

# Entwicklung der Charakteristika von Notaufnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Eine retrospektive Betrachtung über zwei Dekaden

Daniela Hagmann<sup>1</sup>, Katharina Allgaier<sup>1,2</sup>, Jonathan Wolf<sup>1,3</sup>, Ornella Chiumento<sup>1</sup>, Laura Bürkle<sup>1</sup>, Annette Conzelmann<sup>1,2</sup> und Tobias J. Renner<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Abteilung für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsklinikum für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen, Zentrum für Psychische Gesundheit, Tübingen, Deutschland

<sup>2</sup> LEAD Graduate School and Research Network, Universität Tübingen, Deutschland

<sup>3</sup> Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Stuttgart, Deutschland

**Zusammenfassung:** *Fragestellung:* Stationäre Notaufnahmen aufgrund einer psychischen Krise stellen einen erheblichen Anteil der stationären Aufnahmen kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken dar und haben in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Die Studie untersucht, wie sich Charakteristika dieser Patient\_innengruppe einer universitären Versorgungsklinik über zwei Jahrzehnte hinweg verändert haben. *Methodik:* Es erfolgte eine retrospektive Auswertung der Notaufnahmen der Jahrgänge 1996, 2002, 2008 und 2014 der KJPPP Tübingen bezüglich soziodemografischer Daten, psychosozialer Umstände und Diagnosen. *Ergebnisse:* Insgesamt wurden  $N = 403$  Notaufnahmen ausgewertet. Es zeigte sich eine Steigerung von Notaufnahmen im genannten Zeitraum von 405%. Bezüglich der psychosozialen Umstände ergab sich eine Zunahme von Familiensituationen mit getrennten Eltern. Des Weiteren war bei den Patient\_innen eine deutliche Zunahme von Mehrfachdiagnosen festzustellen. *Schlussfolgerungen:* Über den Zeitraum 1996 bis 2014 ist ein erheblicher Anstieg von Notaufnahmen zu verzeichnen. Des Weiteren bestehen Hinweise auf ungünstigere psychosoziale Rahmenbedingungen und komplexere Erkrankungssituationen in späteren Jahren. Die Ergebnisse unterstreichen den Handlungsbedarf hinsichtlich der klinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in akuten psychischen Krisen und deren Prävention, aber auch einer breiten gesellschaftlichen Diskussion zur Verbesserung der psychischen Gesundheit in der Entwicklung. Es besteht dringender Bedarf an prospektiven Studien zur differenzierten Betrachtung der Faktoren, die zum Anstieg von Notaufnahmen von Kindern und Jugendlichen führen.

**Schlüsselwörter:** Psychische Krisen im Kindes- und Jugendalter, Notaufnahmen, kinder- und jugendpsychiatrische Notfälle, Charakteristika Krisenaufnahmen, Veränderung Notfälle

## Evolution of Emergency Department Characteristics in Child and Adolescent Psychiatry: A Retrospective Review over Two Decades

**Abstract:** *Objective:* Emergency inpatient admissions to child and adolescent psychiatric hospitals because of a mental health crisis represent a substantial proportion of all inpatient admissions and have increased substantially over time. This study examines changes in the characteristics of this patient group at a university care clinic over two decades. *Method:* We evaluated the emergency admissions from 1996, 2002, 2008, and 2014 of the Child and Adolescent Psychiatry Clinic in Tübingen retrospectively using sociodemographic data, psychosocial circumstances, and diagnoses. *Results:* We evaluated a total of  $N = 403$  emergency admissions. The emergency admissions in the periods mentioned increased by 405%. Especially patients from families with separated parents and with multiple diagnoses increased over time. *Conclusions:* From 1996 to 2014, there was a significant increase in emergency admissions. The results also indicate that more complex disease situations and less favorable psychosocial conditions are occurring. The findings underscore the need to improve the clinical care of children and adolescents during acute mental health crises and work toward their prevention. There is also a need to focus broad societal discussion on improving overall mental health during childhood development. There is an urgent need for prospective studies to identify the factors leading to the increase in emergency admissions among children and adolescents.

**Keywords:** Mental health crisis in children and adolescents, inpatient emergency admissions, pediatric mental health emergency, characteristics emergency admissions, change in emergencies

Psychische Krisen bei Kindern und Jugendlichen stellen sowohl die Betroffenen als auch ihre Familien vor erhebliche Belastungen und weisen nicht selten akute Verläufe auf (Walter, Hoffmann & Romer, 2005; Wille, Bettge, Wittchen, Ravens-Sieberer & The BELLA study group, 2008). Dabei können sich Krisen aufgrund einzelner einschneidender oder mehrerer sich kumulierender Ereignisse entwickeln, wobei häufig eine vorbestehende psychische Erkrankung vorliegt (Deutschmann-Barth, 2002). Die Stabilisierung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen in akuten Krisen ist ein wichtiger Bestandteil der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung, sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich (Scheper, 2013). Die während einer psychischen Krise von den Betroffenen erlebte Überforderung mit ihrer Lebenssituation kann zu akuter Selbstgefährdung, seltener auch zu akuter Fremdgefährdung führen, die beide eine unmittelbare Abklärung und gegebenenfalls notfallmäßige stationäre Aufnahme erfordern.

### **Veränderung der psychischen Auffälligkeiten und krisenhaften Zuspitzungen**

Die Untersuchungen der BELLA-Studie im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) zeigen durchweg keine Zunahme (sondern tendenzielle Rückgänge in Subgruppen) der psychischen Auffälligkeiten (gemessen mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire [SDQ]) bei Kindern und Jugendlichen über die Zeit. So zeigten bei der Basiserhebung von 2003 bis 2006 21.9% der Kinder psychische Auffälligkeiten (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007), in der ersten Welle (2009–2012) 20.2% (Hölling et al., 2014) und in der zweiten Welle (2014–2017) noch 16.9% (Klipker, Baumgarten, Göbel, Lampert & Hölling, 2018). Im Gegensatz dazu nahm in den letzten Jahren die Inanspruchnahme von psychiatrischen oder psychologischen Leistungen im Allgemeinen, aber auch bei Kindern und Jugendlichen im Besonderen zu (Richter & Berger, 2013). Trotz bundesweit gestiegener Anzahl der niedergelassenen Psychotherapeut\_innen (Statistisches Bundesamt, 2021a) zeigen sich in den letzten 20 Jahren weiterhin steigende Fallzahlen im stationären Bereich (Statistisches Bundesamt, 2021b). Im selben Zeitraum haben auch die ambulanten Krisenvorstellungen sowie die stationären Notaufnahmen zugenommen (Fegert, Kölch & Krüger, 2017). Ein Anstieg der stationären Kriseninterventionen im Verhältnis zu geplanten stationären Therapieaufenthalten ist national wie international in den letzten Jahren deutlich zu verzeichnen (z.B. Burchard &

Diebenbusch, 2017; Gandhi et al., 2016; Sheridan et al., 2015). So berichten Burchard und Diebenbusch (2017), dass es in knapp der Hälfte der Kinder- und Jugendpsychiatrien in Deutschland über 40% ungeplante Aufnahmen gemessen an allen stationären Aufnahmen gab. Bei einem Viertel der Kinder- und Jugendpsychiatrien waren es sogar über 50% ungeplante Aufnahmen. Dabei bestehen erhebliche regionale Unterschiede. Eine regionale Unterschiedlichkeit sind die unterschiedlichen Bettenmessziffern (BMZ) sowohl international als auch innerhalb Deutschlands und Baden-Württembergs. Die BMZ beschreibt die Anzahl kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer Betten, welche pro 10 000 Einwohner < 18 Jahre in einer Region zur Verfügung stehen. Im Durchschnitt betrug die BMZ im Jahr 2015 in Europa 1.9 (Signorini et al., 2018). Während Deutschland laut Signorini et al. (2018) im europäischen Vergleich insgesamt eine sehr hohe BMZ von 6.4 hat, liegt die BMZ von Baden-Württemberg mit 3.61 unter dem deutschen Durchschnitt (Veröffentlichung der Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. [DGKJP] im Juli 2021). Die Region, welche von der Abteilung für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters des Universitätsklinikums Tübingen (KJPPP Tübingen) versorgt wird, hatte im Jahr 2019 eine BMZ von 2.96.

