

Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik

Ärztlicher Leiter: Herr Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort

Ergebnisse eines Screenings zu psychischen Auffälligkeiten pädiatrischer Patienten: Unterschiede im Eltern- und Kindurteil

Dissertation

Zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von:

Julia Walter

aus Siegburg

Hamburg 2010

Angenommen von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 15.12.2010

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende: Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort

Prüfungsausschuss: 2. Gutachter: Prof. Dr. med. Bernd Löwe

Prüfungsausschuss: 3. Gutachter: Prof. Dr. med. Rainer Ganschow

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkürzungsverzeichnis	6
1 EINLEITUNG	
1.1 Die pädiatrische gastroenterologisch-hepatologische Spezialambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf	7
1.2 Das Projekt „Gemeinsame Ambulanz“ in Hamburg	8
1.3 Die Notwendigkeit eines Screenings	12
1.4 Der multiperspektivische Studienansatz: Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Eltern- und Kindurteilen	13
1.5 Abgeleitete wissenschaftliche Fragestellungen	18
1.6 Ziel der Arbeit	19
2 MATERIAL UND METHODIK	
2.1 Studienaufbau	20
2.1.1 Studiendesign	20
2.1.2 Einschlusskriterien	20
2.1.3 Stichprobe	20
2.1.4 Datenerhebung	21
2.2 Beschreibung des Eltern- und Kinderfragebogens	22
2.2.1 Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten	22
2.2.2 Hinweise auf Somatoforme Störungen	24
2.2.3 Complianceprobleme	26
2.2.4 Lebensqualität	26
2.2.5 Psychosoziale Risikofaktoren	27
2.2.6 Subjektiver Beratungsbedarf	28
2.3 Beschreibung des Arztfragebogens	28
2.4 Erhebung soziodemographischer Daten	29
2.5 Konzept der Gesamtauswertung des Screenings	30
2.6 Ethik	30
2.7 Statistische Auswertungsverfahren	30

3 ERGEBNISSE	
3.1 Stichprobenbeschreibung	31
3.2 Patientenkollektiv	32
3.3 Ausprägung und Prävalenzen der Konstrukte im Eltern- und Kindurteil	34
3.3.1 Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten	34
3.3.2 Hinweise auf Somatoforme Störungen	37
3.3.3 Complianceprobleme	44
3.3.4 Lebensqualität	45
3.3.5 Psychosoziale Risikofaktoren	46
3.3.6 Subjektiver Beratungsbedarf	49
3.3.7 Beschreibung des Gesamtergebnis des Screenings	49
3.4 Korrelationen der Ergebnisse von Eltern- und Kindurteilen	51
3.4.1 Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten	51
3.4.2 Hinweise auf Somatoforme Störungen	54
3.4.3 Complianceprobleme	56
3.4.4 Lebensqualität	57
3.4.5 Psychosoziale Risikofaktoren	58
3.4.6 Subjektiver Beartungsbedarf	60
3.5 Einfluss von Alter, Geschlecht und somatischer Grunderkrankung auf die Übereinstimmung der Eltern- und Kindurteile	61
3.5.1 Regressionsanalyse der Einflussfaktoren	61
3.5.2 Alter	62
3.5.3 Geschlecht	64
3.5.4 Somatische Grunderkrankung	65
3.6 Bezug zum Gesamtergebnis des Screenings	67
4 DISKUSSION	
4.1 Allgemeines	70
4.2 Deskriptive Auswertung	72
4.3 Diskussion der Fragestellungen	81
4.3.1 Unterschiede in Eltern- und Kindurteil	81
4.3.2 Einflussfaktoren auf die Übereinstimmung beider Urteile	87
4.3.3 Bedeutung in Zusammenhang mit dem Gesamtscreeningergebnis	90
4.4 Schlussfolgerungen	91
4.5 Methodische Kritik	93
4.6 Ausblick und Forschungsperspektive	94

5 ZUSAMMENFASSUNG	95
6 LITERATURVERZEICHNIS	96
7 TABELLARISCHER ANHANG	106
7.1 Tabellen	106
7.2 Elternfragebogen	108
7.3 Kinderfragebogen	113
7.4 Arztfragebogen	118
8 DANKSAGUNG	119
9 ERKLÄRUNG	120

Verwendete Abkürzungen

CAS	Child Assessment Schedule
CBCL	Child Behaviour Checklist
C-DISC	Children – Diagnostic Interview Schedule for Children
CED	Chronisch entzündliche Darmerkrankung
EDSP-Studie	Early Developmental Stages of Psychopathology
HRQoL	Health Related Quality of Life
HBSC	Health Behaviour in School-aged children
ICD-10	International Classification of Diagnoses
ISCA-D	Interview Schedule for Children and Adolescents - Diagnostic version
LTX	Lebertransplantation
NPV	negative predictive value (Negativ prädiktiver Wert)
PARS-III	Personal Adjustment and Role Skills Scale
PPV	positive predictive value (Positiv prädiktiver Wert)
PSC	Pediatric Symptom Checklist
SD	Standardabweichung
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
YSR	Youth Self Report

1 Einleitung

1.1 Die pädiatrische gastroenterologisch-hepatologische Spezialambulanz des UKE

Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf ist spezialisiert auf die Diagnostik und Therapie komplexer Erkrankungen aus verschiedenen pädiatrischen Fachbereichen. Neben einer Notfallambulanz und verschiedenen Stationen ist durch mehrere Spezialambulanzen eine ambulante Betreuung und Behandlung von Kindern mit besonderen klinischen Fragestellungen möglich. Die pädiatrische gastroenterologisch-hepatologische Spezialambulanz des UKE betreut vor allem Kinder mit folgenden klinischen Schwerpunkten:

- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
(Colitis ulcerosa, M.Crohn, Zustand nach Darmresektionen)
- Sonstige Darmerkrankungen
(Darmblutungen, Gastroösophagealer Reflux, Helicobacter-pylori-Infektionen, Zöliakie, Kurzdarmsyndrom, Malabsorptionssyndrom)
- Akute und chronische Lebererkrankungen
(Gallengangsatresie, neonatale Hepatitis, M. Byler, Alagille-Syndrom, Cholestase-Syndrome, Autoimmun-Hepatitis, Stoffwechselerkrankungen der Leber, Leberversagen)
- Nachsorge und Betreuung Kinder und Jugendlicher nach einer Lebertransplantation

Seit 1991 besteht an der Universitätsklinik in Hamburg auch für Kinder mit einem akuten oder chronischen Leberversagen die Möglichkeit einer Lebertransplantation (LTX). Das Team der Spezialambulanz besteht aus Ärzten der Pädiatrie, Schwestern und dem Konsil- und Liaisondienst der Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik. Es besteht so die Möglichkeit die Kinder und ihre Familien auf den Stationen, sowie auch ambulant psychologisch zu betreuen und zu unterstützen. Jedoch ist eine gute Zusammenarbeit der beiden Fachbereiche Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychosomatik bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht immer selbstverständlich. Unterschiedliche diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen, aber auch komplizierte Überweisungswege und Terminschwierigkeiten machen dies für die betroffenen Familien, aber auch für behandelnde Ärzte schwer. Die „Gemeinsame Ambulanz“ stellt ein Modellprojekt zur integrativen Versorgung dar und wird im Folgenden erläutert.

1.2 Das Projekt „Gemeinsame Ambulanz“ in Hamburg

Das Modellprojekt „Gemeinsame Ambulanz“ am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, eine Zusammenarbeit der Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik und der pädiatrischen gastroenterologisch-hepatologischen Spezialambulanz der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, hat das Ziel eine ineinander greifende Versorgung zu schaffen. Gerade im Kindes- und Jugendalter finden Wechselwirkungen zwischen seelischen, körperlichen und sozialen Vorgängen statt. Diese finden oft Ausdruck in somatischen Symptomen, wie zum Beispiel Bauchschmerzen, Kopfschmerzen oder Übelkeit. In der Diagnostik und Therapie von Patienten und ihren Familien sollte dabei besonders auf die gegenseitige Beeinflussung seelischer und körperlicher Prozesse geachtet werden, da bestimmte Erkrankungen und damit verbundene Eingriffe erhebliche Belastungen für die Patienten und ihre Familien darstellen können. Diese Belastungen können zum Auftreten von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter führen. Jedoch ist es andersherum genauso möglich, dass sich psychische Störungen, wie Angststörungen oder Depressionen, durch vorwiegend körperliche Symptome (z.B. Bauchschmerzen, Appetitlosigkeit) äußern. Angelehnt an die 1967 publizierte Klassifikation von Lipowski lassen sich sechs Gruppen kinder- und jugendpsychiatrischer Probleme in der Kinder- und Jugendmedizin beschreiben (Richterich, Schulte-Markwort 2009):

- 1) Psychische Symptome somatischer Erkrankungen
- 2) Psychisch bedingte Komplikationen somatischer Erkrankungen
- 3) Psychische Reaktionen auf somatische Erkrankungen
- 4) Somatische Präsentation einer psychiatrischen Erkrankung
- 5) Erkrankungen, in denen sich jeweils eigenständige somatische und psychische Faktoren gegenseitig negativ beeinflussen
- 6) Psychiatrische Erkrankungen mit somatischen Folgen

Im Folgenden werden die einzelnen Störungsbilder anhand von Beispielen näher erläutert. Die folgende Einteilung wurde übernommen aus dem Leitfadens „Psychosomatik in der Kinder- und Jugendmedizin“ (Richterich, Schulte-Markwort 2008/2009).

- 1) Psychische Symptome somatischer Erkrankungen

Ein typisches Beispiel für psychische Symptome einer somatischen Erkrankung sind depressive Symptome bei Kindern mit einer erheblichen Kachexie, z.B. aufgrund einer Krebserkrankung. Durch die Behandlung der somatischen Ursache bessern sich die Symptome meist deutlich. Bei infausten Diagnosen können auch palliative psychopharmakologische sowie auch psychotherapeutische Maßnahmen hilfreich sein. Eine Unterstützung der Eltern im Umgang mit ihren schwer kranken Kindern ist häufig indiziert.

2) Psychisch bedingte Komplikationen somatischer Erkrankungen

Hier kann als Beispiel die Situation eines transplantierten Jugendlichen angeführt werden. Im Zuge der Entwicklung einer Selbstständigkeit und Autonomie (Individuation und Separation) verweigern viele Jugendliche die absolut notwendige regelmäßige Medikamenteneinnahme und gefährden dadurch ihren ansonsten stabilen Zustand. Hier ist es wichtig die psychische Entwicklung zu stärken, aber von der somatischen Problematik zu trennen.

3) Psychische Reaktionen auf somatische Erkrankungen

Auch gibt es eine Gruppe von Kindern, die trotz gut behandelter chronischer Grunderkrankung, erheblich leiden und eingeschränkt sind. Dies kann verschiedene Ursachen haben. Medizinische Eingriffe, wie die Anlage eines Ileostomas, sowie kognitive Strukturen („ich kann erst glücklich werden, wenn die Krankheit weg ist“) sind als Auslöser oder Ursache denkbar. Hier sollte gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen und ihren Familien über mögliche Lösungsansätze und Hilfestellungen gesprochen werden.

4) Somatische Präsentation einer psychiatrischen Erkrankung

Typische Krankungsbilder sind hier: dissoziative Störungen, Somatoforme (Schmerz-) Störungen, funktionelle Störungen, Hypochondrie, Angsterkrankungen, Depression und Schizophrenie. Bei diesen Erkrankungen kann das Erleben einer körperlichen Beeinträchtigung das präsentierende Symptom sein. Hier müssen psychische Prozesse und Störungen erkannt werden, die zur Symptomatik beitragen.

5) Erkrankungen, in denen sich jeweils eigenständige somatische und psychische Faktoren gegenseitig negativ beeinflussen

Ein zwei- bis vierfach höheres Risiko für eine psychiatrische Erkrankung haben pädiatrische Patienten mit einer schweren somatischen oder chronischen Erkrankung (Cadman, Boyle, Szatmari, Offord 1987). Psychiatrische und somatische Diagnosen können gemeinsam auftreten und bei solchen „Doppeldiagnosen“ ist es wichtig, das therapeutische Vorgehen auf jeden Teil der Gesamtsituation abzustimmen.

6) Psychiatrische Erkrankungen mit somatischen Folgen

Hier sind vor allem depressive Erkrankungen und Anpassungsstörungen zu nennen. Als mögliche Folgen müssen hier Suizidalität, Drogen- und Alkoholabusus mit psychischer Dekompensation, sowie Persönlichkeitsstörungen mit offenen Selbstverletzungen oder selbstschädigende Verhaltensweisen bedacht werden. Auch somatische Folgen anderer Erkrankungen, wie beispielsweise Übergewicht aufgrund einer emotionalen Störung oder erhöhte Unfallgefahr bei impulsiven und aufmerksamkeitsgestörten Kindern ist zu denken. Ein Erkennen der Situation mit begleitender Behandlung ist hier erforderlich.

In den dargestellten Fällen ist für eine optimale Versorgung eine enge und gut funktionierende Kooperation zwischen Pädiatern und Kinder- und Jugendpsychiatern bzw. Therapeuten erforderlich. Diese Abstimmung und Zusammenarbeit ist jedoch nicht immer selbstverständlich. Ein Ziel des Projektes ist es, ein Modell für eine integrative – abgestimmte und ineinander greifende – Versorgung für Kinder und Jugendliche mit Störungen und Erkrankungen aus dem Bereich der pädiatrischen Gastroenterologie zu etablieren.

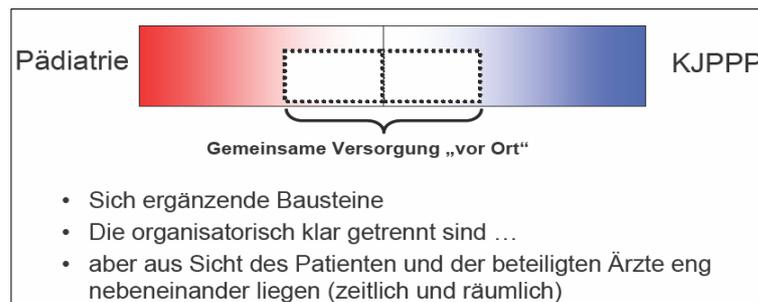


Abb.1: Leitlinien der Gemeinsamen Ambulanz (Vortrag Richterich, DKPM/DGPM 2007)

Die Bedeutung der Schnittstellenproblematik zwischen der medizinischen Grundversorgung und dem Management von psychischen Störungen wird immer deutlicher. Das Erkennen und Behandeln von psychischen Auffälligkeiten sollte ein wichtiger Bestandteil der Behandlung von kranken Kindern sein. Kinder und Jugendliche, sowie auch ihre Eltern sind abhängig von dem Urteilsvermögen ihrer behandelnden Ärzte, psychische Auffälligkeiten zu erkennen und entsprechend zu handeln. Trotz eines dringenden Interventionsbedarfs erhalten nur wenige Patienten spezielle psychiatrische oder psychotherapeutische Unterstützung. Es wird angenommen, dass Pädiater nur 25% der psychosozialen Belastungen ihrer chronisch kranken Patienten erkennen (Glazebrook, Hollis, Heussler, Goodman, Coates 2003). So ergibt sich eine Diskrepanz zwischen der hohen Anzahl psychisch auffälliger Kinder und einer sehr niedrigen Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Unterstützung. Basierend auf einer Studie von Hysing, Elgen, Gillberg, Lie und Lundervold (2007) kann man bei chronisch kranken Kindern eine höhere Prävalenz psychischer Störungen annehmen. Ein einfaches, aber effektives Screeninginstrument, zur Erkennung von psychischen Auffälligkeiten im Umgang mit akut oder chronisch kranken Kindern, ist von größter Bedeutung und ein weiteres wichtiges Ziel des Projektes.

Zur Ermittlung des Bedarfs an Interventionen der Patienten werden verschiedene Faktoren berücksichtigt. Die Arbeitsgruppe um Dr. A. Richterich stellte ein Fragebogenset für Eltern, Kinder und Ärzte zusammen und setzte dies als Screening-Instrument ein. Ermittelt wurden unter anderem die Bereiche psychische Auffälligkeiten, Hinweise auf Somatoforme Störungen, Lebensqualität und subjektiver Beratungsbedarf. Der multiperspektivische Ansatz des Projektes stellt verschiedene Informationen unterschiedlicher Quellen nebeneinander dar.

Drei aufeinander aufbauende Module bilden den Rahmen des Projektes:

- Modul 1: Screening zur Feststellung des psychosomatischen Beratungsbedarfs
- Modul 2: Vertiefendes diagnostisches Experteninterview, zweites Fragebogenset
- Modul 3: Beratung der Patienten und Familien

Ein psychosomatischer Beratungsbedarf wird dann als gegeben betrachtet, wenn psychische oder soziale Faktoren einen wesentlichen Beitrag zur Ätiopathogenese, Aufrechterhaltung oder Behandlung von Symptomen leisten. Besteht eine somatische Erkrankung ohne psychische Risikofaktoren, wird kein Beratungsbedarf erwartet. Durch die Gesamtauswertung des Screenings ist eine Einteilung in Rot (auffällig), Gelb (grenzwertig) und Grün (unauffällig) möglich. Bei „gelben“ und „roten“ Ergebnissen wird von einem Beratungsbedarf ausgegangen.

Tabl.1: Wann ist psychosomatischer Beratungsbedarf vorhanden?

<i>Somatische Erkrankung</i>	<i>Psychische Erkrankung</i>	<i>Psychosomatischer Beratungsbedarf</i>
Nein	Ja	Vorhanden
Ja	Ja	Vorhanden
Ja	Vorhandene Risikofaktoren	Eventuell vorhanden
Ja	Nein	Nicht vorhanden

Ziel des Projektes ist es Patienten mit Beratungsbedarf zu erkennen und Patienten, sowie die behandelnden Pädiater effizient zu weiteren Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie zu beraten.

Im Rahmen des Projektes „Gemeinsame Ambulanz“ in Hamburg entsteht eine weitere medizinische Dissertation mit dem Titel „Kohärenzgefühl als Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit pädiatrischer Patienten in der Gastroenterologie“ von Carla Birkenbach. Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf der Untersuchung und Evaluation des Kohärenzgefühls und dessen Einflussfaktoren (Alter, Geschlecht, somatische Grunderkrankung) als Schutzfaktor für psychische Gesundheit. Es wird in einem Fragebogenanteil des Moduls 2 erhoben und in Zusammenhang mit den Screeningergebnissen aus Modul 1 betrachtet. Als zentrale Hypothese stellt sich dar; „Patienten mit einer psychischen Störung weisen einen signifikant niedrigeren Kohärenzsinn auf, als Patienten ohne psychische Störung.“

Beide Arbeiten sind inhaltlich klar von einander abzugrenzen. Es zeigen sich eigenständig erarbeitete Dissertationsschwerpunkte und Hypothesen unter Verwendung unterschiedlicher Teile des Projektes.

1.3 Die Notwendigkeit eines Screenings

Das Wort „Screening“ bedeutet aus dem Englischen übersetzt *Aussieben, Rasterung, Durchleuchten* und wird beschrieben als ein systematisches Testverfahren, das eingesetzt wird um innerhalb eines festgesetzten Prüfbereiches bestimmte Eigenschaften der Prüfobjekte zu identifizieren (<http://de.wikipedia.org/wiki/Screening>). In der Medizin wird der Begriff in der Regel verwendet um eine Reihenuntersuchung zu beschreiben, durch die bei möglichst vielen Menschen eine möglichst frühe Angabe zum möglichen Vorliegen von bestimmten Kriterien oder Risikofaktoren möglich machen soll. Ein Screening wird häufig als Vorsorgeuntersuchung eingesetzt, so dass beim Vorliegen auffälliger Werte durch eine nachfolgende genauere Diagnostik eine Früherkennung von Krankheiten möglich ist.

Ausgehend von dieser Grundidee wurde in dem Projekt „Gemeinsame Ambulanz“ ein Screening zur Erkennung psychischer Auffälligkeiten bei somatisch kranken Kindern entwickelt und in den Klinikalltag der pädiatrischen gastroenterologisch-hepatologischen Spezialambulanz des UKE integriert. Es hat das Ziel psychische Auffälligkeiten zu erfassen und Eltern, sowie Pädiater über Behandlungsmöglichkeiten zu informieren und zu beraten. Die Optimierung der Behandlung und die Verbesserung der Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen sind übergeordnete Ziele dieses Screenings. Da nicht alle Patienten, die in der Spezialambulanz betreut und behandelt werden, durch ein strukturiertes Experteninterview begutachtet werden können, kann ein kurzes und effektives Screeninginstrument sehr hilfreich sein. Das im Rahmen des Projektes entwickelte Screening, zur Beurteilung des psychosomatischen Beratungsbedarfs pädiatrischer Patienten, besteht aus einem 4-seitigen Fragebogen, der in 5-10 Minuten auszufüllen ist. Einsetzbar ist das Screening in einer Eltern- und einer Kinderversion ab einem Alter von 10 Jahren. Eine zentrale Frage die sich stellt ist, benötigt man zur Beurteilung der Gesamtsituation der Patienten die Eigeneinschätzung der Kinder und Jugendlichen? Oder ist das Elternurteil ausreichend?

1.4 Der multiperspektivische Studienansatz: Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Eltern- und Kindurteilen

Die mittlere Prävalenz für psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendlichenalter in der deutschen Normalbevölkerung beträgt 17.2% (Barkmann, Schulte-Markwort 2004). Eine weitere Studie von Barkmann und Schulte-Markwort im Jahr 2008 zeigte eine Prävalenz von 17.6%. Vor allem chronisch erkrankte Kinder und Jugendliche leiden vermehrt unter psychischen Auffälligkeiten (Hysing et al. 2007). Neuste Ergebnisse aus der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie KIGGS (17.641 Jungen und Mädchen, 0 bis 17 Jahre) weisen darauf hin, dass „sich mit dem Wandel des Krankheitsspektrums im letzten Jahrhundert bei den Kindern und Jugendlichen eine Verschiebung von akuten zu chronischen, sowie von somatischen zu psychischen Erkrankungen abzeichnet“ (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge, Erhart 2007). Psychische Erkrankungen in frühen Entwicklungsstufen können besonders bedeutsamen Einfluss auf die soziale, emotionale und psychologische Entwicklung eines Kindes nehmen. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, psychische Probleme frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Das Risiko einer Persistenz bis in das Erwachsenenalter hinein könnte so verringert werden. Ein Kernproblem ist jedoch, dass bestehende psychosoziale Hilfsangebote vom überwiegenden Teil der bedürftigen Kinder und Jugendlichen nicht in Anspruch genommen werden. Ausgehend von der EDSP-Studie des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie in München kann man annehmen, dass etwa die Hälfte der als auffällig identifizierten Fälle (17%) einen Behandlungsbedarf aufweist. Davon gelangt jedoch nicht einmal jedes zweite Kind in angemessene Betreuung und Behandlung (Wittchen 2002). Es kann vermutet werden, dass ein großer Teil der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen statt psychosozialer, organmedizinische Einrichtungen in Anspruch nehmen.

Ein multiperspektivischer Ansatz bei der Evaluation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendlichenalter wird in vielen Studien bevorzugt verwendet. Eine Interpretation der eventuellen Diskrepanz zwischen den verschiedenen Informationsquellen kann wichtige Hinweise auf die Psychopathologie geben. Vielfach eingesetzte Messinstrumente sind Fragebögen und Ratingskalen für Eltern und Kinder oder getrennt durchgeführte Interviews. Wie auch in dem Projekt „Gemeinsame Ambulanz“ werden häufig Fragebögen und Interviews gemeinsam als Screeninginstrument eingesetzt, da beide Formen wertvolle Informationen aus unterschiedlichen Quellen erbringen können. Wichtig für den Einsatz eines Screeninginstrumentes ist, dass es nicht zu viel Zeit in Anspruch nimmt und gut verständlich ist. Das hier eingesetzte Fragebogenset ist in circa 10 Minuten auszufüllen und erfasst mehrere wichtige Hinweise für einen möglichen Unterstützungsbedarf.

Die Untersuchungen der Übereinstimmungen von Eltern- und Kindurteilen stellt sich in der aktuellen Studienlage mit sehr unterschiedlichen Ergebnissen dar. In diversen Studien zeigt sich, dass Eltern und ihre Kinder nicht immer in ihren Aussagen übereinstimmen. Unabhängig davon,

ob als Messinstrumente Fragebögen (z.B. CBCL, PSC, YSR, SDQ), Ratingskalen (z.B. Rating Scale for Dimensions of Child Behaviors) oder strukturierte bzw. halbstrukturierte Interviews (z.B. C-DISC, CAS, ISCA-D) eingesetzt wurden, zeigt sich häufig eine niedrige Eltern-Kind Übereinstimmung (Achenbach, McConaughy, Howell 1987; Canning 1994; Edelbrock, Costello, Dulcan, Conover, Kala 1986; Jensen et al. 1999; Karver 2006; Kiss, Kapornai, Baji, Mayer, Vetró 2009; Rockhill, Russo, McCauley, Katon, Lichardson, Lazano 2007; Seiffge-Krenke, Kollmar 1998; Van der Meer, Dixom, Rose 2008; Yeh, Weisz 2001). Jugendliche berichten in der Selbsteinschätzung im Allgemeinen von mehr Problemen als ihre Eltern (Sawyer, Clark, Baghurst 1993; Seiffge-Krenke, Kollmar 1998; Sourander, Helstelä, Helenius 1999; Stanger, Lewis 1993; Verhulst, Van der Ende 1992; Weissman et al. 1987). Untersuchungen von Herjanic und Reich (1997), sowie von Edelbrock et al. (1986) weisen darauf hin, dass Kinder und Jugendliche sich selber mit mehr internalisierenden als externalisierenden Problemen beschreiben, vor allem die älteren Mädchen (Sawyer et al. 1993). Eine Metaanalyse, sowie mehrere klinische Studien fanden heraus, dass eine höhere Übereinstimmung für externalisierende als für internalisierende Probleme herrscht (Achenbach et al. 1987; Edelbrock et al. 1986; Hodges, Gordon, Lennon 1990; Kolko, Kadzin 1993; Rey, Schrader, Morris-Yates 1992; Sourander et al. 1999; Verhulst, Van der Ende 1991; Yeh, Weisz 2001). Zwei europäische Studien (Seiffge-Krenke, Kollmar 1998; Verhulst, Van der Ende 1992) mit nicht-klinischen Populationen weisen hingegen eine bessere Übereinstimmung internalisierender Symptome im Vergleich zu externalisierenden Auffälligkeiten. Bei Verwendung des SDQ zeigt sich bei Becker, Hagenberg, Roessner, Woerner, Rotheberger (2004) eine schlechtere Übereinstimmung der Informanten für den Gesamtproblemwert sowie die Subskala „Emotionale Probleme“ als bei den anderen Skalen. Durch eine Studie von Herjanic und Reich (1997) kommt man zu dem Schluss, dass bei Fragen zu objektiven, konkreten Symptomen, die eindeutig, ernst und gut zu beobachten sind, das Level der Übereinstimmungen am höchsten ist. Weitere Studien fanden heraus, dass auch diese eine schlechte Übereinstimmung aufweisen können. Ein Grund dafür kann sein, dass Kinder bestimmte Dinge geheim halten möchten (Herjanic, Reich 1982; Edelbrock et al. 1986).

Tabl. 2: Literaturübersicht wichtiger Arbeiten

LITERATUR	Hohe Übereinstimmung (insgesamt)	Niedrige Übereinstimmung (Insgesamt)
Klinische Stichprobe	Goodman et al. 1998	Achenbach et al. 1987 Becker et al. 2004 Canning 1994 Edelbrock et al. 1986 Karver 2006 Kiss et al. 2009 Van der Meer et al. 2008 Yeh, Weisz 2001
Nicht-Klinische Stichprobe	Goodman et al. 1998 Kolko, Kadzin 1993	Jensen et al. 1999 Seiffke-Krenke, Kollmar 1998

Einige Faktoren wie Alter, Geschlecht, die Art der Population sowie Erkrankungen von Eltern und/oder Kind haben gezeigt, dass sie die Übereinstimmungen beider Fragebögen, sowie die Ausprägung der untersuchten Merkmale beeinflussen. Unter Berücksichtigung der Populationsart zeigen Untersuchungen an Stichproben der Normalbevölkerung sowie an klinischen Stichproben sehr unterschiedliche Ergebnisse. In einer Meta-Analyse von 119 Studien, zur Übereinstimmung verschiedener Informationsquellen, fand Achenbach et al. (1987) heraus, dass die Eltern-Kind Übereinstimmung in klinischen Populationen für internalisierende Probleme niedriger zu sein scheint als für externalisierende Probleme. Eine Studie von Yeh und Weisz belegte diese Ergebnisse im Jahr 2001. Die umgekehrte Situation findet man in Populationen der Normalbevölkerung. Hier zeigt sich eine bessere Eltern-Kind Übereinstimmung für internalisierende Probleme (Seiffge-Krenke, Kollmar 1998; Verhulst, Van der Ende 1992). Ähnliche Ergebnisse finden sich auch bei der Verwendung des SDQ in klinischen Stichproben (Goodman, Meltzer, Bailey 1998). Es zeigen sich höhere Übereinstimmungen der Eltern und Kinder bei externalisierenden Symptomen als bei internalisierenden. Das umgekehrte Bild findet sich in Stichproben der Normalbevölkerung (Goodman et al. 1998; Muris, Meesters, Van der Berg 2003). Es lässt sich sagen, dass Kinder und Jugendliche aus der Normalbevölkerung in der Regel von mehr Problemen berichten als ihre Eltern (Canning 1994; Mokros, Poznanski, Grossman, Freeman 1987; Sawyer, Baghurst, Methias 1992). In klinischen Populationen zeigt sich das umgekehrte Bild. Hier beschreiben sich die Kinder und Jugendlichen in der Eigeneinschätzung als unauffälliger (Becker et al. 2004; Canning 1994; Görtz, Döpfner, Nowak, Bonus, Lehmkuhl 2002; Mokros et al. 1987; Sawyer et al. 1992).

Eine ähnlich kontroverse Studienlage findet sich bezüglich des Einflussfaktors „Alter“. In Stichproben der Normalbevölkerung (Jensen et al. 1999), sowie in klinischen Populationen (Edelbrock et al. 1986, Renouf, Kovacs 1994) stimmen Eltern mit ihren älteren Kindern besser überein. Andererseits zeigt sich bei Verhulst und Van der Ende (1992), sowie bei Tarullo, Richardson, Radke-Yarrow, Martinez (1995) eine bessere Eltern-Kind Übereinstimmung für jüngere als für ältere Kinder in einer Normalpopulation. In einer Studie von Becker et al. (2004) zu emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten, unter Verwendung des SDQ, zeigt das Alter einen negativen Effekt auf die Subskala „Verhaltensprobleme“. Mit steigendem Alter der Kinder geben die Eltern signifikant niedrigere Gesamtwertungen und weniger hyperaktives Verhalten an. Ältere Patienten berichten im Selbsturteil von mehr emotionalen Problemen und einem besseren prosozialem Verhalten als die Jüngeren. Bei Choundhury, Pimentel, Kendall (2003), bei Karver (2006) und bei Van der Meer et al. (2008) finden sich für das Alter keine signifikanten Unterschiede in den Übereinstimmungen.

Auch das Geschlecht scheint in vielen Studien keine signifikanten Effekte auf die Eltern-Kind Übereinstimmung zu haben (Canning 1994; Choundhury et al. 1993; Koskelainen, Sourander, Kaljonen 2000; Martin, Ford, Dyer-Friedman, Tang, Huffman 2004; Rey et al. 1992). Bei Loonen, Derkx, Koopman, Heymans (2002) und Becker et al. (2004) findet sich für Mädchen eine bessere

Übereinstimmung mit ihren Eltern. Sourander et al. (1999) und Verhulst, Van der Ende (1992) hingegen berichten von der umgekehrten Situation. Hier ist die Diskrepanz zwischen Eltern- und Kinderurteil bei den Mädchen größer als bei den Jungen. Bei Verwendung des SDQ zur Erfassung von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten sind sich in Studien von Muris et al. (2003), sowie von Rønning, Handegaard, Sourander und Mørch (2004) Geschlechtsunterschiede für die Ausprägungen des SDQ beschrieben worden. Dänische (Muris et al. 2003) sowie finnische (Rønning et al. 2004; Van Roy, Grøholt, Heyerdahl, Clench-Aas 2006) Mädchen haben beispielsweise signifikant höhere Wertungen bei der Skala „emotionale Probleme“ und weisen ein besseres prosoziales Verhalten auf, während die Jungen höhere Wertungen bei der Verhaltensproblem-Skala zeigen. Auch bei Verwendung der CBCL finden sich für Mädchen in fast allen Dimensionen signifikant höhere Wertungen als für die Jungen (Sourander et al. 1999). Nicht nur Alter und Geschlecht spielen eine wichtige Rolle, auch die psychische Gesundheit der Patienten und ihrer Eltern kann Einfluss auf beide Urteile nehmen. Martin et al. (2004) untersuchte die Strukturen der Eltern-Kind Antworten der CBCL und des YSR und fand heraus, dass Kinder, die sich bei unauffälligem Elternurteil, selber als psychisch auffällig einschätzen („child-only“), häufig unter Angststörungen oder Depressionen leiden. Bei einer Untersuchung von Van der Meer et al. (2008) sind Kinder mit affektiven Störungen in dieser Gruppe überrepräsentiert. Kinder mit Verhaltensstörungen hingegen zeigen sich vermehrt in der Gruppe, in der Eltern ihre Kinder, bei unauffälliger Eigeneinschätzung, als auffällig beschreiben („parent-only“). Dies zeigt erneut, dass es wichtig ist, auch die Selbsteinschätzung der Jugendlichen zu berücksichtigen, vor allem dann, wenn die Eltern von keinen psychischen Auffälligkeiten berichten.

Bezüglich der Einschätzung der Lebensqualität berichten Mütter depressiver Kinder in einer Studie von Kiss et al. (2009) von einer niedrigeren Lebensqualität ihres Kindes als die Patienten selber. Bei nicht-depressiven Kindern bewerteten die Mütter die Lebensqualität höher als die Kinder. Ebenso sollte eine mögliche Erkrankung der Eltern bedacht werden. Garber, Van Slyke und Walker (1998), sowie Renouf und Kovacs (1994) berichten, dass depressive Mütter ihre Kinder höher bewerten als psychisch gesunde Eltern. Es zeigt sich eine schlechtere Eltern-Kind Übereinstimmung mit depressiv erkrankten Elternteilen (Loonen et al. 2002; Renouf, Kovacs 1994). Bei Tarullo et al. (1995) fand sich eine bessere Mutter-Kind-, sowie eine bessere Übereinstimmungen beider Elternteile bei Familien, in denen die Mutter an einer affektiven Störung leidet und der Vater gesund ist, als in Familien in denen beide Eltern gesund sind. Es lässt sich sagen, dass kranke Kinder weniger von ihren Belastungen berichten, was vielleicht als Teil ihrer Anpassung an ihre Krankheit verstanden werden kann. Sind die Eltern hingegen selbst erkrankt und leiden beispielsweise an Depressionen, bewerten sie ihre Kinder höher und sehen die Symptomatik als drastischer an. Andere Ergebnisse fanden sich bei Garber et al. (1998), hier bewerteten sich psychisch kranke Kinder in der Eigeneinschätzung um einiges niedriger.

Tabl. 3: Literaturübersicht wichtiger Arbeiten bzgl. Einflussfaktoren

LITERATUR	Höhere Übereinstimmung bei Mädchen	Höhere Übereinstimmung älterer Kinder
Klinische Stichprobe	Becker et al. 2004 Loonen et al. 2002	
Nicht-Klinische Stichprobe		Jensen et al. 1999

Die Untersuchung von Canning (1994) mit 112 chronisch kranken pädiatrischen Patienten, zeigt erneut die Wichtigkeit einer multiperspektivischen Beurteilung. Es findet sich je nach Informant eine unterschiedliche Prävalenzrate psychiatrischer Diagnosen. 47% der kranken Kinder weisen mindestens eine psychiatrische Diagnose auf, wenn die Eltern oder das Kind als Informationsquelle herangezogen wurden. Befragt man beide – Eltern und Kind – ergibt sich in 50% der Fälle mindestens eine psychiatrische Diagnose. In der Kontrollgruppe sind 26% der Patienten psychisch auffällig. Bei Costello (1989) zeigten sich ähnliche Ergebnisse. Die Prävalenzraten psychischer Störungen variierten zwischen 13.8% im Kinderinterview, 11.8% im Elterninterview und 22% basierend auf Eltern- oder Kinderinterview. Canning (1994) untersuchte ebenfalls die Eltern-Kind Übereinstimmung unter Berücksichtigung verschiedener chronischer Erkrankungen. Bei Kindern mit Cystischer Fibrose (CF) wurde die Mehrheit der psychiatrischen Diagnosen aufgrund der Elterninformationen gestellt, bei den Erkrankungen Diabetes und Krebs erfolgte ein Drittel der Diagnosestellungen durch die Eltern, ein Drittel durch das Kind und bei einem Drittel durch beide gemeinsam. Bei den CED hingegen führten Eltern- und Kinderurteil zu gleichen Teilen zur Diagnosestellung. Insgesamt zeigte sich eine schlechte Übereinstimmung beider Urteile mit Kappa-Koeffizienten von 0.13 bis 0.29, in der Kontrollgruppe nicht-chronisch kranker Kinder stellten sich noch niedrigere Werte ein. Die Ärzte hingegen erkannten weniger als die Hälfte (41%) der Kinder mit psychischen Störungen.

