

Aus dem Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie und  
Psychotherapie

Prof. Dr. med. Romuald Brunner  
der Fakultät für Medizin  
der Universität Regensburg

Evaluation einer Spezialambulanz für Schulabsentismus  
der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Inaugural-Dissertation  
Zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin

der  
Fakultät für Medizin  
der Universität Regensburg

vorgelegt von  
Lisa Rilk

2024



Aus dem Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie und  
Psychotherapie

Prof. Dr. med. Romuald Brunner  
der Fakultät für Medizin  
der Universität Regensburg

Evaluation einer Spezialambulanz für Schulabsentismus  
der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Inaugural-Dissertation  
Zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin

der  
Fakultät für Medizin  
der Universität Regensburg

vorgelegt von  
Lisa Rilk

2024

Dekan:	Prof. Dr. med. Dipl. Phys. Dirk Hellwig
1. Berichterstatter:	Prof. Dr. med. Romuald Brunner
2. Berichterstatter:	Prof. Dr. med. Peter Kreuzer
Tag der mündlichen Prüfung:	18.03.2025

Die in dieser Arbeit verwendeten Personen- und Funktionsbezeichnungen sind geschlechtsneutral zu verstehen. Auf die durchgängige Verwendung der weiblichen und männlichen Form wird aus stilistischen Gründen verzichtet.

## Inhaltsverzeichnis

<b>a) Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>7</b>
<b>b) Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>9</b>
<b>c) Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>10</b>
<b>1. Einleitung.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Schulabsentismus .....</b>	<b>11</b>
1.1.1 Begriffserläuterung des Schulabsentismus und seiner Unterformen.....	11
1.1.1.1 Schulschwänzen .....	13
1.1.1.2 Schulverweigerung .....	13
1.1.1.3 Schulvorenthaltung und Schulausschluss.....	14
1.1.2 Prävalenz .....	14
1.1.3 Ursachen.....	15
1.1.4 Risikofaktoren .....	16
1.1.5 Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10.....	18
1.1.6 Komorbiditäten .....	19
1.1.6.1 Internalisierende Störungsbilder .....	20
1.1.6.2 Externalisierende Störungsbilder .....	21
1.1.6.3 Kombinierte Störungsbilder .....	21
1.1.7 Therapie und Prognose .....	22
1.1.8 Konsequenzen .....	25
1.1.9 Prävention .....	25
<b>1.2 Das deutsche Schulsystem.....</b>	<b>27</b>
1.2.1 Organisation und Struktur.....	27
1.2.2 Schulpflicht.....	28
1.2.3 Aufgaben, Funktion und Ziele.....	28
1.2.4 Einfluss auf die Entwicklung im Kindesalter .....	29
1.2.5 Hilfsmöglichkeiten bei Schulabsentismus .....	30
<b>1.3 Spezialambulanz für Schulabsentismus der KJPP Regensburg.....</b>	<b>30</b>
1.3.1 Aufbau.....	30
1.3.2 Ablauf.....	31
1.3.2.1 Erstgespräch .....	31
1.3.2.2 Diagnostik .....	31
1.3.2.3 Gespräche mit den Patienten und Kindseltern.....	31
1.3.2.4 Ergebnisgespräch .....	32
1.3.3 Projekt „Ich schaff das“ .....	32
1.3.4 Zusammenarbeit KJPP und Schule .....	33

1.4 Fragestellungen der Arbeit .....	33
<b>2. Material und Methoden .....</b>	<b>34</b>
2.1. Studiendesign .....	34
<b>2.2 Patientenkollektiv .....</b>	<b>34</b>
2.2.1 Patientenrekrutierung .....	34
2.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien .....	35
2.2.3 Stichprobenumfang .....	36
2.2.4 Verwendete Variablen .....	36
<b>2.3 Statistische Auswertung .....</b>	<b>42</b>
2.3.1 Deskriptive Datenanalyse .....	42
2.3.2 Beziehungen zwischen Variablen .....	43
2.3.2.1 Korrelationen .....	43
2.3.2.2 Ordinale Regression .....	43
<b>3. Ergebnisse .....</b>	<b>44</b>
<b>3.1 Stichprobenbeschreibung .....</b>	<b>44</b>
3.1.1 Stammdaten (Alter, Geschlecht) .....	44
3.1.2 Schulform .....	44
3.1.3 Fehlzeiten .....	45
3.1.4 Multiaxiales Klassifikationsschema .....	50
3.1.4.1 Achse I: Klinisch-psychiatrisches Syndrom .....	50
3.1.4.1.1 Externalisierende, internalisierende, kombinierte Störungsbilder .....	53
3.1.4.2 Achse II: Umschriebene Entwicklungsstörungen .....	55
3.1.4.3 Achse III: Intelligenzniveau .....	56
3.1.4.4 Achse IV: Körperliche Symptomatik .....	58
3.1.4.5 Achse V: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände .....	59
3.1.4.5.1 Trennung der Eltern .....	60
3.1.4.5.2 Psychopathologie eines Elternteils .....	60
3.1.4.5.3 Psychopathologie Geschwisterkind .....	60
3.1.4.6 Achse VI: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus .....	61
3.1.5 Körperliche Begleitsymptomatik .....	62
3.1.6 Subjektive Gründe .....	63
3.1.7 Trennungsangst im Kleinkindalter .....	64
3.1.8 Vorherige Hilfsleistungen .....	64
3.1.9 Therapieempfehlungen .....	65
3.1.9.1 Umsetzung der Empfehlungen .....	66
3.1.10 Psychopharmakologische Behandlung im Verlauf .....	68
3.1.11 Dauer der Anbindung an die KJPP .....	68

<b>3.2 Komorbiditäten im Geschlechtervergleich .....</b>	<b>69</b>
<b>3.3 Korrelationen mit Fehltagsrängen .....</b>	<b>69</b>
<b>3.4 Ordinale Regression .....</b>	<b>70</b>
<b>4. Diskussion .....</b>	<b>71</b>
<b>4.1 Diskussion soziodemographischer Daten und klinischer Symptomatik der Inanspruchnahme-Stichprobe .....</b>	<b>72</b>
4.1.1 Geschlecht und Alter .....	72
4.1.2 Schulform .....	72
4.1.3 Diagnosen .....	73
4.1.3.1 Achse I: Klinisch-psychiatrisches Syndrom.....	73
4.1.3.1.1 Externalisierende, internalisierende und kombinierte Störungsbilder ..	74
4.1.3.2 Achse II: Umschriebene Entwicklungsstörungen .....	75
4.1.3.3 Achse III: Intelligenzniveau .....	75
4.1.3.4 Achse IV: Körperliche Symptomatik.....	76
4.1.3.5 Achse V: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände .....	77
4.1.3.6 Achse VI: Psychosoziales Funktionsniveau .....	78
4.1.4 Vorherige Hilfeleistungen .....	78
4.1.5 Therapieempfehlungen und deren Umsetzung .....	79
<b>4.2 Diskussion der Verlaufs-Ergebnisse im Kontext der aktuellen Studienlage .....</b>	<b>81</b>
4.2.1 Fehlzeiten.....	81
4.2.2 Verlaufsprädiktoren .....	84
<b>4.3 Limitationen und Stärken der Arbeit .....</b>	<b>85</b>
<b>5. Bedeutung der Ergebnisse/Ausblick .....</b>	<b>87</b>
<b>6. Zusammenfassung.....</b>	<b>88</b>
<b>7. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>90</b>
<b>8. Danksagung</b>	



## **a) Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1:	Besucher Schultyp bei Ersttermin in der Spezialambulanz für Schulabsentismus in Gegenüberstellung der Geschlechter .....	45
Abbildung 2:	Durchschnittlicher Schulbesuch der Inanspruchnahme-Stichprobe bezogen auf die letzten drei Monate vor Ersttermin in der Spezialambulanz für Schulabsentismus in Gegenüberstellung der Geschlechter .....	46
Abbildung 3:	Durchschnittlicher Schulbesuch der Inanspruchnahme-Stichprobe im ersten Jahr nach Ersttermin in der Spezialambulanz für Schulabsentismus in Gegenüberstellung der Geschlechter .....	47
Abbildung 4:	Rangveränderung im ersten Jahr nach Ersttermin in Gegenüberstellung der Geschlechter .....	48
Abbildung 5:	Rangveränderung im zweiten bis dritten Jahr nach Ersttermin in Gegenüberstellung der Geschlechter... ..	49
Abbildung 6:	Rangveränderung ab dem dritten Jahr nach Ersttermin in Gegenüberstellung der Geschlechter .....	50
Abbildung 7:	Prozentuale Häufigkeiten der Diagnosegruppen auf Achse I des MAS nach ICD-10 der männlichen Inanspruchnahme-Stichprobe .....	51
Abbildung 8:	Prozentuale Häufigkeiten der Diagnosegruppen auf Achse I des MAS nach ICD-10 der weiblichen Inanspruchnahme-Stichprobe .....	52
Abbildung 9:	Prozentuale Häufigkeiten internalisierender, externalisierender und kombinierter Störungsbilder in Gegenüberstellung der Geschlechter.....	54
Abbildung 10:	Prozentuale Häufigkeiten der Achse II Diagnosen der männlichen Inanspruchnahme-Stichprobe .....	55
Abbildung 11:	Prozentuale Häufigkeiten der Achse II Diagnosen der weiblichen Inanspruchnahme-Stichprobe .....	56
Abbildung 12:	Häufigkeitsverteilung (Histogramm) des IQ-Werts ....	57
Abbildung 13:	Prozentuale Häufigkeitsverteilung des IQ-Werts in Gegenüberstellung der Geschlechter .....	58

Abbildung 14: Prozentuale Häufigkeitsverteilung der Achse VI Kategorien in Gegenüberstellung der Geschlechter .....	62
Abbildung 15: Prozentuale Häufigkeitsverteilung der Therapieempfehlungen nach Erstdiagnostik.....	66
Abbildung 16: Prozentuale Häufigkeitsverteilung der Einhaltung der Therapieempfehlungen nach Erstdiagnostik.....	67

## **b) Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1:	Achse V: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände ...	37
Tabelle 2:	Achse VI: Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus.....	38
Tabelle 3:	Einordnung internalisierender Störungsbilder .....	39
Tabelle 4:	Einordnung externalisierender Störungsbilder .....	39
Tabelle 5:	Einordnung kombinierter Störungsbilder.....	39
Tabelle 6:	Subjektive Erklärungen der Schulvermeidung .....	41
Tabelle 7:	Häufigkeiten der auf Achse V abgetragenen assoziierten aktuellen abnormen psychosozialen Umstände in Gegenüberstellung der Geschlechter .....	59
Tabelle 8:	Häufigkeiten subjektiver Gründe für Schulabsentismus.....	63
Tabelle 9:	Einhaltung der einzelnen Therapieempfehlungen im ersten Jahr nach Erstdiagnostik.....	68

### **c) Abkürzungsverzeichnis**

BayEUG:	Bayerisches Gesetz über das Erziehungs- und Unterrichtswesen
DSM-5:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 <sup>th</sup> Edition (Deutsch: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 5. Auflage)
ICD-10:	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10 <sup>th</sup> Edition (Deutsch: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Auflage)
KJPP:	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
KVT:	Kognitive Verhaltenstherapie
MAS:	Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters
WHO:	Weltgesundheitsorganisation

## **1. Einleitung**

Schon William Shakespeare schrieb um das Jahr 1599: „the whining school boy ... creeping like a snail unwillingly to school.“ (1) Damit deutet er schon damals auf die Schulunlust hin, aus welcher sich Schulabsentismus und die damit einhergehenden Konsequenzen und Auswirkungen entwickeln können.

Heute stellt schulvermeidendes Verhalten einen sehr häufigen Vorstellungs- und Therapieanlass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dar (2,3). Die multiplen schwerwiegenden Konsequenzen erweisen sich als ein fundamentales und ernst zu nehmendes Problem (4). Auch aus diesem Grund ist der Schulabsentismus seit vielen Jahren ein wichtiger Gegenstand der kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung (2). Eine steigende Zahl an Studien untersucht die zahlreichen Risikofaktoren und versucht Interventions- und Therapiekonzepte sowie Präventionsmaßnahmen zu erarbeiten (2). Vielfältige schwerwiegende kurz- und langfristige Entwicklungsbeeinträchtigungen können sich aus der schulischen Abwesenheit der Heranwachsenden ergeben, da die Schule einen zentralen Aspekt in der gesunden kognitiven und psychosozialen kindlichen Entwicklung darstellt (2,5–7). Es kann folglich zu diversen Defiziten auf der psychosozialen und Verhaltensebene, aber auch zu schulischen Leistungsdefiziten bis hin zum verfrühten vollständigen Schulabbruch kommen (2,5–7). Weiter werden Arbeitslosigkeit, wirtschaftliche Probleme, Kriminalität und Substanzkonsum als potentielle Folgen des Schulabsentismus beschrieben (5,8). Gerade weil es sich um ein sehr komplexes Phänomen mit vielen Komorbiditäten handelt, scheint es besonders wichtig frühzeitig Risikofaktoren zu erkennen, um effektiv intervenieren zu können (5).

Die langjährige Forschung vieler verschiedener Fachdisziplinen hat zu einer Fülle an Begriffen, Kategorisierungen und Definitionen geführt, die versuchen die Stichprobe bestmöglich zu greifen (8). So resultiert eine Vielzahl an Literatur und Publikationen, aber auch teilweise mangelnder Konsens und damit einhergehend eingeschränkte Vergleichbarkeit (8). Im Folgenden möchte ich die verschiedenen Begrifflichkeiten genauer darlegen.

### **1.1 Schulabsentismus**

#### **1.1.1 Begriffserläuterung des Schulabsentismus und seiner Unterformen**

Der Begriff Schulabsentismus beschreibt das Fernbleiben der Schule im Allgemeinen und dient als Überbegriff für eine heterogene Gruppe von Störungsbildern (4,9).

Schulverweigerung, Schulangst, Schulphobie und Schulschwänzen stellen Untergruppen des Schulabsentismus dar (4,9). Überschneidungen einzelner Merkmale der Untergruppen führen zudem weiter zur Existenz eines Mischtypus (10). Tritt Schulabsentismus gemeinsam mit psychischen Symptomen auf, so wird von schulvermeidendem Verhalten gesprochen (11). Während Schulabsentismus als rein deskriptiver Überbegriff in der internationalen Literatur relativ einheitlich Anwendung findet, werden die einzelnen Bezeichnungen für das sich heterogen präsentierende Patientengut häufig sehr inkonsequent und uneinheitlich verwendet (12,13). Teilweise wird schulabsentes Verhalten weiter in entschuldigtes Fehlen, etwa bei somatischer Erkrankung und in unentschuldigtes Fehlen kategorisiert (8). Bis heute handelt es sich nicht um eine eigenständige psychiatrische Diagnose nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> Edition [ICD-10]) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder dem amerikanischen diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> Edition [DSM-5]), sondern beschreibt vielmehr einzelne Symptomkomplexe (14).

Ebenso wie die einzelnen Unterkategorien des Schulabsentismus nicht allgemeingültig definiert sind, bestehen international keine klaren Vorgaben, ab wann sich das schulabsente Verhalten als problematisch erweist (4,15). Einige Autoren verwenden den Begriff "problematischer Schulabsentismus" bezogen auf das Maß an Fehlzeit des Kindes oder Jugendlichen (16). Diesbezüglich hat Kearney 2008 drei Kriterien zur gleichartigen Definition von Fehlzeitgrenzwerten vorgeschlagen: Schulkinder oder -jugendliche, deren Fehlzeit mindestens 25.00 % in zwei Schulwochen beträgt, die mindestens zwei Wochen unter schulischen Anwesenheitsschwierigkeiten mit Auswirkungen auf den familiären Alltag leiden und/oder mindestens zehn Tage in 15 Schulwochen abwesend sind, werden als problematisch, beziehungsweise interventionsbedürftig angesehen (16). Wobei ein Schultag als Fehltag gilt, sobald der Schüler 25.00 % des Schultages nicht anwesend ist (16).

Obwohl es sich bei Kearneys Vorschlag nicht um eine allgemeingültige Definition problematischer Grenzwerte für Schulfehlzeiten handelt, konnte doch eine steigende Verwendung jener Kriterien zur Definition des Schulabsentismus in der Literatur der letzten Jahre festgestellt werden (5).

Wie schon eingangs erwähnt, handelt es sich bei Schulabsentismus um sich sehr heterogen präsentierende Symptomkomplexe, die von vielen Autoren in Subtypen untergliedert werden (12,17). Häufig werden die Bezeichnungen zweier weitgefasster Untergruppen verwendet: Schulschwänzen und Schulverweigerung, wobei die Schulverweigerung weiter in Schulangst und Schulphobie untergliedert werden kann (12,17).

#### **1.1.1.1 Schulschwänzen**

Das Schulschwänzen gehört zu den ältesten Begriffen des Schulabsentismus, und bezieht sich im Allgemeinen auf wiederholtes ungerechtfertigtes und unentschuldigtes Fernbleiben der Schule über einen definierten Zeitraum (18,19). Heyne et al. (5) veröffentlichten 2019 drei Kriterien zur genaueren Definition des Schulschwänzens: Erstens bleibt der Schüler der Schule für einen gesamten oder einen Teil des Tages fern oder hält sich in der Schule auf, nicht aber im vorhergesehenen Unterricht. Zweitens erfolgt die Abwesenheit ohne Erlaubnis und drittens versucht der Schüler typischerweise diese Abwesenheit vor den Eltern zu verbergen (5). Häufig geht Schulschwänzen mit externalisierenden Verhaltensproblemen, Kriminalität und niedrigem sozialen Status einher (8,20). Die Kinder und Jugendlichen sind meist schon älter und in der Regel besteht wenig Assoziation zu emotionalen Belastungen als ursächlichen Faktor des Schulabsentismus (12). Meistens haben diese Kinder ein geringes Selbstwertgefühl und eher geringe Zielvorstellungen bezüglich ihrer eigenen schulischen und akademischen Laufbahn (21).

#### **1.1.1.2 Schulverweigerung**

Die Schulverweigerung definiert sich hingegen über die Ablehnung und Vermeidung des Schulbesuchs meist in Verbindung mit emotionalen Belastungen wie Sorgen, Traurigkeit und Ängsten (8). Abgrenzend zu anderen Untergruppen des Schulabsentismus lassen sich weitere Eigenschaften der Schulverweigerung zusammenfassen: Die betroffenen Schüler versuchen nicht die schulische Abwesenheit vor den Eltern zu verbergen, sodass diese meist über die Problematik Bescheid wissen (3,5). Sie zeigen, bis auf die Abwehr elterlicher Versuche das Kind in die Schule zu bewegen, keine dissozialen Verhaltensweisen (3,5). Weiterhin sollen nach Heyne et al. (5) von Seiten der Eltern ausreichend Bemühungen aufgebracht werden das Kind zur Schulteilnahme zu bewegen (3). Der Antrieb für das

schulvermeidende Verhalten geht dabei von Seiten des Kindes aus (8). Unterformen der Schulverweigerung sind die Schulangst und die Schulphobie (17). Schulangst einhergehend mit Schulvermeidung ist meist mit auf der Schulsituation oder dem Schulweg beruhenden Ängsten verbunden. Diese können beispielsweise begründet sein durch Ängste auf sozialer Ebene, Leistungsanforderungen, Versagensängste und starker Selbstunsicherheit (4,9).

Dem gegenübergestellt bezieht sich die Schulphobie nicht direkt auf die Schulsituation, sondern basiert auf einer emotionalen Störung mit Trennungsangst (4,9). Häufig ist diese Form der Schulverweigerung mit nicht organisch begründeten somatischen Beschwerden verbunden (4,9).

### **1.1.1.3 Schulvorenthaltung und Schulausschluss**

Andere Begriffe in der Literatur beziehen sich ergänzend auf die Fälle, bei denen nicht das Kind die primäre Ursache der schulischen Fehlzeiten ist (8).

Die Schulvorenthaltung ("school- withdrawal") beschreibt schulabsentes Verhalten initiiert durch die Eltern, die ihr Kind aus verschiedensten Gründen vom Schulbesuch zurückhalten (20). Das können beispielsweise wirtschaftliche Gründe sein, Überprotektion und Ängste der Eltern oder auch die Verdeckung von Misshandlungen (20). Andererseits kann die Schulabwesenheit auch im mangelnden Interesse der Eltern an der kindlichen Bildung oder dem Unvermögen das Kind zur Schule zu bringen begründet sein (5). Heyne et al. (5) definieren den Schulvorenthalt als schulische Abwesenheit mit Kenntnis der Eltern. Sie ist verbunden mit den elterlichen Bemühungen das Kind entweder zu Hause zu behalten oder es mit wenig, bis keiner Initiative zur schulischen Teilnahme zu bewegen, wodurch die Schulabwesenheit durch die Eltern toleriert wird (5).

Der Schulausschluss ("school exclusion") kann unter bestimmten Voraussetzungen als disziplinarische Ordnungsmaßnahme zum Tragen kommen und steht für einen durch die Institution Schule bedingten Schulabsentismus (8,20). Wann und in welcher Form es zu dieser Sanktion kommen kann, variiert zwischen den Ländern und einzelnen Schulen (22).

### **1.1.2 Prävalenz**

Die Prävalenzraten von Schulabsentismus basieren auf der jeweilig zugrunde liegenden Definition und Erfassungsmethoden der Schulfehlzeiten (23). Durch die



Variabilität der Definitionen in den vergangenen Jahren, sind die Prävalenzen teilweise schwer vergleichbar (5). Vielfach wird sie für alle Unterformen des Schulabsentismus gemeinsam angegeben, obwohl diese in ihren Prävalenzen variieren (5). Aus diesem Grund resultieren häufig große Differenzen zwischen den Prävalenzwerten (5). Bezieht man sich lediglich auf unentschuldigte Fehlzeiten von mehreren Stunden, wird eine Prävalenz von 10.00 % bis 60.00 % an deutschen weiterführenden Schulen beschrieben (17,24). Wird die unentschuldigte Schulabwesenheit von mindestens fünf Tagen im Schuljahr als Bezugswert berücksichtigt, so ergibt sich eine Prävalenz zwischen 5.00 % bis 10.00 % deutscher Schüler (24). Bei unentschuldigten Schulfehlzeiten zeigen sich in Deutschland keine signifikanten Geschlechterunterschiede bezüglich der Prävalenz (10,25). Bei den entschuldigten Fehlzeiten konnten Lenzen et al. (10) 2013 ein vermehrtes Auftreten bei den Schülerinnen feststellen. Hinsichtlich der Schulform konnte gezeigt werden, dass die Häufigkeit der Fehlzeiten vom Gymnasium über die Realschule bis zur Hauptschule signifikant zunimmt (10). Die Rate an Betroffenen, die unter einer psychischen Erkrankung leiden, liegt deutschlandweit bei bis zu 30.00 % (26). Überdies haben Studien aufgezeigt, dass sich die Prävalenz des Schulabsentismus in ethnischen Minderheitsgruppen als höher erweist (27).

### **1.1.3 Ursachen**

Schulabsentismus fungiert wie bereits erwähnt als wertungsfreier Überbegriff und gibt keinen Hinweis auf die ursprüngliche Motivation beziehungsweise Ursache der Schulabwesenheit (4,9). Die Intention kann durch das Kind motiviert sein oder aber entwickelt sich durch externe Einflüsse (28). Dies können Kinder sein, die beispielsweise auf Grund einer Erkrankung oder instabiler Lebensumstände an der Schulteilnahme gehindert sind (16,20,29,30). Des Weiteren kann die Schulabwesenheit auch durch die Eltern beispielsweise aus finanziellen Gründen oder verschiedenartigen Ängsten und Befürchtungen erwünscht sein oder aber es werden keine Bemühungen seitens der Eltern unternommen, das Kind zur Schulanwesenheit zu bewegen (16,20,29,30).

Die Vermeidung der Schule kann den Betroffenen kurzfristig Erleichterung verschaffen, da sie nun nicht mehr den für sie sehr negativ besetzten Situationen ausgesetzt sind und somit eine Stressreduktion erfahren (21). Die angstbesetzten und als unangenehm bewerteten Situationen werden vermieden und wirken negativ

verstärkend auf das schulvermeidende Verhalten (2,25,28). Vermehrte Aufmerksamkeit und stellvertretende reizvollere außerschulische Aktivitäten wie Fernsehen und Videospiele können die Vermeidung dagegen positiv verstärken (2,25,28). Ferner kann der Schulabsentismus auch durch positive und negative Verstärker zugleich beeinflusst werden (25,28). Positive Verstärkung bezieht sich auf gezielte Verhaltensweisen, welchen positive Konsequenzen, etwa Anerkennung, Lob oder Aufmerksamkeit, nachfolgen (31). Die negative Verstärkung hingegen besteht bei nicht Eintreten von unerwünschten Konsequenzen durch gezieltes Verhalten, beispielsweise durch das Fernbleiben von angstbesetzten Schulsituationen (31). Durch die hohe Tendenz zur Chronifizierung bei durch Vermeidung stark wirkungsvoller Verstärkung, kann es mit längerem Verlauf der Schulvermeidung auch mit professioneller Unterstützung umso schwerer werden, den Schuleinstieg mit kontinuierlicher Anwesenheit zu bewältigen (21,32).

#### **1.1.4 Risikofaktoren**

Schulabsentismus ist mit multiplen, sich teilweise gegenseitig bedingenden Risikofaktoren assoziiert (33). Je mehr Komponenten auf den Schüler zutreffen, desto höher ist, abhängig von vorhandenen protektiven Faktoren, das Risiko zur Entwicklung von schulvermeidendem Verhalten (33). Einige Autoren kategorisieren die Risikofaktoren in individuelle, familiäre, schulische und gesellschaftliche Faktoren, welche den Schulabsentismus bedingen und aufrechterhalten (34). Es handelt sich also vor allem um Umstände, die auf das Kind, beziehungsweise seine direkte Umgebung wirken (23).

Zunächst spielt das Alter des Kindes eine Rolle, da das Risiko für Schulabsentismus mit dem Alter ansteigt, wobei der Höhepunkt bei circa 14 bis 16 Jahren liegt (4,23,35). Ebenso ist wahrscheinlich von einer erhöhten Vulnerabilität und Prädisposition der betroffenen Schüler für die Entstehung psychischer Probleme und von Schulvermeidung auszugehen (4,23,35). Risikofaktoren, die den Schüler direkt betreffen, beziehen sich häufig auf physische und psychische Erkrankungen oder Probleme (beispielsweise in Form von Schlafstörungen, Ängsten und Depression oder Somatisierungstendenzen), Alkohol- und Substanzmissbrauch und Störungen des Sozialverhaltens (23,34,36). Ingul et al. (33) beschreiben weiter eine niedrige Selbstwirksamkeitserwartung bezogen auf die Bewältigung von schwierigen schulischen Situationen, ein geringes Selbstwertgefühl und Versagensängste als

individuelle Risiken für Schulvermeidung. Zusätzlich korreliert der Schulabsentismus mit sozialer Isolation und Einsamkeit, Peer-Konflikten sowie Peer bezogenen Charaktereigenschaften wie Schulschwänzen, antisoziales Verhalten und Straffälligkeiten (23).

Als wichtige Zusammenhänge und Wechselwirkungen im Bereich der Familie werden eine dysfunktionale Familieninteraktion, elterliche physische oder psychische Erkrankungen, elterliche Beziehungsprobleme bis hin zu Trennung und Scheidung, sowie ein überbehüteter Erziehungsstil benannt (23,34,37).

Als Familienfunktion werden die sozialen und strukturellen Eigenschaften wie Unterstützung und Fürsorglichkeit, die eine Person von seiner eigenen Familie erhält, bezeichnet (38). Es handelt sich dabei um die Eigenschaften auf der Beziehungs- und Interaktionsebene, um sozialen Zusammenhalt, Konfliktbewältigung, Anpassungsfähigkeit und Kommunikation (35,38,39). Eine schwache Familienfunktion kann durch hohes Konfliktpotenzial, Desorganisation und Störung der Affektregulation und Verhaltenskontrolle zum Ausdruck kommen und gilt als Risikofaktor für schulabsentes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen (35,38,39).

Elterliche Psychopathologien treten häufiger bei schulvermeidenden Kindern auf als bei Kindern, die regelmäßig in die Schule gehen (23,33). Es wird angenommen, dass die Kinder und Jugendlichen dadurch in Phasen des bevorstehenden Schulabsentismus nicht ausreichend Unterstützung und Mitwirkung der Eltern erfahren (23,33).

Ebenso kann dies bei elterlichen Beziehungsproblemen wie Ehekrisen, Trennung und Scheidung und damit einhergehender Überforderung der Fall sein (23,33). Diesbezüglich wäre eine mögliche Verknüpfung zum Schulabsentismus die Sorge des Kindes, die Familie könne in der schulischen Abwesenheit weiter zerbrechen (23,33). Ein erhöhtes Vorkommen bei Kindern alleinerziehender Eltern sollte ebenfalls berücksichtigt werden (4,40). Überprotektive Erziehungsmethoden können wiederum zu einem niedrigen Level an Selbstständigkeit des Kindes und zu Schwierigkeiten der elterlichen Ablösung führen (33). Es ist jedoch möglich, dass sich dieser Risikofaktor erst in Kombination mit anderen Faktoren wie beispielsweise Ängsten und Depression auf die Entstehung und Beibehaltung des Schulabsentismus auswirkt (33). Die Familie ist folglich durchaus ein wichtiger Faktor im Kontext der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Schulvermeidung (35).

Weiter sollte der Einfluss der Schule beachtet werden, wenn es um die Risikofaktoren und Ursachen schulabwesender Kinder geht (33,40). Zusammenfassend sind problematische Schüler-Lehrer Beziehungen, schulisches Misserfolgserleben, Mobbing und schlechte soziale Integration als mögliche Risikoprädiktoren zu nennen (33,40).

Schwierige Schüler-Lehrer Beziehungen können geprägt sein von Konflikten, Ängsten, mangelnder Unterstützung sowie der Qualität des Unterrichts (23). Sie können zur Erhöhung des Stresslevels und einer negativen Einstellung gegenüber der Schule beitragen (23). Niedrige akademische Leistungen, Lernschwierigkeiten, ein schlechtes Klassen- oder Schulklima, Schulwechsel- und Klassenwiederholungserfahrungen sind ebenfalls schulbezogene Prädiktoren für Schulabsentismus (23). Zusätzlich gelten häufig vor allem vorhergehende Phasen von schulischer Abwesenheit, beispielsweise bedingt durch somatische Erkrankungen oder Schulferien, oder aber besondere Ereignisse wie Klassen- oder Schulwechsel als Startpunkt des Schulabsentismus (41). Hinsichtlich gesellschaftlicher Einflüsse scheinen ein niedriger sozio-ökonomischer Status, ein schwaches Bildungsniveau und der steigende gesellschaftliche Leistungsdruck prädestinierend zu wirken (4,34,40).

#### **1.1.5 Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10**

Das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS) nach ICD-10 der WHO gehört neben dem Diagnostischen und Statistischen Manual der Amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie (DSM-5) zu den gängigsten Klassifikationssystemen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (42,43). Als mehrachsiges Diagnosesystem ermöglicht das MAS psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche ganzheitlich in mehreren Dimensionen standardisiert zu erfassen (42,43). Dies ist besonders relevant, da meist von einer multifaktoriellen Genese auszugehen ist (42). Basierend auf der ICD-10 Klassifikation der WHO umfasst das MAS die folgenden sechs Achsen (43):

1. Klinisch-psychiatrisches Syndrom
2. Umschriebene Entwicklungsstörungen
3. Intelligenzniveau
4. Körperliche Symptomatik
5. Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

## 6. Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

Zusätzlich zu der psychiatrischen Diagnose auf Achse I werden folglich einige weitere wichtige Diagnostikkomponenten standardisiert kodiert, die für das Behandlungsvorgehen von großer Bedeutung sind (43,44). Umwelteinflüsse und Faktoren auf bio-psychosozialer Ebene mit potenziellem Anteil an der Krankheitsentstehung und -aufrechterhaltung können somit ganzheitlich abgebildet werden (43,44). Zeitlich in Beziehung stehende körperliche Erkrankungen werden auf Achse IV erfasst, wobei die Achse V die aktuell bestehenden abnormen psychosozialen Lebensbedingungen, die für die Entstehung und Aufrechterhaltung der psychischen Erkrankung oder aber für deren Behandlungskonzept relevant erscheinen, abbildet (43,44). Die Kodierung schließt dabei Faktoren im familiären und gesellschaftlichen Umfeld, sowie Belastungen in Schule oder Arbeit und belastende Lebensereignisse mit ein (43,44).