Die aktuelle Datenlage zu den Ursachen der Steigerung von Krisenvorstellungen ist weiterhin national wie auch international unzureichend. Zudem sind internationale Studien aufgrund der Unterschiede in den Gesundheitssystemen nicht auf die Situation in Deutschland übertragbar. Erste Hinweise auf einflussnehmende Faktoren ergeben sich aus der Studie von Burchard und Diebenbusch (2017), die gehäuft psychische Erkrankungen in der Ursprungsfamilie gefunden hat. Des Weiteren scheint die Schulart Einfluss auf krisenhafte Zuspitzungen zu nehmen, sodass es schulartabhängig bei Kindern und Jugendlichen zu vermehrten Notfallvorstellungen und Notaufnahmen kommt (Burchard & Diebenbusch, 2017). Allgemein wurden Assoziationen zwischen Notfallvorstellungen und weiblichem Geschlecht und Alter der Patient\_innen beschrieben, wobei ältere Kinder und Jugendliche deutlich häufiger betroffen waren als jüngere (Janssens, Hayen, Walraven, Leys & Deboutte, 2013). Carubia, Becker und Levine (2016) zeigten in einer amerikanischen Studie, dass insbesondere Suizidalität und Aggression zu den häufigsten Aufnahmeanlässen bei Notaufnahmen gehörten. Dies konnten Burchard und Diebenbusch (2017) insbesondere für Suizidalität für Deutschland bestätigen.

## Veränderungen über die Jahrzehnte

Bereits 1991 untersuchten Günter und Günter (1991) Notaufnahmen in der KJPPP Tübingen und zeigten, dass häufig Rahmenbedingungen wie familiäre Situation, andere Hilfsmöglichkeiten und die räumliche Entfernung zur Klinik zu der Entscheidung für eine Notaufnahme beitragen. Anknüpfend daran, stellte Deutschmann-Barth (2002) in derselben KJPPP bereits einen leichten Anstieg der stationären Notaufnahmen im Zeitraum von September 1996 bis August 1997 fest. Bei 66 % der untersuchten Krisenvorstellungen lag bereits im Vorfeld eine psychische Problematik vor. Außerdem konnte Deutschmann-Barth (2002) zeigen, dass lediglich bei 42 % der Patient\_innen der Krisenanlass erst seit ein paar Tagen bestand, bei 58 % der Patient\_innen aber war der Krisenanlass bereits seit Wochen oder sogar chronisch vorhanden. Bezüglich der familiären Umstände zeigte sich bei Deutschmann-Barth (2002), dass bei ambulant behandelbaren Patient\_innen 70 % der Eltern noch zusammenlebten, was bei stationär behandelten Patient\_innen nur bei gut der Hälfte der Fall war. In 67 % der Krisenvorstellungen lag ein familiärer Konflikt vor. Dies betont noch einmal die Wichtigkeit des familiären Umfelds bei der Überwindung von Krisen.

Es zeigte sich in den letzten Jahren außerdem eine deutliche Steigerung der Fallzahlen in Kinder- und Jugendpsychiatrien insgesamt. So ergab eine statistische Auswertung der Fallzahlen von 1991 verglichen mit 2019 eine Steigerung um 189 % (Bölt & Graf, 2012; Statistisches Bundesamt, 2021b).

In der vorliegenden Studie werden anhand einer Aktenanalyse alle Notaufnahmen der KJPPP Tübingen in den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 in Bezug auf soziodemografische, psychopathologische und klinische Faktoren ausgewertet. Dabei wird untersucht, welche Faktoren diese Patient\_innengruppe kennzeichnen und wie sich diese Faktoren über die letzten Jahre verändert haben. Genauer untersucht werden soll in der vorliegenden Studie auch eine mögliche Veränderung der Aufnahmeanlässe wie z. B. akute Eigengefährdung, akute Fremdgefährdung, aber auch die Aufnahme aus psychosozialen Gründen z. B. wegen der Gefahr einer weiteren häuslichen Eskalation bei sofortiger Rückkehr in den ambulanten Rahmen.

Somit kann insgesamt ein Überblick über die Entwicklung im Laufe von 18 Jahren gegeben werden. Durch die Herausarbeitung von Hintergründen der ansteigenden Notaufnahmen könnten Strategien zur Prävention oder Früherkennung entwickelt werden. Vor dem Hintergrund eines 2017 gestarteten Modellprojekts der KJPPP Tübingen mit der AOK Baden-Württemberg sowie der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (Therapeutische Intensivbehandlung im ambulanten Setting [TIBAS]), welches mit dem Ziel einer besseren ambu-

lantens Versorgung und Reduzierung von Notfällen durch Anbindung an eine dauerhafte Bezugsperson (Case Manager\_in) sowie einen Therapeuten oder eine Therapeutin initiiert wurde, wurden keine aktuelleren Jahrgänge in diese orientierende Untersuchung miteinbezogen. Analysen zu den aktuellsten, auch pandemiebedingten Entwicklungen der Notfallversorgung werden in dem Artikel „Kinder- und jugendpsychiatrische Notfälle während der zweiten Welle der SARS-CoV2-19-Pandemie: Befunde aus dem Universitätsklinikum Tübingen“ in diesem Heft (Allgaier et al., 2022) dargestellt.

## Methodik

Die Datenerhebung erfolgte durch eine retrospektive Aktenanalyse der Patient\_innenakten aus den Jahren 1996, 2002, 2008 und 2014 der KJPPP Tübingen. Ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der medizinischen Fakultät der Universität Tübingen liegt vor (848/2018BO1). Die KJPPP Tübingen ist Bestandteil eines universitären Versorgungskrankenhauses und stellt die Vollversorgung der umliegenden Landkreise sicher. Als Datenbasis dienten Patient\_innenakten aller Patient\_innen, die notfallmäßig aufgenommen wurden. Ausgehend von den Akten wurden folgende Unterlagen gesichtet: Arztbriefe, Epikrisen, Schulberichte, Berichte über Elterngespräche, Testergebnisse, Konsiliarberichte sowie die Pflegedokumentation. Die Dokumente der Jahre 1996 und 2002 lagen in analoger, die Dokumente der Jahre 2008 und 2014 in digitaler Form vor. Über einen Erhebungsbogen wurden die entsprechenden Daten erfasst (siehe elektronisches Supplement [ESM] 1). Es wurden die soziodemografischen Daten der Patient\_innen (wie Alter bei Aufnahme und Geschlecht), familiäres Umfeld (wie eine mögliche Trennung der Eltern und psychische Erkrankungen der Eltern) sowie Informationen zum sozialen Umfeld (wie die aktuell besuchte Schulart) erhoben und codiert. Des Weiteren wurden psychopathologische Merkmale der Patient\_innen (wie Art und Anzahl der Diagnosen) sowie Merkmale der Notaufnahme (wie Aufnahme- und Entlassdatum, Verweildauer und Aufnahmeanlässe) erhoben und codiert.

