

Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit  
Poliklinik Tübingen

Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im  
Kindes- und Jugendalter

**Zunahme kinder- und jugendpsychiatrischer  
Krisenaufnahmen von 1996 bis 2014  
Psychopathologie und Umstände psychischer Krisen**

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Zahnheilkunde

der Medizinischen Fakultät  
der Eberhard Karls Universität  
zu Tübingen

vorgelegt von  
Chiumento, Ornella

2019

Dekan: Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichterstatter: Professor Dr. T. Renner

2. Berichterstatter: Professor Dr. K. Giel

Tag der Disputation: 23.07.2019

*Meinen Eltern gewidmet*

# Inhalt

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Einleitung</b>  | <b>6</b>  |
| 1.1      | Prävalenz psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen       | 7         |
| 1.2      | Inanspruchnahme Krisenintervention                                 | 10        |
| 1.3      | Theorie  | 12        |
| 1.3.1    | Psychische Krisen  | 12        |
| 1.3.2    | Diagnostische Klassifikation von Krisen                            | 14        |
| 1.3.3    | Prädiktoren für eine psychische Krise                              | 15        |
| 1.3.4    | Wer ist betroffen von einer psychosozialen Krise?                  | 16        |
| 1.3.5    | Auswirkungen von psychischen Krisen                                | 17        |
| 1.3.5.1  | Psychische Krise und Suizidalität                                  | 18        |
| 1.3.5.2  | Psychische Krisen und selbstverletzendes Verhalten                 | 19        |
| 1.3.6    | Krisenintervention   | 20        |
| 1.4      | Kriseninterventionsstation (KIS) in der KJP Tübingen               | 21        |
| 1.5      | Probleme, Fragestellung und Ziele                                  | 22        |
| <b>2</b> | <b>Methodik</b>  | <b>25</b> |
| 2.1      | Allgemeiner Studienaufbau, Vorgehen                                | 25        |
| 2.2      | Einschluss- und Ausschlusskriterien                                | 25        |
| 2.3      | Stichprobe   | 26        |
| 2.4      | Datenakquise   | 27        |
| 2.5      | Datenbasis   | 30        |
| 2.6      | Erhebungsinstrument  | 31        |
| 2.7      | Statistische Auswertung  | 31        |
| <b>3</b> | <b>Ergebnisse</b>  | <b>33</b> |
| 3.1      | Anstieg der Kriseninterventionen                                   | 33        |
| 3.1.1    | Einfach- und Mehrfachaufnahmen                                     | 34        |
| 3.1.2    | Soziodemographische Merkmale                                       | 35        |
| 3.2      | Psychopathologie   | 37        |
| 3.2.1    | Betrachtung aller gestellten Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) | 37        |
| 3.2.2    | Betrachtung der Hauptdiagnosen                                     | 39        |
| 3.2.3    | Betrachtung spezifischer Diagnosen                                 | 41        |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 3.2.4    | Anzahl der F-Diagnosen .....                            | 47        |
| 3.2.5    | Suizidalität und Selbstverletzung .....                 | 48        |
| 3.2.6    | Suchtmittel .....                                       | 50        |
| 3.3      | Merkmale der Krisenaufnahmen und -entlassungen .....    | 52        |
| 3.3.1    | Verweildauer .....                                      | 52        |
| 3.3.2    | Einweiser .....   | 54        |
| 3.3.3    | Vorbehandlungen .....                                   | 56        |
| 3.3.4    | Aufnahmegrund .....                                     | 57        |
| 3.3.5    | Ärztliche Empfehlung bei Entlassung .....               | 59        |
| 3.3.6    | Krisenumstände .....                                    | 61        |
| <b>4</b> | <b>Diskussion .....</b>                                 | <b>63</b> |
| 4.1      | Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse ..... | 63        |
| 4.1.1    | Anstieg der Kriseninterventionen .....                  | 63        |
| 4.1.2    | Psychopathologie .....                                  | 65        |
| 4.1.3    | Merkmale der Krisenaufnahmen und -entlassungen .....    | 71        |
| 4.1.3.1  | Verweildauer .....                                      | 71        |
| 4.1.3.2  | Einweiser .....   | 71        |
| 4.1.3.3  | Vorbehandlungen .....                                   | 72        |
| 4.1.3.4  | Aufnahmegrund .....                                     | 72        |
| 4.1.3.5  | Ärztliche Empfehlung bei Entlassung .....               | 73        |
| 4.1.3.6  | Krisenumstände – Aufnahmetag und Aufnahmezeit .....     | 74        |
| 4.2      | Stärken und Limitationen der Studie .....               | 74        |
| 4.3      | Implikationen für Praxis und Forschung .....            | 77        |
| 4.4      | Ausblick .....  | 80        |
| <b>5</b> | <b>Zusammenfassung .....</b>                            | <b>83</b> |
| <b>6</b> | <b>Literaturverzeichnis .....</b>                       | <b>85</b> |
| <b>7</b> | <b>Erklärung zum Eigenanteil .....</b>                  | <b>92</b> |
| <b>8</b> | <b>Danksagung .....</b>                                 | <b>93</b> |
| <b>9</b> | <b>Anhang .....</b>                                     | <b>94</b> |

## Abkürzungsverzeichnis

|                        |   |
|------------------------|---|
| Abb.                   | Abbildung   |
| ADHS                   | Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung   |
| ANOVA                  | Analysis of Variance  |
| AOK                    | Allgemeine Ortskrankenkasse   |
| APA                    | American Psychological Association  |
| BZgA                   | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung   |
| df                     | Freiheitsgrade  |
| DGKJP                  | Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie   |
| DSM-III-R              | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders   |
| ICD-10                 | Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme – 10. Revision |
| ISH-SAP                | SAP-basierte Branchenlösung für Gesundheitseinrichtungen  |
| KI                     | Krisenintervention/en   |
| KI-Patienten           | Kriseninterventions-Patienten   |
| KIS                    | Kriseninterventionsstation  |
| KJP                    | Kinder- und Jugendpsychiatrie   |
| LWL-Klinik<br>Marsberg | Landschaftsverband Westfalen Lippe für Psychotherapie,<br>Psychiatrie und Rehabilitation          |
| NSSV                   | Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten   |
| PTBS                   | Posttraumatische Belastungsstörung  |
| S2k                    | Leitlinie der DGKJP Suizidalität im Kindes- und Jugendalter                                       |
| SAP                    | Systeme, Anwendungen, Programme in der Datenverarbeitung  |
| SPSS                   | Statistical Package for the Social Science  |
| Tab.                   | Tabelle   |
| TIBAS                  | Therapeutische Intensivbehandlung im ambulanten Setting   |
| UKT                    | Universitätsklinikum Tübingen   |

# 1 Einleitung

Laut Fegert (2011) kann die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) als „Seismograf für gesellschaftliche Entwicklungen“ bezeichnet werden. In der KJP arbeiten viele verschiedene Fachdisziplinen Hand in Hand, weshalb sie auch in der Medizin als Schnittstellenfach gilt und eine Art Schlüsselrolle einnimmt (Fegert 2011). Dadurch können Kinder- und Jugendpsychiater sozialpsychologische Probleme und gewisse Trends in der allgemeinen Psychopathologie besonders frühzeitig wahrnehmen und als Denkanstoß in die sozialpolitische Debatte einbringen (Fegert 2011).

Im Hinblick auf die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen müsste der KJP eine größere Bedeutung zukommen. Doch aufgrund des demographischen Wandels sowie eines allgemeinen Geburtenrückgangs werden die Kliniken der KJP immer wieder mit Problemen des potenziellen Abbaus von Versorgungsstrukturen konfrontiert (Fegert 2011). Gleichzeitig sehen sie sich jedoch der anhaltend hohen Prävalenz psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen und einem erhöhten Behandlungsbedarf gegenübergestellt (Fegert 2011). Die Herausforderungen im Zusammenhang mit der Gesundheit von Kindern haben sich im vergangenen Jahrhundert deutlich gewandelt. Es hat sich eine Verschiebung von den somatischen hin zu den psychischen Erkrankungen vollzogen (Ravens-Sieberer et al. 2007). In Deutschland zeigten in der ersten Dekade des 21. Jahrhunderts insgesamt 22% aller Kinder und Jugendlichen wahrnehmbare psychische Auffälligkeiten (Ravens-Sieberer et al. 2007). Psychische Erkrankungen sind mittlerweile eine der größten Herausforderungen der Gesundheitssysteme weltweit geworden und bergen besonders im Kindes- und Jugendalter die Gefahr einer Chronifizierung mit Auswirkungen auf das Wohlbefinden in späteren Lebensabschnitten (Mokdad et al. 2016). Daraus können erhebliche Beeinträchtigungen im familiären, schulischen und öffentlich-sozialen Umfeld entstehen (Ravens-Sieberer et al. 2007).

In den letzten 20 Jahren wurde eine deutliche Zunahme an Fallzahlen in den deutschen KJPs beobachtet. Laut einem Beitrag der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie aus dem Jahre 2015 handelt es sich dabei um „[...] einen Anstieg der Fallzahlen in den Kliniken um ca. 270% seit den 90iger Jahren des letzten Jahrhunderts.“ (Kölch et al. 2015, S. 2). Daraus haben sich strukturelle Veränderungen

im Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ergeben (Kölch et al. 2015). Die Versorgung der Patienten konnte nur durch eine erhebliche Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer realisiert werden, so Kölch et al. (2015). Einerseits hat ein Abbau der Bettenkapazitäten stattgefunden, andererseits haben tagesklinische Versorgungsangebote und wohnortnahe Institutsambulanzen zugenommen (Kölch et al. 2015). Laut Schulte-Körne (2015) hat insbesondere die Zahl der stationären Notfallaufnahmen zugenommen. Ein Anstieg der notfallmäßigen Kriseninterventionen (KI) konnte auch an der KJP Tübingen beobachtet werden. Eine erste für die vorliegende Studie orientierende Zählung konnte einen Anstieg von rund 50 KI pro Jahr 1996 auf über 200 KI pro Jahr 2014 aufzeigen. Dieser Trend zeigt die steigende Bedeutung der KJPs bei der Inanspruchnahme von notfallmäßiger psychiatrischer Behandlung und wirft dabei Fragen auf. Die vorliegende Arbeit soll eine Übersicht zum Thema KI geben mit dem Ziel, Fragen im Zusammenhang mit dem Anstieg der KI, mit der Psychopathologie der Betroffenen und Merkmalen rund um die Krisenaufnahmen und -entlassungen zu beantworten. Bevor auf die Fragestellungen dieser Arbeit differenziert eingegangen werden kann, sollen in den folgenden Kapiteln die Häufigkeit psychischer Störungen, theoretische Hintergründe zu psychischen Krisen und mögliche Folgen von psychischen Krisen genauer erläutert werden.

### **1.1 Prävalenz psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen**

Im Folgenden werden Ergebnisse aus bisherigen Studien zur Prävalenz von kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen zusammengefasst dargestellt. Die bisher umfangreichste Studie zur Verbreitung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen in Deutschland ist die BELLA-Studie des deutschen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) im Modul „Psychische Gesundheit“ des Robert-Koch-Instituts. Es handelt sich um eine repräsentative Stichprobe von 2863 Familien mit Kindern und Jugendlichen zwischen 7 und 17 Jahren, die von 2003 bis 2006 im Rahmen einer Längsschnittstudie zu ihrem seelischen Wohlbefinden befragt wurden (Ravens-Sieberer et al. 2007). Die Studie belegt eindrucksvoll die Bedeutsamkeit von psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen im Hinblick auf unsere Gesundheitspolitik. In der BELLA-Studie konnten Hinweise auf psychische Auffälligkeiten bei 22% der befragten Kinder und Jugendlichen festgestellt werden.

Davon werden 9,7% der einbezogenen Kinder als „wahrscheinlich“ psychisch auffällig eingestuft, und bei 12,2% konnten manifeste psychische Auffälligkeiten festgestellt werden. Diese hier dargestellten Prävalenzen für allgemeine psychische Auffälligkeiten und spezifische Störungsbilder können anlässlich der vorliegenden Stichprobe für Deutschland als repräsentativ angenommen werden, so Ravens-Sieberer et al. (2007).

Die dargelegten Ergebnisse korrespondieren im Hinblick auf Auftretenshäufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit den folgend dargestellten nationalen und internationalen Studien. So stellten Barkmann und Schulte-Markwort (2012) in einer Metaanalyse über 33 epidemiologische Studien fest, dass eine mittlere Prävalenz von 17,6% psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen vorliegt. In einer vorangegangenen Studie von Barkmann und Schulte-Markwort aus dem Jahr 2004 zum selben Thema wurde ein Literaturüberblick über 29 epidemiologische Studien erstellt mit dem Ergebnis einer Prävalenz von 17,2%. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen in der bislang umfangreichsten Studie zu diesem Thema Roberts et al. (1998). Hierbei wurden 52 Studien mit internationaler Reichweite analysiert, das Ergebnis zeigt im Mittel eine Prävalenz von 15,8% psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ferner zeigen Ihle und Esser (2002), die 19 nationale und internationale Studien unter dem Gesichtspunkt methodischer Ähnlichkeit auswählten, eine durchschnittliche Prävalenz von 18%. In den obig dargelegten Studien konnten aus den Ergebnissen bisher keine Aussagen bezüglich Zu- oder Abnahmen von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen abgeleitet werden.

Mit der Frage nach Zu- oder Abnahmen in Hinblick auf psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen beschäftigten sich Richter und Berger (2013). Richter und Berger (2013) analysierten in einer systematischen Übersichtsarbeit 33 internationale Querschnittstudien über die Zu- und Abnahme psychischer Störungen bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen. Für den Bereich der Kinder und Jugendlichen konnten 10 Studien identifiziert werden. In vier Publikationen konnte ein Anstieg, in fünf Publikationen konnten keine Veränderungen festgestellt werden und eine Studie legte eine Abnahme nahe. In dieser systematischen Übersicht aktueller Publikationen bestätigte sich die Einschätzung der Erstpublikation von Richter et al. (2008), in der ebenfalls keine ausreichenden empirischen Belege für die Zunahme psychischer

Erkrankungen in der deutschen Bevölkerung gefunden werden konnten (Richter et al. 2008).

Zusammenfassend muss hinzugefügt werden, dass aufgrund von methodischer Heterogenität bei den bisher durchgeführten Prävalenzstudien deren Vergleichbarkeit und die aus den Ergebnissen abgeleiteten Hypothesen nur eingeschränkt interpretierbar sind. Anlässlich dieser methodischen Schwierigkeiten bleiben die Aussagen über den Umfang einer Zunahme an psychischen Störungen unklar (Mauz und Jacobi 2008). Eine Heterogenität des Datenmaterials und eine damit verbundene Limitation der Reichweite solcher Publikationen bestätigen ebenso Richter und Berger (2013). Eine schwer herstellbare Vergleichbarkeit stellt aufgrund von unterschiedlichen Stichprobengrößen, Regionen, Erhebungszeiträumen sowie Erhebungsinstrumenten die größte Limitation dar (Richter und Berger 2013). Methodische Probleme für die heterogene Datenlage ergeben sich durch die komplexe Definition, Operationalisierung, Messung und Datenanalyse von psychischen Störungen (Richter und Berger 2013).

### **Prävalenz spezifischer psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen**

Die durchgeführten Studien zu kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen konnten auffällige Häufigkeiten für spezifische psychische Störungen feststellen. Die Analyse der im Rahmen der BELLA-Studie (2007) erhobenen spezifischen Störungen ergibt, dass Angststörungen (10%), Störungen des Sozialverhaltens (7,6%), Depressionen (5,4%) und ADHS (2,2%) am häufigsten auftreten. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Ihle und Esser (2002), die Angststörungen mit einer Prävalenz von 10,4%, dissoziale Verhaltensstörungen mit 7,5% und depressive und hyperkinetische Störungen mit je 4,4% feststellten. Nach einer Metaanalyse von Costello et al. (2005) treten Angststörungen am häufigsten auf, gefolgt von Aufmerksamkeitsdefizit- oder Hyperaktivitätsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens. Eine Studie der KJP Marsberg speziell zu Krisenaufnahmen von Diebenbusch (2015) konnte feststellen, dass am häufigsten Diagnosen aus der Gruppe F90–F99 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend), am zweithäufigsten F30–F39-Diagnosen (Affektive Störungen) gefolgt von F40–F49-Diagnosen (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) gestellt wurden.

## **Risikofaktoren für psychische Störungen**

Bedeutsame Risikofaktoren für eine erhöhte Prävalenz psychischer Auffälligkeiten sind laut Ravens-Sieberer et al. (2007) vor allem ein niedriger sozioökonomischer Status im Sinne eines niedrigen Bildungsstatus oder Arbeitslosigkeit der Eltern, ein ungünstiges Familienklima durch Familienkonflikte und die elterliche Psychopathologie, welche sich aufseiten des Kindes als psychische oder körperliche chronische Erkrankung negativ auf die Entwicklung in der Adoleszenz auswirken kann. Ursachen für ein ungünstiges Familienklima können demnach stark konfliktbelastete Familien sein bzw. Familien, in denen die Erziehenden in einer unglücklichen Partnerschaft leben. Auch wenn die Eltern ihre eigene Kindheit als unharmonisch empfunden haben, steigt das Risiko (Ravens-Sieberer et al. 2007). Ferner steigt die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei kumuliertem Auftreten von Risikofaktoren, unabhängig davon, um welche Art von Risikofaktoren es sich handelt (Ravens-Sieberer et al. 2007). Dass insbesondere familiäre Beziehungsstrukturen einen Einfluss auf Entstehung und Prognosen von psychischen Krisen haben, konnten bereits Günter (1990) und Deutschmann-Barth (2002) in ihren Studien an der KJP Tübingen beobachten. Die Studie von Günter (1990) untersuchte retrospektiv stationäre Krisenaufnahmen von 1982 bis 1983 und zeigte, dass bei über 90% der Untersuchten die KI in unmittelbarem Zusammenhang mit einem familiären Konflikt stand (Günter 1990; Günter und Günter 1991). Die prospektiv angelegte Studie von Deutschmann-Barth (2002) konstatierte bei knapp 70% der KI-Patienten einen schwerwiegenden familiären Konflikt.

### **1.2 Inanspruchnahme Krisenintervention**

Bereits im Jahr 2001 prognostizierte die WHO eine weltweite Steigerung um 50% bezogen auf die Inanspruchnahme von kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsleistungen bis zum Jahr 2020 (Fegert 2011). Der Bedarf an stationären Plätzen in der KJP in Deutschland ist unumstritten gestiegen. Dies belegen Zahlen des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2012. Im Bereich der KJP sind die Fallzahlen von 1991 bis 2010 um rund 130% gestiegen (Statistisches Bundesamt 2012).

Um eine Verbesserung der stationären und teilstationären Versorgung in den Kliniken für KJP zu erreichen, hat die Landesregierung Baden-Württemberg (BW) 2008

beschlossen, eine Fachplanung einzuleiten sowie die Bedarfsgrundlage zu überprüfen und zu evaluieren (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg 2013). Die Ergebnisse, die sich auf geplante stationäre Aufnahmen beziehen, wurden 2013 dargelegt. Daraus geht hervor, dass die Zahl der stationären Fälle in BW von 2008 bis 2011 um 27,3% gestiegen und die durchschnittliche Verweildauer in den vollstationären Abteilungen von 2008 bis 2011 um 3 Tage von 39,6 auf 36,6 Tage gesunken ist. Interessant sind die Ergebnisse zu den Notfallaufnahmen. Von 23 Krankenhausträgern nehmen 4 nicht an der Notfallversorgung teil, und 3 von diesen Krankenhausträgern verfügen nur über tagesklinische Plätze. Die Notfallaufnahmequote variiert stark und bewegt sich zwischen 10% und 69% in stationären Abteilungen. In 8 Krankenhäusern beträgt die Notfallaufnahme über 40%. In allen Krankenhäusern, die an der Notfallversorgung teilnehmen, werden 41% der Aufnahmen als Notfall aufgenommen.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch Fegert (2011); im Vergleich zu den 90er-Jahren hat bereits eine erhebliche Steigerung der Fallzahlen in Deutschland stattgefunden. Demnach werden heute ca. doppelt so viele Patienten wie noch in den 1990er-Jahren behandelt. Dies ist nur mit einer immensen Behandlungsverdichtung im Sinne einer kürzeren Verweildauer bei gleichzeitiger Bettenreduktion möglich (Fegert 2011). Die durchschnittliche Verweildauer der stationär behandelten Patienten sank von 1991 bis 2011 um 70%, so Kölch et al. (2015). Insbesondere haben die stationären Notaufnahmen aufgrund von Suizidversuchen und Alkoholintoxikationen zugenommen, so Schulte-Körne (2015). Englert und Matkey stellten eine Zunahme der Notfallaufnahmen bereits im Jahr 2004 fest, diese machten immerhin 30% der Gesamtaufnahmen aus (Englert und Matkey 2004). Nach Fegert (2015) kamen im Jahr 2013 bei knapp der Hälfte der Kliniken für KJP ungeplante Aufnahmen in 40% der Fälle vor. Bei einem Viertel der KJP kamen ungeplante Aufnahmen sogar in 50% der Fälle vor. In einer KJP in Weissenau (Südwestfalen) wurde in einem Vergleich der Krisen- und Regelaufnahmen ein besonders hohes Ungleichgewicht festgestellt. Im Jahr 2011 stieg der Anteil der Krisenaufnahmen auf einen Rekordwert von 60% (Schepker 2014), was eine deutliche Verschiebung des Gleichgewichts zwischen geplanten und ungeplanten Aufnahmen bestätigte. Diese Verschiebung stellte auch Diebenbusch (2015) in einer explorativen Datenanalyse im Rahmen einer Masterarbeit fest. Die

Untersuchung bezog sich auf die Versorgungsklinik der LWL-Klinik Marsberg für KJP. Untersucht wurden dabei Krisenaufnahmen zwischen 2010 und 2013. Im Jahr 2010 lag der Anteil an ungeplanten Aufnahmen bei 46% ( $N = 331$ ) und stieg im Jahr 2013 auf 53% ( $N = 461$ ) ungeplante Aufnahmen an. Eine weitere Studie der LWL-Klinik Marsberg aus dem Jahr 2017 untersuchte Veränderungen der Inanspruchnahme-population der KI im Zeitraum von 2005 bis 2015. Es zeigte sich, dass von 2005 bis 2015 die Zahl der Krisenaufnahmen um 219% gestiegen ist (Burchard und Diebenbusch 2017).

Den benötigten Bedarf an kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung unterstreichend kann – gestützt auf die Bella-Studie (2007) – festgestellt werden, dass nicht einmal 50% der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen ein Behandlungsangebot bekommen (Fegert 2011). Um den Forschungsansatz der vorliegenden Untersuchung theoretisch zu vertiefen, wird in den folgenden Abschnitten der wissenschaftliche Kenntnisstand hinsichtlich psychischer Krisen bei Kindern und Jugendlichen unter Einbezug der theoriegeschichtlichen Hintergründe genauer erläutert.

## **1.3 Theorie**

### **1.3.1 Psychische Krisen**

Basierend auf den Überlegungen von Caplan (1964) und Cullberg (1978) definierte Sonneck (2000) eine psychosoziale Krise als „den Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und dem Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern“ (Sonneck 2000, S. 32). Eine ebenso bedeutsame Definition formulieren James und Gilliland (2001). Demnach ist eine psychische Krise ein Ereignis oder eine Situation, das oder die als unüberwindbare Schwierigkeit wahrgenommen wird, zu deren Bewältigung die betroffene Person keine vorhandenen oder zu einem bestimmten Zeitpunkt verfügbaren Bewältigungsstrategien einsetzen kann, weil die Situation die persönlichen Kräfte übersteigt (James und Gilliland 2001).

Entsprechend den beschriebenen Definitionen lässt sich laut Berger und Riecher-Rössler (2004) zusammenfassend festhalten, dass die Definitionen des Begriffs psychische oder psychosoziale Krise folgende Gemeinsamkeiten aufweisen:

- Eine Krise steht im Zusammenhang mit wesentlichen Veränderungen der Lebensumstände oder emotional bedeutsamen Ereignissen.
- Sie ist ein akuter, zeitlich begrenzter Zustand.
- Sie stellt eine momentane Überforderung der Bewältigungsmöglichkeiten des Betroffenen dar.

In Abhängigkeit von der Art der Belastung, die zu einer Krise geführt hat, wird in der Literatur zwischen Lebensveränderungskrisen und traumatischen Krisen unterschieden (Caplan 1964; Cullberg 1978). Der amerikanische Sozialpsychiater Caplan (1964) beschrieb Lebensveränderungskrisen. Auslöser für diese Art der Krisen sind nach Caplan einschneidende, lebensverändernde Ereignisse. Ursächlich können biologisch bedingte Entwicklungsprozesse wie Pubertät, aber auch veränderte Lebensumstände wie beispielsweise das Verlassen des Elternhauses, ein Umzug oder die Geburt eines Geschwisters sein. Es zeigt sich, dass die veränderte Lebenssituation gewohnte Problemlösungsstrategien versagen lässt. Durch das Gefühl des Versagens versucht der Betroffene alle Möglichkeiten auszuschöpfen, die zu einer Problemlösung beitragen. Stehen ausreichend Ressourcen für die Bewältigung zur Verfügung, kann eine Krise vermieden werden. Wird keine Lösung gefunden, so wird das Gefühl des Versagens immer stärker, was in das Vollbild einer Krise münden kann (Sonneck et al. 2012).

Cullberg (1978) beschrieb darüber hinaus die sogenannte traumatische Krise. Zu den Krisenauslösern gehören plötzliche, meist unvorhergesehene Schicksalsschläge, wie das Eintreten einer Krankheit, Verlust durch Trennung oder Tod oder eine Kündigung. Der Krisenanlass löst eine Schockreaktion aus, die wenige Momente bis Tage andauern kann. Daran schließt die Phase der *Reaktion* an, bei der es zu einer Konfrontation mit der Realität kommt. Bei einer Fehlanpassung in dieser Phase durch z.B. Drogenabusus besteht die Gefahr einer weiteren Zuspitzung oder Chronifizierung. Die *Reaktionsphase* und *Bearbeitungsphase* stehen in ständiger Wechselbeziehung und sind nicht klar voneinander abgrenzbar. Nach mehreren Monaten kann sich nach einer gelungenen

Bearbeitung eine Phase der *Neuorientierung* anschließen, in der wieder Selbstwertgefühl und eine Zukunftsorientierung gewonnen werden (Sonneck et al. 2012).

Die ursprüngliche Bedeutung der Krise bezieht sich v. a. auf psychische Ausnahmezustände bei zuvor unauffälligen Menschen. Es handelt sich somit um Krisen mit klarem Auslöser (D'Amelio et al. 2006). Davon abzugrenzen sind Krisen im Rahmen schwerer psychischer Störungen, wie einer Psychose, Depression oder Schizophrenie. In diesem Sinne kann eine psychische Krise Anzeichen für die Entwicklung oder ein Rezidiv einer psychiatrischen Erkrankung sein (Joy et al. 2000, zitiert nach Riecher-Rössler et al. 2004). Menschen mit vorbestehender psychischer Erkrankung haben meist schwächer ausgebildete Bewältigungsstrategien und dazu eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber krisenauslösenden Anlässen (Weisman 1989). Die Gefahr für eine psychische Dekompensation ist bei diesen Menschen erhöht (Weisman 1989). Dadurch, dass der Krisenbegriff keine eigene Krankheitseinheit darstellt, basiert er laut Sonneck et al. (2012) viel stärker als andere Krankheitsbilder auf dem akuten Zustandsbild des Betroffenen, der Symptomatik und dem daraus abzuleitenden raschen therapeutischen Handeln. Es ist daher schwierig, eindeutige diagnostische Indikationen festzumachen (Sonneck et al. 2012). In den letzten 10 Jahren hat sich das Bild der ursprünglich „psychogenen“ Krise mehr in Richtung Krise als akuter Zustand im Hergang verschiedener Erkrankungen und damit mehr in Richtung „akutpsychiatrischer Notfall“ entwickelt (Sonneck et al. 2012).

### **1.3.2 Diagnostische Klassifikation von Krisen**

Da eine psychische Krise laut ICD-10 Klassifikation keine eigene Krankheitseinheit darstellt, erfolgt die Diagnosestellung in Abhängigkeit von Auslöser und Dauer der Symptomatik. Tritt eine Krise bei Menschen mit einer vorbestehenden psychiatrischen Erkrankung auf, wird sie entsprechend der Grunderkrankung klassifiziert (D'Amelio und Pajonk 2009). Beispiele hierfür wären Suizidalität im Rahmen einer Depression (F32.-), psychotischer Erregungszustand im Rahmen einer Schizophrenie (F20.-) oder starke Erregungs- und Affektzustände bei Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.31) (D'Amelio und Pajonk 2009). Handelt es sich um zuvor psychisch unauffällige Menschen, die einen emotionalen Ausnahmezustand durch Belastungen erleben, kann

die Krise laut ICD-10 als *akute Belastungsreaktion* oder *Anpassungsstörung* wie folgt kodiert werden:

- **F43.0 Akute Belastungsreaktion** bei zuvor psychisch nicht manifest gestörten Menschen als *unmittelbare* Reaktion auf ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis, die im allgemeinen nach Stunden oder wenigen Tagen abklingt
- **F43.2 Anpassungsstörungen** als Reaktion bei zuvor psychisch nicht manifest gestörten Menschen *innerhalb eines Monats* nach einschneidenden Lebensereignissen und Veränderungen (z.B. Emigration, Schulbesuch, Elternschaft, Todesfall)
- **F43.8 Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung**
- **F43.9 Reaktionen auf schwere Belastung nicht näher bezeichnet**

*Abbildung 1.* Möglichkeiten der ICD-10-Klassifikation für eine psychische Krise (aus D'Amelio und Pajonk 2009)

Die Klassifikation F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) findet in besonderen Ausnahmen Verwendung. Die PTBS manifestiert sich im Vergleich zum Krisenanlass zeitlich verzögert und gehört damit nicht zum eigentlichen Bild einer Krise im Sinne einer akuten, zeitlich befristeten Überforderung (D'Amelio et al. 2006). Die Suizidalität wird im aktuellen Klassifikationsschema des ICD-10 als Symptom betrachtet und stellt keine eigene Diagnose dar (Remschmidt et al. 2012). Suizidversuche können laut Remschmidt et al. (2012) als vorsätzliche Selbstbeschädigung im Abschnitt X60–X84 klassifiziert werden.

### **1.3.3 Prädiktoren für eine psychische Krise**

Zu den häufigsten Indikationen für eine stationäre KI in einer KJP gehört die Suizidalität (Deutschmann-Barth 2002), auch Burchard und Diebenbusch (2017) konnten zeigen, dass suizidale Krisen die häufigsten Aufnahmeanlässe für KI darstellen. Ferner stellen Holtkamp und Herpertz-Dahlmann (2001) fest, dass Suizidversuche zu einem besonders häufigen Vorstellungsanlass in stationären und ambulanten Notfalleinrichtungen gehören. Aufgrund der engen Kausalität zwischen einer psychischen Krise und Suizidalität soll in diesem Zusammenhang näher auf die Risikofaktoren für Suizidalität eingegangen werden. Kinder und Jugendliche, die eine psychische Störung aufweisen, haben ein dreifach bis zwölfmal erhöhtes Suizidrisiko (Kasper et al. 2011). Das Vorliegen einer psychischen Erkrankung ist Hauptrisikofaktor,

ist aber je nach Art der psychischen Störung unterschiedlich hoch (DGKJP 2016). Laut der S2k-Leitlinie (2016) besteht ein erhöhtes Risiko für Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen mit folgenden psychischen Erkrankungen:

- Depressive und bipolare Störungen
- Angsterkrankungen und andere emotionale Störungen
- Abhängigkeitserkrankungen, schädlicher Substanzmissbrauch
- Essstörungen
- ADHS
- Persönlichkeitsstörungen
- Belastungsreaktion
- Schizoaffektive oder schizophrene Psychosen
- Sexuelle Identitätsstörung

Davon stellen depressive Störungen, Angststörungen und ADHS ein besonders hohes Risiko dar (Resch et al. 2008). Dies zeigt, dass eine enge Verknüpfung zwischen bestimmten psychischen Erkrankungen und Suizidalität und damit ferner einer psychischen Krise besteht. Bei Jugendlichen mit Depressionen erhöht sich das Risiko für Suizidalität um das 27-Fache (Herpertz-Dahlmann 1997). Laut Holtkamp und Herpertz-Dahlmann (2001) tritt bei Kindern und Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens ebenfalls überdurchschnittlich häufig ein Suizidversuch auf. Neben den psychischen Erkrankungen sind delinquente Jugendliche (Suk et al. 2009; Brunner et al. 2007) und Jugendliche mit Drogen- und Alkoholabusus (Skala et al. 2012) erhöht gefährdet. Weitere Risikofaktoren sind vorangegangene Suizidversuche, eine positive Familienanamnese bezüglich Suizid sowie schwierige soziale und/oder familiäre Verhältnisse.

