

**Analyse von Geschlechts- und Alterseffekten bezüglich
psychischer Auffälligkeiten im multiperspektivischen Urteil sowie
relevanter Determinanten der Behandlung in einer kinder- und
jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation**

Dissertation

zur Erlangung der Würde des Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik
der Universität Hamburg.

vorgelegt von

Matthias Bögelein
aus Ansbach

Hamburg 2018

Angenommen von der Medizinischen Fakultät am: 25.06.2018

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende: Prof. Dr. Georg Romer

Prüfungsausschuss, 2. Gutachterin: Prof. Dr. Anne Karow

meinen Eltern

"Tatsächlich zielt eine *Enzyklopädie* darauf ab, die auf der Erdoberfläche verstreuten Kenntnisse zu sammeln, das allgemeine System dieser Kenntnisse *den* Menschen darzulegen, mit denen wir zusammenleben, und es den nach uns kommenden Menschen zu überliefern, damit die Arbeit der vergangenen Jahrhunderte nicht nutzlos für die kommenden Jahrhunderte gewesen ist; damit unsere Enkel nicht nur gebildeter, sondern gleichzeitig auch tugendhafter und glücklicher werden, und damit wir nicht sterben, ohne uns um die Menschheit verdient gemacht zu haben. Man hätte sich schwerlich etwas umfassenderes vornehmen können, als alles das abzuhandeln, was mit der Wissbegier des Menschen, mit seinen Pflichten, mit seinen Bedürfnissen und mit seinen Vergnügungen zu tun hat. (...)

Ein einziger Mensch, wird man sagen, ist doch Herr über alles, was vorhanden ist; er kann nach Belieben über alle Schätze verfügen, die andere Menschen angehäuft haben. Dieses Prinzip kann ich nicht anerkennen. Ich glaube nicht, dass es einem einzelnen vergönnt ist, alles zu wissen, was man wissen kann, alles zu verwenden was es gibt, alles zu sehen, was man sehen kann, und alles zu verstehen, was man verstehen kann."

Denis Diderot

Denis Diderot & Jean-Baptiste le Rond d'Alembert (1762)

Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des Sciences, des Arts et des Métiers

Cramer, Genf

INHALTSVERZEICHNIS

1. Theoretischer Teil	1
1.1 Problemstellung.....	1
1.2 Literaturrecherche	3
1.3 Theoretische Annäherung	4
1.3.1 Psychische Auffälligkeiten und Störungen im Kindes- und Jugendalter.....	4
1.3.2 Entwicklungspsychologie	7
1.3.3 Das Geschlecht als psychosoziale Determinante	9
1.4 Stand der empirischen Forschung	13
1.4.1 Studien zur Feldforschung	14
1.4.2 Studien zur Inanspruchnahme	24
1.5 Zusammenfassung des Forschungsstands	32
1.6 Fragestellung und Hypothesen	33
1.7 Ziele der Arbeit	34
2. Methodik	36
2.1 Forschungsdesign und Datenerhebungsverfahren.....	36
2.2 Variablenauswahl und -definition	37
2.3 Operationalisierung	38
2.3.1 Allgemeines	38
2.3.2 Basisdokumentation.....	39
2.3.3 Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D).....	39
2.3.4 Child Behavior Checklist (CBCL)	41
2.3.5 Youth Self-Report (YSR).....	42
2.4 Stichprobe	43
2.5 Auswertungsverfahren	44
3. Ergebnisse	45
3.1 Art der Ergebnisdarstellung.....	45
3.2 Darstellung der Stichprobe.....	46
3.2.1 Soziodemographische Merkmale.....	46
3.2.1.1 Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund	46
3.2.1.2 Familie und Lebenssituation	47
3.2.1.3 Determinanten der Entwicklung	48
3.2.1.4 Situation in Kindergarten, Schule und Beruf	49

3.2.2 Psychopathologischer Aufnahmebefund	49
3.2.3 Hauptdiagnosen nach ICD-10	52
3.2.4 Somatisch-neurologischer Befund	56
3.2.5 Suizidalität	57
3.2.6 Körperlicher und sexueller Missbrauch	62
3.3 Determinanten der Inanspruchnahme und Behandlung	62
3.3.1 Vorstellungs- und Aufnahmemodus	62
3.3.2 Art der Behandlung	63
3.3.3 Behandlungsdauer	63
3.3.4 Art der Beendigung der Behandlung	64
3.3.5 Behandlungsergebnis	65
3.4 Geschlechts- und Alterseffekte auf psychische Auffälligkeiten im multiperspektivischen Urteil	67
3.4.1 Internalisierende Auffälligkeiten	67
3.4.1.1 Beurteilung durch die Therapeuten (CASCAP-D)	67
3.4.1.2 Beurteilung durch die Mütter (CBCL)	69
3.4.1.3 Beurteilung durch die Väter (CBCL)	69
3.4.1.4 Selbstbeurteilung durch die Patienten (YSR)	70
3.4.1.5 Anteil der Patienten mit klinisch auffälliger internalisierender Symptomatik	73
3.4.1.6 Zusammenfassung und Hypothesenprüfung	74
3.4.2 Externalisierende Auffälligkeiten	75
3.4.2.1 Beurteilung durch die Therapeuten (CASCAP-D)	75
3.4.2.2 Beurteilung durch die Mütter (CBCL)	77
3.4.2.3 Beurteilung durch die Väter (CBCL)	78
3.4.2.4 Selbstbeurteilung durch die Patienten (YSR)	80
3.4.2.5 Anteil der Patienten mit klinisch auffälliger externalisierender Symptomatik	81
3.4.2.6 Zusammenfassung und Hypothesenprüfung	82
3.4.3 Gesamtauffälligkeiten	83
3.4.3.1 Beurteilung durch Eltern und Patienten (CBCL und YSR)	83
3.4.3.2 Anteil der Patienten mit klinisch auffälliger Gesamtsymptomatik	84
3.4.3.3 Zusammenfassung und Hypothesenprüfung	84
3.4.4 Darstellung weiterer Syndromskalen	85
3.4.4.1 Essstörungen und Sprachauffälligkeiten im Therapeutenurteil	85
3.4.4.2 Skalen "Aufmerksamkeitsprobleme" und "Schizoid/Zwanghaft" im Eltern- und Patientenurteil ..	86
3.4.5 Einfluss von Urteiler und Patientengeschlecht auf Beurteilung psychischer Auffälligkeiten	87

3.4.5.1 Internalisierende Auffälligkeiten	88
3.4.5.2 Externalisierende Auffälligkeiten	91
3.4.5.3 Gesamtauffälligkeiten.....	93
3.4.5.4 Zusammenfassung.....	96
3.4.5.5 Untersuchung des Therapeutenurteils (CASCAP-D)	96
4. Diskussion.....	99
4.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse	99
4.1.1 Darstellung der Stichprobe.....	99
4.1.2 Determinanten der Inanspruchnahme und Behandlung.....	100
4.1.3 Psychische Auffälligkeiten im multiperspektivischen Urteil	101
4.2 Methodische Kritik	102
4.3 Diskussion der Hauptergebnisse	110
4.3.1 Darstellung der Stichprobe.....	110
4.3.1.1 Soziodemographische Merkmale	110
4.3.1.2 Psychopathologischer Aufnahmebefund.....	114
4.3.1.3 Hauptdiagnosen nach ICD-10.....	115
4.3.1.4 Suizidalität.....	116
4.3.1.5 Körperlicher und sexueller Missbrauch	118
4.3.2 Determinanten der Inanspruchnahme.....	119
4.3.2.1 Vorstellungs- und Aufnahmemodus	119
4.3.2.2 Art der Behandlung und Behandlungsdauer	120
4.3.2.3 Beendigung der Behandlung und Behandlungsergebnis	122
4.3.3 Geschlechts- und Alterseffekte auf psychische Auffälligkeiten im multiperspektivischen Urteil	123
4.3.3.1 Internalisierende Auffälligkeiten	123
4.3.3.2 Externalisierende Auffälligkeiten	129
4.3.3.3 Gesamtauffälligkeiten.....	133
4.3.3.4 Einfluss von Urteiler und Patientengeschlecht auf Beurteilung psychischer Auffälligkeiten	135
4.4 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick.....	138
5. Zusammenfassung	141
6. Literaturverzeichnis.....	143
7. Anhang	164
7.1 Abbildungsverzeichnis.....	164
7.2 Tabellenverzeichnis.....	165
7.3 Tabellen und Abbildungen.....	167

1. Theoretischer Teil

1.1 Problemstellung

Die Global Burden of Disease Studie (Vos et al. 2010) zeigte anhand der enormen Folgekosten psychiatrischer Erkrankungen, wie wichtig Forschung und Prävention auf diesem Gebiet sind. Demnach verursachen psychische Störungen über 15 Prozent des Global Burden of Disease, definiert als verlorene Jahre gesunden Lebens. Durch Untersuchungen aus verschiedenen europäischen Ländern (Meerding et al. 1998) wird der Anteil an den gesamten Gesundheitskosten auf nahezu ein Fünftel veranschlagt. Dies liegt zum einen an der hohen Anzahl psychiatrischer Erkrankungen in der Bevölkerung der westlichen Welt, zum anderen an ihrer hohen Tendenz zur Chronifizierung. Als einen möglichen Grund hierfür gibt Wittchen (2000) in einer Analyse zur bedarfsgerechten Versorgung psychischer Störungen an, dass die Behandlungsrate von Kindern und Jugendlichen nur bei knapp 20 Prozent der Erkrankten liege, davon würden lediglich 20 Prozent eine adäquate Therapie erhalten. Auch eine Untersuchung von Eschmann und Kollegen (2007, S. 271) konstatiert: „Eine beunruhigende Erkenntnis ist ferner die Tatsache, dass eine große Zahl von Kindern und Jugendlichen, die auf Grund psychischer Störungen eine Behandlung benötigten, keine angemessene Intervention erhalten“. Auch eine Studie von Ravens-Sieberer und Kollegen (2008a) stellt eine Unterversorgung fest. Nach Costello und Kollegen (2005) gilt auch für die USA, dass nur ein relativ kleiner Prozentsatz der psychiatrisch erkrankten Kinder eine angemessene Behandlung erhält. Viele Studien zeigen (vgl. Karow et al. 2013), dass eine möglichst frühe Prävention und Behandlung bei kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen ein wichtiger Ansatz sind, um hohe Persistenzraten im Erwachsenenalter zu vermeiden. Ihle und Kollegen (2000) geben die Stabilität von kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen bis zum Erwachsenenalter mit über 50 Prozent an. Die höchsten Chronifizierungsraten bestehen dabei für externalisierende Störungen, insbesondere für aggressives und dissoziales Verhalten (Petermann & Brettfeld 2014, Petermann & Hampel 2009).

In den frühen fünfziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts begann sich die Wissenschaft verstärkt mit den epidemiologischen Grundlagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu beschäftigen. Die Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters befasst sich mit Diagnose, Behandlung und Prävention psychischer und neuropsychiatrischer Störungen und Erkrankungen bei Heranwachsenden von der Geburt bis zur Volljährigkeit.

In den vergangenen Jahren lassen sich, ausgehend von den angelsächsischen Ländern, auch im deutschsprachigen Raum verstärkte Bemühungen erkennen, detailliertere Erkenntnisse auf diesem Forschungsgebiet zu gewinnen.

Als international wegweisend gelten hierbei die „Isle of Wight“-Studie (Rutter et al. 1976, Graham & Rutter 1973) und die „Great Smoky Mountains“-Studie (Costello et al. 1996). Insbesondere die Ermittlung von Prävalenzraten psychischer Störungen liefert wichtige Erkenntnisse sowohl über theoretische Zusammenhänge als auch für Fragen der Bedarfs- und Behandlungsplanung. Zu wichtigen Arbeiten im deutschsprachigen Raum zählen die Mannheimer Kurpfalzerhebung (Esser et al. 2000), die Studie über Psychische Auffälligkeiten und Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (PAK-KID-Studie, Döpfner et al. 1997a) sowie die BELLA-Studie (Ravens-Sieberer et al. 2008b). In neueren Studien konnte eine mittlere Prävalenz psychischer Auffälligkeiten von etwa 17 Prozent festgestellt werden (vgl. Barkmann & Schulte-Markwort 2004). Bezogen auf das Vorliegen gesicherter psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland ergeben sich Prävalenzraten von etwa 10 Prozent (Ravens-Sieberer et al. 2015).

Vor allem der Einfluss von Geschlecht und Alter auf Symptomatik und Diagnose sowie die Vielzahl und Komplexität der Störungen stellen besondere Anforderungen an die Qualität epidemiologischer Daten. Psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters sind in hohem Maße geschlechtsabhängig (Ihle & Esser 2002). Gemäß Schmidt und Göpel (2003, S. 311) sind die „[...] Prävalenzraten psychischer Störungen [...] derart geschlechtsabhängig, dass sich die geschlechtsübergreifende Betrachtung solcher Störungen im Kindes- und Jugendalter praktisch verbietet“. Rohde und Marneros (2007) beschreiben unter der Berücksichtigung von Geschlecht, Alter und individuellem Entwicklungsverlauf für die Datenlage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein sehr komplexes, teilweise widersprüchliches Bild und stellen einen hohen Forschungsbedarf fest.

Newman und Mitarbeiter (1996) konnten zeigen, dass vergleichbare Stressoren bei Mädchen häufiger zu internalisierenden, bei Jungen häufiger zu externalisierenden Störungen führen. Allgemein lässt sich feststellen, dass mit dem Fortschreiten der individuellen Entwicklung externalisierende Auffälligkeiten als typischer für das männliche, internalisierende Auffälligkeiten als typischer für das weibliche Geschlecht angesehen werden können (Alsaker & Bütikofer 2005, Hampel et al. 2005). Viele Störungen zeigen außerdem eine starke Altersabhängigkeit, da „[...] Funktionen, die sich in einer schnellen Entwicklung befinden, stör anfälliger sind (sensible Phasen) und [...] sich viele Störungen

erst unter bestimmten Voraussetzungen bzw. erst in einem bestimmten Alter zeigen können" (Knölker et al. 1997, S. 25).

Noch viel mehr als in der Erwachsenenpsychiatrie sind in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mehrere Informanten notwendig, um zu validen Ergebnissen zu gelangen (Sourander et al. 1999). Somit haben die verschiedenen Urteiler bei zu erwartenden abweichenden Angaben einen bedeutenden Einfluss auf die erzielten Ergebnisse. Es ist daher wichtig, die Abweichungen und Übereinstimmungen von verschiedenen Informanten zu analysieren, um urteilerbedingte Verzerrungseffekte zu erkennen.

Die deskriptive Epidemiologie versucht durch ihre Forschungsbemühungen eine bessere Bedarfsplanung zu ermöglichen. Ihr kommt außerdem eine zentrale Rolle im Rahmen von Prävention, Evaluation und Gesundheitsförderung zu. Laucht und Kollegen (2000) betonen ihren Stellenwert bezüglich der Konzeption geeigneter Maßnahmen für Behandlung und Forschung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Man erhofft sich Aufschlüsse über psychopathologische Zusammenhänge sowie Erkenntnisse über mögliche Risiko- und Schutzfaktoren.

Noch liegen relativ wenige verlässliche Daten zu differenzierten Aspekten der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung vor. In dieser Arbeit wird der Einfluss von Geschlecht und Alter im Hinblick auf relevante Merkmale der Stichprobe, Determinanten der Inanspruchnahme sowie auf psychische Auffälligkeiten und Störungen im multiperspektivischen Urteil untersucht.

1.2 Literaturrecherche

Es wurde mit einer orientierenden Literatursuche anhand von Tertiärliteratur begonnen. Dies diente der Festlegung der Suchbegriffe. Daraufhin erfolgte die gezielte Suche in den wissenschaftlichen Datenbanken PubMed, PSYINDEX und PsycINFO. Es wurden folgende Suchbegriffe in verschiedenen Kombinationen verwendet (jeweils auch in englischer Sprache): Kind/Jugend, Adoleszenz, psychische Störung/Auffälligkeit, Epidemiologie, Inanspruchnahme, Geschlecht, Alter, Psychiatrie.

Die Literaturverzeichnisse der so gefundenen Literatur wurden zudem nach weiteren relevanten Arbeiten untersucht. Zur Klärung grundlegender Fragen wurden Lehrbücher

der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Statistik herangezogen. Ergänzt wurde dieses Vorgehen durch die Recherche relevanter Zeitschriften in den Beständen der Bibliotheken der Universität Hamburg.

Unter den 214 verwendeten Quellen finden sich 151 Artikel aus medizinischen Fachzeitschriften, 59 Monographien und 4 Dissertationen. Die berücksichtigten Jahrgänge erstrecken sich auf den Zeitraum von 1968 bis 2015.

1.3 Theoretische Annäherung

1.3.1 Psychische Auffälligkeiten und Störungen im Kindes- und Jugendalter

Psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen lassen sich in zwei übergeordnete Bereiche einteilen (vgl. Laucht et al. 2000). In den kategorialen Klassifikationssystemen ICD-10 (Dilling et al. 1991) und DSM-IV (Sass et al. 1996) wird zwischen emotionalen Störungen und Verhaltensstörungen differenziert. Den emotionalen Störungen werden depressive Störungen und Angststörungen zugeordnet. Unter Verhaltensstörungen werden hyperkinetische Störungen, oppositionelle Verhaltensstörungen und Störungen des Sozialverhaltens subsumiert.

Aus dimensional Symptom- und Syndromclustern können als übergeordnete Gruppen internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten bestimmt werden. Diese Unterscheidung geht auf die Darstellungen zur Entwicklungspsychopathologie von Achenbach (1991a) und die daraus abgeleiteten Untersuchungsinstrumente Child Behavior Checklist (CBCL) und Youth Self-Report (YSR) zurück. Als interne Auffälligkeiten werden dabei sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden sowie Depressivität und Ängstlichkeit gewertet. Den externen Auffälligkeiten zugeordnet werden dissoziales und aggressives Verhalten.

Prävalenzraten kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen rücken zunehmend in den Fokus wissenschaftlicher Untersuchungen. Lambert und Kollegen (2013) konnten in einer Übersichtsarbeit zeigen, dass psychiatrische Störungen des Erwachsenenalters zu einem hohen Prozentsatz bereits in der Jugend und im jungen Erwachsenenalter beginnen. Die Untersuchung des Ersterkrankungsalters psychiatrischer Störungen liefert hierzu wichtige Erkenntnisse. So haben sich bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres

bereits 50 Prozent der späteren Störungen manifestiert, bis zum 17. Lebensjahr bereits 80 Prozent (ebd.).

Nach einer Übersichtsarbeit von Barkmann und Schulte-Markwort (2004) beträgt die mittlere Prävalenz für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland 17 Prozent. Zu einem vergleichbaren Ergebnis kommt die, für deutsche Heranwachsende repräsentative BELLA-Studie (Ravens-Sieberer et al. 2008a). Demnach zeigen 22 Prozent der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten. Berücksichtigt man nur diejenigen Heranwachsenden mit einer relevanten Beeinträchtigung, liegt die Gesamtprävalenz bei 15 Prozent.

Dabei unterscheiden sich die Prävalenzraten von spezifischen Störungen teilweise deutlich von jenen im Erwachsenenalter. Am häufigsten treten bei Kindern und Jugendlichen Angsterkrankungen auf, gefolgt von aggressiv-dissozialen Störungen sowie affektiven und hyperkinetischen Störungen (Fuchs et al. 2013). Es zeigt sich, dass die Ergebnisse je nach einbezogener Altersgruppe voneinander abweichen. Insgesamt findet sich in der Adoleszenz ein deutlicher Anstieg affektiver Störungen sowie eine starke Zunahme von Störungen durch Substanzmissbrauch. Essstörungen zeigen bei deutschen Kindern und Jugendlichen eine Prävalenzrate um 3 Prozent (Ihle & Esser 2002), für die USA wird eine vergleichbare Ein-Jahres-Prävalenz für die 13- bis 17-Jährigen angegeben (Kessler et al. 2012). Psychotische Störungen treten relativ selten im Kindes- und Jugendalter auf. Ein erster Altersgipfel für die Schizophrenie lässt sich um das 17. Lebensjahr nachweisen (Lambert et al. 2013). Zu posttraumatischen Belastungsstörungen liegen erst relativ wenige Arbeiten vor. Laut der EDSP-Studie (Perkonigg et al. 2000) berichteten in Deutschland 27 Prozent der 14- bis 24-Jährigen über mindestens eine relevante Traumatisierungserfahrung. Bei 7 Prozent dieser Heranwachsenden konnte die Diagnose einer PTBS gestellt werden. Zudem liegt bei der PTBS eine hohe Chronifizierungsrate vor; diese wird mit etwa 30 Prozent aller Betroffenen angegeben (vgl. Kessler et al. 1995).

Bei der Angabe von Prävalenzraten ist zudem die klinische Relevanz der Störungen zu berücksichtigen. Vor allem die subjektive Belastung der Kinder und Jugendlichen sollte in die Beurteilung mit einfließen. In der BELLA-Studie (Ravens-Sieberer et al. 2008a) reduzierte sich die Prävalenzrate emotionaler Störungen bei Berücksichtigung von Impairment-Kriterien von 11 auf 6 Prozent, bei Störungen des Sozialverhaltens von 16 auf 9 Prozent. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter weisen zudem hohe Komorbiditätsraten auf. In einer Arbeit von Kessler und Kollegen (2012) wird die Quote mit 28 Prozent angegeben. Die am häufigsten zusammen auftretenden Störungen sind dabei hyperkinetische und dissoziale Störungen (47 Prozent), depressive Störungen und

Angststörungen (39 Prozent), depressive und dissoziale Störungen (25 Prozent) sowie dissoziale und Angststörungen (20 Prozent) (vgl. Fuchs et al. 2013).

Die geschlechtsabhängigen Prävalenzraten von kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen sind durch verschiedene Arbeiten gut belegt. Tabelle 1 gibt einen Überblick für einzelne psychische Störungen. In zahlreichen epidemiologischen Untersuchungen konnte für psychische Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend bis zum Eintritt der Pubertät eine Jungenwendigkeit festgestellt werden. In den meisten Studien wird das Verhältnis von Jungen zu Mädchen mit zwei zu eins angegeben. Ab etwa dem 13. Lebensjahr nehmen die psychischen Störungen bei Mädchen bis zum Erreichen des jungen Erwachsenenalters stetig zu. Dies liegt vor allem an einer Abnahme internalisierender Störungen bei Jungen und einer Zunahme bei Mädchen im Verlauf der Adoleszenz (vgl. Ihle & Esser 2002, Steinhausen 2010, Riedel-Heller et al. 2004). Jungen sind insgesamt häufiger von hyperkinetischen und dissozialen Störungen, Störungen durch Substanzgebrauch sowie Tic-Störungen und Ausscheidungsstörungen betroffen. Mädchen zeigen höhere Prävalenzraten bei depressiven und psychosomatischen Störungen, Essstörungen sowie allgemein bei internalen Störungsbildern (Hayward & Sanborn 2002). Weitere Aspekte hierzu finden sich aus Gründen der Übersichtlichkeit an entsprechender Stelle im Diskussionsteil.

Tabelle 1: Geschlechtsabhängige Prävalenzraten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

Störungen mit Jungenwendigkeit	J > M	Störungen mit Mädchenwendigkeit	M > J
Intelligenzminderung	1.6 : 1	Depressive Störungen (ab Jugendalter)	1 : 2
Autismus	2.25-5 : 1	Angststörungen (ab Jugendalter)	1 : 2
Umschriebene Entwicklungsstörungen	2 : 1	Essstörungen	1 : 9
Lernstörungen	2-2.5 : 1	Somatisierungsstörungen	M > J
Hyperkinetische Störungen	3-9 : 1		
Störungen des Sozialverhaltens	J > M		
Delinquenz	6-9 : 1		
Ausscheidungsstörungen	J > M		
Störungen durch Substanzgebrauch	J > M		

Anmerkungen. Tabelle in Fuchs et al. (2013, S. 52) nach Esser (2008). J = Jungen, M = Mädchen.

1.3.2 Entwicklungspsychologie

Die Entwicklungspsychologie und die aus ihr entstandene Entwicklungspsychopathologie stellen noch relativ junge wissenschaftliche Disziplinen dar. Auch wenn sich ihre Anfänge bis Ende des 19. Jahrhunderts zurückverfolgen lassen, wurde der Begriff „Developmental Psychopathology“ erstmals im heute gebrauchten Kontext in einer Arbeit von Rutter (1986) etabliert. Im deutschen Sprachraum erfolgte dies erst zu Beginn der 1990er Jahre (vgl. Remschmidt & Fombonne 1999). Im Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung erfährt dieser Aspekt als Grundlage der klinischen Psychologie eine stetig wachsende Bedeutung (vgl. Oerter et al. 2011).

Einen weiteren Beitrag zu den Entwicklungsgedanken liefern tiefenpsychologische und psychoanalytische Theorien, da sie die Entwicklungsperspektive als „Königsweg“ für die Entstehung von Störungen ansehen (Oerter 1999, S. 6). Hier ist auf die wegweisenden Arbeiten von Anna Freud, Melanie Klein, Donald Winnicott und René Spitz zu verweisen. Sie beschäftigen sich mit der frühkindlichen Entwicklung und sehen in ihr einen Schlüssel für das Verständnis späterer pathologischer oder normkonformer Entwicklungsverläufe (Seiffge-Krenke 2009).

Die Entwicklungspsychopathologie bezieht ihre Erkenntnisse unter anderem aus dem Vergleich von regelhaften und abweichenden Entwicklungsverläufen und beschäftigt sich mit den Ursachen und dem Verlauf psychischer Störungen. Nach einer Definition von Oerter und Kollegen (2011, S. 302) überschreitet die Entwicklungspsychologie „disziplinäre Grenzen und bemüht sich über die reine Symptombeschreibung hinaus um ein Verständnis prozessualer Abfolgen typischer und atypischer Entwicklungsverläufe“. Sie legt das Augenmerk nicht nur auf die Entwicklung differenzieller Fähigkeiten, sondern rückt die Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit in den Vordergrund. Es wird versucht, über die rein deskriptiven Symptombeschreibungen hinaus zu einem tieferen Verständnis über prozessuale Abfolgen normaler und gestörter Entwicklungsverläufe zu gelangen. Somit stellt die Entwicklungspsychopathologie nach Cicchetti (1999, S. 22) einen „großen, integrativen Rahmen“ dar, um unter Zuhilfenahme anderer Disziplinen einen erweiterten Entwicklungsbegriff zu etablieren.

Ein Ziel der Entwicklungspsychologie ist das Aufstellen von Entwicklungsmodellen. Diese sind „auf bestimmten Entwicklungstheorien basierende Erklärungsversuche für altersspezifische Erlebens- und Verhaltensweisen“ (Remschmidt 2007, S. 265). Dabei rückt die moderne Entwicklungspsychologie von den tradierten Phasenmodellen ab und betont den Prozesscharakter der Entwicklung. Es wird versucht, Erfahrungen und

Verhaltensweisen den jeweiligen Altersstufen zuzuordnen, sie zu erläutern und so ihren Verlauf einzuschätzen. Im Mittelpunkt steht dabei die Interaktion zwischen dem Individuum und seiner Umwelt unter Berücksichtigung des sozialen Kontextes (vgl. Remschmidt 2007, S. 265). Das Individuum wird als aktiv am Prozess seiner Entwicklung beteiligt angesehen. Es wird versucht, den Einfluss von stabilisierenden Faktoren (Schutzfaktoren, Resilienz) und destabilisierenden Faktoren (Risikofaktoren, Vulnerabilität) auf die Entwicklung zu bestimmen. Vulnerabilität nimmt dabei Bezug auf das Ausmaß der Wirksamkeit von Risikofaktoren. Resilienz beschreibt die Widerstandsfähigkeit des Betroffenen und ist definiert als die „Fähigkeit, internale und externale Ressourcen erfolgreich zu nutzen, um [...] Entwicklungsanliegen zu bewältigen“ (Oerter 1999, S. 4). Die komplexe Interaktion von Bedingungsfaktoren und ihren individuellen Auswirkungen lassen keine kausale Begründung psychologischer Störungen zu. Dabei beschreibt der Sachverhalt der Äquifinalität, dass viele Bedingungen und Entwicklungswege zu identischen Erscheinungsbildern führen können. Entsprechend wird Multifinalität als die Entstehung unterschiedlicher Störungen unter vergleichbaren Bedingungen definiert (Oerter et al. 1999, S. 4-5).

Nach einer Einteilung von Montada (2002) lassen sich vier grundsätzliche Entwicklungstheorien unterscheiden. Hierbei werden endogenistische, exogenistische, früh-konstruktivistische und interaktionistische Modelle differenziert. Die interaktionistische Theorie wird als am bedeutendsten für Fragestellungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeschätzt. Sie betont das entwicklungsbestimmende Zusammenspiel zwischen einem aktiven, selbstmotivierten Individuum und einer ebenso aktiven Umwelt, die es mit Entwicklungsaufgaben konfrontiert. Neben dem Stress-Vulnerabilitäts-Modell von Goldstein und dem Resilienzmodell von Garmzey gewinnt das Prozess-Person-Kontext-Modell durch seine Synthese der verschiedenen Einflussgrößen an Bedeutung (vgl. Remschmidt 2007).

Eine wichtige Grundlage für diese Modelle stellen epidemiologische Studien dar. So formulieren Petermann und Noeker (2008, S. 239): „Ein wesentliches Ziel der Entwicklungspsychopathologie besteht darin, aus den Erkenntnissen fundierter Längsschnittstudien empirisch gestützte Entwicklungsmodelle psychischer Störungen zu erstellen“. In diesen Kontext stellen sich immer mehr epidemiologische Arbeiten. Ihle und Kollegen (2000, S. 274) verstanden ihre Studie als einen „weiteren Baustein zur Konzeption einer auf empirischen Daten basierenden Entwicklungspsychopathologie“. Einer der ersten Versuche zur Etablierung einer entwicklungsbezogenen Epidemiologie stammt von Angold und Costello (1995). Sie leiteten den gemeinsamen Ansatz aus dem Bestreben ab, Abweichungen im Zusammenhang normaler Entwicklung zu erforschen.

Nach Petermann und Kollegen (1998) werden zwei grundsätzliche Forschungskonzepte unterschieden. Mit Hilfe von Querschnittsuntersuchungen lassen sich Personen in verschiedenen Altersgruppen oder entwicklungspsychologischen Phasen zum gleichen Messzeitpunkt erfassen. Daraus können altersbezogene Abweichungsmuster der untersuchten Prozesse abgeleitet werden. Die Wissenschaft ist dabei darauf angewiesen, entwicklungspsychologische Veränderungen aus Altersgruppenvergleichen abzuleiten. Demgegenüber bietet die prospektive Längsschnittstudie den Vorteil, Kontinuität und Veränderung der Störungen an ein und derselben Person zu untersuchen. Unter diesem Blickwinkel konzentrieren Entwicklungspsychopathologen ihr Interesse vermehrt auf die Untersuchung von Hochrisikogruppen und Gruppen mit Störungen (vgl. Oerter et al. 1999).

Aufgrund der Komplexität des entwicklungspsychologischen Ansatzes, bemerken Oerter und Kollegen (1999, S. 22), dass „eine Einzelstudie nicht in der Lage [sei], die Komplexität der Spezifizierung des gesamten psychologischen Entwicklungsprozesses einzufangen“.

1.3.3 Das Geschlecht als psychosoziale Determinante

Das Geschlecht stellt einen wichtigen Einflussfaktor bezüglich verschiedener Aspekte epidemiologischer Forschung im Bereich der Psychiatrie dar. Dies betrifft vor allem geschlechtsabhängige Prävalenzraten für einzelne psychische Auffälligkeiten oder Störungen. Um die in der Forschung erzielten Ergebnisse richtig interpretieren zu können, ist dem Faktor Geschlecht auf weiteren Ebenen Rechnung zu tragen. Dies betrifft nicht zuletzt geschlechtsabhängige Einflussfaktoren bezüglich des Zugangs zu professioneller Hilfe, der Konzeption der Erhebungsinstrumente sowie der einbezogenen Informanten.

Das Phänomen des Geschlechts lässt sich nach biologischen sowie sozialen Determinanten und Einflüssen differenzieren. Die Abgrenzung von biologischem (*engl.* sex) und sozialem Geschlecht (*engl.* gender) wirft Fragen nach deren wechselseitigen Interaktionen auf. Lautenbacher und Mitarbeiter (2007, S. 4) geben folgende Definition: „Der Begriff *Geschlecht* dient zur Klassifizierung von Lebewesen als entweder männlich oder weiblich, entsprechend ihrer Fortpflanzungsorgane und der Funktionen, die auf den entsprechenden Chromosomen basieren. Daher werden Personen mit zwei X-Chromosomen als weiblich, Individuen mit der Kombination von X- und Y-Chromosomen dagegen als männlich angesehen. Der Begriff *Gender* wird insbesondere in

englischsprachigen Ländern gebraucht, während andere Sprachen keinen ähnlichen Begriff zur Beschreibung männlicher oder weiblicher Individuen verwenden. In der wissenschaftlichen Literatur wird der Begriff *Gender* jedoch zunehmend gebraucht, insbesondere wenn auf soziokulturelle Lebensaspekte von Individuen Bezug genommen wird“. Geschlechtsspezifisches Verhalten kann demnach nicht alleine durch neuroanatomische oder endokrinologische Unterschiede erklärt werden. Das Geschlecht ist nicht nur eine biologische, sondern auch eine soziale Kategorie und bedingt somit unterschiedliche soziale Zuschreibungen an das männliche und weibliche Geschlecht. Die geschlechtsspezifische Rolle entwickelt sich im Zuge der Sozialisation im Kindes- und Jugendalter. Das soziale Konstrukt Geschlecht „umfasst die kulturell vorherrschenden Erwartungen und sozialen Normen, die festlegen, welche Fähigkeiten, Persönlichkeitseigenschaften, Einstellungen, Gefühle und Verhaltensweisen für eine Frau und für einen Mann typisch, angemessen und sozial erwünscht sind“ (Möller-Leimkühler 2005, S. 29). In der Geschichte der Psychiatrie finden sich seit den Anfängen unterschiedliche Bewertungen zur Rolle des Geschlechts. Exemplarisch hierfür hat der Begriff der Hysterie (*griech.* hystera; Gebärmutter) die kulturelle Vorstellung von „Weiblichkeit“ und die damit häufig verbundene abwertende Tendenz zur Psychologisierung mit geprägt (vgl. Schuller 1998). Für Sigmund Freud, den Begründer der Psychoanalyse, war die *Hysterie* ein zentrales Moment für die Entwicklung seiner Theorien.

Gahleitner (2009) geht in ihrem Beitrag „Gender Matters“ auf Determinanten geschlechtsspezifischer Sozialisation, daraus resultierenden Unterschieden und mögliche Erklärungsmodelle ein. Der Fokus verlagert sich hierbei von der mehr biologisch determinierten Definition zu einer Betrachtung der Geschlechtsidentität des Individuums als Ergebnis sozialer und kultureller Prägung. Gahleitner (2009, S. 25) formuliert hierzu: „Die Herausbildung der Geschlechtsidentität ist daher in erster Linie sozial und sprachlich-kulturell verankert und wird wesentlich durch das jeweilige kulturelle Geschlechtsverständnis geprägt“. Einer genaueren Untersuchung der Zusammenhänge widmet sich die Gender-Forschung. Sie beschäftigt sich unter anderem mit Ursachen unterschiedlicher Verarbeitungsmuster von männlichen und weiblichen Individuen bei Konfrontation mit Entwicklungsaufgaben oder psychischen Stressoren: „Jungen erleben andere Traumatisierungen als Mädchen und reagieren sehr spezifisch auf sie. Frauen reagieren anders auf Traumatisierungserfahrungen als Männer“ (Huber 2009, S. 7).

Es stellt sich die Frage, inwiefern die Abweichungen von Prävalenzraten zwischen den Geschlechtern auf tatsächlichen Unterschieden in der Disposition zu bestimmten psychischen Störungen beruhen oder ob die Geschlechtseffekte zumindest teilweise

Resultat systematischer Verzerrungen sind. In der Literatur wird dieses Phänomen als Gender-Bias bezeichnet (vgl. Achenbach 2011).

Womöglich führen die Symptombeschreibungen nach den etablierten Klassifikationssystemen dazu, dass bei bestimmten psychiatrischen Erkrankungen ein geschlechtstypisches Symptombild als pathologisch betrachtet wird und die Ausprägung bei dem jeweils anderen Geschlecht keine ausreichende Berücksichtigung findet. Hinweise hierfür finden sich bei der Beurteilung von Depressionen sowie Aufmerksamkeitsstörungen (vgl. van Beek et al. 2012, Biedermann et al. 2002). Dies spiegelt sich ebenfalls in methodischen Problemen einer geschlechtsspezifischen Epidemiologie wieder. Die klassischen Fragebögen zur Beurteilung von Depressionen führen beispielsweise überwiegend Items an, mit denen als typisch weiblich angesehene Symptome abgefragt werden. Dagegen werden männliche Symptome von Angst und Depression, die sich eher kognitiv und somatisch äußern, weniger berücksichtigt. Als Resultat kann die diesbezügliche Morbidität von Frauen überschätzt und die von Männern unterschätzt werden. Kaplan (1983) kam in seiner Arbeit zu dem Ergebnis, dass die Klassifizierung der Persönlichkeitsstörungen nach DSM einen systematischen Fehler in Bezug auf Geschlechtsstereotype beinhaltet. Somit kann die fehlende Validität klinischer Klassifizierungssysteme selbst zu verzerrten Prävalenzraten führen. Andererseits weisen Corbitt & Widiger (1995) darauf hin, dass die unterschiedlichen Erkrankungshäufigkeiten, insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen, gerade dem geschlechtsspezifischen Verhalten entsprechen und nur eine extreme Ausprägung desselben darstellen.

Vonk & Ashmore (2004) konnten im Rahmen ihrer Arbeit die vorherrschenden Stereotypen über Maskulinität und Feminität bestätigen. So wird Expressivität als typisch weibliches Rollenmuster angesehen. Darunter fallen Attribute wie "passiv", "angepasst", "ängstlich", "abhängig" und "emotional". Im Gegensatz dazu wird das männliche Rollenstereotyp als Instrumentalität bezeichnet und mit den Attributen "aggressiv", "rational", "ehrgeizig", "durchsetzungsfähig" und "selbstsicher" beschrieben. Rosenkrantz und Kollegen (1968) zeigten anhand der Befragung amerikanischer Studenten die weite Verbreitung dieser Stereotype. In einer weiteren Studie versuchten Nesbitt und Penn (2000) die Untersuchungen von Rosenkrantz und Kollegen (1968) zu replizieren. Anhand der Befragung von 248 Studenten konnten die meisten Geschlechterstereotypen bestätigt werden. Sie zeigten trotz des starken gesellschaftlichen Wandels eine bemerkenswerte Änderungsresistenz. Im Gegensatz zu früheren Untersuchungen wurden die weiblichen Eigenschaften aber als erstrebenswerter eingestuft. Broverman und Kollegen (1972) konnten in einer wegweisenden Studie feststellen, dass stereotypenkongformes Verhalten von Mädchen und Frauen die Gefahr der psychiatrischen Etikettierung beinhaltet. Die

Eigenschaften, die einem gesunden Menschen zugeschrieben wurden, waren in der Einschätzung der Therapeuten identisch mit den als typisch männlich angesehenen Eigenschaften. Die Charakterisierung einer psychisch gesunden Frau glich somit der Beschreibung eines psychisch kranken Mannes. Die unterschiedlichen Vorstellungen der Therapeuten über Frauen und Männer wirken bei der Diagnosestellung so entscheidend mit. Eine Interpretation der von Frauen genannten Symptome als eher psychogen konnte in einer weiteren Arbeit bestätigt werden (Felder & Brähler 2002). Betroffen hiervon sind sowohl Diagnosestellung als auch Therapieentscheidungen.

Rienzi und Scrams (1991) stellten in ihrer Untersuchung fest, dass die Beschreibung der Symptomatik von paranoiden, dissozialen und zwanghaften Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen als typisch männlich eingestuft wird. Bei abhängiger, histrionischer und emotional instabiler Persönlichkeitsstörung wurden die Symptome als charakteristisch für das weibliche Geschlecht angesehen. Dies legt nahe, dass die diagnostische Beschreibung teilweise mit geschlechtsspezifischen Stereotypen übereinstimmt und alleine die Erwartung an geschlechtskonformes Verhalten die Symptomatik der Patienten stark beeinflussen kann (Landrine 1988). So entwickeln sich über die Introjektion traditioneller Weiblichkeits- und Männlichkeitsnormen geschlechtsspezifische Verarbeitungsmuster beim Umgang mit psychischen Belastungen. Dieses Verhalten wird zurückgehend auf West und Zimmermann (1987) nach ihrem gleichnamigen Artikel als „Doing Gender“ bezeichnet und sieht Geschlechterrollen als ein Produkt performativer Handlungen.

Jackson und King (2004) stellten bei der Beurteilung von Schulkindern durch ihre Lehrer einen starken Halo-Effekt fest. So wurden Jungen mit dissozialem oder aggressivem Verhalten auch häufig als auffällig im Sinne einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bezeichnet. Dies könnte die starke Jungenwendigkeit von ADHS teilweise erklären. Abikoff und Kollegen (2002) konnten zeigen, dass Jungen mit ADHS deutlich mehr expansive Symptome und weniger Intervalle mit normalem Verhalten zeigen als erkrankte Mädchen. Hinshaw (2002) untersuchte das Verhalten von 93 Mädchen bei denen ADHS diagnostiziert worden war. Er fand in Bezug auf die gezeigte Symptomatik deutlich subtilere Formen, die sich vor allem in verbaler Aggression und sozialer Ausgrenzung anderer zeigten. Auch Newman und Kollegen (1996) konnten feststellen, dass ähnliche Stressoren bei Mädchen häufiger zu emotionalen Störungen und bei Jungen eher zu dissozialen Auffälligkeiten führen.

Auch das unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten von psychisch erkrankten Jungen und Mädchen bedarf einer genaueren Untersuchung, um administrative Prävalenzraten richtig einordnen zu können. Es ist anzunehmen, dass die männlichen Heranwachsenden

mit Fortschreiten der Adoleszenz immer seltener Zugang zu professioneller Hilfe finden (Prior et al. 1993). Pointiert formuliert Schepank (2002, S. 168): „Die kindliche Klientel enthält nämlich einen außerordentlich hohen Prozentsatz von Verhaltensgestörten; und das sind ganz überwiegend Jungen. Es gibt nun deutliche Hinweise darauf, dass ein beachtlicher Teil dieser kindlichen männlichen Klientel sich im Erwachsenenalter bei den manifest delinquenten, süchtigen (insbesondere Alkoholikern) und persönlichkeitsgestörten Männern wiederfindet“. Da die betroffenen Jungen häufig keinen Zugang zu psychologischer oder medizinischer Versorgung finden, sondern „auf die schiefe Bahn geraten“, sieht Schepank (2002, S. 169) darin eine Erklärung für die Umkehr der Geschlechterrelation in Inanspruchnahmepopulationen zu Ungunsten der Mädchen im Zuge des Heranwachsens. Interessant ist ein Blick auf die Geschlechterverhältnisse im Strafvollzug. Nach einer Studie des Landeskriminalamtes Nordrhein-Westfalen (2006) fanden sich im Alter von 14 Jahren dreimal mehr, und im Alter von 18 Jahren sechsmal mehr Jungen als Mädchen unter den jugendlichen Tatverdächtigen. Möller (2001, S. 616) bemerkt dazu: „Delinquenz stellt ein typisch männliches Muster zur Konfliktlösung dar. Frauen reagieren eher mit autoaggressiven Verarbeitungsmodi wie der Ausprägung von Depressionen, anderen psychischen Krankheiten oder der Sucht als Abweichung“.

Das Dargestellte zeigt die Bedeutung der geschlechts- und altersspezifischen Entwicklung für die Entstehung psychiatrischer Auffälligkeiten. Internale Auffälligkeiten können häufiger bei weiblichen Heranwachsenden und externale Auffälligkeiten häufiger bei männlichen Heranwachsenden beobachtet werden. Dabei müssen Männlichkeits- und Weiblichkeitsklischees als Einflussfaktoren in verschiedenen Bereichen, nicht zuletzt bezüglich ärztlichen Diagnose- und Entscheidungsverhaltens, Berücksichtigung finden. Psychische Störungen bei Männern und Frauen werden unterschiedlich bewertet, da sie auf impliziten Normvorstellungen psychischer Gesundheit und Krankheit beruhen.

1.4 Stand der empirischen Forschung

Im folgenden Literaturüberblick liegt der Fokus auf Arbeiten aus dem deutschsprachigen Raum. Dabei wird zwischen Studien zur Feldforschung (Ermittlung der bevölkerungsbezogenen Prävalenz) und zur Inanspruchnahme (Ermittlung der administrativen Prävalenz) unterschieden.

Bei der Analyse der empirischen Datenlage ist zu beachten, dass basierend auf den verwendeten Erhebungsinstrumenten, zwei Kategorien von Prävalenzraten zu differenzieren sind. Studien auf der Basis von Symptomfragebögen bilden Symptombelastungen ab, das heißt berichtete psychische Auffälligkeiten. Das Erreichen klinischer Grenzwerte im Sinne klinischer Auffälligkeit entspricht einer relevanten Symptombelastung. Hieraus kann aber nicht uneingeschränkt das Vorliegen einer psychischen Störung abgeleitet werden. Dies ist nur möglich bei Studien auf der Basis standardisiert erhobener klinischer Diagnosen nach ICD oder DSM, meist anhand klinischer (halb-)strukturierter Interviews. Die abgeleiteten Prävalenzraten entsprechen definitionsgemäß psychischen Störungen im Sinne behandlungsbedürftiger Störungen von Krankheitswert, basierend auf einer gesicherten klinischen Diagnose. Demgemäß sind die Prävalenzraten für Symptombelastungen im Allgemeinen höher als für psychische Störungen.

Auf relevante Literatur bezüglich weiterer in dieser Arbeit untersuchter Merkmale – insbesondere der Determinanten von Inanspruchnahme und Behandlung - wird aus Gründen der Übersichtlichkeit an der entsprechenden Stelle im Diskussionsteil eingegangen.

1.4.1 Studien zur Feldforschung

Eschmann und Kollegen (2007) untersuchten in einer Übersichtsarbeit den Einfluss soziodemografischer Merkmale auf die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Die Grundlage ihrer Untersuchung bildeten insgesamt 24 epidemiologische Studien aus Europa und Nordamerika von 1987 bis 2004.

Zunächst wurden die einbezogenen Studien hinsichtlich ihrer Angaben zur Prävalenz analysiert. Demnach beträgt die mittlere Prävalenz, bezogen auf die gesamte Altersspanne von drei bis 24 Jahren, ohne Berücksichtigung der daraus resultierenden Beeinträchtigung 22 Prozent. Hierbei variieren die einzelnen Ergebnisse mit Raten von 9.5 Prozent bis 49.5 Prozent je nach Studie sehr stark. Unter Einbeziehung der Funktionstüchtigkeit lagen die ermittelten Werte bei 16 Prozent. Dies bestätigt die Annahme, dass ein hoher Teil der Kinder und Jugendlichen psychisch beeinträchtigt ist. Detailliert wurde der Einfluss von Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status auf die psychopathologische Entwicklung dargestellt. Bezogen auf die Gesamtprävalenzraten

auf verschiedenen Altersstufen, zeigten sich heterogene und teilweise widersprüchliche Ergebnisse, was die Zu- beziehungsweise Abnahme im Laufe der Entwicklung angeht. Jedoch wurde übereinstimmend die Altersstufe um zwölf Jahre als am wenigsten anfällig für psychische Störungen angegeben.

Betrachtet man die Entwicklung der Prävalenzraten von Jungen und Mädchen getrennt, lassen sich deutliche Unterschiede feststellen. Bei Jungen wurden dabei im Kindes- und Jugendalter höhere Gesamtprävalenzraten ermittelt. Im Erwachsenenalter lässt sich eine Angleichung der Prävalenzraten feststellen. Jungen dominierten bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, Tics, dissozialen Störungen sowie Störungen infolge Substanzmissbrauchs. Bei Mädchen fanden sich höhere Raten bei psychosomatischen Erkrankungen und Essstörungen, vor allem bei Anorexia nervosa.

Die bisher noch sehr lückenhaften Untersuchungen zum Einfluss sozioökonomischer Merkmale zeigten in einigen Arbeiten höhere Prävalenzraten für Heranwachsende aus sozial schwachen Gesellschaftsschichten. Dies trifft vor allem auf generalisierte Angststörungen zu. Es ließ sich feststellen, dass ein niedriger sozioökonomischer Status für externalisierende Störungen prädestiniert. Insgesamt ist zu konstatieren, dass bisher erst relativ wenige Zusammenhänge zwischen Prävalenzraten und soziodemografischen Kriterien ermittelt werden konnten.

Bei der Diskussion methodischer Probleme weisen Eschmann und Mitarbeiter auf die großen Variationen im Design der untersuchten Studien hin. Aufgrund der Verwendung unterschiedlicher Stichprobenmerkmale, diagnostischer Instrumente sowie der Befragung verschiedener Informanten, lassen sich die beobachteten Unterschiede nur schwer verallgemeinern. Als Konsequenz daraus wurde ab Mitte der 1990er Jahre versucht, Mindestanforderungen an die Studiengestaltung zu formulieren. Dazu gehören nach Eschmann und Kollegen folgende Maßnahmen:

- Einführung einer einheitlichen Definition und Identifikation der Fälle
- Berücksichtigung des Schweregrads der psychischen Symptome
- Berücksichtigung des Funktionsniveaus der Betroffenen
- Angabe des wahrgenommenen Behandlungsbedarfs
- Bestätigung der Beeinträchtigungen durch mehrere Informanten
- Reliabilität und Validität der Untersuchungsinstrumente
- einheitliche Standards für Analyse und Präsentation der Daten

Ein weiteres Problem wird in der Berücksichtigung verschiedener Informanten gesehen. Einige Studien zeigten, dass sich Angaben aus verschiedenen Quellen teilweise erheblich voneinander unterscheiden (vgl. auch Achenbach 2011, De Los Reyes et al. 2011). Auf diesen Aspekt soll in dieser Arbeit detailliert eingegangen werden.

Zusammenfassend stellen Eschmann und Kollegen fest, dass neben einem einheitlichen methodischen Vorgehen die Berücksichtigung mehrerer Informationsquellen von entscheidender Bedeutung für die Qualität der epidemiologischen Daten ist. Hierbei ergeben die Symptom-Scores bei internalisierenden Auffälligkeiten höhere Werte im Selbsturteil, bei externalisierenden Störungen höhere Werte im Elternurteil. Bei internalisierenden Störungen seien somit die Angaben der betroffenen Kinder sensitiver, bei externalisierenden Störungen die Angaben der Eltern.

Roberts und Kollegen (1998) versuchten, in einer weiteren Übersichtsarbeit eine systematische Kritik der bisherigen Ergebnisse zu ermöglichen und so einen Ausblick auf zukünftige Forschungsstrategien und neue Ansätze zu geben. Dafür wurden 52 Studien aus über 20 Ländern aus den letzten 50 Jahren herangezogen. Die meisten Studien wiesen eine Stichprobengröße von 500 bis 1000 Kindern und Jugendlichen auf. In den älteren Arbeiten wurden überwiegend die Kriterien von Rutter (vgl. Rutter et al. 1975) zur Fallidentifikation herangezogen, in den neueren Studien die Einteilung nach dem DSM-System. Es fand sich eine durchschnittliche Angabe der Prävalenz für kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen von 15.8 Prozent.

Roberts und Kollegen gingen auch der Frage nach, inwiefern sich die Erkrankungsraten im Laufe der Jahre verändert haben. Dabei konnte für den Zeitraum von 1950 bis 1980 kein eindeutiger Trend festgestellt werden. Weiterhin wurden die Studien auf ihre Einbeziehung der jeweiligen Beeinträchtigung durch die psychischen Störungen untersucht. Es zeigte sich, dass viele Studien lediglich die Übereinstimmung mit Symptomkriterien verwendeten und den Grad der Beeinträchtigung nicht mit einbezogen. Bei Studien, die auch das Ausmaß der Beeinträchtigung zur Falldefinition berücksichtigten, ergaben sich um bis zu 50 Prozent niedrigere Werte. Zu beachten ist, dass für den Begriff der Beeinträchtigung keine einheitliche Operationalisierung besteht.

Ein detailliertes Wissen über die Erkrankungshäufigkeiten stellt nach Roberts und Kollegen eine Grundlage für eine durchdachte Gesundheitspolitik dar. Epidemiologische Studien dienen so der Eröffnung neuer Perspektiven für zukünftige Forschungsvorhaben.

Barkmann (2004) untersuchte psychische Auffälligkeiten auf Symptomebene bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland anhand eines epidemiologischen Screenings. Die Datenerhebung erfolgte bei 1950 Familien mit Kindern und Jugendlichen (Alter von vier

bis 18 Jahren) anhand der Child Behavior Checklist und des Youth Self-Reports. Eine klinisch relevante Auffälligkeit und ein damit einhergehender Behandlungsbedarf konnte bei zehn bis 18 Prozent der Kinder und Jugendlichen festgestellt werden. Davon nahmen aber lediglich 20 Prozent psychosoziale Hilfe in Anspruch. Als Konsequenz empfiehlt Barkmann eine Verbesserung der Versorgung in diesem Bereich.

Barkmann und Schulte-Markwort (2004) geben in ihrer Arbeit einen systematischen Literaturüberblick zu Prävalenzraten psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Die Untersuchung von insgesamt 29 Studien (unselektierte bundesdeutsche Stichproben von Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 18 Jahren) ergab eine mittlere Prävalenz psychischer Auffälligkeiten auf Symptomebene von 17.2 Prozent (SD = 5.07). Es zeigte sich eine deutliche Abhängigkeit der Prävalenzraten vom Alter der untersuchten Kinder: Im Alter von drei bis fünf Jahren lag diese bei 15.5 Prozent, im Alter von sechs bis zehn Jahren bei 19.1 Prozent und im Alter von elf bis 18 Jahren bei 20.2 Prozent.

Ravens-Sieberer und Kollegen (2008a) untersuchten im Rahmen der BELLA-Studie anhand einer für Deutschland repräsentativen Stichprobe die Prävalenz psychischer Probleme bei Kindern und Jugendlichen. Es wurden 2863 Familien mit Kindern von sieben bis 17 Jahren eingeschlossen. Von den 1389 Untersuchten, waren 48.5 Prozent weiblichen und 51.5 Prozent männlichen Geschlechts. Hierbei fand für die Globalbeurteilung der SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) Verwendung. Für weitere differenziertere Fragestellungen wurden folgende Instrumente verwendet: SCARED, CBCL, FBB-HKS, CDS-DC und HRQoL. Insgesamt fanden sich bei 14.5 Prozent der Kinder und Jugendlichen Hinweise für das Vorliegen einer störungsbedingten klinisch relevanten psychischen Beeinträchtigung (bezogen auf die letzten sechs Monate). Dabei zeigten sich Jungen in fast doppelt so vielen Fällen betroffen. Im Gegensatz zu anderen Untersuchungen, wurden bei den jüngeren Studienteilnehmern häufiger psychische Auffälligkeiten vorgefunden.