Aus der Darstellung der aktuellen Studienlage kann man zusammenfassend sagen, dass

- Korrelationen zwischen den Urteilen vorhanden sind
- es Unterschiede in den verschiedenen Altersstufen geben kann
- Unterschiede bei Mädchen und Jungen möglich sind
- spezifische Unterschiede, wie z.B. bei einer unterschiedlichen Stichprobenauswahl (klinische Stichprobe – nicht-klinische Stichprobe) gegeben sind.

Die sich daraus ableitenden wissenschaftlichen Fragestellungen werden im Folgenden dargestellt.

1.5 Ableitung der wissenschaftlichen Fragestellungen

Aufgrund der nicht einheitlichen Ergebnisse des Standes der empirischen Forschung kann man vermuten, dass zur Einschätzung der klinischen Situation von Kindern und Jugendlichen sowohl das Eltern-, als auch das Kindurteil von Bedeutung sind. Für das eingesetzte Screening ist es wichtig zu untersuchen, wie sich Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Eltern- und Kindurteile in dieser pädiatrischen Spezialpopulation darstellen und welche Faktoren in welcher Weise auf die Urteile einwirken. Dies sind im Einzelnen Alter, Geschlecht und die somatische gastroenterologische Erkrankung, aufgrund dessen Beschwerdebild sich die Kinder und Jugendlichen in Betreuung der Spezialambulanz befinden. Betrachtet man nun die Unterschiede der Eltern- und Kindurteile der einzelnen Teilbereiche in Zusammenhang mit der Gesamtauswertung des Screenings (Rot-Gelb-Grün), ergibt sich die zentrale Frage, ob und inwieweit auf die Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen verzichtet werden kann. Der Fokus der Arbeit liegt auf folgenden Schwerpunkten:

- Unterschiede von Eltern- und Kindurteilen im Screening
- Kann man auf das Kinderurteil verzichten?

Im Einzelnen werden folgende Fragestellungen behandelt:

1. Wie setzt sich die untersuchte Stichprobe zusammen?
2. Wie lässt sich das untersuchte Patientenkollektiv hinsichtlich Alter, Geschlecht und somatischer Erkrankung beschreiben?
- 3a. Welche Ausprägungen bzw. Prävalenzen zeigen die im Screening erhobenen Konstrukte im Eltern- und Kindurteil?
 - Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten
 - Hinweise auf Somatoforme Störungen
 - Complianceprobleme
 - Lebensqualität
 - Psychosoziale Risikofaktoren
 - Subjektiver psychosomatischer Beratungsbedarf
- 3b. Wie stellen sich die Gesamtergebnisse des Screenings (Rot-Gelb-Grün) dar?
4. Inwieweit korrelieren die Antworten in den einzelnen Teilbereichen des Screenings der Eltern und Patienten miteinander? Welche Unterschiede gibt es in den Urteilen?
5. Wie wirken die Faktoren Alter, Geschlecht und somatische Grunderkrankung auf die Eltern- und Kindurteile ein?
6. Welche Schlüsse lassen sich im Zusammenhang mit den Gesamtergebnissen des Screenings ziehen?

1.6 Ziel der Arbeit

Das Ziel der Arbeit ist die Erfassung von Daten zu Ausprägungen bzw. Prävalenzen der erhobenen Konstrukte und deren Unterschiede im Eltern- und Selbsteil bei pädiatrischen Patienten einer gastroenterologisch-hepatologischen Spezialambulanz. Durch diese Untersuchung wird ein Überblick über die psychische Situation der Patienten unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und somatischer Grunderkrankung dieser Ambulanz gegeben.

Aufgrund des derzeitigen Standes der empirischen Forschung wird für diese Inanspruchnahmepopulation erwartet:

- eine niedrige bis mäßige Übereinstimmung von Eltern und Kind auf Fallebene,
- höhere Übereinstimmungen für externalisierende als für internalisierende Symptome,
- eine bessere Übereinstimmung der Mädchen mit ihren Eltern
- niedrigere Übereinstimmungen bei älteren Kindern und ihren Eltern.

Des Weiteren werden die Vorteile eines multiperspektivischen Studienansatzes untersucht. Die Frage der Notwendigkeit der Erfassung des Kinderurteils soll anhand der Ergebnisse diskutiert werden. Ist das alleinige Elternurteil möglicherweise ausreichend?

Durch die Erfassung und Evaluation der Eigenschaften des hier eingesetzten Screeninginstruments kann man, als übergeordnetes Ziel, eine Optimierung der integrativen Versorgung von Kindern und Jugendlichen formulieren.

2 Material und Methodik

2.1 Studienaufbau

2.1.1 Studiendesign

Die vorliegenden Daten wurden im Rahmen des Hamburger Modellprojektes „Gemeinsame Ambulanz“ vom 1.1.2008 bis zum 31.12.2008 erhoben. Es handelt sich um eine prospektive Querschnittsstudie mit multiperspektivischem Ansatz. Als Messinstrumente wurden zwei, jeweils 4-seitige Fragebögen mit identischen Items für die Eltern, sowie für die Patienten, ab einem Entwicklungsalter von 10 Jahren verwendet. Beide Fragebogenformen beinhalten studienspezifische Items (Hinweise auf Somatoforme Störungen, Compliance, psychosoziale Risikofaktoren, psychosomatischer Beratungsbedarf), sowie standardisierten Fragebögen (SDQ, Kidscreen-10).

2.1.2 Einschlusskriterien

Folgende Kriterien mussten von den Patienten für die Teilnahme an dem Projekt erfüllt werden:

- Patienten, die das 2. Lebensjahr zum Zeitpunkt des Screenings abgeschlossen und das 18. Lebensjahr noch nicht beendet hatten
- Behandlung in der pädiatrischen gastroenterologisch-hepatologischen Spezialambulanz des UKE zwischen dem 1.1.2008 und 31.12.2008

2.1.3 Stichprobe

Die Grundgesamtheit bilden alle Patienten der pädiatrischen gastroenterologisch-hepatologischen Spezialambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Als repräsentative Stichprobe wurden alle Patienten zwischen 3 und 18 Jahren in die Studie eingeschlossen, die zwischen dem 1.1.2008 und dem 31.12.2008 in der Ambulanz behandelt wurden. Die Stichprobengröße basiert auf der Patientenzahl, die in diesem Zeitraum bereit war an der Studie teilzunehmen (n=248). Für die Untersuchungen der speziellen Fragestellungen dieser Arbeit wurden alle Daten der Patienten verwendet, die zum Zeitpunkt des Screenings das neunte Lebensjahr beendet und somit einen Screening-Fragebogen zur Selbstauskunft ausgefüllt haben. Es ergibt sich eine endgültige Stichprobengröße von 143 Studienpatienten und ihren Eltern, ausgeschlossen derer, die aufgrund mangelnder Vollständigkeit nicht mit in die Rechnungen eingehen können (n=10).

2.1.4 Datenerhebung

Die Fragebögen wurden in der Regel eine Woche vor dem Termin der Patienten in der pädiatrischen Ambulanz per Post an die Familien verschickt und zu dem Termin von den Eltern und Patienten wieder mitgebracht. Es bestand auch für jede Familie die Möglichkeit, durch einen beigelegten frankierten Rückumschlag, die Fragebögen direkt an die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychosomatik zurückzusenden. Teilweise wurden die Fragebögen auch persönlich durch den behandelten Pädiater den Familien übergeben und vor Ort ausgefüllt. Besonders Erstvorstellungen oder auch akut in der Ambulanz erschienene Kinder, erhielten den Fragebogen, wenn möglich, direkt vor Ort.

In einer wöchentlichen gemeinsamen Besprechung mit den Pädiatern wurde über auffällige Patienten informiert, Abläufe abgesprochen und verbessert. Die Zusammenarbeit mit den Pädiatern konnte so gefördert werden.

Angelehnt an die Basisdokumentation des UKE wurden zusätzlich Alter, Geschlecht und somatische Grunderkrankungen erfasst. Die Anzahl der Vorstellungen in der Ambulanz und der stationären Aufenthalte in einem Zeitraum von 12 Monaten vor dem Screening-Datum konnten ebenfalls so erhoben werden.

2.1.4.1 Übersicht der Konstrukte im Eltern- und Kinderfragebogen (genaue Beschreibung in 2.2)

- Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten (SDQ)
- Hinweise auf Somatoforme Störungen
- Complianceprobleme
- Lebensqualität
- Psychosoziale Risikofaktoren
- Subjektiver Beratungsbedarf

2.1.4.2 Übersicht der Konstrukte im Arztfragebogen

- Somatische Diagnosen
- Auftreten der ersten Symptome
- Medikamenteneinnahme
- Compliance des Patienten
- Beurteilung der Belastung für die Eltern
- Einschätzung des aktuellen Funktionsniveaus des Kindes
- Beurteilung der derzeitigen Gesundheit des Kindes mittels VAS
- Ärztliche Einschätzung des psychosomatischen Beratungsbedarfs

2.2 Beschreibung des Eltern- und Kinderfragebogens

Die Screening-Fragebogen für Eltern und Kinder bestehen aus standardisierten, sowie aus studienspezifischen Anteilen. Als standardisierte Instrumente findet man den Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) zur Erfassung von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten, sowie den Kidscreen-10 Index zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Abschnitte „Hinweise auf Somatoforme Störungen“, „Complianceprobleme“, „Psychosoziale Risikofaktoren“ und „Subjektiver Beratungsbedarf“ stellen Konstrukte dar, die spezifisch für diese Studie entwickelt worden sind. Die Auswahl dieser Items basiert auf klinischer Erfahrung, Studienergebnissen, sowie teilweise in Anlehnung an ICD-10 und DSM-IV Kriterien. Sie sollen das Gesamtbild des Patienten erweitern und ergänzende Hinweise auf einen erhöhten Beratungsbedarf geben. Die beschriebenen Konstrukte werden durch den Eltern- sowie durch den Kinderfragebogen erfasst. Lediglich die Formulierungen weichen ab und sind altersentsprechend gestaltet. In der Einleitung werden Name des Kindes, Geschlecht, Erst- oder Wiedervorstellung in der gastroenterologischen Ambulanz sowie der Grund der Vorstellung (akute Beschwerden/Kontrolluntersuchung) erfragt.

2.2.1 Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten

Der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ist eine 1997 ins Deutsche übersetzte Fassung eines englischen Fragebogens, der 25 Fragen zu positiven und negativen Verhaltensweisen, sowie Emotionen beinhaltet (Goodman 2001, <http://sdqinfo.com/>). Die verschiedenen Versionen wurden in mehreren Studien validiert und es existieren Übersetzungen in mehrere Sprachen (Goodman et al. 1998; Muris, Meesters, Eijkelenboom, Vincken 2004, Rønning et al. 2004; Smedje, Broman, Hetta, von Knorring 1999; Van der Roy et al. 2006). Die deutschen Normwerte entsprechen weitgehend der englischen Originalversion (Woerner, Becker, Friedrich, Klasen, Goodman, Rothenberger 2002). Er ist bei gesunden so wie kranken Kindern und Jugendlichen anwendbar (Goodman 2000; Goodman, Renfrew, Mullick 2000; Goodman 2004; Rothenberger, Becker, Erhart, Wille, Ravens-Sieberer 2008). Beim Beantworten der Fragen, soll der Zeitraum der letzten sechs Monate vor der Befragung berücksichtigt werden. Der Fragebogen liegt jeweils in einer Eltern- und in einer Kinderversion vor. In dieser Studie wurde der SDQ-Deu-Fragebogen für Kinder ab 10 Jahren eingesetzt und die Elternversion für eine Altersspanne von 4-16 Jahren. Die Fragen umfassen 25 Items, wobei jeweils fünf Items folgende fünf Subskalen bilden

- Emotionale Probleme („Hat viele Sorgen, erscheint häufig bedrückt“, „Oft unglücklich oder niedergeschlagen, weint häufig“ etc.)
- Verhaltensprobleme („Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend“, „Lügt oder mogelt häufig“ etc.)
- Hyperaktivität („Ständig zappelig“, „Führt Aufgaben zu Ende, gute Konzentrationsspanne“ etc.)
- Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen („Einzelgänger, spielt meist alleine“, „Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt“ etc.)
- Prosoziales Verhalten („Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind“, „Rücksichtsvoll“ etc.)

Als Antwortmöglichkeiten sind

- „nicht zutreffend“
- „teilweise zutreffend“ und
- „eindeutig zutreffend“ vorgegeben.

Auf die verschiedenen Antwortmöglichkeiten werden für die Auswertung null bis zwei Punkte vergeben. Jede Skala kann einen Wert zwischen null und 10 ergeben. Durch Summation der Skalen eins bis vier wird ein Gesamtproblemwert errechnet (null bis 40 Punkte), hierbei nicht berücksichtigt wird die Skala „Prosoziales Verhalten“. Die Normwerte unterscheiden sich je nach Urteiler. Die Punkteverteilungen wurden so gewählt, dass ungefähr 80% der Kinder als normal, 10% als grenzwertig und 10% als auffällig eingestuft werden.

Tabl.1: Normwerte für die Einteilung des SDQ des Elternurteils

SDQ-Eltern	unauffällig	grenzwertig	auffällig
Gesamtproblemwert	0-13	14-16	17-40
Emotionale Probleme	0-3	4	5-10
Verhaltensprobleme	0-2	3	4-10
Hyperaktivität	0-5	6	7-10
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	0-2	3	4-10
Prosoziales Verhalten	6-10	5	0-4

Tabl.2: Normwerte für die Einteilung des SDQ des Kindurteils

SDQ-Kind	unauffällig	grenzwertig	auffällig
Gesamtproblemwert	0-15	16-19	20-40
Emotionale Probleme	0-5	6	7-10
Verhaltensprobleme	0-3	4	5-10
Hyperaktivität	0-5	6	7-10
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	0-3	4-5	6-10
Prosoziales Verhalten	6-10	5	0-4

Ebenfalls wurde die Erweiterung des SDQ (Impact) in den Fragebogen mit aufgenommen (Goodman 1999). Hier wird die subjektive Beeinträchtigung erfragt, vor allem die Schwierigkeiten in den Bereichen Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit anderen. Wird diese Frage mit „Ja“ beantwortet, folgen weitere Items zu der Dauer der Schwierigkeiten, der damit einhergehende subjektiv empfundene Leidensdruck, daraus resultierende Beeinträchtigungen in verschiedenen Bereichen des Alltags (zu Hause, Freundschaft, Schule und Freizeitaktivitäten) sowie Belastungen für andere. Aus den Werten des subjektiven Leidensdrucks und der Beeinträchtigung im Alltag kann dann die Gesamtbeeinträchtigung des Patienten ermittelt werden.

2.2.2 Hinweise auf Somatoforme Störungen

Zur Erfassung von Hinweisen auf Somatoforme Störungen wurde ein Instrument zur Erfassung von körperlichen Beschwerden erstellt und eingesetzt. Dieses erfragt folgende 12 Symptome:

- 1 Kopfschmerzen
- 2 Ohnmacht oder Bewusstlosigkeit
- 3 Rückenschmerzen
- 4 Schwäche- oder Schwindelgefühl
- 5 Übelkeit oder Magenverstimmung
- 6 Kloßgefühl im Hals
- 7 Herzrasen
- 8 Lebensmittelunverträglichkeit
- 9 Energiemangel oder Erschöpfung
- 10 Bauch- oder Magenschmerzen
- 11 Schmerzen in Gliedern oder Gelenken
- 12 Hautprobleme

Erstellt wurden diese studienspezifischen Items in Anlehnung an die ICD-10 sowie DSM-IV Kriterien einer Somatoformen Störung. Zu den von DSM-IV geforderten vier Schmerzsymptomen einer Somatisierungsstörung gehören unter anderem Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Bauch- oder Magenschmerzen, Schmerzen in Gliedern und Gelenken. Übelkeit- oder Magenverstimmung, Kloß im Hals, Lebensmittelunverträglichkeit zählen zu den von DSM-IV geforderten zwei gastrointestinalen Symptomen einer Somatisierungsstörung. Als pseudoneurologisches Problem wurden Ohnmacht oder Bewusstlosigkeit, Schwäche- oder Schwindelgefühle, Kloß im Hals ausgewählt. Aufgrund der hohen Komorbidität von Depression und Somatisierungsstörung wurde der Energiemangel mit aufgenommen.

Laut der Bremer Jugendstudie (Essau, Conradt, Petermann 2000) sind die häufigsten Symptome einer Somatoformen Störungen:

- Kopfschmerzen
- Kloß im Hals
- Bauchschmerzen

Die ausgewählten Symptome 1-10 sind in dem Somatisierungsinventar (Meesters, Muris, Ghys, Reumerman, Rooijmans 2003) abgebildet, zu „Schmerzen in Gliedern und Gelenken“ wurden die Items „Schmerzen im Knie, Ellenbogen und anderen Gelenken“, „Schmerzen in Armen und Beinen“ und „Muskelschmerzen“ zusammengefasst. Die Items 1, 3, 4, 9,10 und 12 werden auch in der HBSC (Health Behaviour in School-aged children) verwendet.

Für jedes Item stehen folgende Antwortmöglichkeiten zur Auswahl:

- „nie“
- „selten“
- „manchmal“
- „oft“
- „dauernd“

Als weiterer Komplex für die Erfassung von Hinweisen auf Somatoforme Störungen wird die ärztliche Behandlung des Kindes näher erfasst. Ein weiteres Kriterium ist das sog. „Ärzt hopping“ („...in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind...“ ICD-10, F45). Dazu wird nach der Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten und Arztbesuchen gefragt. Es wird gezielt die Häufigkeit der Besuche bei Ärzten, Heilpraktikern etc. in den letzten 6 Monaten erfragt.

2.2.3 Complianceprobleme

Kinder und Jugendliche haben häufig Probleme mit der Medikamenteneinnahme und der Einhaltung des Therapieplans:

- bei akuter Medikation: 33%
- bei chronischer Medikation: 50-55% (Shaw et al. 2003)

Mangelnde Compliance wird zum einen durch komorbide psychische Störungen des Patienten und zum anderen durch fehlenden familiären Zusammenhalt und Unterstützung begünstigt. Zur Erfassung der Compliance des Patienten wird nach Problemen mit Medikamenteneinnahmen, Einhalten von Kontrolluntersuchungen etc. gefragt.

Die Antwortmöglichkeiten sind

- „nein“
- „ja, leichte“
- „ja, mäßige“
- „ja, deutliche“
- „ja, massive“

2.2.4 Lebensqualität

Die drei Fragebögen Kidscreen-52, Kidscreen-27 und der Kidscreen-10 Index wurden im Rahmen des Projektes „Kidscreen“ entwickelt und innerhalb des 5. EU Rahmenprogramms "Lebensqualität und Management lebender Ressourcen" von der Europäischen Union gefördert (<http://kidscreen.diehauptstadt.de/kidscreen/de/index.html>). An diesem Projekt nahmen 13 verschiedene europäische Ländern teil, das Projekt erstreckte sich über einen Zeitraum von 3 Jahren (2001-2004). Ziel dieses Projekts war die Identifizierung relevanter HRQoL Dimensionen und Items, die für alle teilnehmenden Länder von Bedeutung sind, sowie daraus die Entwicklung eines interkulturellen Messinstrumentes der HRQoL für Kinder und Jugendliche zwischen 8 und 18 Jahren.

Der Kidscreen-10 Index ist mit zehn Items die kürzeste Version des Fragebogens und operationalisiert die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL) in einer einzigen Skala (http://kidscreen.diehauptstadt.de/kidscreen/de/questionnaires/kidscreen_10/index.html). Er wurde aus der längeren Version Kidscreen-27 entwickelt und existiert in mehreren Sprachen. Eingesetzt wurde er jeweils in einer Eltern- und einer Kinderversion. Die Lebensqualität wird unter Berücksichtigung des physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens gemessen. Sowohl positive Gefühle wie „sich fit und wohl fühlen“, „voller Energie sein“, als auch der Ausschluss von negativen Gefühlen wie Traurigkeit und Einsamkeit werden erfasst. Der

Kidscreen-10 Index zeigt, inwiefern der Patient durch die Erkrankung Einschränkungen in anderen Lebensbereichen, wie Schule oder Freizeit hat. Beim Beantworten der Fragen, soll der Zeitraum der letzten sieben Tage vor der Befragung berücksichtigt werden.

Als Antwortmöglichkeit ist eine Abstufung in

- „überhaupt nicht“
- „ein wenig“
- „mittelmäßig“
- „ziemlich“
- „sehr“ vorgegeben.

Die gemessene gesundheitsbezogene Lebensqualität kann sowohl durch Schweregrad der Erkrankung als auch durch Bewertung der Erkrankung durch den Patienten selber vermindert sein. Eine abschließende Frage zur Einschätzung der Gesundheit im Allgemeinen lässt folgende Antwortmöglichkeiten zu:

- „ausgezeichnet“
- „sehr gut“
- „gut“
- „weniger gut“
- „schlecht“

Durch das Berechnen der T-Werte, sowie einer Rasch-Skalierung, ist eine Beurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Patienten möglich.

2.2.5 Psychosoziale Risikofaktoren

In Anlehnung an die fünfte Achse (Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung) des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10, sowie zur Risiko- und Ressourcenermittlung wurden erfragt

- Psychisch schwer belastende Lebensereignisse, wie „Arbeitslosigkeit“, „Gewalt“, „finanzielle Not“, etc.
- Schwere körperliche Erkrankungen in der Familie
- Schwere psychische Erkrankungen in der Familie
- Geistige oder körperliche Behinderungen in der Familie.

2.2.6 Subjektiver Beratungsbedarf

Gezielt wurden Kinder und Eltern nach dem subjektiven Wunsch nach psychologischer Unterstützung gefragt. Zur Beurteilung der Einschätzung des Bedarfs waren folgende Antwortmöglichkeiten gegeben:

- „kein Bedarf“
- „leicht“
- „mittelmäßig“
- „hoch“
- „unbedingt notwendig“

Auch die bisherige und derzeitige Inanspruchnahme professioneller Hilfe, im Sinne einer psychiatrischen, psychologischen oder psychotherapeutischen Behandlung, wurde erfasst (ja/nein).

2.3 Beschreibung des Arztfragebogens

Der einseitige ärztliche Fragebogen geht genauer ein auf Diagnosen, Auftreten der ersten Symptome, Medikamente, Beurteilung der Compliance sowie der Belastung der Eltern durch die Krankheit des Kindes. Auch das Funktionsniveau und vor allem die Belastung der Kinder werden erfasst. Eine visuelle Analogskala lässt die Ärzte die derzeitige Gesundheit des Kindes einschätzen. Zuletzt wird der aus ärztlicher Sicht eingeschätzte psychosomatische Beratungsbedarf ermittelt. Die folgende Tabelle stellt eine Übersicht der, durch die Ärzte aufgeführten Erkrankungen dar, jedes Krankheitsbild wurde einer Diagnosegruppe zugeordnet.

Tabl.3: Einteilung der im Arztfragebogen angeführten Erkrankungen in Diagnosegruppen

Diagnosegruppen	
Gastroenterologische Erkrankungen	Dazugehörige Krankheitsbilder
CED	Colitis ulcerosa, Colitis Intermediaria, Morbus Crohn
Bauchschmerzen	Akute/ Chronische Bauchschmerzen
Ausscheidungsstörung	Diarrhoe, Obstipation
Sonstige gastroenterologische Erkrankungen	Übelkeit, Zöliakie, Colon irritabile, GÖRD, Schluckbeschwerden, Pankreatitis, Gastritis

Tabl.3: Einteilung der im Arztfragebogen angeführten Erkrankungen in Diagnosegruppen

Diagnosegruppen	
Hepatologische Erkrankungen	Dazugehörige Erkrankungsbilder
Autoimmunhepatitis	Autoimmunhepatitis (versch. Typen)
Sonstige hepatologische Erkrankungen	Alpha-1-Antitrypsinmangel, Cholezystolithiasis, Hepatitis (akut/chronische), Sklerosierende Cholangitis, Gallengangsatresie, Hepathopathie, Morbus Wilson, Morbus Byler, Pfortaderthrombose, Gallenblasenexstirpation
Z.n. Lebertransplantation (LTX)	LTX (unterschiedlicher Genese)

2.4 Erhebung soziodemographischer Daten

In Anlehnung an die Basisdokumentation des UKE wurden

- Alter
- Geschlecht und
- somatische Grunderkrankung der Patienten erfasst.

Zur Beschreibung der Belastungssituation des Kindes wurden zusätzlich

- Anzahl der ambulanten Vorstellungen und
- Anzahl der stationären Aufenthalte

in einem Zeitraum von 12 Monaten vor dem Screeningdatum erhoben.

2.5 Konzept der Gesamtauswertung des Screenings

In die Gesamtauswertung des Screenings fließen Anteile aus Eltern-, Kinder- und Arztfragebogen mit ein. Die Basis der Auswertung bildet der Strengths and Difficulties Questionnaire zur Erfassung von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten. Ausgangspunkte sind jeweils die Ergebnisse des SDQ der Eltern und Jugendlichen. Anschließend werden aus allen drei Fragebögen Zwischenwerte aus den Angaben zu der Compliance und dem subjektiv eingeschätzten Beratungsbedarf errechnet. Sind Complianceprobleme und/oder ein subjektiver Therapiebedarf vorhanden (Summe größer als drei) bedeutet dies eine Aufwertung und Höherstufung des Gesamtergebnisses.

Zusammengefasst erhält man durch diese Auswertung ein Screeningergebnis von

Rot = auffällig, Beratungsbedarf vorhanden

Gelb = grenzwertig, eventueller Beratungsbedarf

Grün = unauffällig, kein Beratungsbedarf

2.6 Ethik

Die Daten des Modul 1 des Projektes werden im Rahmen der klinischen Routine der gastroenterologisch-hepatologischen Spezialambulanz erhoben. Die Eltern werden in einem, den Fragebögen beiliegenden Anschreiben ausführlich über das Projekt informiert. Die Teilnahme und das Ausfüllen der Fragebögen ist freiwillig und ein zusätzliches Angebot der Kinderklinik. Die Teilnahme an Modul 1 ist freiwillig und verpflichtet nicht zur Teilnahme an Modul 2 und 3, die Zusammenarbeit kann jederzeit beendet werden. Für das Experten-Interview in Modul 2 wurden ebenfalls schriftliche Einverständniserklärungen der Eltern und, ab einem Alter von 10 Jahren, auch von den Kindern eingeholt.

2.7 Auswertungsverfahren

Die Verwaltung und Auswertung der Daten wurde mit SPSS15/16 für Windows verwendet. Die Dateneingabe erfolgte über eine studienspezifische Datenmatrix, die Auswertung durch eine erarbeitete Syntax. Ein EDV-System zur Verwaltung von Patientendaten diente zur Ermittlung soziodemographischer Daten, sowie Anzahl der ambulanten Vorstellungen und stationären Aufenthalte. Als statistische Verfahren wurde die Berechnung von Pearson-Korrelationen und Kappa-Koeffizienten verwendet, sowie eine Regressionsanalyse der Einflussfaktoren durchgeführt. Das Signifikanzniveau liegt für alle Berechnungen bei 0.5%.

3 Ergebnisse

3.1 Stichprobenbeschreibung

Zwischen dem 1.1.2008 und dem 31.12.2008 wurden 620 Patienten in der pädiatrischen gastroenterologisch-hepatologischen Ambulanz der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf betreut, es erfüllten 513 Patienten (82.7%) die Einschlusskriterien des Projektes. 107 Patienten (17.3%) erhielten aufgrund ihres Alters kein Fragebogenset für das Screening, davon waren 100 Patienten jünger als 3 Jahre und 7 Patienten älter als 18 Jahre. An 441 (86%) von den 513 Patienten wurde ein kurzes Anschreiben mit dem Fragebogenset der „Gemeinsamen Ambulanz“ geschickt. Aufgrund von fehlenden Patientenangaben konnten 72 Familien nicht angeschrieben werden. Von diesen 72 Familien wurden bei 21 die Fragebögen aufgrund einer falschen Adresse nicht zugestellt, 51 Patienten erhielten das Fragebogenset ebenfalls nicht, da die Nacherfassung länger als vier Monate zu dem eigentlichen Ambulanztermin zurücklag. Schlussendlich wurden im Rahmen der klinischen Routine die Fragebögendaten des Screenings von 248 Patienten und ihren Eltern gewonnen (56.2%), davon waren 61.7% älter als 10 Jahre (153 Patienten). Aufgrund von mangelnder Vollständigkeit der Datensätze, konnten 10 Datensätze leider nicht mit in die Rechnungen eingehen. Die endgültige Stichprobengröße beträgt $n=143$.

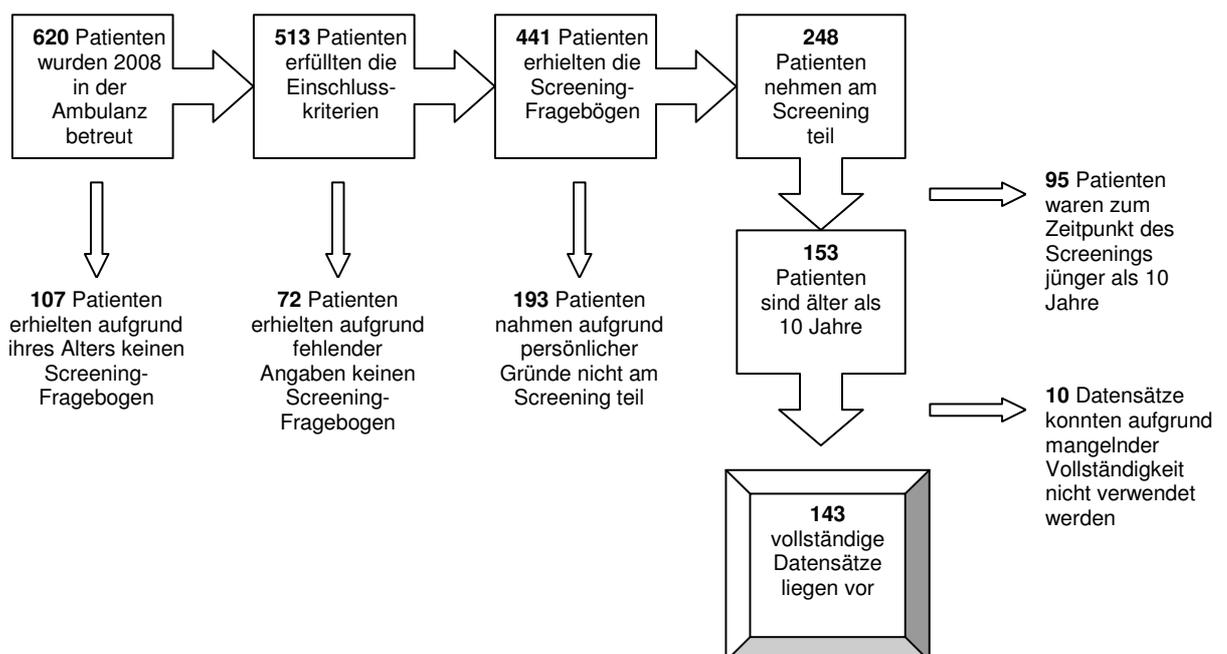


Abb.1: Entstehung der Stichprobe von Modul 1 (n=143)

3.2 Patientenkollektiv

Das Patientenkollektiv lässt sich wie folgt beschreiben:

Alter, Geschlecht, Größe und Gewicht

Von den 143 Patienten sind 79 (55.2%) weiblich und 64 (44.8%) männlich. Das mittlere Alter der Patienten zum Zeitpunkt des Screenings beträgt 13.9 Jahre (Min. 10 Jahre, Max. 18 Jahre, SD 2.2). Im Durchschnitt sind die teilnehmenden Kinder und Jugendlichen 157.8 cm groß (n=98, Min. 116 cm, Max. 186 cm, SD 13.1) und wiegen 50.3 kg (n=100, Min. 27.7 kg, Max. 79 kg, SD 12.9).

Angaben zur sozialen Situation

Für 50 Teilnehmer (35%) können zusätzlich Angaben zur sozialen Situation gemacht werden, da dieser Teil des Screenings nachträglich hinzugefügt wurde. Nach Angaben der Eltern besuchen 17 Kinder und Jugendliche (34%) das Gymnasium, 15 (30%) die Realschule und 9 (18%) die Gesamtschule. Jeweils ein Patient (2%) geht zur Haupt- bzw. Grundschule, 3 Jugendliche (6%) befinden sich bereits in einer Berufsausbildung und weitere 4 Kinder und Jugendliche besuchen Förder- oder regionale Schulen. Mit Mutter und Vater leben 31 Kinder und Jugendliche (63.3%) zusammen, 9 leben bei der alleinerziehenden Mutter (18.4%) und ein Patient bei dem alleinerziehenden Vater (2%). Neben Mutter und Vater leben bei 8 Patienten (16.3%) weitere Personen mit im Haushalt, wie beispielsweise Groß- oder Urgroßeltern oder erwachsene Geschwister. 12 Studienteilnehmer sind Einzelkinder (24%). Von den 38 Kindern und Jugendlichen (76%) mit Geschwistern hat über die Hälfte (28/56%) ein Geschwisterkind, 8 (16%) haben zwei und 4 (8%) haben drei Geschwisterkinder.

Angaben zur somatischen Erkrankung der Patienten

Aufgrund der angeführten Diagnosen in den Arztfragebögen zeigt sich bei 74 Patienten (51.7%) eine gastroenterologische Erkrankung, 54 Patienten (37.8%) weisen eine hepatologische Erkrankung auf. Bei 15 Kindern fehlt eine Angaben zur somatischen Erkrankung (10.5%). Die einzelnen Krankheiten wurden Diagnosegruppen zugeordnet (siehe Material und Methoden 2.3), deren Häufigkeiten und Aufteilung nach Geschlecht und Alter sind in Tabelle 1 dargestellt. Die einzelnen Erkrankungen der verschiedenen Diagnosegruppen und deren Häufigkeiten finden sich in Tabelle 1 im Anhang.

Tabl.1: Häufigkeiten der auftretenden Diagnosegruppen mit Geschlechts- und Altersverteilung (n=128)

Diagnosegruppen	Häufigkeit (%)	Geschlecht m/w	Alter 10-13/14-18
CED	34 (26.6%)	18 / 16 (52.9% / 47.1%)	8 / 26 (23.5% / 76.5%)
Bauchschmerzen	22 (17.2%)	9 / 13 (40.9% / 59.1%)	10 / 12 (45.5% / 54.5%)
Ausscheidungsstörungen	6 (4.7%)	2 / 4 (33.3% / 66.7%)	3 / 3 (50% / 50%)
Sonstige gastroenterolog. Erkrankungen	12 (9.4%)	6 / 6 (50% / 50%)	5 / 7 (41.7% / 58.3%)
Autoimmunhepatitis	12 (9.4%)	5 / 7 (41.7% / 58.3%)	2 / 10 (16.7% / 83.3%)
Sonstige hepatologische Erkrankungen	35 (27.3%)	16 / 19 (45.7% / 54.3%)	10 / 25 (28.6% / 71.4%)
Z.n. Lebertransplantation	7 (5.5%)	3 / 4 (42.9% / 57.1%)	4 / 3 (57.1% / 42.9%)

Angaben zur klinischen Belastungssituation

Durch Angaben der Eltern lässt sich sagen, dass 47 Kinder (32.9%) sich aufgrund von akuten Beschwerden vorstellten, 88 Patienten (61.5%) kamen zu einer Kontrolluntersuchung in die Spezialambulanz. Acht Angaben fehlen hierzu (5.6%). Um die medizinische Belastungssituation der Kinder und Jugendlichen weiter darzustellen, wurde die Anzahl der ambulanten Termine und die Anzahl der stationären Aufenthalte im UKE in den letzten 12 Monaten vor dem Screeningdatum erfasst und in Tabelle 2 aufgeführt.

