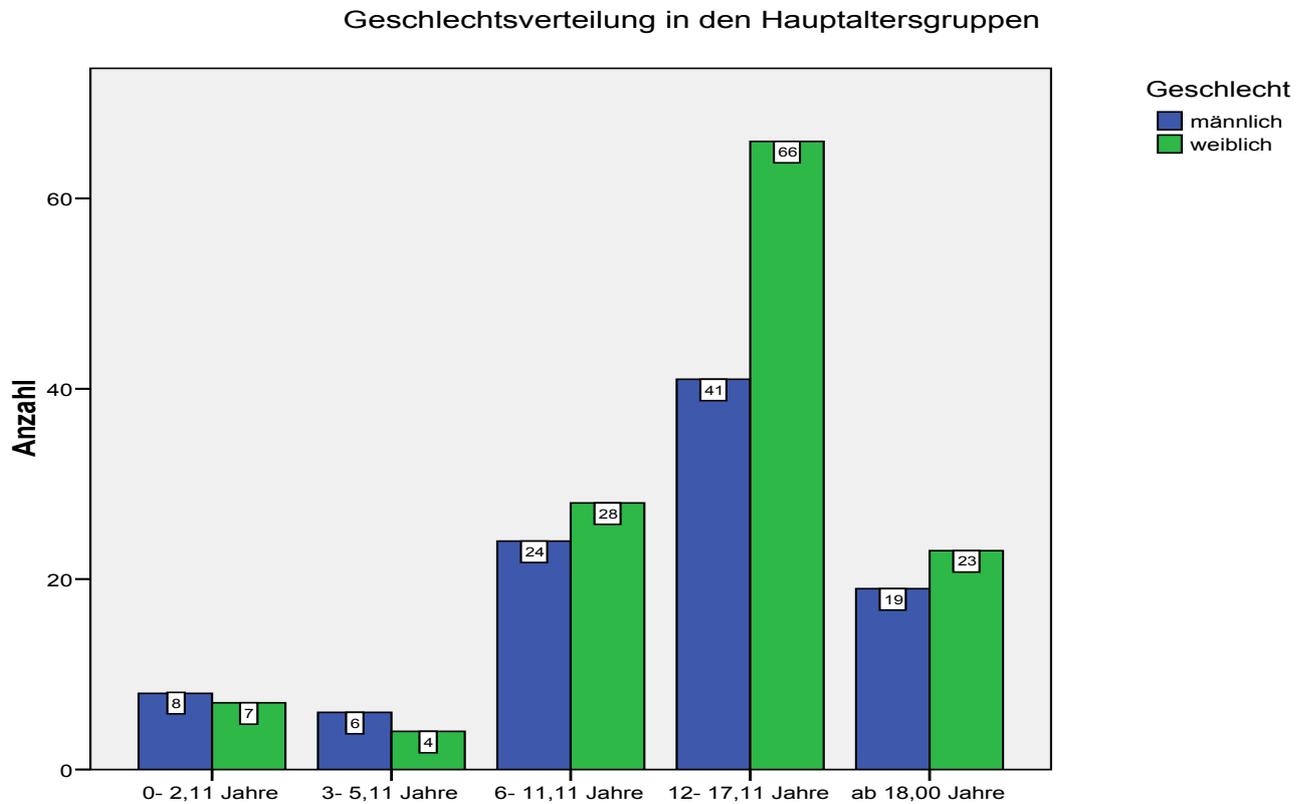
N= 229 (100%). Die Darstellung „0,11“ bezieht sich auf die Lebensmonate

4.2.2.2. Geschlechter nach Altersgruppen

In den jüngeren Altersgruppen bis 5,11 Jahre ist der Anteil der männlichen Personen leicht erhöht. In den älteren Gruppen ab 6 Jahren sind im Verhältnis mehr weibliche Individuen vertreten. Der Unterschied zwischen weiblichem und männlichem Anteil ist in der größten Gruppe der 12- 17,11 Jährigen am deutlichsten. Die Verteilung der Geschlechter stellt das nächste Balkendiagramm dar.

4. Ergebnisse

Abbildung 12: Geschlechter nach Altersgruppen



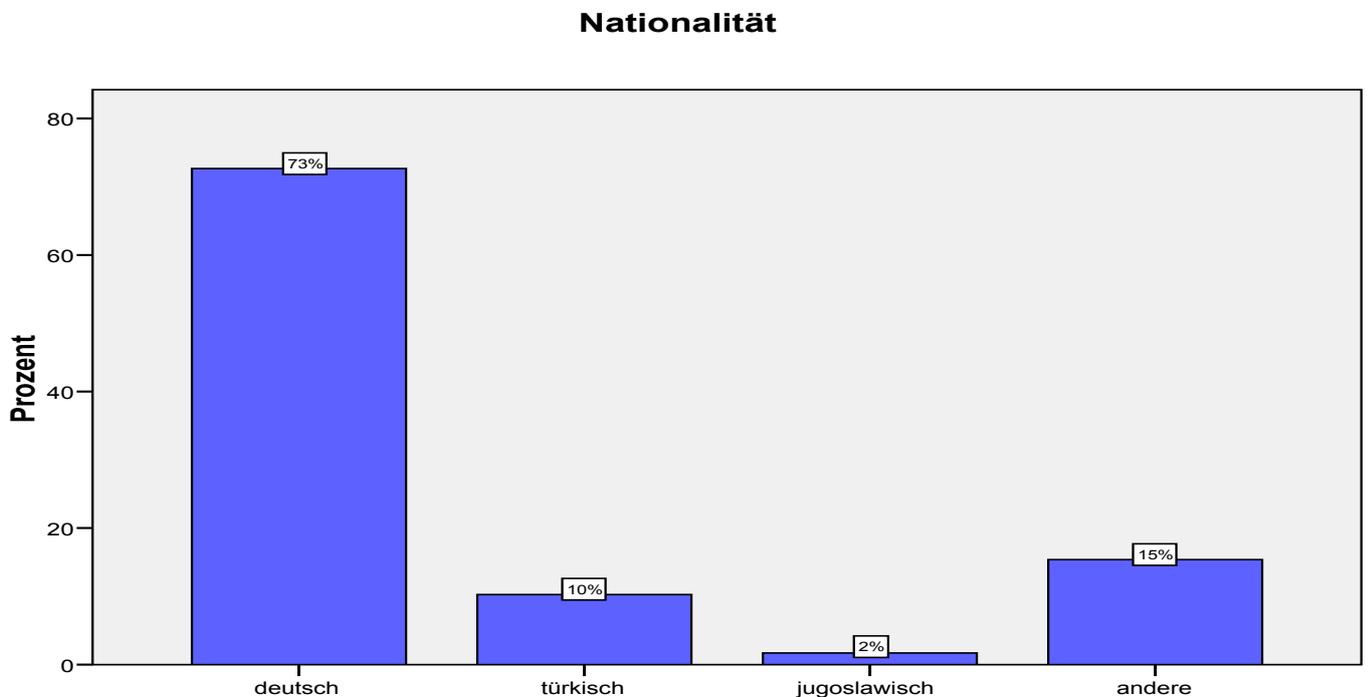
N= 226 (99%)

4.2.2.3. Nationalität

In N=117 Fällen (51%) wurden Angaben zur Nationalität gemacht. In N=112 Fällen fehlte diese Information. 85 Patienten (73%) waren deutscher Nationalität, 18 Patienten (15%) gehörten anderen Nationalitäten an, 12 Patienten (10%) waren türkischer Nationalität und 2 Patienten (2%) jugoslawischer Nationalität.

4. Ergebnisse

Abbildung 13: Häufigkeiten der Nationalitäten



N= 117 (51%)

4.2.2.4. Lebenssituation des Kindes

In N= 175 Fällen (76%) wurden Angaben zur Lebenssituation des Patienten gemacht.

Die untersuchten Patienten lebten insgesamt überwiegend, d.h. zu 53% bei „den Eltern“, der nächst größere Anteil lebte bei der „Mutter allein“ (19%) gefolgt von „in einer anderen Wohnform“ (13%). Eine geringere Anzahl lebte bei „der Mutter und neuem Partner“, „dem Vater allein“ oder „dem Vater und neuem Partner“. Die absoluten Fallzahlen und die gültigen Prozente zur Lebenssituation der Kinder sind in Tabelle 6 absteigend sortiert.

4. Ergebnisse

Tabelle 6: Lebenssituation des Kindes

N= 175 (100%) das Kind lebt bei...	Fälle absolut	Fälle in %
1. den Eltern	93	53
2. der Mutter allein	34	19
3. in einer anderen Wohnform*	23	13
4. der Mutter und neuem Partner	15	9
5. dem Vater allein	5	3
5. dem Vater und neuem Partner	5	3

N= 175 (76%)

Häufigkeiten und gültige Prozente sind absteigend sortiert.

*unter „andere Wohnform“ sind folgende Lebenssituationen zusammengefasst: das Kind/der Jugendliche oder Erwachsene lebt bei Pflegeeltern, Adoptiveltern, den Großeltern, lebt im Internat, im Heim, in einer betreuten Wohngemeinschaft oder lebt allein/unabhängig.

Bei der Dokumentation der Lebenssituation des Kindes waren Mehrfachnennungen möglich, es wurde aber pro Fall nur eine Lebenssituation dokumentiert, daher ergeben die Prozentangaben in der Spalte aufaddiert 100%; in der jeweiligen Zeile bezieht sich der „Rest von Hundert“ bei den Prozentangaben auf das Merkmal: „nein“, diese Lebenssituation trifft für diesen Fall nicht zu.

4.2.2.4.1. Lebenssituation des Kindes nach Altersgruppen

Die folgende Tabelle und die zugehörigen Balkendiagramme zeigen die Verteilung der Lebenssituation des Kindes in den einzelnen Altersgruppen. In den jüngeren Altersgruppen bis 5,11 Jahre leben die Kinder bei den Eltern oder bei einem Elternteil, wobei die Gruppe bis 2,11 Jahre entweder bei den Eltern oder bei der Mutter allein oder mit neuem Partner lebt; in anderen Wohnformen sind diese Kinder nicht zu finden. In der Gruppe 3- 5,11 Jahre leben mehr Kinder insgesamt nicht bei den Eltern als bei den Eltern. In der Gruppe 6- 11,11 Jahre leben im Verhältnis mehr Kinder bei den Eltern als nicht bei den Eltern im Vergleich zu den jüngeren Gruppen, die Möglichkeit der anderen Wohnform kommt hier dazu. In der Gruppe 12- 17,11 Jahre steigt der Anteil der insgesamt nicht bei den Eltern lebenden Kinder im Verhältnis wieder an, es leben aber insgesamt noch mehr Kinder bei den Eltern als nicht bei den Eltern; der Anteil an Kindern, die in einer anderen Wohnform leben, nimmt zu. In der Gruppe ab 18 Jahre leben insgesamt mehr Kinder nicht bei den Eltern (nur ein Elternteil+ andere Wohnform) als bei den Eltern; der Anteil der in einer anderen Wohnform lebenden Kinder ist hier im Verhältnis zur Gesamtzahl dieser Altersgruppe im Vergleich zu den anderen Altersgruppen am

4. Ergebnisse

größten. Schlüsselt man die Lebenssituation des Kindes zusätzlich nach dem Geschlecht auf (Tabelle siehe Anhang), so sind insgesamt mehr Jungs in den Jungen Altersgruppen bis 5,11 Jahre, der Anteil an unvollständigen Familien ist bei den Jungs von 3-5,11 Jahre höher. In der Gruppe der 12-17,11 Jährigen sind deutlich mehr Mädchen, der Anteil an unvollständigen Familien ist bei den Jungs aber höher. Bei gleichem Anteil der Geschlechter in der Gruppe der über 18 Jährigen, leben mehr Mädchen nicht mehr bei beiden Eltern, bzw. in einer anderen Wohnform/selbständig.

Tabelle 7: Lebenssituation des Kindes nach Altersgruppen

Lebenssituation des Kindes	5 Altersgruppen					Gesamt
	0- 2,11 Jahre	3- 5,11 Jahre	6- 11,11 Jahre	12- 17,11 Jahre	ab 18,00 Jahre	
Kind lebt bei den Eltern	6	4	26	44	13	93
Kind lebt bei Mutter allein	3	2	9	15	5	34
Kind lebt bei Vater allein	0	0	1	2	2	5
Kind lebt bei Mutter und neuem Partner	2	1	5	6	1	15
Kind lebt bei Vater und neuem Partner	0	2	0	2	1	5
Kind lebt in anderer Wohnform	0	0	1	14	8	23
Gesamt	11	9	42	83	30	175

N= 175 (76%)

4.2.2.5. Beziehungsstatus der Eltern

Der Beziehungsstatus der Eltern wurde in N= 127 (55%) Fällen dokumentiert. In Tabelle 8 ist der Beziehungsstatus der Eltern in absteigender Reihenfolge der Häufigkeiten zusammengefasst. Demnach leben 53% der Patienteneltern insgesamt zusammen und 31% leben getrennt oder sind geschieden. In 11% der Fälle ist ein Elternteil verwitwet, 4% der Eltern haben nie zusammengelebt und in einem Fall waren beide Eltern des Patienten verstorben.

4. Ergebnisse

Tabelle 8: Beziehungsstatus der Eltern

N= 127 (100%) Beziehungsstatus der Eltern	Fälle absolut	Fälle in %
1. die Eltern leben zusammen	67	53
2. die Eltern leben getrennt/ sind geschieden	40	31
3. ein Elternteil ist verwitwet	14	11
4. die Eltern haben nie zusammen gelebt	5	4
5. beide Eltern sind verstorben	1	1

N= 127 (55%)

Häufigkeiten und gültige Prozente sind absteigend sortiert.

Bei der Dokumentation des Beziehungsstatus der Eltern waren keine Mehrfachnennungen möglich. Bei den Prozentangaben (Fälle in %) handelt es sich um Spaltenprozent (in der Spalte ergeben die Prozentangaben aufaddiert 100%).

4.2.2.5.1. Beziehungsstatus der Eltern nach Altersgruppen

Um die Darstellung des Beziehungsstatus der Eltern in den einzelnen Altersgruppen übersichtlicher zu gestalten, sind hier die Merkmale „Eltern leben getrennt/geschieden“, „verwitwet“, „haben nie zusammen gelebt“ und „Eltern sind verstorben“ unter dem einen Merkmal „leben nicht zusammen“ zusammengefasst.

Die folgende Tabelle und das dazugehörige Balkendiagramm zeigen eine Gleichverteilung der Fälle auf die Merkmale „leben zusammen“ und „leben nicht zusammen“ in der jüngsten Altersgruppe bis 2,11 Jahre. In der Gruppe 3-5,11 Jahre leben mehr Eltern nicht zusammen. In den drei folgenden älteren Altersgruppen leben jeweils mehr Eltern zusammen als nicht zusammen. Bei den männlichen Personen entspricht die Verteilung der bereits beschriebenen. In der Gruppe der weiblichen Personen leben bei den 3-5,11 Jährigen mehr Eltern zusammen und bei den >18 Jährigen leben mehr Eltern nicht zusammen. Beziehungsstatus der Eltern aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Altersgruppen siehe Tabelle A 10 im Anhang.

4. Ergebnisse

Tabelle 9: Beziehungsstatus der Eltern nach Altersgruppen der Kinder

5 Altersgruppen	Beziehungsstatus der Eltern		Gesamt
	leben zusammen	leben nicht zusammen	
0- 2,11 Jahre	5	5	10
3- 5,11 Jahre	2	4	6
6- 11,11 Jahre	18	15	33
12- 17,11 Jahre	31	26	57
ab 18,00 Jahre	11	10	21
Gesamt	67	60	127

N= 127 (55%)

4.2.3. Die Konsilanfrage (Sicht der anfragenden Klinik/Station)

4.2.3.1. Aufnahmediagnosen

4.2.3.1.1. Aufnahmediagnosen durch alle Konsil anfragenden Kliniken nach ICD-10

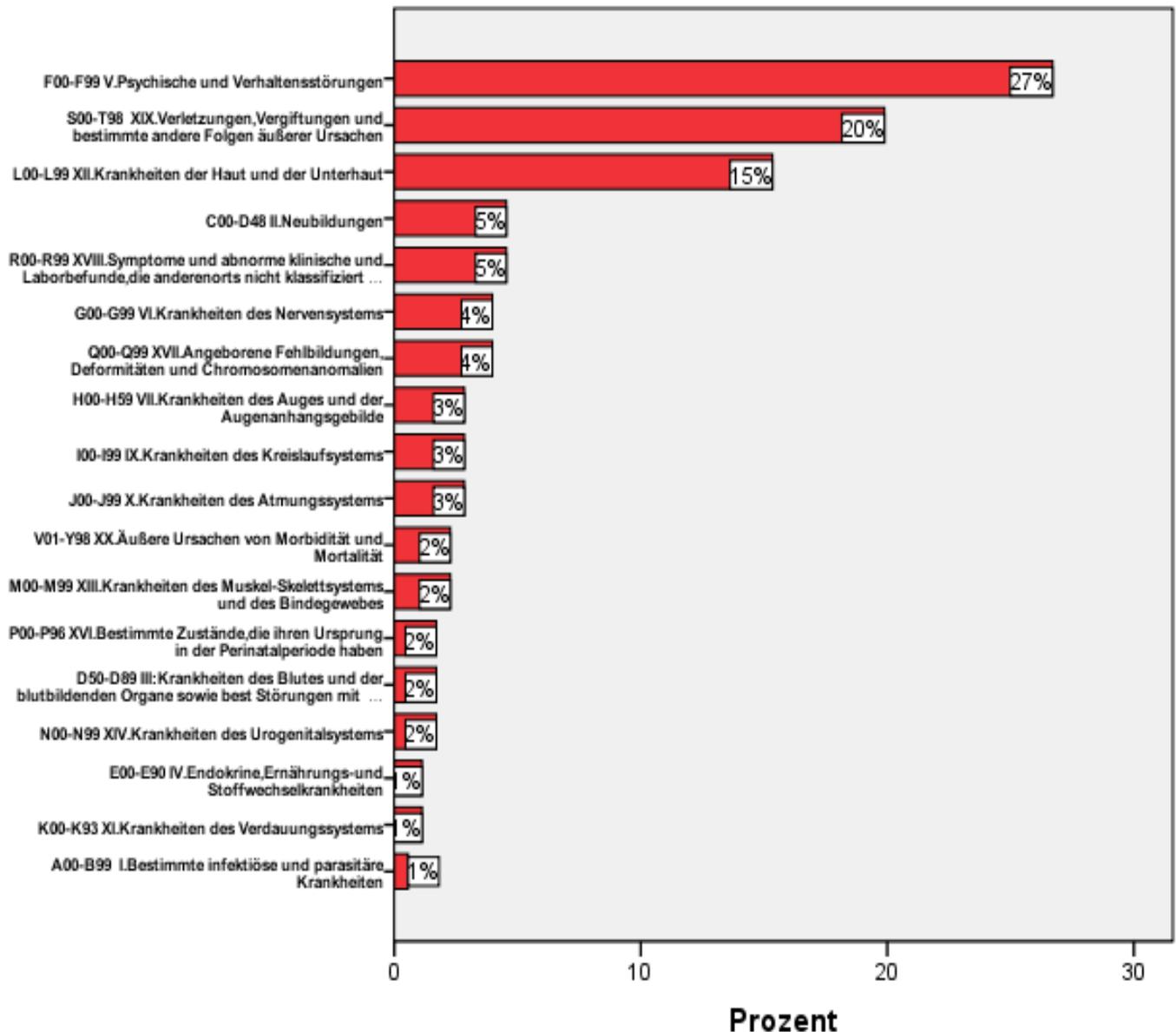
Frage: Wie ist die Verteilung der Aufnahmediagnosen aus allen anfragenden Kliniken?

Betrachtet man die Verteilung der Aufnahmediagnosen nach ICD-10 aller anfragenden Kliniken, so ergeben sich diese 3 häufigsten Diagnosegruppen:

- 1. F00- F99 V. Psychische und Verhaltensstörungen (27%)
- 2. S00- T98 XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (20%)
- 3. L00-L99 XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut (15%)

4. Ergebnisse

Abbildung 14: Rangliste der Aufnahmediagnosen der anfragenden Kliniken nach ICD-10



N= 176 (77%)

Die psychiatrische Klinik, als eine der drei Kliniken mit den meisten Konsilanfragen, ist auch die Klinik, die am häufigsten eine Aufnahmediagnose in F00-F99 angibt. Außerdem präsentiert sie Konsilpatienten mit einer anderen Altersverteilung als die anderen Kliniken. Aus der psychiatrischen Klinik kommt der Hauptteil der Patienten über 18 Jahre. Die Konsilpopulation aus der psychiatrischen Klinik ist durch ihre Altersverteilung und ihr

4. Ergebnisse

Aufnahmediagnosespektrum speziell, deshalb möchte ich als nächstes noch eine Rangfolge der Aufnahmediagnosen angeben unter Ausschluss der psychiatrischen Klinik.

4.2.3.1.2. Aufnahmediagnosen aus den anfragenden Kliniken nach ICD-10 ohne die Psychiatrische Klinik

Frage: Wie ist die Verteilung der Aufnahmediagnosen ohne die Psychiatrische Klinik?

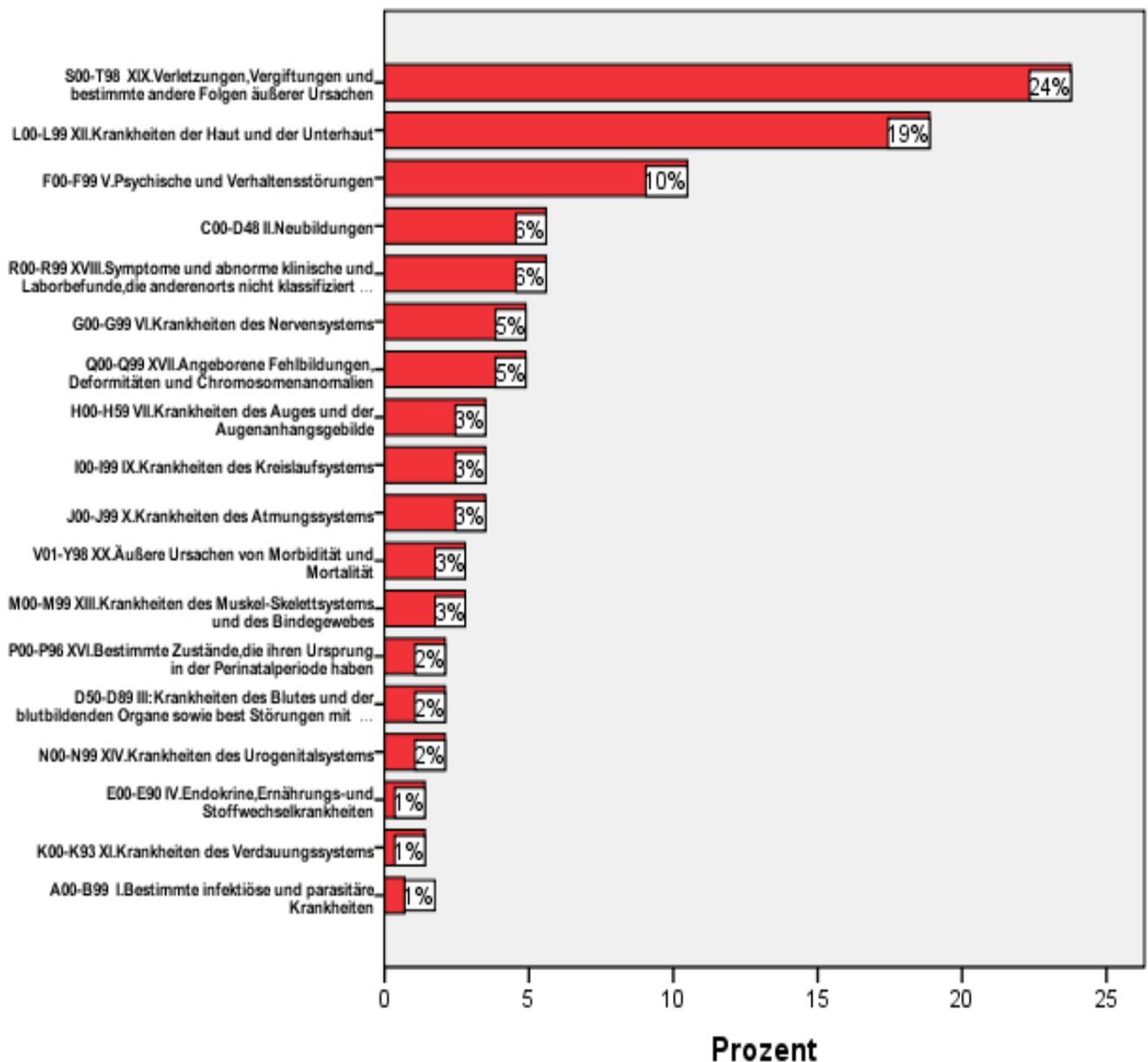
Es ergibt sich eine andere Reihenfolge der drei meist gestellten Aufnahmediagnosen nach ICD- 10 der anfragenden Kliniken klammert man die Psychiatrische Klinik aus und betrachtet alle anderen anfragenden Kliniken ohne die Psychiatrische Klinik. Die häufigste Aufnahmediagnose der „somatischen Kliniken“, die im Verlauf des stationären Aufenthaltes eines Patienten ein kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil anfordern kommt aus der Diagnosegruppe S00- T98 XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen.

Die drei häufigsten Diagnosegruppen nach ICD-10 bei Aufnahme der Konsilpatienten in den anfragenden Kliniken ohne die Psychiatrische Klinik sind:

- 1. S00- T98 XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (24%)
- 2. L00- L99 XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut (19%)
- 3. F00- F99 V. Psychische und Verhaltensstörungen

4. Ergebnisse

Abbildung 15: Rangliste der Aufnahmediagnosen der anfragenden Kliniken nach ICD-10 ohne die Psychiatrische Klinik



N= 143 (62%)

4. Ergebnisse

4.2.3.2. Verhaltenseinschätzung durch die anfragende Station

Frage: In welchem Verhalten fallen Kinder und Eltern der anfragenden Station auf, wie häufig ist dieses auffällige Verhalten?

Die Verhaltenseinschätzung wurde vom Personal der anfragenden Station ausgefüllt, hierbei handelte es sich v.a. um die Pflegekräfte. Insgesamt waren N= 135 (59%) Fragebögen von den anfragenden Stationen an das Institut zurückgegeben worden, auf denen N=125 (55%) Verhaltenseinschätzungen für die Untersuchung verwertbar waren, N= 94 (41%) Fragebögen fehlten in der Konsildokumentation oder wurden nicht ausgefüllt. Ein weiterer Grund für den Anteil an fehlender Information und die Varianz an fehlender Information zwischen den einzelnen Fragen ist, dass einzelne Fragen zur Verhaltenseinschätzung nicht beantwortet wurden, wenn der Patient oder die Eltern in diesem Punkt nicht beurteilbar waren, z.B. aufgrund des Alters des Patienten (Beispiel: Säugling) oder wenn die Eltern nie gesehen wurden, da sie das Kind während des Untersuchungszeitraumes nicht besucht haben. (siehe Analyse fehlender Werte!)

In den folgenden Untersuchungen werden die Bewertungen der Verhaltensmerkmale in auffälliges (bzw. negativ auffälliges und positiv auffälliges) und unauffälliges Verhalten eingeteilt und die Ergebnisse der Einschätzung werden einmal über den absteigenden prozentualen Anteil der Häufigkeiten an auffälligem Verhalten in eine Rangreihe sortiert und ein zweites Mal über den Mittelwert grafisch dargestellt, gerade letzteres ist ein übliches Verfahren, welches ich hier aufgrund seiner Anschaulichkeit anwende. Beide Verfahren bieten die Möglichkeit der Vergleichbarkeit der Daten dieser Arbeit mit anderen Arbeiten und werden Grundlage einiger wichtiger Diskussionspunkte dieser Arbeit sein.

4.2.3.2.1. Verhalten der Kinder

In Tabelle 10 sind die Häufigkeiten der Bewertungen der Verhaltensmerkmale der Kinder aufgeführt, die Ausprägungsgrade, die als „auffällig“ (je nach Fragestellung: Wert 1 und 2 oder 4 und 5) gewertet wurden, sind fettgedruckt.

4. Ergebnisse

Tabelle 10: Häufigkeiten der Bewertungen des Verhaltens der Kinder durch die anfordernde Station

Im Vergleich zu anderen gleichaltrigen Kindern auf der Station in einer vergleichbaren Situation ist dieses Kind von „viel mehr“ bis „viel weniger“ ...	viel mehr = 1	mehr = 2	gleich = 3	weniger = 4	viel weniger = 5	Gesamt N=	nicht beurteilbar N=
Wie unruhig ist das Kind?	16	24	30	32	15	117	8
Wie stabil ist die Stimmung des Kindes?	2	13	40	40	20	115	10
Wie stark nimmt das Kind Kontakt mit anderen Kindern auf?	2	10	36	32	13	93	32
Wie stark nimmt das Kind Kontakt mit Erwachsenen auf?	6	33	42	33	5	119	6
Wie viel aggressive Handlungen zeigt das Kind?	7	24	30	32	17	110	15
Wie ängstlich verhält sich das Kind?	9	35	40	23	10	117	8
Wie viel Probleme gibt es mit der Nahrungsaufnahme?	7	13	52	11	18	101	24
Wie sehr freut sich das Kind über den Besuch der Eltern?	8	18	52	14	2	94	31
Wie viel Zutrauen zu sich selbst zeigt das Kind?	3	12	39	38	14	106	19
Wie stark hat sich das Kind seit Aufnahme psychisch verändert?	5	30	44	7	4	90	35

N= 125 (55%). Absolute Häufigkeiten. Ausprägungsgrade, die als „auffällig“ bewertet werden, sind fettgedruckt.

Auffälliges Verhalten nach absteigender Häufigkeit (Prozent), Kinder

In Tabelle 11 sind die Verhaltensmerkmale nach absteigendem Prozent- Anteil der Häufigkeiten an auffälligem Verhalten aufgelistet.

Aus Sicht der anfragenden Station waren die Kinder mit 48% am häufigsten auffällig in der Stabilität ihrer Stimmung, gefolgt von der Auffälligkeit, dass die Kinder wenig Selbstvertrauen zeigten (42%) und dass sie weniger Kontakt mit anderen Kindern aufnahmen (36%). Am wenigsten fielen Probleme bei der Nahrungsaufnahme (16%) und Freudlosigkeit über den Besuch der Eltern (13%) auf.

Von der anfragenden Station konnte am besten bewertet werden, wie stark ein Kind Kontakt mit Erwachsenen aufnahm (N=119), wie unruhig oder wie ängstlich (mit jeweils N= 117) es sich verhielt.

4. Ergebnisse

Scheinbar fiel die Bewertung in den Fragen, wie stark sich ein Kind seit Aufnahme psychisch verändert hat (N= 90), wie stark das Kind Kontakt mit anderen Kindern aufnimmt (N= 93) und wie sehr es sich über den Besuch der Eltern freut (N= 94), schwerer.

Tabelle 11: Verhaltenseinschätzung der Kinder als auffällige und unauffällige Gruppe

	auffällig		unauffällig		Gesamt/ vorhandene Info zum Verhalten	MW*	STD**	nicht beurteilbar	
	N	%	N	%				N	%
1. Wie stabil ist die Stimmung des Kindes?	60	48	55	44	N= 115	3,55	0,97	10	8
2. Wie viel Zutrauen zu sich selbst zeigt das Kind?	52	42	54	43	N= 106	3,45	0,96	19	15
3. Wie stark nimmt das Kind Kontakt mit anderen Kindern auf?	45	36	48	38	N= 93	3,47	0,94	32	26
4. Wie ängstlich verhält sich das Kind?	44	35	73	58	N= 117	2,91	1,07	8	6
5. Wie unruhig ist das Kind?	40	32	77	62	N= 117	3,05	1,25	8	6
6. Wie stark nimmt das Kind Kontakt mit Erwachsenen auf?	38	30	81	65	N= 119	2,98	0,97	6	5
7. Wie stark hat sich das Kind seit Aufnahme psychisch verändert?	35	28	55	44	N= 90	2,72	0,86	35	28
8. Wie viel aggressive Handlungen zeigt das Kind?	31	25	79	63	N= 110	3,25	1,15	15	12
9. Wie viel Probleme gibt es mit der Nahrungsaufnahme?	20	16	81	65	N= 101	3,2	1,1	24	19
10. Wie sehr freut sich das Kind über den Besuch der Eltern?	16	13	78	62	N= 94	2,83	0,86	31	25

N= 125 (55%). Die prozentualen Häufigkeiten der Gruppe der auffälligen Verhaltenseinschätzungen sind absteigend sortiert.

MW*= Mittelwert der Verhaltenseinschätzung des betreffenden Verhaltensmerkmals

STD**= Standardabweichung dieses Mittelwertes

4. Ergebnisse

Zusammenhangsanalysen mit Alter und Geschlecht:

Für die Untersuchung des auffälligen Verhaltens auf einen Zusammenhang mit dem Alter wurde das Alter in zwei Gruppen ($>$ und $<$ 6 Jahre) zusammengefasst.

- Die Altersgruppe $>$ 6 Jahre fällt tendenziell am häufigsten in ihrer Stimmung, im Selbstvertrauen und im Kontakt mit anderen Kindern auf, Kontakt mit anderen Kindern und psychische Veränderung waren schwerer zu beurteilen
- Die Altersgruppe $<$ 6 Jahre fällt tendenziell am häufigsten durch ängstliches und unruhiges Verhalten auf, Selbstvertrauen, psychische Veränderung und Unruhe waren hier am schwersten zu beurteilen, insgesamt liegt hier der Prozentsatz des nicht beurteilbaren Verhaltensmerkmals höher als bei der älteren Gruppe
- Die männlichen Konsilpatienten fallen am häufigsten tendenziell durch ihr Sozialverhalten, hier durch mehr Unruhe, weniger Kontakt zu anderen Kindern und Erwachsenen und ängstliches Verhalten auf
- Die weiblichen Konsilpatienten fallen am häufigsten tendenziell durch mangelndes Selbstvertrauen und Stimmungslabilität auf

4. Ergebnisse

Tabelle 12: kindliches, auffälliges Verhalten in Zusammenhang mit Alter und Geschlecht

	Auffälliges Verhalten und Alter < 6 Jahre und > 6 Jahre in %		Nicht beurteilbar in %	Auffälliges Verhalten und Geschlecht in %		Nicht beurteilbar in %
	< 6	> 6		m	w	
Unruhe	< 6	38	40	m	46	8
	> 6	31	4	w	19	5
Stimmung	< 6	25	38	m	46	10
	> 6	51	4	w	50	6
Kontakt mit Kindern	< 6	31	25	m	46	20
	> 6	37	26	w	27	31
Kontakt mit Erwachsenen	< 6	31	25	m	38	5
	> 6	30	2	w	23	5
Aggressives Verhalten	< 6	31	25	m	38	13
	> 6	24	10	w	13	11
Ängstliches Verhalten	< 6	38	25	m	39	7
	> 6	35	4	w	31	6
Nahrungsaufnahme	< 6	19	25	m	13	16
	> 6	16	18	w	19	22
Freude über Elternbesuch	< 6	25	38	m	14	23
	> 6	11	23	w	11	27
Selbstvertrauen	< 6	2	50	m	36	16
	> 6	46	10	w	47	14
Psychische Veränderung	< 6	19	50	m	34	30
	> 6	29	25	w	22	27

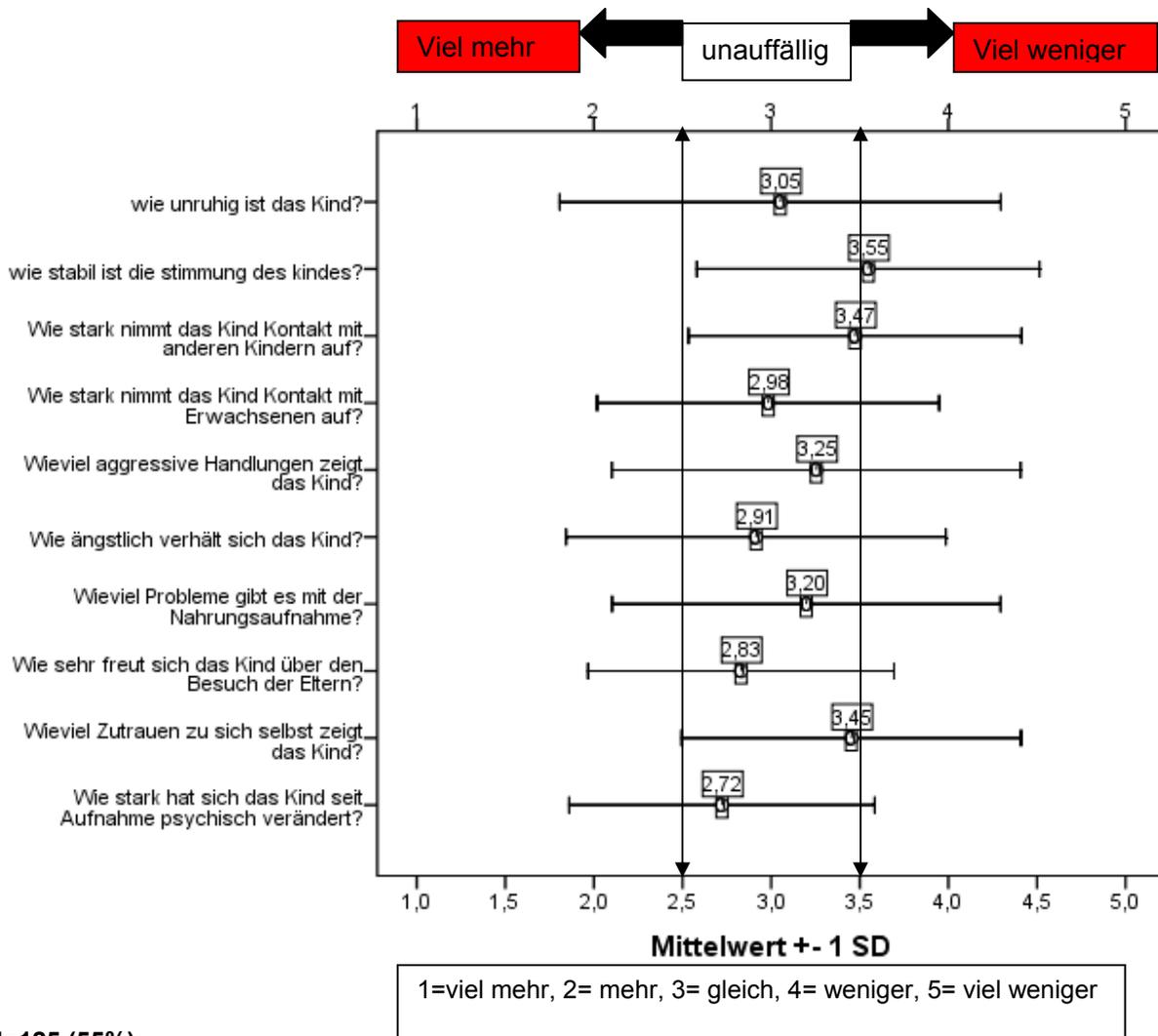
N= 125 (55%)

Mittelwerte der Verhaltenseinschätzungen der Kinder

Eine weitere Möglichkeit zur Darstellung der Ergebnisse der untersuchten Verhaltenseinschätzungen ist eine Grafik der Mittelwerte. Ob die jeweilige Frage vielleicht etwas leichter (größere Fallzahl) oder schwerer (geringere Fallzahl) zu beantworten war, ist unter der Abbildung durch Angabe der Fallzahlen der verschiedenen beantworteten Fragen angegeben. Für die Interpretation der Ergebnisse ist ein Bereich für unauffälliges und für auffälliges Verhalten zu definieren. Ich habe den Bereich von 2,5- 3,5 als unauffälligen Bereich definiert (s. Methodik, Clusteranalyse S.43), die Bereiche entsprechend darüber und darunter je nach Formulierung der Frage als auffälligen Bereich. Die Grafik zeigt, dass die Mittelwerte der Verhaltenseinschätzung der Kinder alle bis auf einen im unauffälligen Bereich liegen. Hiernach scheinen die Schwestern im Mittel nur die Stimmung mit einem Mittelwert von 3,55 als leicht auffällig in Richtung „weniger stabil“ bewertet zu haben.

4. Ergebnisse

Abbildung 16: Verhaltenseinschätzung des Kindes, Vergleich der Mittelwerte



N=125 (55%)

Fallzahlen der Verhaltensmerkmale: Unruhe (N=117), Stimmung (N=115), Kontakt mit Kindern (N=93), Kontakt mit Erwachsenen (N=119), aggressives Verhalten (N=110), Angst (N=117), Probleme Nahrungsaufnahme (N=101), Freude über elterlichen Besuch (N=94), Selbstvertrauen (N=106), psychische Veränderung (N=90)

SD= Standardabweichung, eingezeichnet durch horizontale Linie über Mittelwert

4. Ergebnisse

4.2.3.2.2. Verhalten der Eltern

Die Häufigkeiten der Bewertungen der Verhaltensmerkmale der Kindseltern finden sich in Tabelle 13. Die Häufigkeiten in den Bereichen der Ausprägungsgrade, die als „auffällig“ gewertet wurden, sind fettgedruckt.

Tabelle 13: Häufigkeiten der Bewertungen des Verhaltens der Kindseltern durch die anfordernde Station

Im Vergleich zu anderen Eltern auf der Station in einer vergleichbaren Situation z.B. besuchen diese Eltern ihr Kind „viel mehr“ bis „viel weniger“...	viel mehr = 1	mehr = 2	gleich = 3	weniger = 4	viel weniger = 5	Gesamt N=	nicht beurteilbar N=
Wie häufig haben die Eltern das Kind besucht?	12	23	34	17	6	92	33
Wie gut erkennen die Eltern die Bedürfnisse des Kindes?	6	22	30	38	6	102	23
Äußern die Eltern sich positiv über das Kind?	11	27	41	21	5	105	20
Wie viel Interesse am Kind äußern die Eltern?	15	42	39	7	4	107	18
Wie gut können die Eltern das Kind beruhigen?	5	18	40	33	6	102	23
Wie oft berichten die Eltern über aktuelle, eigene Belastungssituationen?	15	31	18	30	9	103	22
Haben die Eltern Probleme beim Füttern oder der Pflege ihres Kindes?	6	15	39	12	7	79	46
Wie gut ist die Kooperationsbereitschaft der Eltern mit den Schwestern?	11	15	47	21	4	98	27

N= 125 (55%). Absolute Häufigkeiten. Ausprägungsgrade, die als „auffällig“ bewertet werden, sind fettgedruckt.

Auffälliges Verhalten nach absteigender Häufigkeit (Prozent), Kindseltern

In Tabelle 14 sind die Verhaltensmerkmale nach absteigendem Prozent- Anteil der Häufigkeiten an auffälligem Verhalten aufgelistet.

4. Ergebnisse

Die anfragende Station schätzte mit 37% als am meisten auffällig ein, dass die Eltern mehr über aktuelle, eigene Belastungssituationen berichten. Es folgen die zwei Verhaltensmerkmale, dass die Eltern weniger die Bedürfnisse des Kindes erkennen (35%) und dass die Eltern das Kind weniger beruhigen können (31%). Insgesamt ist hier aber zu sagen, dass das unauffällige Verhalten der Eltern bei diesen Verhaltensmerkmalen überwiegt. Am wenigsten auffällig waren nach dieser Berechnung die Eltern in folgendem Verhalten: Interesse am Kind (9%), Füttern und Pflege des Kindes(17%) und Besuchshäufigkeit(18%).

Leichter fiel der anfragenden Station zu beurteilen, ob die Eltern Interesse am Kind äußern (N=107) und ob sich die Eltern positiv über das Kind äußern (N= 105), da es bei diesen Verhaltensmerkmalen am wenigsten fehlende Daten gab.

Die Einschätzung war schwerer beim Verhaltensmerkmal: Probleme beim Füttern oder der Pflege des Kindes, mit N= 79 fehlten hier die meisten Daten. Dies liegt daran, dass es nur einen kleinen Teil von Kindern im Säuglings- und Kleinkindalter in der Stichprobe gibt und dieses Merkmal bei älteren Kindern und Jugendlichen nicht beurteilbar ist oder die Eltern nie auf Station gesehen wurden.

4. Ergebnisse

Tabelle 14: Verhaltenseinschätzung der Kindseltern als auffällige und unauffällige Gruppe

	auffällig		unauffällig		Gesamt/ Vorhandene Info zum Verhalten	MW*	STD**	nicht beurteilbar	
	N	%	N	%				N	%
1. Wie oft berichten die Eltern über aktuelle, eigene Belastungssituationen?	46	37	57	45	N= 103	2,87	1,23	22	18
2. Wie gut erkennen die Eltern die Bedürfnisse des Kindes?	44	35	58	47	N= 102	3,16	1,02	23	18
3. Wie gut können die Eltern das Kind beruhigen?	39	31	63	51	N= 102	3,17	0,96	23	18
4. Äußern die Eltern sich positiv über das Kind?	26	21	79	63	N= 105	2,83	1,02	20	16
5. Wie gut ist die Kooperationsbereitschaft der Eltern mit den Schwestern?	25	20	73	58	N= 98	2,92	0,99	27	22
6. Wie häufig haben die Eltern das Kind besucht?	23	18	69	56	N= 92	2,8	1,09	33	26
7. Haben die Eltern Probleme beim Füttern oder der Pflege des Kindes?	21	17	58	46	N= 79	2,99	1,01	46	37
8. Wie viel Interesse am Kind äußern die Eltern?	11	9	96	77	N= 107	2,47	0,95	18	14

N= 125 (55%). Die prozentualen Häufigkeiten der Gruppe der auffälligen Verhaltenseinschätzungen sind absteigend sortiert.

*MW= Mittelwert der Verhaltenseinschätzung des betreffenden Verhaltensmerkmals

**STD= Standardabweichung dieses Mittelwertes

Zusammenhangsanalysen mit Alter und Geschlecht:

Die 5 Altersgruppen wurden zur Überprüfung eines Zusammenhangs mit dem Alter zu zwei Altersgruppen zusammengefasst (< und > 6 Jahre).

Die Tendenz geht dahin, dass:

- In der Altersgruppe < 6 Jahre fielen Eltern vorrangig dadurch auf, dass sie ihr Kind weniger beruhigen konnten, weniger die kindlichen Bedürfnisse erkannten und mehr über eigene Belastungssituationen berichteten, weniger beurteilbar war in dieser

4. Ergebnisse

Altersgruppe das Füttern und die Pflege des Kindes und die Häufigkeit der Elternbesuche

- In der Altersgruppe > 6 Jahre fielen Eltern am häufigsten durch dieselben Merkmale auf, schwerer zu beurteilen waren Füttern und Pflege des Kindes, die Frequenz der Elternbesuche und die Kooperation mit den Schwestern

Tabelle 15: Elterliches auffälliges Verhalten in Zusammenhang mit Alter und Geschlecht des Kindes

	Auffälliges Verhalten und Alter < 6 Jahre und > 6 Jahre in %		Nicht beurteilbar in %	Auffälliges Verhalten und Geschlecht in %		Nicht beurteilbar in %
	< 6	> 6		m	w	
Häufigkeit des Elternbesuchs	< 6	25	31	m	23	23
	> 6	17	26	w	14	30
Erkennen der kindlichen Bedürfnisse	< 6	50	13	m	36	18
	> 6	33	19	w	34	19
Positive Äußerungen	< 6	19	6	m	20	15
	> 6	21	17	w	22	17
Interesse am Kind	< 6	19	6	m	8	13
	> 6	7	16	w	9	15
Beruhigung des Kindes	< 6	56	6	m	31	16
	> 6	28	20	w	31	20
Eigene Belastungssituation	< 6	50	0	m	38	16
	> 6	35	20	w	36	19
Füttern und Pflege des Kindes	< 6	38	38	m	16	33
	> 6	14	37	w	17	41
Kooperation mit Schwestern	< 6	44	6	m	25	20
	> 6	17	24	w	16	23

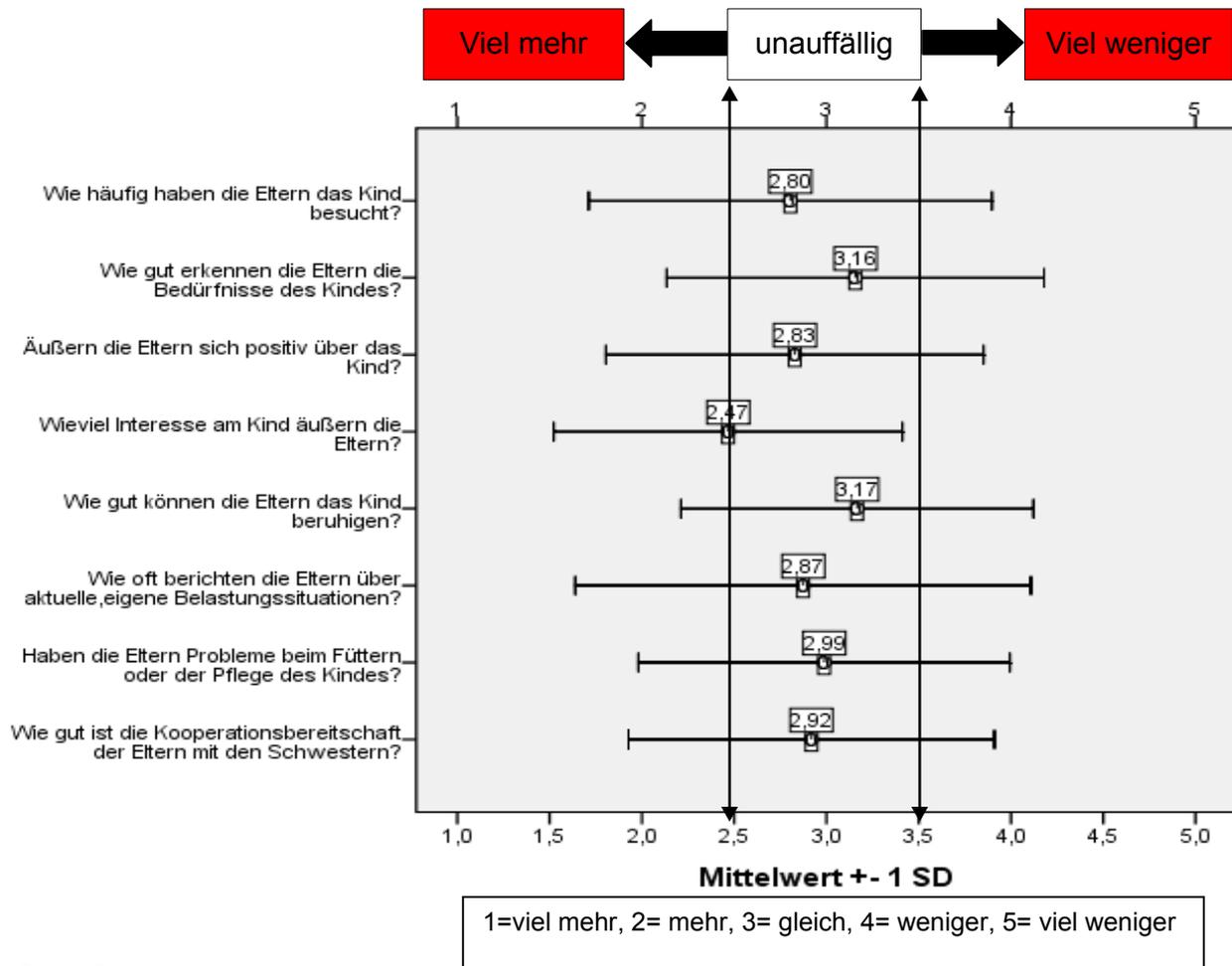
N= 125 (55%)

Mittelwerte der Verhaltenseinschätzungen der Kindseltern

Nach der Definition für auffälliges (positiv und negativ) und unauffälliges Verhalten (Bereich zwischen 2,5 und 3,5 s. Methodik/Verhalten der Kinder S.64) ergibt sich für die Interpretation, dass die Schwestern im Mittel das Verhalten der Kindseltern nur wieder in einem Merkmal als auffällig bewerten, und zwar das Merkmal „Interesse am Kind“ liegt mit einem Mittelwert von 2,47 leicht im auffälligen Bereich, in Richtung „mehr Interesse am Kind“. Die anderen Verhaltensmerkmale liegen mit ihrem Mittelwert im als unauffällig definierten Bereich.

4. Ergebnisse

Abbildung 17: Verhaltenseinschätzung der Eltern, Vergleich der Mittelwerte



N=125 (55%)

Fallzahlen der Verhaltensmerkmale 1-8: Elternbesuche (N=92), kindl Bedürfnisse erkennen (N=102), positive Äußerungen (N=105), Interesse am Kind (N=107), Kind beruhigen (N=102), eigene Belastungssituationen (N=103), Probleme bei Füttern und Pflege (N=79), Kooperation mit Schwestern (N=98)

SD= Standardabweichung, eingezeichnet durch horizontale Linie über Mittelwert

4. Ergebnisse

4.2.3.3. Fragestellung der anfragenden Station

Frage: Gibt es eine Fragestellung der anfragenden Station für das Konsil?

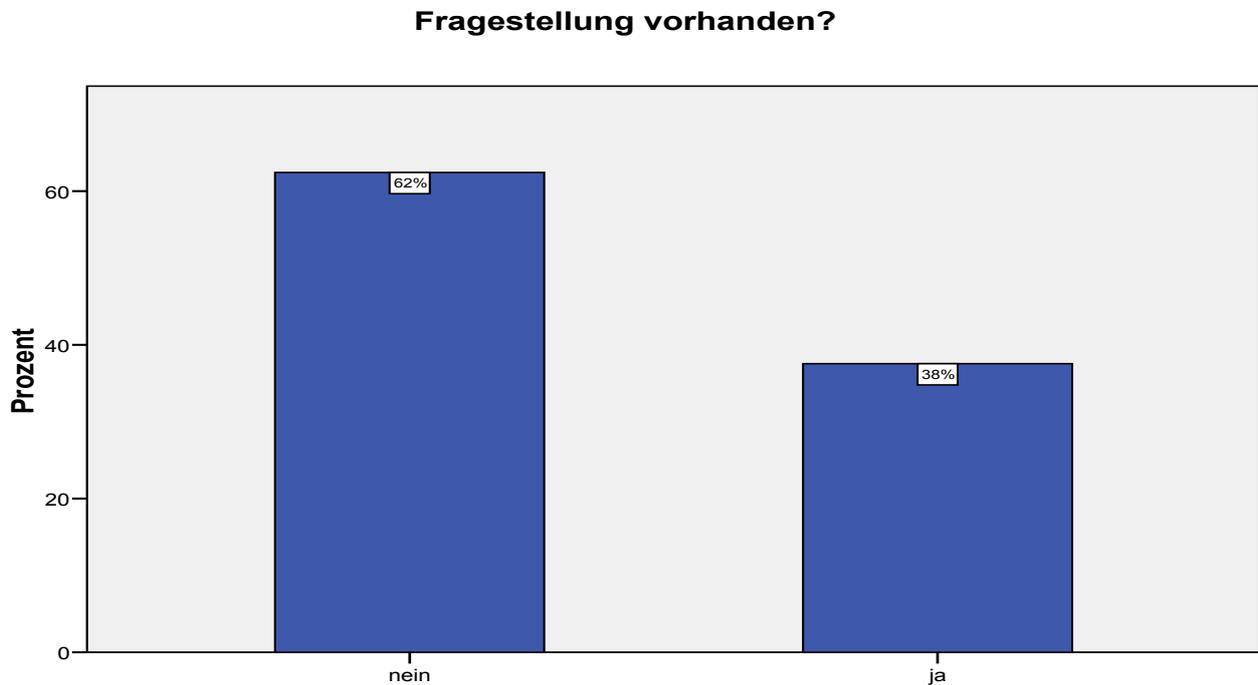
Eine Information über die Fragestellung der anfragenden Klinik war in N= 221 Fällen zu erlangen, entweder durch den Fragebogen für die Station, Konsildokumentation (S.1) oder durch den in der Patientenakte noch vorhandenen Konsilanforderungsschein.

Eine Fragestellung von der anfordernden Klinik war in 38% (N= 84) der Fälle vorhanden und schriftlich festgehalten worden. In **62 %** (N= 137) der Fälle war eine Fragestellung auf der Seite 1 der Konsildokumentation oder auf dem Konsilanforderungsschein von der anfragenden Klinik **nicht formuliert** worden!

Es besteht aber die Möglichkeit, dass von diesen 62% eine Fragestellung bei einer telefonischen Konsilanfrage vom Anfrager formuliert wurde, jedoch nicht schriftlich festgehalten wurde, oder vom Konsiliar handschriftlich notiert wurde. Die letztere Möglichkeit wurde in der Berechnung nicht berücksichtigt, da in diesen Fällen nicht mehr nachzuvollziehen war (z.B. handschriftliche Aufzeichnungen des Konsiliars in der Konsilakte), ob die Fragestellung von der anfragenden Klinik oder vom Konsiliar formuliert wurde.

4. Ergebnisse

Abbildung 18: Anteil der Fragestellungen



N= 221 (97%). Prozentualer Anteil der Fragestellungen, die von der anfragenden Station formuliert und dokumentiert worden sind

4.2.3.3.1. Häufigkeiten der Kategorien der Fragestellungen

Frage: Wie sehen die Fragestellungen aus und wie ist deren Verteilung?

Die N= 84 (38%) vorhandenen und dokumentierten Fragestellungen der Anfrager wurden für die weitere Untersuchung in ein Kategoriensystem (s. Methodik-Teil) eingeordnet.

Die Eingruppierung der Fragestellungen in die verschiedenen Kategorien erfolgte ohne die Möglichkeit der Mehrfachnennungen. Ein Fall wurde in die Kategorie eingruppiert, die bei der Fragestellung im Vordergrund stand.

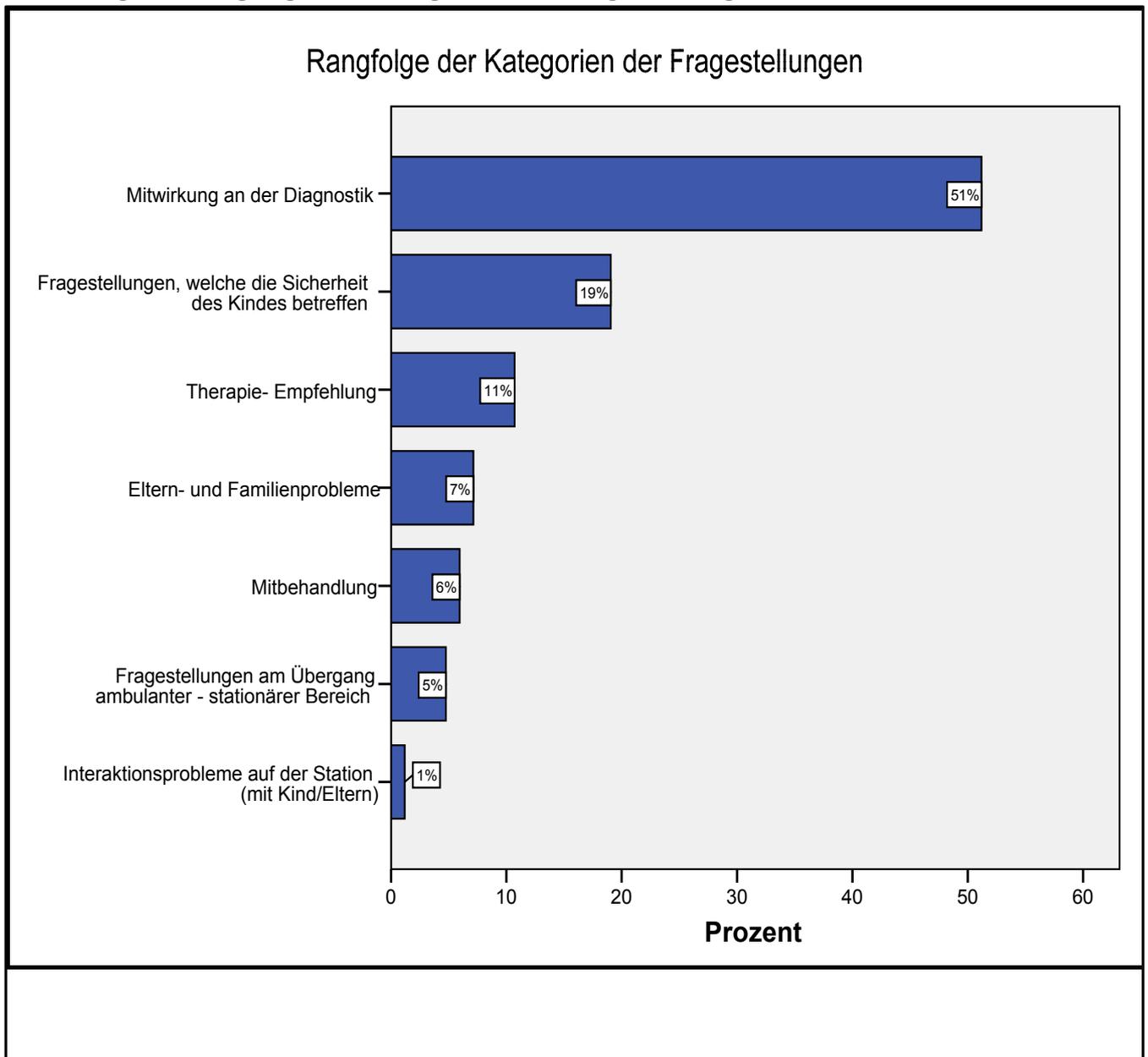
Die folgende Abbildung zeigt die Rangfolge der Häufigkeiten der verschiedenen Kategorien.

