

Aus der
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen
Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im
Kindes- und Jugendalter mit Poliklinik

**Die Zunahme stationärer Kriseninterventionen im Zeitraum
von 1996 bis 2014 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der
Universität Tübingen vor dem Hintergrund sozialer und
ökonomischer Voraussetzungen**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Bürkle, Laura Marie Gabrielle
2023

Dekan: Professor Dr. B. Pichler

1. Berichterstatter: Professor Dr. T. Renner

2. Berichterstatter: Professor Dr. F. Metzger

Tag der Disputation: 22.06.2023

Meinen Eltern gewidmet.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	8
1 Einleitung	9
1.1 Definition der psychischen Krise	11
1.2 Die suizidale Krise	14
1.2.1 Die suizidale Krise in der Adoleszenz.....	16
1.3 Krisenintervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.....	19
1.3.1 Ursachen und Auslöser von Kriseninterventionen im Kindes- und Jugendalter	20
1.4 Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie– ein aktueller Überblick	22
1.4.1 Entwicklung in Deutschland und international	22
1.4.2 Die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Uniklinikums Tübingen.....	24
1.4.2.1 Die Kriseninterventionsstation der KJPPP Tübingen	25
1.5 Familiäre Strukturen, soziale und ökonomische Parameter als Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.....	25
1.5.1 Externe Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit: Der sozioökonomische Status	25
1.5.1.1 Sozialer und ökonomischer Status: Schicht- und Klassengesellschaft	29
1.5.1.2 Sozialer und ökonomischer Status: aktuelle Einteilung.....	31
1.5.2 Externe Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit: Bildung.....	34
1.5.3 Externe Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit: Strukturen und Einflussfaktoren innerhalb der Kernfamilie.....	35
1.5.3.1 Familiäre Strukturen: Der Beziehungsstatus der Eltern.....	35

1.5.3.2	Familiäre Strukturen: Tod eines Elternteils.....	37
1.5.3.3	Familiäre Strukturen: Beziehung und Rangfolge der Geschwister	39
1.5.4	Interne Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit.....	40
1.5.4.1	Prädisposition für psychische Erkrankungen	40
1.5.4.2	Intelligenz als Einflussfaktor.....	42
1.5.4.2.1	Einteilung des Intelligenzquotienten.....	43
1.6	Ziele der Studie	43
1.7	Fragestellungen und Hypothesen	44
2	Methodik und Stichprobenkollektiv.....	47
2.1	Aufbau der Studie.....	47
2.2	Patientenkollektiv und Untersuchungsintervall.....	47
2.3	Auswahl der Patient*innen.....	48
2.4	Bearbeitung der Patientendaten.....	51
2.4.1	Kodierung der Daten	52
2.4.2	Weiterverarbeitung des Parameters „Intelligenzquotient“	53
2.5	Statistische Auswertung	54
3	Ergebnisse	56
3.1	Trennungs- bzw. Scheidungsrate der Eltern der Proband*innen	56
3.1.1	Alter der Proband*innen zum Zeitpunkt der Trennung bzw. Scheidung ihrer Eltern.....	57
3.2	Anteil der alleinerziehenden Eltern.....	58
3.3	Die Verteilung des Sorgerechts zum Zeitpunkt der Krisenintervention	59
3.4	Tod mindestens eines Elternteils der Proband*innen im Vorfeld der Krisenintervention	61
3.5	Anteil der Eltern mit psychischen Erkrankungen.....	61
3.5.1	Psychische Erkrankungen der Mütter.....	62
3.5.2	Psychische Erkrankungen der Väter.....	63

3.6	Arbeitslosigkeit unter den Müttern der Proband*innen	64
3.7	Arbeitslosigkeit unter den Vätern der Proband*innen	65
3.8	Einteilung des Berufs der Mütter nach ISEI.....	66
3.9	Einteilung des Berufs der Väter nach ISEI.....	68
3.10	Anzahl der Geschwister der Proband*innen	70
3.10.1	Stellung in der Geschwisterreihe.....	72
3.11	Involvierung des Jugendamts/der Jugendhilfe im Vorfeld der Krisenintervention	73
3.12	Schulbildung.....	74
3.13	Einteilung nach Intelligenzquotienten.....	76
3.14	Wohnsituation	77
3.15	Zusammenfassung der Ergebnisse	79
4	Diskussion	82
4.1	Interpretation der Ergebnisse und Vergleich mit der Literatur	83
4.1.1	Familiäre Strukturen: Der Beziehungsstatus der Eltern	83
4.1.2	Alleinerziehende Eltern und die Verteilung des Sorgerechts.....	84
4.1.3	Das Alter zum Zeitpunkt der Scheidung	86
4.1.4	Tod eines Elternteils	87
4.1.5	Die Psychische Vorbelastungen in der Familie.....	89
4.1.6	Die Erwerbstätigkeit und der Sozioökonomische Hintergrund der Ausgangsfamilie.....	91
4.1.7	Geschwisterstatus und -beziehungen.....	93
4.1.8	Intelligenz und Bildung	95
4.1.9	Involvierung des Jugendamtes, bzw. der Jugendhilfe	97
4.1.10	Die Wohnsituation zum Zeitpunkt der Krisenintervention	99
4.2	Stärken und Limitationen der Studie.....	100

4.3	Nutzen der Studie und Ausblick auf zukünftige Anschlussarbeiten	103
5	Zusammenfassung	106
6	Literaturverzeichnis	109
	Abbildungsverzeichnis	131
	Tabellenverzeichnis	132
	Erhebungskatalog	133
	Erklärung zum Eigenanteil	136
	Veröffentlichung.....	137
	Danksagung	138

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
Bzw.	Beziehungsweise
Et al.	Et alii
Etc.	Et cetera
ILO	Internationale Arbeitsorganisation (engl.: International Labour Organization)
IQ	Intelligenzquotient
ISCO	International Standard Classification of Occupations
ISEI	Internationale Skala des Sozioökonomischen Status (engl.: International Socio-Economic Index of Occupational Status)
KI	Krisenintervention
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KJPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
KJPPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
KldB	Klassifikation der Berufe
O.D.	Ohne Datum
SES	Sozioökonomischer Status (engl.: socioeconomic status)
Tab.	Tabelle
U.a.	Unter anderem
UKT	Universitätsklinikum Tübingen
V.a.	Vor allem
Z.B.	Zum Beispiel

1 Einleitung

Psychische und neurologische Erkrankungen stellen eine, wenn nicht die größte, Herausforderung unseres Gesundheitswesens des 21. Jahrhunderts dar (Wittchen et al., 2011). Die Problematik liegt in der Vielzahl der Erkrankungen und den zahlreichen Gruppen an Diagnosen, die je nach Intensität und Altersgruppe verschiedene Ansätze in der Prävention, Therapie und Rehabilitation bedürfen. Die gegenwärtige Verfügbarkeit von effektiven, jedoch oft suboptimalen Therapieformen, das momentane Fehlen von endgültigen Heilmethoden sowie der Mangel an Präventionsmaßnahmen für psychische Störungen verlangen umfassende Zusammenarbeit auf diesem Gebiet. Dabei muss besonderes Augenmerk auf die Grundlagenforschung, das Erarbeiten neuer Therapieformen und pharmakologischer Behandlungen, wie auch auf das öffentliche Gesundheitssystem gelegt werden (Wittchen et al., 2011).

Der Großteil der psychischen Erkrankungen hat seinen Beginn bereits im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter. Diese in der Jugend aufgetretenen Störungen können oft persistieren, chronifizieren und bis in das spätere Erwachsenenalter anhalten (McGorry & Purcell, 2009; Gore et al., 2011; Kessler et al., 2005).

Während früher laut McGorry (2006) in jungen Jahren hauptsächlich physische Erkrankungen, vor allem Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, auftraten, haben heute in den entwickelten Ländern psychisch-neurologische Erkrankungen und psychosoziale Konflikte, welche z.B. durch Suizid ebenfalls tödlich enden können, deren Platz eingenommen. Merikangas et al. (2010) fanden in der Gruppe der 13- bis 18-Jährigen eine Ein-Jahres-Prävalenz für das Auftreten mindestens einer psychischen Erkrankung von 49,5%. Laut Domènech-Llaberia et al. (2009) sind außerdem bereits bei Vorschulkindern im Alter von 3 bis 6 Jahren bei 1,2% Anzeichen von Depressionen zu finden.

Korczak und Goldstein (2009) zeigten, dass die Einleitung einer Therapie bei Kindern und Jugendlichen (hier am Beispiel depressiver Störungen) deutlich verzögert erfolgt im Vergleich zu derer bei Erwachsenen. Durchschnittlich beginnt eine Behandlung mehr als fünf Mal später als im Erwachsenenalter. Dies hat auch zur Folge, dass obwohl die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen als höchst kritische Phase für das Einsetzen psychischer Erkrankungen gilt, lediglich 5 bis 20% eine Behandlung in Anspruch nehmen

(Lambert et al., 2013). Ein Hauptgrund der Nicht-Inanspruchnahme von Hilfeleistungen ist laut Thun-Hohenstein (2012) die Stigmatisierung, die psychische Erkrankungen weiterhin in der Gesellschaft tragen. Eine Studie von Eichinger, Marte, Thun-Hohenstein, Santner und Plattner (2021) zeigte, dass in der Adoleszenz für über 70% der Erstkontakt mit einer psychiatrischen Klinik eine krisenbedingte Akutvorstellung darstellt. Bei einem Großteil der Kinder und Jugendlichen ist akute Suizidalität der Grund für die Vorstellung. Oftmals besteht zum Zeitpunkt der Vorstellung bereits ein chronifiziertes Krankheitsbild. Außerdem ist häufig eine Schutzunterbringung bei akuter Suizidalität indiziert. Daraus schlussfolgerten Eichinger et al., dass es sich bei akut vorstelligen Kindern und Jugendlichen um eine sehr behandlungsbedürftige Patientengruppe handelt.

Im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) beschäftigte sich die „BEfragung zum seeLischen WohLbefinden und VerhAlten“ (kurz: BELLA) mit der psychischen Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen zwischen 7-17 Jahren und deren Eltern (Wille, Bettge, Ravens-Sieberer, & BELLA study group, 2008). Gemessen wurden dabei zu vier Erhebungszeitpunkten soziodemographische Angaben, psychische Auffälligkeiten, der Gesundheitsstatus, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Risiko- und Schutzfaktoren sowie die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen des Gesundheitssystems. Die Ergebnisse der Basiserhebung (2003 bis 2009) zeigten bei 21,9% der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten. Als Risikofaktoren hierfür wurden insbesondere der sozioökonomische Status und familiäre Konflikte genannt (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge, & Erhart, 2007). Vergleichend hierzu nahmen diese Zahlen dennoch in den folgenden Erhebungen (2009 bis 2012) auf 20,2 % (Hölling et al., 2014) und auf 16,9% (Klipker, Baumgarten, Göbel, Lampert, & Hölling, 2018) ab. Richter und Berger (2013) zeigten jedoch, dass die Inanspruchnahme psychiatrischer Gesundheitsleistungen in den letzten Jahren trotz des fehlenden Anstiegs der psychischen Störungen auch in dieser Altersklasse zugenommen hat.

Laut Fegert, Kölch und Krüger (2018) hat bundesweit die Notfallquote in den Kinder- und Jugendpsychiatrien massiv zugenommen. Während jedoch die stationären Plätze in den letzten Jahren weiter abgenommen haben, ist gleichzeitig die Zahl der stationären Behandlungen angestiegen, was unter anderem auf eine kürzere Verweildauer der Patient*innen zurückgeführt werden kann.

In einer orientierenden Zählung der Abteilung für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters des Universitätsklinikums Tübingen (KJPPP Tübingen) konnte dieser Trend ebenfalls beobachtet werden. In einem Zeitraum von knapp 20 Jahren wurden die notfallmäßigen Vorstellungen zur Krisenintervention gegenübergestellt. Während es 1996 noch 50 Kriseninterventionen (KI) pro Jahr waren, lag 2014 die Quote bei 200 pro Jahr. Um diesen Trend besser verstehen zu können, soll die vorliegende Arbeit dazu dienen, die Mechanismen zu erklären, welche Kriseninterventionen im Kindes- und Jugendalter zugrunde liegen. Besonders die Begleitumstände, in welchen sich die Kinder und Jugendlichen zum Zeitpunkt der KI befanden, und die eventuell als Ursachen und Auslöser jener fungiert haben, sollen dabei näher untersucht werden. Vor allem das familiäre Umfeld, das soziale Milieu sowie die ökonomische Ausgangssituation werden hierbei im Mittelpunkt stehen. Im Folgenden sollen diese Zusammenhänge genauer erläutert und schließlich mit den tatsächlichen Daten des vorliegenden Stichprobenkollektives verglichen werden.

1.1 Definition der psychischen Krise

Der Begriff Krise ist universell und findet sich in den verschiedensten Sparten unserer Gesellschaft wieder, wo er – je nach Kontext – unterschiedliche Dimensionen haben und sowohl einzelne Personen als auch Personengruppen betreffen kann (Bundeszentrale für politische Bildung, 16.02.2016). Er bezeichnet in erster Linie eine schwierige Lage, bzw. Situation oder eine Zeit, die den Höhe- und Wendpunkt einer gefährlichen Entwicklung darstellt (Dudenredaktion, o.D.).

In der Psychologie wird eine Krise dadurch bestimmt, dass ein Individuum in einem Abschnitt seines Lebens an einen Punkt gerät, an dem es sich in einer für sich nicht mehr zu bewältigenden Lage befindet. Es handelt sich meist um ein plötzliches Ereignis, das Folge der Eskalation eines sich schon länger entwickelnden Konfliktes darstellt (Sonneck, Kapusta, Tomandl, & Voracek, 2016). Sie ist „[...] eine Imbalance zwischen den innerpsychischen und den in der Umwelt lokalisierten Belastungen und Herausforderungen für das seelische Wohlergehen einerseits und andererseits die verfügbaren mentalen, kognitiven und behavioralen Fähigkeiten, eine Problemsituation zufrieden stellend zu lösen“ (Krischke, 2009, S. 234).

Der schwedische Psychoanalytiker Johann Cullberg (1978) definierte die psychische Krise als den Verlust des seelischen Gleichgewichts, welchen ein Mensch verspüre, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert werde, die er im Augenblick nicht bewältigen könne. Diese würden dann, von der Art und vom Ausmaß her, seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern. Laut Sonneck et al. (2016) sind psychosoziale Krisen, die als Anlässe psychologische Faktoren haben, von sozialpsychologischen Krisen mit sozialen Auslösern, zu unterscheiden. Der Krisenbegriff stehe nicht auf der Basis der traditionellen psychiatrischen Diagnostik und stelle auch keine eigene „Krankheitseinheit“ dar. Vielmehr symbolisiert er die Akuität des Zustandsbildes, welches ein unverzügliches Handeln unumgänglich macht. Während früher der Begriff der Krise eine psychogene Störung beschrieb, bezeichnet er mittlerweile einen Zustand im Verlauf verschiedener Störungen und Erkrankungen.

Eine besondere Rolle unter den psychischen Krisen spielt dabei jene im Kindes- und Jugendalter. In erster Linie verbinden die meisten Menschen die Kindheit mit einer Zeit der Unbekümmertheit und Sorglosigkeit (Papastefanou, 2013). Behütet durch den Schutz der Eltern, tragen die Heranwachsenden wenig Verantwortung und bringen dem Leben einen fast schon „[...] unrealistischen Optimismus“ entgegen (Papastefanou, 2013, S.1). Jedoch gerade diese Zeit stellt eine sehr vulnerable Phase des Lebens dar, in welcher die Lebenserfahrung, die zur Bewältigung von Krisen nötig ist – im Gegensatz zum Erwachsenenalter – fehlt (Papastefanou, 2013).

Auslöser solcher Krisen werden durch Caplan (1964), Autor des Referenzwerks „*Principles of Preventive Psychiatry*“, in interne oder externe Faktoren eingeteilt:

Interne Faktoren sind gekennzeichnet durch Veränderungen, die bei dem Individuum selbst auftreten, wie zum Beispiel:

- der Eintritt in die Pubertät
- Beziehungsprobleme, beispielsweise in Bezug auf die erste Beziehung
- Zukunftsängste
- Überforderung in der Schule/bei der Arbeit

Externe Faktoren können dagegen sein:

- Verlust oder Tod einer nahestehenden Person

- Trennung (z.B. von den Eltern durch Scheidung oder Verlassen des Elternhauses, oder durch einen Umzug örtlich von Freunden)
- Konflikte in der Peer Group
- Heirat (z.B. im Sinne einer neuen Partnerschaft der Eltern) oder Geburt (z.B. Geburt eines Geschwisterkindes).

Caplan (1964) teilt weiterhin die Entstehung einer Krise in vier Phasen ein:

- 1) In der ersten Phase findet die *Konfrontation* statt: Die anfänglichen Versuche des „Copings“ werden mit den bisher erlernten Methoden durchgeführt. Führt dies nicht zu einer Lösung des Konflikts, geht es in die nächste Phase über.
- 2) In Phase zwei baut sich langsam ein Spannungsgefühl auf, das auf einem Unvermögen der Lösungsfindung und der *Überforderung* beruht. Ein Gefühl des Versagens stellt sich ein.
- 3) In Phase drei wird *die Mobilisierung aller möglichen Hilfestellungen* gesucht. Hierbei stellt sich ein Wendepunkt ein, der je nach Erfolg der Ressourcenaktivierung in einer Bewältigung der Krise oder in einer Chronifizierung mündet.
- 4) In der letzten Phase kann sich das *Vollbild einer Krise* einstellen. Das Individuum resigniert und sucht sich unter Umständen neue Coping-Mechanismen. In diesem Stadium besteht auch eine erhöhte Anfälligkeit für Suchterkrankungen.

Die Ressourcen, die ein Individuum zur Überwindung einer Krisensituation für sich aufzubringen vermag, lassen sich mit dem Konzept der persönlichen Resilienz beschreiben (Papstefanou, 2013). Psychische und soziale Ressourcen, wie Selbstkomplexität, Selbstvertrauen, Fähigkeit zur Emotionsregulation, Flexibilität der Zielbindung oder die Selektivität in der Gestaltung sozialer Beziehungen, wie sie im Erwachsenenalter meist vorliegen, müssen erst langsam erlernt werden, sind jedoch unabdingbar, um adäquat in Konfliktsituationen reagieren zu können.

Äußern kann sich eine Krise körperlich und psychisch. Beispiele für eine körperliche Reaktion sind Schlafstörungen, Veränderung des Essverhaltens, Herzrasen, Schwindel und diffuser Schmerz (Riecher-Rössler, Berger, Yilmaz & Stieglitz, 2004). Die psychischen Symptome sind meist komplexer. Sie lassen sich wiederum in drei Ebenen unterteilen (Riecher-Rössler et al., 2004):

- 1) Die *Gefühlsebene* gibt besonders die negativen Gefühle wieder, die im Mittelpunkt einer Krise stehen. Meist beschreiben Patient*innen Trauer, Wut, Enttäuschung oder auch Gleichgültigkeit. Nach Greenstone und Leviton (2001) ist die Erfassung der Gefühle ein entscheidender Faktor in der Behandlung der Krise. Dazu gehört nicht nur das Erkennen der Gefühle, sondern auch das Erfassen deren Intensität.
- 2) Die *kognitive Ebene* kann nach dem ABC-Modell nach Ellis (1997) vereinfacht werden. Auf eine Situation (**A**ction) folgt deren Bewertung (**B**eliefs) und eine Reaktion (**C**onsequence), die sich in Verhalten oder Gefühlen äußern kann und für den Krisenverlauf entscheidend ist. Wichtig ist, dass die Reaktion nicht durch das auslösende Ereignis (A) herbeigeführt wird, sondern durch die Art und Weise der Bewertung und des Umgangs mit der Situation (B).
- 3) Die *Verhaltensebene* schließlich folgt der kognitiven Bewertung. Mit seinem Verhalten versucht das Individuum der Krise entgegenzusteuern. Es kann sich um passives oder aktives Verhalten handeln. Passives kann sich durch Rückzug, Verwahrlosung, Betäubung durch Suchtmittel oder ein erhöhtes Müdigkeitsempfinden darstellen, während aktives Verhalten sich durch Aggressivität, dissoziative Zustände oder ein gesteigertes Übersichts- und Ordnungsverhalten kennzeichnet. Kontrollverlust in der Verhaltensebene kann schließlich zu Fremd- oder Eigenverletzung führen (Riecher-Rössler et al., 2004).

Es lässt sich zusammenfassen, dass es zu der Entstehung einer seelischen Krise mehrere Theorien gibt, die auf internen und externen Mechanismen beruhen können. Das Kennzeichen der psychischen Krise ist eine Überforderungssituation des Individuums, welches sich in der Akutsituation nicht mit seinen bisher erlernten Gegenmechanismen zu helfen weiß.

1.2 Die suizidale Krise

Die suizidale Krise nimmt einen besonderen Stellenwert unter den psychischen Krisen ein. Sie stellt für die Betroffenen einen höchst gefährlichen sowie potenziell tödlichen Zustand dar und ist eine der häufigsten Indikationen für eine Krisenintervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Meng, Bilke, Braun-Scharm, Zarotti, Bürgin, 2002;

Günter & Günter, 1991). Dementsprechend wichtig ist das Verständnis über Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen, auch in Bezug auf Ursachen und Auslöser.

Wolfersdorf (2008) definierte die Suizidalität als Summe aller Denk- Verhaltens- und Erlebensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, passives Unterlassen oder Handelnlassen den eigenen Tod anstrebten bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen. Wolfersdorf und Franke (2006) erklärten weiterhin, dass Suizidalität auch psychisch und körperlich Gesunde, die sich in einer belastenden Lebenssituation befänden, betreffen kann. Ihrer Ansicht nach habe Suizidalität nichts mit Freiheit oder Wahlmöglichkeit zu tun, sondern sei die Folge nicht auflösbarer Einengung durch objektiv oder subjektiv so erlebte Not, von Beeinträchtigung durch psychische oder körperliche Befindlichkeit, Störung oder deren Folgen bzw. von zu erwartenden und in der Zukunft antizipierten Einschränkungen von Lebensqualität und -konzept.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (2016) bezeichnet die Suizidalität als „dimensionales Phänomen“, welches passive Todessehnsucht, über Gedanken an Suizid ohne konkrete Planung zu akuten Suizidgedanken mit konkreter Planung, bzw. konkrete Handlungsplanung oder bereits durchgeführte Suizidhandlung (Suizidversuch) enthält.

Nock et al. (2008) stellten hierzu ein Stufenmodell auf: der *Suizid* an sich sei der Akt, bewusst sein Leben zu beenden. Davon abzugrenzen ist *suizidales Verhalten*, das sich in *Suizidgedanken*, *Suizidpläne* und den *Suizidversuch* aufteilen lässt. Während Suizidgedanken sich nur theoretisch mit der Idee beschäftigen, suizidal zu handeln, entwickeln sich bei den Suizidplänen bereits eine gefestigte Vorstellung oder Methode. Ein Suizidversuch schließlich, beinhaltet potenziell selbstschädigende Handlungen, die zumindest teilweise eine Tötungsabsicht tragen.

Laut Hülshoff (2017) ist folglich „[...] das Erkennen und Abschätzen einer suizidären Gefährdung sowie eine schnelle und adäquate Krisenintervention [...] mit eine der verantwortungsvollsten Aufgaben von Psychotherapeuten und Psychologen, Ärzten und Sozialarbeitern in Krisenberatungsstellen, unter Umständen auch von Pädagogen und Sozialpädagogen“ (S. 142).

1.2.1 Die suizidale Krise in der Adoleszenz

Laut Kokkevi, Rotsika, Arapaki und Richardson (2012) ist Suizid die dritthäufigste Todesursache bei Jugendlichen in Europa. In einer Gruppe von 14- bis 17-Jährigen berichteten 6,5% über bereits stattgefundenene Suizidversuche in der Vergangenheit (Plener, Libal, Keller, Fegert, & Muehlenkamp, 2009).

Suizidalität tritt bereits als Thema in der Altersgruppe der 10- bis 15-jährigen Schüler auf. 2014 wurden in Deutschland unter ihnen 28 Fälle von Suizid pro Jahr gezählt. Bei den 15- bis 19-Jährigen waren es sogar rund 4,1 Fälle je 100.000 Einwohner. Der Tod durch Selbstverletzung war somit in dieser Gruppe, zusammen mit Unfällen im Straßenverkehr, die häufigste Todesursache. Jungen waren dabei drei Mal häufiger betroffen als Mädchen der gleichen Altersklasse (Ellsäßer, 2014). Nach Cibis et al (2012) mag diese Tatsache damit verbunden sein, dass Mädchen häufig „weiche“ Suizidmethoden wählen, die oft im Parasuizid enden und damit nicht zur Statistik beitragen. Männliche Jugendliche wählen hingegen vermehrt „harte“ Suizidmethoden wie Erhängen oder den Tod im Straßenverkehr.

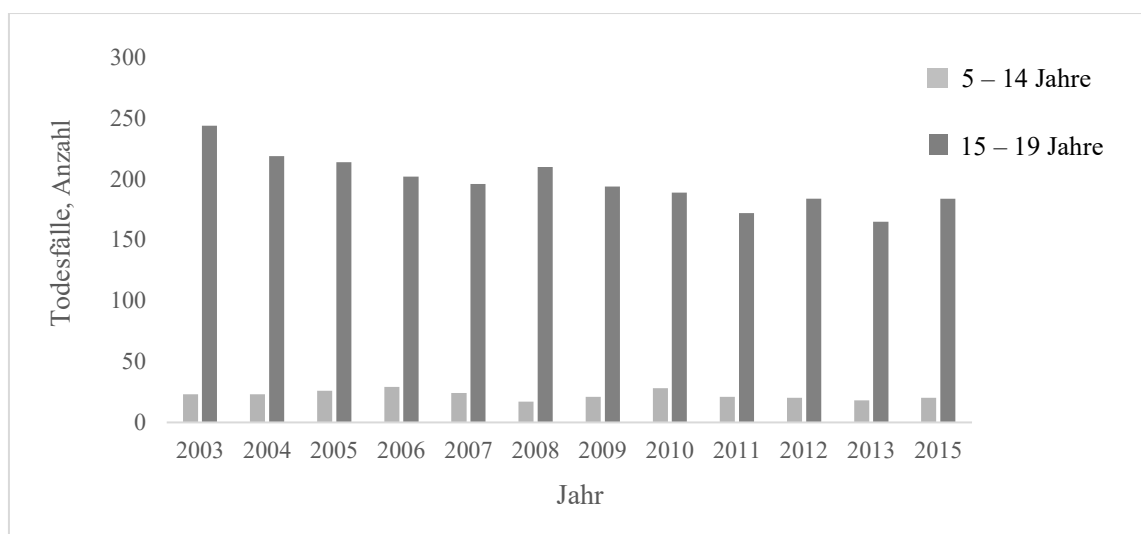


Abb. 1: Anzahl der Todesfälle durch vorsätzliche Selbstschädigung unter Kindern und Jugendlichen in Deutschland zwischen 2003 bis 2015. Erstellt aus Daten des Statistischen Bundesamtes (Destatis) (2020h). Todesursachenstatistik, Deutschland, Gestorbene (Anzahl) 2003-2015

Die Besonderheiten der Adoleszenzkrise erklärt Hülshoff (2017) damit, dass es in dieser kritischen Übergangsphase unter anderem vermehrt zu Impulsstörungen, zu Dissoziationen und als unerträglich empfundenen emotionalen Spannungen kommen kann, was – vor allem in akuten Krisensituationen und in als ausweglos erlebten

Ereignissen – mit selbstverletzendem Verhalten oder sogar latenter Suizidalität einhergeht.

Laut Klosinski (2002) sei der Verlauf einer Adoleszenzkrise ungewiss: etwa ein Drittel der Betroffenen entwickelt in der Zukunft eine schwerwiegende psychiatrische Erkrankung. Er differenzierte außerdem die Begriffe Pubertät und Adoleszenz: während die Pubertät eher die körperliche Entwicklung widerspiegelt, handelt es sich bei der Adoleszenz um den Prozess der „[...] seelische[n] Auseinandersetzung mit den körperlichen und psychosozialen Veränderungen der Reifezeit.“ (S. 125). Reifungskrisen sind weiterhin Beziehungskrisen bzw. Störungen in den Beziehungen des Menschen zu seinen Welten (zur Innen- und Außenwelt und der Mit- und Umwelt).

Fortune, Stewart, Yadav und Hawton (2007) unterteilten den Entwicklungsprozess bei Jugendlichen bis hin zum vollzogenen Suizid in drei Gruppen. Die erste Gruppe kennzeichnete sich durch langwierige Konflikte, bezogen auf familiäre Probleme, Versagen in der Schule, Beziehungsprobleme in der Peer Group, vermindertes Selbstwertgefühl und Gewalt. Die Betroffenen waren meist verhaltensauffällig und konsumierten in einem Drittel der Fälle bereits früh Suchtmittel. Dem Suizid gingen oft Selbstverletzung und eine gezielte Ankündigung der Suizidpläne über eine längere Episode voraus. In der zweiten und am stärksten vertretenen Gruppe fanden sich bei den Jugendlichen Nachweise manifester psychischer Störung, die sich über Jahre aggraviert und schließlich innerhalb einer relativ kurzen Spanne von etwa einem Jahr zur suizidalen Handlung geführt hatten. Die letzte und kleinste Gruppe bestand aus akuten Suizidverläufen, welche sich vordergründig nicht auf psychische Vorerkrankungen oder Dysfunktionalität im bisherigen Leben zurückführen ließen.

Bei der genaueren Untersuchung der Motive für Suizidalität unter Kindern und Jugendlichen ist zu berücksichtigen, dass die Ursachenforschung bei vollzogenem Suizid nicht immer ausreichend geklärt werden kann (Zimmermann, Heinemann, Püschel & Fiedler, 2005). Das rechtsmedizinische Institut der Universität Hamburg untersuchte hierzu im Zeitraum von 1994-2003 63 Fälle von Suizid bei Kindern und Jugendlichen, um vermeintliche Motive zu finden (Zimmermann et al., 2005). Es ließen sich daraus die folgenden Hauptgruppen identifizieren: Am häufigsten wurden *psychische Erkrankungen* angegeben, vor allem endogene Psychosen, Suchterkrankungen, Persönlichkeits- sowie

Borderlinestörungen. An zweiter Stelle folgten *Beziehungsprobleme* in der Familie oder im Freundeskreis. Oft fanden in diesem Zusammenhang die Suizide nach vermeintlich „banalen“ Konflikten statt. *Schulische Probleme* fanden sich in etwa 10% als Motiv und in 7% der Fälle ging dem Suizid eine *kriminelle Handlung* an den Opfern (z.B. Erpressung) oder von Seiten der Opfer voraus. Schmidtke et al. (1996) zählten zudem Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischem Status zur Risikogruppe.

Bei Kindern unter 14 Jahren spielen laut Hawton, Saunders und O'Connor (2012) größtenteils psychosoziale Stressoren, v.a. in Bezug auf Beziehungen, in der Entwicklung suizidalen Verhaltens eine Rolle, da in dieser Zeit eher kurze Stressphasen als manifeste psychische Störungen auftreten.

Brent und Mann (2006) vermuteten außerdem eine Veranlagung für Suizidalität. Eine Zwillingsstudie von Brent und Mann (2005) ergab, dass es eine familiäre Häufung der Suizidalität gibt, die auch genetisch vererbt werden kann. Besonders suizidale Handlungen unter 25 Jahren sind höchst wahrscheinlich familiär bedingt und treten umso früher auf, je mehr Familienangehörige betroffen sind.

Das Risiko eines Suizids kann ebenso durch Suizide in der Familie (Kirkcaldy, Siefen, Urkin & Merrick, 2006) sowie in der Peer Group (Cerel, Roberts & Nielsen, 2005) verstärkt werden. Cerel, Roberts und Nielsen (2005) untersuchten hierzu 5852 Jugendliche von 11 bis 18 Jahren zu Suizidalität im Freundeskreis. Jugendliche, die mit dem Suizid eines Freundes konfrontiert worden waren, hatten ein 5,4-fach erhöhtes Risiko innerhalb des folgenden Jahres selbst Suizidgedanken zu entwickeln, hatten 9,4-mal häufiger selbst Suizidversuche in ihrer Vorgeschichte und wurden 3,1-mal häufiger aufgrund von Selbstverletzungen medizinisch versorgt.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (2016) fasste zusammen, dass die subjektive Bedeutung sowie der Schweregrad der einzelnen Faktoren zeitlich und individuell variiert. Im klinischen Alltag ist jedoch die Anzahl der Risikofaktoren und die Einschätzung der situativen Suizidalität entscheidend für das Erkennen und die Prävention der Suizidalität.

1.3 Krisenintervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Sonneck et al. (2016) definierten die Krisenintervention als „[...] jene Form psychosozialer Betreuung und Behandlung, die sich mit Symptomen, Krankheiten und Fehlhaltungen befasst, deren Auftreten in engerem Zusammenhang mit Krisen steht“ (S. 65). Eine Krisenintervention darf laut Riecher-Rössler und Berger (2004) nicht mit einer Psychotherapie gleichgesetzt werden. Eine Kurzzeitpsychotherapie, egal mit welchem Ansatz, ist eine längerfristige Maßnahme, die eventuell auf eine Krisenintervention folgen kann. Die Krisenintervention zeichnet sich als zeitlich eng limitierte Intervention mit einem spezifischen therapeutischen Vorgehen aus. Generell haben Kriseninterventionen bei den Betroffenen eine hohe Akzeptanz, da es sich bei ihnen um eine klar strukturierte und wenig stigmatisierte Hilfe handelt. Im Vordergrund stehen nicht unmittelbar Lösungsansätze, sondern zuerst das Bewältigen von akuten Problemen (Riecher-Rössler & Berger, 2004). Laut Simmich et al. (1999) ist das Ziel der psychotherapeutischen Krisenintervention die Unterstützung in einer bedrohlichen Notlage und die Suche und Wiederherstellung einer neuen psychischen Stabilität. Sie unterscheidet sich zu anderen Psychotherapieformen dadurch, dass das Augenmerk des Behandelnden auf das Verhalten und Erleben der Krise gerichtet ist.

Eine Grundlage der Intervention liegt laut Sonneck et al. (2016) in der Kenntnis von fünf Faktoren:

- des Krisenanlasses (Lebensveränderungskrise oder traumatische Krise)
- der inneren Bedeutung (aktuelle Lebensphase)
- der individuellen Krisenanfälligkeit (Disposition)
- der sozialen Situation (funktionsfähige Umgebung oder Isolation) und
- des Krisenverlaufes (Schock-, Reaktions-, Bearbeitungs- und Neuorientierungsphase, gegebenenfalls Fixierung, Neurotisierung etc.)

Weiterhin definierten sie als allgemeine Prinzipien einer Krisenintervention:

- den raschen Beginn
- die Aktivität (des Helfers)
- die Methodenflexibilität (Hilfestellung in verschiedenen Bereichen, z.B. medikamentös)

- das Legen des Fokus auf die aktuelle Situation
- die Einbeziehung der Umwelt
- die Entlastung des emotionalen Drucks
- die interprofessionelle Zusammenarbeit.

Meng et al. (2002) stellten die Indikation zur stationären Krisenintervention, wenn „[...] alle ambulanten Diagnostik-, Kriseninterventions- und Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft worden sind und sich als wirkungslos erwiesen haben“ (S. 550). Zu bedenken ist jedoch, dass jede stationäre Behandlung auch neue Schwierigkeiten schafft, da die Jugendlichen aus ihrem gewohnten sozialen und schulisch-beruflichen Kontext herausgeführt werden. Im schlimmsten Falle kann es zu einer Verschlimmerung der Symptomatik und zur Regression kommen (Meng et al., 2002). Unumgänglich sei eine stationäre Behandlung jedoch bei bestimmten Krisen- und Störungsbildern. Dringende Indikationen zur stationären Aufnahme sind:

- Selbst- und Fremdgefährdung aufgrund einer psychischen Problematik
- akute suizidale Krise
- schwere Ausprägungen von psychischen Krankheitsbildern wie Angstzuständen, Phobien, psychotische Zustände, Depressionen, Zwangsstörungen etc.
- akute Erregungszustände
- schwere Intoxikationen
- delirante Zustandsbilder
- entgleiste Essstörungen
- schwere Schulverweigerungen
- Notwendigkeit für eine spezifische, „multiprofessionelle“ Diagnostik

(Meng et al., 2002)

1.3.1 Ursachen und Auslöser von Kriseninterventionen im Kindes- und Jugendalter

Kölch, Fegert, Hellenschmidt und Brunner (2012) gaben zu bedenken, dass zwischen situativen, störungs- und behandlungsspezifischen Notfällen unterschieden werden muss. Während situative Notfälle zum Beispiel im Rahmen einer Alkoholintoxikation oder als suizidale Krise nach einem akuten Konflikt (z.B. mit dem Partner) vorkommen, basieren

störungsspezifische Notfälle auf psychischen Störungen, wie beispielsweise Depressionen. Außerdem beschrieben sie noch behandlungsbedingte Notfälle (z.B. das maligne neuroleptische Syndrom), welche durch Pharmaka ausgelöst werden können.

Burchard und Diebenbusch (2017) untersuchten Krisenaufnahmen an der KJPP (Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie) Marsberg zwischen 2005 und 2015. Sie fanden als häufigsten Anlass einer stationären Krisenintervention suizidales Verhalten. Häufig waren außerdem affektive Störungen und kombinierte Störungen des Sozialverhaltens.