Ihle & Esser (2002) liefern einen Überblick über den Wissensstand zu entwicklungs-epidemiologischen Fragestellungen. Ein besonderer Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt neben der Ermittlung der Periodenprävalenz auf der Erhebung von Daten zu Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschieden. Die ausgewerteten Studien erfüllten eine Reihe von methodischen Voraussetzungen. So wurden nur Arbeiten einbezogen, die auf repräsentativen Stichproben des Kindes- und Jugendalters beruhten, eine ausreichend große Stichprobe betrachteten und strukturierte Befragungen zur Datenerhebung verwendeten. Außerdem benutzten die analysierten Arbeiten die Falldefinition gemäß ICD oder DSM anhand halb- bzw. vollstrukturierter klinischer Interviews und berücksichtigten

den gesamten Umfang kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen. Ein Großteil der Studien wies außerdem folgende methodische Gemeinsamkeiten auf:

- mindestens zwei verschiedene Messzeitpunkte
- hohe Wiederteilnahmeraten
- Befragung von Kindern und Eltern

Der Median der berichteten Periodenprävalenzraten psychischer Störungen betrug 18 Prozent bei einer Streuung von 6.8 bis 37.4 Prozent. Der ungewichtete Mittelwert lag ebenfalls bei 18 Prozent. In allen Studien zeigten sich konsistent hohe Persistenzraten über alle Altersstufen des Kindes- und Jugendalters von über 50 Prozent. Die Rate chronisch psychisch kranker Kinder wird auf 10 Prozent geschätzt. Als häufigste spezifische Störung zeigten sich Angststörungen mit einer durchschnittlichen Prävalenz von 10.4 Prozent, gefolgt von dissozialen Störungen mit 7.5 Prozent und depressiven Störungen sowie hyperkinetischen Störungen mit je 4.4 Prozent. Bis zu einem Alter von 13 Jahren wurden deutlich niedrigere Prävalenzraten für internalisierende Störungen gefunden – dies traf insbesondere auf depressive Störungen zu. In einigen Studien erfolgte eine diagnosespezifische Betrachtung der Störungsverläufe. Einen besonders ungünstigen Verlauf nehmen bis ins Jugendalter anhaltende dissoziale und hyperkinetische Störungen. So wies in einer einbezogenen Studie über die Hälfte der Achtjährigen mit dissozialen Störungen auch noch zehn Jahre später eine psychische Störung auf. Dies trifft auch auf Störungen durch Substanzgebrauch zu. Es konnte gezeigt werden, dass bei Jungen häufiger externalisierende und bei Mädchen häufiger internalisierende Störungen vorliegen.

Fast 50 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit hyperkinetischen Störungen zeigen als Komorbidität dissoziale Störungen. Im Gegensatz dazu weisen weniger als 10 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit dissozialen Störungen eine hyperkinetische Störung auf. Die häufigste komorbide Störung bei Depressionen sind Angststörungen mit einer Rate von 40 Prozent. Bis zum Alter von 13 Jahren wurden durchgehend höhere Gesamtprävalenzen bei Jungen gefunden, wohingegen im Zuge der Adoleszenz eine Angleichung der Raten erfolgt. Häufig, jedoch nicht durchgehend, werden im späten Jugendalter höhere Gesamtraten bei Mädchen gefunden. So zeigten sich bei Jungen höhere Raten von hyperkinetischen Störungen, dissozialen Störungen, Störungen durch Substanzgebrauch sowie monosymptomatische Störungen, während Mädchen höhere Raten von Essstörungen und psychosomatischen Störungen aufweisen. Ein uneinheitliches Bild zeigte sich für depressive Störungen und Angststörungen.

Steinhausen und Kollegen (1998) untersuchten in der Zürich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology (ZESCAP) Schulkinder im Hinblick auf das Vorliegen psychischer Symptombelastungen. Die Stichprobe dieser Feldstudie umfasste 1964 Schüler (1015 Jungen, 949 Mädchen), die im Schweizer Kanton Zürich in der zweiten Hälfte des Jahres 1994 die erste bis neunte Klasse besuchten. Somit ergab sich eine Altersspanne von sieben bis 16 Jahren. Diese randomisierte Kohorte wurde in Bezug auf Schulart und Geschlechterverteilung repräsentativ für das gesamte Kanton zusammengestellt. Die Datenerhebung folgte nach einem zweistufigen Schema. In der Screening Phase sollten die Eltern mittels der Child Behavior Checklist das Verhalten ihrer Kinder einschätzen. Die Schüler, die die fünfte bis neunte Klasse besuchten, wurden anhand des Youth Self-Reports um eine Selbsteinschätzung gebeten. Anschließend erfolgte eine Befragung der Eltern durch die Elternversion des standardisierten Diagnostic Interview Schedule.

Es ergab sich eine 6-Monats-Prävalenz klinisch relevanter psychischer Symptombelastungen von 22.5 Prozent. Dazu trugen zur Hälfte Diagnosen aus dem Bereich der Angststörungen bei. Unter weiteren häufig auftretenden Störungen fanden sich Tics mit 6.0 Prozent und ADHS mit 5.3 Prozent. Dissoziale Syndrome zeigten mit 2.1 Prozent eine relativ niedrige Prävalenz. Die Gesamtprävalenz psychischer Störungen war bei Jungen mit 28.5 Prozent deutlich höher als bei Mädchen mit 15.6 Prozent. Hinsichtlich der einzelnen Störungsbilder ergab sich für Jungen bei Tics und ADHS ein deutliches Überwiegen, bei Mädchen insbesondere bei generalisierten Angststörungen. Auf der Ebene der Einzelstörungen ließen sich sonst nur geringe Unterschiede feststellen.

Altersunterschiede ergaben sich vor allem im Hinblick auf die Gesamtprävalenzraten. Hier konnte eine stetige Abnahme von 31.3 Prozent bei der jüngsten Gruppe (6 bis 9 Jahre) auf 12.8 Prozent bei der ältesten Gruppe (14 bis 17 Jahre) beobachtet werden. Im Gegensatz zu diesem allgemeinen Trend ergab sich für emotionale Störungen eine Zunahme. Eine kombinierte Betrachtung von Alters- und Geschlechtsunterschieden zeigte aufgrund der geringen Fallzahlen keine signifikanten Effekte.

Steinhausen und Kollegen (1998) sehen die Vergleichbarkeit ihrer Ergebnisse mit anderen Arbeiten durch die teilweise stark abweichenden Studiendesigns eingeschränkt. Auch das zweistufige Vorgehen stelle die Reliabilität der gewonnenen Daten in Frage, da nur die Eltern und nicht die Kinder befragt wurden. So lässt sich feststellen, dass die verschiedenen Studien für die Gesamtprävalenzraten ähnliche Ergebnisse erzielen, während die Prävalenzen für einzelne Störungen teilweise stark divergieren.

Döpfner und Kollegen (1997a) analysierten in der bundesweit durchgeführten Studie über psychische Auffälligkeiten und Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (PAK-KID-Studie) die Daten Heranwachsender von vier bis 18 Jahren mit dem Ziel, repräsentative Basisinformationen über die Häufigkeitsverteilungen psychischer Erkrankungen zu gewinnen. Dies sollte eine genauere Planung für Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme ermöglichen. Ein weiteres Ziel stellte die Analyse des Effektes von Geschlecht, Alter und Beurteiler (Eltern- und Selbsturteil) auf die Manifestation psychischer Störungen dar. Die Datenerhebung erfolgte durch versendete Fragebögen. Hierbei wurden bei Kindern im Alter von vier bis zehn Jahren ausschließlich die Eltern mittels der Child Behavior-Checklist (CBCL) befragt. Ab dem Alter von elf Jahren wurden zusätzlich durch den Youth Self-Report (YSR) Daten von den Jugendlichen erhoben. Zur Auswertung kamen insgesamt 1798 Fragebögen für Jugendliche und 2856 Fragebögen für Erwachsene. Die Repräsentativität der Stichprobe wurde durch die Einbeziehung relevanter soziodemographischer Merkmale sichergestellt.

Es konnte gezeigt werden, dass sich Jugendliche im Alter von elf bis 18 Jahren durchgängig als auffälliger in Bezug auf psychische Symptome einschätzen, als dies bei Beurteilung durch die Eltern der Fall ist. Hierbei fällt auf, dass sich Mädchen auf allen Skalen zur Erfassung internaler Auffälligkeiten als auffälliger bewerten als Jungen. Demgegenüber werden Jungen im Vergleich zu Mädchen von den Eltern als auffälliger bei Aufmerksamkeitsproblemen, dissozialem und aggressivem Verhalten angesehen. Im Vergleich mit anderen Studien verweisen Döpfner und Kollegen auf - trotz der Verwendung unterschiedlicher Methoden - ähnliche Ergebnisse. Verschiedene Studiendesigns werden somit als notwendige Ergänzung angesehen und nicht als generell zu vermeidende Abweichung.

Die von Ihle und Kollegen (2000) durchgeführte Mannheimer Kurpfalzerhebung von 1977 bis 2000 ist eine prospektive Längsschnittstudie mit dem Ziel, Daten über Prävalenzraten, Entstehung und Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- bis zum frühen Erwachsenenalter zu ermitteln. Dabei wurden beginnend mit dem Jahr 1978 insgesamt 399 Kinder im Alter von acht Jahren in die Studie einbezogen, 216 Kinder wurden im Rahmen einer Zufallsstichprobe ausgewählt. Darüber hinaus wurden weitere 183 Kinder anhand einer Screening-Stichprobe in die Gesamtstudie aufgenommen. Diese wurden jeweils im Alter von 13 (N = 356), 18 (N = 340) und 25 (N = 321) Jahren im Rahmen einer Follow-Up-Untersuchung erneut befragt. Somit nahmen über 80 Prozent der ursprünglichen Probanden an allen Untersuchungen teil. Als Instrumente dienten das Mannheimer Elterninterview sowie das Composite International Diagnostic Interview (CIDI).

Die 6-Monatsgesamtprävalenz für psychische Störungen zeigte im Verlauf der Studie für alle Altersstufen ähnliche Werte. Bei den 25-Jährigen konnte eine Rate von 18.4 Prozent ermittelt werden. Bezüglich der Gesamtrate psychischer Störungen ergab sich kein signifikanter Geschlechtsunterschied. Ein anderes Bild ergab sich bei der Unterscheidung internalisierender und externalisierender Störungen. Die Rate der männlichen Probanden mit internalisierenden Störungen zeigte mit Fortschreiten der Entwicklung ein rückläufiges Bild, während die Rate der Mädchen sich kontinuierlich erhöhte und im frühen Erwachsenenalter den höchsten Wert erreichte. Darüber hinaus konnte eine signifikante Zunahme psychosomatischer Störungen bei den weiblichen Probanden festgestellt werden.

Ein gegensinniges Bild ergab sich bei Betrachtung expansiver Störungen. Während im Grundschulalter fast ausschließlich Jungen externalisierende Störungen aufwiesen, nahmen diese bei Mädchen ab dem Alter von 13 Jahren zu, um im frühen Erwachsenenalter wieder abzunehmen. Bei Jungen fand sich nach einem konstant hohen Niveau externalisierender Auffälligkeiten im Grundschul- und frühen Jugendalter eine Annäherung an die Raten der Mädchen bis zum späten Jugendalter. Ab dem frühen Erwachsenenalter zeigte sich jedoch wieder eine signifikante Zunahme bei den männlichen Probanden. Dies äußerte sich vor allem in einem starken Anstieg von Störungen durch Substanzmissbrauch und dissozialen Störungen. Bei Betrachtung der Geschlechtsunterschiede der Lebenszeitprävalenzen bis zum Alter von 25 Jahren ergaben sich signifikant höhere Raten der männlichen Probanden für hyperkinetische Störungen (10.8 zu 1), Störungen durch Substanzmissbrauch (6 zu 1) und dissoziale Störungen (2.4 zu 1), während die weiblichen Probanden häufiger psychosomatische (2.5 zu 1) und affektive Störungen (2 zu 1) zeigten. Bei Betrachtung der Komorbiditätsraten (insgesamt 45 Prozent der Patienten mit komorbiden Störungen) zeigte sich, dass bei dissozialen Störungen überwiegend andere externalisierende Störungen diagnostiziert werden konnten. Entsprechendes gilt für internalisierende Störungen, wie affektive Störungen und Angststörungen.

Durch die kontinuierliche Durchführung strukturierter klinischer Interviews mit den Heranwachsenden und deren Eltern durch klinisch erfahrene Untersucher, die niedrige Drop-Out-Rate, die Dokumentation der Störungen nach ICD, sowie das fundierte Untersuchungsinstrumentarium setzte die Mannheimer Kurpfalzerhebung neue Maßstäbe in der epidemiologischen Erforschung psychischer Störungen von Heranwachsenden. Die Aussagekraft der gewonnenen Daten in Bezug auf spezifische Diagnosen ist aufgrund der niedrigen Repräsentativstichprobe von 216 Kindern aber eingeschränkt und erlaubt keine genauere Differenzierung der beobachteten Entwicklungstrends.

Esser und Kollegen (2000) stellen in einer weiteren Arbeit zur Mannheimer Kurpfalzerhebung eine Untersuchung zum Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter vor. Dabei wurden die Daten der Stichprobe (vgl. Ihle et al. 2000) jeweils im Alter von acht, 13, 18 und 25 Jahren erhoben. Zusätzlich zum Grad der psychischen Auffälligkeiten wurde das Funktionsniveau der Probanden in verschiedenen Lebensbereichen ermittelt. Die diagnoseunabhängige Stabilität psychischer Störungen erwies sich mit 50 Prozent zwischen zwei Untersuchungszeiträumen als vergleichbar mit anderen Arbeiten, wobei dissoziale und andere externalisierende Störungen höhere Persistenzraten zeigten als emotionale Störungen. Insgesamt muss somit von einer Rate von zwei bis zehn Prozent chronisch psychisch kranker Heranwachsender ausgegangen werden.

Laucht und Kollegen (2000) versuchten anhand der Mannheimer Risikokinderstudie neue Erkenntnisse zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen zu gewinnen. Dies geschah durch die prospektive Untersuchung von Risikogruppen. Die Ausgangsstichprobe bestand aus 384 Kindern, die im Zeitraum von 1986 bis 1988 in Frauenkliniken in Mannheim und Ludwigshafen geboren wurden. In die Stichprobe aufgenommen wurden Kinder, die definierten Risikobedingungen ausgesetzt waren. Die Datenerhebung erfolgte im Alter von drei Monaten sowie zwei, vier, acht und elf Jahren. Dabei wurde zwischen organischen (prä- und perinatale Komplikationen) und psychosozialen (familiäre Risiken) Belastungen unterschieden. Ziel der Studie war die Beschreibung der psychischen Entwicklung von Kindern mit frühen Belastungen, die Ermittlung von Risiko- und Schutzfaktoren sowie die Etablierung von Modellen zur Erklärung unterschiedlicher Entwicklungsverläufe. Ein besonderer Fokus lag auf den Entstehungs- und Verlaufsbedingungen von externalisierenden und internalisierenden Störungen. Die negativen Folgen der frühkindlichen Risiken konnten bis ins Schulalter nachgewiesen werden. Organische Risiken schlugen sich vor allem in einer verschlechterten motorischen und kognitiven Entwicklung nieder, während sich die Auswirkungen psychosozialer Belastungen auf kognitive und sozialemotionale Funktionen feststellen ließen. So konnten die langfristigen Auswirkungen früher Belastungen auf die kindliche Entwicklung und ihre Störungen gezeigt werden.

Wittchen und Kollegen (1998) untersuchten in der Münchner Follow-Up-Studie die Prävalenz psychischer Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Im Rahmen einer prospektiven longitudinalen Untersuchung (EDSP-Studie, Early Developmental Stages of Psychopathology) wurden Daten von 3021 Probanden im Alter von 14 bis 24 Jahren aus dem Münchner Raum erhoben. Als diagnostisches Instrumentarium diente eine leicht abgewandelte Version des Munich-Composite

International Diagnostic Interview (M-CIDI) mit Diagnosekriterien gemäß DSM-IV und ICD-10. Dabei zeigten Störungen durch Substanzmissbrauch die höchste Prävalenz (Lebenszeitprävalenz 17.7 Prozent, 12-Monatsprävalenz 11.4 Prozent), gefolgt von depressiven Störungen und Angststörungen. Die Gesamtprävalenzraten zeigten für die Geschlechter keine wesentlichen Unterschiede. Diese fanden sich aber auf der Ebene einzelner Störungen. Probanden mit komorbiden Störungen zeigten eine deutliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit und fielen durch eine erhöhte Inanspruchnahmerate auf. Aufgrund dieser Erhebungen sehen Wittchen und Kollegen die Phase des Übergangs vom Jugend- zum Erwachsenenalter als entscheidende Periode für die zukünftige individuelle Entwicklung und betonen die Wichtigkeit früher Prävention und Intervention, um die Chronifizierung psychischer Störungen zu vermeiden. Einschränkung erhält die Datenqualität durch die Verwendung nur einer Informationsquelle (keine Befragung der Eltern) und die Verwendung eines Diagnoseinstrumentariums, welches keine differenziertere Analyse der Störungsbilder erlaubt.

Weyerer und Kollegen (1988) gingen in der Oberbayerischen Feldstudie Fragen zu Prävalenz und Behandlung psychiatrischer Störungen von 3- bis 14-jährigen Kindern nach. Dazu wurden insgesamt 358 repräsentativ ausgewählte Heranwachsende (171 Jungen, 187 Mädchen) in den Jahren 1977 und 1978 untersucht. Die Datenerhebung erfolgte durch eine standardisierte kinderpsychiatrische Untersuchung gemäß des Klassifikationssystems von Rutter und Kollegen (1975) und eine zusätzliche Befragung der Eltern. Es ergab sich eine 3-Monats-Prävalenz psychiatrischer Störungen von 18.4 Prozent und eine jährliche Prävalenz von 20.7 Prozent. Von den psychiatrisch auffälligen Personen erhielten zum Zeitpunkt der Untersuchung lediglich 2 Prozent eine adäquate Behandlung. Hinsichtlich der Vergleichbarkeit mit neueren Studien ergeben sich wegen unterschiedlicher Falldefinitionen, verschiedener statistischer Verfahren und der Einbeziehung verschiedener Altersgruppen Einschränkungen.

Essau und Kollegen (1998) untersuchten in der Bremer Jugendstudie die Häufigkeit und Komorbidität psychischer Störungen in einer Stichprobe der Allgemeinbevölkerung von Jugendlichen. Die Längsschnittstudie umfasste Jugendliche im Alter von zwölf bis 17 Jahren. Ihre Rekrutierung erfolgte in 36 Schulen des Landes Bremen. In diese Studie wurden insgesamt 1035 Jugendliche (421 Jungen, 614 Mädchen) mit einem Durchschnittsalter von 14.3 Jahren eingeschlossen. Zu den untersuchten Störungen zählten Angststörungen, Depressionen, Störungen durch Substanzmissbrauch und somatoforme Störungen. Die Datenerhebung erfolgte durch ein standardisiertes, diagnostisches Interviewverfahren (CAPI, Wittchen & Pfister, 1996), Selbstbeurteilungsbögen sowie einen Elternfragebogen. Am häufigsten zeigten sich Angststörungen mit

einer Prävalenz von 18.6 Prozent, gefolgt von depressiven Störungen, somatoformen Störungen und Störungen durch Substanzmissbrauch. Dabei traten Depressionen, Angststörungen und somatoforme Störungen signifikant häufiger bei Mädchen auf, während Jungen bei Störungen durch Substanzmissbrauch höhere Raten aufwiesen. Signifikante Geschlechtsunterschiede zeigten sich vor allem ab 14 Jahren. Ab diesem Alter fand sich auch eine deutliche Zunahme der Gesamtprävalenzrate, wobei dieser Anstieg bei Mädchen stärker ausfiel als bei Jungen.

Als Konsequenz aus ihren Ergebnissen betonen Essau und Kollegen (1998) die Priorität, Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen in einem möglichst frühen Alter zu erkennen und sie einer adäquaten Therapie zuzuführen. Insbesondere wird die Notwendigkeit einer entwicklungsbezogenen Herangehensweise in Bezug auf Prävention und Therapie gefordert. Als Perspektive ihrer Arbeit sahen Essau und Kollegen (1998) die Untersuchung der weiteren Entwicklung der als auffällig identifizierten Jugendlichen, um Erkenntnisse zur Chronifizierung von kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen zu gewinnen.

Hölling und Kollegen (2008) untersuchten in ihrer Arbeit erstmals repräsentativ die psychischen Auffälligkeiten von 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS-Studie). In die Studie eingeschlossen wurden 14478 Probanden; die Erhebung fand an 167 verschiedenen Orten statt. Mit Hilfe des SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) konnten sie eine Prävalenz psychischer Symptomauffälligkeiten von 18.5 Prozent ermitteln. Als Risikofaktoren wurden ein jüngeres Alter, ein niedriger sozioökonomischer Status sowie ein Migrationshintergrund identifiziert. Bei Mädchen fanden sich mehr emotionale Probleme, während Jungen häufiger externalisierende Störungen aufwiesen.

1.4.2 Studien zur Inanspruchnahme

Die Inanspruchnahme professioneller kinder- und jugendpsychiatrischer Hilfe ist im Vergleich zur Inanspruchnahme somatischer medizinischer Behandlung mit besonderen Hürden verbunden. Hintzpeter und Kollegen (2014, S. 230) stellten dies im Rahmen der BELLA-Studie fest: "Das Wissen in der Bevölkerung über Art, Inhalt, Erreichbarkeit oder Finanzierungsmöglichkeit dieser Angebote ist begrenzt. Zudem bestehen bei den Betroffenen häufig Ängste vor Stigmatisierung". Mittlerweile konnten verschiedene

Faktoren identifiziert werden, die das Inanspruchnahmeverhalten beeinflussen. Hierbei handelt es sich unter anderem um das Ausmaß der wahrgenommenen Unterstützung, kulturelle und soziale Bedingungen sowie das Geschlecht der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Diese Faktoren spiegeln sich in der Zusammensetzung von Inanspruchnahmepopulation wider und können Aufschluss über bestehende Barrieren ermöglichen. So konnte in der BELLA-Studie festgestellt werden, dass die Inanspruchnahmerate von Mädchen mit emotionalen Störungen geringer ist als bei Jungen (Ravens-Sieberer et al. 2008a). Die gewonnenen Erkenntnisse sind folglich nur eingeschränkt für die Erhebung der wahren Prävalenz geeignet, liefern aber wichtige Erkenntnisse über diejenige Klientel, die mit professioneller Hilfe in Kontakt kommt. Im Folgenden werden relevante Arbeiten vorgestellt, die sich mit Fragestellungen zur Inanspruchnahme beschäftigen.

Renschmidt und Kollegen (1990) berichten in ihrer Arbeit über einen mobilen kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst in einer ländlichen Region Nordhessens. Dieser sollte den Abstand zwischen gutversorgten städtischen Gebieten und einer Mangelsituation auf dem Land verringern. Dabei konnte die Hypothese, dass zusätzliche kinderpsychiatrische Einrichtungen nur zusätzlichen Bedarf wecken, widerlegt werden. Untersucht wurden Konzeption, Leistungsspektrum und Klientel des mobilen Dienstes. Durch eine Bedarfsanalyse wurden begleitend Daten zur administrativen Prävalenz erhoben. Es fanden sich signifikante Unterschiede in den Inanspruchnahmeraten der verschiedenen Regionen. Vor allem die Differenz zwischen ermittelter psychiatrischer Morbiditätsrate (10 bis 15 Prozent) und der Inanspruchnahme im Landeskrankenhaus Marburg (3.9 Prozent) ist augenfällig. Dies zeigt, dass ein überwiegender Teil der psychiatrisch als behandlungsbedürftig eingestuft Kinder keinen Zugang zum Versorgungsangebot findet. Die wahre Prävalenz wurde für die Jahre 1986/87 anhand einer für die Gesamtregion repräsentativen Stichprobe von 1969 Schülern im Alter von sechs bis 17 Jahren untersucht. Die Erhebung erfolgte mittels der Child Behavior Checklist und des Youth Self-Reports. Als Vergleichsgruppe wurde ein Patientenkollektiv von 404 ambulanten und stationären Patienten herangezogen. Von der ersten Gruppe befanden sich 64 Personen aufgrund psychiatrischer Störungen in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung.

Im Jahr 1986 versorgte der ambulante Dienst insgesamt 275 Patienten, davon waren 60.7 Prozent Jungen und 39.3 Prozent Mädchen. Hinsichtlich der Altersverteilung ergab sich eine Häufung von Auffälligkeiten in der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen mit einem Anteil von 50.2 Prozent an allen Untersuchten.

Pfeil (2004) beschreibt in ihrer Dissertation anhand einer quantitativen Querschnittsstudie eine ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Inanspruchnahmepopulation am Beispiel der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Ziel war es, die Versorgungsrealität zu erfassen, um eine Grundlage für die zukünftige Bedarfsplanung zu erhalten. In der Zeit von Juni 1999 bis Februar 2001 wurden von 202 Patienten und deren Eltern Daten mit Hilfe der Child Behavior Checklist, des Youth Self-Reports und einer Basisdokumentation erhoben. Es konnte gezeigt werden, dass Therapeuten, Kinder und Eltern in ihrer Einschätzung der Hauptproblembereiche vergleichbare Ergebnisse erzielen. Als häufigster Vorstellungsgrund konnten aggressives oder dissoziales Verhalten ermittelt werden – gefolgt von Aufmerksamkeits- und Konzentrationsproblemen sowie Angststörungen. Die häufigsten psychiatrischen Diagnosen entfielen auf emotionale Störungen, Anpassungsstörungen sowie Störungen des Sozialverhaltens. Dabei schätzten sich die Heranwachsenden im Vergleich zu den Eltern als unauffälliger ein. Bei Betrachtung der Geschlechtsverteilung ergab sich bis zum 14. Lebensjahr ein Überwiegen der Jungen im Verhältnis zwei zu eins. Danach zeigte sich ein überwiegend ausgeglichenes Geschlechterverhältnis. Der Altersgipfel psychiatrischer Störungen konnte für das elfte bis 13. Lebensjahr ermittelt werden.

Esser und Kollegen (1986) untersuchten in einer weiteren Arbeit zur Mannheimer Kurpfalzerhebung die Determinanten der Inanspruchnahme kinderpsychiatrischer und kinderpsychologischer Behandlung und deren Erfolg. In der epidemiologischen Längsschnittuntersuchung wurden Kinder im Alter von acht bis 13 Jahren untersucht. Von den ursprünglich 399 achtjährigen Kindern der Feldstichprobe aus dem Jahr 1978/79 konnten 356 Kinder als 13-Jährige fünf Jahre später erneut untersucht werden. Von diesen nachuntersuchten Kindern hatten 51 in den vergangenen fünf Jahren eine psychologische bzw. psychiatrische Behandlung erfahren. Diese Gruppe wurde den verbleibenden 305 Kindern als Vergleichsgruppe gegenübergestellt. Die behandelten Kinder waren häufiger Jungen (18.5 Prozent zu 9 Prozent), zeigten häufiger externale Störungen, hatten einen geringeren Intelligenzquotienten und litten häufiger unter Teilleistungsschwächen. Ein widriges familiäres Umfeld sowie eine niedrige Schichtzugehörigkeit erwiesen sich als Determinanten für eine häufigere Inanspruchnahme. Es zeigte sich, dass die Inanspruchnahme kinderpsychiatrischer oder -psychologischer Behandlung in erster Linie durch den psychopathologischen Status des Kindes bestimmt wird und familiäre Variablen nur eine sekundäre Rolle spielen.

Hummel (1986) ging in seiner Studie der Frage nach einer Veränderung der stationären Inanspruchnahme einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie nach. Dazu wurden

die Daten von Kindern und Jugendlichen, die zwischen 1956 und 1984 in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Georg-August-Universität Göttingen behandelt wurden, herangezogen. Von den in diesem Zeitraum Behandelten (N = 3142) wurden die Krankengeschichten jedes vierten Jahrganges (N = 766) ausgewertet. Die Stichprobe wurde unter anderem nach ihrer Zusammensetzung im Hinblick auf Alter, Geschlecht und Diagnose untersucht. Bei einer näheren Betrachtung der Altersverteilung zeigte sich eine starke Abnahme psychischer Störungen in der Gruppe von sechs bis 13 Jahren und eine entsprechende Zunahme in der Gruppe von 14 bis 19 Jahren. Die Geschlechtsverteilung schwankte im Lauf der Jahre stark und zeigte zum Abschluss der Studie 1984 einen Anteil der Jungen von 56 Prozent und der Mädchen von 44 Prozent. Dies entsprach in etwa der Verteilung über den gesamten Untersuchungszeitraum. Signifikante Veränderungen ergaben sich in Bezug auf die einweisende Instanz. Hier zeigte sich ein deutlicher Rückgang der Einweisung durch niedergelassene Ärzte, bei einer Zunahme der Einweisung über die institutseigene Poliklinik. Es konnten ein Anstieg schwerwiegender psychiatrischer Diagnosen, ein höheres Aufnahmealter und eine längere Aufenthaltsdauer festgestellt werden. Dies wird durch die vorherige Patientenselektion durch ein gewachsenes ambulantes Angebot begründet. Interessant erscheint bei der Arbeit von Hummel insbesondere die Betrachtung der Alters- und Geschlechterzusammensetzung über einen längeren Zeitraum. Hier zeigte sich, entgegen anderen Arbeiten, keine signifikante Veränderung des Geschlechterverhältnisses im Zuge des Heranwachsens.

Höger (1995) untersuchte mögliche Einflussgrößen auf das Inanspruchnahmeverhalten von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen. Zunächst wird mit Hilfe einer Literaturübersicht von sieben Arbeiten im Zeitraum von 1986 bis 1992 der Frage nach der Diskrepanz zwischen bevölkerungsbezogener und administrativer Prävalenz nachgegangen. Demnach erhielten lediglich 20 Prozent der psychisch auffälligen Jugendlichen eine adäquate Versorgung durch eine fachspezifische Einrichtung. Anschließend wurden die Ergebnisse durch eine Pilotstudie überprüft. Hierbei konnte bezüglich der kindsbezogenen Merkmale ein direkter Einfluss des Alters festgestellt werden. Es zeigte sich ein deutlicher Rückgang der Inanspruchnahme fachlicher Hilfe durch die Eltern mit steigendem Alter der Kinder. Einige Arbeiten konnten für Jungen eine höhere Inanspruchnahmerate feststellen als für gleichaltrige Mädchen. Uneinheitliche Ergebnisse zeigten sich bei Betrachtung des sozioökonomischen Status. Als beste Vorhersagevariablen der Inanspruchnahme erwiesen sich die Dauer und der Schweregrad der Störung. Darüber hinaus wurde die elterliche Einstellung zu fachlicher Hilfe und ihr subjektives Hilfebedürfnis als entscheidende Variablen für den Prozess des Hilfesuchens eingeschätzt. Als Konsequenz fordert Höger einen leichteren Zugang zu

fachlicher Hilfe und eine Stärkung der Rolle von Lehrern und niedergelassenen Ärzten im „Help-Seeking-Pathway“.

Schepker und Kollegen (2000) untersuchten die Verlaufsprädiktoren mittelfristiger Behandlungen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Stichprobe bestand aus insgesamt 371 Kindern und Jugendlichen, die sich im Jahr 1998 in stationärer psychiatrischer Behandlung befanden. Die Datenerhebung erfolgte durch die Therapeuten anhand einer erweiterten Basisdokumentation, das psychopathologische Befundsystem für Kinder (CASCAP-D) sowie die multiaxiale Klassifikation nach ICD-10. Es ergab sich eine Abbruchquote von 9.8 Prozent für die mittelfristige Behandlungsdauer. Als nicht aussagekräftig im Hinblick auf Behandlungsdauer und -erfolg erwies sich die Diagnose nach ICD-10. Ein signifikanter Zusammenhang zur Verweildauer konnte für den Schweregrad der psychosozialen Beeinträchtigung ermittelt werden. Längere Verweildauern gingen mit einer signifikanten Verbesserung aller Funktionsbereiche einher. Je ausgeprägter sich die Störung bei der Aufnahme zeigte, desto länger war die Behandlung und desto größer die erzielten Erfolge. Psychosoziale Beeinträchtigungen ergaben im Kindesalter einen negativen Einfluss auf den Erfolg der Behandlung. Dementgegen wirkte sich die Kooperationsbereitschaft von Eltern und Patienten positiv auf das Ergebnis der Behandlung aus. Als Konsequenz ihrer Untersuchung forderten Schepker und Kollegen eine stärkere Berücksichtigung der verschiedenen Einflussvariablen, um zu einer besseren Versorgungssituation zu gelangen.

Höger und Mitarbeiter (1984) vergleichen in ihrer Untersuchung die Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychiatrischen Polikliniken. Es konnten bezüglich der Variablen Alter, Geschlecht und sozialer Faktoren keine Differenzen für das Inanspruchnahmeverhalten zwischen kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen und Erziehungsberatungsstellen gefunden werden. Im zweiten Teil ihrer Arbeit untersuchen Höger und Kollegen durch eine eigene Erhebung die Inanspruchnahme einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (N = 130) mit der von vier Erziehungsberatungsstellen (N = 140). Dabei zeigten sich zwischen den einzelnen Erziehungsberatungsstellen große Unterschiede, was eine einheitliche Aussage erschwert. Allen gemeinsam war der unmittelbarere Zugang, das heißt eine niedrigere Inanspruchnahmebarriere, im Vergleich zur Klinik. Es konnte zudem festgestellt werden, dass emotionale Störungen häufiger zu einer Inanspruchnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik führten.

Steinhausen (1997) untersuchte die psychiatrischen Störungen der Inanspruchnahmepopulation einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung in der Schweiz. Dabei wurden die Daten von insgesamt 45554 Patienten (Höchsteralter 19 Jahre) von 1921 bis 1990 ausgewertet, um der Frage nach einer Veränderung der Prävalenzraten über einen

längeren Zeitraum nachzugehen. Die Datenerhebung für die Jahre 1921 bis 1978 erfolgte anhand der Jahrbücher. Für die Fälle ab dem Jahr 1979 konnte auf eine Datenbank mit Klassifizierungen nach ICD-9 und ICD-10 zurückgegriffen werden. Auf eine Betrachtung komorbider Störungen wurde verzichtet. Es ergab sich eine Zunahme der Inanspruchnahmerate innerhalb der untersuchten Population von 15 Prozent im Jahr 1930 auf 40 Prozent im Jahr 1990. Dieser Anstieg zeigte jedoch keinen kontinuierlichen Verlauf. Bemerkenswert ist das relativ konstante Verhältnis von behandelten Jungen zu Mädchen von zwei zu eins. Bei der Betrachtung der Altersverteilung ergaben sich die höchsten Raten für das Alter von sechs bis neun sowie von zehn bis zwölf Jahren. Für den Verlauf der einzelnen Diagnosen konnten wegen der Verwendung unterschiedlicher Klassifikationssysteme nur Überkategorien verwendet werden. Hierbei zeigte sich nach der Einführung der neuen Klassifikationssysteme um 1970 eine deutliche Abnahme in der Diagnosehäufigkeit emotionaler Störungen. Die Prävalenzraten für Verhaltensstörungen waren im betrachteten Zeitpunkt relativ konstant.

Mögliche Gründe für die Veränderung der Inanspruchnahmeraten sahen Steinhausen und Kollegen in einem tatsächlichen Wandel der Morbiditätsraten, der Verfügbarkeit von kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen, modifizierten Klassifikationssystemen und gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen. Zusammenfassend wird die Wichtigkeit der Etablierung einer flächendeckenden kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung betont, um einen möglichst hohen Anteil der wahren Prävalenz zu identifizieren. Steinhausen und Kollegen betonten dabei vor allem die hohen Dunkelziffern bei psychischen Störungen Heranwachsender. Dies liefert eine mögliche Erklärung für die Zunahme der Inanspruchnahme bei gleichzeitig steigender Zahl an Einrichtungen über die Zeit.

Kowalewski (2009) beschreibt in seiner Dissertation psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen in ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung. Einige Störungen, hier sind vor allem hyperkinetische Störungen zu erwähnen, traten im Gegensatz zur erwarteten Verteilung signifikant häufiger auf, andere Störungen traten seltener auf als erwartet. Vor allem im Hinblick auf die Diagnoseverteilungen zwischen den einzelnen ambulanten Versorgungseinheiten konnten große Unterschiede festgestellt werden. Nur eine geringe Ausprägung ergab sich für den Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Diagnoseverteilung.

Engel und Kollegen (2009) untersuchten in ihrer Arbeit psychische Belastungen und Geschlechtsunterschiede einer Stichprobe der stationären Jugendhilfe. Sie stellten im Vergleich zur Normalpopulation erheblich höhere Prävalenzraten für psychische Störungen fest. Die Untersuchung erfolgte mittels der Skalen von Achenbach. Über die

Hälfte der Jugendlichen beschrieben sich im Selbsturteil als auffällig. Für Mädchen konnte eine signifikant höhere Ausprägung bei internalisierenden Auffälligkeiten festgestellt werden.

Hintzpeter und Mitarbeiter (2014) untersuchten erstmals repräsentativ als Teil der BELLA-Studie die psychiatrische und psychotherapeutische Inanspruchnahme durch Kinder und Jugendliche im Alter von sieben bis 17 Jahren in Deutschland. Hierbei konnten im Rahmen der KiGGS-Studie (Kinder- und Jugendgesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts) Daten von 2863 Familien ausgewertet werden. Als Instrumente verwendet wurden ein Fragebogen mit Daten zur Inanspruchnahme von ambulanten medizinischen Leistungen sowie der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) zur Einschätzung der psychischen Gesundheit. Demnach nahmen 5.6 Prozent der untersuchten Probanden im Verlauf des letzten Jahres psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe in Anspruch. Insgesamt gaben 5.5 Prozent der Eltern an, dass ihr Kind unter einer diagnostizierten psychischen Erkrankung leide. Dabei zeigte sich ein signifikantes Überwiegen der Jungen (6.4 Prozent zu 4.5 Prozent). Auf die Behandlungsquote hatten die Variablen Alter und Geschlecht keinen signifikanten Einfluss. Bei Probanden mit auffälligem SDQ bekamen weniger als ein Drittel eine entsprechende Behandlung, dabei wiederum seltener Jungen als Mädchen (26 Prozent zu 34 Prozent). Die Betrachtung einzelner Störungsbilder erbrachte, dass Jungen mit Depressionen und Mädchen mit Verhaltensstörungen häufiger psychiatrische oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen.

Belhdj Kouider und Kollegen (2014) untersuchten anhand einer Inanspruchnahmepopulation von 5680 Kindern und Jugendlichen den Einfluss unterschiedlicher Ethnien auf die Verteilung psychischer Störungen. Dabei wiesen 30.2 Prozent der Probanden einen Migrationshintergrund auf. Ein afrikanischer Migrationshintergrund war mit einer erhöhten Prävalenz von Belastungs- und Anpassungsstörungen verbunden, eine asiatische Herkunft prädisponierte für dissoziative und somatoforme Störungen, türkische oder arabische Herkunft für Störungen aus dem Formenkreis der Schizophrenien. Bei deutschen Kindern konnte im Vergleich ein erhöhtes Risiko für affektive Störungen festgestellt werden. Ebenfalls untersucht wurde der Einfluss des Geschlechts auf psychische Störungen. Hier lässt sich zusammenfassend feststellen, dass bei Mädchen häufiger affektive Störungen und bei Jungen häufiger externalisierende Störungen diagnostiziert werden konnten. Zudem zeigte sich bei Mädchen eine höhere Störungsquote für posttraumatische Belastungsstörungen sowie dissoziative Störungen.

Die KiGGS-Studie (Wölfle et al. 2014) beschäftigte sich mit der Inanspruchnahmequote von somatischen und psychiatrischen Diensten durch Kinder und Jugendliche in Deutschland im Verlauf eines Jahres. Hierbei wurden von 2003 bis 2006 die Daten von

insgesamt 6475 Kindern und Jugendlichen im Alter von elf bis 18 Jahren ausgewertet. In genanntem Zeitraum nahmen 81.1 Prozent der Studienteilnehmer professionelle somatische medizinische Hilfe, aber nur 4.9 Prozent psychiatrische Hilfe in Anspruch. Von den mittels SDQ als psychisch auffällig eingestuften Kindern und Jugendlichen waren lediglich knapp ein Fünftel (18.6 Prozent) in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung. Es konnte kein Geschlechtseffekt auf die Inanspruchnahmequote gefunden werden. Jedoch nahm die Inanspruchnahme mit steigendem Alter der Patienten ab.

Stegmann und Kollegen (2013) gingen anhand einer Stichprobe von stationär behandelten Kindern und Jugendlichen mit einer depressiven Störung der Frage nach Prävalenzraten sowie der Art medikamentöser Behandlung nach. Hierbei wurden in den neun Kliniken der KinderAGATE (Arbeitsgemeinschaft Arzneimitteltherapie bei psychiatrischen Erkrankungen) im Jahr 2010 an zwei Stichtagen von 678 Patientinnen und Patienten bis zum Alter von 22 Jahren soziodemographische Daten sowie die psychiatrische Hauptdiagnose nach ICD-10 erfasst. Mit 52.2 Prozent hatten die meisten Patienten eine Diagnose aus der Gruppe der Verhaltens- und emotionalen Störungen. Dabei zeigte sich sowohl für die Unterkategorie "Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens" als auch "Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung" eine deutlich häufigere Betroffenheit der männlichen Studienteilnehmer mit 95.2 Prozent bzw. 76.2 Prozent. Die weiteren Diagnosehäufigkeiten ergaben sich mit 10.0 Prozent für affektive Störungen, mit 3.7 Prozent für Schizophrenien und wahnhaftige Störungen, mit 3.4 Prozent für Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen sowie mit 1.9 Prozent für Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Bei den Patienten mit affektiven Störungen konnte ein Überwiegen des männlichen Geschlechts festgestellt werden (58.8 Prozent zu 41.2 Prozent).

Einen guten Einblick in die Datenlage zur Versorgung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen gibt die im Auftrag der Psychotherapeutenkammer Hamburg entstandene Expertise von Albota (2004). Sie beschäftigt sich mit dem Verhältnis von Bedarf und Möglichkeiten der Inanspruchnahme ambulanter professioneller Hilfe bei Vorliegen psychiatrischer Erkrankungen. Danach leiden in Hamburg etwa 8 Prozent der Heranwachsenden - das entspricht 22000 Betroffenen - unter einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung. Der weiter gefasste Begriff der psychischen Auffälligkeiten ohne akuten Behandlungsbedarf ist demgemäß für etwa 50000 Kinder und Jugendliche zutreffend (18 Prozent). Die Anzahl der ambulant tätigen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten wird mit 41 pro 100000 Kinder und Jugendliche angegeben. Die Zahl derjenigen Kinder und Jugendlichen, die sich im Jahr 2002 in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung befanden, beläuft sich auf

12000. Aus der großen Diskrepanz von ermitteltem Behandlungsbedarf und tatsächlich stattfindender Behandlung wird eine gravierende Unterversorgung abgeleitet. Nach Einschätzung der Autorin kann die Situation des ambulanten Versorgungssektors auch auf den klinischen Sektor übertragen werden. Keine Angaben wurden zu Geschlechtsunterschieden bezüglich des Inanspruchnahmeverhaltens gemacht. Es wäre jedoch für zukünftige Studien von hoher Relevanz nach spezifischen Zugangsbarrieren für die Geschlechter zu suchen. Dies ist eine wichtige Voraussetzung, um eine gezielte Bedarfs- und Versorgungsplanung zu gewährleisten.

1.5 Zusammenfassung des Forschungsstands

Die vorangegangene Darstellung zeigt die Entwicklung, die die epidemiologische Forschung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den letzten Jahrzehnten genommen hat. So ist festzustellen, dass im deutschsprachigen Raum erst seit Beginn der 1990er Jahre vermehrte Forschungsbemühungen zu verzeichnen sind. Wie bereits angemerkt, weist vor allem die erste Generation dieser Arbeiten eine Reihe methodischer Unzulänglichkeiten auf. Dies betrifft vor allem uneinheitliche Untersuchungsinstrumente. Nur in wenigen Untersuchungen erfolgte sowohl eine kategoriale als auch eine dimensionale Diagnoseerhebung. Weiterhin stützen sich die erhobenen Daten meist nur auf das Urteil eines Informanten. Unterschiedliche Informanten haben jedoch einen hohen Einfluss auf die ermittelten Prävalenzraten.

Trotz dieser methodischen Mängel können einige grundsätzliche Feststellungen getroffen werden. So berichten viele Arbeiten übereinstimmend die Geschlechts- und Altersabhängigkeit psychischer Störungen. Generell lässt sich sagen, dass Jungen bis zum Eintritt der Pubertät häufiger von psychischen Störungen betroffen sind und auch häufiger eine psychiatrische Behandlung in Anspruch nehmen als gleichaltrige Mädchen. Im Laufe der Adoleszenz gleichen sich die Raten immer stärker an. Bei Eintritt in das Schulalter weisen Jungen deutlich höhere Prävalenzraten für externalisierende Störungen auf als Mädchen. Bei internalisierenden Störungen lassen sich für diese Entwicklungsphase keine deutlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern feststellen. Dieses Verhältnis ändert sich bis zum frühen Erwachsenenalter. Dabei sind Jungen weiterhin signifikant häufiger von externalisierenden Störungen betroffen. Bei Mädchen kommt es hingegen zu einer deutlichen Zunahme von internalisierenden

Störungen. Dies spiegelt sich auch in einer zunehmenden Repräsentation der Mädchen in psychiatrischen Inanspruchnahmepopulationen wieder.

Die epidemiologische Forschung hat sich bisher in erster Linie mit der Untersuchung von Feldstichproben beschäftigt. Zu Inanspruchnahmepopulationen liegen vergleichsweise wenige Arbeiten aus dem deutschsprachigen Raum vor. Vor allem zu Determinanten der Inanspruchnahme und Behandlung gibt es kaum verlässliche Daten. So erfolgt in dieser Arbeit die integrierte Untersuchung von geschlechts- und alterstypischen Unterschieden in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation. Um eine differenzierte Betrachtung zu ermöglichen, wird hierbei ein multidimensionaler Ansatz verfolgt, der die Beurteilung der Kinder und Jugendlichen durch verschiedene Urteiler und anhand verschiedener, standardisierter Untersuchungsinstrumente ermöglicht. Es erfolgte daher sowohl eine Befragung der Kinder und ihrer Eltern als auch eine Einschätzung durch die Therapeuten.

1.6 Fragestellung und Hypothesen

Aus dem beschriebenen Stand der Forschung werden folgende Fragestellungen abgeleitet:

- 1) Welchen Effekt zeigen Geschlecht und Alter bezüglich der Zusammensetzung der Stichprobe, relevanter soziodemografischer Merkmale, psychopathologischem Aufnahmebefund, Hauptdiagnose nach ICD-10 sowie Suizidalität in einer teil-/stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation?

Frage 1) wird explorativ bearbeitet.

- 2) Welchen Effekt zeigen Geschlecht und Alter bezüglich relevanter Determinanten der Inanspruchnahme und Behandlung bei einer teil-/stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation?

Frage 2) wird explorativ bearbeitet.

- 3) Welchen Effekt zeigen Geschlecht, Alter sowie die Einbeziehung verschiedener Informanten (Therapeuten, Eltern, Patienten) auf die Beurteilung psychischer Auffälligkeiten von 6- bis 18-jährigen Patienten einer teil-/stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation?

Aus Frage 3) werden folgende Hypothesen abgeleitet:

- I) Mädchen werden im Vergleich mit Jungen von verschiedenen Informanten bezüglich internalisierender Auffälligkeiten als stärker betroffen eingeschätzt.
- II) Ältere Patienten werden im Vergleich mit jüngeren Patienten von verschiedenen Informanten bezüglich internalisierender Auffälligkeiten als stärker betroffen eingeschätzt.
- III) Jungen werden im Vergleich mit Mädchen von verschiedenen Informanten bezüglich externalisierender Auffälligkeiten als stärker betroffen eingeschätzt.
- IV) Mädchen werden im Vergleich mit Jungen von verschiedenen Informanten bezüglich psychischer Auffälligkeiten insgesamt als stärker betroffen eingeschätzt.

1.7 Ziele der Arbeit

Ziel der Arbeit ist es, zu einer umfassenden Darstellung von Geschlechts- und Alterseffekten bezüglich der teil-/stationären Inanspruchnahmepopulation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf zu gelangen. Im Fokus stehen dabei die Untersuchung psychischer Auffälligkeiten bzw. Störungen durch verschiedene Informanten sowie relevanter Determinanten der Aufnahme und Behandlung. Die bisher aus einzelnen Studien bekannten Geschlechts- und Alterseffekte sollen dabei anhand der selben Stichprobe überprüft werden, um mögliche Interaktionen aufzuklären.

Es sollen wichtige Informationen für die weitere Bedarfsplanung gewonnen und etwaige Barrieren bei der Inanspruchnahme identifiziert werden. Die gewonnenen Daten sollen ferner Hinweise für die Etablierung von Präventionsprogrammen bereitstellen.

Die gefundenen Geschlechts- und Alterseffekte sollen zudem unter besonderer Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Fragestellungen interpretiert werden, um Hinweise zu Entstehung und Verlauf psychischer Störungen zu gewinnen. Weiterhin soll diese Dissertation als Grundlage für spätere Arbeiten im Rahmen von Follow-Up-Untersuchungen dienen - mit der Perspektive, den Verlauf beobachteter Veränderungen zu analysieren.

2. Methodik

2.1 Forschungsdesign und Datenerhebungsverfahren

Die vorliegende Dissertation stellt eine Querschnittsstudie an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation im naturalistischen Versorgungskontext dar. Die Arbeit entstand im Rahmen des Forschungsprojektes „Epidemiologie und Evaluation“ der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Ziel dieses Projektes ist es, Erkenntnisse zu Art, Häufigkeit und Verteilung psychischer Auffälligkeiten und Störungen von Kindern und Jugendlichen zu gewinnen und den Behandlungserfolg zu evaluieren. Seit 1999 wurden fortlaufend mittels verschiedener Fragebögen differenzierte Daten zur Inanspruchnahmepopulation der Klinik erhoben. Die Erhebung erfolgte zu vier Zeitpunkten (bei Anmeldung, Aufnahme, Entlassung sowie sechs Monate nach Entlassung). Einen Überblick über die verschiedenen Erhebungsinstrumente gibt Tabelle 2.

In diese Arbeit fanden für die verwendeten Fragebögen nur die zum Aufnahmezeitpunkt erhobenen Daten Eingang in die Auswertung. Die im Rahmen des Evaluationsprojektes erhobenen Daten zu weiteren Zeitpunkten fanden aufgrund zu geringer Fallzahlen keine Berücksichtigung. Erkenntnisse über den Verlauf psychischer Störungen können folglich nicht aus der kontinuierlichen Beobachtung einzelner Probanden gewonnen, sondern nur aus dem Vergleich von Altersgruppen abgeleitet werden. Die in diese Untersuchung eingeschlossenen Probanden wurden im Zeitraum von August 1999 bis Juni 2006 zur stationären oder teilstationären Behandlung aufgenommen.

Tabelle 2: Übersicht über das Design der Evaluationsstudie

		Behandlungsstatus			
		t0: Anmeldung	t1: Aufnahme	t2: Entlassung	t3: Nachbefragung
Beurteilergruppe	Patient	Symptomatik (YSR)	Symptomatik (YSR) Zielformulierung (offen) Lebensqualität (KINDL) Familienfunktionen (FB) Kompetenzen (YSR)	Symptomatik (YSR) Zielerreichung (Likert-Skala) Lebensqualität (KINDL) Behandlungsbeurteilung (FBB) Patientenzufriedenheit (PZF)	Symptomatik (YSR) Lebensqualität (KINDL) Familienfunktionen (FB) Kompetenzen (YSR)
	Mutter	Symptomatik (CBCL)	Symptomatik (CBCL) Zielformulierung (offen) Lebensqualität (KINDL) Familienfunktionen (FB) Kompetenzen (CBCL)	Symptomatik (CBCL) Zielerreichung (Likert-Skala) Behandlungsbeurteilung (FBB)	Symptomatik (CBCL) Lebensqualität (KINDL) Familienfunktionen (FB) Kompetenzen (CBCL)
	Vater	Symptomatik (CBCL)	Symptomatik (CBCL) Zielformulierung (offen) Lebensqualität (KINDL) Familienfunktionen (FB) Kompetenzen (CBCL)	Symptomatik (CBCL) Zielerreichung (Likert-Skala) Behandlungsbeurteilung (FBB)	Symptomatik (CBCL) Lebensqualität (KINDL) Familienfunktionen (FB) Kompetenzen (CBCL)
	Bezugs- person			Behandlungsbeurteilung (FBB)	
	Therapeut		Symptomatik (CASCAP-D) Zielformulierung (offen)	Symptomatik (CASCAP-D) Zielerreichung (Likert-Skala) Behandlungszufriedenheit (FBB)	

Die Datenerhebung erfolgte anhand einer Basisdokumentation sowie verschiedener standardisierter Fragebögen. Als Urteiler fungierten die behandelnden Therapeuten, die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten sowie die Patientinnen und Patienten selbst.

Die untersuchte Universitätsklinik hat einen sektoralen Versorgungsauftrag. Neben dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf stehen im Bereich Hamburg mit dem Katholischen Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, dem Asklepios Klinikum Hamburg-Harburg und dem Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf drei weitere Häuser mit eigenen stationären Angeboten zur Verfügung. Im Einzugsgebiet befindet sich zudem die Fachklinik Bokholt mit einem Angebot für qualifizierten Entzug.

2.2 Variablenauswahl und -definition

In dieser Arbeit sollen Geschlechts- und Alterseffekte auf verschiedene Merkmale einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation untersucht werden. Dabei

liegt der Fokus auf psychischen Auffälligkeiten und Störungen sowie Determinanten der Inanspruchnahme und Behandlung.

Die psychischen Auffälligkeiten wurden durch psychometrische Fragebögen konzeptualisiert, welche im nächsten Abschnitt näher erläutert werden. Alle weiteren Variablen wurden mit Hilfe einer Basisdokumentation für Kinder- und Jugendpsychiatrie erhoben.

Als abhängige Variablen fungierten das Geschlecht sowie das Alter der Probanden. Die Alterseinteilung erfolgte gemäß der Definition von Kindheit und Jugend. Die erste Altersgruppe umfasst die 6- bis 12-Jährigen, die zweite Altersgruppe die 13- bis 18-Jährigen. Weitere Aspekte hierzu finden sich in Kapitel 4.2. In die Auswertung flossen - je nach Fragestellung - die Daten der unterschiedlichen Urteiler ein. Zudem wurden Geschlechtseffekte untersucht.

2.3 Operationalisierung

2.3.1 Allgemeines

Im Folgenden werden die verwendeten Untersuchungsinstrumente dargestellt. Die Fragebögen sind seit Jahren in der kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung etabliert und zeichnen sich durch ihre einfache Anwendbarkeit sowie ausreichende Gütekriterien aus. Eine Darstellung relevanter Parameter zu Validität, Reliabilität und Objektivität findet sich in Kapitel 4.2. Mit Hilfe der kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation (BADO) wurden soziodemographische Merkmale der Kinder und Jugendlichen erhoben. Zur Operationalisierung psychischer Auffälligkeiten fand für die Therapeuten das Psychopathologische Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D), für die Eltern die deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL) und für die Selbstbeurteilung der Probanden der Youth Self-Report (YSR) Verwendung.