Tabl.2: Klinische Belastungssituation der Patienten 12 Monate vor dem Screening (n=143)

Anzahl der Ambulanztermine	Häufigkeit/ Prozente	Anzahl der stationären Krankhausaufenthalte	Häufigkeit/Prozent
0 Termine	1 / 0.7%	Keinen Aufenthalt	1 / 0.7%
1 oder 2 Termine	91 / 63.7%	1 Aufenthalt	91 / 63.7%
3 oder 4 Termine	37 / 25.9%	2 Aufenthalte	37 / 25.9%
5 oder 6 Termine	13 / 9.1%	7 Aufenthalte	13 / 9.1%
7 Termine	1 / 0.7%		

3.3 Ausprägung und Prävalenzen der erhobenen Konstrukte des Screenings

3.3.1 Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten

Durch festgelegte Normwerte ist eine Einteilung der Rohwerte aller Skalen des SDQ in unauffällig, grenzwertig und auffällig möglich. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Eltern- und Kindurteile mit Rohwerten, Prozentangaben und der Bewertung unauffällig, grenzwertig, auffällig deskriptiv dargestellt. Beschrieben werden der Gesamtproblemwert mit seinen einfließenden vier Subskalen – emotionale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten, Hyperaktivität, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen - sowie die getrennt davon berechnet und bewertete fünfte Subskala „Prosoziales Verhalten“.

3.3.1.1 Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten im Elternurteil

Durch die Summation der vier Subskalen Emotionale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten, Hyperaktivität, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen wird der Gesamtproblemwert des SDQ errechnet. 112 Eltern (78.3%) beschreiben ihre Kinder in der Gesamtwertung als psychisch unauffällig, 31 wurden als grenzwertig oder auffällig bewertet (21.7%). Die fünfte Subskala misst das prosoziale Verhalten und geht nicht mit in den Gesamtproblemwert ein.

Die Verteilung der Rohwerte der Subskalen des SDQ ist in Abbildung 2 dargestellt.

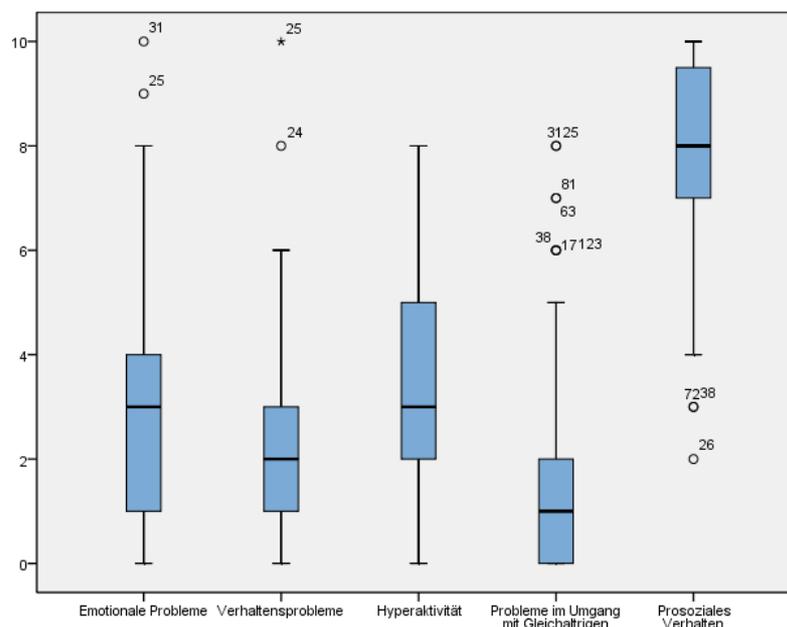


Abb.2: Darstellung der Verteilung der Rohwerte der SDQ-Subskalen im Elternurteil (n=143)

Im Durchschnitt werden für den Gesamtwert des SDQ im Elternurteil 10 Punkte erreicht (Min.0 Punkte, Max.34 Punkte, SD 5.4). Für eine Bewertung durch die Eltern gelten folgende Normwerte:

Tabl.3: Normwerte des Gesamtproblemwertes und der Subskalen der Elternbewertung des SDQ

SDQ-Eltern	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamtproblemwert	0-13	14-16	17-40
Emotionale Probleme	0-3	4	5-10
Verhaltensprobleme	0-2	3	4-10
Hyperaktivität	0-5	6	7-10
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	0-2	3	4-10
Prosoziales Verhalten	6-10	5	0-4

Daraus ergeben sich für den Gesamtproblemwert und die Subskalen folgende Verteilung in den Kategorien unauffällig, grenzwertig und auffällig.

Tabl.4: Prävalenzen des Gesamtproblemwertes und der Subskalen des SDQ (n=143)

	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamtproblemwert	112 / 78.3%	18 / 12.6%	13 / 9.1%
Emotionale Probleme	125 / 87.45%	7 / 4.9%	11 / 7.7%
Verhaltensauffälligkeiten	122 / 85.3%	8 / 5.6%	13/ 9.1%
Hyperaktivität	126 / 88.1%	6 / 4.2%	11 / 7.7%
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	117 / 81.8%	19 / 13.3%	7 / 4.9%
Prosoziales Verhalten	125 / 87.4%	11 / 7.7%	7 / 4.9%

3.3.1.2 Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten im Kindurteil

In der Kinderversion des SDQ wird der Gesamtproblemwertes ebenfalls durch die Summation der ersten vier Subskalen berechnet. Die Subskala „Prosoziales Verhalten“ wird einzeln bewertet. In der Gesamtwertung des Selbsturteils der pädiatrischen Patienten stellen sich 126 (88.1%) als psychisch unauffällig dar und 17 Kinder bewerteten sich als grenzwertig oder auffällig (11.9%). Die Rohwerte der fünf Subskalen sind in Abbildung 3 gezeigt.

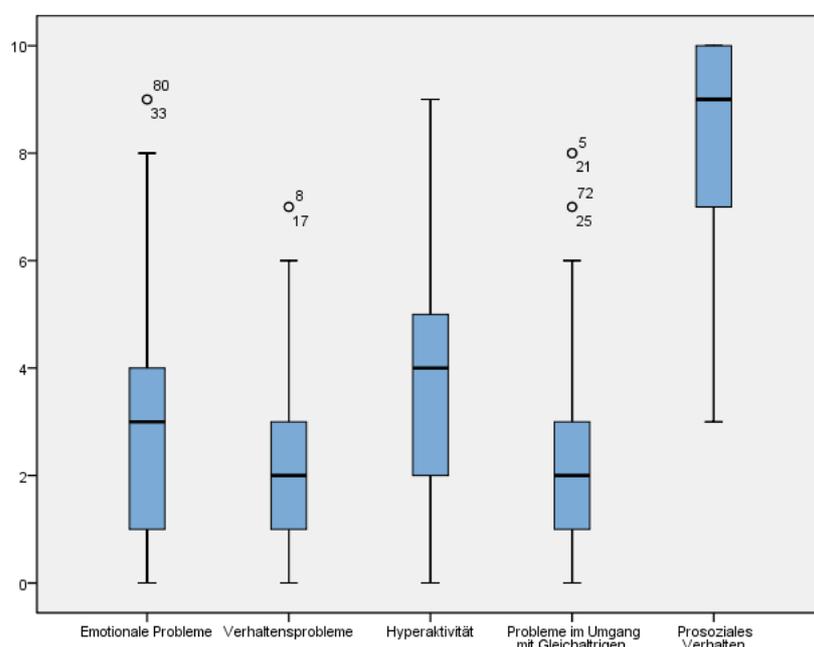


Abb.3: Darstellung der Verteilung der Rohwerte der SDQ-Subskalen im Kindurteil (n=143)

Die Kinder erreichen für den Gesamtwert des SDQ durchschnittlich 10.1 Punkte (Min.0 Punkte, Max.25 Punkte, SD 5.1). Für die Bewertung der Selbsteinschätzung gelten folgende Normwerte:

Tabl.5: Normwerte des Gesamtproblemwertes und der Subskalen des SDQ der Eigeneinschätzung

SDQ-Jugendliche	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamtproblemwert	0-15	16-19	20-40
Emotionale Probleme	0-5	6	7-10
Verhaltensprobleme	0-3	4	5-10
Hyperaktivität	0-5	6	7-10
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	0-3	4-5	6-10
Prosoziales Verhalten	6-10	5	0-4

Aus den Rohwerten der Subskalen ergibt sich in der Eigeneinschätzung der Kinder folgende Verteilung der Kategorien unauffällig, grenzwertig und auffällig:

Tabl.6: Prävalenzen des Gesamtproblemwertes und der Subskalen des SDQ (n=143)

	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamtproblemwert	126 / 88.1%	8 / 5.6%	9 / 6.3%
Emotionale Probleme	127 / 88.8%	7 / 4.9%	9 / 6.3%
Verhaltensauffälligkeiten	124 / 86.7%	10 / 7.0%	9 / 6.3%
Hyperaktivität	124 / 86.7%	7 / 4.9%	12 / 8.4%
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	124 / 86.7%	12 / 8.4%	7 / 4.9%
Prosoziales Verhalten	131/ 91.6%	5 / 3.5%	7 / 4.9%

3.3.2 Hinweise auf Somatoforme Störungen

Hier werden verschiedene Items des Screenings zusammengefasst und dargestellt. Zu den erfassten Hinweisen auf eine Somatoforme Störung gehören vorhandene somatische Symptome, sowie die Häufigkeit der Arztkonsultationen und Krankenhausaufenthalte.

3.3.2.1 Hinweise auf Somatoforme Störungen im Elternurteil

Es bestand eine Auswahl von 12 Symptomen oder Beschwerdekomplessen. Diese konnten mit unterschiedlichen Frequenzen von „nie“ bis „dauernd“ angegeben werden. Es wurden fast alle angebotenen Kategorien bei jedem Symptom von den Eltern verwendet. Lediglich bei zwei Körperbeschwerden („Kloßgefühl im Hals“ und „Herzrasen“) wurde die Kategorie „dauernd“ nicht benutzt, bei dem Symptom „Ohnmacht/Bewusstlosigkeit“ verwendeten die Eltern weder die Kategorie „oft“ noch die Kategorie „dauernd“. Am häufigsten wurde die Kategorie „nie“ angegeben. Bei den Eltern fanden sich im Durchschnitt 6.2 fehlende Angaben in diesem Teil des Screenings. In der folgenden Abbildung 4 sind die angegebenen Frequenzen der einzelne Symptome wiedergegeben.

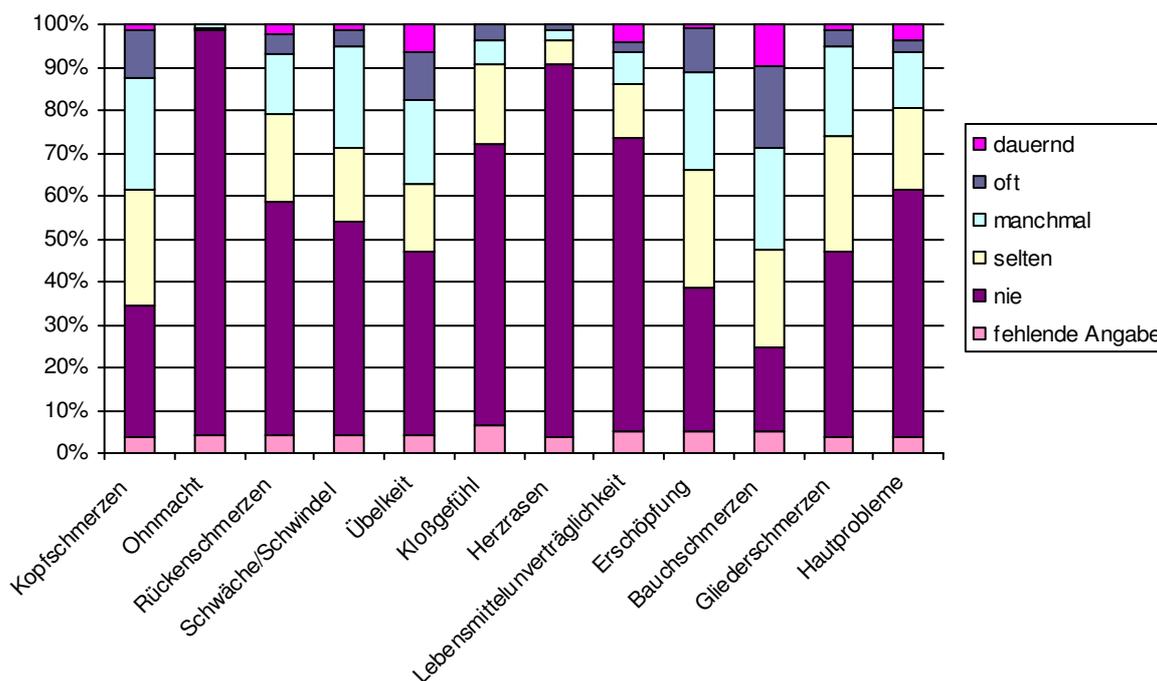


Abb.4: Darstellung der Frequenzen der 12 Körperbeschwerden im Elternurteil (n=143)

Die drei häufigsten Symptome, die von den Eltern mit „oft“ oder „dauernd“ angegeben wurden, sind

- (1) Bauch- oder Magenschmerzen (41/23.8%),
- (2) Übelkeit/Magenverstimmung (25/17.5%) und
- (3) Kopfschmerzen (18/12.6%).

Bei den folgenden drei Symptomen wurde von den Eltern am häufigsten die Kategorie „nie“ angegeben.

- Ohnmacht/Bewusstlosigkeit (135/94.4%)
- Herzrasen (125/87.4%)
- Lebensmittelunverträglichkeit (98/68.5%)

In der Tabelle 7 sind die Minima und Maxima, die Mittelwerte, sowie der Median und die Standardabweichung der 12 Körperbeschwerden dargestellt. Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass nicht immer alle Kategorien verwendet wurden. Das Symptom „Bauchschmerzen“ weist den höchsten Mittelwert und Median aller 12 abgefragten Symptome auf, der niedrigste Mittelwert, sowie das niedrigste Maximum stellt sich bei dem Symptom „Ohnmacht/Bewusstlosigkeit“ ein.

Tabl.7: Darstellung der Minima, Maxima, Mittelwerte, Mediane und der SD der angegebenen Körperbeschwerden des Elternteils (SD=Standardabweichung)

	Minimum	Maximum	Mittelwert	Median	SD
Kopfschmerzen	0	4	1.22	1	1.07
Ohnmacht/Bewusstlosigkeit	0	2	0.02	0	0.19
Rückenschmerzen	0	4	0.74	0	1.03
Schwäche/Schwindel	0	4	0.85	0	1.01
Übelkeit	0	4	1.19	1	1.30
Kloßgefühl im Hals	0	3	0.43	0	0.77
Herzrasen	0	3	0.14	0	0.51
Lebensmittelunverträglichkeit	0	4	0.54	0	1.04
Erschöpfung/Energiemangel	0	4	1.15	1	1.07
Bauchschmerzen	0	4	1.75	2	1.28
Gliederschmerzen	0	4	0.88	1	0.97
Hautprobleme	0	4	0.70	0	1.05

Zu den erfassten Hinweisen auf eine Somatoforme Störung zählen ebenfalls die Häufigkeiten der Arztkonsultationen und Krankenhausaufenthalte, sowie der Besuch von Heilpraktikern, Kinder- und Jugendpsychiatern bzw. Psychotherapeuten in den letzten sechs Monaten. Die Eltern machten folgende Angaben zu der medizinischen Situation ihres Kindes:

Insgesamt wurden 87 Patienten schon einmal stationär im Krankenhaus aufgenommen (60.8%), 52 Kinder waren noch nie stationär in einem Krankenhaus (36.4%). Die Verteilung der Häufigkeiten der Krankenhausaufenthalte zeigt Abbildung 5, durchschnittlich war jedes Kind bisher 3.3mal im Krankenhaus (Mittelwert 3.3, Median 2, SD 5.3). Vier Angaben fehlen (2.8%).

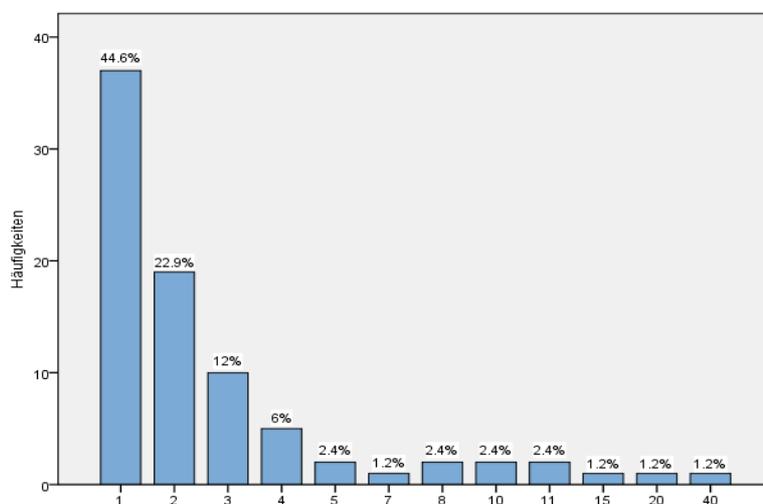


Abb.5: Anzahl der stationären Krankenhausaufenthalte im Elternurteil (n=83)

Im Durchschnitt konsultiertes jedes Kind aufgrund seiner Erkrankung bisher 2.9 verschiedene Ärzte (SD 2.1). Die nachfolgende Abbildung 6 stellt die genauen Häufigkeiten dar. Es gibt 18 fehlende Angaben (12.6%).

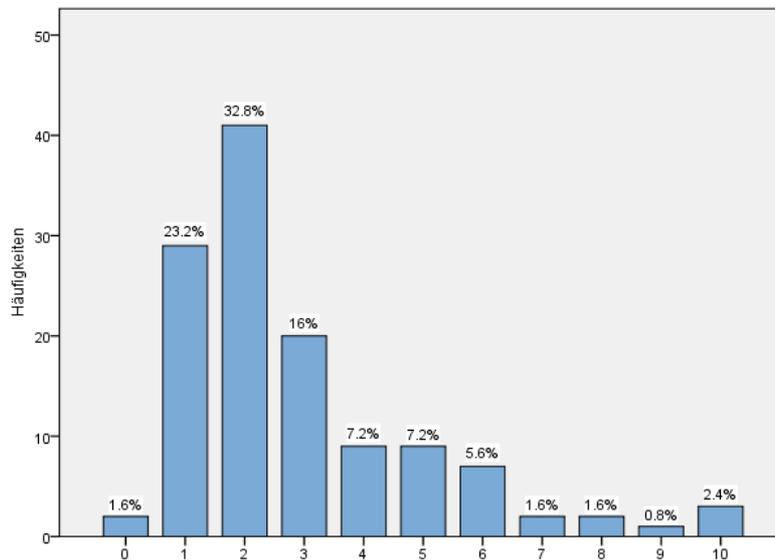


Abb.6: Anzahl der unterschiedlichen Ärzte im Elternurteil (n=125)

Jeder Patient weist im Schnitt in den letzten sechs Monaten 3.5 Konsultationen bei Ärzten, Heilpraktikern etc. auf (Mittelwert 3.5, Median 3, SD 3.9). Die Häufigkeiten sind in der folgenden Abbildung 7 dargestellt. 16 Angaben fehlen (11.2%).

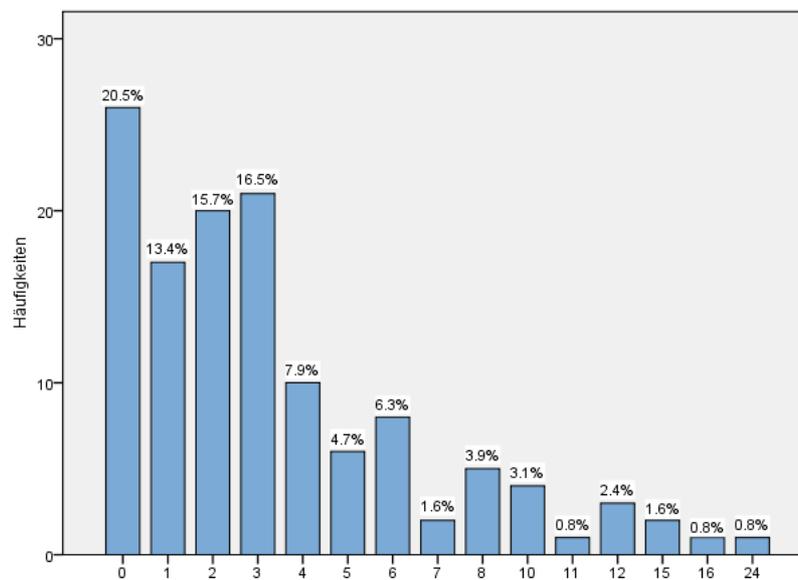


Abb.7: Anzahl der Arztkonsultationen im Elternurteil (n=127)

Fast zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen waren noch nie bei einem Kinder- und Jugendpsychiater, Psychotherapeuten oder Psychologen (92/64.3%), 46 befanden sich schon einmal in Betreuung bzw. hatten Kontakt zu einem der Genannten (32.2%). Fünf Angaben fehlen (3.5%). Zum Zeitpunkt des Screenings befanden sich knapp 10 % der Patienten (14/9.8%) in derzeitiger Betreuung durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, Psychotherapeuten oder Psychologen. 88.1% der Kinder und Jugendlichen wurden zu diesem Zeitpunkt nicht psychologisch betreut (126 Kinder). Drei Eltern machen keine Angabe (2.1%).

3.3.2.2 Hinweise auf Somatoforme Störungen im Kindurteil

In dem Kinderfragebogen bestand ebenfalls eine Auswahl von 12 Symptomen oder Beschwerdekomplexen. Diese konnten auch von den Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlichen Intensitäten von „nie“ bis „dauernd“ angegeben werden. Die Patienten selber verwendeten fast alle dargestellten Antwortkategorien, bei drei Symptomen („Ohnmacht/Bewusstlosigkeit“, „Kloßgefühl im Hals“ und „Herzrasen“) wurde die Kategorie „dauernd“ nicht benutzt. Für das Symptom „Ohnmacht/Bewusstlosigkeit“ nutzten die Kinder sogar nur die Kategorien „nie“ und „selten“. Am häufigsten wurde auch im Selbsturteil die Kategorie „nie“ angegeben. Bei den Patienten fand sich im Durchschnitt nur eine fehlende Angabe in diesem Teil des Screenings. Abbildung 8 stellt die angegebenen Frequenzen der einzelnen Symptome dar.

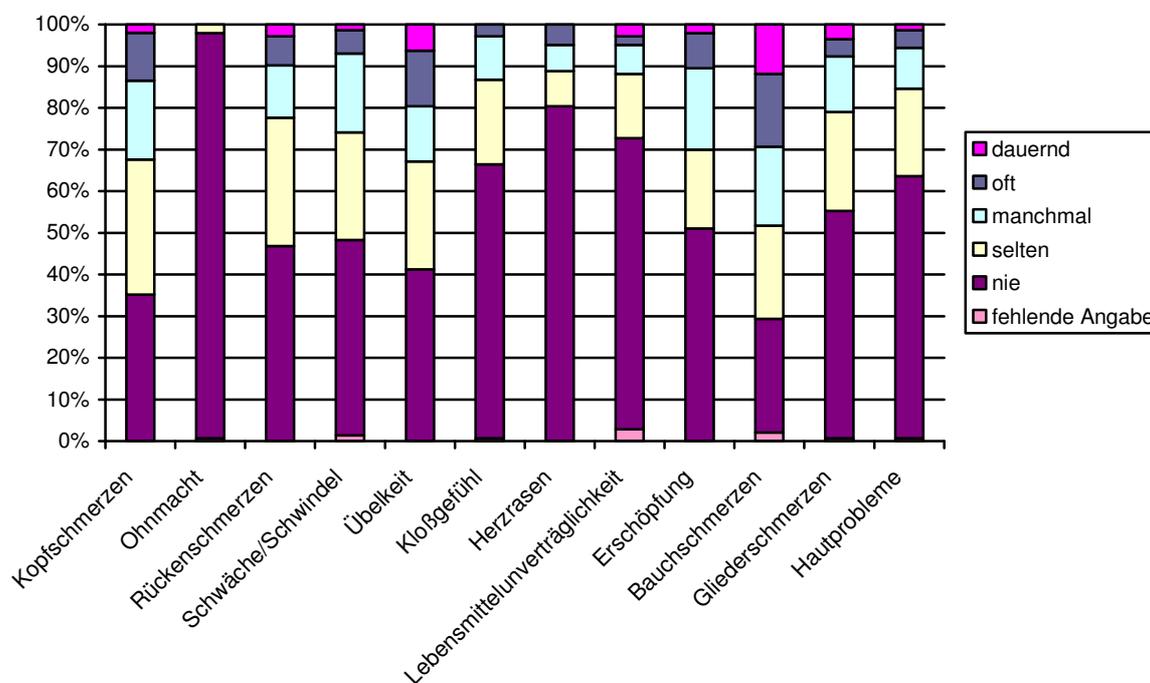


Abb.8: Darstellung der Frequenzen der 12 Körperbeschwerden im Kindurteil (n=143)

Im Selbsturteil gaben die Kinder und Jugendlichen mit „oft“ oder „dauernd“ am häufigsten die drei Symptome

- (1) Bauch- oder Magenschmerzen (42/29.4%),
- (2) Übelkeit/Magenverstimmung (28/19.6%) und
- (3) Kopfschmerzen (20/14%) an.

Bei den folgenden drei Symptomen wurde von den Patienten am häufigsten die Kategorie „nie“ angegeben.

- Ohnmacht/Bewusstlosigkeit (139/97.2%)
- Herzrasen (115/80.4%)
- Lebensmittelunverträglichkeit (100/69.9%)

Die Tabelle 8 stellt die Minima und Maxima, die Mittelwerte, sowie den Median und die Standardabweichung der 12 einzelnen Körperbeschwerden dar. Auch im Kinderurteil zeigt sich durch die Minima und Maxima, dass nicht immer alle Kategorien verwendet wurden. Das Symptom „Bauchschmerzen“ hat im Selbsturteil den höchsten Mittelwert, jedoch ist der Median wie bei vier weiteren Symptomen 1. Der niedrigste Mittelwert, sowie das niedrigste Maximum stellen sich bei dem Symptom „Ohnmacht/Bewusstlosigkeit“ ein.

Tabl.8: Darstellung der Minima, Maxima, Mittelwerte, Mediane und SD der 12 Körperbeschwerden des Kinderurteils

	Minimum	Maximum	Mittelwert	Median	SD
Kopfschmerzen	0	4	1.13	1	1.10
Ohnmacht/Bewusstlosigkeit	0	1	0.02	0	0.14
Rückenschmerzen	0	4	0.88	1	1.06
Schwäche/Schwindel	0	4	0.87	1	1.01
Übelkeit	0	4	1.17	1	1.27
Kloßgefühl im Hals	0	3	0.50	0	0.80
Herzrasen	0	3	0.36	0	0.81
Lebensmittelunverträglichkeit	0	4	0.48	0	0.94
Erschöpfung/Energiemangel	0	4	0.92	0	1.11
Bauchschmerzen	0	4	1.64	1	1.37
Gliederschmerzen	0	4	0.77	0	1.06
Hautprobleme	0	4	0.59	0	0.93

Wie im Elternfragebogen zählen die Anzahl der stationären Krankenhausaufenthalte, der unterschiedlichen Ärzte, sowie die Häufigkeiten aller Konsultationen bei Ärzten, Heilpraktikern etc., sowie die derzeitige und vorherige psychologische Betreuung auch in der

Selbsteinschätzung zu den Hinweisen auf eine Somatoforme Störung. Die Kinder und Jugendlichen machten folgende Angaben zu ihrer medizinischen Situation:

38 waren noch nie stationär in einem Krankenhaus (26.6%), 102 Patienten wurden schon mindestens einmal stationär im Krankenhaus aufgenommen (71.3%). Im Schnitt war jedes Kind bisher 3.6mal im Krankenhaus (Mittelwert 3.6, Median 2, SD 5.0). Drei Angaben fehlen ganz (2.1%). Die Häufigkeiten der stationären Aufenthalte verteilt sich im Selbsturteil der Kinder wie folgt.

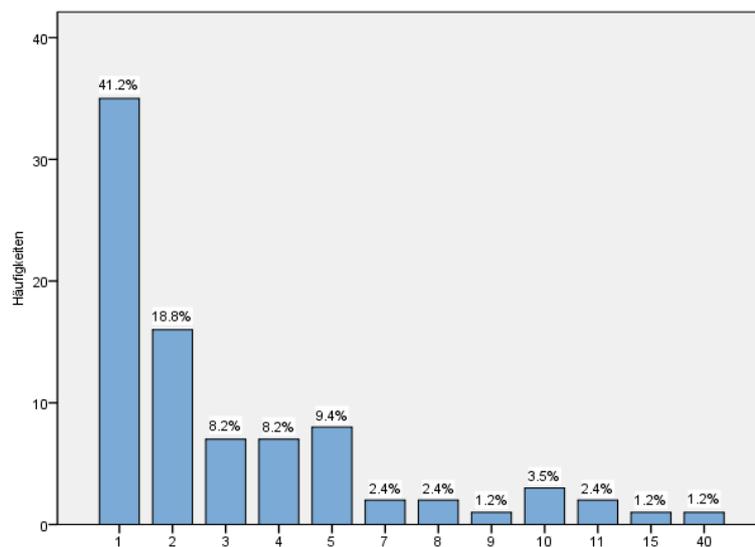


Abb.9: Anzahl der stationären Krankenhausaufenthalte im Kindurteil (n=85)

Jeder Patient suchte im Schnitt aufgrund seiner Erkrankung drei unterschiedliche Ärzte auf (Mittelwert 3, Median 2, SD 2.1). Es gibt 16 fehlende Angaben im Selbsturteil (11.2%). Die Anzahl der konsultierten verschiedenen Ärzte ist in Abbildung 10 dargestellt.

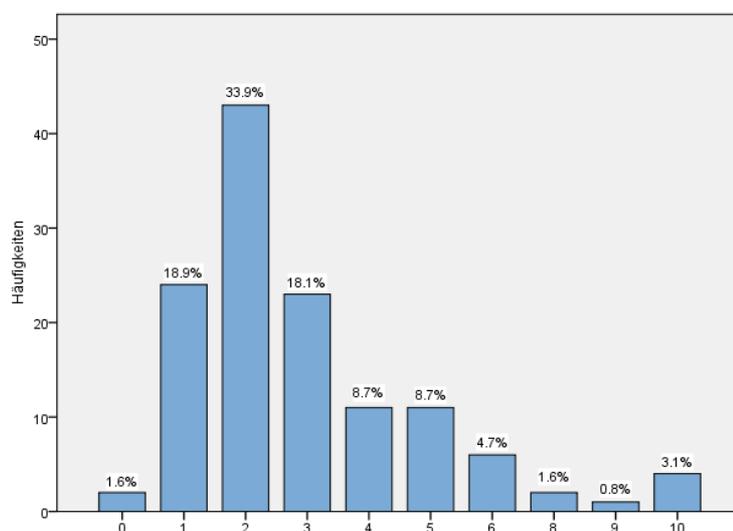


Abb.10: Anzahl der aufgesuchten unterschiedlichen Ärzte im Kindurteil (n=127)

Im Durchschnitt konsultierte jedes Kind in den letzten sechs Monaten 3.9 Ärzte, Heilpraktiker etc. (Mittelwert 3.9, Median 3, SD, 4.2). 21 fehlende Angaben (14.7%). Abbildung 11 zeigt die Verteilung der Anzahl der Konsultationen auf.

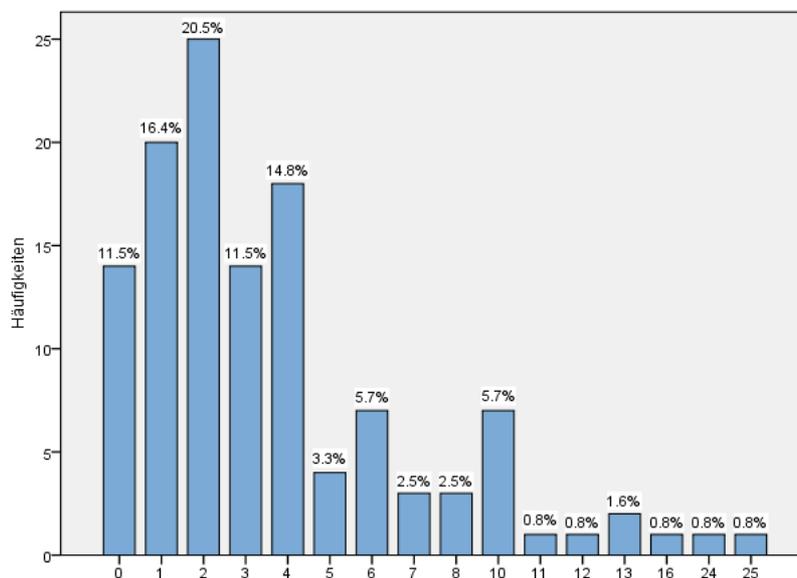


Abb.11: Anzahl der Arztkonsultationen insgesamt im Kindurteil (n=122)

Zwei Drittel der Kinder und Jugendliche waren noch nie bei einem Kinder- und Jugendpsychiater, Psychotherapeuten oder Psychologen (92/64.3%), 48 befanden sich schon einmal in Betreuung bzw. hatten Kontakt zu einem der Genannten (33.6%). Drei Angaben fehlen (2.1%). Zum Zeitpunkt des Screenings befanden sich knapp 10 % der Kinder und Jugendlichen (13/9.1%) in derzeitiger Betreuung durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, Psychotherapeuten oder Psychologen. 90.2% der Patienten wurden zu diesem Zeitpunkt nicht psychologische betreut (129 Kinder). Drei Eltern machen keine Angabe (2.1%). Die Angaben der Kinder in diesem Teil des Screenings weichen nur minimal von den Angaben ihrer Eltern ab.

3.3.3 Complianceprobleme

3.3.3.1 Complianceprobleme im Elternurteil

106 Eltern geben an, dass ihre Kinder keine Probleme mit der Einnahme von Medikamenten oder dem Einhalten von Kontrollterminen haben (74.1%). Bei 30 Kindern stellen sich leichte bis massive Complianceprobleme dar (21%). Leichte Probleme weisen 17 Patienten auf (11.9%), mäßige Probleme haben fünf (3.5%), deutliche sieben (4.9%) und massive Complianceprobleme gibt ein Elternteil für das Kind an. Sieben Angaben fehlen (4.9%).

3.3.3.2 Complianceprobleme im Kindurteil

Nach der Eigeneinschätzung der Kinder und Jugendlichen haben 111 keine Complianceprobleme (77.6%). Auch 30 Kinder geben an Probleme, mit beispielsweise der Einnahme von Medikamenten, zu haben (21%). Bei 22 Patienten sind dies leichte Probleme (15.4%), bei sechs mäßige Probleme (4.2%) und jeweils ein Kind gibt an deutliche und massive Complianceprobleme zu haben. Zwei Kinder machten keine Angaben (1.4%).

3.3.4 Krankheitsbezogene Lebensqualität (Kid-Screen-10 Index)

Zur Erfassung der krankheitsbezogenen Lebensqualität wurde in diesem Screening der Kid-Screen-10 Index in einer Eltern- und einer Kinderversion eingesetzt. Für die 10 Items stehen fünf Antwortmöglichkeiten mit den Abstufungen „überhaupt nicht“, „ein wenig“, „mittelmäßig“, „ziemlich“ und „sehr“. Zur Beurteilung der Lebensqualität wurden T-Werte, sowie eine Rasch-Skalierung berechnet. Hier werden als Normwerte ein T-Mittelwert von 50.2 und eine SD von 10.0 angenommen.

3.3.4.1 Krankheitsbezogene Lebensqualität im Elternurteil

In dem Elternfragebogen wurden alle fünf Antwortkategorien verwendet. Die Angaben im Elternurteil (n=123) erreichten im Durchschnitt einen T-Wert von 36.2, mit einem Minimum von 22.1 und einem Maximum von 50.6 (Median 36.0, SD 5.4). Die genaue Verteilung der T-Werte ist in Abbildung 12 dargestellt.