Sonneck et al. (2016) definierten den Pubertätsverlauf generell als geprägt von Einflussfaktoren, die eine (Pubertäts-)Krise auslösen können: Normalerweise verleihe die emotionale Einbettung in der Familie Geborgenheit und Sicherheit. Ist sie gestört, wie zum Beispiel im Falle eines unvollständigen Elternhauses, oder werden die Kinder vernachlässigt, kann dies zu einer Gefährdung der Kindesentwicklung führen. Außerdem sind die Kontaktaufnahme zu Gleichaltrigen und Beziehungsprobleme oft Gründe von Krisen. Es bestehe ein verstärktes Bedürfnis der Gruppenzugehörigkeit, welches wiederum typische Probleme einer Peer-Group zur Folge haben kann (Ausschluss, negativer Einfluss in Bezug auf Drogen, etc.). Nach der Familie stellt schließlich die Schule, bzw. die Berufsausbildung den wichtigsten Teil im Leben der Kinder und Jugendlichen dar. Hier kann es sowohl im Leistungsbereich als auch im Beziehungsbereich zu Problemen kommen.

Laut Günter und Günter (1991) stellt die stationäre psychiatrische Krisenintervention lediglich einen Endpunkt auf der Skala von Hilfsangeboten für Jugendliche in Krisen dar. Zuvor können viele Krisensituationen durch nicht-professionelle Hilfe oder durch andere psychosoziale Institutionen bewältigt werden. Weiterhin erfolgt die Vorstellung eines Jugendlichen beim Psychiater nur dann, wenn die Verhaltensauffälligkeiten als krankhaft angesehen werden, bei Selbst- und Fremdgefährdung oder wenn andere Hilfsmöglichkeiten erschöpft sind. Günter und Günter untersuchten an der KJPPP Tübingen von Anfang 1982 bis Mitte 1985 retrospektiv 76 stationäre Kriseninterventionen bei 49 Jugendlichen. Sie beobachteten, dass der häufigste Auslöser einer Krisenintervention Suizidversuche, bzw. akute Suizidalität (54%) waren. Mehrfachaufnahmen auf Station kamen vor allem bei Jugendlichen mit Psychosen vor,

die bereits im Vorfeld in längerer Behandlung waren. Ein Aufenthalt länger als zwei Wochen wurde meist dann beobachtet, wenn die Jugendlichen aufgrund schwerwiegender psychiatrischer Erkrankungen behandelt wurden. Es stellte sich außerdem heraus, dass Krisen im Jugendalter eng mit familiären Konflikten verbunden waren. So stand bei 44 von 48 Patient*innen die Aufnahme zur Krisenintervention unmittelbar im Zusammenhang mit einem Konflikt in der Familie. Auch in Fällen, in denen die Jugendlichen hauptsächlich außerfamiliäre Auslöser für die Krise angegeben hatten (z.B. Trennung von Freund oder Freundin), konnte ein Bezug zu aktuellen familiären Konflikten ermittelt werden. Insgesamt konnten drei typische familiäre Muster herausgearbeitet werden: in der ersten Gruppe stand eine Ablösungsproblematik im Vordergrund, die durch eine schon fast pathologische Bindung zwischen Jugendlichen und deren Eltern gekennzeichnet war. In der zweiten Gruppe dominierten Autoritätskonflikte, Identitätsfindungsprobleme und kulturelle Integrationsstörungen. Ein drittes Muster ergab sich bei Patient*innen, die aus einem „broken home“ kamen, das heißt deren Familienverhältnisse zerrüttet waren und zum Teil die emotionale Verantwortung sowie eine Vermittlerfunktion zwischen den Eltern auf sie übertragen wurden.

1.4 Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie– ein aktueller Überblick

1.4.1 Entwicklung in Deutschland und international

In den letzten Jahren fand in Deutschland ein zunehmender Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrien statt. Laut eines Berichtes des Deutschen Ärzteblatts (06.02.2014) kündigte allein in Baden-Württemberg die Landesregierung im Jahre 2014 eine Steigerung der Bettenkapazität von 835 auf 930 in Kliniken und Tageskliniken der kinderpsychiatrischen Versorgung an. Das Statistische Bundesamt (2012) berichtete über eine Zunahme der Fallzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie von 1991 bis 2010 um 130%. Dieser Anteil überstieg sogar die Zunahme der Fallzahlen bei den Erwachsenen mit 100%. Die zunehmende Inanspruchnahme zeigt sich auch in der Bettenauslastung, welche exemplarisch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2017 91,7% betrug (Statistisches Bundesamt, 2017a). Die AOK Baden-Württemberg erklärte in einer Pressemitteilung (29.09.2017), dass die stationären Behandlungen von

Kindern und Jugendlichen aufgrund psychischer Probleme stetig zunehmen. So ist die Rate an Aufnahmen von 2011 bis 2017 um 19% gestiegen. Dabei fällt besonders die hohe Zahl an notfallmäßigen Aufnahmen auf, welche in Baden-Württemberg 2016 rund 51% betrug. An der KJPPP Tübingen waren es im gleichen Jahr 76%, mehr als jemals zuvor.

Plener, Groschwitz, Franke, Fegert und Freyberger (2015) beschäftigten sich ebenfalls mit der stationären psychiatrischen Versorgung Adoleszenter in Deutschland. Sie analysierten zwischen 2003 und 2012 Krankenhausbehandlungen der 15- bis 25-Jährigen, die auf einer Diagnose aus dem ICD-10 Kapitel F (psychische Verhaltensstörungen) basierten und stellten fest, dass besonders im Alter von 15 bis 20 Jahren, trotz stagnierender Bevölkerungszahlen in dieser Gruppe, in allen Bundesländern ein Anstieg in allen F-Kategorien verzeichnet wurde. Besonders in den Kategorien F8 (Entwicklungsstörungen) und F9 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) zeigte sich eine höhere Prävalenz in dieser Altersgruppe, was beispielsweise auf das vermehrte Auftreten von Essstörungen zurückgeführt werden kann. Ein Literaturüberblick von Barkmann und Schulte-Markwort (2004) ergab nach Zusammenschau von 29 Studien eine Gesamtprävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland von durchschnittlich 17,2%. Davon sind laut Wittchen (2001) lediglich 17%, im Vergleich zu 36,4% bei Erwachsenen, in Behandlung.

Nicht nur in Deutschland, auch weltweit versuchten Studien bereits Prädiktoren für psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zu finden. Eine kanadische Studie aus dem Jahre 2010 untersuchte beispielsweise mögliche Faktoren, die einen wiederholten Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung zur Folge haben können. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass ein *weibliches Geschlecht*, ein *höheres Alter*, das *Erhalten von sozialer Unterstützung*, bzw. *jegliche Verbindung zu sozial-staatlichen Einrichtungen* und *frühere Aufenthalte* aufgrund bereits diagnostizierter psychischer Verstimmungen oder Erkrankungen eine Rückkehr in die klinische Behandlung wahrscheinlicher machen (Newton et al., 2010).

Die British Child and Adolescent Mental Health Survey (1999) untersuchte in Großbritannien 10.438 Kinder und Jugendliche zwischen 5 und 15 Jahren auf Diagnosen nach DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen). Dabei ergab sich eine Gesamtprävalenz psychischer Störungen von 9,5-11,6% bei Jungen und

7,4% bei Mädchen. Es konnte außerdem beobachtet werden, dass mit zunehmendem Alter das Auftreten psychischer Störungen zunahm, besonders im Falle von Störungen des Sozialverhaltens, Depressionen, Angst- und Essstörungen (Ford, Goodman, & Meltzer, 2003).

Einen längeren Studienverlauf hatte die Great Smokey Mountain Study (2003), die den Zeitraum von 1993 bis 2003 umfasste. Sie analysierte Kinder in North Carolina zwischen 9 und 13 Jahren in einem jährlichen Intervall. Hier ergab sich eine durchschnittliche Prävalenz von Störungen nach DSM-IV von 13,3%. Insgesamt zeigte sich jedoch nach Zusammenschau aller Jahre, dass 36,7% aller Jugendlichen mindestens eine psychische Störung entwickelt hatten und somit das Risiko hierfür bis zum 16. Lebensjahr deutlich höher lag, als es in Studien mit nur einem Erhebungszeitpunkt beschrieben wurde (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003).

Es lässt sich zusammenfassen, dass Praxis und Forschung im Feld der psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen immer mehr in den Fokus rückt und eine wesentliche Rolle in der Früherkennung und Prävention von klinischen Interventionen einnimmt.

1.4.2 Die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Uniklinikums Tübingen

Nach der Gründung der Nervenlinik Tübingen im Jahre 1894 wurde 1920 eine Abteilung speziell für die Behandlung von Kindern eröffnet, aus der 1966 eine autonome Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie entstand (Leonhardt & Bartels, 1996; Dedner, 2004). 1972 entstand dort unter der Leitung Reinhart Lempps eine der ersten Tageskliniken Deutschlands. Seit 2013 steht die Kinder- und Jugendpsychiatrie unter der Leitung von Prof. Dr. med. Tobias Renner.

Die Klinik untergliedert sich in folgende Bereiche:

- die vollstationären Therapiestationen 1 (für Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahren) und 2 (für Kinder im schulfähigen Alter bis 15 Jahre)
- die Kriseninterventionsstation für Kinder Jugendliche bis 18 Jahre
- die Tageskliniken für Kinder (7 bis 12 Jahre) und Jugendliche (13 bis 18 Jahre)
- die Psychosomatik (in Kooperation mit der Kinderklinik Reutlingen)

- sowie die Hochschulambulanz / Psychiatrische Institutsambulanz (PIA).

1.4.2.1 Die Kriseninterventionsstation der KJPPP Tübingen

„Die Kriseninterventionsstation ist eine geschützt geführte Station. Sie leistet Hilfe in akuten Krisensituationen, die von kurzer Dauer sind (ein bis mehrere Tage). Sie bietet bei Bedarf auch eine intensive therapeutische Behandlung an für den Fall, dass ein Patient/ eine Patientin eine Krise nicht so schnell überwinden kann“ (Webseite des Universitätsklinikums Tübingen, o.D.).

Während bis 2013 nur ein einziges Bett für notfallmäßige Aufnahmen zur Verfügung stand, verfügt die KJPPP Tübingen mittlerweile über eine spezielle Kriseninterventionsstation mit zehn Betten. Ein Notfalldienst steht 24 Stunden täglich zur Verfügung.

Indikationen für eine Intervention sind selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten bis hin zu geplantem oder versuchtem Suizid bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre. Das Notfallversorgungsgebiet schließt Tübingen und Reutlingen sowie Teile der Landkreise Böblingen und Freudenstadt ein (Dürrwächter, 2015).

1.5 Familiäre Strukturen, soziale und ökonomische Parameter als Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

1.5.1 Externe Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit: Der sozioökonomische Status

Pellegrini (1990) formulierte psychosoziale Risiken und Schutzfaktoren in der Kindheit, um sich der Frage zu nähern, wer erkrankt, welche Faktoren mit dem Auftreten von Krankheit verbunden sind und was man unternehmen kann, um das Krankheitsrisiko zu vermindern. Um Risikofaktoren definieren zu können, müssen diese laut ihm messbar, zuverlässig, modifizierbar, sensitiv und spezifisch sein. Oftmals stehen sie in Beziehung zueinander oder treten zusammen auf. Pellegrini unterteilte die Risikofaktoren in:

- Genetische Faktoren (Vererbung psychischer Störungen)
- Individuelle Faktoren (peri- und pränatale Traumata, persönliche Merkmale und Temperament)

- Psychosoziale Faktoren (niedriger sozioökonomischer Status, große Familien, geringer Intelligenzquotient, Ehestreitigkeiten und -scheidungen, problematische Eltern-Kind-Beziehungen, soziale Isolierung)

Laut Naab, Kunkel, Fumi, und Voderholzer (2017) führt die Kumulation jener Risikofaktoren zu einer noch höheren Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer psychischen Störung.

In den letzten 20 Jahren sei nach Lampert und Kroll (2009) das Interesse der epidemiologischen Forschung und der Gesundheitsberichterstattung besonders am Einfluss des sozioökonomischen Status auf die Gesundheit und Lebenserwartung konstant gestiegen. Es ist davon auszugehen, „[...] dass Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status häufiger von Krankheiten, Beschwerden, Behinderungen und Unfallverletzungen betroffen sind, die eigene Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter einschätzen und zu einem größeren Anteil vorzeitig sterben. Auch in Risiko- und Belastungsexpositionen, gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen sowie in der Bewältigung von Gesundheitsproblemen treten deutliche sozioökonomische Unterschiede hervor“ (S. 309).

Auch andere Studien (GEDA 2009 (Kroll, & Lampert, 2011); Mielck, 2008; Richter, 2005) weisen ebenfalls darauf hin, dass sich der sozioökonomische Status auf die Gesundheit auswirkt. In Deutschland zeigte beispielsweise die KiGGS-Studie („Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“) des Robert Koch Instituts, die von 2003 bis 2006 durchgeführt wurde, dass sich soziale Unterschiede bei Kindern und Jugendlichen unter anderem auf den Gesundheitszustand, psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie Übergewicht auswirken kann (Lampert & Kurth, 2007).

Der Zusammenhang des sozioökonomischen Status mit dem Auftreten psychischer Störungen kann durch zwei Theorien beschrieben werden (Murali, & Oyebode, 2004). Die Theorie des *social causation* geht davon aus, dass die Lebensbedingungen eines niedrigeren sozioökonomischen Status die Entwicklung psychischer Erkrankungen bei hierfür anfälligen Individuen begünstigen („breeder“). Dahingegen besagt die *social selection* Theorie, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen durch diese eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, in niedrigere soziale Schichten abzudriften („drifter“). Hinzukomme laut Wadsworth und Achenbach (2005), dass ein niedriger SES

(socioeconomic status) die Chancen verringert, sich von einer psychischen Erkrankung wieder zu erholen, da beispielsweise der Zugang zu medizinischer Versorgung vergleichsweise weniger wahrgenommen wird.

Im Jahr 2005 kamen Kessler et al. zu dem Ergebnis, dass bei etwa der Hälfte der Patient*innen mit psychischen Störungen der Beginn der Erkrankung bereits in den ersten beiden Lebensdekaden lag. Trotz dieses Wissens, sei laut Reiss (2013) die Korrelation des SES mit der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen noch weitestgehend unerforscht. In einem Vergleich von 55 internationalen Studien, konnte sie in 52 davon einen Bezug zwischen mindestens einem sozioökonomischen Faktor und der Entwicklung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen nachweisen. Die Ergebnisse zeigten, dass Kinder aus Haushalten mit niedrigem sozioökonomischem Status ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko trugen, eine psychische Störung zu entwickeln, als ihre Peer Group. Die meisten Studien gaben dabei den sozioökonomischen Status als Index durch Kombination multipler Faktoren an. Es ließen sich die folgenden Hauptvariablen zusammenfassen:

- das Einkommen der Eltern, bzw. die finanzielle Situation des Haushaltes
- der Beruf der Eltern
- der Ausbildungsstand der Eltern sowie der Kinder

(u.a. Tello et al., 2005a; Miech, Caspi, Moffitt, Wright und Silva, 1999; McLaughlin et al., 2011; Lipman, Offord, & Boyle, 1994).

Als stärkster Prädiktor psychischer Störungen unter Kindern und Jugendlichen stellten sich ein geringes finanzielles Einkommen sowie ein niedriger Bildungsstand der Eltern heraus. Es zeigte sich außerdem, dass ein anhaltend niedriger sozialer Status den Ausbruch einer psychischen Störung fördert und eine Verbesserung der Lebensbedingungen psychische Belastungen reduziert (Reiss, 2013). Im direkten Umgang mit den Kindern wirkt sich die Bildung der Eltern außerdem auf die von ihnen vermittelten Werte (Luster, Rhoades, & Haas, 1989) und ihren Kommunikationsstil (Hoff-Ginsberg, 1991) aus. Der SES der Eltern beeinflusst laut Hoff, Laursen, Tardif und Bornstein (2002) außerdem deren Erziehungsstil: Eltern mit niedrigerem sozioökonomischem Status legen mehr Wert darauf, dass sich ihre Kinder an soziale Richtlinien halten, zeigen vermehrt autoritäres Verhalten und sind eher gewillt ihre

Kinder zu bestrafen, falls diese sich nicht unterordnen. Dahingegen verhalten sich Eltern mit einem höheren SES oft kommunikativer und weniger anweisend ihren Kindern gegenüber. Mansel (1993) erklärte, dass ein hoher Bildungsstand der Eltern auch die negativen Effekte von Armut auf die psychosoziale Gesundheit ihrer Kinder kompensieren kann. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass Eltern mit geringerem Bildungsstand oftmals nicht in der Lage sind, auf die Interessen und Bedürfnisse ihrer Kinder adäquat einzugehen und sie in ihrer Entwicklung zu fördern. Hätten die Eltern einen entsprechend hohen Bildungsstand, so könnten sie oftmals knappe finanzielle Ressourcen – beispielsweise über soziale Kompetenzen – kompensieren.

Negative Effekte eines höheren Bildungsniveaus der Eltern auf ihre Kinder fanden Graeber und Schnitzlein (2019). In ihrer Studie zeigten sich besonders Töchter als stark anfällig für psychischen Stress, wenn ihre Mütter einen höheren Bildungsabschluss besaßen. Sie führten dies auf die höheren Erwartungen zurück, die oftmals von gebildeteren Eltern auf ihre Kinder übertragen werden. Könnten die Kinder diese nicht erfüllen, so stelle dies einen Auslöser für psychische Störungen dar.

Die meisten Studien kommen dennoch zu dem Ergebnis, dass ein niedriges Bildungsniveau der Eltern die Entwicklung psychischer Störungen bei Kindern fördert, während ein höheres Bildungsniveau protektiv wirkt (u.a. Hölling, & Schlack, 2008; Lieberz, 1988; Walper, & Silbereisen, 1987). Ein höheres Bildungsniveau gilt zudem als förderlich für die Gesundheit, unabhängig vom finanziellen Verdienst. Gerade unter den niedrigeren Gehaltsgruppen, kann Bildung positiven Einfluss auf die Gesundheit nehmen (Schnittker, 2004).

McLaughlin et al. (2011) untersuchten zudem den Zusammenhang zwischen Faktoren des SES (hier: finanzieller Status, Beruf der Eltern und Bildungsstand der Eltern) und dem Ausbruch, der Schwere und dem Fortbestehen psychischer Störungen. Sie konnten ermitteln, dass etwa finanzielle Nöte in der Kindheit oft Auslöser psychischer Störungen sein konnten, während der Bildungsstand der Eltern sowohl die Schwere als auch das Fortbestehen der Erkrankung beeinflusste.

Ergänzend zu den oben beschriebenen Hauptvariablen des SES wählten andere Studien (u.a. Tello et al., 2005b; Davis, Sawyer, Lo, Priest, & Wake, 2010; Green, McGinnity, Meltzer, Ford, & Goodman, 2005) noch Unterfaktoren wie:

- alleinerziehender Elternteil
- Familien mit geschiedenen, getrennten oder verwitweten Eltern
- Arbeitslosigkeit der Eltern.

Als gefährdet stuften unter anderem Assis, Avanci und Oliveira (2009) sowie McMunn, Nazroo, Marmot, Boreham und Goodman (2001) Kinder und Jugendliche ein, die in einem Haushalt mit einem alleinerziehenden Elternteil aufwuchsen. Es bestehe unter anderem eine Wechselwirkung zwischen dem erreichten Bildungsstand einer jungen Frau – bedingt durch die soziale Schicht ihrer Familie, bzw. die Erziehung durch ihre Eltern sowie die Familienverhältnisse – und ihrem späteren Beziehungsstatus (geschieden oder alleinerziehend), welcher wiederum den sozioökonomischen Status beeinflusst. Beides wirkt sich schließlich auf die mentale Gesundheit aus und interagiert dadurch mit dem Empfinden und Verhalten der Kinder (McMunn et al., 2001).

Schließlich gilt als weiterer Risikofaktor psychischer Erkrankungen eine positive Familienanamnese. Counts, Nigg, Stawicki, Rappley und Von Eye (2005) konnten dies am Beispiel der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) nachweisen. Auch eine Depression bei den Müttern konnte als starker Prädiktor für psychische Auffälligkeiten bei ihren Kindern festgestellt werden (Goosby, 2007).

Die Entwicklung psychischer Störungen in der Kindheit und Adoleszenz kann resümierend als ein Zusammenspiel aus *social causation* und *social selection* angenommen werden. Oftmals liegt bereits eine Prädisposition – unter anderem familiär bedingt – für mentale Erkrankungen vor. Inwieweit sich jedoch daraus psychische Störungen entwickeln, bzw. welche Ausprägung sie erlangen, lässt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit auf den sozioökonomischen Hintergrund der betroffenen Kinder und Jugendlichen zurückführen.

1.5.1.1 Sozialer und ökonomischer Status: Schicht- und Klassengesellschaft

Die wohl bekanntesten Theorien zur Erklärung sozialer Klassen entwarfen Marx und Weber. Marx unterteilte eine Klassengesellschaft in „Besitzende“ (Kapitalisten) und „Nichtbesitzende“ (Arbeiter). Ausgangspunkt seiner Definition war der Besitz von Eigentum, bzw. Produktionsmitteln, entsprechend einer ökonomischen Basis (Burzan, 2007). Weber erweiterte dieses Modell noch um die Dimensionen *Klasse* (als Merkmal

der Wirtschaftsordnung), *Stände* (als Merkmal des Prestiges) sowie *Parteien* (als Merkmal der Macht) und machte das Ursprungsmodell von Marx damit agiler und mehrdimensionaler. Geiger entwickelte hingegen ein Schichtmodell, in welchem diejenigen Personen (Familien) eine Schicht bildeten, welche irgendein gemeinsames Merkmal trügen. Dabei verleihe das Tragen dieses Merkmales ihnen einen gewissen Status in der Gesellschaft. Der Status umfasse dabei Lebensstandard, Chancen und Risiken, Glücksmöglichkeiten, aber auch Privilegien und Diskrimination, Rang und öffentliches Ansehen. Eine Schicht beschreibe somit eine soziale Lage (Burzan, 2007). Damit wies Geigers Einteilung bereits einige Gemeinsamkeiten mit heutigen Definitionen auf.

Laut Hradil (2013) besteht eine soziale Schicht „[...] aus Menschen, die einen ähnlichen Status innerhalb einer oder mehrerer Dimensionen sozialer Ungleichheit innehaben. [...] Zur Ermittlung der Stellung eines Menschen im gesamtgesellschaftlichen Schichtungsgefüge kombiniert man in der Regel seinen Bildungs-, Berufs- und Einkommensstatus“ (S. 154). Ditton und Maaz (2011) beschreiben den Begriff des „sozialen Status“ als „[...] die Position [...], die eine Person innerhalb einer Rangordnung der gesellschaftlich vorhandenen Positionen einnimmt. Die Einordnung in die gesellschaftliche Hierarchie bezieht sich auf die Wertschätzung, die einer Position hinsichtlich gesellschaftlich relevanter Merkmale (z. B. Einkommen, Besitz, Macht) beigemessen wird“ (S. 193). Der sozioökonomische Status richtet sich dementsprechend hauptsächlich nach Beruf, Einkommen und Bildungsniveau.

Zu unterscheiden sind Groß (2015) zufolge Prestige und Status. Prestige bezeichne die unterschiedliche Wertschätzung von Berufen in der Gesellschaft, während sich Status vor allem an „objektiven“ Merkmalen, wie Einkommen oder Bildung orientiere. Die Einteilung falle jedoch willkürlich aus und bilde nicht immer realistisch die soziale Lage der Personen ab. Demnach könne eine Person mit hohem Bildungsstand und niedrigem Einkommen sozial unter einer Person mit niedrigem Bildungsstand und hohem Einkommen stehen.

In den 1960 Jahren entwarf der Soziologe Dahrendorf ein Modell zur Schichtung in der Bundesrepublik Deutschland, welches 2009 von Geißler erweitert wurde. Die Einteilung richtete sich dabei hauptsächlich nach dem Beruf, der verschiedene Faktoren, wie

Funktion in der wirtschaftlich-gesellschaftlichen Arbeitsteilung, Qualifikation, Einkommen, Prestige und Einfluss bündelte. Die Ermittlung der Berufseinteilung erfolgte anhand des ISCO-88 (International Standard Classification of Occupations). Als Datenbasis diente der Mikrozensus 2009 (Geißler, 2014).

Geißler kam zu dem Ergebnis, dass es in Deutschland in den letzten Jahren zu massiven Umschichtungen gekommen sei. So habe sich die Dienstleisterklasse auf Kosten des Mittelstandes und der Arbeiterklasse enorm ausgedehnt. Zu erkennen sei ebenfalls die Wandlung Deutschlands in ein Einwanderungsland, in dem die Migranten eine neue Unterschicht bildeten. Trotzdem herrsche zwischen den Schichten ein fließender Übergang.

Hradil (2013) folgerte schließlich, dass die jeweilige Schichtzugehörigkeit auch mit deutlichen Konsequenzen verbunden ist. Wer einer höheren Schicht angehört, denke und handle im Allgemeinen optimistischer, leistungsorientierter, planender, zukunftsorientierter und durchsetzungsfähiger. Mitglieder höherer Schichten seien seltener krank, lebten länger, würden weniger straffällig und verfügten über größere Netzwerke mit mehr Beziehungen. Außerdem hätten ihre Kinder bessere Bildungschancen.

1.5.1.2 Sozialer und ökonomischer Status: aktuelle Einteilung

Wie bereits beschrieben, besteht die allgemeingültige Zusammensetzung des sozioökonomischen Status meist aus einer Kombination von Bildungsniveau, beruflicher Stellung und Einkommen (Lampert, Kroll, von der Lippe, Müters, & Stolzenberg, 2013). Während Bildungsniveau und Einkommen relativ leicht skaliert werden können, musste für die berufliche Stellung erst eine geeignete Variable gefunden werden. Eine primäre Einteilung erfolgt in Deutschland über die „Klassifikation der Berufe“ (KldB), die von der Bundesagentur für Arbeit in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt und Marktforschungsinstituten entwickelt wurde und seit dem 01. Januar 2011 gültig ist (Bundesagentur für Arbeit, 2011). Die Gliederung der Klassifikation erfolgt in zwei Hauptdimensionen: horizontal über die *Berufsfachlichkeit* und vertikal über das *Anforderungsniveau*. Die *Berufsfachlichkeit* dient zur strukturellen Einordnung und wird wiederum in vier Ebenen angegeben. Das Anforderungsniveau kann zudem zur hierarchischen Einordnung verwendet werden und ist eindimensional. Zusammengesetzt

bilden *Berufsfachlichkeit* und *Anforderungsniveau* einen 5-stelligen Code (Bundesagentur für Arbeit, 2011).

Eine international gültige Variante der KldB ist die Einteilung nach ISCO („International Standard Classification of Occupations“). Sie wurde bereits in vierter Fassung durch die internationale Arbeitsorganisation (ILO) veröffentlicht und ist ein international gültiges Schema zur Klassifikation, die sich im Gegensatz zur KldB vor allem an Tätigkeiten (skill levels) und beruflicher Anforderung (skill specializations) orientiert. Aktuell angewandt wird die ISCO-08 (2008), die seit 2011 gültig ist und jedem Beruf einen 4-stelligen Code zuweist. Sie unterteilt sich in *Berufshauptgruppen*, *Berufsgruppen* (Angabe der genauen Tätigkeit), *Berufsuntergruppen* (vergleichbare Tätigkeiten innerhalb eines Bereiches) und *Berufsgattungen* (Art der Arbeit). Die *Berufsgruppen* geben dabei die genauen Tätigkeiten wieder (Züll, 2015).

Der Vorteil der Klassifikation nach ISCO ist zum einen die internationale Anwendbarkeit und zum anderen können auf ihr beruhend weitere Skalen des sozioökonomischen Status bzw. des Berufsprestiges aufgebaut werden (Wolf, 1995). Das Konzept hinter jenen Skalen besteht darin, Berufe in eine eindimensionale Ordnung und damit in eine gesellschaftliche Hierarchie zu bringen (Schimpl-Neimanns, 2004).

Ein spezielles Messmittel des sozioökonomischen Status stellt hierbei die ISEI (Internationale Skala des sozioökonomischen Status) dar. Sie wurde von Ganzeboom und Treiman 1996, auf der Basis der damaligen ISCO, entwickelt. Verglichen wurden in 16 Ländern der erforderliche Bildungsabschluss, sowie das durchschnittliche Einkommen bestimmter Berufe. Das Einkommen sollte dabei als Maß wirtschaftlichen Wohlstandes dienen, während Bildung und Beruf individuelle Ressourcen darstellten (Schimpl-Neimanns, 2004). Ganzeboom und Treiman (1996) gingen davon aus, dass bestimmte Berufe ein spezielles Bildungslevel voraussetzten und dementsprechend sich das Gehalt anpasste. Die Ableitung des ISEI aus dem ISCO-88 ist exemplarisch in Abb. 2 dargestellt.

ISEI	ISCO-88 (COM) Codes und Berufsbezeichnungen			Berufshauptgruppe (H), Berufsgruppe (G), Berufsuntergruppe (U) ¹
	H	G	U	
38			348	Ordensbrüder/-schwestern und Seelsorgehelfer
45	4			Bürokräfte, kaufmännische Angestellte
45		41		Büroangestellte ohne Kundenkontakt
51			411	Sekretärinnen, Maschinenschreibkräfte und verwandte Berufe
51			412	Angestellte im Rechnungs-, Statistik- und Finanzwesen
36			413	Materialverwaltungs- und Transportangestellte
39			414	Bibliotheks-, Post- und verwandte Angestellte
39			419	Sonstige Büroangestellte
49		42		Büroangestellte mit Kundenkontakt
48			421	Kassierer, Schalter- und andere Angestellte
52			422	Kundeninformationsangestellte

Abb. 2: Auszug aus: Umsteigeschlüssel von ISCO-88 (COM) zum Internationalen Sozioökonomischen Index des beruflichen Status (International Socio-Economic Index of Occupational Status; ISEI). Leibniz-Institut für Wissenschaft (GESIS).

Die ISEI-Skala zeichnet einen Wertebereich zwischen 16 (niedriger sozioökonomischer Status) und 90 (hoher sozioökonomischer Status) Punkten ab. An der Spitze stehen dabei Berufe wie Ärzte und Richter (90 Punkte). Der untere Skalenbereich wird abgebildet von Hilfs- und Reinigungskräften. In Abb. 3 sind Beispielberufe mit ihren jeweiligen Punkten und der damit verbundenen Lage im ISEI-Index aufgeführt.

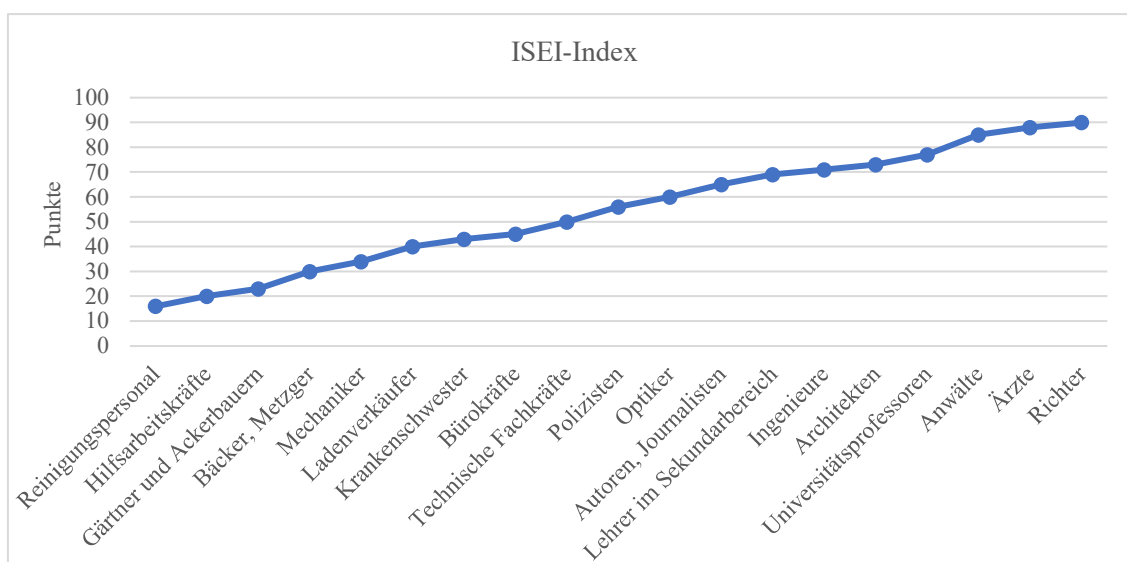


Abb. 3: ISEI (Internationale Skala des sozioökonomischen Status) am Beispiel ausgewählter Berufe

1.5.2 Externe Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit: Bildung

Laut Burchard und Diebenbusch (2017) wirkt sich auch das Bildungsniveau auf die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen aus. So stehen Kinder und Jugendliche heutzutage durch die zunehmende Bedeutung von Bildung unter Druck und haben vermehrt Versagensängste. Burchard und Diebenbusch (2017) beschrieben besonders für Hauptschüler eine Zunahme der Kriseninterventionen (hier zwischen 2010 und 2013).

Laut Schümer (2004) haben 39% der 15-Jährigen in Deutschland bereits ein negatives Erlebnis in ihrer Schullaufbahn erfahren, wie z.B. Verzögerung des Schulbesuchs für noch nicht „schulreife“ Kinder, „Sitzenbleiben“, Zurückstufen in eine niedrigere Schulform oder Versetzung auf eine Sonderschule. Ball, Lohaus und Miebach (2006) gaben an, dass in Bezug auf die Schule neben alltäglichen Leistungsanforderungen (z.B. Lernen, Hausaufgaben) und sozialen Aspekten (z.B. Konflikte mit Mitschülern oder Lehrern) auch kritische Lebensereignisse wie Klassen- oder Schulwechsel verbunden sind. Sie resümierten, dass vor allem die Zeitspanne der vierten Klasse, die die Wechselphase in die Sekundarschule darstellt, auf die Kinder durch erhöhten Leistungsanspruch eine Belastung bedeutet. Außerdem können die erhöhten Leistungsanforderungen im Sekundarbereich mit einer Veränderung der psychischen Anpassung einhergehen. Vor allem unter Gymnasiasten zeigt sich am Ende der 5. Klasse eine Zunahme externalisierender Symptome, welche sich in anderen Schultypen durch ein niedrigeres Anforderungsempfinden nicht so stark ausprägt (Ball, Lohaus & Miebach, 2006).

Die Bundeszentrale für politische Bildung (2018a) verkündete, dass in Deutschland der Bildungserfolg und die Bildungschancen von Kindern immer noch stark von ihrer sozialen Herkunft abhängen. Ebenso wird die Schulwahl vom familiären Hintergrund mitbestimmt (vgl. auch Arens, 2007). In hohem Maße liegt es an den Eltern, den Bildungsprozess ihrer Kinder aktiv zu beeinflussen, was in sozialen und bildungsfernen Schichten nur in begrenztem Maße möglich ist (Solga & Dombrowski, 2009). Zum einen können Eltern aus unteren sozialen Schichten Werte wie Ehrgeiz, Fleiß, Kreativität oder auch Sprachvermögen weniger gut vermitteln. Zum anderen wirkt sich auch die finanzielle Benachteiligung auf die schulische Unterstützung aus, unter anderem bei der

Inanspruchnahme von Nachhilfe. „Wenn im familiären Rahmen nur sehr eingeschränkte Spielräume für den Erwerb von Erfahrungen vorhanden sind, dann werden Kinder in ihren Lernmöglichkeiten und infolgedessen in ihrer kognitiven Entwicklung beeinträchtigt“ (Solga & Dombrowski, 2009, S. 21). Während die Schüler an den Gymnasien in ihrer Herkunft sehr heterogen verteilt sind, besteht auf der Hauptschule eine große Homogenität bezüglich des sozialen Milieus. Ein hoher Anteil an leistungsschwächeren Kindern aus unteren Sozialschichten trägt zu einem weiteren Leistungsabfall auf den Hauptschulen bei (Schümer, 2004). Dies begründen Solga und Dombrowski (2009) unter anderem darin, dass während der Aufteilung in den Sekundarbereich ebenfalls eine soziale Selektion stattfindet. Dadurch existieren in der Hauptschule weniger Mitschüler und Mitschülerinnen mit höheren Bildungsaspirationen, die eine Vorbildfunktion für die anderen Kinder einnehmen.

Amin et al. (2019) manifestierten, dass eine bessere schulische Ausbildung nicht nur insgesamt Gesundheit fördert, sondern auch den Einfluss genetischer Prädisposition auf mentale Erkrankungen abschwächt.

1.5.3 Externe Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit: Strukturen und Einflussfaktoren innerhalb der Kernfamilie

1.5.3.1 Familiäre Strukturen: Der Beziehungsstatus der Eltern

Betrachtet man die vergangenen 60 Jahre, so fällt auf, dass in der Bundesrepublik die Rate der Ehescheidungen rapide zugenommen hat. Während 1960 die Scheidungsquote noch bei 11% (48.873/Jahr) lag, stieg sie auf etwa 42% im Jahr 2015. Besonders in den Jahren bis 2003 war der Anstieg kontinuierlich, sodass es in diesem Jahr ein Maximalwert von 213.975 geschiedenen Ehen, entsprechend ca. 55% aller Ehen, verzeichnet wurde. Seitdem ist die Scheidungsquote in Deutschland zwar wieder etwas rückläufig, aber auf einem konstant hohen Wert (Statistisches Bundesamt, 2020a).

