

Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter,
Universität Rostock
Prof. Dr. med. M. Kölch

Vergleich der stationären Inanspruchnahme Population der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock und in Liestal

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock

vorgelegt von

Sigrid Sophie Koppe

geb.in Wien

Rostock 2019

Erstgutachter: Prof. Dr. med. Frank Häßler

Tagesklinik der GGP Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -
psychosomatik, Rostock

Zweitgutachter: Prof. Dr. med. Jens Michael Langosch

Ev. Krankenhaus Bethanien gGmbH, Greifswald

Drittgutachter: Prof. Dr. med. Dr. phil. Johannes Thome

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Rostock

Jahr der Einreichung: 2020

Jahr der Verteidigung: 2021

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Die Geschichte und Entwicklung der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie	1
1.1.1	Geschichte und Entwicklung	1
1.1.2	Die Geschichte und Entwicklung der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie der Universität Rostock	3
1.1.3	Heutiger Stand der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie der Universität Rostock	4
1.1.4	Geschichte und Entwicklung der Kinder und Jugendneuropsychiatrie in Liestal	8
1.1.5	Heutiger Stand der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie Liestal	8
1.2	Epidemiologische Aspekte	12
2	Material und Methoden	15
2.1	Zielstellung	15
2.2	Stichprobenbeschreibung	15
2.3	Auswertung der Daten in Rostock	16
2.4	Auswertung der Daten in Liestal	16
2.5	Vergleichbare Variablen	17
2.6	Statistische Verarbeitungen	17
3	Hypothesen	18
4	Ergebnisse	19
4.1	Patientenbezogene Daten	19
4.1.1	Alters- und Geschlechterverteilung	19
4.1.2	Nationale Verteilung der Patienten	21
4.2	Sozialstruktur	22
4.2.1	Struktur des Elternhauses	22
4.2.1	Ausbildung der Kinder	25
4.3	Verlaufsdaten	27
4.3.1	Einweisungsmodus	27
4.3.2	Behandlungsdauer und Anzahl der stationären Klinikaufenthalte in dieser Klinik	28
4.4	Diagnosen bezogene Auswertung	29
4.4.1	Auswertung der ersten Behandlungsdiagnose	30
4.4.2	Auswertung der zweiten Behandlungsdiagnose	43
4.5	Therapie	48
4.5.1	Pharmakotherapie	48
4.6	Weiterbehandlung	59
5	Diskussion	61
6	Zusammenfassung	74
7	Anhang	76

7.1	Basisdokumentation	76
7.2	Datenerhebung in Rostock	82
7.3	Datenerhebung in der Schweiz.....	95
7.3.1	Kinder und Jugendpsychiatrie Statistikblatt.....	95
7.3.2	BFS – Formular.....	97
7.4	Vergleichbare Variablen	97
8	Literaturverzeichnis.....	99

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl Jungen und Mädchen in Rostock und Liestal	15
Tabelle 2: Geschlechterverteilung in Abhängigkeit vom Alter in Rostock und in Liestal.....	21
Tabelle 3: Ist der Patient ein Mehrling.....	25
Tabelle 4: Geburtenrang.....	25
Tabelle 5: Die am häufigsten verwendeten Medikamente in Rostock und	58
Tabelle 6: Geschlechterverteilung.....	63

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock	6
Abbildung 2: Kinder- und Jugendpsychiatrie Rostock Stationen	7
Abbildung 3: Der Aufgabenschwerpunkt der Kinder- und Jugendpsychiatrie	9
Abbildung 4: Die Fassade des Gebäudes der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Liestal	10
Abbildung 5: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Liestal.....	11
Abbildung 6: Psychotherapiestation in Liestal.....	12
Abbildung 7: Altersverteilung in Rostock und in Liestal.....	19
Abbildung 8: Geschlechterverteilung in Rostock und in Liestal.....	20
Abbildung 9: Geschlechterverteilung in Abhängigkeit vom Alter in Rostock und in Liestal.....	21
Abbildung 10: Staatsangehörigkeit	22
Abbildung 11: Beziehungsstatus der leiblichen Eltern.....	23
Abbildung 12: mütterliche Bezugsperson	23
Abbildung 13: väterliche Bezugsperson.....	24
Abbildung 14: Anzahl der leiblichen Geschwister.....	24
Abbildung 15: Schulsituation zusammengefasst: Kind ist im Schulalter.....	26
Abbildung 16: Einweisungsmodus.....	27
Abbildung 17: Verweildauer der stationären Behandlung in Tagen	28
Abbildung 18: Verweildauer Kurz/Lang der stationären Behandlung.....	29
Abbildung 19: Anzahl der Behandlungsdiagnosen	30
Abbildung 20: Erste Behandlungsdiagnose.....	31
Abbildung 21: Vergleich der einzelnen Diagnosen Gruppen 1	32

Abbildung 22: F9 Diagnosen der ersten Behandlungsdiagnose	33
Abbildung 23: Altersverteilung in Rostock und in Liestal.....	34
Abbildung 24: Geschlechterverteilung der ersten Diagnose in Rostock und Liestal	35
Abbildung 25: Verweildauer der Patienten der ersten Behandlungsdiagnose in Rostock und in Liestal	37
Abbildung 26: Verweildauer Kurz und Lang der ersten Behandlungsdiagnose in Rostock und in Liestal	38
Abbildung 27: Anzahl der stationären Aufenthalte der ersten Behandlungsdiagnose in Rostock und in Liestal	40
Abbildung 28: Beziehungsstatus der leiblichen Eltern der ersten Behandlungsdiagnose in Rostock und in Liestal	41
Abbildung 29: Besuch der Schule bezogen auf die erste Behandlungsdiagnose in Rostock und in Liestal	43
Abbildung 30: Zweite Behandlungsdiagnose.....	44
Abbildung 31: Vergleich der einzelnen Diagnosen Gruppen 2.....	45
Abbildung 32: F9 Diagnosen der zweiten Behandlungsdiagnose	46
Abbildung 33: Altersverteilung der Patienten der zweiten Behandlungsdiagnose in Rostock und in Liestal	47
Abbildung 34: Geschlechterverteilung der Patienten der zweiten Behandlungsdiagnose in Rostock und in Liestal	48
Abbildung 35: Prozentuale Angabe der Medikamente.....	49
Abbildung 36: Prozent der verwendeten Arzneimittel	50
Abbildung 37: Altersverteilung bezogen auf die Pharmakotherapie.....	52
Abbildung 38: Geschlechtsverteilung der Patienten bezogen auf die Pharmakotherapie	53
Abbildung 39: Pharmakotherapie der ersten Behandlungsdiagnose in Rostock und in Liestal	55
Abbildung 40: Pharmakotherapie der zweiten Behandlungsdiagnose in Rostock und in Liestal	57
Abbildung 41: Weiterbehandlung nach Entlassung der Patienten aus den Kliniken der Städte Rostock und Liestal	60
Abbildung 42: Einweisungsmodus.....	67

1 Einleitung

1.1 Die Geschichte und Entwicklung der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie

1.1.1 Geschichte und Entwicklung

Die Geschichte der seelischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen begann mit der Erkenntnis, dass abweichendes Verhalten Ursachen haben muss, die entweder von außen auf das Kind einwirken oder im Kind selbst liegen.

Im Laufe der Zeit gab es einen ständigen Wechsel an Erklärungen für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. In der Frühzeit glaubte man, dass Krankheiten von Geistern und Dämonen verursacht werden. Im Christentum galt dies als eine Strafe Gottes und Kranke waren an ihrem Zustand Mitschuld. Der Glaube, dass Kinder vom Teufel besessen sein könnten, hielt sich auch über mehrere Jahrhunderte. Erst später erklärte man sich den Grund der Krankheiten anhand von Anlage, Umwelt und organischen Ursachen.

Im Altertum durften, nach dem Naturrecht, körperlich missgebildete und schwer geistig behinderte Neugeborene und Kleinkinder ausgesetzt werden. Der Vater entschied über das Schicksal des neugeborenen Kindes. Er durfte entscheiden, ob er es aufzog oder aussetzte. Durch die Einführung des Christentums und das Gebot der Nächstenliebe kam es zur Besserung der Kindesaussetzungen.

Im frühen Mittelalter wurden von der Kirche Findelhäuser errichtet, um das Töten von Neugeborenen einzudämmen. Das erste entstand im Jahr 787 in Mailand. Das erste deutsche Waisenhaus entstand nach Oehme (1988) im Jahr 1572 in Augsburg. Eine wichtige Rolle spielte aber das weltbekannte Waisenhaus in Halle an der Saale, welches 1695 gegründet wurde. Das Waisenhaus wurde viel besucht und nachgeahmt. Hier wurde das damals allgemein anerkannte Schulwissen im religiös-pietistischen Unterricht vermittelt. Voraussetzung der Erziehung waren vor allem Fleiß, Frömmigkeit und Disziplin. Lange Zeit hat man psychiatrische Krankheitsbilder der Erwachsenen einfach auf das Kindesalter übertragen. Im Altertum wurden Kinder genauso wie Erwachsene von spirituellen Heilern und von philosophisch orientierten Pädagogen und von Ärzten einer archaischen Medizin behandelt. Erst spät erkannte man, dass viele Erscheinungsbilder von psychisch gestörten Kindern nicht mit denen der Erwachsenen übereinstimmen. Nicht nur dem medizinischen Fortschritt, sondern auch nichtmedizinischen Erfahrungen und Erkenntnissen aus der Pädagogik, der Heilpädagogik, der Psychologie und der Psychotherapie ist, seit der Zeit der Aufklärung bis heute, die Erkennung und Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen zu verdanken.

Im 17. und 18. Jahrhundert gelangte die Pädagogik zu der Erkenntnis, dass durch „falsche“ Erziehung psychische Störungen auftreten und durch eine „richtige“ Erziehung diese vermieden werden können. Die Frage, welche pädagogischen Maßnahmen für eine normale seelische Entwicklung notwendig sind, wird seit dem Altertum bis heute konträr diskutiert (Nissen 2005).

Die Bezeichnung „heilende Erziehung“ ist ein Begriff, der sich über mehrere Jahrhunderte verfolgen lässt. In diesem Zusammenhang sollen John Locke (1632 – 1704), welcher als Entwicklungspsychologe kindgerechte Erziehungsmethoden forderte (engl. „to cure“ 1693) oder Jean – Jacques Rousseau (1712 – 1778), welcher als einer der Wegbereiter der modernen Erziehung galt, angeführt werden. In seinem wichtigsten Werk „Emiliè oder Über die Erziehung“ schreibt er, dass Erziehung nach seinem Verständnis bedeutet, dass Kinder und Jugendliche in ihrer natürlichen Entwicklung begleitet werden. Das Kind ist aus der Sicht Rousseaus von Natur aus gut und ein freies Wesen, es wird erst durch seine Umgebung verdorben. Es lassen sich sogar direkte Parallelen zu den Ausführungen der deutschen Pädagogen Johann Bernhard Basedow (1724-1790), welcher zur Vermeidung psychischer Störungen eine philanthropische Erziehung forderte, und Christian Gotthilf Salzmann (1744-1811) welcher psychische Störungen auf pädagogisches Fehlverhalten der Eltern zurückführte, ziehen.

Das 19. Jahrhundert war für die Kinder- und Jugendpsychiatrie von entscheidender Bedeutung. Erst zu dieser Zeit, setzte eine Entwicklung ein, die zu einer allmählichen Emanzipation einer alters- und entwicklungsorientierten Psychiatrie des Kindes und Jugendalters führte. Erst ab Mitte des 19. Jahrhunderts wurden psychische Störungen in diesem Lebensalter von Ärzten anerkannt. (Nissen 2005) Durch die Herrschaft des Nationalsozialismus war auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie in das Euthanasieprogramm involviert und einbezogen in die Ermordung von Tausenden von Kindern mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung (Warnke et al. 2001). Zu dieser Zeit wurde nicht nur die systematische Vernichtung dieser Kinder und Jugendlichen durch das Gesetz „Gewährung eines Gnadentodes“ erlaubt, sondern es kam auch zum Erlass eines Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses durch Zwangssterilisation. Dieses Gesetz existierte zu dieser Zeit auch schon in einigen Kantonen in der Schweiz. Der Schweizer Erbbiologe und Psychiater Ernst Rüdin befürwortete die Kindereuthanasie und erklärte die Notwendigkeit der Einführung der Zwangssterilisation (Nissen 2005). Erst nach dem Weltkrieg wurde die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu einem selbstständigen Fachgebiet. Die klinische Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters in Europa wurde in den ersten drei Nachkriegsjahrzehnten im deutschen Sprachraum durch Moritz Tramer und Jules Robert Corboz in der Schweiz und in der Bundesrepublik Deutschland durch Werner Villinger geprägt (Nissen 2005). Der erste Lehrstuhl in Westdeutschland entstand in Marburg im Jahr 1954 und der erste Lehrstuhl für Kinderneuropyschiatrie in der DDR wurde in Rostock im Jahr 1958 eingerichtet. Die drei Gesellschaften, in denen die Kinder- und Jugendpsychiater noch heute organisiert sind, entstanden in diesen Zeiten:

- „Die deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ wurde im Oktober 1950 als Deutscher Verein für Jugendpsychiatrie in Marburg gegründet und 1976 umbenannt.
- „Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland“ (BKJPP) wurde im Jahr 1978 gegründet.
- „Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ (BAG) wurde im Jahr 1990 ins Leben gerufen.

Von den Findelhäusern für unerwünschte Neugeborene, von Waisenhäusern für elternlose Kinder, von Asylern für obdachlose Kinder, von Heimen für verwahrloste Kinder, von Anstalten für schwachsinnige Kinder und von psychiatrischen Kinderabteilungen in Heil- und Pflegeanstalten, bis zu den Fachkliniken für Kinder und Jugendpsychiatrie war es ein langer Weg (Nissen 2005).

1.1.2 Die Geschichte und Entwicklung der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie der Universität Rostock

Die Geschichte der heutigen Kinder- und Jugendneuropsychiatrie in Rostock begann in den Jahren 1893 bis 1896, als die großherzogliche Landesheil- und Pflegeanstalt Gehlsheim gegründet wurde. Die Klinik hatte bis 1939 den Status der eigenen Ortschaft, verbunden mit eigenem Standesamtsbezirk (1900-1939) und Anstaltsfriedhof (1925-1939) (Schläfke et al. 2004).

Kinder und Jugendliche mit neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen wurden lange noch auf den Erwachsenenstationen betreut. Erst als der 26-jährige Dr. Gerhard Göllnitz 1946 nach Rostock kam, setzte er sich für eine altersgerechte Betreuung ein. 1953 schuf er eine kleine kinderpsychiatrische Abteilung mit zunächst 14 Betten, die dann 1955 auf 20 Betten erweitert werden konnte (Göllnitz, 1972). Unter seiner kommissarischen Leitung beeinflusste er die Entwicklung in Richtung der heutigen Kinder- und Jugendneuropsychiatrie immens. Von September 1954 bis November 1958 wurde dann Franz Günther Ritter von Stocker zum Klinikleiter und Lehrstuhlinhaber ernannt. Nachdem er aus politischen Gründen verhaftet und nach zahlreichen Protesten seiner Kollegen wieder entlassen wurde, ging er aus Rostock fort und kehrte nach Frankfurt am Main zurück (Schläfke et al. 2004).

Ein bedeutsamer Schritt in der Entwicklung der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie in Rostock war die Entstehung des ersten Lehrstuhls für Kinderneuropsychiatrie am 1. November 1958 in der DDR, den der mittlerweile habilitierte Prof. Gerhard Göllnitz zunächst vertrat. Im Jahr 1959 wurde eine selbstständige klinische Abteilung für Kinder und Jugendliche mit neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen erschaffen, mit einer Ambulanz und drei Stationen mit insgesamt 50 Betten. 1960 wurde für die Patienten eine Klinikschule erbaut (Kumbier und Häbeler 2010). Dank des Engagements von Professor Göllnitz etablierte sich die Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters in der DDR als eigenständiges Fachgebiet. Er machte die Rostocker Klinik diesbezüglich zu einer der führenden

Einrichtungen (Häßler, 2003). Zum Behandlungsteam der Patienten gehörten neben den Ärzten und Pflegekräften auch eine Fürsorgerin, drei Krankengymnastinnen und eine Musiktherapeutin (Lau 2008).

Psychologie spielte von Anfang an eine wichtige Rolle in der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie in Rostock. Als der Psychologe Dr. Hans Dieter Rösler 1963 nach Rostock kam, schaffte er eine Zusammenarbeit zwischen Kinderneuropsychiatern und Psychologen, welche dann im weiteren Verlauf zu gemeinsamen Studien über Hirnschadenfolgen im Kindes- und Erwachsenenalter sowie zur Studie über die Entwicklung vom Kleinkind bis zum frühen Erwachsenenalter führte (Lau 2008). Dank ihm kam es zur Etablierung des eigenen Facharztes „Fachpsychologe der Medizin“.

1985 wurde die Leitung der Klinik an Frau Prof. Ursula Kleinpeter übergeben. 1990 übernahm Prof. Rainer Cammann für zwei Jahre die kommissarische Leitung, die er dann 1992 an Dr. Frank Häßler abgab, welcher von 1992 bis 1997 kommissarischer Direktor war. Aus der Abteilung wurde 1995 die Klinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie und Psychotherapie, welche sich neben den Kliniken für Psychiatrie/Psychotherapie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, sowie dem Institut für medizinische Psychologie im Zentrum für Nervenheilkunde befand (Lau 2008). Nachdem 2001 der mittlerweile habilitierte Frank Häßler zum Professor ernannt wurde, übernahm er 2003 den Lehrstuhl in der Klinik in Rostock. Von 2003 bis Oktober 2016 war Häßler Klinikdirektor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter am Zentrum für Nervenheilkunde der Universitätsmedizin Rostock.

1.1.3 Heutiger Stand der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie der Universität Rostock.

In der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter Rostock wird in einem Einzugsgebiet von ca. 400.000 Einwohnern das gesamte Spektrum der kinder- und jugendneuropsychiatrischen Störungen und Erkrankungen behandelt. Im grundsanierten historischen Gemäuer ist seit 2005 eine der modernsten kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken untergebracht, die höchsten internationalen Standards entspricht und als einzige in Deutschland neurologische Diagnostik und Therapien integriert.

Die psychiatrische Versorgung wird im Allgemeinen in drei Sektoren gegliedert, in den stationären, den teilstationären und den ambulanten Bereich.

Das klinisch stationäre Angebot umfasst 4 Stationen, mit einer Bettenkapazität von insgesamt 35 Betten. Zu jeder Station zählen ein Stationsarzt und, ein Stationspsychologe und übergreifend sind zwei Oberärzte tätig.

➤ Station 1:

- Patienten: Mädchen und Jungen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren
- Therapieansätze: psychiatrisch/psychotherapeutisch
- Bettenanzahl: 10

- Behandlungsschwerpunkte:
 - Angsterkrankungen
 - Depressive Störungen
 - Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Binge Eating Disorder)
 - (posttraumatische) Belastungsstörungen
 - Psychosen (Schizophrenie, Manie, Depression, Bipolare Störung)
 - Selbstverletzendes Verhalten (Ritzen)
 - Somatisierungsstörungen
 - Suizidalität (Selbstmordgefährdung)
 - Zwangserkrankungen

➤ Station 2:

- Patienten: Mädchen und Jungen im Alter zwischen 7 bis 13 Jahren
- Therapieansätze: psychiatrisch/psychotherapeutisch
- Bettenanzahl: 10
- Behandlungsschwerpunkte:
 - Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (ADS, ADHS, HKS)
 - Emotionale Störungen des Kindesalters, Bindungsstörungen
 - Entwicklungsstörungen (Sprache, Motorik, schulische Fertigkeiten)
 - Enuresis, Enkopresis
 - Störung des Sozialverhaltens
 - Tic-Störungen (Tourette-Syndrom)

➤ Station 3:

- Patienten: Mädchen und Jungen im Alter zwischen 2 und 17 Jahren
- Therapieansätze: neurologisch/ psychiatrisch/ psychotherapeutisch
- Bettenanzahl: 10
- Behandlungsschwerpunkte:
 - Schädel-Hirn-Verletzungen
 - Epilepsien (z.B. Absencen, Lennox-Gastaut-Syndrom, ESES, Rolando-Epilepsie)
 - Multiple Sklerose
 - Myopathien, Neuropathien, Myasthenie
 - Autoimmunerkrankungen (z.B. Guillain-Barre-Syndrom, Lupus erythematodes)
 - Paresen (z.B. Fazialisparese)
 - Infantile Zerebralparese (Spastik, Dystonie, Ataxie)

Außerdem:

- Entwicklungsstörungen (Sprache, Motorik, schulische Fertigkeiten)
- Tic-Störungen (z.B. Tourette-Syndrom)
- Enuresis, Enkopresis
- Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitäts-Störungen (ADS, ADHS, HKS)

- Psychosen
- Emotionale Bindungsstörungen
- Störung des Sozialverhaltens
- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (Autismus)

➤ Station 4:

- Patienten: Mädchen und Jungen im Alter zwischen 6 und 17 Jahren
- Therapieansätze: psychosomatisch/ psychiatrisch/ psychotherapeutisch
- Bettenanzahl: 10
- Behandlungsschwerpunkte:
 - Körperliche Beschwerden als Zeichen emotionaler Belastung
 - Psycho-soziale Probleme infolge körperlicher Erkrankungen
 - Gleichzeitiges Vorliegen körperlicher Krankheiten bei psychischer Erkrankung
 - Somatisierungsstörungen
 - Dissoziative und Konversionsstörungen
 - Essstörungen
 - Emotionale Störungen des Kindesalters
 - Depressive Störungen
 - Angsterkrankungen
 - Bindungsstörungen
 - Anpassungs- und Belastungsreaktionen
 - Enuresis/Enkopresis



Abbildung 1: Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock



Abbildung 2: Kinder- und Jugendpsychiatrie Rostock Stationen

Unter dem zweiten Sektor, dem teilstationären Bereich, sollten die beiden Tageskliniken in Bad Doberan und in Rostock erwähnt werden. In enger Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen ist die ambulante Einbindung mit Vor- und Nachbereitung der teilstationären Behandlung gewährleistet. Das Team aus Ärzten, Psychologen, Sozialpädagogen, Logopäden, Ergo-, Musik- und Bewegungstherapeuten, Krankenschwestern und Erziehern arbeitet an der intensiven und kontinuierlichen Kommunikation zwischen den Therapeuten, Eltern, Schulen, Behörden und Heimeinrichtungen, um den Kindern die bestmögliche Therapie gewährleisten zu können.

Als weiterer Bereich der psychiatrischen Versorgung in Rostock existieren Institutsambulanzen an drei Standorten. Schwerpunkte sind die Diagnostik und Behandlung von Krankheiten wie zum Beispiel Angsterkrankungen, Essstörungen, Belastungsstörungen, Psychosen, Selbstverletzendes Verhalten, Somatisierungsstörungen, Zwangserkrankungen, Emotionale Störungen, Entwicklungsstörungen, Störung des Sozialverhaltens, aber auch Enuresis, Tic- Störungen oder Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitäts- Störungen. Zielgruppen sind vor allem psychisch Kranke, die wegen Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung ein besonderes Angebot benötigen. Hierzu zählen auch Patienten mit Substanzgebrauchsstörungen und komorbiden psychiatrischen Störungen. Das Behandlungsangebot umfasst psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik und Therapie, Pharmakotherapie, Krisenintervention, Notfallbehandlung, Einzelgespräche sowie Gruppenangebote durch ein Team aus Ärzten, Psychologen, Schwestern und Sozialarbeiter.

Auf dem Gelände der Kinder- und Jugendpsychiatrie befindet sich die Heinrich-Hoffmann-Schule, welche dem Schulamt unterstellt ist. Hier werden sowohl stationär und teilstationär behandelte Kinder und Jugendliche, als auch diejenigen, die nicht fähig sind, eine Regelschule zu besuchen, aber lernfähig sind und speziellster Förderung bedürfen, beschult. Zielsetzung ist die Erlangung eines Schulabschlusses, Stärkung der sozialen Kompetenz und Diagnostik und Therapie von Lernstörungen.

1.1.4 Geschichte und Entwicklung der Kinder und Jugendneuropsychiatrie in Liestal

Die Geschichte der Psychiatrie in Liestal reicht bereits bis in das 14. oder 15. Jahrhundert zurück, als ein neues Siechenhaus eröffnet wurde, welches zu Beginn eine Zufluchtsstätte für Aussätzige war, aber im Verlauf der Zeit auch Kranke, Arme, Invaliden und Irre aufgenommen hat.

Lukas Ott schreibt in seinem Buch „Man geht hinein, um wieder herauszukommen“, dass erst in den 1850er-Jahren in Liestal nach dem Vorbild der Musteranstalt Illenau im Süden Deutschlands neben dem Siechenhaus ein neues Kantonen Krankenhaus mit einer eigenen Irrenabteilung gebaut worden ist.

In den 1930er Jahren bekam die neu eröffnete Heil- und Pflegeanstalt für psychisch Kranke auf dem Hasenbühl seinen eigenen Chefarzt. Es kam zum Ausbau des Psychiatriekonzeptes mit der Möglichkeit der ambulanten Behandlung.

Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kanton Baselland reicht bis 1942 zurück, als dieser Chef eine ärztliche Erziehungsberatungsstelle errichtete. Lukas Ott schrieb in seinem Buch auch, dass zwei Jahre nach der Errichtung der Erziehungsberatungsstelle die ärztlich betreute Beobachtungsstation „Fuxrüti“ in Langenbruck, welche dann durch die kantonale Kinderbeobachtungsstation Schwengifeld abgelöst worden ist, eröffnete. 1966 war die ärztliche Erziehungsberatungsstelle Baselland in Kinderpsychiatrischer Dienst der Klinik Hasenbühl umbenannt worden (Ott 2017). Die Psychotherapiestation für junge Frauen mit schweren Essstörungen wurde im Jahr 1997 eröffnet.

1.1.5 Heutiger Stand der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie Liestal

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal werden in einem Einzugsgebiet von ca. 500.000 Einwohnern unterschiedliche Störungsbilder von Behinderungen, Schulschwierigkeiten, Verhaltensauffälligkeiten bis hin zu Kriseninterventionen, psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen sowie Beurteilungs- und Zuteilungsfragen im Rahmen zivil-, versicherungs- und strafrechtlicher Gutachten im Auftrag von Behörden behandelt. Die psychiatrische und psychologische Versorgung wird in der Schweiz in zwei Sektoren gegliedert, in den ambulanten und den stationären.

In den Kantonen Baselstadt und Baselland wird großer Wert auf die ambulante Behandlung gelegt, aus diesem Grund finden die diagnostischen und therapeutischen Angebote überwiegend ambulant statt. Bei Notwendigkeit werden auch logopädische, ergotherapeutische, pädagogisch-therapeutische und schulische Maßnahmen oder gegebenenfalls auch eine stationäre Behandlung veranlasst.



Abbildung 3: Der Aufgabenschwerpunkt der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Kinder und Jugendpsychiatrie führt drei stationäre Abteilungen:

- Pädiatrie A im Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) auf der psychiatrisch-psychosomatischen Station
- Abteilung B2 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Liestal und
- die Psychotherapiestation für junge Frauen mit schweren Essstörungen

Das Universitäts-Kinderspital beider Basel ist ein Zentrum für Kinder und Jugendmedizin, sowie für Lehre und Forschung in Basel. Auf der Station für Kinder- und Jugendpsychiatrie werden psychiatrisch und psychotherapeutische Therapieansätze verfolgt, vor allem für Mädchen und Jungen im Alter von 10 bis 17 Jahren. Der Schwerpunkt liegt zum einen bei Essstörungen, und zum anderen bei Krisenpatienten mit den unterschiedlichsten Störungsbildern. Die Bettenkapazität umfasst 16 Betten und das Team besteht neben 2 Assistenzärzte/innen, 3 Psychologen und 20 Personen in der Pflege auch aus einem Oberarzt und einer Psychologin in der Leitungsposition. Auf der Station für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Universitäts-Kinderspital beider Basel wird sehr viel Wert darauf gelegt, dass

jeder Patient zwei Bezugspersonen in der Pflege hat. Wichtig ist auch, dass jedes Kind beziehungsweise jeder Jugendliche seinen täglichen Stundenplan einhält, bei dem Musiktherapie, Kunsttherapie, Einzel- und Gruppengespräche, gemeinsames Kochen, Interaktionstherapie, Kultur, Sport und die Klinik-Schule mit eingeplant werden.



Abbildung 4: Die Fassade des Gebäudes der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Liestal

In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Liestal wurde im Januar 2011 nach langer Planungs- und Bauzeit der Betrieb im Neubau, dessen bunte Fassade als Wahrzeichen des Spitals gilt, aufgenommen. Es gibt dort die Jugendabteilung B2 als Akutstation, welche in eine Abteilung für psychisch erkrankte Erwachsene integriert ist. Der Schwerpunkt liegt in der Krisenintervention und Behandlung von psychotischen Störungen bei ersterkrankten Mädchen und Jungen. Indikation für die Hospitalisation sind in der Regel psychiatrische Notfallsituationen, meist im Zusammenhang mit schweren Erregungszuständen, akuter Selbst- und/oder Fremdgefährdung. Die Abteilung verfügt über 18 Betten. Sie wird je nach Patientensituation offen, halbgeschlossen oder geschlossen geführt. Die Station B2 ist die einzige Einrichtung im Einzugsgebiet Kanton Baselland und Baselstadt mit der Möglichkeit, Jugendliche in einem geschlossenen Rahmen zu betreuen und zu behandeln.

Das Team in der Kinder- und Jugendpsychiatrie setzt sich aus einem Oberarzt, einem Assistenzarzt, einer Sozialpädagogin und 13 Personen in der Pflege zusammen. Wie auch im Universitäts-Kinderspital beider Basel auf der psychiatrisch-psychosomatischen Station Pädiatrie A, wird auf der Station B2J jedem Patienten eine pflegerische Bezugsperson zugeteilt, die für die Einführung auf der Station sowie während des gesamten Aufenthalts im Rahmen einer unterstützenden Beziehung für eine zielgerichtete, der individuellen Situation angepasste, interdisziplinär abgesprochenen Pflege des Patienten und für die Betreuung der Angehörigen auf der Grundlage des Pflegeprozesses verantwortlich ist. Für die Jugendlichen ist das mit Ihnen ausgearbeitete Wochenprogramm, welches Therapieangebote wie Kernteamgespräche, Kleingruppen, Jugendgruppe, Theaterspielgruppe, Atelier, Kunsttherapie,

Suchtgruppe, Psychoedukationsgruppe, Sportprogramm, Schmerzgruppe, Abteilungsversammlung, Back-/Kochgruppe, Musikgruppe, Physiotherapie und Seelsorge enthält, verbindlich und soll helfen den Klinikalltag zu strukturieren.



Abbildung 5: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Liestal

Die Psychotherapiestation in Liestal wurde vorallem für junge Frauen im Alter von 15 bis 20 Jahren eingerichtet, die unter schweren Essstörungen, wie Anorexie, Bulimie oder Binge Eating Disorder leiden. Die Station wird in Form einer Wohngruppe geführt bei einer Bettenkapazität von 8 Betten. Zum Stationsteam zählen 10 Psychologen, die jeden Tag mit den Patienten den Essenplan zusammenstellen und gemeinsam kochen. Auch auf der Psychotherapiestation wird viel Wert auf einen Wochenplan gelegt, um den Tagesablauf strukturiert zu halten und den Haushalt gerecht aufzuteilen. Zum Therapieangebot zählen Einzel- und Gruppengespräche, Ernährungsberatung, Kunsttherapie und aktive Aktivitäten wie schwimmen oder in den Tierpark gehen.



Abbildung 6: Psychotherapiestation in Liestal

Neben den drei stationären Abteilungen führt die Kinder- und Jugendpsychiatrie drei Polikliniken an den Standorten Liestal, Bruderholz und Laufen. Hier werden, sofern kein Notfall vorliegt und je nach Problemlage, zuerst eine entwicklungspsychologische und in weiterer Folge dann eine, kinder- und jugendpsychiatrische oder neuropsychologische Abklärung durchgeführt. Zum Therapieangebot zählen Erziehungsberatungen, Einzel-, Gruppen- sowie Familiengespräche. Zusätzlich werden in den Polikliniken regelmäßig folgende Spezialsprechstunden angeboten:

- Adipositasprechstunde
- Autismussprechstunde
- Essstörungenambulanz
- Sprechstunde zu Geschlechtsidentitätsfragen
- Interdisziplinäre Sprechstunde bei chronischen Schmerzen
- Sprechstunde für Kinder psychisch belasteter Eltern
- Sprechstunde rund um den Kinderschutz
- Psychosomatische Sprechstunde
- Schlafsprechstunde
- Zwangssprechstunde

1.2 Epidemiologische Aspekte

Psychische Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und sozialer Teilhabe. Aktuelle Daten aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) zeigen, dass der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit psychischen

Auffälligkeiten im Alter von 0 bis 17 Jahren im Zeitraum von 2014 bis 2017 insgesamt 16,9% beträgt. Verglichen mit der KiGGS-Basiserhebung von 2003 bis 2006, wo jedes fünfte Kind in Deutschland, das heißt 20,0%, psychisch auffällig war, kann ein signifikanter Rückgang psychischer Auffälligkeiten vermerkt werden. Der rückläufige Trend betrifft insbesondere Jungen im Alter von 9 bis 17 Jahren (Klipker et al. 2018). In einer Studie von Dr. Paul Plener wird ersichtlich, dass es im Zeitraum von 2003 bis 2012 zu einer signifikanten Zunahme der Häufigkeiten von F-Diagnosen gemäß ICD-10 kam. Die Zunahme war in beiden Geschlechtern präsent und vor allem in den Kategorien F1, F3, F4, F5, F8 und F9 ausgeprägt, während bei den Zahlen der F2, F0, F6 und F7 Diagnosen eine abnehmende Häufigkeit zu finden war (Plener et al. 2015).

Ein Risikofaktor für psychische Erkrankungen ist der sozioökonomische Status. Mädchen und Jungen aus Familien mit niedrigem Status sind deutlich häufiger psychisch auffällig als Gleichaltrige aus Familien mit mittlerem beziehungsweise hohem sozioökonomischen Status (Klipker et al. 2018). In der BELLA-Studie wurden weitere Risikomerkmale erfasst: niedriger Bildungsstatus der Eltern, das Auftreten von familiären oder partnerschaftlichen Konflikten zwischen den Erziehenden sowie das Aufwachsen des Kindes in einer Ein-Eltern-Familie und Arbeitslosigkeit eines Elternteils während der Lebenszeit des Kindes (Raven-Sieberger et al. 2007).

Es stellt sich die Frage, ob es, bezogen auf die Risikofaktoren, Unterschiede zwischen den Patienten der Städte Rostock und Liestal gibt und welche Auswirkungen diese auf die Gesundheit der untersuchten Kinder und Jugendlichen haben.

Derzeit sind in der Bundesrepublik Deutschland 1.062 Ärzte und Ärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig. Von 2005 bis 2017 haben sich die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Kinder- und Jugendpsychiater/innen von 664 auf 1.062 fast verdoppelt (Bundesarztregister, Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017).

Trotz der rückläufigen Tendenz psychischer Auffälligkeiten und der Zunahme der vertragsärztlichen Versorgung ist die Anzahl psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher auf einem nach wie vor hohen Niveau. Angesichts diesem noch hohen Niveau an psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen erscheint die Diskussion um eine adäquate Versorgung der Betroffenen als sinnvoll.

Zu den Psychopharmaka in der Kinder- und Jugendpsychiatrie finden sich in der Studie von Abbas et al. 2016 folgende Angaben: Die Behandlungsprävalenz mit Psychopharmaka nahm im Zeitraum von 2004 bis 2012 zu, wobei die Neuverordnungsrate sank bis konstant blieb. Die Verordnungsprävalenz von Stimulanzien erhöhte sich von 10,5 im Jahr 2004 auf 19,4 Promille im Jahr 2010. Die Antipsychotika-Prävalenz nahm von 2004 bis 2012 von 2,3 auf 3,1 Promille zu. Auch bei der Antidepressiva-Prävalenz ließ sich ein leichter Anstieg von 2009 bis 2012 von 1,9 auf 2,2 Promille erkennen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Franke et al. 2016. Das Ergebnis dieser Analyse war, dass sich trotz der Heterogenität der publizierten Daten zur Psychopharmakoepidemiologie bei Kindern und Jugendlichen ein Anstieg der Verordnung der Antidepressiva, Psychostimulanzien, als auch Antipsychotika in den vergangenen Jahren erkennen lässt.

In der Literatur finden sich zahlreiche Publikationen, die sich mit der Gesamtklientel der Kinder- und Jugendpsychiatrie befassen (KiGGS; Döfner et al. 1997; Stegmann et al. 2013). Beiträge zu diagnosebezogenen Auswertungen von Psychopharmaka-Verordnungen sind deutlich unterrepräsentiert. Zum Vergleich der Inanspruchnahmepopulation von zwei Kinder- und Jugendpsychiatrien in verschiedenen Ländern finden sich in der Literatur wenig bis kaum Publikationen.

2 Material und Methoden

2.1 Zielstellung

Die Versorgungsstudie zur gleichnamigen Dissertation befasst sich mit einem Vergleich der Inanspruchnahme zweier Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Städten Rostock und Liestal (bei Basel)

Die Daten werden retrospektiv von allen im Zeitraum vom 01.01.2015 bis 30.06.2015 stationär aufgenommenen Patienten in vollanonymisierter Form (ohne Name, Adresse) erhoben, um Aufschluss über die Zusammensetzung der Klientel, die am häufigsten gegebenen Diagnosen und therapeutischen Optionen zu erhalten.

Ein Teil dieser Dissertation widmet sich der Verordnung von Psychopharmaka.

Weiterhin umfasst die Analyse die Problembelastung der Kinder und Jugendlichen in Abhängigkeit von Persönlichkeitsmerkmalen (Geschlecht), Bildungstand (besuchter Schultyp) sowie den familiären Hintergrund (Beziehung der leiblichen Eltern, väterliche oder mütterliche Bezugsperson).

Die Versorgungsstrukturen beider Standorte sollen verglichen werden.

Die Provenienz der Patient/innen wird regional beschrieben und verglichen, ebenso wie die Zusammenhänge zwischen psychosozialen Risiken und therapeutischen Optionen.

2.2 Stichprobenbeschreibung

Ein Anliegen ist es, das Gesamtklientel der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal, in der Schweiz und der Universität Rostock in Deutschland in einem definierten Zeitraum zu vergleichen.

In dieser Studie werden ausgewählte Daten eines Patientenkollektivs von insgesamt 318 Mädchen und Jungen, die im Zeitraum vom 01.01.2015 bis einschließlich 30.06.2015 stationär aufgenommen worden sind, ausgewertet. Bei Wiederaufnahme beziehungsweise mehreren Aufnahmen von Patienten im genannten Zeitraum werden diese für einen Aufenthalt codiert.

Tabelle 1: Anzahl Jungen und Mädchen in Rostock und Liestal

	Ort	
	Rostock	Liestal
Weiblich	93	86
Männlich	94	45

2.3 Auswertung der Daten in Rostock

Die Erhebung der Daten in Rostock erfolgte anhand eines für diese Studie erstellten Schlüsselwortverzeichnisses. Die untersuchten Kriterien orientierten sich an der von der KJPP Rostock seit dem 06. Januar 1998 verwendeten Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche (Frankfurter Dokumentationssystem © E. Englert & F. Poustka, 1998).

Als Quelle der Daten dienten die archivierten Patientenakten, aus welchen die folgenden Unterlagen mit einbezogen werden: die Basisdokumentation, die Epikrisen, der Verlaufsbogen des Pflegepersonals, Labor, der ärztliche Verlaufsbogen, die psychologischen Befunde, alle durchgeführten psychologischen Tests sowie weitere Dokumente, wie zum Beispiel Briefe von niedergelassenen Ärzten, Kliniken, Lehrern oder Erziehern. Die Patientendaten wurden ohne Nutzung eines klinikassoziierten Identifier (Patientencode, Name, Adresse, oder ähnliches) in eine Tabelle übertragen.

2.4 Auswertung der Daten in Liestal

Die Erhebung der Daten in Liestal beziehungsweise im Baselland erfolgte durch die Zusammenarbeit mit Ärzten und Psychologen der dortigen Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Daten in Liestal wurden auf der einen Seite durch das medizinische Statistikblatt der Kinder- und Jugendpsychiatrie, und auf der anderen Seite durch das BFS Formular (Bundesamt für Statistik) erhoben.

Seit dem Jahr 2009 werden die Daten der behandelten Patienten in das medizinische Statistikblatt für Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Software ORBIS nach abgeschlossener Behandlungsepisode eingetragen. Jeder Fall erhält ein Statistikblatt bei Fallabschluss.

Zusätzlich wird seit dem Jahr 2014 das BFS Formular (Bundesamt für Statistik) für die Datenerhebung verwendet. Aus diesen Quellen erstellte die Promovendin ebenfalls eine voll anonymisierte Übersicht, die keine individuellen Identifier enthält.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal führt drei stationäre Abteilungen:

- im Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) auf der psychiatrisch-psychosomatischen Station Pädiatrie A
- in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Liestal auf der Abteilung B2
- sowie in der Psychotherapiestation für junge Frauen mit schweren Essstörungen

Im untersuchten Zeitraum vom 1.1.2015 bis 31.6.2015 wurden sowohl im Universitätskinderspital beider Basel, als auch in der Psychotherapiestation das medizinische Statistikblatt KJP und das BFS Formular verwendet, wohingegen in der Abteilung B2 die Daten der Jugendlichen nur in das BFS Formular eingetragen worden sind. Ein wesentlicher Teil der Codierarbeit besteht darin, diese

Erfassung zu vereinheitlichen und mit dem Rostocker Datensatz so abzugleichen, dass die Vergleichbarkeit gewährleistet ist.