Die Auswertungen der Daten erfolgte mittels IBM SPSS Statistics (Version 25). Die Daten aller Krisenpatient\_innen wurden mittels ANOVAs, sowie Chi-Quadrat-Tests mit Kohorte (Jahr 1996, Jahr 2002, Jahr 2008 und Jahr 2014) als Zwischensubjektfaktor analysiert. Die Stichprobengröße bei den ANOVAs und Chi-Quadrat-Tests variiert aufgrund fehlender Daten von  $N = 199$  bis  $N = 403$  und wird bei den entsprechenden Analysen mit angegeben. Das Signifikanzniveau wurde auf eine Irrtumswahrscheinlichkeit von  $\alpha = 5\%$  festgelegt.

Zunächst erfolgte eine Auszählung der Gesamtanzahl an Notaufnahmen pro Kohorte mit Unterteilung in Mehrfachaufnahmen. Um durch die Mehrfachaufnahmen keine Verfälschungen der weiteren Daten durch wiederholtes Einschließen der gleichen Patient\_innen zu erhalten, erfolgte bei der Auswertung bezüglich der soziodemografischen Faktoren (Alter, Geschlecht, besuchte Schulart, getrennte Eltern, psychische Erkrankung der Eltern) die Auswertung der Daten auf Ebene der Patient\_innenzahlen, nicht auf Ebene der Notaufnahmen. Bei der Auswertung der klinischen Aspekte (Aufnahmeanlässe, Diagnosen sowie der Verweildauer) wurden alle Notaufnahmen in die Berechnungen miteinbezogen.

## Ergebnisse

### Gesamtanstieg

Bei der Auswertung der vier ausgewählten Kohorten (Jahre 1996, 2002, 2008 und 2014) zeigte sich ein deutlicher Anstieg der Notaufnahmen um 405% über die Jahre hinweg (siehe Tabelle 1). Unter Berücksichtigung von Mehrfachaufnahmen ergab sich eine Zunahme der Zahl der versorgten Patient\_innen um 354%. Es zeigte sich, dass die Wiederaufnahmeraten von einzelnen Patient\_innen über die Auswertungszeiträume von drei Patient\_innen im Jahr

1996 auf 30 Patient\_innen im Jahr 2014 erheblich stiegen (siehe ebenfalls Tabelle 1). Unter Einbezug der Gesamtzahl an vollstationären Aufnahmen aus den Jahren 2002, 2008 und 2014 (für 1996 lagen keine Daten vor) zeigte sich, dass die Notaufnahme-Quote stetig und deutlich stieg. Wie Tabelle 1 zeigt, wurden 2002 46% der vollstationären Aufnahmen als Notaufnahmen getätigt, während dies 2008 bereits 64% waren. Im Jahr 2014 stieg die Quote der Notaufnahmen dann auf 72% an.

### Soziodemografische Merkmale

In allen vier Kohorten überwogen die weiblichen Patientinnen, wobei die Unterschiede zwischen den Kohorten nicht signifikant waren ( $\chi^2 [3, N = 352] = 2.709, p = .439$ ). Hinsichtlich des Alters der versorgten Patient\_innen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in den untersuchten Zeiträumen ( $F [3,348] = .662, p = .576$ ). Es zeigte sich allerdings, dass sich insgesamt deutlich mehr Jugendliche zur Notaufnahme vorstellten als Kinder (max. 15% im Jahr waren im Alter zwischen 5 und 12 Jahren). Im Mittel waren die Patient\_innen zum Zeitpunkt der Notaufnahme 15.1 Jahre alt ( $SD = 2.2$  Jahre). Die Verteilung von Geschlecht und Alter über die untersuchten Jahrgänge sind Tabelle 2 zu entnehmen. Wie Tabelle 2 zeigt, ergab sich eine deutliche Veränderung hinsichtlich der zum Zeitpunkt der Notaufnahme besuchten Schulart. Insbesondere

**Tabelle 1.** Übersicht zur Verteilung der Notaufnahmen und der Patient\_innenzahl sowie der Anzahl an Mehrfachaufnahmen pro Kohorte

		Jahr				Gesamt
		1996	2002	2008	2014	
Anzahl Notaufnahmen gesamt	<i>N</i>	40	51	110	202	403
Anzahl Patient_innen	<i>N</i>	37	49	98	168	352
Patient_innen mit 1 Krise	<i>N</i>	34	47	87	138	306
	%	91.9%	95.9%	88.8%	82.1%	86.9%
Patient_innen mit 2 Krisen	<i>N</i>	3	2	10	27	42
	%	8.1%	4.1%	10.2%	16.1%	11.9%
Patient_innen mit 3 Krisen	<i>N</i>	0	0	1	2	3
	%	0%	0%	1.0%	1.2%	0.9%
Patient_innen mit 4 Krisen	<i>N</i>	0	0	0	1	1
	%	0%	0%	0%	0.6%	0.3%
Anzahl der vollstationären Aufnahmen (gesamt)	<i>N</i>	n.v.	111	171	280	562
Notaufnahme-Quote	%	n.v.	46%	64%	72%	72%

Anmerkungen. n.v. = nicht vorliegend

re zwischen den Jahren 2008 und 2014 sank der Anteil der Hauptschüler\_innen bzw. Werkrealschüler\_innen deutlich (von 38 % 2008 auf 12 % 2014). Stattdessen nahm der Anteil der Realschüler\_innen und Gymnasiast\_innen bis 2014 deutlich zu. Die Veränderung der Schulzugehörigkeit war statistisch signifikant ( $\chi^2 [24, N = 307] = 53.086, p = .001$ ).

Bei der Untersuchung der Faktoren aus dem familiären und sozialen Umfeld waren ebenfalls Veränderungen innerhalb der vier Kohorten zu vermerken. Es zeigte sich, dass in den Jahren 2002, 2008 und 2014 mehr Kinder aus Familien mit getrennten Eltern stammten als 1996 (siehe Tabelle 2;  $\chi^2 [3, N = 319] = 8.262, p = .041$ ). Bezüglich der Angaben zu psychischen Erkrankungen der Eltern zeigte sich in den Jahren 1996, 2002 und 2008 eine deutliche prozentuale Abnahme mit einem prozentualen Anstieg im Jahr 2014 (siehe Tabelle 2). Die Unterschiede erwiesen sich ebenfalls als statistisch signifikant ( $\chi^2 [3, N = 199] = 15.591, p = .001$ ).