Die Top 3 der Fragestellungen: deutlich an erster Stelle steht hier mit 51% die Kategorie „Mitwirkung an der Diagnostik“, gefolgt von „Fragestellungen, welche die Sicherheit des Kindes betreffen“ mit 19% und 11% betrafen die Kategorie „Therapie- Empfehlung“.

4. Ergebnisse

Es folgen in absteigender Reihenfolge Eltern- und Familienprobleme (7%), Fragen nach Mitbehandlung durch den Konsiliar (6%), Fragestellungen am Übergang ambulanter-stationärer Bereich (5%) und Interaktionsprobleme auf der Station (1%).

Abbildung 19: Rangfolge der Kategorien der Fragestellungen



N=84 (37%)

4. Ergebnisse

4.2.4. Die Konsilantwort

4.2.4.1. Die Konsilanlässe

Frage: Wie sieht die Rangliste der Konsilanlässe aus?

Ein Anlass der Vorstellung war in N= 200 Fällen (87%) dokumentiert. Der häufigste Grund für eine konsiliarische Vorstellung war mit N= 79 Fällen (40%) eine chronische Erkrankung, es folgten mit N= 76 Fällen (38%) Probleme mit der Krankheitsbewältigung/ Coping und mit N= 44 (22%) kindliche Verhaltensauffälligkeiten. Die weiteren Anlässe für ein Konsil sind in absteigender Reihenfolge der Häufigkeit in Tabelle 16 aufgeführt.

Tabelle16 : Anlass der Vorstellung für ein Konsil

N= 200 (100%) Anlass der Vorstellung	Fälle absolut N=	Fälle in %
1. Chronische Erkrankung	79	40
2. Probleme mit Krankheitsbewältigung/ Coping	76	38
3. Kindliche Verhaltensauffälligkeiten	44	22
4. Psychosomatische Erkrankungen	37	19
5. Sonstige	36	18
6. Suizidale Handlungen	33	16
7. (andere) Eltern-Kind-Probleme	21	11
8. Organisch bedingte psychische Störungen	15	8
9. Entwicklungs- und Gedeihstörungen	12	6
10. Kindesmisshandlung	11	5
11. Sexueller Missbrauch	10	5
12. Essstörung	9	4
12. Kommunikationsstörungen	9	4
13. Münchhausen by proxy	1	1

N=200 (87%)

4. Ergebnisse

Fälle in %: bei den Prozentangaben handelt es sich um Zeilenprozent und sie beziehen sich auf 200 (= 100%) gültige Fälle. Der Rest von Hundert betrifft in der jeweiligen Zeile die Aussage „nein“, dieser Anlass der Vorstellung traf für diese Fälle nicht zu. Mehrfachnennungen waren möglich. Häufigkeiten und gültige Prozente absteigend sortiert.

4.2.4.1.1. Konsilanlässe nach Geschlechter- und Altersgruppen

Frage: Wie verteilen sich Geschlechter und Altersgruppen auf die Konsilanlässe?

Bei der Dokumentation des Konsilanlasses waren Mehrfachnennungen möglich. Genannt werden in absteigender Reihenfolge die drei häufigsten Konsilanlässe der jeweiligen Geschlechts-/Altersgruppe. Die Ranglisten der folgenden Konsilanlässe sind den Tabellen A 15 und 16 im Anhang zu entnehmen.

Tabelle 17: Konsilanlässe nach Geschlecht

Geschlecht	Konsilanlass
Männlich (N=91)	<ul style="list-style-type: none">• Chronische Erkrankung (N=38)• Copingprobleme (N=32)• Kindliche Verhaltensauffälligkeiten (N=31)
Weiblich (N=107)	<ul style="list-style-type: none">• Copingprobleme (N=43)• Chronische Erkrankung (N=40)• Psychosomatische Erkrankung (N=26)

N=198 (86%)

4. Ergebnisse

Tabelle 18: Konsilanlässe nach Altersgruppen

Altersgruppe	Konsilanlass
0-2,11 Jahre (N=12)	<ul style="list-style-type: none">• Kindsmißhandlung (N=5)• Chronische Erkrankung (N=5)• Copingprobleme (N=5)
3-5,11 Jahre (N=11)	<ul style="list-style-type: none">• Kindliche Verhaltensauffälligkeiten (N=7)• Kindsmißhandlungen (N=5)• Eltern-Kind-Probleme (N=3)
6-11,11 Jahre (N=47)	<ul style="list-style-type: none">• Chronische Erkrankung (N=16)• Psychosomatische Erkrankung (N=14)• Copingprobleme (N=12)
12-17,11 Jahre (N=95)	<ul style="list-style-type: none">• Copingprobleme (N=45)• Chronische Erkrankungen (N=44)• Suizidale Handlungen (N=25)
>18 Jahre (N=35)	<ul style="list-style-type: none">• Sonstige (N=17)• Copingprobleme (N=12)• Chronische Erkrankung (N=12)

N=200 (87%)

4.2.4.2. Psychopathologischer Aufnahmebefund

Frage: Welche Störungen sind führend im psychopathologischen Befund des Konsiliariums?

Bei 174 Fällen (76%) der Stichprobe wurde ein vollständiger psychopathologischer Aufnahmebefund dokumentiert. In N= 55 (24%) Fällen fehlte dieser Teil der Konsildokumentation in der Patientenakte, da, neben Dokumentationslücken, der Patient z.B. als Säugling oder beatmeter Patient psychopathologisch nicht beurteilbar war, oder es sich nur um ein telefonisches Konsil handelte bei dem der Patient nicht gesehen wurde. In N=117 Fällen wurde 255 Mal eine leicht ausgeprägte Störung dokumentiert und in N=115 Fällen wurde 283 Mal eine stark ausgeprägte Störung dokumentiert.

In der folgenden Tabelle ist eine Rangreihe der ausgeprägten Störungen im psychopathologischen Aufnahmebefund mit Prozentzahlen und Fallzahlen absteigend sortiert. Die in der Dokumentation mögliche Differenzierung in „leicht ausgeprägt“ und „stark ausgeprägt“ wurde zusammengefasst (Differenzierung s. Tabellen A 17 und 18 im Anhang)

4. Ergebnisse

und geht in die Berechnung unter „ausgeprägt“ ein. Mehrfachnennungen sind möglich. Innerhalb einer Zeile verteilen sich die restlichen Prozent von Hundert auf das Merkmal „unauffällig“ (die Störung ist bei diesem Patienten nicht ausgeprägt). Das heißt z.B. von N=174 untersuchten Patienten hatten N= 114 (66%) eine Störung von Stimmung und Affekt, der Rest von Hundert war unauffällig in Stimmung und Affekt. Die 3 Störungen, die am häufigsten vertreten waren sind die folgenden: An erster Stelle steht die Störung von Stimmung und Affekt mit 66%, an zweiter Stelle die Störung der Interaktion mit 48%, ähnlich die Häufigkeit der Störung von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle mit 47% an dritter Stelle.

Tabelle 19: Auffälligkeiten im psychopathologischen Befund

N=174 (100%) Störung von/ der/ des...	Ausgeprägt Fälle in %	Ausgeprägt N=
1. Stimmung und Affekt	66	114
2. Interaktion	48	83
3. Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle	47	81
4. Funktionelle und somatoforme Störungen	25	43
5. Psychomotorik	22	39
6. Angststörungen	22	38
7. Sozialverhaltens	21	37
8. Sprechens und der Sprache	17	29
9. Formale Denkstörungen	16	27
10. Essstörungen	8	14
11. Zwangsstörungen	5	9
12. Inhaltliche Denkstörungen	5	8
13. andere Störungen	5	8
14. Merkfähigkeit, Orientierung und Bewusstsein	5	8
15. Ich-Störungen	0	0
16. Sinnestäuschungen	0	0

N= 174 (76%). Prozentwerte und Fallzahlen der ausgeprägten Störungen („leicht und stark ausgeprägt“ wurden zusammengefasst) sind absteigend sortiert.

Innerhalb der betreffenden Störung verteilen sich die restlichen Prozent bzw. Fälle auf das Merkmal „unauffällig“, d.h. diese Störung ist bei diesem Patienten nicht ausgeprägt. Als „nicht beurteilbar“ wurden

4. Ergebnisse

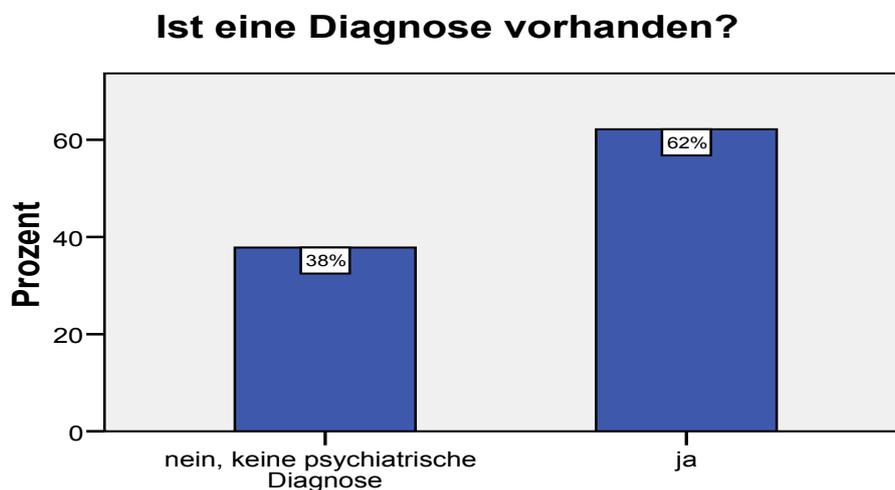
Fälle oder Störungen klassifiziert, bei denen der Patient im Konsil nicht gesehen wurde oder nicht beurteilbar war.

4.2.4.3. Klinisch- psychiatrische Diagnose

Frage: Wie oft ist eine klinisch- psychiatrische Diagnose gestellt worden?

Bei 81% (N= 185) der 229 dokumentierten Fälle gab es eine Aussage zu dieser Frage. Eine Aussage zu dieser Frage war entweder nicht dokumentiert worden auf dem Konsildokumentationsbogen oder diese Seite der Konsildokumentation fehlte in der Patientenakte bei den restlichen 19% (=44 missings). Von den 185 (=100%) dokumentierten Fällen wurde in 62% der Fälle (=114 Fälle) eine psychiatrische Diagnose gestellt, die sich auf die psychiatrischen Diagnosegruppen F0-F9 verteilen. Eine Diagnose wurde außerhalb von F0-F9 gestellt, d.h. insgesamt wurde in 115 Fällen eine Diagnose vom Kinder- und Jugendpsychiater gestellt und in 38% der Fälle (=70 Fälle) wurde keine (psychiatrische) Diagnose vom Kinder- und Jugendpsychiater gestellt.

Abbildung 20: Häufigkeit der psychiatrischen Diagnose



N=185 (81%)

4. Ergebnisse

4.2.4.3.1. Psychiatrische Diagnosegruppen F0-F9

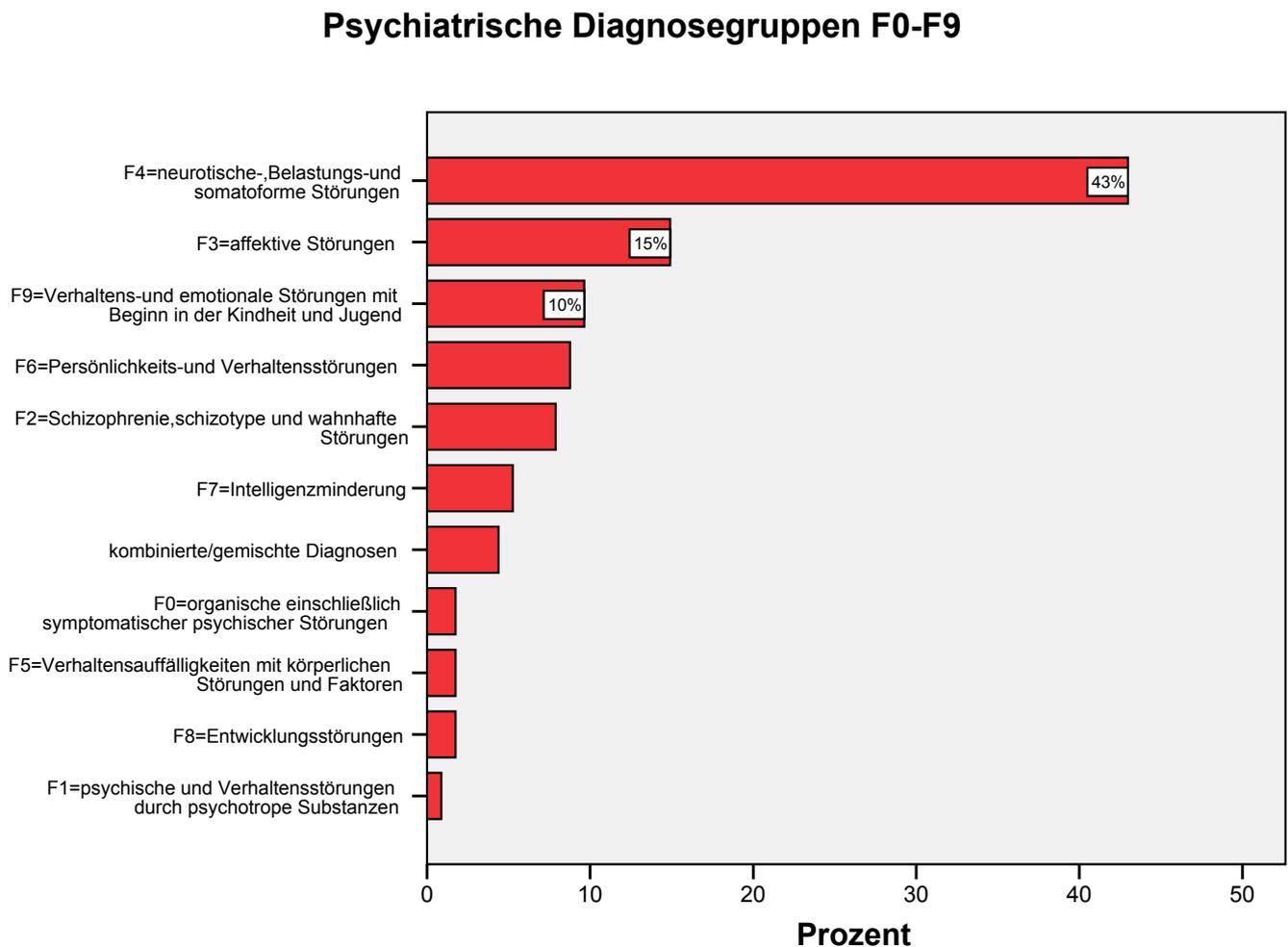
Frage: Wie sieht die Verteilung der psychiatrischen Diagnosegruppen F0- F9 aus?

Die Verteilung der psychiatrischen Diagnosen von N=114 Fällen in den psychiatrischen Diagnosegruppen F0- F9 ist in absteigender Reihenfolge im folgenden Balkendiagramm dargestellt. Die 3 häufigsten Diagnosegruppen sind:

1. F4= neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (43%)
2. F3= affektive Störungen (15%)
3. F9= Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (10%)

4. Ergebnisse

Abbildung 21: Rangfolge der psychiatrischen Diagnosen



N= 114 (50%). Verteilung der psychiatrischen Diagnosen in den psychiatrischen Diagnosegruppen F0-F9

4.2.4.3.2. Psychiatrische Diagnosegruppen nach Geschlecht und Alter

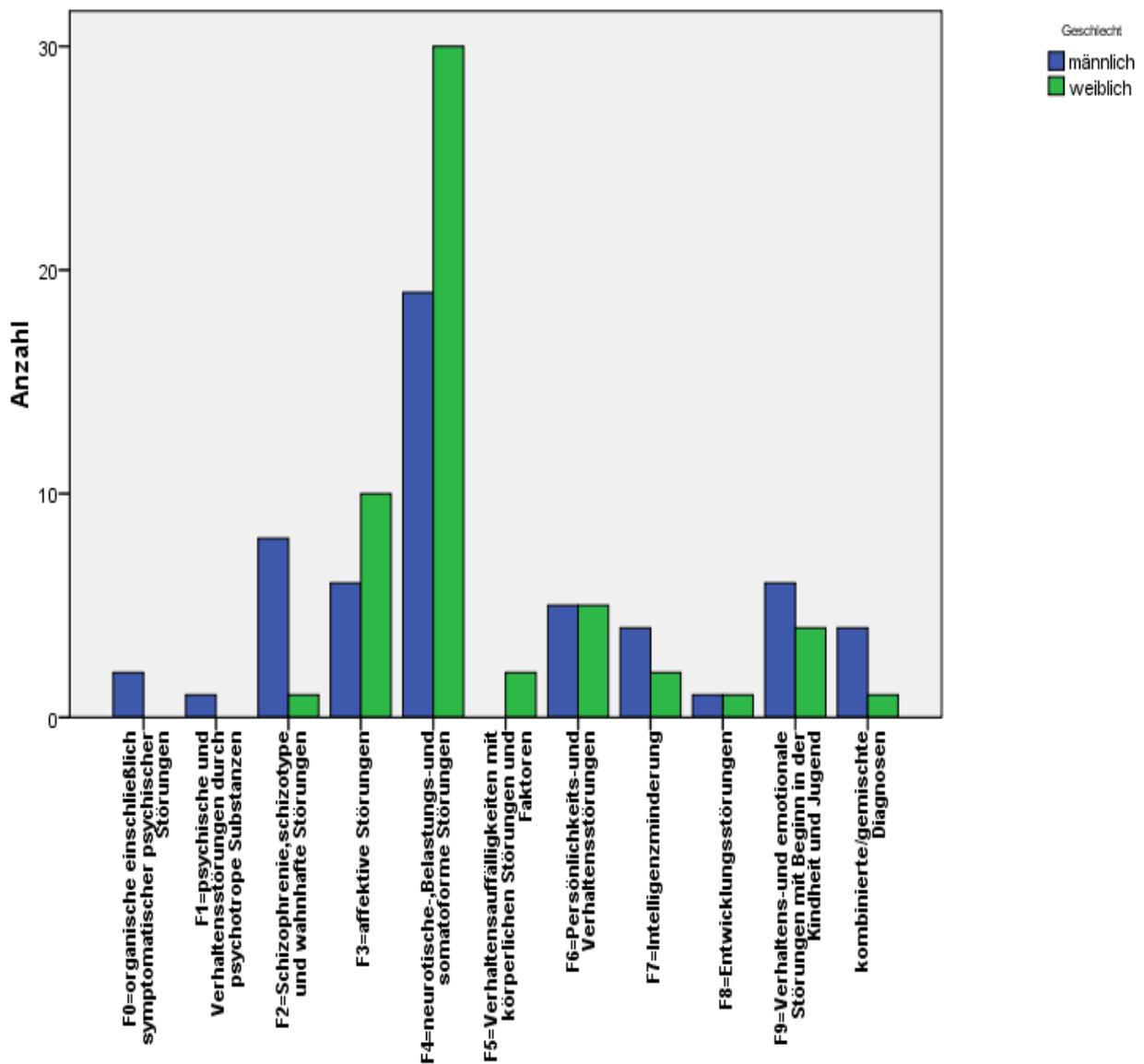
Frage: Wie ist die Verteilung von Geschlecht und den Altersgruppen in den psychiatrischen Diagnosegruppen F0- F9?

In den drei häufigsten psychiatrischen Diagnosegruppen verteilen sich weibliche und männliche Individuen wie folgt: Mehr Mädchen und Frauen (N=30, 61%) wird eine psychiatrische Diagnose in der Diagnosegruppe F4= neurotische, Belastungs- und

4. Ergebnisse

somatoforme Störungen gestellt. In F3= affektive Störungen sind ebenfalls mehr weibliche Personen (N=10, 62%) vertreten. Patienten mit einer Diagnose aus F9= Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend sind zu einem größeren Teil (N=6, 60%) männlichen Geschlechts. Die Verteilung von männlichen und weiblichen Patienten in den weiteren psychiatrischen Diagnosegruppen sind dem folgenden Balkendiagramm zu entnehmen.

Abbildung 22: Geschlechterverteilung nach psychiatrischen Diagnosegruppen



N=112 (49%)

4. Ergebnisse

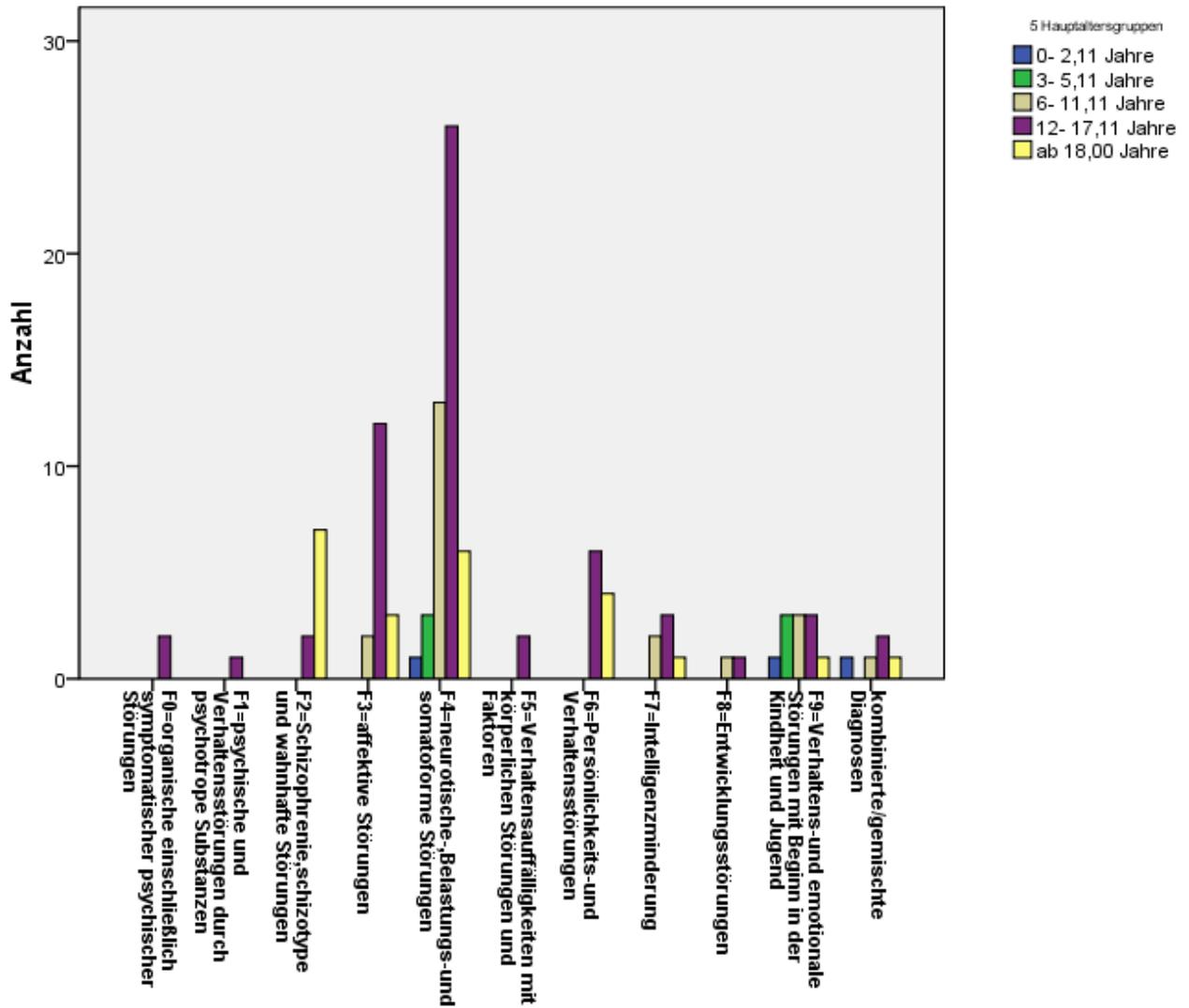
Die Verteilung der 5 Altersgruppen in den psychiatrischen Diagnosegruppen F0- F9 zeigt Abbildung 23.

Die jüngsten Kinder von 0-2,11 Jahren sind in F4, F9 und bei den kombinierten Diagnosen zu gleichen Teilen vertreten, die Gruppe der Kinder von 3- 5,11 Jahren findet sich gleich verteilt nur in F4 und F9. Die Schulkinder von 6- 11,11 Jahren finden sich am häufigsten in F4, die größte Gruppe der 12- 17,11 Jährigen ist in allen Diagnosegruppen zu finden, am häufigsten jedoch in F4. Die älteste Gruppe der über 18 Jährigen hat ihren größten Anteil in F2= Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen.

Verteilung der Altersgruppen in den drei häufigsten Diagnosegruppen: In F4 sind alle Altersgruppen vertreten, am häufigsten sieht man jedoch die Gruppe der 12- 17,11 Jährigen. In F3 finden sich nur die älteren Gruppen ab 6 Jahre, die 12- 17,11 Jährigen sind auch hier Hauptanteil. Patienten aus allen Altersgruppen wurden Diagnosen in F9 gestellt, die mittleren Altersgruppen von 3- 17,11 Jahren sind gleich verteilt häufiger vertreten als die jüngste (0- 2,11Jahre) und die älteste (ab 18 Jahre) Gruppe. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind nach Pearson als schwach signifikant zu bezeichnen.

4. Ergebnisse

Abbildung 23: Altersgruppen nach psychiatrischen Diagnosegruppen



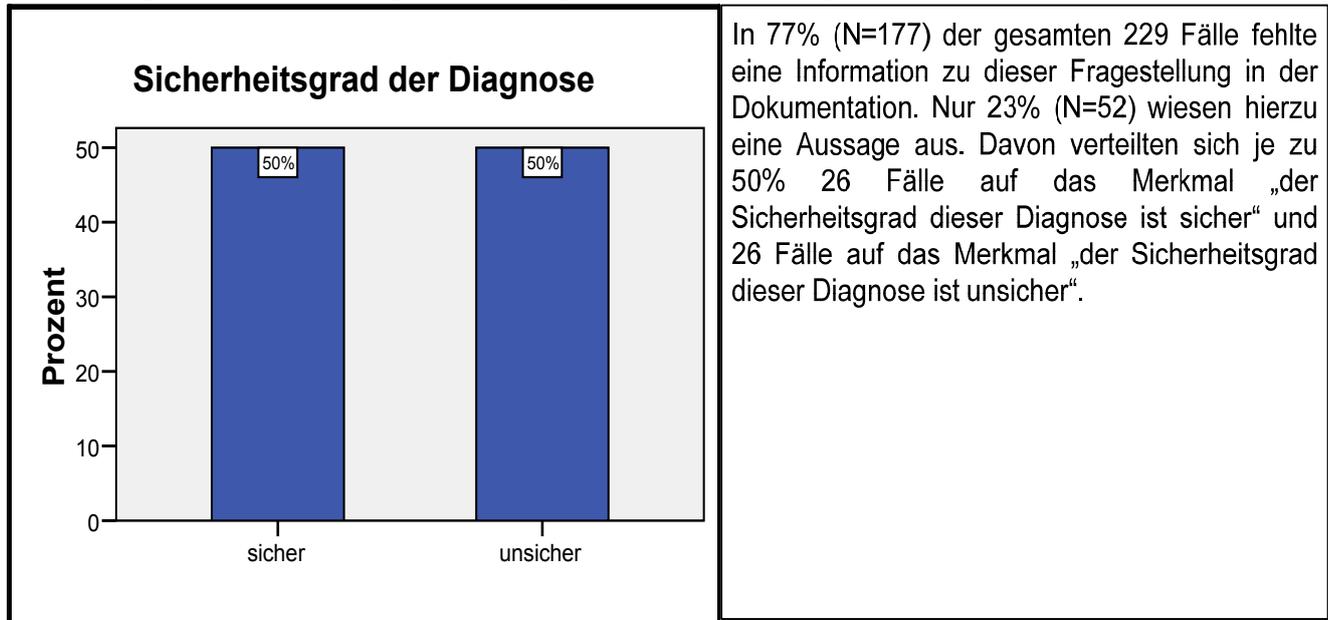
N=114 (50%)

4. Ergebnisse

4.2.4.3.3. Sicherheitsgrad der klinisch- psychiatrischen Diagnose

Frage: Wie ist der Sicherheitsgrad der psychiatrischen Diagnose?

Abbildung 24: Sicherheitsgrad der psychiatrischen Diagnose



N=52 (23%)

4.2.4.4. Empfehlungen des Konsiliarius

In 82% der Fälle war mit N= 188 eine Information zu den Empfehlungen des Konsiliarius vorhanden. Insgesamt wurden im Untersuchungszeitraum für die Zeit während des und nach dem Klinikaufenthalt N=916 Empfehlungen vom Konsiliar ausgesprochen.

4.2.4.4.1. Empfehlungen für Zeit während des Klinikaufenthaltes

Frage: Welche Empfehlungen wurden durch den Konsiliar gegeben für die Zeit während des Klinikaufenthaltes?

In Tabelle 20 sind die Empfehlungen für die Zeit während des Klinikaufenthaltes in absteigender Reihenfolge ihrer Häufigkeit aufgeführt. An erster Stelle stehen hier mit Abstand

4. Ergebnisse

die Empfehlungen zur Beurteilung des Kindes mit N= 170 (90%), an zweiter Stelle stehen die Empfehlungen zum Umgang mit dem Kind (N=121, 64%) und an dritter Stelle stehen Hilfen zu Schmerz-, Angst- und Stressbewältigung durch den Konsiliarius (N=116, 62%). Die Häufigkeiten weiterer Empfehlungen sind der Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 20: Empfehlungen während des Klinikaufenthaltes

N= 188 (100%) Empfehlungen zu/r/m....	Fälle absolut N=	Fälle in %
1. Beurteilung des Kindes	170	90
2. Umgang mit dem Kind	121	64
3. Hilfen zu Schmerz-, Angst-, Stressbewältigung	116	62
4. Kontakten mit den Eltern	107	57
5. Aufgabenverteilung auf der Station	89	47
6. Anleitung der Eltern	47	25
7. Pharmakotherapie	29	15

N= 188 (82%). Häufigkeiten und gültige Prozente absteigend sortiert.

Bei der Dokumentation der geleisteten Empfehlungen waren Mehrfachnennungen möglich.

Bei den Prozentangaben (Fälle in %) handelt es sich um Zeilenprozent und sie beziehen sich auf 188 (=100%) gültige Fälle. Der Rest von Hundert betrifft in der jeweiligen Zeile die Aussage: „nein“, diese Empfehlung wurde bei diesen Fällen nicht gegeben.

4.2.4.4.2. Empfehlungen für Zeit nach Klinikaufenthalt

Frage: Welche Empfehlungen wurden durch den Konsiliar für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt gegeben?

Bei den Empfehlungen für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt stehen an erster Stelle die Empfehlungen für die Therapie mit N= 80 (43%), an zweiter Stelle die Empfehlungen zur Beratung (N=54, 29%) und an dritter Stelle die Empfehlungen zur Jugendhilfe (N=34,18%). Die Häufigkeiten weiterer Empfehlungen sind Tabelle 21 zu entnehmen.

4. Ergebnisse

Tabelle 21: Empfehlungen für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt

N= 188 (100%) Empfehlung für...	Fälle absolut N=	Fälle in %
1. Therapie	80	43
2. Beratung	54	29
3. Jugendhilfe	34	18
4. Verlegung	30	16
5. Schule	28	15
6. Rechtliche Schritte	11	6

N= 188 (82%). Häufigkeiten und gültige Prozente absteigend sortiert.

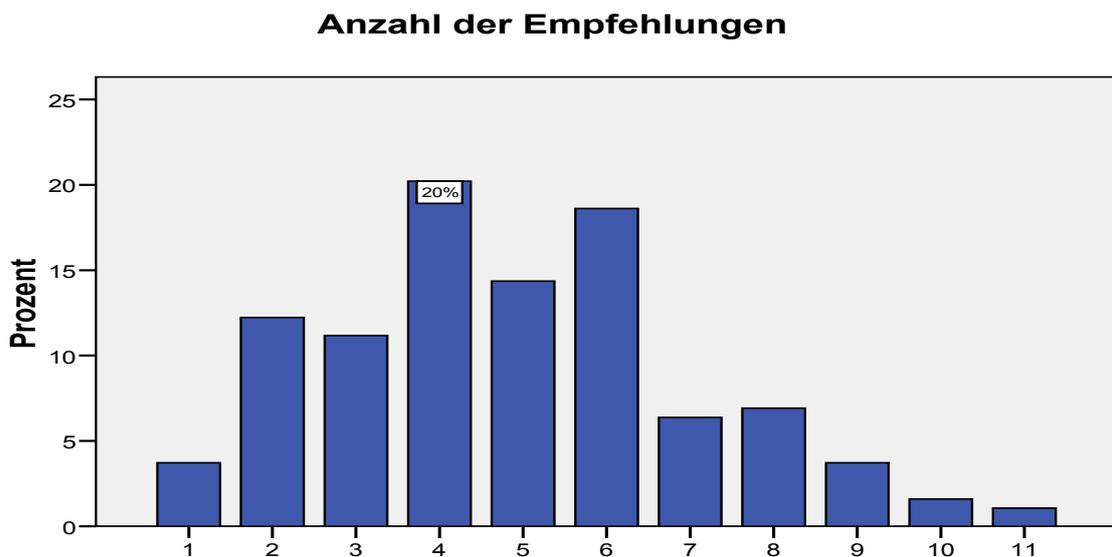
Bei der Dokumentation der geleisteten Empfehlungen waren Mehrfachnennungen möglich.

Bei den Prozentangaben (Fälle in %) handelt es sich um Zeilenprozent und sie beziehen sich auf 188 (=100%) gültige Fälle. Der Rest von Hundert betrifft in der jeweiligen Zeile die Aussage: „nein“, diese Empfehlung wurde bei diesen Fällen nicht gegeben.

4.2.4.4.3. Anzahl der Empfehlungen pro Konsil

Frage: Wie viele Empfehlungen wurden pro Konsil gegeben?

Abbildung 25: Anzahl Empfehlungen pro Konsil



N=188 (82%)

4. Ergebnisse

188 (82%) gültige Fälle verteilen sich in ihrer Anzahl der pro Fall dokumentierten Empfehlungen des Kinder- und Jugendpsychiaters auf ein Minimum von einer Empfehlung pro Fall bis zu einem Maximum von 11 Empfehlungen pro Fall. Der Mittelwert lag bei 4,87 Empfehlungen pro Fall. Am häufigsten wurden 4 Empfehlungen (=Modus) pro Fall dokumentiert.

In 18% (N=41) der gesamten Fälle wurde keine Anzahl der Empfehlungen dokumentiert.

4.2.4.5. Leistungsspektrum der erbrachten Konsile

4.2.4.5.1. Art der Leistung

Frage: Wie sieht die Verteilung der verschiedenen Leistungen aus?

In N= 206 (90%) Fällen war eine Information zur Art der Leistung dokumentiert. Bei N= 23 Fällen fehlte diese Information. N= 1119 Leistungen wurden insgesamt erbracht, das ist eine Intensität von 5,4 Leistungen pro Konsil.

Die folgende Tabelle zeigt die Rangfolge der Häufigkeiten der erbrachten Leistungen für ein Konsil. An erster Stelle steht hier mit N= 192 (93%) die persönliche Fachberatung des anfragenden Arztes durch den Konsiliarius. An zweiter Stelle steht mit N= 183 (89%) die Untersuchung des Patienten durch den Konsiliarius und an dritter Stelle steht das Elterngespräch mit N= 118 (57%). Die Rangfolge der weiteren Leistungen ist der Tabelle zu entnehmen.

4. Ergebnisse

Tabelle 22: Leistungsspektrum

N= 206 (100%) Art der Leistung	Fälle absolut N=	Fälle in %
1. Fachberatung des Arztes, persönlich	192	93
2. Untersuchung des Kindes	183	89
3. Elterngespräch	118	57
4. Mitwirkung an der Behandlung	103	50
5. Fachberatung des Arztes, telefonisch	73	35
6. Fallkonferenz	60	29
7. Fachberatung and.(Station, and.), persönlich	52	25
8. Fachberatung and.(Sozialdienst, and.), persönlich	49	24
9. Fachberatung Psychologe, persönlich	44	21
9. CBCL	44	21
10. YSR	39	19
11. Krisenintervention	30	15
12. Nachsorge	28	14
13. Fachberatung Psychologe, telefonisch	26	13
14. Mitwirkung bei Verlegung	24	12
15. Fachberatung and.(Sozialdienst, and.), telefonisch	23	11
16. Videoaufnahme	16	8
17. Fachberatung and.(Station, and.), telefonisch	9	4
18. Sonstiges	4	2
19. Stellungnahme Vormundschaftsgericht	2	1

N= 206 (90%). Häufigkeiten und gültige Prozente absteigend sortiert

Bei der Dokumentation der Art der Leistungen für das Konsil waren Mehrfachnennungen möglich. Bei den Prozentangaben (Fälle in %) handelt es sich um Zeilenprozent und sie beziehen sich auf 206 (=100%) gültige Fälle. Der Rest von Hundert betrifft in der jeweiligen Zeile die Aussage: „nein“, diese Art der Leistung wurde bei diesen Fällen nicht erbracht.

CBCL=Child Behavior Check List

YSR=Youth Self Report

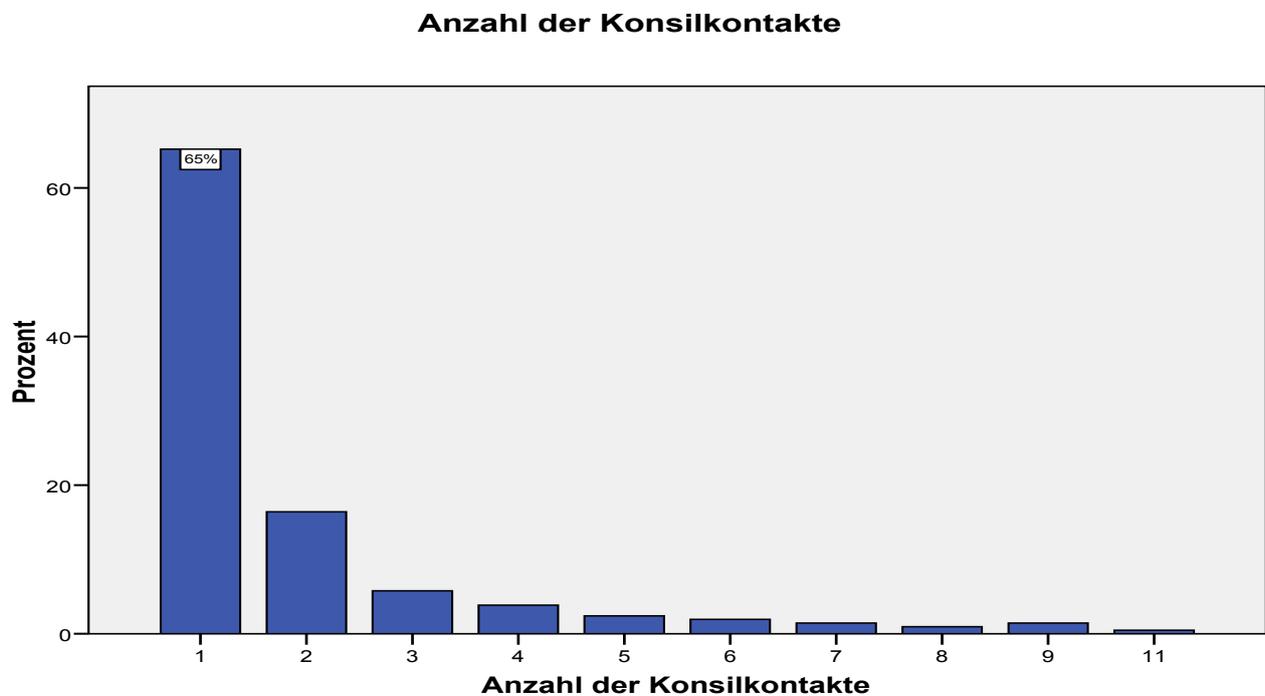
4. Ergebnisse

4.2.4.5.2. Anzahl der Konsilkontakte

Frage: Wie viele Konsilkontakte fanden statt?

Die Anzahl der Konsilkontakte war bei N= 207 Fällen dokumentiert. Die Spanne der Anzahl der Kontakte pro Konsilfall reicht von 1 Kontakt (Minimum) bis 11 Kontakte (Maximum). Am häufigsten (65%) gab es im Rahmen eines Konsils nur einen Kontakt (Modus). Im Mittel gab es 1,9 Kontakte pro Konsil. Der Median liegt bei einem Kontakt.

Abbildung 26: Häufigkeiten der Konsilkontakte



N=207 (90%)

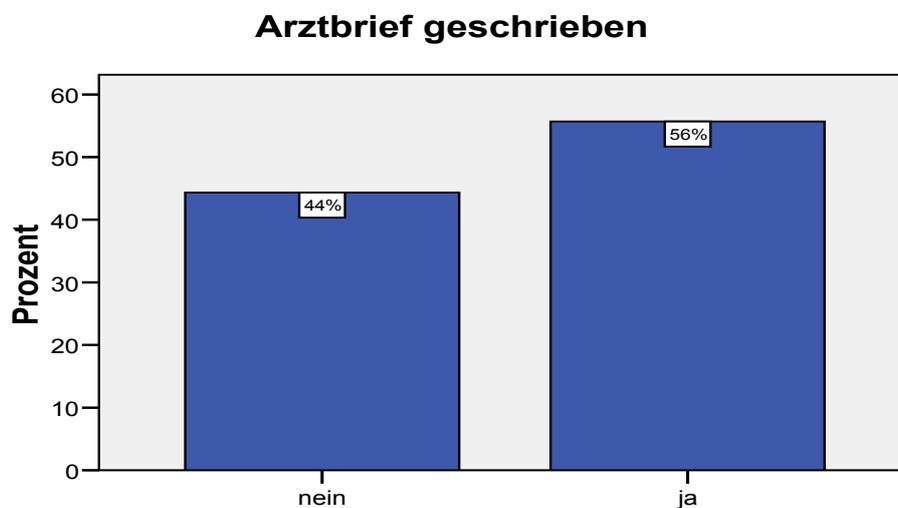
4. Ergebnisse

4.2.4.5.3. vom Konsiliar geschriebene Arztbriefe

Frage: Wurde ein Arztbrief vom Konsiliar geschrieben und an die Eltern verschickt?

Bei N= 194 bekannten Fällen wurde bei 56% (N=108) ein Arztbrief vom Konsiliarius über ein Konsil geschrieben und bei 44% (N=86) nicht.

Abbildung 27: Arztbrief geschrieben zum Konsil?



N=194 (85%)

Der vom Kinder- und Jugendpsychiater erstellte Arztbrief wurde in einigen Fällen an die Eltern der Patienten oder bei Volljährigkeit an die Patienten selbst verschickt. Beide Möglichkeiten sind unter dem Merkmal „Brief an die Eltern verschickt“ zusammengefasst. Bei N= 187 dokumentierten Fällen, verteilen sich 55% (N=103) auf das Merkmal „nein, es wurde kein Arztbrief verschickt“ und 45% (N=84) auf das Merkmal „ja, es wurde ein Arztbrief verschickt.“

4.2.4.6. Zeitaufwand für die Konsile

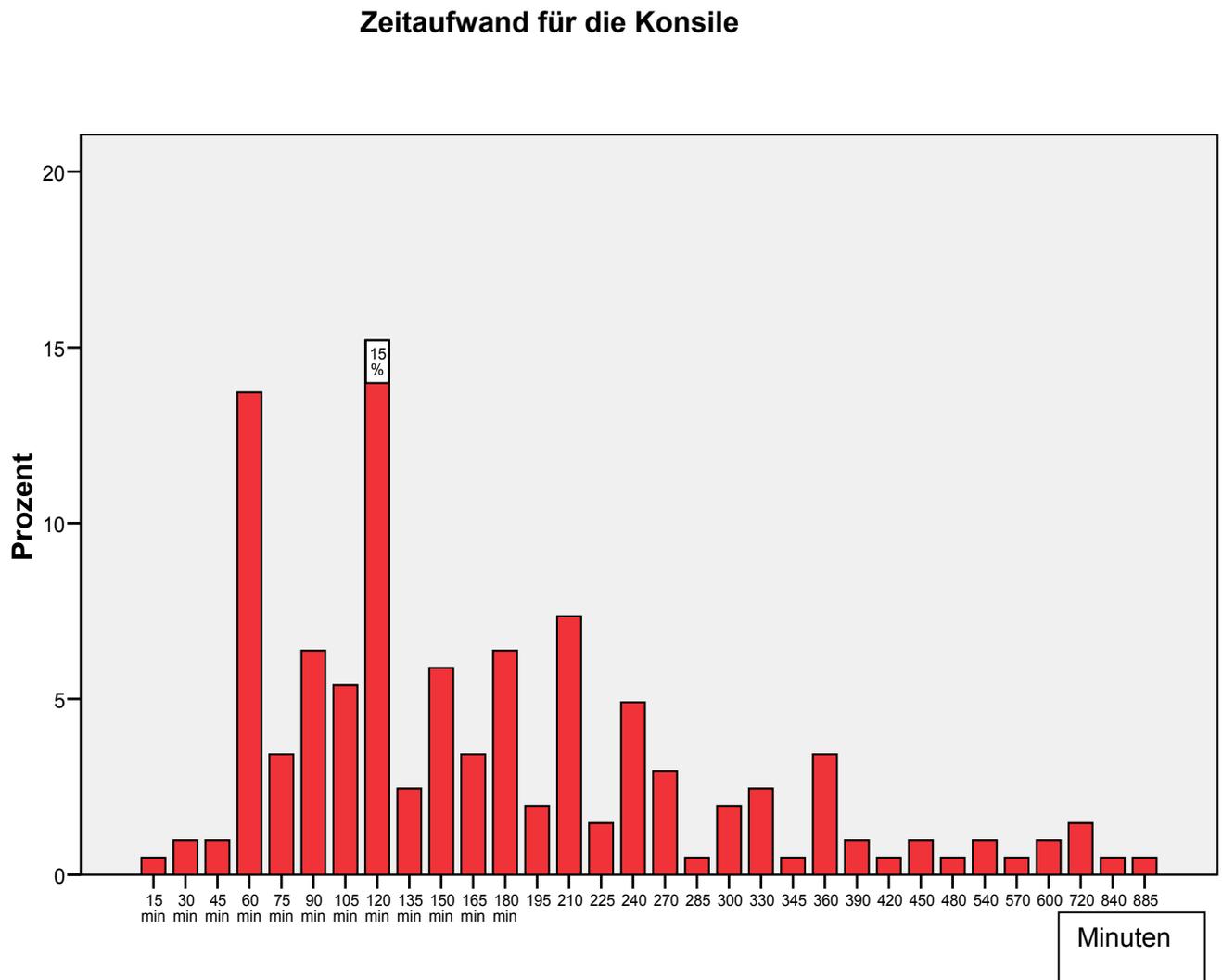
Frage: Wie viel Zeit benötigt der Konsiliar für ein Konsil?

Im Mittel wurden für ein Konsil im untersuchten Zeitraum 188 Minuten aufgewendet. Am häufigsten dokumentierte der konsiliarisch tätige Kinder- und Jugendpsychiater einen

4. Ergebnisse

Zeitaufwand von zwei Stunden pro Konsil. Das zeitliche Minimum für ein Konsil waren 15 Minuten, das zeitliche Maximum für ein Konsil waren 885 Minuten.

Abbildung 28: Häufigkeiten des Zeitaufwandes für ein Konsil in 15 min Einheiten



N= 204 (89%). Mittelwert= 188 min, Modus= 120 min, Median= 150 min

4.2.4.6.1. Zeitaufwand für die verschiedenen anfragenden Kliniken

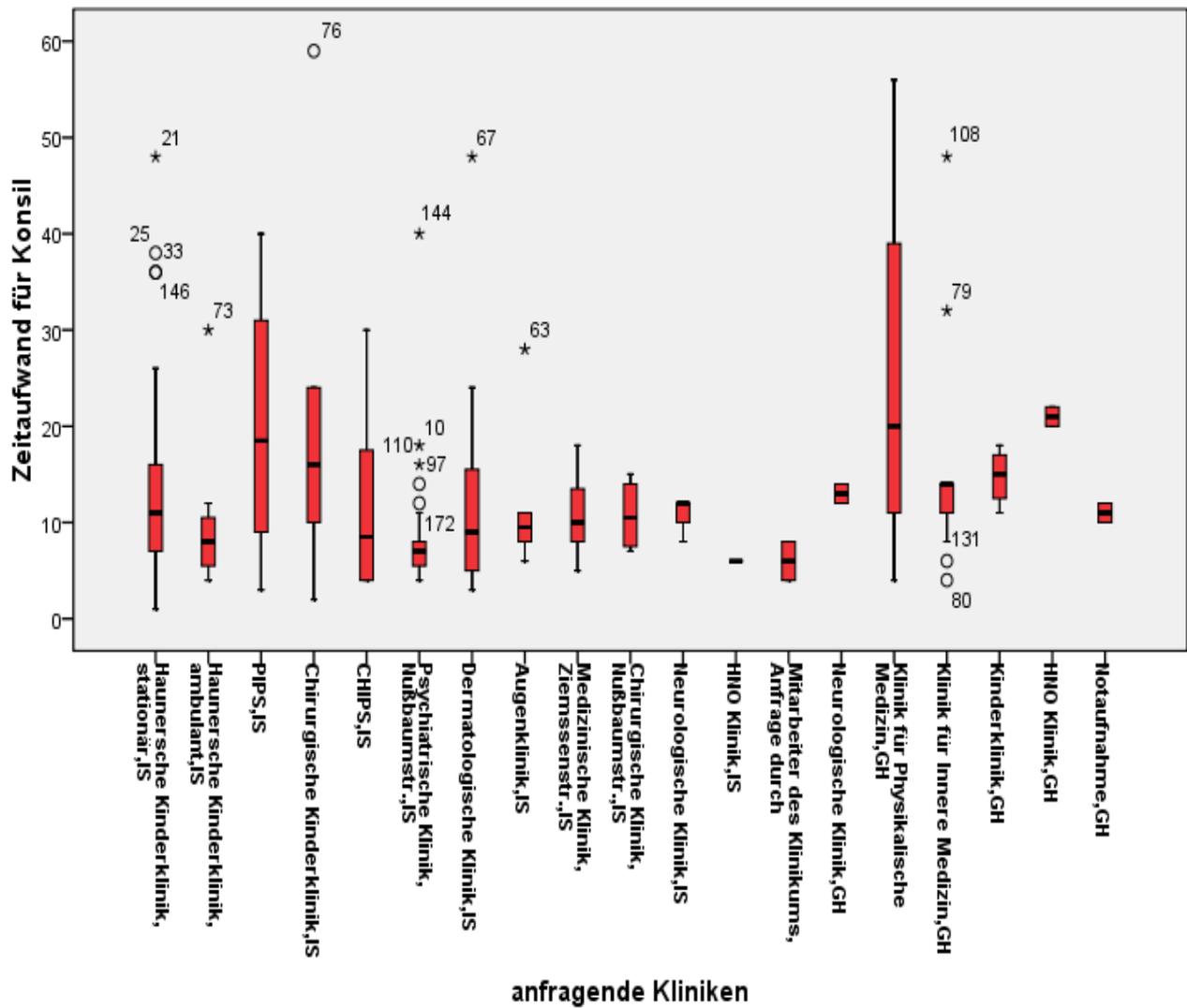
Frage: Wie viel Zeit benötigt der Konsiliar für die jeweiligen Konsile in den verschiedenen Kliniken?

4. Ergebnisse

Der Zeitaufwand für die Konsile differiert zwischen den einzelnen anfragenden Kliniken. Die drei Kliniken, die den Konsiliar im Durchschnitt am „längsten“ in Anspruch genommen haben sind in absteigender Reihenfolge: die Klinik für physikalische Medizin in Großhadern, die HNO Klinik in Großhadern und die pädiatrische Intensivstation (PIPS) in der Innenstadt. Der Zeitaufwand für die verschiedenen anfragenden Kliniken ist Abbildung 29 zu entnehmen. Gründe für einen erhöhten Zeitaufwand können, neben dem Dokumentationsverhalten des Konsiliars, z.B. die Fahrtzeit nach Großhadern, mehr erforderliche Konsilkontakte, aufwendige/mehrere Arztbriefe des Konsiliars oder Stellungnahmen sein.

4. Ergebnisse

Abbildung 29: Zeitaufwand für die Konsile in den verschiedenen anfragenden Kliniken



N=204 (89%). Boxplot

4. Ergebnisse

4.2.5. Fehlende Werte

Fragen: Welche Werte fehlen am häufigsten, was sind Gründe für fehlende Werte? Wie ist die Qualität der Konsildokumentation?

Für das Fehlen von Daten in der vorliegenden Stichprobe gibt es verschiedene Gründe und Einflüsse, die eine Rolle spielen, die es hier darzustellen und zu untersuchen gilt.

Betrachtet man die fehlenden Daten in Tabelle A 26 im Anhang, so fällt auf, dass die einzelnen Seiten der Konsildokumentation an sich häufiger fehlen als die verschiedenen Daten, die auf diesen Seiten dokumentiert sein sollten. Dies liegt daran, dass in der Dokumentation (Seite 1-4) nicht vorhandene Daten teilweise aus handschriftlichen Aufzeichnungen von Telefongesprächen des Konsiliariums mit der anfragenden Klinik oder aus Arztbriefen über das Konsil, geschrieben vom konsiliarisch tätigen Arzt, die in den Akten über die jeweiligen Konsile vorhanden waren, entnommen werden konnten.

Dies betrifft vor allem auf Seite 1 der Konsildokumentation die Basisdaten des Patienten (in Tabelle Nr. 1-4).

Auf S. 2 konnten Beurteilung und Empfehlungen (auf Seite 2 und 3) aus Arztbriefen über die abgeschlossenen Konsile ergänzt werden.

Der psychopathologische Aufnahmebefund wurde entweder direkt nach dem Konsil auf Seite 2 der Dokumentation vom Konsiliarium notiert, falls diese Seite in der Konsilakte nicht abgeheftet war, wurden Anteile nur ergänzt, wenn ein psychopathologischer Aufnahmebefund explizit im Arztbrief beschrieben wurde.

Eine klinisch- psychiatrische Diagnose des Konsiliariums konnte in einigen wenigen Fällen auch aus den Arztbriefen ergänzt werden, der Sicherheitsgrad dieser Diagnosen hingegen nicht.

Daten zum Leistungsspektrum auf Seite 3 und zum Zeitaufwand auf Seite 4 konnten teilweise durch Gespräche mit dem konsiliarisch tätigen Arzt und dessen Erinnerung an die betreffenden Konsile ergänzt werden.

Ob Arztbriefe geschrieben wurden, war in einigen Fällen nur daran zu sehen (denn das entsprechende Kästchen auf dem Konsildokumentationsbogen war oft leer), dass ein Arztbrief in der Konsilakte abgeheftet war oder auf der Übersichtsliste im Konsilordner eines Jahres im Untersuchungszeitraum dokumentiert war.

4. Ergebnisse

In den Punkten zur Verhaltenseinschätzung und zum psychopathologischen Aufnahmebefund macht der Versuch keinen Sinn, fehlende Daten im Nachhinein zu erheben, da der Kontakt sowohl von stationärer Seite die Verhaltenseinschätzung betreffend als auch von Seiten des Konsiliarius den psychopathologischen Aufnahmebefund betreffend mit den Patienten zu lange zurück liegt, so dass hier keine adäquate Einschätzung mehr möglich ist.

Es ist aber auch möglich, dass bei Anfrage für ein Konsil der betreffenden Patienten mit fehlenden Daten zu diesen Punkten eine Einschätzung aus verschiedenen Gründen gar nicht möglich war.

Deswegen werden die Punkte zur Verhaltenseinschätzung und zum psychopathologischen Aufnahmebefund auf verschiedene Einflüsse untersucht, indem die hier fehlenden Daten mit möglichen Einflussvariablen gekreuzt werden.

So ist es z. B. denkbar, dass die Fragen zum Verhalten bei Säuglingen schwerer zu beantworten sind, oder die Fragen zur Nahrungsaufnahme, zum Füttern und der Pflege des Kindes, wenn das Kind überhaupt keiner Hilfe mehr bedarf oder die Eltern das Kind auf Station nie besucht haben.

Interessant ist auch zu sehen, welche Einflüsse bei dem Fehlen ganzer Seiten in der Konsildokumentation eine Rolle spielen.

Bei den fehlenden Daten von S. 1 könnte der Anfrager oder das Alter Patienten bei der Verhaltenseinschätzung Einfluss nehmen.

Beim psychopathologischen Aufnahmebefund kann das Alter des Patienten (z.B. Säugling) diesen nicht erhebbarmachen.

Seite 2 ist insgesamt schwer auszufüllen bei z.B. rein telefonischen Konsilen, da hier der Patient vom Konsiliarius nie gesehen wurde.

4.2.5.1. Rangfolge der fehlenden Werte

Erstellt man eine Rangfolge der fehlenden Werte aus der Übersicht im Anhang so ergibt sich die Tabelle.23. Hier wurden nur fehlende Werte >25%, bzw. fehlende Werte die größer waren als die Anzahl der betreffenden fehlenden Seite der Konsildokumentation, auf der sie notiert hätten sein sollen, aufgenommen.

4. Ergebnisse

Betrachtet man zunächst die fehlenden Seiten der Konsildokumentation insgesamt, so zeigt sich, dass die Seite 1, der Fragebogen an die anfragende Station mit N= 94 am häufigsten fehlt.

Der am häufigsten fehlende Unterpunkt ist die Frage nach dem Sicherheitsgrad der klinisch-psychiatrischen Diagnose mit N=177 (77%) auf Seite 2 der Konsildokumentation.

An zweiter Stelle folgt eine Frage aus der Verhaltenseinschätzung von Seite 1 zum Pflegen und Füttern der Kinder durch ihre Eltern mit N= 150 (66%).

Mit N= 146 (64%) steht die Fragestellung des Anfragers an den konsiliarisch tätigen Arzt an dritter Stelle der häufig fehlenden Werte.

Es folgen die einzelnen Fragen der Verhaltenseinschätzung in unterschiedlicher Häufigkeit, wobei den anfragenden Stationen tendenziell die Einschätzung zur Frage nach dem Kontaktverhalten eines Kindes mit Erwachsenen am leichtesten fiel.

Die Unterpunkte zur Nationalität des Patienten und zum Beziehungsstatus der Eltern eines Patienten fehlen auch eher häufig, in dieser Rangfolge stehen sie an den letzten Stellen.