BADO und CASCAP-D wurden zu Behandlungsbeginn durch die jeweils behandelnden Therapeuten ausgefüllt (Ärztin/Arzt oder Psychologin/Psychologe). Die CBCL wurde ebenfalls zu Behandlungsbeginn durch die Eltern/Erziehungsberechtigten, der YSR durch die behandelten Kinder und Jugendlichen ab elf Jahren ausgefüllt.

2.3.2 Basisdokumentation

Zur Erhebung soziodemographischer Merkmale der Kinder und Jugendlichen wurde die Basisdokumentation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (BADO-DGKJP/BAG/BKJPP) von Englert und Kollegen (1998) in der dritten Auflage verwendet. Sie ermöglicht eine Einschätzung der Probanden auf Symptomebene und eine kategoriale Beurteilung der psychischen Störungen sowie eine dimensionale Beurteilung der psychosozialen Beeinträchtigung durch die Therapeuten.

Im ersten Abschnitt werden Daten zu soziodemographischen Merkmalen der Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern erhoben; unter anderem zu Vorstellungs-/ Aufnahmebedingungen, Staatsangehörigkeit, Wohnsituation, Sozialstatus und Schichtzugehörigkeit. Im nächsten Abschnitt erfolgt eine Anamnese einschließlich familiärer Belastungen. Es folgen eine Skala zur Gesamtbeurteilung von Kindern und Jugendlichen (SGKJ, Shaffer-Skala), die Dokumentation des psychopathologischen Aufnahmebefundes, der somatisch-neurologische Befund sowie die Diagnosestellung anhand des multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10. Weiterhin wird die somatische und psychologische Diagnostik dokumentiert. Es folgen Angaben zu Therapie, Behandlungsergebnis und der empfohlenen Weiterbehandlung. Bei den meisten Items muss eine vorgegebene Kategorie als Antwortmöglichkeit markiert werden.

2.3.3 Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D)

Das Psychopathologische Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D) von Döpfner und Kollegen (1999) ermöglicht aufgrund eines halbstrukturierten Interviews mit dem Patienten und seiner Begleitperson die klinische Beurteilung psychopathologischer Symptome. Zudem fließen die vom klinischen Untersucher gemachten Beobachtungen in der Untersuchungssituation in die Auswertung mit ein. Als Grundlage diente das AMDP-System für Erwachsene (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) sowie die kategorialen Klassifikationssysteme nach ICD-10 und DSM-IV. Der Fragebogen zeichnet sich insbesondere durch seine einfache Einsetzbarkeit in der klinischen Arbeit aus. Die Bearbeitungszeit wird mit 30 bis 60 Minuten angegeben, die

Auswertungszeit beträgt 5 bis 10 Minuten. Es wird zwischen zwei Erhebungssituationen unterschieden. Mit „während der Exploration“ werden die in der aktuellen Untersuchungssituation gemachten Einschätzungen beschrieben. Außerhalb der Untersuchungssituation gewonnene Erkenntnisse fließen in die Exploration „in anderen Kontexten“ ein. Der Zeitraum bezieht sich hierbei auf die letzten sechs Monate. Für diese Arbeit wurde die Erhebung „in anderen Kontexten“ verwendet.

Der Fragebogen besteht aus insgesamt 98 Items, deren Merkmalsausprägung anhand einer vierstufigen Skala angegeben werden kann (0 = nicht vorhanden, 1 = leicht, 2 = deutlich, 3 = stark vorhanden). Die Items sind in 13 Module aufgeteilt (vgl. Tab. 3).

Tabelle 3: Merkmalsbereiche des CASCAP-D

	Merkmalsbereich	Items
1	Interaktion	8
2	Regelbezogenes Verhalten	8
3	Entwicklungsstörungen	8
4	Aktivität und Aufmerksamkeit	4
5	Psychomotorik	4
6	Angst	7
7	Zwang	2
8	Stimmung und Affekt	11
9	Essverhalten	6
10	Körperliche Beschwerden	11
11	Denken und Wahrnehmung	13
12	Gedächtnis, Orientierung und Bewusstsein	3
13	Andere	13
	<i>gesamt</i>	<i>98</i>

Aus den einzelnen Items können acht Symptomskalen gebildet werden. Sechs dieser Symptomskalen I. Ordnung werden zu zwei Skalen II. Ordnung zusammengefasst. Die übergeordnete Skala „Internale Symptomatik“ (12 Items) wird aus den zwei untergeordneten Skalen „Sozial- und Leistungsangst“ (9 Items) sowie „Depressive Symptome“ (3 Items) gebildet. Die übergeordnete Skala „Externale Symptomatik“ (22 Items) aggregiert sich aus den Skalen „Aggressive Symptome“ (4 Items), „Dissoziale Symptome“ (5 Items), „Hyperkinetische Symptome“ (5 Items) sowie „Sozial-emotionale Impulsivität“ (8 Items). Die beiden Skalen „Sprachauffälligkeiten“ (3 Items) und „Essstörungen“ (5 Items) gehen in keine der übergeordneten Skalen ein.

2.3.4 Child Behavior Checklist (CBCL)

Die deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL) in der 2. Auflage (Döpfner et al. 1998a) diente als Elternfragebogen für die Evaluation psychischer Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen. Die deutsche Version wurde auf Grundlage der Child Behavior Checklist von Achenbach (1991b) erstellt. Im Elternurteil werden Daten zu Kompetenzen sowie Verhaltens- und emotionalen Auffälligkeiten von 4- bis 18-Jährigen erhoben. Der erste Teil des Fragebogens besteht aus Items zu Kompetenzen sowie Fragen zur psychosozialen Situation des Kindes. Die daraus gebildeten Kompetenz-Skalen fanden für die Auswertung keine Berücksichtigung und werden deshalb hier nicht näher erläutert. Die Bearbeitungszeit für den gesamten Fragebogen wird mit 15 bis 20 Minuten, die Auswertungszeit mit 15 Minuten angegeben.

Der zweite Teil des Fragebogens besteht aus insgesamt 120 Items zu psychischen Problemen der Kinder und Jugendlichen. Die Beurteilung wird mittels einer dreistufigen Skala vorgenommen (0 = nicht zutreffend, 1 = teilweise zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend) und bezieht den Zeitraum der letzten sechs Monate mit ein. Aus den Problem-Items können acht Syndromskalen gebildet werden und aus diesen die übergeordneten Skalen zweiter Ordnung. Diese gruppieren sich in internale (31 Items), externale (33 Items) und Gesamtauffälligkeiten (115 Items). Zu den internalisierenden Auffälligkeiten gehörend sind die Skalen „Sozialer Rückzug“ (9 Items), „Körperliche Beschwerden“ (9 Items) und „Ängstlich/Depressiv“ (14 Items). Die übergeordnete Skala „Externalisierende Auffälligkeiten“ wird aus den Unterskalen „Dissoziales Verhalten“ (13 Items) und „Aggressives Verhalten“ (20 Items) gebildet. Keiner übergeordneten Skala zugeordnet werden „Schizoid/Zwanghaft“ (7 Items) und „Aufmerksamkeitsprobleme“ (11 Items).

Zudem wurde für die Skalenwerte eine Zuordnung zu Auffälligkeitsbereichen vorgenommen. Als auffällig werden die Probanden ab T-Werten von 70 definiert, entsprechend den Auffälligsten 2 Prozent einer Repräsentativstichprobe.

Die Normierung der CBCL erfolgte durch die PAK-KID-Studie (Studie über Psychische Auffälligkeiten und Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland; Döpfner et al. 1997a). Anhand der gewonnenen Daten kann eine geschlechts- und altersadaptierte Transformation der Rohwerte in T-Werte vorgenommen werden. Zudem wurde für die Skalenwerte eine Zuordnung zu Auffälligkeitsbereichen vorgenommen.

Für die Syndromskalen erster Ordnung gelten T-Werte von 50 bis 66 als unauffällig und von 71 bis 100 als klinisch auffällig. Die Spanne von 67 bis 70 Punkten wird als Grenzbereich definiert. Für die Syndromskalen zweiter Ordnung werden T-Werte von 30

bis 59 als unauffällig und von 64 bis 100 als auffällig definiert. Der Grenzbereich liegt hier bei 60 bis 63 Punkten. Für die Auswertung wurde in dieser Arbeit der jeweilige Skalengrenzbereich der Kategorie "unauffällig" zugeordnet.

2.3.5 Youth Self-Report (YSR)

Die deutsche Bearbeitung des Youth Self-Reports (YSR) stammt von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist von Döpfner und Kollegen (1998b). In der durchgeführten Untersuchung fand die 2. Auflage mit deutschen Normen Verwendung. Der Fragebogen für Jugendliche stellt die deutsche Version des Youth Self-Reports der Child Behavior Checklist dar (Achenbach & Edelbrock 1987, Achenbach 1991c).

Mit Hilfe des Fragebogens erfolgt die Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen im Alter von elf bis 18 Jahren zu differenzierten Aspekten von Erlebens- und Verhaltensproblemen. Der erste Teil des Fragebogens befasst sich mit Kompetenzen. Im zweiten Teil werden anhand von 119 Einzelitems Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten, körperliche Beschwerden und sozial erwünschte Verhaltensweisen untersucht. Eingang in die Betrachtung findet der Zeitraum der letzten sechs Monate.

Die meisten für den YSR verwendeten Items stimmen mit den Items der CBCL überein. Im Vergleich mit der CBCL wurden beim Fragebogen für Kinder und Jugendliche insgesamt 16 Items geändert. Betroffen hiervon sind Items, die für die Beantwortung durch die Kinder und Jugendlichen nicht geeignet erscheinen (beispielsweise Item 15 CBCL „Ist roh zu Tieren oder quält sie“, Item 60 CBCL „Spielt zu viel an den eigenen Geschlechtsteilen“). Entsprechende Items wurden durch positive Items ersetzt (Item 15 YSR „Ich bin sehr ehrlich“ oder Item 60 YSR „Ich probiere gern etwas Neues aus“). Diese fließen nicht in die Auswertung mit ein. Wie oben dargestellt, ergibt sich daraus keine Abweichung in der Berechnung der Roh- und T-Werte.

Wie bei der CBCL erfolgt die Beurteilung durch eine dreistufige Skala. Anhand der Einzelitems des Fragebogens lassen sich aus den untergeordneten Skalen die entsprechenden Skalen zweiter Ordnung bilden. Das Vorgehen diesbezüglich stimmt bis auf die dargestellten Abweichungen der Item-Anzahl mit dem der CBCL überein. Die Auffälligkeitsbereiche für YSR und CBCL sind identisch.

2.4 Stichprobe

Die Grundgesamtheit der Untersuchung bilden alle Patientinnen und Patienten, die sich im Erhebungszeitraum in ambulanter, teilstationärer oder stationärer Behandlung der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf befanden. Als Einschlusskriterien fungierten hinreichende kognitive Fähigkeiten und deutsche Sprachkenntnisse für das Ausfüllen der Fragebögen. Ausschlusskriterien waren eine akute exazerbierte psychotische Störung sowie eine geistige Behinderung.

Insgesamt wurden Daten von 2469 Patientinnen und Patienten erhoben. Die Anzahl der 6- bis 18-jährigen Patienten liegt bei 2255. Davon wurden 833 zur teilstationären oder stationären Behandlung aufgenommen, wobei in 472 Fällen eine reguläre Aufnahme erfolgte.

Für den Zeitpunkt der Aufnahme liegen von 420 Patienten ausgefüllte Fragebögen des YSR vor. Von den Müttern wurden 406 und von den Vätern 254 Fragebögen der CBCL ausgefüllt. Von den Therapeuten liegen 569 ausgefüllte Fragebögen des CASCAP-D vor. Ein Fragebogen wurde als ausgefüllt bewertet, wenn mindestens 90 Prozent der Items beantwortet wurden. Bei mehrfacher Behandlung eines Patienten über den Zeitraum der statistischen Erhebung fand nur die erste Konsultation Berücksichtigung. Es wurden nur Patienten mit stationärer oder teilstationärer Behandlung in die Stichprobe aufgenommen. Somit ergab sich ein Umfang der Gesamtstichprobe von $N = 519$. Abbildung 1 zeigt anhand eines Reduktionsdiagramms das Zustandekommen der Analysestichprobe aus der Gesamtstichprobe.

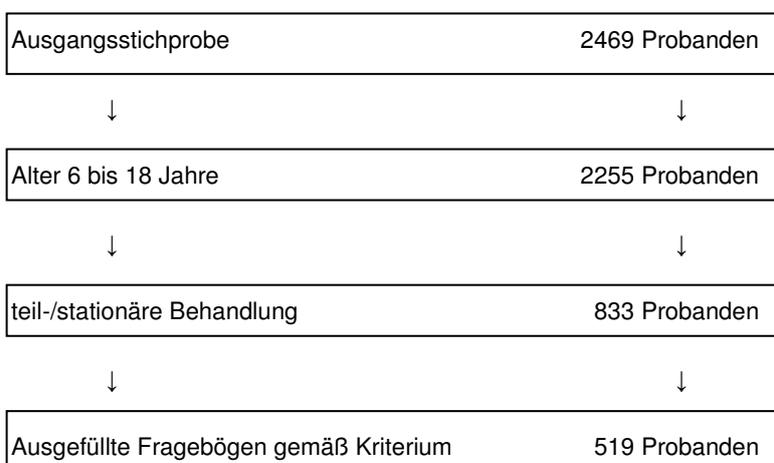


Abbildung 1: Reduktionsdiagramm für Stichprobe

Die Darstellung der Stichprobe bezüglich relevanter Merkmale und deren Diskussion erfolgt in Kapitel 4.3.1.

2.5 Auswertungsverfahren

Nach Rückgabe durch den entsprechenden Beurteiler wurden die Fragebögen durch Dokumentationsassistenten auf fehlende Angaben überprüft und anhand der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics 16.0 in eine Datenbank eingegeben. Die Qualitätskontrolle erfolgte visuell sowie anhand von Plausibilitätsprüfungen.

Die Auswertung der aus den verschiedenen Fragebögen generierten Symptom- und Syndromskalen erfolgte durch parametrische Tests, da für die unabhängigen Variablen ein intervallskaliertes Niveau sowie eine ausreichende Stichprobengröße vorliegen. Die Analyse von Geschlechts- und Alterseffekten erfolgte durch univariate zweifaktorielle Varianzanalysen. Die Prüfung des Einflusses von Urteiler und Geschlecht auf die übergeordneten Syndromskalen erfolgte entsprechend durch Varianzanalysen mit Messwiederholungen. Die signifikanten Effekte wurden durch post-hoc t-Tests für Mittelwertsvergleiche näher untersucht. Die Interrater-Reliabilität wurde mit Hilfe des Interklassen-Korrelationskoeffizienten (ICC) berechnet. Für die Interpretation des ICC gilt folgende Einteilung für das Maß der Korrelation: sehr hoch (1.0 - 0.8), hoch (0.6 - 0.8), moderat (0.4 - 0.6), niedrig (0.2 - 0.4), schwach (< 0.2).

Die deskriptive Darstellung der Stichprobe sowie der Determinanten der Inanspruchnahme erfolgte mit den gängigen statistischen Kennwerten. Für Alters- und Geschlechtseffekte wurde bei nominalem Niveau der Daten auf Chi-Quadrat-Tests, bei intervallskaliertem Niveau auf univariate Varianzanalysen zurückgegriffen. Das Signifikanzniveau für alle Berechnungen liegt bei 5 Prozent.

3. Ergebnisse

3.1 Art der Ergebnisdarstellung

Zunächst erfolgt die Darstellung der Stichprobe. Hierbei werden Angaben zu charakteristischen Merkmalen der untersuchten Kinder und Jugendlichen sowie deren Familien gemacht. Es finden insbesondere die Variablen Berücksichtigung, welche in besonderer Weise zur Charakterisierung der untersuchten Klientel beitragen. Variablen, die für die Charakterisierung der Stichprobe relevant sind, aber im Rahmen der Fragestellung erörtert werden, finden an der entsprechenden Stelle im Ergebnisteil Erwähnung.

Anschließend erfolgt die Prüfung von Geschlechts- und Alterseffekten auf relevante Determinanten der Inanspruchnahme und Behandlung. Hier werden Daten zu Vorstellungs- und Aufnahmemodus, Art der Behandlung, Behandlungsdauer sowie Modalitäten der Entlassung analysiert.

Das Kernstück der Arbeit bildet die multiperspektivische Analyse geschlechts- und altersabhängiger Effekte in Bezug auf psychopathologische Auffälligkeiten. Der Fokus der Auswertung liegt auf der Analyse internalisierender und externalisierender Auffälligkeiten. Dabei werden zunächst die Ergebnisse der verschiedenen übergeordneten Syndromskalen und der zugehörigen untergeordneten Syndromskalen für alle Beurteiler dargestellt. Zudem wird der Effekt des Patientengeschlechts sowie des Geschlechts verschiedener Informanten auf die Beurteilung psychischer Auffälligkeiten untersucht. Die zusammenfassende Prüfung der vorangestellten Hypothesen erfolgt jeweils am Ende des entsprechenden Ergebnisteils.

3.2 Darstellung der Stichprobe

3.2.1 Soziodemographische Merkmale

3.2.1.1 Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund

In die Stichprobe wurden 519 Patientinnen und Patienten eingeschlossen. Davon sind 239 männlichen Geschlechts (46.1 %) und 280 weiblichen Geschlechts (53.9 %). Das Alter der in die Stichprobe eingeschlossenen Kinder beträgt 6 bis 18 Jahre. Der Mittelwert des Alters liegt bei 14.39 Jahren (SD = 2.57) bei einem Median von 15 Jahren. Der Modus liegt bei 17 Jahren. Das mittlere Alter der Jungen liegt bei 13.72 Jahren (SD = 2.85) bei einem Median von 14 Jahren und einem Modus von 17 Jahren. Bei den Mädchen liegt das mittlere Alter mit 14.96 Jahren (SD = 2.15) über dem Alter der Jungen. Der Median und der Modus liegen bei 15 Jahren. Abbildung 2 ist die, nach Geschlechtern getrennt dargestellte, Anzahl der Kinder und Jugendlichen der einzelnen Altersstufen zu entnehmen. Bis zum Alter von 12 Jahren besteht ein Überhang an männlichen Patienten. Ab 13 Jahren findet sich dann durchgehend eine Mädchenwendigkeit der Stichprobe.

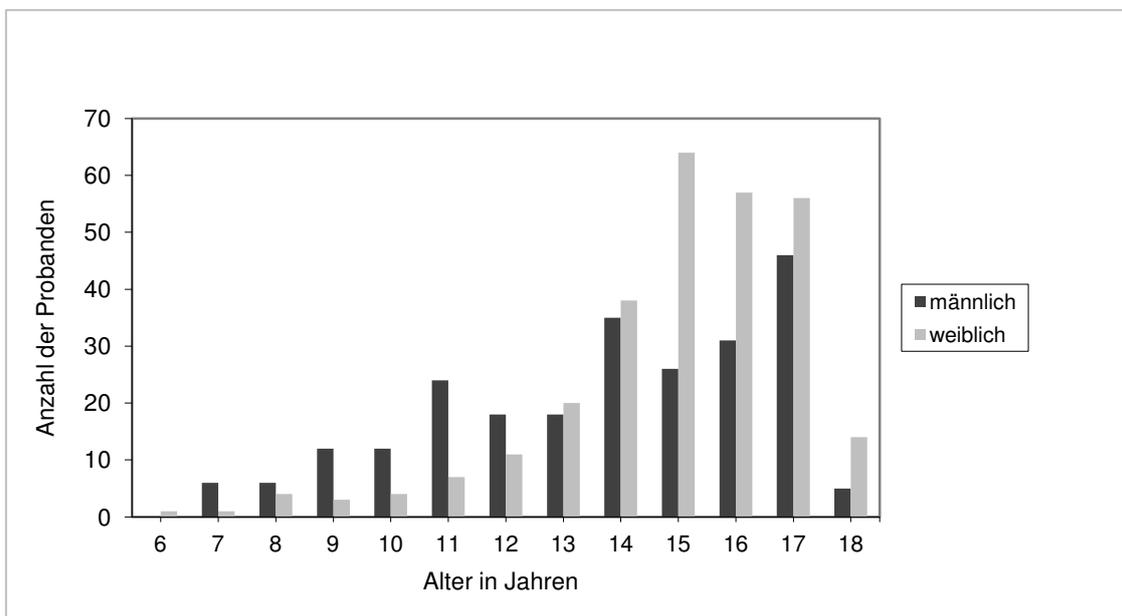


Abbildung 2: Geschlechts- und Altersverteilung der Stichprobe. Anmerkungen. N = 519; vgl. Tab. A01 im Anhang S. 167.

Es zeigt sich, dass die Anzahl der stationär bzw. teilstationär behandelten Patienten mit fortschreitender Adoleszenz zunimmt. Für die Prüfung von Alterseffekten wird die

Stichprobe in zwei Altersgruppen von 6 bis 12 und von 13 bis 18 Jahren aufgeteilt. Tabelle 4 ist die entsprechende Geschlechterverteilung zu entnehmen.

Tabelle 4: Geschlechterverteilung in den Altersgruppen der Stichprobe

Altersgruppe	Jungen		Mädchen		Stichprobe	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
6-12 Jahre	78	32.6	31	11.1	109	21.0
13-18 Jahre	161	67.4	249	88.9	410	79.0
Gesamt	239	100.0	280	100.0	519	100.0

Anmerkung. Vgl. Tab. A01 im Anhang S. 167.

Der Anteil der Patienten ohne deutsche Staatsangehörigkeit liegt bei 9.8 % ($n = 51$, 1x keine Angabe). Dabei entfallen 3.1 % ($n = 16$) auf asiatische Staaten, 2.3 % ($n = 11$) auf weitere europäische Staaten, 1.7 % ($n = 9$) auf die Türkei und 1.2 % ($n = 6$) auf afrikanische Staaten.

Einen Migrationshintergrund weisen 16 % ($n = 79$, 26x keine Angabe) der Probanden auf. Hiervon sind Jungen mit 20.9 % ($n = 47$, 14x keine Angabe) häufiger betroffen als Mädchen mit 11.9 % ($n = 32$, 12x keine Angabe).

3.2.1.2 Familie und Lebenssituation

Das durchschnittliche Alter der Mütter bei Aufnahme liegt bei 42.10 Jahren (SD = 6.54, Min = 29, Max = 63, $n = 183$), das durchschnittliche Alter der Väter bei 45.71 Jahren (SD = 7.86, Min = 17, Max = 74, $n = 152$).

In 88.6 % ($n = 459$, 1x keine Angabe) der Fälle leben noch beide leiblichen Elternteile. Bei 4.8 % ($n = 25$) ist bereits der Vater verstorben, bei 1.7 % ($n = 9$) ist bereits die Mutter verstorben. Nur knapp ein Drittel der leiblichen Eltern leben zusammen (32.2 %, $n = 167$, 1x keine Angabe). Über die Hälfte der Eltern (56.0 %, $n = 290$) sind geschieden oder leben getrennt.

Die Anzahl der leiblichen Geschwister liegt zwischen 0 und 9 ($M = 1.37$, SD = 1.33, 21x keine Angabe), wobei 24.3 % ($n = 121$) der Probanden keine Geschwister haben. In der

Geschwisterreihe sind 32.9 % (n = 168, 8x keine Angabe) der Probanden das jüngste, 10.8 % (n = 55) das mittlere und 26.6 % (n = 136) das älteste Kind.

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung leben 78.0 % (n = 405) der Kinder und Jugendlichen bei ihrer leiblichen Mutter, weitere 3.1 % (n = 16) bei einer Stiefmutter und 2.8 % (n = 15) bei einer Adoptiv- oder Pflegemutter. Ohne Mutter wohnen 14.5 % (n = 75).

40.5 % (n = 210) der Kinder und Jugendlichen leben bei ihrem leiblichen Vater, 12.7 % (n = 66) bei einem Stiefvater und 3.0 % (n = 16) bei einem Adoptiv- oder Pflegevater. Ohne Vater leben 42.2 % (n = 219).

Eine institutionelle Erziehung kann bei 7.5 % (n = 37, 26x keine Angabe) der Probanden ermittelt werden. Im Rahmen der stationären Jugendhilfe wohnen 5.8 % (n = 37) der Patienten. Alleine wohnen 1.0 % (n = 5) der Patienten.

51.4 % (n = 267, 10x keine Angabe) der Väter gehen einer ganztägigen Erwerbstätigkeit nach, 4.7 % sind arbeitslos (n = 24). Bei den Müttern geben 27.6 % (n = 141, 9x keine Angabe) an, ganztägig einem Beruf nachzugehen und 5.1 % (n = 26) sind arbeitslos.

Gravierende Mängel der Betreuungssituation in der Kindheit liegen bei 31.6 % (n = 94, keine Angabe 222) der Probanden vor. Diese Quote ist für Jungen (31.5%, n = 46) und Mädchen (31.8 %, n = 48) vergleichbar.

3.2.1.3 Determinanten der Entwicklung

Das durchschnittliche Alter der Mütter bei Geburt liegt bei 27.81 Jahren (n = 287, SD = 5.88, Min = 16, Max = 44). Bei 27.5 % (n = 83, 217x keine Angabe) gab es Komplikationen im Verlauf der Schwangerschaft, bei 29.0 % (n = 87, 219x keine Angabe) im Verlauf der Geburt. In 25.5 % (n = 76, 221x keine Angabe) der Fälle wird über Komplikationen im postpartalen Verlauf berichtet.

Eine Störung der kindlichen Entwicklung liegt bei 37.3 % (n = 190, 9x keine Angabe) der Kinder und Jugendlichen vor. Davon sind Jungen mit 41.9 % (n = 98, 5x keine Angabe) häufiger betroffen als Mädchen mit 33.3 % (n = 92, 4x keine Angabe). Differenziertere Angaben zur Art der Entwicklungsstörung konnten nur von relativ wenigen Patienten erhoben werden. Durch die häufig fehlenden Angaben sind die absoluten Prozentwerte nur eingeschränkt beurteilbar. Beim Vergleich zwischen den Geschlechtern zeigt sich

jedoch durchgehend eine stärkere Betroffenheit der männlichen Probanden. Störungen der Motorik werden bei 40.8 % der Jungen (n = 40, 141x keine Angabe) und bei 20.7 % der Mädchen (n = 19, 188x keine Angabe) angegeben. Bei Störungen der Sprache sind 33.7 % der Jungen (n = 33, 141x keine Angabe) und 22.8 % (n = 21, 188x keine Angabe) der Mädchen betroffen; bei Störung der Sauberkeit 36.7 % der Jungen (n = 36, 141x keine Angaben) gegenüber 17.4 % der Mädchen (n = 16, 188x keine Angaben).

3.2.1.4 Situation in Kindergarten, Schule und Beruf

Bereits 98.8 % (n = 513) der Kinder und Jugendlichen sind schulpflichtig. Eine zeitgerechte Einschulung erfolgte bei 89.6 % (n = 455, 11x keine Angabe). Vorzeitig eingeschult wurden 0.8 % (n = 4), eine Zurückstellung erfolgte bei 5.7 % (n = 29). Dabei besuchen 23.4 % (n = 121, 3x keine Angabe) ein Gymnasium, 18 % (n = 93) eine Realschule und 14.1 % (n = 73) eine Hauptschule. Bei Unterscheidung nach Geschlechtern fällt auf, dass 30.1 % (n = 84, 1x keine Angabe) der Mädchen und nur 15.6 % (n = 37, 2x keine Angabe) der Jungen ein Gymnasium besuchen. Ein Schulabbruch wurde für 12.6 % (n = 64, 10x keine Angabe) der Kinder und Jugendlichen angegeben. Hier lässt sich ein deutliches Überwiegen der Jungen mit 15.6 % (n = 37) im Vergleich zu Mädchen mit 9.8 % (n = 27) feststellen. In der untersuchten Stichprobe sind 93.8 % (n = 487, 3x keine Angabe) der Kinder und Jugendlichen noch nicht erwerbstätig. Bereits berufstätig bzw. berufstätig im Rahmen einer Berufsausbildung sind 1.4 % (n = 7); arbeitslos sind 2.1 % (n = 11).

3.2.2 Psychopathologischer Aufnahmebefund

Daten zum psychopathologischen Aufnahmebefund liegen von 98.1 % (n = 508, 11x keine Angabe) der Patienten vor. Zur Auswertung wurden die ursprünglichen Kategorien der Variable „leicht ausgeprägt“ und „stark ausgeprägt“ zu einer neuen Kategorie „auffällig“ zusammengefasst.

Am häufigsten mit „auffällig“ werden Störungen von Stimmung und Affekt angegeben (96.6 %, n = 490). Es folgen mit 92.7 % (n = 471) Störungen der Interaktion, mit 65.9 % (n = 333) Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle, mit 61.8 % (n = 312) Angststörungen und mit 60.0 % (n = 305) Störungen des Sozialverhaltens.

Am seltensten als „auffällig“ wurde die untersuchte Klientel bzgl. Sinnestäuschungen (12.8 %, n = 64) und Zwangsstörungen (13.2 %, n = 65) eingeschätzt. Dabei ist zu beachten, dass Patienten mit akuten exazerbierten psychotischen Störungen aus der Stichprobe ausgeschlossen wurden.

Für die folgenden statistischen Berechnungen wurden ebenfalls die Kategorien „leicht ausgeprägt“ und „stark ausgeprägt“ zu einer neuen Kategorie „auffällig“ zusammengefasst. Mit der so erhaltenen dichotomen Merkmalsausprägung „unauffällig“ und „auffällig“ wurden für die einzelnen Störungsbilder χ^2 -Tests berechnet, um eine etwaige Abhängigkeit von Geschlecht und Alter aufzuklären.

Die Ergebnisse der χ^2 -Tests sind in Tabelle 5 dargestellt. Der stärkste Unterschied zwischen den Geschlechtern besteht mit einem χ^2 -Wert von 34.03 für Essstörungen – hier überwiegen die auffälligen Mädchen mit 40.4 % (n = 109) im Vergleich zu Jungen mit 16.5 % (n = 38) – und für Störungen des Sprechens und der Sprache mit einem χ^2 -Wert von 21.35 – hier überwiegen die auffälligen Jungen mit 33.8 % (n = 79) die Mädchen mit 16.1 % (n = 44).

Tabelle 5: Ergebnisse der χ^2 -Tests bzgl. der Störungen des psychopathologischen Aufnahmebefunds

Nr.	Psychopathologische Befunde	χ^2 -Test		Jungen		Mädchen	
		χ^2 -Wert	p	%	n	%	n
1	Störungen der Interaktion	1.92	0.166	94.4	221	91.2	250
2	Störungen des Sozialverhaltens	10.12	0.001	67.5	158	53.6	147
3	Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle	11.11	0.001	73.5	172	59.4	161
4	Störungen der Psychomotorik	7.90	0.005	22.6	53	13.1	36
5	Störungen des Sprechens und der Sprache	21.35	0.000	33.8	79	16.1	44
6	Angststörungen	0.38	0.540	60.3	140	63.0	172
7	Störungen von Stimmung und Affekt	2.49	0.115	95.3	222	97.8	268
8	Zwangsstörungen	0.86	0.354	14.7	33	11.9	32
9	Essstörungen	34.03	0.000	16.5	38	40.4	109
10	Funktionelle und somatoforme Störungen	0.13	0.714	37.6	88	39.2	107
11	Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewusstseinsstörungen	3.67	0.056	16.8	39	10.9	30
12	Formale Denkstörungen	9.43	0.002	32.0	74	20.1	55
13	Inhaltliche Denkstörungen	10.11	0.001	24.8	57	13.7	37
14	Ich-Störungen	1.90	0.168	21.0	48	16.2	44
15	Sinnestäuschungen	9.64	0.002	17.8	41	8.5	23
16	Missbrauch/Abhängigkeit von psychotropen Substanzen	0.44	0.510	25.1	58	22.6	61

Anmerkungen. $df = 1$, n (gesamt) = 508, n (Jungen) = 234, n (Mädchen) = 274; Angaben von % innerhalb der jeweiligen Geschlechtsgruppe. Signifikante Ergebnisse **fett** formatiert.

Bei allen weiteren psychopathologischen Befunden, bei denen signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede gezeigt werden können, überwiegen die Jungen. Dies betrifft "Störungen des Sozialverhaltens", "Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle", "Störungen der Psychomotorik", "formale und inhaltliche Denkstörungen" sowie "Sinnestäuschungen". Die signifikanten Ergebnisse sind zusätzlich gesondert in Abbildung 3 dargestellt.

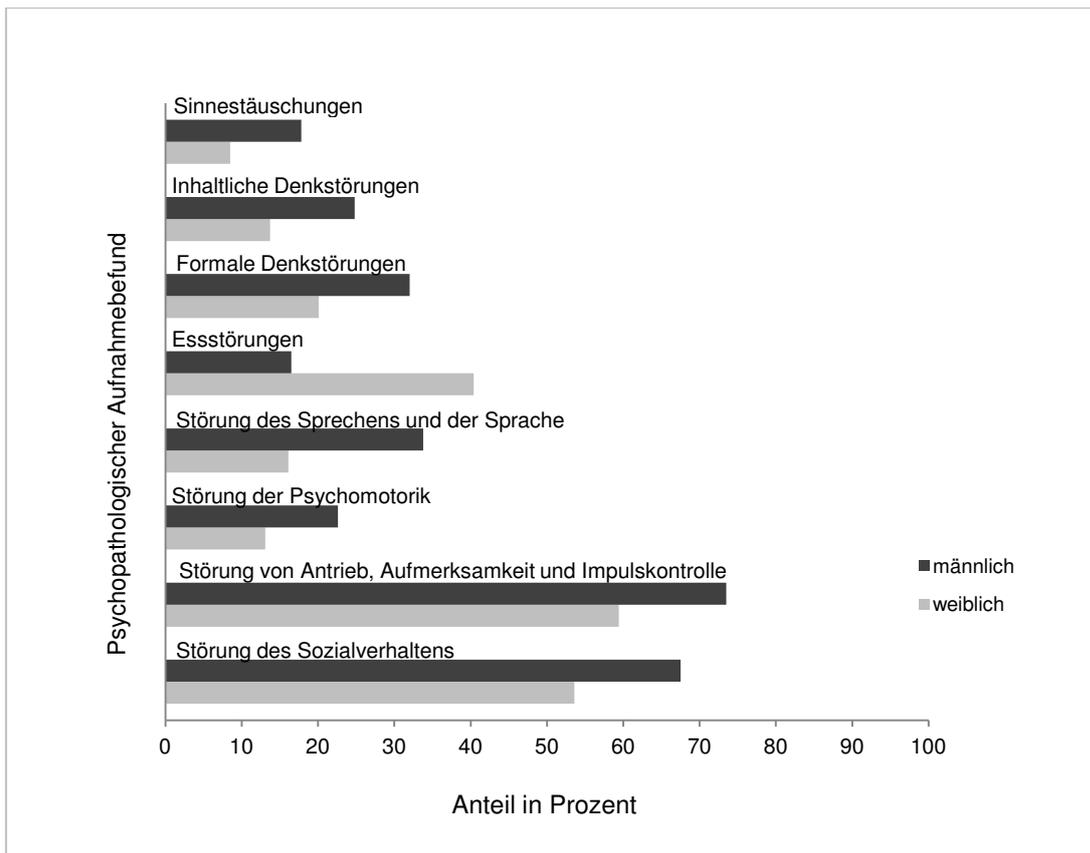


Abbildung 3: Darstellung der signifikanten Geschlechtsunterschiede bzgl. des psychopathologischen Aufnahmebefunds. Anmerkung. Vgl. Tabelle 5.

3.2.3 Hauptdiagnosen nach ICD-10

Von 99.6 % (n = 517, 2x keine Angabe) der Patienten liegen Daten zur Erhebung eines klinisch-psychiatrischen Syndroms im Sinne der Klassifikation nach ICD-10 vor. Dabei liegen bei 38.3 % (n = 199) der Kinder und Jugendlichen eine Diagnose, bei 39.3 % (n = 204) zwei Diagnosen und bei 22.0 % (n = 114) drei Diagnosen vor.

Zunächst erfolgt die Darstellung der verschiedenen einstelligen F-Klassen (F0 – F9) nach ICD-10 als Hauptdiagnose. Die meisten Störungen liegen mit 37.4 % (n = 194) in der Kategorie der "Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend" (F9). Es folgen mit 18.9 % (n = 98) "Affektive Störungen" (F3), mit 15.6 % (n = 81) "Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen" (F4) und mit 14.1 % (n = 73) "Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen" (F2).

Mittels des χ^2 -Tests lässt sich eine hoch signifikante Abhängigkeit der Variable „Hauptdiagnosen nach ICD-10“ vom Geschlecht feststellen ($\chi^2 [8, n = 517] = 87.99, p < 0.001$).

Um zu prüfen, für welche F-Klassen signifikante Geschlechtsunterschiede vorliegen, wurden simultane 4-Felder-Tests berechnet. Dabei wurde die jeweils zu untersuchende Kategorie der Variablen jeweils einer aus allen verbleibenden Kategorien neugebildeten Variablen gegenübergestellt. Die Auswertung erfolgte mit der Likelihood-Quotientenstatistik.

Es konnte ein signifikantes Überwiegen der Jungen für die F-Klassen "Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen" ($\chi_L^2 [1, n = 517] = 16.54, p < 0.001$) sowie für "Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend" ($\chi_L^2 [1, n = 517] = 31.26, p < 0.001$) nachgewiesen werden.

Signifikant mehr Mädchen sind von "Affektiven Störungen" ($\chi_L^2 [1, n = 517] = 31.81, p < 0.001$), "Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen" ($\chi_L^2 [1, n = 517] = 34.49, p < 0.001$) sowie von "Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen" betroffen ($\chi_L^2 [1, n = 517] = 13.47, p < 0.001$). Zieht man den Betrag des Quotienten nach Likelihood als quantitatives Maß für die Ausprägung der Unterschiede heran, so sind diese für "Verhaltens- und emotionale Störungen" sowie "Affektive Störungen" am größten.

Über den jeweiligen Anteil der Geschlechter bezüglich der Hauptdiagnosen nach ICD-10 informiert Abbildung 4. Hier lassen sich die statistischen Ergebnisse grafisch nachvollziehen. Nur sehr wenige Patienten zeigen Störungen der Klassen F0 (Organische psychische Störungen), F1 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen), F7 (Intelligenzminderung) und F8 (Entwicklungsstörungen). Auch hierbei ist zu beachten, dass eine akute exazerbierte psychotische Störung sowie geistige Behinderung als Ausschlusskriterien definiert wurden. Für keine dieser F-Klassen konnte mittels 4-Felder-Test ein signifikanter Geschlechtsunterschied festgestellt werden. Aufgrund niedriger Fallzahlen ist dieses Ergebnis zudem nur eingeschränkt zu beurteilen.

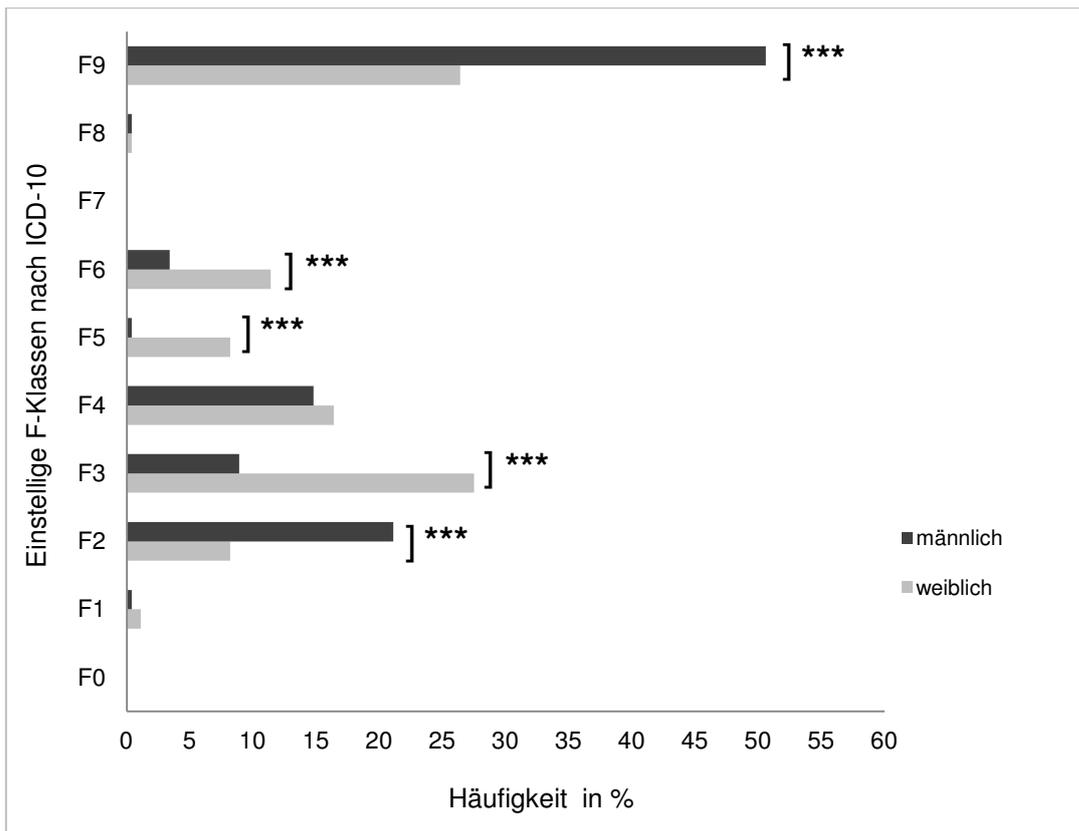


Abbildung 4: Häufigkeit der Hauptdiagnosen nach ICD-10 in Abhängigkeit des Geschlechts.

Anmerkungen. N = 519. *** entspricht $p < 0.001$, ** entspricht $p < 0.01$, * entspricht $p < 0.05$. vgl. Tab. A02 im Anhang S. 167.

Ein noch differenzierteres Bild erlaubt die Betrachtung der Diagnosen unter Berücksichtigung der zweistelligen F-Klassen. Da insgesamt 100 Kategorien der Variablen vorliegen, wurde auf eine Auswertung mittels simultaner 4-Felder-Tests zugunsten der Übersichtlichkeit verzichtet und die deskriptive Darstellung auf die wichtigsten Ergebnisse beschränkt. Einen Überblick über die nach Geschlechtern getrennt aufgeführten häufigsten Einzeldiagnosen gestatten die Tabellen 6a und 6b. Es sind die Störungen dargestellt, welche eine ausreichende Fallzahl vorweisen ($n > 20$). Während bei Mädchen mit 16.4 % "Depressive Episoden" (F32) die häufigste Einzelstörung darstellen, sind dies bei Jungen mit 22.8 % "Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen" (F92). Auf dem nächsten Rang folgen bei Mädchen "Spezifische Persönlichkeitsstörungen" (F60, 11.1 %), bei den Jungen "Schizophrenien" (F20, 13.9 %).

Tabelle 6a: Häufigste Einzeldiagnosen nach ICD-10 für männliche Patienten

ICD-10, F-Klassen zweistellig	Jungen	
	n	%
F92 Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen	54	22.8
F20 Schizophrenie	33	13.9
F93 Emotionale Störungen des Kindesalters	27	11.4
F91 Störungen des Sozialverhaltens	21	8.9
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	15	6.3
F32 Depressive Episoden	7	3.0
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	5	2.1
F33 Rezidivierende depressive Störungen	4	1.7
F50 Essstörungen	1	0.4

Anmerkungen. N = 519, 3x keine Angaben; jeweils Angaben von % innerhalb der jeweiligen Geschlechtsgruppe.

Tabelle 6b: Häufigste Einzeldiagnosen nach ICD-10 für weibliche Patienten

ICD-10, F-Klassen zweistellig	Mädchen	
	n	%
F32 Depressive Episoden	46	16.4
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	31	11.1
F92 Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen	30	10.7
F93 Emotionale Störungen des Kindesalters	29	10.4
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	25	8.9
F33 Rezidivierende depressive Störungen	22	7.9
F50 Essstörungen	22	7.9
F20 Schizophrenie	12	4.3
F91 Störungen des Sozialverhaltens	8	2.9

Anmerkungen. N = 519, 3x keine Angaben; jeweils Angaben von % innerhalb der jeweiligen Geschlechtsgruppe.

Die graphische Auswertung ist Abbildung 5 zu entnehmen. Störungen mit einem deutlichen Überwiegen der Mädchen zeigen sich für "Rezidivierende depressive Störungen" (7.9 % zu 1.7 %), "Depressive Episoden" (16.4 % zu 3.0 %), "Essstörungen" (7.9 % zu 0.4 %) und "Spezifische Persönlichkeitsstörungen" (11.1 % zu 2.1 %). Ein deutliches Überwiegen der Jungen zeigt sich für "Schizophrenie" (13.9 % zu 4.3 %) und "Störungen des Sozialverhaltens" (8.9 % zu 2.9 %).

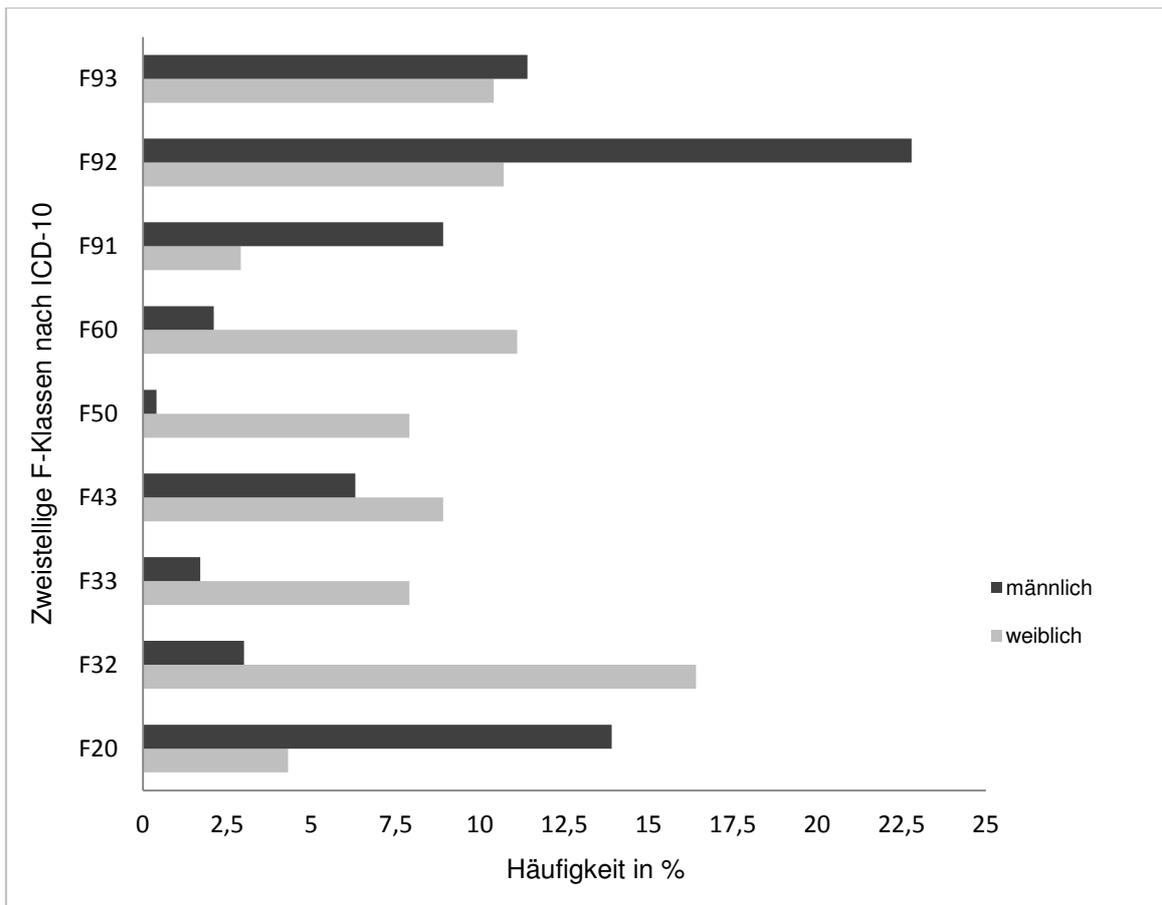


Abbildung 5: Häufigkeit der Einzeldiagnosen nach ICD-10 in Abhängigkeit des Geschlechts.
Anmerkungen. N = 519; vgl. Tab. 6a und 6b.

3.2.4 Somatisch-neurologischer Befund

Der somatisch-neurologische Befund wurde bei 497 Patienten (97.5 %, 9x keine Angabe) dokumentiert. Die körperliche Entwicklung wurde bei 82.5 % (n = 428, 26x keine Angabe) als altersentsprechend eingestuft, bei 6.7 % (n = 33) als akzeleriert und bei 5.7 % (n = 28) als retardiert. Im Hinblick auf die neurologische Gesamtbeurteilung ergibt sich in 92.7 % (n = 457, 26x keine Angabe) der Fälle ein Normalbefund. Leichte Auffälligkeiten zeigen sich in 5.7 % (n = 28) und ein pathologischer Befund in 0.4 % (n = 2) der Fälle. In der somatischen Gesamtbeurteilung zeigt sich in 83.5 % (n = 410, 28x keine Angabe) der Fälle ein Normalbefund. Leichte Auffälligkeiten zeigen sich in 10.4 % (n = 51) und ein pathologischer Befund in 4.3 % (n = 21) der Fälle.

3.2.5 Suizidalität

Die verwendete Basisdokumentation enthält das Item „Suizidalität bei Aufnahme“. Angaben hierzu konnten von 504 Patienten (15x keine Angabe) erhoben werden. Das Item fragt Suizidalität anhand der vier Kategorien „nicht suizidal“, „suizidal ohne Suizidversuch“, „erster Suizidversuch“ und „wiederholter Suizidversuch“ ab.

Dabei werden 29.6 % (n = 149) der Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme als suizidal beschrieben (mit und ohne Suizidversuch). 4.0 % (n = 20) der Patienten wurden aufgrund des ersten Suizidversuchs vorstellig, 4.4 % (n = 22) aufgrund eines wiederholten Suizidversuchs.

In Tabelle 7 sind die jeweiligen Prozentwerte für die beiden Geschlechter und Altersgruppen getrennt dargestellt. Der prozentual höchste Anteil suizidaler Patienten (mit und ohne Suizidversuch) ergibt sich mit 43.1 % für Mädchen im Alter von 13 bis 18 Jahren. Jungen in der vergleichbaren Altersgruppe sind nur in 20.7 % der Fälle suizidal.

Tabelle 7: BADO-Item „Suizidalität bei Aufnahme“ nach Geschlechts- und Altersgruppen

Suizidalität	Jungen				Mädchen			
	6-12 Jahre		13-18 Jahre		6-12 Jahre		13-18 Jahre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nicht suizidal	68	90.7	123	79.4	25	83.3	139	57.0
Suizidal	7	9.3	32	20.7	5	16.7	105	43.1
- <i>suizidal (ohne SV)</i>	7	9.3	26	16.8	3	10.0	71	29.1
- <i>erster SV</i>	0	0	2	1.3	0	0	18	7.4
- <i>wiederholter SV</i>	0	0	4	2.6	2	6.7	16	6.6
Gesamt	75	100.0	155	100.0	30	100.0	244	100.0

Anmerkungen. n = 504, 15 x keine Angabe. SV = Suizidversuch.

Wertet man die Daten nur im Hinblick auf die beiden Geschlechter aus, erhält man das in Abbildung 6 dargestellte Ergebnis. Dabei sind im Vergleich der Geschlechter Mädchen deutlich häufiger von Suizidalität betroffen als Jungen. Fasst man die Kategorien „suizidal ohne Suizidversuch“, „erster Suizidversuch“ und „wiederholter Suizidversuch“ zu einer Kategorie „suizidal“ zusammen, so ergibt sich eine 2.4-fach höhere Betroffenheit der Mädchen (Mädchen 40.2 %, n = 274 vs. Jungen 16.9 %, n = 230). Dieser Unterschied verstärkt sich, wenn man nur die Patienten mit einem oder mehreren Suizidversuchen

betrachtet. Hier sind fünfmal häufiger Mädchen betroffen (Mädchen 13.2 %, n = 36 vs. Jungen 2.6 %, n = 6).

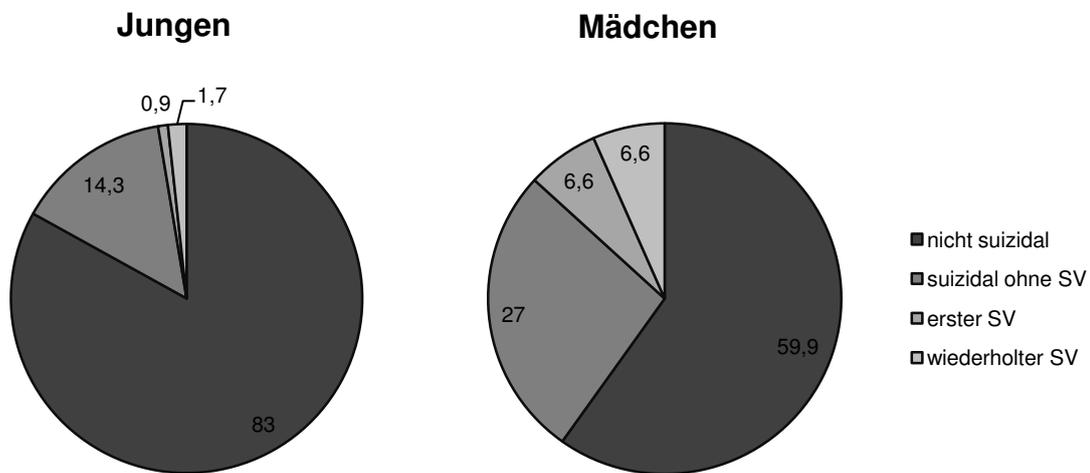


Abbildung 6: Kategorien für BADO-Item „Suizidalität bei Aufnahme“ nach Geschlechtern getrennt. Anmerkungen. Angaben in Prozent; n(Jungen) = 230; n(Mädchen) = 274; SV Suizidversuch.

Der χ^2 -Test zeigt eine hoch signifikante Abhängigkeit der Variable Suizidalität von den Variablen Geschlecht ($\chi^2 [4, n = 508] = 40.58, p < 0.001$) beziehungsweise Alter ($\chi^2 [4, n = 508] = 21.87, p < 0.001$).

Um den Geschlechts- und Alterseffekt bezüglich der jeweiligen Kategorien der abhängigen Variable aufzuklären, wurden simultane 4-Felder-Tests berechnet. Die Auswertung erfolgte mit der Likelihood-Quotientenstatistik. Dabei wurde aus jeweils drei Kategorien eine neue Kategorie gebildet und diese der zu untersuchenden Kategorie gegenübergestellt. Der Effekt des Geschlechts erreicht für alle vier Kategorien Signifikanz. Am stärksten zeigt er sich für die Kategorie „nicht suizidal“ mit einem deutlichen Überwiegen der Jungen ($\chi_L^2 [1, n = 504] = 33.46, p < 0.001$). Hoch signifikant ist weiterhin der Geschlechtsunterschied bzgl. der Kategorien „suizidal“ ($\chi_L^2 [1, n = 504] = 12.30, p < 0.001$) und „erster Suizidversuch“ ($\chi_L^2 [1, n = 504] = 12.50, p < 0.001$), sowie signifikant bzgl. der Kategorie „wiederholter Suizidversuch“ ($\chi_L^2 [1, n = 504] = 7.66, p = 0.006$). Wie sich Abbildung 7 entnehmen lässt, sind Mädchen jeweils häufiger betroffen.