## Klinische Merkmale

Die Analyse der gestellten Diagnosen ergab geringe Unterschiede in den untersuchten Zeiträumen. Tabelle 3 gibt eine Übersicht über die Häufigkeitsverteilung der F-Diagnosen nach ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) der untersuchten vier Kohorten. Signifikante Steigerungen zeigten sich bei Diagnosen aus der Gruppe F30–F39. Außerdem zeigte sich ein signifikanter Anstieg bei Diagnosen aus der Gruppe F90–F99 in den Jahren 1996, 2002 und 2008 mit einem Abfall des Prozentsatzes im Jahr 2014 knapp unter das Niveau von 2002. Bei den weiteren Diagnosegruppen zeigte sich keine signifikante Veränderung über die Jahre (siehe Tabelle 3).

Insgesamt ist ein Anstieg von Mehrfachdiagnosen in den untersuchten Zeiträumen zu erkennen. Während im Jahr 1996 noch über 80 % der betroffenen Patient\_innen lediglich eine Diagnose erhielten, waren dies in den Vergleichsjahren 2002, 2008 und 2014 nur noch ca. die Hälfte der Patient\_innen (siehe Tabelle 4).

Es zeigte sich, dass als Aufnahmeanlass bei über der Hälfte ( $N = 246; 61.0\%$ ) aller Notaufnahmen akute Eigengefährdung angegeben war. Akute Eigengefährdung wurde über die Jahre hinweg immer häufiger als Aufnahmeanlass gesehen. Bezüglich der psychosozialen Gründe als Aufnahmeanlass ist zum Jahr 2014 ein deutlicher Abfall zu verzeichnen. Die Veränderungen bezüglich der Aufnahmeanlässe waren nicht signifikant ( $\chi^2 [12, N = 403] = 14.028, p = .299$ ). Eine komplette Darstellung der Entwicklung der Aufnahmeanlässe im Verlauf der vier Kohorten ist Tabelle 4 zu entnehmen. Ergänzend wurde untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Aufnahme-

grund und der besuchten Schulart gibt, wobei sich hier keine auffälligen Zusammenhänge ergaben ( $\chi^2 [36, N = 362] = 44.123, p = .166$ ).

Bezüglich der Fragestellung zur Verweildauer zeigte sich eine Abnahme der Verweildauer im Verlauf der vier Kohorten (siehe Tabelle 4). Im Jahr 1996 waren es 48.6 Tage im Mittel, im Verlauf nahm sie auf 13.8 Tage im Jahr 2008 ab, um im Jahr 2014 wieder auf 17.2 Tage im Mittel anzusteigen ( $F [3,397] = 4.787, p = .003$ ).

## Diskussion

Im Rahmen dieser Untersuchung zeigte sich eine deutliche Zunahme der stationären Notaufnahmen in der KJPPP Tübingen zwischen 1996 und 2014 mit einer Steigerung um 405%. Der Trend von immer häufigeren Notaufnahmen deckt sich mit den Ergebnissen vorangegangener Studien (z.B. Burchard & Diebenbusch, 2017; Sheridan et al., 2015). Es zeigte sich außerdem eine deutliche Steigerung der Notaufnahme-Quote. Während 2002 noch über die Hälfte der Aufnahmen geplante Aufnahmen waren, zeigte sich in den Jahren 2008 und 2014 ein deutlicher Trend zu überwiegend ungeplanten vollstationären Aufnahmen (2014: 72%). Durch die vermehrten Notaufnahmen kam es zu einer zunehmend unruhigen Situation auf den Stationen, sodass in der KJPPP Tübingen im Jahr 2014 eine Kriseninterventionsstation gegründet wurde. Jedoch werden häufig Patient\_innen nach Überwindung der akuten Krise von der Kriseninterventionsstation auf die Therapiestation verlegt, da eine Entlassung zu einer erneuten Destabilisierung führen würde. Entsprechend bleiben weniger Plätze für Patient\_innen, die nicht als Notaufnahmen in die Klinik kamen, aber dennoch einen dringenden stationären Behandlungsbedarf haben. Hierdurch erhöhen sich die Wartezeiten für diese Patient\_innen, was zu einer Verschlechterung und eventuellen krisenhaften Zuspitzung bei eben diesen Patient\_innen führen kann. Dieser Teufelskreis wird bereits von Parker et al. (2003) beschrieben.

In Bezug auf die soziodemografischen Merkmale zeigte sich, dass sich die Geschlechterverteilung mit mehr weiblichen Patientinnen mit bisherigen Ergebnissen aus den Vorgängerstudien in Tübingen (Deutschmann-Barth, 2002; Günter & Günter, 1991) sowie mit internationalen Ergebnissen (Janssens et al., 2013) deckt. Das mittlere Alter bei Krisenintervention scheint sich seit 1991 (Günter & Günter, 1991) etwas verjüngt zu haben, seit 2008 aber mit ca. 15 Jahren stabil zu bleiben (Deutschmann-Barth, 2002). Burchard und Diebenbusch (2017) zeigten für den Zeitraum 2005 bis 2015 eher eine noch weitere Verjüngung auf ein durchschnittliches Alter von 14.5 Jahren. Die-

**Tabelle 2.** Soziodemografische Merkmale im Verlauf der vier Kohorten

			Jahr				Chi <sup>2</sup> /Freiheitsgrade/ p-Werte
			1996	2002	2008	2014	
Geschlecht	m	N	13	18	47	70	$\chi^2(3, N = 352)$ = 2,709  $p = .439$
		%	35%	37%	48%	42%	
	w	N	24	31	51	98	
		%	65%	63%	52%	58%	
Alter	MW		15.4	15.4	15.1	15.0	$F(3,348) = .662,$ $p = .576$
	SD		2.0	2.2	2.2	2.3	
Schulart	Grundschule	N	1	1	3	6	$\chi^2(3, N = 319)$ = 8.262  $p = .041$
		%	3.4%	2.1%	3.2%	4.3%	
	Hauptschule/ Werkrealschule	N	10	11	35	16	
		%	34.5%	23.4%	37.6%	11.6%	
	Realschule	N	3	13	21	54	
		%	10.3%	27.7%	22.6%	39.1%	
	Gymnasium	N	7	5	15	33	
		%	24.1%	10.6%	16.1%	23.9%	
	Berufsschule	N	2	6	6	8	
		%	6.9%	12.8%	6.5%	5.8%	
	Förderschule	N	6	9	10	14	
		%	20.7%	19.4%	10.8%	10.1%	
	Gemeinschafts- schule	N	0	0	0	4	
		%	0.0%	0.0%	0.0%	2.9%	
	keine Diff. (z.B. Waldorf)	N	0	2	3	0	
		%	0.0%	4.3%	3.2%	0.0%	
sonstige	N	0	0	0	3		
	%	0.0%	0.0%	0.0%	2.2%		
Trennung/ Scheidung der Eltern	N	13	27	40	85	$\chi^2(3, N = 319)$ = 8.262  $p = .041$	
	%	37.1%	57.4%	44.0%	58.2%		
psychische Erkrankung bei mind. 1 Elternteil	N	10	13	24	55	$\chi^2(3, N = 199)$ = 15.591  $p = .001$	
	%	55.6%	44.8%	34.8%	66.3%		

Anmerkungen. MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung,  $\chi^2$  (df) = Chi<sup>2</sup>-Wert (Freiheitsgrade).

se abnehmende Tendenz zeigte sich auch in unseren Daten, auch wenn die Unterschiede sich als nicht signifikant erwiesen. Deutlich zeigte sich, dass hauptsächlich Jugendliche im Alter ab 13 Jahren als Notaufnahme kamen, bei

Kindern scheinen die Zuspitzungen noch nicht so massiv auszufallen.