4. Ergebnisse

Tabelle 23: Fehlende Daten > 25%, absteigend sortiert

Fehlende Werte		N=	%
Rangfolge	Wie oft fehlen die Seiten der Konsildokumentation?		
1	Seite 1 der Konsildokumentation N= Fragebogen durch die anfragende Station beantwortet	94	41
2	Seite 2 der Konsildokumentation, ausgefüllt durch den Konsiliarius	62	27
3	Seite 3 der Konsildokumentation, ausgefüllt durch den Konsiliarius	60	26
4	Seite 4 der Konsildokumentation, ausgefüllt durch den Konsiliarius	60	26
Wo fehlen am häufigsten Werte?			
Rangfolge			
1	7.4.1. Sicherheitsgrad der Diagnose	177	77
2	• G) Haben die Eltern Probleme beim Füttern oder der Pflege ihres Kindes?	150	66
3	6. Fragestellung des Anfragers an den Konsiliarius vorhanden?	146	64
4	• j) wie stark hat sich das Kind seit Aufnahme psychisch verändert?	139	61
5	• A) wie häufig haben die Eltern das Kind besucht?	137	60
6	• c) wie stark nimmt das Kind Kontakt mit anderen Kindern auf?	136	59
7	• h) wie sehr freut sich das Kind über den Besuch der Eltern?	135	59
8	• H) wie gut ist die Kooperationsbereitschaft der Eltern mit den Schwestern?	131	57
9	• g) wie viele Probleme gibt es mit der Nahrungsaufnahme?	128	56
10	• E) wie gut können die Eltern das Kind beruhigen?	127	55
11	• B) wie gut erkennen die Eltern die Bedürfnisse des Kindes?	127	55
12	• F) wie oft berichten die Eltern über aktuelle, eigene Belastungssituationen?	126	55
13	• C) Äußern die Eltern sich positiv über das Kind?	124	54
14	• i) wie viel Zutrauen zu sich selbst zeigt das Kind?	123	54
15	• D) wie viel Interesse am Kind äußern die Eltern?	122	53
16	• e) wie viele aggressive Handlungen zeigt das Kind?	119	52
17	7.4. klinisch- psychiatrische Diagnose	115	50
18	• b) wie stabil ist die Stimmung des Kindes?	114	50
19	• a) wie unruhig ist das Kind?	112	49
20	• f) wie ängstlich verhält sich das Kind?	112	49
21	2.3. Nationalität	112	49
22	• d) wie stark nimmt das Kind Kontakt mit Erwachsenen auf?	110	48
23	3.1. Beziehungsstatus der Eltern	102	45

N= 229 (100%). Fragen der Verhaltensskalen sind in der Tabelle eingerückt und kursiv gedruckt. Großbuchstaben kennzeichnen die Fragen zum elterlichen Verhalten, die Kleinbuchstaben zum kindlichen Verhalten.

4. Ergebnisse

4.2.5.2. Gründe für fehlende Werte, Untersuchung der Einflussvariablen

Seite 1 der Konsildokumentation, Fragebogen an die Station

Mögliche Gründe für das Fehlen des Fragebogens an die Station:

- Der Fragebogen wurde von der Station nicht beantwortet
- Der Fragebogen wurde vom Konsiliarius nicht an die Station ausgegeben, aus den Daten nicht mehr ersichtlich

Einflussvariablen:

- Der Anfrager und sein Antwortverhalten (Finsterer 2008) -> Vergleich der anfragenden Kliniken, N= 221, Darstellung durch das Verhältnis Fragebogen zurück/ Anfragen gesamt

4. Ergebnisse

Tabelle 24: Fragebögen nach Kliniken, Verhältnis zurück/ nicht zurück

Klinik	Anfragen gesamt N=	Verhältnis Zurück/gesamt	Klinik	Anfragen gesamt N=	Verhältnis Zurück/gesamt
Kinderklinik, GH	4	1	Mitarbeiter des Klinikums, Anfrage durch	2	0
Notaufnahme, GH	2	1	HNO Klinik, GH	2	0
CHIPS,IS	8	0,88	HNO Klinik, IS	1	0
Dermatologische Klinik, IS	32	0,84	Hauersche Kinderklinik,ambu lant, IS	12	0,2
Augenklinik, IS	6	0,83	Chirurgische Klinik, Nußbaumstr.,IS	5	0,2
PIPS,IS	4	0,75	Klinik für Physikalische Medizin, GH	4	0,25
Neurologische Klinik,IS	3	0,67	Neurologische Klinik,GH	5	0,4
Klinik für Innere Medizin,GH	13	0,62			
Hauersche Kinderklinik,stationär,I S	50	0,6			
Psychiatrische Klinik,Nußbaumstr.,IS	45	0,58			
Medizinische Klinik, Ziemssenstr.,IS	7	0,57			
Chirurgische Kinderklinik,IS	16	0,56			

Abkürzungen: IS=Campus Innenstadt, GH=Campus Großhadern

Ergebnis:

- Aus der Kinderklinik und der Notaufnahme im Klinikum Großhadern kamen alle Fragebögen pro Konsilanfrage zurück
- Bei den drei häufigsten Anfragern (Kinderklinik stationär (IS), Psychiatrische Klinik Nußbaumstr., Dermatologische Klinik (IS)) kommen von der Dermatologischen Klinik im Verhältnis die meisten Fragebögen zurück

4. Ergebnisse

- Vom ambulanten Bereich der Kinderklinik in der Innenstadt kommen weniger Fragebögen zurück als vom stationären Bereich

Sicherheitsgrad der Diagnose

Feststellung:

- Der Sicherheitsgrad der Diagnose fehlt deutlich häufiger als die klinisch-psychiatrische Diagnose an sich.

Mögliche Gründe für das Fehlen des Sicherheitsgrades der Diagnose:

- Dokumentationsverhalten des konsiliarisch tätigen Arztes

Verhaltenseinschätzung

Mögliche Gründe für das Fehlen der Verhaltenseinschätzung von Station:

- Antwortverhalten des Anfragers
- Die Kinder waren für die betreffende Frage aufgrund ihres Alters nicht einschätzbar
- Die Eltern waren nicht einzuschätzen weil sie auf Station nicht gesehen wurden, z.B. da das Kind in einer besonderen Lebenssituation lebt (z.B. Heimunterbringung, lebt bereits allein o.ä.)

Einflussvariablen:

- Anfrager
- Alter der Patienten
- Lebenssituation der Patienten

Ergebnis:

- Viele fehlende Verhaltenseinschätzungen kommen im Verhältnis zu ihren Anfragen vom ambulanten Bereich der Haunerschen Kinderklinik (IS), vermutlich ist hier eine

4. Ergebnisse

Verhaltenseinschätzung nicht möglich, da die Aufenthalte der Patienten für eine Einschätzung zu kurz sind

- Tendenziell ist eine Einschätzung bei der Frage nach dem Kontaktverhalten zu anderen Kindern in der Altersgruppe 12- 17,11 Jahre schwerer
- Tendenziell ist die Frage nach Problemen mit der Nahrungsaufnahme in den Altersgruppen ab 6 Jahren schwerer zu beantworten
- Tendenziell fällt eine Einschätzung der Fragen zur Freude über den Besuch der Eltern, wie viel Zutrauen ein Kind zu sich selbst zeigt und wie stark sich ein Kind psychisch verändert hat insbesondere in der jüngsten Altersgruppe 0-2,11 Jahre schwerer
- Die Frage zur Freude über den Besuch der Eltern ist aber tendenziell auch in den Altersgruppen 6-17,11 Jahre schwerer einzuschätzen
- Die Frage zur Besuchshäufigkeit der Eltern ist in den Altersgruppen 3-11,11 Jahre etwas schwerer einzuschätzen
- Die am häufigsten nicht beantwortete Frage, ob die Eltern Probleme beim Füttern und der Pflege des Kindes haben wird tendenziell in allen Altersgruppen weniger beantwortet als andere Fragen, die häufigsten fehlenden Werte liegen aber in den Altersgruppen ab 6 Jahren. Tendenziell leben bei den fehlenden Werten dieser Frage mehr Kinder in einer anderen Wohnform, d.h. die Eltern dieser Kinder wurden auf Station vermutlich nicht gesehen.

Fragestellung des Anfragers

Mögliche Gründe für das Fehlen der Fragestellung für das kinder- und jugendpsychiatrische Konsil:

- Die Fragestellung wurde nur mündlich formuliert und nicht dokumentiert
- Es wurde vom Anfrager ein kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil angefordert, ohne dass eine Fragestellung formuliert wurde

Einflussvariablen:

- Die anfragende Klinik

4. Ergebnisse

Ergebnis:

- Von den 3 häufigsten Anfragern hat die Psychiatrische Klinik in der Nußbaumstraße die meisten fehlenden Fragestellungen im Verhältnis zu ihren Anfragen, es folgen der stationäre Bereich der Kinderklinik (IS) an zweiter und die dermatologische Klinik (IS) an dritter Stelle
- Die meisten Fragestellungen sind im Verhältnis zu ihren Anfragen bei den folgenden Klinken vorhanden:
Notaufnahme (GH), Kinderklinik (GH), Neurologische Klinik (IS), CHIPS (IS)

Psychopathologischer Aufnahmebefund

Mögliche Gründe für das Fehlen des Psychopathologischen Aufnahmebefunds:

- Der Patient war aufgrund seines Alters oder seiner Situation (z.B. beatmeter Patient) nicht beurteilbar
- Der Patient wurde vom Konsiliarius nie gesehen, da es sich um ein rein telefonisches Konsil oder eine persönliche Fachberatung handelte
- Dokumentationsverhalten: Der Konsilkontakt lag zu lange zurück, dass eine Dokumentation des psychopathologischen Aufnahmebefunds nicht mehr sinnvoll und möglich war

Einflussvariablen:

- Alter der Patienten
- Leistungsspektrum
- Aufnahmediagnose

Ergebnis:

- In der Gruppe ab 18 Jahren sind im Verhältnis zur Gesamtzahl der Patienten in dieser Altersgruppe und im Vergleich zu den anderen Altersgruppen die meisten fehlenden

4. Ergebnisse

Daten im psychopathologischen Aufnahmebefund vorhanden. Die Gruppe der 0- 2,11 Jährigen folgt im Anschluss.

- Wenn Patienten vom Konsiliarius nicht gesehen/ untersucht wurden und Daten im psychopathologischen Aufnahmebefund fehlten, so war am häufigsten die Altersgruppe ab 18 Jahren betroffen.
- Wenn Daten fehlten im psychopathologischen Aufnahmebefund und Patienten eine Aufnahmediagnose in F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen hatten, dann war am häufigsten die Altersgruppe ab 18 Jahren betroffen.

4.3. Analytischer Teil

4.3.1. Verhaltensmuster aus Sicht der Anfrager

Fragen: Welche Gruppen von Kindern und ihren Eltern lassen sich per Clusteranalyse bilden, die sich in ihrem Verhalten innerhalb der jeweiligen Gruppe ähneln?

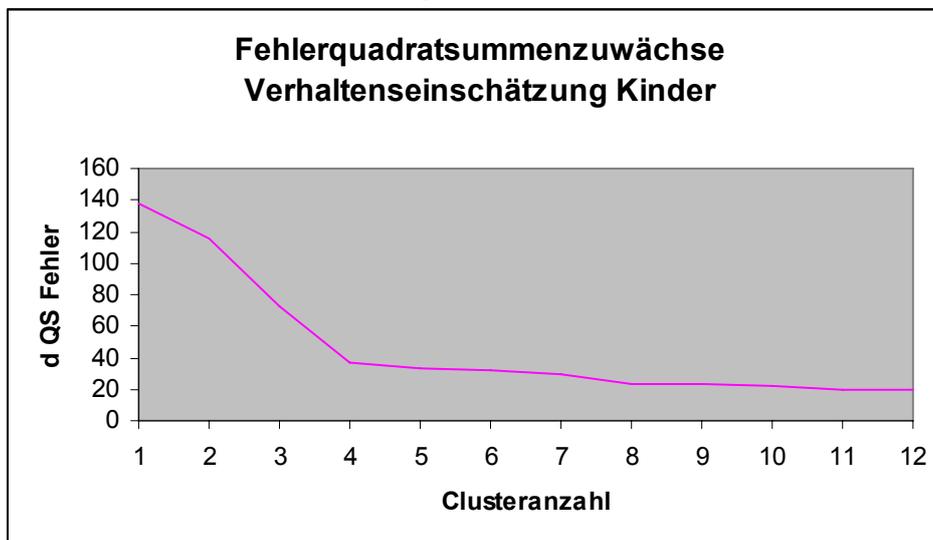
Wie unterscheiden sich die gebildeten Gruppen in ihrem Verhalten untereinander?

4.3.1.1. Clusteranalyse der Verhaltenseinschätzung der Kinder

Mithilfe der Ward- Methode als hierarchisches Clusteranalyseverfahren wurden die in ihrem Verhalten eingeschätzten N= 108 Kinder in Gruppen (=Cluster) eingeteilt und diese Gruppen wurden wie im Methodik-Teil beschrieben immer weiter zusammengefasst. Die Zusammenfassung der Stichprobe zu Clustern mit ähnlichem Verhalten wird anschaulich durch die Zuordnungsübersicht (Tabelle A 30 im Anhnag) dargestellt. Bei dieser sogenannten Fusionierung gibt es einen Zuwachs der Fehlerquadratsumme (Δ QS Fehler s. Tabelle A 29 Anhang). Im sogenannten Struktogramm (Abbildung 30) ist der Zusammenhang zwischen der Clusteranzahl und Δ QS Fehler verdeutlicht. Ab der Zusammenfassung der Kinder in 4 Cluster steigt Δ QS Fehler deutlich sprunghaft an. Eine weitere Zusammenfassung ist darüber hinaus somit nicht mehr sinnvoll. Die Clusteranzahl wird nach diesem Struktogramm auf 4 Cluster festgelegt.

4. Ergebnisse

Abbildung 30: Verhalten Kinder, Struktogramm



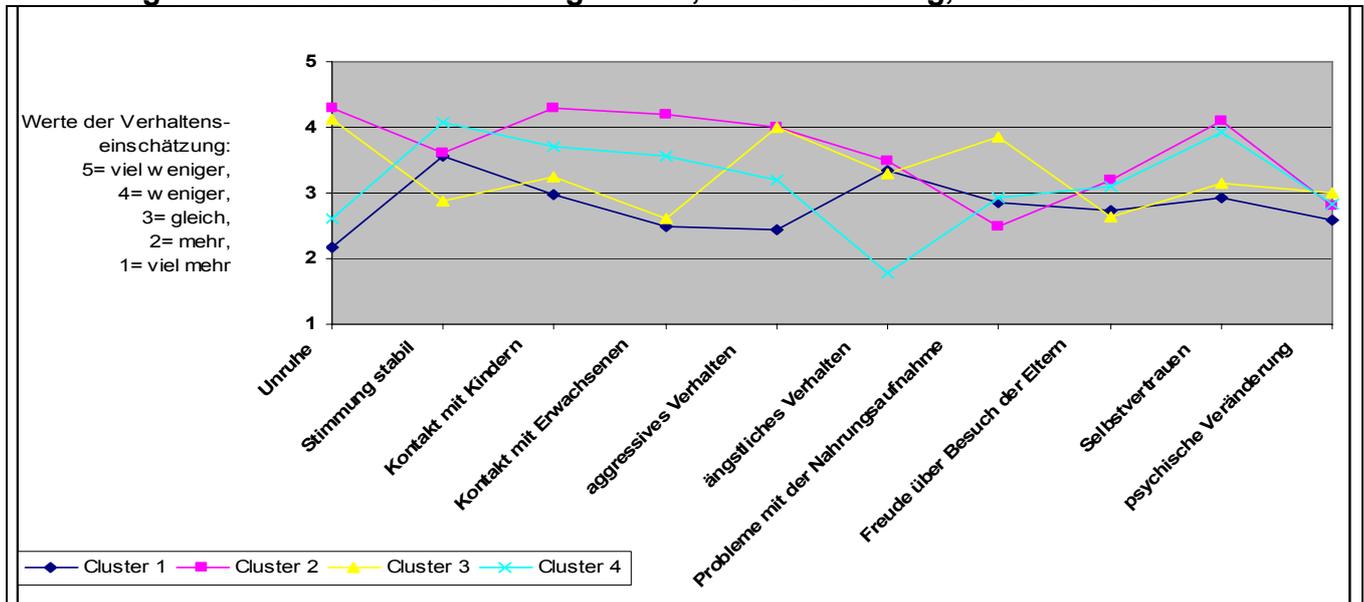
N= 108 (47%)

Mit der nicht- hierarchischen k-means- Methode lassen sich jetzt die N= 108 Kinder auf 4 Cluster, der kleinstmöglichen noch sinnvollen Clusteranzahl, verteilen. Bei dieser Methode werden die 4 Cluster durch die Mittelwerte der Verhaltenseinschätzung des betreffenden Verhaltensmerkmals repräsentiert. Die Ausprägung jedes Verhaltensmerkmals eines jeweiligen Clusters, dargestellt durch Mittelwerte, lässt sich Abbildung 31 entnehmen.

Es ist zu beachten, dass die auffälligen Mittelwerte je nach Fragestellung per Definition im Bereich $> 3,5$ als auch im Bereich $< 2,5$ liegen können, und dass wenn Mittelwerte im auffälligen Bereich liegen, das Verhalten je nach Fragestellung sowohl positiv als auch negativ auffällig sein kann. Zum Beispiel liegt der Mittelwert für Unruhe bei Cluster 2 mit 4,3 deutlich im auffälligen Bereich, jedoch bedeutet der Mittelwert hier, dass die Kinder von Cluster 2 weniger unruhig als andere Gleichaltrige sind, das wäre dann positiv bewertetes Verhalten.

4. Ergebnisse

Abbildung 31: Verhaltenseinschätzung Kinder, 4 Clusterlösung, Clusterzentren



**N= 108 (47%) Cluster1 (N= 40), Cluster 2 (N= 10), Cluster 3 (N= 28), Cluster 4 (N= 30)
 Verhaltenseinschätzung Kinder, Liniendiagramm der Clusterzentren, 4 Clusterlösung**

Bei der Einschätzung des Verhaltens der N= 108 Kinder von stationärer Seite lassen sich die einzelnen errechneten Cluster in Bezug auf die entsprechenden Verhaltensmerkmale wie folgt beschreiben (Mittelwerte der Verhaltensmerkmale für die Cluster 1-4 s. Tabelle 25, Kreuztabellen zu Geschlechts-, Altersverteilung, Verteilung der Aufnahmediagnosen und psychiatrischen Diagnosegruppen innerhalb der jeweiligen Cluster 1-4 s. Tabelle A 32-35 im Anhang):

Cluster 1 (N= 40): Cluster 1 ist die größte Gruppe und fasst Kinder zusammen, die im Mittel etwas unruhiger (MW:2,2), etwas stimmungsstabiler (MW:3,6) und tendenziell mehr aggressiv (MW: 2,4) sind als andere Gleichaltrige. Ich fasse diese Gruppe unter dem Namen: **externalisierend, hyperaktiv** zusammen. In dieser Gruppe ist der Anteil an männlichen Personen etwas höher mit 55%. Die Personen stammen aus allen Altersgruppen, die Gruppe der 12-17,11 Jährigen ist am häufigsten vertreten. Der Altersmittelwert liegt bei 161 Monaten (13,4 Jahren). Die meisten Personen dieser Gruppe haben mit 29% eine Aufnahmediagnose aus F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen und bei 40% dieser Gruppe wurde als häufigste Diagnose keine psychiatrische Diagnose vom Konsiliar gestellt.

4. Ergebnisse

Cluster 2 (N= 10): Cluster 2 fasst die kleinste Gruppe zusammen und beschreibt eine Personengruppe, die vor allem im Kontaktverhalten und im Selbstvertrauen auffällt. Sie sucht weniger Kontakt mit Kindern (MW:4,3) und Erwachsenen (MW: 4,2), hat weniger Selbstvertrauen (MW:4,1) und die Stimmung ist tendenziell weniger stabil (MW: 3,6) als bei anderen Gleichaltrigen. Die Gruppe fällt jedoch auch positiv dadurch auf, dass sie weniger unruhig (MW:4,3) und weniger aggressiv (MW:4,0) als andere Gleichaltrige ist. Diese Gruppe fasse ich unter dem Namen: **kontaktscheu, unsicher, defensiv, ruhig** zusammen. Die Altersverteilung hat wieder ein Maximum bei 12-17,11 Jahren mit mehr Personen aus der Gruppe ab 18 Jahren als Personen aus den jüngeren Altersgruppen. Dieses Cluster ist das „Älteste“, der Altersmittelwert liegt bei 177 Monaten (14,7 Jahren). Es sind mit 60% mehr weibliche Personen in Cluster 2. 56% der Personen dieses Clusters haben eine Aufnahmediagnose aus F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen und mit 30% ist die häufigste psychiatrische Diagnose vom Konsiliar keine psychiatrische Diagnose.

Cluster 3 (N= 28): Cluster 3 erfasst Personen, die unauffällig sind oder nur positiv auffallen, dadurch, dass sie weniger unruhig (MW:4,1), weniger aggressiv (MW:4,0) und weniger Probleme mit der Nahrungsaufnahme (MW:3,9) haben als andere Gleichaltrige. Ich fasse das Verhalten dieser Gruppe mit folgenden Adjektiven zusammen: **ausgeglichen, defensiv, angepasst, unauffällig**. In diesem Cluster sind mit 54% etwas mehr männliche Personen vertreten. Der Altersmodus liegt wieder bei 12- 17,11 Jahren, 8 Kinder aus der Gruppe von 6-11,11 Jahren sind die Jüngsten in diesem Cluster. Der Altersmittelwert dieses Clusters liegt bei 173 Monaten (14,4 Jahren). Am häufigsten kommt mit 40% die Aufnahmediagnose aus L00-L99 Krankheiten der Haut und der Unterhaut und der Konsiliar stellt mit 57% am häufigsten keine psychiatrische Diagnose.

Cluster 4 (N= 30): Cluster 4 fällt vor allem durch ängstliches Verhalten (MW:1,8), Stimmungslabilität (MW: 4,1) und wenig Selbstvertrauen (MW:3,9) auf. Auch sind die Personen dieser Gruppe tendenziell scheu im Kontakt mit Erwachsenen (MW: 3,6) und mit Kindern (MW:3,7). Dieses Cluster nenne ich: **ängstlich, stimmungslabil, unsicher, kontaktscheu**. Mit 53% befinden sich etwas mehr weibliche Personen in diesem Cluster. Alle Altersgruppen sind vertreten, der Modalwert liegt wieder in der Gruppe der 12-17,11 Jährigen.

4. Ergebnisse

Es kommen mehr Kinder aus den jüngeren Altersgruppen als aus der Gruppe über 18 Jahre. Der Altersmittelwert von Cluster 4 liegt bei 145 Monaten (12,1 Jahren). Mit 36% liegt die Aufnahmediagnose am häufigsten in F00- F99 Psychische und Verhaltensstörungen, der Konsiliar stellt mit 41% am häufigsten die Diagnose aus F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen.

Tabelle 25: Verhalten der Kinder, Mittelwerte und Konfidenzintervalle Cluster1-4

Verhalten	Cluster 1			Cluster 2			Cluster 3			Cluster 4		
	MW	KI		MW	KI		MW	KI		MW	KI	
		UG	OG		UG	OG		UG	OG		UG	OG
Unruhe	2,2	1,9	2,5	4,3	3,8	4,8	4,1	3,8	4,4	2,6	2,2	3,0
Stimmung stabil	3,6	3,2	3,9	3,6	3,0	4,2	2,9	2,6	3,2	4,1	3,8	4,3
Kontakt mit Kindern	3,0	2,7	3,2	4,3	4,0	4,7	3,3	3,0	3,5	3,7	3,4	4,0
Kontakt mit Erwachsenen	2,5	2,2	2,8	4,2	3,8	4,7	2,6	2,3	2,9	3,6	3,3	3,9
Aggressives Verhalten	2,4	2,2	2,7	4,0	3,4	4,6	4,0	3,6	4,4	3,2	2,8	3,6
Ängstliches Verhalten	3,3	3,0	3,6	3,5	2,8	4,2	3,3	3,0	3,6	1,8	1,6	2,0
Probleme mit der Nahrungsaufnahme	2,9	2,6	3,1	2,5	1,9	3,1	3,9	3,5	4,3	2,9	2,7	3,2
Freude über Besuch der Eltern	2,7	2,5	3,0	3,2	2,9	3,5	2,6	2,3	3,0	3,1	2,8	3,4
Selbstvertrauen	2,9	2,6	3,2	4,1	3,6	4,6	3,1	2,8	3,5	3,9	3,7	4,2
Psychische Veränderung	2,6	2,3	2,8	2,8	2,4	3,3	3,0	2,7	3,3	2,8	2,6	3,1
Clustername	externalisierend, hyperaktiv			kontaktscheu, unsicher, defensiv, ruhig			unauffällig, ausgeglichen, defensiv, angepasst			ängstlich, stimmungslabil, unsicher, kontaktscheu		

N= 108 (47%). Als unauffällig definierter Bereich: 2,5-3,5 (entspricht dem Verhalten anderer Gleichaltriger)
Die Bereiche > 3,5 und < 2,5 sind entsprechend für auffälliges Verhalten definiert, wobei auffälliges Verhalten noch mal unterteilt wird in:

0 = negativ auffälliges Verhalten
0 = positiv auffälliges Verhalten

MW= Mittelwert
KI= Konfidenzintervall
UG= Untergrenze
OG= Obergrenze

1= viel mehr,
2= mehr,
3= gleich wie,
4= weniger,
5= viel weniger
als andere
Gleichaltrige

4. Ergebnisse

Konfidenzintervalle:

Die Trennschärfe der 4 Cluster der Verhaltenseinschätzung der Kinder wird in Abbildung 32 durch die 95%-Konfidenzintervalle um die jeweiligen Schwerpunkte (Mittelwerte) der Verhaltensmerkmale (Obergrenze, Mittelwert, Untergrenze s. Tabelle 25) veranschaulicht.

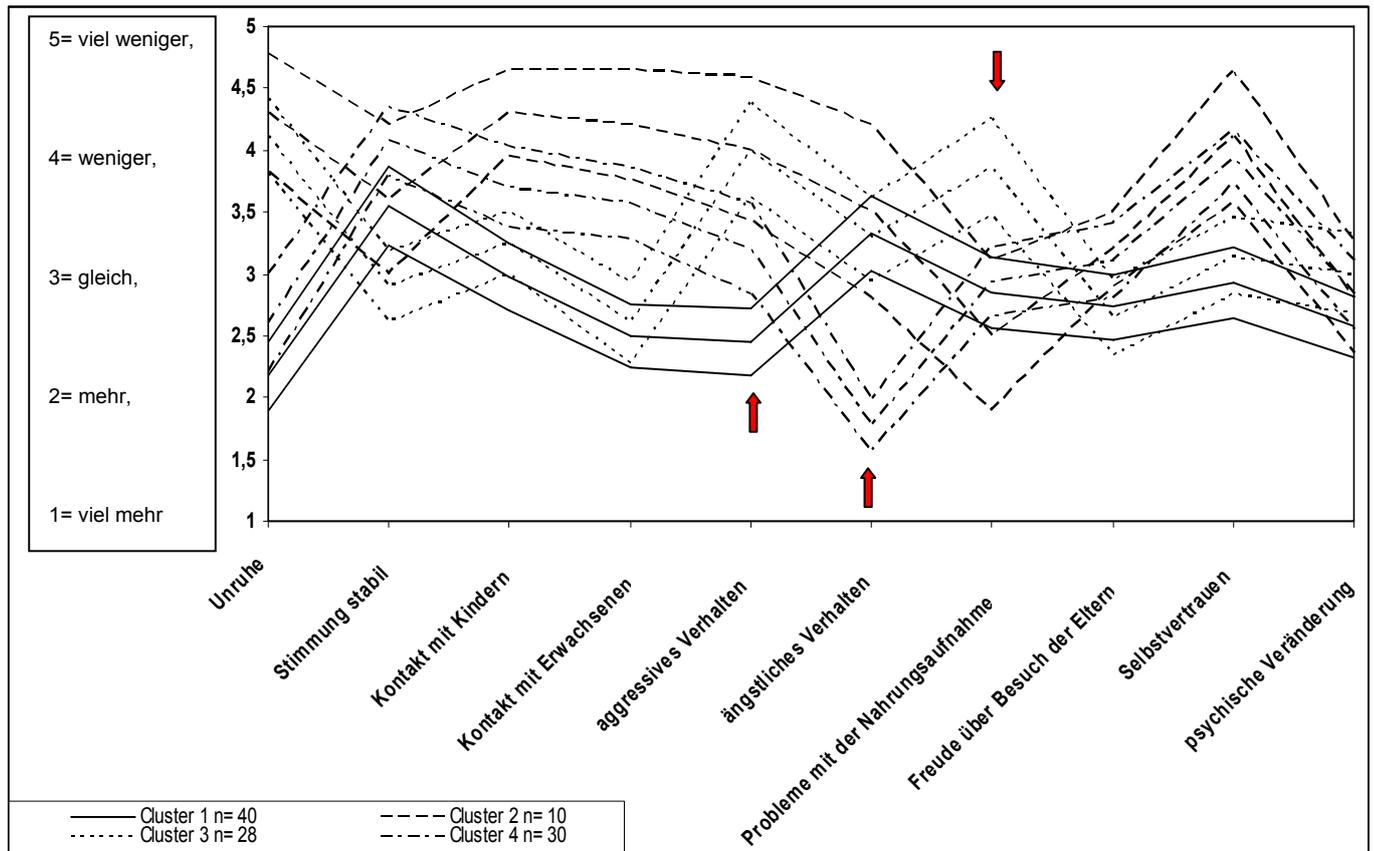
Cluster 1 mit den externalisierenden, hyperaktiven Kindern zeigt beim Merkmal „aggressives Verhalten“ eine deutliche Trennung zu den anderen Clustern.

Cluster 4 zeigt Trennschärfe bei dem Merkmal „ängstliches Verhalten“.

Cluster 3 mit den eher unauffälligen Kindern ist trennscharf beim Merkmal „Probleme mit der Nahrungsaufnahme“, vermutlich weil in diesem Cluster nur Kinder ab einem Alter von 6 Jahren zusammengefasst sind.

Cluster 2, als kleinste Gruppe, zeigt Überschneidungen mit anderen Clustern bei jedem Verhalten, beim Kontaktverhalten gibt es nur geringe Überschneidungen mit Cluster 4.

Abbildung 32: Verhaltenseinschätzung Kinder, 4 Clusterlösung, Konfidenzintervalle



N= 108 (47%) Verhaltenseinschätzung Kinder, Liniendiagramm der Konfidenzintervalle, 4 Clusterlösung

4. Ergebnisse

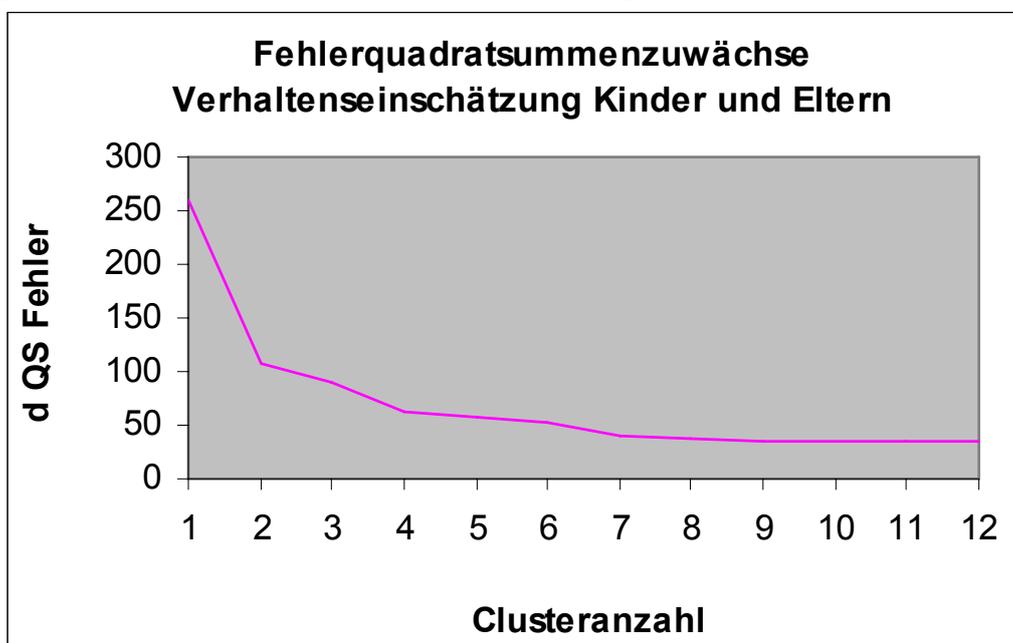
Die Ergebnisse der Clusteranalyse der kindlichen Verhaltenseinschätzung aus stationärer Sicht werden in Tabelle 29 zusammengefasst und den zusammengefassten Ergebnissen der Clusteranalyse des psychopathologischen Befunds gegenübergestellt.

4.3.1.2. Clusteranalyse der Verhaltenseinschätzung von Kindern und Eltern (Eltern-Kind-Paare)

In einem weiteren Schritt wurden Cluster mit Kindern und den zugehörigen Eltern gebildet und diese Eltern- Kind- Paare in den jeweiligen Clustern bezüglich ihrer Verhaltenseinschätzung bei 18 Verhaltensmerkmalen betrachtet. Mit der Ward-Methode als hierarchisches Clusteranalyseverfahren wurde zunächst wieder die sinnvollste Clusteranzahl gesucht (Werte der Fehlerquadratsummenzuwächse und Zuordnungsübersicht s.Tabellen A 36-37 im Anhang).

Das folgende Struktogramm zeigt einen sprunghaften Anstieg von Δ QS Fehler bei einer Anzahl von 4 Clustern und einen weiteren, steileren Anstieg bei 2 Clustern.

Abbildung 33: Verhalten Kinder und Eltern, Struktogramm



N=108 (47%)

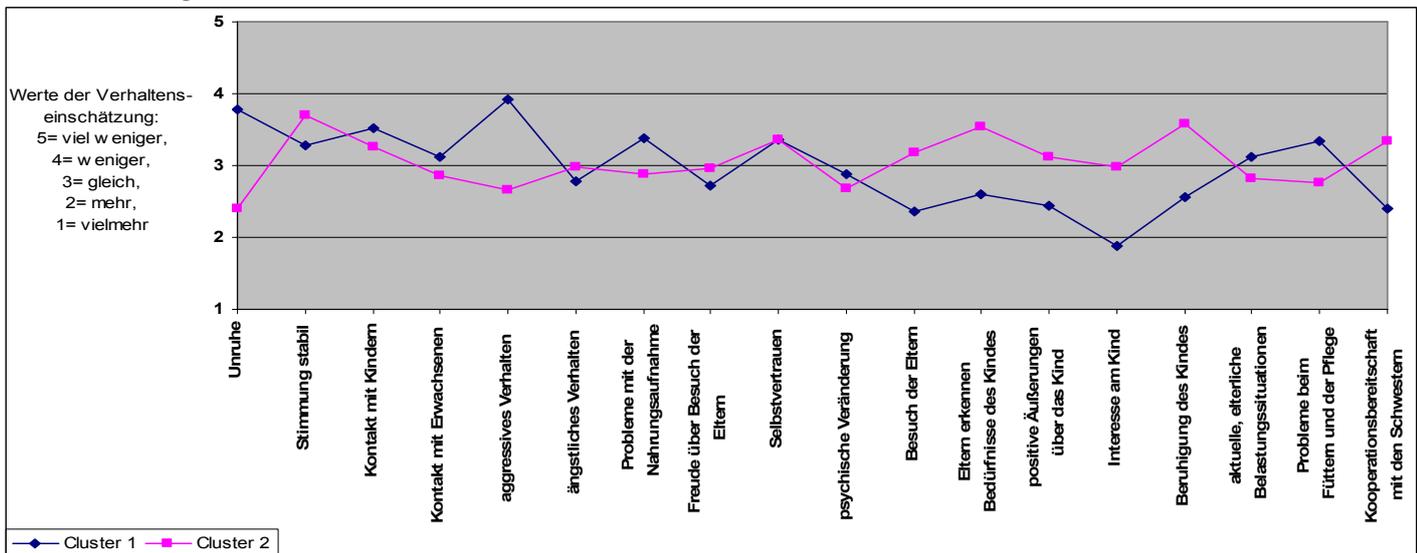
4. Ergebnisse

Hier ist es nicht ganz eindeutig bei welcher Clusteranzahl der größte Fehlerquadratsummenzuwachs vorliegt. Es ist in diesem Fall sinnvoll, die Mittelwerte der Verhaltensmerkmale mit der k-means-Methode für die Clusteranzahlen von 2 bis 4 zu errechnen und sich später für eine sinnvolle Clusterlösung zu entscheiden.

Im Folgenden werden mit der k-means-Methode die N=108 Eltern-Kind-Paare jeweils auf 2, auf 3 und auf 4 Cluster verteilt und die Mittelwerte der Verhaltensbewertungen der unterschiedlichen Cluster mit ihren Ausprägungen zu den verschiedenen Verhaltensmerkmalen in 3 graphischen Clusterdarstellungen gegenübergestellt.

Abbildungen 34-36: Verhaltenseinschätzung Kinder und Eltern, Clusterlösung 2-4, Clusterzentren

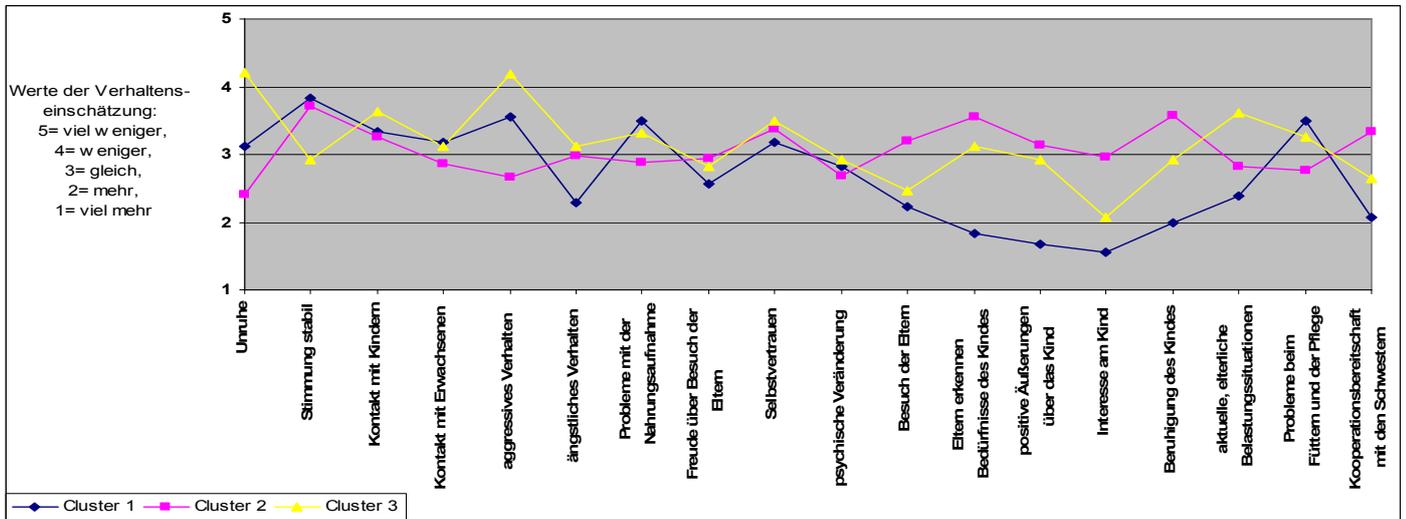
2 Clusterlösung



Cluster 1 (N= 46), Cluster 2 (N= 62)

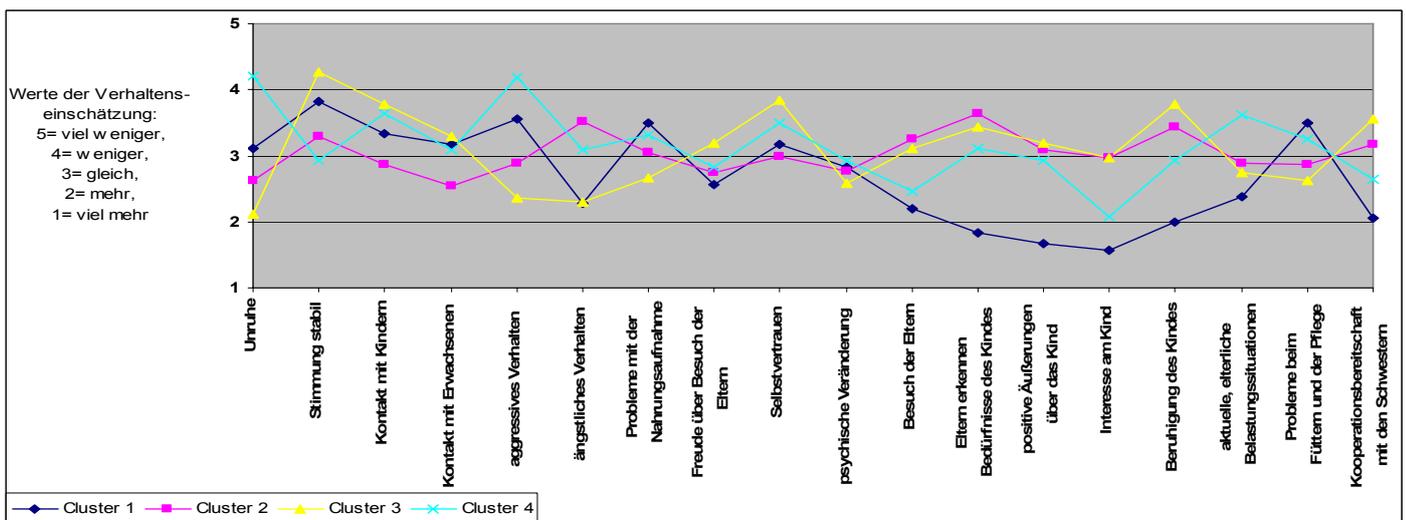
4. Ergebnisse

3 Clusterlösung



Cluster 1 (N= 18), Cluster 2 (N= 62), Cluster 3 (N= 28)

4 Clusterlösung



N= 108 (47%) Cluster 1 (N= 18), Cluster 2 (N= 35), Cluster 3 (N=27), Cluster4(N=28)

Verhaltenseinschätzung Kinder und Eltern, Clusterlösung 2-4, Liniendiagramme der Clusterzentren

Mit dem Ziel, bei der Suche nach einer angemessenen Clusteranzahl, intern möglichst homogene und extern möglichst heterogene Gruppen zu bilden, fällt bei der Betrachtung dieser 3 Clusterlösungen eine Elterngruppe ins Auge, die sich durch ihr Verhalten klar von den anderen Gruppen abgrenzt, sowohl bei der 3 als auch bei der 4 Clusterlösung findet sich diese Elterngruppe in Cluster1 mit N= 18 Personen wieder. Bei der 2 Clusterlösung ist diese Elterngruppe in Cluster 1 mit N= 46 Personen integriert und die Linien von Cluster 1 und

4. Ergebnisse

Cluster 2 in dieser Lösung verlaufen über viele Punkte des elterlichen Verhaltens parallel, die Clusterzusammenfassung hat hier den idealen Punkt bereits überschritten. Bei der 4 Clusterlösung wird Cluster 2 mit N=62 Personen aus der 3 Clusterlösung noch mal in 2 weitere Cluster, nämlich Cluster 2 mit N= 35 und Cluster 3 mit N= 27 Personen aufgeteilt. Diese 2 Cluster verlaufen jedoch in der 4 Clusterlösung über eigentlich den ganzen Bereich des elterlichen Verhaltens parallel und diese Aufteilung schafft keine wirkliche zusätzliche externe Heterogenität. Daher wähle ich für die weiteren Berechnungen und Darstellungen die 3 Clusterlösung als Vorgabe für die angemessene Clusteranzahl.

Das Verhalten der N= 108 Eltern- Kind- Paare, resultierend aus der Einschätzung von stationärer Seite, eingeteilt in 3 Verhaltenscluster der 3 Clusterlösung lässt sich folgendermaßen beschreiben (Kreuztabellen zu Alter, Geschlecht, Aufnahmediagnosen, psychiatrischen Diagnosen s. Tabellen A 38-41 im Anhang):

Cluster 1 (N=18):

Cluster 1 ist die kleinste Gruppe und erfasst Kinder, die etwas labiler in ihrer Stimmung(MW:3,8) und etwas ängstlicher (MW:2,3) sind als andere gleichaltrige Kinder und gleichzeitig durch tendenziell weniger aggressives Verhalten (MW:3,6) auffallen. Die Eltern dieser Gruppe besuchen ihre Kinder mehr (MW:2,2), erkennen die Bedürfnisse ihres Kindes mehr (MW:1,8), äußern sich mehr positiv über ihr Kind (MW:1,7), zeigen mehr Interesse an ihrem Kind (MW:1,6), können ihr Kind besser beruhigen (MW:2,0) und sind kooperationsbereiter mit den Schwestern (MW:2,1) als andere Eltern. Interessant ist, dass diese Eltern auch mehr über aktuelle, eigene Belastungssituationen berichten (MW:2,4) als andere Eltern. Diese Gruppe fasse ich unter folgendem Namen zusammen: **ängstlich, stimmungslabile Kinder mit fürsorglichen Eltern (enge Eltern- Kind- Bindung)**. Der Altersmittelwert dieses Clusters liegt bei 160 Monaten (13,4 Jahren). Mit 10 von 18 sind mehr weibliche Personen vertreten. Mit 38% wurde die häufigste Aufnahmediagnose aus S00- T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen und mit 53% keine psychiatrische Diagnose als häufigste Diagnose vom Konsiliarius gestellt.

4. Ergebnisse

Cluster 2 (N= 62):

Cluster 2 ist die größte Gruppe und vereint Kinder, die mehr unruhig (MW: 2,4) und weniger stabil in ihrer Stimmung (MW:3,7) als andere Gleichaltrige sind. Die Eltern dieser Kinder erkennen etwas weniger die Bedürfnisse ihrer Kinder (MW: 3,6) und können etwas weniger gut ihr Kind beruhigen (MW:3,6) als andere Eltern. Diese Gruppe nenne ich: **unruhige, stimmungslabile Kinder mit unsicheren Eltern**. Cluster 2 hat seinen Altersmittelwert bei 163 Monaten (13,6 Jahren), jedoch sind Kinder aller Altersgruppen vertreten. Mit 32 von 62 sind mehr männliche Personen in diesem Cluster. Die häufigste Aufnahmediagnose kommt hier mit 32% aus F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen und die häufigsten psychiatrischen Diagnosen verteilen sich zu jeweils 30% auf keine psychiatrische Diagnose und F4= Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen.

Cluster 3 (N= 28):

In Cluster 3 befinden sich Kinder, die weniger Kontakt mit anderen Kindern (MW: 3,6) suchen, weniger aggressives Verhalten (MW:4,2) zeigen und weniger unruhig (MW:4,2) sind als andere Gleichaltrige. Die Eltern haben mehr Interesse (MW:2,1) an ihrem Kind und berichten weniger über aktuelle, elterliche Belastungssituationen (MW:3,6) als andere Eltern. Diese Gruppe fasse ich unter folgendem Namen zusammen: **ruhige, tendenziell schüchterne, defensive Kinder mit interessierten, unauffälligen Eltern**. In diesem Cluster sind keine Kinder unter 6 Jahren, der Altersmittelwert liegt bei 171 Monaten (14,2 Jahren). Mit 15 von 28 sind mehr männliche Personen in dieser Gruppe. L00-L99 Krankheiten der Haut und der Unterhaut sind mit 36% häufigste Aufnahmediagnose, mit 48% ist keine psychiatrische Diagnose häufigste psychiatrische Diagnose.

4. Ergebnisse

Tabelle 26: Verhalten Eltern- Kind- Paare, Mittelwerte und Konfidenzintervalle, Cluster 1-3

Verhalten	Cluster 1			Cluster 2			Cluster 3		
	MW	KI		MW	KI		MW	KI	
		UG	OG		UG	OG		UG	OG
Unruhe	3,1	2,4	3,8	2,4	2,2	2,7	4,2	4,0	4,5
Stimmung stabil	3,8	3,4	4,2	3,7	3,5	4,0	2,9	2,6	3,2
Kontakt mit Kindern	3,3	3,0	3,7	3,3	3,0	3,5	3,6	3,3	4,0
Kontakt mit Erwachsenen	3,2	2,7	3,7	2,9	2,6	3,1	3,1	2,7	3,5
Aggressives Verhalten	3,6	3,1	4,0	2,7	2,4	2,9	4,2	3,8	4,5
Ängstliches Verhalten	2,3	1,8	2,7	3,0	2,7	3,3	3,1	2,8	3,5
Probleme mit der Nahrungsaufnahme	3,5	3,0	4,1	2,9	2,7	3,1	3,3	2,9	3,8
Freude über Besuch der Eltern	2,6	2,1	3,0	3,0	2,7	3,2	2,8	2,6	3,1
Selbstvertrauen	3,2	2,7	3,6	3,4	3,1	3,6	3,5	3,2	3,8
Psychische Veränderung	2,8	2,3	3,3	2,7	2,5	2,9	2,9	2,7	3,1
Besuch der Eltern	2,2	1,8	2,7	3,2	3,0	3,4	2,5	2,1	2,8
Eltern erkennen Bedürfnisse des Kindes	1,8	1,5	2,1	3,6	3,4	3,7	3,1	2,8	3,4
Positive Äußerungen über das Kind	1,7	1,4	2,0	3,1	2,9	3,3	2,9	2,6	3,3
Interesse am Kind	1,6	1,3	1,8	3,0	2,8	3,2	2,1	1,9	2,3
Beruhigung des Kindes	2,0	1,6	2,4	3,6	3,4	3,8	2,9	2,8	3,1
Aktuelle, elterliche Belastungssituationen	2,4	1,9	2,9	2,8	2,5	3,1	3,6	3,2	4,0
Probleme beim Füttern und der Pflege	3,5	3,0	4,0	2,8	2,6	2,9	3,3	3,0	3,5
Kooperationsbereitschaft mit den Schwestern	2,1	1,7	2,5	3,3	3,1	3,5	2,6	2,4	2,9
Clusternamen	Ängstlich, stimmungs-labile Kinder mit fürsorglichen Eltern (enge Eltern-Kind-Bindung)			Unruhige, stimmungs-labile Kinder mit unsicheren Eltern			Ruhige, tendenziell schüchterne, defensive Kinder mit interessierten, unauffälligen Eltern		

N= 108 (47%). Als unauffällig definierter Bereich: 2,5-3,5 (entspricht dem Verhalten anderer Gleichaltriger)

Die Bereiche > 3,5 und < 2,5 sind entsprechend für auffälliges Verhalten definiert, wobei auffälliges Verhalten noch mal unterteilt wird in:

0 = negativ auffälliges Verhalten

0 = positiv auffälliges Verhalten

4. Ergebnisse

MW= Mittelwert
KI= Konfidenzintervall
UG= Untergrenze
OG= Obergrenze

1= viel mehr, 2= mehr, 3= gleich wie, 4= weniger, 5= viel weniger als andere Gleichaltrige

Konfidenzintervalle:

Die 3 Cluster der Verhaltenseinschätzung der zugeordneten Eltern- Kind- Paare werden in der folgenden Abbildung mit Hilfe der 95% Konfidenzintervalle um die jeweiligen Mittelwerte der Verhaltensmerkmale auf ihre Trennschärfe untersucht.

Cluster 1 trennt im elterlichen Verhalten scharf bei den Merkmalen: Eltern erkennen die Bedürfnisse des Kindes, positive Äußerungen über das Kind, Interesse am Kind und Beruhigung des Kindes. Die Eltern von Cluster 1 erkennen die Bedürfnisse ihres Kindes mehr, äußern sich mehr positiv über ihr Kind, zeigen mehr Interesse für ihr Kind und können ihr Kind besser beruhigen als die Eltern der anderen beiden Cluster.

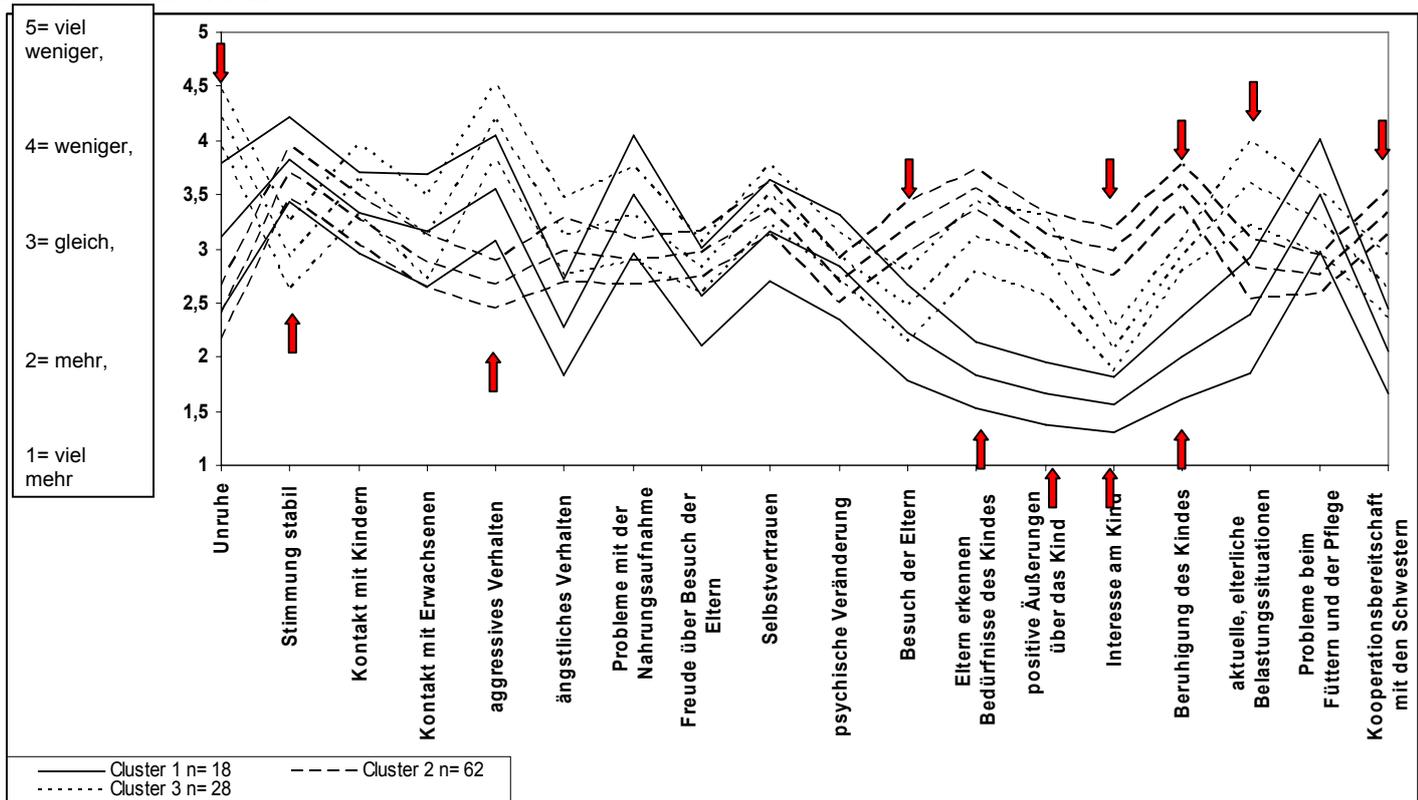
Cluster 2 trennt sich von den anderen beiden Clustern bei den Merkmalen „aggressives Verhalten“, „Besuch der Eltern“, „Interesse am Kind“ und „Kooperationsbereitschaft mit den Schwestern in Richtung mehr Aggression, weniger Besuch der Eltern, weniger Interesse am Kind und weniger Kooperationsbereitschaft mit den Schwestern als die anderen beiden Cluster, ist aber bei diesen Merkmalen noch im unauffälligen Bereich. Auffällig ist Cluster 2 bei dem Merkmal „Beruhigung des Kindes“ und hier trennt Cluster 2 sich scharf von den anderen beiden Clustern. Die Eltern von Cluster 2 können ihr Kind weniger beruhigen als die Eltern der anderen beiden Cluster.

Cluster 3 zeigt Trennschärfe bei den Verhaltensmerkmalen „Unruhe“, „Stimmung stabil“, „Interesse am Kind“, „Beruhigung des Kindes“ und „aktuelle, elterliche Belastungssituationen“. Die Kinder sind auffällig durch weniger Unruhe. Die Stimmungsstabilität liegt im unauffälligen Bereich, trennt aber im Vergleich in Richtung mehr stimmungsstabil als die anderen beiden Cluster. Die Eltern von Cluster 3 liegen mit ihrem Verhalten zu den Merkmalen „Interesse am Kind“ und „aktuelle, elterliche Belastungssituationen“ im auffälligen Bereich. Die Eltern von Cluster 3 zeigen aber weniger Interesse am Kind als Cluster 1 und mehr Interesse am Kind als

4. Ergebnisse

Cluster 2, sie berichten weniger über aktuelle, elterliche Belastungssituationen als Cluster 2 und Cluster 1. Sie liegen mit ihrem Verhalten zum Merkmal „Beruhigung des Kindes“ im unauffälligen Bereich, können aber ihr Kind weniger beruhigen als die Eltern von Cluster 1 und mehr beruhigen als die Eltern von Cluster 2.

Abbildung 37: Verhaltenseinschätzung Eltern-Kind-Paare, 3 Clusterlösung, Konfidenzintervalle



N=108 (47%). Verhaltenseinschätzung Eltern-Kind-Paare, 3 Clusterlösung, Liniendiagramm der Konfidenzintervalle

4.3.1.2.1. Zusammenfassung der Verhaltensmuster der Eltern-Kind-Paare

An dieser Stelle möchte ich die Ergebnisse der Clusteranalyse der Verhaltenseinschätzung der Eltern-Kind-Paare zusammenfassend darstellen, um dieses Ergebnis hier noch einmal hervorzuheben, denn nach unserer Kenntnis sind die Verhaltensskalen das einzige Instrument, das die Eltern-Kind-Beziehung, hier erstmals in einer Konsilpopulation, aus stationärer Sicht strukturiert beurteilt.

4. Ergebnisse

Die Zusammenfassung der Ergebnisse zeigt Tabelle 27. Leider beurteilt der Konsiliar die Kindseltern in der Konsildokumentation nicht, daher ist auch kein Vergleich möglich von stationärer Sicht und Sicht des Konsiliars in Bezug auf die Kindseltern.

Tabelle 27 : Verhaltensmuster der Eltern-Kind-Paare

Station: Verhaltensmuster Eltern-Kind-Paare, N=108
(Cluster 3) unauffällig/ positiv (26%): <ul style="list-style-type: none">• ruhige Kinder + interessierte Eltern• N= 28, m:w= 15:13, AMW: 171 Monate• Aufnahme diagnose: L00-L99 Hautkrankheiten (36%),• Psychiatrische Diagnose: keine psychiatrische Diagnose (48%)
(Cluster 1) auffällig (17%): <ul style="list-style-type: none">• ängstliche/stimmungslabile Kinder + fürsorgliche Eltern• N=18, m:w=8:10, AMW:160 Monate• Aufnahme diagnose: S00-T98 Verletzungen und Vergiftungen...(38%),• Psychiatrisch Diagnose: keine psychiatrische Diagnose (53%)
(Cluster 2) auffällig (57%): <ul style="list-style-type: none">• externalisierende Kinder + unsichere Eltern• N= 62, m:w= 32:30, AMW: 163 Monate• Aufnahme diagnose: F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (32%),• Psychiatrische Diagnose: keine psychiatrische Diagnose (30%), F4 neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (30%)

N= 108 (47%). Abkürzungen: AMW=Altersmittelwert

Es wurden jeweils die häufigste Aufnahme diagnose und die häufigste psychiatrische Diagnose genannt.

