

Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten
Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung
stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungs-
aufenthalte

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie
an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Vorgelegt im August 2008 von:

Dipl.-Psych. Tanja Besier
geboren am 02.10.1980 in Bad Schwalbach

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Klaus-Michael Debatin

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Jörg M. Fegert

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Thomas Becker

Tag der Promotion: 12.Dezember 2008

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Theorie.....	4
2.1 Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe - eine psychopathologische Hochrisikopopulation	4
2.2 Inanspruchnahme von kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen in der stationären Jugendhilfe	6
2.3 Beschreibung einer Schnittstelle – Zusammenwirken von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie	8
2.4 Empirische Ansätze zur Evaluation von aufsuchender Behandlung/ Hometreatment	10
2.5 Integrative Zusammenfassung des theoretischen Hintergrundes	12
2.6 Entwicklung eines multimodalen ambulanten Interventionsprogramms: Zielsetzungen.....	14
2.7 Ableitung der Fragestellung und Hypothesen	15
3. Methoden.....	17
3.1 Studiendesign.....	17
3.2 Primäre und sekundäre Evaluationsparameter.....	19
3.3 Teilnehmende Einrichtungen.....	20
3.4 Beschreibung des Interventionsprogramms.....	21
3.5 Erfassung stationärer Behandlungsaufenthalte.....	23
3.6 Erfassung von Fluktuation und unplanmäßigen Abbrüchen der Maßnahmen	23
3.7 Beschreibung der verwendeten Instrumente zur Evaluation	24
3.7.1 Erfassung der psychischen Symptombelastung/Fremdurteil: Child Behavior Checklist CBCL/4-18	24
3.7.2 Erfassung der psychischen Symptombelastung/Selbsturteil: Youth Self Report YSR.....	24
3.7.3 Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus: Achse VI des Multiaxialen . Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters	25
3.7.4 Erfassung der Lebensqualität: Inventar zur Lebensqualität ILK.....	26
3.8 Datenaufbereitung und statistische Verfahren.....	26
4. Ergebnisse.....	28
4.1 Studienteilnahme	28
4.1.1 Fallzahlen im Verlauf	28
4.1.2 Drop-out-Analysen	30
4.2 Allgemeine Beschreibung der Stichprobe	32
4.2.1 soziodemographische Merkmale	32
4.2.2 Hintergrund der aktuellen stationären Jugendhilfemaßnahme	34
4.2.3 kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsstatus.....	35
4.3 Psychische Symptombelastung der Kinder und Jugendlichen zu Studienbeginn ..	37
4.4 Psychosoziales Funktionsniveau und Lebensqualität zu Studienbeginn	40
4.5 Praktikabilität des Interventionsprogramms	43

4.5.1 Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung bei auffälligem Screeningbefund	43
4.5.2 Inanspruchnahme der aufsuchenden Sprechstunden: Behandlungsaufwand.	45
4.5.3 Zufriedenheit der teilnehmenden Einrichtungen mit dem Interventionsprogramm.....	49
4.6 Wirksamkeit des Interventionsprogramms	50
4.6.1 Hauptzielgröße: Effekte des Interventionsprogramms auf die Zahl der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungstage.....	50
4.6.2 Nebenzielgröße: Effekte des Interventionsprogramms auf die Kontinuität Jugendhilfemaßnahmen	53
4.6.3 Nebenzielgröße: Effekte des Interventionsprogramms auf die psychische Belastung	54
4.6.4 Nebenzielgröße: Effekte des Interventionsprogramms auf das psychosoziale Funktionsniveau und die Lebensqualität	62
5. Diskussion	66
5.1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	66
5.2 Diskussion der Wirksamkeit des Interventionsprogramms	67
5.3 Einschätzung der Machbarkeit des Interventionsprogramms.....	76
5.3.1 Praktikabilität.....	76
5.3.2 Ökonomische Überlegungen.....	78
5.4 Diskussion der methodischen Grenzen der Studie	80
5.4.1 Selektionsprozesse	80
5.4.2 Erfassung der psychischen Symptombelastung.....	82
5.4.3 Dokumentation der Klinikbehandlungen.....	83
5.4.4 Dokumentation des Behandlungsstatus und –aufwands.....	84
5.4.5 sonstige methodische Schwächen.....	86
5.4.6 Methodische Stärken.....	87
6. Schlussfolgerungen.....	89
6.1 Bedeutung der Ergebnisse für die Jugendhilfe	89
6.2 Bedeutung der Ergebnisse für die kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Versorgung	90
7. Zusammenfassung	92
8. Literaturverzeichnis.....	94
9. Danksagung	108
10. Anhang.....	111
10.1 Fallmeldebogen der behandelnden Therapeuten in der Interventionsgruppe... ..	111
10.2 Fragebogen für Erzieher (1. Messzeitpunkt)	114
10.3 Fragebogen für Jugendliche (Verlaufsmessung)	125
10.4 Dokumentationsbogen der Therapeuten in der Interventionsgruppe	129
10.5 Fallabmeldebogen des Therapeuten in der Interventionsgruppe.....	130
10.6 Kriseninterventionsplan.....	131
10.7 Fragebogen zur Erfassung der Strukturqualität	132
10.8 Lebenslauf	135

Abkürzungsverzeichnis

BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
CBCL/4-18	Child Behavior Checklist/ 4-18 Jahre
CBCL	Child Behavior Checklist
ext	externalisierend
ges	Gesamtwert
ICD-10	International Classification of Diseases 10th edition
IG	Interventionsgruppe
ILK	Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen
int	internalisierend
ITT	intent-to-treat
JES	Jugendhilfe-Effekte-Studie
KG	Kontrollgruppe
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
<i>M</i>	Mittelwert
MAS	Multiaxiales Klassifikationsschema zur Erfassung psychischer Störungen
<i>n</i>	Stichprobengröße
<i>SD</i>	Standardabweichung
SGB VIII	Achtes Sozialgesetzbuch
SGB IX	Neuntes Sozialgesetzbuch
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
T1	1. Messzeitpunkt (Screeninguntersuchung/Baseline)
T2	2. Messzeitpunkt (Katamnese/Verlaufsmessung)
T3	3. Messzeitpunkt (Katamnese/Verlaufsmessung)
TAU	Treatment as usual (übliche Regelversorgung)
TFC	Treatment Foster Care
WHO	Weltgesundheitsorganisation
YSR	Youth Self Report

1. Einleitung

„Das psychoreaktiv erkrankte Kind braucht Psychotherapie, weil es krank ist, und es braucht Pädagogik, weil es ein Kind ist.“ (H. Herzka, 1978)

Die Gruppe der „psychisch kranken“ Kinder und Jugendlichen in den Einrichtungen der stationären Jugendhilfe wächst beständig an. Im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) wird von Kindern mit „seelischer Behinderung“ gesprochen, die gemäß §35a KJHG das Recht auf Eingliederungshilfe haben. Was aber genau heißt seelische Behinderung? Fegert gibt folgende Definition: *„Aus kinder- und jugendpsychiatrischer und psychotherapeutischer Sicht verstehe ich Behinderung bei Kindern und Jugendlichen als ein sekundäres Phänomen, als einen Folgezustand, der soziale Beziehungen und Handlungskompetenzen, die schulische und persönliche Entwicklung beeinträchtigt und die spätere berufliche Integration gefährden kann, wobei diese Beeinträchtigung bei der Teilhabe und das zugrunde liegende Krankheitsbild oder Leiden zu einer mehr oder weniger starken individuellen psychischen Belastung (Leiden) führen können.“ (Fegert, 2004).* Diese Kinder und Jugendlichen haben meist hochproblematische Bindungserfahrungen und neigen oftmals dazu, sozial ausgegrenzt zu werden und auf Ablehnung zu stoßen, was zu einer Aggravierung der bereits bestehenden sozialen Schwierigkeiten führen kann.

Eine adäquate medizinische Versorgung lässt sich als eine Voraussetzung für die Ermöglichung einer normalen Teilhabe dieser oftmals in hohem Maße belasteten Kinder und Jugendlichen am Leben in der Gesellschaft konzipieren. Ebenso relevant erscheint die Sicherstellung eines möglichst stabilen, verlässlichen Lebens- und Betreuungsumfeldes.

Unbehandelte psychische Störungen wirken sich ungünstig auf die Prognose der weiteren seelischen, sozialen und schulischen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen aus und ziehen mit hoher Wahrscheinlichkeit zahlreichen Folgeprobleme nach sich. Die aktuelle kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Versorgung ist lückenhaft und erreicht oftmals die am stärksten betroffenen Kinder und Jugendlichen nicht. Chronifizierungen der Störungsbilder und dadurch bedingte psychosoziale Funktionseinschränkungen sind keine Seltenheit. In Krisenfällen bleibt häufig als einzige Möglichkeit die Inanspruchnahme überproportional teurer stationärer psychiatrischer Behandlungsleistungen. Um diesen Missstand zu vermeiden und zur besseren Versorgung dieser Hochrisikoklientel beizutragen bedarf es frühzeitig greifender, niedrighschwelliger Behandlungsangebote. Evaluierte

Behandlungsansätze im Bereich der vollstationären Jugendhilfeeinrichtungen fehlen bislang jedoch gänzlich.

In der vorliegenden Arbeit wurde ein in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie der Universität Ulm entwickeltes multimodales, ambulantes Interventionsprogramm für Kinder und Jugendliche in stationären Jugendhilfeeinrichtungen evaluiert. Die Durchführung erfolgte multizentrisch unter Beteiligung von insgesamt 26 deutschen Jugendhilfeeinrichtungen (siehe Anhang). Das Projekt wurde im Zeitraum von Juli 2005 bis November 2007 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen (Projektnummer 01GL0508) gefördert.

In Kapitel 2 wird der theoretische Hintergrund der hier vorgestellten Studie zusammenfassend dargestellt. Neben der Beschreibung der (psychopathologischen) Hochrisikopopulation der „Heimkinder“ in Deutschland (Kapitel 2.1) und der Erläuterung des Inanspruchnahmeverhaltens von kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsleistungen innerhalb des stationären Jugendhilfesektors (Kapitel 2.2) wird auf Kooperationsmodelle und –probleme an der Schnittstelle zwischen den beiden Fachdisziplinen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe eingegangen (Kapitel 2.3). Anschließend folgt die Darstellung des aufsuchenden Behandlungsansatzes, des sogenannten „Hometreatment“ (Kapitel 2.4), dessen Effizienz bei der Behandlung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen bereits in mehreren Studien aufgezeigt werden konnte und der die Grundlage der hier vorgestellten Intervention bildet. Nach einer kurzen integrativen Zusammenfassung, aus der sich die Zielsetzung dieser Studie ableitet (Kapitel 2.5), wird auf die Entwicklung des hier evaluierten Interventionsprogramms eingegangen und die Bausteine der Intervention werden dargestellt (Kapitel 2.6). Schließlich werden die Fragestellungen und Hypothesen, die sich aus dieser Arbeit ableiten, präsentiert (Kapitel 2.7).

Einen Überblick über die eingesetzten Methoden zur Evaluation liefert Kapitel 3. Hier wird zunächst das Design der Studie erläutert (Kapitel 3.1) und die primären und sekundären Evaluationsparameter werden dargestellt (Kapitel 3.2). Darauf folgt eine Beschreibung der teilnehmenden stationären Jugendhilfeeinrichtungen (Kapitel 3.3) und eine detaillierte Erläuterung der durchgeführten Intervention (Kapitel 3.4). Nach Ausführungen zur Erfassung der stationären Behandlungsaufenthalte (Kapitel 3.5) und der Fluktuation innerhalb der Studienlaufzeit (Kapitel 3.6) werden die zur Evaluation eingesetzten Instrumente be-

schrieben (Kapitel 3.7). Abschließend werden die Datenaufbereitung und die verwendeten statistischen Verfahren erläutert (Kapitel 3.8).

Die Präsentation der Ergebnisse folgt in Kapitel 4. Nach Charakterisierung der Studienabbrecher (Drop-outs) im Studienverlauf (Kapitel 4.1) erfolgt eine allgemeine Beschreibung der untersuchten Stichprobe (Kapitel 4.2). Es werden Angaben zum Ausgangsbefund der psychischen Befindlichkeit (Kapitel 4.3) und des psychosozialen Funktionsniveaus sowie der Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen (Kapitel 4.4) gemacht. Die Praktikabilität des Interventionsprogramms wird erläutert (Kapitel 4.5), bevor eine ausführliche Darstellung der Wirksamkeit des Interventionsprogramms bezüglich der definierten primären und sekundären Evaluationsparameter erfolgt (Kapitel 4.6).

Im Kapitel 5 erfolgt zunächst eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse (Kapitel 5.1). Danach werden die Ergebnisse hinsichtlich Wirksamkeit der Intervention diskutiert (Kapitel 5.2) und es wird auf die Machbarkeit des Behandlungsprogramms eingegangen (Kapitel 5.3) worauf sich eine Diskussion der methodischen Schwächen und Stärken der Studie (Kapitel 5.4) anschließt.

Schlussfolgerungen werden im Kapitel 6 gezogen und es wird auf die Bedeutung der Ergebnisse für die Jugendhilfe (Kapitel 6.1) und die kinder- und jugendpsychiatrische bzw. – psychotherapeutische Versorgung (Kapitel 6.2) eingegangen. Als Abschluss der Arbeit wird in Kapitel 7 eine zusammenfassende Darstellung der Studie gegeben.

2. Theorie

2.1 Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe - eine psychopathologische Hochrisikopopulation

In Deutschland lebten laut Statistischem Bundesamt am 31. Dezember 2005 über 60.000 Kinder und Jugendliche in einer Einrichtung der stationären Jugendhilfe (Statistisches Bundesamt, 2007). Unstrittig ist, dass ein Großteil dieser Kinder und Jugendlichen in ihrer Entwicklung zahlreichen psychosozialen und auch genetischen Risikofaktoren ausgesetzt waren und sind. Hierzu gehören beispielsweise Vernachlässigung und Misshandlung, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit der Bezugspersonen, psychische Erkrankungen in der Herkunftsfamilie, Armut, mangelhafte soziale Unterstützung sowie zerrüttete Familienverhältnisse (z.B. Burns et al., 2004; Lawrence et al., 2006). Empirisch gut belegt ist der Zusammenhang dieser häufig kumuliert auftretenden Risikofaktoren mit der Entwicklung psychischer Störungen (Rutter, 1989; Blanz et al., 1991; Esser & Schmidt, 1997; Manly et al., 2001; Hanson et al., 2006; Kopp & Beauchaine, 2007). Insbesondere sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlungen spielen eine Rolle bei der Ätiologie von emotionalen Störungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen (Rutter, 1989; Paris et al., 1994; Putnam, 2003; Spataro et al., 2004; Kaplow & Widom, 2007). Die pränatale Exposition mit Substanzen wie Nikotin und Alkohol hingegen, hat sich als besonderer Hochrisikofaktor für die Entwicklung von externalisierenden Verhaltensstörungen von Kindern erwiesen (Linnet et al., 2003; Laucht & Schmidt, 2004; Nigg & Breslau, 2007; Huijbregts et al., 2007). Dennoch existieren nur sehr wenige Studien zur Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, die in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe aufwachsen. Dies mag durch verschiedene Faktoren wie beispielsweise die kurzen Aufenthaltsdauern und Wechsel in den Einrichtungen sowie die häufig schwierige Erreichbarkeit der Sorgeberechtigten zur Erlangung eines informierten Einverständnisses begründbar sein (Rosenfeld et al., 1997). Im Rahmen einer großen prospektiven Längsschnittuntersuchung, der Jugendhilfe-Effekte-Studie (JES; Schmidt et al., 2002; Schmidt et al., 2000; Knab & Macsenare, 1997), wurden die Maßnahmen der Jugendhilfe hinsichtlich ihrer Angemessenheit und ihrer Effekte bei verhaltensauffälligen Kindern im Alter zwischen fünf und 13 Jahren dargestellt. Die Studie hatte nicht den Anspruch, die Prävalenz psychischer Störungen zu untersuchen; dennoch zeigte sich, dass die psychischen Belastungen der Kinder in stationären Maßnahmen der Jugendhilfe sehr hoch sind, bei gleichzei-

tig eher unzureichend ausgeprägten sozialen Kompetenzen. Durch eine fremdbeurteilte Einschätzung der Verhaltensauffälligkeiten mit einem Fragebogen (Child Behavior Checklist, CBCL/4-18; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) wurden bei den untersuchten Kindern Belastungswerte beschrieben, die deutlich über den Werten der Normpopulation lagen.

Eine deutsche Studie zur Prävalenz psychischer Belastungen bei insgesamt 689 Kindern und Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen in Süddeutschland konnte zeigen, dass nach Diagnostik mit einem standardisierten klinischen Interview etwa 60% der Probanden behandlungsbedürftige psychische Störungen aufwiesen (Nützel et al., 2005; Schmid et al., 2006; Schmid et al., 2008; Schmid, 2007). Am häufigsten wurden Störungen des Sozialverhaltens mit und ohne Hyperaktivität sowie begleitende emotionale Störungen beschrieben, so dass von einer multiplen Symptombelastung ausgegangen werden muss. Noch höher lag der Anteil der im Erzieherurteil als verhaltensauffällig beschriebenen Kindern und Jugendlichen; hier wurden 72.1% der untersuchten Probanden als auffällig beschrieben. Unter der Prämisse, dass seelische Gesundheit mehr umfasst als die bloße Abwesenheit einer diagnostizierbaren psychiatrischen Störung (Ford et al., 2007) ist diese Tatsache bedeutsam und unterstreicht den großen Hilfe- und Unterstützungsbedarf dieser Hochrisikopopulation.

Diese Zahlen stehen im Einklang mit den Ergebnissen internationaler Studien, die bei bis zu 80% der Kinder und Jugendlichen im stationären Jugendhilfesektor bedeutsame emotionale oder Verhaltensauffälligkeiten berichten (Mc Cann et al., 1996; Farmer et al., 2001; Garland et al., 2001; Meltzer et al., 2003a; Blower et al., 2004; Burns et al., 2004; Mount et al., 2004; Costello et al., 2005). Dabei gibt es nur wenige Studien, die den methodischen Goldstandard strukturierter klinischer Interviews erfüllen, so dass gesicherte Prävalenzraten psychischer Störungen angegeben werden können. Beispielsweise erfüllten in einer britischen Studie an (in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe untergebrachten) Jugendlichen im Alter von 13-18 Jahren 67% der Probanden die Kriterien mindestens einer psychischen Störung, wobei externalisierende Verhaltensauffälligkeiten am häufigsten auftraten (Mc Cann et al., 1996). In einer neueren britischen Untersuchung wird die Prävalenz psychischer Störungen in der Gruppe von im Jugendhilfesektor betreuten Kindern mit 45-49% angegeben, wobei in der Gruppe der Kinder aus stationären Jugendhilfeeinrichtungen („residential care“, $n=279$) bei 71% psychiatrische Störungen diagnostiziert wurden (Ford et al., 2007).

Es bleibt also festzuhalten, dass Kinder und Jugendliche in stationären Jugendhilfeeinrichtungen vielfachen Belastungen ausgesetzt sind und die Prävalenz psychischer Störungen in dieser Gruppe im Vergleich zur Normalpopulation deutlich erhöht ist.

2.2 Inanspruchnahme von kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen in der stationären Jugendhilfe

Aufgrund der erhöhten Prävalenz psychiatrischer Störungen und den multiplen psychosozialen Belastungen ist im Bereich der stationären Jugendhilfe von einem hohen Bedarf an kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsleistungen auszugehen. Die Wahrscheinlichkeit stationärer Notfall- oder Krisenaufnahmen ist für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen in Abgrenzung zu chronisch körperlichen Erkrankungen deutlich erhöht (Almgren & Marcenko, 2001); eine Beobachtung, die einmal mehr für Kinder und Jugendliche im Jugendhilfesektor zutrifft (Cole et al., 1991). Dies mag wie in Kapitel 2.1 dargestellt an der allgemein erhöhten Prävalenz psychischer Störungen in dieser Population liegen, kann aber auch durch multiple Wechsel des Lebens- und Betreuungsumfeldes begründet sein, dem diese Kinder oftmals ausgesetzt sind und welches zu diskontinuierlicher und meist inadäquater medizinisch-therapeutischer Versorgung führen kann (vgl. (Almgren & Marcenko, 2001). Immer wieder auftretende Beziehungsabbrüche haben zudem negative Effekte auf die weitere persönliche und soziale Entwicklung der Kinder und Jugendlichen (Simms et al., 2000; Viner & Taylor, 2005). Eine angemessene und möglichst frühzeitige Behandlung stellt einen wichtigen Baustein zur Reduktion von langfristig negativen Konsequenzen durch Probleme in der emotionalen, persönlichen und schulischen Entwicklung dar und trägt dazu bei, die Haltefähigkeit der Kinder und Jugendlichen in den Einrichtungen zu erhöhen und dadurch das Lebens- und Betreuungsumfeld längerfristig möglichst stabil zu halten (Hurlburt et al., 2004).

Trotz des Wissens um die zahlreichen Belastungen ist die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Bereich der stationären Jugendhilfe derzeit noch mangelhaft, wenngleich Bewohner von stationären Jugendhilfeeinrichtungen zu einem erheblichen Anteil irgendwann einmal in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorstellig werden. Der Anteil der dort untergebrachten Kinder- und Jugendlichen, die bereits Kontakt mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie hatten, beläuft sich einer deutschen Studie zufolge auf etwa ein

knappes Drittel (Darius et al., 2001). In einer versorgungsepidemiologischen Studie (Schmid et al., 2008; Schmid, 2007) in Deutschland zeigte sich, dass etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnose irgendeine Form von psychologischer oder psychiatrischer Behandlung erhielt und 12% der Kinder medikamentös behandelt wurden. In einer britischen Studie (Meltzer et al., 2003b) belief sich die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit Kontakt zu einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten auf etwas mehr als 40%. In einer anderen Studie (Blower et al., 2004) an 48 britischen Kindern in Fremdunterbringung waren 74% der 27 als psychisch auffällig eingestuften Jugendlichen bereits einmal bei einem Psychologen oder Psychiater vorgestellt worden. Nur selten handelte es sich dabei jedoch um kontinuierliche Behandlungen über einen längeren Zeitraum hinweg, die dem chronischen und komplexen Charakter ihrer psychischen Störung angemessen wären.

Auch amerikanische Studien berichten von unzureichender Versorgung mit spezifischen kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsleistungen (Burns et al., 2004; Hurlburt et al., 2004). Hurlburt et al. (2004) geben beispielsweise an, dass nur 28.3% der 2823 untersuchten Kinder und Jugendlichen innerhalb des einjährigen Beobachtungszeitraumes kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungsleistungen in Anspruch nahmen, wenngleich bei 42.4% der Kinder im Fremdurteil klinisch-relevante Verhaltens- und emotionale Auffälligkeiten angegeben wurden. Vor allem bei jüngeren Kindern war die Versorgung unzureichend (Hurlburt et al., 2004), was auf eine mangelhafte Früherkennung und unzulängliche Behandlung der Probleme hindeutet, so dass es in der Folge häufig zu Chronifizierungen der Psychopathologie und multiplen psychosozialen Funktionseinbußen kommt. Somit steigt die Wahrscheinlichkeit, Behandlung erst bei hoher Symptomschwere zu erfahren, an (Garland et al., 1996).

Ganz allgemein ist in Deutschland eine defizitäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in den Sozialräumen zu beklagen. Lange Anfahrtswege und wochen- oder gar monatelange Wartezeiten auf eine diagnostische Abklärung oder einen Therapieplatz sind in manchen Regionen Deutschlands keine Seltenheit (vgl. Fritze & Schmauß, 2001). Zudem stellen Faktoren wie die Angst vor weiterer Stigmatisierung durch psychiatrische Behandlung und enge personelle und zeitliche Ressourcen Barrieren für die Inanspruchnahme bestehender Behandlungsleistungen dar (Blower et al., 2004).

Zusammengenommen bedeutet dies, dass kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder, die in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen in stationärer Jugendhilfe häufig auftreten,

oftmals über einen längeren Zeitraum hinweg unbehandelt bleiben. Als Folge steigt die Wahrscheinlichkeit einer Aggravierung der Symptomatik mit auftretenden Exazerbationen, die wiederum die Inanspruchnahme kostenintensiver stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen auslösen können.

2.3 Beschreibung einer Schnittstelle – Zusammenwirken von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Seit dem Inkrafttreten des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) im achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) am 1. Januar 1991 ist zunehmend eine Diskussion um Anforderungen, Möglichkeiten und Grenzen der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe entfacht. Zehn Jahre später ist mit dem Inkrafttreten des neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) am 1. Juli 2001 die Jugendhilfe zum Rehabilitationsträger geworden und mit der ersten Novellierung des §35a KJHG („Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche“) ist die Kooperation zwischen den beiden Disziplinen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie auch gesetzlich verankert worden. Gemeinsam mit den Bestimmungen zum Hilfeplan gemäß §36 KJHG ist nun durch den §35a KJHG eine Verpflichtung der Jugendhilfe zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie festgelegt. Das geforderte Zusammenwirken der beiden Disziplinen eröffnet ein breites Spektrum an Hilfsmöglichkeiten für psychisch belastete Kinder und Jugendliche; führt aber auch zu einem hohen Bedarf an Abstimmung, gemeinsamer Problemdefinition und klaren Richtlinien für die Zusammenarbeit (Höger & Rothenberger, 1998). In einem gemeinsamen Positionspapier der Jugendminister- und Gesundheitsministerkonferenz wurden am 13. August 1990 die sich wechselseitig ergänzenden Aufgaben der beiden Fachbereiche festgehalten, sowie Entwicklungsnotwendigkeiten im Schnittstellenbereich der beiden Disziplinen formuliert (Beschluss der Konferenz der Jugendminister und -senatoren, 1991). Strukturelle Bedingungen, die es in der Zusammenarbeit zwischen den beiden Fachdisziplinen zu erfüllen gilt, betreffen vor allem einen transparenten Austausch von Informationen und eine möglichst klare Regelung für die Gestaltung von Krisensituationen. Aufgrund der Überschneidungen der Tätigkeitsbereiche und der oftmals unklaren Abgrenzung der Klientel der beiden Fachdisziplinen ist ein immer wieder auftretendes Zuständigkeiten- und Kompetenzgerangel begründbar. So erscheint das Verhältnis zwi-

schen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe nach wie vor geprägt von großer Skepsis, Verständigungsschwierigkeiten und offen oder auch weniger offen ausgetragenen Auseinandersetzungen zu den Aufgabengebieten und Kompetenzen der jeweils anderen Berufsgruppe. Fegert und Schrapper stellen das Problem wie folgt dar: *„Kooperation ist also auf Austausch, Verständigung und Dialog angewiesen. Voraussetzung hierfür ist wiederum, dass alle an der Zusammenarbeit Beteiligten nicht auf eigene Positionen und Kompetenzen beharren müssen. Sie müssen ihr Selbstverständnis, die jeweils eigenen Handlungsaufträge und Handlungsmöglichkeiten geklärt haben, denn nur wer weiß, was er will und was er kann, kann sich auch mit anderen auf einen zielgerichteten Austausch über gemeinsame Ziele und auf abgestimmte Handlungen einlassen...“* (Fegert & Schrapper, 2004). Vor allem sich zuspitzende Krisensituationen können zu einer erlebten Überforderung der Mitarbeiter in den Einrichtungen führen und den Ruf nach Entlastung laut werden lassen. Krisen machen alle Beteiligten betroffen und es ist anzunehmen, dass es häufig einer Außenperspektive zum effektiven Auflösen krisenhaft zugespitzter Situationen bedarf. Als notwendige Voraussetzung hierfür ist die Schaffung einer gemeinsamen Sprache bzw. eines Grundverständnisses über Problemdefinitionen, Hilfsansätze und Interventionsmöglichkeiten zu formulieren, um rechtzeitig und möglichst effektiv (re-)agieren zu können (vgl. Fegert & Schrapper, 2004). Dabei erscheint es wichtig, immer primär einrichtungsinterne Möglichkeiten zu durchdenken und Handlungsspielräume auszuschöpfen. Durch Verlegungen von Kindern und Jugendlichen in Krisensituationen von einer Institution zur nächsten, oftmals begründet durch eine vermutete besseren Problemlösekompetenz, kann es zwar zunächst zu einer passageren Entspannung der Situation kommen; die erlebten Beziehungsabbrüche führen jedoch häufig zu einer Aggravierung bestehender Problematiken und das Erleben erneuter Krisen als Folgeerscheinung wird wahrscheinlicher (Fanshel et al., 1990). An dieser Stelle wird die Notwendigkeit einer inhaltlichen und strukturellen Zusammenarbeit vorhandener Dienste und Einrichtungen einmal mehr nachvollziehbar. Durch die Verbesserung der ambulanten Versorgungssituation und eine intensivere Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe von einem möglichst frühen Zeitpunkt an (und nicht erst in der Krisensituation) kann man sich demnach eine Bündelung von Ressourcen zum Wohle der betroffenen, vielfach belasteten Kinder und Jugendlichen erwarten. Es ist anzunehmen, dass die Beziehungskontinuität und damit auch –fähigkeit der Jugendlichen durch die Vermeidung häufiger Institutionswechsel verstärkt wird und dadurch längerfristig ein Rahmen für die Erziehung, Rehabilitation und

Entwicklungsförderung der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen geschaffen werden kann.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Zusammenarbeit der beiden Bereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe nicht immer einfach ist und es zahlreiche Reibungspunkte gibt. Eine Stärkung der Kooperation erscheint in jedem Falle zum Wohle der Kinder und Jugendlichen geboten.

2.4 Empirische Ansätze zur Evaluation von aufsuchender Behandlung/Hometreatment

Aufgrund des offensichtlich hohen Bedarfs an kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsleistungen in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe und dem bestehenden Versorgungsdefizit durch vergleichsweise knappe finanzielle und personelle Ressourcen stellt sich die Frage nach alternativen Behandlungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hierbei stellt vor allem die aufsuchende Behandlung im direkten Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen (im Folgenden: Hometreatment) einen vielversprechenden Ansatz dar. Der Begriff Hometreatment beschreibt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine aufsuchende Behandlung durch einen Therapeuten in der unmittelbaren Lebensumwelt des Kindes, also im Regelfall innerhalb des Elternhauses.

Entsprechend einer sozio-ökologischen Sichtweise können Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen nicht losgelöst von ihrem Umfeld und den gegebenen Lebens- und Betreuungsbedingungen beurteilt und verändert werden (Ogden & Hagen, 2006). Die Vorteile einer Hometreatment-Behandlung (vgl. Schmidt et al., 2006) liegen demnach vor allem im Abbau von Widerständen durch die Integration der Behandlung in das Alltagsleben der Jugendlichen und ihrer Familien. Dies ist umso wichtiger, da sich im Rahmen der „Jugendhilfe-Effekte-Studie“ (JES), welche die Effektivität und Effizienz von Jugendhilfemaßnahmen in Deutschland evaluierte (Schmidt et al., 2002) gezeigt hat, dass Jugendhilfe zwar einen deutlichen Effekt auf psychischen Belastungen und Verhaltensauffälligkeiten der Jugendlichen hat, die auch zum Katamnesezeitpunkt 15 Monate nach Hilfeende stabil waren. Der Einfluss auf das psychosoziale Umfeld der Jugendlichen und die Möglichkeiten gezielt Veränderungen in der Herkunftsfamilie umzusetzen waren jedoch ernüchternd; eine längerfristige Übertragung und Generalisierung der mit Hilfe der Fachkräfte erarbeiteten

Fortschritte war nicht möglich (Hohm & Petermann, 2000). Der Einbezug der Bezugspersonen, die für die Behandlung psychischer Probleme bei Kindern und Jugendlichen eine tragende Rolle spielen, wird bei der aufsuchenden Arbeit deutlich erleichtert und die Verantwortlichkeit der Bezugspersonen bzw. Sorgeberechtigten kann gezielt adressiert werden. Die Schwierigkeit, das im geschützten therapeutischen Rahmen Erlernte in den Alltag zu transferieren und zur Anwendung zu bringen, fällt durch den bestehenden Alltagsbezug und den Ausbau von Problemlösefähigkeiten innerhalb des natürlichen Settings weg. Insgesamt sind in der nationalen und internationalen Literatur nur wenige empirische Studien zur systematischen Evaluation von Hometreatment bei kinder- und jugendpsychiatrischen Problemen zu finden, während die Datenlage im Erwachsenenbereich deutlich breiter ist (Überblick bei Catty et al., 2002). In mehreren randomisierten kontrollierten Studien an erwachsenen psychiatrischen Patienten in den USA, die seit den 70er Jahren durchgeführt wurden, zeigten sich im Vergleich zu Klinikbehandlungen vergleichbare oder sogar bessere Effekte von Hometreatment auf akute psychische Probleme (z.B. Langsley et al., 1971; Stein & Test, 1980; Hoult et al., 1984; Marks et al., 1994). Gleichwohl zeigte sich, dass es eine bedeutsame Anzahl von Patienten gibt, bei denen trotz intensiver aufsuchender Arbeit stationäre Psychiatrieaufenthalte nötig werden, da die ambulante Versorgung nicht ausreicht und die Patienten sich selbst (oder andere) in hohem Maße gefährden (z.B. Harrison et al., 2001; Brimblecombe et al., 2003; Johnson et al., 2005; Glover et al., 2006).

Frühe Studien im Kinderbereich (Winsberg et al., 1980; Remschmidt & Schmidt, 1988; Remschmidt et al., 1988) berichteten im Vergleich zu stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen vielversprechende Erfolge von Hometreatment bei Verhaltens- und emotionalen Problemen im Kindesalter. Es wurde beschrieben, dass ca. 10-15% der stationären Behandlungen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie durch Hometreatment vermieden bzw. ersetzt werden können. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund der kostenintensiven Klinikbehandlungen relevant und führt darüber hinaus zu einer besseren Akzeptanz der Behandlung auf Seiten aller Beteiligten. Es wurde jedoch keine Aussage zu Langzeiteffekten und Stabilität der erzielten Ergebnisse getroffen. In einer Studie von Mattejat und Kollegen (2001), die auf der ersten Untersuchung von Remschmidt und Kollegen (1988) aufbaut, wurde eine 2-5 Jahres-Katamnese bei ca. 70% der vormals untersuchten Patienten durchgeführt, welche die Stabilität der Effekte nachweisen konnte. Hometreatment kann demnach als vollgültige und sinnvolle Alternative zu den kostspieligen kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhausbehandlungen gewertet werden (Mattejat et al., 2001). Auch Schmidt und Kollegen überprüften in einer Studie mit

70 teilnehmenden Kindern und Jugendlichen mit diversen psychiatrischen Störungsbildern die Wirksamkeit eines dreimonatigen Hometreatment-Konzepts. Bezogen auf die Schwere der psychiatrischen Symptomatik und das psychosoziale Funktionsniveau konnten Behandlungseffekte nachgewiesen werden, die zwar im Vergleich zu einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung geringer waren, sich dafür aber in katamnestischen Untersuchung nach einem Jahr stabil zeigten (Schmidt et al., 2006).

Im Bereich der stationären Jugendhilfe gibt es bislang kaum Studien zu aufsuchenden ambulanten Behandlungsansätzen. In der internationalen Literatur werden beispielsweise komplexe Behandlungsprogramme im häuslichen Kontext nur bei Kindern in Pflegefamilien beschrieben (Treatment Foster Care, TFC; Fisher & Chamberlain, 2000; Chamberlain, 1996; Chamberlain, 2003). Sicherlich kann man die stationären Jugendhilfeeinrichtungen auch nicht mit dem "Zuhause" der Kinder gleichsetzen. Dennoch erscheint es sinnvoll und wichtig, über die Umsetzung der Charakteristika der Home-Treatment Ansätze (nämlich der Behandlung im alltäglichen Umfeld der Jugendlichen zum Vermeiden von Transferproblemen, dem Einbezug und Training der Bezugspersonen ganz im Sinne einer Kotherapie, etc.) im Kontext stationärer Jugendhilfeeinrichtungen nachzudenken.

Hometreatment erscheint demnach im Kontext kinder- und jugendpsychiatrischer Störungsbilder als viel versprechender Behandlungsansatz. Bislang sind der Verfasserin keine Studien zur Evaluation von aufsuchenden Interventionsprogrammen bei Kindern und Jugendlichen, die in vollstationären Einrichtungen der stationären Jugendhilfe leben, bekannt.

2.5 Integrative Zusammenfassung des theoretischen Hintergrundes

Im Folgenden soll eine kurze Zusammenfassung des theoretischen Hintergrundes gegeben werden, um darauf aufbauend die Zielsetzungen und Hypothesen der hier vorgestellten Studie abzuleiten.

In Kapitel 2.1 wurde aufgezeigt, dass Kinder und Jugendliche in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe aufgrund der zahlreichen psychosozialen Belastungsfaktoren ein erhöhtes Risiko haben, psychische Störungen zu entwickeln. Somit ist es nicht verwunderlich,

dass nationale wie internationale Studien die Prävalenz psychischer Störungen in vollstationären Jugendhilfeeinrichtungen auf mindestens 60% schätzen. Psychosoziale Behandlungsleistungen dürften demnach in hohem Maße nachgefragt werden. Häufiger als in der Normalbevölkerung sind diese Kinder auch schon mindestens einmal in einer entsprechenden Hilfestelle vorstellig geworden, was in Kapitel 2.2 dargestellt wurde. Dennoch ist eine gravierende Unterversorgung mit einer kontinuierlichen und effektiven Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen evident, was durch multiple Faktoren, wie beispielsweise die schwierige Erreichbarkeit, die knappen Ressourcen und häufige Wechsel des Lebensumfeldes der Kinder und Jugendlichen erklärbar wird. Dies wiederum erhöht die Wahrscheinlichkeit von Chronifizierungen der psychischen Störungen und kann zu diversen Folgeproblematiken und weiteren psychosozialen Belastungen führen. In Kapitel 2.3 wurde die geforderte und notwendige Zusammenarbeit der beiden Fachdisziplinen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie näher beleuchtet, die eine besondere Herausforderung darstellt, jedoch unerlässlich erscheint, wenn eine Verbesserung der Situation dieser psychisch belasteten Kinder und Jugendlichen angestrebt wird. Kapitel 2.4 zeigte die besondere Bedeutung, die der engen Zusammenarbeit mit Bezugspersonen in der Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter zukommt, so dass innerhalb des stationären Jugendhilfesektors die Einbindung der Gruppenerzieher als Hauptbezugspersonen der Kinder und Jugendlichen unerlässlich erscheint. Zudem wurden Evaluationsstudien des aufsuchenden Behandlungsansatzes dargestellt, der bei der Behandlung von kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern eine Erfolg versprechende Alternative zu häufig stigmatisierenden, Beziehungsabbrüche bedingenden und teuren stationären Behandlungsaufenthalten darstellt.

Zusammenfassend ergibt sich aus der hohen Prävalenz psychischer Störungen und der mangelhaften medizinisch-therapeutischen Versorgung in dem Spannungsfeld zwischen zwei kompetenten Fachdisziplinen die Forderung nach alternativen, übergreifenden Behandlungspfaden zum Wohle der stark belasteten Kinder und Jugendlichen. Es stellt sich die Frage, ob mit Hilfe eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms eine bessere kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Versorgung der psychisch hochauffälligen Kinder und Jugendlichen erreicht werden kann. Die Evaluation eines solchen Programms soll in der hier vorgestellten empirischen Arbeit geleistet werden.

2.6 Entwicklung eines multimodalen ambulanten Interventionsprogramms: Zielsetzungen

Um die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung der Hochrisikogruppe von Kindern und Jugendlichen, welche in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe untergebracht sind, zu verbessern, wurde in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie der Universität Ulm ein multimodales ambulantes Interventionsprogramm (vgl. Kapitel 3.5) entwickelt. Die Multimodalität des Behandlungsprogramms ist schon deshalb unabdingbar, weil Schwere und Komplexität der Symptomatik in der Population der sogenannten „Heimkinder“ sehr unterschiedliche, vielfältige Behandlungsmaßnahmen, wie psychopharmakologische Behandlungen, psychotherapeutische Angebote und Beratungsmaßnahmen, notwendig machen. Es wurde ein aufsuchender Behandlungsansatz gewählt, um direkt im Lebensumfeld der Kinder anzusetzen und damit eine möglichst systemübergreifende Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe zu schaffen. Die Zielsetzung bestand darin, ein möglichst niedrigschwelliges Behandlungsangebot zu machen, um ein frühzeitiges Erkennen von psychischen Belastungen zu gewährleisten und in der Folge den Weg zu einer kontinuierlichen ambulanten Behandlung zu ebnen. Die Behandlung sollte dabei an den kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Leitlinien (2007) orientiert und evidenzbasiert erfolgen.