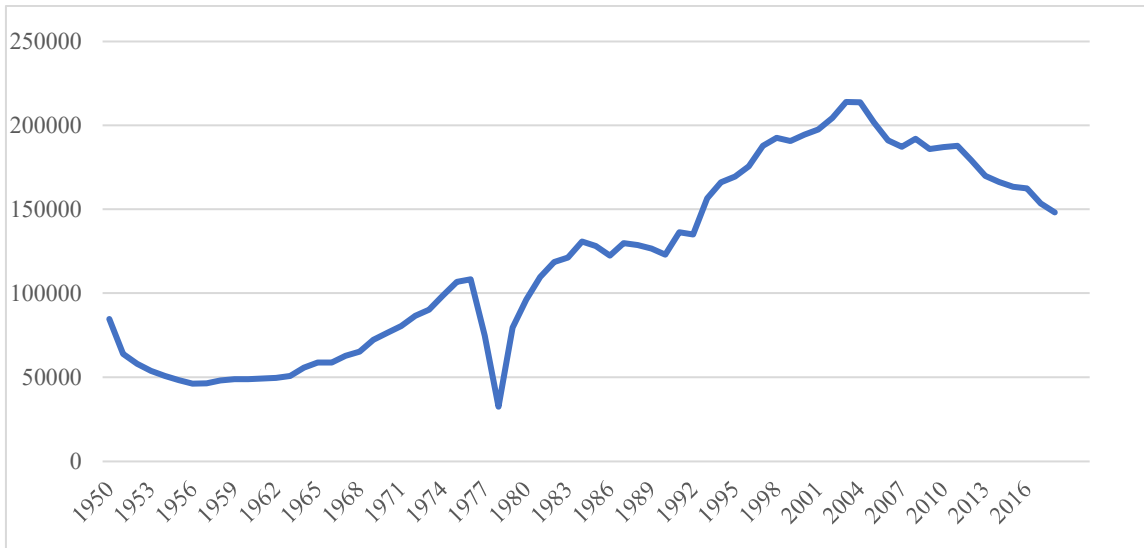


Abb. 4: Anzahl der Ehescheidungen pro Jahr in Deutschland von 1950-2017. Erstellt aus Daten des Statistischen Bundesamtes (Destatis), 2020a.

Betroffen von den Scheidungen der Eltern sind laut Zahlen des Statistischen Bundesamtes (2020b) auch die in den Familien lebenden Kinder. Seit Ende der 1990er Jahre gehören schätzungsweise zu mindestens 50% der geschiedenen Ehen auch minderjährige Kinder. Im Jahre 2014 betrug exemplarisch der Anteil an geschiedenen Ehen (insgesamt 166.199), denen mindestens ein minderjähriges Kind zugehörte, 84.042 pro Jahr.

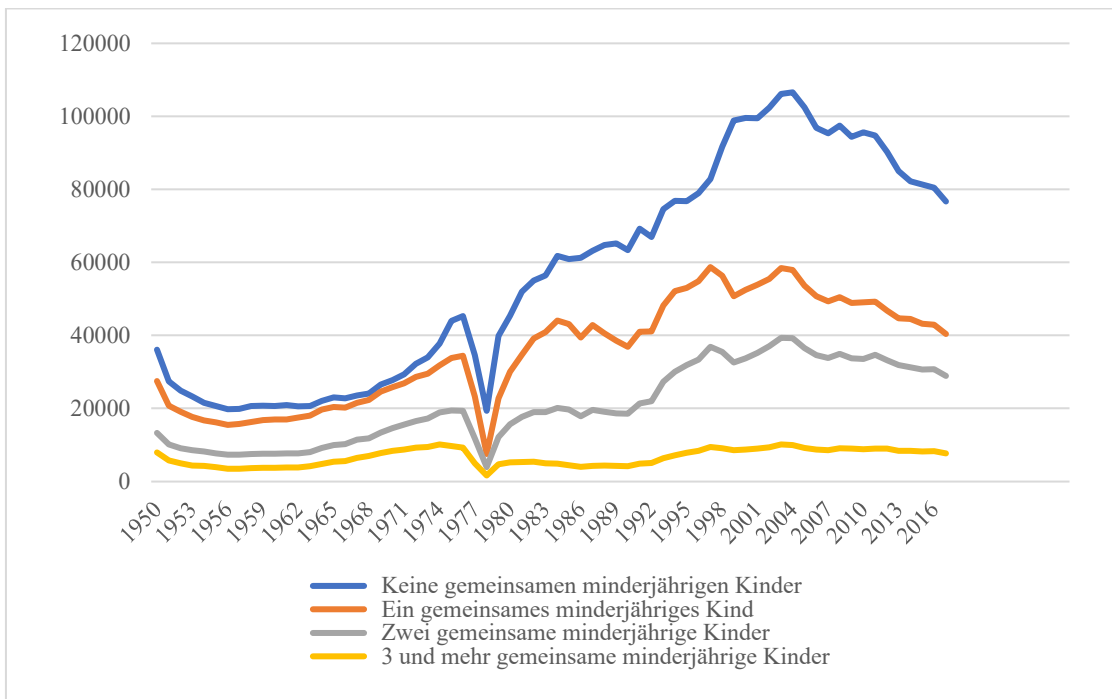


Abb. 5: Geschiedene Ehen mit und ohne minderjährige Kinder in Deutschland, 1950 bis 2017. Erstellt aus Daten des Statistischen Bundesamtes, 2020b.

Bereits Caplan (1964) gab die Trennung der Eltern als einen wichtigen Auslöser für die Entstehung von Krisen an. Auch Amato (1993) stellte fest, dass nicht nur für die Erwachsenen, sondern auch für die Kinder, eine Trennung ein einschneidendes Erlebnis ist, das mit einem erhöhten Stresslevel im weiteren Leben einhergeht. Stressoren, die durch die Trennung hervorgerufen werden, sind hiernach beispielweise Umzüge, Schulwechsel und der Kontaktverlust zu den Großeltern. Insgesamt ist es eine Akkumulation negativer Ereignisse, die bei den Kindern Probleme auslösen können. Zum einen führt der Verlust eines Elternteils zu einem gestörten Sozialleben bei den Kindern. Durch das Verschwinden dieses Elternteiles fehlt es unter anderem an emotionaler Unterstützung, praktischer Hilfe, Anleitung und Beaufsichtigung. Meist wird dadurch auch die Zeit des verbliebenen Elternteiles für das Kind eingeschränkt. Die Eltern leiden selbst unter der stressigen Erfahrung und geben dies oft an die Kinder weiter, beziehungsweise sind nicht in der Lage den emotionalen Bedürfnissen ihrer Kinder gerecht zu werden. Oftmals herrscht Streit zwischen den Eltern und die Kinder werden in Konfliktsituationen hineingezogen, was sich wiederum auf deren Psyche auswirkt. Daraus resultieren Angst, Ärger und Kummer. Zum anderen wirkt sich eine Scheidung auf die finanzielle Lage der Familie aus, meist durch einen verminderten Lebensstandard, welcher wiederum Gesundheit, Ernährung und Bildung beeinflusst (Amato, 1993).

Resümierend kann eine Scheidung der Eltern starke Emotionen mit akuten psychischen Krisen bei Kindern auslösen. Berücksichtigt man die enormen Folgen, die solche Konfliktsituationen in der Familie auf das Wohl des Kindes haben können, liegt es nahe, dass sie einen Grund für Kriseninterventionen darstellen.

1.5.3.2 Familiäre Strukturen: Tod eines Elternteils

Auch der Tod eines Elternteils bedeutet für Kinder eine Trennung von den Eltern, jedoch in diesem Fall eine endgültige. Breier et al. (1988) erkannten in dem frühen Verlust eines Elternteils (durch Tod oder Trennung) einen der stärksten Prädiktoren für die Entwicklung psychischer Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Arthur und Kemme (1964) untersuchten dazu die Familien von 83 Kindern, die in der Vergangenheit den Tod eines Elternteils miterlebt hatten. Dabei stellten sie fest, dass, im Gegensatz zu einer normalen Entwicklungskrise im Zusammenhang mit Trennung und Selbstfindung, das Kind mit einem Verlust

konfrontiert wird, der abgeschlossen, endgültig und oftmals plötzlich und unerwartet auftritt. In ihrer Studie zeigte sich nicht nur, dass die Kinder depressiv und verängstigt reagieren, sondern auch, dass sie Probleme im abstrakten Denken – vor allem in Bezug auf Endgültigkeit und Ursächlichkeit – zeigen.

Black (1978) beschrieb, dass die hinterbliebenen Kinder eher psychische Störungen in der Kindheit sowie im Erwachsenenleben zeigen. Besonders Depressionen und Phobien gehören zu den häufig entwickelten Syndromen. Kinder, die das höchste Risiko für die Entwicklung psychischer Erkrankungen haben, sind diejenigen, welche den Tod der Eltern im Alter von 3 bis 5 Jahren oder in der frühen Adoleszenz miterlebten. Birtchnell (1972) kam zu ähnlichen Ergebnissen: Als besonders betroffen stellten sich in seiner Studie jene Kinder heraus, die zum Todeszeitpunkt 0 bis 9 Jahre alt waren. Sie entwickelten im späteren Leben gehäuft Depressionen und Alkoholabhängigkeiten.

Felner, Stolberg und Cowen (1975) verglichen die Auswirkungen des Verlusts eines Elternteils durch Trennung mit dem Tod eines Elternteils. In beiden Fällen entwickelten die Kinder im Vergleich zur Kontrollgruppe starke Verhaltensauffälligkeiten. Während Scheidungskinder jedoch oft aggressives und rebellisches Verhalten zeigten, reagierten Kinder auf den Tod eines Elternteils häufig mit Angstgefühlen und Depressionen.

Auch in der neueren Literatur finden sich Studien, die einen Zusammenhang zwischen dem Tod eines Elternteils und der Entwicklung psychischer Störungen bei Kindern herstellen. Dem Tod eines Elternteils folgend, tragen Kinder zunächst ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Trennungsängsten und Depressionen. Später können zudem Suchterkrankungen, Verhaltensstörungen und funktionellen Beeinträchtigungen hinzukommen (Kaplow, Saunders, Angold & Costello, 2010; Cerel & Goodney, 2011). Laut Bylund-Grenklo et al. (2013) neigt ein Fünftel der Kinder (und damit doppelt so viele wie in der Kontrollgruppe), die ihre Eltern durch eine Krebserkrankung verlieren, auch zu selbstverletzendem Verhalten. Kaplow, Howell und Layne (2014) konnten zudem beobachten, dass besonders ein Tod nach langem Krankheitsgeschehen – im Unterschied zu einem plötzlichen Tod – ein erhöhtes Risiko für Anpassungsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen bei den hinterbliebenen Kindern darstellt.

Die genaue Reaktion der Kinder ist laut Dowdney (2000) jedoch nicht immer genau einzuschätzen, sondern spiegelt sich in einer weiten Spannbreite emotionaler und

verhaltensbezogener Symptome wider. Eines von fünf Kindern, welches den Tod eines Elternteiles erlebt, steht unter dem Risiko eine psychische Störung zu entwickeln. Dabei können sich die Symptome auch noch Monate nach dem Ereignis einstellen.

1.5.3.3 Familiäre Strukturen: Beziehung und Rangfolge der Geschwister

Cierpka (2001), der sich intensiv mit Beziehungen unter Geschwistern beschäftigte, postulierte „[...] Gerade die Erfahrungen mit den Geschwistern prägen oft den Eindruck von unserer Kindheit. Diese Erfahrungen beeinflussen das, was man auch das Familiengefühl nennen kann“ (S. 442). Die Geschwisterfolge bestimmt außerdem die Familienkonstellation und damit auch Unterschiede für die Kinder im Aufwachsen in einer Familie.

In seinem Buch *Born to Rebel* (1996) versucht Frank Sulloway die Unterschiede von Geschwistern mit ihrer Reihenfolge in der Geschwisterstellung zu erklären. Jeder suche innerhalb einer Familie eine „Nische“ in die er passe und strebe dabei immer ein bestimmtes Verhalten an, um die Gunst der Eltern zu gewinnen. Erstgeborene Kinder ordnen sich eher Autoritäten und den Eltern unter und handeln verantwortungsbewusster im Vergleich zu ihren jüngeren Geschwistern, die oftmals „*als Rebellen geboren werden*“. Die jüngeren Geschwister zeigen ein größeres Bestreben nach Einzigartigkeit und handeln oft impulsiver. Gleichzeitig haben sie jedoch den Vorteil, dass nach ihnen keine weiteren Geschwister, bzw. „Rebellen“ folgen. Daraus lässt sich schließen, dass besonders mittlere Kinder die schlechteste Ausgangsposition hätten. Andere Studien unterstützen diese Theorie. Kennedy (1989) führte beispielsweise eine Studie an 657 Studenten durch, die sich auf familiäre Beziehungen konzentrierte. Er fand signifikante Unterschiede, dass mittlere Kinder oft weniger (zum Beispiel finanzielle) Unterstützung seitens der Eltern erhalten. Salmon und Daly (1998) suggerierten, dass mittlere Kinder häufiger weniger starke Bindungen zu den Eltern aufbauen, ihre Bezugspersonen nicht in der eigenen Familie suchen und sich stattdessen eher Freunden anvertrauen.

Kidwell (1982) beschrieb die mittleren Kinder sogar als „vernachlässigt“. Die Reihenfolge innerhalb der Geschwister habe beträchtlichen Einfluss auf deren Selbstbewusstsein: während Erstgeborene und Einzelkinder ein gesteigertes Selbstbewusstsein haben, fehlt es oft bei mittleren Kindern. Kidwell machte dafür ein „Fehlen von Einzigartigkeit“ verantwortlich. Es sei für Mittelgeborene oft schwieriger

unter den Geschwistern Erfolg, Anerkennung und Zuwendung zu erhalten oder in den Augen der Eltern „einzigartig“ zu erscheinen.

Laut Zajonc & Markus (1975) besteht auch ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Reihenfolge unter den Geschwistern und ihrem Intellekt. Erstgeborene hätten demnach einen größeren Intellekt und bessere Erfolgchancen im Leben. Ebenso nehme das Intelligenzlevel in Großfamilien progressiv ab, vor allem bei jedem später geborenen Kind. Die älteren Geschwister profitierten außerdem von der Zeit, die sie bereits ohne Geschwister mit den Eltern verbracht hätten. Sie bekämen vor allem von der Mutter mehr Aufmerksamkeit und Zuwendung als ihre später geborenen Geschwister (Jacobs & Moss, 1976). Price (2008) konkretisierte dies: Ergebnisse einer Auswertung von Daten der „American Time Use Survey“ zeigten, dass Eltern insgesamt 20-30 Minuten mehr Zeit mit ihren Erstgeborenen verbrachten als mit ihren anderen Kindern.

Allen Studien gemein ist die These, dass die Stellung in der Geschwisterfolge die Entwicklung der Kinder grundlegend beeinflusst. Sie wirkt sich nicht nur auf deren Psyche und Selbstwertgefühl aus, sondern beeinflusst auch deren Erfolgchancen.

Erstgeborene hätten insgesamt eher die Tendenz Verantwortung zu übernehmen und sich Regeln unterzuordnen, während die jüngsten Geschwister zu einem mit mehr Risiko behafteten Lebensstil tendierten. Nur den Mittelgeborenen fehle es an einer konkreten Stellung innerhalb der Familie. Sie stünden oft vor der Problematik von Eltern und Geschwistern übersehen zu werden und sind dadurch auch dem Risiko ausgesetzt, eine Identitätskrise zu entwickeln.

1.5.4 Interne Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit

1.5.4.1 Prädisposition für psychische Erkrankungen

Im Umgang mit psychischen Erkrankungen bei Erwachsenen muss laut Lenz (2005) immer berücksichtigt werden, dass oftmals auch deren Kinder direkt oder indirekt durch die Erkrankung der Eltern in der Entwicklung beeinflusst werden.

Bohus et al. (1998) erhoben an der Universität Freiburg über einen Zeitraum von 12 Monaten den Familienstatus aller stationär behandelten Patient*innen mit psychischen Erkrankungen. Dabei stellten sie fest, dass 18% der Patient*innen, die stationär behandelt wurden, Kinder unter 18 Jahren hatten. Auch Lenz (2005) nahm eine ähnliche Erhebung

vor. Von 808 erfassten Patient*innen lag hier der Anteil derer mit Kindern unter 18 Jahren bei 27%.

Mattejat und Remschmidt (2008) schätzten, dass sich bei etwa 175.000 Kindern pro Jahr mindestens ein Elternteil wegen einer psychischen Erkrankung in stationärer Behandlung befindet. Sie erhoben von 1998 bis 2002 an der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marburg den Einfluss psychischer Erkrankungen der Eltern auf die physische und psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen. Sie fanden heraus, dass etwa 50% der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen aus einem Haushalt mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil stammen. Auf Seiten der Eltern konnten vor allem substanzbezogene (20%), neurotische und somatoforme (13%) sowie affektive Störungen (ca. 12%) festgestellt werden. Einen hohen Einfluss hatten außerdem Störungen des Sozialverhaltens. Sie schlussfolgerten, dass Kinder psychisch kranker Eltern ein erhöhtes Risiko aufweisen, selbst psychisch auffällig zu werden (besonders deutlich sei dies am Beispiel der Schizophrenie und Depression). Außerdem ist die Interaktion der Eltern mit den Kindern verändert, bzw. eingeschränkt. Diese können beispielweise weniger Empathie zeigen, den Kindern schlechter eine Vorbildfunktion bieten, verwickeln die Kinder vermehrt in Probleme, bzw. Konflikte und beeinträchtigen somit deren gesamten Entwicklungsverlauf. Die psychische Erkrankung eines Elternteiles korreliert zudem positiv mit weiteren psychosozialen Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen der Kinder. In den betroffenen Familien sind demnach sozioökonomische und soziokulturelle Belastungsfaktoren (z.B. Armut, unzureichende Wohnverhältnisse, soziale Randständigkeit etc.), ein niedriger Ausbildungsstand beziehungsweise Berufsstatus sowie Arbeitslosigkeit der Eltern, der Verlust wichtiger Bezugspersonen, insbesondere eines Elternteils, sowie die Wahrscheinlichkeit für Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellen Missbrauch erhöht (Mattejat & Remschmidt, 2008).

In der Literatur lassen sich noch weitere Studien finden, welche die oben beschriebene Korrelation zwischen psychischen Erkrankungen der Eltern und der mentalen Gesundheit von Kindern beschreiben (Nomura, Wickramaratne, Warner, Mufson, & Weissman, 2002; Billings & Moos, 1983). Sie kommen zu dem Ergebnis, dass die Familienanamnese bei psychischen Erkrankungen des Kinder- und Jugendalters eine große Relevanz einnimmt. Dementsprechend soll dieser Zusammenhang ebenfalls in der vorliegenden Arbeit untersucht werden.

1.5.4.2 Intelligenz als Einflussfaktor

„Intelligenz ist die Fähigkeit eines Menschen zur Anpassung an neuartige Bedingungen und zur Lösung neuer Probleme auf der Grundlage vorangehender Erfahrungen im gesellschaftlichen Kontext“ (Gruber & Stamouli, 2009, S. 31).

Intelligenz gilt als verlässlicher Prädiktor für Erfolg im späteren Leben (gemessen an Ausbildung, Beruf und Einkommen). Dabei scheint sie sogar noch vor dem sozioökonomischen Hintergrund und schulischer Bildung zu liegen (Strenze, 2007).

Laut Gale, Batty, Tynelius, Deary und Rasmussen (2010) gilt ein niedriger Intelligenzquotient jedoch auch – besonders für Männer – als Risikofaktor für die Entwicklung mentaler Störungen und korreliert häufig auch mit einem schwereren Verlauf der Erkrankung. Kinder und Jugendliche mit einer höheren Intelligenz besitzen dagegen oft eine bessere Selbstkontrolle und dadurch eine höhere Belastbarkeit gegenüber Stress. Die Fähigkeit mit Stressfaktoren umgehen zu können, reduziert zum einen das Risiko eine psychische Erkrankung zu entwickeln, kann aber zum anderen auch den Umgang mit akuten psychischen Krisen erleichtern. Patient*innen mit niedrigerem Intelligenzniveau müssen dagegen häufiger stationär behandelt werden. Eine verminderte Intelligenz führt laut Gale et al. (2010) zudem oftmals zu einem niedrigeren sozioökonomischen Status.

Zammit et al. (2004) stellten fest, dass ein niedriger Intelligenzquotient vor allem die Entwicklung von Schizophrenien, Depressionen und anderen nicht-affektiven Psychosen begünstigt. Koenen et al. (2009) belegen außerdem, dass ein niedriger Intelligenzquotient (IQ) in der Kindheit ein Prädiktor für Depressionen und Angststörungen mit höherer Komorbidität sowie stärkerem Verlauf sein kann. Höhere Intelligenzquotienten in der Kindheit führen hingegen vermehrt zu manischen Erkrankungen. Auch eine Lernschwäche im Kindesalter stellt einen entscheidenden Risikofaktor für die Entwicklung einer psychischen Störung in der Adoleszenz dar (Geyer, Hemström, Peter, & Vågerö, 2006; Heiervang et al., 2007). Dossetor (2017) ergänzte diesbezüglich, dass eine Lernschwäche ein gebräuchlicher Ausdruck für Intelligenzstörungen ist und sich durch Einschränkung der geistigen Fähigkeiten und der sozialen Anpassung mit Beginn vor dem 18. Lebensjahr auszeichnet. Von den betroffenen Kindern (IQ < 70) entwickeln

30-50% eine psychische Erkrankung, was einem Anteil von 14% aller psychischer Erkrankungen in der Kindheit entspricht.

Das Intelligenzniveau kann folglich die Entwicklung psychischer Störungen beeinflussen. Dabei stellen sowohl hohe als auch niedrige Intelligenzquotienten einen Risikofaktor dar. Es wird vermutet, dass bestimmte psychische Erkrankungen dabei eher mit einem hohen, andere mit einem niedrigen Intelligenzquotienten in Verbindung gebracht werden können.

1.5.4.2.1 Einteilung des Intelligenzquotienten

Das ubiquitär genutzte Modell zur Einteilung der Intelligenz ist das *globale Intelligenzmodell*, das auf der Forschung von Binet und Simon (1905) basiert. Sie entwickelten einen Test, der 56 Fragen und Aufgaben entwarf, die den Fähigkeiten von Kindern zwischen 3 und 13 Jahren entsprechen sollten. Dadurch sollten die Leistungen mit Kindern der jeweiligen Altersgruppe verglichen werden. Sie unterschieden dabei Intelligenzalter (IA) und Lebensalter (LA).

Darauf basierend entwickelte der deutsche Psychologe Stern (1912) den Intelligenzquotienten (IQ) als Quotient aus Intelligenzalter (IA) und Lebensalter (LA). Heutzutage wird basierend aus dieser Berechnung meist der IQ als Mittelwert in einer Normtabelle festgelegt (Gruber & Stamouli, 2009). In dieser Studie wurde ebenfalls die Einteilung des Intelligenzquotienten nach diesem Modell angewandt.

1.6 Ziele der Studie

Die Zusammenschau der literarischen Grundlagen lässt die Notwendigkeit der Forschung an der Genese psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen bezogen auf deren Lebensumstände feststellen. Mit dem Ziel mehr über die entsprechenden Krankheitsentwicklungen herauszufinden, wurden bereits multiple Variablen auf ihre Wirkung untersucht und verschiedene Ergebnisse verzeichnet. Vor allem ein niedriger sozioökonomischer Status der Eltern wurde hierbei bereits mehrfach als ein Risiko für eine psychische Krisenintervention definiert (Hölling, & Schlack, 2008; Tello et al., 2005a; Miech et al., 1999; McLaughlin et al., 2011), da er die Zukunftschancen, die körperliche und die psychische Gesundheit der Kinder beeinflusst. Die vorliegende Studie soll sich daher unter anderem mit diesem Faktor befassen und seine

Anwendbarkeit an der KJPPP Tübingen prüfen. Zum anderen sollen zusätzlich die oben ebenfalls beschriebenen (z.B. familiäre) sowie neue Variablen in die Erhebung mit einbezogen werden, um eventuell weitere Einflussfaktoren auf den sozioökonomischen und psychosozialen Status der untersuchten Kinder und Jugendlichen näher zu erörtern.

Die Ergebnisse sollen dabei helfen, in Zukunft besser auf die Ursachen und Auslöser psychischer Krisen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingehen zu können und sie gegebenenfalls prophylaktisch zu beeinflussen. Basierend auf den Ergebnissen könnte es gelingen, die Aufnahmeanamnese effizienter zu machen und dadurch auch die anschließende Therapie zu optimieren. Mit besserer Kenntnis über die Genese der psychischen Krisen bei Kindern und Jugendlichen kann es in Zukunft auch gelingen bereits präventiv tätig zu werden, damit sich das Vollbild der Krise gar nicht erst ausbildet.

1.7 Fragestellungen und Hypothesen

Grundlage der Erhebung war eine orientierende Zählung aus dem Jahr 2014, die von Januar 1995 bis Dezember 2013 für jeden Monat die Anzahl der Kriseninterventionen an der KJPPP Tübingen erfasste. Anhand dieser Zählung ergab sich die Hypothese, dass es innerhalb einer Zeitspanne von etwa zwanzig Jahren zu einer Vervielfachung der stationären Aufnahmen bei psychischen Krisen kam. Waren es 1995 noch knapp unter fünfzig Fälle pro Jahr, so hatte sich die Anzahl Ende 2013 auf knapp unter 200 Fälle pro Jahr gesteigert. Da bei der ersten Zählung die genaueren Umstände der stationären Aufnahmen nicht untersucht wurden, soll nun die vorliegende Studie dazu dienen, diese Daten stichprobenartig zu überprüfen. Die hierbei ausgewählten Parameter sollen in die folgenden Einheiten aufgeteilt werden:

- 1) Sozialer und ökonomischer Status
 - a. Arbeitslosigkeit der Eltern
 - b. Beruflicher Status der Eltern
 - c. Schulische Bildung bzw. Ausbildung der Proband*innen
- 2) Familiäre Strukturen
 - a. Der Beziehungsstatus der Eltern
 - b. Tod eines Elternteils
 - c. Beziehung und Rangfolge der Geschwister

- 3) Interne Einflussfaktoren
 - a. Prädisposition für psychische Erkrankungen
 - b. Intelligenz
- 4) Externe Einflussfaktoren
 - a. Involvierung des Jugendamtes
 - b. Wohnverhältnisse

Ausgehend von den oben beschriebenen Forschungsergebnissen aus der Literatur, lassen sich in Bezug auf die vorliegende Studie folgende Fragestellungen und Hypothesen ableiten, die genauer betrachtet werden sollen:

- 1) *Der sozioökonomische Status der Eltern (gemessen am ISEI) beeinflusst die Zukunftschancen, die körperliche und die psychische Gesundheit der Kinder. Ein niedriger sozioökonomischer Zustand ist daher ein Risiko für eine psychische Krisenintervention (u.a. Hölling, & Schlack, 2008; Tello et al., 2005a; Miech et al., 1999; McLaughlin et al., 2011). Es soll daher untersucht werden, ob auch in dieser Stichprobe Kinder und Jugendliche, die eine psychische Krisenintervention benötigten, häufiger aus Familien mit einem niedrigen SES stammten als die Allgemeinbevölkerung.*

In diesem Zusammenhang lässt sich die Hypothese aufstellen, dass im Intervall von 1996 bis 2014 in diesem Stichprobenkollektiv der Anteil an Kindern mit einem niedrigen sozioökonomischen Hintergrund zugenommen hat.

- 2) *Psychische Störungen der Eltern sind ein Risikofaktor für psychische Erkrankungen bei ihren Kindern (u.a. Nomura et al., 2002; Mattejat & Remschmidt, 2008). Basierend auf der Voraussetzung, dass psychische Erkrankungen eine Hauptursache für Kriseninterventionen in der KJPP sind, ist anzunehmen, dass der Anteil an Patient*innen, deren Eltern an einer psychischen Erkrankung leiden im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht ist.*

Da die Prävalenz an diagnostizierten psychischen Erkrankungen bei Erwachsenen in den letzten Jahren zugenommen hat (Deutsches Ärzteblatt, 27.01.2017) und diese im Schnitt die gleiche Geburtenrate wie „Gesunde“ aufweisen, wird die Hypothese aufgestellt, dass auch in unserer Stichprobe der Anteil an Kindern psychisch kranker Eltern von 1996 bis 2014 zugenommen hat.

- 3) *Kinder aus sozial benachteiligten Familien haben unter anderem laut der Bundeszentrale für politische Bildung (2018) einen schlechteren Zugang zu Bildung. Das Bildungsniveau beeinflusst in unserer heutigen Gesellschaft in hohem Maße den sozioökonomischen Status und die (u.a. mentale) Gesundheit (u.a. Ditton & Maaz, 2011; Hradil, 2013; Schnittker, 2004; Amin et al., 2019). Misserfolg in Bildung und Beruf – und die damit verbundenen Folgen auf den sozioökonomischen Status - können somit einen Auslöser für psychische Krisen darstellen. Im vorliegenden Patient*innenkollektiv lässt sich daher die Hypothese aufstellen, dass der Anteil an Patient*innen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen unter jenen Patient*innen, die eine psychische Krisenintervention benötigen, erhöht ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung und von 1996 bis 2014 zugenommen hat.*
- 4) *Gemäß Daten des Statistischen Bundesamtes (2020a), hat die Anzahl an Ehescheidungen seit den 1960er Jahren rapide zugenommen und lag 2003 auf einem historischen Höchstwert von rund 56% pro Jahr. Mehrere Studien (u.a. Amato, 1993; Weaver und Schofield, 2015) belegen die negativen Auswirkungen einer elterlichen Scheidung, die unter anderem zu einem Auslöser psychischer Störungen und akuter Krisen bei den Kindern führen kann. Aufgrund dessen lässt sich die Hypothese aufstellen, dass der Anteil an Kindern aus Scheidungsfamilien unter den Kriseninterventionen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht ist und von 1996 bis 2014 zugenommen hat.*
- 5) *Der Tod eines Elternteiles kann Einfluss auf die psychische Entwicklung der Kinder nehmen. Hinterbliebene Kinder tragen ein erhöhtes Risiko psychische Störungen, wie Depressionen und Angststörungen, zu entwickeln (u.a. Kaplow et al., 2010; Cerel & Goodney, 2011), die auch zu einer akuten Krise führen können. Es lässt sich daher die Hypothese aufstellen, dass in dieser Studienpopulation, verglichen zur Allgemeinbevölkerung, Kinder, die den Tod mindestens eines Elternteiles durchlebt hatten, häufiger eine Krisenintervention benötigten und ihr Anteil in den Jahren von 1996 bis 2014 zugenommen hat.*

2 Methodik und Stichprobenkollektiv

2.1 Aufbau der Studie

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine retrospektive Studie, welche die stationären Aufnahmen zur Intervention bei psychischen Krisen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie untersucht. Ort der Datenerhebung war die Abteilung für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kinder- und Jugendalter der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen, unter der Leitung von Professor Dr. Tobias J. Renner. Als Stichproben dienten die Jahrgänge 1996, 2002, 2008 und 2014. In diesen Jahren wurden alle Patient*innen ermittelt, die zur Krisenintervention in der KJPPP Tübingen aufgenommen wurden. Anschließend wurden die zutreffenden Fälle analysiert und mit Hilfe eines zuvor erstellten Erhebungskatalogs ausgewertet, welcher allgemeine Daten der Patient*innen (z.B. das Alter oder den Wohnort), soziale Daten (beispielsweise die Struktur der Familie und des Freundeskreises), oder Daten bezüglich der Bildung enthielt (s. Anhang). Im Vorfeld der Erhebung wurde die Studie von der Ethik-Kommission der medizinischen Fakultät der Universität Tübingen geprüft und freigegeben.

2.2 Patientenkollektiv und Untersuchungsintervall

Als Stichproben dienten vier Jahrgänge im Abstand von jeweils sechs Jahren: 1996, 2002, 2008 und 2014. Pro Jahr wurden alle 12 Monate in die Erhebung miteinbezogen. Insgesamt wurde eine Fallzahl von $N = 403$ bei einem Patientenkollektiv von $N = 352$ untersucht. Es ergab sich eine höhere Fall- als Patientenzahl, da manche Patient*innen innerhalb eines Jahres mehrfach aufgenommen wurden. Um bezüglich der soziodemografischen Daten keine Verfälschung durch Mehrfachaufnahmen der gleichen Patienten*innen zu erhalten, wurden die Patientendaten auch im Fall einer erneuten Aufnahme nur einmal in die Auswertung miteinbezogen.

Es wurden erhoben:

- 1996: $N = 40$ Fälle bei $N = 37$ Patient*innen
- 2002: $N = 51$ Fälle bei $N = 49$ Patient*innen
- 2008: $N = 110$ Fälle bei $N = 98$ Patient*innen
- 2014: $N = 202$ Fälle bei $N = 168$ Patient*innen

Das jüngste Kind, dessen Fall erhoben wurde, war zum Zeitpunkt der Aufnahme 7,1 Jahre alt, der älteste 18,2 Jahre. Das Durchschnittsalter aller Jahrgänge zusammen belief sich auf 15,1 Jahre. Insgesamt betrug die Anzahl der weiblichen Probandinnen $N = 204$, was bezogen auf die gesamte Studienpopulation 58% entspricht, die der männlichen Probanden $N = 148$ (42%).

2.3 Auswahl der Patient*innen

Die Patientendaten der Jahrgänge 2008 und 2014 lagen bereits in elektronischer Form in der Datenbank der Universitätsklinik Tübingen (ISH-SAP-System) vor. Für die Jahre 1996 und 2002 lagen nur die handschriftlichen Originalakten aus dem Archiv in Bodelshausen vor. Um die zutreffenden Fälle im Jahr 1996 zu finden, musste das damalige Aufnahmebuch der Psychiatrie und Psychotherapie des UKT genutzt werden, um darin die entsprechenden Aufnahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie dieses Jahres ausfindig zu machen. Nachdem die zutreffenden Fälle bestimmt wurden, konnten die Akten der jeweiligen Patient*innen über das Patientenaktenverwaltungssystem der Universität Tübingen (PEGASOS) aus dem Archiv in Bodelshausen angefordert werden.

Im Jahr 2002 waren die reinen Fälle bereits im ISH-SAP-System der Uniklinik hinterlegt, sodass die zutreffenden Patient*innen elektronisch ermittelt werden konnten. Die zu den Aufenthalten gehörenden Dokumente lagen jedoch nicht elektronisch vor und mussten ebenfalls in schriftlicher Form aus Bodelshausen angefordert werden.

Bei der Katalysierung der für uns relevanten Fälle, wurde 2002, 2008 und 2014 jeder Monat einzeln in der Datenbank untersucht. Zunächst wurden alle Aufnahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie des jeweiligen Monats ermittelt. Um nun die Patient*innen, die auch tatsächlich für eine Krisenintervention aufgenommen wurden, zu bestimmen, wurden jene Fälle herausgefiltert, die unter die folgenden Rubriken fielen:

- Selbsteinweisung
- Einweisung
- Aufnahme aus externem Krankenhaus
- Notfall

Nach dieser ersten Vorauswahl wurden die Daten entweder durch die Auswertung der schriftlichen Akten (2002) oder der elektronischen Akten (2008, 2014) von uns näher untersucht, um die genauen Umstände der Aufnahme zu ergründen.

In die Studie wurden nur jene Patient*innen aufgenommen, auf welche die folgenden zwei Kriterien zutrafen: zum einen durfte es sich nicht um eine *ambulante* Vorstellung handeln und zum anderen musste aus dem Patientenbrief ausdrücklich hervorgehen, dass die Indikation zur Aufnahme die *Intervention bei einer psychischen Krise* war. Dadurch fielen Patient*innen weg, deren stationäre Aufnahme bereits im Vorfeld geplant wurde und bei denen es sich somit nicht um Notfälle handelte.

In den Jahren, die aus handschriftlichen Akten ausgewertet wurden, 1996 und 2002, lagen in ein paar Fällen keine Dokumentationen zu den zu untersuchenden Kriseninterventionen vor oder aber die gesamte Akte der Patient*innen konnte nicht aufgefunden werden.

Dies betraf:

- 1996: $N = 6$
- 2002: $N = 6$

Zu diesen Fällen wurde versucht, wenn möglich wenigstens allgemeine Daten (z.B. aus anderen Aufenthalten) zu ermitteln. Ansonsten mussten die Daten als unbekannt klassifiziert werden.

Der Vorgang der Ermittlung der zutreffenden Patient*innen ist in Abb. 6 genauer dargestellt.