Die sechste Achse bezieht sich dabei auf die aktuelle psychosoziale Funktionsbeeinträchtigung im Hinblick auf die psychologische, soziale und schulisch-berufliche Funktion in einer Kodierungsabstufung von 0 bis 9 (43,44).

### 1.1.6 Komorbiditäten

Komorbidität beschreibt zunächst nur das gleichzeitige Vorkommen zweier oder mehrerer Erkrankungen eines Patienten, wobei keine Wechselwirkungen bestehen müssen (45). Bezogen auf das MAS können Diagnosen für psychiatrische Störungen, Entwicklungsstörungen und körperliche Erkrankungen vorliegen (43). In dieser Arbeit soll vor allem auf die erste Achse, das klinisch-psychiatrische Syndrom, eingegangen werden (8,46,47).

Schulabsentismus tritt häufig in Kombination mit weiteren kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern auf. Die psychiatrische Morbidität unter den klinisch vorgestellten Patienten ist hoch und bezieht sich auf ein breites Spektrum von internalisierenden und externalisierenden Störungen (8,46,47).

Insbesondere komorbide Störungen des Sozialverhaltens sind neben Angst- und depressiven Störungen häufig (48). Kearney und Albano untersuchten 2004 in ihrer Studie die häufigsten mit schulvermeidendem Verhalten gemeinsam vorkommenden Diagnosen und kamen zu dem Ergebnis, dass lediglich 32.90 % der 143 schulabsenten Schüler keine komorbide psychiatrische Diagnose aufwiesen (49). Die hohe Prävalenz psychiatrischer Komorbiditäten spiegelt sich ebenfalls in den weiteren

Ergebnissen wider: 45.80 % der Betroffenen erhielten eine zweite, 17.70 % sogar eine dritte Diagnose (49).

Während internalisierende Störungsbilder vor allem emotionale Störungen widerspiegeln, handelt es sich bei den externalisierenden besonders um Störungen des Verhaltens (50–52). Bei Schulverweigerung zeigen sich charakteristischerweise eher internalisierende Verhaltensweisen wie Introversion, Unsicherheit und ängstliche oder depressive Störungen (50–52). Schüler, welche ungerechtfertigt und unentschuldigt der Schule Fernbleiben (Schulschwänzen) zeigen dagegen eher externalisierendes impulsives, teils aggressives Verhalten (50–52). Diese Störungsbilder entwickeln sich meist bereits in frühen kindlichen Entwicklungsphasen und treten öfter auch gemeinsam als Mischform sich wechselseitig beeinflussend in Erscheinung (50–52).

Tritt Schulabsentismus begleitet von psychiatrischen Komorbiditäten auf, so wird im Vergleich zu schulabsenten Kindern und Jugendlichen ohne zusätzliche psychische Erkrankungen, von einem erhöhten potenziellen Risiko für ungünstige Prognosen gesprochen. Besonders schwerwiegend sei dies bei Vorhandensein von sowohl internalisierenden als auch externalisierenden komorbiden Störungsbildern (41).

Da Schulabsentismus ein von vielfältigen Störungen beeinflusstes Symptom darstellt, sollten die Patienten jeweils individuell betrachtet werden und abhängig von den vorliegenden Umständen behandelt werden (53).

#### **1.1.6.1 Internalisierende Störungsbilder**

Internalisierende Störungsbilder von lateinisch „internus“ für „innen befindlich“ sind äußerlich schwer erfassbar, da sie sich vor allem auf die innerliche emotionale Ebene beziehen (50). Wird das komorbide Vorkommen bei schulabsenten Kindern und Jugendlichen betrachtet, beziehen sie sich vor allem auf Angststörungen, wie phobische Erkrankungen, generalisierte und soziale Ängste oder Trennungsangst (7,8,34,46,54). Weniger häufig, aber dennoch relevant, sind vermehrte Sorgen und depressive Symptome sowie Somatisierungstendenzen, Schlafstörungen und sozialer Rückzug (7,8,34,46,54). Schulabsentismus ist hierbei im Kindesalter insbesondere mit Angststörungen assoziiert, bei Jugendlichen sind es sowohl Angst- als auch depressive Störungen (47,53). Es wird von einem Einfluss auf das Angst- und Stressreaktionszentrum des Gehirns ausgegangen, weshalb Angsterkrankungen, insbesondere die Trennungsangst, stark begünstigend auf schulvermeidendes

Verhalten wirken (14). Die Schumatmosphäre kann dabei in vielerlei Hinsicht Ängste hervorrufen, einerseits durch die sozialen Interaktionen mit Lehrern und Mitschülern, die zeitweise Trennung von primären Bezugspersonen zu Hause sowie die schulischen Leistungsanforderungen (55). All dies kann die Schulvermeidung über negative Verstärkung beeinflussen (55). In Verbindung leiden die Betroffenen häufig an nicht organisch zu erklärenden psychosomatischen Symptomen wie körperliche Erschöpfung, Kopf- und Bauchschmerzen als Ausdruck der psychischen Erkrankung (55). Somatische Beschwerden werden oft als berechtigter Grund für Abwesenheit gewertet, so lassen die subjektiven Gesundheitsbeschwerden die Schulvermeidung gerechtfertigt und vertretbar erscheinen (56). Zudem ist es sowohl für die Eltern als auch die Lehrer schwieriger, das schulvermeidende Verhalten als solches zu identifizieren (56).

#### **1.1.6.2 Externalisierende Störungsbilder**

Externalisierende Störungsbilder umfassen eine Gruppe von Störungen des Sozialverhaltens, der Aktivität und Aufmerksamkeit und Störungen mit oppositionellen Trotzverhalten bei Kindern und Jugendlichen (32,46). Externalisierend bedeutet so viel wie „nach außen gerichtet“, anders als bei internalisierenden Störungsbildern sind die jeweiligen Symptome einfacher zu erfassen und werden von der Umgebung oft als störend empfunden (50). Substanzmissbrauch, Regelverstöße, oppositionelles, aggressives und/oder impulsives Verhalten sind weitere Symptome externalisierender Verhaltensstörungen (8,57). Durch eine geminderte soziale Funktionsfähigkeit mit Schwierigkeiten Freundschaften zu schließen und wenig ausgeprägten Beziehungen zu Peer-Gruppen können sich hinzukommend wiederum komorbide internalisierende Störungen wie Angst- und depressive Störungen entwickeln (8,57).

#### **1.1.6.3 Kombinierte Störungsbilder**

Auch wenn sich die internalisierenden und externalisierenden Störungen zunächst sehr verschieden darstellen, gibt es dennoch Kinder und Jugendliche, die einzelne Störungsbilder beider Gruppen entwickeln (50). Darüber hinaus existieren psychiatrische Diagnosen für kombinierte Störungsbilder (43). Der Diagnoseschlüssel F92.x codiert nach ICD-10 für die kombinierte Störung von Sozialverhalten mit Emotionen (43). Es treten Kriterien beider Krankheitsgruppen in Kombination auf, so ist diese Störungsgruppe „durch die Kombination von andauerndem aggressivem,

dissozialem oder aufsässigem Verhalten charakterisiert mit offensichtlichen und deutlichen Symptomen von Depression, Angst oder anderen emotionalen Störungen charakterisiert.“ (43)

### **1.1.7 Therapie und Prognose**

Bevor ein individuelles Therapiekonzept ausgearbeitet werden kann, ist es zunächst äußerst relevant eine ausführliche und fokussierte Diagnostik durchzuführen (14,58). Grundlegend sind primär Verhaltensbeobachtungen vor und während der Schulsituation sowie eine fundierte Anamneseerhebung mit Auskünften über die Häufigkeit, Intensität und Dauer des schulvermeidenden Verhaltens sowie über potentielle Ursachen und einhergehende Komorbiditäten und Konsequenzen (14,58). Schulvermeidung kann überdies auch als sekundäres Symptom einer anderen Problematik auftreten oder einen organischen Ursprung haben (14,24,34). Der Patient muss folglich ganzheitlich untersucht werden, um ein individualisiertes und effektives Therapiekonzept zu entwickeln (14,24,34).

Das primäre Ziel der Intervention ist es dem Kind wieder eine stabile Entwicklungsbasis zu schaffen verbunden mit einer frühzeitigen Wiederaufnahme des regelmäßigen Schulbesuchs und einer Reduktion einhergehender psychischer Komorbiditäten (14,24,34).

Bezogen auf die meist multifaktorielle Entstehung des Schulabsentismus, sollte auch die Intervention multimodal ausgerichtet sein und sich zugleich mit den psychischen Komorbiditäten und weiteren ursächlichen oder daraus resultierenden Gegebenheiten befassen (4,59). Im Rahmen der Interventionsmöglichkeiten wird der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) in der Literatur eine übergeordnete Rolle zugeschrieben (11,14,34,60). Die KVT verbindet charakteristischerweise neben expositions-therapeutischen Ansätzen auch das Erlernen von Entspannungstechniken und sozialen Fertigkeiten (12,14). Die Expositionsmethode beschreibt eine verhaltenstherapeutische Konfrontation mit angstausslösenden Momenten und kann vornehmlich bei ängstlich bedingter Schulvermeidung zum Tragen kommen (34). Erlernte Entspannungsverfahren können den betroffenen Schülern helfen, ihr eigenes Stresslevel in angstausslösenden Situationen besser zu regulieren, wobei das soziale Kompetenztraining sich vor allem auf die psychosoziale Funktionsebene bezieht (34). Derartige Schwierigkeiten können nicht nur Ursache, sondern auch Konsequenz des Schulabsentismus sein (34). Übergeordnetes Ziel ist es gewünschtes Verhalten zu



stärken und unerwünschtes Verhalten (beispielsweise die Vermeidung) zu minimieren (12,14). Der Psychoedukation und der Familienarbeit samt der Interaktion und Kommunikation zwischen den Systemen Patient, Familie und Schule kommen ebenfalls eine bedeutende Rolle zu (12,14). Das enge Einbeziehen der Familie mit Aufklärung über die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes und dem präferierten Umgang damit sowie das gemeinsame Planen der Therapiemaßnahmen scheint neben der KVT ein notwendiger Baustein der Therapie zu sein (14,61).

Standardisierte Vorgehensweisen der kognitiven Verhaltenstherapie zur Behandlung von beispielsweise koexistierenden Angsterkrankungen oder depressiven Störungen sollen nicht ausreichen, um das komplexe Symptom der Schulvermeidung effizient mitzubehandeln (14,34,60). Aus diesem Grund wurden in den letzten Jahren einige KVT-Therapiemanuale entwickelt, die sich explizit dem Phänomen der Schulvermeidung annehmen (14,34,60).

Ein Beispiel aus Deutschland ist das manualbasierte multimodale Therapiekonzept von Reissner et al. (52): „Das Essener Schulvermeidermanual“. Neben einer kognitiven Verhaltenstherapie bilden drei weitere Module den Schwerpunkt dieses Therapievorschlages (11,52). Das Modul „Familienberatung“ bietet Hilfestellungen und unterstützende Maßnahmen in Erziehungsbelangen, Kommunikation und Förderung von Problemlöse-Kompetenzen (11,52). Die Interaktion und der Austausch mit dem System Schule, insbesondere bezogen auf die pädagogische Beratung und Unterstützung, bietet das Modul „Schulische Beratung“ (11,52). Das vierte Modul „Psychoedukatives Sportprogramm“ vermittelt über körperliche Bewegungs-, Achtsamkeits- und Entspannungseinheiten eine Stärkung des Allgemeinbefindens auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene (11,52). Das multimodale Manual ist dabei ausgerichtet auf die Behandlung von schulvermeidendem Verhalten, ein Fernbleiben der Schule mit gemeinsam vorkommender psychischer Symptomatik, wobei es sich um Schulverweigerung, Schulschwänzen und auch Mischformen dieser Formen des Schulabsentismus handeln kann (11,24,52). In einer randomisiert-kontrollierten Studie verglichen Reissner et al. (11) 2015 das Outcome des manualbasierten Behandlungskonzepts mit dem Outcome ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischen Therapie unter bisherigen Bedingungen an 112 schulvermeidenden Kindern und Jugendlichen (11,24). Der Anteil der Schüler mit regulärem Schulbesuch (> 90%ige Schulanwesenheit) erhöhte sich in der manualbasierten Therapiegruppe innerhalb eines Jahres auf 65,50 %, in der

Kontrollgruppe auf 61,30 %, womit sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ergab (11,24).

Für einige Patienten scheint außerdem eine Pharmakotherapie hilfreich zu sein, sei es, weil die alleinige Behandlung mit der KVT nicht ausreichend Wirkung zeigt oder psychische Begleiterkrankungen bestehen, die üblicherweise einer medikamentösen Behandlung zugänglich sind. Grundsätzlich sollte die medikamentöse Therapie nur therapiebegleitend angewandt werden und ebenfalls keine Erstlinientherapie darstellen, da noch keine klare Empfehlung über eine KVT begleitende Psychopharmaka Behandlung für schulvermeidendes Verhalten existiert (12,59,62,63). Ein Grund dafür ist die so vielfältige Präsentation des Schulabsentismus, sodass Studienergebnisse meist nicht ausreichend vergleichbar und generalisierbar sind (12,59). Trotz dieser Heterogenität ist das Vorkommen von Angst- und depressiven Störungen bei Betroffenen häufig, weshalb auch in der Literatur meist gezielt die Behandlung der Schulvermeidung in Verbindung mit genau diesen Komorbiditäten untersucht wird (63). Häufigen Einsatz in der medikamentösen Therapie findet dementsprechend die Gruppe der Antidepressiva, insbesondere die selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (34,46,59). Auch wenn in der Schulabsentismus Behandlung noch keine klare Überlegenheit einer psychopharmakologisch-psychotherapeutisch kombinierten Therapie gegenüber alleiniger KVT nachgewiesen wurde, wird von einem positiven Effekt bei zusätzlichem Vorliegen ausgeprägter Angst- und/oder depressiver Symptomatik ausgegangen (59,62,63). Über die Effektivität einer Psychopharmaka-Intervention bei schulabsenten Kindern und Jugendlichen ohne psychiatrische Komorbidität kann noch keine Aussage getroffen werden (62). Die Entscheidung darüber, ob eine psychopharmakologische Behandlung im individuellen Fall sinnvoll erscheint, sollte erst nach sorgfältiger Evaluation der Indikation und aller Umstände des schulvermeidenden Verhaltens getroffen werden (62,63). Sie ist abhängig von der persönlichen Beeinträchtigung, der Dauer und Intensität des Schulabsentismus, dem Vorliegen von psychiatrischen Komorbiditäten, sozialen und kognitiven Faktoren, Vorbehandlungen, dem Alter und der Compliance des Patienten und dessen Eltern (62,63).

Für prognostische Voraussagen scheinen einzelne Faktoren relevant zu sein. Ein schon über einen längeren Zeitraum ohne therapeutische Intervention persistierendes schulabsentes Verhalten, gilt als schwieriger und weniger effektiv zu behandeln, während eine erst kurzzeitig bestehende Symptomatik sich positiv auf die Prognose

auszuwirken scheint (4,9,14,27,62). Weiterhin gelten ein Symptombeginn im jüngeren Alter und weniger stark ausgeprägte psychiatrische Komorbiditäten, insbesondere eine geringe oder fehlende Trennungsangst-Symptomatik, als prognostisch günstig (4,9,17,64).

### **1.1.8 Konsequenzen**

Wie bereits erwähnt, kann schulvermeidendes Verhalten bei unzureichender Behandlung mit zahlreichen kurz- und langfristigen Konsequenzen einhergehen (34). Kurzfristig kann die Abwesenheit zu schulischen Lern- und Leistungsdefiziten bis hin zum Schulabbruch führen (23,34,38,65,66). Gerade in frühen Jahren können durch entgangene Grundlagenkenntnisse schulische Schwierigkeiten und erneute Phasen des Schulabsentismus folgen (23,34,38,65,66). Neben der möglichen schulischen Problematik wirkt sich die Abwesenheit weiterhin beeinträchtigend auf die sozial emotionale Entwicklung der Betroffenen aus (17,23,30,66,67). Dies kann Resultat eingeschränkter Entwicklung sozialer Kompetenzen, weniger sozialer Kontakte, niedrigerem sozialen Wohlbefinden und verringerter Tagesstruktur sein (17,23,30,66,67). Verbunden mit einem hohen innerfamiliären Stress- und Konfliktpotential kann Schulabsentismus meist auch beträchtlich das Familienklima beeinflussen (34).

Langfristige Auswirkungen des Schulabsentismus werden für die Bereiche der beruflichen Perspektive, der individuellen physischen und psychischen Gesundheit und der gesellschaftlichen Integration beschrieben (12,17,23,34,65,68). Ein großes Risiko schulischer Abwesenheit besteht im Scheitern eines erfolgreichen Schulabschlusses und daraus folgender mangelhafter Jobchancen oder gar künftiger Arbeitslosigkeit verbunden mit geringer gesellschaftlicher Integration des Einzelnen und weiteren gesellschaftlichen Konsequenzen (12,17,23,34,65,68). Resultieren können Unzufriedenheit und Gefühle fehlender Unabhängigkeit und Selbstverwirklichung (34,63,65,69). Daraus folgend, oder auch davon unabhängig, können psychische Probleme und/oder ungesunde Verhaltensweisen auch noch bis ins Erwachsenenalter erhalten bleiben (34,63,65,69).

### **1.1.9 Prävention**

Präventive Maßnahmen erweisen sich als äußerst wichtig, da ein frühzeitiges Erkennen von Risiken und ein präventives Intervenieren den Schulabsentismus im

besten Fall gar nicht erst entstehen lässt, beziehungsweise schwerwiegende Konsequenzen abgewendet werden können (56).

Unter Einbeziehung der vielfältigen Risikofaktoren sollte präventiv multidisziplinär gearbeitet werden in Mitarbeit der Schule, der Lehrkräfte und der Eltern (38). Das schulische Bezugsfeld kann einen großen Beitrag dabei leisten, das Wohlbefinden sowie die Motivation zur Unterrichtsteilnahme zu fördern, indem ein positives, wertschätzendes und lernfreundliches Schul- und Klassenklima angestrebt wird (70). Soziale Kompetenzen können gefördert und dadurch Ressourcen wie die Peers und Familie gestärkt werden (38,50,71). Die Lehrer-Schüler-Beziehung ist ein weiterer zentraler Aspekt mit Einfluss auf die Schulanwesenheit (38,50,71). Eine positive Lehr- und Interaktionsebene kann sich präventiv auf den Schulbesuch auswirken (38,50,71). Über Motivationsarbeit können die Schüler ermutigt werden, die Relevanz des Lernens für ihre persönliche Zukunft zu erkennen (38,50,68). Die Kommunikation von Lernerfolgen kann das Erfolgserleben des Einzelnen stärken und durch Unterstützung und Hilfe bei Problemen, beziehungsweise das Erlernen sich selbst helfen zu können, kann dem Schulabsentismus zusätzlich präventiv begegnet werden (38,50,68). Damit bei ersten Anzeichen schulvermeidenden Verhaltens eine frühzeitige Intervention möglich ist, sollten Lehrkräfte geschult werden Warnsignale besser wahrnehmen zu können, ebenso sollten Mobbing- und Konfliktsituationen frühzeitig erkannt werden (70,72,73). Weiterhin sollte die Wichtigkeit der Anwesenheit vermittelt werden, indem Fehlzeiten wahrgenommen werden und unmittelbare, klare Reaktionen folgen, wie beispielsweise die Kommunikation mit den Eltern (70). Der Austausch zwischen der Schule und den Eltern sollte grundsätzlich stets gegeben sein und nicht erst bei schon entstandenen gravierenden Problemen anvisiert werden (70,72,74). So kann im Umgang mit problembehafteten Situationen beraten und Handlungsoptionen aufgezeigt werden (70,72,74). Relevant sind zudem auch die Kommunikation und Kooperation mit weiteren wesentlichen außerschulischen Systemen, wie zum Beispiel mit der Kinder- und Jugendhilfe oder mit kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (70,72,74).

Eine positive und wertschätzende Haltung der Familie gegenüber der schulischen Bildung, Interesse und Teilhabe, sowie elterliche Unterstützung besitzen ebenfalls präventiven Charakter hinsichtlich der Schulabwesenheit (38,68).

Aufklärungsbedarf besteht zusätzlich bei Eltern und Ärzten (10). Sie sollten angehalten werden, achtsam gegenüber Warnsignalen zu sein und nicht fortwährend ohne

zweifelsfreien Grund Krankschreibungen auszustellen und dem Schüler die Abwesenheit zu entschuldigen (10).

## **1.2 Das deutsche Schulsystem**

Im Folgenden soll die Schule und das Schulsystem als bedeutsames Bezugsfeld in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und als Ort der Erscheinung des Schulabsentismus näher betrachtet werden.

### **1.2.1 Organisation und Struktur**

Das Bildungswesen in Deutschland ist föderalistisch strukturiert und liegt daher in der Zuständigkeit der einzelnen Bundesländer (75,76). Die Kultusministerkonferenz der Länder bietet eine Plattform für Austausch und Koordination, dennoch existiert kein gänzlich einheitliches deutsches Schulsystem, aber eine gemeinsame strukturelle Grundlage bestehend aus fünf Bildungsbereichen liegt vor (75,76).

Der Elementarbereich stellt die vorschulische Phase dar und umfasst frühkindliche Bildungs- und Förderungsangebote wie beispielsweise Kinderkrippen, Kindergärten und Vorschulklassen (75,77). Die Grundschule wird als Primarbereich beschrieben. Je nach Bundesland umfasst dieser vier bis sechs Schuljahre und stellt den ersten Abschnitt der Schulpflicht dar (75,77). Der Sekundarbereich stellt die weiterführende Schule dar. Auch hier gibt es verschiedene Möglichkeiten, die sich teilweise zwischen den Bundesländern unterscheiden (75,77). Abhängig vom Leistungsstand, den schulischen Kapazitäten und der Einschätzung der Lehrer und Eltern fällt die Entscheidung für die weiterführende Schulart, welche mindestens bis zum Ende der Schulpflichtzeit besucht werden muss (75,77). Im Sekundarbereich II ist abhängig vom zwischenzeitlich erworbenen Abschluss anschließend die Weiterführung in der gymnasialen Oberstufe oder in sonstigen Ober- und Berufsschulen möglich (75,77). Die akademische Laufbahn an Universitäten und Hochschulen oder der Besuch von Berufsakademien wird im Bildungswesen unter dem Begriff tertiärer Bildungsbereich zusammengefasst (75,77). Die letzte Säule des Bildungswesens repräsentiert den Bereich der Weiterbildung und beinhaltet „gleichrangig die Bereiche der allgemeinen, beruflichen, wissenschaftlichen und gesellschaftspolitischen Weiterbildung, die insbesondere vor dem Hintergrund der Kompetenzentwicklung und der Übertragbarkeit von Kompetenzen im Sinne des lebenslangen Weiterlernens mehr und mehr zusammenwirken.“ (77) Neben dieser Grundstruktur des deutschen

Schulsystems existieren verschiedene Förderschul-Konzepte für Kinder und Jugendliche mit sonderpädagogischen Förder-Bedürfnissen (75,77,78).

### **1.2.2 Schulpflicht**

Im Allgemeinen sind Kinder meist ab dem Jahr, in dem sie sechs Jahre alt werden, als schulpflichtig anzusehen (75–78). Da sich die Gesetzgebungen zwischen den Bundesländern teilweise unterscheiden, wird sich im Folgenden auf das Bundesland Bayern bezogen (75–78). Es handelt sich bei der Schulpflicht um einen Zeitraum von zwölf Jahren, gegliedert in eine allgemeinbildende Vollzeitschulpflicht über die ersten neun Jahre und eine dreijährige Teilzeitschulpflicht (Berufsschulpflicht), welche mit dem Abschluss einer Ausbildung endet (75–78). Die Schulpflicht gilt selbstverständlich auch bei Weiterführung der allgemeinbildenden Schule und Anstreben höherer Schulabschlüsse als erfüllt (75–78). Auch die Eltern stehen in der Verantwortung, dass ihre Kinder der Schulpflicht nachkommen und regelmäßig am Unterricht und sonstigen schulischen Veranstaltungen teilnehmen (77).

Ordnungsmaßnahmen bei Missachtung der Schulpflicht sind in den Artikeln 118 und 119 im bayerischen Gesetz über das Erziehungs- und Unterrichtswesen (BayEUG) niedergeschrieben (78). Bei unentschuldigtem Fehlen und Nichteinhaltung der Schulpflicht können teils gravierende Konsequenzen folgen (78). In Bayern umfassen diese das Zuführen schulabsenter Kinder zur Schule, zum Beispiel in Begleitung der Polizei, Geldstrafen bei Nichtanmeldung schulpflichtiger Kinder oder fehlende Sorgfalt, das Kind zur Schulteilnahme zu bewegen (78). Ebenso ist die geplante Nichtteilnahme am Unterricht strafbar (78). Entsprechend der Wahrung des Bildungs- und Erziehungsauftrags im ersten Artikel des BayEUG kann die Schule zudem disziplinarische Maßnahmen ergreifen (78). Möglich sind die Erteilung von Verweisen, Beschlüsse zu Versetzungen des Schülers in andere Klassen oder Schulen oder zeitweise Unterrichtsausschlüsse bis hin zum gänzlichen Schulausschluss (78).

### **1.2.3 Aufgaben, Funktion und Ziele**

Jeder Mensch hat das Recht auf Bildung, so steht es in den Menschenrechten geschrieben (79). Die Schule stellt den zentralen Ort der Bildung dar und hat dabei nicht nur die Funktion der Wissensvermittlung, sondern auch die der Weitergabe von Werten (78). Die Aufgaben und Ziele bayerischer Schulen sind gesammelt im Artikel 1 des BayEUG niedergeschrieben (78). Es gilt den Bildungs- und Erziehungsauftrag

zu erfüllen (78). Die Schüler sollen neben dem Wissenserwerb Fertigkeiten erlernen, die sie zu einem Leben in der Gemeinschaft befähigen (78,80). Weitere wichtige Aufgaben sind die Vermittlung von Kompetenzen zur selbstbestimmten Entscheidungsfindung, zum verantwortungsbewussten Verhalten und die Befähigung der Schüler mit den Herausforderungen und Aufgaben des Lebens zurechtzukommen (78,80). Weiter ist die politische, kulturelle und religiöse Lehre von Werten und Normen zentraler Bestandteil der Bildung, um den Schülern das Bewusstsein für individuelle und gesellschaftliche Rechte und Verpflichtungen näher zu bringen (78,80). An Inklusion orientierte Unterrichtsformen sollen den Schülern unabhängig von individuellen Bedürfnissen und jeweiligem Förderungsbedarf eine gute Bildung ermöglichen (78,81,82). Ein lernförderliches und transparent strukturiertes Schulklima soll den fortwährenden Zuwachs an Wissen, Können und Werten sowie die individuelle Persönlichkeitsentfaltung gewährleisten (78,82).

#### **1.2.4 Einfluss auf die Entwicklung im Kindesalter**

Im Artikel 131 der bayerischen Verfassung steht geschrieben: „Die Schulen sollen nicht nur Wissen und Können vermitteln, sondern auch Herz und Charakter bilden.“ (83) Diese Aussage deutet bereits auf den wesentlichen Beitrag der Schule als Bestandteil an der Persönlichkeitsentwicklung hin. Allein auf der sozial-emotionalen Entwicklungsebene kommt dem täglichen Schulbesuch als Ort für soziale Kontakte und Interaktion und durch Schaffung einer förderlichen Tagesstrukturierung eine wesentliche Rolle zu (17). Die Lehrkräfte haben neben den Erziehungsberechtigten die Aufgabe den Erziehungsauftrag zu erfüllen. Über die Bewältigung der jeweiligen altersentsprechenden Entwicklungsaufgaben und -ziele und Förderung kognitiver, sozialer, moralischer und entwicklungsbezogener Kompetenzen, steht dies mit dem Ziel der individuellen Persönlichkeitsentwicklung und Identitätsbildung in enger Verbindung (78,84). Astleitner hebt dabei vor allem die „Weisheit („vernünftig handeln“), Liebe („anderen zugewandt sein“) und „parallele Kultivierung“ („sich auf möglichst vielen Dimensionen der Persönlichkeit kontinuierlich weiterentwickeln“)" als übergeordnete Bereiche der Persönlichkeitsentwicklung in den Vordergrund (85).

Als zentrales Übungs- und Lernfeld kann die Schule einen Ort für die Auseinandersetzung mit der eigenen Selbstwirksamkeit und Selbstkonzepten, Konfliktbewältigung und Verantwortungsbewusstsein, gemeinschaftlicher Interaktion

und Kommunikation sowie Erfahrungen von Erfolg und Misserfolg ermöglichen (82). Aus gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Perspektive bildet die Schule den Grundbaustein der zukünftigen Lebenssicherung und gesellschaftlicher Integration und Teilhabe (82).

Insgesamt ist der Schule als ein über viele Jahre zentraler Lebensbestandteil der Heranwachsenden eine wesentliche Bedeutung in der kindlichen Entwicklung zuzusprechen, insbesondere zum Erwerb vielfältiger kognitiver und nicht-kognitiver Kompetenzen und zur Befähigung der individuellen autonomen Lebensführung (80,82).

### **1.2.5 Hilfsmöglichkeiten bei Schulabsentismus**

Die Adoleszenz stellt einen vulnerablen Lebensabschnitt in der jugendlichen Entwicklung dar (80,86). Die Identitätsentwicklung, Krisen und Konflikte sowie vielfältige Anforderungen und Veränderungen in dieser Zeit können zu Überforderung und auch zur Entwicklung von Psychopathologien führen (80,86). Gerade in dieser Entwicklungsphase benötigen die Heranwachsenden mit psychischer Beeinträchtigung weitere und intensivere Unterstützungsmöglichkeiten (74,86). Um für Schulabsentismus gefährdete Kinder und Jugendliche frühzeitig zu erkennen, bedarf es zunächst mehr Aufklärung und effektive Präventionsmaßnahmen (70,72,74). In regelmäßigem Austausch zwischen Lehrkräften, Schülern und Kindseltern sollten Handlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten thematisiert und deren Umsetzung gezielt geplant werden (70,72,74). Es bestehen Möglichkeiten außerschulische Systeme miteinzubeziehen und unterstützende Maßnahmen in Beratungsstellen, Kinder- und Jugendhilfestellen und kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen in Anspruch zu nehmen (70,72,74). Vorrangiges Ziel ist es alternative Handlungskompetenzen zur Vermeidung zu erlernen und zu erproben, sowie Unterstützung und ausführliche Beratungen der Schüler und ihrer Eltern hinsichtlich passender und individualisierter Lösungsstrategien und Behandlungsempfehlungen zu erhalten (70).

## **1.3 Spezialambulanz für Schulabsentismus der KJPP Regensburg**

### **1.3.1 Aufbau**

Im Jahr 2012 entstand in der Ambulanz der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie (KJPP) Regensburg eine



Spezialsprechstunde für Kinder und Jugendliche mit schulvermeidendem Verhalten. Einmal bis mehrmals wöchentlich finden dort seitdem Ersttermine mit schul- oder berufsschulpflichtigen Schülern statt, die die Schule nur noch partiell oder gar nicht mehr besuchen. Oder aber die Schule noch regelmäßig besucht wird, dabei jedoch eine passive Schulverweigerung vorliegt. Durch zeitnahe und umfassende kinder- und jugendpsychiatrische und psychologische Diagnostik können differenzierte Therapieempfehlungen für das jeweilige Kind ausgesprochen und eingeleitet werden.

### **1.3.2 Ablauf**

#### **1.3.2.1 Erstgespräch**

Nach telefonischer oder schriftlicher Terminvereinbarung gilt es in einem Ersttermin zunächst die aktuelle Situation des Patienten zu erfassen und einen vertrauensvollen Kontakt herzustellen. Neben einer ausführlichen Anamneseerhebung mit dem Patienten und den Kindseltern wird in den folgenden Terminen eine ausführliche Diagnostik durchgeführt.

#### **1.3.2.2 Diagnostik**

Der Patient wird testpsychologisch und auch somatisch umfassend untersucht, um die bestmögliche Voraussetzung für eine fundierte und differenzierte Empfehlungsfindung zu schaffen. In der testpsychologischen Diagnostik können so beispielsweise kognitive Unter- und Überforderungssituationen, Teilleistungsstärken oder -schwächen, umschriebene Entwicklungsstörungen und etwaige psychiatrische Ursachen für die Schulvermeidung abgeklärt werden. Die ausführliche internistisch-neurologische körperliche Untersuchung und die Ableitung kortikaler Potentialschwankungen mittels Elektroenzephalographie dienen vor allem der differentialdiagnostischen Ursachenabklärung.