2.5 Vergleichbare Variablen

Die retrospektive Studie, der Vergleich der stationären Inanspruchnahme Population der KJPP in Rostock und in Liestal, hatte seinen Beginn im Sommer 2015 in Zusammenarbeit mit dem stellvertretenden Chefarzt Dr. med. P. Tischer. Nach seinem Tod und dem darauffolgenden Mitarbeiterwechsel gingen einige Informationen verloren.

Die vergleichbaren Variablen betreffen unterschiedliche Bereiche, beschränken sich auf 37 Items und umfassen Geschlecht, Ort, Nationalität, stationäre Behandlungsdauer, Behandlungsdiagnosen, mütterliche/väterliche Bezugsperson, Beziehungsstatus der leiblichen Eltern, Zahl der leiblichen Geschwister, Mehrling, Geburtsrang, Einweisungsmodus, Schulsituation, Pharmakotherapie, Weiterbehandlung nach Entlassung und Anzahl der stationären Aufenthalte in dieser Klinik.

Zur besseren Lesbarkeit ist in dieser Dissertation vorwiegend das generische Maskulinum in Verwendung (mit Ausnahmen, zum Beispiel bei direktem Bezug zu einer Person). Alle personenbezogenen Formulierungen beziehen sich gleichermaßen auf das weibliche und männliche Geschlecht.

2.6 Statistische Verarbeitungen

Im Anschluss an die Datenerhebung wurden die gewonnenen Informationen in numerisch verschlüsselter Form in das statistische Datenverarbeitungssystem SPSS (Statistik-Programm-System für die Sozialwissenschaft) eingegeben. Die Auswertung der Daten erfolgte tabellarisch mit Microsoft Office Excel. Als Testverfahren zur statistischen Auswertung kamen einfache deskriptive Verfahren zur Anwendung (Chi-Quadrat, Mittelwerts-vergleiche je nach Erfüllung der Verteilungsvoraussetzungen). Das Signifikanzniveau wurde auf p-Werte von $p \leq 0,05$ festgelegt und als statistisch hochsignifikant wurden p-Werte von $p \leq 0,001$ angesehen.

Der Chi-Quadrat-Test prüft die Unabhängigkeit von bestimmten Merkmalen.

3 Hypothesen

1. Die Kinder- und Jugendpsychiatrien in Rostock und in Liestal unterscheiden sich nicht in der stationären und ambulanten Versorgungsstruktur.
2. Da in der Klinik in Liestal der Schwerpunkt bei Essstörungen liegt, ist in der Schweiz vermehrt das weibliche Geschlecht vertreten.
3. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Quote der Off-Label Verordnungen von Psychopharmaka relativ hoch, da noch immer nur wenige Psychopharmaka für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen zugelassen sind. Aus diesem Grund ist die Verordnung der Psychopharmaka in den beiden Städten unterschiedlich, da es in der Schweiz und Deutschland unterschiedliche Zulassungsregelungen gibt.
4. Risikofaktoren wie Scheidung, elterliche Konflikte, Veränderung der Familienstruktur oder eingeschränkter Kontakt zu einem Elternteil führen vermehrt zu Verhaltens- und emotionalen Störungen bei Kindern und Jugendlichen.

4 Ergebnisse

4.1 Patientenbezogene Daten

4.1.1 Alters- und Geschlechterverteilung

Innerhalb des Untersuchungszeitraumes stellten sich insgesamt 187 Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock vor. Davon lagen 16,6% (n= 31) in der Altersgruppe unter 7 Jahren. 39,0% (n= 73) der untersuchten Kinder waren im Schulalter von 7 bis 13 Jahren und ein deutlich höherer Prozentsatz (44,4%, n= 83) der in der Studie eingegangenen Patienten befand sich im Alter von 14 bis einschließlich 18 Jahren.

In der Vergleichsstadt Liestal stellten sich insgesamt 131 Patienten auf der Station vor. Kinder unter 7 Jahren wurden in dieser Stadt in dem untersuchten Zeitraum nicht stationär behandelt. Im Alter von 7 bis 13 Jahren waren 28,2% (n= 37) der Patienten vertreten. Die Mehrheit (71,8%, n= 94) der untersuchten Kinder in Liestal war im Alter zwischen 14 und 18 Jahren.

Es gibt einen signifikanten Unterschied der Altersverteilung in beiden Städten.

Signifikanz: $\chi^2=34,679$, $df=2$, $p=0,000$

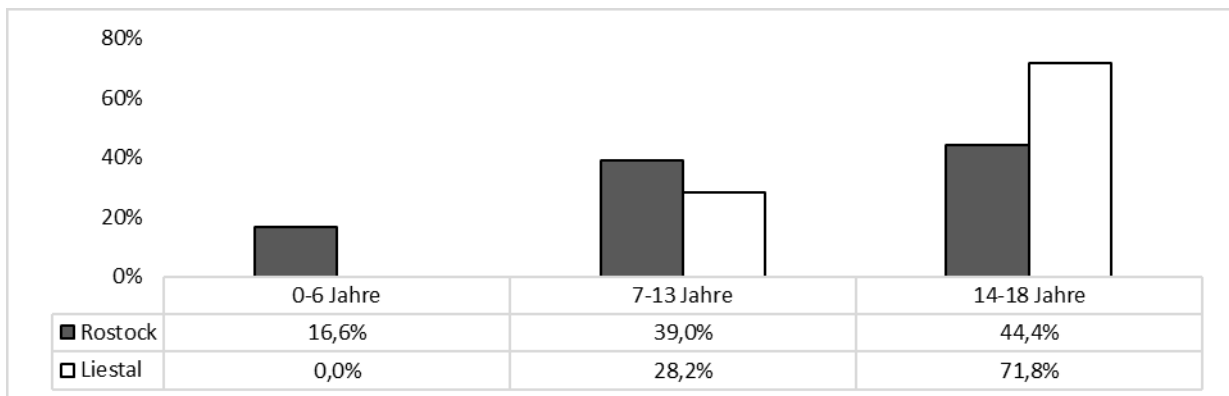


Abbildung 7: Altersverteilung in Rostock und in Liestal

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock wurden im genannten Zeitraum 49,7% (n=93) Mädchen und 50,3% (n= 94) Jungen behandelt.

Im Vergleich dazu waren es in Liestal mit einem Anteil von 65,6 % (n=86) deutlich mehr weibliche als männliche Patienten (n= 45). Es gibt einen hochsignifikanten Unterschied der Geschlechterverteilung der in beiden Kliniken aufgenommenen Patienten.

Signifikanz: $\chi^2=7,931$, $df=1$, $p=0,005$

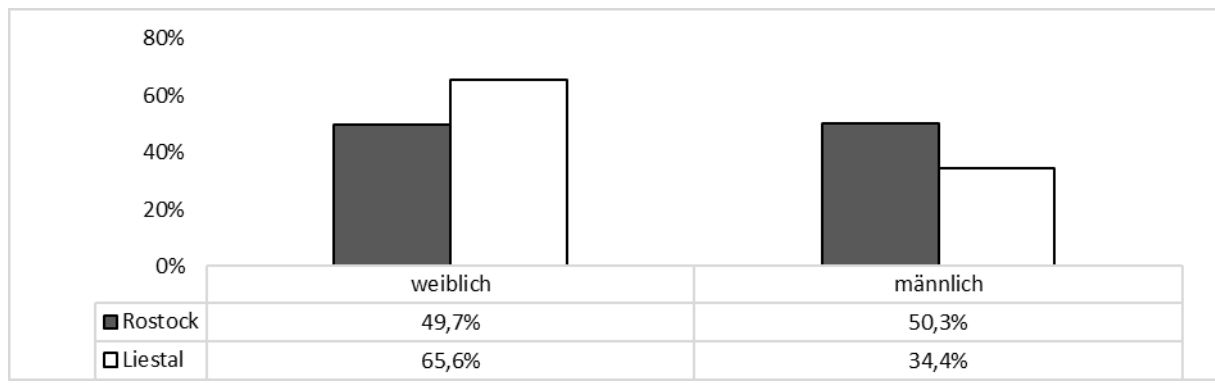


Abbildung 8: Geschlechterverteilung in Rostock und in Liestal

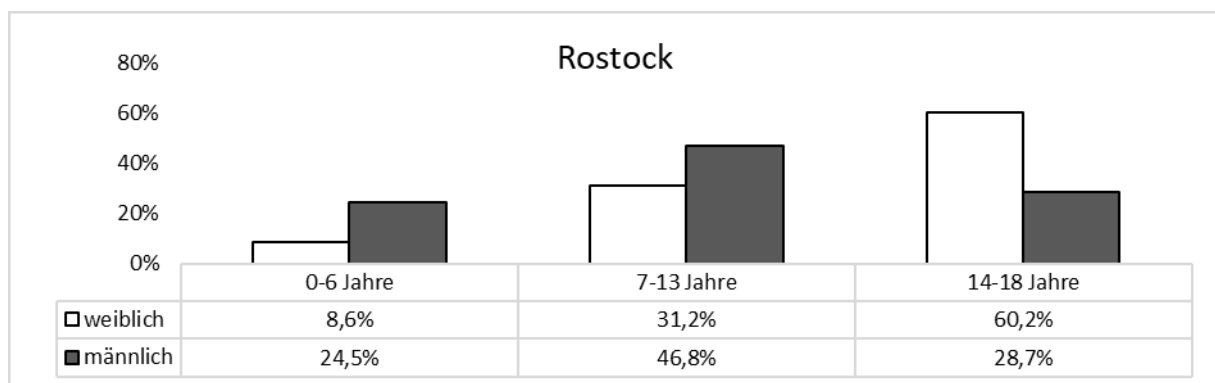
8,6% (n= 8) der Mädchen und 24,5% (n= 23) der Jungen in Rostock waren jünger als 7 Jahre.

Der größte Anteil der untersuchten männlichen Patienten (46,8%, n=44) lag in der Altersgruppe von 7 bis 13 Jahren und die Mehrheit der Mädchen (60,2%, n=56) hatte das Alter zwischen 14 und 18 Jahren. 31,2% (n=29) der weiblichen Patienten waren in der Gruppe der 7 bis 13-Jährigen, und 28,7% (n=27) der Jungen befanden sich im Alter von 14 bis 18 Jahren.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal befand sich der größte Anteil der untersuchten Patienten im Alter von 14 bis 18 Jahren, 76,7% (n=66) der Mädchen und 62,2% (n=28) der Jungen repräsentierten diese Altersgruppe. Im Alter von 7 bis 13 Jahren ist das männliche Geschlecht mit 37,8% (n=17) gegenüber dem weiblichen Geschlecht mit 23,3% (n=20) prozentual stärker vertreten.

Es wird deutlich, dass kein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Alter in beiden Städten besteht.

Signifikanz: $\chi^2=29,362$, $df=2$, $p=0,000$



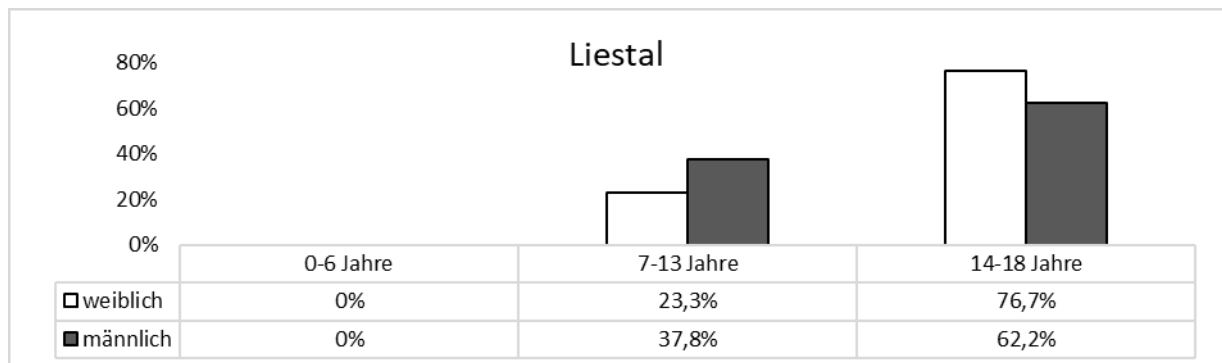


Abbildung 9: Geschlechterverteilung in Abhängigkeit vom Alter in Rostock und in Liestal

Tabelle 2: Geschlechterverteilung in Abhängigkeit vom Alter in Rostock und in Liestal

<u>Ort</u>	<u>Alter</u>	<u>Geschlecht</u>	
		<u>weiblich</u>	<u>männlich</u>
<u>Rostock</u>	0-6 Jahre	8,6%	24,5%
	7-13 Jahre	31,2%	46,8%
	14-18 Jahre	60,2%	28,7%
Signifikanz Rostock	$\chi^2=20,468$, df= 2, p= 0,000		
<u>Liestal</u>	0-6 Jahre	0%	0%
	7-13 Jahre	23,3%	37,8%
	14-18 Jahre	76,7%	62,2%
Signifikanz Liestal	$\chi^2= 3,074$, df= 1, p= 0,080		
<u>Signifikanz GESAMT</u>	$\chi^2=29,362$, df=2, p=0,000		

4.1.2 Nationale Verteilung der Patienten

Im folgenden Kapitel wird der Wohnort der Patienten dargestellt und damit die Frage nach der Herkunft der Jungen und Mädchen beantwortet, welche die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in Anspruch genommen haben.

Signifikanz: $\chi^2=83,481$, df=2, p=0,000

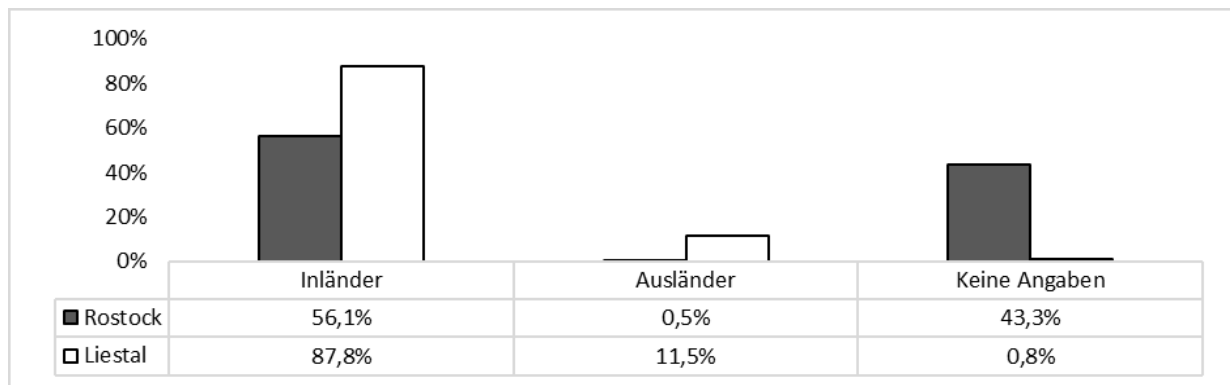


Abbildung 10: Staatsangehörigkeit

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Rostock wurden in einem Einzugsgebiet von 400.000 Einwohnern, im Zeitraum vom 01.01.2015 bis 30.06.2015 187 Patienten stationär aufgenommen. Für die nationale Verteilung der Patientenclientel kann keine genaue Angabe gemacht werden, da in 43,3% (n= 81) der Fälle in Rostock die Herkunft nicht angegeben wurde.

In Liestal wurden in einem Einzugsgebiet von 500.000 Einwohnern im selben Zeitraum 131 Patienten stationär aufgenommen. In beiden Kliniken überwog die Staatsangehörigkeit des eigenen Landes, aber in Liestal waren es 15 Kinder mit Migrationshintergrund und in Rostock, soweit beurteilbar, nur ein Kind.

4.2 Sozialstruktur

4.2.1 Struktur des Elternhauses

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock wuchsen 37,9% (n= 66) der Patienten bei ihren leiblichen Eltern auf. In 62,1% (n= 108) der Fälle, waren die Kindseltern getrennt oder geschieden, wohingegen in Liestal knapp über der Hälfte (n= 44) der Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei ihren leiblichen Eltern aufwuchsen. Bei 45,0% (n= 36) waren die Eltern getrennt oder geschieden. Im unmittelbaren Vergleich zwischen den Patienten in Rostock und Liestal kann in Bezug auf die Beziehung der Kindseltern ein signifikanter Unterschied festgestellt werden.

Signifikanz: $\chi^2 = 6,503$, $df=1$, $p=0,011$

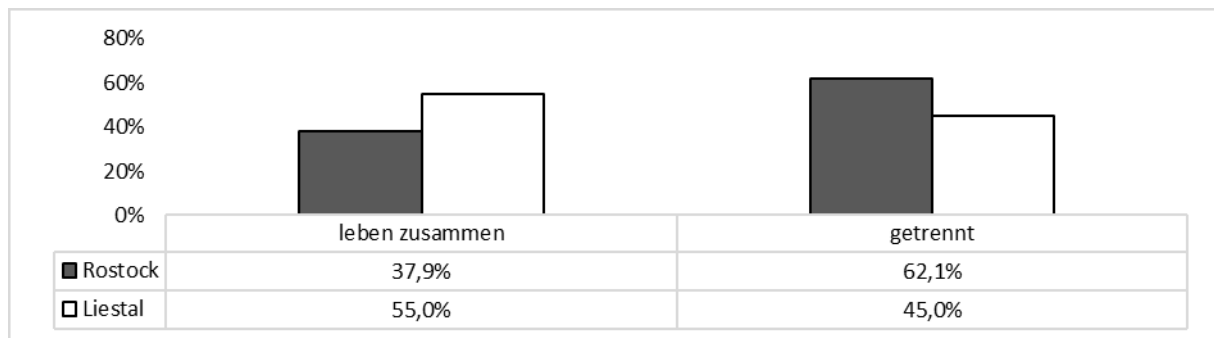


Abbildung 11: Beziehungsstatus der leiblichen Eltern

Sowohl in Rostock als auch in Liestal kann man erkennen, dass die Mehrheit der Patienten bei ihrer leiblichen Mutter aufgewachsen ist.

In Rostock lebten 80,2% (n= 146) der Kinder bei ihrer leiblichen Mutter, 15,9% (n=29) nicht bei ihrer Mutter und 3,8% (n= 7) der Patienten hatten eine sonstige mütterliche Bezugsperson. Unter dem Begriff „sonstige mütterliche Bezugsperson“ werden Stiefmutter, Adoptivmutter, Pflegemutter, Großmutter oder andere weibliche Verwandte zusammengefasst.

Im Vergleich dazu hatte jeder untersuchte Patient in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal eine mütterliche Bezugsperson. In 97,6% (n= 81) der Fälle war es die leibliche Mutter und bei 2,4% (n= 2) der Kinder war es eine sonstige mütterliche Bezugsperson

In der Stichprobe der Untersuchung kann ein Unterschied in Bezug auf die mütterliche Bezugsperson der Patienten der Städte Rostock und Liestal erkannt werden.

Signifikanz: $\chi^2 = 15,580$, $df=2$, $p=0,000$

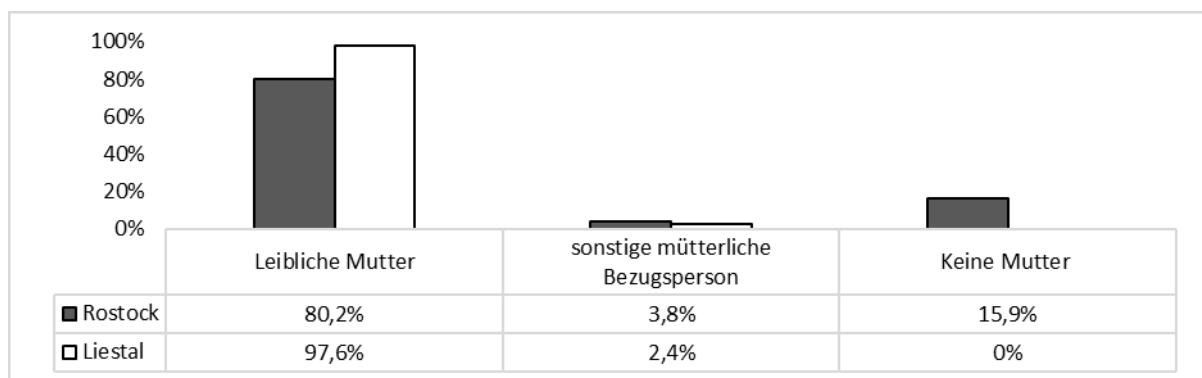


Abbildung 12: mütterliche Bezugsperson

In Rostock lebten nur 44,4% (n= 76) der Kinder beim leiblichen Vater, 22,8% (n= 39) hatten sonstige väterliche Bezugspersonen, worunter ein Stiefvater, Adoptivvater, Großvater, Pflegevater oder ein anderer männlicher Verwandter verstanden wird, und 32,7% (n= 56) hatten keine väterliche Bezugsperson.

Im Gegensatz dazu hatten 80,8% (n= 63) der Patienten in Liestal einen leiblichen Vater, 12,8% (n= 10) sonstige und 6,4% (n= 5) hatten keine väterliche Bezugsperson.

Auch in Bezug auf die väterliche Bezugsperson der Patienten kann beim Vergleich der beiden Städte ein statistisch signifikanter Unterschied erkannt werden.

Signifikanz: $\chi^2= 30,544$, $df=2$, $p=0,000$

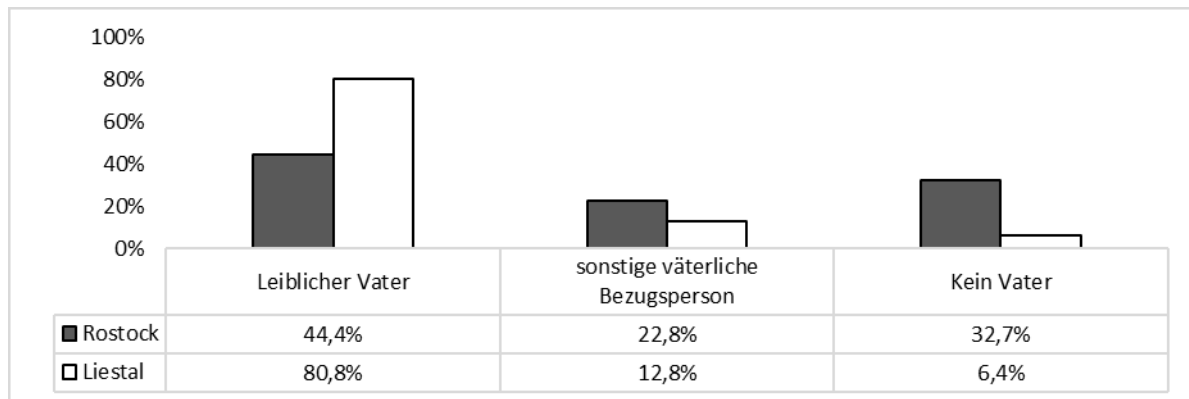


Abbildung 13: väterliche Bezugsperson

Die Mehrheit der Patienten sowohl in Rostock als auch in Liestal stammte aus einer Familie mit Geschwistern.

Zwei Fünftel (n= 73) der untersuchten Kinder in Rostock hatten ein Geschwisterkind. 29,4% (n= 52) der Mädchen und Jungen wuchsen ohne leibliche Geschwister und bei 29,3% (n= 52) gab es zwei oder mehrere Geschwister.

In Liestal hatten 93,9% (n= 76) der Kinder mindestens ein leibliches Geschwisterkind und nur 6,2% (n= 5) der untersuchten Patienten waren Einzelkinder. Der Anteil an Patienten mit Geschwistern bzw. die Anzahl der Geschwister in beiden Städten ist unterschiedlich.

Signifikanz: $\chi^2= 38,851$, $df=3$, $p=0,000$

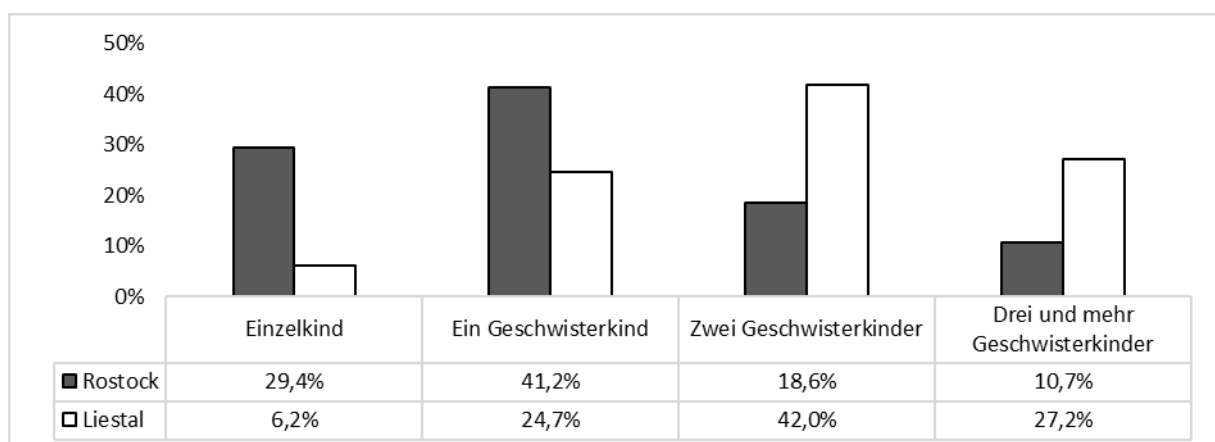


Abbildung 14: Anzahl der leiblichen Geschwister

11 Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock hatten einen Zwilling, wohingegen in Liestal nur 2 Kinder ein Mehrling waren.

Tabelle 3: Ist der Patient ein Mehrling

		Ort	
		Rostock	Liestal
Ist der Patient ein Mehrling	nein	93,8%	97,6%
	ja	6,2%	2,4%

In der Klinik in Rostock waren 65,0% (n= 102) der untersuchten Kinder Erstgeborene. Das bedeutet, dass knapp zwei Drittel der Patienten die Ältesten unter ihren Geschwistern oder Einzelkinder waren. Zweitgeborene machten rund 25,5% (n= 40) der Betroffenen aus und nur 9,6% (n= 15) der Patienten waren das dritte Kind oder jünger.

Erstgeborene machten in Liestal knapp die Hälfte (n= 42) aus, wohingegen 35, 8% (n= 29) der Patienten das zweite und 12,3% (n= 10) das dritte Kind oder jünger waren.

Signifikanz: $\chi^2=3,880$, df=2, p=0,144

Tabelle 4: Geburtenrang

	Ort	
	Rostock	Liestal
1	65,0%	51,9%
2	25,5%	35,8%
3 oder mehr	9,6%	12,3%

4.2.1 Ausbildung der Kinder

Aufgrund der teilweise geringen Fallzahlen der einzelnen Schularten wurde die Auswertung der Patientendaten auf folgende Punkte, wie in der Abbildung 15 die Schulsituation aufgelistet, zusammengefasst.

64,9% (n= 50), der untersuchten Kinder in Liestal und damit die Mehrheit besuchte die obligatorische Volksschule. Darunter wird im Schulsystem in der Schweiz die Primarschule und die Sekundarschule 1 verstanden. Die Primarschule umfasst Kinder der Klassen 1 bis 5 beziehungsweise 6, in welcher es Altersstufen von 6 bis 12 Jahren gibt. Im schweizerischen Bildungssystem gehören zur Sekundarstufe 1 die Oberstufenschulen, Bezirksschulen, Sekundarschulen und die Realschulen.

In den Untersuchungsergebnissen besuchten 19,5% (n= 15) der Patienten die Sekundarstufe 2, welche das 10. bis 13. Schuljahr betraf. Dazu zählen im Bildungssystem in der Schweiz die Mittelschulen, Fachmittelschulen, Berufsmittelschulen und die Berufslehre.

Nur 1,3% (n= 1) der Kinder waren in einer Sonderklasse, Schule für Lernhilfe, Lernbehinderte oder einer Förderschule. In 9,1% (n= 7) der Fälle waren es sonstige Schulen. 5,2% (n= 4) der Kinder verweigerten in Liestal im Untersuchungszeitraum die Schule oder waren noch nicht schulpflichtig.

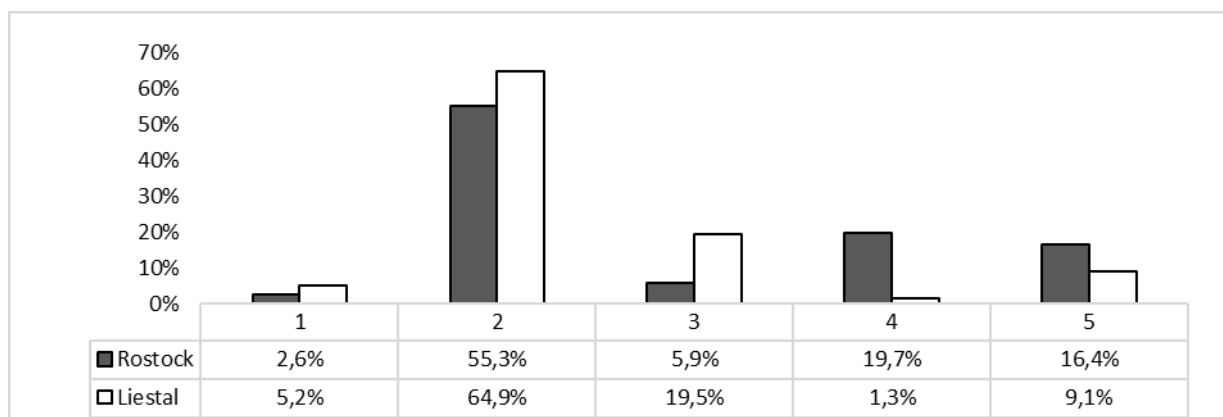
Im Vergleich zu Liestal waren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock 55,3% (n= 84) der Kinder in der obligatorischen Volksschule. Darunter wird im deutschen Bildungssystem die Grundschule plus Gesamtschule, Hauptschule, Realschule oder Orientierungsstufe Gymnasium verstanden.

Die Sekundarstufe 2 beziehungsweise die Oberstufe Gymnasium, Berufskollegs oder berufsbildende Schulen in Deutschland besuchten 5,9% (n= 9) der Patienten.

Knapp ein Fünftel (n= 30) der Patienten war in einer Sonderklasse, Schule für Lernhilfe oder Lernbehinderte oder einer Förderschule. In 16,4% (n= 25) der Fälle war es eine andere Art von Schule und 4 Kinder verweigerten in Rostock die Schule.

In Bezug auf die Schulsituation der untersuchten Patienten der Städte Rostock und Liestal kann ein signifikanter Unterschied erkannt werden.

Signifikanz: $\chi^2=25,559$, $df=4$, $p=0,000$



1. kein Schulbesuch/Entfällt, da noch nicht schulpflichtig
2. Obligatorische Volksschule (1-9) /Deutschland (Grundschule + Gesamtschule/Haupt-/Realschule/Orientierungsstufe Gymnasium)
3. Gymnasium / weiterführende Schulen (10-13) /Deutschland (Oberstufe Gymnasium, Berufskolleg, Berufsbildende Schulen)
4. Sonderklasse/Schule für Lernhilfe/Lernbehinderte/Förderschule
5. Sonstige Schulen

Abbildung 15: Schulsituation zusammengefasst: Kind ist im Schulalter

4.3 Verlaufsdaten

4.3.1 Einweisungsmodus

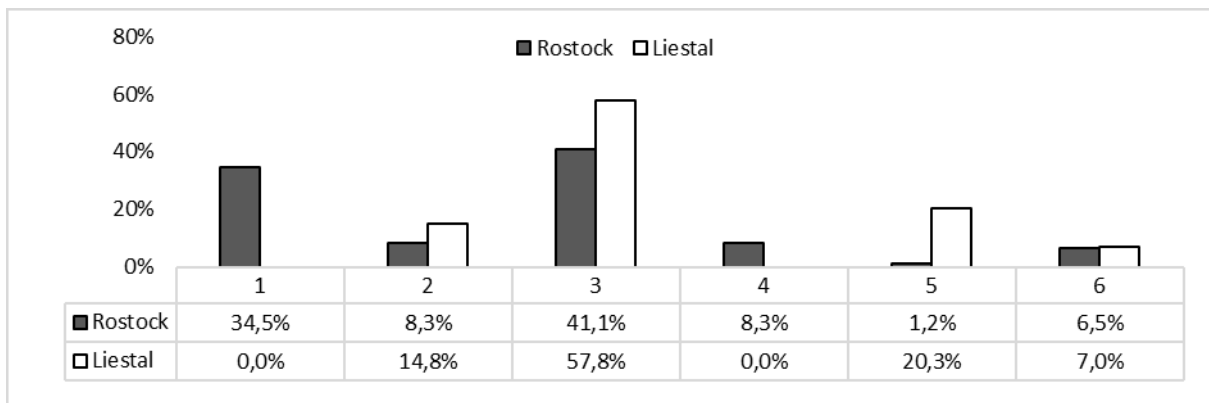
Die Mehrheit der Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowohl in Rostock (41,1%, n= 69) als auch in Liestal (57,8%, n=74) wurden durch einen Arzt eingewiesen. Hierbei handelte es sich um Kinderärzte, Hausärzte, ambulante Kinder- und Jugendpsychiater oder Erwachsenenpsychiater.

In Rostock wurde ein Drittel (n= 58) der Kinder durch die Psychiatrische Institutsambulanz, je 8,3% (n= 14) von einer anderen Klinik oder einem Notarzt beziehungsweise Rettungsdienst und 6,5% (n= 11) der Patienten von sonstigen Einrichtungen eingewiesen. Lediglich 1,2% (n= 2) der Patienten wurden von deren Familienangehörigen in das Krankenhaus gebracht.

Im Vergleich dazu kamen in Liestal weit mehr Patienten auf Bestreben der Familie in die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, insgesamt 20,3% (n= 26) der Kinder. In 14,8% (n= 19) der Fälle erschienen die Kinder in Liestal auf Anraten anderer medizinischer Institutionen und 7,0% (n= 9) aufgrund sonstiger Einrichtungen.

Im direkten Vergleich der Fälle in Liestal und Rostock kann man erkennen, dass es auch hier einen statistisch signifikanten Unterschied gibt.

Signifikanz: $\chi^2 = 89,941$ df=5, p=0,000



1. PIA (Psychiatrische Institutsambulanz)
2. Medizinische Institutionen (Klinik)
3. Arzt
4. Notarzt/Rettungsdienst
5. Familienangehörige
6. Sonstige Einrichtungen

Abbildung 16: Einweisungsmodus

4.3.2 Behandlungsdauer und Anzahl der stationären Klinikaufenthalte in dieser Klinik

Die stationäre Behandlungsdauer der Patienten lag im Bereich von 1 bis 304 Tagen.

Die durchschnittliche Verweildauer, der Mittelwert der erhobenen Zahlen, lag in Rostock bei 33,07 Tagen und in Liestal bei 28,85 Tagen.

Es gibt keinen signifikanten Unterschied der durchschnittlichen Verweildauer der beiden Städte.

($MW_{HRO} = 33,07$, $SA_{HRO} = 31,139$; $MW_{LT} = 28,85$, $SA_{LT} = 39,873$; $T = 1,052$, $df = 313$, $p = 0,293$)

Bei genauer Betrachtung der stationären Behandlungsdauer jedes einzelnen untersuchten Patienten ist dennoch ein signifikanter Unterschied zwischen beiden Städten zu erkennen.

In Rostock blieben 81,3% ($n = 152$) und in Liestal 85,5% ($n = 112$) der Kinder maximal 2 Monate in stationärer Behandlung. Nur 18,7% ($n = 35$) der Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock und 14,5% ($n = 19$) in Liestal blieben länger als 2 Monate.

Signifikanz: $\chi^2 = 12,100$ $df = 5$, $p = 0,033$

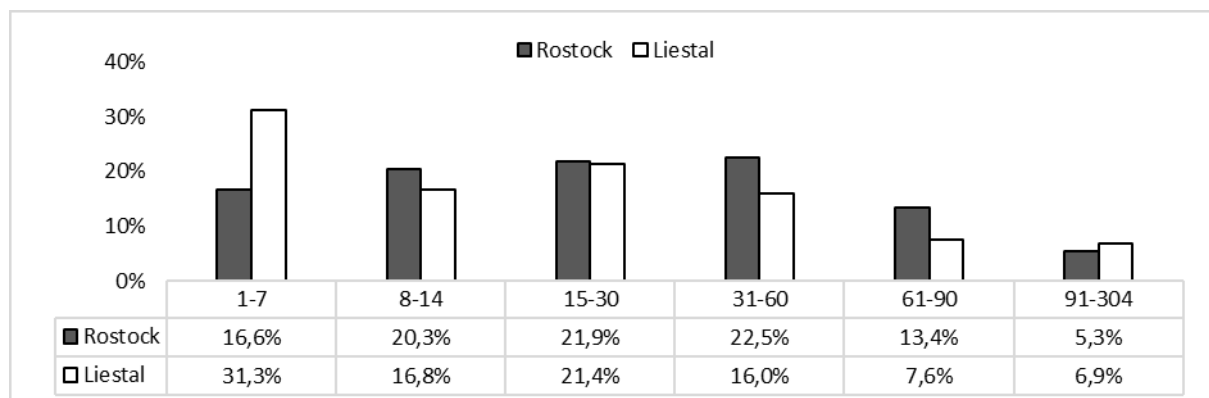


Abbildung 17: Verweildauer der stationären Behandlung in Tagen

Bei der Unterteilung der Behandlungstage auf der Station der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock in

- Kurz: bis eine Woche und
- Lang: ab einer Woche,

wird ersichtlich, dass 16,6% ($n = 31$) der untersuchten Kinder bis eine Woche und 83,4% ($n = 156$) länger als eine Woche in stationärer Behandlung verbrachten.

In Liestal waren 31,3% ($n = 41$) der Patienten im Zeitraum vom 01.01.2015 bis 30.06.2015 bis zu einer Woche auf der Station und 68,7% ($n = 90$) länger als eine Woche.

Signifikanz: $\chi^2 = 9,530$ $df = 1$, $p = 0,002$

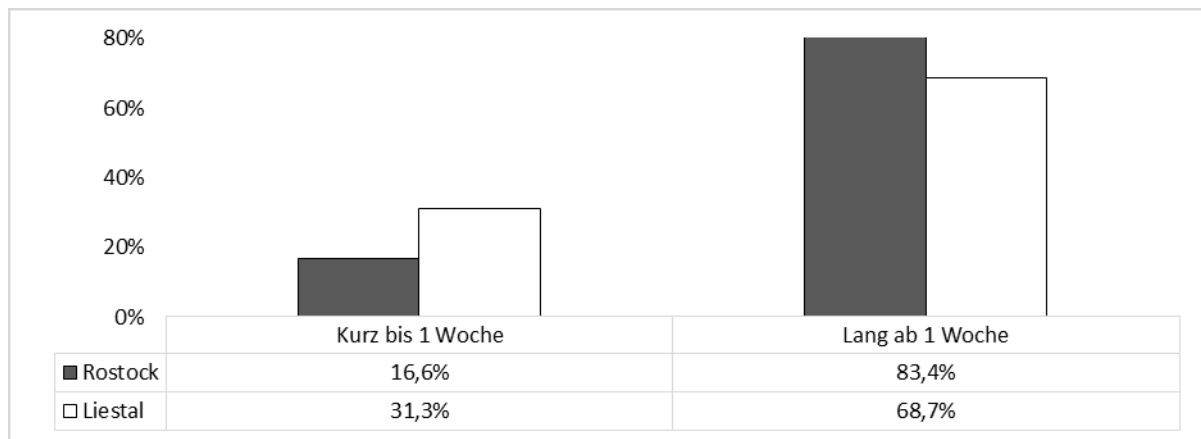


Abbildung 18: Verweildauer Kurz/Lang der stationären Behandlung

4.4 Diagnosen bezogene Auswertung

Bei den in die Studie eingegangenen Patienten (n=318) wurden insgesamt 870 Diagnosen gestellt. Daraus wird ersichtlich, dass einige Kinder unter mehreren Erkrankungen litten.

Patienten mit:

Einer Diagnose: 101

Zwei Diagnosen: 53

Drei Diagnosen: 79

Vier Diagnosen: 38

Fünf Diagnosen: 27

Sechs Diagnosen: 9

Sieben Diagnosen: 6

Acht Diagnosen: 3

Neun Diagnosen: 2

Anhand der Untersuchungsergebnisse der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock wird ersichtlich, dass 6,4% (n= 12) der Patienten eine, 20,3% (n= 38) zwei, und 33,2% (n= 62) der Kinder drei verschiedene Diagnosen erhielten. Zwei Fünftel (n= 75) der im untersuchten Zeitraum stationär aufgenommenen Kinder hatten vier oder mehr Diagnosen.

Im Vergleich dazu wird deutlich, dass mehr als zwei Drittel (n= 89) der Kinder in Liestal nur unter einer Diagnose behandelt worden waren. 11,5% (n= 15) der Patienten bekamen zwei, 13,0% (n= 17) drei und 7,7% (n= 10) der Fälle vier oder mehr Diagnosen.

In Rostock hatten 33,2% (n= 62) der Patienten drei Behandlungsdiagnosen, wohingegen in Liestal die meisten Kinder mit 67,9%, (n= 89) nur eine hatten.