#### **1.3.4 Wer ist betroffen von einer psychosozialen Krise?**

Laut Riecher-Rössler et al. (2004) kann jede Person in eine psychosoziale Krise geraten. Entscheidend ist allerdings, dass die Belastung, die der Betroffene aktuell erlebt, seine Bewältigungsmöglichkeiten übersteigt. Bei psychisch vulnerablen Menschen können psychische Krisen leichter auftreten, da bereits alltägliche Belastungen zu unspezifischen Krisen führen können (Riecher-Rössler et al. 2004). In der Zeit des

Heranwachsenden befinden sich Kinder und Jugendliche in der Verfassung einer psychischen und seelischen Vulnerabilität, die die Entwicklung von Krisensituationen begünstigt (Kaess et al. 2015). Kinder und Jugendliche sind Belastungen weniger gewachsen als Erwachsene, da ihre Bewältigungsmechanismen noch nicht ausgereift sind (Papastefanou 2013). In diesem Zusammenhang ist auch der Begriff *Adoleszenzkrise* zu nennen, der zum einen als zeitliche Beschreibung, zum anderen aber auch ursächlich verstanden werden kann (Deutschmann-Barth 2002). Der Begriff *Adoleszenzkrise* stellt im engeren Sinn keine Diagnose dar, da er weder im ICD-10-Katalog noch in der DSM-III-R-Klassifikation auftaucht. Daher kann er laut Remschmidt (1992) allenfalls als „Querschnittsdiagnose“ verstanden werden. In der Adoleszenz – dem Übergang vom Kindes- zum Erwachsenenalter – vollziehen sich in Heranwachsenden tiefgreifende, biologische und psychosoziale Veränderungen (Kaess et al. 2015). Im Bereich von Kognition, Emotionen und Affektregulation kommt es durch Reifungsprozesse im Gehirn zu wesentlichen Veränderungen (Brunner und Resch 2009). Heranwachsende erweitern ihre psychosoziale Komponente, bauen ein soziales Selbst auf und entwickeln ihre Lernfähigkeit und Emotionsregulation (Brunner und Resch 2009). Die dargestellten enormen Auswirkungen der Adoleszenzphase erhöhen das Risiko für das Erstauftreten von psychischen Erkrankungen (Kaess et al. 2015). In den folgenden Abschnitten sollen die Folgen psychischer Krisen genauer erläutert werden.

### **1.3.5 Auswirkungen von psychischen Krisen**

In Krisensituationen ist die affektive Belastung laut Sonneck et al. (2012) sehr ausgeprägt. Betroffene neigen deswegen zum einen zu destruktiven, impulsiven Handlungen und zum anderen können, langfristig betrachtet, körperliche und seelische Erkrankungen entstehen (Sonneck et al. 2012). Sonneck et al. (2012) unterscheiden zwischen akuten und langfristigen Gefährdungen:

Zu den akuten Gefährdungen einer psychischen Krise gehören:

- Selbstgefährdung durch Suizidalität, Selbstverletzung oder Unfälle
- Fremdgefährdung durch körperliches und seelisches Beschädigen anderer Personen

- Verschlechterung einer bestehenden psychischen Erkrankung

Zu den langfristigen Gefährdungen einer psychischen Krise gehören:

- Hervorrufen einer psychischen Störung. Bei vorhandener Disposition können psychische Störungen durch sowohl objektive als auch subjektive Belastungen leichter ausgelöst werden.
- Somatisierung. Mit der starken emotionalen Belastung in Krisensituationen sind häufig auch körperliche Symptome verbunden. Es besteht das erhöhte Risiko einer Entwicklung psychosomatischer Störungsbilder.
- Medikamenten- oder Alkoholmissbrauch
- Wegfall von sozialer Sicherheit durch z.B. Verschuldung oder Arbeitslosigkeit.
- Verlust sozialer Beziehungen. Aufgrund von Überforderung in der Beziehung zum Betroffenen kann es zu Kontaktabbrüchen bei Freunden oder Angehörigen kommen, oder der Betroffene selbst gibt die Beziehungen auf.
- Chronifizierung

#### **1.3.5.1 Psychische Krise und Suizidalität**

Wie bereits in Kapitel 1.3.3 beschrieben, besteht eine enge Kausalität zwischen psychischen Krisen und Suizidalität. Die Risikofaktoren für Suizidalität wurden genannt. In diesem Abschnitt nun soll vertieft auf die Ätiologie der Suizidalität eingegangen werden. In der Fachliteratur spricht man von einer akuten suizidalen Krise, wenn ein Mensch Suizidabsichten oder konkrete Suizidpläne hat und sich damit in einer großen innerlichen Not befindet (Holtkamp und Herpertz-Dahlmann 2001). Besonders in der Adoleszenz stellt Suizidalität zahlenmäßig ein großes Problem dar. In Deutschland stehen bei den 15- bis 25-Jährigen vollendete Suizide an zweiter Stelle der Todesursachen (Statistisches Bundesamt 2015). Bei stationär vorbehandelten Patienten berichten immerhin 25,6% von einem Suizidversuch in der Vorgeschichte (Kaess et al. 2011). Mit Bezug auf Suizidgedanken stellen Brunner et al. (2007) fest, dass in der Heidelberger Schulstudie 14,4% der 14- bis 15-Jährigen von Suizidgedanken in der Vergangenheit berichten. Bei stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Populationen berichten dagegen rund 70% der Kinder und Jugendlichen über konkrete Suizidgedanken (Kaess et al. 2011).

Laut der S2k-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP 2016) ist Suizidalität durch folgende Determinanten gekennzeichnet:

**Suizidgedanken:** Gedanken, die sich mit dem Wunsch beschäftigen, das eigene Leben zu beenden (DGKJP 2016).

**Suizidankündigungen:** Verbale Äußerungen oder Handlungen, bei denen eine Ankündigung von suizidalem Verhalten vorliegt. Die Intention, diesen Handlungsimpuls in die Tat umzusetzen, besteht jedoch nicht (Nock 2010).

**Suizidpläne:** Suizidpläne liegen dann vor, wenn das Individuum konkrete Pläne aus dem Leben auszuschneiden formuliert hat (Nock et al. 2013).

**Suizidversuche:** Jedes selbstinitiierte Verhalten eines Individuums, welches mit dem Ziel unternommen wird, aus dem Leben zu scheiden, aber nicht tödlich endet (APA 2013).

**Suizid:** „Unter Suizid versteht man die von einer Person willentlich und im Bewusstsein der Irreversibilität des Todes selbst herbeigeführte Beendigung des eigenen Lebens“ (DGKJP 2016, S. 7)

**Akute Suizidalität:** Das Vorliegen einer konkreten Suizidabsicht oder insistierende Suizidgedanken mit unmittelbar drohender Suizidhandlung (DGKJP 2016).

### 1.3.5.2 Psychische Krisen und selbstverletzendes Verhalten

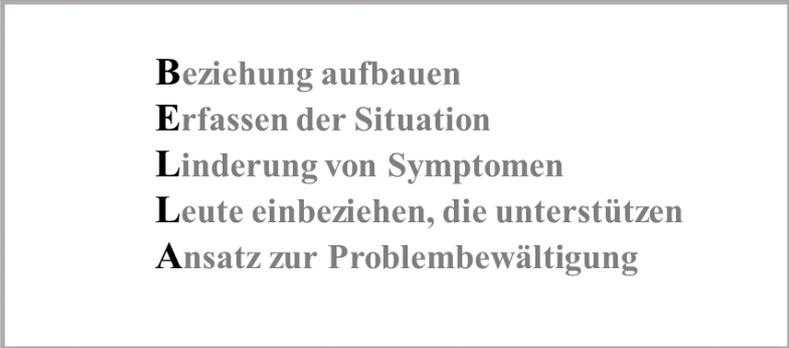
Verhaltensweisen, die nicht zur Suizidalität zählen, sind unter anderem Automutilation und nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV), Nahrungsrestriktion bei Anorexia nervosa ohne Intention zu sterben oder chronischer Substanzmissbrauch in der Adoleszenz (DGKJP 2016). Im Gegensatz zu suizidalem Verhalten spielt bei NSSV die Beschädigung des eigenen Körpers eine zentrale Rolle und nicht der Wunsch nach Beendigung des eigenen Lebens (Munz 2008). Differentialdiagnostisch kann es von suizidalem Verhalten abgegrenzt werden, wobei diese Trennung schwierig ist, da die Übergänge häufig fließend sind (Holtkamp und Herpertz-Dahlmann 2001). Die wiederholte Beschädigung des eigenen Körpers stellt das zentrale Phänomen dar, es handelt sich um eine habituelle Verhaltensweise (Fleischhaker und Schulz 2011). Bei selbstverletzendem Verhalten ist von einer multifaktoriellen Genese auszugehen (Fleischhaker und Schulz 2011). Es ist ein komplexes Störungsbild, das häufig in Kombination mit verschiedensten psychiatrischen Störungen auftritt (Munz 2008). Zu

den häufigsten komorbiden Störungen zählen dabei die Affektiven Störungen mit insbesondere den Depressiven Störungen, die Borderline-Störung, gefolgt von Angst- und Abhängigkeitsstörungen (Nitkowski und Peterman 2011). Klassifiziert werden kann NSSV als Symptom der Borderline-Störung und darüber hinaus als 4. Achse des multiaxialen Klassifikationssystems ICD-10 als „Vorsätzliche Selbstbeschädigung“ (ICD-10 X77–X79, X88, X84) (Plener et al. 2012).

### **1.3.6 Krisenintervention**

Um die obig genannten negativen Folgen zu verhindern, ist bei Krisen eine Intervention notwendig. Man versteht unter KI die Behandlung von Symptomen, Krankheiten und Fehlhaltungen, die in Verbindung mit psychosozialen Krisen stehen (Sonneck et al. 2012). Nach Sonneck et al. (2012) kann die „Hilfe zur Selbsthilfe“ als oberste Maxime jeder professionellen KI betrachtet werden. Vorrangig sollen Betroffene entlastet und stabilisiert werden. Nach Walter et al. (2005) kann dies im therapeutischen Rahmen nur ermöglicht werden, wenn organisatorische, räumliche und personelle Vorbereitungen auf akute Krisen getroffen werden. Ein weiterer wichtiger Aspekt liegt in der zeitlichen Begrenzung einer KI (Riecher-Rössler et al. 2004). Damit den Betroffenen in dieser Situation effektiv geholfen werden kann, ist eine kurzfristige Unterbringung in einem geschützten Rahmen im Sinne einer stationären Aufnahme fallweise unumgänglich (Riecher-Rössler et al. 2004).

Eine praktische Anleitung zur akuten KI bietet das Bella-Konzept von Sonneck et al. (2012). Im Akronym BELLA steht hinter jedem Buchstaben ein spezifischer Interventionsschritt:



**B**eziehung aufbauen  
**E**rfassen der Situation  
**L**inderung von Symptomen  
**L**eute einbeziehen, die unterstützen  
**A**nsatz zur Problembewältigung

Abbildung 2. Bella-Konzept (nach Sonneck et al. 2012)

Im ersten Schritt geht es darum, eine *Beziehung zum Betroffenen aufzubauen*. Dabei ist aufmerksames und einfühlsames Zuhören wichtig. Der Betroffene muss sich ernst genommen fühlen und begreifen, dass der Behandelnde den Ernst seiner Lage erkennt. Im zweiten Schritt *Erfassen der Situation*, befasst sich der Behandelnde mit dem Krisenauslöser, mit der derzeitigen Lebenssituation des Betroffenen und möglichen Folgen. *Linderung der Symptomatik* erfolgt durch gezieltes Handeln. Dabei wird auf die emotionale Situation des Betroffenen eingegangen und es soll das Suizidrisiko beurteilt werden. Der Betroffene kann mit bspw. Entspannungsübungen oder – bei hohem Suizidrisiko – mit medikamentöser Hilfe entlastet werden. In einem weiteren Schritt geht es darum, *Leute mit einzubeziehen, die unterstützen*. Hierbei sollen vertrauenswürdige Bezugspersonen oder auch Selbsthilfegruppen miteinbezogen werden. Im letzten Schritt *Ansatz zur Problembewältigung* soll das tatsächliche Problem definiert werden, um Widersprüchlichkeiten zu klären. Der Betroffene soll sich überdies für Lösungswege bzw. für Veränderungen entscheiden. D'Amelio und Pajonk (2009) betonen, dass im Anschluss weiterführende psychotherapeutische Unterstützung angeboten werden muss, z.B. durch Weitergabe von Kontaktdaten von Psychotherapeuten, ambulanter Betreuung oder entsprechenden Beratungsstellen.

#### **1.4 Kriseninterventionsstation (KIS) in der KJP Tübingen**

Eine Krisenintervention darf den Fokus nicht allein auf krisenauslösende Faktoren legen, vielmehr sollte die gesamte Lebenssituation des Betroffenen berücksichtigt werden (Grimm-Halkevopoulos 2014). Dies bedeutet, dass es erforderlich ist, auch den gesamten sozialen Kontext des Betroffenen wahrzunehmen und eben diesen als mögliche Hilfestellung mit einzubeziehen. In Notfallsituationen erfordert dies ganz besonders die entsprechende Fachkompetenz (Grimm-Halkevopoulos 2014). Um dieser komplexen Aufgabe gerecht zu werden, wurde am 01.02.2014 in der KJP Tübingen die KIS (Kriseninterventionsstation) eingerichtet. In der Zeit davor wurden aufgenommene Notfälle auf andere Stationen der KJP umverteilt. Die KIS gehört zum stationären Bereich der KJP des Universitätsklinikum Tübingen (UKT 2018). Es handelt sich um eine geschützt geführte Station, bestehend aus 8 Betten. Sie ist für kurze Aufenthalte (ein bis mehrere Tage) gedacht, die bei akuten Krisen Hilfe leisten soll.

Folgende Kriterien umfassen die Aufgaben der KIS (Dürrwächter 2015):

- Notfallaufnahme (24 h/Tag)
- Sicherung bei akuter Selbst-/Fremdgefährdung
- Beruhigung, Klärung, Diagnostik
- Information, Empfehlung
- Einleitung einer Therapie

Ein multiprofessionelles Team der KIS bestehend aus Ärzten, Psychologen, Sozialpädagogen und Sozialarbeitern, Bewegungs- und Ergotherapeuten, Jugend- und Heimerziehern, Heilerziehungspflegerinnen, Kinderkrankenpflegerinnen, Lehrern der Klinikschule sowie Praktikanten betreuen die Patienten umfassend.

### **1.5 Probleme, Fragestellung und Ziele**

In den vorangegangenen Kapiteln wurde die anhaltend hohe Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in unserer Gesellschaft der letzten Jahre erläutert. Es wurden die Bedeutung und die Folgen von psychischen Krisen für Betroffene dargelegt und es wurde skizziert, wie eine Stabilisierung in Form einer KI erreicht werden kann. Anhand der Fachliteratur stellte sich heraus, dass im Bereich der Notaufnahmen eine Verschiebung des Gleichgewichts zwischen geplanten und ungeplanten Aufnahmen stattgefunden hat (Englert und Matkey 2004; Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren BW 2013; Fegert 2015; Diebenbusch 2015). Es wurden mehr ungeplante als geplante Aufnahmen in den KJPs verzeichnet. Eine Verschiebung zugunsten der Notfallaufnahmen konnte auch anhand von Aufnahmezahlen der KJP Tübingen des Jahres 2014 beobachtet werden. Geplante stationäre Aufnahmen machten rund 20% und ungeplante stationäre Aufnahmen (Krisenaufnahmen) machten knapp 80% der gesamten vollstationären Aufnahmen aus. Diese Arbeit legt den Fokus auf die ungeplanten stationären Aufnahmen der KJP Tübingen. Eine orientierende Zählung der Notfallaufnahmen der KJP Tübingen ab dem Jahr 1996 konnte eine Zunahme der Notfallaufnahmen feststellen. Das Wissen über Ursachen und Hintergründe ist jedoch begrenzt und soll in dieser Studie vertieft werden. Die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zeigt die unterschätzte Bedeutung des Fachbereichs der KJP; ethische, allgemein sozialwissen-

schaftliche und philosophische Forschungsfragen drängen sich auf (Fegert 2011). Obgleich die Forschung bereits bemerkenswerte Ergebnisse gewonnen hat, ist festzustellen, dass viele Forschungsfragen hinsichtlich psychischer Krisen noch offen sind. Einige dieser Fragestellungen werden in der vorliegenden Studie untersucht. Der Erhebungszeitraum dieser Studie erstreckt sich von 1996 bis 2014. Zur Datenanalyse wurden die Kohorten der Jahre 1996, 2002, 2008 und 2014 herangezogen. In einem anschließenden Vergleich der vier Kohorten sollen mögliche Veränderungen identifiziert werden. In einem nächsten Schritt sollen durch Auswertungen, Aufschlüsse über mögliche Ursachen gefunden werden. Im Folgenden werden die konkreten Forschungsfragen vorgestellt, denen speziell am Beispiel der KJP Tübingen nachgegangen werden soll.

**A. Hat ein Anstieg der kinder- und jugendpsychiatrischen Krisen im Zeitraum der vier Kohorten 1996, 2002, 2008 und 2014 stattgefunden?**

A.1. Welche Unterschiede haben sich bezüglich soziodemographischer Variablen zwischen den vier Kohorten ergeben?

**B. Wie hat sich die Psychopathologie der Patienten im Verhältnis zwischen den vier Kohorten 1996, 2002, 2008 und 2014 verändert?**

B.1. Welche Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) traten insgesamt am häufigsten auf? Was für Unterschiede zeigten sich innerhalb der vier Kohorten?

B.2. Welche Hauptdiagnosen traten innerhalb der vier Kohorten gehäuft auf? Wie haben sich Hauptdiagnosen auf die vier Kohorten verteilt?

B.3. Decken sich die hohen Prävalenzen der spezifischen psychischen Erkrankungen wie Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Depressionen und ADHS ebenfalls mit einer hohen Prävalenz im Kollektiv der KI-Patienten?

B.4. Haben sich Unterschiede in der Diagnosestellung ergeben? Hat sich die Anzahl der Diagnosen im Verlauf der Jahre in den vier Kohorten verändert?

B.5. Wie haben sich Merkmale wie Suizidalität und Selbstverletzendes Verhalten innerhalb der vier Kohorten verändert?

B.6. Welche Unterschiede zeigen sich bezüglich des Suchtmittelkonsums der Patienten in den vier Kohorten?

**C. Wie haben sich die Merkmale der Krisenaufnahmen und -entlassung in den vier Kohorten 1996, 2002, 2008 und 2014 verändert?**

C.1. Wie hat sich in diesem Zusammenhang die Verweildauer der KI im Verhältnis zwischen den vier Kohorten verändert?

C.2. Welche Einweiser spielen eine übergeordnete Rolle im gesamten Patientenkollektiv und welche Veränderungen zeigen sich bezogen auf die Einweiser in den vier Kohorten?

C.3. Gab es Vortherapien bei den KI-Patienten? Wie haben sich diese innerhalb der vier Kohorten verändert?

C.4. Welches waren die Aufnahmeanlässe für die KI? Gab es Veränderungen in den vier Kohorten bezüglich der Aufnahmeanlässe?

C.5. Welche Entwicklungen konnten bei der ärztlichen Empfehlung bei Entlassung der Patienten festgestellt werden?

C.6. Wie haben sich die KI auf die Wochenenden verteilt und wie verteilten sich die Aufnahmen nach 18 Uhr im Vergleich der vier Kohorten?

## **2 Methodik**

### **2.1 Allgemeiner Studienaufbau, Vorgehen**

Ziel der vorliegenden Arbeit war eine retrospektive Untersuchung der stationären KI-Patienten der KJP Tübingen. Die Untersuchung bezog sich dabei ausschließlich auf Patientenakten. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von 1996 bis 2014. Zur Datenanalyse wurden folgende vier Jahrgänge herangezogen:

- 1996
- 2002
- 2008
- 2014

Insgesamt wurden  $N = 403$  KI und daraus  $N = 352$  Patienten in die Studie eingeschlossen (siehe hierzu Kapitel 2.3 Stichprobe). Das Datenmaterial der Jahrgänge 1996 und 2002 lag in analoger Form vor, die Jahrgänge 2008 und 2014 lagen in digitalisierter Form vor. Zu Beginn der Studie wurde zunächst die Stichprobe ermittelt, dann wurden die Patientenakten gesichtet. Um das Datenmaterial sondieren zu können, wurde ein Erhebungsbogen ausgearbeitet (siehe Anhang A). Anhand des Erhebungsbogens wurden soziodemographische Daten, die Psychopathologie der KI-Patienten sowie Merkmale zu Krisenaufnahme und -entlassung erhoben. Die erfassten Daten wurden in eine Datenbank in Form einer Excel-Tabelle übertragen. Die Auswertung der deskriptiven Statistik erfolgte mittels SPSS.

### **2.2 Einschluss- und Ausschlusskriterien**

Bei dem Studienkollektiv handelte es sich um Patienten, die zur Notfallabklärung in die KJP kamen und anschließend zu einer stationären KI in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 aufgenommen wurden. Patienten, die von anderen Stationen des UKT oder von anderen Kliniken zu einer KI überwiesen wurden, waren ebenfalls inbegriffen. Patienten, die ambulant behandelt werden konnten, wurden nicht in die Studie einbezogen.

### 2.3 Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus einem Gesamtkollektiv von  $N = 403$  KI. Bei  $N = 403$  KI kam durch Mehrfachaufnahmen einiger Patienten (zwei bis vier KI im selben Jahr) ein Kollektiv von  $N = 352$  Patienten zustande. Zur Datenanalyse wurden wie gesagt die Kohorten der Jahre 1996, 2002, 2008 und 2014 ausgewählt. Das Patientenkollektiv von insgesamt  $N = 352$  Patienten setzt sich aus  $N = 37$  Patienten aus dem Jahr 1996,  $N = 49$  Patienten aus dem Jahr 2002,  $N = 98$  Patienten aus dem Jahr 2008 und  $N = 168$  Patienten aus dem Jahr 2014 zusammen (siehe Tab. 1). Tab. 1 zeigt die Verteilung des Gesamtkollektivs der KI, die Verteilung des Patientenkollektivs sowie die Mehrfachaufnahmen. Sofern nicht anders angegeben, wurde für die statistische Auswertung das Patientenkollektiv von  $N = 352$  Patienten herangezogen. Es enthält Patienten, die zu einer KI aufgenommen wurden (Einfachaufnahmen) und von allen Patienten mit Mehrfachaufnahmen (zwei bis vier KI) ausschließlich die erste KI.

Tabelle 1

*Übersicht zur Verteilung der Kriseninterventionen und der Patientenzahl*

|                                 |     | Jahr |      |      |      | Gesamt |
|---------------------------------|-----|------|------|------|------|--------|
|                                 |     | 1996 | 2002 | 2008 | 2014 |        |
| Anzahl KI gesamt                | $N$ | 40   | 51   | 110  | 202  | 403    |
| Patientenkollektiv <sup>1</sup> | $N$ | 37   | 49   | 98   | 168  | 352    |
| Patienten mit 1 Krise           | $N$ | 34   | 47   | 87   | 138  | 306    |
| Patienten mit 2 Krisen          | $N$ | 3    | 2    | 10   | 27   | 42     |
| Patienten mit 3 Krisen          | $N$ | 0    | 0    | 1    | 2    | 3      |
| Patienten mit 4 Krisen          | $N$ | 0    | 0    | 0    | 1    | 1      |

*Anmerkung.* KI= Krisenintervention. <sup>1</sup> = Patientenkollektiv, welches als Grundlage für die statistischen Analysen diente.

## **Einzugsgebiet**

Das Einzugsgebiet der KJP Tübingen unterlag einigen Veränderungen in den letzten 20 Jahren. Zu Beginn des Erhebungszeitraums im Jahr 1996 deckte die Notfallversorgung der KJP Tübingen die Landkreise Tübingen, Reutlingen, den Zollernalbkreis sowie Teile des Landkreises Esslingen ab und umfasste ca. eine Million Einwohner (Deutschmann-Barth 2002). Marienberg nahm als Fachkrankenhaus für Kinder- und Jugendpsychiatrie die Notfall- sowie Regelversorgung ab dem 01.02.2009 auf. Dies zog eine Verkleinerung des Einzugsgebietes der KJP Tübingen um knapp 200.000 Einwohner nach sich, da dadurch die Notfallversorgung des Zollernalbkreises wegfiel (Statistisches Landesamt BW 2018). Eine weitere Änderung ergab sich durch eine Erweiterung des Einzugsgebietes seit 01.08.2014. Damit erweiterte sich zwar die Zuständigkeit der KJP am UKT für Teile des Landkreises Böblingen und Teile des Landkreises Freudenstadt. Infolge der vorliegenden Veränderungen war die KJP Tübingen im Jahr 2014 jedoch nur noch für rund 600.000 Einwohner zuständig (Statistisches Landesamt BW 2018) und unterlag damit einer deutlichen Verkleinerung des Einzugsgebietes, was insbesondere bei der Datenauswertung der Kohorte 2014 zu berücksichtigen war.

### **2.4 Datenakquise**

Zunächst wurden die Daten der Kinder und Jugendlichen ermittelt, die in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 zu einer stationären KI in die KJP aufgenommen wurden. Abb. 3 verdeutlicht das Vorgehen für das Jahr 1996. Im Aufnahmebuch des *UKT für Psychiatrie und Psychotherapie* waren sämtliche Aufnahmen der Erwachsenenpsychiatrie und KJP von 1996 enthalten ( $N = 1869$  Aufnahmen). Patienten der KJP waren mit einem rot-markierten Kürzel *Ki* (Kinder) versehen. Sie wurden händisch herausgesucht ( $N = 82$ ) und in eine Excel-Tabelle mit Name, Geburtsdatum und Aufnahmetag übertragen. Anhand dieser Tabelle und mit Hilfe des Programms Pegasos wurden die Patientenakten aus dem externen Archiv des UKT angefordert. Bei der Sondierung der Akten schieden  $N = 36$  Patienten aus, da es sich um geplante stationäre Aufnahmen handelte.  $N = 6$  Patientenakten konnten nicht beschafft werden.

Somit konnten aus dem Jahr 1996  $N = 40$  KI und daraus  $N = 37$  Patienten in die Studie miteinbezogen werden.

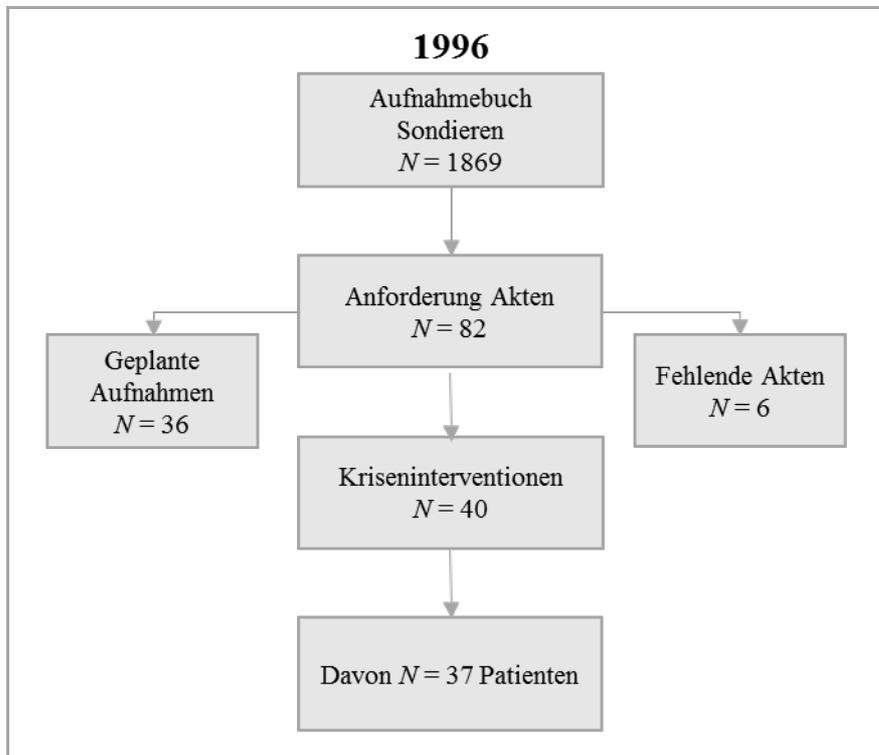


Abbildung 3. Ermittlung der stationären Kriseninterventionen des Jahres 1996.

Für das Jahr 2002 wurde das Studienkollektiv ermittelt, indem Suchanfragen im ISH-SAP-System gestartet wurden. Bei der Suchanfrage wurden Aufnahmen ab einem bestimmten Eintrittsdatum ermittelt. Wurde also nach einem Eintrittsdatum z.B. ab 1.1.2002 gesucht, verknüpft mit einem Planungshorizont von 31 Tagen, enthielten die Suchergebnisse alle Aufnahmen des Monats Januar im Jahr 2002. Der Übersicht wegen wurde jeder Monat einzeln abgefragt. Die erste Suchanfrage ergab  $N = 193$  Aufnahmen (siehe Abb. 4). Diese Ergebnisse beinhalteten auch Aufnahmen, die nicht den geforderten Kriterien entsprachen (Tagesklinik-Patienten, Aufnahmen/Entlassungen zu Beurlaubungen und geplant stationäre Aufnahmen). Nach Ausschluss dieser Ergebnisse verblieben  $N = 113$  Patientenakten, die ebenfalls über das Pegasos-Programm aus dem externen Archiv des UKT angefordert wurden. Nach der Sondierung auf die Krisen schieden  $N = 56$  Aufnahmen aus, da es sich um geplante stationäre Aufnahmen handelte, und  $N = 6$  Patientenakten konnten nicht beschafft werden. Aus dem Jahr 2002 konnten  $N = 51$  KI und daraus  $N = 49$  Patienten in die Studie miteinbezogen werden.

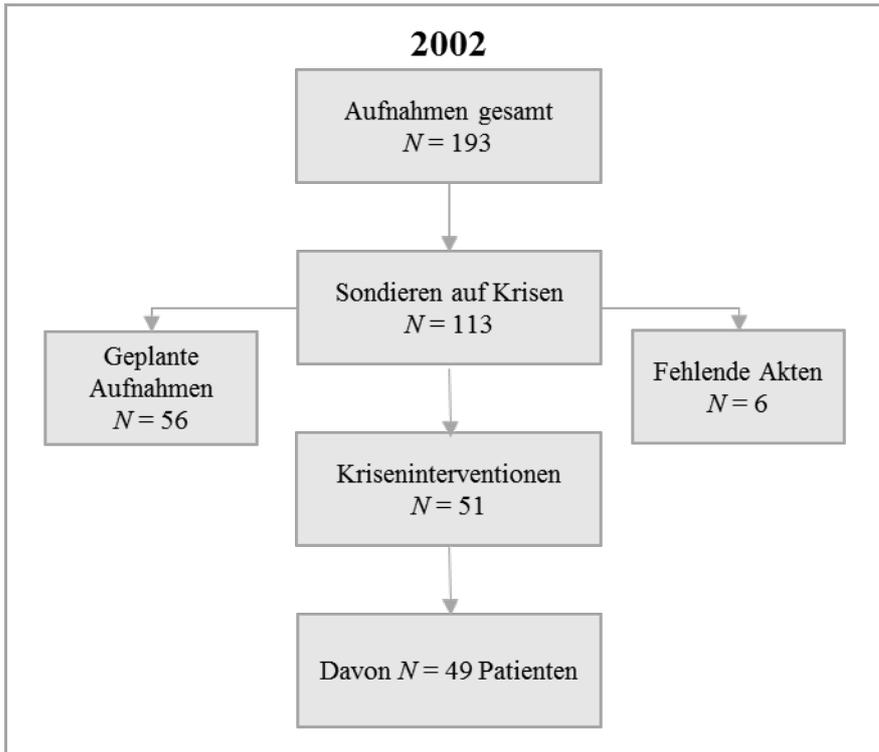


Abbildung 4. Ermittlung der stationären Kriseninterventionen des Jahres 2002.

