

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie

Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort

Veränderungen der Inanspruchnahmepopulation einer kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik im Zehn-Jahres-Verlauf

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Denis Moebus
aus Kronberg am Taunus

Hamburg 2011

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am:**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.** Datum: 16.05.2012

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: PD Dr. med G. Romer

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. med. M. Scherer

Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in: PD Dr. med. C. Bergelt

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	5
1.1 Problemstellung.....	5
1.2 Beschreibung der Literaturrecherche.....	7
1.3 Stand der Forschung.....	8
1.3.1 Literaturübersicht.....	8
1.3.2 Forschung zu den Stichproben.....	9
1.3.3 Forschung zur Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	17
1.3.4 Forschung zu Störungsbildern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	19
1.3.5 Forschung zur Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	21
1.3.6 Forschung zu Instrumenten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	23
1.3.7 Stichprobeneinteilung Inanspruchnahme – Epidemiologie.....	26
1.3.7.1 Epidemiologische Studien.....	27
1.3.7.2 Studien mit klinischen Inanspruchnahmepopulationen.....	29
1.3.8 Forschungsüberblick.....	31
1.4 Entwicklung der Hypothesen.....	33
1.4.1 Expertenfragebogen.....	33
1.4.2 Auswerten des Expertenfragebogens.....	33
1.4.3 Hypothesen und Nullhypothesen.....	35
2 Material und Methode.....	36
2.1 Das Forschungsprojekt Evaluation.....	36
2.1.1 Zusammenfassung des Forschungsprojektes.....	36
2.1.2 Beschreibung der verwendeten Instrumente.....	37
2.1.2.1 BaDo (Englert et al. 1998).....	37
2.1.2.2 CASCAP-D (Döpfner et al. 1999).....	37
2.1.2.3 CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998a).....	38
2.1.2.4 YSR (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998b).....	39
2.2 Methodik der Auswertung.....	40
3 Ergebnisse.....	43
3.1.1 Beschreibung der Stichprobe.....	43
3.1.1.1 Gesamte Stichprobe.....	43
3.1.1.1.1 Allgemein	43
3.1.1.1.2 Stichprobenbeschreibung der männlichen Patienten.....	50

3.1.1.1.3 Stichprobenbeschreibung der weiblichen Patienten.....	52
3.1.1.2 Gesonderte Stichprobenbeschreibung für stationäre und tagesklinische Patienten	53
3.1.1.2.1 Allgemein.....	53
3.1.1.2.2 Stichprobenbeschreibung männliche Patienten auf Station und Tagesklinik.....	54
3.1.1.2.3 Stichprobenbeschreibung weiblicher Patienten auf Station und Tagesklinik.....	55
3.1.2 Ergebnisse der Hypothesen.....	57
3.1.2.1 Ergebnisse zur ersten Hypothese.....	57
3.2 Ergebnisse zweite Hypothese.....	65
3.3 Ergebnisse dritte Hypothese	68
3.4 Ergebnisse vierte Hypothese.....	70
3.5 Ergebnisse fünfte Hypothese.....	72
3.6 Ergebnisse sechste Hypothese.....	73
3.7 Ergebnisse siebte Hypothese	76
4 Diskussion.....	82
4.1 Limitationen und Vorteile der Studie.....	91
5 Zusammenfassung.....	93
6 Literaturverzeichnis.....	95
7 Abbildungsverzeichnis.....	99
8 Tabellenverzeichnis.....	119
9 Danksagung.....	124
10 Lebenslauf.....	125
Schulausbildung.....	125
Hochschulstudium.....	125
11 Eidesstattliche Erklärung.....	126

1. Einleitung

1.1 Problemstellung

Ausgehend von klinischer Erfahrung entsteht in der Kinder- und Jugendpsychiatrie immer mehr der Eindruck, dass sich über die Zeit Veränderungen in Häufigkeit und Verteilung von Störungsbildern ergeben haben. Parallel dazu lässt sich auch eine Veränderung in der Gesellschaft feststellen. So fand Hoek in seiner Metastudie im Jahr 2006 einen signifikanten Anstieg für Anorexia nervosa bei 15-24 jährigen Frauen von 1935 bis 1999 (Hoek 2006). Auch die in den Medien immer öfter berichteten Gewalttaten von Kindern und Jugendlichen können zu der Vermutung führen, Häufigkeit und Schweregrad aggressiver Verhaltensstörungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hätten in den letzten Jahren zugenommen. In bisherigen Studien zu Störungsbildern, Therapie und Lebensqualität kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten werden Häufigkeit und Verteilung von Störungsbildern ausschließlich im Querschnitt als Stichprobenbeschreibung beschrieben. In der Literatur finden sich nur wenige Studien, die sich ausschließlich mit der Zusammensetzung der Inanspruchnahmepopulation beschäftigen. Diese beschreiben ebenfalls immer nur einen querschnittlichen Zustand.

An der Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikum Hamburg – Eppendorf (im folgenden UKE) wurden im Rahmen des Qualitätsmanagements seit 1996 alle stationären und teilstationären Behandlungen evaluiert, was die Datengrundlage für die vorliegende Arbeit schaffte. Zur Frage, wie sich Störungsbilder nach Häufigkeiten verteilen sind grundsätzlich zwei verschiedene Forschungsansätze zu finden. Der eine Ansatz befasst sich mit der Epidemiologie kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheiten, also zum Beispiel mit der Häufigkeit einer Krankheit in einer Bevölkerungsstichprobe. Hierzu gibt es leider nicht sehr viele Studien. Die wichtigsten sind von Ihle und Esser (2002), Barkmann und Schulte-Markwort (2004 und 2010) und Sieberer, Wille, Erhart et al. (2008). Der andere Ansatz befasst sich mit selektiven Inanspruchnahmepopulationen. Dies sind aber Querschnittsstudien, die keine Aussage über Veränderungen von Diagnose-, Alters-, Geschlechtsverteilung oder Symptomschwere über die Zeit machen.

Diese Arbeit soll der Frage nachgehen, inwieweit Eindrücke von Experten über Veränderungen der Inanspruchnahmepopulation mit den längsschnittlich erhobenen

1. Einleitung

Daten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des UKE übereinstimmen. Im Rahmen des Evaluationsprojektes werden seit über zehn Jahren Daten wie zum Beispiel Alter, Geschlecht, Diagnose, Symptome erhoben. Diese Daten werden mit Hilfe verschiedener Fragebögen erhoben, die teilweise vom Patienten selber, aber teilweise vom Therapeuten oder den Eltern des Patienten ausgefüllt werden.

Die Experten setzten sich aus erfahrenen Therapeuten und Ärzten zusammen, die seit mehr als zehn Jahren an der Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie tätig waren. Um ihre Eindrücke zu dokumentieren, wurde ein Fragebogen erstellt und ausgewertet.

Alle für diese Arbeit relevanten Fragebögen werden noch genauer vorgestellt.

1.2 Beschreibung der Literaturrecherche

Ziel der Literaturrecherche für diese Arbeit war es, einen möglichst umfassenden Überblick über den aktuellen Forschungsstand in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu bekommen. Dies sollte der besseren Einordnung und Einschätzung der Ergebnisse dieser Arbeit dienen. Als erstes wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PsycInfo, PSYINDEX und Pubmed durchgeführt. Hierfür wurden die Suchbegriffe „Evaluation“, „Kinder- und Jugendpsychiatrie“, „Epidemiologie“, „Inanspruchnahme“, „Inanspruchnahmepopulation“ verwendet. Die Suchbegriffe wurden einzeln und in Kombination bei der Literaturrecherche eingesetzt. Außerdem wurde die Suche mit denselben Suchbegriffen in englischer Sprache einzeln und in Kombination durchgeführt. Als Ausschlusskriterium galt ein Veröffentlichungsdatum der Studien vor 1989. Zur Identifikation der für diese Arbeit relevanten Veröffentlichungen wurde die Trefferliste gesichtet. Es wurde auch eine Literaturrecherche der lokalen Datenbank der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE durchgeführt, die im Rahmen des Evaluationsprojektes aufgebaut wurde. Anschließend wurde gezielt nach passenden Literaturangaben der zuvor gefunden Studien gesucht und diese gesichtet.

1.3 Stand der Forschung

1.3.1 Literaturübersicht

Nach Sichtung der vorliegenden Literatur wurde diese in fünf thematische Gruppen unterteilt.

Die erste Gruppe befasst sich mit dem Ist-Zustand der Stichprobe zum Zeitpunkt der Untersuchung. Hier werden die Stichproben beschrieben und genauer untersucht. Diese Arbeiten passen thematisch am besten zu dieser Arbeit, da hier auf eine genauere Beschreibung der Stichprobe wie deskriptive Untersuchungen oder Inzidenzen von Symptomen zu einem bestimmten Zeitpunkt eingegangen wird.

Die zweite Gruppe befasst sich mit der Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hier wird die Wirksamkeit verschiedener Therapien der Kinder- und Jugendpsychiatrie genauer untersucht.

Die dritte Gruppe befasst sich mit den Störungsbildern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Artikel dieser Gruppe untersuchen Komorbiditäten einer Störung und den Verlauf eines Patientenkollektives.

Die vierte Gruppe befasst sich mit der Lebensqualität und Zufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Es geht hier um die Erfassung der Lebensqualität und um den Ist-Zustand der Lebensqualität.

Die fünfte Gruppe befasst sich mit den in der Kinder- und Jugendpsychiatrie benutzten Instrumenten.

Die Studien der ersten und dritten Gruppe lassen sich in zwei Untergruppen aufteilen.

Die erste der beiden Untergruppen befasst sich mit Artikeln, bei denen die Stichproben die Bevölkerungspopulation repräsentiert. Diese Gruppe umfasst aber nur wenige Studien, da die meisten Studien an Kliniken durchgeführt werden und Patienten der Kliniken für Studien am einfachsten zur Verfügung stehen.

Die zweite der beiden Untergruppen befasst sich mit Artikeln, bei denen die Stichprobe die Inanspruchnahmepopulation repräsentieren. Eine Unterteilung der

restlichen Gruppen war nicht möglich, da die Stichproben hier nur aus Inanspruchnahmepopulation bestand. Leider hat die Beschreibung und Analyse der Stichproben der Inanspruchnahmepopulationen keine Aussagekraft über den Gesundheitszustand und über die Diagnoseverteilung in der Normalbevölkerung. Eine Veränderung der Inanspruchnahmepopulation kann viele Gründe haben, wie z.B. neue Schwerpunkte einer Klinik, eine Klinikeröffnung in der gleichen Stadt oder auch veränderte Wahrnehmung der Ärzte und Therapeuten.

Die Studien zur Therapie, Störungsbilder, Lebensqualität und Zufriedenheit und der Instrumente in der Kinder- und Jugendpsychiatrie befassen sich nicht in erster Linie mit der Beschreibung ihrer Stichproben. Die Beschreibung der Stichproben wird hier nebenbei abgehandelt. Auf das eigentliche Ziel dieser Studien wird bei dieser Übersicht nicht näher eingegangen, sondern nur die Stichprobe näher beschrieben, um durch ihre Beschreibungen einen Überblick über die Inanspruchnahme- und Bevölkerungspopulation zu bekommen.

1.3.2 Forschung zu den Stichproben

In Gruppe eins wurden die Artikel zusammengefasst, in denen die Hauptfragestellung der Arbeit die Inanspruchnahmepopulation ist. Diese Gruppe passt am besten zu dem Thema dieser Arbeit. Die Patientenkollektive dieser Arbeiten werden deshalb ausführlicher beschrieben. Es werden zunächst die Studien mit klinischen Inanspruchnahmepopulationen vorgestellt.

Von Aba und Hendrichs untersuchten mit dem Projekt 'Die stationäre Klientel einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen' ein stationäres Patientenkollektiv einer ländlichen Versorgung (von Aba und Hendrichs 1989). Die meisten Diagnosen nach ICD-10 waren Psychosen, Monosymptomatische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens und Hyperkinetische Störungen. Von den 1108 Patienten, die von 1978 bis 1985 stationär behandelt wurden, wurden 986 in die Studie aufgenommen. Im Erhebungszeitraum sank die Rate geistig behinderter Patienten stark, aber der Anteil jüngerer Patienten stieg am Ende des Erhebungszeitraums deutlich an. Die mittlere Verweildauer von 78 Tagen ist nur begrenzt aussagekräftig, weil die Verweildauer von einem Tag bis zu 11 Jahre reicht. Knapp die Hälfte der Patienten ist über 15 Jahre und 1/3 ist 11-14 Jahre alt. Die Geschlechterverteilung liegt bei 2(m):1(w), aber mit zunehmenden Alter schwächt sich dieses Verhältnis ab und kehrt

1. Einleitung

sich ab dem 15 Lebensjahr um. 47,5% der Patienten waren bei Aufnahme bei beiden leiblichen Eltern untergebracht. 19,4% waren in einem Heim untergebracht, bei 12,1% handelte es sich beim erziehenden Elternteil um eine alleinerziehende Mutter und bei 1,4% um einen alleinerziehenden Vater. Ein deutliches Maximum in der Verteilung der Schichtzugehörigkeit konnte in der Mittelschicht gefunden werden. Aber bei ca. 1/3 der Patienten konnte keine Schichtzugehörigkeit nachgewiesen werden, da diese in Heimen lebten. Die Arbeitslosigkeit der Eltern spielte keine bedeutende Rolle, wohl aber der Zustand des broken-home-Verhältnisses. Der Schwerpunkt der Diagnosen lag bei emotionalen, neurotischen und reaktiven Störungen und bei Störungen des Sozialverhaltens. Eine sehr wichtige Aufgabe haben die Kliniken bei der Empfehlung der Weiterbetreuung nach der Entlassung. 30% wurden in hausärztliche Weiterbetreuung entlassen, 13,5% erhielten eine Empfehlung zur ambulanten kinderpsychiatrischen Behandlung, 11% wurde zu einer Weiterbehandlung bei einem anderen Facharzt geraten. 5,7% der Patienten wurden verlegt.

Goldbeck und Göbel untersuchten mit dem Projekt 'Stationäre Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Analyse an einer Inanspruchnahmepopulation' ein stationäres Patientenkollektiv einer städtischen Versorgung in Berlin (Goldbeck und Göbel 1990). Die meisten Diagnosen nach ICD-10 waren emotionale Störungen, Störung des Sozialverhaltens, neurotische Störungen und Achse 1 Diagnosen. In den Jahren 1982 bis 1984 wurden 207 Patienten behandelt. Zu jedem Patienten wurde mit Hilfe eines standardisierten Dokumentationssystems Daten zur Symptomatik, Anamnese, Diagnose und Therapie erhoben.

Die Hälfte der Patienten war über 14 Jahre alt und mehr als die Hälfte der Patienten war männlich. Ab dem Alter von 14 Jahren waren die Mädchen in der Überzahl. 21,7% der Patienten waren 6-9 Jahre alt und 25,6% waren 10-13 Jahre alt.

Die häufigsten Diagnosen waren emotionale (28%), neurotische Störungen (21,7%), Störungen des Sozialverhaltens (27,5%), schizophrene Psychosen (11,1%), Enuresis (9,7%) und Enkopresis (5,8%). Es fand sich kein Zusammenhang zwischen Diagnose und Behandlungsdauer, welche zwischen 1-252 Tagen lag und im Mittel 71 Tage betrug. Die meisten Patienten erhielten Beschäftigungstherapie, Krankengymnastik und Psychotherapie. Psychopharmaka erhielt nur eine Minderheit. Im Gegensatz zu ambulanten Patienten fand sich bei stationären Patienten eine sehr hohe Rate an sogenannten abnormen familiären Verhältnissen, wie zum Beispiel

alleinerziehende Eltern.

Von Aster, Meier und Steinhausen untersuchten mit dem Projekt 'Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich – Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station' ein stationäres, ambulantes und tagesklinisches Patientenkollektiv einer städtischen Versorgung in Zürich (von Aster, Meier und Steinhausen 1998). Die meisten Diagnosen nach ICD-10 waren Störungen des Sozialverhaltens, emotionale Störungen und hyperkinetische Störungen. In dieser Studie wurden insgesamt 7538 Patienten miteinander verglichen. 7254 davon waren ambulante Patienten, 158 stationäre Patienten und 126 tagesklinische Patienten. Das mittlere Alter der ambulanten Patienten war 9,8 Jahre (SD=4,1), das der stationären Patienten 9,7 Jahre (SD=2,6) und das der tagesklinischen Patienten 8,1 Jahre (SD=2,8). In der Tagesklinik lag der Jungenanteil bei 75,4%, auf Station bei 68,4% und in der Ambulanz bei 61,1%. Auf Station waren die häufigsten Diagnosen Störung des Sozialverhaltens (34,8%), kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotion (26,6%), Sprachentwicklungsstörungen (19%), hyperkinetische Störung (16,5%), Störungen sozialer Funktionen (15,2%), Lese- oder Rechtschreibstörungen (13,3%) und Sauberkeitsstörungen und Hirnfunktionsstörungen mit je 12%. Im Vergleich zu den stationären Patienten in den genannten deutschen Studien waren die stationären Patienten dieser schweizer Studie jünger, Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens waren häufiger vertreten, es fehlten Patienten mit psychotischen Erkrankungen und die Behandlungen dauerten im Durchschnitt länger. In allen drei Stichproben gab es bei der Zielsymptomatik deutliche bis geringfügige Verbesserungen, wobei stationäre und tagesklinische Patienten besser abschnitten als ambulante.

Döpfner, Metternich, Berner et al. untersuchten mit dem Projekt 'Die psychopathologische Beurteilung von Kindern und Jugendlichen in vier kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulationen, eine multizentrische Studie' ein stationäres und ambulantes Patientenkollektiv einer städtischen Versorgung in Zürich, Köln, Berlin und Frankfurt (Döpfner, Metternich, Berner et al. 1997). Die meisten Diagnosen nach ICD-10 waren Schizophrenie, depressive Störungen und manische Störungen. Sie verglichen vier Inanspruchnahmepopulationen (n=5027) auf Ebene der Einzelsymptome und der ICD-10 Diagnosen. Die vier Zentren liegen in Frankfurt, Berlin, Köln und Zürich.

1. Einleitung

Die Patienten der Berliner Stichprobe (n=1296) hatten ein mittleres Alter von 10,2 Jahren mit einem Jungenanteil von 60,7%. 95,8% der Patienten wurden ambulant behandelt.

Die Patienten der Frankfurter Stichprobe (n=409) hatten ein mittleres Alter von 11,4 Jahren mit einem Jungenanteil von 61,4%. 85,8% der Patienten wurden ambulant behandelt. Die Patienten der Kölner Stichprobe (n=1345) hatten ein mittleres Alter von 11,1 Jahren mit einem Jungenanteil von 65,4%. 89,9% der Patienten wurden ambulant behandelt. Die Patienten der Züricher Stichprobe (n=1976) hatten ein mittleres Alter von 10 Jahren mit einem Jungenanteil von 61,5%. 95,5% der Patienten wurden ambulant behandelt. In den vier Zentren lassen sich ähnliche Diagnoseverteilungen nachweisen, lediglich in Berlin und Zürich treten bei einzelnen Diagnosegruppen auch deutliche Unterschiede auf. Auch in Bezug auf die Einzelsymptome lassen sich deutliche Übereinstimmungen finden. Nur in Zürich wurden Einzelmerkmale seltener als auffällig beurteilt. Die Studie ließ offen, ob die nachgewiesenen Unterschiede zwischen den Zentren durch eine unterschiedliche Zusammensetzung der Inanspruchnahmepopulation oder durch unterschiedliche klinische Beurteilungskriterien zustande kam.

Eschmann, Weber-Häner und Steinhausen untersuchten mit dem Projekt 'Die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung soziodemografischer Merkmale' Patientenkollektive aus Zürich, USA, England, Deutschland, Kanada, Schweiz, Finnland, Niederlande, Neuseeland, Irland und Frankreich (Eschmann, Weber-Häner und Steinhausen 2007). Die Diagnosen wurden nach ICD-10 und DSM gestellt. Es wurden 24 Studien in die Untersuchung eingeschlossen. Die Studien umfassten Kinder und Jugendliche bis 25 Jahre. Die Untersuchung wurde von 1977 bis 2000 durchgeführt und zwischen 1987 und 2004 publiziert.

Ohne Berücksichtigung der Funktionstüchtigkeit, d.h. Beeinträchtigung der Alltagsfähigkeit, war die Prävalenz psychischer Störungen durchschnittlich 22% und mit Berücksichtigung 16%. Im Kindesalter lagen für Jungen höhere Prävalenzraten vor, im Jugendalter kehrt sich das Geschlechterverhältnis um. Im jungen Erwachsenenalter glichen sich die Prävalenzraten wieder an. Bei Jungen wurden häufiger Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen, Tics sowie dissoziale Störungen und Störungen durch Substanzenmissbrauch diagnostiziert, bei Mädchen hingegen mehr Essstörungen und psychosomatische Störungen.

Im folgenden werden die epidemiologischen Studien vorgestellt.

Ihle und Esser untersuchten mit dem Projekt 'Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede' ein Patientenkollektiv aus Deutschland, Neuseeland, USA, England, Kanada, Finnland, Schweiz und Niederlande (Ihle und Esser 2002). Die Diagnosen wurden nach ICD-10 und DSM gestellt. In dieser Metastudie wurden 19 Studien nach bestimmten Kriterien wie repräsentative Studie, genügend große Fallzahl, strukturierte Interviews einbezogen.

Der ungewichtete Mittelwert der berichteten Periodenprävalenzraten lag bei 18%, wobei $\frac{3}{4}$ der Raten zwischen 15-22% lagen. Die Periodenprävalenzrate ist die Anzahl der Erkrankten in einem bestimmten Zeitraum. Alle untersuchten Studien zeigten hohe Persistenzraten über alle Altersstufen des Kindes- und Jugendalters von über 50%. Dies zeigte, dass es sich hier um ernstzunehmende und gesundheitspolitisch relevante Krankheiten handelte. Psychische Störungen waren im Kindes- und Jugendalter etwa ebenso häufig wie im Erwachsenenalter. Häufig zu finden waren Angststörungen, dissoziale Störungen, depressive Störungen und hyperkinetische Störungen. Für dissoziale und hyperkinetische Störungen zeigten sich sehr ungünstige Verläufe. Bei Kinder und Jugendlichen lagen ähnliche Komorbiditätsraten vor wie bei Erwachsenen. Fast 50% der Patienten mit hyperkinetischen Störungen zeigten auch dissoziale Störungen und Patienten mit Depressionen zeigten zu 40% auch Angststörungen.

Betrachtet man die Krankheitsgruppen in Bezug auf Beeinträchtigung und Kostenintensivität, so liegen psychische Störungen genau zwischen kardiovaskulären Erkrankungen und Krebserkrankungen. Die Behandlungsquote lag bei Kindern und Jugendlichen aber nur bei 17% der Erkrankten.

Barkmann und Schulte-Markwort untersuchten mit dem Projekt 'Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kinder und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Literaturüberblick' ein Patientenkollektiv einer gemischt ländlich und städtischen Versorgung in Deutschland (Barkmann und Schulte-Markwort 2004). Die Diagnosen wurden nach ICD-10 und DSM gestellt. Sie stellten den bislang erreichten empirischen Forschungsstand zur Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kinder und Jugendlichen in Deutschland vor. Es wurden 29 Studien miteinbezogen und deren epidemiologische Eckdaten einander gegenübergestellt und analysiert. Die

mittlere Prävalenz psychischer Auffälligkeiten liegt bei 17,2%. Es sind aber keine Veränderungen der Prävalenz wegen der hohen Methodenvariabilität der einzelnen Studien ableitbar. Es ist keine Zu- oder Abnahme von psychischen Auffälligkeiten über die Jahrzehnte ableitbar, auch nicht im Elternurteil.

Trotz immer mehr zentrumsübergreifenden Projekten gibt es noch keine bundesweit repräsentative zweistufige epidemiologische Studie mit einem vorgeschalteten Fragebogenscreening, wie sie von den Autoren verlangt wird. Die weit verbreitete Meinung, Kinder und Jugendliche würden psychisch immer auffälliger, sei nach bisherigem Kenntnisstand nicht zu bestätigen, weil die dafür notwendigen Untersuchungen nicht durchgeführt wurden. Es lässt sich nur feststellen, dass es in dem Zeitraum 1994 bis 2001 im Elternurteil keine Zu- oder Abnahme psychischer Auffälligkeiten gäbe.

Döpfner, Breuer, Wille et al. untersuchten mit dem Projekt 'How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit-/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample – results of the BELLA study' eine Bevölkerungsstichprobe aus Deutschland (Döpfner, Breuer, Wille et al. 2008). Die Diagnosen wurden nach ICD-10 und DSM-IV gestellt.

Eine repräsentative Stichprobe mit 2452 Kindern und Jugendlichen im Alter von 7-17 Jahren wurden auf die Prävalenz von ADHS (DSM) bzw. Hyperkinetische Störung (ICD-10) untersucht. Die Prävalenz für ADHS lag hier bei 5% und für Hyperkinetische Störungen bei 1%. Eine höhere Prävalenz lag bei Jungen, kleinen Kindern, Kindern und Jugendlichen mit niedrigerem sozioökonomischen Status und bei Kindern und Jugendlichen aus Familien aus städtischer Gegend vor. Die Prävalenz lag bei 7-10jährigen bei 6,4% bei ADHS und bei 1,8% bei hyperkinetischen Störungen. Bei 14-17jährigen lag die Prävalenz bei 3,9% bei ADHS und bei 0,3% bei Hyperkinetischen Störungen. Kinder mit ADHS haben ein erhöhtes Risiko auch unter emotionalen Störungen, Verhaltens- oder Angststörungen zu leiden.

Hölling, Kurth, Rothenberger et al. untersuchten mit dem Projekt '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)' eine Bevölkerungsstichprobe aus Deutschland (Hölling, Kurth, Rothenberger et al 2008). Die Diagnosen wurden nach ICD-10 und DSM-IV gestellt.

1. Einleitung

Es wurde eine repräsentative Stichprobe von 14.478 Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren nach der Prävalenz psychischer Erkrankungen untersucht.

Die Stichprobe setzte sich aus 7376 Jungen (50,95%) und 7102 Mädchen (49,05%) zusammen. 18,5% der Patienten wurden als grenzwertig auffällig eingeordnet und waren somit in der Risikogruppe für psychiatrische Krankheiten. Es waren mehr Jungen als Mädchen bei z.B: Verhaltensauffälligkeiten, Aufmerksamkeitsstörungen betroffen. Bei emotionalen Problemen waren mehr Mädchen betroffen. Alter- und Geschlechtsunterschiede wurden in den Kategorien Gesamtauffälligkeit, emotionale Störungen, Verhaltensstörungen und Hyperaktivitätsstörungen gefunden. Patienten aus älteren Altersgruppen hatten weniger Auffälligkeiten in den Kategorien Gesamtauffälligkeit und Hyperaktivitätsstörungen. Insgesamt war die Prävalenz für emotionale Störungen 16,3% (Jungen 15,5%, Mädchen 17,2%), für Verhaltensstörungen 14,8% (Jungen 17,6%, Mädchen 11,9%) und für Hyperaktivitätsstörungen 13,9% (Jungen 18,2%, Mädchen 9,3%).

Ravens-Sieberer et al. untersuchten mit dem Projekt 'Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey' eine Bevölkerungsstichprobe aus Deutschland (Ravens-Sieberer et al 2008). Die Diagnosen wurden nach ICD-10 und DSM-IV gestellt.

Diese Studie untersuchte die Prävalenzraten von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Es wurde eine repräsentative Stichprobe von 2863 Kindern und Jugendlichen, davon 1389 Mädchen (48,5%) und 1474 Jungen (51,5%) untersucht. 950 (33,18%) davon waren im Alter von 7-10 Jahren und 1913 (66,82%) im Alter von 11-17 Jahren.

Insgesamt lag die Prävalenz für mindestens ein psychiatrisches Problem bei 14,5%. Die Prävalenzrate psychiatrischer Symptome mit Beeinträchtigung lag bei insgesamt 5,6%. Bei 7-10jährigen lag die Prävalenzrate bei 6,3% (Jungen 8,8%, Mädchen 3,7%) und bei 11-17jährigen bei 4,9% (Jungen 5,7%, Mädchen 4%). Die Prävalenzrate für 7-10jährige lag für Depression bei 5,6% (Jungen 5,5%, Mädchen 5,6%), für Angststörungen 6,4% (Jungen 5,2%, Mädchen 7,5%), für ADHS 6,3% (Jungen 5,5%, Mädchen 2,2%) und für Verhaltensstörungen 8,7% (Jungen 10%, Mädchen 6,7%). Die Prävalenzrate für 11-17jährige lag für Depressionen bei 4,9% (Jungen 4,6%, Mädchen 5,3%), für Angststörungen bei 4,0% (Jungen 3,8%, Mädchen 4,2%), für ADHS bei 2,2% (Jungen 2,8%, Mädchen 1,5%) und für

1. Einleitung

Verhaltensstörungen bei 9,7% (Jungen 10,9%, Mädchen 8,4%). Für selbstverletzende Gedanken lag die Prävalenzrate bei 3,8% (Jungen 2,5%, Mädchen 5,2%) und für selbstverletzendes Verhalten bei 2,9% (Jungen 2,0%, Mädchen 3,7%). Lehmkuhl, Köster und Schubert untersuchten mit dem Projekt 'Ambulante Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen – Daten einer versichertenbezogenen epidemiologischen Studie' eine Bevölkerungsstichprobe von AOK-versicherten Kindern und Jugendlichen aus Deutschland (Lehmkuhl, Köster und Schubert 2006). Die Diagnosen wurden nach ICD-10 gestellt.

Bei der Stichprobe dieser Studie handelte es sich um 55.545 AOK-versicherte Kinder und Jugendliche, 28.445 Jungen (51,21%) und 27.100 Mädchen (48,79%). Das Durchschnittsalter betrug im Jahr 2006 9,6 Jahre.

Bei 19,3% der Kinder und Jugendlichen lagen psychiatrische Diagnosen vor. Meist waren es Entwicklungsstörungen (10%), Verhaltens- und emotionale Störungen (7%), (dazu hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, emotionale Störungen, Störungen sozialer Funktionen, elektiver Mutismus, Bindungsstörungen, Tic-Störungen, Enuresis, Enkopresis, Fütterstörungen, Stottern, stereotype Bewegungsstörungen) und neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (4%). Bei 27% waren mehrere psychiatrische Störungen als Behandlungsanlass dokumentiert, dies war vor allem bei Patienten mit Schizophrenie und Intelligenzminderung der Fall. Bei Jungen lag eine Behandlungsprävalenz von 21,1% vor und bei Mädchen lag eine Behandlungsprävalenz von 17,4% vor. Beide Geschlechter hatten einen hohen Anteil von Entwicklungsstörungen. Die höchste Prävalenz von Entwicklungsstörungen lag bei Kindern im Vorschulalter vor. Die Prävalenzrate von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der frühen Kindheit lag bei 5% im Alter von 5-12 Jahren. Ab dem 15. Lebensjahr traten neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störungen als Behandlungsanlass in den Vordergrund.

Barkmann und Schulte-Markwort untersuchten mit dem Projekt 'Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis' in einer Übersichtsarbeit über mehrere Studien hauptsächlich städtische Bevölkerungspopulationen in Deutschland (Barkmann und Schulte-Markwort 2010). Die Diagnosen wurden nach ICD-10 gestellt.

Untersucht wurden die Prävalenzraten von emotionalen Störungen und Verhaltensstörungen inklusive ADHS, Angststörung, Depression, Zwangsstörungen, somatoforme und Essstörungen.

Es wurden 33 Studien eingeschlossen mit insgesamt 72978 Kindern und Jugendlichen.

Die mittlere Prävalenzrate von Emotionalen und Verhaltensstörungen der 33 Studien lag bei 17,6% (Norddeutschland 20,18%, Süddeutschland 15,86%), und liegt damit im Internationalen Vergleich.

Zusammenfassend fällt in dieser ersten Gruppe auf, dass die Autoren oft beschreiben, dass insgesamt mehr Jungen als Mädchen behandelt werden und ab einem Alter von 14 Jahren aber mehr Mädchen therapiert werden. Die häufigsten genannten Diagnosen sind hyperkinetische Störungen, emotionale Störungen und Störungen des Sozialverhaltens. Es fällt auch auf, dass bei stationären Fällen eine hohe Rate an Patienten zu finden ist, die aus sogenannten Patch-Work-Familien kommen. Laut Goldbeck und Göbel (1990) besteht zwischen Diagnose und Behandlungsdauer kein Zusammenhang. Die Prävalenzzahlen liegen im Mittel bei 16-18% wie Ihle & Esser (2002), Barkmann & Schulte-Markwort (2010) und Eschmann et al. (2007) berichten. Außerdem liegt die Behandlungsquote laut Ihle & Esser (2002) bei nur 17% der Erkrankten. Döpfner et al. (1997) fanden in vier kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulationen aus Frankfurt, Berlin, Köln und Zürich ähnliche Diagnosegruppen. In der Arbeit von Barkmann und Schulte-Markwort (2004) konnte die Meinung, dass Kinder und Jugendliche im Verlauf der letzten Jahre psychiatrisch immer auffälliger geworden sind, nicht bestätigt, da es noch keine Untersuchungen zu diesem Thema gibt.

1.3.3 Forschung zur Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

In Gruppe 2 werden die Artikel beschrieben, in denen die Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie thematisiert wird. Diese Studien berichten auch über die Stichprobe ihrer Untersuchung, doch zeigen diese meist Schwerpunkte in ihrer Diagnoseverteilung und werden hier wegen der beschriebenen Diagnoseverteilung referiert. In dieser Gruppe gibt es nur Studien mit klinischen Inanspruchnahmepopulationen.

1. Einleitung

Luk, Steiger, Mathai et al. beschreiben das Projekt 'Evaluation of Outcome in Child and Adolescent Mental Health Services: Children with Persistent Conduct Problems'. Hier ging es um ein Patientenkollektiv einer städtischen Versorgung in Victoria, Australien (Luk, Steiger, Mathai et al 2001). Die meisten Diagnosen nach ICD-10 waren Verhaltensstörungen.

Beschreibung der Stichprobe: Die institutions-repräsentative Stichprobe umfasste 46 Kinder mit persistierenden Verhaltensstörungen. Das mittlere Alter war 9 Jahre 3 Monate mit einer Standardabweichung von 32 Monaten. 8 Kinder waren älter als 12 Jahre. 38 Patienten waren männlich und 8 weiblich in einem Verhältnis von 4,8:1. Das mittlere Alter der Mutter und des Vaters war 36 Jahre mit einer Standardabweichung bei der Mutter von SD=6 Jahre und bei dem Vater von SD=5 Jahre. 94% der Mütter und 76% der Väter wurden in Australien geboren. 50% hatten 2 oder mehr Geschwister. 72% der Familien waren getrennt und 50% der Eltern waren alleinerziehend.

Beelmann und Schneider beschreiben das Projekt 'Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen'. Hier ging es um ein Patientenkollektiv verschiedener Studien (Beelmann und Schneider 2003). Die Diagnosen wurden nach ICD-10 und DSM gestellt.

Beschreibung der Stichprobe: In dieser Studie wurden 268 Publikationen und 283 Effektivitätsstudien miteinander verglichen. In über 30% der Behandlungen lässt sich ein Klientel mit gemischten Störungsbildern ausmachen. 65,5% der Patienten waren 7-14 Jahre alt, 9,7% bis 6 Jahre und 12,7% älter als 14 Jahre. 36,8% der Studien beinhalteten keine Altersangaben. In Studien, die eine Geschlechtsverteilung angaben, waren die Geschlechter annähernd gleich vertreten. Insgesamt wurden 1065 Kinder und Jugendliche in den Studien untersucht.

Bachmann, Bachmann, John et al. beschreiben das Projekt 'The effectiveness of child and adolescent psychiatric treatments in a naturalistic outpatient setting'. Hier ging es um ein ambulantes Patientenkollektiv einer städtischen/ländlichen Versorgung (Bachmann, Bachmann, John et al 2010). Die Diagnosen wurden nach ICD-10 gestellt.

Beschreibung der Stichprobe: Es wurden die CBCL Fragebögen von 306 kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten aus neun kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen ausgewertet.

186 (59,8%) der Patienten waren männlich und 120 (40,2%) weiblich. Das mittlere

Alter betrug 8,8 Jahre. Bei 94 Patienten wurden eine ADHS diagnostiziert (30,72%), bei 57 eine Verhaltensstörungen (18,63%), bei 53 eine Angststörungen (17,32%), bei 38 eine Depressiven Störung (12,42%) und bei 64 eine andere Diagnose (20,92%).

Zusammenfassend sieht man in dieser Gruppe wieder einen hohen Anteil von Patienten mit abnormen Familienverhältnissen. In der Studie von Beelmann & Schneider werden verschiedenen Publikationen und Effektivitätsstudien miteinander verglichen. Sie fanden einen hohen Teil von unter 14jährigen Patienten (75,2%) und eine annähernd gleiche Geschlechtsverteilung. In der Studie von Bachmann et al. findet sich ein außergewöhnlich hoher Anteil männlicher Patienten (69,8%).

1.3.4 Forschung zu Störungsbildern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

In Gruppe 3 wurden die Artikel beschrieben, in denen die Krankheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie thematisiert sind. Bei den hier vorliegenden Studien zu diesem Thema werden auch die Stichproben beschrieben, wobei diese für die Fragestellung dieser Arbeit entweder nicht genau genug beschrieben waren oder sie erschienen zu klein und willkürlich eingeteilt.

Es werden zunächst die Studien mit klinischen Inanspruchnahmepopulationen vorgestellt.

Becker, Jennen-Steinmetz, Holtmann et al. beschreiben das Projekt 'Komorbidität bei Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter' (Becker, Jennen-Steinmetz et al. 2003). Hier ging es um ein stationäres Patientenkollektiv einer städtischen Versorgung aus der Region Mannheim. Die meisten Diagnosen nach ICD-10 und DSM waren Angststörung, Depression und Trennungsangst.

Beschreibung der Stichprobe: Die Stichprobe umfasst 77 Patienten mit Zwangsstörungen. Es waren 31 Mädchen (40,26%) und 46 Jungen (59,74%). Das mittlere Alter betrug 14,7 Jahre mit einer SD=2,4. Bei den Jungen unter 15 Jahren war der prozentuelle Anteil am Patientenkollektiv bei Angststörungen 16%, bei affektiven Störungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörung, dissozialen Störungen und hyperkinetischen Störungen je 4%. Bei den Mädchen der gleichen Altersgruppe war der prozentuelle Anteil am Patientenkollektiv bei affektiven-, Angst-, Ess- und dissozialen Störungen 6,3%. Bei männlichen Jugendlichen von 15-19 Jahren war der prozentuelle Anteil am Patientenkollektiv bei Psychosen 4,8% und bei dissozialen

Störungen 9,5%. Mädchen der gleichen Altersgruppe hatten bei Affektiven Störungen einen prozentuellen Anteil am Patientenkollektiv von 13,3%, bei Angststörungen 13,3% und bei Essstörungen von 20%.

Im Folgenden werden die epidemiologischen Studien vorgestellt.

Plener, Brunner, Resch et al. beschreiben das Projekt 'Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter' (Plener, Brunner, Resch et al 2010). Hier ging es um eine repräsentative Schulpopulationen und stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Stichproben verschiedener Studien, die auf selbstverletzendes Verhalten untersucht wurden. Die Diagnosen wurden weder nach ICD-10 noch nach DSM-IV gestellt.

Beschreibung der Stichprobe: Die Prävalenzraten der Schulpopulationen waren für NNSI (selbstverletzendes Verhalten ohne suizidale Absicht) zwischen 3,7% Lebensprävalenz und 37,2% 12-Monatsprävalenz und für DSH (absichtliche Selbstschädigung) zwischen 3,7% 12-Monatsprävalenz und 18% Lebensprävalenz. Die Prävalenzraten bei Inanspruchnahmepopulation lag meist über 30%.

Schubert, Köster und Lehmkuhl beschreiben das Projekt 'Prävalenzentwicklung von hyperkinetischen Störungen und Methylphenidatverordnungen Analyse der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen zwischen 2000 und 2007' (Schubert, Köster und Lehmkuhl 2010). Hier ging es um eine repräsentative Bevölkerungspopulationen von AOK-versicherten Kindern und Jugendlichen, die auf hyperkinetische Störungen untersucht wurden. Die Diagnosen wurden nach ICD-10 gestellt.

Beschreibung der Stichprobe: In den untersuchten Jahren standen pro Jahr die Daten von 50.000 bis 63.000 Kinder und Jugendliche unter 19 Jahren zur Verfügung. Die Geschlechterverteilung war mit 51% Jungen und 49% Mädchen annähernd gleich. Im Jahr 2007 lag die Prävalenzrate für hyperkinetische Störungen bei 2,21% (Jungen 3,39%, Mädchen 0,97%). Im Vergleich zu den Prävalenzraten im Jahr 2000 war dies ein 1,5facher Anstieg. Bei den 6-18jährigen Jungen gab es einen Anstieg von 53% und bei den 6-18jährigen Mädchen einen Anstieg von 69%. Der höchste Anstieg der Prävalenzrate war mit 297% in der Altersgruppe der 15-18jährigen zu finden.