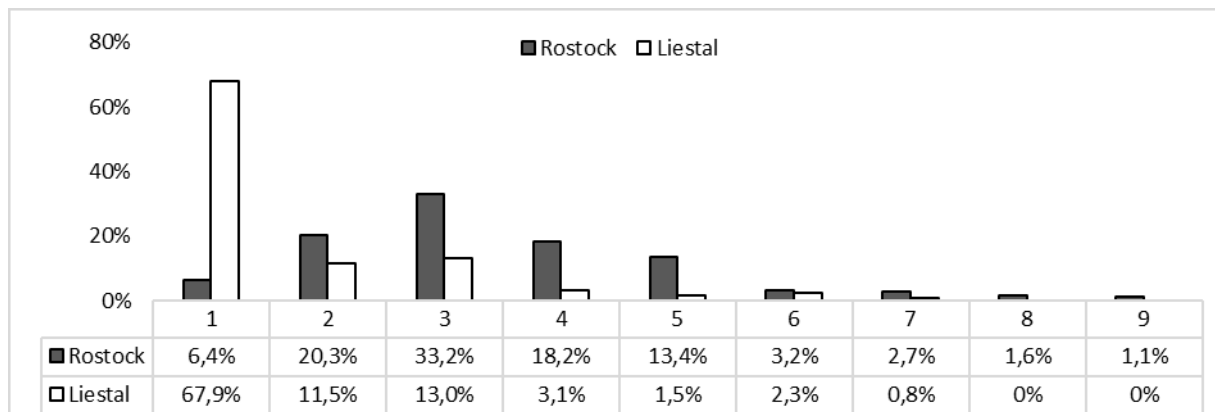


Abbildung 19: Anzahl der Behandlungsdiagnosen

Aufgrund der teilweise geringen Fallzahlen der einzelnen Krankheitsbilder wurde die Auswertung der Patientendaten auf folgende Diagnosen beschränkt:

F00-F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F20-F29: Schizophrenie, schizothyme und wahnhafte Störungen

F30-F39: Affektive Störungen

F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F50-F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F70-F79: Intelligenzstörung

F80-F89: Entwicklungsstörungen

F90-F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

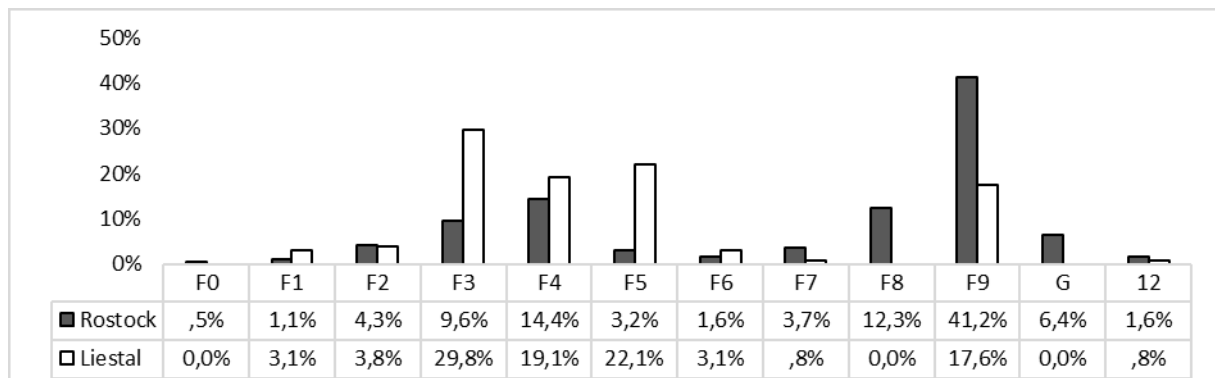
G00–G99: Krankheiten des Nervensystems

Sonstige Erkrankungen

In den nachfolgenden Kapiteln werden die erste und die zweite Behandlungsdiagnose ausgewertet und der Zusammenhang bezogen auf die Altersverteilung, Geschlechterverteilung, stationäre Behandlungsdauer, Anzahl der stationären Aufenthalte, Struktur des Elternhauses und Besuch der Schule der Städte Liestal und Rostock überprüft und verglichen.

4.4.1 Auswertung der ersten Behandlungsdiagnose

Bei der ersten Behandlungsdiagnose konnte ein signifikanter Unterschied in Bezug auf die Häufigkeit der gestellten F3, F5, F8 und F9 Diagnosen beider Städte erkannt werden.



F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F20-F29 Schizophrenie, schizothyme und wahnhaftige Störungen

F30-F39 Affektive Störungen

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F70-F79 Intelligenzstörung

F80-F89 Entwicklungsstörungen

F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

G00–G99 Krankheiten des Nervensystems

12: Sonstige Erkrankungen

Abbildung 20: Erste Behandlungsdiagnose

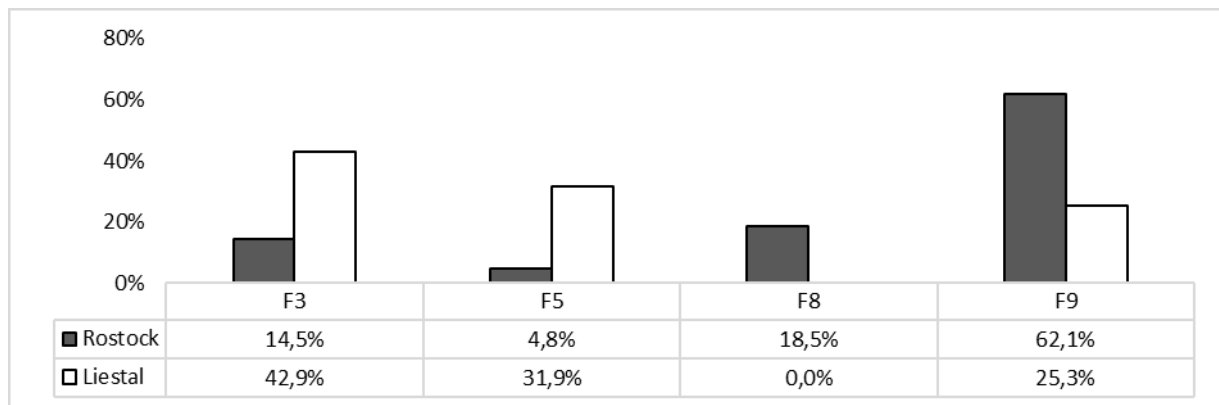
Die Diagnose „Affektive Störungen“ wurde in Liestal dreimal häufiger gestellt als in Rostock

Unter dem Symptomenkomplex „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ wurden Kinder mit Essstörungen, nichtorganischen Schlafstörungen und psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten zusammengefasst. Diese Diagnose wurde in der Stadt Liestal siebenmal häufiger gestellt als in Rostock.

Die Behandlungsdiagnose F8 wurde in Liestal in dem untersuchten Zeitraum nie als Diagnose angeführt, wohingegen in Rostock die Ärzte bei 12,3% (n= 23) der Patienten diese Erkrankung als erste Behandlungsdiagnose angeführt hatten.

In Bezug auf den Symptomenkomplex „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“, in welchem hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, emotionale Störungen des Kindesalters, Störungen sozialer Funktionen, Tic-Störungen und andere Verhaltens- und emotionale Störungen zusammengefasst werden, konnte bei der Stichprobe ein Unterschied in der Häufigkeit der gestellten Diagnose in den beiden Städten erkannt werden. F9 Diagnosen wurden in Rostock mehr als doppelt so häufig wie in Liestal gestellt.

Signifikanz: $\chi^2=71,634$, df =3, p=0,000



F3: Affektive Störungen

F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

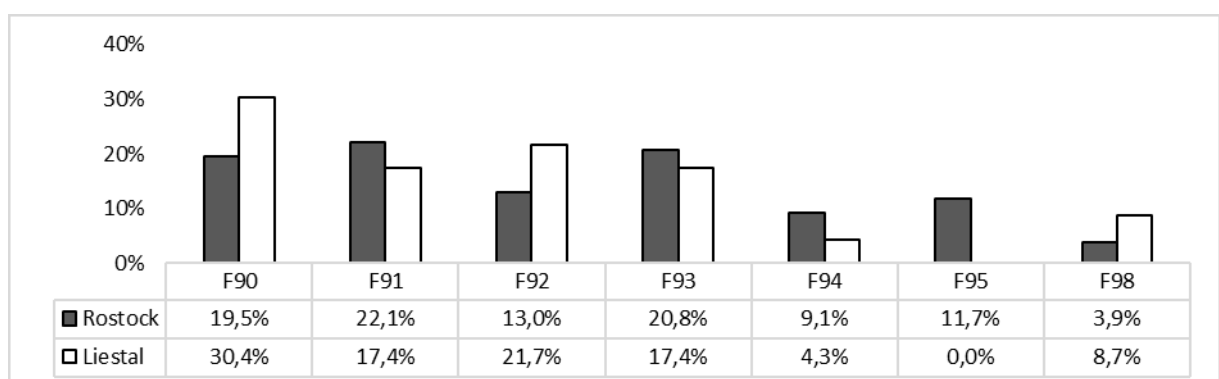
F8: Entwicklungsstörungen

F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Abbildung 21: Vergleich der einzelnen Diagnosen Gruppen 1

Bei genauerer Betrachtung der gestellten F9-Diagnosen wird ersichtlich, dass in Rostock mit 22,1% (n= 17) knapp die Diagnose F91 (Störung des Sozialverhaltens) dominiert, welche durch ein sich wiederholendes und anhaltendes Muster dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltens charakterisiert ist. Bei 20,8% (n= 16) der Patienten mit einer F9 Diagnose wurde die Erkrankung „Emotionale Störungen des Kindesalters“ angeführt. In 19,5% (n= 15) der Fälle wurde von den Kindern- und Jugendpsychiatern die Diagnose F90 gewählt.

Im Vergleich dazu war die am häufigsten gestellte F9-Diagnose (n=7) der in Liestal aufgenommenen Kinder die hyperkinetische Störung. Bei 21,7% (n= 5) der Kinder stellte man eine kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen fest. In je 17,4% (n= 4) der Fälle wurde entweder eine Störung des Sozialverhaltens oder eine emotionale Störung des Kindesalters angeführt.



F90: Hyperkinetische Störungen

F91: Störungen des Sozialverhaltens

F92: Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

F93: Emotionale Störungen des Kindesalters

F94: Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

F95: Tic-Störungen

Abbildung 22: F9 Diagnosen der ersten Behandlungsdiagnose

4.4.1.1 Altersverteilung der Patienten der ersten Behandlungsdiagnose

Die Mehrheit (62,5%, n= 15) der untersuchten Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock im Alter von 0 bis 6 Jahren litten unter einer Entwicklungsstörung, gefolgt von einer Verhaltens- und emotionalen Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend mit 37,5% (n= 9).

Bei 78,9% (n= 45) der Kinder im Schulalter von 7 bis 13 Jahren wurde eine F9 Diagnose, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, diagnostiziert. 10,5% (n= 6) der Patienten in demselben Alter litten unter einer Entwicklungsstörung, 7,0% (n= 4) unter einer affektiven Störung und bei 3,5% (n= 2) der Kinder stellte man eine Verhaltensauffälligkeit mit körperlicher Störung und Faktoren fest.

In Rostock war auch im Alter der 14 bis 18 Jährigen die F9 Diagnose, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, am häufigsten vertreten. 32,6% (n= 14) der 14 bis 18 Jahre alten Kindern haben eine affektive Störung, 9,3% (n= 4) eine F5 Diagnose, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, und 4,7% (n= 2) eine Entwicklungsstörung diagnostiziert bekommen.

Im Vergleich zu Rostock gab es in den Untersuchungsergebnissen der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal keine Kinder unter 7 Jahren, die stationär behandelt worden sind.

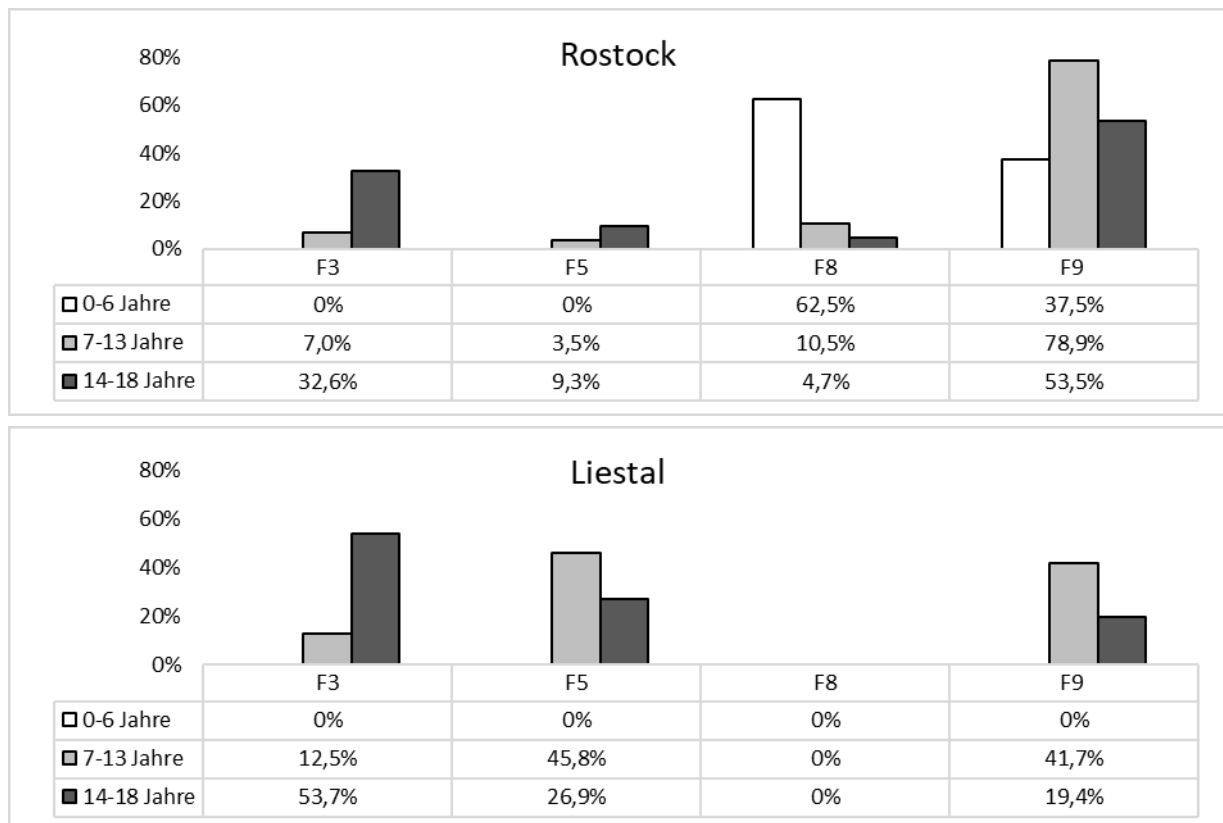
Der größte Anteil (45,8%, n= 11) der Schulkinder mit 7 bis 13 Jahren litt unter einer Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen und Faktoren, gefolgt von Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend mit 41,7% (n=10). Nur bei 12,5% (n= 3) der Patienten im selben Alter, war die Diagnose „Affektive Störung“.

In der Altersstufe 14 bis 18 Jahren wurden Kinder in Liestal am häufigsten (53,7%, n= 36) mit einer affektiven Störung vorstellig. 26,9% (n= 18) der Patienten in derselben Altersgruppe haben eine F5 Diagnose, Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen und Faktoren, und 19,4% (n= 13) eine F9 Diagnose, Verhaltes- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, diagnostiziert bekommen.

Die Diagnose F8, Entwicklungsstörungen, wurde in Liestal vom 1.1.2015 bis 30.6.2015 von den behandelten Kinder und Jugendpsychiatern nicht gestellt.

In der Stichprobe der Untersuchung wird deutlich, dass es beim Vergleich der Städte Rostock und Liestal bezogen auf die Altersverteilung der ersten Behandlungsdiagnose einen Unterschied gibt.

Signifikanz: $\chi^2=117,863$, $df=6$, $p=0,000$



F3: Affektive Störungen

F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F8: Entwicklungsstörungen

F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Abbildung 23: Altersverteilung in Rostock und in Liestal

4.4.1.2 Geschlechterverteilung der ersten Behandlungsdiagnose

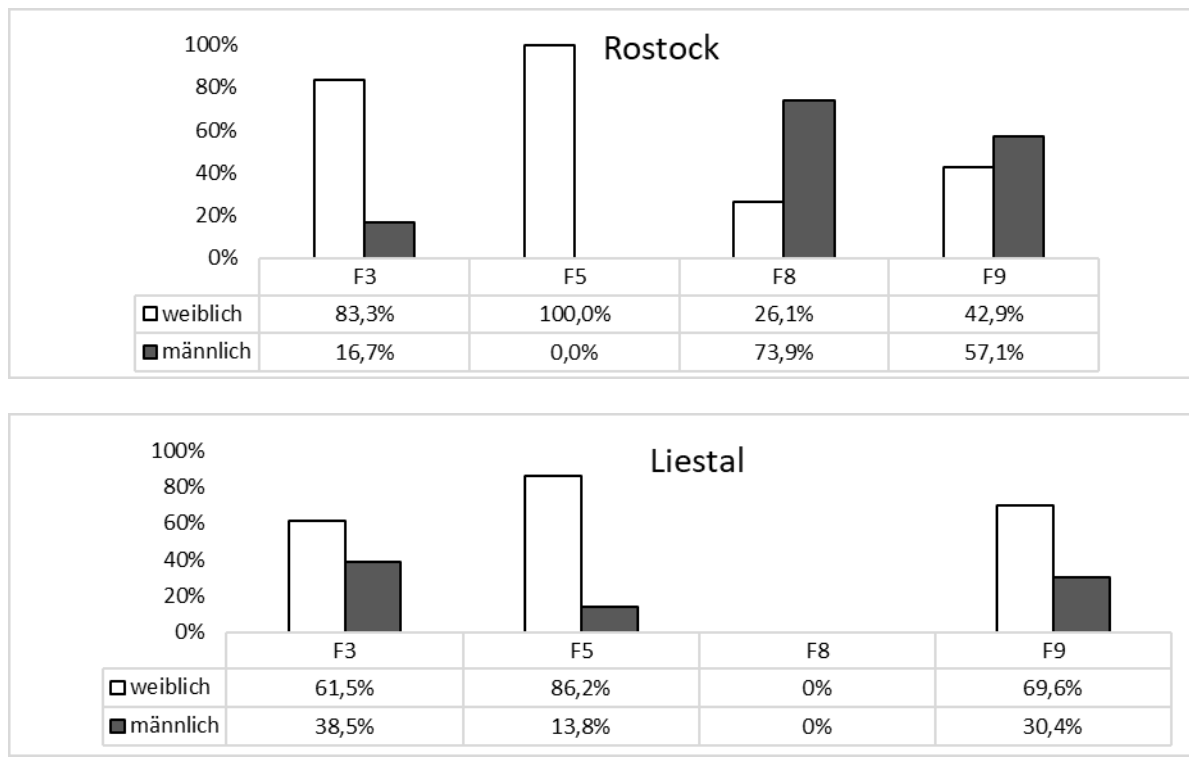
Das Verhältnis zwischen Jungen und Mädchen fällt in Rostock zu Gunsten der Knaben und in Liestal zu Gunsten der Mädchen aus.

Folgende Aussagen lassen sich zur Geschlechterverteilung der Patienten bezogen auf die erste Behandlungsdiagnose treffen:

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock wird deutlich, dass auf der einen Seite, bei den affektiven Störungen und den Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, das weibliche Geschlecht dominiert, und auf der anderen Seite, bei den Entwicklungsstörungen und den Verhaltens- und emotionalen Störungen die Jungen überwiegen, wohingegen in Baselland das Verhältnis zwischen Jungen und Mädchen bei der ersten Behandlungsdiagnose, bei den F3, F5 und F9 Erkrankungen, zu Gunsten des weiblichen Geschlechtes ausfällt.

Es wird deutlich, dass der Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und den Erkrankungen der ersten Behandlungsdiagnose in beiden Städten ein anderer ist. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Mädchen in Liestal eine F9 Diagnose gestellt bekommt, ist höher als in Rostock.

Signifikanz: $\chi^2=28,935$, $df=3$, $p=0,000$



F3: Affektive Störungen

F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F8: Entwicklungsstörungen

F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Abbildung 24: Geschlechterverteilung der ersten Diagnose in Rostock und Liestal

4.4.1.3 Verweildauer der Patienten der ersten Behandlungsdiagnose

Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock liegt bei 33,07 Tagen.

Bei genauer Betrachtung der stationären Behandlungsdauer der einzelnen Diagnosen wird sichtbar, dass sich die Mehrheit ($n=6$) der Kinder mit affektiven Störungen 31 bis 60 Tage in der Klinik befand. 22,2% ($n=4$) der Patienten mit derselben Diagnose lagen länger als 60 Tage und 44,5% ($n=8$) der untersuchten Kinder verweilte maximal ein Monat auf der Station.

Ein Drittel ($n=2$) der Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren waren eine Woche, ein Drittel ($n=2$) zwischen 31 und 90 Tagen und ein weiteres Drittel ($n=2$) verbrachte über 90 Tage in der Klinik.

Die Hälfte ($n=12$) der Kinder mit Entwicklungsstörungen lag maximal zwei Wochen, 34,8% ($n=8$) wurden zwischen 15 und 30 Tagen stationär behandelt und 13,0% ($n=3$) der untersuchten Patienten

waren 31 bis 60 Tage in der Klinik. Kein Kind mit einer Entwicklungsstörung als erste Behandlungsdiagnose musste länger als zwei Monate auf Station bleiben.

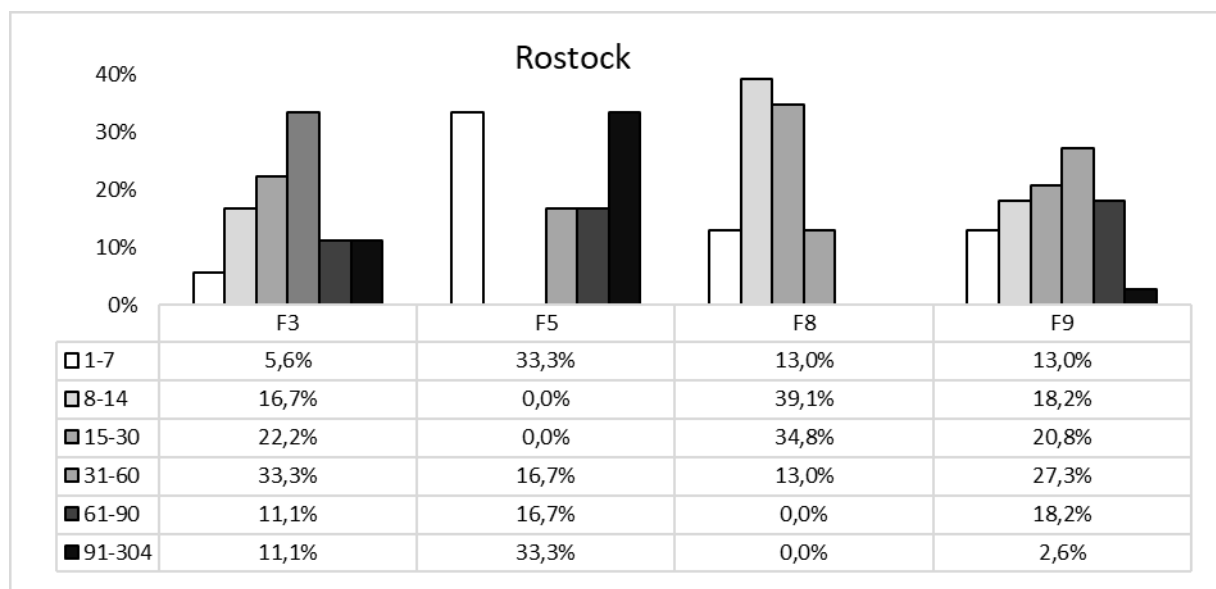
52,0% (n= 40) der Patienten mit der Diagnose Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend mussten maximal ein Monat stationär behandelt werden und 48,1% (n= 37) verweilten länger als 30 Tage auf der Station.

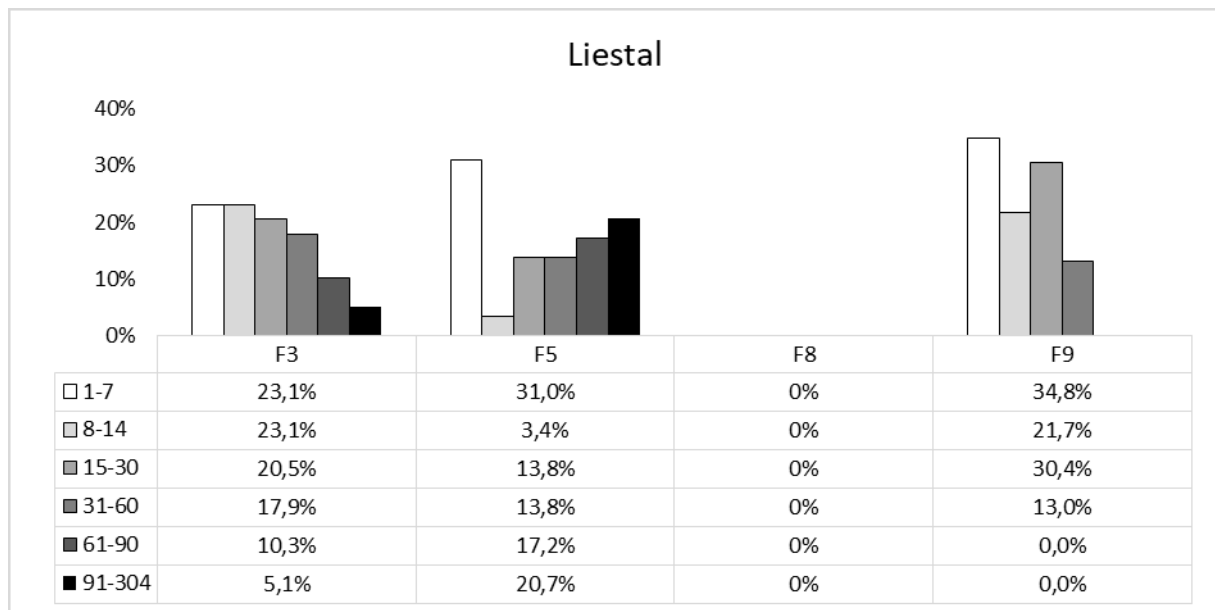
Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Baselland waren 28,85 Tage.

In den Untersuchungsergebnissen der Schweiz wird deutlich, dass 66,7% (n= 26) der Patienten mit affektiven Störungen maximal 1 Monat auf der Station geblieben sind. Nur ein Drittel (n= 13) der Patienten mit einer F3 Diagnose wurde länger als 30 Tage behandelt.

Bei 34,4% (n= 10) der Patienten mit Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren war die Behandlungsdauer nicht länger als zwei Wochen, aber wie auch in Rostock ist auffällig, dass einige Kinder, 20,7% (n= 6), über 90 Tage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verweilten. 27,6% (n= 8) der untersuchten Patienten wurden zwischen 15 und 60 Tagen stationär behandelt. Bei 17,2% (n= 5) der Kinder nahm die Therapie in der Klinik 61 bis maximal 90 Tage in Anspruch.

Die meisten Patienten (n= 13) mit Verhaltens- und emotionalen Störungen verbrachten 1 bis 14 Tage auf der Station. 43,4% (n= 10) der Kinder mit derselben Diagnose mussten 31 Tage bis maximal zwei Monate in der Klinik bleiben. Kein Kind mit einer F9 Erkrankung als erste Behandlungsdiagnose musste in Liestal länger als 60 Tage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verweilen.





F3: Affektive Störungen

F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F8: Entwicklungsstörungen

F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Abbildung 25: Verweildauer der Patienten der ersten Behandlungsdiagnose in Rostock und in Liestal

Aufgrund der teilweise geringen Fallzahlen der einzelnen Verweildauergruppen wurde bei der zweiten Abbildung das Augenmerk auf eine kurze Verweildauer bis eine Woche und eine längere ab einer Woche gelegt.

Folgende Aussagen lassen sich zur Verweildauer in dieser Einteilung bezogen auf die erste Behandlungsdiagnose sagen:

Sowohl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock, als auch in Liestal wurde die Mehrheit der Kinder länger als eine Woche behandelt.

In der deutschen Stadt verweilten im Untersuchungszeitraum 5,6% (n= 1) der Patienten mit einer affektiven Störung als erste Diagnose maximal eine Woche und 94,4% (n= 17) länger als 7 Tage.

F5 Erkrankungen wurden in zwei Drittel (n= 4) der Fälle länger als eine Woche therapiert und ein Drittel (n= 2) wurde maximal 7 Tage auf Station behandelt.

Bei den Entwicklungsstörungen verweilten 13,0% (n= 3) der untersuchten Kinder in Rostock maximal eine und 87,0% (n= 20) länger als eine Woche. Bei den Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend verweilten 13,0% (n= 10) der stationär aufgenommenen Kinder und Jugendlichen maximal eine und 87,0% (n= 67) länger als eine Woche.

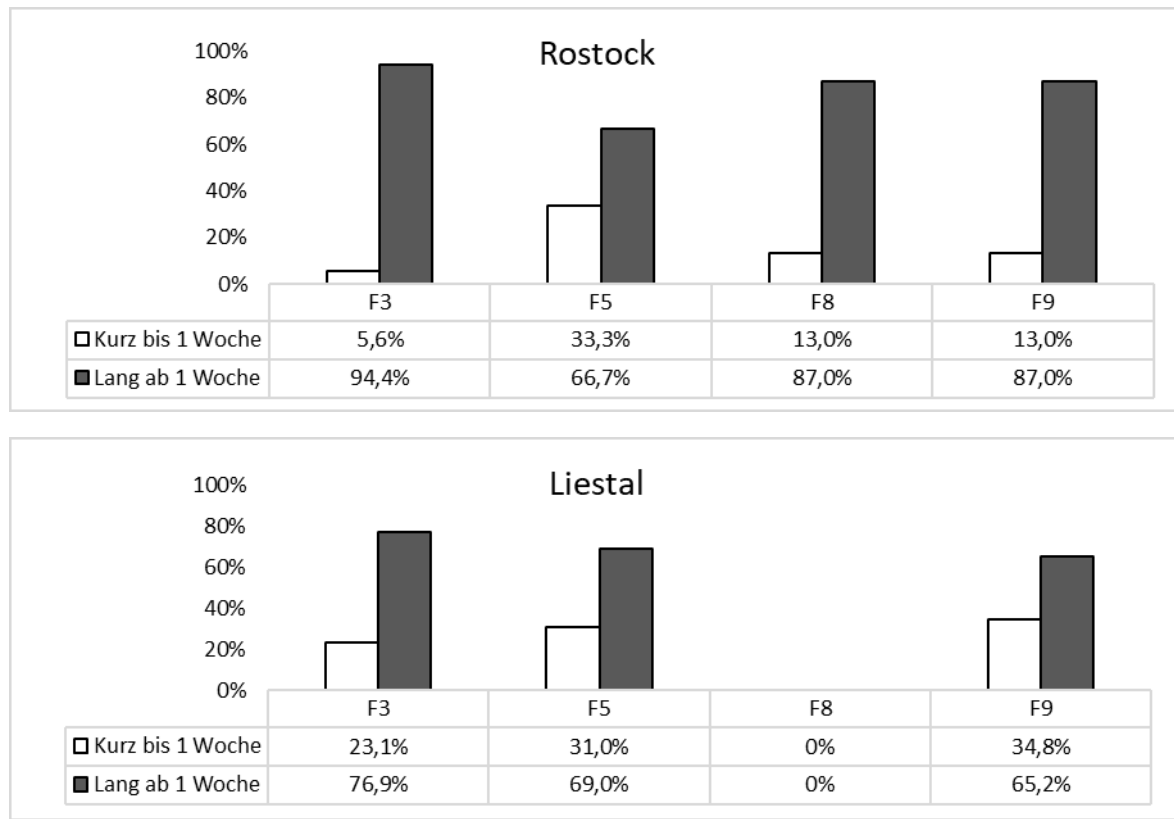
In der Schweizer Stadt verbrachten 23,1% (n= 9) der Patienten mit einer affektiven Störung maximal 7 Tage und 76,9% (n= 30) länger als eine Woche auf der Station

Durch die Untersuchungsergebnisse wird ersichtlich, dass 31,0% (n= 9) der Kinder mit einer F5 Erkrankung als erste Behandlungsdiagnose maximal eine Woche und 69,0% (n= 20) länger als eine Woche in stationärer Behandlung blieben.

Bei den Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend war bei 34,8% (n= 8) der Fälle die Behandlungsdauer unter einer Woche und bei 65,2% (n= 15) der Patienten über eine Woche.

In der Einteilung der Verweildauer in der Klinik in „Kurz“ und „Lang“ bezogen auf die erste Behandlungsdiagnose wurde kein Unterschied zwischen den beiden Städten ersichtlich.

Signifikanz: $\chi^2=4,060$, $df=3$, $p=0,255$



F3: Affektive Störungen

F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F8: Entwicklungsstörungen

F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Abbildung 26: Verweildauer Kurz und Lang der ersten Behandlungsdiagnose in Rostock und in Liestal

4.4.1.4 Anzahl der stationären Aufenthalte der Patienten nach der ersten Behandlungsdiagnose

Die Hälfte (n= 9) der Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock mit einer affektiven Störung als erste Behandlungsdiagnose waren nur einmal und die andere Hälfte (n= 9) war zweimal oder öfter in stationärer Behandlung.

Zwei Drittel (n= 4) der Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren stellten sich zweimal auf der Station vor. Ein Drittel (n= 2) der Patienten mit der gleichen Erkrankung war einmal in Behandlung. Kein Kind mit einer F5 Diagnose war dreimal oder öfter vorstellig.

65,2% (n= 15) der Patienten, die eine Entwicklungsstörung diagnostiziert bekommen haben, stellten sich einmal und 34,7% (n= 8) zweimal oder öfter auf der Station vor.

Bei den F9 Diagnosen waren 54,5% (n= 42) einmal und 45,5% (n= 35) zweimal oder öfter in stationärer Behandlung.

In Liestal waren die Kinder in der Regel nur einmal in stationärer Behandlung.

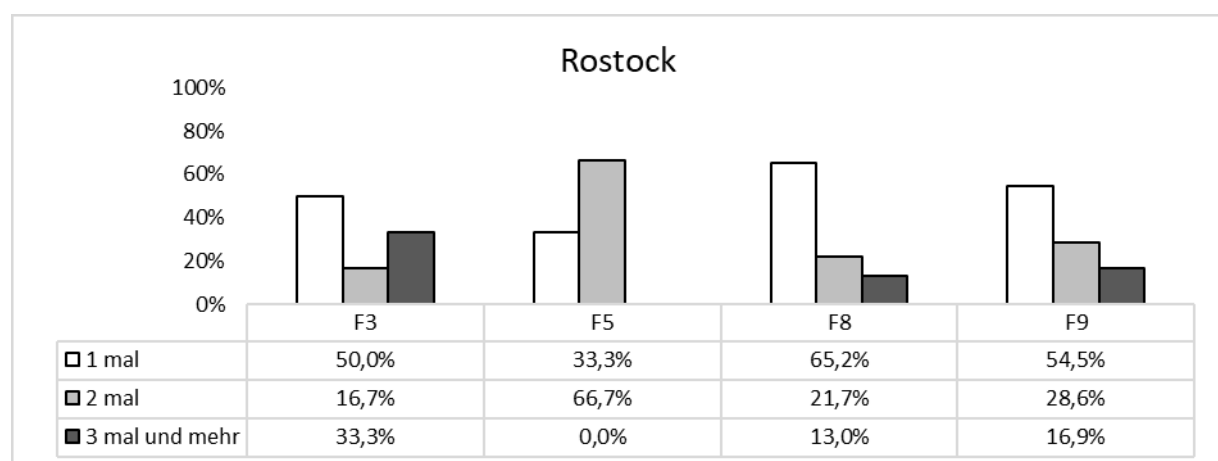
87,5% (n= 14) der Patienten mit einer affektiven Störung stellten sich einmal und 12,6% (n= 2) zweimal oder häufiger auf der Station vor.

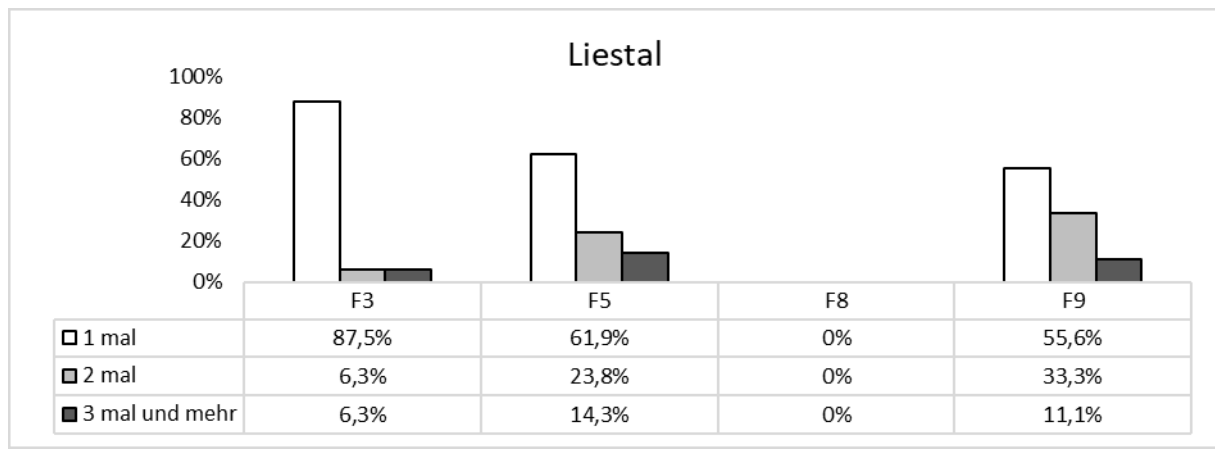
Bei den Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren waren es 61,9%, (n= 13) die einmal und 38,1% (n= 8) die zweimal oder öfter in dieser Klinik in stationärer Behandlung waren.

Knapp mehr als die Hälfte (n= 5) der Kinder mit Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend war einmal und 44,4% (n= 4) waren zweimal oder häufiger auf der Station für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Obwohl die Untersuchungsergebnisse den Anschein machen, dass es zwischen den beiden Städten Liestal und Rostock in Bezug auf die Anzahl der stationären Aufenthalte bezogen auf die erste Behandlungsdiagnose einen Unterschied gibt, kann kein signifikanter Zusammenhang der Anzahl der stationären Behandlungen und der ersten Diagnose erkannt werden.

Signifikanz: $\chi^2=5,650$, $df=6$, $p=0,464$





F3: Affektive Störungen

F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F8: Entwicklungsstörungen

F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Abbildung 27: Anzahl der stationären Aufenthalte der ersten Behandlungsdiagnose in Rostock und in Liestal

4.4.1.5 Struktur des Elternhauses der ersten Behandlungsdiagnosen

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock stellten sich 52,9% (n= 9) der Patienten mit affektiver Störung als erste Behandlungsdiagnose vor, bei denen die leiblichen Eltern getrennt waren. Bei 47,1% (n= 8) mit derselben Krankheit lebten die Kindseltern zusammen.

Bei Patienten mit Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren ist das Verhältnis umgekehrt, hier lebten 60,0% (n= 3) der Eltern zusammen und 40,0% (n= 2) getrennt.

Die Mehrheit der Kinder, die unter Entwicklungsstörungen (n= 12), Verhaltens- beziehungsweise unter emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (n= 49) litt, hatte nicht das Glück in einem „heilen“ Elternhaus aufzuwachsen. Lediglich bei 42,9% (n= 9) der Patienten mit einer F8 Diagnose und bei 30,0% (n= 21) mit einer F9 Diagnose waren die Kindseltern zusammen.

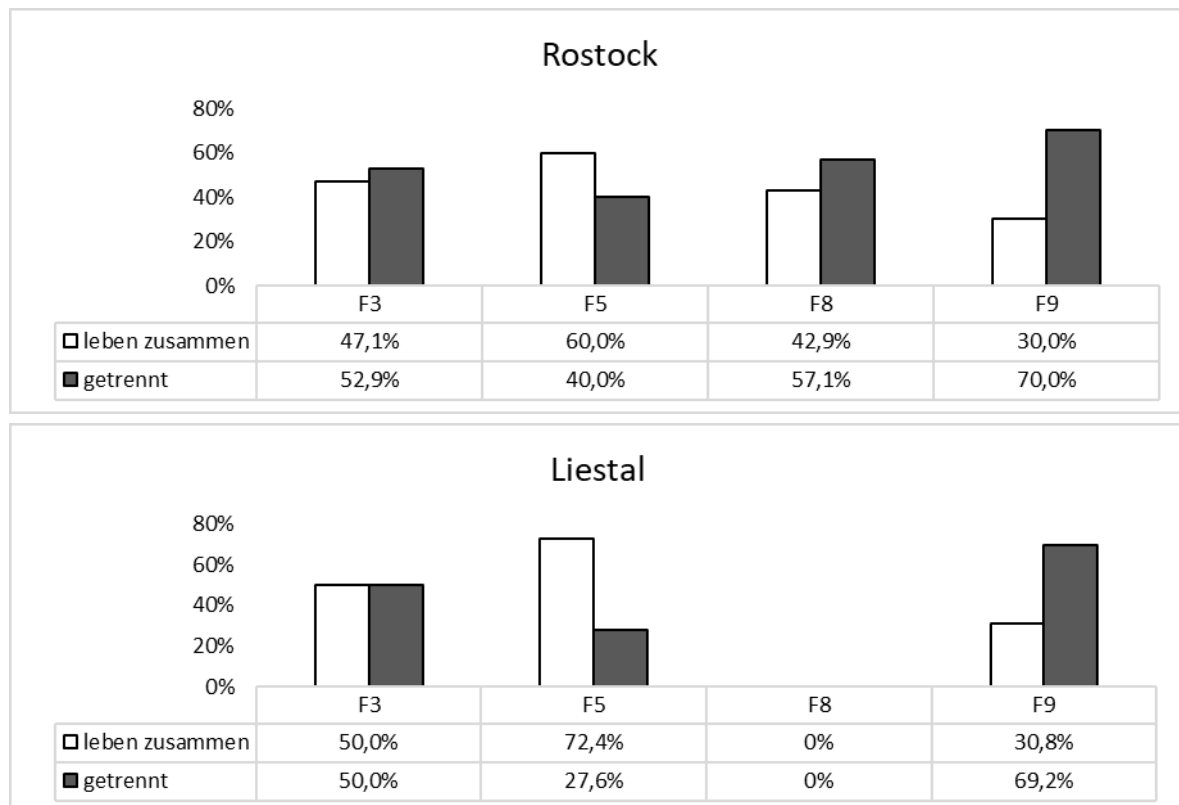
Im Vergleich dazu waren bei einer Hälfte (n= 10) der untersuchten Patienten mit einer F3 Erkrankung in der Klinik in Liestal die leiblichen Eltern zusammen und bei der anderen Hälfte (n= 10) getrennt.