#### **1.3.2.3 Gespräche mit den Patienten und Kindseltern**

Die Einzelgespräche dienen neben anamnestischen Erhebungen, der psychopathologischen Befunderhebung und der Exploration der jeweiligen Funktion der Schulvermeidung. In regelmäßigen Elternkontakten wird die Fremdanamnese erhoben und das Familiensystem sowie die psychosozialen Umstände genauer betrachtet.

Durch regelmäßige interne multidisziplinäre Fallbesprechungen und die enge Zusammenarbeit mit ambulanten Kollegen, Schulen und dem Jugendamt können weiterführende Therapien, Lösungsansätze und Behandlungskonzepte erarbeitet werden.

#### **1.3.2.4 Ergebnisgespräch**

Im Ergebnisgespräch werden nach erstdiagnostischer Abklärung im ambulanten Setting die gewonnenen Erkenntnisse zusammengetragen und differenzierte Therapie- und Behandlungsempfehlungen ausgesprochen. Je nach Schwere und Chronifizierungsgrad der Symptomatik werden ambulante, teilstationäre und stationäre Settings empfohlen. Neben psychotherapeutischen Angeboten im Einzel- und/ oder Gruppensetting, werden häufig weitere Unterstützungsmöglichkeiten in Form von ambulanten, teilstationären oder stationären Jugendhilfemaßnahmen empfohlen. Bei innerfamiliären Konflikt- und Problemsituationen kann auch eine Familientherapie und Erziehungsberatung hilfreich erscheinen. Die ambulante aufsuchende Behandlung (Home Treatment) wiederum bietet über den aufsuchenden Behandlungsansatz die Möglichkeit, den Patienten direkt in seiner häuslichen Umgebung und familiären Struktur wahrzunehmen und in Krisensituationen, wie beispielsweise in der morgendlichen Situation, die dem Schulbesuch voraus geht, zu unterstützen. Je nach psychiatrischer Komorbidität kann auch eine unterstützende pharmakologische Therapie hilfreich erscheinen. Die Komplexität von Ursachen und Ausmaß der individuellen Ausgangssituation erfordert dementsprechend ein Abwägen multimodaler und individualisierter Behandlungsempfehlungen zur bestmöglichen Unterstützung des Schülers.

#### **1.3.3 Projekt „Ich schaff das“**

„Ich schaff das“ ist ein speziell für schulvermeidende Kinder und Jugendliche konzipiertes Projekt, welches in der Lernwerkstatt der Katholischen Jugendfürsorge Regensburg in Kooperation mit dem Stadt- und Kreisjugendamt Regensburg, der Regierung der Oberpfalz, der KJPP und der Jakob-Muth-Schule Regensburg angeboten wird (87). Dieses Projekt richtet sich vor allem an schulvermeidende Schüler und Schülerinnen ohne stationäre Behandlungsindikation, die sich in der achten bis neunten Schuljahrgangsstufe befinden und bietet eine Unterstützungsmöglichkeit, den Weg zurück zur Unterrichtsteilnahme in der

Stammschule oder berufsvorbereitend den Übergang in eine berufliche Ausbildung zu schaffen (86,87). Im Unterschied zu herkömmlichen Schulen, bietet „Ich schaff das“ ein vielfältiges und individuell abgestimmtes Angebot an Betreuung, Unterstützung und Förderung (86,87). Neben der Jugendhilfe ist psychologische und sozialpädagogische Förderung möglich (87).

### **1.3.4 Zusammenarbeit KJPP und Schule**

Um die Komplexität der jeweiligen Ursachen und das Ausmaß der individuellen Ausgangssituation ausreichend zu erfassen, ist der Austausch zwischen der KJPP und der jeweiligen Stammschule von hoher Relevanz.

Grundsätzlich können sich Lehrkräfte, Schulsozialarbeiter oder Schulpsychologen bei Verdacht oder identifizierten Risikoschülern beratend an die KJPP wenden. Individuelle Fallkonstellationen können geklärt, der Weg zur frühzeitigen differentiellen Diagnostik gebahnt, Empfehlungen eingeholt und einer Chronifizierung des Vermeidungsverhaltens vorgebeugt werden. Befinden sich Kinder und Jugendliche mit schulvermeidendem Verhalten bereits in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung, findet ebenfalls ein Austausch mit der jeweiligen Stammschule statt. Die Erhebung der Fremdanamnese, die Erarbeitung und Besprechung des individuellen Handlungsplanes, die Planung schulischer Maßnahmen, die potenzielle Wiedereingliederung oder gegebenenfalls die Entscheidung zum Schulwechsel werden gemeinsam beraten und festgelegt.

Im teil- oder vollstationären Setting besuchen die Kinder und Jugendlichen die Schule für Kranke. Auch hier besteht eine enge Kooperation mit der Heimatschule und den behandelnden Psychologen und Ärzten der Klinik.

### **1.4 Fragestellungen der Arbeit**

In dieser Arbeit möchte ich die Inanspruchnahme-Population der „Schulvermeider-Spezialambulanz“ der Kinder- und Jugendpsychiatrie Regensburg genauer darstellen. Während sich die Prävalenz des schulvermeidenden Verhaltens bei Mädchen und Jungen in vorangegangenen Studien relativ ausgeglichen zeigt, soll der Fokus in dieser Arbeit auf der Darstellung der psychiatrischen Komorbiditäten im Geschlechtervergleich liegen (4). Die Komorbiditäten sollen dabei auch hinsichtlich externalisierender und internalisierender Störungsbilder gegliedert werden. Diesbezüglich besteht die Annahme, dass externalisierende Diagnosen bei den

männlichen Patienten überwiegen. Zusätzlich wird die jeweilige Fehlzeit zu Anfang und in zeitlichen Abschnitten nach Behandlungsbeginn näher betrachtet, um eine Aussage über den Effekt der Therapie und weiteren Variablen auf die Fehlzeit zu treffen. Wir nehmen an, dass Kinder und Jugendliche mit einer höheren Anzahl an Diagnosen auf den Achsen I, II und V sowie beim Vorhandensein von mehr Somatisierungssymptomen auch mehr Fehltage aufzuweisen haben und zudem mehr Zeit benötigen, wieder einen regelmäßigen Schulbesuch zu erlangen. Bei einer ausgeprägteren Fehlzeit vor Erstdiagnostik und bei einer höheren Anzahl an erhaltenden Therapieempfehlungen, wird ebenfalls ein längerer Verlauf bis zur Besserung der schulischen Anwesenheit vermutet. Weiterhin wird bei einem höheren Anteil der Umsetzung an Therapieempfehlungen ein besserer Verlauf erwartet.

## **2. Material und Methoden**

### **2.1. Studiendesign**

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine retrospektive sekundäre Datenanalyse einer nicht interventionellen patientenbezogenen klinischen Studie. Die Studie wurde unizentrisch an der KJPP Regensburg durchgeführt. Die Ethikkommission der Universität Regensburg genehmigte diese Studie im Ethikvotum am 05.06.2019 (Nr.: 19-1420-104). Sie arbeitet nach den gesetzlichen Bestimmungen und der aktuellen Fassung ethischer Grundsätze für medizinische Forschung, die der Weltärztebund in der Deklaration von Helsinki 1964 verabschiedet hat.

### **2.2 Patientenkollektiv**

#### **2.2.1 Patientenrekrutierung**

In die Studie eingeschlossen wurden Kinder und Jugendliche, die als Patienten die 2012 neu etablierte Spezialambulanz für schulvermeidendes Verhalten der Kinder- und Jugendpsychiatrie Regensburg in den Jahren 2012 bis 2018 aufsuchten. Es handelt sich dementsprechend um die Untersuchung bereits erhobener Daten einer Inanspruchnahme-Stichprobe. Die Stichprobengröße der Studienpopulation ergab sich aus den anfangs einmal wöchentlich, später zweimal wöchentlich stattfindenden Erstterminen in der Spezialambulanz. Die Terminvergabe für einen Ersttermin in der „Schulvermeider-Spezialambulanz“ erfolgte nach Kontaktaufnahme zur Klinik unter Angabe schulvermeidender Symptomatik. Da diese Spezialsprechstunde in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Regensburg erst im Jahr 2012 etabliert

wurde, fielen anfänglich noch wenige Ersttermine an, die jedoch mit der Zeit stetig zunahmen. Es könnten zudem einzelne Fälle nicht erfasst worden sein, da gegebenenfalls die vorhandenen Termine nicht ausreichten oder die schulvermeidende Thematik bei der Anmeldung durch die Familie noch nicht benannt wurde und somit eventuell zu einer anderweitigen Einteilung der Patienten führte. Retrospektiv wurden im Ambulanz-Kalender der Kinder- und Jugendpsychiatrie zunächst alle Ersttermine schulvermeidender Kinder in der „Schulvermeider-Spezialambulanz“ der Jahre 2012 bis 2018 zusammengetragen. Im nächsten Schritt konnten die jeweiligen Patientendaten über das elektronische klinische Informationssystem NEXUS/KIS<sup>NG</sup> generiert werden. Die patientenbezogenen Daten konnten durch darin vorhandene Arztbriefe, Leistungsdiagnostiken, somatische Untersuchungsbefunde und ärztliche sowie psychologische Verlaufsdokumentationseinträge erfasst werden. Dafür konnten 152 Variablen pro Patienten erarbeitet und in dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 25 (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for macOS, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp) unter Verwendung von pseudonymisierten Identifikationsnummern tabellarisch erfasst und gespeichert werden.

### **2.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien**

Einschlusskriterien:

- Patientenalter zum Zeitpunkt des Ersttermins bis Vollendung des 18. Lebensjahres.
- Es sollte sich um eine Erstvorstellung in der „Schulvermeider-Spezialambulanz“ handeln, das heißt die Patienten haben nicht bereits zuvor eine Erstdiagnostik bezüglich anderer Diagnosen in der KJPP Regensburg durchlaufen.

Ausschlusskriterien:

- Patienten, bei denen es sich nicht um einen Ersttermin im Rahmen der Erstdiagnostik, sondern um beispielsweise einen Wiedervorstellungs- oder Folgetermin handelt.
- Patienten, die vor Abschluss der Erstdiagnostik die Behandlung abbrechen.
- Patienten mit fehlenden Daten, beispielsweise ohne vorhandenen Arztbrief im System.
- Patienten mit rein passiver Schulvermeidung ohne Fehltage.

### **2.2.3 Stichprobenumfang**

Unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien ergab sich eine endgültige Stichprobengröße von  $N = 174$ . Ausgeschlossen wurden zuvor drei Patienten aufgrund eines frühzeitigen Abbruchs der Behandlung vor Abschluss der Erstdiagnostik, 12 Patienten aufgrund fehlender Arztbriefe und fünf Patienten aufgrund rein passiver Schulvermeidung ohne Vorhandensein von Fehltagen.

### **2.2.4 Verwendete Variablen**

Aus den untersuchten Patientenakten wurden insgesamt 152 Variablen pro Patienten erfasst. Demographische Daten wie das Geschlecht, das Geburtsdatum, das Alter bei Ersttermin und die besuchte Schulform konnten über das elektronische klinische Informationssystem NEXUS / KIS<sup>NG</sup> generiert werden.

Da die Untersuchung der Komorbiditäten einen zentralen Aspekt dieser Arbeit darstellt, wurden neben den patientenbezogenen objektiven Daten alle Diagnosen nach dem MAS nach ICD-10 aufgeführt. Die einzelnen Diagnosen konnten dafür aus den Arztbriefen der Patienten erhoben und erfasst werden. Auf der Achse I sind die psychiatrischen Diagnosen, codiert als F-Diagnosen (F0x.x – F9x.x) und auf der Achse II die umschriebenen Entwicklungsstörungen (F80x.x – F83x.x) nach ICD-10 abgetragen (43). Neben der Eingruppierung in Untergruppen des IQ-Wertes auf der Achse III des MAS, wurde der Intelligenzquotient zusätzlich als absoluter Zahlenwert erhoben, welcher der psychologischen Leistungsdiagnostik entnommen werden konnte. Zeitlich in Beziehung stehende körperliche Erkrankungen sind ebenfalls nach ICD-10 Kodierung auf der Achse IV abgebildet (43). Auf der Achse V des MAS sind die aktuell bestehenden abnormen psychosozialen Lebensbedingungen, die für die Entstehung und Aufrechterhaltung der psychischen Erkrankung relevant erscheinen, aufgetragen (43). Sie gliedert sich in neun Hauptgruppen mit Unterkodierungen (siehe Tabelle 1). Die Achse VI des MAS stellt die aktuelle psychosoziale Funktionsbeeinträchtigung untergliedert in zehn Abstufungen dar (siehe Tabelle 2). (43)

**Tabelle 1***Achse V: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände*

Kategorie	Definition
<u>Kategorie 1:</u>	Abnorme intrafamiliäre Beziehungen
1.0	Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung
1.1	Disharmonie in der Familie zwischen den Erwachsenen
1.2	Feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind
1.3	Körperliche Kindesmisshandlung
1.4	Sexueller Missbrauch (innerhalb der Familie)
<u>Kategorie 2:</u>	Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie
2.0	Psychische Störung/ abweichendes Verhalten eines Elternteils
2.1	Behinderung eines Elternteils
2.2	Behinderung der Geschwister
<u>Kategorie 3:</u>	Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation
<u>Kategorie 4:</u>	Abnorme Erziehungsbedingungen
4.0	Elterliche Überfürsorge
4.1	Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung
4.2	Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt
4.3	Unangemessene Anforderungen und Nötigungen durch die Eltern
<u>Kategorie 5:</u>	Abnorme unmittelbare Umgebung
5.0	Erziehung in einer Institution
5.1	Abweichende Elternsituation
5.2	Isolierte Familie
5.3	Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung
<u>Kategorie 6:</u>	Akute, belastende Lebensereignisse
6.0	Verlust einer liebevollen Beziehung
6.1	Bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung
6.2	Negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder
6.3	Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen
6.4	Sexueller Missbrauch (außerhalb der Familie)
6.5	Unmittelbare beängstigende Ereignisse
<u>Kategorie 7:</u>	Gesellschaftliche Belastungsfaktoren
7.0	Verfolgung oder Diskriminierung
7.1	Migration oder soziale Verpflanzung
<u>Kategorie 8:</u>	Chronische zwischenmenschliche Belastung im Zusammenhang mit Schule und Arbeit
8.0	Streitbeziehungen mit Schülern/Mitarbeitern
8.1	Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder
8.2	Allgemeine Unruhe in der Schule bzw. Arbeitssituation

<u>Kategorie 9:</u>	Belastende Lebensereignisse / Situationen infolge von Verhaltensstörungen / Behinderungen des Kindes
9.0	Institutionelle Erziehung
9.1	Bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung
9.2	Abhängige Ereignisse, die zur Heransetzung der Selbstachtung führen

*Anmerkung.* In Anlehnung an Remschmidt et al. (MAS nach ICD-10) (43).

## **Tabelle 2**

### *Achse VI: Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus*

Kodierung	Definition
0	Herausragende oder gute soziale Funktionen in den sozialen Bereichen
1	Mäßige soziale Funktion mit vorübergehenden oder geringeren Schwierigkeiten in nur ein oder zwei Bereichen
2	Leichte soziale Beeinträchtigung mit leichten Schwierigkeiten in mindestens ein oder zwei Bereichen
3	Mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen
4	Ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen
5	Ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen
6	Funktionsunfähig in den meisten Bereichen, benötigt ständige Aufsicht und Betreuung
7	Schwere und durchgängige soziale Beeinträchtigung, braucht beträchtliche Betreuung
8	Tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung, braucht ständige Betreuung, völliges Fehlen von Kommunikation
9	Nicht zutreffend / nicht einschätzbar

*Anmerkung.* In Anlehnung an Remschmidt et al. (MAS nach ICD-10) (43).

Die auf Achse I erhobenen F-Diagnosen wurden weiterführend den Diagnosegruppen internalisierender und externalisierender Störungsbilder sowie kombinierter Störungsbilder zugeordnet. Orientierend fungierte dabei die bestehende Einordnung nach Kölch et al. (32) und Barnow (88). In den folgenden Tabellen 3 bis 5 sind die Diagnosegruppen mit den jeweiligen von uns zugeordneten F-Diagnosen nach ICD-10 aufgeführt.



**Tabelle 3***Einordnung internalisierender Störungsbilder*

Internalisierende Störungsbilder	
Kodierung	Erkrankung
F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störung
F34	Anhaltende affektive Störungen
F40	Phobische Störungen
F41	Andere Angststörungen
F42	Zwangsstörungen
F43.0	Akute Belastungsreaktion
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung
F43.20	Anpassungsstörung mit kurzer depressiver Reaktion
F43.21	Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion
F43.22	Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt
F43.23	Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen
F93 (außer F93.3)	Emotionale Störungen des Kindesalters
F94.0	Elektiver Mutismus

*Anmerkung.* Basierend auf den Diagnosen der Achse I des MAS nach ICD-10 (43).

**Tabelle 4***Einordnung externalisierender Störungsbilder*

Externalisierende Störungsbilder	
Kodierung	Erkrankung
F1	Substanzbezogene Störungen
F43.24	Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens
F60.2	Dissoziale Persönlichkeitsstörung
F90	Hyperkinetische Störung
F91	Störung des Sozialverhaltens
F98.8	Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität

*Anmerkung.* Basierend auf den Diagnosen der Achse I des MAS nach ICD-10 (43).

**Tabelle 5***Einordnung kombinierter Störungsbilder*

Kombinierte Störungsbilder	
Kodierung	Erkrankung
F43.25	Gemischte Störung von Gefühl und Sozialverhalten
F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

F93.3	Emotionale Störungen des Kindesalters mit Geschwisterrivalität
F94.1	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters
F94.2	Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung

*Anmerkung.* Basierend auf den Diagnosen der Achse I des MAS nach ICD-10 (43).

Als weitere Variable wurde die psychopharmakologische Behandlung im Rahmen der Anbindung an die KJPP Regensburg unter Angabe der Wirkstoffgruppen Antidepressiva, Neuroleptika, Benzodiazepine, Psychostimulanzen und sonstiger Psychopharmaka erfasst. Die medikamentöse Behandlung konnte den verfassten Arztbriefen der Patienten entnommen werden.

Eine bereits stattgehabte Trennungsängstlichkeit des Patienten beim Besuch des Kindergartens in der Vergangenheit und eine mögliche Trennung der Eltern konnte ebenfalls den endgültigen Arztbriefen durch die standardisiert abgefragte biographische Anamnese erhoben werden.

Zur Erfassung einer potenziellen subjektiven körperlichen Begleitsymptomatik im Rahmen des Schulabsentismus wurden mit dem Schulbesuch zusammenhängende körperliche Symptome aus der Verlaufsdokumentation der Behandler im NEXUS/KIS<sup>NG</sup> erhoben. Es handelt sich dabei um Symptome, die als psychosomatisch bedingt gewertet wurden und daher nicht bereits als körperliche Erkrankung unter der Achse IV erfasst wurden. Folgende Symptome wurden dabei erfasst: gastrointestinale Symptome wie Abdominalschmerzen, Nausea und Erbrechen oder Regurgitation von Speisen, Diarrhö und Obstipation, urogenitale Symptome wie Pollakisurie oder Enuresis, Schmerzsymptome wie Kopfschmerzen oder Extremitäten- und Gelenkbeschwerden, sowie Kreislaufprobleme, und Ein- und/oder Durchschlafproblematik.

Bisherige in Anspruch genommene Hilfen wurden unterteilt in vorherige Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Hilfe aufgrund von Schulabsentismus, vorherige kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung aufgrund von anderer psychiatrischer Symptomatik und anderweitige in Anspruch genommene Hilfe, beispielsweise über das Jugendamt oder die Erziehungsberatungsstelle.

Als weitere Variable wurden subjektive Gründe der Patienten für ihr schulvermeidendes Verhalten berücksichtigt. Als Vorlage für häufig angegebene subjektive Ursachen wurde die Kategorienbildung nach dem Item-Pool von Knollmann

et al. (26) sinngemäß übersetzt, welche 25 potenziell ursächliche subjektive Gründe miteinbezieht (siehe Tabelle 6). Durch fehlende standardisierte Erfassung der subjektiven Gründe für den Schulabsentismus, wurden die Daten aus Dokumentationseinträgen erhoben, welche sich variabel in der Präzision der Angaben präsentierten.

**Tabelle 6**

*Subjektive Erklärungen der Schulvermeidung*

Nummer	Subjektive Gründe für Schulabsentismus
1	Soziale Phobie
2	Trennungsangst
3	Leistungsangst
4	Abneigung gegen die Schule
5	Anderweitige Aktivitäten zuhause
6	Anderweitige Aktivitäten draußen
7	Oppositionelles Verhalten bezüglich des Schulbesuches
8	Aggressivität
9	Agoraphobie/Panikstörung
10	Somatische Beschwerden
11	Ängste vor Reaktionen anderer bezüglich der Schulabwesenheit
12	Kraftlosigkeit/Müdigkeit
13	Depression
14	Hoffnungslosigkeit bezüglich der Schule
15	Niedriges Selbstwertgefühl
16	Mobbing
17	Ausgrenzung von den Peers
18	Peer-Konflikte
19	Schlechte Beziehung zu den Lehrern
20	Ängste bezüglich der Lehrer
21	Abneigung der Schumatmosphäre/Schulgegebenheiten
22	Sorgen/Ängste bezüglich des Schulweges
23	Abneigung der eigenen Schulklasse
24	Schlechte Beziehung zu den Eltern (fehlende Unterstützung, Abweisung)
25	Familienprobleme

*Anmerkung.* In Anlehnung an Knollmann et al. (26).

Um die Fehlzeit der Kinder und Jugendlichen genauer darzustellen und eine statistische Vergleichbarkeit der Daten zu generieren, wurde die durchschnittliche Fehlzeit pro Schulwoche des jeweiligen Patienten in den letzten drei Monaten errechnet und als absolute Zahl erfasst. Dazu wurden Ferientage, Feiertage und Wochenenden des jeweiligen Zeitraums subtrahiert und die durchschnittliche Fehlzeit pro Woche als absolute Zahl errechnet. Der durchschnittliche Schulbesuch wurde

nachfolgend in drei Ränge gegliedert, die sich aus einem geringen Schulbesuch von unter 10.00 % ( $< 0,5$  Tage Schulbesuch pro Schulwoche), einem partiellen Schulbesuch von 10.00 % bis 90.00 % (0,5-4,5 Tage Schulbesuch pro Schulwoche) und einem regelmäßigen Schulbesuch von über 90.00 % ( $> 4,5$  Tage Schulbesuch pro Schulwoche) zusammensetzen. Da die Angaben der Fehlzeiten im Verlauf nicht standardisiert erfragt wurden und keine genauen Angaben in Form von absoluten Zahlenwerten aus den Dokumentationstexten generiert werden konnten, erschien die Rangeinteilung angelehnt an die Studie von Reissner et al. (11) als sinnvoll. Durch Erfassung der Rangeinordnung im Verlauf zu den Zeitpunkten nach einem Jahr, nach zwei bis drei Jahren und ab dem dritten Jahr nach Behandlungsbeginn in der KJPP, konnte die Änderung der jeweiligen Ränge mit den Werten -2 (Verschlechterung um zwei Ränge) bis +2 (Verbesserung um zwei Ränge) festgestellt werden und Korrelationen berechnet werden.

Die im Rahmen der Erstdiagnostik ausgesprochenen Behandlungsempfehlungen gliederten sich in ambulante, teilstationäre und stationäre Psychotherapie, gruppentherapeutische Therapieangebote, Wahrnehmung ambulanter, teilstationärer oder stationärer Jugendhilfemaßnahmen, Familientherapie, Home Treatment und in das Schulvermeider-Projekt der Lernwerkstatt Regensburg. Die Angabe von mehreren Empfehlungen war ebenfalls möglich. Die Umsetzung der Therapieempfehlungen konnte über die Verlaufsdokumentation der Ärzte und Psychologen im NEXUS/KIS<sup>NG</sup> erfasst werden. Gegliedert wurden die zeitlichen Verlaufsabschnitte auch in diesem Fall in die Zeitpunkte nach einem Jahr, nach zwei bis drei Jahren und ab dem dritten Jahr nach Behandlungsbeginn in der KJPP. Die Dauer der Anbindung der einzelnen Patienten an die KJPP Regensburg wurde metrisch anhand des letzten Behandlungstermins erfasst.

## **2.3 Statistische Auswertung**

### **2.3.1 Deskriptive Datenanalyse**

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mittels IBM SPSS Statistics 25 (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for macOS, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.). Kategoriale Daten (z.B. Geschlecht, diagnostische Klassifikation, etc.) wurden deskriptiv mittels Häufigkeitstabellen unter Angabe von absoluter und relativer Häufigkeit dargestellt oder mittels Balkendiagrammen abgebildet. Bei metrischen Daten (z.B. Fehltagen, IQ-Wert, etc.) der Stichprobe wurden Ergebnisse in absoluten

Zahlen oder Prozentangaben sowie der arithmetische Mittelwert oder Median mit der Standardabweichung und Minimum und Maximum angegeben. Balkendiagramme sowie Histogramme wurden zur Visualisierung und Aufzeigen zentraler Tendenzen erstellt.

### **2.3.2 Beziehungen zwischen Variablen**

Für den Vergleich der Geschlechter bezüglich signifikanter Unterschiede in der Anzahl jeweiliger Diagnosen und externalisierender und internalisierender Störungsbilder wurde der Mann-Whitney-U-Test angewandt. Ein  $p < .05$  galt dabei als signifikant. Die Voraussetzungen für einen  $t$ -Test waren aufgrund nicht vorhandener Normalverteilung der Stichprobe nicht gegeben. Zur Überprüfung, ob ein signifikanter Unterschied für die Variable IQ-Wert zwischen den Geschlechtern besteht, wurde ein unabhängiger  $t$ -Test durchgeführt. Weiter wurde der nicht parametrische Wilcoxon-Test angewandt, um zu prüfen, ob sich die Fehlzeitrangveränderungen im zeitlichen Verlauf statistisch von 0 unterscheiden. Der Chi-Quadrat Test für Unabhängigkeit wurde angewandt, um signifikante Zusammenhänge zwischen kategorial verteilten Variablen festzustellen. Beispielsweise wurde auf statistisch signifikante Unabhängigkeit zwischen einzelnen Diagnosen der F1-Kategorie und dem Geschlecht getestet. Fallzahlen unter 30 wurden als zu gering erachtet, um eine ausreichende statistische Aussagekraft zu generieren.

#### **2.3.2.1 Korrelationen**

Um zwei Variablen auf Zusammenhänge zu untersuchen, wurden nichtparametrische Korrelationen nach Kendalls- $\tau$  berechnet. Die Berechnung des Kendalls- $\tau$  Korrelationskoeffizienten eignete sich aufgrund fehlender Normalverteilung der Stichprobe, ordinaler Skalierung und einer hohen Anzahl gebundener Ränge. In dieser Arbeit wurden Korrelationen nach Kendalls- $\tau$  berechnet, um Zusammenhänge zum Fehlzeitrang zu Beginn der KJPP-Anbindung aufzuzeigen. Ein  $p < .050$  galt dabei als signifikant. Untersucht wurden die Variablen Alter, IQ und die Summe der Diagnosen auf Achse I, II und V.

#### **2.3.2.2 Ordinale Regression**

Mit dem Ziel Prognosen für die Fehlzeitrangveränderung nach Kurzzeittherapie (ein Jahr nach Ersttermin) vorherzusagen, wurde weiterführend eine ordinale Regression

gerechnet. Dafür wurden Prädiktorvariablen verwendet, von denen wir einen Einfluss auf die Rangveränderung annahmen. Multikollinearität ist aufgrund von geringen Korrelationen zwischen den Variablen nicht gegeben, was eine Regression möglich machte. In die Berechnung wurden neben den Variablen Alter und Geschlecht auch die Summen der Diagnosen auf der Achse I, der Achse II und der Achse V sowie die Anzahl der Somatisierungssymptome miteinbezogen. Zudem wurde mit den Variablen IQ-Wert, dem Überwiegen internalisierender versus externalisierender Störungsbilder, Trennung der Eltern, Psychopathologie eines Geschwisterkindes, Fehlzeit vor Therapiebeginn, vorheriger Inanspruchnahme von kinder- und jugendpsychiatrischer Hilfe aufgrund von Schulvermeidung, Dauer der Anbindung an die KJPP sowie der Anzahl der Empfehlungen und deren prozentuale Einhaltung nach Erstdiagnostik gerechnet. Zur Vorhersage des mittleren Therapieerfolgs (zwei bis drei Jahre nach Ersttermin), zeigte sich die Stichprobengröße als zu klein für eine aussagekräftige Regression ( $n = 49$ ).

### **3. Ergebnisse**

#### **3.1 Stichprobenbeschreibung**

##### **3.1.1 Stammdaten (Alter, Geschlecht)**

Die endgültige Stichprobengröße von  $N = 174$  Patienten gliederte sich in 99 (56.90 %) männliche und 75 (43.10 %) weibliche Patienten. Das durchschnittliche Alter der Kinder und Jugendlichen bei Ersttermin lag bei einem Mittelwert von 4953.64 Tagen ( $M = 13.57$  Jahre;  $SD = 979.94$ ) mit einem Minimum bei 2348 Tagen (6.43 Jahren) und Maximum bei 6560 Tagen (17.97 Jahren). Die weiblichen Patienten waren im Mittel 5021.53 Tage ( $M = 13.76$  Jahre;  $SD = 1003.19$ ) und die männlichen Patienten 4902.21 Tage ( $M = 13.43$  Jahre;  $SD = 963.88$ ) alt, sodass sich kein signifikanter Unterschied des Alters bei Ersttermin zwischen den Geschlechtern ergab ( $U = 3512.50$ ,  $z = -.608$ ,  $p = .543$ ).

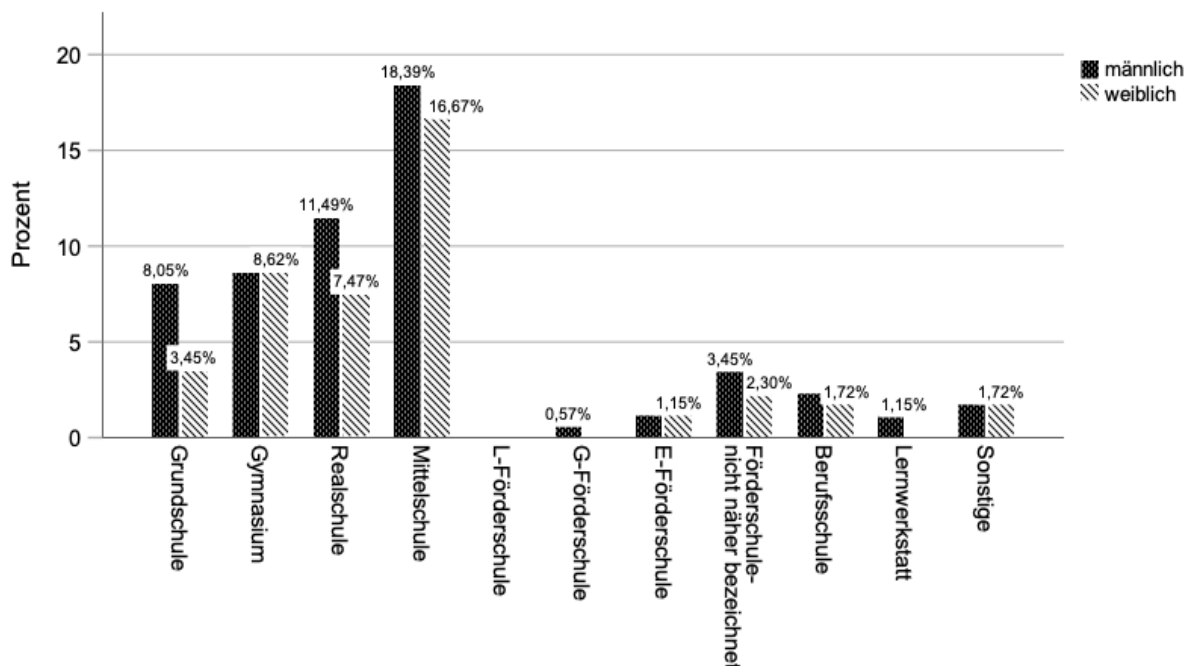
##### **3.1.2 Schulform**

Die meisten Patienten der Inanspruchnahme-Stichprobe besuchten bei Ersttermin in der KJPP die Mittelschule ( $n = 61$  (35.06 %)). Nachfolgend sind in abnehmender Reihenfolge 33 Realschüler (18.97 %) in der Stichprobe zu nennen. Insgesamt 30 Patienten (17.24 %) besuchten das Gymnasium und 20 Patienten (11.49 %) befanden sich bei Ersttermin noch in der Grundschule. Die einzelnen Förderschularten

zusammengefasst, ergab sich eine Förderbeschulung bei 15 Patienten (8.62 %). Die Berufsschule war mit sieben Patienten (4.02 %), die Lernwerkstatt mit zwei Patienten (1.15 %) und sonstige Schulen mit sechs Patienten (3.45 %) vertreten. Nachfolgend sind in der Abbildung 1 die Häufigkeiten als gruppiertes Balkendiagramm unterteilt nach Geschlecht aufgezeigt.