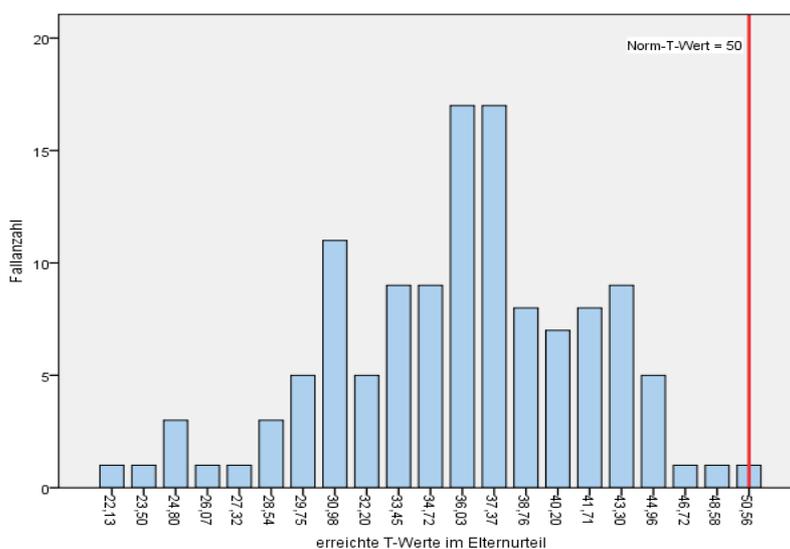
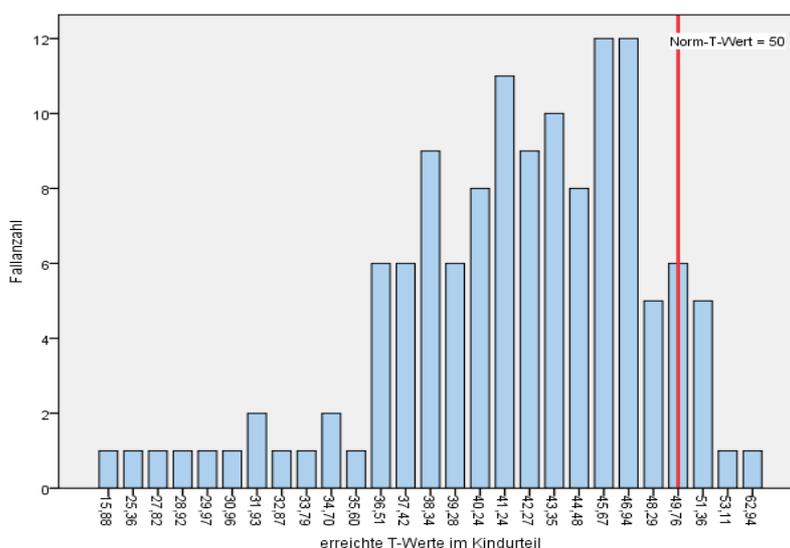


Abb.12: Verteilung der T-Werte im Elternurteil (n=123)

3.3.4.2 Krankheitsbezogene Lebensqualität im Kindurteil

Im Kindurteil finden sich im Durchschnitt T-Werte von 42.1, mit einem Minimum von 15.9 und einem Maximum von 62.9 (Median 42.3, SD 6.1). Die Abbildung 13 zeigt die Verteilung der T-Werte. Es wurden alle fünf Antwortkategorien von den Kindern und Jugendlichen verwendet.



Angaben sind fehlend (3.5%). Die folgende Abbildung 14 stellt die genannten Lebensereignisse in der Vergangenheit (in den letzten sechs Monaten/life-time) dar.

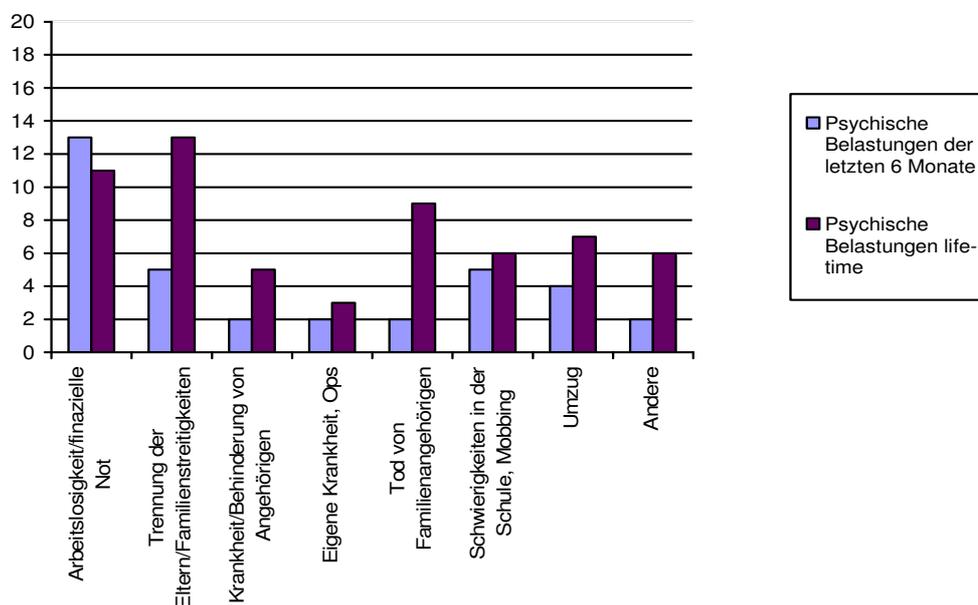


Abb.14: Darstellung der Häufigkeiten psychisch belastender Lebensereignisse im Elternurteil (n=35/letzten 6 Monate, n=51/life-time)

Angaben zu psychischen und somatischen Erkrankungen/Behinderungen in der Familie

Bei 121 Patienten und ihren Familien sind keine psychischen Erkrankungen in der Familie bekannt (84.6%). 20 Eltern geben an, psychisch kranke Angehörige zu haben (14%). Die genannten psychiatrischen Erkrankungen sind Depression, Psychose und Zwangserkrankung. Alle anderen Antworten lassen keine genaue Diagnosenennung zu. Zwei Angaben fehlen (1.4%). Insgesamt 44 Eltern berichten von schweren körperlichen Erkrankungen in der Familie (30.8%). Die drei am häufigsten genannten Krankheiten sind (1) Krebs, (2) kardiologische Erkrankungen und jeweils mit 11 Nennungen (3) chronisch entzündliche Darmerkrankungen und Diabetes mellitus. Bei 95 Patienten und ihren Familien (66.4%) sind laut Angaben der Eltern keine somatischen Krankheiten bekannt. Vier Eltern machten keine Angabe (2.8%).

Nur neun Eltern geben an Familienangehörige mit körperlichen oder geistigen Behinderungen zu haben (6.3%). Bei 132 Patienten treten keine Behinderungen in der Familie auf (92.3%). Es fehlen zwei Angaben (1.4%).

3.3.5.2 Psychosoziale Risikofaktoren im Kindurteil

Angaben zu psychisch schwer belastenden Lebensereignissen (letzten sechs Monate/life-time)

29 Kinder und Jugendliche berichten von mindestens einem schwer belastenden Ereignis in den letzten sechs Monaten (20.3%), 111 Kinder geben an, keine solche Belastung in diesem Zeitraum erlebt zu haben (77.6%). Hier fehlen drei Angaben (2.1%). Für 29 Patienten gab es solch belastende Lebensereignisse (20.3%) vorher schon einmal, 106 Kindern berichten von keinen psychischen Belastungen in der Vergangenheit (74.1%). Es fehlen acht Angaben (5.6%). In der nachfolgenden Abbildung 15 sind die von den Patienten genannten Ereignisse und deren Häufigkeiten dargestellt.

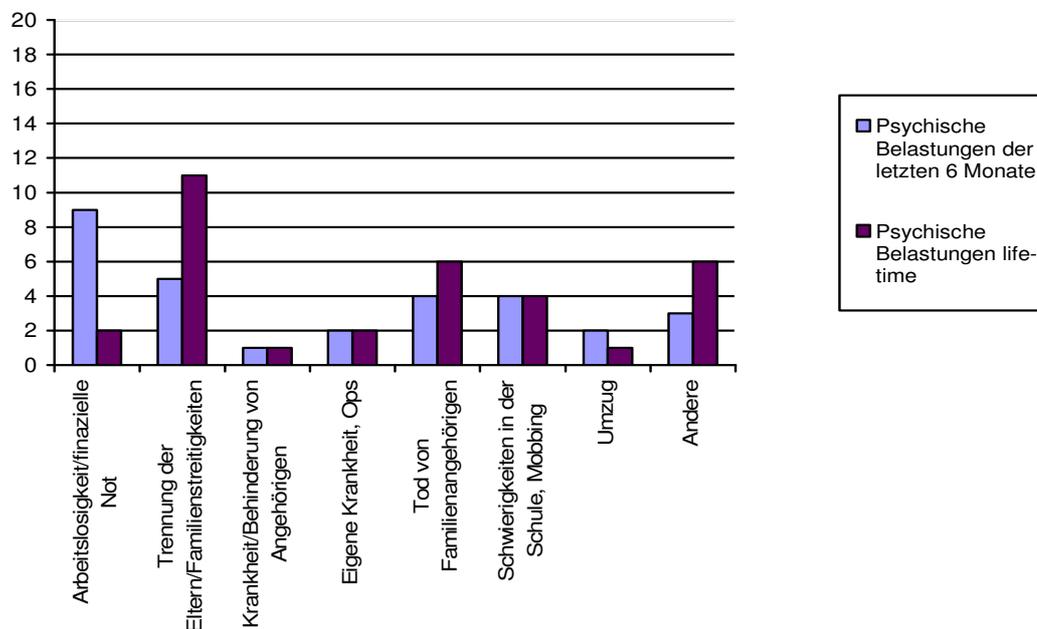


Abb.15: Darstellung der Häufigkeiten psychisch belastender Lebensereignisse im Kindurteilurteil (n=29/letzten 6 Monate; n=29/life-time)

Angaben zu psychischen und somatischen Erkrankungen/Behinderungen in der Familie

15 Kinder haben psychisch kranke Angehörige (10.5%), bei 123 Patienten sind keine psychischen Erkrankungen in der Familie bekannt (86%). Es fehlen fünf Angaben (3.5%). Als psychiatrische Erkrankung wurde dreimal eine Depression und jeweils einmal eine Psychose, Zwangserkrankung und Borderline-Erkrankung genannt. Bei allen anderen Antworten wurde lediglich angegeben, dass jemand „krank“ sei oder „sich in psychiatrischer Behandlung befinde“. 34 Patienten berichten von körperlich kranken Angehörigen (23.8%), die drei häufigsten genannten Krankheiten sind (1) Krebs, (2) kardiologische Erkrankungen und (3) chronisch

entzündliche Darmerkrankungen. Bei 102 Kindern und Jugendliche gibt es keine schweren körperlichen Erkrankungen in der Familie (71.3%), sieben Angaben fehlen (4.9%).

10 Kinder und Jugendliche haben Familienangehörige mit körperlichen oder geistigen Behinderungen (7%), bei 128 Patienten treten keine Behinderungen in der Familie auf (89.5%). Es fehlen vier Angaben (2.8%).

3.3.6 Subjektiver Beratungsbedarf

3.3.6.1 Subjektiver Beratungsbedarf im Elternurteil

Über die Hälfte der Eltern sehen keinen psychologischen Beratungsbedarf für ihr Kind (76/53.1%). Bei 57 Eltern ist jedoch der Bedarf nach psychologischer oder psychotherapeutischer Unterstützung in unterschiedlichen Intensitäten gegeben (39.9%). Für 27 Eltern besteht ein leichter Bedarf (18.9%), für 12 ein mittelmäßiger Bedarf (8.4%), für 10 ein hoher Bedarf (7%) und für 8 Eltern besteht ein unbedingter Unterstützungsbedarf (5.6%). Es fehlen 10 Angaben zu dieser Frage (7%).

3.3.6.2 Subjektiver Beratungsbedarf im Kindurteil

Im Selbsturteil sehen 107 Kinder und Jugendliche keinen psychologischen Beratungsbedarf (74.8%). Bei 32 Patienten besteht ein Bedarf nach Unterstützung (22.4%), acht Kinder sehen einen leichten Bedarf (5.6%), 16 Kinder sehen einen mittelmäßigen Bedarf (11.2%), fünf einen hohen (3.5%) und drei Kinder (2.1%) wünschen sich unbedingt Unterstützung durch einen Psychologen, Kinder- und Jugendpsychiater oder Psychotherapeuten.

3.3.7 Beschreibung des Gesamtergebnis des Screenings

Durch die Gesamtauswertung des Screenings mit Anteilen aus dem Eltern-, sowie aus dem Kinder- und dem Arztfragebogen ergibt sich folgendes Gesamtergebnis mit der Einteilung Rot = Auffällig, Gelb = Grenzwertig und Grün = Unauffällig.

Rot	23 Kinder und Jugendliche (16.1%)
Gelb	47 Kinder und Jugendliche (32.9%)
Grün	73 Kinder und Jugendliche (51%)

Die Verteilung der Einflussfaktoren Alter, Geschlecht und somatische Grunderkrankung, sowie die Verteilung der Informationen der nicht normierten Anteilen des Screenings innerhalb der drei Gruppen rot, gelb, grün sind in Tabelle 9 dargestellt.

Tabl.9: Verteilung von Einflussfaktoren auf die Ergebnisgruppen „Rot“, „Gelb“, „Grün“ („+“ = vorhanden, „-“ = nicht vorhanden, z.B. Psychosoziale Belastung + = Psychosoziale Belastung vorhanden, Psychosoziale Belastung - = Psychosoziale Belastung nicht vorhanden)

	Rot (n=23)	Gelb (n=47)	Grün (n=73)
Geschlecht m / w n= 64 / n=79	9 / 14 14.1% / 17.7%	22 / 25 34.4% / 31.6%	33 / 40 51.6% / 50.6%
Alter 10-13 / 14-18 n=51 / n=92	8 / 15 15.7% / 16.3%	16 / 31 31.4% / 33.7%	27 / 46 52.9% / 50%
Somatische Erkrankung Gastro / Hepato n=74 / n=54	14 / 7 18.9% / 13%	29 / 15 39.9% / 27.8%	31 / 32 49.2% / 59.3%
Vorstellungsgrund Akut / Kontrolle n=47 / n=88	14 / 8 27.3% / 9.1%	18 / 28 34.5% / 31.8%	15 / 52 38.2% / 59.1%
Psychosoziale Belastung + / Psychosoziale Belastung – (Eltern n=35, Kind n=29) / (Eltern n=107, Kind n=111)	Eltern 8 / 15 22.9% / 14%	Eltern 17 / 30 48.6% / 28%	Eltern 10 / 62 28.6% / 59.9%
	Kind 7 / 15 24.1% / 13.5%	Kind 12 / 35 41.4% / 31.5%	Kind 10 / 61 34.5% / 55%
Complianceprobleme +/ Complianceprobleme – (Eltern n=30, Kind n=30) / (Eltern n=106, Kind n=111)	Eltern 12 / 10 40% / 9.4%	Eltern 11 / 34 36.7% / 32.1%	Eltern 7 / 62 23.3% / 58.5%
	Kind 11 / 11 36.7% / 9.9%	Kind 11 / 35 36.7% / 31.5%	Kind 8 / 65 26.7% / 58.6%
Subjektiver Beratungsbedarf +/ Subjektiver Beratungsbedarf – (Eltern n=57, Kind n=32) / (Eltern n=76, Kind n=107)	Eltern 19 / 3 33.3% / 3.9%	Eltern 17 / 25 29.8% / 32.9%	Eltern 21 / 48 36.8% / 63.2%
	Kind 9 / 13 28.1% / 12.1%	Kind 16 / 29 50% / 27.1%	Kind 7 / 65 21.9% / 60.7%

3.4 Korrelationen und Unterschiede der Eltern- und Kindurteile

3.4.1 Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten (SDQ)

3.4.1.1 Pearson-Korrelationen und gewichtete Kappa-Koeffizienten

Die Ergebnisse des SDQ lassen sich durch Normwerte für Eltern- und Kindurteile in die Kategorien unauffällig, grenzwertig und auffällig einteilen. Die folgende Tabelle 10 stellt die Ergebnisse des Eltern- und Kindurteils für den Gesamtproblemwert des SDQ gegenüber.

Tabl.10: Ergebnisse des Gesamtproblemwertes in Eltern- und Kindurteil (n=143)

Gesamtproblemwert	Elternurteil	Kindurteil
Auffällig	112 / 78.3%	126 / 88.1%
Grenzwertig	18 / 12.6%	8 / 5.6%
Auffällig	13 / 9.1%	9 / 6.3%

Auch bei den Ergebnissen der Subskalen des SDQ zeigen sich nicht immer einheitliche Angaben von Eltern und Patient, Tabelle 2 des Anhangs stellt die Zahlen aus beiden Urteilen dar.

Für den Gesamtproblemwert des SDQ, sowie für die fünf Subskalen zeigt sich, bei Berechnung der Pearson-Korrelation, ein starker Zusammenhang von Eltern- und Kindurteilen. Für die Pearson-Korrelation können Werte zwischen 0 und 1 angenommen werden, wobei 1 als stärkste Korrelation anzusehen ist. Die Skalen „Prosoziales Verhalten“ und „Verhaltensprobleme“ weisen mit 0.52 und 0.57 niedrigere Korrelationen auf, als die Skalen „Hyperaktivität“ und „Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen“, die bei 0.62 und 0.64 liegen. Am stärksten korrelieren die Antworten von Eltern und Kind, mit einer Pearson-Korrelation von 0.75, bei der Subskala „Emotionale Probleme“. Der Gesamtproblemwert des SDQ weist mit 0.74 einen guten Zusammenhang beider Urteile auf.

Tabl.11: Pearson-Korrelationen des SDQ-Gesamtproblemwertes und der SDQ-Subskalen

	Gesamtproblemwert	Emotionale Probleme	Verhaltensprobleme	Hyperaktivität	Probleme mit Gleichaltrigen	Prosoziales Verhalten
Pearson-Korrelation	0.74	0.75	0.57	0.62	0.64	0.52

Als Maß für die Übereinstimmung von Eltern- und Kindurteilen auf Fallebene wurden die gewichteten Kappa-Koeffizienten berechnet. Die Kappa-Koeffizienten können Werte zwischen 0 und 1 annehmen, mit „1“ als die perfekte Übereinstimmung. Werte, die kleiner als 0.40 sind, bedeuten eine schlechte Übereinstimmung, Werte zwischen 0.41 und 0.60 zeigen eine mäßige

Übereinstimmung an. Kappa-Koeffizienten zwischen 0.61 und 0.80 sprechen für eine gute Übereinstimmung und Werte über 0.81 für eine sehr gute Übereinstimmung von Eltern und Kind auf Fallebene (Altman 1998). In dieser Untersuchung stellt sich für den Gesamtproblemwert des SDQ eine gute Übereinstimmung mit einem Kappa-Koeffizienten von 0.61 dar. Die Kappa-Werte der Subskalen des SDQ schwanken zwischen 0.42 und 0.57, wobei die Skala „Verhaltensprobleme“ mit 0.42 die niedrigste Übereinstimmung und die Skala „Emotionale Probleme“ mit 0.57 die höchste Übereinstimmung aller Subskalen darstellt. Insgesamt liegen die Kappa-Koeffizienten der Subskalen jedoch alle im Bereich einer mäßigen Übereinstimmung, so dass, wie ursprünglich angenommen, generell keine bessere Übereinstimmung bei externalisierenden als bei internalisierenden Symptomen vorliegt. Die Skala „Emotionale Probleme“ (internalisierend) weist sogar, entgegen der Erwartungen an eine klinische Inanspruchnahmepopulation, mit einem Kappa-Koeffizienten von 0.57 eine bessere Übereinstimmung zwischen Eltern und Kind auf, als die Skala „Verhaltensprobleme“ (externalisierend) mit 0.42. Die genauen Kappa-Koeffizienten aller Skalen sind in Tabelle 12 dargestellt.

Tabl.12: Darstellung der gewichteten Kappa-Koeffizienten des SDQ

	Gesamtproblemwert	Emotionale Probleme	Verhaltensprobleme	Hyperaktivität	Probleme mit Gleichaltrigen	Prosoziales Verhalten
Gewichtete Kappa-Koeffizienten	0.61	0.57	0.42	0.47	0.51	0.45

3.4.1.2 Sensitivität, Spezifität, positiv prädiktiver Wert (PPV), negativ prädiktiver Wert (NPV)

Um die Übereinstimmung von Eltern- und Kindurteilen besser beurteilen zu können, wird beim SDQ die Einteilung „non-clinical“ bei unauffälligen Ergebnissen (ca. 80% der Bewertungen) und „clinical“ bei grenzwertigen oder auffälligen Ergebnissen (ca. 20% der Bewertungen) verwendet. Diese Einteilung wird im Folgenden für alle sechs Konstrukte des Screenings durchgeführt. So lassen sich durch eine Kreuztabelle vier Gruppen darstellen:

- „*parent-only*“: Nur die Eltern beurteilen ihr Kind als psychisch grenzwertig oder auffällig, das Kindurteil ist unauffällig.
- „*child-only*“: Hier zeigt sich nur im Kindurteil ein grenzwertiges oder auffälliges Ergebnis, das Elternurteil ist unauffällig.
- „*both*“: Ergebnisse der Eltern- und Kinderurteile sind grenzwertig oder auffällig.
- „*neither*“: Weder das Eltern- noch das Kinderurteil weisen grenzwertige oder auffällige Wertungen auf.

Tabl.13: Vereinfachte Erklärung der Begriffe „parent-only“, „child-only“, „both“ und „neither“ in Bezug auf die Screeningergebnisse in Eltern- und Kindurteilen

	Kindurteil: grenzwertig/auffällig	Kindurteil: unauffällig
Elternurteil: grenzwertig/auffällig	„both“	„parent-only“
Elternurteil: Unauffällig	„child-only“	„neither“

Für den Gesamtproblemwert des SDQ lassen sich diese vier Gruppen wie folgt beschreiben:

17 Jugendliche (11.8%) werden alleine von ihren Eltern als psychisch grenzwertig/auffällig eingeschätzt („parent-only“). Drei Jugendliche (2.1%) beschreiben sich in der SDQ-Selbsteinschätzung als grenzwertig/auffällig bei unauffälligem Elternurteil („child-only“). Bei 14 Patienten (9.8%) findet sich eine übereinstimmende Beurteilung als grenzwertig/auffällig („both“), bei 109 Patienten (76.2%) hingegen eine einstimmige Beurteilung beider als unauffällig („neither“).

Tabl.14: Darstellung des SDQ-Gesamtproblemwertes anhand der Gruppeneinteilung „parent-only“, „child-only“, „both“, „neither“

	„parent-only“	„child-only“	„both“	„neither“
Gesamtproblemwert	17 / 11.8%	3 / 2.1%	14 / 9.8%	109 / 76.2%

Für die Beurteilung der Subskalen lassen sich diese vier Gruppen wie folgt darstellen.

Tabl.15: Darstellung der Übereinstimmungen der Eltern- und Kindurteile anhand vier zugeteilter Gruppen (n=143)

	„parent-only“	„child-only“	„both“	„neither“
Emotionale Probleme	8 / 5.6%	6 / 4.2%	10 / 7%	119 / 83.2%
Verhaltensprobleme	12 / 8.4%	10 / 7%	9 / 6.3%	112 / 78.3%
Hyperaktivität	9 / 6.3%	11 / 7.7%	8 / 5.6%	115 / 80.4%
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	13 / 9.1%	6 / 4.2%	13 / 9.1%	111 / 77.6%
Prosoziales Verhalten	12 / 8.4%	6 / 4.2%	6 / 4.2%	119 / 83.2%

Auf der Grundlage der Dichotomisierung und Erstellung einer Vierfeldertafel konnten für den Gesamtproblemwert des SDQ folgende Werte für die Sensitivität, die Spezifität, den positiv prädiktiven Wert (PPV) und den negativ prädiktiven Wert (NPV) dieses Instrumentes berechnet werden.

Tabl.16: Sensitivität, Spezifität, PPV, NPV des Gesamtproblemwertes des SDQ

	Sensitivität	Spezifität	PPV	NPV
SDQ Gesamtbewertung	82.4%	86.5%	45.2%	97.3%

Die hohe Sensitivität und Spezifität des Gesamtproblemwertes des SDQ macht deutlich, dass mit einer über 80%-igen Wahrscheinlichkeit die unauffälligen und auffälligen Kinder durch den eingesetzten Strengths and Difficulties Questionnaire auch als solche von Eltern und Kind identifiziert werden. Weniger als die Hälfte, der als auffällig oder grenzwertig gescreenten Kinder hingegen, sind psychisch auffällig (PPV 45.2%). Wurde ein Kind durch das Screening jedoch als unauffällig bewertet, ist es mit einer Wahrscheinlichkeit von fast 100% auch unauffällig (NPV). Um den PPV weiter zu verbessern, scheint es sinnvoll, weitere Konstrukte dem SDQ als Screeninginstrument hinzuzufügen.

3.4.2 Hinweise auf Somatoforme Störungen

3.4.2.1 Pearson-Korrelationen und gewichtete Kappa-Koeffizienten

Zur Darstellung der Übereinstimmung der Eltern- und Kindurteile für die Items des Konstruktes „Hinweise auf Somatoforme Störungen“ sind zunächst Summenwerte der angegebenen Körperbeschwerden für beide Urteile gebildet worden. Die Antworten wurden in beiden Urteilen mit folgenden Punkten bewertet:

Nie = 0, Selten = 1, Manchmal = 2, Oft = 3, Dauernd = 4

Die Kinder erreichten im Durchschnitt 9.7 Punkte (Median 9, SD 7.4, Min.0, Max.32), in den Elternurteilen wurden Körperbeschwerden mit einen durchschnittlichen Punktwert vom 9.8 Punkten angegeben (Median 9, SD 6.5, Min.0, Max.28). Für den Summenwert der Körperbeschwerden zeigt sich für beide Urteile eine gute Pearson-Korrelation mit 0.76. Des Weiteren wurden Angaben zu der bisherigen und aktuellen ärztlichen Behandlung erhoben. Für die Items „stationäre Krankenhausaufenthalte“, „psychologische Betreuung life-time“ und „psychologische Betreuung aktuell“ konnten zusätzlich die Kappa-Koeffizienten als Maß für die Eltern-Kind Übereinstimmung erhoben werden.

Tabl.17: Gewichtete Kappa-Koeffizienten der Hinweise auf eine Somatoforme Störung

	Stationäre Krankenhaus- aufenthalte	Psychologische Betreuung life-time	Psychologische Betreuung aktuell
Gewichtete Kappa- Koeffizienten	0.67	0.92	0.88

Die Angaben von Eltern und Kind bezüglich der Anzahl der stationären Aufenthalte weisen mit einem Kappa-Koeffizienten von 0.67 eine gute Übereinstimmung auf. Bei den Angaben zu der bisherigen und aktuellen Betreuung durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, Psychologen oder Psychotherapeuten, zeigt sich sogar eine sehr gute Übereinstimmung mit Kappa-Werten von 0.92 und 0.88.

3.4.2.2 Sensitivität, Spezifität, PPV, NPV

Zur genaueren Beurteilung der Übereinstimmung von Eltern und Kind bei Angaben zu Körperbeschwerden, wurde auch hier, wie beim SDQ, Gruppen im Verhältnis 80:20 gebildet. Für die Summenwerte der Körperbeschwerden ergibt sich bei den Eltern folgende Einteilung: 0-15 Punkte (unauffällig, 80%) versus 16-18 Punkte (auffällig/grenzwertig, 20%) und bei den Kindern: 0-16 Punkte (unauffällig, 80%) versus 17-32 Punkte (auffällig/grenzwertig, 20%). Die Gruppen „parent-only“, „child-only“, „neither“ und „both“ stellen sich nun wie folgt dar.

Tabl.18: Darstellung der Körperbeschwerden in der Gruppeneinteilung „parent-only“, „child-only“, „neither“, „both“ (n=139)

	„parent-only“	„child-only“	„neither“	„both“
Körperbeschwerden	8 / 5.8%	7 / 5%	106 / 76.3%	18 / 13%

So lässt sich eine Aussage über Sensitivität, Spezifität, PPV und NPV treffen. Die hohe Spezifität lässt auch hier die Aussage zu, dass mit einer Wahrscheinlichkeit von über 90%, unauffällige Kinder auch als unauffällig durch das Konstrukt erkannt werden. Der NPV zeigt ebenfalls an, dass die als „unauffällig“ identifizierten Kinder zu 93.3% auch psychisch unauffällig sind. Etwas niedriger liegen hier die Sensitivität und der PPV mit 72% und 69.2%.

Tabl.19: Sensitivität, Spezifität, PPV und NPV der Erhebung der Körperbeschwerden

	Sensitivität	Spezifität	PPV	NPV
Körperbeschwerden	72%	93%	69.2%	93.3%

Die weiteren erhobenen Hinweise auf eine Somatoforme Störung weisen bereits ein dichotomisierendes Antwortschema (ja/nein) auf. Diese stellen sich wie folgt in den Gruppen „parent-only“, „child-only“, „neither“ und „both“ dar.

Tabl.20: Darstellung der Hinweise auf eine Somatoforme Störung in der Gruppeneinteilung „parent-only“, „child-only“, „neither“, „both“ (n=136/135/139)

	„parent-only“	„child-only“	„neither“	„both“
Stationäre Krankenhausaufenthalte (n=136)	4 / 2.9%	16 / 11.8%	34 / 25%	82 / 60.3%
Psycholog. Betreuung Life-time (n=135)	2 / 1.5%	3 / 2.2%	87 / 64.4%	43 / 31.9%
Psycholog. Betreuung aktuell (n=139)	2 / 1.4%	1 / 0.7%	124 / 89.2%	12 / 8.6%

Die dazugehörigen Werte für Sensitivität, Spezifität, PPV und NPV sind in Tabelle 21 dargestellt.

Tabl.21: Sensitivität, Spezifität, PPV und NPV der Hinweise auf eine Somatoforme Störung

	Sensitivität	Spezifität	PPV	NPV
Stationäre Krankenhausaufenthalte	83.7%	89.5%	95.3%	68%
Psycholog. Betreuung life-time	93.5%	97.8%	95.6%	96.7%
Psycholog. Betreuung aktuell	92.3%	98.4%	85.7%	99.2%

3.4.3 Complianceprobleme

3.4.3.1 Gewichtete Kappa-Koeffizienten

Es zeigen sich unterschiedliche Angaben zu Complianceproblemen in den Eltern- und Kinderurteilen, Tabelle 3 im Anhang stellt die Häufigkeiten der Antworten im Vergleich dar. Insgesamt zeigt sich mit einem Kappa-Koeffizienten von 0.48 eine mäßige Übereinstimmung beider Urteile.

3.4.3.2 Sensitivität, Spezifität, PPV, NPV

Es wurden die Werte der 80. Perzentile in beiden Urteilen bestimmt und in zwei Gruppen aufgeteilt. Für das Eltern-, sowie für das Kinderurteil liegen die Punktwerte bei 0-1 Punkt (80%) versus 2-4 Punkte (20%). Daraus ergibt sich folgende Gruppeneinteilung.

Tabl.22: Darstellung der Complianceprobleme in der Gruppeneinteilung „parent-only“, „child-only“, „neither“, „both“ (n=134)

	„parent-only“	„child-only“	„neither“	„both“
Complianceprobleme	10 / 7.5%	8 / 6%	97 / 72.4%	19 / 14.2%

Durch die Errechnung von Sensitivität, Spezifität, PPV und NPV lässt sich sagen, dass hier die Spezifität und der NPV deutlich höher liegen als Sensitivität und PPV. Es ergibt sich eine höhere Wahrscheinlichkeit, Kinder ohne oder nur mit leichten Complianceproblemen als solche zu erkennen, als Kinder mit deutlichen bis massiven Problemen bei Medikamenteneinnahmen etc. Auch hier zeigt sich ein besserer NPV als PPV.

Tabl.23: Sensitivität, Spezifität, PPV und NPV der Erhebung der Complianceprobleme

	Sensitivität	Spezifität	PPV	NPV
Complianceprobleme	70.4%	90.7%	65.5%	92.4%

3.4.4 Lebensqualität (Kid-Screen-10 Index)

Zur Einschätzung der Lebensqualität der untersuchten pädiatrischen Patienten konnten, durch die Verwendung des Kidscreen-10 Index, die T-Werte errechnet werden. Für diese gilt ein Normwert von 50. Die durchschnittlichen T-Werte beider Urteile liegen deutlich unter diesem Normwert. Die Eltern schätzen die Lebensqualität ihres Kindes mit einem mittleren T-Wert von 36.2 schlechter ein, als die Kinder selbst (mittlerer T-Wert 42.1). Es zeigt sich insgesamt eine mäßige Pearson-Korrelation von 0.49.

Nach Bestimmung der 80. Perzentile wurden die Antworten dichotomisiert. Bei den Eltern ergeben sich somit die folgenden Punktwerte: 0-31 (20%) vs. 31.1-50.6 (80%), bei den Kindern verteilen sich die Punkte von 0-38.2 (20%) vs. 38.3-62.9 (80%). Die nachfolgende Tabelle 25 stellt die Ergebnisse der Gruppenverteilung dar.

Tabl.24: Darstellung der Complianceprobleme in der Gruppeneinteilung „parent-only“, „child-only“, „neither“, „both“ (n=115)

	„parent-only“	„child-only“	„neither“	„both“
Lebensqualität (T-Werte)	11 / 9.6%	8 / 7%	81 / 70.4%	15 / 13%

Tabelle 25 stellt die dazugehörige Sensitivität, Spezifität, PPV und NPV dar. Hier zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen den Ausprägungen. Die niedrigste Ausprägung zeigt sich beim PPV.

Tabl.25: Sensitivität, Spezifität, PPV und NPV der Erhebung der Lebensqualität

	Sensitivität	Spezifität	PPV	NPV
Lebensqualität (T-Werte)	65.2%	88%	57.7%	91%

3.4.5 Psychosoziale Risikofaktoren

3.4.5.1 Gewichtete Kappa-Koeffizienten

Im Eltern- sowie im Kinderfragebogen wurden psychosoziale Risikofaktoren erfragt. Die Angaben weichen teilweise von einander ab, zeigen insgesamt jedoch mit Kappa-Koeffizienten zwischen 0.51 und 0.83 eine mäßige bis gute Übereinstimmung. Die beste Übereinstimmung zeigt sich bei den Angaben zu familiären psychischen Erkrankungen mit 0.83, die niedrigsten Übereinstimmungen finden sich bei Angaben zu psychisch belastenden Lebensereignissen in der Vergangenheit ($\kappa=0.51$).

Tabl.26: Gewichtete Kappa-Koeffizienten der psychosozialen Risikofaktoren

	Gewichtete Kappa-Koeffizienten
Psychisch belastende Lebensereignisse (letzte sechs Monate)	0.51
Psychisch belastende Lebensereignisse (life-time)	0.51
Psychische Erkrankungen in der Familie	0.83
Körperliche Erkrankungen in der Familie	0.53
Körperliche/geistige Behinderungen in der Familie	0.64

3.4.4.2 Sensitivität, Spezifität, PPV, NPV

Die Antworten dieser fünf Items sind mit den Antwortmöglichkeiten ja/nein bereits dichotomisiert und es lassen sich die Gruppen „parent-only“, „child-only“, „neither“ und „both“ wie folgt darstellen.

Tabl.27: Darstellung der psychosozialen Risikofaktoren in der Gruppeneinteilung „parent-only“, „child-only“, „neither“, „both“

	„parent-only“	„child-only“	„neither“	„both“
Psych. Lebensereignisse/ letzten 6 Monate (n=139)	15 / 10.8%	9 / 6.5%	95 / 68.3%	20 / 14.4%
Psych. Lebensereignisse/ Life-time (n=132)	23 / 17.4%	4 / 3%	81 / 61.4%	24 / 18.2%
Psych. fam. Erkr. (n=136)	4 / 2.9%	1 / 0.7%	117 / 86%	14 / 10.3%
Körperl. fam. Erkr. (n=132)	17 / 12.9%	8 / 6.1%	83 / 62.9%	24 / 18.2%
Behinderungen in der Fam. (n=136)	3 / 2.2%	3 / 2.2%	124 / 91.2%	6 / 4.4%

Durch die Errechnung von Sensitivität, Spezifität, PPV und NPV lässt sich sagen, dass auch hier die Spezifität und der NPV insgesamt bessere Werte aufweisen, als Sensitivität und PPV. Kinder mit psychisch belastenden Ereignissen werden somit weniger als solche erkannt, als Kinder die keine schweren psychischen Belastungen aufweisen.