Bei den Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren als erste Behandlungsdiagnose überwogen mit 72,4% (n= 21) jene Kinder, deren leiblichen Eltern zusammen lebten, denn hier waren nur 27,6% (n= 8) der leiblichen Eltern getrennt.

Bei 69,2% (n= 9) der Patienten mit einer F9 Diagnose waren jedoch die Kindseltern getrennt und bei 30,8% (n= 4) noch zusammen.

Der Zusammenhang der Beziehung der leiblichen Eltern und der ersten Behandlungsdiagnose der beiden Städten ist ein anderer. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Eltern von Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, zusammenleben, ist in Liestal höher als in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock.

Signifikanz: $\chi^2=16,605$, $df=3$, $p=0,001$



F3: Affektive Störungen

F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F8: Entwicklungsstörungen

F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Abbildung 28: Beziehungsstatus der leiblichen Eltern der ersten Behandlungsdiagnose in Rostock und in Liestal

4.4.1.6 Besuch der Schule von Patienten bezogen auf die erste Behandlungsdiagnose

Die Mehrheit der Kinder mit einer affektiven Störung Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, und Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, als erste Behandlungsdiagnose sowohl in Rostock, als auch in Liestal besuchten die obligatorische Volksschule.

In den Untersuchungsergebnissen der retrospektiven Studie fällt auf, dass mehr als doppelt so viele Kinder mit einer F9 Diagnose in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock eine Sonderklasse, Schule für Lernhilfe oder Lernbehinderte oder eine Förderschule besuchten im Vergleich zu Liestal.

Kinder mit einer F3 Diagnose in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock besuchten in 5,9% (n= 1) der Fälle keine Schule, da sie entweder noch nicht schulpflichtig waren oder diese gemieden haben. 47,1% (n= 8) der untersuchten Patienten waren in der obligatorische Volksschule, 23,5% (n= 4) im

Gymnasium, 5,9% (n= 1) in einer Sonderklasse und 17,6% (n= 3) der Patienten in sonstigen Schulen untergebracht.

Im Falle einer Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen und Faktoren als erste Behandlungsdiagnose waren die Kinder entweder in 83,3% (n= 5) der Fälle in der obligatorischen Volksschule oder in 16,7% (n= 1) der Fälle in einer Sonderklasse.

Kinder mit einer Entwicklungsstörung im untersuchten Zeitraum besuchten in 25,0% (n= 2) die obligatorische Volksschule. Der größte Teil der Patienten war aber mit je 37,5% (n= 3) entweder in einer Sonderklasse oder in sonstigen Schulen.

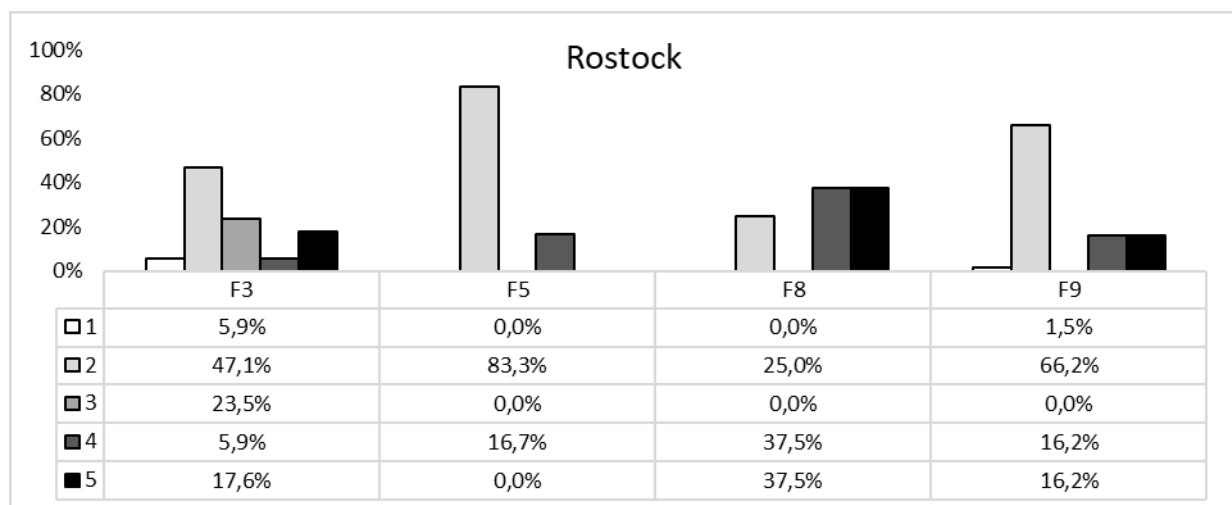
Zwei Drittel (n= 45) der an Verhaltens- und emotionalen Störungen erkrankten Kinder waren in einer obligatorischen Volksschule. Je 16,2% (n= 11) besuchten entweder eine Sonderklasse oder eine sonstige Schule und in 1,5% (n= 1) der Fälle wurde die Schule gemieden, oder der Patient war nicht im schulpflichtigen Alter.

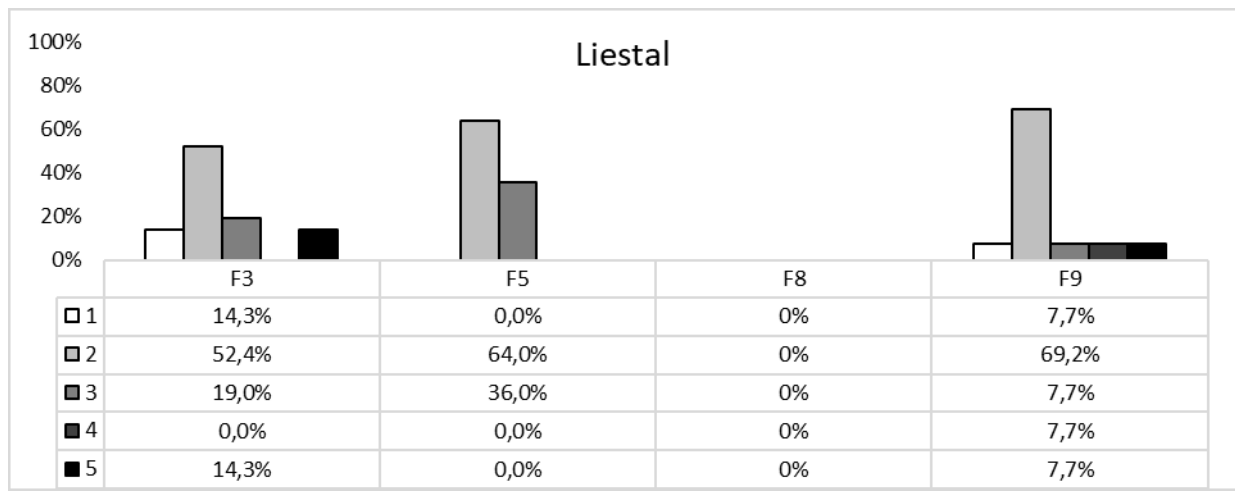
Die Hälfte (n= 11) der Patienten, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal die Behandlungsdiagnose „Affektive Störungen“ gestellt bekommen haben, waren in einer obligatorischen Volksschule. 19,0% (n= 4) der Kinder besuchten ein Gymnasium und je 14,3% (n= 3) verweigerten die Schule, waren nicht im Schulalter oder besuchten sonstige Schulen.

Bei Kindern mit einer F5 Diagnose im selben Zeitraum waren 64,0% (n= 16) in einer obligatorischen Volksschule oder in 36,0% (n= 9) der Fälle im Gymnasium.

Die Mehrheit (69,2%, n= 9) der untersuchten Patienten mit einer Verhaltens- und emotionalen Störung besuchte die obligatorische Volksschule. In je 7,7% (n= 1) der Fälle war es entweder eine sonstige Schule, eine Sonderklasse oder ein Gymnasium. Weitere 7,7% (n= 1) waren entweder nicht im Schulalter oder sie verweigerten die Schule.

Die Kinder- und Jugendpsychiater der Klinik in Liestal stellten nie F8 Entwicklungsstörungen als erste Behandlungsdiagnose.





F3: Affektive Störungen

F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F8: Entwicklungsstörungen

F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

1 .kein Schulbesuch/Entfällt, da noch nicht schulpflichtig

2.Obligatorische Volksschule (1-9) /Deutschland (Grundschule + Gesamtschule/Sekundar-/Haupt-/Realschule/Unterstufe Gymnasium)

3.Gymnasium / weiterführende Schulen (10-13) /Deutschland (Oberstufe Gymnasium, Berufskolleg, Berufsbildende Schulen)

4.Sonderklasse/Schule für Lernhilfe/Lernbehinderte/Förderschule

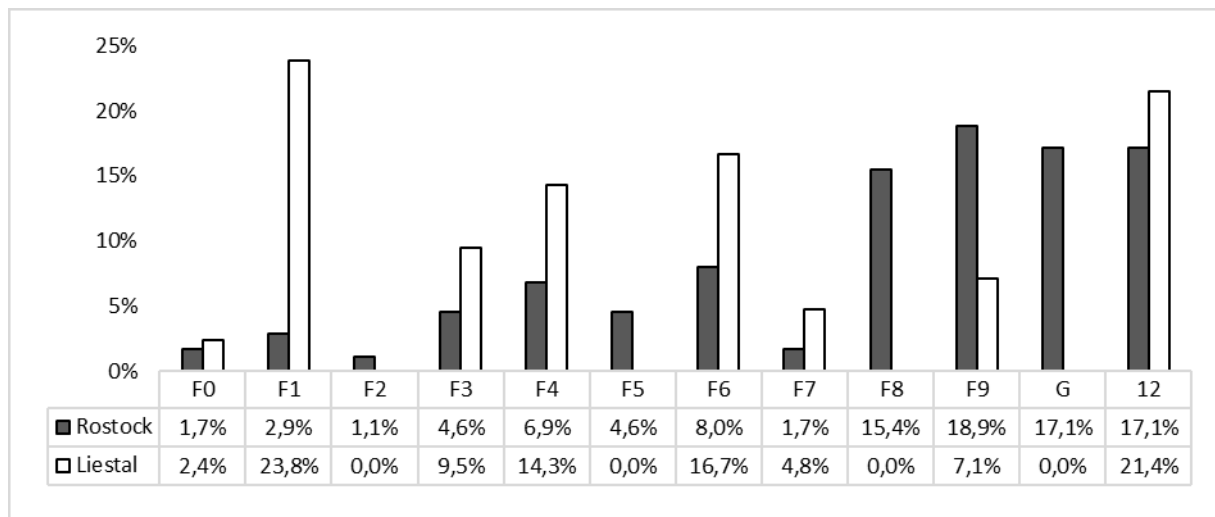
5.Sonstige Schulen

Abbildung 29: Besuch der Schule bezogen auf die erste Behandlungsdiagnose in Rostock und in Liestal

4.4.2 Auswertung der zweiten Behandlungsdiagnose

Bei der zweiten Behandlungsdiagnose fällt in der Stichprobe der Unterschied der F1, F4, F6, F8, F9 Diagnosen und Krankheiten des Nervensystems beider Städte ins Auge.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock liegt der Schwerpunkt der zweiten Behandlungsdiagnose bei den Entwicklungsstörungen, den Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, sowie den Krankheiten des Nervensystems, wohingegen der Schwerpunkt in Liestal bei den F1, F4 und F6 Diagnosen liegt.



F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F20-F29 Schizophrenie, schizothyme und wahnhafte Störungen

F30-F39 Affektive Störungen

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F70-F79 Intelligenzstörung

F80-F89 Entwicklungsstörungen

F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

G00–G99 Krankheiten des Nervensystems

12: Sonstige Erkrankungen

Abbildung 30: Zweite Behandlungsdiagnose

F1 Diagnosen, psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen wurden in Liestal von den Kinder- und Jugendpsychiatern achtmal häufiger gestellt als in der Vergleichsstadt Rostock.

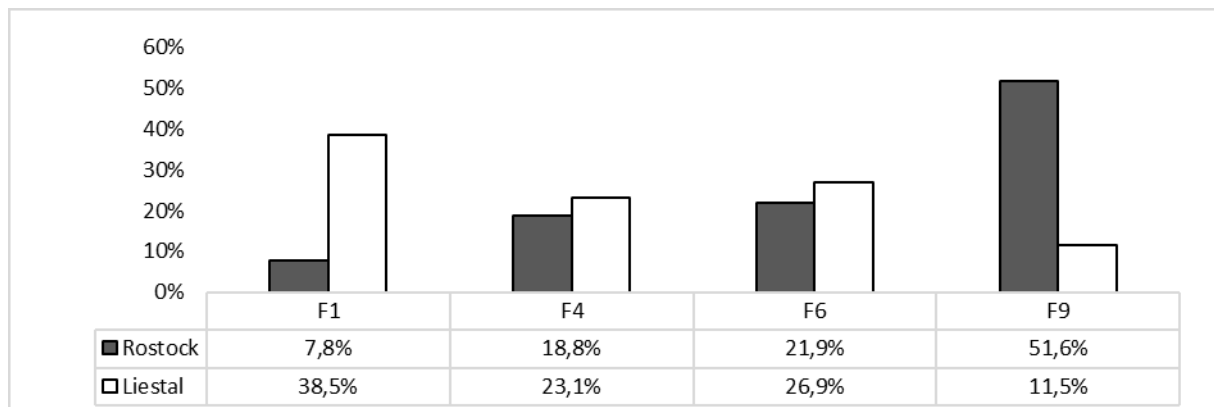
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen haben die Ärzte in der Klinik in Liestal mehr als doppelt so häufig diagnostiziert.

Wie auch schon bei der ersten Behandlungsdiagnose wurde in der Schweizer Stadt keine F8 Diagnose oder Krankheiten des Nervensystems angeführt.

In Rostock wurde bei Kindern fast drei Mal häufiger die Diagnose Verhaltens- und emotionale Störungen gestellt als in Liestal.

Es gibt einen statistisch signifikanten Unterschied der zweiten Behandlungsdiagnose in den Vergleichsstädten Rostock und Liestal.

Signifikanz: $\chi^2=18,200$, $df=3$, $p=0,000$



F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

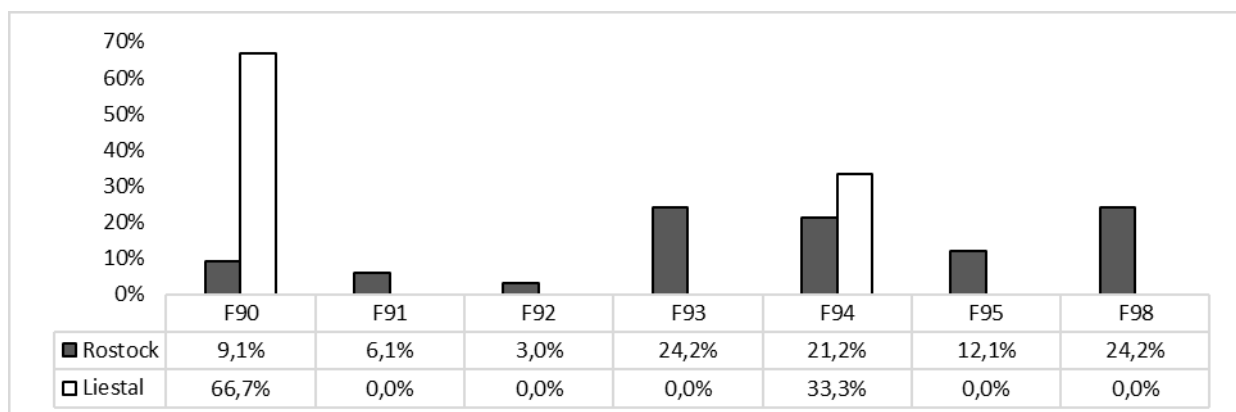
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Abbildung 31: Vergleich der einzelnen Diagnosen Gruppen 2

Bei genauer Betrachtung der F9 Diagnosen in beiden Städten wird ersichtlich, dass der Schwerpunkt im Untersuchungszeitraum in Rostock mit je 24,2% (n= 8) bei der F93 Diagnose und der F98 Diagnose lag. In 21,2% (n= 7) der Fälle wurde die Erkrankung Störungen sozialer Funktionen gewählt. 12,1% (n= 4) der Kinder mit einer F9 Diagnose hatten eine Tic-Störung, 9,1% (n= 3) der untersuchten Patienten litten unter einer hyperkinetischen Störung und 6,1% (n= 2) der Erkrankten wurden in Rahmen einer Störung des Sozialverhaltens behandelt. In nur 3,0% (n= 1) der Fälle wurde die kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen als zweite Behandlungsdiagnose angeführt.

Vergleichsweise dazu wurde in Liestal mit 66,7% (n= 2) die Diagnose hyperkinetische Störungen als häufigste F9 Diagnose gestellt. Ein Drittel (n= 1) der stationär behandelten Kinder hatten Störungen sozialer Funktionen. Bei keinem Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal im untersuchten Zeitraum wurde eine F91, F92, F93, F95 oder F98 Diagnose als zweite Behandlungsdiagnose angeführt.



F90: Hyperkinetische Störungen

F91: Störungen des Sozialverhaltens

F92: Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

F93: Emotionale Störungen des Kindesalters

F94: Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

F95: Tic- Störungen

F98: Andere Verhaltens und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Abbildung 32: F9 Diagnosen der zweiten Behandlungsdiagnose

4.4.2.1 Altersverteilung der Patienten bezogen auf die zweite Behandlungsdiagnose

Die Jugendlichen der zweiten Behandlungsdiagnose waren in Rostock größtenteils im Alter von 14 bis 18 Jahren. Alle Patienten (n= 5) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der deutschen Stadt, die als zweite Diagnose psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, diagnostiziert bekommen haben, waren älter als 14 Jahre.

Im Falle einer neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störung überwog die Zahl der 14 bis 18-Jährigen mit insgesamt 83,3% (n= 10), 7 bis 13-Jährige machten einen Anteil von 16,7% (n= 2) aus.

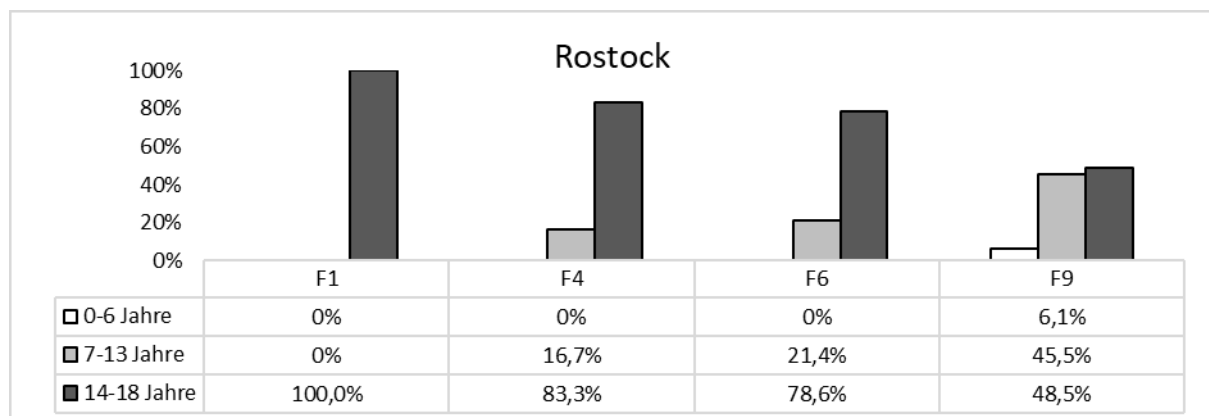
78,6% (n= 11) der Mädchen und Jungen mit einer F6 Erkrankung als zweite Behandlungsdiagnose waren im Alter von 14 bis einschließlich 18 Jahren, 21,4% (n= 3) repräsentierten die Gruppe der jüngeren Schulkinder.

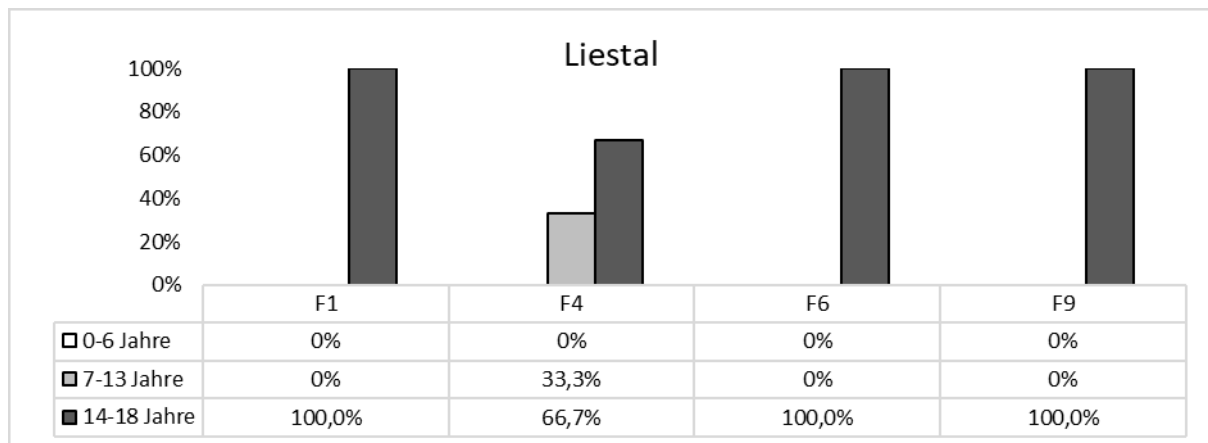
Kinder mit einer Verhaltens- und emotionalen Störung waren in 6,1% (n= 2) der Fälle jünger als 7 Jahre, 45,5% (n= 15) der Patienten in der Klinik in Rostock lagen in der Altersgruppe von 7 bis 13 Jahren und 48,5% (n= 16) wurden im Alter von 14 bis 18 Jahren vorstellig.

So wie auch in Rostock war die Mehrheit der Kinder in Liestal älter als 14 Jahre.

In den Untersuchungsergebnissen der Altersstruktur bezogen auf die zweite Behandlungsdiagnose kann man erkennen, dass alle Kinder in Liestal mit einer F1 (n= 10), F6 (n= 7) oder F9 (n= 3) Diagnose in der Altersgruppe von 14 bis 18 Jahren lagen.

Zwei Drittel (n= 4) der Patienten mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen repräsentierten die ältere Gruppe der Schulkinder und ein deutlich geringerer Prozentsatz (n= 2) der Jungen und Mädchen wurde im Alter von 7 bis 13 Jahren vorstellig.





F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Abbildung 33: Altersverteilung der Patienten der zweiten Behandlungsdiagnose in Rostock und in Liestal

4.4.2.2 Geschlechterverteilung bezogen auf die zweite Behandlungsdiagnose

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock dominierte bei allen (F1 n= 3; F4 n= 9; F6 n= 11; F9 n= 17) angeführten zweiten Behandlungsdiagnosen das weibliche Geschlecht.

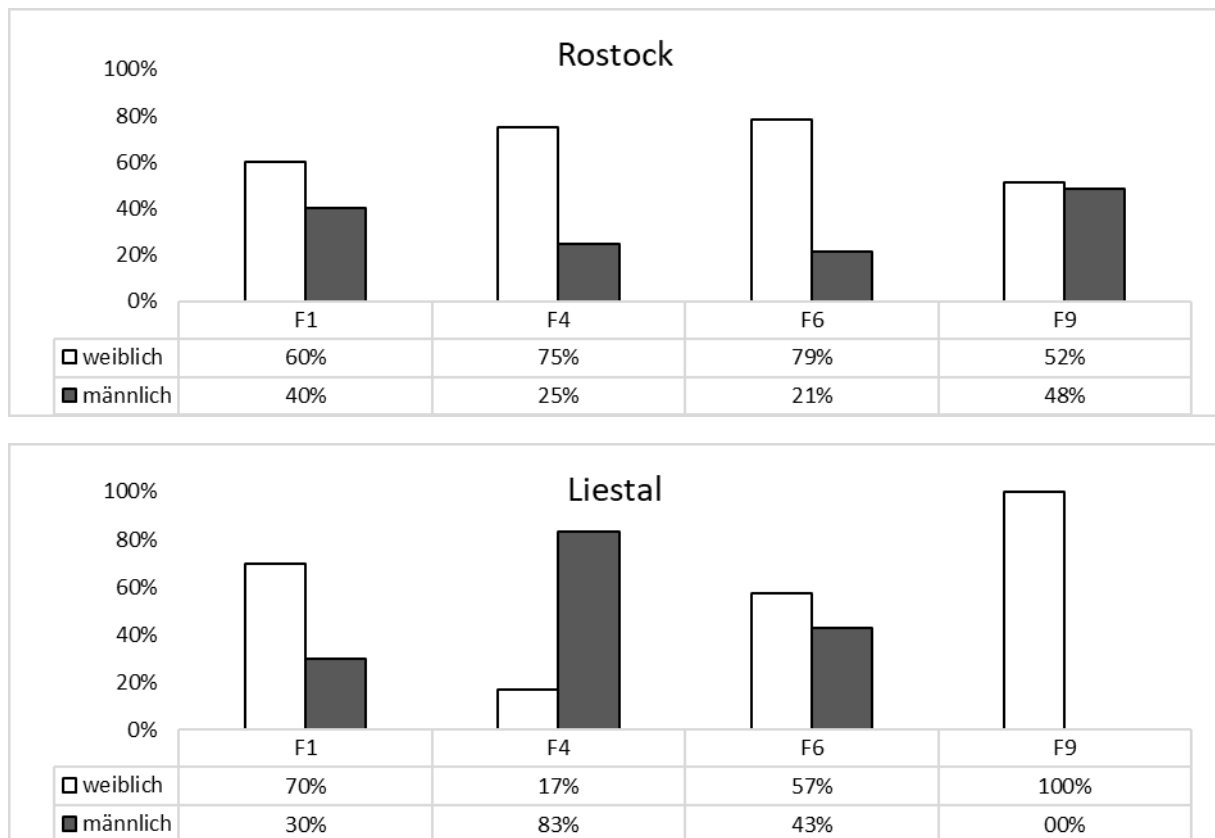
Vergleichsweise zu der deutschen Stadt sieht man in Liestal, dass bei den psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (n= 7) und bei den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (n= 4) das weibliche Geschlecht überwiegt.

Alle (n= 3) Kinder in Liestal mit F9 als zweiter Behandlungsdiagnose sind Mädchen.

83,0% (n= 5) der Fälle mit neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen sind in der Klinik für Kinder- Jugendpsychiatrie in der Schweiz männlich.

Es gibt keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der zweiten Behandlungsdiagnose in den verglichenen Städten.

Signifikanz: $\chi^2=1,837$, df= 3, p= 0,607



F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Abbildung 34: Geschlechterverteilung der Patienten der zweiten Behandlungsdiagnose in Rostock und in Liestal

4.5 Therapie

4.5.1 Pharmakotherapie

Bevor eine Therapie festgelegt werden kann, muss eine sorgfältige Diagnostik der psychisch gestörten Kinder und Jugendlichen durchgeführt werden. In Rostock zählten dazu Laborparameter, EEG, cMRT und EKG. Therapeutisch kamen psychotherapeutische und supportive psychotherapeutische Verfahren, wie Verhaltenstherapie, soziales Kompetenztraining, Aquatherapie, Ergotherapie, Musiktherapie, Kreativtherapie, Bewegungstherapie, Rollenspiele oder Neurofeedback/Biofeedback zum Einsatz. Da in Liestal diese Daten nicht erhoben wurden, wurde das Hauptaugenmerk dieser retrospektiven Untersuchung auf die Pharmakotherapie gelegt.

Der Einsatz von Psychopharmaka bei Kindern mit psychiatrischen Störungen hat je nach Indikation einen unterschiedlichen Stellenwert innerhalb des Gesamttherapieplanes. Ihr Einsatz sollte stets in Kombination mit anderen Therapieformen stehen. Beim Vergleich der beiden Städte sieht man einen

Unterschied in den Untersuchungsergebnissen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock wurde häufiger die medikamentöse Therapie gewählt als in Liestal.

Bei der Interpretation der Zahlen ist darauf zu achten, dass einzelne Kinder eine Kombination aus verschiedenen Substanzgruppen verordnet bekamen. Durch verschiedene Erkrankungen wurden auch Medikamente miterfasst, die aufgrund einer nichtpsychiatrischen oder neurologischen Krankheit verordnet wurden.

Innerhalb des Untersuchungszeitraumes wurden 318 Patienten stationär behandelt. In Rostock hatten 58,3% (n= 109) und in Liestal 32,5% (n= 27) der Kinder mindestens ein Medikament erhalten, wobei die Dosierung und der Zeitraum, über welchen die Medikamente verordnet wurden, unberücksichtigt blieben.

Zwei Drittel (n= 56) der Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal hatten keine Pharmakotherapie. 25,3% (n= 21) der Patienten wurden ein und 7,2% (n= 6) mehr als ein Medikament verordnet.

Im Vergleich zu Liestal hatten in Rostock mehr als die Hälfte der Kinder eine medikamentöse Therapie. 43,3% (n= 81) der Erkrankten wurde ein, 12,3% (n= 23) zwei und 2,7% (n= 5) drei Medikamente verschrieben

Es gibt beim Vergleich der Städte Rostock und Liestal bezogen auf die Pharmakotherapie einen signifikanten Unterschied.

Signifikanz: $\chi^2= 15,364$, $df=3$, $p=0,002$

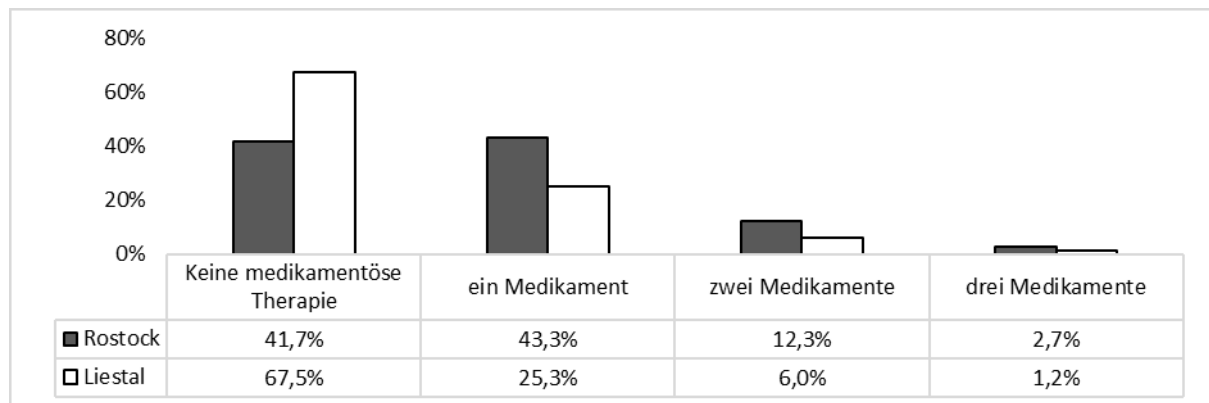


Abbildung 35: Prozentuale Angabe der Medikamente

Am häufigsten wurden in Rostock Antiepileptika verordnet. Diese Arzneimittelgruppe machte rund ein Drittel (n= 49) der Gesamtverordnung in dieser Klinik in dem untersuchten Zeitraum aus.

25,4% (n= 36) der insgesamt verordneten Medikamente gehören zu den Antipsychotika.

In 12,7% (n= 18) der Fälle wurden Antidepressiva und in 7,0% (n= 10) der Fälle wurden Methylphenidat verordnet.

Sonstige Medikamente, in welche alle anderen Arzneimittel fallen, die nicht in einer der angeführten Gruppen eingeteilt werden können, wie zum Beispiel Ibuprofen, Kontrazeptiva usw. machten 20,4%

(n= 29) der Gesamtverordnung in Rostock aus. Die Arzneimittelgruppe Tranquilizer wurde in der Klinik in Rostock im Zeitraum vom 01.01.2015 - 30.06.2015 von den behandelnden Kinder- und Jugendpsychiatern nicht verordnet.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal wurden Antidepressiva am häufigsten verschrieben. Diese Arzneimittelgruppe machte rund ein Drittel (n= 11) der Gesamtverordnung aus.

Neuroleptika wurden in 23,5% (n= 8) der Fälle gewählt, bei denen eine Pharmakotherapie indiziert war.

Methylphenidat machte nur 8,8% (n= 3) der insgesamt verordneten Medikamente aus.

In 5,8% (n= 2) der Fälle verordneten die Ärzte Tranquilizer und andere Medikamente machten 29,4% (n= 10) der Gesamtverordnung aus. Antiepileptika wurden im untersuchten Zeitraum in der Schweizer Stadt nicht verordnet.

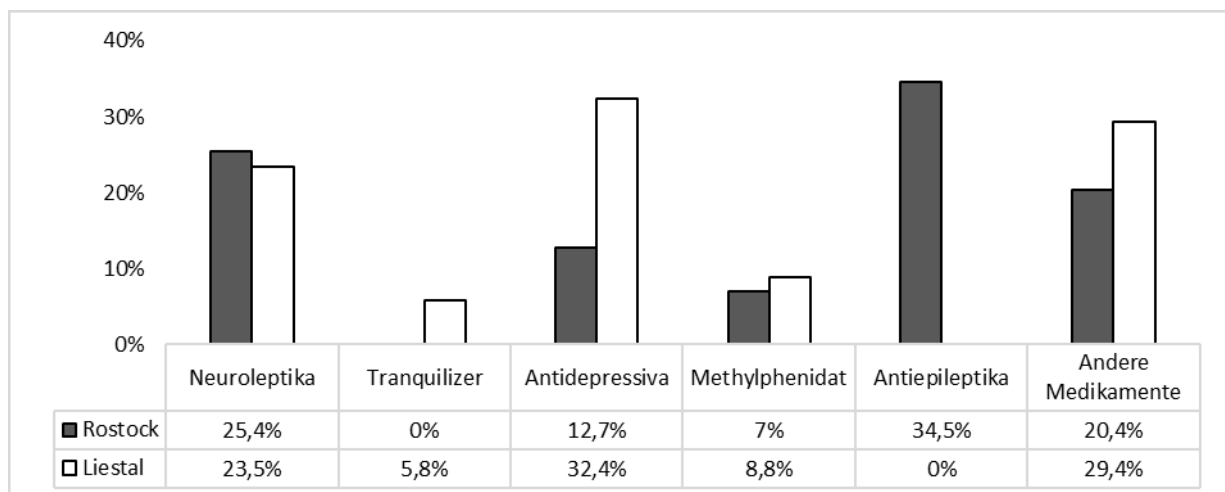


Abbildung 36: Prozent der verwendeten Arzneimittel

4.5.1.1 Altersverteilung bezogen auf die Pharmakotherapie

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock wurden Neuroleptika am häufigsten (n= 22) an 14 bis 18-jährige Patienten verordnet. 38,9% (n= 14) der Patienten, die Medikamente derselben Substanzgruppe erhielten, waren im Schulalter von 7 bis 13 Jahren. Neuroleptika wurden in der deutschen Stadt nie an Kinder unter 7 Jahre verordnet.

Tranquilizer wurden innerhalb des Untersuchungszeitraumes in Rostock nicht verschrieben.

Zwei Drittel (n= 12) der Kinder mit Antidepressiva als Wahl der medikamentösen Therapie waren älter als 13 Jahre. 27,8% (n= 5) befanden sich in der Altersgruppe von 7 bis 13 Jahren und 5,6% (n= 1) waren unter 7 Jahre alt.

Antiepileptika wurden am häufigsten (n= 20) Kindern im Alter von 7 bis 13 Jahren verschrieben, gefolgt von 14 bis 18-Jährigen, mit 32,7% (n= 16). In 26,5% (n= 13) der Fälle wurde die Therapie mit Antiepileptika bei Kindern unter 7 Jahre gestartet.

Der größte Anteil (n= 8) der untersuchten Patienten mit Methylphenidat war im Alter von 7 bis 13 Jahre. 20,0% (n= 2) befanden sich in der Altersgruppe zwischen 14 und 18 Jahren. Methylphenidat wurde an Kinder unter 7 Jahren im Untersuchungszeitraum in Rostock nicht verordnet.

Andere Medikamente wurden in 62,1% (n= 18) der Fälle an Kinder, die älter als 13 Jahre alt waren, 24,1% (n= 7) an Kinder zwischen 7 und 13 Jahre und 13,8% (n= 4) an Kinder unter 7 Jahren verordnet.

Im Vergleich zur deutschen Stadt wurden in Liestal wie im Kapitel 4.1.1 Alters- und Geschlechtsverteilung schon beschrieben, Kinder unter 7 Jahre nicht stationär behandelt und somit auch nicht medikamentös therapiert.

Neuroleptika wurden in 87,5% (n= 7) der Fälle an Kinder im höheren Schulalter gegeben und 12,5% (n= 1) der Patienten waren 7 bis 13 Jahre alt.

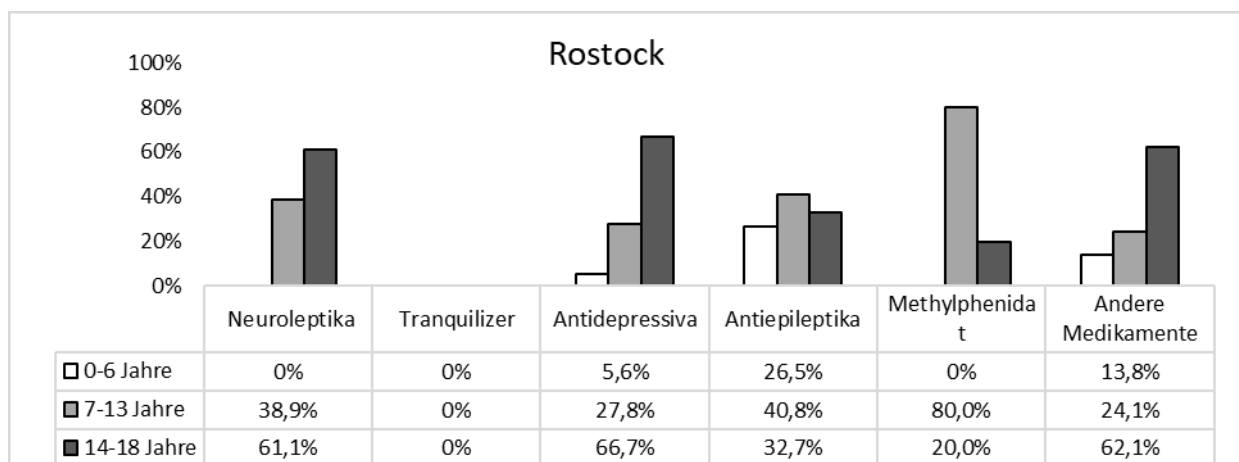
Alle Kinder (n= 2), die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal Tranquilizer verordnet bekommen haben, befanden sich in der Altersgruppe zwischen 7 und 13 Jahren.

Die Ärzte entschieden sich am häufigsten (n= 10) für Antidepressiva bei Kindern über 13 Jahre. Nur 9,1% (n= 1) der Kinder mit derselben Medikamentengruppe war im Schulalter von 7 bis 13 Jahren.

Im Untersuchungszeitraum vom 01.01.2015 bis 30.6.2015 wurden in der Klinik in Liestal keine Antiepileptika verordnet.

Zwei Drittel (n= 2) der Kinder, die Methylphenidat bekommen haben, befanden sich im Alter von 7 bis 13 Jahren. Ein weiteres Drittel (n= 1) war älter.

Andere Medikamente bekamen am häufigsten (n= 7) Kinder im Alter von 7 bis 13 Jahren. 30,0% (n= 3) der Patienten, die ein Medikament verordnet bekommen haben, welches nicht in der Studie aufgelistet ist, waren in der Altersgruppe zwischen 14 und 18 Jahre alt.



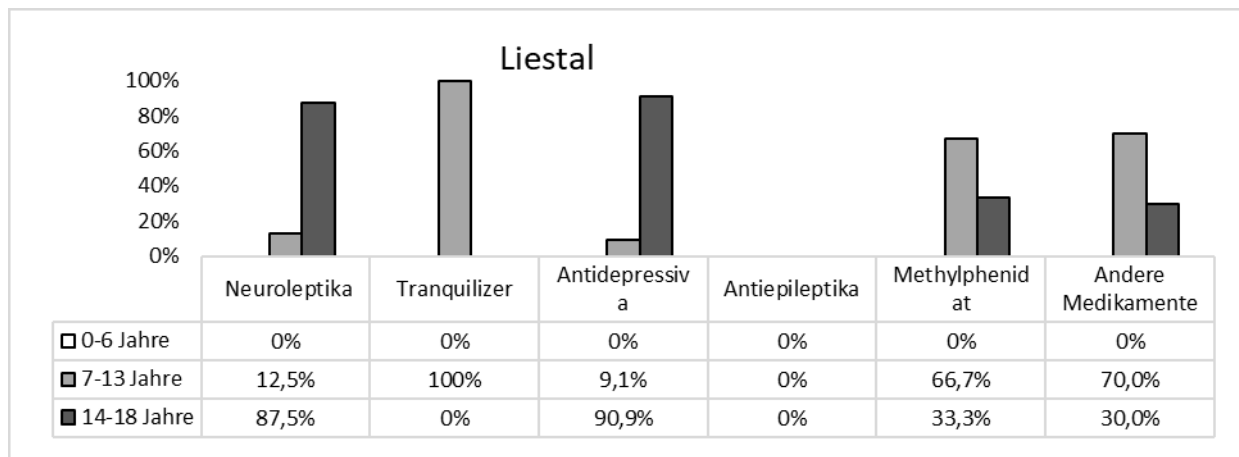


Abbildung 37: Altersverteilung bezogen auf die Pharmakotherapie

4.5.1.2 Geschlechtsverteilung bezogen auf die Pharmakotherapie

Bei der Neuroleptika Verordnung waren in Rostock 52,8% (n= 19) der Patienten weiblich und 47,2% (n= 17) männlich.