### Abbildung 1

*Besuchter Schultyp bei Ersttermin in der Spezialambulanz für Schulabsentismus in Gegenüberstellung der Geschlechter*



*Anmerkung.* Inanspruchnahme-Stichprobe der Spezialambulanz für Schulabsentismus (KJPP Regensburg) von 2012 bis 2018;  $N = 174$  ( $n = 99$  männlich,  $n = 75$  weiblich).

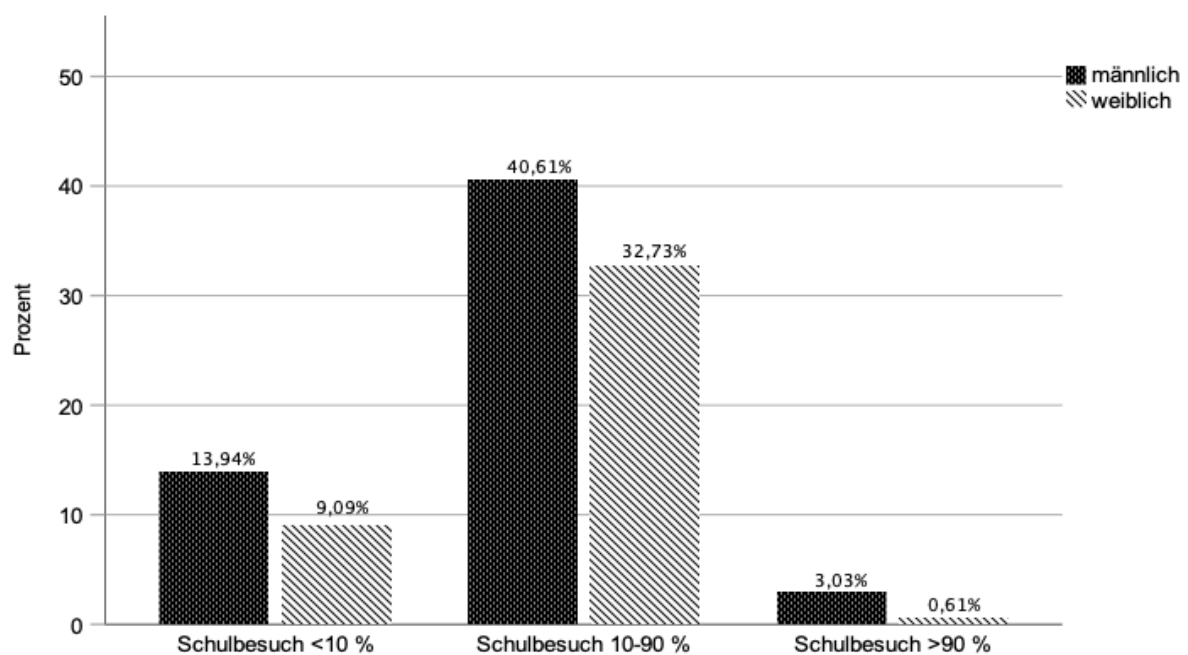
### 3.1.3 Fehlzeiten

Bei 165 Patienten konnten absolute Zahlenwerte für die durchschnittliche Fehlzeit pro Schulwoche in den letzten drei Monaten vor Ersttermin in der KJPP errechnet werden. Die durchschnittliche Fehlzeit pro Schulwoche ergab bei den männlichen Patienten ( $n = 95$ ) einen Mittelwert von 2.77 Fehltagen pro Schulwoche ( $SD = 1.54$ ). Die weiblichen Patienten ( $n = 70$ ) fehlten im Mittel 2.84 Tage ( $M = 2.84$ ;  $SD = 1.54$ ) pro Schulwoche. Angelehnt an die Studie von Reissner et al. (11) wurde der durchschnittliche Schulbesuch nachfolgend in drei Ränge gegliedert, die sich aus einem geringen Schulbesuch von unter 10.00 % ( $< 0,5$  Tage/Schulwoche), einem

partiellen Schulbesuch von 10.00 % bis 90.00 % (0,5-4,5 Tage/Schulwoche) und einem regelmäßigen Schulbesuch von über 90.00 % (> 4,5 Tage/Schulwoche) zusammensetzen. Eine Gesamtzahl von 38 Patienten (23.03 %) wies eine nur geringe Teilhabe am Unterricht von unter 10.00 % auf, dem mittleren Rang wurden 121 Patienten (73.34 %) zugewiesen und sechs Patienten (3.64 %) konnten dem regelmäßigen Schulbesuch von über 90.00 % zugeteilt werden. Im folgenden gruppierten Balkendiagramm sind die Ränge in Gegenüberstellung der Geschlechter abgetragen (siehe Abbildung 2).

## Abbildung 2

*Durchschnittlicher Schulbesuch der Inanspruchnahme-Stichprobe bezogen auf die letzten drei Monate vor Ersttermin in der Spezialambulanz für Schulabsentismus in Gegenüberstellung der Geschlechter*



*Anmerkung.* Inanspruchnahme-Stichprobe der Spezialambulanz für Schulabsentismus (KJPP Regensburg) von 2012 bis 2018;  $n = 165$  ( $n = 95$  männlich,  $n = 70$  weiblich).

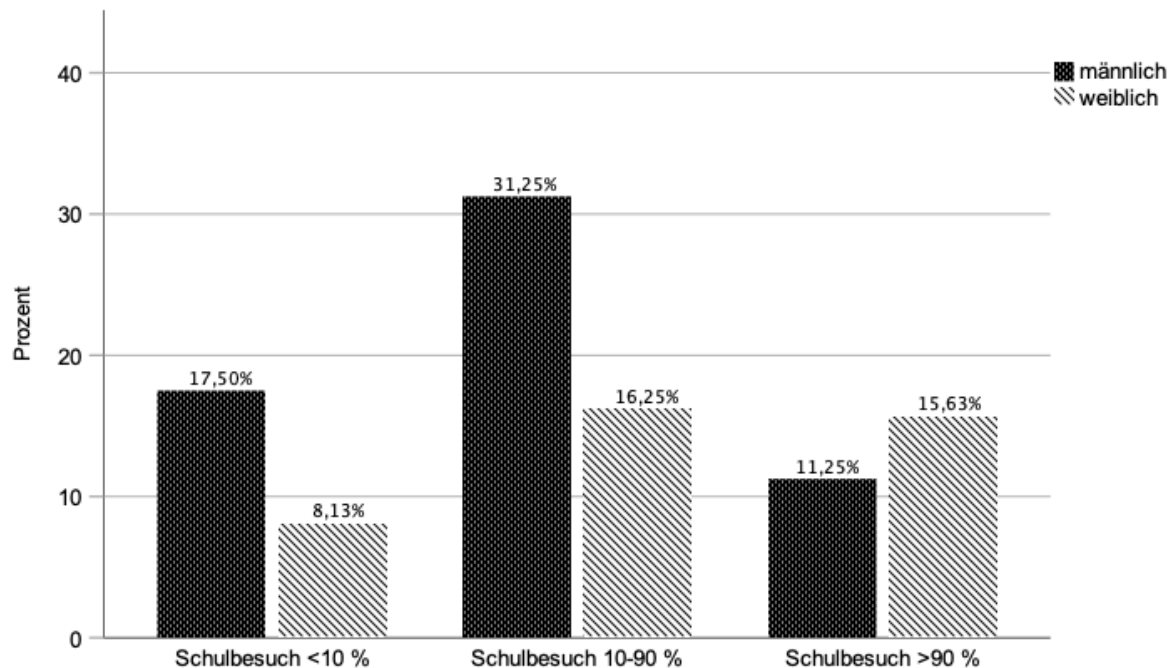
Im ersten Jahr nach Ersttermin in der Spezialambulanz für Schulabsentismus zeigte sich eine Veränderung der Häufigkeiten in der Rangzuordnung. Bei  $n = 160$  gültigen Werten wiesen 25.63 % ( $n = 41$ ) einen geringen Schulbesuch von unter 10.00 %, insgesamt 47.50 % ( $n = 76$ ) einen partiellen Schulbesuch von 10.00 % bis 90.00 % und die Anzahl der Patienten mit regelmäßigem Schulbesuch von über 90.00 % stieg



auf 26.88 % ( $n = 43$ ). Nachfolgend sind in der Abbildung 3 die Ränge im ersten Jahr nach Ersttermin in Gegenüberstellung der Geschlechter abgetragen.

### Abbildung 3

*Durchschnittlicher Schulbesuch der Inanspruchnahme-Stichprobe im ersten Jahr nach Ersttermin in der Spezialambulanz für Schulabsentismus in Gegenüberstellung der Geschlechter*



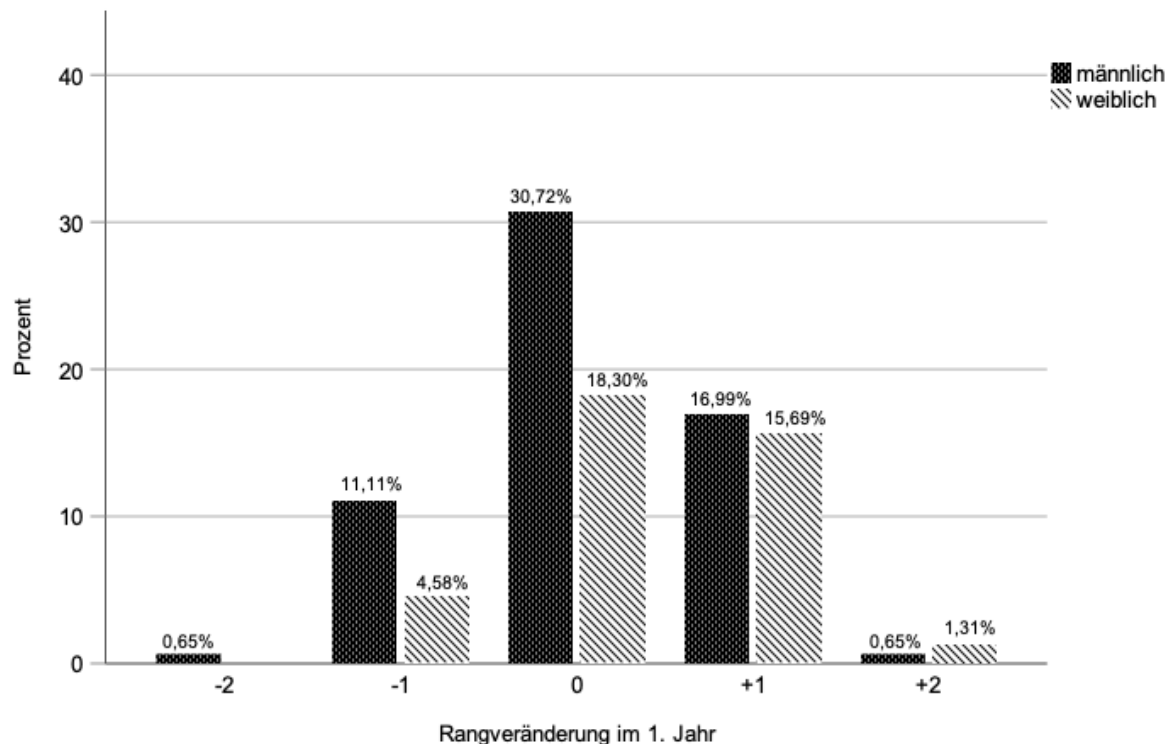
*Anmerkung.* Inanspruchnahme-Stichprobe der Spezialambulanz für Schulabsentismus (KJPP Regensburg) von 2012 bis 2018;  $n = 160$  ( $n = 96$  männlich,  $n = 64$  weiblich).

Um die Veränderungstendenz der Rangzuordnung der Patienten im zeitlichen Verlauf genauer aufzeigen zu können, wurde nachfolgend die Rangveränderung in drei zeitlichen Abschnitten nach Behandlungsbeginn in der KJPP aufgetragen. Im ersten Jahr nach Ersttermin in der Spezialambulanz für Schulabsentismus kam es im Mittel zu einer statistisch signifikanten Rangverbesserung ( $Z = 3.16$ ,  $p = .002$ ,  $r = .26$ ) bei einem Mittelwert der Rangveränderung von 0.20 ( $SD = 0.74$ ) bei  $n = 153$  gültigen Werten. Insgesamt 25 Patienten (16.34 %) haben sich im ersten Jahr in ihrem Rang verschlechtert, davon ist die Rangzuordnung eines Patienten sogar um zwei Ränge gefallen. In 53 Fällen (34.64 %) ist der Rang gestiegen, darunter drei Patienten mit einer Rangverbesserung um zwei Ränge. Für 75 Patienten (49.02 %) gab es keine

Veränderung des Ranges. Die Geschlechterverteilung der Rangveränderung im ersten Jahr ist prozentual in der folgenden Abbildung 4 dargestellt.

#### Abbildung 4

*Rangveränderung im ersten Jahr nach Ersttermin in Gegenüberstellung der Geschlechter*

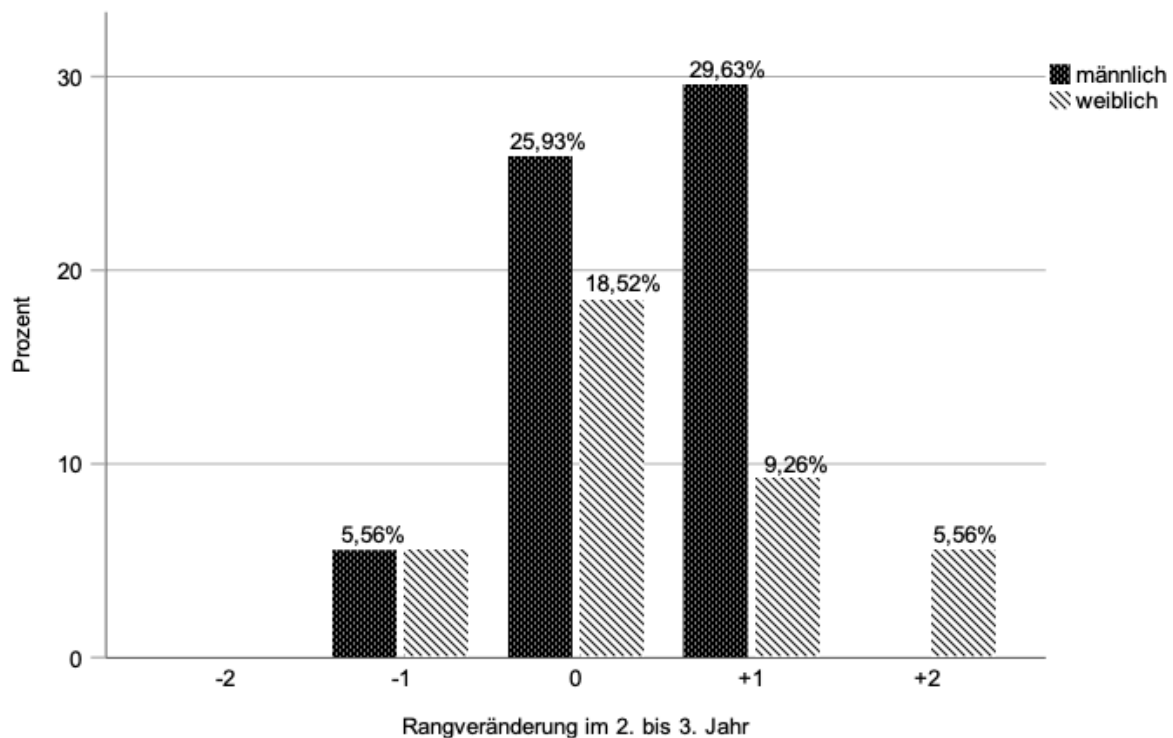


*Anmerkung.* Rangveränderung im ersten Jahr nach Ersttermin bezogen auf den Ausgangsrang der Inanspruchnahme-Stichprobe der Spezialambulanz für Schulabsentismus (KJPP Regensburg) von 2012 bis 2018;  $n = 153$  ( $n = 92$  männlich,  $n = 61$  weiblich).

Im zweiten bis einschließlich dem dritten Jahr nach Ersttermin kam es im Mittel zu einer weiteren Verbesserung der Ränge ( $M = 0.39$ ,  $SD = 0.76$ ) bei  $n = 54$  gültigen Werten. Es zeigte sich auch hier ein statistisch signifikanter Unterschied ( $Z = 3.36$ ,  $p = .001$ ,  $r = .46$ ). In sechs Fällen (11.11 %) kam es zu einer Rangverschlechterung um einen Rang. Insgesamt 24 Patienten (44.44 %) konnten im Verlauf des zweiten und dritten Jahres nach Behandlungsbeginn ihren Rang verbessern, in drei Fällen (5.56 %) davon kam es um eine Verbesserung um zwei Ränge auf den Ausgangswert bezogen. In 24 Fällen (44.44 %) blieb der Rang gleich. Die Geschlechterverteilung der Rangveränderung im zweiten bis dritten Jahr nach Ersttermin ist prozentual in der folgenden Abbildung 5 dargestellt.

## Abbildung 5

*Rangveränderung im zweiten bis dritten Jahr nach Ersttermin in Gegenüberstellung der Geschlechter*

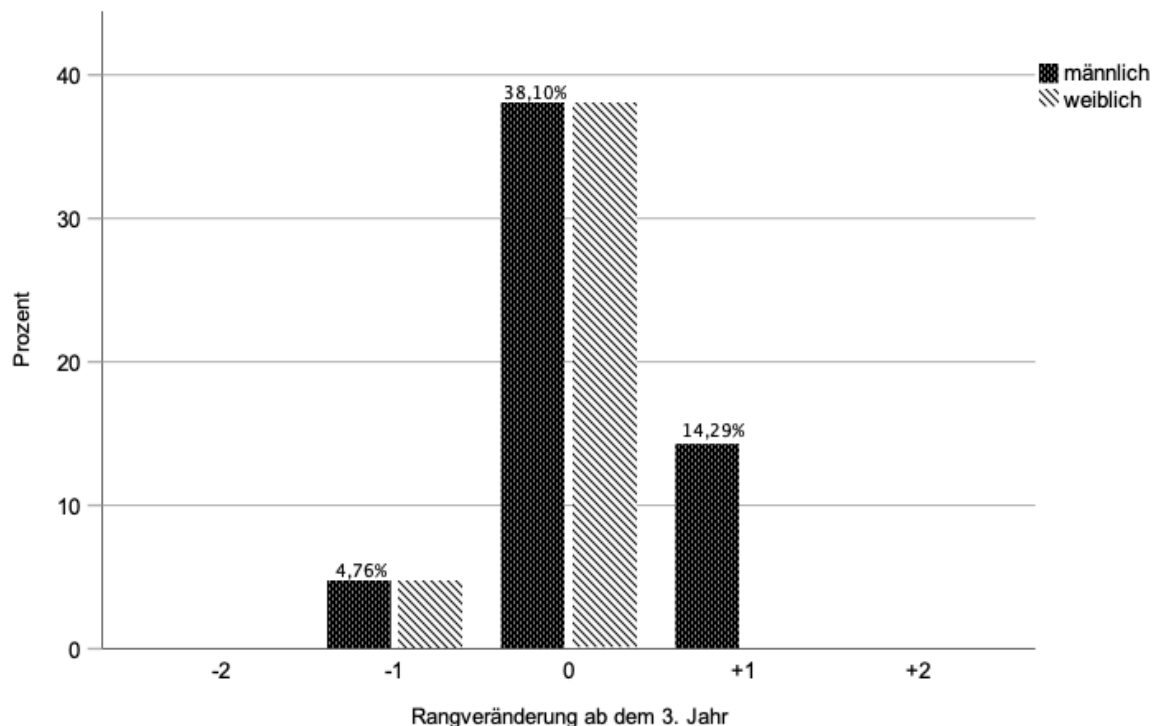


*Anmerkung.* Rangveränderung im zweiten bis dritten Jahr nach Ersttermin bezogen auf den Ausgangsrang der Inanspruchnahme-Stichprobe der Spezialambulanz für Schulabsentismus (KJPP Regensburg) von 2012 bis 2018;  $n = 54$  ( $n = 33$  männlich,  $n = 21$  weiblich).

Ab dem dritten Jahr zeigte sich kein signifikanter Unterschied von 0 in den Rangwerten bei einem Mittelwert von 0.05 ( $SD = 0.50$ ) bei nur noch  $n = 21$  gültigen Werten ( $Z = .45$ ,  $p = .655$ ). Ab dem dritten Jahr nach Behandlungsbeginn konnte bei zwei Patienten (9.52 %) eine Verschlechterung und bei drei Patienten (14.29 %) eine Verbesserung um einen Rang festgestellt werden. Die Mehrzahl ( $n = 16$ , 76.19 %) der nur noch geringen Stichprobe ( $n = 21$ , 100 %) blieb dem gleichen Rang zugeordnet. Die Geschlechterverteilung der Rangveränderung ab dem dritten Jahr nach Ersttermin ist prozentual in der folgenden Abbildung 6 dargestellt.

## Abbildung 6

*Rangveränderung ab dem dritten Jahr nach Ersttermin in Gegenüberstellung der Geschlechter*



*Anmerkung.* Rangveränderung ab dem dritten Jahr nach Ersttermin bezogen auf den Ausgangsrang der Inanspruchnahme-Stichprobe der Spezialambulanz für Schulabsentismus (KJPP Regensburg) von 2012 bis 2018;  $n = 21$  ( $n = 12$  männlich,  $n = 9$  weiblich).

### 3.1.4 Multiaxiales Klassifikationsschema

#### 3.1.4.1 Achse I: Klinisch-psychiatrisches Syndrom

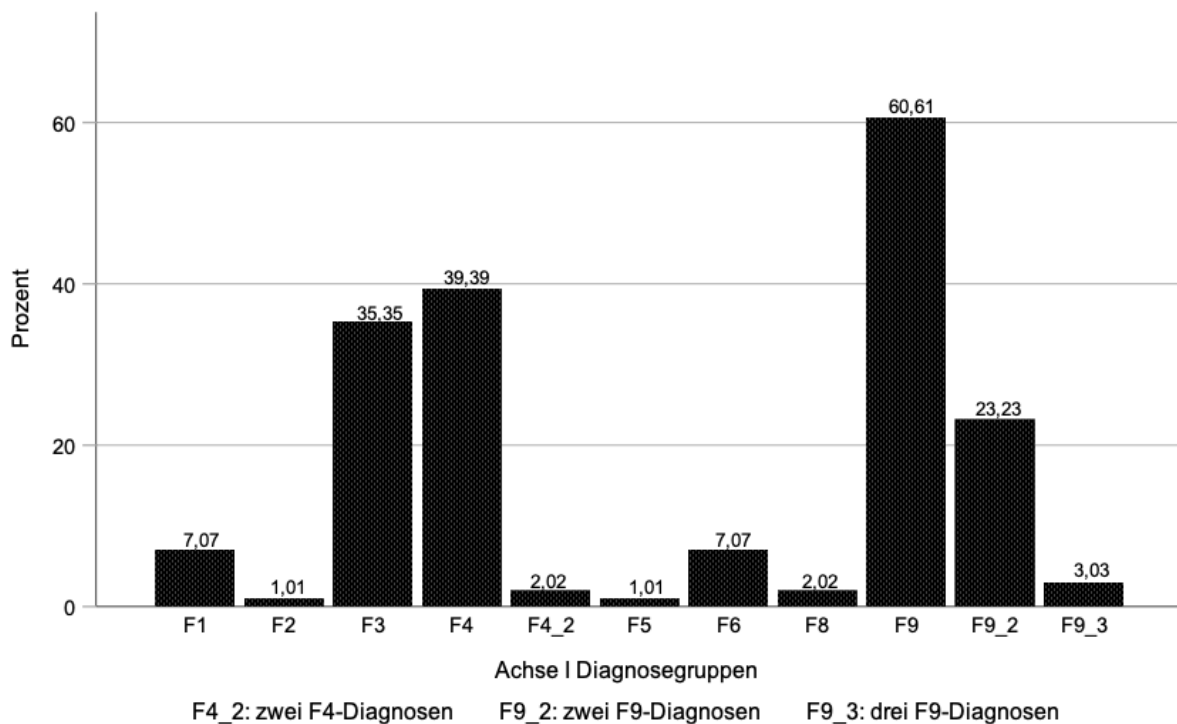
Im Durchschnitt wiesen die weiblichen Patienten ( $n = 75$ ) 1.59 Diagnosen ( $SD = 0.68$ ) Diagnosen bei einem Minimum von einer Diagnose und einem Maximum von vier Diagnosen pro Fall auf. Die männlichen Patienten ( $n = 99$ ) bekamen durchschnittlich 1.81 Diagnosen ( $SD = 0.87$ ) bei einer Spannweite von 1 bis 5 Diagnosen pro Fall. Es ergibt sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern in Hinblick auf die Anzahl der F-Diagnosen auf Achse I ( $U = 3242.50$ ,  $z = -1.56$ ,  $p = .120$ ).

Sieht man sich weiterführend die Unterkategorisierung der vergebenen F-Diagnosen auf der Achse I an, so wiesen die männlichen Patienten am häufigsten eine F9-Diagnose auf. Insgesamt 23 Patienten erhielten zwei und drei Patienten sogar eine Anzahl von drei F9-Diagnosen. Darauffolgend sind die F4- und F3-Diagnosen zu

nennen, welche mit einer Häufigkeit von jeweils über 35.00 % vergeben worden sind. Die Abbildung 7 zeigt die prozentuale Häufigkeitsverteilung der Diagnosegruppen auf Achse I des MAS nach ICD-10 der männlichen Inanspruchnahme-Stichprobe.

### Abbildung 7

*Prozentuale Häufigkeiten der Diagnosegruppen auf Achse I des MAS nach ICD-10 der männlichen Inanspruchnahme-Stichprobe*



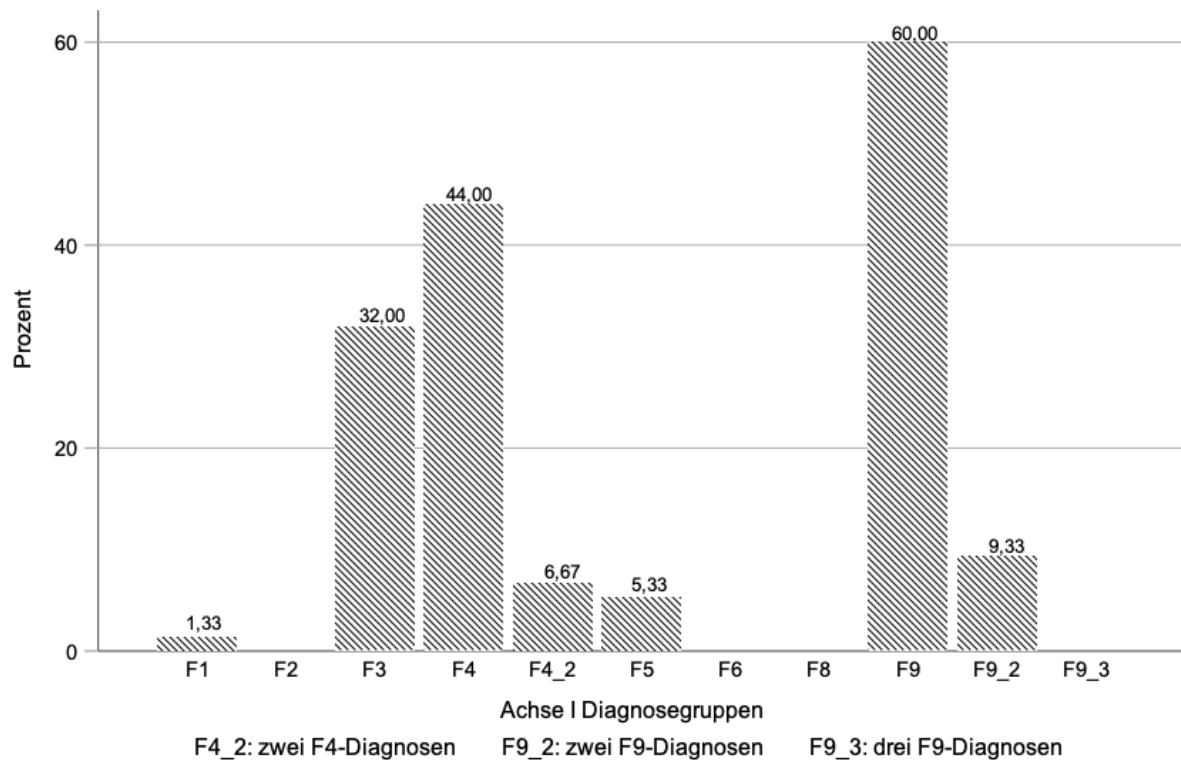
*Anmerkung.* Anteil männlicher Patienten der Inanspruchnahme-Stichprobe der Spezialambulanz für Schulabsentismus (KJPP Regensburg) von 2012 bis 2018;  $n = 99$ .

Diagnosegruppen F1-F9; ausgenommen F7.

Die weiblichen Patienten wiesen ebenfalls am häufigsten eine Diagnose aus der F9-Kategorie auf, sieben Patientinnen erhielten eine zweite F9-Diagnose. In abnehmender Häufigkeit sind wie bei den männlichen Patienten der Stichprobe zunächst die F4- und die F3-Diagnosen mit einer Häufigkeit von jeweils mindestens 32.00 % zu nennen. Eine F2-, F6- und F8-Diagnose wurde in der weiblichen Inanspruchnahme-Stichprobe der Jahre 2012 bis 2018 auf der ersten Achse nicht diagnostiziert. Die Abbildung 8 zeigt die prozentuale Häufigkeitsverteilung der Diagnosegruppen auf Achse I des MAS nach ICD-10 der weiblichen Inanspruchnahme-Stichprobe.

## Abbildung 8

*Prozentuale Häufigkeiten der Diagnosegruppen auf Achse I des MAS nach ICD-10 der weiblichen Inanspruchnahme-Stichprobe*



*Anmerkung.* Anteil weiblicher Patienten der Inanspruchnahme-Stichprobe der Spezialambulanz für Schulabsentismus (KJPP Regensburg) von 2012 bis 2018;  $n = 75$ . Diagnosegruppen F1-F9; ausgenommen F7.

Schaut man sich die Verteilung der Einzeldiagnosen innerhalb der Diagnosegruppen (F1x.x-F9x.x) an, dann zeigt sich als die am häufigsten diagnostizierte Diagnose beider Geschlechter der Stichprobe ( $N = 174$ ) die mittelgradige depressive Episode (F32.1) mit einer Anzahl von  $n = 44$  (25.29 %). Darunter fallen 19 weibliche und 25 männliche Patienten. In abnehmender Häufigkeit ist nachfolgend die Diagnose der emotionalen Störung des Kindesalters mit Trennungsangst (F93.0) mit einer Häufigkeit von insgesamt 30 Fällen (17.24 %), davon 19 weibliche und elf männliche Patienten, zu nennen. 29 Fälle (16.67 %) mit der Diagnose der sonstigen emotionalen Störung des Kindesalters (F93.8), darunter elf Fälle weiblichen Geschlechts und 18 Fälle männlichen Geschlechts, kamen vor. Weitere häufige auftretende Diagnosen waren die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) mit einer Gesamtzahl von 21 Patienten (12.01 %;  $n = 4$  weiblich,  $n = 17$  männlich) und die soziale Phobie (F40.1) mit insgesamt 19 Patienten (10.92 %;  $n = 10$  weiblich,  $n = 9$  männlich). Die weiteren Diagnosen kamen jeweils mit Häufigkeiten unter 10.00 % vor. Im Folgenden wurde für

die zwei häufigsten Diagnosen der Stichprobe ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt, um auf signifikante Unabhängigkeit zwischen den Variablen der einzelnen Diagnosen und dem Geschlecht zu testen. Die weiteren Diagnosen ergaben Fallzahlen unter 30, sodass ein Test mit nur wenig Aussagekraft einhergegangen wäre. Es ergab sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Diagnose der mittelgradigen depressiven Episode,  $\chi^2(1, N = 174) = .00, p = .990$ . Bezüglich der Diagnose der emotionalen Störung des Kindesalters mit Trennungsangst ergab sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit kleinem Effekt zum Geschlecht  $\chi^2(1, N = 174) = 6.05, p = .014, \phi = 0.19$ . So lag die beobachtete Häufigkeit dieser Diagnose bei den weiblichen Patienten im Gegensatz zu den männlichen Patienten über dem erwarteten Wert. Durch die niedrigen Fallzahlen der einzelnen Diagnosen, ist auf ein nur bedingtes Ausmaß an Interpretationsmöglichkeit hinzuweisen.