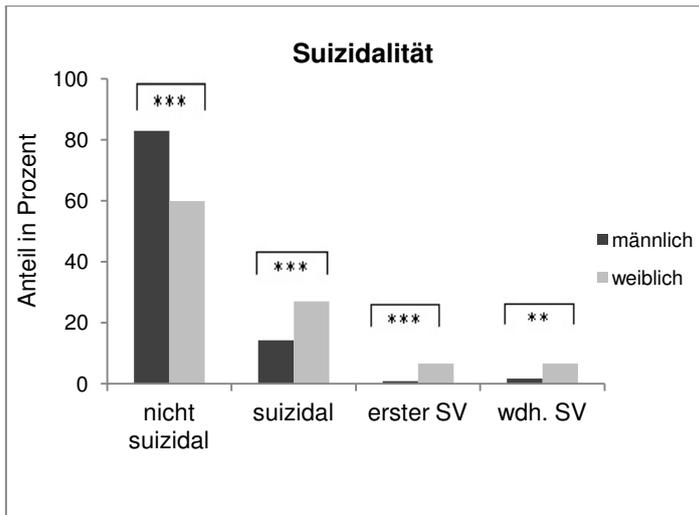


Abbildung 7: BADO-Item „Suizidalität bei Aufnahme“ nach Geschlechtern getrennt. Anmerkungen. $n = 504$, 15 x keine Angabe. *** entspricht $p < 0.001$, ** entspricht $p < 0.01$, * entspricht $p < 0.05$. Vgl. Tab. A03 im Anhang S. 168.

Der Effekt des Alters erreicht für drei der vier Kategorien der Variable Signifikanz. Am stärksten zeigt er sich für die Kategorie „nicht suizidal“ mit einem deutlichen Überwiegen der jüngeren Patienten ($\chi^2 [1, N = 504] = 24.04, p < 0.001$). Hoch signifikant ist weiterhin der Alterseffekt bzgl. der Kategorie „suizidal“ ($\chi^2 [1, n = 504] = 12.48, p = 0.001$). Weiterhin lässt sich Signifikanz für die Kategorie „erster Suizidversuch“ ($\chi^2 [1, n = 504] = 9.56, p = 0.002$) zeigen. Hier Überwiegen jeweils die älteren Patienten (vgl. Abb. 8). Keinen signifikanten Effekt erreicht das Alter für die Kategorie „wiederholter Suizidversuch“ ($\chi^2 [1, n = 504] = 2.30, p = 0.129$).

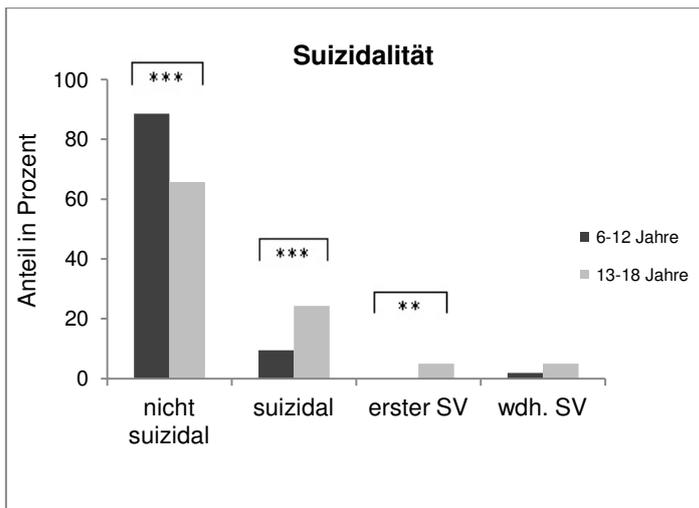


Abbildung 8: BADO-Item „Suizidalität bei Aufnahme“ nach Altersgruppen getrennt. Anmerkungen. $n = 504$, 15 x keine Angabe; *** entspricht $p < 0.001$, ** entspricht $p < 0.01$, * entspricht $p < 0.05$.; vgl. Tab. A04 im Anhang S. 168.

Der Therapeuten-Fragebogen zum psychopathologischen Befund bei Aufnahme (CASCAP-D) enthält zwei Items zur Erfassung von Suizidalität; dies sind die Items „Suizidgedanken“ und „suizidale Handlungen“. Zur Auswertung wurden die Kategorien „leicht“, „deutlich“ und „stark“ zu einer neuen Kategorie „auffällig“ zusammengefasst. Der χ^2 -Test zeigt eine hoch signifikante Abhängigkeit beider Items vom Geschlecht. Diese ist für das Item „Suizidgedanken“ ($\chi^2 [1, n = 482] = 22.00, p < 0.001$) stärker ausgeprägt als für das Item „suizidale Handlungen“ ($\chi^2 [1, n = 480] = 14.68, p < 0.001$). Demnach weisen mit 57.5 % ($n = 154$) mehr Mädchen Suizidgedanken auf als Jungen (36.0 %, $n = 77$). Zudem lassen sich bei Mädchen mit 31.7 % ($n = 83$) deutlich häufiger suizidale Handlungen dokumentieren als bei den untersuchten Jungen (16.5 %, $n = 36$).

In den Symptomfragebögen YSR und CBCL werden entsprechend die Items „Selbstverletzung/Suizidversuche“ und "Von Selbstmord sprechen/Suizidgedanken" abgefragt. Um die Daten besser auswerten zu können, wurden die jeweiligen Abstufungen „etwas oder manchmal zutreffend“ und „genau oder häufig zutreffend“ zu einer Kategorie „auffällig“ zusammengefasst.

Der χ^2 -Test erreicht für das Item "Selbstverletzung/Suizidversuche" bzgl. des Geschlechts für alle drei Beurteiler (Patienten, Mütter, Väter) Signifikanz (vgl. Tab. 8). In der Selbstbeurteilung überwiegen die Mädchen mit 65.3 % ($n = 216$, 64x keine Angabe) zu 30.3 % ($n = 155$, 84x keine Angabe), bei Beurteilung durch die Mütter mit 53.9 % ($n = 182$, 98x keine Angabe) zu 25.7 % ($n = 179$, 60x keine Angabe) und bei Beurteilung durch

die Väter mit 42.9 % (n = 121, 159x keine Angabe) zu 23.7 % (n = 110, 129x keine Angabe).

Tabelle 8: Ergebnisse der X²-Tests bzgl. Suizidversuchen und Suizidgedanken in Abhängigkeit des Geschlechts

Urteiler	Suizidversuche		Suizidgedanken	
	χ^2 -Wert	p	χ^2 -Wert	p
Mutter	31.07	<0.001	10.73	0.005
Vater	13.11	0.001	3.78	0.151
Patient	49.78	<0.001	21.52	<0.001

Anmerkungen. *df*1 = 2. Signifikante Ergebnisse **fett** formatiert

Für das Item "Von Selbstmord sprechen/Suizidgedanken" erreicht das Geschlecht für das Urteil der Mütter und das Selbsturteil Signifikanz. Die exakten Werte sind Tabelle 9 zu entnehmen. Auch diesbezüglich werden durchgehend die Mädchen als auffälliger eingeschätzt. Im Selbsturteil überwiegen die Mädchen mit 54.6 % (n = 214, 66x keine Angabe) zu 31.4 % (n = 153, 86x keine Angabe), bei Beurteilung durch die Mütter mit 56.9 % (n = 181, 99x keine Angabe) zu 39.8 % (n = 181, 58x keine Angabe). Bei Beurteilung durch die Väter lässt sich kein signifikanter Unterschied ermitteln (Mädchen 39.0 %, n = 118, 162x keine Angabe; Jungen 29.2 %, n = 113, 126x keine Angabe).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Mädchen sowohl in Bezug auf suizidale Handlungen als auch auf Suizidgedanken von den verschiedenen Urteilern als deutlich auffälliger eingeschätzt werden. Dabei schätzen sich die Jugendlichen bezüglich suizidaler Handlungen von allen Urteilern als am auffälligsten ein. Im Hinblick auf Suizidgedanken ist das Urteil der Mütter am stärksten ausgeprägt. Zudem schätzen die Mütter ihre Kinder bezüglich Suizidalität durchgehend auffälliger ein als die Väter.

3.2.6 Körperlicher und sexueller Missbrauch

In 11.4 % (n = 56, 26x keine Angabe) der Fälle gelangten den Therapeuten Angaben zu körperlicher Kindesmisshandlung zur Kenntnis. Davon sind 13.4 % der Mädchen (n = 36) und 8.9 % der Jungen (n = 20) betroffen.

In 6.7 % (n = 33, 26x keine Angabe) der Fälle liegen Informationen zu sexuellem Missbrauch innerhalb der Familie vor. Davon sind mit 9.3 % (n = 25) deutlich mehr Mädchen als Jungen betroffen (3.6 %, n = 8).

In 6.3 % (n = 31, 26x keine Angabe) der Fälle wurde sexueller Missbrauch außerhalb der Familie dokumentiert. Auch hier überwiegen die Mädchen (9.7 %, n = 26) die Jungen (2.2 %, n = 5) deutlich.

3.3 Determinanten der Inanspruchnahme und Behandlung

3.3.1 Vorstellungs- und Aufnahmemodus

Von den insgesamt 519 Patienten wurden 58.6 % (n = 304) regulär aufgenommen und 41.4 % als Notfall (n = 188). Dabei erfolgte bei 5.2 % der Patienten (n = 27) die Aufnahme als Notfall außerhalb der Dienstzeit. Tabelle 9 gibt die jeweiligen Prozentwerte getrennt nach Geschlecht und Altersgruppen wieder. Es zeigt sich, dass die Vorstellung eines Patienten als Notfall sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen in der zweiten Altersgruppe häufiger erfolgte.

Tabelle 9: BADO-Item "Vorstellungs-/Aufnahmemodus" nach Geschlechts- und Altersgruppen

	Jungen				Mädchen			
	6-12 Jahre		13-18 Jahre		6-12 Jahre		13-18 Jahre	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Regulär	79.5	62	60.2	97	58.1	18	51.0	127
Notfall	17.9	14	34.8	56	35.5	11	43.0	107
Notfall außerhalb Dienstzeit	2.6	2	5.0	8	6.5	2	6.0	15
Gesamt		78		161		31		249

Anmerkungen. N = 519; jeweils Angaben von Prozent innerhalb der jeweiligen Geschlechts- bzw. Altersgruppe.

Um den Einfluss des Geschlechts beziehungsweise des Alters auf den Aufnahmemodus statistisch zu untersuchen, wurden getrennte χ^2 -Tests berechnet. Die Probanden wurden hierzu in zwei Altersgruppen aufgeteilt (6-12 und 13-18 Jahre). Zudem wurden die Kategorien „Notfall“ und „Notfall außerhalb der Dienstzeit“ zu einer gemeinsamen Variable „Notfallmäßige Aufnahme“ zusammengefasst.

Es ergibt sich eine hoch signifikante Abhängigkeit des Vorstellungs-/Aufnahmemodus von den Variablen Geschlecht (χ^2 [1, n = 519] = 11.55, p = 0.001) und Alter (χ^2 [1, n = 519] = 12.49, p < 0.001). Dabei werden mit 48.2 % (n = 135) mehr Mädchen notfallmäßig aufgenommen als Jungen (33.5 %, n = 80). Bezüglich des Alters kann ein häufigeres Zutreffen der Kategorie „Notfallmäßige Aufnahme“ für die 13- bis 18-jährigen Probanden gezeigt werden. In der zweiten Altersgruppe erfolgte bei 45.4 % (n = 186) und in der ersten Altersgruppe bei 26.6 % (n = 29) der Probanden eine notfallmäßige Aufnahme.

3.3.2 Art der Behandlung

Von den N = 519 Patienten wurden 85.4 % stationär (n = 443) und 14.6 % (n = 76) teilstationär behandelt. Ambulant oder konsiliarisch behandelte Patienten wurden nicht in die Stichprobe eingeschlossen.

Der χ^2 -Test ergibt eine signifikante Abhängigkeit der Variable Behandlungsform von den Variablen Geschlecht (χ^2 [1, N = 529] = 15.89, p < 0.001) und Alter (χ^2 [1, N = 519] = 7.59, p = 0.006). Es werden mehr Mädchen stationär (91.1 %, n = 255 vs. 78.7 %, n = 188) und mehr Jungen teilstationär (21.3 %, n = 51 vs. 8.9 %, n = 25) behandelt. In der stationären Behandlung finden sich deutlich mehr ältere Patienten (87.6 %, n = 359 vs. 22.9 %, n = 25) und in der teilstationären Behandlung deutlich mehr jüngere Patienten (77.1 %, n = 84 vs. 12.4 %, n = 51).

3.3.3 Behandlungsdauer

Die durchschnittliche Behandlungsdauer aller Kinder und Jugendlichen beträgt M = 116.62 Tage (Median = 87.50, SD = 103.71, Min = 1, Max = 589, n = 516).

Betrachtet man nur die männlichen Patienten, so liegt die Behandlungsdauer mit durchschnittlich 125.49 Tagen (Median = 93.00, SD = 105.63, n = 239) über diesem Wert. Bei den weiblichen Patienten ergibt sich eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 108.97 Tagen (Median = 83.00, SD = 101.59, n = 277).

Mittels einer univariaten zweifaktoriellen Varianzanalyse wurde der Einfluss der Haupteffekte Geschlecht und Alter auf die abhängige Variable Behandlungsdauer überprüft. Es findet sich ein signifikanter Haupteffekt des Alters ($F [1, 512] = 7.54$, $p = 0.006$). Keine Signifikanz erreichen der Effekt des Geschlechts ($F [1, 512] = 1.30$, $p = 0.255$) und die Interaktion von Alter und Geschlecht ($F [1, 512] = 0.41$, $p = 0.520$).

Die post-hoc Analyse mittels t-Test für unabhängige Stichproben ergibt eine hoch signifikant längere Behandlungsdauer für die jüngeren Patienten ($T [514] = 3.47$, $p = 0.001$). Die mittlere Behandlungsdauer der 6- bis 12-Jährigen liegt bei 146.94 Tagen (Median = 110.00, SD = 111.18, n = 109), die der 13- bis 18-Jährigen bei 108.51 Tagen (Median = 82.00, SD = 100.21, n = 407).

Im Folgenden wird dargestellt, inwiefern sich suizidale Patienten (gemäß BADO-Item "Suizidalität bei Aufnahme") bezüglich der Behandlungsdauer von nicht-suizidalen Patienten unterscheiden. Es lässt sich ein signifikanter Effekt der Suizidalität auf die Behandlungsdauer zeigen ($T [357.14] = 4.94$, $p < 0.001$). Dabei liegt die mittlere Behandlungsdauer für suizidale Patienten mit 85.36 Tagen (Median = 63.00, SD = 82.87) unter der für nicht-suizidale Patienten mit 129.21 Tagen (Median = 95.00, SD = 107.40).

3.3.4 Art der Beendigung der Behandlung

Zur Art der Beendigung der Behandlung liegen von 517 Patienten Daten vor. In 65.4 % (n = 338) der Fälle erfolgte die Beendigung regulär. Zu einer vorzeitigen Beendigung der Behandlung durch den Patienten oder die Eltern kam es in 25.3 % (n = 131) der Fälle. In 9.3 % (n = 48) der Fälle beendete der Therapeut die Behandlung vorzeitig. Bei geschlechts- und altersabhängiger Betrachtung findet eine vorzeitige Beendigung der Behandlung durch Patient bzw. Eltern am häufigsten bei 13- bis 18-jährigen Mädchen statt. Eine vorzeitige Beendigung der Behandlung durch den Therapeuten findet sich mit 13.8 % am häufigsten bei den 13- bis 18-jährigen Jungen (vgl. Tab. 10).

Tabelle 10: BADO-Item „Art der Beendigung der Behandlung“ nach Geschlechts- und Altersgruppen

Beendigung der Behandlung	Jungen				Mädchen			
	6-12 Jahre		13-18 Jahre		6-12 Jahre		13-18 Jahre	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Regulär	55	70.5	99	61.9	22	73.0	162	65.1
vorzeitige Beendigung durch Patient/Eltern	14	17.9	39	24.4	7	23.3	71	28.5
vorzeitige Beendigung durch Therapeut	9	11.5	22	13.8	1	3.3	16	6.4
Gesamt	78	100.0	160	100.0	30	100.0	249	100.0

Anmerkungen. *n* = 517, 2x keine Angabe.

Der χ^2 -Test ergibt eine signifikante Abhängigkeit der Variablen „Art der Beendigung der Behandlung“ von der Variablen Geschlecht (χ^2 [2, *n* = 517] = 8.32, *p* = 0.016). Keine Abhängigkeit kann für das Alter nachgewiesen werden (χ^2 [2, *n* = 517] = 2.60, *p* = 0.272).

Zur Klärung des Geschlechtseffektes wurden simultane 4-Felder-Tests berechnet. Die Auswertung erfolgte anhand der Likelihood-Quotientenstatistik. Hierbei ergibt sich ein signifikanter Geschlechtsunterschied für die vorzeitige Beendigung der Behandlung durch den Therapeuten (χ^2 [1, *n* = 517] = 7.35, *p* = 0.007). Dieses Behandlungsende fand sich häufiger bei Jungen mit 13.0 % (*n* = 32) als bei Mädchen mit 6.1 % (*n* = 17).

3.3.5 Behandlungsergebnis

Zur Beurteilung des Behandlungsergebnisses durch die Therapeuten wurde die Einschätzung des Behandlungserfolgs bezüglich einer Verbesserung der initialen Symptomatik sowie bezüglich der Verbesserung der Gesamtsituation in die Auswertung einbezogen. Bezüglich einer Verbesserung der initialen Symptomatik werden 3.8 % (*n* = 19) als völlig gebessert, 45.1 % (*n* = 225) als deutlich gebessert und 36.7 % (*n* = 183) als etwas gebessert eingeschätzt. Als unverändert werden 13.2 % (*n* = 66) der Probanden und als verschlechtert 1.2 % (*n* = 6) eingestuft. Tabelle 11 ist eine differenzierte Darstellung nach Geschlechts- und Altersgruppen zu entnehmen.

Tabelle 11: BADO-Item „Behandlungserfolg in Bezug auf initiale Symptomatik“ im Therapeutenurteil nach Geschlechts- und Altersgruppen

	Jungen				Mädchen			
	6-12 Jahre		13-18 Jahre		6-12 Jahre		13-18 Jahre	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
völlig gebessert	4	5.3	5	3.2	5	16.7	5	2.1
deutlich gebessert	30	39.5	71	45.5	12	40.0	112	47.3
etwas gebessert	26	34.2	62	39.7	9	30.0	86	36.3
unverändert	15	19.7	16	10.3	4	13.3	31	13.1
verschlechtert	1	1.3	2	1.3	0	0	3	1.3
Gesamt	76	100.0	156	100.0	30	100.0	237	100.0

Anmerkungen. *n* = 499, 20x keine Angabe.

Der χ^2 -Test ergibt eine signifikante Abhängigkeit der Variable „Behandlungserfolg in Bezug auf initiale Symptomatik“ vom Alter (χ^2 [5, *n* = 502] = 12.31, *p* = 0.031). Der Effekt des Alters wurde mittels eines simultanen 4-Felder-Tests näher untersucht. Nur für die Kategorie „völlig gebessert“ ließ sich ein signifikantes Ergebnis erzielen (χ^2 [1, *n* = 499] = 6.69, *p* = 0.010), bei allerdings vergleichsweise niedrigen Unterstichprobengrößen. Ein Effekt des Geschlechts kann nicht festgestellt werden (χ^2 [5, *n* = 502] = 3.06, *p* = 0.692).

Von insgesamt 500 Patienten konnten Daten bzgl. des Items „Behandlungserfolg in Bezug auf die Gesamtsituation“ ausgewertet werden. Hierbei werden 0.2 % (*n* = 1) als völlig gebessert, 30.5 % (*n* = 153) als deutlich gebessert und 44.0 % (*n* = 221) als etwas gebessert eingeschätzt. Als unverändert werden 23.3 % (*n* = 117) der Probanden und als verschlechtert 1.6 % (*n* = 8) eingestuft.

Die Variable „Behandlungserfolg in Bezug auf die Gesamtsituation“ zeigt keinen signifikanten Einfluss des Alters (χ^2 [5, *n* = 502] = 3.34, *p* = 0.647) oder des Geschlechts (χ^2 [5, *n* = 502] = 3.49, *p* = 0.625).

3.4 Geschlechts- und Alterseffekte auf psychische Auffälligkeiten im multiperspektivischen Urteil

Im Folgenden werden unter Berücksichtigung verschiedener Informanten die Effekte von Geschlecht und Alter auf Verhaltensauffälligkeiten untersucht. Dies geschieht anhand der Einteilung in internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten. Die mittels der Fragebögen CASCAP-D, CBCL und YSR erhobenen Daten beziehen sich auf den Zeitraum der letzten sechs Monate.

3.4.1 Internalisierende Auffälligkeiten

3.4.1.1 Beurteilung durch die Therapeuten (CASCAP-D)

Bei Beurteilung durch den Therapeuten anhand des psychopathologischen Befund-Systems (CASCAP-D) zeigt sich für die übergeordnete Skala "Internalisierende Auffälligkeiten" ein hoch signifikanter Haupteffekt des Alters ($F [1, 442] = 34.83, p < 0.001$). Der Effekt des Geschlechts und die Interaktion beider Variablen erreicht keine Signifikanz (vgl. Tab. 12). Mittels nachgeschobenem t-Test können signifikant höhere Werte für die zweite Altersgruppe gezeigt werden ($T [179.89] = -7.12, p < 0.001$). Dabei ergibt sich für die erste Altersgruppe ein Mittelwert von 6.13 (SD = 4.37, n = 93) und für die zweite Altersgruppe ein Mittelwert von 9.99 (SD = 5.60, n = 353).

Tabelle 12: Varianzanalyse der Internalisierenden Auffälligkeiten bei Beurteilung durch die Therapeuten

Symptomskala	df2	Geschlecht (G)		Alter (A)		G x A	
		F	p	F	p	F	p
Internalisierende Auffälligkeiten	442	0.16	0.691	34.83	0.000	0.74	0.391
Sozial- und Leistungsangst	429	0.01	0.910	17.01	0.000	0.45	0.505
Depressive Symptome	441	0.09	0.769	49.42	0.000	3.85	0.050

Anmerkungen. Für alle Symptomskalen $df1 = 1$; signifikante Ergebnisse **fett** formatiert.

Für die zugeordneten Symptomskalen 1. Ordnung zeigt sich der Haupteffekt des Alters sowohl für die Skala "Sozial- und Leistungsangst" ($F[1, 429] = 17.01, p < 0.001$) als auch

für die Skala "Depressive Symptome" ($F[1, 441] = 49.42, p < 0.001$) hoch signifikant. Für Letztere zeigt sich zudem die Interaktion von Geschlecht und Alter signifikant ($F[1, 441] = 3.85, p = 0.050$). Die restlichen Ergebnisse der Varianzanalysen sind Tabelle 13 zu entnehmen.

Für "Sozial- und Leistungsangst" kann mittels nachgeschobenem t-Test ($T [152.45] = -4.76, p < 0.001$) ein höherer Skalenwert für die älteren Probanden gezeigt werden. Diese erreichen einen Skalenmittelwert von 5.56 ($SD = 4.13, n = 345$). Die jüngeren Probanden erreichen einen Skalenmittelwert von 3.47 ($SD = 3.56, n = 88$). Für die zweite Unterskala "Depressive Symptome" ergibt sich die gleiche Richtung des Haupteffekts ($T [187.32] = -8.93, p < 0.001$). In der ersten Altersgruppe liegt der Mittelwert bei 2.51 ($SD = 1.70, n = 92$) und in der zweiten Altersgruppe bei 4.43 ($SD = 2.30, n = 353$). Abbildung 9 klärt die oben beschriebene Wechselwirkung wie folgt auf: Nur in der zweiten Altersgruppe lässt sich durch signifikant höhere Skalenwerte für die weiblichen Probanden (Mädchen: $M = 4.67, SD = 2.23, n = 220$; Jungen: $M = 4.05, SD = 2.36, n = 133$) ein Geschlechtseffekt feststellen ($T [351] = -2.49, p = 0.013$).

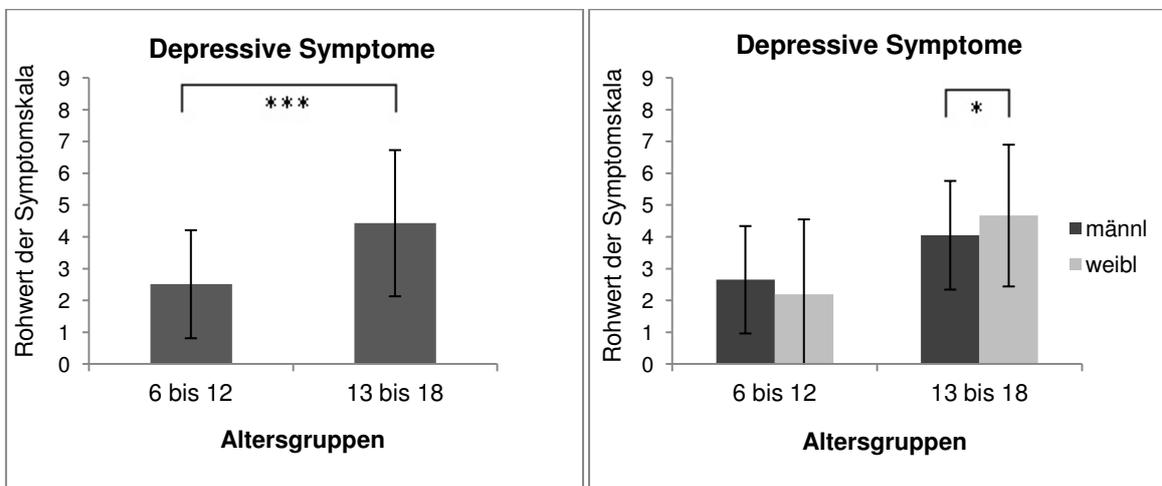


Abbildung 9: Alters- und Geschlechtseffekt bzgl. der CASCAP-D-Skala "Depressive Symptome".
Anmerkungen. *** entspricht $p < 0.001$, ** entspricht $p < 0.01$, * entspricht $p < 0.05$.

3.4.1.2 Beurteilung durch die Mütter (CBCL)

Bei Beurteilung internalisierender Auffälligkeiten anhand der Child Behavior Checklist (CBCL) durch die Mütter erreicht keiner der beiden Haupteffekte Signifikanz (vgl. Tab. 13). Der Mittelwert liegt für Mädchen ($M = 71.95$, $SD = 9.05$, $n = 180$) und Jungen ($M = 71.82$, $SD = 9.19$, $n = 174$) deutlich im als auffällig definierten Skalenbereich.

Bei Blick auf die zugehörigen Unterskalen ergibt sich ein signifikanter Haupteffekt des Alters für die Skala „Sozialer Rückzug“ ($F [1, 358] = 4.98$, $p = 0.026$). Der nachgeschobene t-Test zeigt, dass die Patienten in der zweiten Altersgruppe höhere Skalenwerte erreichen ($T [360] = -1.99$, $p = 0.047$). In der zweiten Altersgruppe ergibt sich ein Mittelwert von 69.57 ($SD = 10.68$, $n = 279$), in der ersten Altersgruppe liegt dieser bei 66.95 ($SD = 9.97$, $n = 83$).

Tabelle 13: Varianzanalyse der Internalisierenden Auffälligkeiten bei Beurteilung durch die Mütter

Syndromskala	df2	Geschlecht (G)		Alter (A)		G x A	
		F	p	F	p	F	p
Internalisierende Auffälligkeiten	350	0.07	0.790	2.57	0.110	0.00	0.994
Sozialer Rückzug	358	1.08	0.300	4.98	0.026	0.48	0.491
Körperliche Beschwerden	345	2.37	0.124	0.12	0.732	2.32	0.129
Ängstlich / Depressiv	348	0.56	0.455	0.30	0.584	0.47	0.493

Anmerkungen. Für alle Syndromskalen $df1 = 1$; signifikante Ergebnisse **fett** formatiert.

3.4.1.3 Beurteilung durch die Väter (CBCL)

Bei Beurteilung durch die Väter zeigt sich für die übergeordnete Skala "Internalisierende Auffälligkeiten" kein signifikanter Haupteffekt von Geschlecht oder Alter (vgl. Tab. 14). Ein Trend ergibt sich für das Alter ($F [1, 226] = 2.83$, $p = 0.094$). Hier lässt sich für die zweite Altersgruppe ein höherer Mittelwert ($M = 68.96$, $SD = 9.08$, $n = 168$) als für die erste Altersgruppe ($M = 67.11$, $SD = 8.91$, $n = 62$) feststellen. Beide Werte liegen im auffälligen Skalenbereich.

Tabelle 14: Varianzanalyse der Internalisierenden Auffälligkeiten bei Beurteilung durch die Väter

Syndromskala	df2	Geschlecht (G)		Alter (A)		G x A	
		F	p	F	p	F	p
Internalisierende Auffälligkeiten	226	0.93	0.337	2.83	0.094	1.07	0.302
Sozialer Rückzug	230	0.32	0.574	4.15	0.043	0.82	0.366
Körperliche Beschwerden	217	2.42	0.121	0.75	0.389	1.44	0.231
Ängstlich / Depressiv	222	1.25	0.264	1.56	0.213	2.97	0.086

Anmerkungen. Für alle Syndromskalen $df1 = 1$; signifikante Ergebnisse **fett** formatiert.

Bei Blick auf die zugehörigen Unterskalen ergibt sich ein signifikanter Haupteffekt des Alters für die Skala "Sozialer Rückzug" ($F [1, 230] = 4.15, p = 0.043$). Der nachgeschobene t-Test zeigt, dass die Patienten in der zweiten Altersgruppe im Trend höhere Skalenwerte erreichen ($T [232] = -1.91, p = 0.057$). Vergleicht man die Mittelwerte ist der Unterschied nur gering ausgeprägt: In der ersten Altersgruppe liegt der Mittelwert bei 67.74 (SD = 9.14, n = 62), in der zweiten Altersgruppe bei 67.59 (SD = 10.39, n = 172).

3.4.1.4 Selbstbeurteilung durch die Patienten (YSR)

Die Selbstbeurteilungsfragebögen des Youth Self-Reports wurden von den Probanden ab einem Alter von 11 Jahren ausgefüllt. Um Aussagen über die Abhängigkeit der Befunde vom Alter machen zu können, erfolgte eine Einteilung in insgesamt 6 Altersstufen (11-12, 13, 14, 15, 16, 17-18 Jahre) für die Berechnung der Varianzanalysen. Bei Signifikanz der Interaktion von Geschlecht und Alter erfolgte aus Gründen der Übersichtlichkeit die Interpretation der Ergebnisse anhand einer grafischen Darstellung.

Bei Beurteilung durch die Probanden selbst ergeben sich für die übergeordnete Skala "Internalisierende Auffälligkeiten" signifikante Haupteffekte von Geschlecht und Alter. Die Wechselwirkung ist nicht signifikant (vgl. Tab. 15). Die nachgeschobenen t-Tests zeigen bzgl. des Geschlechts, dass die Patientinnen höhere Skalenwerte erzielen ($T [275.88] = -4.43, p < 0.001$). Dieser liegt mit 70.50 (SD = 10.76, n = 203) deutlich im als auffällig definierten Bereich. Jungen erreichen einen Skalenmittelwert von 64.97 (SD = 12.22, n = 141).

Tabelle 15: Varianzanalyse der Internalisierenden Auffälligkeiten bei Beurteilung durch die Patienten

Syndromskala	Geschlecht (G)			Alter (A)		G x A	
	df2	F	p	F	p	F	p
Internalisierende Auffälligkeiten	332	10.22	0.002	2.85	0.015	0.81	0.541
Sozialer Rückzug	348	1.79	0.182	1.44	0.209	0.99	0.423
Körperliche Beschwerden	331	4.69	0.031	0.82	0.536	1.27	0.276
Ängstlich / Depressiv	345	10.63	0.001	4.209	0.001	1.365	0.237

Anmerkungen. Für alle Syndromskalen $df1(G) = 1$, $df1(A) = 5$, $df1(GxA) = 5$; signifikante Ergebnisse **fett** formatiert.

Die Ergebnisse der t-Tests bzgl. des Alters sind in Abbildung 10 dargestellt. Es zeigen sich signifikante Unterschiede für die Altersstufen 11-12 und 15 Jahre ($T [111] = -2.27$, $p = 0.025$), 11-12 und 16 Jahre ($T [108] = -2.62$, $p = 0.010$), 11-12 und 17-18 Jahre ($T [125] = -3.48$, $p = 0.001$), 14 und 15 Jahre ($T [121] = -2.49$, $p = 0.014$), 14 und 16 Jahre ($T [118] = -2.88$, $p = 0.005$) sowie 14 und 17-18 Jahre ($T [135] = -3.83$, $p = 0.000$). Für alle ermittelten signifikanten Unterschiede zwischen den Altersstufen lässt sich ein höherer Skalenwert für die älteren Probanden ermitteln. Somit lässt sich eine stärkere Betroffenheit mit steigendem Alter gut nachvollziehen.

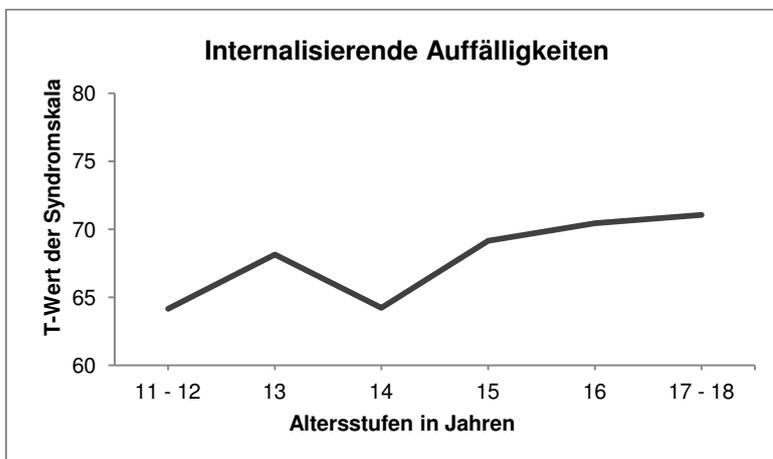


Abbildung 10: Alterseffekt bzgl. der YSR-Skala "Internalisierende Auffälligkeiten"

Anmerkungen. n (gesamt) = 344. Vgl. Tab. A05 im Anhang S. 168.

Ein signifikanter Effekt des Geschlechts lässt sich für die Unterskalen "Körperliche Beschwerden" und "Ängstlich/Depressiv" nachweisen. Durch post-hoc-Analysen lässt sich für "Körperliche Beschwerden" ($T [341] = -3.06$, $p = 0.002$) und die Skala

"Ängstlich/Depressiv" ($T [355] = -4.61, p < 0.001$) jeweils eine starke Betroffenheit der Mädchen nachweisen. Mädchen erreichen auf der Skala "Körperliche Beschwerden" einen Mittelwert von 64.18 ($SD = 10.30, n = 198$), Jungen einen Mittelwert von 60.90 ($SD = 9.08, n = 145$). Für die Skala "Ängstlich/Depressiv" zeigen beide Geschlechter Mittelwerte aus dem auffälligen Skalenbereich (Mädchen: $M = 72.09, SD = 11.85, n = 209$; Jungen: $M = 66.13, SD = 12.29, n = 148$).

Zudem zeigt sich bzgl. letzterer Skala ein hoch signifikanter Effekt des Alters. Wie Abbildung 11 zu entnehmen ist, generiert sich dieser insbesondere durch höhere Werte mit zunehmendem Alter. Aus den unabhängigen t-Tests ergibt sich ein signifikanter Unterschied ab den Altersstufen 14 und 15 Jahre ($T [125] = -2.54, p = 0.012$). In der Altersgruppe der 11- bis 14-Jährigen ebenso wie in der Altersgruppe der 15- bis 18-Jährigen lassen sich keine signifikanten Unterschiede innerhalb dieser Altersbereiche feststellen. Die Mittelwertvergleiche erreichen zusammengefasst Signifikanz für folgende Altersstufen: 11-12 und 17-18 Jahre ($T [128] = -3.54, p = 0.001$), 11-12 und 16 Jahre ($T [114] = -3.59, p < 0.001$), 11-12 und 15 Jahre ($T [113] = -2.45, p = 0.016$), 14 und 16 Jahre ($T [126] = -3.82, p < 0.001$) sowie 14 und 17-18 Jahre ($T [140] = -3,73, p < 0.001$). Somit weisen alle signifikanten Unterschiede auf höhere Werte bei den jeweils älteren Probanden hin.

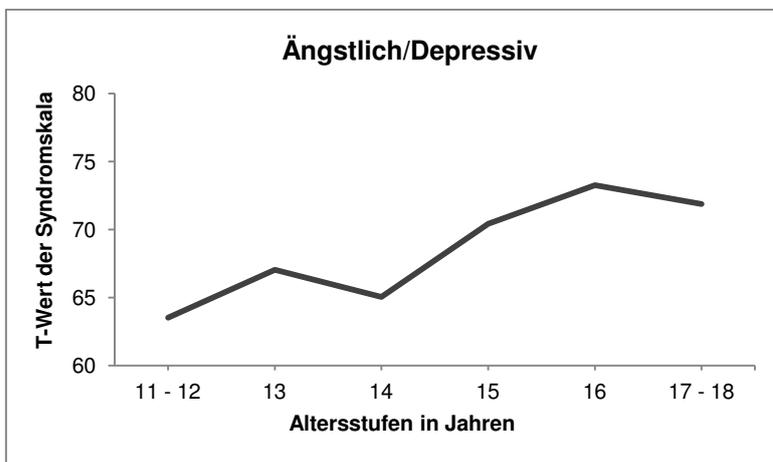


Abbildung 11: Alterseffekt bzgl. der YSR-Skala "Ängstlich/Depressiv".

Anmerkungen. n (gesamt) = 357. Vgl. Tab. A06 im Anhang S. 168.

3.4.1.5 Anteil der Patienten mit klinisch auffälliger internalisierender Symptomatik

Für die Syndromskalen von YSR und CBCL können die errechneten T-Werte Auffälligkeitsbereichen zugeordnet werden. Bezüglich der Syndromskalen II. Ordnung wird ein Skalenwert von 30 bis 59 Punkten als unauffällig betrachtet. Der Bereich zwischen 60 und 63 Punkten wird als grenzwertig und ein Skalenwert über 64 Punkte als auffällig eingestuft. Für die Skalen des CASCAP-D kann keine Zuordnung von Auffälligkeitsbereichen vorgenommen werden.

Für die folgende statistische Auswertung mittels X²-Tests wurden alle Skalenwerte bis 63 als unauffällig eingestuft. Das heißt der Bereich „grenzwertig“ wurde als unauffällig gewertet, um statistisch möglichst robuste Ergebnisse und eine dichotome Merkmalsausprägung zu erhalten. Zudem ist aufgrund dieses konservativen Vorgehens sichergestellt, dass eine relevante Auffälligkeit besteht. Aus Gründen der Übersichtlichkeit erfolgt nur eine Prüfung auf Abhängigkeit vom Geschlecht der Probanden.

In Abbildung 12 ist der Anteil der Probanden - nach Geschlecht getrennt - erfasst, die einen Skalenwert über 64 Punkte erreichen und somit als klinisch auffällig gelten.

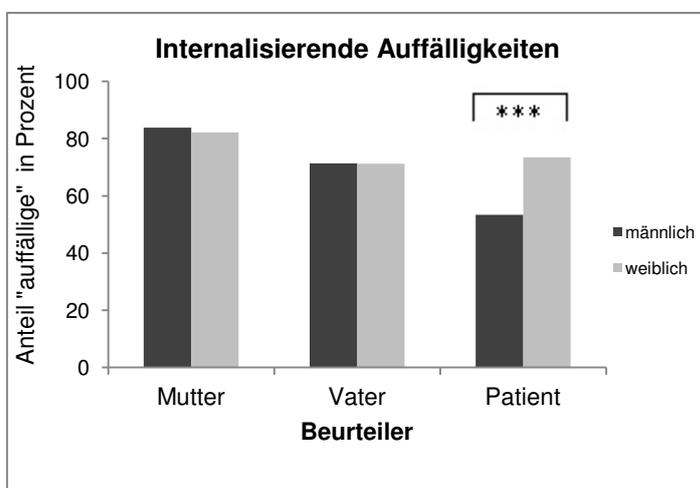


Abbildung 12: Anteil der klinisch auffälligen Patienten bzgl. der Skala "Internalisierende Auffälligkeiten" (CBCL, YSR). Anmerkungen. *** entspricht $p < 0.001$, ** entspricht $p < 0.01$, * entspricht $p < 0.05$.

Mittels X²-Test kann nur für das Selbsturteil der Patienten ein signifikanter Unterschied bezüglich des Geschlechts festgestellt werden ($\chi^2 [1, n = 350] = 15.15, p < 0.001$). Wie Abbildung 12 zu entnehmen ist, schätzen sich mit 73.5 % ($n = 150$) fast Dreiviertel der

Mädchen als auffällig ein. Bei den Jungen sind dies mit 53.4 % (n = 78) nur gut die Hälfte. Das Geschlecht erreicht bei Urteil der Mütter ($\chi^2 [1, n = 354] = 0.18, p = 0.673$) und der Väter ($\chi^2 [1, n = 230] = 0.00, p = 0.968$) keine Signifikanz. Gemäß des Urteils der Mütter werden 83.9 % (n = 146) der männlichen und 82.2 % (n = 148) der weiblichen Probanden als auffällig beurteilt. Im Väterurteil sind dies mit 71.4 % (n = 80) der männlichen und 71.2 % (n = 84) der weiblichen Probanden jeweils ein geringerer Anteil.

3.4.1.6 Zusammenfassung und Hypothesenprüfung

Für die übergeordnete Syndromskala "Internalisierende Auffälligkeiten" lässt sich für alle Fremdurteiler kein signifikanter Geschlechtseffekt feststellen. Nur für die untergeordnete Skala "Depressive Symptome" kann bei Beurteilung durch den Therapeuten für die älteren Probanden eine signifikant stärkere Betroffenheit der Mädchen gezeigt werden. In der Selbstbeurteilung schätzen sich jedoch Mädchen auf der übergeordneten Syndromskala "Internalisierende Auffälligkeiten" als signifikant stärker betroffen ein. Dies lässt sich auch bei Betrachtung des Anteils der klinisch auffälligen Patienten zeigen. Betrachtet man die zugehörigen Unterskalen zeigen Mädchen in der Selbstbeurteilung eine signifikant stärkere Betroffenheit in Bezug auf die Skalen "Körperliche Beschwerden" und "Ängstlich/Depressiv".

Bezüglich des Alters weisen alle signifikanten Ergebnisse auf eine stärkere Betroffenheit älterer Patienten hin. Dies ist für die übergeordnete Skala bei Beurteilung durch die Therapeuten und in der Selbstbeurteilung signifikant. Für die Väter weist das Ergebnis einen entsprechenden Trend auf.

Hypothese I:

Mädchen werden im Vergleich mit Jungen von verschiedenen Informanten bezüglich internalisierender Auffälligkeiten als stärker betroffen eingeschätzt.

Zieht man die Skalenmittelwerte der übergeordneten Syndromskala heran, so konnte die Hypothese bei Beurteilung durch die Therapeuten und die Eltern nicht bestätigt werden. Im Sinne der Hypothese fiel nur das Ergebnis bei Beurteilung durch die Patienten selbst aus. Ein identisches Ergebnis ergab sich bei alleiniger Betrachtung der für internalisierende Symptome als auffällig definierten Patienten.

Hypothese II:

Ältere Patienten werden im Vergleich zu jüngeren Patienten von verschiedenen Informanten bezüglich internalisierender Auffälligkeiten als stärker betroffen eingeschätzt.

Zieht man die Skalenmittelwerte heran, so wird die Hypothese bei Beurteilung durch die Therapeuten und in der Selbstbeurteilung durch die Patienten angenommen. Formal abgelehnt werden muss die Hypothese bei Beurteilung durch die Eltern. Für die Väter lässt sich jedoch ein Trend für eine stärkere Betroffenheit älterer Patienten nachweisen. Zudem kann für die untergeordnete Skala "Sozialer Rückzug" jeweils für Mütter und Väter eine stärkere Betroffenheit älterer Patienten gezeigt werden.

3.4.2 Externalisierende Auffälligkeiten

3.4.2.1 Beurteilung durch die Therapeuten (CASCAP-D)

Bei Beurteilung durch die Therapeuten anhand des psychopathologischen Befund-Systems (CASCAP-D) erreicht für die Skala "Externalisierende Auffälligkeiten" der Haupteffekt Geschlecht Signifikanz ($F [1, 450] = 8.80, p = 0.003$). In der entsprechenden post-hoc Analyse kann eine höhere Merkmalsausprägung für die männlichen Probanden gezeigt werden ($T [452] = 2.62, p = 0.009$). Diese erreichen einen Mittelwert von 13.77 ($SD = 9.76, n = 203$), die weiblichen Probanden von 11.40 ($SD = 9.45, n = 251$).

Die zugehörigen Unterskalen "Aggressive Symptomatik", "Dissoziale Symptome" und "Hyperkinetische Symptome" erreichen ebenfalls Signifikanz für den Haupteffekt Geschlecht (vgl. Tab. 16). Dabei zeigt sich für die Unterskalen "Aggressive Symptomatik" und "Dissoziale Symptomatik" zudem ein signifikanter Effekt des Alters und für "Hyperkinetische Symptome" eine signifikante Interaktion der beiden Variablen. Lediglich für die Unterskala "Sozial-emotionale Impulsivität" zeigt die Varianzanalyse keine Signifikanz bzgl. der beiden Haupteffekte.

Tabelle 16: Varianzanalyse der Externalisierenden Auffälligkeiten bei Beurteilung durch die Therapeuten

Symptomskala	df2	Geschlecht (G)		Alter (A)		G x A	
		F	p	F	p	F	p
Externalisierende Auffälligkeiten	450	8.80	0.003	0.00	0.982	3.172	0.076
Aggressive Symptomatik	479	11.26	0.001	6.75	0.010	2.13	0.145
Dissoziale Symptome	420	4.03	0.045	4.65	0.032	0.00	0.952
Hyperkinetische Symptome	463	15.09	0.000	1.30	0.255	4.56	0.033
Sozial-emotionale Impulsivität	449	1.98	0.160	2.20	0.139	3.01	0.084

Anmerkungen. Für alle Symptomskalen $df1 = 1$; signifikante Ergebnisse **fett** formatiert.

Die t-Tests erbringen bzgl. des Geschlechts für die oben genannten Unterskalen jeweils ein Überwiegen der Jungen: "Aggressive Symptomatik" ($T [453.52] = 4.07, p < 0.001$), "Dissoziale Symptome" ($T [422] = 1.97, p = 0.050$) und "Hyperkinetische Symptome" ($T [465] = 3.95, p < 0.001$). Die zugehörigen Skalenwerte sind Tabelle 17 zu entnehmen.

Tabelle 17: Skalenmittelwerte für Externalisierende Auffälligkeiten (untergeordnete Skalen) im Therapeutenurteil

Symptomskala	Jungen			Mädchen		
	M	SD	n	M	SD	n
Aggressive Symptomatik	4.26	3.67	223	2.95	3.35	260
Dissoziale Symptome	2.28	2.87	201	1.76	2.53	223
Hyperkinetische Symptome	2.62	2.36	213	1.78	2.21	254

Die Untersuchung des Haupteffekts des Alters zeigt für "Aggressive Symptomatik" eine stärkere Merkmalsausprägung für die jüngere Altersgruppe ($T [481] = 4.17, p < 0.001$). Für die 6- bis 12-Jährigen lässt sich ein Mittelwert von 4.84 ($SD = 3.45, n = 103$) und für die 13- bis 18-Jährigen von 3.23 ($SD = 3.51, n = 380$) feststellen. Für "Dissoziale Symptome" lässt sich der Effekt hingegen durch eine stärkere Merkmalsausprägung in der zweiten Altersgruppe auflösen ($T [210.43] = -2.00, p = 0.047$). Hier erreicht die erste Altersgruppe einen Mittelwert von 1.60 ($SD = 2.05, n = 95$), die zweite von 2.12 ($SD = 2.86, n = 329$).

Die signifikante Interaktion von Geschlecht und Alter bzgl. der Unterskala "Hyperkinetische Symptome" ist in Abbildung 13 dargestellt. Hier zeigen nur die männlichen Probanden einen signifikanten Alterseffekt mit höheren Werten in der ersten

Altersgruppe ($T [211] = 2.74, p = 0.007$). Dabei erreichen die 6- bis 12-jährigen Jungen einen Mittelwert von 3.24 ($SD = 2.48$) und die 13- bis 18-jährigen Jungen einen Mittelwert von 2.29 ($SD = 2.20$).

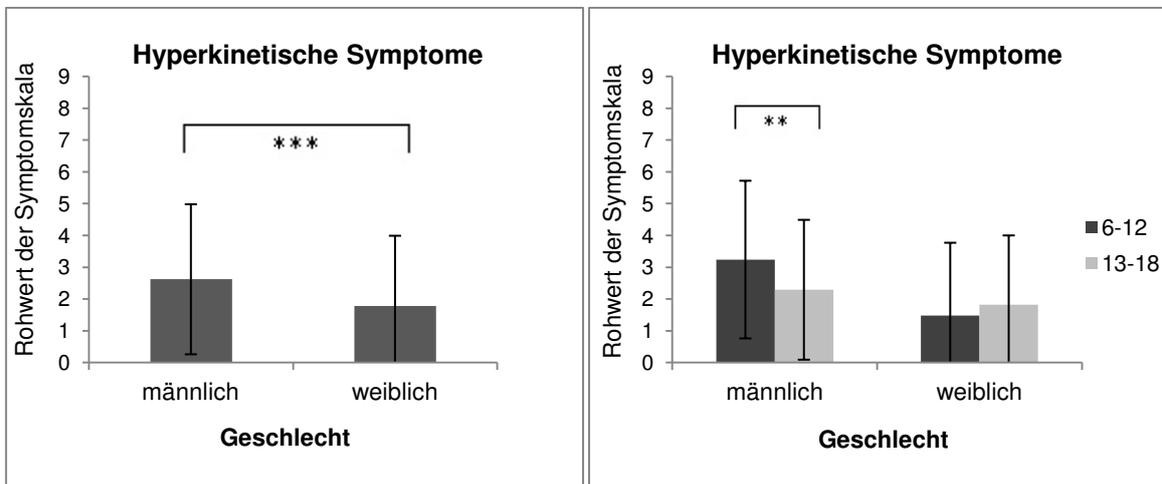


Abbildung 13: Geschlechts- und Alterseffekt bzgl. der CASCAP-D-Skala "Hyperkinetische Symptome".
 Anmerkungen. *** entspricht $p < 0.001$, ** entspricht $p < 0.01$, * entspricht $p < 0.05$.

3.4.2.2 Beurteilung durch die Mütter (CBCL)

Bei Beurteilung der Symptome durch die Mütter kann für "Externalisierende Auffälligkeiten" ein signifikanter Haupteffekt des Alters gezeigt werden ($F [1, 355] = 7.49, p = 0.007$). Die post-hoc Analyse kann eine stärkere Betroffenheit der jüngeren Altersgruppe nachweisen ($T [357] = 4.02, p < 0.001$). Der errechnete Mittelwert liegt dabei mit 69.49 ($SD = 10.86, n = 82$) deutlich im als auffällig definierten Bereich. Der Mittelwert der zweiten Altersgruppe liegt knapp im Bereich der Auffälligkeiten ($M = 64.26, SD = 10.21, n = 277$).

Tabelle 18: Varianzanalyse der Externalisierenden Auffälligkeiten bei Beurteilung durch die Mütter

Syndromskala	df2	Geschlecht (G)		Alter (A)		G x A	
		F	p	F	p	F	p
Externalisierende Auffälligkeiten	355	2.17	0.142	7.49	0.007	3.391	0.066
Dissoziales Verhalten	352	0.76	0.385	1.42	0.235	2.07	0.152
Aggressives Verhalten	357	3.78	0.052	11.52	0.001	2.79	0.096

Anmerkungen. Für alle Syndromskalen $df1 = 1$; signifikante Ergebnisse **fett** formatiert.

Dieses Ergebnis ist durch den signifikanten Haupteffekt des Alters für die untergeordnete Skala "Aggressives Verhalten" erklärt. Die Skala "Dissoziales Verhalten" erreicht keine Signifikanz bzgl. der Haupteffekte (vgl. Tab. 18). Der nachgeschobene t-Test zeigt für "Aggressives Verhalten" eine deutlich stärkere Merkmalsausprägung für die jüngeren Probanden ($T [359] = 4.90$, $p < 0.001$). Dabei zeigt sich der Mittelwert für die erste Altersgruppe knapp im Bereich der Auffälligkeiten ($M = 71.24$, $SD = 12.00$, $n = 82$) und für die zweite Altersgruppe im unauffälligen Bereich ($M = 64.43$, $SD = 10.78$, $n = 279$).

3.4.2.3 Beurteilung durch die Väter (CBCL)

Die Varianzanalysen (vgl. Tab. 19) ergeben für die Skala "Externalisierende Auffälligkeiten" einen signifikanten Haupteffekt des Geschlechts ($F [1, 227] = 5.30$, $p = 0.022$) sowie der Interaktion von Geschlecht und Alter ($F [1, 227] = 4.63$, $p = 0.033$). Dabei kann mittels nachgeschobenem t-Test ($T [229] = 1.70$, $p = 0.091$) ein Trend für eine stärkere Betroffenheit der männlichen Patienten gezeigt werden. Jungen erreichen einen Mittelwert im auffälligen Bereich ($M = 65.18$, $SD = 10.63$, $n = 111$). Für Mädchen liegt der Mittelwert mit 62.78 ($SD = 10.82$, $n = 120$) im unauffälligen Bereich. Das Zustandekommen der Interaktion ist in Abbildung 14 dargestellt. Jungen erreichen auf der ersten Altersstufe signifikant höhere T-Werte als Mädchen ($T [59] = 2.63$, $p = 0.011$). Hierbei beträgt der Mittelwert für die Jungen von 6 bis 12 Jahren 67.73 ($SD = 9.49$, $n = 44$) und von 13 bis 18 Jahren 63.5 ($SD = 11.07$, $n = 67$) sowie für die Mädchen von 6 bis 12 Jahren 60.00 ($SD = 12.19$, $n = 17$) und von 13 bis 18 Jahren 63.24 ($SD = 10.57$, $n = 103$).