Zusammenfassend sieht man in dieser Gruppe in den Inanspruchnahmepopulationen eine Geschlechterverteilung zugunsten der männlichen Patienten (59,74%) (Becker et al. 2003). Die Prävalenzzahlen

verschiedener Störungsbilder einer Versichertenstichprobe der AOK zeigten beispielsweise bei hyperkinetischen Störungen einen Anstieg von bis zu 297%. (Schubert et al. 2010)

1.3.5 Forschung zur Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

In Gruppe 4 wurden die Artikel beschrieben, in denen die Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie thematisiert wird. Teilweise wird bei diesen Studien nicht auf die Stichprobe eingegangen oder sie ist recht klein mit $n = 88$ und $n = 30$. Auch lassen diese Studien keine Aussage über die Veränderung der Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie über die Jahre zu. In dieser Gruppe werden nur Studien mit klinischer Inanspruchnahmepopulation vorgestellt.

Wurst, Ferle, Fuiko et al. beschreiben das Projekt 'Zur Lebensqualität chronisch kranker und psychisch auffälliger Kinder' (Wurst, Ferle, Fuiko et al. 2002). Hier ging es um ein stationäres und ambulantes Patientenkollektiv einer städtischen Versorgung von Wien. Die Diagnosen wurden nach ICD-10 gestellt.

Beschreibung der Stichprobe: Die Stichprobe umfasste 360 Patienten der Ambulanz und der Station für Heilpädagogik und Psychosomatik, Onkologie, Kardiologie, Diabetiker und Patienten mit Stoffwechselerkrankungen. In der Ambulanz der Klinik für Heilpädagogik und Psychosomatik waren 69% der Kinder und Jugendlichen männlich und 31% weiblich. Die Altersverteilung lag bei 6,4-19 Jahre bei einem Mittelwert von 9,7 Jahre. Auf der Station dieser Klinik waren 72% der Kinder und Jugendlichen männlich und 28% weiblich. Die Altersverteilung ging von 6-17,6 Jahre bei einem Mittelwert von 10,4 Jahren.

Mattejat, Simon, König et al. beschreiben das Projekt 'Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen' (Mattejat, Simon, König et al 2003). Hier ging es um ein stationäres und ambulantes Patientenkollektiv einer städtischen Versorgung. Die Diagnosen wurden nach ICD-10 gestellt.

Beschreibung der Stichprobe: 626 kinder- und jugendpsychiatrische Patienten aus unterschiedlichen Kliniken und Praxen wurden untersucht. 173 der Patienten wurden in einer Klinik und 453 wurden ambulant behandelt. Die stationäre Stichprobe bestand aus 89 Jungen (51,7%) und 83 Mädchen (48,3%) während die ambulante Stichprobe 321 Jungen (70,9%) und 132 Mädchen (29,1%) umfasste. Das Alter der stationären Patienten lag zwischen 7 und 18 Jahren bei einem Durchschnittsalter von

13,59 (SD=2,98). Das Alter der ambulanten Patienten lag zwischen 6 und 21 Jahren bei einem Durchschnittsalter von 10,07 Jahren (SD=3,02). Die Mehrheit der ambulanten Stichprobe litt an hyperkinetischen Störungen (19,8%), Störungen des Sozialverhaltens (15,4%) oder Emotionale Störungen (19,3%). Die stationären Patienten leiden auch häufig an hyperkinetischen Störungen (13,3%) und Störungen des Sozialverhaltens (14,5%), aber auch an Ess- (14%), Anpassungs- (11%) und neurotischen Störungen (9,3%) und Schizophrenien (9,3%).

Schubert, Herle und Wurst beschreiben das Projekt 'ICD-10 Diagnostik und Lebensqualität - Pilotstudie zur Lebensqualität psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher' (Schubert, Herle und Wurst 2003). Hier ging es um ein stationäres und ambulantes Patientenkollektiv einer städtischen Versorgung von Wien. Die Diagnosen wurden nach ICD-10 gestellt.

Beschreibung der Stichprobe: In der Stichprobe waren 151 Kinder und Jugendliche aus der Ambulanz und Klinik für Heilpädagogik und Psychosomatik. In der Ambulanz waren 87 Patienten, davon 74,7% (65) Kinder und 25,3% (22) Jugendliche. 68,97% waren männlich und 31,03% waren weiblich. Auf Station waren 64 Patienten, davon 59,37% Kinder (38) und 40,63% Jugendliche (26). 71,87% waren männlich (46) und 28,13% waren weiblich (18). In der Ambulanz waren die Patienten zwischen 6,4-19 Jahre alt mit einem Mittelwert von 9,7 Jahre und auf Station waren die Patienten zwischen 6-17,6 Jahre alt mit einem Mittelwert von 10,4 Jahren.

Keller, Konopka, Fegert et al. beschreiben das Projekt 'Prozessaspekte der Zufriedenheit von Jugendlichen in stationär-psychiatrischer Behandlung' (Keller, Konopka, Fegert et al 2003). Hier ging es um ein stationäres Patientenkollektiv einer städtischen Versorgung aus der Region Ulm. Die Diagnosen wurden nach ICD-10 gestellt.

Beschreibung der Stichprobe: Bei dieser Studie handelte es sich um 30 Patienten, 21 Mädchen und 9 Jungen. Sie waren zwischen 13-18 Jahre alt bei einem mittleren Alter von 16,2 Jahren (SD=1,2). Es wurden 4 diagnostische Hauptgruppen gebildet: Anorexia nervosa (n=7), Depression (n=5), Schizophrenie (n=5) und Störung des Sozialverhaltens (n=12), bei einer Person wurde eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert.

Keller, Peter, Fegert et al. beschreiben das Projekt 'Behandlungsbewertungen von Jugendlichen im Verlauf einer stationär-psychiatrischen Behandlung' (Keller, Peter, Fegert et al 2006). Hier ging es um ein stationäres Patientenkollektiv einer

städtischen Versorgung aus der Region Ulm. Die Diagnosen wurden nach ICD-10 gestellt.

Beschreibung der Stichprobe: Die Stichprobe bestand aus 88 stationär behandelten Jugendlichen, 48 Mädchen und 40 Jungen im Alter von 14-18 Jahren. Das mittlere Alter war 16 Jahre (SD=1,0). Die am häufigsten diagnostizierten Erkrankungen waren Schizophrenien, Depressionen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen und die beiden größten Gruppen waren die Neurosen und die Gruppe der externalisierenden Störungen.

Mattejat, König, Barchewitz et al. beschreiben das Projekt 'Zur Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und ihren Eltern' (Mattejat, König, Barchewitz et al 2005). Hier ging es um ein stationäres und ambulantes Patientenkollektiv einer städtischen Versorgung aus Marburg.

Beschreibung der Stichprobe: In dieser Studie wurden 603 Eltern von ambulanten und stationären Patienten befragt. 53,6% der stationären Patienten waren männlich und 46,4% weiblich. Das Alter war zwischen 7-18 Jahre bei einem Durchschnittsalter von 13,37 (SD=3,05). 72% der ambulanten Patienten waren männlich und 28% weiblich. Hier waren die Patienten zwischen 6-21 Jahre alt, bei einem Durchschnittsalter von 9,81 Jahre (SD=2,8).

Zusammenfassend fällt bei dieser Gruppe von Studien auf, dass die Geschlechterverteilung zugunsten der männlichen Patienten ungleich ist. Die meisten gestellten Diagnosen dieser Gruppe waren Schizophrenie, Depression, Essstörungen und Störungen des Sozialverhaltens.

1.3.6 Forschung zu Instrumenten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

In Gruppe 5 werden die Artikel beschrieben, in denen das Thema die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verwendeten Instrumente sind. Bei den vorliegenden Studien zu diesem Thema wurden die meisten Stichproben bezogen auf die Fragestellung dieser Arbeit meist unzureichend beschrieben oder die Stichprobe war mit $n = 35$, $n = 57$ und $n = 32$ recht klein. In dieser Gruppe werden nur Studien mit klinischer Inanspruchnahmepopulation vorgestellt.

Noterdaeme, Schlamp, Linder et al. beschreiben das Projekt 'Die Basisdokumentation in der Kinder und Jugendpsychiatrie – Erste Auswertungen und

Erfahrungen' (Noterdaeme, Schlamp, Linder et al 2003). Hier ging es um ein stationäres und ambulantes Patientenkollektiv aus der Region München. Die Diagnosen wurden nach ICD-10 gestellt.

Beschreibung der Stichprobe: In der Münchner Stichprobe waren 1671 Patienten, davon 1017 männlich und 654 weiblich. 906 wurden ambulant, 681 stationär und 84 wurden teilstationär therapiert. In der Landshutner Stichprobe waren 2159 Patienten, davon 1279 männlich und 880 weiblich. 1454 wurden ambulant, 602 stationär und 103 teilstationär therapiert. In der Regensburger Stichprobe waren 1516 Patienten, davon 910 männlich, 606 weiblich, 866 ambulant, 567 stationär und 77 teilstationär. Im Vergleich zeigten die drei Kliniken nur geringe Abweichungen in der Diagnoseverteilung. Anpassungsstörungen sind die häufigsten Diagnosen, dann kommen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen. Störungen des Sozialverhaltens mit hyperkinetischer Störung wurden in 6-12% der Fälle diagnostiziert, Störungen des Sozialverhaltens ohne hyperkinetischer Störung in 5-8% der Fälle.

Winter, Wiegard, Welke et al. beschreiben das Projekt 'Evaluation mit der Psychotherapie – Basisdokumentation für die K&J Psy-BaDo-KJ' (Winter, Wiegard, Welke et al 2005). Hier ging es um ein stationäres Patientenkollektiv aus der Region Berlin. Die Diagnosen wurden nach ICD-10 gestellt.

Beschreibung der Stichprobe: Es konnten Daten von 35 Patienten gewonnen werden. Davon waren 65,7% Mädchen und 34,3% Jungen. Das Alter der Patienten war im Durchschnitt 15,5 (SD=1,41). Die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer war 75 Tage. 36,7% der Diagnosen gehörten zum Formenkreis der Essstörungen, 24,5% waren Angst-, Zwangs-, Anpassungs- und somatoforme Störungen. 14,3% hatten Entwicklungsstörungen, 37,1% hatten eine somatische Diagnose und 62,9% zeigten auf der 6. Achse eine deutliche/übergreifende Beeinträchtigung.

Mattejat, Jungmann, Meusers et al. beschreiben das Projekt 'Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen' (Mattejat, Jungmann, Meuser et al 1998). Hier ging es um ein stationäres Patientenkollektiv aus der Region Marburg.

Beschreibung der Stichprobe: In der Stichprobe waren 57 Jungen (63,33%), die ein durchschnittliches Alter von 10,56 Jahre (SD=4,2) hatten und 33 Mädchen (36,66%), die ein durchschnittliches Alter von 13,61 Jahre (SD=4,67) hatten. 39 der Patienten waren Kinder und 34 der Patienten waren Jugendliche.

Mattejat und Remschmidt beschreiben das Projekt 'The List of individual symptoms for Therapy Evaluation (LISTE) – An efficient method for individualized outcome assessment' (Mattejat und Remschmidt 2001). Hier ging es um ein stationäres Patientenkollektiv aus der Region Marburg. Die Diagnosen wurden nach ICD-10 gestellt.

Beschreibung der Stichprobe: An dieser Studie nahmen 32 Patienten teil, 18 Jungen (59,4%) und 14 Mädchen (40,6%). Das Durchschnittsalter war 13,69 Jahre (SD=3,81). Die am häufigsten gestellten Diagnosen waren Anpassungsstörungen, Anorexie, hyperkinetische Störungen, emotionale Störungen und gemischte Verhaltens- und emotionale Störungen.

Mattejat und Remschmidt beschreiben das Projekt 'Die Erfassung des Therapieerfolges in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter naturalistischen Bedingungen' (Mattejat und Remschmidt 2006). Hier ging es um ein stationäres Patientenkollektiv aus der Region Marburg.

Beschreibung der Stichprobe: Es wurden die Daten von 1321 Patienten erfasst. Das Durchschnittsalter war 14,1 Jahre. 50,7% waren männlich und 49,3% weiblich. 5,7% hatten eine emotionale Störung, 12% eine kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, 12,9% eine Störung des Sozialverhaltens, 7,8% eine hyperkinetische Störung, 2,6% eine tiefgreifende Entwicklungsstörung, 3,6% eine Persönlichkeitsstörung, 8,6% eine Anorexie, 6,4% eine neurotische Störung, 11,4% eine Anpassungsstörung und 8,7% eine Schizophrenie.

Goldbeck, Besier, Petermann et al. beschreiben das Projekt 'Validierung des SPS-J an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation' (Goldbeck, Besier, Petermann et al. 2007). Hier ging es um ein Patientenkollektiv aus den Regionen Ulm und Bremen. Die Diagnosen wurden nach ICD-10 gestellt.

Beschreibung der Stichprobe: Es wurden 286 Patienten in dieser Studie untersucht. Das mittlere Alter war 14 Jahre (SD=2,0). 44% waren weiblich und 56% männlich. Die meisten Diagnosen waren hyperkinetische Störungen mit 22%, kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen mit 15,7%, neurotische und somatoforme Störungen mit 15,4% und Störungen des Sozialverhaltens mit 11,5%.

Pauschard, Remschmidt und Mattejat beschreiben das Projekt 'Assessing child and adolescent anxiety in psychiatric samples with the Child Behavior Checklist' (Pauschard, Remschmidt und Mattejat 2010). Hier ging es um ein stationäres und ambulantes Patientenkollektiv aus der Region Marburg. Die Diagnosen wurden nach ICD-10 gestellt.

Beschreibung der Stichprobe: Die erste Stichprobe bestand aus 2763 ambulanten Patienten mit einem mittleren Alter von 10,9 Jahre. 67,1% davon waren Jungen und 32,9% Mädchen.

Die häufigsten Diagnosen waren Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivitätsstörungen mit 25,3% und emotionale Störungen mit 14,8%. 25,3% hatten keine Achse 1-Diagnose. Die Patienten mit der Diagnose emotionale Störungen waren 58,4% Jungen und 41,6% Mädchen. 68,4% waren im Alter von 4-11 Jahren und 31,6% im Alter von 12-18 Jahren.

Die zweite Stichprobe bestand aus 888 stationären Patienten mit einem mittleren Alter von 13,2 Jahren. 50,6% waren Jungen und 49,4% Mädchen.

Die häufigsten Diagnosen waren neurotische Störungen, stressbedingte und somatoforme Störungen mit 17,5%, Verhaltensstörungen mit 13,2%, Gemischte Verhaltens- und emotionale Störungen mit 12,4% und hyperkinetische Störungen mit 10,2%. Nach Elterninterview erschien die Pathologie bei stationären Patienten ausgeprägter als bei ambulanten Patienten.

Zusammenfassend lässt sich in dieser Gruppe von Studien erkennen, dass die am häufigsten gestellten Diagnosen Störungen des Sozialverhaltens, emotionale Störungen, hyperkinetische Störungen und Anpassungsstörungen waren. Bei der Geschlechterverteilung zeigte sich wieder ein Schwerpunkt bei den männlichen Patienten. In einer Studie waren mit 65,7% mehr weibliche Patienten vertreten, was sicherlich daran lag, dass ein großer Teil der Patienten die Diagnose einer Essstörung hatte (Winter et al. 2005).

1.3.7 Stichprobeneinteilung Inanspruchnahme – Epidemiologie

Die Studien wurden auch danach eingeteilt, ob es sich bei der untersuchten Stichprobe um eine Inanspruchnahmepopulation handelt, oder ob es sich bei der untersuchten Stichprobe um eine durchschnittliche Bevölkerungspopulation handelt. Die Stichproben wurden nach den beiden Gruppen getrennt chronologisch

verglichen, um herauszufinden, ob sich Tendenzen zu Veränderungen in Prävalenzen und Symptomverteilung erkennen lassen.

1.3.7.1 Epidemiologische Studien

Tabelle Nr. 1: Epidemiologische Studien

Titel	Autor	Publiziert
Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede.	Ihle W. & Esser, G.	2002
Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Literaturüberblick.	Barkmann, C., Schulte-Markwort, M.	2004
How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit-/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample – results of the BELLA study	Döpfner M., Breuer D., Wille N. et al.	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)	Hölling H., Kurth B.-M., Rothenberger A. et al.	2008
Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey	Sieberer U., Wille N., Erhart M. et al.	2008
Ambulante Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen – Daten einer versichertenbezogenen epidemiologischen Studie	Lehmkuhl G., Köster I. und Schubert I.	2009
Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis	Barkmann C., Schulte-Markwort M.	2010
Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter	Plener P.L., Brunner R., Resch F. et al.	2010
Prävalenzentwicklung von hyperkinetischen Störungen und Methylphenidatverordnungen Analyse der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen zwischen	Schubert I., Köster I. und Lehmkuhl G.	2010

2000 und 2007		
---------------	--	--

Vergleicht man die allgemeinen Prävalenzraten der psychischen Erkrankungen in ihrer Gesamtheit, dann fällt auf, dass die Prävalenzraten 2002 und 2009 mit 18% und 19,3% nahe aneinander liegen. Insgesamt lässt sich also kein Unterschied der Prävalenzraten im Zeitverlauf feststellen. Barkmann und Schulte-Markwort fanden für die Jahre 1994 bis 2001 keine Zu- oder Abnahme der Prävalenzraten bei ihrem systematischen Literaturüberblick (Barkmann und Schulte-Markwort 2004).

Vergleicht man die störungsbilderspezifischen Prävalenzraten dieser Studien, dann findet man zum Beispiel für hyperkinetische Störungen einen Anstieg der Prävalenz von 2000 bis 2007 mit 2,21% auf das 1,5fache. Emotionale Störungen und Verhaltensstörungen stiegen von 16,3% bzw. 14,8% 2008 auf 17,6% 2010.

1.3.7.2 Studien mit klinischen Inanspruchnahmepopulationen

Tabelle 2: Studien mit klinischen Inanspruchnahmepopulationen

Titel	Autor	Publiziert
Die stationäre Klientel einer Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie in Hessen.	Aba, O. & Henri, A.	1989
Stationäre Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Analysen an einer Inanspruchnahmepopulation.	Goldbeck, L. & Göbel, D.	1990
Die psychopathologische Beurteilung von Kindern und Jugendlichen in vier kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmestichproben - eine multizentrische Studie.	Döpfner, M., Wolff Metternich, T., Berner, W. et al.	1997
Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK).	Mattejat, F., Jungmann, J., Meusers et al.	1998
Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station.	Von Aster M., Meier, M. Steinhausen,H.C	1998
Evaluation of Outcome in Child and Decrescendo Mental Health Services: Children with Persistent Conduct Problems	Luk E., Steiger P., Mathai J.et al.	2001
The List of Individual Symptoms for Therapy Evaluation (LISTE) - An efficient method for individualized outcome assessment.	Mattejat, F. und Remschmidt, H.	2001
Zur Lebensqualität chronisch kranker und psychisch auffälliger Kinder. Erste Erfahrungen mit dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK).	Wurst E., Herle M., Fuiiko R. et al.	2002
Die Basisdokumentation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Erste Auswertungen und Erfahrungen.	Noterdaeme M, Schlamp D, Linder M et al.	2003
Prozessaspekte der Zufriedenheit von Jugendlichen in stationär-psychiatrischer Behandlung.	Keller, F., Konopka, L., Fegert et al.	2003
Wirksamkeit der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Stand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen	Beelmann, A. und Schneider, N.	2003

Effektivitätsforschung.		
Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der ersten multizentrischen Studie mit dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK).	Mattejat, F., Simeon, B., König, U. et al.	2003
ICD-10 Diagnostik und Lebensqualität. Pilotstudie zur Lebensqualität psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher.	Schubert, M.T., Herle, M. Und Wurst, E.	2003
Komorbidität bei Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter	Becker K, Jennen- Steinmetz C, Holtmann M et al.	2003
Zur Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und ihren Eltern: Ergebnisse der ersten multizentrischen Studie mit der Elternversion des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK).	Mattejat, F., Koenig, U., Barchewitz, C. et al.	2005
Evaluation mit der Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche: Psy-BaDo-KJ – Ein Instrument zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation im Bereich Kinder- und Jugendpsychotherapie.	Winter R S, Wiegard A, Welke M et al.	2005
Behandlungsbewertungen von Jugendlichen im Verlauf einer stationär-psychiatrischen Behandlung.	Keller, F., Peter, S., Fegert, J. M. et al.	2006
Die Erfassung des Therapieerfolges in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter naturalistischen Bedingungen: Konzeption und Realisierung des Marburger Systems zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation (MARSYS).	Mattejat, F. und Remschmidt, H.	2006
Validierung des SPS-J an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation.	Goldbeck, L., Besier, T., Petermann, F. et al.	2007
The effectiveness of child and adolescent psychiatric treatments in a naturalistic outpatient setting	Bachmann M., Bachmann C., John K et al.	2010
Assessing child and adolescent anxiety in psychiatric samples with the Child Behavior Checklist	Pauschardt J, Remschmidt H und Mattejat F.	2010
Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter	Plener P.L, Brunner R, Resch F. et al.	2010

Vergleicht man die vorliegenden Stichproben verschiedener Inanspruchnahmepopulationen von 1989 bis 2010 miteinander, fällt auf, dass in den meisten Stichproben die männlichen Patienten überwiegen. Im Schnitt bestanden die Stichproben zu 60,03% aus männlichen und zu 39,97% aus weiblichen Patienten. Vergleicht man die Diagnosenverteilung der vorliegenden Stichproben miteinander fällt auf, dass einige Störungsbilder wie Verhaltensstörungen, emotionale Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, Anpassungsstörungen in fast allen Studien von 1989 bis 2010 vertreten sind. Immer mehr zuzunehmen scheinen Essstörungen wie Anorexie sowie Bulimie und Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen.

1.3.8 Forschungsüberblick

Betrachtet man alle Gruppen zusammen, lässt sich erkennen, dass insgesamt mehr männliche als weibliche Patienten behandelt werden, ab einem Alter von 14 Jahren aber die Zahl der weiblichen Patienten die Zahl der männlichen übersteigt. Es liegt zwar eine Studie von Winter et al. vor, in der die Zahl der weiblichen Patienten dominant ist, das liegt aber sicherlich auch an der Diagnoseverteilung, die zu Lasten von Essstörungen geht (Winter et al. 2005). Aber auch in der Metastudie von Beelmann und Schneider fand sich mit einer annähernd gleichen Geschlechterverteilung eine andere Zusammenstellung der Patienten (Beelmann und Schneider 2003). Bei stationären Patienten wurde eine höhere Rate von Patienten aus Patch-Work-Familien erkennbar. In verschiedenen Studien nach Ihle und Esser (2002), Barkmann und Schulte-Markwort (2010) und Eschmann et al. (2007) lagen die Prävalenzzahlen für psychische Störungen zwischen 16-18%, wobei die Behandlungsquote der Erkrankten laut Ihle & Esser bei nur 17% lag (2002).

Döpfner et al. verglichen Inanspruchnahmepopulationen aus vier verschiedenen Städten, Frankfurt, Berlin, Köln und Zürich und fanden überall ähnliche Diagnosegruppen. Die gefundenen Unterschiede liegen laut den Autoren wahrscheinlich an unterschiedlicher klinischen Beurteilungskriterien oder unterschiedliche Zusammensetzung der Inanspruchnahmepopulation. (Döpfner et al. 1997).

Die am häufigsten genannten Diagnosen der fünf Gruppen waren hyperkinetische Störungen, Störung des Sozialverhaltens, emotionale Störungen, aber auch Schizophrenie, Depression, Essstörungen und Anpassungsstörungen.

Nach Sichtung der Literatur lässt sich erkennen, dass es auf verschiedenen Gebieten umfassende Studien gibt. So gibt es beispielsweise Querschnittsuntersuchungen verschiedener kinder- und jugendpsychiatrischer Patientenkollektive aus städtischen und ländlichen Versorgungsregionen aus Deutschland, aber auch querschnittliche epidemiologische Stichprobenuntersuchungen von Kindern und Jugendlichen aus Deutschland, Neuseeland, USA, England, Kanada, Finnland, Schweiz und Zürich, Niederlande, Irland und Frankreich. Die Untersuchungen zu den Patientenkollektiven gingen unter anderem auf Alter, Geschlecht, Unterbringung, Diagnosen und Verbesserung der Symptomatik der Patienten ein. Die epidemiologischen Studien gingen unter anderem auf den Mittelwert der Periodenprävalenzen, Persistenzraten, Diagnosen, Komorbiditäten und Behandlungsquoten ein. Außerdem finden sich Untersuchungen des Therapieerfolges und der Wirksamkeit von Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Studien zu Komorbiditäten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ausführlich wird die Lebensqualität psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher und auch teilweise ihrer Eltern untersucht. Instrumente wie zum Beispiel die Basisdokumentation wurden in Studien getestet und weiterentwickelt. Was in der Forschung der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch fehlt, sind längsschnittliche Untersuchungen der Stichprobenpopulation im zeitlichen Verlauf. Weiterhin wären auch weitere Studien nötig, die die störungsbilderspezifischen Prävalenzraten untersuchen, um auch hier mögliche Veränderungen der Prävalenzen im Zeitverlauf festzustellen.

1.4 Entwicklung der Hypothesen

1.4.1 Expertenfragebogen

Zur Entwicklung der Hypothesen wurde ein Expertenfragebogen erstellt, der von Ärzten und Therapeuten mit mehr als zehn Jahren Berufserfahrung an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des UKE bearbeitet werden sollte. Insgesamt wurden elf Fragebögen bearbeitet. Durch Ankreuzen der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten konnten die Experten ihre Einschätzung der Veränderungen der Inanspruchnahmepopulation angeben. Teilweise wurde durch ein freies Feld Möglichkeiten der näheren Beschreibung gegeben. In einer letzten offenen Frage konnten die Experten beschreiben, was ihnen sonst noch persönlich aufgefallen war.

1.4.2 Auswerten des Expertenfragebogens

Die Auswertung des Expertenfragebogens hat folgendes ergeben:

1. Hat sich aus Ihrer Sicht in dem Zeitraum von dem Jahr 2000 bis heute die Zusammensetzung der Diagnosen verändert?

58,3% nicht verändert, 33,3% mehr externalisierend, 8,3% mehr Persönlichkeitsstörungen

2. Hat sich aus Ihrer Sicht in dem Zeitraum von dem Jahr 2000 bis heute die Geschlechterverteilung verändert?

72,72% gleich geblieben, 18,18% mehr weibliche, 9,09% mehr männliche

3. Hat sich aus Ihrer Sicht in dem Zeitraum von dem Jahr 2000 bis heute die Altersverteilung verändert?

54,54% gleich geblieben, 45,45% im Mittel mehr ältere Patienten

4. Hat sich aus Ihrer Sicht in dem Zeitraum von dem Jahr 2000 bis heute die Altersverteilung in Abhängigkeit des Geschlechtes verändert?

57,14% nicht verändert, 21,43% mehr jüngere männliche Patienten, 21,43% mehr ältere weibliche Patienten

5. Hat im Mittel aus Ihrer Sicht in dem Zeitraum von dem Jahr 2000 bis heute die Anzahl zugenommen von

- Selbstverletzendem Verhalten

18,18% gleich geblieben, 81,81% zugenommen

- Suizidalität

36,36% gleich geblieben, 63,63% zugenommen

- Komorbidität

36,36% gleich geblieben, 63,63% zugenommen

An Antworten wurden im Freitext gegeben:

Mehr jüngere suizidale Patienten und Borderline; mehr jüngere Patienten mit selbstverletzendem oder suizidalem Verhalten

6. Hat sich aus Ihrer Sicht in dem Zeitraum von dem Jahr 2000 bis heute die mittlere Verweildauer in gegebenenfalls Abhängigkeit von Diagnose, Alter, Geschlecht und Schweregrade der Erkrankung verändert?

25% gleich geblieben, 8,33% zugenommen, 66,66% abgenommen

Folgende Erläuterungen wurden im Freitext gegeben:

Höherer Aufnahmepressure und schärfere MDK-Kriterien; kürzere Verweildauer verursacht durch den Druck von Krankenkassen; durch Akutstation im Mittel kürzere Aufenthalte; bei Kindern zugenommen wegen Schwere der Erkrankung.

7. Was ist Ihnen in dem Zeitraum von dem Jahr 2000 bis heute sonst noch aufgefallen?

Wie zum Beispiel Veränderungen von Störungsbildern, Schweregrade bestimmter Symptome etc..

Folgende Antworten wurden gegeben:

- mehr Notfälle, mehr Krisenintervention

- mehr gestörte Patienten, mehr frühere strukturelle Störungen
- mehr sozialpsychische Probleme, mehr komplexe psychiatrische Störungen mit hochkonflikthaften Familienkonstellationen, Patch-work-Familie
- Insgesamt mehr Selbstverletzungen und mehr komorbider Drogenkonsum
- Schwere der Erkrankungen insbesondere bei Kindern zugenommen
- Mehr Patienten und weniger Mitarbeiter

1.4.3 Hypothesen und Nullhypothesen

Als Grundlage der Hypothesen diente die Auswertung der Expertenfragebögen. Es wurden folgende Hypothesen und Nullhypothesen erstellt:
Erste Hypothese: Seit dem Jahr 2000 gab es keine Veränderungen in der Zusammensetzung der Patienten, keine Veränderungen in der Geschlechterverteilung und keine Veränderungen in der Altersverteilung in Abhängigkeit des Geschlechtes.

Erste Nullhypothese: Seit dem Jahr 2000 gab es Veränderungen in der Zusammensetzung der Patienten, in der Geschlechterverteilung und in der Altersverteilung in Abhängigkeit des Geschlechtes.

Zweite Hypothese: Seit dem Jahr 2000 gibt es im Mittel mehr ältere Patienten.

Zweite Nullhypothese: Seit dem Jahr 2000 gibt es im Mittel weniger oder gleich viele ältere Patienten.

Dritte Hypothese: Seit dem Jahr 2000 gibt es im Mittel mehr Patienten mit selbstverletzendem Verhalten oder suizidalem Verhalten.

Dritte Nullhypothese: Seit dem Jahr 2000 gibt es im Mittel weniger oder gleich viele Patienten mit selbstverletzendem Verhalten oder suizidalem Verhalten.

Vierte Hypothese: Seit dem Jahr 2000 gibt es im Mittel mehr jüngere Patienten mit suizidalem Verhalten.

Vierte Nullhypothese: Seit dem Jahr 2000 gibt es im Mittel weniger jüngere oder gleich viele Patienten mit suizidalem Verhalten.

Fünfte Hypothese: Seit dem Jahr 2000 gibt es im Mittel mehr Komorbiditäten.

Fünfte Nullhypothese: Seit dem Jahr 2000 gibt es im Mittel weniger oder gleich viele Komorbiditäten.

Sechste Hypothese: Seit dem Jahr 2000 hat die mittlere Verweildauer in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Schweregrad abgenommen.

Sechste Nullhypothese: Seit dem Jahr 2000 hat die mittlere Verweildauer in

Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Schweregrad zugenommen oder ist gleich geblieben.

Siebte Hypothese: Seit dem Jahr 2000 hat der Schweregrad der Störungen insgesamt und besonders bei jüngeren Patienten zugenommen.

Siebte Nullhypothese: Seit dem Jahr 2000 hat der Schweregrad der Störungen insgesamt und besonders bei jüngeren Patienten abgenommen oder ist gleich geblieben.

2 Material und Methode

2.1 Das Forschungsprojekt Evaluation

2.1.1 Zusammenfassung des Forschungsprojektes

Diese Doktorarbeit ist Teil des Evaluationsprojektes der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des UKE. Ziel des seit 1999 laufenden Projektes ist es, alle teil-/stationären Behandlungsprogramme dieser Klinik systematisch zu evaluieren. Es handelt sich um eine Evaluierung mit einer prospektive Längsschnittstudie mit vier Erhebungszeitpunkten (t0 bei Anmeldung, t1 bei Aufnahme, t2 bei Entlassung und t3 sechs Monate nach Entlassung). Hierbei werden Patienten, Eltern, pflegerische Bezugspersonen und Therapeuten befragt. Die Daten dieser Doktorarbeit wurden im Rahmen des Evaluationsprojektes erhoben, hierfür gaben Eltern und Patienten ihr Einverständnis.

Die folgende Tabelle zeigt einen Überblick über die verwendeten Fragebögen und wann sie von wem ausgefüllt werden. Bei dieser Doktorarbeit wird nur die Basisdokumentation (BaDo), der Youth-Self-Report (YSR), die Child Behavior Checklist (CBCL) und das Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP) zum Zeitpunkt t0 oder, wenn dieser nicht vorliegt, zum Zeitpunkt t1 ausgewertet.

Tabelle 3: Für diese Studie relevante Fragebögen

	t0 Anmeldung	t1 Aufnahme
Patient	Symptomatik (YSR)	Symptomatik (YSR) Kompetenzen (YSR)
Mutter	Symptomatik (CBCL)	Symptomatik (CBCL) Kompetenzen (CBCL)

Vater	Symptomatik (CBCL)	Symptomatik (CBCL) Kompetenzen (CBCL)
Therapeut		Symptomatik (CASCAP-D)

2.1.2 Beschreibung der verwendeten Instrumente

2.1.2.1 BaDo (Englert et al. 1998)

Die Basisdokumentation von Englert et al. (1998) kann sowohl in Kliniken als auch von niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern angewandt werden. Die Basisdokumentation wurde in einer einjährigen Pilotstudie von 8 Kliniken und 8 niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern getestet und nach Auswertung dieser Pilotstudie nochmals überarbeitet. Die verwendete dritte Auflage besteht aus 14 Abschnitten, die wiederum weiter aufgeteilt sind.

Die BaDo umfasst soziodemographische Daten, Anamnese, psychopathologischer Befund, Skala zur Gesamtbeurteilung von Kindern und Jugendlichen, psychopathologischer Aufnahmebefund, somatisch-neurologischer Befund, Diagnosen, zusätzliche somatische Diagnostik, zusätzliche psychologische Diagnostik, Therapie, Ende der Behandlung, Behandlungsergebnis, Name des Dokumentierenden und Bemerkung. Die Abschnitte sind gleich aufgebaut. Sie bestehen aus Items, die durch Ankreuzen verschiedenen Antwortmöglichkeiten zugeordnet werden. Bei dem Abschnitt Bemerkung und Name des Dokumentierenden ist Platz für freien Text. Ein Fragebogen zur Basisdokumentation wird bei jeder ambulanten oder stationären Behandlung sowie als Langzeitkontrolle nach 2 Jahren ausgefüllt.

2.1.2.2 CASCAP-D (Döpfner et al. 1999)

Dieser Fragebogen dient der Beurteilung von psychopathologischen Symptomen aufgrund der Einschätzung des Untersuchers und eines halbstrukturierten Interviews des Patienten. Bei der Entwicklung des CASCAP wurden die Diagnosekriterien ICD-10 und DSM III/IV und das Dokumentationssystem des psychischen Befundes in der Erwachsenenpsychiatrie der Arbeitsgemeinschaft Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) als Orientierung verwendet. Die erste Version von Döpfner et al. wurde überprüft und von der AMDP mehreren Revisionen unterworfen. Der

Fragebogen wurde auch mehreren empirischen Analysen unterzogen (Döpfner et al. 1993, 1994, 1997).

Der CASCAP besteht aus 13 Merkmalsbereichen mit insgesamt 98 Items. Diese Bereiche sind Interaktion, regelbezogenes Verhalten, Entwicklungsstörungen, Aktivität und Aufmerksamkeit, Psychomotorik, Angst, Zwang, Stimmung und Affekt, Essverhalten, körperliche Beschwerden, Denken und Wahrnehmung, Gedächtnis, Orientierung und Bewusstsein. Die Ausprägung der Merkmale konnte mit 3=stark, 2=deutlich, 1=leicht und 0=nicht vorhanden beschrieben werden.

Dieses Befundsystem erlaubt sowohl die Erfassung von Einzelsymptomen als auch die Zusammenfassung zu Symptomskalen. Die Beurteilung beruht während der Exploration auf der Selbsteinschätzung des Patienten und auf Fremdeinschätzung der Bezugspersonen. Der CASCAP-D wurde an mehreren klinischen Studien und deren Stichproben überprüft. Es liegen Mittelwerte und Standardabweichungen für die einzelnen Symptomskalen vor (n=597). Diese Analysen haben ergeben, dass sich das psychopathologische Befundsystem in der klinischen Routine gut einsetzen lässt.

2.1.2.3 CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998a)

Die deutsche Form des Elternfragebogens CBCL wurde von der „Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist“ erarbeitet. Er dient der Erfassung des Urteils der Eltern über die Kompetenzen im ersten Teil, welcher aus 15 Items zu Aktivitäten, soziale Kompetenzen und Schule besteht. Der zweite Teil dient der Erfassung des Urteils der Eltern über Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und körperliche Beschwerden ihres Kindes. Dieser zweite Teil besteht aus 120 Items, die in 8 Syndromskalen, die wiederum in drei Untergruppen eingeteilt werden können: internalisierende Auffälligkeiten, externalisierende Auffälligkeiten und gemischte Auffälligkeiten.

Zu der Gruppe internalisierende Auffälligkeiten gehören die Skalen 'Sozialer Rückzug', 'Körperliche Beschwerden' und 'Ängstlich/Depressiv'. Zu der Gruppe externalisierende Auffälligkeiten gehören die Skalen 'Dissoziales Verhalten' und 'Aggressives Verhalten'. Zu der Gruppe der gemischten Auffälligkeiten gehören 'Soziale Probleme', 'Schizoid/zwanghaft' und 'Aufmerksamkeitsprobleme'. In diesen drei Gruppen kann ein Patient entweder als klinisch unauffällig, klinisch auffällig oder klinisch grenzwertig auffällig beurteilt werden. Der CBCL liegt in einer Version für

Eltern von 2-3jährigen und in einer Version für Eltern von 4-18jährigen vor.

2.1.2.4 YSR (*Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998b*)

Die deutsche Form des Youth-Self-Report (YSR) wurde ebenfalls von der Arbeitsgruppe 'Deutsche Child Behavior Checklist' (1998b) erarbeitet. Der Fragebogen wird von Kindern und Jugendlichen im Alter von 11-18 Jahren beantwortet. Im ersten Teil ist er dem CBCL weitgehend identisch. Und im zweiten Teil wurden bis auf 16 alle Items des CBCL übernommen. Genau wie der CBCL dient der erste Teil der Erfassung des Urteils des Patienten über seine Kompetenzen zu Aktivität, soziale Kompetenzen und Schule. Die Items des zweiten Teil werden zu acht mit dem CBCL weitgehend identischen Syndromskalen zusammengefasst, die wiederum in drei Gruppen eingeteilt werden können: Internalisierende Störungen, externalisierende Störungen und gemischte Störungen. Zu der Gruppe der internalisierenden Störungen gehört 'Sozialer Rückzug', 'Körperliche Beschwerden' und 'Ängstlich/Depressiv'. Zu der Gruppe der externalisierenden Störungen gehört 'Dissoziales Verhalten' und 'Aggressives Verhalten'. Zu der Gruppe der gemischten Störungen gehört 'Soziale Probleme', 'schizoid/zwanghaft' und 'Aufmerksamkeitsprobleme'.

2.2 Methodik der Auswertung

Die ausgefüllten Fragebogen wurden digitalisiert in eine Datenbank eingetragen. Mitte des Jahres 2006 wurde wegen der Umstellung eines Teils des Instrumentariums eine zweite Datenbank angelegt. Für die vorliegende Doktorarbeit wurden daher zwei Datenbanken verwendet. Die erste umfasst den Zeitraum der Jahre 2000 bis 2006 und die zweite den Zeitraum 2006 bis 2009. Zur Auswertung der Stichprobe und der Hypothesen wurde das Programm SPSS Version 17.0 verwendet.

Zur Auswertung der Allgemeinen Stichprobenbeschreibung wurden mit dem Programm SPSS die Häufigkeiten und prozentuale Angaben der Geschlechtsverteilung, Jahr der Aufnahme, Behandlungsform, Alter in Jahren, Altersgruppen, jüngerer und älterer Patienten sowie das mittlere Alter mit Minimum, Maximum und Standardabweichung berechnet. Die Behandlungsform wurde einmal in Ambulanz und Station (einschließlich Tagesklinik) unterschieden und einmal wurde die Behandlungsform in Ambulanz, Station und Tagesklinik unterschieden.

Anschließend wurden nur für die stationären Patienten (einschließlich tagesklinische Patienten) die Häufigkeiten und prozentualen Angaben der Geschlechtsverteilung, Jahr der Aufnahme, Behandlungsform wie Station und Tagesklinik, Alter in Jahren, Altersgruppen, jüngerer und älterer Patienten sowie das mittlere Alter mit Minimum, Maximum und Standardabweichung berechnet.

Es wurden außerdem jahrweise getrennt die Häufigkeiten und prozentualen Angaben für

Geschlecht, Behandlungsform wie Station und Tagesklinik, Alter in Jahren, Altersgruppen jüngere und ältere Patienten und das mittlere Alter mit Minimum, Maximum und Standardabweichung berechnet. Die Variablen der allgemeinen Stichprobenbeschreibung, der stationären Stichprobenbeschreibung und der jahrweise getrennten stationären und tagesklinischen Stichprobenbeschreibung wurden zudem auch nach Geschlecht getrennt berechnet.