#### **3.1.4.1.1 Externalisierende, internalisierende, kombinierte Störungsbilder**

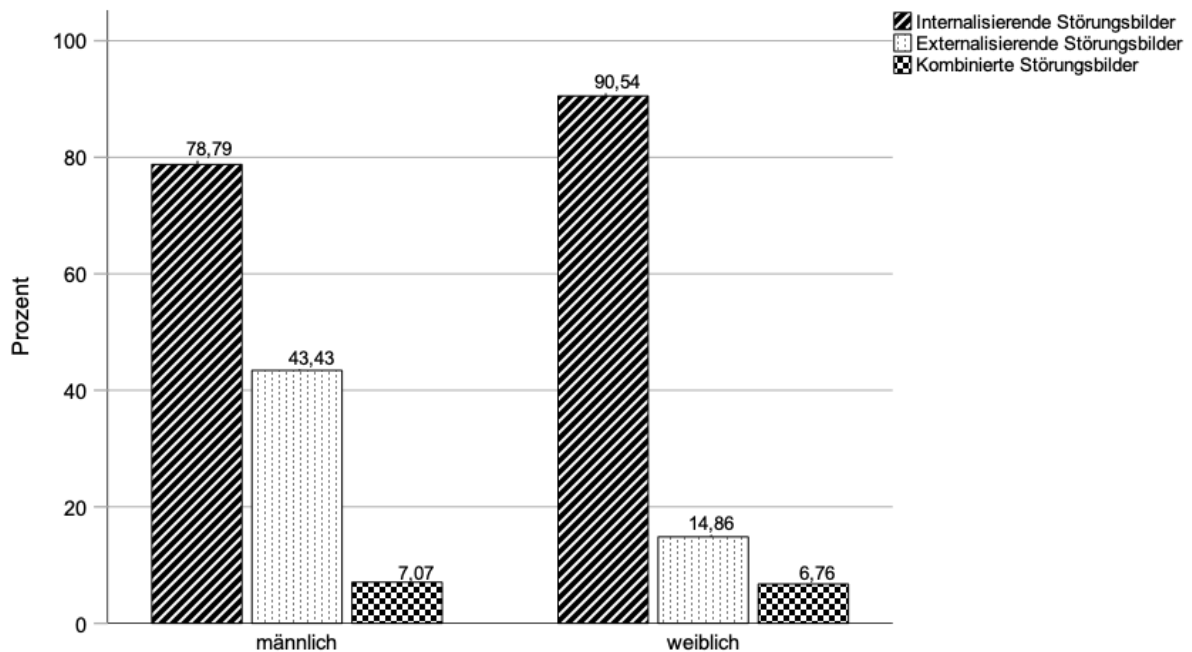
Werden die einzelnen Diagnosen den oben genannten Diagnosegruppen externalisierender, internalisierender und kombinierter Störungsbilder zugeordnet, so ergaben sich 21 Fälle (21.21 %) männlicher Patienten ohne eine internalisierende Diagnose, 53 Fälle (53.53 %) mit einer Diagnose und 25 Patienten (25.25 %) mit zwei Diagnosen, welche sich den internalisierenden Störungsbildern zuordnen ließen. Der Gruppe der externalisierenden Störungsbilder konnte bei 37 männlichen Patienten (37.37 %) eine Diagnose und bei sechs Patienten (6.06 %) zwei Diagnosen zugeordnet werden. 56 männliche Patienten (56.56 %) erhielten keine externalisierende Diagnose. Kombinierte Störungsbilder wurden bei 7.07 % ( $n = 7$ ) der männlichen Patienten diagnostiziert. Damit ergab sich ein durchschnittlicher Wert von 1.04 ( $SD = 0.68$ ) internalisierender und von 0.49 ( $SD = 0.61$ ) externalisierender Diagnosen der männlichen Patienten der erhobenen Stichprobe.

Bei den weiblichen Patienten der Stichprobe ergaben sich acht Fälle (10.67 %), welche keine internalisierende Diagnose aufwiesen, 42 Fälle (56.00 %) mit einer Diagnose und 25 Patientinnen (33.33 %) mit zwei Diagnosen, welche sich den internalisierenden Störungsbildern zuordnen ließen. Der Gruppe der externalisierenden Störungsbilder konnte bei zehn Patientinnen (13.33 %) eine Diagnose und bei einer Patientin (1.33 %) zwei Diagnosen zugeordnet werden. Insgesamt 85.33 % ( $n = 64$ ) der Patientinnen erhielten keine externalisierende Diagnose. Kombinierte Störungsbilder traten bei

insgesamt fünf Patientinnen (6.67 %) auf. Daraus folgend ergab sich ein durchschnittlicher Wert von 1.23 ( $SD = 0.63$ ) internalisierenden und 0.16 ( $SD = 0.40$ ) externalisierenden Diagnosen der Patientinnen der erhobenen Stichprobe.

### Abbildung 9

*Prozentuale Häufigkeiten internalisierender, externalisierender und kombinierter Störungsbilder in Gegenüberstellung der Geschlechter*



*Anmerkung.* Inanspruchnahme-Stichprobe der Spezialambulanz für Schulabsentismus (KJPP Regensburg) von 2012 bis 2018;  $N = 174$  ( $n = 99$  männlich,  $n = 75$  weiblich).

Insgesamt ergibt sich ein statistisch signifikanter Unterschied mittlerer Effektstärke ( $r = .32$ ) im Hinblick auf die durchschnittliche Anzahl externalisierender Störungsbilder zwischen den Geschlechtern. Die Verteilungen der beiden Gruppen unterschieden sich voneinander, Kolmogorov-Smirnov  $p < .050$ . Die durchschnittliche Anzahl externalisierender Diagnosen bei den männlichen Patienten lag mit 0.49 ( $SD = 0.61$ ,  $M_{\text{Rang}} = 98.40$ ) statistisch signifikant über dem Mittelwert von 0.16 der weiblichen Patienten ( $SD = 0.40$ ,  $M_{\text{Rang}} = 73.11$ ) der erhobenen Stichprobe ( $U = 2633.00$ ,  $z = -4.06$ ,  $p < .001$ ). Hinsichtlich der durchschnittlichen Zahl internalisierender Störungsbilder ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern ( $U = 3183.50$ ,  $z = -1.79$ ,  $p = .074$ ).

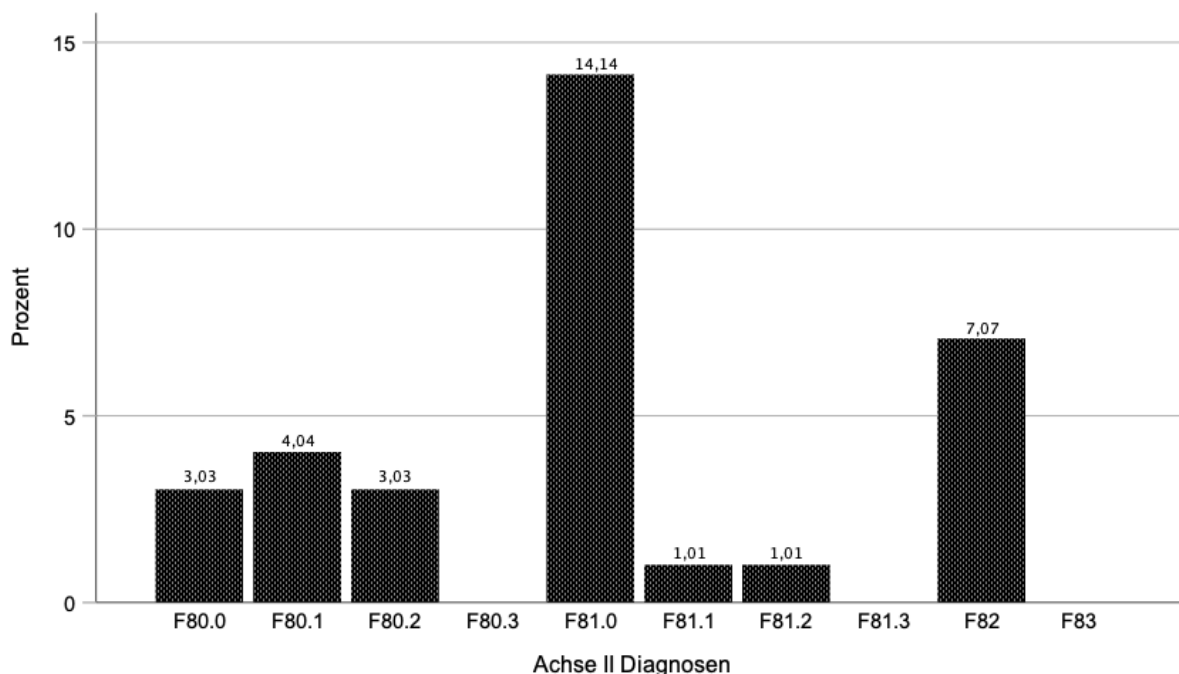


### 3.1.4.2 Achse II: Umschriebene Entwicklungsstörungen

Auf der Achse II des MAS nach ICD-10 wiesen die männlichen Patienten im Durchschnitt 0.33 Diagnosen ( $SD = 0.64$ ) und die weiblichen Patienten im Mittel 0.21 ( $SD = 0.58$ ) bei einer Spannweite von 0 bis 3 Diagnosen pro Patienten auf. Am häufigsten bekamen die männlichen Patienten ( $n = 14$ , 14.14 %) die Diagnose F81.0 (Lese- und Rechtschreibstörung), unter den weiblichen Patienten zeigten sich bei je fünf Patientinnen ( $n = 5$ , 6.67 %) die Diagnosen F81.0 und F81.2 (Rechenstörung) als häufigste Diagnosen. Die Abbildungen 10 und 11 zeigen die prozentuale Häufigkeitsverteilung der umschriebenen Entwicklungsstörungen (Achse II des MAS nach ICD-10) der Inanspruchnahme-Stichprobe der Spezialambulanz für Schulabsentismus der KJPP Regensburg von 2012 bis 2018 gegliedert nach Geschlecht. Bezüglich der durchschnittlichen Anzahl umschriebener Entwicklungsstörungen gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern ( $U = 3332.50$ ,  $z = -1.64$ ,  $p = .102$ ).

#### Abbildung 10

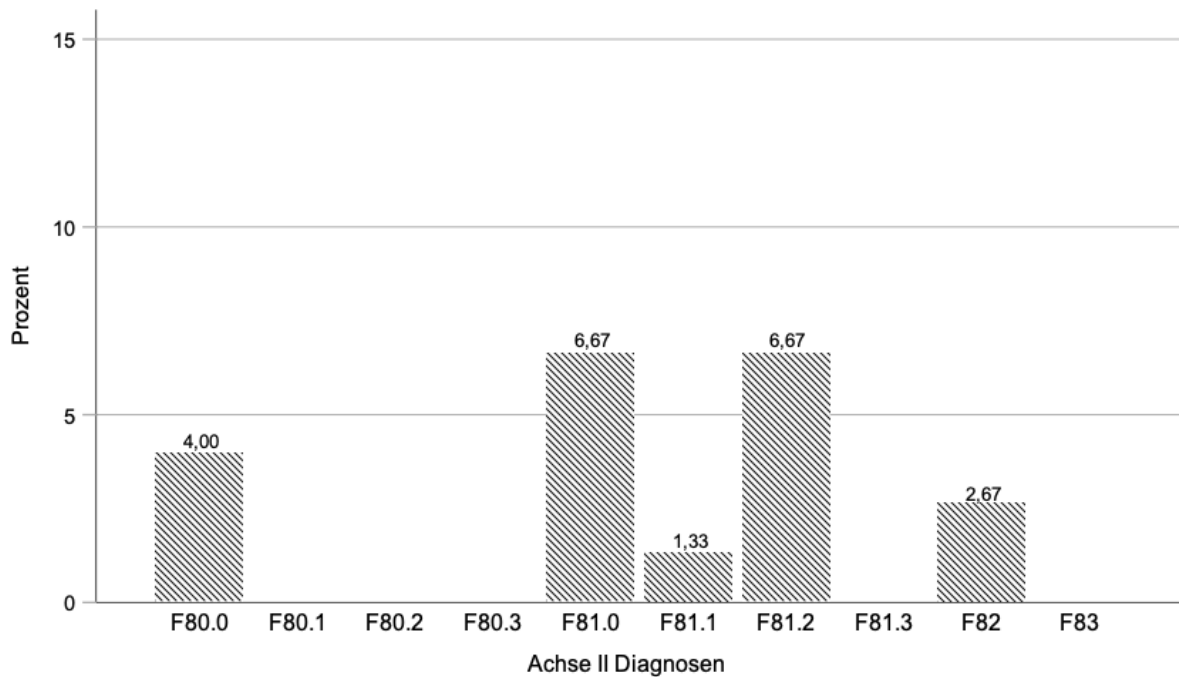
*Prozentuale Häufigkeiten der Achse II Diagnosen der männlichen Inanspruchnahme-Stichprobe*



*Anmerkung.* Inanspruchnahme-Stichprobe der Spezialambulanz für Schulabsentismus (KJPP Regensburg) von 2012 bis 2018;  $n = 99$ .

## Abbildung 11

Prozentuale Häufigkeiten der Achse II Diagnosen der weiblichen Inanspruchnahme-Stichprobe



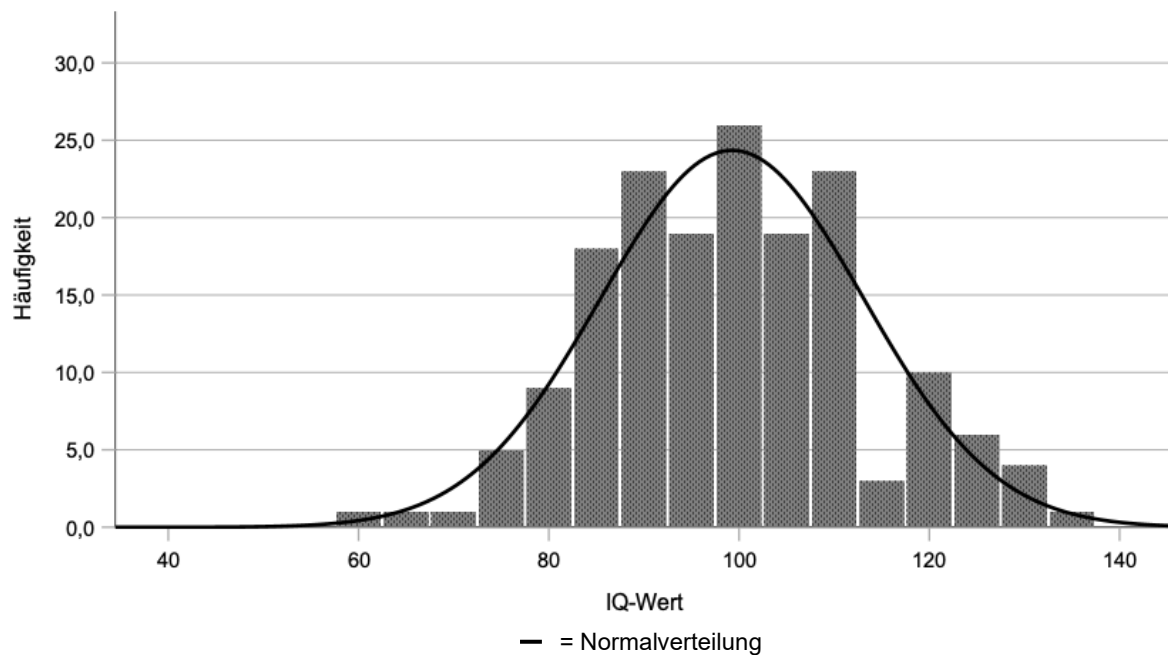
Anmerkung. Inanspruchnahme-Stichprobe der Spezialambulanz für Schulabsentismus (KJPP Regensburg) von 2012 bis 2018;  $n = 75$ .

### 3.1.4.3 Achse III: Intelligenzniveau

Auf der Achse III des MAS nach ICD-10 wiesen die männlichen Patienten ( $n = 97$ ) im Mittel einen IQ-Wert von 98.87 ( $SD = 13.47$ ) bei einem minimalem IQ-Wert von 60 ( $n = 1$ ; 1.03 %) und einem Maximum bei 128 ( $n = 2$ ; 2.06 %) auf. Die Patientinnen ( $n = 72$ ) hatten einen durchschnittlichen IQ-Wert von 99.83 ( $SD = 14.41$ ) bei einem minimalem IQ-Wert von 73 ( $n = 1$ ; 1.39 %) und einem maximalen Wert bei 133 ( $n = 1$ ; 1.39 %). Der IQ-Wert war gemäß dem Shapiro-Wilk-Test bei den männlichen ( $p = .156$ ,  $p > .050$ ) und weiblichen Patienten der Stichprobe ( $p = .518$ ,  $p > .050$ ) normalverteilt, Kolmogorov-Smirnov  $p = .200$  ( $> .050$ ). Es gibt keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern in Hinblick auf den IQ-Wert der Inanspruchnahme-Stichprobe der Jahre 2012 bis 2018,  $t(167) = -.45$ ,  $p = .655$ . In der nachfolgenden Abbildung 12 ist die Häufigkeitsverteilung des IQ-Werts grafisch dargestellt.

## Abbildung 12

### Häufigkeitsverteilung (Histogramm) des IQ-Werts

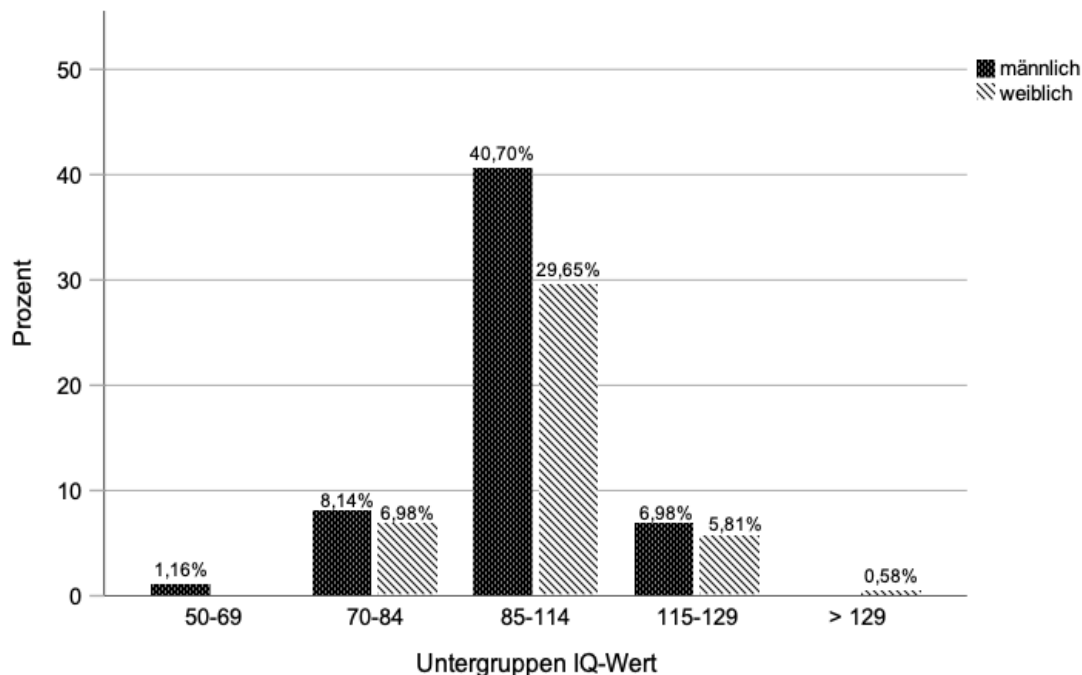


*Anmerkung.* Inanspruchnahme-Stichprobe der Spezialambulanz für Schulabsentismus (KJPP Regensburg) von 2012 bis 2018;  $n = 169$  ( $n = 97$  männlich,  $n = 72$  weiblich),  $M = 99.28$ ,  $SD = 13.84$ .

Bei der Einteilung in die Untergruppen der Achse III des MAS nach ICD-10 erhielten bei  $n = 172$  gültigen Werten 121 Patienten (70.35 %) eine durchschnittliche Intelligenz mit einem IQ-Wert zwischen 85 und 114. Die nächsthäufigste diagnostizierte Untergruppe stellte bei beiden Geschlechtern die unterdurchschnittliche Intelligenz (IQ-Wert: 70-84) mit einer Häufigkeit von insgesamt 26 Fällen (15.12 %) dar. 22 Patienten (12.80 %) wiesen eine überdurchschnittliche Intelligenz (IQ-Wert: 115-129), eine Patientin (0.58 %) eine weit überdurchschnittliche Intelligenz (IQ: > 129) und zwei männliche Patienten (1.16 %) eine leichte intellektuelle Behinderung (IQ: 50-69) auf. Nachfolgend zeigt die Abbildung 13 die prozentuale Häufigkeitsverteilung des IQ-Werts im Geschlechtervergleich.

### Abbildung 13

Prozentuale Häufigkeitsverteilung des IQ-Werts in Gegenüberstellung der Geschlechter



Anmerkung. Inanspruchnahme-Stichprobe der Spezialambulanz für Schulabsentismus (KJPP Regensburg) von 2012 bis 2018;  $n = 172$  ( $n = 98$  männlich,  $n = 74$  weiblich).

#### 3.1.4.4 Achse IV: Körperliche Symptomatik

Bei der auf der Achse IV erfassten körperlichen Symptomatik erhielten die männlichen Patienten ( $n = 99$ ) durchschnittlich 0.96 Diagnosen ( $SD = 1.11$ ) und die weiblichen Patienten ( $n = 75$ ) im Durchschnitt 0.89 Diagnosen ( $SD = 1.01$ ), jeweils mit einer Spannweite von 0 bis 4 Diagnosen pro Fall. Die häufigste Diagnose stellte die Fehlsichtigkeit (H53.9) mit 37 Nennungen (21.26 %) dar, darunter 16 männliche und 21 weibliche Patienten. In abnehmender Häufigkeit zeigten sich 34 Personen (19.54 %) mit der Diagnose Adipositas (E66.9). 21.21 % ( $n = 21$ ) der männlichen Patienten und 17.57 % ( $n = 13$ ) der Patientinnen trugen diese Diagnose. Eine allergische Rhinopathie (J30.4) wiesen 8.05 % ( $n = 14$ ;  $n = 10$  männlich,  $n = 4$  weiblich), die Diagnose Neurodermitis (L20.8) 5.75 % ( $n = 10$ ;  $n = 6$  männlich,  $n = 4$  weiblich) der Stichprobe auf. Weitere Diagnosen traten nur in geringen Häufigkeiten unter 5.50 % auf, insgesamt 77 Patienten (44.25 %) der Stichprobe erhielten keine somatische Diagnose nach ICD-10 auf der Achse IV.

### 3.1.4.5 Achse V: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

Auf der Achse V wurden durchschnittlich 2.18 Kategorien ( $SD = 1.74$ ) bei einer Spannweite von 1 bis 7 Kategorien vergeben, wobei kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Anzahl der zugeordneten Kategorien ( $U = 3686.50$ ,  $z = -.08$ ,  $p = .936$ ) auftrat. Am häufigsten trat mit 42.53 % ( $n = 74$ ) der Patienten die Kodierung für eine inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation auf. Bei 39.66 % ( $n = 69$ ) der Fälle trat eine psychische Störung oder abweichendes Verhalten eines Elternteils auf. Eine Gesamtzahl von 57 Patienten (32.76 %) erhielt die Kodierung für eine abweichende Elternsituation, während in 38 Fällen (21.84 %) eine Disharmonie in der Familie zwischen den Erwachsenen angegeben wurde. Die weiteren Kategorien der Achse V traten nur in geringeren Häufigkeiten ( $< 12.00$  %) auf. In 37 Fällen (21.26 %) wurden keine aktuell abnormen psychosozialen Umstände auf der Achse V kodiert. Die folgende Tabelle 7 zeigt die Häufigkeiten der auf der Achse V abgetragenen assoziierten aktuellen abnormen psychosozialen Umstände (MAS nach ICD-10) in Gegenüberstellung der Geschlechter (43).

**Tabelle 7**

*Häufigkeiten der auf Achse V abgetragenen assoziierten aktuellen abnormen psychosozialen Umstände in Gegenüberstellung der Geschlechter*

Achse V		Anzahl (n)		
Kategorie	Definition	männlich	weiblich	gesamt
1.0:	Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung	4	4	8
1.1:	Disharmonie in der Familie zwischen den Erwachsenen	20	18	38
1.2:	Feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind	1	2	3
1.3:	Körperliche Kindesmisshandlung	2	0	2
2.0:	Psychische Störung/ abweichendes Verhalten eines Elternteils	36	33	69
2.1:	Behinderung eines Elternteils	1	1	2
2.2:	Behinderung der Geschwister	4	2	6
3.0:	Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation	45	29	74
4.0:	Elterliche Überfürsorge	10	9	19
4.1:	Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung	9	10	19
4.2:	Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt	11	9	20
4.3:	Unangemessene Anforderungen und Nötigungen durch die Eltern	0	3	3

5.0:	Erziehung in einer Institution	2	2	4
5.1:	Abweichende Elternsituation	35	22	57
5.2:	Isolierte Familie	0	3	3
5.3:	Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung	1	1	2
6.0:	Verlust einer liebevollen Beziehung	6	2	8
6.2:	Negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder	0	1	1
6.3:	Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen	3	1	4
6.5:	Unmittelbare beängstigende Ereignisse	3	2	5
7.1:	Migration oder soziale Verpflanzung	3	1	4
8.0:	Streitbeziehungen mit Schülern/Mitarbeitern	8	4	12
8.1:	Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder	3	2	5
8.2:	Allgemeine Unruhe in der Schule bzw. Arbeitssituation	6	2	8
9.2:	Abhängige Ereignisse, die zur Heransetzung der Selbstachtung führen	3	1	4

*Anmerkung.* Basierend auf Achse V des MAS nach ICD-10 (43).

### 3.1.4.5.1 Trennung der Eltern

In der vorliegenden Stichprobe waren die Eltern in 40.23 % ( $n = 70$ ) der gültigen Fälle ( $n = 173$ ) nicht mehr in einer Partnerschaft. Unter den männlichen Patienten zeigten sich 43 Patienten (43.43 %) mit getrennten Eltern, bei den weiblichen Patienten eine Anzahl von  $n = 27$  (36.49 %). Nach dem Chi-Quadrat-Test gab es keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und einer Trennung der Eltern,  $\chi^2(1) = .85$ ,  $p = .357$ .

### 3.1.4.5.2 Psychopathologie eines Elternteils

Insgesamt trat bei 39.66 % ( $n = 69$ ) der Fälle eine psychische Störung oder abweichendes Verhalten eines Elternteils auf. 36.36 % ( $n = 36$ ) der männlichen Patienten erhielten diese Kodierung, während unter den weiblichen Patienten ein ähnlich hoher Anteil von 44.00 % ( $n = 33$ ) vorlag. Nach dem Chi-Quadrat-Test gab es keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Vorliegen einer Psychopathologie eines Elternteils,  $\chi^2(1) = 1.04$ ,  $p = .308$ .

### 3.1.4.5.3 Psychopathologie Geschwisterkind

In 32 Fällen (18.39 %) lag eine Psychopathologie bei mindestens einem Geschwisterkind vor, in einem weiteren Fall bestand der Verdacht auf eine

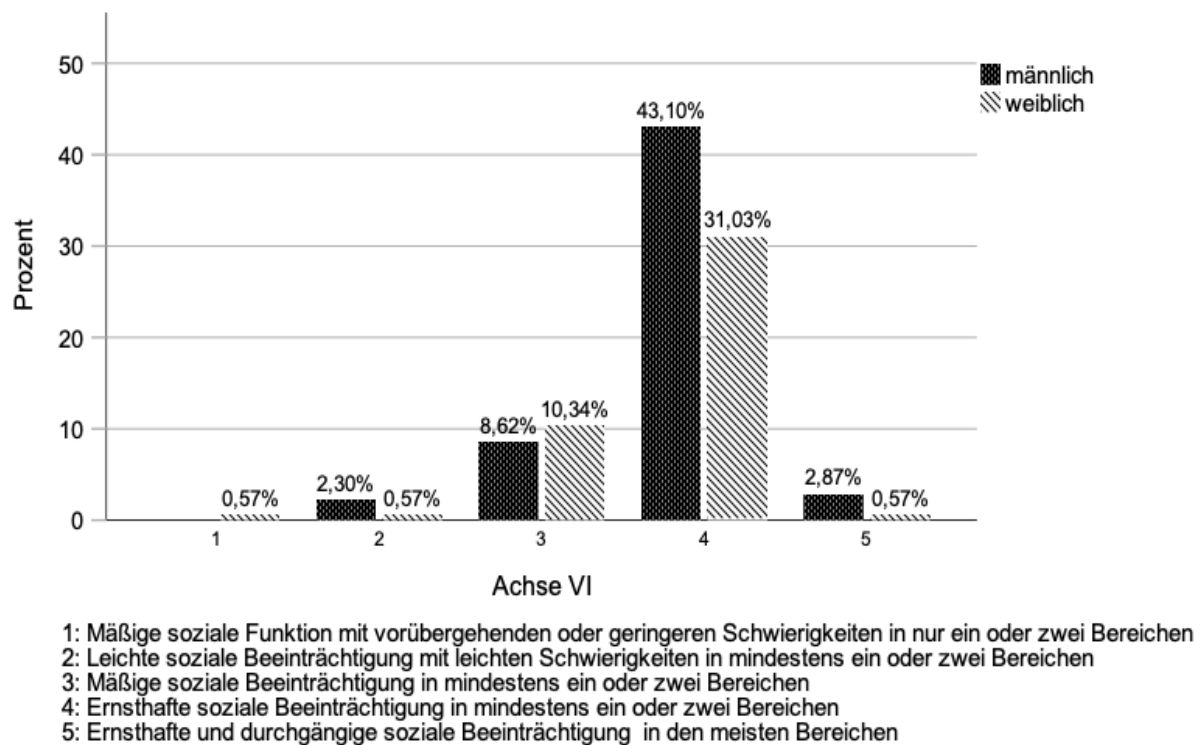
Psychopathologie. Die relative Häufigkeitsverteilung dieser Kodierung zeigte sich zwischen den Geschlechtern recht ausgeglichen, so trat sie bei 18.67 % ( $n = 14$ ) der weiblichen Patienten und 18.18 % ( $n = 18$ ) der männlichen Patienten auf. Nach dem exakten Test nach Fisher gab es keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und einer Psychopathologie eines Geschwisterkindes,  $p = 1.000$ .

#### **3.1.4.6 Achse VI: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus**

Das psychosoziale Funktionsniveau wurde in den meisten Fällen ( $n = 129$ , 74.14 %) der Stichprobe mit einer ernsthaften sozialen Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen bewertet. Unter den männlichen Patienten erhielten 75.76 % ( $n = 75$ ) und unter den weiblichen Patienten 72.00 % ( $n = 54$ ) diese Beurteilung. Eine mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen bekamen insgesamt 33 Patienten (18.97 %), darunter 15 männliche und 18 weibliche. Die übrigen Kategorien präsentierten sich mit einer Häufigkeit von unter 5.00 % (siehe Abbildung 14).

## Abbildung 14

Prozentuale Häufigkeitsverteilung der Achse VI Kategorien in Gegenüberstellung der Geschlechter



*Anmerkung.* Inanspruchnahme-Stichprobe der Spezialambulanz für Schulabsentismus (KJPP Regensburg) von 2012 bis 2018;  $N = 174$  ( $n = 99$  männlich,  $n = 75$  weiblich). Die Kategorien 1 – 5 basieren auf Achse VI des MAS nach ICD-10 (43).