Die Suchanfragen für die Jahre 2008 und 2014 erfolgte ebenfalls wie für das Jahr 2002 über das ISH-SAP-System. Im Jahr 2008 ergab die erste Suchanfrage im ISH-SAP-System  $N = 881$  Aufnahmen. Abzüglich der Aufnahmen, welche nicht den gewünschten Kriterien entsprachen, blieben zur Sondierung  $N = 128$  Patientenakten. Bei  $N = 18$  Aufnahmen handelte es sich um stationäre Aufnahmen, sodass im Jahr 2008  $N = 110$  KI und daraus  $N = 98$  Patienten in die Studie aufgenommen wurden (Abb. 5). Im Jahr 2014 ergab die erste Suchanfrage im ISH-SAP-System  $N = 1001$  Aufnahmen. Aufnahmen die nicht den geforderten Kriterien entsprachen, schieden dabei aus ( $N = 787$ ). Daraus ergab sich im Jahr 2014 ein Studienkollektiv von 202 KI und daraus resultierend  $N = 168$  Patienten (Abb. 5). Da Patientenakten der Jahre 2008 und 2014 vollständig in digitalisierter Form vorlagen, konnte bei diesen Jahren auch die Sichtung der Akten über das elektronische Dokumentationssystem durchgeführt werden.

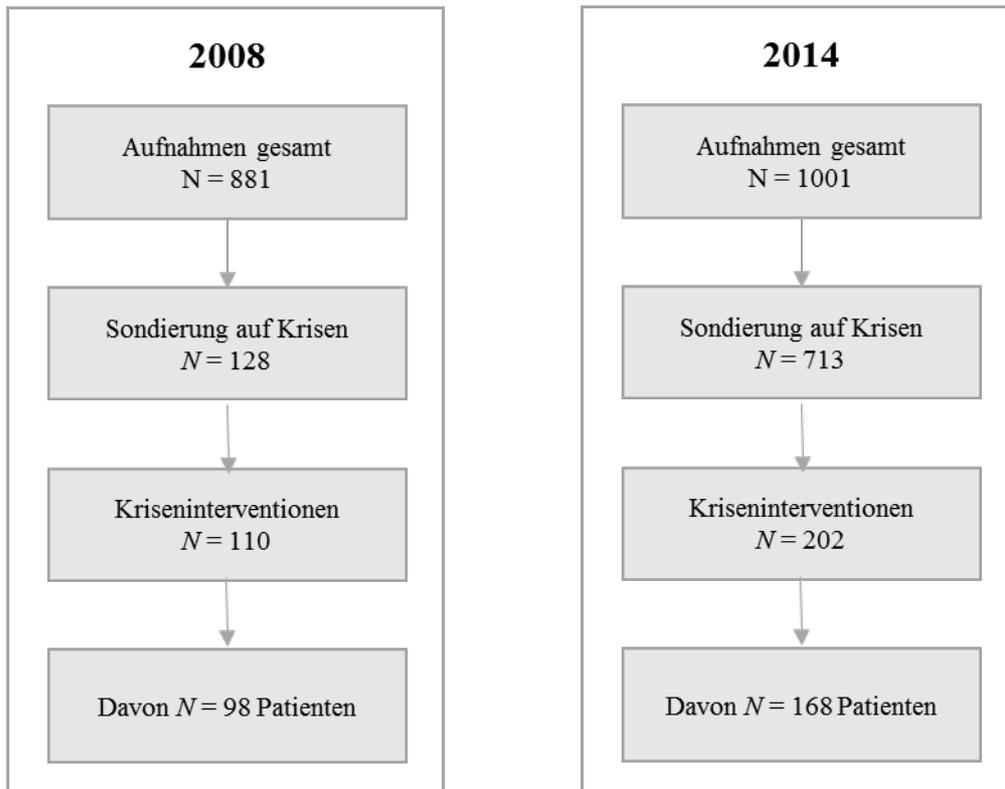


Abbildung 5. Ermittlung der stationären Kriseninterventionen der Jahre 2008 und 2014.

## 2.5 Datenbasis

Als Datenbasis dienten die wie beschrieben akquirierten Patientenakten. Ausgehend von den Akten, die wie gesagt für die Jahre 1996 und 2002 in analoger und für die Jahre 2008 und 2014 in digitalisierter Form vorlagen, wurden folgende Unterlagen gesichtet: Arztbriefe, Epikrisen, Schulberichte, Berichte über Elterngespräche, Testergebnisse, Konsiliarberichte sowie die Pflegedokumentation. Dabei konnte ein überwiegender Anteil der Informationen aus den Arztbriefen gewonnen werden. Die Arztbriefe enthielten Angaben zur Person, Beschreibungen zum Geschehen der Krise, Hintergründe zur Sozial- und Familienanamnese, gegebenenfalls Informationen über ehemalige Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken oder bereits besuchte Therapien sowie eine Empfehlung zum weiteren Prozedere nach der KI. In einigen Fällen lagen auch Arztbriefe aus anderen psychiatrischen Kliniken oder Konsiliarberichte von niedergelassenen Psychologen oder Psychotherapeuten vor.

## 2.6 Erhebungsinstrument

Für die Datenerhebung wurde ein Erhebungsbogen in Form einer Excel-Tabelle angefertigt (siehe Anhang A). Anhand des Erhebungsbogens wurde eine Vielzahl von Merkmalen erhoben. Im Folgenden werden die für die Arbeit relevanten Aspekte beschrieben:

1. Soziodemographische Daten: Geburtsdatum, Alter zum Zeitpunkt der Aufnahme, Wohnort, Geschlecht.
2. Psychopathologie: Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Anzahl der Diagnosen, Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten, Suchtmittel.
3. Merkmale der Krisenaufnahmen und -entlassungen: Aufnahme- und Entlassungsdatum, Aufnahmezeit, Verweildauer, Einweiser, Vorbehandlungen, Aufnahmeanlässe, ärztliche Empfehlung bei Entlassung.

Zur Datenerfassung wurde das Datenmaterial mit Fokus auf die obigen Kriterien sondiert und in Form einer Excel-Tabelle festgehalten.

## 2.7 Statistische Auswertung

Die unter Anwendung empirischer Forschungsinstrumente erhobenen Daten wurden mittels interferenz-statistischer und deskriptiv-statistischer Analysen ausgewertet. Das Signifikanzniveau wurde auf eine Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p < .05$  (5%-Niveau) festgelegt. Anhand statistischer Kenngrößen wurden Eigenschaften der Merkmale einer Stichprobe beschrieben (Wirtz und Nachtigall 2012). Der Beschreibung dienten Mittelwerte, Standardabweichungen, Minima und Maxima und eine graphische Darstellung anhand von Diagrammen und Abbildungen.

Die statistischen Analysen erfolgten mit der Statistiksoftware IBM SPSS Version 24 für MS Windows. Folgende Tests kamen in der vorliegenden Studie zur Anwendung:

- Anhand von **Kreuztabellen** wurde die gemeinsame Häufigkeitsverteilung zweier Merkmale tabellarisch dargestellt. Es wurde auf Unterschiede zwischen den vier Kohorten bezüglich der Häufigkeiten der Haupt- und Nebendiagnosen untersucht. Diagnosegruppen, die auffällig häufig auftraten, wurden genauer auf deren Subgruppen untersucht (spezifische Diagnosen). Ferner wurden psychopathologische Merkmale wie Suizidalität, Selbstverletzung und der

Suchtmittelkonsum anhand von Kreuztabellen analysiert. Merkmale der Krisenaufnahmen und -entlassungen wie Einweiser, Vorbehandlungen, Aufnahmeanlässe und eine ärztliche Empfehlung bei Entlassung wurden ebenfalls anhand von Kreuztabellen auf Unterschiede zwischen den vier Kohorten untersucht.

- Mit dem **Chi-Quadrat Test** nach Pearson wurden nominalskalierte Variablen auf Zusammenhänge in der Häufigkeitsverteilung untersucht.  $\chi^2$  wird größer, je unterschiedlicher die Verteilung der Diagnosen in den vier Kohorten ist. Das Signifikanzniveau  $p$  wird im Rückschluss kleiner, je größer der Unterschied zwischen den vier Kohorten ist.
- Für die intervallskalierte Variable *Verweildauer der Patienten* kam die einfaktorielle Varianzanalyse (**ANOVA**) zur Anwendung. Damit konnte getestet werden, ob sich die Mittelwerte der Verweildauer in den vier Kohorten voneinander unterscheiden. Anschließend konnte anhand eines Post-hoc-Tests im Sinne einer Bonferroni-Korrektur untersucht werden, zwischen welchen Jahrgängen signifikante Unterschiede vorliegen.

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Anstieg der Kriseninterventionen

Bereits in Kapitel 2.3 erfolgte eine ausführliche Stichprobenbeschreibung. Daraus ging hervor, dass das Gesamtkollektiv aus  $N = 403$  KI bestand. Aufgrund von Mehrfachaufnahmen einiger Patienten kam dadurch ein Patientenkollektiv von  $N = 352$  KI-Patienten zustande. Für die folgenden statistischen Analysen wurde, sofern nicht anders angegeben, das Patientenkollektiv von  $N = 352$  Patienten herangezogen.

In Abb. 6 ist die Häufigkeitsverteilung der KI sowie der entsprechenden Patientenzahl dargestellt. Bei Betrachtung der Häufigkeitsverteilung der KI im Vergleich der vier Kohorten lässt sich eine Zunahme feststellen. Die Zahl der KI stieg von 1996 bis 2014 von  $N = 40$  KI auf  $N = 202$  KI, was einer Gesamtzunahme von 405,0% entspricht. Zwischen den vier Kohorten ergaben sich folgende Zunahmen für die KI: Von 1996 bis 2002 von  $N = 40$  auf  $N = 49$  (27,5%), von 2002 bis 2008 von  $N = 49$  auf  $N = 98$  (115,7%) und von 2008 bis 2014 von  $N = 98$  auf  $N = 202$  (83,6%). Die größte Zunahme fand zwischen 2002 und 2008 statt. In Korrelation mit der Zunahme der KI stieg gleichermaßen die Zahl der KI-Patienten. Von 1996 bis 2014 stieg die Patientenzahl von  $N = 37$  auf  $N = 168$  an, somit um insgesamt 354,1%. Zwischen den vier Kohorten ergaben sich folgende Zunahmen für die Zahl der KI-Patienten: Von 1996 bis 2002 von  $N = 37$  auf  $N = 49$  (32,4%), von 2002 bis 2008 von  $N = 49$  auf  $N = 98$  (100,0%) und von 2008 bis 2014 von  $N = 98$  auf  $N = 168$  (71,4%). Zusammenfassend wurden Zunahmen sowohl für die KI als auch für die Zahl der KI-Patienten festgestellt.

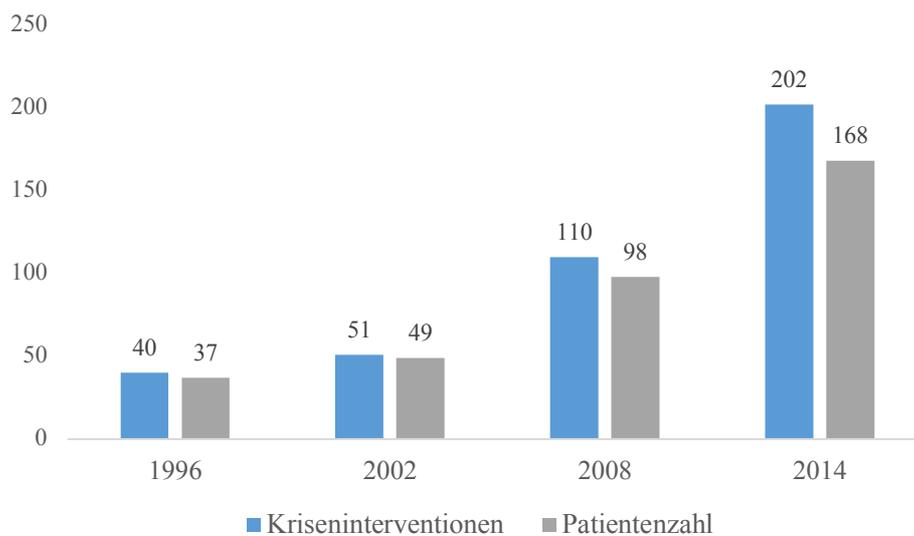


Abbildung 6. Verteilung der Kriseninterventionen und der KI-Patienten auf die vier Kohorten.

### 3.1.1 Einfach- und Mehrfachaufnahmen

Bei einigen KI-Patienten konnte mehr als eine KI im Erhebungszeitraum festgestellt werden. Wie aus der Beschreibung der Stichprobe (Kapitel 2.3) hervorgeht, wurde bei den statistischen Analysen von allen Mehrfachaufnahmen ausschließlich die erste KI gewertet. In diesem Kapitel soll jedoch ausnahmsweise besonderes Augenmerk auf die Mehrfachaufnahmen gelegt werden. Eine Übersicht zur Verteilung der Einfach- und Mehrfachaufnahmen des Patientenkollektivs  $N=352$  ist in Tab. 2 dargestellt. Es wurden ausschließlich KI der KJP Tübingen aus demselben Erhebungsjahr gewertet, weitere KI in Vor- oder Folgejahren sind nicht inbegriffen. Es konnte festgestellt werden, dass in allen vier Kohorten am häufigsten Patienten mit nur einer KI aufgenommen wurden. Im Jahr 1996 betraf dies  $N=34$  (91,9%) und nahm prozentual stetig ab bis auf  $N=138$  (82,1%) im Jahr 2014. Bezüglich der Patienten mit zwei KI im selben Jahr zeigte sich eine unregelmäßige Verteilung zwischen den vier Kohorten; mit  $N=27$  (16,1%) war die Rate der Mehrfachaufnahmen im Jahr 2014 am höchsten. Patienten mit drei oder vier KI konnten mit einer geringen Fallzahl ausschließlich in den Jahren 2008 und 2014 festgestellt werden.

Tabelle 2

*Einfach- und Mehrfachaufnahmen im Vergleich der vier Kohorten*

| Anzahl KI                 | Jahr     |       |       |       |       |
|---------------------------|----------|-------|-------|-------|-------|
|                           | 1996     | 2002  | 2008  | 2014  |       |
| Patienten mit 1 KI        | <i>N</i> | 34    | 47    | 87    | 138   |
|                           | %        | 91,9% | 95,9% | 88,8% | 82,1% |
| Patienten mit 2 KI        | <i>N</i> | 3     | 2     | 10    | 27    |
|                           | %        | 8,1%  | 4,1%  | 10,2% | 16,1% |
| Patienten mit 3 oder 4 KI | <i>N</i> | 0     | 0     | 1     | 3     |
|                           | %        | 0,0%  | 0,0%  | 1,0%  | 1,8%  |

Anmerkung. KI = Krisenintervention/en.

**3.1.2 Soziodemographische Merkmale****Alter**

Das Alter der Patienten lag im gesamten Patientenkollektiv zum Zeitpunkt der KI zwischen 7,1 und 18,2 Jahren. Der Mittelwert betrug 15,1 Jahre (SD = 2,2 Jahre; Median = 15,6 Jahre). In Tab. 3 wurde die Altersverteilung der einzelnen Jahrgänge miteinander verglichen, es konnten keine erheblichen Unterschiede der statistischen Größen bezogen auf das Alter zwischen den vier Kohorten festgestellt werden.

Tabelle 3

*Altersverteilung im Vergleich der vier Kohorten und im Gesamtpatientenkollektiv*

| Statistik  | Jahr             |                  |                  |                   | Gesamt            |
|------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------|
|            | 1996             | 2002             | 2008             | 2014              |                   |
|            | ( <i>n</i> = 37) | ( <i>n</i> = 49) | ( <i>n</i> = 98) | ( <i>n</i> = 168) | ( <i>n</i> = 352) |
| Mittelwert | 15,4             | 15,4             | 15,1             | 15,0              | 15,1              |

|                    |      |      |      |      |      |
|--------------------|------|------|------|------|------|
| Median             | 16,1 | 16,0 | 15,6 | 15,4 | 15,6 |
| Standardabweichung | 2,0  | 2,2  | 2,2  | 2,3  | 2,2  |
| Minimum            | 9,1  | 7,1  | 7,1  | 7,1  | 7,1  |
| Maximum            | 17,7 | 18,2 | 18,1 | 17,9 | 18,2 |

### Geschlecht

Die Geschlechterverteilung in Abb. 7 zeigt, dass vom Gesamtkollektiv der vier Kohorten von  $N = 352$  Patienten  $N = 204$  weiblich (58,0%) und  $N = 148$  männlich (42,0%) waren. In allen vier Kohorten waren es mehr weibliche als männliche Patienten. Der größte Anteil an weiblichen Patienten lag im Jahr 1996 mit  $N = 24$  (64,9%) vor. Der Anteil an weiblichen Patienten ist in der Tendenz abnehmend. Im Jahr 1996 lag der Anteil bei  $N = 24$  (64,9%), im Jahr 2002 bei  $N = 31$  (63,3%), im Jahr 2008 bei  $N = 51$  (52,0%) und im Jahr 2014 lag der Anteil bei  $N = 98$  (58,3%).

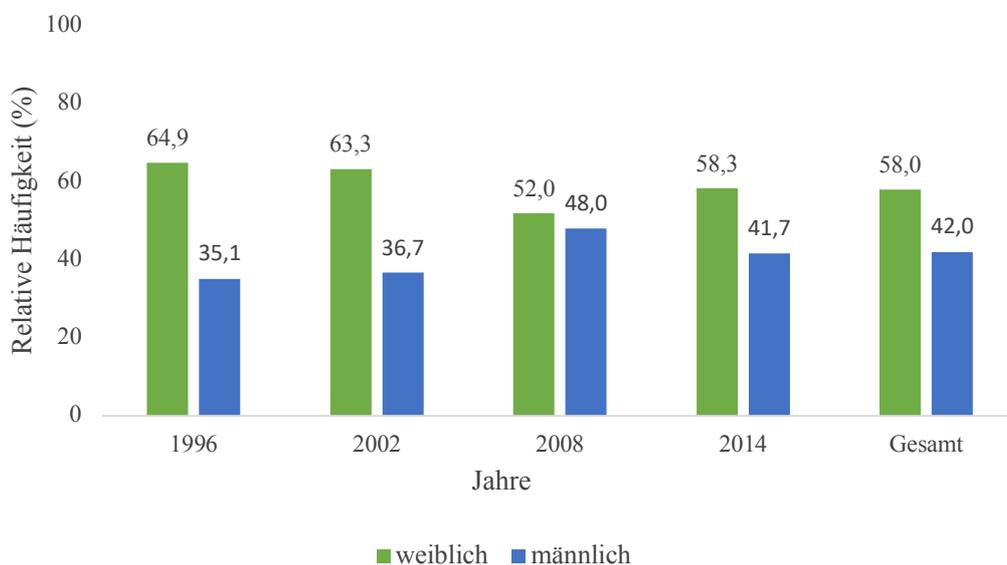


Abbildung 7. Geschlechterverteilung der vier Kohorten und im Gesamtkollektiv.

## 3.2 Psychopathologie

### 3.2.1 Betrachtung aller gestellten Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen)

In Tab. 4 sind alle diagnostizierten F-Diagnosen (Psychische und Verhaltensstörungen) dargestellt. Eingeschlossen sind damit die gestellten Hauptdiagnosen sowie alle weiter gestellten Nebendiagnosen. Um die Darstellung zu verbessern, wurden alle gestellten Diagnosen den Hauptgruppen der F-Diagnosen zugerechnet. Es zeigt sich, dass mit  $N = 148$  (42,8%) aus der Gruppe F90–F99 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) die häufigsten Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) gestellt wurden. Betrachtet man dabei die Verteilung der Gruppe F90–F99 auf die vier Kohorten, ist ausgehend von einem Wert von  $N = 7$  (19,4%) im Jahr 1996 eine Zunahme auf  $N = 20$  (43,5%) im Jahr 2002 und auf  $N = 53$  (55,2%) KI-Patienten im Jahr 2008 festzustellen. Im Jahr 2014 nahm der prozentuale Anteil mit  $N = 68$  (40,5%) ab. Die Unterschiede sind als signifikant einzustufen ( $p = .002$ ). Mit 33,2% der KI-Patienten stellt die Diagnosegruppe F40–F49 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) den zweitgrößten Anteil aller gestellten Diagnosen dar. In allen vier Kohorten ist ein stetig hoher Anteil an Patienten festzustellen. Im Jahr 1996 waren es  $N = 14$  (38,9%), 2002 waren es  $N = 13$  (28,3%), 2008  $N = 30$  (31,3%) und im Jahr 2014 waren es  $N = 58$  (34,5%) der KI-Patienten mit einer F40–F49-Diagnose. Die Unterschiede sind nicht signifikant ( $p = .723$ ). Den drittgrößten Anteil an gestellten Haupt- und Nebendiagnosen stellt die Gruppe F30–F39 (Affektive Störungen) mit  $N = 84$  (24,3%) dar. Es lässt sich eine Zunahme über die vier Kohorten feststellen. Im Jahr 1996 liegt der Anteil bei  $N = 3$  (8,3%) und steigt auf einen Anteil von  $N = 6$  (13,0%) im Jahr 2002, auf  $N = 16$  (16,7%) im Jahr 2008 und auf  $N = 59$  (39,1%) im Jahr 2014. Die Unterschiede sind signifikant ( $p < .001$ ). In den Diagnosegruppe F10–F19 (Psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) sind Tendenzen einer Zunahme erkennbar. Eine Abnahme ist in der Diagnosegruppe F20–F29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) festzustellen. Schwankungen der Ergebnisse waren in den Diagnosegruppen F50–F59 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren), F60–F69 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) und F80–F89 (Entwicklungsstörungen) erkennbar. Die wenigsten Diagnosen wurden mit  $N = 4$  (1,2%) aus der Gruppe F70–F79 (Intelligenzstörung) gestellt. In der vorliegenden Studie wurde weder eine Haupt- noch eine Nebendiagnose aus der Gruppe F00–F09 (Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen) gestellt.

Tabelle 4

*F-Diagnosen im Vergleich der vier Kohorten*

| F-Diagnosen<br>nach ICD-10   | Jahr          |             |             |             |             | Gesamt       | Chi <sup>2</sup>  |
|--|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|---|
|  | 1996          | 2002        | 2008        | 2014        |             |              |   |
| <b>F10–F19:</b> Psychische-<br>und<br>Verhaltensstörungen<br>durch psychotrope<br>Substanzen           | <i>N</i><br>% | 3<br>8,1%   | 5<br>10,9%  | 11<br>11,5% | 19<br>11,3% | 37<br>10,7%  | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 346) = .30<br><i>p</i> = .960               |
| <b>F20–F29:</b><br>Schizophrenie,<br>schizotype und<br>wahnhaftige Störungen                           | <i>N</i><br>% | 4<br>11,1%  | 4<br>8,7%   | 4<br>4,2%   | 7<br>4,2%   | 19<br>5,5%   | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 346) = 3.40<br><i>p</i> = .262 <sup>a</sup> |
| <b>F30–F39:</b> Affektive<br>Störungen   | <i>N</i><br>% | 3<br>8,3%   | 6<br>13,0%  | 16<br>16,7% | 59<br>35,1% | 84<br>24,3%  | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 346) = 21.90<br><i>p</i> < .001             |
| <b>F40–F49:</b><br>Neurotische,<br>Belastungs- und<br>somatoforme<br>Störungen                         | <i>N</i><br>% | 14<br>38,9% | 13<br>28,3% | 30<br>31,3% | 58<br>34,5% | 115<br>33,2% | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 346) = 1.33<br><i>p</i> = .723              |
| <b>F50–F59:</b><br>Verhaltensauffällig-<br>keiten mit körperlichen<br>Störungen und Faktoren           | <i>N</i><br>% | 2<br>5,6%   | 5<br>10,9%  | 7<br>7,3%   | 15<br>8,9%  | 29<br>8,4%   | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 346) = 9.59<br><i>p</i> = .811              |
| <b>F60–F69:</b><br>Persönlichkeits- und<br>Verhaltensstörungen   | <i>N</i><br>% | 4<br>11,1%  | 7<br>15,2%  | 8<br>8,3%   | 11<br>6,5%  | 30<br>9%     | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 346) = 9.73<br><i>p</i> = .292              |
| <b>F70–F79:</b><br>Intelligenzstörung  | <i>N</i><br>% | 1<br>2,8%   | 0<br>0,0%   | 1<br>1,0%   | 2<br>1,2%   | 4<br>1,2%    | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 346) = 1.38<br><i>p</i> = .710 <sup>a</sup> |
| <b>F80–F89:</b><br>Entwicklungs-<br>störungen  | <i>N</i><br>% | 3<br>8,3%   | 3<br>6,5%   | 8<br>8,3%   | 17<br>10,1% | 31<br>9,0%   | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 346) = .68<br><i>p</i> = .879 <sup>a</sup>  |
| <b>F90–F99:</b> Verhaltens-<br>und emotionale<br>Störungen mit Beginn<br>in der Kindheit und<br>Jugend | <i>N</i><br>% | 7<br>19,4%  | 20<br>43,5% | 53<br>55,2% | 68<br>40,5% | 148<br>42,8% | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 346) = 14.44<br><i>p</i> = .002             |

*Anmerkung.* X<sup>2</sup>(df) = Chi<sup>2</sup>-Wert (Freiheitsgrade). <sup>a</sup> = eingeschränkte Interpretierbarkeit, da zu erwartende Häufigkeit *n* < 5 in mindestens zwei Zellen oder *n* = 0 in einer Zelle (Eid et al. 2010). Fehlende Werte *n* = 6, da keine Angabe einer Diagnose.

### 3.2.2 Betrachtung der Hauptdiagnosen

Unter der Hauptdiagnose ist die Diagnose zu verstehen, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes verantwortlich ist und im Anschluss an eine Analyse festgestellt wurde (Medcontroller 2017). In Tab. 5 wurden alle gestellten Hauptdiagnosen der KI-Patienten in die Hauptgruppen der F-, X- und Z-Diagnosen gruppiert. Dargestellt ist die Häufigkeitsverteilung zwischen den vier Kohorten. Wie bereits festgestellt wurde, sind die meisten Hauptdiagnosen in der Gruppe F90–F99 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) angesiedelt. Bei insgesamt  $N = 114$  (32,9%) KI-Patienten wurde eine Hauptdiagnose aus der obig genannten Gruppe gestellt. Betrachtet man die vier Kohorten, stellt sich eine unregelmäßige Verteilung dar. Im Jahr 1996 waren es  $N = 7$  (19,4%), im Jahr 2008 waren es  $N = 16$  (34,8%), im Jahr 2008 waren es  $N = 41$  (42,7%) und im Jahr 2014 waren  $N = 50$  (29,8%) KI-Patienten mit einer F90–F99-Diagnose. Die Unterschiede können als signifikant betrachtet werden ( $p = .047$ ). Den zweitgrößten Anteil an Hauptdiagnosen macht die Gruppe F30–F39 (Affektive Störungen) aus. Bei insgesamt  $N = 59$  (17,1%) der KI-Patienten wurde eine Hauptdiagnose aus der Gruppe der Affektiven Störungen gestellt. Im Vergleich der vier Kohorten ist eine Zunahme festzustellen. 1996 lag der Anteil bei  $N = 3$  (8,3%) und nahm auf  $N = 6$  (13,0%) im Jahr 2008 zu. Im Jahr 2008 waren es  $N = 9$  (9,4%), und im Jahr 2014 stieg der Anteil auf  $N = 41$  (24,4%). Diese Unterschiede sind signifikant ( $p = .005$ ). Mit einem Anteil von jeweils  $N = 17$  (4,9%) stellten die Gruppen F20–F29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen) und F50–F59 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren) den drittgrößten Anteil der Hauptdiagnosen dar. Bei den F20–F29-Diagnosen lässt sich innerhalb der vier Kohorten eine Abnahme feststellen. Von  $N = 4$  (11,4%) im Jahr 1996 auf  $N = 3$  (6,5%) im Jahr 2002, auf  $N = 4$  (4,2%) im Jahr 2008, auf  $N = 6$  (3,6%) im Jahr 2014. Die Gruppe F50–F59 zeigt eine unregelmäßige Häufigkeitsverteilung. Im Jahr 1996 waren es  $N = 2$  (5,6%), im Jahr 2002  $N = 1$  (2,2%), im Jahr 2008  $N = 4$  (4,2%) und im Jahr 2014  $N = 10$  (6,0%). Bei den F20–F29- und den F50–F59-Diagnosen ist die Interpretierbarkeit des Signifikanztests aufgrund einer zu geringen Fallzahl eingeschränkt. Aus den X-Diagnosen (Vorsätzliche Selbstbeschädigung) und Z-Diagnosen (Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur

Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen) wurden bei insgesamt  $N = 5$  (1,5%) aller KI-Patienten eine Hauptdiagnose gestellt. Die Ergebnisse der Diagnosegruppe F60–F69 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) zeigen im Verhältnis zwischen den vier Kohorten eine Abnahme. Die Diagnosegruppen F10–F19 (Psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) und F80–F89 (Entwicklungsstörungen) zeigen innerhalb der vier Kohorten weder Ab- noch Zunahmen. In der vorliegenden Studie wurden keine Hauptdiagnosen aus der Gruppe F40–F49 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und F00–F09 (Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen) festgestellt.

Tabelle 5  
*Hauptdiagnosen im Vergleich der vier Kohorten*

| Hauptdiagnose<br>nach ICD-10  | Jahr                  |            |           |             |             | Gesamt                                   | Chi <sup>2</sup> |
|---|-----------------------|------------|-----------|-------------|-------------|--|------------------|
|   | 1996                  | 2002       | 2008      | 2014        |             |  |                  |
| <b>F10–F19:</b> Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen   | <i>N</i> 0<br>% 0,0%  | 2<br>4,3%  | 4<br>4,2% | 2<br>1,2%   | 8<br>2,3%   | $X^2(3, N = 346) = 4.09$<br>$p = .252^a$ |                  |
| <b>F20–F29:</b> Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen               | <i>N</i> 4<br>% 11,1% | 3<br>6,5%  | 4<br>4,2% | 6<br>3,6%   | 17<br>4,9%  | $X^2(3, N = 346) = 3.98$<br>$p = .264^a$ |                  |
| <b>F30–F39:</b> Affektive Störungen   | <i>N</i> 3<br>% 8,3%  | 6<br>13,0% | 9<br>9,4% | 41<br>24,4% | 59<br>17,1% | $X^2(3, N = 346) = 12.88$<br>$p = .005$  |                  |
| <b>F50–F59:</b> Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren | <i>N</i> 2<br>% 5,6%  | 1<br>2,2%  | 4<br>4,2% | 10<br>6,0%  | 17<br>4,9%  | $X^2(3, N = 346) = 1.27$<br>$p = .735^a$ |                  |
| <b>F60–F69:</b> Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen                          | <i>N</i> 3<br>% 8,3%  | 3<br>6,5%  | 3<br>3,1% | 3<br>1,8%   | 12<br>3%    | $X^2(3, N = 346) = 5.28$<br>$p = .152^a$ |                  |
| <b>F70–F79:</b> Intelligenzstörung  | <i>N</i> 1<br>% 2,8%  | 0<br>0,0%  | 0<br>0,0% | 1<br>0,6%   | 2<br>0,6%   | $X^2(3, N = 346) = 3.86$<br>$p = .277^a$ |                  |

|   |          |       |       |       |       |       |  |
|---|----------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| <b>F80–F89:</b><br>Entwicklungsstörungen  | <i>N</i> | 3     | 1     | 1     | 6     | 11    | $X^2(3, N=346) = 4.77$<br>$p = .190^a$ |
|   | %        | 8,3%  | 2,2%  | 1,0%  | 3,6%  | 3,2%  |  |
| <b>F90–F99:</b> Verhaltens-<br>und emotionale<br>Störungen mit Beginn in<br>der Kindheit und Jugend | <i>N</i> | 7     | 16    | 41    | 50    | 114   | $X^2(3, N=346) = 7.95$<br>$p = .047$   |
|   | %        | 19,4% | 34,8% | 42,7% | 29,8% | 32,9% |  |
| <b>X<sup>1</sup>- / Z<sup>2</sup>- Diagnose</b>   | <i>N</i> | 0     | 2     | 3     | 0     | 5     | $X^2(3, N=342) = 7.47$<br>$p = .058^a$ |
|   | %        | 0,0%  | 4,3%  | 3,1%  | 0,0%  | 1,5%  |  |

*Anmerkung.*  $X^2(df) = \text{Chi}^2\text{-Wert (Freiheitsgrade)}$ . <sup>1</sup> = Vorsätzliche Selbstbeschädigung. <sup>2</sup> = Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. <sup>a</sup> = eingeschränkte Interpretierbarkeit, da zu erwartende Häufigkeit  $n < 5$  in mindestens zwei Zellen oder  $n = 0$  in einer Zelle (Eid et al. 2010).  $342 \leq N \leq 346$  aufgrund fehlender Informationen in einzelnen Fällen.