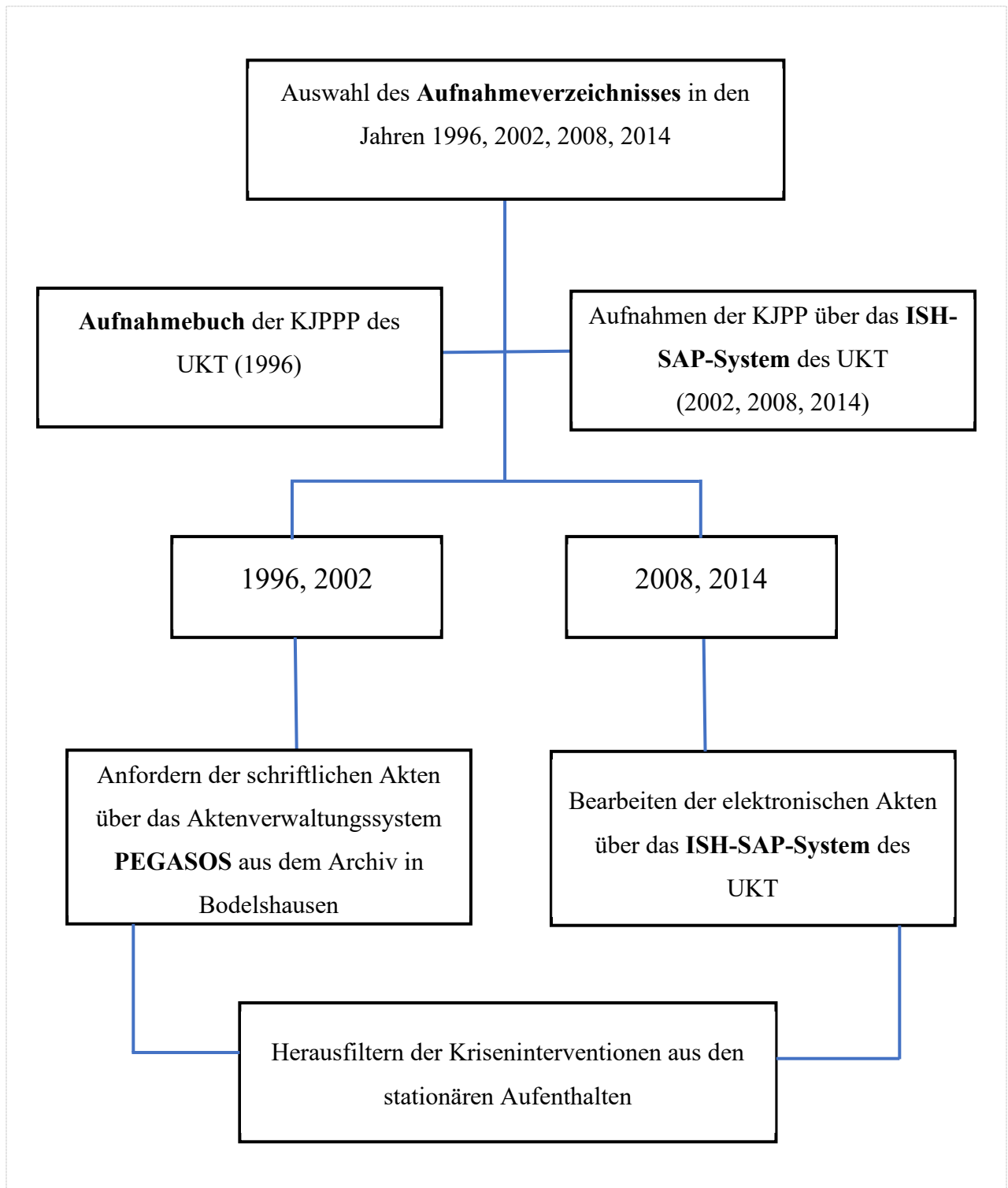


Abb. 6: Algorithmus zur Auswahl der zutreffenden Patientenakten

2.4 Bearbeitung der Patientendaten

Zunächst wurde ein Erhebungskatalog (im Anhang aufgeführt) in Form einer Excel-Tabelle erstellt, mit welchem die Informationen der passenden Patient*innen gesammelt werden sollten. Als Grundlage hierfür dienten unter anderem die bereits in den vergangenen Jahren in der KJPPP Tübingen angewandten Aufnahmebögen. Grob ließen sich diese Informationen in übergeordnete Kategorien einteilen:

- Patientendaten:
 - Name, bzw. Patient*innen-ID und Fall-ID
 - Geschlecht
 - Geburtstag und Alter zum Aufnahmezeitpunkt
 - Herkunftsort
- Daten bezüglich der Krisenintervention:
 - Aufnahme datum, -zeit, -dauer und -indikation
 - Mehrfachaufnahmen vor oder nach der Krisenintervention
- Diagnosen und Nebendiagnosen (gemäß ICD 10)
- Aufnahmegrund
- Eigenanamnese der Patient*innen:
 - Vegetative Anamnese (u.a. Essverhalten, Schlafverhalten)
 - Suizidalität: Suizidgedanken, -pläne, -versuche
 - Eigen- oder Fremdgefährdung
 - Kriminalität
 - Krisenauslöser und Belastungsfaktoren im familiären, schulischen und sozialen Umfeld
 - Psychotherapeutische Vorgeschichte und Empfehlungen für die Weiterbehandlung
 - Medikation vor, während und nach der Behandlung
 - Suchtmittel wie Alkohol, Drogen, Zigaretten, Computerspiele

- Familienanamnese:
 - Eltern:
 - Trennung, bzw. Scheidung der Eltern im Vorfeld und Alter der Patient*innen zu diesem Zeitpunkt
 - Tod eines oder beider Elternteile
 - Alleinerziehender Elternteil
 - Arbeitslosigkeit bzw. Beruf der Eltern
 - Anzahl der Geschwister, sowie Stellung in der Geschwisterreihe
 - psychische Erkrankungen bei Familienmitgliedern (Eltern, Geschwister)
 - Involvierung des Jugendamtes/der Jugendhilfe
- Schulischer/beruflicher Werdegang
 - Besuchte Schulform, bzw. Abschluss
 - Klasse
 - Intelligenzquotient
 - Schulwechsel, -verweis, -schwänzen
- Wohnsituation
- Migrationshintergrund in der Eigen- oder Familienanamnese

Um die Pseudonymisierung der Patientendaten zu gewährleisten, wurde nach Erhebung der Daten den Patient*innen eine eigene ID und jedem Fall eine Fall-ID zugeordnet.

Die zu erhebenden Daten erhielten wir durch die Analyse der Patientenakten, die unter anderem die entsprechenden Arztbriefe, Aufnahmebögen, Gerichtsprotokolle, Berichte über Elterngespräche, Testergebnisse, Konsiliarberichte, Pflegedokumentationen oder Gutachten enthielten. Falls zu den Patient*innen außer dem entsprechenden Fall noch weitere Aufenthalte – auch in Vor- oder Folgejahren – dokumentiert waren, wurden diese bezüglich allgemeiner Informationen (z.B. zu Familienverhältnissen, der schulischen Laufbahn oder der Wohnsituation) untersucht und die gefundenen Informationen ergänzend aufgenommen.

2.4.1 Kodierung der Daten

Die meisten Daten wurden in drei Kategorien erhoben: „ja“, „nein“ und „unbekannt“. Bei einer zutreffenden Information wurde diese als „ja“ klassifiziert (z.B. Vorhandensein von

Geschwistern). War keine Angabe zu dem jeweiligen Thema herauszufinden, musste die Information als „unbekannt“ angegeben werden. Falls Informationen ausdrücklich nicht zutrafen, wurden sie als „nein“ klassifiziert. In einzelnen Fällen musste zwischen „nein“ und „unbekannt“ abgewogen werden. Wenn beispielsweise eine Information in der Anamnese eindeutig abgefragt, aber nur teilweise durch die Patient*innen und ihre Angehörigen beantwortet wurde, entschied man im Einzelfall, ob die Information eher nichtzutreffend („nein“) oder „unbekannt“ war. „Nein“ wurde eher gewählt, wenn aus dem Kontext noch eine Information gezogen werden konnte. Im Falle, dass die angegebenen Daten gar keinen Aufschluss über die gestellte Frage zuließen, wurde diese mit „unbekannt“ beantwortet. Manche Informationen ließen sich auch erst durch Bearbeitung anderer Aufenthalte des jeweiligen Patient*innen ermitteln.

In manchen Fällen wurde zu den einfachen Informationen, die mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden konnten, ein Freitext angegeben, um zusätzliche Informationen zu dem Thema zu dokumentieren. Dadurch war bei der Datenauswertung ein besseres Verständnis der Antworten und in Einzelfällen eine weitere Kategorisierung möglich.

2.4.2 Weiterverarbeitung des Parameters „Intelligenzquotient“

Nach der Erhebung der Daten wurden bestimmte Parameter weiterbearbeitet, um sie besser statistisch auswerten zu können. Dazu gehörte beispielsweise der Intelligenzquotient, der in einigen Fällen durch eine genaue Punktzahl angegeben und in anderen Fällen nur schätzungsweise einer Kategorie zugeordnet wurde. Die Weiterverarbeitung erfolgte dann durch die Einführung einer neuen Kodierung, die eine bessere Kategorisierung in Untergruppen und dadurch eine Vereinheitlichung der Daten erlaubte (im Falle des Intelligenzquotienten zum Beispiel durch Unterteilung in drei Bereiche, die jeweils eine gewisse Punktespanne umfasste).

Wurde der IQ-Wert genau bestimmt, erfolgte dies mittels eines standardisierten Intelligenztests. Als Test wurde der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder (HAWIK) III angewandt. In früheren Jahrgängen (1996, 2002 und teilweise 2008) wurde die Intelligenz der Patient*innen vorwiegend schätzungsweise in die von Stern definierten Bereiche unterteilt. Zur Auswertung des Intelligenzquotienten behelfen wir uns daher in dieser Studie der folgenden Einteilung in Intelligenzbereiche:

- < 85: Unterdurchschnittliche Intelligenz
- 85 – 115: Durchschnittliche Intelligenz
- >115: Überdurchschnittliche Intelligenz

Ein weiterer Parameter, der genauer definiert werden musste, stellte der Beruf der Eltern dar. Ziel war es, eine Klassifikation zu finden, mit deren Hilfe eine Einteilung in soziale Gruppen vorgenommen werden konnte. Als Instrument wählte man schließlich den ISEI, da sich hierdurch am ehesten Rückschlüsse auf die Stellung in der Gemeinschaft anhand des Berufsstatus vornehmen ließen.

2.5 Statistische Auswertung

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit Hilfe des Programms IBM SPSS Statistics Version 24. Der Datensatz wurde hierfür aus der Excel-Tabelle in das Programm übertragen. In den meisten Fällen handelte es sich um dichotome Variablen mit der Unterscheidung in „ja“ oder „nein“. Falls Daten nicht erhoben werden konnten, wurden sie als fehlende Werte codiert und aus der Berechnung ausgeschlossen. Es wurden außerdem manche Variablen neu codiert, um bestimmte Werte zusammenzufassen. So wurden beispielsweise bezüglich der Geschwister der Proband*innen alle Werte > 3 als die Variable „mehr als 3 Geschwister“ zusammengefasst. Die Stellung in der Geschwisterfolge wurde als „ältestes Kind“, „jüngstes Kind“ und „mittleres Kind“ definiert. Der Wert „mittleres Kind“ wurde jedoch nicht weiter unterteilt.

Zu Beginn der Analyse wurden für alle Daten deskriptive Häufigkeitsverteilungen mit Hilfe von Kontingenz-Tabellen erstellt. Dabei wurden die vier Jahrgänge (1996, 2002, 2008, 2014) als unabhängige Variablen in den Spalten und die dazu bestimmten Daten als abhängige Variablen in den Zeilen festgelegt. Die Ergebnisse wurden jeweils als Zellenhäufigkeit mit den jeweiligen Prozentangaben und in der letzten Spalte als Gesamthäufigkeit angegeben. Bei bestimmten Daten wurden außerdem die Mittel- und/oder Medianwerte sowie Minima und Maxima bestimmt (s. „Alter zum Zeitpunkt der Trennung/Scheidung“, „Geschwisteranzahl“).

Die Prüfung auf statistische Relevanz unserer Stichproben erfolgte bei nominalskalierten Daten über den „Chi²-Test nach Pearson“. Das Signifikanzniveau wurde dabei auf $p < 0.05$ gelegt. Bei der Variablen „Alter zum Zeitpunkt der Trennung/Scheidung“ fand

zudem ein Vergleich zwischen den Mittelwerten statt. Dies erfolgte durch eine einfaktorische Varianzanalyse (ANOVA).

3 Ergebnisse

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Datenauswertung vorgestellt werden. Zunächst sollen in einem kurzen Abschnitt deskriptiv die Ergebnisse beschrieben werden. Dabei soll ebenfalls erwähnt werden, wie viele Patient*innen (N) jeweils in die Erhebung eingeschlossen werden konnten („gültig“) und wie viele aufgrund fehlender Daten ausgeschlossen wurden („fehlend“). Darauf aufbauend folgt jeweils eine tabellarische Darstellung der Ergebnisse. Thematisch werden zunächst die familiären Verhältnisse, die vor allem die Eltern, bzw. Geschwister der Patient*innen betreffen, und später jene Parameter mit einem direkten Bezug zu den Patient*innen (z.B. Intelligenz, Bildung und Wohnverhältnisse) behandelt werden.

3.1 Trennungs- bzw. Scheidungsrate der Eltern der Proband*innen

In Tabelle 1 ist die Rate der Trennungen, bzw. Scheidungen unter den Eltern der Proband*innen in den vier Stichprobejahren angegeben. In die Berechnung einbezogen wurden dabei die Daten von $N = 319$ (90,6%) Proband*innen, während zu $N = 33$ (9,4%) Proband*innen keine Angaben vorlagen.

Während 1996 noch bei lediglich 37,1% ($N = 13$) der Kinder die Eltern getrennt waren, stieg die Anzahl im Jahr 2002 auf 57,4% ($N = 27$). 2008 konnte ein Abfall auf 44,0% ($N = 40$) beobachtet werden. Von 2008 bis 2014 stieg der Anteil der getrennten Eltern auf ein Maximum von 58,2% ($N = 85$). Damit waren 2014 mehr als die Hälfte der Elternpaare nicht mehr zusammen.

Die Unterschiede zwischen den Kohorten zeigten sich als signifikant ($X^2 [3, N = 319] = 8,626, p = .041$).

Tabelle 1

Trennung/Scheidung der Eltern im Vorfeld der Aufnahme

		Aufnahmejahr				Gesamt	
		1996	2002	2008	2014		
Trennung/ Scheidung	nein	Anzahl	22	20	51	61	154
		% innerhalb von Aufnahmejahr	62,9%	42,6%	56,0%	41,8%	48,3%
ja	Anzahl	13	27	40	85	165	
	% innerhalb von Aufnahmejahr	37,1%	57,4%	44,0%	58,2%	51,7%	
Gesamt	Anzahl	35	47	91	146	319	
	% innerhalb von Aufnahmejahr	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Anmerkung: Hierbei werden Trennung und Scheidung zusammengefasst, da es nicht immer klar definiert war, ob im Falle einer Trennung der Eltern eine Scheidung ebenfalls vollzogen wurde.

3.1.1 Alter der Proband*innen zum Zeitpunkt der Trennung bzw. Scheidung ihrer Eltern

Ergänzend zu Tabelle 1 wird in Tabelle 2 das Alter der Proband*innen zum Zeitpunkt der elterlichen Trennung, bzw. Scheidung angegeben. Von $N = 165$ Kindern und Jugendlichen, bei denen eine Trennung/Scheidung der Eltern bekannt war, konnten nur zu $N = 126$ auch das Alter zu deren Zeitpunkt ermittelt werden.

1996 kann bei $N = 8$ Proband*innen ein mittleres Alter von 6,5 Jahren bestimmt werden. 2002 lag das durchschnittliche Alter bei $N = 25$ mit 6,64 Jahren etwas höher. 2008 konnte ein Alter von 6,35 Jahre bei $N = 26$ Proband*innen ermittelt werden. Im Jahre 2014 lag das mittlere Alter der Proband*innen zum Zeitpunkt der Trennung bei 7,04 Jahren ($N = 67$). Bei der Gesamtzahl der Proband*innen ($N = 126$) lag das mittlere Alter bei Trennung/Scheidung der Eltern bei 6,79 Jahren, das jüngste Alter bei unter einem Jahr. 1996, 2002 und 2008 waren die ältesten Proband*innen bei der elterlichen Trennung 14 Jahre alt. 2014 lag die Obergrenze hingegen bei 17 Jahren. Das häufigste Alter bei Trennung/Scheidung der Eltern lag in allen Jahren bei unter einem Jahr („0“).

Der Vergleich der Mittelwerte der vier Kohorten anhand einer einfaktoriellen ANOVA zeigt keine signifikanten Unterschiede ($F [3, 122] = 0,133, p = 0,940$).

Tabelle 2

Alter zum Zeitpunkt der Trennung/Scheidung der Eltern

	N	Mittelwert	Standard- Abweichung	Standard- Fehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert			
					Untergrenze	Obergrenze	Min	Max
1996	8	6,50	5,503	1,946	1,90	11,10	0	14
2002	25	6,64	5,139	1,028	4,52	8,76	0	14
2008	26	6,35	5,153	1,011	4,26	8,43	0	14
2014	67	7,04	5,153	0,630	5,79	8,30	0	17
Gesamt	126	6,79	5,117	0,456	5,88	7,69	0	17

Anmerkung: „0“ entspricht unter dem ersten Lebensjahr.

3.2 Anteil der alleinerziehenden Eltern

Bezüglich der Familienstruktur wurde ebenfalls ermittelt, welcher Anteil unter den Eltern der Proband*innen zum Zeitpunkt der Krisenintervention ihrer Kinder alleinerziehend war. In die Berechnung einbezogen wurden dabei die Daten von $N = 315$ (89,5%) Proband*innen, während zu $N = 37$ (10,5%) Proband*innen keine Angaben vorlagen.

Alleinerziehend waren 1996 12,9% ($N = 4$) der Eltern. 2002, waren es 31,3% ($N = 15$) und 2008 24,5% ($N = 23$) der Eltern. Nach 2002 lag der zweithöchste Anteil an Alleinerziehenden im Jahr 2014 bei 30,3% ($N = 43$). Insgesamt betrachtet, lag die Quote der alleinerziehenden Eltern über alle Jahre bei 27,0% ($N = 85$).

Eine statistische Signifikanz konnte unter den Kohorten ($X^2 [3, N = 315] = 4,649$, $p = .199$) ausgeschlossen werden.

Tabelle 3

Anteil der alleinerziehenden Eltern pro Jahrgang

			Aufnahmejahr				
			1996	2002	2008	2014	Gesamt
Alleinerz. Elternteil	nein	Anzahl	27	33	71	99	230
		% innerhalb von Aufnahmejahr	87,1%	68,8%	75,5%	69,7%	73,0%
	ja	Anzahl	4	15	23	43	85
		% innerhalb von Aufnahmejahr	12,9%	31,3%	24,5%	30,3%	27,0%
Gesamt		Anzahl	31	48	94	142	315
		% innerhalb von Aufnahmejahr	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Anmerkung: Alleinerz. = Alleinerziehend.

3.3 Die Verteilung des Sorgerechts zum Zeitpunkt der Krisenintervention

Um die Betreuungssituation der Proband*innen zu untersuchen, war es wichtig zu erheben, wie die Verteilung des Sorgerechts zum damaligen Zeitpunkt war. Bei getrennten Eltern konnte dabei unterteilt werden, ob das Sorgerecht bei beiden Eltern, nur der Mutter oder nur dem Vater lag. In manchen Fällen lag das Sorgerecht gar nicht bei den Eltern, sondern beispielsweise beim Jugendamt oder Adoptiveltern.

In die Berechnung einbezogen wurden dabei die Daten von $N = 233$ (66,2%) Proband*innen, während zu $N = 119$ (33,8%) Proband*innen keine Angaben vorlagen.

In den meisten Fällen lag das Sorgerecht für die Proband*innen bei beiden Elternteilen – egal ob diese noch in einer Beziehung oder getrennt waren. 1996 machte dies 69,9% ($N = 16$), 2002 59,6% ($N = 28$), 2008 68,8% ($N = 64$) und 2014 71,4% ($N = 50$) der Fälle aus. Insgesamt betrachtet hatten beide Elternteile zu 67,8% ($N = 158$) das Sorgerecht. Für den Fall, dass nur ein Elternteil das Sorgerecht besaß, lag dieses in den meisten Fällen bei der Mutter. Nach dem geteilten Sorgerecht war dies die zweithäufigste Konstellation in allen Jahren. Es ergaben sich Prozentwerte zwischen 22,6% (2008 bei $N = 21$) und 27,7% (2002 bei $N = 13$). Gesamt gerechnet ergab sich daraus ein Wert von 24,0% ($N = 56$) für die Fälle, in der die Mutter das alleinige Sorgerecht hatte. Im Gegensatz dazu lag das alleinige Sorgerecht in 0,9% ($N = 2$) der Fälle nur beim Vater. 1996 und 2008 war diese Konstellation gar nicht vertreten.

In 1,3% der Fälle ($N = 3$) lag das Sorgerecht bei Adoptiveltern.

Bei 6,0% ($N = 14$) der Proband*innen waren die leiblichen Eltern gar nicht im Sorgerecht involviert, sondern ging zum Beispiel an eine Institution wie das Jugendamt. Während 1996 dieser Fall noch nicht zutraf, waren es 2002 6,4% ($N = 3$) und 2008 ein Maximum von 8,6% ($N = 8$). 2014 sank die Rate wieder auf 4,3% ($N = 3$).

Ein signifikanter Unterschied konnte jedoch nicht nachgewiesen werden ($X^2 [3, N = 233] = 12,959, p = .372$).

Tabelle 4

Sorgerecht zum Zeitpunkt der Aufnahme

Sorge- recht			Aufnahmejahr				Gesamt
			1996	2002	2008	2014	
Nicht bei den Eltern	Anzahl		0	3	8	3	14
	% innerhalb von Aufnahmejahr		0,0%	6,4%	8,6%	4,3%	6,0%
	Bei beiden Elternteilen	Anzahl	16	28	64	50	158
	% innerhalb von Aufnahmejahr		69,6%	59,6%	68,8%	71,4%	67,8%
	Nur bei der Mutter	Anzahl	6	13	21	16	56
	% innerhalb von Aufnahmejahr		26,1%	27,7%	22,6%	22,9%	24,0%
Nur beim Vater	Anzahl		0	1	0	1	2
	% innerhalb von Aufnahmejahr		0,0%	2,1%	0,0%	1,4%	0,9%
Bei Adoptiv- eltern	Anzahl		1	2	0	0	3
	% innerhalb von Aufnahmejahr		4,3%	4,3%	0,0%	0,0%	1,3%
Gesamt	Anzahl		23	47	93	70	233
	% innerhalb von Aufnahmejahr		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Anmerkung: „Bei beiden Elternteilen“ fasst jene Eltern zusammen, die zu diesem Zeitpunkt noch zusammen waren sowie auch geschiedene Elternteile, bei denen das Sorgerecht jedoch aufgeteilt wurde.

3.4 Tod mindestens eines Elternteils der Proband*innen im Vorfeld der Krisenintervention

Bei einem Teil der Proband*innen war in der Vorgeschichte der Tod mindestens eines Elternteils beschrieben. Hierzu konnten bei $N = 322$ (91,5%) der Proband*innen Daten ermittelt werden.

1996 traf dies bei 8,8% ($N = 3$) zu. 2002 waren es mit 4,3% ($N = 2$) etwas weniger. Während 2008 3,4% ($N = 3$) den Tod mindestens eines Elternteils erlebten, stieg der Anteil im Jahre 2014 wieder auf 7,9% ($N = 12$). Alle Jahre vereint, traf ein Todesfall unter den Eltern bei 6,2% ($N = 20$) der Proband*innen zu. Zwischen den Kohorten ergab sich dabei kein signifikanter Unterschied ($X^2 [3, N = 322] = 2,679, p = .444$).

Tabelle 5

Tod eines Elternteils im Vorfeld der Krisenintervention

			Aufnahmejahr				
			1996	2002	2008	2014	Gesamt
Tod eines Elternteils	nein	Anzahl	31	45	86	140	302
		% innerhalb von Aufnahmejahr	91,2%	95,7%	96,6%	92,1%	93,8%
	ja	Anzahl	3	2	3	12	20
		% innerhalb von Aufnahmejahr	8,8%	4,3%	3,4%	7,9%	6,2%
Gesamt	Anzahl		34	47	89	152	322
	% innerhalb von Aufnahmejahr		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Anmerkung: Es wird hierbei nicht unterschieden, ob der Tod des Elternteils/der Eltern unmittelbar im Vorfeld der Krisenintervention oder bereits in der weiteren Vergangenheit geschah.

3.5 Anteil der Eltern mit psychischen Erkrankungen

Ein weiterer Parameter bestand in der Erhebung psychischer Vorerkrankungen der Eltern. In die Berechnung einbezogen wurden dabei die Daten von $N = 199$ (56,5%).

Dabei zeigte sich, dass 1996 in 55,6% der Fälle ($N = 10$) bei mindestens einem Elternteil ebenfalls eine psychische Erkrankung vorbekannt war. 2002 nahm dieser Anteil auf

44,8% ($N = 13$) und 2008 nochmals auf 34,8% ($N = 24$) ab. 2014 konnte eine Zunahme der psychisch vorbelasteten Eltern auf 66,3% ($N = 55$) festgestellt werden. In der Gesamtheit ergab sich bei 51,3% der Eltern der Proband*innen ($N = 102$) eine psychische Erkrankung im Vorfeld.

Mit $X^2(3, N = 199) = 15,591$ $p = .001$ konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Kohorten festgestellt werden.

Tabelle 6

Psychische Erkrankungen auf Seiten der Eltern (mindestens ein Elternteil betroffen)

			Aufnahmejahr				
			1996	2002	2008	2014	Gesamt
Psychische Erkrankung bei mind. einem Elternteil	nein	Anzahl	8	16	45	28	97
		% innerhalb von Aufnahmejahr	44,4%	55,2%	65,2%	33,7%	48,7%
	ja	Anzahl	10	13	24	55	102
		% innerhalb von Aufnahmejahr	55,6%	44,8%	34,8%	66,3%	51,3%
Gesamt		Anzahl	16	18	29	69	83
		% innerhalb von Aufnahmejahr	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Anmerkung: mind. = Mindestens

3.5.1 Psychische Erkrankungen der Mütter

Bei Betrachtung ausschließlich der mütterlichen Seite ergaben sich bei $N = 197$ (56%) ausgewerteten Fällen 1996 40% ($N = 6$), 2002 23,3% ($N = 7$) und 2008 23,7% ($N = 18$) psychische Vorerkrankungen. Der größte Anteil lag im Jahr 2014. Hier war bei 48,7% ($N = 37$) der Mütter eine psychische Erkrankung vorbekannt. Alle Jahre zusammengefasst lag der Anteil bei 34,5% ($N = 68$).

Es zeigte sich mit $X^2(3, N = 190) = 12,554$, $p = .006$ ein signifikanter Unterschied zwischen den Kohorten.

Tabelle 7

Psychische Erkrankungen der Mütter

			Aufnahmejahr				
			1996	2002	2008	2014	Gesamt
Psychische Erkrankungen	nein	Anzahl	9	23	58	39	129
		% innerhalb von Aufnahmejahr	60,0%	76,7%	76,3%	51,3%	65,5%
	ja	Anzahl	6	7	18	37	68
		% innerhalb von Aufnahmejahr	40,0%	23,3%	23,7%	48,7%	34,5%
Gesamt		Anzahl	15	30	76	76	197
		% innerhalb von Aufnahmejahr	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.5.2 Psychische Erkrankungen der Väter

Auf Seiten der Väter lagen bei $N = 172$ (48,9%) gültigen Fällen das Vorkommen bekannter psychischer Vorerkrankungen im Jahre 1996 bei 25,0% ($N = 4$), 2002 bei 33,3% ($N = 9$) und 2008 bei 17,2% ($N = 11$). Der Höchstwert lag 2014 mit 41,5% ($N = 27$). Insgesamt war bei 29,7% ($N = 51$) der Väter eine psychische Erkrankung beschrieben.

Auch bei den Vätern zeigte sich mit $X^2(3, N = 172) = 9,511, p = .023$ ein signifikanter Unterschied.

Tabelle 8
Psychische Erkrankungen der Väter

			Aufnahmejahr				
			1996	2002	2008	2014	Gesamt
Psychische Erkrankungen	nein	Anzahl	12	18	53	38	121
		% innerhalb von Aufnahmejahr	75,0%	66,7%	82,8%	58,5%	70,3%
	ja	Anzahl	4	9	11	27	51
		% innerhalb von Aufnahmejahr	25,0%	33,3%	17,2%	41,5%	29,7%
Gesamt	Anzahl		16	27	64	65	172
	% innerhalb von Aufnahmejahr		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.6 Arbeitslosigkeit unter den Müttern der Proband*innen

In Tabelle 9 ist die Arbeitslosenquote unter den Müttern der Proband*innen abgebildet. In die Berechnung einbezogen wurden dabei die Daten von $N = 183$ (52%) Proband*innen, während zu $N = 169$ (48%) Proband*innen keine Angaben vorlagen. Im ersten Jahr der Erhebung (1996) lag diese bei 0%. 2002 waren dagegen 13,5% ($N = 5$) arbeitslos. Das Maximum wurde 2008 mit 17,5% ($N = 10$) erreicht. 2014 nahm der Anteil an arbeitslosen Müttern auf 8,2% ($N = 6$) ab. Die Gesamtquote der Arbeitslosigkeit unter den Müttern lag bei 11,5% ($N = 21$). Bei der Signifikanzprüfung zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Jahren ($X^2 [3, N = 183] = 5,054, p = .168$).

Tabelle 9

Arbeitslosigkeit der Mütter zum Zeitpunkt der Krisenintervention

		Aufnahmejahr					
		1996	2002	2008	2014	Gesamt	
Arbeits- losigkeit	nein	Anzahl	16	32	47	67	162
		% innerhalb von Aufnahmejahr	100,0%	86,5%	82,5%	91,8%	88,5%
	ja	Anzahl	0	5	10	6	21
		% innerhalb von Aufnahmejahr	0,0%	13,5%	17,5%	8,2%	11,5%
Gesamt		Anzahl	16	37	57	73	183
		% innerhalb von Aufnahmejahr	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.7 Arbeitslosigkeit unter den Vätern der Proband*innen

Zu der beruflichen Situation der Väter der Proband*innen wurden die gleichen Parameter bestimmt wie bei den Müttern. In die Berechnung einbezogen wurden dabei die Daten von $N = 166$ (47,2%) Proband*innen, während zu $N = 186$ (52,8%) Proband*innen keine Angaben vorlagen.

Tabelle 10 zeigt daher den Anteil derer Väter, die zum Zeitpunkt der Krisenintervention ihrer Kinder arbeitslos waren. 1996 war dies bei 16,7% ($N = 3$) der Fall. 2002 lag der Anteil bei 24,2% ($N = 8$). Im Jahr 2008 waren es hingegen nur noch 4,1% ($N = 2$). 2014 lag die Arbeitslosigkeit unter den Vätern wieder bei 16,7% ($N = 11$). Zusammen betrachtet lag unter den Vätern die Arbeitslosenquote bei 14,5% ($N = 24$).

Das Signifikanzniveau wurde im Vergleich der Jahre nicht erfüllt ($X^2 [3, N = 166] = 7,152, p = .067$).

Tabelle 10

Arbeitslosigkeit der Väter zum Zeitpunkt der Krisenintervention

		Aufnahmejahr					
		1996	2002	2008	2014	Gesamt	
Arbeits- losigkeit	nein	Anzahl	15	25	47	55	142
		% innerhalb von Aufnahmejahr	83,3%	75,8%	95,9%	83,3%	85,5%
	ja	Anzahl	3	8	2	11	24
		% innerhalb von Aufnahmejahr	16,7%	24,2%	4,1%	16,7%	14,5%
Gesamt		Anzahl	18	33	49	66	166
		% innerhalb von Aufnahmejahr	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.8 Einteilung des Berufs der Mütter nach ISEI

Tabelle 11 zeigt die Einteilung die Kategorisierung der Berufsgruppen der Mütter nach Punkten anhand des Internationalen sozioökonomischen Index (ISEI).

In die Berechnung einbezogen wurden dabei die Daten von $N = 167$ (47,4%) Proband*innen, während zu $N = 185$ (52,6%) Proband*innen keine Angaben vorlagen.

Im Jahr 1996 fielen die Hauptberufsgruppen der Mütter in eine Punkt-Kategorie zwischen 40-49 Punkten (38,5% mit $N = 5$). Auf dem zweiten Rang lagen mit 30,8% ($N = 4$) Berufe einer Kategorie von 60-69 Punkten, gefolgt von 15,4% Berufe mit ≥ 80 Punkten ($N = 2$).

2002 lag ein Viertel und damit der Großteil der Berufe in einem Bereich zwischen 40-49 Punkten ($N = 7$). 22,2% ($N = 6$) der Berufe konnten einem Punktniveau von 50-59 zugeordnet werden. Zwischen 60-69, bzw. 30-39 Punkten lagen schließlich jeweils 18,5% der Berufe ($N = 5$).

Im Gegensatz dazu gehörten im Jahr 2008 die meisten Mütter einer Berufsgruppe zwischen 20-29 sowie 40-49 Punkten an (25,6% mit $N = 11$). Mit 16,3% ($N = 7$) folgte die Kategorie 50-59 Punkte und mit 14,0% ($N = 6$) 60-69 Punkte. Weder 2002 noch 2008 konnten Berufe der Mütter einem ISEI-Index ≥ 80 zugeordnet werden.

2014 lag der häufigste ISEI-Index wieder etwas höher bei 40-49 Punkten (29,8% bei $N = 25$). An zweiter Stelle lagen Berufe der Gruppe 50-59 und 20-29 Punkte (17,9% bei $N = 15$) und mit 10,7% ($N = 9$) schließlich die Punktgruppe zwischen 60-69.

Ein signifikanter Unterschied zwischen den Jahrgängen kann nicht nachgewiesen werden ($X^2 [3, N = 167] = 23,775, p = .304$).

Der Modalwert (Tabelle 12) ergab in allen Jahren für die meisten Berufe 40-49 Index-Punkte. 2008 waren neben den Berufen zwischen 40-49 Punkten die Berufe der Kategorie 20-29 Punkte am häufigsten vertreten.

Tabelle 11

Einteilung der Berufe der Mütter nach ISEI

ISEI-Index nach Punkten			Aufnahmejahr				Gesamt
			1996	2002	2008	2014	
< 20	Anzahl		1	2	4	5	12
	% innerhalb von Aufnahmejahr		7,7%	7,4%	9,3%	6,0%	7,2%
20-29	Anzahl		1	2	11	15	29
	% innerhalb von Aufnahmejahr		7,7%	7,4%	25,6%	17,9%	17,4%
30-39	Anzahl		0	5	3	7	15
	% innerhalb von Aufnahmejahr		0,0%	18,5%	7,0%	8,3%	9,0%
40-49	Anzahl		5	7	11	25	48
	% innerhalb von Aufnahmejahr		38,5%	25,9%	25,6%	29,8%	28,7%
50-59	Anzahl		0	6	7	15	28
	% innerhalb von Aufnahmejahr		0,0%	22,2%	16,3%	17,9%	16,8%
60-69	Anzahl		4	5	6	9	24
	% innerhalb von Aufnahmejahr		30,8%	18,5%	14,0%	10,7%	14,4%
70-79	Anzahl		0	0	1	2	3
	% innerhalb von Aufnahmejahr		0,0%	0,0%	2,3%	2,4%	1,8%

Gesamt	≥ 80	Anzahl	2	0	0	6	8
		% innerhalb von Aufnahmejahr	15,4%	0,0%	0,0%	7,1%	4,8%
		Anzahl	13	27	43	84	167
		% innerhalb von Aufnahmejahr	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Anmerkung: ISEI = Internationale Skala des sozioökonomischen Status (engl.: International Socio-Economic Index of Occupational Status)

Tabelle 12

Modalwert: ISEI der Mütter

Aufnahmejahr	Modalwert	N
1996	40-49	13
2002	40-49	27
2008	20-29/40-49	43
2014	40-49	84
Insgesamt	40-49	167

3.9 Einteilung des Berufs der Väter nach ISEI

Tabelle 13 zeigt parallel die Einteilung der Berufe der Väter anhand des Internationalen sozioökonomischen Index (ISEI). In die Berechnung einbezogen wurden dabei die Daten von $N = 164$ (46,6%) Proband*innen, während zu $N = 188$ (53,4%) Proband*innen keine Angaben vorlagen.

In der Kategorie < 20 Punkte lag der Anteil in allen Jahren bei 0 bis maximal 1,3% (2014 mit $N = 1$) und war damit die am geringsten besetzte Kategorie insgesamt.

1996 lag der Großteil der Berufe mit jeweils 30,8% ($N = 4$) in den Kategorien von 30-39, bzw. 50-59 Indexpunkten. Darauf folgten die Kategorien mit 70-79 Punkten und ≥ 80 Punkten (15,4% mit $N = 2$) und an dritter Stelle 20-29 Punkte (7,7% mit $N = 1$).

Im Jahr 2002 waren mit 28,0% ($N = 7$) die meisten Berufe in der Punkt-Kategorie zwischen 30-39. An zweiter Stelle lagen Berufe zwischen 20-29 Punkten mit 24,0% ($N = 6$) und an dritter Stelle Berufe zwischen 50-59 Punkten mit 20,0% ($N = 5$). Während 12,0% ($N = 3$) noch in die Kategorie zwischen 70-79 Punkten fiel, gehörten zur Klasse > 80 Punkten lediglich 4,0% ($N = 1$).