### 3.1.5 Körperliche Begleitsymptomatik

Bei der Erfassung somatischer Begleitsymptome im Zusammenhang mit Schulabsentismus waren Mehrfachantworten möglich. Die Patienten gaben im Durchschnitt 1.53 ( $SD = 1.29$ ) körperliche Symptome bei einer Spannweite von 1 bis 4 Symptomen an. Da die hier genannten Symptome in diesem Kontext als psychosomatisch bedingt eingeordnet wurden, handelt es sich nicht um Diagnosen, die bereits auf der Achse IV des MAS nach ICD-10 erfasst wurden. In knapp einem Drittel der Fälle (28.74 %,  $n = 50$ ) wiesen die Patienten keine Somatisierungstendenzen in Verbindung mit dem Schulabsentismus auf, 23.56 % ( $n = 41$ ) gaben ein körperliches Symptom, 20.11 % ( $n = 35$ ) zwei Symptome, 20.69 % ( $n = 36$ ) drei verschiedene körperliche Symptome und 6.90 % ( $n = 12$ ) der Fälle eine Anzahl von vier körperlichen Symptomen in Verbindung mit Schulabsentismus an. Am häufigsten zeigte sich in der Stichprobe eine gastrointestinale Symptomatik, wobei



58.62 % ( $n = 102$ ) der Fälle mindestens ein gastrointestinales Symptom aufwiesen. Abdominalschmerzen, angegeben mit einer Häufigkeit von  $n = 82$  (47.13 %) und Nausea ( $n = 65$ ; 37.36 %) stellten die meistgenannten Symptome dar. In abnehmender Häufigkeit sind 40 Patienten (22.99 %) mit einer Kopfschmerzsymptomatik, insgesamt 36 Patienten (20.68 %) mit vorhandener Ein- und/oder Durschlaflproblematik, 24 Fälle (13.79 %) mit Kreislaufproblemen, 14 Patienten (8.05 %) mit Diarrhoe, jeweils drei (1.72 %) mit Extremitäten- und Gelenkbeschwerden sowie urogenitalen Symptomen und zwei Patienten (1.15 %) mit Obstipation als körperlich vorliegende Symptomatik zu nennen.

### 3.1.6 Subjektive Gründe

Bei der Erfassung der subjektiven Gründe für den Schulabsentismus waren Mehrfachangaben möglich, weshalb Überschneidungen in den einzelnen Antworten auftreten. Als häufigster subjektiver Grund beider Geschlechter wurden bei  $n = 172$  gültigen Werten somatische Beschwerden mit einer Häufigkeit von 58.72 % ( $n = 101$ ) wiedergegeben. In abnehmender Häufigkeit folgt mit 25.00 % ( $n = 43$ ) die Leistungsangst, 22.09 % ( $n = 38$ ) der Patienten zeigten oppositionelles Verhalten bezüglich des Schulbesuchs und 36 Fällen (20.03 %) wurden Familienprobleme als subjektiver Grund für die Schulvermeidung angegeben. Trennungsangst ( $n = 31$ ; 18.02 %), eine depressive Störung ( $n = 30$ ; 17.44 %) und ein niedriges Selbstwertgefühl ( $n = 29$ ; 16.86 %) wurden ebenfalls häufig in der vorliegenden Stichprobe genannt. Weitere angeführte subjektive Ursachen für den Schulabsentismus traten mit Häufigkeiten unter 15.00 % auf (siehe Tabelle 8).

**Tabelle 8**

*Häufigkeiten subjektiver Gründe für Schulabsentismus*

Subjektive Gründe	Anzahl ( $n$ )		
	männlich	weiblich	gesamt
Soziale Phobie	6	9	15
Trennungsangst	12	19	31
Leistungsangst	23	20	43
Abneigung gegen die Schule	11	5	16
Anderweitige Aktivitäten zuhause	17	1	18
Anderweitige Aktivitäten draußen	5	0	5
Oppositionelles Verhalten bezüglich des Schulbesuches	24	14	38

Aggressivität	4	0	4
Agoraphobie/Panikstörung	2	2	4
Somatische Beschwerden	55	46	101
Ängste vor Reaktionen anderer bezüglich der Schulabwesenheit	4	3	7
Kraftlosigkeit/Müdigkeit	12	9	21
Depression	17	13	30
Hoffnungslosigkeit bezüglich der Schule	2	0	2
Niedriges Selbstwertgefühl	17	12	29
Mobbing	11	10	21
Ausgrenzung von den Peers	7	8	15
Peer-Konflikte	6	4	10
Schlechte Beziehung zu den Lehrern	15	8	23
Ängste bezüglich der Lehrer	1	2	3
Abneigung der Schumatmosphäre/ Schulgegebenheiten	8	3	11
Sorgen/Ängste bezüglich des Schulweges	3	3	6
Abneigung der eigenen Schulklasse	4	2	6
Schlechte Beziehung zu den Eltern (fehlende Unterstützung, Abweisung)	4	5	9
Familienprobleme	17	19	36

*Anmerkung.* In Anlehnung an den Item-Pool von Knollmann et al. (26); sinngemäße Übersetzung. Mehrfachnennungen möglich, Summe ergibt nicht 100.00 %.

Inanspruchnahme-Stichprobe der Spezialambulanz für Schulabsentismus (KJPP Regensburg) von 2012 bis 2018;  $n = 172$  ( $n = 97$  männlich,  $n = 75$  weiblich).

### 3.1.7 Trennungsangst im Kleinkindalter

Eine frühere Trennungsängstlichkeit beim Besuch der Kinderkrippe oder des Kindergartens im Kleinkindalter zeigten anamnestisch 28.16 % ( $n = 49$ ) der Patienten. Unter den männlichen Patienten waren es  $n = 25$  (25.25 %), während die Trennungsängstlichkeit bei den weiblichen Patienten mit einer Häufigkeit von 32.00 % ( $n = 24$ ) im Kleinkindalter auftrat. Nach dem Chi-Quadrat-Test gab es keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und einer Trennungsangst im Kleinkindalter,  $\chi^2(1) = .96$ ,  $p = .327$ .

### 3.1.8 Vorherige Hilfsleistungen

Mit 71.26 % ( $n = 124$ ) nahm die Mehrheit der vorliegenden Stichprobe vor der Erstdiagnostik in der KJPP eine anderweitige Hilfe in Anspruch. 17.81 % ( $n = 31$ ) nahmen kinder- und jugendpsychiatrische Hilfe aufgrund von Schulabsentismus,

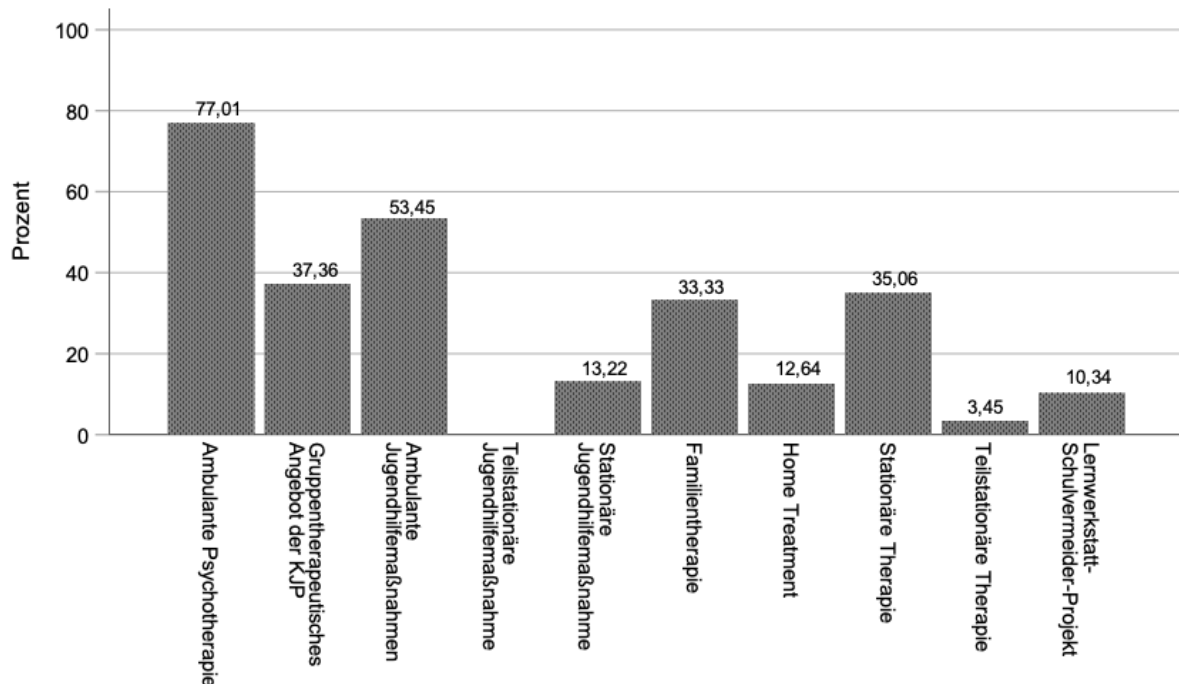
35.06 % ( $n = 61$ ) infolge einer anderen psychischen Symptomatik, in Anspruch. Fast die Hälfte der Patienten ( $n = 84$ , 48.28 %) gaben eine anderweitige, nicht therapeutische in Anspruch genommene Hilfsleistung, beispielsweise durch das Jugendamt oder die Erziehungsberatungsstelle an. Mehrfachangaben vorheriger Hilfeleistungen waren möglich, weshalb die Gesamtsumme der Antworten nicht 100.00 % ergibt.

### **3.1.9 Therapieempfehlungen**

Die Patienten erhielten im Mittel 2.75 ( $SD = 1.31$ ) Empfehlungen zur weiterführenden Therapie bei einer Spannweite von 0 bis 6 Empfehlungen, Mehrfachangaben waren demnach möglich. Am häufigsten wurde den Patienten eine ambulante Psychotherapie empfohlen ( $n = 134$ ; 77.01 %), meistens in Kombination mit weiteren Empfehlungen. In nur vier Fällen (2.30 %) wurde die alleinige Empfehlung für eine ambulante Psychotherapie ausgesprochen, am häufigsten zeigte sich die Kombination mit einer Empfehlung für eine ambulante Jugendhilfemaßnahme ( $n = 42$ ; 24.14 %). Eine ambulante Jugendhilfemaßnahme wurde als nächsthäufigste Empfehlung in über der Hälfte der Fälle ( $n = 93$ ; 53.45 %) angeraten. Insgesamt acht Patienten (4.60 %) erhielten keine konkrete Therapieempfehlung und es wurde eine Wiedervorstellung bei Bedarf empfohlen. Die weitere prozentuale Häufigkeitsverteilung der einzelnen Therapieempfehlungen ist in Abbildung 15 dargestellt.

## Abbildung 15

### Prozentuale Häufigkeitsverteilung der Therapieempfehlungen nach Erstdiagnostik



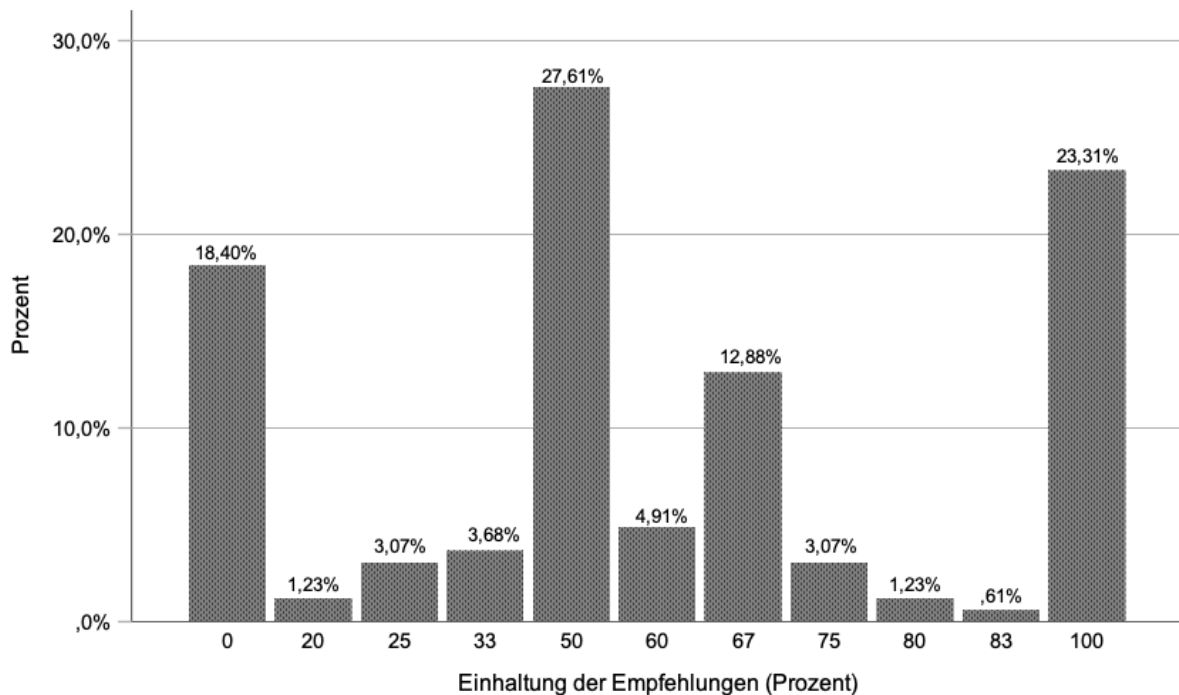
*Anmerkung.* Inanspruchnahme-Stichprobe der Spezialambulanz für Schulabsentismus (KJPP Regensburg) von 2012 bis 2018;  $N = 174$  ( $n = 99$  männlich,  $n = 75$  weiblich). Mehrfachnennungen möglich, Summe ergibt nicht 100.00 %.

#### 3.1.9.1 Umsetzung der Empfehlungen

Die Patienten setzten bei  $n = 163$  gültigen Fällen im Mittel 54.86 % ( $SD = 33.86$ ) der ausgesprochenen Empfehlungen nach Erstdiagnostik um. Die Spannweite betrug 0.00 % bis 100.00 %. Insgesamt 18.40 % der Patienten ( $n = 30$ ) setzten keine, 23.31 % der Patienten ( $n = 38$ ) dagegen alle der genannten Empfehlungen um. Die Mehrzahl der Fälle ( $n = 120$ , 73.62 %) ging 50.00 % oder mehr der ihnen empfohlenen Behandlungen nach. In Abbildung 16 ist die prozentuale Häufigkeitsverteilung der Umsetzung der Therapieempfehlungen abgetragen.

## Abbildung 16

*Prozentuale Häufigkeitsverteilung der Einhaltung der Therapieempfehlungen nach Erstdiagnostik*



*Anmerkung.* Inanspruchnahme-Stichprobe der Spezialambulanz für Schulabsentismus (KJPP Regensburg) von 2012 bis 2018;  $n = 163$  ( $n = 96$  männlich,  $n = 67$  weiblich).

Aufgrund der im Verlauf steigenden Anzahl fehlender Werte sind in der folgenden Tabelle 9 die Häufigkeiten der Umsetzung einzelner Empfehlungen nur für das erste Jahr nach Erstdiagnostik beschrieben. Es sind jeweils die absoluten und relativen Häufigkeiten der Therapieumsetzung derer Patienten dargestellt, welche nach der Erstdiagnostik auch die jeweilige Empfehlung erhalten haben. Am häufigsten wurde das Home Treatment mit 81.82 % und das Schulvermeider-Projekt der Lernwerkstatt mit 66.67 % im ersten Jahr von den Patienten mit Erhalt dieser Empfehlungen umgesetzt. Eine stationäre Jugendhilfemaßnahme sowie die Teilhabe am gruppentherapeutischen Angebot der KJPP wurde dagegen deutlich seltener umgesetzt (siehe Tabelle 9).

**Tabelle 9*****Einhaltung der einzelnen Therapieempfehlungen im ersten Jahr nach Erstdiagnostik***

Maßnahme	Empfehlung <i>n</i> (%)			
	gesamt	umgesetzt	nicht umgesetzt	fehlend
Ambulante Psychotherapie	134 (77.01)	84 (62.69)	41 (30.60)	9 (6.72)
Gruppentherapeutisches Angebot	65 (37.36)	19 (29.23)	45 (69.23)	1 (1.54)
Ambulante Jugendhilfemaßnahme	93 (53.45)	47 (50.54)	41 (44.09)	5 (5.38)
Teilstationäre Jugendhilfemaßnahme	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Stationäre Jugendhilfemaßnahme	23 (13.22)	5 (21.74)	15 (65.22)	3 (13.04)
Familientherapie	58 (33.33)	26 (44.83)	29 (50.00)	3 (5.17)
Home Treatment	22 (12.64)	18 (81.82)	4 (18.18)	0 (0)
Stationäre Therapie	61 (35.47)	26 (42.62)	32 (52.46)	3 (4.92)
Teilstationäre Therapie	6 (3.45)	2 (33.33)	4 (66.67)	0 (0)
Lernwerkstatt Schulverweider-Projekt	18 (10.34)	12 (66.67)	5 (27.78)	1 (5.56)

*Anmerkung.* Inanspruchnahme-Stichprobe der Spezialambulanz für Schulabsentismus (KJPP Regensburg) von 2012 bis 2018;  $N = 174$  ( $n = 99$  männlich,  $n = 75$  weiblich).

**3.1.10 Psychopharmakologische Behandlung im Verlauf**

Die Mehrheit der vorliegenden Inanspruchnahme-Stichprobe erhielt keine Medikation im Verlauf der Behandlung in der KJPP ( $n = 119$ , 68.39 %). Die Medikation mit Antidepressiva stellte die häufigste Wirkstoffgruppe in der Stichprobe dar ( $n = 47$ , 27.01 %). Eine Gesamtzahl von zehn Patienten (5.75 %) erhielten eine pharmakologische Behandlung mit Psychostimulanzien, drei der Fälle (1.72 %) bekamen Neuroleptika und jeweils zwei Patienten (1.15 %) erhielten sonstige Psychopharmaka.

**3.1.11 Dauer der Anbindung an die KJPP**

Die Patienten der Stichprobe ( $N = 174$ ) blieben im Mittel 17.14 Monate ( $SD = 17.45$ ) an die KJPP Regensburg angebunden, bei einer Spannweite von 1 bis maximal 82 Monaten Behandlungsdauer. Wobei eine so lange Behandlungsdauer nur bei zwei Patienten vorkam. Wie bereits erwähnt, wurden die Verlaufsdaten nur bis einschließlich Dezember 2018 erhoben, weshalb sich Patienten auch nach Ende des

Erfassungszeitraums noch in Behandlung befunden haben könnten. Die Dauer der Anbindung an die KJPP könnte also in einigen Fällen einen noch längeren Zeitraum als den hier erfassten betragen.

### **3.2 Komorbiditäten im Geschlechtervergleich**

Zusammenfassend wird deutlich, dass sich die Geschlechter hinsichtlich der Anzahl an Diagnosen auf den einzelnen Achsen des MAS nach ICD-10 nicht signifikant unterscheiden. Auch die Unterkategorisierung der vergebenen F-Diagnosen auf der Achse I zeigt bei beiden Geschlechtern ein sehr ähnliches Verteilungsmuster der Diagnosegruppen (F1x.x-F9x.x). Wie bereits erwähnt, konnte bezüglich der zweithäufigsten vergebenen Einzeldiagnose, der emotionalen Störung des Kindesalters mit Trennungsangst (F93.0), ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit kleinem Effekt zum Geschlecht aufgezeigt werden. So lag die beobachtete Häufigkeit dieser Diagnose bei den weiblichen Patienten im Gegensatz zu den männlichen Patienten über dem erwarteten Wert. Durch die niedrige Stichprobengröße mit dieser Diagnose, ist auf ein nur bedingtes Ausmaß an Interpretationsmöglichkeit hinzuweisen.

Ein statistisch signifikanter Unterschied mittlerer Effektstärke ( $r = .32$ ) konnte jedoch im Hinblick auf die durchschnittliche Anzahl externalisierender Störungsbilder zwischen den Geschlechtern festgestellt werden. Demnach lag die durchschnittliche Anzahl externalisierender Diagnosen bei den männlichen Patienten statistisch signifikant über der mittleren Anzahl bei den weiblichen Patienten der erhobenen Stichprobe. Hinsichtlich der durchschnittlichen Zahl internalisierender Störungsbilder ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern.

### **3.3 Korrelationen mit Fehltagsrängen**

Die Kendalls- $\tau$ -b Korrelation zeigte eine signifikante negative Korrelation mit geringer Effektstärke zwischen dem Alter und den Fehltagen in Rängen bei Ersttermin ( $\tau(163) = -.16, p = .010$ ). Dies bedeutet, dass ein steigendes Alter der Kinder und Jugendliche mit durchschnittlich mehr Fehltagen (einem niedrigerem Fehltagsrang) einherging.

Zwischen dem IQ-Wert und den Fehltagen in Rängen bei Ersttermin gab es einen positiven statistischen Zusammenhang geringer Effektstärke nach Cohen

( $\tau(158) = .14, p = .030$ ). Somit zeigten Kinder und Jugendlichen der Inanspruchnahme-Stichprobe mit höherem Intelligenzquotienten signifikant weniger Fehltag (einen höheren Fehltagrang) als solche mit niedrigerem IQ-Wert.

Es konnte keine signifikante Korrelation zwischen der Summe der Achse I Diagnosen und den Fehltagen in Rängen bei Ersttermin in der Kendalls- $\tau$ -b Korrelation gezeigt werden ( $\tau(163) = -.76, p = .300$ ). Es bestand die Annahme, dass Kinder und Jugendliche mit einer höheren Anzahl an F-Diagnosen einem höheren Fehlzeitenrang zugeordnet werden könnten. Ebenso konnte keine signifikante Korrelation zwischen der Summe der Achse II Diagnosen und den Fehltagen in Rängen bei Ersttermin in der Kendalls- $\tau$ -b Korrelation aufgezeigt werden ( $\tau(163) = .10, p = .190$ ). Auch bei der Summe der Achse V Merkmale und den Fehltagsträngen zeigte sich keine signifikante Korrelation ( $\tau(163) = .03, p = .710$ ). Auch hier bestand die Annahme, dass bei erhöhter Anzahl an umschriebenen Entwicklungsstörungen sowie assoziierten abnormen psychosozialen Umständen ein Zusammenhang zu einem niedrigeren Fehlzeitrang (mehr Fehltagen) bestünde.

### 3.4 Ordinale Regression

Eine ordinale Regression wurde durchgeführt, um den Einfluss der oben genannten Prädiktorvariablen auf die abhängige Variable des Fehlzeitangs nach einem Jahr der kinder- und jugendpsychiatrischen Anbindung zu bestimmen. Das Modell war statistisch signifikant ( $\chi^2(1,16) = 68.87, p < .001$ ). Das Nagelkerke  $R^2$  zeigte, dass 41.80 % der Varianz im Fehlzeitrang nach einem Jahr durch die Prädiktorvariablen erklärt werden können. Signifikante Prädiktoren für den Rangauf- oder Rangabstieg nach einem Jahr sind folgende:

Das Modell benennt das Geschlecht als einflussreichsten Prädiktor auf die Rangveränderung nach einem Jahr. Männlich zu sein macht es 68.50 % unwahrscheinlicher im Rang aufzusteigen ( $\beta = -1.15, OR = 0.32$  (95%-KI[0.15, 0.67],  $p = .003$ ). Eine höhere schulische Fehlzeit vor Beginn der Therapie macht es 61.90 % wahrscheinlicher im Rang aufzusteigen ( $\beta = 0.48, OR = 1.62$  (95%-KI[1.25, 2.11],  $p = .001$ ). Patienten mit einer höheren Anzahl an Therapieempfehlungen im Rahmen der Erstdiagnostik steigen 44.70 % unwahrscheinlicher im Rang auf ( $\beta = -0.59, OR = 0.55$  (95 %-KI[0.41, 0.75],  $p = .001$ ). Insgesamt 41.90 % unwahrscheinlicher im Rang aufzusteigen ist es bei



Vorhandensein einer höheren Summe an Achse V Diagnosen ( $\beta = -0.54$ , OR = 0.58 (95%-KI[0.44, 0.76],  $p = .001$ ). Ein höherer IQ macht es dagegen um 3,00 % ( $\beta = -0.03$ , OR = 0.97 (95%-KI[0.94, 1.00],  $p = .041$ ), eine längere KJPP Anbindung um 2.60 % ( $\beta = -0.03$ , OR = 0.97 (95%-KI[0.95, 1.00],  $p = .018$ ) unwahrscheinlicher im Rang aufzusteigen. Bei Einhaltung der Therapieempfehlungen wird ein Rangaufstieg um 2.30 % wahrscheinlicher ( $\beta = 0.23$ , OR = 1.02 (95%-KI[1.01, 1.04],  $p = .001$ ). Nur wenig Einfluss hatte ein höheres Alter, dies macht es 0.10 % unwahrscheinlicher im Rang aufzusteigen ( $\beta = -0.001$ , OR = 1.00 (95%-KI[1.00, 1.00],  $p = .013$ ).

Für die Summe der Diagnosen auf Achse I ( $p = .170$ ) sowie Achse II ( $p = .231$ ), die Summe der Somatisierungssymptome ( $p = .723$ ), dem Vorliegen mehr internalisierender oder mehr externalisierender Störungsbilder ( $p = .377$ ), der Trennung der Eltern ( $p = .411$ ), einer Psychopathologie eines Geschwisterkindes ( $p = .629$ ) oder einer vorherigen Inanspruchnahme von kinder- und jugendpsychiatrischer Hilfe aufgrund von Schulvermeidung ( $p = .252$ ) stellte sich heraus, dass es sich nicht um statistisch signifikante Prädiktoren handelt.

Zur Vorhersage des mittleren Therapieerfolgs (zwei bis drei Jahre nach Therapiebeginn), zeigte sich die Stichprobengröße als zu klein für eine aussagekräftige Regression ( $n = 49$ ).

#### **4. Diskussion**

Da Schulabsentismus ein sehr relevantes Phänomen der heutigen Zeit mit teils schwerwiegenden kurz- und langfristigen Entwicklungsbeeinträchtigungen darstellt und die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken, ambulanten Kinder- und Hausarztpraxen sowie Schulen vor neue Herausforderungen stellt, war es uns ein Anliegen die Inanspruchnahme-Population unserer Spezialambulanz für Schulabsentismus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Regensburg genauer darzustellen (2,5–7,89). Im Fokus dieser Arbeit stehen die psychiatrischen Komorbiditäten beider Geschlechter, die Entwicklung der schulischen Fehlzeiten im zeitlichen Verlauf der therapeutischen Behandlung sowie die Analyse von potenziellen Prädiktorvariablen hinsichtlich der Fehlzeitrangveränderung. Nachfolgend werden die erhobenen deskriptiven Ergebnisse sowie die Ergebnisse der Forschungsfragen (siehe 1.4) diskutiert sowie anschließend Stärken und Limitationen

der vorliegenden Arbeit aufgezeigt. Zuletzt soll ein Ausblick hinsichtlich potenzieller Konsequenzen für die Klinik sowie künftiger Fragen der Forschung gegeben werden.

## **4.1 Diskussion soziodemographischer Daten und klinischer Symptomatik der Inanspruchnahme-Stichprobe**

### **4.1.1 Geschlecht und Alter**

Mit einer Stichprobengröße von  $N = 174$  Patienten konnte in der vorliegenden Studie eine recht große Zahl an schulvermeidenden Kindern und Jugendlichen retrospektiv untersucht werden. In den meisten bisherigen Studien zeigte sich eine recht ausgeglichene Aufteilung der Geschlechter (2,46). Unsere Ergebnisse zeigen vergleichbare Prozentwerte im Geschlechterverhältnis mit einem leichten Überwiegen der männlichen Patienten mit 56.90 %. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen anderer Studien zeigt sich eine hohe Prävalenz des Schulabsentismus in der Adoleszenz (2,46,56,89,90). Eine Ursache dafür könnte die in dieser Entwicklungsphase erhöhte Vulnerabilität der Heranwachenden sein (80,86). Zudem wären auch Auswirkungen durch einen als negativ oder überfordernd erlebten Schulwechsel auf die weiterführende Schule möglich (33).

### **4.1.2 Schulform**

In den Ergebnissen einiger anderer Studien zeigte sich ein hoher Anteil von Gesamt- und Mittelschulen als zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung besuchte Schulform (2,17,89,90). In Übereinstimmung zeigen auch unsere Ergebnisse ein Überwiegen von Schülern der Mittelschule mit einem Anteil von 35.06 %. Die Ergebnisse zeigen sich passend zu bisherigen Annahmen eines Zusammenhangs von Schulabsentismus mit niedrigeren schulischen Leistungen sowie niedriger schulischer Motivation (4,17,92). Bedenkt man die bereits in der Einleitung geschilderten potenziellen Konsequenzen des Schulabsentismus, so ist ein hoher Anteil von Jugendlichen mit einem schwächeren Bildungsniveau, insbesondere hinsichtlich weiterhin folgenden schulischen Lern- und Leistungsdefiziten bis hin zum großen Risiko des Scheiterns eines erfolgreichen Schulabschlusses, durchaus als kritisch zu werten (17,23,34,38,65,66,68).

### **4.1.3 Diagnosen**

#### **4.1.3.1 Achse I: Klinisch-psychiatrisches Syndrom**

Die hohe Prävalenz an (psychiatrischen) Diagnosen auf der Achse I des MAS nach ICD-10 zeigt einmal mehr die hohe Relevanz und den dringenden Behandlungs- und Unterstützungsbedarf der Kinder und Jugendlichen mit Schulabsentismus. Bei der Mehrheit der Patienten in unserer Inanspruchnahme-Stichprobe wurden mehr als eine Diagnose auf der Achse I vergeben mit einer Spannweite von bis zu fünf Diagnosen. Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen anderer Studien, welche ebenfalls Häufigkeiten von über 50,00 % für Patienten mit zwei oder mehr Diagnosen feststellen konnten (93). Die demonstrierte hohe Prävalenz an psychiatrischen Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen mit Schulabsentismus lässt auf eine hohe psychiatrische Belastung der Betroffenen schließen. Bezüglich der Häufigkeit erteilter Hauptdiagnosen in den einzelnen Diagnosegruppen auf der Achse I des MAS nach ICD-10 zeigen sich unterschiedliche Ergebnisse in der Literatur. Hilwerling et al. (89) fanden in ihrer Studie beispielsweise den größten Anteil in der F4x.x-Diagnosegruppe nach ICD-10 sowie nachfolgend im F9x.x-Kapitel nach ICD-10. In der vorliegenden Arbeit konnten bei über 60.00 % der männlichen sowie der weiblichen Patienten und somit am häufigsten mindestens eine Diagnose aus dem F9-Kapitel nach ICD-10 nachgewiesen werden. Darauf folgend zeigte sich ebenfalls eine hohe Prävalenz an F4x.x-Diagnosen sowie an F3x.x-Diagnosen.

In Hinblick auf die Verteilung der Einzeldiagnosen innerhalb der Diagnosegruppen (F1x.x-F9x.x) zeigt sich als die am häufigsten diagnostizierte Diagnose beider Geschlechter der vorliegenden Stichprobe die mittelgradige depressive Episode (F32.1). Nachfolgend zeigt sich zudem eine hohe Prävalenz der emotionalen Störung des Kindesalters mit Trennungsangst (F93.0) sowie der Diagnose der sonstigen emotionalen Störung des Kindesalters (F93.8).

Knollmann et al. (90) fanden in der Follow-Up Stichprobe ihrer Studie ebenfalls eine depressive Episode (F32.x) als meist diagnostizierte Hauptdiagnose sowie nachfolgend einen hohen Anteil der Diagnose F40.1 (Sozialphobie) und von emotionalen Störungen des Kindesalters (F93.x). Damit im Einklang stehen außerdem die Ergebnisse von Askeland et al. (94), welche in ihrer Studie in Norwegen ebenfalls einen Zusammenhang von Schulabsentismus und depressiven Symptomen feststellen konnten (94). Hilwerling et al. (89) fanden als häufigste Einzeldiagnosen wiederum Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.x) sowie des

Weiteren einen hohen Anteil an hyperkinetischen Störungen (F90.x) (43). Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts wurden dabei nicht untersucht. In der vorliegenden Studie konnte zwischen den Geschlechtern weder bezüglich der Anzahl der F-Diagnosen auf Achse I des MAS nach ICD-10 noch hinsichtlich der Hauptdiagnose der mittelgradigen depressiven Episode ein statistisch signifikanter Zusammenhang festgestellt werden. Lediglich bezüglich der Diagnose der emotionalen Störung des Kindesalters mit Trennungsangst ergab sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit kleinem Effekt zum Geschlecht, nach welchem die Häufigkeit dieser Diagnose bei den weiblichen Patienten der Stichprobe höher liegt. Wobei durch eine nur geringe Fallzahl auf eine reduzierte Aussagekraft hinzuweisen ist.