Aufgrund von fehlenden Daten bei den ambulanten Patienten in den Jahren 2006 bis

2009 wurde bei der Auswertung der Hypothesen, bei denen es sich um den Vergleich der Jahre 2000 bis 2009 handelt, besonders auf die stationären und tagesklinischen Patienten eingegangen.

Die Auswertung der Hypothesen wurde wie folgt vorgenommen.

Auswertung erste Hypothese: Zur Auswertung für die Untersuchung der ersten Hypothese wurden die Variablen Alter, Altersgruppen, Geschlecht und die Altersgruppen geschlechtsabhängig für stationäre Patienten getrennt für die Jahre 2000 bis 2009 ausgewertet und verglichen. Um einen Überblick über die Veränderungen der Fallzahlen ambulanter, stationärer und tagesklinischer Patienten zu bekommen, wurden die Behandlungsfälle der Stichprobe mit den Behandlungsfällen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie verglichen. Hierfür wurden die stationären, ambulanten und tagesklinische Fallzahlen der Jahre 2000 bis 2009 der Stichprobe berechnet.

Auswertung zweite Hypothese: Zur Auswertung der zweiten Hypothese wurden die Mittelwerte des Alters jahrweise berechnet. Außerdem wurde berechnet wieviele ältere und jüngere Patienten es gab. Hierbei galt ein Patient als älter, wenn er 12 Jahre oder älter war. Dementsprechend galt ein Patient als jünger, wenn er 11 Jahre alt oder jünger war.

Auswertung dritte Hypothese:

Nach der Definition von Schier (1986) stellt suizidales Verhalten einen Oberbegriff dar für "alle Befindlichkeiten eines Individuums (Gedanken, Emotionen, verbale Äußerungen und Handlungen), die das eigene Leben in Bezug auf einen möglichen Tod durch eigene Aktivitäten berühren".

Dementsprechend wurden in dem Fragebogen BADO und im CASCAP Fragebögen die Fragen zu „Selbstverletzendem Verhalten“, „Suizidgedanken“ und „suizidale Handlungen, in dem Fragebogen YSR die Fragen zu „Selbstverletzung/Suizidversuche“ und „Suizidgedanken“ und bei dem Fragebogen CBCL, hier jeweils von Mutter und Vater ausgefüllt, die Fragen zu „Selbstverletzung/Suizidversuche“ und „von Selbstmord sprechen“ zur Auswertung herangezogen. Es wurden auch Patienten mit parasuizidalen Gedanken und Verhalten mit einbezogen, also suizidales Verhalten, ohne erklärte Selbsttötungsabsicht. Ein Fall wurde als positiv definiert, wenn eine der aufgeführten

Fragen mit ja beantwortet wurde. Es wurden die Fallzahlen der Patienten mit suizidalem Verhalten und ohne suizidalem Verhalten berechnet sowie der prozentuale Anteil der Patienten mit suizidalem Verhalten.

Auswertung vierte Hypothese: Die Definition eines suizidalen Patienten wurde aus der dritten Hypothese übernommen und die Definition eines jüngeren Patienten aus der zweiten Hypothese. Es wurden jahrweise alle Patienten mit suizidalem Verhalten in Hinblick auf ihre Eigenschaft als „jüngere“ oder „ältere“ Patienten untersucht.

Auswertung fünfte Hypothese: Zur Überprüfung der fünften Hypothese wurde in der Basisdokumentation die Anzahl der Diagnosen ermittelt, wobei eine Diagnose der Hauptdiagnose entsprach und maximal 2 Nebendiagnosen aufgeführt wurden. Wurden die entsprechenden Fragen der Basisdokumentation nicht ausgefüllt, wurde die in dem CASCAP Fragebogen aufgeführten Aufnahme- und maximal 2 vorhandenen Zusatzdiagnosen zur Auswertung herangezogen.

Auswertung sechste Hypothese: Zur Überprüfung der sechsten Hypothese wurde die Verweildauer der Patienten jahrweise miteinander verglichen. War die Verweildauer nicht in der Datenbank eingetragen, wurde anhand des CASCAP-Fragebogens, in dem Anfang und Ende der Behandlung dokumentiert wurde, die Verweildauer in Tagen berechnet. Die Verweildauer wurde dann jahrweise in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Schweregrad ermittelt.

Auswertung siebte Hypothese: Bei der Auswertung der siebten Hypothese wurden mit dem CBCL-Fragebogen, wie schon beschrieben berechnet, wieviele Patienten in jedem Jahr in den Kategorien internalisierende Störungen und externalisierende Störungen klinisch auffällig war. Außerdem wurden die Mittelwerte der Rohwerte der zwei Skalen internalisierende Störungen und externalisierende Störungen berechnet. Diese Berechnungen wurden jeweils für männliche, weibliche und jüngere Patienten jahrweise für den Zeitraum von 2000 bis 2009 durchgeführt.

3 Ergebnisse

3.1.1 *Beschreibung der Stichprobe*

3.1.1.1 **Gesamte Stichprobe**

3.1.1.1.1 *Allgemein*

Um zu Prüfen, inwieweit die in der Stichprobe erfassten Fälle die realen Behandlungszahlen widerspiegeln, wurden die absoluten Fallzahlen mit den über die Kostenabrechnung zentral erfassten abgerechneten Behandlungsfälle verglichen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die ambulanten Behandlungsfälle, die über zwei oder mehrere Quartale gesehen werden, in der zentralen Erfassung jeweils für jedes Quartal als ein neuer Behandlungsfall gezählt werden, so dass die insgesamt erfassten ambulanten Behandlungsfälle entsprechend höher liegen.

Um einen Überblick über die Veränderungen der Fallzahlen ambulanter, stationärer und tagesklinischer Patienten zu bekommen, wurden die Behandlungsfälle der Stichprobe mit den Behandlungsfällen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie verglichen.

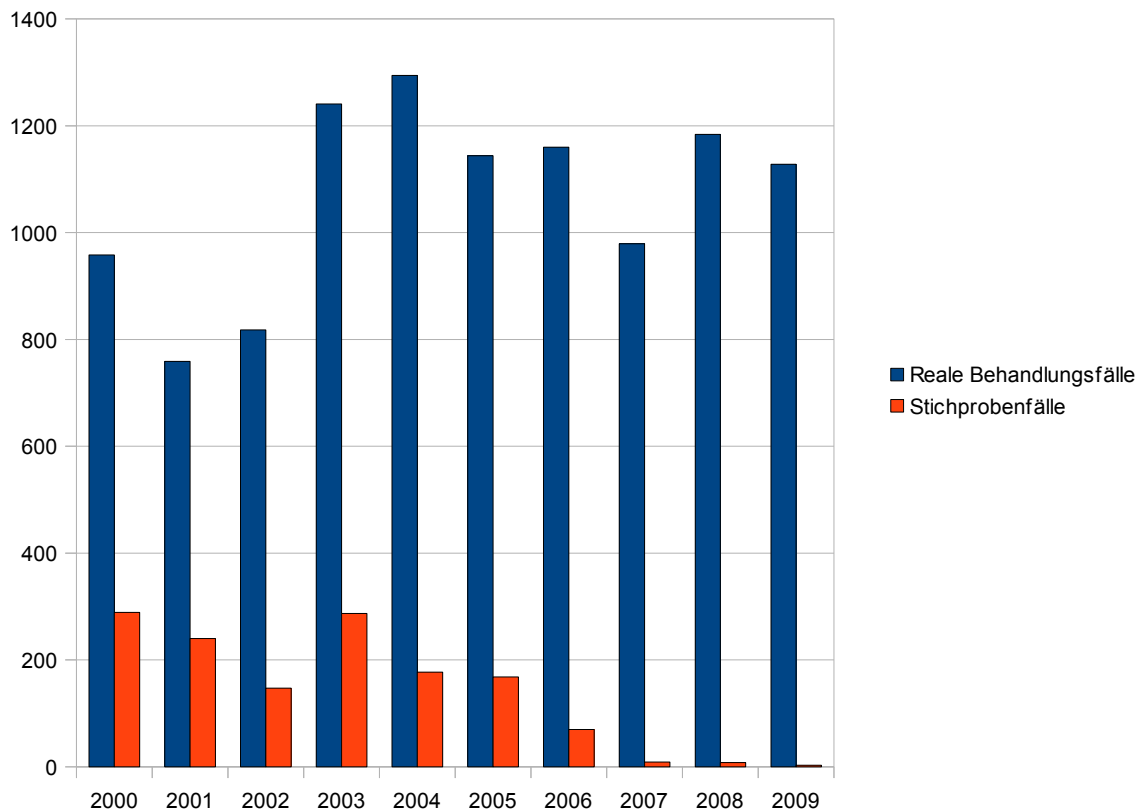


Abbildung 1: Ambulante Fallzahlen Stichprobe und real versorgte Fälle

Aus Abbildung 1 ist zu ersehen, dass bis zum Jahr 2005 die in der Stichprobe dokumentierten ambulanten Fälle einen anzunehmenden noch einigermaßen repräsentativen Teil aller Behandlungsfälle ausmachen können. Für die letzten drei Jahre fehlen die Daten in der Stichprobe jedoch nahezu komplett, so dass die ambulanten Behandlungsfälle für die Auswertung im 10-Jahres-Verlauf nicht verwendet werden können.

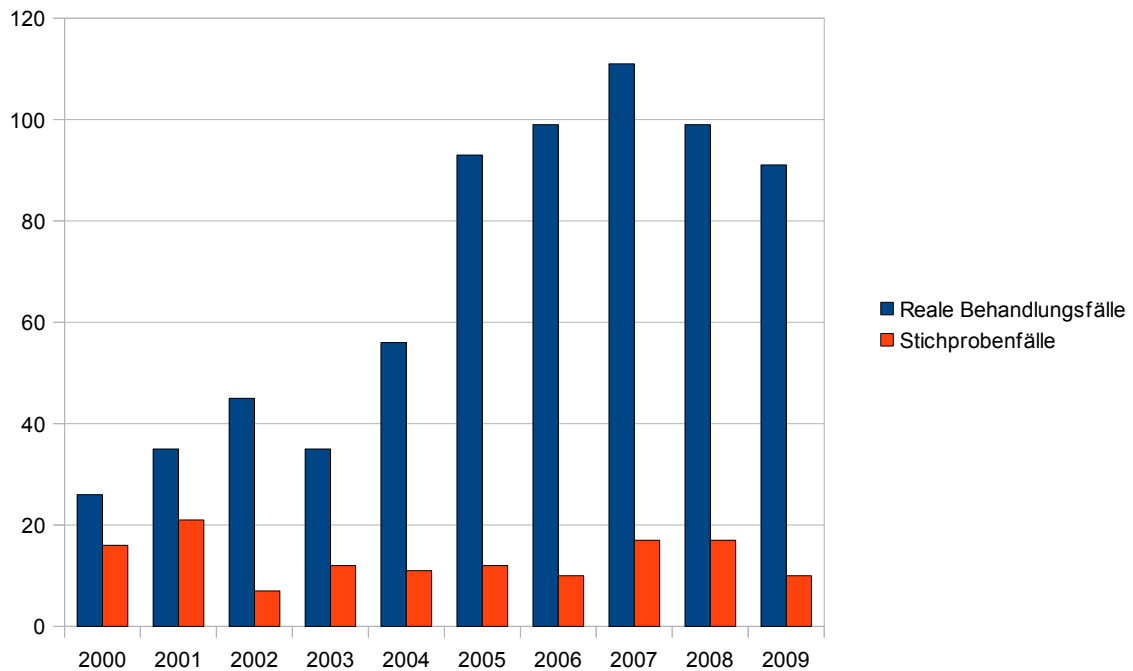


Abbildung 2: Reale und Stichprobenfallzahlen der Tagesklinik

Abbildung 2 zeigt die realen Fallzahlen und die Fallzahlen der Stichprobe für die Tagesklinik. Die mittlere Behandlungsdauer beträgt bei tagesklinischen Patienten ca. sechs Monate und erstreckt sich somit innerhalb von 3 Quartalen. Da die über die Kostenabrechnung ermittelten Behandlungsfälle zu Beginn jedes Quartals entlassen und wieder neu aufgenommen werden müssen, ist es wahrscheinlich, dass die meisten Patienten 2-3 mal für die realen Behandlungszahlen gezählt werden.

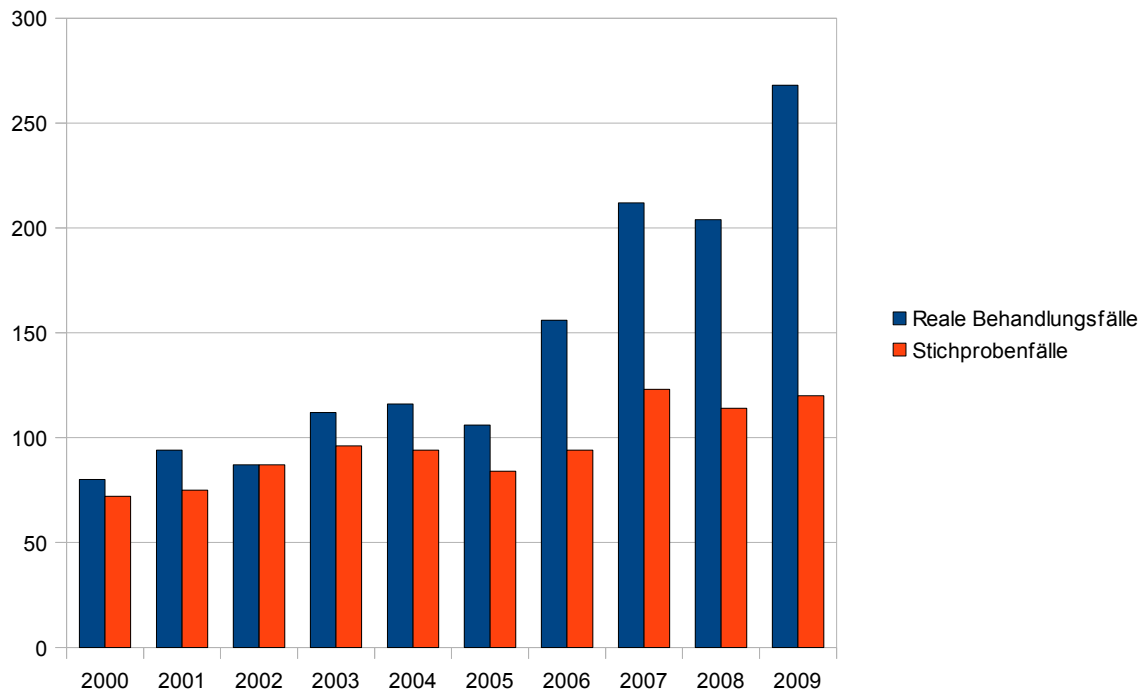


Abbildung 3: Reale und Stichprobenfallzahlen der Stationen

Die Stichprobe umfasst insgesamt 2492 Patienten. Mit 1230 (49,36%) männlichen und 1256 (50,4%) weiblichen Patienten war die Geschlechtsverteilung annähernd gleich. Bei 6 Patienten (0,24%) fehlten die Angaben zum Geschlecht. Das mittlere Alter war 13,27 Jahre mit einer Standardabweichung von 3,302. Die Altersspanne reichte von 5 bis 18 Jahre.

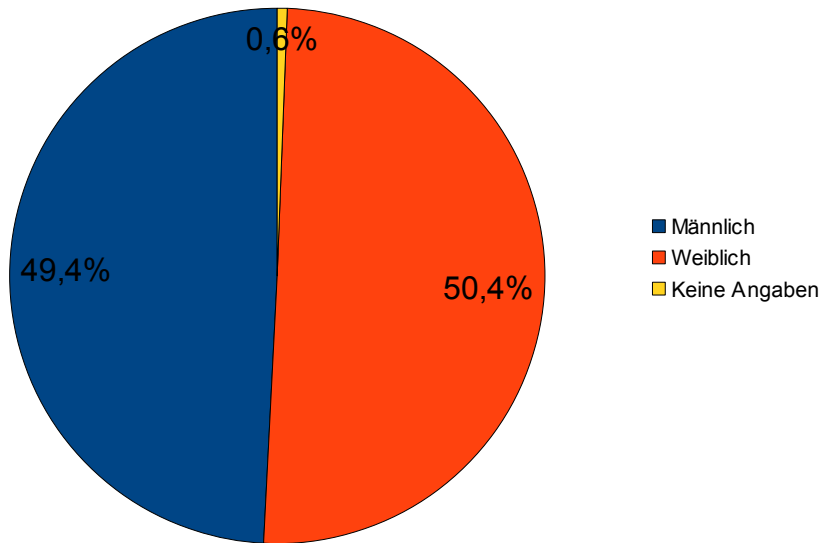


Abbildung 4: Geschlechtsverteilung gesamte Stichprobe n=2492

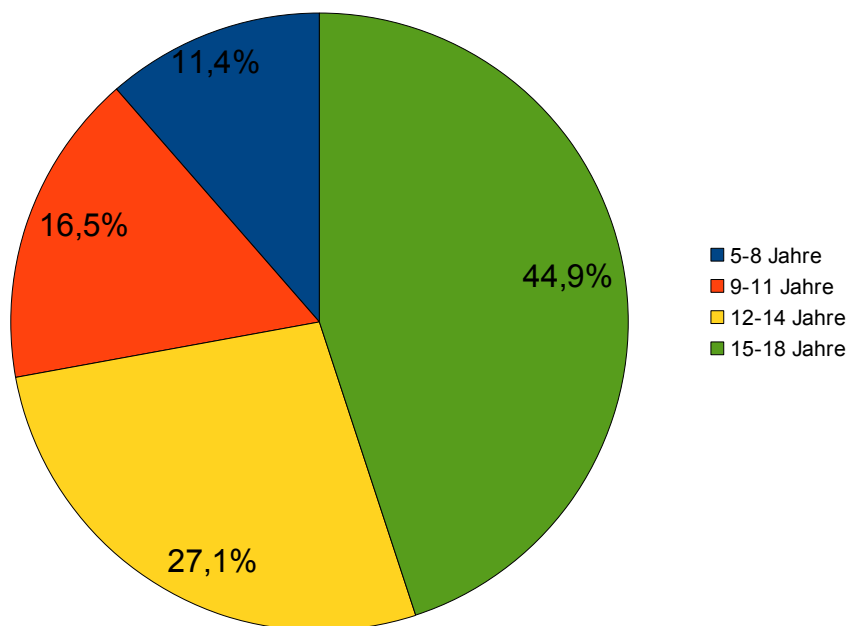


Abbildung 5: Altersverteilung der Stichprobe n=2492

Abbildung 5 zeigt Häufigkeitsverteilung der vier Altersgruppen. Zur besseren Übersicht wurden vier Altersgruppen gebildet. Die erste Altersgruppe umfasste 284 Patienten (11,4%) die zwischen 5-8 Jahre alt waren. Die zweite Altersgruppe umfasste 410 Patienten (16,45%), die zwischen 9-11 Jahre alt waren. Die dritte Altersgruppe umfasste 676 Patienten (27,13%), die zwischen 12-14 Jahre alt waren. Die vierte Altersgruppe umfasste 1119 Patienten (44,9%), die zwischen 15-18 Jahre

alt waren. Bei 3 Patienten (0,12%) gab es keine Altersangaben.

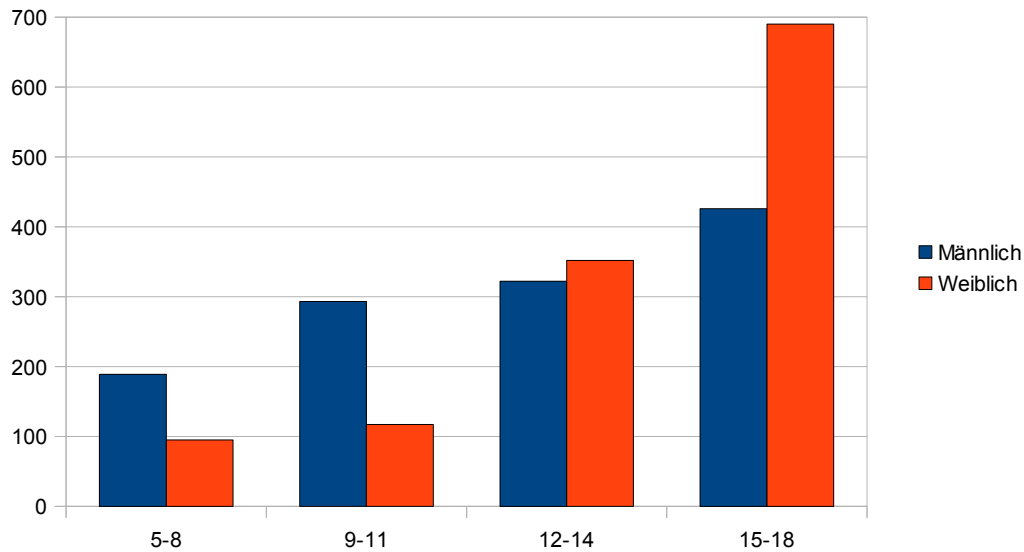


Abbildung 6: Geschlechtsabhängige Verteilung der Altersgruppen n=2492

Abbildung 6 und zeigt die geschlechtsabhängige Verteilung der Altersgruppen. Man sieht eine deutliche Dominanz der männlichen Patienten bei den Altersgruppen unter 12 Jahre. Dieses Verhältnis kehrt sich jedoch bei den älteren Patienten die 12 Jahre oder älter sind, in eine Dominanz der weiblichen Patienten um.

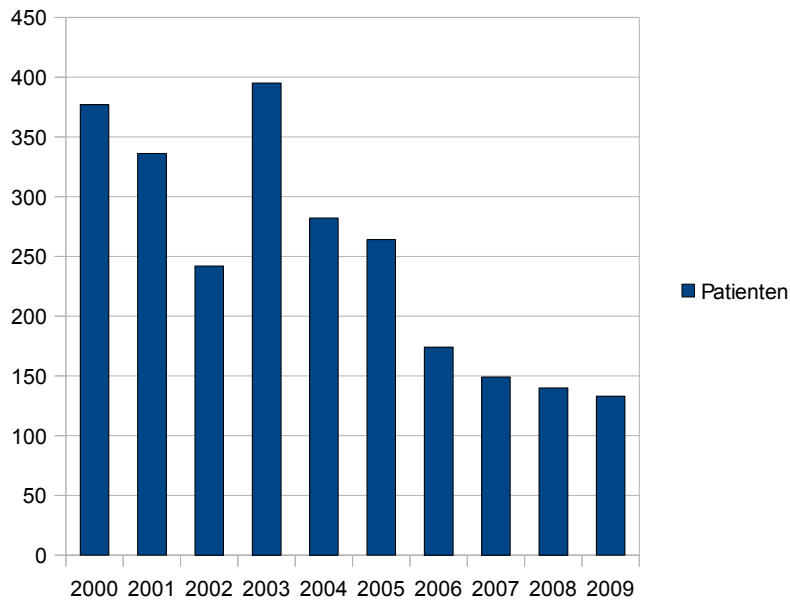


Abbildung 7: Erfasste Behandlungsfälle pro Jahr n=2492

Abbildung 7 und Tabelle 4 (siehe Tabellenverzeichnis) zeigen die Anzahl der behandelten Patienten pro Jahr an. In den Jahren 2000 und 2003 wurden die meisten Patienten der Stichprobe erfasst, während in den Jahren 2006 bis 2009 am wenigsten Patienten erfasst wurden.

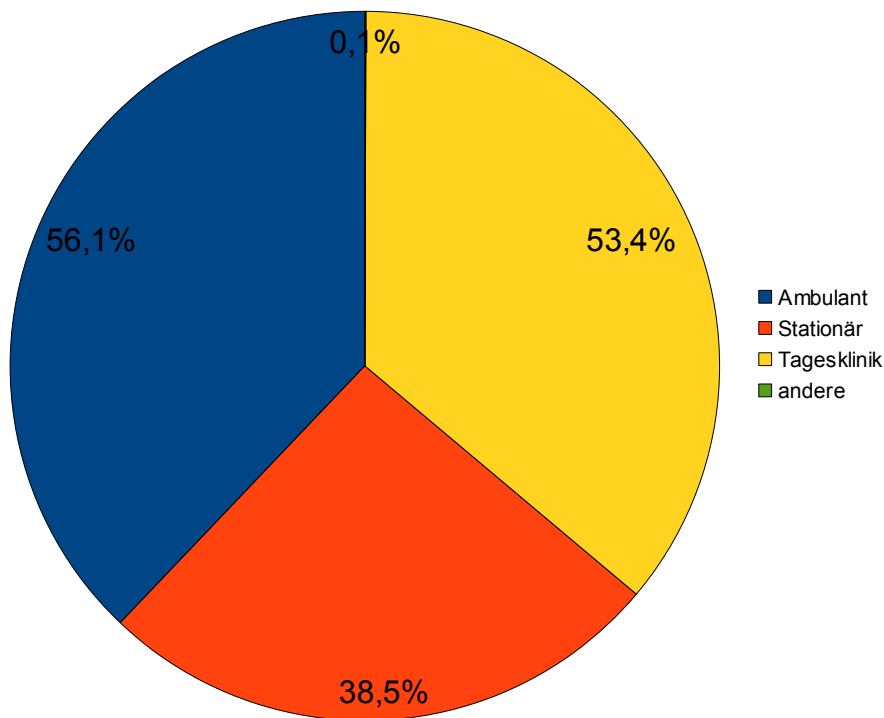


Abbildung 8: Häufigkeitsverteilung der Behandlungsform n=2492

Von den 2492 Patienten wurden 1398 Patienten (56,1%) ambulant, 959 Patienten (38,48%) stationär und 133 Patienten (5,34%) in der Tagesklinik behandelt. 2 Patienten (0,08%) wurden durch anderen Behandlungsformen wie zum Beispiel Konsil behandelt, wobei anzumerken ist, dass konsiliarische Behandlungen im Rahmen der Evaluationsstudie überwiegend nicht erfasst wurden.

3.1.1.1.2 Stichprobenbeschreibung der männlichen Patienten

Das Mittlere Alter der männlichen Patienten war 12,5 Jahre bei einer Standardabweichung von 3,466 Jahren. Das Alter reichte von 5-18 Jahren. Die erste Altersgruppe umfasste 189 Patienten (15,4%), die zwischen 5-8 Jahre alt waren. Die zweite Altersgruppe umfasste 293 Patienten (23,8%), die zwischen 9-11 Jahre alt waren. Die dritte Altersgruppe umfasste 322 Patienten (26,2%), die zwischen 12-14 Jahre alt waren. Die vierte Altersgruppe umfasste 426 Patienten (34,6%), die zwischen 15-18 Jahre alt waren. Von den 1230 männlichen Patienten wurden 739 (60,08%) ambulant und 489 (39,76%) stationär (davon 80 Patienten 6,5% Tagesklinik) behandelt. Bei 2 Patienten (0,16%) lagen keine Angaben vor oder es lagen andere Behandlungsformen vor.

Es wurden also deutlich mehr männliche Patienten ambulant als stationär behandelt.

3 Ergebnisse

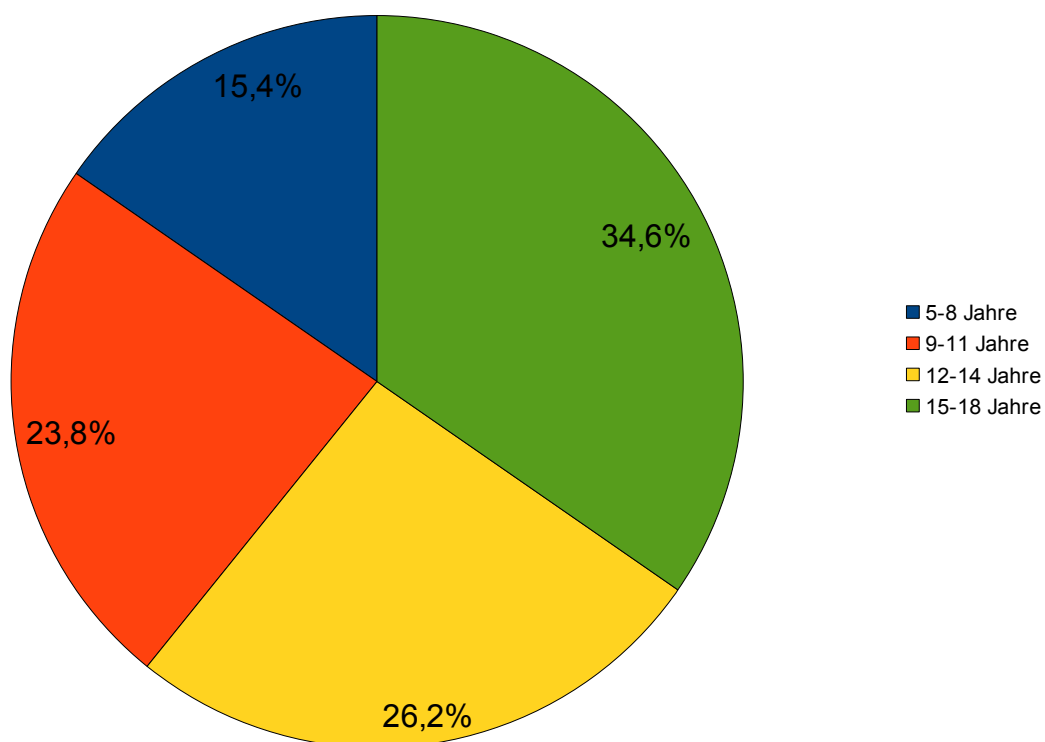


Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung der Altersgruppen für männliche Patienten
n=1230

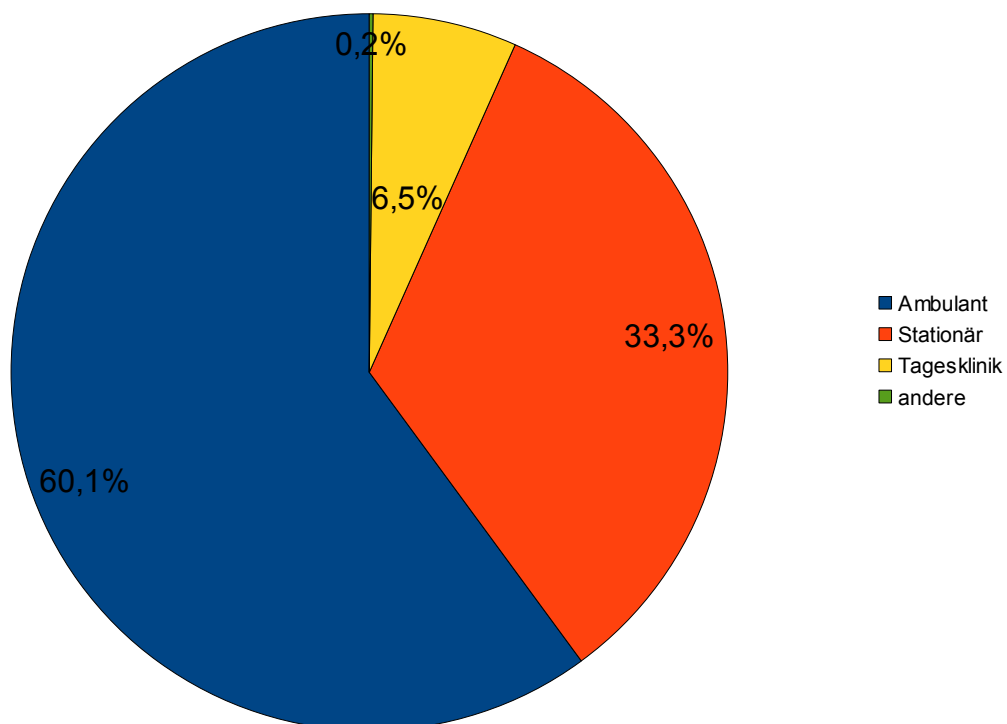


Abbildung 10: Häufigkeitsverteilung der Behandlungsform für männliche Patienten
n=1230

3.1.1.1.3 Stichprobenbeschreibung der weiblichen Patienten

Das Mittlere Alter der weiblichen Patienten war 14,02 Jahre bei einer Standardabweichung von 2,951. Das Alter reichte von 5-18 Jahren. Die erste Altersgruppe umfasste 95 Patientinnen (7,6%), die zwischen 5-8 Jahre alt waren. Die zweite Altersgruppe umfasste 117 Patientinnen (9,3%), die zwischen 9-11 Jahre alt waren. Die dritte Altersgruppe umfasste 352 Patientinnen (28%), die zwischen 12-14 Jahre alt waren. Die vierte Altersgruppe umfasste 690 Patientinnen (54,9%), die zwischen 15-18 Jahre alt waren. Von den 1256 weiblichen Patientinnen wurden 659 (52,47%) ambulant und 544 (43,31%) stationär (davon 53 Patientinnen 4,22% Tagesklinik) behandelt. Gut die Hälfte der weiblichen Patientinnen wurde ambulant behandelt.

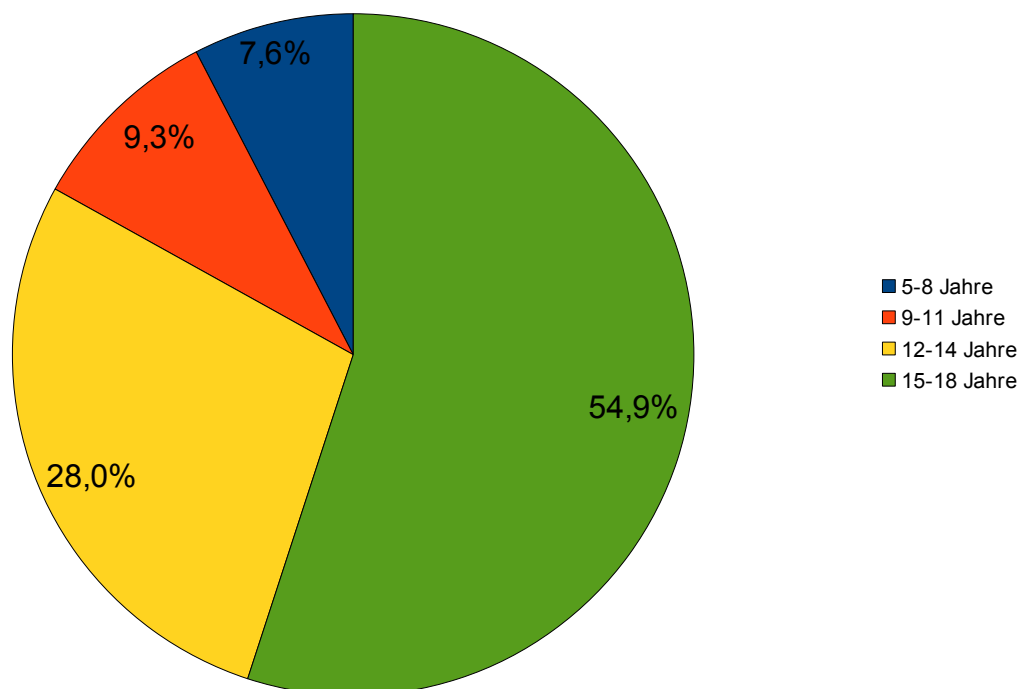


Abbildung 11: Häufigkeitsverteilung der Altersgruppen für weibliche Patienten
n=1256

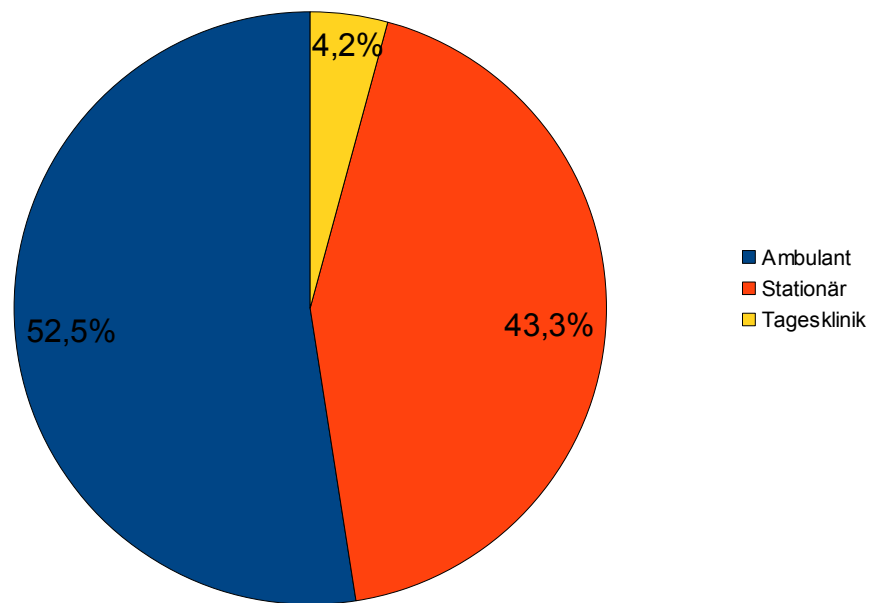


Abbildung 12: Häufigkeitsverteilung der Behandlungsform weiblicher Patienten
 $n=1256$

3.1.1.2 Gesonderte Stichprobenbeschreibung für stationäre und tagesklinische Patienten

3.1.1.2.1 Allgemein

Die stationären und tagesklinischen Patienten hatten ein mittleres Alter von 14,46 Jahren mit einer Standardabweichung von 2,5 Jahren. Die Altersspanne reichte von 5-18 Jahren. Von den 1092 stationären und tagesklinischen Patienten waren 489 männlich (44,78%) und 597 weiblich (54,67%). Bei 6 Patienten (0,55%) fehlten die Angaben zum Geschlecht. Es wurden 959 (87,82%) stationär und 133 (12,18%) tagesklinisch versorgt.

Die erste Altersgruppe umfasste 31 Patienten (2,84%), die zwischen 5-8 Jahre alt waren. Die zweite Altersgruppe umfasste 120 Patienten (10,99%), die zwischen 9-11 Jahre alt waren. Die dritte Altersgruppe umfasste 311 Patienten (28,48%), die zwischen 12-14 Jahre alt waren. Die vierte Altersgruppe umfasste 628 Patienten (57,51%), die zwischen 15-18 Jahre alt waren. Bei 2 Patienten (0,18%) gab es keine Altersangaben.

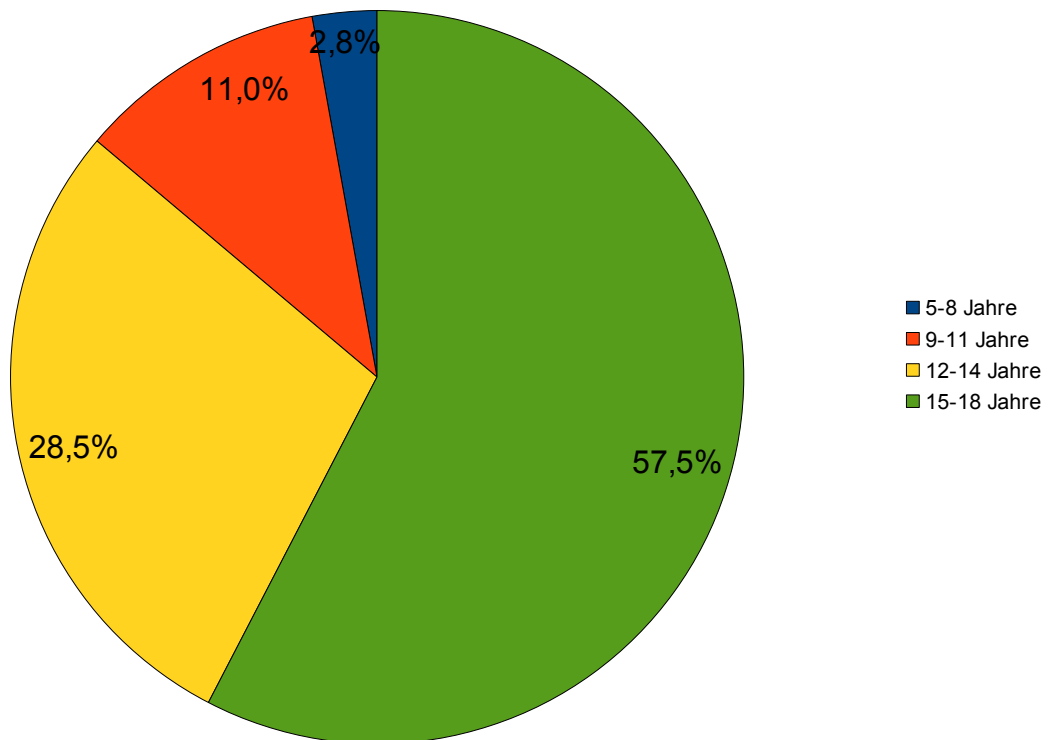


Abbildung 13: Häufigkeitsverteilung der Altersgruppen für alle stationären und tagesklinischen Patienten (n=1092)

3.1.1.2.2 Stichprobenbeschreibung männliche Patienten auf Station und Tagesklinik

Die stationär oder teilstationär behandelten männlichen Patienten hatten ein mittleres Alter von 13,83 Jahren mit einer Standardabweichung von 2,9 Jahren. Die Altersspanne reichte von 5-18 Jahren. Es wurden 409 (83,64%) stationär und 80 (16,36%) tagesklinisch versorgt.