### 3.2.3 Betrachtung spezifischer Diagnosen

Die am häufigsten gestellten Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) werden nun einer genaueren Betrachtung unterzogen und in den folgenden Abschnitten erläutert.

Des Weiteren soll im Hinblick auf die Fragestellung B.3. (siehe Kapitel 1.5) überprüft werden, ob sich eine hohe Prävalenz der spezifischen Erkrankungen wie Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Depressionen und ADHS im Kollektiv der KI-Patienten widerspiegelt.

Wie bereits in Kapitel 3.2.1 erläutert, wiesen die KI-Patienten mit einem Anteil von 42,8% am häufigsten F90–F99-Diagnosen, am zweithäufigsten mit 33,2% F40–F49-Diagnosen auf, gefolgt von F30–F39-Diagnosen mit einem Anteil von 24,3%.

#### Differenzierte Betrachtung der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90–F99)

Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend treten mit einem Anteil von 42,8% der KI-Patienten von allen gestellten Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) am häufigsten auf (siehe Tab. 6). Beinahe die Hälfte der aufgenommenen KI-Patienten wies somit eine Diagnose aus dieser Gruppe auf. Vergleicht man nun die Subgruppen der F90–F99 ist festzustellen, dass die Diagnose

Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.-) mit 19,7% am häufigsten vorkommt. Im Jahr 1996 wurde diese Diagnose bei  $N = 3$  (8,3%), im Jahr 2002 bei  $N = 11$  (23,9%), im Jahr 2008 bei  $N = 28$  (29,2%) und im Jahr 2014 bei  $N = 26$  (15,5%) KI-Patienten gestellt. Die Unterschiede sind statistisch signifikant ( $p = .013$ ). Am zweithäufigsten mit  $N = 49$  (14,2%) wiesen KI-Patienten die Diagnose Störungen des Sozialverhaltens (F91.-) auf. Innerhalb der vier Kohorten zeigt sich, dass im Jahr 1996  $N = 3$  (8,3%), im Jahr 2002  $N = 7$  (15,2%), im Jahr 2008  $N = 15$  (15,6%) und im Jahr 2014  $N = 24$  (14,3%) KI-Patienten eine Störung des Sozialverhaltens aufwiesen bzw. die entsprechende Diagnose erhielten. Die Unterschiede sind dabei nicht signifikant ( $p = .748$ ). Hyperkinetische Störungen (F90.-) kamen mit  $N = 19$  (5,5%) am dritthäufigsten vor. Im Jahr 1996 wiesen  $N = 0$  (0%) diese Diagnose auf, im Jahr 2002 waren es  $N = 2$  (4,3%), im Jahr 2008 waren es  $N = 6$  (6,3%), und im Jahr 2014 nahm ihre Zahl auf  $N = 11$  (6,5%) KI-Patienten zu. Aufgrund der zu geringen Fallzahl, ist die statistische Interpretierbarkeit des Signifikanztests bei den Hyperkinetischen Störungen (F90.-) eingeschränkt ( $p = .444$ ). Bei den Subgruppen F93.-, F94.-, F95.-, und F98.- zeigten sich keine relevanten Unterschiede zwischen den vier Kohorten. Eine zusätzliche vollständige Darstellung aller gestellten Einzeldiagnosen aus der Gruppe F90–F99 ist in Anhang B (Tab. B1) abgebildet.

Tabelle 6

*Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend  
im Vergleich der vier Kohorten*

| F90–F99: Verhaltens-<br>und emotionale<br>Störungen mit Beginn in<br>der Kindheit und Jugend                      | Jahr                 |             |             |             |             | Gesamt  | Chi <sup>2</sup> |
|---|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---|------------------|
|   | 1996                 | 2002        | 2008        | 2014        |             |   |                  |
| F90.-: Hyperkinetische<br>Störungen <sup>1</sup>  | <i>N</i> 0<br>% 0,0% | 2<br>4,3%   | 6<br>6,3%   | 11<br>6,5%  | 19<br>5,5%  | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 346) = 2.68<br><i>p</i> = .444 <sup>a</sup> |                  |
| F91.-: Störungen des<br>Sozialverhaltens <sup>2</sup>   | <i>N</i> 3<br>% 8,3% | 7<br>15,2%  | 15<br>15,6% | 24<br>14,3% | 49<br>14,2% | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 346) = 1.22<br><i>p</i> = .748              |                  |
| F92.-: Kombinierte<br>Störung des<br>Sozialverhaltens und<br>der Emotionen <sup>3</sup>                           | <i>N</i> 3<br>% 8,3% | 11<br>23,9% | 28<br>29,2% | 26<br>15,5% | 68<br>19,7% | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 346) = 10.81<br><i>p</i> = .013             |                  |
| F93.-: Emotionale<br>Störungen des<br>Kindesalters <sup>4</sup>   | <i>N</i> 1<br>% 2,7% | 2<br>4,1%   | 4<br>4,1%   | 3<br>1,8%   | 10<br>2,8%  | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 346) = 1.50<br><i>p</i> = .682 <sup>a</sup> |                  |
| F94.-: Störungen<br>sozialer Funktionen mit<br>Beginn in der Kindheit<br>und Jugend <sup>5</sup>                  | <i>N</i> 0<br>% 0,0% | 1<br>2,2%   | 1<br>1,0%   | 7<br>4,2%   | 9<br>2,6%   | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 346) = 3.54<br><i>p</i> = .315 <sup>a</sup> |                  |
| F95.-: Ticstörungen <sup>6</sup>  | <i>N</i> 0<br>% 0,0% | 0<br>0,0%   | 2<br>2,1%   | 0<br>0,0%   | 2<br>0,6%   | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 346) = 5.24<br><i>p</i> = .155 <sup>a</sup> |                  |
| F98.-: Andere<br>Verhaltens- und<br>emotionale Störungen<br>mit Beginn in der<br>Kindheit und Jugend <sup>7</sup> | <i>N</i> 0<br>% 0,0% | 1<br>2,2%   | 2<br>2,1%   | 9<br>5,4%   | 12<br>3,5%  | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 346) = 3.86<br><i>p</i> = .277 <sup>a</sup> |                  |

*Anmerkung.* X<sup>2</sup>(df) = Chi<sup>2</sup>-Wert (Freiheitsgrade). <sup>1</sup> = beinhaltet folgende Diagnosen: F90.0; F90.1; F90.8. <sup>2</sup> = beinhaltet folgende Diagnosen: F91.0; F91.1; F91.3; F91.8. <sup>3</sup> = beinhaltet folgende Diagnosen: F92.0; F92.8; F92.9. <sup>4</sup> = beinhaltet folgende Diagnosen: F93.0; 93.2; F93.3; F93.8; 93.9. <sup>5</sup> = beinhaltet folgende Diagnosen: F94.0; F94.1; F94.2. <sup>6</sup> = beinhaltet folgende Diagnosen: F95.0; F95.2. <sup>7</sup> = beinhaltet folgende Diagnosen: F98.0; F98.1; F98.5; F98.6; F98.8. <sup>a</sup> = eingeschränkte Interpretierbarkeit, da *n* < 5 in mindestens zwei Zellen oder *n* = 0 in einer Zelle (Eid et al. 2010). Fehlende Werte *n* = 6, da keine Angabe einer Diagnose.

## **Differenzierte Betrachtung der Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40–F49)**

Die Diagnosegruppe F40–F49 stellt die am zweithäufigsten gestellte Diagnosegruppe (Haupt- und Nebendiagnosen) dar. Die Häufigkeitsverteilung der Subgruppen ist in Tab. 7 dargestellt. Am häufigsten trat aus der Gruppe F40–F49 die Diagnose Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.-) mit insgesamt 23,7% der KI-Patienten auf. Die Häufigkeiten verteilten sich gleichmäßig über die vier Kohorten. Im Jahr 1996 waren es  $N = 9$  (25,0%), im Jahr 2002  $N = 11$  (23,9%), im Jahr 2008  $N = 21$  (21,9%) und im Jahr 2014 wiesen  $N = 41$  (24,4%) diese Diagnose auf. Die Unterschiede sind nicht signifikant ( $p = .986$ ). Dissoziative Störungen (F44.-) machen mit einem Anteil von  $N = 14$  (4,0%) aller KI-Patienten die zweithäufigste Diagnose aus der Gruppe F40–F49 aus. Bei Betrachtung der vier Kohorten lässt sich feststellen, dass im Jahr 1996  $N = 2$  (5,6%), im Jahr 2002  $N = 3$  (6,5%), im Jahr 2008  $N = 3$  (3,1%) und im Jahr 2014  $N = 6$  (3,6%) die Diagnose Dissoziative Störungen (F44.-) aufwiesen. Die statistische Signifikanz ist aufgrund der zu geringen Fallzahl nur eingeschränkt interpretierbar. Zwangsstörungen (F42.-) kommen mit  $N = 13$  (3,8%) am dritthäufigsten in der Diagnosegruppe F40–F49 vor. Im Vergleich der vier Kohorten ist festzustellen, dass keiner der Patienten, d.h.  $N = 0$  (0,0%) im Jahr 1996 und 2002 diese Diagnose aufweist. Im Jahr 2008 wiesen dagegen  $N = 5$  (5,2%) und im Jahr 2014  $N = 8$  (4,8%) KI-Patienten eine Zwangsstörung (F42.-) auf. Aufgrund einer zu geringen Fallzahl ist die Interpretierbarkeit des Signifikanztests eingeschränkt ( $p = .238$ ). Die Betrachtung der Angststörungen (F40.- und F41.-) zeigt, dass 2,3% aller KI-Patienten ( $N = 8$ ) eine Angststörung aufwiesen. Unter Angststörungen sind im engeren Sinne die Phobischen Störungen (F40) und Andere Angststörungen (F41) zu verstehen. Im Vergleich der vier Kohorten treten Angststörungen (F40.- und F41.-) nur vereinzelt auf. Es waren  $N = 1$  (2,8%) im Jahr 1996, im Jahr 2002 waren es  $N = 0$  (0%), im Jahr 2008 waren es  $N = 3$  (3,1%) und im Jahr 2014 waren es  $N = 4$  (2,4%). Auch hier ist die statistische Interpretierbarkeit aufgrund der zu geringen Fallzahl eingeschränkt. Bei den Subgruppen F44.-, F45.- und F48.- lassen sich keine bemerkenswerten Unterschiede zwischen den vier Kohorten feststellen. Die vollständige Darstellung aller Einzeldiagnosen aus der Gruppe F40–F49 ist in Anhang B (Tab. B2) abgebildet.

Tabelle 7

*Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen im Vergleich der vier Kohorten*

| F40–F49: Neurotische,<br>Belastungs- und<br>somatoforme Störungen                       | Jahr                  |             |             |             |             | Gesamt  | Chi <sup>2</sup> |
|---|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---|------------------|
|   | 1996                  | 2002        | 2008        | 2014        |             |   |                  |
| F40.- und F41.-:<br>Angststörungen <sup>1</sup>   | <i>N</i> 1<br>% 2,8%  | 0<br>0,0%   | 3<br>3,1%   | 4<br>2,4%   | 8<br>2,3%   | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 346) = 1.41<br><i>p</i> = .704 <sup>a</sup> |                  |
| F42.-:<br>Zwangsstörungen <sup>2</sup>  | <i>N</i> 0<br>% 0,0%  | 0<br>0,0%   | 5<br>5,2%   | 8<br>4,8%   | 13<br>3,8%  | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 346) = 4,23<br><i>p</i> = .238 <sup>a</sup> |                  |
| F43.-: Reaktionen auf<br>schwere Belastungen<br>und<br>Anpassungsstörungen <sup>3</sup> | <i>N</i> 9<br>% 25,0% | 11<br>23,9% | 21<br>21,9% | 41<br>24,4% | 82<br>23,7% | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 346) = .258<br><i>p</i> = .968              |                  |
| F44.-: Dissoziative<br>Störungen <sup>4</sup>   | <i>N</i> 2<br>% 5,6%  | 3<br>6,5%   | 3<br>3,1%   | 6<br>3,6%   | 14<br>4,0%  | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 346) = 1.25<br><i>p</i> = .742 <sup>a</sup> |                  |
| F45.-: Somatoforme<br>Störungen <sup>5</sup>  | <i>N</i> 2<br>% 5,6%  | 2<br>4,3%   | 2<br>2,1%   | 5<br>3,0%   | 11<br>3,2%  | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 346) = 1.26<br><i>p</i> = .738 <sup>a</sup> |                  |
| F48.-: Andere<br>Neurotische Störungen <sup>6</sup>                                     | <i>N</i> 2<br>% 5,6%  | 0<br>0,0%   | 0<br>0,0%   | 2<br>1,2%   | 4<br>1,2%   | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 346) = 7.46<br><i>p</i> = .051 <sup>a</sup> |                  |

*Anmerkung.* X<sup>2</sup>(df) = Chi<sup>2</sup>-Wert (Freiheitsgrade). <sup>1</sup> = beinhaltet F40.01; F40.1; F40.2; F41.0; F41.1; F41.2. <sup>2</sup> = beinhaltet: F42.0; 42.1; F42.2. F42.8. <sup>3</sup> = beinhaltet F43.0; F43.1; F43.2; F43.21; F43.22; F43.23; 43.24; F43.25; F43.9. <sup>4</sup> = beinhaltet: F44.0; F44.1; F44.7; F44.8; F44.9. <sup>5</sup> = beinhaltet F45.0; F45.3; F45.4. <sup>6</sup> = beinhaltet F48.1; F48.9. <sup>a</sup> = eingeschränkte Interpretierbarkeit, da zu erwartende Häufigkeit *n* < 5 in mindestens zwei Zellen oder *n* = 0 in einer Zelle (Eid et al. 2010). Fehlende Werte *n* = 6, da keine Angabe einer Diagnose.

**Differenzierte Betrachtung der Affektiven Störungen (F30–F39)**

Die Subgruppen der Affektiven Störungen sind in Tab. 8 dargestellt. Sie stellen den drittgrößten Anteil an gestellten Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) dar. In 24,3% der Fälle wiesen KI-Patienten eine Diagnose aus dieser Gruppe auf. Bei Betrachtung der Depressiven Störungen (F32.- und F33.-) ist vorab zu erläutern, dass hierfür die Subgruppen Depressive Episode (F32) sowie Rezidivierende depressive

Störung (F33.-) zusammengefasst wurden. Depressive Störungen (F32.- und F33.-) machen mit einem Anteil von  $N = 82$  (23,7%) den größten Anteil der Affektiven Störungen aus. Ein Vergleich der vier Kohorten lässt eine Zunahme erkennen. Im Jahr 1996 wiesen  $N = 3$  (8%) KI-Patienten eine Depressive Störung auf, im Jahr 2002 waren es  $N = 7$  (15%), im Jahr 2008 waren es  $N = 14$  (14,6%) und im Jahr 2014  $N = 57$  (33,9%). Die Unterschiede sind signifikant ( $p < .001$ ). Die verbliebenen Subgruppen F30.- und F34.- traten nur vereinzelt auf und zeigen keine bemerkenswerten Ergebnisse. Aufgrund der geringen Fallzahl ist die Aussagekraft des Signifikanztests nur gering. In Anhang B (Tab. B3) ist die vollständige Darstellung aller Einzeldiagnosen aus der Gruppe F30–F39 abgebildet. Darin wird deutlich, dass aus der Gruppe der Depressiven Episode (F32.-) besonders die Mittelgradige Depressive Episode (F32.1) heraussticht. Mit 15,9% nimmt diese Diagnose den Hauptanteil in dieser Subgruppe ein. Ferner ist bei der Mittelgradig Depressiven Episode die größte Zunahme festzustellen. Im Jahr 1996 waren es  $N = 0$  (0,0%) und im Jahr 2014 waren es  $N = 55$  (15,9%) KI-Patienten mit dieser Diagnose.

Tabelle 8

*Affektive Störungen im Vergleich der vier Kohorten*

| F30–F39: Affektive Störungen                       | Jahr                 |            |             |             |             | Gesamt                                   | Chi <sup>2</sup> |
|--|----------------------|------------|-------------|-------------|-------------|--|------------------|
|  | 1996                 | 2002       | 2008        | 2014        |             |  |                  |
| F30.-: Manische Episode <sup>1</sup>               | <i>N</i> 0<br>% 0,0% | 0<br>0,0%  | 0<br>0,0%   | 1<br>0,6%   | 1<br>0,3%   | $X^2(3, N = 346) = 1.04$<br>$p = .786^a$ |                  |
| F32.- und F33.-: Depressive Störungen <sup>2</sup> | <i>N</i> 3<br>% 8,3% | 7<br>15,2% | 16<br>16,7% | 56<br>33,3% | 82<br>23,7% | $X^2(3, N = 346) = 17.78$<br>$p < .001$  |                  |
| F34.-: Anhaltende affektive Störungen <sup>4</sup> | <i>N</i> 0<br>% 0,0% | 0<br>0,0%  | 0<br>0,0%   | 1<br>0,6%   | 1<br>0,3%   | $X^2(3, N = 346) = 1.04$<br>$p = .786^a$ |                  |

*Anmerkung.*  $X^2(df) = \text{Chi}^2\text{-Wert (Freiheitsgrade)}$ . <sup>1</sup> = beinhaltet folgende Diagnose: F30.2. <sup>2</sup> = beinhaltet folgende Diagnosen: F32.0; F32.1; F32.2; F32.3; F33.2; F33.4. <sup>3</sup> = beinhaltet folgende Diagnose: 34.1. <sup>a</sup> = eingeschränkte Interpretierbarkeit, da zu erwartende Häufigkeit  $n < 5$  in mindestens zwei Zellen oder  $n = 0$  in einer Zelle (Eid et al. 2010). Fehlende Werte  $n = 6$ , da keine Angabe einer Diagnose.

### 3.2.4 Anzahl der F-Diagnosen

Vergleicht man die Anzahl der gestellten F-Diagnosen in den vier Kohorten wie in Tab. 9 dargestellt, lässt sich feststellen, dass insgesamt  $N = 183$  (52,9%) aller KI-Patienten ausschließlich eine F-Diagnose aufwiesen. Dagegen wurden bei  $N = 118$  (34,1%) zwei F-Diagnosen, bei  $N = 36$  (10,4%) drei F-Diagnosen, bei  $N = 5$  (1,4%) vier F-Diagnosen und bei  $N = 4$  (1,2%) KI-Patienten fünf F-Diagnosen ermittelt. Interessanterweise wurde im Jahr 1996 bei  $N = 29$  (80,6%) der KI-Patienten ausschließlich eine F-Diagnose gestellt. Es zeigt sich hinsichtlich der Zahl der Patienten eine Abnahme über die vier Kohorten, im Jahr 2014 waren es noch  $N = 83$  (49,4%) der KI-Patienten mit nur einer F-Diagnose. Ferner wurden 1996 nie mehr als zwei F-Diagnosen gestellt. In den anderen Jahren wurden jedoch bis zu fünf F-Diagnosen gestellt. Damit zeigt sich, dass im Verlauf der vier ausgewerteten Jahre der Trend, nur eine F-Diagnose zu stellen, abgenommen hat. Was die Mehrfachdiagnosen betrifft, so wurden am häufigsten in allen vier Kohorten zwei F-Diagnosen gestellt.

Tabelle 9  
*Anzahl der F-Diagnosen im Vergleich der vier Kohorten*

| Anzahl<br>Diagnosen |          | Jahr         |              |              |               | Gesamt<br>(346) |
|---------------------|----------|--------------|--------------|--------------|---------------|-----------------|
|                     |          | 1996<br>(36) | 2002<br>(46) | 2008<br>(96) | 2014<br>(168) |                 |
| 1 Diagnose          | <i>N</i> | 29           | 22           | 49           | 83            | 183             |
|                     | %        | 80,6%        | 47,8%        | 51,0%        | 49,4%         | 52,9%           |
| 2 Diagnosen         | <i>N</i> | 7            | 20           | 35           | 56            | 118             |
|                     | %        | 19,4%        | 43,5%        | 36,5%        | 33,3%         | 34,1%           |
| 3 Diagnosen         | <i>N</i> | 0            | 2            | 10           | 24            | 36              |
|                     | %        | 0,0%         | 4,3%         | 10,4%        | 14,3%         | 10,4%           |
| 4 Diagnosen         | <i>N</i> | 0            | 1            | 2            | 2             | 5               |
|                     | %        | 0,0%         | 2,2%         | 2,1%         | 1,2%          | 1,4%            |
| 5 Diagnosen         | <i>N</i> | 0            | 1            | 0            | 3             | 4               |
|                     | %        | 0,0%         | 2,2%         | 0,0%         | 1,8%          | 1,2%            |

*Anmerkung.* Fehlende Werte  $n = 6$ , da keine Angabe einer Diagnose.

Im Mittel wurden pro Patient durchschnittlich 1,64 F-Diagnosen gestellt (SD = 0,8; Median = 1,0). Betrachtet man die Mittelwerte in den vier Kohorten, ist eine Zunahme festzustellen. Im Jahr 1996 liegt das Mittel bei 1,19 F-Diagnosen, im Jahr 2002 bei 1,67

F-Diagnosen im Jahr 2008 bei 1,64 und steigt auf 1,73 F-Diagnosen pro Patient im Jahr 2014 an. Der Unterschied zwischen den vier Kohorten ist signifikant ( $F(3,342) = 4.351$ ,  $p = .005$ ). Ein Bonferroni-korrigierter post-hoc-Test zeigte signifikante Unterschiede ( $p = .047$ ) zwischen dem Jahr 1996 und dem Jahr 2002 (-.479, 95 % - CI [-0.95, 0.00]). Desweiteren zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied ( $p = .032$ ) zwischen dem Jahr 1996 und 2008 (-.441, 95 % - CI [-0.86, -0.02]) sowie zwischen 1996 und 2014 mit  $p = .002$  (-.532, 95 % - CI [-0.92, -0.14]).

### **3.2.5 Suizidalität und Selbstverletzung**

Betrachtet man die Suizidalität der KI-Patienten in Tab. 10, ist festzustellen, dass über die Hälfte  $N = 178$  (53,8%) aller KI-Patienten bei der Aufnahme als akut suizidal eingeschätzt wurden. Vergleicht man die vier Kohorten miteinander, so hat eine deutliche Zunahme der als akut eingeschätzten Suizidalität stattgefunden. Im Jahr 1996 waren  $N = 12$  (38,7%) nach ärztlicher Einschätzung akut suizidal, im Jahr 2002 waren es  $N = 20$  (44,4%), im Jahr 2008 waren es  $N = 42$  (43,8%) und 2014 waren es  $N = 104$  (65,4%). Zwischen den vier Kohorten sind die Unterschiede statistisch signifikant ( $p < .001$ ). Mit Bezug auf Suizidgedanken, ist festzustellen, dass insgesamt  $N = 217$  (65,8%) aller KI-Patienten angaben, aktuell oder gelegentlich Suizidgedanken zu hegen. Im Vergleich der vier Kohorten lässt sich eine Zunahme feststellen. Von  $N = 17$  (51,5%) im Jahr 1996 auf  $N = 25$  (53,2%) im Jahr 2002, auf  $N = 53$  (55,2%) im Jahr 2008, auf  $N = 122$  (79,2%) im Jahr 2014. Die vorliegenden Unterschiede sind statistisch signifikant ( $p < .001$ ). Bei Betrachtung des nächsten Punktes – den suizidalen Äußerungen oder Drohungen – zeigt sich ein Anteil von insgesamt  $N = 83$  (24,8%) der KI-Patienten. Im Verhältnis zwischen den vier Kohorten lässt sich eine Zunahme im Erhebungszeitraum feststellen. Von  $N = 5$  (15,2%) 1996 sind suizidale Äußerungen oder Drohungen auf  $N = 8$  (16,3%) im Jahr 2002, auf  $N = 20$  (20,8%) im Jahr 2008 und auf  $N = 50$  (31,8%) im Jahr 2014 gestiegen. Statistisch gesehen sind diese Unterschiede signifikant ( $p = .036$ ). Hinsichtlich Suizidplänen konnte eine Zunahme über die vier Kohorten festgestellt werden. Der Signifikanztest ist aufgrund der zu geringen Fallzahl in seiner Aussage eingeschränkt. Schwankungen in den Ergebnissen zeigten sich bei den Punkten parasuizidales Verhalten und schwer einschätzbare Suizidalität. Auch hier ist aufgrund der zu geringen Fallzahl die statistische Signifikanz

nur eingeschränkt interpretierbar. Insgesamt  $N = 53$  (16,2%) aller KI-Patienten unternahmen kurz vor Aufnahme einen Suizidversuch. Im Jahr 1996 lag dieser Anteil bei  $N = 4$  (11,4%), im Jahr 2002 bei  $N = 9$  (19,1%), im Jahr 2008 bei  $N = 13$  (13,5%) und im Jahr 2014 bei  $N = 27$  (18,0). Die vorliegenden Unterschiede waren jedoch statistisch nicht signifikant ( $p = 6.26$ ). Im Hinblick auf selbstverletzendes Verhalten soll vorab erwähnt werden, dass sich die Variable selbstverletzendes Verhalten aus regelmäßigen Selbstverletzungen vor Aufnahme und akuten Selbstverletzungen (als Aufnahmegrund) zusammensetzt. Eine weitere Differenzierung der Variable wurde nicht vorgenommen, da die Angaben in den Arztbriefen nicht konsistent waren. Es hat sich gezeigt, dass knapp die Hälfte  $N = 129$  (48%) aller KI-Patienten sich selbst verletzen. Bei Betrachtung der vier Kohorten ist eine Zunahme erkennbar. 1996 haben sich  $N = 4$  (17,4%), 2002  $N = 22$  (47,8%), 2008  $N = 38$  (39,2%) und 2014 haben sich  $N = 65$  (63,1%) der KI-Patienten selbst verletzt. Die vorliegenden Unterschiede sind signifikant ( $p < .001$ ).

Tabelle 10

*Suizidalität und Selbstverletzendes Verhalten im Vergleich der vier Kohorten*

| Art Suizidalität                | Jahr                   |                        |                        |                         |                         | Gesamt                                   | Chi <sup>2</sup> |
|---------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|--|------------------|
|                                 | 1996                   | 2002                   | 2008                   | 2014                    |                         |  |                  |
| Suizidalität akut               | <i>N</i> 12<br>% 38,7% | <i>N</i> 20<br>% 44,4% | <i>N</i> 42<br>% 43,8% | <i>N</i> 104<br>% 65,4% | <i>N</i> 178<br>% 53,8% | $X^2(3, N = 331) = 16.95$<br>$p < .001$  |                  |
| Suizidgedanken                  | <i>N</i> 17<br>% 51,5% | <i>N</i> 25<br>% 53,2% | <i>N</i> 53<br>% 55,2% | <i>N</i> 122<br>% 79,2% | <i>N</i> 217<br>% 65,8% | $X^2(3, N = 330) = 23.41$<br>$p < .001$  |                  |
| Suizidale Äußerung /<br>Drohung | <i>N</i> 5<br>% 15,2%  | <i>N</i> 8<br>% 16,3%  | <i>N</i> 20<br>% 20,8% | <i>N</i> 50<br>% 31,8%  | <i>N</i> 83<br>% 24,8%  | $X^2(3, N = 335) = 8.53$<br>$p = .036$   |                  |
| Suizidpläne                     | <i>N</i> 1<br>% 3,2%   | <i>N</i> 3<br>% 6,3%   | <i>N</i> 15<br>% 15,5% | <i>N</i> 28<br>% 20,3%  | <i>N</i> 47<br>% 15%    | $X^2(3, N = 314) = 9.31$<br>$p = .025^a$ |                  |

|                                  |          |       |       |       |       |       |                          |
|----------------------------------|----------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------------|
| Parasuizidale Handlung           | <i>N</i> | 1     | 2     | 3     | 5     | 11    | $X^2(3, N = 352) = .184$ |
|                                  | %        | 2,7%  | 4,1%  | 3,1%  | 3,0%  | 3%    | $p = .980^a$             |
| Suizidversuch (akut)             | <i>N</i> | 4     | 9     | 13    | 27    | 53    | $X^2(3, N = 328) = 1.75$ |
|                                  | %        | 11,4% | 19,1% | 13,5% | 18,0% | 16,2% | $p = .626$               |
| Suizidalität schwer einschätzbar | <i>N</i> | 1     | 1     | 0     | 4     | 6     | $X^2(3, N = 352) = 2.41$ |
|                                  | %        | 2,7%  | 2,0%  | 0,0%  | 2,4%  | 2%    | $p = .492^a$             |
| Selbstverletzendes Verhalten     | <i>N</i> | 4     | 22    | 38    | 65    | 129   | $X^2(3, N = 269) = 2.08$ |
|                                  | %        | 17,4% | 47,8% | 39,2% | 63,1% | 48,0% | $p < .001$               |

*Anmerkung.*  $X^2(df) = \text{Chi}^2\text{-Wert (Freiheitsgrade)}$ . <sup>a</sup> = eingeschränkte Interpretierbarkeit, da zu erwartende Häufigkeit  $n < 5$  in mindestens zwei Zellen oder  $n = 0$  in einer Zelle (Eid et al. 2010). Aufgrund fehlender Information in einzelnen Fällen  $n = 6$  fehlende Werte.  $269 \leq N \leq 352$  aufgrund fehlender Informationen bei einzelnen Fällen.

### 3.2.6 Suchtmittel

In der vorliegenden Studie wurden unter dem Begriff Suchtmittelkonsum der übermäßige Konsum von Alkohol, Cannabis, Stimulanzien und Halluzinogenen verstanden. Ferner wurde der übermäßige Medienkonsum (PC-Spiele, Internet- und Handynutzung) mit eingeschlossen (siehe Tab. 11). Ein laut Arztbriefen regelmäßiger Suchtmittelkonsum lag insgesamt bei  $N = 125$  (48,1%) aller KI-Patienten vor. Bei Betrachtung der vier Kohorten ist eine Abnahme zu verzeichnen. Der größte Anteil der KI-Patienten mit Suchtmittelkonsum lag im Jahr 1996 mit  $N = 9$  (64,3%) vor. Im Jahr 2002 waren es  $N = 19$  (41,3%), im Jahr 2008 waren es  $N = 41$  (45,6%) und im Jahr 2014 waren es  $N = 56$  (50,9%) der KI-Patienten, die regelmäßig Suchtmittel konsumierten. Die vorliegenden Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant ( $p = .407$ ). Von allen Suchtmitteln wurde mit  $N = 95$  (40,1%) aller KI-Patienten am häufigsten Alkohol konsumiert. Vergleicht man den Alkoholkonsum in den vier Kohorten, so zeigt sich, dass 1996  $N = 5$  (38,5%), im Jahr 2002  $N = 17$  (37,8%), im Jahr 2008  $N = 36$  (41,4%) und im Jahr 2014  $N = 37$  (40,2%) der KI-Patienten Alkohol konsumierten. Die Unterschiede sind nicht signifikant ( $p = .981$ ). Cannabis wurde mit

insgesamt  $N = 57$  (24,7%) am zweithäufigsten von den KI-Patienten konsumiert. Im Vergleich der vier Kohorten lässt sich eine Abnahme feststellen. Im Jahr 1996 lag der Anteil bei  $N = 7$  (58,3%) und nahm auf  $N = 8$  (18,6%) im Jahr 2002 ab. Im Jahr 2008 lag er bei  $N = 18$  (20,9%) und im Jahr 2014 lag bei  $N = 24$  (26,7%) der KI-Patienten Cannabiskonsum vor. Die Unterschiede sind statistisch signifikant ( $p = .029$ ). Ein großer Anstieg innerhalb der vier Kohorten ist bei übermäßigem Medienkonsum festzustellen. Im Jahr 1996 lag die Rate bei  $N = 0$  (0,0%) Patienten, sie stieg auf  $N = 1$  (2,3%) Patienten im Jahr 2002 und auf  $N = 4$  (4,5%) Patienten im Jahr 2008 an. 2014 waren es  $N = 15$  (48,4%) KI-Patienten mit übermäßigem Medienkonsum. Statistisch betrachtet sind die Unterschiede signifikant ( $p < .001$ ), aber aufgrund einer geringen Fallzahl kann diese Aussage nur eingeschränkt interpretiert werden. Die verbliebenen Ergebnisse sind ebenfalls aufgrund einer zu geringen Fallzahl nur eingeschränkt interpretierbar. Es konnten sowohl bei den Stimulanzien als auch bei den Halluzinogenen keine eindeutigen Ab- oder Zunahmen festgestellt werden.