#### **4.1.3.1.1 Externalisierende, internalisierende und kombinierte Störungsbilder**

Bei der Gruppierung der einzelnen Diagnosen in externalisierende, internalisierende und kombinierte Störungsbilder ergibt sich entsprechend unserer Annahme ein statistisch signifikantes Überwiegen der durchschnittlichen Anzahl externalisierender Diagnosen bei den männlichen Patienten der erhobenen Stichprobe. Auch Egger et al. (54) beschrieben ein deutliches Überwiegen der männlichen Patienten bei durch Schulschwänzen bedingtem Schulabsentismus, wobei Schulschwänzen wiederum eher in Zusammenhang mit Diagnosen aus der Gruppe externalisierender Störungsbilder steht (4). Übereinstimmend konnten zudem auch Besser et al. (51) in ihrer Stichprobe einen signifikant höheren Anteil an Jungen im Zusammenhang mit externalisierenden Diagnosen feststellen.

Im Einklang mit vorherigen Studien ergibt sich in der vorliegenden Arbeit hinsichtlich der durchschnittlichen Zahl internalisierender Störungsbilder kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern (54).

In der Literatur wird teilweise auch ein hohes Vorkommen kombinierter Störungsbilder beschrieben, so benennen Knollmann et al. (2) in ihrer Stichprobe kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.x) mit einem Anteil von über 18.00 % sogar als eine der am häufigsten vorkommenden Hauptdiagnosen nach ICD-10 bei Schulabsentismus. In unserer Stichprobe zeigen sich im Vergleich nur bei insgesamt 6.90 % der Stichprobe Diagnosen aus dem Feld der kombinierten Störungsbilder.

#### **4.1.3.2 Achse II: Umschriebene Entwicklungsstörungen**

Diagnosen auf der Achse II des MAS nach ICD-10 wurden in der vorliegenden Stichprobe schulvermeidender Patienten weniger häufig vergeben. Nur 20.69 % der Patienten erhielten eine oder mehrere Diagnosen der Achse II Kategorie. Zudem ergab sich bezüglich der durchschnittlichen Anzahl umschriebener Entwicklungsstörungen kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern. Am häufigsten zeigte sich insgesamt die Diagnose F81.0 (Lese- und Rechtschreibstörung). Die Häufigkeit und Bedeutung von Diagnosen auf der Achse II bei schulvermeidenden Patienten wird in der bisherigen Literatur insgesamt nur wenig beschrieben (9).

Naylor et al. (95) konnten in ihrer Studie 1994 signifikant mehr Lern- und Sprachstörungen bei schulabsenten depressiven Jugendlichen feststellen als in der Kontrollgruppe (9). Mit ihren Ergebnissen konnte demnach ein höheres gemeinsames Auftreten der umschriebenen Entwicklungsstörungen bei depressiven Jugendlichen mit schulvermeidender Symptomatik aufgezeigt werden, jedoch kein klarer Kausalzusammenhang (95). Da in der vorliegenden Studie keine Kontrollgruppe vorliegt, kann zu den Ergebnissen von Naylor et al. (95) kein Vergleich gezogen werden.

#### **4.1.3.3 Achse III: Intelligenzniveau**

In der vorliegenden Arbeit zeigt sich bei den meisten Patienten (70.35 %) ein IQ-Wert im durchschnittlichen Bereich zwischen 85 und 114. Weiterhin wurde in der Stichprobe eine unterdurchschnittliche Intelligenz häufiger als eine überdurchschnittliche Intelligenz diagnostiziert. Zwischen den Geschlechtern ergibt sich dabei ebenfalls kein statistisch signifikanter Unterschied in Hinblick auf den IQ- Wert. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den Prävalenzen, welche Walter et al. (93) in ihrer Studie veröffentlichten. Knollmann et al. (17) berichten 2010 auf Grundlage von eigenen Erhebungen sogar von Ergebnissen mit einem Anteil von fast 40,00 % Patienten mit einem Intelligenzquotienten unterhalb des Durchschnittsbereichs.

Mögliche Gründe dafür könnten in einer dem Intelligenzniveau des jeweiligen Schülers nicht adäquat entsprechenden Schulform liegen, weshalb es zu individuellen Lernschwierigkeiten der Kinder und Jugendlichen kommen könnte. Daraus resultierend könnte sich gegebenenfalls häufiger ein Schulabsentismus entwickeln (17).

#### **4.1.3.4 Achse IV: Körperliche Symptomatik**

In der vorliegenden Studie erhielten 55,75 % der Patienten eine oder mehrere Diagnosen nach ICD-10 für körperliche Erkrankungen bzw. Gegebenheiten auf der Achse IV. Am häufigsten zeigten sich die Diagnosen einer Fehlsichtigkeit sowie nachfolgend einer Adipositas. Die jeweiligen Body-Mass-Index-Werte konnten retrospektiv leider nicht generiert werden. Übereinstimmend beschrieben Geier et al. (96) bereits 2007 eine signifikant höhere schulische Fehlzeit bei übergewichtigen Kindern im Vergleich zu normalgewichtigen Kindern. Ein durch Übergewicht möglicherweise vermindertes Selbstwertgefühl könnte ursächlich für einen beginnenden Schulabsentismus stehen. Ebenso sind Schwierigkeiten eines regelhaften Schulbesuches nach einer längerfristigen Abwesenheit bedingt durch beispielsweise eine Verletzung denkbar, weshalb eine körperliche Diagnose durchaus einen potenziellen individuellen Risikofaktor für schulvermeidendes Verhalten darstellen könnte.

Weitaus häufiger wird in der Literatur Bezug auf eine nicht organisch begründete körperliche Begleitsymptomatik bei Schulabsentismus genommen. Häufig verbirgt sich hinter dem Grund einer durch eine rein medizinische Erkrankung bedingten schulischen Abwesenheit eine eher funktionelle oder psychosomatische Beschwerdesymptomatik (4). Die Prävalenz psychosomatischer Beschwerden in der Adoleszenz zeigt sich zunehmend und beeinflusst dabei häufig auch die Alltagsbewältigung, wie beispielsweise den Schulbesuch der Jugendlichen (56,96). Die Ergebnisse unserer Studie spiegeln dies deutlich wider, so zeigt sich eine somatische Beschwerdesymptomatik als am häufigsten genannter subjektiver Grund für Schulabsentismus bei beiden Geschlechtern. Insgesamt wiesen über zwei Drittel (71,26 %) unserer Inanspruchnahme-Stichprobe eine subjektive körperliche Beschwerdesymptomatik in Verbindung mit dem Schulabsentismus auf. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Havik et al. (56), welche subjektive Gesundheitsprobleme ebenfalls als meist genannten Grund für schulisches Fehlen aufzeigen konnten. Entsprechend beschrieben auch Egger et al. (54) bereits im Jahr 2003 ein hohes Vorkommen an körperlichen Begleitbeschwerden bei Schülern mit Schulabsentismus, so zeigten sich in ihrer Studie somatische Beschwerden in einem Viertel der Fälle bei rein ängstlichen Kindern und Jugendlichen und bei über 40,00 % der gemischten Gruppe. Bei schwänzenden Jugendlichen zeigte sich die subjektive Beschwerdesymptomatik laut Egger et al. (54) hingegen kaum. Signifikante

Unterschiede hinsichtlich Alter und Geschlecht zeigten sich nicht (54). Stamm et al. (73) heben dagegen gerade bei schwänzenden Jugendlichen insbesondere männlichen Geschlechts eine höhere Prävalenz an körperlicher Symptomatik hervor. Da in der vorliegenden Studie keine Unterteilung in verschiedene Unterformen des Schulabsentismus vorgenommen werden konnte, kann diesbezüglich kein Vergleich zu unseren Daten stattfinden. Am häufigsten zeigte sich in unserer Stichprobe eine gastrointestinale Symptomatik, insbesondere Abdominalschmerzen und Nausea. Nachfolgend wurden mit einer Häufigkeit von jeweils über 20.00 % eine Kopfschmerzsymptomatik und Schlafschwierigkeiten genannt. Vergleichbar mit unseren Ergebnissen führen Hilwerling et al. (89) eine körperliche Symptomatik mit Kopf- und Bauchschmerzen ebenfalls als häufige Vorstufe des Schulabsentismus an. Auch Simonsson et al. (97) beschrieben in ihrer Studie Kopf- und Bauchschmerzen als am häufigsten vorkommende psychosomatische Beschwerden im Kindes- und Jugendalter, welche einen wichtigen Faktor auf die schulische Anwesenheit haben könnten (56).

#### **4.1.3.5 Achse V: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände**

Eine häufige Kodierung assoziierter aktueller abnormer psychosozialer Umstände in der vorliegenden Studie lassen einen ebenfalls wichtigen Stellenwert bezüglich des Schulabsentismus vermuten. Über 40.00 % der Patienten erhielten die Kodierung für eine inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation. Das hohe Vorkommen in der Inanspruchnahme-Stichprobe unterstützt die Ausführungen bereits vorhandener Ergebnisse in der Literatur, dass eine dysfunktionale Familieninteraktion durchaus als Risikofaktor für schulabsentes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen gilt (35,38,39). Fast ebenso häufig (39.66 %) zeigten sich elterliche Psychopathologien oder ein abweichendes Verhalten eines Elternteils in der vorliegenden Studie. Auch dieses Ergebnis reiht sich passend in bisherige Erkenntnisse zum Risikoprofil von schulvermeidenden Kindern und Jugendlichen ein, so treten elterliche Psychopathologien häufiger bei schulabsenten Schülern auf als bei Kindern und Jugendlichen, die regelmäßig die Schule besuchen (22,33). Bei Walter et al. (93) findet sich bei über 60.00 % der Studienpatienten mindestens ein Familienmitglied mit einer Psychopathologie. Eine nähere Präzisierung der Familienmitglieder liegt nicht vor. Addiert man die in unserer Studie erhobene Häufigkeit an geschwisterlichen Psychopathologien (18.39 %) zu den erhobenen elterlichen Psychopathologien bei den

Studienteilnehmern, so zeigt sich vergleichend zur Studie von Walter et al. (93) ein ähnlich hoher Gesamtprozentsatz. Es wird angenommen, dass womöglich durch eine elterliche Psychopathologie keine ausreichende Unterstützung der Kinder und Jugendlichen bei bevorstehendem Schulabsentismus gewährleistet werden kann (22,33). Ebenso könnte dies der Fall sein bei elterlichen Beziehungsproblemen bis hin zu Trennung und Scheidung. In der vorliegenden Stichprobe waren die Eltern in 40.23 % der Fälle nicht mehr in einer Partnerschaft, bei 21.84 % wurde eine Disharmonie in der Familie zwischen den Erwachsenen kodiert. Walter et al. (93) zeigten in ihrer Studie mit knapp 60.00 % getrennter Eltern sogar einen noch höheren Wert auf. Diese Ergebnisse entsprechen den Schlussfolgerungen vorheriger Literatur, in welcher ein erhöhtes Vorkommen von Schulabsentismus bei Kindern alleinerziehender Eltern beschrieben wird (4, 40).

#### **4.1.3.6 Achse VI: Psychosoziales Funktionsniveau**

Das psychosoziale Funktionsniveau wurde in den meisten Fällen (74.14 %) unserer Stichprobe mit einer ernsthaften sozialen Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen bewertet. Eine mäßige soziale Beeinträchtigung zeigte sich insgesamt in 18.97 % der Fälle. Diese Ergebnisse reihen sich passend in die bisherige Literatur ein, so zeigten sich bei Walter et al. (93) im Vergleich 49,10 % mit einer ernsthaften Beeinträchtigung in einem Bereich sowie 16,30 % ernsthafter Beeinträchtigung in den meisten Bereichen und 24,50 % mit einer mäßigen Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus. Es wird erneut sehr deutlich, dass Kinder und Jugendliche mit Schulabsentismus häufig beträchtliche Einschränkungen nicht nur in schulisch-beruflicher Funktion, sondern auf mehreren Funktionsebenen aufweisen (2,4,70).

#### **4.1.4 Vorherige Hilfeleistungen**

Mit 71.26 % nahm die große Mehrheit der vorliegenden Stichprobe vor der Erstdiagnostik in der KJPP bereits eine anderweitige Hilfe in Anspruch. 17.81 % haben bereits im Vorfeld anderweitig kinder- und jugendpsychiatrische Hilfe aufgrund von Schulabsentismus, 35.06 % infolge einer anderen psychiatrischen Symptomatik in Anspruch genommen. Knapp 50.00 % der Patienten benannten zudem bereits eine anderweitige, nicht therapeutische Hilfeleistung, beispielsweise das Jugendamt oder die Erziehungsberatungsstelle, konsultiert zu haben. Hilwerling et al. (89) haben in



ihrer Studie, gleichermaßen bei einer Inanspruchnahme-Stichprobe, festgestellt, dass über 90.00 % der Patienten vorab bereits einen nicht ausreichend Erfolg bringenden Psychotherapieversuch absolviert hatten. Walter et al. (93) berichten in ihrer Studie ebenfalls von einem hohen Anteil an Patienten mit vorherigen Therapieversuchen, so hatten 32,70 % bereits mindestens einen psychiatrischen stationären Aufenthalt und 30,60 % mindestens einen ambulanten Psychotherapieversuch vorzuweisen. Diese Ergebnisse stehen im Einklang miteinander und unterstreichen erneut das hohe Ausmaß der psychiatrischen Belastung vieler schulabsenter Kinder und Jugendlicher. Durch das Vorliegen einer klinischen Inanspruchnahme-Stichprobe, kann jedoch auch ein vermehrtes Vorkommen von in einem höheren Maße belasteter Jugendlicher vermutet werden.

#### **4.1.5 Therapieempfehlungen und deren Umsetzung**

Im Durchschnitt erhielten die Patienten der vorliegenden Studie 2.75 Empfehlungen zur weiterführenden Therapie. In den meisten Fällen (77.01 %) wurde eine ambulante Psychotherapie empfohlen, sehr häufig in Kombination mit weiteren Empfehlungen, insbesondere einer ambulanten Jugendhilfemaßnahme. Dies macht erneut die Heterogenität des Schulabsentismus mit großer Bedeutung einer ganzheitlichen Therapie unter Einbeziehung verschiedener therapeutischer Ansätze sowie der Berücksichtigung von psychischen als auch sozialen Faktoren des Individuums deutlich. Jeweils über ein Drittel der Stichprobe erhielt die Empfehlung gruppentherapeutische Angebote oder eine stationäre Therapie wahrzunehmen. Auch eine Familientherapie wurde in 33.33 % der Fälle empfohlen. Auffallend selten (12.64 %) wurde eine ambulante aufsuchende Behandlung (Home Treatment) empfohlen, was möglicherweise darin begründet liegt, dass diese Maßnahme meist gleich zu Beginn und bereits während der Diagnostik eingesetzt wird. Eine nur äußerst selten empfohlene teilstationäre Therapie könnte sich dadurch erklären, dass der Behandler eine hohe Abwesenheit des Patienten befürchtet, da die tägliche Anfahrt in die Tagesklinik, ebenso wie der tägliche Schulweg, zu Schwierigkeiten der Teilnahme führen könnte. Insgesamt ist zudem davon auszugehen, dass in einem höheren Maße in der Klinik verfügbare Angebote und Maßnahmen zur Behandlung empfohlen werden (90). Darüber hinaus lässt eine klinische Inanspruchnahme-Stichprobe eine stärkere Repräsentation von ernsthaft psychosozial beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen vermuten (90). Der geringe Anteil an Patienten, welcher lediglich eine

Wiedervorstellung bei Bedarf und keine konkrete Therapieempfehlung erhielt, erklärt sich durch eine deutliche Besserung der vorliegenden Symptomatik während des Zeitraums der Diagnostik.

In der vorliegenden Stichprobe setzten die Mehrzahl der Fälle (73.62 %) 50.00 % oder mehr der ihnen empfohlenen Maßnahmen um. Am häufigsten wurde die Empfehlung zur ambulanten Psychotherapie von den Kindern und Jugendlichen umgesetzt. Eine sehr ähnliche Tendenz zeigt sich in den Ergebnissen der Verlaufsstudie von Knollmann et al. (90), welche ebenfalls eine hohe Umsetzung ambulanter Psychotherapie bei 73.10 % der Inanspruchnahme-Population 1,5 bis drei Jahre nach Erstvorstellung aufzeigen konnten. Im ersten Jahr nach der Erstdiagnostik zeigt sich in unserer Studie ein etwas niedrigerer Wert von 62.69 % begonnener ambulanter Psychotherapie. Nach zwei bis drei Jahren nach Erstvorstellung haben nur  $n = 10$  (7,46 %) Kinder und Jugendliche, welchen eine ambulante Psychotherapie als Behandlungsmaßnahme empfohlen wurde, noch nicht mit dieser begonnen. Jedoch zeigten sich zu diesem Zeitraum bereits 65.67 % fehlende Werte, weshalb dieser Wert nur wenig Aussagekraft generiert. Zudem gilt zu berücksichtigen, dass Knollmann et al. (90) von einer Umsetzung der Maßnahmen aller Patienten berichtet, in unserer Studie wurden jeweils nur die Subgruppen, welchen auch die jeweilige Maßnahme nach Erstdiagnostik empfohlen wurde, miteinbezogen. Bezüglich der Wahrnehmung ambulanter Jugendhilfemaßnahmen berichten Knollmann et al. (90) von circa 50.00 % Umsetzung nach 1,5 bis drei Jahren.

In der vorliegenden Studie haben rund die Hälfte (50.54 %) derer eine ambulante Jugendhilfe im ersten Jahr begonnen, denen dies in der Erstdiagnostik empfohlen wurde. Eine stationäre Jugendhilfemaßnahme wurde dagegen deutlich seltener mit einer Häufigkeit von nur 21.74 % der Fälle mit dieser Empfehlung umgesetzt.

Knollmann et al. (90) zeigen diesbezüglich weit höhere Ergebnisse auf, so kam es bei circa 20.00 % aller Kinder und Jugendlicher ihrer Stichprobe zu einer außerhäuslichen stationären Jugendhilfemaßnahme innerhalb von 1,5 bis drei Jahren nach Erstvorstellung. Da unser Ergebnis sich nur auf ein Jahr nach Erstvorstellung bezieht, ist es durchaus möglich, dass sich im weiteren Verlauf deutlich mehr Kinder und Jugendliche zeigen, welche eine stationäre Jugendhilfemaßnahme ergreifen. Es ist anzunehmen, dass von den Familien meist zunächst weniger einschneidende Maßnahmen bei mehreren vorliegenden Empfehlungen gewählt werden und eine außerhäusliche Unterbringung erst im Verlauf bei ausbleibendem Erfolg in Betracht

gezogen wird. Auch hinsichtlich der Umsetzung voll- und teilstationärer therapeutischer Maßnahmen berichten Knollmann et al. (90) über bedeutend höhere Ergebnisse. Sie konnten in ihrer Studie einen Anteil von über 80.00 % mit mindestens einer teil- oder vollstationären Therapie innerhalb von 1,5 bis drei Jahren nach Erstvorstellung darlegen (90). Fasst man bei unseren Ergebnissen ebenfalls die Teilhabe an mindestens einer teil- oder vollstationären Therapie zusammen, so ergibt sich ein Wert von nur 42.42 % im ersten Jahr. Noch nicht vorbehandelte Patienten werden vermutlich, solange es die Situation erlaubt, zunächst versuchen die ambulanten Behandlungsmaßnahmen vor einer stationären Alternative in vollem Umfang zu nutzen, daher gilt es auch hier den kürzeren Verlaufszeitraum im Vergleich zu berücksichtigen. Das in der Klinik verfügbare Home Treatment wurde als aufsuchendes Hilfsangebot in über 80.00 % der Fälle mit dieser Empfehlung häufig angenommen. Auch das Schulvermeider-Projekt der Lernwerkstatt Regensburg in Kooperation mit der KJPP wurde in zwei Drittel der Fälle mit dieser Empfehlung im ersten Jahr umgesetzt. Wie oben bereits erwähnt, werden jene im klinischen Setting verfügbaren Hilfsangebote und Therapieoptionen zur Behandlung möglicherweise häufiger empfohlen und beworben. Eine Familientherapie und innerklinische gruppentherapeutische Maßnahmen zeigen hingegen auch mit deren Empfehlung Inanspruchnahmen von unter 50.00 % im ersten Jahr. Mögliche Ursachen dafür könnten eine fehlende Aufgeschlossenheit einzelner Familienmitglieder sein, selbst an der Therapie mitzuwirken oder auch Ängste der Patienten vor therapeutischen Maßnahmen im Gruppensetting. Dies wäre insbesondere bei einem hohen Vorkommen an internalisierenden Störungsbildern denkbar.

## **4.2 Diskussion der Verlaufs-Ergebnisse im Kontext der aktuellen Studienlage**

### **4.2.1 Fehlzeiten**

In der vorliegenden Studie zeigen sich wie erwartet hohe Fehlzeiten mit durchschnittlich 2.8 Fehltagen pro Schulwoche in den vorausgegangenen drei Monaten vor Ersttermin in der KJPP. Über 70.00 % der Inanspruchnahme-Stichprobe wurde der großen Spannweite eines partiellen Schulbesuchs (10.00 % bis 90.00 %) zugeordnet, 23.03 % besuchten die Schule kaum (< 10.00 %) und nur 3,64 % der Patienten zeigten einen regelmäßigen Schulbesuch von über 90.00 % in den letzten drei Monaten. Reissner et al. (11) haben in ihrer Studie 112 schulvermeidende Kinder und Jugendliche in einer randomisiert kontrollierten Studie zu drei aufeinanderfolgenden

Zeitpunkten untersucht. Der erste Messzeitpunkt bezog sich bezüglich der schulischen Fehlzeiten auf die vorausgegangenen fünf Tage (11). Reissner et al. (11) konnten dabei im Vergleich zur vorliegenden Studie einen deutlich höheren Anteil an Patienten (60.70 % der Versuchsgruppe, 57.10 % der Kontrollgruppe) verzeichnen, welche der Kategorie eines Schulbesuchs unter 10.00 % zugeordnet wurden. Die Kategorie eines partiellen Schulbesuchs wies eine Häufigkeit von 26.80 % in der Versuchsgruppe und 23.20 % in der Kontrollgruppe auf (11). Ein regelmäßiger Schulbesuch zeigte sich in den vorherigen fünf Schultagen bei 12.50 % der Schüler aus der Versuchsgruppe sowie bei 19.60 % aus der Kontrollgruppe (11). Vergleichend zeigt sich in der vorliegenden Studie somit auch ein deutlich niedrigerer Wert für einen regelmäßigen Schulbesuch vor Ersttermin. Diese Diskrepanz ist vermutlich insbesondere durch den längeren Erhebungszeitraum von drei Monaten zu erklären. Zudem erschwert die sehr groß gewählte Kategorie des partiellen Schulbesuchs einen genaueren Vergleich der Gruppen. Knollmann et al. (90) beziehen sich in ihrer prospektiven Verlaufsstudie 2022 bezüglich der Fehlzeiterfassung auf einen Zeitraum der vorherigen zwölf Schulwochen untergliedert in die Kategorien des Fragebogens ISV (Inventar Schulvermeidendes Verhalten). Insgesamt zeigt sich ein Mittelwert von 4,54 (Skala 0-7) bei den Studienteilnehmern, welche auch im Follow-up noch erreicht wurden ( $n = 108$ ) (90). Dies entspricht einer durchschnittlichen Fehlzeit zwischen den Kategorien „sehr oft“ (13-36 Fehltage; 21.70 %-60.00 %) und „meistens“ (37-48 Fehltage; 61.70 %-80.00 %) (90). Bezieht man den von uns ermittelten Mittelwert von 2.8 Tagen pro Woche vergleichend ebenfalls auf einen Zeitraum von zwölf Wochen, dann ergibt sich mit durchschnittlich 33.6 Schultagen ohne Anwesenheit ein sehr ähnliches Ergebnis.

Signifikante Korrelationen zu den Fehltagen in Rängen bei Ersttermin zeigten sich in unserer Studie durchweg nur mit geringer Effektstärke. Kinder und Jugendliche jüngeren Alters wiesen statistisch signifikant einen höheren Fehltagsrang auf als Ältere. Dies bedeutet, dass ein steigendes Alter mit durchschnittlich mehr Fehltagen einhergeht und zeigt sich im Einklang mit bisherigen Ergebnissen in der Literatur, welche eine Zunahme von Schulabsentismus in der Adoleszenz beschreiben (2,46,56,89,90). Auch der IQ-Wert (Achse III des MAS nach ICD-10) kennzeichnet sich durch einen statistischen Zusammenhang zu den Fehltagen, so zeigten die Kinder und Jugendlichen der Inanspruchnahme-Stichprobe mit höherem Intelligenzquotienten signifikant weniger Fehltage (höherer Fehltagsrang) als solche mit niedrigerem IQ-

Wert. Gubbels et al. (23) untersuchten in ihrer Metaanalyse 2019 Risikofaktoren im Zusammenhang mit Schulabsentismus und konnten dabei ebenfalls einen statistischen Zusammenhang niedriger Effektstärke eines niedrigen Intelligenzquotienten zu Schulabsentismus feststellen. Wie bereits erwähnt, stellten auch weitere Studien Zusammenhänge niedriger IQ-Werte zu Schulabsentismus dar, weshalb sich unser Ergebnis gut in die bestehende Literatur eingliedert (17,92). Weitere Annahmen eines signifikanten Zusammenhangs der Fehltage und der Summe an Achse I-, Achse II- oder Achse V-Diagnosen konnten nicht bestätigt werden. Es wurde angenommen, dass bei erhöhter Anzahl an psychiatrischen Diagnosen, umschriebenen Entwicklungsstörungen sowie assoziierten abnormen psychosozialen Umständen ein Zusammenhang zu einem niedrigeren Fehlzeitrang (mehr Fehltagen) bestünde. Dies legt erneut nahe, dass es sich bei dem Phänomen Schulabsentismus um ein sich sehr heterogen präsentierendes Patientengut handelt (90).

Betrachtet man den weiteren Verlauf der Fehltage, so ergab sich in der vorliegenden Studie im Mittel eine statistisch signifikante Rangverbesserung im ersten Jahr. 34.64 % der Patienten konnten sich in der Rangzuordnung verbessern und somit die Schule mehr als zuvor besuchen. Die Anzahl der Patienten mit regelmäßigem Schulbesuch von über 90.00 % stieg auf 26.88 %. Bei knapp der Hälfte der Patienten konnte keine Veränderung des Ranges verzeichnet werden, wobei erneut die sehr große Range des mittleren Ranges (partieller Schulbesuch von 10.00 % bis 90.00 %) als mitursächlich zu betrachten gilt, da potenzielle kleinere Veränderungen so nicht ausreichend erfasst werden konnten. Der Anteil derer, welche nur einen geringen Schulbesuch von unter 10.00 % aufwiesen, zeigte sich entgegen den Erwartungen sogar leicht steigend zum Vorwert. Bei genauerer Betrachtung dieser Patienten wird jedoch deutlich, dass 85,37 % von ihnen die Empfehlungen aus der Erstdiagnostik nicht oder nur teilweise umgesetzt haben, was eine weiterhin hohe, beziehungsweise noch höhere Abwesenheit in Relation zur Ersterhebung erklären könnte. Betrachtet man vergleichend die Ergebnisse der Follow-up Untersuchung nach zwölf Monaten der Studie von Reissner et al. (11), so werden in ihrer Studie deutlich höhere Veränderungen ersichtlich. Die Häufigkeit der Schüler, welche die Schule regelmäßig (> 90.00 %) besuchten, wuchs in der Untersuchungsgruppe von 12.50 % auf 65.50 % (11). Divergenzen zu unseren Ergebnissen lassen sich möglicherweise durch unterschiedliche Erhebungsmethoden bei der Fehlzeiterfassung erklären. Während Reissner et al. (11) im Follow-up erneut schulische Fehlzeiten der vorausgegangenen

fünf Schultage erfragten, handelt es sich in der vorliegenden Studie um retrospektiv erfasste Fehlzeiten, welche im Verlauf nicht standardisiert erfragt wurden und somit keine absoluten Zahlenwerte für einen begrenzten vorausgegangenen Zeitraum generiert werden konnten. Zudem untersuchten Reissner et al. (11) Studienteilnehmer, welche im Untersuchungszeitraum entweder eine spezialisierte Manual-basierte multimodale Therapie oder eine herkömmliche Behandlung erhielten. In unserer Stichprobe wurden hingegen die individuellen schulischen Fehlzeiten von allen Patienten nach einem Jahr erfasst, unabhängig davon, ob sie den empfohlenen Behandlungsmaßnahmen auch nachgekommen sind. Knollmann et al. (90) konnten aus den erhobenen Daten ihrer katamnestischen Untersuchung nach 1,5 bis drei Jahren im Rahmen eines Elterninterviews darauf schließen, dass nur noch bei einem Drittel ihrer Studienteilnehmer deutliche (8.30 %-20.00 %) oder massive (21.70 %-100.00 %) Fehlzeiten beim Schulbesuch aufgetreten sind. Dies zeigt sich im Einklang mit den Ergebnissen von Reissner et al. (11). Betrachtet man vergleichend einen längeren Verlaufszeitraum von zwei bis drei Jahren nach Erstdiagnostik, dann zeigt sich auch in unseren Werten im Mittel eine weitere statistisch signifikante Verbesserung der Ränge und damit des Schulbesuchs. Jedoch weisen weiterhin 64,29 % der Studienteilnehmer keinen regelmäßigen Schulbesuch von über 90.00 % auf, wobei hierbei eine hohe Zahl fehlender Werte zu berücksichtigen ist. Es kann jedoch vermutet werden, dass unter den fehlenden Werten vermehrt die im Verlauf im Schulbesuch gebesserten Patienten vorzufinden sind, da diese durch einen sinkenden Bedarf an Hilfeleistungen mutmaßlich weniger häufig vorstellig wurden als weiterhin schulabsente Patienten.

#### **4.2.2 Verlaufsprädiktoren**

Nur wenig bisher verfügbare Literatur in Form von Verlaufsstudien zu potenziellen Prädiktorvariablen erschwerten hier die Vergleichsmöglichkeiten. In der vorliegenden Arbeit ergab die Analyse möglicher Verlaufsprädiktoren das Geschlecht als einflussreichsten signifikanten Prädiktor auf die Rangveränderung nach einem Jahr. Männlich zu sein machte es 68.50 % unwahrscheinlicher im Rang aufzusteigen. Es ist zu vermuten, dass ein höherer Anteil an externalisierenden Diagnosen bei männlichen Patienten maßgebend zu diesem Ergebnis beiträgt (51). Knollmann et al. (90) untersuchten in ihrer Verlaufsstudie einige Variablen auf ihren potenziellen Einfluss auf den Schulbesuch nach 1,5 bis drei Jahren und konnten dabei feststellen, dass sich

eine diagnostizierte Störung des Sozialverhaltens (externalisierendes Störungsbild) als prognostisch ungünstig erwies. Oppositionelles, aufsässiges Verhalten könnte unter anderem durch mangelnde Compliance maßgeblich dazu beitragen (90). Das Alter, das Geschlecht und auch der individuelle Umfang der schulischen Fehlzeiten erwiesen sich bei Knollmann et al. (90) als nicht statistisch signifikante Verlaufsprädiktoren. In der vorliegenden Studie zeigte dahingegen auch das Ausmaß an schulischer Fehlzeit zum Zeitpunkt der Ersterhebung einen Vorhersagewert, wonach eine höhere Fehlzeit es deutlich wahrscheinlicher macht im Rang aufzusteigen und somit im Verlauf weniger schulische Fehltage aufzuweisen. Dies mag auch darin begründet sein, dass bei einem hohen Ausmaß an Fehlzeiten auch mehr Potenzial zur Verbesserung eingeräumt werden kann. Des Weiteren zeigte sich in unserer Studie auch die Anzahl an Therapieempfehlungen als signifikanter Prädiktor auf die schulische Fehlzeit im Verlauf, mehr Empfehlungen machten es demnach zu 44.70 % unwahrscheinlicher nach einem Jahr im Rang aufzusteigen. Es lässt sich vermuten, dass es sich bei Patienten mit vielen Therapieempfehlungen um eher schwere Kasus handelt und somit Patienten, die sich gegebenenfalls schwerer tun entsprechende Empfehlungen umzusetzen oder auch durch mehr ausgesprochene Empfehlungen in eine Überforderung geraten.