Ähnlich verhielt es sich 2008: in diesem Jahr war die am häufigsten vertretene Index-Klasse erneut die Kategorien zwischen 30-39 Punkten (27,1% mit $N = 13$). Mit 20,8% folgte die Punkt-Klasse zwischen 50-59 (jeweils $N = 10$). 20-29 Punkte hatten schließlich 18,8% ($N = 9$) der Berufe.

Auch 2014 konnten die meisten Berufe (35,9% mit $N = 28$) 30-39 Punkten zugeordnet werden. Dahinter lagen mit 15,4% ($N = 12$) Berufe mit 50-59 Punkten und mit 12,8% ($N = 10$) Berufe mit 40-49 Punkten.

Es ergeben sich im Vergleich der Kohorten jedoch keine signifikanten Unterschiede ($X^2 [3, N = 164] = 20,951, p = .462$).

Modal (Tabelle 14) lagen die meisten Werte zwischen 30-39 Index-Punkten. 1996 lag der Index mit gleichzeitig 50-59 Punkten etwas höher. Damit zeigt sich ein Unterschied zum ISEI der Mütter, der mit durchschnittlich 40-49 Punkten vergleichsweise höher liegt.

Tabelle 13

Einteilung der Berufe der Väter nach ISEI

			Aufnahmejahr				
			1996	2002	2008	2014	Gesamt
ISEI-Index nach Punkten	< 20	Anzahl	0	0	0	1	1
		% innerhalb von Aufnahmejahr	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,6%
	20-29	Anzahl	1	6	9	8	24
		% innerhalb von Aufnahmejahr	7,7%	24,0%	18,8%	10,3%	14,6%
	30-39	Anzahl	4	7	13	28	52
		% innerhalb von Aufnahmejahr	30,8%	28,0%	27,1%	35,9%	31,7%
	40-49	Anzahl	0	1	3	10	14
		% innerhalb von Aufnahmejahr	0,0%	4,0%	6,3%	12,8%	8,5%
	50-59	Anzahl	4	5	10	12	31
		% innerhalb von Aufnahmejahr	30,8%	20,0%	20,8%	15,4%	18,9%

60-69	Anzahl	0	2	6	7	15
	% innerhalb von Aufnahmejahr	0,0%	8,0%	12,5%	9,0%	9,1%
70-79	Anzahl	2	3	7	5	17
	% innerhalb von Aufnahmejahr	15,4%	12,0%	14,6%	6,4%	10,4%
≥ 80	Anzahl	2	1	0	7	10
	% innerhalb von Aufnahmejahr	15,4%	4,0%	0,0%	9,0%	6,1%
Gesamt	Anzahl	13	25	48	78	164
	% innerhalb von Aufnahmejahr	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Anmerkung: ISEI = Internationale Skala des sozioökonomischen Status (engl.: International Socio-Economic Index of Occupational Status)

Tabelle 14

Modalwert: ISEI der Väter

Aufnahmejahr	Modalwert	N
1996	30-39/50-59	15
2002	30-39	26
2008	30-39	55
2014	30-39	88
Insgesamt	30-39	184

3.10 Anzahl der Geschwister der Proband*innen

Bei der Untersuchung des familiären Hintergrundes wurden ebenfalls die Geschwister mit einbezogen. In Tabelle 15 ist diesbezüglich deren Verteilung nach Anzahl dargestellt.

In die Berechnung einbezogen wurden dabei die Daten von $N = 314$ (89,2%) Proband*innen, während zu $N = 38$ (10,8%) Proband*innen keine Angaben vorlagen.

Die meisten Proband*innen hatten 1996 (41,2% bei $N = 14$), 2002 (42,6% bei $N = 20$), 2008 (48,3% bei $N = 42$) und auch 2014 (43,8% bei $N = 64$) einen Bruder, bzw. eine Schwester. In der Gesamtheit hatten 44,6% ($N = 140$) genau ein Geschwisterteil. Am zweithäufigsten waren in der Familie insgesamt drei Kinder (24,2% bei $N = 76$).

Für 1996 ergaben sich in dieser Kategorie 32,4% ($N = 11$), 2002 21,3% ($N = 10$), 2008 20,7% ($N = 18$) und 2014 25,3% ($N = 37$). Einzelkinder waren 1996 in den Kohorten zu 11,8% ($N = 4$) vertreten. Dieser Anteil nahm bis 2002 auf 19,1% ($N = 9$) zu und hielt sich bis 2008 etwa auf diesem Stand (19,5% bei $N = 17$). 2014 nahm die Zahl der Proband*innen ohne Geschwister wieder etwas ab auf 15,8% ($N = 23$). Insgesamt waren 16,9% ($N = 53$) das einzige Kind in der Familie.

Drei Geschwister hatten insgesamt 8,0% ($N = 25$). 1996 waren es 11,8% ($N = 4$), 2002 waren es 4,3% ($N = 2$), 2008 9,2% ($N = 8$) und 2014 7,5% ($N = 11$).

Die Konstellation mit mehr als drei Geschwistern kam unter den Kohorten im Verhältnis am wenigsten vor (6,4% bei $N = 20$). Während dies 1996 lediglich für 2,9% ($N = 1$) zutraf, waren es 2002 12,8% ($N = 6$). 2008 betraf dies 2,3% ($N = 2$) und 2014 7,5% ($N = 11$).

Aus

Tabelle 16 ist ersichtlich, dass der Modalwert der Geschwisterzahl bei 1 liegt. Das Minimum lag bei keinen Geschwistern, das Maximum bei 9 Geschwistern.

Im Vergleich der Kohorten lässt sich kein signifikanter Unterschied bestimmen ($X^2 [3, N = 314] = 11,032, p = .526$).

Tabelle 15

*Anzahl der Geschwister der Proband*innen*

		Aufnahmejahr				
		1996	2002	2008	2014	Gesamt
Anzahl Geschwister	keine	4	9	17	23	53
	Anzahl % innerhalb von Aufnahmejahr	11,8%	19,1%	19,5%	15,8%	16,9%
1	Anzahl	14	20	42	64	140
	Anzahl % innerhalb von Aufnahmejahr	41,2%	42,6%	48,3%	43,8%	44,6%
2	Anzahl	11	10	18	37	76
	Anzahl % innerhalb von Aufnahmejahr	32,4%	21,3%	20,7%	25,3%	24,2%
3	Anzahl	4	2	8	11	25
	Anzahl % innerhalb von Aufnahmejahr	11,8%	4,3%	9,2%	7,5%	8,0%

	> 3	Anzahl	1	6	2	11	20
		% innerhalb von Aufnahmejahr	2,9%	12,8%	2,3%	7,5%	6,4%
Gesamt		Anzahl	34	47	87	146	314
		% innerhalb von Aufnahmejahr	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 16

*Modalwert, Maximum und Minimum der Geschwisteranzahl aller Proband*innen*

Anzahl Geschwister		
N	Gültig	314
	Fehlend	38
Modus		1
Minimum		0
Maximum		9

3.10.1 Stellung in der Geschwisterreihe

Als zweiter Parameter bezüglich der Geschwister wurde die Stellung in der Geschwisterreihe erhoben. Hierzu konnten bei $N = 246$ (69,9%) Proband*innen Informationen erhoben werden.

Es wurde dabei in ältestes Kind, jüngstes Kind und mittleres Kind eingeteilt. In Tabelle 17 sind die Häufigkeiten bei Einbezug aller Jahrgänge und in den einzelnen Jahren aufgezeigt. Insgesamt waren die mittleren Kinder mit 19,5% ($N = 48$) in der Unterzahl. Unter den Proband*innen waren durchschnittlich gleich viele Kinder am ältesten oder am jüngsten in ihrer Familie (40,2%, $N = 99$).

In den Jahren 1996 (42,9% bei $N = 12$), 2002 (50,0% bei $N = 18$) und 2014 (40,9% bei $N = 47$) war der Großteil der Proband*innen das älteste Kind. Lediglich im Jahr 2008 waren in der Kohorte hauptsächlich die jüngsten Kinder 47,8% ($N = 32$).

Ein signifikanter Unterschied zeigt sich hierbei nicht ($X^2 [3, N = 246] = 3,810, p = .702$).

Tabelle 17

Stellung in der Geschwisterreihe von 1996 bis 2014

			Aufnahmejahr				
			1996	2002	2008	2014	Gesamt
Stellung in Geschwis- terreihe	Ältestes Kind	Anzahl	12	18	22	47	99
		% innerhalb von Aufnahmejahr	42,9%	50,0%	32,8%	40,9%	40,2%
	Mittleres Kind	Anzahl	6	7	13	22	48
		% innerhalb von Aufnahmejahr	21,4%	19,4%	19,4%	19,1%	19,5%
	Jüngstes Kind	Anzahl	10	11	32	46	99
		% innerhalb von Aufnahmejahr	35,7%	30,6%	47,8%	40,0%	40,2%
Gesamt	Anzahl		28	36	67	115	246
	% innerhalb von Aufnahmejahr		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.11 Involvierung des Jugendamts/der Jugendhilfe im Vorfeld der Krisenintervention

In wie vielen Fällen vor der Krisenintervention das Jugendamt und/oder die Jugendhilfe involviert waren, ist in Tabelle 18 dargestellt. In die Berechnung einbezogen wurden dabei die Daten von $N = 258$ (73,3%) Proband*innen, während zu $N = 94$ (26,7%) Proband*innen keine Angaben vorlagen.

1996 war in 45,0% ($N = 9$) der Fälle bereits eine Behörde involviert. 2002 waren es mit 31,9% ($N = 15$) etwas weniger. 2008 stieg die Beteiligung wieder zu auf 40,4% ($N = 38$). Im Jahr 2014 ist ein deutlicher Anstieg auf 80,4% ($N = 78$) zu beobachten.

Der Test mittels χ^2 nach Pearson kann einen signifikanten Unterschied auch statistisch nachweisen ($\chi^2 [3, N = 258] = 44,127, p < .001$).

Im Gesamten zeigte sich in über der Hälfte der Fälle (54,3% bei $N = 140$), dass bereits vor der Krisenintervention die Proband*innen beim Jugendamt oder der Jugendhilfe vorstellig geworden waren.

Tabelle 18

Involvierung Jugendamt/Jugendhilfe im Vorfeld der Krisenintervention

			Aufnahmejahr				
			1996	2002	2008	2014	Gesamt
Jugendamt oder Jugendhilfe im Vorfeld	nein	Anzahl	11	32	56	19	118
		% innerhalb von Aufnahmejahr	55,0%	68,1%	59,6%	19,6%	45,7%
	ja	Anzahl	9	15	38	78	140
		% innerhalb von Aufnahmejahr	45,0%	31,9%	40,4%	80,4%	54,3%
Gesamt	Anzahl		20	47	94	97	258
	% innerhalb von Aufnahmejahr		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Anmerkung: Jugendamt und Jugendhilfe werden als eine Variable zusammengefasst, da oftmals beide Institutionen gemeinsam oder einander folgend involviert waren.

3.12 Schulbildung

In Tabelle 19 ist die Kategorisierung nach Schularten dargestellt. Es wurde erhoben, welche Schule zum damaligen Zeitpunkt von den Patient*innen besucht wurde. Falls die Schulart nicht spezifiziert wurde, ein/eine Proband*in jedoch nachweislich zur Schule ging, erfolgte die Zuteilung zu der Kategorie „Keine Differenzierung möglich“. In die Kategorie „Sonstige“ fielen beispielsweise Waldorfschulen.

In die Berechnung einbezogen wurden dabei die Daten von $N = 307$ (87,2%) Proband*innen, während zu $N = 45$ (12,8%) Proband*innen keine Angaben vorlagen.

Die meistbesuchte Schulform war 1996 mit 34,5% ($N = 10$) die Hauptschule. Mit 24,1% ($N = 7$) folgte das Gymnasium und mit 20,7% ($N = 6$) die Förderschule.

2002 waren vor allem Schüler aus der Realschule (27,7% bei $N = 13$) und ebenfalls der Hauptschule (23,4% bei $N = 11$) vertreten. Die Förderschule hatte immer noch einen Anteil von 19,1% ($N = 9$).

Die Hauptschule (37,6% bei $N = 35$) und die Realschule (22,6% bei $N = 21$) blieben 2008 die am häufigsten besuchten Schulformen. 16,1% ($N = 15$) der Kinder und Jugendlichen

gingen 2008 auf das Gymnasium. Mit 10,8% ($N = 10$) nahm der Anteil der Förderschüler dagegen ab.

Im Jahr 2014 besuchten erstmals die meisten Proband*innen eine Realschule (39,1% bei $N = 54$). Als zweithäufigste Schulart konnte das Gymnasium mit 23,9% ($N = 33$) bestimmt werden. Mit jeweils 11,6% ($N = 16$) folgte die Hauptschule. In der Gesamtauswertung gehörten die meisten Proband*innen der Realschule (29,6% bei $N = 91$) und danach der Hauptschule (23,5% bei $N = 72$) an. Am dritthäufigsten waren es Schüler des Gymnasiums (19,5% bei $N = 60$). Mit 12,7% ($N = 39$) hatten die Förderschulen ebenfalls einen höheren Anteil.

Grund- und Berufsschulen waren mit 3,6% ($N = 11$) und 7,2% ($N = 22$) eher selten besucht.

Die Veränderungen über die Jahre erweisen sich mit $X^2(3, N = 307) = 53,086, p = .001$ als statistisch signifikant.

Tabelle 19

Schulzugehörigkeit zum Zeitpunkt der Aufnahme

Schulart		Aufnahmejahr				Gesamt
		1996	2002	2008	2014	
Grundschule	Anzahl	1	1	3	6	11
	% innerhalb von Aufnahmejahr	3,4%	2,1%	3,2%	4,3%	3,6%
Hauptschule	Anzahl	10	11	35	16	72
	% innerhalb von Aufnahmejahr	34,5%	23,4%	37,6%	11,6%	23,5%
Realschule	Anzahl	3	13	21	54	91
	% innerhalb von Aufnahmejahr	10,3%	27,7%	22,6%	39,1%	29,6%
Gymnasium	Anzahl	7	5	15	33	60
	% innerhalb von Aufnahmejahr	24,1%	10,6%	16,1%	23,9%	19,5%
Berufsschule	Anzahl	2	6	6	8	22
	% innerhalb von Aufnahmejahr	6,9%	12,8%	6,5%	5,8%	7,2%

Förder- schule	Anzahl	6	9	10	14	39
	% innerhalb von Aufnahmejahr	20,7%	19,1%	10,8%	10,1%	12,7%
Gemein- schafts- schule	Anzahl	0	0	0	4	4
	% innerhalb von Aufnahmejahr	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	1,3%
Keine Differenzier- ung möglich	Anzahl	0	2	3	0	5
	% innerhalb von Aufnahmejahr	0,0%	4,3%	3,2%	0,0%	1,6%
Sonstiges	Anzahl	0	0	0	3	3
	% innerhalb von Aufnahmejahr	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	1,0%
Gesamt	Anzahl	29	47	93	138	307
	% innerhalb von Aufnahmejahr	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.13 Einteilung nach Intelligenzquotienten

Bei der Einteilung nach Intelligenzquotienten in Tabelle 20 wurde in die drei Kategorien „*unterdurchschnittlich*“ (<85 Punkte), „*durchschnittlich*“ (85-115 Punkte) und „*überdurchschnittlich*“ (>115 Punkte) eingeteilt. In die Berechnung einbezogen wurden dabei die Daten von $N = 171$ (48,6%) Proband*innen, während zu $N = 181$ (51,4%) Proband*innen keine Angaben vorlagen.

Alle Kohorten zeigten im Durchschnitt die größte Zugehörigkeit bei einem durchschnittlichen Intelligenzquotienten (73,7%, $N = 126$). Mit 17,5% ($N = 30$) folgten unterdurchschnittlich und mit 8,8% ($N = 15$) die überdurchschnittlich Intelligenten.

2008 lag der Anteil an Proband*innen mit durchschnittlichem IQ bei 83,3% ($N = 80$) und damit am höchsten.

1996 fällt auf, dass der Anteil an überdurchschnittlich Intelligenten vergleichsweise hoch ist (33,3% bei $N = 2$). 2014 hingegen sind vor allem die Gruppe der unterdurchschnittlich intelligenten Proband*innen größer (35,3% bei $N = 12$).

Zwischen den Kohorten lässt sich eine statistische Signifikanz für die Ergebnisse nachweisen ($X^2 [3, N = 171] = 23,278, p = .001$).

Tabelle 20

Einteilung in IQ-Kategorien

			Aufnahmejahr				
			1996	2002	2008	2014	Gesamt
IQ-Kategorien nach Standard-einteilung	unterdurchschnittlich (<85)	Anzahl % innerhalb von Aufnahmejahr	1 16,7%	7 20,0%	10 10,4%	12 35,3%	30 17,5%
	durchschnittlich (85-115)	Anzahl % innerhalb von Aufnahmejahr	3 50,0%	27 77,1%	80 83,3%	16 47,1%	126 73,7%
Gesamt	überdurchschnittlich (>115)	Anzahl % innerhalb von Aufnahmejahr	2 33,3%	1 2,9%	6 6,3%	6 17,6%	15 8,8%
		Anzahl % innerhalb von Aufnahmejahr	6 100,0%	35 100,0%	96 100,0%	34 100,0%	171 100,0%

Anmerkung: IQ = Intelligenzquotient. Die Einteilung des IQs findet in Kategorien statt, da die genaue Punktezahl in einigen Fällen nicht angegeben war.

3.14 Wohnsituation

Schließlich wurde in Tabelle 21 noch die Wohnsituation der Proband*innen zum Zeitpunkt der Aufnahme bestimmt. In die Berechnung einbezogen wurden dabei die Daten von $N = 341$ (96,9%) Proband*innen, während zu $N = 11$ (3,1%) Proband*innen keine Angaben vorlagen.

Im ersten Stichprobenjahr lebten noch 57,1% ($N = 20$) der Proband*innen bei ihren Eltern. 11,4% ($N = 4$) lebten nur bei der Mutter und 22,9% ($N = 8$) lebten in einer Wohngruppe. 2,9% ($N = 1$) lebten entweder beim Vater, allein oder in einem Internat.

Dagegen lebten 2002 nur noch 47,9% ($N = 23$) bei beiden Eltern. 14,6% ($N = 7$) lebten bei der Mutter. Der Anteil der Proband*innen, der in einer Wohngruppe lebte, nahm in diesem Jahr auf 31,3% ($N = 15$) zu und war somit die zweithäufigste Wohnform.

Im Jahr 2008 machte der Anteil, der bei beiden Eltern lebenden Proband*innen ebenfalls den Hauptteil aus (47,9% bei $N = 46$). 25,0% ($N = 24$) lebten bei der Mutter, 19,8% ($N = 19$) lebten in einer Wohngruppe.

2014 lebten immer noch die meisten Proband*innen bei beiden Eltern, jedoch war mit 38,3% ($N = 62$) ihr Anteil im Vergleich zu den Vorjahren geringer.

Dagegen nahm die Zahl der bei der Mutter Lebenden auf 33,3% ($N = 54$) zu. In einer Wohngruppe lebten 19,1% ($N = 31$).

Somit konnte für alle Jahre die gleiche Verteilung ermittelt werden. Die häufigste Wohnform befand sich bei beiden Eltern. Am zweithäufigsten lebten die Proband*innen nur bei der Mutter oder in einer Wohngruppe. Es kann besonders beobachtet werden, dass der Anteil der bei der Mutter lebenden Proband*innen konstant in den Jahren zugenommen hat. Mit 3,2% ($N = 11$) lebten dagegen wenige Proband*innen bei ihren Vätern allein.

Eine Signifikanz der Unterschiede kann nicht nachgewiesen werden ($X^2 [3, N = 341] = 26,788, p = .178$).

Tabelle 21

Wohnsituation zum Zeitpunkt der Krisenintervention

			Aufnahmejahr				
			1996	2002	2008	2014	Gesamt
Wohnsituation	bei den Eltern	Anzahl	20	23	46	62	151
		% innerhalb von Aufnahmejahr	57,1%	47,9%	47,9%	38,3%	44,3%
	beim Vater	Anzahl	1	1	1	8	11
		% innerhalb von Aufnahmejahr	2,9%	2,1%	1,0%	4,9%	3,2%
	bei der Mutter	Anzahl	4	7	24	54	89
		% innerhalb von Aufnahmejahr	11,4%	14,6%	25,0%	33,3%	26,1%
	bei den Großeltern	Anzahl	0	0	1	0	1
		% innerhalb von Aufnahmejahr	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%	0,3%
	allein-lebend	Anzahl	1	1	2	1	5
		% innerhalb von Aufnahmejahr	2,9%	2,1%	2,1%	0,6%	1,5%
	bei Pflege-eltern	Anzahl	0	1	3	5	9
		% innerhalb von Aufnahmejahr	0,0%	2,1%	3,1%	3,1%	2,6%
Wohngruppe		Anzahl	8	15	19	31	73
		% innerhalb von Aufnahmejahr	22,9%	31,3%	19,8%	19,1%	21,4%

Internat	Anzahl	1	0	0	1	2
	% innerhalb von Aufnahmejahr	2,9%	0,0%	0,0%	0,6%	0,6%
Gesamt	Anzahl	35	48	96	162	341
	% innerhalb von Aufnahmejahr	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.15 Zusammenfassung der Ergebnisse

Eine der Hauptfragestellungen dieser Studie bezog sich auf die Rate der elterlichen Trennungen, bzw. Scheidungen im Vorfeld der Krisenintervention ihrer Kinder. Bei der Auswertung der Ergebnisse zeigte sich, dass im ersten Stichprobenjahr (1996) nur etwa ein Drittel der Kinder von einer Trennung oder Scheidung der Eltern betroffen waren. Im letzten Erhebungszeitraum, 2014, konnte der höchste Wert in diesem Zusammenhang ermittelt werden: mit 58,2% stammten mehr als die Hälfte der Proband*innen aus Familien mit getrennten/geschiedenen Elternteilen. Im Vergleich der Kohorten lässt sich ein signifikanter Unterschied feststellen. Ermittelt werden konnte, dass der häufigste Zeitpunkt der Trennung der Eltern bei den Kindern im Alter von unter einem Jahr erfolgte. Das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt der Trennung lag zwischen 6 und 7 Jahren.

Ergänzend hierzu stammte insgesamt fast ein Drittel (27%) der Kinder aus einer Familie mit einem alleinerziehenden Elternteil. In den meisten Fällen lag dabei das Sorgerecht bei beiden Elternteilen. Im Falle eines alleinigen Sorgerechts lag dies hauptsächlich bei der Mutter (24%). Die Väter behielten in wenigen Fällen das alleinige Sorgerecht (0,9%). Eher wurden die Kinder von einer außenstehenden Institution betreut. Diese Verteilung zeigte im Verlauf der Jahre keinen signifikanten Unterschied.

Insgesamt ging in 6,2% der Fälle der Tod eines Elternteils der Krise voraus.

Bezüglich psychischer Vorbelastung auf Seiten der Eltern war insgesamt bei 51,3% der Proband*innen bei mindestens einem Elternteil eine psychische Erkrankung vorbeschrieben. Im Jahr 2014 traf dies sogar auf rund zwei Drittel (66,3%) zu. Dabei waren häufiger die Mütter der Patient*innen betroffen. Bei ihnen war in 34,5% der Fälle eine psychische Erkrankung vorbekannt, unter den Vätern waren es 29,7%. Die Ergebnisse zeigten sich als statistisch signifikant.

Hinsichtlich der weiteren Familienstruktur wurde auch das Vorhandensein, bzw. die Anzahl von Geschwistern untersucht. In allen Jahren war dabei die häufigste Konstellation mit einem Geschwisterteil. Darauf folgten Kinder mit zwei Geschwisterteilen (24,2%). In nur 16,9% aller Fälle handelte es sich um Einzelkinder. Im Vergleich der Kohorten waren insgesamt gleich viele Kinder das älteste wie auch das jüngste Kind in der Geschwisterreihe (40,2%). Die mittleren Kinder blieben in der Unterzahl (19,5%).

Zur Erhebung des ökonomischen Status der Familien wurden zum einen die Arbeitslosigkeit der Eltern zum Zeitpunkt der Aufnahme sowie deren ausgeübte Berufe, gemessen an der ISEI-Skala, untersucht. Es zeigte sich bezüglich der Arbeitslosigkeit weder bei den Müttern noch bei den Vätern ein Zusammenhang zwischen den Jahren. Die höchste Arbeitslosenquote lag bei den Müttern im Jahr 2008 (17,5%) und die niedrigste im Jahr 1996 (keine beschriebene Arbeitslosigkeit). Im Gegensatz dazu war 2008 bei den Vätern die Arbeitslosigkeit am niedrigsten (4,1%) und 2002 am höchsten (24,2%). Bei den Müttern lag der sozioökonomische Index (ISEI) am häufigsten in der Kategorie zwischen 40-49 Punkten, die beispielsweise Ausbildungsberufe wie Bürokräfte und Krankenschwestern beinhaltet. Die oberen Kategorien mit 70-79 (1,8%), bzw. ≥ 80 (1,8%) Punkten waren insgesamt eher schwächer bis gar nicht vertreten. Insgesamt zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der Verteilung. Bei den Vätern der Proband*innen lag der Großteil der Berufe, bis auf das Jahr 1996 (50-59 Punkte), zwischen 30-39 Index-Punkten. Damit hatten die Berufe der Väter insgesamt einen niedrigeren sozioökonomischen Status als jene der Mütter. Berufe der Kategorie < 20 Punkten waren jedoch, im Gegensatz zu den Berufsgruppen der Mütter, fast nicht vertreten. Die oberen Index-Klassen mit 70-79 (10,4%) und ≥ 80 (6,1%) Punkten zeigten dahingegen einen höheren Anteil.

Als signifikanter Unterschied konnte auch die Involvierung der Jugendhilfe/des Jugendamtes im Vergleich der vier Jahrgänge ermittelt werden. Während in den Jahren bis einschließlich 2008 in etwa 30-45% der Fälle mindestens eine der beiden Institutionen bereits im Vorfeld involviert war, traf dies 2014 in 80,4% der Fälle zu.

Bei der Aufteilung in die Schulformen, die zum Zeitpunkt der Krise besucht wurden, ließ sich ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Kohorten feststellen. So

war 1996 und 2008 die am meisten besuchte Schulform die Hauptschule. 2002 und 2014 war es die Realschule. Im Jahr 2014 besuchten außerdem mehr Proband*innen das Gymnasium als die Hauptschule. Im Schnitt war die Realschule mit 29,6% die häufigste Schulform.

Die Aufteilung in Intelligenzquotienten zeigte außerdem, dass am häufigsten eine durchschnittliche Intelligenz (85-115 Punkte) vorlag (73,7%). Während jedoch 1996 gleich viele Proband*innen eine überdurchschnittliche Intelligenz aufwiesen, nahm dieser Anteil in den Folgejahren ab. Dafür nahm die Zahl an unterdurchschnittlich intelligenten Kindern und Jugendlichen deutlich zu. 2014 lag der Anteil an unterdurchschnittlich Intelligenten bei über einem Drittel (35,3%).

Schließlich wurde die Wohnsituation der Kinder und Jugendlichen erhoben. Im ersten Stichprobenjahr lebten noch 57,1% der Kinder bei beiden Elternteilen. In den Folgejahren nahm dieser Anteil stetig auf 38,3% im Jahr 2014 ab. Dahingegen nahm der Anteil Kinder und Jugendlichen, die nur bei ihrer Mutter lebten, zu. In allen Jahren zeigte sich zudem, dass bereits einige Proband*innen vor der Krisenintervention in einer Wohngruppe untergebracht waren. Insgesamt traf dies in 21,4% der Fälle zu.

4 Diskussion

Die Hintergründe psychischer Krisen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie stellen ein bisher nur teilweise erforschtes Thema in der Medizin dar. Welchen Stellenwert die Arbeit in der KJPPP heutzutage trägt, lässt sich unter anderem durch die Zunahme der Kriseninterventionen zeigen, die ebenso die Basis dieser Studie war. Zwischen 1991 bis 2010 nahmen in Deutschland laut dem Statistischen Bundesamt (2012) die Fallzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie um 130% zu. Zwischen 1996 und 2014 konnte ebenso in der KJPPP in Tübingen in einer orientierenden Zählung eine Zunahme der Kriseninterventionen um 405% festgestellt werden. Ausgehend davon stellte sich die Frage, wie diese Zunahme zu erklären war. Mit Hilfe eines umfangreichen Erhebungskataloges, wurde versucht ein genaueres Bild der Beweggründe für diese Entwicklung zu finden. Dabei legte man in dieser Arbeit besonderes Augenmerk auf die Umgebung, in der sich die Kinder und Jugendlichen vor und zum Zeitpunkt der Krisenintervention befanden. Die Faktoren waren dabei familiärer, gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Genese. Die Hypothesen begründeten sich auf bereits in anderen Studien untersuchte Parameter zur Entstehung psychischer Störungen bzw. Krisen in diesem Alter (u.a. Tello et al., 2005a; Miech et al., 1999; McLaughlin et al., 2011), welche sich vor allem am sozioökonomischen Hintergrund der Kinder und Jugendlichen orientierten. Zusätzlich wurden aber auch neue Variablen eingeführt, die sich aus den Aufnahme-Anamnesen der KJPPP Tübingen ergaben. So wurden exemplarisch Informationen über die Geschwister der Proband*innen gesammelt, über die schulische Laufbahn und die Involvierung des Jugendamtes, bzw. der Jugendhilfe im Vorfeld der Krisenintervention näher untersucht, um so ein Verständnis für den Prozess bis zur Entstehung der Krise zu gewinnen.

In diesem Abschnitt sollen nun die Ergebnisse unserer Untersuchung mit den in der Literatur vorliegenden Daten verglichen und analysiert werden.

4.1 Interpretation der Ergebnisse und Vergleich mit der Literatur

4.1.1 Familiäre Strukturen: Der Beziehungsstatus der Eltern

In der vorliegenden Studie wurde u.a. angenommen, dass mehr Kinder von getrennten/geschiedenen Eltern von psychischen Krisen betroffen waren. Bezüglich der Trennungs-/bzw. Scheidungsrate konnte tatsächlich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Aufnahmejahren ermittelt werden. Während 1996 etwa 37% der Proband*innen aus einem Haushalt mit getrennten Eltern stammte, waren es 2002 57%. Auch in der Allgemeinbevölkerung Baden-Württembergs lässt sich in dieser Zeitspanne eine Zunahme der Ehescheidungen verzeichnen, von 1996 mit ca. 36% auf 46% im Jahr 2002 (Statistisches Landesamt, 2020a). Die Statistik erreichte in Baden-Württemberg im Jahr 2003 ein Maximum von ca. 49% geschiedenen Ehen pro Jahr und verzeichnet seither wieder einen abnehmenden Trend.

Allein im Jahr 2008 zeigte sich in der Allgemeinbevölkerung (47%) eine leicht höhere Scheidungsrate als in unserer Stichprobe (44%). Während im Anschluss in Baden-Württemberg die Rate bis 2014 auf etwa 40% sank, nahm jedoch in dieser Stichprobe der Anteil wieder zu und erreichte 2014 ein Maximum von 58%. Somit zeigte sich gerade im Jahr 2014, in dem mit $N = 202$ die meisten Kriseninterventionen pro Jahr verzeichnet wurden, eine Diskrepanz zwischen der Allgemeinbevölkerung und der Studienpopulation.

Laut Wagner (2004) könne eine Ehescheidung unter anderem dann zu einem sozialen Problem werden, wenn durch sie Kinder und Jugendliche eine Benachteiligung erführen. Zwar betreffe dies nicht alle Kinder aus Scheidungsehen, jedoch sei die elterliche Trennung in vielen Fällen verantwortlich für psychische und soziale Probleme im späteren Lebenslauf. Amato (2005) führte dies darauf zurück, dass Kinder aus Familien mit beiden Elternteilen einen höheren Lebensstandard hätten und eine bessere Erziehung genössen, bei der beide Elternteile miteinbezogen wären. In intakten Familien hätten die Kinder außerdem eine engere emotionale Bindung zu ihren beiden Eltern und wären weniger stressreichen Situationen und Umständen ausgesetzt. Weaver und Schofield (2015) untersuchten in einer Langzeitstudie Kinder im Alter von 5 bis 15 Jahren, die im Vorfeld eine Scheidung durchlebt hatten. Auch sie fanden heraus, dass Scheidungskinder,

im Vergleich zu Kindern aus Familien mit zusammenlebenden Eltern, aus Sicht ihrer Mütter und Lehrer vermehrt innerliche und äußerliche Verhaltensauffälligkeiten zeigten.

Humberg (2010) unterteilt die Reaktionen der Kinder weiterhin nach ihrem Geschlecht. So reagierten Mädchen oft nach innen gekehrt. Sie zeigten überangepasstes Verhalten und vermehrt Depressionen sowie Rückzugsverhalten. Jungen hingegen reagierten oft extrovertiert mit Wutausbrüchen, Aggressionen und störendem Verhalten.

Im Vergleich mit den oben genannten Studien lassen die Ergebnisse dieser Arbeit ebenfalls vermuten, dass eine Trennung/Scheidung der Eltern zunehmend an Einfluss auf die psychische Gesundheit bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen gewonnen hat und damit einen wichtigen Ursprung für die Entwicklung von Krisen darstellt.

Zu bedenken ist jedoch, dass in der Statistik zu Trennung und Scheidung in diesem Zeitraum lediglich die verheirateten Paare inbegriffen sind. Die Aufhebung von Lebenspartnerschaften wurde erst 2014 als Bundesstatistik eingeführt (Statistisches Bundesamt, 2017b). Zwischen 1996 und 2015 nahm jedoch die Anzahl der nichtehelichen Lebensgemeinschaften von 1,8 auf 2,8 Millionen zu (Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung vom 13.06.2017). Auch der Anteil unter ihnen mit Kindern steigerte sich um 5% auf ein Drittel (33%). Die Anzahl an getrennten Elternpaaren könnte somit noch höher liegen. Hierzu ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der Eheschließungen von 5,6/1000 Einwohnern im Jahr 1996 auf 4,8/1000 Einwohner im Jahr 2014 abgenommen hat (Statistisches Landesamt, 2020b). Somit könnte in der Allgemeinbevölkerung die Quote an getrennten Eltern in diesem Erhebungszeitraum noch höher liegen.

4.1.2 Alleinerziehende Eltern und die Verteilung des Sorgerechts

Neben der Trennungs-/Scheidungsrate der Eltern wurde ermittelt, wie sich die Verteilung des Sorgerechts und der Anteil an alleinerziehenden Elternteilen nach der Trennung verhielt. Insgesamt waren etwa 27% der Eltern zum Zeitpunkt der Krisenintervention alleinerziehend. Während es 1996 mit knapp 13% noch verhältnismäßig wenige Elternteile waren, betrug der Anteil 2002 31%. Nach einem Rückgang 2008 auf 25% lag der Wert 2014 wieder bei knapp 30%.

Im Vergleich mit der deutschen Bevölkerung (Statistisches Bundesamt, 2020e) zeigt sich, dass 1996 der Anteil an Alleinerziehenden in dieser Arbeit (13%) noch knapp unter dem

der Allgemeinbevölkerung (14%) lag. Ab 2002 befand sich der Anteil in der Studienpopulation jedoch stets über dem des Bundesdurchschnitts. Im Vergleich waren es 2002 31% (Studie) zu 16% (Allgemeinbevölkerung), 2008 25% zu 19% und 2014 30% zu 20%.

In 68% der Fälle lag das Sorgerecht in den untersuchten Kohorten bei beiden Elternteilen. Der Minimalwert lag 2002 bei 60%, der Maximalwert 2014 bei 71%. Die zweithäufigste Konstellation war ein alleiniges Sorgerecht der Mutter (24% der Fälle). In lediglich 0,9% besaß der Vater das Sorgerecht. Gar nicht im Sorgerecht mit einbezogen waren die Eltern insgesamt in etwa 6% der Fälle.

Laut Daten des Statistischen Bundesamtes (2018b) lag 2016 in der Gesamtbevölkerung im Falle eines alleinigen Sorgerechts dieses in 70% der Fälle bei der Mutter. Der Anteil an alleinerziehenden Vätern mit mindestens einem minderjährigen Kind lag im Vergleich 1997 bei 13% und 2017 bei 12% (Statistisches Bundesamt, 2018a). In der hier untersuchten Stichprobenpopulation hatten hingegen die Väter in zwei Jahrgängen (1996 und 2002) gar nicht das alleinige Sorgerecht (0%) und in den restlichen Jahren verhältnismäßig wenig. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung kann also in den vorliegenden Fällen eine geringere Beteiligung der Väter festgestellt werden.

In der deutschlandweit durchgeführten BELLA Studie ergab sich laut Wille et al. (2008) ein Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und dem Aufwachsen mit einem alleinerziehenden Elternteil. In einer Studie von Weitoft, Hjern, Haglund und Rosén (2003) zeigten Kinder und Jugendliche, die mit einem alleinerziehenden Elternteil groß wurden, ebenfalls ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung, Suizide und -versuche, Selbstverletzung und Abhängigkeit (z.B. Alkohol). Eine große Rolle wiesen sie dabei dem Fehlen von finanziellen Ressourcen in diesen Familien zu. Kramer, Myhra, Zuiker und Bauer (2016) stellten im Vergleich der finanziellen Situation von alleinstehenden Müttern und Vätern fest, dass alleinerziehende Mütter im Vergleich weniger Einkommen hätten und häufiger in Armut lebten. Insgesamt seien die Haushalte alleinerziehender Mütter häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen und wiesen eine höhere Quote bezüglich des Armutsrisikos auf. Franz, Lensche und Schmitz (2003) konnten außerdem neben dem schlechteren sozioökonomischen Status vermehrt psychische Belastungssymptome bei

alleinerziehenden Müttern und ein häufigeres Auftreten von Verhaltensstörungen, besonders bei deren Söhnen nachweisen.