Tabelle 11  
Suchtmittelkonsum im Vergleich der vier Kohorten

| Art des Suchtmittels            | Jahr             |             |             |             |              | Chi <sup>2</sup>                          |
|---------------------------------|------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|---|
|                                 | 1996             | 2002        | 2008        | 2014        | Gesamt       |   |
| Suchtmittel gesamt <sup>1</sup> | $N$ 9<br>% 64,3% | 19<br>41,3% | 41<br>45,6% | 56<br>50,9% | 125<br>48,1% | $X^2(3, N = 260) = 2.90$<br>$p = .407$    |
| Alkohol                         | $N$ 5<br>% 38,5% | 17<br>37,8% | 36<br>41,4% | 37<br>40,2% | 95<br>40,1%  | $X^2(3, N = 237) = .175$<br>$p = .981$    |
| Cannabis                        | $N$ 7<br>% 58,3% | 8<br>18,6%  | 18<br>20,9% | 24<br>26,7% | 57<br>24,7%  | $X^2(3, N = 231) = 9.01$<br>$p = .029$    |
| Stimulanzien                    | $N$ 3<br>% 23,1% | 3<br>7,0%   | 5<br>5,7%   | 13<br>20,3% | 24<br>11,6%  | $X^2(3, N = 207) = 10.22$<br>$p = .017^a$ |

|                           |          |      |      |      |       |      |   |
|---------------------------|----------|------|------|------|-------|------|---|
| Halluzinogene             | <i>N</i> | 1    | 0    | 4    | 11    | 16   | $X^2(3, N = 205) = 12.63$<br>$p = .005^a$ |
|                           | %        | 8,3% | 0,0% | 4,6% | 17,2% | 7,8% |   |
| Medienkonsum <sup>2</sup> | <i>N</i> | 0    | 1    | 4    | 15    | 20   | $X^2(3, N = 175) = 51.12$<br>$p < .001^a$ |
|                           | %        | 0,0% | 2,3% | 4,5% | 48,4% | 11,4 |   |

*Anmerkung.*  $X^2(df) = \text{Chi}^2\text{-Wert (Freiheitsgrade)}$ . <sup>1</sup> = beinhaltet die Suchtmittel Alkohol, Cannabis, Stimulanzien, Halluzinogene und Medienkonsum. <sup>2</sup> = PC-Spiel-, Internet- und Handykonsum. <sup>a</sup> = eingeschränkte Interpretierbarkeit, da zu erwartende Häufigkeit  $n < 5$  in mindestens zwei Zellen oder  $n = 0$  in einer Zelle (Eid et al. 2010).  $175 \leq N \leq 260$  aufgrund fehlender Informationen bei einzelnen Fällen.

### 3.3 Merkmale der Krisenaufnahmen und -entlassungen

#### 3.3.1 Verweildauer

Die deskriptiv-statistische Betrachtung der Verweildauer zeigt im gesamten Patientenkollektiv einen Mittelwert von 19,6 Tagen. Im Vergleich der vier Kohorten lässt sich bezüglich der Verweildauer eine Abnahme feststellen. Im Jahr 1996 waren es 48,3 Tage im Mittel, im Jahr 2002 19,7 Tage, sank weiter auf 14,0 Tage im Jahr 2008 und stieg leicht an auf 16,6 Tage im Mittel im Jahr 2014, somit betrug die Gesamtabnahme 34,4% (siehe Tab. 12). Das Maximum zeigt ebenfalls Tendenzen zur Abnahme im Erhebungszeitraum. Im Hinblick auf das Minimum der Verweildauer haben sich keine bemerkenswerten Ergebnisse ergeben.

Tabelle 12

*Verweildauer im Vergleich der vier Kohorten*

|                     | Jahr                     |                          |                          |                           |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
|                     | 1996<br>( <i>n</i> = 37) | 2002<br>( <i>n</i> = 49) | 2008<br>( <i>n</i> = 97) | 2014<br>( <i>n</i> = 168) |
| <b>Verweildauer</b> |                          |                          |                          |                           |
| MD (SD)             | 48,3 (106,7)             | 19,7 (60,9)              | 14,0 (39,4)              | 16,6 (39,7)               |
| Minimum             | 1                        | 0                        | 0                        | 1                         |
| Maximum             | 494                      | 336                      | 521                      | 314                       |

*Anmerkung.* MD = Mittelwert, SD = Standardabweichung. Aufgrund fehlender Information bei einzelnen Fällen  $n = 1$  fehlender Wert.

Der Unterschied zwischen den vier Kohorten ist signifikant ( $F(3,347) = 4.046$ ,  $p = .008$ ). Um herauszustellen, wo signifikante Unterschiede liegen, wurde im Anschluss an die ANOVA ein Bonferroni-korrigierter post-hoc-Test angewandt. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied ( $p = .006$ ) in Performance zwischen dem Jahr 1996 und dem Jahr 2008 (34.27, 95% - CI [6.73, 61,81]). Desweiteren zeigte sich ein signifikanter Unterschied ( $p = .008$ ) zwischen dem Jahr 1996 und 2014 (31.71, 95% - CI [5.83, 57.59]).

Betrachtet man die Darstellung in Abb. 8, fällt auf, dass der Anteil an Patienten mit einer Verweildauer von 0-10 Tagen in allen vier Kohorten am größten ist. Innerhalb der vier Kohorten lässt sich tendenziell eine Zunahme der Patientenzahl mit einer Verweildauer von 0-10 Tagen feststellen. Im Jahr 1996 liegt der Anteil der Patienten mit einer Verweildauer von 0-10 Tagen bei  $N = 24$  (64,9%) und steigt auf  $N = 39$  (79,6%) im Jahr 2002, steigt auf  $N = 83$  (85,6%) im Jahr 2008 und nimmt leicht ab auf  $N = 138$  (83,1%) im Jahr 2014. Patienten mit einer Verweildauer von über 50 Tagen haben ihren größten Anteil im Jahr 1996 mit  $N = 8$  (21,6%) der KI-Patienten. Es lässt sich die Tendenz einer Abnahme feststellen. Im Jahr 2002 wurden  $N = 4$  (8,2%), im Jahr 2008 wurden  $N = 5$  (5,2%) und 2014 wurden  $N = 15$  (9,0%) der KI-Patienten mit einer Verweildauer von über 50 Tagen stationär behandelt. Die verbleibenden Ergebnisse haben keine Besonderheiten gezeigt und können Abb. 8 entnommen werden.

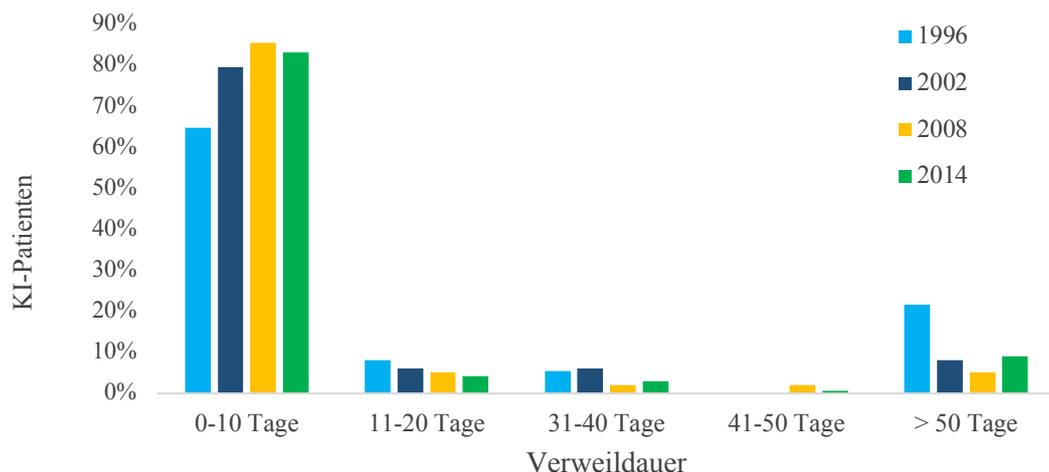


Abbildung 8. Aufteilung stationäre Verweildauer nach Tagen im Vergleich der vier Kohorten (nach Burchard und Diebenbusch 2017).

### 3.3.2 Einweiser

In Tab. 13 sind die verschiedenen Einweiser aufgeführt. Den insgesamt größten Anteil an Einweisern stellen Eltern, Pflegeeltern und Familienangehörige dar. In  $N = 99$  (30,0%) aller Krisenaufnahmen wurden die Betroffenen aus dem familiären Umfeld in die KJP Tübingen eingewiesen. In den vier Kohorten stellt sich die Verteilung der Häufigkeiten wie folgt dar: Im Jahr 1996 wurden  $N = 8$  (25%), im Jahr 2002  $N = 4$  (9,8%), im Jahr 2008  $N = 22$  (23,7%) und im Jahr 2014 wurden  $N = 65$  (40,9%) aus dem familiären Umfeld in die KJP Tübingen eingewiesen. Die Unterschiede in den vier Kohorten sind signifikant ( $p < .001$ ). Externe Kliniken stellen mit  $N = 48$  (14,8%) die nächstgrößere Gruppe der Einweiser dar. Im Jahr 1996 wurden  $N = 7$  (21,9%), im Jahr 2002  $N = 9$  (22,0%), im Jahr 2008  $N = 12$  (12,9%) und im Jahr 2014  $N = 20$  (12,6%) der KI-Patienten aus externen Kliniken eingewiesen. Die Unterschiede sind nicht signifikant ( $p = .281$ ). Haus-, Kinderärzte oder andere Ärzte stellen mit einem Anteil von  $N = 40$  (12,3%) des Gesamtkollektivs den drittgrößten Anteil an Einweisern dar. Bei Betrachtung der vier Kohorten ist festzustellen, dass 1996  $N = 5$  (15,6%), 2002  $N = 4$  (9,8%), 2008  $N = 14$  (15,1%) und 2014  $N = 17$  (10,7%) KI-Patienten durch Haus-, Kinderärzte oder andere Ärzte eingewiesen wurden. Die Unterschiede sind nicht signifikant ( $p = .658$ ). Signifikante Unterschiede konnten dagegen bei den niedergelassenen Psychologen oder Psychotherapeuten als Einweisern festgestellt werden ( $p = .027$ ). Insgesamt wurden  $N = 29$  (8,9%) KI-Patienten auf diese Art eingewiesen. Im Vergleich der vier Kohorten zeigt sich eine unregelmäßige Verteilung. Im Jahr 1996 wurden  $N = 3$  (9,4%), im Jahr 2002 wurden  $N = 7$  (17,1%), im Jahr 2008 wurden  $N = 12$  (12,9%) und im Jahr 2014 wurden  $N = 7$  (4,4%) KI-Patienten von niedergelassenen Psychotherapeuten oder Psychologen eingewiesen. Von der Polizei wurden insgesamt  $N = 37$  (11,1%) der KI-Patienten in die KJP Tübingen eingewiesen. Vergleicht man die vier Kohorten, so waren es 1996  $N = 2$  (5,4%), 2002  $N = 6$  (14,6%), 2008  $N = 17$  (18,3%) und im Jahr 2014  $N = 12$  (7,4%) KI-Patienten, die durch die Polizei eingewiesen wurden. Die Unterschiede sind signifikant ( $p = .032$ ). Die Angaben zu den verbliebenen Einweisern zeigen keine bemerkenswerten Ergebnisse, es sind weder Zu- noch Abnahmen erkennbar.

Tabelle 13

*Einweiser im Vergleich der vier Kohorten*

| Einweiser  | Jahr                  |            |             |             |             | Gesamt  | Chi <sup>2</sup> |
|--|-----------------------|------------|-------------|-------------|-------------|---|------------------|
|  | 1996                  | 2002       | 2008        | 2014        |             |   |                  |
| Niedergelassene<br>Psychotherapeuten/<br>Psychologen | <i>N</i> 3<br>% 9,4%  | 7<br>17,1% | 12<br>12,9% | 7<br>4,4%   | 29<br>8,9%  | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 325) = 9.17<br><i>p</i> = .027              |                  |
| Haus-/Kinderärzte/<br>andere Ärzte                   | <i>N</i> 5<br>% 15,6% | 4<br>9,8%  | 14<br>15,1% | 17<br>10,7% | 40<br>12,3% | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 325) = 1.61<br><i>p</i> = .658              |                  |
| intern UKT   | <i>N</i> 2<br>% 6,3%  | 7<br>14,9% | 12<br>12,9% | 16<br>10,1% | 37<br>11,2% | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 331) = 1.91<br><i>p</i> = .590              |                  |
| externe Klinik<br>(außerhalb UKT)                    | <i>N</i> 7<br>% 21,9% | 9<br>22,0% | 12<br>12,9% | 20<br>12,6% | 48<br>14,8% | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 325) = 3.83<br><i>p</i> = .281              |                  |
| Eltern/Pflegeeltern/<br>Familienangehörige           | <i>N</i> 8<br>% 25,0% | 4<br>9,8%  | 22<br>23,7% | 65<br>40,9% | 99<br>30%   | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 325) = 18.93<br><i>p</i> = < .001           |                  |
| Wohngruppe   | <i>N</i> 2<br>% 6,3%  | 4<br>9,8%  | 11<br>11,8% | 15<br>9,4%  | 32<br>9,8%  | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 325) = .908<br><i>p</i> = .823              |                  |
| Eigenständige<br>Vorstellung                         | <i>N</i> 0<br>% 0,0%  | 1<br>2,4%  | 5<br>5,4%   | 7<br>4,4%   | 13<br>4,0%  | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 325) = 2.12<br><i>p</i> = .548 <sup>a</sup> |                  |
| Polizei  | <i>N</i> 2<br>% 5,4%  | 6<br>14,6% | 17<br>18,3% | 12<br>7,4%  | 37<br>11,1% | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 333) = 8.82<br><i>p</i> = .032              |                  |
| Sonstige   | <i>N</i> 0<br>% 0,0%  | 1<br>2,1%  | 0<br>0,0%   | 10<br>6,2%  | 11<br>3,3%  | X <sup>2</sup> (3, <i>N</i> = 333) = 8.74<br><i>p</i> = .033 <sup>a</sup> |                  |

*Anmerkung.* X<sup>2</sup>(df) = Chi<sup>2</sup>-Wert (Freiheitsgrade). UKT = Universitätsklinikum Tübingen.  
<sup>a</sup>= eingeschränkte Interpretierbarkeit, da zu erwartende Häufigkeit *n* < 5 in mindestens zwei Zellen oder *n* = 0 in einer Zelle (Eid et al. 2010). 325 ≤ *N* ≤ 333 aufgrund fehlender Informationen bei einzelnen Fällen.

### 3.3.3 Vorbehandlungen

Die Analyse der Vorbehandlungen (Tab. 14) hat ergeben, dass in allen vier Kohorten ein großer Anteil an KI-Patienten bereits vorher eine ambulante Therapie besuchte. Vom Gesamtkollektiv waren es  $N = 168$  (55,1%) KI-Patienten, die vorher eine ambulante Therapie besuchten: im Jahr 1996 waren  $N = 16$  (48,5%), im Jahr 2002 waren  $N = 21$  (44,7%), im Jahr 2008 waren  $N = 40$  (43,0%), und im Jahr 2014 waren  $N = 91$  (55,1%) vorher in ambulanter Therapie gewesen. Statistisch betrachtet sind die Unterschiede signifikant ( $p < .001$ ). Unter dem Item „Stationäre Therapie gesamt“ sind externe sowie stationäre Therapien in der KJP Tübingen zu verstehen. Bei insgesamt  $N = 106$  (30,1%) der KI-Patienten hat im Vorhinein eine stationäre Therapie stattgefunden. Im Vergleich der vier Kohorten lässt sich eine Abnahme feststellen. Im Jahr 1996 hatten sich  $N = 18$  (48,6%), im Jahr 2002  $N = 14$  (28,6%), im Jahr 2008  $N = 29$  (29,6%) und 2014  $N = 45$  (26,8%) KI-Patienten vorher in einer stationären Therapie befunden. Diese Unterschiede sind nicht signifikant ( $p = .072$ ). Zudem ist festzustellen, dass die Zahl der KI-Patienten, die vorher in einer externen stationären Therapie waren, höher war als die Zahl derjenigen, die eine stationäre Therapie nur in der KJP Tübingen durchliefen. Die Ergebnisse für die Vorbehandlungen im Sinne eines Drogenentzugs oder des Besuchs einer sozialen Gruppe zeigen Tendenzen einer Zunahme. Aufgrund einer zu geringen Fallzahl können jedoch die Ergebnisse der Signifikanztests nur eingeschränkt interpretiert werden.

Tabelle 14

#### *Vorbehandlungen im Vergleich der vier Kohorten*

| Vorbehandlung                              | Jahr                   |             |             |             |              | Gesamt                                  | Chi <sup>2</sup> |
|--|------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|---|------------------|
|  | 1996                   | 2002        | 2008        | 2014        |              |   |                  |
| Ambulante Therapie                         | <i>N</i> 16<br>% 48,5% | 21<br>44,7% | 40<br>43,0% | 91<br>68,9% | 168<br>55,1% | $X^2(3, N = 305) = 18.36$<br>$p < .001$ |                  |
| Stationäre Therapie<br>gesamt <sup>1</sup> | <i>N</i> 18<br>% 48,6% | 14<br>28,6% | 29<br>29,6% | 45<br>26,8% | 106<br>30,1% | $X^2(3, N = 352) = 6.99$<br>$p = .072$  |                  |

|  |          |       |       |       |       |       |  |
|--|----------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| Stationäre Therapie:<br>KJP Tübingen                             | <i>N</i> | 4     | 6     | 18    | 28    | 56    | $X^2(3, N = 347) = 1.40$<br>$p = .706$   |
|  | %        | 12,1% | 12,2% | 18,6% | 16,7% | 16,1% |  |
| Stationäre Therapie:<br>externe KJP oder<br>andere psych. Klinik | <i>N</i> | 14    | 10    | 15    | 25    | 64    | $X^2(3, N = 259) = 10.67$<br>$p = .014$  |
|  | %        | 43,8% | 21,3% | 16,3% | 28,4% | 24,7% |  |
| Drogenentzug   | <i>N</i> | 0     | 0     | 1     | 4     | 5     | $X^2(3, N = 249) = 6.28$<br>$p = .099^a$ |
|  | %        | 0,0%  | 0,0%  | 1,1%  | 5,3%  | 2,0%  |  |
| Besuch einer sozialen<br>Gruppe durch das<br>Jugendamt           | <i>N</i> | 0     | 1     | 2     | 5     | 8     | $X^2(3, N = 244) = 4.71$<br>$p = .195^a$ |
|  | %        | 0,0%  | 2,2%  | 2,1%  | 6,9%  | 3,3%  |  |

*Anmerkung.*  $X^2(df) = \text{Chi}^2\text{-Wert (Freiheitsgrade)}$ . KJP = Kinder- und Jugendpsychiatrie; psych. = psychiatrische. <sup>1</sup> = aufgrund Mehrfachnennungen ergibt sich stationäre Therapie gesamt nicht immer additiv aus stationärer Therapie KJP Tübingen und stationärer Therapie in einer externen KJP oder anderen psych. Klinik. <sup>a</sup> = eingeschränkte Interpretierbarkeit, da zu erwartende Häufigkeit  $n < 5$  in mindestens zwei Zellen oder  $n = 0$  in einer Zelle (Eid et al. 2010).  $244 \leq N \leq 352$  aufgrund fehlender Informationen bei einzelnen Fällen.

### 3.3.4 Aufnahmegrund

In Tab. 15 sind die Aufnahmegründe dargestellt. Häufig war nicht nur ein Grund, sondern waren mehrere Gründe für die Aufnahme verantwortlich. Dadurch sind Mehrfachnennungen möglich. Der häufigste Aufnahmegrund bei allen KI-Patienten war die Suizidalität mit  $N = 192$  (55,7%). Innerhalb der Kohorten ist der Trend einer Zunahme zu beobachten. Im Jahr 1996 wurden  $N = 16$  (44,4%), im Jahr 2002 wurden  $N = 25$  (53,2%), im Jahr 2008 wurden  $N = 45$  (47,9%) und im Jahr 2014 wurden  $N = 106$  (63,1%) wegen Suizidalität aufgenommen. Die Unterschiede zwischen den vier Kohorten sind statistisch betrachtet signifikant ( $p = .046$ ). Am zweithäufigsten mit  $N = 75$  (21,7%) war eine Störung des sozialen Nahfelds – wie bspw. eine Scholverweigerung oder das Randalieren eines Kindes infolge familiärer Konflikte oder Belastungen – für die Aufnahme ursächlich. Die Häufigkeiten zwischen den vier Kohorten stellen sich wie folgt dar:  $N = 10$  (27,8%) im Jahr 1996,  $N = 12$  (25,5%) im Jahr 2002,  $N = 29$  (30,9%) im Jahr 2008 und  $N = 24$  (14,3%) im Jahr 2014. Die Unterschiede sind statistisch signifikant ( $p = .010$ ). Am dritthäufigsten mit  $N = 59$

(17,1%) des Patientenkollektivs wurde eine Fremdgefährdung Anlass zur Aufnahme. Im Jahr 1996 wurden  $N = 7$  (19,4%), im Jahr 2002 wurden  $N = 6$  (12,8%), im Jahr 2008 wurden  $N = 16$  (17,0%) und im Jahr 2014 wurden  $N = 30$  (17,9%) wegen Fremdgefährdung zur KI aufgenommen. Die Unterschiede sind statistisch betrachtet nicht signifikant ( $p = .842$ ). Weder eindeutige Zu- noch Abnahmen zeigten sich im Verhältnis zwischen den vier Kohorten für die verbliebenen Aufnahmeanlässe.

Tabelle 15

*Aufnahmegründe zur KI im Vergleich zwischen den vier Kohorten*

| Aufnahmegrund                 | Jahr              |                   |                   |                    |                    | Gesamt                                   | Chi <sup>2</sup> |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|--|------------------|
|                               | 1996              | 2002              | 2008              | 2014               |                    |  |                  |
| Suizidalität                  | $N$ 16<br>% 44,4% | $N$ 25<br>% 53,2% | $N$ 45<br>% 47,9% | $N$ 106<br>% 63,1% | $N$ 192<br>% 55,7% | $X^2(3, N = 345) = 8.02$<br>$p = .046$   |                  |
| Störung des sozialen Nahfelds | $N$ 10<br>% 27,8% | $N$ 12<br>% 25,5% | $N$ 29<br>% 30,9% | $N$ 24<br>% 14,3%  | $N$ 75<br>% 21,7%  | $X^2(3, N = 345) = 11.24$<br>$p = .010$  |                  |
| Fremdgefährdung               | $N$ 7<br>% 19,4%  | $N$ 6<br>% 12,8%  | $N$ 16<br>% 17,0% | $N$ 30<br>% 17,9%  | $N$ 59<br>% 17,1%  | $X^2(3, N = 345) = .83$<br>$p = .842$    |                  |
| Akuter Erregungszustand       | $N$ 5<br>% 13,9%  | $N$ 3<br>% 6,4%   | $N$ 9<br>% 9,6%   | $N$ 7<br>% 4,2%    | $N$ 24<br>% 7,0%   | $X^2(3, N = 345) = 5.71$<br>$p = .126$   |                  |
| Exazerbation einer Essstörung | $N$ 1<br>% 2,8%   | $N$ 1<br>% 2,1%   | $N$ 4<br>% 4,3%   | $N$ 8<br>% 4,8%    | $N$ 14<br>% 4,1%   | $X^2(3, N = 345) = .82$<br>$p = .844^a$  |                  |
| Exazerbation einer Depression | $N$ 0<br>% 0,0%   | $N$ 0<br>% 0,0%   | $N$ 6<br>% 6,4%   | $N$ 3<br>% 1,8%    | $N$ 9<br>% 3%      | $X^2(3, N = 345) = 9.94$<br>$p = .047^a$ |                  |
| Psychosomatische Symptomatik  | $N$ 3<br>% 8,3%   | $N$ 1<br>% 2,1%   | $N$ 2<br>% 2,1%   | $N$ 3<br>% 1,8%    | $N$ 9<br>% 2,6%    | $X^2(3, N = 345) = 5.22$<br>$p = .156^a$ |                  |

|                                       |          |       |       |       |      |      |  |
|---------------------------------------|----------|-------|-------|-------|------|------|--|
| Psychotische Symptomatik <sup>1</sup> | <i>N</i> | 7     | 5     | 3     | 15   | 30   | $X^2(3, N=345) = 9.06$<br>$p = .028$     |
|                                       | %        | 19,4% | 10,6% | 3,2%  | 8,9% | 8,7% |  |
| Alkohol-/Drogenkonsum                 | <i>N</i> | 2     | 3     | 8     | 9    | 22   | $X^2(3, N = 345) = 1.05$<br>$p = .789^a$ |
|                                       | %        | 5,6%  | 6,4%  | 8,5%  | 5,4% | 6,4% |  |
| Ängste/Zwänge                         | <i>N</i> | 1     | 0     | 7     | 6    | 14   | $X^2(3, N = 345) = 5.01$<br>$p = .171^a$ |
|                                       | %        | 2,8%  | 0,0%  | 7,4%  | 3,6% | 4,1% |  |
| Keine Absprachefähigkeit              | <i>N</i> | 4     | 3     | 10    | 8    | 25   | $X^2(3, N = 345) = 4.00$<br>$p = .261^a$ |
|                                       | %        | 11,1% | 6,4%  | 10,6% | 4,8% | 7,2% |  |
| Selbstverletzung                      | <i>N</i> | 2     | 1     | 6     | 11   | 20   | $X^2(3, N = 345) = 1.40$<br>$p = .707^a$ |
|                                       | %        | 5,6%  | 2,1%  | 6,4%  | 6,5% | 5,8% |  |
| Andere                                | <i>N</i> | 2     | 1     | 7     | 9    | 19   | $X^2(3, N = 345) = 1.72$<br>$p = .633^a$ |
|                                       | %        | 5,6%  | 2,1%  | 7,4%  | 5,4% | 5,4% |  |

*Anmerkung.*  $X^2(df) = \text{Chi}^2\text{-Wert (Freiheitsgrade)}$ . <sup>1</sup> = beinhaltet: Halluzination, Wahn, Denkstörung, Verwirrtheit. <sup>a</sup> = eingeschränkte Interpretierbarkeit, da zu erwartende Häufigkeit  $n < 5$  in mindestens zwei Zellen oder  $n = 0$  in einer Zelle (Eid et al. 2010). Aufgrund fehlender Information in einzelnen Fällen  $n = 7$  fehlende Werte.

### 3.3.5 Ärztliche Empfehlung bei Entlassung

Bei Betrachtung der ärztlichen Empfehlungen bei einer Entlassung (Tab. 16) nach einer KI konnte festgestellt werden, dass am häufigsten eine ambulante Therapie empfohlen wurde. Im Jahr 1996 wurde  $N = 15$  (44,1%) KI-Patienten eine ambulante Therapie im Anschluss empfohlen, 2002 lag die Zahl bei  $N = 24$  (51,1%), 2008 bei  $N = 62$  (65,3%) und 2014 bei  $N = 110$  (67,5%). Es ist eine stetige Zunahme im Erhebungszeitraum zu erkennen mit signifikanten Unterschieden ( $p = .023$ ). Eine stationäre Therapie wurde im gesamten Patientenkollektiv in 28,3% der Fälle für empfehlenswert erachtet. Die Verteilung der Häufigkeiten auf die vier Kohorten stellt sich folgendermaßen dar: 1996 wurde  $N = 10$  (30,3), 2002 wurde  $N = 20$  (42,6%), 2008 wurde  $N = 23$  (24,2%) und 2014 wurde  $N = 43$  (26,2%) der KI-Patienten eine stationäre Therapie empfohlen. Die Unterschiede sind nicht signifikant ( $p = .117$ ). Eine Empfehlung für eine externe

Unterbringung wurde im gesamten Patientenkollektiv bei  $N = 49$  (14,4%) ausgesprochen. Im Erhebungszeitraum ist festzustellen, dass 1996  $N = 12$  (36,4%), 2002  $N = 6$  (12,5%), 2008  $N = 3$  (3,1%) und im Jahr 2014  $N = 28$  (17,2%) KI-Patienten eine externe Unterbringung empfohlen wurde. Die vorliegenden Unterschiede sind statistisch signifikant ( $p < .001$ ). Eine Unterstützung durch das Jugendamt wurde im Verlauf der vier ausgewerteten Jahre zunehmend empfohlen, die Unterschiede sind statistisch betrachtet jedoch nicht signifikant. Suchtberatung/Entzug zeigten keine bemerkenswerten Ergebnisse.

Tabelle 16

*Ärztliche Empfehlungen bei Entlassung im Vergleich der vier Kohorten*

| Empfehlung                    | Jahr              |             |             |              |              | Gesamt                                   | Chi <sup>2</sup> |
|-------------------------------|-------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--|------------------|
|                               | 1996              | 2002        | 2008        | 2014         |              |  |                  |
| Ambulante Therapie            | $N$ 15<br>% 44,1% | 24<br>51,1% | 62<br>65,3% | 110<br>67,5% | 211<br>62,2% | $X^2(3, N = 339) = 9.53$<br>$p = .023$   |                  |
| Stationäre Therapie           | $N$ 10<br>% 30,3% | 20<br>42,6% | 23<br>24,2% | 43<br>26,2%  | 96<br>28,3%  | $X^2(3, N = 339) = 5.91$<br>$p = .117$   |                  |
| Suchtberatung/Entzug          | $N$ 1<br>% 2,9%   | 2<br>4,3%   | 6<br>6,5%   | 11<br>7,0%   | 20<br>6,0%   | $X^2(3, N = 332) = 1.11$<br>$p = .776^a$ |                  |
| Externe Unterbringung         | $N$ 12<br>% 36,4% | 6<br>12,5%  | 3<br>3,1%   | 28<br>17,2%  | 49<br>14,4%  | $X^2(3, N = 340) = 23.96$<br>$p < .001$  |                  |
| Unterstützung durch Jugendamt | $N$ 6<br>% 18,2%  | 17<br>36,2% | 39<br>41,1% | 63<br>38,7%  | 125<br>37,0% | $X^2(3, N = 338) = 8.89$<br>$p = .117$   |                  |

*Anmerkung.*  $X^2(df) = \text{Chi}^2\text{-Wert (Freiheitsgrade)}$ . <sup>1</sup> = beinhaltet Wohngruppen und beschützende Einrichtungen. <sup>a</sup> = eingeschränkte Interpretierbarkeit, da zu erwartende Häufigkeit  $n < 5$  in mindestens zwei Zellen oder  $n = 0$  in einer Zelle (Eid et al. 2010).  $332 \leq N \leq 3339$  aufgrund fehlender Informationen in einzelnen Fällen.

### 3.3.6 Krisenumstände

#### Aufnahmetag und Aufnahmezeit

Insgesamt  $N = 208$  (79,5 %) aller KI-Patienten wurden an den Wochentagen Montag bis Freitag zur KI aufgenommen, hingegen fand bei  $N = 72$  (20,5 %) KI-Patienten eine Aufnahme am Wochenende statt (siehe Tab. 17). Im Vergleich der vier Kohorten fanden im Jahr 1996 die häufigsten Aufnahmen an den Wochenenden statt. 1996 wurden  $N = 12$  (32,4 %) KI-Patienten am Wochenende aufgenommen, im Jahr 2002 fanden  $N = 7$  (14,3 %) der Aufnahmen an Wochenenden statt, im Jahr 2008 waren es  $N = 22$  (22,4 %) und im Jahr 2014  $N = 31$  (18,5 %). Es sind keine signifikanten Unterschiede festzustellen ( $p = .167$ ). Bei Betrachtung der Aufnahmezeit ist festzustellen, dass über die Hälfte der KI-Patienten  $N = 195$  (56,0 %) zwischen 18.00 Uhr und 06.00 Uhr aufgenommen wurden. Vergleicht man die Häufigkeiten im Erhebungszeitraum, zeigt sich, dass 1996  $N = 20$  (57,1 %), 2002  $N = 19$  (40,4 %), 2008  $N = 56$  (57,1) und 2014  $N = 100$  (59,5 %) der KI-Patienten im Zeitraum von 18.00 Uhr bis 06.00 Uhr aufgenommen wurden. Die Unterschiede sind nicht signifikant ( $p = .136$ ).