Die erste Altersgruppe umfasste 24 Patienten (4,9%), die zwischen 5-8 Jahre alt waren. Die zweite Altersgruppe umfasste 90 Patienten (18,41%), die zwischen 9-11 Jahre alt waren. Die dritte Altersgruppe umfasste 140 Patienten (28,63%), die zwischen 12-14 Jahre alt waren. Die vierte Altersgruppe umfasste 235 Patienten (48,06%), die zwischen 15-18 Jahre alt waren.

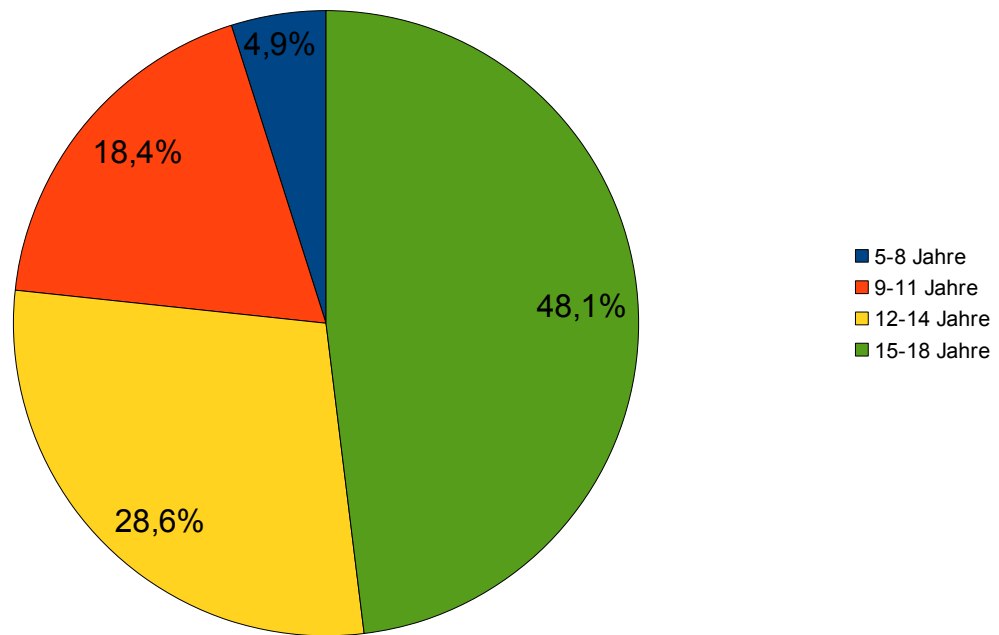


Abbildung 14: Verteilung der Altersgruppen der stationären und tagesklinischen männlichen Patienten (n=489)

3.1.1.2.3 Stichprobenbeschreibung weiblicher Patienten auf Station und Tagesklinik

Die stationär oder teilstationär behandelten weiblichen Patientinnen hatten ein mittleres Alter von 14,9 Jahren mit einer Standardabweichung von 2 Jahren. Die Altersspanne reichte von 5-18 Jahren. Es wurden 544 (91,22%) stationär und 53 (8,88%) tagesklinisch versorgt.

Die erste Altersgruppe umfasste 7 Patientinnen (1,17%), die zwischen 5-8 Jahre alt waren. Die zweite Altersgruppe umfasste 30 Patientinnen (5,03%), die zwischen 9-11 Jahre alt waren. Die dritte Altersgruppe umfasste 169 Patientinnen (28,31%), die zwischen 12-14 Jahre alt waren. Die vierte Altersgruppe umfasste 390 Patientinnen (65,33%), die zwischen 15-18 Jahre alt waren. Bei einer Patientin (0,17%) fehlte die Altersangabe.

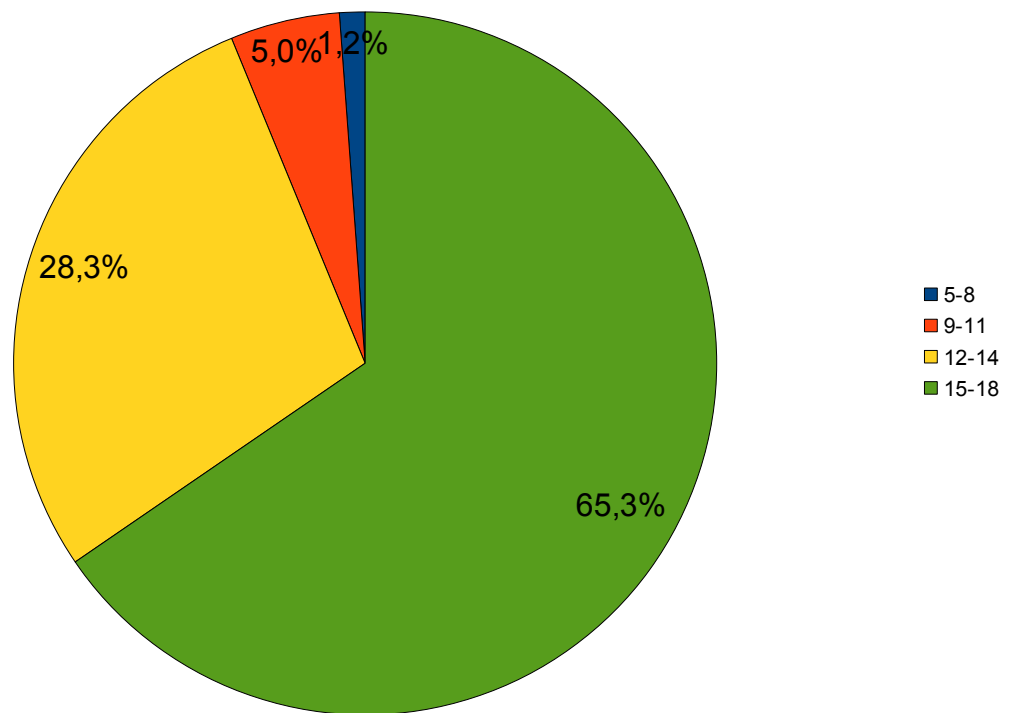


Abbildung 15: Verteilung der Altersgruppen der stationären und tagesklinischen weiblichen Patientinnen (n=596)

3.1.2 Ergebnisse der Hypothesen

Weil zum Zeitpunkt der Auswertung Daten der ambulanten Patienten der Jahre 2007 bis 2009 fehlten, wurde bei der Auswertung der 10-Jahresspanne nur auf die stationären und teilstationären Patienten eingegangen.

3.1.2.1 Ergebnisse zur ersten Hypothese

Erste Hypothese: Seit dem Jahr 2000 gab es keine Veränderungen in der Zusammensetzung der Patienten, keine Veränderungen in der Geschlechterverteilung und keine Veränderungen in der Altersverteilung in Abhängigkeit des Geschlechtes.

Erste Nullhypothese: Seit dem Jahr 2000 gab es Veränderungen in der Zusammensetzung der Patienten, in der Geschlechterverteilung und in der Altersverteilung in Abhängigkeit von Geschlecht.

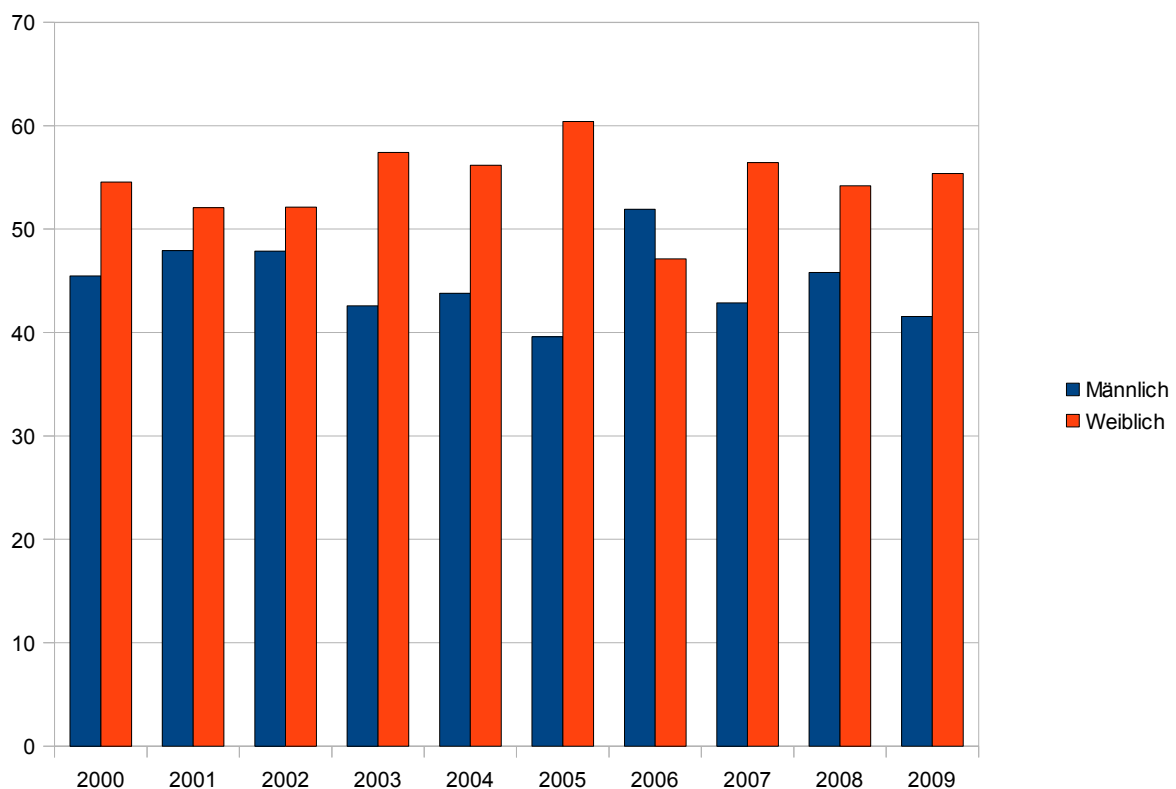


Abbildung 16: Prozentuale Geschlechtsverteilung im 10 Jahres Verlauf (n=1086)

Abbildung 16 zeigt die Geschlechtsverteilung der stationären und teilstationären Patienten in den Jahren 2000 bis 2009. Es fällt auf, dass durchgehend, mit einer Ausnahme im Jahr 2006, mehr weibliche als männliche Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt wurden. Es zeigten sich keine signifikante Unterschiede in der Geschlechtsverteilung im Zeitverlauf (einfaktorielle Anova

p=0,848)

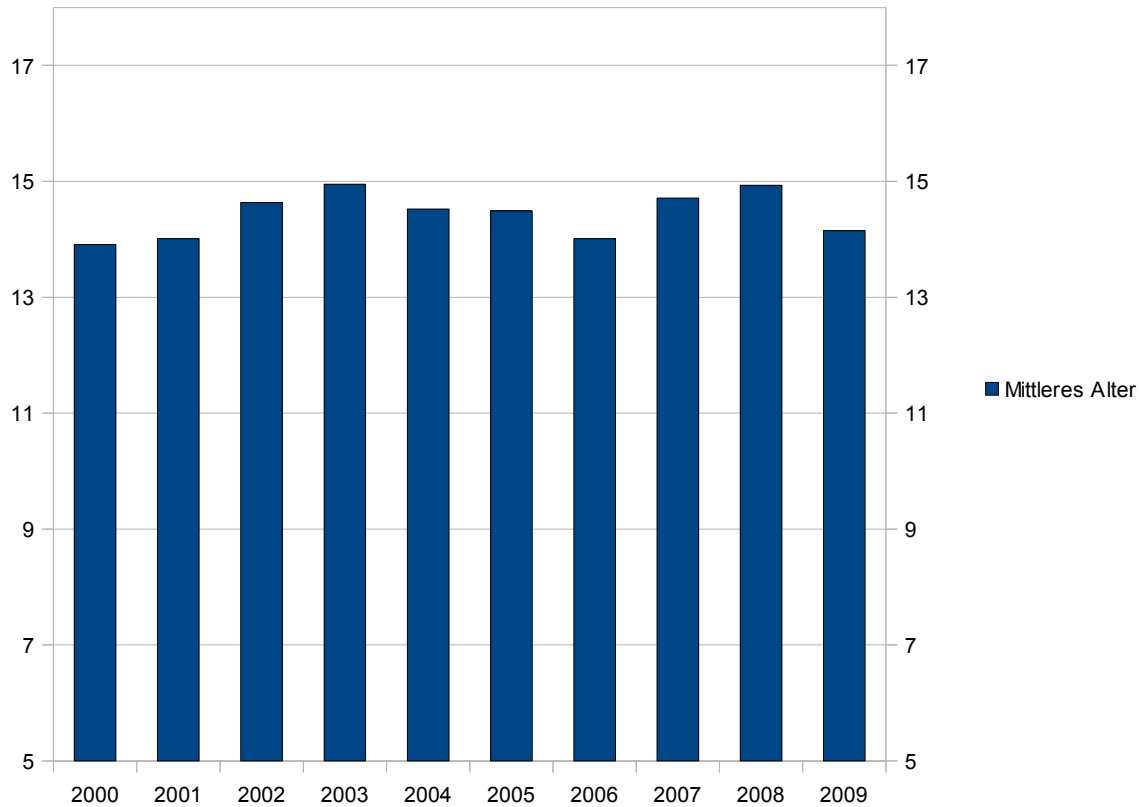


Abbildung 17: Mittleres Alter im Zeitverlauf n=1090

Abbildung 17 zeigt das mittlere Alter der stationären Patientenstichprobe der Jahre 2000 bis 2009. Man erkennt einen tendenziellen Anstieg des mittleren Alters mit Schwankungen nach unten in den Jahren 2006 und 2009. Es zeigten sich signifikante Unterschiede beim mittleren Alter im Zeitverlauf (einfaktorielle Anova $p=0,005$).

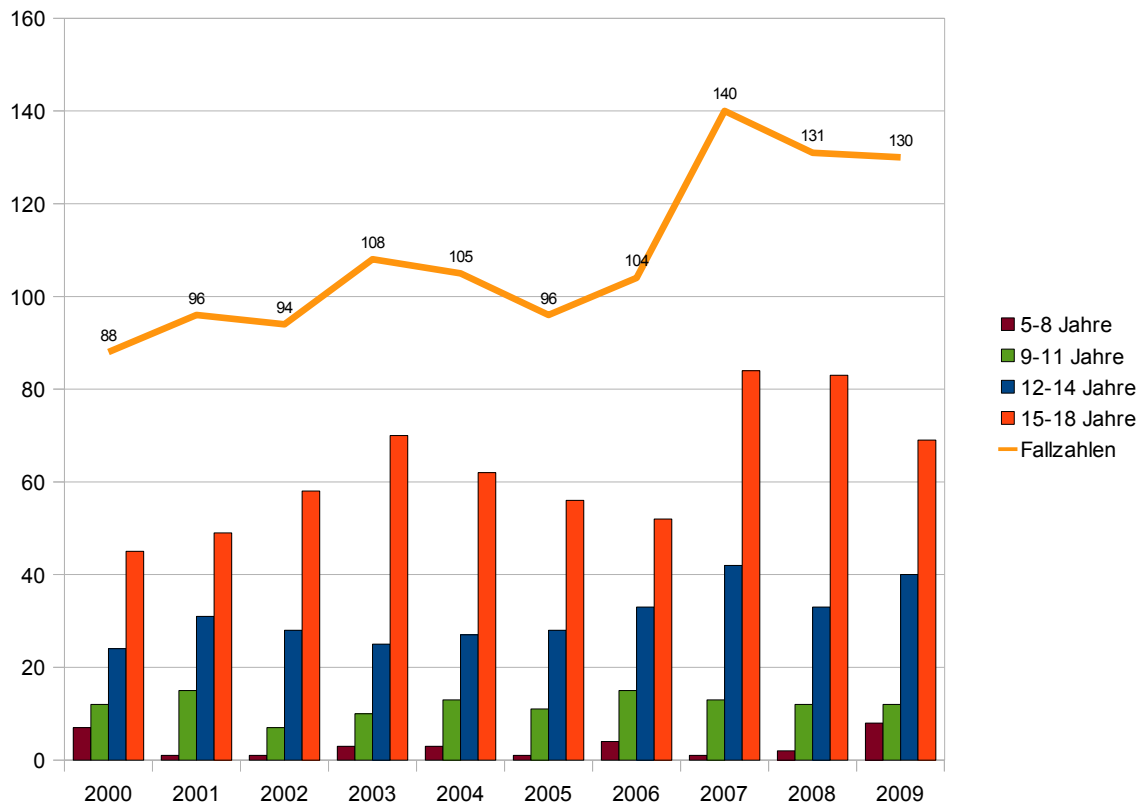


Abbildung 18: Altersgruppenverteilung in Fallzahlen und gesamt Fallzahlen für stationäre und teilstationäre Patienten im Verlauf n=1092

Abbildung 18 zeigt die Fallzahlen der einzelnen Altersgruppen und die gesamten Fallzahlen im Verlauf für alle stationären und teilstationären Patienten.

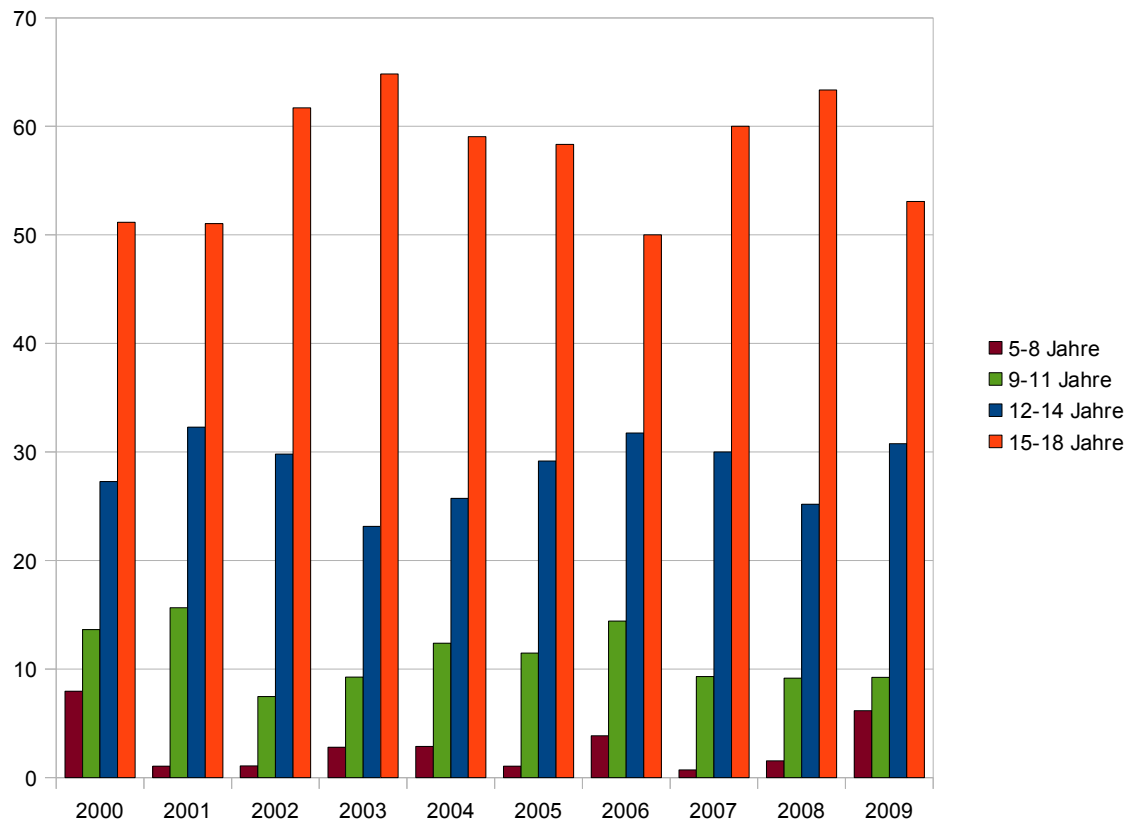


Abbildung 19: Prozentuale Altersgruppenverteilung im Verlauf für alle stationären und teilstationären Patienten n=1092

Abbildung 19 zeigt die prozentuale Altersgruppenverteilung aller stationären Patienten der Jahre 2000 bis 2009. In der Darstellung der Fallzahlen sieht man am meisten Schwankungen bei den 15-18 jährigen. Es zeigten sich keine signifikante Unterschiede bei der Verteilung Altersgruppen im Zeitverlauf (Chi² Test nach Pearson p=0,239).

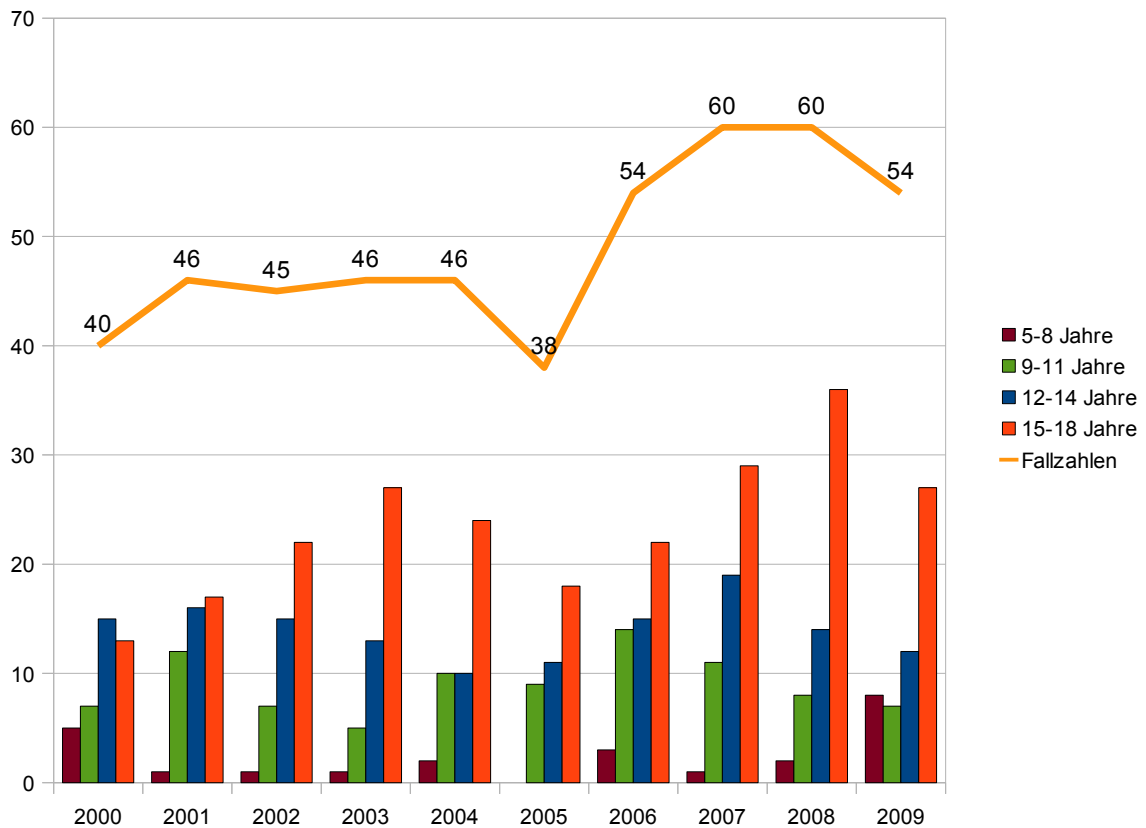


Abbildung 20: Altersgruppenverteilung in Fallzahlen und Fallzahlen gesamt für stationäre und teilstationäre männliche Patienten im Verlauf n=489

Abbildung 20 zeigt die Fallzahlen der Altersgruppenverteilung der männlichen stationären und teilstationären Patienten im Zeitverlauf.

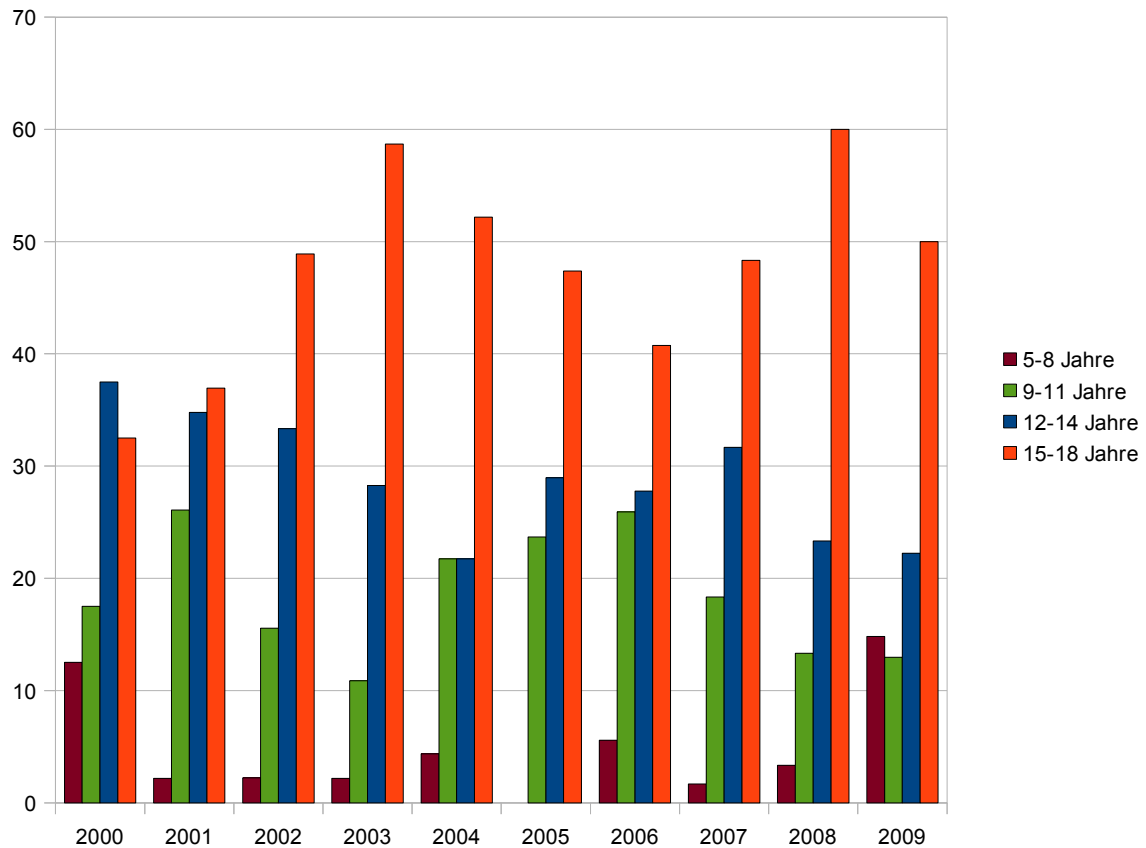


Abbildung 21: Prozentuale Altersgruppenverteilung im Verlauf für männliche stationäre und teilstationäre Patienten

Abbildung 21 zeigt die prozentuale Altersgruppenverteilung der männlichen stationären Patienten der Jahre 2000 bis 2009. Es zeigt sich, dass der Anteil der 15-18jährigen in den ersten beiden Jahren 2000 und 2001 deutlich geringer als in allen Folgejahren ausfällt. Für den gesamten 10-Jahres-Verlauf zeigten sich jedoch keine signifikante Unterschiede bei den Altersgruppen (Chi² Test nach Pearson $p=0,055$).

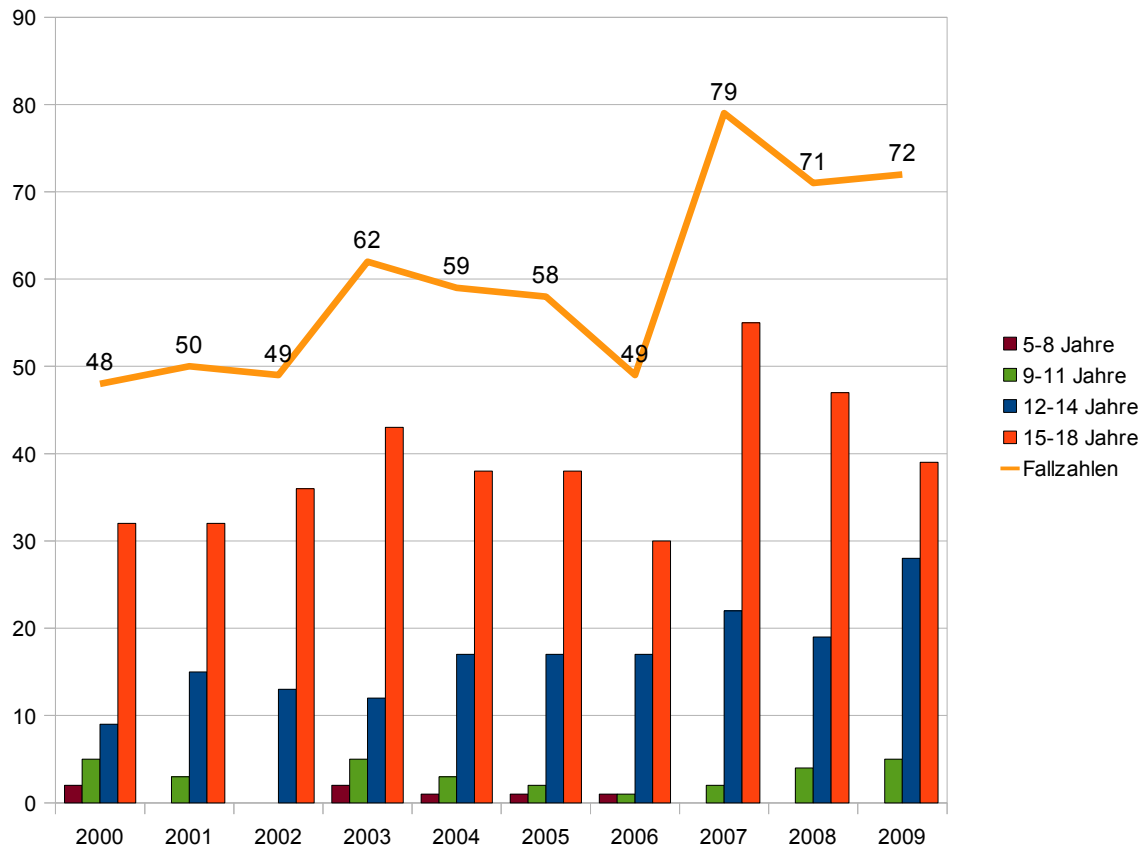


Abbildung 22: Altersgruppenverteilung in Fallzahlen und Fallzahlen gesamt für stationäre und teilstationäre weibliche Patienten im Verlauf n=597

Abbildung 22 zeigt die Fallzahlen der Altersgruppenverteilung der weiblichen stationären Patienten im Zeitverlauf.

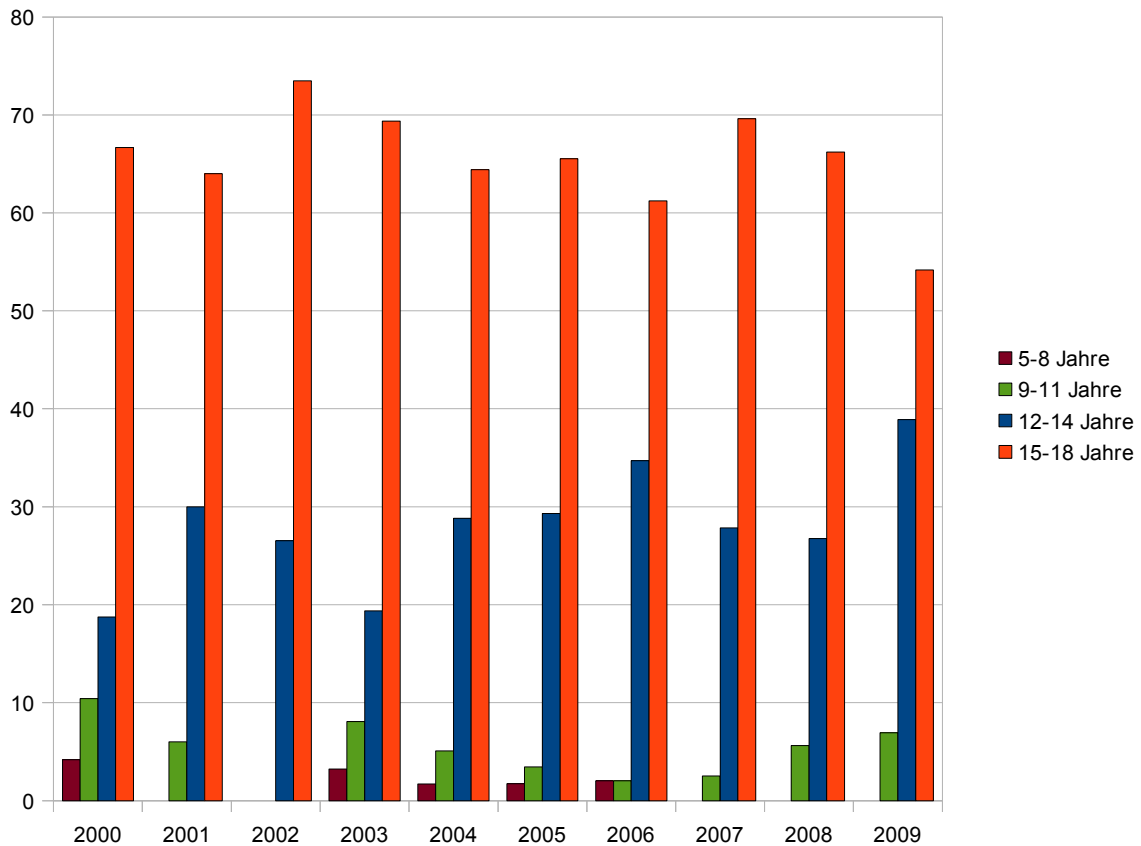


Abbildung 23: Prozentuale Altersgruppenverteilung im Verlauf für weibliche stationäre und teilstationäre Patientinnen

Abbildung 23 zeigt die prozentuale Altersgruppenverteilung der weiblichen stationären und teilstationären Patientinnen der Jahre 2000 bis 2009. Die Fallzahlen der 12-14 jährigen Patientinnen scheinen in der Tendenz stetig anzusteigen. Es zeigten sich aber keine signifikante Unterschiede bei den Altersgruppen im Zeitverlauf (Chi² Test nach Pearson $p=0,453$).

Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothese 1:

Es konnten nur Aussagen zu den stationären und teilstationären Populationen getroffen werden. Es gab keine Veränderungen bei der Häufigkeitsverteilung der Patienten nach Geschlecht und nach Altersgruppen, weder bei allen stationären und teilstationären Patienten noch bei männlichen oder weiblichen Patienten. Es konnte eine signifikante Veränderung des mittleren Alters im Zeitverlauf festgestellt werden, ohne dass dabei eine Tendenz festzustellen wäre.

3.2 Ergebnisse zweite Hypothese

Zweite Hypothese: Seit dem Jahr 2000 gibt es im Mittel mehr ältere Patienten.

Zweite Nullhypothese: Seit dem Jahr 2000 gibt es im Mittel weniger oder gleich viele ältere Patienten.

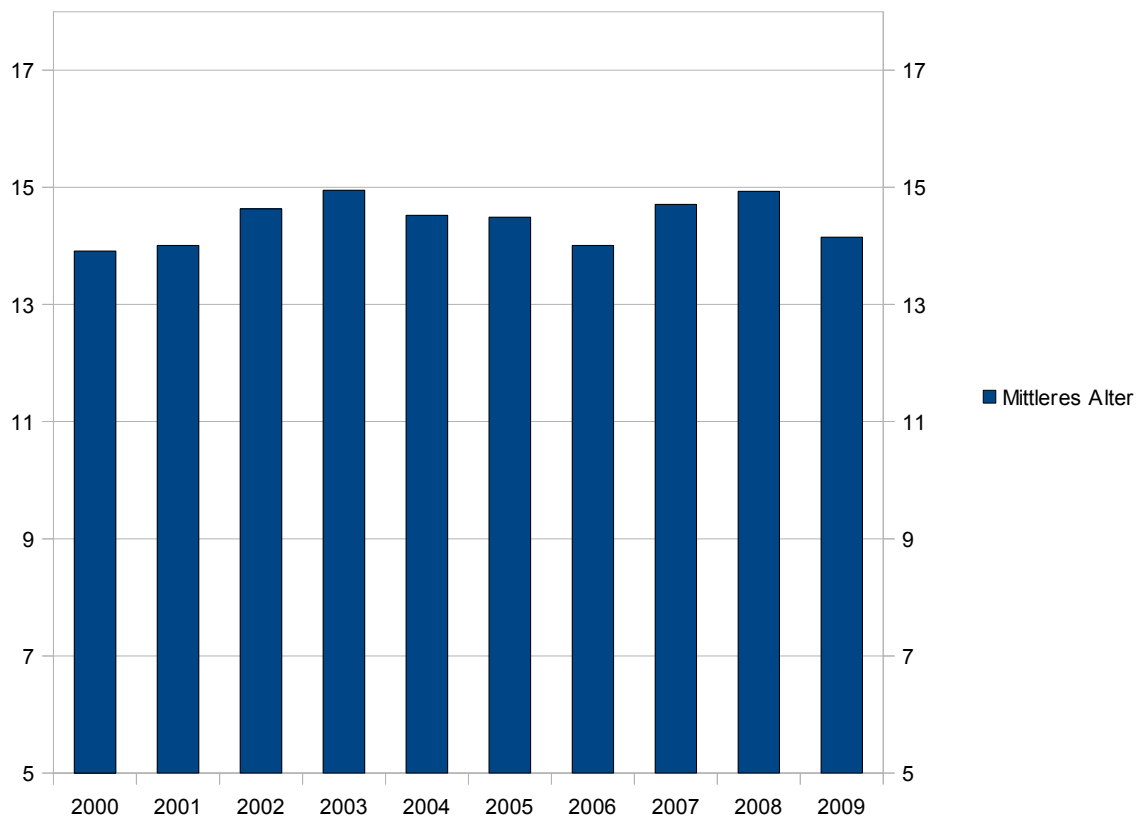


Abbildung 24: Mittleres Alter im Zeitverlauf $n=1090$

Abbildung 24 zeigt das mittlere Alter der stationären und teilstationären Patientenstichprobe der Jahre 2000 bis 2009. Man erkennt einen tendenziellen Anstieg des mittleren Alters mit Schwankungen nach unten in den Jahren 2006 und 2009. Es zeigten sich signifikante Unterschiede beim mittleren Alter im Zeitverlauf (einfaktorielle Anova $p=0,005$).