Tabl.28: Sensitivität, Spezifität, PPV und NPV der psychosozialen Risikofaktoren

	Sensitivität	Spezifität	PPV	NPV
Psych. Lebensereignisse/ letzten 6 Monate (n=139)	69%	86.4%	57.1%	91.3%
Psych. Lebensereignisse/ Life-time (n=132)	85.7%	77.9%	51.1%	95.3%
Psych. fam. Erkr. (n=136)	93.3%	96.7%	77.8%	99.2%
Körperl. fam. Erkr. (n=132)	75%	83%	58.5%	91.2%
Behinderungen in der Fam. (n=136)	66.7%	97.6%	66.7%	97.6%

3.4.6 Subjektiver Beratungsbedarf

3.4.6.1 Gewichtete Kappa-Koeffizienten

Die Angaben von Eltern und Kindern bezüglich des subjektiven Beratungsbedarfs sind in Tabelle 4 des Anhangs nochmals ausführlich im Vergleich aufgeführt. Es standen fünf Antwortmöglichkeiten von „kein Bedarf“ bis „unbedingter Bedarf“ zur Verfügung. Bei 76 Eltern (60.3%) und 107 Kinder (77%) bestand kein Beratungsbedarf. 50 Eltern (39.7%) und 32 Patienten (23%) gaben an, grundsätzlich einen Beratungsbedarf haben (leicht bis unbedingt). Der errechnete Kappa-Koeffizient von 0.66 zeigt eine gute Übereinstimmung beider Urteile an.

3.4.6.2 Sensitivität, Spezifität, PPV, NPV

Durch Berechnen der 80. Perzentile in beiden Urteilen ergab sich im Elternurteil eine Dichotomisierung von 0-2 Punkten (80%) versus 3-4 Punkte (20%). Im Kindurteil verteilen sich hingegen die Punkte von 0-1 (80%) und 2-4 (20%). Die Einteilung für die Gruppen „parent-only“, „child-only“, „neither“ und „both“ stellt sich wie folgt dar.

Tabl.29: Darstellung des subjektiven Beratungsbedarfs in der Gruppeneinteilung „parent-only“, „child-only“, „neither“, „both“ (n=129)

	„parent-only“	„child-only“	„neither“	„both“
Subjektiver Beratungsbedarf	5 / 3.9%	10 / 7.8%	103 / 79.8%	11 / 8.5%

Durch das Errechnen von Sensitivität, Spezifität, PPV und NPV lässt sich sagen, dass auch hier die Spezifität und der NPV deutlich höher liegen als Sensitivität und PPV. Kinder mit einem deutlichen bis unbedingten Beratungsbedarf werden somit weniger als solche erkannt, als Kinder die keinen oder nur einen leichten Bedarf aufweisen.

Tabl.30: Sensitivität, Spezifität, PPV und NPV der Erhebung des subjektiven Beratungsbedarfs

	Sensitivität	Spezifität	PPV	NPV
Subjektiver Beratungsbedarf	52.4%	95.4%	68.8%	91.2%

3.5 Einfluss von Alter, Geschlecht und somatischer Grunderkrankung auf die Übereinstimmung der Eltern- und Kindurteile

3.5.1 Regressionsanalyse der Einflussfaktoren

Um den Einfluss der verschiedenen Altersklassen, des Geschlechts und der einzelnen Diagnosegruppen auf die Übereinstimmung beider Urteile zu prüfen, wurden folgende Einteilungen für die Einflussfaktoren gewählt.

- Alter: 10-13 Jahre vs. 14-18 Jahre
- Geschlecht: Mädchen vs. Jungen
- Diagnosegruppen: Gastroenterolog. Erkrankungen vs. Hepatolog. Erkrankungen

Anhand dieser Gruppen kann ein Vergleich aufgestellt werden zwischen der Übereinkunft jüngerer bzw. älterer Kinder und ihren Eltern, Mädchen bzw. Jungen und ihren Eltern, sowie Kindern mit einer gastroenterologischen bzw. Kinder mit einer hepatologischen Erkrankung und ihren Eltern. Eine Regressionsanalyse zeigte für die Konstrukte „Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten“ (SDQ), „Körperbeschwerden“ und „Lebensqualität“ (Kid-Screen) keinen signifikanten Einfluss der untersuchten Faktoren auf die Übereinstimmung von Eltern- und Kindurteilen. Es wurde eine Regressionsanalyse für Eltern- und Kindurteile ohne weitere Einflussfaktoren durchgeführt. Die Beta-Werte zeigen starke und signifikante Korrelationen für beide Urteile an. Eine zusätzliche Regression wurde mit den unabhängigen Variablen Alter, Geschlecht und Diagnosegruppe (Gastro–Hepato) berechnet. Die Werte der korrigierten R-Quadrate beider Berechnungen unterscheiden sich lediglich minimal und sind in Tabelle 33 aufgeführt. Keiner der geprüften Einflussfaktoren weist eine Signifikanz auf.

Tabl.31: Regressionsanalyse des SDQ, der Körperbeschwerden und des Kid-Screen zur Ermittlung des Einflusses von Alter, Geschlecht und Diagnose auf die Urteile

	Beta	T	P	Korrigiertes R-Quadrat (mehrere unabh. Variablen: Elternurteil, Alter, Geschlecht, Diagnose)	Korrigiertes R-Quadrat (eine unabh. Variable: Elternurteil)
SDQ Gesamtwert	0.76	13.01	.000	0.571	0.547
Alter	-0.02	-0.34	.736		
Geschlecht	0.07	1.22	.226		
Diagnosegruppen	-0.01	-1.66	.099		
Summenwert der Körperbeschwerden	0.76	13.41	.000	0.631	0.577
Alter	-0.01	-0.09	.928		
Geschlecht	0.08	1.40	.164		
Diagnosegruppen	-0.12	-2.13	.035		
T-Werte des Kid-Screen	0.51	5.40	.000	0.231	0.234
Alter	-0.01	-0.13	.898		
Geschlecht	-0.14	-1.56	.121		
Diagnosegruppen	-0.03	-0.30	.765		

3.5.6 Einflussfaktor „Alter“

Durch die Berechnung der gewichteten Kappa-Koeffizienten für Kinder der Altersklassen „10-13 Jahre“ und „14-18 Jahre“ lässt sich keine generelle Aussage über eine bessere oder schlechtere Übereinstimmung dieser Kinder mit ihren Eltern treffen. Die SDQ-Subskala „Emotionale Probleme“ zeigt beispielsweise eine deutlich bessere Übereinstimmung älterer Kinder mit ihren Eltern ($\kappa=0.82$). Bei der Subskala „Prosoziales Verhalten“ hingegen weisen die jüngeren Kinder mit einem Kappa-Koeffizienten von 0.70 eine deutlich bessere Übereinstimmung auf, als die älteren Kinder ($\kappa=0.43$). Ein deutlicher Unterschied zeigt sich auch bei den Angaben zu Complianceproblemen. Hier gibt es eine gute Übereinstimmung mit Kappa-Werten von 0.74 bei den älteren Kindern, die Jüngeren hingegen stimmen deutlich weniger mit ihren Eltern überein ($\kappa=0.26$). Insgesamt schwanken die Kappa-Koeffizienten im Vergleich beider Altersklassen für alle Konstrukte sehr, so dass keine allgemein gültige Aussage für diese Studienpopulation getroffen werden kann. Die folgenden Tabellen stellen die Kappa-Koeffizienten aller Konstrukte im Gruppenvergleich noch einmal dar.

Tabl.32: Kappa-Koeffizienten des SDQ im Altersklassenvergleich

SDQ	Gewichteter Kappa-Koeffizient	
	10-13 Jahre	14-18 Jahre
Gesamtproblemwert	0.53	0.65
Emotionale Probleme	0.25	0.82
Verhaltensprobleme	0.50	0.40
Hyperaktivität	0.66	0.36
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	0.44	0.63
Prosoziales Verhalten	0.70	0.43

Tabl.33: Kappa-Koeffizienten der Hinweise auf eine Somatoforme Störung im Altersklassenvergleich

Hinweise auf Somatoforme Störungen	Gewichteter Kappa-Koeffizient	
	10-13 Jahre	14-18 Jahre
Stationäre Krankenhausaufenthalte	0.63	0.71
Psychologische Behandlung life-time	0.90	0.91
Psychologische Behandlung aktuell	0.41	0.33

Tabl.34: Kappa-Koeffizienten der Angaben zur Compliance im Altersklassenvergleich

Complianceprobleme	Gewichteter Kappa-Koeffizient	
	10-13 Jahre	14-18 Jahre
Complianceprobleme	0.26	0.74

Tabl.35: Kappa-Koeffizienten der Angaben zu psychosozialen Risikofaktoren im Altersklassenvergleich

Psychosoziale Risikofaktoren	Gewichteter Kappa-Koeffizient	
	10-13 Jahre	14-18 Jahre
Psychisch belastende Lebensereignisse in den letzten sechs Monaten	0.46	0.51
Psychisch belastende Lebensereignisse (life-time)	0.60	0.45
Psychische Erkrankungen in der Familie	0.54	0.88
Körperliche Erkrankungen in der Familie	0.39	0.62
Körperl./geistige Behinderungen in der Familie	Kann nicht berechnet werden	0.57

Tabl.36: Kappa-Koeffizienten der Angaben zum subjektiven Beratungsbedarf im Altersklassenvergleich

Subjektiver Beratungsbedarf	Gewichteter Kappa-Koeffizient	
	10-13 Jahre	14-18 Jahre
Subjektiver Beratungsbedarf	0.53	0.67

3.5.7 Einflussfaktor „Geschlecht“

Durch den Vergleich der Kappa-Koeffizienten der Mädchen und der Jungen, als Maß für die Übereinstimmung von Eltern- und Kindurteilen, kann man sagen, dass die Mädchen bei den meisten Konstrukten des Screenings besser mit ihren Eltern übereinstimmen als die Jungen. Am deutlichsten zeigt sich ein Unterschied bei den SDQ-Subskalen „Emotionale Probleme“ und „Prosoziales Verhalten“. Hier weisen die Mädchen mit Kappa-Koeffizienten von 0.71 und 0.62 eine gute Übereinstimmung mit ihren Eltern auf, die Jungen hingegen erreichen nur Kappa-Werte von 0.27 und 0.31, welche einer schlechten Übereinstimmung entsprechen. Jedoch ist auch hier keine allgemein gültige Aussage möglich.

Tabl.37: Kappa-Koeffizienten des SDQ im Geschlechtervergleich

SDQ	Gewichteter Kappa-Koeffizient	
	Mädchen	Jungen
Gesamtproblemwert	0.63	0.59
Emotionale Probleme	0.71	0.27
Verhaltensprobleme	0.44	0.39
Hyperaktivität	0.46	0.49
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	0.47	0.53
Prosoziales Verhalten	0.62	0.31

Tabl.38: Kappa-Koeffizienten der Hinweise auf Somatoforme Störungen im Geschlechtervergleich

Hinweise auf Somatoforme Störungen	Gewichteter Kappa-Koeffizient	
	Mädchen	Jungen
Stationäre Krankenhausaufenthalte	0.68	0.63
Psychologische Behandlung life-time	1	0.82
Psychologische Behandlung aktuell	0.38	0.33

Tabl.39: Kappa-Koeffizienten der Angaben zur Compliance im Geschlechtervergleich

Complianceprobleme	Gewichteter Kappa-Koeffizient	
	Mädchen	Jungen
Complianceprobleme	0.53	0.33

Tabl.40: Kappa-Koeffizienten der Angaben zu psychosozialen Risikofaktoren im Geschlechtervergleich

Psychosoziale Risikofaktoren	Gewichteter Kappa-Koeffizient	
	Mädchen	Jungen
Psychisch belastende Lebensereignisse in den letzten sechs Monaten	0.64	0.36
Psychisch belastende Lebensereignisse (life-time)	0.48	0.53
Psychische Erkrankungen in der Familie	0.78	0.87
Körperliche Erkrankungen in der Familie	0.60	0.46
Körperl./geistige Behinderungen in der Familie	0.38	0.74

Tabl.41: Kappa-Koeffizienten der Angaben zum subjektiven Beratungsbedarf SDQ im Geschlechtervergleich

Subjektiver Beratungsbedarf	Gewichteter Kappa-Koeffizient	
	Mädchen	Jungen
Subjektiver Beratungsbedarf	0.62	0.70

3.5.8 Einflussfaktor „somatische Diagnose“

Betrachtet man die gastroenterologischen Erkrankungen gegenüber den hepatologischen Erkrankungen, lassen sich auch hier die Übereinstimmungen der Eltern- und Kinderurteile vergleichen. Die berechneten Kappa-Koeffizienten schwanken zwischen einer sehr schlechten und einer perfekten Übereinstimmung und verteilen sich sehr unterschiedlich. Eine allgemeine Aussage kann hier somit nicht getroffen werden. Starke Unterschiede gibt es beispielsweise bei den Angaben zu Complianceproblemen. Hier zeigen Kinder mit hepatologischen Erkrankungen, mit einem Kappa-Koeffizienten von 0.17, eine sehr schlechte Übereinstimmung mit ihren Eltern. Kinder mit einer gastroenterologischen Erkrankung hingegen stimmen gut mit ihren Eltern überein ($\kappa=0.64$). Bei der Subskala „Emotionale Probleme“ des SDQ zeigen hepatologische Patienten mit 0.76 eine gute Übereinstimmung, eine mäßige Übereinstimmung ($\kappa=0.44$) findet sich bei den gastroenterologisch erkrankten Kindern. Im Folgenden sind die Kappa-Koeffizienten der einzelnen Konstrukte des Screenings im direkten Vergleich aufgeführt. Die Diagnosegruppen zeigen keinen generellen Einfluss auf die Übereinstimmung der Eltern- und Kinderurteile.

Tabl.42: Kappa-Koeffizienten des SDQ im Diagnosegruppenvergleich

SDQ	Gewichteter Kappa-Koeffizient	
	Gastroenterologische Erkrankung	Hepatologische Erkrankung
Gesamtproblemwert	0.71	0.54
Emotionale Probleme	0.44	0.76
Verhaltensprobleme	0.43	0.45
Hyperaktivität	0.47	0.58
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	0.54	0.51
Prosoziales Verhalten	0.42	0.60

Tabl.43: Kappa-Koeffizienten der Hinweise auf Somatoforme Störungen im Diagnosegruppenvergleich

Hinweise auf Somatoforme Störungen	Gewichteter Kappa-Koeffizient	
	Gastroenterologische Erkrankung	Hepatologische Erkrankung
Stationäre Krankenhausaufenthalte	0.69	0.76
Psychologische Behandlung life-time	0.91	0.95
Psychologische Behandlung aktuell	0.40	0.32

Tabl.44: Kappa-Koeffizienten der Angaben zur Compliance im Diagnosegruppenvergleich

Complianceprobleme	Gewichteter Kappa-Koeffizient	
	Gastroenterologische Erkrankung	Hepatologische Erkrankung
Complianceprobleme	0.64	0.17

Tabl.45: Kappa-Koeffizienten der Angaben zu psychosozialen Risikofaktoren im Diagnosegruppenvergleich

Psychosoziale Risikofaktoren	Gewichteter Kappa-Koeffizient	
	Gastroenterologische Erkrankung	Hepatologische Erkrankung
Psychisch belastende Lebensereignisse in den letzten sechs Monaten	0.41	0.58
Psychisch belastende Lebensereignisse (life-time)	0.53	0.48
Psychische Erkrankungen in der Familie	0.94	0.74
Körperliche Erkrankungen in der Familie	0.48	0.62
Körperl./geistige Behinderungen in der Familie	0.78	0.54

Tabl.46: Kappa-Koeffizienten der Angaben zum subjektiven Beratungsbedarf SDQ im Diagnosegruppenvergleich

Subjektiver Beratungsbedarf	Gewichteter Kappa-Koeffizient	
	Gastroenterologische Erkrankung	Hepatologische Erkrankung
Subjektiver Beratungsbedarf	0.69	0.56

3.6 Bezug zum Gesamtergebnis des Screenings

In die Gesamtauswertung des Screenings fließen verschiedene Konstrukte ein. Der SDQ, mit seiner Einteilung in auffällig, grenzwertig und unauffällig, bildet die Basis der Auswertung. Aufwertungen sind durch vorhandene Complianceprobleme oder einen gegebenen subjektiven Beratungsbedarf in Eltern- oder Kinderurteil möglich. Um die Frage „Kann man auf das Kinderurteil verzichten?“ zu beantworten, sollte die Gruppe „child-only“ betrachtet werden. Hier befinden sich alle Kinder, die bei unauffälligem Elternurteil eine auffällige Eigeneinschätzung aufweisen und somit nur durch das Kinderurteil ein gelbes oder rotes Screeningergebnis bekämen. Würde man nun auf das Kinderurteil verzichten, gingen diese Kinder für diese Konstrukte „verloren“ und würden nicht erkannt werden. Das alleinige unauffällige Elternurteil würde bei Verzicht auf das Kinderurteil zu einem Screeningergebnis „grün“ führen. Zählt man nun die Kinder zusammen, die sich in einem der Konstrukte, die in die Gesamtauswertung des Screenings einfließen, in einer „child-only“ Gruppe befinden, ergibt sich eine Anzahl von 13.9%. Diese Patienten gingen bei Verzicht auf das Kinderurteil folglich „verloren“. Würden alle sechs Konstrukte in die Gesamtauswertung mit einfließen, zeigt sich sogar eine Zahl von 39.7% der Kinder, die, bei alleiniger Berücksichtigung des Elternurteils, nicht erkannt würden.

Insgesamt lässt sich sagen, dass die Erfassung von Eltern- und Kinderurteil zu empfehlen ist. Eine 95%-ige Wahrscheinlichkeit ist für die Erfassung psychisch auffälliger Kinder mittels des eingesetzten Screenings bei alleinigem Elternurteil nicht gegeben.

Das nachfolgende Streudiagramm zeigt die Ergebnisse des SDQ der Eltern- und Kinderurteile, farbig markiert sind die einzelnen Fälle durch das Gesamtscreeningergebnis (rot, gelb, grün). An diesem Beispiel lassen sich die vier Gruppen „parent-only“, „child-only“, „both“ und „neither“ erläutern, sowie die Wichtigkeit des multiperspektivischen Ansatzes des Projektes. Auch die Notwendigkeit der Erfassung weiterer Konstrukte, neben dem SDQ, wird veranschaulicht.

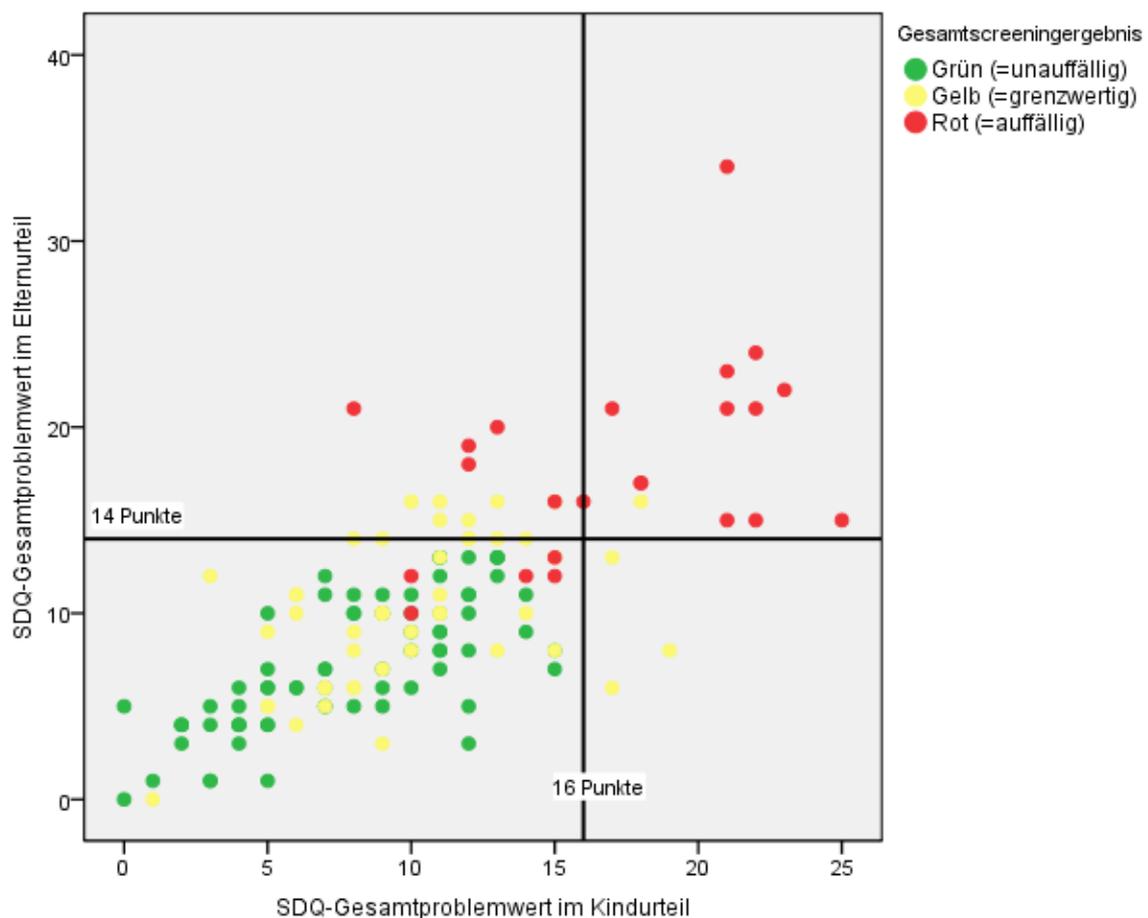


Abb.16: Bezug des SDQ-Gesamtpunktwertes in Eltern- und Kindurteil zum Gesamtscreeningergebnis

Der obere linke Quadrant stellt die Fälle der Gruppe „parent-only“ dar. Es wurden 17 Patienten (11.8%) alleine von ihren Eltern als psychisch auffällig/grenzwertig bewertet. Im oberen rechten Quadranten der Abbildung findet man bei 14 Patienten und ihren Eltern (9.8%) eine einstimmige auffällige/grenzwertige Beurteilung („both“), im unteren linken Quadranten findet sich bei 109 Patienten und ihren Eltern (76.2%) eine einstimmige unauffällige Bewertung („neither“). Die Gruppe der „child-only“ zeigt sich im unteren rechten Teil der Abbildung und stellt drei Jugendliche (2.1%) dar, die bei unauffälligem Elternurteil eine auffällige oder grenzwertige Selbsteinschätzung aufweisen. Bei der Darstellung dieser Fälle mit ihrem zugehörigen Screeningergebnis zeigt sich, dass 33% der Patienten, die im Selbst- und Elternurteil des SDQ unauffällig waren, ein Screeningergebnis „gelb“ (28.4%) oder „rot“ (4.6%) aufweisen, z.B. aufgrund von Complianceproblemen oder dem eigenen Wunsch nach Beratung. Es zeigt sich, dass der SDQ ein sehr wichtiges Screeninginstrument ist, jedoch alleine nicht ausreichend zur Erfassung eines psychosomatischen Beratungsbedarfs. Weitere Konstrukte (Compliance, subjektiver Beratungsbedarf etc.) sollten mit in die Beurteilung einbezogen werden. Betrachtet man nun lediglich die „child-only“ Gruppe des SDQ (3/2.1%), könnte man davon ausgehen, dass auf das Kinderurteil verzichtet werden kann. Eine 95%ige Wahrscheinlichkeit wäre dann auch bei

alleiniger Betrachtung des Elternurteils gegeben. Da jedoch weitere wichtige Konstrukte mit in die Auswertung des Screenings und somit in das Gesamtergebnis einfließen, müssen diese ebenfalls bedacht werden. Unter Berücksichtigung der „child-only“ Gruppen, aller in die Gesamtwertung eingehenden Konstrukte, ergibt sich ein „Verlust“ von 13.9% der Patienten, die durch die Angaben in der Eigeneinschätzung im Gesamtscreeningergebnis mit „gelb“ oder „rot“ eingestuft würden. Somit lässt sich sagen, dass es nicht zu empfehlen ist auf das Kinderurteil zu verzichten.

4 Diskussion

4.1 Allgemeines

Das Ziel der vorliegenden Studie ist die Einschätzung der psychischen Situation von körperlich erkrankten Kindern und Jugendlichen einer gastroenterologisch-hepatologischen Spezialambulanz mittels eines Screenings. Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf der Untersuchung der Unterschiede von Eltern- und Kindurteilen.

Das Screening wurde bei 441 Patienten eingesetzt, die im Jahr 2008 in der pädiatrischen gastroenterologisch-hepatologischen Spezialambulanz des UKE betreut wurden. Dazu wurden im Rahmen der klinischen Routine, mit Hilfe von Fragebögen, Daten zu emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten, Hinweisen auf Somatoforme Störungen, Complianceproblemen, Lebensqualität, psychosozialen Risikofaktoren sowie zum subjektiven Beratungsbedarf gewonnen. Die Fragebögen wurden jeweils in einer Eltern- und einer Kinderversion eingesetzt. Viele Studien verwenden auch ausführliche Experteninterviews als Screeninginstrument, um psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zu erkennen (u.a. Canning 1994, Edelbrock et al. 1986, Hodges et al. 1990, Jensen et al. 1999). Aufgrund des großen Patientenkollektivs der Ambulanz konnte jedoch nicht jeder der 620, im Jahr 2008 in der Ambulanz behandelten Patienten durch ein ausführliches Experten-Interview begutachtet werden. Ein kurzes, aber effektives Screening in Fragebogenform ist daher hilfreich, eine Aussage über das mögliche Vorliegen psychischer Auffälligkeiten zu treffen. Ebenfalls lässt sich es gut in den klinischen Alltag integrieren. Die Möglichkeit für ein ausführliches diagnostisches Interview und somit für weitere Hinweise auf psychische Auffälligkeiten, ist für die, durch das Screening eingeschätzten Kinder in Modul 2 des Projektes gegeben. Neue Aspekte finden sich vor allem im Aufbau und Inhalt der entwickelten Screeningfragebögen. Bei früheren Studien liegt der Fokus meist nur auf einem Aspekt, zum Beispiel den emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten. Diese werden häufig zum Beispiel durch den SDQ oder die CBCL erfasst (u.a. Achenbach et al. 1987). Im Gegensatz dazu werden in diesem Screening Informationen aus sechs verschiedenen Bereichen eingeholt. Hier bildet der SDQ die Basis und wird durch fünf zusätzliche Konstrukte ergänzt. Es erfolgt eine Gesamtauswertung mit einer einfachen Rückmeldung an den Pädiater durch das Ampelsystem rot (=auffällig), gelb (=grenzwertig), grün (=unauffällig). Der multiperspektivische Ansatz, d.h. eine Beurteilung durch verschiedene Personen, wird in mehreren Studien bevorzugt verwendet und die Unterschiede von Eltern- und Kindurteilen untersucht (u.a. Achenbach et al. 1987; Canning 1994; Jensen et al. 1999; Karver 2006; Koskelainen et al. 2000; Sawyer et al. 1992; Seiffke-Krenke, Kollmar 1998; Van der Meer et al. 2008).

Die Stichprobengröße der Untersuchung dieser Fragestellung liegt mit $n=143$ im mittleren Bereich. Studien von Edelbrock et al. (1996), Karver (2006) und Van der Meer et al. (2008) weisen mit $n=299$ bis $n=675$ größere Studienpopulationen auf, als beispielsweise Hodges et al. (1990) mit $n=48$ oder Kolko und Kadzin (1993) mit $n=65$. Dies kann abhängig sein von der Art der verwendeten Instrumente (Fragebogen versus Interview) und dem Populationstyp, sowie von der Rekrutierung und Dauer der Studie. In dieser Arbeit wurden Daten über den Zeitraum von einem Jahr (1.1.2008 bis 31.12.2008) erhoben, die Patientenstichprobe stellt einen Teil der Inanspruchnahmepopulation dieser universitären Spezialambulanz während des Untersuchungszeitraumes dar. Über die Hälfte der über 10-jährigen, die den Fragebogen erhalten haben, konnten für das Projekt gewonnen werden (55%). Im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten ist dies ein als positiv anzusehender Rücklauf. Studien mit vergleichbarer Stichprobengröße sind beispielsweise Arbeiten von Canning (1994), Goodman et al. (1998) oder Renouf und Kovacs (1994).

Diese Arbeit stellt einen Baustein auf dem Weg der Optimierung einer integrativen medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen dar. Das eingesetzte Screening soll als ein Instrument zum Erkennen von psychischen Auffälligkeiten bei pädiatrischen Patienten dienen, das im klinischen Alltag problemlos eingesetzt werden kann und ein einfaches Feedback an die behandelnden Pädiater gibt. Einige Ergebnisse aus früheren Studien werden teilweise bestätigt, teilweise wird ihnen auch widersprochen. Die Daten sollen in Hinblick auf mögliche Unterschiede zwischen Eltern- und Kindurteilen ausgewertet werden. Es wird untersucht, ob auf das Kindurteil verzichtet werden kann oder ob das alleinige Elternurteil ausreichend ist. Auch wird versucht die Faktoren Alter, Geschlecht und die somatische Grunderkrankung als Einflussfaktoren auf die Übereinstimmung beider Urteile zu beleuchten.

Die Zusammenhänge dieser Fragestellungen werden nun im Vergleich zur aktuellen Literatur diskutiert und neue Gesichtspunkte hervorgehoben. Zuletzt werden aus den Ergebnissen Schlussfolgerungen gezogen und es wird ein Ausblick auf mögliche zukünftige Fragestellungen gegeben.

4.2 Deskriptive Auswertung

Insgesamt kamen seit dem 1.1.2008 bis zum 31.12.2008 513 Patienten für die Teilnahme an dem Projekt „Gemeinsame Ambulanz“ in Frage. Davon waren 318 Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 18 Jahre alt (51.3%) und stellen damit die Grundgesamtheit für die Untersuchung der in dieser Arbeit beleuchteten Fragestellungen dar. 40 Familien konnten aufgrund fehlender oder falscher Adressangaben (13 Familien/4.1%) oder einer zu späten Nacherfassung (27 Familien/8.5%) nicht erreicht werden. Bei einer Umzugsquote in Hamburg von 11-12% ist mit einem leichten Verlust aufgrund falscher Adressdaten zu rechnen. Insgesamt erhielten 278 Patienten und ihre Familien die Screeningfragebögen, 55% nahmen an dem Projekt teil (153 Familien). Schlussendlich konnten 143 Datensätze ausgewertet werden (51%). Dieser Rücklauf ist, bei den gegebenen Bedingungen, als positiv anzusehen. Das beschriebene Patientenkollektiv von 143 Patienten ist, das Geschlecht betreffend, nicht ganz ausgeglichen (♀ 55.2% versus ♂ 44.8%); im Durchschnitt sind die Kinder 13.9 Jahre alt. In der Grundgesamtheit von 318 Kindern zeigt sich ebenfalls ein Überwiegen des weiblichen Geschlechts (♀ 51.6% versus ♂ 48.4%); der Altersdurchschnitt beträgt hier 14.1 Jahre.

Im Gegensatz zu Ambulanzen anderer Kliniken befindet sich hier eine universitäre gastroenterologisch-hepatologische Spezialambulanz mit einem hepatologischen Schwerpunkt. Somit stellen die Patienten dieser Ambulanz eine besondere Inanspruchnahmepopulation dar. Einer Behandlung in dieser Ambulanz sind meist niedergelassene Kinderärzte und pädiatrische Gastroenterologen vorgeschaltet, die ihre Möglichkeiten ausgeschöpft haben und ihre Patienten weiter überweisen. Es zeigt sich deutlich, wie speziell und selektiv die untersuchte Gruppe von kranken Kindern und Jugendlichen ist.

In Bezug auf die somatischen Diagnosen zeigen sich mit knapp 60%, Erkrankungen des gastroenterologischen Formenkreises. Durch den hepatologischen Schwerpunkt dieser Ambulanz werden hier ebenfalls über 40% an Patienten mit hepatologischen Erkrankungen behandelt, gute 5% der untersuchten Patienten sind lebertransplantiert und zur weiteren Nachbetreuung an die Ambulanz angebunden. Es muss darauf hingewiesen werden, dass in der vorliegenden Erhebung sowohl Patienten bei Erstvorstellung in der Ambulanz, als auch Patienten mit langjähriger Anbindung, sowie chronisch und akut Kranke befragt wurden. Betrachtet man die Gesamtscreeningergebnisse hinsichtlich des Vorstellungsgrundes (akut versus Kontrolle) zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen beiden Gruppen. Bei den Kindern, die aufgrund von akuten Beschwerden in der Ambulanz behandelt werden (32.9%), zeigen sich 27.3% rote, 34.5% gelbe und 38.2% grüne Screeningergebnisse. Patienten, die einen Kontrolltermin wahrnehmen (61.5%), weisen nur 9.1% rote, 31.8% gelbe und 59.1% grüne Screeningergebnisse auf. Hier scheint die akute Erkrankung eine deutliche Belastung für die Patienten darzustellen und kann als möglicher Risikofaktor angesehen werden. Als weiteres Merkmal für die Besonderheit dieser Inanspruchnahmepopulation kann die medizinische Belastungssituation in der Vergangenheit

angesehen werden. Über die Hälfte der Patienten hatten in den letzten 12 Monaten vor dem Screeningdatum mindestens ein bis zwei Termine in der Ambulanz und mindestens einen stationären Aufenthalt im Krankenhaus. Nur ein einziger Patient hatte weder einen Ambulanztermin, noch einen stationären Aufenthalt im letzten Jahr.

Im Folgenden werden nun die Ausprägungen und Prävalenzen der sechs, im Screening verwendeten Konstrukte diskutiert und eingeordnet.

Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten

Der Algorithmus des SDQ, zur Darstellung von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten, zeigt im Elternurteil für diese Stichprobe bei 78.3% keine Hinweise auf psychische Auffälligkeiten. Bei 21.7% sind diese möglich oder wahrscheinlich gewertet worden. Im Kindurteil haben 88.1% unauffällige Ergebnisse, bei 11.9% sind psychische Auffälligkeiten möglich oder wahrscheinlich. Studien von Goodman et al. (2000a) und Glazebrook et al. (2003) weisen ähnliche Ergebnisse auf. Bei Glazebrook et al. findet man im Vergleich zu Patienten der Normalbevölkerung mehr psychische Auffälligkeiten bei ambulanten pädiatrischen Patienten, es zeigen sich doppelt soviel auffällige Ergebnisse wie bei nicht-kranken Kindern. Da bei dieser Auswahl der Patienten keine genaue psychiatrische Diagnosestellung erfolgt, ist keine Aussage zu der Effizienz bezüglich der richtig oder falsch identifizierten Kinder möglich. Goodman et al. (2000a) verwendete in einer Studie den SDQ als Screeninginstrument bei Kindern in der Normalbevölkerung und bestimmte – falls vorhanden – eine psychiatrische Diagnose. Hier wurde bei fast 100% der Patienten, die ein unauffälliges SDQ-Ergebnis aufweisen, keine psychische Störung nach ICD-10 festgestellt. Lediglich bei knapp 2% der „unauffälligen“ Patienten konnte eine psychiatrische Diagnose gestellt werden. Dahingegen zeigte sich bei knapp 90% der Patienten, die ein grenzwertiges Screeningergebnis erhielten, keine psychische Auffälligkeit. Sogar fast 50% der Patienten mit einem auffälligen SDQ-Ergebnis wiesen keine Diagnose auf. Eine weitere Studie von Goodman et al. (2000b) zum Vorhersagewert des SDQ bezüglich psychischer Auffälligkeiten, durchgeführt an einer klinischen Population in London und Dhaka, zeigte hingegen eine gute Effizienz des SDQ. Hier wird deutlich, dass Ergebnisse aus Studien mit klinischen Populationen nicht bedingungslos auf Stichproben aus der Normalbevölkerung übertragen werden können. Psychische Auffälligkeiten treten bei Kindern der Allgemeinheit seltener und milder auf, als bei Kindern einer klinischen Stichprobe. Somit findet man im Vergleich zu dem tatsächlichen Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose, zum Beispiel anhand von ICD-10 Kriterien, mehr falsch positive und falsch negative Ergebnisse, als bei klinischen Populationen. Für die, in dieser Arbeit untersuchte Population, kann ein guter Vorhersagewert des SDQ für psychische Auffälligkeiten angenommen werden.