4. Ergebnisse

4.3.2. Verhaltensmuster aus Sicht des Konsiliars

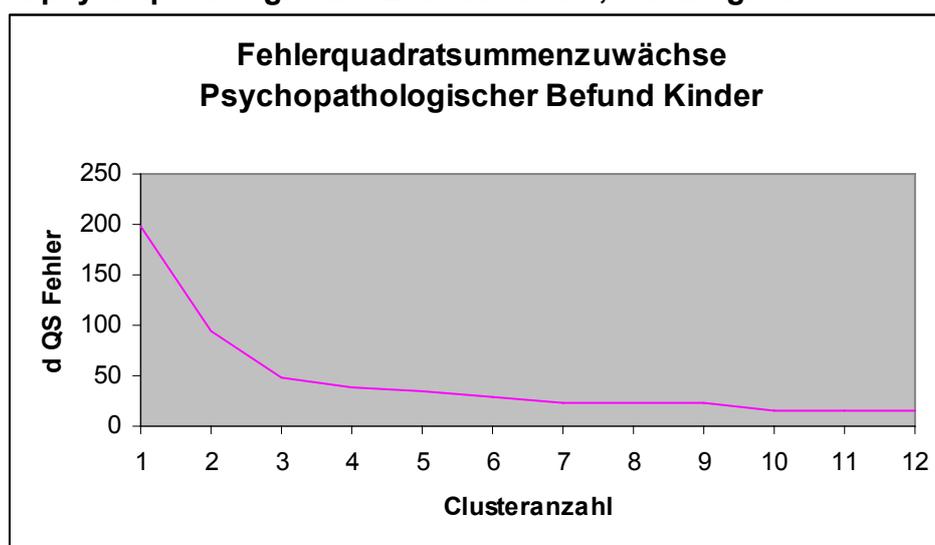
Fragen: Welche Gruppen von Kindern lassen sich per Clusteranalyse bilden, die sich innerhalb einer Gruppe in ihrem psychopathologischen Befund ähneln? Wie unterscheiden sich diese Gruppen in ihrem psychopathologischen Befund untereinander?

4.3.2.1. Clusteranalyse psychopathologischer Befund

Analog zur Verhaltenseinschätzung werden die Daten des psychopathologischen Aufnahmebefunds auch per Clusteranalyse untersucht. Mit dem Hintergrund der Frage nach Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen Verhaltenseinschätzung und psychopathologischem Aufnahmebefund wird zunächst wieder nach Patientengruppen gesucht, die sich innerhalb ihrer Gruppe (Cluster) in ihrem psychopathologischen Befund möglichst ähneln, sich aber von den anderen gebildeten Clustern im psychopathologischen Befund möglichst unterscheiden. Zur Berechnung der Cluster für den psychopathologischen Befund wird wieder die Ward- Methode als hierarchisches Verfahren verwendet, mit dem Ziel, eine sinnvolle Clusteranzahl zu erkennen.

Das folgende Struktogramm liefert eine sinnvolle Clusteranzahl von 3 Clustern, danach wächst die Fehlerquadratsumme sprunghaft an.

Abbildung 38: psychopathologischer Befund Kinder, Struktogramm



N= 174 (76%)

4. Ergebnisse

Die N=174 Kinder werden auf 3 Cluster verteilt und mit der k-means- Methode werden Mittelwerte der Ausprägung einer jeweiligen Störung innerhalb eines Clusters errechnet, die in Tabelle 28 zu sehen und in der Abbildung 39 als Kurve graphisch dargestellt sind. Der Maßstab der Bewertung einer Störung im psychopathologischen Befund ist ein anderer als bei der Verhaltenseinschätzung. Die Störungen im psychopathologischen Befund wurden durch 3 Ziffern bewertet, wobei 2= stark ausgeprägt, 1= leicht ausgeprägt und 0= unauffällig bedeutet. Die Berechnung der Mittelwerte geht hier wieder davon aus, dass es sich bei vorliegendem Maßstab um eine Intervallskala handelt.

Der Bereich > 1 ist als auffälliger Bereich definiert, bzw. als Bereich ausgeprägter Störung, Werte <1 sind als unauffällig definiert.

Als Interpretation der Daten der erhobenen psychopathologischen Befunde lassen sich die 3 Cluster in ihrer Ausprägung in Bezug auf die verschiedenen Störungen wie folgt beschreiben: (Kreuztabellen zu Geschlechts-, Altersverteilung, Verteilung der Aufnahmediagnosen und psychiatrischen Diagnosegruppen innerhalb der jeweiligen Cluster 1-3 s. Tabellen A 44-49 im Anhang):

Cluster 1 (N= 85): Cluster 1 bildet die größte Gruppe und fasst die Kinder zusammen, die im Mittel keine Störungen aufweisen, also **unauffällig** sind. Der Anteil an weiblichen Personen ist in diesem Cluster mit 55 % (N= 47) höher. Der Altersgipfel liegt mit 40 Personen (47 %) zwischen 12- 17,11 Jahren. Die Alterskurve ist etwas linksschief zu den jüngeren Kindern verschoben, die kleinsten Kinder von 0-2,11 Jahren sind mit 9 von 11 Kindern, die insgesamt aus dieser Altersgruppe stammen, gut vertreten. Der Altersmittelwert beträgt 148 Monate (12,3 Jahre). Die häufigste Aufnahmediagnose wird hier zu jeweils 21% aus den beiden Aufnahmediagnosegruppen F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen und L00-L99 Krankheiten der Haut und der Unterhaut gestellt. Als häufigste psychiatrische Diagnose wird hier mit 58% keine psychiatrische Diagnose gestellt.

4. Ergebnisse

Cluster 2 (N= 61): Cluster 2 bildet die zweitgrößte Gruppe und beschreibt Kinder, die gestört sind in der **Interaktion**, im **Antrieb, der Aufmerksamkeit und der Impulskontrolle** und in **Stimmung und Affekt**. Der Anteil an männlichen Personen ist mit N= 35 (59%) höher. Der Altersgipfel liegt wieder in der Gruppe von 12-17,11 Jahren mit N=31 (51%), es sind alle Altersgruppen vertreten. Prozentual ist mit 21% (N= 13) die Gruppe der über 18 jährigen am zweithäufigsten vertreten. Der Altersmittelwert liegt bei 171 Monaten (14,3 Jahren). Mit 33% ist die Aufnahmediagnosegruppe F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen die häufigste der Top 3, in der Gruppe der „alle anderen“ Aufnahmediagnosen befindet sich mit 35% ein größerer Anteil. Mit 24% wurde die häufigste psychiatrische Diagnose der Top 4 der psychiatrischen Diagnosen in F4= Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen gestellt, ein größerer Anteil der psychiatrischen Diagnosen kommt allerdings mit 37% aus der Gruppe der „alle anderen“.

Cluster 3 (N= 28): Cluster 3 ist mit N= 28 Personen die kleinste Gruppe, hier sind Kinder zusammengefasst, die auffällig sind in **Stimmung und Affekt** und **funktionelle und somatoforme Störungen** aufweisen. Der Anteil an weiblichen Mitgliedern der Gruppe ist mit N=21 (75%) deutlich höher. Der Altersgipfel liegt wieder zwischen 12-17,11 Jahren, gefolgt von den Schulkindern von 6- 11,11 Jahren. Junge Kinder (< 6 Jahre) sind nicht vertreten. Im Mittel ist dieses Cluster mit 175 Monaten (14,6 Jahren) das Älteste. Mit 18% ist die Gruppe F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen die häufigste Diagnosegruppe der Top 3, ein größerer Anteil kommt mit 64% aus „alle anderen“. Die häufigste psychiatrische Diagnose wird dominierend mit 64% aus F4= Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen gestellt.

4. Ergebnisse

Tabelle 28: psychopathologischer Befund, Mittelwerte und Konfidenzintervalle

Störung der/des/von...	Cluster 1			Cluster 2			Cluster 3		
	MW	KI		MW	KI		MW	KI	
		UG	OG		UG	OG		UG	OG
Interaktion	0,3	0,1	0,4	1,5	1,3	1,7	0,4	0,2	0,7
Sozialverhaltens	0,1	0	0,1	0,8	0,6	1,0	0,2	0	0,4
Antrieb, Aufmerksamkeit u. Impulskontrolle	0,2	0,1	0,3	1,5	1,3	1,6	0,3	0,1	0,4
Psychomotorik	0,1	0	0,2	0,5	0,3	0,7	0,6	0,3	0,9
Sprechens und der Sprache	0	0	0	0,6	0,4	0,8	0,1	0	0,2
Angststörungen	0,1	0	0,1	0,6	0,4	0,8	0,5	0,2	0,8
Stimmung und Affekt	0,6	0,4	0,7	1,6	1,4	1,8	1,5	1,2	1,8
Zwangsstörung	0,1	0	0,2	0,1	0	0,2	0	0	0
Essstörung	0,1	0,1	0,2	0,3	0,1	0,4	0	0	0
Funktionelle u. somatoforme Störungen	0,1	0	0,2	0,2	0	0,3	1,9	1,7	2,0
Merkfähigkeit, Orientierung u. Bewusstsein	0,1	0	0,1	0,1	0	0,2	0	0	0
Formale Denkstörungen	0,1	0	0,2	0,5	0,3	0,7	0	0	0
Inhaltliche Denkstörungen	0,1	0	0,1	0,1	0	0,2	0	0	0
Andere Störungen	0,1	0	0,1	0,1	0	0,2	0	0	0
Clusternamen	unauffällig			Störung der Interaktion, von Antrieb, Aufmerksamkeit u. Impulskontrolle und Stimmung und Affekt			Störung von Stimmung u. Affekt und Funktionelle u. Somatoforme Störungen		

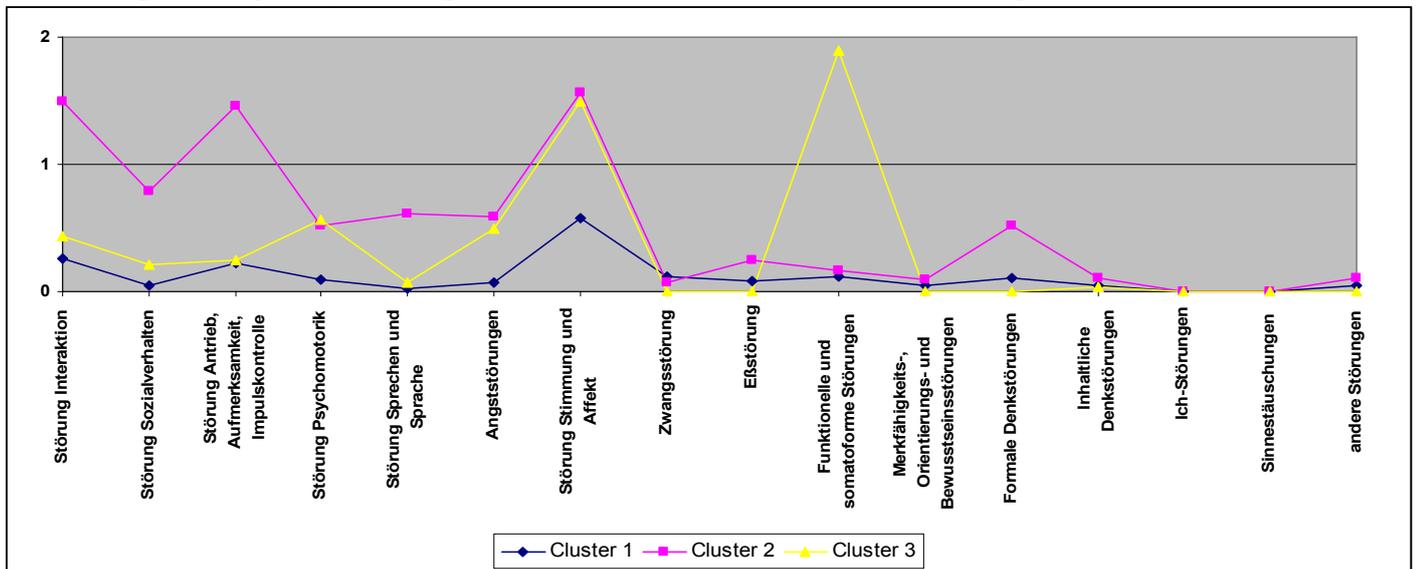
N= 174 (76%). Bereich > 1= auffällig/ ausgeprägte Störung= 0 = rot markiert

MW= Mittelwert
 KI= Konfidenzintervall
 UG= Untergrenze
 OG= Obergrenze

0= unauffällig 1= leicht ausgeprägt 2= stark ausgeprägt

4. Ergebnisse

Abbildung 39: Psychopathologischer Befund Kinder, 3 Clusterlösung, Clusterzentren



N= 174 (76%). Cluster 1 (N= 85), Cluster 2 (N= 61), Cluster 3 (N= 28)

Psychopathologischer Befund Kinder, Liniendiagramm der Clusterzentren, 3 Clusterlösung.

Maßstab des psychopathologischen Befundes: 2= stark ausgeprägt, 1= leicht ausgeprägt, 0= unauffällig

Konfidenzintervalle:

Zur Überprüfung der Trennschärfe zwischen den 3 gebildeten Clustern des psychopathologischen Befundes wurden 95% Konfidenzintervalle um die Mittelwerte errechnet. Der Verlauf der Konfidenzintervalle ist in folgender Graphik dargestellt.

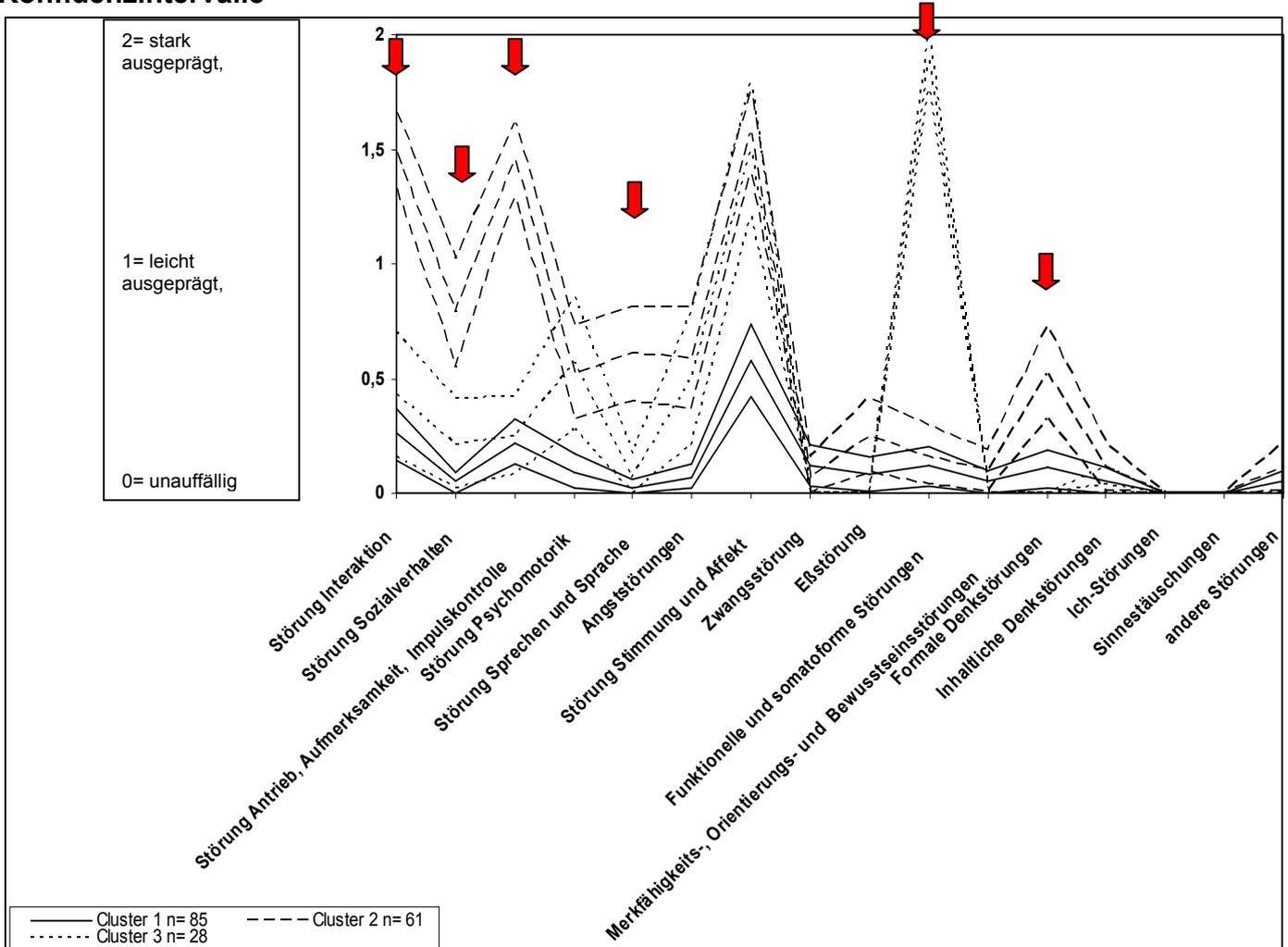
Cluster 1 verläuft insgesamt im unauffälligen Bereich.

Cluster 2 trennt sich scharf von den anderen Clustern bei folgenden Merkmalen: Störung der Interaktion, Störung im Sozialverhalten, Störung von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle, Störung von Sprechen und Sprache und Formale Denkstörungen. Die Konfidenzintervalle der Merkmale Sozialverhalten, Sprechen und Sprache und formale Denkstörungen liegen im unauffälligen Bereich, Störungen zu diesen Merkmalen sind aber in Cluster 2 mehr vorhanden als in Cluster 1 und 3,

Cluster 3 trennt scharf bei dem Merkmal funktionelle und somatoforme Störungen.

4. Ergebnisse

Abbildung 40: Psychopathologischer Befund Kinder, 3 Clusterlösung, Konfidenzintervalle



N= 174 (76%)

Die errechneten Cluster des psychopathologischen Befundes der Kinder und ihre Eigenschaften werden in Tabelle 29 zusammenfassend den Clustern der stationären Verhaltenseinschätzung der Kinder gegenübergestellt.

4. Ergebnisse

4.3.3. Vergleich stationäre Sicht und Sicht des Konsiliars

Frage: Welche Ergebnisse liefert ein Vergleich der Sicht der anfordernden Station (Aufnahmediagnose und Verhaltenseinschätzung) mit der Sicht des Konsiliars (psychopathologischer Befund und psychiatrische Diagnose)?

4.3.3.1. Vergleich Verhaltenseinschätzung Kinder und psychopathologischer Befund

Frage: Welche Ähnlichkeiten und Unterschiede gibt es zwischen der Verhaltenseinschätzung der Kinder von der Station und dem vom Konsiliarius erstellten psychopathologischen Befund der Kinder?

Um diese Frage zu beantworten, möchte ich erst einmal zusammenfassend die Ergebnisse der Clusteranalysen von Verhaltenseinschätzung und psychopathologischem Befund der Kinder einfach bildlich in der folgenden Tabelle gegenübergestellt.

4. Ergebnisse

Tabelle 29: Vergleich Verhaltenseinschätzung Kinder und psychopathologischer Befund

Station: Verhaltenseinschätzung, Kinder N=108:	Konsiliar: Psychopathologischer Befund, Kinder N= 174
(Cluster 3) unauffällig (bis angepasst) (26%) <ul style="list-style-type: none"> N=28, m:w= 15:13, AMW: 173 Monate Aufnahmediagnose: L00-L99 Hautkrankheiten (40%) Psychiatrische Diagnose: keine psychiatrische Diagnose (57%) 	(Cluster 1) unauffällig (49%) <ul style="list-style-type: none"> N= 85, m:w= 38:47, AMW:148 Monate Aufnahmediagnose: F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (21%) und L00-L99 Hautkrankheiten (21%) Psychiatrische Diagnose: keine psychiatrische Diagnose (58%)
(Cluster 1) auffällig (37%) durch: <ul style="list-style-type: none"> Externalisierendes Verhalten N=40, m:w=22:18, AMW:161 Monate Aufnahmediagnose: F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (29%) Psychiatrische Diagnose: keine psychiatrische Diagnose (40%) 	(Cluster 2) auffällig (35%) in : <ul style="list-style-type: none"> Interaktion Antrieb, Aufmerksamkeit, Impulskontrolle Stimmung und Affekt N= 61, m:w= 35:24, AMW:171 Monate Aufnahmediagnose: alle anderen (35%) und F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (33%) Psychiatrische Diagnose: alle anderen (37%) und F4 neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (24%)
(Cluster 2) auffällig (9%) durch: <ul style="list-style-type: none"> Kontaktscheues Verhalten N=10, m:w=4:6, AMW:177 Monate Aufnahmediagnose: F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (56%) Psychiatrische Diagnose: keine psychiatrische Diagnose (30%) 	(Cluster 3) auffällig (16%) in: <ul style="list-style-type: none"> Stimmung und Affekt zeigt funktionelle und somatoforme Störungen N= 28, m:w= 7:21, AMW:175 Monate Aufnahmediagnose: alle anderen (64%) und F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (18%) Psychiatrische Diagnose: F4 neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (64%)
(Cluster 4) auffällig (28%) durch: <ul style="list-style-type: none"> Ängstliches/stimmungslabiles Verhalten N= 30, m:w=14:16, AMW:145 Monate Aufnahmediagnose: F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (36%) Psychiatrische Diagnose: F4 neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (41%) 	

Abkürzungen: AMW= Altersmittelwert; F00-F99=Psychische und Verhaltensstörungen, S00-T98=Verletzungen und Vergiftungen..., L00-L99=Hautkrankheiten; F4= neurotische, Belastungs-, somatoforme Störungen; F3=affektive Störungen, F9= Verhaltens- u. emotionale Störungen. Genannt werden jeweils die häufigsten Diagnosen, die Aufnahmediagnosen sind unter Top 3 (F00-F99, S00-T98, L00-L99) gegen „alle anderen“ in A-Y nach ICD-10 und die Psychiatrischen Diagnosen unter Top 4 (keine Psychiatrische Diagnose, F4, F3, F9) gegen „alle anderen“ in F0-F9 zusammengefasst.

4. Ergebnisse

In der Tabelle zeigt sich, dass die Station ungefähr $\frac{1}{4}$ der untersuchten Konsilpopulation als unauffällig (bis angepasst) und $\frac{3}{4}$ als auffällig einschätzt.

Der Konsiliar bewertet ungefähr die Hälfte als unauffällig bzw. als auffällig.

Die Auffälligkeiten die Station und Konsiliar sehen sind allerdings nicht deckungsgleich.

Eine detaillierte Aussage über Übereinstimmungen oder Diskrepanzen zwischen den Clustern der Verhaltenseinschätzung und des psychopathologischen Befunds liefern das folgende dreidimensionale Balkendiagramm und dessen Interpretation.

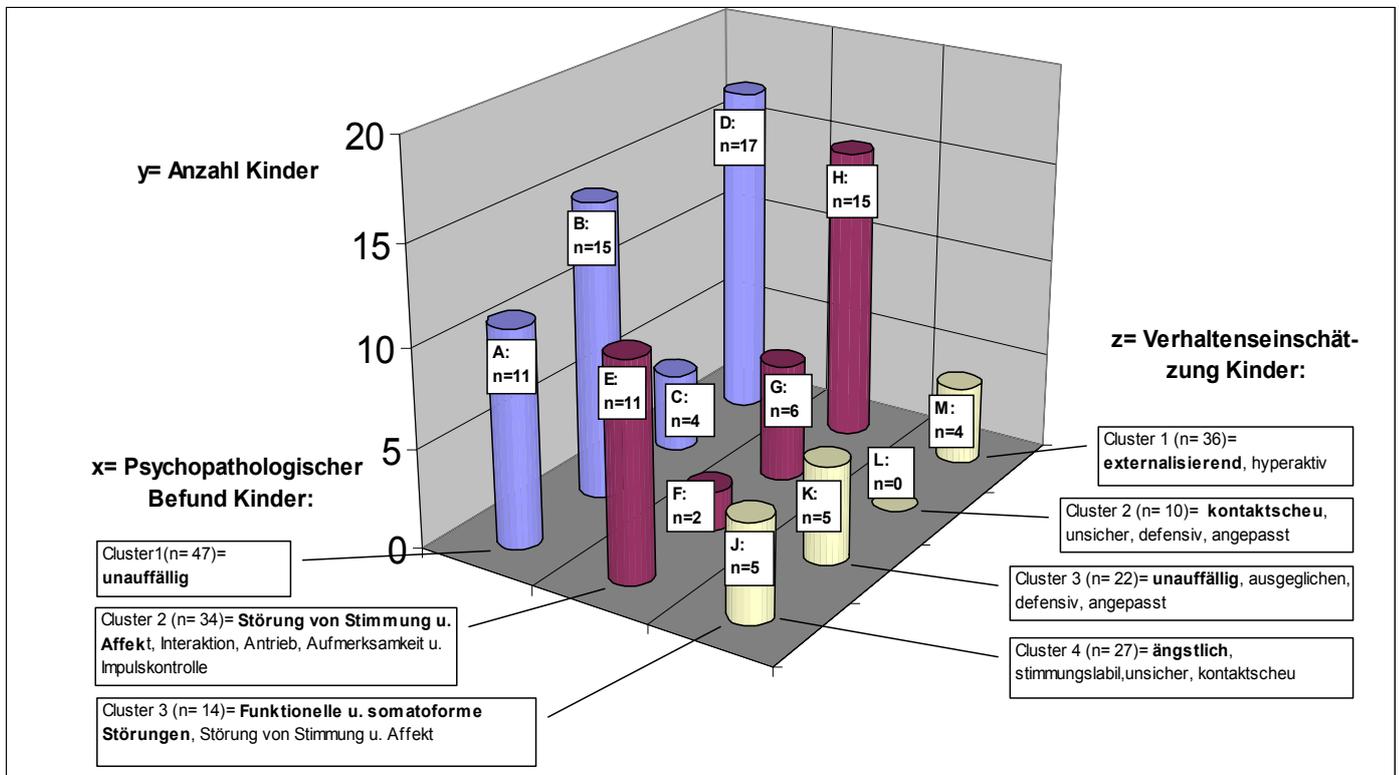
In der Schnittmenge der Kreuztabelle der 4 Cluster der Verhaltenseinschätzung und der 3 Cluster des psychopathologischen Befunds, dargestellt durch das 3D Balkendiagramm, ergibt sich mit N=95 Personen eine kleinere Fallzahl, aber das Verhältnis der Bewertungen von unauffälligem und auffälligem Verhalten bleibt ungefähr das gleiche.

Diese Untersuchung mit einer im Verhältnis eher kleinen Stichprobengröße liefert nach Pearson nicht signifikante Ergebnisse. Die Ergebnisse werden als Perspektive der Station und als Perspektive des Konsiliarius beschrieben.

Für die Beschreibung der Säulen als Darstellung der Häufigkeitsverteilung der einzelnen Cluster der Verhaltenseinschätzung in den Clustern des psychopathologischen Befunds sind diese mit Großbuchstaben gekennzeichnet.

4. Ergebnisse

Abbildung 41: Verhaltenseinschätzung Kinder (4 Clusterlösung) gekreuzt mit Psychopathologischem Befund Kinder (3 Clusterlösung)



N=95 (41%) Balkendiagramm 3D, Verhaltenseinschätzung Kinder (4 Clusterlösung) gekreuzt mit Psychopathologischem Befund Kinder (3 Clusterlösung)

Beschreibung der stationären Perspektive:

Die Kinder aus Cluster 1 (N= 36) der stationären Verhaltenseinschätzung mit den externalisierend, hyperaktiven Kindern:

- werden vom Konsiliarius im psychopathologischen Befund überwiegend unauffällig (Säule D, N= 17) gesehen, vermutlich weil in der kurzen Einzelsituation im Konsil Verhalten oft nur als Ausschnitt eines Verhaltensspektrums auftaucht oder gar nicht gezeigt wird.
- Der zweitgrößte Teil dieses Clusters (Säule H, N= 15) findet sich in Cluster 2 des psychopathologischen Befunds wieder, der Gruppe mit Störung von Stimmung und Affekt, Interaktion, Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle. Einer großen Mischgruppe, die im Vergleich zu den anderen beiden Clustern des

4. Ergebnisse

psychopathologischen Befunds am ehesten auch externalisierend, hyperaktives Verhalten beinhaltet, d.h. wenn das auf Station gesehene Verhalten durch den Konsiliarius in seinem Befund bestätigt wird, dann in dieser Untersuchung am ehesten durch ein Wiederfinden in diesem Cluster des psychopathologischen Befunds.

- Nur ein kleinerer Teil (Säule M, N= 4) findet sich in Cluster 3 des psychopathologischen Befunds mit funktionellen und somatoformen Störungen und Störung von Stimmung und Affekt wieder

Die Kinder aus dem sehr kleinen Cluster 2 (N= 10) der stationären Verhaltenseinschätzung mit den eher kontaktscheuen, unsicheren, defensiven und angepassten Kindern:

- werden vom Konsiliarius überwiegend (Säule G, N= 6) im Mischcluster 2 mit Störung von Stimmung und Affekt, Interaktion, Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle gesehen, was eventuell am Interaktionsverhalten dieser Kinder in der Konsilsituation liegen könnte
- oder auch (Säule C, N=4) im unauffälligen Cluster 1 gesehen
- es finden sich keine Kinder aus diesem Cluster (Säule L, N=0) in Cluster 3 (funktionelle und somatoforme Stö) des psychopathologischen Befunds

Die Kinder aus Cluster 3 (N= 22) der stationären Verhaltenseinschätzung, die sich eher unauffällig, ausgeglichen, defensiv und angepasst verhalten:

- werden auch vom Konsiliarius zum größten Teil unauffällig (Säule B, N= 15) in der Konsilsituation gesehen
- ein kleinerer Teil findet sich in Cluster 3 (funktionelle und somatoforme Stö) des psychopathologischen Befunds wieder (Säule K, N= 5)
- Der kleinste Teil (Säule F, N= 2) befindet sich im Mischcluster 2 des psychopathologischen Befunds

Die Kinder aus Cluster 4 (N= 27) der stationären Verhaltenseinschätzung, die eher als ängstlich, stimmungslabil, unsicher und kontaktscheu auffallen:

- verteilen sich im psychopathologischen Befund zu gleichen Teilen auf die ersten 2 Cluster (Säule A, N=11 und Säule E, N=11), d.h. sie zeigen sich im Konsil unauffällig

4. Ergebnisse

oder zeigen vermutlich Auffälligkeiten in Stimmung und Affekt und im Interaktionsverhalten

- ein kleiner Teil (Säule J, N= 5) wird vom Konsiliar im 3. Cluster (Säule J, N= 5) mit funktionellen und somatoformen Störungen und Störung von Stimmung und Affekt eingeordnet

Beschreibung der Perspektive des konsiliarisch tätigen Arztes:

Die Kinder aus Cluster 1 (N= 47) des psychopathologischen Befundes, welche vom Konsiliar als unauffällig im Konsil gesehen wurden:

- waren auf Station mit einem großen Anteil auffällig durch externalisierend, hyperaktives Verhalten (Säule D, N=17), vermutlich weil das Detailbild des Verhaltens in der Konsilsituation ein anderes ist, als die das Verhaltensbild, das die Station rund um die Uhr beobachten kann
- ein weiterer größerer Anteil wurde aber auch auf der Station vorher als unauffällig eingeschätzt (Säule B, N= 5)
- der nächst kleinere Anteil wurde auf Station in das Cluster 4 mit den ängstlichen Kindern eingeordnet (Säule A, N= 11)
- der kleinste Anteil wurde auf Station in Cluster 2 mit den kontaktscheuen Kindern gesehen (Säule C, N= 4)

Die Kinder aus Cluster 2 (N= 34) des psychopathologischen Befundes, die ein Mischcluster bilden mit Störungen von Stimmung und Affekt, Interaktion, Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle:

- fielen auf Station überwiegend durch externalisierend, hyperaktives Verhalten auf (Säule H, N=15)
- oder fielen als zweit größte Gruppe der Station durch z.B. ängstliches Verhalten auf (Säule E, N= 11)
- kleinere Gruppen waren auf Station auffällig durch z.B. kontaktscheues Verhalten (Säule G, N=6) oder wurden vorher als unauffällig eingeschätzt (Säule F, N= 2)

4. Ergebnisse

Die Kinder aus dem kleinsten Cluster 3 (N= 14) des psychopathologischen Befundes mit funktionellen und somatoformen Störungen und Störung von Stimmung und Affekt

- wurden von der Station vorher zu gleichen Teilen entweder als unauffällig (Säule K, N=5) oder als z.B. ängstlich (Säule J, N= 5) beurteilt
- ein kleinerer Teil wurde vorher auf der Station als z.B. externalisierend, hyperaktiv wahrgenommen (Säule M, N=4)

Der Station fallen die Kinder und Jugendlichen vor der Anforderung eines kinder- und jugendpsychiatrischen Konsils häufiger durch eher externalisierend, hyperaktives Verhalten auf (Cluster 1 der Verhaltenseinschätzung mit der größten Personenzahl). Diese auf Station auffällige Gruppe wird vom Kinder- und Jugendpsychiater in der Konsilsituation überwiegend als eher unauffällig wahrgenommen (Säule D), vermutlich weil sich das externalisierende Verhalten in der Einzelsituation nicht zeigt oder anders zeigt; aber der Kinder – und Jugendpsychiater bestätigt dieses stationär auffällige Verhalten auch zu einem großen Teil in seinem psychopathologischen Befund (Säule H).

Die stationär unauffällige Gruppe wird vom Konsiliarius auch als überwiegend unauffällig wahrgenommen. Die sich eher internalisierend verhaltenden Kinder (z.B. ängstlichen und kontaktscheuen Kinder in Cluster 2 und 4) der Station sind in der Konsilsituation unauffällig oder fallen dem Kinder- und Jugendpsychiater durch z.B. Störungen von Stimmung und Affekt oder im Interaktionsverhalten auf.

Der Kinder- und Jugendpsychiater nimmt die Kinder- und Jugendlichen in der Konsilsituation überwiegend als unauffällig wahr (Cluster 1 des psychopathologischen Befundes mit der größten Personenzahl), vermutlich da wie oben schon gesagt, das Verhalten in der Einzelsituation des Konsils nur einen Ausschnitt zeigt.

Der größte Teil der vom Konsiliarius als unauffällig wahrgenommenen Kinder wurde von der Station vorher als z.B. externalisierend eingeschätzt; der nächst größere Anteil verhielt sich aber auch auf der Station unauffällig. Die Gruppe, bei der der konsiliarisch tätige Arzt Störungen von Stimmung und Affekt, Interaktion, Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle feststellte, zeigte auf Station mehr externalisierendes (Säule H) und auch internalisierendes Verhalten (Säule E). Die Gruppe mit u.a. funktionellen und somatoformen Störungen zeigte

4. Ergebnisse

sich auf Station überwiegend mit internalisierendem und unauffälligem Verhalten.

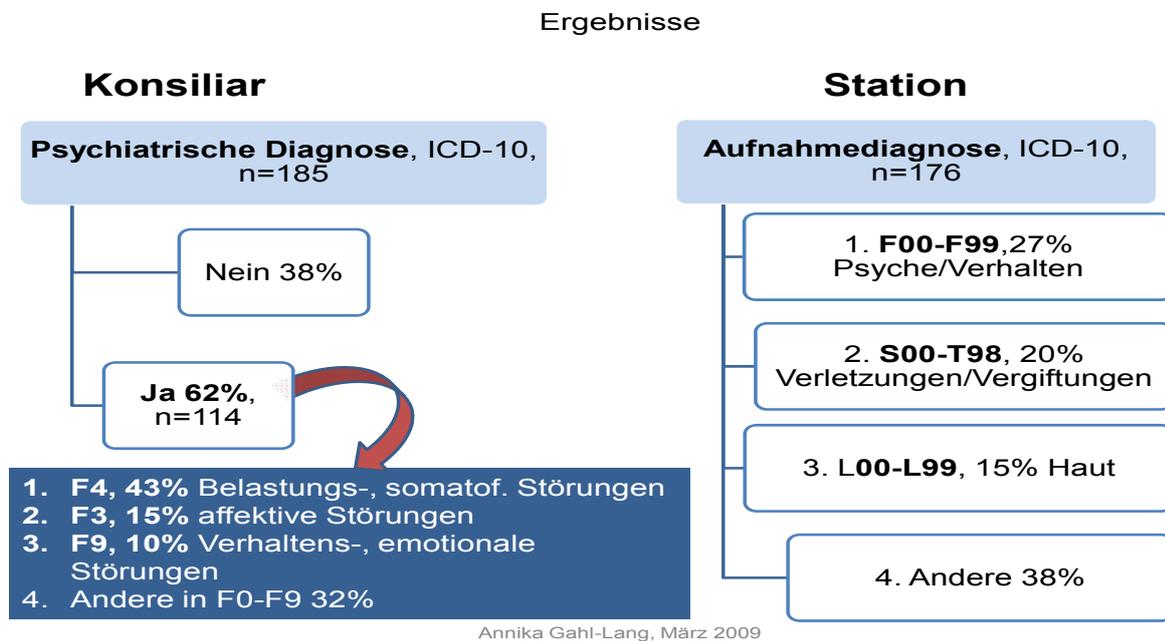
4.3.3.2. Vergleich Aufnahmediagnose und psychiatrische Diagnose

Frage: Welche Ergebnisse liefert ein Vergleich von Aufnahmediagnose und psychiatrischer Diagnose?

Im analytischen Ergebnis-Teil wurden bereits die Verhaltenseinschätzungen von Station und der psychopathologische Befund des Konsiliars per Clusteranalyse ausgewertet und die errechneten Cluster auf Zusammenhänge mit Aufnahmediagnose und psychiatrischer Diagnose untersucht. Um die Sicht der anfordernden Station (Aufnahmediagnose und Verhaltenseinschätzung) mit der Sicht des Konsiliars (psychopathologischer Befund und psychiatrische Diagnose) zu vergleichen, wurden im Anschluss unter die Cluster der Verhaltenseinschätzung den Clustern des psychopathologischen Befunds direkt gegenübergestellt. An dieser Stelle möchte ich noch die Aufnahmediagnosen mit den psychiatrischen Diagnosen vergleichen. Die folgende Übersicht vergleicht noch einmal die häufigsten Aufnahmediagnosen mit den häufigsten psychiatrischen Diagnosen:

4. Ergebnisse

Abbildung 42: Vergleich psychiatrische Diagnosen mit Aufnahmediagnosen



Die Abbildung beschreibt in absteigender Reihenfolge die drei häufigsten Gruppen der Aufnahmediagnosen (62%) und die drei häufigsten psychiatrischen Diagnosegruppen (68%) in dem Anteil der Stichprobe, bei dem eine psychiatrische Diagnose gestellt wurde (62% von N=185 bekannten Fällen).

Insgesamt ist zu sagen, dass nicht in jedem Konsilfall die Schwelle für eine psychiatrische Diagnose erreicht ist. Wie das Verhältnis aussieht, ob eine psychiatrische Diagnose gestellt wurde oder nicht in Bezug auf die drei häufigsten Aufnahmediagnosegruppen zeigt die folgende Tabelle.

Bei den Aufnahmediagnosen werden wieder die drei häufigsten Gruppen gegen die restlichen Aufnahmediagnosegruppen und eine Gruppe die keine Aufnahmediagnose erhielt dargestellt. Der Anteil der vorhandenen psychiatrischen Diagnosegruppen wurde in zwei Gruppen zusammengefasst (psychiatrische Diagnose vorhanden und nicht vorhanden).

4. Ergebnisse

Ergebnis:

- In der Gruppe F00-F99 bei den Aufnahmediagnosen erhalten mit N=32 (84%) mehr Personen eine psychiatrische Diagnose
- In der Gruppe L00-L99 ist der Anteil größer, der keine psychiatrische Diagnose erhält (N=14(64%))
- In S00-T98 bekommen mit 67% (N=18) mehr Personen eine psychiatrische Diagnose

Dieses Ergebnis ist nach Pearson mit $p=0,002$ als sehr signifikant zu bezeichnen.

Tabelle 30: Aufnahmediagnosen nach psychiatrischen Diagnosen

Aufnahmediagnosen	Ist eine psychiatrische Diagnose vorhanden?		
	nein	ja	Gesamt
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	6	32	38
L00-L99 Krankheiten der Haut	14	8	22
S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen ...	9	18	27
keine Aufnahmediagnose	7	5	12
Rest der Aufnahmediagnosegruppen	25	36	61
Gesamt	61	99	160

N= 160 (70%)

5. Diskussion

5.1. *Qualität der Daten*

In den Daten dieser Stichprobe gibt es einen beachtlichen Anteil an fehlenden Werten, für die es verschiedene Gründe gibt.

Bei den einzelnen Seiten der Konsildokumentation fehlte die Seite 1 (Fragebogen an die Konsil anfordernde Station) mit 41% am häufigsten.

Bei den einzelnen Dokumentationspunkten gab es am häufigsten fehlende Werte beim Sicherheitsgrad der psychiatrischen Diagnose (77%), bei der Fragestellung des Anfragers (64%) und den Verhaltensskalen (48-66%).

Durch begrenzte zeitliche Ressourcen kann der Konsiliar die Dokumentation nicht immer zeitnah oder nicht in vollem Umfang ausführen, teilweise wurde eine Dokumentation auch versäumt. Auf das Ausfüllen der Seite 1 der Konsildokumentation (Fragebogen an die anfordernde Station) inklusive Fragestellung des Anfragers und Verhaltensskalen hat der Konsiliar nur bedingt Einfluss.

Die Dokumentation der Seiten 2-4 obliegt dem Konsiliar. Der fehlende Anteil dieser Seiten in der gesamten Stichprobe liegt bei 26-27%. Würde man hier den Maßstab der externen Qualitätssicherung für dokumentationspflichtige Eingriffe (80% dieser Eingriffe müssen dokumentiert sein) ansetzen, so würden hier zur Erfüllung dieser Vorgabe noch mindestens 7% der Dokumentation fehlen. Hier bestünde also nach den Maßstäben der externen Qualitätssicherung Verbesserungsbedarf.

Ein gewisser Teil an fehlenden Daten konnte nacherhoben werden, dies betraf vor allem die Punkte auf Seite 3 und 4.

Da es sich um archivierte Daten handelt, die retrospektiv betrachtet wurden, musste jedoch eine größere Zahl an fehlenden Daten hingenommen werden.

5. Diskussion

Wenige Fragebögen kamen vom ambulanten Bereich der Haunerschen Kinderklinik, der Chirurgischen Klinik (IS) und den HNO- Kliniken zurück. Die Fragestellung fehlte am häufigsten aus der Psychiatrischen Klinik (IS).

Dokumentation von Ärzten und Pflegekräften wird allgemein für wichtig gehalten und breit genutzt.

Püschmann et al untersuchten auf Vollständigkeit und Qualität der ärztlichen Dokumentation Krankenunterlagen aus Chirurgie, Orthopädie, Innerer Medizin und Neurologie. „Anamnese und körperliche Untersuchung waren nur in je 69% dokumentiert und frei von Mängeln.(...) Einzelfallbezogen waren nur 27% dieser 317 Krankenakten in allen erforderlichen Dokumentationsteilen vollständig und qualitativ einwandfrei. Die wenigen Publikationen zu diesem Thema weisen in vergleichbarem Maße Dokumentationsdefizite auf (Püschmann 2006).

Im Vergleich zu Schäfert (2005), der noch auf keine einheitliche, strukturierte Konsildokumentation zurückgreifen konnte, basieren die Daten dieser Arbeit auf einer überwiegend einheitlichen Aktengrundlage. Die mehrheitlich vorhandene und ausgefüllte Konsildokumentation wurde in vielen Fällen durch Briefe, handschriftliche Aufzeichnungen, des Konsiliars und Testbögen (CBCL, YSR) erweitert archiviert.

Für die Repräsentativität der Stichprobe dieser Arbeit spricht der lange Untersuchungszeitraum über 7 Jahre, und dass trotz seit Schäfert (2005) nochmal gesunkener Zuweisungsrate, die Ergebnisse mit anderen Arbeiten (z.B. Schäfert(2005) und Tomalak (2006)) vergleichbar sind und ein Vergleich plausible Ergebnisse liefert. Unterschiede zwischen den Stichproben sind auf das Anfragerspektrum, die Alters- oder Geschlechterverteilung zurückzufolgen.

Im Vergleich zu Shugarts (1991) genannten publizierten Studien über kinder- und jugendpsychiatrische Konsultationen ((Bolian 1971; Monelly 1973; Jankowski 1974; Seligman 1974; Sack 1977; Simonds 1977; Lewis 1978; Tiller 1978; Wrate 1978; Jellinek 1981; Rait 1988) N zwischen 50 und 191) und neueren Arbeiten von Tomalak ((2006)(N=67)) und Elkemann ((2006)(N=80)) liegt die Fallzahl dieser Arbeit mit N=229 höher.

5. Diskussion

Im Vergleich zu Schäfert ((2005) N=508) und von ihm zum Vergleich herangezogenen Studien ((Bessler 2001) N=756) liegt die Fallzahl tiefer. Die Fallzahl dieser Arbeit ist insgesamt gut im mittleren Bereich platziert.

5.2. Die Konsilanfrage

5.2.1. Demographische Basisdaten und Zuweisungsrate

Als demographische Basisdaten werden hier Stichprobengröße, Aufnahmestatus der Patienten, Untersuchungszeitraum und Alterspanne bzw. Altersmedian, Geschlechterverteilung und Zuweisungsrate als Prozentsatz der Aufnahmen der Konsil anfragenden Kliniken, wie von Shugart gefordert, tabellarisch gegenübergestellt.

Zusätzlich werden hier die in den Studien untersuchten Konsil anfragenden Kliniken, die Nationalität der Patienten, die Lebenssituation der Patienten und der Beziehungsstatus der Eltern der Patienten und die Zeitspanne von der stationären Aufnahme bis zum ersten Konsiltermin im Vergleich betrachtet.

Wie schon in der Einleitung beschrieben wird zu diesen Punkten die vorliegende Arbeit in Tabelle 31 mit den Arbeiten von Herrn Schäfert und Frau Tomalak verglichen.

- **Konsilanfrager:** Schäfert untersucht in seiner Arbeit die Konsilanfragen aus der Kinderklinik (pädiatrisch- internistisch und kinderchirurgisch) des Campus Innenstadt der LMU an die KJP, Frau Tomalak untersucht die Konsilanfragen an die KJP aus den Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie und meine Arbeit schließt alle anfragenden Fachkliniken des Campus Innenstadt und des Campus Großhadern der LMU ein. Allein durch diesen Unterschied der Datenbasis sind die 3 Arbeiten in einigen Punkten nur bedingt miteinander vergleichbar.

Schäfert (2005) erwähnt, dass neben der Kinderklinik Anfrager für ein kinder- und jugendpsychiatrisches Konsil vor allen Dingen die Psychiatrie und die Dermatologie

5. Diskussion

waren. Auch in meiner Arbeit sind die 3 Hauptanfrager nach der Kinderklinik die Psychiatrische und die Dermatologische Klinik. Hier gibt es eine Übereinstimmung.

- **Aufnahmestatus:** Tomalak schließt stationär aufgenommene Patienten ein; Schäfert erwähnt, dass unter den Konsilpatienten in seinem Untersuchungszeitraum stationäre und ambulante (N=47) Patienten gesehen wurden, er schließt jedoch nur die stationären Patienten ein; in dieser Arbeit sind stationäre und ambulante (N=12 aus der Kinderklinik) Patienten eingeschlossen.
- **Stichprobengröße und Untersuchungszeitraum:** Diese Arbeit erfasst N= 229 Patienten über einen Zeitraum von 7 Jahren (1999- 2005); Tomalak untersucht N= 67 Patienten dokumentiert in 23 Monaten (8/2002- 6/2004); Schäfert beschreibt N= 521 Patienten über einen Zeitraum von 12 Jahren (1986- 1997). Die durchschnittliche Anzahl der Konsilpatienten pro Jahr liegt bei Tomalak und mir bei ca. 33, bei Schäfert sind es durchschnittlich 43 pro Jahr.
Es ist zu bemerken, dass im Vergleich mit Schäfert die durchschnittliche Zahl der gesehenen Konsilpatienten pro Jahr gesunken ist. Das bestätigt auch die Zuweisungsrate im Vergleich und der Grund hierfür wird dort genannt.
- **Zuweisungsrate:** Die Zuweisungsrate der Ambulanz in der Lindwurmstr.(0,04% insgesamt und 0,2% pädiatrisch) ist im Vergleich mit Shugart, die Zuweisungsrate von 1- 10% zitiert, verschwindend gering und sie ist im Verlauf im Vergleich zu Schäfer's Untersuchungszeitraum (Zuweisungsrate 1,4%) noch gesunken. Gründe hierfür sind zum einen, dass der Konsildienst der Ambulanz in der Lindwurmstr. von einem Arzt ausgeführt wird, der hierfür schätzungsweise 1/8 Stelle verwenden kann (daher die insgesamt niedrige Zuweisungsrate), zum anderen existiert seit 2000 eine psychosomatische Abteilung in der Kinderklinik, die seither die Konsilversorgung für die Kinderklinik leistet. Konsile werden von der Ambulanz für KJP seither nur noch in Vertretung ausgeführt. (daher das Sinken der Zuweisungsrate seit Schäfert). Tomalak gibt keine Zuweisungsrate an.

5. Diskussion

- **Altersspanne und Altersmedian:** Schäfert gibt die Altersspanne mit 0- 30 Jahren an, meine ist mit 0- 38 Jahren ähnlich, (die älteste Patientin hier ist eine psychisch kranke Mutter, die als Patientin registriert, jedoch deren Kind gesehen wurde); Tomalak gibt eine Altersspanne von 14- 34 Jahren (ihr ältester Patient wurde zur Abklärung eines spezifischen kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildes (ADS) vorgestellt; der größte prozentuale Anteil lag mit 36% bei den 14-15,11Jährigen; der Anteil der > 18 Jährigen (21%) wies Entwicklungsverzögerungen auf, hatte eine kinder- und jugendpsychiatrische Vorbehandlung oder es wurde wie beim ältesten Patienten nach störungsspezifischen Kenntnissen gefragt) an, da die Konsilpatienten nur aus der Erwachsenenpsychiatrie kommen und hier eine Aufnahme regelhaft erst ab dem vollendeten 14. Lebensjahr möglich war, gibt es bei ihr keine Patienten < 14 Jahre. Der Altersmedian liegt mit 14 Jahren bei mir höher als bei Schäfert (10,2 Jahre); das ist vermutlich damit zu erklären, dass Schäfert isoliert Konsilpatienten aus der Kinderklinik betrachtet.
Die > 18 Jährigen Patienten (18% der Gesamtstichprobe) kamen in meiner Stichprobe signifikant ($p= 0,000$) häufiger aus der Psychiatrischen Klinik und in ihrer Altersgruppe wurde am häufigsten nach Mitwirkung an der Diagnostik gefragt (z. B. bei der Abklärung von Differentialdiagnosen zur Entwicklungsverzögerung oder der Abklärung bei V.a. spezifische kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder (z.B. ADS, Aspergersyndrom)), es wurde nach der Beobachtung von Kindern psychisch kranker Eltern gefragt (die Eltern befanden sich in stationärer Behandlung und deren Alter wurde dokumentiert!) oder ein weiteres Beispiel sind junge Erwachsene, die für eine Transplantation gelistet werden sollen, der Kinder- und Jugendpsychiater wird nach Gründen gefragt, die gegen eine Transplantation sprechen.
Bei Schäfert macht der Anteil der >18 Jährigen ca. 5% der Konsilpopulation aus, am häufigsten wurde in dieser Gruppe nach Therapie- Empfehlungen (61%) gefragt.
- **Geschlecht:** Schäferts Konsilpopulation weist mit 53% mehr weibliche Individuen aus, auch in meiner Stichprobe sind mehr weibliche Personen, mit 57% ist der Anteil sogar höher.

5. Diskussion

Bei Tomalak fällt ein bemerkenswert hoher männlicher Anteil an ihrer Konsilpopulation von 60% auf. Tomalak zieht selbst den Vergleich zu den Eintrittsfällen der Jugendlichen-Stationen des Zentrums für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Kantons Zürich aus den Jahren 2002 und 2003, in denen jeweils mehr weibliche Patienten im Jahresbericht ausgewiesen wurden. Ein Fachbericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums über die Stationäre Psychiatrie in der Schweiz von 2000-2006 gibt für die Jahre 2002 bis 2004 einen Frauenanteil von 53,2- 53,6% bei Patienten >15 Jahre in der stationären psychiatrischen Versorgung in der Schweiz an (Kuhl November 2008).

Schäfert gibt ein prozentuales Überwiegen des männlichen Geschlechts in der jüngsten Altersgruppe (0-2,11 Jahre) und in der ältesten Altersgruppe ab 18 Jahre an, in den anderen Altersgruppen überwiegen die weiblichen Individuen.

Meine Stichprobe weist mehr männliche Individuen in den jüngeren Altersgruppen bis 5,11 Jahre aus; in den folgenden 3 Altersgruppen ab 6 Jahren befinden sich jeweils mehr weibliche Personen, wobei der Vorsprung in der Gruppe 12- 17,11 Jahre am deutlichsten ist.

Tomalak gibt kein Geschlechterverhältnis in den Altersgruppen an.

- **Nationalität:** Der Ausländeranteil der Stichproben ist in Schäferts mit 28% und in dieser Arbeit mit 27% ähnlich.

5. Diskussion

Tabelle 31: Basisdaten kinder- und jugendpsychiatrischer Konsiliardienste im Vergleich

	Gahl- Lang (2009) München	Tomalak (2006) Zürich	Schäfert (2005) München
Konsilanfrager	Fachkliniken des Großklinikums der LMU	Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie	Kinderklinik
Aufnahmestatus der Patienten	stationär (N=217), ambulant (N=12)	stationär	stationär (N=521), ambulant (N= 47)
Stichprobengröße	N= 229	N= 67	N= 521
Untersuchungszeitraum	7 Jahre (1999-2005)	23 Monate (8/2002-6/2004)	12 Jahre (1986-1997)
Zuweisungsrate %	0,04** insgesamt 0,2**** pädiatrisch	-	1,4
Altersspanne	0- 38 Jahre	14- 34 Jahre***	0- 30 Jahre
Altersmedian	14 Jahre	-	10,2 Jahre
Geschlecht	N= 226 W= 57% (N=128) M= 43% (N=98)	N=67 W= 40% (N=27) M= 60% (N=40)	N=508 W= 53% (N=267) M= 47% (N=241)
Nationalität	N= 117 Deutsch= 73% Andere= 27%	-	N= 463 Deutsch= 72% Andere=28%

** Zuweisungsrate der durchschnittlichen Konsilanzahl pro Jahr bezogen auf die durchschnittlichen Aufnahmen der Jahre 2003- 2005 des gesamten Klinikums

*** Patienten wurden hier regelhaft erst nach dem 14. Lebensjahr in der Erwachsenenpsychiatrie stationär aufgenommen

**** Zuweisungsrate berechnet aus den durchschnittlichen Konsilpatienten aus den pädiatrischen Kliniken pro Jahr bezogen auf die durchschnittlichen Aufnahmen der Kinderkliniken 2003-2005

- **Lebenssituation des Kindes und Beziehungsstatus der Eltern:** Vor dem Hintergrund des Wissens, dass Schäfert einen Ausschnitt aus der Konsilpopulation, nämlich den aus der Kinderklinik, betrachtete, ist hier zu bemerken, dass im Vergleich zu Schäfert (Kind lebt bei einem Elternteil oder in anderer Wohnform 43%, Familie unvollständig 38%) der Anteil der unvollständigen Familien in dieser Arbeit mit 47% höher liegt als bei Schäfert. Der Anteil an unvollständigen Familien ist in der Konsilpopulation dieser Arbeit mit 47% bemerkenswert hoch. In den jungen Altersgruppen von 0-5,11 Jahre leben interessanterweise mehr Eltern nicht zusammen als zusammen. In den Altersgruppen ab 6 Jahren ist das Gegenteil der Fall. 65% (N=20) der Eltern, die mehr oder viel mehr als andere Eltern über aktuelle, eigene

5. Diskussion

Belastungssituationen berichten (N=31), leben nicht zusammen mit dem anderen Elternteil.

Tabelle 32: Soziale Daten im Vergleich

	Gahl- Lang (2009) München	Tomalak (2006) Zürich	Schäfert (2005) München
Lebenssituation des Kindes	N= 175	-	N=443
Kind lebt bei den Eltern	53%		57%
Kind lebt bei einem Elternteil oder in einer anderen Wohnform	47%		43%
Beziehungsstatus der Eltern	N= 127	-	N= 416
Eltern leben zusammen	53%		62%
Eltern leben nicht zusammen	47%		38%

Zeitspanne von stationärer Aufnahme bis zum ersten Konsiltermin:

Tomalak teilt die Zeitspanne zwischen stationärer Aufnahme und erstem Konsiltermin in 4 Abschnitte ein. Der größte Anteil (40%) der ersten Konsiltermine befindet sich in einem Zeitraum bis 6 Tage nach stationärer Aufnahme. In den mittleren Abschnitten 7- 13 und 14- 29 Tage nach stationärer Aufnahme befinden sich mit jeweils 19% weniger erste Konsiltermine. Nach 30 Tagen kommt es wieder zu einem leichten Anstieg auf 21%.

Die Zeitspanne zwischen stationärer Aufnahme und erstem Konsiltermin liegt in der vorliegenden Arbeit zwischen 0 und 193 Tagen. Am häufigsten wird ein Konsil ein Tag nach Aufnahme angefordert, der Median liegt bei 7 Tagen, der Mittelwert bei 16 Tagen. Auch in dieser Stichprobe wird der größte Teil (48%) in einem Zeitraum bis 6 Tage angefordert, bis 29 Tage sinken die Anfragen, ein Anstieg der Anfragen ist wieder nach 30 Tagen (19%) zu bemerken. Die späteren Anfragen (30- 193 Tage) kommen vorrangig aus der Psychiatrischen Klinik, dabei handelt es sich um Patienten mit langen stationären Liegezeiten. Oft geht es hier um Fragen zu Mitwirkung an der Diagnostik/ Differentialdiagnosen. Der Kinder- und Jugendpsychiater wird hinzugezogen für differentialdiagnostische Überlegungen.

5. Diskussion

Aktuelle Studien berichten über verschiedene Einflüsse auf die Länge der stationäre Liegezeiten (LOS): Eine Studie in Südkorea über die Länge des stationären Aufenthaltes bei psychiatrischen Patienten fand u.a. heraus, dass der Patienten-LOS zu 69% länger war in Psychiatrischen Kliniken als in Kliniken der Maximalversorgung (tertiary-care hospitals), der Anstieg von LOS hatte einen Zusammenhang mit mehr männlichen stationären Patienten und stationären Patienten, die organische oder schizophrene Störungen hatten (Chung 2009).

Eine zweite Studie in den USA untersuchte die Diskrepanz zwischen Aufnahme- und Entlassungsdiagnose als eine Aussage über den LOS, mit dem Ergebnis, dass eine Diagnosen-Diskrepanz assoziiert war mit einem längeren LOS (Johnson 2009).

Schäfert untersucht diese Zeitspanne nicht.

Tabelle 33: Zeitspanne stationäre Aufnahme bis zum ersten Konsiltermin

	Gahl- Lang (2009) München	Tomalak (2006) Zürich	Schäfert (2005) München
Zeitspanne stationäre Aufnahme bis zum ersten Konsiltermin	N=175 Minimum: 0 Tage Maximum: 193 Tage Modus: 1 Tag Median: 7 Tage Mittelwert: 16 Tage Bis 6 Tage: 48% 7-13 Tage: 22% 14-29 Tage: 11% >= 30 Tage: 19%	N=67 Bis 6 Tage: 40% 7-13 Tage: 19% 14-29 Tage: 19% >= 30 Tage: 21%	

5.2.2. Aufnahmediagnosen

Die Aufnahmediagnosen der anfragenden Kliniken sind in der Arbeit von Schäfert (2005) und meiner Arbeit in das ICD- 10 System von A00- Z99 eingruppiert worden.