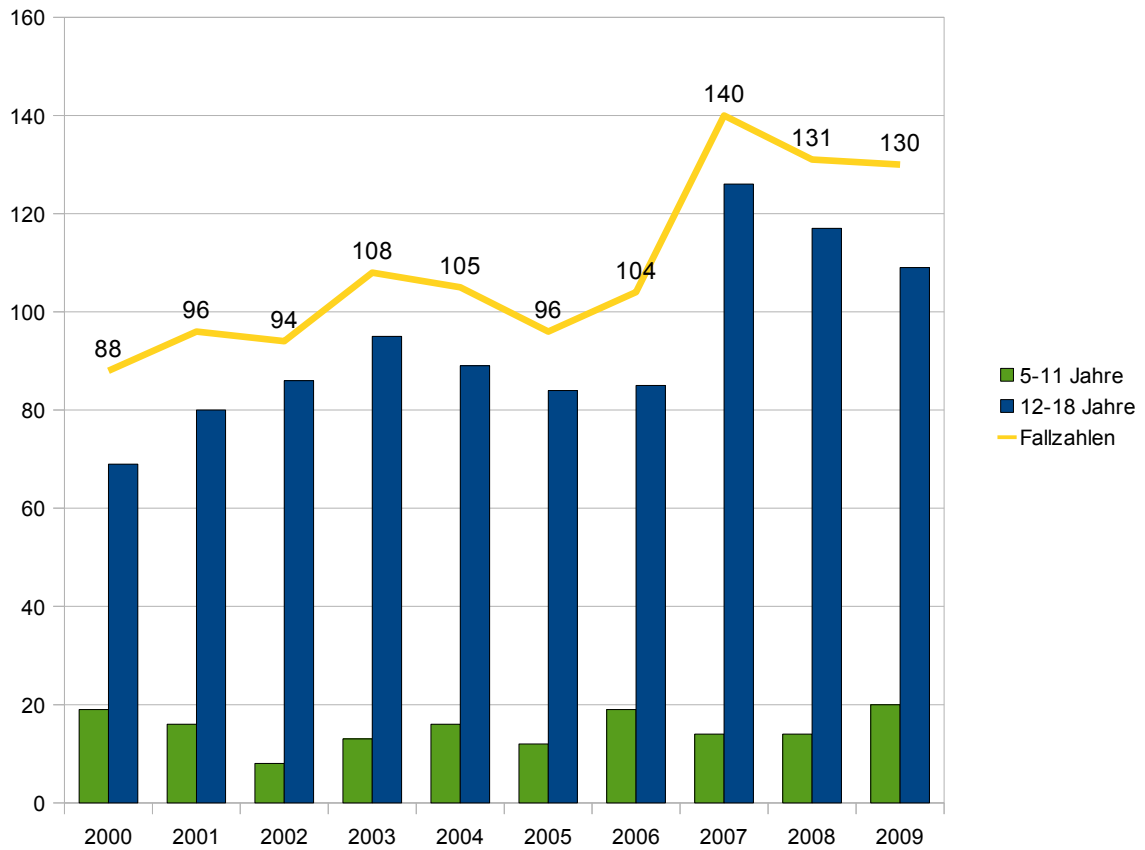
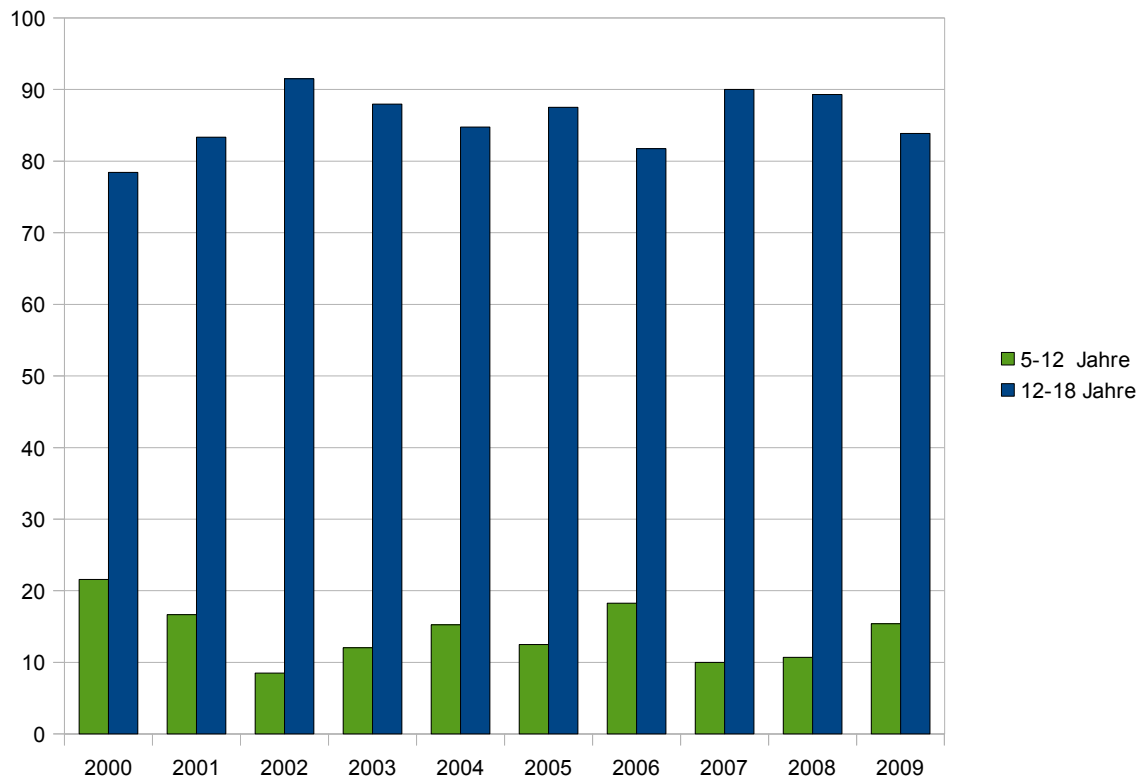


Abbildung 25: Fallzahlen älterer bzw. jüngerer Patienten im Zeitverlauf n=1092

Abbildung 25 zeigt die Fallzahlen der stationären und teilstationären Patienten im Zeitverlauf, in 2 Altersgruppen zusammengefasst.



*Abbildung 26: Prozentuale Verteilung älterer bzw. jüngerer Patienten im Zeitverlauf
n=1092*

Es wurden, wie in Abbildung 26 zu sehen, die jeweils prozentualen Anteile der jüngeren und älteren Patienten jahrweise gegenübergestellt. Es zeigten sich keine signifikanten Veränderungen (einfaktorielle Anova 0,174)

Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothese zwei:

Demnach konnte die Nullhypothese bestätigt werden, wonach sich der Anteil älterer und jüngerer Patienten bei den stationären und teilstationären Behandlungsfällen nicht verändert hat.

3.3 Ergebnisse dritte Hypothese

Dritte Hypothese: Seit dem Jahr 2000 gibt es im Mittel mehr Patienten mit selbstverletzendem Verhalten oder suizidalem Verhalten.

Dritte Nullhypothese: Seit dem Jahr 2000 gibt es im Mittel weniger oder gleich viele Patienten mit selbstverletzendem Verhalten oder suizidalem Verhalten.

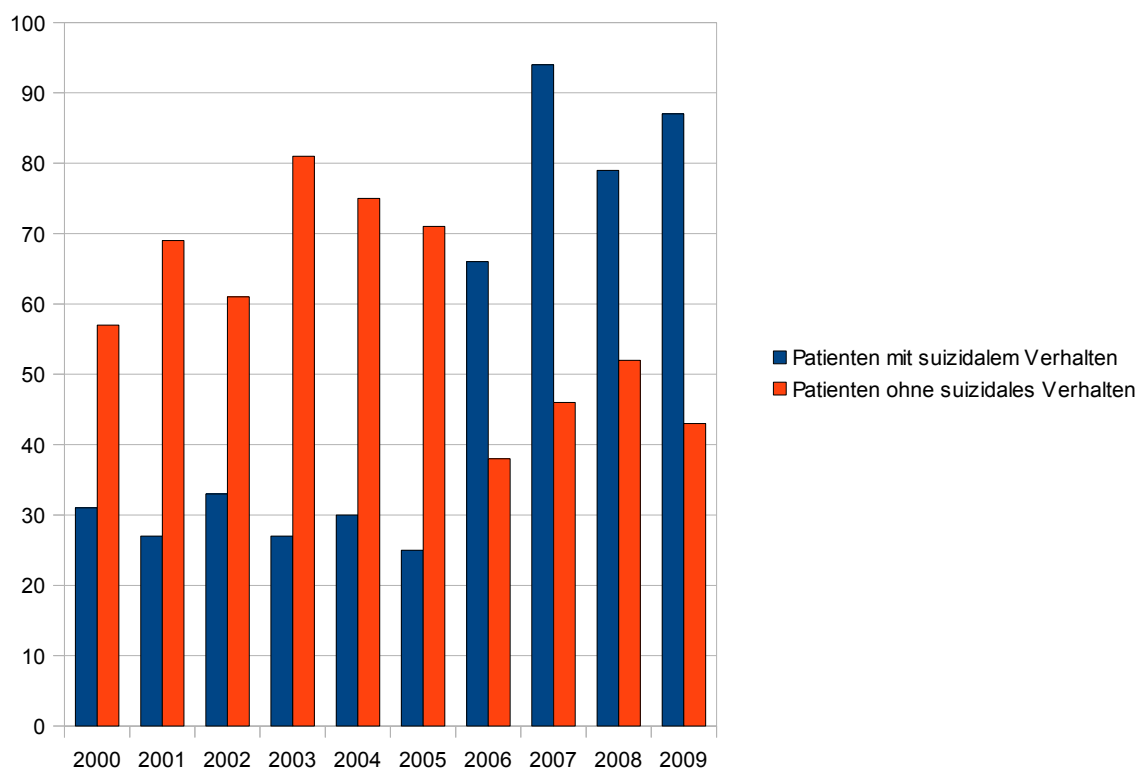


Abbildung 27: Verteilung der Patienten mit suizidalem Verhalten in absoluten Zahlen
n=1092

Abbildung 27 zeigt die Verteilung der Patienten mit suizidalem Verhalten und der Patienten ohne suizidalem Verhalten. Betrachtet man jeweils den Anteil der Patienten mit suizidalem Verhalten jahresweise getrennt für den Zeitraum von 2000 bis 2009, dann fällt für die Jahre 2000 bis 2005 auf, dass die Patienten ohne suizidalem Verhalten deutlich in der Überzahl sind, während sich dieses Verhältnis in den Jahren 2006 bis 2009 umdreht. Es zeigten sich signifikante Veränderungen für den untersuchten Zeitraum (einfaktorielle Anova $p < 0,001$).

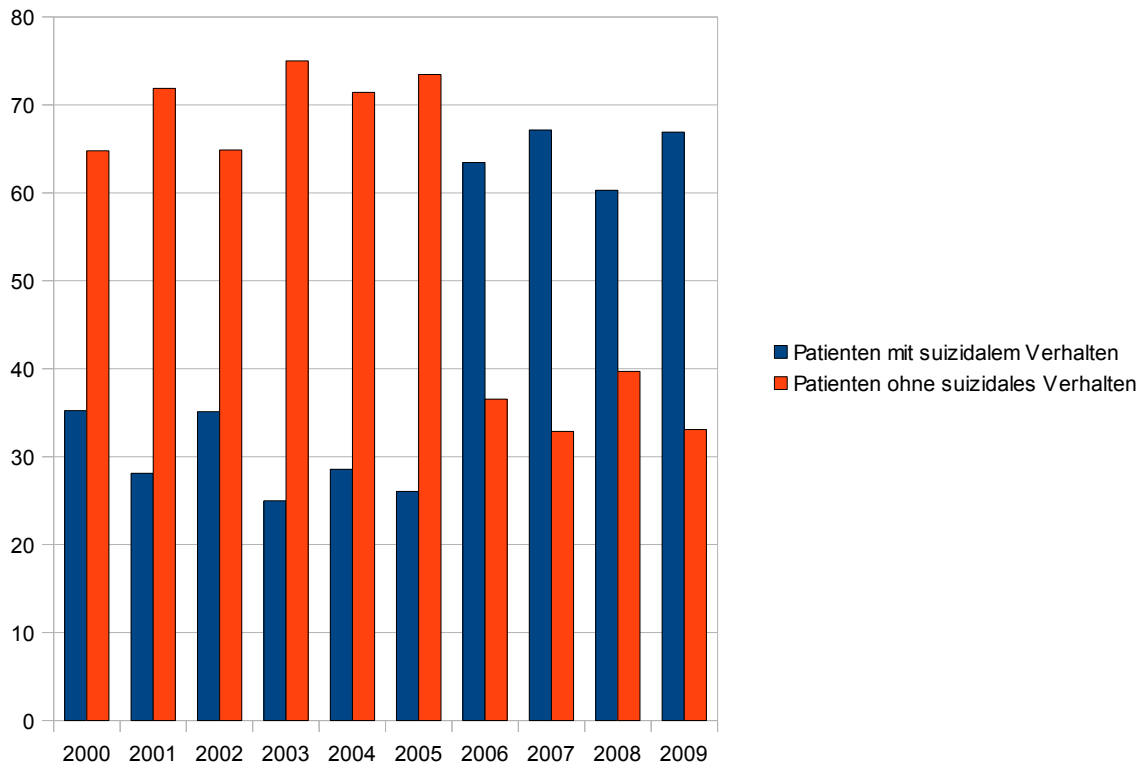


Abbildung 28: Prozentuale Verteilung der Patienten mit suizidalem Verhalten $n=1092$

Abbildung 28 zeigt die prozentuale Verteilung der Patienten mit suizidalem Verhalten und der Patienten ohne suizidales Verhalten. Betrachtet man jeweils den Anteil der Patienten mit suizidalem Verhalten jahresweise getrennt für den Zeitraum von 2000 bis 2009, dann fällt auf, dass in den Jahren 2000 bis 2005 sehr viel mehr Patienten ohne suizidalem Verhalten als Patienten mit suizidalem Verhalten behandelt wurden, während sich dieses Verhältnis für die Jahre 2006 bis 2009 umdreht.

Dieses Ergebnis steht im zeitlichen Zusammenhang mit einer 2005 neu eröffneten fakultativ geschlossenen Akutstation mit 6 Behandlungsplätzen für akute Krisen (siehe Diskussion).

3.4 Ergebnisse vierte Hypothese

Vierte Hypothese: Seit dem Jahr 2000 gibt es im Mittel mehr jüngere Patienten mit suizidalem Verhalten.

Vierte Nullhypothese: Seit dem Jahr 2000 gibt es im Mittel weniger jüngere oder gleich viele jüngere Patienten mit suizidalem Verhalten.

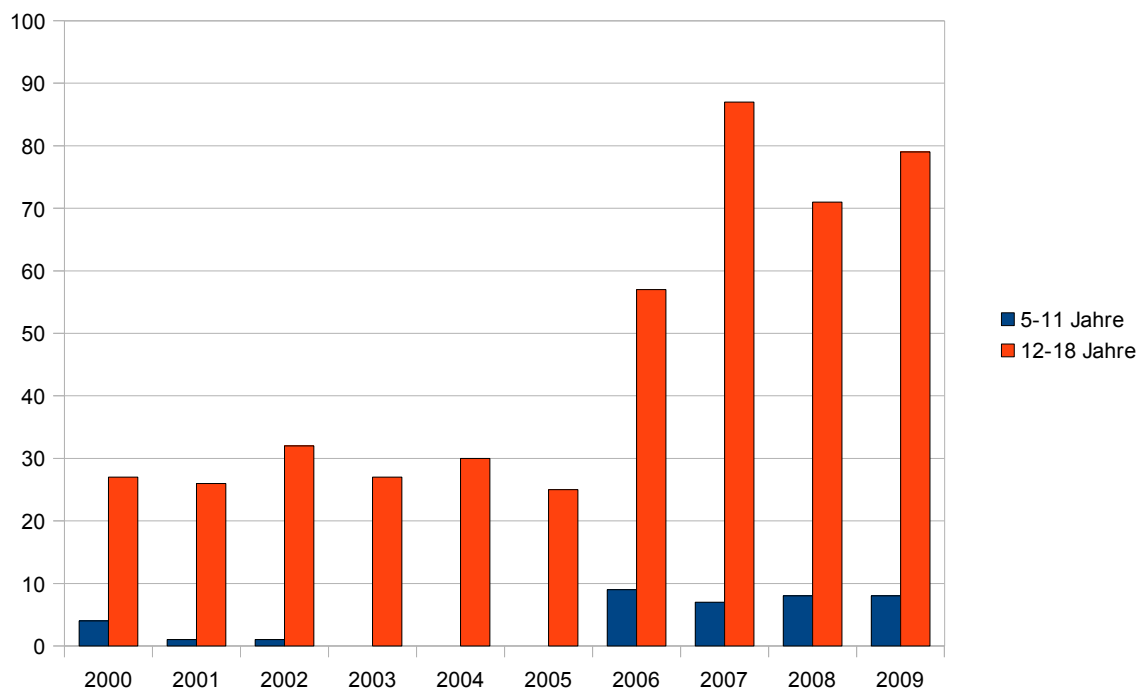


Abbildung 29: Fallzahlen der älteren und jüngeren Patienten mit suizidalem Verhalten $n=499$

Abbildung 29 zeigt die Fallzahlen der älteren und jüngeren stationären und tagesklinischen Patienten mit suizidalem Verhalten. Man kann feststellen, dass es ab 2005 sowohl mehr jüngere als auch mehr ältere Patienten mit suizidalem Verhalten gibt.

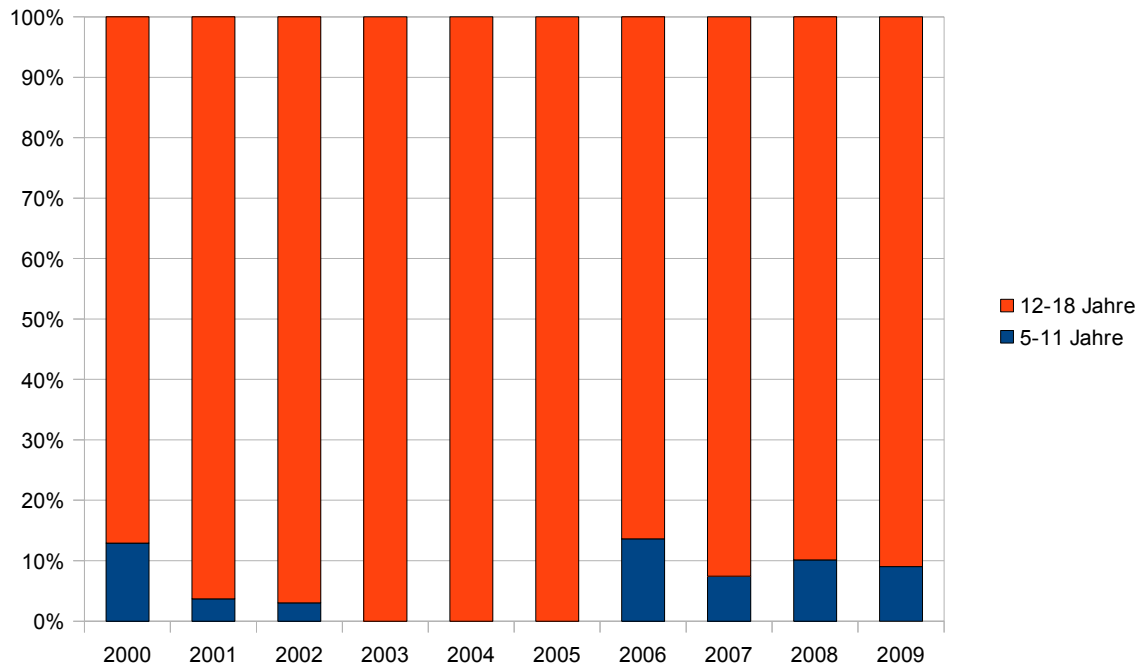


Abbildung 30: Prozentuale Verteilung der älteren und jüngeren Patienten mit suizidalem Verhalten n=499

Es zeigten sich keine signifikanten Veränderungen für den untersuchten Zeitraum (einfaktorielle Anova 0,122).

3.5 Ergebnisse fünfte Hypothese

Fünfte Hypothese: Seit dem Jahr 2000 gibt es im Mittel mehr Komorbiditäten

Fünfte Nullhypothese: Seit dem Jahr 2000 gibt es im Mittel weniger oder gleich viele Komorbiditäten

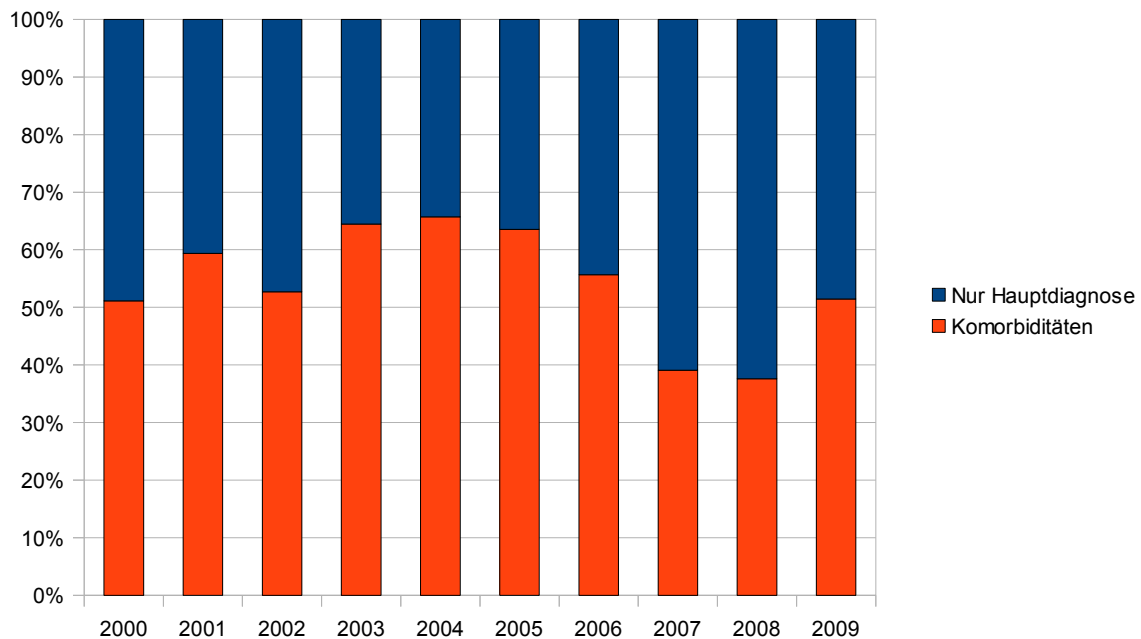


Abbildung 31: Prozentualer Vergleich der Komorbiditäten $n=1092$

In Abbildung 31 ist jahresweise der prozentuale Vergleich der Anzahl der dokumentierten Komorbiditäten für die Jahre 2000 bis 2009 dargestellt. Man kann erkennen, dass der Anteil von Patienten mit Komorbiditäten, also Patienten mit einer oder mehreren Nebendiagnosen, im Verlauf von 2000 bis 2005 eher zunimmt, insgesamt aber abnimmt. Es zeigten sich signifikante Veränderungen für den untersuchten Zeitraum (einfaktorielle Anova $p < 0,001$).

3.6 Ergebnisse sechste Hypothese

Sechste Hypothese: Seit dem Jahr 2000 ist die Verweildauer in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Schweregrad im Mittel weniger

Sechste Nullhypothese: Seit dem Jahr 2000 ist die Verweildauer in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Schweregrad im Mittel mehr oder gleich.

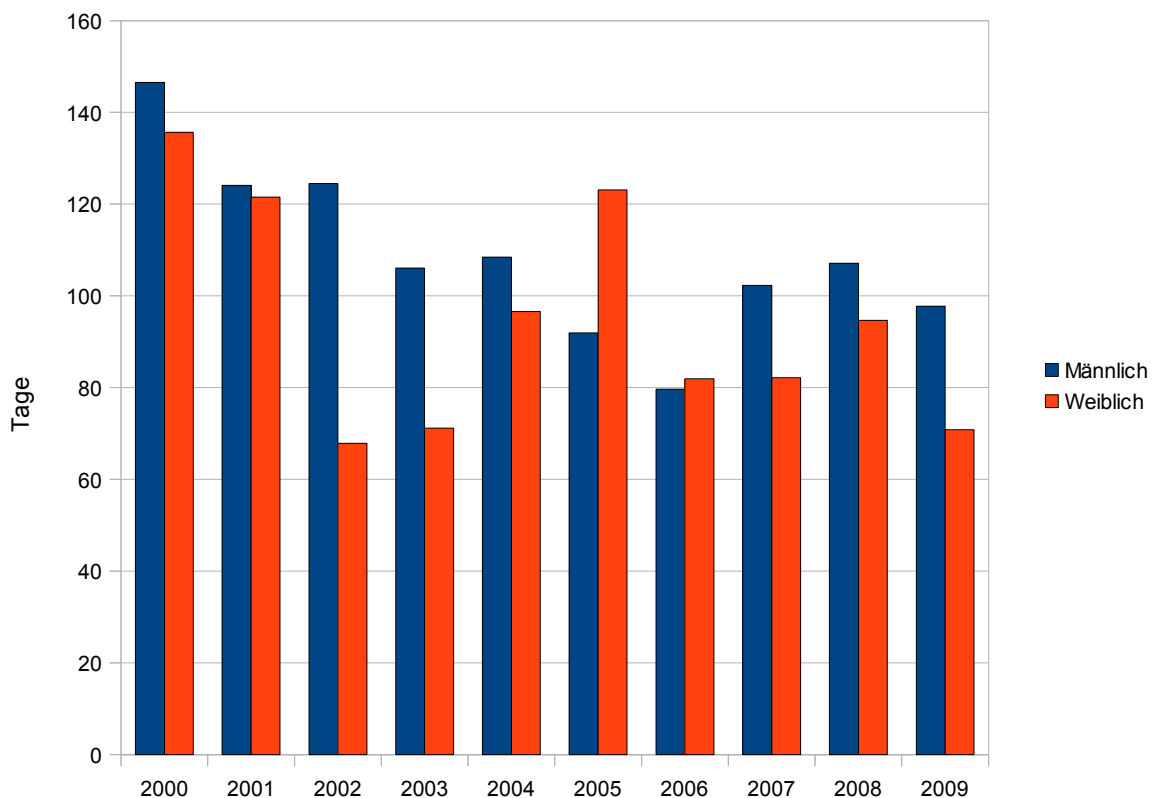


Abbildung 32: Mittlere Behandlungsdauer in Tagen für männliche und weibliche Patienten im Zeitverlauf n=931

Abbildung 32 stellt die mittlere Behandlungsdauer der Patienten von 2000 bis 2009 nach Geschlecht getrennt dar. Insgesamt hat sich die Behandlungsdauer im Mittel tendenziell in der Tendenz verkürzt. Es zeigten sich aber keine signifikante Veränderungen für den untersuchten Zeitraum (einfaktorielle Anova 0,096) bei männlichen Patienten, lediglich für den Zeitraum von 2000 bis 2006 (einfaktorielle Anova 0,042). Für weibliche Patienten zeigten sich signifikante Veränderungen im untersuchten Zeitraum (einfaktorielle Anova $p=0,001$).

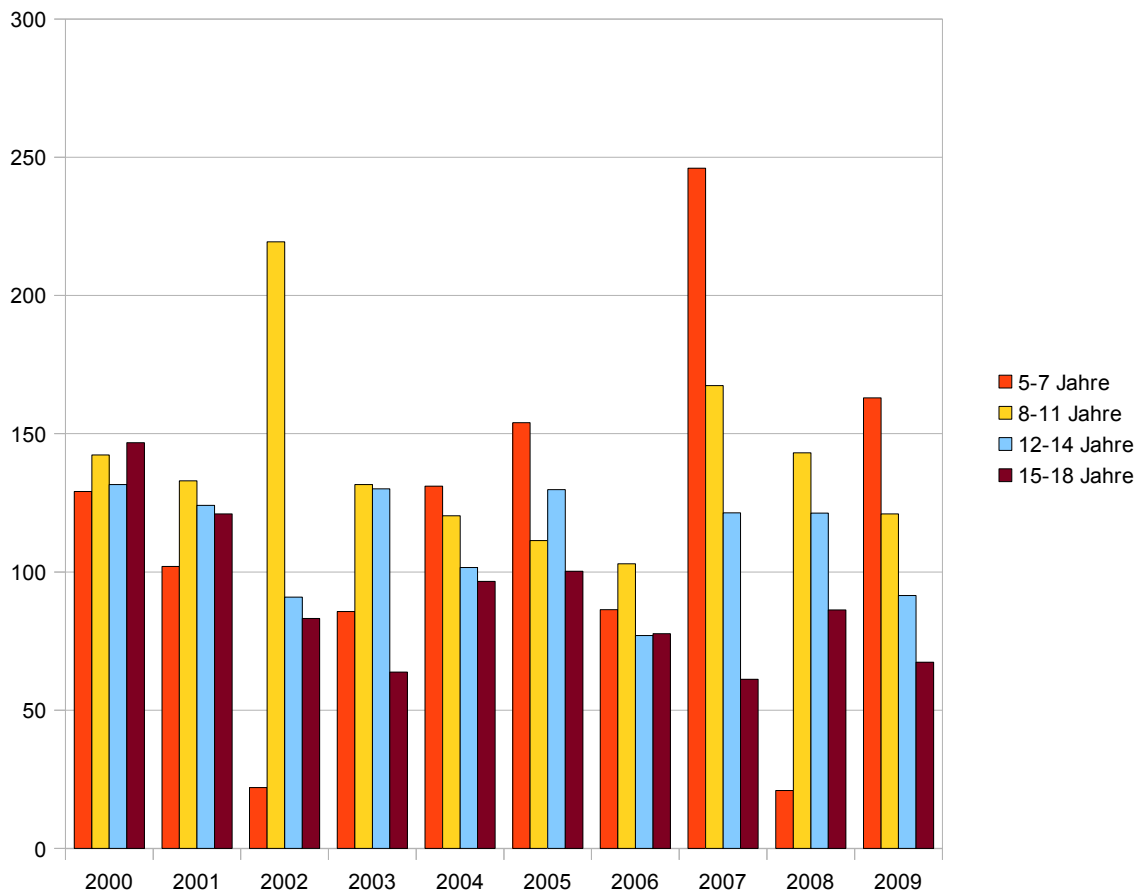


Abbildung 33: Mittelwerte der Behandlungsdauer nach Altersgruppen $n=934$

Abbildung 33 zeigt jährlich die Mittelwerte der Behandlungsdauer nach Altersgruppen getrennt. Es zeigten sich keine signifikante Veränderungen für den untersuchten Zeitraum bei der Altersgruppe 5-7 Jahre (einfaktorielle Anova $p=0,727$), bei der Altersgruppe 8-11 Jahre (einfaktorielle Anova $p=0,606$), bei der Altersgruppe 12-14 Jahre (einfaktorielle Anova $p=0,508$). Aber es zeigten sich signifikante Veränderungen für den untersuchten Zeitraum bei der Altersgruppe 15-18 Jahre (einfaktorielle Anova $p < 0,001$). Die insgesamt Verkürzung der Behandlungsdauer schlägt somit ausschließlich bei den Jugendlichen ab 15 Jahren zu Buche.

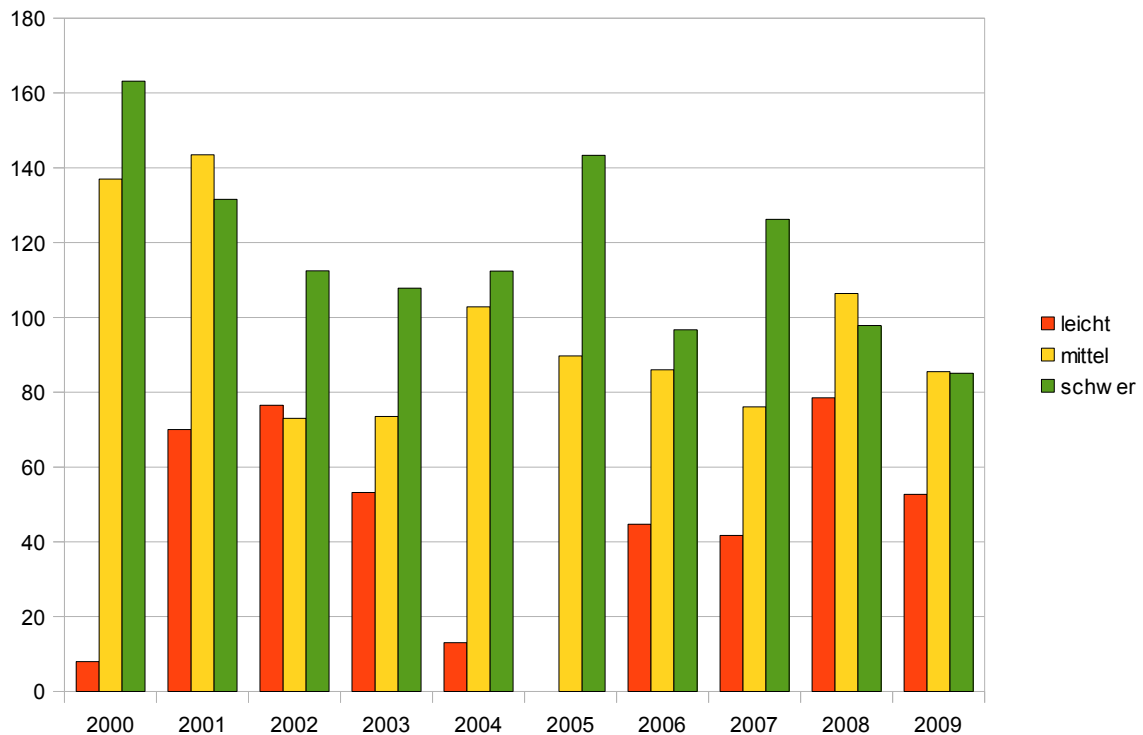


Abbildung 34: Jahrweise Behandlungsdauer in Abhängigkeit der Symptomatik n=833

Abbildung 34 zeigt jahrweise die Behandlungsdauer in Abhängigkeit der Schwere der Symptomatik. Es zeigten sich keine signifikanten Veränderungen für den untersuchten Zeitraum bei leichter Symptomschwere (einfaktorielle Anova 0,928), aber es zeigten sich signifikante Veränderungen für den untersuchten Zeitraum bei mittlerer Symptomschwere (einfaktorielle Anova 0,003) und schwerer Symptomschwere (einfaktorielle Anova 0,032). Man sieht bei mittlerer und schwerer Symptomatik ein Absinken der Behandlungsdauer in dem untersuchten Zeitraum.

3.7 Ergebnisse siebte Hypothese

Siebte Hypothese: Seit dem Jahr 2000 hat der Schweregrad der Störungen insgesamt und besonders bei jüngeren Patienten zugenommen

Siebte Nullhypothese: Seit dem Jahr 2000 hat der Schweregrad der Störungen insgesamt und besonders bei jüngeren Patienten abgenommen oder ist gleich geblieben.

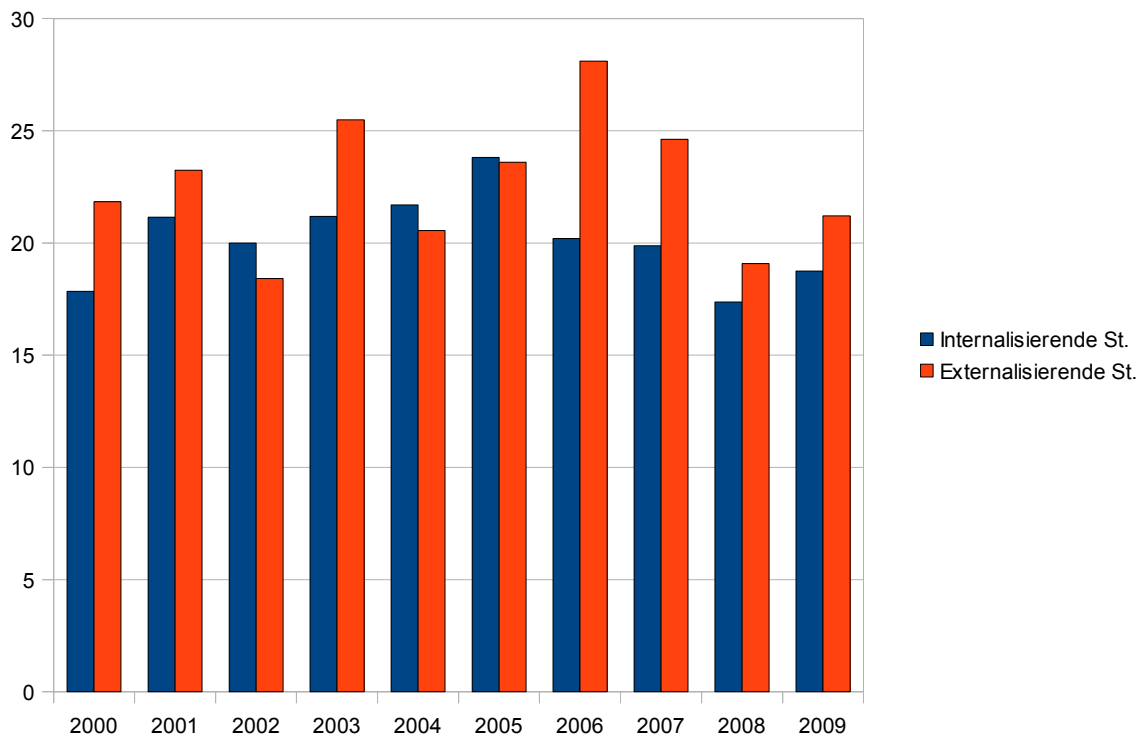


Abbildung 35: Männliche Patienten Mittelwerte CBCL Rohwerte internalisierend n=304 und externalisierend n=306

Abbildung 35 zeigt die Mittelwerte der männlichen Patienten für die Syndrombelastung auf den Skalen internalisierende Störungen und externalisierende Störungen. Es zeigten sich keine signifikanten Veränderungen für den untersuchten Zeitraum bei internalisierenden Störungen (einfaktorielle Anova $p=0,488$) und externalisierenden Störungen (einfaktorielle Anova $p=0,085$). Es sind keine Veränderungen im untersuchten Zeitraum zu erkennen.

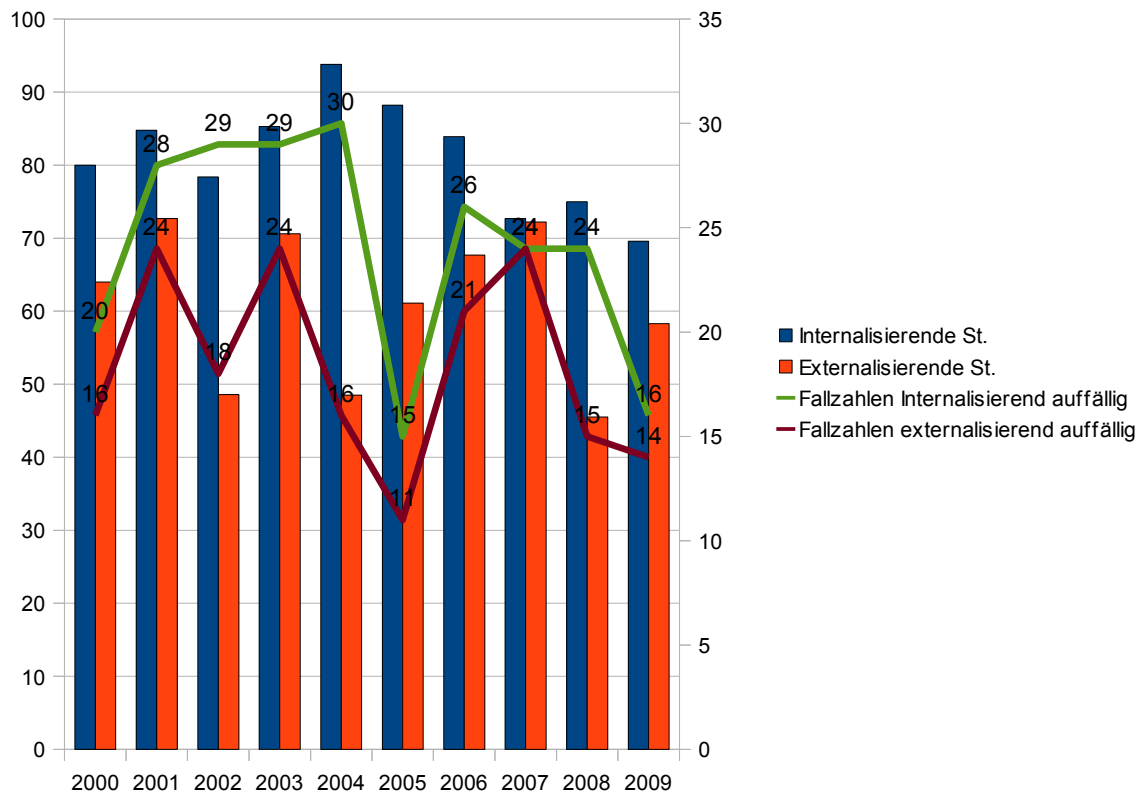


Abbildung 36: Prozentualer Anteil und Fallzahlen der auffälligen männlichen Patienten (internalisierend $n=304$, externalisierend $n=306$)

Abbildung 36 zeigt den prozentualen Anteil der klinisch auffälligen männlichen Patienten für internalisierende Störungen und externalisierende Störungen. Ein männlicher Patient galt dabei bei dem CBCL-Fragebogen als klinisch auffällig ab einem Rohwert von 8 für die Skala „Internalisierende Störungen“ und ab einem Rohwert von 13 für die Skala „Externalisierende Störungen“. Es zeigten sich keine signifikanten Veränderungen im untersuchten Zeitraum für Internalisierende Störungen (einfaktorielle Anova $p=0,622$) und für Externalisierende Störungen (einfaktorielle Anova $p=0,091$).

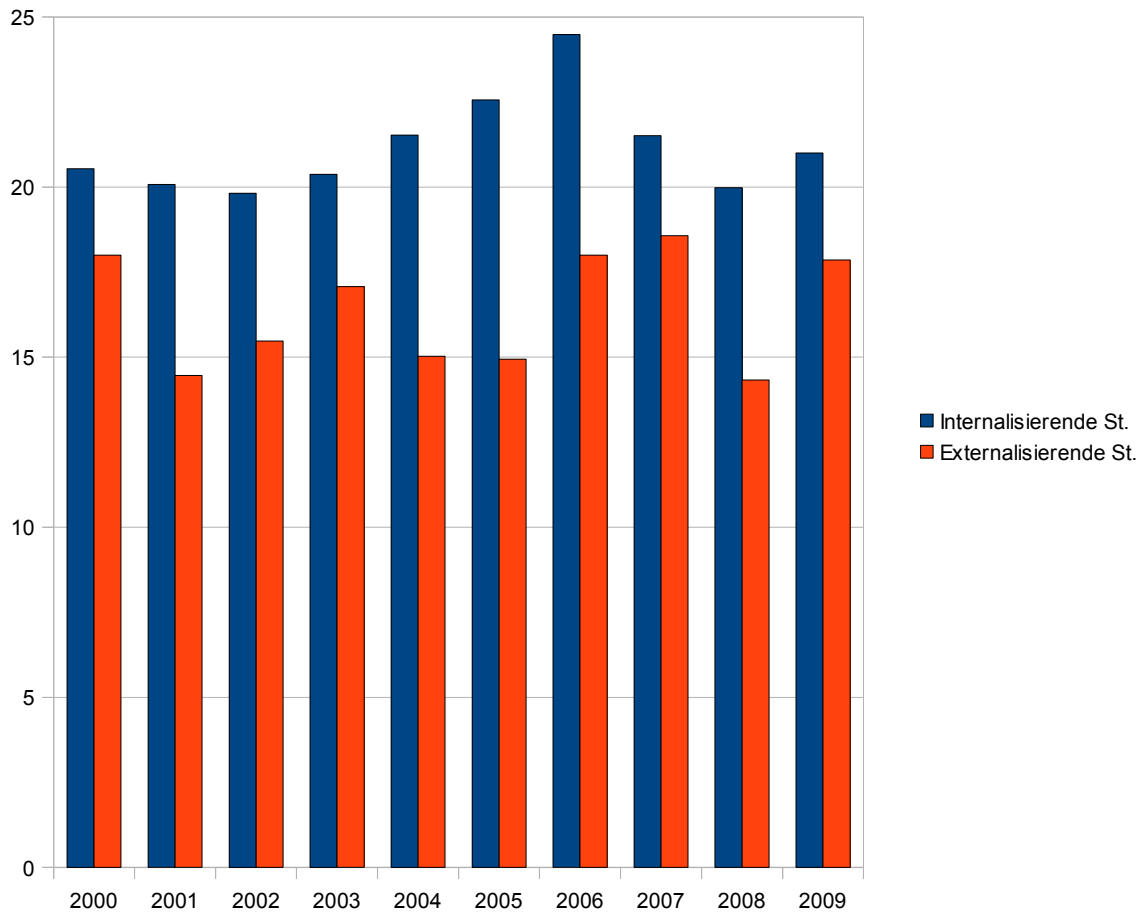


Abbildung 37: Weibliche Patienten: Mittelwerte CBCL Rohwerte internalisierend n=336 und externalisierend n=344

Abbildung 37 zeigt die Mittelwerte der weiblichen Patienten für die Skalen „Internalisierende Störungen“ und „Externalisierende Störungen“. Es zeigten sich keine signifikanten Veränderungen für den untersuchten Zeitraum bei internalisierenden Störungen (einfaktorielle Anova $p=0,776$) und externalisierenden Störungen (einfaktorielle Anova $p=0,703$). Es sind keine Veränderungen im untersuchten Zeitraum zu erkennen.