Tabelle 17

*Aufnahmetag und Aufnahmezeit zur KI*

| Aufnahme                        | Jahr            |             |             |              |              | Gesamt   | Chi <sup>2</sup> |
|---------------------------------|-----------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--|------------------|
|                                 | 1996            | 2002        | 2008        | 2014         |              |  |                  |
| Mo-Fr                           | N 25<br>% 67,6% | 42<br>85,7% | 76<br>77,6% | 137<br>81,5% | 280<br>79,5% | X <sup>2</sup> (3, N = 352) = 5.06<br>p = .167 |                  |
| Sa-So                           | N 12<br>% 32,4% | 7<br>14,3%  | 22<br>22,4% | 31<br>18,5%  | 72<br>20,5%  | X <sup>2</sup> (3, N = 352) = 5.06<br>p = .167 |                  |
| Uhrzeit: 18.00 bis<br>06.00 Uhr | N 20<br>% 57,1% | 19<br>40,4% | 56<br>57,1% | 100<br>59,5% | 195<br>56,0% | X <sup>2</sup> (3, N = 348) = 5.55<br>p = .136 |                  |

*Anmerkung.* X<sup>2</sup>(df) = Chi<sup>2</sup>-Wert (Freiheitsgrade). KI = Krisenintervention.  $348 \leq N \leq 352$  aufgrund fehlender Informationen bei einzelnen Fällen.

## Darstellung aller Wochentage

In Tab. 18 sind die verschiedenen Aufnahmetage der vier Kohorten abgebildet. Insgesamt wurden die meisten KI-Patienten mit  $N = 66$  (18,8%) an einem Montag aufgenommen. Im Vergleich der vier Kohorten zeigen sich folgende Unterschiede: Im Jahr 1996 wurden KI-Patienten mit  $N = 8$  (21,6%) am häufigsten montags aufgenommen. Im Jahr 2002 wurden die KI-Patienten mit  $N = 11$  (22,4%) am häufigsten freitags aufgenommen. Im Jahr 2008 war es ein Donnerstag, an dem mit  $N = 20$  (20,4%) die meisten KI-Patienten aufgenommen wurden, und im Jahr 2014 wurden mit  $N = 37$  (22,2%) die KI-Patienten wiederum am häufigsten an einem Montag aufgenommen.

Tabelle 18  
*Aufnahmetag im Vergleich der vier Kohorten*

| Aufnahmetag | Jahr     |            |             |             |             | Gesamt      |
|-------------|----------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|             | 1996     | 2002       | 2008        | 2014        |             |             |
| Montag      | $N$<br>% | 8<br>21,6% | 6<br>12,2%  | 15<br>15,3% | 37<br>22,2% | 66<br>18,8% |
| Dienstag    | $N$<br>% | 2<br>5,4%  | 9<br>18,4%  | 12<br>12,2% | 34<br>20,4% | 57<br>16,2% |
| Mittwoch    | $N$<br>% | 7<br>18,9% | 10<br>20,4% | 15<br>15,3% | 22<br>13,2% | 54<br>15,4% |
| Donnerstag  | $N$<br>% | 3<br>8,1%  | 6<br>12,2%  | 20<br>20,4% | 27<br>16,2% | 56<br>16,0% |
| Freitag     | $N$<br>% | 5<br>13,5% | 11<br>22,4% | 14<br>14,3% | 17<br>10,2% | 47<br>13,4% |
| Samstag     | $N$<br>% | 5<br>13,5% | 1<br>2,0%   | 12<br>12,2% | 16<br>9,6%  | 34<br>10%   |
| Sonntag     | $N$<br>% | 7<br>18,9% | 6<br>12,2%  | 10<br>10,2% | 14<br>8,4%  | 37<br>11%   |

## **4 Diskussion**

Gegenstand der vorliegenden Dissertation ist die in einer retrospektiv angelegten Studie untersuchte Fallzahlentwicklung von KI-Patienten der KJP Tübingen in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014. Oberstes Ziel des Gesamtprojektes war es, ein möglichst umfassendes Bild der KI-Patienten anhand einer umfangreichen Datenerhebung zu gewinnen. Der Schwerpunkt der Arbeit lag auf der Fragestellung, ob ein Anstieg der kinder- und jugendpsychiatrischen Krisen im Zeitraum der vier genannten Jahre stattgefunden hat. Darüber hinaus wurden in dieser Arbeit die soziodemographischen Daten, die Psychopathologie der Patienten sowie spezifische Merkmale von Krisenaufnahmen und -entlassungen fokussiert. Es wurden Unterschiede zwischen den Kohorten betrachtet, um mögliche Veränderungen herauszustellen. Diese können Hinweise auf denkbare Ursachen liefern, sie leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Erforschung von psychischen Krisen bei Kindern und Jugendlichen und tragen im weiteren Sinne zur Förderung deren psychischer Gesundheit bei.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen Analysebausteine entlang den in Kap. 1.5 formulierten Forschungsfragen diskutiert sowie relevante Punkte mit Bezug auf Implikationen für Forschung und Praxis erläutert. Des Weiteren werden Stärken und Limitationen der vorliegenden Studie aufgezeigt und im Anschluss wird ein Ausblick gegeben.

### **4.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse**

#### **4.1.1 Anstieg der Kriseninterventionen**

In dieser Studie wurde im Erhebungszeitraum von 1996 bis 2014 ein Anstieg der KI um 405 % festgestellt. Dies bedeutet eine Verfünffachung der KI innerhalb von 18 Jahren in der KJP Tübingen. Der größte Anstieg der KI fand statt zwischen 2002 und 2008. In diesem Zeitraum stieg die Zahl der KI um mehr als das Doppelte an. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bestätigen vorausgegangene Studien, die sich bereits mit der Zunahme von Krisenaufnahmen befassten. Dass insbesondere die Krisenaufnahmen zugenommen haben, konnte eine vorangegangene Studie von Burchard und Diebenbusch (2017) zeigen. Untersucht wurde die Inanspruchnahme der KI der KJP

Marsberg von 2005 bis 2015. Dort konnte innerhalb von zehn Jahren ein Anstieg der Krisenaufnahmen um 219 % festgestellt werden. Die Notfall- und Regelversorgung der KJP Marsberg umfasst die Einzugsgebiete der Landkreise Hochsauerland, Paderborn sowie Höxter mit einer Einwohnerzahl von rund 750.000 Einwohnern (Kummer S. und LWL-Kliniken Marsberg 2014). Bezüglich des Einzugsgebietes und der Einwohnerzahl der KJP Marsberg haben sich von 2005 bis 2010 keine bedeutsamen Veränderungen ergeben (Kummer S. und LWL-Kliniken Marsberg 2014). Eine weitere Studie der LWL-Klinik Marsberg von Diebenbusch (2015) verglich direkte Veränderungen der Krisenaufnahmen in den Jahren 2010 und 2013. Von 2010 bis 2013 konnte ein Anstieg der KI um 16,4% festgestellt werden (Diebenbusch 2015).

Eine mögliche Ursache für die hohe Fallzahl von KI trotz geringer Bettenkapazität in der KJP Tübingen besteht in einer verkürzten Verweildauer der Krisenaufnahmen. Um eine kurze Verweildauer zu ermöglichen, bedarf es einer raschen Stabilisierung der Patienten mit zeitnaher Entlassung. Der Punkt *Verweildauer* wird in Kapitel 4.1.3.1 ausführlicher diskutiert. Die KJP Tübingen reagierte auf den hohen Bedarf an Krisenaufnahmen mit Einführung der KIS seit 01.02.2014. Ein weiterer relevanter Aspekt sind verwaltungsstrukturelle Veränderungen, die sich im Hinblick auf das Einzugsgebiet der KJP Tübingen in den letzten 20 Jahren ergeben haben. Im Jahr 1996 war die Notfallversorgung der KJP Tübingen für die Landkreise Tübingen, Reutlingen, Zollernalbkreis sowie Teile des Landkreises Esslingen zuständig und umfasste ca. eine Million Einwohner (Deutschmann-Barth 2002). Am 01.02.2009 nahm Marienberg die Notfall- sowie Regelversorgung als Fachkrankenhaus für Kinder- und Jugendpsychiatrie auf. Dadurch verkleinerte sich das Einzugsgebiet der KJP Tübingen um knapp 200.000 Einwohner, da damit die Notfallversorgung für den Zollernalbkreis wegfiel (Statistisches Landesamt BW 2018). Trotz einer Erweiterung des Einzugsgebietes seit 01.08.2014 durch die Zuständigkeit für Teile des Landkreises Böblingen und Freudenstadt ist die KJP Tübingen im Jahr 2014 nur noch für rund 600.000 Einwohner zuständig (Statistisches Landesamt BW 2018). Damit wird an dieser Stelle deutlich, dass trotz kleinerem Einzugsgebiet und geringerer Einwohnerzahl die Krisenaufnahmen deutlich gestiegen sind und die vorliegenden Ergebnisse den Bedarf an kriseninterventioneller Behandlung sogar tendenziell unterschätzen.

## **Einfach- und Mehrfachaufnahmen**

Ob im Rahmen einer hohen Fallzahl von Krisenaufnahmen auch eine vermehrte Wiederaufnahme von KI-Patienten auftritt, wurde anhand der Einfach- und Mehrfachaufnahmen im Ansatz untersucht. Es wurde überprüft wie häufig Patienten mit Mehrfachaufnahmen im selben Erhebungsjahr in den verschiedenen Kohorten auftraten. Diese Studie konnte anhand der Ergebnisse zeigen, dass Patienten mit zwei KI im selben Jahr am häufigsten im Jahr 2014 auftraten. Ferner konnte festgestellt werden, dass KI-Patienten mit drei oder vier KI im Erhebungsjahr ausschließlich in den Jahren 2008 und 2014 auftraten. Dadurch kann die Vermutung angestellt werden, dass es bei einer höheren Fallzahl an Krisenaufnahmen auch zu einer vermehrten Wiederaufnahme kommt. Im Zusammenhang damit könnte der Befund stehen, dass die KI-Patienten im Verlauf der vier untersuchten Jahre zunehmend mehr Komorbiditäten aufwiesen.

### **4.1.2 Psychopathologie**

#### **Haupt- und Nebendiagnosen**

Abgesehen von einem generellen Anstieg der KI kam es in den Kohorten im Verlauf der vier ausgewerteten Jahre auch zu Veränderungen bei der Diagnosestellung. Im Gesamtkollektiv wurden mit 40 % der KI-Patienten die häufigsten Diagnosen aus der Gruppe F90–F99 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) gestellt. Am zweithäufigsten wurden Diagnosen aus der Gruppe F40–F49 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) gestellt und am dritthäufigsten wurden F30–F39-Diagnosen (Affektive Störungen) gestellt. Auch die Studie von Diebenbusch (2015) stellte – bezogen auf den Zeitraum von 2010 bis 2013 – F90–F99-Diagnosen als die am häufigsten vergebenen Diagnosen fest, am zweithäufigsten wurden F30–F39-Diagnosen gestellt, gefolgt von F40–F49-Diagnosen.

Beim Vergleich der vier Kohorten hinsichtlich der Gruppe F90–F99 fällt auf, dass die Zahl der F90–F99-Diagnosen stetig zugenommen hat. Eine besonders große Zunahme um über 50% lässt sich dabei zwischen den Jahren 2002 und 2008 feststellen. Die Diagnose Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.-) tritt hier am häufigsten auf. Während diese Diagnose im Jahr 1996 noch mit unter 10% eher selten vorkam, stieg die Zahl im Jahr 2008 auf knapp 30%, sank jedoch wieder auf

15,5% im Jahr 2014. Die Studie von Diebenbusch (2015) zeigt, dass eine Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen im Jahr 2010 bei über 50% und im Jahr 2013 bei 46,6% der Krisenaufnahmen diagnostiziert wurde. Damit wurde die Diagnose F92.- bei KI-Patienten der KJP Marsberg häufiger als in der KJP Tübingen gestellt.

Störungen des Sozialverhaltens (F91.-) wurden am zweithäufigsten diagnostiziert. Im Vergleich zwischen den Kohorten zeigte sich der niedrigste Wert im Jahr 1996 mit knapp 10% und der höchste Wert im Jahr 2014 mit 15,6%. In der Studie von Diebenbusch (2015) dagegen, wurde die F91.- in beiden untersuchten Jahren bei weniger als 5% festgestellt. Mit Bezug auf die Fragestellung, ob Störungen des Sozialverhaltens besonders häufig im Kollektiv der KI-Patienten vorkommen (vgl. Forschungsfrage B.3), kann die entsprechende Annahme als zutreffend bestätigt werden. Die vorliegenden Ergebnisse gehen mit den Studien von Ravens-Sieberer et al. (2007), Costello et al. (2005) und Ihle und Esser (2002) einher, die eine hohe Prävalenz von Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen feststellten.

Hyperkinetische Störungen aus der Gruppe F90–F99 (F90.-) wurden am dritthäufigsten diagnostiziert. In der Studie von Diebenbusch (2015) wurde die F90.- häufiger diagnostiziert. Die Annahme, dass Hyperkinetische Störungen im Kollektiv der KI-Patienten häufig auftreten, kann ebenfalls bestätigt werden und untermauert die Ergebnisse von Ravens-Sieberer et al. (2007), Costello et al. (2005) und Ihle und Esser (2002).

Bei Betrachtung der Unterschiede in der Gruppe F40–F49 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) zwischen den vier Kohorten zeigt sich der höchste Wert mit knapp 40% im Jahr 1996 und der niedrigste Wert mit knapp 30% im Jahr 2002. Von 2008 bis 2014 kommt es beinahe zu einer Verdopplung von KI-Patienten in absoluten Zahlen. Die Studie von Diebenbusch (2015) konnte ähnliche Ergebnisse feststellen. Von den Subgruppen der F40–F49 Diagnosen hat sich insbesondere die Diagnose F43.- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen abgehoben. Diese Diagnose wird in allen vier Kohorten mit Werten zwischen 21,9 und 25% erhoben und zeigt damit eine hohe und regelmäßige Verteilung.

Angststörungen, die in den Studien von Ravens-Sieberer et al. (2007) und Ihle und Esser (2002) zu den häufigsten Störungen zählen, treten im Kollektiv der KI-Patienten eher selten auf. Die Annahme, dass besonders viele KI-Patienten unter Angststörungen leiden, kann nicht bestätigt werden.

Hinsichtlich der Affektiven Störungen (F30–F39) lässt sich eine stetige Zunahme in den vier Kohorten feststellen. Von 2008 nach 2014 liegt eine Verdreifachung der KI-Patienten mit Affektiven Störungen vor. Im Jahr 2014 kam es mit 35,1 % zum höchsten Anteil an KI-Patienten mit einer Affektiven Störung. Auch die Studie von Diebenbusch (2015) konnte eine deutliche Zunahme der KI-Patienten mit Affektiven Störungen und sehr ähnlichen Ergebnissen feststellen. Besonders auffallend ist, dass aus dieser Diagnosegruppe beinahe ausnahmslos Depressive Störungen diagnostiziert wurden. In Bezug auf die Fragestellung, ob Depressive Störungen auch im Kollektiv der KI-Patienten häufig auftreten, zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass Depressive Störungen bei den KI-Patienten auffallend häufig präsent sind. Eine mögliche Ursache ist die enge Verknüpfung zwischen Suizidalität und Depression. Bei Minderjährigen kann Suizidalität als schwerwiegendes Symptom einer Depression auftreten. (Mehler-Wex und Kölch 2008) und ist häufigster Aufnahmegrund für eine stationäre KI in der vorliegenden Studie. Herpertz-Dahlmann (1997) konstatiert, dass Jugendliche mit einer Depressiven Störung ein 27-fach höheres Suizidrisiko aufweisen. Durch den engen Zusammenhang von Suizidalität und einer psychischen Krise, lässt sich auch die enge Verknüpfung der Häufigkeit der Depressiven Störungen unter den Krisenaufnahmen erklären.

### **Hauptdiagnosen**

Am häufigsten wurden Hauptdiagnosen aus der Gruppe F90–F99 festgestellt, am zweithäufigsten wurden F30–F39-Diagnosen vergeben, und am dritthäufigsten wurden gleichermaßen Hauptdiagnosen aus der Gruppe F20–F29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen) und F50–F59 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren) gestellt. In der Studie von Diebenbusch (2015) wurde eine ähnliche Verteilung der Hauptdiagnosen festgestellt. Hauptdiagnosen wurden am häufigsten aus der Gruppe F90–F99, am zweithäufigsten aus der Gruppe F30–F39 und am dritthäufigsten aus der Gruppe F40–F49 festgestellt, worin sich ein Unterschied zum

vorliegenden Patientenkollektiv zeigt. Interessanterweise wurde im vorliegenden Patientenkollektiv der KI nie eine Hauptdiagnose aus der Gruppe F40–F49 gestellt. Dieser Zusammenhang lässt sich begründet nachvollziehen, da bei den Störungen der Gruppe F40–F49 kein enger Zusammenhang mit Eigen- oder Fremdgefährdung und eskalativem oder dissozialem Verhalten besteht und eine F40-F49-Diagnose somit im vorliegenden Patientenkollektiv häufiger als Nebendiagnose auftritt.

### **Anzahl der F-Diagnosen**

Bezüglich der Anzahl der Diagnosen konnten Veränderungen in den vier Kohorten festgestellt werden. In allen vier Kohorten wurde am häufigsten ausschließlich eine Diagnose gestellt. Der Trend zur Diagnosestellung von zwei oder mehr Diagnosen zeigt sich am deutlichsten in den Jahren 2008 und 2014. Eine Ausnahme bildet das Jahr 1996, in dem zu über 80 % ausschließlich eine Diagnose und zwei Diagnosen bei lediglich knapp 20 % gestellt wurden. Ein Vergleich der Mittelwerte zeigt für den Verlauf der ausgewerteten Jahre einen Anstieg. Während 1996 1,19 F-Diagnosen im Mittel gestellt wurden, wurden 2014 bereits 1,73 F-Diagnosen im Mittel gestellt. Zum einen könnte dies bedeuten, dass Kinder und Jugendliche immer mehr Komorbiditäten aufweisen bzw. immer kränker werden. Zum anderen allerdings, wie in Kapitel 1.1 erläutert, konnten internationale Studien von Richter und Berger aus den Jahren 2008 und 2013 eindeutige Hinweise weder auf eine Zunahme noch eine Abnahme von psychiatrischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen feststellen. Auch die Studien von Barkmann und Schulte-Markwort aus den Jahren 2004 und 2012 konnten keinen Trend einer Zu- oder Abnahme bestätigen. Dies spricht also gegen die Annahme, dass Kinder und Jugendliche psychisch tatsächlich immer kränker werden. Eine andere Ursache könnte sein, dass die Behandler im Verlauf des Erhebungszeitraums mehr Diagnosen stellten, was damit eher ein methodisches Problem darstellt.

### **Suizidalität, Selbstverletzung und Suchtmittel**

Die vorliegende Studie konnte eine deutliche Zunahme der als akut eingeschätzten Suizidalität im Verlauf der vier ausgewerteten Jahre feststellen. KI-Patienten, die als akut suizidal galten, verdoppelten sich nahezu von Kohorte zu Kohorte. Während im Jahr 1996 knapp 40 % der KI-Patienten als akut suizidal galten, wurden im Jahr 2014 bereits über 60 % als akut suizidal eingeschätzt. Dass insbesondere die Zahl der akut

suizidgefährdeten Patienten zugenommen hat, steht im Widerspruch zu den Ergebnissen von Diebenbusch (2015). Diebenbusch (2015) konnte zwischen 2010 und 2013 einen Rückgang der Suizidalität feststellen und ermittelte Häufigkeitswerte, die im Jahr 2013 mit knapp 50% unter den Werten der KJP Tübingen lagen. Dies legt die Annahme nahe, dass in der KJP Tübingen die Auswahlstrenge zugenommen haben könnte.

In Bezug auf Suizidgedanken konnte beim Vergleich der vier Kohorten eine Zunahme von 1996 bis 2014 um das Siebenfache festgestellt werden. Im Jahr 2014 gaben beinahe 80% der KI-Patienten Suizidgedanken an. Kaess et al. (2011) konstatiert, dass bei stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Populationen bei über 70% Suizidgedanken vorliegen. Da das Patientenkollektiv der KJP Tübingen – im Gegensatz zu der von Kaess et al. (2011) untersuchten Population – ausschließlich aus Kindern und Jugendlichen in akuten psychiatrischen Krisen bestand, sind die hier vorliegenden höheren Werte nachvollziehbar. Eine mögliche Begründung liegt im Aufnahmegrund der KI-Patienten. Suizidalität kommt als häufigster Aufnahmegrund in dieser Studie vor (siehe 4.1.3.4). Eine weitere Ursache liegt in der hohen Zahl von KI-Patienten mit Depressiven Störungen und im engen Zusammenhang von Depression und Suizidalität (wie bereits unter 4.1.2 erläutert).

Der Anteil der KI-Patienten, die sich selbst verletzten, zeigte in den vier Kohorten ein Minimum von unter 20% im Jahr 1996 und ein Maximum von über 60% im Jahr 2014. Im Verlauf der vier untersuchten Jahre zeigte sich eine enorme Zunahme. Die Studie von Diebenbusch (2015) konnte im Jahr 2013 einen Anteil von knapp 60% der Patienten mit selbstverletzendem Verhalten feststellen. Eine weitere Studie von Burchard und Diebenbusch (2017) untermauerte dieses Ergebnis. Durch eine enge Vergesellschaftung von selbstverletzendem Verhalten und Depressiven Störungen (Nitkowski und Peterman 2011) könnte der hohe Anteil an KI-Patienten mit Affektiven Störungen im Jahr 2014 erklären, weshalb der Anteil an Patienten mit selbstverletzendem Verhalten im Jahr 2014 ebenfalls besonders hoch ist. Ferner lässt sich aus Studien von Plener et al. (2012) und Nitkowski und Peterman (2011) ein enger Zusammenhang zwischen PTBS und selbstverletzendem Verhalten nachweisen. Dieser Zusammenhang kann im Kollektiv der KI-Patienten allerdings nicht festgestellt werden.

Im vorliegenden Patientenkollektiv konnte in allen vier Kohorten ein Suchtmittelkonsum von über 40% der KI-Patienten festgestellt werden. Besonders hoch lag dieser Anteil im Jahr 1996, wo über 60% der KI-Patienten einen regelmäßigen Suchtmittelkonsum angaben. Am häufigsten wurde Alkohol konsumiert. Vergleicht man den Alkoholkonsum innerhalb der vier Kohorten, so ergibt sich eine regelmäßige Häufigkeitsverteilung mit Werten von 37,8% und 41,4% vor. Es lassen sich weder Zu- noch Abnahmen erkennen. Im Vergleich dazu haben Ergebnisse der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2012 (BZgA) gezeigt, dass die Lebenszeitprävalenz von Alkoholkonsum bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen von 2001 bis 2011 von 87,0% auf 72,6% gesunken ist (BZgA 2011). Unterstützt werden die Ergebnisse durch einen ermittelten Rückgang der Lebenszeitprävalenz bei Alkoholkonsum im Rahmen der KiGGs-Studie Welle 1. Dabei wurde ein Rückgang von 62,8% im Jahr 2008 auf 54,4% im Jahr 2014 festgestellt (Lampert und Kuntz 2014). Im Patientenkollektiv der KJP Tübingen kann keine Abnahme des Alkoholkonsums festgestellt werden und es zeigt sich daher keine Übereinstimmung mit den erwähnten Studien.

Der Cannabiskonsum zeigt im Vergleich der vier Kohorten den Trend einer Abnahme. Umfassende Studien zum Cannabiskonsum von Jugendlichen in Deutschland von 1995 bis 2015 belegten, dass es zu keinem Rückgang des Cannabiskonsums kam (Kalke et al. 2005). Eine Zunahme kann aufgrund widersprüchlicher Ergebnisse und fragwürdiger Untersuchungsmethoden ebenfalls nicht verifiziert werden (Kalke et al. 2005).

In Bezug auf übermäßigen Medienkonsum hat im Verlauf der vier Jahre ein starker Anstieg stattgefunden. Während 1996 kein KI-Patient betroffen war, stieg die Zahl um das 15-fache im Jahr 2014 an. In einer Onlinestudie des ARD/ZDF zeigte sich, dass der Internetkonsum bei den deutschsprachigen Jugendlichen im Zeitraum von 1997 bis 2006 von 6,3 auf 97 Minuten durchschnittlich pro Tag anstieg (ARD/ZDF-Onlinestudien 1997-2006).

Für den insgesamt hohen Suchtmittelkonsum von über 40% aller KI-Patienten könnte die hohe Prävalenz der Depressiven Störungen in dieser Studie begründend sein. In bis zu 25% der Fälle tritt bei Depressiven Störungen ein Suchtmittelkonsum als Komorbidität auf (Herpetz-Dahlmann und Remschmidt 2000).

### **4.1.3 Merkmale der Krisenaufnahmen und -entlassungen**

#### **4.1.3.1 Verweildauer**

Hinsichtlich der Verweildauer der KI-Patienten konnte eine Abnahme im Vergleich der vier Kohorten festgestellt werden. Von 1996 bis 2014 sank die Verweildauer um 34,4%. Wie in Kapitel 1.2 einleitend dargestellt, konnte eine Verkürzung der Verweildauer angenommen werden (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg 2013 und Kölch et al. 2015). Des Weiteren bekräftigte die enorme Zunahme der KI von 1996 bis 2014 diese Annahme, da sich eine Fallzahlsteigerung in diesem Maße unter anderem durch die Komprimierung der Behandlungsdauer erklären lässt. Die Gesamtabnahme der Verweildauer von 1996 bis 2014 lag mit über 30% unter den von Kölch et al. (2015) beschriebenen Werten, die von 1991 bis 2011 eine Abnahme um 70% darlegten. Im Unterschied zur vorliegenden Studie handelt es sich bei Kölch et al. (2015) um elektive Aufnahmen, was die vorhandene Differenz erklärt. Bei einer KI handelt es sich immanent um einen kurzen stationären Aufenthalt, daher kann eine Abnahme der Verweildauer nicht in demselben Maße wie bei elektiven Aufnahmen angenommen werden. Die Studie von Burchard und Diebenbusch (2017) stellte sehr ähnliche Ergebnisse wie die im vorliegenden Patientenkollektiv erhobenen Befunde fest und bestätigt ebenfalls den allgemeinen Trend. Von 2005 bis 2015 nahm die Verweildauer der Krisenaufnahmen in der KJP Marsberg um 47,5% ab.

#### **4.1.3.2 Einweiser**

Bei Betrachtung der Einweiser spielten Eltern, Pflegeeltern und Familienangehörige eine vorrangige Rolle, da Kinder und Jugendliche am häufigsten aus dem familiären Umfeld in die KJP Tübingen eingewiesen wurden. Im Jahr 2014 zeigte sich dies sehr deutlich, denn über 40% aller KI-Patienten wurden aus dem nahen familiären Umfeld in die KJP gebracht. Ebenfalls häufig erfolgten Einweisungen durch externe Kliniken und Haus-, Kinderärzte oder andere Ärzte. Zu diesem Merkmal lassen sich in der Literatur keine vergleichbaren Daten finden. Dass der größte Teil der KI-Patienten aus dem nahen familiären Umfeld eingewiesen wurde, deckt sich mit den Ergebnissen zum Aufnahmegrund (Kapitel 3.3.4). Ravens-Sieberer et al. (2007) konstatierten, dass unter anderem das ungünstige Familienklima in stark konfliktbelasteten Familien oder eine

unglückliche Partnerschaft der Erziehenden bedeutsame Risikofaktoren für eine psychische Erkrankung der Kinder darstellen. Somit sind die langfristig wirksamen Ursachen für Einweisungen in eine KJP im Konfliktpotential des nahen familiären Umfelds zu vermuten. Obgleich die Zahl der niedergelassenen Fachärzte 2010 bis 2016 um 22% zugenommen hat (Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV, Stand Dez. 2017), haben im Vergleich in der vorliegenden Studie von 1996 bis 2014 weniger niedergelassene Psychotherapeuten und Psychologen Kinder und Jugendliche in die KJP eingewiesen.

#### **4.1.3.3 Vorbehandlungen**

Die Analyse der Vorbehandlungen hat gezeigt, dass insgesamt über 55% aller KI-Patienten bereits vorher eine ambulante Therapie besuchten. In allen vier Kohorten lag der Anteil der KI-Patienten dabei über 40%. Von knapp 50% im Jahr 1996 stieg diese Zahl auf knapp 70% KI-Patienten mit ambulanter Vorbehandlung im Jahr 2014 an. Dagegen haben insgesamt über 30% der KI-Patienten bereits vorher eine stationäre Therapie besucht. Dies zeigte sich besonders deutlich 1996, in dieser Kohorte besuchten knapp 50% aller KI-Patienten vorher eine stationäre Therapie. Die Studie von Diebenbusch (2015) konnte bezüglich der ambulanten Vortherapien zwischen den Jahren 2010 und 2013 keine bemerkenswerten Unterschiede feststellen. Insgesamt besuchten fast 30% im Vorfeld eine ambulante Therapie. Interessanterweise konnte dieselbe Studie eine Zunahme der stationären Vortherapien von unter 20% im Jahr 2010 auf über 60% der KI-Patienten im Jahr 2013 feststellen. Vor dem Hintergrund der Frage nach Entwicklungen im Verlauf der Jahre können in der vorliegenden Studie Zunahmen im Bereich der ambulanten Vortherapien, nicht aber der stationären Vortherapien festgestellt werden. Die Studie von Diebenbusch (2015) konnte zwar ähnliche Prävalenzen feststellen, allerdings nahmen in der KJP Marsberg insbesondere die stationären Vortherapien zu.

#### **4.1.3.4 Aufnahmegrund**

Die Aufnahmegründe zu den KI zeigen sich vielfältig, jedoch treten nur wenige Aufnahmegründe gehäuft auf. Mehrfachnennungen waren auch möglich. Am häufigsten kam Suizidalität als Aufnahmegrund für eine KI vor. 1996 wurden knapp 45% der KI

wegen Suizidalität aufgenommen, diese Zahl versechsfachte sich bis ins Jahr 2014 auf über 60% der KI-Patienten. Am zweithäufigsten wurden KI-Patienten wegen Störungen des sozialen Nahfelds aufgenommen. Es zeigte sich eine unregelmäßige Verteilung der Häufigkeiten auf die vier Kohorten, mit dem höchsten Wert von 27,8% im Jahr 1996 und dem niedrigsten Wert von 14,3% im Jahr 2014. Am dritthäufigsten kam Fremdgefährdung als Aufnahmegrund zu einer KI vor. Beim Vergleich der vier Kohorten ist eine unregelmäßige Häufigkeitsverteilung festzustellen. Die Studie von Burchard und Diebenbusch (2017) geht mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie kongruent. Ein Vergleich zeigt dort, dass suizidale Krisen mit knapp 50% den häufigsten Aufnahmegrund der Krisenaufnahmen der KJP Marsberg ausmachen. Die Studie von Deutschmann-Barth (2002) konnte im gleichen Sinne zeigen, dass eine stationäre Krisenaufnahme durch akute oder chronische Suizidalität bei 40,9% den häufigsten Aufnahmegrund darstellte. Es kann also festgehalten werden, dass Suizidalität in der einschlägigen Literatur sowie anhand der vorliegenden Ergebnisse den häufigsten Aufnahmegrund für eine KI darstellt. Dass Störungen des sozialen Nahfelds wie bspw. das Randalieren eines Jugendlichen infolge familiärer Konflikte zu den zweithäufigsten Aufnahmegründen gehört, zeigten bereits Günter und Günter (1991) sowie Deutschmann-Barth (2002) mit den jeweiligen Studien zu Krisenaufnahmen an der KJP Tübingen. Diese Befunde gehen damit mit den vorliegenden Ergebnissen einher.

#### **4.1.3.5 Ärztliche Empfehlung bei Entlassung**

Nach einer stationären KI in der KJP Tübingen wurde von den behandelnden Ärzten am häufigsten eine ambulante Therapie empfohlen. Beim Vergleich der vier Kohorten lässt sich eine deutliche Zunahme feststellen. Während 1996 eine ambulante Therapie in 44,1% der Fälle empfohlen wurde, stieg die Zahl um das Siebenfache auf knapp 70% im Jahr 2014 an. Am zweithäufigsten wurde eine Empfehlung für eine stationäre Therapie ausgesprochen. In den vier Kohorten zeigt sich der Trend einer Abnahme, mit unregelmäßiger Häufigkeitsverteilung. Am häufigsten wurde eine stationäre Therapie im Jahr 2002 empfohlen, dies betraf über 40% der KI-Patienten. Dagegen wurde diese Empfehlung am wenigsten häufig im Jahr 2008 mit knapp 25% ausgesprochen. In der entsprechenden Literatur lassen sich zu diesem Thema keine vergleichbaren Daten

finden. Es wird aber anhand dieser Werte ersichtlich, dass Ärzte im Verlauf der vier ausgewerteten Jahre immer häufiger eine ambulante Therapie empfehlen. Stationäre Therapien werden im Verlauf des Erhebungszeitraums dagegen weniger häufig empfohlen.