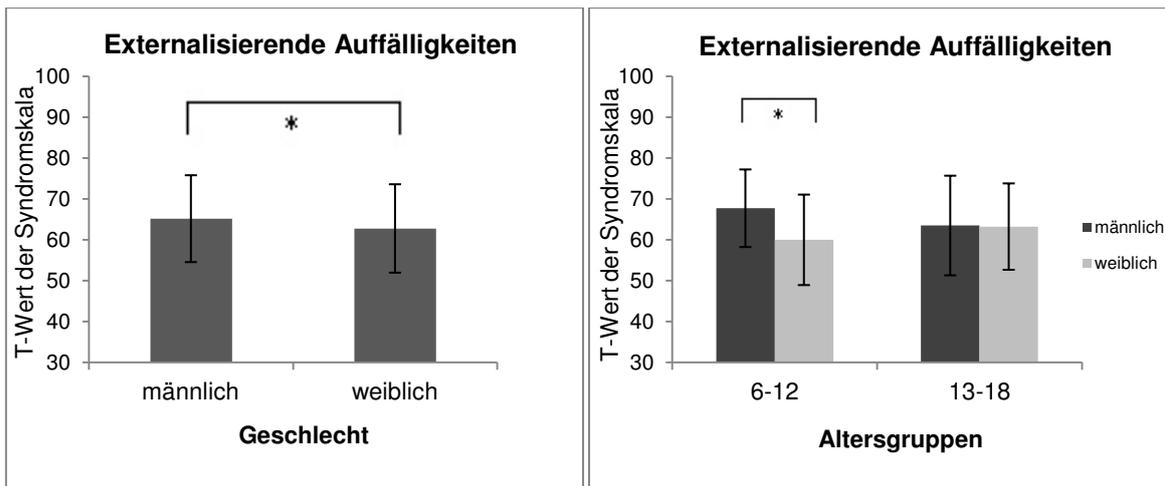


Abbildung 14: Geschlechts- und Alterseffekt bzgl. der CBCL-Skala „Externalisierende Auffälligkeiten“ (Väter). Anmerkungen. *** entspricht $p < 0.001$, ** entspricht $p < 0.01$, * entspricht $p < 0.05$.

Für die zugehörigen Unterskalen erreicht der Haupteffekt Geschlecht Signifikanz für "Aggressives Verhalten" ($F [1, 228] = 5.19, p = 0.024$). Die post-hoc Analyse ($T [230] = 2.13, p = 0.035$) zeigt für die männlichen Patienten mit $M = 66.16$ ($SD = 11.67, n = 112$) höhere Mittelwerte als für die weiblichen Patienten mit $M = 63.03$ ($SD = 10.51, n = 120$).

Tabelle 19: Varianzanalyse der Externalisierenden Auffälligkeiten bei Beurteilung durch die Väter

Syndromskala	df2	Geschlecht (G)		Alter (A)		G x A	
		F	p	F	p	F	p
Externalisierende Auffälligkeiten	227	5.30	0.022	0.08	0.779	4.63	0.033
Dissoziales Verhalten	222	2.73	0.100	0.16	0.692	4.28	0.040
Aggressives Verhalten	228	5.19	0.024	0.80	0.373	2.80	0.096

Anmerkungen. Für alle Symptomskalen $df1 = 1$; signifikante Ergebnisse **fett** formatiert.

Die signifikante Interaktion von Geschlecht und Alter bezüglich der Unterskala "Dissoziales Verhalten" ist in Abbildung 15 erklärt. Es kann ein signifikanter Unterschied zwischen Mädchen und Jungen in der ersten Altersgruppe nachgewiesen werden ($T [59] = 2.28, p = 0.026$), wobei Jungen durchschnittlich höhere Skalenwerte erreichen. Für Jungen beträgt der Mittelwert hierbei 65.88 ($SD = 9.49, n = 43$) und für Mädchen 59.78 ($SD = 9.64, n = 18$).

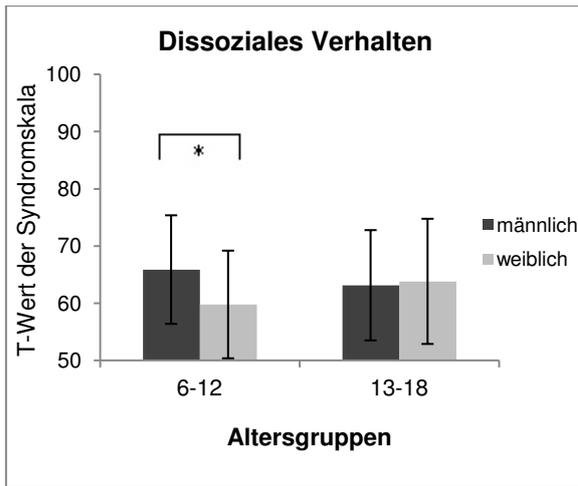


Abbildung 15: Geschlechts- und Alterseffekt bzgl. der CBCL-Skala "Dissoziales Verhalten" (Väter).
Anmerkungen. *** entspricht $p < 0.001$, ** entspricht $p < 0.01$, * entspricht $p < 0,05$.

3.4.2.4 Selbstbeurteilung durch die Patienten (YSR)

Die übergeordnete YSR-Skala „Externalisierende Auffälligkeiten“ erreicht in der zweifaktoriellen ANOVA keine Signifikanz (vgl. Tab. 20). Ein Trend ist lediglich für die Interaktion der Haupteffekte feststellbar ($F [5, 347] = 1.97, p = 0.083$).

Tabelle 20: Varianzanalyse der Externalisierenden Auffälligkeiten bei Beurteilung durch die Patienten

Syndromskala	df2	Geschlecht (G)		Alter (A)		G x A	
		F	p	F	p	F	p
Externalisierende Auffälligkeiten	347	0.57	0.451	1.59	0.163	1.97	0.083
Dissoziales Verhalten	346	0.81	0.370	1.54	0.178	2.53	0.029
Aggressives Verhalten	346	1.49	0.223	2.70	0.021	1.74	0.125

Anmerkungen. Für alle Syndromskalen $df1(G) = 1, df1(A) = 5, df1(GxA) = 5$; signifikante Ergebnisse **fett** formatiert.

Für die untergeordnete Skala "Dissoziales Verhalten" erreicht die Interaktion von Geschlecht und Alter signifikantes Niveau ($F [5, 346] = 2.53, p = 0.029$). Abbildung 16 ist zu entnehmen, dass die Interaktion sehr komplex ist. Nur für die Altersstufe der 14-Jährigen kann ein signifikanter Unterschied gezeigt werden ($T [57] = -3.25, p = 0.002$).

Hier zeigen sich die Mädchen stärker betroffen (Mädchen: M = 64.81, SD = 10.06, n = 32; Jungen: M = 56.78, SD = 8.68, n = 27). Auf eine Darstellung nach Altersgruppen wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet.

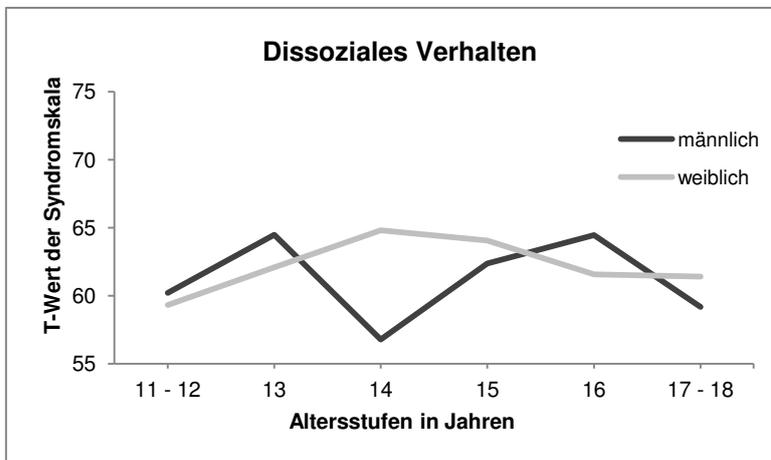


Abbildung 16: Geschlechts- und Alterseffekt bzgl. der YSR-Skala "Dissoziales Verhalten".

Anmerkungen. n (gesamt) = 357. Vgl. Tab. A07 im Anhang S. 169.

3.4.2.5 Anteil der Patienten mit klinisch auffälliger externalisierender Symptomatik

Abbildung 17 ist der Anteil der als auffällig eingeschätzten Probanden für die jeweiligen Beurteiler zu entnehmen. Mittels χ^2 -Tests kann für keinen der drei Beurteiler ein signifikanter Effekt des Geschlechts festgestellt werden (Beurteilung durch die Mütter : χ^2 [1, n = 359] = 1.35, p = 0.246; Beurteilung durch die Väter : χ^2 [1, n = 231] = 1.64, p = 0.200; Selbstbeurteilung durch die Probanden : χ^2 [1, n = 365] = 0.75, p = 0.386). Die Mütter schätzen 60.5 % (n = 107) der männlichen und 54.4 % (n = 99) der weiblichen Patienten als auffällig ein, die Väter 56.8 % (n = 63) der männlichen und 48.3 % (n = 58) der weiblichen Patienten und die Kinder und Jugendlichen selbst 34.0 % (n = 52) der männlichen und 29.7 % (n = 63) der weiblichen Patienten.

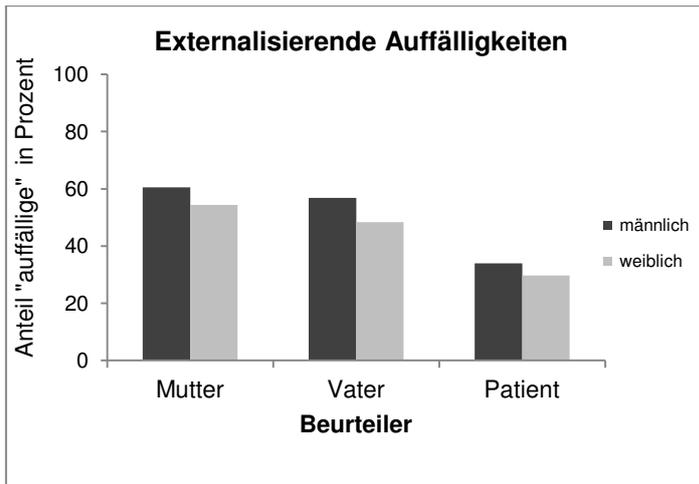


Abbildung 17: Anteil der klinisch auffälligen Patienten bzgl. der Skala "Externalisierende Auffälligkeiten" (CBCL, YSR). Anmerkungen. *** entspricht $p < 0.001$, ** entspricht $p < 0.01$, * entspricht $p < 0.05$.

3.4.2.6 Zusammenfassung und Hypothesenprüfung

Für die übergeordnete Syndromskala "Externalisierende Auffälligkeiten" lässt sich eine signifikant stärkere Betroffenheit der Jungen bei Beurteilung durch die Therapeuten und die Väter zeigen. Zudem scheinen jüngere Probanden stärker betroffen zu sein. Dies ist bei Einschätzung durch die Therapeuten und die Mütter signifikant. Nur für die Unterskala "Dissoziale Symptome" lässt sich bei Beurteilung durch die Therapeuten eine stärkere Ausprägung bei den älteren Probanden zeigen. In der Selbsteinschätzung ergeben sich keine relevanten geschlechts- oder alterstypischen Unterschiede.

Hypothese III:

Jungen werden im Vergleich mit Mädchen von verschiedenen Informanten bezüglich externalisierender Auffälligkeiten als stärker betroffen eingeschätzt.

Zieht man die Skalenmittelwerte heran, so wird die Hypothese bei Beurteilung durch die Therapeuten und die Väter angenommen. Bei Beurteilung durch die Mütter oder die Patienten selbst muss sie abgelehnt werden. Bei Betrachtung der auffälligen Patienten ergeben sich für keinen der Urteiler Geschlechtseffekte.

3.4.3 Gesamtauffälligkeiten

3.4.3.1 Beurteilung durch Eltern und Patienten (CBCL und YSR)

Für den YSR sowie die CBCL lassen sich Werte für Gesamtauffälligkeiten ermitteln. Für den Fragebogen CASCAP-D ist dies nicht der Fall.

Zunächst wird auf die Beurteilung durch die Eltern eingegangen. Hier zeigt sich bei Auswertung der Fragebögen der Mütter der Haupteffekt Geschlecht im Trend signifikant ($F [1, 346] = 3.02, p = 0.083$). Der Trend ergibt sich bei Analyse der Untergruppen aus einer stärkeren Betroffenheit der Jungen. Die Mittelwerte sind für Jungen ($M = 72.19, SD = 8.78, n = 173$) höher als für Mädchen ($M = 70.38, SD = 7.79, n = 177$). Beide Geschlechter liegen mit ihren Werten im als auffällig definierten Skalenbereich. Kein signifikanter Einfluss lässt sich für das Alter nachweisen (vgl. Tab. 21).

Die Auswertung der Fragebögen der Väter zeigt einen signifikanten Haupteffekt Geschlecht ($F [1, 221] = 5.19, p = 0.024$). Dieser ergibt sich durch höhere Werte bei den männlichen Probanden. Dabei liegen sowohl Jungen mit einem Mittelwert von 69.57 ($SD = 8.49, n = 107$) als auch Mädchen mit einem Mittelwert von 67.54 ($SD = 8.94, n = 118$) im als auffällig definierten Skalenbereich.

Die Auswertung der Selbstbeurteilungsfragebögen erbringt für Gesamtauffälligkeiten ebenfalls einen signifikanten Haupteffekt des Geschlechts ($F [5, 333] = 4.55, p = 0.034$). In der Selbsteinschätzung zeigt sich im Gegensatz zu den Eltern jedoch ein höherer Skalenwert für Mädchen ($T [264.16] = -2.87, p = 0.004$). Diese schätzen sich als klar auffällig ein ($M = 67.12, SD = 9.24, n = 203$). Jungen liegen nur knapp oberhalb der Auffälligkeitsgrenze ($M = 63.84, SD = 11.26, n = 142$).

Tabelle 21: Varianzanalyse der Gesamtauffälligkeiten für die verschiedenen Beurteiler

Syndromskala	df2	Geschlecht (G)		Alter (A)		G x A	
		F	p	F	p	F	p
Gesamtauffälligkeiten (Mutter)	346	3.02	0.083	0.60	0.440	0.58	0.449
Gesamtauffälligkeiten (Vater)	221	5.19	0.024	0.29	0.590	2.52	0.114
Gesamtauffälligkeiten (Patient)	333	4.55	0.034	2.09	0.067	1.06	0.382

Anmerkungen. Für Syndromskala Mutter und Vater: $df1 = 1$; für Syndromskala Patient: $df1(G) = 1, df1(A) = 5, df1(GxA) = 5$; signifikante Ergebnisse **fett** formatiert.

3.4.3.2 Anteil der Patienten mit klinisch auffälliger Gesamtsymptomatik

Abbildung 18 ist der Anteil der als auffällig eingeschätzten Probanden für die jeweiligen Beurteiler zu entnehmen. Mittels χ^2 -Test kann nur für das Selbsturteil der Patienten ein signifikanter Unterschied bezüglich des Geschlechts festgestellt werden ($\chi^2 [1, n = 351] = 5.99, p = 0.014$). Im Urteil der Mütter werden 85.0 % (n = 147) der Jungen und 84.7 % (n = 150) der Mädchen als auffällig eingeschätzt, im Urteil der Väter 76.6 % (n = 82) der Jungen und 69.5 % (n = 82) der Mädchen, im Selbsturteil 51.7 % (n = 76) der Jungen und 64.7 % (n = 132) der Mädchen.

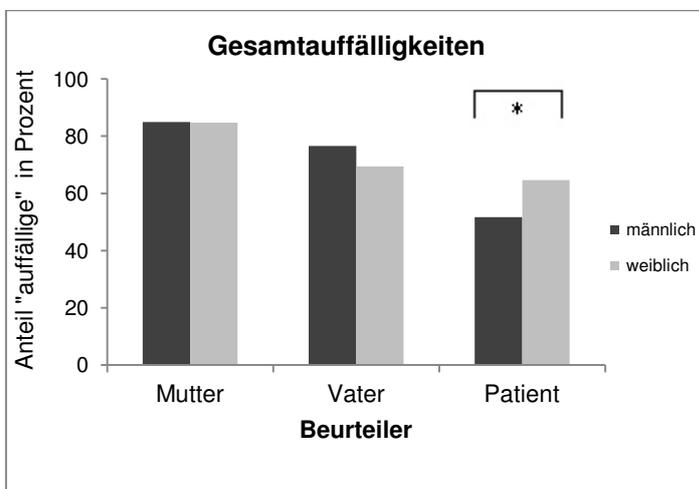


Abbildung 18: Anteil der klinisch auffälligen Patienten bzgl. der Skala "Gesamtauffälligkeiten" (CBCL, YSR). Anmerkungen. *** entspricht $p < 0.001$, ** entspricht $p < 0.01$, * entspricht $p < 0.05$.

3.4.3.3 Zusammenfassung und Hypothesenprüfung

Für Gesamtauffälligkeiten lässt sich für beide Eltern im Trend eine stärkere Ausprägung bei den Jungen zeigen. Im Selbsturteil hingegen schätzen sich Mädchen als signifikant stärker betroffen ein. Betrachtet man nur die auffälligen Patienten so zeigt sich nur im Selbsturteil ein signifikanter Geschlechtseffekt mit einer höheren Quote für weibliche Probanden.

Hypothese IV:

Mädchen werden im Vergleich mit Jungen von verschiedenen Informanten bezüglich psychischer Auffälligkeiten insgesamt als stärker betroffen eingeschätzt.

Bei Vergleich der Mittelwerte lässt sich nur im Selbsturteil eine stärkere Merkmalsausprägung für Mädchen zeigen, ein Alterseffekt lässt sich für keinen Urteiler nachweisen. Somit muss die Hypothese abgelehnt werden.

3.4.4 Darstellung weiterer Syndromskalen

Im Folgenden sollen ergänzend die Ergebnisse für diejenigen Skalen im Überblick dargestellt werden, welche weder den internalisierenden noch den externalisierenden Auffälligkeiten zugeordnet sind.

3.4.4.1 Essstörungen und Sprachauffälligkeiten im Therapeutenurteil

Für die Skala "Essstörungen" zeigt sich sowohl ein signifikanter Haupteffekt des Geschlechts als auch des Alters (vgl. Tab. 22). Die post-hoc Analyse klärt den Unterschied durch 4,3-fach höhere Skalenwerte der Mädchen ($T [356.09] = -6.24$, $p < 0.001$) und 4,9-fach höhere Skalenwerte der zweiten Altersgruppe auf ($T [407.90] = -6.18$, $p < 0.001$). Dabei liegt der Mittelwert für Mädchen bei 1.80 (SD = 2.96, $n = 269$) und für Jungen bei 0.49 (SD = 1.68, $n = 233$). Der Mittelwert für die erste Altersgruppe beträgt 0.33 (SD = 1.02, $n = 106$) und für die zweite Altersgruppe 1.42 (SD = 2.76, $n = 396$).

Kein signifikanter Effekt konnte für die Skala "Sprachauffälligkeiten" gefunden werden.

Tabelle 22: Varianzanalyse für Skalen "Essstörungen" und "Sprachauffälligkeiten" bei Beurteilung durch die Therapeuten

Symptomskala	Geschlecht (G)			Alter (A)		G x A	
	df2	F	p	F	p	F	p
Essstörungen	436	10.65	0.001	7.63	0.006	1.61	0.205
Sprachauffälligkeiten	476	1.86	0.173	0.00	0.995	1.76	0.185

Anmerkungen. Für alle Symptomskalen df1 = 1; signifikante Ergebnisse **fett** formatiert.

3.4.4.2 Skalen "Aufmerksamkeitsprobleme" und "Schizoid/Zwanghaft" im Eltern- und Patientenurteil

Die Skalen "Aufmerksamkeitsprobleme" und "Schizoid/Zwanghaft" aus den Fragebögen CBCL und YSR finden in den in Kapitel 3.4.3 dargestellten Gesamtaufälligkeitwert Eingang.

Eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse der Varianzanalysen für die Skala "Aufmerksamkeitsprobleme" findet sich in Tabelle 23.

Tabelle 23: Varianzanalyse für Skala "Aufmerksamkeitsprobleme"

Syndromskala	Geschlecht (G)			Alter (A)		G x A	
	df2	F	p	F	p	F	p
Aufmerksamkeitsprobleme (M)	360	6.31	0.012	0.53	0.468	0.50	0.479
Aufmerksamkeitsprobleme (V)	229	7.66	0.006	0.15	0.701	0.13	0.718
Aufmerksamkeitsprobleme (P)	352	0.62	0.432	1.76	0.121	0.61	0.691

Anmerkungen. Für Syndromskala Mutter und Vater: df1 = 1; für Syndromskala Patient: df1(G) = 1, df1(A) = 5, df1(GxA) = 5; M Mutter, V Vater, P Patient; signifikante Ergebnisse **fett** formatiert.

Für die Skala "Aufmerksamkeitsprobleme" zeigt sich ein signifikanter Geschlechtseffekt bei Beurteilung durch die Eltern (vgl. Tab. 2). Mittels t-Tests kann sowohl für die Mütter (T [362] = 4.03, p < 0.001) als auch für die Väter (T [231] = 3.31, p = 0.001) eine stärkere Betroffenheit der Jungen gezeigt werden. Bei Beurteilung durch die Mütter beträgt der Mittelwert für Jungen 69.16 (SD = 9.90, n = 179) und für Mädchen 65.09 (SD = 9.39, n = 185). Bei Beurteilung durch die Väter erreichen Jungen einen Mittelwert von 67.63 (SD

=8.83, n = 112) und Mädchen von 63.69 (SD =9.32, n = 121). Abweichend hiervon findet sich im Selbsturteil kein Geschlechtseffekt. Im Vergleich mit dem Elternurteil schätzen sich Jungen und Mädchen als weniger stark betroffen ein. Im Selbsturteil beträgt der Mittelwert für Jungen 62.23 (SD = 9.85, n = 150) und für Mädchen 63.16 (SD = 9.66, n = 214).

Die Ergebnisse der Varianzanalysen für die Skala "Schizoid/Zwanghaft" sind Tabelle 24 zu entnehmen. Auf eine noch detailliertere Aufklärung der Alters- und Geschlechtseffekte wurde aufgrund fehlender Relevanz für die Fragestellung verzichtet.

Tabelle 24: Varianzanalyse für Skala "Schizoid/Zwanghaft"

Syndromskala	df2	Geschlecht (G)		Alter (A)		G x A	
		F	p	F	p	F	p
Schizoid / Zwanghaft (M)	332	1.72	0.191	0.62	0.433	6.82	0.009
Schizoid / Zwanghaft (V)	214	0.26	0.608	4.83	0.029	0.76	0.385
Schizoid / Zwanghaft (P)	330	4.72	0.031	4.54	0.001	2.09	0.066

Anmerkungen. Für Syndromskala Mutter und Vater: df1 = 1; für Syndromskala Patient: df1(G) = 1, df1(A) = 5, df1(GxA) = 5; M Mutter, V Vater, P Patient; signifikante Ergebnisse **fett** formatiert.

3.4.5 Einfluss von Urteiler und Patientengeschlecht auf Beurteilung psychischer Auffälligkeiten

Im Folgenden soll die Abhängigkeit der übergeordneten Syndromskalen vom jeweiligen Beurteiler sowie vom Geschlecht des beurteilten Patienten untersucht werden. Die Therapeuten wurden aufgrund eines anderen Fragebogenmanuals hierbei nicht berücksichtigt.

Um die Zusammenhänge aufzuklären, wurden zweifaktorielle univariate Varianzanalysen mit Messwiederholungen mit dem Innersubjektfaktor „Beurteiler“ und dem Zwischensubjektfaktor „Geschlecht“ berechnet. Die Testung auf Sphärizität erfolgte mittels des Mauchly-Tests. Bei Verletzung der Sphärizitätsannahme wurden die Werte nach Greenhouse-Geiser korrigiert. Um die Urteilerübereinstimmung abschätzen zu können, wurden Interklassenkorrelationen berechnet.

Es wurde eine neue Unterstichprobe gebildet. Eingang fanden die Daten aller Patienten, von denen die Auswertungen zu allen Syndromskalen II. Ordnung von allen Beurteilern vorlagen. Die neue Stichprobe enthält $n = 143$ Probanden. Davon sind 43.4 % ($n = 62$) männlichen und 56.6 % ($n = 81$) weiblichen Geschlechts. Das Alter reicht von 11 bis 18 Jahren, der Mittelwert beträgt 14.50 Jahre ($SD = 1.84$), der Median liegt bei 15.00 Jahren.

Die Voraussetzungen der Varianzanalyse können aufgrund der Stichprobengröße als erfüllt angesehen werden. Bezüglich der t-Tests erfolgte bei Verletzung der Varianzhomogenität (Überprüfung mittels Levene-Test) eine entsprechende Korrektur der t-Werte.

3.4.5.1 Internalisierende Auffälligkeiten

Für die Skalenwerte bezüglich "Internalisierender Auffälligkeiten" zeigt sich ein hoch signifikanter Effekt der verschiedenen Urteiler ($F [1.66, 233.55] = 15.40, p < 0.001$) sowie ein signifikanter Effekt für das Geschlecht der untersuchten Person ($F [1, 141] = 4.12, p = 0.044$). Weiterhin erreicht die Interaktion von Beurteiler und Geschlecht Signifikanz ($F [1.66, 233.55] = 7.45, p = 0.001$).

Um die Ursache der Effekte näher aufzuklären, wurde in einem zweiten Schritt die Stichprobe in Jungen und Mädchen aufgeteilt und post-hoc t-Tests für unabhängige Stichproben berechnet.

Hierbei schätzen sich die weiblichen Probanden im Selbsturteil als hoch signifikant stärker betroffen ein ($T [141] = -3.38, p = 0.001$). Mädchen erreichen einen Mittelwert von 70.67 ($SD = 10.80, n = 81$), Jungen liegen mit einem Mittelwert von 63.92 ($SD = 13.07, n = 62$) deutlich darunter. Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern ergeben sich bei Beurteilung durch Mütter oder Väter (vgl. Abb. 19a).

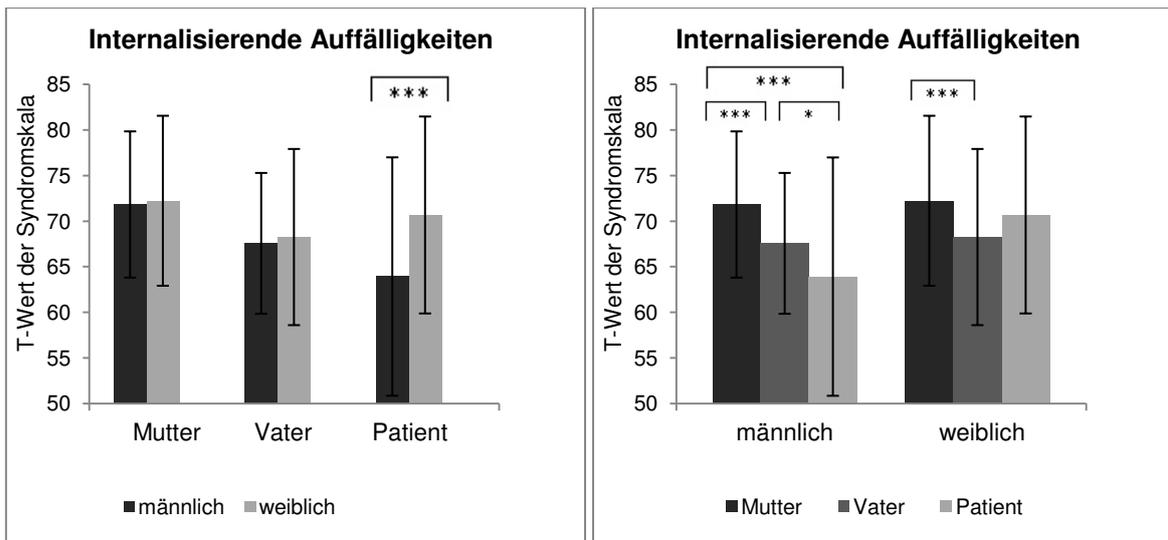


Abbildung 19 a und b: Effekt von Beurteiler und Patientengeschlecht bzgl. der Skala "Internalisierende Auffälligkeiten". Anmerkungen. *** entspricht $p < 0.001$, ** entspricht $p < 0.01$, * entspricht $p < 0.05$.

In einem weiteren Schritt wurden - getrennt für Jungen und Mädchen - abhängige t-Tests für die entsprechenden Paarvergleiche berechnet. Das Ergebnis ist in Abbildung 19b dargestellt. Bei Einschätzung der Jungen unterscheiden sich alle drei Urteiler signifikant (vgl. Tab. 25). Dabei werden die männlichen Probanden in Bezug auf die Skala "Internalisierende Auffälligkeiten" von den Müttern am stärksten ($M = 71.82$, $SD = 8.02$) und in der Selbsteinschätzung als am wenigsten stark betroffen eingeschätzt ($M = 63.92$, $SD = 13.07$).

Tabelle 25: Ergebnis der abhängigen t-Tests bei Einschätzung der männlichen Probanden bzgl. der Skala "Internalisierende Auffälligkeiten"

Beurteiler	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Mutter	71.82	8.02	4.09	61	0.000
Vater	67.56	7.72			
Mutter	71.82	8.02	4.93	61	0.000
Patient	63.92	13.07			
Vater	67.56	7.72	2.01	61	0.048
Patient	63.92	13.07			

Anmerkung. Signifikante Ergebnisse **fett** formatiert.

Bei den Mädchen unterscheidet sich nur die Einschätzung durch die Eltern signifikant (vgl. Tab. 26). Bei den weiblichen Probanden vergeben dabei die Mütter höhere Skalenwerte ($M = 72.23$, $SD = 9.32$) als die Väter ($M = 68.25$, $SD = 9.66$).

Tabelle 26: Ergebnis der abhängigen t-Tests bei Einschätzung der weiblichen Probanden bzgl. der Skala "Internalisierende Auffälligkeiten"

Beurteiler	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Mutter	72.23	9.32	4.33	80	0.000
Vater	68.25	9.66			
Mutter	72.23	9.32	1.32	80	0.191
Patient	70.67	10.80			
Vater	68.25	9.66	-1.92	80	0.059
Patient	70.67	10.80			

Anmerkung. Signifikante Ergebnisse **fett** formatiert;

Zur Prüfung der Urteilerübereinstimmung wurde der Interklassen-Korrelationskoeffizient (ICC) für die entsprechenden Paarungen berechnet. Für die Interpretation des ICC gilt folgende Einteilung für das Maß der Korrelation: sehr hoch (1.0 - 0.8), hoch (0.6 - 0.8), moderat (0.4 - 0.6), niedrig (0.2 - 0.4), schwach (< 0.2).

Für die Skala "Internalisierende Auffälligkeiten" zeigen alle Werte eine positive Korrelation an (vgl. Tab. 27). Die Reliabilität der Urteile ist bezüglich der Mädchen für alle Paarungen höher als für Jungen. Die stärkste Urteilerübereinstimmung ergibt sich für Jungen und Mädchen bei Beurteilung durch Väter und Mütter; sie ist jeweils hoch ausgeprägt. Die niedrigste Korrelation zeigt das Urteil der Jungen und ihrer Väter. Insgesamt lassen sich für das Urteil der Mütter mit ihren Kindern höhere Korrelationen nachweisen, als für das der Väter.

Tabelle 27: Interrater-Reliabilität für Skala "Internalisierende Auffälligkeiten"

Urteilerpaarung	gesamt		Jungen		Mädchen	
	ICC	p	ICC	p	ICC	p
Mutter Patient	0.540	0.000	0.488	0.005	0.607	0.000
Vater Patient	0.415	0.001	0.213	0.176	0.558	0.000
Mutter Vater	0.721	0.000	0.628	0.000	0.764	0.000

Anmerkung. Signifikante Ergebnisse **fett** formatiert.

3.4.5.2 Externalisierende Auffälligkeiten

Für die Skala "Externalisierende Auffälligkeiten" zeigt sich eine hoch signifikante Abhängigkeit der Skalenwerte von den verschiedenen Beurteilern ($F [1.52, 214.52] = 21.54, p < 0.001$). Keine Signifikanz erreichen das Geschlecht ($F [1, 141] = 1.79, p = 0.183$) bzw. die Interaktion von Beurteiler und Geschlecht ($F [1.52, 214.52] = 3.18, p = 0.057$). Die entsprechenden Skalenwerte sind Abbildung 20a und 20b zu entnehmen.

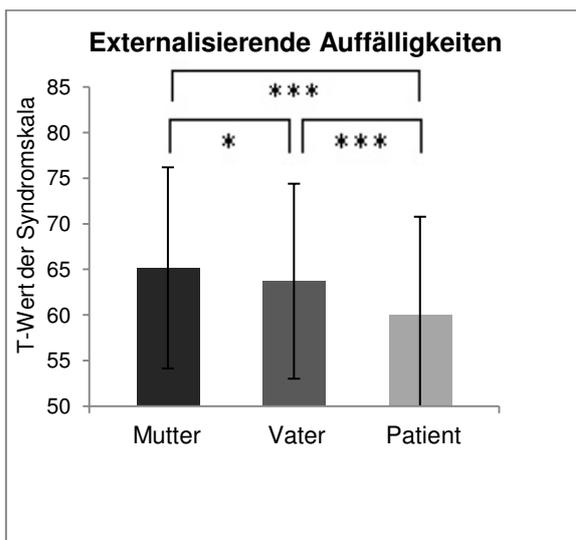


Abbildung 20: Effekt der Beurteiler bzgl. der Skala "Externalisierende Auffälligkeiten". Anmerkungen.

*** entspricht $p < 0.001$, ** entspricht $p < 0.01$, * entspricht $p < 0.05$.

Die post-hoc Analyse mittels abhängiger t-Tests bei gepaarten Stichproben zeigt, dass sich alle Beurteiler signifikant in ihrer Einschätzung unterscheiden (vgl. Tab. 28). Dabei vergeben die Mütter die höchsten Skalenwerte ($M = 65.15$, $SD = 11.03$) und die Patienten die niedrigsten ($M = 60.01$, $SD = 10.75$).

Tabelle 28: Ergebnis der abhängigen t-Tests bzgl. der Skala "Externalisierende Auffälligkeiten"

Beurteiler	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Mutter	65.15	11.03	2.59	142	0.011
Vater	63.69	10.69			
Mutter	65.15	11.03	5.24	142	0.000
Patient	60.01	10.75			
Vater	63.69	10.69	3.93	142	0.000
Patient	60.01	10.75			

Anmerkung. Signifikante Ergebnisse **fett** formatiert.

Die Berechnung der Interklassenkorrelation zeigt für alle Urteilerpaarungen einen positiven Zusammenhang und erreicht moderate bis sehr hohe Übereinstimmung (vgl. Tab. 29). Auch hier zeigt das Urteil der Eltern die stärkste Übereinstimmung. Die Korrelation ist hierbei sehr hoch ausgeprägt. Die höchste Korrelation wird bei Beurteilung der Jungen erreicht ($ICC = 0.912$, $p < 0.001$). Insgesamt zeigen sich für alle Urteilerpaarungen und sowohl für Jungen als auch für Mädchen höhere Korrelationswerte als für die Skala "Internalisierende Auffälligkeiten" (vgl. Kapitel 3.4.5.1). Vergleicht man das Urteil von Eltern und Söhnen mit dem von Eltern und Töchtern, lässt sich wiederum eine höhere Korrelation für das Töchterurteil zeigen. Alle korrelativen Zusammenhänge erreichen Signifikanz.

Tabelle 29: Interrater-Reliabilität für Skala "Externalisierende Auffälligkeiten"

Urteilerpaarung	<i>gesamt</i>		<i>Jungen</i>		<i>Mädchen</i>	
	<i>ICC</i>	<i>p</i>	<i>ICC</i>	<i>p</i>	<i>ICC</i>	<i>p</i>
Mutter Patient	0.591	0.000	0.489	0.005	0.693	0.000
Vater Patient	0.626	0.000	0.482	0.000	0.731	0.000
Mutter Vater	0.893	0.000	0.912	0.000	0.876	0.000

Anmerkung. Signifikante Ergebnisse **fett** formatiert.

3.4.5.3 Gesamtauffälligkeiten

Für die Skala "Gesamtauffälligkeiten" zeigt sich ein hoch signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen Beurteilern ($F [1.55, 217.86] = 21.30, p < 0.001$). Zudem erreicht die Interaktion von Beurteiler und Geschlecht Signifikanz ($F [1.55, 217.86] = 7.92, p = 0.001$). Die post-hoc Analyse mittels abhängiger t-Tests bei gepaarten Stichproben zeigt, dass sich alle Beurteiler signifikant in ihrer Einschätzung unterscheiden. Dabei vergeben die Mütter die höchsten Skalenwerte und die Patienten die niedrigsten (vgl. Tab. 30).

Tabelle 30: Ergebnis der abhängigen t-Tests bzgl. der Skala "Gesamtauffälligkeiten"

Beurteiler	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Mutter	71.11	8.47			
Vater	68.20	8.64	4.99	142	0.000
Mutter	71.11	8.47			
Patient	65.90	10.40	5.31	142	0.000
Vater	68.20	8.64			
Patient	65.90	10.40	2.28	142	0.024

Anmerkung. Signifikante Ergebnisse **fett** formatiert.

Die unabhängigen t-Tests zeigen nur für das Urteil der Mütter einen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern ($T [141] = 2.48, p = 0.014$). Mit einem Mittelwert von 73.08 ($SD = 8.46$) werden die Jungen als stärker betroffen beurteilt als die Mädchen ($M = 69.60, SD = 8.21$). Dies ist in Abbildung 21a nachzuvollziehen.

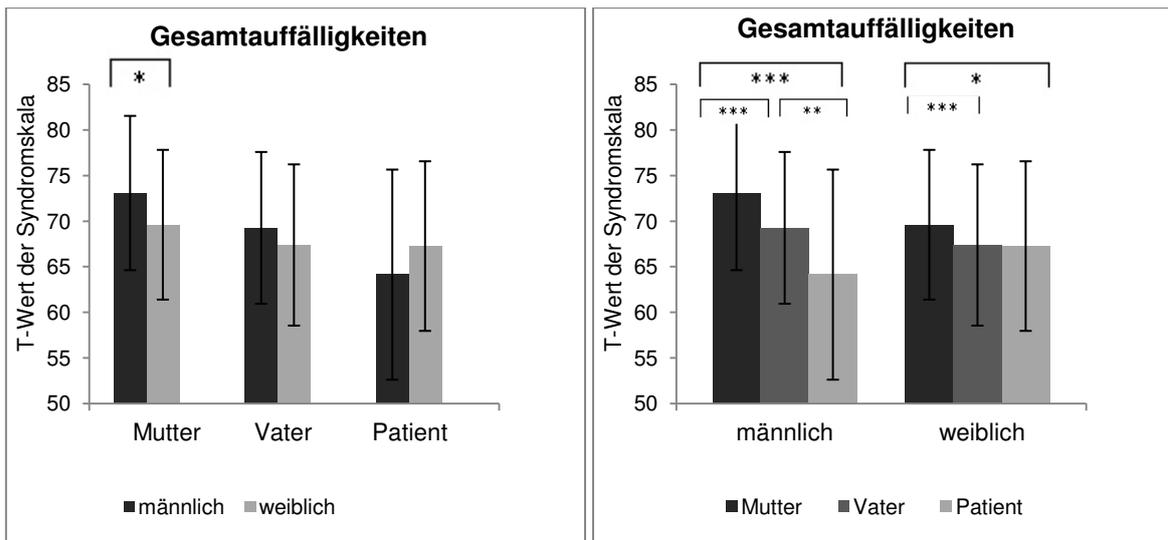


Abbildung 21a und b: Effekt von Beurteiler und Patientengeschlecht bzgl. der Skala "Gesamtauffälligkeiten". Anmerkungen. *** entspricht $p < 0.001$, ** entspricht $p < 0.01$, * entspricht $p < 0.05$.

In einem weiteren Schritt wurden - getrennt für Jungen und Mädchen - abhängige t-Tests für Paarvergleiche berechnet (vgl. Abb. 21b). Dabei unterscheiden sich bei den Jungen alle Beurteiler signifikant voneinander. Die höchsten Skalenwerte werden bei Beurteilung durch die Mütter erreicht ($M = 73.08$, $SD = 8.46$), die niedrigsten bei der Selbstbeurteilung ($M = 64.13$, $SD = 11.52$). Die weiteren Ergebnisse sind Tabelle 31 zu entnehmen.

Tabelle 31: Ergebnis der abhängigen t-Tests bei Einschätzung der männlichen Probanden bzgl. der Skala "Gesamtauffälligkeiten"

Beurteiler	M	SD	T	df	p
Mutter	73.08	8.46	4.13	61	0.000
Vater	69.26	8.32			
Mutter	73.08	8.46	5.32	61	0.000
Patient	64.13	11.52			
Vater	69.26	8.32	2.83	61	0.006
Patient	64.13	11.52			

Anmerkung. Signifikante Ergebnisse **fett** formatiert.

Bei den Mädchen unterscheiden sich die Urteile von Müttern und Vätern bzw. Müttern und Patienten signifikant. Auch hier vergeben die Mütter die höchsten Skalenwerte

(M = 69.60, SD = 8.21). Die Skalenwerte von Vätern und Patienten sind fast identisch (vgl. Tab. 32).

Tabelle 32: Ergebnis der abhängigen t-Tests bei Einschätzung der weiblichen Probanden bzgl. der Skala "Gesamtauffälligkeiten"

Beurteiler	M	SD	T	df	p
Mutter	69.60	8.21	2.97	81	0.000
Vater	67.38	8.84			
Mutter	69.60	8.21	2.21	81	0.030
Patient	67.26	9.30			
Vater	67.38	8.84	0.12	81	0.907
Patient	67.26	9.30			

Anmerkung. Signifikante Ergebnisse **fett** formatiert.

Mittels der Interklassenkorrelation kann die höchste Übereinstimmung der Urteile für die Eltern nachgewiesen werden. In Tabelle 33 sind die einzelnen Werte für alle Urteilerpaarungen dargestellt. Die Übereinstimmung der Elternurteile mit dem Selbsturteil der Mädchen befindet sich im moderaten Bereich. Für das Urteil der Eltern und ihrer Söhne ergeben sich nur schwache bis niedrige Übereinstimmungen.

Tabelle 33: Interrater-Reliabilität für Skala "Gesamtauffälligkeiten"

Urteilerpaarung	gesamt		Jungen		Mädchen	
	ICC	p	ICC	p	ICC	p
Mutter Patient	0.379	0.002	0.245	0.138	0.578	0.000
Vater Patient	0.344	0.006	-0.025	0.599	0.623	0.000
Mutter Vater	0.799	0.000	0.768	0.000	0.816	0.000

Anmerkung. Signifikante Ergebnisse **fett** formatiert.

3.4.5.4 Zusammenfassung

Bezüglich der Skala "Internalisierende Auffälligkeiten" zeigt sich ein signifikanter Effekt von Geschlecht und Beurteiler sowie der Interaktion beider Variablen. In der Selbstbeurteilung schätzen sich Mädchen als signifikant stärker betroffen ein. Jungen werden von allen Urteilern unterschiedlich bewertet. Dabei vergeben die Mütter die höchsten Skalenwerte, die Patienten selbst die niedrigsten. Für Mädchen lässt sich für die Eltern eine unterschiedliche Beurteilung zeigen. Auch hier vergeben die Mütter die höchsten Skalenwerte.

Für die Skala "Externalisierende Auffälligkeiten" zeigt sich ein signifikanter Effekt der Beurteiler. Zwischen allen Beurteilern zeigen sich signifikante Unterschiede in der Einschätzung der Probanden. Dabei werden diese von den Müttern als am auffälligsten und in der Selbsteinschätzung als am wenigsten auffällig wahrgenommen.

Für die Skala "Gesamtauffälligkeiten" ergibt sich ebenfalls ein signifikanter Effekt der Beurteiler. Dabei unterscheiden sich alle Beurteiler signifikant in ihrer Einschätzung. Die höchsten Skalenwerte vergeben die Mütter, die niedrigsten die Patienten selbst. Ein geschlechtsabhängiger Unterschied lässt sich nur für die Mütter nachweisen. Sie schätzen Jungen als signifikant stärker betroffen ein. Bei Beurteilung der Jungen unterscheiden sich alle Beurteiler signifikant. Auch hier vergeben die Mütter die höchsten Skalenwerte; dies trifft auch für die Mädchen zu. Für diese weicht das Urteil der Mütter jeweils signifikant von den anderen Urteilern ab. Für alle drei übergeordneten Syndromskalen übereinstimmend zeigt sich die stärkste Urteilerkorrelation zwischen Müttern und Vätern.

3.4.5.5 Untersuchung des Therapeutenurteils (CASCAP-D)

Im Folgenden soll der Effekt des Therapeuten- und Patientengeschlechts auf das Therapeutenurteil untersucht werden. Daten hierzu konnten von 479 Patienten erhoben werden (40x fehlend). Von den 46 an der Studie beteiligten Therapeuten sind 69.57 % (n = 32) weiblichen und 30.43 % (n = 14) männlichen Geschlechts. Dabei wurden - bezogen auf alle untersuchten Skalen - 58.78 % (n = 2180) der Patienten von weiblichen und 41.22 % (n = 1529) von männlichen Therapeuten beurteilt.

Die Prüfung des Einflusses von Therapeuten- und Patientengeschlecht auf die einzelnen Störungen erfolgte mittels univariater zweifaktorieller Varianzanalysen. Die Anzahl der einbezogenen Patienten variiert je nach untersuchter Skala und liegt zwischen 395 und 443.

Für die übergeordnete Symptomskala "Internalisierende Auffälligkeiten" zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt des Therapeutengeschlechts ($F [1, 404] = 9.04, p = 0.003$). Das Patientengeschlecht und die Interaktion beider Variablen erreichen keine Signifikanz. Mittels post-hoc t-Test lässt sich zeigen, dass die männlichen Therapeuten signifikant höhere Werte vergeben ($T [406] = 2.87, p = 0.004$). Der Mittelwert beträgt dabei für die männlichen Therapeuten $M = 9.80$ ($SD = 5.60, n = 169$) und für die weiblichen Therapeuten $M = 8.23$ ($SD = 5.38, n = 239$). Für die zugehörigen Unterskalen "Sozial- und Leistungsangst" sowie "Depressive Symptome" lässt sich der gleiche Einfluss des Therapeutengeschlechts feststellen (vgl. Tab. 34). Bei keiner der untersuchten internalen Unterskalen ergibt sich eine Interaktion von Therapeuten- und Patientengeschlecht.

Tabelle 34: Varianzanalysen der CASCAP-D-Skalen

Symptomskala	df2	ThG		PatG		ThG x PatG	
		F	p	F	p	F	p
<u>Internalisierende Auffälligkeiten</u>	404	9.04	0.003	2.98	0.085	0.38	0.536
Sozial- und Leistungsangst	391	7.73	0.006	0.17	0.682	0.40	0.530
Depressive Symptome	402	7.66	0.006	12.11	0.001	0.00	0.988
<u>Externalisierende Auffälligkeiten</u>	410	0.21	0.649	10.81	0.001	5.59	0.019
Aggressive Symptomatik	439	1.84	0.176	24.32	0.000	4.54	0.034
Dissoziale Symptome	393	2.22	0.137	2.25	0.135	1.79	0.181
Hyperkinetische Symptome	423	0.39	0.535	18.06	0.000	0.04	0.838
Sozial-emotionale Impulsivität	410	0.49	0.483	0.44	0.507	3.04	0.082
Essstörungen	401	3.35	0.068	36.16	0.000	2.95	0.087

Anmerkungen. Für alle Symptomskalen $df1 = 1$; signifikante Ergebnisse **fett** formatiert. ThG Therapeutengeschlecht, PatG Patientengeschlecht.

Für die übergeordnete Skala "Externalisierende Auffälligkeiten" zeigt sich eine signifikante Interaktion der Variablen Therapeuten- und Patientengeschlecht ($F [1, 410] = 5.59, p = 0.019$). Jungen werden von den männlichen Therapeuten als im Trend signifikant auffälliger eingeschätzt ($T [193] = 1.93, p = 0.055$). Die männlichen

Therapeuten vergeben dabei einen mittleren Skalenwert von $M = 15.06$ ($n = 89$, $SD = 9.93$) und die weiblichen Therapeuten von $M = 12.42$ ($n = 106$, $SD = 9.11$).

4. Diskussion

In der vorliegenden Arbeit werden geschlechts- und altersspezifische Unterschiede in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation untersucht. Im Folgenden werden die Ergebnisse unter Berücksichtigung der bestehenden Literatur eingeordnet und diskutiert. Dabei ist zu beachten, dass sich die mittels CASCAP-D, CBCL und YSR erhobenen Daten laut Fragebogenmanualen auf den Zeitraum der letzten sechs Monate beziehen.

4.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse

4.1.1 Darstellung der Stichprobe

Insgesamt konnten 519 Probanden im Alter von sechs bis 18 Jahren in die Stichprobe eingeschlossen werden. Bei insgesamt nahezu ausgeglichenem Geschlechterverhältnis zeigt sich bis zum Alter von zwölf Jahren eine Überrepräsentation der männlichen Probanden, gefolgt von einer durchgehenden Mädchenwendigkeit der Stichprobe ab dem 13. Lebensjahr. Die meisten der eingeschlossenen Patienten entfallen auf die Untergruppe der 13- bis 18-jährigen Mädchen (48.0 %). Im Hinblick auf soziodemographische Merkmale weist die Stichprobe eine gute Repräsentativität auf. So beträgt der Anteil der Migranten 16 %. Augenfällig ist eine deutlich höhere Quote von männlichen Schulabbrechern. Zudem besuchen etwa doppelt so viele Mädchen ein Gymnasium. Entwicklungsstörungen lassen sich deutlich häufiger bei den männlichen Probanden feststellen; dies gilt für Störungen der Motorik, der Sprache sowie der Sauberkeit.

Betrachtet man den psychopathologischen Aufnahmebefund sind Mädchen nur bei Essstörungen signifikant häufiger betroffen. Jungen überwiegen signifikant bei Störungen des Sozialverhaltens, Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle, Störungen der Psychomotorik, Denkstörungen, Sinnestäuschungen sowie Störungen der Sprache und des Sprechens. Keine Geschlechtsunterschiede bestehen für Substanzmissbrauch. Zieht man die nach ICD-10 erhobenen Diagnosen heran, so sind Mädchen signifikant häufiger von affektiven Störungen betroffen und Jungen von Störungen des Sozialverhaltens, Verhaltens- und emotionalen Störungen sowie Schizophrenien. Bei Aufnahme werden 29.6 % der Probanden als suizidal eingeschätzt.

Davon sind signifikant mehr Mädchen betroffen. Dieses Ergebnis lässt sich sowohl im Selbst- als auch im Fremdurteil zeigen. Am stärksten betroffen sind Mädchen im Alter zwischen 13 und 18 Jahren. Zudem findet sich bei Mädchen eine um den Faktor fünf höhere Rate von Suizidversuchen. Dabei schätzen sich die Jugendlichen selbst bezüglich suizidaler Handlungen von allen Urteilern als am auffälligsten ein. Im Hinblick auf Suizidgedanken ist das Urteil der Mütter am stärksten ausgeprägt. Zudem schätzen die Mütter ihre Kinder bezüglich Suizidalität durchgehend auffälliger ein als die Väter. Insgesamt steigt die Suizidalitätsrate mit dem Alter deutlich an. Weiterhin sind signifikant mehr Mädchen Opfer von körperlicher und sexueller Misshandlung.

4.1.2 Determinanten der Inanspruchnahme und Behandlung

Signifikante Geschlechtsunterschiede lassen sich für den Aufnahme- und Vorstellungsmodus nachweisen. Hierbei erfolgt bei Mädchen deutlich häufiger eine notfallmäßige Aufnahme als bei Jungen. Dies ist vor allem in der deutlich höheren Suizidalitätsrate der weiblichen Probanden begründet. Zudem werden ältere Patienten signifikant häufiger als Notfall vorstellig. Insgesamt ist die Aufnahme als Notfall mit 41.4 % aller in die Stichprobe eingeschlossenen Patienten relativ hoch. Der Median der Behandlungsdauer liegt bei 88 Tagen, ein Geschlechtsunterschied lässt sich nicht feststellen. Jedoch werden die älteren Patienten mit einem Median von 110 Tagen signifikant länger behandelt. Weiterhin liegt die Behandlungsdauer suizidaler Patienten signifikant unter der durchschnittlichen Verweildauer. Zu einer vorzeitigen Beendigung der Behandlung kommt es bei 35.6 % der Patienten. Dabei findet bei Mädchen häufiger eine Beendigung durch die Eltern oder die Patienten selbst statt. Bei den Jungen hingegen erfolgt die vorzeitige Beendigung der Behandlung aus disziplinarischen Gründen häufiger durch die Behandler. Dies betrifft insbesondere die 13- bis 18-jährigen Jungen. Bezüglich des Behandlungserfolgs finden sich keine Geschlechtsunterschiede.

4.1.3 Psychische Auffälligkeiten im multiperspektivischen Urteil

Im Hinblick auf internalisierende Auffälligkeiten findet sich eine Diskrepanz von Selbst- und Fremdurteil. Dabei lässt sich im Selbsturteil eine signifikant stärkere Betroffenheit der weiblichen Probanden zeigen. Im Fremdurteil von Therapeuten, Müttern und Vätern lässt sich - zumindest für die übergeordnete Syndromskala - hingegen kein Geschlechtseffekt nachweisen. So zeigen sich je nach betrachtetem Informanten unterschiedliche Ergebnisse. Hinsichtlich Hypothese I kann somit kein einheitliches Ergebnis erzielt werden. Internale Störungen haben in der Altersgruppe von 13 bis 18 Jahren eine signifikant stärkere Ausprägung. Hypothese II kann somit als bestätigt angesehen werden. Eine Interaktion der Variablen Geschlecht und Alter lässt sich bemerkenswerterweise nicht zeigen. Weiterhin stellt das Geschlecht der Probanden einen signifikanten Einflussfaktor auf die Beurteilung dar. Dies gilt ebenso für die verschiedenen Informanten (Eltern- und Selbsturteil). Die höchsten Auffälligkeitswerte vergeben die Mütter. Dies gilt sowohl für die Töchter als auch für die Söhne. Die geringste Übereinstimmung lässt sich für das Urteil von Vätern und Söhnen zeigen. Väter scheinen die internalen Probleme der männlichen Probanden zu unterschätzen. Insgesamt korrelieren die Urteile von Eltern und Töchtern besser als die Urteile von Eltern und Söhnen. Im Vergleich der Eltern findet sich eine höhere Korrelation des Urteils der Mütter. Insgesamt scheinen Eltern Störungen mit internalisierender Symptomatik bei ihren Kindern als weniger gravierend zu beurteilen.

Ein anderes Bild ergibt sich bei Betrachtung der Gruppe der externalisierenden Auffälligkeiten. Hier schätzen die Therapeuten und die Väter die männlichen Probanden als signifikant auffälliger ein. In der Selbsteinschätzung findet sich jedoch kein Geschlechtseffekt. Die Annahme bzw. Ablehnung von Hypothese III hängt somit wiederum von dem jeweils einbezogenen Urteiler ab. Für das Selbsturteil muss sie abgelehnt werden. Für aggressive Symptome lässt sich eine signifikant stärkere Betroffenheit der jüngeren Patienten zeigen. Die weiteren Alterseffekte sind uneinheitlich. Für externalisierende Auffälligkeiten kann eine signifikante Abhängigkeit der Skalenwerte von den verschiedenen Urteilern nachgewiesen werden. Das Probandengeschlecht hingegen stellt keinen relevanten Einflussfaktor für das Fremd- oder Selbsturteil dar. Das Urteil der Eltern korreliert wiederum besser mit dem Töchterurteil. Insgesamt stimmen die Urteile für externale Auffälligkeiten besser überein, als für internale Auffälligkeiten. Somit kommt den Eltern für die Diagnostik von Störungen mit externaler Symptomatik eine wichtige Bedeutung zu.