Bezüglich der besuchten Schulart ergaben sich im Verlauf der vier Kohorten deutliche Veränderungen. Der Ab-

**Tabelle 3.** F-Diagnosen der untersuchten Jahreshkohorten

F-Diagnosen nach ICD-10		Jahr					Gesamt	Chi <sup>2</sup>
		1996	2002	2008	2014			
F10–F19: Psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	N	3	5	11	19	37	$\chi^2(3, N = 346) = .30$	
	%	8.1%	10.9%	11.5%	11.3%	10.7%	$p = .960$	
F20–F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	N	4	4	4	7	19	$\chi^2(3, N = 346) = 3.40$	
	%	11.1%	8.7%	4.2%	4.2%	5.5%	$p = .262^a$	
F30–F39: Affektive Störungen	N	3	6	16	59	84	$\chi^2(3, N = 346) = 21.90$	
	%	8.3%	13.0%	16.7%	35.1%	24.3%	$p < .001$	
F40–F49: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	N	14	13	30	58	115	$\chi^2(3, N = 346) = 1.33$	
	%	38.9%	28.3%	31.3%	34.5%	33.2%	$p = .723$	
F50–F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	N	2	5	7	15	29	$\chi^2(3, N = 346) = 9.59$	
	%	5.6%	10.9%	7.3%	8.9%	8.4%	$p = .811$	
F60–F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	N	4	7	8	11	30	$\chi^2(3, N = 346) = 9.73$	
	%	11.1%	15.2%	8.3%	6.5%	9%	$p = .292$	
F70–F79: Intelligenzstörung <sup>1</sup>	N	1	0	1	2	4	$\chi^2(3, N = 346) = 1.38$	
	%	2.8%	0.0%	1.0%	1.2%	1.2%	$p = .710^a$	
F80–F89: Entwicklungsstörungen	N	3	3	8	17	31	$\chi^2(3, N = 346) = .676$	
	%	8.3%	6.5%	8.3%	10.1%	9.0%	$p = .879^a$	
F90–F99: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	N	7	20	53	68	148	$\chi^2(3, N = 346) = 14.44$	
	%	19.4%	43.5%	55.2%	40.5%	42.8%	$p = .002$	

Anmerkungen.  $\chi^2(df) = \text{Chi}^2\text{-Wert (Freiheitsgrade)}$ . <sup>a</sup> = eingeschränkte Interpretierbarkeit, da zu erwartende Häufigkeit  $N < 5$  in mindestens zwei Zellen oder  $N = 0$  in einer Zelle (Eid, Gollwitzer & Schmitt, 2010). Fehlende Werte  $N = 6$ , da keine Angabe einer Diagnose.

<sup>1</sup> Kinder- und Jugendpsychiatrie Marienberg als Sonderversorgungsklinik für geistige Behinderungen in der Region.

fall des Anteils der Hauptschüler\_innen lässt sich allerdings auf verschiedene, teilweise regionale Besonderheiten aufgrund einer Schulreform in Baden-Württemberg zum Schuljahr 2012/2013 zurückführen (Einführung der Gesamtschule, damit Abnahme der Hauptschulen [welche im Verlauf konzeptuell in Werkrealschulen umgewandelt wurden] und Realschulen). Gleichzeitig wurde zum Schuljahr 2012/2013 die Verbindlichkeit der Grundschulempfehlung abgeschafft, wodurch insgesamt die Zahlen der Übergänge auf die Hauptschule sanken, während die Übergänge auf Realschulen und Gymnasien stiegen (Schwarz-Jung, 2013). Laut Aussage von Schwarz-Jung (2013) wich das Übergangsverhalten zum Schuljahr 2012/2013 stark von den Empfehlungen der Grundschule ab, mit vermehrten Übergängen auf Gymnasien und Realschulen. So hatten 23% der Realschüler\_innen im Schuljahr 2012/2013 eine Empfehlung für Werkreal- bzw. Hauptschule, 17% der Realschüler\_innen hatten eine Empfehlung für das Gymnasium. Auf dem Gymnasium

hatten 10% der Schüler\_innen eine Empfehlung für die Realschule. Inwiefern durch die veränderte Schullandschaft sowie den Wegfall der verbindlichen Grundschulempfehlung in manchen Schulen für die Kinder und Jugendlichen der Druck gestiegen ist und sich hieraus wiederum der Bedarf für stationäre Kriseninterventionen erhöht hat, sollte in weiteren Untersuchungen betrachtet werden.

Unsere Untersuchung bestätigte außerdem, dass immer mehr Kinder und Jugendliche, die einer stationären Krisenintervention bedürfen, aus Familien mit getrennten Eltern stammen, während eigentlich die Anzahl von Kindern aus Scheidungsfamilien in Deutschland in den letzten Jahren eher gesunken ist (Statistisches Bundesamt, 2021c). Auch Burchard und Diebenbusch (2017) zeigten, dass bei Notaufnahmen häufiger Kinder mit getrennten Eltern vorkommen als bei geplanten Aufnahmen. Dies lässt sich zum einen über eine erhöhte Belastung der Kinder und Jugendlichen aus Scheidungsfamilien erklären,

**Tabelle 4.** Klinische Faktoren im Verlauf der vier Kohorten

			Jahr					Chi <sup>2</sup> /Freiheitsgrade /p-Werte		
			1996	2002	2008	2014	Gesamt			
Anzahl Diagnosen	1 Diagnose	<i>N</i>	29	22	49	83	183	$\chi^2 (15, N = 403)$ = 28.416, $p = .019$		
		%	80.60 %	47.80 %	51.00 %	49.40 %	52.90 %			
	2 Diagnosen	<i>N</i>	7	20	35	56	118			
		%	19.40 %	43.50 %	36.50 %	33.30 %	34.10 %			
	3 Diagnosen	<i>N</i>	0	2	10	24	36			
		%	0 %	4 %	10 %	14 %	10 %			
	4 Diagnosen	<i>N</i>	0	1	2	2	5			
		%	0 %	2.20 %	2.10 %	1.20 %	1.40 %			
	5 Diagnosen	<i>N</i>	0	1	0	3	4			
		%	0 %	2.20 %	0.00 %	1.80 %	1.20 %			
	Mittelwert			1.19	1.67	1.64	1.73		1.64	$F(3,342) = 4.351,$ $p = .005$
	Aufnahme- gründe	Eigen- gefährdung	<i>N</i>	20	30	60	136		246	$\chi^2 (12, N = 403)$ = 14.028, $p = .299$
			%	50.0 %	58.8 %	54.5 %	67.3 %		61.0 %	
		Fremd- gefährdung	<i>N</i>	6	5	13	26		50	
%			15.0 %	9.8 %	11.8 %	12.9 %	12.4 %			
psychosoziale Gründe		<i>N</i>	5	8	15	12	40			
		%	12.5 %	15.7 %	13.6 %	5.9 %	9.9 %			
sonstige/nicht sicher zuordenbar		<i>N</i>	8	6	18	25	57			
		%	20.0 %	11.7 %	16.4 %	12.4 %	14.1 %			
keine Angabe		<i>N</i>	1	2	4	3	10			
		%	2.5 %	3.9 %	3.6 %	1.5 %	2.5 %			
Verweil- dauer	Mittelwert	<i>Tage</i>	48.6	19.1	13.8	17.2	19.6	$F(3,397) = 4.787,$ $p = .003$		