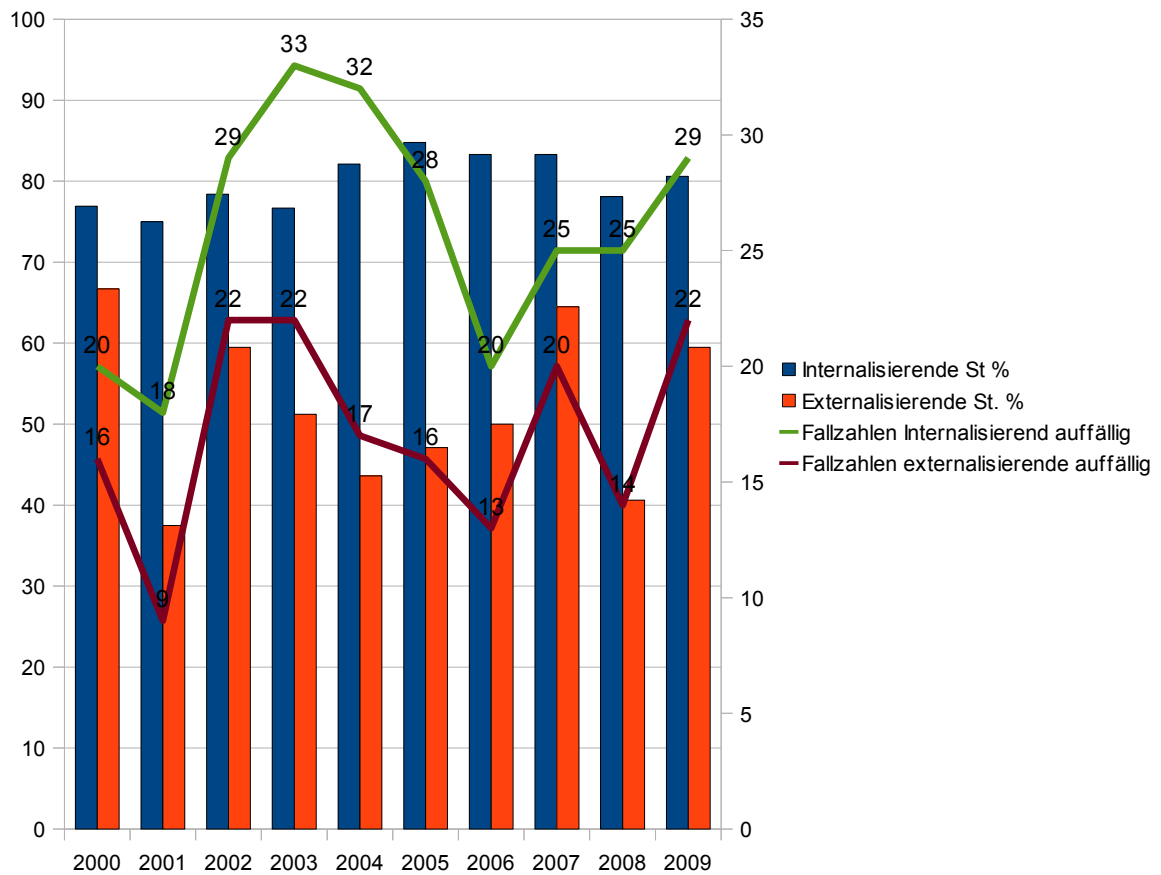


Abbildung 38: Prozentualer Anteil und absolute Fallzahlen auffälliger weiblicher Patienten internalisierend $n=336$ und externalisierend $n=344$

Abbildung 38 zeigt den prozentualen Anteil der klinisch auffälligen weiblichen Patienten für internalisierende Störungen und externalisierende Störungen. Ein weiblicher Patient galt dabei bei dem CBCL-Fragebogen als klinisch auffällig ab einem Rohwert von 8 für das Alter 5-11 Jahre und ab einem Rohwert von 10 für das Alter 12-18 Jahre für die Skala „Internalisierende Störungen“ und ab einem Rohwert von 10 für die Skala „Externalisierende Störungen“. Es zeigten sich keine signifikanten Veränderungen im untersuchten Zeitraum für internalisierende Störungen (einfaktorielle Anova $p=0,97$) und für externalisierende Störungen (einfaktorielle Anova $p=0,379$).

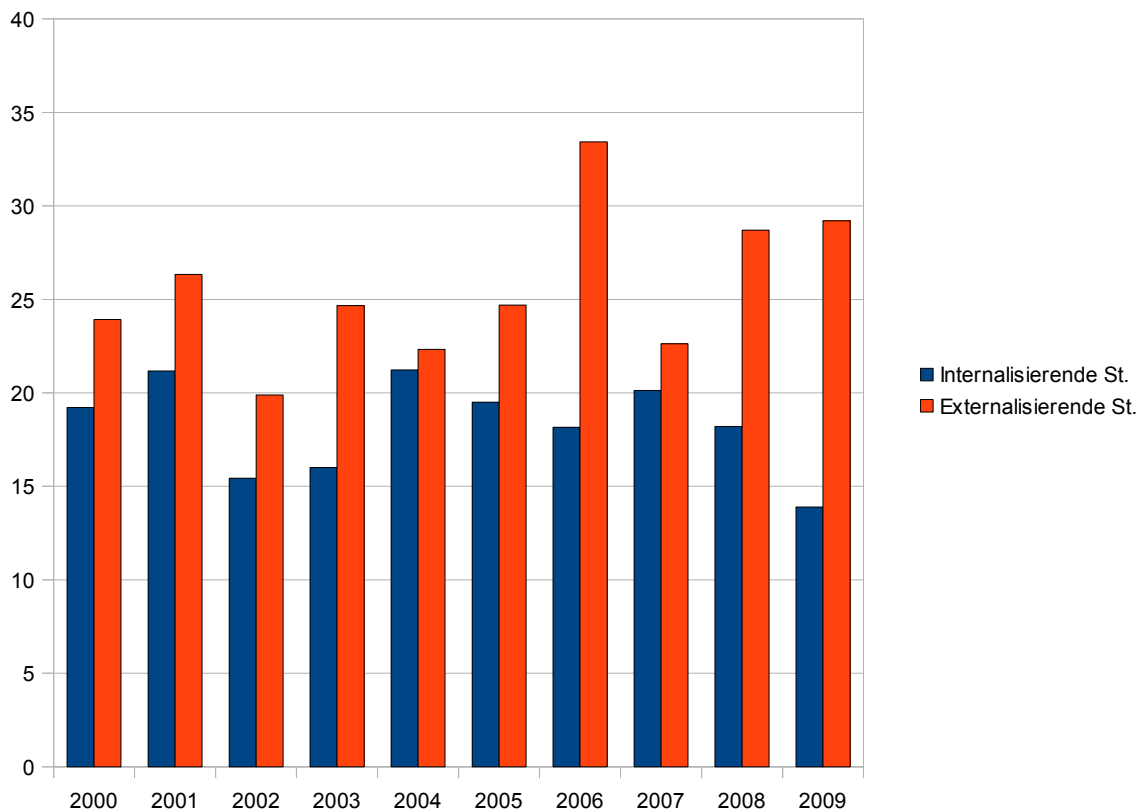


Abbildung 39: Jüngere Patienten 5-11 Jahre: Mittelwerte der CBCL Rohwerte internalisierend n=98 und externalisierend n=98

Abbildung 39 zeigt die Mittelwerte der jüngeren Patienten für die Skalen „Internalisierende Störungen“, „Externalisierende Störungen“. Es zeigten sich keine signifikante Veränderungen für den untersuchten Zeitraum bei internalisierenden Störungen (einfaktorielle Anova $p=0,839$) und externalisierenden Störungen (einfaktorielle Anova $p=0,547$). Es sind keine Veränderungen im untersuchten Zeitraum zu erkennen.

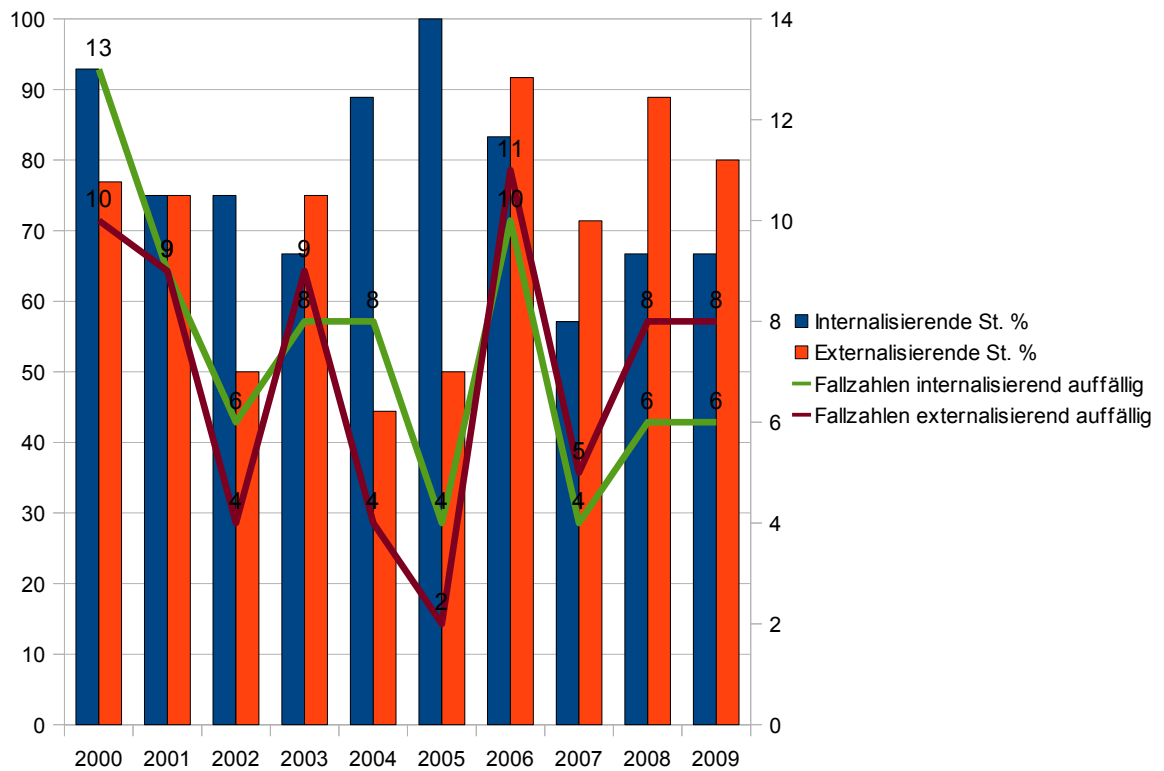


Abbildung 40: Prozentualer Anteil und Fallzahlen der auffälligen jüngeren Patienten (5-11 Jahre) für internalisierend n=98 und externalisierend n=98

Abbildung 40 zeigt den prozentualen Anteil und die Fallzahlen der klinisch auffälligen jüngeren Patienten für internalisierende Störungen und externalisierende Störungen. Es sind keine Veränderungen für den untersuchten Zeitraum erkennbar.

4 Diskussion

Die vorliegende Arbeit basiert auf dem Evaluationsprojekt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Im Rahmen dieses Projektes werden seit über 10 Jahren die Daten aus verschiedenen Fragebögen wie Basisdokumentation, CBCL, CASCAP und YSR dokumentiert und in 2 Datenbanken gespeichert. Die erste Datenbank umfasst die Patientendaten bis zu dem Jahr 2006. Überschneidend umfasst die zweite Datenbank die Daten von 2006 bis heute.

In dieser Arbeit werden die Patientendaten jahresweise von 2000 bis 2009 ausgewertet und miteinander verglichen. Es handelt sich um eine Längsschnittstudie, die das Ziel hat, Veränderungen der Inanspruchnahmepopulation über einen 10-Jahresverlauf herauszufinden.

Die Stichprobenbeschreibung und Ergebnisse werden nun kritisch analysiert und diskutiert und mit den im theoretischen Teil beschriebenen Stichproben verglichen.

Allgemein:

Das Besondere dieser Studie ist, dass die Inanspruchnahmepopulation nicht nur zu einem bestimmten Zeitpunkt beschrieben wird, wie es bei den meisten Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Fall ist, sondern der 10-Jahres Längsschnitt einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation beschrieben wird. So können im direktem Vergleich der untersuchten Jahre Veränderungen herausgefunden und untersucht werden. Dies ist mit Querschnittsstudien nicht möglich. Man kann allenfalls orientierend verschiedene Studien aus unterschiedlichen Zeiträumen miteinander vergleichen. Das Problem hierbei ist aber, dass es gar nicht sicher ist, ob die verschiedenen Studien vergleichbar sind. So kann es durch verschiedene Bevölkerungsprofile der Kliniken, die die Studien durchführen, zu verschiedenen Zusammensetzungen der Inanspruchnahmepopulation kommen.

Der Vorteil dieser Längsschnittstudie ist, dass die Patientendaten immer an der selben Klinik erhoben wurden und dass man die Stichprobe jahresweise analysieren und auswerten und jedes Jahr miteinander vergleichen kann.

Stichprobenbeschreibung:

Mit 2592 Patienten hat die Stichprobe eine ausreichende Fallzahl. Ein ausgeglichenes Geschlechtsverhältnis war mit 49,36% männlichen und 50,4% weiblichen Patienten gegeben. Das mittlere Alter lag bei 13,27 Jahren. 72,13% der Patienten waren 12-18 Jahre alt. 58,24% der 12-18jährigen Patienten und ca. 30,55% der 5-11jährigen Patienten waren weiblich. 56,1% der Patienten wurden ambulant und 38,48% stationär und 5,34% tagesklinisch behandelt. Die männlichen Patienten hatten ein mittleres Alter von 12,11 Jahren. Von den männlichen Patienten waren 60,81% 12-18 Jahre alt und 39,19% 5-11 Jahre alt. 60,05% der männlichen Patienten wurden ambulant und 39,76% stationär behandelt. Die weiblichen Patienten hatten ein mittleres Alter von 14,02 Jahren. Von den weiblichen Patienten waren 83,11% 12-18 Jahre alt und 16,89% 5-11 Jahre alt. 52,47% wurden ambulant und 43,31% stationär behandelt.

Vergleicht man unsere Stichprobe mit denen der gefundenen Literatur, findet man sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten. So ist das Geschlechterverhältnis in den meisten Studien zu Gunsten der männlichen Patienten ausgeprägt und liegt dann meist bei über 60% männlicher Patienten. Lediglich in einer Studie von Winter et al. (2005) findet sich ein Anteil von männlichen Patienten von 34,3%. Dies lässt sich durch den hohen Anteil von Essstörungen in dieser Stichprobe, die ja eher für weibliche Patienten typisch sind, erklären. Ab dem Jahr 2003 finden sich, ähnlich wie in unserer Studie, die ersten Studien, die ein ausgeglichenes Geschlechtsverhältnis haben wie zum Beispiel: Beelmann und Schneider 2003, Mattejat und Remschmid 2006 mit 50,7% Jungen und 49,3% Mädchen, Keller et al. 2006 mit 45,45% Jungen und 54,55% Mädchen, Goldbeck et al. 2007 mit 56% Jungen und 44% Mädchen und bei Pauschard et al. 2010 mit einem Jungenanteil von 50,6% und einem Mädchenanteil von 49,4%. Insofern spricht sowohl das Ergebnis dieser Erhebung, als auch die berichteten Daten neuerer Studien dafür, dass die vielberichtete Jungenlastigkeit der Patientenpopulationen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Phänomen der Vergangenheit ist und man mittlerweile von einem ausgewogenem Geschlechterverhältnis ausgehen kann.

Tabelle 7: Vergleich des Geschlechtsverhältnis verschiedener Studien

	Jahr	Jungen	Mädchen
Vorliegende Arbeit		49,36%	50,4%
Winter, Wiegard und Welke	2005	34,3%	65,7%
Beelmann und Schneider	2003	~ 50%	~ 50%
Mattejat und Remschmid	2006	50,7%	49,3%
Keller, Peter und Fegert	2006	45,45%	54,55%
Goldbeck, Besier und Petermann	2007	56%	44%
Pauschard, Remschmid und Mattejat	2010	50,6%	49,4%

Den Unterschied im Geschlechterverhältnis lässt sich möglicherweise durch unterschiedliche Diagnoseverteilungen erklären. Der Schwerpunkt einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik auf Essstörungen hat sicher auch großen Einfluss auf das Geschlechterverhältnis.

In den früheren Studien von Aba und Hendrichs (1989) und Goldbeck und Göbel (1990) sieht man, wie in unserer Studie, eine Dominanz der männlichen Patienten in den jungen Jahren, während sich dieses Verhältnis bei älteren Patienten umdreht und dann mehr weibliche Patienten zu finden sind.

Hypothese 1: Die erste Hypothese geht davon aus, dass es seit dem Jahr 2000 keine Veränderungen in der Zusammensetzung der Patienten, keine Veränderungen in der Geschlechterverteilung und keine Veränderungen in der Altersverteilung in Abhängigkeit des Geschlechtes gab. Diese Hypothese hat sich als teilweise falsch und teilweise richtig erwiesen.

Es zeigten sich während des Zeitraums von dem Jahr 2000-2009 keine signifikanten Unterschiede in der Geschlechterverteilung. Während des gesamten Zeitraums, mit Ausnahme des Jahres 2006, wurden mehr weibliche als männliche Patienten auf den Stationen behandelt. Wie oben schon beschrieben, lässt sich der steigende Anteil der weiblichen Patienten auch in der Literatur finden. In den früheren Studien sind die männlichen Patienten noch klar in der Überzahl. Aber ab dem Jahr 2003 finden sich immer mehr Studien, in denen die weiblichen Patienten zahlenmäßig stärker vertreten sind, und die Geschlechterverteilung ausgeglichen ist.

Das mittlere Alter der stationären und teilstationären Patienten stieg von 13,91 Jahre im Jahr 2000 leicht auf 14,15 Jahre 2009 bzw. 14,93 im Jahr 2008, mit Ausreißern in den Jahren 2006 und 2009. Im Dezember 2005 wurde die Akutstation der Kinder-

und Jugendpsychiatrie des UKE eröffnet. Auf dieser Station werden besonders schwere Fälle, die akut therapiebedürftig sind, aufgenommen. Hier gibt es auch ein hohen Anteil an Patienten mit suizidalem Verhalten. Diese Patienten sind meistens auch älter, also 12-18 Jahre alt. Ein Anstieg suizidaler älterer Patienten aufgrund der Eröffnung der Akutstation könnte also auch zu einem Anstieg des mittleren Alters führen.

Vergleicht man die Altersgruppen im Zeitverlauf miteinander, dann gibt es keine signifikanten Veränderungen in dem untersuchten Zeitraum sowohl für alle stationären Patienten als auch für die männlichen stationären Patienten und für die weiblichen stationären Patienten getrennt.

Die Hypothese bestätigt sich also für die Geschlechterverteilung und die Altersgruppenverteilung, aber nicht für das mittlere Alter.

In den älteren Studien von Döpfner et al. (1997) findet man ein mittleres Alter von 9,7 Jahren, bei Mattejat et al. (1998) ein mittleres Alter von 9,25 Jahren, bei Mattejat et al. (2003) ein mittleres Alter von 10,4 Jahren, bei Becker et al. (2003) ein mittleres Alter von 14,7 Jahren, bei Mattejat et al. (2005) ein mittleres Alter von 13,37 Jahren, bei Mattejat und Remschmidt (2006) ein mittleres Alter von 14,1 Jahren, bei Keller et al. (2006) ein mittleres Alter von 16 Jahren, bei Goldbeck et al. (2007) ein mittleres Alter von 14 Jahren, bei Bachmann et al. (2010) ein mittleres Alter von 8,8 Jahren und bei Pauschard et al. (2010) ein mittleres Alter von 10,9 und 13,2 Jahren. Man kann in dem Verlauf der Studien ein Ansteigen des mittleren Alters erkennen, ähnlich wie es in unserer Studie der Fall ist.

Tabelle 8: Vergleich des mittleren Alters verschiedener Studien

Studie	Jahr	Mittleres Alter
Döpfner et al.	1997	9,7 Jahre
Mattejat et al.	1998	9,25 Jahre
Mattejat et al.	2003	10,4 Jahre
Becker et al.	2007	14,7 Jahre
Mattejat et al.	2005	13,37 Jahre
Mattejat und Remschmidt	2006	14,1 Jahre
Keller et al.	2006	16 Jahre
Goldbeck et al.	2007	14 Jahre
Bachmann et al.	2010	8,8 Jahre
Pauschard et al.	2010	10,9 Jahre und 13,2 Jahre

Das geringe mittlere Alter von 8,8 Jahren bei Bachmann (2010) und 10,9 Jahren bei Pauschard (2010) lässt sich dadurch erklären, dass in diesen Studien Patienten mit Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivitätsstörungen stark vertreten waren. Patienten mit diesen Diagnosen sind meistens jüngere Patienten. Ebenso ist das hohe mittlere Alter von 16 Jahren bei Keller et al. durch einen hohen Anteil von Patientinnen mit Essstörungen zu erklären.

Hypothese 2: Die zweite Hypothese geht davon aus, dass es seit dem Jahr 2000 im Mittel mehr ältere Patienten gibt. Diese Hypothese hat sich als teilweise falsch und teilweise richtig erwiesen.

Zwar ist das mittlere Alter, wie schon beschrieben, tendenziell von 13,91 im Jahr 2000 auf 14,15 im Jahr 2009 gestiegen. Vergleicht man das Verhältnis der "jüngeren" Patienten mit den "älteren" Patienten, findet man jedoch keine signifikante Veränderung. Der Anstieg des mittleren Alters ließe sich mit der vermehrten Aufnahme von weiblichen Patienten und mit der Eröffnung der Akutstation erklären, die ja vermehrt Patienten mit schwerwiegenden Symptomen aufnimmt. Hier werden viele Patienten mit suizidalem Verhalten behandelt, die in den meisten Fällen älter sind.

Das etwas höher gewordene Durchschnittsalter, wie in Abbildung 17 zu sehen ist, lässt sich damit erklären, dass sich bei den Jugendlichen über 15 Jahren die Verweildauer deutlich verkürzt hat, siehe Abbildung 33, was sich auf den relativen Anteil der Fallzahlen im Sinne einer Erhöhung auswirkt. Wie im vorigen Abschnitt zur ersten Hypothese schon näher erläutert, findet man in der Literatur auch einen Anstieg des mittleren Alters über den Zeitverlauf.

Die Patienten sind also im Mittel etwas älter geworden im Zeitverlauf aber am Verhältnis der jüngeren Patienten zu älteren Patienten hat sich nichts geändert.

Hypothese 3: Die dritte Hypothese geht davon aus, dass es seit dem Jahr 2000 im Mittel mehr Patienten mit selbstverletzendem oder suizidalem Verhalten gibt. Diese Hypothese hat sich als richtig erwiesen.

In den Jahren 2000 bis 2005 wurden in jedem Jahr anteilig deutlich mehr Patienten ohne suizidalem Verhalten als in den Folgejahren dokumentiert. In den Jahren 2006 bis 2009 wurden dann anteilig entsprechend deutlich mehr Patienten mit suizidalem

Verhalten als in den Jahren zuvor behandelt. Die Fallzahlen für beide Patientengruppen stiegen hier an. Diese starke signifikante Veränderung liegt vermutlich unter anderem an der Eröffnung der Akutstation im Dezember 2005. Die Akutstation ist eine geschlossene Station auf der Patienten aufgenommen werden, die sich in einer akuten psychischen Krise befinden und stationär behandelt werden müssen. Dies gilt vor allem für Patienten mit Eigen- oder Fremdgefährdung. Die Akutstation hat trotz ihrer geringeren Bettenzahl von 6 Betten mehr Behandlungsfälle pro Jahr als die anderen Stationen zusammen. Patienten dieser Station werden schnell wieder stabilisiert und haben nur eine kurze Verweildauer. Bei Bedarf ist eine schnelle Wiederaufnahme möglich. Dadurch hat die Akutstation einen viel höheren Durchlauf. Die Patienten mit suizidalem Verhalten wurden vor der Eröffnung der Akutstation meist auf der Jugendstation der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt oder es musste auf eine Station der Erwachsenenpsychiatrie ausgewichen werden. Es stellt sich kritisch die Frage, ob das Angebot auf einer geschlossenen Station für akute Fälle, möglicherweise bei labilen Patienten, auch vermehrt Symptome hervorruft, die sich ohne ein solches Angebot stabiler halten könnten.

Aber all diese Punkte erklären nicht die Höhe des Anstiegs der Anzahl der Patienten mit suizidalem Verhalten seit Eröffnung der Akutstation. Es gibt vermutlich auch einen realen Anstieg von Patienten mit suizidalem Verhalten.

Plener et al. berichten im Jahr 2010 von einem Anteil von Patienten mit suizidalem Verhalten in Inanspruchnahmepopulationen von über 30% (2010). Der Anteil von Patienten mit suizidalem Verhalten dieser Studie liegt mit 29,5% für die Jahre 2000 bis 2005 somit unter dem Durchschnitt von Plener et al (2010).

Hypothese 4: Die vierte Hypothese geht davon aus, dass es seit dem Jahr 2000 im Mittel mehr jüngere Patienten mit suizidalem Verhalten gibt. Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden.

Wie in der Abbildung 29 (Fallzahlen der älteren und jüngeren Patienten mit suizidalem Verhalten) zu sehen ist, sind insgesamt wenige Fallzahlen jüngerer Patienten mit suizidalem Verhalten über die Jahre zu verzeichnen. Während es in den Jahren 2000 bis 2002 noch ein paar Fälle von jüngeren Patienten mit suizidalem Verhalten gab, sind in den Jahren 2003 bis 2005 keine jüngeren Patienten mit suizidalem Verhalten aufgenommen worden. Mit der Eröffnung der Akutstation im Dezember 2005 steigen die Fallzahlen der Patienten mit suizidalem Verhalten wieder

an. Aber während die Fallzahlen der jüngeren Patienten mit suizidalem Verhalten konstant zu bleiben scheinen, stiegen die Fallzahlen der älteren Patienten mit suizidalem Verhalten an. Im Verhältnis zueinander lassen sich aber keine signifikanten Veränderungen für den untersuchten Zeitraum feststellen. Nach den Jahren 2003 bis 2005, in denen keine jüngeren Patienten mit suizidalen Symptomen aufgenommen wurden, muss es den Therapeuten und Ärzten nach der Eröffnung der Akutstation so vorgekommen sein, als ob die Zahl der jüngeren Patienten mit suizidalem Verhalten zugenommen hat. Durch die gleichzeitige Zunahme der älteren Patienten mit suizidalem Verhalten hat sich aber an ihrem Verhältnis zueinander nichts signifikant geändert.

Hypothese 5: Die fünfte Hypothese geht davon aus, dass es seit dem Jahr 2000 im Mittel mehr Komorbiditäten gibt. Diese Hypothese konnte ebenfalls nicht bestätigt werden.

In den Jahren 2000 bis 2005 scheint die Anzahl der Patienten mit Komorbiditäten zuzunehmen, insgesamt sind es aber über die zehn Jahre weniger Patienten mit Komorbiditäten geworden. Es zeigen sich signifikante Veränderungen im untersuchten Zeitraum. Ein Grund für das Sinken der Zahl der Patienten mit Komorbiditäten könnte ebenfalls in der Eröffnung der Akutstation liegen. Durch den hohen Durchlauf und die niedrige Verweildauer wird bei den Patienten der Akutstation meist nur eine Hauptdiagnose gestellt.

Ein Grund für den scheinbaren Anstieg der Zahl der Patienten mit Komorbiditäten in den Jahren 2000 bis 2005 könnte auch im unterschiedlichen Kodierungsverhalten der Ärzte liegen.

Ihle und Esser (2002) stellten Komorbiditätsraten von 9,1% bis 46,9% je nach Kombination der Diagnosen fest. Die häufigsten Kombinationen waren hyperkinetische Störungen mit dissozialen Störungen mit 46,9% und depressive Störungen mit Angststörungen mit 38,9%. In der Stichprobe dieser Untersuchung war die Komorbiditätsrate der stationären Patienten zwischen 37,61% und 65,71%. Einen weiteren Grund für den hohen Anteil von Patienten mit Komorbiditäten gaben Remschmidt et al. (2003) an. Ihr Eindruck war, dass aufgrund der vielen ambulanten Angebote nur noch Kinder und Jugendliche mit sehr schwerwiegenden Störungen, die auch eine hohe Komorbiditätsrate aufweisen, stationär aufgenommen werden.

Hypothese 6: Die sechste Hypothese geht davon aus, dass seit dem Jahr 2000 die Verweildauer in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Schweregrad im Mittel kürzer geworden ist. Diese Hypothese hat sich als teilweise falsch und teilweise als richtig erwiesen.

Für männliche Patienten gab es für den untersuchten Zeitraum keine signifikanten Veränderungen der Behandlungsdauer wohl aber für den Zeitraum 2000 bis 2006. Bei den weiblichen Patienten gibt es eine signifikante Veränderung in der Behandlungsdauer, jedoch lässt sich anhand des Diagramms kein klarer Trend feststellen. Außer bei den 15-18 jährigen, deren Behandlungsdauer signifikant abgenommen hat, ergaben sich keine signifikanten Veränderungen der Behandlungsdauer in Abhängigkeit der anderen Altersgruppen. Betrachtet man die Behandlungsdauer in Abhängigkeit zur Symptomschwere fällt eine signifikante Abnahme der Behandlungsdauer bei mittlerer und schwerer Symptomschwere auf. Ein Grund für die Abnahme der Behandlungsdauer könnte die zunehmende Häufigkeit von Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen sein. Dass gerade die Behandlungsdauer der 15-18 jährigen abgenommen hat, deckt sich mit klinischen Erfahrungen. Die Jugendstation hat einen höheren Durchlauf und niedrigere Verweildauer als die Kinderstation, auf der vorwiegend Kinder mit sehr komplizierten Störungsbildern, wie z.B. komplexe Traumafolgeschäden und strukturelle Störungen, behandelt werden, für die längere stationäre Behandlungen erforderlich sind. Als wichtigsten Grund für die Abnahme der Behandlungsdauer kann die Eröffnung der Akutstation im Jahr 2005 gewertet werden. Die überwiegend älteren Jugendliche die hier behandelt werden, haben meist eine kurze Wartezeit bis zur Aufnahme, werden dann stabilisiert und wieder entlassen oder verlegt. So haben die auf der Akutstation behandelten Patienten auf dieser Station eine recht kurze Behandlungsdauer.

Hypothese 7: Die siebte Hypothese geht davon aus, dass seit dem Jahr 2000 der Schweregrad der Störungen insgesamt und besonders bei jüngeren Patienten zugenommen hat. Diese Hypothese hat sich nicht bestätigen lassen.

Sowohl für männliche als auch für weibliche Patienten gab es keine Veränderungen des Mittelwertes für Symptombelastungen auf den CBCL-Skalen für internalisierende Störungen oder externalisierende Störungen. Es gab auch keine signifikanten Veränderungen bei den Fallzahlen für internalisierende bzw. externalisierende

klinische Auffälligkeiten auf der Basis der Cut-Off Werte.

Auch wenn man nur die jüngeren Patienten betrachtet, fanden sich keine signifikanten Veränderungen des Mittelwertes für internalisierende Störungen oder externalisierende Störungen und keine signifikanten Veränderungen des Anteils „klinische Auffälligkeiten“ nach Cut-Off Werten für internalisierende und externalisierende Störungen.

Die Annahme der Ärzte, dass der Schweregrad der Störungen in der Kinder-Jugendpsychiatrie insgesamt und besonders bei jüngeren Patienten zugenommen hätte, liegt sicherlich auch in der Eröffnung der Akutstation begründet. Mit der Eröffnung änderte sich das klinische Bild und damit stieg vermutlich die Zahl der Patienten mit suizidalem Verhalten stark an, was den Eindruck erwecken könnte, der Schweregrad der Störungen hätte insgesamt zugenommen. Da aber auch die stationäre Fallzahl insgesamt anstieg, änderte sich am Verhältnis Patienten mit und ohne suizidalem Verhalten jedoch nichts.

So ist es auch bei den jüngeren Patienten. Vor der Eröffnung der Akutstation wurden 3 Jahre lang keine jüngeren Patienten mit suizidalem Verhalten aufgenommen. Mit der Eröffnung betrug dann der Anteil der jüngeren Patienten an den Patienten mit suizidalem Verhalten in den Jahren 2006 bis 2009 zwischen 7,45% und 13,63%. Das kann natürlich den Eindruck erwecken, dass der Schweregrad der Störungen der jüngeren Patienten zugenommen hat. Dieser Eindruck hat sich aber für den gesamten 10-Jahres-Verlauf nicht bestätigen lassen.

Der klinische Eindruck stellt sich somit eher subjektiv dar und spiegelt nicht den objektiven Verlauf wieder. Im Erhebungszeitrum ist die Arbeitsbelastung pro Arzt gestiegen, d.h. es werden mehr Fälle pro Arzt behandelt. Dies kann wesentlich zum entstandenen Eindruck „schwerer“ gewordener Störungsbilder beigetragen haben.

4.1 Limitationen und Vorteile der Studie

Eine Schwäche dieser Studie könnte sein, dass es ursprünglich zwei Datenbanken gab, die die Patientendaten für den untersuchten Zeitraum von dem Jahr 2000 bis 2009 enthielten. Die erste Datenbank mit dem Namen EVA I wurde bis Mitte 2006 geführt und die zweite überschneidend von Mitte 2006 bis heute. Für die Auswertung und Berechnung wurden diese beiden Datenbanken miteinander verbunden. Um dabei eventuell entstandene Fehler zu verhindern, wurde dieser Vorgang doppelt überprüft. Durch die Eltern-Baby Tagesklinik, deren Angebot sich an psychisch belastete Mütter und Väter richtet, kam es vor, dass es Patienten mit einem Alter von unter einem Jahr und 19-26 Jahren gab. Um dieses Artefakt zu verhindern, wurden diese Fälle nicht in die Stichprobenbeschreibung und in die Auswertung miteinbezogen.

Betrachtet man die Abbildung 2 und 3 mit den stationären und tagesklinischen Fallzahlen der Stichprobe könnte man kritisieren, dass die Fallzahlen der Stichprobe zwar stetig ansteigen, aber bei weitem nicht so wie die Fallzahlen der Klinik in den Jahren 2006 bis 2009. Mit der Eröffnung der Akutstation Ende 2005 sind die Fallzahlen der Klinik tatsächlich stark angestiegen. Aber durch die nur kurze Verweildauer und dem akuten Behandlungsbedarf aufgrund der Schwere der Symptomatik auf dieser Station ist oft nicht genug Zeit und die Möglichkeiten vorhanden, die erforderlichen Fragebögen zur Datenerhebung zu bearbeiten.

Ein großer Vorteil dieser Studie ist, dass die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Eppendorf, deren Inanspruchnahmepopulation dieser Studie zu Grunde liegt, eine aufnahmeverpflichtete Sektorklinik ist. Daher gibt es im stationären Bereich wenig Spezialisierungen. Die Klinik muss unabhängig von der psychischen Erkrankung jeden Patienten ihres Versorgungssektors, der stationär behandlungspflichtig ist, aufnehmen. Dadurch ergibt sich ein guter repräsentativer Eindruck der Inanspruchnahmepopulation eines bestimmten Gebietes.

Ein weiterer Vorteil und das Besondere an dieser Studie ist, dass nicht eine Inanspruchnahmepopulation zu einem bestimmten Zeitpunkt als Querschnittsstudie analysiert wird. Es wird vielmehr eine Inanspruchnahmepopulation innerhalb eines 10-Jahreszeitraum zu verschiedenen Zeitpunkten jahresweise miteinander verglichen.

Um Veränderungen im Zeitverlauf der Inanspruchnahmepopulation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu finden, kann man auch in einer Metastudie die Stichproben vieler Studien miteinander vergleichen und Veränderungen im Zeitverlauf feststellen. Dann ist aber nicht sicher, ob es sich tatsächlich um Veränderungen im Zeitverlauf handelt, oder ob die verschiedenen Stichproben nicht einfach zu unterschiedlich waren, um sie zu vergleichen. Die verschiedenen Kliniken oder Praxen können unterschiedliche Einzugsgebiete, Kapazitäten oder Spezialisierungen haben. Besser ist es, die Inanspruchnahmepopulation einer Klinik über einen längeren Zeitraum zu beobachten und, unter Berücksichtigung der klinikinternen Wandlungen, Veränderungen der Stichprobe im Zeitverlauf herauszufinden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es insgesamt über den 10-Jahres-Verlauf mehr 15-18jährige und auch mehr Patienten mit suizidalem Verhalten über alle Altersgruppen gibt. Ansonsten handelt es sich bei der Stichprobe dieser Untersuchung um eine stabile gleichbleibende Verteilung der Patientenpopulation. Der subjektive Eindruck der Ärzte in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des UKE, dass die behandelten Patienten immer „schwerer gestört“ und „jünger“ seien, lässt sich durch die erhöhte Arbeitsbelastung und den relativen Anstieg der Patienten mit suizidalem Verhalten erklären.

5 Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit war es, zu überprüfen, inwieweit Eindrücke von Experten über Veränderungen der Inanspruchnahmepopulation mit den längsschnittlich erhobenen Daten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des UKE übereinstimmen. Denn ausgehend von klinischer Erfahrung entsteht in der Kinder- und Jugendpsychiatrie immer mehr der Eindruck, dass sich über die Zeit Veränderungen in Häufigkeit und Verteilung von Störungsbildern ergeben haben. Bisherige Studien zu Inanspruchnahmepopulation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie beschreiben meist nur einen querschnittlichen Zustand und machen keine Aussage zu längsschnittlichen Veränderungen. Um die Eindrücke der erfahrenen kinder- und jugendpsychiatrischen Ärzten zu dokumentieren, wurde ein Fragebogen erstellt und ausgewertet. Hieraus ergaben sich die Hypothesen über die Veränderungen von Zusammensetzung, Alter, Geschlechterverteilung, Schweregrad der Störungen, Verweildauer und Anzahl von Patienten mit suizidalem Verhalten. An der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des UKE wurden im Rahmen des Qualitätsmanagements seit 1996 alle stationären und teilstationären Behandlungen evaluiert, was die Datengrundlage für die vorliegende Arbeit schaffte. Bei der Auswertung und Stichprobenbeschreibung wurde die Basisdokumentation (BaDo), der Youth-Self-Report (YSR), die Child Behavior Checklist (CBCL) und das Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP) für die Auswertung herangezogen und die vorliegenden Daten mit dem Programm SPSS Version 17.0 ausgewertet. Aufgrund von fehlenden Daten bei den ambulanten Patienten in den Jahren 2006 bis 2009 wurde bei der Auswertung der Hypothesen, bei denen es sich um den Vergleich der Jahre 2000 bis 2009 handelt, besonders auf die stationären und tagesklinischen Patienten eingegangen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es insgesamt über den 10-Jahres-Verlauf mehr 15-18jährige Patienten und auch mehr Patienten mit suizidalem Verhalten über alle Altersgruppen verteilt gibt. Die Anzahl der Patienten mit Komorbiditäten nimmt insgesamt ab ebenso die Verweildauer von weiblichen und von 15-18jährige Patienten. Auch bei mittlerer und schwerer Symptomatik lässt sich ein Absinken der Verweildauer erkennen. Ansonsten handelt es sich bei der Stichprobe dieser Untersuchung um eine stabile gleichbleibende Verteilung der Patientenpopulation. Der subjektive Eindruck der Ärzte in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und

Psychotherapie des UKE, dass die behandelten Patienten immer „schwerer gestört“ und „jünger“ seien bestätigt sich nicht und könnte sich durch die erhöhte Arbeitsbelastung und den relativen Anstieg der Patienten mit suizidalem Verhaltens erklären.