Mit Berücksichtigung dieser Ergebnisse lassen auch unsere Daten auf einen Zusammenhang der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit dem Aufwachsen in einer Familie mit alleinerziehendem Elternteil schließen. In unserer Population lag die Quote an Alleinerziehenden um bis zu 15% höher als in der Allgemeinbevölkerung. Der geringe Anteil an alleinerziehenden Vätern darunter deckt sich mit den Erkenntnissen von Kramer et al. (2016), Franz et al. (2003) sowie Burchard und Diebenbusch (2017), welche das Aufwachsen mit alleinerziehenden Müttern als Risikofaktor für eine Krisenintervention definierten.

4.1.3 Das Alter zum Zeitpunkt der Scheidung

Das durchschnittliche Alter der Kinder zum Zeitpunkt der Trennung/Scheidung der Eltern betrug in der Studienpopulation 6,8 Jahre. Der höchste Wert lag im Jahr 2014 bei 7 Jahren, der niedrigste im Jahr 2008 bei 6,4 Jahren. Das niedrigste Alter zum Zeitpunkt der Trennung lag bei unter einem Jahr, das höchste bei 17 Jahren. Insgesamt lag das häufigste Alter bei Trennung/Scheidung der Eltern bei unter einem Jahr.

Cavanagh und Huston (2008) untersuchten inwiefern sich das Alter zum Zeitpunkt einer Familienzerrüttung auf die Entwicklung der Kinder auswirkte. Sie unterschieden dabei zwei Altersklassen: die frühe (von der Geburt bis zum 5. Lebensjahr) und mittlere (von 6 bis 12 Jahren) Kindheit. In der frühen Kindheit entwickelten Kinder rasch grundlegende Fähigkeiten auf welchen die folgende Entwicklung beruhe. Neben dem sprachlich und kognitiv Gelernten, zeigten sie entscheidende Fortschritte in ihren emotionalen, sozialen, selbstregulierenden und moralischen Eigenschaften. Die Entwicklung in der frühen Kindheit sei dadurch sehr durch soziale und emotionale Beeinträchtigungen gefährdet. Junge Kinder seien zu tiefen und langanhaltenden Trauerprozessen in der Lage und reagierten oft verwirrt auf Traumata, Verluste und persönliche Zurückweisungen (Phillips und Shonkoff, 2000).

Instabile Familienverhältnisse in der frühen Kindheit zeigten sich bis zum Abschluss der 4. Klasse verstärkt mit einer schlechteren sozialen Anpassung (beispielsweise Verhaltensauffälligkeiten, geringere Beliebtheit) assoziiert. Die betroffenen Kinder

berichteten vermehrt über Einsamkeit und waren unzufrieden mit ihren Freundschaften. Die Ausprägung zeigte sich besonders hoch, wenn sich die familiären Verhältnisse vor Beginn der Grundschule veränderten. Diese Erfahrungen seien demnach besonders relevant für spätere Beziehungen innerhalb der Peer-Group und die soziale Einbindung (Cavanagh und Huston, 2008). Zudem sei die frühe Kindheit das Stadium, in welchem sich finanzielle Einschränkungen als Folge einer Trennung am stärksten auswirkten (Duncan, Brooks-Gunn, Yeung, & Smith, 1998).

Nach einer Trennung seien laut Williams und Dunne-Bryant (2006) beide Elternteile, besonders aber die Mütter, einer vermehrten Stressreaktion ausgesetzt. Dieser Stress beeinträchtige wiederum vor allem die Beziehung zu ihren jüngeren Kindern, die noch nicht in die Schule gingen und mehr Aufmerksamkeit und Betreuung als ältere Kinder benötigten.

Die Beobachtungen von u.a. Cavanagh und Huston (2008) decken sich damit, dass in unseren Kohorten der Großteil der Kinder zum Zeitpunkt der Trennung unter einem Jahr alt war. Unter ihnen lebten deutlich mehr Kinder bei einer alleinerziehenden Mutter als bei einem alleinerziehenden Vater. Unter dem Aspekt, dass eine Trennung oft auch finanzielle Einbußen auslöst (Kramer et al., 2016), dürften viele alleinerziehende Mütter gezwungen sein mehr zu arbeiten, wodurch ihnen wiederum weniger Zeit für ihre Kinder zur Verfügung steht. Da laut Williams und Dunne-Bryant (2006) besonders jüngere Kinder noch mehr Zuwendung und Zeit von ihren Eltern benötigten, würde dies erklären, dass eine frühe Trennung der Eltern – und die damit verbundene Umstrukturierung in der Familie – besonders unter ihnen ein Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen bedeutet. Der Zeitpunkt der Trennung zeichnet sich somit als wesentlicher Faktor für die Ausbildung psychischer Störungen in der Kindheit aus.

4.1.4 Tod eines Elternteils

In den vier Stichprobejahren konnte in der vorliegenden Studie kein signifikanter Zusammenhang zwischen einer Zunahme der Kriseninterventionen und der Sterblichkeitsrate unter den Eltern der Proband*innen nachgewiesen werden. Insgesamt lag der Anteil der Kinder, die bereits einen Elternteil verloren hatten bei 6%. Der Maximalwert lag 1996 bei 9%. 2014 waren es 8%. In der Allgemeinbevölkerung bezogen im Vergleich 2014 bei knapp 18,6 Millionen minderjährigen Kindern (Statistisches

Bundesamt, 2020f) 10.636 eine Waisenrente (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, 2019). Geschätzt erleben in Deutschland 2% der Kinder pro Jahr den Tod der Mutter und 5% den Tod des Vaters (Walper, 2002).

Cerel, Fristad, Verducci, Weller und Weller (2006) beschrieben den Tod eines Elternteils als eines der belastendsten Erlebnisse im Leben eines Kindes. Besonders zwei Jahre nach dem Tod sei das Auftreten psychischer Störungen bei diesen Kindern und Jugendlichen erhöht. Als protektiv beschrieben sie einen höheren sozioökonomischen Status der Familie und weniger depressive Symptome bei dem hinterbliebenen Elternteil. Gray, Weller, Fristad und Weller (2011) konnten in ihrer Studie bei 25% der Kinder, die zwei Monate zuvor einen Elternteil verloren hatten, Anzeichen einer ausgeprägten depressiven Störung nachweisen. Bei 24% zeigten sich zudem depressive Symptome.

Bylund-Grenklo et al. (2013) untersuchten das Verhalten von 13- bis 16-Jährigen nach dem Tod eines Elternteils durch eine Krebserkrankung. Ihre Ergebnisse zeigten eine doppelt so hohe Rate an Selbstverletzungen unter den betroffenen Kindern und Jugendlichen als in der Kontrollgruppe. Auch das Risiko von Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch, bzw. -abhängigkeit sei bei Kindern und Jugendlichen nach dem Tod eines Elternteils erhöht (Hamdan, Melhem, Porta, Song, & Brent, 2013). Dies treffe besonders dann zu, wenn die Todesursache des Elternteils Suizid gewesen war (Brent, Melhem, Donohoe & Walker, 2009). Laut Miyabayashi und Yasuda (2007) verursachten vor allem unerwartete und unnatürliche Todesfälle ein verstärktes Trauerverhalten. Sie bestätigten, dass besonders ein Suizid des Elternteils im Gegensatz zu anderen plötzlichen Todesfällen am stärksten ein traumatisches Erlebnis auslöse.

Laut Jacobs und Bovasso (2009) gestalte sich die Studienlage sehr unterschiedlich was die genauen Auswirkungen eines elterlichen Todes auf die Psyche der hinterbliebenen Kinder betreffe. Sie führten dies zum Beispiel auf die Unterschiede in den Kohorten (z.B. Geschlecht, sozioökonomischer Hintergrund) sowie das mangelnde Miteinbeziehen von Begleitumständen zurück.

Bei der Untersuchung unserer Kohorten konnte kein Zusammenhang zwischen der Zunahme der Kriseninterventionen und dem Tod eines Elternteils festgestellt werden. Jedoch zeigte sich insgesamt gegenüber der Allgemeinbevölkerung ein leicht erhöhter Anteil an Kindern und Jugendlichen, die bereits den Tod eines Elternteils erlebten, sodass

eine Korrelation mit dem Auftreten psychischer Krisen nicht nur unmittelbar nach dem Tod trotzdem möglich erscheint. Die genaue Todesursache konnte jedoch in nur wenigen Fällen ermittelt werden, sodass sich hierdurch kein weiterer Zusammenhang feststellen ließ.

4.1.5 Die Psychische Vorbelastungen in der Familie

Eine weitere Hypothese bestand darin, dass sich eine psychische Vorbelastung der Eltern ebenfalls auf die mentale Gesundheit (bis hin zur Entwicklung psychischer Krisen) bei ihren Kindern auswirken könnte. Im Vergleich der vier Kohorten ergab sich hierzu ein signifikanter Unterschied zwischen den Jahrgängen. Durchschnittlich lag in über 50% der Fälle eine Vorbelastung bei mindestens einem Elternteil vor. 2014, im Jahr mit den meisten Kriseninterventionen, wurde ein Höchstwert von 66% beschrieben. Nach Unterteilung der Geschlechter fiel auf, dass auf Seiten der Mütter der Proband*innen häufiger eine psychische Erkrankung vorbekannt war. Insgesamt traf dies in 35% der Fälle zu. Bei den Vätern waren es im Vergleich 30%. 2014 lag der Anteil an psychischen Vorerkrankungen bei beiden Geschlechtern auf einem Höchstwert. Bei den Müttern war ein Maximum von 49% betroffen, bei den Vätern 42%.

In Deutschland liegt die 12 Monats-Prävalenz für das Auftreten psychischer Störungen in der Klasse der 18- bis 65-Jährigen bei etwa 28% (Jacobi et al., 2014). Diese Angabe deckt sich mit den Daten von Wittchen und Jacobi (2005), welche im europäischen Vergleich 27% ergaben. Insgesamt betroffen seien geschätzt eine von drei Frauen sowie einer von vier Männern (Jacobi et al., 2014). Nach Angaben des Deutschen Ärzteblatts (Jachertz, 2013) weisen rund 33% der Bevölkerung im Jahr eine oder mehrere klinisch bedeutsame psychische Störungen auf. Dabei seien Frauen etwas häufiger betroffen als Männer.

Im Zusammenschluss aller Stichprobenjahre deckt sich die Prävalenz in unserer Kohorte, wenn Frauen (Mütter) und Männer (Väter) einzeln betrachtet werden, in etwa mit jener in der Allgemeinbevölkerung. Auch in diesen Daten waren die Frauen etwas häufiger betroffen als die Männer. Vor allem im Jahr 2014 zeigte sich in den von uns erhobenen Daten jedoch eine deutliche Zunahme sowohl unter den Frauen als auch unter den Männern, was für einen Zusammenhang mit der Zunahme psychischer Störungen bei den betroffenen Kindern spricht.

Im Vergleich mit der Literatur sind die Ergebnisse dieser Erhebung ähnlich derer von Mattejat und Remschmidt (2008), die in ihrer Studie ebenfalls bei etwa 50% psychisch auffälliger Kinder und Jugendlichen mindestens einen psychisch erkrankten Elternteil fanden. Ihr Erhebungszeitraum beinhaltete jedoch die Jahre 1998 bis 2002. In unserer Studie lag der Anteil erkrankter Eltern im Jahr 2014 bei 66%, sodass eine Zunahme über die Jahre beobachtet werden kann.

Nomura et al. (2002) definierten eine psychische Vorerkrankung der Eltern (hier am Beispiel depressiver Störungen) als einen hohen Risikofaktor für Depressionen und Angststörungen bei ihren Kindern. Mattejat, Wüthrich und Remschmidt (2000) führten dies zum einen auf die genetische Prädisposition als direkten Einflussfaktor zurück. Zum anderen verursachten psychische Erkrankungen der Eltern jedoch auch indirekt Nachteile in der (seelischen) Entwicklung ihrer Kinder. Gründe hierfür seien z.B. eheliche Konflikte oder Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung. Dabei sei weniger die Diagnose der Eltern entscheidend, sondern viel mehr der Krankheitsverlauf, dessen Schwere und Chronizität. Schwere und chronische Krankheitsverläufe auf Seiten der Eltern führten beispielsweise zu einer vermehrten Trennung von Eltern und Kind.

Hammen, Hazel, Brennan, & Najman (2012) stellten fest, dass Kinder depressiver Mütter nicht nur selbst depressiv werden könnten, sondern auch bis zum Alter von 20 Jahren vermehrt akuten und chronischen Stresssituationen ausgesetzt seien. Bei Orvaschel, Mednick, Schulsinger, & Rock (1979) zeigte sich ebenfalls eine psychische Erkrankung von Seiten der Mutter verantwortlich für Psychopathologien der Kinder.

Auch in unseren Kohorten wiesen öfter die Mütter eine psychische Störung auf. Allerdings muss dies vor dem Hintergrund festgehalten werden, dass insgesamt psychische Erkrankungen bei Frauen bereits vermehrt auftreten.

4.1.6 Die Erwerbstätigkeit und der Sozioökonomische Hintergrund der Ausgangsfamilie

Die Arbeitslosenquote in den hier untersuchten Kohorten betrug für die Mütter zwischen 1996 und 2014 insgesamt ca. 12%. Das Minimum lag 1996 bei 0% und das Maximum 2008 bei 18%. 2002 lag die Quote bei 14% und 2014 bei 8%. Einzig im Jahr 1996 hatte die Arbeitslosenquote unter den Müttern damit in der Stichprobe einen niedrigeren Wert als unter den Frauen in der Allgemeinbevölkerung (11%) (Statistisches Bundesamt, 2020d). 2002 (10%), 2008 (8%) und 2014 (7%) war die Quote in der Gesamtbevölkerung jeweils geringer.

Bei den Vätern zeigten sich in der Stichprobe Werte zwischen 4% (2008) und 24% (2002). 1996 und 2014 lag die Quote jeweils bei 17%. Insgesamt lag die Arbeitslosenquote mit 15% über jener der Mütter. Bis auf das Jahr 2008, in welchem in der Stichprobe eine geringere Arbeitslosenquote als in der Gesamtbevölkerung (4% zu 7%) bestand, lagen die Werte unter den Vätern stets deutlich über den Werten in der Allgemeinbevölkerung (Statistisches Bundesamt, 2020d).

Der sozioökonomische Hintergrund wurde anhand des International Socio-Economic Index of Occupational Status (ISEI) erhoben, der sich an der beruflichen Tätigkeit – in diesem Fall der Eltern – orientiert. Jedem Beruf wurde hierbei eine Punktzahl zugeordnet, die auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten die berufliche Tätigkeit kategorisiert. Berufe mit einem gesellschaftlich niedrigen SES liegen dabei im unteren Bereich, sozial hoch angesehene Berufe im oberen Bereich der Skala. In allen vier erhobenen Jahrgängen lag der Hauptteil der mütterlichen Berufe in einem Bereich von 40-49 Punkten und damit im unteren Mittelfeld. 2008 waren an erster Stelle jedoch gleichauf Berufe der Kategorie 20-29 Punkte, welche einen eher niedrigen sozioökonomischen Status darstellt. Bei den Vätern lag der durchschnittliche ISEI-Index bei 30-39 Punkten und somit im Vergleich zu den Müttern in einer niedrigeren Kategorie. Nur 1996 waren Berufe mit 50-59 Punkten gleichauf.

Insgesamt waren in allen Jahren nahezu alle Statusklassen vertreten. Wider Erwarten zeigte sich nicht, dass die Mehrzahl der Proband*innen aus der laut ISEI niedrigsten sozioökonomischen Klasse (< 20 Punkten) stammte. Stattdessen lag der Großteil der Berufe im unteren Mittelfeld, bei den Müttern noch höher als bei den Vätern. Vor allem

in den späteren Jahren, 2008 und 2014, waren jedoch kaum noch Kinder vertreten, deren Eltern einer hoch angesetzten sozialen Schicht (ab 70 Punkten) angehörten. Somit zeigt sich, konkordant zu vorherigen Studien, dass die Tendenz dahin geht, dass mehr Kinder aus einer sozioökonomisch vergleichsweise schwächeren Schicht eine höhere Wahrscheinlichkeit für das Auftreten psychischer Krisen haben.

Vergleichend kann hier z.B. das US National Collaborative Perinatal Project genannt werden. Gilman, Kawachi, Fitzmaurice und Buka (2002) untersuchten dabei von 1959 bis 1966 die Lebensumstände von 1132 Kindern an der Ostküste der USA. Anhand des Berufs der Eltern wurde bei Geburt, sowie im Alter von 7 Jahren der sozioökonomische Status dieser Kinder erhoben. Anschließend wurden über die folgenden Jahre der Beginn und die Entwicklung von Depressionen bei den Studienteilnehmern untersucht. Es zeigte sich, dass besonders Kinder, die einem niedrigen sozioökonomischen Status entstammten, eine doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit trugen, im späteren Leben eine Depression zu entwickeln – unabhängig von demographischen Faktoren, der familiären Prädisposition für psychische Erkrankungen und dem sozioökonomischen Status als Erwachsene. Strohschein (2005) fand äquivalent dazu ein geringeres Auftreten von depressivem und antisozialem Verhalten für Kinder aus Familien mit höherem Einkommen. Die Zu- oder Abnahme des familiären Einkommens konnte außerdem mit einem dementsprechend vermehrten oder verminderten Auftreten dieses Verhaltens in Verbindung gebracht werden. Miech et al. (1999) fanden außerdem eine Korrelation zwischen dem Ausbruch, bzw. der Ausprägung verschiedener psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (z.B. Angststörungen, Depressionen, ADHS) linear zu deren sozioökonomischen Status. Besonders das Fehlen finanzieller Ressourcen habe laut Vukojević et al. (2017) Einfluss auf alle Lebensbereiche der Kinder, wie z.B. auf Gesundheit, Bildung und sozialen Anschluss. Dadurch würden die körperliche und geistige Gesundheit und Zukunftsperspektiven, inklusive Bildung und akademischer Leistungen, sowie körperliche und kognitive Fähigkeiten und die Gehirnentwicklung mitbestimmt.

In Bezug auf die Arbeitslosenquote bestätigte sich die Vermutung, dass in dieser Stichprobe der sozioökonomische Status der Kinder und Jugendlichen niedriger war als in der Allgemeinbevölkerung, wenn man dadurch von fehlenden finanziellen Ressourcen ausgeht. Der sozioökonomische Status im Sinne des Berufsprestiges der Eltern zeigte sich

zwar eher im unteren Mittelfeld, jedoch nicht in den „untersten“ Berufsklassen. Diese Ergebnisse decken sich mit der KiGGS-Erhebung des Robert Koch-Instituts von 2003-2006 und 2009-2012, in welcher Kinder und Jugendliche aus einer niedrigen mittleren Sozialschicht sowohl ein erhöhtes Risiko für emotionale Probleme, wie auch für Verhaltensauffälligkeiten trugen (Hölling et al., 2014).

4.1.7 Geschwisterstatus und -beziehungen

In unserer Studienpopulation hatte über alle vier Jahre hinweg der Großteil der Kinder einen weiteren Geschwisteranteil (45%). Die zweithäufigste Konstellation bestand anschließend aus zwei weiteren Geschwistern (insgesamt 24%). Am dritthäufigsten handelte es sich bei den Proband*innen um Einzelkinder (17%). Leidglich im Jahr 1996 war die Konstellation mit drei weiteren Geschwistern gleich häufig vertreten wie der Status „Einzelkind“. Jeweils mehr als drei Geschwister, bzw. über vier Kinder in der Ausgangsfamilie betrafen noch 6% der Fälle. Das Maximum lag bei neun Geschwistern.

In der gesamtdeutschen Bevölkerung konnten 1995 pro Frau 1,25 Kinder verzeichnet werden. Bis 2005 waren es 1,34 Kinder und bis 2015 1,5 Kinder pro Frau pro Jahr. Seit Mitte der 1990-er Jahre zeigte sich also eine kontinuierliche Zunahme bei der Anzahl der Kinder pro Familie (Statistisches Bundesamt, 2019a). Nach Angaben des Mikrozensus war 2008 die häufigste Familienform immer noch die Ein-Kind-Familie (52%), gefolgt von den Familien mit zwei Kindern (36%). In 12% der Familien gab es drei oder mehr Kinder. 2018 ergaben sich nahezu identische Ergebnisse (Statistisches Bundesamt, 2019b). Im Vergleich hierzu ergibt sich in der vorliegenden Stichprobe eine höhere Geschwisteranzahl, bzw. Kinderzahl pro Familie. Die Familien mit nur einem Kind waren deutlich weniger vertreten als in der Allgemeinbevölkerung.

Innerhalb der Geschwisterreihe handelte es sich bei den Proband*innen insgesamt gleich häufig um das jüngste, wie um das älteste Kind. Mittlere Kinder waren hingegen mit durchschnittlich 20% seltener vertreten. Dies widerspricht der These von u.a. Sulloway (1996), Kennedy (1989) und Kidwell (1982), laut welcher besonders mittlere Kinder die Tendenz hätten – unter anderem durch Vernachlässigung gegenüber den weiteren Geschwistern – psychische Auffälligkeiten aufzuzeigen.

Kowal, Kramer, Krull und Crick (2002) beobachteten, dass zwischen Geschwistern oft das Gefühl besteht von den Eltern unterschiedlich behandelt zu werden. Besonders wenn sich ein Kind gegenüber seinen Geschwistern ungerechterweise benachteiligt fühlt, kann dies zu einem verminderten Selbstwertgefühl und Verhaltensstörungen führen. Eine Erhebung der Unterschiede zwischen Einzelkindern und Kindern mit Geschwistern ergab unter anderem, dass Einzelkinder mehr Freiraum für die eigene Individualität hatten, seltener Materielles oder die Zuwendung der Eltern teilen und nicht mit anderen um Rechte und Ansprüche kämpfen müssen (Rollin, 1990). Dies könnte eine Erklärung dafür sein, dass in unseren Kohorten Einzelkinder seltener vertreten waren, als Kinder mit Geschwistern.

Booth und Kee (2009) sowie Karwath, Relikowski und Schmitt (2014) kamen zu dem Ergebnis, dass die Geschwisterzahl – besonders in Familien mit vielen Kindern – auch einen negativen Einfluss auf die Entwicklung (z.B. die Bildungsentwicklung) der Kinder nimmt. Die Stellung in der Geschwisterreihe wirkt sich dabei vor allem für die jüngeren Kinder negativ aus. Sie erfahren im Gegensatz zu ihren älteren Geschwistern oft Benachteiligungen und weniger Aufmerksamkeit von Seiten der Eltern. Die jüngeren Geschwister stehen zudem laut Slomkowski, Rende, Conger, Simons und Conger (2001) unter einem erhöhten Risiko kriminell, bzw. „anti-sozial“ zu handeln, wenn ihre älteren Geschwister dies vorlebten. Besonders in unterprivilegierten Familien ist das Risiko für die jüngeren Geschwister erhöht von ihren älteren Geschwistern antisoziales Verhalten zu übernehmen (Brody et al., 2003).

Generell sind laut Paulhus, Trapnell und Chen (1999) die jüngeren Geschwister liberaler und oft rebellischer als ihre älteren Geschwister. Die Erstgeborenen sind hingegen ehrgeiziger und leistungsorientierter. Die Beziehung der Mütter zu den Kindern unterscheidet sich laut Hilton (1967) insofern, dass sie mit den ältesten Kindern oft strenger und mehr involviert in der Erziehung als bei den jüngeren Kindern sind.

Damit zeigen sich sowohl für die ältesten als auch für die jüngsten Kinder in einer Familie Risikofaktoren durch ihre Stellung Benachteiligung zu erfahren und mit Verhaltensauffälligkeiten bis zur Entwicklung psychischer Störungen zu reagieren, sodass sich zwischen diesen Konstellationen, wie in unseren Kohorten, keine Unterschiede ergeben.

4.1.8 Intelligenz und Bildung

Zusammengefasst war die am häufigsten besuchte Schulform unter den Proband*innen die Realschule mit 30%, gefolgt von der Hauptschule mit 24% und dem Gymnasium mit 20%. Im Vergleich der Kohorten ergab sich bezüglich der Schulbildung ein signifikanter Unterschied. 1996 besuchten noch die meisten Proband*innen (35%) die Hauptschule und das Gymnasium (24%). Die Realschule lag mit 10% noch hinter den Förderschulen (21%). In den Folgejahren schwankte die Verteilung stark. Insgesamt nahm der Anteil der Hauptschüler*innen unter den Patient*innen deutlich ab zugunsten der Schüler*innen von Realschulen und Gymnasien und lag 2014 nur noch bei rund 12%. Der Anteil an Patient*innen, die 2014 die Realschule besuchten nahm hingegen auf fast 40% zu, derer der Gymnasiasten lag 2014 bei etwa 24%.

In Baden-Württemberg gingen 1995/96 rund 39% der Kinder noch in die Grundschule. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung war der Anteil an Grundschulkindern (4%) unter unseren Proband*innen damit deutlich niedriger, was jedoch auch darauf zurückzuführen ist, dass das Alter der Patient*innen im Durchschnitt zum Zeitpunkt der Krisenintervention bei 15,1 Jahren lag.

Im Sekundarbereich besuchten in der Allgemeinbevölkerung die meisten Schüler (22%) ein Gymnasium, gefolgt von den Haupt-/Werkrealschulen (17%). Die Realschulen standen an dritter Stelle (17%). Bis 2014/15 waren es nochmals mehr Schüler an den Gymnasien (28%). Es folgten die Realschulen (21%) und schließlich die Hauptschulen mit 10% (Statistisches Landesamt, 2020c). Ein Grund für die zunehmende Verschiebung der Schülerzahlen im Jahr 2014 kann auf die Änderungen des Schulgesetzes in Baden-Württemberg im Jahr 2011 zurückgeführt werden, welche ab dem Jahr 2012 die Grundschulempfehlung für weiterführende Schulen abschaffte. Außerdem wurden im Jahr 2012/13 die Gesamtschulen eingeführt und hierdurch die Zahl der Hauptschulen (später Werkrealschulen) und Realschulen reduziert.

Dadurch wechselten im Schuljahr 2012/13 8% weniger Kinder (insgesamt 16%) auf eine Haupt-/Werkrealschule. Der Anteil an Kindern, die im Sekundarbereich auf eine Realschule oder auf ein Gymnasium wechselten, nahm hingegen jeweils um etwa 3% auf 37%, bzw. 44% zu, wodurch die Gymnasien am häufigsten besucht wurden (Schwarz-Jung, 2013).

Durch die Reformen in der Schulstruktur Baden-Württembergs ist eine eindeutige Korrelation mit den Ergebnissen dieser Studie nicht eindeutig zu belegen. Es bestätigt sich nicht, dass der Anteil an bildungsschwachen Schüler*innen zugenommen hat. Insgesamt konnte aber in der vorliegenden Arbeit im Jahr 2014 ein geringerer Anteil an Gymnasiasten gegenüber der Allgemeinbevölkerung festgestellt werden. Trotz der zunehmenden Schülerzahl an den Gymnasien in der Bevölkerung, besuchten 2014 in unserer Studie 40% eine Realschule, während nur 24% Gymnasiasten vertreten waren. In dieser Stichprobe wiesen also die Kinder und Jugendlichen im Verlauf eine niedrigere Schulbildung als die Allgemeinbevölkerung auf. Da u.a. laut Ditton und Maaz (2011) oder Amin et al. (2019) davon ausgegangen wird, dass das Bildungsniveau nicht nur den sozioökonomischen Status, sondern auch die mentale Gesundheit beeinflusst, ergibt sich hieraus ein Risikofaktor für psychische Störungen, bzw. Krisen. Ross und Van Willigen (1997) beantworteten die Frage, warum Bildung Einfluss auf das Wohlbefinden habe damit, dass zum einen gebildete Menschen geringeren emotionalen und körperlichen Stress hätten. Ein niedrigeres Bildungsniveau sei hingegen ein Risikofaktor für Depressionen, Angststörungen, Verstimmungen, Schmerzen und in gewissem Maße auch Aggressionen. Zudem sei die Fähigkeit zu genießen, Hoffnung, Zufriedenheit, die Fitness und die Energie vermindert. Ross und Mirowsky (2011) zeigten außerdem, dass ein höheres individuelles Bildungsniveau soziale Nachteile bedingt durch den familiären Hintergrund aufheben könne. Sei der eigene Bildungsstand jedoch zusätzlich gering, könne dies gesundheitliche Beeinträchtigungen sogar noch vergrößern.

Bezüglich des Intelligenzquotienten konnte ebenfalls ein signifikanter Unterschied zwischen den vier Stichprobejahren nachgewiesen werden. Alle Kohorten zusammengefasst, lag der durchschnittliche Intelligenzquotient bei 74% und somit im durchschnittlichen Bereich. 18% wiesen hingegen einen unterdurchschnittlichen und 9% einen überdurchschnittlichen IQ auf. Nur 1996 lag der Anteil an überdurchschnittlicher Intelligenz mit 33% über dem der unterdurchschnittlichen (17%). Dahingegen veränderten sich diese Ergebnisse bis 2014 so weit, dass inzwischen 35% als unterdurchschnittlich intelligent eingestuft wurden und lediglich 47% als durchschnittlich, bzw. 18% als überdurchschnittlich. Es zeigte sich also ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Zunahme der Kriseninterventionen und dem

Intelligenzquotienten der Proband*innen, insofern, dass mehr Kinder und Jugendliche nur noch einen unterdurchschnittlichen IQ aufwiesen.

In der Allgemeinbevölkerung gelten generell etwa zwei Drittel mit einem IQ von 85 bis 115 als durchschnittlich intelligent. 16% werden jeweils als über- (>115) oder unterdurchschnittlich (<85) intelligent eingestuft (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2015). Somit unterscheiden sich die Ergebnisse unserer Population im Jahr 2014 deutlich von jenen der Allgemeinbevölkerung. Eine Begründung sahen Ali et al. (2013) darin, dass der Intelligenzquotient die Zufriedenheit im Leben mitbestimme. Beeinflussend wirkten dabei wiederum Variablen, die sich durch Intelligenz ableiten ließen wie der sozioökonomische Status (anhand von Bildung, Berufsmöglichkeiten, Einkommen) und medizinisches Verständnis (im Sinne des Erkennens psychischer Erkrankungen). Ein niedrigerer IQ (70 bis 99 Punkte) sei dabei mit einer verminderten Zufriedenheit assoziiert. Schlussfolgernd zeigten sich Intelligenz und Bildung in dieser Studie als wesentliche Parameter, die zum einen den sozioökonomischen Status und damit auch die psychische Gesundheit mitbeeinflussten.

4.1.9 Involvierung des Jugendamtes, bzw. der Jugendhilfe

Von 1996 bis 2014 lag in dieser Studie die Involvierung des Jugendamts, bzw. der Jugendhilfe insgesamt bei 54,3%. Der geringste Anteil lag 2002 bei 32%. Im Vergleich dazu waren es 2014 80%. Im Zusammenhang mit der Zunahme der Kriseninterventionen ließ sich somit eine eindeutige Signifikanz nachweisen.

In Deutschland erfolgte im Jahr 2012 die Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes und damit die statistische Auswertung von Gefährdungseinschätzungen von Kindern und Jugendlichen seitens der Jugendämter (Pothmann, 2019). Seit Beginn dieser Aufzeichnungen kann eine stetige Zunahme der Verfahren zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung beobachtet werden. Waren es 2012 noch 109.428 Verfahren, wurden 2019 173.029 Verfahren verzeichnet (Statistisches Bundesamt, 2020i). Allein von 2017 bis 2019 nahm die Zahl der Kindeswohlgefährdungen in Deutschland um 20% zu. In den aktuellen Daten zeigte sich vor allem erstmalig eine Zunahme der akuten Kindeswohlgefährdungen. Die Zahlen der latenten Kindeswohlgefährdung stiegen ebenfalls gegenüber den Vorjahren an. Bei rund 68% konnte keine Kindeswohlgefährdung festgestellt werden, jedoch wurden in etwa der Hälfte dieser Fälle weitere Hilfe- und

Unterstützungsmaßnahmen verordnet. Zum Zeitpunkt der Gefährdungseinschätzung wurde bereits bei etwa der Hälfte aller Kinder eine Leistung der Kinder- und Jugendhilfe in Anspruch genommen. Insgesamt begründete das Statistische Bundesamt die steigenden Zahlen unter anderem mit der umfassenden Berichterstattung und der Sensibilisierung der Bevölkerung für dieses Thema (Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung vom 27.08.2020). Ein weiterer Grund mag in der Einführung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (KICK) im Jahr 2005 liegen (BGBl. I 2005 S. 2729). Dessen Inhalt waren unter anderem die Verbesserung des Kinder- und Jugendschutzes bei Gefahren für ihr Wohl, eine Neuregelung der Inobhutnahme und die Stärkung der Steuerverantwortung des Jugendamtes (Art. 1, Sozialgesetzbuch VIII).

In den letzten Jahren ließ sich außerdem in der Allgemeinbevölkerung ein steigender Trend bezüglich der Inobhutnahme Minderjähriger durch das Jugendamt beobachtet. Während 1996 noch 28.052 Kinder unter dessen Obhut fielen, waren es bis 2014 48.059 Fälle pro Jahr (Statistisches Bundesamt, 2019d). Das Statistische Bundesamt (2019c) gab an, dass die häufigsten Gründe einer Inobhutnahme eine Überforderung der Eltern, Anzeichen für Vernachlässigung sowie für körperliche und psychische Misshandlungen waren. Zunehmende Relevanz gewinnen außerdem die vermehrte Einreise unbegleiteter Minderjähriger aus dem Ausland nach Deutschland.

In der vorliegenden Studie zeigte sich somit kongruent zu der Situation in der Allgemeinbevölkerung eine zunehmende Inanspruchnahme der Hilfemaßnahmen durch das Jugendamt bei Kindern und Jugendlichen. Während jedoch in dieser Studie Personenzahlen verwendet wurden, beziehen sich die Daten der Kinder- und Jugendhilfe in der Allgemeinbevölkerung auf Fallzahlen (Statistisches Bundesamt, 2019c). Während in der Allgemeinbevölkerung insgesamt der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die Hilfemaßnahmen erhalten oder vom Jugendamt betreut werden, im Verhältnis gering ist, betraf dies in unserer Studie bis zu 80% im Jahr 2014. Burchard und Diebenbusch (2017) befanden, dass eine Zunahme der Kriseninterventionen an der KJPP gleichzeitig eine größere Inanspruchnahme von Hilfeleistungen der Jugendhilfe voraussetze. Daher werde zukünftig die Zusammenarbeit beider Systeme immer wichtiger. Beck (2015) stellte fest, dass im Anschluss an den Klinikaufenthalt 33% der Kinder und Jugendlichen an Maßnahmen der Jugendhilfe angebunden wurden. Zudem hatten 38% der Kinder und Jugendlichen bereits vor der stationären Behandlung Jugendhilfeleistungen in Anspruch

genommen. Entscheidend sei unter anderem die Entwicklung systemübergreifender Versorgungsstrukturen, um die Kooperation beider Systeme zu verbessern.

4.1.10 Die Wohnsituation zum Zeitpunkt der Krisenintervention

Die Ergebnisse dieser Studie ergaben, dass die meisten Kinder und Jugendlichen zum Zeitpunkt der Krisenintervention noch bei beiden Elternteilen lebten (44%). Jedoch war zu bemerken, dass dieser Anteil von 1996 (57%) bis 2014 (38%) stetig abnahm. Dagegen nahm besonders der Anteil der Kinder und Jugendlichen zu, die nur bei der Mutter oder nur beim Vater lebten. Nur bei der Mutter lebten beispielsweise 2014 ein Drittel aller Proband*innen (33%). Mit den Vätern lebten insgesamt 3% der Kinder und Jugendlichen zusammen. Ein Großteil der Proband*innen lebte außerdem zum Zeitpunkt der Krisenintervention in einer Wohngruppe (21%).

Nach Angaben des Mikrozensus lebten 1997 in Deutschland in den Familien 83% der minderjährigen Kinder bei verheirateten Eltern und 4% bei unverheirateten Eltern. 12% lebten bei einem alleinerziehenden Elternteil. Im Vergleich nahm der Anteil an Kindern, die mit alleinerziehenden Eltern aufwuchsen, 2007 auf 16% und 2017 auf 17% zu. Dagegen wohnten 2017 nur noch 74% der minderjährigen Kinder bei einem verheirateten Elternpaar (Bundeszentrale für politische Bildung, 2018b).

Laut Barkmann und Schulte-Marktwort (2006) lebten in Deutschland insgesamt etwa drei Viertel aller Kinder bei ihren leiblichen Eltern. 16,6% wohnten bei der leiblichen Mutter, ohne Vater, und rund 2% wohnten beim leiblichen Vater, ohne Mutter. Nur 0,5% aller Kinder und Jugendlichen lebten völlig getrennt von den Eltern. Dagegen zeigt eine Statistik der Kinder- und Jugendhilfe von 2016 die Verteilung unter Minderjährigen vor Inanspruchnahme einer Hilfeleistung (z.B. Erzieherische Hilfe oder Eingliederungshilfe): von 61.764 Minderjährigen waren hier nur 32,5% bei mind. einem Elternteil wohnhaft, etwa 3% bei Verwandten, 4% in einer Pflegefamilie und 31% in einem Heim, bzw. in einer betreuten Wohnform (Statistisches Bundesamt, 2018c).