Die Summe an Achse V Diagnosen stellte sich darüber hinaus als signifikanter Verlaufsprädiktor heraus, eine höhere Summe machte einen Rangaufstieg um 41.90 % unwahrscheinlicher. Auch in der Literatur werden bessere Therapieerfolge mit einer geringeren psychosozialen Belastung sowie Komorbidität assoziiert (9). Somit steht die Summe der Achse V Diagnosen zwar in keiner signifikanten Korrelation zum Fehlzeitrang zu Beginn, allerdings scheint sie jedoch als Vorhersagevariable Einfluss auf den Fehlzeitrang im Verlauf zu nehmen.

Bei einer Vielzahl an weiteren Variablen konnten in unserer Studie einhergehend mit der bisherigen Literatur keine oder nur schwach ausgeprägte Effekte herausgearbeitet werden (90). Zur Vorhersage des mittleren Therapieerfolgs (zwei bis drei Jahre nach Therapiebeginn), zeigte sich die Stichprobengröße durch eine Vielzahl fehlender Werte als zu klein für eine aussagekräftige Regression.

#### **4.3 Limitationen und Stärken der Arbeit**

Eine wesentliche Limitation der vorliegenden Arbeit stellt die retrospektive Datenerhebung dar. Es wurden die Daten verschiedener Untersucher ausgewertet,

deren Dokumentation und Vorgehensweise sich im Rahmen der Erstdiagnostik sowie der Verlaufstermine teilweise stark unterschied. Einige Variablen wurden nicht standardisiert erfragt sowie unterschiedlich präzise dokumentiert, weshalb es zu fehlenden Werten, beispielsweise bei der Auswertung der exakten schulischen Fehlzeit kam oder andere Variablen sowie mögliche Verlaufsprädiktoren gar nicht erst erhoben wurden. Limitierend wirkt sich zudem eine fehlende Katamnese zu einem definierten Zeitpunkt aus, sodass sich insbesondere in der Verlaufsdokumentation zunehmend fehlende Werte zeigten, wodurch ein potenzieller Bias vorliegen könnte. Wir haben keine Information darüber, ob die fehlenden Daten im Verlauf durch einen fehlenden Behandlungsbedarf bei nun regelmäßigem Schulbesuch oder aufgrund von Familien und Patienten mit besonders wenig Compliance in der Umsetzung von Hilfsmaßnahmen entstanden sind. Zusätzlich könnten nicht alle Patienten mit schulvermeidender Symptomatik im festgelegten Zeitraum erfasst worden sein, da sich die Spezialambulanz in den ersten Monaten nach Einführung womöglich erst etablieren musste, die schulvermeidende Symptomatik gegebenenfalls erst in Folgeterminen geäußert wurde oder aber auch verfügbare Termine der Schulvermeider-Spezialambulanz nicht ausreichten, um alle Patienten mit eben dieser Symptomatik abzudecken. Auch hierdurch könnte es zu einer potenziellen Verzerrung der Ergebnisse gekommen sein. Als weiterer wichtiger limitierender Faktor ist zu benennen, dass es sich um die Untersuchung einer klinischen Inanspruchnahme-Stichprobe handelt, was zu einer insgesamt eingeschränkten Repräsentativität der Ergebnisse führt. Es ist anzunehmen, dass in der Symptomatik ausgeprägtere Fälle sowie psychosozial bedeutend beeinträchtigtere Kinder und Jugendliche stärker repräsentiert dargestellt sind. (90) Des Weiteren unterliegen die schulabsenten Patienten in der vorliegenden Arbeit keiner weiteren Subgruppierung in Schulverweigerer und Schulschwänzer, weshalb die Vergleichbarkeit mit der bisherigen Literatur teilweise erschwert ist. Auch wenn somit einige Einschränkungen für eine exakte Deutung der erhobenen Ergebnisse vorliegen, sind dennoch mehrere Stärken der Arbeit zu nennen. Es handelt sich um eine große Stichprobe mit einer Vielzahl an erhobenen Variablen. Dies ermöglicht trotz eingeschränkter Repräsentativität einen detailreichen Überblick über die Eigenschaften und Komorbiditäten schulabsenter Patienten. Zusätzlich gewähren die Ergebnisse über den Verlauf des Schulbesuchs unter Betrachtung potenzieller Prädiktoren sowie festgestellter Effekte eine gute Basis für zukünftige Verlaufsstudien. Es kann zudem



ein guter Einblick in die Umsetzung der Therapieempfehlungen gegeben werden, was wiederum eine äußerst relevante Fragestellung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Patientenversorgung darstellt.

## **5. Bedeutung der Ergebnisse/Ausblick**

Die vorliegenden Daten geben einen detaillierten Überblick über die Heterogenität der untersuchten Patientengruppe sowie über die hohe Anzahl an Komorbiditäten bei schulabsenten Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Zudem konnten Einblicke über den weiteren Verlauf des Schulbesuchs nach Erstuntersuchung hervorgebracht und Effekte einzelner Verlaufsprädiktoren festgestellt werden. Für eine adäquate Patientenversorgung erscheint die stetige Kenntniserweiterung über schulvermeidende Kinder und Jugendliche äußerst relevant, insbesondere aufgrund der sich häufig sehr unterschiedlich präsentierenden Symptomatik. Spezielle Bedürfnisse müssen miteinbezogen werden, um eine ganzheitliche Behandlung unter Berücksichtigung psychischer und sozialer Faktoren zu ermöglichen und erfolgsversprechende individuelle Therapiepläne empfehlen zu können.

Zukünftig erscheinen auf den Ergebnissen basierende prospektive Verlaufsstudien repräsentativer Stichproben in standardisierter Form als durchaus sinnvoll, um mehr Informationen über den langfristigen Verlauf der Umsetzung und Effektivität psychotherapeutischer sowie psychosozialer Behandlungsmaßnahmen bei schulabsenten Patienten zu generieren. Die Untersuchung weiterer potenzieller Prädiktoren auf den Verlauf des Schulbesuchs auch in Kombination mit durchgeführten Behandlungsmaßnahmen im multimodalen Konzept sollten intensiver betrachtet werden, um aussagekräftige und repräsentative Ergebnisse für diese in der kinder- und jugendpsychiatrischen Patientenversorgung hoch relevante Thematik herauszuarbeiten. Auch wäre hier interessant die Gründe für eine individuelle gescheiterte Therapieumsetzung zu eruieren.

Für die klinische Praxis erscheint des Weiteren eine voranschreitende Sensibilisierung für die Symptomatik psychiatrischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung äußerst wichtig, um potenzielle Risiken als Eltern, Lehrkräfte oder in der ambulanten kinder- und hausärztlichen Versorgung frühzeitig zu erkennen und intervenieren zu können. Künftige Fortschritte in der frühen Intervention und Prävention scheinen von wesentlicher Bedeutung zu sein, um schwerwiegende kurz- und langfristige

Konsequenzen des Schulabsentismus zu minimieren oder gänzlich abwenden zu können (56).

## **6. Zusammenfassung**

In der vorliegenden Arbeit wurde eine klinische Inanspruchnahme-Stichprobe von Kindern und Jugendlichen, welche in den Jahren 2012 bis 2018 die Spezialambulanz für schulvermeidendes Verhalten der KJPP Regensburg aufsuchten, evaluiert. Insbesondere wurde die Stichprobe hinsichtlich psychiatrischer Komorbiditäten im Geschlechtervergleich und möglicher Verlaufsprädiktoren genauer untersucht. Die Daten wurden retrospektiv auf der Basis von elektronischen Patientenakten erhoben, wobei sich insgesamt eine Stichprobengröße von  $N = 174$  ( $n = 99$  männlich,  $n = 75$  weiblich) Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 17 Jahren ergab. Durch eine bei jedem Patienten regelhaft durchgeführte Erstdiagnostik in der Spezialambulanz konnten soziodemographische Daten sowie die klinische Symptomatik der Stichprobe detailliert herausgearbeitet und auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern untersucht werden. Zur Analyse des zeitlichen Verlaufs der schulischen Fehlzeiten der Patienten wurde die durchschnittliche Fehlzeit pro Schulwoche der letzten drei Monate errechnet und nachfolgend in drei Ränge gegliedert. Die Rangeinteilung erfolgte angelehnt an Reissner et al. (11) in einen geringen Schulbesuch (<10.00 %), einen partiellen Schulbesuch (10.00 %-90.00 %) und einen regelmäßigen Schulbesuch (>90.00 %) und wurde zu drei Zeitpunkten (nach einem Jahr, nach zwei bis drei Jahren, ab dem dritten Jahr) nach Behandlungsbeginn in der KJPP herausgearbeitet. Insgesamt ergab sich in der vorliegenden Studie im Mittel eine statistisch signifikante Rangverbesserung bei 34.64 % der Patienten im ersten Jahr. Entgegen den Erwartungen stieg im ersten Jahr zwar auch der Anteil derer, welche nur einen geringen Schulbesuch von unter 10.00 % aufwiesen. Bei einem Großteil dieser Patienten wurde jedoch eine große Compliance-Problematik hinsichtlich der Einhaltung der Therapieempfehlungen deutlich. Als potenzielle Prädiktoren für den Verlauf des Schulbesuchs wurden neben dem Alter und dem Geschlecht beispielsweise das Ausmaß schulischer Fehlzeit zum Zeitpunkt der Ersterhebung, die Diagnosen, die Summe der Therapieempfehlungen und deren prozentuale Einhaltung nach Erstdiagnostik untersucht. Die Ergebnisse zeigen das Geschlecht als einflussreichsten signifikanten Prädiktor auf die Rangveränderung nach einem Jahr. Männlich zu sein machte es 68.50 % unwahrscheinlicher im Rang aufzusteigen und

somit im Verlauf weniger schulische Fehltage aufzuweisen. Ebenso konnte auch bei einer höheren Anzahl an Therapieempfehlungen im Rahmen der Erstdiagnostik ein um 44.70 % unwahrscheinlicheres Aufsteigen im Rang aufgezeigt werden. Insgesamt 41.90 % unwahrscheinlicher machte es das Vorhandensein einer höheren Summe an Achse V Diagnosen im Rang aufzusteigen. Die Wahrscheinlichkeit eines Rangaufstiegs nach einem Jahr erhöhte sich hingegen um 61.90 % bei einem höheren Umfang an Fehltagen vor Beginn der Therapie. Bei mehreren weiteren Variablen konnten keine oder nur schwach ausgeprägte Effekte herausgearbeitet werden. Zu den weiteren Erhebungszeitpunkten (nach zwei bis drei Jahren und ab dem dritten Jahr) zeigte sich die Stichprobengröße durch eine Vielzahl fehlender Werte als zu klein für eine aussagekräftige Regression. Hinsichtlich der Komorbiditäten stellte sich eine hohe Prävalenz an psychiatrischen Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen mit Schulabsentismus dar. Die durchschnittliche Anzahl externalisierender Diagnosen lag dabei bei den männlichen Patienten statistisch signifikant über der mittleren Anzahl bei den weiblichen Patienten. Insgesamt konnten jedoch keine erheblichen signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern herausgearbeitet werden. So zeigte sich im Hinblick auf die Anzahl an Diagnosen auf den einzelnen Achsen des MAS nach ICD-10 kein statistisch signifikanter Zusammenhang sowie ein insgesamt sehr ähnliches Verteilungsmuster der Diagnosegruppen (F1x.x-F9x.x) bei beiden Geschlechtern. Die Ergebnisse verweisen in der Gesamtheit dennoch auf ein sich sehr heterogen präsentierendes Patienten Klientel und unterstreichen die hohe Relevanz des Schulabsentismus in der kinder- und jugendpsychiatrischen Patientenversorgung.

## 7. Literaturverzeichnis

1. Tonge BJ, Silverman WK. Reflections on the Field of School Attendance Problems: For the Times They Are a-Changing? *Cogn Behav Pract*. 2019;26(1):119–26.
2. Knollmann M, Sicking A, Hebebrand J, Reissner V. Die Einschätzungsskala der Schulverweigerung: Psychometrische Gütekriterien und Validierung einer modifizierten Version. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2017;45(4):265–80.
3. Martin R, Benoit JP, Moro MR, Benoit L. A Qualitative Study of Misconceptions Among School Personnel About Absenteeism of Children From Immigrant Families. *Front Psychiatry*. 2020;11:202.
4. Lenzen C, Brunner R, Resch F. Schulabsentismus: Entwicklungen und fortbestehende herausforderungen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2016;44(2):101–11.
5. Heyne D, Gren-Landell M, Melvin G, Gentle-Genitty C. Differentiation Between School Attendance Problems: Why and How? *Cogn Behav Pract*. 2019;26(1):8–34.
6. Smerillo NE, Reynolds AJ, Temple JA, Ou SR. Chronic absence, eighth-grade achievement, and high school attainment in the Chicago Longitudinal Study. *J Sch Psychol*. April 2018;67:163–78.
7. González C, Díaz-Herrero Á, Sanmartín R, Vicent M, Fernández-Sogorb A, García-Fernández JM. Testing the Functional Profiles of School Refusal Behavior and Clarifying Their Relationship With School Anxiety. *Front Public Heal*. 2020;8:598915.
8. Kearney CA, González C, Graczyk PA, Fornander MJ. Reconciling Contemporary Approaches to School Attendance and School Absenteeism: Toward Promotion and Nimble Response, Global Policy Review and Implementation, and Future Adaptability (Part 1). *Front Psychol*. 2019;10:2222.
9. Lehmkuhl U, Lehmkuhl G. Schulverweigerung Ein heterogenes Störungsbild. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*. 2004;47:890–5.
10. Lenzen C, Fischer G, Jentzsch A, Kaess M, Parzer P, Carli V, et al. Schulabsentismus in Deutschland – Die Prävalenz von entschuldigten und unentschuldigten Fehlzeiten und ihre Korrelation mit emotionalen und

- Verhaltensauffälligkeiten. *Prax Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 2013;62(8):570–82.
11. Reissner V, Jost D, Krahn U, Knollmann M, Weschenfelder AK, Neumann A, et al. Therapie von Schulverweidern mit psychiatrischen Erkrankungen: Eine randomisiert-kontrollierte Studie. *Dtsch Arztebl Int*. 2015;112:655–62.
  12. Kiani C, Otero K, Taufique S, Ivanov I. Chronic Absenteeism: A Brief Review of Causes, Course and Treatment. *Adolesc Psychiatry*. 2018;8(3):214–30.
  13. Heckner T. Schulverweigerung als individuelle entwicklungsbezogene Bewältigungsstrategie zwischen Risikoverhalten und Resilienzbildung [Dissertation]. Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln; 2012.
  14. Elliott JG, Place M. Practitioner Review: School refusal: developments in conceptualisation and treatment since 2000. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2019;60(1):4–15.
  15. Heyne D. Developments in Classification, Identification, and Intervention for School Refusal and Other Attendance Problems: Introduction to the Special Series. *Cogn Behav Pract*. 2019;26(1):1–7.
  16. Kearney CA. An interdisciplinary model of school absenteeism in youth to inform professional practice and public policy. *Educ Psychol Rev*. 2008;20:257–82.
  17. Knollmann M, Knoll S, Reissner V, Metzelaars J, Hebebrand J. School Avoidance From the Point of View of Child and Adolescent Psychiatry. *Dtsch Arztebl Int*. 2010;107(4):43–9.
  18. Sutphen RD, Ford JP, Flaherty C. Truancy interventions: A review of the research literature. *Res Soc Work Pract*. 2010;20(2):161–71.
  19. Inglés CJ, González-Maciá C, García-Fernández JM, Vicent M, Martínez-Monteagudo MC. Current status of research on school refusal. *Eur J Educ Psychol*. 2015;8(1):37–52.
  20. Kearney CA, Graczyk PA. A Multidimensional, Multi-tiered System of Supports Model to Promote School Attendance and Address School Absenteeism. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2020;23(3):316–37.
  21. Ek H, Eriksson R. Psychological Factors Behind Truancy, School Phobia, and School Refusal: A Literature Study. *Child Fam Behav Ther*. 2013;35(3):228–48.
  22. Valdebenito S, Eisner M, Farrington DP, Ttofi MM, Sutherland A. School-based interventions for reducing disciplinary school exclusion: a systematic review. *Campbell Syst Rev*. 2018:1.

23. Gubbels J, van der Put CE, Assink M. Risk Factors for School Absenteeism and Dropout: A Meta-Analytic Review. *J Youth Adolesc.* 2019;48(9):1637–67.
24. Reissner V, Knollmann M, Spie S, Jost D, Neumann A, Hebebrand J. Modular Treatment for Children and Adolescents With Problematic School Absenteeism: Development and Description of a Program in Germany. *Cogn Behav Pract.* 2019;26(1):63–74.
25. Kearney CA. Identifying the Function of School Refusal Behavior: A Revision of the School Refusal Assessment Scale. *J Psychopathol Behav Assess.* 2002;24(4):235–45.
26. Knollmann M, Reissner V, Hebebrand J. Towards a comprehensive assessment of school absenteeism: development and initial validation of the inventory of school attendance problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2019;28:399–414.
27. Martin R, Benoit JP, Moro MR, Benoit L. School Refusal or Truancy? A Qualitative Study of Misconceptions Among School Personnel About Absenteeism of Children From Immigrant Families. *Front Psychiatry.* 2020;11:202
28. Dube SR, Orpinas P. Understanding excessive school absenteeism as school refusal behavior. *Child Sch.* 2009;31(2):87–95.
29. Mauro CF, Machell KA. When children and adolescents do not go to school: Terminology, technology, and trends. In: *Pediatric Anxiety Disorders.* Academic Press; 2019. S. 439–460.
30. Thastum M, Johnsen DB, Silverman WK, Jeppesen P, Heyne DA, Lomholt JJ. The Back2School modular cognitive behavioral intervention for youths with problematic school absenteeism: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2019;20:29.
31. Magoon MA, Critchfield TS, Merrill D, Newland MC, Schneider WJ. Are positive and negative reinforcement “different”? Insights from a free-operant differential outcomes effect. *J Exp Anal Behav.* 2017;107(1):39–64.
32. Kölch M, Rassenhofer M, Fegert JM. (Hrsg.) *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie.* 3. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2020.
33. Ingul JM, Havik T, Heyne D. Emerging School Refusal: A School-Based Framework for Identifying Early Signs and Risk Factors. *Cogn Behav Pract.* 2019;26(1):46–62.

34. Maynard BR, Heyne D, Brendel KE, Bulanda JJ, Thompson AM, Pigott TD. Treatment for School Refusal Among Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Res Soc Work Pract.* 2018;28(1):56–67.
35. King N, Ollendick TH, Tonge BJ, Heyne D, Pritchard M, Rollings S, et al. School refusal: An overview. *Behav Chang.* 1998;15(1):5–15.
36. Hochadel J, Frölich J, Wiater A, Lehmkuhl G, Fricke-Oerkermann L. Prevalence of sleep problems and relationship between sleep problems and school refusal behavior in school-aged children in children's and parents' ratings. *Psychopathology.* 2014;47(2):119–26.
37. Baker M, Bishop FL. Out of school: a phenomenological exploration of extended non-attendance. *Educ Psychol Pract.* 2015;31(4):354–68.
38. González C, Díaz-Herrero Á, Sanmartín R, Vicent M, Pérez-Sánchez AM, García-Fernández JM. Identifying risk profiles of school refusal behavior: Differences in social anxiety and family functioning among spanish adolescents. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(19):3731.
39. Lewandowski AS, Palermo TM, Stinson J, Handley S, Chambers CT. Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain. *J Pain.* 2010;11(11):1027–38.
40. Ingul JM, Nordahl HM. Anxiety as a risk factor for school absenteeism: What differentiates anxious school attenders from non-attenders? *Ann Gen Psychiatry.* 2013;12(1):25.
41. Walter D, Hautmann C, Lehmkuhl G, Döpfner M. Langzeitstabilität nach stationärer verhaltenstherapie bei jugendlichen mit ängstlich-depressivem schulabsentismus. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 2013;62(8):583–97.
42. Stegemann T, Stellermann-Strehlow K. Multiaxiales Klassifikationsschema (MAS). In: Leucht S, Förstl H, Hrsg. *Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie*, 2. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2018.
43. Remschmidt H, Schmidt MH, Poustka F, Hrsg. *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10: mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-5.* 7.,aktualisierte Auflage. Bern: Hogrefe, 2017.
44. Schulte-Körne G. Grundlagen der Therapie bei psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: Reinhardt D, Nicolai T, Zimmer KP (Hrsg.) *Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter.* Berlin Heidelberg: Springer; 2014.

S. 1291–9.

45. Vittoria Braun; Pschyrembel Redaktion. Komorbidität [Internet]. Pschyrembel Online. 2016 [zitiert 02. Februar 2021 ]. Verfügbar unter: <https://www.pschyrembel.de/Komorbidität/K0C0A/doc/>
46. Fornander MJ, Kearney CA. Internalizing Symptoms as Predictors of School Absenteeism Severity at Multiple Levels: Ensemble and Classification and Regression Tree Analysis. *Front Psychol.* 2020;10:3079.
47. Prabhuswamy M. To go or not to go: School refusal and its clinical correlates. *J Paediatr Child Health.* 2018;54(10):1117–20.
48. Döpfner M, Hautmann C, Lehmkuhl G, Walter D. Stationäre Verhaltenstherapie bei Jugendlichen mit ängstlich-depressivem Schulabsentismus: Veränderungen während der Therapie und Stabilität. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 2011;60(8):677–83.
49. Kearney CA, Albano AM. The functional profiles of school refusal behavior: Diagnostic aspects. *Behav Modif.* 2004;28(1):147–61.
50. Olivier E, Morin AJS, Langlois J, Tardif-Grenier K, Archambault I. Internalizing and Externalizing Behavior Problems and Student Engagement in Elementary and Secondary School Students. *J Youth Adolesc.* 2020;49:2327–46.
51. Besser A, Döhnert M, Stadelmann S. Verschiedene sozioökonomische Faktoren als Prädiktoren für internalisierende und externalisierende Störungsbilder des Kindes- und Jugendalters. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2019;47(4):345–58.
52. Reissner V, Knollmann M, Hebebrand J (Hrsg.). Beratung und Therapie bei schulvermeidendem Verhalten Multimodale Interventionen für psychisch belastete Schulverweider - das Essener Manual. Stuttgart: Kohlhammer Verlag; 2015.
53. McShane G, Walter G, Rey JM. Characteristics of adolescents with school refusal. *Aust N Z J Psychiatry.* 2001;35(6):822–6.
54. Egger HL, Costello EJ, Angold A. School refusal and psychiatric disorders: A community study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42(7):797–807.
55. Finning K, Ukoumunne OC, Ford T, Danielson-Waters E, Shaw L, Romero De Jager I, et al. Review: The association between anxiety and poor attendance at school – a systematic review. *Child Adolesc Ment Health.* 2019;24(3):205–16.
56. Havik T, Bru E, Ertesvåg SK. Assessing Reasons for School Non-attendance.



- Scand J Educ Res. 2015;59(3):316–36.
57. Petermann F, Helmsen J, Koglin U. Expansive Verhaltensstörungen. Monatsschr Kinderheilkd. 2010;158(1):22–7.
  58. González C, Kearney CA, Vicent M, Sanmartín R. Assessing school attendance problems: A critical systematic review of questionnaires. Int J Educ Res. 2021;105:101702.
  59. Fremont WP. School Refusal in Children and Adolescents. Am Fam Physician. 2003;68(8):1555-1560+1563.
  60. Heyne DA, Sauter FM, Maynard BR. Moderators and mediators of treatments for youth with school refusal or truancy. In: M Maric, P J M Prins, & T H Ollendick (Hrsg.), Moderators and mediators of youth treatment outcomes. New York: Oxford University Press; 2015. S. 230–66.
  61. Lempp T. BASICS Kinder- und Jugendpsychiatrie. 4. Auflage. Urban & Fischer/Elsevier; 2020.
  62. Melvin GA, Gordon MS. Antidepressant Medication: Is It a Viable and Valuable Adjunct to Cognitive-Behavioral Therapy for School Refusal? Cogn Behav Pract. 2019;26(1):107–18.
  63. Londono Tobon A, Reed MO, Taylor JH, Bloch MH. A Systematic Review of Pharmacologic Treatments for School Refusal Behavior. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2018;28(6):368–78.
  64. McShane G, Walter G, Rey JM. Functional Outcome of Adolescents with “School Refusal.” Clin Child Psychol Psychiatry. 2004;9(1):53–60.
  65. Allison MA, Attisha E, Lerner M, De Pinto CCD, Attisha CEE, Beers NS, et al. The link between school attendance and good health. Pediatrics. 2019;143(2):e20183648.
  66. Gottfried MA. Chronic Absenteeism and Its Effects on Students’ Academic and Socioemotional Outcomes. J Educ Students Placed Risk. 2014;19(2):53–75.
  67. Ansari A, Pianta RC. School absenteeism in the first decade of education and outcomes in adolescence. J Sch Psychol. 2019;76:48–61.
  68. Christenson SL, Thurlow ML. School Dropouts: Prevention Considerations, Interventions, and Challenges. Curr Dir Psychol Sci. 2004;13(1):36–9.
  69. McCune N, Hynes J. Ten year follow-up of children with school refusal. Ir J Psychol Med. 2005;22(2):56–8.
  70. Ricking H. Prävention und Intervention bei Schulabsentismus –

- Handlungsmöglichkeiten auf schulischer Ebene [Internet]. 16-1, Infobrief Schulpsychologie BW. 2016 [zitiert 9. Februar 2021]. Verfügbar unter: <http://www.kompetenzzentrum-schulpsychologie-bw.de/,Lde/>
71. Ricking H. Schulabsentismus als Forschungsgegenstand. Oldenburg: BIS-Verlag; 2003.
  72. Rasasingham R. The Risk and Protective Factors of School Absenteeism. *Open J Psychiatry*. 2015;5(2):195–203.
  73. Stamm M, Ruckdäschel C, Templer F, Niederhauser M. Schulabsentismus. Ein Phänomen, seine Bedingungen und Folgen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009.
  74. Kölch M, Nolkemper D. Schulbesuch psychisch kranker Kinder. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 2017;66(10):756–73.
  75. Edelstein B. Das Bildungssystem in Deutschland [Internet]. Bundeszentrale für politische Bildung. 2013. [zitiert 10. Februar 2021] Verfügbar unter: <http://www.bpb.de/gesellschaft/bildung/zukunft-bildung/163283/das-bildungssystem-in-deutschland>
  76. Pluntke S. Bildungssystem der Bundesrepublik Deutschland. In: *Der Praxisanleiter im Rettungsdienst*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 2017. S. 21–30.
  77. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.), *Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland 2017 / 2018* [Internet]. Bonn; 2019 [Zitiert 10. Februar 2021]. Verfügbar unter: [https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/Eurydice/Bildungswesen-dt-pdfs/dossier\\_de\\_ebook.pdf](https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/Eurydice/Bildungswesen-dt-pdfs/dossier_de_ebook.pdf)
  78. Bayerische Staatskanzlei (Hrsg.), *Bayerisches Gesetz über das Erziehungs- und Unterrichtswesen (BayEUG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 31. Mai 2000 (GVBl. S. 414, 632) BayRS 2230-1-1-K*, das zuletzt durch Gesetz vom 24. Juli 2020 (GVBl. S. 386) geändert worden ist [Internet]. 2000 [zitiert 10. Februar 2021]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayEUG/true?AspxAutoDetectCookieSupport=1%20https://www.gesetze-bayern.de/Content/Pdf/BayEUG?all=True>
  79. Deutsche Gesellschaft für die vereinten Nationen e.V. (Hrsg.), *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte*. [Internet]. 2021 [zitiert 07. Dezember 2023].

Verfügbar

unter:

[https://dgvn.de/publications/PDFs/Sonstiges/Allgemeine\\_Erklaerung\\_der\\_Menschenrechte.pdf](https://dgvn.de/publications/PDFs/Sonstiges/Allgemeine_Erklaerung_der_Menschenrechte.pdf)

80. Heid S. „StarkmacherSchule“ -Evaluation eines Empowerment-Projekts im Hinblick auf eine nachhaltige Persönlichkeitsentwicklung der Schüler [Dissertation]. Pädagogische Hochschule Heidelberg; 2017.
81. Heimlich U, Kahlert J, Lelgemann R, Fischer E (Hrsg). Inklusives Schulsystem. Analysen, Befunde, Empfehlungen zum bayerischen Weg. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt; 2016.
82. Budde J, Weuster N (Hrsg.) Erziehung in Schule. Persönlichkeitsbildung als Dispositiv. Wiesbaden: Springer VS; 2018.
83. Bayerische Staatskanzlei (Hrsg.). Verfassung des Freistaates Bayern in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Dezember 1998 [Internet]. München; 1998 [Zitiert 07. Dezember 2023]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayVerf-131>
84. Hofer M. Personality development as an educational goal beyond cognitive competencies. Z Entwicklungspsychol Padagog Psychol. 2014;46(2):55–66.
85. Astleitner H. Klassenmanagement und Persönlichkeitsentwicklung. Padua. 2015;10(2):89–97.
86. Fegert JM, Hauth I, Banaschewski T, Freyberger HJ. Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie und -psychotherapie. Psychotherapeut. 2017;62(1):34–8.
87. Katholische Jugendfürsorge der Diözese Regensburg e.V. (Hrsg.), Schulvermeidung “Ich schaff das” [Internet]. [Zitiert 02. Mai 2021]. Verfügbar unter: <https://www.lernwerkstatt-regensburg.de/schulvermeidung>
88. Barnow S. Emotionsregulation und Psychopathologie: Ein Überblick. Psychologische Rundschau. 2012;63(2):111–24.
89. Hilwerling L, Linnenbank M, Flockert H, Wedemeyer M, Warnking G, Blanke J, et al. School Absenteeism - Requirements for a Successful Therapeutic Approach. Klin Padiatr. 2020;232(5):265–8.
90. Knollmann M, Waltz E, Reissner V, Neumann U, Hebebrand J. Verlauf von Schulabsentismus 1.5 bis 3 Jahre nach Erstvorstellung: Prädiktoren, psychosoziales Funktionsniveau und Inanspruchnahme von Hilfen. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2022;50:457–69.

91. Knollmann M, Knoll S, Reissner V, Metzelaars J, Hebebrand J. Schulvermeidendes Verhalten aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. *Dtsch Arztebl.* 2010;107(4):43–9.
92. Eaton DK, Brener N, Kann LK. Associations of health risk behaviors with school absenteeism. Does having permission for the absence make a difference? *J Sch Health.* 2008;78(4):223–9.
93. Walter D, Heindrichs L, Rademacher C, Matthias EK, Doepfner M. Effectiveness of Usual-Care Cognitive Behavioral Therapy for Adolescents with School Absenteeism. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2022;50(6):436–46.
94. Askeland KG, Bøe T, Lundervold AJ, Stormark KM, Hysing M. The Association Between Symptoms of Depression and School Absence in a Population-Based Study of Late Adolescents. *Front Psychol.* 2020;11:1268.
95. Naylor MW, Staskowski M, Kenney MC, King CA. Language Disorders and Learning Disabilities in School-Refusing Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1994;33(9):1331–7.
96. Geier AB, Foster GD, Womble LG, McLaughlin J, Borradaile KE, Nachmani J, et al. The relationship between relative weight and school attendance among elementary schoolchildren. *Obesity.* 2007;15(8):2157–61.
97. Simonsson B, Nilsson KW, Leppert J, Diwan VK. Psychosomatic complaints and sense of coherence among adolescents in a county in Sweden: A cross-sectional school survey. *Biopsychosoc Med.* 2008;2:4.

## **8. Danksagung**

Mein aufrichtiger Dank gilt meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. med. Romuald Brunner, für die Bereitstellung des Dissertationsthemas, die allzeit unterstützende fachliche, methodische und qualitative Beratung sowie für seine herausragende wissenschaftliche Expertise.

Mein besonderer Dank gilt Frau PD Dr. med. Stephanie Kandsperger als Betreuerin meiner Arbeit, für ihre allzeit liebevolle Unterstützung, ihre wohlwollende Motivation und all die aufgebrauchte Zeit bei der stetigen Korrektur inklusive gründlicher und durchdachter Rückmeldungen zu meinen Entwürfen. Durch Ihre fortwährende Erreichbarkeit und Hilfsbereitschaft sowie ihren Rat und ihrer Expertise habe ich mich erstklassig betreut gefühlt.

Des Weiteren möchte ich von Herzen unseren wissenschaftlichen Mitarbeitern Frau M. Sc. Irina Jarvers und Frau M. Sc. Alexandra Otto für ihre stetige Unterstützung, ihre Aufgeschlossenheit für Fragen, all die aufgebrauchte Zeit sowie die großartige wissenschaftliche und fachliche Kompetenz danken.

Zuletzt möchte ich meinem Ehemann für seine fortwährende Unterstützung, Geduld, Ermutigung und Verbundenheit danken.