Das Behandlungsprogramm sollte möglichst flexibel an die unterschiedlichsten Voraussetzungen anpassbar sein, da Erziehung in der stationären Jugendhilfe, im Alltag besser unter dem Begriff „Heimerziehung“ bekannt, alles andere als ein einheitliches Geschehen ist und ganz unterschiedliche Gesichter hat. Das Spektrum reicht von familienähnlichen Kleinsteinrichtungen mit wenigen stationären Plätzen bis zu sehr großen, häufig dezentral organisierten Einrichtungen mit traditionellen Wohngruppen auf dem Gelände, Außenwohngruppen und fast vollständig autonom organisierten Wohngemeinschaften für Jugendlichen (vgl. dazu die ausführliche Darstellung der Heimerziehungsprofile von Freigang & Wolf, 2001). In jedem Fall angestrebt wurde, die Mitarbeiter des Jugendhilfsektors in ihrer Kompetenz zur langfristigen, effektiven Betreuung psychisch auffälliger Jugendlicher zu stärken, um die Haltedauern in den Einrichtungen zu erhöhen und häufige Beziehungsabbrüche (z.B. durch Einrichtungswechsel) zu verhindern. Dies ist zum Wohle und zur Stabilisierung der ohnehin sehr belasteten Kinder und Jugendlichen unerlässlich. Aus der Literatur, allem voran der Jugendhilfe-Effekte Studie (Schmidt et al., 2002), ist bekannt, dass vorzeitig abgebrochenen Prozesse die Qualität und die Effektivität erzieheri-

scher Hilfen beeinträchtigen. Oft kommt es in der Folge zu einer Verstärkung der Verhaltensauffälligkeiten und einer Zuspitzung der psychosozialen Beeinträchtigung. Nicht selten werden krisenhafte Zuspitzungen oder schlechte Verläufe für die Abbrüche verantwortlich gemacht. Eine Diskontinuität von Beziehungen und - damit einhergehend - häufig wechselnde Bezugspersonen verstärken nämlich als gut bekannter Risikofaktor (externalisierende) Verhaltensauffälligkeiten und verschlechtern damit die Prognose für die weitere Entwicklung der Kinder und Jugendlichen. Es kommt zu einem Teufelskreis und in jeder neuen Lebens- und Betreuungssituation steigt das Risiko einer erneuten Überforderung und damit eines erneuten Beziehungsabbruchs. Häufig wird die Kinder- und Jugendpsychiatrie zum „Auffangbecken“ und moderiert den Übergang von einer Jugendhilfeeinrichtung zur nächsten. Diese resultierenden „Drehtürkarrieren“ zu unterbrechen, die in einer sehr schlechten Kosten-Nutzen-Relation stehen, ist ein weiteres Anliegen des entwickelten Interventionsprogramms. Durch rechtzeitige ambulante Behandlung sollen Folgekosten im stationären Behandlungssektor eingespart und die psychosozialen Entwicklungsverläufe der Jugendlichen stabilisiert werden.

Die Machbarkeit (Praktikabilität) und die Wirksamkeit (Effektivität) des vorgestellten aufsuchenden, multimodalen ambulanten Interventionsprogramms (ausführliche Darstellung in Kapitel 3.4) sollen anhand dieser Studie evaluiert werden.

2.7 Ableitung der Fragestellung und Hypothesen

Aufgrund der oben dargestellten Zusammenhänge ergibt sich die folgende **zentrale Fragestellung (1)**: Können durch ein aufsuchendes multimodales ambulantes Behandlungsprogramm für Kinder und Jugendliche im stationären Jugendhilfebereich stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungszeiten eingespart werden?

Des Weiteren werden folgende Fragen aufgeworfen:

Fragestellung (2) Werden durch Mitarbeiterschulung und –beratung im Umgang mit schwierigsten Jugendlichen sowie eine verbesserte Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorzeitige Abbrüche der Maßnahmen vermieden, die sich ungünstig auf die weitere Entwicklung der Jugendlichen auswirken können?

Fragestellung (3) Gibt es einen positiven Effekt des ambulanten aufsuchenden Behandlungsprogramms auf die psychische Symptombelastung **(a)**, die psychosoziale Anpassung **(b)** und die Lebensqualität **(c)** der Kinder und Jugendlichen in stationärer Jugendhilfe?

Aus den formulierten Fragestellungen ergeben sich folgende Hypothesen:

Durch die regelmäßige ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Rahmen der durchgeführten Heimsprechstunden und ein gestuftes und zunächst ambulantes Krisenmanagement sollen stationäre Klinikaufnahmen im Krisenfall soweit möglich vermieden bzw. auf ein unerlässliches Minimum reduziert werden. Zudem soll die Schulung und kontinuierliche Beratung der Mitarbeiter in den Einrichtungen die haltende Funktion der Jugendhilfe verbessern und sie im Umgang mit schwierigen Situationen unterstützen.

Die zentrale Hypothese der Studie lautet daher: Im Vergleich zur Kontrollgruppe, die die übliche Regelversorgung erhält, werden bei der Interventionsgruppe, die ein aufsuchendes, multimodales ambulantes Behandlungsprogramm durchläuft, kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungszeiten eingespart (**zentrale Hypothese 1**).

Durch die intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit soll dazu beigetragen werden, die Haltedauer schwieriger Jugendlicher in den Einrichtungen zu erhöhen.

Somit wird angenommen, dass die Zahl der unplanmäßig aufgrund des Schwierigkeitsgrades der Jugendlichen abgebrochenen Jugendhilfemaßnahmen innerhalb eines 12-monatigen Beobachtungszeitraums in der Interventionsgruppe geringer ist als in der Kontrollgruppe (**Hypothese 2**).

Des Weiteren werden im Vergleich zur Kontrollgruppe bei der Interventionsgruppe über einen 12-monatigen Beobachtungszeitraum hinweg mindestens gleichwertige Verbesserungen bezüglich der psychischen Symptombelastung (**Hypothese 3a**), des psychosozialen Funktionsniveaus (**Hypothese 3b**) und der Lebensqualität (**Hypothese 3c**) der Kinder und Jugendlichen angenommen.

3. Methoden

3.1 Studiendesign

Bei der hier vorgestellten Studie handelt sich um ein multizentrisches off-on Design mit Kontrollgruppenvergleich, welches in einem naturalistischen Setting umgesetzt wird. Ziel ist die Evaluation des vorgestellten aufsuchenden und milieuzentrierten Interventionsprogramms in der stationären Jugendhilfe.

In einer Rekrutierungsphase wurden Kooperationsvereinbarungen mit 26 Jugendhilfeeinrichtungen geschlossen, die in Interventions- und Kontrollgruppe unterteilt wurden (vgl. auch Kapitel 3.3). Die Sorgeberechtigten der Kinder und Jugendlichen wurden in einem ausführlichen Informationsschreiben über die Ziele und das Vorgehen der Untersuchung aufgeklärt und um ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie gebeten. Bei Vorliegen des Einverständnisses wurden Fragebögen an die Gruppenerzieher verteilt, die mittels standardisierter klinischer Fragebogenverfahren eine Beurteilung der emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen im Alter von 4-19 Jahren vornahmen (initiales Screening). Zudem wurden das psychosoziale Funktionsniveau, die Lebensqualität und die Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer/-psychotherapeutischer Behandlungsleistungen im Vorjahr erfasst. Die Jugendlichen ab 11 Jahren bekamen ebenfalls einen Fragebogen vorgelegt, in dem sie sich selbst hinsichtlich der aktuellen psychischen Symptombelastung und der Lebensqualität einschätzen konnten. Das Ausfüllen der Fragebögen erfolgte anonymisiert, lediglich die Jugendhilfeeinrichtungen konnten anhand der vergebenen Codes eine Zuordnung der Fragebogendaten zu den Kindern und Jugendlichen treffen. Die Fragebögen wurden von der Studienzentrale am Universitätsklinikum Ulm ausgewertet und die Ergebnisse wurden den Jugendlichen, ihren Eltern und der Jugendhilfeeinrichtung möglichst zeitnah zurückgemeldet. Als „auffällig“ galten dabei die Kinder und Jugendlichen, die entweder im Erzieherurteil oder im Selbsturteil überdurchschnittlich viele Verhaltens- oder emotionale Auffälligkeiten aufwiesen (Gesamtskala CBCL oder YSR: $T \geq 60$ bei $M=50$ und $SD=10$). Es wurde Wert darauf gelegt, die Screeninguntersuchung sowohl im Fremd- als auch im Selbsturteil durchzuführen, da eine Beurteilung der psychischen Belastung durch unterschiedliche Informationsquellen als zuverlässiger gilt (Weissman et al., 1987; Cantwell et al., 1997; Hope et al., 1999). Außerdem scheinen internalisierende Verhaltensauffälligkeiten verlässlicher im Selbsturteil abgebildet zu werden, während externalisierende Verhaltensstörungen durch Fremdurteil zuverlässiger wiedergegeben werden.

In der Interventionsgruppe wurde während dieser Rekrutierungsphase die Intervention vorbereitet; aufsuchende Sprechstunden durch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden vor Ort in den Jugendhilfeeinrichtungen installiert und es wurden erste Mitarbeiterschulungen durchgeführt (vgl. Kapitel 3.5). Die im Screening auffälligen Jugendlichen der Kontrollgruppe wurden in die Studie eingeschlossen und für die nächsten 12 Monate ohne zusätzliche Intervention weiter verfolgt (treatment as usual, TAU). Nach sechs und nach zwölf Monaten fand jeweils wieder eine Messung der Parameter psychische Symptombelastung, psychosoziales Funktionsniveau und Lebensqualität der Jugendlichen im Selbst- und Erzieherurteil statt und die Inanspruchnahme jeder Art von psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlungen wurde erfragt. Die Jugendlichen der Interventionsgruppe wurden bei auffälligem Screeningbefund, bei isolierten Verhaltensauffälligkeiten trotz unauffälligem Screeningbefund oder bei vorbekannter einschlägiger psychiatrischer Diagnose dem aufsuchenden Kinder- und Jugendpsychiater im Rahmen der Heimsprechstunden vorgestellt. Dieser verifizierte die Auffälligkeiten in der klinisch-psychiatrischen Untersuchung und vergab gegebenenfalls eine Diagnose nach Kapitel F der ICD-10 (Remschmidt et al., 2001), was dann zum Einschluss des Jugendlichen als Studienfall führte (Fallmeldung durch die Therapeuten). Die Jugendlichen wurden dann kontinuierlich leitlinienkonform behandelt und analog zur Kontrollgruppe sechs und zwölf Monate nach Fallmeldung erneut befragt. Die Therapeuten machten per Fragebogen zu den drei Messzeitpunkten (Aufnahme, nach sechs Monaten, nach zwölf Monaten) Angaben zum Symptomverlauf und zur Prozessqualität und dokumentierten den Behandlungsaufwand.

Während der gesamten Studienlaufzeit wurden alle stationären Klinikbehandlungen mit An- und Abmeldedatum und Grund der Aufnahme an die Studienzentrale in Ulm gemeldet und dort registriert. Auch die Beendigungen der aktuellen Jugendhilfemaßnahme (Fallabmeldung) und der Grund hierfür wurden fortlaufend dokumentiert. Die nachstehende Graphik gibt eine Übersicht über das Studiendesign:

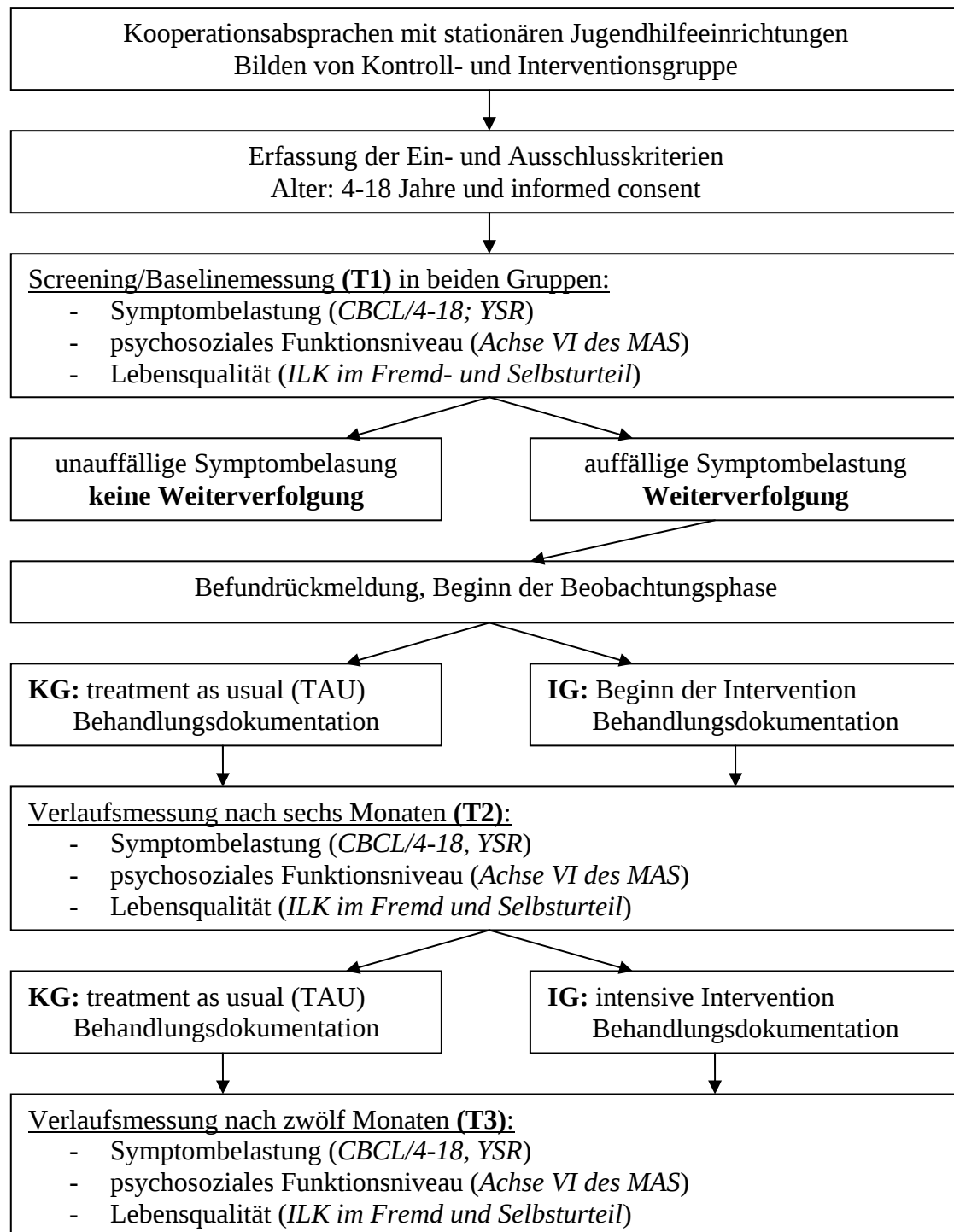


Abbildung 1: Überblick über das Studiendesign

3.2 Primäre und sekundäre Evaluationsparameter

Primärer Evaluationsparameter ist die Zahl der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungstage während des zwölfmonatigen Beobachtungszeitraumes. Dazu wurde jede Kli-

nikaufnahme sorgfältig dokumentiert (vgl. Kapitel 3.5). Erfasst werden sowohl durch Krisen ausgelöste stationäre Aufnahmen als auch längerfristig geplante (elektive) Behandlungsaufenthalte. Als Kennwert wird für jede Gruppe der relative Anteil der stationären Behandlungstage gemessen an der Gesamtzahl der Beobachtungstage angegeben.

Folgende sekundäre Evaluationsparameter werden erhoben:

- die Zahl der vorzeitig aufgrund von Verhaltensproblemen des Jugendlichen abgebrochenen Jugendhilfemaßnahmen,
- die psychische Symptombelastung, gemessen durch die Werte auf den übergeordneten Skalen „externalisierende Verhaltensauffälligkeiten“ und „internalisierende Verhaltensauffälligkeiten“ sowie auf der Gesamtskala für „Problemverhalten“ der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18),
- das psychosoziales Funktionsniveau, operationalisiert durch die Ausprägung auf der Achse VI des Multiaxialen Klassifikationsschemas,
- die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen, gemessen im Fremdurteil durch die Erzieher sowie als Selbstbericht mit dem Inventar zur Lebensqualität (ILK).

3.3 Teilnehmende Einrichtungen

Insgesamt nahmen 26 Jugendhilfeeinrichtungen an der Studie teil; feste Kooperationsvereinbarungen wurden mit elf Einrichtungen für die Interventionsgruppe und 15 Einrichtungen für die Kontrollgruppe geschlossen. Die Gruppenzuordnung erfolgte aus Gründen der Praktikabilität des ambulanten Versorgungsmodells a priori je nach Entfernung vom Studienzentrum, Einzugsgebiet und unter Berücksichtigung bereits bestehender Kooperationserfahrungen und –verträge. Die teilnehmenden Jugendhilfeeinrichtungen unterschieden sich hinsichtlich struktureller Merkmale voneinander. Die nachstehende Tabelle 1 soll eine Übersicht über die unterschiedlichen Strukturmerkmale geben.

Hinsichtlich der Fachdienststellen zeigt sich, dass in der Kontrollgruppe auf ca. 13 Kinder ein Fachdienstmitarbeiter kommt, während in der Interventionsgruppe der Schlüssel bei 1:20 Kindern liegt. Dabei ist die Art der Fachdienststellen sehr unterschiedlich; es sind Psychologen und Pädagogen mit/ohne Approbation, Heil- und Sozialpädagogen beschäftigt. Bei den angegliederten Schulen handelte es sich um Schulen für Erziehungshilfe, teilweise in Kombination mit anderen Sonderschulen.

Zudem erfasst wurde die Dauer bestehender Kooperationen mit Kliniken bzw. Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, die in beiden Gruppen sehr variabel ist und von einem bis zu 22 Jahren reicht (KG: $M=8.5$ Jahre, $SD=8.0$; IG: $M=7.1$ Jahre, $SD=7.8$).

Tabelle 1: Deskriptive Darstellung der Strukturmerkmale der teilnehmenden Jugendhilfeeinrichtung

	KG (n=15)	IG (n=11)
Anzahl vollstationärer Plätze in der Einrichtung	$M=41.7$ Plätze, $SD=4.9$ Min-Max: 6-146 Plätze	$M=55.5$ Plätze, $SD=34.6$ Min-Max: 26-153 Plätze
Anzahl Wohngruppen in der Einrichtung	$M=5.5$ Gruppen, $SD=35.6$ Min-Max: 1-19 Gruppen	$M=6.8$ Gruppen, $SD=3.5$ Min-Max: 3-16 Gruppen
maximale Anzahl Jugendlicher pro Gruppe	$M=7.5$ Jugendliche, $SD=1.5$ Min-Max: 3-9 Jugendliche	$M=9.2$ Jugendliche, $SD=1.3$ Min-Max: 8-12 Jugendliche
Anzahl Mitarbeiter pro Platz in der Einrichtung	$M=0.48$ Mitarbeiter, $SD=0.3$	$M=0.53$ Mitarbeiter, $SD=0.1$
Anzahl Fachdienststellen pro Platz	$M=0.08$ Fachdienststellen, $SD=0.06$	$M=0.05$ Fachdienststellen, $SD=0.04$
angegliederte Schule	ja: $n=7$, 46.7%	ja: $n=7$, 63.6%

3.4 Beschreibung des Interventionsprogramms

Das hier vorgestellte aufsuchende und milieuzentrierte Interventionsprogramm verfolgt das Ziel der Verbesserung der Schnittstellenfunktionalität zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Wohle der Jugendlichen. Das Interventionsprogramm setzt sich aus folgenden zentralen Bausteinen zusammen:

- Einrichtung von regelmäßigen Sprechstunden in den Jugendhilfeeinrichtungen, im Rahmen derer Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie niedrigschwellig und milieusorientiert eine leitlinienorientierte Diagnostik und Behandlung der Kinder und Jugendlichen durchführen können

- Früherkennung psychischer Belastungen durch eine routinemäßig durchgeführte orientierende Untersuchung (Screening), woraufhin bei Bedarf eine fortlaufende Behandlung eingeleitet werden kann
- Sicherstellung einer größtmöglichen Behandlungskontinuität durch den Liaisonarzt
- Interdisziplinarität, d.h. die Kooperation von Mitarbeitern der beiden Disziplinen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie soll verstärkt werden, zudem sollen die zuständigen Jugendämter bei der Fortschreibung der Hilfepläne gemäß §§ 35a und 36 SGB VIII beraten und unterstützt werden
- Psychoedukation/Training der Mitarbeiter der Jugendhilfeeinrichtungen mittels standardisierter, störungsspezifischer Fortbildungen durch Fachkräfte aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie, um den Einbezug des pädagogischen Betreuungspersonals und der pädagogisch-therapeutischen Fachdienstmitarbeiter in Früherkennung, Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen zu ermöglichen
- nach Möglichkeit und Bedarf werden spezielle therapeutische Gruppeninterventionen (z.B. Soziales Kompetenztraining) in den Jugendhilfeeinrichtungen durchgeführt, wobei die Pädagogen vor Ort durch Mitarbeiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie angeleitet und unterstützt werden
- Kriseninterventionen bei kinder- und jugendpsychiatrischen Notfällen (Selbst- und/oder Fremdgefährdung) erfolgen anhand eines zweistufigen Modells; dabei ist primär ein ambulantes Krisenmanagement vorgesehen. Hierzu stehen außerhalb der Sprech- und Telefonzeiten der behandelnden Kinder- und Jugendpsychiater vor Ort die 24-Stunden-Rufbereitschaften der beteiligten Kliniken zur Verfügung. Bei erfolgloser ambulanter Krisenintervention kommt es zu einer stationären Aufnahme, die jedoch nach Möglichkeit zeitlich auf wenige Tage begrenzt wird. Dabei wird eine Reintegration des Jugendlichen in die Jugendhilfeeinrichtung unter allen Umständen angestrebt; eine Beendigung der aktuellen Jugendhilfemaßnahme während der stationären Krisenintervention sollte im Sinne der Erhaltung von Beziehungskontinuität unbedingt vermieden werden.

3.5 Erfassung stationärer Behandlungsaufenthalte

In beiden Gruppen wurden die stationären Behandlungsaufenthalte der Kinder und Jugendlichen registriert. Von den zuständigen Ansprechpartnern in den Jugendhilfeeinrichtungen wurde angegeben, ob es sich um eine stationäre Krisenintervention (wegen Selbst- und/oder Fremdgefährdung) oder um eine elektive Aufnahme zur diagnostischen Abklärung oder längeren Behandlung handelte. Diese Information wurde in der Interventionsgruppe mit den behandelnden Therapeuten abgeglichen; in der Kontrollgruppe konnte bei Unklarheiten und Zweifeln ein Informationsaustausch mit den jeweiligen Aufnahmekliniken erfolgen.

3.6 Erfassung von Fluktuation und unplanmäßigen Abbrüchen der Maßnahmen

Mittels Abmeldeformular wurde dem Studienzentrum in Ulm von den Jugendhilfeeinrichtungen gemeldet, sobald ein Jugendlicher die Einrichtung verließ. Auf dem Formular wurde angegeben, ob es sich um einen vorzeitigen Abbruch der Maßnahme wegen Verhaltensproblemen des Jugendlichen, um eine vorzeitige Beendigung auf Wunsch des Jugendlichen und/oder dessen Familie, um eine vorzeitige Beendigung auf Drängen des Jugendamtes oder um eine geplante Beendigung der Maßnahme im beidseitigen Einverständnis (z.B. Rückführung in die Familie, geplanter Einrichtungswechsel, etc.) handelte. Zudem wurde die Prognose des Jugendlichen aus Sicht der Jugendhilfeeinrichtung eingeschätzt. Für die späteren Analysen wurden die Ereignisse „vorzeitige Beendigung auf Wunsch des Jugendlichen/der Familie“, „vorzeitige Beendigung wegen Problem in der Kooperation mit der Familie“ und „vorzeitige Beendigung auf Drängen des Jugendamtes“ wegen des seltenen Eintretens dieser Ereignisse zu der Variable „vorzeitiger Abbruch der Maßnahme“ zusammengefasst. Die Gründe für die reguläre Beendigung der Maßnahme (z.B. Wechsel ins betreute Jugendwohnen, geplanter Einrichtungswechsel, ...) wurden ebenfalls zu einer Variable („reguläres Ende der Maßnahme“) zusammengefasst.

3.7 Beschreibung der verwendeten Instrumente zur Evaluation

3.7.1 Erfassung der psychischen Symptombelastung/Fremdurteil: Child Behavior Checklist CBCL/4-18

Bei dem Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen im Alter von vier bis 18 Jahren (Döpfner et al., 1994a) handelt es sich um die deutsche Version der Child Behavior Checklist CBCL/4-18 (Achenbach, 1991a). Auf dreistufigen Skalen, die von „selten/nie“ (0) über „manchmal“ (1) bis „immer/häufig“ (2) reichen, werden mit 113 Items Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und körperliche Beschwerden beschrieben, aus denen dann insgesamt acht Syndromskalen gebildet werden. Diese Syndromskalen sind wiederum in drei Gruppen zusammengefasst: internalisierende Störungen (umfasst drei Skalen: Sozialer Rückzug, Körperliche Beschwerden und Angst/Depressivität), externalisierende Störungen (umfasst zwei Skalen: Delinquentes Verhalten und Aggressives Verhalten) und gemischte Störungen (umfasst drei Skalen: Soziale Probleme, Schizoid/zwanghaft und Aufmerksamkeitsstörungen). Ausprägungen mit einem T-Wert ≥ 70 gelten als Hinweis für klinisch relevante Auffälligkeiten, als grenzwertig auffällig gelten T-Werte zwischen 67 und 70. Alle Items, die internalisierende oder externalisierende Störungen beschreiben, werden zu gleichnamigen übergeordneten Skalen zusammengefasst und aus allen 113 Items wird ein Gesamtwert für Problemverhalten gebildet. Für die übergeordneten Skalen liegt der Cut-off Wert für klinische Auffälligkeit bei einem T-Wert = 63, bei einem T-Wert zwischen 60 und 63 kann man von einer grenzwertigen Auffälligkeit sprechen.

In mehreren Studien im deutschen Sprachraum wurden die psychometrischen Gütekriterien der CBCL/4-18 überprüft (Renschmidt & Walter, 1990; Döpfner et al., 1994b; Döpfner et al., 1994a), zusammenfassend konnten die faktorielle Validität und Reliabilität des Instruments weitgehend bestätigt werden. Es liegen alters- und geschlechtsspezifische deutsche Normwerte vor (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998).

3.7.2 Erfassung der psychischen Symptombelastung/Selbsturteil: Youth Self Report YSR

Beim Youth Self Report YSR (Achenbach, 1991b) handelt es sich um einen Selbstberichtsfragebogen zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten bei Jugendlichen von 11-18 Jahren, der die gleichen Skalen wie die Child Behavior Checklist CBCL/4-18 umfasst. Es zeigen sich gute bis sehr gute interne Konsistenzen der übergeordneten Skalen und die

Syndromskalen sind faktoriell valide, so dass das Instrument als für Klinik und Forschung nützlich und brauchbar eingeschätzt werden kann (Döpfner et al., 1995).

3.7.3 Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus: Achse VI des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters

Das Multiaxiale Klassifikationsschema (MAS) für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (Remschmidt et al., 2001) basiert auf der ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und umfasst die folgenden sechs Achsen, auf denen das jeweilige Krankheitsbild sowie die damit zusammenhängenden Faktoren umfassend dargestellt werden können:

- Achse I: klinisch-psychiatrisches Syndrom
- Achse II: umschriebene Entwicklungsstörungen
- Achse III: Intelligenzniveau
- Achse IV: körperliche Symptomatik
- Achse V: abnorme assoziierte psychosoziale Lebensumstände
- Achse VI: Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

Das Schema ist wenig theoriegebunden; es handelt sich vielmehr um eine Beschreibung des Vorhandenseins oder Nicht-Vorhandenseins unterschiedlicher Phänomene, unabhängig von deren möglicher ätiologischer Bedeutung.

Das Niveau der psychosozialen Funktion/Anpassung der Kinder und Jugendlichen wurde durch die Gruppenerzieher mit Hilfe der Achse VI des Klassifikationsschemas eingeschätzt. Die Beurteilung der Achse VI erfolgt dabei auf einer neunstufigen Skala und bezieht sich auf Funktionsbeeinträchtigungen, die als Konsequenz einer psychischen Störung, einer spezifischen Entwicklungsstörung oder einer intellektuellen Beeinträchtigung entstanden sind.

Stufe

- 0 hervorragende oder gute soziale Anpassung auf allen Gebieten
- 1 befriedigende soziale Anpassung mit vorübergehenden oder geringgradigen Schwierigkeiten in lediglich ein oder zwei Bereichen
- 2 leichte soziale Beeinträchtigung mit leichten Schwierigkeiten in mindestens einem oder zwei Bereichen
- 3 mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen
- 4 deutliche soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen
- 5 deutliche und übergreifende soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen

- 6 tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen
- 7 braucht beträchtliche Betreuung
- 8 braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)

3.7.4 Erfassung der Lebensqualität: Inventar zur Lebensqualität ILK

Das Inventar zur Lebensqualität ILK (Mattejat et al., 1998; Mattejat & Remschmidt, 1998) ist ein Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, welche im Selbsturteil von Jugendlichen ab 12 Jahren sowie parallel im Fremdurteil durch Bezugspersonen erhoben werden kann. Es werden die Lebensbereiche Schule, Familie, soziale Kontakte zu Gleichaltrigen sowie Interessen und Freizeitgestaltung erfasst; hinzu kommen die beiden gesundheitsbezogenen Bereiche körperliche Gesundheit und psychische Gesundheit. Zudem wird eine Gesamtbeurteilung der Lebensqualität getroffen. Die Einschätzung der Bereiche erfolgt auf fünfstufigen Skalen. Das ILK weist zufriedenstellende psychometrische Gütekriterien auf. Es liegen repräsentative deutsche Bevölkerungsnormen vor, außerdem existieren Vergleichswerte kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten. Die sieben Skalen des Originalfragebogens wurden um drei weitere Skalen ergänzt, um den besonderen Lebensumständen von Jugendlichen in vollstationären Jugendhilfeeinrichtungen Rechnung zu tragen. Eingeschätzt werden die Beziehung zu den Gruppenbetreuern, zu den anderen Jugendlichen in der Wohngruppe sowie die Bewältigung von Alltagsaufgaben auf der Gruppe.

3.8 Datenaufbereitung und statistische Verfahren

Die statistische Datenauswertung erfolgte mit Hilfe der Software-Programmpakete SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Version 12.0 für Windows und Microsoft Excel. Die Rohdaten wurden auf ihre Plausibilität hin überprüft; die Daten aus den eingesetzten Fragebögen wurden anhand der Normwerte in Standardwerte überführt. Zur Anwendung kam die Berechnung von deskriptiven Statistiken (Mittelwerte, Standardabweichungen, Häufigkeitsverteilungen); Mittelwertsvergleiche zwischen den Gruppen wurden mit *t*-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. Bei nominalskalierten Variablen wurden χ^2 -

Tests zur Überprüfung von Gruppenunterschieden in der Verteilung eingesetzt. Bei allen Analysen wurde ein Signifikanzniveau von 5% zugrunde gelegt, wobei bei multiplen Tests Alpha-Korrekturen nach Bonferroni durchgeführt wurden.

Zur Beurteilung von Gruppenunterschieden bei der Häufigkeit stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungstage wurde für beide Gruppen die relative Häufigkeit von Behandlungstagen in Bezug auf alle Beobachtungstage berechnet (Anzahl stationärer Behandlungstage pro Kopf innerhalb des zwölfmonatigen Beobachtungszeitraumes). Zur Berechnung der Wahrscheinlichkeit, mit der ein bestimmtes Ereignis (hier: stationäre Aufnahme in eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie) in einer bestimmten Zeit (hier: 12-monatige Beobachtungsphase) auftritt, wurde eine Survivalanalyse durchgeführt. Mittels Kaplan-Meier Schätzung wurde die Dauer (in Tagen) von Studienbeginn bis zur ersten stationären Klinikaufnahme pro Proband berechnet; einfache Gruppenvergleiche wurden anschließend per Log-Rang-Test durchgeführt. Dasselbe Verfahren wurde auch zur Berechnung der Wahrscheinlichkeit des Ereignisses „Abbruch der Maßnahme wegen Verhaltensproblemen des Jugendlichen“ durchgeführt.

Mittels zweifaktorieller Varianzanalysen mit Messwiederholung (Faktor Zeit, Faktor Gruppe) wurden die Veränderungen in den eingesetzten Fragebögen über die Zeit hinweg im Gruppenvergleich untersucht. Ergänzend dazu wurden einfache Kontraste berechnet; die Mittelwerte der zweiten und dritten Faktorenstufe (Zeitpunkte T2 und T3) wurden dazu mittels *t*-Test mit dem Mittelwert der ersten Faktorenstufe (T1) verglichen. Die Analysen wurden sowohl protokollgemäß als auch nach dem intent-to-treat Prinzip ausgewertet. Als Maß für die Effektgrößen im Rahmen der durchgeführten Varianzanalysen wurden als Kennwerte η^2 berechnet. η^2 ist ein deskriptives Maß für den erklärten Varianzanteil, der auf die Gruppenunterschiede zurückgeführt werden kann. Dabei sind gemäß Bortz und Döring (Bortz & Döring, 2006) Effekte von $\eta^2 > 0.01$ als klein, von $\eta^2 > 0.10$ als mittelgradig und von $\eta^2 > 0.25$ als groß zu bewerten.

4. Ergebnisse

4.1 Studienteilnahme

4.1.1 Fallzahlen im Verlauf

Das Flussdiagramm (Abbildung 2) gibt einen Überblick über die Studienteilnehmer und die Drop-outs durch Fallabmeldungen im Verlauf.

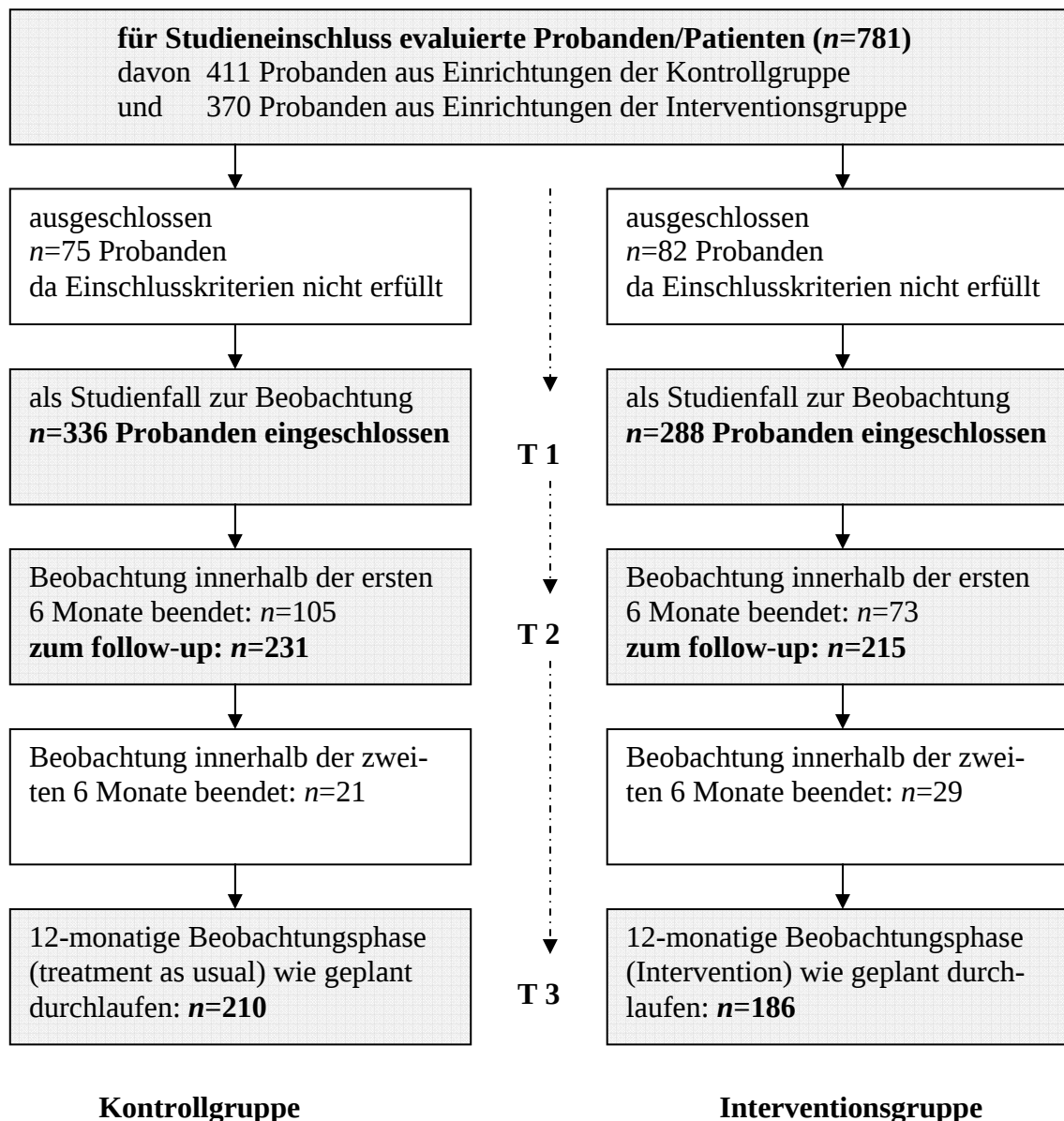


Abbildung 2: Flussdiagramm: Fallzahlen im Verlauf

Screeningfragebögen wurden von den Gruppenerziehern von insgesamt 781 Kindern und Jugendlichen (69.1% männlich) ausgefüllt. 157 Kinder und Jugendliche (20.1% aller Be-

fragten) erfüllten die Einschlusskriterien nicht, d.h. sie zeigten einen unauffälligen Screeningbefund und auch sonst keine Verhaltensauffälligkeiten, so dass nicht vom Bestehen einer abklärungsbedürftigen psychischen Symptomatik ausgegangen werden konnte. Die Kinder und Jugendlichen unterschieden sich hinsichtlich der soziodemographischen Variablen (Alter, Geschlecht) nicht von den Kindern und Jugendlichen, die die Einschlusskriterien erfüllten und in die Behandlungsphase eingeschlossen wurden.

Allerdings ergaben sich erwartungsgemäß Unterschiede bezüglich kinder- und jugendpsychiatrischer/-psychotherapeutischer Behandlungsvariablen, z.B. waren die nicht in die Stichprobe eingeschlossenen Jugendlichen seltener in irgendeiner Form der Behandlung wegen psychosozialer Probleme (in 40.1% der Fälle im Vergleich zu 58.2% der Jugendlichen, die in die Stichprobe eingeschlossen wurden, $\chi^2=16.56$, $df=2$, $p\leq.001$) und nahmen seltener Psychopharmaka ein (12.7% im Vergleich zu 30.8% psychopharmakologisch behandelte Jugendliche in der Stichprobe, $\chi^2=27.93$, $df=2$, $p\leq.001$).

624 Kinder und Jugendlichen wurden in die Stichprobe eingeschlossen und über die 12-monatige Studienlaufzeit hinweg beobachtet; davon stammten 336 Fälle (53.8%) aus der Kontrollgruppe und 288 Fälle (46.2%) aus der Interventionsgruppe. Innerhalb des ersten Halbjahres wurden 105 Jugendliche (31.2%) der Kontrollgruppe und 73 Jugendliche (25.3%) der Interventionsgruppe aus der Studie abgemeldet. Von 231 Jugendlichen der Kontrollgruppe (68.8%) und 215 Jugendlichen der Interventionsgruppe (74.7%) konnten nach sechs Monaten Verlaufsdaten erhoben werden. Im Laufe des zweiten Halbjahres wurden dann noch 21 Jugendliche aus der Kontrollgruppe und 29 Jugendliche aus der Interventionsgruppe von der Studie abgemeldet, so dass nach der 12-monatigen Studienlaufzeit noch Daten von 210 Fällen der Kontrollgruppe (62.6%) und 186 Fällen der Interventionsgruppe (64.6%) erhoben werden konnten.