andererseits aber auch dadurch, dass getrennte Eltern über weniger Ressourcen verfügen könnten, um ihre Kinder zu unterstützen. Dadurch könnte es schneller zu Zuspitzungen kommen, welche einer stationären Krisenintervention bedürfen. Bezüglich psychischer Erkrankungen bei den Eltern zeigte sich ein inhomogenes Ergebnis mit einer sinkenden Anzahl an betroffenen Eltern bis 2008 und einem Anstieg im Jahr 2014, wobei diesbezüglich eine große Anzahl an fehlenden Daten, insbesondere aus dem Jahr 2014, auffiel. Insgesamt zeigt sich in der vorhandenen Literatur, dass Kinder psychisch kranker Eltern häufiger ebenfalls psychische Schwierigkeiten zeigen und auch häufiger einer stationären Behandlung in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie bedürfen, allerdings ohne erhöhte

Rate an Krisenvorstellungen (Krohn, Deneke & Wiegand-Grefe, 2008). Die gestiegene Anzahl an Patient\_innen mit psychisch erkrankten Eltern zeigt erneut einen dringenden Bedarf an gesellschaftlichen Unterstützungsmaßnahmen, um die familiären Ressourcen zu stärken.

Bei der Untersuchung der vergebenen F-Diagnosen zeigten sich nur wenige signifikante Veränderungen. Allerdings war auffällig, dass die Anzahl an Diagnosen aus dem Bereich der affektiven Störungen (F30–F39) zugenommen hatte. Dies könnte damit zusammenhängen, dass häufig auch bei anderen zugrunde liegenden psychischen Grunderkrankungen komorbid eine Depression im Verlauf hinzukommt. In Kombination mit dem gestiegenen Bewusstsein der Behandler\_innen für die Notwendigkeit der

Erfassung aller Psychopathologien wurde die depressive Episode dann entsprechend mitdiagnostiziert.

Bei weiterführenden Datenanalysen zeigte sich in unserer Studie außerdem ein Anstieg der vergebenen F-Diagnosen je Patient\_in im Laufe der Jahre. Dies könnte einerseits auf eine bessere Diagnostik im Verlauf der vergangenen Jahre, andererseits auf ein gestiegenes Bewusstsein für die Wichtigkeit der Erfassung der gesamten psychopathologischen Merkmale zurückzuführen sein. Diese Entwicklung könnte zudem durch die Einführung des pauschalisierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-System) befördert worden sein. Inhaltlich könnte dieses Phänomen dadurch erklärt werden, dass die Patient\_innen insgesamt immer schwerer erkranken, was aber bisherige Studien (siehe systematische Literaturübersicht von Richter & Berger, 2013) nicht durchgehend bestätigen konnten. Jedoch könnte diese Entwicklung so interpretiert werden, dass sich zwar die Anzahl psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen insgesamt nicht erhöht hat, jedoch die höchst belasteten Kinder und Jugendlichen, bei denen eine Notaufnahme notwendig ist, im Verlauf der Jahre noch mehr Symptome entwickelten. Diese Zunahme an Symptomen lässt sich beispielsweise durch eine Zunahme an Stressoren, wie z.B. erhöhter Schuldruck oder vermehrte Mobbinggefahr auch in Zusammenhang mit digitalen Entwicklungen, erklären. Hier könnten insbesondere bereits hoch belastete Kinder und Jugendliche aufgrund mangelnder Copingstrategien noch stärker belastet werden.

Bereits Burchard und Diebenbusch (2017) zeigten, dass akute Suizidalität ein häufiger Grund für Kriseninterventionen ist. Dies bestätigt sich auch in der Steigerung des Aufnahmearbeiters Eigengefährdung über die Jahre hinweg in unseren Kohorten. Gleichzeitig zeigte sich, dass Aufnahmen aus psychosozialen Gründen leicht abnehmen. Dieser Befund lässt verschiedene Interpretationen zu. Einerseits lässt sich daraus ableiten, dass die Versorgungslage durch die deutliche Zunahme der notwendigen stationären Kriseninterventionen schwieriger geworden ist und Aufnahmen aus psychosozialen Gründen bei der geringen Bettenkapazität im Vergleich zum Krisenaufkommen nicht mehr durchgehend leistbar sind. Dies ist insofern problematisch, als dass Aufnahmen aus psychosozialen Gründen punktuell relevant sein können, beispielsweise zur Deeskalation von Konflikten. Eine Nichtaufnahme kann möglicherweise zu weiteren Eskalationen im sozialen Umfeld und somit zu einer Exazerbation der zugrunde liegenden psychischen Erkrankung führen (Scheper, 2019).

Andererseits kann die Abnahme der Aufnahmen aus psychosozialen Gründen auch in einer Professionalisierung der Jugendhilfe mit beschleunigter Hilfeplanung sowie Kooperationsvereinbarungen der Jugendhilfeträger

mit niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater\_innen sowie Kinder- und Jugendpsychiatrien begründet werden. Hierdurch kann den Heranwachsenden mit psychosozialen Problemen bereits zu einem früheren Zeitpunkt geholfen werden und so eventuell Notfallvorstellungen verhindert werden. Auch die Weiterentwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen Unterstützungsmöglichkeiten, wie Home Treatment, vermehrte tagesklinische Behandlungen sowie die Einrichtung von Heimkinder-sprechstunden, könnten dazu beitragen, dass Familien und Wohngruppen frühzeitiger Hilfe erhalten und psychosoziale Eskalationen somit verhindert werden (Besier, Fegert & Goldbeck, 2009; Kölch, Fegert, Berg & Jung, 2016).

Als aufenthaltspezifischer Faktor wurde in der vorliegenden Studie die Verweildauer ausgewertet. Hier zeigte sich in der KJPPP Tübingen ebenfalls eine Verkürzung der Verweildauer, wie dies auch schon Schepker (2013) und Fegert et al. (2017) berichteten. Hierdurch könnte sich ein struktureller Risikofaktor ergeben, da mit ansteigender Anzahl an stationären Kriseninterventionen auch der Aufnahmepressure auf den Wartelisten für geplante stationäre Therapien steigt, was wiederum zu verringerten Regelverweildauern führt (Scheper, 2013). Dies wiederum könnte zu nur teilweise stabilisierten Patient\_innen führen, die im ambulanten System noch nicht ausreichend behandelt werden können (Pajonk, 2015). Gleichzeitig bietet die Verkürzung der Verweildauer aber auch die Chance, schneller wieder Betten für geplante stationäre Aufnahmen zur Verfügung zu haben. Durch Neuzulassungen von ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\_innen wurde die Möglichkeit geschaffen, mehr Patient\_innen ambulant zu versorgen und somit nach erfolgter Stabilisierung ambulant weiterzubetreuen. Böge, DeKeijzer, Fegert und Schulze (2020) weisen darauf hin, dass die verkürzte Verweildauer unbedingt eine noch engere Kooperation mit dem ambulanten Sektor im Sinne von niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater\_innen oder -psychotherapeut\_innen und mit Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie mit Reha-Trägern für Kinder und Jugendliche zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität bedeuten sollte. Ein Ansatz, diese Schnittstelle insbesondere nach einer stationären (Krisen-)Behandlung trotz verringerter Verweildauer zu verbessern, wird gerade durch das Modellprojekt TIBAS in der KJPPP Tübingen verfolgt. Eine sektorenübergreifende Versorgung mit effizienter Übergabe könnte außerdem durch die Digitalisierung verbessert werden. Diesbezüglich werden weitere Projekte nötig sein.