#### **4.1.3.6 Krisenumstände – Aufnahmetag und Aufnahmezeit**

Zu den Krisenumständen konnte festgestellt werden, dass Krisenaufnahmen in rund 20 % an den Wochenenden stattfinden. Im Vergleich der vier Kohorten fanden im Jahr 1996 die häufigsten Aufnahmen mit über 30 % an Wochenenden statt, dagegen fanden im Jahr 2014 mit knapp 20 % die wenigsten Aufnahmen an Wochenenden statt. Bei Betrachtung der Aufnahmezeit zeigte sich, dass über die Hälfte der KI-Patienten im Zeitraum von 18.00 Uhr bis 06.00 Uhr aufgenommen wurden. Es wurde außerdem festgestellt, dass die häufigsten Krisenaufnahmen, die zwischen 18.00 Uhr und 06.00 Uhr erfolgten, im Jahr 2014 stattfanden. Dagegen konnten Burchard und Diebenbusch (2017) zeigen, dass es zwischen 2005 und 2015 zu einer Zunahme um das Dreifache der Krisenaufnahme zwischen 15 Uhr und 8 Uhr gekommen ist. In der KJP Tübingen konnte solch ein Trend nicht beobachtet werden. Das subjektive Gefühl einiger Ärzte und Therapeuten, dass Krisenaufnahmen vermehrt an Wochenenden stattgefunden haben, konnte nicht bestätigt werden.

## **4.2 Stärken und Limitationen der Studie**

Unter dem Aspekt der vorliegenden Fragestellung mit dem Ziel, eine Übersicht zum Thema KI zu erstellen, konnte der Ansatz einer retrospektiven Studie als ausgesprochen hilfreiches Werkzeug angesehen werden. Zu den großen Vorteilen retrospektiv angelegter Studien gehört generell, dass sie ethisch als unbedenklich gelten. Durch den Zugriff auf bereits vorhandenes Datenmaterial ist ein Risiko für Patienten oder eine Patientengefährdung so gut wie nicht gegeben. Zur Beantwortung der Fragestellungen dieser Arbeit war nach Stichprobenbereinigung eine Vollerhebung von  $N = 352$  Patienten möglich, da alle KI-Patienten im gewünschten Erhebungszeitraum mit in die Studie einbezogen werden konnten. Das gesamte Datenmaterial konnte aus der Standarddokumentation entnommen werden und wurde nicht nachträglich erhoben, sodass eine hohe ökologische Validität gewährleistet ist. Dadurch musste auch mit

keinen Verzerrungen durch Antwortmuster, die sich spezifisch auf die Beantwortung der dahinterstehenden Fragestellungen beziehen, gerechnet werden. Des Weiteren sind retrospektive Studien deutlich kostengünstiger und weniger zeitaufwendig in der Durchführbarkeit, sodass sie besonders ressourcenschonend sind und kein zusätzlicher Aufwand für Patienten entsteht. Die Stichprobengröße von  $N = 403$  KI und dem daraus resultierenden Patientenkollektiv von  $N = 352$  Patienten kann für eine klinische Studie als ausreichend groß betrachtet werden. Besonders positiv hervorzuheben ist, dass die vorliegende Studie Veränderungen über einen substanziellen Zeitraum von 18 Jahren betrachtet hat. Durch die Betrachtung der vier Kohorten in regelmäßigen Abständen konnten Veränderungen der Merkmale in der vorliegenden Arbeit gut erfasst werden.

Die KJP ist eine Versorgungsklinik des UKT mit einer Hochschulambulanz und bestehender Aufnahmepflicht sowie einem großen Einzugsgebiet (siehe hierzu 4.1.1). Die Hochschulambulanz nimmt an der Notfallversorgung teil, arbeitet in enger Absprache mit umliegenden kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen und ergänzt die Arbeit niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater (Universitätsklinikum 2018). Die Tatsache, dass die KJP eine Versorgungsklinik mit bestehender Aufnahmepflicht ist, ergibt einen weiteren Vorteil dieser Studie. Der Vorteil besteht in der Zusammensetzung des zugrundeliegenden Patientenkollektivs, welches durch das weitgefaste Einzugsgebiet und die vorhandene Aufnahmepflicht eine repräsentative Stichprobe darstellt.

Im Rahmen retrospektiver Studien können sich Limitationen durch die unterschiedliche Qualität des vorhandenen Datenmaterials ergeben. Da sich die vorliegende Studie über einen besonders langen Erhebungszeitraum von 18 Jahren erstreckt, hat sich die unterschiedliche Datenqualität insbesondere in den Arztbriefen bemerkbar gemacht. Für die Arztbriefe der Jahre 1996, 2002 und 2008 lag noch kein standardisiertes stationsübergreifendes Dokumentationsschema vor, sodass sich Unterschiede in der Einheitlichkeit der Arztbriefe zeigten. Dies betraf v. a. die Jahre 1996 und 2002, in denen z.B. Punkte wie selbstverletzendes Verhalten, Suchtmittel-/Medienkonsum oder die unterschiedlichen Ausprägungen der Suizidalität – im Sinne von Suizidgedanken, -äußerungen und -plänen – nicht konsequent abgefragt oder systematisch dokumentiert wurden, was teils zu fehlenden Werten führte. Dieser Aspekt konnte auch anhand der Variable *Anzahl der F-Diagnosen* gezeigt werden. Es fiel auf, dass in den früheren

Jahren weniger Diagnosen gestellt bzw. dokumentiert wurden. Einige der im Ergebnisteil präsentierten Zahlen zu Mehrfachdiagnosen sind somit auch dadurch zu erklären, dass Ärzte zum Teil mehr Störungsbilder diagnostizierten bzw. einige Merkmale wie bspw. Suizidgedanken möglicherweise erst im Verlauf des Erhebungszeitraums häufiger erfasst wurden. Dies musste bei der Interpretation der dargestellten Ergebnisse – insbesondere bei den obig aufgeführten Merkmalen – berücksichtigt werden, wobei sich nicht alle Merkmalsveränderungen auf diesen Punkt zurückführen lassen. Auch differentielle Unterschiede lassen sich damit nicht erklären. Diese Studie ist vorrangig von der Grundannahme ausgegangen, dass die Diagnosestellung bei jedem KI-Patient korrekt und vollständig stattgefunden hat, jedoch bleibt dieser Punkt kritisch zu betrachten. Im Rahmen des Wechsels des ärztlichen Direktors in der KJP Tübingen im Jahr 2013 wurden zum Jahreswechsel 2013/2014 neu reformierte (stationsübergreifende) Arztbriefe eingeführt (U. Dürrwächter, persönliche Mitteilung vom 24.09.2018).

Mit dieser Einführung wurde auf das dokumentative Problem reagiert, was bereits zu einer deutlichen Verbesserung der Arztbriefe des Jahres 2014 und damit zu einer besseren Datenqualität führte. Dies erhöhte die Vergleichbarkeit der erhobenen Befunde dieser Arztbriefe.

Es sei anzumerken, dass einige wenige Patientenakten aus dem Archiv nicht beschafft werden konnten (1996  $N = 6$  fehlend und 2002  $N = 6$  fehlend), da sie entweder dem Archiv nicht vorlagen oder aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht freigegeben werden konnten. Der Untersuchung von KI-Patienten immanent ist, dass diese sich nur für kürzere Zeit in dieser Form der Behandlung befinden. Das bringt mit sich, dass eine genaue Diagnostik in diesem Zeitraum nur bedingt möglich ist. Da zum Teil umfangreiche Testungen notwendig sind, ist davon auszugehen, dass Ärzte dadurch häufig allein auf die Aussagen der Patienten bzw. Aussagen von Angehörigen angewiesen sind, was u. U. wiederum zu unzureichender Diagnostik führt. Wie diese Studie gezeigt hat, befand sich ein Großteil der Patienten bereits vor der KI in stationärer oder ambulanter Behandlung. Dadurch lagen bei diesen Patienten häufig Arztbriefe mit den jeweiligen ausführlichen Diagnosen vor.

### **4.3 Implikationen für Praxis und Forschung**

Ausgehend von den vorliegend zusammengefassten Ergebnissen lassen sich sowohl Implikationen für die Praxis als auch für die Forschung diskutieren. In diesem Abschnitt sollen relevante Punkte mit Blick auf diese Implikationen erläutert werden.

Wie auch diese Studie zeigen konnte, nimmt Suizidalität im Rahmen einer psychischen Krise häufig eine zentrale Rolle ein. Es konnte festgestellt werden, dass Suizidalität als häufigster Aufnahmegrund für eine KI auftritt, was vorausgegangene Studien bestätigte (Deutschmann-Barth 2002; Burchard und Diebenbusch 2017). Für die Praxis bedeutet dies, dass es nicht nur gilt, Ärzte und Therapeuten mit den oft verborgenen Hinweisen auf akute Suizidalität und deren Risikofaktoren vertraut zu machen, sondern dass auch Berufsgruppen wie Lehrer, Erzieher etc. aufzuklären sind (Becker et al. 2017).

Um das theoretische Verständnis von Suizidalität von Kindern und Jugendlichen zu vertiefen, sollte der Aspekt Suizidalität im Fokus der ärztlichen Aufmerksamkeit bei Krisenaufnahmen und deren Dokumentation stehen. Für die wissenschaftliche Forschung ist es von Bedeutung, die Untersuchungsmethoden zu verbessern, mit denen Suizidalität klar erfasst werden kann. Vielversprechende Variablen stellen Merkmale wie selbstverletzendes Verhalten, Suizidgedanken, suizidale Äußerungen, Suizidpläne und Suizidversuche dar. Es könnte dabei auch untersucht werden, ob Vorläufer von Suizidalität aufgetreten sind und wie sich diese bemerkbar machten.

Störungen des sozialen Nahfelds durch die Betroffenen traten am zweithäufigsten als Aufnahmegrund einer KI auf. Für die betroffenen Familien sollte in stärkerem Maße als bisher geprüft werden, inwieweit Jugend- oder Familienhilfe zu Rate gezogen werden können und wie der Bedarf in den Familien aussieht. Dadurch könnten Probleme in den Familien frühzeitig erkannt und entsprechende Maßnahmen in die Wege geleitet werden. Die Art der Unterstützung hängt vom Bedarf der Familien ab. Eltern könnten durch Einbindung bspw. der Großeltern, durch Paarberatung oder durch Unterstützung des Jugendamts Hilfe erhalten. Falls Behandlungsbedarf bei Geschwistern besteht, sollte dies mit in die Behandlungsplanung einbezogen werden. Um übermäßig belastendes Konfliktpotential im sozialen Nahfeld der Kinder und Jugendlichen frühzeitig erkennen zu können, sind diese Aspekte wissenschaftlich zu untersuchen. Dies stellt ein Desiderat für weitere, zukünftige Forschungsarbeiten dar.

Mit Blick auf die Anzahl der Krisenaufnahmen konnte auch diese Arbeit zeigen, dass Krisenaufnahmen im Erhebungszeitraum gestiegen sind, was die Ergebnisse der vorangegangenen Studien (Diebenbusch 2015; Burchard und Diebenbusch 2017) bestätigte. Angesichts der steigenden Zahlen kann angenommen werden, dass die Herausforderungen, die an die Behandlung von Krisenpatienten gestellt werden, groß sind. Es ergibt sich dadurch der Bedarf struktureller Veränderungen in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen, ebenso werden dadurch hohe Anforderungen an das Behandlungsteam gestellt. Eine konsequente Einbeziehung von Diensten des Jugendamts kann für die anfallende hohe Fallzahl sehr effektiv sein.

Zudem konnte festgestellt werden, dass es im Verlauf des Erhebungszeitraums zu einer Verkürzung der Verweildauer der Patienten kam. Damit bestätigen die vorliegenden Ergebnisse vorangegangene Studien, die ebenfalls den Trend einer verkürzten Verweildauer feststellen konnten (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg 2013; Kölch et al. 2015; Burchard und Diebenbusch 2017). Da es unter Umständen die Folge einer verkürzten Verweildauer sein könnte, dass unzureichend stabilisierte Patienten mit dem Risiko wiederholter Aufnahmen (Mehrfachaufnahmen) entlassen werden (Laux und Berzewski 2011), beobachtete die vorliegende Studie zudem die Mehrfachaufnahmen, um zu prüfen, ob sich Veränderungen ergeben haben. Es konnte gezeigt werden, dass es insbesondere in den Jahren 2008 und 2014 zu einem Anstieg von Mehrfachaufnahmen von KI-Patienten kam. Aufgrund dieser Beobachtung wären Folgeuntersuchungen und konkrete Forschungsarbeiten hinsichtlich eines möglichen Zusammenhangs zwischen hoher Fallzahl, der verkürzten Verweildauer und einer zunehmenden Mehrfachaufnahme von KI-Patienten wünschenswert. Allerdings sei an dieser Stelle anzumerken, dass es sich per Definition bei einer KI um einen zeitlich begrenzten Klinikaufenthalt handelt (Riecher-Rössler et al. 2004). Eine verlängerte Liegezeit ist nicht mit einer qualitativ höheren Behandlung gleichzusetzen, dieser Aspekt muss berücksichtigt werden. In Fällen von Patienten, bei denen eine rasche Entlassung im Sinne einer klassischen KI gelingt, sollten förderliche Faktoren einhergehend analysiert werden. Untersucht werden könnte, inwieweit Ressourcen im sozialen Umfeld oder aber auch eine gute Kooperation mit Eltern, Jugendamt oder nachfolgend ambulanten Behandlern eine Rolle spielen.

Um besonders diese Schnittstellen zu verbessern, bietet die KJP Tübingen einen neuen Versorgungsansatz an. Im Rahmen des Programms TIBAS (Therapeutische Intensivbehandlung im ambulanten Setting) bietet die KJP eine möglichst kurze vollstationäre Behandlung mit anschließender ambulanter, aber dennoch intensiver Betreuung für AOK-Versicherte an. Ziel ist es, eine umfassende therapeutische Versorgung mit rascher Rückkehr in das gewohnte soziale Nahfeld mit Familie, Freunden und Schule zu ermöglichen (AOK 2017).

Die vorliegende Arbeit konnte außerdem zeigen, dass einzelne Diagnosen (zunehmend) stark mit KI zusammenhängen. Ein enger Zusammenhang zwischen Diagnose und KI konnte für die F90–F99- (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) und F30–F39-Diagnosen (Affektive Störungen) gefunden werden. Die Störungsbilder dieser Diagnosegruppen treten häufig als Eigen- oder Fremdgefährdung sowie als eskalatives oder dissoziales Verhalten auf (Warnke und Lehmkuhl 2011) und sind folglich mit der Manifestation einer psychischen Krise verbunden. Beide Diagnosegruppen sind ausgeprägt im hier untersuchten Kollektiv der KI-Patienten vertreten und zeigten im Verlauf der vier ausgewerteten Jahre eine stetige Zunahme. Aus vorangegangenen Studien ist hervorgegangen, dass Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Depressionen und ADHS eine übergeordnete Rolle bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen spielen (Ravens-Sieberer et al. 2007, Costello et al. 2005, Ihle und Esser 2002). Auch im Kollektiv der Krisenaufnahmen der KJP Tübingen konnten die genannten Diagnosen bis auf eine Ausnahme (Angststörungen) besonders häufig festgestellt werden.

Da sich Krankheitsbilder in Schweregrad, Dauer und Prognose unterscheiden (Warnke und Lehmkuhl 2011), ist fortlaufende diagnostische Forschung (das Erarbeiten und Erforschen von Diagnosen) erforderlich, damit eine möglichst sichere Diagnosestellung gewährleistet wird. Dabei ist es notwendig, z.B. mittels standardisierter Diagnostik sicherzustellen, dass weitere Diagnosen im Sinne von Komorbidität neben der als erste hervorstechenden Diagnose nicht übersehen werden. Wie die vorliegende Arbeit zeigen konnte, haben sich Unterschiede in den Diagnosespektren ergeben. Bei KI-Patienten und deren häufig kurzer Verweildauer ist die Diagnosestellung für die weitere Therapiegestaltung bedeutsam. Davon ausgehend, dass diagnostische und therapeutische Ansätze auf dem Verständnis einer multifaktoriellen Entstehung

psychischer Störungen beruhen, leitet sich dementsprechend aus den vorliegenden Befunden die Gebotenheit einer multifaktoriellen Behandlung ab (Warnke und Lehmkuhl 2011). Dies kommt bei der Behandlung von KI-Patienten besonders zum Tragen, da hierfür das Zusammenwirken des Betroffenen, seiner Familie und seines Umfelds erforderlich ist (Warnke und Lehmkuhl 2011).

#### **4.4 Ausblick**

Die dargestellten und diskutierten Ergebnissen der Studie, die Implikationen für Praxis und Forschung sowie die aufgezeigten Stärken und Limitationen der Studie erlauben einen Ausblick auf zukünftig zu leistende Forschung. Um weitere Einflussfaktoren und Ursachen von Krisenaufnahmen ätiologisch bzw. anamnestisch bestimmen zu können, ist die Untersuchung weiterer potenzieller inhaltlicher Prädiktoren als ein wesentliches Anliegen zukünftiger Forschungsarbeiten zu betrachten. Öffentlichkeitsarbeit in diesem Bereich leistet zudem einen wichtigen Beitrag, um auf die prekäre Situation der KJPs und den hohen Bedarf an krisenintervenierender Behandlung aufmerksam zu machen. Aufbauend auf die vorliegende Arbeit wurde bereits eine weitere Forschungsarbeit in die Wege geleitet. Diese Folgestudie ist ebenfalls retrospektiv angelegt und beschäftigt sich anhand des Datensatzes, der dieser Arbeit zu Grunde liegt, mit dem sozioökonomischen Umfeld der KI-Patienten. Wie Ravens-Sieberer et al. (2007) bereits festgestellt haben, gehören zu den Risikofaktoren für psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen konflikt-belastete bis deprivierende Sozialisations-erfahrungen (als wichtige Aspekte des sozialen Umfelds, in dem sie leben). Laut Ravens-Sieberer et al. (2007) zählen ein niedriger sozioökonomischer Status, ein ungünstiges Familienklima durch Konfliktbelastung oder eine unglückliche Partnerschaft der Erziehenden selbst zu den Risikofaktoren. Mit der flächendeckenden Einführung des G8 im Jahr 2004/05 (Schwarz-Jung 2008) hat sich überdies auch das deutsche Schulsystem verändert, und diese Erhöhung des Leistungsdrucks durch Lernzeitverkürzung sorgt regelmäßig für Diskussion darüber, inwiefern die Zunahme an Lehrstoff bei gleichzeitig verkürzter Lernzeit sich auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auswirkt (Schulte-Körne 2015).

Wie bereits unter Kapitel 3.3.4 aufgeführt, traten Störungen des sozialen Nahfelds als zweithäufigste Ursache für eine KI auf. Aufgrund dieses Befundes und mit Bezug auf die obig aufgeführten Risikofaktoren ist es folglich erforderlich, das soziale Umfeld der Betroffenen genauer zu untersuchen, insofern stellt dies ein zentrales Thema für zukünftige Studien dar. Merkmale wie die Wohnsituation der Betroffenen, Beziehungsstatuts oder Beruf der Eltern, Vorerkrankungen der Eltern und Geschwister, Anzahl der Geschwister, die schulische Bildung, IQ, Migrationshintergrund und Vorarbeit mit dem Jugendamt stellen somit einige wichtige Untersuchungspunkte dar.

Eine weitere Studie, die an die vorliegende Arbeit anknüpft, wird prospektiv angelegt. In einer prospektiven Studie ergibt sich die Möglichkeit, Vergleichsgruppen zu analysieren (Fallkontrollstudien). Durch ein anderes methodisches Vorgehen ergibt sich die Option, Ideen aus der vorliegenden Studie aufzugreifen und entstandene Nachteile auszugleichen. Es soll ein Vergleich mit ambulanten Kriseninterventionen in Erweiterung der Studie aus Tübingen von Deutschmann-Barth (2002) erfolgen, die diese beiden Gruppen ebenfalls prospektiv untersuchte. Des Weiteren ist ein Vergleich des Patientenkollektivs mit einer Kontrollgruppe angedacht, um Ergebnisse der stationären Krisenaufnahmen mit Ergebnissen von psychisch gesunden Kindern und Jugendlichen zu vergleichen.

Im Rahmen dieser prospektiven Studie könnte die forschungsrelevante Frage nach der Resilienz von Kindern und Jugendlichen miteinbezogen werden. Es kann dabei untersucht werden, welche Faktoren vor psychischen Krisen oder einer erneuten Krise schützen. Inwiefern sind Ressourcen vorhanden, die ausgebaut werden können, um Kinder und Jugendliche zu unterstützen? Das Stärken vorhandener Ressourcen gilt als eine der wichtigsten therapeutischen Techniken von Prävention und Intervention (Ravens-Sieberer et al. 2007). Außerdem könnte untersucht werden, als wie hilfreich die KI und das damit verbundene therapeutische Konzept empfunden wurde.

Da die Gründe für eine Zunahme der Krisenaufnahmen potentiell sehr vielfältig sind, ist es wichtig, ein möglichst breites Spektrum an Ursachen zu erforschen. In diesem Zusammenhang sollte überprüft werden, ob die ambulante Versorgungssituation und die Verfügbarkeit von Haus- und Fachärzten im Umfeld der Betroffenen ausreicht, da die Versorgung in manchen Regionen unzureichend ist (Laux und Berzewski 2011).

Die zunehmende Inanspruchnahme von krisenintervenierender Behandlung lässt darauf schließen, dass sich unsere Gesellschaft diesbezüglich in einem Wandel befindet. Studien von Angermeyer et al. (2010) und Pescosolido et al. (2010) unterstreichen diese Annahme, da sie aufzeigen, dass Wahrnehmung und Kompetenz im Umgang mit psychiatrischen Erkrankungen in der Gesellschaft gestiegen sind. Im Einklang mit Richter und Berger (2013) lässt dies annehmen, dass eine Entstigmatisierung in Bezug auf psychische Störungen stattgefunden hat. Auch dieser Aspekt kann im Rahmen einer prospektiven Studie abgefragt werden. Dabei könnte untersucht werden, wie leicht/schwer Betroffenen oder Angehörigen der Weg in die KJP fiel.

Unter Berücksichtigung der vorliegenden Ergebnisse und anhand neu gewonnener Daten der aufbauenden Studien wäre im Hinblick auf das Krisengeschehen sowie die Therapigestaltung einer KI die Erstellung einer Leitlinie speziell für Kinder und Jugendliche in psychischen Krisen wichtig. Damit kann ein Beitrag zu standardisiertem Vorgehen bei KI und damit zur Bewältigung der hohen Anforderungen an die Kliniken geleistet werden. Eine bereits vorhandene S3-Leitlinie für Erwachsene in Krisensituationen (Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen) könnte v.a. durch den diagnoseübergreifenden Ansatz auch für Kriseninterventionen im Bereich der KJP hilfreich sein (DGPPN 2012).

## 5 Zusammenfassung

Einer fächerübergreifenden Definition entsprechend ist eine psychische Krise ein menschlicher Zustand, der dann eintritt, wenn die persönlichen Bewältigungsmechanismen im Zusammenhang mit emotional bedeutsamen bzw. belastenden Ereignissen überfordert sind. Da die Bewältigungsstrategien von Kindern und Jugendlichen noch nicht ausgereift sind, sind diese für Belastungen anfälliger. Geraten Kinder und Jugendliche in eine psychische Krise, kann das weitreichende Folgen für ihre Entwicklung haben. Um betroffene Kinder und Jugendliche dann vor ungünstigen Entwicklungsverläufen zu schützen, ist eine rechtzeitige Intervention z.B. in Form einer stationären KI in einer KJP geboten und meist auch unausweichlich.

Eine anhaltend hohe Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sowie die steigende Inanspruchnahme insbesondere der notfallmäßigen Krisenaufnahmen in den KJPs deutschlandweit haben den Anlass zu dieser Studie gegeben. Ziel dieser Arbeit war es, ein umfangreiches Bild von KI-Patienten zu gewinnen. Neben der Entwicklung der Fallzahlen von KI in der KJP Tübingen sollten soziodemographische Daten, die Psychopathologie der KI-Patienten und verschiedene relevante Merkmale der Krisenaufnahmen und -entlassungen untersucht werden. Die retrospektiv angelegte Studie analysierte die Kohorten der Jahre 1996, 2002, 2008 und 2014. Die vier Kohorten wurden bezüglich der genannten Merkmale miteinander verglichen, um mögliche Veränderungen zu identifizieren. Insgesamt wurden  $N = 403$  KI erhoben und daraus resultierend  $N = 352$  Patientenakten in entsprechender Verteilung auf die Kohorten untersucht.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit konnten einen deutlichen Anstieg der KI im genannten Erhebungszeitraum belegen. Ferner konnte eine Verkürzung der Verweildauer der KI-Patienten über den Erhebungszeitraum festgestellt werden. Die auffälligsten Veränderungen im Diagnosespektrum haben sich bei den Diagnosegruppen F90–F99 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) und F30–F39 (Affektive Störungen) gezeigt. Bei den spezifischen Diagnosen der KI-Patienten überwogen die Diagnosen Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen sowie Depressive Störungen. Interessanterweise konnte eine Zunahme

der Anzahl von Diagnosen festgestellt werden. Die Zahl der Patienten, die zum Zeitpunkt der Aufnahme als akut suizidal galten, sich regelmäßig selbst verletzten oder deren Medienkonsum stark erhöht war, stieg deutlich an. Bezogen auf die Vorbehandlungen zeigte sich ein Anstieg bei den ambulanten Vortherapien, wohingegen stationäre Vortherapien rückgängig waren. Als häufigste Aufnahmegründe für eine KI kamen Suizidalität und Störungen des sozialen Nahfelds vor, was sich auch auf das Diagnosespektrum auswirkte. Da F90–F99- und F30–F39-Diagnosen häufig mit Eigen-/Fremdgefährdung sowie eskalativem oder dissozialem Verhalten einhergehen, scheint dieser Zusammenhang nachvollziehbar. Die gestiegene Anzahl von Diagnosen zeigt, dass Patienten zunehmend mehr Komorbiditäten aufzuweisen scheinen. Dies wurde aber vermehrt als methodisches Problem angesehen, da sich die Qualität des Datenmaterials im Verlauf des Erhebungszeitraums verbesserte.

Eine mögliche Ursache für die Fallzahlsteigerung der KI könnte in der verkürzten Verweildauer der Patienten liegen. Diese Studie macht deutlich, dass hohe Anforderungen an klinikinterne Strukturen gestellt werden, um eine angemessene Behandlung zu gewährleisten. Allerdings kann die festgestellte Steigerungsrate nicht allein auf eine verkürzte Verweildauer zurückgeführt werden. Gründe für eine Zunahme der Krisenaufnahmen sind sehr vielfältig und es besteht weiterhin Forschungsbedarf.

Die vorliegenden Ergebnisse besitzen Relevanz für eine konzeptionelle Weiterentwicklung der Forschungsarbeit. Aufbauend auf diese Arbeit wurden zwei weitere Studien in die Wege geleitet. Zum einen werden die sozialen Hintergründe der KI-Patienten untersucht und zum anderen soll eine prospektive Studie die Gruppen des Krisenkollektivs mit Kontrollgruppen vergleichen und vermehrt auf die Ressourcen der Patienten eingehen. Dadurch können weitere Grundsteine für die Erstellung einer Leitlinie für die Behandlung von psychischen Krisen gelegt werden, um rasch Hilfe zu leisten und dem hohen Behandlungsbedarf gerecht zu werden.

## 6 Literaturverzeichnis

- Angermeyer MC et al. (2010) *Emotional reactions to people with mental illness*. *Epidemiol Psychiatr Soc* 19: 26-32.
- AOK Baden-Württemberg (2017) *Neuer Versorgungsansatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. [https://www.medizin.uni-tuebingen.de/Presse\\_Aktuell/Pressemeldungen/Jahr+2017/2017\\_09\\_29-port-10443-p-255640.html](https://www.medizin.uni-tuebingen.de/Presse_Aktuell/Pressemeldungen/Jahr+2017/2017_09_29-port-10443-p-255640.html) [Zugriff 11.09.2018].
- ARD/ZDF-Multimedia (1997-2006) *ARD/ZDF Online-Studien 1997-2006*. <http://www.ard-zdf-onlinestudie.de/archiv-1997-2016/> [Zugriff 25.07.2018].
- Barkmann C & Schulte-Markwort M (2004) *Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - ein systematischer Literaturüberblick*. *Psychiatrische Praxis* 6: 278-287.
- Barkmann C & Schulte-Markwort M (2012) *Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis*. *J Epidemiol Community Health* 66: 194-203.
- Becker K et al. (2017) *Suizidalität und nicht-suizidale selbstverletzende Verhaltensweisen im Kindes- und Jugendalter*. *Zeitschrift für Kinder Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 45: 437-440.
- Berger P & Riecher-Rössler A (2004) *Definitionen der Krise und Krisenassessment*. In: Riecher-Rössler, Anita, Berger Pascal, Yilmaz Ali Tarik & Stieglitz Rolf-Dieter (Hrsg.) *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention*. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag. 19-30.
- Brunner R et al. (2007) *Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents*. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 161: 641-9.
- Brunner R & Resch F (2009) *Borderline-Störungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen. Ätiologie, Diagnostik und Therapie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2007) *Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Herausforderung für Sozial- und Bildungspolitik*. [http://www.bptk.de/fileadmin/user\\_upload/Stellungnahmen/Stellungnahmen\\_nach\\_Thema/W/weitere\\_Themen/Kinder\\_und\\_Jugendliche/20070131\\_stn\\_bptk\\_psychische\\_gesundheit\\_kinder\\_jugendliche.pdf](http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/Stellungnahmen_nach_Thema/W/weitere_Themen/Kinder_und_Jugendliche/20070131_stn_bptk_psychische_gesundheit_kinder_jugendliche.pdf) [Zugriff 26.09. 2017].
- Burchard F & Diebenbusch T (2017) *Krisenintervention in einer Versorgungsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 66: 5-25.

- BZgA (2011) *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Teilband Alkohol.*, BZgA, Köln.
- Caplan G (1964) *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books, New York.
- Costello EJ et al. (2005) *10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: I. Methods and Public Health Burden*. Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry 44: 972-86.
- Cullberg J (1978) *Krisen und Krisentherapie*. Psychiatrische Praxis 5: 25-34.
- D'Amelio R et al. (2006) *Psychologische Konzepte und Möglichkeiten der Krisenintervention in der Notfallmedizin*. Notfall und Rettungsmedizin 9: 194-204.
- D'Amelio R & Pajonk F (2009) *Psychologische Krisenintervention in der Rettungsmedizin*. Prävention 02: 51-56.
- Deutschmann-Barth AK (2002) *Ambulante und stationäre Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen*. Medizinische Dissertationsschrift, Universität Tübingen.
- DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) et al. (2016) *Leitlinie Suizidalität im Kindes- und Jugendalter, 4. überarbeitete Version, 31.05.2016*. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/028-0311\\_S2k\\_Suizidalitaet\\_KiJu\\_2016-07\\_01.pdf#page=12&zoom=90,-149,484](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-0311_S2k_Suizidalitaet_KiJu_2016-07_01.pdf#page=12&zoom=90,-149,484) [Zugriff 29.04. 2018].
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) (2012) *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen*. [Zugriff 10.09.2018].
- Diebenbusch T (2015) *Krisen und Kriseninterventionen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Entwicklungen und Veränderungen der Krisenintervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Marsberg*. Masterthesis, Katholische Hochschule Nordrhein Westfalen.
- Dürrwächter U (2015) *Einmal Kinder- und Jugendpsychiatrie und zurück*. <https://rp.baden-wuerttemberg.de/rpt/Abt7/Foerderung/Documents/Dr.%20Dipl.%20Psych.%20Ute%20D%3%BCrrw%3%A4chter,%20Einmal%20Kinder-%20und%20Jugendpsychiatrie%20und%20zur%3%BCck%21.pdf> [Zugriff 26.09. 2017].
- Eid M et al. (2010) *Statistik und Forschungsmethoden*. 1. Auflage. Beltz Verlag, Weinheim, Basel.