In Tabelle 2 sind die Gründe der Abmeldungen in beiden Gruppen dargestellt. Die Verteilung unterscheidet sich signifikant voneinander ($\chi^2=15.407$, $df=4$, $p=.004$). Deutlich mehr Jugendliche der Interventionsgruppe verweigerten das Ausfüllen der Fragebögen oder die Teilnahme an den Sprechstunden (22.5% versus 7.0% in der Kontrollgruppe). Dieser Unterschied ist auch nach Bonferroni-Korrektur des Signifikanzniveaus signifikant ($\chi^2=7.535$, $df=1$, $p=.006$). Der zunächst augenfällige Unterschied bezüglich der geplanten Beendigung der Maßnahme im beidseitigen Einverständnis, welche mit 28.7% (vs. 14.6% in der Interventionsgruppe) in der Kontrollgruppe häufiger vorkommt, verfehlt nach Bonferroni-Korrektur für multiple Tests knapp die Signifikanzgrenze.

Tabelle 2: Vergleich der Kontroll- und der Interventionsgruppe bezüglich der Abmeldegründe innerhalb des 12monatigen Beobachtungszeitraums (χ^2 -Tests)

	KG Anzahl (An- teil)	IG Anzahl (An- teil)	χ^2 ($df=1$)	p
Abbruch wegen Verhal- tensproblemen	19 (16.5%)	9 (10.1%)	2.316	.128
vorzeitiger Abbruch der Maßnahme	28 (24.3%)	27 (30.3%)	0.209	.647
Rückführung in die Her- kunftsfamilie	27 (23.5%)	20 (22.5%)	0.265	.607
geplantes Ende der Maß- nahme	33 (28.7%)	13 (14.6%)	6.398	.011
verweigert die Studien- teilnahme	8 (7.0%)	20 (22.5%)	7.535	.006
Gesamt	115 (100%)	89 (100%)		

$\alpha=.05$, entspricht nach Bonferroni-Korrektur für multiple Test $\alpha/5=.01$

4.5.2 Drop-out-Analysen

Die Studienteilnehmer, die nach dem ersten Messzeitpunkt nicht in die Beobachtungsphase der Studie eingeschlossen wurden, wurden hinsichtlich der Variablen Alter, Geschlecht, Vorbehandlung, psychische Symptombelastung und psychosoziales Funktionsniveau mit den restlichen Studienteilnehmern verglichen. Es besteht kein Unterschied hinsichtlich Alter ($t(778)=-0.026$, $p=.98$) und Geschlechtsverteilung ($\chi^2=0.739$, $df=1$, $p=.39$). Die Unterschiede bezüglich kinder- und jugendpsychiatrischer Vorbehandlung, Symptombelastung und psychosozialem Funktionsniveau weisen allesamt in die erwartete Richtung; hier sind die im Screening unauffälligen und damit nicht in die Beobachtungsphase der Studie eingeschlossenen Jugendlichen signifikant weniger belastet.

Auch die Jugendlichen, die innerhalb des zwölfmonatigen Beobachtungszeitraumes aus-
schieden (insgesamt $n=228$, davon 126 aus der Kontroll- und 102 aus der Interventions-
gruppe) wurden als Gesamtgruppe mit den Jugendlichen verglichen, die die Studie gemäß
Studienprotokoll durchliefen (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Vergleich der innerhalb der Studienlaufzeit abgemeldeten Jugendlichen mit den während der gesamten Beobachtungsdauer erfassten Jugendlichen (follow-up durchlaufen) hinsichtlich der Variablen Geschlecht und Behandlungsstatus (χ^2 -Tests)

	Ausprägung	Anzahl abgemeldet	Anzahl follow-up	χ^2 (df=1)
Geschlecht	männlich	146	281	3.211
	weiblich	82	115	
jemals stationäre KJP-Behandlung	nein	148	249	0.444
	ja	69	131	
Behandlung wg. psychosoz. Probleme im Vorjahr	nein	99	155	1.682
	ja	123	240	
aktuell Einnahme von Psychopharmaka	nein	165	250	5.740
	ja	57	135	

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Nach Adjustierung des Signifikanzniveaus für multiple Tests wird keiner der Unterschiede signifikant. Man kann also von einer Vergleichbarkeit der beiden Gruppen hinsichtlich der Variablen Geschlecht und kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsstatus ausgehen. Auch hinsichtlich der Variablen Alter, psychische Symptombelastung, gemessen durch Erzieherurteil mit der Child Behavior Checklist CBCL/4-18 sowie psychosoziales Funktionsniveau eingeschätzt auf Achse VI des Multiaxialen Klassifikationssystems, wurde ein Gruppenvergleich vorgenommen (siehe Tabelle 4). Hierbei zeigt sich ein signifikanter Altersunterschied; die Gruppe der aus der Studie ausgeschiedenen Jugendlichen ist im Durchschnitt fast zwei Jahre älter, als die zur Beobachtung in der Studie verbleibenden Jugendlichen ($t(619)=-7.837$, $p<.001$).

Tabelle 4: Vergleich der innerhalb der Studienlaufzeit abgemeldeten Jugendlichen mit den restlichen Jugendlichen (follow-up durchlaufen) hinsichtlich der Variablen Alter und psychische Symptombelastung (t -Tests für unabhängige Stichproben)

	Gruppe	Anzahl	M (SD)	Gruppenunterschiede
Alter	abgemeldet	228	14.97 (2.2)	$t(619)=-7.837^{***}$
	follow-up	393	13.19 (3.0)	
CBCL_int	abgemeldet	223	63.18 (9.6)	$t(607)=1.044$
	follow-up	386	64.00 (9.0)	
CBCL_ext	abgemeldet	223	68.14 (9.8)	$t(607)=-0.114$
	follow-up	386	68.05 (9.4)	
CBCL_ges	abgemeldet	223	67.92 (8.1)	$t(607)=1.581$
	follow-up	386	68.96 (7.6)	
Achse VI	abgemeldet	225	3.24 (1.6)	$t(611)=0.799$
	follow-up	388	3.34 (1.6)	

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

4.2 Allgemeine Beschreibung der Stichprobe

4.2.1 soziodemographische Merkmale

Insgesamt wurden 336 Fälle aus der Kontrollgruppe und 288 Fälle aus der Interventionsgruppe in die Beobachtungsphase der Studie eingeschlossen. Die Kinder waren zwischen 4 und 19 Jahre alt (vgl. Altersverteilung in Abbildung 3), wobei der Mittelwert in der Kontrollgruppe mit 13.6 Jahren ($SD=2.99$) tendenziell niedriger lag, als das mittlere Alter in der Interventionsgruppe, welches 14.1 Jahren ($SD=2.65$) betrug ($t(619)=-1.955$, $p=.051$). In beiden Gruppen gab es gleichermaßen eine deutliche Überrepräsentation des männlichen Geschlechts (66.2% Jungen in der Kontrollgruppe, 71.2% Jungen in der Interventionsgruppe, $\chi^2=1.874$, $df=1$, $p=.17$).

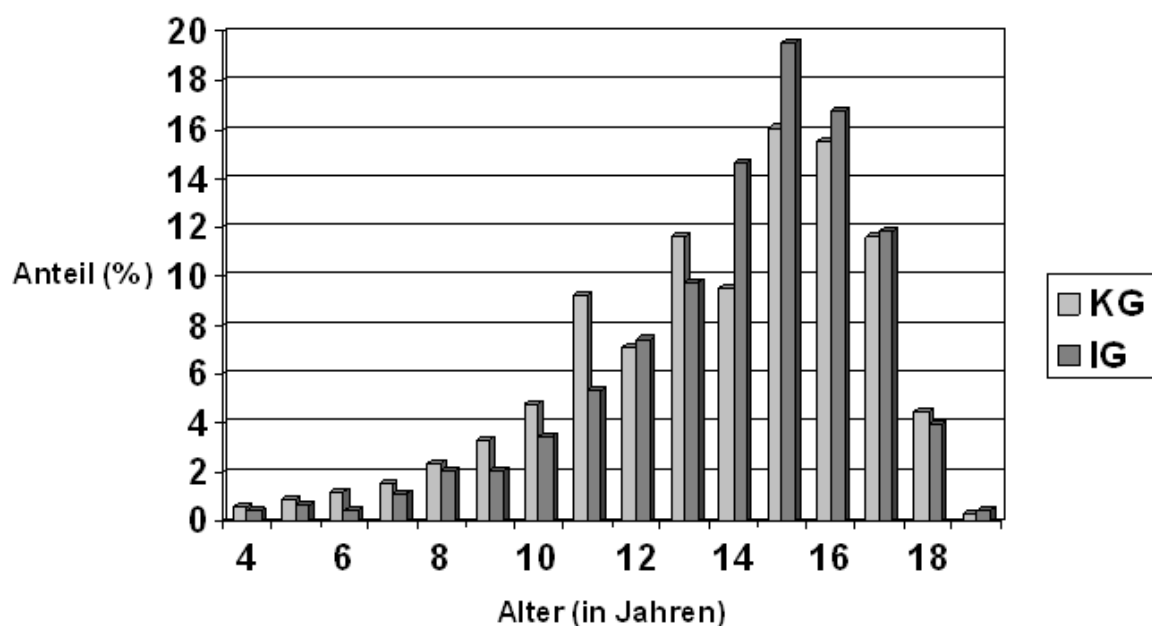


Abbildung 3: Altersverteilungen der Kontroll- und Interventionsgruppe

Wichtige soziodemographische Daten der eingeschlossenen Kinder und Jugendlichen sind getrennt für die beiden Gruppen in Tabelle 5 wiedergegeben. Alle Angaben wurden über die jeweils zuständigen Gruppenbetreuer mittels Fragebogen erfasst.

Tabelle 5: Vergleich der Kontroll- und Interventionsgruppe bezüglich soziodemographischer Daten (χ^2 -Tests)

		KG		IG		χ^2	p
		Anzahl	%	Anzahl	%		
Geschlecht	männlich	223	66.2	205	71.2	1.874	0.17
	weiblich	114	33.8	83	28.8		
Schule	Schule für Erziehungshilfe	103	30.6	90	31.3	0.026	0.87
	Förderschule	42	12.5	44	15.3	1.247	0.26
	Hauptschule	63	18.7	50	17.4	0.202	0.65
	Realschule	29	8.6	16	5.6	2.192	0.14
	ausgeschult, kein Schulbesuch	4	1.2	7	2.4	0.398	0.53
	anderer Schultyp	71	21.0	55	19.0		
	keine Angabe	25	7.4	26	9.0		
Beziehungs- status der Eltern	leben zusammen	46	13.6	56	19.4	3.755	0.05
	getrennt/ geschieden	207	61.4	172	59.7	0.164	0.69
	durch den Tod getrennt	38	11.3	18	6.3	4.860	0.03
	nie zusammen gelebt	23	6.8	21	7.3	0.047	0.83
	unbekannt, keine Angabe	23	6.8	21	7.3	-	-
Geschwis- terzahl	Einzelkind	18	5.3	30	10.4	5.591	0.02
	1-2 Geschwister	179	53.1	155	53.8	0.044	0.83
	3-4 Geschwister	93	27.6	61	21.1	3.523	0.06
	mehr als 4 Ge- schwister	31	9.3	23	8.0	0.302	0.58
	unbekannt, keine Angabe	16	4.7	19	6.6	-	-
Sorgerecht	beide leiblichen Eltern	78	23.1	93	32.3	6.423	0.01
	nur Mutter	139	41.2	111	38.5	0.516	0.47
	nur Vater	27	8.0	15	5.2	1.617	0.20
	gesamtes Sorge- recht beim Vor- mund/Pfleger	47	13.9	32	11.1	1.161	0.28
	Teile des Sorge- rechts beim Vor- mund/Pfleger	11	3.3	10	3.5	0.019	0.89
	andere Konstella- tion	22	6.5	14	4.9	0.811	0.37
	keine Angabe	13	3.9	13	4.5	-	-

Sowohl in der Kontroll- als auch in der Interventionsgruppe besuchen mehr als ein Drittel der Jugendlichen Sonderschulen für Erziehungshilfe, die sich durch kleine Klassen und eine engmaschige Betreuung durch speziell ausgebildete Lehrkräfte auszeichnen. Nur ein kleiner Teil der Kinder kommt aus vollständigen Familien mit beiden leiblichen Elternteilen (KG: 13.6%, IG: 19.4%). Die meisten Kinder und Jugendlichen haben ein oder zwei leibliche Geschwister (KG: 53.1%, IG: 53.8%), 31 (9.3%) bzw. 23 (8.0%) der Kinder stammen aus kinderreichen Familien mit mehr als vier Geschwistern. Über die finanzielle Situation der Herkunftsfamilien, den sozioökonomischen Status und Bildungsstand, sowie die Erwerbstätigkeit der Eltern liegen keine Angaben vor. Eine Überprüfung etwaiger Gruppenunterschiede mittels χ^2 -Tests ergab zunächst wenige signifikante Befunde; nach Anwendung der Bonferroni-Korrektur für multiple Tests wurde lediglich der Unterschied hinsichtlich der Variablen „Sorgerecht bei beiden leiblichen Eltern“ signifikant ($\chi^2=6.423$, $df=1$, $p=.01$). Insgesamt kann man also von einer Vergleichbarkeit der Kontroll- und Interventionsgruppe bezüglich der soziodemographischen Variablen ausgehen.

4.2.2 Hintergrund der aktuellen stationären Jugendhilfemaßnahme

Um einen Eindruck von der bisherigen „Jugendhelfekarriere“ der in die Studie eingeschlossenen Kinder und Jugendlichen zu erhalten und Hinweise auf die bisher erlebte Beziehungskontinuität zu gewinnen wurden die Anzahl der bislang durchlaufenen Fremdunterbringungen, der Wohnort vor Einleitung der aktuellen Jugendhilfemaßnahme sowie die Rechtsgrundlage der jetzigen Heimunterbringung erfragt. Für mehr als die Hälfte der Jugendlichen stellt die aktuelle Jugendhilfemaßnahme die erste vollstationäre Fremdunterbringung dar und vor der Aufnahme in die Einrichtung lebten die Jugendlichen in ihren Herkunftsfamilien (KG: 58.8%, IG: 63.9%). Ungefähr ein Viertel der Jugendlichen sind pro Gruppe auf Grundlage von §35a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes im SGB VIII in der Einrichtung untergebracht. Die nachstehende Tabelle 6 liefert einen Überblick.

Ein bedeutsamer Gruppenunterschied ergibt sich dabei lediglich hinsichtlich der Verteilung der Variable „Wohnort vor Aufnahme in die Einrichtung“, hier waren die Jugendlichen der Kontrollgruppe signifikant häufiger im Vorfeld bei einer Pflegefamilie untergebracht ($\chi^2=7.675$, $df=1$, $p=.01$). Im Durchschnitt leben die Jugendlichen beider Gruppen seit etwas mehr als zwei Jahren in der aktuellen Jugendhilfeeinrichtung (KG: $n=276$, $M=2.19$ Jahre, $SD=2.1$; IG: $n=248$, $M=2.31$ Jahre, $SD=2.3$; $t(522)=-0.209$, $p=.543$).

Tabelle 6: Vergleich der Kontroll- und der Interventionsgruppe bezüglich des Hintergrunds der aktuellen Jugendhilfemaßnahme (χ^2 -Tests)

		KG		IG		χ^2	<i>p</i>
		Anzahl	%	Anzahl	%		
Fremdunterbringung bislang	noch keine	187	55.5	169	58.7	0.579	0.45
	eine andere	88	26.1	65	22.6	0.930	0.34
	zwei andere	30	8.9	26	9.0	0.002	0.97
	drei andere	14	4.2	8	2.8	0.897	0.35
	mehr als drei andere	9	2.7	9	2.9	0.110	0.74
	keine Angabe	9	2.7	11	3.8	-	-
Wohnort vor Aufnahme in die Einrichtung	Herkunftsfamilie	198	58.8	184	63.9	1.803	0.18
	andere JH-Einrichtung	41	12.2	49	17.0	2.909	0.09
	Pflegefamilie	51	15.1	23	8.0	7.675	0.01
	anderes	43	12.8	30	10.4	0.851	0.36
	keine Angabe	4	1.2	2	0.7	-	-
Rechtsgrundlage der jetzigen Unterbringung	§35a KJHG in Verbindung mit §34 KJHG	77	22.8	73	25.3	0.502	0.48
	§27 KJHG in Verbindung mit §34 KJHG	221	65.6	184	63.9	0.171	0.68
	andere	13	3.9	7	2.4	1.034	0.31
	keine Angabe	26	7.7	24	8.3	-	-

4.2.3 kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsstatus

Die Kontroll- und die Interventionsgruppe wurden hinsichtlich des kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsstatus` der in den Einrichtungen lebenden Jugendlichen verglichen, um zu überprüfen, ob es diesbezüglich bereits vor Studienbeginn Unterschiede gab. Die nachstehende Tabelle 7 gibt einen Überblick. Es wird deutlich, dass die Jugendlichen der Interventionsgruppe in den vergangenen zwölf Monaten vor Studienbeginn signifikant häufiger wegen psychosozialer Probleme in irgendeiner Form von psychologischer/psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung waren ($\chi^2=6.822$, $df=1$, $p=.009$), häufiger bereits einmal stationär in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen und behandelt wurden ($\chi^2=15.866$, $df=1$, $p\leq.001$) und auch häufiger psychopharmakologisch behandelt werden ($\chi^2=13.251$, $df=1$, $p\leq.001$).

Die Daten zur Medikation stützen sich allesamt auf die Angaben der zuständigen Gruppenbetreuer. In der Kontrollgruppe wird bei 16 (19.5%) der 82 psychopharmakologisch

behandelten Jugendlichen eine Mehrfachmedikation (Kombination mehrerer Präparate mit unterschiedlichem Wirkstoff) angegeben. In der Interventionsgruppe ist der Anteil der mit verschiedenen Präparaten behandelten Kinder mit 28.2% der 110 medikamentös behandelten Jugendlichen noch höher. Am häufigsten kommt dabei die Kombinationstherapie aus Methylphenidat und dem Wirkstoff Risperidon vor. Allgemein handelt es sich bei weit mehr als der Hälfte der psychopharmakologisch behandelten Jugendlichen in beiden Gruppen (KG: 63.4%, IG: 54.5%) um eine medikamentöse Behandlung einer hyperkinetischen Störung mit Methylphenidat (Ritalin, Medikinet, Concerta) oder Atomoxetin (Strattera).

Tabelle 7: Vergleich des kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsstatus im Vorjahr (χ^2 -Tests)

		KG	IG	χ^2 (df = 1)
		Anzahl (Anteil)	Anzahl (Anteil)	
Behandlung wegen psychosozialer Probleme (im letzten Jahr)	nein	153 (45.9%)	101 (35.6%)	6.822**
	ja	180 (54.1%)	183 (64.4%)	
stationäre KJP- Behandlung (jemals)	nein	239 (73.5%)	158 (58.1%)	15.866***
	ja	86 (26.5%)	114 (41.9%)	
teilstationäre KJP- Behandlung (im letzten Jahr)	nein	320 (97.9%)	270 (96.1%)	1.655
	ja	7 (2.1%)	11 (3.9%)	
ambulante jugendpsych. Behandlung (im letzten Jahr)	nein	221 (65.8%)	148 (51.4%)	13.279***
	ja	115 (34.2%)	140 (48.6%)	
aktuelle Einnahme von Psychopharmaka (zu Studienbeginn)	nein	243 (74.8%)	172 (61.0%)	13.251***
	ja	82 (25.2%)	110 (39.0%)	

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

4.3 Psychische Symptombelastung der Kinder und Jugendlichen zu Studienbeginn

Zum Zeitpunkt des initialen Screening wurde eine Einschätzung der emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen vorgenommen. Dazu wurde von den jeweils zuständigen Gruppenerziehern die Child Behavior Checklist CBCL/4-18 ausgefüllt. Ein T-Wert ≥ 60 hat sich dabei als sensitiv für die Trennung zwischen klinischen und nicht behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen erwiesen (Schmeck et al., 2001). Die Ergebnisse der vorgenommenen Einschätzung sind in Tabelle 8 dargestellt, aufgeführt werden die T-Werte der acht Symptomskalen, der beiden übergeordneten Skalen internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten sowie der Gesamtskala.

Tabelle 8: Vergleich der Mittelwerte von Kontroll- und Interventionsgruppe auf den Subskalen der Child Behaviour Checklist/4-18 (t-Tests für unabhängige Stichproben)

CBCL Skalen	Gruppe	n	M	SD	Gruppenunterschiede
Sozialer Rückzug	KG	332	63.20	9.3	n.s.
	IG	277	63.61	9.5	
Körperliche Beschwerden	KG	332	58.25	9.3	n.s.
	IG	277	57.63	9.2	
Ängstlich/Depressiv	KG	332	63.81	9.1	n.s.
	IG	277	63.65	10.2	
Soziale Probleme	KG	332	65.14	10.7	$t(607)=-2.07, p=.039$
	IG	277	66.93	10.5	
Schizoid/Zwanghaft	KG	332	61.18	10.9	n.s.
	IG	277	62.01	12.1	
Aufmerksamkeitsprobleme	KG	332	65.97	9.0	$t(607)=-2.64, p=.009$
	IG	277	67.93	9.3	
Dissoziales Verhalten	KG	332	67.28	9.2	n.s.
	IG	277	67.60	9.7	
Aggressives Verhalten	KG	332	67.17	11.0	$t(607)=-3.60, p<.001$
	IG	277	70.51	11.8	
Internalisierende Verhaltensauffälligkeiten	KG	332	63.71	8.9	n.s.
	IG	277	63.68	9.7	
Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten	KG	332	67.15	9.4	$t(607)=-2.66, p=.008$
	IG	277	69.21	9.7	
Problemverhalten insgesamt	KG	332	68.04	7.6	$t(607)=-1.87, p=.062$
	IG	277	69.23	8.1	

$\alpha=.05$, entspricht nach Bonferroni-Korrektur für multiple Test $\alpha/11<.001$

Über alle Jugendlichen hinweg ist eine hohe psychische Symptombelastung verglichen mit der deutschen Normstichprobe von Jugendlichen aus Familienhaushalten evident. Es zeigen sich signifikante Gruppenunterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe: Von den Gruppenerziehern werden im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant mehr ex-

ternalisierende Verhaltensauffälligkeiten (vor allem aggressives Verhalten) bei den Jugendlichen der Interventionsgruppe beschrieben. Auch auf den Symptomskalen Soziale Probleme und Aufmerksamkeitsprobleme werden die Jugendlichen der Interventionsgruppe deutlich auffälliger eingeschätzt als die gleichaltrigen Studienteilnehmer aus der Kontrollgruppe. Nach Anwendung der Bonferroni-Korrektur für multiple Tests wird allerdings lediglich der Unterschied auf der Subskala „Aggressives Verhalten“ signifikant ($t(607)=-3.60, p<.001$).

Die Jugendlichen ab 11 Jahren nahmen mit Hilfe des Youth Self Report YSR eine Selbsteinschätzung ihrer emotionalen Probleme und Verhaltensauffälligkeiten vor. Die nachstehende Tabelle 9 zeigt auch hier getrennt nach Gruppe die T-Werte der Symptomskalen und der übergeordneten Skalen.

Tabelle 9: Vergleich der Mittelwerte von Kontroll- und Interventionsgruppe auf den Subskalen des Youth Self Report (t -Tests für unabhängige Stichproben)

YSR Skalen	Gruppe	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Gruppenunterschiede
Sozialer Rückzug	KG	284	60.74	9.5	n.s.
	IG	252	59.63	8.6	
Körperliche Beschwerden	KG	284	60.67	9.5	$t(534)=2.15, p=.032$
	IG	252	59.03	8.1	
Ängstlich/Depressiv	KG	284	60.98	9.5	n.s.
	IG	252	60.96	9.5	
Soziale Probleme	KG	284	60.14	8.4	n.s.
	IG	252	60.19	8.0	
Schizoid/Zwanghaft	KG	284	61.56	10.3	n.s.
	IG	252	61.11	10.1	
Aufmerksamkeitsprobleme	KG	284	60.47	9.0	n.s.
	IG	252	61.55	9.0	
Dissoziales Verhalten	KG	284	63.74	9.1	n.s.
	IG	252	64.21	8.9	
Aggressives Verhalten	KG	284	61.32	8.5	n.s.
	IG	252	61.98	9.2	
Internalisierende Verhaltensauffälligkeiten	KG	284	61.63	10.6	n.s.
	IG	252	60.41	10.5	
Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten	KG	284	62.35	10.0	n.s.
	IG	252	63.34	9.8	
Problemverhalten insgesamt	KG	284	63.66	10.1	n.s.
	IG	252	63.76	9.1	

$\alpha=.05$, entspricht nach Bonferroni-Korrektur für multiple Test $\alpha/11<.001$

Der Selbsteinschätzung zufolge bestehen keine signifikanten Gruppenunterschiede; eine Ausnahme bildet die Skala Körperliche Beschwerden, auf der sich die Jugendlichen der

Kontrollgruppe als belasteter einschätzen. Dieser Unterschied ist nach Adjustierung des Signifikanzniveaus für multiple Tests nicht mehr signifikant.

Zusätzlich zu der Beschreibung der Verhaltensauffälligkeiten durch die Erzieher und die Selbstbeurteilung der Jugendlichen erfolgte in der Interventionsgruppe eine eingehende kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung, und es wurden Diagnosen aus Kapitel F der ICD-10 vergeben. Am häufigsten kamen hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens (F90.1) und kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.x) vor. Bei vielen Kindern (37.5%) wurde mehr als eine Diagnose auf der ersten Achse vergeben. In Abbildung 4 sind die Hauptdiagnosen auf Achse I der ICD-10 (N=255) aufgeschlüsselt.

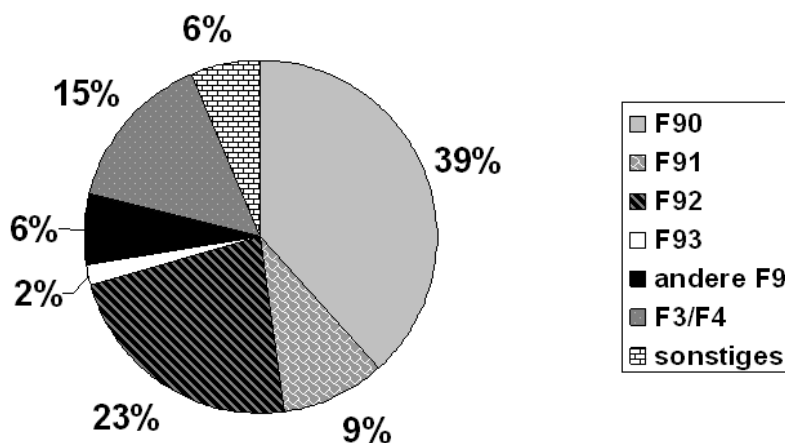


Abbildung 4: Hauptdiagnosegruppen auf Achse I der ICD-10 zum 1. Messzeitpunkt

(F90: hyperkinetische Störungen; F91: Störungen des Sozialverhaltens; F92: kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen; F93: emotionale Störungen des Kindesalters; andere F9: andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit, wie z.B. Bindungsstörungen oder Ticstörungen; F3/F4: affektive Störungen/ neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen)

Gruppiert man zur vereinfachten Übersicht alle vergebenen Diagnosen auf Achse I in die drei Kategorien „internalisierende Störungen“ (z.B. affektive Störungen ICD-10 F3x.x, neurotische und somatoforme Störungen ICD-10 F4x.x), „externalisierende Störungen“ (z.B. Störungen des Sozialverhaltens ICD-10 F91, hyperkinetische Störungen ICD-10 F90) und „kombinierte Störungen“ (z.B. Mehrfachdiagnosen aus den beiden Gruppen oder Kombinationsdiagnosen wie z.B. kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen ICD-10 F92), erhält man folgendes Bild:

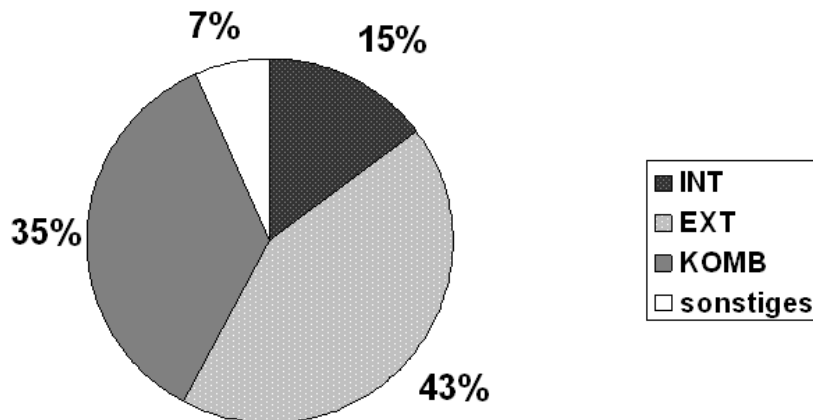


Abbildung 5: Gruppierete Diagnosen auf Achse I des Multiaxialen Klassifikationssystems zum ersten Messzeitpunkt

(INT: internalisierende Störungen (affektive, neurotische und somatoforme Störungen, emotionale Störungen des Kindesalters); EXT: externalisierende Störungen (hyperkinetischen Störungen, Störungen des Sozialverhaltens); KOMB: kombinierte internalisierende und externalisierende Störungen)

Die Diagnosesicherheit bleibt dem Urteil der Kinder- und Jugendpsychiater zufolge in vielen Fällen unbefriedigend.

Wie sicher ist die Diagnose nach ICD 10?		
	Anzahl	Prozent
sehr sicher	27	11,2
sicher	82	33,9
eher sicher	74	30,6
mittel	27	11,2
eher unsicher	31	12,8
unsicher	1	0,4
Total	242	100

4.4 Psychosoziales Funktionsniveau und Lebensqualität zu Studienbeginn

Mit der Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus durch die Erzieher soll eine Einschätzung des Grades der Beeinträchtigung des Jugendlichen an der Teilhabe in Schule und Gesellschaft getroffen werden. Die Verteilung der Einschätzungen auf Achse VI des multiaxialen Diagnosesystems ist in Abbildung 6 getrennt für beide Gruppen dargestellt.

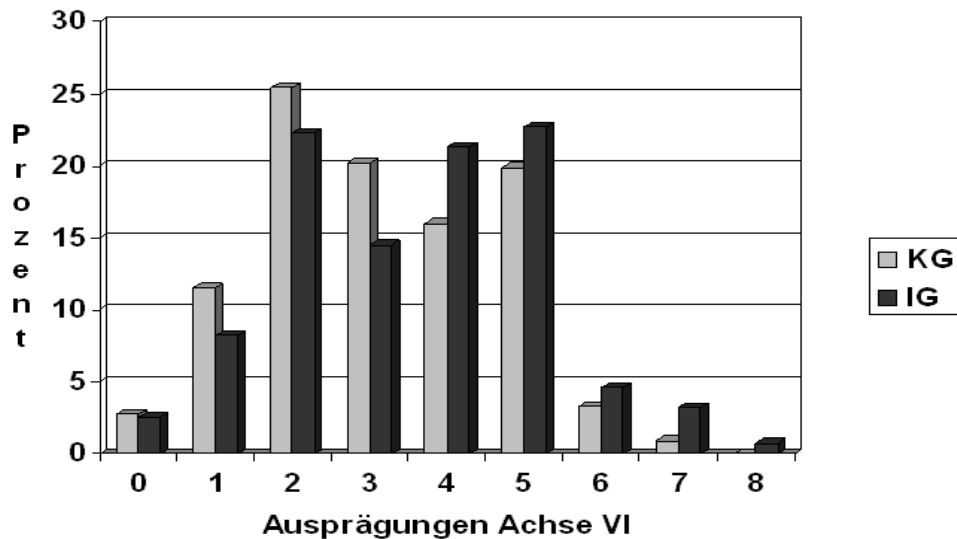


Abbildung 6: Verteilung der vergebenen Werte auf Achse VI des multiaxialen Klassifikationssystems (in Prozent), getrennt für beide Gruppen

(Grade der Beeinträchtigung: 0=herausragende/gute soziale Funktion, 1=mäßige soziale Funktion, 2=leichte soziale Beeinträchtigung, 3=mäßige soziale Beeinträchtigung, 4=ernsthafte soziale Beeinträchtigung, 5=ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung, 6=funktionsunfähig in den meisten Bereichen, 7=schwere und durchgängige soziale Beeinträchtigung, 8=tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung)

Die beiden Gruppen unterscheiden sich signifikant voneinander; das psychosoziale Funktionsniveau der Jugendlichen der Kontrollgruppe wird im Mittel besser eingeschätzt, als das der Jugendliche in den Interventionseinrichtungen (KG: $M=3.13$, $SD=1.5$; IG: $M=3.51$, $SD=1.7$; $t(611)=-2.924$, $p=.004$).

Die Beurteilung der Lebensqualität der Jugendlichen durch die Erzieher erbrachte in beiden Gruppen eine ähnliche Verteilung der Problembelastung. Dabei wurde die Auswertung in Anlehnung an Mattejat (Mattejat et al., 1998) dichotomisiert vorgenommen. Die beiden Antwortalternativen „sehr gut“ und „eher gut“ wurden als „keine angegebene Belastung“ bewertet, während die übrigen Antwortalternativen („teils teils“, „eher schlecht“ und „sehr schlecht“) zu „Problembelastung“ zusammengefasst wurden. Es zeigt sich, dass der Anteil der problembelasteten Jugendlichen in beiden Gruppen in fast allen Bereichen über 50% liegt. Ein signifikanter Gruppenunterschied findet sich lediglich auf der Skala „Bewältigung von Alltagsaufgaben“, hier werden die Jugendlichen der Interventionsgruppe als höher belastet eingeschätzt ($\chi^2=7.12$, $df=1$, $p=.008$). In Tabelle 10 ist der Anteil der problembelasteten Jugendlichen getrennt für die beiden Gruppen angegeben.

Tabelle 10: Anteil der Jugendlichen mit Problembelastung (Erzieherurteil), getrennt für beide Gruppen

ILK Subskalen	KG <i>n</i> =336	IG <i>n</i> =288
berufliche/schulische Anforderungen	77.7%	74.0%
Freizeit	59.5%	66.0%
Beziehungen zur Familie	65.5%	63.2%
Beziehungen zu den Betreuern	40.8%	43.1%
Beziehungen zu Peers	64.3%	63.9%
Bewältigung von Alltagsaufgaben	54.8%	65.3%
Beschäftigung alleine	53.0%	55.2%
körperliche Gesundheit	29.5%	30.2%
seelische Gesundheit	80.7%	84.0%
Gesamt	64.6%	67.0%

Die Jugendlichen ab 11 Jahren nahmen parallel eine Selbsteinschätzung ihrer Lebensqualität in den zehn Bereichen vor; die Ergebnisse sind in Tabelle 11 ersichtlich. Es fällt auf, dass die Einschätzung von Problembelastung von den Jugendlichen selbst deutlich niedriger eingestuft wird, als von den jeweiligen Gruppenerziehern. Die Übereinstimmungen zwischen Selbst- und Fremdurteil liegen zwischen $\kappa = .12$ - $.29$ und sind damit als schwache Übereinstimmungen zu bewerten (Sachs, 1991). Die Bereiche mit der größten Problembelastung sind sowohl im Fremd- als auch im Selbsturteil die psychische/seelische Gesundheit und die schulischen Anforderungen.

Tabelle 11: Anteil der Jugendlichen (Selbsturteil) mit Problembelastung, getrennt für beide Gruppen

ILK Subskalen	KG <i>n</i> =289	IG <i>n</i> =249
berufliche/schulische Anforderungen	51.9 %	53.8 %
Freizeit	22.8 %	25.9 %
Beziehungen zur Familie	38.3 %	27.5 %
Beziehungen zu den Gruppenbetreuern	38.3 %	38.6 %
Beziehungen zu Peers	39.9 %	39.5 %
Bewältigung von Alltagsaufgaben	37.2 %	41.4 %
Beschäftigung alleine	31.8 %	35.3 %
körperliche Gesundheit	34.6 %	35.5 %
seelische Gesundheit	56.7 %	56.5 %
Gesamt	47.0 %	45.8 %

4.5 Praktikabilität des Interventionsprogramms

4.5.1 Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung bei auffälligem Screeningbefund

Die Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung nach auffälligem Screeningbefund und damit Einschluss in die zwölfmonatige Beobachtungsphase der Studie wurde in beiden Gruppen durch die Gruppenerzieher dokumentiert.

Die nachstehende Tabelle 12 gibt einen Überblick über die Behandlungen im ersten Beobachtungshalbjahr.

Tabelle 12: Vergleich des kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsstatus im ersten Beobachtungshalbjahr (χ^2 -Tests)

		KG	IG	χ^2 (df = 1)
		Anzahl (Anteil)	Anzahl (Anteil)	
Behandlung wegen psychosozialer Probleme	nein	123 (54.2%)	44 (21.1%)	50.547***
	ja	104 (45.8%)	165 (78.9%)	
stationäre KJP- Behandlung	nein	216 (95.6%)	204 (97.6%)	1.347
	ja	10 (4.4%)	5 (2.4%)	
teilstationäre KJP- Behandlung	nein	224 (99.1%)	208 (99.5%)	0.262
	ja	2 (0.9%)	1 (0.5%)	
ambulante KJP- Behandlung	nein	164 (73.2%)	70 (33.8%)	67.291***
	ja	60 (26.8%)	137 (66.2%)	
aktuelle Einnahme von Psychopharmaka	nein	169 (75.1%)	129 (61.4%)	9.425**
	ja	56 (24.9%)	81 (38.6%)	

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Es zeigen sich deutliche Gruppenunterschiede bezüglich der Frage, ob überhaupt eine Behandlung psychosozialer Probleme stattgefunden hat ($\chi^2=50.547$, $df=1$, $p<.001$); die Ju-

gendlichen aus der Kontrollgruppe sind signifikant seltener behandelt worden. Noch deutlicher wird dieser Unterschied bei der Frage nach ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. Hier sind im ersten Beobachtungshalbjahr nur 26.8% der Jugendlichen aus der Kontrollgruppe behandelt worden, während zwei Drittel der Jugendlichen aus der Interventionsgruppe (66.8%) ambulant behandelt wurden ($\chi^2=67.291$, $df=1$, $p<.001$).

Die Inanspruchnahme von Behandlung im zweiten Beobachtungshalbjahr zeigt Tabelle 13. Die Prozentangaben beziehen sich auf die 100% vorliegenden Daten zum dritten Messzeitpunkt.

Tabelle 13: Vergleich des kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsstatus im zweiten Beobachtungshalbjahr (χ^2 -Tests)

		KG	IG	χ^2 ($df = 1$)
		Anzahl (Anteil)	Anzahl (Anteil)	
Behandlung wegen psychosozialer Probleme	nein	90 (48.1%)	51 (29.8%)	12.535***
	ja	97 (51.9%)	120 (70.2%)	
stationäre KJP- Behandlung	nein	176 (95.7%)	159 (95.8%)	0.004
	ja	8 (4.3%)	7 (4.2%)	
teilstationäre KJP- Behandlung	nein	182 (98.9%)	165 (99.4%)	0.241
	ja	2 (1.1%)	1 (0.6%)	
ambulante KJP- Behandlung	nein	130 (71.4%)	71 (43.3%)	13.995***
	ja	52 (28.6%)	93 (56.7%)	
aktuelle Einnahme von Psychopharmaka	nein	132 (72.1%)	92 (55.4%)	10.572**
	ja	51 (27.9%)	74 (44.6%)	

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

4.5.2 Inanspruchnahme der aufsuchenden Sprechstunden: Behandlungsaufwand

Der Behandlungsaufwand der in den kinder- und jugendpsychiatrischen Sprechstunden in den Einrichtungen wurde durch die Therapeuten in beiden Beobachtungshalbjahren dokumentiert. Zusätzlich wurde eine Bewertung der Effektivität der Maßnahmen vorgenommen.