Betrachtet man den Wert für psychische Gesamtauffälligkeiten, zeigt sich eine deutliche Diskrepanz von Eltern- und Selbsturteil. Die Annahme bzw. Ablehnung von Hypothese IV ist erneut abhängig von den jeweils betrachteten Informanten. Dabei schätzen die Eltern die männlichen Probanden als signifikant auffälliger ein (für die Mütter im Trend signifikant), während sich im Selbsturteil Mädchen als auffälliger beurteilen. Dabei werden Jungen von den Müttern als am auffälligsten eingeschätzt. Wiederum korrelieren das Urteil der Eltern und ihrer Töchter am besten.

Auch das Geschlecht der Therapeuten lässt sich als wichtiger Einflussfaktor für die Beurteilung psychischer Auffälligkeiten identifizieren. So schätzen die männlichen Therapeuten die Kinder und Jugendlichen bezüglich internaler Auffälligkeiten als stärker betroffen ein. Zudem beurteilen die männlichen Therapeuten Jungen als auffälliger bezüglich externaler Störungen.

4.2 Methodische Kritik

Wie bereits dem Titel der Arbeit zu entnehmen, handelt es sich um eine klinische Inanspruchnahmepopulation einer deutschen Universitätsklinik. Diese Stichprobe stellt eine Untersuchungsgruppe mit spezifischen Merkmalen dar und vermittelt einen Eindruck derjenigen Population, die mit professioneller Hilfe in Kontakt kommt und deren Schweregrad der Störung eine stationäre oder zumindest teilstationäre Behandlung erfordert.

Die Stichprobe weist hinsichtlich Alters- und Geschlechterverteilung sowie in Bezug auf relevante soziodemographische Merkmale eine gute Repräsentativität auf (vgl. Kapitel 4.3.1). Weiterhin ist die Größe der Stichprobe hervorzuheben ($N = 519$). Die hier verwendeten Alters- und Geschlechtsuntergruppen weisen dadurch eine ausreichende Fallzahl auf. Vor allem bei der Untersuchung verschiedener Einflussfaktoren ist dies von Bedeutung für die Aussagekraft der Ergebnisse. Hier sind kontinuierlich angelegte Evaluationsprogramme grundlegend für die Generierung ausreichend großer Untersuchungspopulationen. Die verwendeten statistischen Verfahren und die Prüfung ihrer jeweiligen Voraussetzungen wurden bereits im Methoden- und Ergebnisteil an den entsprechenden Stellen dargestellt.

Im Vergleich mit Populationen aus Feldstichproben müssen Unterschiede beachtet werden. So können in dieser Arbeit gewonnene Erkenntnisse nicht für die Untersuchung der wahren - also bevölkerungsbezogenen - Prävalenz herangezogen werden. Ein Grund hierfür sind verschiedene Selektionseffekte, die im Folgenden näher dargestellt werden.

Es muss beachtet werden, dass eine universitäre Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie einen speziellen Anteil der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung repräsentiert. Insbesondere der ambulante Sektor mit seinem diversifizierten Angebot ist zu erwähnen. In diesem Bereich zeigen sich teilweise andere Merkmale der vorstellig werdenden Klientel. Einen guten Überblick bietet Kowalewski (2009) in seiner Dissertation über psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen in ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung. Hier findet sich ein Geschlechterverhältnis von Jungen zu Mädchen von zwei zu eins sowie eine Überrepräsentation der jüngeren Patienten. In der hier dargestellten klinischen Inanspruchnahmepopulation zeigt sich hingegen ein Überwiegen der älteren Probanden. Zudem fand sich ein hoher Anteil von Patienten mit hyperkinetischen Störungen. Dieses Ergebnis konnte in weiteren Arbeiten repliziert werden (Schydlo & Heubach 1992, Muthers-Huboi 2004). Störungen des Sozialverhaltens sind in ambulanten Inanspruchnahmepopulationen eher unterrepräsentiert im Vergleich zur Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung (Kowalewski 2009). Bei den hier ermittelten Prävalenzraten für eine stationäre Population kann daher eine Unterrepräsentation von Patienten mit hyperkinetischen Störungen vorliegen.

Es stellt sich zudem die Frage, welche Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen eine stationäre oder teilstationäre Behandlung erfahren. Robatzek und Kollegen (2005) untersuchten in ihrer Studie die Indikationsentscheidung zur stationären Aufnahme in kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken. Hierbei konnten als wesentliche Kriterien für die stationäre Behandlung Selbst- und Fremdgefährdung, der Schweregrad der Störung sowie die Bewertung ambulanter Ressourcen identifiziert werden. Als nicht relevant für die Entscheidung über eine stationäre Aufnahme wurden der Untersuchungsbefund, eine notwendige medikamentöse Behandlung, Probleme in der Schule oder die vermutete Führbarkeit in der jeweiligen Institution angegeben. Nach einer Untersuchung von Wittchen (2000) weichen die Behandlungsquoten einzelner psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter stark voneinander ab. Die niedrigsten Behandlungsquoten wurden dabei für Störungen mit Substanzmissbrauch (16 %) festgestellt; bei affektiven Störungen ergab sich eine fast doppelt so hohe Behandlungsquote (31.3 %). Dies kann zur Folge haben, dass in dieser Stichprobe manche Störungen stark überrepräsentiert und andere stark unterrepräsentiert sind.

Zudem ist bekannt, dass Regionen im Einzugsgebiet von Universitätskliniken deutlich höhere Behandlungsraten aufweisen (Wittchen & Jacobi 2001, Runge et al. 2008). Die Quote der stationär behandelten psychiatrischen Patienten wird mit 22.5 % angegeben. Dabei werden 16.9 % der Patienten sowohl stationär als auch ambulant und 5.6 % der Patienten nur stationär behandelt (Wittchen & Jacobi 2001). Es ist zu beachten, dass nach allgemeinem Kenntnisstand die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in Großstädten deutlich höher einzuschätzen ist als im ländlichen Raum. Hintzpetter und Mitarbeiter (2014) geben in ihrer Untersuchung eine etwa doppelt so hohe Auffälligkeitsrate für Kinder und Jugendliche in großstädtischen Milieus an. Die Übertragung der hier gewonnenen Erkenntnisse auf den ländlichen Raum ist daher Einschränkungen unterworfen.

Von Bedeutung ist zudem die spezifische Versorgungs- und Behandlungssituation der untersuchten Klinik. Da die Klinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf einen sektoralen Versorgungsauftrag besitzt, besteht eine einschränkungsfreie Zugangsmöglichkeit für die Patienten und ihre Erziehungsberechtigten. Es kann daher von einer guten Repräsentativität für den stationären Sektor ausgegangen werden. So wurden 41.4 % der in diese Studie eingeschlossenen Kinder und Jugendlichen als Notfälle aufgenommen.

Die mit dem Stichprobenausfall verbundenen Selektionseffekte sind von Bedeutung für die Validität der Daten. Hohe Drop-out-Quoten bezüglich der Teilnahme an wissenschaftlichen Untersuchungen finden sich vor allem bei Studien, die im ambulanten Bereich stattfinden oder die potentielle Studienteilnehmer per Post generieren. Hier ist mit Verweigererquoten von bis zu 70 % zu rechnen (vgl. Detzner & Schmidt 1988). Da die Rekrutierung der Teilnehmer im Rahmen der stationären Aufnahme erfolgte, ist von einer hohen Teilnahmequote auszugehen und damit von einem zu vernachlässigendem Effekt des Stichprobenausfalls.

Kontrovers wird die Frage diskutiert, inwieweit sich die Verweigerer von den Studienteilnehmern bezüglich relevanter Merkmale unterscheiden und somit zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen können. Allehof und Mitarbeiter (1983) konnten zeigen, dass die Kinder verweigernder Eltern keine abweichenden Raten für psychische Auffälligkeiten aufwiesen. In einer Studie von Lütke und Mitarbeitern (2003) konnte nachgewiesen werden, dass eine altersdifferentielle Stichprobenselektivität einen relevanten Einfluss auf die Einschätzung etwaiger Altersunterschiede haben kann. Demnach ist die Wahrscheinlichkeit für die Teilnahme an wissenschaftlichen Untersuchungen höher bei jüngerem Alter und höherem Bildungsstand. Diese Effekte

können zu entsprechenden Verzerrungen bezüglich der in diese Studie eingeschlossenen Probanden führen.

Die Zusammensetzung der Stichprobe kann zudem durch die im Regelfall stattfindende Initiierung der Behandlung durch die Eltern beeinflusst werden. Vor allem Störungen mit externalem Charakter führen häufiger zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe, da sie das soziale Umfeld stärker belasten als internale Auffälligkeiten (vgl. Schmeck & Poustka 2000). Demnach ist mit einer Überrepräsentation externaler Störungen in der hier dargestellten Stichprobe zu rechnen. Die Inanspruchnahmerate steigt mit Dauer und Schweregrad der Störung und ist abhängig von der elterlichen Einstellung zu professioneller psychiatrischer Hilfe sowie der subjektiv empfundenen Hilfsbedürftigkeit (Höger 1995). Ein Rückgang der Inanspruchnahme zeigt sich mit fortschreitendem Alter der Kinder und Jugendlichen (Wölfle et al. 2014). Der Einfluss des Geschlechts auf die Inanspruchnahme professioneller Hilfe ist bisher wenig untersucht. Dadurch, dass externalisierende Störungen eher zur Inanspruchnahme führen, ist das häufig zu beobachtende Überwiegen von Jungen in den untersuchten Stichproben teilweise zu erklären.

Weiterhin ist der als Berksons' Bias bekannte Selektionseffekt zu beachten. Demnach zeigen Patienten in einer klinischen Inanspruchnahmepopulation gehäuft Überschneidungen zwischen internalisierenden und externalisierenden Auffälligkeiten, da Personen mit multiplen Störungen aus verschiedenen Bereichen eher als therapiebedürftig eingeschätzt werden (vgl. Reitz et al. 2005, Koot & Verhulst 1992). Somit ist vor allem für eine stationäre Klientel von einem relativ hohen Anteil von Patienten mit komorbiden Störungen auszugehen. Bezogen auf die beiden Geschlechter kann dies bedeuten, dass external auffällige Jungen mit zusätzlichen internalisierenden Störungen und internal auffällige Mädchen mit zusätzlichen externalisierenden Störungen eine stärkere Repräsentation in dieser Stichprobe erfahren.

Im Folgenden werden verschiedene Aspekte dargestellt, die für die Abschätzung der Validität der Ergebnisse von Bedeutung sind. Unter Validität versteht man im Allgemeinen das Ausmaß, in dem eine Messmethode das Konstrukt misst, das gemessen werden soll. In dieser Arbeit sind diesbezüglich vor allem die verwendeten Fragebögen von Bedeutung. Die Operationalisierung der verschiedenen Merkmalsausprägungen ist bei einem so komplexen Thema wie psychiatrischen Störungen - insbesondere im Kindes- und Jugendalter - naturgemäß Einschränkungen unterworfen. Die Ergebnisse können somit von einer nicht hinreichend validen Operationalisierung verzerrt sein. So konnte Steinhausen (1997) in seiner Untersuchung einer Inanspruchnahmepopulation über einen Zeitraum von 70 Jahren zeigen, dass die auf das Jahr 1988 fallende Umstellung des

Klassifikationssystems ICD-9 auf ICD-10 einen relevanten Einfluss auf die Prävalenzraten psychischer Störungen nach sich zog. Weiterhin ist auf die Geschlechts- und Altersneutralität der einzelnen Items und Skalen zu achten. Es konnte aufgezeigt werden, dass ein Teil der aus der Literatur bekannten Geschlechtseffekte bezüglich depressiver Erkrankungen auf einen Bias der Messinstrumente zurückzuführen ist (van Beek et al. 2012, Käse et al. 2013). Entsprechendes konnten Biedermann und Kollegen (2002) für ADHS feststellen. Somit kann den hier aufgefundenen Geschlechtseffekten ursächlich auch eine entsprechende Verzerrung zugrunde liegen.

Die verwendeten Ratingskalen sind seit Jahren in der epidemiologischen Forschung zu kinder- und jugendpsychiatrischen Fragestellungen etabliert. Die folgende Erläuterung der Gütekriterien für die einzelnen Fragebögen orientiert sich an der Darstellung von Barkmann und Kollegen (2011). Da das psychopathologische Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D) anhand eines halbstrukturierten Interviews erhoben wird, ergeben sich im Hinblick auf die Durchführungsobjektivität Einschränkungen. Auch die im Vergleich zu den Fragebögen CBCL und YSR fehlende Angabe von Auffälligkeitsbereichen, schränkt die Interpretation der Ergebnisse ein. Die internen Konsistenzen für die Symptomskalen erster Ordnung liegen nach einer Studie von Döpfner und Kollegen (1995a) für die Befragungssituation "in anderen Kontexten" im Mittel bei $\alpha = 0.80$. Für die übergeordnete Symptomskala internale Auffälligkeiten liegt die interne Konsistenz bei $\alpha = 0.73$, für externale Auffälligkeiten bei $\alpha = 0.84$. Die Interkorrelation zwischen den untergeordneten Skalen liegt bei $r = 0.11$. Zudem korreliert das Urteil von Therapeut und Eltern (gemessen mittels CBCL) besser für externale als für internale Auffälligkeiten (vgl. Döpfner et al. 2010). Die höchste Korrelation ergibt sich demnach mit $r = 0.55$ für aggressive und dissoziale Symptome. Deutlich niedriger ist diese für Angst ($r = 0.25$).

Die Child Behavior Checklist (CBCL) gehört zu den am häufigsten verwendeten Ratingskalen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung. Die Untersuchung der Skalenreliabilität anhand einer klinischen Stichprobe erbrachte zufriedenstellende Ergebnisse (Döpfner et al. 1994). Die internen Konsistenzen für die einzelnen Skalen liegen zwischen $\alpha = 0.61$ und 0.94 . Remschmidt und Walter (1990) konnten eine Retest-Reliabilität von $r = 0.81$ ermitteln. Eine nicht ausreichende faktorielle Validität besteht für die Syndromskalen „Sozialer Rückzug“ und „Soziale Probleme“. Dies betrifft vorrangig die Einzelfalldiagnostik; für die hier verwendeten aggregierten Daten kann von einer ausreichenden Validität ausgegangen werden. Die Interrater-Korrelation zwischen Eltern- und Selbsturteil liegt nach verschiedenen Arbeiten im unteren bis mittleren Bereich (vgl. Döpfner et al. 1997a, Barkmann & Schulte-Markwort 2005).

Walter und Kollegen (1994) überprüften die Reliabilität und Validität der deutschen Version des Youth Self-Reports (YSR). Hierbei konnten für alle übergeordneten Syndromskalen hohe Koeffizienten der inneren Konsistenz ($\alpha \geq 0.86$) sowie eine befriedigend hohe Retest-Reliabilität nachgewiesen werden. In einer Arbeit von Döpfner und Kollegen (1995b) zeigten sich für Mädchen und Jungen vergleichbare Werte für interne Konsistenzen. Bis auf die Skala „Sozialer Rückzug“ besteht für alle weiteren Skalen eine ausreichende faktorielle Validität. Vergleichbar mit der CBCL finden sich Interrater-Korrelationen von Eltern- und Selbsturteil im unteren bis mittleren Bereich (Plück et al. 1997). Dabei schätzten sich die Kinder und Jugendlichen im Selbsturteil allgemein als auffälliger ein als ihre Eltern. Eine Anwendbarkeit des YSR für verschiedene Populationen konnte ebenfalls gezeigt werden, beispielsweise für entwicklungsgestörte Kinder (Noterdaeme et al. 1999) und Sonderschüler (Beck et al. 1993).

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den verwendeten Skalen um dimensionale Verfahren handelt. Hiermit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass es keine streng dichotome Merkmalsverteilung von „gesund“ oder „krank“ gibt. Die psychischen Auffälligkeiten werden stattdessen entlang eines Kontinuums erfasst. Zur Erfassung der Relevanz der gefundenen Auffälligkeiten ist folglich das Festlegen von Grenzwerten nötig, um klinisch auffällige von unauffälligen Probanden differenzieren zu können. Dies kann in der Einzelfalldiagnostik zu Einschränkungen führen, erweist sich jedoch bei ausreichender Stichprobengröße als zuverlässiges Verfahren.

Eine Einschränkung erfährt die Validität der erhobenen Ergebnisse durch den sogenannten Response-Bias. So ist bei Patienten mit depressiven Störungen bekannt, dass das Antwortverhalten häufig ins Negative verzerrt ist (Vilgis et al. 2015). Im Gegensatz zu depressiven Erwachsenen zeigen Kinder und Jugendliche jedoch deutlich weniger kognitive Einschränkungen (ebd.). Stokes und Mitarbeiter (2011) konnten zeigen, dass der Response-Bias einen bedeutenden Teil der Urteilerdiskrepanzen zwischen Eltern und ihren Kindern aufklären kann. Selbstauskünfte sind prinzipiell mit stärkeren Fehlerquellen und Antwortverzerrungen verbunden (Strack 1994). Die Verlässlichkeit des Urteils von Jugendlichen ab elf Jahren bei der Beantwortung standardisierter Fragebögen gilt als vergleichbar mit dem von Erwachsenen (Lipski 2000). Ab diesem Alter kann demnach von einem ausreichenden Entwicklungsniveau sowie ausreichenden kognitiven Fähigkeiten ausgegangen werden. Es ist jedoch darauf zu achten, dass der Erfahrungsbereich der Kinder und Jugendlichen berücksichtigt wird. Daher wurde in dieser Arbeit nur das Selbsturteil der über 11-jährigen Probanden berücksichtigt.

Das Phänomen der sozialen Erwünschtheit wurde in mehreren Studien als ein bedeutsamer Einflussfaktor bei der Befragung Heranwachsender identifiziert (Herzberg 2011, Stocké 2004). Kränzl-Nagl und Wilk (2000) ermittelten für Kinder und Jugendliche eine höhere Tendenz zu sozial erwünschten Antworten als für Erwachsene. Dies ist insbesondere bei Fragen zu Substanzmissbrauch, Delinquenz und sexuellem Verhalten zu beachten. Nach Diersch und Walther (2010) sind diese Antwortverfälschungen durch Selbstdarstellungstendenzen vor allem bei jüngeren Patienten zu finden und nehmen im Jugendalter sukzessive ab. Zudem muss das schlechter ausgeprägte Erinnerungs- und Zeiteinschätzungsvermögen bei Kindern beachtet werden.

Die Reliabilität einer Untersuchung gibt an, inwieweit die Ergebnisse unter gleichen Bedingungen replizierbar sind. Die Einbeziehung verschiedener Urteiler in die Datenauswertung erhöht die Reliabilität der Untersuchung. Sie tragen zu einem umfassenderen Blick auf die untersuchte Klientel bei. Zur Ermittlung von Prävalenzraten in der Allgemeinbevölkerung wurde in den bisherigen Studien größtenteils auf die alleinige Beurteilung durch Eltern, Lehrer oder das Selbsturteil der Kinder und Jugendlichen zurückgegriffen. Dies hat den mittlerweile aus der Literatur bekannten Effekt der Überschätzung externalisierender und der Unterschätzung internalisierender Auffälligkeiten zur Folge (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2008a). Grundsätzlich geht mit verschiedenen Informanten das Problem der Interpretation abweichender Urteile einher. Auftretende Unterschiede bedürfen der Analyse hinsichtlich ihrer Bedeutung. Dieser Tatsache wird in dieser Arbeit durch Bestimmung der Interrater-Reliabilität Rechnung getragen, um somit eine Einschätzung der Unabhängigkeit eines Urteils vom jeweiligen Urteiler zu ermöglichen. Von Interesse ist in diesem Kontext zudem die Aufdeckung von Geschlechtseffekten bezüglich der verschiedenen Urteiler. In bisherigen Arbeiten wurde kaum zwischen dem Geschlecht der beurteilenden Eltern oder Therapeuten differenziert.

Im Folgenden wird auf Faktoren eingegangen, welche die Objektivität der Untersuchung beeinflussen können. Die Befragungssituation selbst ist von Relevanz für die Einordnung der erzielten Ergebnisse. Verschiedene Befragungssettings haben einen Einfluss auf die Einschätzung psychischer Auffälligkeiten durch verschiedene Urteiler. So konnte gezeigt werden, dass Kinder und Jugendliche bei Schulbefragungen mittels des Youth Self-Reports durchgehend höhere Auffälligkeitswerte erzielten als bei Haushaltsbefragungen (Prüß et al. 2005). In dieser Arbeit ist von einem relevanten Einfluss der Aufnahme- und damit teilweise auch der Erhebungssituation auf die Durchführungsobjektivität auszugehen. Dies betrifft vor allem die notfallmäßig aufgenommenen Kinder und Jugendlichen (41.4 %). Von diesen wurden 5.2 % zudem als Notfall außerhalb der normalen Dienstzeit, also vor allem am späten Abend und nachts, vorgestellt. Einerseits

kann die Notfallsituation die Beurteilung durch Patient, Eltern und Therapeut im Sinne einer Verstärkung beeinflussen, andererseits ist hier von einer höheren Drop-out-Quote für die Teilnahme auszugehen. Als klinisches Korrelat ist dabei insbesondere die akute Suizidalität als notfallmäßiger Aufnahmegrund zu erwähnen. Es konnte gezeigt werden, dass vor allem suizidale Mädchen sehr hohe Drop-out-Raten aufweisen (Christl et al. 2006).

Von den notfallmäßigen Aufnahmen sind die regulären, also elektiven Aufnahmen zu differenzieren. Die auf diesem Wege vorstellig werdenden Patienten sind in den meisten Fällen bereits in ambulanter Behandlung. Die im Vorfeld bereits stattgefundenen Auseinandersetzungen mit Diagnostik und Behandlung hat vermutlich einen Einfluss auf das Problembewusstsein und somit auf die subjektive Einschätzung psychopathologischer Störungen durch die Heranwachsenden und deren Eltern.

Die Bildung von Altersgruppen ist mit weiteren Einschränkungen verbunden. Die Gruppeneinteilungen weichen in der Literatur häufig voneinander ab und schränken den Vergleich der erzielten Ergebnisse mit denen aus anderen Studien ein. Die Einteilung der Altersgruppen erfolgte in dieser Arbeit nach inhaltlichen, also entwicklungspsychologischen, Kriterien. Am sinnvollsten erscheint die Verwendung von zwei Altersgruppen mit einem Cut-Off um das 12. bis 13. Lebensjahr. Durch diese beiden Altersgruppen werden Kindheit und Jugendzeit repräsentiert. Es muss berücksichtigt werden, dass die psychische und die damit verbundene psychopathologische Entwicklung abhängig ist von personengebundenen Faktoren, wie dem Geschlecht oder genetischen Dispositionen, sowie sozialen, also umweltbezogenen Einflüssen. Naturgemäß unterliegt der individuelle Entwicklungsprozess einer großen Variabilität. Relevante Entwicklungsschritte lassen sich zeitlich einordnen. So ist mit dem 13. Lebensjahr die Mehrheit der Heranwachsenden geschlechtsreif (80 % der Mädchen und 54 % der Jungen), die erste Beziehung fällt meist in das 14. bis 16. Lebensjahr und der erste Geschlechtsverkehr erfolgte meist mit 16 bis 17 Jahren (vgl. Albert et al. 2011). Die jüngere Altersgruppe wird in dieser Arbeit daher durch die 6- bis 12-jährigen und die ältere Altersgruppe durch die 13- bis 18-jährigen Patienten repräsentiert. Damit wird auch der Tatsache Rechnung getragen, dass ab dem 13. bis 15. Lebensjahr höhere Gesamtauffälligkeitsraten bei den Mädchen festgestellt werden, insbesondere bezüglich internalisierender Störungen (vgl. Ihle & Esser 2002, Moffitt & Caspi 2001). Die hier beschriebene Einteilung der Altersgruppen findet sich auch in anderen Arbeiten (vgl. Dolle et al. 2012). Ein so gewählter Cut-Off ermöglicht eine sinnvolle Interpretation aufgefundener Alterseffekte. Es wurde zudem darauf geachtet, dass die Unterstichproben ausreichende Fallzahlen aufweisen. Genaue Angaben zu allen relevanten

Unterstichprobengrößen können dem Ergebnisteil sowie dem Anhang entnommen werden.

Nach Detzner und Schmidt (1988) kann die Validität epidemiologischer Untersuchungen durch Zusammenfassung zu größeren Krankheitseinheiten verbessert werden. Diesem Umstand wurde durch vornehmliche Betrachtung der übergeordneten Störungsentitäten internalisierender und externalisierender Auffälligkeiten Rechnung getragen. Abschließend ist zu erwähnen, dass die Diagnosestellung aus organisatorischen Gründen im Klinikalltag nicht durch ein streng standardisiertes Vorgehen erfolgte, sondern anhand des üblichen, teilweise retrospektiven Vorgehens im naturalistischen Versorgungskontext. Auch dadurch ergeben sich Einschränkungen hinsichtlich der Durchführungsobjektivität und Reliabilität.

4.3 Diskussion der Hauptergebnisse

4.3.1 Darstellung der Stichprobe

4.3.1.1 Soziodemographische Merkmale

Eingeschränkt ist der im Folgenden dargestellte Vergleich mit anderen Arbeiten durch verschiedene Faktoren. So sind insbesondere verschiedene Bevölkerungszusammensetzungen, der Unterschied zwischen ländlichen und städtischen Milieus, aber auch der Anteil von Migranten sowie der Versorgungsauftrag der untersuchten Klinik zu beachten.

Von den 519 in die Studie eingeschlossenen Probanden sind 53.9 % weiblichen und 46.1 % männlichen Geschlechts. Das mittlere Alter liegt bei 14.39 Jahren, dabei sind Jungen mit durchschnittlich 13.72 Jahren um über ein Jahr jünger als Mädchen mit 14.96 Jahren. Dieses Ergebnis ist durch ein Überwiegen der Jungen bis zum zwölften Lebensjahr zu begründen (71.56 % Jungen); ab dem 13. Lebensjahr kann ein Überwiegen der Mädchen gezeigt werden (60.73 % Mädchen). Der größte Stichprobenanteil entfällt auf die Untergruppe der 13- bis 18-jährigen Mädchen.

Augenfällig an der Zusammensetzung der Stichprobe ist das Überwiegen der Jungen bis zum Alter von zwölf Jahren, gefolgt von einem durchgehenden Überwiegen der Mädchen ab 13 Jahren. Auch andere Arbeiten mit kinder- und jugendpsychiatrischen

Inanspruchnahmepopulationen weisen eine ähnliche Stichprobenarithmetik auf. So konnten Aba und Kollegen (1989) in einer stationären Stichprobe aus Hessen ein deutliches Überwiegen von Jungen in der Kindheit von zwei zu eins und ab dem 15. Lebensjahr eine Umkehr des Geschlechterverhältnisses zeigen. Goldbeck und Göbel (1990) geben in ihrer Arbeit einen Anteil der Jungen von 51.2 % und der Mädchen von 48.8 % an. Jungen sind bis zum 13. Lebensjahr überrepräsentiert, danach weist die Stichprobe eine durchgehende Mädchenwendigkeit auf. Bei Belhdj Kouider und Kollegen (2014) betrug das Geschlechterverhältnis von Jungen zu Mädchen in einer Bremer Inanspruchnahmepopulation 58.2 % zu 41.8 %. In der von Döpfner und Kollegen (1997b) durchgeführten Untersuchung von vier universitären Inanspruchnahmepopulationen konnte durchgehend ein höherer Anteil männlicher Patienten festgestellt werden. Dieser Anteil betrug für die Universitätskliniken Berlin 60.7 %, für Frankfurt 61.4 %, für Köln 65.4 % und für Zürich 61.5 %. Dieser Befund weist eine hohe Konstanz auf. Eine kinder- und jugendpsychiatrische Inanspruchnahmepopulation aus dem Kanton Zürich zeigte über den Zeitraum von 1921 bis 1990 durchgehend ein deutliches Überwiegen der Jungen mit einem Verhältnis von etwa zwei zu eins.

Eine mögliche Erklärung des Überwiegens der Jungen in der Kindheit und teilweise im frühen Jugendalter ist in dem Umstand begründet, dass Jungen bis zur Adoleszenz in ihrer sozialen und emotionalen Entwicklung gegenüber Mädchen störungsanfälliger sind (Esser et al. 1992). Als Grund hierfür konnten unterschiedliche zeitliche Reifungsmuster für Jungen und Mädchen aufgezeigt werden (Remschmidt 2004). Zudem sind Mädchen meist besser in ihr soziales Umfeld integriert und können dieses eher als Ressource für die Bewältigung von Entwicklungsherausforderungen nutzen (Hampel et al. 2005). In der frühen Adoleszenz findet bei Jungen im Gegensatz zum späteren Jugendalter zudem häufiger eine psychiatrische Behandlung statt (Prior et al. 1993). Eine Arbeit aus dem nordamerikanischen Raum (Stein & Silver 2003) konnte ebenfalls eine höhere Inanspruchnahmequote für Jungen berichten. Dies betraf sowohl medizinische Einrichtungen aus dem somatischen als auch psychiatrischen Bereich. Im Gegensatz hierzu steht eine Untersuchung von Wölfle und Kollegen (2014), die keinen Geschlechtseffekt bezüglich des Inanspruchnahmeverhaltens zeigen konnten. Aus der Literatur ist zudem eine Abnahme der Behandlungsquote mit zunehmendem Alter bekannt (ebd.). Die Überrepräsentation älterer Patienten in der hier dargestellten Stichprobe, stellt diesen Effekt zumindest in Frage. Für ambulante Stichproben kann hingegen angenommen werden, dass jüngere Patienten überrepräsentiert sind (vgl. Kowalewski 2009).

Als mögliche Erklärung für eine stärkere Repräsentation der Jungen bis zum Ende der Kindheit kann somit einerseits eine tatsächlich höhere Behandlungsbedürftigkeit angenommen werden. Andererseits scheint der Zugang zu professioneller Hilfe für Jungen in diesem Alter leichter zu sein (Koot & Verhulst 1992). Mit fortschreitendem Alter gelingt dies dann immer seltener. Hierzu können sowohl Merkmale und Einstellungen der Jungen selbst als auch ihres Umfeldes beitragen. Geprägt ist das psychische Störungsspektrum der Jungen im weiteren Verlauf vor allem durch eine deutliche Zunahme externalisierender Störungen (Ihle & Esser 2002). Diese prädisponieren im jüngeren Alter noch für eine Behandlung, scheinen aber mit fortschreitender Adoleszenz den Zugang zu adäquater Versorgung zu erschweren. Nicht zuletzt findet sich die Erklärung für die Umkehr des Geschlechterverhältnisses im Laufe des Fortschreitens der Adoleszenz in den unterschiedlichen und charakteristischen Manifestationszeiträumen zugrunde liegender psychischer Störungen. Zusammengefasst lässt sich sagen, dass sich in der Adoleszenz die Prävalenzraten von Mädchen und Jungen bei affektiven Störungen angleichen, während hiervon in der früheren Kindheit mehr Jungen betroffen sind. Am Ende der Adoleszenz zeigen sich etwa doppelt so viele Mädchen von Angst- und depressiven Störungen betroffen (vgl. Ihle & Esser 2002). Dies spiegelt sich auch in der Überrepräsentation der Mädchen ab 13 Jahren in dieser Stichprobe wieder. Aus ihren Untersuchungen leiteten Moffitt und Caspi (2001) folgende Hypothese ab: Jungen zeigen höhere Prävalenzraten bei Störungen, die typischerweise in der frühen Kindheit beginnen oder neuropsychologische Symptome haben. Zudem sind Jungen häufiger von Entwicklungsstörungen betroffen. Bei Mädchen finden sich höhere Raten für Störungen, deren Prävalenz in der Adoleszenz allgemein ansteigt. Hierbei handelt es sich vor allem um affektive Störungen und Suizidalität. In dieser Arbeit liegt eine Störung der kindlichen Entwicklung bei 37.3 % der untersuchten Klientel vor. Davon sind Jungen mit 41.9 % häufiger betroffen als Mädchen mit 33.3 %. Differenziertere Angaben zur Art der Entwicklungsstörung konnten nur von relativ wenigen Patienten erhoben werden. Jedoch lässt sich sowohl für Störungen der Motorik, der Sprache als auch der Sauberkeit ein Überwiegen der Jungen feststellen. Dies unterstützt die oben formulierte Hypothese. Somit lässt sich die Jungenwendigkeit in der Kindheit, neben der bereits erwähnten höheren Inanspruchnahmequote, auch durch die für diese Klientel charakteristischen Störungsbilder erklären. Entsprechendes gilt für die zunehmende Mädchenwendigkeit im Jugendalter.

Der Anteil der Patienten mit nicht deutscher Staatsangehörigkeit liegt in dieser Stichprobe bei 9.8 %. Ein Migrationshintergrund besteht bei 16 % der Probanden. Es findet sich ein deutlicher Geschlechtsunterschied; 20.9 % der Jungen und 11.9 % der Mädchen sind Migranten. Mögliche Ursache für diesen Geschlechtsunterschied ist ein erschwerter

Zugang zu professioneller Hilfe für Mädchen mit Migrationshintergrund. Thiele (2012) konnte dies in ihrer Dissertation insbesondere für Mädchen im Grundschulalter nachweisen.

Laut Statistischem Bundesamt (2014a) weisen - Stand 2013 - etwa 20.5 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland einen Migrationshintergrund auf. Das Statistische Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2012) gibt den Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund für Hamburg mit 29.2 % an, für den Stadtteil Eppendorf liegt er mit 17.2 % deutlich darunter und entspricht etwa dem Anteil der Migranten in dieser Studie.

In einer aktuellen interethnischen Analyse der Verteilung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen anhand einer Inanspruchnahmepopulation aller Einrichtungen des Klinikverbundes Bremen konnte ein Migrationshintergrund bei 30.2 % der Patienten festgestellt werden (Belhdj Kouider et al. 2014). Im Vergleich hierzu ist die Quote der Probanden mit Migrationshintergrund in dieser Stichprobe relativ niedrig. Dies mag zum einen an dem oben dargestellten Umfeld des Universitätsklinikums liegen, zum anderen an den bekanntermaßen bestehenden Hürden bei der Inanspruchnahme professioneller psychiatrischer Hilfe durch Patienten mit Migrationshintergrund (ebd.). Kouider und Kollegen (2014) konnten zeigen, dass die Diagnoseverteilung von psychiatrischen Störungen teilweise deutliche interethnische Unterschiede aufweist und somit Prävalenzraten beeinflussen kann. In einer Studie konnte gezeigt werden, dass in Deutschland Heranwachsende mit Migrationshintergrund stärkere Ausprägungen für internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten zeigen (Hölling et al. 2007). Als mögliche Ursachen für interkulturelle Prävalenzunterschiede werden gesellschaftliche und religiöse Determinanten und damit verbundene spezifische Entwicklungsaufgaben sowie Umwelteinflüsse angegeben. Migration ist hierbei als eigener Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen anzusehen.

Weitere relevante soziodemographische Merkmale der untersuchten Probanden werden im Folgenden dargestellt. Mit 32.2 % leben bei etwa einem Drittel der untersuchten Kinder und Jugendlichen die leiblichen Elternteile zusammen. Über die Hälfte der Eltern sind geschieden (56 %). Laut Statistischem Bundesamt (2014b) werden - Stand 2013 - etwa 35 % der in einem Jahr geschlossenen Ehen im Verlauf der folgenden 25 Jahre geschieden. Ein Viertel der Probanden (24.3 %) hat keine Geschwister. Eine institutionelle Erziehung kann für 7.5 % der Probanden ermittelt werden. Einer ganztätigen Erwerbstätigkeit gehen mit 51.4 % gegenüber 27.6 % deutlich mehr Väter als Mütter nach. Gravierende Mängel in der Betreuungssituation werden für etwa ein Drittel der Probanden angegeben (31.6 %). Jungen und Mädchen unterscheiden sich hierbei nicht. Deutliche Geschlechtsunterschiede erbringt die Analyse der Schulsituation. Mit einem

Anteil von 30.1 % besuchen fast doppelt so viele Mädchen ein Gymnasium. Für Jungen liegt die Quote bei 15.6 %. Unter den Schulabbrechern überwiegen zudem mit 15.6 % die männlichen Probanden; die Quote der Mädchen ist mit 9.8 % deutlich niedriger. Dieses Bild spiegelt sich auch in der Bevölkerung wieder. Laut einer Studie des Statistischen Bundesamtes (Baumann et al. 2012) sind 54 % der Schüler in der Sekundarstufe II (Gymnasium ab der Oberstufe, berufsbildende Schulen) weiblichen Geschlechts. Von den vorzeitig eingeschulerten Kindern sind 60 % Mädchen, von den später eingeschulerten 62 % Jungen. Weiterhin sind 64 % der Schüler in Förderschulen männlichen Geschlechts. All dies legt nahe, dass Jungen größere Schwierigkeiten haben sich in der Institution Schule zurecht zu finden. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass an den Hamburger Schulen 70 % der Lehrkräfte weiblich sind (ebd.). Eine Erklärung für die Schulprobleme der Jungen liegt in den höheren Prävalenzraten für aggressive und dissoziale Störungen sowie Störungen der Aufmerksamkeit und Impulskontrolle bei den männlichen Adoleszenten. Dies schlägt sich in höheren Ausprägungen von Ablenkbarkeit und Emotionskontrolle nieder (Hampel et al. 2005).

4.3.1.2 Psychopathologischer Aufnahmebefund

Der stärkste Geschlechtsunterschied kann für Essstörungen nachgewiesen werden. 40.4 % der Mädchen zeigen sich hier auffällig, bei den Jungen sind es lediglich 16.5 %. Dies entspricht den Erkenntnissen aus der Literatur (vgl. Tuschen-Caffier 2005). Abgesehen von Essstörungen lässt sich für alle weiteren Störungsbilder des psychopathologischen Aufnahmebefundes mit signifikanten Geschlechtseffekten ein Überwiegen der männlichen Probanden feststellen. Dies betrifft Störungen des Sozialverhaltens (67.5 % zu 53.6 %), Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle (73.5 % zu 59.4 %), Störungen der Psychomotorik (22.6 % zu 13.1 %), formale Denkstörungen (32.0 % zu 20.1 %), inhaltliche Denkstörungen (24.8 % zu 13.7 %) sowie Sinnestäuschungen (17.8 % zu 8.5 %). Für diese Störungsbilder ist aus der Literatur eine erhöhte bevölkerungsbezogene Prävalenz für Jungen bekannt (vgl. Ihle & Esser 2002, Esser et al. 2000, Ravens-Sieberer et al. 2008a). Bemerkenswerterweise ließen sich für Angststörungen und Störungen von Stimmung und Affekt - anders als in der Allgemeinbevölkerung - keine signifikant stärkere Betroffenheit der Mädchen zeigen. Dies kann einerseits an dem bereits erwähnten Berksons' Bias liegen, also der Überrepräsentation von Patienten mit multiplen Störungen, andererseits an einem

geschlechtsdifferentiellen Inanspruchnahmeverhalten. Zudem muss berücksichtigt werden, dass auch die Entscheidung zur stationären oder ambulanten Behandlung einen Einfluss auf die Repräsentation der Geschlechter in der Stichprobe hat. Ebenso bemerkenswert ist der fehlende Geschlechtsunterschied bezüglich Missbrauch bzw. Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. Aus der Literatur sind höhere Prävalenzraten für Jungen bekannt (vgl. Alsaker & Bütikofer 2005). Dies kann ebenfalls in unterschiedlichem Inanspruchnahmeverhalten begründet sein. Zudem scheinen Jungen seltener von Substanzmissbrauch - als Folge des Effekts der sozialen Erwünschtheit- zu berichten (vgl. Becker & Günther 2004).

4.3.1.3 Hauptdiagnosen nach ICD-10

Die Hauptdiagnose wurde anhand der Achse I (klinisch-psychiatrisches Syndrom) des multiaxialen Klassifikationsschemas nach ICD-10 erstellt. Betrachtet man die gesamte Stichprobe, so entfällt mit 37.4 % der größte Anteil auf Verhaltens- und emotionale Störungen. Es folgen mit 18.9 % affektive Störungen und mit 15.6 % neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. Es kann ein signifikantes Überwiegen der Jungen für Schizophrenien, schizotype Störungen sowie Verhaltens- und emotionale Störungen nachgewiesen werden. Signifikant mehr Mädchen sind von affektiven Störungen betroffen. Eine Mädchenlastigkeit weisen zudem Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen auf. Bei Betrachtung der differenzierteren Diagnosen spiegelt sich dies in einem Überwiegen der Mädchen bezüglich depressiver Störungen, Essstörungen und spezifischen Persönlichkeitsstörungen wieder. Ein deutliches Überwiegen der Jungen zeigt sich neben der Schizophrenie (13.9 % zu 4.3 %) auch bei Störungen des Sozialverhaltens (8.9 % zu 2.9 %). Zu weitgehend vergleichbaren Ergebnissen kommt eine Untersuchung von Seiffge-Krenke und Mitarbeitern (2012). Übereinstimmend entstammen die meisten Störungen der F-Klasse "Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend" mit einem deutlichen Überwiegen der Jungen (69.4 % zu 22.7 %). Als zweithäufigste Störungsgruppe werden neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen angegeben. Im Gegensatz zu der hier dargestellten Stichprobe zeigt sich in der Arbeit von Seiffge-Krenke bezüglich affektiver Störungen eine ausgeglichene Geschlechtsverteilung. Eine deutliche Einschränkung erhält der Vergleich durch die dort verwendete relativ geringe Stichprobengröße. Stegmann und Kollegen (2013) werteten im Rahmen einer Arbeit zu depressiven Störungen im Kindes- und

Jugendalter die ICD-10 Diagnosen von 353 Patienten einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation aus. Auch hier fand sich ein Überwiegen von Patienten mit Verhaltens- und emotionalen Störungen, gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sowie affektiven Störungen. Somit ergibt sich eine gute Übereinstimmung mit dieser Stichprobe. Bezüglich depressiver Störungen zeigte sich abweichend zu der hier gefundenen Verteilung ein Überwiegen der männlichen Patienten (58 % zu 42 %). In ihrer Untersuchung einer Bremer Inanspruchnahmepopulation fanden Belhadj Kouider und Kollegen (2014) ebenfalls einen großen Anteil von Verhaltens- und emotionalen Störungen (46.2 %) gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (31.3 %). Ein signifikantes Überwiegen der Mädchen konnte für affektive Störungen, Belastungs- oder Anpassungsstörungen, dissoziative Störungen sowie für psychische Störungen im Kontext körperlicher Krankheit ermittelt werden. Jungen zeigten sich signifikant häufiger von hyperkinetischen Störungen, kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen sowie Tic-Störungen betroffen.

4.3.1.4 Suizidalität

Anhand der Basisdokumentation werden 29.6 % der Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme als suizidal eingeschätzt. Davon sind deutlich mehr Mädchen (40.2 %) als Jungen (16.9 %) betroffen. Ein Suizidversuch liegt bei 4.0 % der Kinder und Jugendlichen vor, wiederholte Suizidversuche bei 4.4 %. Mit 43.1 % kann der höchste Anteil suizidaler Patienten für die Gruppe der 13- bis 18-jährigen Mädchen ermittelt werden. Statistisch lässt sich ein signifikantes Überwiegen der Mädchen für Suizidalität und Suizidversuche feststellen. Ebenso signifikant ist das Überwiegen der älteren Probanden bezüglich beider Kategorien.

Anhand der ausgewerteten Fragebögen CASCAP-D, CBCL und YSR lässt sich feststellen, dass Mädchen im Vergleich zu Jungen sowohl in Bezug auf suizidale Handlungen als auch auf Suizidgedanken von allen Urteilern als deutlich auffälliger eingeschätzt werden. Dabei schätzen sich die Kinder und Jugendlichen selbst bezüglich suizidaler Handlungen von allen Urteilern als am auffälligsten ein. Im Hinblick auf Suizidgedanken ist das Urteil der Mütter am stärksten ausgeprägt. Zudem schätzen die Mütter ihre Kinder bezüglich Suizidalität durchgehend auffälliger ein als die Väter. Es ist

zu beachten, dass sich die erhobenen Ergebnisse auf den Zeitraum der letzten sechs Monate beziehen.

Diese geschlechts- und altersabhängigen Effekte zeigen eine hohe Übereinstimmung mit den Erkenntnissen aus bevölkerungsbezogenen epidemiologischen Untersuchungen. Eine gute Vergleichsmöglichkeit bietet eine Studie von Ravens-Sieberer und Kollegen (2008a). Im Rahmen der im Einleitungsteil bereits vorgestellten BELLA-Studie wurden Daten zur Suizidalität ebenfalls anhand des Fragebogens CBCL erhoben. Hierbei konnte sowohl für die Kategorie suizidales Verhalten als auch für Suizidgedanken ein deutliches Überwiegen der Mädchen gezeigt werden. Bezüglich des Items "Selbstverletzung/Suizidversuche" waren 3.7 % der Mädchen und 2.0 % der Jungen auffällig; bezüglich des Items "Suizidgedanken" 5.2 % der Mädchen und 2.5 % der Jungen. Bemerkenswert ist zudem, dass bei Vorliegen von Suizidgedanken bzw. suizidalen Handlungen jeweils Mädchen eine deutlich höhere Inanspruchnahme professioneller Hilfe aufwiesen (32.6 % zu 22.2 % bzw. 28.9 % zu 23.9 %). Sourander und Mitarbeiter (1999) konnten für eine nicht-klinische Stichprobe mittels YSR und CBCL ebenfalls nachweisen, dass eine hohe Diskrepanz zwischen Kinder- und Elternurteil besteht. Bezüglich Suizidgedanken sahen sich in der Selbsteinschätzung 5.7 % als auffällig an, bei Einschätzung durch die Eltern lag die Quote nur bei 2.6 %. Suizidale Handlungen wurden von Kindern dreimal häufiger berichtet als von ihren Eltern.

Shaw und Mitarbeiter (2005) stellten in ihrer Studie fest, dass vollzogene Suizide bei Kindern seltener sind als bei Jugendlichen. Erst in der frühen Adoleszenz kommt es zu einem sprunghaften Anstieg suizidalen Verhaltens. Lewinsohn und Kollegen (2001) konnten die männlichen Adoleszenten als Hauptrisikogruppe für vollzogene Suizide identifizieren, während Suizidversuche häufiger die weiblichen Heranwachsenden betreffen. Zudem wurde für Mädchen eine höhere Stabilität suizidalen Verhaltens festgestellt (ebd.). Aus der Literatur ist bekannt, dass die Rate für vollzogenen Suizid für Jungen zwischen zwei- und viermal höher liegt als für Mädchen (vgl. Grunbaum et al. 2003). Als ursächlich für diesen als "Gender paradox" bezeichneten Zusammenhang wird unter anderem die Wahl der Suizidart angeführt. Demnach wählen männliche Heranwachsende meist Suizidarten, die mit einer höheren Letalität verbunden sind (Sprung aus großer Höhe, Schusswaffen, Erhängen). Bei Mädchen finden sich vor allem absichtliche Intoxikationen durch Medikamente (vgl. Kupferschmid et al. 2013). Möller-Leimkühler (2003) postuliert, dass traditionelle Männlichkeitsvorstellungen eine Erklärung für die erhöhten Mortalitätsraten suizidaler Jungen sind. Hierbei spielten vor allem die Unfähigkeit der Wahrnehmung eigener emotionaler Probleme, die Ablehnung von Hilfsangeboten sowie die hohe Rate für Substanzmissbrauch eine Rolle.

Die häufigste Ursache für Suizidalität stellen depressive Störungen dar. In einer Studie konnte bei über der Hälfte der suizidalen Kinder und Jugendlichen eine depressive Störung nachgewiesen werden (Ryan 2005). Bei der Untersuchung suizidaler Patienten einer klinischen Inanspruchnahmepopulation konnten bemerkenswerterweise keine Geschlechtsunterschiede bezüglich der Prävalenz von Depressionen und Angststörungen festgestellt werden (Fennig et al. 2005). Suizidale Jungen zeigten jedoch häufiger dissoziale Auffälligkeiten als Mädchen. In die Studie wurden dabei fast doppelt so viele suizidale Mädchen eingeschlossen. Dies zeigt vergleichbar mit den hier erzielten Ergebnissen die Überrepräsentation suizidaler Mädchen in klinischen Populationen. Kupferschmid und Mitarbeiter (2013) untersuchten in einer aktuellen Arbeit 257 Patienten im Alter von 14 bis 21 Jahren, die aufgrund eines Suizidversuchs in einer universitären Notaufnahme vorstellig wurden. In der Inanspruchnahmepopulation waren Mädchen mit einem Anteil von zwei Dritteln ebenfalls deutlich überrepräsentiert. Zudem entfielen drei Viertel der Patienten auf die Altersgruppe der 18- bis 21-Jährigen. Bei 44 % der Patienten konnte ein vorheriger Suizidversuch nachgewiesen werden. Davon waren Mädchen mit 51.3 % deutlich häufiger betroffen als Jungen mit 29 %. Dies stimmt ebenfalls gut mit den Ergebnissen dieser Untersuchung überein.

Die dargestellten Effekte haben einen relevanten Einfluss auf Determinanten der Inanspruchnahme, insbesondere auf Behandlungsdauer und Aufnahmemodus. So konnte in dieser Arbeit für suizidale Patienten eine im Vergleich kürzere Aufenthaltsdauer ermittelt werden. Zu dem gleichen Ergebnis kommt eine Arbeit von Schepker und Kollegen (2000). Die notfallmäßigen Aufnahmen sind dabei deutlich von Patienten mit suizidalen Störungen dominiert. Bei Beurteilung der Ergebnisse ist zu beachten, dass die Verlässlichkeit der Angaben von Kindern und Jugendlichen zu Suizidalität Einschränkungen unterworfen ist (Christl et al. 2006). Bis zu einem Drittel der Patienten berichtet vorhergegangene Suizidversuche nicht; hiervon sind wiederum überwiegend Mädchen betroffen (ebd.). Somit können die hier dargestellten Zahlen eher eine Unterschätzung der tatsächlichen Betroffenheit bedeuten.

4.3.1.5 Körperlicher und sexueller Missbrauch

Mädchen sind in 13.4 % der Fälle Opfer körperlicher Misshandlung, die Jungen in 8.9 %. Mädchen sind zudem deutlich häufiger Opfer sexuellen Missbrauchs. Dies betrifft Fälle innerhalb und außerhalb der Familie. Bei 9.3 % der Mädchen und 3.6 % der Jungen

konnten Informationen zu sexuellem Missbrauch innerhalb der Familie und bei 9.7 % der Mädchen und 2.2 % der Jungen außerhalb der Familie ermittelt werden. Die aufgefundenen Geschlechtsunterschiede entsprechen den Erkenntnissen aus der Literatur. Laut einer deutschlandweiten repräsentativen Studie sind 18.1 % der Mädchen (engeres Kriterium 6.2 %) und 7.3 % der Jungen (engeres Kriterium 2.0 %) bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres von sexuellem Missbrauch betroffen (Wetzels 1997). In einer weiteren repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung gaben 12 % der Probanden retrospektiv eine körperliche Misshandlung in der Kindheit und 12.5 % sexuellen Missbrauch an (Häuser et al. 2011). Auch Pillhofer und Mitarbeiter (2011) kommen zu einem ähnlichen Ergebnis und geben eine Prävalenz von über 10 % für Kindesmisshandlung und -vernachlässigung an. Betrachtet man nur körperliche Misshandlungen, sind in der Kindheit und Jugend durchschnittlich mehr Jungen betroffen (Wetzels 1997).

Aus verschiedenen Arbeiten ist bekannt, dass Mädchen häufiger als Jungen Opfer von sexueller Gewalt werden (Belhdj Kouider et al. 2014). Dies bestätigt Erkenntnisse aus anderen Studien, die eine erhöhte Lebenszeitprävalenz von posttraumatischen Belastungsstörungen bei Mädchen finden können (Kowalski et al. 2012). Essau und Kollegen (1999) untersuchten in der Bremer Jugendstudie die Häufigkeit posttraumatischer Belastungsstörungen bei Jugendlichen. Insgesamt konnte bei fast einem Viertel (22.5 %) der insgesamt 1035 Kinder und Jugendlichen mindestens ein traumatisches Erlebnis eruiert werden. Ein großes Problem besteht in der hohen Chronifizierungsrate von posttraumatischen Belastungsstörungen. Diese wird mit einer Persistenz von über 30 % nach 10 Jahren angegeben (Kessler et al. 1995).

4.3.2 Determinanten der Inanspruchnahme

4.3.2.1 Vorstellungs- und Aufnahmemodus

Insgesamt wurden 58.6 % der Kinder und Jugendlichen regulär aufgenommen und 41.4 % als Notfall; davon 5.2 % als Notfall außerhalb der Dienstzeit. Der relativ hohe Anteil der notfallmäßigen Aufnahmen lässt sich durch den sektoralen Versorgungsauftrag der betrachteten Klinik erklären. Somit ist von einer hohen Repräsentativität der Stichprobe auszugehen. Ein Faktor, der insbesondere bei der Untersuchung von

Inanspruchnahmepopulationen universitärer Einrichtungen häufig nicht hinreichend berücksichtigt wird.

Es wurden zudem mit 48.2 % signifikant mehr Mädchen notfallmäßig aufgenommen als Jungen (33.5 %). In der Altersgruppe der 13- bis 18-Jährigen findet signifikant häufiger eine notfallmäßige Aufnahme statt als bei den 6- bis 12-Jährigen (45.4 % zu 26.6 %). Eine Erklärung für die gefundenen Geschlechterunterschiede ist die deutlich höhere Suizidalitätsrate bei den weiblichen Probanden, insbesondere in der Gruppe der 13- bis 18-Jährigen. Auch die weiteren Störungsbilder, bei denen sich ein Überwiegen der Mädchen feststellen lässt - insbesondere affektive Störungen, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen - prädisponieren im Rahmen krisenartiger Zuspitzungen zu notfallmäßigen Aufnahmen (vgl. Stone et al. 2014). Zudem zeigen Mädchen in dieser Stichprobe in der Selbsteinschätzung deutlich auffälliger Werte als Jungen bezüglich internalisierender Auffälligkeiten. Diese Selbstwahrnehmung spielt - vor allem mit fortschreitendem Alter - eine wichtige Rolle für den Zugang zu professioneller Hilfe. Rhodes und Mitarbeiter (2013) konnten feststellen, dass suizidale Mädchen häufiger in der Notaufnahme vorgestellt werden als Jungen.

Bei den männlichen Probanden dominiert hingegen deutlich die reguläre Aufnahme den Zugang zur Klinik. Es liegt nahe, das Störungsspektrum der männlichen Heranwachsenden hiermit in Zusammenhang zu bringen. Eine Zunahme der aus den externalisierenden Störungen resultierenden Probleme und Konflikte im sozialen Umfeld - insbesondere in der Familie - führen somit seltener notfallmäßig, sondern erst nach einer gewissen Latenz zur Vorstellung. Da die Jungen sich in der Selbsteinschätzung - wie in den folgenden Kapiteln noch gezeigt werden wird - aber als "auffallend unauffällig" einschätzen, ist bei schwach ausgeprägtem eigenem Störungsverständnis von einer hohen Relevanz des sozialen Umfeldes für die Inanspruchnahme auszugehen.