Antidepressiva wurden an beide Geschlechter gleich häufig (n= 9) verordnet.

Bei den Kindern und Jugendlichen mit Antiepileptika dominierte das männliche Geschlecht mit 61,2% (n= 30). 38,8% (n= 19) der Patienten mit derselben Medikamentengruppe waren Mädchen.

Auch bei dem Arzneimittel Methylphenidat dominierten mit 70,0% (n= 7) die Jungen.

Unter den Jugendlichen, die andere Medikamente verordnet bekamen, waren in Rostock 51,7% (n= 15) männlich und 48,3% (n= 14) weibliche Patienten.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal dominierte sowohl bei den Neuroleptika (n= 5) als auch bei der Verordnung von Antidepressiva (n= 9) das weibliche Geschlecht. 37,5% (n= 3) der Patienten mit Neuroleptika und 18,2% (n= 2) mit Antidepressiva im Therapieplan waren männlich.

Tranquilizer (n= 1) und andere Medikamente (n= 5) wurden an beide Geschlechter gleich häufig verordnet.

Methylphenidat wurde in zwei Drittel (n= 2) der Fälle an Mädchen verschrieben und zu einem Drittel (n= 1) an männliche Patienten.

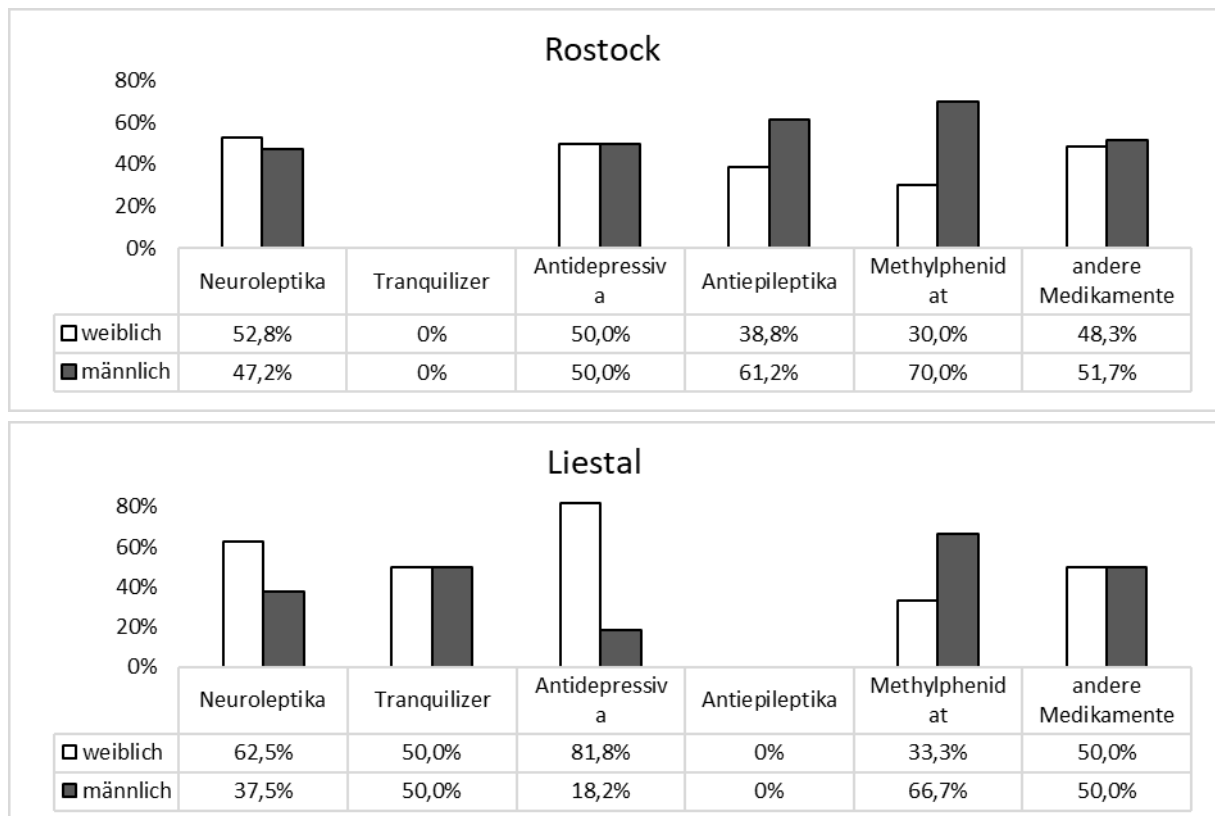


Abbildung 38: Geschlechtsverteilung der Patienten bezogen auf die Pharmakotherapie

In den nachfolgenden Grafiken wird die Pharmakotherapie der ersten und zweiten Behandlungsdiagnose der Städte Rostock und Liestal aufgelistet und miteinander verglichen.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock haben 58,3% (n= 109) der Patienten eine medikamentöse Therapie erhalten. Bei genauer Betrachtung der ersten Behandlungsdiagnose ist augenscheinlich, dass der Schwerpunkt der Pharmakotherapie bei den F5, F6, F7, F8 und F9 Diagnosen, bei Krankheiten des Nervensystems und sonstigen Erkrankungen liegt.

Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren haben am häufigsten mit je 33,3% (n= 2) Neuroleptika oder andere Medikamente verordnet bekommen. Mit je 16,7% (n= 1) haben Patienten mit derselben Krankheit Antidepressiva oder Antiepileptika bekommen.

Die eine Hälfte (n= 1) der Kinder mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen als erste Diagnose hat von den Ärzten Neuroleptika und die andere Hälfte (n= 1) hat sonstige Medikamente verordnet bekommen.

Bei den F7 Diagnosen wurden bevorzugt in 40,0% (n= 4) der Fälle Antiepileptika und an zweiter Stelle in 30,0% (n= 3) der Fälle Neuroleptika verordnet. 20,0% (n= 2) der Kinder mit einer Intelligenzstörung bekamen Methylphenidat und 10,0% (n= 1) Antidepressiva.

Bei Patienten mit einer Entwicklungsstörung dominierte die Gabe von Antiepileptika (n= 12). Kinder mit einer F8 Erkrankung wurden in je 7,1% (n= 1) der Fälle die Medikamente Neuroleptika oder sonstige Medikamente verordnet.

Wie im Kapitel „Auswertung der ersten Behandlungsdiagnose“ beschrieben, machten Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend 41,2% (n= 77) der Fälle aus. Am häufigsten wurden unter den F9 Diagnosen die Störungen des Sozialverhaltens und danach emotionale Störungen des Kindesalters gestellt. Die bevorzugte Pharmakotherapie war in 32,1% (n= 17) der Fälle Antiepileptika, gefolgt von Neuroleptika, die bei 22,6% (n= 12) der Kinder mit einer Verhaltens- und emotionalen Störung verabreicht wurden. 20,8% (n= 11) der untersuchten Patienten haben sonstige Medikamente, 15,1% (n= 8) Methylphenidat und 9,4% (n= 5) haben Antidepressiva von den Kinder- und Jugendpsychiatern verordnet bekommen.

Krankheiten des Nervensystems wurden in 83,3% (n= 5) der Fälle mit Antiepileptika behandelt und 17,0% (n= 1) der Kinder bekamen sonstige Medikamente.

Unter die Kategorie sonstige Krankheiten fielen alle Erkrankungen, die nicht in die aufgelisteten F-Diagnosen oder Krankheiten des Nervensystems fallen. Die eine Hälfte (n= 1) dieser Fälle hat Neuroleptika und die andere (n= 1) Antidepressiva verordnet bekommen.

Im Vergleich zu Rostock haben 32,5% (n= 27) aller Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal im untersuchten Zeitraum eine medikamentöse Therapie erhalten. Der Schwerpunkt der Pharmakotherapie der ersten Behandlungsdiagnose in der Schweizer Stadt lag bei den F3, F4, F5 und F9 Diagnosen.

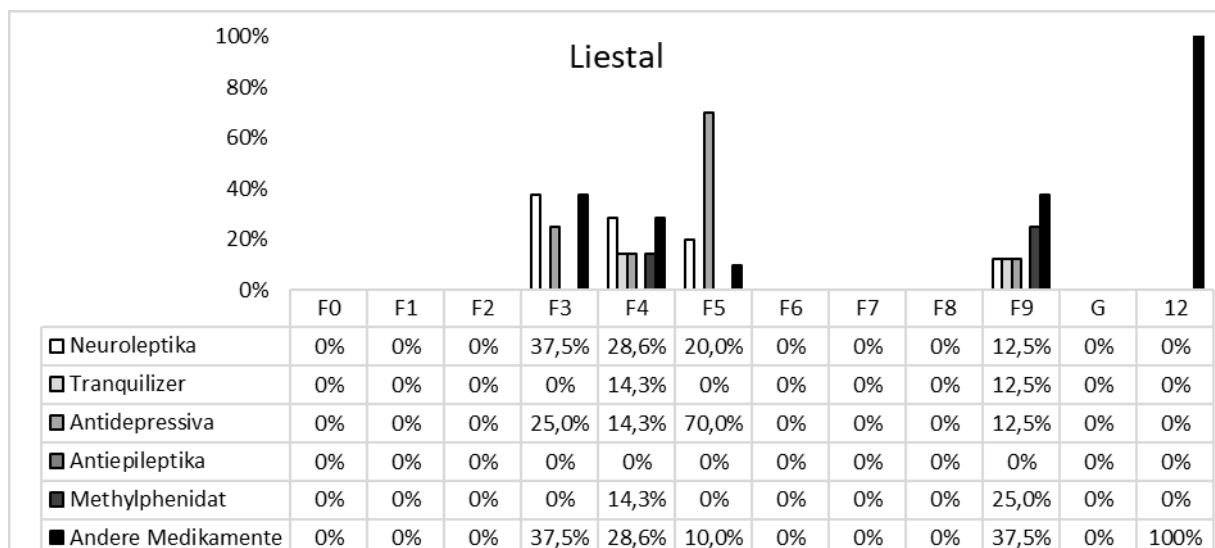
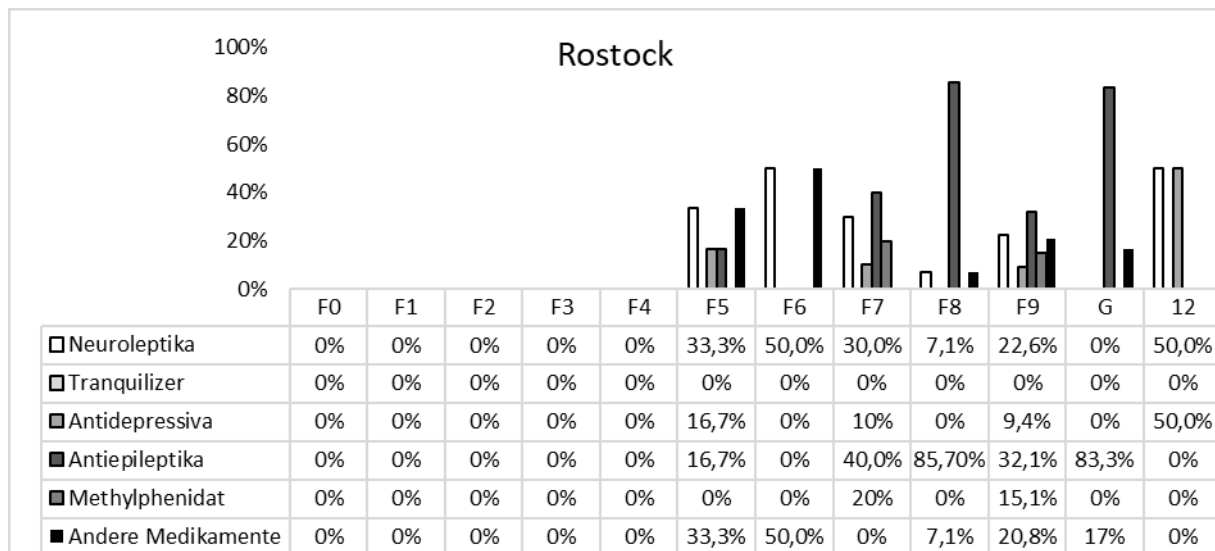
Je 37,5% (n= 3) der Kinder mit einer affektiven Störung haben Neuroleptika oder sonstige Medikamente verordnet bekommen. 25,0% (n= 2) der Patienten mit einer F3 Erkrankung als erste Behandlungsdiagnose wurden mit Antidepressiva behandelt.

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen wurden in je 28,6% (n= 2) mit Neuroleptika oder sonstigen Medikamenten therapiert. Je 14,3% (n= 1) der Fälle bekamen Tranquilizer, Antidepressiva oder Methylphenidat.

Die Mehrheit (n= 7) der Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal mit Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend wurden mit Antidepressiva behandelt. 20% (n= 2) der Kinder mit derselben Diagnose bekamen Neuroleptika und 10% (n= 1) wurden mit sonstigen Medikamenten therapiert.

Die Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend wurden in der Schweizer Stadt im Zuge der ersten Behandlungsdiagnose in 17,6% (n= 23) der Fälle diagnostiziert. Die am häufigsten gestellte F9 Diagnose war die hyperkinetische Störung. Die bevorzugte Pharmakotherapie dieser Erkrankungsgruppe erfolgte in 37,5% (n= 3) der Fälle durch die Verabreichung sonstiger Medikamente, gefolgt von Methylphenidat, mit 25,0% (n= 2). Je 12,5% (n= 1) der Kinder wurden mit Neuroleptika, Tranquilizer oder Antidepressiva therapiert.

Alle (n= 1) untersuchten Patienten der Klinik in Liestal mit sonstigen Erkrankungen wurden mit sonstigen Medikamenten behandelt.



F00-F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F20-F29: Schizophrenie, schizothyme und wahnhafte Störungen

F30-F39: Affektive Störungen

F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F50-F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F70-F79: Intelligenzstörung

F80-F89: Entwicklungsstörungen

F90-F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

G00–G99: Krankheiten des Nervensystems

12: Sonstige Erkrankungen

Abbildung 39: Pharmakotherapie der ersten Behandlungsdiagnose in Rostock und in Liestal

Bei den in der retrospektiven Studie untersuchten Patienten (n= 318) wurden insgesamt 870 Diagnosen gestellt. Das bedeutet, dass 93,7% (n= 175) der Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in

Rostock mehr als eine Diagnose hatten. In Liestal hatten hingegen nur 32,2% (n= 42) der Kinder mehr als eine Diagnose.

Bei genauer Betrachtung der Pharmakotherapie der Patienten der zweiten Behandlungsdiagnose ist auffällig, dass in Rostock Kinder mit organischer, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen bevorzugt Antiepileptika (n= 2) verordnet bekamen. 33,3% (n= 1) der Fälle bekamen ein nicht in der Studie aufgelistetes Medikament.

In zwei Drittel (n= 2) der Fälle wurden psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen mit anderen Medikamenten therapiert. Bei einem weiteren Drittel (n= 1) wurde diese Erkrankung mit Neuroleptika behandelt.

Die eine Hälfte (n= 1) der untersuchten Kinder in Rostock, die unter einer psychischen Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis litt, bekam Neuroleptika und die andere Hälfte (n= 1) sonstige Medikamente.

Zwei Drittel (n= 4) der Patienten mit einer affektiven Störung wurden mit Antidepressiva therapiert. Ein weiteres Drittel (n= 2) bekam entweder Neuroleptika oder andere Medikamente.

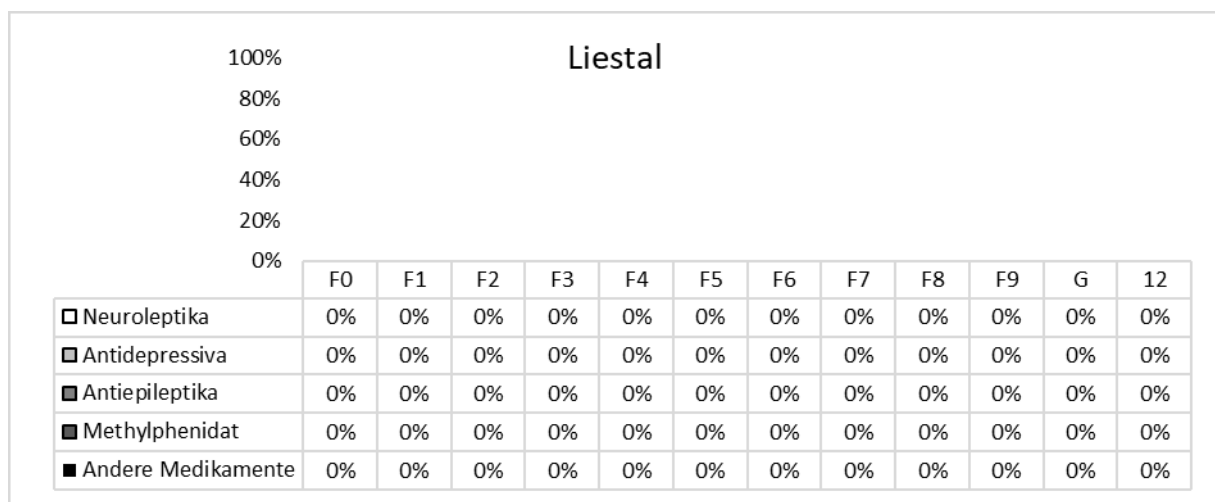
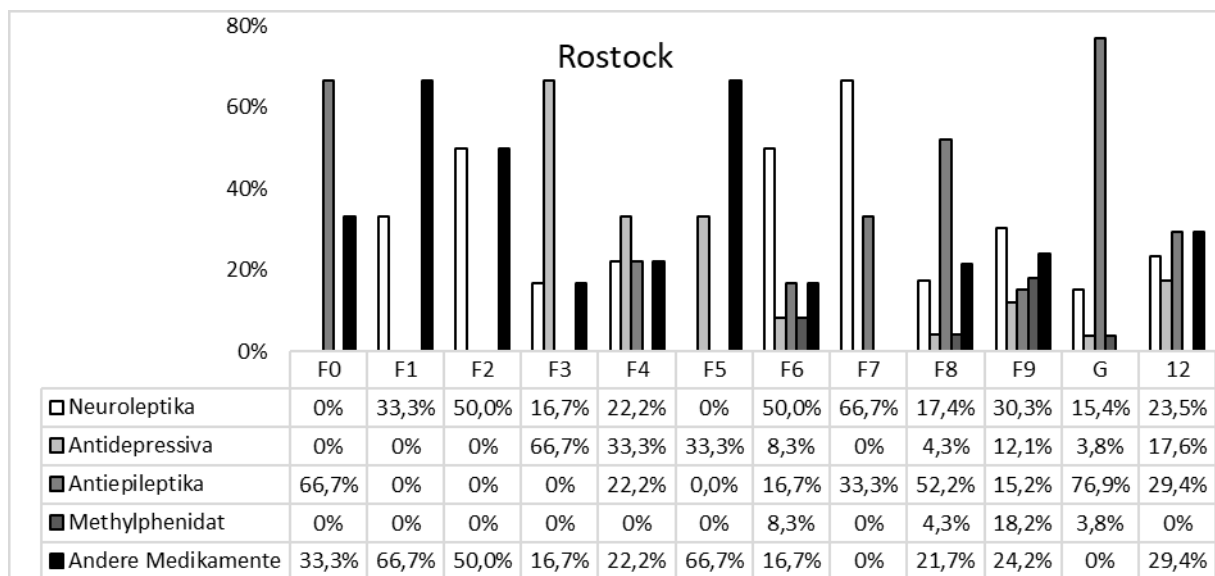
Die Mehrheit (n= 3) der Kinder mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen wurden mit Antidepressiva therapiert. Je 22,2% (n= 2) bekamen Neuroleptika, Antiepileptika oder andere Medikamente.

Zwei Drittel (n= 2) der im untersuchten Zeitraum stationär aufgenommenen Patienten, die unter einer Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen und Faktoren als zweite Behandlungsdiagnose litten, wurden mit anderen Medikamenten therapiert. Bei einem weiteren Drittel (n= 1) wurde die Erkrankung mit Antidepressiva behandelt.

Die Hälfte (n= 6) der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen wurde mit Neuroleptika therapiert. Je 16,7% (n= 2) der Fälle bekamen Antiepileptika oder andere Medikamente und je 8,3% (n= 1) der Kinder wurden mit Antidepressiva oder Methylphenidat behandelt.

Zwei Drittel (n= 2) der Patienten mit Intelligenzstörungen, bei denen eine Pharmakotherapie gewählt wurde, wurden mit Neuroleptika therapiert. Ein weiteres Drittel (n= 1) wurde mit Antiepileptika behandelt.

52,2% (n= 12) der Kinder mit einer Entwicklungsstörung im untersuchten Zeitraum, bei denen eine medikamentöse Therapie gewählt worden ist, bekamen Antiepileptika. 21,7% (n= 5) wurden mit anderen Medikamenten und 17,4% (n= 4) mit Neuroleptika behandelt. In je 4,3% (n= 1) der Fälle wählten die Ärzte Antidepressiva oder Methylphenidat.



F00-F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F20-F29: Schizophrenie, schizothyme und wahnhafte Störungen

F30-F39: Affektive Störungen

F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F50-F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F70-F79: Intelligenzstörung

F80-F89: Entwicklungsstörungen

F90-F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

G00-G99: Krankheiten des Nervensystems

12: Sonstige Erkrankungen

Abbildung 40: Pharmakotherapie der zweiten Behandlungsdiagnose in Rostock und in Liestal

Als zweite Behandlungsdiagnose wurde in Rostock bei 18,9% (n= 33) der Kinder eine Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend angegeben. Unter den F9-Diagnosen wurden am häufigsten mit je 24,2% (n= 8) eine emotionale Störung des Kindesalters (F93) und andere

Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98) angegeben. Diese Diagnosegruppe wurde bevorzugt mit Neuroleptika behandelt (n= 10). 24,2% (n= 8) der Kinder mit einer F9 Erkrankung bekamen andere Medikamente und 18,2% (n= 6) Methylphenidat. In 15,2% (n= 5) der Fälle wählten die Kinder- und Jugendpsychiater Antiepileptika und 12,1% (n= 4) der Kinder mit einer Verhaltens- und emotionalen Störung bekamen Antidepressiva.

Bei den Krankheiten des Nervensystems in der Kategorie der zweiten Behandlungsdiagnose war die Wahl der Pharmatherapeutika eindeutiger. Hier wurden bevorzugt Antiepileptika (n= 20) gewählt. In 15,4% (n= 4) der Fälle therapierten die Ärzte mit Neuroleptika und in je 3,8% (n= 1) mit Antidepressiva oder Methylphenidat.

Sonstige Erkrankungen wurden in je 29,4% (n= 5) der Fälle mit Antiepileptika oder anderen Medikamenten therapiert. 23,5% (n= 4) bekamen Neuroleptika und 17,6% (n= 3) der Kinder wurden mit Antidepressiva behandelt.

Im Vergleich zu Rostock, gab es wie oben beschrieben in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal, nur 32,2% (n= 42) der Kinder, die mehr als eine Diagnose gestellt bekommen haben. Bei all diesen Kindern kamen keine Medikamente zum Einsatz.

Tabelle 5: Die am häufigsten verwendeten Medikamente in Rostock und in Liestal bezogen auf die Behandlungsdiagnose

	Rostock	Liestal
F0	Antiepileptika	keine
F1	Neuroleptika	keine
F2	Neuroleptika	keine
F3	Antidepressiva Neuroleptika	Neuroleptika Antidepressiva
F4	Antidepressiva	Neuroleptika
F5	Neuroleptika Antidepressiva	Antidepressiva
F6	Neuroleptika	keine
F7	Antiepileptika Neuroleptika	keine
F8	Antiepileptika	Keine
F9	Antiepileptika, Neuroleptika	Methylphenidat
G00-G99	Antiepileptika	keine
Sonstige	Neuroleptika, Antidepressiva, Antiepileptika	Andere Medikamente

4.6 Weiterbehandlung

Im untersuchten Zeitraum vom 01.01.2015 bis 30.06.2015 wurden insgesamt 318 Patienten stationär aufgenommen. Bei den in der Studie eingegangenen Daten wurden 422 Weiterbehandlungen vermerkt. Daraus wird klar, dass einigen Kindern nach dem stationären Aufenthalt mehrere Behandlungsformen empfohlen wurden.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock wurde die Mehrheit (54,2%, n= 147) aller untersuchten Patienten (n=187) durch einen ambulanten Kinder- oder Erwachsenenpsychiater weiterbetreut.

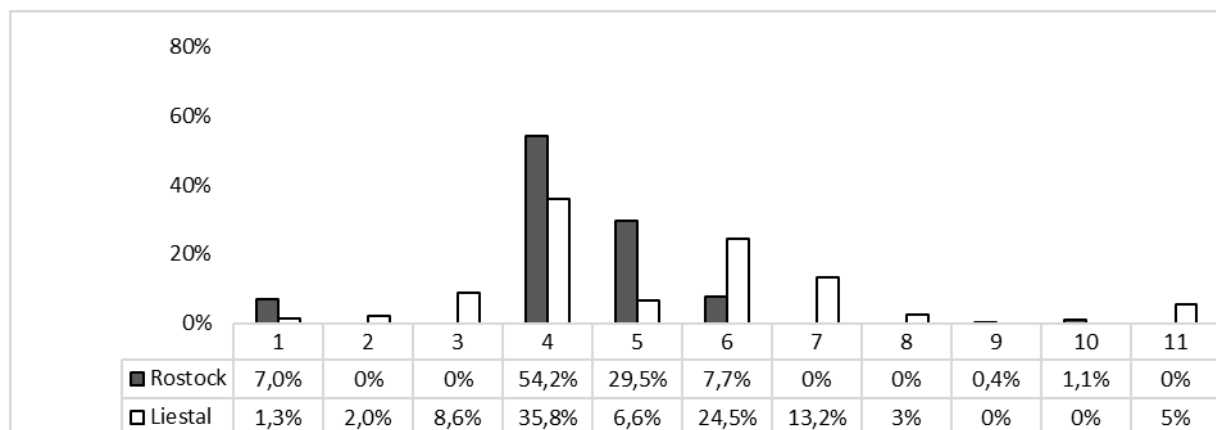
29,5% (n= 80) der Kinder wurden durch einen Psychotherapeuten weiter behandelt und 7,7% (n=21) wurden in eine tagesklinische Anschlussbehandlung überwiesen.

In 0,4% (n= 1) der Fälle wurde das Zentrum für Entwicklungsdiagnostik und Sozialpädiatrie aufgesucht und bei 1,1% (n= 3) der Kinder wurde ein Neurologe zur ambulanten Weiterbehandlung gewählt.

Bei 7,0% (n= 19) der Kinder war eine weitere medizinische Betreuung nach dem stationären Aufenthalt nicht notwendig.

In Liestal wurden in demselben Zeitraum 131 Patienten stationär aufgenommen. Auch in der Schweiz überwogen bei den untersuchten Kindern jene, die eine Weiterbehandlung durch den Kinder- oder Erwachsenenpsychiater erhielten (35,8%, n= 54), gefolgt von einer teilstationären Behandlung (24,5%, n= 37). 13,2% (n= 20) der Patienten wurden in ein Allgemeinkrankenhaus weitergeschickt aufgrund somatischer Beschwerden. Bei 6,6% (n= 10) der Kinder wurde die Praxis eines Psychotherapeuten aufgesucht und 8,6% (n= 13) haben einen Allgemeinmediziner zur Weiterbehandlung empfohlen bekommen. In 3,0% (n= 4) der Fälle bekamen die Kinder Hilfe bei der Behörde und 2,0% (n= 3) der Patienten suchten eine Beratungsstelle, eine soziale Institution oder einen Sozialdienst auf.

Lediglich bei 1,3% (n= 2) der Kinder wurde keine Weiterbehandlung empfohlen. In 5,0% (n= 8) der Fälle wurde eine andere Betreuung für die Zeit nach dem stationären Aufenthalt gewählt.



1. Keine
2. Beratungsstelle, soziale Inst., Sozialdienst
3. Praktizierende/r Arzt/Ärztin

4. Psychiater/in, Kinderpsychiater/in
 5. Psychotherapeut/in
 6. Psychiatrische Institution, teilstationär
 7. Allgemeinspital, somatisch
 8. Behörde
 9. Zeus (Zentrum für Entwicklungsdiagnostik und Sozialpädiatrie)
 10. Neurologie
 11. Andere
-

Abbildung 41: Weiterbehandlung nach Entlassung der Patienten aus den Kliniken der Städte Rostock und Liestal

5 Diskussion

Kaum ein Krankheitsbild bleibt so lange unerkannt und unbehandelt wie eine psychische Erkrankung/Störung. Bei manischen Depressionen beträgt der Zeitraum von den ersten Symptomen bis zur ersten Behandlung im Schnitt 6 Jahre. Psychische Störungen zählen zu den großen Volkskrankheiten der Welt. Bislang gibt es keine objektiven Messmethoden, wie zum Beispiel die Messung des Blutzuckerspiegels bei Diabetes mellitus. Da sowohl die Erst- als auch Verlaufsdiagnostik auf eigen- und /oder fremdanamnestischen Angaben beruht, ist es schwer festzustellen ob ein Medikament oder eine Therapie wirklich wirkt (Schulz, 2018). Psychische Erkrankungen zählen in Deutschland nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartigen Neubildungen und muskuloskelettalen Erkrankungen zu den vier wichtigsten Ursachen für den Verlust gesunder Lebensjahre (Plass et al., 2014). Jacobi et al. (2014) zeigt in seiner Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) erstmals seit der letzten Studie 1998, Bundesgesundheitsurvey (BGS98), die Ergebnisse zu Prävalenzen psychischer Störungen. Man kann in dieser Studie erkennen, dass in Deutschland jedes Jahr etwa 27,8%, das sind rund 17,8 Millionen Menschen der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen sind. Die häufigste psychische Störung in Deutschland laut Jacobi et al. ist mit 15,5% die Angststörung, gefolgt von unipolaren Depressionen (7,7%) und durch Alkohol der Medikamentenkonsum (5,7%). Die WHO geht davon aus, dass weltweit ca. 322 Millionen Menschen von Depressionen betroffen sind (WHO, 2017). Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) zeigte nach Angaben der Eltern, dass in den Jahren 2003 bis 2006 20,0% der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen psychisch auffällig waren. Die Prävalenz von psychisch auffälligen Kindern in der KiGGS Welle 2 im Zeitraum von 2014 bis 2017, war nach einem signifikanten Rückgang nur noch 16,9%. Jungen in der Altersgruppe von 3 bis 14 Jahren zeigen eine signifikant höhere Krankheitshäufigkeit (19,1%), als Mädchen mit 14,5%. Im Gegensatz zur Basiserhebung zeigte die KiGGS Welle 2, dass nur noch jeder sechste Junge, und nicht mehr jeder vierte Junge unter einer psychischen Erkrankung litt. Der Rückgang konnte bei den Mädchen nicht nachgewiesen werden. Nichtsdestotrotz sind Jungen auch in der KiGGS Welle 2 (2014-2017) häufiger von psychischen Auffälligkeiten betroffen als Mädchen (Jungen 19,1%, Mädchen 14,5%) (Klipker et al., 2018).

Um eine gute Versorgungslage für die psychische Gesundheit und Krankheit im Kindes- und Jugendalter gewährleisten zu können, werden verlässliche Zahlen benötigt. Der internationale Vergleich bezüglich Häufigkeit, Ursachen und Verlauf psychischer Störungen kann wichtige Hinweise für die nationale und internationale Gesundheitspolitik geben.

Die vorliegende Versorgungsstudie befasst sich mit einem Vergleich der Inanspruchnahmen zweier Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Städten Rostock und Liestal, das heißt im Nordosten der Bundesrepublik und im Nordosten der Schweiz. Die Daten wurden retrospektiv von allen im Zeitraum vom 01.01.2015 bis 30.06.2015 stationär aufgenommenen Patienten in vollanonymisierter

Form erhoben, um Aufschluss über die Zusammensetzung der Klientel, die am häufigsten gestellten Diagnosen und therapeutischen Optionen zu erhalten. Ein Teil dieser Dissertation widmet sich der Verordnung von Psychopharmaka.

Weiter umfasst die Analyse die Problembelastung der Kinder und Jugendlichen in Abhängigkeit von Persönlichkeitsmerkmalen (Geschlecht), Bildungsstand sowie dem familiären Hintergrund (Beziehung der leiblichen Eltern, väterliche oder mütterliche Bezugsperson). Die Versorgungsstrukturen beider Standorte sollen verglichen werden. Die Provenienz der Patient/innen wird regional beschrieben und verglichen, ebenso wie die Zusammenhänge zwischen psychosozialen Risiken und therapeutischen Optionen.

Innerhalb des Untersuchungszeitraumes vom 01.01.2015 bis 30.06.2015 stellten sich insgesamt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock in einem Einzugsgebiet von 400.000 Einwohner 187 Patienten vor. In der Vergleichsstadt Liestal in einem Einzugsgebiet von 500.000 Einwohnern stellten sich 131 Patienten vor. Mögliche Ursachen für die geringere Anzahl an Neuvorstellungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal könnten die vermehrten Behandlungen in anderen Therapieeinrichtungen wie in den drei Polikliniken, durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater oder Kinderärzte sein.

Altersverteilung

Der Altersgipfel der Gesamtklientel liegt in Rostock deutlich zugunsten der älteren Schulkinder im Alter von 14 bis 18 Jahren (44,4%). Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) zeigte ähnliche Ergebnisse. Der Anteil an Kindern, für die eine sehr gute Gesundheit angegeben war, ist in der Altersgruppe der 3 bis 6 Jährigen am höchsten und sinkt mit zunehmendem Alter. In der Vergleichsstadt Liestal werden signifikant mehr Patienten im Alter zwischen 14 und 18 Jahren behandelt ($p=0,008$), das heißt Patienten der Schweizer Klinik sind im Vergleich älter. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz wurden Kinder unter 7 Jahre in dem untersuchten Zeitraum nicht stationär behandelt und 71,8% waren älter als 14 Jahre. Im Kanton Baselland und Baselstadt wird großer Wert auf ambulante Behandlung gelegt, aus diesem Grund finden diagnostische und therapeutische Angebote überwiegend ambulant statt. Soweit es möglich ist, werden Kinder unter 7 Jahren in der Schweiz ambulant behandelt, daher ist diese Altersgruppe enorm untervertreten und im Untersuchungszeitraum gar nicht vorhanden.

Die Studie von Case et al. (2007), Trends in der stationären psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in den öffentlichen Krankenhäusern der USA zwischen 1990 und 2000, kommt auf ähnliche Ergebnisse. Hier dominierte sowohl im Jahr 1990, als auch 2000 die Altersgruppe 14 bis 17 Jähriger. Im Jahr 1990 waren 70,6% der Patienten im Alter zwischen 14 und 17 Jahren. 64,3% der im Jahr 2000 stationär behandelten Kinder und Jugendlichen befanden sich in derselben Altersgruppe.

Die einzige repräsentative Studie zur Prävalenz von psychischen Störungen im Kinder- und Jugendalter wurde von Steinhausen et al. (1998) , Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology, durchgeführt. In dieser Studie war die Altersverteilung eine andere, denn da hatte die jüngste Altersgruppe (6 bis 9 Jahren) mit 31,3% und die mittlere Altersgruppe (10 bis 13 Jahre) mit 25,4% eine signifikant höhere Prävalenz an einer psychischen Störung zu erkranken als die älteste Altersgruppe (14 bis 17 Jahren) mit 12,8%. Für Kinder unter sieben Jahren gibt es in der Schweiz überhaupt keine repräsentativen Studien (von Wyl et al. 2017).

Geschlechterverteilung

Es gibt einen signifikanten Unterschied der Geschlechterverteilung der in beiden Kliniken aufgenommenen Patienten ($p=0,005$). Das Verhältnis zwischen Jungen und Mädchen ist in Rostock zu Gunsten der Knaben und in Liestal zu Gunsten der Mädchen.

Tabelle 6: Geschlechterverteilung

	Rostock	Liestal
weiblich	49,7%	65,6%
männlich	50,3%	34,4%

Die Untersuchungsergebnisse aus der Klinik in Rostock decken sich mit den Zahlen der KiGGS Welle 2, die eine erhöhte Morbiditäts- beziehungsweise Prävalenzrate männlicher Kinder und Jugendlicher belegen. Jungen zeigen in dieser Studie mit 19,1% eine signifikant höhere Prävalenz als Mädchen mit 14,5%.

Die Auswertung der medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS zur Inanspruchnahme stationärer Leistungen zeigte, dass im Jahr 2015 in der Schweiz mit rund 60% deutlich mehr Mädchen als Jungen stationär behandelt worden sind. Männliche Patienten wurden häufiger ambulant behandelt (Wyl und Howard et al. 2017).

Die Unterschiede in den Vergleichskliniken bezüglich der Geschlechterverteilung könnten zum einen damit erklärt werden, dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal der Schwerpunkt bei den Essstörungen liegt und diese Erkrankung häufiger bei Mädchen vorkommt. Diese Behauptung kann anhand der Ergebnisse der KiGGS- Studie bestätigt werden. Mädchen sind mit 28,9% hochsignifikant häufiger betroffen an einer Essstörung zu erkranken, als das männliche Geschlecht. (15,2%) Der Altersgipfel wird zwischen dem 14. und 16. Lebensjahr angegeben (Hölling et al. 2007). Somit kann die zweite Hypothese bestätigt werden. Das weibliche Geschlecht dominiert in der Klinik in Liestal aufgrund des Schwerpunktes, Essstörungen.

Bei genauer Betrachtung des Zusammenhangs der Alters- und Geschlechterverteilung kann ein signifikanter Unterschied in den beiden Ländern erkannt werden. Die Mehrheit (60,2%) der

untersuchten Mädchen waren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock in der Altersgruppe von 14 bis 18 Jahren. Knaben waren in der deutschen Stadt am häufigsten (46,8%) im Schulalter von 7 bis 13 Jahren. In Liestal befand sich der größte Anteil der untersuchten Patienten im Alter von 14 bis 18 Jahren. 76,7% der Mädchen und 62,2% der Jungen repräsentierten diese Altersgruppe. Im Untersuchungszeitraum wird deutlich, dass in der Schweizer Stadt signifikant mehr Mädchen und Jungen im Alter von 14 bis 18 Jahren stationär behandelt worden sind. Wie bereits in der Altersverteilung erwähnt, sind die Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal signifikant älter.

Nationale Verteilung

In der Frage der nationalen Verteilung der Patienten Klientel kann keine genaue Angabe gemacht werden, da in 43,3% der Fälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock keine Herkunft angegeben war. Abgesehen von den Patienten, bei denen die Herkunft nicht bekannt war, überwog sowohl in Rostock (56,1%), als auch in Liestal (87,8%) die Staatsangehörigkeit des eigenen Landes.

Hier kann erwähnt werden, dass laut dem Bundesamt für Statistik die Schweiz eines der Länder mit den höchsten Ausländeranteilen ist, 2015 waren es 24,6%. Über 80% aller Ausländerinnen und Ausländer stammen aus europäischen Ländern wie Deutschland, Italien, Portugal und Frankreich. Personen dieser vier Länder machten fast die Hälfte aller Ausländer in der Schweiz aus. Im Kanton Baselland wurden 2015 bei einer Einwohnerzahl von 284,165 Personen 62,841 Ausländer gezählt, damit hatten zu diesem Zeitpunkt 22,1% aller Einwohner keine Schweizer Staatsangehörigkeit. Ebenfalls muss angesprochen werden, dass die Schweizer Nationalität nicht automatisch mit der Geburt im Land verliehen wird, sondern dass zahlreiche Ausländerinnen und Ausländer, die in der Schweiz geboren werden, die Nationalität ihrer Eltern behalten.

Vergleichsweise dazu zeigte das statistische Bundesamt, dass der Anteil der ausländischen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung in Deutschland im Jahr 2015 10,5% aller melderechtlich erfassten Personen ausmachte. Laut dem Statistischen Bundesamt liegt der Ausländeranteil in Westdeutschland über dem von Ostdeutschland. In Mecklenburg-Vorpommern waren 2015 3,7% und in Rostock 5,1% der Einwohner nichtdeutscher Herkunft. In Westdeutschland dominierten die Ausländer aus Nationen, aus denen in der alten Bundesrepublik Arbeitskräfte angeworben wurden. Türken, Italiener und Griechen finden sich hier weit vorn. Ganz anders die Situation im Osten. Dort sind Syrer, die zum Großteil in den vergangenen Jahren nach Deutschland gekommen sind, in vielen Landkreisen die dominierende Nation.

Sozialstruktur

Trennung der Eltern, Scheidung, chronisch familiäre Disharmonie, alleinerziehende Mutter, Verlust der Eltern, Geburt eines jüngeren Geschwisterkindes und Arbeitslosigkeit der Eltern sind Risikofaktoren für die Entstehung psychischer und psychosomatischer Krankheiten (Egle et al. 1997).