Zum Zwecke der Vergleichbarkeit habe ich die Anfragen der Kinderkliniken (Haunersche Kinderklinik mit pädiatrisch- internistischen und kinderchirurgischen Stationen und Kinderklinik Im Klinikum Großhadern) isoliert und deren Aufnahmediagnosen in Tabelle 34 aufgeführt. N= 72 Anfragen kommen insgesamt nur aus den Kinderkliniken.

Unter Berücksichtigung aller Anfrager liegen in der Konsilpopulation zwischen 1999 und 2005 (Gahl- Lang) die Aufnahmediagnosen in F00- F99 psychische und Verhaltensstörungen mit

5. Diskussion

27% an erster Stelle, gefolgt von S00- T98 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äußerer Ursachen (20%) und L00- L99 Krankheiten von Haut und Unterhaut (15%). Interessanterweise ist dies so, obwohl die Kinderklinik der Hauptanfrager in meiner Stichprobe ist, erst dann folgen Psychiatrische und Dermatologische Klinik in der Häufigkeit ihrer Anfragen.

Durch Isolation der Anfragen aus der Kinderklinik ergibt sich eine andere Reihenfolge: an erster Stelle liegen hier die Diagnosen in S00- T98 (30%). Auch Schäfert gibt mit 18% die häufigsten Aufnahmediagnosen in S00-T98 an. Es fällt außerdem auf, dass Aufnahmediagnosen in F00- F99 Psychische und Verhaltensstörungen bei Schäfert in der Kinderklinik im Verhältnis eher selten (Rang 8, 5%) vorkommen. In meiner Stichprobe nach Isolierung der Kinderklinik finden sich die Aufnahmediagnosen in F00- F99 mit 15% auf Rang 2.

Tomalak beschreibt Verdachtsdiagnosen (und Abschlussdiagnosen) in F00- F99, da ihre Konsilpopulation nur aus der Erwachsenenpsychiatrie kommt. Es ist kein direkter Vergleich von Aufnahmediagnosen aus meiner Arbeit mit Verdachtsdiagnosen aus ihrer Arbeit sinnvoll, da wie sie schreibt: „ Die Kategorisierung in Verdachts- und Abschlussdiagnose bietet keine Unterscheidungsmöglichkeit zwischen der Diagnosestellung durch die behandelnden Psychiater und der Diagnosestellung durch den jugendpsychiatrischen Konsiliar.“(Tomalak 2006). Es ist also keine Unterscheidung von Aufnahmediagnose durch den Anfrager und psychiatrischer Diagnose durch den Konsiliar möglich.

Es sei aber hier erwähnt, dass bei ihren Verdachtsdiagnosen die Anpassungsstörungen mit 21% in F4 neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen an erster Stelle stehen. Sie fasst die Diagnosegruppen zusammen in Externalisierende Störungen (36%), Anpassungsstörungen (21%), Andere Störungen (19%), Schizophrenie (13%) und Internalisierende Störungen (11%). Der Anteil an externalisierenden Störungen passt zum Geschlechterverhältnis (männlich 60%) ihrer Stichprobe.

Von N= 33 bekannten Aufnahmediagnosen aus der Psychiatrischen Klinik in meiner Stichprobe kamen N= 32 aus F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen und N=1 aus S00- T98 Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen.

5. Diskussion

Tabelle 34: Aufnahmediagnosen im Vergleich

	Gahl- Lang (2009) München Rangfolge der Aufnahmediagnosen aller Anfrager		Gahl- Lang (2009) München Rangfolge der Aufnahmediagnosen aus der Kinderklinik		Schäfert (2005) München Rangfolge der Aufnahmediagnosen aus der Kinderklinik	
	N=176		N=72		N=473	
Aufnah- me- diagno- sen der Anfrag- er nach ICD- 10	ersten 8 Rangplätze sind 83% der Aufnahmediagnosen	%	ersten 7 Rangplätze sind 79% der Aufnahmediagnosen	%	ersten 8 Rangplätze sind 75% der Aufnahmediagnosen	%
1.F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	27		1. S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äußerer Ursachen	30	1. S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äußerer Ursachen	18
2. S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äußerer Ursachen	20		2. F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	15	2. K00-K93 Verdauungssystem	17
3. L00-L99 Krankheiten von Haut und Unterhaut	15		3. C00-D48 Neubildungen	8	3. G00-G99 Nervensystem	10
4. C00-D48 Neubildungen	5		4. Q00-Q99 Angeb. Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanomali- en	8	4. Q00-Q99 Angeb. Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanomali- en	7
5. R00-R99 Symptome/ Befunde, andernorts nicht klassifiziert	5		5. R00-R99 Symptome/ Befunde, andernorts nicht klassifiziert	8	5. R00-R99 Symptome/ Befunde, andernorts nicht klassifiziert	7
6. G00-G99 Nervensystem	4		6. V01-Y98 Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	6	6. E00-E90 Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrnkh.	6
7. Q00-Q99 Angeb. Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanom- alien	4		7. G00-G99 Nervensystem	4	7. J00-J99 Atmungssystem	5
8.H00-H59 Krankheiten des Auges und Augenanhangsgebild- e	3				8.F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	5

5.3. Die Konsilantwort

5.3.1. Psychiatrische Diagnosen des Konsiliars nach ICD-10 und strukturierte Diagnosetechniken

Standardisierte psychiatrische Diagnosen nach ICD-10:

Die Rangfolgen der psychiatrischen Diagnosegruppen in den verglichenen Stichproben zeigt Tabelle 35.

Beide Stichproben, die über den Zeitraum von 1986-1997 (Schäfert) und die über den Zeitraum von 1999-2005 (Gahl-Lang) weisen einen hohen Anteil an Fällen mit dem Merkmal auf, dass keine psychiatrische Diagnose gestellt wurde.

Eine psychiatrische Diagnose kann z. B. nicht gestellt werden, wenn der Patient im psychopathologischen Befund unauffällig ist, die Verhaltensauffälligkeit nicht die Schwelle für eine psychiatrische Diagnose erreicht, der Patient nie vom Konsiliar gesehen wurde oder zum Zeitpunkt der Untersuchung psychopathologisch nicht beurteilbar war (z.B. Säugling, beatmeter Patient, bewusstloser Patient).

Schäfert gibt mit 32% an, dass keine psychiatrische Diagnose gestellt wurde oder dass Informationen fehlten.

In meiner Konsilpopulation (alle Anfrager) gab es einen Anteil von 31% ohne psychiatrische Diagnose, zusätzlich fehlten bei 19% Informationen.

Saupe und Diefenbacher (1995) berichten, dass in einer eigenen Untersuchung in 10% der angeforderten psychiatrischen Konsile keine psychiatrische Diagnose zu stellen war.(Saupe 1995)

Unter den zweistelligen Kategorien der psychiatrischen Diagnosegruppen liegt in beiden Stichproben die Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) ganz vorn (Gahl-Lang 43%, Schäfert 29%).

In meiner Stichprobe sind die F4 Diagnosen, sogar bei den Anfragen aus der Kinderklinik, im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen deutlich stärker vertreten.

Bei Schäfert folgt die Gruppe F9 (22%, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) und F7 und F8 (14%, F7= Intelligenzminderung, F8= Entwicklungsstörungen) zusammengefasst auf dem 3. Platz.

5. Diskussion

Bei mir folgen F3 (15%, affektive Störungen) an zweiter Stelle und F9 (10%, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) an dritter Stelle.

Die ersten 3 Rangplätze meiner Stichprobe ändern sich nicht beim isolierten Betrachten der Konsile aus der Kinderklinik, die Rangfolge der psychiatrischen Diagnosen der Konsile in der Kinderklinik sind hier aber zum Vergleich mit angegeben.

Von einer ganz ähnlichen Verteilung der psychiatrischen Diagnosegruppen berichtet Winter (2009). Sie gibt für die kinder- und jugendpsychiatrischen Konsile für den Zeitraum 2005-2008 an der Charité an, dass neben einem hohen Anteil an „keine psychiatrische Diagnose“, die F4 Diagnosen ganz vorne stehen, gefolgt von den F9 Diagnosen (Winter 2009).

Auch Elkemann (2006) berichtet über 54% F4 Diagnosen als größten Anteil der diagnostizierten psychischen Störungen in ihrer untersuchten psychosomatischen Konsilpopulation einer Kinderklinik (N=80, Alter 2-19 Jahre). Als zweitgrößten Anteil gibt sie mit 25% keine diagnostizierbare Störung an.

Der Sicherheitsgrad der gestellten psychiatrischen Diagnosen wurde in meinem Untersuchungszeitraum dokumentiert. Er ist bei N= 52 (46% der gestellten psychiatrischen Diagnosen) angegeben, hiervon sind nur die Hälfte der Diagnosen sicher.

Tomalak beschreibt Verdachts- und Abschlussdiagnosen in den psychiatrischen Diagnosegruppen, aus oben bereits beschriebenem Grund (siehe 5.2. standardisierte Aufnahmediagnosen) ist ein direkter tabellarischer Vergleich hier nicht sinnvoll. Es sei erwähnt, dass sich die Rangfolge ihrer zusammengefassten Abschlussdiagnosen im Vergleich zu ihren zusammengefassten Verdachtsdiagnosen nicht ändert, es kommt aber zu einem Anstieg der Anpassungsstörungen um 5%.

Bei Schäfert (2005) und dieser Arbeit wird ein Vergleich von vorher vs. nachher (somatische Aufnahmediagnose vs. psychiatrische Diagnose) schwieriger als bei Tomalak (psychiatrische Verdachtsdiagnose vs. psychiatrische Abschlussdiagnose), weil unsere psychiatrischen Diagnosen nur eine Untergruppe der Kategorien der Aufnahmediagnosen sind.

5. Diskussion

Zum Vergleich von Aufnahmediagnose und psychiatrischer Diagnose lässt sich bezüglich meiner Daten beschreiben:

Wie ist die Verteilung der psychiatrischen Diagnosegruppen in den Top3 der Aufnahmediagnosen? (N=98):

84% der Fälle mit einer Aufnahmediagnose in F00-F99 (am ehesten vergleichbar mit Frau Tomalak) hatten eine psychiatrische Diagnose, die in absteigender Reihenfolge in F2 (25%), F4 (19%), F6 (19%), F9 (13%) oder in kombinierten Diagnosen (9%) lag. Nur 36% der Fälle mit einer Aufnahmediagnose in L00- L99 hatten eine psychiatrische Diagnose; die psychiatrischen Diagnosen dieser Gruppe verteilen sich jeweils zu 25% auf F3, F4 und F7.

67% der Fälle mit Aufnahmediagnosen in S00-T98 hatten auch eine psychiatrische Diagnose, die mit 53% überwiegend in F4 lag, gefolgt von F3 (18%) und F6 (12%).

Tabelle 35: Vergleich der psychiatrischen Diagnosen

	Gahl- Lang (2009) München alle Anfrager	Gahl- Lang (2009) München Kinderklinik	Schäfert (2005) München Kinderklinik																																						
Ist eine psychiatrische Diagnose gestellt?	N= 229 Ja= 50% Nein =50% (psychiatrisch unauffällig oder unbekannt)	N=72 Ja=69% Nein=31% (psychiatrisch unauffällig oder unbekannt)	N= 521 Ja= 68% Nein=32% (psychiatrisch unauffällig oder unbekannt)																																						
Rangfolge der Psychiatrischen Diagnosegruppen nach ICD-10	N= 114 (50%), die ersten 6 Rangplätze sind 90% der psychiatrischen Diagnosen	N= 50 (69%), die ersten 5 Rangplätze sind 90% der psychiatrischen Diagnosen	N= 355 (68%), die ersten 5 Rangplätze sind 89% der psychiatrischen Diagnosen																																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>N=114 (100%)</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. F4</td> <td>43</td> </tr> <tr> <td>2. F3</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>3. F9</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>4. F6</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>5. F2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>6. F7</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	N=114 (100%)	%	1. F4	43	2. F3	15	3. F9	10	4. F6	9	5. F2	8	6. F7	5	<table border="1"> <thead> <tr> <th>N=50 (100%)</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. F4</td> <td>44</td> </tr> <tr> <td>2. F3</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>3. F9</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>4. F7</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>5. F0</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	N=50 (100%)	%	1. F4	44	2. F3	22	3. F9	14	4. F7	6	5. F0	4	<table border="1"> <thead> <tr> <th>N=355(100%)</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. F4</td> <td>29</td> </tr> <tr> <td>2. F9</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>3. F7+F8</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>4. F5</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>5. F3</td> <td>11</td> </tr> </tbody> </table>	N=355(100%)	%	1. F4	29	2. F9	22	3. F7+F8	14	4. F5	13	5. F3	11
N=114 (100%)	%																																								
1. F4	43																																								
2. F3	15																																								
3. F9	10																																								
4. F6	9																																								
5. F2	8																																								
6. F7	5																																								
N=50 (100%)	%																																								
1. F4	44																																								
2. F3	22																																								
3. F9	14																																								
4. F7	6																																								
5. F0	4																																								
N=355(100%)	%																																								
1. F4	29																																								
2. F9	22																																								
3. F7+F8	14																																								
4. F5	13																																								
5. F3	11																																								
Sicherheitsgrad der psychiatrischen Diagnose	N=52 Sicher 50% Unsicher 50%		-																																						

F0= organische psychische Störungen, F1= psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, F2= Schizophrenie, F3=affektive Störungen, F4= neurotische, Belastungs-, somatoforme Störungen, F5= Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen, F6= Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F7= Intelligenzminderung, F8= Entwicklungsstörungen, F9= Verhaltens- u. emotionale Störungen

5. Diskussion

Strukturierte Diagnosetechniken:

In der ausgewerteten Konsildokumentation dieser Arbeit sind die Bewertungsskalen zur Verhaltenseinschätzung auf Seite 1 (Sicht des Anfragers) und im weitesten Sinne der psychopathologische Befund (Sicht des Konsiliars) als dimensionale Bausteine einer strukturierten Diagnostik anzusehen, die der Konsiliar nutzen kann auf dem Weg des Einordnens von Verhalten, wenn es die Schwelle einer psychischen Störung erreicht, in die Kategorien der psychiatrischen Diagnosegruppen. Diskussion s. Punkt 5.4..

In den Arbeiten von Schäfert und Tomalak gibt es keine Verhaltenseinschätzungen und keinen psychopathologischen Befund.

5.3.2. Kategorien der Fragestellungen und Zuweisungsanlässe/ Konsilanlässe

Kategorien der Fragestellungen:

In der Stichprobe dieser Arbeit war von N=221 bekannten Fällen nur bei einem Anteil von 38% (N=84) eine Fragestellung vorhanden. Die bekannten Fragestellungen wurden jeweils in eine Kategorie eingeordnet, je nach dem was bei der Fragestellung im Vordergrund stand.

Schäfert bezieht seine Prozentanteile der Kategorien der Fragestellungen auf N=521 Fälle, Mehrfachnennungen waren bei ihm möglich, ebenso bei Tomalak. Sie bezieht ihre prozentualen Anteile an den Kategorien (andere als bei Schäfert und Gahl- Lang) der Fragestellungen auf N=176 Fragestellungen.

In der Stichprobe dieser Arbeit und der von Schäfert stehen auf den ersten 3 Rangplätzen die Fragen nach/zur: Mitwirkung an der Diagnostik, Sicherheit des Kindes und Therapie-Empfehlung. Die Frage nach der Therapie- Empfehlung steht bei Schäfert im Vordergrund, in dieser Arbeit steht die Frage nach Mitwirkung an der Diagnostik an erster Stelle.

Bei isolierter Betrachtung der Kinderklinik ergibt sich in meinen Daten unter den Top 3 keine andere Reihenfolge der Kategorien der Fragestellungen.

Bei isolierter Betrachtung der Fragestellungen aus der psychiatrischen Klinik steht in dieser Arbeit auch die Mitwirkung an der Diagnostik (63%) an erster Stelle, gleichrangig folgen mit

5. Diskussion

jeweils 13 % Therapie- Empfehlung, Eltern- und Familienprobleme und Fragestellungen am Übergang ambulanter- stationärer Bereich. Im Vergleich dazu steht bei Tomalak die Frage nach Beratung/Procedere (34%) an erster Stelle, gefolgt von den Fragen nach diagnostischer Abklärung (24%) und medikamentöser Behandlung (15%).

Tabelle 36: Vergleich der Kategorien der Fragestellungen

	Gahl- Lang (2009) München alle Anfrager	Schäfert (2005) München Kinderklinik	Tomalak (2006) Zürich Erwachsenenpsychiatrie			
Fragestellung vorhanden?	N=221 Nein= 62% Ja= 38% (N=84)	N= 770 Fragestellungen bei N=521 Konsilen, % bezogen auf N=521 Konsile	N=176 Fragestellungen bei N=67 Konsilen, % bezogen auf N= 176 Fragestellungen			
Rangfolge der Kategorien der Fragestellungen	N=84, keine Mehrfachnennungen möglich		N=521, Mehrfachnennungen möglich		N=176 Mehrfachnennungen möglich	
	N=84 (100%)		N=521(100%)		N=176 (100%)	
		%		%		%
	1.Mitwirkung an der Diagnostik	51	1.Therapie-Empfehlung	64	1. Beratung Procedere	34
	2.Fragestellungen, welche die Sicherheit des Kindes betreffen	19	2.Mitwirkung an der Diagnostik	57	2. diagnostische Abklärung	24
	3.Therapie- Empfehlung	11	3.Fragestellungen, welche die Sicherheit des Kindes betreffen	15	3. medikamentöse Behandlung	15
	4.Eltern- und Familienprobleme	7	4.Eltern- und Familienprobleme	5	4. stationäre Übernahme	11
	5.Mitbehandlung	6	5.Fragestellungen am Übergang ambulanter-stationärer Bereich	4	5. Familiengespräche	9
	6.Fragestellungen am Übergang ambulanter-stationärer Bereich	5	6.Interaktionsprobleme auf der Station (mit Kind/Eltern)	3	6. Rechtliche Fragen	7
7.Interaktionsprobleme auf der Station (mit Kind/Eltern)	1	7.Mitbehandlung	3			

Konsilanlässe:

Die Kategorien der Konsilanlässe sind seit Schäferts Untersuchung nicht verändert worden. Hier lassen sich die Rangfolgen gut vergleichen. Tomalak nennt keine Konsilanlässe.

In dieser Arbeit stehen sowohl bei allen Anfragern als auch bei Betrachtung der Kinderklinik allein in absteigender Reihenfolge der Konsilanlässe „Chronische Erkrankung“, „Probleme mit der Krankheitsbewältigung/ Coping“ und „Kindliche Verhaltensauffälligkeiten“ auf den ersten 3

5. Diskussion

Plätzen. In der Kinderklinik sind „Suizidale Handlungen“ und „Kindsmisshandlungen“ häufiger als „Psychosomatische Erkrankungen“ als Anlass im Vergleich zur Gesamtheit der Anfragen.

In Schäfers Stichprobe (aus der Kinderklinik) stehen im Vergleich dazu die „Psychosomatischen Erkrankungen“ an erster Stelle, es folgen „Chronische Erkrankung“ und „(andere) Eltern- Kind- Probleme“.

Tabelle 37: Vergleich der Konsilanlässe

	Gahl- Lang (2009) München alle Anfrager	Gahl- Lang (2009) München Kinderklinik	Schäfert (2005) München Kinderklinik																																																																																										
Rangfolge der Konsil anlässe	N=200 (100%) Mehrfachnennungen waren möglich, 393 Anlässe, im Mittel 1,97 Anlässe pro Konsil	N=86 (100%), Mehrfachnennungen waren möglich, 189 Anlässe, im Mittel 2,2 Anlässe pro Konsil	N=521(100%) Mehrfachnennungen waren möglich 1172 Anlässe, im Mittel 2,25 Anlässe pro Konsil																																																																																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. Chronische Erkrankung</td><td>40</td></tr> <tr><td>2. Probleme mit Krankheitsbewältigung</td><td>38</td></tr> <tr><td>3. Kindliche Verhaltens auffälligkeiten</td><td>22</td></tr> <tr><td>4. Psychosomatische Erkrankungen</td><td>19</td></tr> <tr><td>5. Sonstige</td><td>18</td></tr> <tr><td>6. Suizidale Handlungen</td><td>16</td></tr> <tr><td>7. (andere) Eltern-Kind- Probleme</td><td>11</td></tr> <tr><td>8. organisch bedingte psychische Störungen</td><td>8</td></tr> <tr><td>9. Entwicklungs- und Gedeihstörungen</td><td>6</td></tr> <tr><td>10. Kindsmisshandlung</td><td>5</td></tr> <tr><td>11. Sexueller Missbrauch</td><td>5</td></tr> <tr><td>12. Essstörungen</td><td>4</td></tr> <tr><td>13. Kommunikationsstörungen</td><td>4</td></tr> <tr><td>14. Münchhausen by proxy</td><td>1</td></tr> </tbody> </table>		%	1. Chronische Erkrankung	40	2. Probleme mit Krankheitsbewältigung	38	3. Kindliche Verhaltens auffälligkeiten	22	4. Psychosomatische Erkrankungen	19	5. Sonstige	18	6. Suizidale Handlungen	16	7. (andere) Eltern-Kind- Probleme	11	8. organisch bedingte psychische Störungen	8	9. Entwicklungs- und Gedeihstörungen	6	10. Kindsmisshandlung	5	11. Sexueller Missbrauch	5	12. Essstörungen	4	13. Kommunikationsstörungen	4	14. Münchhausen by proxy	1	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.Chronische Erkrankung</td><td>44</td></tr> <tr><td>2. Probleme mit Krankheitsbewältigung</td><td>43</td></tr> <tr><td>3. Kindliche Verhaltensauffälligkeiten</td><td>30</td></tr> <tr><td>4. Suizidale Handlungen</td><td>21</td></tr> <tr><td>5. Kindesmisshandlung</td><td>13</td></tr> <tr><td>6. Psychosomatische Erkrankungen</td><td>12</td></tr> <tr><td>7.(andere) Eltern-Kind- Probleme</td><td>12</td></tr> <tr><td>8.organische bedingte psychische Störungen</td><td>12</td></tr> <tr><td>9.Entwicklungs- und Gedeihstörungen</td><td>10</td></tr> <tr><td>10.Esstörungen</td><td>7</td></tr> <tr><td>11.Kommunikationsstörungen</td><td>7</td></tr> <tr><td>12.Sexueller Missbrauch</td><td>5</td></tr> <tr><td>13.Sonstige</td><td>5</td></tr> <tr><td>14.Münchhausen by proxy</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>		%	1.Chronische Erkrankung	44	2. Probleme mit Krankheitsbewältigung	43	3. Kindliche Verhaltensauffälligkeiten	30	4. Suizidale Handlungen	21	5. Kindesmisshandlung	13	6. Psychosomatische Erkrankungen	12	7.(andere) Eltern-Kind- Probleme	12	8.organische bedingte psychische Störungen	12	9.Entwicklungs- und Gedeihstörungen	10	10.Esstörungen	7	11.Kommunikationsstörungen	7	12.Sexueller Missbrauch	5	13.Sonstige	5	14.Münchhausen by proxy	0	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.Psychosomatische Erkrankungen</td><td>33</td></tr> <tr><td>2.Chronische Erkrankung</td><td>29</td></tr> <tr><td>3.(andere) Eltern-Kind- Probleme</td><td>28</td></tr> <tr><td>4.Kindsmisshandlung</td><td>21</td></tr> <tr><td>5.Kindliche Verhaltens auffälligkeiten</td><td>21</td></tr> <tr><td>6.Entwicklungs- und Gedeihstörungen</td><td>21</td></tr> <tr><td>7.Probleme mit Krankheitsbewältigung</td><td>18</td></tr> <tr><td>8.Sonstige</td><td>18</td></tr> <tr><td>9.Suizidale Handlungen</td><td>10</td></tr> <tr><td>10.Sexueller Missbrauch</td><td>9</td></tr> <tr><td>11.Esstörungen</td><td>9</td></tr> <tr><td>12.organische bedingte psychische Störungen</td><td>4</td></tr> <tr><td>13.Münchhausen by proxy</td><td>3</td></tr> <tr><td>14.Kommunikationsstörungen</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>		%	1.Psychosomatische Erkrankungen	33	2.Chronische Erkrankung	29	3.(andere) Eltern-Kind- Probleme	28	4.Kindsmisshandlung	21	5.Kindliche Verhaltens auffälligkeiten	21	6.Entwicklungs- und Gedeihstörungen	21	7.Probleme mit Krankheitsbewältigung	18	8.Sonstige	18	9.Suizidale Handlungen	10	10.Sexueller Missbrauch	9	11.Esstörungen	9	12.organische bedingte psychische Störungen	4	13.Münchhausen by proxy	3	14.Kommunikationsstörungen	3
	%																																																																																												
1. Chronische Erkrankung	40																																																																																												
2. Probleme mit Krankheitsbewältigung	38																																																																																												
3. Kindliche Verhaltens auffälligkeiten	22																																																																																												
4. Psychosomatische Erkrankungen	19																																																																																												
5. Sonstige	18																																																																																												
6. Suizidale Handlungen	16																																																																																												
7. (andere) Eltern-Kind- Probleme	11																																																																																												
8. organisch bedingte psychische Störungen	8																																																																																												
9. Entwicklungs- und Gedeihstörungen	6																																																																																												
10. Kindsmisshandlung	5																																																																																												
11. Sexueller Missbrauch	5																																																																																												
12. Essstörungen	4																																																																																												
13. Kommunikationsstörungen	4																																																																																												
14. Münchhausen by proxy	1																																																																																												
	%																																																																																												
1.Chronische Erkrankung	44																																																																																												
2. Probleme mit Krankheitsbewältigung	43																																																																																												
3. Kindliche Verhaltensauffälligkeiten	30																																																																																												
4. Suizidale Handlungen	21																																																																																												
5. Kindesmisshandlung	13																																																																																												
6. Psychosomatische Erkrankungen	12																																																																																												
7.(andere) Eltern-Kind- Probleme	12																																																																																												
8.organische bedingte psychische Störungen	12																																																																																												
9.Entwicklungs- und Gedeihstörungen	10																																																																																												
10.Esstörungen	7																																																																																												
11.Kommunikationsstörungen	7																																																																																												
12.Sexueller Missbrauch	5																																																																																												
13.Sonstige	5																																																																																												
14.Münchhausen by proxy	0																																																																																												
	%																																																																																												
1.Psychosomatische Erkrankungen	33																																																																																												
2.Chronische Erkrankung	29																																																																																												
3.(andere) Eltern-Kind- Probleme	28																																																																																												
4.Kindsmisshandlung	21																																																																																												
5.Kindliche Verhaltens auffälligkeiten	21																																																																																												
6.Entwicklungs- und Gedeihstörungen	21																																																																																												
7.Probleme mit Krankheitsbewältigung	18																																																																																												
8.Sonstige	18																																																																																												
9.Suizidale Handlungen	10																																																																																												
10.Sexueller Missbrauch	9																																																																																												
11.Esstörungen	9																																																																																												
12.organische bedingte psychische Störungen	4																																																																																												
13.Münchhausen by proxy	3																																																																																												
14.Kommunikationsstörungen	3																																																																																												

5. Diskussion

Als Zuweisungsgründe bzw. Konsilanlässe werden in einer Untersuchung über den kinder- und jugendpsychiatrischen Liaisondienst an einem Krankenhaus in England (Barnet General Hospital, UK) u.a. genannt: Diabetes, chronische Erkrankung, Angst, schwieriges Verhalten (ADHD?), Essstörungen, Kinderschutz, Somatisierungsstörungen, selbstverletzendes Verhalten, Intoxikationen (Perera 2008).

5.3.3. Angabe von Therapien/Interventionen und von Zuweisungen zu psychiatrischer Behandlung

In diesem Diskussionspunkt weisen alle drei Arbeiten abgesehen von der unterschiedlichen Konsilklientel verschiedene Dokumentationsstrategien und –kategorien auf.

Schäfert beschreibt Empfehlungen für Therapien und Interventionen in den Kategorien: „Benennung von Themen“ (73%), „Therapieplanung“ (55%), „Nicht- medizinische Maßnahmen (47%) und „Verlegung“ (19%).

Seit Schäfert ist die Dokumentation der Empfehlungen des Konsiliars an der Klinik in München weiterentwickelt worden.

In dieser Arbeit konnte ich auf eine differenziertere Dokumentation der Empfehlungen zurückgreifen; hier sind die Empfehlungen für einen Zeitraum während des Klinikaufenthaltes und für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt aufgeschlüsselt.

Für die **Zeit während des Klinikaufenthaltes** sind folgende Empfehlungskategorien angegeben: Empfehlungen zu/r/m „Beurteilung des Kindes“ (90%), „Umgang mit dem Kind“ (64%), „Hilfen zu Schmerz-, Angst-, Stressbewältigung“ (62%), „Kontakten mit den Eltern“ (57%), „Aufgabenverteilung auf Station“ (47%), „Anleitung der Eltern“ (25%) und „Pharmakotherapie“ (15%).

Für die **Zeit nach dem Klinikaufenthalt** werden diese Empfehlungskategorien unterschieden: Empfehlungen für „Therapie“ (43%), „Beratung“ (29%), „Jugendhilfe“ (18%), „Verlegung“ (16%), „Schule“ (15%) und „Rechtliche Schritte“ (6%).

5. Diskussion

Schäfers Kategorie „Benennung von Themen“ lässt sich am ehesten mit den „Empfehlungen für die Zeit während des stationären Aufenthaltes“ in dieser Arbeit vergleichen.

„Therapieplanung“ und „Verlegung“ finden sich auch bei mir im Abschnitt für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt wieder und „Nicht- medizinische Maßnahmen“ könnte man den Empfehlungen zu „Beratung“, „Jugendhilfe“, „Schule“ und „Rechtliche Schritte“ gegenüberstellen.

Ein Vergleich ist aber aus oben genannten Gründen (verschiedene Konsilklientel und abweichende Empfehlungskategorien) nicht sinnvoll.

Weder bei Schäfert noch in dieser Arbeit wird eine Umsetzung der vom Konsiliar ausgesprochenen Empfehlungen dokumentiert und untersucht.

Tomalak hat in ihrer Arbeit Angaben über den Entlassungsstatus der Konsilpatienten (entnommen aus dem Abschlussbericht des Anfragers) gemacht. Sie unterscheidet (Mehrfachnennungen möglich N=124 (100%)) in absteigender Reihenfolge: „Entlassung nach Hause“ (25%), „Entlassung in andere ambulante Behandlung“ (19%), „Entlassung in ambulante Behandlung KJPD“(14%), „Entlassung in Jugendhilfeeinrichtungen“(13%), „Entlassung in andere stationäre Behandlung“(12%), „Entlassung stationäre Behandlung KJPD“(9%), „Entlassung gegen ärztlichen Rat“(8%). Tomalak beschreibt nicht welchen Einfluss Empfehlungen des Konsiliars auf den Entlassungsstatus der Patienten hatten.

5.3.4. Messen von Behandlungsergebnissen, -erfolgen, -zufriedenheit

Daten über Behandlungsergebnisse, -erfolge oder -zufriedenheit speziell von Konsilpatienten wurden an der Münchner Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LMU nicht gesammelt.

Es gibt jedoch Studien an dieser Klinik, die die Behandlungszufriedenheit von Patienten der kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik untersucht haben/untersuchen.

Vier Arbeiten bestehen parallel:

- „Nachbefragung zur Zufriedenheit von Patienten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik“ (Finsterer 2008)
- „Nachbefragung zur Zufriedenheit der Eltern mit der Behandlung ihres Kindes“ (Schunck 2008)
- „Nachbefragung zur Zufriedenheit der zuweisenden und behandelnden Ärzte“ (Karamete 2008)
- „Nachbefragung zur Zufriedenheit der involvierten Jugendhilfe- Beteiligten“ (Hemmer 2008).

Konsilpatienten finden sich anteilig in diesen Stichproben.

Ein weiteres Beispiel für die Untersuchung der Zufriedenheit von Konsilpatienten ist die Arbeit von Elkemann (2006). Sie untersuchte in einer prospektiven Feldstudie die psychosomatische Konsiliararbeit an einer Kinderklinik (N=80 Patienten zwischen 2 und 19 Jahren). Unter anderem wurden die Patienten und deren Eltern zur Notwendigkeit und Zufriedenheit bzgl. des psychosomatischen Konsils befragt (Elkemann 2006).

5.3.5. Konsilleistungen

Konsilkontakte:

Schäfert hat ein Minimum von 1 Kontakt und ein Maximum von 36 Kontakten pro Konsil.

Die Spanne in dieser Arbeit ist kleiner, sie reicht von 1- 11 Kontakten pro Konsilfall, es gibt weniger Kontakte pro Konsil (Mittelwert: 1,9 Kontakte, Median: 1 Kontakt pro Konsil) bzw. mehr Einmalkontakte (65%) als bei Schäfert (Median: 2 Kontakte, Mittelwert: 3,26 Kontakte pro Konsil, Einmalkontakt: 48%).

Tomalak macht keine Angaben zur Anzahl der Konsilkontakte.

Leistungsspektrum:

In allen drei Stichproben stehen in gleicher Reihenfolge auf den ersten 3 Plätzen der Rangfolgelisten der erbrachten Konsilleistungen:

1. Beratung/Dialog von/mit anforderndem Arzt/Therapeut,
2. Untersuchung des Patienten/ Einzelgespräch und
3. Elterngespräch/ Familiengespräch.

Diese Rangfolgen spiegeln den typischen Ablauf eines Konsils.

Die Prozentzahlen passen zu den Stichproben. Schäfert hat im Vergleich niedrigere Prozentzahlen bei den ersten 3 Plätzen der Leistungen insgesamt. In der Kinderklinik stehen die anfordernden Ärzte für einen Dialog weniger zur Verfügung (Dialog mit Arzt 89%) und die Kinder können teilweise aufgrund ihres Alters (z.B. Säugling, Kleinkind) im Vergleich zu Tomalak (nur Patienten aus der Erwachsenenpsychiatrie, Einzelgespräch 99%) nicht psychopathologisch beurteilt/ untersucht (Erhebung von psychopathologischem Befund, Untersuchung Kind 65%) werden.

Tomalak gibt zusätzlich die Prozentsätze von Beratungsgespräch Team (37%) und Gespräch Lehrer/Beistand (13%) an.

5. Diskussion

Schäfert fasst das Spektrum der Konsilleistungen in Gruppen zusammen. In der Gruppe des „Kollegialen Dialogs“ findet sich im Vergleich mit dieser Arbeit die gleiche Reihenfolge von 1. Dialog mit Arzt, 2. Dialog mit Sozialdienst/ Station und 3. Dialog mit Station.

In meinen Daten ergeben parallel dokumentierte telefonische und persönliche Beratung des anfordernden Arztes als Summe 129% für den Dialog mit dem Arzt.

Seit Schäfert gibt es in der Stichprobe dieser Arbeit innerhalb der Gruppe „Kind und Eltern orientierter Ansatz“ einen vermehrten Einsatz von CBCL und YSR- Fragebögen (Achenbach and Edelbrock 1983; Achenbach and Edelbrock 1987; Achenbach and Edelbrock 1993; Achenbach 1997). Auch Videoaufnahmen wurden häufiger als in Schäferts Untersuchungszeitraum eingesetzt.

Die Leistungen mit „Stationsorientiertem Ansatz“ haben sich in ihrer Hierarchie seit Schäfert nicht verändert:

1. Mitwirkung an der Behandlung, 2. Fallkonferenz, 3. Krisenintervention, 4. Mitwirkung bei Verlegung.

Das Gleiche trifft für die Rangfolge der Leistungsgruppe der „Aufarbeitung“ zu: 1. Schreiben eines Arztbriefes, 2. Brief an Eltern, 3. Nachsorge, 4. Stellungnahme beim Vormundschaftsgericht.

Zeitaufwand für Konsilleistungen:

In der vorliegenden Arbeit wurden minimal 15 min (Dokumentation in 15 Minuten- Einheiten) und maximal 885 min (14,75 Std) an Zeit vom Konsiliar für ein Konsil aufgewendet. Der Mittelwert liegt bei 188 min (3,13 Std), der Modus bei 2 Std pro Konsil.

Tomalak untersucht Ergebnisse über den Zeitaufwand für die Konsilleistungen. Sie unterteilt den Zeitraum vom ersten bis zum letzten Termin eines Konsils in 4 Abschnitte: die Leistungen für ein Konsil lagen am häufigsten (42%) in einem Zeitraum von einem Tag, 30% der Konsilleistungen werden in einem Zeitraum bis 14 Tage erbracht, 16% bis 30 Tage und nur noch 9% bis 90 Tage, Sie nennt zwei Ausreisser mit 141 Tagen und 302 Tagen. Das heißt, am häufigsten (42%) wird ein Konsil mit seinen dazugehörigen Leistungen innerhalb eines Tages abgeschlossen oder in den folgenden 14 Tagen (30%).

5. Diskussion

Anders ist es in dieser Stichprobe. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass hier die Zeit der ersten Tätigkeit und der letzten Tätigkeit für ein Konsil (z.B. Telefonat und Arztbrief und dazwischen Treffen mit Patient/Familie/Anfrager) dokumentiert wurde und keine Konsiltermine (Treffen mit Patient).

Im Zeitraum bis 1 Tag (6%) finden in dieser Konsilpopulation häufig nur die Telefonate mit dem Anfrager statt.

Im Zeitraum bis 14 Tage erfolgen die meisten Konsilleistungen (39%), bis 30 Tage sinkt der Anteil der Leistungen auf 14%. Danach gibt es einen 2. Gipfel mit 27% bis 83 Tage (Schreiben der Arztbriefe).

Die Zeitspanne wächst noch auf 332 Tage an, der Anteil der Leistungen sinkt in diesem Zeitraum jedoch auf 13% (z.B. verspätete Nachfragen von/ Anfordern von Arztbriefen durch andere/n Kliniken nach Verlegung des Patienten, beteiligten ambulanten Versorgern, Gerichten).

Stadler (1996) untersuchte die Konsiliartätigkeit für Kinderkliniken aus der Sicht von kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in der Bundesrepublik Deutschland. Sie berichtet über den Vergleich Zeitaufwand Konsile aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie vs. Zeitaufwand im Erwachsenenbereich:

„Die aufgewandte Arbeitszeit von Konsilen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist mit einem Median von 5,2 Stunden höher als der Zeitaufwand von 2,8 Stunden im Erwachsenenbereich.(Stadler 2001)“

Der Median in dieser Konsilstichprobe liegt mit 2,5 Stunden aufgewandter Arbeitszeit im Vergleich zu Stadler (2001) deutlich tiefer. Dieses Ergebnis passt zum Anfragerspektrum und dem höheren Alter dieser Stichprobe.

Schäfert und Tomalak machen keine Angaben über den Zeitaufwand für Konsilleistungen.

5. Diskussion

Tabelle 39: Vergleich von Konsilleistungen

	Gahl- Lang (2009) München	Schäfert (2005) München	Tomalak (2006) Zürich
Konsilpopulation	Alle Kliniken des Großklinikums	Kinderklinik	Erwachsenenpsychiatrie
Konsilkontakte	N=395 Kontakte bei N=207 bekannten Konsilen, Mittelwert: 1,9 Kontakte pro Konsil Einmalkontakt: 65% Median: 1 Kontakt Minimum: 1 Kontakt Maximum: 11 Kontakte	N=1699 Kontakte bei N=521 Konsilen Mittelwert: 3,26 Kontakte pro Konsil, Einmalkontakt: 48% Median: 2 Kontakte Minimum: 1 Kontakt Maximum: 36 Kontakte	-
Konsilleistungen/ Leistungsspektrum	N=1311 Leistungen bei N= 206 (100%) Konsilen -> Intensität= 6,4 Leistungen pro Konsil, Mehrfachnennungen möglich	N=2462 Leistungen bei N= 521 (100%) Konsilen ->Intensität= 4,7 Leistungen pro Konsil, Mehrfachnennungen möglich	Erbrachte Konsilleistung: N= 210 (100%), Mehrfachnennungen möglich
Art der Leistung insgesamt	1. Fachberatung des Arztes, persönlich (93%) 2. Untersuchung des Kindes (89%) 3. Elterngespräch (57%)	1. Dialog mit Arzt (89%) 2. Untersuchung des Kindes (65%) 3. Elterngespräch (49%)	Beratungsgespräch Therapeut: 100% Einzelgespräch: 99% Familiengespräche: 64% Beratungsgespräch Team: 37% Gespräch Lehrer, Beistand: 13%
Kollegialer Dialog	1. Dialog Arzt (129%) 2. Dialog mit Sozialdienst, Station u.a. (65%) 3. Dialog mit PsychologIn (34%)	1. Dialog mit Arzt (89%) 2. Dialog mit Sozialdienst, Station u.a. (47%) 3. Dialog mit PsychologIn (29%)	-
Kind und Eltern orientierter Ansatz	1. Untersuchung des Kindes (89%) 2. Elterngespräch (57%) 3. CBCL (21%) 4. YSR (19%) 5. Videoaufnahme (8%)	1. Untersuchung des Kindes (65%) 2. Elterngespräch (49%) 3. Videoaufnahme (3%) 4. CBCL (2%) 5. YSR (2%)	-
Stationsorientierter Ansatz	1. Mitwirkung an der Behandlung (50%) 2. Fallkonferenz (29%) 3. Krisenintervention (15%) 4. Mitwirkung bei Verlegung (12%)	1. Mitwirkung an der Behandlung (27%) 2. Fallkonferenz (26%) 3. Krisenintervention (17%) 4. Mitwirkung bei Verlegung (15%)	-

5. Diskussion

Aufarbeitung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arztbrief (56% von N=194(100%)) 2. Brief an Eltern (45% von N= 84(100%)) 3. Nachsorge (14%) 4. Stellungnahme Vormundschaftsgericht (1%) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arztbrief (63%) 2. Brief an Eltern (21%) 3. Nachsorge (15%) 4. Stellungnahme Vormundschaftsgericht (5%) 	-
Zeitaufwand für Konsilleistungen	<p>N=204 Mittelwert: 3, 13 Std Modus: 2 Std pro Konsil Median: 2,5 Std pro Konsil Minimum: 15 min Maximum: 885 min (14,75 Std)</p>	-	-
Zeitraum für Konsilleistungen	<p>Zeitraum von erster dokumentierter Tätigkeit bis letzter Tätigkeit für ein Konsil: N=124 Bis 1 Tag: 6% Bis 14 Tage: 39% Bis 30 Tage: 14% Bis 83 Tage: 27% Bis 332 Tage: 13%</p>	-	<p>Zeitraum erster bis letzter Konsiltermin pro Fall: N=67 Bis 1 Tag: 42% Bis 14 Tage: 30% Bis 30 Tage: 16% Bis 90 Tage: 9% 141 und 302 Tage: 3%</p>

5.4. *Verhaltenseinschätzungen im Vergleich und psychopathologischer Befund (strukturierte Diagnosetechniken)*

Als strukturierte Diagnosetechnik kann man in der für diese Arbeit als Grundlage dienenden Konsildokumentation am ehesten die standardisierten Verhaltenseinschätzungen, in der Verhalten von Kindern und Eltern dimensional (Skala von 1-5) durch die Schwestern der konsilanzfordernden Station bewertet wird, bezeichnen. Der Konsiliar erhält mit der Verhaltenseinschätzung der Station eine klar dokumentierte und vergleichbare Bewertung des Patienten und Eltern- Verhaltens aus Sicht der Konsil anfragenden Station.

Den psychopathologischen Befund des Konsiliars kann man auch als strukturierte Diagnosetechnik bezeichnen, er ist die Perspektive des Konsiliars in Bezug auf das Verhalten des Patienten.

Verhaltenseinschätzung und psychopathologischer Befund sind die Grundlage für die Einordnung von Verhalten in eine oder keine psychiatrische Diagnose, bzw. für die Bewertung einer Situation.

Der standardisierte psychopathologische Befund der Konsildokumentation klassifiziert Verhalten kategorial in auffällig und unauffällig, zusätzlich wenn auffällig, dimensional in leicht ausgeprägt und stark ausgeprägt.

Die bereits herangezogenen Studien von Tomalak (2006), Schäfert (2005) und Elkemann (2006) zur Konsiliartätigkeit haben nicht mit Verhaltenseinschätzungen gearbeitet. Hier ist es notwendig, wie unter 1.5.1. genannt, die Arbeiten von Frank (1995 und 2001) zum Vergleich heranzuziehen.

Elkemann (2006) macht Angaben zu Ergebnissen des psychopathologischen Befunds und beschreibt ausgeprägte Störungen in den Bereichen Interaktion, Affekt und somatoforme Störungen in ihrer Stichprobe (N=80 Patienten einer psychosomatischen Konsilpopulation aus einer Kinderklinik zwischen 2 und 19 Jahren).

5. Diskussion

5.4.1. Vergleich der Häufigkeiten von auffälligem Verhalten und der Mittelwerte der Verhaltensbewertungen in einer Kinderklinikpopulation (Frank 1995) und in einer Konsilpopulation (Gahl-Lang 2009):

Die Unterschiede zwischen den beiden Stichproben sind in der folgenden Tabelle aufgezeigt. Verhaltensskalen und Auswertungsverfahren (Dichotomisierung, s. Methodik Frank) sind identisch.

Tabelle 40: Verhaltenseinschätzungen Kinderklinik versus Konsilpatienten

	Kinderklinik München, Frank (1995)	Konsile München, Gahl-Lang (2009)
Ziel	Untersuchung der stationären Verhaltenseinschätzung einer Kinderklinikpopulation im Rahmen einer Studie über die psychische Entwicklung körperlich misshandelter Kinder im Vergleich zu einer Kontrollgruppe	Untersuchung der stationären Verhaltenseinschätzung einer Konsilpopulation Im Rahmen der Auswertung der Dokumentation einer kinder- und jugendpsychiatrischen Konsiliartätigkeit
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> • N=685 Kinder und ihre Eltern, bei denen Verhaltenseinschätzungen vorlagen von N= 1257 untersuchten Patienten insgesamt • Alle stationären Patienten des von Haunerschen Kinderspitals der LMU • Altersmedian: 48 Monate • m:w= 64:36 • Diagnosespektrum der Klinik ist mit anderen Kinderkliniken vergleichbar • Chronische Erkrankungen: 21% 	<ul style="list-style-type: none"> • N=125 Kinder und ihre Eltern, bei denen Verhaltenseinschätzungen vorlagen von N= 229 untersuchten Patienten insgesamt • Kinder kommen aus allen anfragenden Kliniken • Altersmedian: 14 Jahre • m:w= 43:57 • Diagnosespektrum siehe 5.2. • Chronische Erkrankung: 40%
Methodik	<ul style="list-style-type: none"> • Viermonatige prospektive Erhebung • Erhebung von Befunden und Daten durch Ärzte und Schwestern 	<ul style="list-style-type: none"> • Auswertung von Konsiliartätigkeit über einen Zeitraum von 7 Jahren

Vergleich der Häufigkeiten (Prozent) von auffälligem Verhalten der Kinder

Die nachfolgende Tabelle stellt die Rangfolgen des prozentualen Anteils von auffälligem Verhalten in absteigender Reihenfolge in beiden Arbeiten direkt gegenüber.

5. Diskussion

Insgesamt sieht man, dass der prozentuale Anteil an auffälligem Verhalten in den Daten dieser Arbeit größer ist.

Bei der Einschätzung des Verhaltens der Patienten der **Kinderklinik (Frank)** fanden die Schwestern am häufigsten folgende Merkmale **nicht beurteilbar**:

- Kontakt mit anderen Kindern (25%)
- Selbstvertrauen (25%)
- Besuchshäufigkeit der Eltern (24%)

Bei der Einschätzung des Verhaltens der **Konsilpatienten (Gahl-Lang)** fanden die Schwestern folgende Merkmale am häufigsten **nicht beurteilbar**:

- Psychische Veränderung (28%)
- Kontakt mit anderen Kindern (26%)
- Besuchshäufigkeit der Eltern (25%)

In Franks Stichprobe fielen Kinder am häufigsten durch Unruhe (häufiger Vorschulkinder) auf, dadurch dass ein Kind in seiner Stimmung instabil war oder sich ängstlich (häufiger Säuglinge) zeigte.

Die Konsilpatienten fielen den anfragenden Stationen vor allem durch eine instabile Stimmung auf, gefolgt von mangelndem Selbstvertrauen und dadurch dass sie weniger Kontakt zu anderen Kindern suchten.

Unter Berücksichtigung, dass Franks untersuchte Patienten deutlich jünger sind (Altersmedian: 48 Monate) als die Konsilpatienten dieser Arbeit (Altersmedian: 14 Jahre) scheint dieser Unterschied von dem als auffällig beurteilten Verhalten (Top 3) zwischen beiden Stichproben nachvollziehbar, denn die von Frank befragten Schwestern hatten Schwierigkeiten bei der Beurteilung der Merkmale „Selbstvertrauen“ und „Kontaktverhalten eines Kindes mit anderen Kindern“ („da die Schwestern bei Säuglingen, aufgrund des Entwicklungsstandes, dieses Merkmal nicht beurteilen konnten“ (Frank 1995)).

5. Diskussion

Diese Merkmale stehen bei der älteren Stichprobe der Konsilpatienten an 2. und 3. Stelle des häufigsten auffälligen Verhaltens.

In Franks Untersuchung fallen den Schwestern vermehrt Probleme bei der Nahrungsaufnahme im Vergleich zu diesen Daten auf, vermutlich ist die Nahrungsaufnahme in der Altersgruppe seiner Patienten eher ein Thema als bei den Konsilpatienten, hier konnten die Schwestern Probleme bei der Nahrungsaufnahme (19% nicht beurteilbar) häufig nicht beurteilen.

Die psychische Veränderung eines Kindes und die Freude über den Besuch der Eltern waren in beiden Stichproben häufig nicht beurteilbar.

Tabelle 41: Vergleich auffälliges Verhalten von Kindern der Kinderklinik und Konsile

Kinderklinik N= 685 Altersmedian: 4 Jahre	auffällig		unauffällig		nicht beurteilbar		Konsile N=125 Altersmedian: 14 Jahre	auffällig		unauffällig		nicht beurteilbar	
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%
1. Kind unruhig	157	23	517	75	11	2	1. Stimmung stabil	60	48	55	44	10	8
2. Stimmung stabil	154	23	500	73	31	4	2. Selbstvertrauen	52	42	54	43	19	15
3. Kind ängstlich	136	20	499	73	48	7	3. Kontakt zu Kindern	45	36	48	38	32	26
4. Nahrungsaufnahme	120	17	526	77	39	6	4. Kind ängstlich	44	35	73	58	8	6
5. Kontakt zu Kindern	110	16	404	59	171	25	5. Kind unruhig	40	32	77	62	8	6
6. Kontakt zu Erwachsenen	104	15	522	76	59	9	6. Kontakt zu Erwachsenen	38	30	81	65	6	5
7. Selbstvertrauen	66	10	449	65	176	25	7. Psychische Veränderung	35	28	55	44	35	28
8. Kind aggressiv	66	8	548	80	81	12	8. Kind aggressiv	31	25	79	63	15	12
9. Psychische Veränderung	44	7	509	74	132	19	9. Nahrungsaufnahme	20	16	81	65	24	19
10. Freude am Besuch der Eltern	11	2	508	74	166	24	10. Freude am Besuch der Eltern	16	13	78	62	31	25

5. Diskussion

Verglichen werden Patienten der Kinderklinik (Frank 1995) mit Konsilpatienten (Gahl-Lang 2009). Einteilung der Daten der Verhaltenseinschätzung der Kinder in eine auffällige, eine unauffällige Gruppe und Anteil der nicht beurteilbaren Fragen
Die prozentualen Häufigkeiten der Gruppe der auffälligen Verhaltenseinschätzungen sind absteigend sortiert.

Zusammenhangsanalysen:

Kinderklinik, Frank (1995):

- In der Einschätzung des Geschlechts bestand kein Unterschied zwischen Jungen und Mädchen
- 3 Altersgruppen: Säuglinge 0-0,11Jahre, Vorschulkinder 1- 5,11 Jahre, Schulkinder und Jugendliche > 6 Jahre:
 - Säuglinge wurden häufiger als ängstlich beurteilt ($p < 0,001$)
 - Bei den Vorschulkindern wurden häufiger Unruhe und Aggressivität festgestellt ($p < 0,01$)
 - Bei 7 von 9 Merkmalen ergaben sich Unterschiede, da die Schwestern bei Säuglingen, aufgrund des Entwicklungsstandes, dieses Merkmal nicht beurteilen konnten; verständlich bei : „Kontakt zu anderen Kindern und zu Erwachsenen“, „Aggressivität“, „Angst“, „Freude am Besuch der Eltern“, „Selbstvertrauen“; überraschend bei: „Stimmung stabil“
 - Fehlende Nennungen sind im Wesentlichen alters- und entwicklungsbedingt

Konsile, Gahl- Lang (2009):

- Alter und Geschlecht
- Zusammenfassung der 5 Altersgruppen in 2 Gruppen: < 6 Jahre und > 6 Jahre aufgrund der kleinen Fallzahlen

5. Diskussion

Tabelle 42: Konsile, kindliches auffälliges Verhalten nach Alter und Geschlecht

	Auffälliges Verhalten und Alter < 6 Jahre und > 6 Jahre in %		Nicht beurteilbar in %	Auffälliges Verhalten und Geschlecht in %		Nicht beurteilbar in %
	< 6	> 6		m	w	
Unruhe	< 6	38	40	m	46	8
	> 6	31	4	w	19	5
Stimmung	< 6	25	38	m	46	10
	> 6	51	4	w	50	6
Kontakt mit Kindern	< 6	31	25	m	46	20
	> 6	37	26	w	27	31
Kontakt mit Erwachsenen	< 6	31	25	m	38	5
	> 6	30	2	w	23	5
Aggressives Verhalten	< 6	31	25	m	38	13
	> 6	24	10	w	13	11
Ängstliches Verhalten	< 6	38	25	m	39	7
	> 6	35	4	w	31	6
Nahrungsaufnahme	< 6	19	25	m	13	16
	> 6	16	18	w	19	22
Freude über Elternbesuch	< 6	25	38	m	14	23
	> 6	11	23	w	11	27
Selbstvertrauen	< 6	2	50	m	36	16
	> 6	46	10	w	47	14
Psychische Veränderung	< 6	19	50	m	34	30
	> 6	29	25	w	22	27

N=125 (55%)

- Die Altersgruppe > 6 Jahre fällt tendenziell am häufigsten in ihrer Stimmung, im Selbstvertrauen und im Kontakt mit anderen Kindern auf. Kontakt mit anderen Kindern und psychische Veränderung waren schwerer zu beurteilen.
- Die Altersgruppe < 6 Jahre fällt tendenziell am häufigsten durch ängstliches und unruhiges Verhalten auf. Selbstvertrauen, psychische Veränderung und Unruhe waren hier am schwersten zu beurteilen. Insgesamt liegt hier der Prozentsatz des nicht beurteilbaren Verhaltensmerkmals höher als bei der älteren Gruppe.
- Die männlichen Konsilpatienten fallen am häufigsten tendenziell durch ihr Sozialverhalten, hier durch mehr Unruhe, weniger Kontakt zu anderen Kindern und Erwachsenen und ängstliches Verhalten auf.
- Die weiblichen Konsilpatienten fallen am häufigsten tendenziell durch mangelndes Selbstvertrauen und Stimmungslabilität auf.

5. Diskussion

Vergleich der Verhaltens-Mittelwerte der Kinder

Die folgende Tabelle zeigt die Mittelwerte der stationären Verhaltensbewertungen der Stichproben im Vergleich. Um Unterschiede zwischen den beiden Stichproben in Bezug auf die einzelnen Verhaltensmerkmale beurteilen zu können, wurden Effektstärken berechnet.

Tabelle 43: Verhalten Kinder, Vergleich Kinderklinik und Konsile, Effektstärken

	Kinderklinik N= 685 Altersmedian: 4 Jahre		Konsil N=125 Altersmedian: 14 Jahre		Effektstärke
	MW1	STD1	MW2	STD2	
1. Kind unruhig	2,93	0,78	3,05	1,25	0,12
2. Stimmung stabil	2,99	0,67	3,55	0,97	0,5
3. Kind ängstlich	2,93	0,74	2,91	1,07	0,02
4. Nahrungsaufnahme	2,98	0,76	3,2	1,1	0,24
5. Kontakt zu Kindern	3,06	0,75	3,47	0,94	0,49
6. Kontakt zu Erwachsenen	3,0	0,68	2,98	0,97	0,02
7. Selbstvertrauen	3,05	0,54	3,45	0,96	0,57
8. Kind aggressiv	3,26	0,71	3,25	1,15	0,01
9. Psychische Veränderung	3,01	0,5	2,72	0,86	0,43
10. Freude am Besuch der Eltern	2,72	0,6	2,83	0,86	0,15

Verglichen werden Patienten der Kinderklinik (Frank 1995) mit Konsilpatienten (Gahl-Lang 2009).
Bewertungen der Verhaltensskalen: 1=viel mehr, 2=mehr, 3=gleich, 4=weniger, 5=viel weniger
Effektstärken: <0,2 =unbedeutend, 0,21-0,5=gering, 0,51-0,80=mittel, >0,80 bedeutend
MW=Mittelwert
STD=Standardabweichung

Die Mittelwerte der Kinderklinik-Studie liegen alle im als unauffällig definierten Bereich.

In der Konsilpopulation fallen die Kinder im Mittel nur durch ihre Stimmung, in Richtung „Stimmung weniger stabil“, auf (MW:3,55). Die Mittelwerte der Merkmale „Kontakt zu Kindern“ und „Selbstvertrauen“ liegen an der Grenze zum auffälligen Bereich in Richtung „weniger Kontakt“ und „weniger Selbstvertrauen“. Die breiteste Streuung liegt bei den Konsilen bei unruhigem und aggressivem Verhalten vor.

5. Diskussion

Nach Cohen (Cohen 1988) können die Effektstärken in Bezug auf die Items „**Stimmung stabil**“ und „**Selbstvertrauen**“ als mittelstark, auf die Items „**Nahrungsaufnahme**“, „**Kontakt zu Kindern**“ und „**psychische Veränderung**“ als gering und auf die restlichen Items als unbedeutend bezeichnet werden. Dies ist eine Aussage über den Schweregrad der Verhaltensauffälligkeiten. Im Vergleich der Mittelwerte dieser beiden Stichproben fallen in der Konsilpopulation die Kinder am häufigsten durch eine labile Stimmung und weniger Selbstvertrauen auf, die Schwelle zur Konsilanforderung ist von Seiten der Station am ehesten bei diesen beiden Merkmalen erreicht.

Vergleich der Häufigkeiten (Prozent) von auffälligem Verhalten der Eltern

Auch bei der Betrachtung des elterlichen Verhaltens beider Stichproben, scheinen die Ergebnisse zu dem jeweiligen Altersdurchschnitt der Populationen zu passen.

In Franks Daten steht bei elterlichem, auffälligem Verhalten „Füttern des Kindes“ und „Besuchshäufigkeit“ auf den ersten 2 Plätzen, wobei diese Merkmale in der älteren Konsilpopulation eher nachrangig auffällig sind, ja sogar die zwei Merkmale sind, die zu beurteilen den Schwestern am schwersten fielen, nämlich weil bei den Konsilpatienten aufgrund ihres Alters Füttern und Elternbesuche keine so große Rolle mehr spielen. Allerdings ist das Merkmal „Besuchshäufigkeit“ auch für die Schwestern der Kinderklinikpopulation schwer zu beurteilen.

Den Schwestern fällt in der Konsilpopulation mehr auf, dass die Eltern über eigene Belastungen berichten und wie gut sie die Bedürfnisse ihres Kindes erkennen. „Interesse am Kind“ ist in beiden Stichproben das Merkmal, das am wenigsten negativ auffällt.