4.3.2.2 Art der Behandlung und Behandlungsdauer

Von den 519 Patienten wurde mit 85.4 % die überwiegende Mehrheit stationär behandelt; eine teilstationäre Behandlung erfolgte bei 14.6 %. Mädchen erfuhren mit 91.1 % signifikant häufiger eine stationäre Behandlung als Jungen (78.7 %). In stationärer Behandlung finden sich zudem deutlich mehr ältere Patienten. Dieser Unterschied

zwischen den Geschlechtern ist zum einen durch die höhere Rate suizidaler Patienten bei den Mädchen zu erklären. Weiterhin können die Ursachen in der unterschiedlichen Verteilung der Störungsbilder liegen. Wie im Weiteren noch zu zeigen ist, erfolgt bei Jungen signifikant häufiger ein Abbruch der Behandlung durch die Therapeuten. Zudem liegt bei Jungen die Rate der Schulabbrecher deutlich höher. Dies legt eine problematische Führbarkeit von männlichen Adoleszenten in sozialen Institutionen nahe und führt möglicherweise zu einer Diskriminierung im Versorgungssystem.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer aller Kinder und Jugendlichen betrug 117 Tage. Die große Streuung der Ergebnisse lässt die Verwendung des Medians als sinnvoll erscheinen. Er liegt für die gesamte Stichprobe bei 88 Tagen. Zwischen den Geschlechtern konnten keine signifikanten Unterschiede nachgewiesen werden. Es zeigte sich jedoch ein signifikanter Alterseffekt mit einer längeren Behandlungsdauer für die jüngeren Patienten. Diese liegt bei einem Median von 110 Tagen; für die älteren Probanden beträgt der Median 82 Tage. Auch Seiffge-Krenke und Mitarbeiter (2012) fanden bei der Untersuchung einer österreichischen Inanspruchnahmepopulation keinen Geschlechtseffekt bezüglich der Aufenthaltsdauer. Jedoch konnte ebenfalls ein signifikanter Alterseffekt gezeigt werden: Je älter die Patienten waren, desto kürzer gestaltete sich ihr stationärer Aufenthalt. Schepker und Kollegen (2000) geben mit einem Median von 116 Tagen eine etwas längere Aufenthaltsdauer an als in dieser Untersuchung. Dabei hatte die Diagnose nach ICD-10 keinen Effekt auf die Dauer der Behandlung. Diese hing aber deutlich vom Schweregrad der psychosozialen Beeinträchtigung ab. In anderen Arbeiten finden sich mit den hier dargestellten Ergebnissen vergleichbare Angaben. So wird die Behandlungsdauer für eine Stichprobe aus dem hessischen Raum mit einem Median von 78 Tagen (Aba et al. 1989), für eine universitäre Stichprobe mit einem Median von 71 Tagen (Goldbeck et al. 1990) und in einer weiteren Arbeit von Schepker und Kollegen (2003) mit einem Median zwischen 81 und 98 Tagen angegeben. Schepker und Mitarbeiter (2003) stellen fest, dass der Vergleich von Verweildauern aus verschiedenen Kliniken nur sehr eingeschränkt möglich ist. Vor allem regionale Unterschiede, insbesondere im Hinblick auf ländliche und städtische Milieus, sowie der Versorgungsauftrag der untersuchten Kliniken müssen dabei berücksichtigt werden. Zudem ist zwischen Aufnahmen zur meist kurzfristigen Krisenintervention und Aufnahmen mit dem Ziel einer Veränderung bestehender Symptomatik zu differenzieren. Dabei unterschied sich die Verweildauer von Kindern und Jugendlichen nicht signifikant. Bemerkenswert ist zudem, dass in der Arbeit von Schepker und Mitarbeitern (2003) für suizidale Patienten eine deutlich kürzere Behandlungsdauer nachgewiesen werden konnte. Dies lässt sich auch für die hier dargestellte Stichprobe zeigen.

4.3.2.3 Beendigung der Behandlung und Behandlungsergebnis

In 35.6 % der Fälle erfolgte keine reguläre Beendigung der Behandlung. Hiervon sind nach einer Arbeit von Kadzin und Mitarbeitern (1993) häufiger Kinder alleinerziehender Eltern, ethnische Minderheiten sowie sozioökonomisch benachteiligte Kinder und Jugendliche betroffen. Für eine vorzeitige Beendigung der Behandlung prädestinieren vor allem Störungen mit externaler Symptomatik. Dies trifft insbesondere auf schwerwiegende Störungen des Sozialverhaltens, Delinquenz sowie damit verbundene Komorbiditäten zu (vgl. Kadzin et al. 1994). Als weitere Riskiofaktoren konnten Schulprobleme sowie dysfunktionale Beziehungen zu Gleichaltrigen ermittelt werden (ebd.). Eine Arbeit von Schepker und Kollegen (2003) gab die Abbrecherquote einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Klientel aus den Jahren 1998 bis 2000 mit 8.7 % an. Angaben zu Geschlechtseffekten fehlen in dieser Arbeit. Robatzek und Kollegen (2005) untersuchten in ihrer Studie die Indikationsentscheidung zur stationären Aufnahme in kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken. Hierbei konnten als wesentliche Kriterien Selbst- und Fremdgefährdung, der Schweregrad der Störung sowie die Bewertung ambulanter Ressourcen identifiziert werden. Als nicht relevant für die Entscheidung über eine stationäre Aufnahme wurden der Untersuchungsbefund, eine notwendige medikamentöse Behandlung, Probleme in der Schule oder die vermutete Führbarkeit in der jeweiligen Institution angegeben. Daraus lässt sich auf die Zusammensetzung stationärer Inanspruchnahmepopulationen schließen.

Bei Analyse der vorzeitigen Beendigung der Behandlung ist es wichtig darzustellen, durch wen der Abbruch der Behandlung erfolgte. Bei geschlechts- und altersabhängiger Betrachtung findet eine vorzeitige Beendigung der Behandlung durch *Patient oder Eltern* am häufigsten bei den 13- bis 18-jährigen Mädchen statt. Eine mögliche Erklärung hierfür sind die charakteristischen Störungsbilder dieser Population. Demnach kommt es vor allem bei Patienten mit Essstörungen, somatoformen Störungen und Persönlichkeitsstörungen zu einem Therapieabbruch (Reuter et al. 2014).

Eine vorzeitige Beendigung der Behandlung durch den Therapeuten findet sich mit 13.8 % am häufigsten bei den 13- bis 18-jährigen Jungen. Es kann angenommen werden, dass Jungen in der Phase der Pubertät aufgrund einer starken Zunahme externaler Störungsmuster, teilweise nur schwer in das Umfeld sozialer Einrichtungen zu integrieren sind. In einer Untersuchung von Gastaud und Nunes (2009) zeigte sich ebenfalls eine deutliche Überrepräsentation von Jungen bezüglich eines Abbruchs psychotherapeutischer Behandlung. Der Anteil der Therapieabbrecher betrug 37.7 %. Wie bereits erwähnt, spielen auch die höhere Quote der Schulabbrecher bei den Jungen (in

dieser Arbeit sind hiervon 15.6 % der Jungen und 9.8 % der Mädchen betroffen) sowie problematische Beziehungen zu Gleichaltrigen eine Rolle. Somit stellt sich die Frage wie man dieser Population mit ihren spezifischen Störungsbildern besser gerecht werden kann.

Bezüglich einer Verbesserung der initialen Symptomatik werden die meisten Patienten als deutlich gebessert (45.1 %) oder etwas gebessert (36.7 %) eingeschätzt. Eine signifikante Abhängigkeit vom Geschlecht kann nicht nachgewiesen werden. Ein Alterseffekt besteht nur für die Unterkategorie "völlig gebessert", bei zudem vergleichsweise kleinen Unterstichprobengrößen. Für die weiter gefasste Variable "Behandlungserfolg in Bezug auf die Gesamtsituation" lässt sich weder ein Alters- noch ein Geschlechtseffekt feststellen. Gelingt also eine reguläre Behandlung, so ist diese - bei ähnlicher Behandlungsdauer - für beide Geschlechter vergleichbar erfolgsversprechend.

4.3.3 Geschlechts- und Alterseffekte auf psychische Auffälligkeiten im multiperspektivischen Urteil

Zu beachten ist, dass sich die mittels der Fragebögen CASCAP-D, CBCL und YSR erhobenen Ergebnisse auf den Zeitraum der letzten sechs Monate beziehen. Die Ergebnisse werden anhand der vorangestellten Hypothesen diskutiert. Da abweichende Ergebnisse verschiedener Urteiler einer Erklärung bedürfen, erfolgt die integrierte Betrachtung anhand einer speziell auf diese Fragestellungen zugeschnittenen Unterstichprobe.

4.3.3.1 Internalisierende Auffälligkeiten

Hypothese I:

Mädchen werden im Vergleich mit Jungen von verschiedenen Informanten bezüglich internalisierender Auffälligkeiten als stärker betroffen eingeschätzt.

Hypothese II:

Ältere Patienten werden im Vergleich mit jüngeren Patienten von verschiedenen Informanten bezüglich internalisierender Auffälligkeiten als stärker betroffen eingeschätzt.

Für die übergeordnete Gruppe der internalisierenden Auffälligkeiten kann für Therapeuten, Mütter und Väter - also alle Fremdurteiler - kein signifikanter Einfluss des Geschlechts auf die Beurteilung festgestellt werden. Bei der Selbstbeurteilung zeigt sich hingegen ein signifikanter Geschlechtseffekt. Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass nur Probanden zwischen elf und 18 Jahren den entsprechenden Fragebogen beantworteten. Mädchen schätzen sich im Vergleich mit Jungen als deutlich stärker betroffen ein. Dieses Resultat zeigt sich sowohl bei Auswertung der erhobenen Mittelwerte als auch bei Analyse der Quote der als auffällig klassifizierten Patienten. Hier sehen sich im Selbsturteil fast drei Viertel der Mädchen und gut die Hälfte der Jungen als auffällig an.

Insgesamt deuten die erhobenen Befunde - dies gilt auch für die im Folgenden dargestellten untergeordneten Syndromskalen - auf eine stärkere Betroffenheit der Mädchen bezüglich internalisierender Auffälligkeiten hin. Dies kann im Hinblick auf **Hypothese I** als unterstützend gewertet werden, zeigt sich aber nicht so klar wie aufgrund der bisherigen Darstellung in der Literatur anzunehmen war. Insbesondere lässt sich keine signifikante Interaktion von Geschlecht und Alter zeigen. Auf den Effekt von Urteiler und Patientengeschlecht auf die erzielten Skalenwerte wird im Folgenden noch gesondert eingegangen.

In Bezug auf **Hypothese II** lässt sich feststellen, dass die Probanden zwischen 13 und 18 Jahren stärkere Ausprägungen für internalisierende Auffälligkeiten zeigen. Die Therapeuten sowie die Kinder und Jugendlichen selbst geben eine signifikant stärkere Betroffenheit der älteren Probanden an; für die Väter ist das Ergebnis im Trend signifikant. Hierbei ist wiederum zu berücksichtigen, dass durch die Therapeuten alle Patienten von sechs bis 18 Jahren und im Selbsturteil von elf bis 18 Jahren einbezogen wurden. Gemäß der oben formulierten Hypothese II ist dies als unterstützend zu werten. Im Hinblick auf sozialen Rückzug sehen beide Elternteile zudem ebenfalls die ältere Patientengruppe als signifikant stärker betroffen an. Diese stärkere Ausprägung internalisierender Auffälligkeiten in der Adoleszenz konnte in mehreren Arbeiten nachgewiesen werden (vgl. hierzu Esser 2008; Ihle & Esser 2002; Merikangas et al. 2010). Aus anderen Studien ist bekannt, dass die Inanspruchnahme professioneller psychiatrischer oder psychotherapeutischer Hilfe mit fortschreitendem Alter der Kinder und Jugendlichen abnimmt

(vgl. Hintzpeter et al. 2014). Auch wenn in der hier dargestellten Stichprobe die älteren Patienten überrepräsentiert sind, muss dies nicht im Widerspruch zu dieser Aussage stehen. Der geringer werdende Anteil der Jungen mit fortschreitendem Alter legt zudem einen geschlechtsdifferentiellen Effekt nahe.

Anhand der Untersuchung einer Stichprobe der stationären Jugendhilfe lässt sich ein ähnliches Resultat nachweisen (Engel et al. 2009). Hier zeigten sich Mädchen bei der Selbsteinschätzung mittels YSR bezüglich internalisierender Auffälligkeiten signifikant stärker betroffen. Dies galt sowohl für den Vergleich der Mittelwerte (Mädchen 65.7, Jungen 58.1) als auch der Quote der auffälligen Probanden (Mädchen 50 %, Jungen 20 %). In der hier vorgestellten klinischen Population zeigen sich nachvollziehbarerweise höhere Mittelwerte für internalisierende Auffälligkeiten (Mädchen 70.50, Jungen 64.97). Da diese einer stationären Behandlung bedürfen, ist eine stärkere Ausprägung des Merkmalsbereichs anzunehmen. Bei Beurteilung durch die Bezugslehrer mittels der Teacher`s Report-Form ergab sich kein Unterschied zwischen Jungen und Mädchen (ebd.). Zu berücksichtigen ist, dass es sich in dieser Studie nicht um eine klinische Inanspruchnahmepopulation, sondern um die Klientel einer stationären Jugendhilfe handelte.

Biedermann und Kollegen (2002) konstatieren aus ihrer Untersuchung, dass Verhaltensbeurteilung einem Geschlechts-Bias unterliegt, so dass Mädchen seltener einer Behandlung zugewiesen werden als Jungen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine repräsentative Untersuchung 15- bis 16-jähriger finnischer Jugendlicher mittels CBCL und YSR (Sourander et al. 1999). Mädchen zeigten sich, vergleichbar mit den Ergebnissen dieser Arbeit, in der Selbsteinschätzung internalisierender Auffälligkeiten deutlich stärker betroffen als in der Einschätzung durch ihre Eltern. Dies ist umso bedeutender, wenn man annimmt, dass die Eltern eine zentrale Rolle bei der Initiierung professioneller Hilfe einnehmen. Dieser mögliche Selektionseffekt lässt sich alleine anhand einer Inanspruchnahmepopulation naturgemäß nicht aufklären. Die Diskrepanz von Selbst- und Fremdurteil bei den Mädchen legt jedoch eine mögliche Ursache nahe. Möglicherweise werden die psychischen Probleme der Mädchen von ihrem Umfeld nicht ausreichend erkannt. Ravens-Sieberer und Kollegen (2008a) konnten zeigen, dass Mädchen mit emotionalen Problemen eine Risikogruppe für unentdeckte und folglich unbehandelte Störungen darstellen. Eine mögliche Erklärung wird in der Annahme gesehen, dass Eltern bei ihren Töchtern eher ein angepasstes und ruhiges Verhalten erwarten und daher einen etwaigen Behandlungsbedarf weniger wahrnehmen. Hintzpeter und Mitarbeiter (2014) stellten in ihrer Untersuchung von 2.863 Familien und deren Kindern von 7 bis 17 Jahren im Rahmen einer bundesweiten Erhebung fest, dass die Inanspruchnahmeraten bei

internalisierenden Störungen im Allgemeinen sehr niedrig sind. Die in Bezug auf Ängste auffälligen Kinder hatten nur in 11 % und die in Bezug auf Depressionen auffälligen Kinder nur in 12.5 % der Fälle eine entsprechende psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung erhalten. Bemerkenswert ist, dass in der hier dargestellten Stichprobe für die entsprechenden internalen Störungen aus dem psychopathologischen Aufnahmebefund - das heißt Angststörungen sowie Störungen von Stimmung und Affekt - kein Geschlechtseffekt nachgewiesen werden kann. Betrachtet man jedoch die Entlassungsdiagnosen nach ICD-10, so zeigen sich signifikant mehr Mädchen von affektiven Störungen - vor allem Depressionen - betroffen.

In einer weiteren Arbeit konnte anhand einer bundesweiten Feldstichprobe (Erhebung mittels YSR und CBCL) für internale Auffälligkeiten ebenfalls eine stärkere Betroffenheit bei Befragung der Mädchen als bei ihren Eltern ermittelt werden - dies traf in geringerem Ausmaß auch auf die untersuchten Jungen zu (vgl. Plück et al. 1997). Auch Petermann (2005) konnte zeigen, dass bei internalen Störungen - vor allem Depressionen und Angststörungen - die Hilfebedürftigkeit von den Eltern als geringer eingeschätzt wird als bei externalen Auffälligkeiten. Laut Ravens-Sieberer und Mitarbeitern (2008a) findet zudem bei Jungen mit depressiven Störungen häufiger eine Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfe statt als bei Mädchen. Letztere hätten hingegen bei Verhaltensproblemen eine höhere Inanspruchnahmerate aufzuweisen. Zudem muss in die Betrachtung einbezogen werden, dass Jungen dazu tendieren depressive Symptome aggressiv auszudrücken (Moffitt & Caspi 2001) und damit häufiger eine zeitnahe Behandlung erfahren.

Einen noch differenzierteren Blick ermöglicht die Betrachtung der zugehörigen Unterskalen. Hier schätzen die Therapeuten ältere Probanden bezüglich depressiver Symptome als hochsignifikant stärker betroffen ein. Zudem zeigt sich in der Altersgruppe der 13- bis 18-Jährigen eine signifikant stärkere Betroffenheit der Mädchen. Die Beurteilung durch die Eltern erbrachte für Ängstlichkeit und Depressionen keinen signifikanten Alters- oder Geschlechtseffekt. In der Selbstbeurteilung zeigt sich für diese Skala aber ebenfalls eine signifikant stärkere Merkmalsausprägung für die Altersgruppe der 13- bis 18-Jährigen sowie für die weiblichen Probanden. Die nur im Eltern- und Selbsturteil abgefragte Skala bezüglich körperlicher Beschwerden weist keinen signifikanten Geschlechtseffekt auf.

Eine gute Vergleichsmöglichkeit bietet die Untersuchung einer klinischen Inanspruchnahmepopulation hinsichtlich depressiver Störungen durch die Erhebung der Hauptdiagnosen nach ICD-10 anhand der KinderAGATE-Datenbank (Stegmann et al. 2013). Männliche Patienten wurden dabei früher und häufiger behandelt. Es konnte

bezüglich depressiver Störungen in der ersten Lebensdekade noch ein Überwiegen der Jungen festgestellt werden, während sich in der zweiten Lebensdekade die Geschlechterverhältnisse immer stärker angleichen. Es wird gefolgert, dass Depressionen bei Jungen vor Eintritt der Pubertät häufiger auftreten und zudem früher behandelt würden, während sich dieses Verhältnis nach der Pubertät umkehre. Dies stimmt mit den hier gefundenen Ergebnissen weitgehend überein.

Preiß und Mitarbeiter (2007) berichten in einer Übersichtsarbeit zu depressiven Störungen über höhere Prävalenzraten für das Jugend- als für das Kindesalter. Für Mädchen lässt sich durch mehrere Arbeiten (Ihle et al. 2000, Lewinsohn et al. 1995, Reinherz et al. 1993) eine Verdoppelung des Erkrankungsrisikos nach der Pubertät zeigen. Bis zum Abschluss der Adoleszenz zeigen sich dann ausgeprägte Schwankungen der Prävalenzraten. Für Jungen wird hingegen ein kontinuierlicher Verlauf angegeben.

Als mögliche Ursachen für Geschlechtsunterschiede werden unter anderem abweichende klinische Verläufe, der Beginn der Pubertät, der körperliche Entwicklungsstand oder hormonelle Einflüsse genannt. Es konnte gezeigt werden, dass ähnliche Stressoren bei Mädchen eher zu emotionalen und bei Jungen eher zu dissozialen Störungen führen. Mädchen erleben mehr Stresssituationen im sozialen Bereich und reagieren zudem stärker auf diese als Jungen (Rudolph 2002). Weiterhin besteht für Mädchen eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber sozialem Stress (Rudolph & Hammen 1999). Hampel und Kollegen (2005) konnten anhand der Untersuchung 10- bis 13-Jähriger zeigen, dass sich bei weiblichen Heranwachsenden häufiger ungünstige Muster der Stressverarbeitung finden lassen. Mit diesem "grübelnden Verarbeitungsstil" (ebd., S. 91) gehen erhöhte Auffälligkeitsskoren für Ängstlichkeit, Depressivität sowie körperliche Beanspruchungssymptome einher. Eine mögliche Erklärung für die stärkere Ausprägung internalisierender Störungen bei älteren Patienten, wiederum insbesondere bei Mädchen, besteht in einer Abnahme protektiver sozialer Faktoren mit Fortschreiten der Adoleszenz (Harrington 1993). Dies betrifft vor allem die Distanzierung von den Eltern und anderen sozialen Autoritäten. Zudem kann angenommen werden, dass Kinder aufgrund noch eingeschränkter Fähigkeiten zur Selbstreflexion einen gewissen Schutz vor negativen Kognitionen besitzen und somit weniger anfällig für depressive Störungen sind (Alsaker & Bütikofer 2005). Der Geschlechtsunterschied in der Adoleszenz kann in unterschiedlichen Entwicklungsverläufen begründet sein. Hier ist der frühere Beginn der Pubertät und die damit einhergehenden körperlichen Veränderungen bei Mädchen zu erwähnen. Es konnte gezeigt werden, dass insbesondere frühentwickelte Mädchen ein erhöhtes Risiko für Depressionen aufweisen (ebd.). Eine mögliche Begründung findet sich in einem geringeren Selbstwertgefühl der Mädchen sowie einem negativeren Körperbild (Flammer

& Alsaker 2002, Davison et al. 2003). An dieser Stelle erscheint ein Blick auf die Verteilung von Essstörungen in der hier untersuchten Stichprobe interessant. Daten hierzu wurden von den Therapeuten mittels des Fragebogens CASCAP-D erhoben. Es zeigt sich eine hochsignifikant stärkere Betroffenheit der Mädchen, mit einem im Vergleich zu Jungen durchschnittlich über vierfach höherem Skalenwert. All diese Faktoren wirken sich negativ auf die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben aus, insbesondere wenn diese in einem engen zeitlichen Rahmen erfolgen.

Andererseits kann auch die Auswahl der Untersuchungsinstrumente und der jeweiligen Urteiler einen substantiellen Einfluss auf die erhobenen Daten haben. Es ist darauf zu achten mit welchen Messinstrumenten die aus der Literatur bekannten epidemiologischen Daten erhoben wurden. Vor allem bei älteren Arbeiten wurde die Ermittlung von Prävalenzraten häufig nur auf die Selbstauskunft der Kinder oder Eltern gestützt. Hierdurch sind die teilweise hohen - und vor allem bei spezifischeren Fragestellungen auftretenden - Abweichungen bei verschiedenen Studien zu erklären. Auf mögliche ursächliche Effekte wurde bereits in der methodischen Kritik eingegangen. Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass die Untersuchungsinstrumente für internalisierende Auffälligkeiten eher typisch weibliche Symptomausprägungen abfragen und zu einer entsprechenden Verzerrung führen können. Auch die emotionale Verfassung der Eltern hat relevante Auswirkungen auf die Einschätzung ihrer Kinder. Dolle und Mitarbeiter (2012) postulieren diesbezüglich einen "egozentrischen Bias" (S. 405). Demnach schätzen Eltern ihre Kinder entsprechend ihres eigenen emotionalen Zustandes ein. Das kann bedeuten, dass depressive Eltern bei ihren Kindern eine ähnliche Stimmungslage vermuten.

Im Folgenden werden die Effekte von Patientengeschlecht und verschiedenen Urteilern auf die Einschätzung internalisierender Auffälligkeiten dargestellt und diskutiert. Allgemeine Aspekte diesbezüglich werden aus Gründen der Übersichtlichkeit für alle übergeordneten Syndromskalen anschließend in Kapitel 4.3.3.5 diskutiert.

Betrachtet man den Effekt des Geschlechts der Probanden sowie den Effekt der verschiedenen Urteiler auf die Skalenwerte für internalisierende Auffälligkeiten, so erreichen beide Signifikanz. Im Selbsturteil schätzen sich die Mädchen als stärker betroffen ein. Für die Eltern können keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern gezeigt werden.

Jungen werden von den verschiedenen Urteilern jeweils unterschiedlich eingeschätzt. Mit einem Wert von 71.82 vergeben die Mütter deutlich höhere Skalenwerte als die Jungen selbst mit 63.92. Folglich ist es hier eher das Umfeld, das die Jungen als auffällig

einschätzt und die Inanspruchnahme ermöglicht. Bei Mädchen unterscheiden sich nur die Eltern in ihrem Urteil, wobei Mütter durchschnittlich höhere Skalenwerte vergeben. Mithilfe der Interklassenkorrelation lässt sich zeigen, dass das Urteil der Eltern generell besser mit dem Selbsturteil der Töchter korreliert als mit dem der Söhne. Die höchste Übereinstimmung (ICC = 0.607) ergibt sich hierbei für Mütter und ihre Töchter, die geringste für Väter und ihre Söhne (ICC = 0.213). Somit zeigt sich erneut die Bedeutung der verschiedenen Urteiler für die Einschätzung psychischer Auffälligkeiten. Väter scheinen zudem die internalen Auffälligkeiten ihrer Söhne zu unterschätzen, bei Einschätzung der Töchter liegt im Vergleich eine höhere Korrelation vor. Seiffge-Krenke (1998) konnte in ihrer Untersuchung einer nicht-klinischen Population zeigen, dass Mütter ihre Töchter generell als auffälliger bezüglich internaler Störungen einschätzen als ihre Söhne. In dieser Arbeit ließ sich im Elternurteil hingegen kein signifikanter Geschlechtseffekt nachweisen. Eine gute Vergleichsmöglichkeit bietet die Untersuchung einer psychiatrischen Inanspruchnahmepopulation im Hinblick auf Depressionen durch Dolle und Mitarbeiter (2012). Hier stimmten bei gleich gewähltem Alters-Cut-Off das Therapeutenurteil für Kinder (9 bis 12 Jahre) besser mit den Angaben der Heranwachsenden und Eltern überein als für die Jugendlichen (12 bis 16 Jahre). Insgesamt lagen die Übereinstimmungen von Kindes- und Elternurteil untereinander und im Vergleich mit dem klinischen Urteil nur im niedrigen bis mäßigen Bereich. Dabei vergaben die Therapeuten mehr Diagnosen aus der Kategorie depressiver Störungen, als von den Patienten und ihren Eltern anhand der Fragebögen zu erwarten gewesen wäre. Eingeschränkt ist der Vergleich durch die Verwendung einer anderen Operationalisierung sowie durch die fehlende Untersuchung von Geschlechtseffekten. Allgemein scheinen Eltern die Sorgen und Ängste ihrer Kinder eher zu unter- und deren Ressourcen eher zu überschätzen (Lagattuta et al. 2012). Dies spiegelt sich auch in dieser Untersuchung wieder und lässt vermuten, dass die Ergebnisse durch einen Positivitäts-Bias verzerrt sind.

4.3.3.2 Externalisierende Auffälligkeiten

Hypothese III:

Jungen werden im Vergleich mit Mädchen von verschiedenen Informanten bezüglich externalisierender Auffälligkeiten als stärker betroffen eingeschätzt.

Bei Analyse der Störungsgruppe der externalisierenden Auffälligkeiten geben die Therapeuten eine signifikant stärkere Merkmalsausprägung für die männlichen Probanden an. Dieser Effekt lässt sich für drei der vier untergeordneten Skalen nachweisen. Hierbei handelt es sich um aggressive und dissoziale Symptome sowie hyperkinetische Auffälligkeiten. Der Alterseffekt ist uneinheitlich für die Unterskalen. Bezüglich aggressiver Symptome werden die jüngeren Probanden als stärker betroffen eingeschätzt, für dissoziale Symptome die älteren Probanden. Die Mütter schätzen die jüngeren Patienten - vor allem in Bezug auf aggressives Verhalten - als deutlich auffälliger ein. Signifikante Geschlechtseffekte bei Beurteilung durch die Mütter finden sich nicht. Die Väter sehen - vergleichbar dem Therapeutenurteil - ebenfalls Jungen als stärker von externalisierenden Auffälligkeiten betroffen an. Dies gilt wiederum insbesondere für die jüngeren Patienten und in Bezug auf aggressives Verhalten. Somit kann im Experten- und Fremdurteil **Hypothese III** als bestätigt angesehen werden.

Bemerkenswerterweise zeigt sich im Selbsturteil weder ein Effekt des Geschlechts noch des Alters. Im Gegensatz zu den anderen Urteilern schätzen sich Jungen selbst nicht auffälliger als Mädchen ein. Die hohe Einschätzung durch die Fremdurteiler als auffällig spiegelt sich zu einem gewissen Grad in der Zusammensetzung von Inanspruchnahmepopulationen wieder. In der dargestellten Stichprobe zeigt sich exakt bis zum Alter von zwölf Jahren ein Überwiegen der Jungen. Daher liegt die Annahme nahe, dass sich die Stichprobe in diesem Altersbereich vor allem aus der Klientel der in Bezug auf aggressives Verhalten auffälligen Jungen rekrutiert. In der Literatur wird zwischen proaktiv- und reaktiv-aggressivem Verhalten unterschieden. Ersteres meint zielgerichtetes, berechnendes Verhalten und letzteres eine defensive Reaktion auf als bedrohlich wahrgenommene Reize (vgl. hierzu Petermann & Petermann 2010). Proaktiv-aggressive Kinder zeigen deutlich erhöhte Raten für vorangegangene traumatische Erlebnisse in der Entwicklung - vor allem Missbrauchserfahrungen - und somit einen sehr frühen Beginn der Störungen mit einer hohen Verlaufsstabilität. Laut einer Studie des Kriminologischen Instituts Niedersachsen (Baier et al. 2009) sind Jungen zudem im Laufe der Adoleszenz häufiger von Gewalterfahrungen betroffen als Mädchen.

Aus Feldstichproben ist bekannt, dass Jungen deutlich häufiger dissoziale Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. Je nach Studie liegt das Verhältnis zwischen drei zu eins und fünf zu eins (Vloet et al. 2006). Stegmann und Mitarbeiter (2013) stellten in ihrer stationären klinischen Inanspruchnahmepopulation ein deutliches Überwiegen der Jungen für die externalen ICD-10-Diagnosen "Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung" (Verhältnis von Jungen zu Mädchen von 76.2 % zu 23.8 %) und "Hyperkinetische Störung

des Sozialverhaltens" (Verhältnis von Jungen zu Mädchen von 95.2 % zu 4.8 %) fest. Bemerkenswert ist, dass bei einer geschätzten bevölkerungsbezogenen Prävalenz zwischen 2 und 12 %, dissoziales Verhalten in 30 bis 50 % der Fälle die Ursache für die Inanspruchnahme professioneller kinder- und jugendpsychiatrischer Hilfe darstellt (Schmeck et al. 2000). Es ist allgemein anzunehmen, dass zwischen den externalen Störungen eine hohe Komorbidität besteht. Dies betrifft vor allem hyperkinetische Störungen wie ADHS und aggressiv-dissoziales Verhalten, häufig in Verbindung mit Substanzmissbrauch (Witthöft et al. 2010).

Als Ursachen für die bekannten Geschlechtsunterschiede bei externalisierenden Störungen werden höhere Auffälligkeitsraten in Bezug auf neurokognitive Defizite und Hyperaktivität angenommen (Moffitt & Caspi 2001). Weiterhin sind Jungen in der späteren Adoleszenz stärker von sozialen und individuellen Risikofaktoren betroffen und weisen höhere Raten von Substanzmissbrauch auf (ebd.). Auch genetische Ursachen werden diskutiert (Scheithauer & Petermann 2002). Von problematischem Disziplinierungsverhalten durch die Eltern sind zudem häufiger Jungen betroffen (Beelmann et al. 2007).

Ein möglicher Grund, warum Mädchen zwar in der Fremd-, nicht aber in der Selbsteinschätzung als unauffälliger beurteilt werden, liegt - neben tatsächlichen Prävalenzunterschieden - in der Präsentation weiblich-aggressiven Verhaltens. Fontaine und Mitarbeiter (2009) beschreiben eine Subpopulation von Mädchen, die sich durch relationale Aggressivität - darunter versteht man verdeckte Aggressivität oder Beziehungsaggressivität - und einen frühen Substanzmissbrauch auszeichnet. Diese Erkenntnisse konnten in weiteren Arbeiten bestätigt werden (vgl. Vaillancourt 2005). Damit stellt sich die Frage nach einem Geschlechts-Bias der bisher verwendeten Diagnoseinstrumente, die in erster Linie das männliche Aggressionsmuster abbilden. Auch bezüglich der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) lassen sich entsprechende Unterschiede feststellen. In dieser Untersuchung erfolgte die Beurteilung von Aufmerksamkeitsproblemen durch die Eltern und die Patienten selbst. Dabei beurteilten beide Elternteile die Jungen als signifikant stärker betroffen. Im Selbsturteil ließ sich hingegen kein Geschlechtsunterschied feststellen. Zu beachten ist, dass die Skala laut Fragebogenmanual nicht den externalisierenden Störungen zugeordnet ist.

Bei der weiblichen Symptomatik stehen vor allem Konzentrationsstörungen im Vordergrund (Biedermann et al. 2002). Zudem sind Mädchen seltener von Lernstörungen sowie Schul- und sozialen Problemen betroffen. Sie weisen niedrigere Komorbiditätsraten für depressive Störungen sowie dissozial-oppositionelles Verhalten auf (ebd.). Dies kann ein Grund dafür sein, dass anhand fehlender externaler Symptome und Komorbiditäten die Störung bei Mädchen seltener erkannt und behandelt wird. Wölfle und Kollegen (2014)

konnten zeigen, dass junges Alter und die Diagnose einer Störung mit hyperaktiven Symptomen eine Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfe begünstigen. Ab dem Alter von 13 Jahren zeigt sich im Geschlechtervergleich eine abnehmende Repräsentation der Jungen in der Stichprobe. Da bekannt ist, dass vor allem Störungen aus dem externalen Bereich eine hohe Tendenz zur Chronifizierung zeigen (Petermann & Petermann 2010), stellt sich die Frage nach dem Verbleib der männlichen Heranwachsenden im weiteren Verlauf. Aus vielen Arbeiten ist bekannt, dass externale Störungen im Erwachsenenalter zu delinquenten Handlungen prädestinieren und eine erhöhte Sucht-, Suizid- und Unfallgefährdung bedeuten (vgl. Laucht 2001). Diese Tatsache wird auch durch einen Blick in die Kriminalitätsstatistiken gestützt, die durchgehend eine höhere Rate männlicher Straftäter im Jugendalter zeigen (vgl. Alsaker & Bütikofer 2005). Graz und Mitarbeiter (2009) konnten für Männer, die aufgrund affektiver Störungen in der psychiatrischen Abteilung der Universitätsklinik München behandelt worden waren, anhand des Straftatenregisters retrospektiv eine sechsmal höhere Quote für Gewaltdelikte ermitteln. Dabei prädisponierten vor allem manische Störungen für späteres delinquentes Verhalten.

Im Folgenden wird der Effekt des Patientengeschlechts und des Urteilers auf die Beurteilung der Kinder und Jugendlichen dargestellt und diskutiert. Für externalisierende Auffälligkeiten zeigt sich eine signifikante Abhängigkeit der Skalenwerte von den verschiedenen Urteilern, nicht jedoch vom Geschlecht der beurteilten Person. Dabei unterscheiden sich alle Urteiler signifikant in ihrer Einschätzung. Die höchsten Skalenwerte werden durch die Mütter und die niedrigsten durch die Probanden selbst vergeben.

Die stärkere Wahrnehmung externalisierender Auffälligkeiten durch die Eltern ist aus der Literatur bekannt. Es konnte gezeigt werden, dass Eltern eine Hilfsbedürftigkeit ihrer Söhne und Töchter eher dann erkennen, wenn es durch das kindliche Verhalten zu Störungen des sozialen Umfelds kommt (Petermann 2005). Dies trifft naturgemäß auf externalisierende Störungen, wie Aggressivität oder hyperaktive Störungen zu. Auch Meltzer (2000) konnte in einer Arbeit aus dem angelsächsischen Raum feststellen, dass Kinder und Jugendliche mit externalen Störungen häufiger in Kontakt mit professioneller Hilfe kommen. Es lässt sich zudem zeigen, dass - vergleichbar mit den oben dargestellten Ergebnissen bezüglich internalisierender Auffälligkeiten - die Elternurteile für Mädchen eine stärkere Korrelation aufweisen als für Jungen. Die absoluten Werte zeigen dabei für externalisierende Auffälligkeiten eine höhere Korrelation an, als bei Analyse der internalisierenden Auffälligkeiten.

Es ist zu beachten, dass bei selbstberichteten externalen Verhaltensauffälligkeiten die Angaben durch den Faktor der sozialen Erwünschtheit verzerrt sein können. Vor allem

männliche Jugendliche tendieren demnach zu einem selektiven Antwortverhalten im Sinne eines Underreportings (vgl. Köllisch & Oberwittler 2004, Becker & Günther 2004). Zudem erfahren Jungen mit Fortschreiten der Adoleszenz im Vergleich immer weniger Regulation durch die Eltern (Moffitt & Caspi 2001).

4.3.3.3 Gesamtauffälligkeiten

Hypothese IV:

Mädchen werden im Vergleich mit Jungen von verschiedenen Informanten bezüglich psychischer Auffälligkeiten insgesamt als stärker betroffen eingeschätzt.

Ein Wert für Gesamtauffälligkeiten konnte für das Urteil der Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern berechnet werden. Der Fragebogen für Therapeuten sieht einen solchen globalen Wert nicht vor. In die Gesamtauffälligkeiten fließen neben den bereits dargestellten Skalen mit internalisierenden und externalisierenden Auffälligkeiten auch die Skalen "Aufmerksamkeitsprobleme" und "Schizoid/Zwanghaft" ein. Sowohl die Väter als auch die Mütter beurteilen Jungen als von Aufmerksamkeitsproblemen signifikant stärker betroffen. Im Selbsturteil lässt sich im Gegensatz hierzu kein Geschlechtseffekt feststellen. Ein Alterseffekt findet sich für keinen der Urteiler.

Für die Einschätzung der psychischen Gesamtauffälligkeiten ergibt sich eine Diskrepanz zwischen Eltern- und Selbsturteil in Abhängigkeit des Geschlechts. Während die Eltern die Jungen als signifikant stärker betroffen einschätzen (für die Mütter ist ein Trend festzustellen), sehen sich im Selbsturteil die Mädchen als signifikant stärker betroffen an. Ein signifikanter Alterseffekt lässt sich nicht feststellen. Dies gilt sowohl für das Selbsturteil als auch für das Urteil der Eltern. Ein Teil dieser Diskrepanz kann dadurch erklärt werden, dass für das Selbsturteil nur die Kinder und Jugendlichen ab elf Jahren berücksichtigt wurden, während in das Elternurteil die Patienten ab sechs Jahren in die Auswertung eingingen. Auch bei Untersuchung der Quote der als klinisch auffällig eingeschätzten Probanden gibt sich ein gleichsinniges Bild. Die Eltern beurteilen deutlich mehr Probanden als auffällig. Bei Beurteilung durch die Mütter sind dies 85 % der Jungen und 84.7 % der Mädchen. Im Gegensatz hierzu liegt die Quote in der Selbstbeurteilung für

Jungen bei 51.7 % und für Mädchen bei 64.7 %. Hier zeigt sich zudem ein signifikanter Geschlechtsunterschied.

Betrachtet man nur die Patienten von elf bis 18 Jahren, so finden sich im Vergleich signifikante Unterschiede für die verschiedenen Urteiler. Dabei vergeben die Mütter jeweils die höchsten Skalenwerte und die Patienten die niedrigsten. Die hohen Skalenwerte der Mütter lassen sich vor allem auf eine signifikant höhere Einschätzung der Jungen als betroffen zurückführen. Dabei korreliert das Urteil der Eltern mit dem der Töchter deutlich besser als mit dem der Söhne. Am wenigsten stimmten Väter mit ihren Söhnen überein.

Ursächlich für die abweichenden Ergebnisse in Abhängigkeit der Urteiler ist, wie in den vorangehenden Kapiteln bereits dargestellt, einerseits die diskrepante Einschätzung von Eltern und Mädchen bezüglich internalisierender Störungen, andererseits die diskrepante Einschätzung von Eltern und Jungen bezüglich externalisierender Störungen. Stadler und Mitarbeiter (2013) fanden für die Jungen insgesamt eine schwerere Gesamtsymptomatik, für die Mädchen jedoch heterogenere komorbide Störungen, vor allem mit stärker ausgeprägten internalen Symptomen. In einer rezenten für Deutschland repräsentativen Feldstudie konnte gezeigt werden, dass Jungen im Alter von elf bis 17 Jahren deutlich häufiger von psychischen Störungen betroffen sind als Mädchen. Die Quote für Jungen wurde mit 5.7 % und für Mädchen mit 4.0 % angegeben (Ravens-Sieberer et al. 2008a). Die relativ niedrigen Prävalenzraten erklären sich in der Arbeit von Ravens-Sieberer und Kollegen (2008a) durch die Einbeziehung eines Kriteriums zur Feststellung des Grades der Beeinträchtigung.

Aus Prävalenzermittlungen mittels Feldstichproben ist bekannt, dass psychische Störungen im Kindesalter meist ein klares Überwiegen der Jungen zeigen. Dieses Verhältnis wird mit einem Faktor von zwei zu eins angegeben und verändert sich im Laufe der Adoleszenz (vgl. Fuchs et al. 2013). Petersen und Kollegen (1991) sehen als Ursache für die Zunahme von psychischen Auffälligkeiten bei Mädchen im Laufe der Adoleszenz vordringlich die unterschiedlichen Entwicklungsmuster in Bezug auf internalisierende Probleme. Zum einen wiesen Mädchen ein zunehmend von sozialem Rückzug geprägtes Verhalten auf, zum anderen reagierten sie mit ängstlichen und depressiven Verhaltensmustern auf emotionale Herausforderungen. Jungen sahen sich hingegen nicht im gleichen Umfang mit emotionalen Problemen konfrontiert und würden eher auf körperliche Beschwerden reagieren. Reitz und Mitarbeiter (2005) untersuchten in einer niederländischen Feldprobe die Stabilität psychischer Störungen bei 13- bis 14-Jährigen mithilfe des Youth Self-Reports. Im Laufe des Heranwachsens konnte dabei eine höhere Störungsstabilität für die weiblichen Probanden nachgewiesen werden. Dies betraf sowohl

internalisierende als auch externalisierende Störungen. Als Ursache hierfür wurde eine zeitlich frühere Entwicklung der Mädchen und eine damit verbundene höhere Exposition gegenüber Stresssituationen postuliert.

In der Literatur findet für kinder- und jugendpsychiatrische Störungen ein Geschlechterparadox Erwähnung. Das Geschlecht mit niedrigeren Prävalenzraten für eine spezifische Störung hat demnach ein erhöhtes Risiko für ein schlechteres Langzeitergebnis (vgl. hierzu Tiet et al. 2001). Es ist zu diskutieren, ob hierfür möglicherweise ein Gender-Bias bezüglich Diagnostik und Behandlung ursächlich ist.

4.3.3.4 Einfluss von Urteiler und Patientengeschlecht auf Beurteilung psychischer Auffälligkeiten

Im Folgenden werden noch wichtige Aspekte des Einflusses von verschiedenen Informanten auf die Beurteilung von psychischen Auffälligkeiten diskutiert. Dies geschieht unter besonderer Berücksichtigung des Geschlechts, sowohl der Urteiler als auch der Patienten.

Beim Vergleich mit den bisherigen Ergebnissen aus der Literatur muss auf die Unterscheidung zwischen nicht-klinischen und klinischen Stichproben geachtet werden. Für letztere konnte in verschiedenen Arbeiten eine stärkere Einschätzung der Betroffenheit durch die Eltern gezeigt werden. Ein gegensinniger Effekt ergibt sich bemerkenswerterweise bei Untersuchungen von nicht-klinischen Stichproben. Hier schätzen sich in mehreren Arbeiten übereinstimmend die Kinder und Jugendlichen selbst als durchschnittlich stärker betroffen ein als bei Einschätzung durch ihre Eltern (vgl. Salbach-Andrae et al. 2009, Petot et al. 2011, Van der Ende & Verhulst 2005).

Für die hier dargestellte Inanspruchnahmepopulation zeigt sich in Bezug auf Gesamtauffälligkeiten eine höhere Beurteilung durch die Eltern. Für die verschiedenen Syndromskalen lässt sich jedoch ein differenzierteres Bild feststellen. Dabei berichten Mädchen mehr internalisierende Auffälligkeiten und Jungen weniger externalisierende Auffälligkeiten als ihre Eltern. Dies weist auf mögliche Probleme für den Zugang zu professioneller Hilfe bzw. das eigene Störungsverständnis und daraus resultierend die Therapiemotivation hin. Verschiedene Arbeiten leiten daraus ab, dass Kinder und Jugendliche bezüglich internalisierender Störungen die geeigneteren Informanten

darstellen, während dies bei externalisierenden Störungen eher für die Eltern zutrefte (Barkmann & Schulte-Markwort 2004, Rutter & Sroufe 2000).

Es lässt sich weiterhin feststellen, dass in der hier dargestellten Stichprobe die Eltern- und Selbsturteile für externalisierende Auffälligkeiten besser korrelieren als für internalisierende Auffälligkeiten. Für Letztere liegen die Übereinstimmungen von Eltern- und Mädchenurteil im moderaten bis hohen Bereich und für Eltern- und Jungenurteil im niedrigen bis moderaten Bereich. Für externalisierende Auffälligkeiten liegen die Korrelationen für Jungen und Mädchen im moderaten bis hohen Bereich. Dies liegt vermutlich an der leichteren Beobachtbarkeit externaler Symptome und ihrer stärkeren Beeinträchtigung des sozialen Umfeldes. Zu einem vergleichbaren Ergebnis kommt eine Arbeit von Achenbach (2011). Salbach-Andrae und Kollegen (2009) konnten anhand einer Inanspruchnahmepopulation (N = 1718) der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Charité-Universitätsmedizin Berlin zeigen, dass sich zwischen Eltern sowie den betroffenen Kindern und Jugendlichen niedrige Übereinstimmungen in Bezug auf internalisierende und Gesamtauffälligkeiten und moderate Übereinstimmungen in Bezug auf externalisierende Auffälligkeiten feststellen lassen. Dabei berichteten die Heranwachsenden über deutlich weniger Störungen als ihre Eltern. Auch in der hier dargestellten Stichprobe schätzen sich anhand des Gesamtauffälligkeitswertes die Patienten als weniger auffällig ein. Daraus kann gefolgert werden, dass Eltern die psychischen Probleme ihrer Kinder eher überschätzen, die Heranwachsenden selbst diese eher unterschätzen. Weiterhin konnte - analog den Ergebnissen dieser Arbeit - gezeigt werden, dass die Urteiler in Bezug auf männliche Probanden stärker voneinander abweichen. Die Erhebung erfolgte ebenfalls mithilfe der Fragebögen CBCL und YSR.

Bereits Achenbach (1987) nahm sich Ende der 1980er Jahre der Unterschiede zwischen verschiedenen Urteilern an. Er kam zu dem Ergebnis, dass höhere Korrelationen der Urteiler für jüngere als für ältere Probanden erreicht werden. Zudem mahnte er an, Urteilerunterschiede nicht als rein methodisch bedingt abzutun, sondern diese genau zu analysieren. Wie bereits in den vorherigen Kapiteln dargestellt, korreliert das Urteil der Eltern für alle Syndromskalen besser mit dem der Töchter. Daraus kann man schlussfolgern, dass die Symptomatik der Jungen einerseits schwerer zu erkennen ist. Andererseits ist anzunehmen, dass bei Jungen ein geringeres Störungsverständnis und daraus resultierend ein subjektiv geringerer Leidensdruck besteht. Diese Hypothese lässt sich dadurch stützen, dass sich die männlichen Untersuchungsteilnehmer im Gegensatz zu den Fremdurteilern als "auffällig unauffällig" einschätzen.

Horsley (2009) konnte in ihrer Dissertation ebenfalls zeigen, dass Urteilerunterschiede zwischen Eltern und ihren Kindern nicht nur als ein statistisches Problem angesehen

werden sollten, sondern wichtige Informationen für Diagnostik und Behandlung liefern können. So deuteten starke Urteilerabweichungen auf einen ungünstigen Verlauf hin und waren häufiger mit Delinquenz und Schulproblemen der Heranwachsenden assoziiert. Ein Umstand der sich anhand der hier vorgestellten Zahlen eindrücklich bestätigen lässt. Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine Untersuchung von Urteilerabweichungen (mittels CBCL und YSR) von Ferdinand und Mitarbeitern (2006). Dabei prädisponierte eine höhere Einschätzung auf der Skala "Aufmerksamkeitsprobleme" durch die Eltern zu disziplinarischen Problemen in der Schule, eine höhere Einschätzung auf der Skala "Ängstlich/Depressiv" durch die Eltern zu delinquentem Verhalten.

Die meisten Arbeiten zu epidemiologischen Fragen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verwenden lediglich eine Urteilerperspektive. In den bisherigen Untersuchungen wurde nur selten zwischen mütterlichem und väterlichem Urteil differenziert. In dieser Arbeit korreliert das Urteil der Mütter fast durchgehend besser mit dem der Kinder als das Urteil der Väter. Seiffge-Krenke und Kollmar (1998) kamen zu dem Ergebnis, dass Mütter bei Töchtern mehr internalisierende und bei Söhnen mehr externalisierende Symptome wahrnehmen als Väter. Dieser von Seiffge-Krenke und Kollmar (1998) postulierte Eltern-Bias lässt sich in dieser Arbeit so nicht bestätigen. Weder für internalisierende noch für externalisierende Auffälligkeiten konnte bei Beurteilung durch die Mütter ein signifikanter Geschlechtseffekt gefunden werden. Es lässt sich zeigen, dass bei internalisierenden Auffälligkeiten das Urteil von Müttern und Töchtern deutlich besser übereinstimmt als bei Müttern und Söhnen. Zumindest scheinen die Mütter ihre Söhne als internal auffälliger einzuschätzen, als diese sich selbst. Gemäß eines Literaturüberblicks von Rennen-Allhoff (1991) berichten Mütter generell über mehr Symptome ihrer Kinder als die Väter. Zudem ist die Verlässlichkeit der Angaben der Eltern für beobachtbare Verhaltensweisen höher als für Fragen zu emotionalen Problemen. Insgesamt werden die eigenen Kinder demgemäß nicht positiver eingeschätzt als andere Kinder.

Youngstrom und Kollegen (2011) untersuchten, von welchen Faktoren die Einschätzung der Zuverlässigkeit von Informanten durch den Therapeuten abhängt. Dies hat Einfluss darauf, welche Informationen in die Beurteilung mit einfließen. Dabei wurden die Eltern allgemein als glaubwürdiger als die Kinder oder Jugendlichen eingeschätzt. Diese Wahrnehmung verstärkte sich bei guter Familienfunktion, jüngeren Patienten und gebildeteren Eltern. Die Einschätzung der Betroffenen selbst als glaubwürdig hing stark von ihrem Alter sowie von kognitiven Fähigkeiten ab.

Für diese Arbeit wurde auch der Einfluss des Therapeutengeschlechts auf die Beurteilung der Kinder und Jugendlichen analysiert. Augenfällig ist zunächst das Überwiegen der weiblichen Therapeuten mit einem Anteil von fast 70 %. Betrachtet man

den Anteil der von den Therapeutinnen mittels Fragebogen beurteilten Patienten ergibt sich eine Quote von 59 %. Das Therapeutengeschlecht zeigt signifikante Effekte auf die Beurteilung der Probanden. Die männlichen Therapeuten schätzen dabei die Kinder und Jugendlichen durchschnittlich als internal auffälliger ein als ihre Kolleginnen, dies gilt insbesondere bezüglich ängstlicher und depressiver Symptome. Zudem beurteilen die männlichen Therapeuten Jungen als signifikant stärker von externalisierenden Störungen betroffen. Die weiblichen Therapeuten hingegen beurteilen aggressives Verhalten bei den Mädchen als signifikant stärker ausgeprägt, als dies durch die männlichen Kollegen erfolgt. Dies zeigt, dass die Einschätzung der Auffälligkeiten auch vom Geschlecht des Untersuchers abhängig ist und eine relevante Einflussgröße darstellt. Umso wichtiger ist die Einbeziehung von Geschlechtseffekten, um die in der Forschung erzielten Ergebnisse richtig interpretieren zu können. Damit hat allein die Berücksichtigung unterschiedlicher Informationsquellen einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die ermittelten Prävalenzraten.

4.4 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick

In der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, wie wichtig eine differenzierte Betrachtung des Einflusses von Geschlecht und Alter auf die Beurteilung psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen ist. Insbesondere die Einbeziehung verschiedener Informanten ist von großer Bedeutung für die Qualität der erhobenen Daten sowie die Interpretation der erzielten Ergebnisse.

Die Annahme oder Ablehnung der aus der epidemiologischen Feldforschung abgeleiteten Hypothesen ist dabei stark vom jeweils betrachteten Urteiler abhängig. Bei internalisierenden Auffälligkeiten kann im Experten- und Elternurteil kein Geschlechtsunterschied festgestellt werden. Im Selbsturteil schätzen sich hingegen Mädchen als signifikant stärker betroffen ein. Bezüglich externalisierender Auffälligkeiten ergibt sich ein gegensinniges Bild. Im Experten- und Elternurteil werden die männlichen Probanden als signifikant stärker betroffen beurteilt. Im Selbsturteil kann jedoch kein Geschlechtseffekt nachgewiesen werden. Im Hinblick auf Gesamtauffälligkeiten vergeben die Eltern signifikant höhere Werte für Jungen, während sich im Selbsturteil Mädchen als auffälliger beschreiben. Bezüglich des Alters lässt sich eine stärkere Ausprägung von

internalisierenden Auffälligkeiten bei den älteren Probanden nachweisen. Bei externalisierenden Störungen kann kein einheitlicher Alterseffekt gefunden werden.

Somit erscheint es als sinnvoll bei Vorliegen externalisierender Störungen dem Urteil der Eltern besondere Bedeutung zukommen zu lassen. Bei internalisierenden Störungen sollte vor allem die Auskunft der Heranwachsenden berücksichtigt werden. Bei genauerer Analyse der Ergebnisse zeigen sich mögliche Barrieren für die Inanspruchnahme professioneller kinder- und jugendpsychiatrischer Hilfe. Als Risikogruppe für unbehandelte Störungen können - wie im Vorangehenden bereits diskutiert - Mädchen mit internalisierenden Störungen ausgemacht werden, da sich die Symptomatik dem Umfeld nicht ohne weiteres mitteilt. Zudem stellen mit Fortschreiten der Adoleszenz Jungen mit externalisierenden Störungen eine weitere Risikogruppe dar. Hier ist einerseits von einem geringeren Leidensdruck auszugehen, andererseits scheint die zunehmend problematische soziale Interaktion zu einer Benachteiligung in verschiedenen Institutionen zu führen. Dies legt der mit zunehmendem Alter rückläufige Anteil männlicher Patienten in psychiatrischen Einrichtungen zumindest nahe.