Struktur des Elternhauses und mütterliche/ väterliche Bezugsperson

Mehr als ein Drittel (37,9%) der untersuchten Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock lebten in Familien mit beiden Elternteilen. In 62,1% der Fälle waren die Kindseltern getrennt oder geschieden. In der deutschen Stadt lebten 80,2% der Kinder bei ihrer leiblichen Mutter und knapp ein Fünftel hatte keine mütterliche Bezugsperson. Im Gegensatz dazu hatten nur 44,4% der Patienten den leiblichen Vater und ein Drittel keine väterliche Bezugsperson. Das Statistische Bundesamt in Deutschland zählte 2015 2.739 Alleinerziehende, wovon 2.331 Mütter und 409 Väter waren.

In den Untersuchungsergebnissen lässt sich erkennen, dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock die Zahl der männlichen Patienten mit alleinerziehenden Müttern überwog.

Zur psychischen Gesundheit von Kindern aus Scheidungsfamilien und alleinerziehenden Elternteilen finden sich zahlreiche Studien. Bodenmann (2006) beschreibt in seiner Publikation, dass viele Faktoren, die eine Scheidung mit sich bringt, wie elterliche Konflikte, Veränderung der Familienstruktur, eingeschränkter Kontakt zu einem Elternteil und Umzug bei Kindern zu psychischen Störungen führen können. Er erwähnt auch, dass Knaben vor der Pubertät häufig emotional labiler sind und wenn aufgrund der Scheidung der Kontakt zum Vater eingeschränkt wird, fehlt ihnen das männliche Vorbild. Das kann ein Grund sein, warum in den Untersuchungsergebnissen in Rostock vermehrt männliche Patienten in stationärer Behandlung waren. Lau (2008) erkannte in seiner Dissertation sowohl in den Jahren 1991/92 bei 63% der Patienten, als auch 1998/99 bei 70% der Patienten einen Trend in Richtung mehr geschiedener Eltern.

Im Unterschied zu Rostock wohnten in der Vergleichsstadt Liestal im Untersuchungszeitraum signifikant mehr Kinder bei beiden Elternteilen. ($p=0,011$) Der überwiegende Teil der Kinder und Jugendlichen hatte sowohl die leibliche Mutter (97,6%), als auch den leiblichen Vater (80,8%) als Bezugsperson. Die Daten des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung bestätigen diese Ergebnisse, denn im Jahr 2015 lebten in Deutschland 75,1% und in der Schweiz 80,6% der Kinder bei verheirateten Eltern. Kinder bei alleinerziehenden Eltern machten in Deutschland 16% und in der Schweiz 12,3% aus. Anhand der Untersuchungsergebnisse kann die vierte Hypothese bestätigt werden, dass der Risikofaktor, „Scheidung der Eltern“ und die damit verbundenen Konflikte zu vermehrten Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend führen. Sowohl in der Klinik in Rostock als auch in Liestal war die Mehrheit der Eltern von Kindern mit einer F9 Diagnose getrennt.

Einzelkinder und Geschwisterkinder

Die Zahl der Familien mit zwei Kindern überwog bei den Patienten in Rostock in den Untersuchungsergebnissen mit 41,2%. Einzelkinder waren mit 29,4% und Kinder mit mindestens einem Geschwisterkind mit 70,5% vertreten. Was ist der Unterschied zu Familien mit 2 Kindern? Im Vergleich dazu hatten 93,9% der Kinder in Liestal ein oder mehr Geschwister und nur 6,2% waren Einzelkinder. Familien mit zwei Kindern machten in der Schweiz 24,7% aus. Es lässt sich feststellen, dass in der

Schweizer Stadt signifikant mehr Geschwisterkinder unter psychischen Störungen leiden. ($p=0,000$) Auf der einen Seite findet man in der Literatur die Annahme des klinischen Psychologen Arnold Langenmayr (1987), dass eine große Geschwisterreihe ein mitverantwortlicher Faktor für neurotische Störungen sowie psychosomatische- und körperliche Erkrankungen ist. Auf der anderen Seite beschreibt Kasten (1995) in seinem Buch „Aufwachsen ohne Geschwister“, dass es keinen wesentlichen Unterschied zwischen Einzelkindern und Geschwisterkindern gibt, sondern, dass die Entstehung von psychischen Erkrankungen auf individuelle kritische Lebensereignisse, wie zum Beispiel Scheidung, Tod eines nahen Verwandten oder auf schwere Schicksalsschläge zurückzuführen ist.

Der Fakt, dass sowohl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock, als auch in Liestal Geschwisterkinder in den Untersuchungsergebnissen am häufigsten unter psychiatrischen Störungen litten, kann auf bestimmte einschneidende Lebensereignisse zurückzuführen sein oder es liegt daran, dass Geschwisterkinder häufiger aus Familien mit niedrigem Sozialstatus stammen oder, wie auch schon Arnold Langemayr (1987) in seiner Studie erwähnt hatte, kann eine große Geschwisterreihe ein Risikofaktor für psychiatrische Störungen sein. Warum im direkten Vergleich der beiden Städte in der Klinik in der Schweiz signifikant weniger Einzelkinder und mehr Geschwisterkinder betroffen sind, kann hier nicht beantwortet werden.

Geburtsrang

Die Untersuchungsergebnisse geben Aufschluss darüber, dass sowohl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock (65,0%), als auch in Liestal (51,9%) Erstgeborene am häufigsten in stationärer Behandlung waren. Bezogen auf den Geburtsrang kann kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Lau (2008) kam in seiner Studie auf andere Ergebnisse, denn hier machten die Zweitgeborenen den größten Anteil mit mehr als einem Drittel aus. Der Anteil der Erstgeborenen war mit 26,5% nur der Zweithäufigste.

Ausbildung der Kinder

In Bezug auf die Ausbildung der untersuchten Patienten der Städte Rostock und Liestal kann ein signifikanter Unterschied erkannt werden ($p= 0,000$). Zum einen besuchte ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen der Klinik in Rostock Sonderklassen, Schulen für Lernhilfe oder Lernbehinderte, oder eine Förderschule. In Liestal waren es lediglich 1,3% der Patienten, die in diese Art von Schulen gingen. Zum anderen gibt es in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz weit mehr Schüler, die die Schule verweigerten.

Einweisungsmodus

Innerhalb des Untersuchungszeitraumes wurde sowohl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock (41,1%), als auch in Liestal (57,8%) der Großteil der Patienten durch einen Arzt eingewiesen. Hierbei handelte es sich um Kinderärzte, Hausärzte, ambulante Kinder- und Jugendpsychiater oder

Erwachsenenpsychiater. An zweiter Stelle erfolgte die Anregung zur stationären Behandlung in der deutschen Stadt in 34,5% durch die Psychiatrische Institutsambulanz und an dritter Stelle durch eine andere Klinik oder den Notarzt oder Rettungsdienst. Nur in 1,2% der Fälle wurde in Rostock als Einweisungsmodus ein Familienangehöriger angegeben. Im Vergleich dazu kamen in Liestal weit mehr Patienten auf Bestreben der Familie in die Klinik, insgesamt 20.3%. In 14,8% der Fälle erschienen die Kinder in Liestal auf Anraten anderer medizinischer Institutionen. Der statistisch signifikante Unterschied ($p=0,000$) der beiden Städte bezogen auf den Einweisungsmodus ist womöglich darin begründet, dass die Ambulanzen in den beiden Ländern unterschiedliche Aufgaben haben. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock kommen im Vergleich zu Liestal die meisten Patienten nur über die Psychiatrische Institutsambulanz in der Klinik auf die Station.

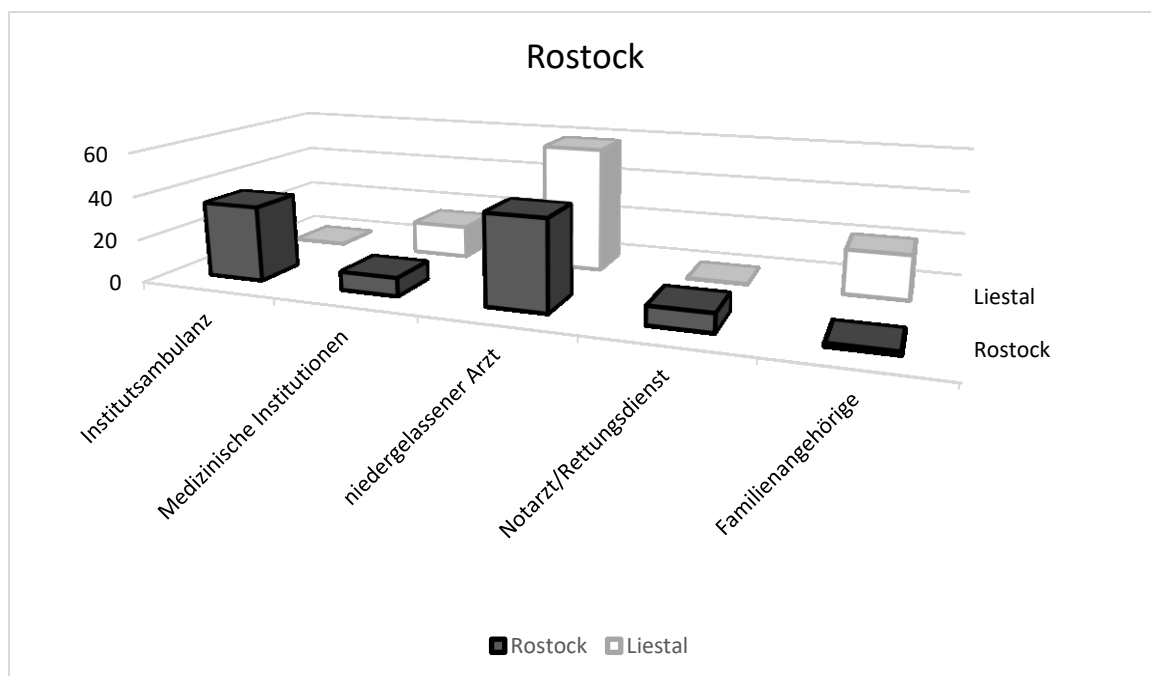


Abbildung 42: Einweisungsmodus

Verweildauer und Anzahl der stationären Klinikaufenthalte

Die stationäre Behandlungsdauer der Patienten lag im Untersuchungszeitraum im Bereich von 1 bis 304 Tagen. Im Durchschnitt lagen die Patienten in Rostock 33,07 Tage und in Liestal 28,85 Tage in der Klinik zur stationären Behandlung.

Beim Zusammenfassen der stationären Behandlungstage in „Kurz“ bis eine Woche und „Lang“ ab einer Woche fällt auf, dass die untersuchten Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock signifikant länger als in der Schweizer Stadt Liestal auf Station verweilen ($p=0,002$). 43,1% der Kinder in der deutschen Stadt verbrachten bis zu einer Woche und 63,4% länger als eine Woche auf der Station. In der Vergleichsstadt waren mehr als die Hälfte (56,9%) der Patienten im Untersuchungszeitraum maximal 7 Tage und nur 36,6% länger als 7 Tage in stationärer Behandlung. Die kürzere

Behandlungsdauer in der Schweiz muss nicht unbedingt negativ bewertet werden, da die ambulante Therapie in Liestal eine wichtige Rolle spielt. Dadurch stellt sich die Frage, ob die untersuchten Patienten schneller als in Rostock wieder in die ambulante Therapie geschickt werden. Da laut Wyl, Howard (et al 2017) entsprechende Daten zu ambulanten ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlungen in der Schweiz gänzlich fehlen, kann diese Frage nicht beantwortet werden. In der Studie von Lau (2008) wurden in Rostock bereits verkürzte stationäre Behandlungszeiten festgestellt, welche sich dadurch erklären lassen, dass dies Folgen der Veränderungen in der Gesundheitspolitik, Konsequenzen des Druckes durch die Krankenkassen, aber auch Ausdruck des gestiegenen Bedarfs an stationären Therapien sind.

Diagnosen

Bei den in der Studie eingegangenen Patienten (n=318) wurden insgesamt 870 Diagnosen gestellt. Daraus wird ersichtlich, dass einige Kinder unter koinzidenten Erkrankungen litten. Die Anzahl der Diagnosen jedes einzelnen Patienten kann nur bedingt verglichen werden, da von der Psychotherapiestation (PTS) und der Universität Kinderspital beider Basel (UKBB) in der Schweiz nur die Hauptdiagnosen zur Verfügung standen.

Bei der ersten Behandlungsdiagnose kann ein signifikanter Unterschied ($p=0,000$) bei den F3, F5, F8 und F9 Diagnosen beider Städte erkannt werden.

In den Untersuchungsergebnissen lässt sich erkennen, dass die am häufigsten behandelten Diagnosengruppen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal die affektive Störung (F3), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4), Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5), und Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) waren. Von Wyl et al. (2017) kommt in ihrer systematischen Zusammenstellung empirischer Berichte von 2006 bis 2016 zu denselben Ergebnissen.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock wurden am häufigsten Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) und Entwicklungsstörungen (F8) gestellt. Lau (2008) und Noterdaeme et al. (2003) kamen zu ähnlichen Ergebnissen.

F3 „Affektive Störungen“

Eine krankhafte Veränderung der Stimmungslage ist das Merkmal der affektiven Störung. Sie zeigt sich am häufigsten, wie auch in den beiden Vergleichskliniken, in Form einer Depression oder seltener durch eine Manie. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock führten die Ärzte in 9,6% der Fälle eine affektive Störung als Hauptdiagnose an. In Liestal waren es 29,8% der untersuchten Kinder und Jugendlichen. Das heißt, diese Diagnosegruppe wurde in der Schweiz dreimal häufiger gestellt. In beiden Städten waren vor allem Mädchen im Alter zwischen 14 und 18 Jahren betroffen. Psychische Probleme im Kindes- und Jugendalter kommen in vielfältiger Gestalt vor und können in

internalisierende (d.h. Probleme mit sich selbst) und externalisierende (d.h. Probleme im Umgang und Zusammenleben mit anderen) eingeteilt werden. (Döpfner et al. 1997). Während bei Jungen häufiger von externalisierenden Auffälligkeiten, wie zum Beispiel Aggressivität und Unaufmerksamkeit berichtet wird, treten internalisierende Auffälligkeiten, wie zum Beispiel Angst und Depressionen, vermehrt bei Mädchen auf (Hölling et al. 2014; Hölling et al. 2007). Dies könnte eine mögliche Ursache der hohen Prävalenz der F3 Diagnosen in Liestal sein, da wir in der Schweizer Stadt im Vergleich zu Rostock signifikant mehr Mädchen in der Patientenklientel hatten. ($p= 0,005$) Inwieweit die hohe Krankheitshäufigkeit der affektiven Störungen in Liestal tatsächlich am Geschlechterunterschied liegt oder, auf eine unterschiedliche Diagnosegewohnheit beziehungsweise auf ein anderes Gesundheitssystem zurückzuführen ist, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden.

F5 „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

Unter der Diagnose Gruppe „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ wurden Kinder mit Essstörungen, nichtorganische Schlafstörungen und psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderorts klassifizierten Krankheiten zusammengefasst.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal wurde diese Diagnosegruppe siebenmal häufiger gestellt als in der in Deutschland untersuchten Klinik. In Rostock waren es 3,2% und in Liestal 22,1% der untersuchten Patienten, die unter derart klassifizierten Störungen litten. In beiden Kliniken überwog das weibliche Geschlecht. In Rostock waren am häufigsten die Mädchen im Alter von 14 bis 18 Jahren und in der Schweiz in der Altersgruppe 7 bis 13 betroffen. Hölling (et al 2007) kommt in ihrer Studie „Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey in Deutschland (KiGGS) auf ähnliche Ergebnisse. Dieser große Unterschied kommt am ehesten daher, dass der Schwerpunkt der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal bei Essstörungen liegt. Eine Hälfte der Patienten auf der psychiatrisch-psychosomatischen Station im Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) leidet unter Essstörungen und die Psychotherapiestation in Liestal ist ebenfalls für Patienten mit schweren Essstörungen ausgelegt.

F8 „Entwicklungsstörungen“

Die Behandlungsdiagnose F8, wurde in Liestal in dem untersuchten Zeitraum nie als Hauptdiagnose angeführt, wohingegen in Rostock die Ärzte bei 12,3% der Patienten diese Entwicklungsstörungen als erste Behandlungsdiagnose angegeben hatten. Dieser Unterschied in den beiden Kliniken lässt sich auf der einen Seite dadurch erklären, dass Entwicklungsstörungen vor allem in der zweiten Achse des multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters angegeben werden. Auf der anderen Seite könnte die Ursache für die Unterschiede darin begründet sein, dass fast nur Hauptdiagnosen aus der Schweizer Klinik zur Verfügung gestellt wurden und daher Entwicklungsstörungen in dieser Studie enorm untervertreten sind. Eine weitere Ursache wäre dadurch denkbar, dass es im Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) eine eigene Abteilung für Neuro- und Entwicklungspädiatrie gibt.

F9 „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“

In Bezug auf den Symptomenkomplex „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“, in welchem hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, Emotionale Störungen des Kindesalters, Störungen sozialer Funktionen, Tic-Störungen und andere Verhaltens- und emotionale Störungen zusammengefasst werden, konnte bei der Stichprobe ein Unterschied in beiden Städten erkannt werden. In der Klinik in Rostock wurde in 41,2% der Fälle eine F9 Diagnose gestellt und in Liestal war dies nur bei 17,6% der untersuchten Kinder der Fall. Das heißt, die Diagnosegruppe F9 wurde in der deutschen Stadt mehr als doppelt so häufig gestellt. Um herauszufinden, welche Subkategorie den starken Anstieg verursacht hatte, wurde die Kategorie F9 differenzierter betrachtet. Hier zeigte sich, dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock am häufigsten die Kategorie F91 mit 22,1%, gefolgt von F93 und F90 vorkam. Goldbeck kam in seiner Studie 1990 über die Inanspruchnahmepopulation der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin auf ähnliche Ergebnisse. Auch hier wurden Patienten mit Abstand am häufigsten mit einer spezifischen emotionalen Störung und mit Störung des Sozialverhaltens stationär behandelt. Im Vergleich dazu war in der Klinik in Liestal die mit Abstand am häufigsten vorkommende Kategorie mit 30,4% die F90 Diagnose, gefolgt von F92 mit 21,7%.

Die Diagnosevergabe in Abhängigkeit vom Geschlecht der untersuchten Kinder und Jugendlichen in beiden Städten zeigte einen signifikanten Unterschied. ($p=0,000$) In Rostock haben mehr Knaben und in Liestal mehr Mädchen eine F9 Diagnose gestellt bekommen. Seiffge-Krenke (2013) kommt in Deutschland auf ähnliche Ergebnisse, fast zwei Drittel waren Jungs, die eine F9-Diagnose gestellt bekommen haben.

Die hohe Prävalenz der Behandlungsdiagnose F9 in der Klinik in Rostock könnte darauf zurückzuführen sein, dass in der deutschen Stadt, wie im Kapitel „Struktur des Elternhauses und mütterliche/ väterliche Bezugsperson“ schon erwähnt, 62,1% der Kindseltern geschieden oder getrennt waren. Somit lebte die Mehrheit der männlichen Patienten bei ihrer leiblichen Mutter ohne männliche Bezugsperson. Wie Bodenmann (2006) schon in seiner Publikation beschreibt, sind Knaben vor der Pubertät häufig emotional labil und oft ist aufgrund der Scheidung der Kontakt zum Vater eingeschränkt und so fehlt ihnen das männliche Vorbild. Mögliche Belastungssituationen, die bei Kindern und Jugendlichen zu einer psychischen Erkrankung führen können, sind bestimmte Lebensumstände beziehungsweise Veränderungen, wie die Trennung oder Scheidung der Eltern, der Tod eines engen Familienmitglieds, eine schwere Erkrankung in der Familie oder Umzug in eine neue Umgebung.

- Altersverteilung bezogen auf die Hauptdiagnose

In der Stichprobe der Untersuchung wird deutlich, dass es beim Vergleich der Städte Rostock und Liestal bezogen auf die Altersverteilung der ersten Behandlungsdiagnose einen Unterschied gibt.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock litt die Mehrheit (62,5%) der Kinder unter 7 Jahre an einer Entwicklungsstörung. Der größte Teil der untersuchten Patienten sowohl in der Altersgruppe von 7 bis 13 Jahren (78,9%), als auch von 14 bis 18 Jahren (53,5%) hatte eine Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend diagnostiziert bekommen.

Im Vergleich zu Rostock gab es in den Untersuchungsergebnissen der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal, wie schon oben erwähnt, keine Kinder von 0 bis 6 Jahren, die stationär behandelt wurden. Im Alter von 7 bis einschließlich 13 Jahren überwogen die Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren. Der Altersgipfel der affektiven Störungen lag in Liestal bei den 14- bis 18-jährigen Patienten.

Pharmakotherapie

Der Einsatz von Psychopharmaka bei Kindern mit psychischen Störungen hat je nach Indikation einen unterschiedlichen Stellenwert innerhalb des Gesamttherapieplanes. Ihr Einsatz sollte stets in Kombination mit anderen Therapieformen stehen. Beim Vergleich der beiden Städte sieht man einen signifikanten Unterschied in den Untersuchungsergebnissen bezogen auf die Pharmakotherapie. ($p=0,002$) In der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock haben 58,3% und in Liestal 32,5% der Kinder mindestens ein Medikament erhalten, wobei die Dosierung und der Zeitraum, über welchen die Medikamente verordnet wurden, unberücksichtigt blieben. Zwei Drittel der Patienten in der Klinik in Liestal hatten keine Pharmakotherapie und in Rostock waren es lediglich 41,7% der Kinder. In der in Deutschland untersuchten Klinik wurde signifikant häufiger die medikamentöse Therapie gewählt.

Franke (et al 2016) berichtete mittels einer systematischen Analyse aus seinen veröffentlichten Studien zur Psychopharmakoepidemiologie in Deutschland über die Verordnungshäufigkeit von Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen zwischen 2000 und 2012. In seiner Studie lässt sich in Deutschland der Trend feststellen, dass Antidepressiva, Psychostimulanzien und Neuroleptika in den vergangenen Jahren häufiger an Kinder und Jugendliche verordnet wurden. In Deutschland wurde immer wieder von steigenden Verordnungszahlen von Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen berichtet (Bachmann et al. 2014; Lehmkuhl et al. 2014; Grobe et al. 2013).

Ein möglicher Grund dafür, dass eine medikamentöse Behandlung anstelle einer Psychotherapie gewählt worden ist, könnte sein, dass diese zeitsparender ist. Medikamentöse Therapien werden schneller initiiert, da auf Patienten- und Familienseite weniger Zeit und Motivation benötigt wird (Bachmann et al. 2014).

Zu den Psychopharmaka in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland finden sich in der Studie von Abbas (et al 2016) folgende Angaben: Die Behandlungsprävalenz mit Psychopharmaka nahm im Zeitraum von 2004 bis 2012 zu, wobei die Neuverordnungsrate sanken bis konstant blieben. Die Verordnungsprävalenz von Stimulanzien erhöhte sich von 10,5 im Jahr 2004 auf 19,4 Promille im Jahr 2010. Die Antipsychotika-Prävalenz nahm von 2004 bis 2012 von 2,3 auf 3,1 Promille zu. Auch bei der Antidepressiva- Prävalenz ließ sich ein leichter Anstieg von 2009 auf 2012 von 1,9 auf 2,2 Promille

erkennen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam Franke (et al 2016). Das Ergebnis dieser Analyse war, dass sich trotz der Heterogenität der publizierten Daten zur Psychopharmakoepidemiologie in Deutschland bei Kindern und Jugendlichen ein Anstieg der Verordnung der Antidepressiva, Psychostimulanzien, als auch Antipsychotika in den vergangenen Jahren erkennen lässt.

Die Auswahl der Arzneimittel bei der Pharmakotherapie ist in beiden Kliniken sehr unterschiedlich. Am häufigsten wurden in der deutschen Stadt Antiepileptika verordnet. Diese Arzneimittelgruppe machte rund ein Drittel der Gesamtverordnung in dieser Klinik in dem untersuchten Zeitraum aus. 25,4% fiel in die Gruppe der Neuroleptika, 12,7% zu den Antidepressiva und in 7,0% der Fälle war es Methylphenidat. Andere Medikamente machten rund ein Fünftel der Gesamtverordnung aus.

In der Vergleichsklinik in Liestal wurden am häufigsten Antidepressiva gewählt. Diese Arzneimittelgruppe machte rund ein Drittel der Gesamtverordnung aus. 23,5% fiel in die Gruppe der Neuroleptika, 8,8% waren Methylphenidat, und 5,8% waren Tranquilizer. Andere Medikamente wurden in 29,4% der Fälle gewählt, in denen eine Pharmakotherapie indiziert war.

Der große Unterschied bei der Verordnung von Antiepileptika lässt sich am ehesten damit erklären, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock auch eine Klinik für Neurologie ist und einige Kinder mit Epilepsie behandelt worden sind. Im Universitäts- Kinderspital beider Basel (UKBB) gibt es neben der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie auch eine Abteilung für Neuro- und Entwicklungspädiatrie. Das heißt, Kinder und Jugendliche mit Nerven- und Muskelkrankheiten sowie Entwicklungsstörungen werden nicht auf der von uns untersuchten Station für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz behandelt. Die höhere Anzahl an Antidepressiva Verordnungen in Liestal lässt sich auf der einen Seite dadurch erklären, dass 70% der Kinder und Jugendlichen in Liestal mit einer F5 Diagnose ein Antidepressivum verordnet bekamen und auf der anderen Seite, dass die am häufigsten gestellte Diagnose in Liestal eine F3 Diagnose war und diese in 25,0% der Fälle ebenfalls mit Antidepressiva behandelt worden sind.

Bei genauer Betrachtung der Pharmakotherapie der ersten und zweiten Behandlungsdiagnose der Städte Rostock und Liestal fällt auf, dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal Patienten mit einer F1, F2, F6, F7 Diagnose nicht medikamentös therapiert worden sind. Im Untersuchungszeitraum gab es in Liestal keine Patienten mit einer organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störung oder einer Entwicklungsstörung.

Affektive Störungen wurden in der Schweizer Stadt am häufigsten, also in 37,5% der Fälle mit Neuroleptika und an zweiter Stelle (in 25,0% der Fälle) mit Antidepressiva behandelt. Im Gegensatz dazu wurden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock bei dieser Diagnose Gruppe mit 66,7% am häufigsten Antidepressiva verordnet und nur bei 16,7% der Patienten mit derselben Erkrankung Neuroleptika.

Bei F4 Diagnosen wählten die Kinder und Jugendpsychiater in Liestal am häufigsten in 28,6% der Fälle Neuroleptika und in Rostock in 33,3% Antidepressiva.

Bei Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, wo die häufigste Subkategorie in der Schweiz die hyperkinetische Störung war, wurde am häufigsten Methylphenidat verordnet. In der deutschen Klinik wurden bei dieser Diagnose Gruppe am häufigsten Antiepileptika oder Neuroleptika gewählt. Anhand dieser Ergebnisse, kann die dritte Hypothese bestätigt werden, dass in beiden Städten die Verordnung der Psychopharmaka unterschiedlich ist.

6 Zusammenfassung

Im Vergleich der Inanspruchnahme zweier Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Städten Rostock und Liestal stellen sich einige Unterschiede dar:

1. Schon bei der Anzahl der in dem Zeitraum 01.01.2015 bis einschließlich 30.6.2015 stationär aufgenommenen Patienten gibt es Unterschiede. In der Klinik in Rostock handelte es sich insgesamt um 187 Patienten. In der Vergleichsstadt Liestal waren es 131 Mädchen und Jungen, die eine stationäre Behandlung in Anspruch genommen haben.
2. Die Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal waren im direkten Vergleich signifikant älter.
3. In Rostock wurden signifikant mehr Knaben und in Liestal mehr Mädchen stationär behandelt. Somit bestätigt sich die zweite Hypothese, dass vermehrt das weibliche Geschlecht in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal vertreten ist aufgrund des Schwerpunktes der Essstörungen.
4. Zu verzeichnen ist, dass in Liestal signifikant mehr Kinder in einem „heilen“ Elternhaus aufwachsen, mit sowohl einer mütterlichen als auch einer väterlichen Bezugsperson. Anhand der Untersuchungsergebnisse kann die Hypothese bestätigt werden, dass der Risikofaktor, „Scheidung der Eltern“ und die damit verbundenen Konflikte zu vermehrten Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend führen. Sowohl in der Klinik in Rostock als auch in Liestal war die Mehrheit der Eltern von Kindern mit einer F9 Diagnose getrennt.
5. In den Untersuchungsergebnissen lässt sich erkennen, dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Liestal signifikant weniger Einzelkinder und mehr Geschwisterkinder im untersuchten Zeitraum in der Klinik vorstellig wurden.
6. In Rostock besuchten mehr Kinder Sonderklassen, Schulen für Lernhilfe oder Lernbehinderte, oder eine Förderschule, und in Liestal gab es mehr Schulverweigerer.
7. Bei der Einteilung der stationären Behandlungstage in „Kurz“ bis eine Woche und „Lang“ ab einer Woche fällt auf, dass die untersuchten Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock signifikant länger auf der Station verweilten.
8. In den beiden Kinder- und Jugendpsychiatrien kann ein signifikanter Unterschied bei den F3, F5, F8 und F9 Diagnosen erkannt werden.
 - a. F3 Diagnosen wurden in der Klinik in Liestal im Vergleich zum deutschen Krankenhaus dreimal häufiger von den Kinder- und Jugendpsychiatern gestellt.
 - b. F5 Diagnosen sind in Liestal siebenmal häufiger als in der Vergleichsstadt Rostock vorgekommen.

- c. F8 Diagnosen waren im Untersuchungszeitraum in der Schweizer Klinik gar nicht vertreten.
 - d. Kinder mit F9 Diagnosen waren in der Klinik in Rostock doppelt so häufig vertreten.
9. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock wurde signifikant häufiger die medikamentöse Therapie gewählt.
- a. In Rostock wurden am häufigsten Antiepileptika und in Liestal Antidepressiva verordnet.

Die hohe Anzahl der Kinder und Jugendlichen in der Klinik in Rostock, bei denen eine medikamentöse Therapie gewählt worden ist, ist auf jeden Fall kritisch zu sehen.

Kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Städten konnte hinsichtlich des Geburtsranges festgestellt werden.

Die Frage, ob sich die stationäre Versorgungsstruktur der beiden Städte unterscheidet, kann auf jeden Fall deklariert werden, somit wird die Hypothese, dass sich in beiden Städten die Versorgungsstruktur nicht unterscheidet abgelehnt.

7 Anhang

7.1 Basisdokumentation

Name, Vorname des Versicherten			geb. am			BASISDOKUMENTATION		
Kassen-Nr.			Versicherten-Nr.			Status		
Vertragsarzt-Nr.			VK gültig bis			Datum		
04 Geschlecht:						1 männlich 2 weiblich		
05 Staatsangehörigkeit:						01 Deutschland 02 Österreich 03 Schweiz 04 Italien 05 Spanien 06 Griechenland 07 Türkei 08 sonstiges europ. Ausland 09 Afrikanische Staaten 10 Nordamerika 11 Mittel- und Südamerika 12 Asiatische Staaten 13 sonstige Staaten		
06 Untersuchungs-/Behandlungsform:						07 Vorstellungs-/Aufnahmemodus:		
1 ambulant 2 teilstationär 3 stationär 4 Konsil						1 regulär 2 Notfall 3 Notfall außerh. Dienstzeit 4 Gutachten		
08 Rechtsgrundlage der stationären Aufnahme:						09 Datum der Aufnahme/des Behandlungsbeginns:		
1 freiwillig 2 nach § 1631b BGB 3 nach § 126a StPO 4 nach §§ 73, 72, 71 JGG 5 nach § 63 StGB						6 nach § 7 JGG 7 nach Psych KG / UBG 8 andere:		
10 Wievielte Aufnahme/Behandlung:						11 Jahr der Erstaufnahme/Behandlung hier:		
12 Bei stationärer/teilstationärer Behandlung:						13 Frühere oder zwischenzeitliche Konsultationen wegen psychischer Auffälligkeiten:		
Datum der Zuordnung nach Behandlungsbereich:						1 nein 2 nicht-psychiatr. Behandlg./Beratung (z. B. EB) 3 amb. psychiatr. Behandlg. 4 stat. psychiatr. Behandlg. 5 nicht näher bezeichnete Behandlung/Beratung 6 amb. und stat. psych. Beh. 8 andere: 9 unbekannt		
14 Jahr der ersten Konsultation:						15 Suizidalität bei Aufnahme:		
(unbekannt = 9999)						1 nein 2 suizidal 3 erster Suizidversuch 4 wiederholter Suizidversuch 9 unbekannt		
16 Mutter/Ersatzmutter:						17 Vater/Ersatzvater:		
1 leiblicher Mutter 2 Stiefmutter 3 Adoptivmutter 4 Pflegemutter 5 Großmutter 6 Verwandten, sonst. Ers. M. 8 keiner Mutter 9 unbekannt						1 leiblichem Vater 2 Stiefvater 3 Adoptivvater 4 Pflegevater 5 Großvater 6 Verwandten, sonst. Ers. V. 8 keinem Vater 9 unbekannt		
18 Andere, nicht unter (16/17) erfasste Wohnsituation:						19 Schulabschluss:		
8 trifft nicht zu 1 stationäre Jugendhilfe 2 Reha-/Therapieeinrichtung 3 wohnt allein 4 in Ehe / mit Partner(in), privater Wohngemeinschaft 5 Notunterkunft (z. B. Frauenhaus)						1 kein Schulabschluss 2 Sonderschule 3 Hauptschule 4 Realschule 5 Abitur 6 (Fach)hochsch./Universität 9 unbekannt		
20 Geburtsjahr:						21 Vater/Ersatzvater:		
22 Geburtsjahr:						23 Derzeitige Tätigkeit:		
24 Mutter/Ersatzmutter:						25 Schichtzugehörigkeit: - nur jeweils sozial „höhergestellten“ (Ersatz-)Elternteil einschätzen!		
1 kein Schulabschluss 2 Sonderschule 3 Hauptschule 4 Realschule 5 Abitur 6 (Fach)hochsch./Universität 9 unbekannt						1 kein Schulabschluss 2 Sonderschule 3 Hauptschule 4 Realschule 5 Abitur 6 (Fach)hochsch./Universität 9 unbekannt		
26 Leben leibliche Eltern?						27 Beziehungsstatus der leiblichen Eltern:		
1 beide leben 2 Vater gestorben 3 nicht bekannt, ob Vat. lebt 4 Mutter gestorben 5 nicht bek., ob Mutter lebt 6 beide gestorben 9 unbekannt hinsichtlich beider Eltern						1 leben zusammen 2 getrennt/geschieden 3 durch den Tod getrennt 4 nie zusammen gelebt 9 unbekannt		

2. Anamnese einschließlich familiärer Belastungen

01	Alter der Mutter bei der Entbindung (JJ):	1	1	1	99 unbekannt
	Komplikationen/Risikofaktoren...				keine
					1 = nein 2 = ja 9 = unbekannt
02	im Schwangerschaftsverlauf:				1 2 9
03	im Geburtsverlauf:				1 2 9
04	im postpartalen Verlauf:				1 2 9
05	gravierende Mängel in der Betreuungssituation während der Kindheit:				1 2 9
	Störungen der kindlichen Entwicklung.				keine
06	Motorik:				1 2 9
07	Sprache:				1 2 9
08	Sauberkeit:				1 2 9
09	schwere Krankheiten während der Kindheit:				1 2 9

Menses

10 Menses: -	11 Menarche in Jahren:
1 ja	99 unbekannt
2 noch nicht	
3 sekundäre Amenorrhoe seit: _____	
9 unbekannt	

Kindergarten

<p>12 Gegenwärtig besuchte (sozial)pädagogische Einrichtung:</p> <p>1 keine</p> <p>2 Krippe/Krabbelstube/Kindergarten/-hort</p> <p>3 Sonderkindergarten/Hort für Verhaltensgestörte oder Behinderte</p> <p>8 andere:</p> <p>9 unbekannt</p>	<p>13 Störung beim Besuch des Kindergartens:</p> <p>1=nein, 2=ja, 9=nicht zutreffend/unbekannt</p> <p>13.1 Trennungsangst..... 1 2</p> <p>13.2 Kontaktstörungen..... 1 2</p> <p>13.3 Spielstörung..... 1 2</p> <p>13.4 hypermotorisches Verhalten..... 1 2</p> <p>13.5 schlechtes Betragen/ Aggression..... 1 2</p> <p>13.6 andere:..... 1 2</p>
---	--

Schule

14	Einschulung:	15	Schulbesuch:	
1	zeitgerecht	1	regelmäßig	5 Wiederholung und Umschulung
2	verzögert	2	einmal wiederholt	6 Abbruch
3	zurückgestellt	3	mehrmals wiederholt	9 unbekannt
9	unbekannt	4	umgeschult	
		16	Klasse Nr.:	

17	Gegenwärtig besuchte Schule: - Gesamtschule sinngemäß einstuft 01 Schulkindergarten/Vorklasse 02 Grundschule 03 schulfornunabhängige Orientierungsstufe/Förderstufe 04 Hauptschule 05 Realschule 06 Gymnasium 07 Differenzierung schulbedingt nicht mögl. (z. B. Waldorfschule) 08 Schule für Lernhilfe/Lernbehinderte/Förderschule	09 Schule für Praktisch Bildbare/Geistig Behinderte 10 Schule für Erziehungshilfe/Verhaltensgestörte 11 andere Sonderschulen 12 Fach-/Berufsschule 13 (Fach)hochschule/Universität 14 ausgeschult 15 aus anderen Gründen kein Schulbesuch 99 unbekannt
18	Schulabschluß: - den höchsten dokumentieren 8 trifft alters- oder schulbedingt nicht zu 1 kein Schulabschluß 2 Sonderschule 3 Hauptschule	4 Realschule 5 Abitur 6 (Fach)hochschule/Universität 9 unbekannt
19	Schulstörungen: 1=nein, 2=ja, 9=nicht zutreffend/unbekannt 19.1 schlechtes Betragen/Aggressionen 1 2 9 19.2 Leistungsstörungen 1 2 9 19.3 Kontaktstörungen 1 2 9 19.4 Konzentrationsstörungen 1 2 9 19.5 hypermotorisches Verhalten 1 2 9 19.6 Schulschwänzen..... 1 2 9 19.7 Schulverweigerung/Schulangst 1 2 9 19.8 sonstige Schulstörungen..... 1 2 9	20 Gegenwärtige Berufs-/Erwerbstätigkeit des Jugendlichen 1 noch nicht erwerbsfähig/erwerbsunfähig 2 arbeitslos 3 in Haft 4 beschützende Werkstätte 5 Förderlehrgang zur Erlangung der Berufsreife, Berufsvorbereitungsjahr 6 Berufsausbildung/Berufstätig: _____ 9 unbekannt

Familie

21	Leibliche Geschwister: Zahl der leiblichen Geschwister: 99 unbekannt 1 1 1	22	Zwilling/Mehrling: 1 nein 2 ja 9 unbekannt
23	Kinderzahl in der gegenwärtigen Aufenthaltsfamilie: 88 Kind lebt nicht in einer Familie 99 unbekannt 1 1 1	24	Stellung in der Kinderreihe in der Aufenthaltsfamilie: 1 Einzelkind 4 ältestes Kind 2 jüngstes Kind 8 lebt nicht in einer Familie 3 mittleres Kind 9 unbekannt
1 = nein 2 = ja 9 = unbekannt			
25	Psychiatrische Erkrankungen in der Familie: _____	1	
26	andere Erkrankungen in der Familie: _____	1	

3. Psychopathologischer Aufnahmebefund

nicht untersucht

1 = unauffällig 2 = leicht ausgeprägt 3 = stark ausgeprägt 9 = nicht beurteilbar

01	Störungen der Interaktion	(Unkooperativ, überangepaßt, scheu/unsicher, kaspem/albem, sozial zurückgezogen, mißtraulich, demonstrativ, distanzgemindert, Empathiestörung, autistische Störung der Interaktion)	1 2 3
02	Störungen des Sozialverhaltens	(Dominant, oppositionell-verweigernd, aggressiv, Lügen/Betrügen, Stehlen, Weglaufen/ Schule schwänzen, andere Regelübertretungen)	1 2 3
03	Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle		1 2 3
04	Störungen der Psychomotorik (Motorische Tics, vokale Tics, Stereotypen, maniviert-bizar, andere Störungen der Psychomotorik)		1 2 3
05	Störungen des Sprechens und der Sprache	(Artikulationsstörung, expressive Sprachstörung, rezeptive Sprachstörung, Störungen der Redefähigkeit (Stottern/Pöfeln), Mutismus, Logorrhoe, andere qualitative Störungen der Kommunikation)	1 2 3
06	Angststörungen	(Soziale Angst, Trennungsangst, Leistungsangst, Agoraphobie, andere spezifische Phobien, Panikattacke, generalisierte Angst)	1 2 3
07	Störungen von Stimmung und Affekt	(Klagsam, gereizt-dysphorisch, depressiv/traurig verstimmt, Insuffizienzgefühle/mangelndes Selbstvertrauen, Schuldgefühle/Selbstvorwürfe, affektarm, affektlabil, ambivalent, inadäquat, innere Unruhe, gesteigertes Selbstwertgefühl, euphorisch, andere Störungen von Stimmung/Affekt)	1 2 3
08	Zwangsstörungen	(Zwangsdenken, Zwangsimpulse, Zwangshandlungen)	1 2 3
09	Essstörungen	(Erhöhte Nahrungsaufnahme, Heißhunger- und Essattacken, verminderte Nahrungsaufnahme, selbstinduziertes Erbrechen, andere unangemessene Maßnahmen zur Gewichtsreduktion, Körperschemastörung, Ruminieren, Pica)	1 2 3
10	funktionelle und somatoforme Störungen	(Einnässen, Einkoten, Schlafstörungen, dissoziative Störungen, autonome Funktionsstörungen, Schmerzzustände, Hypochondrie, andere körperliche Symptome)	1 2 3
11	Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewußtseinsstörungen oder Störungen der Wachheit		1 2 3
12	formale Denkstörungen	(Gehemmt/verlangsamt, umständlich/weitschweifig, eingeengt, Perseverieren, Grübeln, Gedankendrängen, Ideenflucht, Vorbeireden, gesperrt/Gedankenabreißen, inkohärent/zerrfahren, Neologismen, andere formale Denkstörungen)	1 2 3
13	Inhaltliche Denkstörungen	(Magisches Denken, nicht systematisierte Wahnsymptome: Wahnstimmung, Wahnwahrnehmung, Wahngedanken, systematisierter Wahn, Beziehungsideen/-wahn, Beeinträchtigungsideen/Verfolgungswahn, Schuldideen/-wahn, Größenideen/-wahn, andere Inhalte)	1 2 3
14	Ich-Störungen	(Derealisation, Depersonalisation, Gedankenentzug, Gedankenabstreitung, Gedanken- eingebung, andere Fremdbeeinflussungsergebnisse)	1 2 3
15	Sinnestäuschungen	(Illusionäre Verkerrungen, akustische Halluzinationen, optische Halluzinationen, Körper- halluzinationen, Geruchs-/Geschmackshalluzinationen)	1 2 3
16	Mißbrauch/Abhängigkeit von psychotropen Substanzen	(Alkohol, Psychopharmaka, legale und illegale Drogen)	1 2 3
17	andere Störungen	(Selbstschädigung, Suizidalität, sexuelle Auffälligkeiten, abnorme Bindung an Objekte/ abnorme Interessen, sonstige nicht näher bezeichnete Störungen)	1 2 3