- Englert E & Matkey M (2004) *Der kinder- und jugendpsychiatrische Notfall*. Ärzteblatt Thüringen 6: 288-290.
- Fegert JM (2011) *Die Kinder- und Jugendpsychiatrie als Seismograf für gesellschaftliche Entwicklungen*. In: Aktion Psychisch Kranke. P. Weiß, R. Peukert. (Hrsg.) *Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe!*. Psychiatrie Verlag: Tagungsdokumentation Kassel, 8./9. November 2010., Kassel. 37: 43-61.
- Fegert JM (2015) *Schnittstellen aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. Klinikum Nordschwarzwald, Calw. [https://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/default/Kliniken/Kinder-Jugendpsychiatrie/Praesentationen/FE\\_2015\\_04\\_21\\_Calw\\_Schnittstellen.pdf](https://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/default/Kliniken/Kinder-Jugendpsychiatrie/Praesentationen/FE_2015_04_21_Calw_Schnittstellen.pdf) [Zugriff 29.04.2018].
- Fleischhaker C & Schulz E (2011) *Selbstverletzung und suizidales Verhalten*. In: Remschmidt, Helmut (Hrsg.) *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Thieme Verlagsgruppe, 6. überarbeitete Auflage, Stuttgart, New York, Delhi, Rio.
- Freyberger HJ & Schneider W (2001) *ICD-10-Diagnostik in der Psychotherapie* Psychotherapeut 46: 115-121.
- Grimm-Halkevopoulos B (2014) *Psychiatrische und psychosoziale Versorgungsstrukturen sowie Krisenprävention und Krisenintervention im südlichen Oberallgäu/Bayern und im Bezirk Reutte/Tirol im Vergleich*. Medizinische Dissertationsschrift, Universität Ulm.
- Günter M & Günter W (1991) *Stationäre Krisenintervention bei psychischen Krisen im Jugendalter*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40: 22-27.
- Günter W (1990) *Stationäre Krisenintervention bei Jugendlichen*. Medizinische Dissertationsschrift, Universität Tübingen.
- Herpertz-Dahlmann B (1997) *Depressive Syndrome und Suizidhandlungen*. In: Remschmidt, H (Hrsg.) *Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*. Thieme, Stuttgart, New York. 332-342.
- Herpertz-Dahlmann B & Remschmidt H (2000) *Störungen in der Kind-Umwelt-Interaktion und ihre Auswirkungen auf den Entwicklungsverlauf*. In: Peterman, F, Niebank K & Scheithauer H (Hrsg.) *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspathologie der ersten Lebensjahre*. Hogrefe, Göttingen. 224-238.
- Holtkamp K & Herpertz-Dahlmann B (2001) *Suizide und Suizidversuche im Kindesalter*. Monatsschrift Kinderheilkunde 149: 717-729.
- Ihle W & Esser G (2002) *Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede*. Psychologische Rundschau 53: 159-169.

- James R & Gilliland B (2001) *Crisis intervention strategies*. Brooks/Cole, Pacific Grove, CA.
- Joy CB et al. (2000) *Crisis intervention for people with severe mental illnesses: A Cochrane systematic Review*. Schizophrenia Research 41: 230-231.
- Kaess M et al. (2015) *Das Heidelberger Frühbehandlungszentrum für junge Menschen in Krisen – ein Modell zur kooperativen Versorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 63: 175-180.
- Kaess M et al. (2011) *Childhood Experiences of Care and Abuse (CECA) - Validierung der deutschen Version von Fragebogen und korrespondierendem Interview sowie Ergebnisse einer Untersuchung von Zusammenhängen belastender Kindheitserlebnisse mit suizidalen Verhaltensweisen*. Zeitschrift für Kinder Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 39: 243-52.
- Kalke J et al. (2005) *Seuche Cannabis? Kritische Bemerkungen zu neueren epidemiologischen Studien*. Suchttherapie 6: 108-115.
- Kasper S et al. (2011) *Suizidalität. Konsensus-Statement; State of the Art 2011*. ClinCum Neuropsy Sonderheft April 2011: 1-19.
- Kölch M et al. (2015) *Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie mit der Kinder- und Jugendhilfe*. <http://www.dgkjp.de/aktuelles/316-kooperation-jugendhilfe> [Zugriff 20.05.2018].
- Kummer S Marsberg, LWL Einrichtungen (2014) *Chronik 200 Jahre Psychiatrie Marsberg*. [https://www.lwl.org/psychiatrie-marsberg-download/PDF/Chronik\\_200%20Jahre%20Marsberg.pdf](https://www.lwl.org/psychiatrie-marsberg-download/PDF/Chronik_200%20Jahre%20Marsberg.pdf) [Zugriff 10.10.2018].
- Lampert T & Kuntz B (2014) *Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen* Bundesgesundheitsblatt 57: 830-839.
- Laux G & Berzewski H (2011) *Notfallpsychiatrie*. In: Möller, H J, Laux G & Kapfhammer H P (Hrsg.) *Psychiatrie und Psychotherapie Bd. 2, 4. Auflage*. Springer Verlag, Heidelberg.
- Mauz E & Jacobi F (2008) *Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich*. Psychiatrische Praxis 35: 343-52.
- Medcontroller (2017) *2017-D002f Hauptdiagnose*. <https://www.medcontroller.de/catalogs/dkr-2017/allgemeine-kodierrichtlinien-fur-krankheiten/2017-d002f-hauptdiagnose/> [Zugriff 24.05.2018].
- Mehler-Wex C & Kölch M (2008) *Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Deutsches Ärzteblatt 105: 149-155.

- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren (2013) *Evaluationsbericht zur Krankenhausfachplanung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Baden-Württemberg*. [https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads\\_Krankenh%C3%A4user/Evaluation\\_Kinder-Jugendpsychiatrie\\_KH-Fachplanung\\_Nov\\_2013.pdf](https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Krankenh%C3%A4user/Evaluation_Kinder-Jugendpsychiatrie_KH-Fachplanung_Nov_2013.pdf) [Zugriff 10.09.2018].
- Mokdad AH et al. (2016) *Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*. *Lancet* 387: 2383-401.
- Munz M (2008) *Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzendes Verhalten bei weiblichen Jugendlichen mit Symptomen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung - Eine Pilotstudie zur Wirksamkeit der Dialektisch-behavioralen Therapie für Jugendliche (DBT-A)*. Medizinische Dissertationsschrift, Universität Freiburg im Breisgau.
- Nitkowski D & Peterman F (2011) *Selbstverletzendes Verhalten und komorbide psychische Störungen: ein Überblick*. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie* 79: 9-20.
- Nock MK (2010) *Self-Injury*. *Annual Review of Clinical Psychology* 6, 15: 1-15.25.
- Nock MK et al. (2013) *Prevalence, Correlates and Treatment of Lifetime in Suicidal Behaviour Among Adolescents*. *JAMA-Psychiatry* 70: 300-310.
- Papastefanou C (2013) *Krisen und Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen*. Kohlhammer Verlag.
- Pescosolido BA et al. (2010) *"A disease like any other?" A decade of change in public reaction to schizophrenia, depression and alcohol dependence*. *American Journal of Psychiatry* 167: 1321-1330.
- Plener PL et al. (2012) *Nicht-suizidale Selbstverletzung als eigenständige Diagnose Implikationen des DSM-5 Vorschlages für Forschung und Klinik selbstverletzenden Verhaltens bei Jugendlichen*. *Zeitschrift für Kinder Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 40: 113-120.
- Ravens-Sieberer U et al. (2007) *Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der Bella-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGs)*. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50: 871-878.
- Remschmidt H (1992) *Adoleszenz*. Thieme, Stuttgart [u.a.].
- Remschmidt H et al. (2012) *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 WHO*. Hans-Huber-Verlag, Bern.

- Resch F et al. (2008) *Self-mutilation and suicidal behaviour in children and adolescents: prevalence and psychological correlates: results of the BELLA study*. European Child and Adolescent Psychiatry 17 Suppl 1: 92-8.
- Richter D & Berger K (2013) *Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien*. Psychiatrische Praxis 40: 176-82.
- Richter D et al. (2008) *Nehmen psychische Störungen zu? Ein systematische Literaturübersicht*. Psychiatrische Praxis 35.
- Riecher-Rössler A et al. (2004) *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention*. Hogrefe, Göttingen.
- Roberts RE et al. (1998) *Prevalence of psychopathology among children and adolescents*. American Journal of Psychiatry. 155: 715-725.
- Schepker R (2014) *Individuelle Krisenvereinbarungen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung*. In: Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiß & Andreas Heinz. (Hrsg.) *Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen*. Psychiatrie Verlag, Bonn. Band 040: 180-186.
- Schulte-Körne G (2015) *Grusswort des Kongresspräsidenten. Veränderte Gesellschaft – Veränderte Familien: Herausforderungen für die Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen (2015, S. 6)*. XXXIV. DGKJP Kongress.
- Schwarz-Jung S (2008) *Allgemeinbildende Gymnasien in Baden-Württemberg – flächendeckend fünf Jahrgänge im „G8“*. Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 10: 3-10.
- Skala K et al. (2012) *Suicidal ideation and temperament: an investigation among college students*. Journal of Affective Disorders 141: 399-405.
- Sonneck G (2000) *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Facultas-Univ.-Verl., Wien.
- Sonneck G et al. (2012) *Krisenintervention und Suizidverhütung* UTB: facultas.wuv, Wien.
- Statistisches Bundesamt (2012) *20 Jahre Krankenhausstatistik*.  
[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/20JahreKrankenhausstatistik.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/20JahreKrankenhausstatistik.pdf?__blob=publicationFile) [Zugriff 23.05.2018].
- Statistisches Bundesamt (2015) *Suizide nach Altersgruppen*.  
[https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/Sterbefaelle\\_Suizid\\_ErwachseneKinder.html](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/Sterbefaelle_Suizid_ErwachseneKinder.html) [Zugriff 29.04.2018].

- Statistisches Landesamt, BW (2018) *Bevölkerung, Gebiet und Bevölkerungsdichte*.  
<https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/GebietFlaeche/01515020.tab?R=KR416> [Zugriff 09.10.2018].
- Suk E et al. (2009) *Adolescent suicidal ideation: a comparison of incarcerated and school-based samples*. *European Child and Adolescent Psychiatry* 18: 377-383.
- Universitätsklinikum Tübingen (2018) *Hochschulambulanz / Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)*. [https://www.medizin.uni-tuebingen.de/Patienten/Kliniken/Psychiatrie+und+Psychotherapie/Kinder\\_+und+Jugendpsychiatrie-p-2463/Ambulanz.html](https://www.medizin.uni-tuebingen.de/Patienten/Kliniken/Psychiatrie+und+Psychotherapie/Kinder_+und+Jugendpsychiatrie-p-2463/Ambulanz.html) [Zugriff 12.09.2018].
- Walter J et al. (2005) *Behandlung akuter Krisen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54: 487-504.
- Warnke A & Lehmkuhl G (2011) *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. 4. Auflage. Schattauer, Stuttgart.
- Weisman GK (1989) *Crisis intervention*. In: *A Clinical guide for the treatment of schizophrenia*, Bellack Alan S (Hrsg.). Plenum Press, New York. 101 - 134.
- Wirtz M & Nachtigall C (2012) *Deskriptive Statistik. Statistische Methoden für Psychologen Teil 1*. Beltz Juventa, Weinheim; Basel.

## **7 Erklärung zum Eigenanteil**

Die Arbeit wurde in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen, Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter unter der Betreuung von Herrn Prof. Dr. Tobias Renner durchgeführt.

Die Konzeption der Studie erfolgte in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Tobias Renner (Ärztlicher Direktor), Dr. Annette Conzelmann (Leitende Psychologin Forschung), Dr. Jonathan Wolf (ehemaliger Oberarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen) und Dr. Katharina Allgaier (Diplom-Psychologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin).

Die Arbeitsschritte im Rahmen der Datenerhebung erfolgten in Zusammenarbeit mit Laura Bürkle (Doktorandin an der Kinder- und Jugendpsychiatrie).

Die statistische Auswertung erfolgte durch mich nach Anleitung durch Frau Dr. Katharina Allgaier.

Ich versichere, das Manuskript selbständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Tübingen, den 12.11.2018

Ornella Chiumento

## **8 Danksagung**

Ein sehr herzliches Dankeschön gilt meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Tobias Renner, für sein großes Interesse am Thema, die fachliche Unterstützung und die stets freundliche Betreuung.

Besonders dankbar bin ich Frau Dr. Annette Conzelmann – sie hat mich zu dieser Arbeit ermutigt, entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen und stets motivierende Unterstützung geleistet.

Von ganzem Herzen danke ich Frau Dr. Katharina Allgaier für die großartige Unterstützung. Danke für die ständige Ansprechbarkeit, die intensive Betreuung und die vielen konstruktiven und fachlichen Ratschläge.

Mein Dank geht auch an das Kollegium der KJP und insbesondere an Herrn Gomeringer, Herrn Dr. Karle und Herrn Dr. Wolf, die mir in vielen Fragen stets freundlich weitergeholfen haben.

Meiner Familie möchte ich für die stetige Motivation und ihre Verbundenheit danken. Zuletzt danke ich meinem Lebensgefährten Sven für inspirierende Diskussionen, eine ausdauernde fachliche und emotionale Unterstützung und die liebevolle Hilfsbereitschaft in praktischen Dingen.

## 9 Anhang

### Anhang A: Erhebungsbogen

\* 0  $\triangleq$  Nein; 1  $\triangleq$  Ja; 99  $\triangleq$  Unbekannt

| Frage                                   | Antwortkodierung |
|---|------------------|
| <b>Soziodemographische Daten:</b>       |                  |
| Geburtsdatum                            | Datum            |
| Alter zum Zeitpunkt der Aufnahme        | Absolute Zahl    |
| Wohnort                                 | Text             |
| Geschlecht                              | 0 = w / 1 = m    |
| <b>Psychopathologie:</b>                |                  |
| Hauptdiagnose                           | Text             |
| Nebendiagnosen                          | Text             |
| Anzahl Diagnosen                        | Absolute Zahl    |
| <b>Suizidalität:</b>                    |                  |
| Suizidalität akut                       | 0 / 1 / 99 *     |
| Suizidgedanken                          | 0 / 1 / 99 *     |
| Suizidale Äußerung/Drohung              | 0 / 1 / 99 *     |
| Suizidpläne                             | 0 / 1 / 99 *     |
| Parasuizidale Handlung                  | 0 / 1 / 99 *     |
| Suizidversuch (akut)                    | 0 / 1 / 99 *     |
| Suizidalität schwer einschätzbar        | 0 / 1 / 99 *     |
| Selbstverletzendes Verhalten            | 0 / 1 / 99 *     |
| <b>Suchtmittelkonsum:</b>               |                  |
| Alkohol                                 | 0 / 1 / 99 *     |
| Cannabis                                | 0 / 1 / 99 *     |
| Stimulanzien                            | 0 / 1 / 99 *     |
| Halluzinogene                           | 0 / 1 / 99 *     |
| Medienkonsum (PC-Spiele/Internet/Handy) | 0 / 1 / 99 *     |

| <b>Merkmale der Krisenaufnahmen und -entlassungen</b> |               |
|---|---------------|
| Aufnahmegrund   | Text          |
| Aufnahmedatum   | Datum         |
| Entlassungsdatum                                      | Datum         |
| Aufnahmezeit  | Uhrzeit       |
| Verweildauer  | Absolute Zahl |
| <b>Einweiser:</b>                                     |               |
| Niedergelassene Psychotherapeuten/Psychologen         | 0 / 1 / 99 *  |
| Haus-/Kinderärzte/andere Ärzte                        | 0 / 1 / 99 *  |
| Intern aus dem UKT                                    | 0 / 1 / 99 *  |
| Externe Klinik (außerhalb UKT)                        | 0 / 1 / 99 *  |
| Eltern/Pflegeeltern/Familienangehörige                | 0 / 1 / 99 *  |
| Wohngruppe  | 0 / 1 / 99 *  |
| Eigenständige Vorstellung                             | 0 / 1 / 99 *  |
| Polizei   | 0 / 1 / 99 *  |
| Sonstige  | 0 / 1 / 99 *  |
| <b>Vorbehandlung:</b>                                 |               |
| Ambulante Therapie                                    | 0 / 1 / 99 *  |
| Stationäre Therapie gesamt                            | 0 / 1 / 99 *  |
| Stationäre Therapie KJP Tübingen                      | 0 / 1 / 99 *  |
| Stationäre Therapie: externe KJP/andere psych. Klinik | 0 / 1 / 99 *  |
| Drogenzugsklinik                                      | 0 / 1 / 99 *  |
| Besuch einer sozialen Gruppe durch das Jugendamt      | 0 / 1 / 99 *  |
| Aufnahmegrund   | Text          |
| <b>Ärztliche Empfehlung bei Entlassung:</b>           |               |
| Ambulante Therapie                                    | 0 / 1 / 99 *  |
| Stationäre Therapie                                   | 0 / 1 / 99 *  |
| Suchtberatung/Drogenentzug                            | 0 / 1 / 99 *  |
| Externe Unterbringung                                 | 0 / 1 / 99 *  |
| Unterstützung durch das Jugendamt                     | 0 / 1 / 99 *  |

## Anhang B: Tabellen

Tabelle B1

*Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend im Vergleich der vier Kohorten*

| F90–F99: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend |        | Jahr      |           |           |             |            | Chi <sup>2</sup>               |
|---|--------|-----------|-----------|-----------|-------------|------------|--------------------------------|
|   |        | 1996      | 2002      | 2008      | 2014        | Gesamt     |                                |
| F90.0: Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung                              | N<br>% | 0<br>0,0% | 1<br>2,2% | 1<br>1,0% | 9<br>5,4%   | 11<br>3,2% | $X^2(3) = 5.347$<br>$p = .148$ |
| F90.1: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens                                 | N<br>% | 0<br>0,0% | 1<br>2,2% | 5<br>5,2% | 2<br>1,2%   | 8<br>2,3%  | $X^2(3) = 5.357$<br>$p = .147$ |
| F91.0: Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens           | N<br>% | 1<br>2,8% | 2<br>4,3% | 4<br>4,2% | 4<br>2,4%   | 11<br>3,2% | $X^2(3) = .875$<br>$p = .831$  |
| F91.1: Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen                | N<br>% | 1<br>2,8% | 2<br>4,3% | 3<br>3,1% | 0<br>0,0%   | 6<br>1,7%  | $X^2(3) = 6.129$<br>$p = .106$ |
| F91.2: Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen              | N<br>% | 0<br>0,0% | 2<br>4,3% | 4<br>4,2% | 8<br>4,8%   | 14<br>4,0% | $X^2(3) = 1.754$<br>$p = .625$ |
| F91.3: Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten      | N<br>% | 1<br>2,8% | 1<br>2,2% | 3<br>3,1% | 11<br>6,5%  | 16<br>4,6% | $X^2(3) = 2.803$<br>$p = .423$ |
| F91.8: Sonstige Störungen des Sozialverhaltens                                      | N<br>% | 0<br>0,0% | 0<br>0,0% | 1<br>1,0% | 1<br>0,6%   | 2<br>0,6%  | $X^2(3) = .837$<br>$p = .841$  |
| F92.0: Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung                         | N<br>% | 1<br>2,8% | 4<br>8,7% | 9<br>9,4% | 20<br>11,9% | 34<br>9,8% | $X^2(3) = 2.926$<br>$p = .403$ |

|   |   |      |      |       |      |      |                                 |
|---|---|------|------|-------|------|------|---------------------------------|
| F92.8: Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen                          | N | 2    | 4    | 17    | 6    | 29   | $X^2(3) = 16.317$<br>$p = .001$ |
|   | % | 5,6% | 8,7% | 17,7% | 3,6% | 8,4% |                                 |
| F92.9: Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, nicht näher bezeichnet           | N | 0    | 3    | 2     | 0    | 5    | $X^2(3) = 11.590$<br>$p = .009$ |
|   | % | 0,0% | 6,5% | 2,1%  | 0,0% | 1,4% |                                 |
| F93.-: Emotionale Störungen des Kindesalters <sup>1</sup>   | N | 1    | 2    | 4     | 3    | 10   | $X^2(3) = 1.500$<br>$p = .682$  |
|   | % | 2,7% | 4,1% | 4,1%  | 1,8% | 2,8% |                                 |
| F94.0: Elektiver Mutismus   | N | 0    | 1    | 0     | 1    | 2    | $X^2(3) = 2.807$<br>$p = .422$  |
|   | % | 0,0% | 2,2% | 0,0%  | 0,6% | 0,6% |                                 |
| F94.1: Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters  | N | 0    | 0    | 1     | 3    | 4    | $X^2(3) = 1.553$<br>$p = .670$  |
|   | % | 0,0% | 0,0% | 1,0%  | 1,8% | 1,2% |                                 |
| F94.2: Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung  | N | 0    | 0    | 0     | 3    | 3    | $X^2(3) = 3.206$<br>$p = .361$  |
|   | % | 0,0% | 0,0% | 0,0%  | 1,8% | 0,9% |                                 |
| F95.-: Ticstörungen <sup>2</sup>  | N | 0    | 0    | 2     | 0    | 2    | $X^2(3) = 5.239$<br>$p = .155$  |
|   | % | 0,0% | 0,0% | 2,1%  | 0,0% | 0,6% |                                 |
| F98.-Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend <sup>3</sup> | N | 0    | 1    | 2     | 9    | 12   | $X^2(3) = 3.897$<br>$p = .273$  |
|   | % | 0,0% | 2,1% | 2,1%  | 5,4% | 3,5% |                                 |

Anmerkung.  $X^2(df) = \text{Chi}^2\text{-Wert (Freiheitsgrade)}$ . <sup>1</sup> = beinhaltet folgende Diagnosen: F93.0: Emotionale Störungen mit Trennungsangst des Kindesalters; F93.2: Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters; F93.3: Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität; F93.8: Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters; F93.9: Emotionale Störung des Kindesalters, nicht näher bezeichnet. <sup>2</sup> = beinhaltet folgende Diagnosen: F95.0: Vorübergehende Ticstörung; F95.2: Kombinierte vokale und multiple motorische Tics [Tourette-Syndrom]. <sup>3</sup> = beinhaltet folgende Diagnosen: F98.0: Nichtorganische Enuresis; F98.1: Nichtorganische Enkopresis; F98.5: Stottern; F98.6: Poltern. Fehlende Werte  $n = 6$ , da keine Angabe einer Diagnose

Tabelle B2

*Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen im Vergleich der vier Kohorten*

| F40-F49: Neurotische,<br>Belastungs- und<br>somatoforme Störungen |               | Jahr      |           |           |           | Gesamt     | Chi <sup>2</sup>                       |
|---|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|--|
|   |               | 1996      | 2002      | 2008      | 2014      |            |  |
| F40.01: Agoraphobie<br>mit Panikstörung                           | <i>N</i><br>% | 0<br>0,0% | 0<br>0,0% | 1<br>1,0% | 0<br>0,0% | 1<br>0,3%  | $X^2(3, N = 346) = 2.61$<br>$p = .455$ |
| F40.1: Soziale Phobien  | <i>N</i><br>% | 0<br>0,0% | 0<br>0,0% | 2<br>2,1% | 2<br>1,2% | 4<br>1,2%  | $X^2(3, N = 346) = 1.68$<br>$p = .641$ |
| F40.2: Spezifische<br>(isolierte) Phobien                         | <i>N</i><br>% | 0<br>0,0% | 0<br>0,0% | 1<br>1,0% | 0<br>0,0% | 1<br>0,3%  | $X^2(3, N = 346) = 2.61$<br>$p = .455$ |
| F41.0: Panikstörung   | <i>N</i><br>% | 1<br>2,8% | 0<br>0,0% | 0<br>0,0% | 0<br>0,0% | 1<br>0,3%  | $X^2(3, N = 346) = 8.64$<br>$p = .035$ |
| F41.1: Generalisierte<br>Angststörung                             | <i>N</i><br>% | 0<br>0,0% | 0<br>0,0% | 0<br>0,0% | 1<br>0,6% | 1<br>0,3%  | $X^2(3, N = 346) = 1.06$<br>$p = .786$ |
| F41.2: Angst und<br>depressive Störung,<br>gemischt               | <i>N</i><br>% | 0<br>0,0% | 0<br>0,0% | 2<br>2,1% | 1<br>0,6% | 3<br>0,9%  | $X^2(3, N = 346) = 1.06$<br>$p = .786$ |
| F42.1: Vorwiegend<br>Zwangshandlungen                             | <i>N</i><br>% | 0<br>0,0% | 0<br>0,0% | 2<br>2,1% | 1<br>0,6% | 3<br>0,9%  | $X^2(3, N = 346) = 2.51$<br>$p = .473$ |
| F42.2: Zwangsgedanken<br>und -handlungen,<br>gemischt             | <i>N</i><br>% | 0<br>0,0% | 0<br>0,0% | 2<br>2,1% | 7<br>4,2% | 9<br>2,6%  | $X^2(3, N = 346) = 3.92$<br>$p = .271$ |
| F42.8: Sonstige<br>Zwangsstörungen                                | <i>N</i><br>% | 0<br>0,0% | 0<br>0,0% | 1<br>1,0% | 0<br>0,0% | 1<br>0,3%  | $X^2(3, N = 346) = 2.61$<br>$p = .455$ |
| F43.0: Akute<br>Belastungsreaktion                                | <i>N</i><br>% | 3<br>8,3% | 1<br>2,2% | 5<br>5,2% | 6<br>3,6% | 15<br>4,3% | $X^2(3, N = 346) = 2.32$<br>$p = .509$ |

|  |          |       |       |       |       |       |   |
|--|----------|-------|-------|-------|-------|-------|---|
| F43.1: Posttraumatische Belastungsstörung                                | <i>N</i> | 0     | 1     | 0     | 1     | 2     | $X^2(3, N = 346) = 2.81$<br>$p = .422$  |
|  | %        | 0,0%  | 2,2%  | 0,0%  | 0,6%  | 0,6%  |   |
| F43.2: Anpassungsstörung <sup>1</sup>                                    | <i>N</i> | 6     | 9     | 16    | 34    | 65    | $X^2(3, N = 346) = .639$<br>$p = .887$  |
|  | %        | 16,7% | 19,6% | 16,7% | 20,2% | 18,8% |   |
| F43.9: nicht näher bezeichnete Reaktion auf schwere Belastung            | <i>N</i> | 0     | 0     | 0     | 1     | 1     | $X^2(3, N = 346) = 1.06$<br>$p = .786$  |
|  | %        | 0,0%  | 0,0%  | 0,0%  | 0,6%  | 0,3%  |   |
| F44.0: Dissoziative Amnesie  | <i>N</i> | 1     | 1     | 0     | 1     | 3     | $X^2(3, N = 346) = 3.43$<br>$p = .330$  |
|  | %        | 2,8%  | 2,2%  | 0,0%  | 0,6%  | 0,9%  |   |
| F44.1: Dissoziative Fugue  | <i>N</i> | 0     | 0     | 0     | 1     | 1     | $X^2(3, N = 346) = 1.06$<br>$p = .786$  |
|  | %        | 0,0%  | 0,0%  | 0,0%  | 0,6%  | 0,3%  |   |
| F44.7: Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen], gemischt           | <i>N</i> | 1     | 0     | 0     | 2     | 3     | $X^2(3, N = 346) = 2.98$<br>$p = .395$  |
|  | %        | 2,8%  | 0,0%  | 0,0%  | 1,2%  | 0,9%  |   |
| F44.8: Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]            | <i>N</i> | 0     | 0     | 1     | 2     | 3     | $X^2(3, N = 346) = .956$<br>$p = .812$  |
|  | %        | 0,0%  | 0,0%  | 1,0%  | 1,2%  | 0,9%  |   |
| F44.9: Dissoziative Störung [Konversionsstörung], nicht näher bezeichnet | <i>N</i> | 0     | 2     | 2     | 0     | 4     | $X^2(3, N = 346) = 7.21$<br>$p = .066$  |
|  | %        | 0,0%  | 4,3%  | 2,1%  | 0,0%  | 1,2%  |   |
| F45.0: Somatisierungsstörung   | <i>N</i> | 2     | 1     | 0     | 1     | 4     | $X^2(3, N = 346) = 8.10$<br>$p = .044$  |
|  | %        | 5,6%  | 2,2%  | 0,0%  | 0,6%  | 1,2%  |   |
| F45.3: Somatoforme autonome Funktionsstörung                             | <i>N</i> | 0     | 1     | 1     | 4     | 6     | $X^2(3, N = 346) = 1.370$<br>$p = .713$ |
|  | %        | 0,0%  | 2,2%  | 1,0%  | 2,4%  | 1,7%  |   |
| F45.4: Anhaltende Schmerzstörung   | <i>N</i> | 0     | 0     | 1     | 0     | 1     | $X^2(3, N = 346) = 2.61$<br>$p = .455$  |
|  | %        | 0,0%  | 0,0%  | 1,0%  | 0,0%  | 0,3%  |   |
| F48.1: Depersonalisations- und   | <i>N</i> | 1     | 0     | 0     | 2     | 3     | $X^2(3, N = 346) = 2.98$                |
|  |          |       |       |       |       |       |   |

|  |   |      |      |      |      |      |                          |
|--|---|------|------|------|------|------|--------------------------|
| Derealisationssyndrom                              | % | 2,8% | 0,0% | 0,0% | 1,2% | 0,9% | $p = .395$               |
| F48.9: Neurotische Störung, nicht näher bezeichnet | N | 1    | 0    | 0    | 0    | 1    | $X^2(3, N = 346) = 8.64$ |
|  | % | 2,8% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,3% | $p = .035$               |

Anmerkung.  $X^2(df) = \text{Chi}^2\text{-Wert (Freiheitsgrade)}$ . <sup>1=</sup> beinhaltet folgende Anpassungsstörungen F43.21: mit länger depressiver Reaktion; F43.22: Angst und depressiver Reaktion gemischt; F43.23: mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle; F43.24: mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens; F43.25: mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten. Aufgrund fehlender Information in einzelnen Fällen  $n = 6$  fehlende Werte.

Tabelle B3

*Affektive Störungen im Vergleich der vier Kohorten*

| F30-F39: Affektive Störungen   |   | Jahr |      |       |       |        | Chi <sup>2</sup>          |
|--|---|------|------|-------|-------|--------|---------------------------|
|  |   | 1996 | 2002 | 2008  | 2014  | Gesamt |                           |
| F30.2: Manie mit psychotischen Symptomen   | N | 0    | 0    | 0     | 1     | 1      | $X^2(3, N = 346) = 1.04$  |
|  | % | 0,0% | 0,0% | 0,0%  | 0,6%  | 0,3%   | $p = .786$                |
| F32.0: Leichte depressive Episode  | N | 1    | 2    | 1     | 2     | 6      | $X^2(3, N = 346) = 2.64$  |
|  | % | 2,8% | 4,3% | 1,0%  | 1,2%  | 1,7%   | $p = .451$                |
| F32.1: Mittelgradige depressive Episode  | N | 0    | 3    | 11    | 41    | 55     | $X^2(3, N = 346) = 20.34$ |
|  | % | 0,0% | 6,5% | 11,5% | 24,4% | 15,9%  | $p = .000$                |
| F32.2: Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome                                     | N | 2    | 2    | 1     | 13    | 18     | $X^2(3, N = 346) = 5.64$  |
|  | % | 5,6% | 4,3% | 1,0%  | 7,7%  | 5,2%   | $p = .131$                |
| F32.3: Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen                                    | N | 0    | 0    | 1     | 1     | 2      | $X^2(3, N = 346) = 8.34$  |
|  | % | 0,0% | 0,0% | 1,0%  | 0,6%  | 0,6%   | $p = .841$                |
| F33.2: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome | N | 0    | 0    | 1     | 0     | 1      | $X^2(3, N = 346) = 2.61$  |
|  | % | 0,0% | 0,0% | 1,0%  | 0,0%  | 0,3%   | $p = .455$                |
| F33.4: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert                                 | N | 0    | 0    | 1     | 0     | 1      | $X^2(3, N = 346) = 2.61$  |
|  | % | 0,0% | 0,0% | 1,0%  | 0,0%  | 0,3%   | $p = .455$                |

|                  |   |      |      |      |      |      |  |
|------------------|---|------|------|------|------|------|--|
| F34.1: Dysthymia | N | 0    | 0    | 0    | 1    | 1    | $X^2(3, N = 346) = 1.04$<br>$p = .786$ |
|                  | % | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,6% | 0,3% |  |

---

*Anmerkung.*  $X^2(df)$ = Chi<sup>2</sup>-Wert (Freiheitsgrade). Aufgrund fehlender Information in einzelnen Fällen n = 6 fehlende Werte.