Für alle psychischen Auffälligkeiten korreliert zudem das Urteil der Eltern besser mit dem Töchterurteil. Hierin kann eine mögliche Erklärung für eine rückläufige Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfe bei männlichen Jugendlichen liegen. Für die Bedarfsplanung kann abgeleitet werden, dass auf Jungen mit externalisierenden Störungen noch intensiver eingegangen werden sollte. Dies legt einerseits die höhere Abbruchquote der Behandlung durch die Therapeuten nahe, andererseits die reduzierte Wahrnehmung der eigenen psychischen Auffälligkeiten. Bezeichnend hierfür ist, dass bei Jungen die Aufnahme signifikant häufiger auf elektivem Weg erfolgt, während Mädchen häufiger - vor allem im Rahmen von Suizidalität - eine notfallmäßige Aufnahme erfahren. Augenfällig ist zudem die im Verlauf deutlich rückläufige Quote der männlichen Probanden. Als positiv ist zu bewerten, dass Jungen - insofern eine Behandlung gelingt - einen vergleichbaren Behandlungserfolg erzielen.

In der epidemiologischen Forschung - dies gilt sowohl für Feldstich- als auch für Inanspruchnahmestichproben - erscheint die Einbeziehung zumindest des Eltern- und Selbsturteils als notwendig, um valide Ergebnisse zu erzielen. In der Vergangenheit stützten sich epidemiologische Untersuchungen häufig nur auf einen Informanten. Die Interpretation der so erzielten Prävalenzraten unterliegen den bereits beschriebenen Einschränkungen. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass auch das Therapeutengeschlecht einen nicht zu unterschätzenden Einflussfaktor auf die Beurteilung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen darstellt.

Ziel zukünftiger Forschung sollte es sein, noch differenziertere Daten über die beschriebenen Risikogruppen zu gewinnen, um so Barrieren für die Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung aufzuzeigen und verbesserte Früherkennungs- und Präventionsmaßnahmen zu etablieren.

Zudem besteht ein großer Forschungsbedarf bezüglich ätiologischer Fragestellungen von Geschlechts- und Altersunterschieden. Die hier dargestellten Erkenntnisse können als Anknüpfungspunkte für weitere Untersuchungen dienen. Dabei ist festzustellen, dass die bisherige Datenlage zu differenzierten Aspekten kinder- und jugendpsychiatrischer Inanspruchnahmepopulationen unzureichend und teilweise widersprüchlich ist.

Diese Arbeit bietet zudem die Möglichkeit im Rahmen von Follow-up-Untersuchungen die Entwicklung von Geschlechts- und Alterseffekten im zeitlichen Verlauf zu untersuchen.

5. Zusammenfassung

In dieser Arbeit wurden Geschlechts- und Alterseffekte bezüglich der Beurteilung psychischer Auffälligkeiten in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation im multiperspektivischen Urteil analysiert. Hierbei wurde ein besonderer Fokus auf die Untersuchung internalisierender und externalisierender Symptome gelegt. Zudem wurden relevante Parameter der Inanspruchnahme und Behandlung evaluiert.

In die Stichprobe wurden insgesamt 519 Kinder und Jugendliche im Alter von sechs bis 18 Jahren eingeschlossen, die im Zeitraum von 1999 bis 2006 in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf behandelt wurden. Die Datenerhebung erfolgte zum Zeitpunkt der Aufnahme mittels standardisierter Fragebögen (Basisdokumentation, CASCAP-D, CBCL, YSR) sowohl durch die behandelnden Therapeuten als auch durch die Eltern sowie die Patienten selbst.

Die Ergebnisse zeigen signifikante Unterschiede zwischen den Urteilern bezüglich der Ausprägung internalisierender und externalisierender Symptome in der klinischen Stichprobe. Für internalisierende Auffälligkeiten konnte im Therapeuten- und Elternurteil kein Geschlechtsunterschied festgestellt werden. Im Selbsturteil schätzten sich hingegen die weiblichen Probanden als signifikant stärker betroffen ein. Bezüglich externalisierender Auffälligkeiten ergab sich ein gegensinniges Bild. Im Therapeuten- und Elternurteil wurden die männlichen Probanden als signifikant stärker betroffen eingeschätzt. Im Selbsturteil konnte jedoch kein Geschlechtseffekt nachgewiesen werden. Des Weiteren zeigte sich eine stärkere Betroffenheit älterer Patienten bezüglich internalisierender Auffälligkeiten. Bei externalisierenden Störungen konnte kein einheitlicher Alterseffekt gefunden werden. Die Beurteilung durch die Eltern korrelierte allgemein besser mit dem Selbsturteil der Töchter als mit dem der Söhne. Zudem zeigten sich für externalisierende Auffälligkeiten höhere Urteilerübereinstimmungen als für internalisierende Auffälligkeiten. Weitere Ergebnisse zeigten, dass bei Mädchen signifikant häufiger eine notfallmäßige Vorstellung erfolgte. Dies steht im Zusammenhang mit deutlich höheren Suizidalitätsraten. Relevante Geschlechtsunterschiede fanden sich zudem bezüglich des psychopathologischen Aufnahmebefundes sowie der Entlassungsdiagnosen nach ICD-10. Kein Geschlechtseffekt konnte für die Behandlungsdauer oder das Behandlungsergebnis gezeigt werden.

Diese Ergebnisse liefern wichtige Hinweise für die weitere Bedarfsplanung sowie die Konzeption von Präventionsmaßnahmen. Sie verdeutlichen, wie wichtig die Berücksichtigung von Geschlechts- und Alterseffekten für Fragestellungen in der kinder- und

jugendpsychiatrischen Forschung sind. Eine besondere Bedeutung kommt dabei der Einbeziehung mehrerer Informanten zu.

This clinical referred study assessed gender and age differences in the externalization-internalization of symptom expression in child and adolescent psychiatric patients. Different perspectives were taken into account as ratings included self-evaluation and external assessment (therapists and parents). An analysis was made to determine the degree to which the pattern among psychiatric internalized and externalized symptoms is determined by differences in raters, gender and age effects.

519 children and adolescents aged 6 to 18 years undergoing treatment in the clinic of child and youth psychiatry at the university hospital Hamburg Eppendorf between 1999 and 2006 were assessed at admission (CBCL, YSR, CASCAP-D, basic documentation).

Results revealed a significant difference between the rating sources (patients, therapists, parents) concerning the degree of internalized or externalized symptoms in the sample. No differences evaluating internalized symptoms were found for therapists and parents, respectively. Whereas girls reported significantly more internalized symptoms compared to boys. For externalized symptoms therapists and parents estimated higher prevalence for boys, whereas self-evaluation showed no such difference. Furthermore internalizing problems seem to be predominant in elderly patients. No age effects could be found for externalized symptoms. In general, interrater-reliability was highest for the evaluation of girls and externalized symptoms. Further findings show a significantly higher amount of girls among emergency admissions to the hospital. This relates to higher rates of suicidality among girls. No gender effect could be obtained for treatment outcome or duration of treatment. Furthermore significant gender differences could be found for psychopathological findings and diagnoses related to ICD-10.

The presented results provide important issues concerning the evaluation of different informants in clinical assessments. Furthermore gender and age differences should be taken into account planning treatment and prevention programs in child and adolescent psychiatry.

6. Literaturverzeichnis

Aba O, Hendrichs A (1989) Die stationäre Klientel einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 38(10):358-362.

Abikoff HB, Jensen PS, Arnold LE, Hoza B, Hechtman L, Pollack S, Martin D et al. (2002) Observed classroom behavior of children with ADHD: Relationship to gender and comorbidity. *Journal of abnormal child psychology*. 30(4):349-359.

Achenbach TM (1991a) The Derivation of Taxonomic Constructs: A Necessary Stage in the Development of Developmental Psychopathology. In: *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, Vol. 3, Models and Integrations*. Cicchetti D, Toth SL (Hrg.): 43-74.

Achenbach TM (1991b) Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington.

Achenbach TM (1991c) Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington.

Achenbach TM (2011) Commentary: Definitely more than measurement error: But how should we understand and deal with informant discrepancies? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 40(1):80-86.

Achenbach TM, Edelbrock CS (1987) Manual for the youth self-report and profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington.

Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT (1987) Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological bulletin*. 101(2):213-232.

Albert M, Hurrelmann K, Quenzel G, Schneekloth U (2011) Jugend 2010: Die 16. Shell Jugendstudie. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*. 6(2):199-205.

Albota M (2004) Zur Situation der Versorgung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen in Hamburg. Expertise im Auftrag der Hamburgischen Kammer der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Psychotherapeutenkammer Hamburg (Hrg.).

- Allehoff WH, Esser G, Schmidt MH, Hennicke K (1983) Die Bedeutung der Informations- und Kooperationsverweigerung für die Interpretationsreichweite einer mehrstufigen kinderpsychiatrisch-epidemiologischen Untersuchung. *Social psychiatry*. 18(1):29-36.
- Aloisi AM (2007) Geschlecht und Hormone. In: Gehirn und Geschlecht. Lautenbacher S, Güntürkün O, Hausmann M (Hrg.) Springer, Berlin, Heidelberg: 3-15.
- Alsaker FD, Bütikofer A (2005) Geschlechtsunterschiede im Auftreten von psychischen und Verhaltensstörungen im Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*. 14(3):169-180.
- Alsaker FD, Flammer A (2002) Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Die Erschließung innerer und äußerer Welten. Huber, Bern.
- Angold A, Costello EJ (1995) Developmental epidemiology. *Epidemiologic Reviews*. 17(1):74-82.
- Baier D, Pfeiffer C, Simonson J, Rabold S (2009) Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt: Erster Forschungsbericht zum gemeinsamen Forschungsprojekt des Bundesministeriums des Innern und des KFN. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen, Hannover.
- Barkmann C (2004) Psychische Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ein epidemiologisches Screening. Dr. Kovač, Hamburg.
- Barkmann C, Schulte-Markwort M (2004) Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatrische Praxis*. 31(6):278-287.
- Barkmann C, Schulte-Markwort M (2005) Emotional and behavioral problems of children and adolescents in Germany. An epidemiological screening. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 40(5):357-366.
- Barkmann C, Schulte-Markwort M, Brähler E (2010) Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter. Hogrefe, Göttingen.
- Baumann T, Schneider C, Vollmar M, Wolters M (2012) Schulen auf einen Blick. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Beck B, Amon P, Castell R, Mall W, Wilkes J (1993) Untersuchung zur Anwendbarkeit der CBCL an einer Population von sechs- bis achtjährigen Sonderschülern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 21(2):101-108.

- Becker R, Günther R (2004) Selektives Antwortverhalten bei Fragen zum delinquenten Handeln. Eine empirische Studie über die Wirksamkeit der sealed envelope technique bei selbstberichteter Delinquenz mit Daten des ALLBUS 2000. *ZUMA-Nachrichten*. 54(28):39-59.
- Beelmann A, Stemmler M, Lösel F, Jaursch S (2007) Zur Entwicklung externalisierender Verhaltensprobleme im Übergang vom Vor- zum Grundschulalter: Risikoeffekte des mütterlichen und väterlichen Erziehungsverhaltens. *Kindheit und Entwicklung*. 16(4):229-239.
- Belhdj Kouider E, Dupont M, Koglin U, Lorenz AL, Petermann F (2014) Interethnische Analysen der Verteilungen psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in einer Inanspruchnahmepopulation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 63(4):272-288.
- Biederman J, Mick E, Faraone SV, Braaten E, Doyle A, Spencer T, Wilens TE, Frazier E, Johnson MA (2002) Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *American Journal of Psychiatry*. 159(1):36-42.
- Broverman IK, Vogel SR, Broverman DM, Clarkson FE, Rosenkrantz PS (1972) Sex-Role Stereotypes: A Current Appraisal. *Journal of Social issues*. 28(2):59-78.
- Christl B, Wittchen HU, Pfister H, Lieb R, Bronisch T (2006) The accuracy of prevalence estimations for suicide attempts. How reliably do adolescents and young adults report their suicide attempts? *Archives of suicide research*. 10(3):253-263.
- Cicchetti D (1999) Entwicklungspsychopathologie: Historische Grundlagen, konzeptuelle und methodische Fragen, Implikationen für Prävention und Intervention. In: Klinische Entwicklungspsychologie: Ein Lehrbuch. Oerter R, von Hagen C, Röper G, Noam G. Beltz, Weinheim: 11-44.
- Corbitt EM, Widiger TA (1995) Sex differences among the personality disorders: An exploration of the data. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2(3):225-238.
- Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Stangl DK, Tweed DL, Erkanli A, Worthman CM (1996) The Great Smoky Mountains Study of Youth: goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of general psychiatry*. 53(12):1129-1136.
- Costello EJ, Egger H, Angold A (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 of Child & Adolescent Psychiatry*. 44(10):972-986.

Davison KK, Markey CN, Birch LL (2003) A longitudinal examination of patterns in girls' weight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years. *International Journal of Eating Disorders*. 33(3):320-332.

De Los Reyes A, Youngstrom EA, Pabón SC, Youngstrom JK, Feeny NC, Findling RL (2011) Internal consistency and associated characteristics of informant discrepancies in clinic referred youths age 11 to 17 years. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 40(1):36-53.

Detzner M, Schmidt MH (1988) Epidemiologische Methoden. In: Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Band I: Grundprobleme, Pathogenese, Diagnostik, Therapie. Remschmidt H, Schmidt H (Hrg.) Georg Thieme, Stuttgart, New York: 320-337.

Diersch N, Walther E (2010) Umfrageforschung mit Kindern und Jugendlichen. In: Befragung von Kindern und Jugendlichen. Grundlagen, Methoden und Anwendungsfelder. Walther E, Preckel F, Mecklenbräuker S (Hrg.) Hogrefe, Göttingen: 297-318.

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Huber, Bern.

Dolle K, Schulte-Körne G, von Hofacker N, Izat Y, Allgaier AK (2012) Übereinstimmung von klinischer Diagnose, strukturierten Interviews und Selbstbeurteilungsfragebögen bei Depression im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 40(6):405-414.

Döpfner M, Schmeck K, Berner W, Lehmkuhl G, Poustika F (1994) Zur Reliabilität und faktoriellen Validität der Child Behavior Checklist - eine Analyse in einer klinischen und einer Feldstichprobe. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 22:189-205.

Döpfner M, Lehmkuhl G, Berner W, Flechter H, Schwitzgebel P, von Aster M, Steinhausen HC (1995a) Die Beurteilung psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen anhand der Psychopathologischen Befund-Dokumentation. *Kindheit und Entwicklung*. 4:51-60.

Döpfner M, Berner W, Lehmkuhl G (1995b) Reliabilität und faktorielle Validität des Youth Self-Report der Child Behavior Checklist bei einer klinischen Stichprobe. *Diagnostica*. 41:221-244.

Döpfner M, Plück J, Berner W, Fegert JM, Huss M, Lenz K, Schmeck K, Lehmkuhl U, Poustka F, Lehmkuhl G (1997a) Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 25(4):218-33.

Döpfner M, Wolff Metternich T, Berner W, Englert E, Lenz K, Lehmkuhl U, Lehmkuhl G, Poustka F, Steinhausen HC (1997b) Die psychopathologische Beurteilung von Kindern und Jugendlichen in vier kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmestichproben - eine multizentrische Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 46(8):548-565.

Döpfner M, Plück J, Bölte S, Lenz K, Melchers P, Heim K (1998a) Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung mit deutschen Normen, 2. Auflage. Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD), Köln.

Döpfner M, Plück J, Bölte S, Lenz K, Melchers P, Heim K (1998b) Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung, 2. Auflage mit deutschen Normen. Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD), Köln.

Döpfner M, Berner W, Flechtner H, Lehmkuhl G, Steinhausen HC (1999) Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D). Befundbogen, Glossar und Explorationsleitfaden. Hogrefe, Göttingen.

Döpfner M, Flechtner H, Lehmkuhl G, Steinhausen HC (2010) Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche. Befundbogen, Glossar und Explorationsleitfaden, 2. Auflage. Hogrefe, Göttingen.

Engel C, Häbeler F, Pätow C (2009) Psychische Belastung und Geschlechtsunterschiede einer Stichprobe der stationären Jugendhilfe. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 58(9):702-715.

Englert E, Jungmann J, Lam L, Wienand F, Poustka F (1998) Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie (BADO-KJP), 3. Auflage. Kommission zur Qualitätssicherung. DGKJP/BAG/BKJPP.

Eschmann S, Weber Häner Y, Steinhausen HC (2007) Die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung soziodemografischer Merkmale. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*. 36(4):270-279.

- Essau CA, Karpinski NA, Petermann F, Conradt J (1998) Häufigkeit und Komorbidität psychischer Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*. 46(2):105-124.
- Essau CA, Conradt J, Petermann F (1999) Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 27(1):37-45.
- Esser G (2008) Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Georg Thieme, Stuttgart.
- Esser G, Lahnert B, Schmidt MH (1986) Determinanten der Inanspruchnahme kinderpsychiatrisch/-psychologischer Behandlung und ihr Erfolg. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 14(3):228-244.
- Esser G, Schmidt MH, Blanz B, Fätkenheuer B, Fritz A, Koppe T, Rothenberger W (1992) Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse einer prospektiven epidemiologischen Längsschnittstudie von 8-18 Jahren. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 20(4):232-242.
- Esser G, Ihle W, Schmidt MH, Blanz B (2000) Die Kurpfalzerhebung - Ziele, Methoden und bisherige Ergebnisse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 29(4):233-245.
- Felder H, Brähler E (2002) Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. In: Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Medizinpsychologische und psychosomatische Untersuchungen, 2. Auflage. Brähler E, Felder H (Hrg.) Westdeutscher Verlag, Opladen: 9-32.
- Fennig S, Geva K, Zalzman G, Weitzman A, Fennig S, Apter A (2005) Effect of gender on suicide attempters versus nonattempters in an adolescent inpatient unit. *Comprehensive psychiatry*. 46(2):90-97.
- Ferdinand RF, van der Ende J, Verhulst FC (2006) Prognostic value of parent–adolescent disagreement in a referred sample. *European child & adolescent psychiatry*. 15(3):156-162.
- Fontaine N, Carbonneau R, Vitaro F, Barker ED, Tremblay RE (2009) Research review: a critical review of studies on the developmental trajectories of antisocial behavior in females. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 50(4):363-385.

- Fuchs M, Bösch A, Hausmann A, Steiner H (2013) The child is father of the man. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 41(1):45-57.
- Gahleitner SB (2009) Gender Matters. In: Gender, Trauma, Sucht: Neues aus Forschung, Diagnostik und Praxis. Gahleitner SB, Gunderson CL (Hrg.) Asanger, Kröning: 25-38.
- Gastaud MB, Nunes MLT (2009) Predictors of treatment dropout in child psychoanalytical psychotherapy. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 31(1):13-23.
- Goldbeck L, Göbel D (1990) Stationäre Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - Analysen an einer Inanspruchnahmepopulation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 39(3):87-93.
- Graham P, Rutter M (1973) Psychiatric disorder in the young adolescent: a follow-up study. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. 66(12):1226.
- Graz C, Etschel E, Schoech H, Soyka M (2009) Criminal behaviour and violent crimes in former inpatients with affective disorder. *Journal of affective disorders*. 117(1):98-103.
- Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Lowry R, Harris WA, McManus T, Chyen D, Collins J (2004) Youth risk behavior surveillance - United States, 2003. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries, Washington DC*. 53(2):1-96.
- Hampel P, Kümmel U, Meier M, Desman C, Dickow B (2005) Geschlechtseffekte und Entwicklungsverlauf im Stresserleben, der Stressverarbeitung, der körperlichen Beanspruchung und den psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 54(2):87-103.
- Harrington R (1993) Depressive disorder in childhood and adolescence. John Wiley & Sons, Chichester.
- Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H (2011) Misshandlungen in Kindheit und Jugend: Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung. *Deutsches Ärzteblatt*. 108:287-294.
- Hayward C, Sanborn K (2002) Puberty and the emergence of gender differences in psychopathology. *Journal of Adolescent Health*. 30(4):49-58.
- Herzberg PY (2011) Selbstdarstellung in Persönlichkeitsfragebögen: Das Phänomen der sozialen Erwünschtheit. In: Persönlichkeitsdiagnostik. Hornke LF, Amelan M, Kersting M, Birbaumer N (Hrg.) Hogrefe, Göttingen: 121-155.

Hinshaw SP (2002) Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Background characteristics, comorbidity, cognitive and social functioning, and parenting practices. *Journal of consulting and clinical psychology*. 70(5):1086-1098.

Hintzpeter B, Metzner F, Pawils S, Bichmann H, Kamtsiuris P, Ravens-Sieberer U, Klasen F & BELLA study group (2014) Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten. *Kindheit und Entwicklung*. 23:229-238.

Höger C (1995) Wer geht in Behandlung? Einflussgrößen auf das Inanspruchnahmeverhalten bei psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 44(1):3-8.

Höger C, Quistorp S, Bahr J, Breull A (1984) Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychiatrischen Polikliniken im Vergleich. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 33(7):264-271.

Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Schlack R (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 50(5-6):784-793.

Hölling H, Kurth BM, Rothenberger A, Becker A, Schlack R (2008) Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *European Child & Adolescent Psychiatry*. 17(1):34-41.

Horsley SC (2009) Discrepancies in parent-adolescent reports of psychopathology in adolescents with serious emotional disturbance. Med. Dissertation. Houston State University.

Huber M (2009) Geleitwort. In: Gender, Trauma, Sucht: Neues aus Forschung, Diagnostik und Praxis. Gahleitner SB, Gunderson CL (Hrg.) Asanger, Kröning.

Hummel P (1986) Veränderung der stationären Inanspruchnahme einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie zwischen 1956 und 1984. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 14(2):145-158.

Ihle W, Esser G (2002) Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*. 53(4):159-169.

Ihle W, Esser G, Schmidt MH, Blanz B (2000) Prävalenz, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede psychischer Störungen vom Grundschul- bis ins frühe Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 29(4):263-275.

Jackson DA, King AR (2004) Gender differences in the effects of oppositional behavior on teacher ratings of ADHD symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 32(2):215-224.

Kaplan M (1983) A woman's view of DSM-III. *American Psychologist*. 38(7):786-792.

Karow A, Bock T, Naber D, Löwe B, Schulte-Markwort M, Schäfer I, Gumz A et al. (2013) Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen - Teil 2: Krankheitslast, Defizite des deutschen Versorgungssystems, Effektivität und Effizienz von „Early Intervention Services“. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*. 81(11):628-638.

Käse M, Dresler T, Andreatta M, Ehli AC, Wolff B, Kittel-Schneider S, Polak T, Fallgatter AJ, Mühlberger A (2013) Is there a negative interpretation bias in depressed patients? An affective startle modulation study. *Neuropsychobiology*. 67(4):201-209.

Kazdin AE, Mazurick JL, Bass D (1993) Risk for attrition in treatment of antisocial children and families. *Journal of Clinical Child Psychology*. 22(1):2-16.

Kazdin AE, Mazurick JL, Siegel TC (1994) Treatment outcome among children with externalizing disorder who terminate prematurely versus those who complete psychotherapy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 33(4):549-557.

Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. 52(12):1048-1060.

Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K, Green JG, Gruber MJ, Jiang-Ping H, Koretz D et al. (2012) Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of general psychiatry*. 69(4):372-380.

Knölker U, Mattejat F, Schulte-Markwort M (1999) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie systematisch. Uni-Med-Verlag, Bremen, London, Boston.

Köllisch T, Oberwittler D (2004) Wie ehrlich berichten männliche Jugendliche über ihr delinquentes Verhalten? *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*. 56(4):708-735.

Koot HM, Verhulst FC (1992) Prediction of children's referral to mental health and special education services from earlier adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 33(4):717-729.

Kowalewski C (2009) Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen in ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung. Med. Dissertation. Universität Marburg.

Kowalski JT, Kreußel C, Gerber WD, Niederberger U, Petermann F (2012) Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Jugendliche mit und ohne eine Posttraumatische Belastungsstörung. *Kindheit und Entwicklung*. 21:238-244.

Kränzl-Nagl R, Wilk L (2000) Möglichkeiten und Grenzen standardisierter Befragungen unter besonderer Berücksichtigung der Faktoren soziale und personale Wünschbarkeit. In: Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive. Heinzl F (Hrg.) Juventa, Weinheim:59-75.

Kupferschmid S, Gysin-Maillart A, Bühler SK, Steffen T, Michel K, Schimmelmann BG, Reisch T (2013) Gender differences in methods of suicide attempts and prevalence of previous suicide attempts. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 41(6):401-405.

Lagattuta KH, Sayfan L, Bamford C (2012) Do you know how I feel? Parents underestimate worry and overestimate optimism compared to child self-report. *Journal of experimental child psychology*. 113(2):211-232.

Lambert M, Bock T, Naber D, Löwe B, Schulte-Markwort M, Schäfer I, Gunz A, Degkwitz B et al. (2013) Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen - Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*. 81(11):614-627.

Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen (2006) Jugendkriminalität in Nordrhein-Westfalen, 10. Auflage. Düsseldorf, Köln.

- Landrine H (1988) Depression and stereotypes of women: Preliminary empirical analyses of the gender-role hypothesis. *Sex Roles*. 19(7-8):527-541.
- Laucht M (2001) Antisoziales Verhalten im Jugendalter: Entstehungsbedingungen und Verlaufsformen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 29(4):297-311.
- Laucht M, Esser G, Schmidt MH (2000) Externalisierende und internalisierende Störungen in der Kindheit: Untersuchungen zur Entwicklungspsychopathologie. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*. 29(4):284-292.
- Lewinsohn PM, Gotlib IH, Seeley JR (1995) Adolescent psychopathology: IV. Specificity of psychosocial risk factors for depression and substance abuse in older adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 34(9):1221-1229.
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Baldwin CL (2001) Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 40(4):427-434.
- Lipski J (2000) Zur Verlässlichkeit der Angaben von Kindern bei standardisierten Befragungen. In: Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive. Heinzl F (Hrg.) Juventa, Weinheim, München: 77-86.
- Lüdtke O, Tomasik M, Lang F (2003) Teilnahmewahrscheinlichkeit und Stichprobenselektivität in altersvergleichenden Erhebungen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*. 35(3):171-180.
- Meerding WJ, Bonneux L, Polder JJ, Koopmanschap MA, van der Maas PJ (1998) Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in Netherlands: cost of illness study. *British Medical Journal*. 317(7151):111-115.
- Meltzer H, Gatward R, Goodmann R, Ford T (2000) Mental health of children and adolescents in Great Britain. Stationery Office, London.
- Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, Benjet C, Georgiades K, Swendsen J (2010) Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 49(10):980-989.

- Moffitt TE, Caspi A (2001) Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and psychopathology*. 13(02):355-375.
- Möller H (2001) Aggression und Autoaggression bei Frauen. In: Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch. Franke A, Kämmerer A (Hrg.) Hogrefe, Göttingen: 609-631.
- Möller-Leimkühler AM (2003) The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 253(1):1-8.
- Möller-Leimkühler AM (2005) Geschlechtsrolle und psychische Erkrankung. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*. 6(3):29-35.
- Montada L (2002) Fragen, Konzepte, Perspektiven. In: Entwicklungspsychologie. Oerter R, Montada L (Hrg.) Psychologie Verlags Union, Weinheim: 1-53.
- Muthers-Huboi A (2004) Verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche in ambulanten Einrichtungen mit psychologisch-psychotherapeutischem Behandlungsschwerpunkt. Dr. Kovac, Hamburg.
- Nesbitt MN, Penn NE (2000) Gender stereotypes after thirty years: a replication of Rosenkrantz et al. (1968). *Psychological Reports*. 87(2):493-511.
- Newman DL, Moffitt TE, Caspi A, Magdol L, Silva PA, Stanton WR (1996) Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *Journal of consulting and clinical psychology*. 64(3):552-562.
- Noterdaeme M, Minow F, Amorosa H (1999) Anwendbarkeit der Child Behavior Checklist bei entwicklungsgestörten Kindern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 27:183-188.
- Oerter R (1999) Klinische Entwicklungspsychologie: zur notwendigen Integration zweier Fächer. In: Klinische Entwicklungspsychologie: Ein Lehrbuch. Oerter R, von Hagen C, Röper G, Noam G (Hrg.) Beltz, Weinheim: 1-10.
- Oerter R, Altgassen M, Kliegel M (2011) Entwicklungspsychologische Grundlagen. In: Klinische Psychologie und Psychotherapie, 2. Auflage. Wittchen HU, Hoyer J (Hrg.) Springer, Berlin: 301-317.

- Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU (2000) Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta psychiatrica scandinavica*. 101(1):46-59.
- Petermann F (2005) Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Eine Bestandsaufnahme. *Kindheit und Entwicklung*. 14(1):48-57.
- Petermann F, Brettfeld K (2014) Delinquenz. *Kindheit und Entwicklung*. 23(4):195-197.
- Petermann F, Hampel P (2009) Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Kindheit und Entwicklung*. 18(3):135-136.
- Petermann F, Noeker M (2008) Entwicklungspsychopathologie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*. 56(4):239-241.
- Petermann F, Petermann H (2010) Themenschwerpunkt Aggression. *Kindheit und Entwicklung*. 19(4):205–208.
- Petermann F, Kusch M, Niebank K (1998) Entwicklungspsychopathologie: Ein Lehrbuch. Beltz, Psychologie-Verlag-Union, Weinheim: 187-190.
- Petersen AC, Sarigiani PA, Kennedy RE (1991) Adolescent depression: Why more girls?. *Journal of youth and adolescence*. 20(2):247-271.
- Petot D, Rescorla L, Petot JM (2011) Agreement between parent- and self-reports of Algerian adolescents' behavioral and emotional problems. *Journal of adolescence*. 34(5):977-986.
- Pfeil A (2004) Beschreibung einer ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation am Beispiel der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Med. Dissertation. Universität Hamburg.
- Pillhofer M, Ziegenhain U, Nandi C, Fegert JM, Goldbeck L (2011) Prävalenz von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in Deutschland. *Kindheit und Entwicklung*. 20(2):64-71.
- Plück J, Döpfner M, Berner W, Fegert JM, Huss M, Lenz K, Schmeck K, Lehmkuhl U, Poustka F, Lehmkuhl G (1997) Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen im Jugendalter - ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung der Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 46(8):566-582.

- Preiß M, Remschmidt H (2007) Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter - Eine Übersicht. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 35(6):385-397.
- Prior M, Smart D, Sanson A, Oberklaid F (1993) Sex differences in psychological adjustment from infancy to 8 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 32(2):291-305.
- Prüß U, von Widdern S, von Ferber C, von Ferber L, Lehmkuhl G (2005) Wie beeinflussen unterschiedliche Befragungssettings die Prävalenz von Symptomen? Ein Methodenvergleich am Beispiel des Youth Self-Report. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 33(4):295-305.
- Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M (2007) Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 50:871-878.
- Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M, Bettge S, Wittchen HU, Rothenberger A, Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Barkmann C, Schulte-Markwort M, Döpfner M (2008a) Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *European child & adolescent psychiatry*. 17(1):22-33.
- Ravens-Sieberer U, Kurth BM, KiGGS Study Group & BELLA Study Group (2008b) The mental health module (BELLA study) within the German Health Interview and Examination Survey of Children and Adolescents (KiGGS): study design and methods. *European child & adolescent psychiatry*. 17(1):10-21.
- Ravens-Sieberer U, Otto C, Kriston L, Rothenberger A, Döpfner M, Herpertz-Dahlmann B, Barkmann C, Schön G, Hölling H, Schulte-Markwort M, Klasen F & BELLA study group (2015) The longitudinal BELLA study: design, methods and first results on the course of mental health problems. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 24:651-63.
- Reinherz HZ, Giaconia RM, Pakiz B, Silverman AB, Frost AK, Lefkowitz ES (1993) Psychosocial risks for major depression in late adolescence: A longitudinal community study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 32(6):1155-1163.

Reitz E, Deković M, Meijer AM (2005) The structure and stability of externalizing and internalizing problem behavior during early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*. 34(6):577-588.

Remschmidt H (2004) Bedeutung der Psychopathologie für die Psychotherapie. In: Praxis der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Störungsspezifische Behandlungsformen und Qualitätssicherung, 2. Auflage. Remschmidt H (Hrg.) Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

Remschmidt H (2007) Entwicklungspsychiatrische Grundlagen psychischer Störungen. In: Entwicklungspsychiatrie - Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A, Minde K, Sartorius N (Hrg.) Schattauer, Stuttgart: 257-268.

Remschmidt H, Fombonne E (1999) Entwicklungspsychopathologie: Grundlagenwissenschaft für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychiatrie. *Der Nervenarzt*. 70(7):577-586.

Remschmidt H, Walter R (1990) Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. Hogrefe, Göttingen.

Remschmidt H, Walter R, Warnke A (1990) Konzeption und Versorgungsleistung eines mobilen kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes auf dem Land. *Psychiatrische Praxis*. 17(3):99-106.

Rennen-Allhoff B (1991) Wie verlässlich sind Elternangaben? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 40(9):333-338.

Reuter L, Scheidt CE (2014) Vorzeitige Beendigung der Therapie in der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation. *PPmP-Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 68(8):297-308.

Rhodes AE, Khan S, Boyle MH, Tonmyr L, Wekerle C, Goodman D, Bethell J, Leslie B, Lu H, Manion I (2013) Sex differences in suicides among children and youth: the potential impact of help-seeking behaviour. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 58(5):274-282.

Riedel-Heller SG, Luppä M, Angermeyer MC (2004) Psychiatrische Epidemiologie in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*. 31(6):288-297.

Rienzi BM, Scrams DJ (1991) Gender stereotypes for paranoid, antisocial, compulsive, dependent, and histrionic personality disorders. *Psychological Reports*. 69(3):976-978.

- Robatzek M, Höger C, Rothenberger A (2005) Indikationsentscheidungen zur stationären Aufnahme in kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 33(3):191-201.
- Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A (1998) Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*.
- Rohde A, Marneros A (2007) Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie. Ein Handbuch. W. Kohlhammer, Stuttgart.
- Rosenkrantz P, Vogel S, Bee H, Broverman I, Broverman DM (1968) Sex-role stereotypes and self-concepts in college students. *Journal of consulting and clinical psychology*. 32(3):287.
- Rudolph KD (2002) Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during adolescence. *Journal of Adolescent Health*. 30(4):3-13.
- Rudolph KD & Hammen C (1999) Age and gender as determinants of stress exposure, generation, and reactions in youngsters: A transactional perspective. *Child development*. 70(3):660-677.
- Runge AJ, Beesdo K, Lieb R, Wittchen HU (2008) Wie häufig nehmen Jugendliche und junge Erwachsene mit Angststörungen eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch? *Verhaltenstherapie*. 18(1):26-34.
- Rutter M (1986) The developmental psychopathology of depression: Issues and perspectives. *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives*. 491-519.
- Rutter M, Shepherd M (1975) A multi-axial classification of child psychiatric disorders: An evaluation of a proposal. World Health Organization, Genf.
- Rutter M, Sroufe LA (2000) Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and psychopathology*. 12(3):265-296.
- Rutter M, Tizard J, Yule W, Graham P, Whitmore K (1976) Isle of Wight studies, 1964–1974. *Psychological medicine*. 6(2):313-332.
- Ryan ND (2005) Treatment of depression in children and adolescents. *The Lancet*. 366:933-940.

- Salbach-Andrae H, Klinkowski N, Lenz K, Lehmkuhl U (2009) Agreement between youth-reported and parent-reported psychopathology in a referred sample. *European child & adolescent psychiatry*. 18(3):136-143.
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (1996) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV. Hogrefe, Göttingen.
- Scheithauer H, Petermann F (2010) Entwicklungsmodelle aggressiv-dissozialen Verhaltens und ihr Nutzen für Prävention und Behandlung. *Kindheit und Entwicklung*. 19:209-217.
- Schepank H (2002) Geschlechtsunterschiede bei psychogenen Erkrankungen. In: Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Medizinpsychologische und psychosomatische Untersuchungen, 2. Auflage. Brähler E, Felder H (Hrg.) Westdeutscher Verlag, Opladen: 157-170.
- Schepker R, Wirtz M, Jahn K (2000) Verlaufsprädiktoren mittelfristiger Behandlungen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 49(9):656-676.
- Schepker R, Grabbe Y, Jahn K (2003) Verlaufsprädiktoren mittelfristiger stationärer Behandlungen im Längsschnitt - Gibt es eine Untergrenze stationärer Verweildauern? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 52(5):338-353.
- Schmeck K, Poustka F (2000) Biologische Grundlagen von impulsiv-aggressivem Verhalten. *Kindheit und Entwicklung*. 9(1):3-13.
- Schmidt M, Göpel C (2003) Risikofaktoren kindlicher Entwicklung und Verlaufsprinzipien kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen. In: Entwicklungspsychiatrie. Herpertz-Dahlmann B, Schulte-Markwort M, Warnke A (Hrg.) Schattauer, Stuttgart: 305-314.
- Schuller M (1998) Hysterie – die photographische Erfindung einer weiblichen Krankheit. In: Frauen und Gesundheit in Wissenschaft, Praxis und Politik. Arbeitskreis Frauen und Gesundheit (Hrg.) Huber, Bern, Göttingen, Seattle: 134–142.
- Schydlo R, Heubach HJ (1992) „Modellverbund Psychiatrie“ – Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische/psychosomatische Versorgung – Interdisziplinäre Betreuung in Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater. *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 7*. Nomos, Baden-Baden.

- Seiffge-Krenke I (2009) *Psychotherapie und Entwicklungspsychologie: Beziehungen: Herausforderungen, Ressourcen, Risiken*, 2. Auflage. Springer Science & Business Media, Heidelberg, Berlin: 1-25.
- Seiffge-Krenke I, Kollmar F (1998) Discrepancies between Mothers' and Fathers' Perceptions of Sons' and Daughters' Problem Behaviour: A Longitudinal Analysis of Parent-Adolescent Agreement on Internalising and Externalising Problem Behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 39(5):687-697.
- Seiffge-Krenke I, Fliedl R, Katzenschläger P (2012) Welche Vorteile bringt eine umfassende Diagnostik mit OPD-KJ bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 41(2):121–132.
- Shaw D, Fernandes JR, Rao C (2005) Suicide in children and adolescents: a 10-year retrospective review. *The American journal of forensic medicine and pathology*. 26(4):309-315.
- Sourander A, Helstelä L, Helenius H (1999) Parent-adolescent agreement on emotional and behavioral problems. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 34(12):657-663.
- Stadler C, Euler F, Schwenck C (2013) Mädchen mit Störungen des Sozialverhaltens. *Kindheit und Entwicklung*. 22(3):127–138.
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2012) Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Hamburger Stadtteilen Ende Januar 2012. In: Statistik informiert, Nr. 3/2012. Hamburg.
- Statistisches Bundesamt (2014a) Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2013. In: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Fachserie 1, Reihe 2.2, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014b) Statistik der rechtskräftigen Beschlüsse in Eheauflösungssachen (Scheidungsstatistik). In: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Fachserie 1, Reihe 1.4, Wiesbaden.
- Stegmann B, Wenzel-Seifert K, Haen E (2013) Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 41(2):109-119.
- Stein RE, Silver EJ (2003) Patterns of medical, educational, and mental health service use in a national sample of US children. *Ambulatory Pediatrics*. 3(2):87-92.

Steinhausen HC (1997) Child and adolescent psychiatric disorders in a public service over seventy years. *European child & adolescent psychiatry*. 6(1):42-48.

Steinhausen HC (2010) Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 6. Auflage. Elsevier, München.

Steinhausen HC, Metzke CW, Meier M, Kannenberg R (1998) Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 98(4):262-271.

Stocké V (2004) Entstehungsbedingungen von Antwortverzerrungen durch soziale Erwünschtheit: Ein Vergleich der Prognosen der Rational-Choice Theorie und des Modells der Frame-Selektion. *Zeitschrift für Soziologie*. 33(4):303-320.

Stokes J, Pogge D, Wecksell B, Zaccario M (2011) Parent–child discrepancies in report of psychopathology: the contributions of response bias and parenting stress. *Journal of Personality Assessment*. 93(5):527-536.

Stone LB, Liu RT, Yen S (2014) Adolescent inpatient girls' report of dependent life events predicts prospective suicide risk. *Psychiatry research*. 219(1):137-142.

Strack F (1994) Zur Psychologie der standardisierten Befragung: kognitive und kommunikative Prozesse. Lehr- und Forschungstexte Psychologie, Ausgabe 48. Springer, Berlin, Heidelberg.

Thiele A (2012) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine vergleichende Patientenaktenanalyse zur Sondierung von Differenzen in der Pathogenese, Ätiologie und psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit bzw. ohne Migrationshintergrund. Med. Dissertation. Technische Universität Berlin.

Tiet QQ, Wasserman GA, Loeber R, McReynolds LS, Miller LS (2001) Developmental and sex differences in types of conduct problems. *Journal of Child and Family Studies*. 10(2):181-197.

Tuschen-Caffier B (2005) Essstörungen und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*. 14(4):201-208.

Vaillancourt T (2005) Indirect aggression among humans: social construct or evolutionary adaptation? In: Developmental origins of aggression. Tremblay R, von Hartup WW, Archer J (Hrg.) Guilford, New York: 158-177.

- van Beek Y, Hessen DJ, Hutteman R, Verhulst EE, van Leuven M (2012) Age and gender differences in depression across adolescence: real or 'bias'?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 53(9):973-985.
- Van der Ende J, Verhulst FC (2005) Informant, gender and age differences in ratings of adolescent problem behaviour. *European child & adolescent psychiatry*. 14(3):117-126.
- Vilgis V, Silk TJ, Vance A (2015) Executive function and attention in children and adolescents with depressive disorders: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*. 24(4): 365-384.
- Vloet TD, Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B (2006) Ätiologie und Verlauf kindlichen dissozialen Verhaltens - Risikofaktoren für die Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 34(2):101-116.
- Vonk R, Ashmore RD (2003) Thinking about gender types: Cognitive organization of female and male types. *British Journal of Social Psychology*. 42(2):257-280.
- Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M et al. (2012) Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 380(9859):2163-2196.
- Walter R, Remschmidt H, Deimel W (1994) Gütekriterien und Normierung einer deutschen Version des Youth Self-Report. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 22(1):23-38.
- West C, Zimmerman DH (1987) Doing gender. *Gender & Society*. 1(2):125-151.
- Wetzels P (1997) Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit: Ergebnisse einer repräsentativen retrospektiven Prävalenzstudie für die BRD. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN), Hannover.
- Weyerer S, Castell R, Biener A, Artner K, Dilling H (1988) Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 3 to 14-year-old children: Results of a representative field study in the small town rural region of Traunstein, Upper Bavaria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 77(3):290-296.

Wittchen, HU (2000) "Bedarfsgerechte Versorgung psychischer Störungen". Abschätzungen aufgrund epidemiologischer, bevölkerungsbezogener Daten. Stellungnahme im Zusammenhang mit der Befragung von Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München.

Wittchen HU, Jacobi F (2001) Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 44(10):993-1000.

Wittchen HU, Pfister H (1996) DIA-X-Manual: Instruktionsmanual zur Durchführung von DIA-X-Interviews. Swets & Zeitlinger, Frankfurt.

Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G (1998) Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological medicine*. 28(1):109-126.

Witthöft J, Koglin U, Petermann F (2010) Zur Komorbidität von aggressivem Verhalten und ADHS. *Kindheit und Entwicklung*. 19:218–227.

Wölfle S, Jost D, Oades R, Schlack R, Hölling H, Hebebrand J (2014) Somatic and mental health service use of children and adolescents in Germany (KiGGS-study). *European child & adolescent psychiatry*. 23(9):753-764.

Youngstrom EA, Youngstrom JK, Freeman AJ, De Los Reyes A, Feeny NC, Findling RL (2011) Informants are not all equal: Predictors and correlates of clinician judgments about caregiver and youth credibility. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 21(5):407-415.

7. Anhang

7.1 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Reduktionsdiagramm für Stichprobe
Abb. 2	Geschlechts- und Altersverteilung der Stichprobe
Abb. 3	Darstellung der signifikanten Geschlechtsunterschiede bzgl. des psychopathologischen Aufnahmebefunds
Abb. 4	Häufigkeit der Hauptdiagnosen nach ICD-10 in Abhängigkeit des Geschlechts
Abb. 5	Häufigkeit der Einzeldiagnosen nach ICD-10 in Abhängigkeit des Geschlechts
Abb. 6	Kategorien für BADO-Item „Suizidalität bei Aufnahme“ nach Geschlechtern getrennt
Abb. 7	BADO-Item „Suizidalität bei Aufnahme“ nach Geschlechtern getrennt
Abb. 8	BADO-Item „Suizidalität bei Aufnahme“ nach Altersgruppen getrennt
Abb. 9	Alters- und Geschlechtseffekt bzgl. der CASCAP-D-Skala "Depressive Symptome"
Abb. 10	Alterseffekt bzgl. der YSR-Skala "Internalisierende Auffälligkeiten"
Abb. 11	Alterseffekt bzgl. der YSR-Skala "Ängstlich/Depressiv"
Abb. 12	Anteil der klinisch auffälligen Patienten bzgl. der Skala "Internalisierende Auffälligkeiten" (CBCL, YSR)
Abb. 13	Geschlechts- und Alterseffekt bzgl. der CASCAP-D-Skala "Hyperkinetische Symptome"
Abb. 14	Geschlechts- und Alterseffekt bzgl. der CBCL-Skala "Externalisierende Auffälligkeiten" (Vater)
Abb. 15	Geschlechts- und Alterseffekt bzgl. der CBCL-Skala "Dissoziales Verhalten" (Vater)
Abb. 16	Geschlechts- und Alterseffekt bzgl. der YSR-Skala "Dissoziales Verhalten"
Abb. 17	Anteil der klinisch auffälligen Patienten bzgl. der Skala "Externalisierende Auffälligkeiten" (CBCL, YSR)
Abb. 18	Anteil der klinisch auffälligen Patienten bzgl. der Skala "Gesamtauffälligkeiten" (CBCL, YSR)
Abb. 19a/b	Effekt von Beurteiler und Patientengeschlecht bzgl. der Skala "Internalisierende Auffälligkeiten"
Abb. 20	Effekt der Beurteiler bzgl. der Skala "Externalisierende Auffälligkeiten"
Abb. 21a/b	Effekt von Beurteiler und Patientengeschlecht bzgl. der Skala "Gesamtauffälligkeiten"

7.2 Tabellenverzeichnis

- Tab. 1 Geschlechtsabhängige Prävalenzraten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter
- Tab. 2 Übersicht über das Design der Evaluationsstudie
- Tab. 3 Merkmalsbereiche des CASCAP-D
- Tab. 4 Geschlechterverteilung in den Altersgruppen der Stichprobe
- Tab. 5 Ergebnisse der X²-Tests bzgl. der Störungen des psychopathologischen Aufnahmebefunds
- Tab. 6a Häufigste Einzeldiagnosen nach ICD-10 für männliche Patienten
- Tab. 6b Häufigste Einzeldiagnosen nach ICD-10 für weibliche Patienten
- Tab. 7 BADO-Item „Suizidalität bei Aufnahme“ nach Geschlechts- und Altersgruppen
- Tab. 8 Ergebnisse der X²-Tests bzgl. Suizidversuchen und Suizidgedanken in Abhängigkeit des Geschlechts
- Tab. 9 BADO-Item "Vorstellungs-/Aufnahmemodus" nach Geschlechts- und Altersgruppen
- Tab. 10 BADO-Item „Art der Beendigung der Behandlung“ nach Geschlechts- und Altersgruppen
- Tab. 11 BADO-Item „Behandlungserfolg in Bezug auf initiale Symptomatik“ im Therapeutenurteil nach Geschlechts- und Altersgruppen
- Tab. 12 Varianzanalyse der Internalisierenden Auffälligkeiten bei Beurteilung durch die Therapeuten
- Tab. 13 Varianzanalyse der Internalisierenden Auffälligkeiten bei Beurteilung durch die Mütter
- Tab. 14 Varianzanalyse der Internalisierenden Auffälligkeiten bei Beurteilung durch die Väter
- Tab. 15 Varianzanalyse der Internalisierenden Auffälligkeiten bei Beurteilung durch die Patienten
- Tab. 16 Varianzanalyse der Externalisierenden Auffälligkeiten bei Beurteilung durch die Therapeuten
- Tab. 17 Skalenmittelwerte für Externalisierende Auffälligkeiten (untergeordnete Skalen) im Therapeutenurteil
- Tab. 18 Varianzanalyse der Externalisierenden Auffälligkeiten bei Beurteilung durch die Mütter
- Tab. 19 Varianzanalyse der Externalisierenden Auffälligkeiten bei Beurteilung durch die Väter
- Tab. 20 Varianzanalyse der Externalisierenden Auffälligkeiten bei Beurteilung durch die Patienten
- Tab. 21 Varianzanalyse der Gesamtauffälligkeiten für die verschiedenen Beurteiler
- Tab. 22 Varianzanalyse für Skalen "Essstörungen" und "Sprachauffälligkeiten" bei Beurteilung durch die Therapeuten
- Tab. 23 Varianzanalyse für Skala "Aufmerksamkeitsprobleme"
- Tab. 24 Varianzanalyse für Skala "Schizoid/Zwanghaft"
- Tab. 25 Ergebnisse der abhängigen t-Tests bei Einschätzung der männlichen Probanden bzgl. der Skala "Internalisierende Auffälligkeiten"
- Tab. 26 Ergebnis der abhängigen t-Tests bei Einschätzung der weiblichen Probanden bzgl. der Skala "Internalisierende Auffälligkeiten"
- Tab. 27 Interrater-Reliabilität für Skala "Internalisierende Auffälligkeiten"
- Tab. 28 Ergebnisse der abhängigen t-Tests bzgl. der Skala "Externalisierender Auffälligkeiten"

Tab. 29 Interrater-Reliabilität für Skala "Externalisierende Auffälligkeiten"

Tab. 30 Ergebnisse der abhängigen t-Tests bzgl. der Skala "Gesamtauffälligkeiten"

Tab. 31 Ergebnisse der abhängigen t-Tests bei Einschätzung der männlichen Probanden bzgl. der Skala Gesamtauffälligkeiten

Tab. 32 Ergebnisse der abhängigen t-Tests bei Einschätzung der weiblichen Probanden bzgl. der Skala Gesamtauffälligkeiten

Tab. 33 Interrater-Reliabilität für Skala "Gesamtauffälligkeiten"

Tab. 34 Varianzanalysen der CASCAP-D-Skalen

7.3 Tabellen und Abbildungen

Tab. A01: Geschlechter- und Altersverteilung der Stichprobe

Alter (Jahre)	Jungen		Mädchen		Stichprobe	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
6	0	0	1	.4	1	.2
7	6	2.5	1	.4	7	1.3
8	6	2.5	4	1.4	10	1.9
9	12	5.0	3	1.1	15	2.9
10	12	5.0	4	1.4	16	3.1
11	24	10.0	7	2.5	31	6.0
12	18	7.5	11	3.9	29	5.6
13	18	7.5	20	7.1	38	7.3
14	35	14.6	38	13.6	73	14.1
15	26	10.9	64	22.9	90	17.3
16	31	13.0	57	20.4	88	17.0
17	46	19.2	56	20.0	102	19.7
18	5	2.1	14	5.0	19	3.7
<i>gesamt</i>	239	100.0	280	100.0	519	100.0

Anmerkungen. *N* = 519.

Tab. A02: Häufigkeit der Hauptdiagnosen nach ICD-10 in Abhängigkeit des Geschlechts

ICD-10-Notation der F-Klassen	Jungen		Mädchen		gesamt	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	120	50.6	74	26.4	194	37.4
F3 Affektive Störungen	21	8.9	77	27.5	98	18.9
F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	35	14.8	46	16.4	81	15.6
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	50	21.1	23	8.2	73	14.1
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	8	3.4	32	11.4	40	7.7
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	1	.4	23	8.2	24	4.6
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1	.4	3	1.1	4	.8
F8 Entwicklungsstörungen	1	.4	1	.4	2	.4
F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0	.0	0	.0	0	.0
F7 Intelligenzminderung	0	.0	0	.0	0	.0

Anmerkungen. *N* = 519. 3x keine Angabe; jeweils Angaben von % innerhalb der jeweiligen Geschlechtsgruppe.

Tab. A03: BADO-Item "Suizidalität bei Aufnahme" nach Geschlechtern getrennt

	Jungen		Mädchen		Stichprobe	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Keine Suizidalität	191	83.0	164	59.9	355	70.4
Suizidal	33	14.3	74	27.0	107	21.2
erster Suizidversuch	2	.9	18	6.6	20	4.0
wdh. Suizidversuch	4	1.7	18	6.6	22	4.4
<i>gesamt</i>	230	100.0	274	100.0	504	100.0

Anmerkung. N = 519. 11x fehlend; jeweils Angaben von % innerhalb der jeweiligen Geschlechts- bzw. Altersgruppe.

Tab. A04: BADO-Item "Suizidalität bei Aufnahme" nach Altersgruppen getrennt

	6-12 Jahre		13-18 Jahre		Stichprobe	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Keine Suizidalität	93	88.6	262	65.7	355	70.4
Suizidal	10	9.5	97	24.3	107	21.2
erster Suizidversuch	0	0	20	5.0	20	4.0
wdh. Suizidversuch	2	2.0	20	5.0	22	4.4
<i>gesamt</i>	105	100.0	399	100.0	504	100.0

Anmerkung. N=519; 11x fehlend; jeweils Angaben von % innerhalb der jeweiligen Geschlechts- bzw. Altersgruppe.

Tab. A05: Alterseffekt bzgl. der YSR-Skala "Internalisierende Auffälligkeiten"

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Alter in Jahren			
11 bis 12	47	64.15	12.32
13	31	68.13	13.49
14	57	64.23	10.92
15	66	69.15	10.94
16	63	70.43	12.52
17 bis 18	80	71.05	9.78

Tab. A06: Alterseffekt bzgl. der YSR-Skala "Ängstlich/Depressiv"

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Alter in Jahren			
11 bis 12	47	63.51	12.32
13	31	67.03	13.49
14	59	65.05	10.92
15	68	70.42	10.94
16	69	73.26	12.52
17 bis 18	83	71.87	9.78

Tab. A07: Geschlechts- und Alterseffekt bzgl. der YSR-Skala "Dissoziales Verhalten"

Alter in Jahren	Jungen			Mädchen			<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
11 bis 12	31	60.19	11.77	16	59.31	9.70	.701
13	15	64.47	12.31	16	62.07	9.26	.360
14	27	56.78	8.68	32	64.81	10.06	.002
15	20	62.35	12.30	47	64.06	10.84	.724
16	23	64.45	11.81	46	61.57	7.90	.625
17 bis 18	32	59.17	9.01	54	61.40	8.20	.190

Danksagung

Ich danke Herrn Professor Georg Romer für die freundliche Überlassung des Themas, seine fachliche Unterstützung sowie die überaus kollegiale Begleitung des Entstehungsprozesses und der Fertigstellung dieser Dissertation.

Ich danke den Kindern und Jugendlichen, ihren Eltern und Erziehungsberechtigten sowie den Ärztinnen und Ärzten, die an dieser Studie teilgenommen haben.

Ich danke den beteiligten Mitarbeitern der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

Ich danke Mirjam für ihre Unterstützung und die schönen Dinge des Lebens.

Ich danke meinen Eltern, meinen Geschwistern Astrid und Bastian, meinen Großeltern und meinen Freunden.

Eidesstattliche Versicherung

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

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

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Matthias Bögelein

Berlin, den 31.08.2017