5. Diskussion

Tabelle 44: Vergleich auffälliges Verhalten von Eltern der Kinderklinik und Konsile

Kinderklinik N= 685 Altersmedian: 4 Jahre	auffällig		unauffällig		nicht beurteilb ar		Konsil N=125 Altersmedian: 14 Jahre	auffällig		unauffälli g		nicht beurteilb ar	
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%
1. Füttern des Kindes	78	12	517	75	90	13	1. Eigene Belastung der Eltern	46	37	57	45	22	18
2. Besuchshäufigkeit	53	8	485	71	147	21	2. Kindl Bedürfnisse erkennen	44	35	58	47	23	18
3. Eigene Belastung der Eltern	56	8	507	74	122	18	3. Kind beruhigen	39	31	63	51	23	18
4. Kooperation mit Schwester	51	7	591	87	43	6	4. positive Äußerungen über Kind	26	21	79	63	20	16
5. Kind beruhigen	43	6	588	86	54	8	5. Kooperation mit Schwestern	25	20	73	58	27	22
6. Kindl. Bedürfnisse erkennen	40	6	602	88	43	6	6. Besuchshäufigkeit	23	18	69	56	33	26
7. Positive Äußerung über Kind	24	3	581	85	80	12	7. Füttern des Kindes	21	17	58	46	46	37
8. Interesse am Kind	20	3	636	93	28	4	8. Interesse am Kind	11	9	96	77	18	14

Verglichen werden Eltern der Kinderklinik (Frank 1995) mit Eltern der Konsilpatienten (Gahl-Lang 2009). Einteilung der Daten der Verhaltenseinschätzung der Kindseltern in eine auffällige und eine unauffällige Gruppe und Anteil der nicht beurteilbaren Fragen. Die prozentualen Häufigkeiten der Gruppe der auffälligen Verhaltenseinschätzungen sind absteigend sortiert.

Zusammenhangsanalysen mit Alter (<6 und >6 Jahre) und Geschlecht, Gahl- Lang (2009):

Die Tendenz geht dahin, dass:

- In der Altersgruppe < 6 Jahre fielen Eltern vorrangig dadurch auf, dass sie ihr Kind weniger beruhigen konnten, weniger die kindlichen Bedürfnisse erkannten und mehr über eigene Belastungssituationen berichteten, weniger beurteilbar war in dieser Altersgruppe das Füttern und die Pflege des Kindes und die Häufigkeit der Elternbesuche

5. Diskussion

- In der Altersgruppe > 6 Jahre fielen Eltern am häufigsten durch dieselben Merkmale auf, schwerer zu beurteilen waren Füttern und Pflege des Kindes, die Frequenz der Elternbesuche und die Kooperation mit den Schwestern

Tabelle 45: Konsile, elterliches auffälliges Verhalten nach Alter und Geschlecht des Kindes

	Auffälliges Verhalten und Alter < 6 Jahre und > 6 Jahre in %		Nicht beurteilbar in %	Auffälliges Verhalten und Geschlecht in %		Nicht beurteilbar in %
	< 6	> 6		m	w	
Häufigkeit des Elternbesuchs	< 6	25	31	m	23	23
	> 6	17	26	w	14	30
Erkennen der kindlichen Bedürfnisse	< 6	50	13	m	36	18
	> 6	33	19	w	34	19
Positive Äußerungen	< 6	19	6	m	20	15
	> 6	21	17	w	22	17
Interesse am Kind	< 6	19	6	m	8	13
	> 6	7	16	w	9	15
Beruhigung des Kindes	< 6	56	6	m	31	16
	> 6	28	20	w	31	20
Eigene Belastungssituation	< 6	50	0	m	38	16
	> 6	35	20	w	36	19
Füttern und Pflege des Kindes	< 6	38	38	m	16	33
	> 6	14	37	w	17	41
Kooperation mit Schwestern	< 6	44	6	m	25	20
	> 6	17	24	w	16	23

N=125 (55%)

Vergleich der Verhaltensmittelwerte der Eltern

Die folgende Tabelle zeigt die Mittelwerte der stationären Verhaltensbewertungen der Eltern. Zur Unterscheidung der Stichproben in Bezug auf die Verhaltensmerkmale wurden Effektstärken berechnet.

5. Diskussion

Tabelle 46 : Verhalten Eltern, Vergleich Kinderklinik und Konsile, Effektstärken

	Kinderklinik N= 685 Altersmedian: 48 Monate		Konsil N=125 Altersmedian: 14 Jahre		Effektstärke
	MW1	STD1	MW2	STD2	
1. Füttern des Kindes	3,02	0,67	2,99	1,01	0,04
2. Besuchshäufigkeit	2,64	0,89	2,8	1,09	0,16
3. Eigene Belastung der Eltern	3,13	0,69	2,87	1,23	0,27
4. Kooperation mit Schwester	2,91	0,59	2,92	0,99	0,01
5. Kind beruhigen	2,85	0,62	3,17	0,96	0,4
6. Kindl. Bedürfnisse erkennen	2,82	0,62	3,16	1,02	0,4
7. Positive Äußerung über Kind	2,85	0,53	2,83	1,02	0,03
8. Interesse am Kind	2,66	0,69	2,47	0,95	0,23

Verglichen werden Patienten der Kinderklinik (Frank 1995) mit Konsilpatienten (Gahl-Lang 2009).

Bewertungen der Verhaltensskalen: 1=viel mehr, 2=mehr, 3=gleich, 4=weniger, 5=viel weniger

Effektstärken: <0,2 =unbedeutend, 0,21-0,5=gering, 0,51-0,80=mittel, >0,80 bedeutend

MW=Mittelwert

STD=Standardabweichung

Wenn man sich die Mittelwerte beider Stichproben im Vergleich anschaut, so sieht man, dass die Mittelwerte des Eltern-Verhaltens der Kinderklinik-Studie alle im als unauffällig definierten Bereich liegen.

Dies ist ebenso bei der Konsilpopulation.

Es fallen die Eltern grenznah nur durch etwas mehr Interesse (MW:2,47) im Mittel an ihrem Kind auf.

Die Effektstärken in Bezug auf die Items „**Kind beruhigen**“, „**Kindliche Bedürfnisse erkennen**“, „**eigene Belastungen der Eltern**“ und „**Interesse am Kind**“ sind als gering zu bezeichnen, in Bezug auf die restlichen Items sind sie sogar unbedeutend.

Zusammenfassung der Mittelwertvergleiche von Kindern und Eltern:

Vergleicht man nun die untersuchten Populationen der Kinderklinik, welche die Ebene 2 nach Thun-Hohenstein darstellt, auf der die Station Verhaltensauffälligkeiten von Kindern noch ohne konsiliarische Unterstützung versorgt, und der Konsile, welche die Ebene 3 nach Thun-Hohenstein, auf der durch die Station zusätzliche fachliche Unterstützung durch den Konsiliar

5. Diskussion

angefordert wird, darstellt, zusammenfassend durch die errechneten Effektstärken miteinander, so zeigen sich nur geringe Unterschiede, allenfalls ergeben sich mittlere Effektstärken bei den Items „Selbstvertrauen der Kinder“ und „Stimmungsstabilität der Kinder“. Die Mittelwerte dieser Items liegen bei der älteren Konsilpopulation, die Kinder aus einigen verschiedenen Kliniken und nicht nur aus der Kinderklinik vereinigt, etwas mehr in Richtung „weniger Selbstvertrauen“ und „weniger Stimmungsstabilität“.

Hier kann man zusammenfassend festhalten, dass zwei sehr unterschiedliche Stichproben im Vergleich bei identischer Vorgehensweise überwiegend ähnliche Mittelwerte liefern, was für eine Validität der Verhaltensskalen spricht.

Der Vergleich der Stichproben sagt etwas über den Schweregrad der Verhaltensauffälligkeiten aus.

Die Konsilpopulation hat etwas mehr „Verhaltensprobleme“ als die Kinderklinikpopulation.

Im Mittel fordern die Stationen vor allem bei auffälligem Verhalten in Form von weniger Selbstvertrauen und weniger Stimmungsstabilität ein Konsil an.

5.4.2. Vergleich der Verhaltensmuster der Kinderklinikpopulation in München und Freiburg (Frank et al, 2001) mit den Verhaltensmustern der Konsilpopulation (Gahl-Lang, 2009)

In dem zum Vergleich herangezogenen Kapitel „Verhaltensmuster von Kindern und Eltern in zwei Kinderkliniken“ (Frank 2001) werden die bereits beschriebenen Daten aus der Studie in der Kinderklinik in München (Frank 1995) mit einer zu einem späteren Zeitpunkt erhobenen Studie in einer Kinderklinik in Freiburg verglichen.

Die Ergebnisse dieser beiden Studien möchte ich nun mit den Daten dieser Arbeit vergleichen. In München und in Freiburg wurden dieselben Verhaltensskalen im Rahmen einer Studie zum Thema Kindsmisshandlung eingesetzt.

Die folgende Tabelle fasst Merkmale der verglichenen Stichproben zusammen und zeigt Unterschiede in der Methodik der Auswertung zwischen den Stichproben.

5. Diskussion

Tabelle 47: Verhaltensmuster, Vergleich 2 Kinderkliniken und Konsile, Methodik

	Kinderkliniken München und Freiburg (Frank et al 2001)	Konsile (Gahl-Lang 2009)
Einsatz der Verhaltensskalen	Verhaltensskalen wurden im Rahmen einer Studie zum Thema Kindsmisshandlung eingesetzt	Verhaltenseinschätzung von Kindern und Eltern durch die Station im Rahmen der Konsilanforderung , als Teil der Konsildokumentation
Untersuchungszeitraum	<ul style="list-style-type: none"> • 4 Monate • München: 1988-89 • Freiburg: 1992 	<ul style="list-style-type: none"> • 7 Jahre • 1999-2005
Fallzahlen, erfasste Verhaltenseinschätzungen	<ul style="list-style-type: none"> • München: N= 659 • Freiburg: N= 484 	<ul style="list-style-type: none"> • N=108
Ein- und Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Alle stationär aufgenommenen Kinder • Keine Neugeborenen aus Entbindungsklinik, keine >18, keine wiederholten Aufnahmen • Aufenthalt >3<7 Tage • Einschätzung durch Kinderkrankenschwestern • München: Kinderchirurgie beteiligt, Onkologie nicht! • Freiburg: Onkologie beteiligt, Kinderchirurgie nicht! 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhandene stationäre Verhaltenseinschätzung im Rahmen der Konsildokumentation • Einschätzung von Kind und Eltern mussten pro Fall vorhanden sein • Einschätzung durch Pflege
Auswertung		
Statistikprogramm	<ul style="list-style-type: none"> • Programm: WINMIRA (Davies 1994) 	<ul style="list-style-type: none"> • SPSS 14.0-16.0
Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenfassung der vorgefundenen Verhaltensmuster von Kindern und Eltern in möglichst wenige „prägnante“ Klassen von Beurteilungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenfassung des Verhaltens der Kinder und der Eltern-Kind-Paare in Gruppen, die intern möglichst homogen und extern möglichst heterogen sind
Statistische Methode	<ul style="list-style-type: none"> • Latent-Class-Analyse (LCA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Clusteranalyse
Bewertungskategorien	<ul style="list-style-type: none"> • Dieselben 5 Kategorien wurden auf 3 Kategorien reduziert=>1+2 wurden zusammengefasst und 4+5 wurden zusammengefasst=> • 0= überdurchschnittlich positive Einschätzung, 1= durchschnittliche Einschätzung/unauffällig, 2= auffällig negative Einschätzung=> gleichgerichtete Polung 	<ul style="list-style-type: none"> • Dieselben 5 Kategorien wurden erhalten, • 1= viel mehr, 2= mehr, 3= gleich/unauffällig, 4= weniger, 5= viel weniger • Auffällig positive oder negative Einschätzung je nach Polung der Frage=> keine gleichgerichtete Polung • Für unauffälliges Verhalten wurde der

5. Diskussion

		Bereich zwischen 2,5 und 3,5 definiert, <ul style="list-style-type: none"> für auffälliges Verhalten wurden die Bereiche 1-2,49 und 3,51- 5 definiert
Vorgehen bei der Auswertung	<ul style="list-style-type: none"> einzelne fehlende Werte wurden als unauffällig kodiert Zuordnung der Kinder zu den Beurteilungsmustern durch Modalwert der Klassenzugehörigkeitswahrscheinlichkeit jedes Kindes 	<ul style="list-style-type: none"> Einzelne fehlende Werte wurden als unauffällig kodiert Zuordnung der Kinder und Eltern-Kind-Paare durch hierarchische Clusteranalyse, Ward-Methode+k-means-Methode

Verglichen werden 2 Kinderkliniken (Frank 2001) und Konsile (Gahl-Lang 2009).

Es wird wieder Verhalten von Eltern und Kindern, die auf somatischen Stationen versorgt werden, und Verhalten von Kindern und Eltern, das Anlass für eine Konsilanforderung gab, verglichen.

In verschiedenen Settings und zu unterschiedlichen Zeitpunkten wurden dieselben Verhaltensskalen eingesetzt. Es wird nach vergleichbaren Ergebnissen in drei unterschiedlichen Stichproben gesucht und auch überprüft, ob andere Methoden der Auswertung, neben der Gegenüberstellung von Häufigkeiten von auffälligem Verhalten und der Mittelwerte, vergleichbare Ergebnisse liefern.

Für die Auswertung der Verhaltenseinschätzungen wurde in den Kinderkliniken eine andere statistische Methode (LCA) verwendet als in der Konsilpopulation (Clusteranalyse), dadurch wurden Kinder und Eltern auf verschiedene rechnerische Weisen den jeweiligen Gruppen zugeordnet. Jedoch hatten die Untersuchungen das gleichen Ziel, nämlich das Verhalten von Kindern und Eltern in möglichst wenige Gruppen mit ähnlichem Verhalten zusammenzufassen, die sich untereinander möglichst unterscheiden.

Die LCA (...) ist ein Segmentierungsverfahren, das als Alternative zur herkömmlichen Clusteranalyse betrachtet werden kann, insbesondere, falls nur wenige beobachtete Eigenschaften oder Eigenschaftsausprägungen vorliegen (Wikipedia 2008).

Der Person wird im Rahmen der LCA eine bestimmte Gruppenzugehörigkeit zugewiesen, die latente Variable wird also nicht in quantitativen Ausprägungsstufen, sondern lediglich in

5. Diskussion

qualitativen Ausprägungen konstruiert. Die LCA geht demnach von der (weniger restriktiven) Annahme aus, dass es unterschiedliche Klassen von Familienkonstellationen gibt, die sich hinsichtlich ihrer „psychischen Auffälligkeit“ qualitativ voneinander unterscheiden ((Frick 1997),(Reed 1988), (Rost 1991; Szatmari 1995)).

Das Verfahren der Clusteranalyse bildet anhand von vorgegebenen Variablen Gruppen von Fällen. Bei den Fällen kann es sich um Personen, aber auch um beliebige Objekte handeln. Die Mitglieder einer Gruppe (Cluster) sollen möglichst ähnliche Variablenausprägungen aufweisen, die Mitglieder verschiedener Gruppen unähnliche (Bühl and Zöfel 2000).

In den Kinderklinikpopulationen werden Kind und Eltern gemeinsam in ihrem Verhalten beschrieben und als „Paare“ in Gruppen zusammengefasst. Daher ist ein Vergleich mit den Verhaltensmustern der Eltern-Kind-Paare aus der Konsilpopulation sinnvoll.

Tabelle 48: Verhaltensmuster, Vergleich von 2 Kinderkliniken und Konsilen, Ergebnisse

Ergebnisse	Kinderkliniken (Frank et al 2001)					Konsile (Gahl-Lang 2009)		
	München		Freiburg			München		
Fallzahlen	N=659		N=484			N=108		
Demo graphische Basisdaten								
Alters durchschnitt der Stichprobe	64 Monate		68 Monate			156 Monate		
Geschlechter verhältnis %	M:W=64:36		-			M:W=51:49		
Gruppen	5 Klassen			6 Klassen		3 Cluster bei Eltern-Kind-Paaren		
	Gruppe	%	AMW	%	AMW	Cluster	%	AMW
Unauffällige/ positive Einschätzung	unauffällig	29%	52	39%	61	ruhige Kinder + interessierte Eltern	26%	171
	Nette Kinder	22%	88	9%	88			
	Mustereltern	11%	39	12%	58			
	Interessierte Eltern	13%	65	-	-			
Auffällige Einschätzung	Kind auffällig, belastet	25%	65	14%	59	Externalisierende Kinder + unsichere Eltern	57%	163
	Kind kontaktaufällig	-	-	13%	86			
	Kind vernachlässigt	-	-	12%	75			
						Ängstliche/stimmungslabile Kinder + fürsorgliche Eltern	17%	160

5. Diskussion

AMW= Altersmittelwert in Monaten

Verglichen werden 2 Kinderkliniken (Frank et al 2001) mit Konsilen (Gahl-Lang 2009).

Die Kinderklinikstichproben haben größere Fallzahlen und beinhalten jüngere Kinder. Das Geschlechterverhältnis ist in der Konsilpopulation ausgewogen, in der Münchner Kinderklinikpopulation sind mehr männliche Kinder.

Die Kinderklinik-Stichproben bilden in München 5 Klassen und in Freiburg 6 Klassen, 4 übereinstimmende Klassen wurden gefunden. Die Klassen beschreiben Verhaltensmuster von Kindern und Eltern, nach deren prägnantesten Merkmal die Klassen benannt wurden. Die Beschreibung der Verhaltensmuster entspricht der Beschreibung von Syndromen.

Dass diese zwei unabhängigen Stichproben vier nahezu identische Profile liefern (4 identische Klassen machen in München 87% und in Freiburg 74% aus) und dadurch die Ergebnisse der Münchner Stichprobe in der Freiburger Stichprobe repliziert werden konnten wird von Frank et al als „Kreuzvalidierung“ der Verhaltensskalen gesehen (Frank 2001, S.52).

Die Schwestern der **Kinderklinik in München** schätzten 75% der Kinder und Eltern unauffällig oder positiv ein und **25%** der Stichprobe wurde als **auffällig** eingeschätzt.

In **Freiburg** wurden mit 60% weniger Eltern und Kinder als unauffällig oder positiv bewertet und mit **39%** mehr als **auffällig** eingestuft.

Die Studiendurchführung der Kinderkliniken erfolgte in einem Abstand von 3 ½ Jahren. Der höhere Anteil an auffälligen Kindern in Freiburg wird von Frank et al (Frank 2001) auf eine kontinuierliche Schulung der Schwestern durch Frau Berger- Sallawitz über ca. 2 Jahre zurückgeführt. Unterschiede zwischen den Patientenpopulationen München- Freiburg ergeben sich für Frank et al aus den Klinikstrukturen: in München ist die Kinderchirurgie und in Freiburg die Kinderonkologie beteiligt.

In der **Konsilpopulation** werden $\frac{3}{4}$ (**74%**) der Kinder und Eltern von den Schwestern als **verhaltensauffällig** bewertet und $\frac{1}{4}$ (26%) als unauffällig oder positiv.

Das Instrument der Verhaltensskalen erwies sich auch für die Konsile als praktikabel.

5. Diskussion

In der Konsilpopulation entspricht die Altersverteilung der „auffälligen Kinder“ der Altersverteilung der Gesamtstichprobe.

Auch das Ergebnis der Clusteranalysen ist plausibel, denn in der Konsilpopulation wird im Vergleich zu den Kinderklinikpopulationen ein höherer Anteil bzw. ein höherer Schweregrad von Verhaltensauffälligkeiten erwartet.

Im Vergleich zu den beiden anderen Verfahren der Auswertung der Verhaltensskalen in dieser Arbeit gibt die Clusteranalyse eine Information über den gesamten Anteil von auffälligem Verhalten in der Stichprobe und beschreibt die Art der Verhaltensauffälligkeiten und deren Kombination im Sinne von Syndromen durch die Cluster anschaulich.

Die herausgearbeiteten Verhaltensmuster erscheinen auch in der Konsilpopulation aus klinischer Sicht nicht widersprüchlich und lassen sich gut mit anderen Stichproben, auch im Detail, vergleichen.

Durch das Zusammenfassen zu möglichst kleinen Clusteranzahlen können jedoch auch Informationen verloren gehen.

Die Methode der Berechnung von Häufigkeiten (Prozent) von auffälligem Verhalten durch Addieren der Häufigkeiten der auffälligen Bewertungen (je nach Polung der Frage: 1 und 2 oder 4 und 5) der einzelnen Verhaltensmerkmale (siehe 5.8.1.) zeigt zwar im Vergleich zu einer anderen Stichprobe, ob in Bezug auf ein Verhaltensmerkmal der Anteil von auffälligem Verhalten höher oder niedriger ist und macht damit eine Aussage über den Unterschied des Schweregrads der Verhaltensauffälligkeiten zwischen zwei Stichproben.

Die Methode erarbeitet weiterhin eine Aussage über die Rangfolge der auffälligen Bewertungen der Verhaltensmerkmale, sie ignoriert jedoch das positiv (positiv auffällig) bewertete Verhalten.

Die Methode der Mittelwertberechnung fasst die Verhaltensbewertungen in Bezug auf ein Verhaltensmerkmal in einem Wert zusammen, dadurch werden Details des Verhaltens der Stichprobe jedoch nicht sichtbar. Die Mittelwerte lassen sich gut mit anderen Stichproben vergleichen, durch Effektstärken können Unterschiede zu anderen Stichproben in Bezug auf die Verhaltensmerkmale berechnet werden und man kann sowohl die Abweichung des

5. Diskussion

Mittelwertes in Richtung auffälliges Verhalten als auch in Richtung positives (positiv auffälliges) Verhalten erkennen.

Jede der drei Methoden hat ihre Vor- und Nachteile, für einen detaillierten Vergleich der Verhaltenseinschätzung mit anderen Stichproben, scheinen die Vorteile der Clusteranalyse zu überwiegen, eine Kombination der drei Verfahren liefert jedoch ein umfassendes Bild.

Die Cluster der Konsilpopulation lassen sich nicht genau den Klassen der Kinderklinikpopulationen zuordnen, es gibt lediglich Anteile von Übereinstimmungen zwischen Clustern und Klassen.

Zuordnung Cluster der Eltern-Kind-Paare:

So kann das Cluster der „**ruhigen Kinder + interessierten Eltern**“ anteilig den Gruppen „nette Kinder“, „Mustereltern“ und „interessierte Eltern“ zugeordnet werden.

Das Cluster der „**externalisierenden Kinder + unsicheren Eltern**“ findet sich anteilig in den Gruppen „Kind auffällig, belastet“ und „Kind vernachlässigt“.

Das Cluster „**ängstliche/stimmungslabile Kinder+ fürsorgliche Eltern**“ beschreibt Anteile der Kinder und Eltern in der Gruppe „Kind auffällig, belastet“. Die Eltern dieses Clusters werden aber insgesamt sehr positiv bewertet.

Die Kinderklinikstichproben (Frank et al 2001) und die Konsilpopulation (Gahl- Lang 2009) repräsentieren verschiedene Versorgungsebenen von Verhaltensauffälligkeiten und unterscheiden sich in ihrer Alters- und Geschlechterverteilung.

Die München/Freiburg Studie lieferte erstmals einen Beitrag zum Ausmaß solcher Auffälligkeiten innerhalb der klinischen Versorgung (Frank et al 2001).

Die vorliegende Arbeit liefert erstmals, nach unserer Kenntnis, einen Beitrag zum Ausmaß von Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Eltern aus Sicht der anfordernden Station innerhalb einer Konsilpopulation.

Die Verhaltensskalen sind nach unserer Kenntnis das einzige Instrument, das Eltern- Kind- Beziehungen aus stationärer Sicht strukturiert beurteilt.

5. Diskussion

Der Unterschied des Anteils von Verhaltensauffälligkeiten zwischen den Stichproben ist plausibel und passt zu den Versorgungsebenen.

5.5. *Entwicklung einer handlungsleitenden Fragestellung*

5.5.1. **Wird aus einer unscharfen Fragestellung (oder keiner Fragestellung) eine handlungsorientierte durch den Kinder- und Jugendpsychiater?**

Um diese Frage zu beantworten, reicht es vielleicht schon den geringen Anteil der vorhandenen Fragestellungen von Station (N=84(37% der gesamten Stichprobe)) dem wesentlich größeren Anteil des dokumentierten Konsilanlasses durch den Konsiliar (N=200(87% der gesamten Stichprobe)) gegenüberzustellen. Hier ist zu sehen, dass es zu einer Art Übersetzungsprozess kommen muss, in dem der Konsiliar für das jeweilige Konsil mit nicht vorhandener oder unscharfer Fragestellung zumindest einen Konsilanlass formuliert, der ihn dann eine handlungsleitende Fragestellung erarbeiten lässt.

In einer differenzierteren Untersuchung habe ich die Top 3 der Aufnahmediagnosen (F00-F99, L00-L99, S00-T98), Fragestellung des Anfragers und den Konsilanlass (hier waren Mehrfachnennungen möglich) gegenübergestellt (s. Tabelle A 14 im Anhang).

Bei einer Aufnahmediagnose der anfragenden Klinik in F00-F99 (N=42) wird am häufigsten nach einer Mitwirkung bei der Diagnostik (N=11) gefragt (keine Fragestellung, N=22), der Konsiliar ordnet den Konsilanlass hier unter „Sonstige“ (N=7) ein. Das gleiche gilt für die Konsilanlässe (N=11 unter „Sonstige“), die bei Aufnahmediagnose in F00-F99 keine Fragestellung (N=22) aufgeschrieben haben. Insgesamt werden von N=42 Fällen mit einer Fragestellung in F00-F99 N=19 unter „Sonstige“ als Konsilanlass vom Konsiliar eingeordnet. Möglicherweise deutet dieses Ergebnis darauf hin, dass der Konsiliar in diesen Fällen auch nicht die genaue Fragestellung des Konsils erörtern konnte, oder die Konsilanlässe dieser Gruppe sind nicht in die bereits definierten auf dem Konsildokumentationsbogen einzuordnen. Eventuell liegt das daran, dass die Konsilanlässe aus der Erwachsenenpsychiatrie (häufigster Anfrager mit Aufnahmediagnose in F00-F99) nicht auf den Konsildokumentationsbogen der Kinder- und Jugendpsychiatrie anwendbar sind.

5. Diskussion

Bei einer Aufnahmediagnose in L00-L99 (Hautklinik) mit einer gesamten Fallzahl von N= 24 wird vom Anfrager in N=13 Fällen keine Fragestellung formuliert und mit N= 8 Fällen wird am häufigsten nach einer Mitwirkung bei der Diagnostik gefragt. Eine Einordnung des Konsilanlasses durch den Konsiliar erfolgt am häufigsten unter „chronische Erkrankung“ (bei formulierter Mitwirkung an der Diagnostik“ in N= 6 Fällen und bei keiner Fragestellung in N=7 Fällen). Wurde keine Fragestellung formuliert, so dokumentierte der Konsiliar als weitere häufige Konsilanlässe Copingprobleme (N=5) oder sexuellen Mißbrauch (N=4, vermutlich Condylomata accuminata)). Unter der Aufnahmediagnose von Hauterkrankungen scheint ein Übersetzungsprozess in eine handlungsleitende Fragestellung durch den Konsiliar mehr stattzufinden, denn „Sonstige“ als Konsilanlass wird selten (insgesamt N=2) dokumentiert.

Fällt die Aufnahmediagnose in S00-T98 (insgesamt N=31), wird in N=18 Fällen keine Fragestellung formuliert oder in N=7 Fällen am häufigsten nach der „Sicherheit des Kindes“ gefragt. Der Konsilanlass wird vom Konsiliar am häufigsten mit N=15 Fällen bei „suizidale Handlungen“ gesehen. Weitere häufige Konsilanlässe in dieser Aufnahmediagnose sind mit jeweils N=6 Kindsmisshandlungen, kindliche Verhaltensauffälligkeiten, Coping-Probleme und organisch bedingte psychische Störungen. „Sonstige“ wird selten in N=2 Fällen dokumentiert. Auch hier scheint ein Übersetzungsprozess mehr stattzufinden als bei den Aufnahmediagnosen in F00-F99.

In N=13 Fällen wurde keine Aufnahmediagnose erhoben, davon formulierten N=7 keine Fragestellung mit N=6 übersetzte der Konsiliar diese Konstellation am häufigsten in Copingprobleme als Konsilanlass.

Bei dem Rest der gestellten Aufnahmediagnosen (alle außer der Top 3) mit insgesamt N=62 Fällen wird wiederum am häufigsten keine Fragestellung gestellt (N=37) und wenn gefragt wird, dann am häufigsten nach der Mitwirkung an der Diagnostik (N=12). Ein Übersetzungsprozess scheint auch hier stattzufinden, der Konsiliar dokumentierte als häufigsten Konsilanlass „chronische Erkrankung“ (N=38) gefolgt von „Copingproblemen“ (N=36).

5.5.2. Liefern Aufnahmediagnose und Verhaltenseinschätzung einen Hinweis auf die zu Grunde liegende Fragestellung?

Bei 2/3 (62%) der Konsile dieser Stichprobe wurde von der anfragenden Klinik keine Fragestellung formuliert (N=137). Neben einem persönlichen Gespräch mit dem anfordernden Personal zur Erörterung der eigentlichen Fragestellung, für das oft vor der Ausführung der konsiliarischen Untersuchung keine Zeit bleibt, hat der Konsiliar die Möglichkeit, wertvolle Informationen aus dem Fragebogen an die Station (Konsilanforderung) für die Erarbeitung einer Fragestellung zu erlangen. Hier sind idealerweise die Aufnahmediagnose und die Verhaltenseinschätzungen dokumentiert.

Die Aufnahmediagnose liefert nur bedingt einen Hinweis auf die Fragestellung. Sie gibt eine Idee des Themas um das es geht und der Konsiliar kann eventuell unterscheiden, ob es sich um ein chronisches (z.B. Hauterkrankungen in L00-L99) oder ein eher akutes Geschehen (z.B. Suizidversuch, Kindesmisshandlung in S00-T98) handelt.

Die Verhaltensskalen, wenn ausgefüllt, geben einen Hinweis auf die Fragestellung für das Konsil. Hier kann die anfordernde Station beobachtetes Verhalten benennen, welches vorher vielleicht nicht in Worte gefasst werden konnte. Insbesondere das Pflegepersonal erlebt den Patienten oft detaillierter als z.B. das ärztliche Personal.

Die Ergebnisse der Verhaltenseinschätzung zeigen, dass das Pflegepersonal etwas beobachtet. Es schätzt nämlich $\frac{3}{4}$ der Konsilpatienten als auffällig ein und der größte Anteil mit auffälligem Verhalten zeigt externalisierendes Verhalten (37% der untersuchten N=108). Bei 57% der untersuchten Verhaltenseinschätzungen beschreibt es sogar externalisierende Kinder und unsichere Eltern.

Der Konsiliar bewertet in seinem Befund ungefähr die Hälfte der untersuchten Konsilpopulation als auffällig. Die dokumentierten Auffälligkeiten von Station und Konsiliar sind nicht deckungsgleich, aber die Verhaltensskalen können Hinweis für den Konsiliar sein und der psychopathologische Befund kann Bestätigung für die anfordernde Station sein.

Oftmals wird auch bei gesehenen Auffälligkeiten nicht die Schwelle für eine psychiatrische Diagnose erreicht.

5. Diskussion

Es geht vielmehr darum Hilfen bei der Bewältigung einer Situation, z.B. Verhalten des Kindes auf Station oder einer Krankheit zu geben. Oft sind diese Hilfen durch ein Konsil auf allen Ebenen gefragt, d.h. der anfordernde Arzt drückt seine „Hilflosigkeit“ aus, indem er/sie keine Fragestellung für das Konsil formuliert oder am häufigsten (51%) nach Mitwirkung an der Diagnostik fragt. Die Pflege benötigt Hilfe beim Umgang mit sich externalisierend verhaltenden Kindern (Cluster 2, 37%), oder denkt an Hilfen für „unsichere Eltern“ (Cluster 2: externalisierende Kinder+ unsichere Eltern, 57%) oder „ängstliche und kontaktscheue“ Kinder (Cluster 3 und 4 Kinder), die sie beobachtet.

Dass es bei einem kinder- und jugendpsychiatrischen Konsil nicht nur um eine „psychiatrische Diagnosestellung“, sondern um Hilfen für verschiedene beteiligte Personen geht, dafür sprechen auch die häufigsten Empfehlungen, die der Konsiliar während des Klinikaufenthaltes gibt.

An erster Stelle stehen hier „Empfehlungen zur Beurteilung des Kindes“ (90%) im Sinne einer Hilfe für den anfordernden Arzt, an zweiter Stelle „Empfehlungen zum Umgang mit dem Kind“ (64%) im Sinne einer Hilfe für die anfordernde Station und an dritter Stelle „Hilfen zu Schmerz-, Angst- und Stressbewältigung“ (62%) im Sinne einer Hilfe für Patient und Angehörige bzw. Kind und Eltern.

5.6. Schlussfolgerung

Die Stichprobe dieser Arbeit liefert gut vergleichbare und plausible Ergebnisse.

Die Daten sind repräsentativ aufgrund des langen Untersuchungszeitraums (7 Jahre) und der Fallzahl (N=229), die im Vergleich zu Schäfert (2005) zwar geringer ist, aber im Vergleich zu anderen Arbeiten zu diesem Thema höher liegt.

Auswertungsmethoden Verhalten:

In dieser Arbeit wurden drei Auswertungsmethoden für die Verhaltensskalen verwendet und die Ergebnisse mit anderen Arbeiten verglichen:

1. Anteil (Prozent) von auffälligem Verhalten durch Addieren der entsprechenden zwei auffälligen Verhaltensbewertungen in Bezug auf die einzelnen Verhaltensmerkmale
2. Mittelwerte der Bewertungen der einzelnen Verhaltensmerkmale
3. Verhaltensmuster durch Clusteranalyse

Alle drei Methoden geben eine Information über den Schweregrad der Verhaltensauffälligkeit des betreffenden Verhaltensmerkmals.

Methode 1: Der Anteil von auffälligem Verhalten in Bezug auf ein Verhaltensmerkmal lässt sich gut mit den Ergebnissen anderer Arbeiten vergleichen und es lässt sich eine Rangfolge an auffälligem Verhalten erarbeiten. Die Methode ignoriert allerdings das positiv bewertete Verhalten.

Methode 2: Die Mittelwerte der Bewertungen zeigen im Vergleich zur anderen Arbeit den Unterschied im Schweregrad in Bezug auf ein Verhaltensmerkmal. Es lassen sich zur Verdeutlichung dieses Unterschieds Effektstärken berechnen und Überlegungen anstellen in welchem Verhalten sich die verglichenen Stichproben unterscheiden. Details des Verhaltens der Stichproben werden nicht sichtbar.

Methode 3: Die Clusteranalyse kann Verhaltensmuster der Stichprobe herausarbeiten und ermöglicht so einen differenzierteren Einblick in das Verhalten der Stichprobe. Die Verhaltensmuster können mit anderen Stichproben verglichen werden. Durch die Fusionierung der Gruppen gehen auch Informationen verloren.

5. Diskussion

Die Kombination dieser drei Methoden gibt eine gute Information über das Verhalten der untersuchten Konsilpopulation und auch für den Vergleich mit anderen Arbeiten.

Vergleich Verhalten Kinderklinikpopulation und Konsilpopulation:

In der Kinderklinikpopulation (Frank 1995) fallen die Kinder vor allem durch Unruhe, Stimmungslabilität und Angst und die Eltern durch Fütterprobleme auf. In der Konsilpopulation (Gahl-Lang 2009) stehen Probleme mit Stimmung und Selbstvertrauen bei den Kindern und eigene Belastungen der Eltern im Vordergrund. Die beiden Stichproben unterscheiden sich in einem mittleren Ausmaß (Effektstärke $\geq 0,5$) bei den Items Selbstvertrauen und Stimmung, insofern dass die Stimmung der Konsil-Kinder weniger stabil ist und dass sie weniger Selbstvertrauen haben.

Die Eltern unterscheiden sich nur gering in Bezug auf die Items Kind beruhigen, kindliche Bedürfnisse erkennen und eigene Belastungen der Eltern (Effektstärken 0,21-0,5). Die Eltern sind in der Konsilpopulation in Bezug auf diese Items auffälliger.

Die Pflege der **Kinderklinikpopulationen** in München und Freiburg (Frank et al 2001) schätzt **25-40 %** der Kinder und Eltern als **verhaltensauffällig** ein.

Die Pflege bewertet in der **Konsilpopulation** (Gahl-Lang 2009) **74%** der Kinder und Eltern als **verhaltensauffällig**.

Der **Konsiliar** betrachtet in derselben Stichprobe etwa **50% der Kinder** als **verhaltensauffällig**. Davon erhalten **81%** eine **psychiatrische Diagnose**. Von den vom Konsiliar im psychopathologischen Befund als unauffällig bewerteten Kindern erhalten 45% eine psychiatrische Diagnose. Dieses Ergebnis ist höchst signifikant ($p= 0,000$).

Die Ergebnisse der Verhaltensauswertungen sind mit anderen Stichproben, die in einer anderen Situation und zu einem anderen Zeitpunkt untersucht wurden, vergleichbar. Das spricht für eine Validität der Verhaltensskalen.

Die vorliegende Arbeit liefert erstmals, nach unserer Kenntnis, einen Beitrag zum Ausmaß von Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Eltern aus Sicht der anfordernden Station

5. Diskussion

innerhalb einer Konsilpopulation.

Übersetzungsprozess einer unscharfen oder nicht vorhandenen Fragestellung

Wenn eine unscharfe oder keine Fragestellung formuliert wurde von der anfragenden Station scheint überwiegend ein Übersetzungsprozess durch den Konsiliar stattzufinden, der dann eine handlungsleitende Fragestellung über die Formulierung eines Konsilanlasses erarbeitet (gesamte Stichprobe: stationäre Fragestellung 37% vorhanden, Konsilanlass 87% durch den Konsiliar formuliert). Dies trifft für alle beschriebenen Aufnahmediagnosen zu, nur die Fälle mit Aufnahmediagnosen in F00-F99 (Psychische und Verhaltensstörungen), die aus der Erwachsenenpsychiatrie kommen, bilden eine Ausnahme.

Die Erwachsenenpsychiatrie, mit einem großen Anfragenanteil, hat den größten Anteil von fehlenden Fragestellungen. Bei vorhandenen und nicht vorhandenen Fragestellungen aus der Erwachsenenpsychiatrie ordnet der Konsiliar den Konsilanlass auffällig oft (55%) unter „Sonstige“ ein. Oft geht es hier um die Frage nach Differentialdiagnosen von spezifischen kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern.

Ist hier die Erarbeitung eines Konsilanlasses nicht möglich oder mit den vorgegebenen Konsilanlässen nicht dokumentierbar?

Hinweis auf die eigentliche Fragestellung

Bei 2/3 (62%) der Stichprobe fehlte eine Fragestellung des Anfragers.

Die Aufnahmediagnose gibt keinen Hinweis auf die eigentliche Fragestellung, allenfalls eine Unterscheidungsmöglichkeit zwischen akutem oder chronischem Geschehen.

Die Verhaltensskalen geben dem Konsiliar einen Hinweis auf die Fragestellung, denn hier kann beobachtetes Verhalten durch die Pflege benannt werden.

6. Ausblick

Vorschläge zur Verbesserung der Konsildokumentation fasse ich hier zusammen:

Als Nahziel würde ich mir eine Dokumentation des Konsilanforderungs-Datums durch den Konsiliar wünschen. Oft fehlte die Seite 1 (Fragebogen) von der anfragenden Station oder das Datum der Konsilanforderung wurde hier nicht notiert. Es könnte auf Seite 2 neben dem Untersuchungsdatum durch den Konsiliar notiert werden. So wären genauere Aussagen über die Zeiträume stationäre Aufnahme-Konsilanforderung-Konsil möglich.

Aus der Erwachsenenpsychiatrie als eine der hauptanfragenden Kliniken kommen die meisten Patienten >18 Jahre in dieser Stichprobe und auch die meisten fehlenden Fragestellungen. Wenn vorhanden, wird vor allem nach Mitwirkung an Überlegungen zur Differentialdiagnostik Kinder- und Jugendpsychiatrie spezifischer Störungsbilder gefragt. Der Konsiliar dokumentiert hier häufig „Sonstige“ als Konsilanlass. Man könnte bei der Dokumentation des Konsilanlasses neben Kategorien über „Anlass für das Konsil Kind“ Kategorien für einen „Anlass für das Konsil Station“ hinzufügen mit z.B. einer Kategorie „Differentialdiagnostische Überlegungen“. Dies wäre auch eine Ergänzung für den Vergleich Sichtweise anfordernde Station vs. Sichtweise Konsiliar. Diese Hinzunahme hilft von „Konsilanlässen Station“ aus Sicht des Konsiliars den Übersetzungsprozess von unscharfer oder keiner Fragestellung in einen durch den Konsiliar formulierten, handlungsleitenden Konsilanlass/ eine Fragestellung noch differenzierter zu untersuchen.

Insgesamt wäre als Fernziel eine computergestützte Dokumentation wünschenswert. Die aktuellen 4 Seiten der Konsildokumentation könnten dafür die Grundlage sein.

Fehlende Daten und unleserliche, handschriftliche Aufzeichnungen in der Dokumentation haben teilweise die Datenerfassung erschwert.

Eventuell wäre dadurch noch eine Zeitersparnis im Dokumentationsablauf denkbar z.B. durch Vermeidung von Doppeldokumentationen (z.B. Leistungsspektrum auf Seite 3 und Übersicht auf Seite 4).

6. Ausblick

Auch bei der Datenerfassung könnte man Zeit sparen, durch Vermeidung von Rückfragen an den Konsiliar; und wenn die Konsilanforderung computergestützt ablaufen würde, gekoppelt an das Ausfüllen des Fragebogens (Seite 1), könnten auch Rückfragen an die anfordernde Station möglicherweise überflüssig werden.

Eine Vorgabe von Fragestellungskategorien erleichtert die Angabe einer Fragestellung für das Konsil.

Der Anteil von fehlenden Werten ließe sich wohlmöglich verringern, wenn bei Start des Ausfüllens eines Dokumentationsbogens, das Programm gewisse Informationen einfordert, ohne deren Dokumentation der Vorgang nicht abgeschlossen werden kann und wenn zumindest für jedes Konsil und idealerweise für jede Konsilanfrage eine Dokumentation ausgefüllt werden muss. Dadurch hätte man insgesamt mehr Kontrolle über die Konsildokumentation.

Das Programm sollte Anfangsinformationen wie Patientendaten, Daten der Konsilanforderung vom Fragebogen an die Station, den psychopathologischen Befund des Konsiliars als situativen Eindruck vom Patienten festsetzen, aber eine spätere Erweiterung der Daten durch den Konsiliar auf Seite 3 und 4 z.B. zum Leistungsspektrum und Zeitaufwand zulassen. Der Konsiliar sollte den Zeitaufwand durch Anklicken von 15 min Einheiten dokumentieren können und das Programm sollte diese am Ende der Dokumentation selbständig addieren. Bei Angabe einer psychiatrischen Diagnose müsste anschließend der Sicherheitsgrad dieser Diagnose mit angegeben werden. Bei den Verhaltensskalen ist eine Kategorie Patient/Eltern nicht beurteilbar denkbar.

Für Forschungszwecke ist es wichtig, dass einzelne Konsildienste miteinander verglichen werden können. Einzelne Fragestellungen lassen sich unter Zugriff auf ein PC-gestütztes Konsildokumentationssystem leichter bearbeiten. ((Saupe 1996) zitieren J.J. Strain, pers. Mitt.)

Oft ging aus der Konsildokumentation nicht hervor, insbesondere wenn sie lückenhaft ausgefüllt wurde, um was für eine Art von Konsil es sich handelte. Für fehlende Daten konnten sowohl eine versäumte Konsildokumentation verantwortlich sein, als auch z.B. der Umstand,

6. Ausblick

dass es sich um ein „rein telefonisches Konsil“ als beratende Tätigkeit handelte und der Patient nicht gesehen wurde.

Eine Anwesenheit des Patienten beim Konsil ist somit keine Voraussetzung für das Konsil. Ein Konsil ist deshalb auch telefonisch oder anlässlich eines Zusammentreffens der Ärzte möglich (GOÄ-Tipp 2008).

Dann war idealerweise unter Leistungsspektrum „telefonische Fachberatung Arzt“ angekreuzt und auf Seite 4 das Telefonat dokumentiert.

Die Beratung von Mitarbeitern des Klinikums und Konsile von Kindern psychisch kranker Eltern in stationärer Behandlung der Erwachsenenpsychiatrie waren als Arten der Konsile meist auf den ersten Blick nicht zu erkennen, eine Aufnahme in die Kategorien der Art der Leistung wäre zu überdenken.

Der Verhaltensfragebogen stellt in Verbindung mit einer klinischen Fragestellung eine Grundlage für eine Konsilanforderung dar. Auch zur weiteren Validierung des Instruments mit einem Außenkriterium bietet sich der Vergleich mit dem von den Eltern ausgefüllten Verhaltensfragebögen nach Achenbach (Child behavior check list, CBCL, Döpfner et al 1994), mit einer psychopathologischen Befunderhebung und schließlich der psychiatrischen Diagnose an.(Frank 2001)

Die Verhaltensskalen wurden in dieser Arbeit in Bezug zu psychopathologischem Befund und psychiatrischer Diagnose gesetzt. Für weitere Untersuchungen wäre ein Vergleich mit CBCL und auch YSR (Döpfner 1994) als Sichtweisen weiterer Informanten des Konsiliars sinnvoll. Die Ergebnisse der Symptomfragebögen (CBCL, YSR) könnten mit den stationären Verhaltenseinschätzungen und dem psychopathologischen Befund des Konsiliars verglichen werden. Seit der Untersuchung von Schäfert (2005) ist ein Anstieg der Durchführung von CBCL und YSR in der Konsilpopulation zu verzeichnen. Die T-Werte dieser Fragebögen könnten in die Konsildokumentation für weitere Untersuchungen aufgenommen werden.

Ein Instrument für die Einschätzung der Eltern durch den Konsiliar wäre wünschenswert für einen Vergleich mit der stationären Einschätzung der Eltern-Kind-Beziehung durch die Verhaltensskalen. Aber vermutlich ist dies in der Praxis nicht umsetzbar.

6. Ausblick

Für die weitere Forschung auf diesem Gebiet wäre eine Nachbefragung der anfragenden Station zu Entlassungsstatus des Patienten und Umsetzungen von Empfehlungen des Konsiliars notwendig.

Auch eine Nachbefragung der Konsilpatienten zur Zufriedenheit mit dem Konsil und zur Umsetzung von Empfehlungen würde wertvolle Informationen liefern. Dadurch könnte ein standardisiertes Messen von Behandlungserfolgen und Behandlungszufriedenheit auch bei Konsilpatienten möglich werden.

Finsterer (2008) schreibt über die Fragebögen zur Behandlungszufriedenheit von Patienten: In naher Zukunft wäre es wünschenswert, wenn diese Kurzversion mit den wichtigsten Fragen zur Zufriedenheit mit dem *Erfolg der Behandlung*, der *Beziehung Patient-Therapeut* und mit den *Rahmenbedingungen der Behandlung* in der Routinediagnostik einen Platz einnehmen könnte.

Eine vergleichende Darstellung und ein Zusammenschluss der vier Arbeiten (Finsterer, Schunck, Hemmer, Karamete) zu einer Routine Befragung in Kurzform mit Entwicklung eines Rückmelde-Systems an Ärzte und Patienten ist in Vorbereitung (Finsterer 2008).

Diese Routine Befragung in Kurzform muss auch auf die Konsilpatienten ausgeweitet werden.

Ullrich (2006) beschreibt einen situativen Wandel für psychosoziale MitarbeiterInnen der Pädiatrie (s. Punkt 1.2.8.) und spricht die Kostenkalkulation als wichtigen Grund an, das Zusammenwirken von psychosozialen Abteilungen und Kinderkliniken zu präzisieren.

Die Finanzierung einer psychosozialen Versorgung z.B. durch einen kinder- und jugendpsychiatrischen Konsiliardienst kann auf verschiedene Weisen erfolgen:

- Über den Tagessatz der Abteilung oder
- Über gesonderte Abrechnung oder
- Indem man die psychosoziale Versorgung in den Stellenplan des Klinikums insgesamt aufnehmen muss.

7. Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit ist eine **deskriptive Darstellung** der kinder- und jugendpsychiatrischen **Konsiliartätigkeit** der Ambulanz in den Kliniken des Großklinikums der LMU auf der Grundlage der Konsildokumentation von 1999-2005 und zu untersuchen, ob sich auch bei den **Konsilpatienten Muster von normalem und auffälligem Verhalten von Kindern und Eltern** herausarbeiten lassen. Weiterhin geht es um einen **Vergleich der Sicht** der Konsil anfordernden **Station**, ausgedrückt durch die strukturierte Verhaltenseinschätzung, und die **Sicht des Konsiliars** in Form des psychopathologischen Befunds. Auch der **Vergleich von Verhalten von Kindern und Eltern** in einer **Kinderklinikpopulation** und einer **Konsilpopulation** ist wesentlicher Bestandteil. Es gilt ferner, die **Konsildokumentation** der Ambulanz zu **verbessern**.

Methodik

Die strukturierte **Konsildokumentation** der Ambulanz der Jahre **1999-2005** wurde retrospektiv mit dem Statistikprogramm **SPSS 14.0-16.0** ausgewertet. Dabei wurden u.a. folgende Kriterien für die Vergleichbarkeit von Konsildiensten (Shugart 1991) untersucht: **Demographische Basisdaten** und Zuweisungsrate, **standardisierte Aufnahmediagnosen, psychiatrische Diagnosen** und **strukturierte Diagnosetechniken, Zuweisungsanlässe**, Angaben von **Therapien/Interventionen in Form von Empfehlungen** des Konsiliars. Als strukturierte Diagnosetechniken sind die **Verhaltensskalen** zur Einschätzung von Kind und Eltern durch die Konsil anfordernde Station und der **psychopathologische Befund** Teil der Dokumentation, beide wurden u.a. per **Clusteranalyse multivariat** ausgewertet.

Ergebnisse

Die Stichprobe umfasst **N=229** Personen mit 395 Konsilkontakten, im Untersuchungszeitraum wurden durchschnittlich 33 Konsile pro Jahr durchgeführt, bei einer Zuweisungsrate von 0,04%. Die Konsilpatienten hatten ein Altersspektrum von 0-38 Jahren, einen Altersmittelwert von 13 Jahren und einen **Altersmedian von 14 Jahren**. Mit **57%** sind mehr **weibliche Personen** in der Stichprobe. In den jüngeren Altersgruppen bis 5,11 Jahre sind mehr

7. Zusammenfassung

männliche und > 6 Jahre mehr weibliche Personen. Der Anteil von nicht zusammenlebenden Eltern der Konsilpatienten ist mit 47% überdurchschnittlich hoch. Der Hauptanfragenanteil kommt aus dem **Dr. v. Haunerschen Kinderspital (41%)**, der **Psychiatrischen Klinik in der Nußbaumstraße (20%)** und der **Dermatologischen Klinik (14%)**. Die häufigsten stationären **Aufnahmediagnosen** sind Psychische und Verhaltensstörungen (**F00-F99 27%**), Verletzungen und Vergiftungen...(**S00-T98 20%**) und Erkrankungen der Haut (**L00-L99 15%**). Nur in **38%** (N=84) der Fälle wird eine **Fragestellung für das Konsil** von der anfordernden Station formuliert. Am häufigsten wird nach einer **Mitwirkung an der Diagnostik (51%, N=43)** gefragt. Bei **62%** von N=185 bekannten Fällen wird vom Konsiliar eine **psychiatrische Diagnose** gestellt, an der Spitze liegen hier Diagnosen in **F4=** neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen mit **43%** (N=49). Die häufigsten vom Konsiliar formulierten **Konsilanlässe** sind **Chronische Erkrankungen (N=79, 40%)**, Probleme mit der **Krankheitsbewältigung (N=76, 38%)** und **kindliche Verhaltensauffälligkeiten (N=44, 22%)**. **Empfehlungen des Konsiliars** betrafen vor allem die **Beurteilung des Kindes (N=170, 90%)**, den **Umgang mit dem Kind (N=121, 64%)** und **Hilfen zu Schmerz-, Angst- und Stressbewältigung (N=116, 62%)**. Häufige Leistungen des Konsiliars waren die persönliche Fachberatung des anfragenden Arztes (N=192, 93%), die Untersuchung des Kindes (N= 183, 89%) und das Elterngespräch (N=118, 57%). Im Mittel gab es **1,9 Kontakte pro Konsil** und der Konsiliar wendete **im Mittel 188 Minuten** für ein Konsil auf.

Beim Vergleich der Verhaltenseinschätzung (Sicht der Station) und dem psychopathologischen Befund (Sicht des Konsiliars) als **strukturierte Diagnosetechniken** ließen sich folgende **Verhaltensmuster** herausarbeiten: Für N=108 untersuchte Kinder ergaben sich 4 Cluster für die **Verhaltenseinschätzung**. Ein Cluster mit unauffälligem bis angepasstem Verhalten (N=28, 26%) und 3 Cluster mit auffälligem Verhalten (N=80, 74%). Diese 3 Cluster fassen Kinder mit externalisierendem Verhalten (N=40, 37%), kontaktscheuem Verhalten (N=10, 9%) und ängstlichem/stimmungs labilem Verhalten (N=30, 28%) zusammen.

Für N=174 Kinder ergaben sich 3 Cluster für den **psychopathologischen Befund**.

Ein Cluster fasst Kinder mit unauffälligem Verhalten zusammen (N=85, 49%), 2 Cluster beschreiben Kinder mit auffälligem Verhalten (N=89, 51%), davon vereinigt ein Cluster Kinder mit Störungen in Interaktion, Antrieb, Aufmerksamkeit, Impulskontrolle und Stimmung und Affekt (N=61,35%) und das zweite Kinder mit Störungen in Stimmung und Affekt und

7. Zusammenfassung

funktionellen und somatoformen Störungen (N=28, 16%). Schlussfolgerung: Die **Station schätzt** $\frac{3}{4}$ (N=80, 74%) **als verhaltensauffällig** ein, der **Konsiliar schätzt** die **Hälfte** (N= 89, 51%) **als auffällig** ein.

Für die **Verhaltenseinschätzung der Eltern-Kind-Paare** ergeben sich folgende Verhaltensmuster: Ein Cluster mit unauffälligen bzw. positiv bewerteten Kindern und Eltern, das ruhige Kinder und interessierte Eltern (N=28, 26%) zusammenfasst und 2 Cluster mit auffälligem Verhalten (N=80, 74%), davon vereinigt eines ängstliche /stimmungslabile Kinder mit fürsorglichen Eltern (N=18, 17%) und das andere externalisierende Kinder mit unsicheren Eltern (N=62, 57%).

Diskussion

Die Konsilstichprobe dieser Arbeit ist mit den anderen Arbeiten über kinder- und jugendpsychiatrische **Konsiliartätigkeit** von Schäfert (Konsile in Kinderklinik, 2005), Tomalak (Konsile in Erwachsenenpsychiatrie, 2006) und Elkemann (psychosomatische Konsile in Kinderklinik, 2006) trotz regionaler und Setting-bedingter Unterschiede vergleichbar.

Es gibt **Verhaltenseinschätzungen** von einer früheren Population derselben **Kinderklinik** (Frank 1995), die eine der Konsil anfragenden Kliniken der in dieser Arbeit untersuchten **Konsilpopulation** ist. Die beiden Stichproben unterscheiden sich in einem mittleren Ausmaß (Effektstärke $\geq 0,5$) durch mehr Stimmungslabilität und weniger Selbstvertrauen bei den Kindern der Konsilpopulation (Gahl-Lang, 2009).

Die Eltern sind in der Konsilpopulation (Gahl-Lang, 2009) in Bezug auf die Items Kind beruhigen, kindliche Bedürfnisse erkennen und eigene Belastungen der Eltern (Effektstärken 0,21-0,5) geringfügig auffälliger.

Auf der Basis von Verhaltenseinschätzungen in **Kinderkliniken** in München und Freiburg (Frank et al 2001) werden **25-40 %** der Kinder und Eltern als **verhaltensauffällig** eingeschätzt. In der **Konsilpopulation** (Gahl-Lang 2009) werden **74%** der Kinder und Eltern von den Konsil anfordernden Kliniken als **verhaltensauffällig** eingeschätzt.

Verhaltensauffälligkeiten werden von den Konsil anfordernden Stationen gut gesehen und vom Konsiliar im wesentlichen bestätigt, aber die Verhaltensauffälligkeiten erreichen nicht immer den Schweregrad einer psychiatrischen Diagnose.

7. Zusammenfassung

Ausblick

Eine **computergestützte Konsildokumentation** würde ein Zeitersparnis bei der Dokumentation und bei der Auswertung bringen, fehlende Werte reduzieren und einzelne Konsildienste leichter miteinander vergleichen lassen.

Für weitere Forschung auf diesem Gebiet ist eine **Nachbefragung der Patienten** zum weiteren Verlauf nach dem Konsil und zur Behandlungszufriedenheit dringend notwendig.