Dieser Trend spiegelt sich auch in diesen Ergebnissen wider, da der Anteil an Kindern und Jugendliche, die bereits vor der Krisenintervention in einer Wohngruppe (also von den Eltern getrennt) lebten mit insgesamt 21% deutlich höher ist. Auch der Anteil an

Kindern, die mit Alleinerziehenden lebten, war mit knapp 30% (Mutter und Vater zusammengerechnet) höher als in der Allgemeinbevölkerung.

4.2 Stärken und Limitationen der Studie

Bevor aus der vorliegenden Arbeit Ausblicke für die zukünftige Forschung gezogen werden können, muss eine genauere Betrachtung ihrer Stärken und Schwächen erfolgen. Ein Vorteil der retrospektiven Arbeit ist sicherlich, dass kein Mehraufwand für die Patient*innen durch die Studie entstand. Unter Einhaltung der pseudonymisierten Datenauswertung ergab sich damit auch ethisch keine Beeinträchtigung für die Proband*innen. Außerdem bringt eine retrospektive Datenauswertung generell auch einen ökonomischen Vorteil, da sie grundsätzlich günstiger durchgeführt werden kann.

Eine weitere Stärke dieser Studie stellt die hohe Probandenzahl dar. Das Einzugsgebiet der KJPPP Tübingen umfasste 1996 laut Deutschmann-Barth (2002) ca. eine Millionen Menschen. 2015 übernahm die KJP Tübingen die Notfallversorgung für die Landkreise Tübingen, Reutlingen sowie Teilbereiche der Landkreise Böblingen und Freudenstadt (Dürrwächter, 2015). Insgesamt konnten die Fälle von 352 Patient*innen für die Datenerhebung untersucht werden. Dadurch verringert sich das Risiko, dass durch zu niedrige Stichprobengröße Verzerrungen in der Statistik entstehen. Zwar lag die Patientenzahl im ersten Stichprobenjahr 1996 naturgemäß deutlich niedriger als im Jahr 2014, aber mit 37 Patient*innen immer noch in einem repräsentativen Umfang. Vergleichsweise untersuchten Günter und Günter auch an der KJPPP Tübingen von 1982 bis 1985 stationäre Kriseninterventionen bei 49 Jugendlichen.

Die vier Stichprobenjahre wurden mit Abstand von jeweils sechs Jahren gewählt. Zu den restlichen Jahren in diesem Zeitraum lassen sich theoretisch keine Aussagen treffen. Es wird dennoch angenommen, dass sich aufgrund der linearen Zunahme der Kriseninterventionen von 1996 bis 2014 auch die Parameter, die möglichen Auslösern entsprechen, linear verhalten.

Bezüglich der Vergleichbarkeit der erhobenen Daten ist anzumerken, dass in der Studie nur Fälle von betroffenen Patient*innen untersucht und keine Daten einer Kontrollgruppe erhoben wurden. Nach Abschluss der Datenauswertung wurde jedoch eine

Gegenüberstellung mit Daten aus der Allgemeinbevölkerung vorgenommen, die z.B. über das statistische Bundesamt ausgewertet werden konnten.

Störfaktoren ergaben sich außerdem während der Datenerhebung. Da die Zeitspanne der Auswertung knapp 20 Jahre betrug, musste davon ausgegangen werden, dass verschiedene Untersucher die jeweiligen Aufnahmen durchgeführt hatten. Es ist möglich, dass die verschiedenen Untersucher auch in der Anamnese ihre Schwerpunkte ungleich setzten und somit keine komplett standardisierte Erhebung stattfand. Dies ergab sich auch dadurch, dass sich zwischen 1996 und 2014 die Struktur und der Inhalt der Aufnahmebögen für den stationären Aufenthalt an der KJPPP Tübingen veränderten. Parameter, die durch Erkenntnisse der Forschung in den letzten Jahren immer mehr in den Fokus rückten, wie beispielsweise die Familienanamnese oder die genetische Prädisposition für psychische Erkrankungen, wurden in den früheren Jahren weniger ausführlich oder nur in Teilen angegeben. In Fällen, in denen die Dokumentation nicht vollständig war, wurden daher, soweit vorhanden, Vorbriefe der jeweiligen Patient*innen mituntersucht. Aus diesen Vorbriefen ließen sich allgemeingültige Daten zu den jeweiligen Patient*innen übernehmen, wie beispielsweise die Herkunft, Informationen zur Familienstruktur und mögliche Migrationshintergründe, die Krankengeschichte oder psychotherapeutische Vorbehandlungen. Daten, die ganz fehlten und somit nicht erhoben werden konnten, mussten in der Statistik als unbekannt klassifiziert werden. So konnten nicht bei allen Patient*innen die gleichen Informationen erhoben werden. Die Angaben der Patient*innen mussten außerdem für zutreffend angenommen werden, da keine Nachprüfung möglich war.

Bei den Akten der Jahrgänge 1996 und 2002, die nicht in elektronischer Form erfasst waren, kam es vor, dass einzelne Patientenakten im Archiv fehlten und dadurch nicht untersucht werden konnten. Dies betraf 1996 $N = 6$ und 2002 $N = 6$ Fälle. In manchen Fällen lagen zwar Akten der jeweiligen Proband*innen vor, jedoch nur zu einem anderen Fall (beispielsweise aus einem anderen Jahr). In diesen Fällen wurden, falls nachgewiesen werden konnte, dass es sich tatsächlich um eine Krisenintervention handelte, so viele allgemeingültigen Informationen wie möglich erhoben, während die spezifischen Daten zu dem eigentlichen Fall als unbekannt angenommen werden mussten. Handschriftliche Notizen in den nicht-elektronischen Akten konnten je nach Handschrift nicht immer entziffert werden. Während der Datenauswertung gab es zudem teilweise Grenzfälle bei

der Einteilung in die Kategorien „nein“ und „unbekannt“. Im Falle, dass inhaltlich keine eindeutige Zuteilung möglich war, musste daher von den Untersucherinnen die naheliegendste Kodierung gewählt werden. Dabei muss ergänzt werden, dass beide Untersucherinnen keine Mitarbeiterinnen in der KJPPP Tübingen waren und die Datenerhebung vornahmen, ohne Vorwissen zu allen internen Prozessen zu besitzen. Dadurch wurden manche Parameter enger in „ja“/„nein“/„unbekannt“ kodiert, als es beispielsweise mit Praxiswissen der Fall gewesen wäre. Ein Beispiel ist die Involvierung des Jugendamtes, bzw. der Jugendhilfe. Hierbei wurde ein „ja“ nur kodiert, wenn ausdrücklich eine Involvierung vermerkt war. Mit dem Wissen, dass z.B. eine Unterbringung in einer Wohngruppe einen Kontakt mit dem Jugendamt/-hilfe impliziert, hätte die Kodierung weniger wörtlich durchgeführt werden können.

Bezüglich des SES der Ausgangsfamilien ergibt sich eine Einschränkung der Ergebnisse dadurch, dass Baden-Württemberg als Erhebungsort der Daten allgemein ein höheres Bildungs- und Akademikerniveau aufweist als andere Bundesländer. Im Vergleich lag der Anteil an tertiären Bildungsabschlüssen¹ in den Jahren 2005 bis 2019 über dem des Bundesdurchschnitts (Statistisches Bundesamt, 2020g). In den Jahren 2000 bis 2019 wies Baden-Württemberg im Bundesvergleich stets eine der niedrigsten Arbeitslosenquoten in Deutschland auf. Die Erwerbstätigenquote lag 2016 im EU-Vergleich sogar an erster Stelle (Nesensohn, 2018; Statistisches Bundesamt, 2011). Außerdem liegt in einem Teil des Einzugsgebietes eine Universitätsstadt: Tübingen hat im Vergleich zu anderen deutschen Landkreisen einen überproportional hohen Anteil an Akademikern. So betrug beispielsweise 2014 der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit einem akademischen Schulabschluss 43%. Gar keine berufliche Bildung hatten hingegen nur 14% (Statistisches Landesamt, 2020d). Es ist daher möglich, dass der Anteil an Proband*innen mit einem sehr niedrigen sozioökonomischen Hintergrund von vorneherein geringer und daher unterrepräsentiert war gegenüber der restlichen Bevölkerung.

¹ Tertiäre Bildungsabschlüsse = kurzes tertiäres Bildungsprogramm, Bachelor bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm, Master- bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm, Promotion

4.3 Nutzen der Studie und Ausblick auf zukünftige Anschlussarbeiten

Schließlich soll im Folgenden auf die Bedeutung der Studie für Wissenschaft und Praxis, sowie geplante Anschlussstudien eingegangen werden. Unter anderem resultiert aus der vorliegenden Studie ein großer Nutzen für die praktische Arbeit an der KJPPP Tübingen. Anhand der erhobenen Daten lassen sich mehr Aussagen über die Ursachen und Auslöser von Kriseninterventionen bei den Kindern und Jugendlichen treffen. Dadurch könnten diese schneller und besser ermittelt, bzw. gezielter in der Therapie integriert werden. Während unserer Datenerhebung ließ sich erkennen, wie wichtig es ist, eine klare Vereinheitlichung der Aufnahmeanamnese zu schaffen. Nicht nur, um interne Prozesse dadurch zu optimieren, sondern auch um in Folgestudien eine bessere Informationsgewinnung zu fördern, bestünde darin ein großer Vorteil, um eine noch bessere Vergleichbarkeit von Daten zu erzielen. Eine große Chance besteht außerdem in der Verbesserung der Präventionsarbeit. Wie bereits beschrieben, zeigt die Trennungs- bzw. Scheidungsrate unter Paaren mit Kindern einen steigenden Trend. In dieser und anderen Arbeiten ließ sich ein Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit von Kindern und der Trennung ihrer Eltern feststellen. Laut Bürgin (2004) seien bei familiären Konflikten besonders die Kinder und Jugendlichen die Leidtragenden. Sie befänden sich in einem Status dynamischer Entwicklung, während ihre Persönlichkeiten teilweise noch nicht vollständig ausgereift seien, wodurch es zu einer gesteigerten Vulnerabilität kommen könne. Gleichzeitig stünden sie unter großem Einfluss von biologischen, psychologischen, individuellen, familiären, sozialen und kulturell-historischen Einflussfaktoren. Hier könnte der Ansatzpunkt darin liegen, Kinder gezielter während und nach einer solchen Erfahrung psychologisch zu betreuen und mehr auf ihre Bedürfnisse während dieser Zeit einzugehen. Dazu kommt, dass alleinerziehende Eltern oft im Gegensatz zu gemeinsam lebenden Eltern einen deutlichen finanziellen Nachteil haben und meist mehr Zeit investieren müssen, um neben der Familie einem Beruf nachzugehen (Kramer et al., 2016). Daraus resultierend sind ihre Kinder nicht nur wirtschaftlich eingeschränkter, sondern es fehlt ihnen an Aufmerksamkeit durch die Eltern. Hier könnten vor allem außerschulische Programme eine Hilfe sein, den Kindern mehr Struktur und Betreuung zukommen zu lassen. Eine finanzielle Entlastung Alleinerziehender für solche Programme ist sicherlich an dieser Stelle ein Ansatzpunkt.

Eine verstärkte Involvierung von Jugendamt und -hilfe lässt sich seit der Einführung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (KICK) im Jahr 2005 bereits erkennen. Durch eine größere Führungsrolle der Institutionen können Familien, in denen die Kinder Risikofaktoren einer psychischen Beeinträchtigung ausgesetzt sind, schneller ermittelt und unterstützt werden. Durch eine frühzeitige Intervention könnte somit auch verhindert werden, die Kinder aus den Familien und ihrem gewohnten Umfeld zu ziehen, um dadurch einen weiteren Belastungsfaktor minimieren zu können. In Zukunft wird die Arbeit des Jugendamtes auch besonders durch die Herausforderungen der Flüchtlingskrise geprägt sein. Ziel sollte sein, allein einreisende Kinder und Jugendliche schnell in das System zu integrieren und fördern zu können. Der Migrationshintergrund wurde zwar in dieser Studie bereits miterhoben, jedoch blieben die Aussagen dazu durch fehlende Informationen beschränkt, sodass sich daraus ein weiterer Ansatzpunkt für eine Folgestudie ergibt.

Neben der in dieser Arbeit als Schwerpunkt festgelegten Erhebung von Informationen zum sozioökonomischen Hintergrund der Kinder und Jugendlichen bei Kriseninterventionen fand parallel eine Auswertung zur Psychopathologie und weiteren Begleitumständen statt (Chiumento, 2019). Diese beinhalteten u.a. soziodemographische Daten und Merkmale des stationären Aufenthaltes. Es zeigte sich, dass während die Zahl der Kriseninterventionen stetig zunahm, die Dauer des stationären Aufenthaltes abnahm. Außerdem konnte z.B. eine Zunahme von Suizidalität und Selbstverletzung unter den Patient*innen nachgewiesen werden. Aufnahmegrund waren in den meisten Fällen Suizidalität und Störungen des sozialen Nahfeldes. In Verbindung mit dieser Arbeit, lässt sich ein umfangreiches Bild der akuten Krisen zeichnen und die Begleitumstände besser verstehen. Aufbauend auf den Ergebnissen dieser beiden retrospektiven Arbeiten ist außerdem eine prospektive Studie angelegt, die sich ebenfalls mit den Charakteristika und Risikofaktoren psychischer Krisenzustände bei Kindern und Jugendlichen, aber auch möglichen Schutzfaktoren, mit Hilfe welcher diese verhindert werden können, befasst. Dabei sollen jene Parameter, welche in den Vorgängerstudien bereits untersucht und teilweise als signifikant beschrieben werden konnten, noch genauer untersucht werden. Ein Unterschied stellt der klinische Anteil dar. Hierbei sollen aktiv Informationen zu Kindern und Jugendlichen zwischen 11,0 und 17,11 Jahren, die eine Krisenintervention an der KJPPP Tübingen in Anspruch nehmen, sowie zu deren Eltern mit Hilfe eines

standardisierten Fragebogens erhoben werden. Verglichen werden diese Daten mit Kontrollgruppen, bestehend aus Kindern und Jugendlichen, die sich in einem akuten Krisenzustand vorstellen, jedoch nicht stationär bleiben, Kindern und Jugendlichen die sich geplant ambulant vorstellen sowie einer allgemeinen Kontrollgruppe von Schulkindern und deren Eltern. Der Vergleich mit einer Kontrollgruppe stellt einen großen Vorteil zu der alleinigen Gegenüberstellung literarischer Daten dar. Man erhofft sich einen besseren Erkenntnisgewinn darüber, bei welchen Patient*innen aus welchem Umfeld das Risiko einer psychischen Krise und einer daraus resultierenden Krisenintervention erhöht ist. Ziel soll sein, akuten Krisen bereits frühzeitig entgegenzuwirken und im Falle einer stationären Aufnahme die Dauer des Aufenthaltes durch eine passende ambulante Weiterversorgung zu verkürzen.

5 Zusammenfassung

Aufgrund der interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedenster Fachdisziplinen und der bereits stark ausgeprägten Spezifizierung und Differenzierung der Störungsbilder, z.B. nach Gender, stelle die Kinder- und Jugendpsychiatrie laut Fegert (2011) einen Seismografen für die gesellschaftliche Entwicklung dar. Zugrunde liegt eine Schätzung der WHO aus dem Jahr 2001, welche bereits damals eine weltweite Zunahme der Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Leistungen bis 2020 um 50% prognostizierte. Laut Burchard und Diebenbusch (2017) seien Stress, Belastung und psychosoziale Krisen heutzutage unter Kindern und Jugendlichen allgegenwärtig. Der kontinuierliche Anstieg der Auslastung in den Kinder- und Jugendpsychiatrien Deutschlands und international zeigt, wie groß der Stellenwert der Forschung in diesem Bereich ist. Mit dieser Arbeit wurden die auslösenden Faktoren der ebenfalls deutlich zugenommenen Kriseninterventionen bei Kindern und Jugendlichen herausgearbeitet. Speziell der sozioökonomische Hintergrund in dieser Altersklasse lag hierbei im Fokus. Mit Hilfe eines zuvor festgelegten Erhebungskataloges wurden in den vier ausgewählten Stichprobenjahren 1996, 2002, 2008 und 2014, Parameter, die einen Einfluss auf die psychische Entwicklung zu haben schienen, identifiziert und sie in Kontext mit der Entwicklung einer psychischen Krise gesetzt. Dabei erfolgte die Datenerhebung retrospektiv anhand der Aufnahmeanamnese der KJPPP Tübingen. Insgesamt konnten Informationen zu 352 Patient*innen erhoben werden. Besonderes Augenmerk wurde u.a. auf den Beziehungsstatus der Eltern der Patient*innen gelegt. Es konnte gezeigt werden, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen den Kohorten bezüglich der elterlichen Trennung/Scheidung im Vorfeld gab und die Scheidungsrate der Eltern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung vor allem bis zum Jahr 2014 stetig zunahm und schließlich diese auch übertraf. Vor allem auch der Anteil an alleinerziehenden Eltern, welcher in dieser Studie knapp 30% betrug, konnte als Risikofaktor gegenüber der Allgemeinbevölkerung ermittelt werden. In den meisten Fällen waren die Kinder noch sehr jung zum Zeitpunkt der Trennung/Scheidung, oftmals unter einem Jahr alt. Dabei fiel auf, dass unter den hiesigen Patienten*innen vor allem die Anwesenheit der Väter, bzw. deren Involvierung in das Sorgerecht, geringer war, wohingegen meist die Mütter den alleinerziehenden Elternteil darstellten. Der Tod eines Elternteils stellte sich hingegen als kein signifikanter Zusammenhang zur Krisenzunahme zwischen den Jahren heraus. Er lag jedoch leicht

erhöht im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Eine genetische Veranlagung von psychischen Erkrankungen konnte hingegen als signifikanter Einflussfaktor gefunden werden. Bei insgesamt knapp über 50% der Kinder und Jugendlichen lag bei mindestens einem Elternteil bereits eine psychische Erkrankung vor. Besonders im Jahr 2014 war der Anteil fast doppelt so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung. Etwas höher lag hierbei die Prävalenz unter den Müttern im Vergleich zu den Vätern. Der sozioökonomische Hintergrund der Proband*innen wurde mit Hilfe des ISEI und der Arbeitslosenquote unter den Eltern der Kinder erfasst. Bezüglich der Arbeitslosigkeit lag der Anteil bei Müttern und Vätern in den meisten Fällen über den Werten in der Allgemeinbevölkerung. Wider Erwarten lag der SES, gemessen am Berufsprestige, durchschnittlich nicht in der niedrigsten Bevölkerungsschicht, sondern eher im unteren Mittelfeld. Auffallend war jedoch, dass im Verlauf der Stichprobenjahre der Anteil an Kindern aus finanziell besser gestellten Verhältnissen eher abnahm, sodass sich vermuten lässt, dass ein in Relation niedrigerer sozioökonomischer Status in der Entwicklung psychischer Krisen bedeutsam ist. Der Großteil der Kinder stammte außerdem aus Familien mit meist zwei oder drei Kindern. Einzelkinder waren häufiger vertreten als Kinder aus Großfamilien. In den meisten Fällen handelte es sich um das jüngste Kind, in den selteneren um das mittlere Kind unter den Geschwistern. Es bestätigte sich die Vermutung, die auch durch Burchard und Diebenbusch (2017) formuliert wurde, dass unter den Kindern und Jugendlichen insgesamt das Bildungsniveau niedriger lag als in der Allgemeinbevölkerung. Anhand des Intelligenzquotienten konnte eine unterdurchschnittliche Intelligenz als Risikofaktor für die Entwicklung einer psychischen Krise gefunden werden. Ein signifikanter Zusammenhang ließ sich außerdem in der Involvierung des Jugendamtes, bzw. der Jugendhilfe nachweisen, wobei in den späteren Jahren die Mitbetreuung durch die Institutionen deutlich höher lag. Zuletzt zeigte sich auch, dass vor allem Kinder, die bereits nicht mehr bei ihren Eltern (z.B. in einer Wohngruppe) lebten sowie Kinder aus Haushalten mit Alleinerziehenden, häufiger eine Krisenintervention in Anspruch nahmen.

Ravens-Sieberer et al. (2007) manifestierten, dass letztendlich die Kumulation von Risikofaktoren die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten signifikant erhöhe. Neben der weiteren Untersuchung der Risikofaktoren sei jedoch das wesentliche Ziel der Prävention

und Intervention vor allem die Ressourcen, die auf die psychische Gesundheit der Kinder stabilisierend wirkten, zu identifizieren und zu stärken.

6 Literaturverzeichnis

- Ali, A., et al. (2013). The relationship between happiness and intelligent quotient: the contribution of socio-economic and clinical factors. *Psychol Med*, 43(6), 1303-1312. doi:10.1017/S0033291712002139
- Amato, P. (1993). Children's Adjustment to Divorce: Theories, Hypotheses, and Empirical Support. *Journal of Marriage and Family*, 55(1), 23-38. doi:10.2307/352954
- Amato P. R. (2005). The impact of family formation change on the cognitive, social, and emotional well-being of the next generation. *The Future of children*, 15(2), 75–96. <https://doi.org/10.1353/foc.2005.0012>
- Amin, V., et al. (2019). Mental Health, Schooling Attainment and Polygenic Scores: Are There Significant Gene-Environment Associations? *University of Pennsylvania Population Center Working Paper (PSC/PARC)*, 2020-24. Abgerufen am 03.12.2020 von: https://repository.upenn.edu/psc_publications/24.
- AOK Baden-Württemberg (Pressemitteilung vom 29.09.2017). *Neuer Versorgungsansatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Abgerufen am 31.01.2021, von: file:///C:/Users/laura/AppData/Local/Temp/Neuer_Versorgungsansatz_in_der_Kinder-_und_Jugendpsychiatrie.pdf
- Arthur, B., & Kemme, M. L. (1964). Bereavement in Childhood. *J Child Psychol Psychiatry* 5: 37-49.
- Assis, S. G., Avanci, J. Q., & Oliveira, R. d. V. C. d. (2009). Desigualdades Socioeconômicas e saúde mental infantil. *Revista de Saúde Pública*, 43, 92-100.
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2016). *Bildung in Deutschland 2016: Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration*. Bielefeld, W. Bertelsmann Verlag.
- Ball, J., Lohaus, A., & Miebach, C. (2006). Psychische Anpassung und schulische Leistungen beim Wechsel von der Grundschule zur weiterführenden Schule. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 38(3), 101-109. doi:10.1026/0049-8637.38.3.101
- Barkmann, C., & Schulte-Markwort, M. (2004). Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatrische Praxis - PSYCHIAT PRAX*, 31, 278-287. doi:10.1055/s-2003-814855

- Barkmann, C., & Schulte-Marktwort, M. (2006). Psychosoziale Lebenssituation und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland. URI: <http://hdl.handle.net/20.500.11780/2921>
- Beck, N. (2015). Jugendhilfebedarf nach (teil-) stationärer kinder- und Jugendpsychiatrischer Behandlung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2015 Vol. 43 Issue 6 Pages 443-453 Accession Number: 26602048 DOI: 10.1024/1422-4917/a000386
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1983). Comparisons of children of depressed and nondepressed parents: A social-environmental perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11(4), 463-485. doi:10.1007/BF00917076
- Birtchnell, J. (1972). Early parent death and psychiatric diagnosis. *Social psychiatry*, 7(4), 202-210. doi:10.1007/BF00577908
- Black, D. (1978). The bereaved child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 19(3), 287-292. doi:10.1111/j.1469-7610.1978.tb00471.x
- Bohus, M., et al. (1998). Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Untersuchung zum Problembewusstsein im klinischen Alltag. *Psychiatrische Praxis*, 25, S. 134 – 138.
- Booth, A. L., & Kee, H. J. (2009). Birth order matters: the effect of family size and birth order on educational attainment. *Journal of Population Economics*, 22(2), 367-397.
- Breier, A., et al. (1988). Early parental loss and development of adult psychopathology. *Arch Gen Psychiatry*, 45(11), 987-993. doi:10.1001/archpsyc.1988.01800350021003
- Brent, D. A., & Mann, J. J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*, 133c(1), 13-24. doi:10.1002/ajmg.c.30042
- Brent, D. A., & Mann, J. J. (2006). Familial pathways to suicidal behavior understanding and preventing suicide among adolescents. *N Engl J Med*, 355(26), 2719-2721. doi:10.1056/NEJMp068195
- Brent, D., Melhem, N., Donohoe, MB., Walker, M. (2009). The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *American Journal of Psychiatry* 166, 786–794.
- Brody, G. H., et al. (2003). Neighborhood disadvantage moderates associations of parenting and older sibling problem attitudes and behavior with conduct disorders in African American children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(2), 211-222. doi:10.1037/0022-006X.71.2.211

- Bürgin, D. (2004). Krisenintervention im Kindes- und Jugendalter. In: A. Riecher Rössler, P. Berger, A. Yilmaz, & R. D. Stieglitz (Hrsg.), *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention* (S. 329-339). Göttingen, Deutschland: Hogrefe.)
- Bundesagentur für Arbeit (2011). *Klassifikation der Berufe 2010 – Band 1: Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen*. Nürnberg. Abgerufen am 07.06.2020, von: https://www.arbeitsagentur.de/datei/Klassifikation-der-Berufe_ba017989.pdf
- Bundesagentur für Arbeit (2020). *Arbeitslose, Arbeitslosenquote aller zivilen Erwerbspersonen nach Geschlecht*. Nürnberg. Abgerufen am 07.06.2020, von: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbslosigkeit/Tabellen/lrarb002.html>
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2015). *Begabte Kinder finden und fördern. Ein Wegweiser für Eltern, Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer*. Kapitel 2: Begabung und Hochbegabung. S. 15-20. Berlin, Deutschland.
- Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (16.02.2016). *M 02.04 Definition Krisen*. Abgerufen am 20.04.2021 von: <https://www.bpb.de/lernen/grafstat/krise-und-sozialisation/220941/m-02-04-definition-krisen>
- Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (2018a). *Der sozioökonomische Status der Schülerinnen und Schüler*. In: Datenreport 2018, Kapitel 3: Bildung. Hrsg.: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
- Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (2018b). *Lebenssituation von Kindern*. In: Datenreport 2018, Kapitel 2: Familie, Lebensformen und Kinder. Hrsg.: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
- Burchard, F., & Diebenbusch, T. (2017). Krisenintervention in einer Versorgungsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 66, 5-25. doi:10.13109/prkk.2017.66.1.5
- Burzan, N. (2007). *Soziale Ungleichheit - Eine Einführung in die zentralen Theorien* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag flit Sozialwissenschaften.
- Bylund Grenklo, T., et al. (2013). Self-injury in teenagers who lost a parent to cancer: a nationwide, population-based, long-term follow-up. *JAMA Pediatr*, 167(2), 133-140. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.430
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books, Inc., New York

- Cavanagh, S. E., & Huston, A. C. (2008). The Timing of Family Instability and Children's Social Development. *Journal of Marriage and Family*, 70(5), 1258-1270. doi:10.1111/j.1741-3737.2008.00564.x
- Cerel, J., Fristad, M. A., Verducci, J., Weller, R. A., & Weller, E. B. (2006). Childhood bereavement: psychopathology in the 2 years postparental death. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(6), 681–690. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000215327.58799.05>
- Cerel, J., & Goodney, R. (2011). Bereavement an independent risk factor for psychiatric symptoms in young people. *Evid Based Ment Health*, 14(2), 45. doi:10.1136/ebmh.14.2.45
- Cerel, J., Roberts, T. A., & Nilsen, W. J. (2005). Peer suicidal behavior and adolescent risk behavior. *J Nerv Ment Dis*, 193(4), 237-243.
- Chiumento, O. (2019). *Zunahme kinder- und jugendpsychiatrischer Krisenaufnahmen von 1996 bis 2014: Psychopathologie und Umstände psychischer Krisen* (Doctoral dissertation, Eberhard Karls Universität Tübingen).
- Cibis, A., et al. (2011). Preference of lethal methods is not the only cause for higher suicide rates in males. *Journal of affective disorders*, 136, 9-16. doi:10.1016/j.jad.2011.08.032
- Cierpka, M. (2001). Geschwisterbeziehungen aus familientherapeutischer Perspektive. Unterstützung, Rivalität und Neid. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* 50:440–453
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844. doi:10.1001/archpsyc.60.8.837
- Counts, C. A., Nigg, J. T., Stawicki, J. A., Rappley, M. D., & Von Eye, A. (2005). Family Adversity in DSM-IV ADHD Combined and Inattentive Subtypes and Associated Disruptive Behavior Problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(7), 690-698. doi:<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000162582.87710.66>
- Cullberg, J. (1978). *Krisen und Krisentherapie*. Psychiatrische Praxis 5: 25-34.
- Davis, E., Sawyer, M. G., Lo, S. K., Priest, N., & Wake, M. (2010). Socioeconomic Risk Factors for Mental Health Problems in 4–5-Year-Old Children: Australian Population Study. *Academic Pediatrics*, 10(1), 41-47. doi:<https://doi.org/10.1016/j.acap.2009.08.007>
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) et al. (2016). *Leitlinie Suizidalität im Kindes- und Jugendalter*, 4. überarb. Version, Abgerufen am 16.02.2020, von

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-031.html>

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2019). *DGUV-Statistiken für die Praxis 2019. Aktuelle Zahlen und Zeitreihen aus der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung*. Abgerufen am 25.11.2020, von:

<https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3903>

Deutsches Ärzteblatt (06.02.2014). *Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Baden- Württemberg*, Abgerufen: 24.04.2018, von

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57517/Ausbau-der-Kinder-und-Jugendpsychiatrie-in-Baden-Wuerttemberg>

Deutsches Ärzteblatt (27.01.2017). *Psychische Erkrankungen: Fehltage erreichen Höchststand*. Abgerufen am 27.11.2020 von:

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/72732/Psychische-Erkrankungen-Fehltage-erreichen-Hoechststand>

Deutschmann-Barth, K. (2002). *Ambulante und stationäre Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen*. Medizinische Dissertationsschrift, Universität Tübingen. (URI): <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:21-opus-7478>

Ditton, H., & Maaz, K. (2011). *Sozioökonomischer Status und soziale Ungleichheit*. doi:10.1007/978-3-531-93021-3_17

Domènech-Llaberia, E., et al. (2009). Prevalence of major depression in preschool children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(10), 597-604. doi:10.1007/s00787-009-0019-6

Dossetor, D. (2017). Young People with Learning Disabilities. In: *Child Psychology and Psychiatry* (eds D. Skuse, H. Bruce and L. Dowdney). doi:10.1002/9781119170235.ch7

Dowdney, L. (2000). Annotation: Childhood Bereavement Following Parental Death. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(7), 819-830. doi:10.1111/1469-7610.00670

Dürrwächter, U. (2015). *Einmal Kinder- und Jugendpsychiatrie und zurück!* gehalten auf dem Studientag Autismus, Tübingen. Abgerufen am 20.05.2020 von <https://rp.baden-wuerttemberg.de/rpt/Abt7/Foerdern/Documents/Dr.%20Dipl.%20Psych.%20Ute%20D%C3%BCrrw%C3%A4chter,%20Einmal%20Kinder-%20und%20Jugendpsychiatrie%20und%20zur%C3%BCck%21.pdf>

Dudenredaktion (o. D.). "Krise" auf Duden online. Abgerufen am 20.04.2021 von: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Krise>

Duncan, G. J., & Brooks-Gunn, J. (1997). *Consequences of growing up poor*. Russell Sage Foundation.

- Duncan, G. J., Yeung, W. J., Brooks-Gunn, J., & Smith, J. R. (1998). How Much Does Childhood Poverty Affect the Life Chances of Children? *American Sociological Review*, 63(3), 406-423. doi:10.2307/2657556
- Eichinger, T., Marte, E., Thun-Hohenstein, L., Santner, F., & Plattner, B. (2021). Acute treatment of psychiatric ill children and adolescents: A pilot study on 257 patients. *Neuropsychiatr.* doi:10.1007/s40211-021-00389-7
- Ellis, A. (1997). *Grundlagen und Methoden der rational-emotiven Verhaltenstherapie*. Pfeiffer, München
- Ellsäßer, G. (2014). *Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen 2014. Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2012*. Fachbericht. Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wiesbaden
- Fegert, J. M. (2011). *Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie als Seismograf für gesellschaftliche Entwicklungen*. In P. Weiß, R. Peukert (Hrsg.), *Aktion Psychisch Kranke: Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe. Tagungsdokumentation* (S. 43-61). Kassel.
- Fegert, J. M., Kölch, M., & Krüger, U. (2018). Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland—Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse. *Tagung der APK vom 04.11.2018*.
- Felner, R. D., Stolberg, A., & Cowen, E. L. (1975). Crisis events and school mental health referral patterns of young children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(3), 305.
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1203–1211. <https://doi.org/10.1097/00004583-200310000-00011>
- Fortune, S., Stewart, A., Yadav, V., & Hawton, K. (2007). Suicide in adolescents: Using life charts to understand the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, 100(1), 199-210. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.10.022>
- Franz, M., Lensche, H., & Schmitz, N. (2003). Psychological distress and socioeconomic status in single mothers and their children in a German city. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(2), 59–68. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0605-8>
- Gale, C. R., Batty, G. D., Tynelius, P., Deary, I. J., & Rasmussen, F. (2010). Intelligence in early adulthood and subsequent hospitalization for mental disorders. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 21(1), 70-77. doi:10.1097/EDE.0b013e3181c17da8

- Ganzeboom, H. B. G., & Treiman, D. J. (2003). Three internationally standardised measures for comparative research on occupational status. In J. H. P. Hoffmeyer-Zlotnik & C. Wolf (eds.), *Advances in cross-national comparison. A European working book for demographic and socio-economic variables.* (pp. 159-193). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Ganzeboom, H. B., & Treiman, D. J. (1996). Internationally comparable measures of occupational status for the 1988 International Standard Classification of Occupations. *Social science research*, 25(3), 201-239.
- Geißler, R. (2014). *Die Sozialstruktur Deutschlands* (7. Aufl.). Wiesbaden, Deutschland: Springer VS.
- Geyer, S., Hemström, Ö., Peter, R., & Vågerö, D. (2006). Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(9), 804-810. doi:10.1136/jech.2005.041319
- Gilman, S. E., Kawachi, I., Fitzmaurice, G. M., & Buka, S. L. (2002). Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression. *International Journal of Epidemiology*, 31(2), 359-367. doi:10.1093/ije/31.2.359
- Goosby, B. J. (2007). Poverty Duration, Maternal Psychological Resources, and Adolescent Socioemotional Outcomes. *Journal of Family Issues*, 28(8), 1113-1134. doi:10.1177/0192513X07300712
- Gore, F. M., et al. (2011). Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *The Lancet*, 377(9783), 2093-2102. doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60512-6
- Graeber, D., & Schnitzlein, D. D. (2019). *The effect of maternal education on offspring's mental health* (No. 1028). SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research.
- Gray, L. B., Weller, R. A., Fristad, M., & Weller, E. B. (2011). Depression in children and adolescents two months after the death of a parent. *Journal of affective disorders*, 135(1-3), 277–283. https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.009
- Green, H., McGinnity, Á., Meltzer, H., Ford, T., & Goodman, R. (2005). *Mental health of children and young people in Great Britain, 2004*: Palgrave Macmillan Basingstoke.
- Greenstone, J. L., & Leviton, S. C. (2001) *Elements of crisis intervention*, 2. Auflage. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Groß, M. (2015). *Klassen, Schichten, Mobilität - Eine Einführung* (2. Aufl.). https://doi.org/10.1007/978-3-531-19943-6

- Gruber, H., & Stamouli, E. (2009). Intelligenz und Vorwissen. In E. Wild & J. Möller (Eds.), *Pädagogische Psychologie* (pp. 27-47). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Günter, M., & Günter, W. (1991). Stationäre Krisenintervention bei psychischen Krisen im Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 40: 22-27.
- Hamdan, S., Melhem, N. M., Porta, G., Song, M. S., & Brent, D. A. (2013). Alcohol and substance abuse in parentally bereaved youth. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(8), 828–833. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08391>
- Hammen, C., Hazel, N. A., Brennan, P. A., & Najman, J. (2012). Intergenerational transmission and continuity of stress and depression: depressed women and their offspring in 20 years of follow-up. *Psychol Med*, 42(5), 931-942. doi:10.1017/S0033291711001978
- Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Heiervang, E., et al. (2007). Psychiatric Disorders in Norwegian 8- to 10-Year-Olds: An Epidemiological Survey of Prevalence, Risk Factors, and Service Use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438-447. doi:<https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31803062bf>
- Hilton, I. (1967). Differences in the behavior of mothers toward first- and later-born children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 7(3, Pt.1), 282-290. doi:10.1037/h0025074
- Hölling, H., & Schlack, R. (2008). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter - Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). [Psychosocial Risk and Protective Factors for Mental Health in Childhood and Adolescence - Results from The German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KIGGS)]. *Gesundheitswesen*, 70(03), 154-163. doi:10.1055/s-2008-1062741
- Hölling, H., et al. (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland—Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 57(7), 807-819.
- Hoff, E., Laursen, B., Tardif, T., & Bornstein, M. (2002). Socioeconomic status and parenting. *Handbook of parenting Volume 2: Biology and ecology of parenting*, 8(2), 231-252.