Hinweise auf Somatoforme Störungen

Zur Erfassung von Hinweisen auf eine möglicherweise vorliegende Somatoforme Störung wurden bestehende Körperbeschwerden anhand einer Symptomliste abgefragt, sowie Informationen zu „Ärzt hopping“ und einer bestehenden oder vergangenen psychologischen Betreuung eingeholt.

Bauch- und Magenschmerzen, Übelkeit und Kopfschmerzen wurden hier, mit einer Frequenz von oft oder dauernd, von Eltern und Kindern am häufigsten angegebenen. In der Normalbevölkerung stellen Kopf- und Gesichtsschmerzen, Rücken- und Gelenksschmerzen, sowie Übelkeit und Bauchschmerzen die häufigsten Beschwerden dar (Hessel, Geyer, Schumacher, Brähler 2003). Bei Patienten einer gastroenterologisch-hepatologischen Ambulanz ist zu erwarten, dass der Anteil an Kindern mit Bauch- oder Magenschmerzen deutlich größer ausfällt, als bei gesunden Kindern. In der Bremer Jugendstudie von Essau et al. (2000) wurden Kinder und Jugendliche der Normalbevölkerung (12-17Jahre) bezüglich der Häufigkeit und Komorbidität Somatoformer Störungen untersucht. Es zeigten sich auf der Symptomebene am häufigsten Kopfschmerzen, das Gefühl eines Kloßes im Hals und Schmerzen im Bauchbereich. Insgesamt erfüllten 13.1% der untersuchten Kinder die Kriterien für eine Lebenszeit-Diagnose einer Somatoformen Störung, davon hatten zwei Drittel mindestens eine weitere psychische Störung. Das häufigste Komorbiditätsmuster war das Somatoformer Störungen zusammen mit Angststörungen. Auch eine Studie von Egger et al. (1999) zeigt signifikante Zusammenhänge psychischer Störungen mit Körperbeschwerden. Bei Mädchen mit Bauchschmerzen und Gliederschmerzen ließen sich in der Untersuchung starke Korrelationen mit einer Angststörung nachweisen. Bei Jungen und Mädchen gab es bei vorhandenen Gliederschmerzen ebenfalls Assoziationen mit depressiven Störungen. Auch konnten bei den Jungen mit Bauchschmerzen häufiger eine oppositionelle Störung und ADHS gefunden werden. Es ist anzunehmen, dass Kinder und Jugendliche mit körperlichen Beschwerden wie Bauch-, Kopf- oder Gliederschmerzen von einer integrativen Sichtweise mit psychiatrischer Mitbegutachtung durchaus profitieren. Bei persistierenden Körperbeschwerden sollte eine psychische Störung in Betracht gezogen bzw. ausgeschlossen werden. 23.8% der hier untersuchten Kinder weisen im Elternurteil und sogar fast 30% in der Eigeneinschätzung, oft oder dauernd Bauchschmerzen auf. Diese Zahlen kann man in einigen Fällen mit einer gegebenen gastroenterologischen Erkrankung erklären, jedoch werden in der Ambulanz viele Kinder mit chronischen Bauchschmerzen, ohne bisher erklärbare somatische Ursache betreut. 17.2% der untersuchten Patienten der gastroenterologisch-hepatologischen Ambulanz sind „Bauchschmerz-Kinder“, die wahrscheinlich besonders von einer gemeinsamen pädiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Beurteilung profitieren würden. Vor allem bei diesen Patienten ist häufig ein Besuch bei verschiedenen Ärzten und anderen alternativmedizinischen Möglichkeiten, wie einem Heilpraktiker, zu erwarten. Die untersuchten Kinder besuchten wegen ihrer Erkrankung im Schnitt drei verschiedene Ärzte und konsultierten in

den letzten sechs Monaten fast vier Mal einen Arzt, Heilpraktiker oder ähnliches. Zwischen 60 und 70% aller Kinder der Stichprobe waren schon einmal im Krankenhaus, im Schnitt weist jedes Kind 3.3 Krankenhausaufenthalte auf. Dies zeigt eine deutliche Belastungssituation der Patienten und deren Familien an. Häufig macht sich Verzweiflung breit, die die Eltern durch die feste Überzeugung einer somatischen Ursache der Beschwerden, mit ihrem Kind von Arzt zu Arzt rennen. Manche Kinder haben einen langen medizinischen Weg mit vielen Zusatz- und Extrauntersuchungen hinter sich, der häufig unnötig sein kann. Insgesamt war circa ein Drittel der Kinder und Jugendlichen schon einmal bei einem Kinder- und Jugendpsychiater, -psychologen oder -psychotherapeuten. Zum Zeitpunkt des Screenings befanden sich jedoch nur 14 Patienten, also knapp 10% der Kinder und Jugendlichen, in psychologischer Betreuung. Fünf dieser Kinder wurden durch das Screening als auffällig eingeschätzt (rotes Screeningergebnis) und weisen damit einen wahrscheinlichen Bedarf an kinder- und jugendpsychosomatischer Unterstützung auf. Sechs der Kinder, die derzeitige psychologische Hilfe in Anspruch nehmen, wurden als unauffällig gescreent. Es sind also nicht nur Patienten mit einem deutlich auffälligen Screeningergebnis, die bereits eine psychologische Behandlung wahrnehmen. In einer Studie von Glazebrook et al. (2003) haben 55% der als auffällig identifizierten Kinder bereits professionelle Hilfe erhalten. In dem hier untersuchten Patientenkollektiv befanden sich zum Zeitpunkt des Screenings deutlich weniger, nämlich nur 11.4% der Kinder (8 von 70) mit einem gelben oder roten Screeningergebnis in psychologischer Betreuung. Es wird eine große Diskrepanz zwischen der hohen Anzahl an psychisch auffälligen Kindern und einer niedrigen Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Unterstützung deutlich. Es zeigt sich für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche eine noch wesentlich schlechtere Behandlungsquote als für Erwachsene. Insgesamt stehen oder standen nur 17%, gegenüber 36.4% bei den Erwachsenen, im Kontakt mit professionellen Einrichtungen (Wittchen 2002). Es muss darauf geachtet werden, dass Patienten mit psychischen Auffälligkeiten, sowie ihre Bezugspersonen angebunden und mit einem passenden Therapieangebot vertraut gemacht werden. Es ist besonders wichtig, dass eine gute Zusammenarbeit zwischen dem Pädiater und dem Kinder- und Jugendpsychiater besteht, die auch vom Patienten und dessen Bezugspersonen wahrgenommen wird. In dem Projekt „Gemeinsame Ambulanz“ wurde versucht, diesem Ziel einen großen Schritt näher zu treten.

Die Pädiater füllten zeitgleich mit den Patienten ebenfalls einen Screeningfragebogen aus, der mit in die Gesamtauswertung des Screenings einfließt. Es wurde ein Feedback über die Screeningergebnisse gegeben, und bei auffälligen oder grenzwertigen Kindern bestand die Möglichkeit, in den folgenden Modulen 2 und 3, Patienten aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht genauer zu beurteilen. Auch besteht die Möglichkeit einen gemeinsamen Termin in der Ambulanz zu vereinbaren. Durch eine integrative Versorgung bekommt der Patient und dessen Familie eher das Gefühl, dass die psychiatrische Evaluation und Therapie Teil der normalen Behandlung aller Patienten ist und sie nicht als „krank im Kopf“ oder „verrückt“ abgeschoben

werden. Ist so der Kontakt zwischen Patient und Kinder- und Jugendpsychiater hergestellt, fällt es Patienten und ihren Angehörigen wesentlich leichter, bei Problemen auf diesen Kontakt zurückzugreifen, Hilfe frühzeitig in Anspruch zu nehmen und somit Probleme eventuell schon in der Entstehungsphase lösen zu können.

Complianceprobleme

Gute 20% der hier untersuchten Kinder und Jugendlichen haben Complianceprobleme unterschiedlicher Intensitäten. Über 70% dieser Kinder mit Complianceproblemen wurden im Screening mit einem roten oder gelben Ergebnis eingeschätzt. Man kann annehmen, dass Complianceprobleme als ein Hinweis auf einen psychosomatischen Beratungsbedarf gewertet werden können. Als Beispiel für eine psychisch bedingte Komplikation einer somatischen Erkrankung, kann hier nochmals die Situation eines transplantierten Jugendlichen genannt werden. Im Zuge der Entwicklung einer Selbstständigkeit und Autonomie verweigern viele Jugendliche die absolut notwendige regelmäßige Medikamenteneinnahme und gefährden dadurch ihren ansonsten stabilen Zustand. Hier ist es wichtig, diese Probleme zu erkennen und die psychische Entwicklung zu stärken, aber von der somatischen Problematik zu trennen. Würden hier vorhandene Probleme mit der Einnahme von Medikamenten oder dem Einhalten von Kontrollterminen nicht erkannt werden, könnte es zu schweren Störungen in der Entwicklung der Kinder und Jugendlichen kommen. Psychische Störungen in frühen Entwicklungsstufen können besonders bedeutsamen Einfluss auf die soziale, emotionale und psychologische Entwicklung eines Kindes nehmen. Vor allem bei chronischer Medikation zeigt circa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen Complianceprobleme (Shaw et al. 2003). Die Tatsache, dass über die Hälfte der Kinder mit einem roten Screeningergebnis Probleme der Compliance aufweisen, stützt die Annahme, dass eine komorbide psychische Störung Complianceprobleme begünstigt. Somit stellt dieser Teil ein weiteres wichtiges Element des Screenings dar und kann als sinnvoll und hilfreich angesehen werden.

Lebensqualität (Kid-Screen-10 Index)

Bei den Patienten dieser Stichprobe zeigt sich in beiden Urteilen eine deutlich eingeschränkte Lebensqualität. Die Norm-T-Werte des eingesetzten Fragebogens liegen bei 50. Die Eltern beurteilen die Lebensqualität ihrer Kinder mit durchschnittlichen T-Werten von 36.2 deutlich schlechter, als die Kinder selber. In der Eigeneinschätzung werden im Schnitt T-Werte von 42.1 erreicht. Eine Studie von Sawyer et al. im Jahr 2002 zeigt ebenfalls eine deutlich eingeschränkte Lebensqualität von Kindern mit einer psychischen Störung, gegenüber seelisch gesunden Kindern. Knapp die Hälfte der Kinder und Jugendlichen des untersuchten Patientenkollektivs der Ambulanz wurde mit einem gelben oder roten Screeningergebnis als psychisch auffällig oder grenzwertig eingeschätzt. Eine geringere Lebensqualität dieser Kinder gegenüber Kindern der Normalbevölkerung ist zu erwarten. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich in der Bella-Studie. Hier erreichen Kinder, die im SDQ Algorithmus auffällig erscheinen, im Kidscreen-Fragebogen deutliche geringere Werte als ihre Altergenossen (Ravens-Sieberer et al. 2007). Die Ergebnisse suggerieren, dass Kinder mit psychischen Erkrankungen in vielen Bereichen des täglichen Lebens Unterstützung benötigen. Sawyer et al. schlägt ebenfalls einen integrativen Ansatz bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen vor. Auch Studien zur Lebensqualität bei Kindern mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED), als Beispiel einer chronischen Krankheit bei Kindern, zeigen eine deutlich reduzierte Lebensqualität dieser Patienten im Vergleich zu gesunden Kindern an (Janke, Klump, Gregor, Meisner, Haueser 2005; Varni et al. 2006). Der Anteil von Kindern mit einer CED in dieser Untersuchung beträgt 26.6%. Eine zusätzliche psychische Erkrankung wird bei Janke et al. als Risikofaktor für eine eingeschränkte Lebensqualität angesehen, so dass eine Berücksichtigung und Therapie eventueller Komorbiditäten als notwendig angesehen wird. Im Vergleich mit anderen chronischen Erkrankungen zeigt sich in seiner Studie ein vergleichbares Niveau an Lebensqualität. Die Lebensqualität von Kindern mit einer CED wird jedoch als besser beschrieben, im Vergleich zu Kindern mit funktionellen Störungen oder psychischen Erkrankungen. Varni et al. fand ebenfalls heraus, dass Kinder und Jugendliche mit einer CED ein niedrigeres physisches, emotionales, soziales und schulisches Funktionsniveau haben, als gesunde Kinder, jedoch vergleichbar mit der Lebensqualität von Patienten mit funktionellen Bauchschmerzen und einer organischen gastroenterologischen Erkrankung. Das Fazit seiner Studie unterstützt die Aufnahme des Kidscreen 10 Index als festen Bestandteil des Screenings. Kinder mit einer somatischen und einer psychischen Erkrankung sind als besonders belastet und gefährdet anzusehen, dem täglichen Leben nicht gewachsen zu sein. Die Evaluation der Lebensqualität kranker Kinder kann, durch ein kurzes HRQoL-Instrument, das Erkennen eines Bedarfs an Unterstützung erleichtern und durch eine mögliche Intervention, das klinische Outcome verbessern. Ein übergeordnetes Ziel des Projektes „Gemeinsame Ambulanz“ ist die Verbesserung der langfristigen Lebensqualität der Patienten der Ambulanz.

Psychosoziale Risikofaktoren

Als ein weiterer Hinweis und Risikofaktor für die Entwicklung einer psychischen Störung kann eine gegebene psychosoziale Belastung der Kinder und Jugendlichen angesehen werden. Über 60% der untersuchten Patienten (91/143) weisen im Eltern- oder im Kindurteil mindestens einen psychosozialen Risikofaktor auf. Davon hat knapp ein Viertel der Kinder in den letzten sechs Monaten mindestens ein psychisch schwer belastendes Ereignis erlebt, in der gesamten Vergangenheit traten bei gut 35% der Familien belastende Ereignisse auf. Am häufigsten wurden hierbei genannt Arbeitslosigkeit/finanzielle Not, Trennung der Eltern/Familienstreitigkeiten und Schwierigkeiten in der Schule/Mobbing. Über 4000 Ehen wurden im Jahr 2008 nach Angaben des statischen Amtes Nord in Hamburg geschieden, in mehr als der Hälfte der Scheidungen waren minderjährige Kinder betroffen. Ungefähr 70 000 Arbeitslose leben in Hamburg. Es ist nicht überraschend, dass Belastungen wie finanzielle Not und Trennung der Eltern häufig genannt werden. Dennoch lässt sich hier ein Zusammenhang mit Hinweisen auf einen psychosomatischen Beratungsbedarf vermuten. Insgesamt berichten die Kinder selber von weniger belastenden Ereignissen als ihre Eltern. Auch psychische, sowie schwere körperliche Erkrankungen oder Behinderungen in der Familie können eine Belastung darstellen. Bei 14% der Familien treten psychische Erkrankungen bei Angehörigen auf, 30.8% berichten von schweren körperlichen Erkrankungen in der Familie, sowie 6.3% von geistigen oder körperlichen Behinderungen. Dieser Teil des Screenings wurde, angelehnt an die fünfte Achse (Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung) des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10, dem Screening hinzugefügt. Ergebnisse der Bella-Studie haben gezeigt, dass die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden kann. Kinder mit psychischen Auffälligkeiten kommen beispielsweise deutlich häufiger aus konfliktbelasteten Familien oder Familien, in denen die Eltern eine unglückliche Partnerschaft führen (Ravens-Sieberer et al. 2007). Auch eine psychische Erkrankung der Eltern oder das Aufwachsen bei einem allein erziehenden Elternteil tritt bei diesen Kindern gehäuft auf und kann als Risikofaktor für die psychische Auffälligkeiten angesehen werden. Unabhängig vom vorliegenden Risikofaktor zeigen die Ergebnisse der Bella-Studie eine kumulative Wirkung der Risiken, so dass mit ansteigender Zahl der Risikofaktoren auch deutlich der Anteil auffälliger Kinder wächst. Bei 18 von den 23 hier als rot gescreenten Kindern (78.3%) ist mindestens einer der abgefragten psychosozialen Risikofaktoren vorhanden. Da jedoch insgesamt bei vielen Familien (91) belastende Ereignisse oder Erkrankungen auftreten, finden sich auch bei über der Hälfte der grün gescreenten Kinder vorhandene Probleme. Daraus kann man ableiten, dass bei Kindern mit einem roten Screeningergebnis die Wahrscheinlichkeit leicht erhöht ist, im Vergleich zu Kindern mit einem grünen Screeningergebnis. Ähnlich den Ergebnissen der Bella-Studie ist eine kumulative Wirkung vorhandener Risikofaktoren anzunehmen.

Subjektiver psychosomatischer Beratungsbedarf

Ein subjektiver psychosomatischer Beratungsbedarf von unterschiedlicher Dringlichkeit („leicht“ bis „unbedingt notwendig“) wird von 42.1% der Eltern, jedoch von nur 23% der Kinder und Jugendlichen als gegeben betrachtet. Über 80% der Eltern von Kindern mit einem roten Screeningergebnis (n=23) sehen den Unterstützungsbedarf ihres Kindes, im Gegensatz dazu geben nur knapp 40% der Kinder einen Bedarf an. In der Gruppe der Patienten mit einem grünen unauffälligen Screeningergebnis (n=73) sehen fast 30% der Eltern und fast 10% der Kinder einen Beratungsbedarf. In einer Studie von Glazebrook et al. (2003) mit ambulanten pädiatrischen Patienten, berichten 44% der Eltern auffälliger Kinder, dass sie gerne Hilfe in Anspruch nehmen würden, bei den unauffälligen Kindern geben nur 3% der Eltern einen Bedarf an. Anhand der Screeningergebnisse zeigt sich, dass bei vielen Familien generell ein Bedarf und vor allem ein Wunsch nach psychologischer Unterstützung vorhanden sind. Jedoch befinden sich zum Zeitpunkt des Screenings nur knapp 10% der Kinder in psychologischer oder psychiatrischer Betreuung. Bei Koskelainen et al. (2000) fällt diese Gruppe mit 6%, inklusive derer, die schon einmal psychologische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen haben, noch deutlich geringer aus. Die Hemmschwelle der Eltern, sich seelische Probleme ihres Kindes einzugestehen, sowie Kontakt zu einem Kinder- und Jugendpsychologen oder –psychiater aufzunehmen, ist häufig sehr groß. Hier greift der Ansatz einer integrativen gemeinsamen Betreuung der Patienten. Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie werden als zwei sich ergänzende Bausteine gesehen. Ist so der Kontakt zwischen Patient und Kinder- und Jugendpsychiater einmal hergestellt, fällt es Patienten und ihren Angehörigen wesentlich leichter bei Problemen auf diesen Kontakt zurückzugreifen und Hilfe frühzeitig in Anspruch zu nehmen.

Gesamtergebnis des Screenings

Die Gesamtergebnisse des Screenings der Patienten der gastroenterologisch-hepatologischen Spezialambulanz stellen einen deutlich höheren Anteil an Kindern mit einem psychosomatischen Beratungsbedarf dar, als in der Normalbevölkerung. Es sind 49% Kinder mit roten oder gelben Screeningergebnissen, die einem Prozentsatz von 17.6% psychischer Auffälligkeiten in der Normalbevölkerung gegenüberstehen (Barkmann 2008). Hysing et al. zeigte mit seiner Studie im Jahr 2007, dass chronisch erkrankte Kinder und Jugendliche ein deutlich höheres Risiko haben psychisch zu erkranken. Unter Berücksichtigung der Besonderheiten dieser Inanspruchnahmepopulation, mit einem hohen Anteil chronisch und schwer kranker Kinder, sind ähnliche Zahlen zu erwarten gewesen. Mädchen fallen mit gut 5% mehr roten Screeningergebnissen im Vergleich mit den Jungen auf; das Alter verteilt sich über alle drei Gruppen (rot, gelb, grün) relativ gleich. Bezüglich der somatischen Diagnose lassen sich mehr

gastroenterologisch erkrankte Kinder mit roten oder gelben Screeningergebnissen darstellen, bei Kindern mit einem grünen Ergebnis hingegen überwiegen die hepatologischen Erkrankungen. Bei Berücksichtigung des Vorstellungsgrundes lässt sich die Tendenz erkennen, dass Kinder, die akut in der Ambulanz behandelt werden, häufiger psychisch auffälliger sind. Sie weisen 20% mehr rote Screeningergebnisse auf als Kinder, die einen Kontrolltermin wahrnehmen. Anzumerken ist hier, dass „akut“ und „Kontrolle“ nicht gleichzusetzen sind mit „akut neu krank“ und „chronisch krank“. Auch ein chronisch krankes Kind, kann aufgrund eines neuen Schubes beispielsweise akut in der Ambulanz behandelt werden müssen. Es ist anzunehmen, dass die akute Erkrankungssituation für das Kind als belastend empfunden wird und sich deswegen vermehrt psychische Auffälligkeiten feststellen lassen.

Die - in diesem Screening zusätzlich erfragten Probleme - treten bei den Patienten dieser Ambulanz tatsächlich gehäuft und vor allem in Zusammenhang mit einem roten oder gelben Screeningergebnis auf. Bei fast jedem dritten Kind mit einem roten Screeningergebnis, sind Complianceprobleme vorhanden. Bei knapp einem Viertel, der als rot gescreenten Kinder, finden sich psychosoziale Risikofaktoren. Der Ansatz des Projektes, den SDQ als Screeninginstrument um weitere wichtige Konstrukte zu ergänzen, wird durch die Ergebnisse bestärkt, dass sich auch bei, im SDQ unauffälligen, Kindern rote Screeningergebnisse aufgrund von deutlichen Auffälligkeiten in den anderen fünf erhobenen Konstrukten zeigen. Für zukünftige Arbeiten ist es als sinnvoll anzusehen, alle sechs Konstrukte in das Auswertungsschema des Screenings mit einzubeziehen und so den Informationsgehalt aller Teile bestmöglich auszunutzen.

4.3 Diskussion der Fragestellungen

4.3.1 Unterschiede zwischen Eltern- und Kindurteil

4.3.1.1 Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten (SDQ)

In dieser Untersuchung wurde für den SDQ allgemein eine gute Eltern-Kind Übereinstimmung gefunden. Andere Studien, beispielsweise von Koskelainen et al. (2000) und Van der Meer et al. (2008), weisen häufig ein eher niedriges bis mäßiges Level an Übereinstimmung auf. Es zeigen sich für alle fünf Skalen des SDQ starke Korrelationen zwischen beiden Urteilen. Die niedrigsten Korrelationen zeigen die Skalen „Prosoziales Verhalten“ und „Verhaltensprobleme“, den stärksten Zusammenhang zwischen Eltern- und Kindurteil findet man bei der Skala „Emotionale Probleme“. Der Gesamtproblemwert des SDQ weist ebenfalls einen sehr hohen Zusammenhang auf. In der Studie von Koskelainen et al. (2000) wurde beobachtet, dass Kinder und Jugendliche beim Gesamtproblemwert des SDQ insgesamt höher urteilen als ihre Eltern. In beiden Urteilen werden in dieser Untersuchung fast die gleichen Durchschnittspunktwerte für den Gesamtproblemwert erreicht (Eltern: 10 Punkte; Kinder: 10.1 Punkte), sodass sich in diesem Teil des Screenings keine höheren Werte im Selbsturteil feststellen lassen.

Auf Fallebene zeigt sich für den SDQ eine mäßige bis gute Übereinstimmung. Es zeigt sich die Tendenz einer höheren Übereinstimmung von Eltern und Kind bei der Einschätzung emotionaler Probleme gegenüber externalisierenden Problemen, wie Verhaltensauffälligkeiten. Jedoch lässt sich keine allgemeine Aussage zu einer höheren oder niedrigeren Übereinstimmung internalisierender bzw. externalisierender Probleme treffen. Diese Tendenz widerspricht den Ergebnissen vieler Studien (Achenbach et al. 1987; Edelbrock et al. 1986; Hodges et al. 1990; Kolko, Kazdin 1993; Rey et al. 1992; Sourander et al. 1999; Yeh, Weisz 2001), die unter der Anwendung verschiedener Instrumente herausfanden, dass in klinischen Populationen allgemein eine höhere Übereinstimmung für externalisierende als für internalisierende Probleme herrscht. Lediglich zwei europäische Studien mit nicht-klinischen Stichproben konnten eine allgemein bessere Übereinstimmung bei internalisierenden Symptomen feststellen (Seiffge-Krenke, Kollmar 1998; Verhulst, Van der Ende 1992). Anders als in einer Studie von Becker et al. (2004), in der sich für die Skala „Emotionale Probleme“ und den Gesamtproblemwert des SDQ eine schlechtere Übereinstimmung der Informanten zeigte, als für die restlichen Skalen, weisen hier genau diese beiden Skalen des SDQ die höchsten Übereinkünfte von Eltern und Kind auf.

Bei der allgemeinen Übereinstimmung der Aussagen von Eltern und Kindern, zeigt sich bei lediglich knapp 10% der Fälle eine einstimmig auffällige oder grenzwertige Beurteilung der Situation des Patienten (Gruppe „both“). Im Vergleich zu anderen Studien ist dies ein, als recht niedrig einzuschätzendes Resultat. Bei Van der Meer et al. stimmten 23% der Eltern und Kinder

bei einem auffälligen oder grenzwertigen Ergebnis überein. Jedoch sind sich weniger als die Hälfte von Eltern und Kindern einig, wenn das SDQ-Ergebnis unauffällig ist (Gruppe „neither“). In der hier untersuchten Stichprobe zeigt sich bei deutlich mehr Urteilen, nämlich bei 76.2%, eine einstimmige unauffällige Wertung. Bei den verbleibenden 14.1% der Fälle zeigen sich Unterschiede in Eltern- und Kindurteilen bezüglich der Einschätzung emotionaler und Verhaltensauffälligkeiten. Davon bewerteten 12% der Eltern ihre Kinder als auffällig/grenzwertig bei unauffälligem Kindurteil („parent-only“) und 2.1% der Kinder zeigen in der Eigeneinschätzung ein auffälliges/grenzwertiges Ergebnis bei unauffälligem Elternurteil („child-only“). Bei Van der Meer et al. stellen sich diese Gruppen mit 27% („parent-only“) und 4% („child-only“) ähnlich dar. Trotz starker Korrelationen und einer guten Übereinstimmung von Eltern und Kind auf Fallebene, zeigen sich dennoch deutliche Unterschiede in beiden Urteilen. Bei alleiniger Berücksichtigung des Elternurteils, würden in diesem Teil des Screenings drei Kinder (2.1%) „verloren“ gehen („child-only“). Nur durch die Berücksichtigung der Eigeneinschätzung können diese Kinder erkannt werden und werden nicht durch ein unauffälliges Ergebnis im Elternurteil verdeckt. Bei Van der Meer et al. sind es 4% der Kinder, die ihre eigenen emotionalen oder Verhaltensauffälligkeiten erkennen, wohingegen ihre Eltern diese nicht bemerken.

Es fällt auf, dass die drei Kinder der Gruppe „child-only“ (2.1%) in dieser Untersuchung alle drei weiblich und zwischen 14 und 18 Jahre alt sind. Aufgrund der niedrigen Patientenanzahl dieser Subpopulation kann keine allgemeine Aussage getroffen werden, dennoch wäre es für zukünftige Studien interessant zu wissen, ob sich die Tendenz aufrechterhält, dass vor allem ältere Mädchen diese Gruppe repräsentieren. Wären solche „Risikofaktoren“ bekannt, könnte verstärkt der Blick und die Aufmerksamkeit der Ärzte für das Selbsturteil solcher Patienten geschult werden. In der Studie von Van der Meer et al. wurden zusätzlich psychiatrische Erkrankungen durch einen Psychiater oder klinischen Psychologen diagnostiziert. So stellte sich heraus, dass sich mehr Kinder mit einer Verhaltensstörung oder ADHS in der Gruppe „parent-only“ befinden und in der Gruppe „child-only“ Kinder mit einer affektiven Störung überrepräsentiert sind. Zusätzlich findet sich eine große Anzahl depressiver Kinder in der „child-only“ Gruppe, was deutlich macht, dass – obwohl Eltern und Kind häufig internalisierende Probleme schlechter erkennen als externalisierende – auch die Kinder manchmal die beste Informationsquelle ihrer eigenen subjektiv empfundenen Probleme darstellen. Diese Ergebnisse sind konform mit denen von Martin et al. (2004) für die CBCL. Es wäre interessant zu wissen, wie sich dies in der vorliegenden Untersuchung darstellt, denn aufgrund der Ergebnisse von Van der Meer et al. und Martin et al. ist anzunehmen, dass viele depressive Symptome der Kinder durch die Einschätzung der Eltern verdeckt werden.

Zur Beurteilung der Effizienz des SDQ als Vorhersagewert des Screeningergebnisses bezüglich der Aussagen von Eltern und Kind wurden Sensitivität, Spezifität, sowie der positiv und negativ prädiktive Wert (PPV, NPV) berechnet. Für den SDQ ergaben sich eine Sensitivität von 82.4%, eine Spezifität von 86.5%, ein PPV von 45.2% und ein NPV von 97.3%. Zwar berechneten

mehrere Studien diese Kenngrößen für den SDQ, jedoch auf anderen Grundlagen (Goodman et al. 2000a; Canning, Kelleher 1994). Ein falsch negatives Ergebnis ist in diesen Studien meist gegeben, wenn ein unauffälliges SDQ-Ergebnis vorliegt, aber dennoch psychische Auffälligkeiten gegeben sind. Durch die unterschiedlichen Betrachtungen von Eltern und Kind, stellen in dieser Untersuchung die falsch negativen Ergebnisse die Gruppe der „child-only“ dar, also die Fälle mit einem auffälligen Kindurteil trotz unauffälligem Elternurteil. Die berechneten Zahlen können somit nicht mit Ergebnissen anderer Studien verglichen werden. Es lässt sich jedoch sagen, dass mit einer über 80%-igen Wahrscheinlichkeit auffällige und unauffällige Kinder als solche von Eltern und Kind erkannt werden. Jedoch ist der Anteil der falsch positiven Ergebnisse mit über 50% recht hoch, der Anteil der falsch negativen mit weniger als 3 Prozent recht klein. Die Ergebnisse sind für ein Screening als sehr positiv zu werten, bei dann genauerer klinischen Betrachtung kann auch ein klinischer Wert angenommen werden. Die Gruppe der „parent-only“ stellt somit einen relativ großen Anteil dar. Besonderes Augenmerk sollte jedoch die Gruppe der falsch negativen, „child-only“, erhalten, da diese bei alleiniger Berücksichtigung des Elternurteils nicht erkannt werden und verloren gehen. Wie auch aus den Ergebnissen der hier aufgeführten Studien lässt sich schlussfolgern, dass das SDQ-Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen einen wichtigen Beitrag zum diagnostischen Prozess der medizinischen Versorgung leisten kann.

4.3.1.2 Hinweise auf Somatoforme Störungen

Bei den Angaben zu Körperbeschwerden konnte eine starke Korrelation der Eltern- und Kindurteile nachgewiesen werden (0.76). Es fällt auf, dass das Selbsturteil bei fast allen Beschwerden tendenziell leicht höher liegt, als das Elternurteil. Bauchschmerz ist beispielsweise das am häufigsten, mit einer Frequenz von oft oder dauernd, angegebene Symptom. 23.8% der Eltern und fast 30% der Kinder haben vorhandene Bauchschmerzen so bewertet. Auch Übelkeit/Magenverstimmung und Kopfschmerzen werden von den Kindern häufiger angegeben. Da Eltern und Kinder jedoch mit 9.8 und 9.7 Punkten im Durchschnitt fast identische Punktwerte erreichen, lässt sich keine allgemeine Aussage treffen. Ergebnisse einer Erhebung zu Körperbeschwerden bei Kindern und Jugendlichen in der Normalbevölkerung, im Rahmen des Hamburger Gesundheitssurveys (Barkmann et al. 2007), zeigen eine insgesamt deutlich höhere Wertung im Selbsturteil als im Elternurteil. Dies kann hier nicht bestätigt werden. In gut 10% der Fälle zeigen sich Urteilerunterschiede in der Bewertung von Körperbeschwerden. 5.8% der Eltern bewerten ihre Kinder als auffällig (15-28 Punkte in Auswertung), bei einem unauffälligen (0-16 Punkte in Auswertung) Kindurteil („parent-only“). Jedoch geben ebenfalls 5% der Kinder und Jugendlichen deutliche Körperbeschwerden an, obwohl die Einschätzung ihrer Eltern im unauffälligen Bereich liegt („child-only“). Ohne das Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen würden in diesem Teil des Screenings weitere sieben Kinder (5%), durch ein auffälliges Kindurteil bei unauffälligem Elternurteil, nicht erkannt und verloren gehen.

Eine Studie bezüglich der Übereinstimmung von Eltern und Kind bei einer Schmerzsymptomatik beispielsweise, zeigt insgesamt eine hohe Korrelation zwischen den Urteilen, jedoch eine niedrige Übereinstimmung auf Fallebene (Chambers, Reid, Craig, McGrath, Finley 1998). Tendenziell unterschätzen die Eltern häufig anfänglich den Schmerz ihrer Kinder.

Für die weiteren Items zu stationären Krankenhausaufenthalten und der psychologischen Betreuung (life-time/aktuell) wurde eine insgesamt gute bis sehr gute Übereinstimmung gefunden. Die Wahrscheinlichkeiten für Sensitivität, Spezifität, PPV und NPV liegen fast alle über 90% und weisen auf eine geringe Anzahl falsch positiver und falsch negativer Ergebnisse hin. Aufgrund einer Studie von Herjanic und Reich (1997) kann man annehmen, dass bei Fragen zu objektiven, konkreten Daten, wie hier vorliegend, das Level der Übereinstimmungen am höchsten ist. Da hier vor allem subjektiv erlebte Körperbeschwerden erfragt werden, sollte das Selbsturteil als Idealwert angesehen werden, das Elterurteil kann eine Art Prädiktor darstellen. Bestehende Unterschiede in den Urteilen können durch mögliche Dramatisierungs- oder Bagatellisierungstendenzen bei Jugendlichen bzw. Eltern erklärt werden. Ergebnisse einer Längsschnittstudie über 10 Jahre in Finnland (Santalahti, Aromaa, Sourander, Helenius, Piha 2005) weisen insgesamt eine deutliche Zunahme somatischer Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen auf, signifikant mehr Kinder hatten vor allem Kopf- und Bauchschmerzen. Dabei stellte sich heraus, dass Eltern häufig die Beschwerden ihrer Kinder nicht bemerkten. So wurden beispielsweise 14% der Kinder, die angaben täglich unter Kopfschmerzen zu leiden, von ihren Eltern als komplett kopfschmerzfrei bewertet. Auch waren 30% der Kinder, die im Selbsturteil angaben jeden Tag Bauchschmerzen zu haben, laut ihren Eltern symptomfrei. In dieser Studie von Santalahti, Aromaa, Sourander, Helenius, Piha (2005) würde fast ein Drittel der Kinder mit Bauchschmerzen, bei alleiniger Berücksichtigung des Elternurteils, nicht erkannt und berücksichtigt werden können. Ebenfalls wurde ein deutlicher Zusammenhang mit psychischen komorbiden Störungen gefunden. Die Ergebnisse dieser Studie weisen noch einmal auf den psychopathologischen Zusammenhang hin und lassen eine gemeinsame Evaluation als wichtig erscheinen.

Als eines der Hauptergebnisse der vorliegenden Untersuchung kann die Empfehlung der Berücksichtigung des Kindurteils verstanden werden. Dies deckt sich mit der Einschätzung von Santalahti et al.

4.3.1.3 Complianceprobleme

Die Angaben von Eltern und Kindern bezüglich der Compliance stimmen nur mäßig überein ($\kappa=0.48$). Liegen keine oder nur leichte Complianceprobleme vor, sind sich über 70% der Eltern und Kinder noch einig („neither“). 14.2% der Eltern und Kinder stimmen überein, wenn mäßige bis massive Probleme vorliegen („both“). In 13.5% der Fälle besteht kein gleichgerichtetes Urteil. Bei 7.5% der Eltern werden mäßige bis massive Complianceprobleme

beim Kind gesehen, das Kind nimmt jedoch keine oder wenn, nur leichte Probleme bei sich selber wahr. Eine umgekehrte Situation findet sich bei 6% (8 Kinder) der Fälle, hier gibt der Patient selber Complianceprobleme an, welche von den Eltern nicht bemerkt wurden („child-only“). Eine über 90%ige Spezifität und NPV zeigen auch, dass durch das Screening zuverlässiger Kinder ohne oder nur mit leichten Problemen identifiziert werden, als Kinder mit mäßigen bis massiven Complianceschwierigkeiten. Hier finden sich die größten Differenzen in den Urteilen, was sich in einer recht niedrigen Sensitivität und PPV widerspiegelt. Vergleichbare Zahlen aus anderen Studien existieren in dieser Form leider nicht. Da die Angaben zur Compliance in die jetzige Gesamtauswertung des Screenings miteinfließen, ist hier die Beachtung des Selbsturteils besonders wichtig. Acht Kinder (6%) mit Complianceproblemen („child-only“) würden hier nicht auffallen und erkannt werden.