8. Anhang

8.1. Konsildokumentation

8.2. Glossar zur Dokumentation des Konsiliardienstes

8.3. Tabellen

<i>Tabelle A 1: Konsilanfragen aus den Kliniken</i>	<i>240</i>
<i>Tabelle A 2: Konsilanfragen nach Alter und Geschlecht.....</i>	<i>240</i>
<i>Tabelle A 3: Zeitpunkt der Konsilanfrage nach anfragenden Kliniken</i>	<i>242</i>
<i>Tabelle A 4: Altersgruppen</i>	<i>243</i>
<i>Tabelle A 5: Altersgruppen nach Geschlecht mit Chi-Quadrat</i>	<i>243</i>
<i>Tabelle A 6: Nationalitäten.....</i>	<i>244</i>
<i>Tabelle A 7: Lebenssituation des Kindes.....</i>	<i>244</i>
<i>Tabelle A 8: Lebenssituation des Kindes nach Altersgruppen und Geschlecht.....</i>	<i>244</i>
<i>Tabelle A 9: Beziehungsstatus der Eltern.....</i>	<i>245</i>
<i>Tabelle A 10: Beziehungsstatus der Eltern nach Altersgruppen und Geschlecht.....</i>	<i>245</i>
<i>Tabelle A 11: Aufnahme Diagnosen aus allen anfordernden Kliniken.....</i>	<i>246</i>
<i>Tabelle A 12: Aufnahme Diagnosen ohne die psychiatrische Klinik.....</i>	<i>246</i>
<i>Tabelle A 13: Kategorien der Fragestellungen</i>	<i>247</i>
<i>Tabelle A 14: Fragestellungen nach Aufnahme Diagnosen und Konsilanlässen</i>	<i>248</i>
<i>Tabelle A 15: Konsilanlässe nach Geschlecht.....</i>	<i>249</i>
<i>Tabelle A 16: Konsilanlässe nach Altersgruppen</i>	<i>249</i>
<i>Tabelle A 17: Psychopathologischer Befund, leicht ausgeprägte Störungen.....</i>	<i>250</i>
<i>Tabelle A 18: Psychopathologischer Befund, stark ausgeprägte Störungen</i>	<i>250</i>
<i>Tabelle A 19: Psychiatrische Diagnosen</i>	<i>251</i>
<i>Tabelle A 20: Psychiatrische Diagnosen nach Geschlecht.....</i>	<i>252</i>
<i>Tabelle A 21: Psychiatrische Diagnosen nach Altersgruppen</i>	<i>252</i>
<i>Tabelle A 22: Anzahl der Empfehlungen pro Konsilfall.....</i>	<i>253</i>
<i>Tabelle A 23: Anzahl der Konsilkontakte</i>	<i>254</i>

8. Anhang

<i>Tabelle A 24: Zeitaufwand für Konsil in Minuten.....</i>	<i>255</i>
<i>Tabelle A 25: Zeitaufwand für Konsil nach anfragenden Kliniken.....</i>	<i>256</i>
<i>Tabelle A 26 : Fehlende Werte in der Konsildokumentation.....</i>	<i>257</i>
<i>Tabelle A 27: Fragebogen vorhanden nach anfragenden Kliniken.....</i>	<i>258</i>
<i>Tabelle A 28: Fragestellung vorhanden nach anfragenden Kliniken.....</i>	<i>259</i>
<i>Tabelle A 29: Verhaltensmuster Kinder, Fehlerquadratsummenzuwachs.....</i>	<i>260</i>
<i>Tabelle A 30: Verhaltensmuster Kinder, Zuordnungsübersicht, Agglomeration Schedule.....</i>	<i>261</i>
<i>Tabelle A 31: Verhaltensmuster Kinder, Clusterzugehörigkeit, 4 Cluster.....</i>	<i>262</i>
<i>Tabelle A 32: Verhaltensmuster Kinder, 4 Cluster nach Altersgruppen und Geschlecht.....</i>	<i>262</i>
<i>Tabelle A 33: Verhaltensmuster Kinder 4 Cluster nach Geschlecht, Chi-Quadrat.....</i>	<i>263</i>
<i>Tabelle A 34: Verhaltensmuster Kinder, 4 Cluster nach Aufnahmediagnosen.....</i>	<i>263</i>
<i>Tabelle A 35: Verhaltensmuster Kinder, 4 Cluster nach psychiatrischen Diagnosen.....</i>	<i>263</i>
<i>Tabelle A 36: Verhaltensmuster Kinder und Eltern Fehlerquadratsummenzuwächse.....</i>	<i>263</i>
<i>Tabelle A 37: Verhaltensmuster Kinder und Eltern, Zuordnungsübersicht, Agglomeration schedule.....</i>	<i>264</i>
<i>Tabelle A 38: Verhaltensmuster Kinder und Eltern, Clusterzugehörigkeit, 3 Cluster.....</i>	<i>265</i>
<i>Tabelle A 39: Verhaltensmuster Kinder und Eltern, 3 Cluster nach Alter und Geschlecht.....</i>	<i>265</i>
<i>Tabelle A 40: Verhaltensmuster Kinder und Eltern, 3 Cluster nach Geschlecht, Chi-Quadrat.....</i>	<i>265</i>
<i>Tabelle A 41: Verhaltensmuster Kinder und Eltern, 3 Cluster nach Aufnahmediagnosen.....</i>	<i>266</i>
<i>Tabelle A 42: Verhaltensmuster Kinder und Eltern, 3 Cluster nach psychiatrischen Diagnosen</i>	<i>266</i>
<i>Tabelle A 43: Psychopathologischer Befund, Kind, Fehlerquadratsummenzuwächse.....</i>	<i>266</i>
<i>Tabelle A 44: Psychopathologischer Befund, Zuordnungsübersicht, Agglomeration schedule</i>	<i>267</i>
<i>Tabelle A 45: Psychopathologischer Befund, Clusterzugehörigkeit, 3 Cluster.....</i>	<i>268</i>
<i>Tabelle A 46: Psychopathologischer Befund, 3 Cluster nach Alter und Geschlecht.....</i>	<i>268</i>
<i>Tabelle A 47: Psychopathologischer Befund nach Geschlecht, Chi-Quadrat.....</i>	<i>269</i>
<i>Tabelle A 48: Psychopathologischer Befund, 3 Cluster nach Aufnahmediagnosen.....</i>	<i>269</i>
<i>Tabelle A 49: Psychopathologischer Befund nach Aufnahmediagnosen, Chi-Quadrat.....</i>	<i>269</i>
<i>Tabelle A 50: Psychopathologischer Befund, 3 Cluster nach psychiatrischen Diagnosen.....</i>	<i>269</i>
<i>Tabelle A 51: Psychopathologischer Befund nach psychiatrischen Diagnosen, Chi-Quadrat.....</i>	<i>270</i>

8. Anhang

<i>Tabelle A 52: Verhaltensmuster Kinder 4 Cluster nach Psychopathologischem Befund 3</i>	
<i>Cluster</i>	<i>270</i>
<i>Tabelle A 53: Psychiatrische Diagnosen nach Aufnahmediagnosen</i>	<i>270</i>
<i>Tabelle A 54: Aufnahmediagnose nach psychiatrische Diagnose ja/nein</i>	<i>271</i>
<i>Tabelle A 55: Aufnahmediagnose nach psychiatrische Diagnose ja/nein, Chi-Quadrat</i>	<i>272</i>

8. Anhang

8.1. Konsildokumentation

Seite 1

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Konsiliardienst				ID-Nr.	K			/			
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie LMU München											
Poliklinik Prof. Dr. Frank				Datum _____							
Tel. (5160) -5931 FAX-Nr. (5160)-5932											
1. Anfrager		Klinik,			Station,			Tel.Nr.			
2. Persönliche Daten											
Adressette											
Name											
Vorname				02 Geschlecht (1=m/2=w)				sex			
01 Geburtsdatum (TTMMJJ) gebdat				03 Nationalität				nat			
				(1=deutsch/2=türk./3=jug./4=and./9=fehl. Info)							
3. Stationäre Aufnahme am								(TTMMJJ)			
Aufnahmediagnose											
4. Lebenssituation des Kindes											
Kind lebt bei:		den Eltern		wohn-el		Mutter + neuem Partner		wohn-mp			
(0=nein/1=ja		Mutter allein		wohn-mu		Vater + neuem Partner		wohn-vp			
9=fehl. Info)		Vater allein		wohn-va							
Beziehungsstatus der Eltern: (1=leben zus./2=getr.,gesch./3=nie zus. gelebt/4=verwitwet/9=fehl. Info) elit-bez											
5. Verhaltenseinschätzung											
<i>(zutreffendes Kästchen bitte ankreuzen)</i>											
5.1 Verhalten des Kindes (im Vergleich zu anderen gleichaltr. Kindern)					1 viel mehr 3 gleich 5 viel weni.						
					2 mehr		4 weniger				
a) Wie unruhig ist das Kind?					unruhe						
b) Wie stabil ist die Stimmung des Kindes?					stimm						
c) Wie stark nimmt das Kind Kontakt mit anderen Kindern auf?					kont-ki						
d) Wie stark nimmt das Kind Kontakt mit Erwachsenen auf?					kont-erw						
e) Wieviel aggressive Handlungen zeigt das Kind?					aggress						
f) Wie ängstlich verhält sich das Kind?					angst						
g) Wieviel Probleme gibt es mit der Nahrungsaufnahme ? (Erbr., Verweig.)					nahrung						
h) Wie sehr freut sich das Kind über den Besuch der Eltern ?					freude						
i) Wieviel Zutrauen zu sich selbst zeigt das Kind?					selbstve						
j) Wie stark hat sich das Kind seit Aufnahme psychisch verändert ?					psy-verä						
ggf welche Veränderungen?.....											
5.2 Verhalten der Eltern (im Vergleich zu anderen Eltern)											
					1 viel mehr		3 gleich		5 viel wenig.		
					2 mehr		4 weniger				
a) Wie häufig haben die Eltern das Kind besucht?					bes-elt						
b) Wie gut erkennen die Eltern die Bedürfnisse des Kindes?					feinf-el						
c) Äußern die Eltern sich positiv über das Kind?					pos-äuß						
d) Wieviel Interesse am Kind äußern die Eltern?					inter-ki						
e) Wie gut können die Eltern das Kind beruhigen?					beruhi_k						
f) Wie oft berichten die Eltern über aktuelle, eigene Belastungssituationen?					belast						
g) Haben die Eltern Probleme beim Füttern oder der Pflege ihres Kindes?					probl-fü						
h) Wie gut ist die Kooperationsbereitschaft der Eltern mit den Schwestern?					kooper						
6. Fragestellung:											
Unterschrift _____											

8. Anhang

Seite 2

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Konsiliardienst			ID-Nr.	K		/			
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie LMU München								Datum	
Poliklinik Prof. Dr. Frank									
Tel. (5160) - 5931		FAX-Nr. (5160)-5932							
					Konsiliarbericht				
Adressat(en)/Station:					nachrichtlich an:				
Name			Vorname			Geb. Datum			
Anlaß zur Vorstellung									
7. Befunde									
7.1 Psychopathologischer Aufnahmebefund			<i>Glossar auf der Rückseite</i>						
0=unauffällig	1=leicht ausgeprägt	2=stark ausgeprägt	9=nicht beurteilbar						
1 Störung der Interaktion				pp-inter	0	1	2	9	<input type="checkbox"/>
2 Störung des Sozialverhaltens				pp-soz	0	1	2	9	<input type="checkbox"/>
3 Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle				pp-aufm	0	1	2	9	<input type="checkbox"/>
4 Störung der Psychomotorik				pp-psymc	0	1	2	9	<input type="checkbox"/>
5 Störung des Sprechens und der Sprache				pp-spra	0	1	2	9	<input type="checkbox"/>
6 Angststörungen				pp-angst	0	1	2	9	<input type="checkbox"/>
7 Störung von Stimmung und Affekt				pp-affek	0	1	2	9	<input type="checkbox"/>
8 Zwangsstörung				pp-zwang	0	1	2	9	<input type="checkbox"/>
9 Eßstörung				pp-eßst	0	1	2	9	<input type="checkbox"/>
10 Funktionelle und somatoforme Störungen				pp-somst	0	1	2	9	<input type="checkbox"/>
11 Merkfähigkeits-, orientierungs- und Bewußtseinsstörungen				pp-merkf	0	1	2	9	<input type="checkbox"/>
12 Formale Denkstörungen				pp-fdenk	0	1	2	9	<input type="checkbox"/>
13 Inhaltliche Denkstörungen				pp-idenk	0	1	2	9	<input type="checkbox"/>
14 Ich-Störungen				pp-ichst	0	1	2	9	<input type="checkbox"/>
15 Sinnestäuschungen				pp-sinn	0	1	2	9	<input type="checkbox"/>
16 andere Störungen				pp-andst	0	1	2	9	<input type="checkbox"/>
7.2 Befund									
7.3 Beurteilung									
7.4 Klinisch-psychiatrische Diagnose n. ICD 10									
(0=keine psychiatrische Diagnose, 9= fehl. Info "leer"=nicht zutreffend)									
Sicherheitsgrad der Diagnose	1=sicher 2=unsicher 9=fehl. Info	dg_icd 10							
		sichdiag <input type="checkbox"/>							
7.5 Empfehlungen									
Untersuchungsdatum					Unterschrift Konsiliar				

8. Anhang

Seite 3

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Konsiliardienst				ID-Nr.	K		/			
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie LMU München										
Poliklinik		Prof. Dr. Frank		Datum						
Tel. (5160) -5931		FAX-Nr. (5160)-5932								
Name		Vorname			Geb. Datum					
8. Anlaß für das Konsil <small>(siehe Glossar)</small>				0=nein 1=ja 9= fehl. Info						
1	Suizidale Handlungen			a-suizid	0	1	9			
2	Kindesmißhandlung			a-miñh	0	1	9			
3	Eißstörung			a-eißt	0	1	9			
4	Kindliche Verhaltensauffälligkeiten			a-verh	0	1	9			
5	Chronische Erkrankung			a-chron	0	1	9			
6	Psychosomatische Erkrankungen			a-psysom	0	1	9			
7	(andere) Eltern-Kind-Probleme			a-ekipro	0	1	9			
8	Entwickl.- u. Gedeihstörungen			a-entwi	0	1	9			
9	Probleme mit Krankheitsbewältigung/Coping			a-coping	0	1	9			
10	Organisch bedingte psychische Störungen (z.B. Hirntrauma)			a-orpsy	0	1	9			
11	Kommunikationsstörungen			a-komm	0	1	9			
12	Münchhausen by proxy			a-münchh	0	1	9			
13	Sexueller Mißbrauch			a-sexmiñ	0	1	9			
14	Sonstige			a-sonst	0	1	9			
9. Empfehlungen				0=nein 1=ja 9= fehl. Info						
Klinikaufenthalt										
	Beurteilung des Kindes				0	1	9			
	zu den Kontakten mit dem Eltern				0	1	9			
	zum Umgang mit dem Kind				0	1	9			
	Aufgabenverteilung auf Station				0	1	9			
	Anleitung Eltern				0	1	9			
	Hilfen zu Schmerz, Angst, Stressbewältigung				0	1	9			
	Pharmakotherapie				0	1	9			
Nach dem Klinikaufenthalt										
	Schule				0	1	9			
	Jugendhilfe				0	1	9			
	Beratung				0	1	9			
	Therapie				0	1	9			
	Verlegung				0	1	9			
	Rechtliche Schritte				0	1	9			
10. Leistungsspektrum				0=nein 1=ja 9= fehl. Info						
10.1 Art der Leistung										
1	Fachberatung Arzt	pers.	arzt-per		0	1	9			
2	Fachberatung Arzt	tel.	arzt-tel		0	1	9			
3	Fachberatung Psych.	pers.	psy-pers		0	1	9			
4	Fachberatung Psych.	tel.	psy-tel		0	1	9			
5	Fachberat. and. (Sozialdienst, and.)	pers.	soz-pers		0	1	9			
6	Fachberat. and. (Station, and.)	pers.	sta-pers		0	1	9			
7	Fachberat. and. (Sozialdienst, and.)	tel.	soz-tel		0	1	9			
8	Fachberat. and. (Station, and.)	tel.	sta-tel		0	1	9			
9	Untersuchung Kind		us-kind		0	1	9			
	Videoaufn.		video		0	1	9			
	YSR		ysr		0	1	9			
10	Elterngespräch		elt-gesp		0	1	9			
	CBCL		cbcl		0	1	9			
11	Mitwirkung an der Behandlung		mitw-beh		0	1	9			
	Fallkonferenz		fallkonf		0	1	9			
	Stellungn. Vorm.gericht		stell-vg		0	1	9			
12	Mitwirkung bei Verlegung		mitw-ver		0	1	9			
13	Krisenintervention		kris-int		0	1	9			
14	Nachsorge		nachsorg		0	1	9			
15	Sonstiges		sonst		0	1	9			
10.2 Anzahl der Konsiliarkontakte		39 Fehlende Information		ntermine						
		1= frank 2 = v. suchodoletz		mitarb						
10.3 Arztbrief geschrieben		0=nein 1=ja 9 = fehl. Info		arztbrie						
10.4 Brief an Eltern verschickt		0=nein 1=ja 9 = fehl. Info		brief-el						

8.2. *Glossar zur Dokumentation des Konsiliardienstes*

Glossar-konsildoku

Glossar zur Dokumentation des Konsiliardienstes

Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie LMU München

Poliklinik

Datum

Es gilt das Datum des ersten Konsiliarkontaktes (wenn vorhanden, benannt im Bericht). Wenn Bericht nicht vorliegt, Datum der ersten Anfrage aus Unterlagen heraussuchen.

2. Pers. Daten

Wenn kein Name ersichtlich, Fragezeichen eintragen.

01 Geb.dat. - bei fehlendem Datum, bzw. nur Altersangabe 01.01.xx des errechneten Geb.jahres eintragen

4. Aufnahmediagnose

In der Regel nur eindeutig, wenn Konsiliarbericht vorliegt. Wenn nicht aus sonstigen Aufzeichnungen ersichtlich, Fragezeichen eintragen.

6. Fragestellung

siehe oben (4. Aufn.diagnose)

7. Befunde (entfällt bis einschl. 1996)

7.1 Psychopathologischer Aufnahmebefund

Kurzform der Psychopathologischen Befunddokumentation für Kinder- und Jugendliche nach Döpfner et. al. 1993 (Glossar zur Dokumentation des Psychopathologischen Befundes bei Kindern und Jugendlichen, Unveröffentlichtes Manuskript, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität zu Köln).

Die in Klammern aufgeführten Einzelsymptome dienen als orientierende Kriterien. Bei der Codierung eines der Items sollte mindestens eines der in Klammern aufgeführten Symptome konkret zutreffen.

Codierung: 0=unauffällig 1=leicht ausgeprägt 2=stark ausgeprägt 9 nicht beurteilbar;

01 Störung der Interaktion

(unkooperativ, überangepaßt, scheu/unsicher, kaspernd/albern, sozial zurückgezogen, mißtrauisch, demonstrativ, distanzgemindert, Empathiestörung, autistische Störung der Interaktion)

02 Störung des Sozialverhaltens

(dominant, oppositionell-verweigernd, aggressiv anderen gegenüber, verbal oder körperlich verletzend, Lügen/Betrügen, Stehlen, Weglaufen/Schuleschwänzen, andere Regelübertretungen)

03 Störung von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle

(Antriebsarmut/Verlangsamung, Antriebssteigerung/motorische Unruhe, Impulsivität, Aufmerksamkeitsstörung)

04 Störung der Psychomotorik

(motorische und/oder vokale Tics, Stereotypien, maniert-bizar, anderes/z.B. Haltungstereotypien, ausgeprägte motorische Verlangsamung)

05 Störung des Sprechens und der Sprache

(Artikulationsstörung, expressive/rezeptive Sprachstörung, Störung der Redeflüssigkeit)

8. Anhang

(Stottern/Poltern), Mutismus, Logorroe, andere qualitative Störungen der Kommunikation)

06 Angststörungen

(Soziale Angst, Trennungsangst, Leistungsangst, Agoraphobie, andere spezifische Phobien, Panikattacke, generalisierte Angst)

07 Störung von Stimmung und Affekt

(klagsam, gereizt-dysphorisch, depressiv/traurig verstimmt, Insuffizienzgefühle/mangelndes Selbstvertrauen, Schuldgefühle/Selbstvorwürfe, affektarm, affektlabil, ambivalent, inadäquat, innere Unruhe, gesteigertes Selbstwertgefühl, euphorisch, andere Störungen von Stimmung/Affekt)

08 Zwangsstörung

(Zwangsgedanken, Zwangsimpulse, Zwanghandlungen)

09 Eßstörungen

(Erhöhte Nahrungsaufnahme, Heißhunger- und Eßattacken, verminderte Nahrungsaufnahme, selbstinduziertes Erbrechen, andere unangemessene Maßnahmen zur Gewichtsreduktion, Körperschema-Störung, Ruminaton, Pica)

10 Funktionelle und somatoforme Störungen

(Einnässen, Einkoten, Schlafstörungen, dissoziative Störungen/Störung im Bewegungsapparat/Störung der Sinneswahrnehmung, autonome Funktionsstörung, Schmerzzustände, Hypochondrie, andere körperliche Symptome)

11 Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewußtseinsstörung

(Merkfähigkeitsstörung, Orientierungsstörung, Störung der Wachheit, qualitative Bewußtseinsstörung)

12 Formale Denkstörung

(gehemmt/verlangsamt, umständlich/weitschweifig, eingeengt, Perseverieren, Grübeln,

8. Anhang

Gedankendrängen, Ideenflucht, Vorbeireden, gesperrt/Gedankenabreißen, inkohärent/zerfahren, Neologismen, andere formale Denkstörung)

13 Inhaltliche Denkstörung

(magisches Denken, nicht systematisierte Wahnsymptome: Wahnstimmung, Wahnwahrnehmung, Wahngedanken, systematisierter Wahn, Beziehungsideen/-wahn, Beeinträchtigungsideen/Verfolgungswahn, Schuldideen/-wahn, Größenideen/-wahn, andere Inhalte)

14 Ich-Störungen

(Derealisation, Depersonalisation, Gedankenentzug, Gedankenausbreiten, Gedankeneingebung, andere Fremdbeeinflussungserlebnisse)

15 Sinnestäuschungen

(illusionäre Verknennung, akustische Halluzinationen, optische Halluzinationen, Körperhalluzinationen, Geruchs-/Geschmackshalluzinationen)

16 Andere Störungen

(Selbstbeschädigung, Suizidalität, sexuelle Auffälligkeiten, abnorme Bindung an Objekte/abnorme Interessen, Alkohol-/Drogenmißbrauch, sonstige nicht näher bezeichnete Störungen)

8. Anlaß für das Konsil (Sicht des Untersuchers!)

01 Suizidale Handlungen: auch suizidale Äußerungen

02 Kindesmißhandlung: auch Verdacht auf...

03 Eßstörung: Mehrfachnennung möglich

04 Kindliche Verhaltensauffälligkeiten: z.B. Auffälligkeiten im Sozialverhalten, im Umgang mit Gleichaltrigen, Schwindeln, Lügen, Entwendungen, Weglaufen, Zündeln; Aggressivität), Soziale Isolation, Abkapselung, Scheu, Kontaktangst, überangepaßtes Verhalten

05 Chron. Erkrankung: Körperbehinderungen, cerebrale Anfallsleiden, Seh- und Hörstörungen, motorische Funktionsstörungen, chron. organische Erkrankungen, genet. Erkrankungen

06 Psychosomatische Auffälligkeiten: Schlafstörungen (nicht Pavor), Eßstörungen (Unlust, Gier), Erbrechen, Würgen, Darmfunktionsstörungen, Bauchschmerzen (Nabelkoliken), Enuresis, Enkopresis, Kopfschmerzen, Herzschmerzen, Atmungsstörungen, allergische Reaktionen

07 (andere) Eltern-Kind-Probleme: konflikthafte/auffällige Interaktion, mangelnde Zuwendung, Sündenbockzuweisung des Kindes

08 Entwickl.- und Gedeihstörungen: Minderwuchs, Sprach/Sprachentwicklungsstörungen, Auffälligkeiten im Spiel- und Leistungsverhalten: besondere/mangelnde Leistungsansprüche, Empfindlichkeit/Gleichgültigkeit bei Mißerfolg, Perfektionismus, Langsamkeit, Konzentrationsstörungen, Unselbständigkeit, Leistungsschwankungen, umschriebenes/allgemeines Leistungsversagen

09 Probleme mit Krankheitsbewältigung/Coping

10 Hirnorganisch bedingte psychische Störungen: bei Hirntrauma, Epilepsie, Tumor

11 Kommunikationsstörungen: auf Station, zwischen Fachkräften

12 Münchhausen by proxy

13 Sexueller Mißbrauch: auch Verdacht auf....

14 Sonstige: z.B. soziale Indikation (Scheid."krieg", Obdachlosigkeit); affektive Störungen, wie Psychose u.ä.

9. Empfehlungen (Mehrfachnennungen möglich, bzw. wahrscheinlich)

In der Regel dem Konsiliarbericht zu entnehmen. Bei fehlendem Bericht nach vorhandenen Anhaltspunkten in den Unterlagen suchen.

9.1 Benennung von Themen: Wenn nicht durch Bericht ersichtlich: z.B. im Telefonat mit Fachkollegen, bei Elterngespräch, Fallkonferenz Thematisierung der Konsiliareinschätzung (Mißhandlungsverdacht, psychosom. Zus.hang)

9.2 Therapieplanung: Behandlungsplanung im Klinikkontext – ther. Vorgehensweise (z.B. Tagebuch), Hinzuziehen weiterer Fachkräfte, z.B. Psychologen, Sozialdienst), Medikation

9.3 Verlegung

9.4 nichtmedizinische Maßnahmen: alle Maßnahmen/Empfehlungen ausserhalb des Klinik-settings

10. Leistungsspektrum

10.1 Anzahl der Konsiliarkontakte: In der Regel im Konsiliarbericht benannt, weiterhin Unterlagen mit Datumseintrag, sofern nicht identisch mit benannten Terminen, als Zählgrundlage

8. Anhang

10.2 Art der Leistung: Eintragen, soweit aus den Unterlagen ersichtlich. Bei ausschliesslichem Vorliegen von Fremdberichten **Fachberatung** tel. des jew. unterzeichnenden Fachkollegen eintragen.

8. Anhang

8.3. Tabellen

Tabelle A 1: Konsilanfragen aus den Kliniken

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
Hauersche Kinderklinik,stationär,IS	50	21,8	22,6	22,6
Psychiatrische Klinik,Nußbaumstr.,IS	45	19,7	20,4	43,0
Dermatologische Klinik,IS	32	14,0	14,5	57,5
Chirurgische Kinderklinik,IS	16	7,0	7,2	64,7
Klinik für Innere Medizin,GH	13	5,7	5,9	70,6
Hauersche Kinderklinik,ambulant,IS	12	5,2	5,4	76,0
CHIPS,IS	8	3,5	3,6	79,6
Medizinische Klinik, Ziemssenstr.,IS	7	3,1	3,2	82,8
Augenklinik,IS	6	2,6	2,7	85,5
Chirurgische Klinik, Nußbaumstr.,IS	5	2,2	2,3	87,8
Neurologische Klinik,GH	5	2,2	2,3	90,0
PIPS,IS	4	1,7	1,8	91,9
Klinik für Physikalische Medizin,GH	4	1,7	1,8	93,7
Kinderklinik,GH	4	1,7	1,8	95,5
Neurologische Klinik,IS	3	1,3	1,4	96,8
Mitarbeiter des Klinikums,Anfrage durch	2	,9	,9	97,7
HNO Klinik,GH	2	,9	,9	98,6
Notaufnahme,GH	2	,9	,9	99,5
HNO Klinik,IS	1	,4	,5	100,0
Gesamt	221	96,5	100,0	
Fehlend fehlende Info	8	3,5		
Gesamt	229	100,0		

Tabelle A 2: Konsilanfragen nach Alter und Geschlecht

Geschlecht	Anfragende Kliniken	5 Altersgruppen					Gesamt
		0- 2,11 Jahre	3- 5,11 Jahre	6- 11,11 Jahre	12- 17,11 Jahre	ab 18,00 Jahre	
männlich	Hauersche Kinderklinik,stationär,IS	3	2	8	10	0	23
	Hauersche Kinderklinik,ambulant,IS	1	1	2	2	0	6
	PIPS,IS	0	0	1	1	0	2
	Chirurgische Kinderklinik,IS	1	2	1	4	0	8
	CHIPS,IS	2	0	1	1	0	4
	Psychiatrische Klinik,Nußbaumstr.,IS	0	0	1	6	19	26
	Dermatologische Klinik,IS	0	1	8	3	0	12
	Augenklinik,IS	0	0	0	1	0	1
	Medizinische Klinik, Ziemssenstr.,IS	0	0	0	4	0	4

8. Anhang

	Chirurgische Klinik, Nußbaumstr.,IS	0	0	0	1	0	1
	Neurologische Klinik,IS	0	0	1	0	0	1
	Neurologische Klinik,GH	0	0	0	1	0	1
	Klinik für Innere Medizin,GH	0	0	0	2	0	2
	Kinderklinik,GH	0	0	1	2	0	3
	HNO Klinik,GH	0	0	0	1	0	1
	Gesamt	7	6	24	39	19	95
weiblich	Haunersche Kinderklinik,stationär,IS	2	1	5	17	1	26
	Haunersche Kinderklinik,ambulant,IS	0	0	1	4	0	5
	PIPS,IS	0	0	0	2	0	2
	Chirurgische Kinderklinik,IS	2	1	4	1	0	8
	CHIPS,IS	3	0	1	0	0	4
	Psychiatrische Klinik,Nußbaumstr.,IS	0	0	1	3	15	19
	Dermatologische Klinik,IS	0	2	9	8	1	20
	Augenklinik,IS	0	0	2	3	0	5
	Medizinische Klinik, Ziemssenstr.,IS	0	0	0	3	0	3
	Chirurgische Klinik, Nußbaumstr.,IS	0	0	0	3	1	4
	Neurologische Klinik,IS	0	0	0	2	0	2
	HNO Klinik,IS	0	0	0	1	0	1
	Mitarbeiter des Klinikums,Anfrage durch	0	0	2	0	0	2
	Neurologische Klinik,GH	0	0	0	3	1	4
	Klinik für Physikalische Medizin,GH	0	0	1	2	1	4
	Klinik für Innere Medizin,GH	0	0	0	9	2	11
	Kinderklinik,GH	0	0	0	1	0	1
	HNO Klinik,GH	0	0	1	0	0	1
	Notaufnahme,GH	0	0	0	2	0	2
	Gesamt	7	4	27	64	22	124

8. Anhang

Tabelle A 3: Zeitpunkt der Konsilanfrage nach anfragenden Kliniken

Anzahl		Zeit stationäre Aufnahme bis 1. Konsiltermin		
		0-14 Tage	15-193 Tage	Gesamt
anfragende Kliniken	Haunersche Kinderklinik,stationär,IS	36	6	42
	Haunersche Kinderklinik,ambulant,IS	6	0	6
	PIPS,IS	3	1	4
	Chirurgische Kinderklinik,IS	12	3	15
	CHIPS,IS	3	4	7
	Psychiatrische Klinik,Nußbaumstr.,IS	20	20	40
	Dermatologische Klinik,IS	11	6	17
	Augenklinik,IS	5	1	6
	Medizinische Klinik, Ziemssenstr.,IS	6	0	6
	Chirurgische Klinik, Nußbaumstr.,IS	1	2	3
	Neurologische Klinik,IS	1	0	1
	HNO Klinik,IS	1	0	1
	Neurologische Klinik,GH	4	1	5
	Klinik für Physikalische Medizin,GH	1	2	3
	Klinik für Innere Medizin,GH	8	3	11
	Kinderklinik,GH	4	0	4
	HNO Klinik,GH	2	0	2
	Notaufnahme,GH	2	0	2
	Gesamt	126	49	175

8. Anhang

Tabelle A 4: Altersgruppen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 12- 17,11 Jahre	108	47,2	47,2	47,2
6- 11,11 Jahre	53	23,1	23,1	70,3
ab 18,00 Jahre	42	18,3	18,3	88,6
0- 2,11 Jahre	15	6,6	6,6	95,2
3- 5,11 Jahre	11	4,8	4,8	100,0
Gesamt	229	100,0	100,0	

Tabelle A 5: Altersgruppen nach Geschlecht mit Chi-Quadrat

	5 Altersgruppen					
	0- 2,11 Jahre	3- 5,11 Jahre	6- 11,11 Jahre	12- 17,11 Jahre	ab 18,00 Jahre	Gesamt
Geschlecht männlich	8	6	24	41	19	98
weiblich	7	4	28	66	23	128
Gesamt	15	10	52	107	42	226

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	3,068 ^a	4	,546
Likelihood-Quotient	3,060	4	,548
Zusammenhang linear-mit-linear	1,194	1	,275
Anzahl der gültigen Fälle	226		

a. 1 Zellen (10,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 4,34.

8. Anhang

Tabelle A 6: Nationalitäten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig deutsch	85	37,1	72,6	72,6
andere	18	7,9	15,4	88,0
türkisch	12	5,2	10,3	98,3
jugoslawisch	2	,9	1,7	100,0
Gesamt	117	51,1	100,0	
Fehlend fehlende Info	112	48,9		
Gesamt	229	100,0		

Tabelle A 7: Lebenssituation des Kindes

	Antworten			
	N	Prozent	Prozent der Fälle	
Lebenssituation des Kindes	Kind lebt bei den Eltern	93	53,1%	53,1%
als Variablen im Set	Kind lebt bei Mutter allein	34	19,4%	19,4%
	Kind lebt bei Vater allein	5	2,9%	2,9%
	Kind lebt bei Mutter+neuem Partner	15	8,6%	8,6%
	Kind lebt bei Vater+ neuem Partner	5	2,9%	2,9%
	andere Wohnform	23	13,1%	13,1%
	Gesamt	175	100,0%	100,0%

Tabelle A 8: Lebenssituation des Kindes nach Altersgruppen und Geschlecht

Geschlecht	5 Altersgruppen							
	0- 2,11	3- 5,11	6- 11,11	12- 17,11	ab 18,00	Gesamt		
männlich	Lebenssituation Kind lebt bei den Eltern	Anzahl	4	2	13	13	9	41
des Kindes	Kind lebt bei Mutter allein	Anzahl	1	2	5	6	1	15
	Kind lebt bei Vater allein	Anzahl	0	0	0	2	1	3
	Kind lebt bei Mutter+neuem	Anzahl	2	0	2	2	1	7
	Kind lebt bei Vater+ neuem	Anzahl	0	2	0	0	0	2

8. Anhang

	andere Wohnform	Anzahl	0	0	0	6	3	9	
	Gesamt	Anzahl	7	6	20	29	15	77	
weiblich	Lebenssituation des Kindes	Kind lebt bei den Eltern	Anzahl	2	2	13	30	4	51
		Kind lebt bei Mutter allein	Anzahl	2	0	4	9	4	19
		Kind lebt bei Vater allein	Anzahl	0	0	1	0	1	2
		Kind lebt bei Mutter+ neuem	Anzahl	0	1	3	4	0	8
		Kind lebt bei Vater+ neuem	Anzahl	0	0	0	2	1	3
		andere Wohnform	Anzahl	0	0	1	8	5	14
		Gesamt	Anzahl	4	3	22	53	15	97

Tabelle A 9: Beziehungsstatus der Eltern

N=127 (55%)		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	leben zusammen	67	29,3	29,3	29,3
	getr./gesch.	40	17,5	17,5	46,7
	nie zus. gelebt	5	2,2	2,2	48,9
	verwitwet	14	6,1	6,1	55,0
	Kind ist Vollwaise	1	,4	,4	55,5
	fehlende Info	102	44,5	44,5	100,0
	Gesamt	229	100,0	100,0	

Tabelle A 10: Beziehungsstatus der Eltern nach Altersgruppen und Geschlecht

Geschlecht	N=126 (55%)	5 Altersgruppen					Gesamt
		0- 2,11 Jahre	3- 5,11 Jahre	6- 11,11 Jahre	12- 17,11 Jahre	ab 18,00 Jahre	
männlich	Beziehungsstatus der Eltern leben zusammen	3	0	8	9	8	28
	getr./gesch.	3	3	5	8	3	22
	nie zus. gelebt	0	0	0	0	1	1
	verwitwet	0	0	2	3	0	5
	Gesamt	6	3	15	20	12	56
weiblich	Beziehungsstatus der Eltern leben zusammen	2	2	10	21	3	38
	getr./gesch.	1	1	3	9	4	18
	nie zus. gelebt	1	0	1	2	0	4

8. Anhang

verwitwet	0	0	4	3	2	9
Kind ist Vollwaise	0	0	0	1	0	1
Gesamt	4	3	18	36	9	70

Tabelle A 11: Aufnahme Diagnosen aus allen anfordernden Kliniken

N= 176 (77%)		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	A00-B99 I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	1	,4	,6	,6
	C00-D48 II. Neubildungen	8	3,5	4,5	5,1
	D50-D89 III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie best Störungen mit Beteilg des Immunsystems	3	1,3	1,7	6,8
	E00-E90 IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	2	,9	1,1	8,0
	F00-F99 V. Psychische und Verhaltensstörungen	47	20,5	26,7	34,7
	G00-G99 VI. Krankheiten des Nervensystems	7	3,1	4,0	38,6
	H00-H59 VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	5	2,2	2,8	41,5
	I00-I99 IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	5	2,2	2,8	44,3
	J00-J99 X. Krankheiten des Atmungssystems	5	2,2	2,8	47,2
	K00-K93 XI. Krankheiten des Verdauungssystems	2	,9	1,1	48,3
	L00-L99 XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	27	11,8	15,3	63,6
	M00-M99 XIII. Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	4	1,7	2,3	65,9
	N00-N99 XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	3	1,3	1,7	67,6
	P00-P96 XVI. Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	3	1,3	1,7	69,3
	Q00-Q99 XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	7	3,1	4,0	73,3
	R00-R99 XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	8	3,5	4,5	77,8
	S00-T98 XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	35	15,3	19,9	97,7
	V01-Y98 XX. Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	4	1,7	2,3	100,0
	Gesamt	176	76,9	100,0	
Fehlend	keine Aufnahme diagnose, da nicht ausgefüllt	8	3,5		
	Mehrfachaufnahme diagnosen, keiner einzelnen Gruppe zuzuordnen	5	2,2		
	fehlende Info, da kein Fragebogen von Station vorhanden	40	17,5		
	Gesamt	53	23,1		
Gesamt		229	100,0		

Tabelle A 12: Aufnahme Diagnosen ohne die psychiatrische Klinik

N= 143 (62%)		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	A00-B99 I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	1	,4	,7	,7
	C00-D48 II. Neubildungen	8	3,5	5,6	6,3
	D50-D89 III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie best Störungen mit Beteilg des Immunsystems	3	1,3	2,1	8,4
	E00-E90 IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	2	,9	1,4	9,8
	F00-F99 V. Psychische und Verhaltensstörungen	15	6,6	10,5	20,3
	G00-G99 VI. Krankheiten des Nervensystems	7	3,1	4,9	25,2
	H00-H59 VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	5	2,2	3,5	28,7
	I00-I99 IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	5	2,2	3,5	32,2
	J00-J99 X. Krankheiten des Atmungssystems	5	2,2	3,5	35,7
	K00-K93 XI. Krankheiten des Verdauungssystems	2	,9	1,4	37,1
	L00-L99 XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	27	11,8	18,9	55,9
	M00-M99 XIII. Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	4	1,7	2,8	58,7
	N00-N99 XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	3	1,3	2,1	60,8
	P00-P96 XVI. Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	3	1,3	2,1	62,9

8. Anhang

	Q00-Q99 XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	7	3,1	4,9	67,8
	R00-R99 XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	8	3,5	5,6	73,4
	S00-T98 XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	34	14,8	23,8	97,2
	V01-Y98 XX. Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	4	1,7	2,8	100,0
	Gesamt	143	62,4	100,0	
Fehlend	keine Aufnahmediagnose, da nicht ausgefüllt	6	2,6		
	Mehrfachaufnahmediagnosen, keiner einzelnen Gruppe zuzuordnen	4	1,7		
	fehlende Info, da kein Fragebogen von Station vorhanden	31	13,5		
	System	45	19,7		
	Gesamt	86	37,6		
Gesamt		229	100,0		

Tabelle A 13: Kategorien der Fragestellungen

N=84 (37%)		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Mitwirkung an der Diagnostik	43	18,8	51,2	51,2
	Therapie- Empfehlung	9	3,9	10,7	61,9
	Interaktionsprobleme auf der Station (mit Kind/Eltern)	1	,4	1,2	63,1
	Mitbehandlung	5	2,2	6,0	69,0
	Fragestellungen, welche die Sicherheit des Kindes betreffen	16	7,0	19,0	88,1
	Eltern- und Familienprobleme	6	2,6	7,1	95,2
	Fragestellungen am Übergang ambulanter - stationärer Bereich	4	1,7	4,8	100,0
	Gesamt	84	36,7	100,0	
Fehlend	keine Fragestellung aufgeschrieben	145	63,3		
Gesamt		229	100,0		

8. Anhang

Tabelle A 14: Fragestellungen nach Aufnahmediagnosen und Konsilanlässen

Kreuztabelle kategFragest*\$AnlaKons*Top3Aufndia

			Anlass für das Konsil im Set														
			Suizidale Handlungen	Kindesmißhandlung	Eißstörung	Kindliche Verhaltensauffälligkeiten	Chronische Erkrankung	Psychosomatische Erkrankungen	(andere)Eltern-Kind-Probleme	Entwickl.-u. Gedeihstörungen	Probleme mit Krankheitsbewältigung/Coping	Organisch bedingte psychische Störungen	Kommunikationsstörungen	Sexueller Mißbrauch	Sonstige	Münchhausen by proxy	Gesamt
Top3 Aufnahmediagnosen, Fragestellungen																	
F00-F99	Mitwirkung an der Diagnostik	Anzahl	0	0	1	2	2	1	0	0	3	0	0	0	7		11
	Therapie- Empfehlung	Anzahl	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0		2
	Fragestellungen, welche die Sicherheit des Kindes betreffen	Anzahl	1	0	2	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0		3
	Eltern- und Familienprobleme	Anzahl	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0		2
	Fragestellungen am Übergang ambulanter - stationärer Bereich	Anzahl	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1		2
	keine Fragestellung aufgeschrieben	Anzahl	3	1	0	6	2	6	2	2	4	1	2	0	11		22
	Gesamt	Anzahl	4	1	3	13	4	7	4	5	9	1	2	1	19		42
L00-L99	Mitwirkung an der Diagnostik	Anzahl	0			3	6	2	0		3	0		1	1	0	8
	Mitbehandlung	Anzahl	0			0	2	0	0		1	0		0	0	0	2
	Eltern- und Familienprobleme	Anzahl	0			0	1	0	0		1	0		0	0	0	1
	keine Fragestellung aufgeschrieben	Anzahl	1			1	7	3	1		5	1		4	1	1	13
	Gesamt	Anzahl	1			4	16	5	1		10	1		5	2	1	24
S00-T98	Mitwirkung an der Diagnostik	Anzahl	1	1	0	0	2		0		1	1	1	0	1		3
	Therapie- Empfehlung	Anzahl	0	0	0	1	1		1		0	0	1	0	0		1
	Fragestellungen, welche die Sicherheit des Kindes betreffen	Anzahl	7	0	0	1	1		1		1	1	0	0	0		7
	Eltern- und Familienprobleme	Anzahl	0	0	0	0	0		0		1	1	0	0	0		1
	Fragestellungen am Übergang ambulanter - stationärer Bereich	Anzahl	0	0	0	0	1		0		1	0	0	0	0		1
	keine Fragestellung aufgeschrieben	Anzahl	7	5	1	4	0		2		2	3	0	1	1		18
	Gesamt	Anzahl	15	6	1	6	5		4		6	6	2	1	2		31
keine Aufnahdia	Mitwirkung an der Diagnostik	Anzahl	0		1	0	1	2		0	1	0					3
	Therapie- Empfehlung	Anzahl	1		0	0	1	0		1	1	0					2
	Eltern- und Familienprobleme	Anzahl	0		0	0	1	0		1	1	0					1
	keine Fragestellung aufgeschrieben	Anzahl	2		0	2	2	1		0	3	1					7
	Gesamt	Anzahl	3		1	2	5	3		2	6	1					13
Rest	Mitwirkung an der Diagnostik	Anzahl	0	0	2	4	6	5	1	0	5	1	0		3		12
	Therapie- Empfehlung	Anzahl	0	0	0	0	4	0	0	0	4	1	1		0		4
	Interaktionsprobleme auf der Station (mit Kind/Eltern)	Anzahl	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1		0		1
	Mitbehandlung	Anzahl	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1		1		2
	Fragestellungen, welche die Sicherheit des Kindes betreffen	Anzahl	2	2	1	1	2	0	3	0	2	0	0		0		4
	Eltern- und Familienprobleme	Anzahl	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0		0		1
	Fragestellungen am Übergang ambulanter - stationärer Bereich	Anzahl	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0		0		1
	keine Fragestellung aufgeschrieben	Anzahl	2	0	1	5	23	12	0	3	21	2	1		3		37
	Gesamt	Anzahl	4	2	4	11	38	18	5	4	36	4	4		7		62

Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf den Befragten.

8. Anhang

Tabelle A 15: Konsilanlässe nach Geschlecht

N=198 (86%)		Geschlecht			
		männlich	weiblich	Gesamt	
Konsilanlass im Set	Suizidale Handlungen	Anzahl	8	24	32
	Kindesmißhandlung	Anzahl	9	2	11
	Eißstörung	Anzahl	1	8	9
	Kindliche Verhaltensauffälligkeiten	Anzahl	31	12	43
	Chronische Erkrankung	Anzahl	38	40	78
	Psychosomatische Erkrankungen	Anzahl	11	26	37
	(andere)Eltern-Kind-Probleme	Anzahl	9	11	20
	Entwickl.-u. Gedeihstörungen	Anzahl	8	4	12
	Probleme mit Krankheitsbewältigung/Coping	Anzahl	32	43	75
	Organisch bedingte psychische Störungen	Anzahl	7	8	15
	Kommunikationsstörungen	Anzahl	6	3	9
	Münchhausen by proxy	Anzahl	1	0	1
	Sexueller Mißbrauch	Anzahl	5	5	10
	Sonstige	Anzahl	21	15	36
	Gesamt	Anzahl	91	107	198

Tabelle A 16: Konsilanlässe nach Altersgruppen

N=200 (87%)		5 Altersgruppen					Gesamt	
		0- 2,11	3- 5,11	6- 11,11	12- 17,11	ab 18,00		
Konsilanlass im Set	Suizidale Handlungen	Anzahl	0	0	3	25	5	33
	Kindesmißhandlung	Anzahl	5	5	1	0	0	11
	Eißstörung	Anzahl	2	0	1	6	0	9
	Kindliche Verhaltensauffälligkeiten	Anzahl	1	7	11	16	9	44
	Chronische Erkrankung	Anzahl	5	2	16	44	12	79
	Psychosomatische Erkrankungen	Anzahl	0	0	14	20	3	37
	(andere)Eltern-Kind-Probleme	Anzahl	4	3	5	5	4	21
	Entwickl.-u. Gedeihstörungen	Anzahl	3	1	3	3	2	12
	Probleme mit	Anzahl	5	2	12	45	12	76

8. Anhang

Organisch bedingte psychische	Anzahl	1	0	5	7	2	15
Kommunikationsstörungen	Anzahl	1	0	3	5	0	9
Münchhausen by proxy	Anzahl	0	0	1	0	0	1
Sexueller Mißbrauch	Anzahl	1	2	5	2	0	10
Sonstige	Anzahl	0	0	8	11	17	36
Gesamt	Anzahl	12	11	47	95	35	200

Tabelle A 17: Psychopathologischer Befund, leicht ausgeprägte Störungen

N=117 (51%)		Antworten		
		N	Prozent	Prozent der Fälle
\$psypathbefei	Störung der Interaktion	41	16,1%	35,0%
	Störung des Sozialverhaltens	16	6,3%	13,7%
	Störung von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle	47	18,4%	40,2%
	Störung der Psychomotorik	22	8,6%	18,8%
	Störung des Sprechens und der Sprache	17	6,7%	14,5%
	Angststörungen	20	7,8%	17,1%
	Störung von Stimmung und Affekt	41	16,1%	35,0%
	Zwangsstörung	4	1,6%	3,4%
	Eißstörung	6	2,4%	5,1%
	Funktionelle und somatoforme Störungen	13	5,1%	11,1%
	Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewußtseinsstörungen	6	2,4%	5,1%
	Formale Denkstörungen	13	5,1%	11,1%
	Inhaltliche Denkstörungen	4	1,6%	3,4%
	andere Störungen	5	2,0%	4,3%
	Gesamt	255	100,0%	217,9%

Tabelle A 18: Psychopathologischer Befund, stark ausgeprägte Störungen

N=115 (50%)		Antworten		
		N	Prozent	Prozent der Fälle
\$psypathbefzwei	Störung der Interaktion	42	14,8%	36,5%
	Störung des Sozialverhaltens	21	7,4%	18,3%

8. Anhang

Störung von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle	34	12,0%	29,6%
Störung der Psychomotorik	17	6,0%	14,8%
Störung des Sprechens und der Sprache	12	4,2%	10,4%
Angststörungen	18	6,4%	15,7%
Störung von Stimmung und Affekt	73	25,8%	63,5%
Zwangsstörung	5	1,8%	4,3%
Eißstörung	8	2,8%	7,0%
Funktionelle und somatoforme Störungen	30	10,6%	26,1%
Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewußtseinsstörungen	2	,7%	1,7%
Formale Denkstörungen	14	4,9%	12,2%
Inhaltliche Denkstörungen	4	1,4%	3,5%
andere Störungen	3	1,1%	2,6%
Gesamt	283	100,0%	246,1%

Tabelle A 19: Psychiatrische Diagnosen

N=114(50%)		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	F0=organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	2	,9	1,8	1,8
	F1=psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1	,4	,9	2,6
	F2=Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	9	3,9	7,9	10,5
	F3=affektive Störungen	17	7,4	14,9	25,4
	F4=neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	49	21,4	43,0	68,4
	F5=Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	2	,9	1,8	70,2
	F6=Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	10	4,4	8,8	78,9
	F7=Intelligenzminderung	6	2,6	5,3	84,2
	F8=Entwicklungsstörungen	2	,9	1,8	86,0
	F9=Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	11	4,8	9,6	95,6
	kombinierte/gemischte Diagnosen	5	2,2	4,4	100,0

8. Anhang

	Gesamt	114	49,8	100,0
Fehlend	keine psychiatrische Diagnose gestellt	70	30,6	
	Diagnose wurde außerhalb F00-F99 gestellt	1	,4	
	fehlende Info, da keine S.2, Brief, Akte o.ä. vorhanden	44	19,2	
	Gesamt	115	50,2	
Gesamt		229	100,0	

Tabelle A 20: Psychiatrische Diagnosen nach Geschlecht

N=112 (49%)		Geschlecht		
		männlich	weiblich	Gesamt
Psychiatrische Diagnosegruppen F0- F9	F0=organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	2	0	2
	F1=psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1	0	1
	F2=Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	8	1	9
	F3=affektive Störungen	6	10	16
	F4=neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	19	30	49
	F5=Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0	2	2
	F6=Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	5	5	10
	F7=Intelligenzminderung	4	2	6
	F8=Entwicklungsstörungen	1	1	2
	F9=Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und kombinierte/gemischte Diagnosen	6	4	10
	Gesamt	56	56	112

Tabelle A 21: Psychiatrische Diagnosen nach Altersgruppen

N=114 (50%)		5 Altersgruppen					Gesamt
		0- 2,11	3- 5,11	6- 11,11	12- 17,11	ab 18,00	
Psychiatrische Diagnosegruppen F0-F9	F0=organische einschließlich symptomatischer	0	0	0	2	0	2
	F1=psychische und Verhaltensstörungen durch	0	0	0	1	0	1
	F2=Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige	0	0	0	2	7	9
	F3=affektive Störungen	0	0	2	12	3	17
	F4=neurotische-, Belastungs- und somatoforme	1	3	13	26	6	49
	F5=Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen	0	0	0	2	0	2

8. Anhang

F6=Persönlichkeits-und Verhaltensstörungen	0	0	0	6	4	10
F7=Intelligenzminderung	0	0	2	3	1	6
F8=Entwicklungsstörungen	0	0	1	1	0	2
F9=Verhaltens-und emotionale Störungen mit kombinierte/gemischte Diagnosen	1	3	3	3	1	11
Gesamt	3	6	22	60	23	114

Tabelle A 22: Anzahl der Empfehlungen pro Konsilfall

N=188 (82%)		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	7	3,1	3,7	3,7
	2	23	10,0	12,2	16,0
	3	21	9,2	11,2	27,1
	4	38	16,6	20,2	47,3
	5	27	11,8	14,4	61,7
	6	35	15,3	18,6	80,3
	7	12	5,2	6,4	86,7
	8	13	5,7	6,9	93,6
	9	7	3,1	3,7	97,3
	10	3	1,3	1,6	98,9
	11	2	,9	1,1	100,0
Gesamt		188	82,1	100,0	
Fehlend	fehlende Info	41	17,9		
Gesamt		229	100,0		

8. Anhang

Tabelle A 23: Anzahl der Konsilkontakte

N=207 (90%)		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	135	59,0	65,2	65,2
	2	34	14,8	16,4	81,6
	3	12	5,2	5,8	87,4
	4	8	3,5	3,9	91,3
	5	5	2,2	2,4	93,7
	6	4	1,7	1,9	95,7
	7	3	1,3	1,4	97,1
	8	2	,9	1,0	98,1
	9	3	1,3	1,4	99,5
	11	1	,4	,5	100,0
	Gesamt	207	90,4	100,0	
Fehlend	System	22	9,6		
Gesamt		229	100,0		

8. Anhang

Tabelle A 24: Zeitaufwand für Konsil in Minuten

N	Gültig		204				
	Fehlend		25				
	Mittelwert		187,8				
	Median		150,0				
	Modus		120,0				
	Standardabweichung		9,783				
	Minimum		15				
	Maximum		885				
Minuten Gültig	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Minuten Gültig	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
15 min	1	0,4	0,5	270	6	2,6	2,9
30 min	2	0,9	1	285	1	0,4	0,5
45 min	2	0,9	1	300	4	1,7	2
60 min	28	12,2	13,7	330	5	2,2	2,5
75 min	7	3,1	3,4	345	1	0,4	0,5
90 min	13	5,7	6,4	360	7	3,1	3,4
105 min	11	4,8	5,4	390	2	0,9	1
120 min	31	13,5	15,2	420	1	0,4	0,5
135 min	5	2,2	2,5	450	2	0,9	1
150 min	12	5,2	5,9	480	1	0,4	0,5
165 min	7	3,1	3,4	540	2	0,9	1
180 min	13	5,7	6,4	570	1	0,4	0,5
195	4	1,7	2	600	2	0,9	1
210	15	6,6	7,4	720	3	1,3	1,5
225	3	1,3	1,5	840	1	0,4	0,5
240	10	4,4	4,9	885	1	0,4	0,5
				Gesamt	204	89,1	100
				Fehlend System	25	10,9	
				Gesamt	229	100	

8. Anhang

Tabelle A 25: Zeitaufwand für Konsil nach anfragenden Kliniken

anfragende Kliniken	Mittelwert in Minuten x15	N	Standardabweichung	% der Gesamtanzahl	Minimum	Maximum
Haunersche Kinderklinik,stationär,IS	13,64	50	9,981	24,5%	15 min	720
Haunersche Kinderklinik,ambulant,IS	10,25	8	8,362	3,9%	60 min	450
PIPS,IS	20,00	4	15,470	2,0%	45 min	600
Chirurgische Kinderklinik,IS	17,62	13	14,615	6,4%	30 min	885
CHIPS,IS	11,75	8	9,721	3,9%	60 min	450
Psychiatrische Klinik,Nußbaumstr.,IS	8,30	40	6,048	19,6%	60 min	600
Dermatologische Klinik,IS	11,71	31	9,177	15,2%	45 min	720
Augenklinik,IS	12,00	6	8,025	2,9%	90 min	420
Medizinische Klinik, Ziemssenstr.,IS	10,86	7	4,634	3,4%	75 min	270
Chirurgische Klinik, Nußbaumstr.,IS	10,75	4	3,862	2,0%	105 min	225
Neurologische Klinik,IS	10,67	3	2,309	1,5%	120 min	180 min
HNO Klinik,IS	6,00	1		,5%	90 min	90 min
Mitarbeiter des Klinikums,Anfrage durch	6,00	2	2,828	1,0%	60 min	120 min
Neurologische Klinik,GH	13,00	2	1,414	1,0%	180 min	210
Klinik für Physikalische Medizin,GH	25,00	4	22,061	2,0%	60 min	840
Klinik für Innere Medizin,GH	15,62	13	11,772	6,4%	60 min	720
Kinderklinik,GH	14,75	4	2,986	2,0%	165 min	270
HNO Klinik,GH	21,00	2	1,414	1,0%	300	330
Notaufnahme,GH	11,00	2	1,414	1,0%	150 min	180 min
Insgesamt	12,52	204	9,783	100,0%	15 min	885

8. Anhang

Tabelle A 26 : Fehlende Werte in der Konsildokumentation

N=229 (100%)	Nicht vorhanden	
	N	%
Seite 1 der Konsildokumentation= Fragebogen durch die anfragende Station beantwortet	94	41
1. Wer ist die anfragende Klinik?	8	4
2. Persönliche Daten: Name	0	0
2.1. Geburtsdatum	1	0,4
2.2. Geschlecht	3	1,3
2.3. Nationalität	112	49
2.4. Datum der stationären Aufnahme	54	24
2.5. Alter	0	0
3. Lebenssituation des Kindes	54	24
3.1. Beziehungsstatus der Eltern	102	45
4. Aufnahmediagnose	53	23
5. Verhaltenseinschätzung		
5.1. Verhalten des Kindes		
a) wie unruhig ist das Kind?	112	49
b) wie stabil ist die Stimmung des Kindes?	114	50
c) wie stark nimmt das Kind Kontakt mit anderen Kindern auf?	136	59
d) wie stark nimmt das Kind Kontakt mit Erwachsenen auf?	110	48
e) wieviel aggressive Handlungen zeigt das Kind?	119	52
f) wie ängstlich verhält sich das Kind?	112	49
g) wieviel Probleme gibt es mit der Nahrungsaufnahme?	128	56
h) wie sehr freut sich das Kind über den Besuch der Eltern?	135	59
i) wie viel Zutrauen zu sich selbst zeigt das Kind?	123	54
j) wie stark hat sich das Kind seit Aufnahme psychisch verändert?	139	61
5.2. Verhalten der Eltern?		
a) wie häufig haben die Eltern das Kind besucht?	137	60
b) wie gut erkennen die Eltern die Bedürfnisse des Kindes?	127	55
c) Äußern die Eltern sich positiv über das Kind?	124	54
d) wie viel Interesse am Kind äußern die Eltern?	122	53
e) wie gut können die Eltern das Kind beruhigen?	127	55
f) wie oft berichten Eltern über aktuelle, eigene Belastungssituationen?	126	55
g) Haben die Eltern Probleme beim Füttern oder der Pflege ihres Kindes?	150	66

8. Anhang

h) wie gut ist die Kooperationsbereitschaft der Eltern mit den Schwestern?	131	57
6. Fragestellung des Anfragers an den Konsiliarius vorhanden?	146	64
Seite 2 der Konsildokumentation, ausgefüllt durch den Konsiliarius	62	27
7. Befunde		
7.1. Psychopathologischer Aufnahmebefund	55	24
7.2. handschriftlicher Befund	56	24
7.3. handschriftliche Beurteilung	56	24
7.4. klinisch- psychiatrische Diagnose	115	50
7.4.1. Sicherheitsgrad der Diagnose	177	77
7.5. handschriftliche Empfehlung	47	21
Seite 3 der Konsildokumentation, ausgefüllt durch den Konsiliarius	60	26
8. Anlass für das Konsil aus Sicht des Konsiliarius	29	13
9. Empfehlungen für während und nach dem Klinikaufenthalt	41	18
10. Leistungsspektrum		
10.1. Art der Leistung	23	10
10.2. Anzahl der Konsiliarkontakte	22	10
10.2.1. Behandelnder Psychiater	2	1
10.3. wurde ein Arztbrief geschrieben?	35	15
10.4. wurde ein Arztbrief verschickt?	42	18
Seite 4 der Konsildokumentation, ausgefüllt durch den Konsiliarius	60	26
11. Zeitaufwand für das Konsil	25	11

Tabelle A 27: Fragebogen vorhanden nach anfragenden Kliniken

N=221 (97%)		fragebostatfehlwert		
		nicht zurück,	zurück	Gesamt
anfragende Kliniken	Haunersche Kinderklinik, stationär, IS	20	30	50
	Haunersche Kinderklinik, ambulanz, IS	10	2	12
	PIPS, IS	1	3	4
	Chirurgische Kinderklinik, IS	7	9	16
	CHIPS, IS	1	7	8
	Psychiatrische Klinik, Nußbaumstr., IS	19	26	45
	Dermatologische Klinik, IS	5	27	32
	Augenklinik, IS	1	5	6
	Medizinische Klinik, Ziemssenstr., IS	3	4	7

8. Anhang

Chirurgische Klinik, Nußbaumstr.,IS	4	1	5
Neurologische Klinik,IS	1	2	3
HNO Klinik,IS	1	0	1
Mitarbeiter des Klinikums,Anfrage durch	2	0	2
Neurologische Klinik,GH	3	2	5
Klinik für Physikalische Medizin,GH	3	1	4
Klinik für Innere Medizin,GH	5	8	13
Kinderklinik,GH	0	4	4
HNO Klinik,GH	2	0	2
Notaufnahme,GH	0	2	2
Gesamt	88	133	221

Tabelle A 28: Fragestellung vorhanden nach anfragenden Kliniken

N=221 (97%)	FRagestvorfehlwert		
	nein+ fehlende Info	ja	Gesamt
anfragende Kliniken Haunersche Kinderklinik,stationär,IS	31	19	50
Haunersche Kinderklinik,ambulant,IS	8	4	12
PIPS,IS	3	1	4
Chirurgische Kinderklinik,IS	12	4	16
CHIPS,IS	3	5	8
Psychiatrische Klinik,Nußbaumstr.,IS	29	16	45
Dermatologische Klinik,IS	18	14	32
Augenklinik,IS	5	1	6
Medizinische Klinik, Ziemssenstr.,IS	5	2	7
Chirurgische Klinik, Nußbaumstr.,IS	4	1	5
Neurologische Klinik,IS	1	2	3
HNO Klinik,IS	1	0	1
Mitarbeiter des Klinikums,Anfrage durch	1	1	2
Neurologische Klinik,GH	3	2	5
Klinik für Physikalische Medizin,GH	3	1	4
Klinik für Innere Medizin,GH	9	4	13

8. Anhang

Kinderklinik,GH	1	3	4
HNO Klinik,GH	1	1	2
Notaufnahme,GH	0	2	2
Gesamt	138	83	221

Tabelle A 29: Verhaltensmuster Kinder, Fehlerquadratsummenzuwachs

Clusteranzahl	Verhaltenseinschätzung Kinder, N=108
1	138,1
2	115,5
3	72,3
4	37,4
5	33,1
6	31,7
7	29
8	23,7
9	23,5
10	22,4
11	20,2
12	20,2
13	18,7

8. Anhang

Tabelle A 30: Verhaltensmuster Kinder, Zuordnungsübersicht, Agglomeration Schedule

Zuordnungsübersicht														
Schritt	Zusammengeführte Cluster		Koeffizienten	Clusters		Nächster Schritt	Schritt	Zusammengeführte Cluster		Koeffizienten	Clusters		Nächster Schritt	
	Cluster 1	Cluster 2		Cluster 1	Cluster 2			Cluster 1	Cluster 2					
1	111	153	,500	0	0	9	54	28	206	128,733	0	0	92	
2	42	150	1,000	0	0	30	55	122	195	133,233	11	0	78	
3	75	129	1,500	0	0	36	56	33	187	137,733	44	0	96	
4	44	116	2,000	0	0	9	57	138	183	142,233	0	0	93	
5	151	203	3,000	0	0	26	58	67	155	146,733	0	43	86	
6	123	171	4,000	0	0	25	59	43	146	151,233	45	0	90	
7	19	164	5,000	0	0	18	60	18	61	155,783	0	38	85	
8	76	154	6,000	0	0	35	61	167	178	160,450	22	0	94	
9	44	111	7,000	4	1	35	62	69	97	165,283	27	0	80	
10	177	226	8,500	0	0	19	63	3	9	170,117	0	33	80	
11	122	216	10,000	0	0	55	64	11	208	175,117	0	0	69	
12	25	210	11,500	0	0	20	65	120	158	180,117	0	0	81	
13	194	200	13,000	0	0	30	66	93	94	185,117	0	0	73	
14	149	192	14,500	0	0	46	67	51	66	190,167	53	0	88	
15	140	175	16,000	0	0	47	68	14	44	195,833	32	35	76	
16	1	131	17,500	0	0	50	69	11	50	201,500	64	0	87	
17	14	41	19,000	0	0	32	70	24	92	207,250	52	39	94	
18	19	133	20,667	7	0	51	71	25	42	213,239	41	30	88	
19	177	193	22,500	10	0	52	72	29	212	219,239	0	0	79	
20	25	59	24,333	12	0	41	73	93	220	225,572	66	0	97	
21	145	225	26,333	0	0	50	74	73	201	232,072	0	0	83	
22	167	217	28,333	0	0	61	75	134	156	238,572	0	0	91	
23	199	211	30,333	0	0	41	76	1	14	245,335	50	68	90	
24	118	170	32,333	0	0	42	77	17	168	252,585	49	31	93	
25	123	173	34,667	6	0	40	78	96	122	260,585	46	55	84	
26	108	151	37,000	0	5	81	79	29	75	268,668	72	40	89	
27	69	227	39,500	0	0	62	80	3	69	276,835	63	62	99	
28	74	198	42,000	0	0	37	81	108	120	285,702	26	65	96	
29	117	196	44,500	0	0	85	82	19	38	294,702	51	34	89	
30	42	194	47,000	2	13	71	83	23	73	304,202	0	74	95	
31	168	186	49,500	0	0	77	84	96	147	313,726	78	0	100	
32	14	144	52,000	17	0	68	85	18	117	323,283	60	29	87	
33	9	141	54,500	0	0	63	86	30	67	334,116	47	58	92	
34	38	139	57,000	0	0	82	87	11	18	345,892	69	85	95	
35	44	76	59,667	9	8	68	88	25	51	357,775	71	67	100	
36	75	204	62,500	3	0	40	89	19	29	370,739	82	79	98	
37	74	162	65,333	28	0	38	90	1	43	383,768	76	59	97	
38	61	74	68,250	0	37	60	91	119	134	397,518	48	75	103	
39	92	221	71,250	0	0	70	92	28	30	412,351	54	86	99	
40	75	123	74,250	36	25	79	93	17	138	428,435	77	57	98	
41	25	199	77,317	20	23	71	94	24	167	446,157	70	61	104	
42	118	136	80,850	24	0	53	95	11	23	464,857	87	83	105	
43	155	223	84,150	0	0	58	96	33	108	485,032	56	81	101	
44	33	202	87,650	0	0	56	97	1	93	505,244	90	73	102	
45	43	77	91,150	0	0	59	98	17	19	527,647	93	89	101	
46	96	149	94,983	0	14	78	99	3	28	551,099	80	92	102	
47	30	140	98,817	0	15	86	100	25	96	574,766	88	84	104	
48	119	172	102,817	0	0	91	101	17	33	603,727	98	96	106	
49	17	64	106,817	0	0	77	102	1	3	635,459	97	99	103	
50	1	145	111,067	16	21	76	103	1	119	668,567	102	91	106	
51	19	135	115,400	18	0	82	104	24	25	706,016	94	100	105	
52	24	177	119,817	0	19	70	105	11	24	778,281	95	104	107	
53	51	118	124,233	0	42	67	106	1	17	893,744	103	101	107	
							107							
								1	11	1031,815	106	105		

8. Anhang

Tabelle A 31: Verhaltensmuster Kinder, Clusterzugehörigkeit, 4 Cluster

Cluster-Zugehörigkeit								
Fall	4 Cluster	Fall	4 Cluster	Fall	4 Cluster	Fall	4 Cluster	
1		1 69		1 140		1 192		4
3		1 73		2 141		1 193		4
9		1 74		2 144		1 194		4
11		2 75		3 145		1 195		4
14		1 76		1 146		1 196		2
17		3 77		1 147		4 198		2
18		2 92		4 149		4 199		4
19		3 93		1 150		4 200		4
23		2 94		1 151		3 201		2
24		4 96		4 153		1 202		3
25		4 97		1 154		1 203		3
28		1 108		3 155		1 204		3
29		3 111		1 156		1 206		1
30		1 116		1 158		3 208		2
33		3 117		2 162		2 210		4
38		3 118		4 164		3 211		4
41		1 119		1 167		4 212		3
42		4 120		3 168		3 216		4
43		1 122		4 170		4 217		4
44		1 123		3 171		3 220		1
50		2 129		3 172		1 221		4
51		4 131		1 173		3 223		1
59		4 133		3 175		1 225		1
61		2 134		1 177		4 226		4
64		3 135		3 178		4 227		1
66		4 136		4 183				
67		1 138		3 186				
69		1 139		3 187				

Tabelle A 32: Verhaltensmuster Kinder, 4 Cluster nach Altersgruppen und Geschlecht

N=108		Cluster 1	Cluster2	Cluster 3	Cluster4	gesamt
5 Altersgruppen	0-2,11 Jahre	3	1	0	2	6
	3-5,11 Jahre	4	0	0	2	6
	6-11,11 Jahre	10	1	8	10	29
	12-17,11 Jahre	14	5	19	12	50
	> 18 Jahre	9	3	1	4	17
gesamt		40	10	28	30	108
Geschlecht	männlich	22	4	15	14	55
	weiblich	18	6	13	16	53
gesamt		40	10	28	30	108

8. Anhang

Tabelle A 33: Verhaltensmuster Kinder 4 Cluster nach Geschlecht, Chi-Quadrat

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	1,040(a)	3	,792
Likelihood-Quotient	1,043	3	,791
Zusammenhang linear-mit-linear	,282	1	,595
Anzahl der gültigen Fälle	108		

a 1 Zellen (12,5%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 4,91.