Über die in dieser Studie beschriebenen Charakteristika hinaus, gibt es weitere Aspekte, die als Gründe für die angestiegenen Notfallzahlen diskutiert werden können. Durch die stetige Weiterentwicklung des Faches Kinder- und Jugendpsychiatrie (Remschmidt, 2018) sowie die Entwicklungen in der Jugendhilfe (Rauschenbach, 2014) be-

finden sich mehr Kinder und Jugendliche in entsprechender Versorgung und könnten so auch eher als Notfälle erkannt werden. Steffen, Akmatov, Holstiege und Bätzing (2018) beschreiben außerdem, dass gestiegene Fallzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch an einer geringeren Hemmschwelle der Familien liegen könnten, sich entsprechende Hilfen bei psychischen Problemen zu suchen. In diesem Sinne könnte zudem eine gestiegene Sensibilisierung anderer Berufsgruppen, wie z. B. Lehrer\_innen, Schulsozialarbeiter\_innen, aber auch ein vermehrter Blick auf das Thema Psyche bei den Kinderärzt\_innen dazu führen, dass Kinder und Jugendliche eher dem Hilfesystem zugeführt werden.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass es durch die immer weiter steigenden Notaufnahmen und den proportional geringeren Bettenaufbau de facto zu einer Verringerung der Versorgungskapazitäten in der Regelversorgung kommt. Hierdurch erklärt sich der wachsende Druck auf den Wartelisten für regulär geplante Aufnahmen. Auf Basis der geringen BMZ in der Region Tübingen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt spitzt sich durch die steigenden Notfallzahlen die Bettenknappheit noch weiter zu. Dies unterstreicht den Handlungsbedarf bezüglich eines Bettenaufbaus im Einzugsgebiet der KJPPP Tübingen. Zudem zeigt sich weiterer Handlungsbedarf bezüglich frühzeitiger präventiver Behandlungs- und Entlastungsmöglichkeiten, da durch frühzeitiges Reagieren auf psychische Probleme der Entwicklung einer psychischen Krise teilweise vorgebeugt werden kann. So könnten bereits auf Grundlage der aktuellen Ergebnisse bessere Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder getrennter Eltern oder psychisch kranker Eltern geschaffen werden.

## Stärken und Limitationen

Die vorliegende Studie muss vor dem Hintergrund verschiedener Stärken und Limitationen beurteilt werden. Sie betrachtet alle stationären Notaufnahmen der untersuchten Jahrgänge, sodass über die jeweiligen Jahre Kenntnis über die Anzahl der Notaufnahmen, aber auch über die wesentlichen Charakteristika der Krisenpatient\_innen und ihrer familiären Umstände gewonnen werden konnte. Dabei umfasst die Studie einen Zeitraum von 18 Jahren. So kann ein Überblick über eine große Zeitspanne bezüglich der Risikofaktoren einer krisenhaften Zuspitzung psychischer Krisen im Kindes- und Jugendalter gewonnen werden.

Als Limitation ist zu nennen, dass in dieser retrospektiven Aktenanalyse viele über die oben berichteten Daten hinausgehende Faktoren nicht ausreichend sicher erhoben werden konnten, sodass weitergehende Aussagen

nicht getroffen werden können. Beispielsweise konnte in der retrospektiven Analyse der Diagnosen nicht mehr sicher festgestellt werden, welche Diagnose als Hauptdiagnose vergeben wurde. Aufgrund eines Sonderversorgungsauftrages für geistige Behinderungen in der regional nahen Kinder- und Jugendpsychiatrie Marienberg wurden außerdem entsprechend nur sehr wenige Patient\_innen mit einer Diagnose aus dem Bereich F70–F79 eingeschlossen, weshalb über die betroffenen Patient\_innen und ihre Familien keine weiteren Aussagen getroffen werden konnten.

## Ausblick

Die hier vorliegende Untersuchung gibt einen Überblick über die Veränderung des Patient\_innenklientels kinder- und jugendpsychiatrischer Notaufnahmen über zwei Dekaden. Sie konnte wichtige Erkenntnisse in Bezug auf die Zunahme der Notaufnahmen und damit verbundene Zuspitzungen bezüglich der Bettenkapazität erbringen. Die Studie gewann Erkenntnisse zu wichtigen Charakteristika des Patient\_innenklientels, unterstreicht aber auch die Notwendigkeit einer prospektiv angelegten Kontrollgruppenstudie zur Klärung noch offener Fragen. Durch den Vergleich von stationären Notaufnahmen mit ambulanten Krisenvorstellungen, regulären Vorstellungen sowie der Allgemeinbevölkerung können relevante Unterschiede zwischen den Gruppen herausgearbeitet werden und wichtige Faktoren, die Notaufnahmepatient\_innen speziell charakterisieren, identifiziert werden. In Bezug auf elterliche Faktoren, die in dieser Studie nur eingeschränkt betrachtet werden konnten, könnten Aspekte wie psychische Belastungen der Eltern oder Trennung der Familie differenziert und in ihrer möglichen Wechselwirkung mit anderen Einflüssen betrachtet werden. Auch bezüglich des Einflusses der Schulart bzw. einer fraglichen schulischen Überforderung ließ die aktuelle Studie Fragen offen, die in einer prospektiv angelegten Kontrollgruppenstudie untersucht werden könnten.

## Elektronisches Supplement

Das elektronische Supplement (ESM) ist mit der Onlineversion dieses Artikels verfügbar unter <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000859>.