4.3.1.4 Lebensqualität (Kid-Screen 10 Index)

Insgesamt wurde für die Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen eine mäßige Übereinstimmung beider Urteile gefunden. Es zeigt sich allgemein eine deutlich eingeschränkte Lebensqualität der Patienten, wobei die Eltern diese insgesamt noch niedriger beurteilen, als die Kinder selber. Dies stimmt mit Ergebnissen einer Studie zur Lebensqualität von Kindern mit einer CED, von Loonen et al (2002), überein und kann für die klinische Arbeit von Bedeutung sein. Ein möglicher Grund hierfür könnte eine mögliche psychische Erkrankung des Kindes sein. In einer Studie von Kiss et al. (2009) wurde herausgefunden, dass Mütter depressiver Kinder die Lebensqualität ihres Kind niedriger einschätzen, als die Patienten selber. Ein weiterer Grund kann die verschiedene Sichtweise von Eltern und Kind sein. Die meisten Eltern sind sehr besorgt um das Wohl ihres Kindes und bedenken schon zukünftige, mögliche Probleme in der weiteren Entwicklung ihres Kindes. Durch eine Bagatellisierungstendenz vor allem bei Jugendlichen, ist anzunehmen, dass viele Eltern die Situation realistischer einschätzen können, als das Kind in der Situation. Die Patienten selber berichten eher unbedarft, ohne an mögliche zukünftige Folgen zu denken, von aktuell vorliegenden, offensichtlichen Problemen. Dies wurde bei Kindern mit einer Krebserkrankung beobachtet (Levi, Drotar 1999). Weiterhin sollte eine Erkrankung des Elternteils bedacht werden, da sich eine schlechtere Eltern-Kind Übereinstimmung bei depressiv erkrankten Eltern zeigen kann (Loonen et al. 2002; Renouf, Kovacs 1994).

Über 80% der Eltern und Kinder sind sich in der Beurteilung der Lebensqualität einig, bei 16.5% zeigen sich deutliche Unterschiede. Die „child-only“ Gruppe besteht in diesem Abschnitt des Screenings aus 8 Kindern (7%), die Gruppe „parent-only“ aus 11 Eltern (9.6%). Es würden weitere acht Kinder bei der Gesamtauswertung, unter alleiniger Berücksichtigung des Elternurteils, verloren gehen. Die Ausprägungen für Sensitivität, Spezifität, PPV und NPV in diesem Konstrukt weisen mäßige Unterschiede auf. Der NPV zeigt mit 91% ein deutlich besseres

Ergebnis, als der PPV mit knapp 60%. Es zeigt sich eine Diskrepanz von falsch positiven und falsch negativen Ergebnissen. Die Sensitivität liegt bei 65%, wohingegen die Spezifität einen Wert von fast 90% erreicht.

4.3.1.5 Psychosoziale Risikofaktoren

Die Übereinstimmung bei den Angaben zu psychosozialen Risikofaktoren schwankt zwischen mäßig und sehr gut. Am besten stimmen Eltern und Kind überein bei den Angaben zu psychischen Erkrankungen in der Familie. Eine mäßige Übereinstimmung zeigt sich allerdings bei den Angaben zu psychisch belastenden Lebensereignissen in den letzten sechs Monaten und in ihrem bisherigen Leben. Eltern und Kind urteilen hier häufig unterschiedlich. Die Einschätzung, welches Ereignis den Patienten stark belastet oder belastet hat, scheint verschieden. So urteilen beispielsweise 15 Eltern (10.8%), dass es belastende Faktoren in den letzten sechs Monaten gegeben habe, wobei ihre Kinder dies nicht so sehen. Aber auch für neun Kinder (6.5%) gab es Belastungen, die ihre Eltern nicht erkannten. Für die fünf Items dieses Konstruktes würde sich insgesamt, bei Verzicht auf das Kindurteil, ein Verlust von 25 Kindern für die Wertung des Gesamtscreeningergebnisses einstellen. Auch die berechneten Ausprägungen für Sensitivität, Spezifität, PPV und NPV spiegeln die Schwankungen der Übereinstimmung beider Urteile wieder. Vergleichbare Ergebnisse anderer Studien existieren leider nicht.

4.3.1.6 Subjektiver Beratungsbedarf

Für den subjektiven Beratungsbedarf wurde für Eltern- und Kindurteile eine gute Übereinstimmung gefunden. Ein psychosomatischer Unterstützungsbedarf scheint eher von den Eltern, als von den Kindern selber, als gegeben betrachtet zu werden. So sehen nur neun, der 23 Kinder mit einem roten Screeningergebnis, einen Bedarf. Dahingegen geben 19 Eltern den Wunsch nach psychologischer Unterstützung an. Es scheint erst einmal so, als sehen gerade die auffälligen Patienten die Situation deutlich „harmloser“ als ihre Eltern. Auch hier ist eine Bagatellisierungstendenz vor allem von Jugendlichen anzuführen. Besteht kein oder nur ein leichter Bedarf, sind sich fast 80% der Eltern und Kinder einig. Auffällig ist hier, dass die Gruppe der „child-only“ mit 7.8% relativ groß ausfällt. Hier finden sich 10 Kinder, die für sich einen hohen oder unbedingten Bedarf sehen, ihre Eltern jedoch nicht. Dagegen liegt nur bei fünf Eltern der umgekehrte Fall vor („parent-only“). 10 Kindern dieser Stichprobe würden bei alleiniger Berücksichtigung des Elternteils nicht erkannt werden, das heißt man könnte dem subjektiv empfundenen Wunsch nach psychologischer Unterstützung dieser Kinder nicht gerecht werden. Die Sensitivität fällt hier mit 52.4% relativ gering aus, der PPV beträgt 68.8%. Spezifität und der NPV liegen beide über 90%. Kinder mit keinem oder einem leichten Bedarf werden somit eher erkannt, als Kinder mit einem hohen oder unbedingten subjektiven Bedarf an psychosomatischer

Unterstützung. Die Differenzen in Eltern- und Kindurteilen drücken sich in den berechneten Wahrscheinlichkeiten aus und unterstützen die Erfassung des Selbsturteils. Eine Diskussion dieses speziellen Aspektes ist aufgrund fehlender vergleichbarer Studien leider nicht möglich.

4.3.2 Einflussfaktoren auf die Übereinstimmung beider Urteile

Die Übereinstimmung von Eltern und Kind wird, wie in der Einführung im ersten Kapitel erwähnt, von vielen verschiedenen Variablen beeinflusst. So stellt sich die Frage, ob es Faktoren gibt, die zu einer besseren Übereinstimmung von Eltern- und Kindurteilen führen oder bei bestimmten Konstellationen die Unterschiede beider Urteile einfach größer sind. Wären dies nur einige wenige Faktoren, könnte man gezielt diejenigen, die einen positiven oder negativen Einfluss auf die Übereinstimmung beider Urteile haben, fördern bzw. versuchen zu beheben oder einfach besonders berücksichtigen. Um einige dieser möglichen Faktoren zu bestimmen, wurde in mehreren Studien (u.a. Bella-Studie Ravens-Sieberer et al. 2006, Loonen et al. 2002; Renouf, Kovacs 1994) versucht, einige herauszufiltern und zu prüfen, in welchem Maße sie die Übereinstimmung verschiedener Urteile beeinflussen.

In der vorliegenden Studie wurden drei Faktoren ausgewählt und mittels einer Regressionsanalyse, sowie dem Vergleich der einzelnen Kappa-Koeffizienten einzeln daraufhin untersucht, inwieweit sie zur Übereinstimmung von Eltern- und Kindurteil beitragen. Die Ergebnisse aus anderen Studien werden mit den Ergebnissen dieser Untersuchung verglichen und weitere, in anderen Studien untersuchte Faktoren, werden genannt. Die meisten bisherigen Studien untersuchen jedoch die Übereinstimmung verschiedener Urteiler für die allgemeine psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen. Es gibt somit nicht für alle hier erhobenen Konstrukte vergleichbare Studien. Als drei, in dieser Studie am wichtigsten angesehene Faktoren, wurde Alter (10-13 Jahre versus 14-18 Jahre), Geschlecht (♂ versus ♀) und die somatische Diagnose (Gastro versus Hepato) gewählt.

Eine Regressionsanalyse zeigte für diese Inanspruchnahmepopulation für keinen der drei untersuchten Einflussfaktoren eine Signifikanz. Weder das Alter, noch das Geschlecht oder die Art der Diagnose haben hier einen signifikanten Einfluss auf die Übereinstimmung der Eltern- und Kindurteile, so dass keine der vorher aufgestellten Hypothesen bestätigt werden konnte. Vorherige Studien konnten, in klinischen Populationen, eine bessere Übereinstimmung älterer Kinder mit ihren Eltern feststellen (Edelbrock et al. 1986, Renouf, Kovacs 1994). Dahingegen fanden sich bei Studien von Choundhury et al. (2003), Karver (2006) und Van der Meer et al. (2008) ebenfalls bei Berücksichtigung des Alters, keine signifikanten Unterschiede der Übereinstimmungen. Ein Vergleich der berechneten Kappa-Koeffizienten der 10 bis 13-Jährigen

mit denen der 14 bis 18-Jährigen verdeutlichen, dass keine allgemeine Aussage bezüglich des Einflussfaktors „Geschlecht“ getroffen werden kann.

Für das Geschlecht wurde, aufgrund der Studien von Loonen et al. (2002) und Becker et al. (2004), bei einer klinischen Inanspruchnahmepopulation eine bessere Übereinstimmung der Mädchen mit ihren Eltern erwartet. Jedoch entsprechen unsere Ergebnisse eher den Ergebnissen der Studien von Canning (1994), Choundhury et al. (1993), Koskelainen et al. (2000) Martin et al. (2004) und Rey et al. (1992), die keine signifikanten Effekte des Geschlechts auf die Eltern-Kind-Übereinstimmung gefunden haben. Vergleicht man die berechneten Kappa-Koeffizienten der Mädchen und Jungen, zeigt sich hingegen für die meisten Konstrukte die Tendenz, dass die Mädchen besser mit ihren Eltern übereinstimmen, als die Jungen. Jedoch ist eine allgemein gültige Aussage nicht möglich. Es ist denkbar, dass bei einer größeren Stichprobe das Geschlecht zu einem signifikanten Einflussfaktor auf die Urteile wird und die hier beobachteten Tendenzen, dass Mädchen eine bessere Übereinstimmung aufweisen als Jungen, sich für die ganze Stichprobe benennen lassen.

Bei Berücksichtigung der somatischen Grunderkrankung konnten ebenfalls keine signifikanten Auswirkungen auf die Urteile gefunden werden. Eine Studie von Canning (1994) untersuchte unter anderem die Übereinstimmung der Urteile bei Kindern mit verschiedenen chronischen Erkrankungen. Bei Kindern mit Cystischer Fibrose (CF) wurde die Mehrheit der psychiatrischen Diagnosen aufgrund der Elterninformationen gestellt, bei den Erkrankungen Diabetes und Krebs erfolgte ein Drittel der Diagnosestellungen durch die Eltern, ein Drittel durch das Kind und bei einem Drittel durch beide gemeinsam. Bei den CED hingegen führten Eltern- und Kinderurteil zu gleichen Teilen zur Diagnosestellung. Es scheinen hier deutliche Unterschiede der Eltern- und Kinderurteile vorzuliegen. Leider ließ sich ein solcher Zusammenhang in unserer Untersuchung nicht feststellen, auch die berechneten Kappa-Koeffizienten schwanken stark und zeigen keine Tendenzen an.

In anderen Studien wurden einige weitere Faktoren, im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die Übereinstimmung der Urteile verschiedener Informanten, untersucht. Beispielsweise kann eine psychische Erkrankung der Eltern Einfluss auf beide Urteile nehmen. Eine schlechtere Eltern-Kind Übereinstimmung wurde bei depressiv erkrankten Elternteilen gefunden (Loonen et al. 2002; Renouf, Kovacs 1994). Auch stellen sich Differenzen der Urteile ein, wenn ein Kind psychiatrisch erkrankt ist. Bei Martin et al. (2004) zeigte sich, dass Kinder, die sich bei unauffälligem Elternurteil, selber als psychisch auffällig einschätzen („child-only“), häufig unter Angststörungen oder Depressionen leiden. Bei einer Untersuchung von Van der Meer et al. (2008) sind Kinder mit affektiven Störungen in dieser Gruppe überrepräsentiert. In der Gruppe „parent-only“ finden sich hingegen vermehrt Patienten mit einer Verhaltensstörung. Es zeigt sich erneut, wie wichtig es ist, auch die Selbsteinschätzung der Jugendlichen zu berücksichtigen, vor allem dann, wenn die Eltern von keinen psychischen Auffälligkeiten berichten. Laut einer Studie von Goodman et al.

(2000a) variiert auch die Sensitivität des SDQ mit dem psychischen Störungsbild der Patienten. Es wurden über 70% der Kinder mit Verhaltensstörungen, Hyperaktivität, Depression und verschiedenen Angststörungen, aber weniger als 50% der Kinder mit spezifischen Phobien, Trennungsangst, Ess- und Panikstörungen identifiziert. Auch hier zeigt sich noch einmal, dass es für zukünftige Studien interessant wäre, diagnostizierte psychiatrische Diagnosen im Vergleich zu den Screeningergebnissen zu betrachten. Bei Seiffke-Krenke und Kollmar (1998) stellen auch persönliche Erfahrungen oder Belastungen, vor allem der Mütter, einen entscheidenden Einfluss auf die Übereinstimmung mit dem Kind dar. Mütter, die unter Schwierigkeiten in ihrer Ehe leiden, bewerten ihre Kinder, im Gegensatz zu den Vätern, die recht unberührt in ihrer Urteilsfindung bleiben, eher als auffällig. Insgesamt wirken eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren auf die Beziehung zwischen Eltern und Kind, sowie deren Übereinstimmung bei der Beurteilung der Gesamtsituation des Kindes ein. Es erweist sich als schwierig, nur einen Faktor isoliert zu betrachten. Im klinischen Alltag stellt dies für den Arzt eine besondere Herausforderung dar, mögliche Einflussfaktoren der Umgebung des Kindes mit zu berücksichtigen und in seine diagnostischen Überlegungen mit einzubeziehen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass keine signifikanten Wechselwirkungen von Alter, Geschlecht und Grunderkrankung mit der Übereinstimmung von Eltern und Kind vorhanden sind, vermutlich aber weitere Einflussfaktoren eine wichtige Rolle spielen. Hier sind besonders persönliche und familiäre Faktoren, wie beispielsweise Familienstruktur, Beziehung zwischen den Familienmitgliedern, Bildungsniveau und Gesundheitszustand, zu nennen. Für zukünftige Untersuchungen wäre es ebenso interessant, die in den Fragebögen von Modul 2 des Projektes erfragten personalen, familiären und sozialen Ressourcen in Zusammenhang mit den Eltern-Kind-Übereinstimmungen zu setzen, um die Einflussfaktoren näher zu beleuchten. Zeigen starke familiäre Ressourcen vielleicht eine bessere Übereinstimmung an?

4.3.3 Bedeutung in Zusammenhang mit dem Gesamtscreeningergebnis

Das Gesamtergebnis des Screenings wird durch Angaben aus Eltern- und Kindurteil und dem Arztfragebogen errechnet, wobei der SDQ die Basis der Auswertung bildet. Ergänzende Aufwertungen sind durch Angaben in Eltern- oder Kindurteil bezüglich vorhandener Complianceprobleme oder einem gegebenen subjektiven Beratungsbedarf möglich. Das Ampelsystem rot (=auffällig), gelb (=grenzwertig) und grün (=unauffällig) gibt ein einfaches Feedback an den Pädiater. Mit 16.1% roter und 32.9% gelber Gesamtergebnisse stellt sich eine deutlich größere Anzahl an Patienten mit psychosomatischem Beratungsbedarf dar, als in der Normalbevölkerung. Aufgrund des hohen Anteils chronisch und schwer kranker Kinder, war dies zu erwarten (Hysing et al. 2007). Die zentrale Frage dieses multiperspektivischen Studienansatzes, die im Fokus dieser Arbeit steht, ist: Kann auf das Kindurteil verzichtet werden? Viele bisherige Studien, die sich mit Unterschieden in Eltern- und Kindurteilen befasst haben, sprechen, aufgrund ihrer Ergebnisse, für eine multiperspektivische Beurteilung der Situation von Kindern und Jugendlichen (Becker et al. 2004; Canning 1994; Van der Meer 2008; Santalahti et al. 1995; Sourander et al. 1999; Varni et al. 2006). Alleine die Tatsache, dass in vielen Studien lediglich eine allgemein niedrige Übereinstimmung beider Urteile gefunden wurde (Achenbach et al. 1987; Canning 1994; Edelbrock et al. 1986; Jensen et al. 1999; Karver 2006; Kiss et al. 2009; Kolko, Kazdin 1993; Rockhill et al. 2007; Seiffge-Krenke, Kollmar 1998; Van der Meer et al. 2008; Yeh, Weisz 2001), lässt es nicht zu, ohne weiteres auf das Kindurteil zu verzichten. Dies bestätigen auch die Ergebnisse dieser Untersuchung. Trotz starker Korrelationen beider Urteile und einer allgemein moderaten bis guten Übereinstimmung, zeigen sich auch hier deutliche Differenzen zwischen Eltern- und Kindurteilen. In jedem Teil des Screenings findet sich eine hohe Anzahl an Kindern, die bei unauffälligem Urteil ihrer Eltern, eine auffällige Eigeneinschätzung aufweisen. Insgesamt sind es 13.9% der Kinder und Jugendlichen, die in einem der drei, in die Gesamtauswertung des Screenings eingehenden Konstrukte, ein auffälliges Selbsturteil bei unauffälliger Elternwertung haben. Berücksichtigt man alle Konstrukte, sind es sogar fast 40% der Kinder. Betrachtet man diese Zahlen in Zusammenhang mit dem Gesamtscreeningergebnis, kann man es sich nicht erlauben, auf das Kindurteil zu verzichten. Fast die Hälfte der untersuchten Patienten weist ein auffälliges oder grenzwertiges Screeningergebnis auf. Bei alleiniger Berücksichtigung des Elternurteils würden zu viele Kinder mit vorhandenen oder möglichen psychischen Auffälligkeiten nicht bemerkt werden. Sie hätten somit noch nicht einmal die Chance eine adäquate Therapie zu erhalten. Insgesamt haben alle Konstrukte wichtige Hinweise auf einen psychosomatischen Beratungsbedarf gegeben. Somit ist es für die Zukunft als sehr sinnvoll anzusehen, alle Teile in die Gesamtauswertung des Screenings mit einzubeziehen und weiterhin Eltern- und Kindurteil zu evaluieren.

4.4 Schlussfolgerungen

Nachdem die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung in Zusammenhang mit der aktuellen Literatur diskutiert wurden, sollen nun die Schlussfolgerungen, die für den klinischen Umgang mit diesen Kindern abgeleitet werden können, zusammengefasst dargestellt werden. Am wichtigsten ist die Erkenntnis, dass es trotz starker Korrelationen und einer mäßigen bis guten Übereinstimmung, auch deutliche Unterschiede zwischen Eltern- und Kindurteilen gibt und somit auf das Kindurteil nicht verzichtet werden sollte. Fast die Hälfte der untersuchten pädiatrischen Patienten weist ein rotes bzw. gelbes Screeningergebnis auf. Dies bekräftigt auch die Tatsache, dass für eine Therapie chronisch und akut schwer kranker Kinder dieser Ambulanz die Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. –psychosomatik eine weitere wichtige Säule in der Versorgung dieser Kinder darstellt. Die deutliche psychische Belastungssituation dieser Kinder und Jugendlichen zeigt einen hohen Versorgungsbedarf an. Unabdinglich ist eine integrative Versorgung von Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, um nicht nur die somatische Erkrankung selber und deren Symptome, sondern auch die häufig auftretenden psychischen und sozialen Folgen zu behandeln. Die Entstehung einer psychischen Störung auf dem Boden einer somatischen Erkrankung spielt, wie auch Ergebnisse dieser Untersuchung vermuten lassen, eine wichtige Rolle. Sie unterstützen die Annahme der Notwendigkeit eines Screenings zum Aufspüren von Kindern mit psychischen Auffälligkeiten in der klinischen Alltagsroutine. Das hier eingesetzte Screening zeigt eine gute Funktionalität mit einem einfachen Feedback (rot/gelb/grün) an die Pädiater, das heißt es gut in den klinischen Alltag integriert und angewendet werden kann. Ein multidisziplinärer integrativer Ansatz sollte deswegen zum Standard werden und kann so zusätzlich Problemen vorbeugen. Die Angst der Kinder und Jugendlichen und deren Eltern, als stigmatisiert zu gelten bzw. ausgegrenzt zu werden, wird so etwas abgebaut und neues Vertrauen aufgebaut. Ist der Kontakt zur Psychiatrie einmal hergestellt, fällt es den Familien leichter, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Eine Säule der Therapie von schwer kranken Kindern und Jugendlichen sollte eine psychologische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Begleitung sein, um hier den Zugang zu erleichtern. Gehört eine kinder- und jugendpsychiatrische Mitbeurteilung zum **normalen** Routineprogramm für **alle** Patienten, könnten bestehende Vorurteile etwas entkräftet und aufgehoben werden.

Die Tatsache, dass fast jedes 3. Kind in einem der sechs Konstrukte ein auffälliges Selbsturteil bei unauffälligem Elternurteil aufweist, macht deutlich, dass ein Verzicht auf das Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen nicht denkbar ist. Besonders bei subjektiv empfundenen und internalisierenden Problemen sollte das Kindurteil eigentlich als Goldstandard und das Elternurteil als Schätzung oder Prädiktor angesehen werden. Die Kinder selbst sind wahrscheinlich die besten Informanten, wenn es um ihre Gedanken und Wünsche geht. Berichten Kinder von mehr Problemen als ihre Eltern, ist ein Bedarf an professioneller Unterstützung meist dringend

gegeben. Da ihre Probleme jedoch in einigen Fällen von den Erwachsenen unbemerkt bleiben und Kinder normalerweise nicht alleine Kontakt zu einem Psychologen oder Kinder- und Jugendpsychiater aufnehmen, entsteht in diesen Fällen eine noch deutlichere Diskrepanz zwischen versorgungsbedürftigen Kindern und der tatsächlichen Inanspruchnahme professioneller Unterstützung. Eine Mitberücksichtigung möglicher unterschiedlicher Sichtweisen von Eltern und Kindern können in der klinischen Diagnostik und Betreuung der Patienten hier hilfreich sein. Verschiedene Informanten ermöglichen eine weitere Sicht auf die Dinge, gestalten die Behandlungssituation jedoch auch häufig komplexer und werfen weitere Fragen auf. Dennoch lohnt es sich, sich diesen so entstandenen Schwierigkeiten zu stellen, um neue Ideen und Strategien für eine bessere Versorgung kranker Kinder und Jugendlicher zu erlangen. Das Verstehen der verschiedenen Informationsarten und -quellen, sowie deren Relevanz ist gerade bei chronisch kranken Kindern erschwert und komplex. Dass eine körperliche dauerhafte funktionelle Beeinträchtigung sekundär zu körperlicher oder psychischer Krankheit führen kann, wird häufig nicht bedacht. Eine Aufgabe bzw. Herausforderung ist es, das eingesetzte Screening weiterzuentwickeln und das Auswertungsschema zu optimieren, um psychisch auffällige Kinder noch effizienter zu identifizieren und früher in die Entstehungsphase von Problemen eingreifen zu können. Es wäre wichtig, ein solches multiperspektivisches Screening in allen Bereichen der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen einzusetzen, um die Behandlung und Betreuung zu optimieren und Entwicklungsstörungen, sowie persistierenden psychischen Störungen bis ins Erwachsenenalter vorzubeugen.

4.5 Methodische Kritik

Die Ergebnisse dieser Studie müssen im Licht der Grenzen der Untersuchung betrachtet werden. Es muss darauf hingewiesen werden, dass bei der Bewertung und Übertragung der hier dargestellten Ergebnisse, wie auch an entsprechenden Stellen in der Arbeit erwähnt, einige Probleme dieser Studie mitbedacht werden müssen. Die untersuchte Stichprobe findet sich mit ihrer Größe von $n=143$ im mittleren Bereich. Einige Studien zu Unterschieden von Eltern- und Kindurteilen bei der Beurteilung der psychischen Situation des Patienten weisen deutlich größere, andere aber auch noch kleinere Studienpopulationen auf. Dennoch ist in dieser Untersuchung eine Rücklaufquote von 55% unter den gegebenen personellen Bedingungen als sehr positiv anzusehen. Um einen größeren Rücklauf zu erreichen, müsste man mehr Patienten direkt vor Ort in der Ambulanz ansprechen, sie über das Projekt informieren und mit ihnen gemeinsam in der Wartezeit den Screeningfragebogen ausfüllen. Dafür wäre jedoch eine andere personelle Ausstattung eine Voraussetzung. In unserem Fall war eine postalische Zusendung der Fragebögen vor dem Ambulanztermin die bestmögliche Rekrutierungsart, so dass ein 55%iger Rücklauf ein positives Ergebnis darstellt. Ein längerer Erhebungszeitraum würde ebenfalls zu einer größeren Stichprobe führen. Ein möglicher Selektionsfehler ist auch denkbar, da es keine weiteren Angaben über die Gründe derjenigen Patienten und ihren Familien gibt, die die Screeningfragebögen erhalten haben, jedoch nicht zurückgeschickt und somit nicht am Projekt teilgenommen haben. Hier stellt sich die Frage, ob vielleicht eher Familien mitgemacht haben, deren Kinder Schwierigkeiten und Probleme haben, oder sich viele derer auch vor einem Hilfeangebot, wie diesem, verschließen. Letzteres würde einen noch höheren Prozentsatz psychisch auffälliger Kinder zur Folge haben. Auch darf man nicht vergessen, dass die hier untersuchten Kinder eine spezielle und vorselektierte Gruppe kranker Kinder darstellen. Hier wurden Patienten einer pädiatrischen gastroenterologisch-hepatologischen Spezialambulanz der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf untersucht. Eine Übertragung der Ergebnisse dieser Untersuchung auf Kinder der Normalbevölkerung, wie zum Beispiel Patienten einer Kinderarztpraxis oder aber auch auf andere klinische Populationen, wie die Patienten einer Spezialambulanz in Darmstadt, ist, wenn überhaupt, nur unter großem Vorbehalt möglich. Das allgemeine Konzept des Projektes konnte insgesamt sehr gut umgesetzt und verwirklicht werden. Es ist ein gut funktionierendes Screening entwickelt worden, das eine einfache Rückmeldung an den Pädiater ermöglicht. Über einen Rekrutierungszeitraum von einem Jahr sind schlussendlich 143 Datensätze für die hier beleuchteten Fragestellungen ausgewertet worden, was als sehr positiv anzusehen ist. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass diese Untersuchung insgesamt gut umgesetzt werden konnte und aufschlussreiche Ergebnisse über die Kinder dieser Spezialambulanz des UKE erbracht hat.

4.6 Ausblick und Forschungsperspektive

Im Rahmen der Verfassung der vorliegenden Dissertation ergaben sich einige Fragen, die in zukünftigen Studien bearbeitet und beleuchtet werden könnten.

Wie stellen sich Ergebnisse des Screenings bei Kindern der Normalbevölkerung oder bei Patienten anderer Spezialambulanzen dar? Eine gute Vergleichspopulation wäre zum Beispiel das Patientenkollektiv einer Kinderarztpraxis oder der neurologischen Spezialambulanz des UKE.

Welche weiteren Einflussfaktoren wirken auf die Eltern- und Kindurteile ein? Interessant zu untersuchen wären hier beispielsweise die psychische Gesundheit der Eltern, Migrantenstatus, Leistungsniveau, Intaktheit der Familie und sozialer Status.

Im Rahmen des Modul 2 und 3 des Projektes „Gemeinsame Ambulanz“ wäre es wichtig zu untersuchen, wie viele der als auffällig oder grenzwertig (rot oder gelb) gescreenten Kinder haben wirklich eine psychische Störung? Vergleich der Screeningergebnisse mit den möglichen Diagnosen aus dem Experteninterview oder dem oberärztlichen Beratungsgespräch. Hier würde sich die tatsächliche Effizienz des Screenings zeigen.

Die hier dargestellte insgesamt starke Belastungssituation der Kinder und Jugendlichen wirft die Frage nach Ressourcen und Risikofaktoren auf. Inwiefern werden die Kinder durch persönliche, familiäre oder soziale Ressourcen gestärkt? Gibt es einen Zusammenhang mit dem Screeningergebnis? Wirken sich beispielsweise familiäre Ressourcen positiv auf die Eltern-Kind-Übereinstimmung aus? An dieser Stelle möchte ich noch einmal auf die Dissertationsarbeit von Frau Carla Birkenbach verweisen, die sich mit dem Kohärenzgefühl, als Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit der pädiatrischen Patienten dieser Spezialambulanz, befasst.

Da sich immer mehr Ärzte und Forschungsgruppen mit einer integrativen multidisziplinären Versorgung von Kindern und Jugendlichen beschäftigen, bleibt zu hoffen, dass einige der Fragen in Zukunft beantwortet werden und somit zu einem optimierten Gesamtkonzept der medizinischen Behandlung pädiatrischer Patienten beitragen können.

5 Zusammenfassung

Kinder und Jugendliche mit einer chronischen somatischen Erkrankung leiden, im Vergleich zu ihren Altersgenossen in der Normalbevölkerung, häufiger unter psychischen Auffälligkeiten. Es zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zwischen der Anzahl psychisch auffälliger Kinder und der geringen Inanspruchnahme professioneller psychiatrischer oder psychotherapeutischer Hilfe. Seelische Erkrankungen können einen bedeutsamen Einfluss auf die soziale, emotionale und psychische Entwicklung eines Kindes nehmen. Die Integration eines kurzen, aber effektiven Screeninginstruments in die klinische Routine der medizinischen Versorgung von pädiatrischen Patienten kann helfen, Kinder mit möglichem psychosomatischen Beratungsbedarf zu erkennen, um somit frühzeitig Unterstützung und Hilfe anzubieten.

Ein Screening zur Ermittlung von Hinweisen auf einen Beratungsbedarf wurde entwickelt und im klinischen Alltag einer pädiatrischen gastroenterologisch-hepatologischen Spezialambulanz eingesetzt. Für die hier vorgelegte Arbeit wurden Daten von 143 Eltern und Patienten untersucht und Informationen zu emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten, Hinweisen auf Somatoforme Störungen, Complianceproblemen, Lebensqualität, psychosozialen Risikofaktoren und zum subjektiven Beratungsbedarf erfasst. Ein Ampelsystem mit dem Ergebnis rot (=auffällig), gelb (=grenzwertig) und grün (=unauffällig) gibt ein einfaches Feedback des Screenings. Insgesamt erhielten 49% der untersuchten Patienten dieser Inanspruchnahmepopulation ein rotes oder gelbes Screeningergebnis.

Die zentrale Frage eines multiperspektivischen Studienansatzes „Kann man auf ein Urteil verzichten?“ steht im Fokus dieser Arbeit. Trotz einer starken Korrelation und einer mäßigen bis guten Übereinstimmung der Eltern- und Kindurteile, weisen fast 40% der Patienten in mindestens einem der sechs Konstrukte des Screenings, bei einem unauffälligen Urteil ihrer Eltern, ein auffälliges Selbsturteil auf. Bei alleiniger Berücksichtigung des Elternurteils würden viele Kinder, aus deren eigenen Angaben sich ein Beratungsbedarf ergibt, nicht erkannt werden. Die untersuchten Faktoren Alter, Geschlecht und somatische Grunderkrankung haben keinen signifikanten Einfluss auf die Übereinstimmung der Urteile von Eltern und Kindern.

Für die Versorgung von jungen Patienten in der pädiatrischen gastroenterologisch-hepatologischen Ambulanz ist in Zukunft eine enge Kooperation zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie für eine optimierte Versorgung empfehlenswert. Zum Erkennen psychischer Auffälligkeiten wäre es wichtig, ein solches Screeninginstrument in allen Bereichen der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen einzusetzen. Es ist zu empfehlen, sich nicht allein auf das Elternurteil zu verlassen und weiterhin Eltern- und Kindurteil zu berücksichtigen. Die Evaluation beider Perspektiven kann einen wichtigen Beitrag zum diagnostischen Prozess, sowie der Therapie und Betreuung der Patienten leisten.

Ein frühzeitiges Erkennen und Eingreifen in den Entstehungsprozess psychischer Störungen ermöglicht es in Zukunft, psychischen Problemen und vor allem deren Folgeschäden in der Entwicklung der Kinder und Jugendlichen entgegen wirken zu können.

6 Literaturverzeichnis

Achenbach T, McConaughy S, Howell C (1987)

Child/Adolescent Behavioral and Emotional Problems: Implications of Cross-Informant Correlations for Situational Specificity

Psychological Bulletin Vol. 101, No. 2, 213-232

Altman DG (1998)

Some common problems in medical research.

Practical statistics for medical research (8th ed., pp 403–409)

London, Weinheim, New York: Chapman & Hall

Barkmann, Schulte-Markwort (2004)

Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - ein systemischer Literaturüberblick

Psychiatrische Praxis 31, 278-287

Barkmann C, Schulte-Markwort M, Brähler E (2007)

Körperliche Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Zeitschrift für Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 55(1), 49-58

Barkmann C, Schulte-Markwort M (2008)

Psychotherapeutischer Versorgungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – eine Metaanalyse

Vortrag, 1. Arbeitstagung "Psychotherapieforschung im Kindes- und Jugendalter"

Heidelberg 6 bis 7. März 2008

Becker A, Hagenberg N, Roessner V, Woerner W, Rotheberger A (2004)

Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: Do self-reports tell us more than ratings by adult informants?

European Child & Adolescent Psychiatry 13:II/17II-/24

Cadman D, Boyle M, Szatmari P, Offord DR (1987)

Chronic illness, disability, and mental and social well-being: findings of the Ontario Child Health Study

Pediatrics 79(5):805-13

Canning E (1994)

Mental Disorders in Chronically Ill Children: Case Identification and Parent-Child Discrepancy
Psychosomatic Medicine 56:104-108

Canning E, Kelleher K (1994)

Performance of Screening Tools for Mental Health Problems in Chronically Ill Children
Archives of Pediatric And Adolescent Medicine Vol.148, 272-278

Chambers C, Reid G, Craig K, McGrath P, Finley A (1998)

Agreement Between Child and Parent Reports of Pain
The Clinical Journal of Pain Vol.14(4), 336-342

Choudhury M, Pimentel S, Kendall P (2003)

Childhood Anxiety Disorders: Parent-Child (Dis-)Agreement Using a Structured Interview for the
DSM-IV
Journal of the American Academy for Child And Adolescent Psychiatry 42:8

Costello EJ (1989)

Child Psychiatric Disorders and Their Correlates: A Primary Care Pediatric Sample
Journal of the American Academy for Child And Adolescent Psychiatry 28:851-855

Cohen J (1960)

A Coefficient of Agreement for Nominal Scales
Educational and Psychological Measurement 20, 37-46

Cohen J (1968)

Weighted kappa: Nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit
Psychological Bulletin 213-220

Dulcan M, Costello E, Costello A, Edelbrock C, Brent D, Janiszewski S (1990)

The Pediatrician as Gatekeeper to Mental Health Care for Children: Do Parents' Concerns Open
the Gate?
Journal of the American Academy for Child And Adolescent Psychiatry 29:3 453-458

Edelbrock C, Costello AJ, Dulcan MK, Conover NC, Kala R (1986)

Parent-Child Agreement on Child Psychiatric Symptoms Assessed Via Structured Interview
Journal of Child Psychiatry & Psychology & Allied Disciplines Vol.27, No.2, pp 181-190
Egger HL, Costello EJ, Erkanli A, Angold A (1999)

Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches

Journal of the American Academy for Child And Adolescent Psychiatry 38:7, 852-860

Essau C, Conradt J, Petermann F (2000)

Häufigkeit und Komorbidität Somatoformer Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie

Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie Vol.29, No.2, 97-108

Garber J, Van Slyke DA, Walker LS (1998)

Concordance Between Mothers' and Children's Report of Somatic and Emotional Symptoms in Patients with Recurrent Abdominal Pain or Emotional Disorders

Journal of Abnormal Child Psychology Vol.26, No.5, 381-391

Glazebrook C, Hollis C, Heussler H, Goodman R, Coates L (2003)

Detecting emotional and behavioural problems in paediatric clinics

Child: Care, Health & Development, 29, 2, 141-149

Goodman R, Meltzer H, Bailey V (1998)

The strengths and difficulties questionnaire: A Pilot study on the validity of the self-report version

European Child & Adolescent Psychiatry 7:125-130

Goodman R (1999)

The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden

Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines 40(5):791-9

Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H (2000a)

Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample

British Journal of Psychiatry 177:534-539

Goodman R, Renfrew D, Mullick M (2000b)

Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka

European Child & Adolescent Psychiatry 9:129-134

Goodman R (2001)

Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire

Journal of the American Academy for Child And Adolescent Psychiatry 40:11

Goodman R (2004)

Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders

European Child & Adolescent Psychiatry 13:II/25-II/31

Görtz A, Döpfner M, Nowak A, Bonus B, Lehmkuhl G (2002)

Ist das Selbsturteil Jugendlicher bei der Diagnostik von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen hilfreich?