- Hoff-Ginsberg, E. (1991). Mother-Child Conversation in Different Social Classes and Communicative Settings. *Child Dev*, 62(4), 782-796. doi:10.1111/j.1467-8624.1991.tb01569.x
- Hradil, S. (2013). *Deutsche Verhältnisse - Eine Sozialkunde*. Frankfurt am Main, Deutschland: Campus Verlag., S. 154-155
- Hülshoff, T. (2017). *Psychosoziale Intervention bei Krisen und Notfällen*. München; Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Humberg, J. (2010). *Scheidung ohne Tränen? Auswirkungen elterlicher Trennung auf das Sozialverhalten der Kinder*. S. 20-25, Hamburg: Diplomica Verlag.
- Jachertz, N. (2013). Psychische Erkrankungen: Hohes Aufkommen, niedrige Behandlungsrate. *Deutsches Ärzteblatt 110* (7) Abgerufen am 24.01.2021, von: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/134511/Psychische-Erkrankungen-Hohes-Aufkommen-niedrige-Behandlungsrate>
- Jacobi, F. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1MH). *Der Nervenarzt*, 85. doi:10.1007/s00115-015-4458-7
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Holting, C., Hofler, M., Pfister, H., Muller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med*, 34(4), 597-611. doi:10.1017/s0033291703001399
- Jacobs, B. S., & Moss, H. A. (1976). Birth order and sex of sibling as determinants of mother infant interaction. *Child Dev*, 47(2), 315-322.
- Jacobs, J. R., & Bovasso, G. B. (2009). Re-Examining the Long-Term Effects of Experiencing Parental Death in Childhood on Adult Psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(1), 24-27. doi:10.1097/NMD.0b013e3181927723
- Kaplow, J., Howell, K., & Layne, C. (2014). Do Circumstances of the Death Matter? Identifying Socioenvironmental Risks for Grief-Related Psychopathology in Bereaved Youth. *Journal of traumatic stress*. 27. 10.1002/jts.21877.
- Kaplow, J. B., Saunders, J., Angold, A., & Costello, E. J. (2010). Psychiatric symptoms in bereaved versus nonbereaved youth and young adults: a longitudinal epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49(11), 1145-1154. doi:10.1016/j.jaac.2010.08.004
- Karwath, C., Relikowski, I., & Schmitt, M. (2014). Sibling structure and educational achievement: how do the number of siblings, birth order, and birth spacing affect children's vocabulary competences? *Zeitschrift für Familienforschung*, 26(3), 372-396.

- Kennedy, G. E. (1989). Middleborns' Perceptions of Family Relationships. *Psychological Reports, 64*(3), 755-760. doi:10.2466/pr0.1989.64.3.755
- Kessler, R. C., et al. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry, 62*(6), 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kidwell, J. S. (1982). The Neglected Birth Order: Middleborns. *Journal of Marriage and Family, 44*(1), 225-235. doi:10.2307/351276
- Kirkcaldy, B. D., Siefen, G. R., Urkin, J., & Merrick, J. (2006). Risk factors for suicidal behavior in adolescents. *Minerva Pediatr, 58*(5), 443-450.
- Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T. & Hölling, H. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring, 3*(3), 37-45. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-077>
- Klosinski, G. (2002) *So genannte Adoleszenzkrisen: Entstehungsbedingungen, Klinik, Psychodynamik, Verlauf und Hilfestellungen*, 7. Jhrg. Bd. 7, Heft 1, S. 125 - 133
- Kölch, M., Fegert, J. M., Hellenschmidt, T., & Brunner, R. (2012). Kinder- und jugendpsychiatrische Notfälle. In J. M. Fegert, C. Eggers, & F. Resch (Eds.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (pp. 971-983). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Koenen, K. C., et al. (2009). Childhood IQ and adult mental disorders: a test of the cognitive reserve hypothesis. *American Journal of Psychiatry, 166*(1), 50-57.
- Kokkevi, A., Rotsika, V., Arapaki A., Richardson C. (2012) Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*, 381-389.
- Korczak, D. J., & Goldstein, B. I. (2009). Childhood onset major depressive disorder: course of illness and psychiatric comorbidity in a community sample. *J Pediatr, 155*(1), 118-123. doi:10.1016/j.jpeds.2009.01.061
- Kowal, A., Kramer, L., Krull, J. L., & Crick, N. R. (2002). Children's perceptions of the fairness of parental preferential treatment and their socioemotional well-being. *Journal of Family Psychology, 16*(3), 297.
- Kramer, K. Z., Myhra, L. L., Zuiker, V. S., & Bauer, J. W. (2016). Comparison of poverty and income disparity of single mothers and fathers across three decades: 1990–2010. *Gender Issues, 33*(1), 22-41.

- Krischke, N. R. (2009). Beratung bei Psychischen Krisen. In P. Warschburger (Ed.), *Beratungspsychologie* (pp. 233-251). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Webseite des Universitätsklinikums Tübingen (o.D.). *Kinder- und Jugendpsychiatrie. Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Kriseninterventionsstation (Station 3)*. Abgerufen 23. Februar 2020, von <https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/einrichtungen/kliniken/psychiatrie-und-psychotherapie/kinder-und-jugendpsychiatrie/stationaerer-aufenthalt/kriseninterventionsstation-station-3>
- Lambert, M., et al. (2013). Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen–Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. *Fortschritte der Neurologie· Psychiatrie*, 81(11), 614-627.
- Lampert, T., & Kroll, L. E. (2009). Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (pp. 309-334). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kroll, L. E., & Lampert, T. (2011). *Arbeitslosigkeit, soziale Unterstützung und gesundheitliche Beschwerden: Ergebnisse aus der GEDA-Studie 2009*. Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung 2011 Vol. 108 DOI: 10.3238/arztebl.2011.0047
- Lampert, T., Kroll, L. E., von der Lippe, E., Müters, S., & Stolzenberg, H. (2013). Sozioökonomischer Status und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(5), 814-821. doi:10.1007/s00103-013-1695-4
- Lampert, T., & Kurth, B. M. (2007). Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Deutsches Ärzteblatt* 104: A-2944. *Deutsches Ärzteblatt*, 104, A-2944.
- Leibniz-Institut für Wissenschaft (GESIS) (o.D.). Umsteigeschlüssel von ISCO-88 (COM) zum Internationalen Sozioökonomischen Index des beruflichen Status (International Socio-Economic Index of Occupational Status; ISEI). Abgerufen am 21.11.2021 von: <https://www.gesis.org/missy/materials/MZ/tools/isei>
- Lenz, A. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe
- Leonhardt, M., & Bartels, M. (1996) sowie Dedner, C. (2004). Geschichte der Klinik. Abgerufen 23. Februar 2020, von <https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/einrichtungen/kliniken/psychiatrie-und-psychotherapie/allgemeine-psychiatrie/geschichte-der-klinik>

- Lieberz, K. (1988). Was schützt vor Neurose? Ergebnisse einer Vergleichsuntersuchung an hochrisikobelasteten Neurotikern und Gesunden. *Z Psychosom Med Psychoanal* 34: 338–35
- Lipman, E. L., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1994). Relation between economic disadvantage and psychosocial morbidity in children. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 151(4), 431-437.
- Luster, T., Rhoades, K., & Haas, B. (1989). The Relation between Parental Values and Parenting Behavior: A Test of the Kohn Hypothesis. *Journal of Marriage and Family*, 51(1), 139-147. doi:10.2307/352375
- Mansel, J. (1993). Zur Reproduktion sozialer Ungleichheit. Soziale Lage, Arbeitsbedingungen und Erziehungsverhaltensweisen der Eltern im Zusammenhang mit dem Schulerfolg des Kindes. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 13(1).
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (2008). Kinder psychisch kranker Eltern. *Dtsch Arztebl International*, 105(23), 413-418. doi:10.3238/arztebl.2008.0413
- Mattejat, F., Wüthrich, C., & Remschmidt, H. (2000). Kinder psychisch kranker Eltern Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. *Der Nervenarzt*, 71(3), 164-172.
- McGorry, P. (2006). Reforming youth mental health. *Aust Fam Physician*, 35(5), 314.
- McGorry, P., & Purcell, R. (2009). Youth mental health reform and early intervention: encouraging early signs. *Early Interv Psychiatry*, 3(3), 161-162. doi:10.1111/j.1751-7893.2009.00128.x
- McLaughlin, K. A., et al. (2011). Childhood socio-economic status and the onset, persistence, and severity of DSM-IV mental disorders in a US national sample. *Social Science & Medicine*, 73(7), 1088-1096. doi:https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.011
- McMunn, A. M., Nazroo, J. Y., Marmot, M. G., Boreham, R., & Goodman, R. (2001). Children's emotional and behavioural well-being and the family environment: findings from the Health Survey for England. *Social Science & Medicine*, 53(4), 423-440. doi:https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00346-4
- Meng, H., Bilke O., Braun-Scharm H., Zarotti G., Bürgin, D. (2002). Zur Indikation einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung, *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 51 (2002) 7, S. 546-558

- Merikangas, K. R., et al. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. doi:https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017
- Miech, R. A., Caspi, A., Moffitt, T. E., Wright, B. R. E., & Silva, P. A. (1999). Low Socioeconomic Status and Mental Disorders: A Longitudinal Study of Selection and Causation during Young Adulthood. *American Journal of Sociology*, 104(4), 1096-1131. doi:10.1086/210137
- Mielck, A. (2008). Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 51(3), 345-352. doi:10.1007/s00103-008-0465-1
- Miyabayashi, S., & Yasuda, J. (2007). Effects of loss from suicide, accidents, acute illness and chronic illness on bereaved spouses and parents in Japan: Their general health, depressive mood, and grief reaction. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61(5), 502-508. doi:10.1111/j.1440-1819.2007.01699.x
- Murali, V., & Oyeboade, F. (2004). Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(3), 216-224. doi:10.1192/apt.10.3.216
- Naab, S., Kunkel, J., Fumi, M., & Voderholzer, U. (2017). Psychosoziale Risikofaktoren für psychische Störungen im Jugendalter. *DNP - Der Neurologe & Psychiater*, 18(5), 26-32. doi:10.1007/s15202-017-1674-y
- Nesensohn, M. (2018). Der Arbeitsmarkt Baden-Württembergs im EU-Vergleich. *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 1/2018*. Hrsg.: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart
- Newton, A. S., et al. (2010). Who comes back? Characteristics and predictors of return to emergency department services for pediatric mental health care. *Acad Emerg Med*, 17(2), 177-186. doi:10.1111/j.1553-2712.2009.00633.x
- Nock, M. K., et al. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*, 30, 133-154. doi:10.1093/epirev/mxn002
- Nomura, Y., Wickramaratne, P. J., Warner, V., Mufson, L., & Weissman, M. M. (2002). Family Discord, Parental Depression, and Psychopathology in Offspring: Ten-Year Follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(4), 402-409. doi:https://doi.org/10.1097/00004583-200204000-00012
- Orvaschel, H., Mednick, S., Schulsinger, F., & Rock, D. (1979). The Children of Psychiatrically Disturbed Parents: Differences as a Function of the Sex of the Sick Parent. *Arch Gen Psychiatry*, 36(6), 691-695. doi:10.1001/archpsyc.1979.01780060081009

- Papastefanou, C. (2013). *Krisen und Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen*: Kohlhammer.
- Paulhus, D. L., Trapnell, P. D., & Chen, D. (1999). Birth Order Effects on Personality and Achievement Within Families. *Psychological Science*, *10*(6), 482-488. doi:10.1111/1467-9280.00193
- Pellegrini, D. S. (1990). Psychosocial Risk and Protective Factors in Childhood. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *11*(4), 201-209.
- Phillips, D. A., & Shonkoff, J. P. (Eds.). (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. National Academies Press.
- Plener, P. L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J. M., & Muehlenkamp, J. J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychol Med*, *39*(9), 1549-1558. doi:10.1017/s0033291708005114
- Plener, P. L., Groschwitz, R. C., Franke, C., Fegert, J. M., & Freyberger, H. J. (2015). Die stationäre psychiatrische Versorgung Adoleszenter in Deutschland. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *63*(3), 181-186. doi:10.1024/1661-4747/a000238
- Pothmann J. (2019) Kinder- und Jugendhilfestatistik. In: Begemann MC., Birkelbach K. (eds) Forschungsdaten für die Kinder- und Jugendhilfe. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-23143-9_12
- Price, J. (2008). Parent-child quality time: Does birth order matter? *Journal of Human Resources*, *43*(1), 240–265.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *50*(5), 871-878. doi:10.1007/s00103-007-0250-6
- Richter, D. & Berger, K. (2013). Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. *Psychiatrische Praxis*, *40*, 176-182.
- Richter, M. (2005). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter : der Einfluss sozialer Ungleichheit* (1.). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Riecher –Rössler, A., Berger, P., Yilmaz, A., Steiglitz, R.-D. (2004). *Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention: Grundlagen, Techniken und Anwendungsgebiete*, Göttingen: Hogrefe

- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 90, 24-31. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>
- Robert-Koch-Institut (2009). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) 2009. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut
- Rollin, M. (1990). *Typisch Einzelkind. Das Ende eines Vorurteils*. Hamburg: Hoffmann und Campe. S. 51 ff.
- Ross, C. E., & Mirowsky, J. (2011). The interaction of personal and parental education on health. *Social Science & Medicine*, 72(4), 591–599. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.028>
- Ross, C. E., & Van Willigen, M. (1997). Education and the Subjective Quality of Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(3), 275-297. doi:10.2307/2955371
- Salmon, C. A., & Daly, M. (1998). Birth order and familial sentiment: Middleborns are different. *Evolution and Human Behavior*, 19(5), 299–312. [https://doi.org/10.1016/S1090-5138\(98\)00022-1](https://doi.org/10.1016/S1090-5138(98)00022-1)
- Schimpl-Neimanns, B. (2004). Zur Umsetzung des Internationalen Sozioökonomischen Index des beruflichen Status (ISEI) mit den Mikrozensen ab 1996. *ZUMA Nachrichten*, 28(54), 154-170. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-207705>
- Schnittker, J. (2004). Education and the Changing Shape of the Income Gradient in Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(3), 286-305. doi:10.1177/002214650404500304
- Schmidtke, A., et al. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(5), 327-338. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1996.tb10656.x>
- Schümer, G. (2004). Zur doppelten Benachteiligung von Schülern aus unterprivilegierten Gesellschaftsschichten im deutschen Schulwesen. In G. Schümer, K.-J. Tillmann, & M. Weiß (Eds.), *Die Institution Schule und die Lebenswelt der Schüler: Vertiefende Analysen der PISA-2000-Daten zum Kontext von Schülerleistungen* (pp. 73-114). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Schwarz-Jung, S. (2013). Nach dem Wegfall der verbindlichen Grundschulempfehlung: Übergänge auf weiterführende Schulen zum Schuljahr 2012/13. *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg* 4/2013. Abgerufen am 27.11.2020 von: https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Monatshefte/PDF/Beitrag13_04_03.pdf
- Simmich, T., et al. (1999). Empfehlungen zur Behandlungspraxis bei psychotherapeutischen Kriseninterventionen. *Psychotherapeut*, 44(6), 394-398. doi:10.1007/s002780050201
- Simon, T., & Binet, A. (1905). Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux. *L'Année psychologique*, 191-244.
- Slomkowski, C., Rende, R., Conger, K. J., Simons, R. L., & Conger, R. D. (2001). Sisters, Brothers, and Delinquency: Evaluating Social Influence during Early and Middle Adolescence. *Child Dev*, 72(1), 271-283. doi:10.1111/1467-8624.00278
- Solga, H., & Dombrowski, R. (2009). Soziale Ungleichheiten in schulischer und außerschulischer Bildung. *Stand der Forschung und Forschungsbedarf. Arbeitspapier*, 171.
- Sonneck, G., Kapusta, N., Tomandl, G., Voracek, M. (2016). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. 3. überarb. Aufl., Wien: Facultas Universitätsverlag
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2011). Sozioökonomische Grunddaten für die zwölf neuen EU-Mitgliedsstaaten, Deutschland und die Bundesländer. Arbeitslosenquote 2000 bis 2009. Hrsg: Statistisches Bundesamt. Hannover.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (15. März 2012). 20 Jahre Krankenhausstatistik. *Auszug aus der Publikation "WISTA – Wirtschaft und Statistik"*. Abgerufen am 29.12.2020 von: https://www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2012/02/20-jahre-krankenhausstatistik-022012.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2016). Ehelösungen und Eheschließungen in Deutschland 1950 bis 2016. In: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Statistik der rechtskräftigen Beschlüsse in Eheauflösungssachen (Scheidungsstatistik) und Statistik der Aufhebung von Lebenspartnerschaften. Fachserie 1, Reihe 1.4. Hrsg: Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017a). Krankenhäuser nach Fachabteilungen: Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung 2017 [Tabelle]. Hrsg: Statistisches Bundesamt. Wiesbaden. Abgerufen am 29.12.2020 von: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/krankenhaeuser-fa.html>

- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017b). *Statistik zur Aufhebung von Lebenspartnerschaften*. Hrsg: Statistisches Bundesamt (Destatis). Wiesbaden. Abgerufen am 05.01.2021 von: https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Bevoelkerung/aufhebung-lebenspartnerschaften.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (Pressemitteilung vom 13. Juni 2017). *Zahl der Woche – 2,8 Millionen nichteheliche Lebensgemeinschaften in Deutschland*. Hrsg: Statistisches Bundesamt (Destatis). Wiesbaden. Abgerufen am 04.01.2021 von: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2017/PD17_24_p002.html
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018a). *Alleinerziehende in Deutschland 2017*. Begleitmaterial zur Pressekonferenz. Hrsg: Statistisches Bundesamt (Destatis). Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt. (2018b). Eheschließungen und Scheidungen. *In: Familie, Lebensformen und Kinder. Auszug aus dem Datenreport 2018*. Abgerufen am 09.03.2021 von: <https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2018-kap-2.pdf?blob=publicationFile>
- Statistisches Bundesamt. (2018c). *Hilfen für junge Menschen 2016 nach persönlichen Merkmalen und Aufenthalt vor der Hilfe sowie Art der Hilfe - Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform m § 34 SGB V [Tabelle]*. *In: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe Teil 1, 2016*. Hrsg.: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019a). *Geburten: Zusammengefasste Geburtenziffer Nach Kalenderjahren [Tabelle]*. Abgerufen am 05.07.2020, von: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/geburtenziffer.html>
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019b). *Kinderlosigkeit, Geburten und Familien Ergebnisse des Mikrozensus 2018*. Abgerufen am 05.07.2020, von: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Publikationen/Downloads-Haushalte/geburtentrends-tabellenband-5122203189014.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019c). *Statistik der Kinder- und Jugendhilfe. Vorläufige Schutzmaßnahmen. Schutzmaßnahmen für Kinder und Jugendliche 2018 nach Anlass und Anregendem der Maßnahme, Zeitpunkt ihres Beginns und ihrer Dauer, Art der Beendigung sowie nach Ländern [Tabelle]*. Abgerufen am 19.07.2020, von: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kinderhilfe-Jugendhilfe/Publikationen/Downloads-Kinder-und-Jugendhilfe/vorlaeufige-schutzmassnahmen-5225203187004.pdf?__blob=publicationFile

- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019d). *Vorläufige Schutzmaßnahmen - Zeitreihe*. [Tabelle]. Abgerufen 19.07.2020, von: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kinderhilfe-Jugendhilfe/Tabellen/schutzmassnahmen.html>
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020a). *Ehescheidungen, Deutschland, Jahre. Statistik rechtskräftiger Urteile in Ehesachen Deutschland. 1950-2015*. Abgerufen 16.02.2020, von: <https://www.genesis.destatis.de/genesis/online?operation=ergebnistabelleDiagramm&option=diagramm&levelindex=1&levelid=1583062294933&downloadname=12631-0001#abreadcrumb>
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020b). *Ehescheidungen, Deutschland, Jahre, Gemeinsame minderjährige Kinder. Statistik rechtskräftiger Urteile in Ehesachen Deutschland. 1950-2017*. Abgerufen 16.02.2020, von: <https://www.genesis.destatis.de/genesis/online?operation=ergebnistabelleDiagramm&option=diagramm&levelindex=1&levelid=1583062294933&downloadname=12631-0001#abreadcrumb>
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020c). *Eheschließungen je 1000 Einwohner. Deutschland. 1950-2019*. Abgerufen 10.05.2020, von: <https://www.genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectonname=12611-0001>
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020d). *Erwerbslosigkeit: Arbeitslose, Arbeitslosenquote aller zivilen Erwerbspersonen nach Geschlecht, 1991-2019*. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg. Abgerufen 26.07.2020, von: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbslosigkeit/Tabellen/lrarb002.html>
- Statistisches Bundesamt (2020e). *Familien mit minderjährigen Kindern im Zeitvergleich nach Lebensform in Deutschland*. Abgerufen am 02.12.2020 von: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Tabellen/2-8-lr-familien.html>
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020f). Familienmitglieder. Ledige Kinder in Familien (dar. Kinder unter 18 Jahren) nach Familienform, Gebietsstand und Jahren (ab 1996). [Tabelle]. Haushalte und Familien, Ergebnisse des Mikrozensus 2019. Abgerufen am 25.11.2020 von: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Publikationen/Downloads-Haushalte/haushalte-familien-2010300197004.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020g). *Internationale Bildungsindikatoren im Ländervergleich*. Ausgabe 2020 – Tabellenband. Wiesbaden. Abgerufen am 26.11.2020 von: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Bildungsstand/Publikationen/Downloads-Bildungsstand/bildungsindikatoren-1023017207004.pdf?__blob=publicationFile

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020h). Todesursachenstatistik, Deutschland, Gestorbene (Anzahl) 2003-2015 [Tabelle]. Abgerufen am 16.02.2020, von: <https://www.genesis.destatis.de/genesis/online/data?operation=ergebnistabelleDiagramm&option=diagramm&levelindex=2&levelid=1582220976480&downloadname=23211-0003>

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020i). Tabelle: *Verfahren zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung: Deutschland, Jahre, Gefährdungseinschätzung*. Abgerufen am 09.03.2021 von: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1615288247221&auswahloperation=abruftabelleAuspraegungAuswahlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=22518-0001&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb>

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020, 27. August). *Kinderschutz: Jugendämter melden erneut 10 % mehr Kindeswohlgefährdungen* [Pressemitteilung Nr. 328]. Abgerufen am 30.11.2020 von: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/08/PD20_328_225.html

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2019) *Baden-Württemberg: Vorzeitige Sterblichkeit im Bundesvergleich niedrig. Todesursachen Herzinfarkt und Brustkrebs kosteten die meisten Lebensjahre*. Pressemitteilung 279/2019. Stuttgart, 7. November 2019. Abgerufen am 04.10.2020 von: <https://www.statistik-bw.de/Presse/Pressemitteilungen/2019279>

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2020a) *Eheschließungen und Ehelösungen in Baden-Württemberg seit 1950*. Abgerufen am 24.11.2020 von: <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/EheScheidung/LRt0111.jsp>

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2020b) *Eheschließungen, Geborene und Gestorbene in Baden-Württemberg 2019*. Abgerufen am 24.11.2020 von: https://www.statistik-bw.de/Service/Veroeff/Statistische_Berichte/314219001.pdf

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2020c) *Schüler an öffentlichen und privaten allgemeinbildenden Schulen in Baden-Württemberg seit dem Schuljahr 1980/81*. Abgerufen am 07.06.2020 von: https://www.statistik-bw.de/BildungKultur/SchulenAllgem/AS_schueler.jsp

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2020d). *Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Berufsabschluss, Universitätsstadt Tübingen, 1999-2019*. Abgerufen am 21.05.2020 von: <https://www.statistik-bw.de/Arbeit/Beschaefigte/03025045.tab?R=GS416041>

Stern, W. (1912). *Die psychologischen Methoden der Intelligenzprüfung und deren Anwendung an Schulkindern*. Leipzig: Barth.

- Strenze, T. (2007). Intelligence and socioeconomic success: A meta-analytic review of longitudinal research. *Intelligence*, 35(5), 401-426.
doi:https://doi.org/10.1016/j.intell.2006.09.004
- Strohschein, L. (2005). Household Income Histories and Child Mental Health Trajectories. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(4), 359-375.
doi:10.1177/002214650504600404
- Sulloway, F.J. (1996). *Born to rebel: Birth order, family dynamics, and creative lives*. New York: Pantheon
- Tello, J. E., et al. (2005a). A census-based socio-economic status (SES) index as a tool to examine the relationship between mental health services use and deprivation. *Social Science & Medicine*, 61(10), 2096-2105.
doi:https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.04.018
- Tello, J. E., et al. (2005b). Does socioeconomic status affect the use of community-based psychiatric services? A south Verona case register study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(3), 215-223. doi:doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00558.x
- Thun-Hohenstein, L. (2012). Kinder im Spannungsfeld von Psyche und Soma. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 160(9), 839-849. doi:10.1007/s00112-012-2666-9
- Vukojevic, M., et al. (2017). Parental Socioeconomic Status as a Predictor of Physical and Mental Health Outcomes in Children - Literature Review. *Acta Clin Croat*, 56(4), 742-748. doi:10.20471/acc.2017.56.04.23
- Wadsworth, M. E., & Achenbach, T. M. (2005). Explaining the link between low socioeconomic status and psychopathology: testing two mechanisms of the social causation hypothesis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(6), 1146.
- Wagner, M. (2004) Scheidungsrisiken in Deutschland aus soziologischer Sicht, in: *Gewerkschaftliche Monatshefte*, 7-8/2004, 483-489.
- Walper, S. (2002). Verlust der Eltern durch Trennung, Scheidung oder Tod. *Entwicklungspsychologie. München*, 818-832.
- Walper, S., Silbereisen, R. K. (1987). Familiäre Konsequenzen ökonomischer Einbußen und ihre Auswirkungen auf die Bereitschaft zu normverletzendem Verhalten bei Jugendlichen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 19:228-248

- Weaver, J. M., & Schofield, T. J. (2015). Mediation and moderation of divorce effects on children's behavior problems. *J Fam Psychol*, *29*(1), 39-48. doi:10.1037/fam0000043
- Weitoft, G. R., Hjern, A., Haglund, B., & Rosén, M. (2003). Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *Lancet (London, England)*, *361*(9354), 289-295. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12324-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12324-0)
- Wille, N., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., & BELLA study group (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *European child & adolescent psychiatry*, *17* Suppl 1, 133-147. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1015-y>
- Williams, K., & Dunne-Bryant, A. (2006). Divorce and Adult Psychological Well Being: Clarifying the Role of Gender and Child Age. *Journal of Marriage and Family*, *68*(5), 1178-1196. doi:10.1111/j.1741-3737.2006.00322.x
- Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *44*(10), 993-1000. doi:10.1007/s001030100269
- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe-a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* *15*: 357-376. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, *15*, 357-376. doi:10.1016/j.euroneuro.2005.04.012
- Wittchen, H. U., et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, *21*(9), 655-679. doi: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- Wolf, C. (1995). Sozio-ökonomischer Status und berufliches Prestige: ein kleines Kompendiumsozialwissenschaftlicher Skalen auf Basis der beruflichen Stellung und Tätigkeit. *ZUMA Nachrichten*, *19*(37), 102-136. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-208920>
- Wolfersdorf, M. (2008). Suizidalität. *Der Nervenarzt*, *79*(11), 1319.
- Wolfersdorf M. & Franke, C. (2006). Suizidalität - Suizid und Suizidprävention. *In: Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie* 2006, *74*(7): 400-419
- Zajonc, R. B., & Markus, G. B. (1975). Birth order and intellectual development. *Psychological Review*, *82*(1), 74-88. doi:10.1037/h0076229

Zammit, S., et al. (2004). A longitudinal study of premorbid IQ Score and risk of developing schizophrenia, bipolar disorder, severe depression, and other nonaffective psychoses. *Arch Gen Psychiatry*, 61(4), 354-360. doi:10.1001/archpsyc.61.4.354

Zimmermann, U., Heinemann, A., Püschel, K., & Fiedler, G. (2005). *Suizide im Kindes- und Jugendalter*. *Rechtsmedizin*, 15(4), 211-217. doi:10.1007/s00194-005-0322-6

Züll, C. (2015). *Berufscodierung*. Mannheim, GESIS – Leibniz Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines). doi: 10.15465/gesis-sg_019

Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: Anzahl der Todesfälle durch vorsätzliche Selbstschädigung unter Kindern und Jugendlichen in Deutschland zwischen 2003 bis 2015. Erstellt aus Daten des Statistischen Bundesamtes (Destatis) (2020h). Todesursachenstatistik, Deutschland, Gestorbene (Anzahl) 2003-2015 16
- Abb. 2: Auszug aus: Umsteigeschlüssel von ISCO-88 (COM) zum Internationalen Sozioökonomischen Index des beruflichen Status (International Socio-Economic Index of Occupational Status; ISEI). Leibniz-Institut für Wissenschaft (GESIS). 33
- Abb. 3: ISEI (Internationale Skala des sozioökonomischen Status) am Beispiel ausgewählter Berufe 33
- Abb. 4: Anzahl der Ehescheidungen pro Jahr in Deutschland von 1950-2017. Erstellt aus Daten des Statistischen Bundesamtes (Destatis), 2020a. 36
- Abb. 5: Geschiedene Ehen mit und ohne minderjährige Kinder in Deutschland, 1950 bis 2017. Erstellt aus Daten des Statistischen Bundesamtes, 2020b. 36
- Abb. 6: Algorithmus zur Auswahl der zutreffenden Patientenakten 50

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>Trennung/Scheidung der Eltern im Vorfeld der Aufnahme</i>	57
Tabelle 2 <i>Alter zum Zeitpunkt der Trennung/Scheidung der Eltern</i>	58
Tabelle 3 <i>Anteil der alleinerziehenden Eltern pro Jahrgang</i>	59
Tabelle 4 <i>Sorgerecht zum Zeitpunkt der Aufnahme</i>	60
Tabelle 5 <i>Tod eines Elternteils im Vorfeld der Krisenintervention</i>	61
Tabelle 6 <i>Psychische Erkrankungen auf Seiten der Eltern (mindestens ein Elternteil betroffen)</i>	62
Tabelle 7 <i>Psychische Erkrankungen der Mütter</i>	63
Tabelle 8 <i>Psychische Erkrankungen der Väter</i>	64
Tabelle 9 <i>Arbeitslosigkeit der Mütter zum Zeitpunkt der Krisenintervention</i>	65
Tabelle 10 <i>Arbeitslosigkeit der Väter zum Zeitpunkt der Krisenintervention</i>	66
Tabelle 11 <i>Einteilung der Berufe der Mütter nach ISEI</i>	67
Tabelle 12 <i>Modalwert: ISEI der Mütter</i>	68
Tabelle 13 <i>Einteilung der Berufe der Väter nach ISEI</i>	69
Tabelle 14 <i>Modalwert: ISEI der Väter</i>	70
Tabelle 15 <i>Anzahl der Geschwister der Proband*innen</i>	71
Tabelle 16 <i>Modalwert, Maximum und Minimum der Geschwisteranzahl aller Proband*innen</i>	72
Tabelle 17 <i>Stellung in der Geschwisterreihe von 1996 bis 2014</i>	73
Tabelle 18 <i>Involvierung Jugendamt/Jugendhilfe im Vorfeld der Krisenintervention</i>	74
Tabelle 19 <i>Schulzugehörigkeit zum Zeitpunkt der Aufnahme</i>	75
Tabelle 20 <i>Einteilung in IQ-Kategorien</i>	77
Tabelle 21 <i>Wohnsituation zum Zeitpunkt der Krisenintervention</i>	78

Erhebungskatalog

Frage	Antwortkodierung
Familienanamnese	
Anamnese der Eltern	
Trennung/Scheidung d. Eltern	0 / 1 / 99 *
Alter zum Zeitpunkt der Trennung/Scheidung	Absolute Zahl
Tod mind. eines Elternteils	0 / 1 / 99 *
Elternteil alleinerziehend	0 / 1 / 99 *
Psych. Erkrankungen Vater	0 / 1 / 99 *
Psych. Erkrankungen Mutter	0 / 1 / 99 *
Somat. Erkrankungen Eltern	0 / 1 / 99 *
Beruf des Vaters	Text
Beruf der Mutter	Text
Arbeitslosigkeit Vater	0 / 1 / 99 *
Arbeitslosigkeit Mutter	0 / 1 / 99 *
Anamnese der Geschwister	
Anzahl Geschwister	Absolute Zahl
Stellung in Geschwisterreihe	Absolute Zahl
Halb-/Stiefgeschwister	0 / 1 / 99 *
Psych. Erkrankungen Geschwister	0 / 1 / 99 *
Somat. Erkrankungen Geschwister	0 / 1 / 99 *
Involvierung des Jugendamtes	
Jugendamt/Jugendhilfe vorher	0 / 1 / 99 *
Vormundschaft durch Jugendamt	0 / 1 / 99 *
Sorgerecht bei den Eltern	0 / 1 / 99 *
- Bei beiden Elternteilen	0 / 1 / 99 *
- Bei der Mutter	0 / 1 / 99 *
- Beim Vater	0 / 1 / 99 *
- Nicht bei den Eltern	0 / 1 / 99 *

- Bei Adoptiveltern	0 / 1 / 99 *
Bildungsanamnese	
Schulart	
Grundschule	0 / 1 / 99 *
Hauptschule	0 / 1 / 99 *
Realschule	0 / 1 / 99 *
Gymnasium	0 / 1 / 99 *
Berufsschule	0 / 1 / 99 *
Sonderschule	0 / 1 / 99 *
Waldorfschule	0 / 1 / 99 *
Sonstige	0 / 1 / 99 *
Schulische Laufbahn	
Klasse	Absolute Zahl
Klasse wiederholt	0 / 1 / 99 *
Klasse übersprungen	0 / 1 / 99 *
Schulverweise	0 / 1 / 99 *
Schule gewechselt	0 / 1 / 99 *
Schule abge- oder unterbrochen	0 / 1 / 99 *
Häufiges Fehlen	0 / 1 / 99 *
Schulverweigerung	0 / 1 / 99 *
Opfer von Mobbing	0 / 1 / 99 *
Lernbehinderung	0 / 1 / 99 *
Intelligenzquotient	
unterdurchschnittlich	0 / 1 / 99 *
durchschnittlich	0 / 1 / 99 *
überdurchschnittlich	0 / 1 / 99 *
Wohnsituation	
Bei den Eltern	0 / 1 / 99 *
Nur beim Vater	0 / 1 / 99 *
Nur bei der Mutter	0 / 1 / 99 *

Bei den Großeltern	0 / 1 / 99 *
Bei Pflegeeltern	0 / 1 / 99 *
Bei Verwandten	0 / 1 / 99 *
Alleinlebend	0 / 1 / 99 *
Wohngruppe	0 / 1 / 99 *
Frühere Wohnsituation	Text
Migrationshintergrund	
Herkunftsland	Text
Herkunftsland nicht Deutschland	0 / 1 / 99 *
Staatsangehörigkeit	Text
Mutter Migrantin	0 / 1 / 99 *
Herkunftsland Mutter	Text
Vater Migrant	0 / 1 / 99 *
Herkunftsland Vater	Text

Anmerkung: * 0 $\hat{=}$ Nein; 1 $\hat{=}$ Ja; 99 $\hat{=}$ Unbekannt

Erklärung zum Eigenanteil

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

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

Die Datenerhebung erfolgte mit Hilfe der Datenbank der Universitätsklinik Tübingen (ISH-SAP-System) und des Patientenaktenverwaltungssystems der Universität Tübingen (PEGASOS), mit dem die papierförmigen Akten aus dem Archiv in Bodelshausen angefordert werden konnten.

Das Erstellen des Erhebungskatalogs sowie Teile der Datenerhebung erfolgten in Zusammenarbeit mit Dr. Ornella Chiumento (ehemalige Doktorandin an der Kinder- und Jugendpsychiatrie).

Die statistische Auswertung erfolgte durch mich in Zusammenarbeit mit Fr. Dr. Katharina Allgaier, sowie mit Unterstützung durch Dr. Daniela Hagmann (Oberärztin an der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen).

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

Stuttgart, den 28.06.2023

Veröffentlichung

Teile der vorliegenden Dissertationsschrift wurden bereits in der folgenden Publikation veröffentlicht:

Hagmann, D., Allgaier, K., Wolf, J., Chiumento, O., Bürkle, L., Conzelmann, A., & Renner, T. J. (2022). Entwicklung der Charakteristika von Notaufnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie [Evolution of Emergency Department Characteristics in Child and Adolescent Psychiatry: A Retrospective Review over Two Decades]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 10.1024/1422-4917/a000859. Advance online publication. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000859>

Danksagung

Ein großer Dank gilt meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Renner, der mir die Möglichkeit gegeben hat, zu diesem spannenden Thema eine wissenschaftliche Arbeit zu verfassen. Zudem möchte ich mich herzlich bei Prof. Dr. Annette Conzelmann, Dr. Katharina Allgaier und Dr. Daniela Hagmann bedanken, die immer ein offenes Ohr für mich hatten und mich zuverlässig bei allen Schwierigkeiten unterstützt haben.

Ein großer Dank gilt auch meinen Freunden, die mir mit guten Ratschlägen und in fachlichen Fragen zur Seite standen, sowie meinem Freund, für die große emotionale Unterstützung und das unermüdliche Korrekturlesen.

Außerdem gilt mein Dank Manfred und Hildegard, die mich auch während des Studiums immer unterstützt haben.

Am meisten möchte ich mich bei meinen Eltern und meinem Bruder bedanken, die immer an mich geglaubt haben und bedingungslos hinter mir standen. Sie haben mir immer wieder Zuversicht gegeben und mir den Mut zugesprochen diese Arbeit zu vollenden.