Tabelle A 34: Verhaltensmuster Kinder, 4 Cluster nach Aufnahme diagnosen

N=100		Ward Method. Verhaltenseinschätzung Kinder 4 Cluster				Gesamt
		1	2	3	4	
Top 3 der Aufnahmediagnosen	F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	11	5	3	10	29
	S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	7	1	4	4	16
	L00-L99 Krankheiten der Haut und der Unterhaut	6	0	10	7	23
	alle anderen	14	3	8	7	32
Gesamt		38	9	25	28	100

Tabelle A 35: Verhaltensmuster Kinder, 4 Cluster nach psychiatrischen Diagnosen

N=95		Ward Method. Verhaltenseinschätzung Kinder 4 Cluster				Gesamt
		1	2	3	4	
psychiatrische Diagnosegruppen Top 4	keine psychiatrische Diagnose	14	3	13	6	36
	F4= Neurotische- Belastungs- und somatoforme Störungen	9	1	7	11	28
	F3= Affektive Störungen	2	2	1	2	7
	F9= Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend	4	0	0	1	5
	alle anderen	6	4	2	7	19
Gesamt		35	10	23	27	95

Tabelle A 36: Verhaltensmuster Kinder und Eltern Fehlerquadratsummenzuwächse

Clusteranzahl	Verhalten von Kindern und Eltern, N=108
1	259,1
2	106,6
3	90,3
4	61,6
5	58,3
6	51,9
7	39,8
8	37,7
9	35,9
10	35,4

8. Anhang

Tabelle A 37: Verhaltensmuster Kinder und Eltern, Zuordnungsübersicht, Agglomeration schedule

Schritt	Zuordnungsübersicht						Schritt	Zuordnungsübersicht					
	Zusammengeführte Cluster		Koeffizienten	Clusters		Nächster Schritt		Zusammengeführte Cluster		Koeffizienten	Clusters		Nächster Schritt
	Cluster 1	Cluster 2		Cluster 1	Cluster 2			Cluster 1	Cluster 2				
1	19	164	1,000	0	0	7	55	155	223	295,892	0	0	79
2	116	153	2,500	0	0	7	56	29	75	305,958	44	22	84
3	150	200	4,500	0	0	16	57	67	221	316,292	51	0	97
4	108	151	6,500	0	0	62	58	96	117	326,625	26	0	82
5	111	210	9,000	0	0	19	59	9	66	336,958	12	0	76
6	129	203	11,500	0	0	18	60	122	195	347,458	0	0	66
7	19	116	14,250	1	2	32	61	1	17	358,125	0	47	89
8	145	225	17,250	0	0	21	62	108	150	368,925	4	16	71
9	177	193	20,250	0	0	20	63	19	44	380,133	43	19	85
10	75	171	23,250	0	0	22	64	162	208	391,800	25	0	67
11	59	154	26,250	0	0	54	65	18	42	403,967	24	45	73
12	9	141	29,250	0	0	59	66	25	122	416,267	29	60	78
13	44	76	32,250	0	0	19	67	11	162	428,600	0	64	101
14	149	170	35,750	0	0	39	68	135	167	440,950	52	0	86
15	140	175	39,750	0	0	40	69	24	51	454,450	34	27	86
16	150	168	43,750	3	0	62	70	38	139	468,450	0	35	84
17	43	77	47,750	0	0	54	71	108	120	482,579	62	49	82
18	129	204	51,917	6	0	44	72	118	211	496,745	48	0	76
19	44	111	56,167	13	5	63	73	18	69	511,031	65	36	99
20	177	226	60,500	9	0	37	74	138	183	526,031	0	50	92
21	131	145	64,833	0	8	43	75	14	172	541,031	46	33	81
22	75	123	69,167	10	0	56	76	9	118	557,626	59	72	100
23	25	192	73,667	0	0	29	77	23	206	574,626	0	0	93
24	18	144	78,167	0	0	65	78	25	201	591,660	66	0	97
25	162	198	83,167	0	0	64	79	134	155	608,993	0	55	87
26	96	196	88,167	0	0	58	80	119	156	626,493	0	0	96
27	51	136	93,167	0	0	69	81	3	14	644,293	0	75	94
28	93	94	98,167	0	0	87	82	96	108	662,631	58	71	95
29	25	216	103,667	23	0	66	83	28	92	681,381	53	37	91
30	29	133	109,167	0	0	44	84	29	38	700,563	56	70	98
31	42	74	114,667	0	0	45	85	19	43	720,354	63	54	96
32	19	41	120,217	7	0	43	86	24	135	740,921	69	68	90
33	172	227	126,217	0	0	75	87	93	134	761,788	28	79	94
34	24	199	132,217	0	0	69	88	33	186	782,788	42	0	95
35	139	173	138,217	0	0	70	89	1	61	804,021	61	38	92
36	69	97	144,217	0	0	73	90	24	147	826,654	86	0	103
37	92	177	150,633	0	20	83	91	28	30	849,321	83	40	93
38	61	194	157,133	0	0	89	92	1	138	877,796	89	74	103
39	135	149	163,633	0	14	52	93	23	28	906,372	77	91	100
40	30	140	170,300	0	15	91	94	3	93	935,372	81	87	104
41	178	217	177,300	0	0	48	95	33	96	967,041	88	82	98
42	33	187	184,300	0	0	88	96	19	119	1001,416	85	80	99
43	19	131	191,542	32	21	63	97	25	67	1036,249	78	57	102
44	29	129	198,975	30	18	56	98	29	33	1071,590	84	95	101
45	42	50	206,808	31	0	65	99	18	19	1107,524	73	96	104
46	14	212	214,808	0	0	75	100	9	23	1145,187	76	93	102
47	17	64	222,808	0	0	61	101	11	29	1185,002	67	98	106
48	118	178	231,142	0	41	72	102	9	25	1236,854	100	97	105
49	120	158	239,642	0	0	71	103	1	24	1295,235	92	90	106
50	183	202	248,642	0	0	74	104	3	18	1356,772	94	99	105
51	67	146	257,642	0	0	57	105	3	9	1447,114	104	102	107
52	135	220	266,892	39	0	68	106	1	11	1553,691	103	101	107
53	28	73	276,392	0	0	83	107	1	3	1812,824	106	105	0
54	43	59	285,892	17	11	85							

8. Anhang

Tabelle A 38: Verhaltensmuster Kinder und Eltern, Clusterzugehörigkeit, 3 Cluster

Cluster-Zugehörigkeit		Cluster-Zugehörigkeit		Cluster-Zugehörigkeit		Cluster-Zugehörigkeit	
Fall	3 Cluster						
1:K99/01	1	69:K00/11	2	139:K02/10	3	186:K04/01	3
3:K99/03	2	73:K00/15	2	140:K02/11	2	187:K04/02	3
9:K99/09	2	74:K00/16	2	141:K02/12	2	192:K04/07	2
11:K99/11	3	75:K00/17	3	144:K02/15	2	193:K04/08	2
14:K99/14	2	76:K00/18	2	145:K02/16	2	194:K04/09	1
17:K99/17	1	77:K00/19	2	146:K02/17	2	195:K04/10	2
18:K99/18	2	92:K00/34	2	147:K02/18	1	196:K04/11	3
19:K99/19	2	93:K00/35	2	149:K02/20	1	198:K04/13	3
23:K99/23	2	94:K00/36	2	150:K02/21	3	199:K04/14	1
24:K99/24	1	96:K00/38	3	151:K02/22	3	200:K04/15	3
25:K99/25	2	97:K00/39	2	153:K02/24	2	201:K04/16	2
28:K99/28	2	108:K01/05	3	154:K02/25	2	202:K04/17	1
29:K99/29	3	111:K01/08	2	155:K02/26	2	203:K04/18	3
30:K99/30	2	116:K01/13	2	156:K02/27	2	204:K04/19	3
33:K99/33	3	117:K01/14	3	158:K02/29	3	206:K04/21	2
38:K99/38	3	118:K01/15	2	162:K03/03	3	208:K05/02	3
41:K99/41	2	119:K01/16	2	164:K03/05	2	210:K05/04	2
42:K99/42	2	120:K01/17	3	167:K03/08	1	211:K05/05	2
43:K99/43	2	122:K01/19	2	168:K03/09	3	212:K05/06	2
44:K99/44	2	123:K01/20	3	170:K03/11	1	216:K05/10	2
50:K99/50	2	129:K01/26	3	171:K03/12	3	217:K05/11	2
51:K99/51	1	131:K02/02	2	172:K03/13	2	220:K05/14	1
59:K00/01	2	133:K02/04	3	173:K03/14	3	221:K05/15	2
61:K00/03	1	134:K02/05	2	175:K03/16	2	223:K05/17	2
64:K00/06	1	135:K02/06	1	177:K03/18	2	225:K05/19	2
66:K00/08	2	136:K02/07	1	178:K03/19	2	226:K05/20	2
67:K00/09	2	138:K02/09	1	183:K03/24	1	227:K05/21	2

Tabelle A 39: Verhaltensmuster Kinder und Eltern, 3 Cluster nach Alter und Geschlecht

N=108		Cluster 1	Cluster2	Cluster 3	gesamt
5 Altersgruppen	0-2,11 Jahre	1	5	0	6
	3-5,11 Jahre	1	5	0	6
	6-11,11 Jahre	8	14	7	29
	12-17,11 Jahre	6	25	19	50
	> 18 Jahre	2	13	2	17
gesamt		18	62	28	108
Geschlecht	männlich	8	32	15	55
	weiblich	10	30	13	53
gesamt		18	62	28	108

Tabelle A 40: Verhaltensmuster Kinder und Eltern, 3 Cluster nach Geschlecht ,Chi-Quadrat

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,393(a)	2	,822
Likelihood-Quotient	,393	2	,822
Zusammenhang linear-mit-linear	,320	1	,572
Anzahl der gültigen Fälle	108		

8. Anhang

a 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 8,83.

Tabelle A 41: Verhaltensmuster Kinder und Eltern, 3 Cluster nach Aufnahme diagnosen

N=100		Ward Method, Verhaltenseinschätzung Eltern-Kind Paare 3 Cluster			Gesamt
		1	2	3	
Top 3 der Aufnahme diagnosen	F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	3	19	7	29
	S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	6	10	0	16
	L00-L99 Krankheiten der Haut und der Unterhaut	5	9	9	23
	alle anderen	2	21	9	32
Gesamt		16	59	25	100

Tabelle A 42: Verhaltensmuster Kinder und Eltern, 3 Cluster nach psychiatrischen Diagnosen

N=95		Ward Method, Verhaltenseinschätzung Eltern-Kind Paare 3 Cluster			Gesamt
		1	2	3	
psychiatrische Diagnosegruppen Top 4	keine psychiatrische Diagnose	8	17	11	36
	F4= Neurotische- Belastungs- und somatoforme Störungen	2	17	9	28
	F3= Affektive Störungen	2	5	0	7
	F9= Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend	0	5	0	5
	alle anderen	3	13	3	19
Gesamt		15	57	23	95

Tabelle A 43: Psychopathologischer Befund, Kind, Fehlerquadratsummenzuwächse

Clusteranzahl	Psychopathologischer Befund Kind N=174
1	198,2
2	95
3	48,2
4	38,7
5	34
6	29,7
7	23,2
8	23,1
9	22,7
10	15,7
11	15,6
12	14,6
13	13,5

8. Anhang

Tabelle A 44: Psychopathologischer Befund, Zuordnungsübersicht, Agglomeration schedule

Zusammengeführte Cluster			Clusters		Nächster Schritt	Schritt	Zusammengeführte Cluster			Clusters		Nächster Schritt
Cluster 1	Cluster 2	Koeffizienten	Cluster 1	Cluster 2			Cluster 1	Cluster 2	Koeffizienten	Cluster 1	Cluster 2	
214	227	,000	0	0	6	88	50	201	26,983	0	0	116
213	225	,000	0	0	7	89	155	193	28,483	0	0	112
145	218	,000	0	0	23	90	13	162	29,983	0	0	106
197	216	,000	0	0	14	91	117	149	31,483	0	0	140
133	215	,000	0	0	65	92	3	146	32,983	0	61	94
19	214	,000	0	1	11	93	66	138	34,483	0	0	147
1	213	,000	0	2	15	94	3	134	35,983	92	0	107
31	211	,000	0	0	86	95	6	33	37,483	37	84	133
139	209	,000	0	0	26	96	14	30	38,983	0	0	111
194	203	,000	0	0	15	97	11	18	40,583	0	46	153
19	202	,000	6	0	73	98	81	109	42,250	0	82	142
42	200	,000	0	0	67	99	9	74	43,950	74	0	144
161	199	,000	0	0	20	100	34	205	45,717	76	56	133
106	197	,000	0	4	70	101	40	84	47,538	68	23	119
1	194	,000	7	10	18	102	196	198	49,538	0	0	135
163	191	,000	0	0	19	103	160	175	51,538	0	0	138
171	173	,000	0	0	18	104	96	164	53,538	0	0	159
1	171	,000	15	17	25	105	87	136	55,538	0	0	127
38	163	,000	0	16	29	106	13	82	57,538	90	63	147
126	161	,000	0	13	71	107	3	62	59,638	94	0	144
143	154	,000	0	0	25	108	61	106	61,830	75	78	138
64	153	,000	0	0	64	109	31	104	64,296	86	81	155
84	145	,000	0	3	101	110	65	220	66,796	0	0	136
47	144	,000	0	0	45	111	14	204	69,296	96	0	128
1	143	,000	18	21	28	112	10	155	71,796	57	89	130
111	139	,000	0	9	69	113	70	105	74,296	0	0	148
123	135	,000	0	0	28	114	23	98	76,796	87	0	151
1	123	,000	25	27	32	115	27	93	79,296	0	0	150
38	119	,000	19	0	72	116	50	79	81,796	88	0	141
91	116	,000	0	0	32	117	15	67	84,363	77	79	143
69	103	,000	0	0	41	118	19	38	87,063	73	72	134
1	91	,000	28	30	34	119	40	133	89,825	101	65	125
88	90	,000	0	0	34	120	59	176	92,658	62	0	153
1	88	,000	32	33	36	121	60	206	95,658	0	0	139
80	86	,000	0	0	36	122	94	152	98,658	0	0	141
1	80	,000	34	35	39	123	118	141	101,658	0	0	131
6	77	,000	0	0	95	124	22	92	104,658	0	0	132
72	76	,000	0	0	39	125	40	42	107,684	119	67	137
1	72	,000	36	38	42	126	4	64	110,714	54	64	145
68	71	,000	0	0	42	127	87	121	114,048	105	0	157
40	69	,000	0	31	68	128	14	130	117,548	111	0	146
1	68	,000	39	40	44	129	28	73	121,048	0	0	156
48	63	,000	0	0	44	130	10	39	124,548	112	0	152
1	48	,000	42	43	49	131	110	118	128,214	0	123	156
18	47	,000	0	24	46	132	22	32	131,881	124	0	157
18	44	,000	45	0	97	133	6	34	135,559	95	100	158
9	43	,000	0	0	66	134	19	195	139,441	118	0	143
35	36	,000	0	0	49	135	83	196	143,441	0	102	152
1	35	,000	44	48	51	136	65	97	147,607	110	0	151
24	29	,000	0	0	51	137	40	212	151,986	125	0	155
1	24	,000	49	50	53	138	61	160	156,961	108	103	149
12	20	,000	0	0	53	139	60	78	161,961	121	0	158
1	12	,000	51	52	54	140	117	140	167,211	91	83	162
1	7	,000	53	0	126	141	50	94	172,611	116	122	161
61	228	,500	0	0	75	142	25	81	178,145	85	98	146
205	223	1,000	0	0	100	143	15	19	183,726	117	134	154
10	221	1,500	0	0	112	144	3	9	189,326	107	99	150
115	217	2,000	0	0	76	145	1	41	195,476	126	80	159
17	208	2,500	0	0	149	146	14	25	202,332	128	142	165
15	192	3,000	0	0	77	147	13	66	209,332	106	93	161
146	177	3,500	0	0	92	148	46	70	216,832	0	113	160
59	172	4,000	0	0	120	149	17	61	224,732	59	138	154
82	148	4,500	0	0	106	150	3	27	233,082	144	115	166
64	210	5,167	22	0	126	151	23	65	241,749	114	136	164
133	150	5,833	5	0	119	152	10	83	250,624	130	135	167
9	132	6,500	47	0	74	153	11	59	259,565	97	120	163
42	85	7,167	12	0	125	154	15	17	268,770	143	149	164
40	187	7,917	41	0	101	155	31	40	278,846	109	137	165
111	142	8,667	26	0	79	156	28	110	289,079	129	131	168
106	137	9,417	14	0	78	157	22	87	299,412	132	127	162
41	126	10,167	0	20	80	158	6	60	311,135	133	139	160
38	166	10,967	29	0	118	159	1	96	323,462	145	104	163
19	26	11,767	11	0	118	160	6	46	336,629	158	148	166
9	37	12,600	66	0	99	161	13	50	350,093	147	141	168
61	207	13,433	55	0	108	162	22	117	364,709	157	140	167
34	115	14,267	0	58	100	163	1	11	380,351	159	153	170
15	108	15,100	60	0	117	164	15	23	396,050	154	151	170
106	120	15,950	70	0	108	165	14	31	418,726	146	155	172
67	111	16,800	0	69	117	166	3	6	441,846	150	160	169
41	45	17,650	71	0	145	167	10	22	465,049	152	162	171
104	186	18,650	0	0	109	168	13	28	494,785	161	156	169
109	165	19,650	0	0	98	169	3	13	528,783	166	168	171
140	147	20,650	0	0	140	170	1	15	567,444	163	164	172
33	112	21,650	0	0	95	171	3	10	615,623	169	167	173
25	89	22,650	0	0	142	172	1	14	710,669	170	165	173
31	49	23,983	8	0	109	173	1	3	908,891	172	171	0
23	226	25,483	0	0	114							

8. Anhang

Tabelle A 45: Psychopathologischer Befund, Clusterzugehörigkeit, 3 Cluster

Cluster-Zugehörigkeit									
Fall	3 Cluster								
1:K99/01	1	45:K99/45	1	92:K00/34	2	145:K02/16	3	204:K04/19	3
3:K99/03	2	46:K99/46	2	93:K00/35	2	146:K02/17	2	205:K04/20	2
6:K99/06	2	47:K99/47	1	94:K00/36	2	147:K02/18	2	206:K04/21	2
7:K99/07	1	48:K99/48	1	96:K00/38	1	148:K02/19	2	207:K05/01	1
9:K99/09	2	49:K99/49	3	97:K00/39	1	149:K02/20	2	208:K05/02	1
10:K99/10	2	50:K99/50	2	98:K00/40	1	150:K02/21	3	209:K05/03	1
11:K99/11	1	59:K00/01	1	103:K00/45	3	152:K02/23	2	210:K05/04	1
12:K99/12	1	60:K00/02	2	104:K01/01	3	153:K02/24	1	211:K05/05	3
13:K99/13	2	61:K00/03	1	105:K01/02	2	154:K02/25	1	212:K05/06	3
14:K99/14	3	62:K00/04	2	106:K01/03	1	155:K02/26	2	213:K05/07	1
15:K99/15	1	63:K00/05	1	108:K01/05	1	160:K03/01	1	214:K05/08	1
17:K99/17	1	64:K00/06	1	109:K01/06	3	161:K03/02	1	215:K05/09	3
18:K99/18	1	65:K00/07	1	110:K01/07	2	162:K03/03	2	216:K05/10	1
19:K99/19	1	66:K00/08	2	111:K01/08	1	163:K03/04	1	217:K05/11	2
20:K99/20	1	67:K00/09	1	112:K01/09	2	164:K03/05	2	218:K05/12	3
22:K99/22	2	68:K00/10	1	115:K01/12	2	165:K03/06	3	220:K05/14	1
23:K99/23	1	69:K00/11	3	116:K01/13	1	166:K03/07	1	221:K05/15	2
24:K99/24	1	70:K00/12	2	117:K01/14	2	171:K03/12	1	223:K05/17	2
25:K99/25	3	71:K00/13	1	118:K01/15	2	172:K03/13	1	225:K05/19	1
26:K99/26	1	72:K00/14	1	119:K01/16	1	173:K03/14	1	226:K05/20	1
27:K99/27	2	73:K00/15	2	120:K01/17	1	175:K03/16	1	227:K05/21	1
28:K99/28	2	74:K00/16	2	121:K01/18	2	176:K03/17	1	228:K05/22	1
29:K99/29	1	76:K00/18	1	123:K01/20	1	177:K03/18	2		
30:K99/30	3	77:K00/19	2	126:K01/23	1	186:K04/01	3		
31:K99/31	3	78:K00/20	2	130:K02/01	3	187:K04/02	3		
32:K99/32	2	79:K00/21	2	132:K02/03	2	191:K04/06	1		
33:K99/33	2	80:K00/22	1	133:K02/04	3	192:K04/07	1		
34:K99/34	2	81:K00/23	3	134:K02/05	2	193:K04/08	2		
35:K99/35	1	82:K00/24	2	135:K02/06	1	194:K04/09	1		
36:K99/36	1	83:K00/25	2	136:K02/07	2	195:K04/10	1		
37:K99/37	2	84:K00/26	3	137:K02/08	1	196:K04/11	2		
38:K99/38	1	85:K00/27	3	138:K02/09	2	197:K04/12	1		
39:K99/39	2	86:K00/28	1	139:K02/10	1	198:K04/13	2		
40:K99/40	3	87:K00/29	2	140:K02/11	2	199:K04/14	1		
41:K99/41	1	88:K00/30	1	141:K02/12	2	200:K04/15	3		
42:K99/42	3	89:K00/31	3	142:K02/13	1	201:K04/16	2		
43:K99/43	2	90:K00/32	1	143:K02/14	1	202:K04/17	1		
44:K99/44	1	91:K00/33	1	144:K02/15	1	203:K04/18	1		

Tabelle A 46: Psychopathologischer Befund, 3 Cluster nach Alter und Geschlecht

N=174		Cluster 1	Cluster2	Cluster 3	gesamt
5 Altersgruppen	0-2,11 Jahre	9	2	0	11
	3-5,11 Jahre	4	6	0	10
	6-11,11 Jahre	22	9	8	39
	12-17,11 Jahre	40	31	18	89
	> 18 Jahre	10	13	2	25
gesamt		85	61	28	174
Geschlecht	männlich	38	35	7	80
	weiblich	47	24	21	92
gesamt		85	59	28	172

8. Anhang

Tabelle A 47: Psychopathologischer Befund nach Geschlecht, Chi-Quadrat

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	9,211(a)	2	,010
Likelihood-Quotient	9,505	2	,009
Zusammenhang linear-mit-linear	,855	1	,355
Anzahl der gültigen Fälle	172		

a 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 13,02.

Tabelle A 48: Psychopathologischer Befund, 3 Cluster nach Aufnahme Diagnosen

N=140		Ward Method, Psychopathologischer Befund Kinder 3 Cluster			Gesamt
		1	2	3	
Top 3 der Aufnahme Diagnosen	F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	14	17	4	35
	S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	12	13	1	26
	L00-L99 Krankheiten der Haut und der Unterhaut	14	4	3	21
	alle anderen	26	18	14	58
Gesamt		66	52	22	140

Tabelle A 49: Psychopathologischer Befund nach Aufnahme Diagnosen, Chi-Quadrat

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	12,356(a)	6	,054
Likelihood-Quotient	13,097	6	,042
Zusammenhang linear-mit-linear	,437	1	,509
Anzahl der gültigen Fälle	140		

a 2 Zellen (16,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,30.

Tabelle A 50: Psychopathologischer Befund, 3 Cluster nach psychiatrischen Diagnosen

N=168		Ward Method, Psychopathologischer Befund Kinder 3 Cluster			Gesamt
		1	2	3	
psychiatrische Diagnosegruppen Top 4	keine psychiatrische Diagnose	47	12	5	64
	F4= Neurotische- Belastungs- und somatoforme Störungen	14	14	18	46
	F3= Affektive Störungen	7	5	3	15
	F9= Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend	4	6	1	11
	alle anderen	9	22	1	32
Gesamt		81	59	28	168

8. Anhang

Tabelle A 51: Psychopathologischer Befund nach psychiatrischen Diagnosen, Chi-Quadrat

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	52,077(a)	8	,000
Likelihood-Quotient	49,187	8	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	4,191	1	,041
Anzahl der gültigen Fälle	168		

a 3 Zellen (20,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,83.

Tabelle A 52: Verhaltensmuster Kinder 4 Cluster nach Psychopathologischem Befund 3 Cluster

Anzahl, N=95	Ward Method, Psychopathologischer Befund Kinder 3 Cluster			Gesamt
	1	2	3	
Ward Method. Verhaltenseinschätzung Kinder 4 Cluster				
1	17	15	4	36
2	4	6	0	10
3	15	2	5	22
4	11	11	5	27
Gesamt	47	34	14	95

Tabelle A 53: Psychiatrische Diagnosen nach Aufnahmediagnosen

Anzahl, N=98		Top3Aufndia					Gesamt
		F00-	L00-	S00-	keine	Rest	
Psychiatrische	F0=organische einschließlich symptomatischer	0	0	0	0	1	1
Diagnosegruppen F0-F9	F1=psychische und Verhaltensstörungen durch	0	0	1	0	0	1
	F2=Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	8	0	0	0	0	8
	F3=affektive Störungen	2	2	3	1	5	13
	F4=neurotische-,Belastungs-und somatoforme Störungen	6	2	9	4	23	44
	F5=Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	1	0	0	0	1	2
	F6=Persönlichkeits-und Verhaltensstörungen	6	0	2	0	0	8
	F7=Intelligenzminderung	2	2	1	0	0	5
	F8=Entwicklungsstörungen	0	0	0	0	2	2
	F9=Verhaltens-und emotionale Störungen mit Beginn in	4	1	0	0	4	9
	kombinierte/gemischte Diagnosen	3	1	1	0	0	5

8. Anhang

Tabelle A 53: Psychiatrische Diagnosen nach Aufnahmediagnosen

Anzahl, N=98		Top3Aufndia					Gesamt
		F00-	L00-	S00-	keine	Rest	
	F0=organische einschließlich symptomatischer	0	0	0	0	1	1
	F1=psychische und Verhaltensstörungen durch	0	0	1	0	0	1
	F2=Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	8	0	0	0	0	8
	F3=affektive Störungen	2	2	3	1	5	13
	F4=neurotische-,Belastungs-und somatoforme Störungen	6	2	9	4	23	44
	F5=Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	1	0	0	0	1	2
	F6=Persönlichkeits-und Verhaltensstörungen	6	0	2	0	0	8
	F7=Intelligenzminderung	2	2	1	0	0	5
	F8=Entwicklungsstörungen	0	0	0	0	2	2
	F9=Verhaltens-und emotionale Störungen mit Beginn in	4	1	0	0	4	9
	kombinierte/gemischte Diagnosen	3	1	1	0	0	5
	Gesamt	32	8	17	5	36	98

Tabelle A 54: Aufnahmediagnose nach psychiatrische Diagnose ja/nein

Anzahl, N=160		Ist eine psychiatrische Diagnose vorhanden?		
		nein	ja	Gesamt
Top3Aufndia	F00-F99	6	32	38
	L00-L99	14	8	22
	S00-T98	9	18	27
	keine Aufnahmediagnose	7	5	12
	Rest der Aufnahmediagnosegruppen	25	36	61
	Gesamt	61	99	160

8. Anhang

Tabelle A 55: Aufnahmediagnose nach psychiatrische Diagnose ja/nein, Chi-Quadrat

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	16,657 ^a	4	,002
Likelihood-Quotient	17,464	4	,002
Zusammenhang linear-mit-linear	2,980	1	,084
Anzahl der gültigen Fälle	160		

a. 1 Zellen (10,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 4,58.

9. Literaturverzeichnis

- Achenbach, T. M. (1997). *Manual for the Young Adult Self- Report and Young Adult Behavior Checklist*, University of Vermont, Burlington, Vermont.
- Achenbach, T. M. et al (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*, Department of psychiatry, Burlington.
- Achenbach, T. M. et al (1987). *Youth Self- Report der Child Behavior Checklist*
- Achenbach, T. M. et al (1993). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*, Department of psychiatry, Burlington.
- Acosta, M. et al (2008). Latent Class Subtyping of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder and Comorbid Conditions. *J. AM.Child Adolesc. Psychiatry*, 47:7, 797-807.
- Adler, R. (1992). Burns are different: the child psychiatrist on the pediatric burns ward. *Journal of Burn Care and Rehabilitation* 13, 28-32.
- Andler, W. et al (1995). Ergebnisse einer Basisbefragung von Kinderkliniken, Kinderabteilungen, Kinderchirurgischen Kliniken und Kinderchirurgischen Abteilungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 143, 899-904.
- Berger-Sallawitz, F. et al (1995). Die kinderpsychiatrische Versorgung in deutschen Kinderkliniken. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 23, 60-61.
- Bessler, C. (2001). Kinderpsychiatrische Konsiliar- und Liaisonarbeit in der Pädiatrie. Diagnostische Ergebnisse der Jahre 1989-1992 In: *Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen*. (ed. Frank, R.; Mangold, B.), 142-149. Kohlhammer.
- Blancquart, I. B. et al (1992). Referral patterns for children with chronic disease. *Pediatrics* 90, 71-74.
- Blanz, B. (1996). Erfassung und Behandlung psychischer Störungen von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen. Besonderheiten bei psychisch auffälligen chronisch kranken Kindern und Jugendlichen. In: *Chronisch kranke Kinder und ihre Familien*. (ed. Lehmkuhl, G.), 49-54. Quintessenz, München.

9. Literaturverzeichnis

- Böhm, A. et al (2008). Was macht eigentlich das Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie der LMU? Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, unveröffentlicht, München.
- Bolian, G. C. (1971). Psychiatric consultation within a community of sick children: Lessons from a childrens hospital. *J AM Acad Child Adolesc Psychiatry* 10, 293-307.
- Bortz, J. (1989). *Statistik für Sozialwissenschaftler*, Springer, Berlin.
- Brenner, G. B., Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (1995). *Diagnosenverschlüsselung in der Arztpraxis, Fachgruppenbezogene Diagnosenkataloge auf der Grundlage der ICD-10*, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- Bronheim, H. et al (1998). The Academy of Psychosomatic Medicine Practice Guidelines: psychiatric consultation in the general medical setting. *Psychosomatics* 39, 8-30.
- Bühl, A. (2006a). Analyse von Mehrfachantworten. In: *SPSS 14, eine Einführung in die moderne Datenanalyse*. 10. Auflage, 277-291. Pearson Studium, München.
- Bühl, A. (2006b). Clusteranalyse. In: *SPSS 14, Einführung in die moderne Datenanalyse*. 10. Auflage. Pearson Studium, München.
- Bühl, A. (2006c). Datenexploration. In: *SPSS 14, Einführung in die moderne Datenanalyse*. 10. Auflage. Pearson Studium, München.
- Bühl, A. (2006d). Häufigkeitsauszählungen. In: *SPSS 14, Einführung in die moderne Datenanalyse*. 10, 121-123. Pearson Studium, München
- Bühl, A. (2006e). Kreuztabellen. In: *SPSS 14, Einführung in die moderne Datenanalyse*. 10. Auflage. Pearson Studium, München.
- Bühl, A. (2006f). Statistische Grundbegriffe. In: *SPSS 14, Einführung in die moderne Datenanalyse*. 10. Auflage. Pearson Studium, München.
- Bühl, A. et al (2000). *SPSS 9. Einführung in die moderne Datenanalyse*, Addison Wesley Verlag, München.
- Caduff, F. (1994). Krankheitsbilder im Spannungsfeld zwischen Psychiatrie und Neurologie. *Krankenhauspsychiatrie* 4, 178-182.
- Chang, G. et al (1988). Physician`s recognition of psychiatric disorders in children and adolescents. *American Journal of Diseases in Childhood* 142, 736-739.

9. Literaturverzeichnis

- Chung, W. et al (2009). The influence of institutional characteristics on length of stay for psychiatric patients: A national database study in South Korea. *Soc Sci Med* 68(6): 1137-1144
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Erlbaum, New York.
- Costello, E. J. et al (1988a). Psychiatric disorders in primary care. *Archives of General Psychiatry* 45, 1107-1116.
- Costello, E. J. et al (1988b). Psychopathology in Pediatric Primary Care: The new hidden Morbidity. *Pediatrics* 82, 415-424.
- Davier, von M. (1994). *WINMIRA- A program system for analyses with the Rasch model, with the Latent Class Analysis and with the mixed Rasch Model*, Institut für die Pädagogik der Naturwissenschaften, Kiel.
- Diefenbacher, A. et al (1996). Die Konsumentenperspektive-ein wichtiges Maß für Gestaltung und Qualität psychiatrischer Konsildienste. *TW Neurologie Psychiatrie* 10 (Heft 7-8).
- Dilling, H. (1986). Das psychiatrische Anamnesemosaik. *Nervenarzt* 57, 374-377.
- Dilling, H. et al (1992). F4, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. In: *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. 141-183. Verlag Hans Huber Bern.
- Döpfner, M. et al (1993). Die Psychopathologische Befund-Dokumentation: Ein Verfahren zur Beurteilung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 21, 90-100.
- Döpfner, M. et al (1997). Das CASCAP-D in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: *Das AMDP-System in der klinischen Anwendung und Forschung*. (ed. Haug, H.-J.; Steglitz, R.-D.), 98-107. Hogrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen.
- Döpfner, M. et al (1994). Deutschsprachige Konsensus-Versionen der Child Behavior Checklist (CBCL 4-18), der Teacher Report Form (TRF) und der Youth Self Report Form (YSR). *Kindheit und Entwicklung* 3, 54-59.
- Elkemann, U. (2006) *Prospektive Feldstudie zur psychosomatischen Konsiliararbeit mit Eltern und Patienten einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin*. Dissertation, Westfälische Wilhelms-Universität.
- Engfer, A. et al (1986). Antecedents and consequences of maternal sensitivity. A longitudinal study. In: *Psychobiology and early development*. (ed. Rauh, H.; Steinhausen, H.C.), 71-99. Elsevier, Amsterdam.

9. Literaturverzeichnis

- Esser, G. et al (1989). *Mannheimer Elterninterview; MEI: Strukturiertes Interview zur Erfassung von kinder- und jugendpsychiatrischen Auffälligkeiten*, Beltz, Weinheim.
- Fallon, B. et al (1993). Psychiatric manifestations of lyme borreliosis. *Journal of Clinical Psychiatry* 54, 263-268.
- Fegert, J.M. et al (2004). Kinder- und jugendpsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst. In: *Psychiatrie in der klinischen Medizin*. (ed. Arolt, V.; Diefenbacher, A.), 223-240. Steinkopff, Darmstadt
- Finsterer, I. (2008) *Behandlungs- Zufriedenheit von Patienten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik - eine Nachbefragung*. Dissertation, Ludwig-Maximilians- Universität.
- Frank, R. (1995) *Kinderärztlich/kinderpsychiatrische Untersuchungen an mißhandelten und vernachlässigten Kindern und deren Familien*. Habilitationsschrift, Ludwig-Maximilians-Universität.
- Frank, R. (2001a). Einführung Teil 1- Versorgungssituation. In: *Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen*. (ed. Frank, R.; Mangold, B.), 1, 9-10. Kohlhammer, Stuttgart.
- Frank, R. (2002). Aufgaben eines Konsiliar- und Liaisondienstes. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 150, 186-191.
- Frank, R. (2006). Konsiliar- und Liaisonstätigkeit. In: *Psychosomatisches Kompendium der Pädiatrie*. (ed. Herpertz-Dahlmann, B.; Warnke, A.), 367-378. Hans Marseille Verlag GmbH München, München
- Frank, R. et al (2001b). Einleitung-Über Kooperation zu Qualität. In: *Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen*. (ed. Frank, R.; Mangold, B.). Kohlhammer, Stuttgart.
- Frank, R. et al (2001c). Verhaltensmuster von Kindern und Eltern in zwei Kinderkliniken. In: *Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen*. (ed. Frank, R.; Mangold, B.), 1, 42-54. Kohlhammer, Stuttgart.
- Frank, R. et al (2001d). Kinder- und jugendpsychiatrische Konsiliartätigkeit an einer Kinderklinik. In: *Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen*. (ed. Frank, R.; Mangold, B.), 150-164. Kohlhammer, Stuttgart.

9. Literaturverzeichnis

- Frick, U. (1997) *Die Wahrnehmung gesundheitsbezogener Risiken durch Jugendliche*, Dissertation
- Froese, A. et al (1997). Child psychiatric consultation service to community agencies: a collaborative approach involving three community agencies. *Can J Psychiatry* 42, 656-658.
- Garralda, M. (1994). Primary care psychiatry. In: *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*. (ed. Rutter, M.; Taylor, E.; Hersov, L.), 1055-1070. Blackwell Science Ltd., Oxford.
- Geyer, M. (1985). *Das ärztliche Gespräch*, Volk und Gesundheit.
- Geyer, M. (1994). Interdisziplinäre Aspekte der Psychotherapie. In: *Lehrbuch der Psychotherapie*. (ed. Heigl-Evers, A.; Heigl, F.; Ott, J.), 2. Aufl., 461-519. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart Jena.
- GOÄ-Tipp (2008). Konsile nicht vergessen! *Wirtschaftsmagazin für den Kinderarzt* 5, 14.
- Graham, P. J. (1992). Types of psychiatric treatment: overview. *Archives of Diseases in Childhood* 67, 237-239.
- Hammer, J. et al (1995). Operationalizing a bedside pen entry notebook clinical database system in consultation-liaison psychiatry. *General Hospital Psychiatry* 17, 165-172.
- Hammer, J. et al (1993). An optical scan/statistical package for clinical data management in C-L-Psychiatry. *General Hospital Psychiatry* 15, 95-101.
- Hemmer, K. B. (2008) *Zufriedenheit von Jugendhilfeeinrichtungen mit der Kooperation an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik – eine Nachbefragung*. Dissertation in Vorbereitung, Ludwig- Maximilians- Universität
- Herzog, T. et al (2001). Konsiliar-/Liaisonpsychosomatik. In: *Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts*. (ed. Deter, H.-C.), 1, 243. Verlag Hans Huber, Bern.
- Jankowski, J. (1974). Clinical Child Psychiatry services on a pediatric-adolescent unit. *J Am Acad Child Psychiatry* 13, 95-109.
- Javo, C. et al (2009). Cross-informant correlations on social competence and behavioral problems in Sami and Norwegian preadolescents. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 18, 154-163.
- Jellinek, M. S. et al (1981). A psychiatric consultation service for hospitalized children. *Psychosomatics* 22, 29-33.

9. Literaturverzeichnis

- Johnson, T. et al (2009). Discrepancy between admission and discharge diagnoses as a predictor of hospital length of stay. *Journal of Hospital Medicine* 4(4), 234-239.
- Karamete, B. (2008) *Zufriedenheit von behandelnden Ärzten mit der Behandlung ihres Patienten und der Kooperation mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik – eine Nachbefragung*. Dissertation in Vorbereitung, Ludwig- Maximilians- Universität
- Kind, H. (1996). *Psychiatrische Untersuchung*, Springer, Berlin, Heidelberg.
- Klein, W. (1996) *Kindesmißhandlung: Verhalten und Interaktion von mißhandelten Kindern und ihren Eltern*. Dissertation, Albert-Ludwigs-Universität.
- Krener Knapp, P. et al (1998a). Consultation-Liaison in Child Psychiatry: A review of the past 10 years. Part I: Clinical Findings. *J. AM. Child Adolesc. Psychiatry* 37:1, 17-25.
- Krener Knapp, P. et al (1998b). Consultation-Liaison in child psychiatry: a review of the past 10 years. Part II: Research on treatment approaches and outcomes. *J AM. Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:2, 139-145.
- Kuhl, H. C. (November 2008). Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000-2006, Arbeitsdokument 31. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Lewis, M. (1978). Child psychiatric consultation in pediatrics. *Pediatrics* 62, 359-364.
- Lewis, M. (1994). Consultation process in psychiatry consultation-liaison in pediatrics. In: *Consultation Liaison in Pediatrics. Psychiatric Clinics of North America*. (ed. Lewis, M.; Kind, R.A.), 427-463. WB Saunders, Philadelphia.
- Liaisondienst, A.o. (2000). Konsiliar- und Liaisondienst in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin (psmCL) in Krankenhäusern der Akutversorgung. (ed. uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF, w.), Düsseldorf.
- Lipowski, Z. (1967). Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine* 29, 153-171.
- Machleidt, W. et al. (1999). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
- Mangold, B. (2001). Kinderpsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst: Eine sensible Nahtstelle zwischen naturwissenschaftlicher und psychosozialer Medizin. In: *Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen*. (ed. Frank, R.; Mangold, B.), 1, 91. Kohlhammer, Stuttgart.

9. Literaturverzeichnis

- Menahem, S. et al (1997). Psychiatric collaboration in a pediatric department. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 31, 214-218.
- Möller, H. J. (1994). *Psychiatrie-Ein Leitfaden für Klinik und Praxis*, Kohlhammer, Stuttgart,Berlin.
- Monelly, E. P. et al (1973). Psychiatric consultations in a childrens hospital. *Am J Psychiatry* 130, 789-790.
- Morgan, W. et al (1977). *Der klinische Zugang zum Patienten.Anamnese und Körperuntersuchung*, Verlag Hans Huber, Bern,Stuttgart.
- Mucchielli, R. (1972). *Das nicht-direktive Beratungsgespräch*, Otto Müller Verlag, Salzburg.
- Murphy, M. J. et al (1996). Utility of the pediatric symptom checklist as a psychosocial screen to meet the federal Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment Standards(EPSTD). *Journal of Pediatrics* 129, 864-869.
- Ortiz, P. (1997). General principles in child liaison consultation service: a literature review. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 6, 1-6.
- Perera, L. et al (2008). Implementing Paediatric Liaison: audit of staff perceptions and service use. *Archives of Diseases in Childhood* 93, 1077-1078.
- Peterson, C. et al (2006). Psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland In: *Psychosoziale Versorgung in der Medizin*. (ed. Pawils, Koch). Schattauer GmbH, Stuttgart
- Püschmann, H. et al (2006). Vollständigkeit und Qualität der ärztlichen Dokumentation in Krankenakten. *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 103, 104-108.
- Rait, D. et al (1988). Characteristics of psychiatric consultations in a pediatric cancer center. *Am J Psychiatry* 145, 363-364.
- Reed, T. et al (1988). Goodness of fit statistics for discrete multivariate data. Springer, New York.
- Rienhoff, O. et al (1998). Daten sammeln und auswerten In: *Das Public Health Buch*. (ed. Schwartz, F.W.; Badura, B.; Leidl, R.; Raspe,H.; Siegrist, J.), 270-283. Urban und Schwarzenberg, München, Wien,Baltimore.
- Rosemeier, H. P. (1991). *Medizinische Psychologie und Soziologie*, Enke, Stuttgart.
- Rost, J. et al (1991). Alternative Skalierungsmöglichkeiten zur klassischen Testtheorie am Beispiel der Skala "Jugendzentrismus". *ZA-Information* 28, 52-75.

9. Literaturverzeichnis

- Röttger, K. (1999). Was heißt psychosoziale Beratung von Krebskranken? Ambulante psychoonkologische Beratung-Projektbericht und Perspektiven. Akademie Verlags- und Druck-Gesellschaft mbH, Essen.
- Sack, W. et al (1977). One years survey of child psychiatry consultations in a peditaric hospital. *J Am Acad Child Psychiatry* 16, 716-727.
- Sack, W. et al (1978). Who gets referred? Child psychiatric consultation in a pediatric hospital. *Int J Psychiatry Med*, 329-337.
- Salbach-Andrae, H. et al (2009). Agreement between youth-reported and parent-reported psychopathology in a referred sample. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 18, 136-143.
- Saupe, R. et al (1996a). Die Konsilpsychiatrische Untersuchung. In: *Praktische Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie*. (ed. Saupe, R., Diefenbacher,A.), 15-26. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.
- Saupe, R. et al (1996b). Dokumentation im Psychiatrischen Konsildienst. In: *Praktische Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie*. (ed. Saupe, R., Diefenbacher,A.), 27-39. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.
- Saupe, R. et al (1996c). Gesprächsführung und Psychotherapie in der Konsiliarpsychiatrie. In: *Praktische Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie*. (ed. Saupe, R., Diefenbacher,A.), 40-50. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.
- Saupe, R. et al (1995). Konsilpsychiatrie:Sozial- und angewandte Neuropsychiatrie. In: *Handeln und Atmosphäre im therapeutischen Raum psychiatrischer Abteilungen*. (ed. Kipp, J.; Wehmeier, P.), 263-269. S. Roderer Verlag, Regensburg.
- Schäfert, R. M. (2005) *Konsiliarpsychiatrie und -psychosomatik in der Kinderklinik*. Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität
- Schifferdecker, M. et al (1992). Lokalisationsbezogene psychopathologische Symptome bei Hirntumoren am Beispiel der Olfaktoriusmeningeome. *Nervenarzt* 63, 175-179.
- Schmeck, K. (2003). Temperament und Geschlecht. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 151,6, 594-600.
- Schunck, T. (2008) *Zufriedenheit von Eltern mit der Behandlung ihres Kindes in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik – eine Nachbefragung*. Dissertation, Ludwig-Maximilians- Universität

9. Literaturverzeichnis

- Seligman, R. et al (1974). Psychiatric consultation in a medical setting for adolescent: Description of one modus operandi. *Clin Pediatr (Phila)* 13, 117-120.
- Shaw, R. J. et al (2006a). *Clinical Manual of Psychosomatic Medicine*, American Psychiatric Publishing, Inc., Arlington.
- Shaw, R. J. et al (2006b). Preface. In: *Clinical Manual of Pediatric Psychosomatic Medicine*. American Psychiatric Publishing, Inc., Arlington.
- Shaw, R. J. et al (2003). Konsiliar/Liaison-tätigkeit in der Kinder und Jugendpsychiatrie. 33, Stanford, München.
- Simonds, J. (1977). Psychiatric consultations for 112 pediatric inpatients. *South Med J* 70, 980-984.
- Specht, F. et al (1991). Stationäre und teilstationäre Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie im vereinten Deutschland. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 41, 367-374.
- Stadler, A. et al. (2001). Wie Kinder- und Jugendpsychiater die Konsiliar- und Liaison-tätigkeit an Kinderkliniken in Deutschland beurteilen. In: *Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen*. (ed. Frank, R.; Mangold, B.), 133-141. Kohlhammer, Stuttgart.
- Steininger, C. (2002). Glossar zur Basis- und Leistungsdokumentation. 5 München.
- Strain, J. et al (1991). Patterns of referral from consultation-liaison to social work services. *General Hospital Psychiatry* 13, 88-94.
- Studt, H. et al (1999). *Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse-Psychosomatik-Psychotherapie, Ein Leitfaden für Klinik und Praxis*, de Gruyter, Berlin.
- Szatmari, P. et al (1995). Evaluation of Diagnostic Criteria for Autism Using Latent Class Models. *Journal of the American Academy of Adolescent Psychiatry* 34, 216-222.
- Tausch, R. (1970). *Gesprächspsychotherapie*, Hogrefe, Göttingen.
- Thompson, C. (1992). Research questionnaires in routine clinical practice: are they useful? In: *Practical Problems in Clinical Psychiatry*. (ed. Hawton, K.; Cowen, P.), 231-241. Oxford Medical Publications, Oxford New York.
- Thun-Hohenstein, L. (2001). Kinder- und Jugend(neuro)psychiatrie an Kinder- und Jugendabteilungen. In: *Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen*. (ed. Frank, R.; Mangold, B.), 1, 19-26. Kohlhammer, Stuttgart.

9. Literaturverzeichnis

- Tiller, J. (1978). Psychiatric consultations in a children's hospital. *Med J Aust* 1, 532-535.
- Tomalak, H. (2006a) *Kinder- und Jugendpsychiatrischer Konsiliardienst in der Erwachsenenpsychiatrie*. Dissertation, Universität Zürich.
- Ullrich, G. (2004). Gedanken zur psychosozialen Versorgung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher in Kliniken der Maximalversorgung. oder: Psychosoziale Versorgung am Scheideweg. In: *Arbeitsplatz Kinderklinik. Ergebnisse einer Befragung des pädagogischen und psychosozialen Personals in deutschen Universitätskinderkliniken*. (ed. Ullrich, G.), 1, 29-52. dgvt, Tübingen.
- Ullrich, G. (2006). Psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen: Synopse und Ausblick. In: *Psychosoziale Versorgung in der Medizin* (ed. Pawils, Koch). Schattauer, Stuttgart.
- Ullrich, G. et al (2001). "...dass jeder seine Arbeit tun will und die Pflichten des anderen nicht achtet"- Psychosomatische Kooperation im Spiegel einer bundesweiten Umfrage an deutschen Universitätskinderkliniken. In: *Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen*. (ed. Frank, R.; Mangold, B.). Kohlhammer, Stuttgart.
- Wikipedia (2008). Latent- Class- Analyse. aus Wikipedia, der freien Enzyklopädie.
- Winter, S. (2009). Konsiliar- und Liaisondienst in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an einem universitären Zentrum der Maximalversorgung. In: *Psychosomatik-Kinder- und Jugendpsychiatrie als interdisziplinäres Fach, XXXI. Kongress der DGKJP, Hamburg, 4.-7. März 2009*. (ed. Schulte-Markwort, M.), 12. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Wiseman, M. (2005a). SPSS für Windows, Eine Einführung. 10. Auflage, 1. Revision. Leibniz Rechenzentrum München.
- Wiseman, M. (2005b). SPSS Special Topics: Einige Grundbegriffe der Statistik. 1-3. Leibniz Rechenzentrum, München.
- Wrate, R. et al (1978). A child psychiatry service to pediatricians. *Dev Med Child Neurol* 20, 347-356.
- Ziegenhain, U. et al (2001). Diagnostik und Behandlung von Verhaltensproblemen im Kleinkindalter. In: *Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen*. (ed. Frank, R.; Mangold, B.), 1, 27-41. Kohlhammer, Stuttgart.

10. Lebenslauf

Annika Gahl-Lang

Geburtsdatum und -ort Familienstand Kinder Schulbildung 09/1980 – 07/1984 08/1984 – 07/1993	08.06.1974, Hamburg verheiratet eine Tochter, geb. am 18.07.2006 Grundschule, Hamburg und Wrohm Gymnasium, Heide und Hamburg Allgemeine Hochschulreife , Gymnasium Meiendorf, Hamburg
Freiwilliges Soziales Jahr 10/1993 – 07/1994	4 Monate: Kath. Montessorie Kindergarten St. Annen, Hamburg 6 Monate: Sonderheim für taubblinde und mehrfachbehinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene , Tensbüttel in Schleswig-Holstein
Ausbildung 11/1994 – 10/1997	zur Ergotherapeutin Staatl. anerkannte Schule für Ergotherapie am Ev. Waldkrankenhaus Spandau, Berlin
Berufstätigkeit 11/1997 bis 05/2006	als Ergotherapeutin Behandlung von Patienten mit pädiatrischen (Schwerpunkt), psychiatrischen, neurologischen und orthopädischen Störungsbildern: Praxis für Ergotherapie Stefan Lenzen , München und Erwin- Lesch- Schule , Unterhaching und Taufkirchen: im Bereich der Diagnose- und Förderklassen
Studium 05/1999 bis 11/2005	Studium der Humanmedizin an der LMU, München
Krankenpflegepraktikum	Chirurgie, Kreisklinik München- Pasing
Famulaturen	3 Wochen: Abteilung für Kinderkardiologie und Pädiatrische Intensivmedizin , Klinikum Großhadern, München 4 Wochen: Pädiatrische Praxis Dr. med. S. Böse- O`Reilly, München 4 Wochen: Psychiatrie , Station C4, Sucht , Nußbaumstraße, München 4 Wochen: Entwicklungsneurologie , im Dr. v. Haunerschen Kinderspital, München 4 Wochen: Neurologie , Friedrich-Baur-Institut, München

10. Lebenslauf

PJ Praktisches Jahr 10/2004 bis 09/2005	Wahlfach: Physikalische Medizin , Klinikum Großhadern, München Innere Medizin: Krankenhaus München- Neuperlach Chirurgie: Chirurgische Klinik -Innenstadt, Nußbaumstraße 20, München und Thoraxchirurgie, Asklepios- Klinik, Gauting
12/2005	Drittes Staatsexamen, Approbation
Dissertation und Veröffentlichungen seit 02/2006	in der Ambulanz der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LMU, München bei Prof. Dr. med. R. Frank Thema der Dissertation: Kinder- und jugendpsychiatrische Konsiliartätigkeit an einem Großklinikum Postervorstellung: „Kinder- und jugendpsychiatrische Konsiliartätigkeit an einem Großklinikum“ auf der 1. Arbeitstagung „Psychotherapieforschung im Kindes- und Jugendalter“, Heidelberg, 6.-7.3.2008 Vortrag im Hauptsymposium: „Konsiliartätigkeit als Prozess: Verhaltensbeschreibung aus Sicht der anfordernden Station und aus Sicht des Konsiliars“, auf dem DGKJP Kongress 2009, 4.-7.3.2009, Universität Hamburg
Ärztliche Tätigkeit 07-08/2007	Ambulanz der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LMU, München
Fortbildungen, Medizin	Suchtmedizinische Grundversorgung (seit 01/2009) Grundkurs Sonographie (10/2008)