In Tabelle 14 sind die Häufigkeiten der dokumentierten Behandlungsleistungen und die Effektivitätseinschätzungen innerhalb des ersten Beobachtungshalbjahres aufgeschlüsselt. Es lagen von 78,8 % der in die Studie eingeschlossenen Behandlungsfälle aus der Interventionsgruppe Dokumentationsbögen ($n=227$) vor. Während in 87,2% der Fälle eine Beratung des Bezugsbetreuers und in 85% der Fälle eine Fachdienstberatung erfolgte, kam es deutlich seltener (28,6%) zu einer Beratung des ganzen Betreuerteams oder der Eltern (23,8%). Nur in 14,1% der Fälle waren die behandelnden Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie im ersten Beobachtungshalbjahr an der Hilfeplanung des Jugendamts beteiligt.

Tabelle 14: Häufigkeit der erbrachten Behandlungsleistungen und Effektivitätseinschätzungen durch die Therapeuten, sechs Monate nach Beginn der Intervention (Katamnese 1)

Variable	Ausprägung	Anzahl	Prozent
Erfolgte eine Beratung des Bezugsbetreuers?	nein	29	12,8
	ja	198	87,2
Total		227	100
Wie effektiv war die Beratung des Bezugsbetreuers?	sehr gut	21	10,6
	gut	74	37,4
	eher gut	70	35,4
	mittel	32	16,2
	eher schlecht	1	0,5
Total		198	100
Erfolgte eine Beratung des ganzen Teams?	nein	162	71,4
	ja	65	28,6
Total		227	100
Wie effektiv war die Beratung des ganzen Teams?	sehr gut	18	27,7
	gut	28	43,1
	eher gut	18	27,7
	mittel	1	1,5
Total		65	100
Erfolgte eine Beratung des Fachdienstes?	nein	34	15,0
	ja	193	85,0
Total		227	100

Wie effektiv war die Beratung des Fachdienstes?	sehr gut	35	18,1
	gut	66	34,2
	eher gut	70	36,3
	mittel	21	10,9
	eher schlecht	1	0,5
Total		193	100
Erfolgte eine Beratung der Eltern?	nein	173	76,2
	ja	54	23,8
Total		227	100
Wie effektiv war die Beratung der Eltern?	sehr gut	1	1,9
	gut	13	24,1
	eher gut	13	24,1
	mittel	13	24,1
	eher schlecht	10	18,5
	schlecht	4	7,4
Total		54	100
Erfolgte eine Beteiligung an der Hilfeplanung?	nein	195	85,9
	ja	32	14,1
Total		227	100
Wie effektiv war die Beteiligung an der Hilfeplanung?	sehr gut	1	3,1
	gut	11	34,4
	eher gut	11	34,4
	mittel	3	9,4
	eher schlecht	2	6,3
	schlecht	2	6,3
	sehr schlecht	2	6,3
Total		32	100
Erfolgte eine Einzelbehandlung?	nein	106	46,9
	ja	120	53,1
Total		226	100
Wie effektiv war die Einzelbehandlung?	gut	19	15,8
	eher gut	45	37,5
	mittel	33	27,5
	eher schlecht	16	13,3
	schlecht	6	5,0
	sehr schlecht	1	0,8
Total		120	100
Erfolgte eine Gruppenpsychotherapie?	nein	195	86,7
	ja	30	13,3
Total		225	100
Wie effektiv war die Gruppenpsychotherapie?	eher gut	22	73,3
	mittel	3	10,0
	eher schlecht	3	10,0
	schlecht	2	6,7
Total		30	100

Erfolgte Medikation?	nein	124	54,9
	ja	102	45,1
Total		226	100
Wie effektiv ist die Medikation?	sehr gut	16	17,2
	gut	31	33,3
	eher gut	29	31,2
	mittel	11	11,8
	eher schlecht	5	5,4
	schlecht	1	1,1
Total		93	100
Gab es Nebenwirkungen?	nein	68	70,8
	ja	28	29,2
Total		96	100

Dieselbe Beurteilung erfolgte nach weiteren sechs Monaten der Intervention, also zur Einjahreskatamnese nach Beginn der Studie (siehe Tabelle 15). Diesmal lagen in 80.9% der in der Studie verbliebenen Fälle Dokumentationsbögen der Therapeuten vor ($n=174$). Es fällt auf, dass die Beratung von Bezugsbetreuern, Team, Fachdienst und Eltern im Vergleich zum ersten Beobachtungshalbjahr jeweils etwas zurückgegangen ist. Auch eine Beteiligung an der Hilfeplanung des Jugendamts fand seltener, nämlich nur noch in 8.6% der Fälle statt. Während in den ersten sechs Monaten noch in 13.3% Gruppenpsychotherapie stattfand, haben im zweiten Halbjahr nur noch zwei Kinder (1.1%) eine solche Behandlung erhalten. Der Anteil an Medikation ist als einzige Leistung im zweiten Halbjahr mit 47.1% etwas häufiger als in den ersten sechs Monaten (45.1%).

Tabelle 15: Häufigkeit der erbrachten Behandlungsleistungen und Effektivitätseinschätzungen durch die Therapeuten, ein Jahr nach Beginn der Intervention (Katamnese 2)

Variable	Ausprägung	Anzahl	Prozent
Erfolgte eine Beratung des Bezugsbetreuers?	nein	45	25,9
	ja	129	74,1
Total		174	100
Wie effektiv war die Beratung des Bezugsbetreuers?	sehr gut	18	14,0
	gut	62	48,1
	eher gut	33	25,6
	mittel	14	10,9
	eher schlecht	2	1,6
Total		129	100
Erfolgte eine Beratung des ganzen Betreuer-teams?	nein	129	74,1
	ja	45	25,9
Total		174	100

Wie effektiv war die Beratung des ganzen Betreuerteams?	sehr gut	14	31,1
	gut	22	48,9
	eher gut	6	13,3
	mittel	3	6,7
Total		45	100
Erfolgte eine Beratung des Fachdienstes?	nein	40	23,0
	ja	134	77,0
Total		174	100
Wie effektiv war die Beratung des Fachdienstes?	sehr gut	31	23,1
	gut	65	48,5
	eher gut	29	21,6
	mittel	9	6,7
Total		134	100
Erfolgte eine Beratung der Eltern?	nein	142	81,6
	ja	32	18,4
Total		174	100
Wie effektiv war die Beratung der Eltern?	gut	8	25,0
	eher gut	11	34,4
	mittel	9	28,1
	eher schlecht	2	6,3
	schlecht	2	6,3
Total		32	100
Erfolgte eine Beteiligung an der Hilfeplanung?	nein	159	91,4
	ja	15	8,6
Total		174	100
Wie effektiv war die Beteiligung an der Hilfeplanung?	sehr gut	1	6,7
	gut	4	26,7
	eher gut	8	53,3
	mittel	1	6,7
	eher schlecht	1	6,7
Total		15	100
Erfolgte eine Einzeltherapie?	nein	45	25,9
	ja	129	74,1
Total		174	100
Wie effektiv war die Einzeltherapie?	gut	39	30,2
	eher gut	51	39,5
	mittel	22	17,1
	eher schlecht	10	7,8
	schlecht	7	5,4
Total		129	100
Erfolgte eine Gruppentherapie?	nein	172	98,9
	ja	2	1,1
Total		174	100

Wie effektiv war die Gruppentherapie?	eher gut	1	50,0
	eher schlecht	1	50,0
Total		2	100
Erfolgte Medikation?	nein	92	52,9
	ja	82	47,1
Total		174	100
Wie effektiv ist die Medikation?	sehr gut	14	17,3
	gut	31	38,3
	eher gut	25	30,9
	mittel	9	11,1
	schlecht	2	2,5
Total		81	100
Gab es Nebenwirkungen?	nein	70	89,7
	ja	8	10,3
Total		78	100

Der Zeitaufwand pro Studienfall schwankte insgesamt sehr stark und betrug im Mittel über zwei Quartale hinweg knapp fünf Stunden ($M=293$ Minuten, $SD=223$ Minuten, Spannweite: 12 Minuten – 1315 Minuten). Zur besseren Übersicht wird die Häufigkeitsverteilung stark vereinfacht in Abbildung 7 dargestellt.

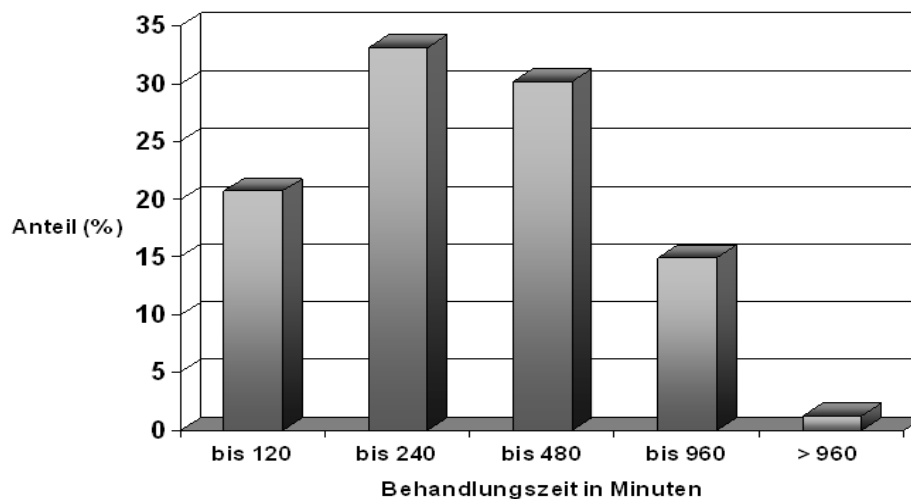


Abbildung 7: Dauer der dokumentierten Leistungen bei 242 Studienpatienten (IG) in zwei Quartalen (6-monatiger Beobachtungszeitraum)

4.5.3 Zufriedenheit der teilnehmenden Einrichtungen mit dem Interventionsprogramm

Am Ende der Studienlaufzeit wurden die elf teilnehmenden Einrichtungen der Interventionsgruppe um eine Einschätzung ihrer Zufriedenheit mit der Kooperation zwischen Kin-

der- und Jugendpsychiatrie und der Einrichtung, ihrer Zufriedenheit mit dem Ablauf von Kriseninterventionen während der Studienlaufzeit und ihrer Zufriedenheit mit den Wartezeiten auf Behandlung (Schnelligkeit der Terminvergabe, Wartezeiten während der Sprechstunden, etc.) auf einer fünfstufigen Skala gebeten. Die nachstehende Abbildung 8 zeigt die Ergebnisse der Zufriedenheitsbewertung.

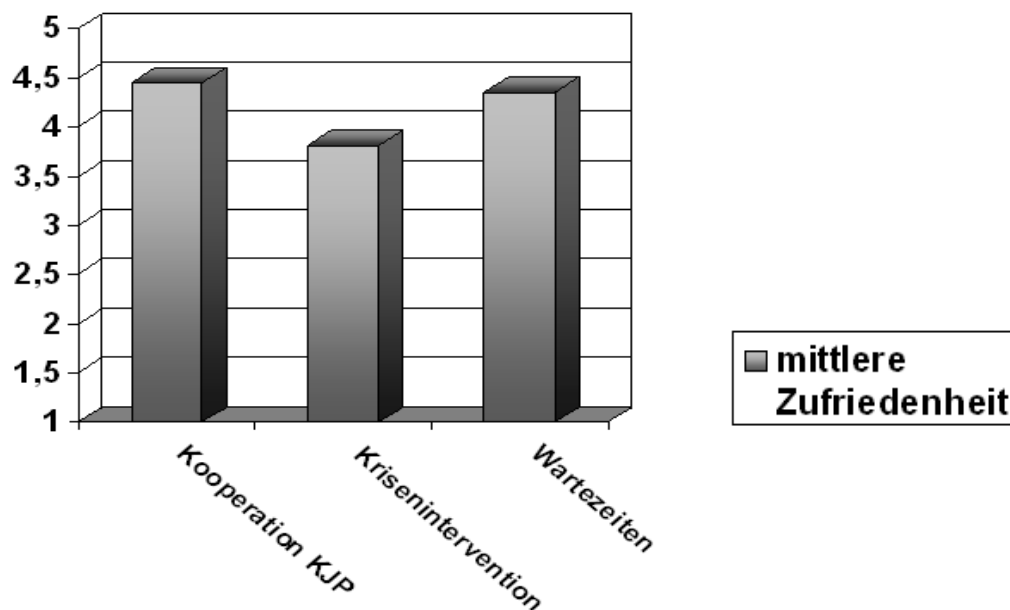


Abbildung 8: Mittlere Zufriedenheit der Interventionseinrichtungen ($n=11$) mit den Kooperationsbeziehungen, mit dem Ablauf von Kriseninterventionen und mit den Wartezeiten auf Behandlung

(Skala: 1=unzufrieden, 2=eher unzufrieden, 3=eher zufrieden, 4=zufrieden, 5=sehr zufrieden)

4.6 Wirksamkeit des Interventionsprogramms

4.6.1 Hauptzielgröße: Effekte des Interventionsprogramms auf die Zahl der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungstage

4.6.1.1 Effekte auf die Häufigkeit und Dauer stationärer Behandlungsaufenthalte

Durch die frühzeitige Erfassung psychischer Störungen und die im Fall von überdurchschnittlicher psychopathologischer Symptombelastung aktiv angebotene kontinuierliche Behandlung sollten Hospitalisierungen wann immer möglich vermieden werden, was zu

einer Reduktion der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungstage in der Interventionsgruppe führen sollte.

Insgesamt wurden während der 12-monatigen Studienlaufzeit 42 Klinikaufenthalte gemeldet, davon 21 stationäre Behandlungen in der Kontrollgruppe (Dauer 2-142 Tage, $M=39.48$ Tage, $SD=38.07$ Tage) und 21 Klinikaufenthalte in der Interventionsgruppe (Dauer 2-114 Tage, $M=17.86$ Tage, $SD=27.63$ Tage). Die Dauer der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsaufenthalte unterscheidet sich erwartungsgemäß im Mittel zwischen den beiden Gruppen ($t(40)=2.11$, $p=0.42$).

Der zeitliche Verlauf bis zum Ereignis einer stationären Klinikbehandlung ergab keine Gruppenunterschiede. Somit konnte durch die intensivere ambulante Behandlung in der Interventionsgruppe die stationäre Aufnahme – sofern sie stattfand – nicht verzögert werden. In Abbildung 9 dargestellt ist der Verlauf des Ereignisses stationäre Klinikaufnahme über alle Probanden der beiden Gruppen hinweg; hierbei ist die Gruppenzugehörigkeit als unabhängige Variable und die Zeit in Tagen zwischen Behandlungsbeginn und erster stationärer Aufnahme als abhängige Variable konzipiert. Zensierte Fälle treten immer dann auf, wenn in dem Beobachtungszeitraum (in diesem Fall 12 Monate) kein Ereignis (d.h. keine stationäre Behandlung) auftritt. In Abbildung 10 sind nur die Probanden dargestellt, bei denen das Ereignis auftrat (KG: $n=17$; IG: $n=15$).

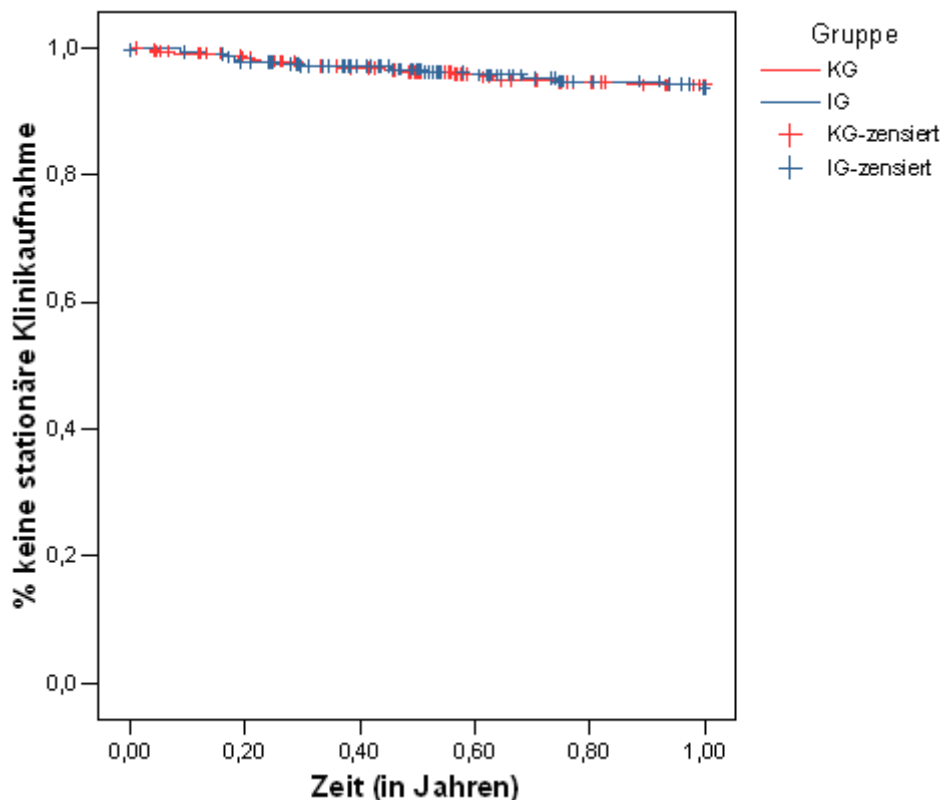


Abbildung 9: Darstellung des Zeitverlaufs bis zum Ereignis „erste stationäre Aufnahme“ innerhalb des zwölfmonatigen Beobachtungszeitraums über alle Probanden

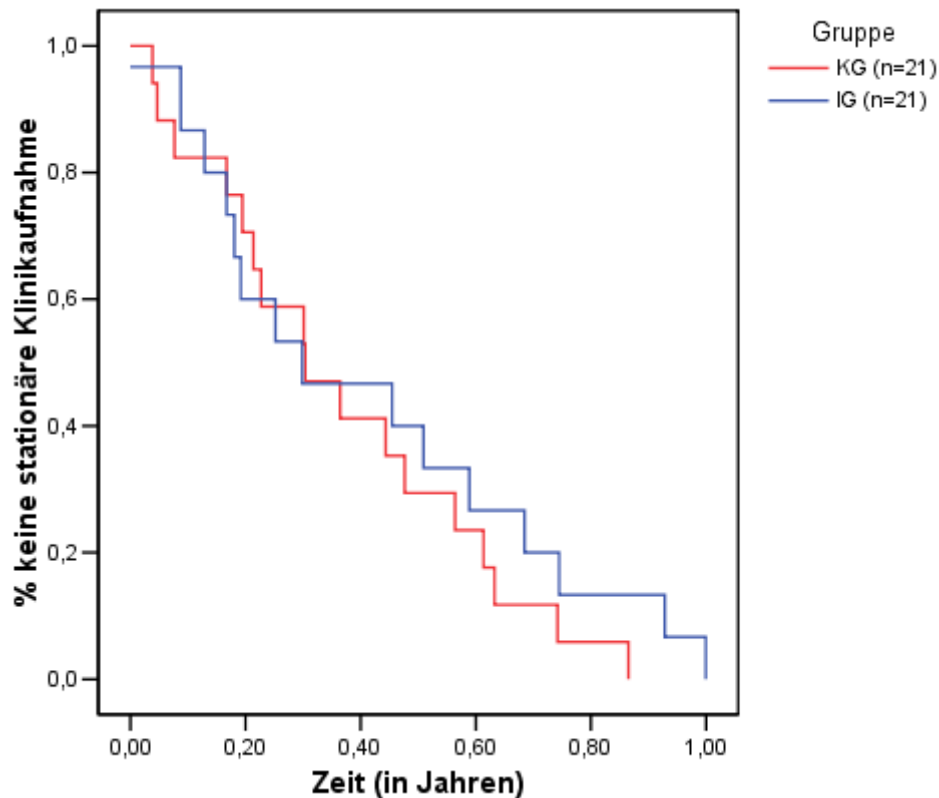


Abbildung 10: Darstellung des Zeitverlaufs bis zum Ereignis „erste stationäre Aufnahme“ innerhalb des zwölfmonatigen Beobachtungszeitraums für alle Probanden, die während des Beobachtungszeitraums stationär in die Klinik aufgenommen wurden

Eine Aufsummierung der stationären Behandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ergibt insgesamt 829 Behandlungstage in der Kontrollgruppe und 375 Behandlungstage in der (zahlenmäßig etwas kleineren) Interventionsgruppe. Geteilt durch die Anzahl der Jugendlichen in beiden Gruppen errechnet sich ein Quotient für die Anzahl stationärer Behandlungstage pro Kopf über den zwölfmonatigen Beobachtungszeitraum, der in der Kontrollgruppe bei 2.47 Tagen und in der Interventionsgruppe bei 1.30 Tagen liegt.

Die Behandlungsaufenthalte wurden dichotomisiert ausgewertet, Klinikaufenthalte von zehn Tagen oder weniger wurden als „kurze Behandlungen/Kriseninterventionen“ klassifiziert, während Behandlungen ab einer Dauer von elf Tagen als „längere Behandlungsaufenthalte“ eingestuft wurden.

Die folgende Vierfeldertafel zeigt die Verteilung der Klinikbehandlungen in den beiden Gruppen, welche sich signifikant voneinander unterscheidet ($\chi^2=7.79$, $df=1$, $p=.005$):

	Behandlung ≤ 10 Tage	Behandlung ≥ 11 Tage
Kontrollgruppe	5	16
Interventionsgruppe	14	7

4.6.1.2 Effekte auf das Verhältnis stationärer Kriseninterventionen und elektiver Behandlungsaufenthalte

Ob eine stationäre Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie durch eine Krise ausgelöst wurde oder ob es sich um einen elektiven Behandlungsaufenthalt handelte, wurde separat erfasst (Klinikmeldebogen) und analysiert. Im Rahmen des Interventionsprogramms wurde eine zweistufige Krisenintervention realisiert, die primär ein ambulantes Krisenmanagement vorsah. Im Vergleich zur Kontrollgruppe war die Zahl der Krisenaufnahmen dennoch in der Interventionsgruppe höher; allerdings kam es in der Interventionsgruppe zu deutlich weniger elektiven Behandlungsaufenthalten als in der Kontrollgruppe. Die Vierfeldertafel zeigt die Verteilung der Aufnahmegründe in den beiden Gruppen, die sich signifikant voneinander unterscheidet ($\chi^2=5.67$, $df=1$, $p=.017$).

	Krisenaufnahme	elektive Aufnahme
Kontrollgruppe	8	13
Interventionsgruppe	15	5

4.6.2 Nebenzielgröße: Effekte des Interventionsprogramms auf die Kontinuität Jugendhilfemaßnahmen

Die Zahl der wegen Verhaltensproblemen des Jugendlichen abgebrochenen Maßnahmen wurde separat analysiert. Das Ereignis trat in der Kontrollgruppe 19-mal und in der Interventionsgruppe 9-mal auf, wobei kein signifikanter Gruppenunterschied bezüglich der Häufigkeit dieses Ereignisses ($\chi^2=2.316$, $df=1$, $p=.128$) besteht. In Abbildung 11 sind die Zeitverläufe des Ereignisses „vorzeitiger Abbruch der Jugendhilfemaßnahme aufgrund von Verhaltensproblemen des Jugendlichen“ über den einjährigen Beobachtungszeitraum dargestellt. Auch hier kann kein statistisch bedeutsamer Gruppenunterschied aufgezeigt werden; die Haltedauern in den Jugendhilfeeinrichtungen bis zu einer vorzeitigen Beendigung wegen Verhaltensproblemen sind demnach ähnlich ($p=.32$ im log-rank Test).

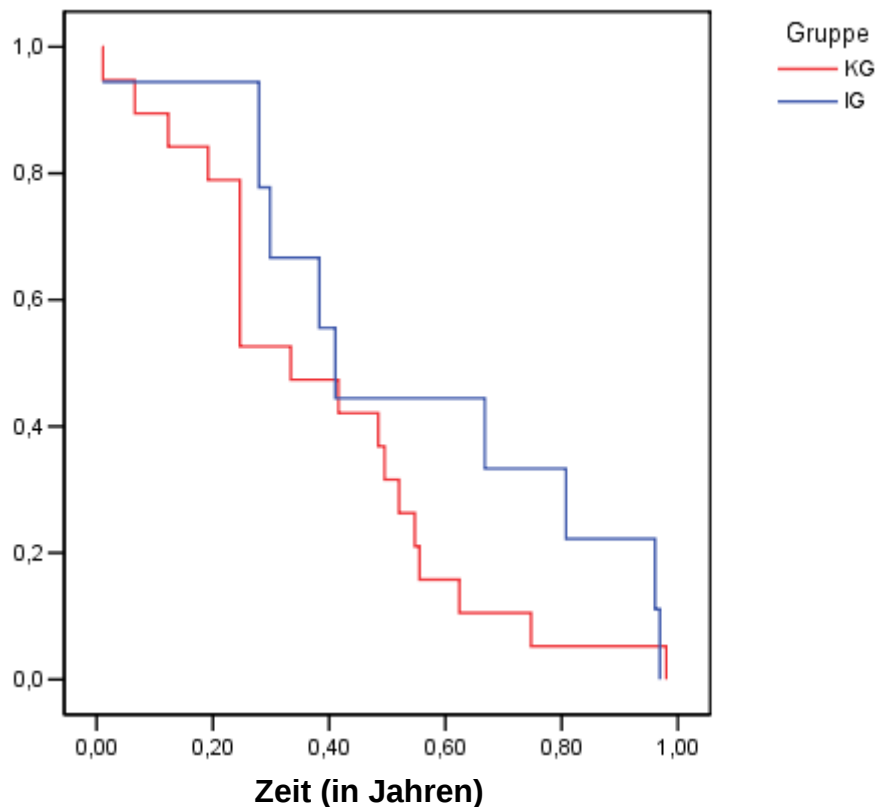


Abbildung 11: Vergleich zwischen der Kontroll- und der Interventionsgruppe bezüglich der zeitlichen Dauer bis zum Eintritt des Ereignisses „vorzeitiger Abbruch der Maßnahme wegen Verhaltensproblemen des Jugendlichen“ innerhalb des 12-monatigen Beobachtungszeitraums

4.6.3 Nebenzielgröße: Effekte des Interventionsprogramms auf die psychische Belastung

Als Maß der Veränderung der psychischen Belastung wurden die T-Werte der übergeordneten Skalen der Child Behavior Checklist CBCL/4-18 für internalisierendes Verhalten, externalisierendes Verhalten und Problemverhalten insgesamt herangezogen. Die Tabelle 16 zeigt die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalysen im Überblick. Die Abbildungen 12 und 13 zeigen in graphischer Darstellung die Mittelwerte auf den drei übergeordneten Skalen sowie die Mittelwertsunterschiede zwischen den beiden Gruppen zu den jeweiligen Messzeitpunkten.

Tabelle 16: Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalysen zur Prüfung der Veränderung auf den übergeordneten Skalen der CBCL in Abhängigkeit der Gruppe (Kontroll- vs. Interventionsgruppe) bei allen Probanden, die den Beobachtungszeitraum gemäß Studienprotokoll durchlaufen haben

Skala	Gruppe	n	T1: M (SD)	T2: M (SD)	T3: M (SD)	Zeit (3 Stufen)			Zeit*Gruppe		
						F *	p	η^2	F *	p	η^2
CBCL_int	KG	178	64.03 (8.3)	62.63 (8.5)	61.51 (8.9)	20.154	.000	.109	1.625	.199	.010
	IG	153	63.75 (9.7)	60.65 (8.8)	59.92 (9.4)						
CBCL_ext	KG	178	66.84 (9.5)	67.40 (9.8)	66.72 (10.1)	7.053	.001	.041	8.749	.000	.051
	IG	153	69.73 (10.0)	66.47 (9.1)	66.08 (9.4)						
CBCL_ges	KG	178	68.44 (7.4)	67.79 (7.9)	66.90 (9.1)	18.890	.000	.103	6.456	.002	.038
	IG	153	69.75 (8.4)	66.01 (7.4)	65.33 (8.0)						

* df=2

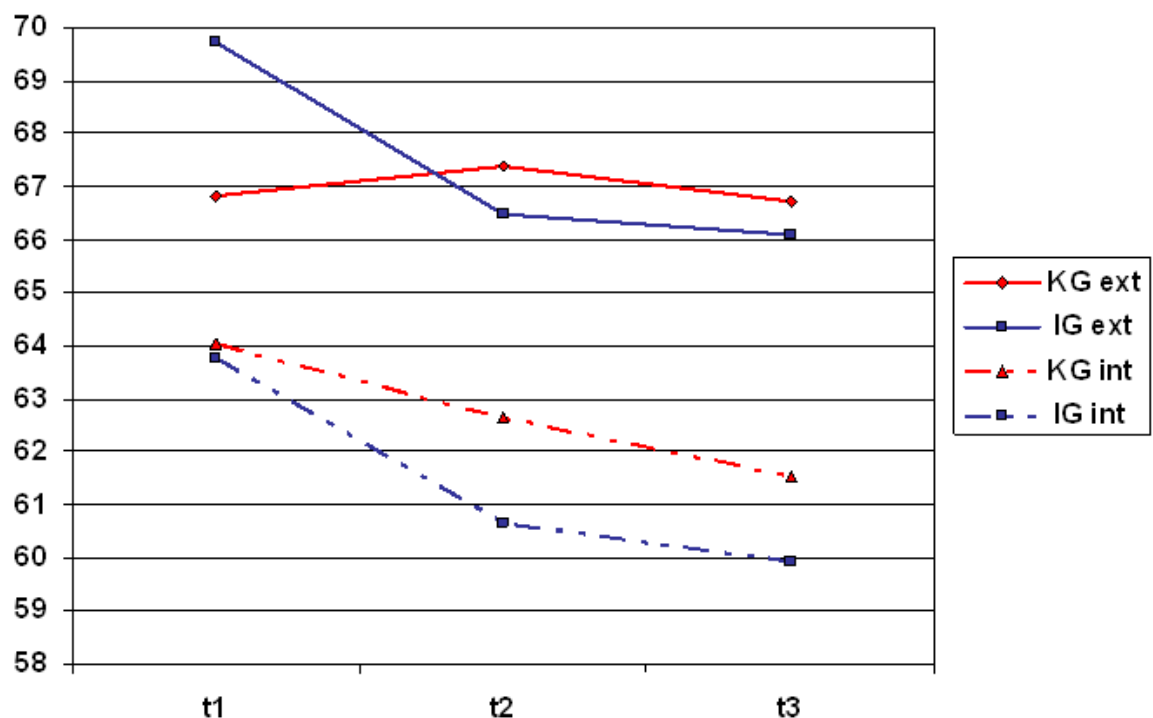


Abbildung 12: Mittelwerte der übergeordneten Skalen „externalisierende Verhaltensstörungen“ (ext) und „internalisierende Verhaltensstörungen“ (int) der CBCL (Erzieherurteil) im Verlauf über die drei Messzeitpunkte, getrennt dargestellt für Kontroll- und Interventionsgruppe

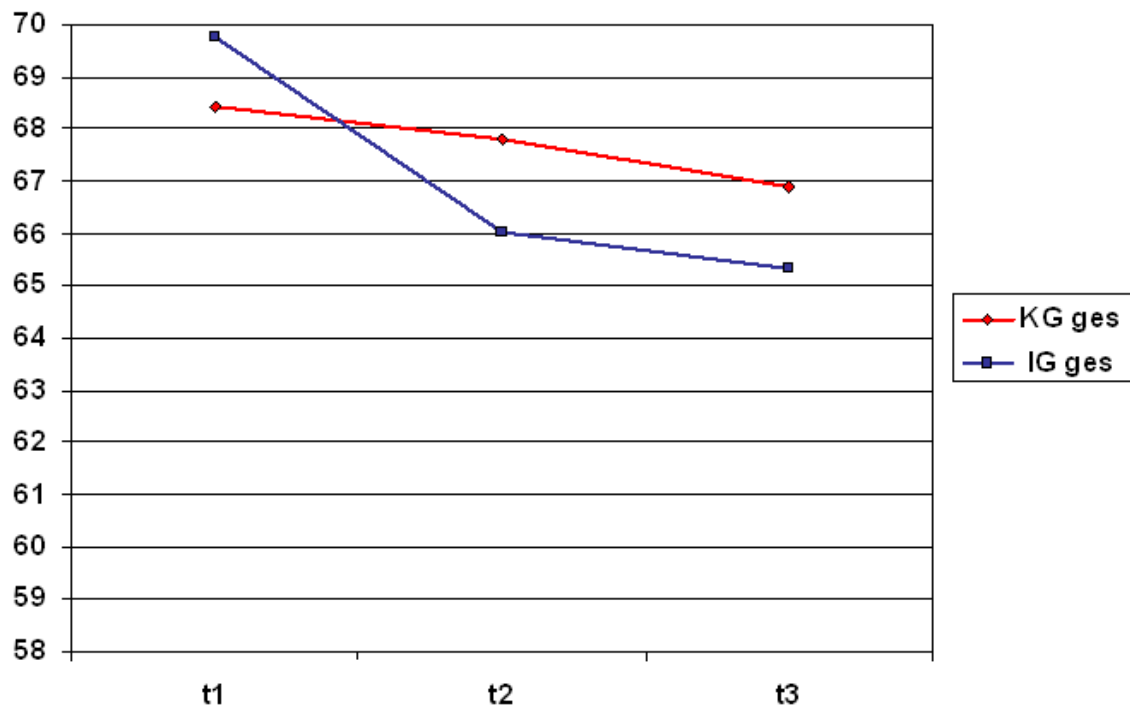


Abbildung 13: Mittelwerte der übergeordneten Skalen „Problemverhalten gesamt“ (ges) der CBCL (Erzieherurteil) im Verlauf über die drei Messzeitpunkte, getrennt dargestellt für Kontroll- und Interventionsgruppe

Für die internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten zeigt sich ein Haupteffekt der Zeit ($F=20.154$, $df=2$, $p<.001$), während der Interaktionseffekt Zeit*Gruppe nicht signifikant ist. Eine Überprüfung der Signifikanz des festen Faktors Gruppe ergab einen F-Wert von 2.456 ($df=1$, $p=.118$). Bezüglich der Skala externalisierende Verhaltensauffälligkeiten zeigten sich ein signifikanter Haupteffekt des Faktors Zeit ($F=7.053$, $df=2$, $p=.001$) sowie ein Interaktionseffekt Zeit*Gruppe ($F=8.749$, $df=2$, $p<.001$). Es liegt wiederum kein Gruppeneffekt vor ($F=0.221$, $df=1$, $p=.639$).

Im Hinblick auf die Gesamtskala Problemverhalten zeigt sich ein Haupteffekt der Variable Zeit ($F=18.890$, $df=2$, $p<.001$), aber kein Haupteffekt der Gruppenzugehörigkeit ($F=0.848$, $df=1$, $p=.358$). Der Interaktionseffekt Zeit*Gruppe wird signifikant ($F=6.456$, $df=2$, $p=.002$).

Da die Nicht-Berücksichtigung von Drop-outs durch Abmeldungen über den einjährigen Beobachtungszeitraum zu systematischen Verzerrungen führen kann, wurden die Analysen nach dem intent-to-treat Prinzip (ITT Analyse) durchgeführt (Tabelle 17, Abbildungen 14 und 15). Fehlende Werte wurden durch den Wert der jeweils letzten Beobachtung ersetzt („last observation carried forward“).

Tabelle 17: Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalysen zur Prüfung der Veränderung auf den übergeordneten Skalen der CBCL in Abhängigkeit der Gruppe (Kontroll- vs. Interventionsgruppe) und des Messzeitpunkts (T1, T2, T3) bei allen Probanden, die in die Studie aufgenommen wurden (intent-to-treat)

Skala	Gruppe	n	T1: M (SD)	T2: M (SD)	T3: M (SD)	Zeit (3 Stufen)			Zeit*Gruppe		
						F *	p	η^2	F *	p	η^2
CBCL_int	KG	332	63.71 (8.9)	62.58 (9.1)	61.89 (9.3)	25.113	.000	.077	2.434	.089	.008
	IG	274	63.73 (9.7)	61.23 (9.2)	60.92 (9.7)						
CBCL_ext	KG	332	67.15 (9.4)	67.24 (9.7)	66.89 (9.9)	12.189	.000	.039	10.801	.000	.034
	IG	276	69.33 (9.5)	66.75 (9.6)	66.50 (9.8)						
CBCL_ges	KG	332	68.04 (7.6)	67.45 (8.1)	66.96 (8.8)	24.381	.000	.074	7.970	.000	.026
	IG	277	69.23 (8.1)	66.42 (7.9)	66.04 (8.2)						

* df=2

Für die internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten zeigt sich ein Haupteffekt der Zeit ($F(2,603)=20.154$, $p<.001$), während der Interaktionseffekt Zeit*Gruppe nicht signifikant ist (s. auch Abbildung 14). Eine Überprüfung des festen Faktors Gruppe ergab einen F-Wert von 1.282 ($df=1$, $p=.258$), so dass von keinem generellen Unterschied im Testergebnis der beiden Gruppen ausgegangen werden kann. Weiterhin zeigte sich sowohl ein signifikanter Haupteffekt des Faktors Zeit ($F(2,605)=12.189$, $p<.001$) als auch ein Interaktionseffekt Zeit*Gruppe ($F(2,605)=10.801$, $p=.034$) bezüglich der Skala externalisierende Verhaltensauffälligkeiten. Die Effekte sind als klein bis mittelgradig zu bewerten ($\eta^2=.03-.08$).

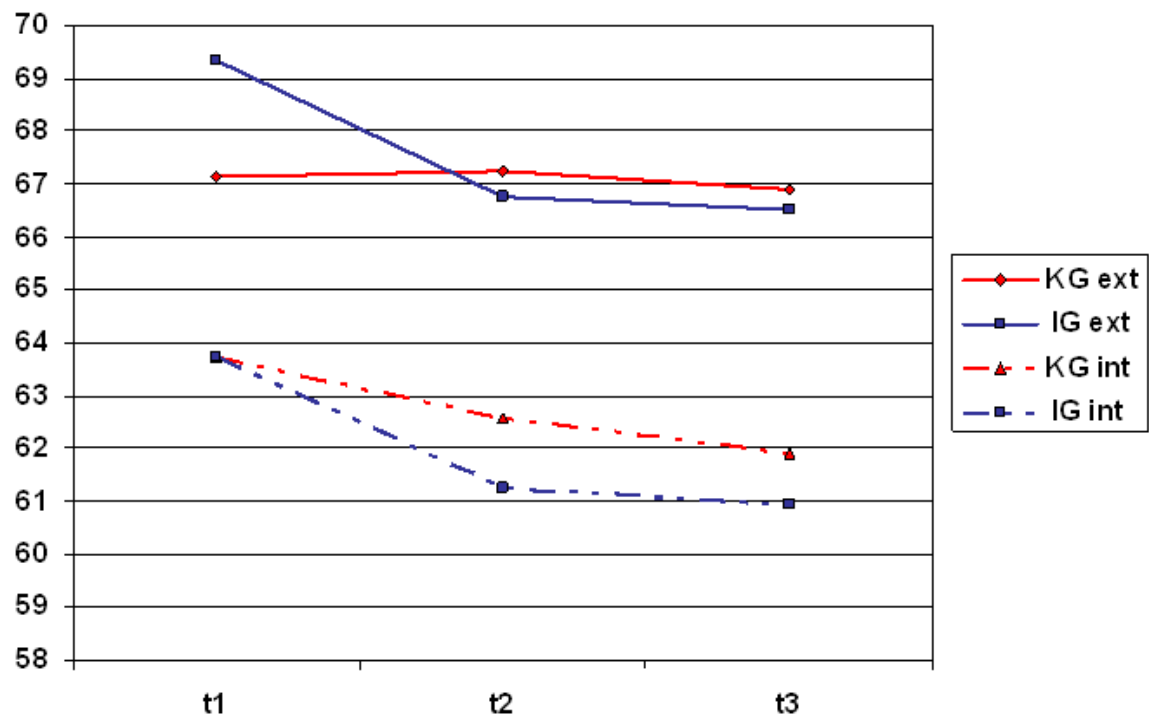


Abbildung 14: Mittelwerte der übergeordneten Skalen „externalisierende Verhaltensstörungen“ (ext) und „internalisierende Verhaltensstörungen“ (int) der CBCL (Erzieherurteil) im Verlauf über die drei Messzeitpunkte, getrennt dargestellt für Kontroll- und Interventionsgruppe (intent-to-treat)

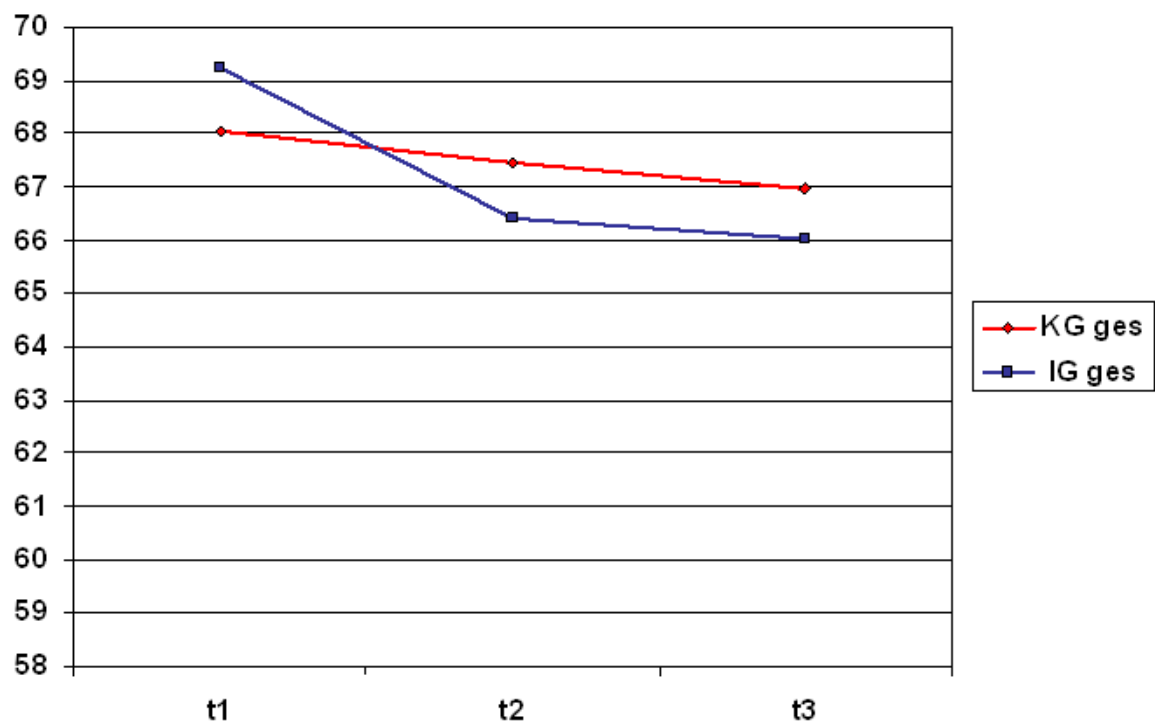


Abbildung 15: Mittelwerte der übergeordneten Skalen „Problemverhalten gesamt“ (ges) der CBCL (Erzieherurteil) im Verlauf über die drei Messzeitpunkte, getrennt dargestellt für Kontroll- und Interventionsgruppe (intent-to-treat)

Auch die Veränderung in der Selbsteinschätzung der Jugendlichen wurde mittels zweifaktorieller Varianzanalyse mit Messwiederholung überprüft; die Ergebnisse der Analysen per protocol sind in Tabelle 18 dargestellt.