Kindheit und Entwicklung 11:82-89

Herjanic B, Reich W (1997)

Development of a Structured Psychiatric Interview for Children: Agreement Between Child and Parent in Individual Symptoms

Journal of Abnormal Child Psychology 10, 307-324

Hessel A, Geyer M, Schumacher J, Brähler E (2003)

Somatoforme Beschwerden bei Jugendlichen in Deutschland

Psychotherapeut 48:2 109-116

Hodges K, Gordon Y, Lennon MP (1990)

Parent-Child Agreement on Symptoms Assessed via a Clinical Research Interview for Children: The Child Assessment schedule (CAS)

Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines Vol.31, No.3, 427-436

Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Schlack R (2007)

Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen

Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007 50:784-793

Hysing M, Elgen I, Gillberg C, Lie SA, Lundervold AJ (2007)

Chronic physical illness and mental health in children. Results from a large-scale population study

Journal of Child Psychology and Psychiatry 48(8):785-792

Jensen PS, Rubio-Stipec M, Canino G, Bird H, Dulcan M, Schwab-Stone M, Lahey B (1999)
Parent and Child Contributions to Diagnosis of Mental Disorder: Are Both Informants Always Necessary?

Journal of the American Academy for Child And Adolescent Psychiatry 38:12 1569-1579

Karver M (2006)

Determinants of Multiple Informant Agreement on Child and Adolescent behavior

Journal of Abnormal Child Psychology Vol.34, No.2, 251-262

Kiss E, Kapornai K, Baji I, Mayer L, Vetró Á (2009)

Assesing quality of life: mother-child agreement in depressed and non-depressed Hungarian
European Child & Adolescent Psychiatry

Kolko DJ, Kazdin AE (1993)

Emotional/Behavioral Problems in Clinic and Nonclinic Children: Correspondence Among Child,
Parent and Teacher Reports

Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines Vol.34, No.6, 991-1006

Koskelainen M, Sourander A, Kaljonen A (2000)

The Strengths and Difficulties Questionnaire among Finnish school-aged children and
adolescents

European Child & Adolescent Psychiatry 9:227-284

Koskelainen M, Sourander A, Vauras M (2001)

Self-reported strengths and difficulties in a community sample of Finnish adolescents

European Child & Adolescent Psychiatry 10:180-185

Levi RB, Drotar D (1999)

Health-related quality of life in childhood cancer: discrepancy in parent-child disagreement

International Journal of Cancer 12 (Suppl.):58-64

Lipowski ZJ (1967)

Review of Consultation Psychiatry and Psychosomatic Medicine – II. Clinical Aspects.

Psychosomatic Medicine 29:201-224

Loonen H, Derkx B, Koopman H, Heymans H (2002)

Are Parents Able To Rate the Symptoms and Quality of Life of Their Offspring With IBD?

Inflammatory Bowel Diseases 8(4):270-276

- Martin J, Ford C, Dyer-Friedman J, Tang J, Huffman L (2004)
Patterns of Agreement Between Parent and Child Ratings of Emotional and Behavioral Problems in an Outpatient Clinical Setting: When Children Endorse More Problems
Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics Vol. 25 No. 3 150-155
- Meesters C, Muris P, Ghys A, Reumerman T, Rooijmans M (2003)
The Children's Somatization Inventory: Further Evidence for Its reliability and Validity in a Pediatric and a Community Sample of Dutch Children und Adolescents
Journal of Pediatric Psychology Vol.28, No.6, 413-422
- Mokros HB, Poznanski E, Grossman JA, Freeman LN (1987)
A Comparison of Child and Parent Ratings of Depression for Normal and Clinically Referred Children
Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines Vol.28, No.4, 613-627
- Muris P, Meesters C, Van der Berg F (2003)
The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) – Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents
European Child & Adolescent Psychiatry 12:1-8
- Muris P, Meesters C, Eijkelenboom A, Vincken M (2004)
The self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire: Its psychometric properties in 8- to 13-year-old non-clinical children
British Journal of Clinical Psychology 43:437-448
- Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M (2007)
Psychische Gesundheit von Kindern- und Jugendlichen in Deutschland
Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50:871-878
- Renouf A, Kovacs M (1994)
Concordance between Mother's Reports and Children's Self-reports of depressive Symptoms: A Longitudinal Study
Journal of the American Academy for Child And Adolescent Psychiatry 33:2
- Rey J, Schrader E, Morris-Yates A (1992)
Parent-child agreement on children's behaviours reported by the Child Behaviour Checklist (CBCL)
Journal of Adolescence 15:219-230

Richterich A, Schulte-Markwort M (2009)

Psychosomatik in der Kinder- und Jugendmedizin

In: Janssen PL, Joraschky P, Tress W: Leitfaden für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2. Auflage, Deutscher Ärzte-Verlag

Rockhill C, Russo J, McCauley E, Katon W, Lichardson L, Lazano P (2007)

Agreement Between Parents and Childrem regarding Anxiety and Depression Diagnoses in Children With Asthma

The Journal of Nervous and Mental Disease Vol.195, No.11, 897-907

Rothenberger A, Becker A, Erhart M, Wille N, Ravens-Sieberer U (2008)

Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire in the general population of German children and adolescents: results of the BELLA study

European Child & Adolescent Psychiatry 17:99-105

Rønning J, Handegaard B, Sourander A, Mørch W (2004)

The Strengths and Difficulties Self-Report Questionnaire as a screening instrument in Norwegian community samples

European Child & Adolescent Psychiatry 13:73-82

Santalahti P, Aromaa M, Sourander A, Helenius H, Piha J (2005)

Have There Been Changes in Children's Psychosomatic Symptoms? A 10-Year Comparison From Finland

Pediatrics Vol.115, No.4, 434-442

Sawyer MG, Baghurst P, Mathias J (1992)

Differences between informants' reports describing emotional and behavioural problems in a community and clinic-referred children: a research note

Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines 33:441-449

Sawyer MG, Clark JJ, Baghurst P (1993)

Childhood emotional and behavioural problems: A Comparison of children's reports with reports from parents and teachers

Journal of Paediatrics and Child Health 29:2, 119-125

Sawyer MG, Whaites L, Rey J, Hazell P, Graetz B, Baghurst P (2002)

Health-Related Quality of Life of Children and Adolescents With Mental Disorders

Journal of the American Academy for Child And Adolescent Psychiatry 41:5

Scheidt-Nave C, Ellert U, Thyen U, Schlaud M (2007)

Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) in Deutschland

Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 50:750-756

Seiffge-Krenke I, Kollmar F (1998)

Discrepancies between mothers' and fathers' perceptions of sons' and daughters' problem behaviour: a longitudinal analysis of parent-adolescent agreement on internalising and externalising problem behaviour

Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines 39(5):687-97

Smedje H, Broman J-E, Hetta J, von Knorring A-L (1999)

Psychometric properties of a Swedish version of the "Strengths and Difficulties Questionnaire"

European Child & Adolescent Psychiatry 8:63-70

Sourander A, Helstelä L, Helenius H (1999)

Parent-adolescent agreement on emotional and behavioral problems

Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 34:657-663

Stanger C, Lewis M (1993)

Agreement among parents, teachers, and children on internalizing and externalizing behavior problems.

Journal of Clinical Child Psychology. Vol 22(1) 107-115.

Tarullo LB, Richardson DT, Radke-Yarrow M, Martinez PE (1995)

Multiple sources in child diagnosis: Parent-child concordance in affectively ill and well families.

Journal of Clinical Child Psychology. Vol 24(2) 173-183.

Van der Meer M, Dixom A, Rose D (2008)

Parent and child agreement on reports of problem behaviour obtained from a screening questionnaire, the SDQ

European Child & Adolescent Psychiatry 17:491-497

Van Roy B, Grøholt B, Heyerdahl S, Clench-Aas J (2006)

Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10-19 years

European Child & Adolescent Psychiatry 15:189-198

Varni J, Lane M, Burwinkle T, Fontaine E, Youssef N, Schwimmer J, Pardee P, Pohl J, Easley D (2006)

Health-Related Quality of Life in Pediatric Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Comparative Analysis

Developmental and Behavioral Pediatrics Vol.27, No.6

Verhulst FC, Van der Ende J (1991)

Assessment of child psychopathology: relationships between different methods, different informants and clinical judgment of severity

Journal of Abnormal Child Psychology 10, 307-324

Verhulst FC, Van der Ende J (1992)

Agreement between parents' reports and adolescents' self-report of problem behavior

Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 33:6 1011-1023

Weissman MM, Wickramaratne P, Warner V, John K, Prusoff BA, Merikangas KR, Gammon G (1987)

Assessing psychiatric disorders in children. Discrepancies between mothers' and children's reports.

Archives of General Psychiatry. 44(8):747-53

Wittchen HU (2002)

Bedarfsgerechte Versorgung psychischer Störungen. Abschätzungen aufgrund epidemiologischer, Bevölkerungsbezogener Daten

Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München,

<http://www.btonline.de/info/krankheiten/versorgung.pdf>

Woerner W, Becker A, Friedrich C, Klasen H, Goodman R, Rothenberger A (2002)

Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung

Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 30:105-112

Yeh M, Weisz J (2001)

Why Are We Here at the Clinic? Parent-Child (Dis) Agreement on Referral Problems at Outpatient Treatment Entry

Journal of Consulting and Clinical Psychology Vol.69, No.6, 1018-1025

Internetquellen:

<http://sdqinfo.com/>

(Abgerufen am 18.2.2009)

<http://de.wikipedia.org/wiki/Screening>

(Abgerufen am 23.4.2009)

http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standdocuments/SI09_26_F.pdf

(Abgerufen am 12.7.2009)

<http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2006/fr-icd.htm>

(Abgerufen am 27.7.09)

<http://www.behavenet.com/capsules/disorders/dsm4TRclassification.htm#Somatoform>

(Abgerufen am 27.7.09)

<http://kidscreen.diehauptstadt.de/kidscreen/de/index.html>

(Abgerufen am 18.2.2009)

http://kidscreen.diehauptstadt.de/kidscreen/de/questionnaires/kidscreen_10/index.html

(Abgerufen am 18.2.2009)

Vorträge/Präsentationen:

Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M (2006)

Modul „Psychische Gesundheit“ (Bella-Studie)

Robert Koch Institut Berlin

KiGGS-Symposium

Powerpoint-Präsentation vom 25.9.2006 unter dem Link „Symposium-Ergebnisse“ auf der

Internetseite der KiGGS-Studie www.kiggs.de

Abgerufen am 12.7.2009

http://www.kiggs.de/experten/erste_ergebnisse/symposium/index.html

Richterich A (2007)

Vortrag „Psychosomatik in der Gastroenterologie im Kindes- und Jugendalter: Kooperative Versorgungsstrukturen“

Kongress des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) und der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) in Nürnberg

7 Tabellarischer Anhang

7.1 Tabellen

Tabl.1: Übersicht und Häufigkeiten einzelner Erkrankungen der verschiedenen Diagnosegruppen

Diagnosegruppen	Erkrankungen	Häufigkeiten/Prozente
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)	Colitis ulcerosa	17 / 13.3%
	Morbus Crohn	16 / 12.5%
Bauchschmerzen	Akute, chronische, unklare Bauchschmerzen	22 / 17.2%
Ausscheidungsstörung	Obstipation	4 / 3.1%
	Diarrhoe	2 / 1.6%
Sonstige gastroenterologische Erkrankungen	Colon irritabile	1 / 0.8%
	GÖRD, Schluckbeschwerden	2 / 1.6%
	Gastritis	3 / 2.3%
	Übelkeit	2 / 1.6%
	Zöliakie	2 / 1.6%
	Pankreatitis	1 / 0.8%
	Oxyuriasis	1 / 0.8%
Autoimmunhepatitis		12 / 9.4%
Sonstige hepatologische Erkrankungen	Alpha-1-Antitrypsinmangel	4 / 3.1%
	Cholezystolithiasis	1 / 0.8%
	(Chronische) Hepatitis (B/C)	6 / 4.7%
	Autoimmunklerosierende Cholangitis, PSC	4 / 3.1%
	Gallengangsatresie	3 / 2.3%
	Erhöhte Transaminasen	1 / 0.8%
	Hepatopathie	3 / 2.3%
	Morbus Byler (PFIC)	3 / 2.3%
	Morbus Wilson	8 / 6.3%
	Pfortaderthrombose	1 / 0.8%
Gallenblasenexstirpation	1 / 0.8%	
Z.n. Lebertransplantation		7 / 5.5%

Tabl.2: Ergebnisse der SDQ-Subskalen in Eltern- und Kindurteil (n=143)

Emotionale Probleme	Elternurteil	Kindurteil
Unauffällig	125 / 87.4%	127 / 88.8%
Grenzwertig	7 / 4.9%	8 / 5.6%
Auffällig	11 / 7.7%	9 / 6.3%

Verhaltensauffälligkeiten	Elternurteil	Kindurteil
Unauffällig	122 / 85.3%	124 / 86.7%
Grenzwertig	8 / 5.6%	10 / 7.0%

Verhaltensauffälligkeiten	Elternurteil	Kindurteil
Auffällig	13 / 9.1%	9 / 6.3%

Hyperaktivität	Elternurteil	Kindurteil
Unauffällig	126 / 88.1%	124 / 86.7%
Grenzwertig	6 / 4.2%	7 / 4.9%
Auffällig	11 / 7.7%	12 / 8.4%

Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	Elternurteil	Kindurteil
Unauffällig	117 / 81.8%	124 / 86.7%
Grenzwertig	19 / 13.3%	12 / 8.4%
Auffällig	7 / 4.9%	7 / 4.9%

Prosoziales Verhalten	Elternurteil	Kindurteil
Unauffällig	125 / 87.4%	131 / 91.6%
Grenzwertig	11 / 7.7%	5 / 3.5%
Auffällig	7 / 4.9%	7 / 4.9%

Tabl.3: Darstellung der Angaben zu Complianceproblemen im Eltern-Kind-Vergleich

Complianceprobleme	Eltern (n=136)	Kind (n=141)
Nein	106 / 77.9%	111 / 78.7%
Ja, leichte	17 / 12.5%	22 / 15.6%
Ja, mäßige	5 / 3.7%	6 / 4.3%
Ja, deutliche	7 / 5.1%	1 / 0.7%
Ja, massive	1 / 0.7%	1 / 0.7%

Tabl.4: Darstellung der Angaben zum subjektiven Beratungsbedarf im Eltern-Kind-Vergleich

Subjektiver Beratungsbedarf	Eltern (n=126)	Kind (n=139)
Kein Bedarf	76 / 60.3%	107 / 77%
Leichter Bedarf	27 / 21.4%	8 / 5.8%
Mittelmäßiger Bedarf	12 / 9.5%	16 / 11.5%
Hoher Bedarf	10 / 7.9%	5 / 3.6%
Unbedingter Bedarf	1 / 0.8%	3 / 2.2%

7.2 Elternfragebogen



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Fragebogen für Eltern

Liebe Eltern,

seit Anfang 2008 führen wir eine Befragung aller Patienten und ihrer Familien in der gastroenterologisch-hepatologischen Ambulanz durch. Um ein umfassenderes Bild von der Erkrankung Ihres Kindes zu bekommen, möchten wir neben den körperlichen Beschwerden Ihres Kindes auch Informationen zum Lebensumfeld Ihres Kindes berücksichtigen. Uns interessiert, wie sich Ihr Kind fühlt, wie es mit seiner Erkrankung und den häufigen Arztbesuchen zurechtkommt, wie es seine Freizeit verbringt und in seinem sozialen Umfeld lebt. Diese Informationen werden wir mithilfe des vorliegenden Fragebogens erfassen.

Wenn Sie mit der Beantwortung einiger Fragen einverstanden sind, können wir Ihnen gerne auch über die Ergebnisse berichten. Falls Sie Interesse an einer psychosomatischen Beratung haben, können Sie sich ebenfalls an uns wenden.

Nun noch einige Anmerkungen zu dem Fragebogen:

- Bitte nehmen Sie sich Zeit und Ruhe, die Fragen zu beantworten.
- Achten Sie darauf, alle Fragen zu beantworten.
- Kreuzen Sie die Antwort an, die Ihre Sicht am besten widerspiegelt.
- Es gibt kein „richtig“ oder „falsch“, nur Ihre Meinung zählt!

Ihr Ansprechpartner für diese Befragung ist Dr. med. A. Richterich, Klinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik, Telefon 040-42803-4303

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

PD Dr. R. Ganschow, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Prof. Dr. M. Schulte-Markwort, Klinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik

1) Zunächst einige allgemeine Fragen zu Ihrem Kind...

1.	Name Ihres Kindes:		
2.	Ihr Kind ist	• weiblich	• männlich
3.	Ihr Kind ist	_____ Jahre alt.	
4.	In welche Klasse geht ihr Kind?	_____ Klasse	
5.	In welche Schule geht ihr Kind? • Vorschule • Grundschule • Hauptschule • Realschule • Gesamtschule • Gymnasium • Berufsausbildung • Andere _____		
6.	Zuhause lebt ihr Kind die meiste Zeit zusammen mit (Mehrfachnennungen möglich) : • Mutter • Vater • anderen Erwachsenen _____		
7.	Hat ihr Kind Geschwister? • Nein • Ja Wenn ja, wie viele _____		
8.	Der jetzige Besuch Ihres Kindes in der gastroenterologischen Sprechstunde ist eine...	• Erstvorstellung	• Wiedervorstellung
9.	Der Grund des Besuchs in der gastroenterologischen Sprechstunde ist eine...	• Kontrolluntersuchung	• Vorstellung aufgrund akuter Beschwerden

2) Einige Fragen zur Lebensqualität Ihres Kindes...

Bitte überlegen Sie, wie es Ihrem Kind in der letzten Woche gegangen ist. Beantworten Sie dann bitte die folgenden Fragen so, wie Sie es von Ihrem Kind und seinen Erfahrungen wissen oder vermuten.		überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
1.	Hat Ihr Kind sich fit und wohl gefühlt?	•	•	•	•	•
2.	Ist Ihr Kind voller Energie gewesen?	•	•	•	•	•
3.	Hat Ihr Kind sich traurig gefühlt?	•	•	•	•	•
4.	Hat Ihr Kind sich einsam gefühlt?	•	•	•	•	•
5.	Hat Ihr Kind genug Zeit für sich selbst gehabt?	•	•	•	•	•
6.	Konnte Ihr Kind in seiner Freizeit die Dinge machen, die es tun wollte?	•	•	•	•	•
7.	Hat sich Ihr Kind durch seine Mutter/ seinen Vater ungerecht behandelt gefühlt?	•	•	•	•	•
8.	Hat Ihr Kind mit seinen Freunden Spaß gehabt?	•	•	•	•	•
9.	Ist Ihr Kind in der Schule gut zurechtgekommen?	•	•	•	•	•
10.	Konnte Ihr Kind gut aufpassen?	•	•	•	•	•
11.	Was denken Sie: Wie würde Ihr Kind seine Gesundheit im Allgemeinen beschreiben?					
	• ausgezeichnet	• sehr gut	• gut	• weniger gut	• schlecht	

3) Einige Fragen zur Gesundheit Ihres Kindes...

In den letzten zwei Wochen: Wie sehr hat Ihr Kind unter diesen Beschwerden gelitten?		nie	selten	manchmal	oft	Dauernd
1.	Kopfschmerzen	•	•	•	•	•
2.	Ohnmacht oder Bewusstlosigkeit	•	•	•	•	•
3.	Rückenschmerzen	•	•	•	•	•
4.	Schwäche- oder Schwindelgefühl	•	•	•	•	•
5.	Übelkeit oder Magenverstimmung	•	•	•	•	•
6.	Kloßgefühl im Hals	•	•	•	•	•
7.	Herzrasen (auch ohne körperliche Anstrengung)	•	•	•	•	•
8.	Lebensmittelunverträglichkeit (bestimmte Speisen nicht vertragen können)	•	•	•	•	•
9.	Energiemangel oder Erschöpfung	•	•	•	•	•
10.	Bauch- oder Magenschmerzen	•	•	•	•	•
11.	Schmerzen in Gliedern oder Gelenken	•	•	•	•	•
12.	Hautprobleme	•	•	•	•	•
13.	Anderes (bitte eintragen): _____	•	•	•	•	•

4) Einige Fragen zur ärztlichen Behandlung Ihres Kindes...

1.	War Ihr Kind aufgrund der vorliegenden Erkrankung jemals stationär im Krankenhaus? Falls ja: Wie häufig war Ihr Kind im Krankenhaus?	• ja _____ Mal • nein				
2.	Wie viele unterschiedliche Ärzte haben Sie aufgrund der vorliegenden Erkrankung Ihres Kindes besucht?	_____ Ärzte				
3.	Wie viele Arztbesuche, Besuche bei Heilpraktikern etc. haben Sie insgesamt innerhalb der letzten 6 Monate aufgrund der vorliegenden Erkrankungen Ihres Kindes gemacht?	_____ Besuche				
4.	Hat Ihr Kind bei der Umsetzung ärztlicher Maßnahmen, wie Medikamenteneinnahme, Einhaltung der Kontrolluntersuchungen etc., Probleme? • nein • ja, leichte • ja, mäßige • ja, deutliche • ja, massive					
5.	Waren Sie jemals mit Ihrem Kind in kinder- und jugendpsychiatrischer, psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung?	• ja		• nein		
6.	Sind Sie derzeit mit Ihrem Kind in kinder- und jugendpsychiatrischer, psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung?	• ja		• nein		
7.	Wie hoch schätzen Sie den derzeitigen psychiatrischen, psychologischen oder psychotherapeutischen Beratungsbedarf Ihres Kindes ein? • kein Bedarf • leicht • mittelmäßig • hoch • unbedingt notwendig					

5) Einige Fragen zu dem Verhalten und den Gefühlen Ihres Kindes...

Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei Ihrer Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten .		nicht zutreffend	teilweise zutreffend	eindeutig zutreffend
1.	rücksichtsvoll	.	.	.
2.	unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	.	.	.
3.	klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	.	.	.
4.	teilt gern mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte, etc.)	.	.	.
5.	hat oft Wutanfälle; aufbrausend	.	.	.
6.	Einzelgänger; spielt meist alleine	.	.	.
7.	im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	.	.	.
8.	hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	.	.	.
9.	hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind	.	.	.
10.	ständig zappelig	.	.	.
11.	hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	.	.	.
12.	streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	.	.	.
13.	oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	.	.	.
14.	im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	.	.	.
15.	leicht ablenkbar, unkonzentriert	.	.	.
16.	nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	.	.	.
17.	lieb zu jüngeren Kindern	.	.	.
18.	lügt oder mogelt häufig	.	.	.
19.	wird von anderen gehänselt oder schikaniert	.	.	.
20.	hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen)	.	.	.
21.	denkt nach, bevor er/sie handelt	.	.	.
22.	stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	.	.	.
23.	kommt mit Erwachsenen besser aus, als mit anderen Kindern	.	.	.
24.	hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	.	.	.
25.	führt Aufgaben zu Ende, gute Konzentrationsspanne	.	.	.
26.	verhält sich gegenüber Erwachsenen oft widerwillig	.	.	.
27.	kann anderen gegenüber boshaft sein	.	.	.

Gibt es noch etwas, was sie erwähnen möchten?

...und noch ein paar Fragen zu dem Verhalten und den Gefühlen ihres Kindes:

Würden Sie sagen, dass Ihr Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen?			
▪ nein	▪ ja, leichte	▪ ja, deutliche	▪ ja, massive

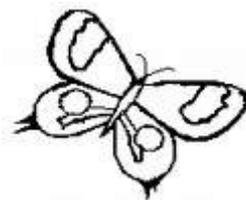
Falls Sie diese Frage mit „ja“ beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte:

Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?				
▪ weniger als 1 Monat	▪ 1 bis 5 Monate	▪ 6 bis 12 Monate	▪ über ein Jahr	
Leidet Ihr Kind unter diesen Schwierigkeiten?				
▪ gar nicht	▪ kaum	▪ deutlich	▪ massiv	
Wird Ihr Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?	gar nicht	kaum	deutlich	schwer
zu Hause	▪	▪	▪	▪
mit Freunden	▪	▪	▪	▪
im Unterricht	▪	▪	▪	▪
in der Freizeit	▪	▪	▪	▪
Stellen diese Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Familie dar?				
▪ keine Belastung	▪ leichte Belastung	▪ deutliche Belastung	▪ schwere Belastung	

6) ...und zum Schluss einige Fragen zum sozialen Umfeld Ihres Kindes!

1.	Gab es in den letzten 6 Monaten psychisch schwer belastende Lebensereignisse, wie Arbeitslosigkeit, Scheidung, Umzüge, finanzielle Not, Gewalt etc. für Ihr Kind?	• nein	• ja welche? _____
2.	Gab es solche schweren psychischen Belastungen für Ihr Kind früher einmal?	• nein	• ja welche? _____
3.	Gab es oder gibt es psychische Erkrankungen in Ihrer Familie?	• nein	• ja welche? _____
4.	Gab es oder gibt es schwere körperliche Erkrankungen in Ihrer Familie?	• nein	• ja welche? _____
5.	Gab es oder gibt es körperliche oder geistige Behinderungen in Ihrer Familie?	• nein	• ja welche? _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



7.3 Kinderfragebogen



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Fragebogen für Jugendliche

Hallo!

Seit Anfang 2008 führen wir eine Befragung in der Ambulanz durch.

Um ein umfassenderes Bild von Deiner Krankheit zu bekommen, möchten wir neben Deinen körperlichen Beschwerden auch Informationen zu Deinem Lebensumfeld berücksichtigen.

Uns interessiert, wie Du Dich fühlst, wie Du mit Deiner Erkrankung und den häufigen Arztbesuchen zurechtkommst, wie Du Deine Freizeit verbringst und wie Du in Deinem sozialen Umfeld lebst. Diese Informationen werden wir mithilfe des vorliegenden Fragebogens erfassen.

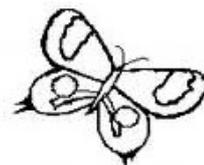
Nun noch einige Anmerkungen zu dem Fragebogen:

- Achte darauf, alle Fragen zu beantworten.
- Lies dir jede Frage genau durch. Was kommt dir als Antwort zuerst in den Sinn? Wähle die Antwort aus, die am besten zu Dir passt, und kreuze sie an.
- Es gibt kein „richtig“ oder „falsch“, nur Deine Meinung zählt!

Wenn Du noch Fragen haben solltest, ist der Ansprechpartner für diesen Fragebogen: Dr. Andreas Richterich, 040-42803-4303.

Vielen Dank für Deine Unterstützung!

Prof. Dr. R. Ganschow
Prof. Dr. M. Schulte-Markwort



3) ...weitere Fragen zu Deiner Gesundheit...

In den letzten zwei Wochen: Wie sehr hast Du unter diesen Beschwerden gelitten?		nie	selten	manchmal	oft	dauernd
1.	Kopfschmerzen	•	•	•	•	•
2.	Ohnmacht oder Bewusstlosigkeit	•	•	•	•	•
3.	Rückenschmerzen	•	•	•	•	•
4.	Schwäche- oder Schwindelgefühl	•	•	•	•	•
5.	Übelkeit oder Magenverstimmung	•	•	•	•	•
6.	Kloßgefühl im Hals	•	•	•	•	•
7.	Herzrasen (auch ohne körperliche Anstrengung)	•	•	•	•	•
8.	Lebensmittelunverträglichkeit (bestimmte Speisen nicht vertragen können)	•	•	•	•	•
9.	Energiemangel oder Erschöpfung	•	•	•	•	•
10.	Bauch- oder Magenschmerzen	•	•	•	•	•
11.	Schmerzen in Gliedern oder Gelenken	•	•	•	•	•
12.	Hautprobleme	•	•	•	•	•
13.	anderes (bitte eintragen): _____	•	•	•	•	•

4) ...und zu Deiner Behandlung beim Arzt.

1.	Warst Du schon mal wegen Deiner Krankheit im Krankenhaus? Falls ja: Wie oft warst Du im Krankenhaus?	• ja _____ Mal • nein				
2.	Bei wie vielen unterschiedlichen Ärzten warst Du wegen Deiner Krankheit?	_____ Ärzte				
3.	Wie viele Besuche bei Ärzten, Heilpraktikern etc. hast Du insgesamt innerhalb der letzten 6 Monate wegen Deiner Krankheit gemacht?	_____ Besuche				
4.	Hast Du Schwierigkeiten, die Anweisungen Deines Arztes, beispielsweise bei der Medikamenteneinnahme, der Einhaltung von Kontrolluntersuchungen etc. zu befolgen? • nein • ja, leichte • ja, mäßige • ja, deutliche • ja, massive					
5.	Warst Du schon mal beim Kinder- und Jugendpsychiater, Psychologen oder Psychotherapeuten?	• ja		• nein		
6.	Bist Du derzeit in kinder- und jugendpsychiatrischer, psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung?	• ja		• nein		
7.	Denkst Du, dass Du mal zum Kinder- und Jugendpsychiater, Psychologen oder Psychotherapeuten gehen solltest? • kein Bedarf • leicht • mittelmäßig • hoch • unbedingt notwendig					

5) Danach einige Fragen zu Deinen Gefühlen und Deinem Verhalten....

Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, selbst wenn Du Dir nicht ganz sicher bist oder Dir eine Frage merkwürdig vorkommt. Überleg Dir bei der Antwort wie es Dir im letzten halben Jahr ging.		nicht zutreffend	teilweise zutreffend	eindeutig zutreffend
1.	Ich versuche nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig.	.	.	.
2.	Ich bin oft unruhig, ich kann nicht lange stillsitzen.	.	.	.
3.	Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht.	.	.	.
4.	Ich teile normalerweise mit Anderen (z.B. Süßigkeiten, Spielzeug, Stifte, etc.).	.	.	.
5.	Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung.	.	.	.
6.	Ich bin meistens für mich alleine; ich beschäftige mich lieber mit mir selbst.	.	.	.
7.	Normalerweise tue ich, was man mir sagt.	.	.	.
8.	Ich mache mir häufig Sorgen.	.	.	.
9.	Ich bin hilfsbereit, wenn Andere verletzt, krank oder traurig sind.	.	.	.
10.	Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig.	.	.	.
11.	Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen.	.	.	.
12.	Ich schlage mich häufig; ich kann Andere zwingen zu tun, was ich will.	.	.	.
13.	Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen.	.	.	.
14.	Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt.	.	.	.
15.	Ich lasse mich leicht ablenken; ich finde es schwer mich zu konzentrieren.	.	.	.
16.	Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen.	.	.	.
17.	Ich bin nett zu jüngeren Kindern.	.	.	.
18.	Anderere behaupten oft, dass ich lüge oder mogele.	.	.	.
19.	Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert.	.	.	.
20.	Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen).	.	.	.
21.	Ich denke nach, bevor ich handele.	.	.	.
22.	Ich nehme Dinge, die nicht mir gehören (von zu Hause, in der Schule oder anderswo).	.	.	.
23.	Ich komme mit Erwachsenen besser aus als mit Gleichaltrigen.	.	.	.
24.	Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht.	.	.	.
25.	Was ich anfangs mache ich zu Ende; ich kann mich lange genug konzentrieren.	.	.	.

Gibt es noch etwas, was du erwähnen möchtest?

... und noch ein Paar Fragen zu deinem Verhalten und deinen Gefühlen...

Würdest Du sagen, dass Du insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen?			
▪ nein	▪ ja, leichte	▪ ja, deutliche	▪ ja, massive

Falls Du diese Frage mit „ja“ beantwortet hast, beantworte bitte auch die folgenden Punkte:

Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?			
▪ weniger als einen Monat	▪ 1 bis 5 Monate	▪ 6 bis 12 Monate	▪ über ein Jahr

Leidest Du unter diesen Schwierigkeiten?			
▪ gar nicht	▪ kaum	▪ deutlich	▪ massiv

Wirst Du durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?	gar nicht	kaum	deutlich	schwer
zu Hause	▪	▪	▪	▪
mit Freunden	▪	▪	▪	▪
im Unterricht	▪	▪	▪	▪
in der Freizeit	▪	▪	▪	▪

Findest Du, dass diese Schwierigkeiten Anderen (Familie, Freunde, Lehrer usw.) das Leben schwer machen?			
▪ keine Belastung	▪ leichte Belastung	▪ deutliche Belastung	▪ schwere Belastung

6) ...und zum Schluss noch einige Fragen zu Deinem sozialen Umfeld!

1.	Gab es in den letzten 6 Monaten Ereignisse, die Dich schwer belastet haben, wie Arbeitslosigkeit, Scheidung Deiner Eltern, Umzüge, finanzielle Not, Gewalt etc.?	▪ nein	▪ ja welche? _____
2.	Gab es solche schweren psychischen Belastungen für Dich früher einmal?	▪ nein	▪ ja welche? _____
3.	Gab es oder gibt es psychische Erkrankungen in Deiner Familie?	▪ nein	▪ ja welche? _____
4.	Gab es oder gibt es schwere körperliche Erkrankungen in Deiner Familie?	▪ nein	▪ ja welche? _____
5.	Gab es oder gibt es körperliche oder geistige Behinderungen in Deiner Familie?	▪ nein	▪ ja welche? _____

Vielen Dank für Deine Mitarbeit!



8 Danksagung

Mein größter Dank gilt meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort und meinem Betreuer Herrn Dr. med. Andreas Richterich. Ohne Sie wäre diese Studiengruppe und somit auch diese Dissertation nicht möglich gewesen. Vor allem bei Herrn Dr. med. Andreas Richterich möchte ich mich für die hervorragende Betreuung bedanken!

Für die Hilfe und Unterstützung bei der statistischen Auswertung bedanke ich mich recht herzlich bei Herrn Prof. Dr. phil. Dipl. Psych. Claus Barkmann.

Vielen Dank auch der Anne-Feidt-Stiftung, die durch das große Interesse an der „Gemeinsamen Ambulanz“ die Finanzierung des Projektes sicherte.

Bei allen Patienten und deren Eltern möchte ich mich ganz besonders bedanken. Ohne Ihre motivierte Mitarbeit hätte dieses Projekt in diesem Rahmen nicht stattfinden können.

Das gesamte Team der „Gastro-Ambulanz“ hat mich auf verschiedenste Weisen bei der Arbeit unterstützt. Die Schwestern waren beim Auffinden von Patienten oder deren Akten, sowie vielen weiteren kleinen Problemen stets sehr hilfsbereit. Bei dem Ärzteteam möchte ich mich für das geduldige Ausfüllen der Arztfragebögen und die gute Zusammenarbeit bedanken.

Ein großer Dank gilt ebenfalls meiner Dissertationskollegin und guten Freundin Carla Birkenbach. Vor allem in Zeiten strapazierter Nerven ließen uns viele gemeinsame Franzbrötchen wieder Licht am Ende der Doktorarbeit sehen ☺

Besonderer Dank gilt auch meinem Freund Stefan Breer, der stets an mich glaubt und mich unterstützt! Du hast mir immer wieder neue Motivation und neuen Aufschwung gegeben! Tausend Dank für deine Hilfe und Geduld!

Schlussendlich möchte ich meiner Familie und meinen Freunden danken, die mir auf unterschiedlichste Art und Weise Hilfestellung geleistet haben und mir immer mit Rat und Tat zur Seite standen. Vielen lieben Dank für die eure Unterstützung!

VIELEN HERZLICHEN DANK!!!

9 Erklärung

Eidesstattliche Versicherung:

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Unterschrift: _____