6 Literaturverzeichnis

Barton JR (2008) Academic training schemes reviewed: implications for the future development of our researchers and educators. *Med Educ.* 42(2):164-9.

Bachmann M., Bachmann C.J., John K., Heinzl-Gutenbrunner M., Renschmidt H., Matthejat F. (2010) The effectiveness of child and adolescent psychiatric treatments in a naturalistic outpatient setting. *World Psychiatry* 2010;9:111-117

Barkmann C. und Schulte-Markwort M. (2004) Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kinder und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiat Prax* 31: 278-287, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart

Barkmann C, Schulte-Markwort M. (2010) Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis *J Epidemiol Community Health* (2010). doi:10.1136/jech.2009.102467

Becker K., Jennen-Steinmetz Ch., Holtmann M., El-Faddagh M., Schmidt M.H. (2003) Komorbidität bei Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* , 31 (3), 2003, 175–185

Beelmann A., Schneider N. (2003) Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Stand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Z Klin Psychol Psychother* , 32 (2), 129–143, Hogrefe-Verlag Göttingen,

Distler S. (2002) Behandlungsmotivation, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität aus der Sicht der Eltern an einer kinderpsychiatrischen Einrichtung. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 51, 711-720.

Döpfner M., Breuer D., Wille N., Erhart M., Ravens-Sieberer U., and the BELLA study group (2008) How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit-/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample – results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Suppl 1], 17:59–70 (2008) DOI 10.1007/s00787-008-1007-y

Döpfner M., Metternich T.W., Berner W., Englert E., Lenz K., Lehmkuhl G., Poustka F., Steinhausen H.-C. (1997) Die psychopathologische Beurteilung von K&J in vier K&J-psychiatrischen Inanspruchnahmestichproben, eine multizentrische Studie. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* , 46, 548-565.

Eschmann S., Weber-Häner Y., Steinhausen H.C. (2007) Die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung soziodemografischer Merkmale. *Z Klin Psychol Psychother* , 36 (4), 270–279, Hogrefe Verlag Göttingen

Esser G., Ihle W., Schmidt M.H., Blanz B. (2000) Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes zum Erwachsenenalter *Z Klin Psychol Psychother* , Oktober 2000 Vol 29, No 4, 276-283, Hogrefe Verlag

Goldbeck L., Göbel D. (1990) Stationäre Therapie in der K&J-psychiatrie Analyse an

einer Inanspruchnahmepopulation. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat, 39, 87-93.

Goldbeck L., Besiert T., Petermann F., Karpinski N., Hampel P. (2007) Validierung des SPS-J an einer K&J psychiatrischen Inanspruchnahmepopulation. Z Psychol Psychiatr Psychother , 55 (4), 2007, 263-270

Hannöver W., Dogs C.P., Kordy H. (2000) Patientenzufriedenheit – ein Maß für Behandlungserfolg? Psychotherapeut , 45:292-300, Springer Verlag

Heuft G., Senf W. (1998) PsyBaDo – Basisdokumentation in der Psychotherapie. Dtsch Arztebl 95, Ausgabe 43 vom 23.10.1998, Seite A-2688 / B-2290 / C-2154

Hoek H.W. (2006) Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. Curr Opin Psychiatry 19:389–394

Hölling H., Kurth B.-M, 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). Eur Child Adolesc Psychiatry [Suppl 1], 17:34–41 (2008) DOI 10.1007/s00787-008-1004-1

Ihle W., Esser G. (2002) Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. Psychol Rundsch , 53 (4), 159-169, Hogrefe Verlag Göttingen

Keller F., Konopka L., Fegert J.M., Naumann A. (2003) Prozessaspekte der Zufriedenheit von Jugendlichen in stationär-psychiatrischer Behandlung. Nervenheilkunde, 22, 40-46

Keller F., Peter S., Fegert J. M., Naumann A., Goldbeck L. (2006) Behandlungsbewertungen von Jugendlichen im Verlauf einer stationär-psychiatrischen Behandlung Z Kinder Jugendpsychiatr, 34:267-376

Konopka L., Keller F., Löble M., Felbel D., Naumann A. (2001) Wie wird Patientenzufriedenheit in stationären K&J Einrichtungen in Deutschland erfasst? Krankenhauspsychiatrie 2001; 12: 152-156, Georg Thieme Verlag

Längle G., Schwärzler F., Eschweiler G., Renner G., Schramm K., Waschulewski H. (2002) Tübinger bogen zur Behandlungszufriedenheit. Psychiat Prax 2002; 29:83-89, Georg Thieme Verlag

Lehmkuhl G., Köster I., Schubert I. (2009) Ambulante Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen – Daten einer versichertenbezogenen epidemiologischen Studie Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 58: 170 – 185 (2009), ISSN 0032-7034

Luk E., Steiger P., Mathai J., Wong L., Birlson P, Adler R (2001) Evaluation of Outcome in Child and Adolescent Mental Health Services: Children with Persistent Conduct Problems Clin Child Psychol Psychiatry 1359–1045 (200101)6:1, SA GE Publications, Vol. 6(1):109-124;01 5220

Mattejat F., Jungmann, J., Meusers, M., Moik, C., Nölkel, P., Schaff, C., Schmidt, M.H., Scholz, M., Remschmidt, H. (1998) Das Inventar zur Erfassung der LQ bei Kindern und Jugendlichen (ILK) Z Kinder Jugendpsychiatr . Bd. 26, 1998, S. 174-182.

Mattejat F., Remschmidt H. (2001) The List of individual symptoms for therapy evaluation LISTE. Eur Child Adolesc Psychiatry 10:1/46-1/58, Steinkopff Verlag

Mattejat F., Simon B., König U., Quaschner K., Barchewitz C., Felbel D., Herpertz-Dahlmann B., Höhne D., Janthur B., Jungmann J., Katzenski B., Naumann A., Nölkel P., Schaff C., Schulz E., Warnke A., Wienand F., Remschmidt H. (2003) Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen - Ergebnisse der ersten multizentrischen Studie mit dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother , 31 (4), 2003, 293–303

Mattejat F., König U., Barchewitz C., Felbel D., Herpertz-Dahlmann B., Hoehne D., Janthur B., Jungmann J., Katzenski B., Kirchner J., Naumann A., Nölkel P., Schaff C., Schulz E., Warnke A., Wienand F., Remschmidt H. (2005) Zur Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und ihren Eltern: Ergebnisse der ersten multizentrischen Studie mit der Elternversion des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). Kindheit und Entwicklung 14(1), 39-47, Hogrefe Verlag

Mattejat F., Remschmidt H. (2006) Erfassung des Therapieerfolges unter naturalistischen Bedingungen: Konzeption und Realisierung des Marburger Systems zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation (MARSYS). Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother , 34 (6), 2006, 445–454

Noterdaeme M., Schlamp D, Linder M., von Aster M., Bandy J., von Brackel K. (2003) Die Basisdokumentation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Erste Auswertungen und Erfahrungen. Psychiat Prax 30(Suppl 2):169-72

Pauschardt J., Remschmidt H., Mattejat F. (2010) Assessing child and adolescent anxiety in psychiatric samples with the Child Behavior Checklist J Anxiety Disord 24 (2010) 461–467

Plener P.L., Brunner R., Resch F., Fegert J.M., Libal G. (2010) Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother , 38 (2), 2010, 77–89

Remschmidt H., Mattejat F. (2006) Wie erfolgreich sind kinder und jugendpsychiatrische Behandlungen? Erste Ergebnisse Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother , 34 (6), 2006, 455–464

Schier, E. (1986): Zur Klassifikation suizidalen Verhaltens bei Heranwachsenden, in: [Specht/Schmidtke \(Hg.\) 1986](#) S. 65-74

Schubert I., Köster I., Lehmkuhl G. (2010) Prävalenzentwicklung von hyperkinetischen Störungen und Methylphenidatverordnungen Analyse der

- Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen zwischen 2000 und 2007. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(36): 615–21 DOI: 10.3238/arztebl.2010.0615
- Schubert M.T., Herle M., Wurst E. (2003) ICD-10 Diagnostik und Lebensqualität. Pilotstudie zur Lebensqualität psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother , 31 (4), 2003, 285–291
- Schulte-Markwort, Barkmann (2010) Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. J Epidemiol Community Health (2010). doi:10.1136/jech.2009.102467
- Spießl H., Binder H.; Cording C.; Klein H.E.; Hajak G. (2006) Klinikpsychiatrie unter ökonomischen Druck. Dtsch Arztebl 103, Ausgabe 39 vom 29.09.2006, Seite A-2549 / B-2206 / C-2127
- Ravens-Sieberer U., Wille N., Erhart M., Bettge S., Wittchen H.U., Rothenberger A., Herpertz-Dahlmann B., Resch F, Hölling H., Bullinger M., Barkmann C., Schulte-Markwort M., Döpfner M, as the BELLA study group (2008) Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. Eur Child Adolesc Psychiatry [Suppl 1] 17:22–33 (2008) DOI 10.1007/s00787-008-1003-2
- Von Aba O., Hendrichs A. (1989) Die stationäre Klientel einer Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie in Hessen. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr , 38, 358-366.
- von Aster M., Meier M., Steinhausen H.-C. (1998) Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr , 47, 668-682.
- Winter S., Wiegand A., Welke M., Lehmkuhl U.(2005) Evaluation mit der Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche: Psy-BaDo-KJ Ein Instrument zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation im Bereich Kinder- und Jugendpsychotherapie Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother , 33 (2), 2005, 113–122
- Wurst E., Herle M., Fuiko R., Hajszan M., Katkhouda C., Kieboom A., Schubert M.T. (2002) Zur Lebensqualität chronisch kranker und psychisch auffälliger Kinder. Erste Erfahrungen mit dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother , 30 (1), 2002, 21–28

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ambulante Fallzahlen Stichprobe und real versorgte Fälle

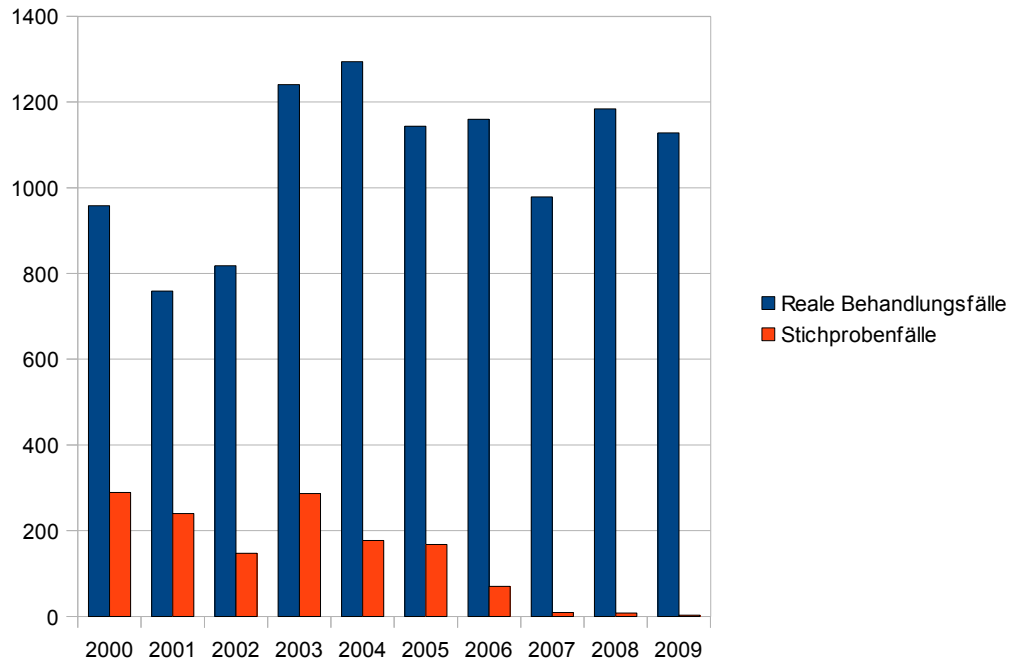


Abbildung 2: Reale und Stichprobenfallzahlen der Tagesklinik

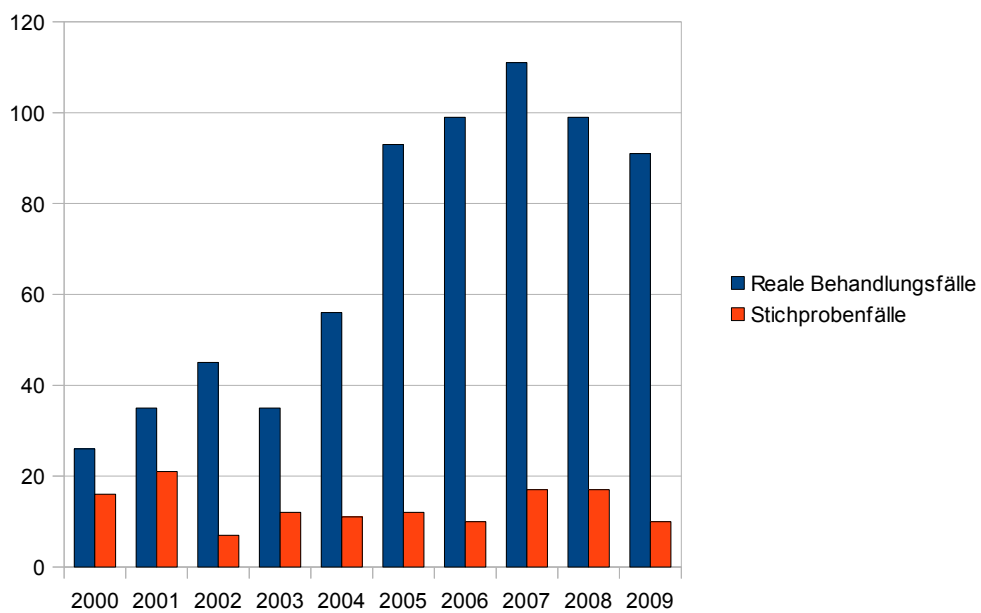


Abbildung 3: Reale und Stichprobenfallzahlen der Stationen

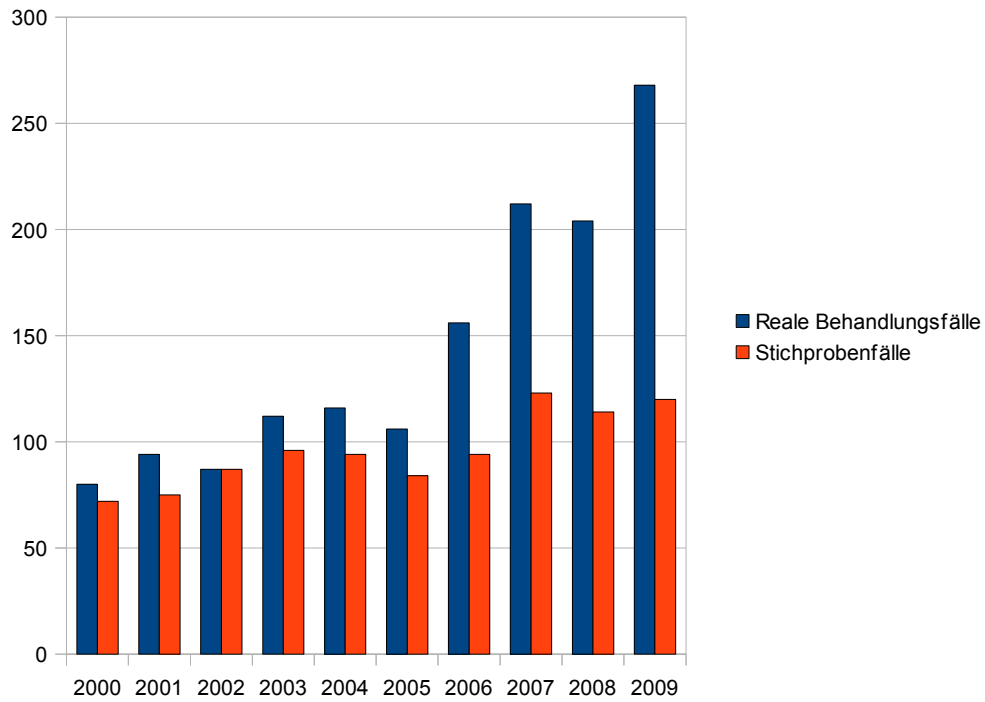


Abbildung 4: Geschlechtsverteilung gesamte Stichprobe n=2492

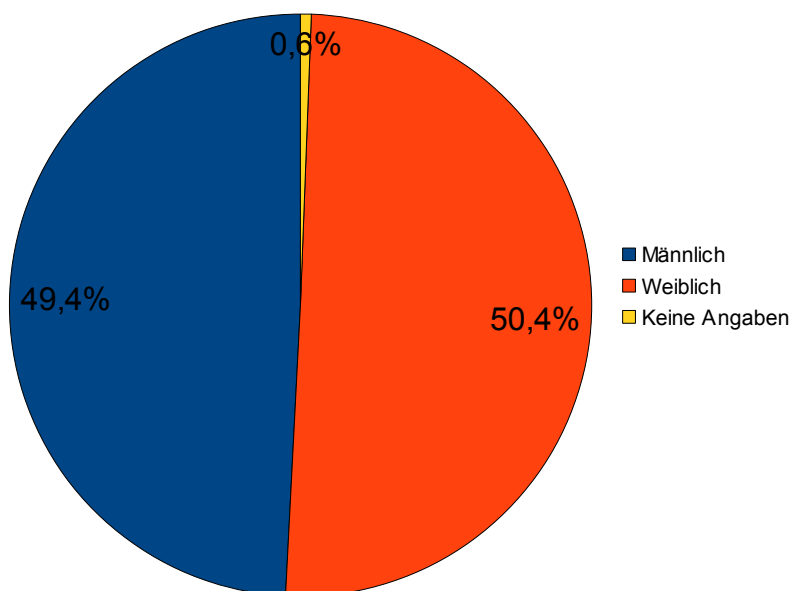


Abbildung 5: Altersverteilung der Stichprobe n=2492

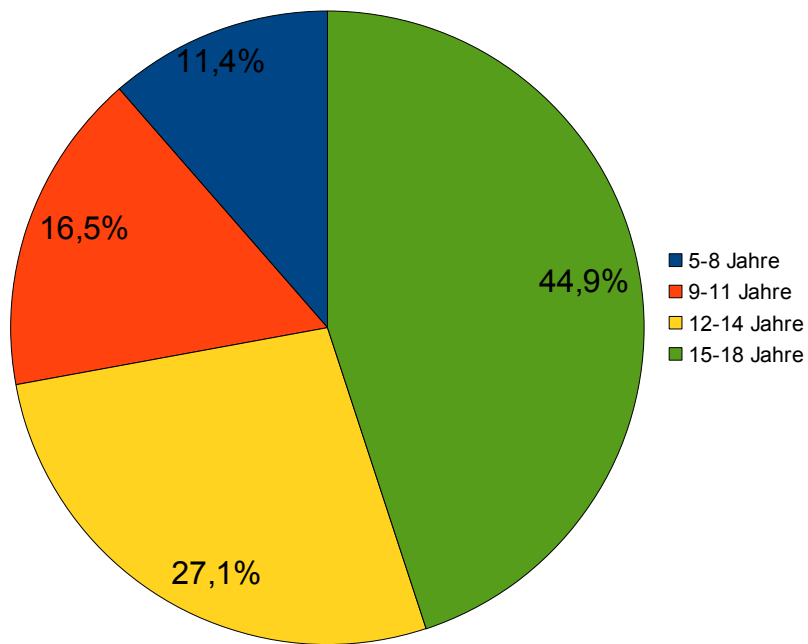


Abbildung 6: Geschlechtsabhängige Verteilung der Altersgruppen n=2492

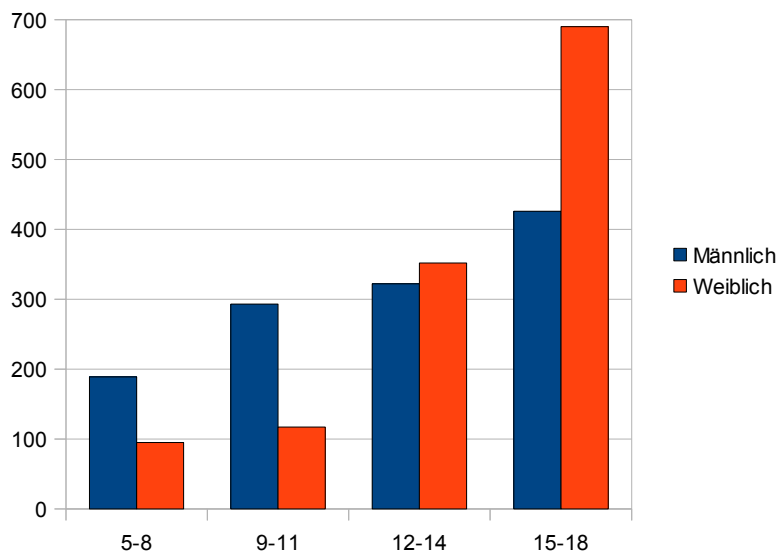


Abbildung 7: Erfasste Behandlungsfälle pro Jahr n=2492

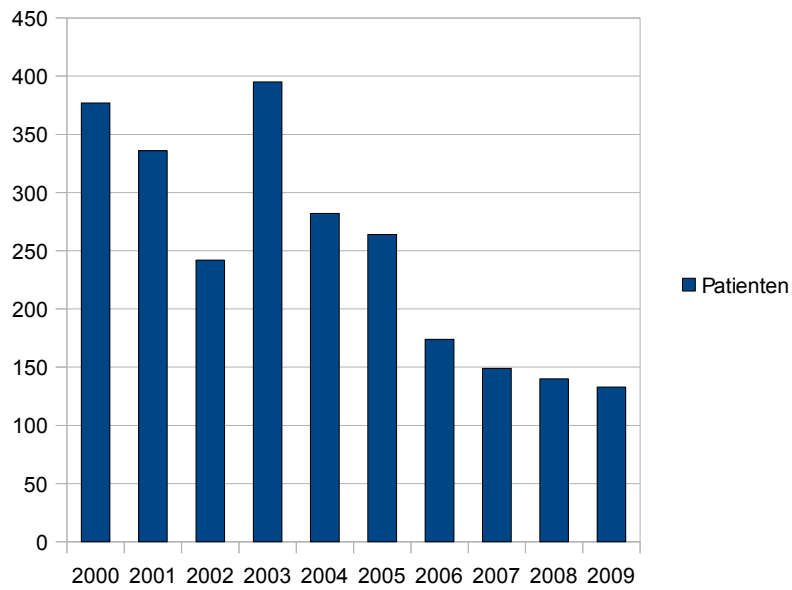


Abbildung 8: Häufigkeitsverteilung der Behandlungsform n=2492

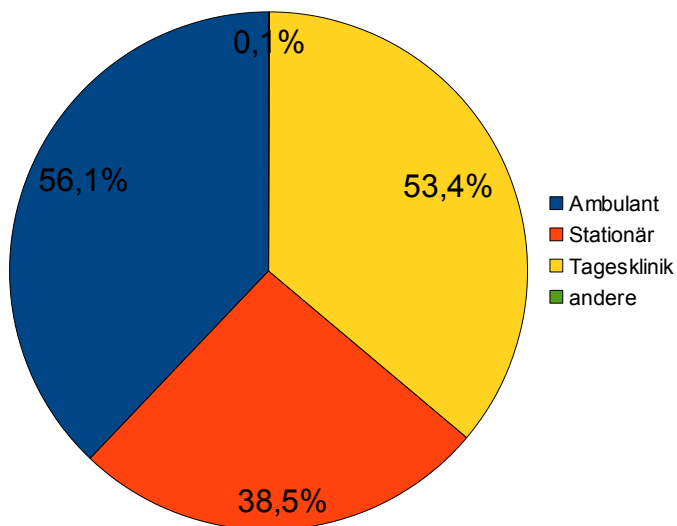


Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung der Altersgruppen für männliche Patienten n=1230

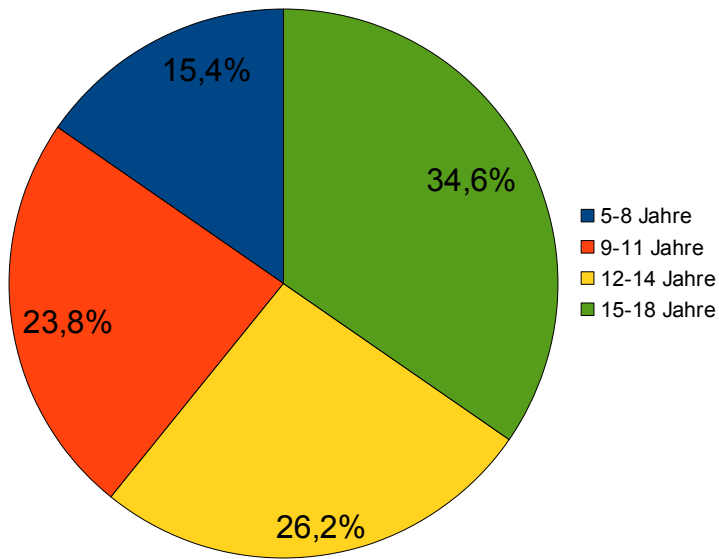


Abbildung 10: Häufigkeitsverteilung der Behandlungsform für männliche Patienten n=1230

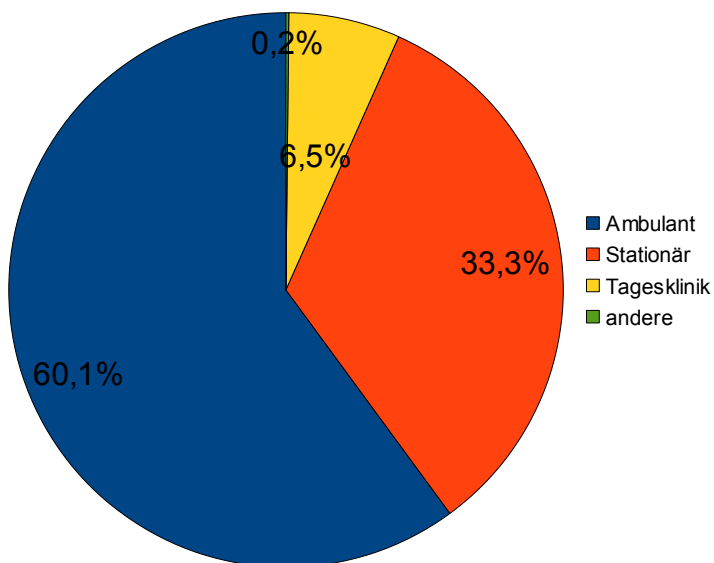


Abbildung 11: Häufigkeitsverteilung der Altersgruppen für weibliche Patienten
n=1256

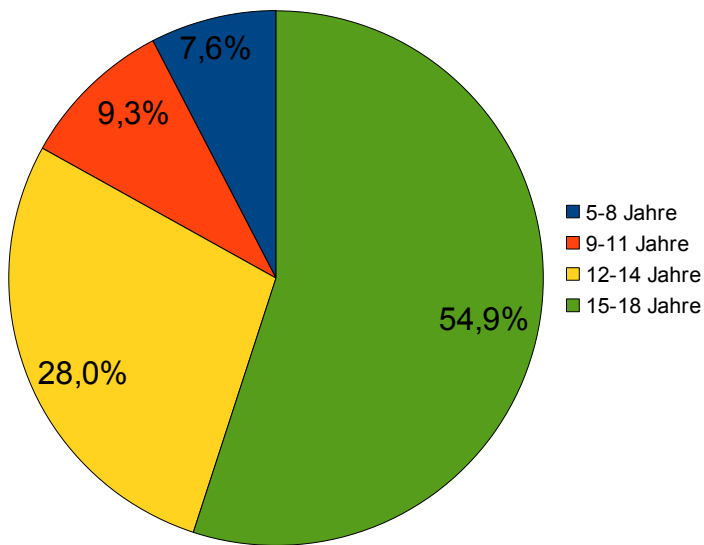


Abbildung 12: Häufigkeitsverteilung der Behandlungsform für weibliche Patienten
n=1256

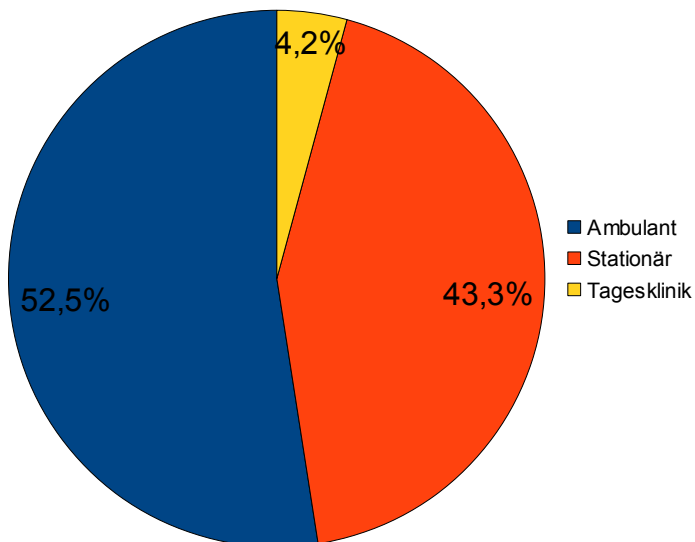


Abbildung 13: Häufigkeitsverteilung der Altersgruppen für alle stationären und tagesklinischen Patienten n=1092

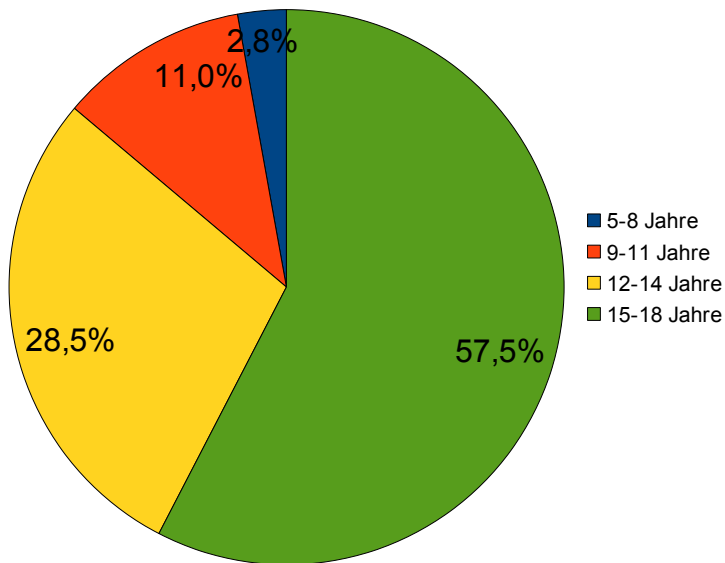


Abbildung 14: Verteilung der Altersgruppen der stationären und tagesklinischen männlichen Patienten n=489

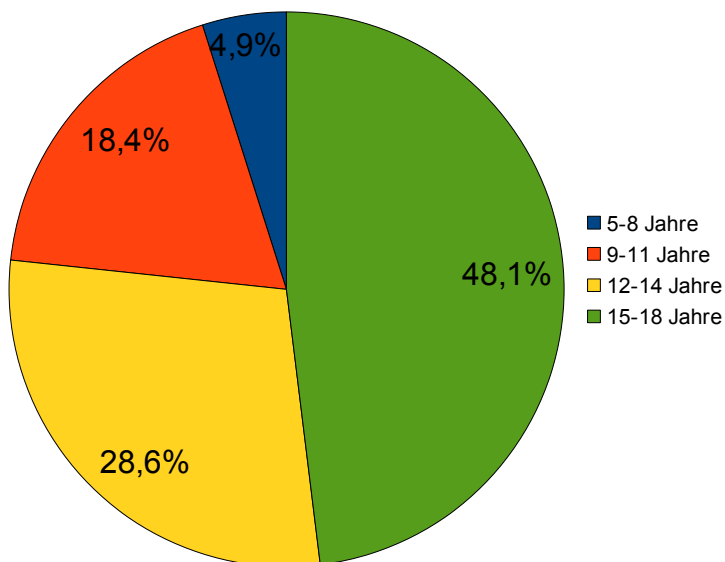


Abbildung 15: Verteilung der Altersgruppen der stationären und tagesklinischen weiblichen Patientinnen n=596

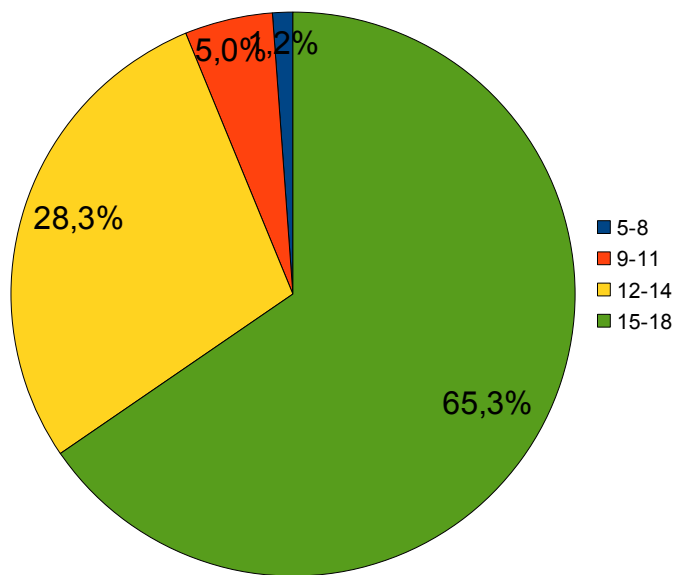


Abbildung 16: Prozentuale Geschlechtsverteilung im 10-Jahres-Verlauf n=1086

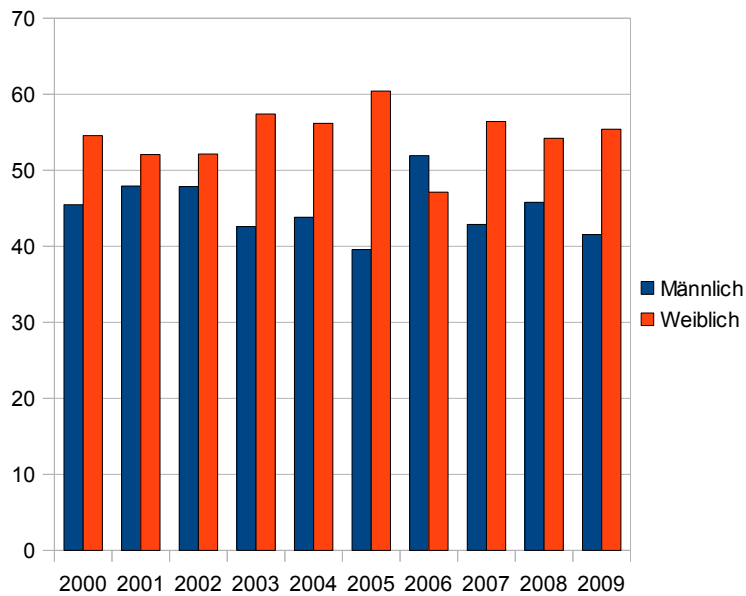


Abbildung 17: Mittleres Alter im Zeitverlauf n=1090

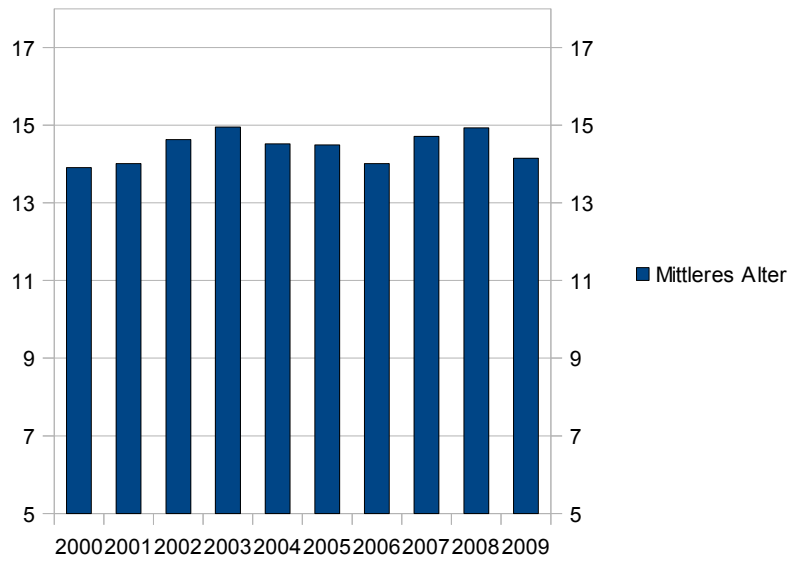


Abbildung 18: Altersgruppenverteilung in Fallzahlen und gesamt Fallzahlen für stationäre und teilstationäre Patienten im Verlauf n=1092

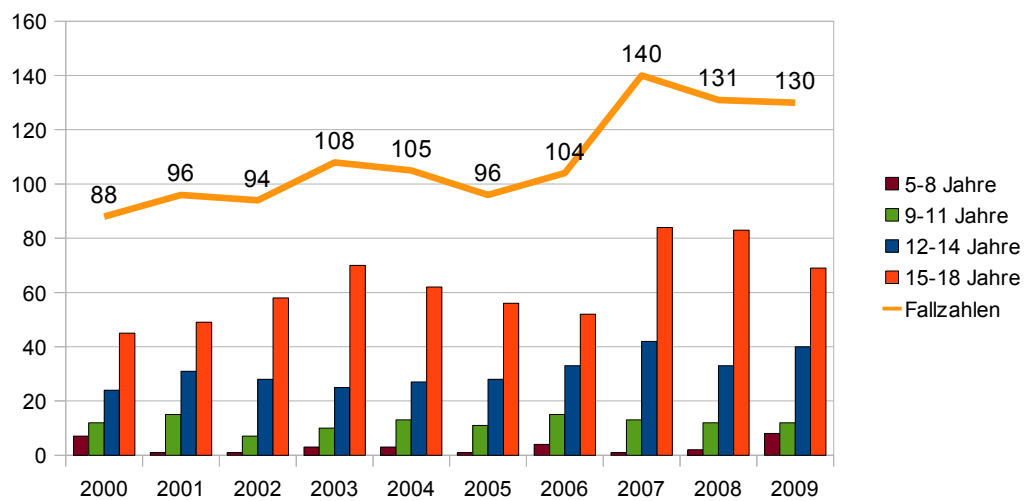


Abbildung 19: Prozentuale Altersgruppenverteilung im Verlauf für alle stationären und teilstationären Patienten n=1092

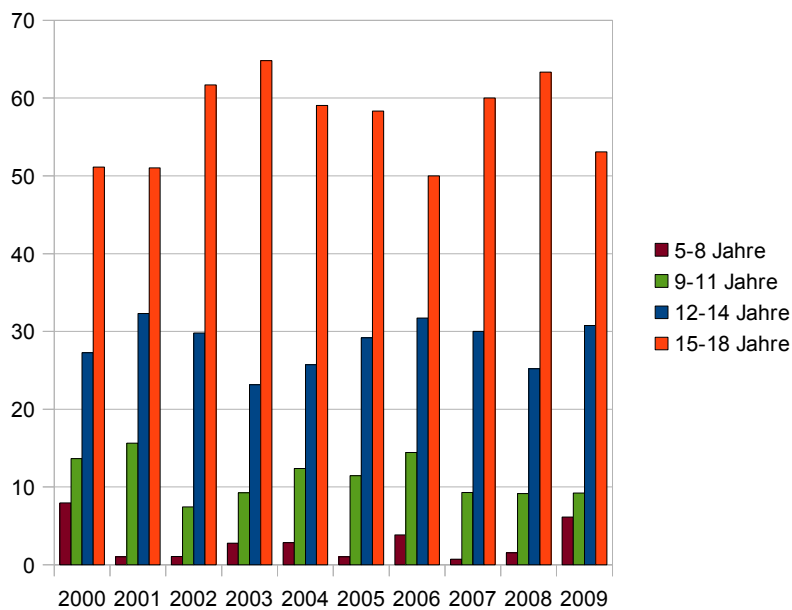


Abbildung 20: Altersgruppenverteilung in Fallzahlen und Fallzahlen gesamt für stationäre und teilstationäre männliche Patienten im Verlauf n=489