Tabelle 18: Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalysen zur Prüfung der Veränderung auf den übergeordneten Skalen des Youth Self Report in Abhängigkeit der Gruppe (Kontroll- vs. Interventionsgruppe) bei allen Probanden, die den Beobachtungszeitraum gemäß Studienprotokoll durchlaufen haben

Skala	Gruppe	n	T1: M (SD)	T2: M (SD)	T3: M (SD)	Zeit (p=3 Stufen)			Zeit*Gruppe (q=2 Stufen)		
						F *	p	η^2	F *	p	η^2
YSR_int	KG	134	62.22 (12.0)	58.96 (10.5)	56.75 (10.7)	24.134	.000	.158	0.572	.565	.004
	IG	127	60.31 (10.1)	58.21 (9.7)	56.26 (11.0)						
YSR_ext	KG	134	61.61 (10.3)	60.22 (10.1)	59.21 (9.3)	16.18	.000	.111	1.155	.317	.009
	IG	127	63.05 (9.9)	60.59 (9.4)	58.91 (10.8)						
YSR_ges	KG	134	63.66 (11.0)	61.13 (9.5)	59.08 (9.8)	25.670	.000	.166	0.078	.925	.001
	IG	127	63.67 (9.0)	60.83 (8.7)	59.17 (10.4)						

* df=2

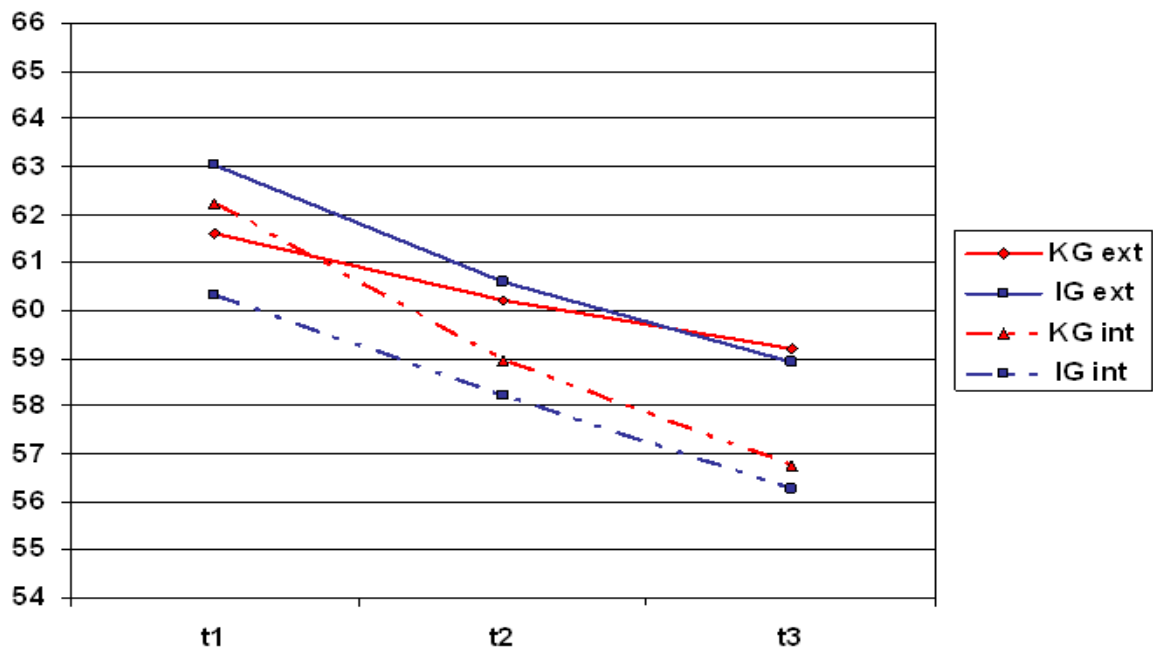


Abbildung 16: Mittelwerte der übergeordneten Skalen „externalisierende Verhaltensstörungen“ (ext) und „internalisierende Verhaltensstörungen“ (int) des YSR (Selbsturteil der Jugendlichen) im Verlauf über die drei Messzeitpunkte, getrennt dargestellt für Kontroll- und Interventionsgruppe

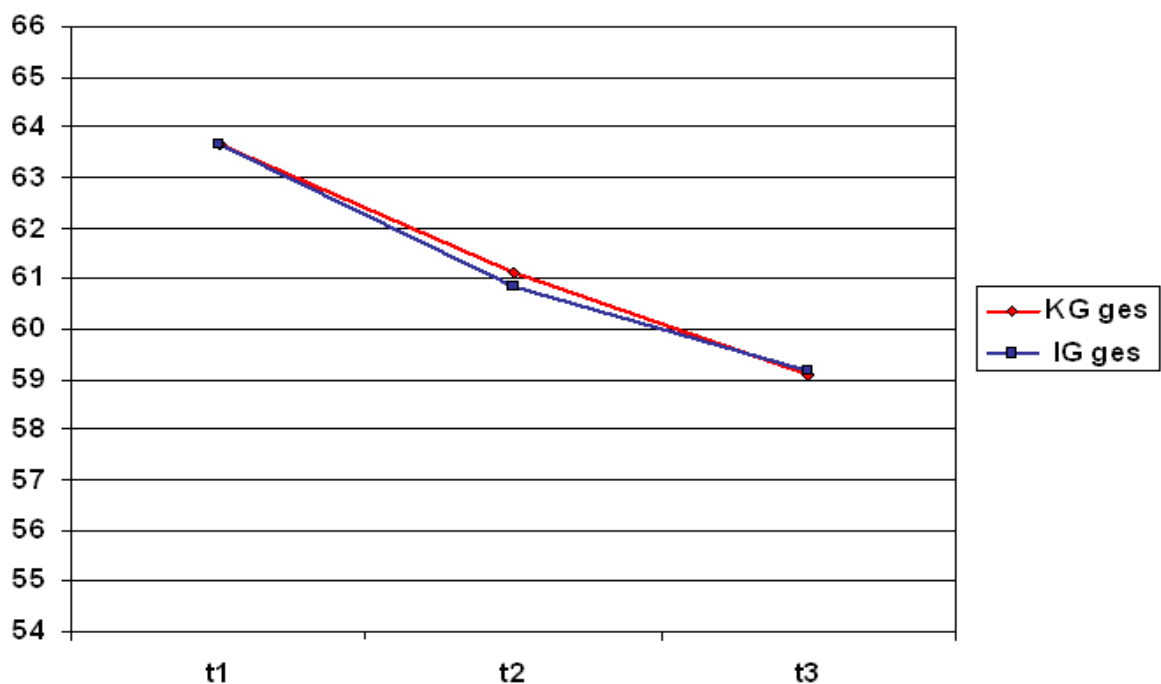


Abbildung 17: Mittelwerte der übergeordneten Skalen „Problemverhalten gesamt“ (ges) des YSR (Selbsturteil der Jugendlichen) im Verlauf über die drei Messzeitpunkte, getrennt dargestellt für Kontroll- und Interventionsgruppe

Das Ausmaß der selbsteingeschätzten Verhaltensauffälligkeiten sinkt im Verlauf des 12-monatigen Beobachtungszeitraumes für alle drei übergeordneten Skalen. Die Haupteffekte Zeit sind hoch signifikant; die Effekte sind als mittel bis groß zu bewerten. Es kommt zu keinem Interaktionseffekt Zeit*Gruppe.

Die Analyse wurde nach dem intent-to-treat Prinzip wiederholt, die Ergebnisse sind in Tabelle 19 dargestellt. Auch hier sind die Signifikanzen und Effekte mit den Ergebnissen der Analysen per protocol vergleichbar.

Tabelle 19: Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalysen zur Prüfung der Veränderung auf den übergeordneten Skalen des YSR in Abhängigkeit von Gruppenzugehörigkeit (Kontroll- vs. Interventionsgruppe) bei allen Probanden, die in die Studie aufgenommen wurden (intent-to-treat)

Skala	Gruppe	n	T1: M (SD)	T2: M (SD)	T3: M (SD)	Zeit (p=3 Stufen)			Zeit*Gruppe (q=2 Stufen)		
						F *	p	η^2	F *	p	η^2
YSR_int	KG	284	61.63 (10.6)	59.85 (10.1)	58.71 (10.4)	28.854	.000	.085	0.077	.926	.000
	IG	252	60.41 (10.5)	58.57 (10.4)	57.66 (11.6)						
YSR_ext	KG	284	62.35 (10.0)	61.53 (9.9)	61.00 (9.5)	18.947	.000	.066	2.369	.095	.009
	IG	252	63.34 (9.8)	61.54 (9.9)	60.54 (11.0)						
YSR_ges	KG	284	63.66 (10.1)	62.17 (9.4)	61.12 (9.7)	27.929	.000	.095	0.285	.752	.001
	IG	252	63.76 (9.1)	61.77 (9.3)	60.85 (10.8)						

* df=2

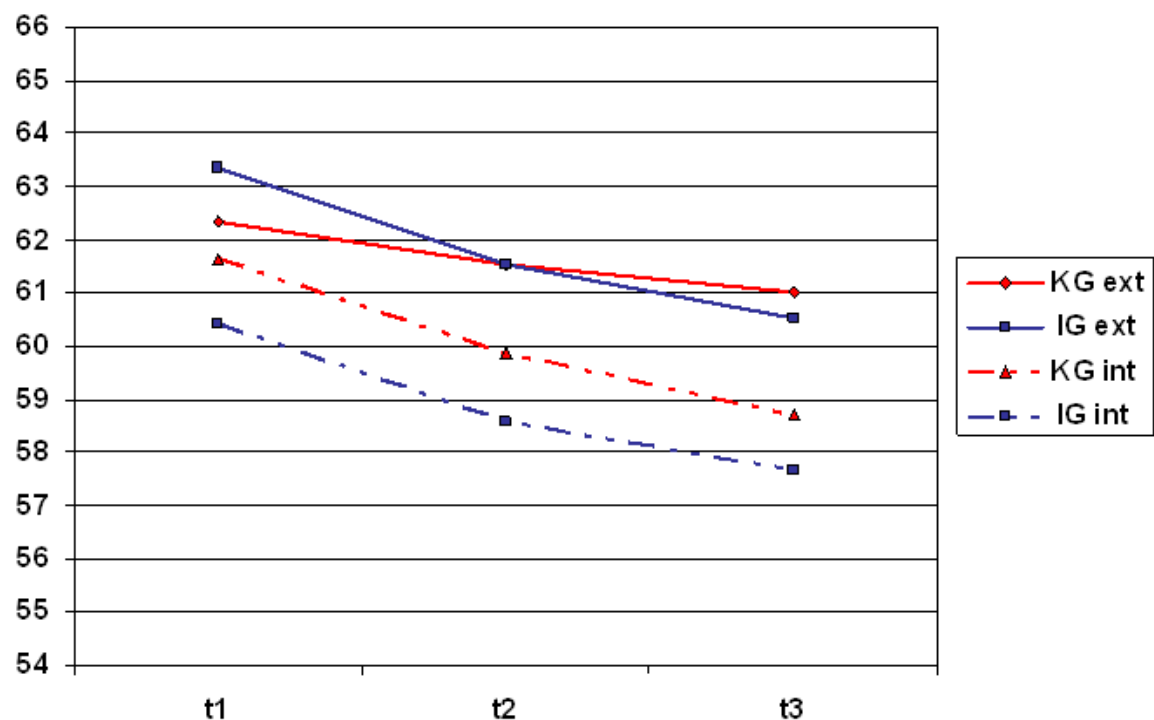


Abbildung 18: Mittelwerte der übergeordneten Skalen „externalisierende Verhaltensstörungen“ (ext) und „internalisierende Verhaltensstörungen“ (int) des YSR (Selbsturteil der Jugendlichen) im Verlauf über die drei Messzeitpunkte, getrennt dargestellt für Kontroll- und Interventionsgruppe (intent-to-treat)

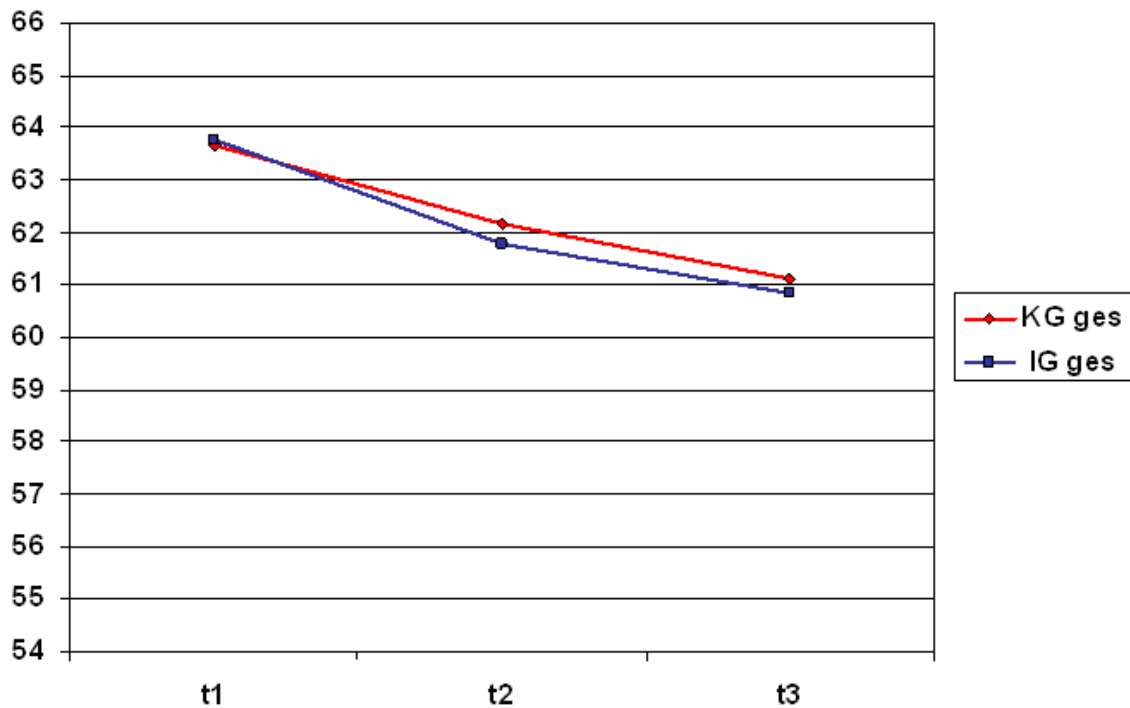


Abbildung 19: Mittelwerte der übergeordneten Skalen „Problemverhalten gesamt“ (ges) des YSR (Selbsturteil der Jugendlichen) im Verlauf über die drei Messzeitpunkte, getrennt dargestellt für Kontroll- und Interventionsgruppe (intent-to-treat)

4.6.4 Nebenzielgröße: Effekte des Interventionsprogramms auf das psychosoziale Funktionsniveau und die Lebensqualität

In Abbildung 20 sind die Mittelwerte der beiden Gruppen auf Achse VI des Multiaxialen Diagnosesystems (MAS) graphisch dargestellt. Ein signifikanter Gruppenunterschied findet sich zum ersten Messzeitpunkt ($t(611)=-2.92, p=.004$); zum zweiten und dritten Messzeitpunkt nivellieren sich die Mittelwerte der beiden Gruppen. Zur Beurteilung der Effekte des Interventionsprogramms auf das psychosoziale Funktionsniveau der Jugendlichen wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt (siehe Tabelle 20). Der Haupteffekt Zeit und der Interaktionseffekt werden hochsignifikant, die Effektgröße η^2 entspricht jeweils einem kleinen Effekt. Der Gruppeneffekt wird nicht signifikant ($F=1.310, df=1, p=.253$).

Tabelle 20: Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalysen zur Prüfung der Veränderung der Ausprägung auf Achse VI des Multiaxialen Klassifikationssystems in Abhängigkeit der Gruppe (Kontroll- vs. Interventionsgruppe) bei allen Probanden, die den Beobachtungszeitraum gemäß Studienprotokoll durchlaufen haben

	Gruppe	n	T1: M (SD)	T2: M (SD)	T3: M (SD)	Zeit (3 Stufen)			Zeit*Gruppe		
						F *	p	η^2	F *	p	η^2
Achse VI	KG	169	3.19 (1.5)	3.41 (1.7)	3.17 (1.6)	5.713	.004	.036	6.233	.002	.039
	IG	141	3.70 (1.6)	3.38 (1.5)	3.21 (1.4)						

* df=2

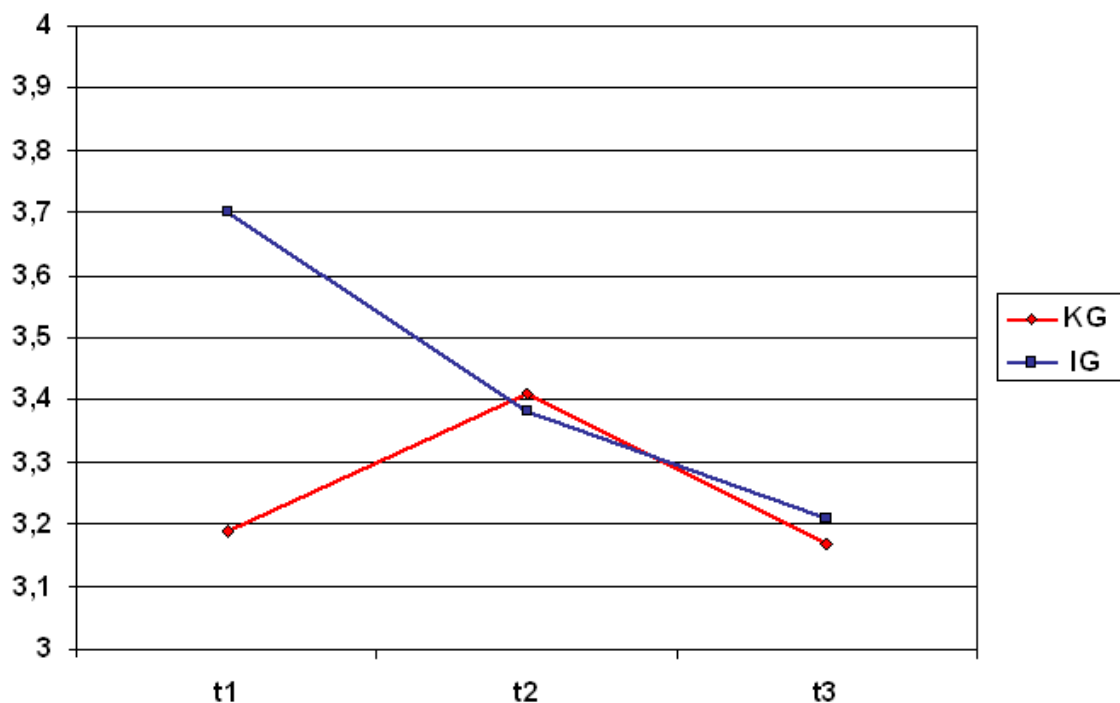


Abbildung 20: Mittelwertsvergleiche der Kontroll- und der Interventionsgruppe bezüglich der Ausprägung der Achse VI des Multiaxialen Klassifikationssystems, getrennt für alle drei Messzeitpunkte (t-Tests für unabhängige Stichproben)

Das Ausmaß der Veränderung der von den Erziehern eingeschätzten Lebensqualität wurde durch eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung überprüft. Nachstehende Tabelle 21 gibt einen Überblick über die Ergebnisse, dabei wird auf die Darstellung von Gruppeneffekten verzichtet, die keine signifikanten Ergebnisse ergaben. Die markierten *p*-Werte zeigen die Effekte, die auch nach Adjustierung des Signifikanzniveaus für multiple Tests bedeutsam sind.

Tabelle 21: Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalysen zur Prüfung der Veränderung auf den Subskalen des Inventars zur Lebensqualität in Abhängigkeit der Gruppe (Kontroll- vs. Interventionsgruppe) bei allen Probanden, die den Beobachtungszeitraum gemäß Studienprotokoll durchlaufen haben

ILK Skalen	Gruppe	n	T1: M (SD)	T2: M (SD)	T3: M (SD)	Zeit (p=3 Stufen)			Zeit*Gruppe (q=2 Stufen)		
						F *	p	η^2	F *	p	η^2
Schule	KG	166	3.19 (1.0)	3.07 (1.0)	2.98 (1.1)	5.519	.004	.034	2.693	.069	.017
	IG	148	3.26 (1.1)	2.99 (1.0)	3.17 (1.0)						
Freizeit	KG	172	2.87 (0.8)	2.76 (0.9)	2.73 (0.9)	8.846	.000	.052	0.917	.401	.006
	IG	155	2.95 (0.9)	2.73 (0.8)	2.68 (0.9)						
Familie	KG	169	2.73 (0.9)	2.70 (0.9)	2.78 (0.9)	3.349	.036	.021	3.962	.020	.025
	IG	149	2.87 (0.9)	2.63 (0.9)	2.63 (0.9)						
Betreuer	KG	162	2.32 (0.7)	2.34 (0.7)	2.33 (0.7)	1.126	.326	.007	1.878	.155	.012
	IG	148	2.41 (0.6)	2.26 (0.6)	2.34 (0.7)						
Peers	KG	160	2.81 (0.7)	2.81 (0.9)	2.76 (0.7)	1.299	.274	.008	1.514	.222	.010
	IG	147	2.86 (0.8)	2.70 (0.7)	2.79 (0.7)						
Alltag	KG	163	2.61 (0.9)	2.71 (0.9)	2.81 (0.9)	3.378	.035	.022	7.005	.001	.044
	IG	147	2.94 (0.9)	2.69 (0.9)	2.83 (0.9)						
alleine	KG	170	2.83 (1.3)	2.79 (1.2)	2.79 (1.2)	2.793	.063	.017	1.532	.218	.010
	IG	151	2.93 (1.2)	2.67 (1.1)	2.68 (1.0)						
Körper	KG	169	2.22 (0.8)	2.24 (0.8)	2.20 (0.7)	1.601	.203	.010	3.225	.041	.020
	IG	153	2.25 (0.8)	2.11 (0.8)	2.28 (0.9)						
Psyche	KG	170	3.34 (0.9)	3.19 (0.9)	3.22 (0.9)	6.671	.001	.040	0.404	.668	.003
	IG	151	3.36 (0.8)	3.13 (0.8)	3.17 (0.9)						
Gesamt	KG	168	2.79 (0.8)	2.83 (0.8)	2.80 (0.8)	0.135	.873	.001	0.853	.427	.005
	IG	151	2.76 (0.7)	2.68 (0.7)	2.73 (0.7)						

$\alpha=.05$, entspricht nach Bonferroni-Korrektur für multiple Test $\alpha/10<.005$

Bezüglich der Skalen Schule, Freizeit und psychische Belastung ergibt sich ein Haupteffekt der Zeit, der jeweils als klein zu bewerten ist ($\eta^2=.04$ -.052).

Bezüglich der Selbstbeurteilungen der Lebensqualität (Jugendlichendaten des ILK, KG: $N=139$, IG: $N=124$) bestehen weder signifikante Haupteffekte für Zeit oder Gruppe, noch werden die Interaktionseffekte Zeit*Gruppe signifikant. Einzige Ausnahme bildet die Skala Freizeit („*Wie kommst Du mit anderen Jugendlichen in Deiner Freizeit aus?*“); hier wird der Haupteffekt Zeit signifikant ($F=5.900$, $df=2$, $p=.003$). Der Effekt ist als klein zu bewerten ($\eta^2=.043$).

5. Diskussion

Im Folgenden wird die dargestellte Programmevaluation umfassend diskutiert. Nach einer kurzen Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse erfolgt die Einschätzung der Wirksamkeit der Intervention im Vergleich zur herkömmlichen Behandlung der Jugendlichen in der Kontrollgruppe in Bezug auf die primären und sekundären Evaluationsparameter. Dabei werden die Ergebnisse systematisch entlang der aufgestellten Hypothesen diskutiert. Es wird dann eine Einschätzung der Machbarkeit des vorgestellten Interventionsprogramms vorgenommen, worauf sich die Diskussion der methodischen Grenzen der Studie anschließt.

5.1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Die vorliegende Studie überprüfte über einen zwölfmonatigen Beobachtungszeitraum hinweg die Wirksamkeit eines ambulanten, multimodalen Interventionsprogrammes für Kinder in stationären Jugendhilfeeinrichtungen im Vergleich zur üblichen Regelversorgung (treatment as usual). Evaluiert wurden als primärer Zielparameter die stationären kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungstage, sowie als sekundäre Zielmaße die psychische Symptombelastung, das psychosoziale Funktionsniveau und die Lebensqualität der Jugendlichen.

In der Gruppe mit intensiver, aufsuchender ambulanter Behandlung im Modellprojekt fielen infolge kürzerer stationärer Behandlungen signifikant weniger stationäre Pflegetage an als in der Kontrollgruppe mit herkömmlicher Behandlung und ein höherer Anteil der psychisch stark belasteten Jugendlichen konnte fachärztlich versorgt werden. In beiden Gruppen kam es während des zwölfmonatigen Beobachtungszeitraumes mit intensiven pädagogischen Bemühungen zu einer Reduktion von psychischer Symptombelastung sowie zu einer Verbesserung von psychosozialem Funktionsniveau und Lebensqualität. Während sich zu Studienbeginn eine stärkere Belastung in der Interventionsgruppe zeigte, waren zu beiden Katamnesezeitpunkten keine Gruppenunterschiede in Bezug auf die evaluierten sekundären Zielparameter mehr zu verzeichnen.

5.2 Diskussion der Wirksamkeit des Interventionsprogramms

Um die Frage nach der Wirksamkeit des hier vorgestellten Interventionsprogramms zu beantworten wird eine systematische Bewertung der im Theorieteil (Kapitel 2.7) abgeleiteten Hypothesen vorgenommen.

Bewertung der zentralen Hypothese 1: Erfolgt durch die Implementierung eines aufsuchenden ambulanten Behandlungsprogramms eine Einsparung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungszeiten?

Erwartungsgemäß konnten durch das milieuzentrierte intensive ambulante Behandlungsprogramm in der Interventionsgruppe verglichen mit der üblichen Regelversorgung in der Kontrollgruppe stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungszeiten eingespart werden. Die stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen waren dabei in der Interventionsgruppe deutlich kürzer als die Psychatrieaufenthalte von Kindern und Jugendlichen aus der Kontrollgruppe; ein Befund der vor dem Hintergrund der erhöhten externalisierenden Symptomatik der Jugendlichen der Interventionsgruppe umso mehr beeindrucken kann. Die mittlere Verweildauer in der Kontrollgruppe liegt mit knapp 40 Tagen fast exakt auf dem 2004 für Baden-Württembergs Krankenhäuser ermittelten Durchschnittswert für kinder- und jugendpsychiatrische Krankenhausaufenthalte, welcher 42,8 Tage beträgt (Baumann, 2006). Die Behandlungsaufenthalte in der Interventionsgruppe liegen hingegen mit im Mittel etwas weniger als 18 Tagen deutlich unter diesem Länderdurchschnitt. Bei zeitlicher Dichotomisierung in kurze (bis maximal zehn Tage) und längere (elf Tage und mehr) Behandlungen zeigte sich deutlich der erwartete Effekt der Intervention; die Jugendlichen der Interventionsgruppe hatten signifikant häufiger kurze Behandlungsepisoden als die Probanden aus den Kontrolleinrichtungen. Dieses Ergebnis ist eklatant und zeigt deutlich die Chancen und Möglichkeiten ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung in systemübergreifenden, interdisziplinären Versorgungskontexten. Es können nicht nur hohe Kosten im stationären Behandlungssektor eingespart werden, sondern die Verkürzung der stationären Liegezeiten und die schnellere Rückführung in die Jugendhilfeeinrichtung führt auch zur Aufrechterhaltung von Beziehungen und kann dazu beitragen, eine weitere Destabilisierung der psychosozialen Entwicklungsverläufe zu verhindern, was letztlich einen positiven Einfluss auf die psychische Rehabilitation und Genese der Jugendlichen haben dürfte. Bedeutsam ist dabei, dass das Ereignis „stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Klinikbehandlung“ insgesamt innerhalb des

zwölfmonatigen Beobachtungszeitraums relativ selten auftrat und in beiden Gruppen gleich häufig vorkam (insgesamt 42-mal, wobei insgesamt 17 Jugendliche aus der Kontrollgruppe und 15 Jugendliche aus der Interventionsgruppe – teilweise mehrfach -stationär kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt wurden). So konnte durch die intensive ambulante Behandlung der Kinder und Jugendlichen in den stationären Jugendhilfeeinrichtungen eine Einsparung stationärer Behandlungszeiten nicht durch die Vermeidung kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte per se erreicht werden, sondern tatsächlich durch die Verkürzung der notwendigen stationären Behandlungen. Vorbefunde aus internationalen Studien bestätigen, dass ambulante psychiatrische Behandlungen bei komplexen psychischen Störungen und bestehenden Komorbiditäten an Grenzen stoßen können. Wenn man sich die hohe Komorbiditätsrate von 82 % in unserer Studie anschaut und gleichzeitig kritisch bedenkt, dass eine Aufnahme in einer vollstationäre Jugendhilfeeinrichtung nur bei gravierenden psychosozialen Belastungsfaktoren und fehlenden Ressourcen in der Herkunftsfamilie erfolgt, kann man sich ein Bild von den hochkomplexen Auffälligkeiten der untersuchten Kinder und Jugendlichen machen. Auch durch intensive ambulante Maßnahmen wird man also stationäre Behandlungen nie komplett und in jedem Fall vermeiden können. Dies kann und darf deshalb auch nicht Ziel und Zweck von ambulanten Behandlungsmodellen sein. Allerdings besteht ein deutlicher Trend hin zu möglichst kurzen stationären Behandlungen, der vor allem durch den stetig wachsenden Kostendruck im Gesundheitssystem und aufkommenden Zweifeln an der Effektivität längerfristiger psychiatrischer Behandlungsaufenthalte erklärt werden kann (Pfeiffer & Strzelecki, 1990; Green & Jacobs, 1998; Blanz & Schmidt, 2000). In internationalen Studien an erwachsenen und jugendlichen psychiatrischen Patienten hat sich gezeigt, dass kurzfristige stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken nicht minder effektiv sind als längerfristige Behandlungsaufenthalte (Mattes, 1982; Thompson et al., 2003; Swadi & Bobier, 2005). Längere Hospitalisierung führen demnach weder zu einer verminderten Wiederaufnahmerate noch zu einem besseren psychosozialen Funktionsniveau der Patienten.

Eine zeitliche Verzögerung der stationären Klinikaufnahmen (d.h. eine längere Haltedauer in der Einrichtung vor der Aufnahme in eine psychiatrische Klinik) in der Interventionsgruppe zeigte sich im Vergleich zur Kontrollgruppe während des Beobachtungszeitraums durch die ambulante Vorbehandlung nicht. Dies deutet darauf hin, dass sich im akuten Krisenfall die Handlungsspielräume in den Jugendhilfeeinrichtungen derart stark einschränken, dass eine Auflösung der Krise durch räumliche Trennung die einzige gangbare Alternative bleibt. Gerade das Wissen um die stationären Behandlungsoptionen im Krisenfall

durch die direkte Kooperation mit den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken dürfte die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme erhöht haben. Dieser Befund steht im Einklang mit anglo-amerikanischen Studien, die von weiterhin anfallenden stationären psychiatrischen Behandlungsepisoden trotz intensiver ambulanter Intervention berichten (Bracken & Cohen, 1999; Brimblecombe et al., 2003; Glover et al., 2006).

Fazit: Die zentrale Hypothese 1 kann als bestätigt angesehen werden. Durch die intensive ambulante Behandlung in der Interventionsgruppe ist es zwar nicht gelungen, stationäre Kriseninterventionen im psychiatrischen Krankenhaus per se zu vermeiden oder die stationären Aufnahmen (sofern benötigt) zu verzögern, jedoch konnte vor dem Hintergrund einer funktionierenden ambulanten Vorbereitung und Nachbetreuung in den Einrichtungen der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikante Verkürzung der stationären Behandlungszeiten ermöglicht werden.

Bewertung der Hypothese 2: Ist die Haltefähigkeit der Einrichtungen der Interventionsgruppe bei schwierigen Jugendlichen höher als in den Kontrolleinrichtungen?

Wie bereits ausgeführt war während der Studienlaufzeit eine hohe Fluktuation innerhalb der Einrichtungen zu beobachten, die in mehr als der Hälfte planmäßig war, während es sich in ca. 40% der Fälle um vorzeitige, unplanmäßige Abbrüche der Maßnahmen handelte. Die Hypothese, dass durch die bessere Schulung der Pädagogen vor Ort und die zusätzliche kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung die Betreuungskontinuität erhöht und frühzeitige Abbrüche der Maßnahme wegen Verhaltensproblemen der Jugendlichen verhindert werden können, kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse nicht als bestätigt angesehen werden. Das Ereignis „Vorzeitige Beendigung der Jugendhilfemaßnahme auf Wunsch der Einrichtung wegen Verhaltensproblemen des Jugendlichen“ kam über den Beobachtungszeitraum zahlenmäßig in beiden Gruppen selten vor, allerdings mehr als doppelt so häufig in der Kontroll- als in der Interventionsgruppe, vor allem zu Beginn der Beobachtungsphase. Dies mag als eine Tendenz im Sinne der größeren Kompetenz der Interventionsheime im Umgang mit schwierigen Jugendlichen gewertet werden, wenngleich aufgrund geringer Fallzahlen und der damit begrenzten Teststärke kein statistisch signifikanter Gruppenunterschied auftrat. Es ist zu vermuten, dass bei höheren Fallzahlen auch ein signifikanter Unterschied aufgezeigt würde. Auch sollte die ungleich stärker belastete Population in den Interventionsheimen bedacht werden, die vor allem durch ein hohes Maß an externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten charakterisiert war.

Der Zeitverlauf bis zum Ereignis frühzeitiger Abbruch war allerdings in beiden Gruppen identisch, so dass offenbar die Haltedauer der höchstbelasteten Jugendlichen in den Einrichtungen der Interventionsgruppe durch die erfolgten Bemühungen nicht signifikant verlängert werden konnte. Vor allem Fremdaggressionen scheinen demnach zu Eskalationen zu führen, die von den Pädagogen vor Ort nicht immer adäquat gelöst werden können und zum Erleben von Hilflosigkeit und Handlungsunfähigkeit führen. Dies steht im Einklang mit Studien zu Kindern aus Pflegefamilien, wo sich gezeigt hat, dass vor allem der Schweregrad von emotionalen und Verhaltensproblemen mit häufigen Abbrüchen und Wechseln der Unterbringung assoziiert ist (Pardeck, 1984; Pardeck et al., 1985). Bereits 1989 wurden im Rahmen eines Praxisforschungsprojekts zum Thema „Erziehungshilfen im Grenzbe- reich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie – Problemlagen junger Menschen, Entschei- dungsprozesse, Konflikte und Kooperationen“ (Gintzel & Schone, 1989; Gintzel & Scho- ne, 1990) drei Muster für den Ruf nach Hilfe aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie be- schrieben, welche durchaus aktuell erscheinen: a) das „Muster permanenter Ratlosigkeit“, bei dem es darum geht, dass der Jugendliche die Heimmitarbeiter durch sein ausagieren- des, schwer beeinflussbares Verhalten permanent an Grenzen führt; b) das „Muster plötz- lich auftretender Hilflosigkeit“, wo in Krisensituationen eine situative Überforderung der Pädagogen in den Einrichtungen auftritt, denen sie sich nicht gewachsen fühlen (bei gleichzeitig bestehendem dringenden Handlungszwang von außen) und c) das „Muster langfristiger Eskalation“, welches die beiden erstgenannten Muster umfasst und letztlich einen längerfristigen Kreislauf aus sich zuspitzenden Krisensituationen und sich steigern- den, aber dennoch ineffektiven Bewältigungsversuchen beschreibt. Krisen machen betref- fen und der erlebte Innen- (von Seiten der Mitarbeiter in den Einrichtungen) und Außen- druck (des sozialen Umfeldes) führen offenbar zu einer schnellen Verengung der Hand- lungsspielräume und sicherlich auch dem Wunsch, Verantwortung abzugeben und eine schnelle Klärung herbeizuführen (Gintzel & Schone, 1990). Ein angemessenes, möglichst frühzeitiges Krisenmanagement bei Aggression erscheint demnach zentral, um Selbst- und Fremdgefährdung abzuwenden. Die innerhalb der Studienlaufzeit gezeigten Tendenzen erscheinen vielversprechend; immerhin kam das Ereignis in der Interventionsgruppe mit den in hohem Maße externalisierend auffälligen Jugendlichen mehr als halb so selten vor, als in den Kontrolleinrichtungen.

Fazit: Die Hypothese 2 konnte im Rahmen der Studie nicht bestätigt werden. Durch die Implementierung eines intensiven ambulanten Behandlungsprogramms und die enge Zu- sammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe ist es innerhalb

der Studienlaufzeit nicht gelungen, die generelle Haltefähigkeit der Einrichtungen der Interventionsgruppe im Falle von „Hochrisikojugendlichen“, die durch in hohem Maße aggressives und dissoziales Verhalten charakterisiert werden können, zu erhöhen. Allerdings zeigte sich ein statistischer Trend hin zu weniger Abbrüchen in der psychisch stärker belasteten Interventionsgruppe.

Bewertung der Hypothese 3a: Zeigen sich in beiden Gruppen mindestens gleichwertige Veränderungen der psychischen Symptombelastung bei den Kindern und Jugendlichen?