**ESM 1.** Erhebungsbogen der KJPPP Tübingen

## Literatur

- Allgaier, K., Schneider, P.S., Buck, S., Reusch, P.A., Hagmann, D., Barth, G.M. et al. (2022). *Kinder- und jugendpsychiatrische Notfälle während der zweiten Welle der SARS-CoV2-19-Pandemie: Befunde aus dem Universitätsklinikum Tübingen*. Manuskript zur Publikation eingereicht.
- Besier, T., Fegert, J. & Goldbeck, L. (2009). Evaluation of psychiatric liaison-services for adolescents in residential group homes. *European Psychiatry*, 24, 483–489. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.02.006>
- Böge, I., DeKeijzer, D., Fegert, J.M. & Schulze, U.M.E. (2020). Schnittstellenkoordination von systemübergreifenden Hilfen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen. *Kindheit und Entwicklung*, 29, 138–146. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000311>
- Bölt, U. & Graf, T. (2012). Gesundheit – 20 Jahre Krankenhausstatistik. *Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik*, 2, 112–138.
- Burchard, F. & Diebenbusch, T. (2017). Krisenintervention in einer Versorgungsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 66, 5–25. <http://doi.org/10.13109/prk.2017.66.1.5>
- Carubia, B., Becker, A. & Levine, B.H. (2016). Child psychiatric emergencies: Updates on trends, clinical care, and practice challenges. *Current Psychiatry Reports*, 18, 41. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0670-9>
- Deutschmann-Barth, A.K. (2002). *Ambulante und stationäre Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen*. Medizinische Dissertationsschrift, Eberhard-Karls-Universität Tübingen.
- Eid, M., Gollwitzer, M. & Schmitt, M. (2015). *Statistik und Forschungsmethoden* (4., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Fegert, J.M., Kölch, M. & Krüger, U. (2017). Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse. Verfügbar unter [https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Abschlussbericht\\_Versorgung\\_psychisch\\_kranke\\_Kinder\\_u\\_Jugendliche.pdf](https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Abschlussbericht_Versorgung_psychisch_kranke_Kinder_u_Jugendliche.pdf)
- Gandhi, S., Chiu, M., Lam, K., Cairney, J.C., Guttman, A. & Kurdyak, P. (2016). Mental health service use among children and youth in Ontario: Population-based trends over time. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61, 119–124. <https://doi.org/10.1177/0706743715621254>
- Günter, M. & Günter, W. (1991). Stationäre Krisenintervention bei psychischen Krisen im Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 40, 22–27.
- 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, 807–819. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-1979-3>
- Janssens, A., Hayen, S., Walraven, V., Leys, M. & Deboutte, D. (2013). Emergency psychiatric care for children and adolescents: A literature review. *Pediatric Emergency Care*, 29, 1041–1050. <https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e3182a393e7>
- 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, 37–45. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-077>
- Kölch, M., Fegert, J., Berg, G. & Jung, M. (2016). Mitteilungen. Gemeinsame Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände DGKJP, BAG KJPP, BKJPP. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 44, 75–80. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000399>
- Krohn, L., Deneke, C. & Wiegand-Greife, S. (2008). Kinder depressiver und psychiatrisch unauffälliger Eltern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine vergleichende Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 536–554. <http://hdl.handle.net/20.500.11780/3073>
- Pajonk, F.G. (2015). Zur Situation der Notfall- und Akutpsychiatrie in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 86, 1081–1090. <https://doi.org/10.1007/s00115-014-4146-z>
- Parker, K.C., Roberts, N., Williams, C., Benjamin, M., Cripps, L. & Woogh, C. (2003). Urgent adolescent psychiatric consultation: From the accident and emergency department to inpatient adolescent psychiatry. *Journal of Adolescence*, 26, 283–293. [https://doi.org/10.1016/S0140-1971\(03\)00014-9](https://doi.org/10.1016/S0140-1971(03)00014-9)
- Rauschenbach, T. (2014). Wohin entwickelt sich die Kinder- und Jugendhilfe? Anmerkungen zu einem Praxisfeld im Wandel. In S. Faas & M. Zipperle (Hrsg.), *Sozialer Wandel. Herausforderungen für Kulturelle Bildung und Soziale Arbeit* (S. 173–186). Wiesbaden: Springer VS.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der Bella-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 871–878. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0250-6>
- Remtschmidt, H. (2018). 50 Jahre Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 46, 466–477. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000626>
- Richter, D. & Berger, K. (2013). Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. *Psychiatrische Praxis*, 40, 176–182.
- Schepker, R. (2013). Individuelle Krisenvereinbarung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. In Aktion Psychisch Kranke, P. Weiß & A. Heinz (Hrsg.), *Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen* (S. 180–186). Berlin: Aktion Psychisch Kranke e.V.
- Schepker, R. (2019). Kooperative interdisziplinäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen. In J. Fegert, F. Resch, P. Plener, M. Kaess, M. Döpfner, K. Konrad et al. (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (S. 1–10). Berlin: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-49289-5\\_80-1](https://doi.org/10.1007/978-3-662-49289-5_80-1)
- Schwarz-Jung, S. (2013). Nach dem Wegfall der verbindlichen Grundschulpflicht: Übergänge auf weiterführende Schulen zum Schuljahr 2012/2013. *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg*, 4, 22–27.
- Sheridan, D.C., Spiro, D.M., Fu, R., Johnson, K.P., Sheridan, J.S., Oue, A.A. et al. (2015). Mental health utilization in a pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*, 31, 555–559. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000343>
- Signorini, G., Singh, S.P., Marsanic, V.B., Dieleman, G., Dodig-Ćurković, K., Franic, T. et al. (2018). The interface between child/adolescent and adult mental health services: Results from a European 28-country survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 501–511. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1112-5>
- Statistisches Bundesamt. (2021a). Zahl der Psychotherapeuten und -therapeuten von 2015 bis 2019 um 19% gestiegen. Pressemitteilung, N 022. Verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/03/PD21\\_N022\\_23.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/03/PD21_N022_23.html)
- Statistisches Bundesamt. (2021b). Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser (Fachserie 12, Reihe 6.1.1 – 2019 – Korrektur der Ausgabe vom 10.03.2021). Verfügbar unter [https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft\\_mods\\_00135021](https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00135021).

- Statistisches Bundesamt. (2021c). Ehescheidungen mit minderjährigen Kindern in Deutschland bis 2019. Verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/484848/umfrage/ehescheidungen-mit-minderjaehrigen-kindern-in-deutschland/>
- Steffen, A., Akmatov, M., Holstiege, J. & Bätzing, J. (2018). Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017 (Versorgungsatlas-Bericht Nr. 18/07). Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Verfügbar unter [https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva\\_docs/93/VA\\_18-07\\_Bericht\\_PsychStoerungenKinderJugendl\\_V2\\_2019-01-15.pdf](https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/93/VA_18-07_Bericht_PsychStoerungenKinderJugendl_V2_2019-01-15.pdf)
- Walter, J., Hoffmann, S. & Romer, G. (2005). Behandlung akuter Krisen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, 487–504. <http://hdl.handle.net/20.500.11780/2857>
- Wille, N., Bettge, S., Wittchen, H.-U., Ravens-Sieberer, U. & The BELLA study group. (2008). How impaired are children and adolescents by mental health problems? Results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 42–51. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1005-0>

**Historie**

Manuskript eingereicht: 22.07.2021  
Nach Revision angenommen: 20.12.2021  
Onlineveröffentlichung: 28.02.2022

**Danksagung**

Wir danken unseren studentischen Hilfskräften für die Hilfe bei der Fertigstellung des Manuskripts.

**Interessenkonflikte**

Es bestehen keine Interessenkonflikte.

**Förderung**

Open-Access-Veröffentlichung ermöglicht durch die Eberhard Karls Universität Tübingen.

**Dr. Daniela Hagmann**

Abteilung für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsklinikum für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen, Zentrum für Psychische Gesundheit Tübingen  
Osianderstr. 14–16  
72076 Tübingen  
Deutschland

[daniela.hagmann@med.uni-tuebingen.de](mailto:daniela.hagmann@med.uni-tuebingen.de)