4. Somatisch-neurologischer Befund

nicht untersucht

01	Stand der körperlichen Entwicklung:	1 altersentsprechend	2 retardiert	3 akzeleriert	9 unbeurteilt
02	neurologische Gesamtbeurteilung:	1 Normalbefund	2 leichte Auffälligkeit	3 pathologischer Befund	9 unbeurteilt
03	somatische Gesamtbeurteilung (ohne Neurologie):	1 Normalbefund	2 leichte Auffälligkeit	3 pathologischer Befund	9 unbeurteilt
04	Körpermaße (bei Aufnahme):	Gewicht in kg: Größe in cm:			
05	Körpermaße bei Entlassung (nur obligat bei gewichtsrelevanten Störungen):	Gewicht in kg: Größe in cm:			

5. Diagnosen

I. Achse -

Klinisch-psychiatrisches Syndrom

keines ☐

1. Hauptdiagnose:

ICD-10, 5-stellig:

Sicherheitsgrad: 1 sicher 2 unsicher

2. Diagnose Achse I:

ICD-10, 5-stellig:

Sicherheitsgrad: 1 sicher 2 unsicher

3. Diagnose Achse I:

ICD-10, 5-stellig:

Sicherheitsgrad: 1 sicher 2 unsicher

II. Achse -

Umschriebene Entwicklungsstörungen

keine ☐

Entweder eine Diagnose ankreuzen oder F83 + zwei Diagnosen

- ☐ F80.0 Artikulationsstörung
- ☐ F80.1 Expressive Sprachstörung
- ☐ F80.2 Rezeptive Sprachstörung
- ☐ F80.3 Erworbene Aphasie m. Epilepsie (Landau-Kleffner-Synd.)
- ☐ F80.8 Sonst. Entwicklungsstörg. d. Sprechens od. d. Sprache
- ☐ F80.9 Entwicklungsst. d. Sprechens od. d. Sprache, n. n. Bez.
- ☐ F81.0 Lese- und Rechtschreibstörung
- ☐ F81.1 Isolierte Rechtschreibstörung
- ☐ F81.2 Rechenstörung
- ☐ F81.3 Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten
- ☐ F81.8 Sonstige Entwicklungsstörungen schul. Fertigkeiten
- ☐ F81.9 Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, n. n. Bez.
- ☐ F82 Umschriebene Entwicklungsstörg. der motor. Funktionen
- ☐ F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
- ☐ F88 Andere Entwicklungsstörungen
- ☐ F89 Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung

III. Achse -

Intelligenzniveau

- | | |
|--------------------------------------|--------------|
| 1 sehr hohe Intelligenz | IQ > 129 |
| 2 hohe Intelligenz | IQ 115 - 129 |
| 3 durchschnittliche Intelligenz | IQ 85 - 114 |
| 4 niedrige Intelligenz | IQ 70 - 84 |
| 5 leichte Intelligenzminderung | IQ 50 - 69 |
| 6 mittelgradige Intelligenzminderung | IQ 35 - 49 |
| 7 schwere Intelligenzminderung | IQ 20 - 34 |
| 8 schwerste Intelligenzminderung | IQ < 20 |
| 9 Intelligenzniveau nicht bekannt | |

IV. Achse -

Körperliche Symptomatik

keine ☐

Drei Klassifikationen möglich; die neurologische Diagnose an erster Stelle

1. _____
- ICD-10, 5-stellig: _____
2. _____
- ICD-10, 5-stellig: _____
3. _____
- ICD-10, 5-stellig: _____

V. Achse - Assoziierte aktuelle

abnorme psychosoziale Umstände

keine ☐

1 = unzutreffend, 2 = trifft zu, 9 = logisch nicht mögl./unbekannt

1. Abnorme Intrafamiliäre Beziehungen
- 1.0 Mangel an Wärme in der Eltern-Kind Beziehung 1 2 9
- 1.1 Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen 1 2 9
- 1.2 feindl. Ablehnung/Sündenbockzuweisung gegenüber Kind 1 2 9
- 1.3 körperliche Kindesmißhandlung 1 2 9
- 1.4 sexueller Mißbrauch (innerhalb der Familie) 1 2 9
- 1.8 andere: 1 2 9

2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie

- 2.0 psych. Störung/abweichendes Verhalten o. Eltern 1 2 9
- 2.1 Behinderung eines Elternteils 1 2 9
- 2.2 Behinderung der Geschwister 1 2 9
- 2.8 andere: 1 2 9

3. Inadäquate/verzerrte Intrafamiliäre Kommunikation 1 2 9

4. Abnorme Erziehungsbedingungen

- 4.0 elterliche Überfürsorge 1 2 9
- 4.1 unzureichende elterliche Aufsicht/Steuerung 1 2 9
- 4.2 Erzieh., die eine unzureichende Erfahrung vermittelt 1 2 9
- 4.3 unangem. Anforderungen/Nötigungen durch Eltern 1 2 9
- 4.8 andere: 1 2 9

5. Abnorme unmittelbare Umgebung

- 5.0 Erziehung in einer Institution 1 2 9
- 5.1 abweichende Elternsituation 1 2 9
- 5.2 isolierte Familie 1 2 9
- 5.3 Lebensbed. mit mögl. psychosoz. Gefährdung 1 2 9
- 5.8 andere: 1 2 9

6. Akute, belastende Lebensereignisse

- 6.0 Verlust einer Liebes- oder engen Beziehung 1 2 9
- 6.1 bedrohl. Umstände infolge von Fremdunterbringung 1 2 9
- 6.2 negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder 1 2 9
- 6.3 Ereignisse, die zur Herabsetzung d. Selbstachtg. führen 1 2 9
- 6.4 sexueller Mißbrauch (außerhalb der Familie) 1 2 9
- 6.5 unmittelbare, beeinträchtigende Erlebnisse 1 2 9
- 6.8 andere: 1 2 9

7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren

- 7.0 Verfolgung oder Diskriminierung 1 2 9
- 7.1 Migration oder soziale Verpfanzung 1 2 9
- 7.8 andere: 1 2 9

8. Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit

- 8.0 abnorme Streitbeziehungen mit Schülern/Mitarb. 1 2 9
- 8.1 Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder 1 2 9
- 8.2 allgem. Unruhe in Schule/Arbeitssituation 1 2 9
- 8.8 andere: 1 2 9

9. Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes

- 9.0 institutionelle Erziehung 1 2 9
- 9.1 bedrohl. Umstände infolge v. Fremdunterbringung 1 2 9
- 9.2 abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen 1 2 9
- 9.8 andere: 1 2 9

VI. Achse -

Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

- 0 hervorragende/gute soziale Anpassung
- 1 befriedigende soziale Anpassung
- 2 leichte soziale Beeinträchtigung
- 3 mäßige soziale Beeinträchtigung
- 4 deutliche soziale Beeinträchtigung
- 5 deutl. u. übergreifende (durchgängige) soz. Beeinträcht.
- 6 tiefgreifende u. schwerwiegende soz. Beeinträchtigung
- 7 braucht beträchtliche Betreuung
- 8 braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)
- 9 Information fehlt.

6. Zusätzliche somatische Diagnostik

keine ☐

Durchgeführt: 1 = nein, 2 = ja

01	Geburtsbericht.....	1	2
02	medizinische/psychiatrische/psychologische Vorbefunde.....	1	2
03	Laborbefunde (incl. Serologie).....	1	2
04	Hormonanalysen (incl. Sexual-/Schilddrüsenhormone).....	1	2
05	EKG.....	1	2
06	EEG.....	1	2
07	EVP.....	1	2
08	Röntgen Schädel.....	1	2
09	Röntgen Handwurzel.....	1	2
10	CT/MR.....	1	2
11	andere Spezial-/Konsiliaruntersuchungen:.....	1	2

7. Zusätzliche psychologische Diagnostik

keine ☐

01	Fragebogen tests (MPI, Hanes, FPI, Gießen-Test).....	1	2
02	orientierende Testverfahren (Raven, Wartegg-Zeichentest, Haus-Baum-Mensch, Rosenzweig, Benton).....	1	2
03	Funktionstests (z.B. GFT, Frostig, KTK, DRT).....	1	2
04	projektive Testverfahren (CAT, Schwarzfuß, Sceno, TAT- oder Rorschach-Kurzform).....	1	2
05	standardisierte Intelligenz-/Entwicklungs-Tests (CFT, PSB, HAWIE(K)-R, IST, K-ABC, Kramer).....	1	2
06	aufwendige projektive Testverfahren (Rorschach, TAT).....	1	2
07	andere Konzentrations-/kognitive Impulsivitätstests (z. B. d2, MFF, KLT, KVT).....	1	2
08	subjektive Fragebögen (Selbstbeurteilungsbögen).....	1	2
09	Fremdurteilsskalen (Eltern-/Lehrer-/Erzieher-Urteil).....	1	2
10	andere Verfahren:.....	1	2

8. Therapie

keine, nur Diagnostik ☐

		Anzahl Sitzungen					
		keine	1-5	6-10	11-25	26-50	> 50
1 Psychotherapeutische Verfahren beim Kind:							
1.1	kinder-/jugendpsychiatrische Behandlung.....	1	2	3	4	5	6
1.2	kjp. Behandlg. unter gleichzeit. Einbeziehung der Bezugs-/Kontaktperson.....	1	2	3	4	5	6
1.3	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.....	1	2	3	4	5	6
1.4	Verhaltenstherapie.....	1	2	3	4	5	6
1.5	klientenzentrierte Gesprächstherapie/Spieltherapie.....	1	2	3	4	5	6
1.6	Rollenspiel, Gruppentherapie.....	1	2	3	4	5	6
1.8	andere psychotherapeutische Verfahren (z.B. Gestaltungsther.).....	1	2	3	4	5	6
2 Beratungen und Behandlungen bei (Ersatz-)Eltern/ Familie:							
2.1	Beratung/anleitende Familiensitzung.....	1	2	3	4	5	6
2.2	Familientherapie/systemische Therapie.....	1	2	3	4	5	6
2.3	patientenbezogene Elterntherapie (ein Elternteil oder beide).....	1	2	3	4	5	6
2.4	Elterngruppe.....	1	2	3	4	5	6
2.8	andere.....	1	2	3	4	5	6
3 Weitere Therapien:							
3.1	Ergo-/Beschäftigungs-/Arbeitstherapie, Heilpädagogik.....	1	2	3	4	5	6
3.2	Krankengymnastik/Bewegungstherapie (Mototherapie)/Physiother.	1	2	3	4	5	6
3.3	Logopädie.....	1	2	3	4	5	6
3.4	Kunst-/Musiktherapie.....	1	2	3	4	5	6
3.5	Sensomotor./Teilleistungstraining.....	1	2	3	4	5	6
3.8	andere.....	1	2	3	4	5	6
4 Medikamentöse Therapie:							
		keine	Medikation ohne besondere Probleme	mangelnde Wirkung/Therapieresistenz	schlecht, unerwünschte Arzneimittelwirkungen		
4.01	Neuroleptika (außer 4.02).....	1	2	3	4		
4.02	atypische Neuroleptika.....	1	2	3	4		
4.03	Antidepressiva (außer 4.04).....	1	2	3	4		
4.04	SSRI.....	1	2	3	4		
4.05	Lithium.....	1	2	3	4		
4.06	Carbamazepin.....	1	2	3	4		
4.07	andere Antikonvulsiva.....	1	2	3	4		
4.08	Tranquilizer/Hypnotika.....	1	2	3	4		
4.09	Stimulanzien.....	1	2	3	4		
4.10	Antiparkinsonmittel.....	1	2	3	4		
4.11	andere Psychopharmaka.....	1	2	3	4		
4.12	Medikament. Behandlung gravierender somat. Erkrankungen.....	1	nein	2	ja:		
5 Soziotherapeutische Maßnahmen:		keine <input type="checkbox"/>					
5.1	Beratungen von Kindergärten/Schule.....	1	2				
5.2	Beratung von Heimen.....	1	2				
5.3	Beratung sozialer Dienste/Jugendämter.....	1	2				
5.4	Helferkonferenz/Teilnahme an Hilfeplangesprächen.....	1	2				
5.5	Beratung von anderen Therapeuten.....	1	2				
5.6	Hausbesuche/Hometreatment.....	1	2				
6 Beschulung während stationärer Behandlung:							
		1	kein Schulbesuch				
		2	Besuch der Klinikschule/Klinikunterricht				
		3	Besuch einer externen Schule				
		4	Klinikschule und externe Beschulung				

9. Ende der Behandlung

1 Ende der Untersuchung/Behandlung:

Datum: _____

2 Art der Beendigung:

- 1 regulär
- 2 vorzeitige Beendigung durch Patienten/Eltern
- 3 vorzeitige Beendigung durch Behandler

Einschätzung der Kooperationsbereitschaft von:

3 Eltern/

Bezugspersonen:

- 1 gut
- 2 mäßig gut
- 3 schwach
- 4 schlecht
- 8 trifft nicht zu

4 Patient(in) (unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes):

- 1 gut
- 2 mäßig gut
- 3 schwach
- 4 schlecht
- 8 trifft nicht zu

10 Behandlungsergebnis

Einschätzung des Behandlungserfolgs

1 bzgl. Symptomatik:

- 1 völlig gebessert
- 2 deutlich gebessert
- 3 etwas gebessert
- 4 unverändert
- 5 verschlechtert
- 9 nicht beurteilbar

2 bzgl. Gesamtsituation:

- 1 völlig gebessert
- 2 deutlich gebessert
- 3 etwas gebessert
- 4 unverändert
- 5 verschlechtert
- 9 nicht beurteilbar

3 Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung, Achse VI bei Behandlungsende:

- 0 hervorragende/gute soziale Anpassung
- 1 befriedigende soziale Anpassung
- 2 leichte soziale Beeinträchtigung
- 3 mäßige soziale Beeinträchtigung
- 4 deutliche soziale Beeinträchtigung
- 5 deutliche und übergreifende (durchgängige) soz. Beeinträchtigung
- 6 befriedigende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung
- 7 braucht beträchtliche Betreuung
- 8 braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)
- 9 Information fehlt.

11. Empfohlene Weiterbehandlung/Maßnahmen

keine weiteren Maßnahmen erforderlich

1 Weiterbehandlung:

keine

1=keine 2=ist indiziert/empfohlen 3=veranlaßt/eingeleitet

kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung

- 1.01 ambulant 1 2 3
- 1.02 teilstationär 1 2 3
- 1.03 stationär 1 2 3

psychiatrische Behandlung

- 1.04 ambulant 1 2 3
- 1.05 stationär 1 2 3

andere medizinische Behandlung

- 1.06 ambulant 1 2 3
- 1.07 stationär 1 2 3
- 1.08 Pharmakotherapie 1 2 3

ambulante Therapieformen

- 1.09 Familientherapie 1 2 3
- 1.10 analytische/tiefenpsychologische Therapie 1 2 3
- 1.11 Verhaltenstherapie 1 2 3
- 1.12 klientenzentrierte Therapie 1 2 3
- 1.13 Ergotherapie 1 2 3
- 1.14 Gruppentherapie 1 2 3
- 1.15 Elterntherapie 1 2 3

3 Außerhäusliche Unterbringung

keine

- 3.1 Tagesstätte 1 2 3
- 3.2 Heim/betreute Wohngruppe 1 2 3
- 3.3 therapeutisches Heim/Wohngruppe 1 2 3
- 3.4 Internat 1 2 3
- 3.5 Pflegestelle/Adoption 1 2 3

2 Hilfen nach KJHG

keine

1=keine 2=ist indiziert/empfohlen 3=veranlaßt/eingeleitet

- 2.01 Tagespflege (§23) 1 2 3
- 2.02 Erziehungsberatung (§28) 1 2 3
- 2.03 soziale Gruppenarbeit (§29) 1 2 3
- 2.04 Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer (§30) 1 2 3
- 2.05 sozialpädagogische Familienhilfe (§31) 1 2 3
- 2.06 Erziehung in einer Tagesgruppe (§32) 1 2 3
- 2.07 Vollzeitpflege (§33) 1 2 3
- 2.08 Heimerziehung, betreute Wohnformen (§34) 1 2 3
- 2.09 intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§35) 1 2 3
- 2.10 Eingliederungshilfe (§35a) 1 2 3
- 2.11 Hilfe für junge Volljährige (§41) 1 2 3
- 2.12 Inobhutnahme (§42) 1 2 3
- 2.13 Herausnahme ohne Zustimmung des Personensorgeberechtigten (§43) 1 2 3

4 Pädagogische Maßnahmen/Schule

keine

- 4.1 Sonderpädagogik/Förderung 1 2 3
- 4.2 Kindergarten/Hort 1 2 3
- 4.3 Rückversetzung 1 2 3
- Umschulung in:
- 4.4 Schule für Lernhilfe/Lernbehinderte 1 2 3
- 4.5 Schule für Praktisch Bildbare/Geistig Behinderte 1 2 3
- 4.6 Schule für Erziehungshilfe/Verhaltensgestörte 1 2 3
- 4.7 sonst. Sonderschule 1 2 3
- 4.8 Werkstatt für Behinderte 1 2 3

12. Name des Dokumentierenden

Name: _____

Code: _____

Bemerkungen:

7.2 Datenerhebung in Rostock

1. Patientenkürzel
2. Geschlecht:
 1. Weiblich
 2. Männlich
3. Wo:
 2. Rostock
 3. Basel
4. Staatsangehörigkeit:
 1. Deutschland
 2. Österreich
 3. Schweiz
 4. Italien
 5. Spanien
 6. Griechenland
 7. Türkei
 8. Sonstiges europäisches Ausland
 9. Afrikanische Staaten
 10. Nordamerika
 11. Mittel-Südamerika
 12. Asiatische Staaten
 13. Sonstige Staaten
5. Alter bei der Aufnahme:
6. Wievielter stationärer Klinikaufenthalt?
7. Verweildauer:
8. Behandlungsdiagnosen:
 999. Unbekannt
 0. Keine
 1. Klinisch psychiatrisches Syndrom
 - A
 - B
 - C
 2. Umschriebene Entwicklungsstörungen
 3. Intelligenzminderung
 4. Körperliche Symptomatik
 5. Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
 6. Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

Kind/Jugendlicher wohnt ...

9. bei Mutter/ Ersatzmutter

1. Leiblicher Mutter
2. Stiefmutter
3. Adoptivmutter
4. Pflegemutter
5. Großmutter
6. Verwandten, sonstiger Ersatzmutter
8. Keiner Mutter
9. Unbekannt

10. bei Vater/ Ersatzvater

1. Leiblichem Vater
2. Stiefvater
3. Adoptivvater
4. Pflegevater
5. Großvater
6. Verwandten, sonstigem Ersatzvater
8. Keinem Vater
9. Unbekannt

11. anders, nicht unter (9/10) erfasste Wohnsituation:

8. Trifft nicht zu
1. Stationäre Jugendhilfe
2. Reha-/ Therapieeinrichtung
3. Wohnt allein
4. In Ehe / mit Partner(in), privater Wohngemeinschaft
5. Notunterkünfte (zB. im Frauenhaus)
6. Kein fester Wohnsitz
9. Unbekannt

Derzeitige Tätigkeit

12. der Mutter/Ersatzmutter:

13. des Vaters/ Ersatzvaters

- | | |
|---|----|
| 1.....erwerbstätig/ganztags..... | 1 |
| 2.....Schichtarbeit (keine Teilzeitarbeit)..... | 2 |
| 3.....regelmäßig teilzeitbeschäftigt..... | 3 |
| 4.....zeitweise beschäftigt/Gelegenheitsarbeit..... | 4 |
| 5.....ohne Ausbildungs/Arbeitsstelle,arbeitslos..... | 5 |
| 6.....nicht erwerbstätig/in Ausbildung, Umschulung... | 6 |
| 7.....nicht erwerbstätig/Rentner(in)..... | 7 |
| 8.....nicht erwerbstätig/im Haushalt tätig..... | 8 |
| 9.....unbekannt..... | 9 |
| 10.....krank..... | 10 |

14. Leben leibliche Eltern?

1. Beide leben
2. Vater verstorben
3. Nicht bekannt, ob Vater lebt
4. Mutter gestorben
5. Nicht bekannt, ob Mutter lebt
6. Beide gestorben
9. Unbekannt hinsichtlich beider Eltern

15. Beziehungsstatus der leiblichen Eltern:

1. leben zusammen
2. getrennt/geschieden
3. durch den Tod getrennt
4. haben nie zusammen gelebt
9. unbekannt

16. Diagnostische Procedere

0. Nicht durchgeführt

1. Labor:

i. Blutbild

1. HB (mmol/l)
2. Hämatokrit
3. Erythrozyten (10E12/l)
4. MCV (fl)
5. MCH (fmol)
6. MCHC (mmol/l)
7. Leukozyten (10E9/l)
8. Thrombozyten (10E9/l)

ii. Elektrolyte

1. Na⁺ (mmol/l)
2. K⁺ (mmol/l)
3. Ca⁺⁺ (mmol/l)

iii. Leberwerte

1. ASAT (GOT) (U/l)
2. ALAT (GPT) (U/l)
3. Gamma-GT (U/l)
4. AP (U/l)
5. LDH (U/l)
6. Billirubin gesamt (μmol/l)

iv. Schilddrüsenparameter

1. TSH μU/ml
2. Freies T3 (pmol/l)
3. Freies T4 (pmol/l)
4. TPO-AK (MAK)

v. Degenerative Parameter

1. Carnitin gesamt (μmol/l)

2. Carnitin freies ($\mu\text{mol/l}$)
3. Acylcarnitin ($\mu\text{mol/l}$)
4. Metachromatische Substanzen
5. Überlangkettige Fettsäuren

vi. Hormone

1. DHEA
2. Cortisol
3. Epi
4. Noradrenalin
5. Dopamin
6. Serotonin
7. GABA
8. Glutamate
9. Phenethylamin (PEA)
10. Histamine

vii. Infektionsserologie: **0**= + positiv, **1**= - negativ, **9**= nicht durchgeführt

viii. Genetik: durchgeführt: **1**/ nicht durchgeführt: **0**

2. EEG: ja: **1** / nein: **0**
3. cMRT: ja: 1 / nein: 0
4. EKG: ja: 1 / nein: 0

17. Psychologentests: (Akte einlesen und schauen, welche Tests verwendet werden)

Ja, durchgeführt: **1** / nein, nicht durchgeführt: **0**

1. **TAP / UT Go/Nogo**
2. **WAIS –IV** (Intelligenztest)
3. **EDEQ** (Eating Disorder Examination – Questionnaire Deutschsprachige Übersetzung)
4. **EDI_2** (Eating Disorder Inventory – 2 Deutsche Version)
5. **BSI** (Brief Symptom Inventory - Kurz- Fragebogen zur Symptombelastung)
6. **BSIP** (Basel Screening Instrument for Psychoses)
7. **CBCL** (Child Behaviour Checklist -Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen)
8. **YSR** (Youth self report – Fragebogen für Jugendliche)
9. **AIDA** (Assesment of Identity Development in Adolescence)
10. **FBeK** (Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers)
11. **FBK_20** (Fragebogen zum Körperbild)
12. **ALS** (Aussagen – Liste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche)
13. **Hamilton – Depressions – Scala**
14. **PHOKI** (Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche)
15. **JTCI** (Junior Temperament und Charakter Inventar)
16. **CGI** (Clinical Global Impression Scale – Skala für den Klinischen Gesamteindruck)
17. **K-Gitter** (Kiphard – Entwicklungsgitter – Minimalabbildung des schrittweisen Erwerbs sensomotorischer und psychosozialer Fertigkeiten im Altersbereich 0,5 – 4 J)
18. **Conners-Index** (Conners Skalen zu Aufmerksamkeit und Verhalten)

19. **K-ABC** (Kaufman Assessment Battery for Children - Intellektuelle Fähigkeiten (einzelheitliches Denken, ganzheitliches Denken), erworbene Fertigkeiten; bei Bedarf sprachungebundene Leistungen)
20. **KHV-VK** (Konzentrations- Handlungsverfahren für Vorschulkinder)
21. **YGTSS** (Yale Globale Tic-Schweregrad-Skala)
22. **FBL** (Die Freiburger Beschwerdenliste - Inventar zur Erfassung aktueller, situativ bedingter und chronisch-habitueller Körperbeschwerden)
23. **BDI-II** (Beck –Depressions – Inventar)
24. **HAWIK-IV** (Hamburg- Wechsler- Intelligenztest für Kinder)
25. **TRF** (Lehrfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen 6-18)
26. **PSSI** (Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar - Selbstbeurteilungsinstrument, das die relative Ausprägung von Persönlichkeitsstilen quantifiziert)
27. **AFS** (Angstfragebogen für Schüler - der die ängstlichen und unlustvollen Erfahrungen von Schülern unter drei Aspekten erfasst: Prüfungsangst (PA), allgemeine (manifeste) Angst (MA) und Schulunlust (SU))
28. **PFK** (Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zw 9-14)
29. **FEEL-KJ** (Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen)
30. **DISYP-II** Diagnostik – System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche-II)
31. **FBB** (Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung)
32. **SOMS-KJ** (Screening-Inventar für Somatoforme Störungen des Kindes-und Jugendalters)
33. **CTQ** (Childhood Trauma Questionnaire – Fragebogen zur Erfassung traumatischer Ereignisse)
34. **FBB-ADHS** (Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen)
35. **WISC-IV** (Wechsler Intelligence Scale for Children - Fourth Edition)
36. **Block-Tapping-Test** (damit wird visuell-räumliche Merkspanne bestimmt)
37. **D2-R** (Aufmerksamkeit und Konzentrationstest)
38. **TL-D** (Turm von London - konvergentes Denken)
39. **WCST** (abstrakte Denkfähigkeit/kognitive Flexibilität)
40. **M-ABC** (Movement Assessment Battery for Children)
41. **VLMT** (Verbaler Lern- und Merkfähigkeitstest)
42. **WZT** (Wartegg- Zeichen)
43. **FBLQ-E** (Fragebogen zur Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen 8-16 Elternversion)
44. **Kiddie-Sads** (Erfassung der externalen Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung)
45. **FBLQ-K** (Fragebogen zur Lebensqualität von Kindern)
46. **DTK-II** (
47. **CFT-I** (Intelligenztest)
48. **PANSS** (Positiv und Negativ Syndrom Skala)
49. **CY-BOCS** (Children's Yale Brown Obsessive Compulsive Scala)
50. **DL-KG** (Differentieller Leistungstest)
51. **BPRS-C** (Brief Psychiatric Rating Scale for Children)
52. **EBI** (Eltern Belastungs Inventar)
53. **SVF-Kj** (Fragebogen zur Stressverarbeitung)
54. **SELMO** (Skalen zur Erfassung der Lern und Leistungsmotivation)

- 55. WET (Wiener Entwicklungstest)
- 56. KHV-Vk
- 57. ESI (Erziehungsstil-Interventor)
- 58. LEYTON Test

18. Welche Psychopharmaka werden hauptsächlich eingesetzt. (Bei der Entlassung)
Angabe mg/d (Tagesdosis bei der Entlassung) Alle einzeln auflisten

Ja: mg/d angeben / nein: 0

Keine Bedarfsmedikation

Antipsychotika:

- 1. Risperidon
- 2. Olanzapin
- 3. Clozapin
- 4. Ziprasidon
- 5. Aripiprazol
- 6. Quetiapin
- 7. Haloperidol
- 8. Perazin
- 9. Levomepromazin
- 10. Promazin
- 11. Pipamperon
- 12. Zuclopenthixol

Tranquilizer

- 13. Lorazepam
- 14. Diazepam

Antidepressiva

- 15. Amitriptylin
- 16. Clomipramin
- 17. Doxepin
- 18. Opipramol
- 19. Mirtazapin
- 20. Citalopram
- 21. Escitalopram
- 22. Sertralin
- 23. Imipramin
- 24. Fluoxetin
- 25. Fluvoxamin
- 26. Tianeptin

Antiepileptika:

- 27. Carbamazepin
- 28. Clobazam
- 29. Clomethiazol
- 30. Clonazepam

31. Eslicarbazepin
32. Ethosuximid
33. Gabapentin
34. Lacosamid
35. Lamotrigin
36. Levetiracetam
37. Nitrazepam
38. Oxcarbazepin
39. Perampanel
40. Phenobarbital
41. Phenytoin
42. Pregabalin
43. Primidon
44. Sultiam
45. Topriamat
46. Valproinsäure
47. Zonisamid
48. Sonstige (darunter fallen alle anderen Medikamente wie Ibuprofen, Kontrazeptiva usw.)

19. Welche psychotherapeutischen und supportiven psychotherapeutischen Verfahren werden wie häufig eingesetzt: (Wie im Entlassungsbrief genannt aufführen)

Ja, durchgeführt: **1** / nein, nicht durchgeführt: **0** / nicht bekannt: **9**

1. Psychotherapie (Genaueres wird leider in Rostock nicht angegeben wie z.B. Tiefenpsychologie, Analyse und systemische Therapie)
2. Verhaltenstherapie (VT)
3. Sozialem Kompetenztraining
4. Entspannungstraining
5. Aquatherapie
6. Ergotherapie
7. Musiktherapie
8. Kreativtherapie
9. Bewegungstherapie
10. Rollenspiel
11. Neurofeedback/Biofeedback

20. Wer hat die Kinder eingewiesen:

1. PIA (Psychiatrische Institutsambulanz)
2. Eine andere Klinik
3. Ambulanter Kinder und Jugendpsychiater
4. Stationäre Jugendhilfe
5. Ambulanter Kinder und Jugendpsychologe
6. Hausarzt/Kinderarzt
7. Notarzt
9. Unbekannt

21. Wohin werden sie entlassen

1. Häuslichkeit
2. Pflegefamilie
3. andere stationäre Behandlung
4. Jugendhilfe
9. unbekannt

22. Weiterbehandlung

1. Keine
2. Teilstationäre Behandlung
3. Nur Psychiatrische
4. Nur Psychologische
5. Psychiatrische & Psychologische
6. Zeus (Zentrum für Entwicklungsdiagnostik und Sozialpädiatrie)
7. Teilstationäre + Psychiatrische Behandlung
8. Teilstationäre + Psychiatrische + Psychologische Behandlung
9. Unbekannt
10. Teilstationär + Psychologische Behandlung
11. Neurologische Weiterbehandlung
12. Psychiatrische + neurologische Behandlung

Komplikationen/Risikofaktoren....

23. Im Schwangerschaftsverlauf: Nein:0 / Ja: 1 / unbekannt: 9

24. im Geburtsverlauf: Nein:0 / Ja: 1/ unbekannt: 9

25. im postpartalen Verlauf: Nein:0 / Ja: 1 / unbekannt: 9

26. Schwere Krankheiten während der Kindheit: Nein:0 / Ja: 1 / unbekannt: 9

27. Menarche in Jahren:

1. Entfällt
99. Unbekannt

28. Kindergarten: Gegenwärtig besuchte (sozial)pädagogische Einrichtung:

1. Entfällt, da noch zu jung
2. Keine
3. Krippe/Krabbelstube/Kindergarten/-hort
4. Sonderkindergarten/Hort für Verhaltensgestörte oder Behinderte
8. Andere
9. Unbekannt

Schule

29. Schule: Einschulung

1. Entfällt, da noch nicht schulpflichtig
2. Zeitgerecht
3. Vorzeitig
4. Zurückgestellt
9. Unbekannt

30. Schulbesuch:

1. Entfällt, da noch nicht schulpflichtig
2. Regelrecht
3. Einmal wiederholt
4. Mehrmals wiederholt
5. Umgeschult
6. Wiederholung und Umschulung
7. Abbruch
9. unbekannt

31. Gegenwärtig besuchte Schule:

1. Entfällt, da noch nicht schulpflichtig
2. Schulkindergarten/Vorklasse
3. Grundschule
4. Schulformunabhängige Orientierungsstufe/Förderstufe
5. Hauptschule
6. Realschule
7. Gymnasium
8. Differenzierung schulbedingt nicht möglich (z.B. Waldorfschule)
9. Schule für Lernhilfe/ Lernbehinderte/ Förderschule
10. Schule für Praktische Bildbare/geistig Behinderte
11. Schule für Erziehungshilfe/Verhaltensgestörte
12. andere Sonderschulen
13. Fach-/Berufsschule
14. (Fach)hochschule/Universität
15. Ausgeschult
16. Aus anderen Gründen kein Schulbesuch
17. Gesamtschule
99. Unbekannt

32. Schulabschluss- den höchsten dokumentieren:

8. Trifft alters- oder schulbedingt nicht zu
1. Kein Schulabschluss
2. Sonderschule
3. Hauptschule
4. Realschule
5. Abitur
6. (Fach)hochschule/ Universität
9. Unbekannt

Schulstörungen:

ja: 1 / nein: 0 / unbekannt: 9 / trifft alters – oder Schulbedingt nicht zu: 8

33. Schlechtes Betragen/Aggressionen: ja: 1 / nein: 0 / unbekannt: 9 SS_SchlechtesBetragen

34. Leistungsstörungen: ja: **1** / nein: **0** / unbekannt: **9 SS_Leistung**
 35. Kontaktstörungen: ja: **1** / nein: **0** / unbekannt: **9 SS_Kontakt**
 36. Konzentrationsstörungen: ja: **1** / nein: **0** / unbekannt: **9 SS_Konzentration**
 37. Hypermotorisches Verhalten ja: **1** / nein: **0** / unbekannt: **9 SS_HypermV**
 38. Schulschwänzen: ja: **1** / nein: **0** / unbekannt: **9 SS_Schulschwänzen**
 39. Schulverweigerung/Schulangst ja: **1** / nein: **0** / unbekannt: **9 SS_Schulangst**
 40. Sonstige Schulstörungen: ja: **1** / nein: **0** / unbekannt: **9 SS_sonstigeSS**

41. Gegenwärtige Beruf-/ Erwerbstätigkeit des Jugendlichen:

1. Noch nicht erwerbsfähig/erwerbsunfähig
2. Arbeitslos
3. In Haft
4. Beschützende Werkstätte
5. Förderlehrgang zur Erlangung der Berufsreife, Berufsvorbereitungsjahr
6. Berufsausbildung/berufstätig
9. Unbekannt

Familie

42. Zahl der leiblichen Geschwister (Kinder mit denselben Eltern)/.....

99. Unbekannt

43. Zwilling/ Mehrling: nein: **0** / ja: **1** / unbekannt: **9**

44. Kinderzahl in der gegenwärtigen Aufenthaltsfamilie:(alle Kinder, die in dieser Familie wohnen)...../.....

88. Kind lebt nicht in einer Familie

99. Unbekannt

45. Stellung in der Kinderreihe in der Aufenthaltsfamilie: (sowohl leibliche als auch Halbgeschwister)

1. Einzelkind
2. Jüngstes Kind
3. Mittleres Kind
4. Ältestes Kind
8. Lebt nicht in einer Familie
9. Unbekannt

46. Psychiatrische Erkrankungen in der Familie: nein: **0** / ja: **1** / unbekannt: **9 Fam_psychFam**

47. Andere Erkrankungen in der Familie: nein: **0** / ja: **1** / unbekannt: **9 Fam_SomFam**

Psychopathologischer Aufnahmebefund

1: unauffällig, **2:** leicht ausgeprägt, **3:** stark ausgeprägt, **9:** nicht beurteilbar

48. Störungen der Interaktion (PPIInteraktion)

(Unkooperativ, überangepasst, scheu/unsicher, kaspernd/albern, sozial zurückgezogen, misstrauisch, demonstrativ, distanzgemindert, Empathiestörung, autistische Störung der Interaktion)

49. Störung des Sozialverhaltens (PPSSV)

(Dominant, oppositionell-verweigernd, aggressiv, Lügen/Betrügen, Stehlen, Weglaufen/ Schule schwänzen, andere Regelübertretungen)

50. Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle (PPAAI)

51. Störungen der Psychomotorik (PPPpsychomotorik)

(Motorische Tics, vokale Tics, Stereotypien, maniert-bizar, andere Störungen der Psychomotorik)

52. Störungen des Sprechens und der Sprache (PPSprache)

(Artikulationsstörung, expressive Sprachstörung, rezeptive Sprachstörung, Störungen der Redeflüssigkeit (Stottern/Poltern), Mutismus, Logorrhoe, andere qualitative Störungen der Kommunikation)

53. Angststörungen (PPAngst)

(Soziale Angst, Trennungsangst, Leistungsangst, Agoraphobie, andere spezifische Phobien, Panikattacke, generalisierte Angst)

54. Störungen von Stimmung und Affekt (PPAffekt)

(Klagsam, gereizt –dysphorisch, depressiv/traurig verstimmt, Insuffizienzgefühle/mangelndes Selbstvertrauen, Schuldgefühl, euphorisch, andere Störungen von Stimmung/ Affekt)

55. Zwangsstörungen (PPZwang)

(Zwangsdenken, Zwangsimpulse, Zwangshandlungen)

56. Essstörungen (PPEssen)

(Erhöhte Nahrungsaufnahme, Heißhunger- und Essattacken, verminderte Nahrungsaufnahme, selbstinduziertes Erbrechen, andere unangemessene Maßnahmen zur Gewichtsreduktion, Körperschemastörung, Rumination, Pica)

57. Funktionelle und somatoforme Störungen (PPsomato)

(Einnässen, Einkoten, Schlafstörungen, dissoziative Störungen, autonome Funktionsstörungen, Schmerzzustände, Hypochondrie, andere körperliche Symptome)

58. Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewusstseinsstörungen oder Störungen der Wachheit (PPMOP)

59. Formale Denkt Störungen (PPformD)

(Gehemmt/verlangsamt, umständlich/weitschweifig, eingeengt, Perseverieren, Grübeln, Gedankendrängen, Ideenflucht, Vorbeireden, gesperrt/Gedanken abreißen, inkohärent/zerfahren, Neologismen, andere formale Denkstörungen)

60. Inhaltliche Denkstörungen (PPID)

(Magisches Denken, nicht systematisierte Wahnsymptome: Wahnstimmung, Wahnwahrnehmung, Wahngedanken, systematisierter Wahn, Beziehungsideen/-wahn, Beeinträchtigungsideen/Verfolgungswahn, Schuldideen/-wahn, Größenideen/-wahn, andere Inhalte)

61. Ich-Störungen (PPIch)

(De-realisation, Depersonalisation, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Gedankeneingebung, andere Frembeeinflussungserlebnisse)

62. Sinnestäuschungen (PPTäuschung)

(Illusionäre Verkennungen, akustische Halluzinationen, optische Halluzinationen, Körperhalluzinationen, Geruchs-/Geschmackshalluzinationen)

63. Missbrauch/Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (PPSubstanzen)

(Alkohol, Psychopharmaka, legale und illegale Drogen)

64. Andere Störungen (PPandere)

(Selbstschädigung, Suizidalität, sexuelle Auffälligkeiten, abnorme Bindung an Objekte/abnorme Interessen, sonstige nicht näher bezeichnete Störungen)

Somatisch neurologischer Befund

64. Stand der körperlichen Entwicklung:

- 1.altersentsprechend
- 2.retardiert
- 3.akzeleriert
- 9.unbekannt

65. Neurologische Gesamtbeurteilung:
1. Normalbefund
 2. Leichte Auffälligkeit
 3. Pathologischer Befund
 9. Unbekannt
66. Somatische Gesamtbeurteilung (ohne Neurologie):
1. Normalbefund
 2. Leichte Auffälligkeit
 3. Pathologischer Befund
 9. unbekannt
67. Gewicht in kg bei Aufnahme:.....
99. unbekannt
68. Körpergröße in cm bei Aufnahme:...
99. unbekannt
69. Gewicht in kg bei Entlassung:.
99. Unbekannt
70. Körpergröße in cm bei Entlassung: ...
99. unbekannt
71. Intelligenzniveau:
1. Sehr hohe IntelligenzIQ>129
 2. Hohe Intelligenz.....IQ 115 – 129
 3. Durchschnittliche Intelligenz.....IQ 85 - 114
 4. Niedrige Intelligenz.....IQ 70 – 84
 5. Leichte Intelligenzminderung...IQ 50 – 69
 6. Mittelgradige Intelligenzminderung....IQ 35 – 49
 7. Schwere Intelligenzminderung.....IQ 20 – 34
 8. Schwerste IntelligenzminderungIQ< 20
 9. Intelligenzniveau nicht bekannt

Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

1:unzutreffend, 2:trifft zu, 9: logisch nicht mögl/ unbekannt

Achse 1 Abnorme intrafamilläre Beziehungen

0. Mangel an Wärme in der Eltern Kind Beziehung
1. Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen
2. Feindl. Ablehnung/ Sündenbockzuweisung gegenüber Kind
3. Körperliche Kindesmisshandlung
4. Sexueller Missbrauch (innerhalb der Familie)

Achse 2 Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie

0. Psych. Störung/abweichendes Verhalten e. Elternteils

1. Behinderung eines Elternteils
2. Behinderung der Geschwister

Achse 3 Inadäquate/verzerrte Intrafamilläre Kommunikation

Achse 4 Abnorme Erziehungsbedingungen

0. Elterliche Überfürsorge
1. Unzureichende elterliche Aufsicht/Steuerung
2. Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt
3. Unangem. Anforderungen/Nötigungen durch Eltern

Achse 5 Abnorme unmittelbare Umgebung

0. Erziehung in einer Institution
1. Abweichende Elternsituation
2. Isolierte Familie
3. Lebensbedrohlich mit möglichen psychosozialer Gefährdung

Achse 6 Akute, belastende Lebensereignisse

0. Verlust einer Liebes-, - oder engen Beziehung
1. Bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung
2. Negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder
3. Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen
4. Sexueller Missbrauch (außerhalb der Familie)
5. Unmittelbare, beängstigende Erlebnisse

Achse 7 Gesellschaftliche Belastungsfaktoren

0. Verfolgung oder Diskriminierung
1. Migration oder soziale Verpflanzung

Achse 8 Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit

0. Abnorme Streitbeziehungen mit Schülern/Mitarbeitern
1. Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder
2. Allgemeine Unruhe in Schule/Arbeitssituation

Achse 9 Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes

0. Institutionelle Erziehung
1. Bedrohliche Umstände infolge v. Fremdunterbringung
2. Abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen

7.3 Datenerhebung in der Schweiz

7.3.1 Kinder und Jugendpsychiatrie Statistikblatt

+ PSYCHIATRIESTATISTIK BL KJPD +																																																																																																																																																																																																																																																	
<p>1. Institutionsidentifikation <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>2. PID-Nummer: <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>3. Episoden/Fall-Nummer: <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>4. Vorname, Nachname: <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>5. Geschlecht: (männlich=1, weiblich=2) <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>6. Geburtsdatum: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>7. Eintrittsdatum: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>8. Austrittsdatum: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>9. Konsultationen / Pflgetage <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>10. Behandlungseinheit <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>11. TherapeutIn <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>12. Zivilstand <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td>0 ledig</td><td>1</td></tr><tr><td>1 verheiratet, zusammenlebend</td><td>2</td></tr><tr><td>5 verheiratet, getrennt lebend</td><td>3</td></tr><tr><td>2 verwitwet</td><td>4</td></tr><tr><td>3 geschieden</td><td>5</td></tr><tr><td>4 nicht verheiratet, zusammenlebend</td><td>6</td></tr></table> <p>13. Wohnort <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>14. Nationalität <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>15. Kostenträger <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td>KK</td><td>Krankenkasse allgemein</td><td>1</td></tr><tr><td>IV</td><td>Invalidentversicherung</td><td>2</td></tr><tr><td>MV</td><td>Militärversicherung</td><td>3</td></tr><tr><td>UV</td><td>Unfallversicherung</td><td>4</td></tr><tr><td>PV</td><td>Privatversicherung</td><td>5</td></tr><tr><td>OEF</td><td>öffentliche Fürsorge</td><td>8</td></tr><tr><td>UEG</td><td>übrige Garanten</td><td>9</td></tr></table> <p>16. Anz. Episoden in uns. Institution <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>17. in anderer Institution bekannt? <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td>ambulant</td><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td></tr><tr><td>teilstationär</td><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td></tr><tr><td>stationär</td><td><input type="checkbox"/></td><td>3</td></tr><tr><td>anderes</td><td><input type="checkbox"/></td><td>88</td></tr><tr><td>diverse</td><td><input type="checkbox"/></td><td>99</td></tr></table> <p>18. Einweisung durch</p> <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td>Familienangehörige</td><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td></tr><tr><td>Haus-, Kinderarzt/ärztin</td><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td></tr><tr><td>Medizinische Institution (Spital, Klinik)</td><td><input type="checkbox"/></td><td>3</td></tr><tr><td>Kinderpsychiater/in</td><td><input type="checkbox"/></td><td>4</td></tr><tr><td>Erwachsenenpsychiater/in</td><td><input type="checkbox"/></td><td>5</td></tr><tr><td>Schulpsychologischer Dienst</td><td><input type="checkbox"/></td><td>6</td></tr><tr><td>Lehrer / Schule</td><td><input type="checkbox"/></td><td>7</td></tr><tr><td>Nicht ärztliche(r) Therapeut/in privater P.</td><td><input type="checkbox"/></td><td>8</td></tr><tr><td>Jugendamt / Jugendschutzautorität</td><td><input type="checkbox"/></td><td>9</td></tr><tr><td>Sozialdienst / Vormundschaftsbehörde</td><td><input type="checkbox"/></td><td>10</td></tr><tr><td>Frühberatungsdienst / Mütterberatung</td><td><input type="checkbox"/></td><td>11</td></tr><tr><td>Justizbehörden</td><td><input type="checkbox"/></td><td>12</td></tr><tr><td>Sozialversicherung</td><td><input type="checkbox"/></td><td>13</td></tr><tr><td>Patient/in selbst</td><td><input type="checkbox"/></td><td>14</td></tr><tr><td>andere</td><td><input type="checkbox"/></td><td>88</td></tr><tr><td>unbekannt</td><td><input type="checkbox"/></td><td>99</td></tr></table> <p>19. Aufnahmemodus</p> <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td>Notfall</td><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td></tr><tr><td>Angemeldet, geplant</td><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td></tr><tr><td>andere</td><td><input type="checkbox"/></td><td>88</td></tr><tr><td>Übernahme vom Vorjahr</td><td><input type="checkbox"/></td><td>99</td></tr></table>	0 ledig	1	1 verheiratet, zusammenlebend	2	5 verheiratet, getrennt lebend	3	2 verwitwet	4	3 geschieden	5	4 nicht verheiratet, zusammenlebend	6	KK	Krankenkasse allgemein	1	IV	Invalidentversicherung	2	MV	Militärversicherung	3	UV	Unfallversicherung	4	PV	Privatversicherung	5	OEF	öffentliche Fürsorge	8	UEG	übrige Garanten	9	ambulant	<input type="checkbox"/>	1	teilstationär	<input type="checkbox"/>	2	stationär	<input type="checkbox"/>	3	anderes	<input type="checkbox"/>	88	diverse	<input type="checkbox"/>	99	Familienangehörige	<input type="checkbox"/>	1	Haus-, Kinderarzt/ärztin	<input type="checkbox"/>	2	Medizinische Institution (Spital, Klinik)	<input type="checkbox"/>	3	Kinderpsychiater/in	<input type="checkbox"/>	4	Erwachsenenpsychiater/in	<input type="checkbox"/>	5	Schulpsychologischer Dienst	<input type="checkbox"/>	6	Lehrer / Schule	<input type="checkbox"/>	7	Nicht ärztliche(r) Therapeut/in privater P.	<input type="checkbox"/>	8	Jugendamt / Jugendschutzautorität	<input type="checkbox"/>	9	Sozialdienst / Vormundschaftsbehörde	<input type="checkbox"/>	10	Frühberatungsdienst / Mütterberatung	<input type="checkbox"/>	11	Justizbehörden	<input type="checkbox"/>	12	Sozialversicherung	<input type="checkbox"/>	13	Patient/in selbst	<input type="checkbox"/>	14	andere	<input type="checkbox"/>	88	unbekannt	<input type="checkbox"/>	99	Notfall	<input type="checkbox"/>	1	Angemeldet, geplant	<input type="checkbox"/>	2	andere	<input type="checkbox"/>	88	Übernahme vom Vorjahr	<input type="checkbox"/>	99	<p>20. Freiwilligkeit</p> <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td>unfreiwillig</td><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td></tr><tr><td>freiwillig</td><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td></tr><tr><td>unbekannt</td><td><input type="checkbox"/></td><td>99</td></tr></table> <p>21. FFE</p> <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td>ohne FFE</td><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td></tr><tr><td>mit FFE</td><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td></tr></table> <p>22. Wohnsituation vor Eintritt</p> <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td>Zuhause, allein</td><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td></tr><tr><td>Zuhause, mit anderen (=Familie/Pfifam.)</td><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td></tr><tr><td>(Wohn-)Heim</td><td><input type="checkbox"/></td><td>3</td></tr><tr><td>Internat</td><td><input type="checkbox"/></td><td>4</td></tr><tr><td>Wohngemeinschaft</td><td><input type="checkbox"/></td><td>5</td></tr><tr><td>Heilpädagogisch Grossfamilie</td><td><input type="checkbox"/></td><td>6</td></tr><tr><td>Ohne festen Wohnsitz</td><td><input type="checkbox"/></td><td>7</td></tr><tr><td>andere</td><td><input type="checkbox"/></td><td>88</td></tr><tr><td>unbekannt</td><td><input type="checkbox"/></td><td>99</td></tr></table> <p>23. Geschwisterstatus</p> <p>a) Geburtsrang <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>b) Anzahl leibliche Geschwister <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>c) Mehrling? Ja <input type="checkbox"/> 1</p> <p>24. Beziehungsstatus der leiblichen Eltern b. Eintritt</p> <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td>verheiratet</td><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td></tr><tr><td>unverheiratet zusammenlebend</td><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td></tr><tr><td>getrennt</td><td><input type="checkbox"/></td><td>3</td></tr><tr><td>geschieden</td><td><input type="checkbox"/></td><td>4</td></tr><tr><td>getrennt nach unverheiratet zusammenl.</td><td><input type="checkbox"/></td><td>5</td></tr><tr><td>haben nie zusammen gelebt</td><td><input type="checkbox"/></td><td>6</td></tr><tr><td>verwitwet</td><td><input type="checkbox"/></td><td>7</td></tr><tr><td>beide Eltern verstorben</td><td><input type="checkbox"/></td><td>8</td></tr><tr><td>unbekannt</td><td><input type="checkbox"/></td><td>99</td></tr></table> <p>25. Sorgerecht</p> <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td>bei den gemeinsam lebenden KE</td><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td></tr><tr><td>bei geschiedenen KE („gemeinsames So.)</td><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td></tr><tr><td>bei KV</td><td><input type="checkbox"/></td><td>3</td></tr><tr><td>bei KM</td><td><input type="checkbox"/></td><td>4</td></tr><tr><td>bei Vormund</td><td><input type="checkbox"/></td><td>5</td></tr><tr><td>unbekannt</td><td><input type="checkbox"/></td><td>99</td></tr></table> <p>26. ZGB-Massnahme</p> <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td>keine</td><td><input type="checkbox"/></td><td>0</td></tr><tr><td>ZGB 307: Erziehungshilfe</td><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td></tr><tr><td>ZGB 308: Beistandschaft</td><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td></tr><tr><td>ZGB 310: Aufhebung der elterlichen Obhut</td><td><input type="checkbox"/></td><td>3</td></tr><tr><td>ZGB 311: Aufhebung der el. Sorge (Vorm.)</td><td><input type="checkbox"/></td><td>4</td></tr><tr><td>unbekannt</td><td><input type="checkbox"/></td><td>99</td></tr></table> <p>27. unmittelbare väterliche Bezugsperson</p> <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td>leiblicher Vater</td><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td></tr><tr><td>Stiefvater</td><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td></tr><tr><td>Adoptivvater</td><td><input type="checkbox"/></td><td>3</td></tr><tr><td>Pflegevater</td><td><input type="checkbox"/></td><td>4</td></tr><tr><td>Partner der KM</td><td><input type="checkbox"/></td><td>5</td></tr><tr><td>Grossvater ms oder vs</td><td><input type="checkbox"/></td><td>6</td></tr><tr><td>Anderer Verwandter</td><td><input type="checkbox"/></td><td>7</td></tr><tr><td>Keine männliche Bezugsperson</td><td><input type="checkbox"/></td><td>8</td></tr><tr><td>unbekannt</td><td><input type="checkbox"/></td><td>99</td></tr></table>	unfreiwillig	<input type="checkbox"/>	0	freiwillig	<input type="checkbox"/>	1	unbekannt	<input type="checkbox"/>	99	ohne FFE	<input type="checkbox"/>	0	mit FFE	<input type="checkbox"/>	1	Zuhause, allein	<input type="checkbox"/>	1	Zuhause, mit anderen (=Familie/Pfifam.)	<input type="checkbox"/>	2	(Wohn-)Heim	<input type="checkbox"/>	3	Internat	<input type="checkbox"/>	4	Wohngemeinschaft	<input type="checkbox"/>	5	Heilpädagogisch Grossfamilie	<input type="checkbox"/>	6	Ohne festen Wohnsitz	<input type="checkbox"/>	7	andere	<input type="checkbox"/>	88	unbekannt	<input type="checkbox"/>	99	verheiratet	<input type="checkbox"/>	1	unverheiratet zusammenlebend	<input type="checkbox"/>	2	getrennt	<input type="checkbox"/>	3	geschieden	<input type="checkbox"/>	4	getrennt nach unverheiratet zusammenl.	<input type="checkbox"/>	5	haben nie zusammen gelebt	<input type="checkbox"/>	6	verwitwet	<input type="checkbox"/>	7	beide Eltern verstorben	<input type="checkbox"/>	8	unbekannt	<input type="checkbox"/>	99	bei den gemeinsam lebenden KE	<input type="checkbox"/>	1	bei geschiedenen KE („gemeinsames So.)	<input type="checkbox"/>	2	bei KV	<input type="checkbox"/>	3	bei KM	<input type="checkbox"/>	4	bei Vormund	<input type="checkbox"/>	5	unbekannt	<input type="checkbox"/>	99	keine	<input type="checkbox"/>	0	ZGB 307: Erziehungshilfe	<input type="checkbox"/>	1	ZGB 308: Beistandschaft	<input type="checkbox"/>	2	ZGB 310: Aufhebung der elterlichen Obhut	<input type="checkbox"/>	3	ZGB 311: Aufhebung der el. Sorge (Vorm.)	<input type="checkbox"/>	4	unbekannt	<input type="checkbox"/>	99	leiblicher Vater	<input type="checkbox"/>	1	Stiefvater	<input type="checkbox"/>	2	Adoptivvater	<input type="checkbox"/>	3	Pflegevater	<input type="checkbox"/>	4	Partner der KM	<input type="checkbox"/>	5	Grossvater ms oder vs	<input type="checkbox"/>	6	Anderer Verwandter	<input type="checkbox"/>	7	Keine männliche Bezugsperson	<input type="checkbox"/>	8	unbekannt	<input type="checkbox"/>	99
0 ledig	1																																																																																																																																																																																																																																																
1 verheiratet, zusammenlebend	2																																																																																																																																																																																																																																																
5 verheiratet, getrennt lebend	3																																																																																																																																																																																																																																																
2 verwitwet	4																																																																																																																																																																																																																																																
3 geschieden	5																																																																																																																																																																																																																																																
4 nicht verheiratet, zusammenlebend	6																																																																																																																																																																																																																																																
KK	Krankenkasse allgemein	1																																																																																																																																																																																																																																															
IV	Invalidentversicherung	2																																																																																																																																																																																																																																															
MV	Militärversicherung	3																																																																																																																																																																																																																																															
UV	Unfallversicherung	4																																																																																																																																																																																																																																															
PV	Privatversicherung	5																																																																																																																																																																																																																																															
OEF	öffentliche Fürsorge	8																																																																																																																																																																																																																																															
UEG	übrige Garanten	9																																																																																																																																																																																																																																															
ambulant	<input type="checkbox"/>	1																																																																																																																																																																																																																																															
teilstationär	<input type="checkbox"/>	2																																																																																																																																																																																																																																															
stationär	<input type="checkbox"/>	3																																																																																																																																																																																																																																															
anderes	<input type="checkbox"/>	88																																																																																																																																																																																																																																															
diverse	<input type="checkbox"/>	99																																																																																																																																																																																																																																															
Familienangehörige	<input type="checkbox"/>	1																																																																																																																																																																																																																																															
Haus-, Kinderarzt/ärztin	<input type="checkbox"/>	2																																																																																																																																																																																																																																															
Medizinische Institution (Spital, Klinik)	<input type="checkbox"/>	3																																																																																																																																																																																																																																															
Kinderpsychiater/in	<input type="checkbox"/>	4																																																																																																																																																																																																																																															
Erwachsenenpsychiater/in	<input type="checkbox"/>	5																																																																																																																																																																																																																																															
Schulpsychologischer Dienst	<input type="checkbox"/>	6																																																																																																																																																																																																																																															
Lehrer / Schule	<input type="checkbox"/>	7																																																																																																																																																																																																																																															
Nicht ärztliche(r) Therapeut/in privater P.	<input type="checkbox"/>	8																																																																																																																																																																																																																																															
Jugendamt / Jugendschutzautorität	<input type="checkbox"/>	9																																																																																																																																																																																																																																															
Sozialdienst / Vormundschaftsbehörde	<input type="checkbox"/>	10																																																																																																																																																																																																																																															
Frühberatungsdienst / Mütterberatung	<input type="checkbox"/>	11																																																																																																																																																																																																																																															
Justizbehörden	<input type="checkbox"/>	12																																																																																																																																																																																																																																															
Sozialversicherung	<input type="checkbox"/>	13																																																																																																																																																																																																																																															
Patient/in selbst	<input type="checkbox"/>	14																																																																																																																																																																																																																																															
andere	<input type="checkbox"/>	88																																																																																																																																																																																																																																															
unbekannt	<input type="checkbox"/>	99																																																																																																																																																																																																																																															
Notfall	<input type="checkbox"/>	1																																																																																																																																																																																																																																															
Angemeldet, geplant	<input type="checkbox"/>	2																																																																																																																																																																																																																																															
andere	<input type="checkbox"/>	88																																																																																																																																																																																																																																															
Übernahme vom Vorjahr	<input type="checkbox"/>	99																																																																																																																																																																																																																																															
unfreiwillig	<input type="checkbox"/>	0																																																																																																																																																																																																																																															
freiwillig	<input type="checkbox"/>	1																																																																																																																																																																																																																																															
unbekannt	<input type="checkbox"/>	99																																																																																																																																																																																																																																															
ohne FFE	<input type="checkbox"/>	0																																																																																																																																																																																																																																															
mit FFE	<input type="checkbox"/>	1																																																																																																																																																																																																																																															
Zuhause, allein	<input type="checkbox"/>	1																																																																																																																																																																																																																																															
Zuhause, mit anderen (=Familie/Pfifam.)	<input type="checkbox"/>	2																																																																																																																																																																																																																																															
(Wohn-)Heim	<input type="checkbox"/>	3																																																																																																																																																																																																																																															
Internat	<input type="checkbox"/>	4																																																																																																																																																																																																																																															
Wohngemeinschaft	<input type="checkbox"/>	5																																																																																																																																																																																																																																															
Heilpädagogisch Grossfamilie	<input type="checkbox"/>	6																																																																																																																																																																																																																																															
Ohne festen Wohnsitz	<input type="checkbox"/>	7																																																																																																																																																																																																																																															
andere	<input type="checkbox"/>	88																																																																																																																																																																																																																																															
unbekannt	<input type="checkbox"/>	99																																																																																																																																																																																																																																															
verheiratet	<input type="checkbox"/>	1																																																																																																																																																																																																																																															
unverheiratet zusammenlebend	<input type="checkbox"/>	2																																																																																																																																																																																																																																															
getrennt	<input type="checkbox"/>	3																																																																																																																																																																																																																																															
geschieden	<input type="checkbox"/>	4																																																																																																																																																																																																																																															
getrennt nach unverheiratet zusammenl.	<input type="checkbox"/>	5																																																																																																																																																																																																																																															
haben nie zusammen gelebt	<input type="checkbox"/>	6																																																																																																																																																																																																																																															
verwitwet	<input type="checkbox"/>	7																																																																																																																																																																																																																																															
beide Eltern verstorben	<input type="checkbox"/>	8																																																																																																																																																																																																																																															
unbekannt	<input type="checkbox"/>	99																																																																																																																																																																																																																																															
bei den gemeinsam lebenden KE	<input type="checkbox"/>	1																																																																																																																																																																																																																																															
bei geschiedenen KE („gemeinsames So.)	<input type="checkbox"/>	2																																																																																																																																																																																																																																															
bei KV	<input type="checkbox"/>	3																																																																																																																																																																																																																																															
bei KM	<input type="checkbox"/>	4																																																																																																																																																																																																																																															
bei Vormund	<input type="checkbox"/>	5																																																																																																																																																																																																																																															
unbekannt	<input type="checkbox"/>	99																																																																																																																																																																																																																																															
keine	<input type="checkbox"/>	0																																																																																																																																																																																																																																															
ZGB 307: Erziehungshilfe	<input type="checkbox"/>	1																																																																																																																																																																																																																																															
ZGB 308: Beistandschaft	<input type="checkbox"/>	2																																																																																																																																																																																																																																															
ZGB 310: Aufhebung der elterlichen Obhut	<input type="checkbox"/>	3																																																																																																																																																																																																																																															
ZGB 311: Aufhebung der el. Sorge (Vorm.)	<input type="checkbox"/>	4																																																																																																																																																																																																																																															
unbekannt	<input type="checkbox"/>	99																																																																																																																																																																																																																																															
leiblicher Vater	<input type="checkbox"/>	1																																																																																																																																																																																																																																															
Stiefvater	<input type="checkbox"/>	2																																																																																																																																																																																																																																															
Adoptivvater	<input type="checkbox"/>	3																																																																																																																																																																																																																																															
Pflegevater	<input type="checkbox"/>	4																																																																																																																																																																																																																																															
Partner der KM	<input type="checkbox"/>	5																																																																																																																																																																																																																																															
Grossvater ms oder vs	<input type="checkbox"/>	6																																																																																																																																																																																																																																															
Anderer Verwandter	<input type="checkbox"/>	7																																																																																																																																																																																																																																															
Keine männliche Bezugsperson	<input type="checkbox"/>	8																																																																																																																																																																																																																																															
unbekannt	<input type="checkbox"/>	99																																																																																																																																																																																																																																															

+

PSYCHIATRIESTATISTIK BL KJPD

+

28. unmittelbare mütterliche Bezugsperson
- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|----|
| leibliche Mutter | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Stiefmutter | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Adoptivmutter | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Pflegemutter | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Partnerin des KV | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Grossmutter ms oder vs | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Andere Verwandte | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Keine weibliche Bezugsperson | <input type="checkbox"/> | 8 |
| unbekannt | <input type="checkbox"/> | 99 |
29. Schulsituation
- a) Kind ist im Vorschulalter
- | | | |
|------------------------------|--------------------------|----|
| kein Kiga | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Spielgruppe | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Normaler Kiga | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Sprachheilkiga | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Heilpädagogischer Kiga | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Privater Kiga | <input type="checkbox"/> | 5 |
| unbekannt | <input type="checkbox"/> | 99 |
- b) Kind ist älter
- | | | |
|--|--------------------------|----|
| kein Schulbesuch | <input type="checkbox"/> | 0 |
| obligatorische Volksschule (Klassen 1-9) | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Gymi/weiterführende Schulen (10-13) | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Privatschule/Einzelunterricht | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Sonderklasse | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Heilpädagogische Schule | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 10. Schuljahr/Werkjahr | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Berufswahlschule | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Sonstige Schule | <input type="checkbox"/> | 8 |
| berufstätig | <input type="checkbox"/> | 9 |
| unbekannt | <input type="checkbox"/> | 99 |
30. Behandlung (Mehrfachantworten)
- | | | |
|---|--------------------------|----|
| Krisenintervention | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Beratung | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Psychotherapie (Einzel) | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Psychotherapie (Paar oder Familie) | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Psychotherapie (Gruppe) | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Integrierte psychiatrische Behandlung | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Sozialpsychiatrische Behandlung | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Konsilium/Liaisonpsychiatrie | <input type="checkbox"/> | 8 |
| Sachhilfe | <input type="checkbox"/> | 9 |
| Nur Abklärung | <input type="checkbox"/> | 10 |
| Begutachtung | <input type="checkbox"/> | 11 |
| Logopädische Behandlung | <input type="checkbox"/> | 12 |
| Psychomotoriktherapie (Einzel) | <input type="checkbox"/> | 13 |
| Neuropsychologie | <input type="checkbox"/> | 14 |
| unbekannt | <input type="checkbox"/> | 99 |
31. Abschlussart
- | | | |
|---|--------------------------|----|
| in gegenseitigem Einvernehmen | <input type="checkbox"/> | 1 |
| auf Initiative der Behandelnden | <input type="checkbox"/> | 2 |
| auf Initiative des/r Patienten/in bzw. Eltern | <input type="checkbox"/> | 3 |
| auf Initiative Dritter | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Suizid | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Verstorben (ausser Suizid) | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Jahresabschluss | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Anderes, d.h.: geht weiter! | <input type="checkbox"/> | 88 |
| unbekannt | <input type="checkbox"/> | 99 |

32. Psychopharmakotherapie (Mehrfachantworten)
- | | | |
|--|--------------------------|----|
| keine | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Neuroleptika | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Depotneuroleptika | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Antidepressiva | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Tranquilizer | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Hypnotika | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Antiepileptika | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Lithium | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Substitutionsmittel (z.B. Methadon) | <input type="checkbox"/> | 8 |
| Suchtaversionsm. (z.B. Antabus, Nemexin) | <input type="checkbox"/> | 9 |
| Antiparkinsonmittel | <input type="checkbox"/> | 10 |
| Medikamente zur Behandlung körp. Leiden | <input type="checkbox"/> | 11 |
| Psychostimulantien (z.B. Ritalin) | <input type="checkbox"/> | 12 |
| andere | <input type="checkbox"/> | 88 |
| unbekannt | <input type="checkbox"/> | 99 |
33. wichtigste Behandlung nach Austritt (Mehrfachantworten)
- | | | |
|--|--------------------------|----|
| geheilt, kein Behandlungsbedarf | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Bezugsp., freiwillige Mitarbeiter/in, Laien | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Beratungsstelle, soziale Inst., Sozialdienst | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Praktizierende/r Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Prakt. Psychiater/in, Kinderpsychiater/in | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Nichtärztliche/r Psychotherapeut/in | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Psychiatrische Institution, ambulant | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Pflegepersonal, Spitex | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Allgemeinspital, somatisch | <input type="checkbox"/> | 8 |
| Psychiatrische Institution, (teil-)stationär | <input type="checkbox"/> | 9 |
| Behörde | <input type="checkbox"/> | 10 |
| Heilpädagoge/in | <input type="checkbox"/> | 11 |
| Psychomotoriker/in | <input type="checkbox"/> | 12 |
| Logopäde/in | <input type="checkbox"/> | 13 |
| Ergotherapeut/in | <input type="checkbox"/> | 14 |
| andere | <input type="checkbox"/> | 88 |
| unbekannt | <input type="checkbox"/> | 99 |
34. 1.Achse: klinisch-psych. Syndrom (ICD-10-Code)
- | | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
34. 2.Achse: Entwicklungsstörungen (MAS-Code)
- | | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
34. 3.Achse: Intelligenzniveau (MAS-Code)
- | | | |
|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| geschätzt | gemessen | |
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> |
34. 4.Achse: körperliche Symptomatik (ICD-10-Code)
- | | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
34. 5.Achse: aktuelle psychosoziale Umstände
- | | leicht | mittel | stark |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Umstand | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Umstand | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Umstand | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
34. 6.Achse: Globalbeurteilung psychosoziale Anpassung (0-9)
- | |
|--|
| |
|--|

+

2

+

7.3.2 BFS – Formular

BFS Formular

Letzte Änderung 27.01.2014 10:28

Name: BFS-Test
 Vorname: Stefan
 Geschlecht: M
 Geburtsdatum: 01.01.1955
 Alter bei Eintritt: 59
 Fallnummer: 135278
 Zivilstand:
 Dokumentation mit Zusatzdaten:
 BFS-Einstellung:
☐ Kein Export
☒ Psychiatrie

Erfassung: Rianne Elderkamp
 Erfassungsdatum: 27.01.2014 10:28

Fall: Diagnosen/Behandlungen | Medikamente | Plausiprüfung | Diagnosen berechnen | Prozeduren berechnen | Datum der Anlage

Beschäftigung vor Eintritt:
☐ Teilzeit erwerbstätig
☐ Voll erwerbstätig
☐ Nicht erwerbstätig / arbeitslos
☐ Hausarbeit in eigenem Haushalt
☐ In Ausbildung (Schule, Lehre, etc.)
☐ Rehabilitationsprogramm
☐ IV, AHV oder sonstige Rente
☐ Arbeit in geschütztem Rahmen
☐ Unbekannt

Ausbildung:
 Eintritt:
 Eintrittsdatum: 27.01.2014 10:26
 Aufenthalt vor Eintritt:
 Eintrittsart: Angemeldet, geplant
 Eintrittsgrund:
 Aufenthalt:
 Behandlung:
 Behandlungsart: Stationär
 Klasse:
 Einweisende Instanz:
 Freiwilligkeit:
☐ Fürsorgerische Unterbringung

Behandlungsdauer: 0 Tage
 Administrativer Urlaub & Ferien: 0 Stunden
 Dauer d. künstl. Beatmung: 0 Stunden

Psychopharmakotherapie:
☐ Neuroleptika
☐ Depotneuroleptika
☐ Antidepressiva
☐ Tranquilizer
☐ Hypnotika
☐ Antiepileptika
☐ Lithium
☐ Suchstsubstitutionsmittel
☐ Suchtaversionsmittel
☐ Antiparkinsonmittel
☐ andere
☐ Medik. bei körperl. Leiden

Betriebswirtschaftliche Angaben:
 Hauptkostenstelle: Psychiatrie und Psychotherapie (M500)
 Hauptkostenträger:
 Austritt:
 Austrittsdatum:
 Entscheid für Austritt:
 Aufenthalt nach Austritt:
 Behandlung nach Austritt:

7.4 Vergleichbare Variablen

1. Geschlecht:
 1. weiblich
 2. männlich
2. Ort:
 2. Rostock
 3. Liestal
3. Nationalität:
 1. Deutschland
 2. Österreich
 3. Schweiz
 4. Italien
 5. Spanien
 6. Griechenland
 7. Türkei
 8. Sonstiges europäisches Ausland
 9. Afrikanische Staaten
 10. Nordamerika
 11. Südamerika
 12. Asiatische Staaten
 13. Sonstige Staaten
 999. Unbekannt

- 24. Dauer
- 24. Behandlungsdiagnosen
- 25. Kind/ Jugendlicher hat eine mütterliche Bezugsperson
- 26. Kind/ Jugendlicher hat eine väterliche Bezugsperson
- 27. Beziehungsstatus der leiblichen Eltern
- 28. Zahl der leiblichen Geschwister
- 29. Mehrling
- 30. Geburtsrang
- 31. Wer hat die Kinder eingewiesen
- 32. Schulsituation: Kind ist im Vorschulalter
- 33. Schulsituation: Kind ist älter
- 34. Psychopharmaka Therapie
 - 1. Neuroleptika
 - 2. Tranquilizer
 - 3. Antidepressiva
 - 4. Hypnotika
 - 5. Antiepileptika
 - 6. Lithium
 - 7. Antiparkinson
 - 8. Methylphenidat
 - 9. andere Medikamente zur Behandlung körperlicher Leiden
- 35. Weiterbehandlung nach Entlassung:
 - 1. Keine
 - 2. Beratungsstelle, soziale Inst., Sozialdienst
 - 3. Praktizierende/r Arzt/Ärztin
 - 4. Psychiater/in, Kinderpsychiater/in
 - 5. Psychotherapeut/in
 - 6. Psychiatrische Institution, (teil)-stationär
 - 7. Allgemeinspital, somatisch
 - 8. Behörde
 - 9. Zeus (Zentrum für Entwicklungsdiagnostik und Sozialpädiatrie)
 - 10. Neurologie
 - 11. Andere
 - 99. Unbekannt
- 25. Wievielte stationäre Klinikaufenthalt in dieser Klinik

8 Literaturverzeichnis

- <https://www.swissinfo.ch/ger/gesellschaft/einwanderungs-serie-teil1- wer-sind-die-2-millionen-auslaenderinnen-und-auslaender-in-der-schweiz/42411946>
- <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/14271/umfrage/deutschland-anteil-auslaender-an-bevoelkerung/>
- <https://www.tz.de/politik/einwanderungsland-deutschland-zahlen-statistisches-bundesamt-wer-wo-wie-viele-6266642.html>
- <https://www.bib.bund.de/Permalink.html?id=10312438>
- https://de.wikipedia.org/wiki/Universit%C3%A4ts-Kinderspital_beider_Basel
- https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/D/Depression/Daten_Fakten/daten_fakten_depressionen_inhalt.html

Abbas S, Ihle P, Adler JB, Engel S, Günster C, Linder R, Lehmkuhl G, Schubert I (2016): Psychopharmacological prescriptions in children and adolescents in Germany— a nationwide analysis of over 4 million statutory insured individuals from 2004 to 2012. *Dtsch Arztebl Int* 2016; 113: 396–403.

Bachmann CJ, Lempp T, Glaeske G, Hoffmann F (2014): Antipsychotic prescriptions in children and adolescents- an analysis of data from a German statutory health insurance company from 2005-2012. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111(3): 25-34. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0025

Bachmann, C. J., Manthey, T., Kamp-Becker, I., Glaeske, G. & Hoffmann, F. (2013). Psychopharmacological treatment in children and adolescents with autism spectrum disorders in Germany. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 2551–2563.

Bachmann, C. J., Roessner, V., Glaeske, G. & Hoffmann, F. (2015). Trends in psychopharmacologic treatment of tic disorders in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 199–207. DOI 10.1007/s00787-014-0563-6.

Bodenmann, G., PHIL, D., & AN, B. (2006). Die Folgen der Scheidung für die Kinder aus psychologischer Sicht. *Journal of Marriage and the Family*, 110, 26-46.

Bundesarztregister, Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten (Anzahl). (Stand 10.12.2018) unter www.gbe-bund.de

Case, B. G., Olfson, M., Marcus, S. C., & Siegel, C. (2007). Trends in the inpatient mental health treatment of children and adolescents in US community hospitals between 1990 and 2000. *Archives of general psychiatry*, 64(1), 89-96.

Rolf Castell, Jan Nedoschill, Madeleine Rupps und Dagmar Bussiek (2003); Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961

Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Fegert, J. M., Huss, M., Lenz, K., ... & Lehmkuhl, G. (1997). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse einer

repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Egle, U., Hoffmann, S. & Steffens, M. Nervenarzt (1997) 68: 683.

<https://doi.org/10.1007/s001150050183>

Fegert, J. M., Kölch, M., Zito, J. M., Glaeske, G. & Janhsen, K. (2006). Antidepressant Use in Children and Adolescents in Germany. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 16, 197–206.

Franke C., Fegert J.M., Krüger U., Kölch M., (2016)

Verordnungshäufigkeiten von Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland; Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2016); 44(4), 259-274

Frank L, Yesil-Jürgens R, Born S, Hoffmann R, Santos-Hövenner Cet al. (2018) Maßnahmen zur verbesserten Einbindung und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 3(1):134-151. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-017

Goldbeck, L., & Göbel, D. (1990). Stationäre Therapie in der Kinder-und Jugendpsychiatrie-Analysen an einer Inanspruchnahmepopulation

Göllnitz, G. (1972): "Lehrstuhl und Abteilung der Kinderneuropyschiatrie der Universitäts-Nervenklinik Rostock." *Wissenschaftliche Zeitschrift der Universität Rostock*: 19-23.

Grobe, Thomas G., Hans Dörning, and Friedrich W. Schwartz. (2013): "Barmer GEK Arztreport 2013." *Schriftreihe zur Gesundheitsanalyse* 18: 160-73.

Häßler, F. (2003). Nachruf Herr Prof. em. Dr. med. habil. Gerhard Göllnitz (28.04. 1920 bis 03.01. 2003). *Arzteblatt Mecklenburg-Vorpommern*, 13, S62.

Hoffmann, F., Glaeske, G., Petermann, F. & Bachmann, C. J. (2012). Outpatient treatment in German adolescents with depression: an analysis of nationwide health insurance data. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 21, 972–979.

Hoffmann, F., Glaeske, G., Petermann, F. & Bachmann, C. J. (2012). Outpatient treatment in German adolescents with depression: an analysis of nationwide health insurance data. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 21, 972–979.

Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U., Mauz, E., & KiGGS Study Group. (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.

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

Hölling, H., & Schlack, R. (2007). Essstörungen im Kindes-und Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 794-799.

Kasten, H. (1995). Einzelkinder - Aufwachsen ohne Geschwister. Heidelberg, Berlin, New York: Springer

- 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.
- 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* · 2018 3(3) DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-077 Robert Koch-Institut, Berlin
- Knopf, H. C., Hölling, H. & Schlack, R. (2012). Prevalence, determinants and spectrum of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) medication of children and adolescents in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey (KiGGS). (2012). *BMJ Open*, 2, e000477. doi:10.1136/bmjopen-2011-000477.
- Kölch, M., Märsch, C., Fegert, J. M. & Lippert, H. D. (2009). Clinical trials with minors in Germany – effects of the 12th amendment to the German Drug Code on the numbers of applications to Institutional Review Boards (IRB). *Gesundheitswesen*, 71, 127–733.
- Kumbier, Ekkehardt, and Frank Häßler. (2010) "50 Jahre universitäre Kinderneuropsychiatrie in Rostock." *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*.
- Langenmayr, A. (1987): Der Geschwisterzahlenkonflikt und sein Einfluss auf Neurosen, Erkrankungen und Alltagsverhalten. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 36 (1987) 2, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 36-39. Online im Internet: http://www.psydok.sulb.unisaarland.de/volltexte/2011/3199/pdf/36.19872_1_31994.pdf_new.pdf [Stand: 30.04.2014].
- Lau, C. (2008). Kinder und Jugendliche im Grenzbereich zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe: eine empirische Untersuchung zu Ursachen und Zusammenhängen anhand der stationären Klientel der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes-und Jugendalter der Universität Rostock (Doctoral dissertation).
- Lehmkuhl G, Schubert I (2014): Psychotropic medication in children and adolescents. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111(3): 23–24. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0023
- Lindemann, C., Langner, I., Kraut, A. A., Banaschewski, T., Schach-Hansjosten, T. & Petermann, U. et al. (2012). Age-Specific Prevalence, Incidence of New Diagnoses, and Drug Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Germany. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 22, 207–314.
- Nissen, G. (2005). *Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Klett-Cotta.
- Noterdaeme, M., Schlamp, D., Linder, M., von Aster, M., Bandy, J., & von Brackel, K. (2003). Die Basisdokumentation in der Kinder-und Jugendpsychiatrie: Erste Auswertungen und Erfahrungen. *Psychiatrische Praxis*, 30(S 2), 169-172.
- Ott, L. (2017). Man geht hinein, um wieder herauszukommen. Geschichte der Psychiatrie des Kantons Basel Landschaft. Basel: Schwabe Verlag.
- Plass D, Vos T, Hornberg C et al (2014) Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt* 111:629–638
- Plener P.L Strau J.b, Fegert J.M., Keller F., (2015)

Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen in deutschen Krankenhäusern. *Nervenheilkunde* 2015; 34:18-23

Raven-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M. (2007)

Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS). *Bundesgesundheitsblatt* 2007; 50: 871-878

Thomas Schulz, (2018) Zukunftsmedizin; Wie das Silicon Valley Krankheiten besiegen und unser Leben verlängern will

Stegmann, B., Wenzel-Seifert, K. & Haen, E. (2013). Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter: Eine Auswertung der KinderAGATE Datenbanken 2010. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 41, 109–119

Stegmann, B., Rexroth, C. A., Wenzel-Seifert, K. & Haen, E. (2015). Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter: Eine Auswertung der KinderAGATE Datenbanken 2009–2012. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43, 101–114.

Seiffge-Krenke, I., Fliedl, R., & Katzenschläger, P. (2013). Diagnosespezifische Strukturdefizite. *Psychotherapeut*, 58(1), 15-23.

Schläfke, D., Weigel, H., Hässler, F., & Ernst, K. (2004). Geschichte der Rostocker Psychiatrie. In *Universitätskolloquien zur Schizophrenie* (pp. 37-50). Steinkopff, Heidelberg.

Schmidt-Troschke, S. O., Ostermann, T., Melcher, D., Schuster, R., Erben, C. M. & Matthiessen, P. F. (2004). Der Einsatz von Methylphenidat im Kindesalter: Analyse des Ordnungsverhaltens auf der Basis von Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen zu Arzneimittelverordnungen. *Das Gesundheitswesen*, 66, 387–392.

Schubert, I., Köster, I. & Lehmkuhl, G. (2010). The Changing Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Methylphenidate Prescriptions. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107, 615–621.

Schubert, I. & Lehmkuhl, G. (2009). Increased Antipsychotic Prescribing to Youths in Germany. *Psychiatric Services*, 60, 269

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

von Wyl, A., Chew Howard, E., Bohleber, L. & Haemmerle, P. (2017) Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie. Eine systematische Zusammenstellung empirischer Berichte von 2006 bis 2016 (Obsan Dossier 62). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Warnke, A., & Lehmkuhl, G. (2011). Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. *Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*, 4.

Wöckel, L., Goth, K., Matic, N., Zepf, F. D., Holtmann, M. & Poustka, F. (2010). Psychopharmakotherapie einer ambulanten und stationären Inanspruchnahmepopulation adoleszenter Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 37–49.

Zito, J. M., Safer, D. J., Jong-van den Berg, L. T. W., Janhsen, K., Fegert, J. M. & Gardner, J. F. et al. (2008). A three-country comparison of psychotropic medication prevalence in youth. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2, 26.