In beiden Gruppen wurden mehr als zwei Drittel der betreuten Kinder und Jugendlichen als behandlungsbedürftig eingeschätzt und es wurden von den Gruppenerziehern massive Verhaltensauffälligkeiten im internalisierenden und externalisierenden Bereich beschrieben, die im Durchschnitt ein bis zwei Standardabweichungen über den Mittelwerten der Normpopulation liegen. Bei über 85% der untersuchten Jugendlichen aus beiden Gruppen wurden mit der Child Behavior Checklist (CBCL) klinisch auffällige Verhaltensmuster beschrieben, bei ca. 45% sogar innerhalb des hoch auffälligen Bereichs von zwei Standardabweichungen über dem Mittelwert der Normbevölkerung (d.h. nur ca. 2% der Normpopulation erreichen derart hohe Werte). Die Einschätzung der psychischen Symptombelastung durch die Jugendlichen selbst lag im Schnitt ca. vier T-Wertpunkte unter den Einschätzungen der Gruppenerzieher und damit immer noch deutlich über dem Mittelwert der Normpopulation.

Die Ergebnisse stehen im Einklang mit internationalen Studienergebnissen, die ebenfalls von einer massiven Symptomausprägung bei Kindern und Jugendlichen im Jugendhilfsektor berichten (Burns et al., 2004; Mount et al., 2004). Auch werden die Befunde der versorgungsepidemiologischen Voruntersuchung an einer Stichprobe von 689 Probanden aus südwestdeutschen Jugendhilfeeinrichtungen eindrücklich repliziert (Schmid et al., 2008; Schmid, 2007), wobei der Grad an berichteten Verhaltensauffälligkeiten in der aktuellen Studie sogar noch höher liegt. In der Interventionsgruppe, wo eine psychiatrische Diagnosestellung durch die behandelnden Fachärzte erfolgte, zeigte sich, dass die Verhaltensbeurteilungen durch die Erzieher keinesfalls eine Überschätzung der psychischen Symptombelastung darstellen. Hohe Prävalenzraten psychischer Störungen in der Gruppe der stationären Jugendhilfeklientel mit einer Dominanz der disruptiven Verhaltensstörungen mit oder ohne hyperkinetische Symptomatik (insgesamt knapp 48% der vergebenen Diagnosen auf Achse I des multiaxialen Klassifikationssystems nach ICD-10), wie sie in der nationalen und internationalen Literatur referiert werden (Mc Cann et al., 1996; Melt-

zer et al., 2003b; Blower et al., 2004; Ford et al., 2007), zeigten sich auch in der hier vorgestellten Studie. Eindrücklich ist dabei die hohe Komorbiditätsrate: Bei insgesamt 82.4% der untersuchten Kinder und Jugendlichen lag eine komorbide Störung auf Achse I vor; in 44.2% handelte es sich dabei um Kombinationsdiagnosen wie die hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1), während 37.5% sogar mehr als eine (Kombinations-) Diagnose auf Achse I erhielten. Die Komplexsymptomatik spiegelt die multiplen Belastungen und damit assoziierten Schwierigkeiten dieser Hochrisikogruppe wider und führt zu erhöhten Anforderungen an die therapeutische Kompetenz der Behandler.

Unerwartet zeigte sich beim ersten Messzeitpunkt eine höhere psychische Symptombelastung der Jugendlichen der Interventionsgruppe, einhergehend mit einer größeren Einschränkung im psychosozialen Funktionsniveau, so dass in dieser Hinsicht von einer Einschränkung der Vergleichbarkeit der beiden Gruppen ausgegangen werden muss. Besonders stark ausgeprägt ist der anfängliche Unterschied im Hinblick auf die externalisierenden Verhaltensstörungen, - dissoziales und aggressives Verhalten. Dieser Befund spricht für eine höhere Risikobelastung der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe, da ausagierendes Verhalten (Aggression, Provokation, Destruktivität, bis hin zu Vandalismus) schnell zu krisenhaften Zuspitzungen führen kann und nicht selten eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Krisenintervention mit anschließender mehrwöchiger psychiatrischer Behandlung zur Folge hat.

Wie erwartet wurden mit dem aufsuchenden intensiven Behandlungsprogramm verglichen mit der üblichen Regelversorgung mindestens gleichwertige Effekte auf die psychische Symptombelastung erzielt. Gerade die Jugendlichen der Interventionsgruppe, die zu Studienbeginn bezüglich der externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten signifikant stärker belastet waren, profitierten deutlich von der Intervention. Die Jugendlichen selbst erlebten über den zwölfmonatigen Beobachtungszeitraum in beiden Gruppen gleichermaßen eine kontinuierliche Reduktion der psychischen Symptombelastung, was sich in den Verläufen der selbstberichteten Verhaltensauffälligkeiten mit dem Youth Self Report (YSR) zeigte.

Laut Erziehereinschätzung auf der CBCL kam es innerhalb des ersten Beobachtungshalbjahrs zu einer deutlichen Reduktion des disruptiven Verhaltens in der Interventionsgruppe, welche im Verlauf des zweiten Halbjahrs stabil blieb. Dieser initiale Effekt ist typisch für Interventionsstudien und hat sich auch in anderen Untersuchungen, wie z.B. der Kinderdorf-Effekte-Studie (Klein et al., 2003) gezeigt. Als mögliche Begründung kann die Erreichung eines Plateaus nach einer anfänglichen Symptomreduktion im Sinne einer zeitlich begrenzten Entwicklungsstagnation diskutiert werden. Da die Kinder wie ausführlich dar-

gestellt multiple psychische Belastungen aufweisen und oftmals chronisch psychisch krank sind kann spekuliert werden, dass mit kurzer ambulanter, aber intensiver psychiatrischer Behandlung ein Großteil des „Möglichen“ erreicht werden kann. Weitere Therapieerfolge und Verbesserungen werden in der Folge proportional langsamer erreicht und bilden sich deshalb im zweiten Beobachtungshalbjahr weniger deutlich ab. Eine weitere, methodische Erklärung dieses Effekts wäre eine Regression zur Mitte. Demnach tendieren extreme Messwerte bei einer Wiederholungsmessung zu einer weniger extremen Messwertausprägung, und zwar unabhängig vom wahren Behandlungseffekt (Zwingmann & Wirtz, 2005). Hinsichtlich der psychischen Symptombelastung werden die Haupteffekte für die Gruppenzugehörigkeit nicht signifikant. Die noch zu Beginn der Beobachtungsphase (Screeningmessung) beobachteten Gruppenunterschiede sind zu den beiden Katamnesezeitpunkten nicht mehr sichtbar. Interaktionseffekte zeigen sich für die Skalen „externalisierende Verhaltensstörungen“ und „Problemverhalten gesamt“, so dass die Verbesserung dieser Parameter bei den Jugendlichen der Interventionsgruppe im Zeitverlauf von einem Jahr stärker ausgeprägt ist als bei den untersuchten Probanden der Kontrollgruppe. Auch in der Jugendhilfe-Effekte-Studie (Schmidt et al., 2002) zeigte sich eine kontinuierliche Abnahme der berichteten Verhaltensauffälligkeiten, wobei ein stärkerer Abfall der Symptomatik bei den externalisierenden Auffälligkeiten zu verzeichnen war. Dort erfolgte die Einschätzung zwar im Elternurteil, war aber von der Größenordnung her mit den Urteilen der Erzieher in der vorliegenden Studie vergleichbar. Die intensiven pädagogischen Bemühungen, die in beiden Gruppen gleichermaßen stattgefunden haben, können also schon allein einen günstigen Effekt auf die psychische Belastung, sowie die psychosoziale Anpassung und die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen haben. Allerdings ist zu bedenken, dass die Interventionsgruppe zu Beginn die deutlich stärker belastete Gruppe war, so dass man durchaus vermuten kann, dass die niedrigschwellige jugendpsychiatrische Behandlung in der Interventionsgruppe die positiven Effekte der Jugendhilfe verstärkte und dazu beigetragen hat, dass die psychiatrisch schwer beeinträchtigten Jugendlichen im Rahmen der Jugendhilfe erfolgreich pädagogisch betreut werden konnten.

Fazit: Die Hypothese 3a konnte bestätigt werden. Über den zwölfmonatigen Beobachtungszeitraum hinweg kam es in beiden Gruppen gleichermaßen zu einer Verringerung der psychischen Symptombelastung. Trotz des höheren Ausgangsniveaus der externalisierenden Symptomatik bei den Kindern und Jugendlichen der Interventionsgruppe waren zu beiden Katamnesezeitpunkten keine Gruppenunterschiede mehr zu verzeichnen.

Bewertung der Hypothese 3b: Zeigen sich in beiden Gruppen mindestens gleichwertige Veränderungen des psychosozialen Funktionsniveaus bei den Kindern und Jugendlichen?

Ein positiver Verlauf über die Zeit hinweg zeigte sich in beiden Gruppen hinsichtlich des psychosozialen Funktionsniveaus entsprechend Achse VI des Multiaxialen Klassifikationssystems, welche als direkte Folge der psychischen Beeinträchtigungen konzipiert ist. Allerdings ist zu bemerken, dass der Grad der Beeinträchtigung auch zu den Katamnesezeitpunkten noch als durchweg „mäßig“ bis „deutlich“ eingeschätzt wurde. Die klinische Relevanz der Veränderung, die sich statistisch in der berechneten Effektstärke zeigt, ist somit als klein einzustufen. Es wird also deutlich, dass ein großer Teil der Kinder und Jugendlichen unter massiven Teilhabebeeinträchtigungen leidet, welche einen erheblichen Förderbedarf begründen. Dies steht im Einklang mit Studien die zeigen, dass psychosoziale Probleme in dieser chronisch belasteten Population in vielen Fällen trotz unterstützenden Maßnahmen persistieren können (Überblick bei Racusin et al., 2005). Die zusätzliche intensive kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung durch das aufsuchende Interventionsprogramm hatte allerdings einen signifikanten Effekt auf die psychosoziale Anpassung der Jugendlichen in der Interventionsgruppe. Im Gegensatz zum ersten Messzeitpunkt, wo die Jugendlichen der Interventionsgruppe verglichen mit den Jugendlichen der Kontrollgruppe als deutlich schlechter angepasst beschrieben wurden, zeigten sich im weiteren Verlauf keine Unterschiede zwischen der Kontroll- und der Interventionsgruppe mehr und die psychische, soziale und schulische Leistungsfähigkeit der Jugendlichen wurde insgesamt deutlich höher eingeschätzt. Dieser Befund ist konsistent mit den Ergebnissen der Kinderdorf-Effekte-Studie (Klein et al., 2003), wo ebenfalls eine signifikante Reduktion des psychosozialen Belastungsumfangs unabhängig von Verlauf und Dauer der Hilfeleistung angegeben wurde.

Fazit: Die Ergebnisse der Studie bestätigen Hypothese 3b. Über den zwölfmonatigen Beobachtungszeitraum hinweg kam es in beiden Gruppen zu einer Erhöhung des psychosozialen Funktionsniveaus. Gruppenunterschiede hinsichtlich des Grades der Funktionsbeeinträchtigung, wie sie noch zum vor Beginn der Studie zu Lasten der Interventionsgruppe beobachtbar waren, ließen sich zu beiden Katamnesezeitpunkten nicht mehr aufzeigen.

Bewertung der Hypothese 3c: Zeigen sich in beiden Gruppen mindestens gleichwertige Veränderungen der Lebensqualität bei den Kindern und Jugendlichen?

Beide Gruppen unterschieden sich vor Beginn der Studie (mit Ausnahme der Skala „Bewältigung von Alltagsaufgaben“, auf der die Jugendlichen der Interventionsgruppe zu Beginn der Studie von den Gruppenerziehern als belasteter eingeschätzt wurden) nicht signifikant hinsichtlich ihrer selbst- und fremdbeurteilten Lebensqualität voneinander. In beiden Gruppen kam es über die Beobachtungszeit hinweg zu einer vergleichbaren Entwicklung der Lebensqualität, die jedoch insgesamt recht stabil blieb. Kleine, aber bedeutsame Veränderungen über die Zeit traten dabei lediglich in Bezug auf die Skalen Schule, Freizeit und psychische Belastungen auf, wo die Funktionsfähigkeit der Jugendlichen im Verlauf des Beobachtungszeitraums in beiden Gruppen leicht anstieg. Hinsichtlich der Bewältigung von Alltagsaufgaben war zu beiden Katamnesezeitpunkten kein Gruppenunterschied mehr zu verzeichnen. Die Kinder und Jugendlichen der Interventionsgruppe haben hier über die Zeit hinweg stärker profitieren können, als die Bewohner der Kontrolleinrichtungen.

Fazit: Hinsichtlich der Lebensqualität sind die Ergebnisse der Studie erwartungsgemäß, die Hypothese 3c kann als bestätigt angesehen werden. Hinsichtlich der Lebensqualität kommt es über die Zeit hinweg in beiden Gruppen zu einem recht stabilen Verlauf mit kleinen bedeutsamen Verbesserungen in den Bereichen Schule, Freizeit und psychische Belastungen.

5.3 Einschätzung der Machbarkeit des Interventionsprogramms

5.3.1 Praktikabilität

Die Machbarkeit des Interventionsprogramms zeigt sich an der gelungenen Umsetzung in den unterschiedlichsten Versorgungsregionen und –strukturen. Die teilnehmenden Einrichtungen beider Gruppen waren in hohem Maße heterogen hinsichtlich einer Vielzahl an unterschiedlichen strukturellen und organisatorischen Merkmalen. Auch gelang die Einbeziehung der beiden in Frage kommenden Leistungserbringer solch aufsuchender Behandlungsprogramme, nämlich kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen im Kontext von Universitäts- und Versorgungskliniken, und sozialpsychiatrische Praxen.

Die Inanspruchnahmerate ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsleistungen lag wie erwartet durch die Implementierung einer aufsuchenden Sprechstunde in den Interventionseinrichtungen höher als in den Einrichtungen der Kontrollgruppe. Im Gegensatz zur herkömmlichen Geh-Struktur und ihren assoziierten Problemen (wie z.B. lange Wartezeiten und weite Anfahrtswege) kommt die Komm-Struktur der aufsuchenden Behandlung offensichtlich den Heimbewohnern und ihren Betreuungspersonen zu Gute, was sich in den Angaben der Gruppenbetreuer zeigt: Während in der Kontrollgruppe nur ca. ein Viertel der Kinder und Jugendlichen während der Beobachtungsphase ambulant kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt wurde, kam es bei ca. zwei Dritteln der Kinder und Jugendlichen in der Interventionsgruppe zur regelmäßigen Inanspruchnahme solcher Behandlungsleistungen. Der in der Vorstudie sowie in internationalen Studien berichtete kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsgrad von ca. 25-50% (Meltzer et al., 2003a; Burns et al., 2004; Schmid, 2007) ist damit gut mit der herkömmlichen Versorgung der Kontrollgruppe vergleichbar, während er in der Interventionsgruppe deutlich höher liegt. Bei der Bewertung dieses Ergebnisses ist jedoch zu berücksichtigen, dass bereits zu Beginn der Beobachtungsphase Unterschiede in der Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen wegen psychosozialer Probleme zwischen den Gruppen zu verzeichnen waren, und zwar zu Gunsten der Einrichtungen der Interventionsgruppe. Dieser Unterschied hat sich aber zahlenmäßig durch Implementierung des ambulanten Interventionsprogramms vergrößert und der Prozentsatz von fachärztlich behandelten Kindern und Jugendlichen in der Interventionsgruppe konnte weiter erhöht werden.

Insgesamt wurde eine kontinuierliche Behandlung der Kinder und Jugendlichen durch die hohe Fluktuation innerhalb der Einrichtungen erschwert. Die in dieser Studie beobachtete Beendigungsrate der Maßnahmen von insgesamt 37.5% in der Kontrollgruppe und 35.4%

in der Interventionsgruppe ist jedoch im Vergleich zu internationalen Studien, die von 38-70% Abbrüchen innerhalb der ersten 12-18 Monaten mit steigenden Raten bei längerer Unterbringung berichten (Staff & Fein, 1995; Palmer, 1996), als relativ niedrig zu bewerten. In einer neueren amerikanischen Studie wurden niedrigere Abbruchraten von 25.5% innerhalb eines Beobachtungsjahres berichtet (Smith et al., 2001). Ein großer Teil der in der hier vorgestellten Studie beobachteten Beendigungen der vollstationären Jugendhilfemaßnahmen erfolgte jedoch planmäßig; z.B. als Rückführung des Jugendlichen in die Herkunftsfamilie oder als Übertritt in eine andere Betreuungsform, und ist damit streng genommen nicht als „Abbruch“ zu bewerten. Bei diesen Jugendlichen lag erwartungsgemäß ein Altersunterschied zu den weiterverfolgten Probanden vor; die abgemeldeten Jugendlichen sind im Schnitt älter. Gerade beim Erreichen der Volljährigkeit oder im Falle des Schulabschlusses kommt es häufig zu Wechseln der Betreuungsform und die Jugendhilfemaßnahme wird somit quasi auf „natürlichem“ Wege beendet, denn die volljährigen Jugendlichen können nun selbst entscheiden, ob sie in der Einrichtung bleiben oder einen anderen Lebensweg einschlagen wollen. Auch in der Literatur wird konsistent von einem solchen Alterseffekt berichtet (Pardeck, 1984; Smith et al., 2001). In ca. 40% der ausgeschiedenen Fälle in beiden Gruppen erfolgte ein vorzeitiger, unplanmäßiger Abbruch der Maßnahme. Aus der Literatur, allem voran der Jugendhilfe-Effekte Studie (Schmidt et al., 2002), wissen wir, dass die vorzeitig abgebrochenen Prozesse die Qualität und die Effektivität erzieherischer Hilfen beeinträchtigen. Nicht selten werden dabei krisenhafte Zuspitzungen oder schlechte Verläufe für die Abbrüche verantwortlich gemacht.

Eine Einschätzung der Prozessqualität erfolgte in der Interventionsgruppe durch die behandelnden Therapeuten. Die Kooperation von Betreuerteam und Fachdienst wurde in den meisten Fällen als zufriedenstellend eingeschätzt; größere Probleme gab es teilweise bei der Kooperation mit den Jugendlichen. Hier fällt auf, dass die Anzahl Jugendlicher, die das Ausfüllen der Verlaufsbeurteilungsbögen zu den Katamnesezeitpunkten verweigerten, in der Interventionsgruppe mit mehr als einem Fünftel aller Fälle (22.5%) im Vergleich zu nur 7% in der Kontrollgruppe deutlich höher war. Hier ist leider keine genaue Differenzierung der Gründe möglich. Zu vermuten ist aber, dass ein nicht unerheblicher Teil nicht nur das Ausfüllen der Bögen, sondern auch die Teilnahme an den aufsuchenden Sprechstunden und damit die kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen als solche verweigerten. Dies könnte zumindest den ungleich höheren Anteil an Drop-outs aufgrund von Nichtausfüllen der Bögen in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe plausibel machen. Ein solcher Befund ist nicht verwunderlich, wenn man bedenkt, dass ein Verwei-

gern der Behandlung natürlich erst dann zu Buche schlagen kann, wenn tatsächlich Behandlungsoptionen gegeben sind (wie es in der Interventionsgruppe der Fall war). Bei der herkömmlichen Versorgung mit Geh-Prinzip (wie in den Einrichtungen der Kontrollgruppe der Fall) werden diese „verweigernden“ Jugendlichen gar nicht erreicht, während im Rahmen des Interventionsprogramms allen Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten Behandlung angeboten wurde. Als weitere mögliche Gründe für die Verweigerung wären Widerstandphänomenen der Jugendlichen zu bedenken, die sich in ihrem Ringen um Autonomie nicht zu – in ihren Augen möglicherweise „unnötigen“ - Behandlungen oder Beratungen durch den aufsuchenden Arzt verpflichten lassen wollen.

Die von den Gruppenerziehern eingeschätzte Qualität der Kooperation mit dem Jugendamt fiel über den zwölfmonatigen Beobachtungszeitraum in beiden Gruppen leicht ab; hinsichtlich der Kooperation mit den Eltern wurde keine Veränderung angegeben. Allerdings ist an dieser Stelle festzuhalten, dass keine Daten dazu erhoben wurden, welche Rolle die Elternarbeit in der Einrichtung spielte und in welchem Maß eine direkte Einbindung der Eltern in das pädagogische Geschehen erfolgte.

5.3.2 Ökonomische Überlegungen

Die Evaluation des vorgestellten ambulanten Behandlungsprogramms zeigt deutlich, dass die aufsuchende kinder- und jugendpsychiatrische Arbeit in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe nicht nur zu einer zumindest zahlenmäßig besseren Versorgung der Kinder und Jugendlichen führt, sondern es gleichzeitig zu einer signifikanten Reduktion der notwendigen Krankenhaustage bei den in den stationären Einrichtungen untergebrachten Kindern und Jugendlichen kommt. Zwar bleiben psychiatrische Kriseninterventionen mit Aufnahme in psychiatrische Krankenhäuser bei dieser hochschwierigen Klientel nicht aus, allerdings waren bei solchen Krisenaufnahmen die Aufenthaltszeiten in der Interventionsgruppe mit aufsuchender Behandlung in der Jugendhilfeeinrichtung deutlich kürzer als in der beobachteten Kontrollgruppe. In den zwölf Beobachtungsmonaten kam es bei weniger als 10% der Kinder und Jugendlichen in beiden Gruppen zu psychiatrischen Hospitalisierungen. Gleichzeitig konnte der kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsgrad mit ambulanten Behandlungsleistungen in der Interventionsgruppe deutlich gesteigert werden. Man könnte nun eine Kostenrechnung aufmachen und sich überlegen, inwiefern die Erhöhung des ambulanten Versorgungsgrades bei gleichzeitig nicht vermeidbaren stationären Behandlungen finanzielle Vorteile bringt, oder ob nicht vielmehr das Gegenteil der Fall

sein könnte? Diese ökonomischen Überlegungen sind nicht trivial, sondern auf dem Hintergrund des steigenden Kostendrucks und leerere Kassen relevant, wenn es um die Implementierung eines solchen Interventionsprogramms in die Praxis gehen sollte. Wenn die Variante anfallenden Kosten stationärer Behandlungen bei wenigen Betroffenen zu tragen kostengünstiger ist, als die breitere ambulante Versorgung von zahlenmäßig deutlich mehreren, dann ließe sich zumindest von Seiten der Kostenträger leicht gegen ein solches ambulantes Behandlungsprogramm argumentieren. Die hier vorgestellte Studie war nicht auf gesundheitsökonomische Analysen ausgelegt und die erhobenen Daten lassen demnach auch keine reliablen finanziellen Berechnungen zu. Sicher ist, dass ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen um ein Vielfaches günstiger sind, als stationäre Behandlungsaufenthalte. Eine einfache Gegenüberstellung von den Quartalskosten in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken kann dies sehr eindrücklich zeigen: Eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung würde demnach pro Quartal etwa das achtzig- oder neunzigfache einer ambulanten Behandlung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz kosten. Allerdings greift diese einfache Rechnung zu kurz. Im Grünbuch der Europäischen Union zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung (Kommission der europäischen Gemeinschaften, 2005), wird deutlich ausgeführt, dass die zahlenmäßig kleine Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen eine Gruppe ist, die im Hinblick auf gesellschaftliche Folgekosten exponentiell steigende Kosten veranlasst (Scott et al., 2001). Diese können sowohl das Sozial- und Bildungssystem, als auch Strafverfolgung und Justiz betreffen. Zusätzliche immaterielle Kosten wie soziale Ausgrenzung, Stigmatisierung und Diskrimination chronisch psychisch kranker Menschen bleiben ebenfalls nicht aus, wenngleich diese nicht quantifiziert werden können. Es wäre wünschenswert und wichtig, in einem Folgeprojekt die ökonomischen Aspekte der unterschiedlichen Behandlungsmodelle und –settings genauer zu untersuchen. Hieraus könnten wichtige Schlüsse für die Implementierung neuer Versorgungsmodelle in die Praxis gezogen werden. Die erhobenen Daten in der vorliegenden Arbeit lassen solche Analysen leider nicht zu, weshalb der Aufwurf des Themas an dieser Stelle lediglich sehr rudimentär bleibt und auf mögliche Folgestudien verweisen muss.

5.4 Diskussion der methodischen Grenzen der Studie

5.4.1 Selektionsprozesse

Eine fallweise randomisierte Zuteilung der Studienprobanden zu den beiden Gruppen war anders als bei einer experimentellen Interventionsstudie unter Laborbedingungen nicht realisierbar, was aus ethischen Überlegungen und allem voran durch die Settingbedingungen in den Jugendhilfeeinrichtungen begründet werden kann. Ein wichtiger Baustein des Modells war beispielsweise die Durchführung von Mitarbeiterschulungen zur Psychoedukation und Fortbildung der Gruppenerzieher, was unter naturalistischen Bedingungen (Schichtdienste, keine Einzelzuordnung zu den Jugendlichen, etc.) einen speziellen Umgang mit den Jugendlichen je nach Gruppenzugehörigkeit verbieten würde.

Die elf Einrichtungen der Interventionsgruppe wurden größtenteils nach bestehenden Kooperationsbeziehungen ausgewählt, so dass wir es offenbar mit einer hoch selektiven Auswahl an Einrichtungen zu tun hatten. Auch bei den 15 kooperierenden Jugendhilfeeinrichtungen der Kontrollgruppe lag wahrscheinlich eine Selektion in Richtung hoch engagierter und an Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie interessierter Jugendhilfeeinrichtungen vor. In einigen Fällen bestanden schon vor Studienbeginn mehrjährige Kooperationsvereinbarungen mit Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder niedergelassenen Fachärzten. Die Gründe für solche Kooperationen oder Kooperationsinteressen können vielfältig sein. Möglicherweise erwächst durch eine Vielzahl von eher ungünstigen Risiken, d.h. schwierigen Jugendlichen mit multiplen psychosozialen Beeinträchtigungen, ein erhöhter Kooperationsbedarf und -wille. Sicherlich wird die Motivation zur Kooperation auch von den Überzeugungen der verantwortlichen Mitarbeiter in den Einrichtungen geprägt und ist nicht automatisch auf die stationäre Jugendhilfe im Allgemeinen übertragbar. Unsere Ergebnisse sind damit also nur bedingt generalisierbar. Dennoch gelang die Umsetzung in den unterschiedlichsten Versorgungsstrukturen und -regionen (beteiligt waren eine Universitäts- und zwei Versorgungskliniken, niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfeeinrichtungen mit langjähriger Kooperationsvorerfahrung und solche ohne vorherige Kooperationsbeziehungen), was wiederum für die Praktikabilität und für die breiten Erfolgchancen und Möglichkeiten unseres Programms spricht.

Wie bereits erwähnt unterschieden sich die beiden Gruppen zu Beginn der Studie (Screeningmessung) hinsichtlich der berichteten Symptombelastung dahingehend voneinander, dass die Interventionsgruppe deutlich mehr Auffälligkeiten im Bereich der externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten zeigte. Die Gründe für die Gruppenunterschiede zu Beginn

der Studie lassen auf unterschiedliche Selektionsprozesse schließen. In den Einrichtungen der Interventionsgruppe bestanden in vielen Fällen bereits langjährige Kooperationen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, und vor allem in den großen Einrichtungen, die eine Vielzahl der beobachteten Fälle beitrugen, waren auch schon Liaisondienste etabliert. Denkbar ist, dass Jugendämter bei bekannten Kooperationsbeziehungen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Profilvermerkmal Einrichtungen mit psychisch eher schwer beeinträchtigten Jugendlichen belegen und dieser Umstand zu der erhöhten Symptombelastung der Gruppen beiträgt. Ebenso könnte es sich um einen Zufallsbefund handeln, der aufgrund der fehlenden Randomisierung bei der Gruppenzuteilung entstanden ist. Nicht auszuschließen ist auch ein Effekt des höheren mittleren Alters der Jugendlichen aus den Interventionseinrichtungen im Vergleich zur Kontrollgruppe, da mit zunehmendem Alter auch die Wahrscheinlichkeit wächst, psychopathologisch auffällig zu werden. In jedem Fall stellt die Ungleichheit der Ausgangslage in beiden Gruppen eine situationsbedingte, nicht plan- oder beeinflussbare Einschränkung der Vergleichbarkeit in der Studie dar und muss bei der Interpretation der Ergebnisse Berücksichtigung finden. Zur statistischen Kontrolle dieser Gruppenunterschiede wurden einige Überlegungen angestellt. Ein beliebtes Verfahren zur Verringerung der Fehlervarianz und Kontrolle von sogenannten Störvariablen, also Variablen, die die abhängige Variable beeinflussen, ist die Kovarianzanalyse. Hierbei wird der auf die Kovariate zurückgehende Einfluss auf die abhängige Variable herausgerechnet. Es wurde daher überlegt, den Ausgangswert der psychischen Symptombelastung (Screening vor Beginn der Beobachtungsphase) als Kovariate in die Analysen einzufügen, um den ursprünglichen Verzerrungen Rechnung zu tragen und die stärkere Belastung in der Interventionsgruppe nachträglich zu egalisieren. Bei einem solchen Verfahren ist allerdings Skepsis geboten, da selbst ein nachträgliches statistisches Gleichmachen von Gruppen nur schwer das widerspiegeln kann, was bei von Beginn an vergleichbaren Bedingungen herausgekommen wäre (Miller & Chapman, 2001). Bei nicht randomisiert gebildeten Gruppen ist nicht klar, ob beobachtete Gruppenunterschiede zufällig zustande gekommen sind, oder ob es sich um „wahre“ Differenzen handelt. Die Kovarianzanalyse kann als statistisches Verfahren nicht zu einer Klärung dieser Frage beitragen und ist als Kontrollverfahren kaum geeignet (Miller & Chapman, 2001).

Um weitere Selektionsprozesse durch die stattfindende Fluktuation innerhalb des zwölfmonatigen Beobachtungszeitraums zu kontrollieren, wurden die Verlaufsanalysen zur psychischen Symptombelastung sowohl „per protocol“ analysiert, als auch nach dem Intent-to-treat Prinzip. Dieses vor allem in randomisierten, kontrollierten klinische Studien gängi-

ge Verfahren soll einer Verfälschung von Studienergebnissen durch Ausschluss bestimmter Probanden (Studienabbrecher, Drop-outs) und damit einhergehender Aufhebung der Vergleichbarkeit der Gruppen Rechnung tragen. Da in der vorliegenden Studie keine Randomisierung vorlag und wider Erwarten auch die Vergleichbarkeit der Gruppen wie ausführlich dargestellt nur eingeschränkt gegeben war, hätte man im Grunde genommen auf die Anwendung des Intent-to-treat Prinzips verzichten können. Auch die durchgeführten Gruppenvergleiche der Studienteilnehmer „per protocol“, d.h. allen Probanden, die tatsächlich laut Studienprotokoll behandelt wurden, mit der Gesamtgruppe der ausgeschiedenen Jugendlichen wiesen lediglich auf einen signifikanten Altersunterschied hin. Allerdings konnte nicht ausgeschlossen werden, dass die während der Studie ausgefallenen Teilnehmer eine besondere Gruppe darstellten, die zu einer Verfälschung der Resultate beigetragen haben könnte. Es wäre beispielsweise denkbar, dass zum einen die besonders belasteten, in ihrem psychosozialen Funktionsniveau stark eingeschränkten, wenig therapiemotivierten Jugendlichen die Einrichtungen im Beobachtungszeitraum verlassen haben; andererseits kommen auch die besonders unauffälligen Jugendlichen in Frage, die möglicherweise problemlos in die Herkunftsfamilie rückgeführt werden konnten oder eine weniger intensive Maßnahme benötigten. Um ganz sicherzugehen wurden schließlich beide Auswertungsstrategien angewandt, d.h. die Analysen wurden per protocol und nach dem Intent-to-treat Prinzip durchgeführt. Die Ergebnisse beider Analysestrategien sind (wie zu vermuten war) vergleichbar und sprechen gegen systematische Verzerrungen durch die nicht weiterverfolgten Kinder und Jugendlichen.

5.4.2 Erfassung der psychischen Symptombelastung

Eine Schwäche der Studie besteht darin, dass kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosen nur in der Interventionsgruppe gestellt wurden. Auch diese auf dem klinischen Eindruck und der psychiatrischen Untersuchung basierenden Diagnosen dürften zuweilen unsicher und fehlerbehaftet sein, da nur in seltenen Einzelfällen strukturierte klinische Interviews eingesetzt wurden, was allerdings den aktuellen Versorgungsstandard widerspiegelt. Strukturierte klinischen Interviews stellen den Goldstandard der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik dar und führen in epidemiologischen Studien in der Regel zu höheren Prävalenzraten und mehr Komorbiditäten. Damit dürften die in der Studie gestellten Diagnosen eher eine Unterschätzung als eine Überschätzung der Prävalenzen darstellen.

Die Beurteilung der psychischen Symptomatik in der Kontrollgruppe stützte sich lediglich auf das Urteil der Gruppenerzieher und auf die Angaben der Jugendlichen selbst und spiegelte somit eine aktuelle Einschätzung des beobachtbaren Verhaltens der Jugendlichen unter unstandardisierten Bedingungen wider. Ganz allgemein ist bei der Beurteilung der Symptombelastung im Studienverlauf der Einfluss der Beratung der aufsuchenden Therapeuten in den Interventionseinrichtungen zu diskutieren. Die Gruppenmitarbeiter wurden im Erkennen und Einschätzen psychischer Belastungen geschult und vergebene kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosen wurden mit ihnen besprochen. Dies kann zweifelsohne zu einem veränderten „Blick“ auf die emotionalen und Verhaltensprobleme der Kinder und Jugendlichen führen. Gleichwohl kann über die Richtung dieser Verzerrung nur spekuliert werden. Möglich ist, dass ein besseres Störungswissen zu einer Überschätzung von Psychopathologie führt; beispielsweise durch Prozesse der selektiven Aufmerksamkeitslenkung. Andererseits könnte man auch annehmen, dass das Wissen über kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosekriterien zu einer Bagatellisierung von Verhaltensauffälligkeiten führt, um beispielsweise Pathologisierungen zu vermeiden. Allerdings zeigte die Übereinstimmung der Erziehereinschätzung mit der kinderpsychiatrischen Diagnostik in der Interventionsgruppe, dass die Erzieher hier Verhaltensauffälligkeiten nicht überschätzen. Ungünstig ist in jedem Fall, dass keinerlei Information darüber vorliegt, ob derselbe Gruppenbetreuer zu den verschiedenen Messzeitpunkten die Verhaltenseinschätzung vorgenommen hat, oder ob das Ausfüllen der Bögen zu den drei Zeitpunkten von zwei oder gar drei verschiedenen Betreuern vorgenommen wurde. Da diese Einschränkung jedoch für beide Gruppen gleichermaßen gilt, ist hier nicht von einer systematischen Verzerrung des Gruppenvergleichs auszugehen.

5.4.3 Dokumentation der Klinikbehandlungen

Die Dokumentation der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen erfolgte durch die Pädagogen in den Einrichtungen. Mit Hilfe eines standardisierten Vordrucks wurden stationäre Aufnahmen in Kliniken sowie die Behandlungsdauer (in Tagen) an das Studienzentrum in Ulm gemeldet. Zunächst geplant war eine separate Analyse der stationären Kriseninterventionen, in Abgrenzung zu elektiven Behandlungsaufenthalten. Bei Eingang der Meldungen über stationäre Klinikbehandlungen wurde allerdings deutlich, dass oftmals nicht gut zwischen stationärer Krisenintervention und längerem stationären Behandlungsaufenthalt differenziert werden konnte. In mehreren Fällen wurden die Jugendlichen in Krisensituationen stationär aufgenommen, wobei es dann nicht bei einer Kri-

senintervention zur Entspannung der Situation blieb, sondern elektiv längerfristige stationäre Klinikbehandlungen durchgeführt wurden. Dies mochte unterschiedliche Gründe haben und kann beispielsweise auf die ohnehin vorhandene Indikation bei komplexer Symptomatik und multiplen psychosozialen Belastungen zurückgeführt werden, die bei Aufnahmekapazität auf den Stationen den Übergang in eine fortgesetzte stationäre Behandlung ermöglichte. Auch kann man darüber spekulieren, inwieweit Jugendhilfeeinrichtungen und Erziehungsberechtigte Druck auf die Kliniken ausüben, was letztlich zu prolongierten Behandlungen führen könnte, anstatt eine schnellstmögliche Rückführung der Jugendlichen in die Einrichtungen zu forcieren. Das Beschaffen genauerer Informationen zu Behandlungsindikation und -verlauf (z.B. in Form von Arztbriefen) war im Studiendesign nicht vorgesehen, weshalb das Einverständnis der Sorgeberechtigten zur Weitergabe dieser Informationen auch nicht eingeholt wurde. Da uns aus diesem Grund keine detaillierten Informationen zu den Gründen der Behandlungen vorlagen, konnte leider keine weitere Differenzierung erfolgen. Behelfsweise wurde ein Zeitkriterium festgelegt, um kurze (10 Tage oder weniger) von langen (11 Tage oder mehr) Behandlungsaufenthalten abzugrenzen. Die Setzung dieses Zeitkriteriums erfolgte praxisgeleitet und entbehrt einer theoretischen oder definitorischen Fundierung.

Ganz allgemein bleibt die Frage offen, wie zuverlässig die Klinikbehandlungen gemeldet wurden. Im Alltag einer stationären Jugendhilfeeinrichtung und gerade in turbulenten Krisensituationen wäre ein Vergessen der Meldung der Klinikaufnahme an das Studienzentrum nur allzu verständlich. Durch regelmäßiges telefonisches „Nachfassen“ und einer quartalsweisen Abfrage der erfolgten Klinikbehandlungen kann jedoch von einer nahezu vollständigen Erfassung aller stationären Behandlungen ausgegangen werden.

5.4.4 Dokumentation des Behandlungsstatus und -aufwands

Angaben zum kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsstatus und zur „Behandlung wegen psychischer Probleme allgemein“ wurden in beiden Gruppen von den Gruppenbetreuern gemacht und ließen keine nähere Differenzierung zu. Es bleibt beispielsweise unklar, inwieweit Leistungen wie eine Betreuung durch den Fachdienst der Einrichtung auch unter die Behandlungsleistungen subsumiert wurden oder wie frequent die jeweils dokumentierten Leistungen in Anspruch genommen wurden. Die angegebenen Häufigkeiten einer ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung lassen Zweifel an der Verlässlichkeit der Erzieherangaben aufkommen. Hier wurde nur bei zwei Dritteln der Probanden der Interventionsgruppe die Inanspruchnahme von Behandlung angegeben, was

sich nicht mit den Angaben der behandelnden Therapeuten vor Ort deckt, die für jeden der Fälle einen Leistungsdokumentationsbogen ausgefüllt haben. Noch deutlicher ist die Differenz innerhalb des zweiten Beobachtungshalbjahres, wo nur bei knapp mehr als der Hälfte der Fälle der Interventionsgruppe (57%) eine ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung von den Gruppenerziehern dokumentiert wurde. Es ist denkbar, dass die Dokumentation durch die Gruppenerzieher nur sehr selektiv erfolgte oder niederfrequente Behandlungsleistungen (z.B. nur gelegentliche Diagnostik oder Rezeptausstellung) nicht aufgeführt wurden. Die Wahrnehmung der Betreuer scheint somit nicht die Versorgungsrealität widerzuspiegeln und muss sehr vorsichtig bewertet werden. Zumindest in der Interventionsgruppe ist von einem Versorgungsgrad von 100% auszugehen, was aber wiederum nicht heißt, dass in 100% der Fälle eine regelmäßige und frequente kinder- und jugendpsychiatrische Einzelbehandlung erfolgte. Die Leistungsdokumentationen der Therapeuten geben einen Hinweis darauf, dass bisweilen „indirekte“ Behandlungen, wie zum Beispiel ausführliche Beratungen der Bezugsbetreuer oder des Fachdienstes der Einrichtung im Umgang mit dem betreffenden Jugendlichen erfolgten. Es ist auch gut nachvollziehbar, dass sich nicht behandlungsmotivierte Jugendliche, die zunächst von den aufsuchenden Psychiatern kontaktiert und untersucht werden konnten, im weiteren Verlauf einer Behandlung, die immerhin auf freiwilliger Kooperation basiert, entzogen haben. Dennoch kann man sicherlich mit einem aufsuchenden Behandlungsangebot mehr Jugendliche erreichen als mit herkömmlichen Versorgungsangeboten. In jedem Fall kann man aus der Datenlage schlussfolgern, dass der kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsgrad in der Interventionsgruppe mit ambulanter, aufsuchender Behandlung im Vergleich zur Kontrollgruppe mit üblicher Regelversorgung deutlich höher ist und somit in diesem Behandlungsrahmen mehr Jugendliche einen Zugang zu kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung bekommen haben.

5.4.5 sonstige methodische Schwächen

Wie bereits erwähnt erfolgte das Ausfüllen der Fragebögen von den jeweiligen Gruppenbetreuern in den Einrichtungen, die sich an den schriftlich dokumentierten Informationen aus den Akten orientierten. Aus organisatorischen und Ressourcengründen musste auf die Erhebung biographischer Daten durch die Eltern verzichtet werden. Die anamnestischen Daten sind somit in vielen Fällen als eingeschränkt verlässlich einzustufen. Auch konnte nicht sichergestellt werden, dass immer derselbe Betreuer die Bögen für einen Jugendlichen zu den verschiedenen Messzeitpunkten ausfüllte. Somit war eine gewisse Variabilität der Einschätzungen unvermeidlich. In einem naturalistischen Setting ist die Konstanzhaltung der Untersuchungsbedingungen natürlich erschwert, zumal das Personal im Schichtdienst arbeitet und auch durch Urlaubszeiten oder sonstige Wechsel eine Betreuungs- und damit auch Beurteilungskontinuität nicht immer sichergestellt werden kann. Durch den Einsatz standardisierter Fragebögen (wie der CBCL) wurde jedoch versucht, die Schwankungen durch „persönliches Urteil“ auf einem Minimum zu halten.

Des Weiteren wurde keine Differenzierung der Wirksamkeit des Interventionsprogramms für die unterschiedlichen Diagnosegruppen (primär internalisierende, primär externalisierende und gemischte Störungen) vorgenommen. Die untersuchten Kinder und Jugendlichen waren hinsichtlich ihrer Störungsbilder sehr heterogen. Es ist durchaus denkbar, dass der Effekt der Intervention besonders hoch für eine bestimmte Störungsgruppe wäre, während nur weniger Wirkung bei einer anderen Gruppe erzielt würde. Hier wäre vor allem eine getrennte Analyse der Kinder und Jugendlichen mit disruptiven Verhaltensstörungen wünschenswert gewesen. In mehreren Studien hat sich die besondere Wirkung von Hometreatment-Ansätzen auf die Reduktion externalisierender Verhaltensstörungen gezeigt (Henggeler et al., 1999; Schoenwald et al., 2000; Lay et al., 2001). In der Kontrollgruppe war jedoch leider keine systematische kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosestellung erfolgt, weshalb kein Wirksamkeitsvergleich in Abhängigkeit vom Störungsbild möglich war. Eine Differenzierung innerhalb der Interventionsgruppe wurde zunächst geplant, zeigte sich in der Umsetzung aber schwierig. Es fiel auf, dass die innerhalb der Sprechstunden gestellten Diagnosen wenig eindeutig waren und fast immer kombinierte Störungen mit internalisierenden und externalisierenden Symptomen beschrieben wurden (Komorbiditätsrate 82%). Dies zeigt sehr eindrücklich die Komplexität und Symptombreite bei dieser Klientel, die mit den gängigen Diagnosesystemen nur unzureichend abgebildet werden kann. „Reine“ externalisierende oder internalisierende Störungen waren selten und die

Gruppengröße nicht ausreichend, um differenzierte Analysen in Bezug auf die Wirksamkeit des Interventionsprogramms durchzuführen.

Im Rahmen der Studie gab es keine Möglichkeit, die Verläufe der vorzeitig ausgeschiedenen Kinder und Jugendlichen im Hinblick auf weitere Hospitalisierungen, Fremdunterbringungen oder sonstige Jugendhilfemaßnahmen, sowie deren Erfolg zu untersuchen. Es ist denkbar, dass gerade die Kinder und Jugendlichen die Maßnahmen vorzeitig abbrechen, die sind, die größten Risiken mitbringen und aus diesem Grund auch mit hoher Wahrscheinlichkeit auf dem weiteren Lebensweg auffällig bleiben. Dies erhöht das Risiko, dauerhaft unterschiedlichste Gesundheits- und Jugendhilfeleistungen in Anspruch nehmen zu müssen (Kommission der europäischen Gemeinschaften, 2005). Kritisch anzumerken ist dabei, dass keine systematische Erfassung der Ressourcen der Kinder und Jugendlichen erfolgte. Analog zu den Ergebnissen der Kinderdorf-Effekte-Studie (Klein et al., 2003) fanden wir keine allgemeinen Unterschiede zwischen den vorzeitig beendeten Maßnahmen und den planmäßig durchgeführten Hilfen in Bezug auf die Schwere der psychischen Belastung oder das Ausmaß der psychosozialen Belastungen. Allerdings zeigte sich in der Kinderdorf-Effekte-Studie ein stark positiver Ressourcenzuwachs über den gesamten Hilfeverlauf hinweg, wobei ein signifikant niedriger Zuwachs bei den Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen war, die einen frühzeitigen Abbruch der Maßnahmen zu verzeichnen hatten.

5.4.6 Methodische Stärken

Die Größe der untersuchten Stichprobe ist als besondere Stärke der Studie herauszustellen. Das Erreichen einer Gruppengröße von etwas mehr als bzw. knapp 200 Jugendlichen in Kontroll- bzw. Interventionsgruppe noch zum dritten Messzeitpunkt, also Ende der 12-monatigen Beobachtungszeit, ist angesichts der Fluktuation und der als „normales Phänomen“ zu wertenden Abbrüche von Behandlungsmaßnahmen bemerkenswert und als Hinweis darauf zu werten, dass das ambulante Interventionsprogramm von den Kindern und Jugendlichen gut angenommen wurde. Es konnten Daten von sehr vielen Kindern und Jugendlichen erhoben werden, was aufgrund der einzuholenden Kooperationsbereitschaft und unterschriebenen Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten nicht immer einfach war. Vorbehalte gegen die Institution „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ wurden laut und es bedurfte einer guten Motivationsarbeit. Auch das Ausfüllen der Fragebögen im Rahmen des Gruppen- und Arbeitsalltags erforderte ein hohes Engagement der Jugendlichen sowie der Gruppenbetreuer. Insgesamt war der Beobachtungszeitraum für eine solche

Studie mit zwölf Monaten zwar relativ knapp bemessen, da allein die Etablierung der Kooperationen sowie vor allem die Implementierung der aufsuchenden Sprechstunden in den Räumlichkeiten der Jugendhilfeeinrichtungen einige Zeit in Anspruch genommen hat. Allerdings ist herauszustreichen, dass ein Beobachtungsintervall von zwölf Monaten mit zwei Katamnesezeitpunkten im naturalistischen Setting eine besondere Stärke dieser Studie darstellt. Die wesentlichen Effekte zeigen sich innerhalb des ersten Beobachtungshalbjahres, so dass in den weiteren sechs Beobachtungsmonaten eine erste Beurteilung der Stabilität der erzielten Therapieeffekte erfolgen kann. Das Zeitfenster erscheint demnach günstig gewählt, wenngleich für die Beurteilung längerfristiger Effekte natürlich weitere Follow-up Untersuchungen wünschenswert wären. Das Erreichen einer Gruppengröße von nahezu 200 Kindern und Jugendlichen auch noch zum dritten Messzeitpunkt zeugt in jedem Fall von einer hohen Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten. Die gelungene Umsetzung der Studie in den sehr heterogenen Strukturen der stationären Jugendhilfe (familienähnliche Kleinsteinrichtungen bis dezentral organisierte Großeinrichtungen) und in unterschiedlichen Umgebungsbedingungen (städtische und sehr ländliche Anbindung) erhöht ebenfalls die Aussagekraft der Ergebnisse. In der Studie wurden zudem bewährte standardisierte Messinstrumente eingesetzt, um die Effektivität der Maßnahmen gemessen am Verlauf von psychischer Symptombelastung, psychosozialem Funktionsniveau und Lebensqualität in beiden Gruppen objektivierbar zu machen.

6. Schlussfolgerungen

Zum Abschluss sollen Bedeutung und praktische Relevanz der soeben dargestellten und diskutierten Ergebnisse der Studie für den Jugendhilfesektor sowie für die Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie dargestellt werden.

6.1 Bedeutung der Ergebnisse für die Jugendhilfe

Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen einmal mehr, dass Kinder und Jugendliche in stationären Jugendhilfeeinrichtungen eine psychopathologisch massiv belastete Gruppe darstellen. Zahlreiche kumulative Risikofaktoren in der Lebensgeschichte dieser jungen Menschen sind bekannt und bestimmte Haltungen vieler Kostenträger können zu einer Verstärkung der Problematik beitragen: Der vielerorts angewandten Grundsatz „ambulant vor stationär“ führt zu einer hohen Selektion und nur die psychisch besonders belasteten Kinder und Jugendlichen mit häufig bereits mehrfach gescheiterten ambulanten Maßnahmen in der Vorgeschichte werden in stationären Jugendhilfeeinrichtungen untergebracht. Bei geschätzten Prävalenzzahlen psychischer Störungen von über 60% mit einem Übergewicht an disruptiven Verhaltensstörungen und multiplen psychosozialen Funktionsbeeinträchtigungen ist deutlich der besondere Förder- und Betreuungsbedarf dieser Kinder und Jugendlichen belegt. Die Mitarbeiter der Jugendhilfeeinrichtungen, allen voran die Gruppenerzieher, müssen sich diesen Bedingungen anpassen und sich täglich aufs Neue den Herausforderungen stellen, die der gemeinsame Alltag mit dermaßen stark beeinträchtigten Jugendlichen birgt. Dass hier häufig Grenzen erreicht werden und vor allem in Krisensituationen der Ruf nach Hilfe und Unterstützung durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie laut wird verwundert nicht. Eine Anpassung der pädagogischen Konzeptionen, sowie die Entwicklung von mehr Offenheit und Kompetenz im Umgang mit den psychischen Störungen der untergebrachten Kinder und Jugendlichen sind zwingend erforderlich. Aktuell sind die Betreuungsschlüssel und Strukturen in vielen Einrichtungen nicht ausreichend an die besonderen Bedürfnisse der Hochrisikoklientel angepasst, was sich vor allem an den unplanmäßigen Abbrüchen der Maßnahmen sowie den erforderlich werdenden stationären Kriseninterventionen widerspiegeln scheint. Aufgrund der lückenhaften kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung vor allem in ländlichen Gebieten bleiben Störungen häufig undiagnostiziert und akute Exazerbationen oder aufkommende Krisensituationen führen

zu einem Scheitern der Jugendhilfemaßnahmen und damit verbundenen gravierenden Folgeschäden.

Die Stärkung der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe, die nur zu oft von gegenseitigem Misstrauen und Kompetenzengerangele geprägt ist, sowie die Entwicklung einer gemeinsamen Fallsicht sind Voraussetzung zur Verbesserung der Situation und des Wohlergehens der Kinder und Jugendlichen. Die Rehabilitationsaufgabe der Jugendhilfe, wie sie durch Einführung des §35a im Kinder- und Jugendhilfegesetz formuliert wurde, muss einen Wandel der Jugendhilfe nach sich ziehen und darf nicht auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie abgewälzt werden.

Mit dem vorgestellten Interventionsprogramm ist es gelungen, Barrieren zu durchbrechen und eine Begegnung beider Disziplinen auf Augenhöhe zu ermöglichen. Es hat sich gezeigt, dass psychische Störungen schon bei der Hilfeplanung mehr Beachtung finden müssen. Bei der Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter der Einrichtungen sollte unbedingt mehr Gewicht auf die Vermittlung von Basiswissen zu Diagnostik von und Umgang mit psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters gelegt werden. Zudem sind Kooperationsvereinbarungen zwischen den Jugendhilfeeinrichtungen und Kliniken oder niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie hilfreich und notwendig, um im Austausch zu bleiben, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln, Vorurteile abzubauen und Kompetenzen bündeln zu können. Schriftlich festgehaltene Krisenablaufpläne erscheinen hilfreich, um in sich zuspitzenden Situationen nicht die Kontrolle zu verlieren und geben die benötigte Struktur.

Das hier vorgestellte Modellprogramm zeigt, dass von Seiten der Jugendhilfe Bedarf und Wille an einer engen Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht, die letztlich den am meisten Bedürftigen, nämlich den untergebrachten Kindern und Jugendlichen, zu Gute kommt.

6.2 Bedeutung der Ergebnisse für die kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Versorgung

Die Studie hat die in anderen Untersuchungen gewonnene Erkenntnis bestätigt, dass der Versorgungsgrad der Kinder und Jugendlichen in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe weit hinter den eigentlich bestehenden behandlungsbedürftigen kinder- und jugendpsy-

chiatrischen Störungen zurückbleibt. Aufsuchende Arbeit erscheint als eine durchaus alltagstaugliche, umsetzbare Möglichkeit, um den bestehenden Versorgungslücken zu begegnen, und den zahlreichen psychosozialen Belastungen und der hochkomplexen Symptomatik der Kinder und Jugendlichen gerecht zu werden. Das Arbeiten im unmittelbaren Lebensumfeld ermöglicht zudem einen Einbezug der Mitarbeiter und Bezugspersonen der Kinder und Jugendlichen und erleichtert den Transfer des Erarbeiteten in den Alltag. Die herkömmliche Behandlung nach dem Geh-Prinzip setzt nur zu oft nicht direkt an den Problemlagen der Jugendlichen an. Aus organisatorischen Gründen ist oftmals eine Begleitung durch die Bezugserzieher oder Fachdienstmitarbeiter, die den betreffenden Jugendlichen mit seinen Schwierigkeiten gut kennen, nicht möglich, und relevante Informationen werden dem behandelnden Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie nicht übermittelt. Dies hat häufig eine unzureichend effektive Behandlung zur Folge und führt wohl eher zu einem „Herumdoktern“ an Symptomen, als zu einem wirklichen „Begreifen“ der Lage des Jugendlichen. Somit wird ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Arbeit schnell als ineffektiv bezeichnet und eher weniger denn mehr in Anspruch genommen. In Krisensituationen kommt es dann leicht zur Einforderung stationärer Aufnahmen, die in der Folge zu Beziehungsabbrüchen und damit einer Verschlechterung der Prognose des Jugendlichen führen können. Eine frühzeitige und lebensraumnahe ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, wie in diesem Modellprogramm umgesetzt, führte nachweislich zu einer Reduktion stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungstage und damit zu einer Einsparung von Folgekosten. Gleichzeitig wurde durch die Kooperation der Übergang zwischen den beiden Hilfesystemen durch gezielte Vor- und Nachbereitung erleichtert, so dass hilfeverursachten Folgeschäden durch Beziehungsabbrüche vorgebeugt werden konnte. Durch die enge Zusammenarbeit mit den Pädagogen vor Ort wird die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung zweifelsohne besser akzeptiert und sicherlich auch in ihrer Effektivität gesteigert.

Nicht zu vergessen ist, dass die sehr aufwändige, sozialpsychiatrische ausgerichtete Behandlung vor Ort zu einem erhöhten Ressourcenbedarf führt, der aktuell nicht finanziert ist. Neben der Verfügbarkeit qualifizierter Fachärzte und Therapeuten für die Arbeit mit dieser Risikogruppe in Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe sind demnach finanzielle Voraussetzungen im Rahmen der Vergütung ambulanter jugendpsychiatrischer Leistungen notwendig, um die aufsuchende Behandlung zu ermöglichen.

7. Zusammenfassung

Kinder und Jugendliche in stationärer Jugendhilfe sind eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung psychischer Störungen mit Prävalenzraten um 60 %. Gleichzeitig liegt in Deutschland für diese Gruppe eine gravierende kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Unterversorgung vor. Mit dieser multizentrischen Studie wurde die Wirksamkeit eines ambulanten milieuzentrierten Interventionsprogramms für Heimkinder evaluiert. Die Intervention wurde durch psychiatrische Liaisondienste in den Räumlichkeiten der Jugendhilfeeinrichtungen etabliert, um so die Schnittstellenfunktionalität zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Wohle der Jugendlichen zu verbessern. Zentrale Bausteine des Interventionsprogramms waren Niedrigschwelligkeit, Behandlungskontinuität, enge Kooperation mit den Fachdiensten und Betreuern der Einrichtungen und abgestufte Kriseninterventionen, die primär ambulant erfolgten. Ziel der Intervention war die Früherkennung und möglichst frühzeitige und kontinuierliche, leitlinienkonforme Behandlung der psychisch auffälligen Kinder und Jugendlichen in den Jugendhilfeeinrichtungen, um so nach Möglichkeit psychiatrische Hospitalisierungen und damit einhergehende Beziehungsabbrüche zu vermindern.

Insgesamt nahmen 26 Jugendhilfeeinrichtungen an der Studie teil, die je nach Entfernung vom Studienzentrum und unter Berücksichtigung vorbestehender Kooperationen a priori in elf Interventions- und 15 Kontrolleinrichtungen unterteilt wurden. Die Einrichtungen der Kontrollgruppe erhielten keine besondere Intervention, sondern wurden als Vergleichsgruppe über die Studienlaufzeit beobachtet (treatment as usual). Bei vorliegender Einverständnis der Sorgeberechtigten wurde eine Verhaltenseinschätzung durch die Gruppenerzieher mittels standardisiertem Erhebungsinstrument (Child Behavior Checklist, CBCL) getroffen; die Jugendlichen ab 11 Jahren füllten bei Zustimmung zusätzlich einen Selbstberichtsbogen (Youth Self Report, YSR) aus. Zudem wurden Daten zu Soziodemographie, Vorbehandlungen, psychosozialem Funktionsniveau und zur Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen erhoben.

Nach sechs und zwölf Monaten erfolgte eine Follow-up Untersuchung, bei der wiederum Daten zu psychischer Symptombelastung, psychosozialem Funktionsniveau und Lebensqualität erhoben wurden. Anfallende stationäre Behandlungstage und die Inanspruchnahme ambulanter Behandlungsleistungen wurden von den Einrichtungen fortlaufend dokumentiert. In der Interventionsgruppe wurde zudem der fallbezogene Behandlungsaufwand von den Fachärzten aufgezeigt.

Wie erwartet zeigte sich bei einem Großteil (knapp 80%) der insgesamt 624 untersuchten Kinder und Jugendlichen (davon 336 in der Kontroll- und 288 in der Interventionsgruppe) eine massive psychopathologische Belastung im Selbst- und Fremdurteil. Innerhalb des zwölfmonatigen Beobachtungszeitraums kam es zu jeweils 21 psychiatrischen Klinikaufenthalten in beiden Gruppen. Die Behandlungsaufenthalte in der Interventionsgruppe mit kontinuierlicher ambulanter Behandlung waren dabei signifikant kürzer als in der herkömmlich betreuten Kontrollgruppe: Pro Kopf konnte mehr als ein stationärer Behandlungstag innerhalb eines Jahres eingespart werden (2,47 Tage pro Person in der Kontrollgruppe versus 1,30 Tage pro Person in der Interventionsgruppe). Die Evaluation zeigte außerdem, dass durch eine Verbesserung der ambulanten aufsuchenden Versorgung ein großer Teil der Jugendlichen erreicht werden konnte, die im herkömmlichen System keine Behandlung erhalten. Bei ca. 80% der Kinder und Jugendlichen aus der Interventionsgruppe wurden im Rahmen der aufsuchenden Sprechstunden ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen durchgeführt. Hingegen ist der von den Betreuern dokumentierte Anteil an ambulant kinder- und jugendpsychiatrisch behandelten Kindern in der Kontrollgruppe mit weniger als 50% angegeben. In beiden Gruppen kam es während des zwölfmonatigen Beobachtungszeitraums mit intensiven pädagogischen Bemühungen zu einem erfreulichen Verlauf von psychischer Symptombelastung, sowie zu einem Anstieg von psychosozialem Funktionsniveau und Lebensqualität der Jugendlichen. Die zu Studienbeginn stärker belastete Interventionsgruppe profitierte in hohem Maße von der aufsuchenden Behandlung.

Durch die Integration kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung kann also ein positives Ansprechen auf die pädagogischen Bemühungen in den Einrichtungen erwartet werden, wodurch die psychosoziale Integration der Jugendlichen möglicherweise leichter gelingt. Die Erhöhung des ambulanten Versorgungsgrads und die Reduktion der stationären Pflage tage in der Interventionsgruppe zeigt, dass eine Umlenkung von Ressourcen aus dem stationären in den (viel breiter angelegten) ambulanten Sektor ohne Qualitätsverluste im Versorgungsergebnis angenommen werden kann. Darüber hinaus ergeben sich in sekundärpräventiver Hinsicht Vorteile, da für Kinder und Jugendliche schädigende Unterbrechungen der Bezugspersonkontinuität, die bei Krankenhausaufnahmen unvermeidlich sind, verkürzt werden können.

8. Literaturverzeichnis

Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (2007). (3. Auflage) Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry: Burlington.

Almgren, G. & Marcenko, M. O. (2001). Emergency Room Use Among a Foster Care Sample: The Influence of Placement History, Chronic Illness, Psychiatric Diagnosis, and Care Factors. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 1, 55-64.

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen*. (2. Auflage) Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.

Baumann, L. (2006). Bettenauslastung in den meisten Fachabteilungen der Krankenhäuser trotz Bettenabbau rückläufig. *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg*, 2, 24-27.

Beschluss der Konferenz der Jugendminister und -senatoren. (1991). Gemeinsames Positionspapier der Jugendministerkonferenz und Gesundheitsministerkonferenz am 13. August 1990.

- Blanz, B. & Schmidt, M. H. (2000). Practitioner Review: Preconditions and Outcome of Inpatient Treatment in Child and Adolescent Psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 703-712.
- Blanz, B., Schmidt, M. H., & Esser, G. (1991). Familial adversities and child psychiatric disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 32, 939-950.
- Blower, A., Addo, A., Hodgson, J., Lamington, L., & Towlson, K. (2004). Mental Health of 'Looking After' Children: A Needs Assessment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 117-129.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. (4.Auflage) Heidelberg: Springer-Verlag.
- Bracken, P. & Cohen, B. (1999). Home treatment in Bradford. *Psychiatric Bulletin*, 23, 349-352.
- Brimblecombe, N., O'Sullivan, G., & Parkinson, B. (2003). Home treatment as an alternative to inpatient admission: characteristics of those treated and factors predicting hospitalization. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 683-687.
- Burns, B. J., Phillips S.D., Wagner H.R., Barth R.P., Kolko D.J., Campbell Y. et al. (2004). Mental Health Need and Access to Mental Health Services by Youths Involved With Child Welfare: A National Survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 960-970.
- Cantwell, D. P., Lewinsohn, P. M., Rhode, P., & Seeley, J. R. (1997). Correspondence between adolescent report and parent report of psychiatric diagnostic data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 610-619.

- Catty, J., Burns, T., Knapp, M., Watt, H., Wright, C., Henderson, J. et al. (2002). Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Psychological Medicine*, 32, 383-401.
- Chamberlain, P. (1996). Intensified Foster Care: Multi-Level Treatment for Adolescents with conduct disorders in out-of-home care. In *Treatment Foster Care* (S. 475-495). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Chamberlain, P. (2003). The Oregon Multidimensional Treatment Foster Care Model: Features, Outcomes, and Progress in Dissemination. *Cognitive & Behavioral Practice*, 10, 303-312.
- Cole, W., Turgay, A., & Mouldey, G. (1991). Repeated use of psychiatric emergency services by children. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 739-742.
- Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 972-986.
- Darius, S., Hellwig, I., & Schrappner, C. (2001). *Krisenintervention und Kooperation als Aufgabe von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rheinland Pfalz*. Mainz: Schriftenreihe des Instituts für Sozialpädagogische Forschung.
- Döpfner, M., Berner, W., & Lehmkuhl, G. (1995). Reliabilität und faktorielle Validität des Youth Self-Report der Child Behavior Checklist bei einer klinischen Stichprobe. *Diagnostica*, 41, 221-244.
- Döpfner, M., Schmeck, K., & Berner, W. (1994a). *Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen*

- Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL)*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Döpfner, M., Schmeck, K., Lehmkuhl, G., & Poustka, F. (1994b). Zur Reliabilität und faktoriellen Validität der Child Behavior Checklist - eine Analyse in einer klinischen und einer Feldstichprobe. *Kinder-und Jugendpsychiatrie*, 22, 189-205.
- Esser, G. & Schmidt, M. (1997). Psychische Probleme des Jugendalters - Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittstudie von 8-18 Jahren. *der Kinderarzt*, 28 (10), 1114-1122.
- Fanshel, D., Finch, S. J., & Grundy, J. F. (1990). *Foster children in a life course perspective*. New York: Columbia University Press.
- Farmer, E. M. Z., Burns, B. J., Chapman, M. V., Phillips, S. D., Angold, A., & Costello, E. J. (2001). Use of mental health services by youth in contact with social services. *Social Service Review*, 75, 605-624.
- Fegert, J. M. (2004). Behinderung - Versuch einer Begriffsbestimmung. In J.M.Fegert & C. Schrapper (Hrsg.), *Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation*. (S. 185-201). Weinheim; München: Juventa.
- Fegert, J. M. & Schrapper, C. (2004). Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe zwischen Kooperation und Konkurrenz. In J.M.Fegert & C. Schrapper (Hrsg.), *Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation*. (S. 15-25). Weinheim, München: Juventa.
- Fisher, P. A. & Chamberlain, P. (2000). Multidimensional Treatment Foster Care: A Program for Intensive Parenting, Family Support, and Skill Building. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8, 155-164.

- Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., & Goodman, R. (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry*, 190, 319-325.
- Freigang, W. & Wolf, K. (2001). *Heimerziehungsprofile. Sozialpädagogische Portraits*. Weinheim: Beltz.
- Fritze, J. & Schmauß, M. (2001). Psychiatrische Versorgung in Deutschland: Personalprobleme? *Nervenarzt*, 72, 824-827.
- Garland, A. F., Hough, R. L., McCabe, K. M., Yeh, M., Wood, P. A., & Aarons, G. A. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in youth across five sectors of care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40:4, 409-418.
- Garland, A. F., Landsverk, J. L., Hough, R. L., & Ellis-MacLeod, E. (1996). Type of maltreatment as a predictor of mental health service use for children in foster care. *Child Abuse & Neglect*, 20, 675-688.
- Gintzel, U. & Schone, R. (1989). *Erziehungshilfen im Grenzbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie - Problemlagen junger Menschen, Entscheidungsprozesse, Konflikte und Kooperation. (Abschlussbericht)*. Münster: Institut für soziale Arbeit e.V.
- Gintzel, U. & Schone, R. (1990). Heimerziehung und Jugendpsychiatrie - Problemlagen junger Menschen, Entscheidungsprozesse und Kooperationsformen. In U.Gintzel & R. Schone (Hrsg.), *Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Konzepte - Methoden - Rechtsgrundlagen*. (S. 29-52). Münster: VOTUM Verlag.

- Glover, G., Arts, G., & Babu, K. S. (2006). Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *British Journal of Psychiatry*, 189, 441-445.
- Green, J. & Jacobs, B. (1998). Current challenges. In J.Green & B. Jacobs (Hrsg.), *In-patient child psychiatry. Modern practice, research and the future*. (S. 3-8). London: Routledge.
- Hanson, R. F., Self-Brown, S., Fricker-Elhai, A., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., & Resnick, H. (2006). Relations among parental substance use, violence exposure and mental health: the national survey of adolescents. *Addictive Behaviors*, 31, 1988-2001.
- Harrison, J., Alam, N., & Marshall, J. (2001). Home or away: which patients are suitable for a psychiatric home treatment service? *Psychiatric Bulletin*, 25, 310-313.
- Henggeler, S. W., Rowland, M. R., Randall, J., Ward, D., Pickrel, S. G., Cunningham, P. B. et al. (1999). Home-based multisystemic therapy as an alternative to hospitalization of youth in psychiatric crisis: Clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1331-1339.
- Höger, C. & Rothenberger, A. (1998). Provision of child and adolescent psychiatric services in the Federal Republic of Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 176-180.
- Hohm, E. & Petermann, F. (2000). Sind Effekte erzieherischer Hilfen stabil? Ergebnisse einer 1-Jahreskatamnese. *Kindheit und Entwicklung*, 9(4), 212-221.

- Hope, T. L., Adams, C., Reynolds, L., Powers, D., Perez, R. A., & Kelley, M. L. (1999). Parent vs. Self-Report: Contributions Toward Diagnosis of Adolescent Psychopathology. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21 (4), 349-363.
- Hoult, J., Rosen, A., & Reynolds, I. (1984). Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment. *Social Science and Medicine*, 18, 1005-1010.
- Huijbregts, S. C., Sequin, J. R., Zoccolillo, M., Boivin, M., & Tremblay, R. E. (2007). Associations of maternal prenatal smoking with early childhood physical aggression, hyperactivity-impulsivity, and their co-occurrence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 203-215.
- Hurlburt, M. S., Leslie, L. K., Landsverk, J., Barth, R. P., Burns, B. J., Gibbons, R. D. et al. (2004). Contextual Predictors of Mental Health Service Use among Children open to Child Welfare. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1217-1224.
- Johnson, S., Nolan, F., Hoult, J., White, I., Bebbington, P., Sandor, A. et al. (2005). Outcomes of crisis before and after introduction of a crisis resolution team. *British Journal of Psychiatry*, 187, 68-75.
- Kaplow, J. B. & Widom, C. S. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 176-187.
- Klein, J., Erlacher, M., & Macsenaere, M. (2003). *Die Kinderdorf-Effekte-Studie*. Mainz: Institut für Kinder- und Jugendhilfe.
- Knab, E. & Macsenare, M. (1997). Die Jugendhilfe-Effekte-Studie (JES). *Jugendwohl*, 78, 201-209.

- Kommission der europäischen Gemeinschaften (2005). *Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union*. Brüssel: Kommission der Europäischen Gemeinschaften.
- Kopp, L. M. & Beauchaine, T. P. (2007). Patterns of psychopathology in the families of children with conduct problems, depression, and both psychiatric conditions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 301-312.
- Langsley, D. G., Machotka, P., & Flomenhaft, K. (1971). Avoiding mental hospital admission: a follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 127, 127-130.
- Laucht, M. & Schmidt, M. H. (2004). Mütterliches Rauchen in der Schwangerschaft: Risikofaktor für eine ADHS des Kindes? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 32, 177-185.
- Lawrence, C. R., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2006). The impact of foster care on development. *Development and Psychopathology*, 18, 57-76.
- Lay, B., Blanz, B., & Schmidt, M. H. (2001). Effectiveness of home treatment in children and adolescents with externalizing psychiatric disorders. *European child and adolescent psychiatry*, 10, 80-90.
- Linnet, K. M., Dalsgaard, S., Obel, C., Wisborg, K., Henriksen, T. B., Rodriguez, A. et al. (2003). Maternal lifestyle factors in pregnancy risk for attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1028-1040.

- Manly, J. T., Jungmeen, K. E., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13, 759-782.
- Marks, I. M., Connolly, J., Mujien, M., Audini, B., McNamee, G., & Lawrence, R. E. (1994). Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 165, 179-194.
- Mattejat, F., Hirt, B. R., Wilken, J., Schmidt, M. H., & Remschmidt, H. (2001). Efficacy of inpatient and home treatment in psychically disturbed children and adolescents. *European child and adolescent psychiatry*, 10, 71-79.
- Mattejat, F., Jungmann, J., Meusers, M., Moik, C., Nölkel, P., Schaff, C. et al. (1998). Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) - Eine Pilotstudie. *Zeitschrift für Kinder- Jugendpsychiatrie*, 26, 174-182.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1998). Zur Erfassung der Lebensqualität bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen - Eine Übersicht. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 26, 183-196.
- Mattes, J. A. (1982). The optimal length of hospitalization for psychiatric patients: a review of the literature. *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 824-828.
- Mc Cann, J. B., James, A., Wilson, S., & Dunn, G. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *British Medical Journal*, 313, 1529-1530.
- Meltzer, H., Gatward, R., Corbin, T., Goodman, R., & Ford, T. (2003a). *The mental health of Young People Looked After by Local Authorities in England*. London: TSO (The Stationary Office).

- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., & Ford, T. (2003b). Mental health of children and adolescents in Great Britain. *International Reviews of Psychiatry*, 15, 185-187.
- Miller, G. A. & Chapman, J. P. (2001). Misunderstanding Analysis of Covariance. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 40-48.
- Mount, J., Lister, A., & Bennun, I. (2004). Identifying the mental health needs of looked after young people. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 9, 363-382.
- Nigg, J. T. & Breslau, N. (2007). Prenatal smoking exposure, low birth weight, and disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 362-369.
- Nützel, J., Schmid, M., Goldbeck, L., & Fegert, J. M. (2005). Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, 627-644.
- Ogden, T. & Hagen, K. A. (2006). Multisystemic Treatment of Serious Behaviour Problems in Youth: Sustainability of Effectiveness Two Years after Intake. *Child and Adolescent Mental Health*, 11, 142-149.
- Palmer, S. E. (1996). Placement stability and inclusive practice in foster care: An empirical study. *Children and Youth Services Review*, 18, 589-601.
- Pardeck, J. T. (1984). Multiple placement of children in foster family care: An empirical analysis. *Social Work*, 29, 506-509.
- Pardeck, J. T., Murphy, J. W., & Fitzwater, L. (1985). Profile of the foster child likely to experience unstable care: A re-examination. *Early Child Development and Care*, 22, 137-146.

- Paris, J., Zweig-Frank, H., & Guzder, J. (1994). Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 301-305.
- Pfeiffer, S. I. & Strzelecki, S. C. (1990). Inpatient Psychiatric Treatment of Children and Adolescents: A Review of Outcome Studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 847-853.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-Year Research Update Review. Child Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 269-278.
- Racusin, R., Maerlender, A. C., Sengupta, A., Isquith, P. K., & Straus, M. B. (2005). Psychosocial treatment of children in foster care: A review. *Community Mental Health Journal*, 41, 199-221.
- Remschmidt, H., Schmidt, M., & Poustka, F. (2001). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV.* (4. Auflage) Bern: Verlag Hans Huber.
- Remschmidt, H. & Schmidt, M. H. (1988). *Alternative Behandlungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.* Stuttgart: Enke.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H., Mattejat, F., Eisert, H. G., & Eisert, M. (1988). Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Stationäre Behandlung, tagesklinische Behandlung und Home treatment im Vergleich. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 16, 124-134.
- Remschmidt, H. & Walter, R. (1990). *Psychische Auffälligkeit bei Schulkindern. Eine epidemiologische Untersuchung.* Göttingen.

- Rosenfeld, A. A., Pilowsky, D. J., Fine, P., Thorpe, M., Fein, E., Simms, M. D. et al. (1997). Foster care: an update. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 448-457.
- Rutter, M. (1989). Isle of Wright revisited. Twenty five years of child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 633-653.
- Sachs, L. (1991). *Angewandte Statistik*. (8. Auflage) Heidelberg: Springer-Verlag.
- Schmeck, K., Poustka, F., Dopfner, M., Pluck, J., Berner, W., Lehmkuhl, G. et al. (2001). Discriminant validity of the child behaviour checklist CBCL-4/18 in German samples. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 240-247.
- Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Weinheim, München: Juventa.
- Schmid, M., Goldbeck, L., & Fegert, J. M. (2006). Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe - (k)eine Aufgabe für niedergelassene Verhaltenstherapeuten? *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 38, 95-119.
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2:2, doi:10.1186/1753-2000-2-2.
- Schmidt, M. H., Lay, B., Göpel, C., Naab, S., & Blanz, B. (2006). Home treatment for children and adolescents with psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(5), 265-276.

- Schmidt, M. H., Schneider, K., Hohm, E., Pickartz, A., Mascenare, M., Petermann, F. et al. (2002). *Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidt, M. H., Schneider, K., Hohm, E., Pickartz, A., Mascenare, M., Petermann, F. et al. (2000). Effekte, Verlauf und Erfolgsbedingungen unterschiedlicher erzieherischer Hilfen. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 202-211.
- Schoenwald, S. K., Ward, D. M., Henggeler, S. W., & Rowland, M. D. (2000). Multisystemic therapy versus hospitalization for crisis stabilization of youth: placement outcomes 4 month postreferral. *Mental Health Services Research*, 2, 3-12.
- Scott, S., Knapp, M., Henderson, J., & Maughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion. Follow-up study of anti-social children into adulthood. *British Medical Journal*, 323, 191-196.
- Simms, M. D., Dubowitz, H., & Szilagyi, M. A. (2000). Health care needs of children in the foster care system. *Pediatrics*, 106, 909-918.
- Smith, D. K., Stormshak, E., Chamberlain, P., & Whaley, R. B. (2001). Placement Disruption in Treatment Foster Care. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 9, 200-205.
- Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L., & Moss, S. A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females. *British Journal of Psychiatry*, 184, 416-421.
- Staff, I. & Fein, E. (1995). Stability and change: Initial findings in a study of treatment foster care placements. *Children and Youth Services Review*, 17, 379-389.

- Statistisches Bundesamt (2007). Hilfen zur Erziehung außerhalb des Elternhauses. Hilfen für junge Menschen am 31.12.2005 nach persönlichen Merkmalen, Art der Hilfe und Unterbringungsform. In (www.destatis.de).
- Stein, L. I. & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.
- Swadi, H. & Bobier, C. (2005). Hospital admission in adolescents with acute psychiatric disorder: how long should it be? *Australasian Psychiatry*, 13, 165-168.
- Thompson, E., Neighbors, H., Munday, C., & Trierweiler, C. (2003). Length of stay, referral to aftercare and rehospitalization among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 54, 1271-1276.
- Viner, R. M. & Taylor, B. (2005). Adult health and social outcomes of children who have been in public care: population-based study. *Pediatrics*, 115, 894-899.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., & Warner, V. (1987). Assessing psychiatric disorders in children. Discrepancies between mothers' and children's reports. *Archives of General Psychiatry*, 44, 747-753.
- Winsberg, B. G., Bialer, I., Kupietz, S., Botti, E., & Balka, E. B. (1980). Home vs hospital care of children with behavior disorders. *Archives of General Psychiatry*, 37, 413-418.
- Zwingmann, C. & Wirtz, M. (2005). Regression zur Mitte. *Rehabilitation*, 44, 244-251.

9. Danksagung

Herzlichen Dank an das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen für die finanzielle Förderung des Projekts. Das Durchführen einer solchen Studie und die Anfertigung einer Promotionschrift sind nicht möglich ohne das Zutun und die ganz praktische oder aber auch mentale Unterstützung zahlreicher Menschen, denen ich im Folgenden danken möchte:

Allem voran gilt mein ganz besonderer Dank Herrn Prof. Dr. Dipl.-Psych. Lutz Goldbeck, der das Design dieser Studie maßgeblich gestaltet hat, bei der Durchführung und Auswertung immer präsent war, stets ein offenes Ohr und zahlreiche konkrete Tipps hatte und letztlich die Betreuung dieser Studie im Alltag ganz praktisch übernommen und großartig umgesetzt hat.

Meinem Erstgutachter, Herrn Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert danke ich herzlich für die übernommene Betreuung, den wichtigen Input im Rahmen von Beiratssitzungen und Konferenzen, sowie im persönlichen Gespräch und die wertvollen Anmerkungen zu meinem noch halbfertigen Manuskript.

Herrn Prof. Dr. med. Thomas Becker danke ich für die bereitwillige Übernahme des Zweitgutachtens und die aktive und stets sehr freundliche Beteiligung an den beiden wissenschaftlichen Beiratssitzungen des Projekts.

Danke auch an Dr. Dipl.-Psych. Marc Schmid, ohne dessen stetiges Engagement, die konkreten Anregungen und von mir immer als sehr wertvoll erlebten Tipps diese Studie sicherlich nicht so erfolgreich angelaufen und verlaufen wäre.

Ein besonderes Dankeschön an Herrn Dr. Christoph Funk, dem „Urvater“ dieser Studie, von dem ich menschlich wie fachlich viel lernen durfte und der mir mit seiner ruhigen, höflichen und warmherzigen Art auch für die weitere berufliche Zukunft ein Vorbild sein wird.

Mein Dank geht an die aktiven Projektmitstreitern der Studienzentren, die sehr viel Engagement gezeigt haben und im Rahmen der ambulanten Sprechstunden und darüber hinaus

stets ein offenes Ohr für die Sorgen und Nöte der Heimkinder und ihren Betreuungspersonen hatten: Dr. Jakob Nützel, Dr. Corinna Wahrenberger, Dr. Ute Benz, Erik Nordmann und Prof. Renate Schepker vom Zentrum für Psychiatrie Weissenau in Ravensburg; Dr. Michael Heyken und Dr. Alexander Naumann vom Niedersächsischen Landeskrankenhaus in Lüneburg, Dr. Dagmar Hoehne aus Friedrichshafen sowie Dr. Christoph Funk und Renate Crasemann aus Biberach.

Ich möchte auch vielen fleißig helfenden Händen danken, die sonst nirgendwo in Erscheinung treten würden – den studentischen Hilfskräften, die mich wo immer möglich entlastet und mir in den letzten Jahren viel Arbeit abgenommen haben: Jochen Lohrmann, Melanie Perwasas, Sarah Neuburger, Verena Hoehne, Marco Gulewitsch, Mirjam Epple, Valentin Dieterlen, Gabriel Zell und ganz besonders Franziska Schuhmann.

Danke an Christa Lohrmann für das Erstellen der Datenbank, die Geduld beim Beantworten all meiner Fragen und Anliegen, sowie das Lösen sämtlicher Probleme mit dem nicht immer kooperativen Rechner.

Herzlichen Dank an Dr. Anne Künster, die mir seit vielen Jahren immer zuverlässig zur Seite steht und ganz viel Sonne in mein Leben bringt. Danke für die emotionale, aber auch für die ganz praktische Unterstützung beim Anfertigen dieser Arbeit: fürs Korrekturlesen, zahlreiche Anregungen, Formatierungshilfe und vieles mehr.

Vielen lieben Dank auch an Prof. Dr. Johannes Kolb, der mir durch seine freundliche Formatierungshilfe einen sicheren Nervenkrieg erspart hat.

Danken möchte ich auch PD Dr. Ferdinand Keller für die Unterstützung in Methodenbelangen, sowie Rita Kleinrahm für die kollegiale Statistikberatung und zahlreiche kurze Aufmunterungen zwischendurch.

Schließlich geht ein ganz besonderer Dank an meine lieben Freunde und meine Familie, die mir während der Anfertigung dieser Arbeit (und natürlich darüber hinaus) eine wichtige Stütze waren und ohne die all das hier nicht möglich gewesen wäre. Ganz lieben Dank für das Verständnis, die vielen lieben Worte und die oftmals notwendige Ablenkung an den Wochenenden und in der (wenigen) freien Zeit!

Zum Abschluss sei ganz herzlich allen 26 teilnehmenden Jugendhilfeeinrichtungen gedankt: den Heimleitern und –leiterinnen, meinen direkten Ansprechpartnern vor Ort, allen Gruppenbetreuern, die zuverlässig die Fragebögen ausgefüllt und auch sonst alle Fragen beantwortet haben, sowie vor allem auch den Kindern und Jugendlichen, die an dieser Studie teilgenommen haben. Danke an:

Stiftung St. Anna, Leutkirch
Kinderheim St. Clara, Gundelfingen
Zentrum Guter Hirte e.V., Ulm
St. Josef, Dürmentingen/Heudorf
St. Konradihaus, Schelklingen
Martinshaus Kleintobel, Berg
Hoffmannhaus, Wilhelmsdorf
Linzgau Kinder- und Jugendheim e.V., Überlingen
Zentrum St. Bonifatius, Lüneburg
Kinderheim Forellenhof, Jesteburg
Evangelische Jugendhilfe Friedenshort, Tostedt
Haus Aichhorn, Dornhan
Ravensburger Jugendhilfeverein e.V., Weingarten
Rupert-Mayer-Haus, Göppingen
Kinderheim Graf, Ellwangen
Haus am Fels, Blaubeuren
Kinderzentrum Augsburg, Augsburg
Haus Nazareth, Sigmaringen
Oberlin-Haus e.V., Ulm
Wilhelmspflege, Stuttgart
Paulinenpflege, Kirchheim
Kleingartacher e.V., Eppingen-Kleingartach
Sonnenhof, Schwäbisch Gmünd
St. Kilian, Walldürn
Verein für Jugendhilfe, Böblingen
Albert Schweitzer Kinderdorf, Waldenburg

10. Anhang

10.1 Fallmeldebogen der behandelnden Therapeuten in der Interventionsgruppe

Fallmeldebogen zu Behandlungsbeginn

ID-Code:

				-								
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Letzter Behandlungstermin: ____ . ____ . ____

Heutiges Datum: ____ . ____ . ____

Fallführender:

Initialen des Jugendlichen: ____ . ____

Geburtsdatum des Jugendlichen: ____ . ____ . ____

Jugendhilfeeinrichtung:

Wohngruppe:

Zuweisungskontext:

- ☐ Reguläre Zuweisung über ein auffälliges Screening und Verdacht auf eine ICD-10 Diagnose.
- ☐ Zeigt starke evtl. isolierte Verhaltensauffälligkeiten auf der Gruppe trotz unauffälligem Screening.
 - ☐ Neuaufnahme mit auffälligem Screening
 - ☐ Neuaufnahme mit unauffälligem Screening aber isolierten Verhaltensauffälligkeiten
- ☐ Kommt aus stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung

Checkliste der Fallkriterien:

- ☐ Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten liegt vor
- ☐ Die Kriterien für eine ICD-10-Diagnose sind erfüllt
- ☐ Keine Psychose oder manifeste Abhängigkeitserkrankung
- ☐ Jugendhilfemaßnahme nach § 34 KJHG
(Heimunterbringung oder andere betreute Wohnformen)
- ☐ Lebensalter liegt unter 19 Jahren aber über 4 Jahren
- ☐ Screeningbögen der Erzieher/ und des Jugendlichen (über 11 Jahre) liegen vor
- ☐ Kopie eines Zielerreichungsbogen der Erzieher/ und des Jugendlichen liegt in Ihrer Akte vor.
- ☐ Ambulanz-BADO wurde ausgefüllt und liegt bei (bitte fest „antackern“ oder eindeutig beschriften).

0. Wie sicher ist die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose nach ICD-10?

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| sehr sicher | sicher | eher sicher | mittel | eher unsicher | unsicher | sehr unsicher |

1. Ist der/die Jugendliche Ihrer Institution bereits bekannt?

- ☐ Ja ☐ Nein

2. Ist der/die Jugendliche bereits vorbehandelt?

- ☐ Ja ☐ Nein

3. Ist ein schriftlicher Kriseninterventionsplan notwendig?

- ☐ Ja ☐ noch unklar ☐ Nein

4. Aktueller Intelligenztest liegt vor (nicht älter als 2 Jahre)

- ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja:

Intelligenztestergebnis: ----- Gesamt-IQ Punkte Verwendetes Verfahren:-----

Falls nein:

Ein Intelligenztest ist während der Projektlaufzeit geplant durch:

- ☐ unsere Institution
- ☐ Fachdienst der Jugendhilfeeinrichtung
- ☐ andere:

☐ Nein wir benötigen für den Test die Unterstützung durch die KJPP Ulm

5. Die Kooperation des/der Jugendlichen ist bisher:

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| sehr gut | gut | eher gut | mittel | eher schlecht | schlecht | sehr schlecht |

6. Die Kooperation des pädagogischen Betreuungsteams ist bisher:

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| sehr gut | gut | eher gut | mittel | eher schlecht | schlecht | sehr schlecht |

8. Die Kooperation des Fachdienstes ist bisher:

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| sehr gut | gut | eher gut | mittel | eher schlecht | schlecht | sehr schlecht |

9. Wie groß ist die Kompetenz des Betreuerteams im Umgang mit der Problematik dieses/r Jugendlichen?

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| sehr hoch | hoch | eher hoch | mittel | eher gering | gering | sehr gering |

10. Wie groß ist die Kompetenz der Jugendhilfeeinrichtung im Umgang mit den Eltern dieses/r Jugendlichen?

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| sehr hoch | hoch | eher hoch | mittel | eher gering | gering | sehr gering |

11. Die Prognose dieser Jugendhilfemaßnahme ist:

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| sehr gut | gut | eher gut | mittel | eher schlecht | schlecht | sehr schlecht |

12. Die Prognose dieser Kinder- und Jugendpsychiatrischen Behandlung ist:

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| sehr gut | gut | eher gut | mittel | eher schlecht | schlecht | sehr schlecht |

10.2 Fragebogen für Erzieher (1. Messzeitpunkt)

**Projekt: Integrierte Versorgung von psychisch belasteten Jugendlichen
in der stationären Jugendhilfe (1. Messung/Screening)**

Heutiges Datum: ____ . ____ . ____

ID-Code:

			-							
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

Jugendhilfeeinrichtung:

Gruppenname oder Nummer:

Initialen der/s Jugendlichen: ____ . ____
tum: ____ . ____ . ____

Geburtsda-

Geschlecht der/s Jugendlichen:

☐ Männlich☐ Weiblich**1. Seit wann lebt der/die o. g. Jugendliche in Ihrer Einrichtung?**

Aufnahme am:

2. Der/die Jugendliche ist bei uns nach folgender Rechtsgrundlage untergebracht :☐ § 35a KJHG in Verbindung mit § 34 KJHG☐ § 27 KJHG in Verbindung mit § 34 KJHG☐ andere Rechtsgrundlage (z.B. BSHG, berufl. Reha, Asylrecht):

.....

3. Direkt vor der Aufnahme bei Ihnen lebte das Kind / der/die Jugendliche in:☐ Herkunftsfamilie☐ anderer JH-Einrichtung☐ Pflegefamilie☐ anderen Lebensumständen (bitte ausführen):

4. Wieviele Fremdunterbringungen nach KJHG (Heimerziehung, Erziehungsstelle oder Pflegefamilie) hat diese/r Jugendliche bereits durchlaufen?

- ☐ Noch keine, dieser Aufenthalt ist die erste Fremdunterbringung
- ☐ Der /die Jugendliche war schon zuvor fremdplatziert
Anzahl der früheren Fremdunterbringungen =

5. Wurde der/die Jugendliche jemals stationär in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt?

(Die Informationen über stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen sind für uns von großer Bedeutung, bitte unbedingt ausfüllen und ggf. in den Akten recherchieren!)

- ☐ Nein
- ☐ Unbekannt
- ☐ Ja Wie häufig?..... Mal

ggf. Zeiten (Tage) der stationären Behandlung(en):

1. Stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen von ----- bis ----
2. Stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen von ----- bis ----
3. Stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen von ----- bis ----
4. Stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen von ----- bis ----
5. Stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen von ----- bis ----

6. Wurde der/die Jugendliche in den letzten zwölf Monaten wegen psychosozialer Probleme behandelt?

- ☐ Nein (=> weiter mit Frage 6 m)
- ☐ Ja

6a) Falls es in den letzten zwölf Monaten stationäre Behandlungen gab, sollten diese bei Frage 5 aufgeführt worden sein!!!!

6b) War der/die Jugendliche in den letzten zwölf Monaten in teilstationärer (tagesklinischer) Behandlung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik?

☐ Nein

☐ Ja, Daten (Tage) der teilstationären Behandlung bitte angeben:

1. Tagesklinische kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung von ----- bis -----

2. Tagesklinische kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung von ----- bis -----

6c) Ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung: Anzahl der Kontakte des/der Jugendlichen zu niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern oder Institutsambulanzen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik in den letzten 12 Monaten?

Kein	1-2	5-8	8-12	12-18	18-24	>24
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6d) Ambulante Kassenpsychotherapie bei einem niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten , Psychologischen Psychotherapeuten oder ärztlichen Psychotherapeuten außerhalb der Jugendhilfeeinrichtung, Zahl der Termine im letzten Jahr?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Keiner	1-4	5-10	10-25	25-30	25-45	> 45

6e) Psychologische Beratung außerhalb Ihrer Jugendhilfeeinrichtung in einer Beratungsstelle (Suchtberatung, Erziehungsberatung, Kinderschutzbund etc.). Kontakte im letzten Jahr?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Keiner	1-4	5-10	10-25	25-30	30-45	> 45

6f) Psychologische Beratung/Psychotherapie durch den Fachdienst der Jugendhilfeeinrichtung: Anzahl der Kontakte in den letzten 12 Monaten?

☐ Keiner
 ☐ 1-2
 ☐ 5-8
 ☐ 8-12
 ☐ 12-18
 ☐ 18-24
 ☐ > 24

6g) Nimmt der/die Jugendliche momentan Medikamente/ Psychopharmaka?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja, bitte jedes Medikament mit Dosierung und dem verordnenden Arzt (Facharztrichtung) in eine Zeile der Tabelle eintragen.

Medikamente (Handelsname)	Dosierung (mg/g) pro Tag z.B. 20 mg- 0-0-0	Verordnender Arzt (Facharztrichtung)

6h) Außer den ggf. aktuell eingenommenen Medikamenten (siehe 6 g), hat der/die Jugendliche in den letzten zwölf Monaten Psychopharmaka eingenommen?

☐ Nein
☐ Ja

Falls ja, bitte jedes Medikament mit Dosierung und dem verordnenden Arzt (Facharztrichtung) in eine Spalte der Tabelle eintragen.

Medikamente (Handelsname)	Dosierung (mg/g) pro Tag z.B. 20 mg- 0-0-0	Verordnender Arzt (Facharztrichtung)

6i) Ist Ihnen eine kinder- und jugendpsychiatrische/psychotherapeutische Diagnose bekannt?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, wel-

che? _____

6j) Ist der Jugendliche momentan noch in kinder- und jugendpsychiatrischer/ psychotherapeutischer Behandlung oder Beratung?

☐ Ja

☐ Nein (reguläres Ende im beidseitigen Einvernehmen)

☐ Nein (Behandlungs-/Therapieabbruch)

☐ Nein, war in den letzten 12 Monaten in keiner Behandlung

6 k) Falls der/die Jugendliche in den letzten 12 Monaten kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt wurde: Wie zufrieden sind Sie mit der Kooperation mit kinder- und jugendpsychiatrischen/ psychotherapeutischen Institutionen im Fall des/der o.g. Jugendlichen?

sehr unzufrieden

teils/teils

sehr zufrieden

☐☐☐☐☐☐☐

6m) Halten Sie den/die Jugendliche/n für kinder- und jugendpsychiatrisch/psychotherapeutisch behandlungsbedürftig?

☐ Nein

☐ Ja

7. Wurde der/die Jugendliche schon strafrechtlich belangt?

☐ Nein, noch nie (=> weiter mit Frage 8)

Ja, einmal ☐ zweimal ☐ dreimal ☐ häufiger ☐(Anzahl)

7a) Falls ja, was wurde dem/der Jugendlichen zur Last gelegt?

.....
.....
.....
.....

7b) Wenn ja, welches Strafmaß wurde ausgesprochen (Anzahl der Arbeitsstunden, Jugendarrest, Haftstrafen)?**I. Richterliche Ermahnung**

Nein, noch nie ☐ einmal ☐ zweimal ☐ dreimal ☐ häufiger ☐

II. Arbeitsstunden

Nein, noch nie ☐ einmal ☐ zweimal ☐ dreimal ☐ häufiger ☐

III. Jugendarrest

Nein, noch nie ☐ einmal ☐ zweimal ☐ dreimal ☐ häufiger ☐

IV. Jugendstrafvollzug

Nein, noch nie

☐

einmal

☐

häufiger

☐.....**V. Andere richterliche Auflagen (Anti-Aggressionstraining, Tätertherapie etc):**

.....
...
.....
...

8. Verhaltenseinschätzung durch Erzieher

8 a) In der Checkliste (Child Behavior Checklist) auf den folgenden zwei Seiten beantworten Sie bitte jede einzelne Frage aus Ihrer Sicht, indem Sie die Zahlen 0, 1 oder 2 durchstreichen oder einkreisen.

8 b) Fragebogen zu ADHS-Symptomen:**(1) Ist unruhig oder übermäßig aktiv**

☐ überhaupt nicht ☐ ein wenig ☐ ziemlich ☐ sehr

(2) Ist erregbar oder impulsiv

☐ überhaupt nicht ☐ ein wenig ☐ ziemlich ☐ sehr

(3) Stört andere Kinder

☐ überhaupt nicht ☐ ein wenig ☐ ziemlich ☐ sehr

(4) Beendet angefangene Aufgaben nicht

☐ überhaupt nicht ☐ ein wenig ☐ ziemlich ☐ sehr

(5) Ist ständig zappelig

☐ überhaupt nicht ☐ ein wenig ☐ ziemlich ☐ sehr

(6) Ist unaufmerksam oder leicht ablenkbar

☐ überhaupt nicht ☐ ein wenig ☐ ziemlich ☐ sehr

**(7) Seinen Forderungen muß sofort nachgekommen werden, kann nicht abwarten,
ist rasch enttäuscht**

☐ überhaupt nicht ☐ ein wenig ☐ ziemlich ☐ sehr

(8) Hat Wutausbrüche und explosives oder unüberlegtes Verhalten

☐ überhaupt nicht ☐ ein wenig ☐ ziemlich ☐ sehr

(9) Weint schnell

☐ überhaupt nicht ☐ ein wenig ☐ ziemlich ☐ sehr

(10) Hat abrupte Stimmungsschwankungen

☐ überhaupt nicht ☐ ein wenig ☐ ziemlich ☐ sehr

9. Globale Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus in den letzten drei Monaten: Die Einstufung auf dieser Skala sollte die psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit in den Bereichen Familie, Schule/Beruf, Kontakte zu Gleichaltrigen widerspiegeln.

☐ Hervorragende oder gute soziale Funktionen in allen sozialen Bereichen

(Gute zwischenmenschl. Beziehungen mit Erwachsenen und Gleichaltrigen; kann sich mit allen üblichen sozialen Situationen effektiv auseinander setzen und verfügt über ein gutes Spektrum an Freizeitaktivitäten und Interessen, gute Schulleistungen)

☐ Mäßige soziale Funktion mit vorübergehenden oder geringeren Schwierigkeiten in nur ein oder zwei Bereichen

(Das Funktionsniveau kann - aber muss nicht – in ein oder zwei anderen Bereichen hervorragend sein)

☐ Leichte soziale Beeinträchtigung mit leichten Schwierigkeiten in mindestens ein oder zwei Bereichen

(z.B. Schwierigkeiten mit Freundschaften, gehemmte soziale Aktivitäten/Interessen, Schwierigkeiten in den Beziehungen zu Erwachsenen oder Leistungsprobleme in der Schule)

☐ Mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen

☐ Ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen

(z.B. erheblicher Mangel an Freunden, Unfähigkeit mit neuen sozialen Situationen zu Recht zu kommen oder Schulbesuch auf einer Regelschule nicht mehr möglich)

☐ Ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen

(Probleme mit Familie, in Gruppen und mit Gleichaltrigen, Schulbesuch auf einer Regelschule nicht mehr möglich)

☐ Funktionsunfähig in den meisten Bereichen

(Benötigt ständige Aufsicht oder Betreuung zur basalen Alltagsbewältigung; ist nicht in der Lage für sich selbst zu sorgen)

☐ Braucht beträchtliche Betreuung

(Manchmal unfähig für eine minimale Körperhygiene zu sorgen, oder braucht zeitweise strenge Beaufsichtigung um Gefahrensituationen für sich selbst oder andere zu verhüten, oder schwere Beeinträchtigung in allen Bereichen der Kommunikation.)

☐ Braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)

(Ständige Unfähigkeit für die eigene Körperhygiene zu sorgen, oder ständige Gefahr, sich selbst oder Andere zu verletzen oder völliges Fehlen von Kommunikation)

10. Wie ist der/die Jugendliche in den verschiedenen Bereichen im Vergleich zu Gleichaltrigen in den letzten drei Monaten zurecht gekommen?**1. Wie kommt der/die Jugendliche mit seinen schulischen/ beruflichen Anforderungen zurecht?**

☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ teils teils ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

2. Wie kommt der/die Jugendliche mit anderen Jugendlichen in seiner Freizeit aus?

☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ teils teils ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

3. Wie ist die Beziehung der/s Jugendlichen zu seinen Familienmitgliedern?

☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ teils teils ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

4. Wie ist die Beziehung der/s Jugendlichen zu den Betreuern auf der Gruppe?

☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ teils teils ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

5. Wie kommt der/die Jugendliche mit den anderen Jugendlichen auf der Gruppe aus?

☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ teils teils ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

6. Wie bewältigt der/die Jugendliche seine Alltagsaufgaben auf der Gruppe?

☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ teils teils ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

7. Wie gut kann sich der/die Jugendliche alleine beschäftigen?

☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ teils teils ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

8. Wie schätzen Sie die körperliche Gesundheit der/s Jugendlichen ein?

☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ teils teils ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

9. Wie schätzen Sie den „nervlichen“ und seelischen Zustand des Kindes/ Jugendlichen ein?

☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ teils teils ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

10. Wenn Sie nun alle Fragen auf dieser Seite zusammenfassen: Wie geht es der/m Jugendlichen zurzeit insgesamt?

☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ teils teils ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

11. Die Kooperation des zuständigen Jugendamts mit unserer Einrichtung war in den letzten 6 Monaten in diesem Fall:

☐ sehr gut ☐ gut ☐ eher gut ☐ mittel ☐ eher schlecht ☐ schlecht ☐ sehr schlecht

12. Die Kooperation der Eltern mit unserer Einrichtung war in den letzten 2 Monaten:

☐ sehr gut ☐ gut ☐ eher gut ☐ mittel ☐ eher schlecht ☐ schlecht ☐ sehr schlecht

13. Die Sicherheit des Betreuerteams in der pädagogischen Arbeit mit dieser/m Jugendlichen war in den letzten 2 Monaten:

☐ sehr hoch ☐ hoch ☐ eher hoch ☐ mittel ☐ eher gering ☐ gering ☐ sehr gering

14. Die Sicherheit unserer Einrichtung in der Elternarbeit mit dieser/m Jugendlichen war in den letzten 2 Monaten:

☐ sehr hoch ☐ hoch ☐ eher hoch ☐ mittel ☐ eher gering ☐ gering ☐ sehr gering

15. Die Prognose der jetzigen Jugendhilfemaßnahme ist:

☐ sehr gut
schlecht ☐ gut ☐ eher gut ☐ mittel ☐ eher schlecht ☐ schlecht ☐ sehr

16. Wie würden Sie sich eine Zusammenarbeit zwischen Ihrer Jugendhilfeeinrichtung und der Kinder und Jugendpsychiatrie wünschen? Was empfanden Sie in der bisherigen Zusammenarbeit als schwierig?

10.3 Fragebogen für Jugendliche (Verlaufsmessung)

Projekt: Integrierte Versorgung von psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen

**Fragebogen für Jugendliche ab 11 Jahren
(2. Messzeitpunkt/Verlaufskontrolle)**

Heutiges Datum: __. __. __

ID-Code:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Jugendhilfeeinrichtung:
gruppe:

Name oder Nummer der Wohn-

Erster Buchstabe Deines Vornamens: _____

Erster Buchstabe Deines Nachnamens: _____

Dein Geburtsdatum: __ __ . __ __ . __ __ __ __

Dein Geschlecht:

☐ Männlich☐ Weiblich

Vielen Dank für Deine Mitarbeit!

I. Einige Fragen dazu, wie Du in den verschiedenen Bereichen im Vergleich zu Gleichaltrigen in den letzten zwei Monaten zurecht gekommen bist:**11. Wie kommst Du mit Deinen schulischen/beruflichen Anforderungen zurecht?**

☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ teils teils ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

12. Wie kommst Du mit anderen Jugendlichen in Deiner Freizeit aus?

☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ teils teils ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

13. Wie ist Deine Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern (Eltern, Geschwistern)?

☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ teils teils ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

14. Wie ist Deine Beziehung zu den Betreuern auf Deiner Gruppe?

☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ teils teils ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

15. Wie kommst Du mit den anderen Jugendlichen auf Deiner Gruppe aus?

☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ teils teils ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

16. Wie bewältigst Du Deine Alltagsaufgaben auf der Gruppe?

☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ teils teils ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

17. Wie gut kannst Du Dich alleine beschäftigen?

☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ teils teils ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

18. Wie schätzt Du Deine körperliche Gesundheit ein?

☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ teils teils ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

19. Wie schätzt Du Deinen „nervlichen“ und seelischen Zustand ein?

☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ teils teils ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

20. Wenn Du nun diese zehn Fragen zusammenfasst. Wie geht es Dir zur Zeit insgesamt?

☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ teils teils ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

II. Fragen zur Zielerreichung:

Ein/e Betreuer/in hat mit Dir zum 1. Messzeitpunkt zwei Ziele vereinbart. Auf welcher Stufe der Zielerreichung würdest Du dich momentan einordnen? Falls Du die Ziele und Stufen nicht mehr genau Erinnerst, kannst Du die Zielerreichungsskala bei deinen Betreuern nochmals einsehen.

II a) Ziel 1: Auf welcher der folgenden Stufe würdest Du dein Verhalten einordnen

- ☐ +3 Erheblich verbessert, eigentlich kein Problem mehr
- ☐ +2 Deutlich verbessert
- ☐ +1 Etwas verbessert
- ☐ 0 Unverändert
- ☐ -1 Verschlechtert

Ist dieses Verhaltensziel (1) noch aktuell oder ist jetzt ein anderes Ziel wichtiger für Dich? Falls Du ein neues Ziel erreichen möchtest, wende dich bitte an deine/n Betreuer/in um gemeinsam ein neues Ziel und die Möglichkeiten deiner Betreuer dich bei deinem neuen Ziel zu unterstützen zu besprechen.

- ☐ Ja, es ist weiterhin ein Ziel für mich
- ☐ Nein, ich möchte jetzt ein anderes Ziel erreichen und Bespreche dies mit meinen Betreuern

II b) Ziel 2: Auf welcher der folgenden Stufe würdest Du dein Verhalten einordnen

- ☐ +3 Erheblich verbessert, eigentlich kein Problem mehr
- ☐ +2 Deutlich verbessert
- ☐ +1 Etwas verbessert
- ☐ 0 Unverändert
- ☐ -1 Verschlechtert

Ist dieses Verhaltensziel (2) noch aktuell oder ist jetzt ein anderes Ziel wichtiger für Dich? Falls Du ein neues Ziel erreichen möchtest, wende dich bitte an deine/n Betreuer/in um gemeinsam ein neues Ziel und die Möglichkeiten deiner Betreuer dich bei deinem neuen Ziel zu unterstützen zu besprechen.

☐ Ja, es ist weiterhin ein Ziel für mich

☐ Nein, ich möchte jetzt ein anderes Ziel erreichen und Bespreche dies mit meinen Betreuern

III. Bist Du momentan in kinder- und jugendpsychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung?

☐ Ja

☐ Nein

IV. Falls ja, wie zufrieden warst Du mit der Zusammenarbeit mit den Ärzten, Psychotherapeuten und Psychologen in den letzten 6 Monaten?

sehr unzufrieden

☐☐☐

teils/teils

☐☐

sehr zufrieden

☐☐

V. Auf den folgenden zwei Seiten findest Du Fragen zu Deinem Verhalten, beantworte bitte alle Fragen, indem Du die 0, 1 oder 2 einkreist oder durchstreichst.

10.4 Dokumentationsbogen der Therapeuten in der Interventionsgruppe

Dokumentationsbogen für ambulante kinder- und jugendpsychiatrische/ psychotherapeutische Leistungen in der Jugendhilfe (1.Halbjahr)

Initialen des Jugendlichen:

Geburtsdatum:

Einrichtung:

Gruppe :

[illegible]

Mögliche Leistungen	
1.	Psychiatrische Untersuchung
2.	Anamnese/ Fremdanamnese
3.	Teamberatung
4.	Elternberatung
5.	Beratung des Fachdienstes
6.	Telefonat mit Einrichtung
7.	Telefonat mit Eltern
8.	Telefonat mit Jugendamt
9.	Aufklärung über Medikamente
10.	Rezept
11.	§ 35a Stellungnahme
12.	Hilfeplangespräch mit Beteiligung des Arztes
13.	Arztbrief
14.	Körperliche Untersuchung
15.	Testpsychologische Untersuchung
16.	Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung
17.	Gruppentherapie
18.	Einzeltherapie
19.	Besprechung mit Kollegen
20.	Absprache für mögliche Krisen
21.	Krisenintervention
22.	Somatische Zusatzuntersuchungen (EEG, EKG, Labor)
23.	Andere:

10.5 Fallabmeldebogen des Therapeuten in der Interventionsgruppe

Fallabmeldebogen zum Behandlungsende

Datum:

ID-Code:

			-							
----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Initialen des Jugendlichen:

Behandelnder Arzt/Psychologe:

Geburtsdatum des Jugendlichen:

Einrichtung:
Wohngruppe:**Art der Beendigung der Behandlung**

- ☐ Reguläres einvernehmliches Ende der Behandlung
- ☐ Abbruch der Behandlung durch den Jugendlichen
- ☐ Abbruch der Behandlung durch die Sorgeberechtigten
- ☐ Überweisung des Jugendlichen an.....
- ☐ Reguläre Entlassung im beidseitigen Einvernehmen aus der Einrichtung
- ☐ Vorzeitiger Abbruch der Jugendhilfemaßnahme auf Wunsch der Einrichtung wegen Verhaltensproblemen des Jugendlichen
- ☐ Vorzeitiger Abbruch der Jugendhilfemaßnahme auf Wunsch des Jugendlichen und dessen Sorgeberechtigten

Die Symptomatik des Jugendlichen hat sich seit Behandlungsbeginn?

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| sehr
verbessert | deutlich
verbessert | verbessert | etwas
verbessert | ist
unverändert | etwas
verschlechtert | deutlich
verschlechtert |

Prognose bei Behandlungsende?

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| sehr
gut | gut | eher
gut | mittel | eher schlecht | schlecht | sehr schlecht |

10.6 Kriseninterventionsplan

Ablaufplan in Krisensituationen, die eventuell nicht mehr gruppenintern gelöst werden können:

	Durchgeführt ?	
1) Kontaktaufnahme zum koordinierenden Mitarbeiter im Fachdienst (Notdienst der Jugendhilfeeinrichtung)	☐ Ja	☐ Nein
a) Pädagogische Maßnahme in der Gruppe möglich?	☐ Ja	☐ Nein
b) Beurlaubung nach Hause sinnvoll?	☐ Ja	☐ Nein
c) Vorübergehender Gruppenwechsel sinnvoll?	☐ Ja	☐ Nein
2) Kontakt zur/m fallführenden Kinder- und JugendpsychiaterIn aufnehmen. Nur im Falle, dass diese/r nicht erreicht werden kann, ist die zuständige kinder- und jugendpsychiatrische Klinik zu informieren. Zuständige Klinik:	☐ Ja	☐ Nein
3) Mit der/m fallführenden Kinder- und JugendpsychiaterIn wird geklärt, ob es ausreicht, ein Krisengespräch während der nächsten regulären Sprechstunde zu führen.	☐ Ja	☐ Nein
4) Sollte ein Krisengespräch unmittelbar erforderlich sein, sollte dieses ambulant in der Praxis/der Klinik der/s fallführenden Kinder- und JugendpsychiaterIn durchgeführt werden	☐ Ja	☐ Nein
5) Nach Absprache mit der/m fallführenden Kinder- und JugendpsychiaterIn oder der KJPP-Klinik sollte eine stationäre Krisenintervention (2-3 Tage) erfolgen, wenn eine ambulante Krisenintervention nicht ausreicht.	☐ Ja Von _____ bis _____	☐ Nein
6) Vor der Entlassung wird ein Termin mit der/m fallführenden Kinder- und JugendpsychiaterIn vereinbart.	☐ Ja Termin: _____	☐ Nein
7) Eventuell benötigte weitere Hilfsmaßnahmen (KJPP/JH) werden ambulant eingeleitet. Eine geplante stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung kann, falls diese indiziert ist, nach Beendigung der Krisenintervention eingeleitet werden.	☐ Ja	☐ Nein

10.7 Fragebogen zur Erfassung der Strukturqualität

Fragebogen zur Erfassung von Strukturqualität und Zufriedenheit**A. Größe und Struktur der Einrichtung**

1. Anzahl der (voll-)stationären Plätze _____ vollstationäre Plätze in der Einrichtung
2. Anzahl der belegten (voll-) stationären Plätze zum Stichtag 15.06.2007 _____ belegte Plätze zum Stichtag
3. Anzahl der Wohngruppen _____ Wohngruppen in der Einrichtung
4. Größe der Wohngruppen (maximal) bis _____ Jugendliche in einer Wohngruppe
5. Angegliederte Schule ja nein
Bitte spezifizieren:
Regelschule, Typ: _____
Schule für Erziehungshilfe, Klassenstufen _____
andere Sonderschule, bitte angeben: _____

B. Personelle Ausstattung der Einrichtung

1. Wie viele feste Mitarbeiterstellen gibt es im Betreuungsdienst (bitte Teilstellen zusammenzählen, z.B. 3,25 Stellen für drei volle und eine 25% Stelle)? _____ Mitarbeiterstellen (Gruppenbetreuer)
davon Vollzeitkräfte (100%): _____
2. Wie viele Stellen im Fachdienst gibt es (bitte spezifizieren)? insg. _____ Fachdienststellen, davon
Psychologen ohne Approbation als Psychotherapeut/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Diplom-, Heil-, oder Sozialpädagogen ohne Approbation
Psychologen/Pädagogen mit Approbation
andere, welche? _____

C. Kooperationsbeziehungen allgemein

1. Besteht eine feste Kooperation mit einer ja nein

<u>Klinik</u> für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-Psychotherapie?	Fall ja, seit wann? _____ ausschließlich ambulante Versorgung ausschließlich stationäre Versorgung stationäre und ambulante Versorgung
2. Besteht eine feste Kooperation mit einer/m <u>niedergelassenen</u> Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie?	ja nein Falls ja, seit wann? _____
3. Besteht eine feste Kooperation mit einer/m niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/en?	ja nein Falls ja, seit wann? _____
4. Wurde je ein Kooperationsvertrag mit einer Klinik oder einem niedergelassenen Facharzt/ Psychotherapeuten geschlossen? Besteht aktuell ein Kooperationsvertrag?	ja nein Falls ja, seit wann? _____
5. Hat die Einrichtung bereits Erfahrung mit einer aufsuchenden Behandlung von psychischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten (Sprechstunden und/oder Fortbildungen vor Ort)?	ja nein falls ja, bitte spezifizieren: Sprechstunden/Behandlungen vor Ort Mitarbeiterfortbildungen vor Ort andere Angebote vor Ort:
6. Wie hoch ist der Anteil der Jugendlichen mit Kontakt zu <u>externen</u> Behandlern wegen psychischen Auffälligkeiten oder Verhaltensproblemen?	ca. _____ %

D. Sonstige Merkmale der Strukturqualität

1. Hat die Einrichtung sich auf Kinder mit einem bestimmten psychischen Störungsbild (z.B. Autismus, Lernstörungen) spezialisiert?	ja nein Falls ja, bitte spezifizieren:
5. Art der Maßnahmen	Heimerziehung nach §34 KJHG Anteil an allen stat. Maßnahmen in %: _____ Heimerziehung als Eingliederungshilfe nach §35a KJHG , Anteil in % _____

E. Kooperationsbeziehungen im Rahmen des Projekts

1. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Ihrer Einrichtung?	sehr zufrieden
	zufrieden
	eher zufrieden
	eher unzufrieden
	unzufrieden
	trifft nicht zu

2. Wie zufrieden waren Sie während der Studienlaufzeit mit dem Ablauf bei Krisen/Kriseninterventionen?	sehr zufrieden
	zufrieden
	eher zufrieden
	eher unzufrieden
	unzufrieden
	trifft nicht zu

3. Wie zufrieden waren Sie während der Studienlaufzeit mit den Wartezeiten auf Behandlung (Schnelligkeit der Terminvergabe, Wartezeiten während der Sprechstunde, etc.)?	sehr zufrieden
	zufrieden
	eher zufrieden
	eher unzufrieden
	unzufrieden
	trifft nicht zu

10.8 Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Tanja Besier
Geburtsdatum	02.Oktober 1980 in
Geburtsort	Bad Schwalbach
Familienstand	ledig

Beruflicher Werdegang

seit 01/2005	Studienzentrum Verhaltensmedizin und Psychotherapie e.V. Stuttgart: Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
03/2005	Beginn der praktischen Tätigkeit im Rahmen der VT-Ausbildung in der der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie der Universität Ulm
07/2005	Übernahme in ein Angestelltenverhältnis (50%) in der Institutsambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie der Universität Ulm Fortführung der praktischen Tätigkeit (50%)
seit 03/2006	wissenschaftliche Mitarbeiterin (100%) der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie der Universität Ulm
seit 04/2006	Doktorandin an der medizinischen Fakultät der Universität Ulm
seit 06/2007	Managing Editor des open access Journals „Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health“

Schulische Ausbildung und Studium

1986-1990	Wiedbachschule (Grundschule) Bad Schwalbach
1990-1996	Nikolaus-August-Otto Schule (Mittelstufe) Bad Schwalbach
1996-1999	Carl-von-Ossietzky-Schule (Oberstufengymnasium) Wiesbaden Abitur im Juni 1999 (Abiturnote 1,7)
ab 10/2000	Diplomstudiengang Psychologie an der Universität Konstanz Vertiefungsfach: Klinische Psychologie

10/2002- 04/2003	Praxissemester im Hegau-Jugendwerk (neurologisches Rehabilitationszentrum für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene), Gailingen am Hochrhein
12/ 2004	Ende des Studiums mit Erlangung des Diplomgrades (gut) Thema der Diplomarbeit: „Adrenocorticale Aktivität während des Belohnungsaufschubs bei 4-5-jährigen Kindern“

Nebentätigkeiten

1999-2004	ehrenamtliches Engagement beim Jugendferienwerk e.V. Saarbrücken Betreuung von Kinder- und Jugendfreizeiten des Bahnsozialwerks
2001	Interviewerschulung an der Universität Konstanz mit Zertifizierung
2002	Mitarbeit als Werkstudentin im Forschungsprojekt „Value of Children“ am Lehrstuhl für Entwicklungspsychologie und Kulturvergleich der Universität Konstanz
2004	Tätigkeit als wissenschaftliche Hilfskraft am Gesundheitsamt Konstanz im Rahmen eines epidemiologischen Forschungsprojektes in Kooperation mit der Universität Konstanz

Besondere Kenntnisse

Fremdsprachen	Englisch: fließend in Wort und Schrift Französisch: gute Kenntnisse
EDV	MS-Office: sehr gute Kenntnisse Internetanwendungen: sehr gute Kenntnisse SPSS: sehr gute Kenntnisse Literaturfachdatenbanken: sehr gute Kenntnisse

Veröffentlichungen in Zeitschriften

Life satisfaction decreases during adolescence

Goldbeck, L., Schmitz, T.G., **Besier, T.**, Herschbach, P., Henrich, G. (2007)
Quality of Life Research 16 (6), 969-979

Validierung des SPS-J an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation

Goldbeck, L., **Besier, T.**, Petermann, F., Karpinski, N., Hampel, P. (2007)
Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 55 (4), 263-270

Psychometrische Gütekriterien des Beck-Depressions-Inventars II (BDI-II) bei jugendpsychiatrischen Patienten.

Besier, T., Goldbeck, L., Keller, F. (2008)
Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 58(2), 63-68

Positionspapier: Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen in der stationären Jugendhilfe und Reizensburger interdisziplinärer Appell der Fachkräfte

Fegert, J.M., **Besier, T.**, Goldbeck, L. (2008)
Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 1, 103-116

Zur Effektivität des Trainings mit aggressiven Kindern in Psychiatrie und Jugendhilfe.

Petermann, F., Petermann, U., **Besier, T.**, Goldbeck, L., Büttner, P., Krause-Leipoldt, C., Nitkowski, D. (2008)
Kindheit und Entwicklung 17 (3), 182-189

Psychosocial interventions for adolescent cancer patients: A systematic review of the literature.

Seitz, D., **Besier, T.**, Goldbeck, L. (2008)
zur Publikation angenommen in: *Psycho-Oncology*

Erfassung der subjektiven Lebenszufriedenheit bei Kindern und Jugendlichen – Psychometrische Eigenschaften der „Fragen zur Lebenszufriedenheit“ FLZ^M (KJ)

Henrich, G., Goldbeck, L., Schmitz, T.G., **Besier, T.** (2008)
zur Publikation angenommen in: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*

Evaluation of Psychiatric Liaison-Services for Adolescents in Residential Group Homes

Besier, T., Fegert, J.M., Goldbeck, L. (2008)
Publikation in Vorbereitung

Life satisfaction of adolescents and adults with cystic fibrosis: Impact of partnership and gender

Besier, T., Schmitz, T.G., Goldbeck, L. (2008)
Publikation in Vorbereitung