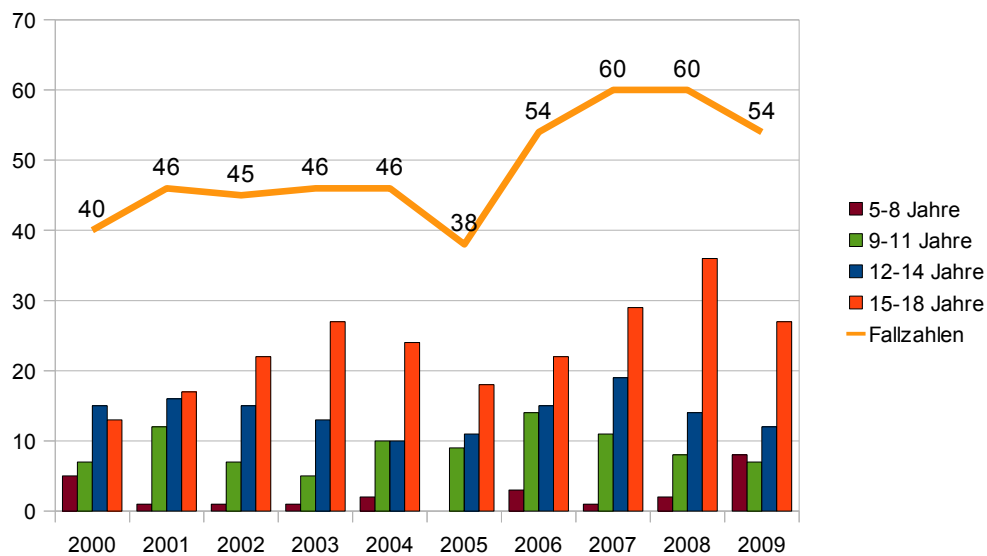


Abbildung 21: Prozentuale Altersgruppenverteilung im Verlauf für männliche stationäre und teilstationäre Patienten

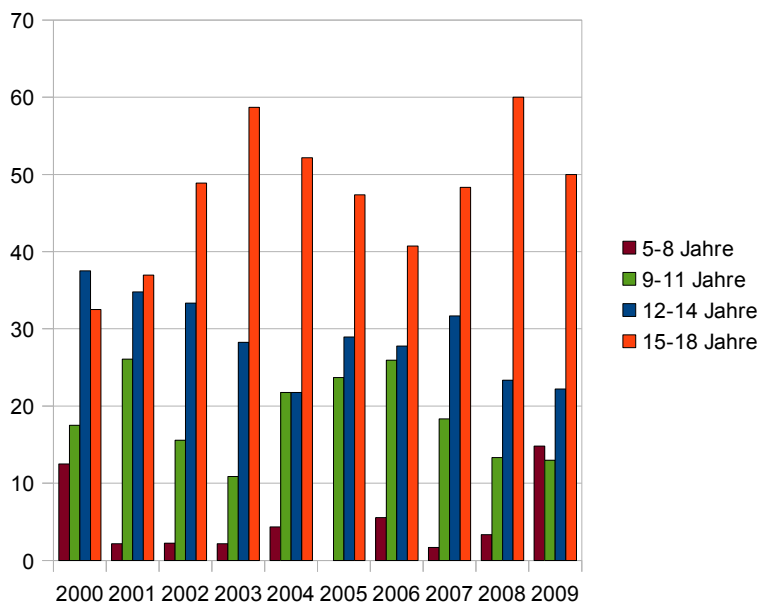


Abbildung 22: Altersgruppenverteilung in Fallzahlen und Fallzahlen gesamt für stationäre und teilstationäre weibliche Patienten im Verlauf n=597

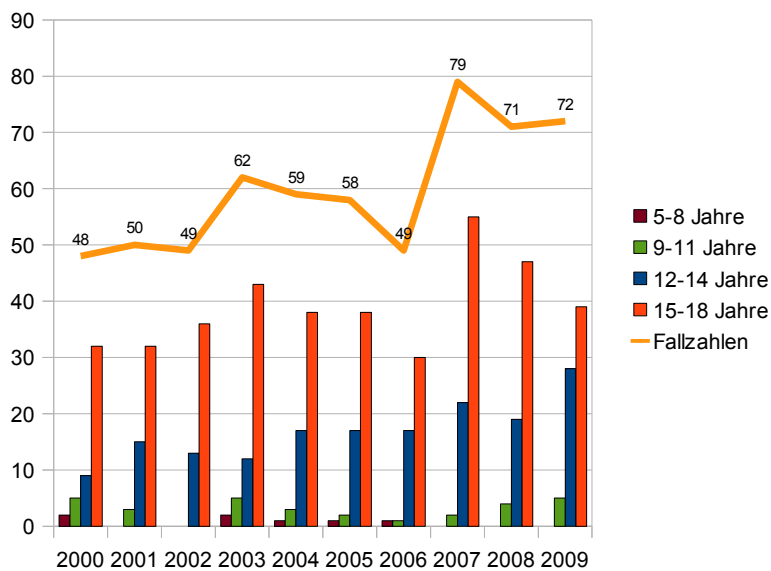


Abbildung 23: Prozentuale Altersgruppenverteilung im Verlauf für weibliche stationäre und teilstationäre Patientinnen

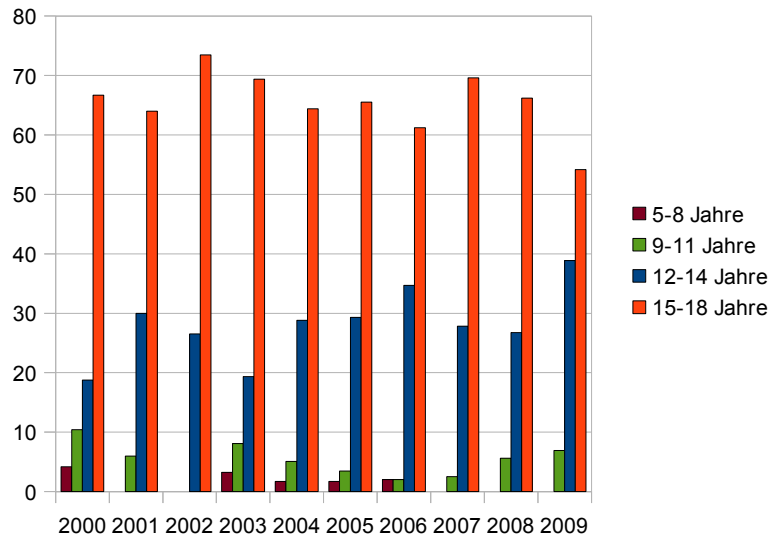


Abbildung 24: Mittleres Alter im Zeitverlauf n=1090

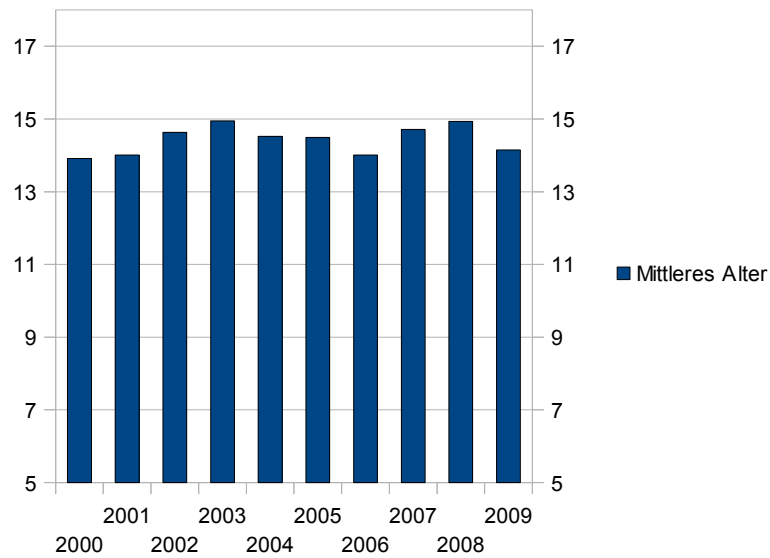


Abbildung 25: Fallzahlen ältere bzw. jüngere Patienten im Zeitverlauf n=1092

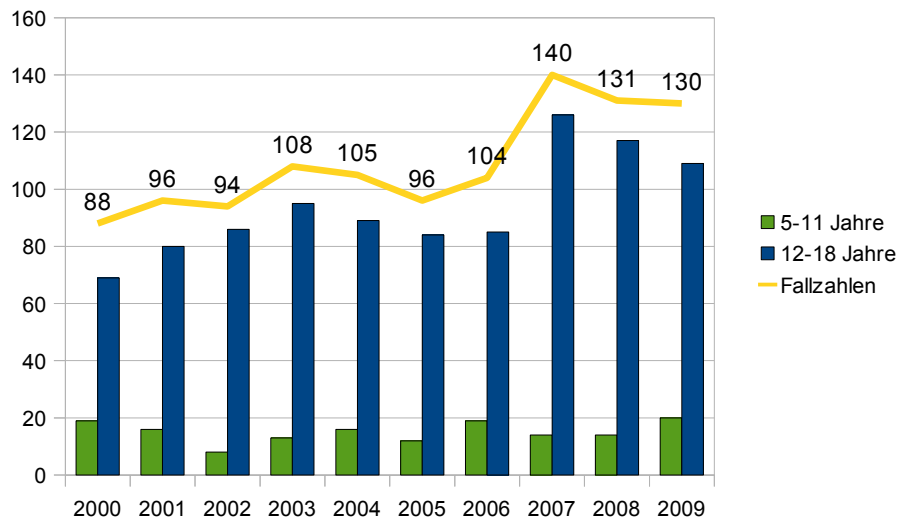


Abbildung 26: Prozentuale Verteilung ältere bzw. jüngere Patienten im Zeitverlauf n=1092

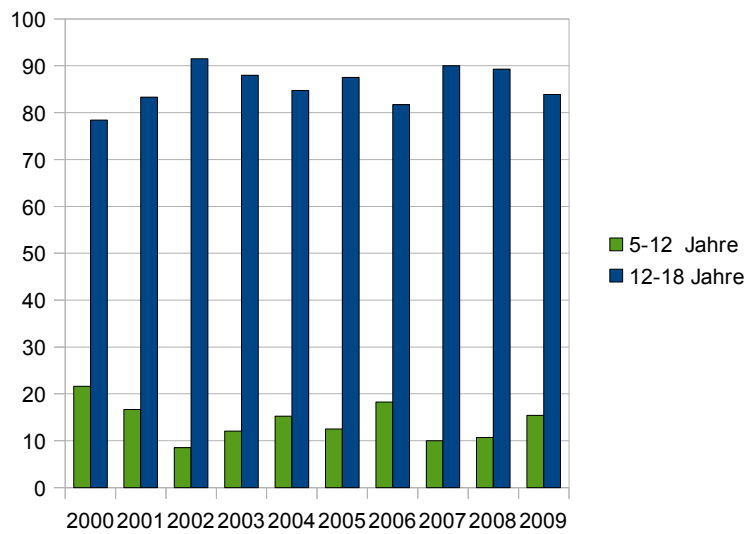


Abbildung 27: Verteilung der Patienten mit suizidalem Verhalten in absoluten Zahlen n=1092

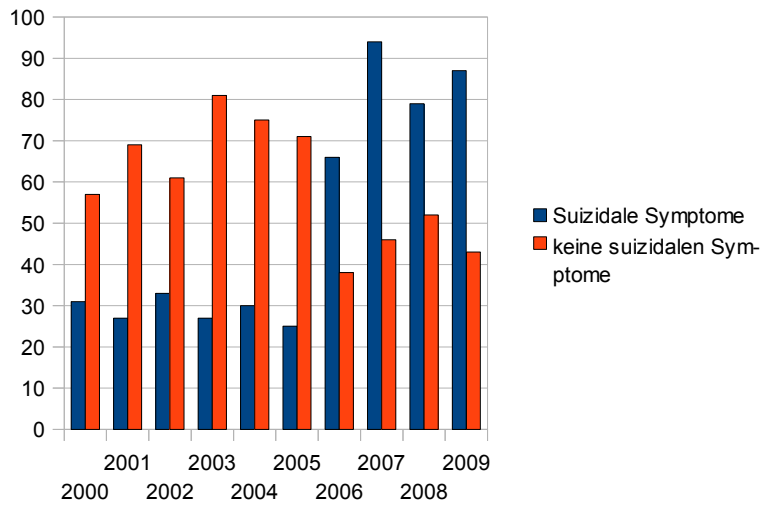


Abbildung 28: Prozentuale Verteilung Patienten mit suizidalem Verhalten n=1092

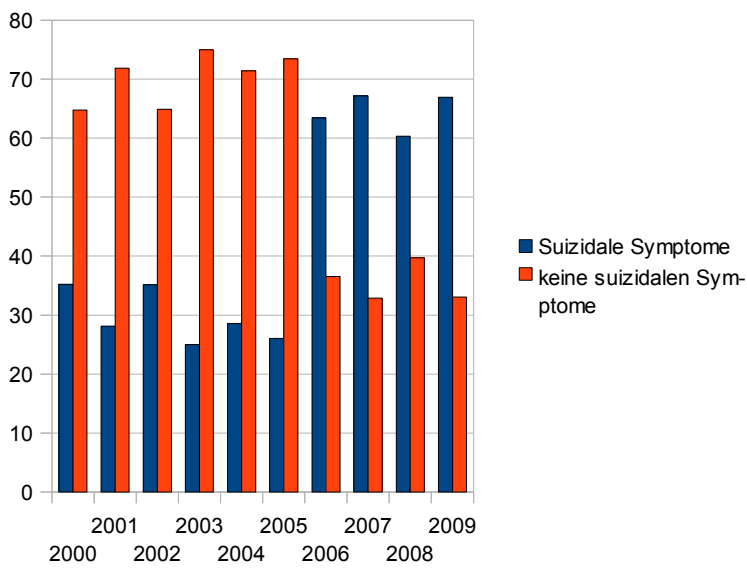


Abbildung 29: Fallzahlen der älteren und jüngeren Patienten mit suizidalem Verhalten n=499

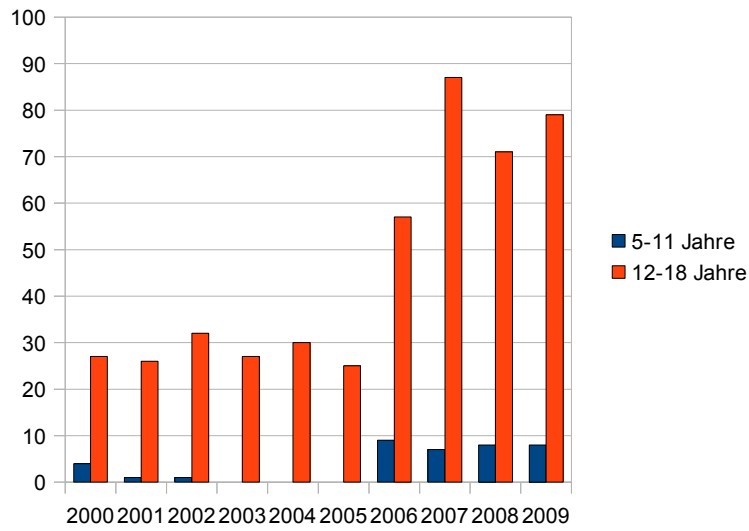


Abbildung 30: Prozentuale Verteilung der älteren und jüngeren Patienten mit suizidalem Verhalten n=499

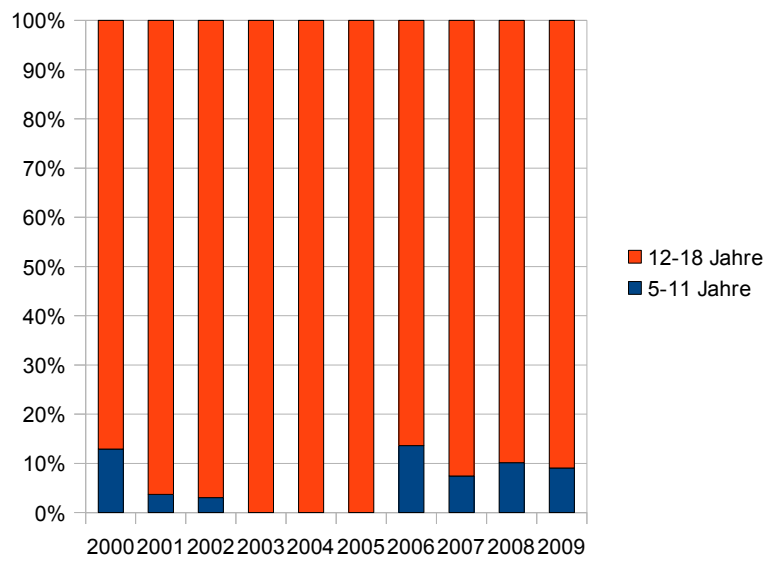


Abbildung 31: Prozentualer Vergleich der Komorbiditäten n=1092

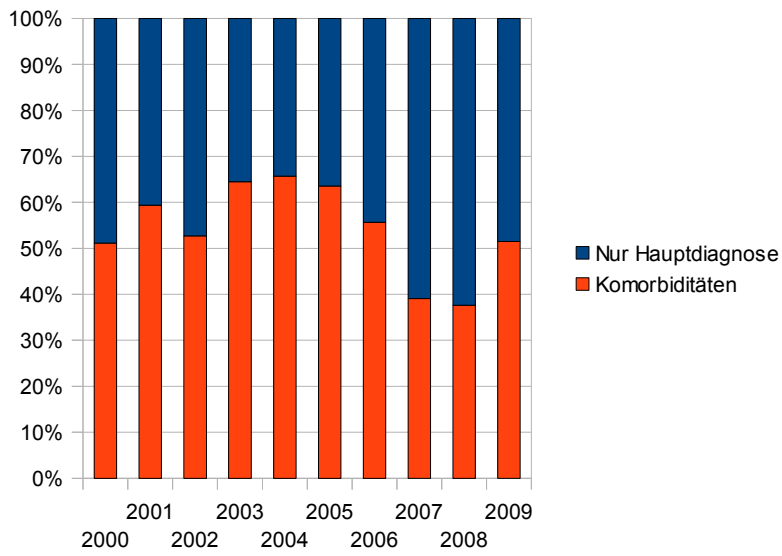


Abbildung 32: Mittlere Behandlungsdauer in Tagen für männliche und weibliche Patienten im Zeitverlauf n=931

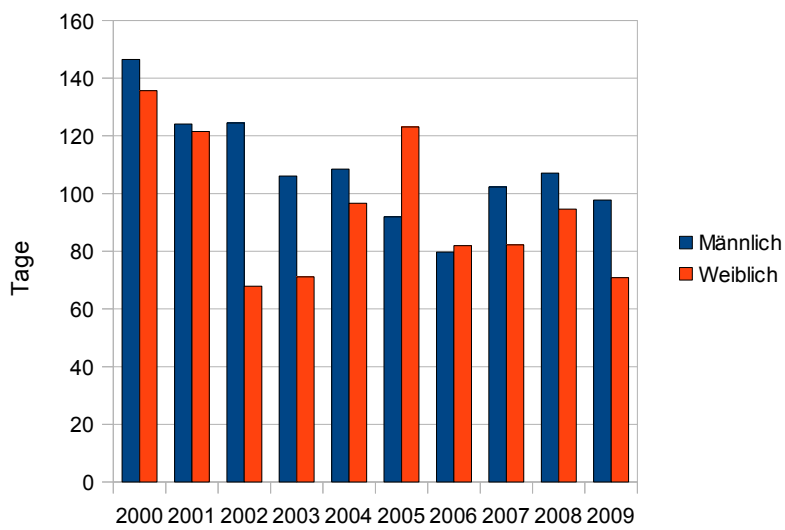


Abbildung 33: Mittelwerte der Behandlungsdauer nach Altersgruppen n=934

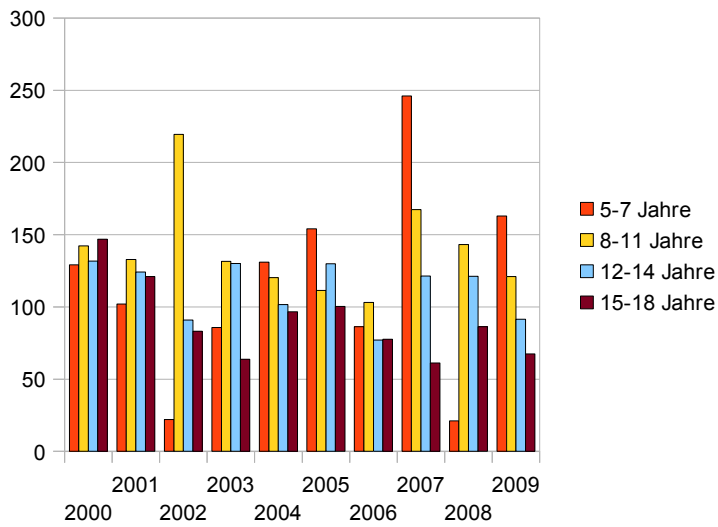


Abbildung 34: Jahrweise Verweildauer in Abhängigkeit der Symptomatik n=833

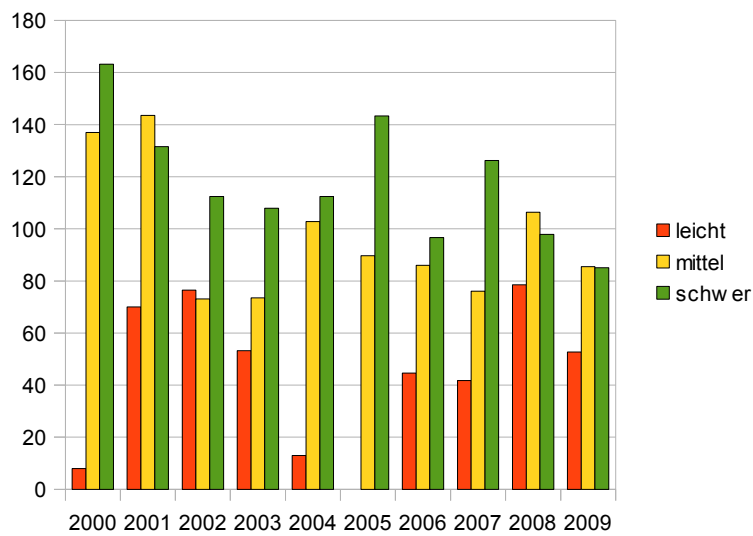


Abbildung 35: Männliche Patienten Mittelwerte CBCL Rohwerte Internalisierend n=304 und Externalisierend n=306

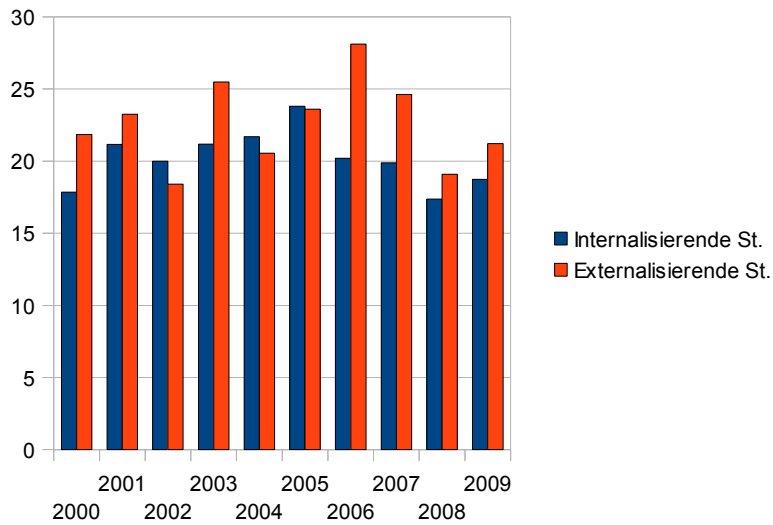


Abbildung 36: Prozentualer Anteil und Fallzahlen der auffälligen männlichen Patienten Internalisierend n=304 und Externalisierend n=306

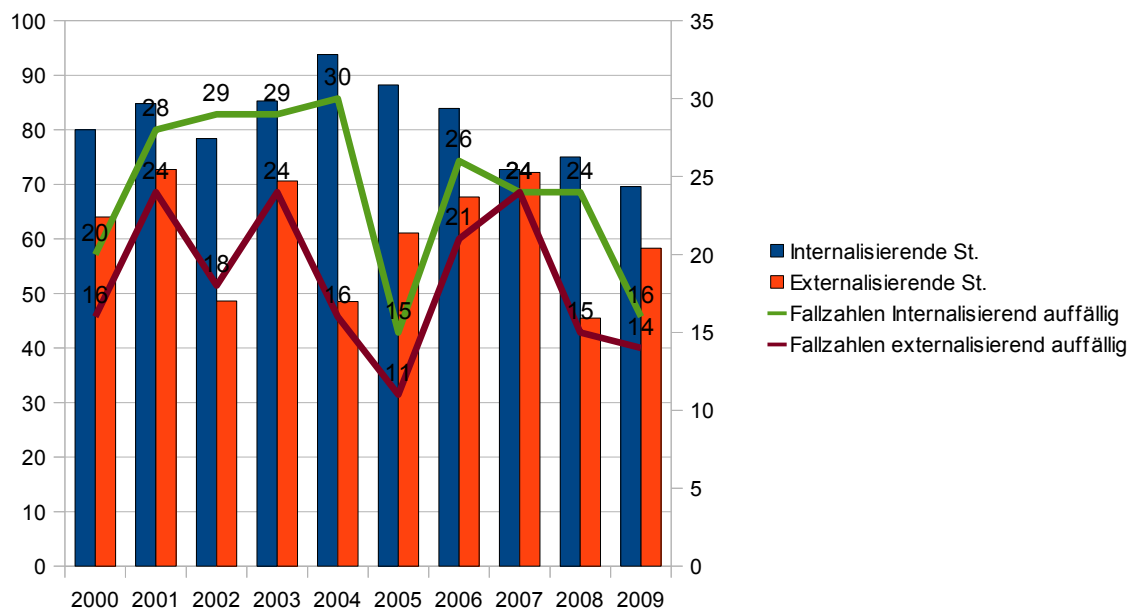


Abbildung 37: Weibliche Patienten Mittelwerte CBCL Rohwerte Internalisierend n=336 und Externalisierend n=344

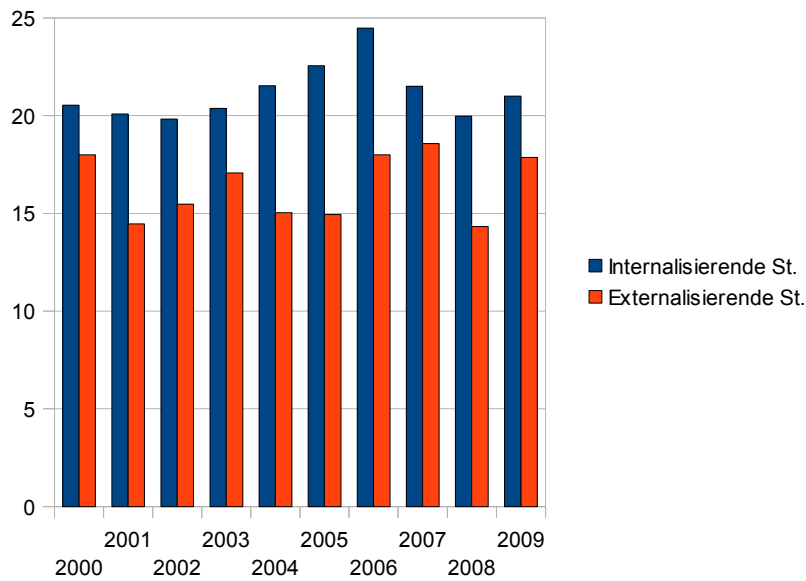


Abbildung 38: Prozentualer Anteil und absolute Fallzahlen auffälliger weiblicher Patientinnen Internalisierend n=336 und Externalisierend n=344

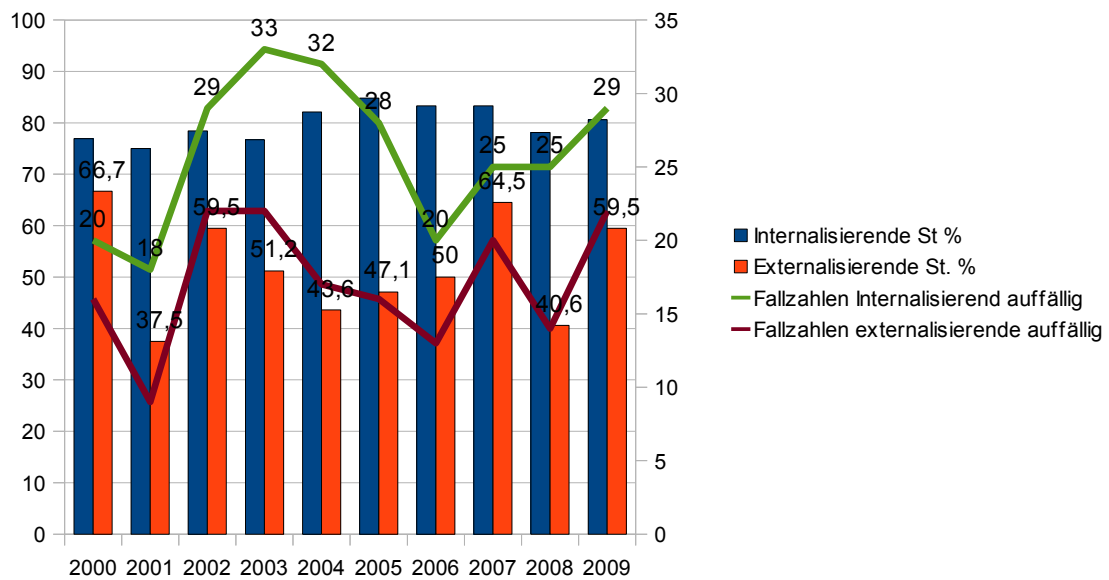


Abbildung 39: Jüngere Patienten 5-11 Jahre Mittelwerte der CBCL Rohwerte Internalisierend n=98 und Externalisierend n=98

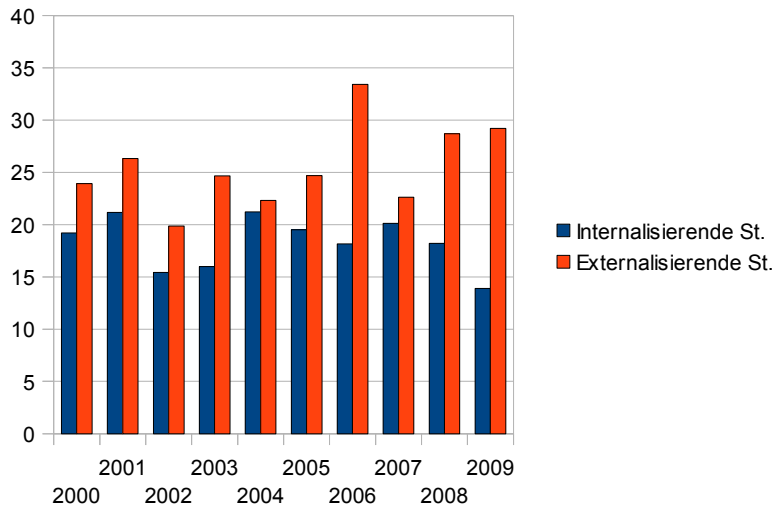
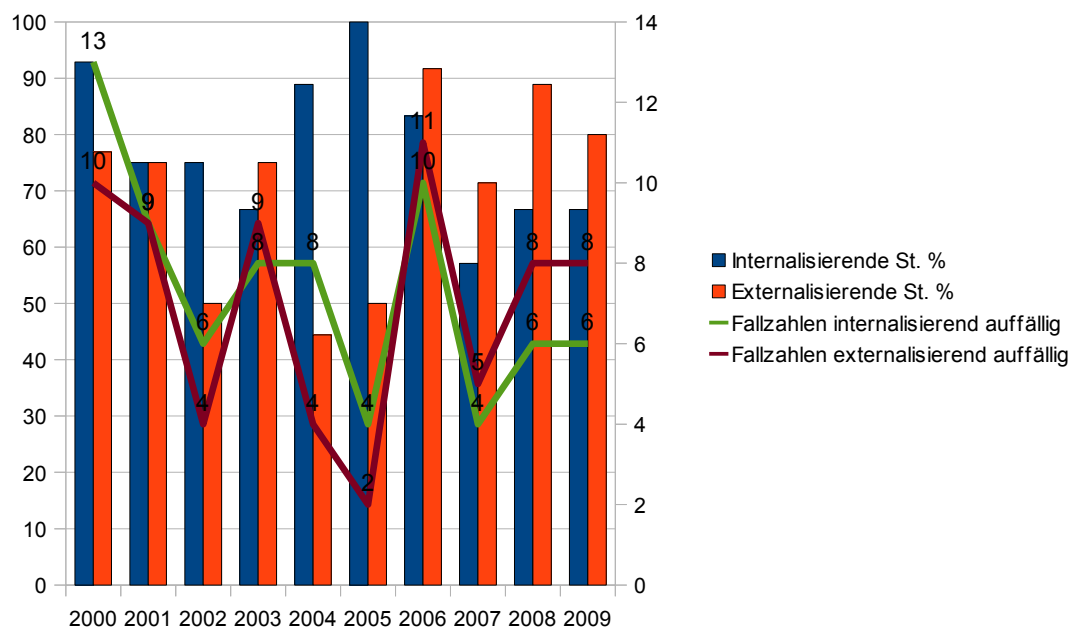


Abbildung 40: Prozentualer Anteil und Fallzahlen der auffälligen jüngeren Patienten 5-11 Jahre für Internalisierend n=98 und Externalisierend n=98



8 Tabellenverzeichnis

Tabelle Nr. 1: Epidemiologische Studien

Titel	Autor	Publiziert
Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede.	Ihle W. & Esser, G.	2002
Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Literaturüberblick.	Barkmann, C., Schulte-Markwort, M.	2004
How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit-/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample – results of the BELLA study	Döpfner M., Breuer D., Wille N. et al.	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)	Hölling H., Kurth B.-M., Rothenberger A. et al.	2008
Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey	Sieberer U., Wille N., Erhart M. et al.	2008
Ambulante Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen – Daten einer versichertenbezogenen epidemiologischen Studie	Lehmkuhl G., Köster I. und Schubert I.	2009
Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis	Barkmann C., Schulte-Markwort M.	2010
Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter	Plener P.L., Brunner R., Resch F. et al.	2010
Prävalenzentwicklung von hyperkinetischen Störungen und Methylphenidatverordnungen Analyse der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen zwischen 2000 und 2007	Schubert I., Köster I. und Lehmkuhl G.	2010

Tabelle 2: Studien mit klinischen Inanspruchnahmepopulationen

Titel	Autor	Publiziert
Die stationäre Klientel einer Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie in Hessen.	Aba, O. & Henri, A.	1989
Stationäre Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Analysen an einer Inanspruchnahmepopulation.	Goldbeck, L. & Göbel, D.	1990
Die psychopathologische Beurteilung von Kindern und Jugendlichen in vier kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmestichproben - eine multizentrische Studie.	Döpfner, M., Wolff Metternich, T., Berner, W. et al.	1997
Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK).	Mattejat, F., Jungmann, J., Meusers et al.	1998
Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station.	Von Aster M., Meier, M. Steinhausen, H.C	1998
Evaluation of Outcome in Child and Decrescendo Mental Health Services: Children with Persistent Conduct Problems	Luk E., Steiger P., Mathai J. et al.	2001
The List of Individual Symptoms for Therapy Evaluation (LISTE) - An efficient method for individualized outcome assessment.	Mattejat, F. und Remschmidt, H.	2001
Zur Lebensqualität chronisch kranker und psychisch auffälliger Kinder. Erste Erfahrungen mit dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK).	Wurst E., Herle M., Fuiko R. et al.	2002
Die Basisdokumentation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Erste Auswertungen und Erfahrungen.	Noterdaeme M, Schlamp D, Linder M et al.	2003
Prozessaspekte der Zufriedenheit von Jugendlichen in stationär-psychiatrischer Behandlung.	Keller, F., Konopka, L., Fegert et al.	2003
Wirksamkeit der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Stand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung.	Beelmann, A. und Schneider, N.	2003
Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der ersten multizentrischen Studie mit dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK).	Mattejat, F., Simeon, B., König, U. et al.	2003
ICD-10 Diagnostik und Lebensqualität. Pilotstudie zur Lebensqualität psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher.	Schubert, M.T., Herle, M. Und Wurst, E.	2003
Komorbidität bei Zwangsstörungen im Kindes- und	Becker K,	2003

Jugendalter	Jennen- Steinmetz C, Holtmann M et al.	
Zur Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und ihren Eltern: Ergebnisse der ersten multizentrischen Studie mit der Elternversion des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK).	Mattejat, F., Koenig, U., Barchewitz, C. et al.	2005
Evaluation mit der Psychotherapie Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche: Psy-BaDo-KJ – Ein Instrument zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation im Bereich Kinder- und Jugendpsychotherapie.	Winter R S, Wiegard A, Welke M et al.	2005
Behandlungsbewertungen von Jugendlichen im Verlauf einer stationär-psychiatrischen Behandlung.	Keller, F., Peter, S., Fegert, J. M. et al.	2006
Die Erfassung des Therapieerfolges in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter naturalistischen Bedingungen: Konzeption und Realisierung des Marburger Systems zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation (MARSYS).	Mattejat, F. und Remschmidt, H.	2006
Validierung des SPS-J an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation.	Goldbeck, L., Besier, T., Petermann, F. et al.	2007
The effectiveness of child and adolescent psychiatric treatments in a naturalistic outpatient setting	Bachmann M., Bachmann C., John K et al.	2010
Assessing child and adolescent anxiety in psychiatric samples with the Child Behavior Checklist	Pauschardt J, Remschmidt H und Mattejat F.	2010
Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter	Plener P.L, Brunner R, Resch F. et al.	2010

Tabelle 3: Für diese Studie relevante Fragebögen

	t0 Anmeldung	t1 Aufnahme
Patient	Symptomatik (YSR)	Symptomatik (YSR) Kompetenzen (YSR)
Mutter	Symptomatik (CBCL)	Symptomatik (CBCL) Kompetenzen (CBCL)
Vater	Symptomatik (CBCL)	Symptomatik (CBCL) Kompetenzen (CBCL)
Therapeut		Symptomatik (CASCAP-D)

Tabelle 4: Erfasste Behandlungsfälle pro Jahr

Jahr	Häufigkeit	Prozent
2000	377	15,13%
2001	336	13,48%
2002	242	9,71%
2003	395	15,85%
2004	282	11,32%
2005	264	10,59%
2006	174	6,98%
2007	149	5,98%
2008	140	5,62%
2009	133	5,34%
Gesamt	2492	100,00%

Tabelle 5: Mittleres Alter pro Jahr

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Mittleres Alter	13,91	14,01	14,63	14,95	14,52	14,49	14,01	14,71	14,93	14,15
Standardabweichung	3,05	2,5	2,17	2,34	2,45	2,28	2,74	2,18	2,32	2,87

Tabelle 6: Prozentuale Verteilung der älteren und jüngeren Patienten mit suizidalem Verhalten n=499

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
5-11 Jahre	12,90%	3,70%	3,03%	0,00%	0,00%	0,00%	13,64%	7,45%	10,13%	9,20%
12-18 Jahre	87,10%	96,30%	96,97%	100%	100%	100%	86,36%	92,55%	89,87%	90,80%

Tabelle 7: Vergleich des Geschlechtsverhältnis verschiedener Studien

	Jahr	Jungen	Mädchen
Vorliegende Arbeit		49,36%	50,4%
Winter, Wiegard und Welke	2005	34,3%	65,7%
Beelmann und Schneider	2003	~ 50%	~ 50%
Mattejat und Remschmid	2006	50,7%	49,3%
Keller, Peter und Fegert	2006	45,45%	54,55%
Goldbeck, Besier und Petermann	2007	56%	44%
Pauschard, Remschmid und Mattejat	2010	50,6%	49,4%

Tabelle 8: Vergleich des mittleren Alters verschiedener Studien

Studie	Jahr	Mittleres Alter
Döpfner, Metternich und Berner	1997	9,7 Jahre
Mattejat, Jungmann und Meusers	1998	9,25 Jahre
Mattejat, Simon und König	2003	10,4 Jahre
Becker, Jennen-Steinmetz und Holtmann	2007	14,7 Jahre
Mattejat, König und Barchewitz	2005	13,37 Jahre
Mattejat und Remschmid	2006	14,1 Jahre
Keller Peter und Fegert	2006	16 Jahre
Goldbeck, Besier und Petermann	2007	14 Jahre
Bachmann	2010	8,8 Jahre
Pausschard	2010	10,9 Jahre und 13,2 Jahre

9 Danksagung

Ein besonderer Dank gebührt an dieser Stelle meinem Doktorvater PD Dr. med Romer für die freundliche Überlassung des Themas. Desweiteren möchte ich mich für die gute Betreuung, die ausführlichen Besprechungen und die kritische Durchsicht bedanken.

Herzlich Bedanken möchte ich mich auch bei Frau Dr. Daniels, die mir gerade zu Beginn der Doktorarbeit mit ihrem Rat sehr weitergeholfen hat.

Desweiteren möchte ich mich bei Frau Dr. rer. nat. Wiegand-Grefe, Frau Weitkamp und Frau Rosenthal für die Bereitschaft sich meiner Fragen anzunehmen bedanken.

Ich möchte mich auch bei Eva Lutterbeck bedanken, die mir nun schon seit so vielen Jahren zur Seite steht. Nicht nur bei dieser Arbeit und bei meinem Studium gab sie mir viel Kraft.

Ganz besonders möchte ich mich an dieser Stelle bei meinen Eltern bedanken. Ohne ihre Unterstützung und ihren Glauben an mich wäre mein Studium und diese Arbeit sicher so nicht möglich gewesen. Vielen Dank, dass Ihr immer an mich glaubt!

11 Eidesstattliche Erklärung

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.

Unterschrift: