

**Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg
Akademisches Krankenhaus der Universität Ulm
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Ärztl. Leitung: Prof. Dr. med. Renate Schepker**

**Psychiatrische Familienpflege und stationäre Heim-
unterbringung für Jugendliche im Vergleich –
Eine Studie zu differentieller Indikationsstellung und
Outcome von Jugendhilfemaßnahmen für psychisch
auffällige Jugendliche**

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

**Verfasser: Erik Michael Nordmann
Geburtsort: Lenningen
Vorgelegt im Jahr 2011**

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Ferdinand Keller

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Tilman Steinert

Tag der Promotion: 02.12.2011

Inhaltsverzeichnis:

	Seite
Abkürzungsverzeichnis	5
1. Einleitung	6
1.1 Stationäre Jugendhilfe bei psychiatrisch auffälligen Jugendlichen	6
1.2 Das Gastfamilienmodell: Historischer Hintergrund, Konzeption und Entwicklung	10
1.3 Das Gastfamilienmodell im internationalen Vergleich	18
1.4 Stand der empirischen Forschung und Bewertung der Studienlage	19
1.5 Entwicklung der Fragestellung	25
1.6 Hypothesen	28
2. Material und Methodik	31
2.1 Rechtliche und ethische Aspekte der Untersuchung, Ethikkommission	31
2.2 Fallselektion für die Bildung der beiden Untersuchungsgruppen	31
2.3 Untersuchungsablauf: Analyse der Krankenakten, Katamnese durchführung	35
2.3.1 Zur Testpower und zur Frage der Stichprobengröße	40
2.4 Untersuchungsinstrumente	41
2.4.1 Krankenakten-Analyse	41
2.4.2 Katamneseinstrumente	44
2.4.2.1 Katamnestischer Selbstbeurteilungs-Fragebogen	46
2.4.2.2 Katamnestischer Fremdbeurteilungs-Fragebogen	51
2.4.2.3 Katamnestisches Interview	51
2.5 Statistische Datenanalyse	55
3. Ergebnisse	58
3.1 Analyse der Krankenakten: Vergleich der beiden Ausgangs-Stichproben	58
3.1.1 Soziodemographische Daten	58
3.1.2 Familiäre Belastungsfaktoren	65
3.1.3 Psychiatrische Morbidität	68
3.1.4 Inanspruchnahme von Jugendhilfemaßnahmen mit Fremd-Platzierung	73
3.1.5 Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen	75
3.1.5.1 Behandlung mit Psychopharmaka	77
3.1.6 Analyse der Indikationsstellung für Gastfamilienaufenthalte	78
3.1.7 Zusammenfassung der Krankenaktenanalyse	80
3.2 Katamnese Daten	82
3.2.1 Soziodemographische Daten der beiden Katamnesegruppen	85
3.2.2 Indikatoren der psychosozialen Integration und Gesundheit	91
3.2.3 Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfemaßnahmen im Katamnesezeitraum	98
3.2.4 Inanspruchnahme von Unterbringungsmaßnahmen im Rahmen der Jugendhilfe oder anderer staatlicher Träger	101

3.2.5	Lebenszufriedenheit	106
3.2.6	Psychische Symptombelastung	106
3.2.7	Erfassung von Persönlichkeitsstörungen anhand des SKID-II	114
3.2.8	Maßnahmen-Zufriedenheit	117
3.2.9	Zusammenfassung der quantitativen Katamnesedaten	121
3.2.10	Qualitative Inhaltsanalyse der Interviewdaten	126
3.2.10.1	Interraterreliabilität der Auswertungskategorien	126
3.2.10.2	Wichtige positive und negative Erfahrungen in Gastfamilie bzw. Heim	127
3.2.10.3	Erlebte Wirkfaktoren: Subjektiv hilfreichste Erfahrung	134
3.2.10.4	Beziehungsdynamik zwischen Jugendlichen, Herkunftsfamilie und Betreuungseinrichtung	137
3.2.10.5	Bevorzugte Unterbringungsform und Maßnahmenakzeptanz	140
3.2.10.6	Stabilität der aufgebauten Beziehungen	144
3.2.10.7	Weitere spontan berichtete Erfahrungen mit Gastfamilie bzw. Heim	146
3.2.10.8	Zusammenfassung der inhaltsanalytischen Ergebnisse	148
3.3	Loss-to-follow-up-Analyse	
4.	Diskussion	151
4.1	Zur retrospektiven Krankenaktenanalyse	151
4.2	Zur katamnestischen Untersuchung	157
4.3	Methodenkritische Diskussion	169
4.3.1	Zum Studiendesign	169
4.3.2	Loss-to-Follow-Up	172
4.3.3	Datenmaterial und Untersuchungsinstrumente	174
4.3.4	Statistische Aussagekraft	178
4.4	Schlussfolgerungen	180
5.	Zusammenfassung	184
6.	Literaturverzeichnis	186
	Anhang	192
	Danksagung	223
	Lebenslauf	225

Abkürzungsverzeichnis

AT	Arbeitstherapie
BADO	Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie
BEST-KJ	Behandlungseinschätzung stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Ratingverfahren)
CBCL	Child Behavior Checklist
FDR	False Discovery Rate
FPI-R	Freiburger Persönlichkeitsinventar, 7. Auflage
JuMeGa	Junge Menschen in Gastfamilien
JVA	Justiz-Vollzugsanstalt
MTFC	Multidimensional Treatment Foster Care
SD	Standard-Deviation (Standardabweichung)
SKID-II	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen
TFC	Therapeutic Foster Care
WfB	Werkstätte für Behinderte
YABCL	Young Adult Behavior Checklist
YASR	Young Adult Self-Report
YSR	Youth Self-Report

1 Einleitung

1.1 Stationäre Jugendhilfe bei psychiatrisch auffälligen Jugendlichen

Die vorliegende katamnestisch-evaluative Studie vergleicht zwei Jugendhilfemaßnahmen, die bei psychisch auffälligen Jugendlichen mit Fremdplatzierungsbedarf im Anschluss an stationäre psychiatrische Behandlungen alternativ zum Einsatz kommen. Sie stellt das 1997 entstandene und seither fortentwickelte Modellprojekt der Betreuung psychisch auffälliger, stationär psychiatrisch vorbehandelter Jugendlicher in Gastfamilien der traditionellen Betreuung in konventionellen Heimeinrichtungen des Jugendhilfesystems gegenüber.

Die Versorgung von psychisch auffälligen Jugendlichen, die nach einer klinischen Behandlung nicht mehr in ihre Herkunftsfamilie zurückkehren können, bildet eine besondere Herausforderung für die Kooperation zwischen dem kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungssystem und dem Jugendhilfesystem. Häufig weisen diese Jugendlichen eine lange Vorgeschichte von Vernachlässigung und Traumatisierung auf. Ambulante und stationäre Jugendhilfemaßnahmen wie auch therapeutische Interventionen haben bei ihnen eine oft schwierige, wechselvolle Geschichte, die sich über viele Jahre ihrer Kindheit und Jugend erstreckt. Abgebrochene ambulante Jugendhilfen und gescheiterte stationäre Heimunterbringungen sind ebenso wie Behandlungsabbrüche in dieser Gruppe sehr verbreitet (vgl. z.B. Blandow 1997). Die Herkunftsfamilien sind aufgrund vielfacher eigener Problematiken (sogenannte „Multiproblemfamilien“, Herwig-Lempp 2001) und aufgrund der Erschöpfung ihrer Ressourcen, teils auch im Zusammenhang mit der psychischen Störung des Jugendlichen, in der Regel nicht mehr in der Lage, einen verlässlichen Rahmen zu bieten.

Die häufig massiven psychischen Auffälligkeiten dieser von den beiden Hilfesystemen Psychiatrie und Jugendhilfe betreuten Zielgruppe von Jugendlichen erfüllen diagnostische Kriterien der Diagnosesysteme ICD-10 oder DSM-IV für zumindest ein Störungsbild, oft auch für mehrere Störungsbilder gleichzeitig. Nach Fegert & Schrapper (2004) stieg der Anteil von im Rahmen der Jugendhilfe betreuten Jugendlichen, die auch mit der Jugendpsychiatrie in Berührung kommen, deutlich an von 10 bis 15 % in älteren Untersuchungen auf inzwischen über 30 %. Die Betroffenen werden meist zu einer mittelfristigen Behandlung in der Klinik stationär-psychiatrisch

aufgenommen. Diese Therapie ist aber häufig weder in der Lage, tragfähige Beziehungen in der Herkunftsfamilie wieder herzustellen, noch kann oder soll sie solche Beziehungen längerfristig ersetzen. So werden nach dem Psychiatrieaufenthalt sehr häufig bei den Jugendämtern weitergehende Hilfen zur Erziehung notwendig. Dabei stellen sich vielfache Probleme:

- Aufgrund mangelnder Gruppenfähigkeit und gestörter Beziehungsfähigkeit sind Jugendliche mit schweren, oft chronischen psychischen Störungen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen oft nur schwer integrierbar.
- Die institutionelle Antwort, bestehend aus heilpädagogischen oder therapeutischen stationären Jugendhilfeeinrichtungen mit größerer Personaldichte, ist mit hohem professionellem Aufwand verbunden. Einige Modelle versuchen eine individualisierte Betreuung innerhalb der Gruppe zu differenzieren.
- Auch moderne, differenzierte Formen der Heimerziehung bedeuten für die betroffenen Jugendlichen ein „Leben in der Institution“. Heimerziehung „... stellt somit, im Vergleich zur familialen Erziehung, ein künstlich gestaltetes Setting dar.“ (Dörr 2009, S. 21) Negative gruppenspezifische Effekte in Heiminstitutionen können die Grundproblematik der Jugendlichen verstärken.
- Individualpädagogische Auslandsprojekte, die zeitweilig als „ultima ratio“ der Jugendhilfe en vogue waren, sind nach nicht selten problematischen Erfahrungen in die Diskussion gekommen und werden heute mit deutlich höherer Vorsicht indiziert. Auch sie sind sehr aufwändig und können aufgrund der Ferne zur Alltagsrealität des Herkunftsmilieus Transferprobleme bei der Rückkehr mit sich bringen.

Die Summe dieser Problemkonstellationen führt in vielen Fällen zur Wiederholung der Ausgangsproblematik in Form von institutionellen Drehtürkarrieren, erneuten oder zunehmenden Verhaltens- und psychischen Auffälligkeiten, sowie zur vorzeitigen Beendigung von Maßnahmen und zu erneuten Beziehungsabbrüchen.

Eine Fall-Vignette aus der Patientengruppe einer Jugendstation der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung am ZfP Südwürttemberg-Weissenau soll zur exemplarischen Veranschaulichung der Charakteristika der betroffenen Jugendlichen und der

typischen institutionellen Drehtür-Karrieren dienen (Persönliche Daten wie Name etc. wurden aus Datenschutzgründen verändert und verfremdet):

Andreas wird erstmals mit 16 Jahren zur stationären Behandlung ins ZfP Weissenau gebracht. Er kommt aus der intensivpädagogischen Kleingruppe einer Heimeinrichtung in Oberschwaben, die ihn zwei Jahre zuvor aufgenommen hat. In die Klinik begleitet wird er von seinem Bezugserzieher, einem väterlich-wohlwollenden Heimmitarbeiter, zu dem er eine sichtlich positiv getönte Beziehung aufgebaut hat. Nun läuft Andreas jedoch Gefahr, das Heim verlassen zu müssen, weil er seit einer Auslands-Ferienfreizeit mit seiner Gruppe zunehmend aggressives Verhalten an den Tag legt. So ging er auf einen Erzieher mit einem Messer los und griff seinen Bezugserzieher tödlich an. In erregtem Zustand drohte er ihm „ich bringe dich um!“ Wiederholt kam es zu Sachbeschädigungen wie dem Einschlagen von Fensterscheiben. Andreas beging mehrere Diebstähle und stahl z.B. seinem Bezugserzieher 100 € aus der Geldbörse. Daneben bereiten auch sexuelle Grenzüberschreitungen gegenüber Jüngeren und der Konsum von Drogen Sorge: Andreas kiffte 2-3 Mal pro Woche und nimmt gelegentlich Speed zu sich. Aufgrund des immer bedrohlicheren Charakters seiner Aggressivität hatte das Heim Strafanzeigen erstattet. Andreas wurde schließlich zu 50 Sozialstunden verurteilt. Ein weiteres Gerichtsverfahren ist zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme bereits anhängig.

Zum biographischen Hintergrund berichten der Bezugserzieher und Andreas selbst, gestützt auf Vorberichte anderer Kliniken: Die alleinstehende Mutter von Andreas rauchte während der Schwangerschaft stark. Vier Wochen vor dem errechneten Termin kam es zur Kaiserschnittgeburt. Die APGAR-Werte waren niedrig, das Neugeborene musste kurzzeitig intubiert und beatmet werden. In der Säuglingszeit gab es häufige Durchfälle. Die Sprachentwicklung war verzögert, deshalb kam es zu einer logopädischen Behandlung.

Als Andreas vier Jahre alt war, wurde seiner Mutter wegen „schwersten frühkindlichen Miss-handlungen“ das Sorgerecht entzogen. Andreas kam in diesem Alter erstmals in stationäre jugendpsychiatrische Behandlung an einer norddeutschen Klinik. Dort wurde die Diagnose einer „kombinierten Störung des Sozialverhaltens mit aggressiven Verhaltensweisen und depressiver Symptomatik vor dem Hintergrund einer gesteigerten Selbstwertproblematik“ gestellt. Nach einer 9-monatigen Therapie in der Klinik wurde Andreas in ein Kinderheim verlegt. Ein Jahr später wechselte er zu seinem von der Mutter getrennt lebenden Vater nach Süddeutschland. Der Vater war alkoholabhängig, Andreas musste als Kind teils für ihn sorgen. Er kam deshalb in eine teilstationäre Jugendhilfeeinrichtung mit Tagesbetreuung am Wohnort des Vaters. In dieser Einrichtung wurde Andreas von einem Pädophilen sexuell missbraucht. Der Missbrauch wurde jedoch von ihm erst Jahre später bei seiner Aufnahme in der intensivpädagogischen Kleingruppe aufgedeckt. Der Täter erhielt im anschließenden Strafverfahren eine dreijährige Haftstrafe.

Nach dem Kindergartenbesuch wurde Andreas zeitgerecht eingeschult. Wenige Wochen später wechselte er jedoch bereits auf die Sonderschule für Lernbehinderte, da starke Lernprobleme und Entwicklungsdefizite einen Verbleib auf der Regelschule nicht erlaubten. Von seinem Bezugserzieher wird bei der Aufnahme in Weissenau geschildert, dass Andreas bis vor 3 Jahren nicht lesen konnte. Von seiner jetzigen Heimgruppe aus besuchte er zunächst den Unterricht an einer Krankenhausschule und dann die öffentliche Förderschule-L, jedoch mit fortbestehenden Schwierigkeiten im Lesen und Schreiben.

Nach der stationären Aufnahme am ZfP Südwürttemberg wird zunächst eine 4wöchige stationäre Diagnostik und Therapie durchgeführt. Diagnostisch zeigt sich neben der massiven Störung des Sozialverhaltens und den Symptomen einer früheren Bindungsstörung schnell eine ausgeprägte ADHS-Symptomatik mit motorischer Unruhe, starker Ablenkbarkeit und Reizoffenheit, schlechter Konzentrationsfähigkeit sowie ausgeprägter Impulsivität z.B. in Form von häufigem Dazwischenreden und überschießenden Handlungen bei einer sehr geringen Frustrationstoleranz. Mit Zustimmung des Amtsvormunds wird neben der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundbehandlung und einem verhaltenstherapeutisch orientier-

ten Kontingenzprogramm eine stützende medikamentöse Therapie eingeleitet. Andreas wird dabei unterstützt, positive Bewältigungsstrategien zum Umgang mit Frustration und Wut aufzubauen. Durch kleine Aufgaben und „Ämter“ auf der Station wird ihm Verantwortung übertragen, durch die er sich sichtlich aufgewertet fühlt. So zeigt er zeitweilig deutlich reiferes Verhalten. Seine psychische Verfassung bleibt jedoch in hohem Maße abhängig von der jeweiligen Gruppenkonstellation auf der Station, vom Einfluss der Peergruppe und von der jeweiligen Gesamtsituation. Labilisiert durch ein anstehendes Hilfeplangespräch mit dem Jugendamt, schaukelt sich Andreas z.B. mit einem Mitpatienten auf und droht ihm schließlich mit einer Stange massiv Schläge an. Es gelingt ihm aber, sich durch eine anschließende freiwillige Isolierungsmaßnahme zu beruhigen und von seinem bedrohlichen Verhalten zu distanzieren.

Nach Ablauf der vereinbarten Klinikphase kehrt Andreas mit dem Angebot einer mehrmonatigen längerfristigen Behandlung in Weissenau vorübergehend in seine Heimeinrichtung zurück. Das Angebot wird von ihm schließlich aufgegriffen, die Wiederaufnahme erfolgt wenige Wochen später. Als eigene Ziele für seine Therapie gibt Andreas u.a. eine Verringerung seines aggressiven Verhaltens und eine bessere Wahrnehmung der Grenzen anderer an. Die Maßnahme in der Heimeinrichtung wird mit der Klinikaufnahme beendet, da die Einrichtung und ihre Mitarbeiter an der Grenze ihrer Belastbarkeit angekommen sind. Vom Jugendamt wird die Suche nach einer längerfristigen Anschlussperspektive in einer stationären Jugendhilfeeinrichtung aufgenommen.

Unter der medikamentösen Therapie mit Pipamperon ergibt sich zwar eine Reduktion der hohen aggressiven Impulsivität. Andreas entwickelt jedoch eine ausgeprägte Müdigkeit und eine deutliche Appetitsteigerung. Deshalb wird beim zweiten Klinikaufenthalt eine Umstellung auf Stimulantien versucht. Nach erneuter Zuspitzung des aggressiven Verhaltens wird dieser Versuch schließlich aber abgebrochen, Andreas erhält wieder Pipamperon. Seine Compliance bei der medikamentösen Therapie ist stark wechselnd. Er schwankt zwischen einer Idealisierung des Medikaments und der Verheimlichung von Zeiten, in denen er die Einnahme trotzig verweigert.

Der psychotherapeutische Zugang zu Andreas ist begrenzt: Gespräche über seine Biographie und die wenig tragfähige Beziehung zu seinen Eltern und Angehörigen erlebt er als bedrohlich. Eine Auseinandersetzung mit immer wieder aufsteigenden Erinnerungen an traumatische Kindheitserfahrungen lehnt er strikt ab. Dies wird als Selbstschutz respektiert, das psychotherapeutische Gespräch wird deshalb auf das „Hier und Jetzt“, aktuelle lebenspraktische Fragen und Maßnahmen zur inneren Stabilisierung fokussiert.

Wenige Tage vor dem geplanten Behandlungsende und der Vorstellung in der vom Jugendamt ausgewählten Anschluss-Heimeinrichtung eskaliert das aggressive Verhalten von Andreas erneut. Er muss schließlich aus disziplinarischen Gründen vorzeitig aus der Klinik entlassen werden und verbringt die folgenden Tage bei seinem Vater. Dann stellt er sich in der Heimeinrichtung vor, die Aufnahme dort findet umgehend statt. Etwa ein Jahr später erhalten die Therapeuten der Klinik über den früheren Bezugserzieher die Information, dass Andreas auch in der neuen Heimeinrichtung immer wieder durch Aggressivität, Drogenkonsum und sexuelle Übergriffe auffällig wurde. Er wird auch dort schließlich entlassen, weil sein Verhalten nicht mehr tragbar ist. Über seine weitere Entwicklung liegen der Klinik keine Informationen vor. Auch der Bezugserzieher verliert im Laufe der Zeit den Kontakt zu Andreas.

1.2 Das Gastfamilienmodell: Historischer Hintergrund, Konzeption und Entwicklung

Der in der Region Oberschwaben-Bodensee angesiedelte sozialpsychiatrische Trägerverein Arkade e.V. Ravensburg begann auf diesem Hintergrund im Jahr 1997 mit der Entwicklung eines Alternativmodells zu den bisher verfügbaren stationären Jugendhilfemaßnahmen für psychiatrisch auffällige Jugendliche. Das vom Landesjugendamt geförderte Modellprojekt wandte sich an die Zielgruppe psychisch auffälliger Jugendlicher, die im Sinne des achten Sozialgesetzbuches SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) die Kriterien des § 35a als „seelisch behindert oder von seelischer Behinderung bedroht“ erfüllen und nach der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikbehandlung eine Unterbringung außerhalb ihrer Herkunftsfamilie benötigen. Ziel des Modellprojekts zur damals sogenannten „Psychiatrischen Familienpflege für Jugendliche“ war in teils auch institutionskritischer Absicht, eine nicht-institutionelle Alternative zur Heimunterbringung im Rahmen der normalen familiären Lebenswelt einer Gastfamilie (im Sinne des § 33 SGB VIII: Vollzeitpflege) anzubieten.

Mit diesem Ansatz baute das Projekt auf den Erfahrungen der psychiatrischen Familienpflege für chronisch kranke erwachsenenpsychiatrische Patienten auf, die vor ca. 25 Jahren in Deutschland entstanden bzw. nach dem historischen Vorbild Gheel in Belgien „wiederentdeckt“ worden war. Der Pilgerort Gheel pflegte seit dem 13. Jahrhundert auf christlicher Grundlage eine lange Tradition der Familienpflege von psychisch Kranken. Die Erwachsenenpsychiater Paul-Otto Schmidt-Michel, Ravensburg und Tilo Held, Bonn entwickelten in Anlehnung an diesen mittelalterlichen Vorläufer die Grundidee einer Enthospitalisierung von psychiatrisch Langzeitkranken durch langfristige Versorgung in Familien (Konrad & Schmidt-Michel 2004). Ihr Ansatz war mitgeprägt vom Denken der Psychiatrie-Enquete und der damaligen antipsychiatrischen Kritik an „totalen Institutionen“. Die erwachsenenpsychiatrische Familienpflege wurde im Raum Bodensee-Oberschwaben zunächst bei Patienten mit schizophrenen Psychosen und geistigen Behinderungen eingesetzt, später erfolgte eine Erweiterung auf sogenannte „new chronics“ wie z.B. jüngere Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (z.B. Borderline-Störungen), auf Suchterkrankungen und gerontopsychiatrische Patienten sowie auf psychisch kranke Mütter oder Väter mit ihren Kindern. Als wichtigere Platzierungskriterien als die psychiatrischen Diagnosen selbst erwiesen sich dabei oft Unselbständigkeit, Kontaktarmut, Hygieneprobleme und die Nichtbeachtung

sozialer Normen (Schönberger 2004). Die 1986 gegründete Arbeitsgemeinschaft Familienpflege mit jährlichen Treffen sowie die Monographie „Die zweite Familie“ (Konrad & Schmidt-Michel 1992) führten zum Aufbau weiterer Projekte auch über die Grenzen von Württemberg und Rheinland hinaus.

Nach positiven Erfahrungen mit der Familienpflege für erwachsenenpsychiatrische chronische Patienten wurde das Betreuungsmodell ca. 10 Jahre später in Kooperation zwischen der Arkade e.V., den regionalen Jugendämtern, dem damaligen Landesjugendamt Stuttgart sowie dem ZfP Weissenau als der regional zuständigen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsklinik auch auf psychisch kranke Jugendliche und ältere Kinder erweitert. Konzeptionell wurde es entsprechend den entwicklungsbedingten Besonderheiten und Unterschieden dieser Altersgruppe modifiziert. Unter dem heutigen Projektnamen „JuMeGa - Junge Menschen in Gastfamilien“ werden Jugendliche und teils auch ältere Kinder (bzw. in der Begrifflichkeit von JuMeGa: „junge Menschen“) nach der Entlassung aus der stationären kinder- jugendpsychiatrischen Behandlung in sozialpsychiatrisch eng betreute Pflegefamilien vermittelt und dort weiter versorgt. Alle vermittelten Jugendlichen hatten in der Anfangsphase des Projekts vorherige Psychiatriekontakte mit einer oder mehreren stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsepisoden. Das Angebot wurde später auch auf nicht psychiatrisch vorbehandelte, aber ebenfalls einschlägig auffällige Jugendliche erweitert. JuMeGa wendet sich damit heute gemäß seiner Konzeption (JuMeGa 2008) an die Zielgruppe junger Menschen, die

- zum Personenkreis des § 35a SGB VIII gehören und
- für die andere Jugendhilfemaßnahmen nicht den geeigneten Rahmen bieten konnten,
- die in einer bisherigen Pflegefamilie keinen passenden Platz fanden,
- deren Eltern mit der Erziehungsaufgabe nachhaltig überfordert sind,
- bei denen im Vorfeld eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde.

Die Konzeption der Arkade e.V. (Roth 2004, 2005; JuMeGa 2008) sieht eine Betreuung der Jugendlichen in professionell nicht pädagogisch oder psychiatrisch vorgebildeten Laienfamilien vor. Sie werden jedoch im Vergleich zum traditionellen Pflegefamilienmodell der Jugendämter fachlich intensiv und abhängig vom jeweiligen aktuellen Bedarf durch pädagogische Fachkräfte (in der Regel Diplompädagogen, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen) begleitet. Der Betreuungsschlüssel Jugendliche zu

Fachkräfte beträgt maximal 1 zu 8. Er ist damit erheblich besser als die Schlüsselzahlgröße 1 : 35 für Fachkräfte zur Betreuung von Pflegefamilien, die vom Deutschen Jugendinstitut empfohlen (DJI München 1987), laut einer aktuellen empirischen Übersicht (DJI München, DIJuF Heidelberg 2006) aber von 80,3% der an der Erhebung beteiligten Kommunen nicht erreicht wird.

In der Regel wird eine Gastfamilie nur mit einem Jugendlichen belegt. Die Vergütung durch das Jugendamt ist mit dem vierfachen Satz der Betreuungsleistung für Vollzeitpflege deutlich höher als bei einer konventionellen Pflegefamilie. Die Suche nach Gastfamilien erfolgt über Presseanzeigen, z.B. in Gemeindeblättern in ländlichen Gebieten. Mit sich bewerbenden Familien werden von jeweils zwei JuMeGa-Mitarbeitern Erstgespräche und Hausbesuche durchgeführt, ebenso sogenannte Kennenlerngespräche mit sich bewerbenden Jugendlichen. Als Gastfamilie kommen Konstellationen aus der ganzen Bandbreite heutiger familiärer Lebensformen in Frage, z.B. auch Teilfamilien, „Patchworkfamilien“ und gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften. Häufig handelt es sich auch um Familien, in denen die Erwachsenen früher eigene biographische Brüche erlebt hatten. Die Familien haben ihren Wohnsitz eher in ländlich-dörflich als in städtisch geprägten Sozialräumen. Voraussetzungen für die Bewerberfamilien sind:

- die Verfügbarkeit eines Einzelzimmers für den Jugendlichen,
- die Gewährleistung einer ausreichenden Anwesenheit eines Erwachsenen zuhause,
- die Bereitschaft, sich durch JuMeGa beraten und begleiten zu lassen,
- das polizeiliche Führungszeugnis und ein ärztliches Unbedenklichkeitsattest der beteiligten Erwachsenen enthalten keine hinderlichen Aussagen,
- die kooperative Zusammenarbeit mit den Eltern des Jugendlichen und mit dem Jugendamt.

JuMeGa setzt sich das Ziel, die Ressourcen einer sich bewerbenden Familie und die „Gestalt“ des zur Verfügung gestellten Platzes zu erkennen. Gastfamilien sollen in diesem Sinne nicht als geeignet oder ungeeignet bewertet werden, „... sondern (sc.: wir) fragen uns, ob ein junger Mensch von diesem Platz profitieren könnte“ (JuMeGa 2008). Die „Passung“ zwischen dem jungen Menschen und der Gastfamilie mit ihren jeweiligen besonderen Charakteristika spielt deshalb eine entscheidende Rolle. Die Zuordnung Jugendlicher-Gastfamilie erfolgt im Rahmen der wöchentlichen JuMeGa-

Teamsitzungen, die auch zur Vorstellung von Bewerberfamilien, zur kollegialen Fallsupervision und zur Besprechung von Krisensituationen dienen.

Ab dem Zeitpunkt der Zuordnung von Jugendlichen und Gastfamilie übernimmt ein JuMeGa-Mitarbeiter die Fallverantwortlichkeit im Sinne eines Case-Managements. Er hat beratende und begleitende Funktion und ist Ansprechpartner für alle Beteiligten (Gastfamilie, junger Mensch, Herkunftsfamilie, Schule / Ausbildungsstelle, Jugendamt, therapeutische Ansprechpartner). Die Begleitung der Gastfamilie erfolgt unter dem Leitgedanken einer Verbindung der Alltagskompetenz der Familie mit der Fachkompetenz des JuMeGa-Teams. Die Gasteltern werden im JuMeGa-Konzept nicht als „Ersatzeltern“ gesehen, können aber für den jungen Menschen zu „Wahlverwandten“ werden. Die Dauer des Gastfamilienverhältnisses wird in der Regel auf ca. 2 Jahre veranschlagt, bei einer jedoch erheblichen, vom individuellen Bedarf abhängigen Schwankungsbreite. Die Zusammenarbeit mit dem zuständigen Jugendamt umfasst in dieser Zeit u.a. die aktive Beteiligung an Hilfeplangesprächen, die in der Gastfamilie stattfinden. JuMeGa sieht für die Gastfamilien und Jugendlichen Entlastungsangebote z.B. für Krisen- oder Urlaubssituationen vor und gewährleistet die Erreichbarkeit eines Ansprechpartners für die Gastfamilie rund um die Uhr. Das Konzept beinhaltet ferner eine Zusammenarbeit mit der Herkunftsfamilie bzw. den Sorgeberechtigten mit einem Gesprächsangebot für die Herkunftseltern, mit zuverlässigen und zeitnahen Informationen über die Entwicklung des Kindes auch in Bezug auf Alltagsereignisse, die Gestaltung und Begleitung des Kontakts zwischen Jugendlichen, Herkunftsfamilie und Gastfamilie sowie die Vor- und Nachbesprechung von Besuchen und Aufhalten in der Herkunftsfamilie. Die Falldokumentation erfolgt mit den Schwerpunkten der Erfassung aller den Fall betreffenden Kontakte, der Beschreibung der beteiligten Systeme mit dem Ziel einer Dokumentation der prozesshaften Entwicklung und zeitnaher Dokumentation zwecks Informationsmöglichkeit für Vertretungskräfte im Bedarfsfall.

Das Betreuungskonzept für die Jugendlichen und ihre Gastfamilien orientiert sich dabei nach Roth (2004, 2005) an sechs handlungsleitenden Grundprinzipien:

- Ressourcenorientierung („das Anknüpfen am gesunden Kern der jungen Menschen“)
- Passung: es gibt keine ungeeigneten Jugendlichen oder ungeeigneten Familien, sondern es kann nur unter Umständen keine geeignete Passung gefunden werden

- Krisenhilfe: Gastfamilie und Gast werden bei krisenhafter Zuspitzung durch die Fachkräfte intensiv unterstützt („zur-Stelle-sein“, wenn der Fall es erfordert), ggf. erfolgt eine stationäre Krisenintervention in der Jugendpsychiatrie
- Partnerschaftliche, wertschätzende kontinuierliche Begleitung und prozesshafte Qualifizierung der Gastfamilien: Die Begleitung, Beratung und Unterstützung erfolgt bedarfsabhängig, durch regelmäßige Hausbesuche (u.U. auch mehrmals wöchentlich, mindestens vierwöchig) und ständige telefonische Erreichbarkeit, mit dem Ziel der Entwicklung eines gemeinsamen Handlungskonzepts aus der Verbindung von Alltagskompetenz und professioneller Expertise.
- Netzwerkarbeit und Prozessorientierung: Die Fachkräfte sehen sich als Koordinatoren eines Netzwerks um den Jugendlichen, bestehend aus Gastfamilie, Herkunftsfamilie, Schule oder Ausbildungsstelle, ambulanter Therapie und psychiatrischer Klinik. Ein zentrales Anliegen ist dabei die Gestaltung des Kontakts zur Herkunftsfamilie.
- Neugier und Optimismus: Die Betreuung in der Gastfamilie wird als Projekt mit offenem und teils überraschendem Verlauf gesehen, aber im Vertrauen auf einen positiven Ausgang.

Nach Etablierung des Gastfamilienmodells für Jugendliche im Jahr 1997 fand es im Laufe der weiteren Entwicklung zunehmende Aufmerksamkeit in der Jugendhilfe-Landschaft: Aufgrund der positiven ersten Erfahrungen, die von Löble et al. (1999) dargestellt wurden, erhielt der Trägerverein Arkade e.V. für das Modellprojekt der „Familienpflege für seelisch behinderte oder von seelischer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche“ im Jahr 2000 den „Förderpreis für hervorragende Arbeiten im Dienste des Pflegekinde“ der Stiftung zum Wohl des Pflegekinde in Holzmin-den. Ein Themenheft der „Sozialpsychiatrischen Informationen“ (2004) wurde der Psychiatrischen Familienpflege gewidmet. Barbara Roth, die fachlich-pädagogische Leiterin des Projekts, stellte in einem Beitrag zu diesem Themenheft die Entwicklung und Umsetzung der Familienpflege für seelisch schwer belastete junge Menschen dar. In den letzten Jahren wurde das JuMeGa-Modell von Jugendämtern und Jugendhilfeträgern auch aus anderen Regionen aufgegriffen, so dass es zu einer Erweiterung um die Außenstellen Ulm ab 2003 und Tuttlingen ab 2006 kam. Insgesamt werden 2010 ca. 170 junge Menschen in Gastfamilien betreut. Ab 2006 entstanden bundesweit Partnerschaften zwischen Teams, die ebenfalls das JuMeGa-Konzept

einsetzen. Ein Anbieterverbund wurde gegründet, der 2008 eigene Qualitätsstandards festlegte und 2010 neben den bisherigen württembergischen Trägern auch Einrichtungen in Baden, Bayern und Nordrhein-Westfalen umfasst.

Der ursprüngliche Terminus „Psychiatrische Familienpflege“ wurde wie oben erwähnt nach wenigen Jahren aufgegeben und stattdessen durch die Bezeichnung „Junge Menschen in Gastfamilien- JuMeGa“ ersetzt. Seit 2006 ist der Name JuMeGa® geschützt. Diese Namensänderung bringt, auch wenn dies in der Konzeption so nicht explizit benannt wird, zum einen eine gewisse Tendenz zur Entmedizinalisierung bzw. zur Distanzierung von den ursprünglich stark psychiatrisch geprägten Wurzeln zum Ausdruck. An deren Stelle trat eine stärker pädagogisch geprägte Ausrichtung. Zum anderen betont der „Gast“-Begriff den temporären Charakter dieser Betreuungsform, die im Gegensatz z.B. zu einer Adoptivfamilie oder zu einer auf Langzeitbetreuung ausgerichteten Pflegefamilie für kleine Kinder zeitlich deutlich stärker befristet ist.

Zur Veranschaulichung soll die Fall-Vignette einer Jugendlichen dargestellt werden, die nach mehreren stationären jugendpsychiatrischen Behandlungen im Gastfamilienmodell weiterbetreut wurde (auch hier wurden zur Anonymisierung des Falles Namen und Daten geändert):

Die 15-jährige Larissa wurde auf der Jugendstation des ZfP Südwürttemberg/Weissenau nach einem Suizidversuch als Notfall aufgenommen. Sie hatte Beruhigungstabletten eingenommen und wollte sich von einer Autobahn-Talbrücke in die Tiefe stürzen, konnte aber von Passanten rechtzeitig gerettet werden. Auslöser für den Suizidversuch war ein Alltagskonflikt mit der Mutter. Larissa hatte von ihr eine Strafarbeit bekommen, weil sie die Hausaufgaben nicht rechtzeitig gemacht hatte. Bei Larissa stiegen in dieser Situation intrusive Erinnerungen auf, dass sie früher immer wieder von ihrem Stiefvater Strafen bekommen hatte, um sie gefügig zu machen, sich von ihm sexuell missbrauchen zu lassen.

Larissa war mit ihrer Mutter im Alter von 5 Jahren aus der russischen Heimat nach Deutschland gekommen. Der alkoholabhängige Vater verblieb in Russland, seither besteht kein Kontakt mehr zu ihm, die Eltern sind geschieden. Von der Mutter wird berichtet, dass Larissa schon im Kindergartenalter mehrmals von zuhause weglief und auch bei den Großeltern mütterlicherseits Geld entwendete. Zwei Jahre nach der Übersiedlung nach Deutschland heiratete die Mutter einen selbständigen Versicherungsmakler und arbeitete anschließend als Sekretärin im Büro ihres Mannes. Ein Jahr später kam Larissas Halbbruder zur Welt. Larissa fand am Ende ihrer Grundschulzeit Aufnahme in einer Jugendlichen-Clique, mit der sie sich an Ladendiebstählen und Hauseinbrüchen beteiligte. Ein halbes Jahr vor dem Suizidversuch trennte sich die Mutter von Larissas Stiefvater, nachdem sie ihn am frühen Morgen im Bett seiner Stieftochter angetroffen hatte. Es stellte sich heraus, dass er Larissa mehrere Jahre lang missbraucht hatte. Nach dieser Entdeckung zog die Mutter mit den Kindern zunächst in ein Frauenhaus und erstattete Strafanzeige. Larissa wurde in einer Beratungsstelle für Missbrauchsoffer betreut, mit der Mutter wurden beratende Gespräche geführt. Nach mehreren Monaten fand die Mutter eine kleine Wohnung für sich und beide Kinder. Finanziell führte die

Trennung zu einem deutlichen Abstieg der Familie, zeitweilig war die Mutter von Sozialhilfe-Leistungen abhängig. Schließlich nahm sie wieder ihre Teilzeittätigkeit im Büro des Stiefvaters auf. Larissa musste durch die Geschehnisse innerhalb eines Jahres drei Mal die Schule wechseln. Zwischen der Mutter und Larissa kam es ständig zu teils heftigen Konflikten.

Bei der stationären Krisenintervention konnte die akute Suizidgefährdung rasch aufgefangen werden. Es zeigte sich, dass der Suizidversuch deutliche appellative Züge trug. Larissa hatte unmittelbar zuvor gegenüber Freunden auf ihrem Handy „Hilferufe“ ausgesendet und war erleichtert, als sie erfuhr, dass sie die Polizei eingeschaltet hatten. Auch nach Stabilisierung ihrer psychischen Verfassung hatte sie den Wunsch nach einer Fortsetzung der Klinikbehandlung. Die Mutter sah darin jedoch einen Versuch von Larissa, sich den schulischen Anforderungen in der Hauptschule und ihren eigenen Erziehungsbemühungen zu entziehen, und bestand auf einer Beendigung der stationären Therapie. Die Klinik empfahl darauf die Fortsetzung der Betreuung durch die Beratungsstelle und eine Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt, um Erziehungshilfe zu beantragen. Bei der Entlassung wurde eine Wiederaufnahme im Bedarfsfall angeboten.

Fünf Monate später kam es zur zweiten Klinikbehandlung: Larissa hatte sich heimlich immer wieder an beiden Unterarmen geritzt. Das selbstverletzende Verhalten eskalierte bei einer kirchlich organisierten Ferienfreizeit. Die Betreuer schickten Larissa schließlich zur Mutter zurück, die dadurch erstmals vom Ritzen ihrer Tochter erfuhr. Sorgen hatte ihr in den Monaten zuvor jedoch der Alkoholkonsum ihrer Tochter bereitet, die sich kaum noch zuhause aufhielt. In betrunkenem Zustand hatte Larissa versucht, sich in der Öffentlichkeit auszuziehen, und „Männer angemacht“.

Entgegen der Empfehlung der Klinik hatte die Mutter in der Zwischenzeit keinen Kontakt mit dem Jugendamt aufgenommen. Auch Larissas Wunsch, eine längere stationäre Behandlung zu machen, um das Ritzen abzubauen und die intrusiven Erinnerungen an den Missbrauch besser zu bewältigen, hatte die Mutter abgewehrt. Erst nach Intervention der Beratungsstelle und Zureden des Kinderarztes lenkte sie ein. Bei der Aufnahme schilderte sie, sie habe tagelang wegen der Trennung von ihrer Tochter geweint, aber nun erkannt, dass die Empfehlung sinnvoll sei: „Ich muss mich daran gewöhnen.“

Die zweite stationäre Behandlung in der Jugendpsychiatrie dauerte vier Monate. Neben den oben geschilderten Auffälligkeiten zeigte sich bei Larissa durch die stationäre Beobachtung eine bisher verheimlichte bulimische Symptomatik mit Essattacken und anschließendem Erbrechen. Diagnostisch ergab sich im Sinne des ICD 10 neben einer posttraumatischen Belastungsstörung der Verdacht auf eine beginnende emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus. Die Therapie hatte einen psychotherapeutischen und milieutherapeutischen Schwerpunkt: Neben Coping-Strategien für den Umgang mit Ritzimpulsen wurden Stabilisierungsübungen zur Verbesserung der Selbstkontrolle über die teils heftigen Stimmungsschwankungen durchgeführt. Larissa wirkte durch die Wiederaufnahme schnell entlastet, sie legte dann eine auffällige innere Gleichgültigkeit gegenüber ihren für alle anderen Beteiligten grellen Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten (z.B. histrionische Aufmerksamkeitssuche durch stark flirtendes und „überdrehtes“, sich dadurch in riskante Situationen bringendes Verhalten) an den Tag. Aufgrund der affektiven Symptomatik mit starken depressiven Verstimmungszuständen wurde als weiterer therapeutischer Baustein im Verlauf eine medikamentöse Therapie mit SSRI eingeleitet.

Während Wochenendbesuchen zuhause bei der Mutter kam es regelmäßig zu erneuten heftigen Konflikten um Regeln, Larissa betrank sich mehrfach. Da sich dieses Muster auch durch wiederholte familientherapeutische Sitzungen nicht verändern ließ, wurde schließlich eine Einschaltung des Jugendamts zur Suche nach einer geeigneten Heimeinrichtung vereinbart. Eine gemeinsam besichtigte Heimeinrichtung stieß jedoch bei Mutter und Tochter auf Ablehnung. Beide stimmten schließlich dem Vorschlag zu, mit JuMeGa eine geeignete Gastfamilie zu suchen.

Vor dem Probewohnen in der gefundenen Gastfamilie kam es zu einer nochmaligen krisenhaften Zuspitzung, und Larissa litt unter schweren Schuldgefühlen gegenüber ihrer Mutter.

Diese stimmte nach positivem Verlauf des Probewohnens schweren Herzens einem Wechsel ihrer Tochter in die Gastfamilie zu.

Ein halbes Jahr später wurde erneut eine stationäre Krisenintervention erforderlich: Larissa hatte in der Gastfamilie in suizidaler Absicht Urinsteinlöser getrunken. Nach der Akutversorgung im Allgemeinkrankenhaus wurde sie in die Weissenau verlegt. Auslösend für den Suizidversuch war ein Streit mit einer Freundin, Larissa fühlte sich überwältigt von Wutgefühlen und von Ängsten, von den Freundinnen verlassen zu werden. In stark erregtem Zustand hatte sie sich auf der Toilette eingeschlossen, weil sie sich vorgenommen hatte, sich nicht mehr zu ritzen. In für sie nicht zu kontrollierender Impulsivität nahm sie dort plötzlich mehrere Schlucke des Putzmittels zu sich. Sie gab an, erst danach sei ihr bewusst geworden, was sie getan hatte. Larissa holte ihre Gastmutter zu Hilfe, die sie ins Krankenhaus brachte.

Zwischen Larissa, den Therapeuten und ihrer Gastmutter bestand nach Abklingen der akuten Krise schnell Einigkeit, dass ein längerer Klinikaufenthalt für ihre weitere Entwicklung eher störend wäre. Im Gespräch wurde erarbeitet, wie Larissa den Konflikt mit den Freundinnen mit Unterstützung ihrer Gastmutter angehen könnte. Das Milieu der Gastfamilie wirkte tragfähig, Larissa wurde zwei Tage später dorthin entlassen. Sie blieb ein Jahr dort, bis sie schließlich auf Drängen ihrer Mutter wieder zu ihr zurück zog. Das Zusammenleben mit ihr entwickelte sich jedoch erneut sehr konfliktreich, schulisch ging es bei Larissa in dieser Zeit abwärts, mit Mühe bewältigte sie den Hauptschulabschluss. Auf Anraten des Jugendamts wechselte Larissa nach einem Jahr ins betreute Jugendwohnen. Sie war jedoch trotz Unterstützung von einer Betreuerin schnell überfordert von den Aufgaben eines eigenen Haushalts, vor allem aber von der emotionalen Herausforderung, selbständig zu leben. Drei Ausbildungsversuche wurden von ihr abgebrochen, danach besuchte sie eine hauswirtschaftliche Berufsschule. Zunehmend traten wieder Suizidgedanken auf, vor allem während der Gerichtsverhandlung gegen ihren Stiefvater, der zu zwei Jahren Haft verurteilt wurde. Zu ihren früheren Gasteltern hielt Larissa in dieser Zeit ständig Kontakt, auch nachdem der dortige „Pflegeplatz“ erneut belegt worden war. Mit ihrer eigenen Mutter hatte sich Larissa auseinander gelebt, zwischen beiden bestand nur noch wenig Kontakt.

Zwei Jahre später und damit vier Jahre vor ihrer Teilnahme an der Katamnese studie wurde Larissa zu ihrer bislang letzten, sechswöchigen Klinikbehandlung in der Psychiatrie aufgenommen. Sie hatte erneut einen Suizidversuch unternommen, mit Tabletten und Erhängen. Als Anlass schilderte sie ein Hilfeplangespräch im Jugend kurz vor ihrem 18. Geburtstag, in dem ihr mitgeteilt wurde, dass eine Fortsetzung der Gastfamilien-Unterbringung wegen Erreichen der Volljährigkeit nicht mehr möglich sei.

Von der Klinik wurde dem Jugendamt dennoch nach Abwägung anderer Alternativen erneut eine Gastfamilienunterbringung empfohlen. Nach anfänglichem Widerstreben genehmigte das Jugendamt schließlich diese Maßnahme. JuMeGa vermittelte Larissa zu einer neuen Gastfamilie. Erste Kontakte verliefen positiv, Larissa wurde dort aufgenommen. Sie verblieb zweieinhalb Jahre in ihrer zweiten Gastfamilie.

Larissa berichtet in der Katamnese-Untersuchung: „Meine ehemalige Pflegemutter konnte sehr gut auf mich eingehen. Im Lauf der Zeit hat sich eine Freundschaft aufgebaut, die jetzt noch besteht.“ In ihrer Schilderung wird deutlich, dass für sie die in der Gastfamilie gebotene Verbindung von familiären Beziehungen („man spürt die Wärme“) und gleichzeitiger Möglichkeit zur Verselbständigung („... dass ich meinen Freiraum hatte und selbständig werden konnte“) eine zentrale Bedeutung hat. Am meisten geholfen habe ihr das Reden mit der Gastmutter: „Sie merkte, wie es mir geht, kam oft auf mich zu und sagte ´gell du willst dir wieder was antun´, und dann haben wir darüber geredet, und dann habe ich mir nichts ange-tan.“ Larissa schildert, dass sich während dem zweiten Gastfamilienaufenthalt die Beziehung zu ihrer Mutter wieder deutlich verbessert hat. „Meine Mutter schaute sich viel von ihr (der Gastmutter) ab, z.B. dass man was mit einem Kind unternimmt, und hat dann auch viel mit mir geredet, vorher war es ja so distanziert zwischen uns.“

Nach ihrer hauswirtschaftlichen Ausbildung findet Larissa über ein Praktikum eine Stelle als Bedienung in einem großen Restaurant. Da sie sich dort gut bewährt, erhält sie schließlich

die Serviceleitung. Bis heute ist sie in dieser Position weiter tätig. Begleitend macht sie mehrere Jahre lang eine ambulante Psychotherapie mit niederfrequenten Sitzungen.

Die Unterbringung in der zweiten Gastfamilie wird beendet, als Larissa schließlich mit ihrem Freund zusammenzieht. Im Katamnese-Interview schildert Larissa, dass sie immer noch Schwierigkeiten hat, Ordnung zu halten, mit Geld klar zu kommen und pünktlich zu sein. Wenn viele Leute etwas von ihr wollen, falle es ihr noch schwer, „nein“ zu sagen. Mit dem Ritzen habe sie vor 1 ½ Jahren aufgehört. Sie habe auch keine Suizidgedanken mehr. Als eigene Stärken benennt sie ihre Offenheit und Hilfsbereitschaft und ihr Aussehen.

1.3 Das Gastfamilienmodell im internationalen Vergleich

Gegenüber einer Heimunterbringung zeichnet sich das Gastfamilienmodell durch eine nicht-institutionelle Betreuung und den Verbleib in einer „normalen“ familiären Umgebung als wesentliches Merkmal aus. Im Vergleich zu einer konventionellen Pflegefamilienunterbringung für Kinder wendet es sich an eine Zielgruppe junger Menschen mit höherem, jugendlichem „Eingangsalter“ und starken psychiatrischen Auffälligkeiten, und die fachliche Betreuungsintensität ist deutlich höher. Durch diese Merkmale nimmt das Gastfamilienmodell eine Sonderstellung im Spektrum der Hilfformen ein. Unter nationalem wie internationalem Blickwinkel finden sich deshalb nur wenige mit dem Gastfamilienmodell vergleichbare Betreuungsformen.

Das aus Nordamerika stammende Modell der therapeutischen Pflegefamilie („therapeutic foster care TFC“) zeigt dabei die größte Ähnlichkeit mit dem Gastfamilienmodell (US Department of Health and Human Services 1999). Es richtet sich ebenfalls an die Zielgruppe von Kindern mit ausgeprägten psychischen Störungen, in der Regel werden bei ihnen DSM-Achse-I-Diagnosen vorausgesetzt. TFC wird ebenso wie das Gastfamilienmodell als Alternative zu einer sonst notwendigen Heimunterbringung genutzt und beinhaltet eine intensive therapeutische Begleitung des Kindes, eine enge Supervision der Pflegefamilie sowie eine deutlich höhere Bezahlung der therapeutischen Pflegeeltern im Vergleich zu traditionellen Pflegeverhältnissen. Anders als in der Konzeption der Gastfamilien-Betreuung handelt es sich aber bei den therapeutischen Pflegeeltern um spezifisch für die Arbeit mit derartigen Kindern geschulte Personen mit extensivem Pre-Service-Training und umfangreichen fachlichen Schulungen.

Eine besonders intensive, ausdifferenzierte TFC-Form stellt das von Chamberlain und Mitarbeitern ab 1983 in Oregon/USA entwickelte MTFC-Modell („Multidimensional Treatment Foster Care“) dar, das auf lerntheoretischen Grundlagen aufbaut

(Leve, Fisher & Chamberlain 2009). Es umfasst multiple psychotherapeutische und ärztliche Interventionen: Behaviorales Elterntraining für die Pflegeeltern, Familientherapie für die biologischen Eltern, Skills-Training und supportive Therapie für die Kinder, behaviorale Interventionen in der Schule, psychiatrische Betreuung und ggf. medikamentöse Behandlung. Der ursprüngliche MTFC-Schwerpunkt auf der Betreuung von massiv und chronisch dissozialen Jugendlichen wurde 1992 erweitert auf Kinder im Alter von 9 bis 18 Jahren mit schweren psychischen Störungen (multiple DSM-IV-Achse-I-Diagnosen) und 1996 auch auf Vorschulkinder. Beim MTFC-Modell liegt der Akzent auf einer intensiven therapeutischen Betreuung in der Pflegefamilie. Das zugrundeliegende stark verhaltenstherapeutisch orientierte Modell zielt darauf ab, den betreuten Kindern in der Pflegefamilie eine konsistent verstärkende Umgebung (4:1-Regel: vier Mal positive Verstärkung für einmal Grenzziehen bzw. Bestrafen) mit klarer Struktur und klaren Grenzen zu vermitteln, Kontakte zu problembelasteten Peers, wie sie in Heimen unvermeidlich wären, zu vermeiden und stattdessen Beziehungen mit „positiven Peers“ zu fördern (Chamberlain 2003). Im Gegensatz dazu hat das Gastfamilienmodell mit seinem dargestellten institutionskritischen Hintergrund einen ausgeprägten Schwerpunkt in der „Alltagspädagogik“ und setzt primär auf die Ressourcen und Fähigkeiten der nicht-professionellen Laienfamilien und auf die Passung zwischen Jugendlichem und Familie statt auf therapeutische Interventionen. Während das MTFC-Modell für die Betreuung von dissozialen Kindern und Jugendlichen entwickelt wurde, standen bei der Entwicklung des Gastfamilienmodells vorrangig andere psychische Störungen im Vordergrund. Dadurch sind beide Ansätze konzeptionell-inhaltlich nur teilweise vergleichbar.

1.4 Stand der empirischen Forschung und Bewertung der Studienlage

Unter historischem Blickwinkel lässt sich die Betreuung von Kindern, die nicht in ihrer Herkunftsfamilie heranwachsen können (Waisen, Findelkinder, ausgesetzte Kinder oder Kinder mit Behinderungen und schweren Verhaltensstörungen), in den beiden Betreuungsformen Pflegefamilie und Heim bis zur Antike zurückverfolgen. Dabei kann mit Textor festgestellt werden, dass im Laufe der Epochen abhängig von der jeweiligen sozialökonomischen Situation und vom herrschenden pädagogischen Zeitgeist immer wieder wechselnd Pflegefamilienerziehung oder Heimerziehung be-

vorzuzug bzw. kritisiert wurden (Textor 1993, S.15). Bis heute stehen beide Betreuungsformen in einer ideologisch geprägten, teils heftig umstrittenen Konkurrenz, mit entschiedenen Anhängern (z.B. Barth 2002) wie Gegnern der Betreuung gefährdeter Kinder in Pflegefamilien (z.B. Doyle 2007). Dabei liegen aber bis heute nur wenige empirisch fundierte, evaluativ vergleichende Untersuchungen zur differentiellen Indikation, zu Verlauf und Outcome beider Maßnahmen vor. So beschränkt sich Schwedler (2000) in der Gegenüberstellung von Pflegefamilien- und Heimerziehung auf eine Erörterung der theoretischen Positionen. Arnold et al. (2008) untersuchten Pflegefamilien- und Heimplatzierungen in der Schweiz anhand von insgesamt 43 Platzierungen (9 Pflegefamilien- und 34 Heimunterbringungen), dabei standen jedoch die Abläufe des Platzierungsprozesses und der Partizipationsmöglichkeiten von Eltern und Kindern im Vordergrund und weniger der Vergleich der beiden Hilfformen.

Anhand einer systematischen datenbankgestützten Literaturrecherche von 1967 bis 2006 hinsichtlich sozialwissenschaftlicher Veröffentlichungen zur Pflegekinderhilfe wurden vom Projekt „Pflegekinderhilfe in Deutschland“ des Deutschen Jugendinstituts DJI München und des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht DIJuF Heidelberg 86 deutschsprachige Veröffentlichungen gefunden, davon jedoch nur zu einem kleinen Teil (11%) empirische Originalarbeiten (DJI München, DIJuF Heidelberg 2006, S. 11). Es überwogen Übersichtsarbeiten und deskriptive Studien. „Komplexere empirische Forschungsansätze (z.B. Interventionsstudien mit Kontrollgruppe, Längsschnittstudien, Studien mit Multimethoden- und Multiinformantenansatz, Studien mit multivariatem Analyseansatz) fehlten weitgehend.“ (S. 11). Die Autoren fanden keine einzige deutsche Studie mit Kontrollgruppe zu Interventionen in der Pflegekinderhilfe.

Es besteht also ein deutlicher Bedarf an derartigen Studien. In einer Übersichtsarbeit über “children in substitute care“ folgert Rutter (2000, S. 685): „Mainstream research needs to pay greater attention to policy and practice questions and action research needs to take better advantage of improvements in research methodology.“ Auch von deutschen Autoren wird ein „... Mangel an empirischer Forschung im Bereich der Jugendhilfe ...“ (Petermann & Schmidt 2004, S.1) beklagt. Macsenaere (2009, S. 197) stellt fest: „In Anbetracht der hier postulierten Bedeutung von Kontrollstudien erstaunt es, dass in der empirischen Kinder- und Jugendhilfeforschung kaum (quasi-)experimentelle Kontrollstudien vorliegen.“

Cann et al. (1996) wiesen erstmals nach, dass Adoleszente in Heimen und Pflegefamilien gegenüber solchen, die in ihrer familiären Herkunftsfamilie aufwachsen, durch eine besonders hohe Belastung mit psychiatrischen Störungen gekennzeichnet sind. Sie konnten auch zeigen, dass viele institutionell betreute Jugendliche unter schweren, behandelbaren psychischen Störungen leiden, die aber im Hilfeprozess nicht erkannt und diagnostiziert wurden. Neuere Untersuchungen zur Situation von Heimkindern in Deutschland (Schmid et al. 2008) zeigen ebenfalls, dass es sich dabei um eine psychisch besonders stark belastete Gruppe handelt: 60 % der von ihnen untersuchten Kinder und Jugendlichen erfüllten die Kriterien für eine psychiatrische ICD-10-Diagnose und 37 % sogar die Kriterien für mehrere Diagnosen, mit einem Vorwiegen von externalisierenden und disruptiven Störungen. 81 % erreichten in den Fremd- und Selbstbeurteilungs-Screeningverfahren CBCL und YSR Gesamtwerte im klinisch auffälligen Bereich ($T > 59$). Eine aktuelle Studie aus der Türkei verglich 11 bis 18 Jahre alte Adoleszente in institutioneller und nicht-institutioneller Erziehung. Sie fand zwei- bis vierfach höhere Problembelastungsquoten bei den institutionell erzogenen Jugendlichen (Erol et al. 2009). Die institutionell erzogenen Jugendlichen zeigten nicht nur stärkere externalisierende, sondern auch mehr internalisierende Auffälligkeiten. Die Autoren folgern: „In conclusion, there is a pressing need to transform the social and health care policy and to provide family and community-based alternatives for youth currently in institutional care in Turkey.“ (Erol et al. 2009, S. 113).

Die Notwendigkeit einer besseren empirischen Evaluation von Jugendhilfemaßnahmen ergibt sich auch aus den veränderten Rahmenbedingungen des Jugendhilfesystems: Die Situation der staatlichen Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland wird in den letzten Jahren stark geprägt von der Finanznot von Kommunen und öffentlichen Trägern. Dadurch geriet die Jugendhilfe unter steigenden Kosten- und Legitimationsdruck (Zinkl. et al. 2004, S. 4), so dass ihre Einrichtungen zunehmend vor der Herausforderung stehen, Qualität, Effektivität und Effizienz ihrer Leistungen zu belegen. Vor diesem gesamtgesellschaftlichen Hintergrund entstanden in den letzten ca. 15 Jahren erste groß angelegte Evaluationsstudien und Dokumentationssysteme in der deutschen Jugendhilfelandchaft. Dazu gehören die JULE-Studie („Projekt Jugendhilfeleistungen“, Baur et al. 1998) als erste größere Evaluationsstudie im Bereich der Hilfen zur Erziehung, die wenige Jahre später veröffentlichte „Jugendhilfe-Effekte-Studie“ (JES-Studie) (Schmidt et al. 2002) und das 1999 eingeführte Dokumentati-

ons- und Qualitätsentwicklungssystem EVAS (Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen) für verschiedene Arten der Jugendhilfe (Macsenaere & Knab 2004). Eine erste Kosten-Nutzen-Analyse der Heimerziehung kam zu dem Ergebnis, dass die Investition von 1 € in Heimerziehung langfristig zu einem volkswirtschaftlichen Nutzen von 3 € führt (Roos 2005). Die genannten Evaluationsstudien beschränken sich jedoch im Falle der JULE-Studie (BMFSFJ 2002) und der EVAS-Studie (Macsenaere & Knab 2004) auf die Untersuchung der traditionellen Heimunterbringung im Rahmen eines Ein-Gruppen-Untersuchungsplans („One Shot Case Study“). Sie weisen weder ein experimentelles noch ein quasi-experimentelles Kontrollgruppen-Design auf, so dass die interne wie die externe Validität der gewonnen Ergebnisse damit kaum beurteilt werden können (vgl. Macsenaere 2009, S. 197f.). Eine Ausnahme bilden hier die beiden quasi-experimentellen Studien zum Vergleich von stationären mit ambulanten Hilfeformen in der Jugendhilfe-Effekte-Studie JES (Macsenaere et al. 2003) und zur vergleichenden Evaluation von Jugendhilfeprozessen mit und ohne Einsatz der sogenannten Sozialpädagogischen Diagnosetabellen (EST!-Studie von Macsenaere et al. 2009). Beide Studien sind jedoch für die hier zur Diskussion stehende Frage der vergleichenden Evaluation des Gastfamilienmodells ohne Belang.

Die bisher vorliegenden Studien aus dem Bereich des deutschen Jugendhilfesystems lassen somit keine Aussagen über die hier angesprochene, besonders beeinträchtigte Subgruppe von Kindern und Jugendlichen in der Jugendhilfe zu, die aufgrund ausgeprägter psychischer und Verhaltensstörungen noch vor Beginn einer Fremdplatzierung im Jugendhilfesystem bereits eine stationäre klinische Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie benötigen. Die Subgruppe der Kinder und Jugendlichen, die im Sinne des § 35a SGB VIII im Zusammenhang mit einer (drohenden) seelischen Behinderung Eingliederungshilfe erhalten, wird von ihnen nicht näher erfasst. Ebenso wenig berücksichtigen sie das beschriebene Modell der Betreuung von psychisch beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen in Gastfamilien, und auch das traditionelle Pflegefamilienmodell wird von ihnen nicht in diesem Zusammenhang thematisiert.

Auch in der angloamerikanischen Literatur finden sich bis heute nur wenige Studien zum Vergleich von Heimunterbringung und Unterbringung in Pflegefamilien (zusammenfassend hierzu Rushton & Minnis 2008, Barth 2002, Miller 2002). In der sogenannten ASC-Studie (Adolescents in Substitute Care Study; Milner & Sneddon 2003, Sneddon & Milner 2003) wurden Fremdplatzierungsmaßnahmen bei nordirischen 10

bis 15-Jährigen untersucht. Hinsichtlich der Alterszusammensetzung ist die untersuchte ASC-Stichprobe damit teilweise mit der Zielgruppe des Gastfamilienmodells vergleichbar, das allerdings zu einem erheblichen Teil auch ältere, 15 bis 18jährige Jugendliche umfasst. Die Autorinnen kamen zu dem Ergebnis, dass die in Heimen untergebrachten Kinder im Vergleich zu in Pflegefamilien untergebrachten Kindern eine höhere Problembelastung bereits vor Beginn der Maßnahme aufweisen (emotionale und Verhaltensauffälligkeiten, Erziehungsprobleme und Schwierigkeiten in den sozialen Beziehungen). Teilweise waren diese Unterschiede jedoch auf einen Alterseffekt zurückzuführen: Das Risiko einer besonderen Problembelastung stieg mit dem Alter der untersuchten Kinder an, und da die in Heimen untergebrachte Gruppe älter war, verstärkte dieser Alterseffekt den Unterschied zwischen den Prävalenzraten in den beiden Untersuchungsgruppen, insbesondere z.B. bei Störungen wie Substanzmissbrauch. Allerdings ist die ASC-Studie kaum aussagefähig im Hinblick auf das JuMeGa-Gastfamilienmodell, da dieses wie dargestellt neben der anderen Altersstruktur eine deutlich höhere fachliche Betreuungsintensität aufweist als das in der ASC-Studie untersuchte, nach konventionellem Konzept niederfrequent begleitete Pflegefamilienmodell.

Die in den anderen, oben erwähnten angloamerikanischen Studien untersuchten traditionellen Pflegefamilien betreuen anders als in der ASC-Studie in der Regel jüngere Kinder, meist Kleinkinder bzw. Kinder, bei denen ein festes Pflegeverhältnis seit dem frühen Kindesalter über viele Jahre hinweg bis in die Jugendphase hinein besteht. Studien mit älteren Kindern bzw. Jugendlichen legte die Gruppe um Chamberlain vor: In mehreren Untersuchungen analysierten sie bei der Zielgruppe delinquenter Jugendlicher die Auswirkungen ihres MTFC-Programmes im Vergleich zu einer Unterbringung in Jugendwohngruppen anhand randomisierter Kontrollgruppenstudien mit Baseline-Erhebung und mehreren follow-up-Untersuchungen bis 2 Jahre nach Programmbeginn (Leve & Chamberlain 2005; zusammenfassend vgl. Bovenschen & Spangler 2008).

Dagegen gibt es keine Studien über längerfristige Verläufe bei jugendlichem Eintrittsalter in die Pflegefamilie und bei psychiatrischen Störungen, bei denen nicht Delinquenz im Vordergrund steht. Dieser insgesamt zu konstatierende Mangel hängt neben dem oben erwähnten generellen Defizit an empirischer Forschung in der Jugendhilfe und dem hohen Aufwand für derartige Studien stark mit weit verbreiteten, ursprünglich aus der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie abgeleiteten

Grundannahmen in der Jugendhilfe wie in der Psychotherapie und Psychiatrie zusammen. Bis heute findet sich hier häufig die Vorstellung, dass Jugendliche aufgrund ihrer altersgemäßen Autonomiebedürfnisse und Ablösungsbestrebungen gegenüber Eltern und Herkunftsfamilie als nicht für eine erneute familiäre Einbettung bzw. Vermittlung in eine Pflegefamilie geeignet angesehen werden. Diese Sichtweise trug mit dazu bei, dass sich für diese Altersgruppe die Heimunterbringung zur Regelmaßnahme entwickelt hat.

Durch die überregionale Ausbreitung des JuMeGa-Gastfamilienmodells in der deutschen Jugendhilfelandchaft und die wachsende Zahl der darin betreuten Jugendlichen stellt sich somit zunehmend die Frage der wissenschaftlichen Evaluation für diese Sonderform der Unterbringung in einer Pflegefamilie, gerade auch im direkten Vergleich mit „konventionellen“ Jugendhilfemaßnahmen wie Heimunterbringung. Empirische Untersuchungen zu Indikation, Verlauf und Katamnese von Unterbringungen von Minderjährigen im Rahmen des Gastfamilienkonzepts sowie Studien zum Vergleich mit diesen traditionellen Maßnahmen liegen aber bisher mit einer Ausnahme nicht vor: Maurer (2006) evaluierte in einer pädagogischen Diplomarbeit das Gastfamilienmodell im badischen Ortenaukreis anhand einer Aktenanalyse und einer Fragebogen-gestützten Befragung von Gastfamilien, Herkunftsfamilien und Kooperationspartnern. Die Studie umfasst jedoch mit lediglich 6 Fällen eine sehr kleine Stichprobengröße. Die betroffenen Jugendlichen selbst wurden nicht befragt, ihre subjektive Wahrnehmung und Bewertung der Maßnahme wurde in der Untersuchung nicht berücksichtigt. Der Untersuchungsleiter war zum Untersuchungszeitpunkt festangestellter Mitarbeiter des Psychiatrischen Familienpflegeteams am Landratsamt Ortenaukreis. Ein systematischer Bias durch diese Vermischung seiner Rollen als Leiter der Evaluationsstudie und als zentrales Mitglied des evaluierten Prozesses kann deshalb nicht ausgeschlossen werden. Schließlich fehlt in der Studie auch eine Kontrollgruppe, so dass für ihre zentralen Aussagen und Ergebnisse wie die „große Zufriedenheit“ aller Beteiligten mit dem Gastfamilienmodell (Maurer 2006, S.4) kein Vergleichsmaßstab zur Verfügung steht. Eine neuere Evaluationsstudie von Lakemann et al. (2008) über die psychiatrische Familienpflege in Thüringen beschäftigt sich ausschließlich mit der Familienpflege bei erwachsenen psychisch Kranken (Durchschnittsalter 31 Jahre), Jugendliche und Kinder werden darin nicht berücksichtigt. Das Untersuchungsdesign dieser Studie entspricht ebenfalls einer One-Shot-Case-Study ohne Kontrollgruppe, so dass die Validität der Ergebnisse fraglich bleibt.

Im deutschsprachigen Raum liegt also bisher keine Studie zum Vergleich der postklinischen stationären jugendhilflichen Betreuung in den beiden hier gegenübergestellten Unterbringungsformen vor. Die psychiatrische Familienpflege für Jugendliche als relativ neues und bisher regional begrenzt verfügbares Hilfeangebot wurde noch nicht empirisch-vergleichend untersucht. Evaluierte Erfahrungen mit dem Familienpflegemodell in der Erwachsenenpsychiatrie waren jedoch sehr ermutigend (Konrad & Schmidt-Michel 1998), und bisherige klinische Erfahrungen deuten darauf hin, dass diese Hilfeform auch für die Zielgruppe jugendpsychiatrischer Patienten, die nach der Klinikphase einen neuen Lebensraum außerhalb ihrer Herkunftsfamilie benötigen, eine effektive und wirksame Alternative zur traditionellen stationären Jugendhilfe in Heimeinrichtungen darstellt.

1.5 Entwicklung der Fragestellung

Die vorliegende Untersuchung hat vor diesem Hintergrund das Ziel, Gastfamilienunterbringung und Heimunterbringung als zwei alternative Formen der Jugendhilfe zur außerfamiliären Platzierung und Betreuung von Jugendlichen nach stationärer psychiatrischer Behandlung empirisch zu vergleichen. Die Unterbringung in Gastfamilien und die traditionelle jugendhilfliche Heimunterbringung sollen mittels einer naturalistischen bzw. quasi-experimentellen, kombinierten retrospektiven und katamnestischen Studie gegenübergestellt werden hinsichtlich folgender Aspekte:

- Indikationsspektrum bei psychiatrisch vorbehandelten Jugendlichen
- Verlauf und Ergebnis der Unterbringungsmaßnahme (Wirksamkeit)
- subjektive Bewertung der erlebten Maßnahme durch die Betroffenen (Akzeptanz).

Bei der Untersuchung wird auf die Ausgangspopulation der Jugendlichen aus der Region Bodensee-Oberschwaben zurückgegriffen, die nach einer Klinikbehandlung an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie am ZfP Südwürttemberg/Ravensburg-Weissenau in einer der beiden Hilfeformen weiter betreut wurden. Beide Gruppen sollen im Rahmen einer retrospektiven Aktenanalyse und einer katamnestischen Nachuntersuchung mit empirischen Untersuchungsmethoden verglichen werden.

Die Ergebnisse dieses Gruppenvergleichs sind relevant für die Frage der spezifischen Indikationsstellung und Selektion („für welche stationär kinder- und jugendpsychiatrisch behandelte Jugendliche wurde postklinisch Unterbringung in einer Gastfamilie indiziert, für welche Heimunterbringung?“) und für die Frage nach der Vergleichbarkeit von Verlauf und Outcome beider Maßnahmen. Die Frage nach dem Outcome ist nicht zuletzt auch unter den genannten jugendhilfe- und gesundheitsökonomischen Aspekten von erheblicher Bedeutung: Stationäre Jugendhilfemaßnahmen sind aufgrund des zahlenmäßig großen Aufwands an professionellen Betreuungskräften mit einem vergleichsweise hohen finanziellen Aufwand verbunden, während die Gastfamilienunterbringung demgegenüber leichte Kostenvorteile zeigt.

Der Untersuchungsgang der Studie umfasst entsprechend der Fragestellung die beiden Schritte einer retrospektiven Analyse der Krankenakten sowie einer sich daran anschließenden katamnestischen Nachbefragung der Untersuchungsteilnehmer. Die Analyse von Indikation und Selektion (Schritt 1) erfolgt anhand der Daten, die in den während der stationären Behandlung am ZfP Südwürttemberg-Weissenau angelegten Krankenakten der Jugendlichen dokumentiert sind. Für die katamnestische Fragestellung (Schritt 2) werden Interview- und Fragebogenverfahren eingesetzt, mit denen die beteiligten Jugendlichen (Selbstbeurteilungsverfahren) und ihre Bezugspersonen (Fremdbeurteilungsverfahren) nachbefragt werden. Das methodische Vorgehen erfolgt einerseits quantitativ - bei den Krankenakten- und Fragebogendaten - und andererseits qualitativ-inhaltsanalytisch - bei den Interviewdaten. Dieser kombinierte Ansatz entspricht dem Modell der „Mixed Methodologies“ (Mayring 2008¹⁰, Teddlie & Tashakkori 2009), das in den letzten Jahren in den Sozialwissenschaften zunehmend an Bedeutung gewann und die bisherige Dichotomie von quantitativen und qualitativen Forschungsansätzen zu überwinden versucht. Es handelt sich dabei um einen Forschungsansatz, der auf einer pragmatischen Grundlage die Analyse numerischer Daten und die Untersuchung narrativer Daten verbindet und so eine Brücke schlägt zwischen konfirmatorischen und explorativen Forschungsansätzen.

Die katamnestische Erfassung sowohl von Selbst- wie von Fremdbeurteilungsdaten hat in der Jugendpsychiatrie eine besondere Bedeutung, die z.B. in Qualitätsanforderungen wie denen einer Datenerfassung durch multiple Informanten zum Ausdruck kommt, die z.B. von der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry AACAP in den Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung jugendpsychiatrischer Störungsbilder erhoben wird (AACAP 1997, S.14S). Entsprechend diesen methodischen

Standards werden in der Studie zum einen die zum Zeitpunkt der mehrere Jahre nach der Klinikentlassung erfolgenden Katamnese meist schon erwachsenen Probanden selbst befragt und untersucht. Zum anderen werden bei der katamnestischen Untersuchung gleichzeitig Fremdeinschätzungen durch relevante, von den Probanden selbst benannte und autorisierte Bezugspersonen eingeholt. Inhaltlich erfasst werden damit die katamnestisch relevanten Funktionsbereiche psychische Symptombelastung, psychosoziales Funktionsniveau, Lebensqualität, die Inanspruchnahme weiterer Hilfeleistungen sowie das subjektive Erleben der jeweiligen Unterbringungsform und die damit zusammenhängende Maßnahmenzufriedenheit.

Ein experimentelles, prospektives Vorgehen mit randomisierter, doppelt verblindeter Zuordnung der Probanden zu einer der beiden Untersuchungsgruppen im Sinne einer RCT-Studie (Randomized Controlled Trial) wurde in der traditionellen Wirksamkeitsforschung, z.B. beim Vergleich von psychotherapeutischen Verfahren oder neuen medikamentösen Behandlungsansätzen lange als „Goldstandard“ angesehen (vgl. Porzsolt & Kliemt 2008). RCT-Studien können zwar eine hohe interne Validität gewährleisten, haben aber deutliche Schwächen hinsichtlich der externen Validität bzw. Generalisierbarkeit ihrer Ergebnisse auf die Normalpopulation und auf Behandlungs- und Betreuungsbedingungen im Alltag (Bortz & Döring 2006⁴). Im Kontext der Untersuchungs-Rahmenbedingungen war ein solcher Ansatz für die vorliegende Studie weder machbar noch erwünscht. Vielmehr zielt die Studie im Sinne der Versorgungsforschung ab auf eine naturalistische, quasi-experimentelle Untersuchung der inzwischen etablierten Praxis in der Zuweisung zu beiden Gruppen und der damit verbundenen Ergebnisse. Damit entspricht der Studienansatz der inzwischen von vielen Kritikern der konventionellen klinischen Studien-Praxis befürworteten Ablösung von einer einseitigen Überabhängigkeit von RCT-Studien, an deren Stelle die Nutzung unterschiedlicher methodischer Untersuchungsansätze treten soll (vgl. Williams 2010). Im Forschungsfeld der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie und – Psychiatrie wird diese Position u.a. von Alan Kazdin vertreten (in Clay 2010, S. 55): „‘The method that you use to study something can influence the results you get’, says Kazdin. ‘Because of that, you always want to use as many different methods as you can.’“

Nach Macsenaere (2009, S. 198) „... kann für die Jugendhilfe-Wirkungsforschung durchaus auch ein quasi-experimentelles Design Sinn machen, wenn die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen hinsichtlich konfundierender Variablen kontrolliert wird

...“. Im Sinne von Grawe bewegt sich dieses methodische Vorgehen in dem weiten Feld kontrollierter Studien „zwischen therapeutischen Analogstudien und psychotherapeutischer Versorgungsforschung unter frei variierenden Bedingungen ..., denen man klinische Relevanz nur aus Ignoranz absprechen kann“ (Grawe 2005 b, S.5).

1. Hypothesen

Bei der Untersuchung wird von der in der klinischen Forschung gängigen Prämisse ausgegangen, dass neue Behandlungs- oder Hilfeansätze zumindest die gleiche Wirksamkeit zeigen sollen wie bereits etablierte Verfahren. Es soll deshalb hier geprüft werden, ob sich bei der Hilfeform der Gastfamilienunterbringung im Vergleich zur traditionellen Heimunterbringung hinsichtlich der untersuchten klinisch relevanten Parameter Unterschiede in der einen oder anderen Richtung zeigen oder nicht. Die untersuchungsleitenden Hypothesen werden als Unterschiedshypothesen formuliert, d.h. es wird angenommen, dass zwischen beiden Gruppen Unterschiede bestehen. Ausgegangen wird von den Forschungshypothesen, dass sich die Gruppe der Jugendlichen, die nach der Klinikbehandlung in Gastfamilien untergebracht werden, von der Gruppe der in Heimen Untergebrachten unterscheiden lässt, und dass die Gastfamilienunterbringung langfristig zu besseren Entwicklungsverläufen führt. In der verfügbaren empirischen Literatur liegen jedoch noch keine belastbaren Untersuchungsdaten zur Richtung der Unterschiede zwischen beiden Gruppen vor, weil vergleichende Untersuchungen beider Hilfeformen wie dargestellt bisher fehlen. Deshalb werden hier zweiseitige unspezifische Untersuchungshypothesen (vgl. Bortz 2006, S. 491ff.) formuliert und statistisch überprüft, wie in anderen klinischen Studien (z.B. Untersuchung der Wirksamkeit eines neuen Medikaments in der Pharmaforschung) üblich. Mit zweiseitigen statistischen Tests wird die Geltung der Unterschiedshypothesen geprüft gegenüber der Nullhypothese, dass zwischen den Populationen, denen die Stichproben entnommen sind, kein Unterschied hinsichtlich der untersuchten Parameter besteht.

Hypothese zur Ausgangssituation vor Beginn der Maßnahmen:

Hypothese 1:

Zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik lassen sich die Gruppe der anschließend in Gastfamilien und die Gruppe der später in herkömmlichen Heimeinrichtungen

gen untergebrachten Jugendlichen hinsichtlich soziodemographischer Basisdaten, psychiatrischer und familiärer Belastung, Diagnosen und Therapieverlauf unterscheiden.

Hypothesen zu den Katamneseergebnissen:

Hypothese 2:

Zum Katamnesezeitpunkt zeigen sich bedeutsame Unterschiede zwischen den Probanden der Gastfamiliengruppe und der Heimgruppe hinsichtlich der soziodemographischen Outcomevariablen.

Hypothese 3:

Die Unterbringung in einer Gastfamilie hat gegenüber einer Heimeinrichtung Unterschiede hinsichtlich der langfristigen psychosozialen Integration und Gesundheit zur Folge.

Hypothese 4:

Die Unterbringung in einer Gastfamilie hat gegenüber der Unterbringung in einer Heimeinrichtung einen anderen Bedarf an psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfenmaßnahmen und an weiteren, mit Fremdplatzierung im Rahmen staatlicher Maßnahmen verbundenen Hilfen zur Folge.

Hypothese 5:

Probanden der Gastfamiliengruppe und der Heimgruppe unterschieden sich hinsichtlich der subjektiven Lebenszufriedenheit im Langzeitverlauf.

Hypothese 6:

Die in Gastfamilien untergebrachten Jugendlichen lassen sich zum Katamnesezeitpunkt hinsichtlich der Belastung mit psychischen Auffälligkeiten, Persönlichkeitsstörungen und auffälligen Persönlichkeitszügen von den in Heimeinrichtungen untergebrachten Jugendlichen unterscheiden.

Hypothese 7:

Die retrospektive subjektive Maßnahmenzufriedenheit der Probanden mit Gastfamilienunterbringung und der Probanden mit Heimunterbringung unterscheiden sich.

2. Material und Methoden

2.1 Rechtliche und ethische Aspekte der Untersuchung, Ethikkommission

Die geplante Studie wurde der Ethikkommission der Universität Ulm zur Begutachtung vorgelegt. Mit Datum vom 11.10.2005 wurde die Begutachtung mit einem positiven Votum abgeschlossen; es fanden sich keine ethisch begründeten Bedenken gegen die Durchführung des Projekts.

Die Durchführung der Untersuchung erfolgte unter Beachtung des Datenschutzgesetzes. Es wurden lediglich Probanden in die Studie einbezogen, deren Einverständnis zur Untersuchungsdurchführung in Schriftform vorlag. Die Einwilligung konnte von ihnen jederzeit widerrufen werden. Vor Beginn der Befragung wurden die Probanden nochmals über Ziel und Ablauf der Studie informiert, um einen „informed consent“ zur Untersuchungsdurchführung gewährleisten zu können. Zur Erfassung der Fremdbewertung wurden nur von den Probanden selbst vorgeschlagene und autorisierte Bezugspersonen mit einem Fragebogenverfahren befragt. Auch sie wurden vor der Befragung über die Studie informiert.

Für die computerisierte Auswertung wurden die Daten der Probanden anonymisiert, die Anonymisierung erfolgte anhand einer verschlüsselten Zuordnung. Die erhobenen Daten wurden unter dem persönlichen, mittels Passwort geschützten Account des Autors im klinikinternen Rechnersystem des ZfP Südwürttemberg-Weissenau gespeichert. Ein Zugang zu den erhobenen Daten bestand damit nur für den Autor und war für Dritte nicht möglich.

2.2 Fallselektion für die Bildung der beiden Untersuchungsgruppen

Die in den beiden Gruppen untersuchten Jugendlichen rekrutieren sich vollständig aus den Patienten der Abteilung Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. –psychotherapie am Zentrum für Psychiatrie Weissenau (heute: ZfP Südwürttemberg). Von der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik am ZfP Weissenau wird die stationäre Pflichtversorgung für den Raum Oberschwaben-Bodensee geleistet. Das Einzugsgebiet der Klinik ist stark regionalisiert, so dass über 90% der dort behandelten Patienten aus

dem definierten Versorgungsgebiet, nämlich den Landkreisen Ravensburg, Bodenseekreis, Konstanz, Biberach und Sigmaringen stammen. Aus epidemiologischer Sicht erlaubt die Studie damit einen Überblick über die Jugendlichen der Region, die im genannten Zeitraum stationäre jugendhilffliche Leistungen nach einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung in Anspruch genommen haben.

Die **Untersuchungsgruppe der Jugendlichen in psychiatrischer Familienpflege** (im folgenden als **Gastfamiliengruppe** bezeichnet) wurde gebildet aus allen Jugendlichen, die zwischen August 1997 (Beginn des Modellprojekts Familienpflege für Jugendliche) und Januar 2005 im Anschluss an eine stationäre Behandlung an der Abteilung Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. –psychotherapie des ZfP Weissenau in die Arkade-Familienpflege vermittelt wurden. Die Gastfamiliengruppe besteht damit vollständig aus ehemaligen Patienten der Klinik bzw. der drei allgemein-kinder- u. jugendpsychiatrischen Stationen (Kinderstation 2081, Jugendstationen 2082 und 2083) am ZfP Weissenau. Zur Fallidentifikation wurde eine von der Arkade-JuMeGa e.V. zur Verfügung gestellte, vollständige Liste dieser Patientengruppe benutzt, die insgesamt 54 Fälle umfasst. Es handelt sich dabei also nicht um eine Teilstichprobe, sondern um die Gesamtgruppe der im Untersuchungszeitraum aus der Klinik in die Familienpflege vermittelten Patienten bzw. um eine Vollerhebung.

Für die **Vergleichsgruppe der Jugendlichen in stationärer Jugendhilfe** (im Folgenden als **Heimgruppe** bezeichnet) stand keine vergleichbare Liste zur Verfügung, da diese Jugendlichen nach der Entlassung aus der Klinik nicht vom gleichen Jugendhilfeträger (wie der Arkade e.V. im Falle der Gastfamiliengruppe) weiter betreut wurden, sondern in die Zuständigkeit einer Vielzahl verschiedener Jugendämter und Jugendhilfeträger wechselten. Zur Fallselektion und Bildung der Heimgruppe musste deshalb ein anderer, wesentlich aufwendigerer Weg beschritten werden:

Als Vergleichsgruppe mit ähnlich hoher Anzahl von Platzierungen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen wurde die Klientel einer der drei kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen am ZfP Weissenau herangezogen und hinsichtlich der psychiatrischen Ausgangsparameter analysiert. Während der Klinikbehandlung hatte die Jugendstation 2082 bereits routinemäßig eine Einverständniserklärung zur Teilnahme an einer katamnestischen Nachuntersuchung eingeholt, die auf einem Vordruck in der Patientenakte mit Unterschrift der Patienten bzw. Sorgeberechtigten dokumentiert wurde. Die beiden anderen Stationen der kinder- und jugendpsychiatrischen Ab-

teilung hatten keine derartige Einverständniserklärung eingeholt. Anhand einer EDV-gestützten Liste der Patientendatenverwaltung wurden auf dieser Grundlage die Klinikakten aller Patienten, die im Fünfjahreszeitraum vom 01.01.2000 bis zum 31.12.2004 an der Jugendstation 2082 des ZfP Weissenau in Behandlung waren, im Hinblick auf die Dokumentation der geplanten Anschlussmaßnahmen nach der Klinikentlassung untersucht.

In diesem Zeitraum erfüllte die Station 2082 den stationären jugendpsychiatrischen Versorgungsauftrag für die Landkreise Bodenseekreis, Konstanz und Sigmaringen für alle 14 bis 17jährigen Jugendlichen, unabhängig von sonstigen soziodemographischen Merkmalen wie Geschlecht etc. und unabhängig von klinischen Merkmalen wie dem psychiatrischem Störungsbild. Die Fallselektion anhand einer der beiden mit je 10 Regelversorgungsbetten gleich großen, jedoch für unterschiedliche Landkreise der Region Bodensee-Oberschwaben zuständigen Jugendstationen umfasst also etwa die Hälfte aller Jugendlichen der Gesamtregion bzw. alle Jugendlichen der o.g. Landkreise, bei denen sich an die jugendpsychiatrische Klinikbehandlung eine stationäre Jugendhilfemaßnahme angeschlossen hat. Die ebenfalls mit 10 Betten ausgestattete Kinderstation (Patientenalter unter 14 Jahren) hatte demgegenüber im Untersuchungszeitraum geringere Fallzahlen bzw. eine höhere durchschnittliche Behandlungsdauer. Die aus der Klientel der Station 2082 gebildete Vergleichsgruppe stellt also nicht eine Vollerhebung dar wie im Fall der Gastfamiliengruppe, sondern eine Stichprobenerhebung. Geht man von der klinisch plausiblen Annahme aus, dass es in beiden etwa gleich großen Patientengruppen der beiden Jugendstationen und in der etwas kleineren Patientengruppe der Kinderstation einen ungefähr gleich hohen Anteil von Patienten mit stationärem Jugendhilfebedarf gibt, dann umfasst die Vergleichsgruppe schätzungsweise zwischen einem Drittel und der Hälfte der Gesamtpopulation aus der Klinik in stationäre Heimeinrichtungen vermittelter Patienten.

Eine volle Parallelisierung von Heim- und Gastfamiliengruppe hinsichtlich des Untersuchungszeitraums erwies sich als nicht möglich, da die EDV-gestützte Erfassung der Patientenstammdaten im ZfP Weissenau ab Anfang 2000 erfolgte und für frühere Jahrgänge keine Patientenverzeichnisse verfügbar waren.

Die Liste der Patientendatenverwaltung umfasste insgesamt 613 Behandlungsepisoden (teilweise mit mehreren Behandlungsepisoden pro Patient), nämlich 130 Behandlungsepisoden im Jahr 2000, 112 Behandlungsepisoden im Jahr 2001, 120 im

Jahr 2002, 111 im Jahr 2003 und 140 im Jahr 2004. Anhand dieser Liste wurden zur Fallselektion im Krankenaktenarchiv der Klinik die Klinikakten dieser 613 Behandlungsepisoden untersucht. In die Heimgruppe wurden dabei zunächst alle Patienten aufgenommen, für die nach den Aufzeichnungen in der Krankenakte (Entlassungsbericht, Berichte an Jugendämter und Verlaufsdokumentation) während der stationären Behandlung von der Klinik eine stationäre Jugendhilfemaßnahme empfohlen und als Anschlussmaßnahme an die Klinikbehandlung geplant wurde, z.B. durch Einleitung des Hilfeplan-Verfahrens beim Jugendamt. Nicht aufgenommen wurden Patienten, bei denen eine außerfamiliäre Unterbringung in der Klinikakte lediglich als Option oder als Betreuungsalternative (ohne konkrete Planungsmaßnahmen) erwähnt wurde. Aus den 613 Behandlungsepisoden konnten damit 66 Jugendliche ermittelt werden. Im retrospektiven Vergleich werden die aus der Klinikakte stammenden Daten dieser Heimgruppe im Vergleich zu den Klinikaktendaten der Gastfamiliengruppe dargestellt und analysiert.

2.3 Untersuchungsablauf: Erhebung der Krankenaktendaten, Katamnesedurchführung

Die im Folgenden näher beschriebenen Schritte des Studienablaufs werden in Abb. 1 überblicksartig dargestellt.

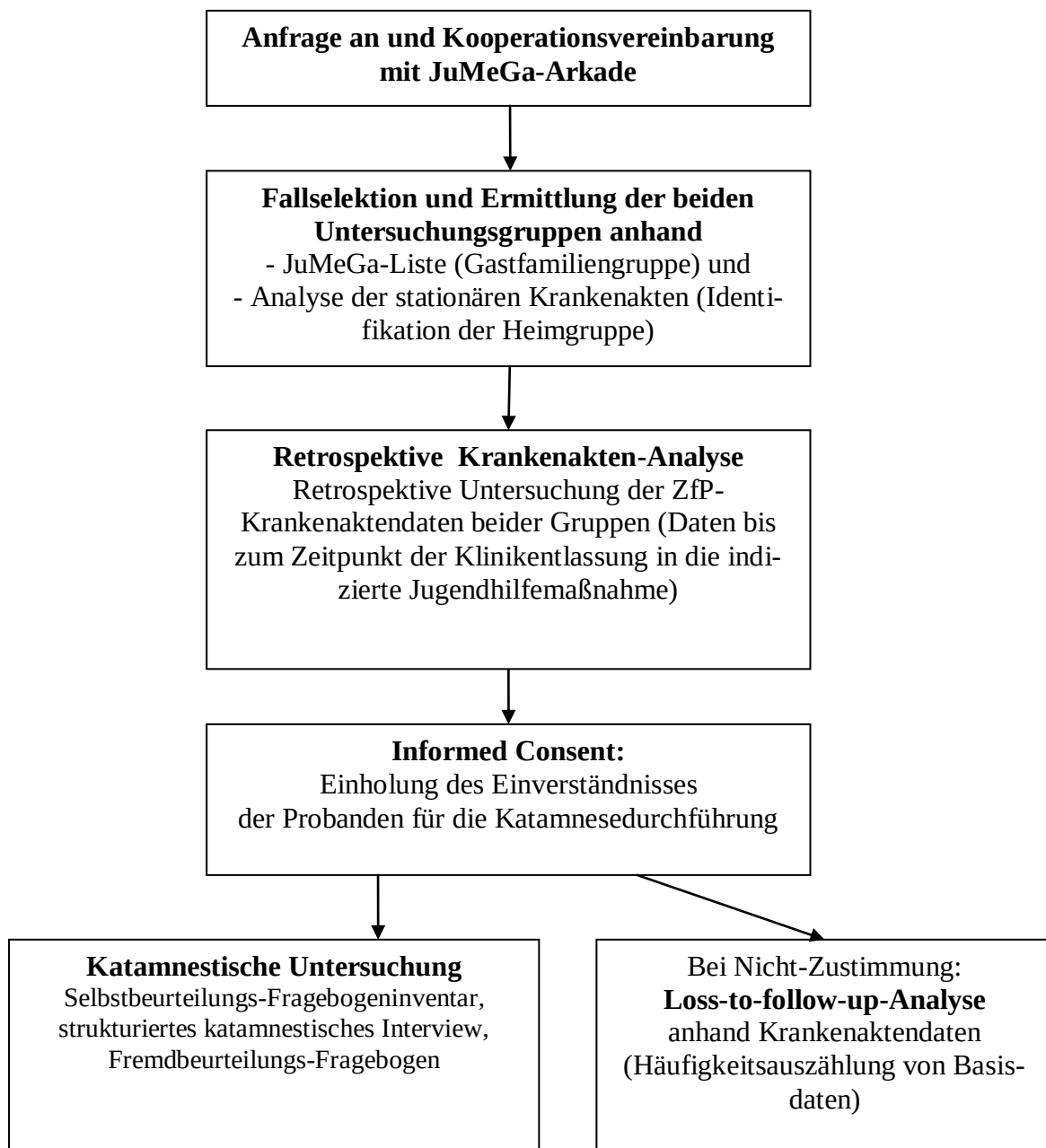


Abb. 1: Studienablauf

Die **Ausgangsdaten** der Probanden in beiden Untersuchungsgruppen zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik in die geplante Unterbringungsmaßnahme (retrospektiver Vergleich) wurden anhand der oben erwähnten Patientenakten des ZfP Weissenau ermittelt und verglichen. Dazu wurden die Krankenakten der 54 Jugendlichen der Gastfamiliengruppe sowie der 66 Jugendlichen der Heimgruppe hinsichtlich der unten dargestellten Untersuchungsvariablen analysiert. Sofern bei den insgesamt 120 Fällen in den Klinikakten auch Daten aus späteren Behandlungsepisoden am ZfP Weissenau (während oder nach den beiden verglichenen Jugendhilfe-Maßnahmen) dokumentiert waren, fanden diese keinen Eingang in den retrospektiven Vergleich.

Zur **Katamneseerhebung** standen für die meisten der 54 Jugendlichen der Gastfamiliengruppe Adress- und Kontaktdaten von der Arkade-JuMeGa e.V. zur Verfügung. Für die Ermittlung der Adressdaten bei allen 66 Jugendlichen der Heimgruppe war dagegen ein Rechercheprozess notwendig, ausgehend von den Klinikakten als einziger Datenquelle. Da die katamnestische Untersuchung mehrere Jahre nach der stationären Behandlungsepisode stattfand, hatten sich die in der Krankenakte dokumentierten Adress- und Telefondaten bei den meisten Probanden inzwischen geändert. Deshalb wurde ein teilweise sehr aufwendiger Suchprozess erforderlich, um eine aktuelle Anschrift, Telefonnummer oder Kontaktperson ermitteln zu können. Dazu wurde bei jedem Jugendlichen in folgenden Schritten vorgegangen (jeweils per Telefon oder Briefpost):

1. Versuch der direkten Kontaktaufnahme mit dem Probanden, sofern bei Entlassung aus der Klinikbehandlung Adress- oder Telefondaten des geplanten Aufenthaltsortes vorlagen – falls nicht vorhanden:
2. Versuch der Kontaktaufnahme mit Eltern bzw. Sorgeberechtigten unter deren Adressdaten aus der Klinikakte – falls ebenfalls nicht möglich:
3. Kontaktaufnahme mit dem zuständigen Jugendamt bzw. Heim (ggf. Zusendung einer schriftlichen Anfrage an den zuständigen Jugendamtsmitarbeiter mit der Bitte, mit dem jeweiligen Probanden die Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie zu klären) – falls auch dies nicht gelang (z.B. wegen zwischenzeitlicher Beendigung von Jugendhilfemaßnahmen, Ausscheiden oder Stellenwechsel der zuständigen Jugendamtsmitarbeiter etc.):

4. Internetrecherche nach aktuellen Adress- oder Telefondaten über das Internet-Telefonbuch der Deutschen Telekom sowie über den Telefon-Auskunftsdiens www.11880.com.

Die Kontaktaufnahme mit den Probanden aus beiden Untersuchungsgruppen erfolgte dann – sofern eine aktuelle Adresse verfügbar war bzw. durch die dargestellte Recherche ermittelt werden konnte – mit standardisiertem Anschreiben (siehe Anhang 1) oder – sofern nur eine Telefonnummer ermittelt werden konnte – durch Anruf mit ebenfalls standardisiertem Vorgehen (siehe Leitfaden Telefonkontakt, Anhang 2). Dabei wurde die vorliegende frühere Einverständniserklärung zu der Nachuntersuchung angesprochen und darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist.

Von der Katamneseerhebung wurden diejenigen Jugendlichen der Heimgruppe ausgeschlossen, bei denen sich im Zuge der Kontaktaufnahme herausstellte, dass die bei Entlassung aus der Klinik geplante stationäre Jugendhilfemaßnahme nicht zustande kam. Ebenso wurden Patienten ausgeschlossen, die nach der Klinikbehandlung in eine nicht von der Jugendhilfe finanzierte Maßnahme wie z.B. in ein Internat, eine privat kontaktierte und finanzierte Gastfamilie, zu Verwandten o.ä. wechselten, da diese Betreuungsformen nicht den Qualitätsstandards der Jugendhilfe unterliegen und die Vergleichbarkeit nicht sicher gegeben wäre. Dabei handelte es sich um insgesamt vier Jugendliche.

Die Ausgangsstichprobe für die Heimgruppe zum Katamnesezeitpunkt umfasste damit 62 Probanden. Diese und die 54 Jugendlichen der Gastfamiliengruppe wurden schriftlich oder telefonisch um Teilnahme an der Studie gebeten. Sofern von den jeweiligen Probanden der Teilnahme zugestimmt wurde, wurde ein Untersuchungstermin vereinbart. Wurde die Teilnahme abgelehnt, erfolgte der Ausschluss vom weiteren Untersuchungsgang.

In der Gastfamiliengruppe lehnten 7 Probanden die Teilnahme an der Katamnese studie ab. Ein weiterer Proband sagte die Teilnahme zu, nahm dann aber an der Untersuchung nicht teil. Bei 12 Probanden waren Anschrift bzw. Kontaktadresse nicht zu ermitteln. 7 Probanden, von denen Adress- oder Telefondaten vorlagen, waren trotz wiederholter Kontaktversuche nicht zu erreichen. Somit nahmen von

den 54 Probanden der Gastfamiliengruppe 26 bzw. 48,1% an der Katamnese nicht teil.

In der Heimgruppe lehnte 11 Probanden die Katamnese-Teilnahme ab. Bei 18 Probanden waren Anschrift bzw. Kontaktadresse nicht zu ermitteln. 15 Probanden waren nicht erreichbar trotz verfügbarer Adress- oder Telefondaten. Bei 6 weiteren Probanden kam es aus anderen Gründen nicht zur Teilnahme. Insgesamt nahmen von den 66 Probanden der Heimgruppe 49 bzw. 74,2% an der Katamnese nicht teil.

Die teilnahmebereiten Probanden beider Gruppen wurden, soweit es von ihren persönlichen Rahmenbedingungen (Entfernung zwischen Wohnort und Klinik, zeitlicher Aufwand für An- und Rückreise, finanzielle Tragbarkeit) her möglich war, zu einem persönlichen Interview in der kinder- u. jugendpsychiatrischen Institutsambulanz am ZfP Weissenau eingeladen. Den Teilnehmern wurde eine Erstattung der nachgewiesenen Fahrtkosten (Fahrkarte bzw. Kilometergeld 0,25 € pro Entfernungskilometer zwischen Wohnort und Klinik) aus dem Forschungsetat der Abteilung gewährt (Überweisung auf das Bankkonto der Probanden).

Bei der Erfassung der katamnestischen Daten am Untersuchungstermin wurde auf eine einheitliche Reihenfolge der Darbietung der verschiedenen Untersuchungsinstrumente geachtet: Zunächst wurde den Teilnehmern eine kurze Erläuterung des Untersuchungsablaufs gegeben und dann nochmals eine explizite Teilnahmezustimmung schriftlich eingeholt (Formulare mit der Probandeninformation, der Einwilligungserklärung und der Datenschutzerklärung, siehe Anhang). Danach wurden die Fragebogenverfahren vorgelegt und von den Probanden im Beisein des Untersuchers mit der Möglichkeit zu Rückfragen z.B. bei Verständnisproblemen bearbeitet. Anschließend kamen die Interviewteile zur Anwendung, und zwar zunächst das Interview zu den Erfahrungen mit Gastfamilien und Heimeinrichtungen und dann das Interview zum SKID-II. Durch dieses Vorgehen war gewährleistet, dass zunächst affektiv relativ neutrale Basisdaten abgefragt wurden. Persönliche, emotional bedeutsame oder selbstwertrelevante Fragen und Themen wurden erst nach längerem „Warming-Up“ mit dem Untersucher und der Untersuchungssituation präsentiert, um das Auftreten von Ängsten, Reaktanz und Widerstand in der Untersuchungssituation zu minimieren.

Bei vielen Teilnehmern war eine Katamnese durchführung mit persönlicher Befragung im ZfP Weissenau nicht möglich, da ihr Wohnort zu weit entfernt lag von der Klinik

oder da der zeitliche Aufwand für eine Anreise zum Untersuchungstermin z.B. aus beruflichen oder familiären Gründen für sie nicht tragbar war. Wurde der Vorschlag eines Termins im ZfP Weissenau von einem Probanden aus diesen Gründen abgelehnt, dann wurden als Alternativen eine kombinierte postalische und telefonische Befragung oder ein aufsuchender Hausbesuch durch den Untersucher am Wohnort vorgeschlagen. Telefoninterviews galten zwar in der empirischen Sozialforschung zunächst als „quick-and-dirty“-Methode, fanden aber zunehmende Anerkennung als Verfahren, mit denen sich reliable und valide Daten generieren lassen (Schnell, Hill & Esser 2008). Mattejat, Hirsch und Renschmidt (2003) kamen anhand von zwei eigenen katamnestic Studien zu dem Ergebnis, dass Telefoninterviews in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gegenüber persönlichen Interviews sogar Vorteile wie eine höhere Teilnahmequote und geringere Stichprobenverzerrung bieten können.

Ein Hausbesuch erfolgte in insgesamt 4 Fällen (Gastfamiliengruppe: 1 Fall; Heimgruppe: 3 Fälle, davon 1 Besuch eines in einer Justizvollzugsanstalt einsitzenden Probanden), d.h. in weniger als 10% der Katamnese Fälle. Der Untersuchungsablauf war dabei gleich wie bei der o.g. Untersuchungsdurchführung im ZfP Weissenau. Insgesamt 12 Untersuchungsteilnehmer bzw. 26,7 % (Gastfamiliengruppe: 5 Fälle, Heimgruppe: 3 Fälle) wurden zusätzlich zur Fragebogenbearbeitung telefonisch befragt. Dabei erhielten sie zunächst die Formulare mit der Probandeninformation, der Einwilligungserklärung und der Datenschutzerklärung sowie die Fragebogenverfahren per Post mit der Bitte um umgehende Bearbeitung und Rücksendung in einem beigelegten Freiumschlag. Nach Eingehen der ausgefüllten Vordrucke und Fragebogen beim Untersucher wurde ein Termin für ein Telefoninterview zur Durchführung der beiden Interviewteile vereinbart und durchgeführt. In vielen Fällen waren – nach expliziter Zustimmung zur Untersuchungsteilnahme - telefonische und / oder schriftliche Nachfragen durch den Untersucher nötig, um die Rücklaufquote der Fragebögen zu verbessern. Es wurden bis zu drei derartige Nachfragen durchgeführt; falls dann – auch trotz z.B. mündlicher Zusage – innerhalb von 8 Wochen immer noch keine Rückantwort einging, wurde dies als Ablehnung der Untersuchungsteilnahme gewertet und der Proband aus der Untersuchung ausgeschlossen.

Abb.2 gibt in Anlehnung an das CONSORT-Schema (Moher et al. 2010) in Form eines Flussdiagramms die Zahlen für den Ein- und Ausschluss von Probanden bei den einzelnen Untersuchungsschritten wieder.

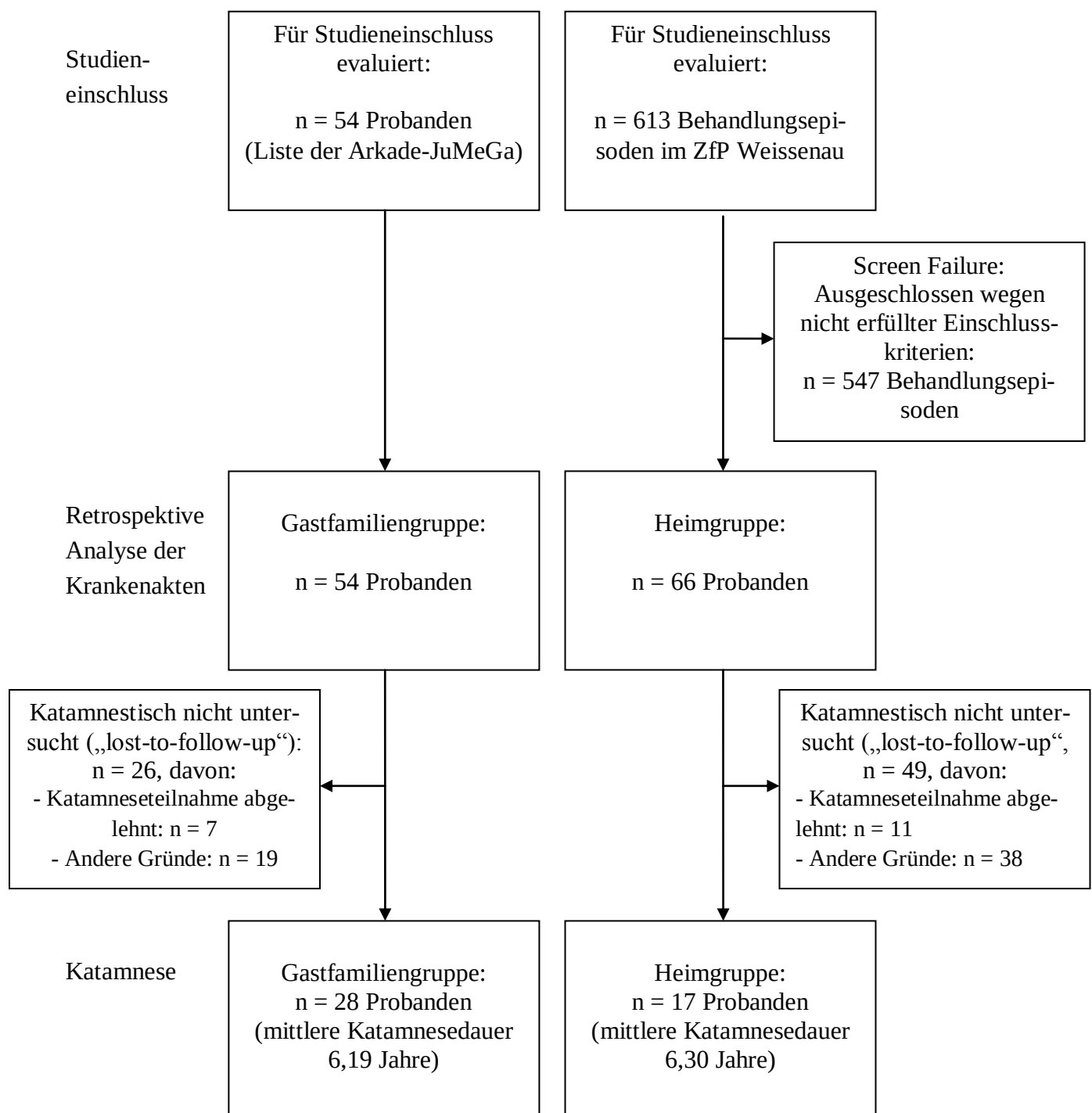


Abb. 2: Flussdiagramm für die ein- und ausgeschlossenen Probanden der beiden Untersuchungsgruppen im Verlauf der Studie, in Anlehnung an das CONSORT-Schema (Moher et al. 2010)

2.3.1 Zur Testpower und zur Frage der Stichprobenumfänge

Der Stichprobenumfang einer Evaluationsstudie sollte nach Bortz & Döring (2006⁴, S. 602) so gewählt werden, dass er einen praktisch gerade eben bedeutsamen Unter-

schied zwischen den Untersuchungsgruppen signifikant werden lässt. Nach Cohen (1988) gilt in der Regel ein Verhältnis von α -Fehler (Entscheidung zugunsten der Unterschiedshypothese H_1 , obwohl in Wahrheit die Nullhypothese H_0 gilt) zu β -Fehler (Entscheidung zu H_0 , obwohl die Unterschiedshypothese H_1 zutrifft) von 1 : 4 als sinnvoll für die meisten sozialwissenschaftlichen und klinischen Fragestellungen, z.B. $\alpha = 5\%$ und $\beta = 20\%$. Daraus resultiert dann eine Teststärke von $(1 - \beta) = 80\%$. Eine für diese Testpower von $\beta = 80\%$ und das Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ optimale Stichprobengröße liegt nach der Aufstellung von Bortz & Döring (2006⁴, S. 628 ff.) in Anlehnung an Cohen (1988) für Mittelwertdifferenzen (t-Test) bei $n = 20$ pro Teilstichprobe für große Effekte, bei $n = 50$ für mittlere und $n = 310$ für kleine Effekte. Bei mittels χ^2 -Verfahren getesteten Häufigkeitsdifferenzen von Vierfelderkontingenztafeln ($df = 1$) liegen die optimalen Gesamtstichprobenumfänge bei $n = 32$ für große, $n = 87$ für mittlere und $n = 785$ für kleine Effektgrößen.

Für die Analyse der Ausgangsdaten steht in der vorliegenden Studie mit Teilstichprobengrößen von $n = 54$ und $n = 66$ bzw. mit einem Gesamt- $n = 120$ ein Datensatz zur Verfügung, der bei der Prüfung von Mittelwertsvergleichen wie Häufigkeitsdifferenzen eine gute Stichprobengröße und Testpower für mittlere Effekte aufweist.

Die Stichprobengröße der Katamnesedaten ist demgegenüber deutlich geringer, hier ist die in der Methodenliteratur befürwortete Testpower von 80 % nur für die Erfassung großer Effekte gewährleistet. Für die statistische Prüfung von kleineren Effektstärken reduziert sich durch die geringere Stichprobengröße die Teststärke, das Risiko eines β -Fehlers (irrtümliches Verwerfen der H_1 - Alternativhypothese zugunsten der Nullhypothese trotz Geltung der H_1) steigt an.

2.4 Untersuchungsinstrumente

2.4.1 Krankenakten-Analyse

Bei den 54 Probanden der Gastfamiliengruppe und den 66 Probanden der Heimgruppe wurden wie oben dargestellt die Krankenakten am ZfP Weissenau hinsichtlich relevanter Funktionsbereiche analysiert, um die beiden Untersuchungsgruppen vergleichend beschreiben zu können. Als Grundlage für die Datenextraktion aus den Klinikakten wurden die dort verfügbaren Basisdokumentationsdaten, die ärztlich-therapeutischen Entlassungsbriefe sowie die Verlaufsdokumentationen des stationä-

ren Behandlungsverlaufs während der Behandlungsepisode benutzt, in der es zur Einleitung der jeweiligen Betreuungsmaßnahme (Gastfamilien- oder Heimunterbringung) kam. Sofern verfügbar oder zur Vervollständigung der Datenbasis notwendig, wurden zusätzlich auch Daten aus früheren, in der Krankenakte dokumentierten Behandlungsepisoden am ZfP Weissenau sowie Daten aus den in der Klinikakte enthaltenen Behandlungsberichten anderer vorbehandelnder Kliniken und Ärzte/Therapeuten herangezogen. Dagegen wurden keine in der Akte eventuell verfügbaren Daten aus späteren Behandlungsepisoden verwendet, um zu gewährleisten, dass ein Vergleich beider Gruppen auf der Datengrundlage des Ausgangszeitpunkts vor Beginn der jeweiligen Betreuungsmaßnahme erfolgt. Dadurch sollte eine Konfundierung und Verzerrung der Ausgangsdaten durch etwaige Treatment-Effekte der beiden hier zu vergleichenden Maßnahmen vermieden werden.

Die Datengewinnung orientierte sich an der Basisdokumentation BADO Kinder- und Jugendpsychiatrie der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände DGKJP, BAG, BKJPP (1998³). Dabei handelt es sich um das von den drei deutschen kinder- u. jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften konsentierende Basisdokumentationssystem zur kinder- u. jugendpsychiatrischen Falldokumentation. Dieses Dokumentationssystem ist das in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland bundesweit und an den meisten Kliniken sowie in niedergelassenen Praxen routinemäßig verwendete standardisierte, mittels eines Glossars operationalisierte Dokumentationsverfahren. Hierdurch ist die Vergleichbarkeit der untersuchten Variablen gewährleistet. Soweit im Kontext der vorliegenden Untersuchungsfragestellung möglich, wurden deshalb die Kategorien der BADO zur Datenaggregation verwendet.

Aus den Krankenakten wurden zunächst **soziodemographische Basisdaten** der beiden Ausgangsgruppen (Alter, Geschlecht, Schulsituation bzw. erreichtes Schulniveau und Wohnsituation) zum Entlassungszeitpunkt aus der Klinik ermittelt. Hinsichtlich der Schulsituation wurde untersucht, welche Schule zuletzt besucht wurde vor dem zur Heimunterbringung bzw. Platzierung in der Familienpflege führenden stationären Behandlungsaufenthalt im ZfP Weissenau. Die Kodierung erfolgte entsprechend dem Basisdokumentationssystem BADO-KJ: Gemäß der BADO-Variable 2.17 wurde die gegenwärtig besuchte Schule kodiert (bzw., wenn zu diesem Zeitpunkt kein Schulbesuch mehr erfolgte, Ausschulung nach regulärem Schulbesuch bzw. Abbruch). Sofern zum o.g. Zeitpunkt bereits ein Schulabschluss vorlag, wurde dieser entsprechend der Variable 2.18 der BADO-KJ dokumentiert. Die Wohnsituation wur-

de entsprechend der BADO-Variable 1.16 erfasst, zusätzlich wurden außerfamiliäre Wohnsituationen wie z.B. Heimunterbringungen spezifiziert.

Die Krankenaktendaten wurden dann auf **familiäre Belastungsfaktoren** analysiert: Untersucht wurde der Beziehungsstatus der leiblichen Eltern, um Belastungs- und Risikofaktoren wie Trennung und Scheidung zu erfassen, sowie etwaige Verlusterlebnisse hinsichtlich wichtiger Bezugspersonen. Ebenso wurden psychiatrische Erkrankungen von Elternteilen bzw. Ersatzeltern erhoben sowie schwere somatische Erkrankungen bei ihnen. Schließlich wurden hier auch Daten zu abweichendem Verhalten wie Kriminalität/Inhaftierung, Missbrauch und Misshandlung ermittelt.

Erhoben wurden die während der relevanten Behandlungsepisode von der Klinik diagnostizierten **psychiatrischen Störungen** nach ICD 10. Dazu wurden die Hauptdiagnose bei der Entlassung sowie, anhand von Neben- bzw. Mehrfachdiagnosen, etwaige Komorbiditäten bzw. Multimorbiditäten erfasst. Diese Diagnosedaten wurden dem Entlassungsbrief bzw. dem für jede Behandlungsepisode in der Krankenakte dokumentierten Vordruck mit den Basisdaten entnommen.

Schließlich wurden Daten zur **Inanspruchnahme von Hilfen und therapeutischen Maßnahmen** analysiert: Die Inanspruchnahme früherer Jugendhilfemaßnahmen mit Fremdplatzierung sowie die Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Vorbehandlungen wurden ermittelt. Anhand der Dokumentation in der Krankenakte wurden soweit möglich derartige Hilfemaßnahmen und Behandlungsepisoden vor der stationären Aufnahme am ZfP Weissenau ermittelt. Da diese oft nur unzureichend und teilweise auch gar nicht in den Entlassungsberichten dargestellt waren, musste hierzu häufig auf Aufzeichnungen aus der Verlaufsdokumentation bzw. aus anderen Vorberichten in der Akte zurückgegriffen werden. Die Auswertung erfolgte anhand des Beurteilungsrasters der BADO-KJ „Frühere oder zwischenzeitliche Konsultationen wegen psychischer Auffälligkeiten“ (BADO-KJ 1.13). Die Anzahl der Klinikbehandlungsepisoden am ZfP Weissenau sowie die Krankenhausaufenthaltsdauer vor der indizierten Maßnahme wurde ermittelt. Ebenso wurden zum Zeitpunkt der Klinikentlassung eingeleitete oder früher schon erfolgte Behandlungen mit Psychopharmaka erfasst, soweit anhand der Krankenakte eruierbar. Dazu zählen Stimulantienbehandlungen bei ADHS und Psychopharmakobehandlungen bei anderen kinder- u. jugendpsychiatrischen Stö-

rungsbildern (z.B. Neuroleptika bei Störungen der Impulskontrolle mit aggressivem Verhalten etc.), auch durch nicht-psychiatrische Fachärzte wie z.B. Kinderärzte.

Bei den Probanden der Gastfamiliengruppe wurde zusätzlich noch orientierend inhaltsanalytisch ermittelt, welche Indikationsgründe für die empfohlene Unterbringung in einer Gastfamilie in der Krankenakte dokumentiert wurden.

Einen Überblick über die anhand der Krankenakten-Analyse erhobenen Daten gibt Tab. 1.

Tab. 1: Übersicht über die anhand der retrospektiven Krankenaktenanalyse erhobenen Daten

Retrospektive Krankenakten-Analyse:

Retrospektive Untersuchung der ZfP-Krankenaktendaten beider Gruppen mit Erfassung der dokumentierten Daten bis zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik in die indizierte Jugendhilfemaßnahme (Gastfamilien- oder Heimunterbringung):

- Soziodemographische Basisdaten
- Familiäre / psychosoziale Belastungsfaktoren
- Psychiatrische Morbidität (Diagnosen nach ICD-10)
- Bisherige Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen und von Jugendhilfe-Maßnahmen
- Indikationsgründe für die Gastfamilienunterbringung (Gastfamilien-gruppe)

2.4.2 Katamneseinstrumente

Zur Untersuchung der katamnestischen Fragestellung wurde ein multimethodales Untersuchungsinstrumentarium zusammengestellt, das die katamnestisch relevanten Funktionsbereiche umfasst und aus drei Verfahren besteht: einem Selbstbeurteilungs-Fragebogeninventar, einem Fremdbeurteilungs-Fragebogen und einem strukturierten Interview.

Das verwendete Selbstbeurteilungs-Fragebogeninventar zielt darauf ab, neben den soziodemographischen Basisdaten das psychosoziale Funktionsniveau und die allgemeine Lebenszufriedenheit zum Katamnesezeitpunkt sowie die Zufriedenheit mit der durchgeführten Maßnahme (Gastfamilien- bzw. Heimunterbringung) zu erheben. Weitere Bausteine des Fragebogeninstrumentariums dienen der Erfassung der aktu-

ellen psychischen Symptombelastung sowie von Hinweisen für klinisch relevante Auffälligkeiten im Bereich der Persönlichkeit bzw. für Persönlichkeitsstörungen zum Katamnesezeitpunkt. Schließlich wird damit die Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie die Inanspruchnahme von Jugendhilfe, Sozialhilfe und Reha-Maßnahmen im Katamnesezeitraum nach der jeweiligen Intervention ermittelt. Mit einem strukturierten Interview werden anschließend im direkten Gespräch die persönlichen Erfahrungen mit der Unterbringungsmaßnahme in der Gastfamilie bzw. in der Heimeinrichtung exploriert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Anhand eines Fremdbeurteilungsverfahrens wird schließlich – das Einverständnis der Probanden vorausgesetzt - die Fremdeinschätzung der psychischen Symptombelastung der Probanden zum Katamnesezeitpunkt durch Bezugspersonen erfasst.

Bei der Entwicklung und Zusammenstellung des Instrumentariums wurde darauf geachtet, die genannten Bereiche methodisch fundiert, aber auch ökonomisch zu erfassen, um valide Daten erheben zu können, die zeitliche Inanspruchnahme der Untersuchungsteilnehmer durch die Studie gleichzeitig aber vertretbar zu halten. Der Zeitaufwand für die Durchführung der beiden Untersuchungsverfahren Selbsteinschätzungs-Fragebogen und Interview belief sich – bei deutlichen interindividuellen Schwankungen – auf 1,5 bis 2,5 Stunden, für die Fremdeinschätzung waren ca. 15 bis 30 Minuten erforderlich.

Tab. 2 fasst die im Folgenden näher dargestellten Untersuchungsinstrumente der Katamnese überblicksartig zusammen.

Tab. 2: Übersicht über die Untersuchungsinstrumente und Daten der katamnestischen Untersuchung

Katamnestische Untersuchung	
1. Selbstbeurteilungs-Fragebogeninventar:	• Soziodemographische Basisdaten • Daten zum psychosozialen Funktionsniveau (angelehnt an YASR) • Daten zur Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen und von anderen staatlichen Hilfemaßnahmen (Jugendhilfe etc.) • Lebenszufriedenheit (FPI-R-Subskala) • Psychische Symptombelastung (YASR) • Fragebogen Persönlichkeitsstörungen (SKID-II) • Subjektive Zufriedenheit mit der Unterbringungsmaßnahme (angelehnt an BEST-KJ)
2. Fremdbeurteilungs-Fragebogen	• Psychische Symptombelastung (YABCL)
3. Strukturiertes katamnestisches Interview:	• Interview Persönlichkeitsstörungen (SKID-II) • Qualitativ-inhaltsanalytische Auswertung der subjektiven Erfahrung und Bewertung der Gastfamilien- bzw. Heimunterbringung durch die Probanden

2.4.2.1 Katamnestischer Selbstbeurteilungs-Fragebogen

Der entwickelte Fragebogen (siehe Anhang 5) erhebt zunächst die **soziodemographischen Basisdaten** von Alter, Geschlecht und Nationalität. Daran schließt sich die **Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus bzw. der psychosozialen Kompetenzen** an. Sie erfolgt in enger Anlehnung an den Young Adult Self-Report YASR von Achenbach (1997). Dieses Verfahren beruht auf dem Youth Self-Report YSR von Achenbach, dem weltweit wohl am weitesten verbreiteten klinischen Screening-Verfahren zur Erfassung von psychischen Auffälligkeiten, Verhaltensauffälligkeiten und psychosozialen Kompetenzen bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren. Der YASR wurde inhaltlich und methodisch analog zum YSR für den Altersbereich 18 bis 30 Jahre entwickelt und an einer US-Stichprobe von 1059 Personen normiert. Seit 1998 liegt eine deutsche Version (Fragebogen für junge Erwachsene YASR) vor, herausgegeben von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. Deutsche Normwerte für diese Altersgruppe sind bisher allerdings nicht verfügbar.

In der vorliegenden Untersuchung werden psychosoziale Kompetenzen der Probanden anhand von 17 Items erfasst, deren Formulierung sich sehr eng an den YASR anlehnt bzw. mit diesem identisch ist. Die Items erfassen den schulisch-beruflichen Funktionsbereich (erreichter Schulabschluss; Ausbildungsstand; aktuelle berufliche Tätigkeit und berufliche Stellung, Dauer der aktuellen beruflichen Tätigkeit sowie die bisherige Zahl von Arbeitsstellen), die aktuelle Wohnsituation sowie die Anzahl von Umzügen, den aktuellen Familienstand, die Anzahl und Häufigkeit sozialer Kontakte, die aktuelle körperliche/medizinische Gesundheitssituation sowie subjektive Belastungen und subjektive Stärken.

Die **psychische Symptombelastung** wurde mittels Selbsteinschätzung der Probanden anhand der Symptomcheckliste des YASR (bzw. für unter 18-jährige Probanden anhand der analogen Checkliste des YSR) und des YABCL (bzw. des CBCL für unter 18-Jährige) erhoben. Die Symptomcheckliste des YASR ist analog zur entsprechenden Checkliste des YSR aufgebaut. Anhand von insgesamt 119 Items werden psychische Beschwerden und Verhaltensauffälligkeiten umfassend erhoben, die anschließend auf acht Syndromskalen abgebildet werden (ängstlich-depressiv, Rückzug, somatische Beschwerden, Denkprobleme, Aufmerksamkeitsprobleme, Intrusivität, aggressives Verhalten, delinquentes Verhalten). Daraus werden schließlich drei Indizes (T-Wert-Normen) für die Gesamtbelastung mit internalisierenden Auffälligkeiten (bestehend aus den Syndromskalen ängstlich-depressiv und Rückzug) und externalisierenden Auffälligkeiten (Syndromskalen Intrusivität, aggressives Verhalten und delinquentes Verhalten) sowie für die psychische Gesamtbelastung gebildet. In den Indexwert für die psychische Gesamtbelastung gehen auch die Werte von 35 Items ein, die nicht in die acht Syndromskalen einfließen.

Zusätzlich wurde die Belastung mit **Persönlichkeitsstörungen** anhand des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen SKID-II (Fydrich et al. 1997) erfasst. Gemäß einer neueren Untersuchung ist das SKID-II, das primär für Erwachsene entwickelt wurde, auch für Adoleszente gut einsetzbar (Salbach-Andrae et al. 2008). Es handelt sich um ein zweistufiges Verfahren, bestehend aus einem Selbstbeurteilungsfragebogen mit 117 allgemein formulierten Items, die die Kriterien für Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV repräsentieren, sowie einem Interview. Der Fragebogen dient als Screeningverfahren mit relativ hoher Sensitivität (d.h. geringer Quote falsch negativer Fälle) für die Merkmale der erfassten Persönlichkeitsstörungen. Im anschließenden Interview werden strukturiert diejenigen

Items anhand des Interviewleitfadens genauer exploriert, die von den Probanden mit „ja“ beantwortet wurden. Durch das zweistufige Vorgehen lässt sich auch eine gute Spezifität erreichen (d.h. eine geringe Quote falsch positiver Fälle). Gleichzeitig verbessert dieses Vorgehen die Durchführungsökonomie bei der Identifikation klinisch relevanter Fälle und reduziert die bei Exploration aller Items sehr hohe Durchführungsdauer.

Bei der Auswertung des SKID-II anhand der zugrundeliegenden DSM-IV-Kriterien für die einzelnen Persönlichkeitsstörungen ist sowohl eine kategoriale Diagnostik (Vorliegen der jeweiligen Persönlichkeitsstörung: ja / nein) als auch eine dimensionale Beschreibung der quantitativen Ausprägung der jeweiligen Persönlichkeitsmerkmale möglich. Das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen bei den Probanden der beiden Untersuchungsgruppen zum Katamnesezeitpunkt wurde zum einen kategorial anhand des **SKID-II-Diagnoseindex** operationalisiert. In einem weiteren Untersuchungsschritt wurde zum anderen geprüft, inwieweit sich beide Untersuchungsgruppen hinsichtlich einer **dimensionalen Diagnostik von Persönlichkeitsauffälligkeiten** mit dem SKID-II unterscheiden lassen. Zur dimensional Quantifizierung des Ausmaßes von Auffälligkeiten im Persönlichkeitsbereich wurde der dimensionale SKID-II-Score (sogenannter D-Score) ermittelt. Der D-Score wird aus der Addition der Kodierungen (jeweils 1, 2 oder 3) auf der Kriterienebene (zwischen 7 und 10 Kriterien bei den einzelnen Persönlichkeitsstörungen) gebildet. Aus der Summe der D-Scores für alle elf erfassten Persönlichkeitsstörungen wurde danach für jeden Untersuchungsteilnehmer durch erneute Addition ein Gesamtscore errechnet.

Zur **Erfassung der Lebenszufriedenheit** wurde ein ökonomisches, für die untersuchte Altersgruppe geeignetes Verfahren mit deutschen Normierungswerten gesucht. Das in der deutschsprachigen kinder- u. jugendpsychiatrischen Forschung häufig angewendete ILK-Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen von Mattejat & Remschmidt (2006) kam aufgrund der Altersbegrenzung dieses Verfahrens auf 6- bis 18jährige nicht in Frage. Der im Erwachsenenbereich verbreitete SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand von Bullinger & Kirchberger (1998) ist zwar ein gängiges Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, eignet sich im Rahmen der untersuchten Fragestellung aber nur bedingt, da die Mehrzahl der Testitems auf Fragen der körperlichen Gesundheit abzielt. Vor kurzem ins Deutsche übersetzt und normiert wurden der EUROHIS-QOL zur Erfassung der generischen Lebensqualität und der WHO-5 Wohlbefindens-Index (Bräh-

ler et. al. 2007). Beide Verfahren bieten jedoch keine altersbezogenen Normwerte. Das Durchschnittsalter ihrer Normierungsstichprobe liegt bei 48,13 Jahren und damit wesentlich höher als bei der hier untersuchten Gruppe, so dass keine ausreichende Vergleichbarkeit gegeben wäre.

Im Vergleich zu den genannten Verfahren bietet die für die Untersuchung ausgewählte **Skala Lebenszufriedenheit des Freiburger Persönlichkeitsinventars FPI-R** (Fahrenberg, Hampel und Selg 2001) mehrere Vorteile: Das FPI-R ist das mit am weitesten verbreitete persönlichkeitsdiagnostische Fragebogenverfahren in Deutschland. Zu diesem Verfahren liegt eine Vielzahl von Studien auch mit klinisch-psychiatrischen Gruppen vor. Mit insgesamt 12 Items handelt es sich bei der Skala Lebenszufriedenheit, die eine der insgesamt 12 Skalen des Verfahrens bildet, um ein kompaktes, wenig zeitaufwändiges Erhebungsinstrument. Es liegen eigene Skalen-Normwerte für die Altersgruppen 16 bis 19 Jahre und 20 bis 29 Jahre vor, sowohl für die Gesamtgruppe als auch getrennt nach Geschlecht.

Zur Auswertung der Skala Lebenszufriedenheit wurde die Summe der 12 Itemwerte („stimmt“ = 1, „stimmt nicht“ = 0) gebildet, unter Berücksichtigung der negativen Polung von vier Skalenitems. Daraus ergibt sich ein Skalenbereich von 0 bis 12, wobei höhere Werte eine höhere Lebenszufriedenheit bedeuten. Im Falle fehlender Daten wurde das im Testhandbuch des FPI-R beschriebene Verfahren zur Behandlung von Missing Data angewendet (Fahrenberg et al. 2001, S. 81): Ausgewertet wurden alle Daten, sofern nicht mehr als eine der 12 Antworten der Skala fehlte. Bei einem fehlenden Item wurde der Erwartungswert eingesetzt, der aus den vorhandenen Itemwerten der Skala geschätzt wurde nach der Formel:

$$\text{korrigerter Testwert der Skala} = \text{Mittelwert der vorhandenen Itemwerte} \times 12 \text{ (gerundet)}$$

Die **Zufriedenheit mit der Maßnahme** (Gastfamilie versus Heim) wurde mit 12 Items untersucht, die in enger Anlehnung an den Fragebogen zur Patientenzufriedenheit für Kinder und Jugendliche BEST-KJ (Keller et al. 2004) konstruiert wurden. Der BEST-KJ erfasst als eines der wenigen verfügbaren Verfahren zur Messung der Behandlungszufriedenheit bei Kindern und Jugendlichen die Zufriedenheit mit einem stationären Aufenthalt in der Kinder- u. Jugendpsychiatrie, d.h. mit einer Maßnahme, die mit Unterbringung außerhalb der Herkunftsfamilie verbunden ist. Seine Items lassen sich jedoch nicht unmodifiziert auf die untersuchte Zielgruppe übertragen, da

einzelne Fragen des BEST-KJ nur für ein Klinik-Setting bzw. für therapeutische Maßnahmen geeignet sind (z.B. Fragen zur Zufriedenheit mit einzelnen Therapien, mit der Aufklärung über Medikamente oder Fragen zur Beziehung zu Therapeuten und Klinikschullehrern). Deshalb wurden aus den insgesamt 38 Items des BEST-KJ diejenigen 10 Items selektiert, die sich inhaltlich auf die Erfassung der Zufriedenheit mit den beiden Untersuchungsbedingungen Gastfamilie / Heim übertragen lassen. Die Formulierung dieser 10 Items wurde anschließend inhaltlich - unter Beibehaltung der sprachlichen Formulierung - zur Anpassung an das zu untersuchende Setting überarbeitet. So wurde z.B. statt

„Insgesamt bin ich mit meinem Aufenthalt auf der Station sehr zufrieden“

die Formulierung

„Insgesamt bin ich mit meinem Aufenthalt in der Gastfamilie / im Heim sehr zufrieden“

gewählt. Jeweils fünf der 10 Items weisen eine positive und eine negative Polung auf. Aus den Antworten auf der 5-stufigen Antwortskala wurde – nach Umpolung der negativ gepolten Items - ein Gesamtwert errechnet.

Zusätzlich wurde eine offene Fragenkategorie verwendet, um den Probanden die Möglichkeit zu geben, in freier Form von den 10 Items möglicherweise nicht abgedeckte Aspekte einbringen zu können (*„Hier können Sie noch alles loswerden, was Sie zu Ihrem Aufenthalt im Heim / in der Gastfamilie mitteilen möchten: ...“*).

Bei fehlenden Daten wurde - analog zum Vorgehen bei der Skala Lebenszufriedenheit - auf die Auswertung verzichtet, wenn mehr als eines der 10 Items zur Maßnahmenzufriedenheit nicht ausgefüllt war. Wenn nur ein Item fehlte, wurde der Erwartungswert eingesetzt, der anhand der vorhandenen Itemwerte nach folgender Formel geschätzt wurde:

$$\text{Korrigierter Testwert der Skala} = \text{Mittelwert der vorhandenen Itemwerte} \times 10 \text{ (gerundet)}$$

Bei Untersuchungsteilnehmern, die im Katamnesezeitraum konsekutiv mehrere Aufenthalte in verschiedenen Gastfamilien bzw. Heimen hatten, wurde nach Möglichkeit die Zufriedenheit mit jeder dieser Einzelmaßnahmen erhoben.

2.4.2.2 Katamnestischer Fremdbeurteilungs-Fragebogen

Zur Abbildung der Fremdeinschätzung der psychischen Symptombelastung der Probanden durch Bezugspersonen wurde der Fragebogen über das Verhalten junger Erwachsener YABCL/18-30 eingesetzt. Es handelt sich dabei um die von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist erstellte deutsche Fassung der Young Adult Behavior Checklist YABCL von Achenbach (1997), die in den USA für 18 bis 30-Jährige an einer Stichprobe von 1074 Personen normiert wurde. Für die deutsche Fassung liegen allerdings bisher noch keine Normwerte vor. Analog zu den oben dargestellten Selbstbeurteilungsverfahren YASR und YSR wurde die YABCL von Achenbach in Anlehnung an die von ihm für Kinder und Jugendliche entwickelte Child Behavior Checklist CBCL konstruiert. Bei der CBCL handelt es sich um das weltweit wohl am weitesten verbreitete Screeningverfahren zur Erfassung der psychischen Symptombelastung anhand der Fremdbeurteilung durch die Eltern. Im Unterschied zur CBCL werden von der YABCL jedoch psychosoziale Kompetenzen nicht erfasst. Die YABCL kann von Eltern wie von anderen Bezugspersonen bearbeitet werden. Sie erlaubt ebenso wie die CBCL die Bildung von Indizes (T-Wert-Normen) für die Belastung mit internalisierenden und externalisierenden Auffälligkeiten sowie für die psychische Gesamtbelastung.

2.4.2.3 Katamnestisches Interview

Zur Erfassung der subjektiven Erfahrung und Bewertung von Gastfamilien- und Heimaufenthalt durch die Probanden wurde ein **strukturiertes katamnestisches Interview** mit standardisierter Fragevorgabe entwickelt. Damit wurde das Ziel verfolgt, die quantitative Erfassung der Reaktionen auf vorgegebene, standardisierte Antwortkategorien der Fragebogenverfahren durch eine qualitative Analyse der von den Probanden selbst frei formulierten persönlichen Stellungnahmen zu ihrem Erleben der Hilfemaßnahmen zu ergänzen. Den Probanden sollte auf diese Weise die Möglichkeit gegeben werden, ihre individuelle Perspektive auf die erlebte Maßnahme ohne vom Untersucher vorgefertigte Antwortkategorien selbst ausdrücken zu können. Im Kontext der Kernfragestellung der Studie (Vergleich der beiden Unterbringungsmaßnahmen) kommt dieser Erfassung des subjektiven Erlebens der Maßnahme eine große Bedeutung zu. Mangels eines geeigneten bereits publizierten Interviewverfahrens wurde ein eigenes strukturiertes Interview entwickelt.

Dieses Katamneseinterview (siehe Anhang 6) umfasst insgesamt 9 Fragen. Es wurden vorwiegend offene Fragen verwendet, die nicht „ja“- oder „nein“-Antworten hervorrufen sollen, sondern darauf abzielen, konkrete inhaltliche Antworten zu stimulieren. Um eine vergleichende Analyse der Antworten zu ermöglichen, wurden die Interviewfragen so formuliert, dass sie beiden Untersuchungsgruppen in exakt gleicher Formulierung vorgegeben werden konnten mit dem einzigen Unterschied, dass bei der einen Untersuchungsgruppe nach der Gastfamilienerfahrung und bei der anderen Gruppe nach der Heimerfahrung gefragt wurde (z.B. Frage 8: *„Haben Sie heute noch Kontakt zu der Gastfamilie?“* bzw. *„Haben Sie heute noch Kontakt zum Heim?“*). Damit sollte verhindert werden, dass differentiell wirksame verbale Hinweisreize oder „Cues“ in der Frageformulierung das Antwortverhalten in beiden Gruppen unterschiedlich beeinflussen könnten.

Bei der Frageformulierung wurde ferner darauf geachtet, einerseits emotional positiv wie negativ bedeutsame und subjektiv als wichtig erinnerte Erfahrungen mit den Maßnahmen zu erfassen, andererseits jedoch eine zu invasive Befragung zu vermeiden. So wurde nach wichtigen positiv und negativ bewerteten Erfahrungen (Frage 1: *„Was hat Ihnen am besten gefallen in Ihrer Zeit in der Gastfamilie / im Heim?“*, Frage 2: *„Was hat Ihnen am wenigsten gefallen in Ihrer Zeit in der Gastfamilie / im Heim?“*) und nach der aufgrund dieser eigenen Erfahrungen bevorzugten Unterbringungsform gefragt (Frage 3: *„Wenn ein anderer Jugendlicher Sie fragen würde, ob er lieber in einer Gastfamilie oder in ein Heim gehen soll, was würden Sie ihm empfehlen?“*). Mit Frage 6 wurde thematisiert, was subjektiv am hilfreichsten erlebt wurde (*„Was in ihrer Gastfamilie / ihrem Heim hat ihnen am meisten geholfen?“*). Die retrospektive Akzeptanz der durchgeführten Maßnahme wurde erhoben (Frage 7: *„Wenn Sie sich in der gleichen Situation wie früher noch mal entscheiden müssten, würden Sie wieder in die Gastfamilie / ins Heim gehen? (Wenn nein:) Wohin dann?“*). Als Indikator für die Stabilität und Bedeutsamkeit der während der Maßnahme aufgebauten Beziehungen wurde erfragt, inwieweit zum Katamnesezeitpunkt noch Kontakte zu den jeweiligen Bezugspersonen fortbestehen (Frage 8: *„Haben Sie heute noch Kontakt zu der Gastfamilie / zum Heim? (Wenn ja:) Was für Kontakte sind das?“*). Mit zwei Fragen (Frage 4 und Frage 5) wurde die Beziehung zwischen dem Hilfesystem und der Herkunftsfamilie thematisiert (z.B. Frage 4: *„Wie hat sich der Aufenthalt in der Gastfamilie / im Heim auf Ihr Verhältnis zu Ihrer Herkunftsfamilie ausgewirkt?“*). Mit einer offenen Abschlussfrage wurde den Probanden die Möglichkeit gegeben, ihnen per-

sönlich noch wichtige, von den übrigen Fragen jedoch nicht abgedeckte Erfahrungen mit den Maßnahmen zu äußern (Frage 9: *„Fällt Ihnen sonst noch etwas ein zu Ihrer Erfahrung mit der Gastfamilie / mit dem Heim, das Ihnen wichtig ist?“*). Anhang 6 zeigt den Interview-Protokollbogen mit allen neun Fragen.

Die Durchführungsdauer für das gesamte Interview liegt bei durchschnittlich ca. 15 Minuten. Die Antworten der Probanden wurden wörtlich mitprotokolliert. Aus dieser handschriftlichen Mitschrift wurden computerisierte Transkripte der anonymisierten Interviews erstellt und zur Auswertung dann qualitativ-inhaltsanalytisch untersucht. Mangels eines für die spezifische Fragestellung der Untersuchung anwendbaren, bereits bestehenden Auswertungsverfahrens bzw. Kategorienrasters erfolgte die Inhaltsanalyse anhand eigens dafür entwickelter Auswertungskategorien.

Die **Auswertung** der Interviewdaten erfolgte mittels einer **qualitativen Inhaltsanalyse**. In Anlehnung an Mayring (2008¹⁰) wurde entsprechend der qualitativ-inhaltsanalytischen Methodik für jede der neun Interviewfragen vom Autor induktiv anhand der vorliegenden Antworten ein eigenes Kategoriensystem entworfen. Aus der systematischen Analyse der verbalen Daten des Interviews wurden so zentrale Kategorien abgeleitet, die es erlauben, die subjektiven Erfahrungen der Betroffenen strukturiert zu erfassen. Mit dem aus diesem induktiven Vorgehen resultierenden Kategoriensystem werden die konkreten Antworten der einzelnen Probanden auf die jeweilige Frage entsprechenden Kategorien auf einer höheren Abstraktionsebene zugeordnet. Dadurch kann die Komplexität des Textmaterials reduziert und die Valenz der geschilderten Inhalte (z.B. positive oder negative Bewertung bestimmter Erfahrungen) erfasst werden. So wurde z.B. zu Frage 2 (*„Was hat Ihnen am wenigsten gefallen in Ihrer Zeit in der Gastfamilie / im Heim?“*), mit der negative Erfahrungen in der Maßnahme exploriert werden sollen, ein Schema mit acht Antwort-Kategorien entwickelt: 1. *Keine relevanten Schwierigkeiten*, 2. *Konflikte und Beziehungsprobleme durch bzw. mit Peers/Pflege- oder leiblichen Geschwistern*, 3. *Konflikte und Beziehungsprobleme mit erzieherischen Bezugspersonen*, 4. *Allgemeine negative Bewertung der Maßnahme*, 5. *Persönliche Probleme / Inkompetenz der erzieherischen Bezugspersonen*, 6. *Mangelnde emotionale Nähe / praktische Unterstützung*, 7. *Übergriffserleben*, 8. *Andere*.

Ankerbeispiele wurden zur Veranschaulichung und Operationalisierung der einzelnen Antwortkategorien verwendet (z.B. Frage 2, Antwort-Kategorie 1 „Keine relevanten

Schwierigkeiten“: Ankerbeispiel „*eigentlich nix*“). Nach Erprobung der Kategorien durch den Autor wurde ein Auswertungsmanual entwickelt. Darin wurden das Vorgehen bei der Auswertung, die Kodierregeln sowie die Antwortkategorien für jede Frage explizit dargestellt und schriftlich fixiert (siehe Anhang 7).

Für die Aussagekraft der Daten einer qualitativen Inhaltsanalyse ist neben den inhaltlichen Aspekten des verwendeten Kategoriensystems dessen messtechnische Güte von ausschlaggebender Bedeutung. Um sicherzustellen, dass die Kodierung der einzelnen Antworten durch den Untersucher nicht willkürlich oder mit einem systematischen Bias erfolgt, wurden zum Vergleich die anonymisierten Interviews anhand des Auswertungsmanuals von drei weiteren, unabhängigen Ratern (Prof. Dr. R. Schepker, Dr. U. Amann, Dr. A. Williamson) kodiert, die mit der Fragestellung und der Methodik der Studie vertraut waren. Zur Überprüfung der Reliabilität des Kategoriensystems wurde anschließend die **Interrater-Reliabilität der Kodierungen** aller vier Rater bestimmt. Die Bestimmung des prozentuellen Anteils übereinstimmender Kodierungen wird zwar gelegentlich als Maßzahl für die Rater-Übereinstimmung genutzt. Sie ist jedoch aus methodisch-statistischer Sicht unzureichend, weil bei diesem Vorgehen der zu erwartende Anteil zufällig bzw. „durch Raten“ übereinstimmender Urteile nicht berücksichtigt wird. Dadurch fällt dieses einfach zu errechnende Übereinstimmungsmaß zu günstig aus. Als zufallskorrigiertes Maß der Interraterreliabilität wurde deshalb hier der Fleiss-Kappa-Koeffizient (Bortz & Lienert 2003², Posner et al. 1990) sowie das dazugehörige Konfidenzintervall bestimmt. Fleiss (1971, 1981) entwickelte diesen Koeffizienten als Übereinstimmungsmaß für nominalskalierte Daten von mehreren Beurteilern. Dabei handelt es sich um eine Erweiterung der Formel von Cohens Kappa-Koeffizienten (Cohen 1960), der nur für die Bestimmung der Übereinstimmung bei zwei Ratern geeignet ist. Beide Statistiken berücksichtigen das Ausmaß zu erwartender zufälliger Urteilsübereinstimmungen zwischen den Ratern.

In einer Konsensuskonferenz der vier Rater wurden in einem weiteren Schritt alle Antworten, bei deren Kodierung keine vollständige Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Beurteilern erreicht wurde, gemeinsam diskutiert und dann durch Konsensbildung endgültig den Antwortkategorien zugeordnet. Die im Ergebnisteil dargestellten Auswertungen des Interviews basieren auf diesen Konsensusurteilen der Raterkonferenz. Eine sichere Zuordnung der Antworten zu den einzelnen Kategorien erwies sich jedoch teilweise als schwierig, da die dokumentierten verbalen

Äußerungen der Probanden gelegentlich mehrdeutig, unvollständig oder von jugendtypischem Jargon geprägt waren. Eine Disambiguierung war in diesen Fällen oft nicht möglich, da neben den aufgezeichneten sprachlichen Antwortdaten keine weiteren Informationen wie z.B. Videoaufnahmen zur Darstellung von Mimik, Gestik etc. während dem Interview vorlagen. Diese teils nicht aufzulösende Mehrdeutigkeit bleibt damit limitierend für die Datenqualität bzw. die Interraterübereinstimmung.

Da sich in der Konsensuskonferenz das Kategoriensystem für Frage 6 („*Was in ihrer Gastfamilie / ihrem Heim hat ihnen am meisten geholfen?*“) als nicht ausreichend trennscharf erwies, wurden die Antwortkategorien zu dieser Frage nochmals vom Autor überarbeitet. Anhand dieser revidierten Kategorien, die weitgehend mit denen für Frage 1 übereinstimmen, erfolgte eine Neukodierung von Frage 6 durch alle vier Rater. In einer anschließenden erneuten Konsensuskonferenz wurden dann alle noch bestehenden Urteilsdifferenzen bei den Antworten auf diese Frage geklärt und die Konsensusurteile für Frage 6 festgelegt.

2.5 Statistische Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte mit **PC-gestützten Statistikprogrammen**. Nach anonymisierter Dateneingabe in EXCEL-Tabellen wurden bei einfachen, z.B. deskriptiven Auswertungen die statistischen Funktionen des EXCEL-Programms verwendet. Komplexere statistische Analysen wurden mit dem STATISTICA-Programm (<http://www.statsoft.com>) durchgeführt. Für Vier-Felder-Chi-Quadrat-Tests wurde teils das internet-basierte Statistik-Tool von quantpsy.org herangezogen (Preacher 2001). Für die statistische Überprüfung der Interraterreliabilität der qualitativen Inhaltsanalyse der Interviewdaten wurde das internet-basierte Stat-Tools-Programm (<http://www.amchang.net/StatTools/index.php>) angewendet.

Die **statistische Überprüfung von Unterschieden** zwischen den beiden Untersuchungsgruppen erfolgte mit parametrischen Verfahren wie t-Test und Varianzanalyse, bei Daten mit Ordinalskalenniveau und bei Häufigkeitsdaten mit nonparametrischen Verfahren wie Mann-Whitney-U-Test und Vierfelder-Kontingenztafeltest (Chi-Quadrat-Test, teils mit Yates-Korrektur, sowie Fishers Exakter Test, da die Kategoriensysteme teils Nominalskalenniveau aufwiesen und da die Zellbesetzungen bei Verwendung von mehr als zwei Antwortstufen zu niedrig ausfielen für eine statistische Auswertung).

Um bei der statistischen Datenanalyse das Problem des multiplen Testens (mit der Anzahl der durchgeführten Signifikanztests steigt bei gegebenem Signifikanzniveau die Wahrscheinlichkeit, eine Hypothese fälschlich anzunehmen) zu berücksichtigen, wurde die explorative Simes-Korrektur (Benjamini-Hochberg-Verfahren) verwendet (vgl. Victor et al. 2010). Dabei handelt es sich um ein im Vergleich zur häufig verwendeten Bonferroni-Korrektur statistisch gesehen weniger konservatives Verfahren. Weil die vorliegende Studie aufgrund des bisherigen Fehlens von empirischen Arbeiten für den Untersuchungsbereich auch explorativen Charakter hat, wurde diesem Vorgehen der Vorzug gegeben, um nicht durch zu rigorose Signifikanzschranken „wahre“ Unterschiedshypothesen zu übersehen und so die Gefahr für einen Fehler zweiter Art (β -Fehler) zu erhöhen (geringere Testpower).

Bei der explorativen Simes-Korrektur werden die nach Größe geordneten p-Werte der Signifikanztests verglichen mit aufsteigenden Schranken, beginnend mit dem Vergleich des kleinsten p-Werts mit der Schranke

$$\frac{\alpha}{\text{Anzahl der Tests}}$$

und gefolgt von dem Vergleich des zweit- und drittkleinsten p-Werts mit dem zweifachen und dreifachen dieser Schranke usw.

Zusätzlich zur Signifikanzprüfung wurde eine **Effektgrößen-Schätzung** vorgenommen. Sie erfolgte gemäß dem bei Bortz & Döring (2006⁴) und Westermann (2000) beschriebenen methodischen Vorgehen:

Für die mit Chi-Quadrat-Verfahren überprüften Unterschiede wurde der Phi-Koeffizient herangezogen, mit

$$\phi = \sqrt{\frac{\chi^2}{n}}$$

wobei n die Gesamtzahl der Untersuchungseinheiten in beiden Gruppen bezeichnet. Die Klassifikation der dabei sich ergebenden Effektgrößen wurde anhand der von Bortz & Döring (2006⁴, S. 606) empfohlenen Kriterien vorgenommen (0,10: kleine Effektgröße, 0,3: mittlere Effektgröße, 0,5: große Effektgröße). Auf die Berechnung von Konfidenzintervallen für ϕ , die von Bortz & Döring (2006⁴, S. 614) als „... unüblich und auch wenig sinnvoll ...“ bezeichnet wird, wurde verzichtet.

Bei ordinalskalierten Daten, die anhand des Mann-Whitney-U-Tests auf Signifikanz geprüft wurden, erfolgte die Effektstärken-Schätzung anhand der Größe Tau, mit

$$\tau = \frac{z}{\sqrt{n}}$$

Für die Interpretation von τ wurden ebenfalls die in der o.g. Literatur beschriebenen Werte als Klassifikationskriterien zugrundegelegt ($|\tau| = 0,1$ kleiner Effekt, $0,3$ mittlerer Effekt, $0,5$ großer Effekt).

Bei Gruppenvergleichen intervallskalierter Daten mit dem t-Test wurde gemäß Bortz & Döring 2006⁴ (S. 607) als Maß der Effektgröße

$$\delta = t \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 \times n_2}}$$

verwendet, wobei n_1 und n_2 die Stichprobenumfänge der verglichenen Gruppen bezeichnen. Die Klassifikation der Effektgrößen erfolgte nach der gängigen Abstufung ($0,2$ kleiner Effekt, $0,5$ mittlerer Effekt, $0,8$ großer Effekt).

3 Ergebnisse

3.1 Analyse der Krankenakten: Vergleich der beiden Ausgangsstichproben

3.1.1 Soziodemographische Daten

Alter

Ein genaues Datum des Beginns der untersuchten Maßnahme (Gastfamilien- oder Heimunterbringung) liegt nur für die Gastfamiliengruppe vor, bei der die genannte Liste der Arkade verfügbar war. Bei der Heimgruppe konnte nicht auf entsprechende Unterlagen zurückgegriffen werden, und die Angaben der Untersuchungsteilnehmer selbst bzw. ihrer Bezugspersonen im Rahmen der späteren katamnestischen Befragung waren diesbezüglich unsicher oder ungenau. Deshalb wurde die Altersverteilung beider Gruppen zum Zeitpunkt der in der Klinikakte erfassten Entlassung aus der Klinik (vor dem Beginn der jeweiligen Maßnahme) verglichen. Die Ergebnisse zeigt Tab. 3.

Tab. 3: Alter der Untersuchungsteilnehmer zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik gemäß Krankenakten (Jahre, dezimal)

Alter bei Entlassung (Jahre)	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
Mittelwert	14,17		15,79	
Median	14,83		15,98	
Range (min/max)	6,67	20,67	12,49	18,09
Standardabweichung	2,94		1,47	

Die Probanden der Heimgruppe sind im Mittel ca. 1,5 Jahre älter als die Mitglieder der Gastfamiliengruppe. Dieser Unterschied entspricht dem unterschiedlichen Vorgehen bei der Fallselektion beider Gruppen. Auch die Altersstreuung ist in der Heimgruppe – wie zu erwarten bei der Beschränkung der Stichprobenbildung auf die Patienten einer Jugendstation mit begrenztem Altersspektrum – deutlich geringer.

Die nach Altersgruppen gestaffelte Verteilung der Probanden in beiden Gruppen wird in Abb. 3 genauer dargestellt. Wie die Abbildung zeigt, ist in der Heimgruppe ein höherer Anteil älterer Jugendlicher zu finden, dagegen keine Probanden unter 12 Jahren.

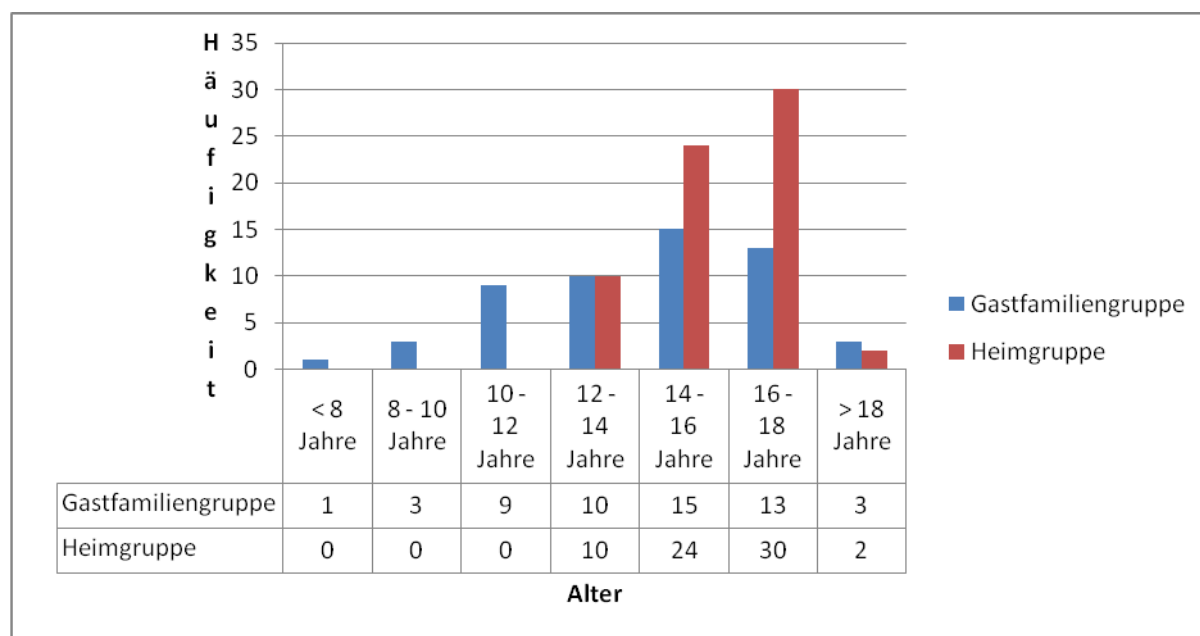


Abb. 3: Altersverteilung in beiden Untersuchungsgruppen zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik (Fallzahlen in Bezug auf die Größe der jeweiligen Gruppe: Gastfamiliengruppe $n = 54$, Heimgruppe $n = 66$)

Zur statistischen Überprüfung des Altersunterschieds zwischen Gastfamilien- und Heimgruppe wurde der Mann-Whitney-U-Test angewendet, da die Voraussetzung der Varianzhomogenität beider Gruppen für einen t-Test nicht gegeben war (F-Test: F-Quotient Varianzen = 3,99 bzw. $p = .000$). Im U-Test ergibt sich mit $U = 1165,5$ und $Z = -3,25$ ein p-Niveau von .001 bzw. ein hoch signifikanter Altersunterschied zwischen beiden Gruppen. Die Effektstärke liegt mit $\tau = 0,30$ im mittleren Bereich.

Die selektionsbedingt unterschiedliche Alterszusammensetzung der beiden Gruppen könnte möglicherweise einen systematischen Fehler in der Studie verursachen, da denkbar ist, dass die Altersvariable als personengebundene „Störvariable“ die untersuchten Effekte der beiden Maßnahmen überlagert bzw. mit diesen konfundiert ist. Um diesen potentiellen Bias der Studie zu kontrollieren, werden bei den folgenden Auswertungen jeweils zusätzlich zu den Daten des Vergleichs der gesamten Gastfamiliengruppe mit der Heimgruppe diejenigen Daten dargestellt, die sich ergeben,

wenn beide Gruppen in Bezug auf das Alter „parallelisiert“ werden. Dazu wurden aus der Gastfamiliengruppe die $n = 13$ Probanden ausgeschlossen, die bei der Klinikentlassung unter 12 Jahre alt waren. Es handelt sich bei diesen 13 Probanden ausnahmslos um damalige Patienten der Kinderstation am ZfP Weissenau. Die verbleibende, im Folgenden als „altersangepasste Gastfamiliengruppe“ bezeichnete Gruppe ($n = 41$) umfasst durch dieses Vorgehen ebenso wie die Heimgruppe nur noch Probanden im Altersbereich über 12 Jahren.

Andere methodische Alternativen zur Berücksichtigung der unterschiedlichen Alterszusammensetzung beider Gruppen wie die Durchführung einer Kovarianzanalyse mit der Variable Alter als Kontrollvariable kamen demgegenüber hier nicht in Frage, da es sich um keine randomisierte Studie handelt, und da die Kontrollvariable Alter nicht nur mit den abhängigen Variablen, sondern auch mit der unabhängigen Variable der Gruppenzuordnung korreliert, so dass eine Voraussetzung des Verfahrens verletzt wäre (vgl. Bortz & Döring 2006⁴, S. 544f.). Weitere Methoden aus der epidemiologischen Forschung wie die Analyse von Propensity-Scores (vgl. Rosenbaum & Rubin 1983) scheiden aufgrund der zu geringen Stichprobengröße ebenfalls aus.

Das Durchschnittsalter der altersangepassten Gastfamiliengruppe liegt bei 15,65 Jahren, die Standardabweichung bei 1,66 Jahren, der Median bei 15,90 Jahren und der Range erstreckt sich von 12,02 bis 20,67 Jahren. Vergleicht man diese Gruppe mit der Heimgruppe, dann zeigt sich als Ergebnis der Elimination der unter 12jährigen Probanden erwartungsgemäß im U-Test mit $U = 1165,5$ ($Z = -1,201$) und $p = .23$ kein signifikanter Unterschied mehr. Die Effektgröße reduziert sich auf $\tau = 0,12$.

Geschlecht

Tab. 4 zeigt die Geschlechtsverteilung in beiden Untersuchungsgruppen zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik. In der Gastfamiliengruppe findet sich ebenso wie in der Heimgruppe eine leichte Überrepräsentation weiblicher Probanden. Im Chi-Quadrat-Test ergibt sich kein statistisch signifikantes Ergebnis ($\chi^2 = 0,08$, $p = .78$) und damit kein Hinweis für eine geschlechtsabhängige differentielle Selektion von Probanden für eine der beiden Unterbringungsmaßnahmen. Die Effektstärke liegt bei $\phi = 0,03$. Der höhere Anteil von weiblichen Probanden in beiden Gruppen steht aber im Gegensatz zu dem Befund, dass männliche Jugendliche in der stationären Ju-

gendhilfe zahlenmäßig stärker vertreten sind (vgl. Statistisches Bundesamt 2009, S. 222).

Tab. 4: Geschlechtsverteilung in den beiden Untersuchungsgruppen zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik (Häufigkeiten und prozentuelle Anteile an der jeweiligen Untersuchungsgruppe; Gastfamiliengruppe n = 54, Heimgruppe n = 66)

Geschlecht	Gastfamilien- gruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
Männlich	24	44,4	31	47,0
Weiblich	30	55,6	35	53,0

Um zu prüfen, ob die unterschiedliche Alterszusammensetzung beider Gruppen einen Einfluss auf die Geschlechtsverteilung ausübt, wurde wie beschrieben die Geschlechtsverteilung der altersangepassten Gastfamiliengruppe (mit Berücksichtigung nur der über 12jährigen Probanden, n = 41) mit der Heimgruppe verglichen. Das Ergebnis zeigt Tab. 5.

Tab. 5: Geschlechtsverteilung in der altersangepassten Gastfamiliengruppe (Probanden >12 Jahre) und der Heimgruppe zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik (Häufigkeiten und prozentuelle Anteile an der jeweiligen Untersuchungsgruppe; Gastfamiliengruppe n = 41, Heimgruppe n = 66)

Geschlecht	Altersangepasste Gastfamilien- gruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
Männlich	15	36,6	31	47,0
Weiblich	26	63,4	35	53,0

Im Chi-Quadrat-Test ergibt sich auch beim Vergleich mit dieser alterskorrigierten Gruppe kein statistisch signifikantes Ergebnis ($\chi^2 = 1,11$, $p = .29$) und damit kein Hinweis für eine geschlechtsabhängige differentielle Selektion hinsichtlich der beiden Unterbringungsmaßnahmen. Die Effektstärke ist mit $\phi = 0,10$ gering.

Die **Schulsituation** zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik zeigt Tab. 6. In beiden Untersuchungsgruppen findet sich ein zahlenmäßiges Überwiegen von Probanden mit einfachem Bildungsniveau: Hauptschüler bilden die jeweils größte Untergruppe. Schüler und Schüler der Förder-Schule (Lernbehinderten-Schule) und Schule für Erziehungshilfe stellen zusammen die zweitgrößte Untergruppe dar. Schüler höherer Schulen (Realschule, Gymnasium) folgen danach erst an dritter Stelle. Mit bedingt durch die oben dargestellte Altersverteilung sind in der Gastfamiliengruppe auch mehrere Schüler zu finden, die noch die Grundschule (5 Probanden) bzw. Vorschule (1 Proband) besuchen. Dagegen fällt in der Heimgruppe der relativ hohe Anteil von 11 Probanden (16,7 %) auf, bei denen kein Schulbesuch erfolgt.

Tab. 6: Besuchte Schule zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik (Häufigkeiten und prozentuelle Anteile an der jeweiligen Untersuchungsgruppe; Gastfamiliengruppe n = 54, Heimgruppe n = 66)

Schulbesuch	Gastfamilien-Gruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
Grundschule, Vorschule	6	11,1	0	0,0
Hauptschule	21	38,9	19	28,8
Realschule	4	7,4	8	12,1
Gymnasium	3	5,6	3	4,5
Förderschule, Schule für Lernbehinderte	5	9,3	4	6,1
Schule für Erziehungshilfe	7	13,0	8	12,1
Andere Sonderschulen	2	3,7	0	0,0
Fach- und Berufsschulen	2	3,7	0	0,0
Ausgeschult	1	1,9	9	13,6
Kein Schulbesuch aus anderen Gründen (z.B. Abbruch)	1	1,9	11	16,7
Berufsvorbereitungsjahr BVJ	0	0,0	2	3,0
andere oder unbekannt	2	3,7	2	3,0

Aufgrund der teilweise sehr geringen Zellbesetzungen eignen sich die tabellarisch dargestellten Daten zu den vielfältigen einzelnen Schulformen nicht für eine statistische Analyse. Fasst man sie zu den beiden Gruppen einfaches Schulniveau (gebildet aus den Schülern von Hauptschulen, Förderschulen-L und -E, BVJ, Berufs- und Fachschulen) und mittleres bis höheres Schulniveau (Schüler aus Realschule und Gymnasium) zusammen, ergibt sich die Vierfeldertafel von Tab. 7. In der Gastfamiliengruppe zeigt sich hier prozentuell ein etwas höherer Anteil von Schülern mit einfachem Bildungsniveau. Überprüft man die dargestellte Verteilung mit einem Chi-Quadrat-Test, dann ergibt sich mit $\chi^2 = 0,90$ bzw. $p = .34$ jedoch kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Schulniveau (einfaches versus mittleres/höheres) und der Art der Unterbringung. Die Effektstärke liegt mit $\phi = 0,09$ im Bereich eines kleinen Effekts.

Tab. 7: Schulniveau zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik (Häufigkeiten und prozentuelle Anteile an der jeweiligen Untersuchungsgruppe)

Schulniveau	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
einfach (Haupt-, Förderschule-L und -E, BVJ, Berufs- u. Fachschule)	35	64,8	33	50,0
mittel bis höher (Realschule, Gymnasium)	7	13,0	11	16,7

Betrachtet man nur die über 12 Jahre alten Probanden der Gastfamiliengruppe, dann finden sich unter ihnen 30 Schüler (73,2%) mit einfachem Schulniveau und 5 Schüler (12,2%) mit mittlerem bis höherem Schulniveau. Im Chi-Quadrat-Test zeigt sich auch beim Vergleich dieser altersangepassten Gruppe mit der Heimgruppe kein signifikanter Unterschied ($\chi^2 = 1,39$, $p = .24$), die Effektstärke liegt mit $\phi = 0,13$ im kleinen Bereich.

Wohnsituation

Anhand der Krankenakte wurde die Wohnsituation während der Behandlung am ZfP Weissenau ermittelt (Tab. 8). Den 32 Probanden der Gastfamiliengruppe (59,3%) bzw. 42 Probanden der Heimgruppe (63,7%), die zu diesem Zeitpunkt bei zumindest einem leiblichen Elternteil leben, stehen 22 Probanden der Gastfamiliengruppe (40,7%) bzw. 24 Probanden der Heimgruppe (36,4%) gegenüber, die mit keinem Elternteil zusammen wohnen. Stellt man dies in einer Vier-Felder-Tafel gegenüber, so ergibt sich im Chi-Quadrat-Test kein signifikanter Unterschied ($\chi^2 = 0,24$, $p = .62$). Die Effektstärke liegt damit bei $\phi = 0,04$.

Betrachtet man nur die über 12jährigen Probanden mit Gastfamilienunterbringung ($n = 41$), dann finden sich unter diesen 23 Probanden (56,1%), die bei mindestens einem leiblichen Elternteil leben, gegenüber 18 Probanden (43,9%), bei denen dies nicht der Fall ist. Stellt man diese altersangepasste Gastfamiliengruppe der Heimgruppe gegenüber, dann ergibt sich mit $\chi^2 = 0,60$ und $p = .44$ ebenfalls keine signifikanter Unterschied. Mit $\phi = 0,07$ findet sich eine geringe Effektstärke.

Tab. 8: Wohnsituation während der Behandlung an der Klinik (Häufigkeiten und prozentuelle Anteile an der jeweiligen Untersuchungsgruppe)

Wohnsituation	Gastfamilien- gruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
bei beiden leiblichen Eltern	8	14,8	13	19,7
bei einem leibl. Elternteil <i>und</i> einem Adoptiv-/Stiefelternteil oder anderem Verwandten	11	20,4	13	19,7
bei alleinerziehendem Elternteil	13	24,1	16	24,2
bei Verwandten (außer leibl. Eltern)	1	1,9	0	0,00
bei Adoptiveltern	0	0,00	1	1,5
bei Pflegeeltern	5	9,3	2	3,0
in Heim bzw. institutioneller Einrichtung	16	29,6	19	28,8
Andere	0	0,0	2	3,0
Summe	54	100,0	66	100,0

Die insgesamt 35 aus Heimen bzw. institutionellen Einrichtungen stammenden Probanden beider Gruppen lassen sich folgendermaßen näher aufschlüsseln: Jeweils 15 Teilnehmer beider Gruppen waren im Rahmen einer Jugendhilfemaßnahme in einer Heimeinrichtung oder Wohngruppe untergebracht (27,8% versus 22,7%). 2 weitere Probanden der Heimgruppe kamen aus einem Auslandsprojekt der Jugendhilfe, 1 weiterer Proband aus dem betreuten Wohnen. In beiden Gruppen fand sich jeweils 1 Proband aus einer längerfristigen Behandlung an einer Reha-Klinik.

3.1.2 Familiäre Belastungsfaktoren

Der **Beziehungsstatus der leiblichen Eltern** und der **Verlust wichtiger Bezugspersonen** werden im multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (Remschmidt et al. 2001, S. 333 ff.) verwendet, um signifikant von der Norm abweichende psychosoziale Umstände abzubilden. Sie können als Indikator für die psychosoziale und familiäre Belastung von Jugendlichen gesehen werden. Wie Tab. 9 zeigt, stammt nach den Daten der Krankenakten bzw. des Entlassungsberichts der Klinik ein sehr hoher Anteil der Jugendlichen in beiden Untersuchungsgruppen aus Familien mit Trennung der Eltern oder Verlust eines oder beider Elternteile.

Tab. 9: Beziehungsstatus der leiblichen Eltern der Probanden in beiden Untersuchungsgruppen (Häufigkeiten und prozentuelle Anteile an der jeweiligen Untersuchungsgruppe; Mehrfachnennungen sind möglich, dadurch können sich die Prozentwerte zu über 100 % aufsummieren)

Elterlicher Beziehungsstatus	Gastfamilien- gruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
Leibliche Eltern leben zusammen	10	18,5	11	16,7
Trennung/Scheidung der leibl. Eltern	38	70,4	42	63,6
Tod eines Elternteils	6	11,1	9	13,6
Tod beider Elternteile	1	1,9	1	1,5
Eltern unbekannt/verschollen	1	1,9	2	3,0
Beziehungsstatus unbekannt, keine Angaben vorhanden	0	0,0	4	6,1

In beiden Untersuchungsgruppen liegt der Anteil der Probanden aus Familien, in denen beide leibliche Eltern zusammenleben, unter 20 %. Dagegen liegt der Anteil zum Zeitpunkt der Klinikentlassung der Probanden getrennt lebender oder geschiedener Eltern bei jeweils etwa zwei Dritteln. Den Verlust eines oder beider Elternteile durch Tod hatte in beiden Gruppen bereits deutlich über 10 % der Probanden erlitten.

Stellt man die Zahlen der Untersuchungsteilnehmer beider Gruppen aus Familien mit zusammenlebenden Eltern (10 in der Gastfamiliengruppe und 11 in der Heimgruppe) der Zahl derjenigen mit mindestens einer der in der Tabelle aufgeführten familienstrukturellen Auffälligkeiten bzw. Verlusterlebnisse (44 in der Gastfamiliengruppe und 55 in der Heimgruppe) gegenüber, ergibt sich bei statistischer Prüfung mit dem Vierfelder-Chi-Quadrat-Test kein signifikantes Ergebnis ($\chi^2 = 0,07$, $p = .79$). Die beiden Untersuchungsgruppen unterschieden sich also nicht in statistisch bedeutsamer Weise hinsichtlich dieses psychosozialen Belastungsfaktors. Die Effektstärke liegt bei $\phi = 0,02$.

Eliminiert man die unter 12jährigen Probanden aus der Gastfamiliengruppe, finden sich in der Restgruppe ($n = 41$) noch 9 Probanden (22,0%) mit zusammenlebenden Eltern gegenüber 32 Probanden (78,0%), bei denen dies nicht der Fall ist. Stellt man diese Zahlen den genannten der Heimgruppe gegenüber, ergibt sich im Chi-Quadrat-

Test mit $\chi^2 = 0,47$ und $p = .50$ ebenfalls kein signifikantes Ergebnis. Die Effektstärke liegt bei $\phi = 0,07$.

Neben den familienstrukturellen Merkmalen von Trennung, Scheidung und Verlust wurden anhand der Krankenaktendaten **weitere psychosoziale familiäre Belastungsfaktoren** erhoben:

Psychiatrische Erkrankungen eines leiblichen Elternteils bzw. eines Ersatzelternteils waren in den Krankenakten bei 18 Probanden der Gastfamiliengruppe (33,3 %) und bei 23 Probanden der Heimgruppe (34,8 %) dokumentiert. Bei jeweils weiteren 4 Fällen in beiden Gruppen (7,4 % bzw. 6,1 %) waren laut Klinikakte beide Elternteile psychiatrisch erkrankt. **Andere (d.h. somatische) schwere Erkrankungen** fanden sich laut Krankenakten bei den Eltern von 2 Probanden der Gastfamiliengruppe (3,7 %) und 3 Probanden der Heimgruppe (4,5 %). **Abweichendes Verhalten der Eltern** wie z.B. Kriminalität in Form von Gewalttätigkeit, Missbrauch oder Vergewaltigung in oder außerhalb der Familie, Inhaftierung wegen Straftaten war bei 22 Probanden (40,7 %) der Gastfamiliengruppe und bei 19 Probanden (28,8 %) der Heimgruppe dokumentiert. **Missbrauch oder Misshandlung durch weitere Verwandte** war in 2 Fällen der Gastfamiliengruppe (3,7 %) in der Akte beschrieben, jedoch in keinem Fall der Heimgruppe.

Bei 17 Probanden der Gastfamiliengruppe (31,5 %) bzw. 23 Probanden der Heimgruppe (34,8 %) konnte in der Krankenakte kein Hinweis auf einen der vier oben genannten psychosozialen Belastungsfaktoren in der Herkunftsfamilie gefunden werden. Bei 26 Probanden der Gastfamiliengruppe war ein Belastungsfaktor, bei 10 zwei Belastungsfaktoren und bei einem weiteren Probanden drei Belastungsfaktoren dokumentiert. In der Heimgruppe ergaben sich 25 Fälle mit einem, 14 mit zwei und kein Fall mit drei Belastungsfaktoren. Werden die Probanden beider Untersuchungsgruppen ohne denen mit mindestens einem psychosozialen Belastungsfaktor (37 oder 68,5 % in der Gastfamiliengruppe, 39 oder 59,1% in der Heimgruppe) in einem Vier-Felder-Chi-Quadrat-Test gegenüber gestellt, ergibt sich kein statistisch signifikantes Ergebnis ($\chi^2 = 0,40$, $p = .53$). Die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,06$. Beide Gruppen zeichnen sich insgesamt durch eine hohe Belastung mit schwierigen psychosozialen familiären Bedingungen aus.

In der Untergruppe der bei Klinikentlassung über 12-jährigen Probanden der Gastfamiliengruppe weisen 29 bzw. 70,7% mindestens einen der genannten Belastungsfak-

toren auf, bei 12 bzw. 29,3% ergibt sich in der Akte kein Hinweis auf das Vorliegen der Fakoren. Der Vergleich dieser Untergruppe mit der Heimgruppe ergibt mit $\chi^2 = 0,67$ und $p = .41$ ebenfalls keinen signifikanten Unterschied, die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,08$.

3.1.3 Psychiatrische Morbidität

Anhand der Dokumentation in den Krankenakten wurde erhoben, bei welchen psychiatrischen Störungsbildern beide Unterbringungsmaßnahmen zur Anwendung kamen. Aus dem Entlassungsbericht der Klinik bzw. aus dem Entlassungsbogen in der Akte wurden dafür die psychiatrischen Diagnosen (F-Diagnosen nach ICD 10 der WHO, inklusive Verdachtsdiagnosen) entnommen. Weitergehende diagnostische Daten, z.B. entsprechend dem multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (Remschmidt et al. 2001) sowie Daten zur psychischen Symptombelastung z.B. anhand von CBCL oder YSR fanden sich nur in einer geringen Anzahl der untersuchten Krankenakten, so dass eine Auswertung nicht möglich bzw. sinnvoll war.

Die Verteilung der **psychiatrischen Hauptdiagnosen** in beiden Untersuchungsgruppen, zusammengefasst und **gruppiert nach den Störungsklassen F1 bis F9**, zeigt Abb. 4.

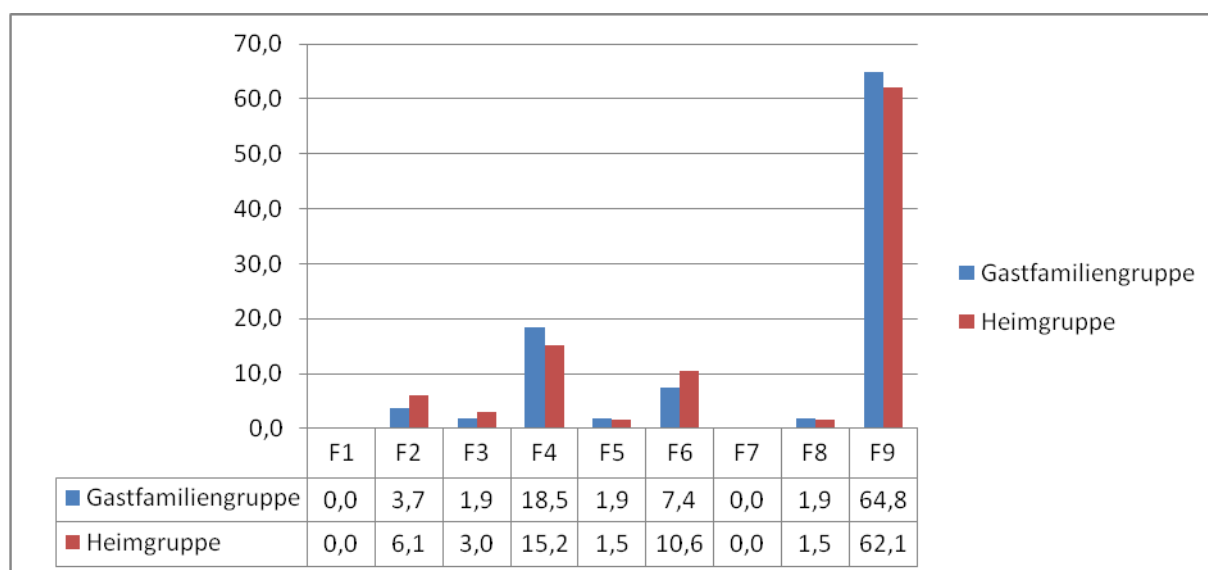


Abb. 4: Verteilung der psychiatrischen Hauptdiagnose-Klassen F1 bis F9 (ICD 10 der WHO) in beiden Gruppen (Gastfamiliengruppe gemäß n = 54, Heimgruppe n = 66) gemäß Patientenakten bei Entlassung aus der Klinik: Prozentangaben in Bezug auf die jeweilige Gruppe

In beiden Gruppen wurde bei nahezu zwei Dritteln der Probanden (35 Fällen in der Gastfamiliengruppe sowie 41 Fällen in der Heimgruppe) eine F9-Diagnose (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend) als Hauptdiagnose gestellt. Die zweithäufigste Diagnosenklasse ist – wiederum in beiden Untersuchungsgruppen – die Gruppe der F4-Diagnosen (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) mit 10 Fällen in der Gastfamiliengruppe und 10 Fällen in der Heimgruppe. Als dritthäufigste Gruppe folgt danach in beiden Untersuchungsgruppen die Klasse der F6-Diagnosen (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) mit 4 Fällen in der Gastfamiliengruppe und 7 Fällen in der Heimgruppe.

Mit den drei Diagnoseklassen F9, F4 und F6 werden die Hauptdiagnosen von 90,7 % aller Probanden der Gastfamiliengruppe und 87,9 % der Probanden der Heimgruppe abgebildet. Alle anderen Diagnoseklassen treten in beiden Untersuchungsgruppen nur in wenigen Einzelfällen auf. In der Gastfamiliengruppe finden sich 2 Probanden und in der Heimgruppe 4 Probanden bei denen eine schizophrene bzw. psychotische Störung (F2-Diagnose) diagnostiziert wurde. Affektive Störungen (F3-Diagnosen) wurden bei einem Probanden der Gastfamiliengruppe und bei 2 Probanden der Heimgruppe festgestellt. Schließlich weisen beide Untersuchungsgruppen jeweils ei-

nen Fall mit der Diagnose einer körperlichen Störung (F5-Diagnose) auf, nämlich mit einer Essstörung (Anorexia Nervosa bzw. Bulimia Nervosa), sowie jeweils einen Fall mit der Hauptdiagnose einer Entwicklungsstörung (F8-Diagnose). Dabei handelt es sich um einen Fall mit nicht näher bezeichneter tiefgreifender Entwicklungsstörung (F 84.9) in der Gastfamiliengruppe sowie um einen Fall mit atypischem Autismus (F 84.1) in der Heimgruppe. Organische psychische Störungen (F0-Gruppe), Suchtstörungen (F1-Gruppe) und Intelligenzminderungen (F7-Gruppe) lassen sich erwartungsgemäß in beiden Gruppen nicht finden, da bei diesen Störungsbildern und Behinderungsformen andere Maßnahmen der Unterbringung bzw. Fremdplatzierung in Institutionen indiziert sind, wenn eine Herausnahme aus der Herkunftsfamilie nötig wird.

Die Diagnosenverteilung in den beiden Untersuchungsgruppen wurde in einem weiteren Schritt daraufhin untersucht, inwieweit sie sich mit der allgemeinen Diagnosenverteilung der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung am ZfP Südwürttemberg vergleichen lässt. Dazu wurde die Klinik-Diagnosenstatistik der Jahre 2002, 2003 und 2004 herangezogen (psychiatrische Hauptdiagnosen; Datenerfassung der Kliniksoftware Qlik entsprechend der an die Krankenversicherungen übermittelten Daten). Die zusammengefassten Daten dieser drei Patientenjahrgänge (2002: N = 453, 2003: N = 471, 2004: N = 543; Gesamt-N = 1467) weisen folgende Verteilung auf die Hauptdiagnosegruppen auf: F0 0,2%, F1 34,29%, F2 2,52%, F3 3,68%, F4 14,04%, F5 2,86 %, F6 5,73%, F7 0,14%, F8 1,77%, F9 34,15%, Sonstige 0,61%.

Der Vergleich zeigt, dass in beiden Untersuchungsgruppen die F9-Diagnosen (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend) fast doppelt so häufig vertreten sind als in der allgemeinen kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikpopulation. Die in der Klinik am häufigsten gestellte Diagnose aus der F1-Gruppe (Substanzgebundene Störungen) tritt in beiden Untersuchungsgruppen gar nicht auf. Stellt man die vier häufigsten Diagnoseklassen der Klinik-Gesamtpopulation den entsprechenden Zahlen der beiden Untersuchungsgruppen gegenüber, ergibt sich die in Tab. 10 wiedergegebene Verteilung. In allen drei Gruppen decken die vier Hauptdiagnoseklassen jeweils ca. 90 % aller erfassten Patienten ab. Der Chi-Quadrat-Test ergibt mit $\chi^2 = 69,97$ (df = 6) und $p = 0$ einen hochsignifikanten Unterschied zwischen den drei Gruppen: Die Klinikpopulation unterscheidet sich hinsichtlich der Verteilung

auf die die vier Hauptdiagnoseklassen deutlich von den beiden Untersuchungsgruppen.

Tab. 10: Vergleich der vier häufigsten ICD-10-Diagnoseklassen der kinder- u. jugendpsychiatrischen Klinikpopulation am ZfP Südwürttemberg (Behandlungsjahrgänge 2002 bis 2004) mit den jeweiligen Zahlen in beiden Untersuchungsgruppen (Häufigkeiten sowie Prozentanteile bezogen auf die jeweilige Gruppe)

Häufigste Diagnoseklassen der kinder- u. jugendpsychiatrischen Klinikpopulation (ZfP Südwürttemberg-Weissenau, 2002-2004)	Gesamtklinik		Gastfamilien- gruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%	n	%
F1: Substanzgebundene Störungen	503	34,3	0	0,0	0	0,0
F9: Psych. u. Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit u. Jugend	501	34,2	35	64,8	41	62,1
F4: Neurotische, Belastungs- u. somatoforme Störungen	206	14,0	10	18,5	10	15,2
F6: Persönlichkeits- u. Verhaltensstörungen	84	5,7	4	7,4	7	10,6
Summe bzw. prozentueller Anteil an jeweiliger Gesamtgruppe	1294	88,2	49	90,7	58	87,9

Zusammensetzung der drei Hauptdiagnoseklassen

Schlüsselt man die genannten drei häufigsten Diagnoseklassen F9, F4 und F6 bei den Hauptdiagnosen näher auf, dann finden sich unter den 35 Fällen der Gastfamilien- und Heimgruppe mit F9-Hauptdiagnosen (Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) 16 Fälle (bzw. 29,6 % der 54 Probanden) mit einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F 92). Diese Fälle bilden fast die Hälfte der gesamten F9-Gruppe. In 10 weiteren Fällen (18,5 %) wurde eine Hyperkinetische Störung (F 90) und in 3 Fällen (5,6 %) eine Störung des Sozialverhaltens (F 91) diagnostiziert. In der Heimgruppe weisen bei den F9-Hauptdiagnosen 19 Fälle (d.h. 28,8 % der insgesamt 66 Probanden) eine kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen auf, d.h. ebenfalls knapp die Hälfte der 41 Fälle der F9-Gruppe. An zweiter Stelle folgen 12 Fälle (18,2 % der Heimgruppe) mit einer Störung des Sozialverhaltens (F91) und an dritter Stelle weitere 10 Fälle (15,2 %) mit einer Hyperkinetischen Störung (F 90).

Die zweitgrößte Diagnoseklasse der F4-Hauptdiagnosen (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) besteht in der Gastfamiliengruppe wie in der Heimgruppe mit jeweils 8 Fällen zu 80 % aus Probanden mit Belastungs- und Anpassungsstörungen (dies entspricht 14,8 % der Fälle der Gastfamiliengruppe und 12,1 % der Heimgruppe).

Die drittgrößte Diagnoseklasse der F6-Diagnosen (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) setzt sich in der Gastfamiliengruppe mit allen 4 Fällen (7,4 %) aus emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen (F 60.3) zusammen. In der Heimgruppe finden sich 5 Fälle (7,6 %) mit einer F 60.3-Diagnose und 2 Fälle (3,0 %) mit einer sonstigen bzw. nicht näher bezeichneten psychosexuellen Entwicklungsstörung (F 66.8, F 66.9).

Als Indikator für den Schweregrad einer psychischen Störung bzw. als Maß der **Ko- oder Multimorbidität** kann die Anzahl der festgestellten psychiatrischen Diagnosen pro Patient zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik herangezogen werden. Die Krankenakten wurden diesbezüglich analysiert, es ergab sich dabei die in Tab. 11 dargestellte Verteilung für die beiden Untersuchungsgruppen.

Tab. 11: Verteilung der Anzahl der psychiatrischen Diagnosen in beiden Untersuchungsgruppen zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik (Häufigkeiten und prozentuelle Anteile an der jeweiligen Untersuchungsgruppe)

Ko- und Multimorbidität: Anzahl der F-Diagnosen	Gastfamilien- gruppe		Heimgruppe	
	n	%	N	%
1	23	42,6	30	45,5
2	23	42,6	23	34,8
3	8	14,8	11	16,7
4	0	0,0	2	3,0

Die Anzahl von F-Diagnosen pro Fall lässt sich als ordinalskaliertem Indikator für den Schweregrad der psychischen Beeinträchtigung interpretieren. Anhand dieses Merkmals können die Probanden beider Gruppen in einer Rangreihe abgebildet werden. Im Vergleich beider Gruppen hinsichtlich ihrer zentralen Tendenz anhand des

Mann-Whitney-U-Tests ergibt sich mit $U = 1767,5$ ($Z = -0,076$) und $p = .94$ kein signifikanter Unterschied zwischen ihnen, die Gastfamiliengruppe und die Heimgruppe weisen also keinen statistisch bedeutsamen Unterschied hinsichtlich der F-Diagnosenanzahl auf. Die Effektstärke liegt damit bei $\tau = 0,007$.

Berücksichtigt man beim Vergleich der Anzahl von F-Diagnosen nur die über 12jährigen Probanden der Gastfamiliengruppe ($n = 41$), dann finden sich darunter 15 Probanden (36,6%) mit 1 Diagnose, 19 Probanden (46,3%) mit 2 Diagnosen und 7 Probanden (17,1%) mit 3 Diagnosen. Vergleicht man diese altersangepasste Gastfamiliengruppe mit der Heimgruppe, zeigt sich im U-Test mit $U = 1283$ ($Z = 0,449$) und $p = .65$ ebenfalls kein signifikanter Unterschied. Die Effektstärke liegt hier bei $\tau = 0,043$.

3.1.4 Inanspruchnahme von Jugendhilfemaßnahmen mit Fremdplatzierung

Anhand der Dokumentation in der Krankenakte wurde untersucht, ob und ggf. wie häufig bei den Betroffenen bereits in der Vorgeschichte stationäre Jugendhilfemaßnahmen (Heimunterbringungen, Unterbringungen in Pflegefamilien etc.) auftraten.

Die in den Akten erfassten Angaben hierzu waren bei 3 Probanden der Gastfamiliengruppe unsicher bzw. ungenau: In zwei Fällen wurden in der Krankenakte „häufige Heimaufenthalte“ dokumentiert, die genauere Anzahl ließ sich anhand der verfügbaren Angaben jedoch nicht ermitteln. In einem weiteren Fall wurde ein Heimaufenthalt als fraglich bzw. unsicher beschrieben.

Bei insgesamt 24 Probanden der Gastfamiliengruppe (44,4 %) und 30 Probanden der Heimgruppe (54,5 %) war mindestens eine Heimunterbringung dokumentiert, gegenüber 29 respektive 36 Probanden ohne derartige Maßnahme. Tab. 12 gibt einen genaueren Überblick über die Verteilung der Häufigkeit von stationären Hilfen in beiden Gruppen. Den Extremfall bilden dabei zwei Probanden der Heimgruppe mit 9 bzw. 8 vorhergegangenen Heimaufenthalten.

Tab. 12: Anzahl der mit Fremdplatzierung außerhalb der Herkunftsfamilie verbundenen Jugendhilfemaßnahmen (Heimunterbringungen, Unterbringungen in Pflegefamilien etc.) in beiden Gruppen vor Beginn der untersuchten Intervention (Häufigkeit und prozentueller Anteil an der jeweiligen Untersuchungsgruppe), MD Missing Data

Anzahl früherer Jugendhilfe-Fremdplatzierungen	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	N	%
0	29	53,7	36	54,5
1	12	22,2	16	24,2
2	3	5,6	7	10,6
3	6	11,1	4	6,1
4	0	0,0	0	0,0
5	1	1,9	1	1,5
6	0	0,0	0	0,0
>6	0	0,0	2	3,0
MD	3	5,6	0	0,0

Auch die Anzahl derartiger Fremdplatzierungen lässt sich als ordinalskaliertes Merkmal verstehen, das als weiterer Indikator für das Ausmaß der psychosozialen Belastung interpretiert werden kann. Mit dem Mann-Whitney-U-Test wurde geprüft, ob sich zwischen beiden Untersuchungsgruppen signifikante Unterschiede hinsichtlich dieses Kennwerts finden lassen. Mit $U = 1646$ ($Z = -0,20$) und $p = .84$ ergibt sich kein signifikanter Unterschied. Die Gastfamilien- und die Heimgruppe lassen sich also statistisch nicht unterscheiden hinsichtlich der Häufigkeit vorausgegangener stationärer Jugendhilfen. Die Effektstärke liegt bei $\tau = 0,02$.

Betrachtet man ausschließlich die über 12jährigen Probanden der Gastfamiliengruppe ($n=41$), dann finden sich unter ihnen 22 Fälle (53,7%) ohne vorherige Jugendhilfe-Fremdplatzierungen, 7 Fälle (17,1%) mit einer Fremdplatzierung, 2 Fälle (4,9%) mit zwei Fremdplatzierungen, 6 Fälle (14,6%) mit 3 sowie 1 Fall (2,4%) mit 5 Fremdplatzierungen, bei 3 Fällen (7,3%) mit fehlenden Daten (MD). Im Vergleich mit der Heim-

gruppe ergibt sich im U-Test mit $U = 1244,5$ ($Z = -0,064$) und $p = .95$ kein signifikanter Unterschied. Die Effektgröße liegt damit bei $\tau = 0,006$.

3.1.5 Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen

Als weiterer Indikator für den Schweregrad der psychischen Beeinträchtigung wurde die **Anzahl der stationären Behandlungen im ZfP Weissenau** vor Beginn der Unterbringungsmaßnahme erfasst. Tab. 13 zeigt die Verteilung dieses Kennwerts in den beiden Untersuchungsgruppen. Die Probanden, die später in Gastfamilien vermittelt wurden, hatten zuvor durchschnittlich 3,00 stationäre Behandlungsepisoden im ZfP Weissenau (Standardabweichung $SD = 3,02$), gegenüber durchschnittlich 2,24 stationären Behandlungen ($SD = 1,91$) bei den später in Heime vermittelten Probanden. 36 Probanden der Gastfamiliengruppe (66,7 %) hatten mindestens zwei vorherige Klinikaufenthalte, gegenüber 34 Probanden (51,5 %) der Heimgruppe.

Tab. 13: Anzahl der stationären Behandlungen am ZfP Weissenau in beiden Gruppen vor Beginn der untersuchten Intervention (Häufigkeit und prozentueller Anteil an der jeweiligen Untersuchungsgruppe)

Anzahl stationärer Vorbehandlungen im ZfP W	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	N	%	N	%
1	18	33,3	32	48,5
2	14	25,9	13	19,7
3	9	16,7	10	15,2
4	5	9,3	7	10,6
5	3	5,6	1	1,5
6	0	0,0	0	0,0
7	1	1,9	1	1,5
8-10	1	1,9	1	1,5
>10	3	5,6	1	1,5

In der Gastfamiliengruppe finden sich drei Probanden mit zehn oder mehr vorhergehenden Klinikaufenthalten, davon eine Patientin mit 18 Klinikaufenthalten, ein Patient mit elf stationären Behandlungen und eine Patientin mit zehn Klinikepisoden. In der Heimgruppe fand sich demgegenüber eine Probandin mit zwölf Klinikaufenthalten vor der Jugendhilfemaßnahme. Der Mittelwertunterschied zwischen beiden Gruppen wird wesentlich durch diese Probanden mit extrem hoher Zahl von Klinikaufenthalten beeinflusst.

Im Mann-Whitney-U-Test ergibt sich hinsichtlich des untersuchten Kennwerts mit $U = 1483$ ($Z = 1,57$) und $p = .11$ kein signifikanter Zusammenhang, d.h. beide Untersuchungsgruppen lassen sich statistisch hinsichtlich der Häufigkeit vorheriger stationärer Klinikbehandlungen am ZfP Weissenau nicht unterscheiden. Tendenziell weist die Gastfamiliengruppe zwar eine etwas höhere Hospitalisierungsrate vor der Jugendhilfemaßnahme auf, das Ergebnis verfehlt jedoch die statistische Signifikanzgrenze. Mit $\tau = 0,14$ liegt eine kleine Effektgröße vor.

Betrachtet man nur die über 12jährigen Probanden der Gastfamiliengruppe ($n=41$), finden sich 13 Probanden (31,7%) mit einer stationären Behandlung, 10 (24,4%) mit zwei stationären Behandlungen, 5 (12,2%) mit 3, 5 (12,2%) mit 4, 3 (7,3%) mit 5, 1 (2,4%) mit 7, 2 (4,9%) mit 8 bis 10 und 2 (4,9%) mit über 10 stationären Behandlungen. Der Mittelwert dieser altersangepassten Gastfamiliengruppe liegt bei 3,34 stationären Behandlungen vor der untersuchten Maßnahme, die Standardabweichung bei 3,37. Auch hier ergibt sich im U-Test mit $U = 442$ ($Z = 0,98$) und $p = .34$ kein signifikanter Zusammenhang, die Effektstärke liegt bei $\tau = 0,09$.

Eine systematische Erfassung von stationären psychiatrischen Behandlungen in anderen Kliniken außer dem ZfP Weissenau war nicht möglich, da hierzu nur in einer kleinen Anzahl von Fällen in der Krankenakte hinreichend belastbare Daten vorlagen.

Die **Dauer des stationären Aufenthalts in der Klinik** (Hospitalisierungsdauer am ZfP Weissenau; bei mehreren Klinikaufenthalten wurde die Dauer des letzten Klinikaufenthalts vor Beginn der Jugendhilfemaßnahme erfasst) liegt mit durchschnittlich 70,54 Tagen ($SD = 43,35$ Tage) in der Gastfamiliengruppe um 38,1 % höher als in der Heimgruppe mit 51,08 Tagen ($SD = 46,46$ Tage). Die Standardabweichung beider Gruppen zeigt keinen signifikanten Unterschied (F-Test: $F = 1,14$, $p = .62$). In beiden Gruppen sind damit gleiche Varianzen als Voraussetzung für die Anwendung

des t-Tests gegeben. Die Dauer der letzten stationären Behandlung ist bei der Gastfamiliengruppe statistisch signifikant höher (t-Test: $t = 2,35$, $p = .02$). Die Effektstärke liegt mit $d = 0,43$ im mittleren Bereich. Innerhalb der Gastfamiliengruppe weisen die 21 Probanden mit Vorbehandlung auf der Kinderstation – entsprechend dem allgemeinen Trend längerer Behandlungsdauern bei Kindern – mit durchschnittlich 75,43 Tagen nochmals eine höhere Behandlungsdauer auf als die 33 Probanden der Jugendstationen mit durchschnittlich 67,42 Tagen.

Die über 12jährigen Probanden der Gastfamiliengruppe weisen eine mittlere Dauer des letzten Klinikaufenthalts von 69,34 Tagen auf ($SD=49,06$). Der Vergleich dieser altersangepassten Gastfamiliengruppe mit der Heimgruppe ergibt mit $t = 1,94$ und $p = 0,0557$ ein die 5%-Signifikanzgrenze knapp verfehlendes Ergebnis. Die Effektstärke liegt mit $d = 0,38$ im kleinen bis mittleren Bereich.

3.1.5.1 Behandlung mit Psychopharmaka

Als weiterer Indikator für den Schweregrad einer psychischen Störung kann die **Behandlung mit Psychopharmaka** angesehen werden. Bei der Entlassung aus der Klinik bekamen gemäß den Verordnungen in den Krankenakten bzw. gemäß dem Entlassungsbericht 36 Probanden (66,7% von 54 Fällen) der Gastfamiliengruppe Psychopharmaka, gegenüber 18 Probanden ohne medikamentöse Behandlung. In der Heimgruppe erhielten 30 Probanden (45,5%) Psychopharmaka, gegenüber einer Mehrheit von 36 Probanden ohne psychopharmakologische Entlassungsmedikation. Zwischen beiden Gruppen ergibt sich damit im Vierfelder-Chi-Quadrat-Test ein signifikanter Unterschied ($\chi^2 = 5,4$, $p = .02$). In der Gruppe der später in Gastfamilien untergebrachten Jugendlichen finden sich also statistisch signifikant häufiger Behandlungen mit Psychopharmaka. Mit $\phi = 0,49$ handelt es sich um eine hohe Effektstärke.

Die **Zahl der verordneten Psychopharmaka** stellt einen zusätzlichen Hinweis auf den Schweregrad der psychischen Beeinträchtigung dar. Auch hier zeigt sich eine tendenziell höhere Belastung der Gastfamiliengruppe: Von den 36 Probanden mit Psychopharmaka-Verordnungen bei Entlassung erhielten 14 Probanden (25,9% der Gesamtgruppe mit $n = 54$) zwei oder mehr Psychopharmaka, und 5 dieser 14 Probanden hatten drei verschiedene Psychopharmaka-Verordnungen. In der Heimgruppe fanden sich unter den 30 Probanden mit psychopharmakologischer Behandlung bei Entlassung 6 Probanden (9,1 % der Gesamtgruppe von 66 Probanden) mit zwei

Verordnungen, jedoch kein Fall mit drei Verordnungen. Der Unterschied zwischen beiden Gruppen fällt im Vierfelder-Chi-Quadrat-Test jedoch nicht signifikant aus ($\chi^2 = 2,76$, $p = .10$). Die Effektstärke liegt mit $\phi = 0,25$ im mittleren bis kleinen Bereich.

Von den über 12jährigen Probanden der Gastfamiliengruppe ($n=41$) erhielten bei der Entlassung 24 Psychopharmaka (58,5%), 17 Probanden (41,5%) wurden ohne Medikation entlassen. Im Vergleich dieser Zahlen mit denen der Heimgruppe findet sich im Chi-Quadrat-Test mit $\chi^2 = 1,73$ und $p = .19$ kein signifikantes Ergebnis. Die Effektgröße ist mit $\phi = 0,13$ klein.

Von den 24 medikamentös behandelten Fällen der altersangepassten Gastfamiliengruppe erhielten 11 zwei verschiedene Medikamente (entsprechend 26,8% der Gesamtgruppe mit $n=41$). Verglichen mit den 6 von 30 Fällen in der Heimgruppe ergibt sich hier mit $\chi^2 = 4,13$ und $p = .04$ ein signifikanter Gruppenunterschied und mit $\phi = 0,28$ eine mittlere Effektstärke.

3.1.6 Analyse der Indikationsstellung für Gastfamilienaufenthalte

Ergänzend zu der vergleichenden quantitativen Datenanalyse anhand der Krankenakten beider Gruppen wurden bei der Gastfamiliengruppe die Entlassungsberichte (Arztbriefe, ggf. Berichte ans Jugendamt etc.) und Verlaufsdokumentationen des Klinikaufenthalts vor der Unterbringung zusätzlich orientierend inhaltsanalytisch untersucht im Hinblick auf die dort dargestellten Indikationsgründe für die Gastfamilienunterbringung.

Die in diesen Dokumenten beschriebenen Begründungen lassen sich zu den in Tab. 14 dargestellten Kategorien zusammenfassen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei einem Jugendlichen mehrere Subkategorien der unter Punkt 3 und Punkt 4 genannten Begründungen gleichzeitig genannt werden können. Dadurch ist die Gesamtzahl der Nennungen aller Kategorien höher als die Fallzahl.

Tab. 14: Kategorisierung der in den Klinikakten angegebenen Indikationsgründe für eine Unterbringung in einer Gastfamilie mit exemplarischer Wiedergabe von Begründungen in Arztberichten, Stellungnahmen gegenüber Jugendämtern und Verlaufsdocumentationen

Indikationsgründe	Fallzahl
1. Keine Angabe von Indikationsgründen bzw. zur Maßnahmen-Empfehlung	4
2. Unspezifische Empfehlung einer nicht näher benannten Jugendhilfemaßnahme <i>„ ... wir empfehlen eine Fremdunterbringung über die Jugendhilfe.“</i> <i>„ ... Notwendigkeit, für sie eine Jugendhilfemaßnahme einzuleiten ...“</i>	11
3. Empfehlung einer Gastfamilien-Unterbringung 3.1 ohne näher spezifizierte Begründung <i>„ ... wir schlagen eine Fremdplatzierung in einer Pflegefamilie vor.“</i> 3.2 Begründung durch positive Erfahrungen in ähnlichen Fällen <i>„ ... außerordentlich gute Erfahrungen in vergleichbaren Fällen ...“</i> 3.3 Begründung durch intensivere (fachliche) Betreuung als in herkömmlicher stationärer Jugendhilfe <i>„ ... Unterbringung in Pflegefamilie mit intensiver fachlicher Betreuung wird empfohlen ...“</i> 3.4 Begründung durch negativen Verlauf früherer bzw. geplanter Jugendhilfemaßnahmen <i>„ ... ein Rückgang von A. ins Heim nicht möglich ist ...“</i> <i>„ ... Pflegeeltern erklären ... dass sie nicht mehr bereit sind, B. weiter zu sich zu nehmen.“</i> <i>„ ... lehnen Patient und Mutter besichtigtes Heim ab ...“</i> 3.5 Begründung durch fallspezifische Indikationsgründe, z.B. Bedarf für haltgebende familiäre Betreuungsstruktur <i>„ ... sehr geschützter Rahmen mit ausreichend supportiver Betreuung nötig ...“</i> <i>„Am besten ... in professionell begleiteten familiären Strukturen wie z.B. der Psychiatrischen Familienpflege Haltgebende, verlässliche Strukturen für C. wären hier gegeben und parallel würde eine enge Elternarbeit stattfinden. ...“</i> <i>„ ... braucht jetzt eine neue familiäre Geborgenheit, andererseits aber auch den Blick von Professionellen, um seine weitere Entwicklung angemessen zu begleiten. ... Wir empfehlen eine Unterbringung in einer Pflegefamilie, allerdings unter sehr enger fachlicher Begleitung und Unterstützung, wie sie z.B. in der Psychiatrischen Familienpflege gegeben ist. ...“</i> <i>„... hoffen, dass D. in der Pflegefamilie eine enge und klare Struktur, gepaart mit sehr viel positiver Ansprache, in einer stabilen Umgebung erhält...“</i>	41 5 2 6 11 17
4. Darstellung der Wünsche / Motivationen von Patienten und Angehörigen nach bzw. für Gastfamilienunterbringung 4.1 Wunsch des Jugendlichen / Kindes <i>„ ... beinahe überwertiger Wunsch nach einer ‚heilen Familie‘ ...“</i> 4.2 Wunsch von Eltern / Angehörigen <i>„ ... Mutter möchte lieber eine Pflegefamilie als ein Heim für E. ...“</i>	9 5 3

4.3 Positive emotionale Reaktion des Jugendlichen / Kindes auf die Gastfamilienoption <i>„Ich informiere F. über die Idee der Familienpflege, sie ist damit sehr zufrieden und sagt, ... das ... gebe ihr viel Zuversicht.“</i>	1
---	---

Bei den inhaltlich näher spezifizierten Begründungen für die Empfehlung einer Gastfamilienunterbringung überwiegen, wie aus den in Tab. X angeführten Beispielen deutlich wird, Aspekte wie der Bedarf für ein enges, familienähnliches Beziehungsangebot bzw. haltgebende, verlässliche Beziehungsstrukturen.

3.1.7 Zusammenfassung der Daten der Krankenaktenanalyse

Tabelle 15 zeigt eine zusammenfassende Übersicht über die Ergebnisse des Vergleichs beider Untersuchungsgruppen hinsichtlich der Daten aus der retrospektiven Krankenaktenanalyse.

Wendet man zur Kontrolle des Problems multipler Testungen auf die in der Tabelle aufgeführten 11 Signifikanztests zum Vergleich der gesamten Gastfamiliengruppe mit der Heimgruppe eine explorative Simes-Korrektur des Signifikanzniveaus α an (bei $\alpha = .05$ entspricht dies für die erste Schranke $\frac{\alpha}{11} = .0045$), so bleibt einzig bezüglich des Alters noch ein signifikanter Gruppenunterschied ($p = .001$).

Tab.15: Zusammenfassende Übersicht über die Ergebnisse des Gruppenvergleichs (Gastfamiliengruppe n = 54, Heimgruppe n = 66) anhand der retrospektiven Krankenaktdaten. Legende: Daten der altersangepassten Gastfamiliengruppe (nur Probanden über 12 Jahre, n = 41) sind **grau unterlegt**; U-Werte (Mann-Whitney-U-Test), χ^2 -Werte (Vierfelder- χ^2 -Test), t-Werte (t-Test); p: Wahrscheinlichkeit; Signifikanzniveau: n.s. nicht signifikant, * $\leq 0,05\%$, ** $\leq 0,01\%$, *** $\leq 0,001\%$; nach explorativer Simes-Korrektur mit aufsteigenden Schranken signifikante p-Werte durch **Fettdruck** hervorgehoben; Effektstärkeschätzungen vgl. S. 56, Klassifikation der Effektgrößen nach Bortz & Döring (2006⁴)

	Gastfamiliengruppe	Heimgruppe	Signifikanzprüfung	Effektstärke
Alter (Jahre)	14,17	15,79	U=1165,5 p=.001 ***	$\tau=0,30$
	15,65		U=1165,5 p=.23 n.s.	$\tau=0,12$
Geschlecht (♀-Anteil)	55,6%	53,0%	$\chi^2=0,08$ p=.78 n.s.	$\phi=0,03$
	63,4%		$\chi^2=1,11$ p=.29 n.s.	$\phi=0,10$
Schulniveau (Anteil einfaches Schulniveau)	64,8%	50,0%	$\chi^2=0,90$ p=.34 n.s.	$\phi=0,09$
	73,2%		$\chi^2=1,39$ p=.24 n.s.	$\phi=0,13$
Wohnsituation (Anteil bei keinem leiblichen Elternanteil wohnend)	40,7%	36,4%	$\chi^2=0,24$ p=.62 n.s.	$\phi=0,04$
	43,9%		$\chi^2=0,60$ p=.44 n.s.	$\phi=0,07$
Elterlicher Beziehungstatus (Anteil nicht zusammenlebend in)	81,5%	83,3%	$\chi^2=0,07$ p=.79 n.s.	$\phi=0,02$
	78,0%		$\chi^2=0,47$ p=.50 n.s.	$\phi=0,07$
Familiäre psychosoziale Belastungsfaktoren (Anteil mit ≥ 1 von 4 Faktoren)	68,5%	59,1%	$\chi^2=0,40$ p=.53 n.s.	$\phi=0,06$
	70,7%		$\chi^2=0,67$ p=.41 n.s.	$\phi=0,08$
Psychiatrische Komorbidität (Anteil mit ≥ 2 F-Diagnosen)	57,4%	54,5%	U=1767,5 p=.94 n.s.	$\tau=0,007$
	63,4%		U=1283 p=.65 n.s.	$\tau=0,04$
Vorangegangene Jugendhilfe-Fremdplatzierungen: Anteil mit ≥ 1 Fremdplatzierung	46,3%	45,5%	U=1646 p=.84 n.s.	$\tau=0,02$
	46,3%		U=1244,5 p=.95 n.s.	$\tau=0,006$
Stationär-psychiatrische Vorbehandlungen am ZfP Weissenau, durchschnittliche Anzahl	3,00	2,24	U=1483 p=.11 n.s.	$\tau=0,14$
	3,34		U=442 p=.33 n.s.	$\tau=0,09$
Hospitalisierungsdauer der stationären Vorbehandlung am ZfP Weissenau (Tage)	70,54	51,08	t=2,35 p=.02 *	$\delta=0,43$
	69,34		t=1,94 p=0,056 n.s.	$\delta=0,38$
Behandlung mit Psychopharmaka (Anteil)	66,7%	45,5%	$\chi^2=5,4$ p=.02 *	$\phi=0,49$
	58,5%		$\chi^2=1,73$ p=.19 n.s.	$\phi=0,13$

3.2 Katamnesedaten

Aus der Gruppe der 54 in Gastfamilien untergebrachten Jugendlichen und Kinder konnten für die Katamnese in 28 Fällen Daten erhoben werden (51,9%). In zwei von diesen 28 Fällen konnte nur eine Bezugsperson mit dem YABCL befragt werden, die beiden Probanden selbst lehnten eine eigene Untersuchungsteilnahme ab.

Bei der Vergleichsgruppe der Jugendlichen mit stationärer Jugendhilfe gestaltete sich die Suche nach einer aktuellen Kontaktadresse wie oben beschrieben deutlich schwieriger. Von der Ausgangsstichprobe von 62 Jugendlichen, bei denen die empfohlene Heimunterbringung tatsächlich realisiert wurde, konnten nach aufwendigen Recherchen schließlich 16 für die Katamnese erreicht und nach Zustimmung zur Untersuchungsteilnahme befragt werden. Bei einem weiteren Probanden liegen die Ergebnisse der Fremdbeurteilung durch eine Bezugsperson mit dem YABCL vor. Damit sind Daten bei insgesamt 17 Fällen (27,4 %) verfügbar.

Die Katamneseerhebung umfasste als Untersuchungsinstrumente - neben der Fremdbeurteilung durch eine Bezugsperson – außer den angewendeten Fragebogenverfahren einen Interviewteil (Interview zu den Erfahrungen mit der Gastfamilie bzw. mit dem Heim sowie Interview zum SKID-II). Es gelang aus im Folgenden näher dargestellten Gründen nicht bei allen Probanden, einen sämtliche Untersuchungsbausteine umfassenden vollständigen Datensatz zu erhalten. Eine detaillierte **Aufstellung über die verfügbaren Untersuchungsdaten der Katamnese**, gegliedert nach den angewendeten Untersuchungsinstrumenten, zeigt Tab. 16.

Tab. 16: Verfügbare Datensätze der Katamneseuntersuchung

Vorhandene Datensätze	Gastfamiliengruppe (Gesamt-n = 28)		Heimgruppe (Gesamt-n = 17)	
	n	%	n	%
Katamnese-Fragebogen	25	89,3	16	94,1
YASR / YSR	24	85,7	16	94,1
YABCL / CBCL	21	75,0	13	76,5
SKID-II-Fragebogen	24	85,7	15	88,2
SKID-II-Interview	21	75,0	14	82,4
Interview zu GF- /Heimerfahrungen	22	78,6	15	88,2

Bei etwa einem Viertel der Untersuchungsteilnehmer in beiden Gruppen konnte keine Befragung von Bezugspersonen mit dem YABCL durchgeführt werden:

- Mehrere Teilnehmer lehnten dies explizit ab, da sie zwar bereit waren, selbst Angaben zu machen, aber nicht wünschten, dass Dritte in die Untersuchung einbezogen werden.
- Den Untersuchungsteilnehmern, die der Einschätzung durch eine Bezugsperson zustimmten, wurde der YABCL-Fragebogen beim Katamnesetermin zur Weitergabe und Bearbeitung durch eine im Gespräch mit dem Untersuchungsleiter festgelegte Bezugsperson mitgegeben bzw. zugesendet. Eine Rückantwort traf jedoch in mehreren Fällen trotz vorheriger expliziter Zusage der Teilnehmer und anschließend wiederholter telefonischer oder schriftlicher Nachfrage mit Bitte um Bearbeitung und Zusendung des YABCL nicht ein.

Von den 21 YABCL/CBCL-Bögen der Gastfamiliengruppe wurden 8 von Gastfamilieneltern, 4 von leiblichen Eltern, 3 von weiteren Verwandten, 3 von professionellen Betreuern, 2 von Freunden und 1 von weiteren Personen ausgefüllt. In der Heimgruppe wurden die 13 Fremdbeurteilungsbögen in 7 Fällen von leiblichen Eltern, in 2 Fällen von weiteren Verwandten, in 2 Fällen von professionellen Betreuern und in 2 Fällen von Freunden ausgefüllt.

Ein Untersuchungsteilnehmer lehnte nach Durchführung aller anderen Untersuchungsteile die Beantwortung des SKID-II ab mit der Begründung, die darin gestellten Fragen seien ihm zu persönlich. Das sich an den SKID-II anschließende SKID-II-Interview konnte dadurch bei ihm ebenfalls nicht durchgeführt werden. Ein weiterer Proband aus der Heim-Gruppe war während der Katamneseuntersuchung zunächst inhaftiert und sendete die von ihm und einem Mithäftling als Bezugsperson ausgefüllten Fragebögen zurück. Die beiden Interviews konnten dann jedoch mit ihm nicht mehr durchgeführt werden, da er unmittelbar danach aus der Haft entlassen worden war und dann auf wiederholte erneute Kontaktaufnahmeversuche durch den Untersucher, trotz Einschaltung des für ihn zuständigen Sozialarbeiters der Haftanstalt, nicht mehr reagierte.

Katamnesedauer

Der Zeitraum zwischen der Entlassung aus der Klinikbehandlung (vor Beginn der untersuchten Unterbringungsmaßnahme) und der Durchführung der Katamneseerhebung lag bei den Jugendlichen der Gastfamiliengruppe bei durchschnittlich 6,71 Jahren, vgl. Tab. 17. Bei der Heimgruppe war die Katamnesedauer mit durchschnittlich 6,58 Jahren fast identisch. Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant (t-Test: $t = 0,21$, $p = .83$). Auch die Streuung der Katamnesedauer zeigt keinen statistisch bedeutsamen Unterschied (F-Test: $F = 1,89$, $p = .18$).

Tab. 17: Dauer des Katamnesezeitraums (Differenz zwischen Katamnesezeitpunkt und Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik in die geplante Maßnahme in Jahren)

Katamnese­dauer (Jahre)	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
Mittelwert	6,71		6,58	
Median	6,19		6,30	
Range (min/max)	3,64	10,89	4,41	8,80
Standardabweichung	2,12		1,54	

Eine Berechnung der Katamnese­dauer seit Beginn bzw. Ende der indizierten Maßnahme (Gastfamilien- bzw. Heimunterbringung) war nicht mit der erforderlichen Ge-

nauigkeit möglich. Für die Gastfamiliengruppe lagen zwar exakte zeitliche Angaben des Maßnahmenträgers JuMeGa vor. Viele Untersuchungsteilnehmer der Heimgruppe konnten jedoch kein Datum für den Beginn und das Ende der bei ihnen durchgeführten stationären Jugendhilfemaßnahme angeben. Ihre Schätzungen für die Maßnahmendauer und den Zeitpunkt der Beendigung der Maßnahme waren teilweise sehr unsicher und ungenau. Robustere Angaben von anderer Seite waren in der Regel nicht verfügbar. Auf die Berechnung der Katamnesedauer zwischen Maßnahmenende und Untersuchungszeitpunkt wurde deshalb verzichtet.

3.2.1 Soziodemographische Daten der beiden Katamnesegruppen

Alter

Tab. 18 zeigt die Altersverteilung der Untersuchungsteilnehmer in den beiden katamnestischen Gruppen. Die Probanden der Gastfamiliengruppe sind im Mittel zum Zeitpunkt der Katamnese etwa ein Jahr jünger als die Probanden der Heimgruppe. In der Gastfamiliengruppe zeigt sich erwartungsgemäß - entsprechend der größeren Altersspreizung in der Ausgangsstichprobe - eine deutlich höhere Spannweite als bei der Heimgruppe. Die Varianzen beider Gruppen sind damit auch nicht homogen gemäß F-Test ($F\text{-Quotient} = 3,68$, $p = .009$). Deshalb wurde anstatt des t-Tests der Mann-Whitney-U-Test durchgeführt, der jedoch kein statistisch signifikantes Ergebnis erbringt ($U = 187$, $Z = -1,19$, $p = .23$). Die Effektgröße liegt bei $\tau = 0,18$.

Tab. 18: Alterskennwerte der beiden Untersuchungsgruppen zum Katamnesezeitpunkt (Jahre, dezimal)

Alter zum Katamnesezeitpunkt (Jahre)	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
Mittelwert	20,82		21,97	
Median	20,26		21,53	
Range (min/max)	13,42	27,13	18,40	25,96
Standardabweichung	3,89		2,03	

Werden in der altersangepassten Gastfamiliengruppe nur die Probanden berücksichtigt, die zum Zeitpunkt der Klinikentlassung vor Beginn der Unterbringungsmaßnahme über 12 Jahre alt sind ($n=21$), liegt der Altersdurchschnitt bei 22,30 Jahren, der Median bei 22,25 Jahren und der Range zwischen 17,40 und 27,13 Jahren. Die Varianzen dieser Gruppe und der Heimgruppe sind zwar noch nicht signifikant inhomogen (F -Quotient = 2,39, $p = .08$). Im Sinne der Vergleichbarkeit mit dem oben genannten Vorgehen wurde jedoch ebenfalls der U-Test angewendet, der mit $U = 171$, $Z = 0,22$ und $p = .82$ keinen statistisch signifikanten Gruppenunterschied zeigt. Die Effektgröße liegt bei $\tau = 0,04$.

Geschlecht

Die Geschlechtsverteilung in beiden Katamnesegruppen zeigt Tab. 19. Während die Mehrheit der Katamneseteilnehmer der Heimgruppe männlich ist (64,7%), bilden umgekehrt in der Gastfamiliengruppe die weiblichen Katamneseteilnehmer eine Mehrheit (60,7%). Der Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant ($\chi^2 = 2,74$, $p = .098$). Mit $\phi = 0,24$ liegt die Effektgröße im kleinen bis mittleren Bereich.

Tab. 19: Geschlechtsverteilung in beiden Untersuchungsgruppen (Anzahl und prozentuelle Verteilung)

Geschlecht	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	N	%	N	%
Männlich	11	39,3	11	64,7
Weiblich	17	60,7	6	35,3

Werden in der Gastfamiliengruppe nur die Probanden berücksichtigt, die bei der Klinikentlassung mindestens 12 Jahre alt waren ($n=21$), dann reduziert sich die Zahl der männlichen Teilnehmer auf 6 und der weiblichen Teilnehmer auf 15, dies entspricht 28,6% bzw. 71,4%. Stellt man diese Zahlen denen der Heimgruppe gegenüber, ergibt sich mit $\chi^2 = 4,96$ und $p = .03$ ein signifikanter Geschlechtsunterschied zwischen beiden Gruppen. Die Effektgröße liegt mit $\phi = 0,36$ im mittleren Bereich.

Schulischer Bildungsabschluss

Zur Erfassung des schulischen Bildungsabschlusses wurden die von den Katamneseteilnehmern als Absolventen oder Abgänger erreichten Schulabschlüsse unter Verwendung der vom Statistischen Bundesamt Deutschland im Statistischen Jahrbuch 2009 verwendeten Kategorisierung zusammengefasst (Statistisches Bundesamt 2009). Tab. 20 zeigt die Verteilung der Bildungsabschlüsse in den beiden Gruppen.

Tab. 20: Prozentuelle Verteilung des höchsten erreichten Schulbildungsabschlusses in den beiden Gruppen

Schulischer Bildungsabschluss	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
ohne Hauptschulabschluss	7	25,0	3	17,7
Hauptschulabschluss	10	35,7	9	52,9
Realschulabschluss	6	21,4	4	23,5
Fachhochschulreife	1	3,6	0	0,0
allgemeine Hochschulreife	1	3,6	1	5,9
keine Angabe	3	10,7	1	5,9

Der Anteil von Probanden, die einen höheren Schulabschluss (Mittlere Reife, Fachhochschulreife oder allgemeine Hochschulreife) erreicht haben, ist in beiden Gruppen nahezu gleich (28,6 % in der Gastfamiliengruppe, 29,4 % in der Heimgruppe). Stellt man in einer Vierfeldertafel von beiden Untersuchungsgruppen jeweils die Zahl der Probanden mit höherem Bildungsabschluss (Gastfamiliengruppe: n=8, Heimgruppe: n=5) der Zahl derjenigen ohne höheren Bildungsabschluss (Gastfamiliengruppe: n=17, Heimgruppe: n=12) gegenüber, ergibt sich bei statistischer Überprüfung mit dem Vierfelder-Chi-Quadrat-Test kein signifikanter Unterschied ($\chi^2 = 0,03$, $p = .86$). Die beiden Katamnesegruppen zeigen also keine Unterschiede hinsichtlich Schulniveau und erreichtem Schulabschluss. Die Effektstärke liegt bei $\phi = 0,03$.

Werden auch hier nur die bei Klinikentlassung über 12jährigen Probanden aus der Gastfamiliengruppe (n=21) berücksichtigt, ergibt sich folgende Verteilung: ohne

Hauptschulabschluss n=3 (14,3%), Hauptschulabschluss n=7 (33,3%), Realschulabschluss n= 6 (28,6%), Fachhochschulreife n=1 (4,8%), allgemeine Hochschulreife n=1 (4,8%) , keine Angabe n=3 (14,3%). Damit haben 8 Probanden (38,1%) dieser Gruppe einen höheren Schulabschluss erreicht, gegenüber 10 Probanden ohne solchen Abschluss. Verglichen mit der Heimgruppe zeigt sich im Vierfelder-Test mit $\chi^2 = 0,85$ und $p = .36$ ebenfalls kein signifikanter Unterschied zur Heimgruppe. Die Effektgröße beträgt $\phi = 0,16$.

Beruflicher Ausbildungsabschluss

Zum Katamnesezeitpunkt geben 4 Probanden (14,3%) der Gastfamiliengruppe und 2 Probanden (11,8%) der Heimgruppe an, bereits einen beruflichen Ausbildungsabschluss erreicht zu haben, gegenüber 21 (75,0%) bzw. 14 (82,4%) Probanden, bei denen dies nicht der Fall ist. Für 3 Probanden (10,7%) der Gastfamiliengruppe und 1 Probanden (5,9%) der Heimgruppe liegen dazu keine Angaben vor. Der Chi-Quadrat-Wert mit Yates-Korrektur liegt bei 0,021 ($p = .88$), die Effektgröße bei $\phi = 0,02$.

Betrachtet man nur die bei Klinikentlassung bereits über 12-jährigen Probanden der Gastfamiliengruppe, finden sich 4 Probanden (19,0%) mit und 14 Probanden (66,7%) ohne beruflichen Abschluss sowie fehlende Angaben bei 3 Probanden (14,3%). Verglichen mit der Heimgruppe liegt der nach Yates korrigierte Chi-Quadrat-Wert bei 0,09 ($p = 0,77$), die Effektgröße bei $\phi = 0,02$.

Aktuelle Tätigkeit

Auf die Frage nach ihrer aktuellen Tätigkeit geben in der Gastfamiliengruppe insgesamt 53,6 % der Teilnehmer an, zum Befragungszeitpunkt noch in einem Ausbildungsverhältnis zu stehen (als Schüler, Auszubildender oder Student). In der Heimgruppe umfasst diese Gruppe 35,3 % der Untersuchungsteilnehmer. Dagegen findet sich in der Heimgruppe ein doppelt so hoher Anteil von Berufstätigen. Die genaue Verteilung zeigt Tab. 21.

Tab. 21: Berufliche Tätigkeit der Untersuchungsteilnehmer zum Katamnesezeitpunkt

Aktuelle Tätigkeit	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	N	%
Schüler	8	28,6	4	23,5
Auszubildender	5	17,9	2	11,8
Student	2	7,1	0	0,0
Berufstätig	4	14,3	5	29,4
Hausfrau/-mann	0	0,0	0	0,0
Arbeitslos, berufsunfähig, Sozialhilfeempfänger	2	7,1	3	17,7
geschützter Arbeitsplatz (WfB, AT in JVA)	4	14,3	2	11,8
keine Angabe	3	10,7	1	5,9

Stellt man die Probanden mit regulärer Berufstätigkeit oder Ausbildung/Schulbesuch (19 in der Gastfamiliengruppe, entsprechend 67,9%, versus 11 in der Heimgruppe, entsprechend 64,7%) den Probanden gegenüber, die zum Katamnesezeitpunkt arbeitslos, berufsunfähig, von Sozialhilfe abhängig oder an einem geschützten Arbeitsplatz beschäftigt sind (6 in der Gastfamiliengruppe versus 5 in der Heimgruppe), zeigt sich im Vier-Felder-Chi-Quadrat-Test kein statistisch signifikanter Unterschied ($\chi^2 = 0,26$, $p = .61$). Das heißt, die Gruppenzugehörigkeit lässt keinen statistisch nachweisbaren Einfluss auf das Risiko erkennen, sich nicht am regulären Arbeits- oder Ausbildungsmarkt integrieren zu können, sondern von staatlichen Transfer- bzw. Sozialhilfeleistungen abzuhängen. Die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,08$.

Werden in der Gastfamiliengruppe nur die bei Klinikentlassung über 12-jährigen Probanden betrachtet, finden sich darunter 12 Probanden (57,1%) mit regulärer Berufstätigkeit oder Ausbildung/Schulbesuch sowie 6 arbeitslose, berufsunfähige, von Sozialhilfe abhängige oder an einem geschützten Arbeitsplatz beschäftigte Probanden (28,6%). Im Chi-Quadrat-Test ergibt sich beim Vergleich dieser Zahlen mit denen der Heimgruppe mit $\chi^2 = 0,017$ und $p = .90$ ebenfalls kein statistisch signifikanter Unterschied. Die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,02$. Von 3 Probanden (14,3%) liegen keine Angaben vor.

Aktuelle Wohnsituation

Wie Tabelle 22 zeigt, bestehen bezüglich der aktuellen Wohnsituation während der Katamneseerhebung deutliche Unterschiede zwischen beiden Gruppen: Ein erheblicher Anteil der Probanden der Heimgruppe (41,2%) wohnt nach Beendigung der Jugendhilfemaßnahme inzwischen wieder bei der eigenen Herkunftsfamilie. Dies trifft dagegen nur für 10,7% der Probanden der Gastfamiliengruppe zu. Dagegen befindet sich fast ein Drittel dieser Gruppe zum Katamnesezeitpunkt weiterhin in einer Jugendhilfemaßnahme (Gastfamilie oder Heimunterbringung). Dabei handelt es sich um fünf weibliche und vier männliche Probanden. Bei allen Teilnehmern der Heimgruppe waren Fremdplatzierungen im Rahmen der Jugendhilfe dagegen bereits abgeschlossen, unabhängig vom Geschlecht.

Tab 22: Wohnsituation der Untersuchungsteilnehmer zum Katamnesezeitpunkt

Aktuelle Wohnsituation	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	N	%
Allein wohnend	4	14,3	2	11,8
Bei den Eltern	3	10,7	7	41,2
Zusammen mit eigenem Partner/Ehepartner	2	7,1	3	17,7
JH-Einrichtung, Gastfamilie	9	32,1	0	0,0
Anderes	7	25,0	4	23,5
Keine Angabe	3	10,7	1	5,9

Eine wesentliche Entwicklungsaufgabe der Adoleszenz besteht in der – auch räumlichen – Ablösung von den erwachsenen Hauptbezugspersonen, d.h. von den Eltern bzw. von den entsprechenden Bezugspersonen in der Ersatzfamilie oder Heimeinrichtung. Unter diesem Aspekt können die Probanden, die zum Katamnesezeitpunkt allein oder in einer eigenen Partnerschaft bzw. Ehe leben (6 in der Gastfamiliengruppe, entsprechend 21,4%, und 5 in der Heimgruppe, entsprechend 29,4%) den Probanden gegenüber gestellt werden, die noch (oder wieder) bei den eigenen Eltern oder in einer Gastfamilie oder Heimeinrichtung leben (12 in der Gastfamiliengruppe, d.h. 42,9%, versus 7 in der Heimgruppe, d.h. 41,1%). Im Vierfelder-Chi-Quadrat-Test

ergibt sich dabei kein signifikanter Unterschied ($\chi^2 = 0,22$, $p = .64$). Die Gruppenzugehörigkeit übt also keinen statistisch nachweisbaren Einfluss auf den Aspekt der räumlichen Ablösung von den Hauptbezugspersonen der Kindheit und Jugendphase aus. Die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,09$.

In der Untergruppe der bei Klinikentlassung über 12-Jährigen aus der Gastfamiliengruppe finden sich 6 Probanden (28,6%), die zum Katamnesezeitpunkt allein oder mit eigenem (Ehe-)Partner zusammen wohnen sowie 5 Probanden (23,8%), die bei den eigenen Eltern oder in einer Gastfamilie bzw. Heimeinrichtung leben. Der Chi-Quadrat-Test mit Yates-Korrektur erbringt beim Vergleich dieser Zahlen mit denen der Heimgruppe mit $\chi^2 = 0,006$ und $p = .94$ ebenfalls kein statistisch signifikante Ergebnis, die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,02$.

3.2.2 Indikatoren der psychosozialen Integration und Gesundheit

Anzahl von Umzügen

Die Umzugshäufigkeit kann als ein Indikator für die Stabilität der Lebenssituation angesehen werden. Während vier Katamneseteilnehmer der Gastfamiliengruppe zum Katamnesezeitpunkt immer noch bei der Gastfamilie wohnten, befand sich in der Heimgruppe kein einziger Teilnehmer mehr in Heimunterbringung. Die durchschnittliche Anzahl von Umzügen ist in der Heimgruppe wesentlich höher als in der Gastfamiliengruppe (vgl. Tab. 23): So liegt der Anteil von Probanden mit drei oder mehr Umzügen seit der Unterbringungsmaßnahme in der Heimgruppe mit fast der Hälfte (47,1%) der Probanden fast doppelt so hoch wie in der Gastfamiliengruppe mit 25,0%.

Tab. 23: Häufigkeit von Umzügen seit der Unterbringung in der Gastfamilie bzw. im Heim

Anzahl von Umzügen	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	N	%	n	%
Fortdauer der Unterbringung	4	14,3	0	0,0
1	9	32,1	5	29,4
2	4	14,3	3	17,7
3 bis 5	5	17,9	6	35,3
6 bis 10	1	3,6	1	5,9
> 10 oder kein fester Wohnsitz	1	3,6	1	5,9
keine Angabe, sonstiges	4	14,3	1	5,9

In beiden Gruppen findet sich jeweils ein Proband mit über zehn Umzügen bzw. ohne festen Wohnsitz. Die betreffende Untersuchungsteilnehmerin der Gastfamiliengruppe gab an, mit Ausnahme eines achtmonatigen Aufenthalts in einer Obdachlosenunterkunft nie länger als ein bis zwei Monate am gleichen Ort gewohnt zu haben. Der Untersuchungsteilnehmer der Heimgruppe schilderte ebenfalls ständig wechselnde Aufenthaltsorte.

Stellt man die Zahl der Probanden mit drei oder mehr Umzügen zwischen dem Ende der Maßnahme und dem Katamnesezeitpunkt (7 in der Gastfamiliengruppe versus 8 in der Heimgruppe) denen mit maximal zwei Umzügen gegenüber (17 versus 8), dann zeigt sich zwar, dass letztere deutlich häufiger in der Gastfamiliengruppe zu finden sind. Der Unterschied ist jedoch im 4Felder-Chi-Quadrat-Test beim gegebenen Stichprobenumfang nicht signifikant ($\chi^2 = 1,78$, $p = .18$). Die Effektstärke erreicht $\phi = 0,21$.

Unter den zum Zeitpunkt der Klinikentlassung über 12-jährigen Probanden der Gastfamiliengruppe finden sich zum Katamnesezeitpunkt 6 mit drei oder mehr Umzügen und 11 mit maximal zwei Umzügen. Im Chi-Quadrat-Test ergibt der Vergleich mit der Heimgruppe mit $\chi^2 = 0,73$ und $p = .39$ ebenfalls keinen signifikanten Unterschied. Die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,15$.

Familienstand zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung

In der Heimgruppe befand sich zum Untersuchungszeitpunkt mit insgesamt 47,1% nahezu die Hälfte der Teilnehmer in einer festen Partnerbeziehung bzw. war verheiratet (vgl. Tab. 24). In der Gastfamiliengruppe lag diese Quote bei 35,7%.

Tab. 24: Familienstand der Untersuchungsteilnehmer zum Katamnesezeitpunkt

Aktueller Familienstand	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	N	%
Alleinstehend	15	53,6	7	41,2
fester Partner, getrennte Wohnungen	6	21,4	4	23,5
fester Partner, unverheiratet, zusammen wohnend	3	10,7	3	17,7
Verheiratet	1	3,6	1	5,9
Andere	0	0,0	0	0,0
keine Angabe	3	10,7	2	11,8

Eine Gegenüberstellung der Zahl der zum Katamnesezeitpunkt alleinstehenden Probanden in beiden Gruppen (15 in der Gastfamiliengruppe versus 7 in der Heimgruppe) und der Zahl der Probanden, die sich in einer festen Partnerschaft oder Ehe-Beziehung befinden (10 versus 8), kann als Hinweis auf den Entwicklungsstand hinsichtlich der zur Spät- und Postadoleszenz gehörenden Entwicklungsaufgabe der Partnersuche und des extrafamiliären Beziehungsaufbaus genutzt werden. Die Probanden der Gastfamiliengruppe zeigen anhand dieser Zahlen tendenziell einen leichten Rückstand gegenüber den Mitgliedern der Heimgruppe. Die statistische Überprüfung ergibt jedoch keinen signifikanten Unterschied ($\chi^2 = 0,67$, $p = .41$), die Gruppenzugehörigkeit hat also keinen statistisch nachweisbaren Einfluss. Die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,13$.

In der Subgruppe der bei Klinikentlassung über 12-jährigen Probanden der Gastfamiliengruppe sind zum Katamnesezeitpunkt 10 Untersuchungsteilnehmer (47,6%) alleinstehend, während 8 in fester Partnerschaft oder verheiratet leben (38,1%). Im Chi-Quadrat-Test ergibt sich mit $\chi^2 = 0,26$ und $p = .61$ ebenfalls kein statistisch signi-

fikanter Unterschied zur Heimgruppe. Die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,09$. Bei 3 Probanden liegen keine Angaben vor (14,3%).

Peergruppen-Kontakte

Die Beziehung zu Freunden ist als wichtiger Indikator einer gelungenen psychosozialen Integration zu interpretieren. Aus Tab. 25 wird ersichtlich, über welche **Anzahl guter Freunde** die Probanden nach eigener Einschätzung zum Katamnesezeitpunkt verfügen. Hier zeigt sich, dass die Probanden der Gastfamiliengruppe im Mittel eine größere Anzahl guter Freunde angibt als die Heimgruppe.

Tab.25: Peergruppen-Integration: Anzahl guter Freunde zum Katamnesezeitpunkt

Anzahl guter Freunde	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
keine	1	3,6	2	11,8
eine(n)	2	7,1	3	17,7
zwei oder drei	7	25,0	6	35,3
vier oder mehr	15	53,6	5	29,4
keine Angabe	3	10,7	1	5,9

Stellt man die Zahl der Probanden mit Nennung von bis zu drei Freunden, nämlich 10 in der Gastfamiliengruppe (35,7%) und 11 in der Heimgruppe (64,7%), der Anzahl Probanden mit vier oder mehr Freunden gegenüber (15 bzw. 53,6% in der Gastfamiliengruppe und 5 bzw. 29,4% in der Heimgruppe), ergibt sich bei Überprüfung mit dem Vier-Felder-Chi-Quadrat-Test kein signifikanter Unterschied ($\chi^2 = 3,23$, $p = .07$). Die Effektgröße beträgt $\phi = .28$.

Unter den bei Klinikentlassung über 12 Jahre alten Probanden der Gastfamiliengruppe befinden sich 9 bzw. 50,0%, die bis zu drei Freunde angeben, und 9 bzw. 50,0% mit vier oder mehr Freunden. Im Chi-Quadrat-Test ergibt der Vergleich dieser Subgruppe mit der Heimgruppe mit $\chi^2 = 1,23$ und $p = .27$ ebenfalls keinen signifikanten Unterschied. Die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,19$.

Die **Häufigkeit von Kontakten mit guten Freunden** ist ein weiterer Indikator für das erfolgreiche Gelingen einer Peergruppen-Integration. Tab. 26 zeigt die Häufigkeit von Kontakten mit guten Freunden zum Zeitpunkt der Befragung gemäß der Selbsteinschätzung der Probanden in beiden Gruppen.

Tab. 26: Peergruppen-Integration: Monatliche Häufigkeit von Kontakten zu guten Freunden

Kontakthäufigkeit	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
< 1 x monatlich	1	3,6	1	5,9
1 -2 x monatlich	1	3,6	2	11,8
Mind. 3 x monatlich	23	82,1	11	64,7
keine Angabe	3	10,7	3	17,7

Während 2 Probanden der Gastfamiliengruppe maximal zwei Kontakte pro Monat angeben, schildern 23 mindestens drei monatliche Kontakte zu guten Freunden. Bei der Heimgruppe geben 3 Probanden maximal zwei monatliche Kontakte an gegenüber 11 Probanden mit mindestens drei Kontakten. Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Kontakthäufigkeit im Vierfelder-Chi-Quadrat-Test mit Yates-Korrektur statistisch nicht signifikant ($\chi^2 = 0,50$, $p = .48$). Die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,11$.

In der Untergruppe der über 12-Jährigen mit Gastfamilienunterbringung gibt 1 Proband maximal zwei Kontakte pro Monat an, gegenüber 16 Probanden mit mindestens drei Kontakten. Im Chi-Quadrat-Test mit Yates-Korrektur ergibt sich mit $\chi^2 = 0,56$ und $p = .46$ kein signifikanter Unterschied zu den Zahlen der Heimgruppe, die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,13$.

Als Indikator für die Qualität der Peergruppen-Kontakte wurde schließlich auch noch erfasst, **wie häufig die Probanden andere zu sich nach Hause einladen**, siehe Tab. 27.

Tab. 27: Peergruppen-Kontakte: Häufigkeit von Einladungen anderer zu sich nach Hause pro Monat

Einladungen zu sich nach Hause	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
< 1 x monatlich	6	21,4	4	23,5
1 - 2 x monatlich	7	25,0	7	41,2
mind. 3 x monatlich	12	42,9	4	23,5
keine Angabe	3	10,7	2	11,8

Während in der Gastfamiliengruppe mit 12 Probanden fast genauso viele mindestens drei monatliche Einladungen anderer zu sich nach Hause angeben wie die 13 Probanden mit maximal zwei monatlichen Einladungen, finden sich in der Heimgruppe nur 4 Probanden mit mindestens drei monatlichen Einladungen gegenüber 11 Probanden mit maximal zwei Einladungen. Zwischen den beiden Untersuchungsgruppen findet sich jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied im Vier-Felder-Chi-Quadrat-Test ($\chi^2 = 2,46$, $p = .12$). Die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,25$.

In der Untergruppe der bei Klinikentlassung über 12-jährigen Gastfamilienprobanden geben jeweils 9 Probanden mindestens drei bzw. maximal zwei monatliche Einladungen anderer zu sich nach Hause an. Im Vier-Felder-Chi-Quadrat-Test resultiert beim Vergleich mit der Heimgruppe auch hier mit $\chi^2 = 1,87$ und $p = .17$ kein statistisch signifikantes Ergebnis, die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,24$.

Somatische Erkrankungen und Behinderungen

Körperliche Erkrankungen und Behinderungen stellen einen zentralen Aspekt der Gesundheit im biopsychosozialen Gesundheits- und Krankheitsmodell dar. Tab. 28 zeigt die Angaben der Probanden zur Frage nach dem Vorliegen eigener körperlichen Krankheiten, Behinderungen oder Beeinträchtigungen. Im Vier-Felder-Chi-Quadrat-Test ergibt sich mit $\chi^2 = 0,79$ und $p = .37$ kein statistisch signifikanter Zusammenhang. Die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,14$.

In der Untergruppe der bei Klinikentlassung über 12-Jährigen mit Gastfamilienunterbringung geben 6 bzw. 33,3 % Erkrankungen und Behinderungen an, 12 verneinen

dies. Im Chi-Quadrat-Test zeigt auch für diese Subgruppe der Vergleich mit der Heimgruppe mit $\chi^2 = 0,97$ und $p = .32$ kein signifikantes Ergebnis, die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,17$.

Tab. 28: Vorliegen von körperlichen Krankheiten, Behinderungen oder Beeinträchtigungen

Somatische Erkrankungen, Behinderungen und Beeinträchtigungen	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
Nein	16	57,1	5	47,1
Ja	9	32,1	8	47,1
keine Angabe	3	10,7	1	5,9

Sorgen und Probleme

Zur Erfassung aktueller psychischer Belastungen und Stressoren wurden die Probanden gebeten, alle Sorgen und Probleme zu beschreiben, die sie sich wegen ihrer Arbeit, der Schule oder wegen anderer Dinge machen. Vergleicht man die Anzahl der Probanden in der Gastfamiliengruppe und in der Heimgruppe, die Sorgen und Probleme angeben bzw. dies verneinen (vgl. Tab. 29), ergibt sich im Vier-Felder-Chi-Quadrat-Test mit Yates-Korrektur kein statistisch signifikanter Zusammenhang ($\chi^2 = 0,76$, $p = .38$). Die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,19$.

Tab. 29: Angaben zu Sorgen und Problemen zum Katamnesezeitpunkt

Aktuelle Sorgen und Probleme	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
Nein	5	17,9	6	35,3
Ja	20	71,4	10	58,8
Keine Angabe	3	10,7	1	5,9

Werden nur die bei Klinikentlassung über 12-jährigen Probanden der Gastfamilien-Gruppe betrachtet, finden sich 15 Probanden (83,3%), die Sorgen und Probleme bejahen, gegenüber 3 Probanden, die dies verneinen. Im Vergleich zur Heimgruppe ergibt sich im Vier-Felder-Chi-Quadrat-Test mit Yates-Korrektur mit $\chi^2 = 0,97$ und $p = .32$ ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang, die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,17$.

3.2.3 Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfsmaßnahmen im Katamnesezeitraum

Die Inanspruchnahme des psychiatrisch-psychotherapeutischen Sektors des Gesundheitssystems wurde anhand von Self-Report-Daten zur Nutzung verschiedener ärztlich-therapeutischer Leistungen im Katamnesezeitraum erfasst.

Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen

Die Angaben der Probanden zur Anzahl von stationären Behandlungen in psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Kliniken im Zeitraum zwischen der Maßnahme (Gastfamilien- versus Heimunterbringung) und der Katamneseerhebung sind in Tab. 30 dargestellt.

Tab. 30: Häufigkeit stationärer Behandlungen in psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Kliniken im Katamnesezeitraum

Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen	Gastfamiengruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
Keine	14	50,0 %	9	52,9 %
1 x	5	17,9 %	1	5,9 %
2 x	2	7,1 %	3	17,7 %
3 bis 5 x	3	10,7 %	3	17,7 %
6 bis 10 x	1	3,6 %	0	0,0 %
> 10 x	0	0,0 %	0	0,0 %
keine Angabe	3	10,7 %	1	5,9 %

Vergleicht man in beiden Gruppen die Anzahl der Probanden mit keinem (Gastfamiliengruppe: 14, Heimgruppe: 9) und mit mindestens einem weiteren Klinikaufenthalt (11 bzw. 39,3% und 7 bzw. 41,2%), ergibt sich im Vier-Felder-Chi-Quadrat-Test kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsgruppen ($\chi^2 = 0,00$, $p = 1$), d.h. die Art der Maßnahme hat keinen nachweisbaren Einfluss auf die Häufigkeit späterer psychiatrisch-psychotherapeutischer Hospitalisierungen. Die Effektstärke liegt bei $\phi = 0,00$.

Werden nur die bei Klinikentlassung über 12-jährigen Probanden der Gastfamiliengruppe betrachtet, finden sich jeweils 9 Probanden (d.h. je 50,0%) mit mindestens einem bzw. keinem weiteren psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinikaufenthalt. Verglichen mit der Heimgruppe ergibt sich mit $\chi^2 = 0,13$ und $p = .72$ ebenfalls kein statistisch signifikanter Zusammenhang, die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,06$.

Ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen

Ebenso wurde die Anzahl von ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungssitzungen im Zeitraum zwischen der Maßnahme und der Katamneseerhebung erhoben, vgl. Tab. 31. Der Anteil von Probanden ohne weitere ambulante Therapie ist in der Heimgruppe mit 29,4 % deutlich höher als in der Gastfamiliengruppe mit 10,71 %. Gleichzeitig ist der Anteil der Probanden mit höherer ambulanter Behandlungshäufigkeit (mindestens 21 Sitzungen im Katamnesezeitraum) in der Gastfamiliengruppe höher als in der Heimgruppe.

Tab. 31: Anzahl von psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungssitzungen im Katamnesezeitraum

Ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungssitzungen	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	N	%	n	%
keine	3	10,7	5	29,4
1 bis 5	2	7,1	2	11,8
6 bis 10	4	14,3	2	11,8
11 bis 20	4	14,3	1	5,9
21 bis 50	5	17,9	2	11,8
51 bis 100	5	17,9	3	17,7
> 100	2	7,1	0	0,0
keine Angabe	3	10,7	2	11,8

Fasst man die Daten der Tabelle 31 zusammen und vergleicht die Anzahl der Probanden, die keine psychiatrisch-psychotherapeutischen Sitzungen erhielten (3 versus 5) mit der Anzahl der Probanden mit mindestens einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Sitzung (22 versus 10), dann ergibt sich im Vier-Felder-Chi-Quadrat-Test mit Yates-Korrektur kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsgruppen ($\chi^2 = 1,5$, $p = .22$). Die Effektstärke beträgt $\phi = 0,19$.

In der Subgruppe der bei Klinikentlassung über 12-jährigen Probanden der Gastfamiliengruppe findet sich nur ein Proband ohne Psychotherapiesitzungen, gegenüber 17 Probanden mit mindestens einer Sitzung. Im Yates-korrigierten Chi-Quadrat-Test ergibt der Vergleich dieser Subgruppe mit der Heimgruppe mit $\chi^2 = 2,58$ und $p = .11$ ebenfalls kein signifikantes Ergebnis, die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,28$.

Einnahme ärztlich verordneter Psychopharmaka

Der Anteil von Probanden, die angeben, im Katamnesezeitraum keine Psychopharmaka verordnet bekommen zu haben, ist in beiden Untersuchungsgruppen nahezu identisch (siehe Tab. 32). Stellt man die Zahl der Probanden ohne Psychopharmakotherapie (Gastfamiliengruppe: 10, Heimgruppe: 6) denen mit Psychopharmakothera-

pie gegenüber (15 bzw. 10), ergeben sich im Vier-Felder-Chi-Quadrat-Test keine statistisch bedeutsamen Unterschiede ($\chi^2 = 0,03$, $p = .87$). Die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,03$.

Tab. 32: Verordnungen von Psychopharmaka im Katamnesezeitraum

Psychopharmaka-Verordnungen	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
Keine	10	35,7	6	35,3
1	3	10,7	4	23,5
2	6	21,4	4	23,5
3 bis 5	3	10,7	1	5,9
6 bis 10	2	7,1	1	5,9
> 10	1	3,6	0	0,0
keine Angabe	3	10,7	1	5,9

In der Untergruppe der bei Klinikentlassung über 12-jährigen Probanden der Gastfamiliengruppe geben 7 Probanden an, keine Psychopharmaka verordnet bekommen zu haben, gegenüber 11 Probanden, die diese Frage bejahen. Der Vergleich dieser Untergruppe mit der Heimgruppe ergibt mit $\chi^2 = 0,01$ und $p = .93$ ebenfalls keinen signifikanten Unterschied, die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,01$.

3.2.4 Inanspruchnahme von Unterbringungsmaßnahmen im Rahmen der Jugendhilfe oder anderer staatlicher Träger

Neben der Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen wurde ebenfalls anhand der Self-Report-Daten der Probanden die Nutzung anderer staatlicher sozialer Hilfesysteme im Katamnesezeitraum erfasst.

Anzahl späterer stationärer Jugendhilfemaßnahmen

In beiden Untersuchungsgruppen liegt der Anteil der Probanden, die im Katamnesezeitraum nach der jeweiligen Unterbringung in Gastfamilie bzw. Heim kei-

ne weitere stationäre Jugendhilfemaßnahme mehr in Anspruch genommen haben, leicht über 50 % (siehe Tab. 33). In beiden Gruppen finden sich je zwei Probanden mit mehr als zwei verschiedenen stationären Hilfen im Verlauf.

Tab. 33: Häufigkeit von weiteren stationären Jugendhilfemaßnahmen im Katamnesezeitraum

Anzahl stationärer Jugendhilfemaßnahmen	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	N	%	n	%
Keine	17	60,7	9	52,9
1 x	6	21,4	4	23,5
2 x	0	0,0	1	5,9
3 bis 5 x	2	7,1	2	11,8
> 6 x	0	0,0	0	0,0
keine Angabe	3	10,7	1	5,9

Vergleicht man den Anteil der Probanden beider Gruppen ohne weitere stationäre Jugendhilfe mit dem Anteil derer mit mindestens einer weiteren stationären Hilfe (8 in der Gastfamiliengruppe und 7 in der Heimgruppe), ergibt sich bei statistischer Prüfung mittels Vier-Felder-Chi-Quadrat-Test kein signifikanter Zusammenhang ($\chi^2 = 0,58$, $p = 0,45$). Die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,12$.

In der Untergruppe der bei Klinikentlassung über 12-jährigen Probanden der Gastfamiliengruppe finden sich 12 bzw. 66,7% ohne weitere stationäre Jugendhilfen gegenüber 6 bzw. 33,3% mit mindestens einer weiteren derartigen Hilfemaßnahme. Der Vergleich dieser Subgruppe mit der Heimgruppe fällt statistisch ebenfalls ohne signifikantes Ergebnis aus ($\chi^2 = 0,39$, $p = .53$), die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,11$.

Gesamtdauer mit Fremdplatzierung verbundener Jugendhilfemaßnahmen

Hier zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen beiden Gruppen: Bei über 80 % der Probanden der Gastfamiliengruppe liegt die Gesamtdauer der Jugendhilfen mit Unterbringung außerhalb der Herkunftsfamilie zum Katamnesezeitpunkt über zwei

Jahren. In der Heimgruppe trifft dies nur für knapp 30 % der Probanden zu (siehe Tab. 34).

Tab. 34: Gesamtdauer von stationären Jugendhilfemaßnahmen im Katamnesezeitraum

Gesamtdauer stationärer Jugendhilfen	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
Keine	2	7,1	3	17,7
< 1 Monat	0	0,0	1	5,9
1 bis 6 Monate	0	0,0	1	5,9
6 Monate bis 1 Jahr	0	0,0	4	23,5
1 bis 2 Jahre	0	0,0	2	11,8
> 2 Jahre	23	82,1	5	29,4
keine Angabe	3	10,7	1	5,9

Fasst man jeweils die Probanden mit einer Unterbringungsdauer von bis zu einem Jahr (Gastfamiliengruppe: 2 Probanden, Heimgruppe: 9 Probanden) und von über einem Jahr (23 gegenüber 7 Probanden) zusammen, dann ergibt eine statistische Überprüfung mit dem Vier-Felder-Chi-Quadrat-Test mit Yates-Korrektur ein hochsignifikantes Ergebnis ($\chi^2 = 9,24$, $p = .002$). In der Gastfamiliengruppe findet sich also eine deutlich längere Gesamtunterbringungsdauer in der Jugendhilfe als in der Heimgruppe. Die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,47$.

In der Untergruppe der bei Klinikentlassung über 12-jährigen Probanden geben 2 bzw. 11,1% eine Unterbringungsdauer bis zu einem Jahr und 16 bzw. 88,9% eine Unterbringungsdauer über einem Jahr an. Mit $\chi^2 = 5,96$ und $p = .015$ ergibt sich auch hier im Vergleich mit der Heimgruppe ein signifikanter Gruppenunterschied, die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,42$.

Anzahl stationärer Maßnahmen anderer staatlicher Träger

Die Mehrzahl der Untersuchungsteilnehmer erreichte im Katamnesezeitraum die Volljährigkeit und überschritt diese teils bis in die zweite Hälfte des dritten Lebens-

jahrzehnts. Somit endete für diese Probanden auch die altersbezogene Zuständigkeit des Jugendhilfesystems. Um auch für diese Alters- und Entwicklungsstufe relevante, mit Unterbringung in einer Einrichtung verbundene Maßnahmen abzubilden, wurden neben den stationären Jugendhilfemaßnahmen auch stationäre Maßnahmen anderer staatlicher bzw. Sozialhilfeträger (z.B. stationäre Reha-Maßnahmen der AfA) erfasst, vgl. Tab. 35.

Tab. 35: Anzahl stationärer Maßnahmen anderer staatlicher Träger (z.B. Reha-Einrichtungen der Agentur für Arbeit, Einrichtungen der Sozialhilfe) im Katamnesezeitraum

Anzahl stationärer Maßnahmen anderer Träger	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
Keine	19	67,9	13	76,5
1 x	4	14,3	0	0,0
2 x	1	3,6	1	5,9
3 bis 5 x	1	3,6	2	11,8
> 6 x	0	0,0	0	0,0
keine Angabe	3	10,7	1	5,9

Stationäre Maßnahmen von nicht-jugendhilflichen Trägern wurden von 6 Probanden (21,4 %) der Gastfamiliengruppe und von 3 Probanden (17,6 %) der Heimgruppe, also von ähnlich großen Anteilen beider Untersuchungsgruppen genutzt. Dem stehen 19 Probanden der Gastfamiliengruppe und 13 Probanden der Heimgruppe ohne derartige Maßnahmen gegenüber. Eine statistische Überprüfung mittels Vier-Felder-Chi-Quadrat-Test mit Yates-Korrektur ergibt keinen signifikanten Gruppenunterschied ($\chi^2 = 0,00$, $p = 1,00$), die Effektgröße liegt damit bei $\phi = 0$.

In der Subgruppe der bei Klinikentlassung über 12-Jährigen der Gastfamiliengruppe finden sich 5 Probanden (27,8%) mit derartigen stationären Maßnahmen gegenüber 13 ohne solche (72,2%). Im Chi-Quadrat-Test ergibt der Vergleich mit der Heimgruppe mit $\chi^2 = 0,05$ und $p = .83$ ebenfalls keinen signifikanten Gruppenunterschied, die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,04$.

Gesamtdauer stationärer Maßnahmen anderer staatlicher Träger

Wie bei den Jugendhilfemaßnahmen wurde auch bei diesen Maßnahmen die Gesamtdauer von den Probanden erfragt (Tab. 36).

Tab. 36: Gesamtdauer der Unterbringung in stationären Maßnahmen anderer staatlicher Träger (z.B. Reha-Einrichtungen der Agentur für Arbeit, Einrichtungen der Sozialhilfe) im Katamnesezeitraum

Gesamtdauer stat. Maßnahmen anderer staatl. Träger	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
Keine	19	67,9	13	76,5
< 1 Monat	0	0,0	0	0,0
1 bis 6 Monate	2	7,1	0	0,0
6 Monate bis 1 Jahr	1	3,6	0	0,0
1 bis 2 Jahre	1	3,6	1	5,9
> 2 Jahre	2	7,1	1	5,9
keine Angabe	3	10,7	2	11,8

Der Anteil von Probanden mit einer Gesamtdauer derartiger Maßnahmen von bis zu einem Jahr (Gastfamiliengruppe: 22 Probanden bzw. 78,6 %, Heimgruppe: 13 Probanden bzw. 76,5 %) ist in beiden Untersuchungsgruppen von vergleichbarer Größe. Eine Gesamtdauer von über einem Jahr findet sich bei 3 Probanden (10,7 %) der Gastfamiliengruppe und 2 Probanden (11,8 %) der Heimgruppe. Stellt man diese Werte in einer Vierfeldertafel gegenüber, ergibt sich kein statistisch signifikanter Unterschied (Yates-korrig. $\chi^2 = 0,14$, $p = .71$). Die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,06$.

In der Untergruppe der bei Klinikentlassung über 12-Jährigen finden sich 15 Probanden (83,3%) mit einer Unterbringungs-Gesamtdauer von bis zu einem Jahr und 3 Probanden (16,7%) mit einer höheren Gesamtdauer. Der Vergleich dieser Subgruppe mit der Heimgruppe ergibt im Chi-Quadrat-Test mit Yates-Korrektur mit $\chi^2 = 0,05$ und $p = .82$ ebenfalls keinen signifikanten Unterschied, die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,04$.

3.2.5 Lebenszufriedenheit

Die Erfassung der subjektiven Lebenszufriedenheit der Untersuchungsteilnehmer anhand der entsprechenden Skala des Freiburger Persönlichkeitsinventars FPI-R erbrachte in beiden Gruppen ähnliche Werte, bei etwas höherer Zufriedenheit der Probanden der Gastfamiliengruppe (Tab. 37). Der Unterschied der mittleren Zufriedenheitswerte zwischen beiden Gruppen ist statistisch nicht signifikant (t-Test: $t = 0,36$, $df = 39$, $p = .72$), bei homogenen Varianzen gemäß F-Test (F-Quotient Varianzen = 1,15, $p = .79$). Die Effektgröße liegt bei $\delta = 0,12$.

Tab. 37: Subjektive Einschätzung der Lebenszufriedenheit (Subskala des FPI-R) getrennt für beide Gruppen (Mittelwert, Standardabweichung, Minimal- und Maximalwerte); auf der von 0 bis 12 reichenden Skala bedeuten höhere Werte bedeuten höhere Lebenszufriedenheit

Skala Lebenszufriedenheit des FPI-R		Gastfamiliengruppe n = 25		Heimgruppe n = 16	
Mittelwert		5,72		5,41	
Standardabweichung		2,72		2,53	
Min	Max	1	10	1	9

In der Subgruppe der bei Klinikentlassung über 12-jährigen Probanden mit Gastfamilienunterbringung liegt der Mittelwert auf der Zufriedenheitsskala bei 5,61 (SD = 2,92). Im Vergleich mit der Heimgruppe zeigt sich im t-Test mit $t = 0,21$ und $p = .83$ ebenfalls kein statistisch signifikanter Unterschied. Die Effektgröße liegt bei $\delta = 0,07$.

3.2.6 Psychische Symptombelastung

Bei den Ergebnissen zur psychischen Symptombelastung zeigen sich in der Gastfamiliengruppe auf allen verwendeten Untersuchungsvariablen höhere durchschnittliche Werte, d.h. eine höhere Symptombelastung als bei der Heimgruppe (Tab. 38). Das Ausmaß der Gruppendifferenzen ist jedoch bei den beiden verwendeten Erhebungsverfahren YABCL und YASR teilweise sehr unterschiedlich.

Tab 38: Ergebnisse auf den Globalskalen „internalisierendes Verhalten“ (INT), „externalisierendes Verhalten“ (EXT) und „Problemverhalten insgesamt“ (Gesamt) im Young Adult Self-Report YASR / Youth Self-Report YSR und Young Adult Behavior Checklist YABCL / Child Behavior Checklist CBCL: Mittlere T-Werte, Standardabweichungen SD, Minimal- und Maximalwerte (Min, Max)

	Gastfamiliengruppe				Heimgruppe			
	T-Wert	SD	Min	Max	T-Wert	SD	Min	Max
YASR / YSR	n = 24				n = 16			
INT	54,46	8,88	37	74	53,56	7,69	40	67
EXT	55,96	9,58	36	74	52,81	10,01	36	68
Gesamt	56,54	8,22	41	74	55,25	5,98	44	67
YABCL / CBCL	n = 20				n = 13			
INT	60,25	6,06	46	69	53,69	7,64	35	66
EXT	62,90	7,66	49	78	55,85	9,66	34	72
Gesamt	64,55	6,09	53	76	54,92	8,80	38	68

In der **Selbstbeurteilung** anhand des **YASR** ergeben sich nur geringfügige Gruppenunterschiede. Die Gastfamiliengruppe weist eine etwas höhere Gesamtauffälligkeit als die Heimgruppe auf. Abbildung 5 zeigt den Box-Whisker-Plot der YASR-Gesamtwerte in beiden Gruppen. Die Mittelwert-Differenz ist jedoch gemäß t-Test für unabhängige Stichproben mit $t = 0,54$ statistisch nicht signifikant ($df = 38$, $p = .59$). Gemäß F-Test ergeben sich homogene Varianzen mit $F = 1,89$, $p = .21$. Die Effektgröße liegt bei $\delta = 0,17$.

Auch die Gruppenunterschiede bei den internalisierenden Auffälligkeiten ($t = 0,33$, $df = 38$, $p = .74$, Effektgröße $\delta = 0,11$; $F = 1,34$, $p = .57$) und bei den externalisierenden Auffälligkeiten ($t = 1,00$, $df = 38$, $p = .32$, Effektgröße $\delta = 0,32$; $F = 1,09$, $p = .83$) erreichen keine statistische Signifikanz.

In der Subgruppe der bei Klinikentlassung über 12-Jährigen der Gastfamiliengruppe ergibt sich ein YASR-Gesamt-Mittelwert von $T = 54,82$. Im Vergleich zur Heimgruppe findet sich mit $t = -0,16$, $df = 31$ und $p = .87$ ebenfalls kein signifikanter Unterschied, bei homogenen Varianzen ($F = 2,05$, $p = .17$). Die Effektgröße liegt bei $\delta = 0,05$.

Ebenso zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen dieser Untergruppe und der Heimgruppe beim YASR-Wert für internalisierende Auffälligkeiten (mittlerer T-Wert = 53,59; t-Test: $t = 0,008$, $df = 31$, $p = .99$; F-Test: $F = 1,56$, $p = .40$; Effektgröße $\delta = 0,003$) und beim YASR-Wert für externalisierende Auffälligkeiten (mittlerer T-Wert = 53,12; t-Test: $t = 0,09$, $df = 31$, $p = .93$; F-Test: $F = 1,15$, $p = .78$; Effektgröße $\delta = 0,03$).

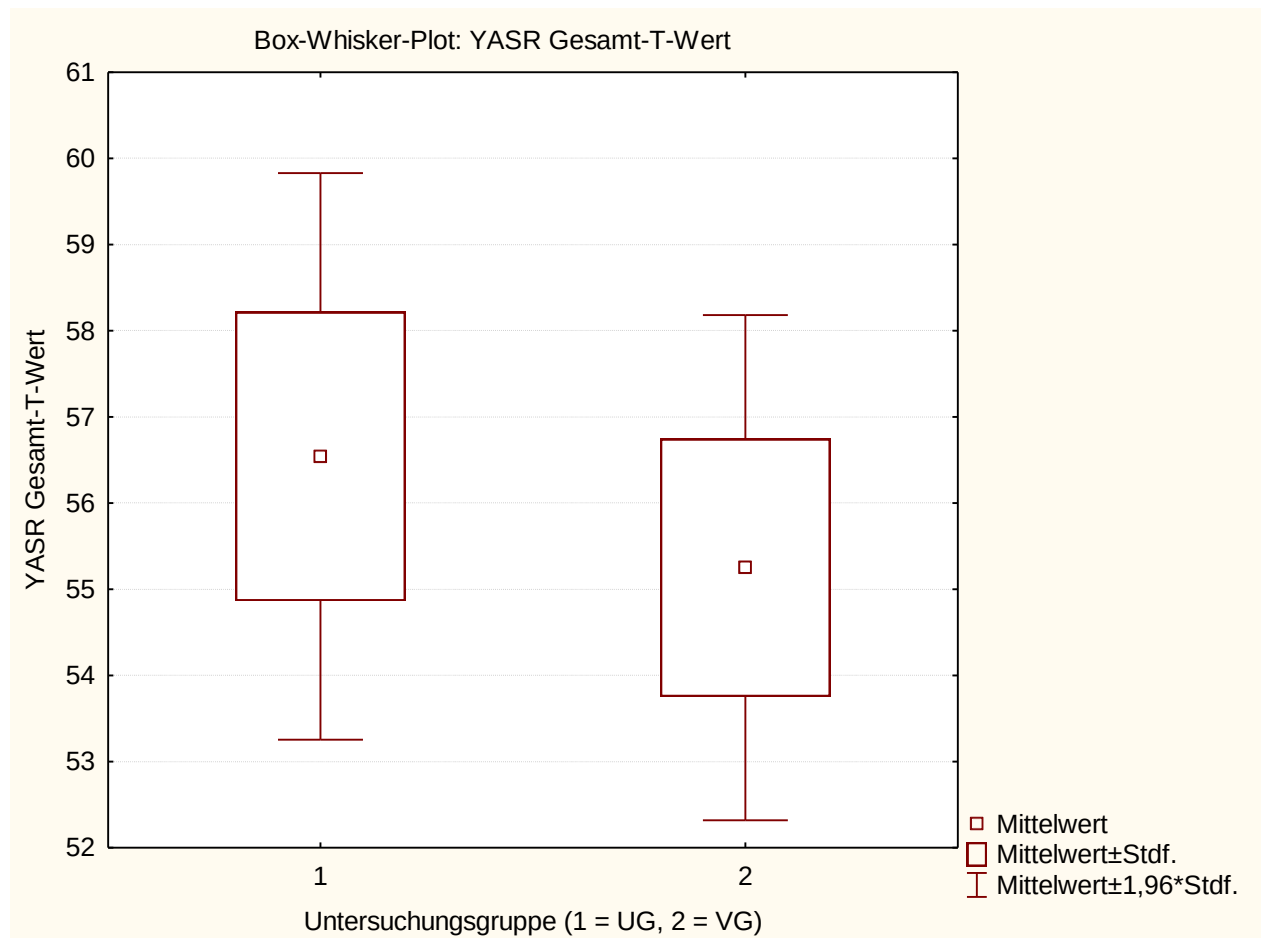


Abb. 5: Psychische Symptombelastung: Selbstbeurteilung anhand des YASR/YSR, Gesamt-T-Werte in beiden Gruppen (1=Gastfamiliengruppe, 2 = Heimgruppe)

In der **Fremdbeurteilung** der psychischen Symptombelastung anhand des **YABCL** finden sich dagegen hochsignifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Die Probanden der Gastfamiliengruppe werden von ihren Bezugspersonen gemäß den Werten für die Gesamtbelastung im YABCL als psychisch deutlich stärker belastet eingeschätzt (Abb. 6). Die Mittelwertdifferenz ist mit $t = 3.72$ ($df = 31$, $p = .0008$) hoch

signifikant, bei ebenfalls homogenen Varianzen in beiden Gruppen gemäß F-Test ($F = 2.09$, $p = .15$). Die Effektgröße liegt bei $\delta = 1,32$.

Die Gastfamiliengruppe zeigt hoch signifikant mehr internalisierende Auffälligkeiten als die Heimgruppe ($t = 2.74$, $df = 31$, $p = .01$, Effektgröße $\delta = 0,98$) und signifikant mehr externalisierende Auffälligkeiten ($t = 2.33$, $df = 31$, $p = .03$, Effektgröße $\delta = 0,83$).

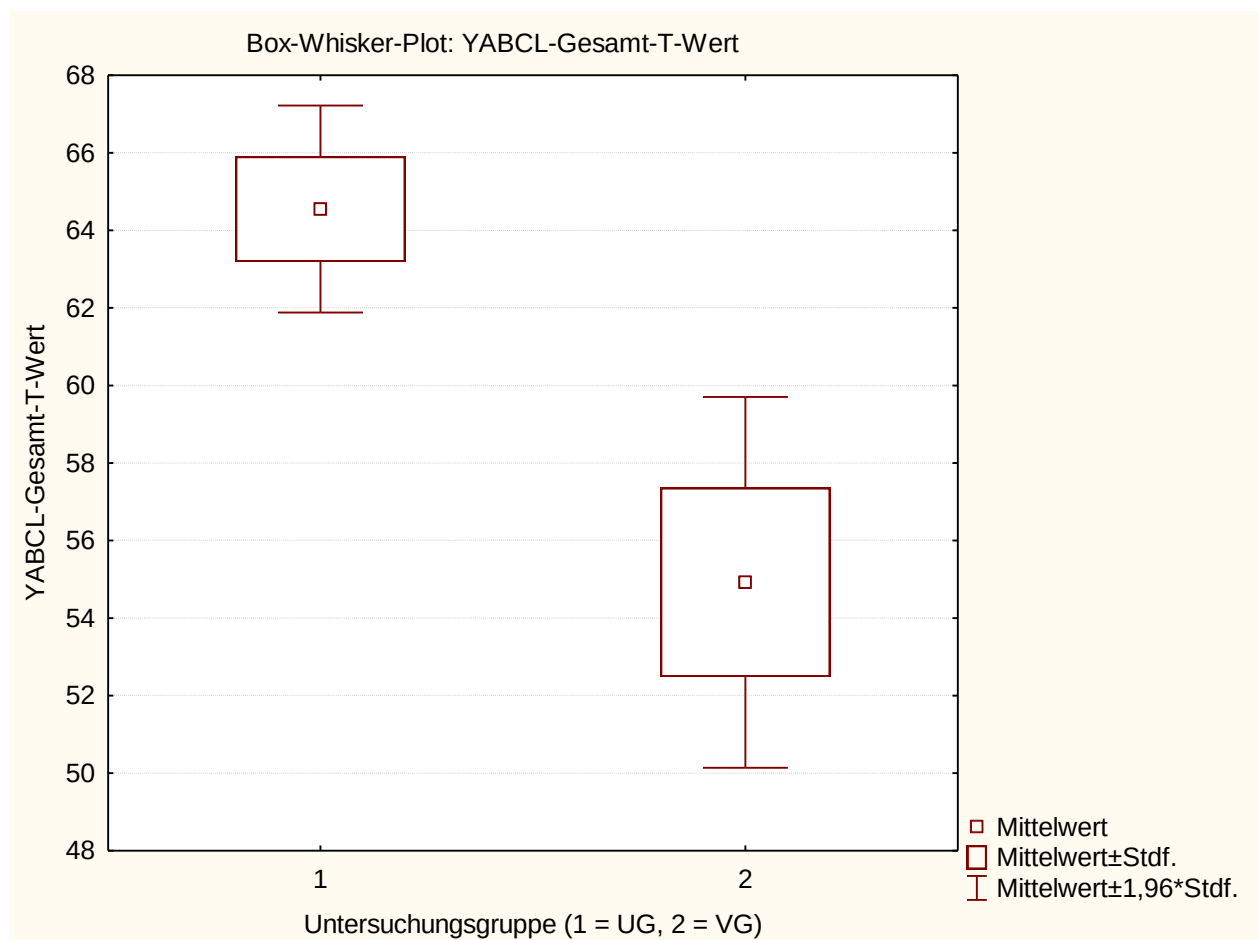


Abb. 6: Psychische Symptombelastung: Fremdbeurteilung anhand des YABCL/CBCL, Gesamt-T-Werte in beiden Gruppen (1=Gastfamiliengruppe, 2 = Heimgruppe)

In der Subgruppe der bei Klinikentlassung über 12-Jährigen der Gastfamiliengruppe liegt der YABCL-Gesamt-T-Wert bei 63,23. Der Vergleich mit der Heimgruppe fällt auch für diese Subgruppe hochsignifikant aus ($t = 2,83$, $df = 24$, $p = .009$) bei homogenen Varianzen ($F = 2,23$, $p = .18$). Die Effektgröße liegt bei $\delta = 1,11$. Bei den internalisierenden Auffälligkeiten ergibt sich ein Subgruppen-Mittelwert von $T = 60,15$, der Vergleich mit der Heimgruppe ist ebenfalls signifikant ($t = 2,44$, $df = 24$, $p = .02$) bei

homogenen Varianzen ($F = 1,76$, $p = .34$), die Effektgröße beträgt $\delta = 0,96$. Der Mittelwert für externalisierende Auffälligkeiten liegt bei $T = 62,00$, der Vergleich mit der Heimgruppe ergibt hier keinen signifikanten Unterschied ($t = 1,84$, $df = 24$, $p = .078$) bei ebenfalls homogenen Varianzen ($F = 1,79$, $p = .32$), die Effektgröße liegt bei $\delta = 0,72$.

Vergleicht man den Anteil der Untersuchungsteilnehmer in beiden Gruppen, deren **psychische Symptombelastung im klinisch auffälligen Bereich** liegt (d.h. T-Wert ≥ 60), dann ergibt sich folgendes Bild (siehe Tab. x):

In beiden Gruppen hat nach den Daten der **Selbsteinschätzung im YASR** bzw. YSR ein knappes Drittel der Probanden einen klinisch auffälligen Wert (T-Wert > 60). Zwischen beiden Gruppen findet sich kein statistisch signifikanter Unterschied ($\chi^2 = 0,02$, $p = .89$). Die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,02$. Einen T-Wert von ≥ 70 , der einem Prozentrang von 98 (d.h. zwei Prozent der Gleichaltrigen schätzen sich selbst als so extrem hoch belastet ein) bzw. dem klinisch hoch auffälligen Bereich entspricht, erreichen 2 Personen bzw. 8,3 % der Gastfamiliengruppe, jedoch kein Teilnehmer der Heimgruppe.

In der Untergruppe der bei Klinikentlassung über 12-Jährigen mit Gastfamilienunterbringung haben 4 Probanden bzw. 23,5% einen klinisch auffälligen T-Wert ≥ 60 im YASR, ein Proband (5,9%) liegt über $T = 70$. Vergleicht man den Anteil der Probanden dieser Subgruppe mit $T \geq 60$ mit denen der Heimgruppe, ergibt sich mit einem Yates-korrigierten $\chi^2 = 0,011$ und $p = .92$ ebenfalls kein signifikanter Unterschied, die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,02$.

In der **Fremdbeurteilung durch Bezugspersonen anhand des YABCL** bzw. CBCL zeigen in der Gastfamiliengruppe 80,0 % einen klinisch auffälligen Wert mit $T \geq 60$, gegenüber 30,8 % in der Heimgruppe (siehe Tab. 39). Der Gruppenvergleich ergibt einen statistisch hochsignifikanten Unterschied ($\chi^2 = 8,00$, $p = .005$). Die Effektgröße erreicht $\phi = 0,49$. Alle drei Untersuchungsteilnehmer mit hoch auffälligen Werten ($T \geq 70$) in der Fremdbeurteilung stammen aus der Gastfamiliengruppe, in der Heimgruppe erreicht dagegen kein Teilnehmer derart hohe Werte.

Tab. 39: Fallzahlen bzw. prozentueller Anteil von Probanden in beiden Gruppen mit klinisch auffälligen ($T \geq 60$) und hoch auffälligen ($T \geq 70$) Werten auf den Gesamtskalen für psychische Symptombelastung des YASR/YSR und YABCL/CBCL

	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	N	%
YASR / YSR	$n_{\text{gesamt}} = 24$		$n_{\text{gesamt}} = 16$	
Gesamtwert $T \geq 60$	7	29,2	5	31,3
Gesamtwert $T \geq 70$	2	8,3	0	0,0
YABCL / CBCL	$n_{\text{gesamt}} = 20$		$n_{\text{gesamt}} = 13$	
Gesamtwert $T \geq 60$	16	80,0	4	30,8
Gesamtwert $T \geq 70$	3	15,0	0	0,0

In der Untergruppe der bei Klinikentlassung über 12-jährigen Probanden der Gastfamiliengruppe haben 10 bzw. 76,9% einen Gesamt-T-Wert ≥ 60 . Der Vergleich mit der Heimgruppe ergibt mit einem Yates-korrigierten $\chi^2 = 3,87$ und $p = .049$ einen signifikanten Unterschied. Die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,39$. Ein Proband (7,7%) der Subgruppe erreicht einen hochauffälligen Gesamt-T-Wert ≥ 70 .

Hinsichtlich der psychischen Symptombelastung findet sich in der YABCL-Fremdbeurteilung anhand einer zweifaktoriellen Varianzanalyse ein Interaktionseffekt zwischen der Maßnahme (Gastfamilie versus Heim) und dem Geschlecht: Während die männlichen Untersuchungsteilnehmer im YABCL nach Heimunterbringung eine niedrigere Symptombelastung aufweisen als die weiblichen Untersuchungsteilnehmer, ist dies nach Unterbringung in einer Gastfamilie genau umgekehrt ($F = 6.16$, $p = .02$; siehe Abb. 7): In der Gastfamiliengruppe zeigen die männlichen Probanden eine geringfügig höhere Symptombelastung als die weiblichen Probanden. Dabei trägt der Effekt des Geschlechts selbst zu den Unterschieden statistisch nicht signifikant bei ($F = 0.23$, $p = .64$).

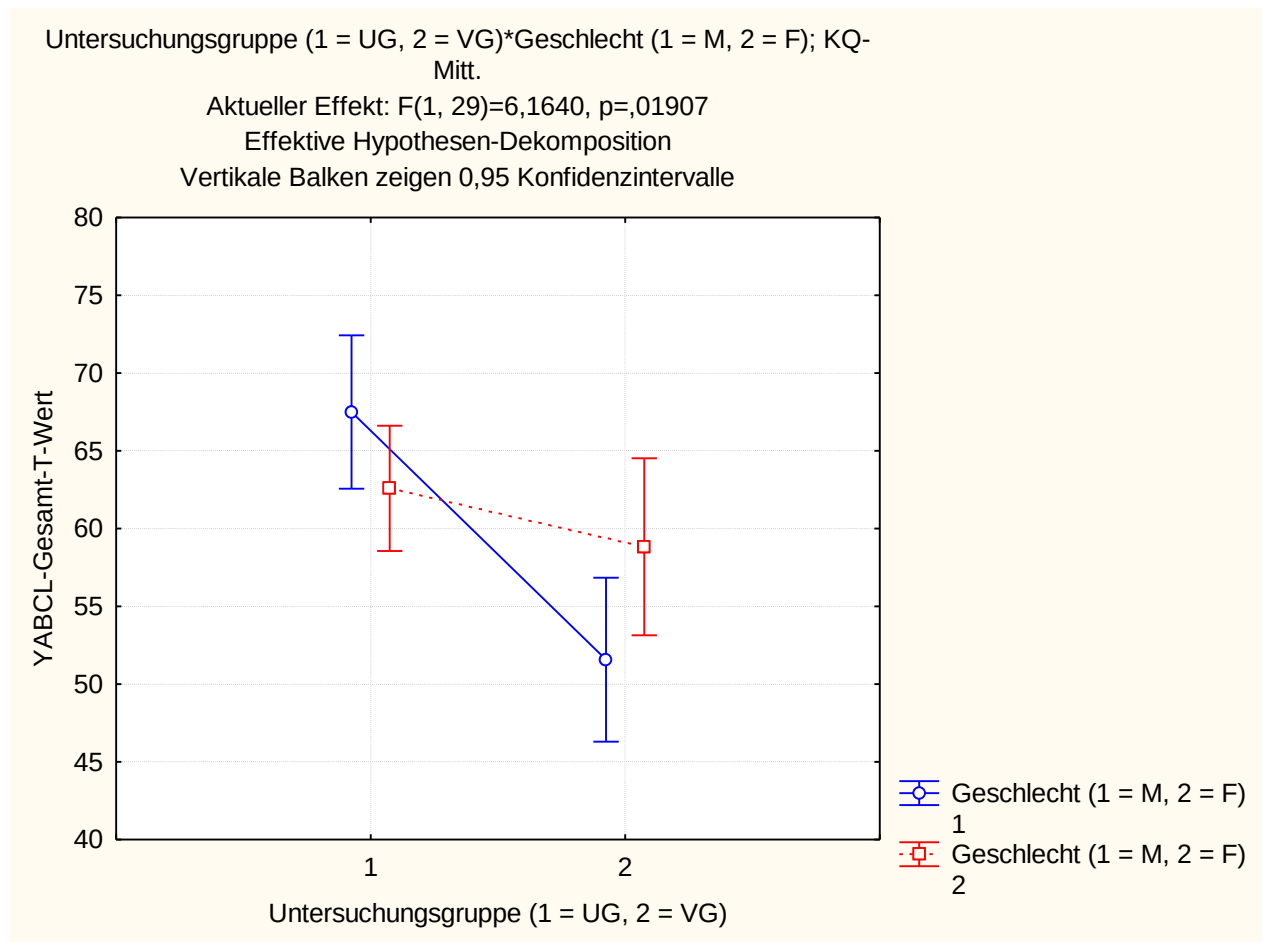


Abb. 7: Psychische Symptombelastung, abhängig vom Geschlecht, in beiden Untersuchungsgruppen (1=Gastfamiliengruppe, 2=Heimgruppe); Fremdbeurteilung anhand YABCL/CBCL

Korrelationsstatistisch zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Dauer des Katamnesezeitraums und der psychischen Symptombelastung zum Katamnesezeitpunkt: Zwischen dem YABCL-Gesamtwert und der Katamnesezeitdauer ergibt sich eine auf dem 5%-Niveau signifikante negative Korrelation von $r = -.39$, d.h. mit zunehmender Katamnesezeitdauer sinkt die von den Bezugspersonen angegebene Symptombelastung der Probanden. Dieser Zusammenhang zeigt sich bei der Selbstbeurteilung anhand des YASR ebenfalls, jedoch mit $r = -.24$ in deutlich geringerem, statistisch nicht signifikantem Ausmaß.

Noch ausgeprägter ist der Zusammenhang zwischen dem Alter zum Katamnesezeitpunkt und der von Bezugspersonen angegebenen Symptombelastung: In der Fremdbeurteilung anhand des YABCL findet sich hier eine auf dem 1%-Niveau signifikante Korrelation von $r = -.50$ (vgl. Abb. 8). Dieser Zu-

sammenhang ist ebenfalls bei der Selbstbeurteilung anhand des YASR weitaus geringer ($r = -.21$) und statistisch nicht signifikant.

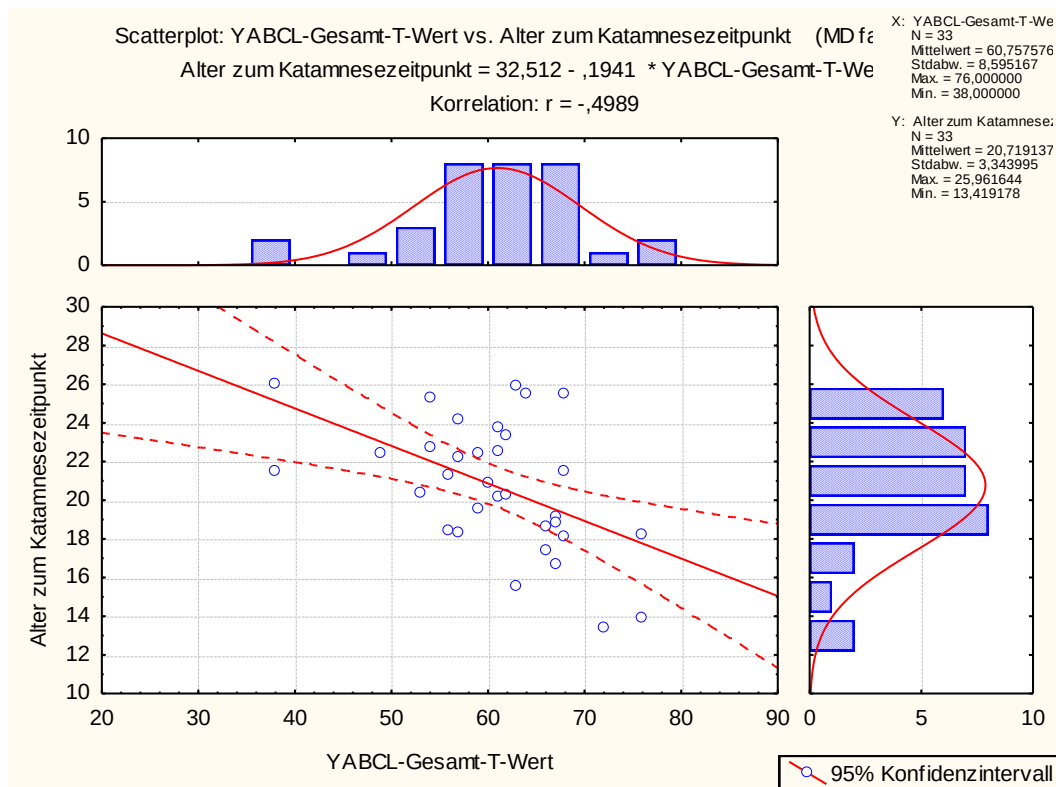


Abb. 8: Zusammenhang zwischen Alter zum Katamnesezeitpunkt und psychischer Symptombelastung (Fremdbeurteilung anhand YABCL/CBCL)

In einem weiteren Schritt wurde überprüft, ob eine frühere therapeutische Arbeitsbeziehung (während der der untersuchten Unterbringungsmaßnahme vorhergehenden Klinikaufenthalte am ZfP Weissenau oder danach) zwischen dem späteren Untersuchungsleiter (E.N.) und einzelnen Probanden möglicherweise zu einer systematischen Verzerrung der Katamneseergebnisse führen könnte. Bei insgesamt 24 der 120 Patienten (dies entspricht 20,0%), die in der retrospektiven Krankenaktenanalyse untersucht wurden, bestand eine solche therapeutische Beziehung. Von den 45 Katamneseeteilnehmern hatten 18 (40,0%) in der Vorgeschichte eine solche therapeutische Beziehung zum Untersuchungsleiter. Die psychische Symptombelastung (YASR/YSR-Werte und YABCL/CBCL-Werte) aller Probanden, mit denen der Untersuchungsleiter während der Klinikbehandlungen in einer therapeutischen Beziehung

stand, wurde mit den Werten der Probanden verglichen, zu denen keine therapeutische Beziehung bestand. Das Ergebnis zeigt Tabelle 40.

Tab. 40: Psychische Symptombelastung (YASR/YSR-Werte und YABCL/YSR-Werte) in Abhängigkeit von einer früheren therapeutischen Arbeitsbeziehung (ja / nein) zwischen dem Katamnese-Untersuchungsleiter (VL) und den Probanden (Pbn)

	Frühere therapeutische Beziehung zwischen VL und Pbn		Signifikanzprüfung			
	ja (n=18)	nein (n=27)	t	df	p	
YASR-Gesamt-T-Wert	55,82	56,17	0,15	38	.88	n.s.
YASR-Int-T-Wert	53,94	54,22	0,1	38	.92	n.s.
YASR-Ext-T-Wert	51,65	56,96	1,75	38	.089	n.s.
YABCL-Gesamt-T-Wert	61,23	60,45	0,25	31	.80	n.s.
YABCL-Int-T-Wert	58,46	57,15	0,49	31	.63	n.s.
YABCL-Ext-T-Wert	60,77	59,70	0,33	31	.75	n.s.

Wie die Werte in Tabelle 40 zeigen, ergeben sich keine signifikanten Unterschiede in der psychischen Symptombelastung zwischen den früher vom Untersuchungsleiter behandelten und den nicht von ihm behandelten Probanden. Dies gilt sowohl für die anhand der Selbstbeurteilung als auch für die anhand der Fremdbeurteilung gemessene Symptombelastung sowie für alle Unterskalenbereiche. Die Differenzen zwischen den mittleren T-Werten beider Gruppen sind - mit einer Ausnahme – mit Werten unter 1,5 minimal. Einzig der Gruppenunterschied von 5,31 Punkten beim Wert für selbst beurteilte externalisierende Störungen (YASR-Ext-T-Wert; höhere Werte bei den Probanden ohne frühere therapeutische Arbeitsbeziehung zum Untersuchungsleiter) nähert sich der Signifikanzschwelle leicht an.

3.2.7 Persönlichkeitsstörungen anhand des SKID-II

Beide Gruppen wurden hinsichtlich des Vorliegens von Persönlichkeitsstörungen zum Katamnesezeitpunkt im Sinne einer **kategorialen Diagnostik** mit dem SKID-II-Diagnoseindex verglichen. Dabei ergeben sich die in Tab. 41 dargestellten Ergebnis-

se. Stellt man in beiden Untersuchungsgruppen die Probanden mit und ohne Persönlichkeitsstörungen nach SKID-II gegenüber, zeigt sich im Vier-Felder-Chi-Quadrat-Test mit Yates-Korrektur mit $\chi^2 = 2,15$ und $p = .14$ kein signifikanter Zusammenhang. Die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,25$. Die Altersspannweite der insgesamt sieben Probanden mit einer SKID-II-Persönlichkeitsstörung liegt zwischen 18,2 und 26,6 Jahren, mit einem Altersdurchschnitt von 21,5 Jahren. Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung finden sich darunter drei männliche und vier weibliche Probanden.

Tabelle 41: Anteil der Probanden mit versus ohne Persönlichkeitsstörungen nach SKID-II zum Katamnesezeitpunkt

SKID-II Ergebnis	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	N	%	N	%
Keine Persönlichkeitsstörung	19	90,5	9	64,3
Mindestens 1 Persönlichkeitsstörung	2	9,5	5	35,7

In der Untergruppe der bei Klinikentlassung über 12-Jährigen finden sich 14 ohne SKID-II-Persönlichkeitsstörung (87,5%) und 2 mit SKID-II-Persönlichkeitsstörung (12,5%). Der Vergleich dieser Subgruppe mit der Heimgruppe erbringt im Yates-korrigierten Chi-Quadrat-Test mit $\chi^2 = 1,14$ und $p = .29$ ebenfalls keinen signifikanten Unterschied, die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,19$.

Die beiden Probanden der Gastfamiliengruppe mit Persönlichkeitsstörungen gemäß SKID-II weisen jeweils zwei verschiedene Persönlichkeitsstörungs-Diagnosen auf. Es handelt sich um einen männlichen Probanden mit der Kombination einer selbstunsicheren und einer negativistischen Persönlichkeitsstörung sowie um einen weiteren männlichen Probanden mit der Kombination einer selbstunsicheren und einer depressiven Persönlichkeitsstörung.

In der Heimgruppe haben vier der fünf Probanden mit Persönlichkeitsstörungsdiagnosen nach SKID-II weibliches Geschlecht. Dabei handelt es sich um eine Probandin mit einer depressiven Persönlichkeitsstörung sowie drei Probandinnen mit jeweils zwei verschiedenen Persönlichkeitsstörungs-Diagnosen, nämlich eine Probandin mit der Kombination einer paranoiden und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, eine

Probandin mit selbstunsicherer und Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie eine Probandin mit selbstunsicherer und paranoider Persönlichkeitsstörung. Ein männlicher Proband der Heimgruppe weist eine selbstunsichere Persönlichkeitsstörung im SKID-II auf.

In einem weiteren Untersuchungsschritt wurde geprüft, inwieweit sich beide Untersuchungsgruppen hinsichtlich einer **dimensionalen Diagnostik von Persönlichkeitsauffälligkeiten** mit dem SKID-II anhand des aus der Summe der elf D-Scores gebildeten Gesamtscores unterscheiden lassen.

Der Vergleich beider Untersuchungsgruppen (Abb. 9) zeigt nahezu identische Mittelwerte beim dimensionalen SKID-II-Gesamtscore (Gastfamiliengruppe: 105,81, Heimgruppe: 105,79), die sich statistisch nicht unterscheiden (t-Test: $t = 0,004$, $df = 33$, $p = 0,997$). Die Effektgröße liegt bei $\delta = 0,00$. Die Streuung der Werte ist in der Heimgruppe höher als in der Gastfamiliengruppe (Standardabweichung 20,10 versus 13,75), dieser Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant (F-Test: $F = 2,14$, $p = 0,12$).

In der Subgruppe der bei Klinikentlassung über 12-jährigen Probanden der Gastfamiliengruppe beträgt der mittlere D-Score 104,44 ($SD = 14,97$). Im Vergleich mit der Heimgruppe ergibt sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied ($t = -0,21$, $df = 28$, $p = .84$), bei homogenen Varianzen ($F = 1,80$, $p = .27$). Die Effektgröße liegt bei $\tau = 0,08$.

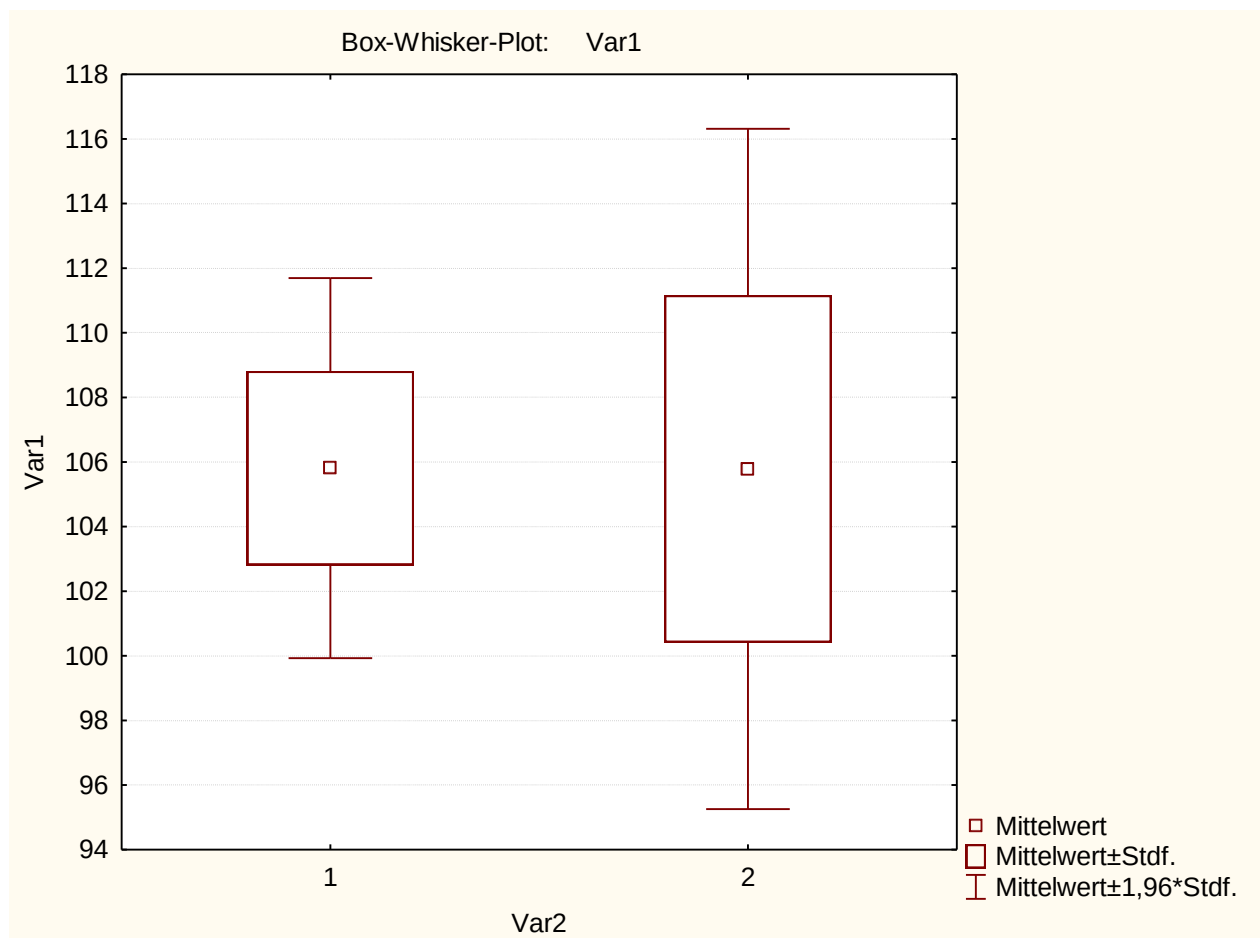


Abb. 9: Dimensionaler SKID-II-Gesamtscore in beiden Gruppen (1 = Gastfamilienbgruppe, 2 = Heimgruppe)

3.2.8 Maßnahmen-Zufriedenheit

Bei der retrospektiv beurteilten **Zufriedenheit mit der jeweiligen Hilfemaßnahme** (Gastfamilie versus Heim) geben die Probanden der Gastfamilienbgruppe bei allen zehn verwendeten Einzelitems eine durchschnittlich höhere Zufriedenheit an als die Probanden der Heimgruppe (siehe Abb. 10, unter Berücksichtigung der bei fünf Items negativen Polung der Formulierung).

Einzelvergleiche auf der **Itemebene** zeigen folgendes Ergebnis: Bei dem Item „Der Aufenthalt in meiner Gastfamilie / im Heim hat mir sehr geholfen“, das in Anlehnung an die Autoren des BEST-KJ als Indikator der subjektiv erlebten Wirksamkeit der Unterstützung interpretiert werden kann, erreicht die Gastfamilienbgruppe mit einer mittleren Zustimmung von 3,63 auf der 5stufigen Antwortskala (0 = stimmt überhaupt nicht, 4 = stimmt vollkommen) ein besseres Ergebnis als die Heimgruppe mit einem

Wert von 2,88. Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant ($t = 1,48$, $df = 38$, $p = 0,15$), bei homogenen Varianzen ($F = 1,14$, $p = .76$). Beim Item „Insgesamt bin ich mit meinem Aufenthalt in der Gastfamilie / im Heim sehr zufrieden“ ist die Zustimmung der Gastfamiliengruppe mit einem Wert von 3,46 gegenüber 3,13 ebenfalls etwas höher als bei der Heimgruppe. Der Unterschied ist statistisch wiederum nicht signifikant ($t = 0,70$, $df = 38$, $p = .49$), bei ebenfalls homogenen Varianzen ($F = 1,59$, $p = .36$). Beim Item „Wenn ich mich jetzt noch einmal entscheiden müsste, würde ich wieder in die Gastfamilie / in das Heim gehen“ fällt die Zustimmung der Gastfamilien-Gruppe mit 3,46 deutlich höher aus als bei der Heimgruppe, die mit einem Durchschnittswert von 1,80 dieser Aussage leicht ablehnend gegenübersteht. Der Gruppenunterschied ist mit $t = 3,26$ ($df = 37$) und $p = .002$ hochsignifikant, bei homogenen Varianzen ($F = 2,03$, $p = .17$). Es fällt auf, dass die Heimgruppe in deutlich höherem Maße den Wunsch nach mehr Kontakten mit der eigenen Familie äußert (3,47 versus 2,46), auch hier ergibt sich ein signifikanter Gruppenunterschied ($t = -2,3$, $df = 37$, $p = .027$), bei homogenen Varianzen ($F = 1,42$, $p = .50$). Die Gruppenunterschiede bei den sechs übrigen Items zur Maßnahmenzufriedenheit erreichen im t-Test jeweils kein statistisch signifikantes Ausmaß.

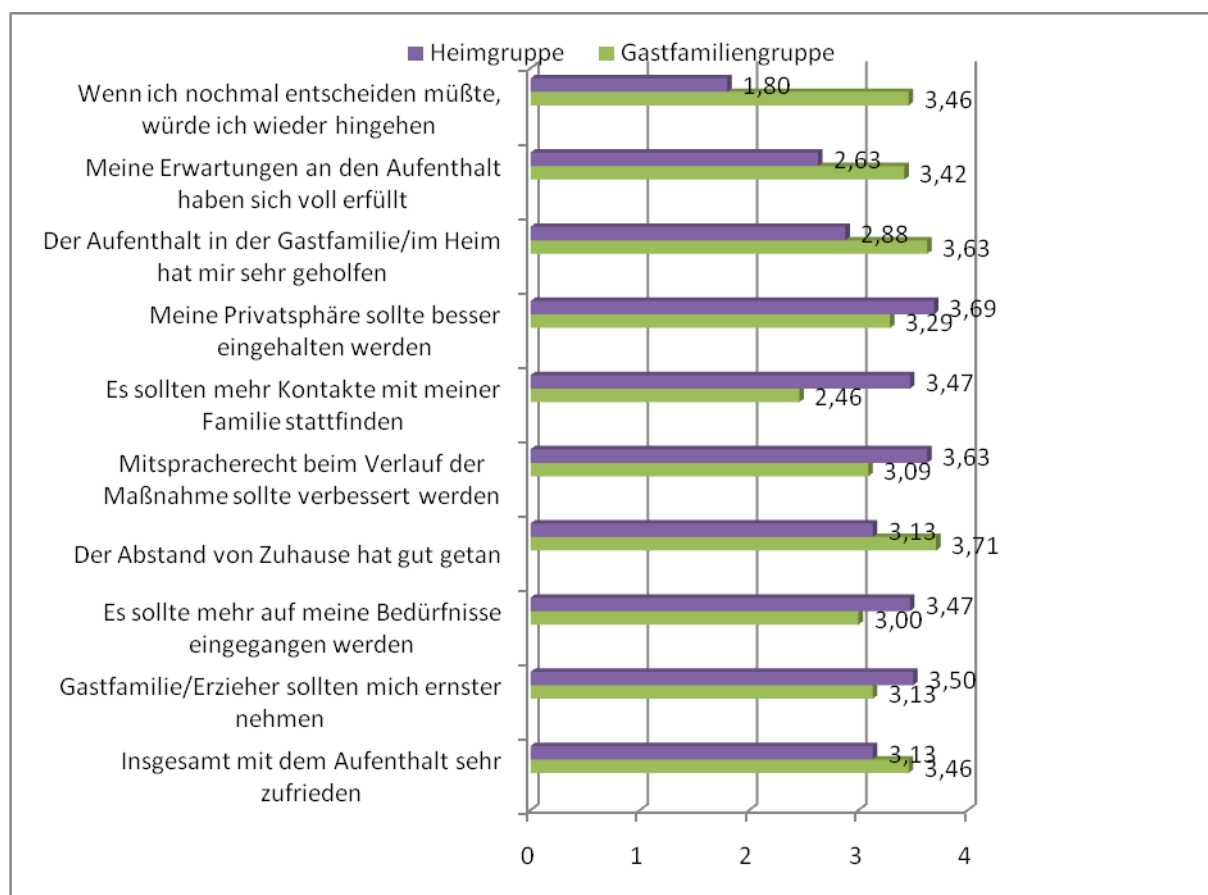


Abb. 10: Zufriedenheit mit der Maßnahme

Balkendiagramm der Ergebnisse der zehn Einzelitems für beide Gruppen (Gastfamilien-Gruppe: $n = 24$; Heimgruppe: $n = 15$). Skalierung: 0 = stimmt überhaupt nicht, 4 = stimmt vollkommen.

Auf der aus allen zehn Zufriedenheitsitems unter Berücksichtigung der Itempolung gebildeten Skala für die **Gesamt-Zufriedenheit mit der Maßnahme** ergibt sich bei den in Gastfamilien untergebrachten Untersuchungsteilnehmern mit einem Mittelwert von 32,63 ($SD = 12,04$) eine höhere Zufriedenheit als bei der Heimgruppe, die einen Mittelwert von 25,94 erreicht ($SD = 8,57$) (Abb. 11). Der Unterschied verfehlt bei Überprüfung durch den t-Test mit $t = 1,87$, $df = 37$, $p = .07$ die Signifikanzgrenze. Im F-Test ergibt sich mit $F = 1,97$ und $p = .19$ kein signifikanter Unterschied zwischen den Varianzen. Die Effektgröße beträgt $\delta = 0,61$.

In der Subgruppe der über 12-jährigen Probanden der Gastfamiliengruppe liegt der Mittelwert der Gesamt-Zufriedenheit mit der Maßnahme bei 33,18 ($SD = 12,20$). Auch hier wird im Vergleich mit der Heimgruppe die Signifikanzgrenze verfehlt ($t = 1,92$, $df = 30$, $p = .065$), bei homogenen Varianzen ($F = 2,03$, $p = .19$). Die Effektgröße liegt bei $\delta = 0,68$.

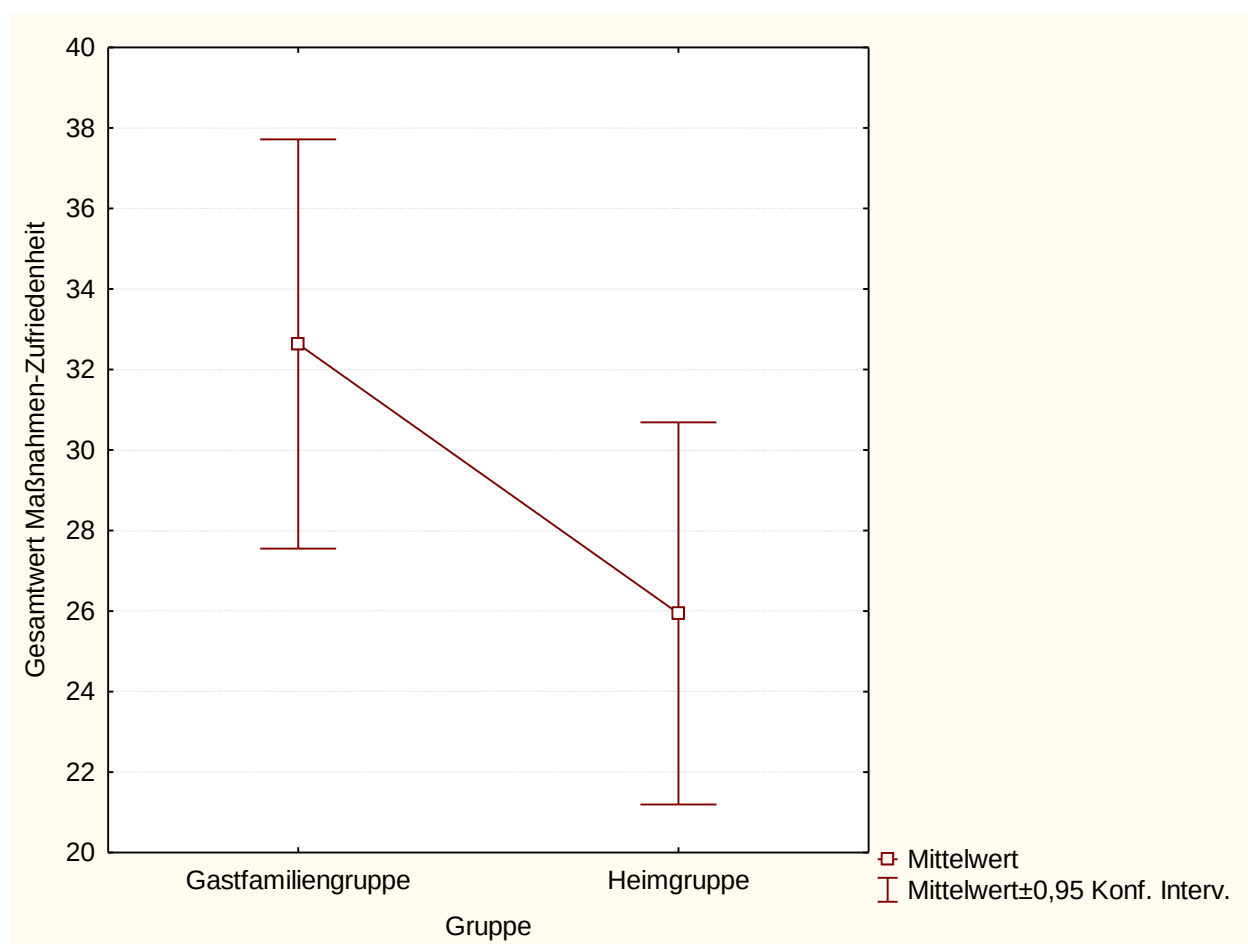


Abb. 11: Mittelwertplot: Verteilung des Gesamtwerts der Maßnahmenzufriedenheit (Summenscore der 10 Zufriedenheitsitems unter Berücksichtigung der Itempolung) in beiden Gruppen, Untersuchungsgruppe 1: Gastfamiliengruppe, Untersuchungsgruppe 2: Heimgruppe

Bei den dargestellten Daten zur Maßnahmenzufriedenheit ist zu berücksichtigen, dass zum Katamnesezeitpunkt zwar in der Heimgruppe alle stationären Jugendhilfemaßnahmen bereits beendet waren, dass aber bei sieben Probanden der Gastfamiliengruppe ein Gastfamilienverhältnis noch fortbestand. Es wäre denkbar, dass die höhere Maßnahmenzufriedenheit in der Gastfamiliengruppe auf bessere Beurteilungen durch Probanden mit fortbestehendem Gastfamilienverhältnis zurückzuführen ist, da bei ihnen eine Antworttendenz im Sinne der sozialen Erwünschtheit bzw. der Vermeidung potentieller Konflikte mit der Gastfamilie stärker wirksam werden könnte. Aus der Zufriedenheitsforschung im klinisch-therapeutischen Bereich ist zudem bekannt, dass noch fortdauernde Maßnahmen häufig günstiger als bereits abgeschlossene Maßnahmen bewertet werden. Um eine Ergebnisverzerrung durch derartige Einflussfaktoren auszuschließen, wurden die Zufriedenheitswerte in der Subgruppe

der sieben Probanden mit fortbestehendem Gastfamilienaufenthalt überprüft. Dabei ergibt sich jedoch bei ihnen mit einem durchschnittlichen Gesamtwert von 28,17 gegenüber dem Mittelwert von 34,47 bei den abgeschlossenen Gastfamilienaufenthalten eine geringere Maßnahmenzufriedenheit. Die höhere durchschnittliche Maßnahmenzufriedenheit der gesamten Gastfamiliengruppe kann also nicht darauf zurückgeführt werden, dass in dieser Gruppe nicht alle Maßnahmen bereits abgeschlossen waren. Im Gegenteil wäre die höhere Maßnahmenzufriedenheit im Vergleich zur Heimgruppe noch ausgeprägter, wenn in beiden Gruppen nur Probanden mit abgeschlossenen Maßnahmen verglichen würden.

In der Regel erlebten die Probanden jeweils eine Unterbringung in einer Gastfamilie bzw. Heimeinrichtung. Bei einzelnen Probanden aus beiden Gruppen fanden jedoch zwei derartige Maßnahmen aufeinanderfolgend statt. Die oben dargestellten Ergebnisse zur Maßnahmenzufriedenheit beziehen sich dabei jeweils auf die zeitlich gesehen erste Maßnahme nach der Klinik. Bei vier Probanden der Gastfamiliengruppe, die zwei aufeinander folgende Gastfamilienaufenthalte erlebt hatten, sowie bei zwei Probanden der Heimgruppe mit zwei verschiedenen Heimunterbringungs- Maßnahmen wurde jeweils die Maßnahmenzufriedenheit mit beiden konsekutiven Maßnahmen separat erfasst. Bei den vier Probanden der Gastfamiliengruppe ergibt sich dabei ein Anstieg der Maßnahmenzufriedenheit von einem Mittelwert von 27,25 bei der ersten Maßnahme auf 41,25 bei der zweiten Maßnahme. Bei den beiden Probanden der Heimgruppe zeigt sich ebenfalls eine Verbesserung der Werte, jedoch von niedrigerem Ausgangsniveau aus und mit deutlich geringerem Anstieg von durchschnittlich 19,00 auf 24,00. Eine statistische Signifikanzprüfung dieser Daten fand aufgrund der minimalen Fallzahl nicht statt.

3.2.9 Zusammenfassung der quantitativen Katamnesedaten

Die folgenden Tabellen geben eine zusammenfassende Übersicht über die Ergebnisse des Vergleichs beider Untersuchungsgruppen hinsichtlich der Daten der fragebogengestützten Katamneseinstrumente. Tab. 42 zeigt eine Zusammenfassung der soziodemographischen Daten und der Daten zur psychosozialen Integration bzw. Belastung zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung. Die Anwendung einer explorativen Simes-Korrektur des Signifikanzniveaus auf die dargestellten 10 Vergleiche zwischen der gesamten Gastfamiliengruppe und der Heimgruppe zur Berücksichtigung des

Problems des multiplen Testens erübrigt sich mangels signifikanter Einzelunterschiede.

Tab. 42: Zusammenfassende Übersicht (Teil 1) über die Ergebnisse des Vergleichs der Katamnesedaten (Fragebogen-gestützte Verfahren) von Gastfamiliengruppe und Heimgruppe: **Soziodemographische Outcome-Variablen, Indikatoren der psychosozialen Integration/Belastung.**

Legende: Bei der Gastfamiliengruppe werden jeweils Daten der gesamten Gruppe sowie der altersangepassten Gastfamiliengruppe (d.h. nur Probanden über 12 Jahre, **grau unterlegt**) wiedergegeben; U-Werte (Mann-Whitney-U-Test), χ^2 -Werte (Vierfelder- χ^2 -Test), t-Werte (t-Test); p: Wahrscheinlichkeit; Signifikanzniveau: n.s. nicht signifikant, * $\leq 0,05\%$, ** $\leq 0,01\%$, *** $\leq 0,001\%$; Korrektur für multiple Tests: nach explorativer Simes-Korrektur signifikante p-Werte durch **Fettdruck** hervorgehoben; Effektstärkeschätzungen vgl. S. 57, Klassifikation der Effektstärken nach Bortz & Döring (2006⁴)

	Gastfamiliengruppe	Heimgruppe	Signifikanzprüfung			Effektstärke
Alter (Jahre)	20,82	21,97	U=187	p=.23	n.s.	$\tau=0,18$
	22,30		U=171	p=.82	n.s.	$\tau=0,04$
Geschlecht (♀-Anteil)	60,7%	35,3%	$\chi^2=2,74$	p=.098	n.s.	$\phi=0,24$
	71,4%		$\chi^2=4,96$	p=.03	*	$\phi=0,36$
Schulabschluss (Anteil mit höherem Schulabschluss)	28,6%	29,4%	$\chi^2=0,03$	p=.86	n.s.	$\phi=0,03$
	38,1%		$\chi^2=0,85$	p=.36	n.s.	$\phi=0,16$
Beruflicher Ausbildungsabschluss (Anteil mit erreichtem Abschluss)	14,3%	11,8%	$\chi^2=0,021$	p=.88	n.s.	$\phi=0,02$
	19,0%		$\chi^2=0,09$	p=.77	n.s.	$\phi=0,02$
Reguläre Berufstätigkeit/Ausbildung/Schulbesuch (Anteil)	67,9%	64,7%	$\chi^2=0,26$	p=.61	n.s.	$\phi=0,08$
	57,1%		$\chi^2=0,017$	p=.90	n.s.	$\phi=0,02$
Wohnsituation (Anteil allein oder mit festem (Ehe-)Partner wohnend)	21,4%	29,4%	$\chi^2=0,22$	p=.64	n.s.	$\phi=0,09$
	28,6%		$\chi^2=0,006$	p=.94	n.s.	$\phi=0,02$
Familienstand (Anteil in fester Partnerbeziehung bzw. verheiratet)	35,7%	47,1%	$\chi^2=0,67$	p=.41	n.s.	$\phi=0,13$
	38,1%		$\chi^2=0,26$	p=.61	n.s.	$\phi=0,09$
Anzahl guter Freunde (Anteil mit ≥ 4 guten Freunden)	53,6%	29,4%	$\chi^2=3,23$	p=.07	n.s.	$\phi=.28$
	50,0%		$\chi^2=1,23$	p=.27	n.s.	$\phi=.19$
Vorliegen somatischer Erkrankungen, Behinderungen, Beeinträchtigungen (Anteil)	32,1%	47,1%	$\chi^2=0,79$	p=.37	n.s.	$\phi=0,14$
	33,3%		$\chi^2=0,97$	p=.32	n.s.	$\phi=0,17$
Vorliegen aktueller Sorgen u. Probleme (Anteil Bejahungen)	71,4%	58,8%	$\chi^2=0,76$	p=.38	n.s.	$\phi=0,19$
	83,3%		$\chi^2=0,97$	p=.32	n.s.	$\phi=0,17$

Tab. 43 gibt einen Überblick über die Daten zur Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfemaßnahmen sowie von weiteren, mit Fremdplatzierung verbundenen staatlichen Hilfemaßnahmen (z.B. AfA-Maßnahmen) im Katamnesezeitraum. Auch nach explorativer Simes-Korrektur für die dargestellten 7 Einzelvergleiche zwischen gesamter Gastfamiliengruppe und Heimgruppe (für $\alpha = .05$ beginnend mit $\frac{\alpha}{7} = .0071$) bleibt die längere Gesamtdauer aller Jugendhilfe-Maßnahmen mit Fremdplatzierung bei der Gastfamiliengruppe signifikant ($p = .002$)

Tab. 43: Zusammenfassende Übersicht (Teil 2) über die Ergebnisse des Vergleichs der Katamnesedaten (Fragebogen-gestützte Verfahren) von Gastfamiliengruppe und Heimgruppe: **Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen sowie anderen, mit Fremdplatzierungen verbundenen staatlichen Hilfemaßnahmen im Katamnesezeitraum.**

Legende: vgl. Tab. 42

	Gastfamiliengruppe	Heimgruppe	Signifikanzprüfung			Effektstärke
Stationäre psychiatr./psychotherap. Behandlungen (Anteil ≥ 1 Klinikbeh.)	39,3%	41,2%	$\chi^2=0,00$	$p=1$	n.s.	$\varphi=0,00$
	50,0%		$\chi^2=0,13$	$p=.72$	n.s.	$\varphi=0,06$
Ambulante psychiatr./psychotherap. Behandlungen (Anteil mit ≥ 1 Sitzung)	78,6%	58,8%	$\chi^2=1,5$	$p=.22$	n.s.	$\varphi=0,19$
	94,4%		$\chi^2=2,58$	$p=.11$	n.s.	$\varphi=0,28$
Behandlung mit Psychopharmaka (Anteil)	53,6%	58,8%	$\chi^2=0,03$	$p=.87$	n.s.	$\varphi=0,03$
	61,1%		$\chi^2=0,01$	$p=.93$	n.s.	$\varphi=0,01$
Weitere Jugendhilfemaßnahmen mit Fremdplatzierung (Anteil)	28,6%	41,2%	$\chi^2=0,58$	$p=.45$	n.s.	$\varphi=0,12$
	33,3%		$\chi^2=0,39$	$p=.53$	n.s.	$\varphi=0,11$
Anteil mit Gesamtdauer aller Jugendhilfe-Fremdplatzierungen ≥ 1 Jahr	82,1%	41,2%	$\chi^2=9,24$	$p=.002$	**	$\varphi=0,47$
	88,9%		$\chi^2=5,96$	$p=.015$	*	$\varphi=0,42$
Stationäre Maßnahmen anderer staatl. Träger (Anteil)	21,4%	17,6%	$\chi^2=0,00$	$p=1$	n.s.	$\varphi=0,00$
	27,8%		$\chi^2=0,05$	$p=.83$	n.s.	$\varphi=0,04$
Anteil mit Gesamtdauer stationärer Maßnahmen anderer staatl. Träger ≥ 1 Jahr	10,7%	11,8%	$\chi^2=0,14$	$p=.71$	n.s.	$\varphi=0,06$
	16,7%		$\chi^2=0,05$	$p=.82$	n.s.	$\varphi=0,04$

Über die Katamnese-Ergebnisse zu den Bereichen Lebenszufriedenheit, psychische Symptombelastung, Belastung mit Persönlichkeitsstörungen sowie zur retrospektiven

Zufriedenheit mit der selbst erlebten Unterbringungsmaßnahme (Gastfamilie versus Heim) gibt schließlich Tab. 44 einen zusammenfassenden Ergebnis-Überblick. Auch nach explorativer Simes-Korrektur für die 8 Einzelvergleiche zwischen gesamter Gastfamiliengruppe und Heimgruppe (für $\alpha = .05$ beginnend mit der Schranke $\frac{\alpha}{8} = .0063$) bleiben die höhere psychische Symptombelastung der Gastfamiliengruppe (YABCL-/CBCL-Gesamtwert, $p = .0008$) und der höhere Anteil von Probanden in dieser Gruppe mit klinisch auffälligen Werten ($T \geq 60$) in diesen Verfahren als statistisch signifikante Unterschiede.

Tab. 44: Zusammenfassende Übersicht (Teil 3) über die Ergebnisse des Vergleichs der Katamnesedaten (Fragebogen-gestützte Verfahren) von Gastfamiliengruppe und Heimgruppe: **Lebenszufriedenheit, psychische Symptombelastung und Belastung mit Persönlichkeitsstörungen zum Katamnesezeitpunkt sowie retrospektive Zufriedenheit mit der Gastfamilien- bzw. Heimunterbringung.**

Legende: vgl. Tab. 42

Lebenszufriedenheit (FPI-R-Skala, Mittelwert)	5,72	5,41	t=0,36	p=.72	n.s.	δ=0,12
	5,61		t=0,21	p=.83	n.s.	δ=0,07
Psych. Symptombelastung, Selbstbeurteilung YASR/YSR-Gesamt-T-Wert	56,54	55,25	t=0,54	p=.59	n.s.	δ=0,17
	54,82		t=-0,16	p=.87	n.s.	δ=0,05
Psych. Symptombelastung, Fremdbeurteilung YABCL/CBCL-Gesamt-T-Wert	64,55	54,92	t=3,72	p=.0008	***	δ=1,32
	63,23		t=2,83	p=.009	**	δ=1,11
Anteil Pbn mit klinisch auffälliger Symptombelastung in YASR/YSR (T ≥ 60)	29,2%	31,3%	χ ² =0,02	p=.89	n.s.	φ=0,02
	23,5%		χ ² =0,01	p=.92	n.s.	φ=0,02
Anteil Pbn mit klinisch auffälliger Symptombelastung in YABCL/CBCL (T≥60)	80,0%	30,8%	χ ² =8,00	p=.005	**	φ=0,49
	76,9%		χ ² =3,87	p=.049	*	φ=0,39
Anteil Pbn mit Persönlichkeitsstörungen (SKID-II)	9,5%	35,7%	χ ² =2,15	p=.14	n.s.	φ=0,25
	12,5%		χ ² =1,14	p=.29	n.s.	φ=0,19
SKID-II-Gesamtscore (Mittelwert)	105,81	105,79	t=0,004	p=.997	n.s.	δ=0,00
	104,44		t=-0,21	p=.84	n.s.	δ=0,08
Maßnahmen-Gesamtzufriedenheit (Mittelwert)	32,63	25,94	t=1,87	p=.07	n.s.	δ=0,61
	33,18		t=1,92	p=.065	n.s.	δ=0,68

3.2.10 Inhaltsanalyse der Interviewdaten

3.2.10.1 Interraterreliabilität der Auswertungskategorien

Als Maßstab für die Objektivität und Zuverlässigkeit der inhaltsanalytischen Auswertung der Katamneseinterviews wurde anhand des Fleiss-Kappa-Koeffizienten die Interraterübereinstimmung (vgl. Bortz & Döring 2006⁴) bei den kategorialen Kodierungen der vier Rater errechnet. Es handelt sich dabei um die Daten aus der Trainingsphase, also vor der Festlegung eines endgültigen Konsensusurteils für die zu-

nächst noch nicht vollständig übereinstimmenden Beurteilungen in der anschließenden Konsensuskonferenz. Der Kappa-Koeffizient nimmt Werte an zwischen 1 (bei völliger Übereinstimmung der Beurteiler) und 0 (bei rein zufälliger Übereinstimmung). Bei einer Übereinstimmung, die noch geringer ist als bei rein zufälliger Beurteilung zu erwarten wäre, sind auch negative Werte möglich. Hinsichtlich der Interpretation von errechneten Kappa-Werten, die zwischen diesen Extremen liegen, besteht in der relevanten Literatur keine völlige Übereinstimmung (vgl. Wirtz & Caspar 2002, Gwet 2010). Weithin akzeptiert ist jedoch die in Tab. 45 wiedergegebene Kategorisierung von Landis & Koch (1977).

Tab. 45: Klassifikation der Interraterübereinstimmung anhand der Kappa-Koeffizienten nach Landis & Koch (1977)

Kappa-Koeffizient	Interpretation
$K \leq 0.20$	schwache Übereinstimmung
$0.20 < K \leq 0.40$	mäßige Übereinstimmung
$0.40 < K \leq 0.60$	deutliche Übereinstimmung
$0.60 < K \leq 0.80$	hohe Übereinstimmung
$0.80 < K \leq 1.00$	fast vollständige Übereinstimmung

Für jedes der entwickelten neun Kategoriensysteme zur Auswertung des Katamneseinterviews (entsprechend den neun Interviewfragen) wurde der Fleiss-Kappa-Koeffizient anhand der Übereinstimmung zwischen den vier Beurteilern bestimmt. Tab. 46 zeigt die neun sich ergebenden Kappa-Werte.

Tab. 46: Interrater-Übereinstimmung. Fleiss-Kappa-Koeffizienten und deren 95%-Konfidenzintervalle der qualitativ-inhaltsanalytischen Kodierung der Interviewantworten anhand der Kategoriensysteme zu den neun Interviewfragen

Kategoriensystem	FLEISS-Kappa	Konfidenzintervall 95 %
Frage 1: Positive Erfahrungen	0.72	0.68 – 0.76
Frage 2: Negative Erfahrungen	0.70	0.65 – 0.74
Frage 3: Bevorzugte Unterbringungsform	0.95	0.87 – 1.02
Frage 4: Wirkung auf die Beziehung zur Herkunftsfamilie	0.65	0.57 – 0.74
Frage 5: Beziehung Unterbringungssystem - Herkunftssystem	0.85	0.78 – 0.91
Frage 6: Erlebte Wirkfaktoren	0.66	0.62 – 0.71
Frage 7: Retrospektive Akzeptanz der Unterbringungsmaßnahme	0.96	0.86 – 1.06
Frage 8: Stabilität der aufgebauten Beziehungen	0.89	0.81 – 0.96
Frage 9: Wichtige andere Erfahrungen	0.92	0.84 – 1.00

Wie die Tabelle zeigt, wurde für die Auswertungskategorien zu allen neun Interviewfragen entsprechend der Kategorisierung von Landis & Koch (1977) ein hohes Übereinstimmungsniveau mit einem Fleiss-K von mindestens 0.65 erreicht. Bei fünf Fragen ergaben sich K-Werte im Bereich einer fast völligen Übereinstimmung. Außer bei Frage 4 liegen die Untergrenzen aller Konfidenzintervalle für die Fleiss-K-Werte über 0.60 und damit im Bereich einer mindestens guten Übereinstimmung

3.2.10.2 Wichtige positive und negative Erfahrungen in Gastfamilie bzw. Heim

Emotional bedeutsame und subjektiv als wichtig erinnerte positive und negative Erfahrungen mit den Maßnahmen wurden mit den Interviewfragen 1 und 2 erfasst. Für **positive Erfahrungen (Frage 1: Was hat ihnen am besten gefallen in ihrer Zeit in der Gastfamilie / im Heim?)** konnten durch die Inhaltsanalyse induktiv insgesamt sechs verschiedene Antwortkategorien identifiziert werden. Es ergaben sich folgende

gegenseitig bei der Antwortkodierung nicht ausschließende Kategorien (d.h. Mehrfachkodierungen einer Antwort mit den Kategorien 1 bis 6 waren möglich):

1. Emotionalität und Beziehung (z.B. *„Dass sie mich aufgenommen haben wie ihre Tochter“*),
2. Gemeinsame Aktivitäten (z.B. *„Wir haben immer alles zusammen gemacht“*),
3. Förderung von Kompetenzen (z.B. *„Gelernt, mich an Regeln zu halten“*),
4. Autonomie (z.B. *„Bin selbständiger geworden“*),
5. andere positive Erfahrungen (z.B. *„Ruhe“*) und
6. Fehlen von positiven Erfahrungen (z.B. *„Einsamkeit“*, *„Dass ich wieder gegangen bin“*).

In die Kategorie 5 „andere positive Erfahrungen“ wurden alle geschilderten Erfahrungen mit positiver Valenz aufgenommen, die sich nicht den vier anderen Kategorien zuordnen ließen (z.B. *„viele Tiere“*, *„ein eigenes Stockwerk“*). Antworten, in denen ein vorwiegend negatives Erleben der Maßnahme zum Ausdruck kam, wurden mit der 6. Kategorie „Fehlen von positiven Erfahrungen“ kodiert. Diese Kategorie fand sich in der Heimgruppe in zwei Fällen in Kombination mit gleichzeitiger Nennung positiver Kategorien. Dies kann als Hinweis für ein ambivalentes Erleben der positiven Effekte der Unterbringung interpretiert werden. In den insgesamt sieben übrigen Fällen trat Kategorie 6 als isolierte Antwortkategorie auf.

In der Gastfamiliengruppe ergaben sich bei den 29 Interviews durchschnittlich 1,40 Nennungen der einzelnen Antwortkategorien, gegenüber durchschnittlich 1,56 Nennungen bei den 16 Interviews in der Heimgruppe.

Tab. 47 zeigt die Ergebnisse für die einzelnen Antwortkategorien. Die einzelnen Antwortkategorien werden dabei in dieser wie in den folgenden Tabellen jeweils geordnet nach der prozentuellen Häufigkeit ihrer Nennung in der Gastfamiliengruppe dargestellt, die Werte für die Heimgruppe werden dem gegenübergestellt. Als wichtige positive Erfahrung wurde in beiden Gruppen am häufigsten der Aspekt „Emotionalität und Beziehung“ genannt, d.h. das Erleben von emotionalem Rückhalt und Zuwendung bzw. ein positives Beziehungserleben. Am zweithäufigsten wurden in der Gastfamiliengruppe gemeinsame Aktivitäten (positive bewertete gemeinsame Aktivitäten in der Familie bzw. im Heim, gemeinsame Unternehmungen wie z.B. Ausflüge) und gleich häufig „andere positive Erfahrungen“ (z.B. *„viele Tiere“*, Ruhe, ein *„eigenes Stockwerk“*) angegeben. In der Heimgruppe dagegen wurden am zweithäufigsten Autonomie (positives Erleben von Selbständigkeit bzw. Entwicklung der eigenen Selbst-

ständigkeit) und, ebenfalls mit der gleichen Häufigkeit, „andere positive Erfahrungen“ genannt.

Tab 47: Positive Erfahrungen in der Gastfamilie bzw. im Heim (Frage 1). Anzahl der Nennungen und deren prozentueller Anteil an den insgesamt 29 Interviews über Gastfamilienaufenthalte bzw. 16 Interviews über Heimaufenthalte (Mehrfachnennungen möglich)

Positive Erfahrungen	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
Emotionalität und Beziehung	15	51,7	7	43,8
Gemeinsame Aktivitäten	6	20,7	2	12,5
Andere positive Erfahrungen	6	20,7	5	31,3
Förderung von Kompetenzen	5	17,2	2	12,5
Fehlen von positiven Erfahrungen	5	17,2	4	25,0
Autonomie	3	10,3	5	31,3

In der Gastfamiliengruppe wurden in 24 der 29 Interviews ausschließlich positive Erfahrungen (Kategorien 1 bis 5) angegeben, in 5 Interviews dieser Gruppe wurde das Fehlen positiver Erfahrungen (Kategorie 6) genannt. In der Heimgruppe fanden sich demgegenüber in 12 Interviews ausschließlich positive Erfahrungen und 4 Interviews, in denen das Fehlen positiver Erfahrungen angegeben wurde. Zur Prüfung auf Unabhängigkeit zwischen den beiden Variablen Unterbringungsart (Gastfamilie versus Heim) und Positivität der Erfahrung (ausschließlich Kategorie 1 bis 5 versus Kategorie 6) wurden diese Werte in einem Vierfelder-Kontingenztafeltest gegenübergestellt. Dabei ergibt sich im Chi-Quadrat-Test mit Yates-Korrektur (da die Erwartungswerte einzelner Zellen unter 5 lagen) mit $\chi^2 = 0.06$ und $p = .82$ kein signifikanter Zusammenhang. Die Effektstärke der Maßnahmenart bezüglich dieser Variablen liegt mit $\phi = 0,03$ im zu vernachlässigenden Bereich.

Werden nur die Interviews der zum Zeitpunkt der Klinikentlassung über 12-jährigen Probanden der Gastfamiliengruppe betrachtet, befinden sich darunter 18 Fälle mit ausschließlich positiven Erfahrungen und 3 Fälle, in denen das Fehlen positiver Erfahrungen angegeben wurde. Werden diese der Heimgruppe gegenübergestellt,

ergibt sich ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang (Yates-korrigiertes $\chi^2 = 0,16$, $p = .69$), die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,07$.

Bei den genannten fünf Interviews, in denen fehlende positive Erfahrungen angegeben wurden, handelt es sich in vier Fällen um Untersuchungsteilnehmer mit jeweils zwei sukzessiven Gastfamilienerfahrungen: In drei dieser Interviews wurde angegeben, dass sich jeweils bei der ersten Gastfamilienunterbringung keine positiven Erfahrungen ergaben. In einem Interview wurde der zweite Gastfamilienaufenthalt so bewertet, während der erste positiv beurteilt wurde.

In den fünf Fällen mit zum Katamnesezeitpunkt noch fortbestehendem Gastfamilienaufenthalt wurden jeweils positive Erfahrungen angegeben, in keinem Fall wurde ein „Fehlen von positiven Erfahrungen“ gefunden. Eine Verzerrung der Gesamtergebnisse durch diese Subgruppe aufgrund einer möglichen Antworttendenz zu einer positiveren Bewertung noch bestehender gegenüber bereits abgeschlossener Unterbringungen wäre denkbar. Um dies auszuschließen, wurde überprüft, inwieweit sich die Ergebnisse des Vierfelder-Kontingenztafeltests verändern, wenn nur die bereits abgeschlossenen Maßnahmen verglichen werden. Hierbei ergibt sich im Chi-Quadrat-Test mit Yates-Korrektur $\chi^2 = 0,1$ bzw. $p = .76$, d.h. ein ebenfalls nicht signifikantes Ergebnis mit einer Effektstärke von $\phi = .05$.

Bei den **negativen Erfahrungen (Frage 2: „Was hat ihnen am wenigsten gefallen in ihrer Zeit in der Gastfamilie / im Heim?“)** ließen sich inhaltsanalytisch sechs verschiedene Bereiche sowie eine Restkategorie für mit den anderen Kategorien nicht abbildbare negative Erfahrungen identifizieren. Zusätzlich ergab sich die Kategorie „keine relevanten Schwierigkeiten“, die auch zur Anwendung kam, wenn in der Antwort positiv bewertete Erfahrungen wiedergegeben wurden. Damit lassen sich die Antworten auf diese Frage in acht verschiedene Kategorien einordnen (Mehrfachkodierungen von Antworten möglich):

1. Keine relevanten Schwierigkeiten (z.B. „Wenn mal ein Verbot kam ... die waren alle gerechtfertigt“),
2. Konflikte und Beziehungsprobleme durch bzw. mit Peers, Pflege- oder leiblichen Geschwistern (z.B. „Der Stress mit den eigenen Kindern von Familie M.“),
3. Konflikte und Beziehungsprobleme mit erzieherischen Bezugspersonen (Gasteltern, Erzieher) (z.B. „Dass ich Regeln hatte, die ich damals von meiner Mutter nicht hatte“),
4. Allgemeine negative Bewertung der Maßnahme (z.B. „Mir hat kaum was gefallen“),

5. Persönliche Probleme / Inkompetenz der erzieherischen Bezugspersonen (z.B. *„dass die Mitarbeiter keine Lust zum Arbeiten hatten“, „ ... nicht fähig dazu, Pflegekinder zu betreuen, weil sie selbst so viele Probleme hatte, und weil es für sie ne Notlösung war, weil sie so viele Schulden hatte“*),
6. Mangelnde emotionale Nähe bzw. praktische Unterstützung (z.B. *„ ... und damit habe ich mich alleine gefühlt“*),
7. Übergriffserleben (z.B. *„Dass ich ab und zu geschlagen worden bin“*), 8. andere (z.B. *„Die Lage ... nicht gut, ein kleines Dorf“*)
8. Andere (z.B. eigene Probleme, eigenes Fehlverhalten: *„Ich war oft abgängig aus dem Heim“*)

In den Interviews der Gastfamiliengruppe fanden sich durchschnittlich 1,21 Nennungen negativer Antwortkategorien pro Interview, gegenüber 1,44 Nennungen in der Heimgruppe.

Tab. 48 zeigt die Verteilung der Antworten auf die verschiedenen Kategorien. Als negative Erfahrung wurden in der Gastfamiliengruppe ebenso wie in der Heimgruppe am häufigsten Konflikte und Beziehungsprobleme mit erzieherischen Bezugspersonen benannt. Der Anteil der Heimaufenthalte, für die solche Probleme angegeben wurden, lag dabei jedoch mit 68,8 % deutlich höher als der Anteil der Gastfamilienaufenthalte (44,8%). Am zweithäufigsten wurde in der Gastfamiliengruppe angegeben, dass keine relevanten Schwierigkeiten auftraten. In der Heimgruppe wurden dagegen die drei Problembereiche persönliche Probleme/Inkompetenz der erzieherischen Bezugspersonen, mangelnde emotionale Nähe und praktische Unterstützung sowie andere Probleme ranggleich am zweithäufigsten angegeben.

Tab 48: Negative Erfahrungen in der Gastfamilie bzw. im Heim (Frage 2). Anzahl der Nennungen und deren prozentueller Anteil an den insgesamt 29 Interviews über Gastfamilienaufenthalte bzw. 16 Interviews über Heimaufenthalte (Mehrfachnennungen möglich)

Negative Erfahrungen	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
Konflikte u. Beziehungsprobleme mit erzieherischen Bezugspersonen	13	44,8	11	68,8
Keine relevanten Schwierigkeiten	6	20,7	1	6,3
Erleben von Übergriffen	4	13,8	1	6,3
Konflikte u. Beziehungsprobleme mit Peers, Pflege- oder leiblichen Geschwistern	4	13,8	0	0,0
Mangelnde emotionale Nähe/praktische Unterstützung	3	10,3	3	18,8
Persönliche Probleme bzw. Inkompetenz der erzieherischen Bezugspersonen	2	6,9	3	18,8
Andere	2	6,9	3	18,8
Allgemeines negative Bewertung der Maßnahme	1	3,5	1	6,3

In den Interviews zu den 29 Gastfamilienaufenthalten ergaben sich insgesamt 29 Nennungen von negativen Erfahrungen, gegenüber 22 in den Interviews zu den 16 Heimaufenthalten.

Bei 6 Gastfamilienaufenthalten wurden keine relevanten negativen Erfahrungen berichtet, gegenüber einem Heimaufenthalt. Zur Prüfung der stochastischen Unabhängigkeit der beiden zweifach gestuften Merkmale „Art der Maßnahme: Gastfamilie / Heim“ und „Negative Erfahrungen: Ja / Nein“ wurde, da der Erwartungswert nicht aller vier Felder mindestens 5 beträgt, der Chi-Quadrattest mit Yates-Korrektur durchgeführt. In der Gastfamiliengruppe gaben 23 Probanden negative Erfahrungen an gegenüber 6 Probanden, die dies verneinten. In der Heimgruppe waren dies 16 gegenüber 0 Probanden. Mit $\chi^2 = 2,24$ und $p = .13$ ergibt sich kein statistisch signifikan-

tes Ergebnis. Die Effektstärke der Maßnahmenart hinsichtlich der Variable negative Erfahrungen liegt bei $\phi = 0,22$.

Von den zum Zeitpunkt der Klinikentlassung über 12-jährigen Probanden mit Gastfamilienunterbringung wurden in 17 Interviews negative Erfahrungen angegeben, gegenüber 4 Fällen mit ausschließlich positiven Antworten. Stellt man diese Zahlen denen der Heimgruppe gegenüber, ergibt sich im Chi-Quadrat-Test mit Yates-Korrektur mit $\chi^2 = 1,73$ und $p = .19$ ebenfalls kein signifikanter Unterschied, die Effektgröße liegt ebenfalls bei $\phi = 0,22$.

In der Subgruppe der fünf Probanden mit noch fortbestehender Gastfamilienunterbringung zum Katamnesezeitpunkt wurden bei Frage 2 in vier Interviews negative Erfahrungen angegeben, in einem weiteren Fall wurden relevante negativen Erfahrungen verneint. Das sich aus diesen Zahlen ergebende Quotenverhältnis von 80 % mit Nennung negativer Erfahrungen zu 20 % ohne solche Nennung entspricht der Verteilung der Antworten in der gesamten Gastfamiliengruppe, in der in 23 Interviews (entsprechend 79,3 %) negative Erfahrungen und in 6 Interviews (20,7 %) keine relevanten Schwierigkeiten angegeben wurden. Damit findet sich kein Hinweis dafür, dass die Teilnehmer aus noch fortbestehenden Gastfamilienbetreuungen eine Antworttendenz zeigen könnten, bestehende Schwierigkeiten zu verneinen oder zu verleugnen. Drei der genannten fünf Untersuchungsteilnehmer mit noch fortbestehender Gastfamilienbetreuung schilderten Konflikte mit erzieherischen Bezugspersonen, ein weiterer Untersuchungsteilnehmer gab Konflikte mit Peers/Geschwistern an.

Als negative Erfahrungen in der Unterbringungsmaßnahme sind **Übergriffserlebnisse**, auch im Zusammenhang mit den aktuellen Debatten um Misshandlung und Missbrauch in Institutionen wie Heimen, Schulen und Familien (vgl. Hafenegger 2010) sowie um gescheiterte Kinderschutzverläufe (Fegert, Ziegenhain & Fangerau 2010) und von besonderer Bedeutung. Vier Probanden der Gastfamiliengruppe und ein Proband der Heimgruppe schilderten derartige Übergriffe. Bei ihnen handelte es sich um eine weibliche Probandin der Heimgruppe und je zwei männliche und weibliche Probanden der Gastfamiliengruppe. Die Gastfamilien-Probanden berichteten in zwei Fällen von Schlägen. Konkret gaben sie folgende Erlebnisse an:

- Fall 1: Schläge. *„Ab und zu“ Schläge vom Pflegevater, „meist auf den Arsch, oder auch Tritte in den Hintern. Wenn ich über meine Grenzen ...“.*
- Fall 2: *„Sadistisches Verhalten“* von Seiten des Pflegevaters. Im Katamnesefragebogen schreibt die Probandin bei der offenen Frage (Nr. 40) zu den Erfahrungen in der Gastfamilie *„Diese Zeit war für mich schrecklich, was mir dort angetan wurde, das wünsche ich keinem.“*
- Fall 3: Einsperren. *„Dass sie (gemeint ist die Pflegefamilie) mich eingesperrt hat. Dass ich nur in die Schule sollte und sonst drinnen bleiben musste. Dass ich keine Freunde haben durfte.“* Im Katamnesefragebogen schreibt die Probandin bei Frage 40 über die Gastfamilie *„Sie hat mir meine Freiheit geraubt“.*
- Fall 4: Schläge und Zwang zum Essen. *„ ... Sie haben mich gezwungen, Blutwurst zu essen, haben mich geschlagen, mit Kleiderbügel, Türe ausgehängt bei mir, weil ich sie zugeknallt habe.“*

Die Probandin der Heimgruppe, die Übergriffserfahrungen schilderte, gab an:

- Zwang mit Eingriff in die körperliche Intimsphäre. Über die Betreuerin im betreuten Wohnen: *„ ... sie hat mich zu meinem Weg gezwungen: Implantation eines Verhütungstäbchens, sonst hätte sie mich rausgeworfen.“* Im Katamnesefragebogen wird von dieser Probandin bei der offenen Frage (Nr. 40) zu den Erfahrungen in der Einrichtung über die Betreuerin geschildert: *„ ... aber als sie mir ein Brotmesser aufs Bett zu mir schmiss und sagte ‚Du Hure bring dich doch gleich um‘, bin ich gegangen.“*

Erwähnt sei, dass in den Interviews ebenso wie in den Katamnesefragebögen von den Befragten weder aus den Gastfamilien noch aus den Heimen sexuelle Missbrauchserfahrungen berichtet wurden.

3.2.10.3 Erlebte Wirkfaktoren: Subjektiv hilfreichste Erfahrung

Mit **Frage 6** (*„Was in ihrer Gastfamilie / ihrem Heim hat ihnen am meisten geholfen?“*) sollte in Analogie zur Konzeptualisierung von schulübergreifenden Wirkfaktoren in der Psychotherapie (Grawe 2005) ermittelt werden, welcher Aspekt der beiden Unterbringungsmaßnahmen von den Betroffenen als **subjektiv wichtigster „Wirkfaktor“** erlebt wurde. Im Unterschied zu Frage 1 zielt diese Fragenformulierung also nicht auf unspezifische, allgemeine positive Erlebnisse während der Zeit in Gastfamilie bzw. Heim ab. Stattdessen geht es hier um die Erfassung der Erfahrungen, die für den persönlichen Entwicklungsprozess im Hinblick auf den die Maßnahme begrün-

denden persönlichen Hilfebedarf von den Betroffenen subjektiv als am bedeutsamsten eingeschätzt wurden. Die inhaltsanalytische Untersuchung und Kategorisierung der Antworten erfolgte jedoch im Unterschied zum Vorgehen von Grawe (2005) nicht theoriegeleitet-deduktiv, sondern induktiv anhand der vorgefundenen Antworten. Dabei ergaben sich dann zunächst die gleichen Kategorien wie bei Frage 1 (siehe oben), auch hier waren Mehrfachkodierungen von Antworten möglich. Nach Diskussion in der Konsensuskonferenz wurden diese sechs Antwortkategorien erweitert um eine siebte Kategorie für unter den sechs anderen Kategorien nicht klassifizierbare Antworten. Letztlich wurde dieser Restkategorie jedoch nur eine Antwort aus der Gastfamiliengruppe zugeordnet.

In der Gastfamiliengruppe ergaben sich mit insgesamt 35 Nennungen aller sieben Kategorien durchschnittlich 1,21 Nennungen pro Interview, in der Heimgruppe mit 23 Antworten durchschnittlich 1,44 Nennungen.

Ähnlich wie bei Frage 1 wurde in der Gastfamiliengruppe am häufigsten der Faktor „Emotionalität und Beziehung“ (emotionaler Rückhalt, Zuwendung, Geborgenheit) als hilfreichste Erfahrung genannt, gefolgt von der „Förderung von Kompetenzen“ (Tab. 49). In der Heimgruppe dagegen wurde am häufigsten der Faktor „Förderung von Kompetenzen“ als am hilfreichsten bezeichnet, der Aspekt „Emotionalität und Beziehung“ taucht hier erst an zweiter Stelle auf, und zwar gleich häufig wie die nicht klassifizierbaren Antworten.

Tab 49: Subjektiv hilfreichste Erfahrung in der Gastfamilie bzw. im Heim (Frage 6). Anzahl der Nennungen und deren prozentueller Anteil an den insgesamt 29 Interviews über Gastfamilienaufenthalte bzw. 16 Interviews über Heimaufenthalte (Mehrfachnennungen möglich)

Hilfreichste Erfahrung	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
Emotionalität und Beziehung	14	48,3	5	31,3
Förderung von Kompetenzen	10	34,5	8	50,0
Andere positive Erfahrungen	5	17,2	2	12,5
Autonomie	3	10,3	3	18,8
Fehlen von positiven Erfahrungen	2	6,9	5	31,3
Gemeinsame Aktivitäten	1	3,5	0	0,0
Cannot Classify	1	3,5	0	0,0

Bei fast einem Drittel der befragten Probanden der Heimgruppe finden sich keine als hilfreich bewerteten Erfahrungen im Heim (z.B. Antworten wie „fast gar nichts“). Dem steht eine mit 6,9 % deutlich geringere Quote von Probanden der Gastfamiliengruppe gegenüber, die keine hilfreichen Erfahrungen in der Gastfamilie benennt. Stellt man die 27 Interviews in der Gastfamiliengruppe und die 11 Interviews der Heimgruppe, in denen ausschließlich positive Antwortkategorien genannt wurden, den 2 Interviews der Gastfamiliengruppe bzw. 5 Interviews der Heimgruppe gegenüber, in denen das Fehlen positiver Erfahrungen angegeben wurde, dann zeigt sich bei Überprüfung im Chi-Quadrat-Test mit Yates-Korrektur mit $\chi^2 = 2,99$ und $p = .08$ trotz einem leichten Trend zu einem besseren Abschneiden der Gastfamiliengruppe kein statistisch signifikanter Unterschied. Die Effektstärke liegt mit $\phi = 0,26$ im kleinen bis mittleren Bereich.

In der Subgruppe der Interviews mit bei der Klinikentlassung über 12-jährigen Probanden mit Gastfamilienunterbringung finden sich 2 Interviews, in denen das Fehlen positiver Erfahrungen angegeben wurde, gegenüber 19 Interviews mit ausschließlich positiven Antwortkategorien. Der Vergleich dieser Untergruppe mit der Heimgruppe ergibt im Chi-Quadrat-Test mit Yates-Korrektur mit $\chi^2 = 1,56$ und $p = .21$ ebenfalls kein signifikanter Unterschied, die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,21$.

3.2.10.4 Beziehungsdynamik zwischen Jugendlichen, Herkunftsfamilie und Unterbringungseinrichtung

Mit zwei Fragen wurde die Entwicklung des Beziehungssystems zwischen den untergebrachten Jugendlichen, ihrer Herkunftsfamilie und der Unterbringungseinrichtung untersucht. Die **Wirkung der Unterbringung auf die Beziehung zwischen den Betroffenen und ihrem Herkunftssystem** wurde mit **Frage 4** (*Wie hat sich der Aufenthalt in der Gastfamilie / im Heim auf ihr Verhältnis zu ihrer Herkunftsfamilie ggf. erläutern: ihren leiblichen Eltern ausgewirkt?*) thematisiert. Die inhaltsanalytische Untersuchung der Antworten ergab drei sich gegenseitig ausschließende Kategorien (keine Mehrfachkodierung von Antworten):

1. Verbesserung der Beziehung (z.B. „Bin besser mit meiner Mutter klar gekommen.“),
2. Verschlechterung der Beziehung (z.B. „Das Verhältnis war dann sehr distanziert ...“) sowie
3. Unveränderte Beziehung / nicht beurteilbar (z.B. „nicht wirklich“, „Teils so, teil so“).

Tab. 50 zeigt die Verteilung der Antworten in den beiden Gruppen. Es ergibt sich eine augenfällige, weitgehende Übereinstimmung beider Gruppen hinsichtlich der prozentualen Verteilung der drei Antwortkategorien. In beiden Gruppen wird häufiger eine Verbesserung der Beziehung zur Herkunftsfamilie berichtet als eine Verschlechterung. Bei der Hälfte der Maßnahmen zeigt sich jedoch keine den Antworten entnehmbare Veränderung.

Tab 50: Auswirkung der Unterbringungsmaßnahme auf die Beziehung zur Herkunftsfamilie (Frage 4). Anzahl der Nennungen und deren prozentueller Anteil an den insgesamt 29 Interviews über Gastfamilienaufenthalte bzw. 16 Interviews über Heimaufenthalte

Auswirkung der Maßnahme auf die Beziehung zur Herkunftsfamilie	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
Unveränderte Beziehung / nicht beurteilbar	15	51,7	8	50,0
Verbesserung der Beziehung	11	37,9	6	37,5
Verschlechterung der Beziehung	3	10,3	2	12,5

Die drei Antwortkategorien lassen sich in einer Rangreihe (Verbesserung der Beziehung > unveränderte bzw. nicht beurteilbare Beziehung > verschlechterte Beziehung) bzw. als Punkte einer Ordinalskala darstellen. Bei statistischer Überprüfung mit dem Mann-Whitney-U-Test ergibt sich mit $U = 230$ und $p = .96$ (zweiseitiger Test) kein signifikantes Ergebnis. Die Effektstärke liegt (Z-Wert von 0,047) bei $\tau = 0,007$ und ist damit zu vernachlässigen. Entsprechend der per Augenschein beobachtbaren nahezu identischen Verteilung der Daten in beiden Gruppen zeigt sich also kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen beiden Maßnahmen hinsichtlich der erlebten Auswirkung auf die Beziehung zur Herkunftsfamilie.

In der Untergruppe der bei Klinikentlassung über 12-jährigen Probanden mit Gastfamilienunterbringung finden sich jeweils 9, die eine unveränderte und eine verbesserte Beziehung angeben, sowie 3, die eine Verschlechterung angeben. Im U-Test ergibt sich mit $U = 156$ und $p = .71$ ebenfalls kein signifikanter Unterschied. Die Effektgröße liegt mit einem Z-Wert von -0,3679 bei $\tau = 0,06$.

In allen fünf Fällen mit zum Katamnesezeitpunkt noch fortbestehender Gastfamilienunterbringung fand sich eine als unverändert eingeschätzte Beziehung zur Herkunftsfamilie. Beim Vergleich ausschließlich der bereits abgeschlossenen Unterbringungsmaßnahmen ergibt sich im Mann-Whitney-U-Test mit $U = 210$ und $p = .63$ (zweiseitiger Test) ebenfalls kein statistisch relevanter Unterschied zwischen beiden Gruppen.

Die **Beziehung zwischen dem Unterbringungssystem und dem Herkunftssystem** wurde mit **Frage 5** („Wie ist (bei abgeschlossenem Aufenthalt: wie war) das Verhältnis zwischen ihrer Gastfamilie / ihrem Heim und ihrer Herkunftsfamilie (ihren leiblichen Eltern)?“ untersucht. Inhaltsanalytisch ließen sich die Antworten in vier Gruppen kategorisieren, nämlich

1. kein oder minimaler Kontakt,
2. Negativ bewertete Beziehung (z.B.: „alles gespielt irgendwo ... nett getan, aber in Wirklichkeit Fehler gesucht“),
3. Positiv bewertete Beziehung (z.B. „Haben sich sehr gut verstanden“),
4. Neutral oder ambivalent bewertete Beziehung (z.B. „Normal“, „habe keine Meinung dazu“).

Da teilweise von den Probanden beschrieben wurde, dass zwischen unterschiedlichen Einzelpersonen der Herkunftsfamilie und / oder des Betreuungssystems auch Beziehungen mit unterschiedlicher Qualität bestanden, waren bei dieser Frage auch Mehrfachkategorisierungen der Antworten möglich.

In den Interviews der Gastfamiliengruppe ergaben sich durchschnittlich 1,10 Nennungen einzelner Antwortkategorien pro Interview, gegenüber 1,06 Nennungen in der Heimgruppe. Antworten, die mit mehreren Kategorien kodiert wurden, ergaben sich in zwei Interviews zu Gastfamilienunterbringungen und in einem Interview der Heimgruppe.

Tab. 51 zeigt die Verteilung der Antworten auf die vier Kategorien. Hier fällt auf, dass in der Gastfamiliengruppe stark überwiegend fehlende Kontakte oder negative Kontakte zwischen den Gastfamilien und den Herkunftsfamilien berichtet wurden, nämlich bei 79,3 % bzw. in 23 von 29 untersuchten Gastfamilienverhältnissen. Diese Quote liegt mit 37,5 % bzw. 6 von 16 untersuchten Heimunterbringungen deutlich niedriger.

Tab. 51: Beziehung zwischen Gastfamilie bzw. Heim und Herkunftsfamilie (Frage 5). Anzahl der Nennungen und deren prozentueller Anteil an den 29 Interviews über Gastfamilienaufenthalte bzw. 16 Interviews über Heimaufenthalte (Mehrfachnennungen möglich)

Beziehung zwischen Gastfamilie bzw. Heim und Herkunftsfamilie	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
Kein oder minimaler Kontakt	12	41,4	3	18,8
Negativ bewertete Beziehung	11	37,9	3	18,8
Positiv bewertete Beziehung	6	20,7	6	37,5
Neutral/ambivalent bewertete Beziehung	3	10,3	5	31,3

Zur statistischen Überprüfung wurde die Anzahl der Probanden, die „kein oder minimaler Kontakt“ oder eine „negativ bewertete Beziehung“ angaben (Gastfamiliengruppe: n = 23, Heimgruppe: n = 6), denen gegenübergestellt, bei denen keine dieser beiden Kategorien nicht auftraten (Gastfamiliengruppe: n = 6, Heimgruppe: n = 10). Im Chi-Quadrat-Test zeigt sich mit $\chi^2 = 7,87$ und $p = .005$ ein hochsignifikanter Zusammenhang: Von der Gastfamiliengruppe wird wesentlich häufiger als von der

Heimgruppe angegeben, dass zwischen ihren Bezugspersonen und der Herkunftsfamilie entweder kein bzw. nur minimaler Kontakt oder aber eine negativ eingeschätzte Beziehung bestand. Für die Schätzung der Effektstärke ergibt sich daraus mit $\phi = 0,42$ eine mittlere Effektgröße der Unterbringungsart.

In der Subgruppe der bei Klinikentlassung über 12-jährigen Probanden mit Gastfamilienunterbringung finden sich in 17 Interviews bei Frage 5 die beiden o.g. Kategorien „kein oder minimaler Kontakt“ oder eine „negativ bewertete Beziehung“, in 4 Interviews treten diese Kategorien dagegen nicht auf. Im Vergleich mit der Antwortverteilung in der Heimgruppe ergibt der Chi-Quadrat-Test mit $\chi^2 = 7,29$ und $p = .007$ ebenfalls einen hochsignifikanten Unterschied, die Effektstärke liegt $\phi = 0,44$.

In den fünf Fällen mit noch fortbestehender Gastfamilienunterbringung wurde dreimal kein oder minimaler Kontakt zwischen Gast- und Herkunftsfamilie angegeben, in je einem weiteren Fall wurde eine positive und eine negative Beziehung zwischen beiden Seiten beschrieben.

3.2.10.5 Bevorzugte Unterbringungsform und Maßnahmenakzeptanz

Mit zwei Fragen wurde die **bevorzugte Unterbringungsform (Heim oder Gastfamilie)** ermittelt. Bei **Frage 3** (*„Wenn ein anderer Jugendlicher sie fragen würde, ob er lieber in eine Gastfamilie oder in ein Heim gehen soll, was würden sie ihm empfehlen?“*) ergab sich bei der inhaltsanalytischen Auswertung der Interviewantworten drei Kategorien:

1. Gastfamilie (z.B. *„Würde schon sagen ja, weil manche Gastfamilien sind schon gut“*),
2. Heim (z.B. *„Vielleicht eher ein Heim“*)
3. Andere Antworten, wie Beschreibung von Vor- und Nachteilen beider Betreuungsformen ohne klare Präferenz für eine von beiden Maßnahmen, deutlich ambivalente Antworten, Antworten mit unklarer Präferenz oder mit Ablehnung von beiden Alternativen (z.B. *„Bin gegen beides“*, *„Kann ich nicht beurteilen, weil ich da nie war“*).

Da die drei Antwortkategorien sich gegenseitig ausschließen, waren keine Mehrfachkodierungen von Antworten bei dieser Frage möglich (d.h. pro Interview Kodierung von jeweils einer Antwortkategorie). Bei 5 Probanden, mit denen jeweils zwei Interviews zu je zwei verschiedenen Gastfamilienunterbringungen geführt worden waren, wurde Frage 3 nur in einem Interview gestellt, so dass sich hier eine geringere Ge-

samtzahl von $n = 24$ Antworten findet. Tab. 52 zeigt die Verteilung der Antworten auf die drei Antwortkategorien.

Tab 52: Bevorzugte Unterbringungsform (Frage 3). Anzahl der Nennungen und deren prozentueller Anteil an den 24 dafür ausgewerteten Interviews über Gastfamilienaufenthalte bzw. 16 Interviews über Heimaufenthalte

Bevorzugte Unterbringungsform	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
Gastfamilie	16	66,7	6	37,5
Andere Antworten	5	20,8	7	43,8
Heim	3	12,5	3	18,8

In beiden Gruppen ist der Anteil der Probanden, die eine Gastfamilienunterbringung empfehlen, höher als der Anteil derjenigen, die eine Heimunterbringung empfehlen. Probanden, die selbst eine Gastfamilienunterbringung erlebten, empfehlen diese Unterbringungsform in hohem Maße weiter. Dagegen fällt unter den Probanden mit Heimerfahrung die Befürwortung einer Heimunterbringung deutlich geringer aus. Bei ihnen bilden diejenigen, die weder Gastfamilie noch Heim empfohlen oder eine ganz andere Empfehlung aussprachen, die größte Untergruppe.

Stellt man die Probanden, die die selbst erlebte Maßnahme empfehlen (Gastfamiliengruppe: $n = 16$, Heimgruppe: $n = 3$) in einem Vierfelder-Kontingenztafeltest denen gegenüber, die eine andere als die selbst erlebte Maßnahme empfehlen (Gastfamiliengruppe: $n = 8$, Heimgruppe: $n = 13$), ergibt sich im Chi-Quadrat-Test mit Yates-Korrektur (da Erwartungswerte einzelner Zellen unter 5 liegen) mit $\chi^2 = 7,02$ und $p = .008$ ein statistisch hoch signifikanter Zusammenhang zwischen beiden Variablen: Die Empfehlungsrate für die selbst erlebte Maßnahme fällt bei den Probanden mit Gastfamilienerfahrung deutlich höher aus als bei den Probanden mit Heimerfahrung. Die Effektstärke der Unterbringungsart liegt mit $\phi = 0,39$ im mittleren bis hohen Bereich.

In der Untergruppe der bei Klinikentlassung über 12-Jährigen mit Gastfamilienunterbringung wird in 9 Interviews diese Maßnahme empfohlen, in 8 Interviews sprechen sich die Probanden für eine andere Maßnahmenform aus. Im Vergleich mit der

Heimgruppe ergibt sich im Chi-Quadrat-Test mit $\chi^2 = 4,16$ und $p = .04$ ebenfalls ein signifikanter Gruppenunterschied, die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,36$.

In den fünf Fällen mit noch fortbestehender Gastfamilienunterbringung wurde von drei Untersuchungsteilnehmern die eigene Maßnahme empfohlen, in zwei Fällen liegen dazu keine Antworten vor (s.o.).

Stellt man in einer Vierfeldertafel nur die Interviewdaten von bereits abgeschlossenen Gastfamilien- und Heimaßnahmen gegenüber, ergibt sich mit 13 zu 3 Empfehlungen der eigenen Maßnahme gegenüber 8 zu 13 Empfehlungen einer anderen Maßnahme im Chi-Quadrat-Test mit Yates-Korrektur mit $\chi^2 = 5,25$ und $p = .022$ ein signifikantes Ergebnis. Auch bei den bereits abgeschlossenen Maßnahmen fällt die Quote derjenigen, die die eigene Maßnahme weiterempfehlen, in der Gastfamiliengruppe signifikant höher aus als in der Heimgruppe.

Die **retrospektive persönliche Akzeptanz** der selbst erlebten Hilfemaßnahme wurde mit **Frage 7** („Wenn sie sich in der gleichen Situation wie früher noch mal entscheiden müssten, würden sie wieder in die Gastfamilie / ins Heim gehen? Wenn nein: Wohin dann?“) erfasst. Im Unterschied zu Frage 3, bei der es stärker um eine allgemeine Akzeptanz bzw. Grundhaltung bezüglich beiden Maßnahmeformen geht, hebt diese Fragestellung auf die retrospektive subjektive Akzeptanz und Sinnhaftigkeit der selbst erlebten Gastfamilien- bzw. Heimerfahrung im Kontext der eigenen biographischen Erfahrung ab.

Ähnlich wie bei Frage 3 ergaben sich durch die induktive inhaltsanalytische Analyse bei den Antworten drei Kategorien, nämlich

1. Würde wieder in die gleiche Maßnahme gehen (z.B. „Besser da als wo anders“),
2. Würde nicht mehr in die gleiche Maßnahme gehen (z.B. „In die gleiche? Nein“)
3. Keine klare Präferenz (z.B. „Kommt drauf an. Wenn ich fit genug wäre, würde ich lieber daheim bleiben.“).

Da die drei Antwortkategorien sich gegenseitig ausschließen, waren keine Mehrfachkodierungen von Antworten bei dieser Frage möglich.

Tab. 53 zeigt eine deutlich höhere Akzeptanz der selbst erlebten Maßnahme in der Gastfamiliengruppe.

Tab. 53: Retrospektive persönliche Akzeptanz der erlebten Unterbringungsmaßnahme (Frage 7). Anzahl der Nennungen und deren prozentueller Anteil an den 29 Interviews über Gastfamilienaufenthalte bzw. 16 Interviews über Heimaufenthalte

Retrospektive Maßnahmenakzeptanz	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
Würde wieder in die gleiche Maßnahme gehen	20	69,0	6	37,5
Würde nicht mehr in die gleiche Maßnahme gehen	9	31,0	7	43,8
Keine klare Präferenz	0	0,0	3	18,8

Vergleichbar dem Antwortverhalten bei Frage 3 gaben über zwei Drittel der Probanden der Gastfamiliengruppe an, sie würden wieder in die gleiche Gastfamilie gehen, gegenüber nur 37,5 % der Probanden der Heimgruppe, die äußerten, sie würden wieder in das gleiche Heim gehen.

Vergleicht man die Quote der Probanden, die angeben, wieder in die gleiche Maßnahme zu gehen (Gastfamiliengruppe: $n = 20$, Heimgruppe: $n = 6$), mit denen, die dies ablehnen bzw. eine unklare Präferenz zeigen (Gastfamiliengruppe: $n = 9$, Heimgruppe: $n = 10$), ergibt sich im Chi-Quadrat-Test mit $\chi^2 = 4,18$ und $p = .041$ ein signifikanter Unterschied: Bei den in Gastfamilien untergebrachten Probanden ist der Anteil derjenigen, die eine erneute derartige Unterbringung befürworten würden, statistisch bedeutsam höher als bei den Probanden, die in Heimen untergebracht waren. Die subjektive retrospektive Akzeptanz für die selbst erlebte Maßnahme ist in der Gastfamiliengruppe größer. Die Effektstärke der Unterbringungsart für diese Variable liegt mit $\phi = 0,30$ im mittleren Bereich.

In der Untergruppe der bei Klinikentlassung über 12-Jährigen mit Gastfamilienunterbringung wird in 14 Interviews eine erneute derartige Unterbringung befürwortet, gegenüber 7 Interviews, in denen dies abgelehnt wird oder in denen die Präferenz unklar bleibt. Der Vergleich dieser Zahlen mit denen der Heimgruppe ergibt mit $\chi^2 = 3,11$ und $p = .078$ ein Ergebnis, das die Signifikanzgrenze knapp verfehlt, die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,29$.

Alle fünf Untersuchungsteilnehmer mit noch fortbestehender Gastfamilienbetreuung gaben an, sie würden wieder in die gleiche Gastfamilie gehen. Vergleicht man dem-

gegenüber nur die bereits abgeschlossenen Maßnahmen, so ergeben sich 15 Befürwortungen der gleichen Maßnahme in der Gastfamiliengruppe versus 6 in der Heimgruppe, sowie 9 Fälle mit Ablehnung der gleichen Maßnahme bzw. unklarer Präferenz in der Gastfamiliengruppe versus 10 in der Heimgruppe. Prüft man diese Verteilung auf statistische Unabhängigkeit, ergibt sich im Chi-Quadrat-Test mit $\chi^2 = 2,41$ und $p = .12$ kein signifikanter Unterschied. Die Effektstärke liegt hier mit $\phi = 0,25$ im kleinen bis mittleren Bereich.

3.2.10.6 Stabilität der aufgebauten Beziehungen

Stabilität und Intensität der **heute noch bestehenden Kontakte** zu den früheren Bezugspersonen in der Gastfamilie bzw. im Heim wurden mit **Frage 8** thematisiert („Haben sie heute noch Kontakt zu der Gastfamilie / zum Heim? Wenn ja: Was für Kontakte sind das?“).

Die Inhaltsanalyse der Antworten ergab induktiv vier verschiedene, sich gegenseitig ausschließende Antwortkategorien (d.h. Kodierung einer Kategorie pro Interview), nämlich

1. intensiver Kontakt (regelmäßiger oder häufiger Kontakt, mindestens 1x monatlich, z.B. wiederholte Besuche mit Übernachtungen, oder als emotional bedeutsam erlebter Kontakt)
2. Gelegentlicher Kontakt (< 1x monatlich oder zufälliger, nicht geplanter Kontakt oder emotional als wenig bedeutsam erlebter Kontakt)
3. Keine Kontakte
4. Fortbestehendes Betreuungsverhältnis in der gleichen Gastfamilie bzw. Heimeinrichtung.

Tab. 54 zeigt die Antwortverteilung in beiden Gruppen auf die vier Antwortkategorien.

Tab. 54: Heute noch bestehende Kontakte zu früheren Bezugspersonen in Gastfamilie bzw. Heim (Frage 8). Anzahl der Nennungen und deren prozentueller Anteil an den insgesamt 29 Interviews über Gastfamilienaufenthalte bzw. 16 Interviews über Heimaufenthalte

Fortbestehende Kontakte zur Gastfamilie / zum Heim	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
Intensiver Kontakt	14	48,3	0	0,0
Keine Kontakte	6	20,7	13	81,5
Fortbestehendes Betreuungsverhältnis	5	17,2	0	0,0
Gelegentlicher Kontakt	4	13,8	3	18,8

Auch wenn man von den 5 Fällen absieht, in denen das Gastfamilienverhältnis zum Katamnesezeitpunkt noch fortbestand, und nur die Fälle mit bereits beendeter Maßnahme betrachtet, fällt auf, dass die Probanden der Gastfamiliengruppe bei der Nachuntersuchung in deutlich höherem Maße noch Kontakte zu ihren damaligen Bezugspersonen haben als die Probanden der Heimgruppe:

Die Antwortkategorien zur Kontakthäufigkeit/-intensität bei den bereits beendeten Maßnahmen lassen sich als Stufen einer Ordinalskala mit den Stufen kein Kontakt, gelegentlicher Kontakt, intensiver Kontakt ordnen. Mit dem Mann-Whitney-U-Test wurde geprüft, ob sich beide Untersuchungsgruppen anhand dieser ordinalen Information bzw. Rangreihe unterscheiden lassen. Bei diesem Analyseschritt wurden die genannten 5 Fälle mit noch fortbestehender Unterbringung nicht berücksichtigt, sondern nur die Fälle mit bereits abgeschlossener Maßnahme. Im U-Test fand sich mit $U = 63$ und $p = .0004$ ein statistisch hoch bedeutsames Ergebnis: In der Gastfamiliengruppe bestehen nach Abschluss der Maßnahme noch deutlich mehr Kontakte zwischen den Probanden und ihren früheren Bezugspersonen als in der Heimgruppe. Die Effektstärke liegt bei einem Z-Wert von -3,56 bei $\tau = 0,53$, d.h. im hohen Bereich.

In der Subgruppe der bei Klinikentlassung über 12-Jährigen mit Gastfamilienerfahrung wird in 11 Fällen ein intensiver Kontakt angegeben, in 5 Fällen kein Kontakt, in 2 Fällen besteht das Betreuungsverhältnis zum Katamnesezeitpunkt fort, und in 3 Fällen werden gelegentliche Kontakte angegeben. Im U-Test (unter Ausschluss der 2 Fälle mit fortbestehendem Betreuungsverhältnis) ergibt sich mit $U = 52$, $Z = -3,438$

und $p = .0006$ für diese Untergruppe ebenfalls ein hochsignifikanter Unterschied zur Heimgruppe, die Effektgröße liegt bei $\tau = 0,57$.

3.2.10.7 Weitere spontan berichtete Erfahrungen mit Gastfamilie bzw. Heim

Mit der **offenen Abschlussfrage 9** („Fällt ihnen sonst noch etwas ein zu ihrer Erfahrung mit der Gastfamilie / mit dem Heim, das ihnen wichtig ist?“) wurde den Probanden am Ende des Interviews die Möglichkeit gegeben, ohne konkrete Fragevorgaben des Interviewers **spontan berichtete Erfahrungen** mit der erlebten Unterbringungsmaßnahme gemäß der eigenen, nicht durch inhaltliche Hinweisreize der Frageformulierung beeinflussten Erinnerung zu äußern. Durch die inhaltsanalytische Untersuchung der Antworten auf diese Frage wurden vier sich gegenseitig ausschließende Antwortkategorien (keine Mehrfachnennungen möglich) ermittelt:

1. Schilderung von emotional positiv bewerteten Erfahrungen
2. Schilderung von emotional negativ bewerteten Erfahrungen
3. Schilderung von unklar bzw. ambivalent bewerteten Erfahrungen
4. Restkategorie: Keine Angaben

Tab. 55 zeigt die Verteilung der Antwortkategorien in beiden Untersuchungsgruppen.

Tab. 55: Spontan berichtete Erfahrungen aus Gastfamilie bzw. Heim (Frage 9). Anzahl der Nennungen und deren prozentueller Anteil an den insgesamt 29 Interviews über Gastfamilienaufenthalte bzw. 16 Interviews über Heimaufenthalte

Spontan berichtete Erfahrungen	Gastfamiliengruppe		Heimgruppe	
	n	%	n	%
Keine Angabe	17	58,6	10	62,5
Positive Erfahrung	10	34,5	0	0,0
Negative Erfahrung	1	3,5	4	25,0
Unklar bewertete Erfahrung	1	3,5	2	12,5

In beiden Gruppen werden bei dieser Frage in über der Hälfte der Fälle keine Angaben gemacht. In der Gastfamiliengruppe wurde von ca. einem Drittel der Probanden (34,5 %) eine selbst als positiv bewertete Erfahrung geschildert, in der Heimgruppe

gab dagegen kein einziger Proband bei dieser Frage eine von ihm selbst positiv bewertete Erfahrung an. Stattdessen wurden in 25,0 % der Fälle negativ bewertete Erlebnisse in der Heimeinrichtung geschildert, gegenüber nur 3,5 % bzw. einem Fall in der Gastfamiliengruppe.

Führt man einen Vierfelder-Kontingenztafeltest mit den beiden zweifach gestuften Merkmalen Art der Maßnahme (Gastfamilie versus Heim) und spontane Nennung positiver Erfahrung (ja = positiv, nein = negativ/unklar/keine Angabe) durch, dann ergibt sich in Fishers Exaktem Test (da Zellen mit „0“ besetzt sind) mit $p = .008$ ein hochsignifikanter Zusammenhang. Auch bei Anwendung des Chi-Quadrat-Tests mit Yates-Korrektur zeigt sich mit $\chi^2 = 5,24$ bzw. $p = .022$ ein signifikantes Ergebnis. Probanden der Gastfamiliengruppe berichten bei der offenen Frage 9 hochsignifikant häufiger von positiven Erfahrungen mit ihrer Unterbringungsmaßnahme als Probanden der Heimgruppe. Die Unterbringungsart hat mit $\phi = 0,34$ eine mittlere Effektstärke (basierend auf der Chi-Quadrat-Statistik) für dieses Merkmal.

In der Untergruppe der bei Klinikentlassung über 12-Jährigen mit Gastfamilienerfahrung finden sich 8 Interviews, in denen spontan positive Erfahrungen genannt werden, gegenüber 13, in denen dies nicht der Fall ist. Die Gegenüberstellung dieser Zahlen mit denen der Heimgruppe ergibt mit $\chi^2 = 5,69$ und $p = .017$ ebenfalls einen statistisch bedeutsamen Unterschied, die Effektgröße liegt bei $\phi = 0,39$.

Alle fünf Untersuchungsteilnehmer mit noch fortbestehender Unterbringung in einer Gastfamilie machten bei dieser Frage keine Angabe. Damit üben sie jedoch auch keinen Einfluss aus auf das dargestellte Ergebnis des Signifikanztests.

3.2.10.8 Zusammenfassung der inhaltsanalytischen Ergebnisse

Tabelle 56 gibt eine zusammenfassende Übersicht über die Ergebnisse des Vergleichs beider Untersuchungsgruppen hinsichtlich der Daten aus der qualitativen Inhaltsanalyse. Da sich zwischen der Gastfamiliengruppe insgesamt und der altersparallelisierten Gastfamiliengruppe (Probanden ≥ 12 Jahre) bei den Ergebnissen der Signifikanztests und der Effektgrößenschätzung wie oben dargestellt keine relevanten Unterschiede zeigen, werden in der tabellarischen Übersicht aus Gründen der Übersichtlichkeit nur die Daten für die gesamte Gastfamiliengruppe dargestellt.

Tab. 56: Übersicht über die Ergebnisse des Gruppenvergleichs bzgl. inhaltsanalytischer Auswertungskategorien zu den katamnestischen Interviewfragen.

Legende: *GF* Gastfamiliengruppe, *Heim* Heimgruppe; Ergebnistrend: > besseres Ergebnis (z.B.: *GF* > *Heim* besseres Abschneiden der Gastfamiliengruppe gegenüber der Heimgruppe), = gleiches Ergebnis; Signifikanzniveau gemäß durchgeführten Signifikanzprüfung: n.s. nicht signifikant, * 5 %, ** 1 %, *** 0,1 %-Niveau; Korrektur für multiple Tests: nach explorativer Simes-Korrektur mit aufsteigenden Schranken (beginnend bei $\alpha = \frac{0,05}{9} = .0056$) signifikante p-Werte durch **Fettdruck** hervorgehoben; Effektstärkeschätzungen vgl. S. 57, Klassifikation der Effektstärken nach Bortz & Döring (2006⁴, S. 606 ff.)

Inhaltsanalytischer Untersuchungsbereich	Tendenz im Gruppenvergleich	Signifikanzprüfung	Effektstärke
Positive Erfahrungen in der Maßnahme (Frage 1)	GF > Heim	$\chi^2=0,06$ p=.82 n.s.	$\phi = 0,03$
Negative Erfahrungen in der Maßnahme (Frage 2)	GF > Heim	$\chi^2=2,24$ p=.12 n.s.	$\phi = 0,22$
Hilfreichste Erfahrung in der Maßnahme (Frage 6)	GF > Heim	$\chi^2=2,99$ p=.08 n.s.	$\phi = 0,26$
Wirkung auf die Beziehung zur Herkunftsfamilie (Frage 4)	GF = Heim	U=230 p=.96 n.s.	$\tau = 0,007$
Beziehung/Kontakt zwischen Unterbringungssystem und Herkunftsfamilie (Frage 5)	Heim > GF	$\chi^2=7,87$ p=.005 **	$\phi = 0,42$
Aufgrund der eigenen Erfahrung empfohlene Unterbringungsform (Frage 3)	GF > Heim	$\chi^2=7,02$ p=.008 **	$\phi = 0,39$
Retrospektive persönliche Maßnahmenakzeptanz (Frage 7)	GF > Heim	$\chi^2=4,18$ p=.041 *	$\phi = 0,30$
Fortbestehende Kontakte (Frage 8)	GF > Heim	U=63 p=.0004 ***	$\tau = 0,53$
Valenz spontan berichteter Erfahrungen (Frage 9)	GF > Heim	$\chi^2=5,24$ p=.008 **	$\phi = 0,34$

In den Antworten auf acht von neun Interviewfragen zeigt sich inhaltsanalytisch ein Trend zu besseren Ergebnissen in der Gastfamiliengruppe. Statistisch signifikant fällt dieser Gruppenunterschied in vier von acht Bereichen aus. In der Heimgruppe ergibt sich nur in einem Bereich ein besseres Abschneiden als in der Gastfamiliengruppe, nämlich hinsichtlich der Beziehung zwischen der Herkunftsfamilie und dem Unterbringungssystem (Frage 5). Der stärkste Effekt bzw. Gruppenunterschied findet sich

bei den Kontakten zu den Bezugspersonen auch nach Abschluss der Maßnahme (Frage 8): Hier schildert die Gastfamiliengruppe deutlich häufiger fortbestehende Kontakte. Sie empfiehlt aufgrund ihrer eigenen Gastfamilienerfahrung auch signifikant häufiger die eigene Unterbringungsform als die Mitglieder der Heimgruppe eine Heimunterbringung (Frage 3) und berichtet spontan signifikant häufiger von positiv besetzten Erfahrungen (Frage 9).

Diese Gruppenunterschiede bleiben auch nach Simes-Korrektur des Signifikanzniveaus ($\alpha = .05$, dies entspricht nach explorativer Simes-Korrektur für multiple Tests bei 9 Tests dem korrigierten Signifikanzniveau $\alpha/9 = .0056$ beim kleinsten p-Wert, beim zweit- und drittkleinsten p-Wert dem zwei- und dreifachen dieses Werts usw.) signifikant.

3.3 Loss-to-follow-up-Analyse

Die Probanden der beiden Untersuchungsgruppen, die an der katamnestischen Untersuchung nicht teilnahmen („Lost-to-follow-up“), wurden anhand der verfügbaren Krankenakten Daten der Klinik hinsichtlich der Variablen Alter, Geschlecht, elterlicher Beziehungsstatus, familiäre psychosoziale Belastungsfaktoren, psychiatrische Morbidität, Hospitalisierungsdauer und Psychopharmakotherapie mit den Teilnehmern der Katamnese verglichen. Das Ergebnis dieses Vergleichs zeigt Tab. 57. Bei keiner der untersuchten sieben Variablen findet sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Katamneseteilnehmern und den nicht teilnehmenden Probanden. Auf die Anwendung der explorativen Simes-Korrektur zur Kontrolle des Problems multipler Testungen kann verzichtet werden, da keine signifikanten Ergebnisse vorliegen. Die Nicht-Teilnehmer sind zwar geringfügig älter, ihre Eltern leben tendenziell häufiger nicht zusammen, und sie erhielten bei der Entlassung aus der Klinik in einem nicht so hohen Prozentsatz eine Behandlung mit Psychopharmaka. Alle diese tendenziellen Unterschiede verfehlen jedoch die Signifikanzgrenze. Man kann damit also von einer Vergleichbarkeit der lost-to-follow-up-Gruppe mit den Katamneseteilnehmern ausgehen. Die Probanden, die an der Katamneseuntersuchung teilnahmen, stellen keine mit einem offensichtlichen Bias behaftete Subgruppe der Gesamtstichprobe dar. Die Anwendung einer statistischen Korrektur für multiple Testungen erübrigt sich aufgrund fehlender signifikanter Ergebnisse.

Tab. 57: Vergleich der an der katamnestischen Untersuchung teilnehmenden Probanden mit der lost-to-follow-up-Gruppe hinsichtlich relevanter Merkmale aus der Krankenakten-Analyse. Statistische Prüfung auf Unterschiede zwischen beiden Gruppen.

	Ausprägung	Katamnese-Teilnehmer	Kat.-Nicht-Teilnehmer	Test-Statistik	p
Alter	Jahre: Mittelwert SD	14,59 2,37	15,34 2,35	t=1,68 (df=118)	.10
Geschlecht	männlich weiblich	21 24	34 41	$\chi^2=0,02$ (df=1)	.89
elterlicher Beziehungsstatus	zusammenlebend nicht zusammen- lebend	11 32	9 60	$\chi^2=2,84$ (df=19)	.09
Familiäre psychosoziale Belastungsfaktoren	keine ≥ 1	13 32	31 44	$\chi^2=1,88$ (df=1)	.17
Psychiatrische Morbidität	Anzahl F- Diagnosen (Mit- telwert)	1,76	1,75	U=1670 (Z=0,09)	.46
Hospitalisierungsdauer	Tage: Mittelwert SD	62,31 49,7	58,35 43,9	t=0,46 (df=118)	.65
Psychopharmakotherapie bei Klinik-Entlassung	ja nein	29 16	37 38	$\chi^2=2,60$ (df=1)	.11

4 Diskussion

Die vorliegende Studie stellt das Gastfamilienmodell der konventionellen Heimunterbringung als Jugendhilfe-Maßnahmenform bei psychisch belasteten, stationär psychiatrisch vorbehandelten Jugendlichen und Kindern gegenüber. Es vergleicht die Probanden beider Gruppen zu zwei Messzeitpunkten, nämlich vor Beginn der jeweiligen Maßnahme und katamnestisch-evaluativ im weiteren Verlauf. In der Diskussion wird deshalb zunächst auf die Ergebnisse der Analyse der Ausgangsdaten und dann auf die katamnestischen Befunde eingegangen.

4.1. Zur retrospektiven Krankenaktenanalyse

Ausgangspunkt für die retrospektive Krankenaktenanalyse war die Fragestellung, ob das Gastfamilienmodell bei der gleichen Klinikpopulation wie die traditionelle Heimunterbringung eingesetzt wird, oder ob bestimmte Merkmale identifiziert werden können, anhand derer sich beide Gruppen schon vor der Maßnahme bzw. bei der Indikationsstellung unterscheiden lassen.

Bei den soziodemographischen Basisdaten wie Geschlecht, Schulniveau und Wohnsituation ergeben sich sowohl hinsichtlich der statistischen Signifikanz wie der Effektstärke keine nennenswerten Unterschiede zwischen der Gastfamiliengruppe und der Heimgruppe. In beiden Gruppen liegt der Mädchenanteil bei etwas mehr als der Hälfte. Damit weichen beide Gruppen von der in vergleichbaren Untersuchungen gefundenen stärkeren Jungenwendigkeit bei Fremdplatzierungen im Jugendalter ab (z.B. Schmid et al. 2008). Das Schulniveau ist in beiden Gruppen gegenüber der Allgemeinbevölkerung eher niedrig, mit einem nur geringen Anteil von Probanden, die eine höhere Schule besuchen. Dieser Befund deckt sich mit den Ergebnissen anderer Studien, die in der Inanspruchnahmepopulation von stationären Jugendhilfen ebenfalls ein Überwiegen von Schülern mit einfachem Schulniveau bzw. besonderen Schulformen wie E-Schule fanden. Der Anteil von Probanden mit einfachem Schulniveau fällt bei der Gastfamiliengruppe noch etwas höher aus als bei der Heimgruppe, jedoch ist dieser Unterschied statistisch eben nicht signifikant und von der Effektgröße her nicht bedeutsam. Entsprechend der Konzeption des Gastfamilienmodells unterscheidet sich dessen Klientel in Bezug auf den Altersschwerpunkt im Jugendbereich gravierend von der allgemeinen Pflegekinderpopulation, die diesen Schwerpunkt ja im jüngeren Kindesalter hat. Der hochsignifikante Altersunterschied zwischen den beiden in der Studie verglichenen Gruppen (Heimgruppe ca. 1,6 Jahre äl-

ter) ist auf das unterschiedliche Vorgehen bei der Selektion der Probanden für beide Gruppen zurückzuführen.

Da eine unterschiedliche Alterszusammensetzung als Bias zu einer systematischen Verzerrung der Unterschiede auch bei anderen Variablen der Krankenaktenanalyse und auch bei den Katamnesedaten führen kann, wurde zur Kontrolle dieses Effekts eine altersparallelisierte Untergruppe der Gastfamiliengruppe gebildet. Auch diese Untergruppe wurde systematisch mit der Heimgruppe verglichen und untersucht, ob die Ergebnisse des Vergleichs durch diesen Altersfaktor beeinflusst werden (Näheres zur methodischen Diskussion dieses Aspekts siehe unten).

Beide Untersuchungsgruppen weisen ein hohes Maß an familiären und psychosozialen Belastungsfaktoren auf. So kommen etwa vier von fünf Probanden aus Herkunftsfamilien, in denen die Eltern nicht zusammenleben. In zwei Dritteln der Familien finden sich zwei oder mehr gravierende Belastungsfaktoren wie psychiatrische oder andere schwere Erkrankungen der Eltern, abweichendes Elternverhalten in Form von inner- oder außerfamiliärer Kriminalität (z.B. Gewalttaten, Missbrauch, Vergewaltigung) und Missbrauch oder Misshandlung der Kinder durch andere Verwandte. Ein erheblicher Anteil der untersuchten Kinder wohnt schon vor der Jugendhilfe-Unterbringung nicht mehr bei einem leiblichen Elternteil. Zwischen den in Gastfamilien und den in Heimen untergebrachten Probanden finden sich nur geringfügige Unterschiede hinsichtlich dieser Belastungsfaktoren, die statistisch ebenfalls nicht signifikant werden und eine zu vernachlässigende Effektgröße erreichen. Dies gilt auch für den Vergleich zwischen der altersangepassten Gastfamiliengruppe und der Heimgruppe.

Die beiden einander gegenübergestellten Untersuchungsgruppen zeigen hinsichtlich ihrer eigenen psychiatrischen Morbidität eine sehr ähnliche Verteilung der Hauptdiagnoseklassen nach ICD 10. Es überwiegen Störungen aus dem Spektrum der F9-Gruppe der Verhaltens- und psychischen Störungen des Kinder- und Jugendalters, gefolgt von denen der F4- und der F6-Gruppe. Beide Untersuchungsgruppen weichen in der Diagnosenverteilung aber stark von der allgemeinen kinder- und jugendpsychiatrischen Population am ZfP Südwürttemberg ab. So sind Hauptdiagnosen aus der F9-Gruppe in beiden Untersuchungsgruppen gegenüber der Klinikpopulation stark überrepräsentiert. Dagegen taucht die häufigste Diagnoseklasse der Klinikpopulation, nämlich die der substanzgebundenen Störungen (F1) in beiden Untersuchungsgruppen überhaupt nicht auf. Offensichtlich wurden also bei der Auswahl von Ju-

gendlichen der Klinikpopulation für Unterbringungsmaßnahmen wie Heim- oder Gastfamilienbetreuung starke Selektionseffekte wirksam. Hierzu zählt sicher zum einen die Abgrenzung von traditionellen Jugendhilfeträgern gegenüber Jugendlichen, bei denen Suchtstörungen im Vordergrund stehen. Auch von JuMeGa wurden solche Jugendliche zumindest in den hier untersuchten Anfangsjahren nicht in Gastfamilien vermittelt bzw. die Klinik regte in solchen Fällen gar nicht erst die Einschaltung von JuMeGa an. Zum anderen wurde parallel dazu am ZfP Südwürttemberg im Untersuchungszeitraum die Spezialstation clean.kick für den niedrigschwelligen Drogenentzug bei Jugendlichen eingerichtet, wodurch der zuvor ebenfalls niedrige Anteil von Patienten mit suchtbbezogenen Hauptdiagnosen in der Klinikpopulation stark anstieg. Als weitere Ursache für die Unterschiede der Diagnoseklassenhäufigkeit zwischen der Klinikpopulation und den beiden Untersuchungsgruppen sind die Unterschiede im Altersspektrum anzusehen. In der Klinikpopulation ist der Anteil von jüngeren Patienten (< 12 Jahre), die auf der Kinderstation behandelt werden, höher als in den beiden Untersuchungsgruppen, da die Heimgruppe sich nur aus den Patienten einer Jugendstation zusammensetzt und da JuMeGa konzeptionell einen Schwerpunkt bei der Vermittlung von Jugendlichen hat.

In beiden Gruppen liegt der Anteil von Jugendlichen mit hoher psychiatrischer Morbidität, gemessen durch die Häufigkeit von Fällen mit zwei oder mehr psychiatrischen Diagnosen, bei über der Hälfte. Zwischen den beiden Gruppen findet sich dabei kein statistisch signifikanter Unterschied. Dies gilt auch beim Vergleich der altersangepassten Gastfamiliengruppe mit der Heimgruppe.

Die Krankenaktendaten enthalten leider keine verwertbaren Daten zur psychischen Symptombelastung. Bei der Entlassung aus der Klinik wurden keine Testverfahren wie YSR und CBCL routinemäßig eingesetzt. Damit fehlt aber die Möglichkeit, die Werte zum Katamnesezeitpunkt mit der Symptombelastung vor Beginn der untersuchten Unterbringungsmaßnahme zu vergleichen. Infolgedessen bleibt unklar, ob die gefundene höhere Symptombelastung der Gastfamiliengruppe zum Katamnesezeitpunkt eine Folge unterschiedlicher Symptombelastungsausgangsniveaus ist, oder ob sie auf Interventionseffekte der beiden Maßnahmen zurückgeführt werden kann.

Vor der in der Studie untersuchten Gastfamilien- bzw. Heimunterbringung hat fast die Hälfte der Studienteilnehmer bereits eine oder mehrere andere stationäre Jugendhilfemaßnahmen erlebt. Zwischen den beiden Untersuchungsgruppen ergibt sich hin-

sichtlich dieses Merkmals kein Unterschied. Die Jugendlichen der Gastfamiliengruppe weisen eine etwas höhere Zahl von stationären psychiatrischen Vorbehandlungen am ZfP Weissenau auf, dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Dagegen liegt die Dauer ihrer letzten Hospitalisierung an der Klinik vor Einleitung der Maßnahme signifikant höher, der ebenfalls erhöhte Wert der altersangepassten Gruppe verfehlt die Signifikanzgrenze knapp. Bei den später in Gastfamilien untergebrachten Jugendlichen finden sich statistisch signifikant häufiger Behandlungen mit Psychopharmaka. Dies könnte als Hinweis auf einen höheren durchschnittlichen Schweregrad der psychischen Beeinträchtigung der Probanden dieser Untersuchungsgruppe gewertet werden. Der Unterschied verschwindet jedoch, wenn nur die altersangepasste Untergruppe mit Gastfamilienunterbringung betrachtet wird. Möglicherweise handelt es hier um einen Selektionseffekt insofern, als bei jüngeren Patienten gehäuft Störungen aus dem ADHS-Formenkreis vorliegen, die oft mit Stimulantien behandelt wurden und so die Quote der mit Psychopharmaka Behandelten erhöhten.

Fasst man diese Ergebnisse der Krankenaktenanalyse zur ersten Untersuchungshypothese zusammen, dann ergibt sich, dass beide Gruppen sich vor Beginn der untersuchten Maßnahme im Mittel nur geringfügig unterscheiden. Hinsichtlich der meisten untersuchten Indikatoren finden sich keine signifikanten Gruppenunterschiede. Die berechneten Effektgrößen bewegen sich mit wenigen Ausnahmen bei der großen Mehrzahl der Vergleiche im Bereich einer kleinen, klinisch wenig bedeutsamen Effektstärke. Die untersuchten Merkmale haben keinen nachweisbaren Einfluss auf die Indikationsstellung für eine der beiden Maßnahmen. Damit ist die **1. Hypothese** der Studie (*„Zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik lassen sich die Gruppe der anschließend in Gastfamilien und die Gruppe der später in herkömmlichen Heimeinrichtungen untergebrachten Jugendlichen hinsichtlich soziodemographischer Basisdaten, psychiatrischer und familiärer Belastung, Diagnosen und Therapieverlauf unterscheiden“*) **zu verwerfen**. Allerdings fällt auf, dass bei fast allen in der Übersichtstabelle aufgelisteten Einzelvergleichen die Probanden der Gastfamiliengruppe tendenziell etwas ungünstigere Ausgangswerte bzw. eine etwas höhere Belastung aufweisen, auch wenn diese sich statistisch nicht signifikant unterscheiden. Insofern kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die Jugendlichen, die später in Gastfamilien untergebracht wurden, in toto eine zumindest gleich hohe, in einzelnen Berei-

chen tendenziell auch höhere Belastung mitbringen als die später in Heimen Untergebrachten.

Neben dem oben beschriebenen Vergleich der Ausgangsdaten beider Gruppen wurde bei der Krankenaktenanalyse auch die Indikationsstellung für Gastfamilienaufenthalte untersucht. Dazu wurden die Angaben in den Klinikakten analysiert, die sich auf Begründung und Zielsetzung der Gastfamilienempfehlung beziehen. Bei der Betrachtung der in den Klinikdokumenten angeführten Gründe für die Indikationsstellung „Gastfamilie“ ist allerdings zu berücksichtigen, dass in den analysierten Arztbriefen und Stellungnahmen natürlich nicht nur im empirischen Sinne streng objektivierbare Gesichtspunkte dargestellt werden. Diese Schriftstücke haben auch einen instrumentellen Aspekt und zielen durch die Art ihrer Darstellung darauf ab, beim jeweiligen Adressaten (z.B. Jugendamt) die Wahrscheinlichkeit für eine Entscheidung im Sinne der Empfehlung des Autors (in diesem Falle: Unterbringung in der Gastfamilie) zu erhöhen.

Anhand der vorliegenden Ergebnisse lässt sich zusammenfassend festhalten, dass die Indikationsstellung in einer beträchtlichen Anzahl von anschließend in Gastfamilien untergebrachten Jugendlichen entweder in der Dokumentation gar nicht explizit erwähnt wird oder dass nur die unspezifische Empfehlung einer nicht näher spezifizierten Jugendhilfemaßnahme gegeben wird. Für diesen „Mangel“ mag eine Rolle spielen, dass das Jugendhilfesystem in seiner Entscheidung für konkrete Jugendhilfemaßnahmen vom „Kliniksystem“ unabhängig ist. In der Kooperation zwischen beiden Hilfesystemen sind deshalb konkrete Empfehlungen und Vorschläge von Seiten der Klinik teils gar nicht erwünscht, da sie von der Jugendhilfe als Einengung ihres Entscheidungsspielraums erlebt werden. Dadurch wird von der Klinikseite teilweise auf entsprechende Empfehlungen und auf die Konkretisierung der Gründe dafür in den Schriftstücken verzichtet. Leider hat dies für die Forschung zur Folge, dass der Prozess der Indikationsstellung dadurch in vielen Fällen nicht näher nachvollziehbar ist, zumal auch die klinikinterne Verlaufsdokumentation zu dieser Frage wenig ergiebig ist.

Bei immerhin 41 von 54 Fällen (75,9%) ließ sich in der Patientenakte eine explizite, jedoch teils nicht näher begründete Klinikempfehlung einer Gastfamilienunterbringung ermitteln. Zahlenmäßig überwogen bei den Begründungen fallspezifische Indikationsgründe (17 Fälle bzw. 31,5%) wie der Bedarf für einen geschützten Rahmen,

für ein familiäres, enges Beziehungsangebot (z.B. „*Geborgenheit*“) bzw. für haltgebende und verlässliche familiäre Strukturen (z.B. „*...enge und klare Struktur, gepaart mit sehr viel positiver Ansprache ...*“). In 11 Fällen (20,4%) wurde die Gastfamilienempfehlung mit dem negativen Verlauf früherer Jugendhilfemaßnahmen bzw. mit deren fehlender Akzeptanz durch Eltern und Kinder begründet (z.B. „*... ein Rückgang von A. ins Heim nicht möglich ist ...*“). In 6 Fällen (11,1%) wird zur Begründung auf die hohe Betreuungsintensität im Gastfamilienmodell hingewiesen. 5 Gastfamilienempfehlungen (9,3%) enthalten keine nähere Begründung (z.B. „*... wir schlugen eine Fremdplatzierung in einer Pflegefamilie vor.*“).

In 9 Fällen (16,7%) wurde dargestellt, dass entweder die Betroffenen selbst oder ihre Eltern/Angehörigen explizit den Wunsch nach einer Unterbringung in einer Familie äußerten (z.B. „*...beinahe überwertiger Wunsch nach einer ‚heilen Familie‘ ...*“).

Insgesamt lässt sich damit festhalten, dass bei den Indikationsgründen für eine Gastfamilienunterbringung drei Aspekte im Vordergrund stehen:

- die von den Ärzten und Therapeuten eingeschätzten Bedürfnisse der Betroffenen, vor allem ihre Beziehungs-, Betreuungs- und emotionalen Bedürfnisse
- positive oder negative Vorerfahrungen der Betroffenen mit früheren Hilfemaßnahmen
- von den Betroffenen selbst bzw. von ihren Angehörigen formulierte Wünsche und Ziele hinsichtlich der Unterbringungsform und dem damit verbundenen Beziehungsangebot.

Bei allen drei Faktoren handelt es sich um relativ „weiche“ Kriterien, bei denen das klinische Urteilsvermögen und Fingerspitzengefühl der behandelnden Therapeuten und Ärzte und ebenso die Fachkompetenz der im Jugendhilfesystem zuständigen Helfer (Mitarbeiter der allgemeinen sozialen Dienste) eine zentrale Rolle spielt. „Härtere“, besser objektivierbare Faktoren haben demgegenüber für den Entscheidungsprozess der Indikationsstellung offenbar nur eine nachgeordnete Bedeutung. So sind Diagnosecharakteristika wie ICD-10-Diagnosen und das Ausmaß der psychiatrischen Morbidität, objektivierbare familienstrukturelle und psychosoziale Faktoren etc. für die Indikationsstellung nicht ausschlaggebend. Charakteristisch ist dagegen, dass viele Therapeuten im Gespräch über den Ablauf dieses Prozesses berichten, dass sie im Laufe der Therapie in der Klinik das „Gefühl“ hatten, für den betreffenden Patienten wäre eine Gastfamilie das richtige. Als entscheidend erweist sich damit - neben ex-

pliziten Wünschen und Vorerfahrungen der Betroffenen - die klinische Intuition der Behandelnden.

4.2 Zur katamnестischen Untersuchung

Bei den **soziodemographischen Outcomevariablen** kann zunächst festgehalten werden, dass sich zwischen den beiden Untersuchungsgruppen hinsichtlich des Alters zum Katamnesezeitpunkt kein signifikanter Unterschied ergibt. In beiden Gruppen befinden sich die Untersuchungsteilnehmer bei der Katamneseerhebung im frühen Erwachsenenalter bzw. entwicklungspsychologisch/psychoanalytisch im Sinne des Fünfphasenmodells der Adoleszenz von Blos (1962) in der Phase der Postadoleszenz (21 bis 25 Jahre), teils auch noch in der Phase der Spätadoleszenz (18 bis 20 Jahre). Für diese beiden Phasen charakteristisch sind die Aufgaben der Konsolidierung in verschiedenen psychischen und sozialen Funktionsbereichen: Festigung von sozialen Rollen und dauerhafter Milieuwahl, Berufswahl und näher rückender Abschluss der Berufsbildung, Ausprägung einer endgültigen Geschlechtsidentität, Konsolidierung der Ablösung von den Eltern, der Autonomieentwicklung und der Herausbildung einer stabilen Identität sowie tragfähiger Beziehungen außerhalb der Herkunftsfamilie. Gleichzeitig ist für diesen Lebensabschnitt gerade in unserer Kultur die Fortdauer des postadoleszenten Experimentierens kennzeichnend (vgl. Seiffge-Krenke 2007). Aufgrund der Alterskennwerte beider Untersuchungsgruppen der Studie kann davon ausgegangen werden, dass die Teilnehmer beider Gruppen im Katamnesezeitraum vor diesen Entwicklungsaufgaben stehen.

Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung der Katamnese Teilnehmer ergibt sich eine leichte Veränderung in der Heimgruppe in Richtung einer Verringerung des Frauenanteils von ursprünglich 53,0% bei der retrospektiven Krankenaktenanalyse auf 35,3% bei der Katamnese. Diese Veränderung findet sich nicht in der Gastfamilien Gruppe, die zu beiden Messzeitpunkten eine nahezu identische Geschlechtsverteilung zeigt. Allerdings verfehlt der Unterschied zwischen beiden Gruppen bei der Katamnese knapp die Signifikanzgrenze, er wird nur für die altersparallelisierte Gastfamiliengruppe signifikant, in der der Frauenanteil noch etwas ansteigt. Die Gründe für diese Entwicklung zwischen den beiden Messzeitpunkten bleiben unklar. Es könnte aufgrund des Befunds, dass die weiblichen Teilnehmer nach Heimunterbringung eine relativ stärkere Symptombelastung zeigen, u.a. vermutet werden, dass dies im Sinne des bekannten Effekts einer geringeren Teilnahmebereitschaft höher belasteter Pro-

banden zu der geringeren Teilnahmebereitschaft weiblicher Probanden bei der Katamnese beitrug.

In beiden Gruppen erreichte bis zur Katamnese nur ein kleinerer Anteil der Probanden (jeweils knapp 30%) einen höheren Schulabschluss. Dieser Untersuchungsbefund fügt sich ein in die Ergebnisse anderer Studien über das im Vergleich zur Allgemeinpopulation niedrigere schulische Leistungsniveau von in stationären Jugendhilfemaßnahmen untergebrachten Jugendlichen. Er ist auch in Anbetracht des Ausgangsniveaus der Beschulung, wie es sich bei der retrospektiven Aktenanalyse darstellte, nicht überraschend. Zwischen den beiden Untersuchungsgruppen ergibt sich katamnestisch bei diesem Parameter kein signifikanter Unterschied, die Effektgröße geht gegen Null. Auch wenn nur die altersparallelisierte Subgruppe der Jugendlichen in Gastfamilien mit ihrer ca. 10 % höheren Quote von Probanden mit höherem Schulabschluss zum Vergleich mit der Heimgruppe herangezogen wird, findet sich kein signifikanter Unterschied und eine nur kleine Effektgröße.

Ähnliches gilt für das Erreichen eines Ausbildungsabschlusses: Bis zur Katamneseerhebung hat nur ein unter 15% liegender Anteil der Probanden beider Gruppen einen beruflichen Ausbildungsabschluss erreicht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass infolge des niedrigeren Schulabschlussniveaus nur eine geringe Quote von Probanden einen längeren gehobenen Ausbildungsprozess wie z.B. ein Studium absolvieren kann. Da in Anbetracht des niedrigen durchschnittlichen Schulabschlussniveaus auch von einer geringeren Gesamtschulzeit, von einem früheren Schulabschluss und damit von einem früher möglichen Eintritt in eine berufliche Ausbildung ausgegangen werden kann, lässt dies auf deutliche Entwicklungsrückstände beider Gruppen bei der Herausbildung einer stabilen beruflichen Rolle und Identität schließen. Zwischen beiden Gruppen besteht kein signifikanter Unterschied, die Effektgröße ist zu vernachlässigen. Beides gilt auch für den Vergleich der Heimgruppe mit der altersparallelisierten Gastfamilien-Subgruppe. Es fällt jedoch auf, dass trotz des ca. ein Jahr geringeren Durchschnittsalters der Katamneseteilnehmer der Gastfamiliengruppe (20,82 Jahre gegenüber 21,97 Jahren bei der Heimgruppe) der prozentuelle Anteil von Probanden mit erreichtem Abschluss schon geringfügig höher liegt als in der Heimgruppe. Dies könnte als leichter, wenn auch statistisch nicht bedeutsamer Trend zu einem besseren Abschneiden der Gastfamiliengruppe beim Ausbildungserfolg gedeutet werden.

Auch bei der aktuellen beruflichen Tätigkeit zeigen sich keine statistisch signifikanten oder klinisch bedeutsamen Unterschiede der Untersuchungsgruppen. In beiden Gruppen gehen zum Katamnesezeitpunkt etwa zwei Drittel der Teilnehmer einer geregelten Berufstätigkeit oder Ausbildung/Schulbesuch nach. Umgekehrt bedeutet dies, dass die beruflich-ausbildungsmäßige Integration bei dem doch erheblichen Anteil von jeweils einem Drittel der Untersuchten noch nicht gelungen ist. Zwischen 10 und 15% der Teilnehmer und damit deutlich mehr als in der Allgemeinbevölkerung sind auf einen geschützten Arbeitsplatz wie z.B. eine Werkstätte für Behinderte angewiesen.

In der Heimgruppe liegt der Anteil von Probanden, die zum Katamnesezeitpunkt die räumliche Ablösung von Eltern oder Ersatzfamilie/Heim vollzogen haben, mit 29,4 gegenüber 21,4% etwas höher als in der Gastfamiliengruppe. Der Unterschied ist jedoch ebenfalls nicht signifikant und von der Effektgröße her nur gering. Er verschwindet völlig, wenn nur die altersparallelisierte Gastfamilien-Subgruppe betrachtet wird. Es kann gefolgert werden, dass er nur auf das ca. ein Jahr niedrigere Durchschnittsalter bei der Katamnesebefragung und nicht auf einen unabhängig vom Alter bestehenden Entwicklungsrückstand zurückzuführen ist.

Fasst man die dargestellten Befunde zu den soziodemographischen Outcome-Daten zusammen, dann finden sich mit einer Ausnahme keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Gruppen. Die Effektstärken liegen im niedrigen Bereich und sind praktisch wenig bedeutsam. Die **2. Hypothese** der Untersuchung („Zum Katamnesezeitpunkt zeigen sich bedeutsame Unterschiede zwischen den Probanden der Gastfamiliengruppe und der Heimgruppe hinsichtlich der soziodemographischen Outcomevariablen“) **kann damit verworfen werden.**

Zur **psychosozialen Integration und Gesundheit** ergeben sich folgende Katamnese-daten:

Die Anzahl von Umzügen im Katamnesezeitraum, die als Indikator für die langfristige Stabilität der Lebenssituation gesehen werden kann, ist zwar in der Heimgruppe – bei fast identischer Katamnese-dauer - höher als in der Gastfamiliengruppe. Der Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant, er reduziert sich weiter bei Beschränkung auf die altersparallelisierte Subgruppe, die Effektstärke liegt im kleinen bis mittleren Bereich.

Beim Familienstand findet sich in der Heimgruppe eine etwas höhere Quote von Probanden, die sich in einer festen Partnerbeziehung befinden bzw. verheiratet sind. Der Unterschied zur Gastfamiliengruppe ist jedoch wiederum statistisch nicht signifikant, die Effektgröße gering. Es kann vermutet werden, dass der gefundene geringe Unterschied zum Teil auf das im Durchschnitt ca. ein Jahr höhere Alter der Probanden der Heimgruppe zurückzuführen ist, da ein Jahr in der dynamischen Phase der Post-adoleszenz hinsichtlich der Etablierung fester Partnerbeziehungen durchaus einen Entwicklungsunterschied bedeuten kann. Ein Vergleich dieses Ergebnisses mit der Normalpopulation dieser Altersstufe ist jedoch nicht möglich, da deutsche Normwerte für die dem YASR entnommenen Items bisher nicht vorliegen.

Bei den Peergruppen-Kontakten als weiterem Indikator der psychosozialen Integration geben die Probanden der Heimgruppe eine höhere Anzahl von Freunden an als die Probanden der Gastfamiliengruppe. Der Unterschied verfehlt jedoch knapp die Signifikanzschwelle ($p = .07$), die gefundene Effektgröße liegt im mittleren Bereich, und bei Beschränkung auf die altersangepasste Gastfamiliengruppe reduzieren sich diese Unterschiede. Bei den Angaben zur Häufigkeit von Kontakten mit ihren Freunden finden sich keine Unterschiede, der Vergleich ist nicht signifikant. Auf die Frage nach der Häufigkeit von Einladungen anderer zu sich nach Hause geben die Probanden der Gastfamiliengruppe etwas höhere Zahlen an, auch hier liegt jedoch kein signifikanter Unterschied vor, und die Gruppen gleichen sich noch stärker an, wenn nur die altersangepasste Subgruppe der in Gastfamilien Untergebrachten herangezogen wird. Zusammengefasst sind damit keine signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich der Peergruppen-Kontakte zu erkennen. Auch hier liegen keine Normwerte vor, die den Vergleich mit einer deutschen altersgleichen Normalpopulation ermöglichen würden.

Hinsichtlich ihres körperlichen Gesundheitszustands zum Katamnesezeitpunkt gibt fast die Hälfte der Probanden der Heimgruppe das Vorliegen von somatischen Erkrankungen, Behinderungen und Beeinträchtigungen an. In der Gastfamiliengruppe ist diese Quote mit ca. einem Drittel der Probanden niedriger, der Unterschied ist statistisch aber nicht signifikant. Beide Gruppen erscheinen im Vergleich zur Allgemeinpopulation dieses Altersbereichs gehäuft belastet durch somatische Erkrankungen und Behinderungen.

Noch häufiger werden psychische Stressoren in Form von Sorgen und Problemen bejaht, und zwar in der Gastfamiliengruppe in etwas höherem Maße als in der Heimgruppe. Der Unterschied ist allerdings erneut statistisch nicht signifikant.

Fasst man die Katamnesedaten zur psychosozialen Integration und Gesundheit zusammen, dann finden sich keine statistisch bedeutsamen, konsistenten Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen. Die **3. Hypothese** der Untersuchung („Die Unterbringung in einer Gastfamilie bzw. in einer Heimeinrichtung hat Unterschiede hinsichtlich der langfristigen psychosozialen Integration und Gesundheit zur Folge“) **ist damit zu verwerfen.**

Hinsichtlich des **späteren Hilfebedarfs** der beiden Untersuchungsgruppen im Katamnesezeitraum zeigt sich kein Unterschied bei der Anzahl stationärer psychiatrisch- psychotherapeutischer und psychosomatischer Behandlungen. Ambulante Therapien in diesen Fachgebieten werden von den Probanden der Heimgruppe seltener in Anspruch genommen als von der Gastfamiliengruppe, der Unterschied hat eine kleine bis mittlere Effektstärke, ist jedoch nicht signifikant. Beide Gruppen weisen einen nahezu identischen Anteil von Probanden auf, die eine Psychopharmakotherapie angeben.

Die Gastfamiliengruppe hat eine etwas kleinere Quote von Probanden, die im Katamnesezeitraum keine weitere stationäre Jugendhilfemaßnahme in Anspruch nehmen, der Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant und zeigt nur eine kleine Effektstärke. Über 50 % der Probanden in beiden Gruppen nahmen nach der hier untersuchten Unterbringung in Gastfamilie oder Heim keine anderen stationären Jugendhilfen mehr in Anspruch. Für die Mehrheit der Untersuchungsteilnehmer beider Gruppen ist es damit offenbar gelungen, Drehtüreffekte mit wiederholten Heimwechseln zu vermeiden.

Bei der bis zum Katamnesezeitpunkt sich ergebenden Gesamtdauer von mit einer Fremdplatzierung verbundenen Jugendhilfemaßnahmen zeigt sich dagegen ein hochsignifikanter Gruppenunterschied: Mit 82,1% gibt die große Mehrheit der Probanden mit Gastfamilienunterbringung eine Gesamtdauer von über zwei Jahren an, bei der Heimgruppe liegt diese Quote mit 29,4% unter einem Drittel der Betroffenen. Der Unterschied bei der gesamten Unterbringungsdauer weist auch eine relativ hohe Effektstärke auf. Er dürfte - aufgrund des zuvor dargestellten Befunds zur Häufigkeit

der Inanspruchnahme von Jugendhilfen mit Fremdplatzierung - vor allem darauf zurückzuführen sein, dass die Gastfamilienunterbringungen selbst eine höhere Aufenthaltsdauer erreichen als die Heimunterbringungen. Da bei der retrospektiven Krankenaktenanalyse keine zuverlässigen Daten zur Dauer von Jugendhilfe-Unterbringungsmaßnahmen vor dem Beginn der beiden hier verglichenen Unterbringungen ermittelt werden konnten, bleibt diese Schlussfolgerung jedoch mit einer leichten Unsicherheit behaftet.

Die im Vergleich zur Heimgruppe relativ hohe Verweildauer der Jugendlichen in der Unterbringungsform Gastfamilie relativiert sich bei Gegenüberstellung mit der durchschnittlichen Verweildauer von Kindern und Jugendlichen in konventionellen Pflegeverhältnissen: Nach einer aktuellen deutschen Studie von van Santen (2010) liegt sie für Kinder, die im Alter von 9 bis 12 Jahren von ihren leiblichen Eltern getrennt werden, bei durchschnittlich 49,9 Monaten (SD: 43,9 Monate), also bei über vier Jahren, bei 12 bis 15-Jährigen bei durchschnittlich 27,1 Monaten (SD: 26,8 Monate) und bei 15 bis 18-Jährigen bei im Mittel 18,2 Monaten (SD: 16,2 Monate). Die Verweildauer sinkt also mit zunehmendem Lebensalter. Diese Zahlen zeigen, dass die in der vorliegenden Studie untersuchten Gastfamilienverhältnisse hinsichtlich ihrer Verweildauer mit konventionellen Pflegefamilienunterbringungen vergleichbar sind. Vergleicht man die Daten von van Santen (2010) mit der in vorliegenden Studie gefundenen Aufenthaltsdauer und berücksichtigt gleichzeitig die im Vergleich mit „normalen“ Pflegeverhältnissen hohe psychiatrische Morbidität der Stichprobe (die ja in der Regel mit einem höheren Hilfebedarf verknüpft ist) bereits vor der Gastfamilienunterbringung, dann erscheint es eher erstaunlich, dass die Unterbringungsdauer der hier untersuchten Gruppe nicht noch höher liegt.

Hinsichtlich des Vergleichs mit der Heimgruppe könnte vermutet werden, dass die längere Unterbringungsdauer auch mit der größeren Altersspannweite der Gastfamiliengruppe zusammenhängt. Sie umfasst ja anders als die Heimgruppe auch Probanden, bei denen die untersuchte Unterbringung bereits unter dem Alter von 12 Jahren erfolgt, was gemäß den Daten von van Santen (2010) ja mit höherer Verweildauer verknüpft ist. In der hier untersuchten Gruppe spielt dieser Faktor jedoch erstaunlicherweise keine relevante Rolle: In der Subgruppe der über 12-Jährigen, die in Gastfamilien untergebracht wurden, ist der Anteil mit längeren Unterbringungs-dauern sogar noch etwas höher, die Effektstärke des Unterschieds zur Heimgruppe reduziert sich nur geringfügig.

Bei stationären Hilfen anderer staatlicher Träger als der Jugendhilfe ergeben sich keine bedeutsamen Gruppenunterschiede, ebenso bei der Gesamtdauer solcher Maßnahmen. Im Vergleich zur Normalpopulation erscheint der Anteil von ca. 20% in beiden Gruppen, die solche Leistungen in Anspruch genommen haben, relativ hoch.

Fasst man diese Befunde zusammen, dann ist die **4. Hypothese** der Untersuchung (*„Die Unterbringung in einer Gastfamilie hat gegenüber der Unterbringung in einer Heimeinrichtung einen anderen Bedarf an psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfemaßnahmen und an weiteren, mit Fremdplatzierung im Rahmen staatlicher Maßnahmen verbundenen Hilfen zur Folge“*) in toto zwar zu verwerfen. Es bleibt allerdings bei sonst vergleichbaren „Hilfekarrieren“ der augenfällige Unterschied in der Gesamtdauer mit Fremdplatzierung außerhalb der Herkunftsfamilie verbundener Jugendhilfemaßnahmen. Er scheint darauf hinzudeuten, dass das Gastfamilienangebot eine stärkere Haltefunktion im Beziehungsbereich aufweist. Bei diesem Merkmal gibt es offenbar mehr Ähnlichkeit zur konventionellen Pflegefamilienunterbringung als zur Heimunterbringung. Aus psychologisch-psychiatrischer wie aus pädagogischer Sicht kann die „Haltefähigkeit“ des Gastfamilienmodells als Vorteil dieser Maßnahmeform gegenüber der Heimunterbringung interpretiert werden. Was die Pro-Kopf-Kosten der durchgeführten Jugendhilfemaßnahmen angeht, relativiert sich dadurch jedoch der Kostenvorteil eines geringeren Tagessatzes der Gastfamilien- gegenüber der Heimunterbringung.

Hinsichtlich der **Lebenszufriedenheit**, wie sie mit der entsprechenden Subskala des FPI-R gemessen wurde, ergeben sich in beiden Gruppen sehr ähnliche Werte, bei geringfügig höherer Lebenszufriedenheit der Gastfamiliengruppe. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant, die Effektstärke gering. Dies gilt auch bei Beschränkung des Vergleichs auf die altersangepasste Gastfamiliengruppe. Die **5. Hypothese** der Untersuchung (*„Probanden der Gastfamiliengruppe und der Heimgruppe unterschieden sich hinsichtlich der subjektiven Lebenszufriedenheit im Langzeitverlauf“*) **ist somit zu verwerfen.**

Zur **psychischen Belastung und psychiatrischen Morbidität** ergeben die Katamnesedaten ein uneinheitliches Bild:

Die psychische Symptombelastung zum Katamnesezeitpunkt, gemessen anhand der Selbstbeurteilung im YASR/YSR, liegt bei beiden Untersuchungsgruppen noch im Durchschnittsbereich, ist aber ca. 3 - 6 T-Wert-Punkte höher als in der Normalpopulation (Mittelwert in der Normierungsstichprobe des Verfahrens: $T = 50$). Dies gilt sowohl für die Gesamtwerte der Symptombelastung als auch für die beiden Syndromskalen für internalisierende (INT) und für externalisierende Auffälligkeiten (EXT). Allerdings stehen für den Vergleich mit den Altersnormgruppen nur im Fall des YSR deutsche Normwerte zur Verfügung. Beim YASR existiert bisher keine deutsche Normierung, so dass ersatzweise die amerikanischen Normen benutzt wurden. Ihre Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse ist bisher jedoch nicht empirisch abgesichert.

Bei allen drei untersuchten Parametern weist die Gastfamiliengruppe geringfügig höhere Werte auf als die Heimgruppe. Die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant, und die Effektgrößen liegen im kleinen (YABCL/YSR-Gesamtwert und INT-Wert) bis mittleren Bereich (EXT-Wert). Bei der altersparallelisierten Gastfamilien-Subgruppe sind alle drei Werte jeweils niedriger und befinden sich damit auf gleichem Niveau wie in der Heimgruppe, die Effektgrößen der Unterschiede gehen gegen Null.

In beiden Untersuchungsgruppen erreicht gemäß ihrer Selbstbeurteilung etwa ein Drittel der Befragten mit T-Werten über 60 eine psychische Symptombelastung im klinisch auffälligen Bereich. Entsprechend der Normierung des verwendeten Verfahrens und der Konstruktion der T-Wert-Skala haben nur ca. 16% der altersentsprechenden Normpopulation einen vergleichbar hohen Wert. In beiden Katamnesegruppen ist also anhand der Selbstbeurteilung der Anteil klinisch als auffällig einzuschätzender Probanden gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht.

Während die Selbstbeurteilungsdaten keine relevanten Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen zeigen, ergibt sich bei der Fremdbeurteilung der psychischen Symptombelastung der Probanden durch Dritte anhand YABCL/CBCL ein anderes Bild. Zwar liegen alle drei T-Werte (Gesamtwert, INT, EXT) der Heimgruppe in Übereinstimmung mit der Selbstbeurteilung im oberen Durchschnittsbereich. Die Fremdbeurteilungswerte der Gastfamiliengruppe sind jedoch deutlich erhöht, sie liegen jeweils über der 60-Punkte-Grenze und damit im klinisch auffälligen Bereich. Die Differenzen zur Heimgruppe sind bei der Gesamtbelastung und bei den internalisierenden Auffälligkeiten hoch signifikant und bei den externalisierenden Auffälligkeiten

ten signifikant, die Effektstärken dieser Unterschiede sind groß. Diese Befunde gelten in nur geringfügiger Abschwächung auch bei einer Beschränkung des Vergleichs auf die altersparallelisierte Gastfamiliengruppe. Zudem findet sich in der Gastfamiliengruppe, anders als in der Heimgruppe, eine deutliche Diskrepanz zwischen der Fremdbeurteilung und der Selbstbeurteilung. Dieser Befund ist nicht ungewöhnlich für klinisch auffällige Gruppen.

Der Anteil von Probanden mit klinisch auffälligen Werten ($T > 60$) schnellte bei der Fremdbeurteilung in der Gastfamiliengruppe auf 80%, während er in der Heimgruppe mit 30,8% auf dem gleichen Niveau wie in der Selbstbeurteilung bleibt. Auch bei der altersparallelisierten Gastfamilien-Subgruppe liegt die Quote klinisch auffälliger Ergebnisse bei 76,9%.

Damit erscheint die Gastfamiliengruppe auch zum Katamnesezeitpunkt gemäß Fremdrating klinisch auffällig belastet mit psychischen Symptomen.

Die Katamnesedaten zeigen einen negativen Zusammenhang zwischen der Fremdeinschätzung des Ausmaßes der psychischen Symptombelastung zum Zeitpunkt der Katamneseuntersuchung und der Dauer des Katamnesezeitraums. Dieser Zusammenhang könnte in der Weise interpretiert werden, dass mit zunehmendem zeitlichem Abstand zur Beendigung der Klinikbehandlung eine allmähliche Remission der psychischen Auffälligkeiten erfolgt. Der Zusammenhang zwischen dem Alter bei der Katamneserhebung und der Symptombelastung ist noch ausgeprägter (Korrelation zwischen dem YABCL-Gesamtwert und dem Alter: $r = -.50$). Der Altersfaktor erklärt damit immerhin 25% der Varianz bei der YABCL-Symptombelastung. Ältere Probanden beider Gruppen zeigen eine geringere Belastung mit psychischen Symptomen. Dies könnte darauf hindeuten, dass die psychischen Auffälligkeiten der Untersuchungsteilnehmer in nicht unerheblichem Umfang entwicklungsbedingt sind und sich mit dem Abschluss der Adoleszenzentwicklung zurückbilden.

Auffällig ist ferner, dass die altersbezogene Abnahme der Symptombelastung in der Selbstbeurteilung deutlich geringer ist als in der Fremdbeurteilung. Dazu könnte die Hypothese aufgestellt werden, dass bei den Fremdbeurteilern mit zunehmendem Alter der Beurteilten weniger Wissen um deren psychische Situation vorhanden ist (z.B. mitbedingt durch die adoleszenztypische Ablösung von und Abgrenzung gegenüber Elternobjekten).

Die Gastfamiliengruppe ist bei der Katamneseerhebung durchschnittlich 1,15 Jahre jünger als die Heimgruppe. Damit kommt der beschriebene Alterseffekt auch zwi-

schen den Gruppen zum Tragen: Die geringere Symptombelastung der Heimgruppe in der Fremdbeurteilung ist aufgrund des Alterseffekts teilweise auf das ca. 1,15 Jahre höhere Durchschnittsalter dieser Gruppe zurückzuführen.

Eine hohe psychische Symptombelastung ist ein gängiger Befund bei Nachuntersuchungen von ehemaligen Kinder- und Jugendhilfenutzern (vgl. Rücker et al. 2010, Lyons & Rogers 2004). Die relativ unauffälligen Fremdbeurteilungswerte der Heimgruppe weichen von diesem Befund ab, so dass sich auch die Frage aufwerfen lässt, ob sie möglicherweise ein methodisches Artefakt darstellen. Dafür spräche die in beiden Gruppen unterschiedliche Zusammensetzung des Personenkreises, der die Fremdbeurteilung abgegeben hat: In der Hälfte der Fälle der Gastfamiliengruppe stammt die YABCL-Fremdbeurteilung von Personen, die auch jugendhilfflich-professionell mit dem Probanden zu tun hatten und ihn und seine Ausgangsproblematik bereits aus der Zeit des Wechsels aus der Klinik in die Jugendhilfeunterbringung kennen, nämlich die Gastfamilieneltern selbst oder professionelle Betreuungspersonen. In der Heimgruppe trifft dies nur für 2 Fälle zu, hier sind die Beurteiler in der weit überwiegenden Zahl der Fälle dagegen entweder die eigenen leiblichen Eltern oder andere Verwandte. Es wäre denkbar, dass mit diesem Unterschied im Kreis der Beurteiler auch unterschiedliche Urteilsanker verbunden sein könnten in der Weise, dass die dem Verwandtenkreis entstammenden Beurteiler höhere Schwellen für die Einschätzung von Phänomenen als symptomatisch auffällig haben als die stärker dem professionellen Betreuungssystem zuzurechnenden Beurteiler.

Letztendlich bleibt jedoch der nicht endgültig zu klärende Befund, dass auch bei Berücksichtigung des geschilderten konfundierenden Alterseffekts die Gastfamiliengruppe zum Katamnesezeitpunkt in der Fremdbeurteilung psychisch noch ein höheres Maß an Auffälligkeiten zeigt als die Heimgruppe.

Neben der allgemeinen psychischen Symptombelastung wurde anhand des SKID-II-Selbstbeurteilungs-Fragebogens und –Interviews die Belastung mit Persönlichkeitsstörungen untersucht. Hier zeigt sich zwar bei der kategorialen Diagnostik eine etwas höhere Quote von Persönlichkeitsstörungen in der Heimgruppe, der Unterschied zur Gastfamiliengruppe ist jedoch nicht signifikant. Die Effektgröße liegt im mittleren Bereich. Bei der dimensional Diagnostik von Persönlichkeitsauffälligkeiten anhand des quantitativen SKID-II-Gesamtscores finden sich dagegen fast identische Gruppenmittelwerte.

Das Gesamtbild des Gruppenvergleichs hinsichtlich der psychischen Belastung und Morbidität zum Katamnesezeitpunkt ist damit nicht eindeutig. Da bei der Mehrzahl der dafür untersuchten Indikatoren - trotz gravierender Unterschiede bei den Fremdbeurteilungsergebnissen - keine signifikanten Unterschiede zu finden sind, wird die **6. Hypothese** der Untersuchung (*„Die in Gastfamilien untergebrachten Jugendlichen lassen sich zum Katamnesezeitpunkt hinsichtlich der Belastung mit psychischen Auffälligkeiten, Persönlichkeitsstörungen und auffälligen Persönlichkeitszügen von den in Heimeinrichtungen untergebrachten Jugendlichen unterscheiden“*) **mit Einschränkungen knapp verworfen.**

Die Katamneseteilnehmer wurden für die Studie schließlich auch hinsichtlich ihrer **retrospektiven Zufriedenheit mit der jeweiligen von ihnen erlebten Hilfemaßnahme** (Gastfamilie versus Heim) untersucht. Zu diesem Hypothesenbereich liegen Fragebogendaten und Interviewdaten vor. Sowohl bei allen im Katamnesefragebogen verwendeten zehn Einzelitems zu den unterschiedlichen Einzelaspekten der Maßnahmenzufriedenheit als auch bei der aus dem Summenwert dieser zehn Items gebildeten Skala Gesamt-Zufriedenheit geben die Probanden, die in Gastfamilien untergebracht waren, eine etwas höhere Zufriedenheit mit dieser Maßnahme an als die in Heimen untergebrachten Probanden. Bis auf signifikante Unterschiede bei den beiden Einzelitems *„Wenn ich mich jetzt noch einmal entscheiden müsste, würde ich wieder in die Gastfamilie / ins Heim gehen“* und *„Es sollten mehr Kontakte mit meiner Familie stattfinden“* sind die Gruppenunterschiede auf der Itemebene jedoch statistisch nicht signifikant. Die höhere Gesamtzufriedenheit verfehlt mit $p = .07$ knapp die Signifikanzgrenze.

In der qualitativen Inhaltsanalyse der Interviewdaten findet sich eine signifikant höhere retrospektive Maßnahmenakzeptanz (Frage 7) bei den früher in Gastfamilien untergebrachten Probanden als bei den in Heimen untergebrachten Probanden. Die selbst erlebte Maßnahmenform wird von den Gastfamilien-Probanden hochsignifikant häufiger weiterempfohlen (Frage 3). Ebenso bestehen hochsignifikant häufiger noch zum Katamnesezeitpunkt, d.h. oft mehrere Jahre nach Abschluss der Maßnahme, Kontakte zwischen den Probanden und ihrer Gastfamilie fort als Kontakte zwischen den Probanden der Heimgruppe und früheren Bezugspersonen aus ihren Heimeinrichtungen (Frage 8). Auch dies kann als Hinweis für eine höhere Zufriedenheit der

Gastfamiliengruppe mit der erlebten Unterbringungsform gewertet werden. Schließlich berichten die Probanden der Gastfamiliengruppe bei der offenen Abschlussfrage 9 hochsignifikant häufiger spontan von emotional positiven früheren Erfahrungen mit ihrer Gastfamilie.

Damit kann insgesamt die **7. Hypothese** („Die retrospektive subjektive Maßnahmenzufriedenheit der Probanden mit Gastfamilienunterbringung und der Probanden mit Heimunterbringung unterscheiden sich“) als **bestätigt** gelten: Die Ergebnisse zeigen, dass die früher in Gastfamilien Untergebrachten mit ihrer Unterbringungsform Im Rückblick zum Katamnesezeitpunkt zufriedener sind als die in Heimen Untergebrachten.

Es könnte allerdings eingewendet werden, dass noch laufende Unterbringungsmaßnahmen besser bzw. unkritischer bewertet werden als bereits abgeschlossene Maßnahmen, z.B. aus dem Motiv, die Beziehung zu den Betreuern nicht zu belasten oder aus Ängsten vor möglichen (vermeintlichen oder realen) negativen Folgen kritischer Äußerungen. Dieser Befund ist z.B. aus Untersuchungen zur Behandlungszufriedenheit von Klinikpatienten bekannt, in denen während der Therapie bzw. zum Zeitpunkt der Entlassung eine höhere Zufriedenheit angegeben wird als bei einer späteren Nachbefragung mit zeitlichem Abstand zur bereits abgeschlossenen Behandlung. Ein solcher Beurteilungseffekt könnte jedoch nur in der Gastfamiliengruppe wirksam werden, da in der Heimgruppe beim Katamnesezeitpunkt bereits alle Unterbringungen abgeschlossen waren. Durch diesen systematischen Unterschied wäre ein Bias mit einer systematischen Verzerrung der Ergebnisse in Richtung einer insgesamt besseren Bewertung der Gastfamilienmaßnahmen denkbar. Um diesen Effekt zu kontrollieren, wurde geprüft, inwieweit das Antwortverhalten davon abhängt, ob die Maßnahme bereits abgeschlossen ist oder nicht. Die beschriebenen Daten der qualitativen Inhaltsanalyse (Frage 1, Frage 2) ergeben jedoch keinen Hinweis dafür. Auf der an den BEST-KJ angelehnten Skala für die Maßnahmenzufriedenheit geben die Probanden mit noch laufenden Gastfamilienunterbringungen sogar eine geringere Maßnahmenzufriedenheit an als diejenigen mit bereits abgeschlossenen Aufenthalten. Somit ist diese Alternativhypothese zu verwerfen.

In der Gastfamiliengruppe fällt auf, dass in der weit überwiegenden Mehrheit der untersuchten Maßnahmen (79,3 %) fehlende oder negative Kontakte zwischen Herkunftsfamilie und Gastfamilie berichtet wurden. Dem steht eine deutlich geringere

Quote von 37,5 % der untersuchten Heimaßnahmen gegenüber, bei denen die Probanden in gleicher Weise fehlende oder negative Kontakte zwischen Heim und Herkunftsfamilie angaben. Die Interpretation, dass Gastfamilien häufiger als Heime in Konkurrenzsituationen zu den Herkunftsfamilien geraten, die zur Vermeidung von gegenseitigen Kontakten oder eben zu konflikthaftern Kontakten führen, scheint naheliegen. Sie entspricht einem gängigen Befund der Pflegefamilienforschung bei jüngeren Kindern, bei denen sich häufig starke Loyalitätskonflikte aufgrund ihrer Position zwischen beiden Familiensystemen finden (z.B. Arnold et al. 2008, Kötter 1997²). Möglicherweise stellt in dieser konflikthaftern Triade das Vermeiden von Kontakten zwischen Herkunftsfamilie und Gastfamilie teilweise auch einen „Bewältigungsmechanismus“ zur Verhinderung von Konflikteskalationen dar.

4.3 Methodenkritische Diskussion

4.3.1 Zum Studiendesign

Die vorliegende Studie hat kein experimentelles, sondern ein naturalistisches, quasi-experimentelles Untersuchungsdesign. Gegen diesen methodischen Ansatz bei der Untersuchung der Fragestellung kann eingewendet werden, dass durch die fehlende Randomisierung bei der Zuordnung der Probanden zu den beiden Untersuchungsgruppen – ganz abgesehen von der in Evaluationsstudien zu solchen Interventionen gar nicht möglichen Verblindung der Probanden - der anzustrebende methodische „Goldstandard“ einer RCT-Studie („Randomized Control Trial“) weit verfehlt wird. Dem lässt sich jedoch entgegenhalten, dass in der klinischen Wirksamkeitsforschung in den letzten Jahren der Wert von RCT-Studien für die klinische Praxis etwas relativiert und die Aussagekraft von quasi-experimentellen, naturalistischen Beobachtungsstudien im Gegenzug wieder höher eingeschätzt werden. Dies kommt etwa im „Methodenpapier“ des wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG (2009) hinsichtlich des Kriteriums der externen Validität von Wirksamkeitsstudien zum Ausdruck. Von den Autoren werden Studien gefordert, bei denen die Studienbedingungen mit den Bedingungen der klinischen Praxis vergleichbar sind. Auch in anderen Bereichen wurden ähnliche Stimmen laut (vgl. Clay 2010). Die vorliegende Studie erfüllt derartige Forderungen in besonderem Maße, als in ihr eben diese klinische und jugendhilfliche Praxis anhand „natürlicher Gruppen“ untersucht wird.

Während sich die Gastfamiliengruppe aus Patienten aller drei altersdifferenzierten kinder- u. jugendpsychiatrischen Stationen zusammensetzt, umfasst die Heimgruppe nur Patienten einer dieser drei Stationen (Jugendstation 2082). Dies hat den Hintergrund, dass die Probanden der Gastfamiliengruppe von JuMeGa aufgelistet wurden, während für die Bildung der Heimgruppe nur bei den Patienten der Station 2082 Einverständniserklärungen für eine katamnestische Nachbefragung zur Verfügung standen. Methodisch sind damit leichte Einschränkungen bzgl. der Vergleichbarkeit der Gruppen verbunden: Vor allem führt dieses Vorgehen dazu, dass bei der Heimgruppe das Durchschnittsalter höher und die Altersstrebenebreite geringer ist als in der Gastfamiliengruppe, da in der Heimgruppe keine jüngeren Patienten der Kinderstation enthalten sind. Die fehlende Randomisierung bei der Gruppenzuordnung resultiert also in einer fehlenden Balance der Kovariate bzw. Störvariable Alter. Der Einfluss dieser fehlenden Balance von Kovariaten könnte u.U. den interessierenden Treatment-Effekt überlagern und konfundieren.

Zur Eliminierung derartiger Störeffekte können Verfahren wie die Kovarianzanalyse eingesetzt werden. Eine Kovarianzanalyse ist jedoch nur sinnvoll bei randomisierten Gruppen. Ihre Durchführung setzt auch voraus, dass die Stör- bzw. Kontrollvariable nach Möglichkeit nur mit der abhängigen und nicht mit der unabhängigen Variable korrelieren sollte, da diese Korrelation sonst den eigentlich interessierenden Effekt zum Verschwinden bringen kann (vgl. Bortz & Döring 2006⁴, S. 544f.). Diese Voraussetzung ist jedoch bei der vorliegenden Studie nicht gegeben, da die Alterszusammensetzung einen deutlichen Zusammenhang mit der jeweiligen Untersuchungsgruppe aufweist.

Zur Kontrolle eines systematischen Verzerrungseffektes durch die unterschiedliche Altersverteilung wurde deshalb ein anderer methodischer Weg beschritten: In der Gastfamiliengruppe wurde eine altersparallelisierte Subgruppe zur Heimgruppe gebildet, die ebenso wie die Heimgruppe nur diejenigen Klinikpatienten enthält, die zum Entlassungszeitpunkt über 12 Jahre alt waren. Der Vergleich dieser Subgruppe mit der Heimgruppe hinsichtlich der erfassten Parameter wie Schweregrad der psychischen Störung, psychopathologischen, familiären oder soziodemographischen Merkmalen ergab insgesamt keine anderen Ergebnisse als bei der gesamten, auch die Jüngeren umfassenden Gastfamiliengruppe. Ein systematischer Verzerrungseffekt durch die Unterschiede bei der Alterszusammensetzung beider Gruppen kann damit weitgehend ausgeschlossen werden.

Die beiden Untersuchungsgruppen stammen aus nicht ganz identischen Erhebungszeiträumen: Während sich die Gastfamiliengruppe aus allen von August 1997 bis Januar 2005 in Gastfamilien untergebrachten Patienten der Weissenauer Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammensetzt, ist die Heimgruppe aus allen betreffenden Patienten des Zeitraums Januar 2000 bis Dezember 2004 gebildet, da erst ab 2000 Patientenlisten der Klinik verfügbar waren. Um diese „Einschluss-Zeiträume“ vollständig zu parallelisieren, wäre es möglich gewesen, aus der den Zeitraum ab 1997 umfassenden JuMeGa-Liste ($n = 54$) nur die ab Januar 2000 in Gastfamilien untergebrachten Jugendlichen ($n = 40$) in die Untersuchungsgruppe einzuschließen. Das hätte jedoch eine beträchtliche Verkleinerung der Gruppengröße um 14 Fälle zur Folge gehabt und damit die Aussagekraft der Studie geschmälert. Um für den retrospektiven Untersuchungsschritt eine mit der Heimgruppe vergleichbare Gruppengröße zu erhalten, wurden deshalb alle auf der JuMeGa-Liste verzeichneten Jugendlichen in die Studie aufgenommen.

Vergleicht man die fast identischen Katamnesezeiträume (Mittelwert 6,19 Jahre in der Gastfamiliengruppe und 6,30 Jahre in der Heimgruppe) und deren erheblichen Range bzw. die sich statistisch nicht unterscheidende Streuung, dann erscheint diese Entscheidung auch inhaltlich vertretbar, zumal keine Hinweise (wie z.B. etwaige sich auf die Indikationsstellung auswirkende konzeptionelle Änderungen bei JuMeGa) dafür vorliegen, dass sich die vor dem Jahr 2000 in Gastfamilien aufgenommenen Jugendlichen in irgendeiner Weise von den später aufgenommenen unterscheiden.

Eine Intention to treat-Analyse (ITT) („as randomized, so analyzed“): wäre inhaltlich sinnvoll, kann aber nicht angewendet werden, da die Gastfamiliengruppe anhand einer Liste von JuMeGa gebildet wurde, die alle Probanden umfasst, bei denen das „Treatment“ (der Gastfamilienaufenthalt) auch erfolgte. D.h. in dieser Gruppe sind – anders als in der Gruppe der in Heimen Untergebrachten – nicht diejenigen Probanden enthalten, für die ein Gastfamilienaufenthalt empfohlen wurde, aber nicht zustande kam. Zum anderen fehlt natürlich auch die Voraussetzung der randomisierten Zuordnung der Probanden zu den Untersuchungsgruppen.

4.3.2 Loss-to-Follow-Up

Der katamnestische Untersuchungsteil weist eine deutlich geringere Stichprobengröße auf als der Datensatz der retrospektiven Krankenaktenanalyse. Viele Probanden der Ausgangsstichproben waren zum Katamnesezeitpunkt wie oben beschrieben nicht mehr auffindbar oder lehnten eine Katamneseteilnahme ab. Entgegen der Erwartung bei Studienbeginn, in beiden Gruppen ungefähr gleich hohe Katamneseteilnahme-Quoten erreichen zu können, fiel die Loss-to-Follow-up-Rate in der Heimgruppe wesentlich höher aus als in der Gastfamiliengruppe. Sie liegt in der Gastfamiliengruppe bei 49,1 % und in der Heimgruppe bei 72,6 %. Mit $n = 17$ bzw. einer Teilnahmequote von 27,4% der Ausgangsgruppe konnte bei der Heimgruppe nur eine unerwartet geringe Stichprobengröße realisiert werden. Hohe Drop-Out-Raten sind freilich in Verlaufs- und katamnestischen Studien zu Jugendhilfe-Maßnahmen die Regel (vgl. Macsenaere 2009) und stellen keine Besonderheit der hier vorliegenden Studie dar. In verschiedenen Studien über Jugendhilfeverläufe wird beschrieben, dass die untersuchte Gruppe von Jugendlichen und ihren Familien sehr schwer zu erreichen und zur Teilnahme an den Untersuchungen zu motivieren ist, so dass die Teilnahmequote meist niedrig ausfällt (McSherry et al. 2010, Institute of Child Care Research 2008). Macsenaere (2009, S. 197) kommt zu der Feststellung: „Da dieses katamnestische Vorgehen gerade in der Jugendhilfe sehr aufwändig ist und zudem ein selektionsbehaftetes Ausdünnen der Stichprobe („drop out“) zu erwarten ist, wird in der Mehrzahl der Studien darauf verzichtet.“

In Anbetracht der im Vergleich zu anderen Treatment-Katamnesen im Kinder- und Jugendbereich relativ hohen Katamnesedauer von 6,58 bzw. 6,71 Jahren in beiden Gruppen erscheint die Schlussfolgerung gerechtfertigt, dass die erreichte Teilnahmequote dem üblichen Niveau in diesem Altersbereich entspricht. Es stellt sich jedoch die Frage, weshalb in der Gastfamiliengruppe mit 51,9% eine fast doppelt so hohe Teilnahmequote erreicht werden konnte.

Aus der Forschungsliteratur zu Gründen der Nicht-Teilnahme an Interview- und Fragebogenstudien ist der allgemeine Befund bekannt, dass teilnehmende gegenüber nicht-teilnehmenden Personen sich durch ein höheres Ausbildungsniveau und höheren Bildungsstatus, durch höhere Intelligenz, höheren Sozialstatus, positivere Lebenseinstellung und eine engere Beziehung zum Untersucher auszeichnen (Bortz & Döring 2006⁴, S. 249, S. 259). Es kann angenommen werden, dass dieser generelle Befund auch für die beiden hier untersuchten Stichproben gilt. Dies würde die

Schlussfolgerung nahelegen, dass die deutlich höhere Nicht-Teilnahme-Quote in der Heimgruppe unter anderem auf schlechtere Entwicklungsverläufe hinsichtlich z.B. Bildung, erreichtem Sozialstatus und Lebenseinstellung im Katamneseverlauf zurückzuführen ist. Damit würde sie im Sinne der Untersuchungshypothesen auf schlechtere Treatment-Effekte der gesamten Heimgruppe deuten als es in den Daten der katamnestisch erreichten Teilgruppe zum Ausdruck kommt.

Die unterschiedliche Loss-to-Follow-up-Rate der beiden in der vorliegenden Studie untersuchten Gruppen lässt sich jedoch auch dahingehend interpretieren, dass im vorliegenden Fall auch differentiell wirksame Treatment-Faktoren zum Tragen kamen. Zu vermuten ist, dass das unterschiedliche Vorgehen bei der Gewinnung der Katamnese Teilnehmer einen wichtigen Anteil hat: In der Gastfamiliengruppe wurde der Kontakt zum Untersuchungsleiter häufig über den früher für den Betroffenen zuständigen Mitarbeiter von JuMeGa vermittelt, also über eine Kontakt- oder Bezugsperson des damaligen Betreuungssystems. In der Heimgruppe dagegen erfolgte die Kontaktaufnahme in der Regel durch den Untersuchungsleiter selbst, ohne Zwischenschaltung von Kontaktpersonen aus dem früheren Hilfesystem. Da von JuMeGa ein deutliches Interesse an der Durchführung der Studie zum Ausdruck gebracht wurde, könnte dies im Zusammenwirken mit einer eventuell noch bestehenden positiven Beziehung oder Bindung zwischen den Probanden und der JuMeGa-Kontaktperson zu einem höheren „commitment“ und dadurch zu einer höheren Teilnahmebereitschaft dieser Gruppe beigetragen haben. Außerdem könnte dies ebenso die Offenheit und Bereitschaft zur Präsentation auch schwieriger, konflikthafter Selbstanteile bei der Fragebogenbearbeitung und im Interview differentiell beeinflusst haben.

Dieser in beiden Gruppen differentiell wirksame Faktor kann nun einerseits als Störvariable gesehen werden, die die Aussagekraft der Studienergebnisse hinsichtlich der Treatment-Effekte schmälern könnte. Jedoch ergeben sich kaum Anhaltspunkte dafür, dass Gruppenunterschiede in der Bereitschaft zur Selbstauskunft wirksam waren. Auf der anderen Seite lässt sich die geringere Teilnahmequote der Heimgruppe aber auch selbst als Hinweis auf einen Treatment-Effekt interpretieren. Sie könnte als Indiz dafür betrachtet werden, dass diese Maßnahme im Vergleich zur Unterbringung in Gastfamilien ein geringeres Maß an dauerhaft tragfähiger Beziehungsqualität zwischen den Probanden und den Bezugspersonen des Hilfesystems hinterlässt, wie

sich an der unterschiedlichen Rate noch aufrechterhaltener Kontakte ebenfalls ablesen lässt.

4.3.3 Datenmaterial und Untersuchungsinstrumente

Bei der Untersuchung der Patientenakten für den retrospektiven Untersuchungsschritt zeigte sich, dass Umfang und Güte (im Sinne von Zuverlässigkeit der Angaben) der in den Akten vorliegenden Datendokumentation teilweise stark variierte. Teils erwiesen sich beide Aspekte als abhängig von der Aufenthaltsdauer der Klinikbehandlung und von der Erreichbarkeit von Informanten für die Erhebung von fremdanamnestischen Daten durch die behandelnden Ärzte und Therapeuten. Es muss deshalb festgehalten werden, dass die in der Studie untersuchten Variablen in einzelnen Fällen nicht nachvollziehbar dokumentiert waren. Die daraus resultierende Missing-Data-Quote ist jedoch insgesamt gering.

Das Untersuchungsinstrumentarium umfasst neben der Fremdbeurteilung anhand des YABCL und den Interviewratings vorwiegend Selbstbeurteilungsverfahren, die Ergebnisse beruhen also zu einem großen Teil auf Selbsteinschätzungen der betroffenen Probanden. Aus der Psychotherapieforschung ist die Problematik von Selbstauskünften bekannt, die immer auch mit der Gefahr von Verzerrungstendenzen, z.B. der Tendenz zu sozial erwünschten Antworten oder zur Akquieszenz, verbunden sind und nur einen Teil der klinisch-evaluativ relevanten Gesichtspunkte abdecken. Evaluationsstudien in der kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung umfassen deshalb – neben verschiedenen Datenebenen - sinnvollerweise nicht nur die Daten, die vom Patienten selbst als Informant gewonnen werden können, sondern auch Angaben von Dritten.

Aus Gründen der Untersuchungsökonomie war bei der vorliegenden Studie eine aufwändigere Erfassung von fremdanamnestischen Angaben bzw. von Daten Dritter als mit dem angewendeten Fragebogenverfahren allerdings nicht möglich. Da die hier genannten Antworttendenzen beide Untersuchungsgruppen in gleichem Maße betreffen, ist dadurch keine nennenswerte Verzerrung der Untersuchungsergebnisse hinsichtlich des Gruppenvergleichs zu erwarten.

Für den Fremdbeurteilungsteil wurde die Einschätzung nicht durch professionelle Fachkräfte, sondern durch Bezugspersonen der Probanden erfasst, die von diesen selbst für die Befragung ausgewählt wurden. Eine solche Selbstauswahl der „Fremd-

beurteiler“ durch die inzwischen volljährigen Untersuchungsteilnehmer war aufgrund rechtlicher Gesichtspunkte unumgänglich und auch aus ethischen Gründen des Respekts für die Autonomie der Betroffenen geboten. Damit verbindet sich allerdings das Problem, dass gerade bei psychisch auffälligen Personen Selbst- und Fremdbeurteilung häufig stark divergieren. Außerdem wäre denkbar, dass von den Teilnehmern bevorzugt solche Personen als Beurteiler ausgewählt wurden, von denen sie ein „sozial erwünschtes“ Beurteilungsergebnis bzw. ein Leniency-Effekt erwarten konnten. Da die einzig mögliche Alternative in einem Verzicht auf die Fremdbeurteilung durch Dritte bestanden hätte, wurde die Entscheidung getroffen, diese Risiken in Kauf zu nehmen und die verfügbare Datenquelle zu nutzen. Die dargestellten Ergebnisse zur psychischen Symptombelastung zeigen, dass ein systematischer Fehler durch einen Milde-Effekt zumindest bei der Gastfamiliengruppe, die in der Fremdbeurteilung als höher belastet eingestuft wird als in der Selbstbeurteilung, ausgeschlossen werden kann. Bei der Heimgruppe liegt die Symptombelastung im Selbst- und im Fremdurteil auf dem gleichem Niveau, so dass auch hier kein Verdacht auf einen Bias durch Leniency-Effekt o.ä. besteht. Die Diskrepanz zwischen relativ unauffälliger Selbsteinschätzung und klinisch auffälligerer Fremdeinschätzung der psychischen Symptombelastung bei der Gastfamiliengruppe ist jedoch ihrerseits erklärungsbedürftig, hier wäre weitere Forschung nötig.

Für die Katamneseerhebung wurde ein eigenes kurzes Interview konzipiert, das qualitativ-inhaltsanalytisch ausgewertet wurde. Die Analyse der Interraterübereinstimmung bei der Kodierung der Interviewdaten anhand der dafür entwickelten Auswertungskategorien ergab mit Fleiss-Kappa-Koeffizienten zwischen 0.65 und 0.95 durchgängig gute bis sehr gute Werte für die Beurteilerübereinstimmung. Damit kann von einer hohen Objektivität und Reliabilität der mit der qualitativen Inhaltsanalyse ermittelten Ergebnisse ausgegangen werden. Die höchsten Übereinstimmungswerte fanden sich nicht überraschend bei den Fragen, deren Antworten bzw. -kategorien das geringste Maß an Interpretation im Ratingprozess erfordern. Die mit ihnen ermittelten Daten (z.B. bei Frage 3 nach der empfohlenen Unterbringungsform, mit den Antwortkategorien Gastfamilie oder Heim oder andere Antworten; Fleiss-K = 0.95) ähneln weniger der Datengewinnung einer qualitativen und mehr dem einer quantitativen Inhaltsanalyse, bei der statt einer abs-

trahierenden Interpretationsleistung des Beurteilers ein mechanisches „Auszählen“ von Textelementen erfolgt (vgl. Bortz & Döring 2006⁴, S. 149).

Mit Fleiss-K = 0.65 bzw. 0.66 ergaben sich die niedrigsten der neun Übereinstimmungswerte bei Frage 4 nach den Auswirkungen des Aufenthalts in Gastfamilie/Heim auf die Beziehung zur Herkunftsfamilie und bei Frage 6 nach der hilfreichsten Erfahrung. Die ursprünglichen Auswertungskategorien zu Frage 6 hatten sich bereits in der Konsensuskonferenz der vier Rater als nur eingeschränkt trennscharf erwiesen und wurden deshalb nochmals überarbeitet vor ihrer endgültigen Festlegung in einer zweiten Konsensuskonferenz. Sie erfordern jedoch auch in dieser Endfassung eine relativ hohe Abstraktions- und Interpretationsleistung durch die Beurteiler, so dass hier im Zusammenhang mit dem nur begrenzt möglichen Ratertraining keine hervorragenden Übereinstimmungswerte erreicht werden konnten. Ähnliches gilt für die Auswertungskategorien für Frage 4: Zwar hatten die Rater hier nur zu beurteilen, ob die Antwort entweder eine Verbesserung, eine Verschlechterung oder keine Veränderung der Beziehung zur Herkunftsfamilie erkennen lässt. Für diese drei relativ einfach anmutenden Auswertungskategorien ließ sich jedoch keine völlige Beurteilerübereinstimmung erreichen, was hypothetisch durch leicht unterschiedliche subjektive Urteilsanker der vier Rater hinsichtlich dessen erklärt werden kann, was von ihnen als Verbesserung oder Verschlechterung der Beziehungsqualität angesehen wurde.

Insgesamt bleibt jedoch festzuhalten, dass die Übereinstimmungswerte bei den Auswertungskategorien für alle neun Fragen auf einem mindestens guten Niveau liegen und damit von einer guten Datenqualität ausgegangen werden kann.

Der Sachverhalt, dass der Untersucher (E.N.) bei einem Teil der untersuchten Probanden in der Zeit vor der Katamneseerhebung während Klinikaufenthalten am ZfP Weissenau in therapeutischer Funktion tätig war, könnte unter Umständen als systematischer Fehler zu einer Verzerrung der erhobenen Daten führen. Bei den Untersuchungsteilnehmern mit einer früheren therapeutischen Beziehung zum Untersucher war die Bereitschaft zur Teilnahme an der Katamnese erhöht. Dies zeigt sich daran, dass der Anteil der Probanden mit einer solchen therapeutischen Beziehung in den Ausgangsgruppen der retrospektiven Krankenaktenanalyse bei 20,0% liegt (24 von 120), bei den Katamneseeteilnehmern aber auf 40,0% ansteigt (18 von 45 Fällen). Der Schluss liegt nahe, dass durch eine solche frühere Beziehung eine hö-

here Teilnahmebereitschaft gefördert wurde. Es wäre nun denkbar, dass durch diesen Beziehungsaspekt auch das konkrete Antwortverhalten der Katamneseteilnehmer differentiell beeinflusst werden könnte.

Um diesen potentiellen Bias zu kontrollieren, wurde geprüft, ob sich bei der psychischen Symptombelastung Unterschiede zwischen der Probandengruppe mit und der Gruppe ohne frühere therapeutische Beziehung zum Untersuchungsleiter finden. Für diesen Vergleich wurden die Indizes der psychischen Symptombelastung gewählt, weil die in den dafür verwendeten Testverfahren (YASR/YSR bzw. YABCL/CBCL) erfassten Inhalte vergleichsweise sehr persönlicher Natur sind. Es handelt sich um teils sensible Daten mit hoher Selbstwertrelevanz. Wenn eine frühere therapeutische Arbeitsbeziehung zwischen Untersucher und Proband einen Einfluss auf die erhobenen Daten (z.B. durch unterschiedliche Offenheit und Kooperationsbereitschaft bei der Katamnesebefragung) haben sollte, dann kann davon ausgegangen werden, dass er sich primär nicht bei objektivierbaren, „harten“ Daten wie z.B. soziodemographischen Angaben, sondern am ehesten in diesen für die Betroffenen sensitiven Inhalten äußert. Bei allen sechs dafür verglichenen Indizes finden sich jedoch keine signifikanten Unterschiede. Damit kann gefolgert werden, dass die frühere therapeutische Arbeitsbeziehung zu einem Teil der Probanden keinen systematischen Fehler für die Datenqualität der Self-Report-Daten bedeutet.

Neben dem Einfluss einer früheren therapeutischen Beziehung auf das Antwortverhalten der Katamneseteilnehmer stellt sich natürlich auch die Frage von deren Einfluss auf den Untersucher selbst. Bei klinischen Studien im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich sollten die Person des (früheren) Therapeuten und die des Untersuchers nach Möglichkeit getrennt sein. Ansonsten ist schwer zu kontrollieren, inwieweit ein aus der Beziehung resultierender Urteilsfehler (z.B. Leniency-Effekt und Self-Serving-Bias, vgl. Bortz & Döring 2006⁴, S. 183ff.) auch die in der Funktion als Untersucher erhobenen Daten beeinflusst.

Eine Durchführung der Untersuchung durch eine dritte Person ohne eine derartige frühere therapeutische Beziehung war jedoch bei der präsentierten Studie nicht möglich. Drittmittel zur Finanzierung der Forschungstätigkeiten beauftragter Dritter waren nicht verfügbar. Deshalb kam nur eine Untersuchung durch den Autor selbst in Frage, andernfalls hätte auf die Studie ganz verzichtet werden müssen. In Anbetracht des beschriebenen Mangels an empirischer Forschung in diesem Gebiet wurde die

Entscheidung getroffen, trotz der damit verbundenen methodischen Gefahrenquellen die Studie durchzuführen, diese aber soweit möglich zu kontrollieren.

Für die Fehlerquelle eines subjektiven Urteiler-Bias des Untersuchers wären qualitative Daten im Vergleich zu „harten“ Daten in besonderem Maße anfällig. Zur Kontrolle derartiger potentieller Verzerrungseffekte wurden deshalb bei der qualitativen Inhaltsanalyse der Interviewdaten wie beschrieben die Daten von vier verschiedenen, unabhängigen Ratern beurteilt. Ein Rater war der Untersuchungsleiter selbst, sein Urteil wurde mit dem von drei weiteren, unabhängigen Ratern verglichen. Wie die dargestellten guten bis sehr guten Werte der Interraterreliabilität zeigen, ergibt sich auch bei der qualitativen Inhaltsanalyse kein Hinweis dafür, dass die frühere therapeutische Arbeitsbeziehung zwischen Untersuchungsleiter und einem Teil der Probanden zu einer Verzerrung der Ergebnisse führte. Da bei den übrigen, „härteren“ Daten der Untersuchung die Gefahr von Urteilsfehlern des Untersuchers geringer ist, kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die Ergebnisse potentiell verzerrende Effekte durch die frühere therapeutische Beziehung zu einem Teil der Untersuchungsteilnehmer zu vernachlässigen sind.

4.3.4 Statistische Aussagekraft

Die Testpower beim Vergleich von Unterschieden zwischen den beiden Untersuchungsgruppen zu den beiden Messzeitpunkten ist wesentlich durch die unterschiedlichen Stichprobengrößen des retrospektiven und des katamnestischen Studienteils determiniert. Für die retrospektive Krankenaktenanalyse kann in Anbetracht der Gesamtstichprobengröße von $n=120$ davon ausgegangen werden, dass für Signifikanztests auf dem 5%-Niveau und mittlere Effektstärken ($\delta = 0,5$, $\phi = 0,3$) eine gute Testpower von $1 - \beta = 0,8$ gewährleistet ist. Für die katamnestischen Untersuchungsdaten mit dem deutlich geringeren Gesamt-Stichprobenumfang von $n=45$ ist diese Testpower jedoch nur für große Effektstärken ($\delta = 0,8$, $\phi = 0,5$) gegeben. Eine derart hohe Effektstärke wäre jedoch bei den verglichenen Maßnahmen sowohl aus theoretischer wie aus klinischer Sicht gar nicht zu erwarten. Die Testpower der Katamnesestichprobe für mittlere oder gar kleine Effekte, die eigentlich vermutet werden, ist demgegenüber deutlich geringer. Trotz dieser methodischen Schwäche lässt sich die Entscheidung für die Durchführung der Studie trotz geringer Stichprobengröße argumentativ begründen:

Beim JuMeGa-Gastfamilienmodell handelt es sich um eine neue, bisher empirisch nur unzureichend untersuchte Form der Jugendhilfe. Die Evaluation der Gastfamilienunterbringung stellt eine neuartige Fragestellung dar, die in der bisher verfügbaren empirischen Literatur zu den Effekten von Jugendhilfemaßnahmen nirgends untersucht wurde. Wie oben ausgeführt, besteht generell ein Mangel an kontrollierten Studien zu den unterschiedlichen Interventionsansätzen der Jugendhilfe. Bei der Gastfamiliengruppe erlaubt das Studiendesign im retrospektiven Untersuchungsteil eine Vollerhebung aller mit dieser Maßnahme behandelten Probanden. Im untersuchten Unterbringungszeitraum gab es keine weiteren Probanden, die diesem Treatment ausgesetzt waren. Die Untersuchung schöpft hier also die maximal mögliche Zahl von Teilnehmern aus. Bei den Probanden der Heimgruppe handelt es sich demgegenüber zwar um keine Vollerhebung. Es war jedoch keine größere Stichprobe möglich als die der in der Studie erfassten Patienten der beschriebenen Jugendstation, da von den Klienten der anderen Stationen von der Klinik keine Einverständniserklärung für die Durchführung katamnestischer Studien eingeholt und in den Krankenakten dokumentiert worden war. Eine Vollerhebung hätte den Rückgriff auch auf diese Fälle erfordert, war deshalb aber datenschutzrechtlich nicht möglich. Auch bei der Heimgruppe wird von der Studie also die maximal mögliche Stichprobengröße ausgeschöpft. Sie liegt zahlenmäßig auch im gleichen Bereich wie die Größe der Gastfamiliengruppe, was die statistische Vergleichbarkeit verbessert. Für die retrospektive Analyse ergibt sich wie beschrieben eine gute Testpower. Der katamnestische Untersuchungsteil hat eine geringere Power und dadurch einen stärker explorativen Charakter. In Anbetracht des bisherigen Mangels an Katamnesestudien im Jugendhilfebereich erscheint dies aber vertretbar, um überhaupt erste Daten zu gewinnen.

Wie in anderen vergleichbaren Studien ergibt sich auch in der vorliegenden Untersuchung das Problem des multiplen Testens (vgl. Victor et al. 2010). Es resultiert vor allem daraus, dass infolge der komplexen Fragestellung kein singulärer zu untersuchender Endpunkt existiert, sondern multiple Endpunkte erfasst werden müssen, und aus der Analyse von Subgruppen. Um der Gefahr zufällig signifikanter Unterschiede zu begegnen, die proportional zur Gesamtzahl der statistischen Tests ansteigt, wurde ein Verfahren zur Kontrolle dieses Risikos erforderlich. Da die vorliegende Arbeit sowohl aufgrund fehlender vergleichbarer Studien zu der zugrundeliegenden Fragestel-

lung als auch aufgrund der relativ geringen Stichprobengröße bei den Katamnesegruppen wie beschrieben mehr oder weniger stark explorativen Charakter trägt, wurde die statistisch weniger konservative explorative Simes-Korrektur zur Kontrolle der „False discovery rate“ (FDR) eingesetzt. Methodisch gesehen bleibt jedoch das Dilemma, dass mit zunehmender Kontrolle dieser Fehlerquelle die Testpower sinkt. Betrachtet man freilich die Ergebnisse der Studie, die nach der explorativen Simes-Korrektur signifikant bleiben, dann zeigt sich, dass die gefundenen wichtigsten Unterschiede zwischen beiden Gruppen auch einer rigoroseren statistischen Überprüfung standhalten.

4.4 Schlussfolgerungen für Klinik, Jugendhilfe und Forschung

Wie die Ergebnisse zeigen, kann das Gastfamilienmodell erfolgreich als Jugendhilfemaßnahme für psychisch auffällige Jugendliche angewendet werden, die bisher in traditionellen Heimeinrichtungen untergebracht wurden. Zwischen den Jugendlichen, die nach der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikbehandlung entweder in Gastfamilien oder in Heimen weiterbetreut wurden, lassen sich auf der Ebene objektivierbarer, „harter“ klinischer Ausgangsdaten keine relevanten Unterschiede feststellen. Beide Gruppen bringen eine hohe psychische, familiäre und psychosoziale Belastung mit in die jeweilige Maßnahme. Für die Indikation zur Gastfamilienunterbringung sind bei der hier untersuchten klinischen Gruppe weniger objektivierbare klinisch-psychiatrische „facts“ entscheidend. Ausschlaggebend erscheint vielmehr die klinisch-intuitive Einschätzung durch die ärztlich-therapeutischen Fachkräfte, dass die emotionalen Bedürfnisse und Beziehungsbedürfnisse der Jugendlichen in Richtung eines derartigen familiären Betreuungsangebots gehen - und natürlich die anschließende Bestätigung dieser Einschätzung durch die Vertreter des Jugendhilfesystems. Hinsichtlich des Diagnosenspektrums ist die Gruppe von Jugendlichen in Gastfamilien genauso vielfältig wie die Gruppe der in Heimen untergebrachten Jugendlichen. Wie an dem zweiten Fallbeispiel (Seite 15ff.) exemplarisch deutlich wird, können auch schwere Störungen wie z.B. Jugendliche mit suizidalem Verhalten oder mit Borderline-ähnlichen agierenden Symptombildern erfolgreich im Gastfamilienmodell betreut werden.

Die Katamnesebefunde zeigen insgesamt vergleichbare Ergebnisse von beiden Unterbringungsformen hinsichtlich der soziodemographischen Outcomevariablen, hinsichtlich der psychosozialen Integration und Gesundheit und der Lebenszufrie-

denheit. Bei der Hilfebedarfsentwicklung fällt die längere Unterbringungsdauer im Gastfamilienmodell auf, das in diesem Punkt mehr dem konventionellen Pflegefamilienmodell mit seinen hohen durchschnittlichen Verweildauern ähnelt. Gegenüber der Heimunterbringung kann der Gastfamilienbetreuung deshalb eine stärkere Haltefunktion, die auch in der höheren Rate nach Maßnahmeende noch fortbestehender Kontakte zum Ausdruck kommt, und ebenso eine höhere Akzeptanz und Zufriedenheit bei den betroffenen Jugendlichen attestiert werden. Hinsichtlich der psychischen Symptombelastung sind die Ergebnisse widersprüchlicher, hier besteht weiterer Klärungsbedarf.

Im Gegensatz zur früher vertretenen Grundhaltung, dass Pflegeverhältnisse nur für jüngere Kinder in Frage kommen, stellt ein jugendliches Eintrittsalter nach den vorliegenden Befunden per se kein Hindernis oder gar eine Kontraindikation für die Unterbringung in einer Gastfamilie dar. Dies hängt möglicherweise aber auch mit dem im Vergleich zu konventionellen Pflegeverhältnissen intensiven fachlichen Betreuungsschlüssel des Gastfamilienmodells zusammen.

Auch ein in der Untersuchungsgruppe wiederholt zu beobachtender Wechsel von Jugendlichen zwischen zwei Gastfamilien kann durchaus zu erfolgreichen Verläufen führen, wie etwa an der zweiten Fallvignette in der Einführung erkennbar wird.

Das Gastfamilienmodell erweist sich damit insgesamt in der vorliegenden katamnestischen Verlaufsstudie auch für Jugendliche mit ausgeprägten psychischen Störungen als geeignete Betreuungsform und als tragfähige Alternative zur konventionellen Heimunterbringung mit mindestens ebenso guten Effekten. Es bietet gegenüber dieser institutionellen Hilfeform die Vorteile einer nicht-institutionellen, in der natürlichen Lebenswelt verankerten Betreuung und eines familiären Beziehungsangebots für die Betroffenen. Ihm wäre eine größere Verbreitung über den Raum Südwürttemberg hinaus zu wünschen.

In den Katamneseinterviews finden sich in vier Fällen Angaben zu Übergriffserfahrungen in den Gastfamilien, in einem Fall wurde ein Übergriffserlebnis bei einer Heimunterbringung berichtet. Auch vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion über Misshandlung und Missbrauch in Institutionen, die Kinder und Jugendliche betreuen (z.B. kirchliche Heimeinrichtungen und Schulen, freie Internate wie die Odenwaldschule etc.), muss solchen Gefahren sicher eine noch höhere Aufmerk-

samkeit gewidmet werden. In Heimeinrichtungen für Kinder und Jugendliche entwickelte sich in den letzten Jahren eine zunehmende Professionalisierung mit der Elaboration von fachlichen Betreuungsstandards, mit teamorientierten Arbeitsprozessen, Supervision durch Fachdienste und Qualitätsmanagement. Solche Entwicklungen tragen dazu bei, das Risiko von Übergriffen Erwachsener gegenüber Minderjährigen zu verringern. Es bleibt jedoch das Faktum, dass der Ort, an dem Kinder am häufigsten Übergriffen von Erwachsenen ausgesetzt sind, nicht derartige institutionelle Betreuungseinrichtungen, sondern immer noch die „normalen“ Familien selbst sind. Gastfamilien sind auch unter diesem Aspekt Familien gleichzusetzen. Mit Fegert et al. (2010, S. 341ff.) drängt sich damit aus klinisch-praktischer Sicht die Schlussfolgerung auf, dass das Augenmerk für die Erkennung von Risiken für übergriffiges, misshandelndes Verhalten in den Gastfamilien und die Fachkompetenz der pädagogischen Fachkräfte für den Umgang mit solchen Risiken weiter gesteigert werden sollten.

Eine wichtige Frage für zukünftige Forschungsarbeiten bleibt die nach den Determinanten von positiven und negativen Verläufen und Ergebnissen von Hilfen mit Fremdunterbringung für psychisch auffällige Jugendliche. Wie die Daten zeigen, gibt es beim „Outcome“ sowohl in der Gastfamilien- wie in der Heimgruppe eine große Bandbreite zwischen guten und problematischen Verläufen. Das kann auch nicht verwundern bei der großen Heterogenität in den Ausgangsgruppen und bei der für die Adoleszenz typischen Dynamik von Entwicklungsverläufen. Die vorliegenden Befunde scheinen aber darauf hinzuweisen, dass für den Erfolg einer Gastfamilienunterbringung u.a. die Qualität der sich entwickelnden Beziehung zwischen Jugendlichen und „Gasteltern“ eine große Bedeutung hat. Dies stünde in Übereinklang mit Hinweisen aus Studien zu Heimunterbringungen, dass unterstützende und haltgebende Beziehungen zwischen erzieherischen Bezugspersonen und Kindern/Jugendlichen dazu beitragen können, die psychische Gesundheit zu fördern und frühere negative Beziehungserfahrungen teilweise zu kompensieren (vgl. Rushton & Minnis 2008, Berridge 2002). Die Psychotherapieforschung kennt schon länger die zentrale Bedeutung der therapeutischen Beziehung als Wirkfaktor im Behandlungsverlauf. In der Jugendhilfeforschung wurden diese Fragen bisher jedoch nur unzureichend untersucht, obwohl sie für die Gestaltung von Betreuungsmaßnahmen eine eminente praktische Bedeutung haben. Eine mögliche Variante der un-

terschiedlich wieder aufgenommenen Elternbeziehungen könnte ja auch daran liegen, dass einige Kinder der Heimgruppe mangels Alternative wieder zu den Eltern gezogen sind. Dass von den Gastfamilienprobanden Beziehungen z.T. lange aufrechterhalten werden mag auch daran liegen, dass „Familienersatzfunktionen“ hier stärker erlebt worden sind, was eine besondere Qualität ausmacht.

Von JuMeGa wird dem Moment der „Passung“ zwischen jungem Menschen und Gastfamilie ein großer Stellenwert zugeschrieben. Dieses Konstrukt impliziert auch den genannten Aspekt der Beziehungsqualität, jedoch mit dem Akzent auf einer querschnittlichen, quasi statischen Betrachtung des „Zu-einander-Passens“ zu einem bestimmten Zeitpunkt, nämlich dem der Entscheidung über bzw. dem Beginn des Gastfamilienaufenthalts. So wichtig dieser Aspekt ist, sollte er doch auch erweitert werden durch eine prozessorientierte Betrachtung der Beziehung zwischen Jugendlichen und Betreuer bzw. Gasteltern als einem nicht statisch-fixierten, sondern sich über die Zeit der gegenseitigen Begegnung hinweg entwickelnden Phänomen.

5 Zusammenfassung

In der vorliegenden katamnestic-evaluativen Studie wird das ab 1997 in der Region Oberschwaben-Bodensee entwickelte Modell der Gastfamilienunterbringung als Alternative zur traditionellen Heimunterbringung von psychiatrisch auffälligen Jugendlichen mit Fremdplatzierungsbedarf untersucht. Nach einer Darstellung des historischen Hintergrunds und der Entwicklung des aus der Erwachsenenpsychiatrie stammenden Gastfamilienkonzepts sowie seiner Stellung im internationalen Vergleich wird die bisher verfügbare empirische Datenlage dargestellt, die besonders in Deutschland durch einen erheblichen Mangel an empirischen, kontrollierten Studien im Jugendhilfereich gekennzeichnet ist.

Untersuchungsziele waren damit eine Klärung des Indikationsspektrums der Gastfamilienunterbringung und eine Prüfung von Verlauf und Ergebnis dieser Maßnahme, außerdem sollte die subjektive Bewertung und Akzeptanz durch die betroffenen Jugendlichen erfasst werden.

Dazu wurden in einem naturalistischen, quasi-experimentellen Zwei-Gruppen-Design 54 Jugendliche, die nach der Klinikbehandlung am ZfP Südwürttemberg-Weissenau in Gastfamilien untergebracht wurden, mit 66 Jugendlichen verglichen, die in Heimeinrichtungen untergebracht wurden. Es wurden Daten von zwei Messzeitpunkten erfasst, nämlich die Ausgangssituation anhand einer retrospektiven Analyse der Klinikakte sowie der Verlauf bzw. das Ergebnis anhand einer katamnestic Nachbefragung. Soweit möglich wurden dafür neben den Angaben der Untersuchungsteilnehmer selbst auch Fremdbeurteilungsdaten von Bezugspersonen eingeholt. Die erhobenen Daten des retrospektiven Untersuchungsteils umfassten soziodemographische Merkmale, Indikatoren der psychiatrischen und familiären Vorbelastung und der Inanspruchnahme von früheren Hilfen. Die Indikationsstellung zur Gastfamilienunterbringung wurde geprüft. Bei der katamnestic Befragung wurde zusätzlich die psychische Symptombelastung, die subjektive Lebenszufriedenheit und die Maßnahmenzufriedenheit geprüft, mit einem qualitativ-inhaltsanalytisch ausgewerteten strukturierten Interview wurde das subjektive Erleben der beiden Maßnahmen verglichen.

Die Ergebnisse zeigen, dass beide Untersuchungsgruppen sich vor Beginn der jeweiligen Unterbringungsmaßnahme starke Parallelen aufweisen. Sie zeigen beide eine große Belastung mit psychiatrischen Vorerkrankungen, mit psychosozialen bzw. familiären Belastungsfaktoren und ein hohes Ausmaß an vorhergegangenen psychiat-

rischen Therapien und stationären Jugendhilfe-Interventionen. Es handelt sich also in beiden Fällen um eine hochbelastete Gruppe. Die Indikationsstellung für eine Gastfamilienunterbringung erfolgte primär anhand der klinischen Einschätzung der emotionalen und Beziehungsbedürfnisse der Jugendlichen.

Die katamnestische Untersuchung (Gastfamiliengruppe: $n = 28$; Heimgruppe: $n = 17$) erbringt ebenfalls vergleichbare Ergebnisse bei den soziodemographischen Daten, bei der psychosozialen Integration und Gesundheit und bei der Lebenszufriedenheit. Gegenüber der Heimunterbringung weist das Gastfamilienmodell eine längere Unterbringungsdauer auf, die durch eine stärkere Haltefunktion erklärt werden kann. Es fand sich auch eine höhere Akzeptanz und Zufriedenheit bei den betroffenen Jugendlichen. Hinsichtlich der psychischen Symptombelastung sind die Ergebnisse dagegen nicht eindeutig.

In der Diskussion werden methodenkritische Aspekte der Studie erörtert. Insgesamt ergibt sich aus den Befunden, dass das Gastfamilienmodell inzwischen eine bewährte Alternative zur Heimunterbringung darstellt. Weitere Studien sind nötig, sie sollten sich z.B. mit den Determinanten für den Verlauf derartiger Maßnahmen beschäftigen.

Literaturverzeichnis

1. AACAP American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 10, 4S-20S (1997)
2. Achenbach T: Manual for the Young Adult Self-Report and Young Adult Behavior Checklist. University of Vermont Department of Psychiatry, Burlington, VT (1997)
3. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist: Fragebogen für junge Erwachsene (YASR). Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik KJFD, Köln (1998)
4. Arnold C, Huwiler K, Raulf B, Tanner H, Wicki T: Pflegefamilien- und Heimplatzierungen. Eine empirische Studie über den Hilfeprozess und die Partizipation von Eltern und Kindern. Rüegger, Zürich (2008)
5. Barth R: Institutions versus Foster Homes. The Empirical Base for a Century of Action. University of North Carolina, Chapel Hill, Jordan Institute for Families (2002)
6. Baur D, Finkel M, Hamberger M, Kühn AD, Thiersch H: Leistungen und Grenzen von Heimerziehung. Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen. Stuttgart: Kohlhammer (1998)
7. Becker-Textor I, Textor M: Effizienz: Bedarfsorientierung durch Kostenoptimierung? *Neue Caritas/BVKE-Info*, Heft 1, S. 4-6 (2004)
8. Berridge D: What works for children? Effective services for children and families. Open University Press (2002)
9. Blandow J: Über Erziehungshilfekarrieren – Stricke und Fallen der postmodernen Jugendhilfe. In: Gintzel U, Schone R (Hrsg.) *Jahrbuch der Sozialen Arbeit*. Votum, Münster (1997)
10. Blos P: On Adolescence. A Psychoanalytic Interpretation. Free Press, Glencoe (1962)
11. Bortz J, Döring N: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer, Heidelberg (2006⁴)
12. Bortz, Lienert GA: Kurzgefaßte Statistik für die klinische Forschung. Ein praktischer Leitfaden für die Analyse kleiner Stichproben. Springer, Heidelberg (2003²)
13. Brähler E, Mühlan H, Albani C, Schmidt S: Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica*, 53, 83-96 (2007)
14. Bullinger M, Kirchberger I: Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Hogrefe, Göttingen (1998)
15. Bovenschen I, Spangler G: Effekte von Interventionen in Pflegefamilien: Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche. Expertise im Auftrag des Projekts „Pflegekinderhilfe“ des Deutschen Jugendinstituts.
[Http://www.dji.de/pkh/bovenschen_effekte_von_interventionen_in_pflegefamilien.pdf](http://www.dji.de/pkh/bovenschen_effekte_von_interventionen_in_pflegefamilien.pdf) (2008)

16. Chamberlain P: The Oregon Multidimensional Treatment Foster Care Model: Features, Outcomes, and Progress in Dissemination. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 303-312 (2003)
17. Clay RA: More than one way to measure. *Monitor on Psychology*, 41, 8, 52-55 (2010)
18. Cohen J: A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46 (1960)
19. Cohen J: Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Erlbaum, New York (1988)
20. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie DGKJP, BAG, BKJPP: Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Glossar. © Englert E, Jungmann J, Wienand F, Lam L, Poustka F. o.O. (2000)
21. Deutsches Jugendinstitut DJI München (Hg.): Handbuch Beratung im Pflegekinderbereich. Juventa, Weinheim und München (1987)
22. DJI München, DIJuF Heidelberg: Projektbericht „Pflegekinderhilfe in Deutschland – Teilprojekt 1: Exploration“. http://www.dji.de/pkh/pkh_projektbericht_exploration.pdf (2006)
23. Dörr M: Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe: Heime als Orte für Salutogenese. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts (2009)
24. Doyle JJ: Child Protection and Child Outcomes: Measuring the Effects of Foster Care. *American Economic Review*, 97, 5, 1583-1610 (2007)
25. Englert E, Jungmann J, Wienand F, Lam L, Poustka F: Glossar Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie DGKJP / BAG / BKJPP. (ohne Verlagsort) (2000)
26. Erol N, Simsek Z, Münir K: Mental Health of Adolescents reared in Institutional Care in Turkey: Challenges and Hope in the Twenty-First Century. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 2, 113-124 (2009)
27. Fahrenberg J, Hampel R, Selg H: Das Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI-R, 7. überarbeitete und neu normierte Auflage. Hogrefe, Göttingen (2001)
28. Fegert JM, Schrappner C: Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe zwischen Kooperation und Konkurrenz. In: Fegert JM, Schrappner C (Hrsg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie – Interdisziplinäre Kooperation. Juventa: Weinheim und München, S. 15-25 (2004)
29. Fegert JM, Ziegenhain U, Fangerau H: Problematische Kinderschutzverläufe. Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes. Juventa, Weinheim und München (2010)
30. Fleiss JL: Measuring Nominal Scale Agreement among many Raters. *Psychological Bulletin*, 76, 378-382 (1971)
31. Fleiss JL: Statistical methods for rates and proportions. Wiley, New York (1981²)
32. Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B, Wittchen HU: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Hogrefe, Göttingen (1997)

33. Grawe K: Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden. *Report Psychologie*, 7, 8, 311 (2005 a)
34. Grawe K.: (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 1, 4-11 (2005 b)
35. Gwet KL: Handbook of Inter-Rater Reliability. Advanced Analytics LLC, Gaithersburg (2010²)
36. Hafenegger B: Strafen, prügeln, missbrauchen. Anmerkungen zur Geschichte des pädagogischen Gewaltverhältnisses zwischen den Generationen. *Psyche*, 64, 8, 747-753 (2010)
37. Herwig-Lempp J: Stich-Wort Multiproblemfamilie. *Kontext*, 32, 2, 160-161 (2001)
38. Institute of Child Care Research: From Care to Where? A Care Pathways and Outcomes Report for Practitioners. Queen's University Belfast. www.qub.ac.uk/cpo (2008)
39. JuMeGa Junge Menschen in Gastfamilien – Anbieterverbund: Qualitätsstandards. www.JuMeGa.de/wie-arbeiten-wir/qualitaetsstandard.html (2008)
40. Keller F: Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen für Kinder, Jugendliche und erwachsene Bezugspersonen FP-KJ (2000)
41. Keller F, Schäfer S, Konopka L, Naumann A & Fegert J: Behandlungszufriedenheit von Kindern in stationär-psychiatrischer Behandlung: Entwicklung und psychometrische Eigenschaften eines Fragebogens. *Krankenhauspsychiatrie*, 15, 3-8 (2004).
42. Kötter S: Besuchskontakte in Pflegefamilien. Das Beziehungsdreieck „Pflegeeltern – Pflegekind – Herkunftseltern“. Roderer, Regensburg (1997²)
43. Konrad M, Schmidt-Michel PO: Die zweite Familie. Psychiatrische Familienpflege – Geschichte, Praxis, Forschung. Psychiatrie-Verlag, Bonn (1998)
44. Konrad M, Schmidt-Michel PO: Rückfall in die Steinzeit? Eine Zwischenbilanz 20 Jahre nach der Wiederentdeckung der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 4, 2-6 (2004)
45. Lakemann U (Hg.): Psychiatrische Familienpflege in Thüringen. Evaluation des Modellprojekts Betreutes Wohnen in Familien. Psychiatrie-Verlag, Bonn (2008)
46. Landis JR, Koch GG: The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33, 159-174 (1977)
47. Leve I, Chamberlain P: Association with delinquent peers: Intervention effects for youth in the juvenile justice system. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 3, 339-347 (2005)
48. Leve L, Fisher P, Chamberlain P: Multidimensional Treatment Foster Care as a Preventive Intervention to Promote Resiliency Among Youth in the Child Welfare System. *Journal of Personality*, 77, 6, 1869-1902 (2009)
49. Löble M, Goller-Martin S, Roth B, Konrad M, Naumann A, Felbel D: Familienpflege für Jugendliche mit ausgeprägten psychischen Störungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 48, 5, 366-371 (1999)
50. Lyons JS, Rogers L: The U.S. child welfare system: A de facto public behavioral health care system. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 971-973 (2004)

51. Macsenaere M: Bestimmung der Jugendhilfe-Effekte durch Längsschnittstudien. *Jugendhilfe*, 3, 47, 196-200 (2009)
52. Macsenaere M, Knab E: Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen (EVAS). Lambertus, Freiburg i.Br. (2004)
53. Macsenaere M, Paries G, Arnold J: EST!-Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen. Abschlussbericht. Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH, Mainz (2009)
54. Mattejat F, Hirsch O, Remschmidt H: Die Nutzung von Telefoninterviews für die Qualitätssicherung und Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 31, 1, 17-34 (2003)
55. Mattejat F, Remschmidt H: ILK Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Huber, Bern (2006)
56. Maurer J: Junge Menschen in Gastfamilien. Evaluation eines Jugendhilfeprojekts für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. Erziehungswissenschaftliche Diplomarbeit, Pädagogische Hochschule Freiburg (2006)
57. Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Technik. Beltz, Weinheim u. Basel (2008¹⁰)
58. McCann J, James A, Wilson S, Dunn G: Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *British Medical Journal*, 313, 1529-1530 (1996)
59. McSherry D, Weatherall K, Larkin E, Malet MF, Kelly G: Who goes where? Young children's pathways through care in Northern Ireland. *Adoption and Fostering Journal*, 34, 2, 23-37 (2010)
60. Miller E: Information Packet: Adolescents in Residential Treatment and Foster Care. National Resource Center for Foster Care & Permanency Planning, Hunter College, School of Social Work (2002)
61. Milner S, Sneddon H: The Adolescents in Substitute Care Study: Changing lives or just changing locations? The needs and outcomes of adolescents in substitute care: Part 2 Main Report. Institute of Child Care Research, Belfast (2003)
62. Petermann F, Schmidt MH: Qualitätssicherung in der Jugendhilfe. Beltz, Weinheim (2004)
63. Porzsolt F, Kliemt H: Ethische und empirische Grenzen randomisierter kontrollierter Studien. *Medizinische Klinik*, 103, 12, 836-842 (2008)
64. Posner KL, Sampson PD, Caplan RA, Ward RJ, Chenley FW: Measuring Interrater Reliability Among Multiple Raters. An Example of Methods for Nominal Data. *Statistics in Medicine*, 9, 1103-1116 (1990)
65. Preacher KJ: Calculation for the chi-square test: An interactive calculation tool for chi-square tests of goodness of fit and independence. <http://quantpsy.org>. (2001)
66. Roos K: Kosten-Nutzen-Analyse von Jugendhilfemaßnahmen. In: Petermann F (Hrsg.): Studien zur Jugend- und Familienforschung. Verlag Peter Lang, Frankfurt (2005)
67. Rosenbaum PR, Rubin DB: The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika*, 70, 1, 41-55 (1983)
68. Roth B: Familienpflege für seelisch schwer belastete junge Menschen. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 4, S. 18-22 (2004)

69. Roth B: Familienpflege für seelisch schwer belastete junge Menschen. Ein Erfahrungsbericht eines Jugendhilfeangebots in Deutschland. *Psychiatrie*, 2, 1-5 (2005)
70. Rücker S, Petermann U, Büttner P, Petermann F: Ambulante und teilstationäre Jugendhilfe-Maßnahmen. *Zeitschrift für Kinder- und >Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 6, 429-437 (2010)
71. Rushton A, Minnis H.: Residential and Foster Family Care. In: Rutter M., Taylor E.: *Child and Adolescent Psychiatry*. Blackwell, Malden 487-501 (2008⁵)
72. Rutter M: Children in substitute care: Some conceptual considerations and research implications. *Children and Youth Services Review*, 22, 9-10, 685-703 (2000)
73. Salbach-Andrae H, Bürger A, Klinkowski N, Lenz K, Pfeiffer E, Fydrich T, Lehmkuhl U: Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter nach SKID-II. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36, 2, 117-125 (2008)
74. Schmid M, Goldbeck L, Nützel J, Fegert JM: Prevalence of Mental Disorders among Adolescents in German Youth Welfare Institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2, 2 (Online-Publikation) (2008)
75. Schmidt M, Schneider K, Hohm E, Pickartz A, Macsenaere M, Petermann F, Flosdorf P, Hölzl H, Knab E: Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe. Schriftenreihe des BMFSFJ, Band 219. Stuttgart: Kohlhammer (2002)
76. Schnell R, Hill PB, Esser E: Methoden der empirischen Sozialforschung. Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München (2008⁸)
77. Schönberger C: Die diskrete Arbeit der Transformation. Familienbiographische und sozialhistorische Einflüsse bei Gastfamilien der Psychiatrischen Familienpflege in einer ländlichen Region Ostdeutschlands. Philosophische Dissertation, Freie Universität Berlin (2004)
78. Schwedler OF: Pflegefamilien- und Heimerziehung, Betrachtung zweier stationärer Betreuungsformen in der Jugendhilfe. E-Book, Grin-Verlag, München (2000)
79. Seiffge-Krenke I: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie mit Jugendlichen. Klett-Cotta, Stuttgart (2007)
80. Sneddon H, Milner S: The Adolescents in Substitute Care Study: Changing lives or just changing locations? The needs and outcomes of adolescents in substitute care: Part 1: Executive Summary. Institute of Child Care Research, Belfast (2003)
81. Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 2009 für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden (2009)
82. Teddlie Ch, Tashakkori A: Foundations of Mixed Methods Research. Integrating Quantitative and Qualitative Approaches in the Social and Behavioral Sciences. Sage, Thousand Oaks (2009)
83. Textor M: Adoptiv- und Pflegefamilien. In: Becker-Textor I, Textor M (Hrsg): *Handbuch der Kinder- und Jugendbetreuung*. Luchterhand, Neuwied, S. 147-187 (1993)
84. US United States Department of Health and Human Services: Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD (1999)
85. van Santen E: Pflegekind auf Zeit. *DJI Bulletin*, 3, 21-23 (2010)

86. Victor A, Elsässer A, Hommel G, Blettner M: Wie bewertet man die p-Wert-Flut? Hinweise zum Umgang mit dem multiplen Testen. *Deutsches Ärzteblatt*, 107 (4), 50-56 (2010)
87. Westermann R: Wissenschaftstheorie und Experimentalmethodik. Ein Lehrbuch zur Psychologischen Methodenlehre. Hogrefe, Göttingen (2000)
88. Williams BA: Perils of evidence-based medicine. *Perspectives on Biology and Medicine*, 53, 1, 106-120 (2010)
89. Wirtz M, Caspar F: Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität. Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystemen und Ratingskalen. Hogrefe, Göttingen (2002)
90. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie WBP: Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG. Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie. Version 2.7 vom 09.07.2009. Download: www.wbpsychotherapie.de/downloads/Methodenpapier2720090709.pdf
91. Zinkl K, Roos K, Macsenaere M: Effizienz: Bedarfsorientierung durch Kostenoptimierung? *Neue Caritas*, 1, 4-6 (2004)

Anhang

Anhang 1: Anschreiben für brieflichen Erstkontakt

Anhang 2: Leitfaden Telefonkontakt

Anhang 3: Probandeninformation und Einwilligungserklärung

Anhang 4: Elterninformation und Einwilligungserklärung

Anhang 5: Nachuntersuchungs-Fragebogen

Anhang 6: Offene Interviewfragen

Anhang 7: Auswertungsmanual – Qualitative Inhaltsanalyse der offenen Interviews zu den Erfahrungen in Gastfamilie und Heim

Anhang 1: Anschreiben für brieflichen Erstkontakt

DIE WEISSENAU • Weingartshofer Straße 2 • 88214 Ravensburg

An

.....

Sehr geehrte,

wir möchten uns an Sie wenden mit der Bitte um Ihre Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie, die wir derzeit in der Weissenau mit ehemaligen Patienten durchführen.

Diese Studie soll dabei helfen, dass zukünftig Jugendlichen nach einer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch gezielter weitergeholfen werden kann. Wir befragen dazu ehemalige Patienten (mit Fragebogen bzw. per Telefon). Über Ihren Großvater habe ich Ihre aktuelle Adresse erhalten.

Als Anlage senden wir Ihnen Informationsmaterial über diese Studie.

Es würde uns sehr freuen, wenn Sie bereit wären, hierbei mitzumachen.

Falls Sie mit der Teilnahme einverstanden sind, senden Sie uns bitte die **Einverständniserklärung** unterschrieben zurück, oder geben Sie uns per e-mail Bescheid (erik.nordmann@zfp-weissenau.de). Falls Sie Fragen zu der Untersuchung haben, können Sie mich natürlich auch gerne direkt kontaktieren (Tel. 0751 / 7601-2318 oder -2304).

Mit freundlichen Grüßen

E. Nordmann
 Leitender Psychologe
 Institutsambulanz

KLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

**Abteilung
Kinder- und
Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie**

Leitung:

- Chefarztin
Prof. Dr. Renate Schepke
- Pflegedienstleiter
Suso Rodriguez

Weingartshofer Straße 2
 D-88214 Ravensburg

www.zfp-web.de

Ihr Ansprechpartner ist:
 Erik Nordmann

Telefon: 0751/7601-0
 Durchwahl: 0751/7601-2318
 Sekretariat: 0751/7601-2304
 Fax: 0751/7601-2121

e-mail: erik.nordmann@zfp-weissenau.de

Weissenau, Datum



Anstalt des
 öffentlichen Rechts

Bankverbindung

Kreissparkasse Weissenau
 Konto: 936 000 15
 Bankleitzahl: 650 501 10

Anhang 2: Leitfaden Telefonkontakt**Gesprächsleitfaden + Dokumentationsbogen für die telefonische Kontaktaufnahme****Katamnese studie Familienpflege-Heimunterbringung****E. Nordmann****10-2007**

Anruf beim Probanden – Name: _____ Vorname: _____

Tel.: _____ Adresse: _____ Datum: _____

E.N.: *Guten Tag. Mein Name ist Erik Nordmann. Ich bin Psychologe am ZfP Weissenau. Vielleicht erinnern Sie sich noch an mich, als Sie selbst in der Weissenau in Behandlung waren. Ich habe Sie ja wegen der Nachuntersuchung angeschrieben. Herr / Frau (Name) von der Arkade / von der Heimeinrichtung (Name) haben Sie auch darauf angesprochen.*

Ich möchte Ihnen kurz erklären, um was es sich bei dieser Studie handelt:

Es soll untersucht werden, wie es ehemaligen Patienten heute geht. Und zwar speziell den Patienten, die nach der Klinik in Pflegefamilien oder Heime gegangen sind. Die Studie soll dabei helfen, wie die Weiterbetreuung von Jugendlichen nach der Klinik verbessert werden kann.

Dazu möchte ich die Teilnehmer befragen. Es gibt dafür einen Fragebogen und ein kleines Interview. Es geht also nicht um Behandlung. Und Sie können selbst entscheiden, ob Sie zu jeder Frage Angaben machen wollen oder nicht. Ich werte die Angaben im Fragebogen und im Interview dann später selbst aus. Die Daten werden natürlich nur zu Forschungszwecken verwendet. Ihre Angaben werden anonym verarbeitet. Sie werden nicht an Dritte weitergegeben.

Kurze Pause mit der Möglichkeit für Nachfragen / Anmerkungen des Probanden:

Wenn Sie möchten, kann ich Sie nach Abschluss der Studie gern über die Ergebnisse informieren.

Es wäre sehr schön, wenn Sie bereit wären, bei der Untersuchung mit zu machen!

Kurze Pause (Möglichkeit für den Probanden, abzuwägen und nachzufragen)

Etwaige Angaben und Fragen des Probanden:

E.N.: *Wenn Sie einverstanden sind, vereinbaren wir einen Termin im ZfP Weissenau. Dort erhalten Sie dann den Fragebogen, den Sie beantworten sollen. Anschließend führe ich mit Ihnen ein kleines Interview. Es handelt sich um keine schwere Aufgabe. Sie benötigen ungefähr 1 ½ Stunden Zeit dazu. Sie können dazu auch gerne jemand mitbringen.*

Kurze Pause

E.N.: *Würden Sie sich bereit erklären, hier mitzumachen?*

Antwort des Pb: _____

- Bei Nein: Exploration der Ablehnungsgründe, Motivierung zur Teilnahme:

E.N.: *Darf ich Sie fragen, aus welchen Gründen Sie nicht mitmachen möchten?*

Angaben des Probanden:

Ggf. dann

- wissenschaftlichen Charakter der Studie erläutern
- auf die Beteiligung der Universität Ulm hinweisen
- Vertraulichkeit der Daten und Schweigepflicht des Untersuchers erläutern
- auf Freiwilligkeit der Angaben zu jeder Frage hinweisen

Falls Pb weiter Teilnahme ablehnt:

E.N.: *Schade, aber ich respektiere Ihre Entscheidung natürlich. Falls Sie es sich noch anders überlegen sollten, können Sie sich gerne wieder bei mir melden. Ich möchte mich dann bei Ihnen verabschieden. Auf Wiederhören!*

- Bei Ja:

E.N.: *Das freut mich. Dann vereinbaren wir jetzt einen Termin. Wann wäre es Ihnen denn möglich, ins ZfP Weissenau zu kommen?*

Terminvereinbarung (Abstimmung eines gemeinsamen Termins; Klärung, wie der Proband anreisen kann)

Termin: _____

Ggf. Fahrtkostenerstattung (DB-Rückfahrkarte 2.Kl.) anbieten

E.N.: *Wie Sie aus meinem Brief / von Herrn/Frau (Name) vielleicht noch wissen, soll auch eine Bezugsperson von Ihnen befragt werden. Was glauben Sie, wer dafür am ehesten in Frage kommt? Wer Ihre aktuelle Lage am besten einschätzen kann?*

Antwort: _____

E.N.: *Ich würde (Name) ebenfalls gerne einige Fragen stellen. Wäre das möglich?*

- Bei Nein:
Darf ich Sie nach Ihren Gründen fragen?

Angaben des Pb:

(Ggf.

- Erneut auf Vertraulichkeit der Angaben hinweisen
- Wichtigkeit einer Einschätzung durch Dritte als Vergleichsmöglichkeit betonen)

- Bei Ja:
Wie kann ich (Name) erreichen?

Antwort: _____

E.N.: *Sie können (Name) am besten schon mal mitteilen, dass ich ihn/sie anrufen werde.*

Gut, dann treffen wir beide uns am (Datum, Uhrzeit) im ZfP Weissenau.

Haben Sie unseren Termin für die Befragung notiert?

Sie finden mich in der Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie liegt im sogenannten K-Bau der Weissenau, Haus 41, im 1. Stock. Es ist das Zimmer 1.12. Oder Sie melden sich bei unserer Sekretärin Frau Dangel. Ich gebe Ihnen noch ihre Telefonnummer: 0751 / 7601-2304.

(Ggf. Lage und Zugangsweg näher erläutern)

Haben Sie dann noch Fragen?

Ggf. Fragen /Angaben des Pb und Antworten darauf:

Ich möchte mich dann jetzt schon mal im Voraus für Ihre Mitarbeit herzlich bedanken!

Auf Wiederhören!

Anmerkungen und Beobachtungen zum Telefonkontakt:

Anhang 3: Probandeninformation und Einwilligungserklärung

Probandeninformation

Titel der Studie: Stationäre Heimunterbringung und psychiatrische Familienpflege für Jugendliche im Vergleich – Eine Studie zu differentieller Indikationsstellung und outcome von Jugendhilfemaßnahmen für psychisch auffällige Jugendliche

LIEBE / LIEBER _____

Um Deine/Ihre Zustimmung zur Teilnahme an unserer oben genannten Studie möchten wir Dich/Sie herzlich bitten.

Die vorgesehene Studie vergleicht das in den letzten Jahren entstandene Betreuungsmodell der Psychiatrischen Familienpflege für Jugendliche mit der traditionellen Betreuungsform der Heimunterbringung. Beide Hilfemodelle kommen in unserer Region in Frage für Jugendliche, die nach einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung nicht mehr in ihre Familie zurückkehren können. Bisher liegen allerdings keine Untersuchungen vor, für welche Jugendliche sich welches dieser beiden Hilfemodelle besser eignet. Auch ist bisher nicht systematisch untersucht worden, wie sich die Jugendlichen in beiden Modellen weiter entwickeln. Die geplante Studie soll diese Lücke schließen. Die Ergebnisse können dabei helfen, zukünftig fundiertere Empfehlungen für Hilfemaßnahmen auszusprechen, die nach einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung noch notwendig werden können.

Im Untersuchungsablauf ist geplant, zunächst anhand der Weissenauer Krankenakten der an der Studie teilnehmenden Jugendlichen zu prüfen, ob es zwischen den Patienten, die in die Familienpflege vermittelt wurden, und den Patienten, die in Heime vermittelt wurden, systematische Unterschiede gibt. Dieser Untersuchungsschritt erfordert noch keine aktive Teilnahme von Dir/Ihnen.

In einem weiteren Schritt sollen dann alle an der Studie teilnehmenden Jugendlichen/Heranwachsenden sowie ihre Bezugspersonen

AKADEMISCHES
KRANKENHAUS DER
UNIVERSITÄT ULM

KRANKENHAUS

**Abteilung 8
Kinder- und
Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie**

Leitung:

- Chefärztin
Prof. Dr. Renate Schepker
- Pflegedienstleiter
Suso Rodriguez

Weingartshofer Straße 2
D-88214 Ravensburg

www.zfp-web.de

Ihr Ansprechpartner ist:
Erik Nordmann

Telefon: 0751/7601-0
Durchwahl: 0751/7601-2318
Sekretariat: 0751/7601-2304
Fax: 0751/7601-2121

e-mail: erik.nordmann@zfp-weissenau.de

Weissenau, den
22. Oktober 2007

Ihre Zeichen/Ihre Nachricht:

Aktenzeichen:
(bei Antwort angeben)



ZENTRUM FÜR
PSYCHIATRIE WEISSENAU
Anstalt des
öffentlichen Rechts

Bankverbindung

Kreissparkasse Weissenau
Konto: 936 000 15
Bankleitzahl: 650 501 10

(Erzieher/innen bzw. Pflegeeltern) zu ihrer weiteren Entwicklung, zu ihrer aktuellen Lebens- und Familiensituation, zur schulischen und beruflichen Entwicklung sowie zu ihrer aktuellen psychischen Verfassung befragt werden. Dies erfolgt mittels Fragebögen und persönlichen Interviews, für die ein Zeitaufwand von insgesamt ca. 3 Stunden zu veranschlagen ist.

Die Durchführung der genannten Interviews und Fragebögen ist nicht mit nennenswerten Risiken und Nebenwirkungen verbunden.

FREIWILLIGKEIT:

An diesem Forschungsprojekt nimmst Du / nehmen Sie freiwillig teil. Dein / Ihr Einverständnis können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Alle bis dahin erhobenen Daten und Proben werden vernichtet.

ERREICHBARKEIT DES PROJEKTLEITERS:

Sollten während des Verlaufes des Forschungsprojektes Fragen auftauchen, so kannst Du / können Sie jederzeit folgenden Ansprechpartner: Dipl.-Psych. Erik Nordmann, Abt. Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. –psychotherapie, Institutsambulanz, ZfP Weissenau, unter der Telefonnummer 0751 / 7601-2318 oder -2304 erreichen. In Notfällen gilt folgende Nummer: Tel. 0751 / 7601-0

VERSICHERUNG:

Während der Teilnahme an dem Forschungsprojekt genießt Du / genießen Sie Versicherungsschutz. Es gelten die allgemeinen Haftungsbedingungen.

Einen Schaden, der Deiner / Ihrer Meinung nach auf die Untersuchung zurückzuführen ist, meldest Du / melden Sie bitte unverzüglich dem Projektleiter.

SCHWEIGEPFLICHT/DATENSCHUTZ:

Alle Personen, welche Dich / Sie im Rahmen dieses Projektes betreuen, unterliegen der Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet.

Die studienbezogenen Untersuchungsergebnisse sollen in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Veröffentlichungen verwendet werden.

Soweit es zur Kontrolle der korrekten Datenerhebung erforderlich ist, dürfen autorisierte Personen (z.B.: des Auftraggebers, der Universität) Einsicht in die studienrelevanten Teile der Krankenakte nehmen.

Sofern zur Einsichtnahme autorisierte Personen nicht der obengenannten ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, stellen personenbezogene Daten, von denen sie bei der Kontrolle Kenntnis erlangen, Betriebsgeheimnisse dar, die geheim zu halten sind.

.....
Datum

Dipl.-Psych. Erik Nordmann

Einwilligungserklärung

Name der Studie: Stationäre Heimunterbringung und psychiatrische Familienpflege für Jugendliche im Vergleich – Eine Studie zu differentieller Indikationsstellung und outcome von Jugendhilfemaßnahmen für psychisch auffällige Jugendliche

Inhalt, Vorgehensweise, Risiken und Ziel des obengenannten Forschungsprojektes sowie die Befugnis zur Einsichtnahme in die erhobenen Daten hat mir Dipl.-Psychologe Erik Nordmann ausreichend erklärt.

Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen und habe hierauf Antwort erhalten.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme am Projekt zu entscheiden.

Eine Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ich willige in die Teilnahme am Forschungsprojekt ein.

.....
(Name des Probanden)

.....
Ort, Datum

.....
(Unterschrift des Probanden)

INFORMATION UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Sie erhoben. Die Speicherung, Auswertung und Weitergabe dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

1.) Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/ Krankheitsdaten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden

2.) Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass eine autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Person (z.B.: des Auftraggebers, der Universität) in meine erhobenen personenbezogenen Daten Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung des Projektes notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich den Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

.....
(Name des Probanden)

.....
Ort, Datum

.....
(Unterschrift des Probanden)

Anhang 4: Elterninformation und Einwilligungserklärung

DIE WEISSENAU • Postfach 2044 • 88190 Ravensburg

ELTERNINFORMATION

Titel der Studie:

Stationäre Heimunterbringung und psychiatrische Familienpflege und für Jugendliche im Vergleich – Eine Studie zu differentieller Indikationsstellung und outcome von Jugendhilfemaßnahmen für psychisch auffällige Jugendliche

LIEBE ELTERN

Um Ihr Einverständnis für die Teilnahme Ihres Kindes an unserer oben genannten Studie möchten wir Sie herzlich bitten.

Die vorgesehene Studie vergleicht das in den letzten Jahren entstandene Betreuungsmodell der Psychiatrischen Familienpflege für Jugendliche mit der traditionellen Betreuungsform der Heimunterbringung. Beide Hilfemodelle kommen in unserer Region in Frage für Jugendliche, die nach einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung nicht mehr in ihre Familie zurückkehren können. Bisher liegen allerdings keine Untersuchungen vor, für welche Jugendliche sich welches dieser beiden Hilfemodelle besser eignet. Auch ist bisher nicht systematisch untersucht worden, wie sich die Jugendlichen in beiden Modellen weiter entwickeln. Die geplante Studie soll diese Lücke schließen. Die Ergebnisse können dabei helfen, zukünftig fundiertere Empfehlungen für Hilfemaßnahmen auszusprechen, die nach einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung noch notwendig werden können.

Im Untersuchungsablauf ist geplant, zunächst anhand der Weissenauer Krankenakten der an der Studie teilnehmenden Jugendlichen zu prüfen, ob es zwischen den Patienten, die in die Familienpflege vermittelt wurden, und den Patienten, die in Heime vermittelt wurden, systematische Unterschiede gibt. Dieser

AKADEMISCHES
KRANKENHAUS DER
UNIVERSITÄT ULM

KRANKENHAUS

**Abteilung 8
Kinder- und
Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie**

Leitung:

- Chefarztin
Prof. Dr. Renate Schepker
- Pflegedienstleiter
Suso Rodriguez

Weingartshofer Straße 2
D-88214 Ravensburg

www.zfp-web.de

Ihr Ansprechpartner ist:
Erik Nordmann

Telefon: 0751/7601-0
Durchwahl: 0751/7601-2318
Sekretariat: 0751/7601-2304
Fax: 0751/7601-2121

e-mail: erik.nordmann@zfp-weissenau.de

Weissenau, den
22. Oktober 2007

Ihre Zeichen/Ihre Nachricht:

Aktenzeichen:
(bei Antwort angeben)



ZENTRUM FÜR
PSYCHIATRIE WEISSENAU
Anstalt des
öffentlichen Rechts

Bankverbindung

Kreissparkasse Weissenau
Konto: 936 000 15
Bankleitzahl: 650 501 10

Untersuchungsschritt erfordert noch keine aktive Teilnahme Ihres Kindes bzw. seiner Bezugspersonen.

In einem weiteren Schritt sollen dann alle an der Studie teilnehmenden Jugendlichen sowie ihre Bezugspersonen (Erzieher/innen bzw. Pflegeeltern) zu ihrer weiteren Entwicklung, zu ihrer aktuellen Lebens- und Familiensituation, zur schulischen und beruflichen Entwicklung sowie zu ihrer aktuellen psychischen Verfassung befragt werden. Dies erfolgt mittels Fragebögen und persönlichen Interviews, für die ein Zeitaufwand von insgesamt ca. 3 Stunden zu veranschlagen ist.

Die Durchführung der genannten Interviews und Fragebögen ist nicht mit nennenswerten Risiken und Nebenwirkungen verbunden.

Freiwilligkeit

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist freiwillig. Ihr Einverständnis kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Dieser eventuelle Widerruf hat keine Auswirkungen auf die weitere medizinische Behandlung bzw. Betreuung Ihres Kindes.

ERREICHBARKEIT DES PRÜFARZTES:

Sollten während des Verlaufes des Forschungsprojektes Fragen auftauchen, so können Sie jederzeit folgende(n) Ansprechpartner unter der Telefonnummer erreichen:

Dipl.-Psych. Erik Nordmann, Abt. Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. –psychotherapie, Institutsambulanz, ZfP Weissenau, Tel. 0751 / 7601-2318 oder -2304

In Notfällen gilt folgende Nummer: Tel. 0751 / 7601-0

VERSICHERUNG:

Während der Teilnahme an diesem Forschungsprojekt besteht Versicherungsschutz. Es gelten die allgemeinen Haftungsbedingungen.

Einen Schaden, der Ihrer Meinung nach auf das Forschungsprojekt zurückzuführen ist, melden Sie bitte unverzüglich dem Prüfarzt.

SCHWEIGEFLICHT/DATENSCHUTZ:

Alle Personen, welche Ihr Kind im Rahmen dieses Forschungsprojekts betreuen, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet.

Die studienbezogenen Untersuchungsergebnisse werden in der Krankenakte festgehalten. Sie sollen in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Veröffentlichungen verwendet werden.

Soweit es zur Kontrolle der korrekten Datenerhebung erforderlich ist, dürfen autorisierte Personen (z.B.: des Auftraggebers, der Universität) Einsicht in die studienrelevanten Teile der Krankenakte nehmen.

Sofern zur Einsichtnahme autorisierte Personen nicht der obengenannten ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, stellen personenbezogene Daten, von denen sie bei der Kontrolle Kenntnis erlangen, Betriebsgeheimnisse dar, die geheim zu halten sind.

Einwilligungserklärung für Eltern

Name der Studie:

Stationäre Heimunterbringung und psychiatrische Familienpflege für Jugendliche im Vergleich – Eine Studie zu differentieller Indikationsstellung und outcome von Jugendhilfemaßnahmen für psychisch auffällige Jugendliche

Inhalt, Vorgehensweise, Risiken und Ziel des obengenannten Forschungsprojektes sowie die Befugnis zur Einsichtnahme in die erhobenen Daten hat mir/uns Dipl.-Psych. Erik Nordmann ausreichend erklärt.

Ich/Wir hatte(n) Gelegenheit Fragen zu stellen und habe(n) hierauf Antwort erhalten.

Ich/Wir hatte(n) ausreichend Zeit, mich/uns für oder gegen die Teilnahme meines/unseres Kindes am Projekt zu entscheiden.

Eine Kopie der Elterninformation und Einwilligungserklärung habe(n) ich/wir erhalten.

Ich/Wir willigen in die Teilnahme unseres Kindes an diesem Forschungsprojekt ein.

.....
(Name des Kindes) (Unterschrift des Vaters)

.....
Ort, Datum (Unterschrift der Mutter)

INFORMATION UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Ihr Kind erhoben. Die Speicherung, Auswertung und Weitergabe dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

1. Ich/Wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/Krankheitsdaten meines/unseres Kindes auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden.
2. Außerdem erkläre(n) ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass eine autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Person (z.B.: des Auftraggebers, der Universität) in die erhobenen personenbezogenen Daten meines/unseres Kindes Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung des Projektes notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde(n) ich/wir den Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

.....
(Unterschrift des Vaters)

.....
Ort, Datum

.....
(Unterschrift der Mutter)

Anhang 5: Nachuntersuchungs-FragebogenNachuntersuchungs-Fragebogen

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen **vollständig** aus bzw. kreuzen Sie Zutreffendes an.

- **Antworten Sie so, wie es für Sie zutrifft.** Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten, weil jeder Mensch das Recht zu eigenen Anschauungen hat.
- Manche Fragen kommen Ihnen vielleicht sehr persönlich vor. Bedenken Sie aber, dass **Ihre Antworten absolut vertraulich behandelt und nur anonym zu Forschungszwecken benutzt werden.**
- Denken Sie nicht lange über einen Satz nach, sondern **geben Sie die Antwort, die Ihnen unmittelbar in den Sinn kommt.**
- Vielleicht passen einige Fragen nicht gut zu Ihnen. **Versuchen Sie aber trotzdem immer eine Antwort zu geben bzw. anzukreuzen**, und zwar die, welche noch am ehesten für Sie zutrifft.

Name: _____ Vorname: _____

Datum: _____ Alter: _____
Jahre

Geschlecht:

- ☐ männlich
☐ weiblich

Staatsangehörigkeit: _____

1. Bitte kreuzen Sie an, welchen **Schulabschluss** Sie erreicht haben:

- ☐ ohne Schulabschluss
☐ Hauptschule
☐ Mittlere Reife / Realschulabschluss
☐ Fachschulabschluss
☐ Abitur, Fachabitur
☐ Abgeschlossenes Fachhochschul-- / Hochschulstudium

**KLINIK FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHOTHERAPIE**

**Abteilung
Kinder- und
Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie**

Leitung:

- Cheärztin
Prof. Dr. Renate Schepker
- Pflegedienstleiter
Suso Rodriguez

Weingartshofer Straße 2
D-88214 Ravensburg

www.zfp-web.de

Ihr Ansprechpartner ist:
Erik Nordmann

Telefon: 0751/7601-0
Durchwahl: 0751/7601-2318
Sekretariat: 0751/7601-2304
Fax: 0751/7601-2121

e-mail: erik.nordmann@zfp-weissenau.de

Weissenau,
07.10.2007

☐ Anderer Abschluss: _____

2. Kreuzen Sie bitte an, welcher **Tätigkeit** Sie derzeit nachgehen:

- ☐ Auszubildende/r, Ausbildungsberuf _____
- ☐ Schüler/in, aktuell besuchte Schulform _____
- ☐ Student/in, Studienfach _____
- ☐ Berufstätig, Umfang angeben (z.B. ganz- od. teilzeitbeschäftigt; zeitweise beschäftigt; Gelegenheitsarbeit): _____
- ☐ Hausfrau / Hausmann _____
- ☐ Arbeitslos
- ☐ Berufsunfähigkeit
- ☐ Sozialhilfeempfänger
- ☐ Sonstiges, bitte angeben: _____

3. Ausbildung: Haben Sie zu irgendeinem Zeitpunkt **in den letzten 6 Monaten eine Schule, eine Hochschule oder eine andere Ausbildung besucht** oder haben Sie an einem anderen Ausbildungsgang teilgenommen?

☐ nein – bitte fahren Sie fort mit Frage 4

☐ ja - welche Art von Schule/Hochschule/Ausbildungsgang: _____

Fach: _____

Wann glauben Sie, Ihren Abschluss zu erreichen: _____

4. Falls Sie schon einen **beruflichen Ausbildungsabschluss** (z.B. Einzelhandelskauffrau) erreicht haben, bitte angeben welchen:

5. Falls Sie derzeit berufstätig sind, bitte geben Sie Ihre **aktuelle berufliche Stellung** an:

- ☐ Ungelernter Arbeiter/in
- ☐ Facharbeiter/in, einfache/r Angestellte/r
- ☐ Mittlere/r Angestellte/r
- ☐ Höhere/r Angestellte/r
- ☐ Selbständig als: _____

6. Bitte geben Sie an: **Seit wann** gehen Sie Ihrer **aktuellen Tätigkeit** nach:

7. Wie viele verschiedene **Arbeitsstellen** hatten Sie, seit Sie nicht mehr die Schule/Hochschule besuchen:

- ☐ Bisher keine Arbeitsstelle
- ☐ 1
- ☐ Zwischen 2 und 5
- ☐ Zwischen 6 und 10
- ☐ Über 10

8. Wie ist Ihre **aktuelle Wohnsituation**:

- ☐ Allein wohnend
- ☐ bei den eigenen Eltern wohnend
- ☐ mit dem eigenen Partner / Ehepartner zusammen wohnend
- ☐ in Jugendhilfe-Einrichtung / Gastfamilie, Name: _____
- ☐ andere Wohnsituation, bitte beschreiben: _____

9. Wie häufig sind Sie **umgezogen**, seit Sie aus der letzten Jugendhilfeeinrichtung bzw. Gastfamilie ausgeschieden sind:

- ☐ einmal
- ☐ zweimal
- ☐ 3 bis 5 mal
- ☐ 6 bis 10 mal
- ☐ Über 10 mal

10. Wie ist Ihr aktueller **Familienstand**:

- ☐ alleinstehend (Single)
- ☐ fester Partner, getrennte Wohnungen
- ☐ fester Partner (unverheiratet), zusammen wohnend
- ☐ verheiratet
- ☐ verheiratet, getrennt vom Ehepartner
- ☐ geschieden, alleinstehend
- ☐ geschieden, mit neuem Partner zusammenlebend
- ☐ verwitwet
- ☐ anderer: bitte beschreiben: _____

11. Bitte geben Sie an, ob Sie **eigene Kinder** haben:

- ☐ Ja, Alter: _____
- ☐ Nein

12. Wie viele **gute Freunde** haben Sie (ohne Familienangehörige)

- ☐ keine
- ☐ eine(n)
- ☐ zwei oder drei
- ☐ vier oder mehr

13. Wie häufig pro Monat haben Sie **Kontakt** mit guten Freunden / Freundinnen?
(Gemeint sind neben persönlichen Kontakten auch Telefongespräche, Briefe und e-mails)

- ☐ weniger als einmal ☐ ein- oder zweimal ☐ dreimal oder häufiger

14. Wie oft pro Monat laden Sie andere **zu sich nach Hause** ein?

- ☐ weniger als einmal
- ☐ ein- oder zweimal
- ☐ dreimal oder häufiger

15. Haben Sie eine **körperliche Krankheit**, eine **körperliche Behinderung** oder eine **Beeinträchtigung**?

- ☐ nein
☐ ja; bitte beschreiben: _____

16. Bitte beschreiben Sie alle **Sorgen und Probleme**, die Sie sich wegen Ihrer Arbeit, der Schule oder wegen anderer Dinge machen:

- ☐ keine Sorgen
☐ bitte beschreiben: _____

17. Bitte beschreiben Sie, **was Ihnen an sich selbst am besten gefällt**:

- | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------------|
| 18. Ich habe (hatte) einen Beruf, der mich voll befriedigt | ☐ stimmt | ☐ stimmt nicht |
| 19. Ich lebe mit mir selbst in Frieden und ohne innere Konflikte | ☐ stimmt | ☐ stimmt nicht |
| 20. Wenn ich noch einmal geboren würde, dann würde ich nicht anders leben wollen | ☐ stimmt | ☐ stimmt nicht |
| 21. In meinem bisherigen Leben habe ich kaum das verwirklichen können, was in mir steckt | ☐ stimmt | ☐ stimmt nicht |
| 22. Ich bin immer guter Laune | ☐ stimmt | ☐ stimmt nicht |
| 23. Oft habe ich alles gründlich satt | ☐ stimmt | ☐ stimmt nicht |
| 24. Ich bin selten in bedrückter, unglücklicher Stimmung | ☐ stimmt | ☐ stimmt nicht |
| 25. Ich grüble viel über mein bisheriges Leben nach | ☐ stimmt | ☐ stimmt nicht |
| 26. Ich bin mit meinen gegenwärtigen Lebensbedingungen oft unzufrieden | ☐ stimmt | ☐ stimmt nicht |
| 27. Alles in allem bin ich ausgesprochen zufrieden mit meinem Leben | ☐ stimmt | ☐ stimmt nicht |
| 28. Meine Partnerbeziehung (Ehe) ist gut | ☐ stimmt | ☐ stimmt nicht |

29. Meistens blicke ich voller Zuversicht in die Zukunft ☐ stimmt ☐ stimmt nicht

Während Ihrem Aufenthalt im Heim / in der Gastfamilie gab es bestimmt einige Dinge, die Ihnen nicht gefallen haben und andere, die Ihnen gefallen haben. Hier haben Sie nun die Möglichkeit, zu sagen was gut und was schlecht war:

30. Insgesamt bin ich mit meinem Aufenthalt in der Gastfamilie / im Heim sehr zufrieden

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise, teilweise aber auch nicht	Stimmt eher	Stimmt vollkommen
☐	☐	☐	☐	☐

31. Die Gastfamilie / die Erzieher sollten mich ernster nehmen

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise, teilweise aber auch nicht	Stimmt eher	Stimmt vollkommen
☐	☐	☐	☐	☐

32. Es sollte mehr auf meine Bedürfnisse eingegangen werden

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise, teilweise aber auch nicht	Stimmt eher	Stimmt vollkommen
☐	☐	☐	☐	☐

33. Der Abstand von meinem Zuhause hat mir gut getan

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise, teilweise aber auch nicht	Stimmt eher	Stimmt vollkommen
☐	☐	☐	☐	☐

34. Mein Mitspracherecht beim Verlauf der Maßnahme sollte verbessert werden

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise, teilweise aber auch nicht	Stimmt eher	Stimmt vollkommen
☐	☐	☐	☐	☐

35. Es sollten mehr Kontakte mit meiner Familie stattfinden

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise, teilweise aber auch nicht	Stimmt eher	Stimmt vollkommen
☐	☐	☐	☐	☐

36. Meine Privatsphäre sollte besser eingehalten werden

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise, teilweise aber auch nicht	Stimmt eher	Stimmt vollkommen
☐	☐	☐	☐	☐

37. Der Aufenthalt in der Gastfamilie / im Heim hat mir sehr geholfen

Stimmt überhaupt	Stimmt eher	Stimmt teilweise,	Stimmt eher	Stimmt
------------------	-------------	-------------------	-------------	--------

nicht	nicht	teilweise aber auch nicht		vollkommen
☐	☐	☐	☐	☐

38. Meine Erwartungen an den Aufenthalt in der Gastfamilie / im Heim haben sich voll erfüllt

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise, teilweise aber auch nicht	Stimmt eher	Stimmt vollkommen
☐	☐	☐	☐	☐

39. Wenn ich mich jetzt noch einmal entscheiden müsste, würde ich wieder in die Gastfamilie / in das Heim gehen

Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt teilweise, teilweise aber auch nicht	Stimmt eher	Stimmt vollkommen
☐	☐	☐	☐	☐

40. Hier können Sie noch alles loswerden, was Sie zu Ihrem Aufenthalt im Heim / in der Gastfamilie mitteilen möchten:

41. Wie oft waren Sie seit Beginn Ihres Aufenthalts im Heim / in der Gastfamilie stationär in Behandlung in **einer psychiatrischen / psychotherapeutischen / psychosomatischen Klinik**?

- ☐ gar nicht
- ☐ 1 mal
- ☐ 2 mal
- ☐ 3 bis 5 mal
- ☐ 6 bis 10 mal
- ☐ über 10 mal

Falls zutreffend, bitte nähere Angaben:

42. Wie häufig waren Sie seit Beginn Ihres Aufenthalts im Heim / in der Gastfamilie in **ambulanter psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung** oder Beratung?

- ☐ gar nicht
- ☐ 1 bis 5 Sitzungen/Termine
- ☐ 6 bis 10 Sitzungen / Termine
- ☐ 11 bis 20 Sitzungen / Termine
- ☐ 21 bis 50 Sitzungen / Termine
- ☐ 51 bis 100 Sitzungen / Termine
- ☐ über 100 Sitzungen / Termine

Falls zutreffend, bitte nähere Angaben:

43. Wie oft haben Sie seit Beginn Ihres Aufenthalts im Heim / in der Gastfamilie wegen psychischen Problemen Medikamente (**Psychopharmaka**) verordnet bekommen?
(Beispiel: 3 Monate Risperdal + 1 Jahr Zyprexa = 2 Verordnungen)

- ☐ gar nicht
- ☐ 1 Verordnung
- ☐ 2 Verordnungen
- ☐ 3 – 5 Verordnungen
- ☐ 6 – 10 Verordnungen
- ☐ über 10 Verordnungen

Falls zutreffend, bitte nähere Angaben:

44. Wie oft waren Sie nach Ihrem Aufenthalt im Heim / in der Gastfamilie in **anderen Einrichtungen der Jugendhilfe (Jugendamt)** untergebracht, z.B. **Heimeinrichtungen / Gastfamilien oder Pflegefamilien** ?

- ☐ gar nicht
- ☐ 1 mal
- ☐ 2 mal
- ☐ 3 bis 5 mal
- ☐ 6 bis 10 mal
- ☐ über 10 mal

Falls zutreffend, bitte nähere Angaben:

45. **Wie lange** waren Sie insgesamt in derartigen Einrichtungen der Jugendhilfe (Heime, Gastfamilien, Pflegefamilien) **untergebracht**?

- ☐ gar nicht
- ☐ unter 1 Monat
- ☐ unter ½ Jahr
- ☐ unter 1 Jahr
- ☐ zwischen 1 und 2 Jahren
- ☐ über 2 Jahren

Falls zutreffend, bitte nähere Angaben:

46. Wie oft waren Sie in **Einrichtungen anderer staatlicher Träger** untergebracht, **z.B. Reha-Einrichtungen der Agentur für Arbeit, Einrichtungen der Sozialhilfe/Sozialämter**?

- ☐ gar nicht
- ☐ 1 mal
- ☐ 2 mal
- ☐ 3 bis 5 mal
- ☐ 6 bis 10 mal
- ☐ über 10 mal

Falls zutreffend, bitte nähere Angaben:

47. **Wie lange** waren Sie insgesamt in derartigen Einrichtungen **anderer staatlicher Träger** untergebracht (**Reha-Einrichtungen der Agentur für Arbeit, Einrichtungen der Sozialhilfe/Sozialämter**)?

- ☐ gar nicht
- ☐ unter 1 Monat
- ☐ unter ½ Jahr
- ☐ unter 1 Jahr
- ☐ zwischen 1 und 2 Jahren
- ☐ über 2 Jahren

Falls zutreffend, bitte nähere Angaben:

Anhang 6: Offene Interviewfragen

Offene Interviewfragen	Name:
Datum:	Vorname:

1. Was hat Ihnen am besten gefallen in Ihrer Zeit in der Gastfamilie / im Heim?

2. Was hat Ihnen am wenigsten gefallen in Ihrer Zeit in der Gastfamilie / im Heim?

3. Wenn ein anderer Jugendlicher Sie fragen würde, ob er lieber in eine Gastfamilie oder in ein Heim gehen soll, was würden Sie ihm empfehlen?

4. Wie hat sich der Aufenthalt in der Gastfamilie / im Heim auf Ihr Verhältnis zu Ihrer Herkunftsfamilie (*ggf. erläutern: Ihre leiblichen Eltern*) ausgewirkt?

5. Wie ist (*bei abgeschlossenem Aufenthalt: wie war*) das Verhältnis zwischen Ihrer Gastfamilie / Ihrem Heim und Ihrer Herkunftsfamilie (Ihrer leiblichen Eltern)?

6. Was in Ihrer Gastfamilie / Ihrem Heim hat Ihnen am meisten geholfen?

7. Wenn Sie sich in der gleichen Situation wie früher noch mal entscheiden müssten, würden Sie wieder in die Gastfamilie / ins Heim gehen?

(*Wenn nein:*) Wohin dann?

8. Haben Sie heute noch Kontakt zu der Gastfamilie / zum Heim? (*Wenn ja:*) Was für Kontakte sind das?

9. Fällt Ihnen sonst noch etwas ein zu Ihrer Erfahrung mit der Gastfamilie / mit dem Heim, das Ihnen wichtig ist?

Anhang 7: Auswertungsmanual – Qualitative Inhaltsanalyse**Auswertungsmanual - Qualitative Inhaltsanalyse
der offenen Interviews zu den Erfahrungen in Gastfamilie und
Heim****E. Nordmann****23.03.2010, Rev. 18.05.2010****I Vorgehen bei der Auswertung und Kodierregeln:**

1. Die Auswertung erfolgt anhand der Interview-Transkripte, in denen die Antworten jedes Probanden auf die neun Interviewfragen wiedergegeben werden.
2. Zu Auswertung der Antworten auf jede der neun Interviewfragen werden eigene Antwortkategorien verwendet. So werden z.B. die Antworten auf Frage 2 („Was hat ihnen am wenigsten gefallen in ihrer Zeit in der Gastfamilie / im Heim?“) anhand von 8 Antwortkategorien analysiert und kodiert, die Antworten auf Frage 3 anhand von 4 Antwortkategorien. Die Antwortkategorien für Frage 1 und Frage 6 sind identisch.
3. Kodiereinheit ist jede einzelne, zusammenhängende Aussage eines Probanden über persönliche Erlebnisse (Erfahrungen und Erinnerungen, damit verbundene Gedanken und Gefühle, Bewertungen und sonstige Reaktionen) hinsichtlich der von ihm erlebten Intervention (Unterbringung in Gastfamilie bzw. Heim).
4. Die Antwort eines Probanden auf eine einzelne Interviewfrage kann eine oder mehrere Kodiereinheiten umfassen.
5. Mehrfachkodierung: Die Kodierung der Antwort auf eine Frage kann anhand von einer oder mehreren Antwortkategorien erfolgen. Werden in einer Antwort gleichzeitig die Kriterien mehrerer Antwortkategorien erfüllt, dann werden auch alle Kategorien kodiert.
6. Die Antwortkategorien zur Kodierung der Antworten werden im Manual mit Ankerbeispielen veranschaulicht. Bei den Ankerbeispielen werden typische Beispiele dargestellt sowie Beispiele, das die Antwortkategorie teils nur grenzwertig erfüllen.
7. Taucht in der gesamten Antwort auf eine Interview-Frage eine Antwortkategorie in mehreren Einzelaussagen wiederholt auf, wird sie nur einmal kodiert.
8. Berücksichtigung des Kontexts: Bei Mehrdeutigkeit einzelner, sonst nicht klar kodierbarer Aussagen soll der weitere Kontext wie z.B. Antworten auf andere Interviewfragen zur Bedeutungsklä rung und Entscheidung über die Kategorisierung herangezogen werden.
9. Verweise: Wird in der Antwort auf eine Frage auf vorhergehende Angaben zu anderen Fragen verwiesen, sollen diese Angaben zur Kodierung herangezogen werden.

Beispiel: Antwort auf Frage 2 (was hat am wenigsten gefallen?): „Die Sachen halt“ nach der Antwort auf Frage 1 (was hat am besten gefallen?): „ ... da gab’s auch Stress. Sie haben mich gezwungen, Blutwurst zu essen, haben mich geschlagen ...“ – hier werden also bei der Auswertung von Frage 2 die Inhalte der Antwort auf Frage 1 kodiert anhand der Antwortkategorien für Frage 2.

10. Bei Veränderungen der Bewertung konkreter Erfahrungen im Laufe der Zeit bis zum Interview: Kodieren der Bewertung zum Interviewzeitpunkt, z.B. bei *Heute find ich’s wohl toll, damals aber nicht*.
11. Praktisches Vorgehen beim Kodieren: Es ist sinnvoll, zunächst die Antworten aller Probanden auf eine Frage zu kodieren, bevor die die Antworten auf die nächste Frage kodiert werden. Also z.B. erst alle Antworten auf Frage 1 mit den zugehörigen Antwortkategorien kodieren, dann alle Antworten auf Frage 2 mit den Antwortkategorien für Frage 2 etc.

12. Die Antwortkategorien werden auf dem Interviewbogen an den rechten Seitenrand neben den Text geschrieben.

Beispiel zu Frage 1:

In der Zeit bei Familie H. hat mir gar nichts gefallen

6

II Kodierbeispiel

anhand der Antwort eines Probanden XY der Gastfamiliengruppe auf Frage 2 (Was hat ihnen am wenigsten gefallen in ihrer Zeit in der Gastfamilie / im Heim?):

„Dass man nichts machen durfte ... Ich hab jeden Tag eine Stunde raus müssen, egal ob es stürmte oder schneit.“

- Kodierung der Antwort: 3
- Erläuterung zur Kodierung:
 - *Dass man nichts machen durfte* = Konflikt um erzieherische Grenzen = 3
 - *Ich hab jeden Tag eine Stunde raus müssen, egal ob es stürmte oder schneit* = Konflikt um erzieherische Anforderungen = 3

Die gesamte Antwort erhält als Kodierung eine „3“ (nicht zwei „3en“, siehe Regel 7).

III Platz für Notizen (allg. Fragen / Anmerkungen / Diskussionspunkte der Rater):

Frage 1: „Was hat ihnen am besten gefallen in ihrer Zeit in der Gastfamilie / im Heim?“

Positive Erfahrungen

- Die angestrebte inhaltsanalytische Trennung von (emot.) Nähe einerseits, Akzeptanz und Wertschätzung andererseits anhand von zwei separaten Antwortkategorien erwies sich als nicht sinnvoll, da einige Antworten nicht zuverlässig einer der beiden Kategorien zugeordnet werden konnten. Deshalb wurden beide Aspekte in der Antwortkategorie 1 zusammengefasst.
- Mehrfachnennungen sind möglich, d.h. die gesamte Antwort kann mit mehreren Antwortkategorien kodiert werden. Die Antwort-Kategorien schließen sich gegenseitig nicht aus.

Antwort-Kategorien:

1 Emotionale Nähe, Akzeptanz und Wertschätzung

Erleben von emotionalem Rückhalt, Zuwendung (z.B. Gespräche) oder familiärer Geborgenheit durch die erzieherischen Bezugspersonen/Mitarbeiter/Peers in der Gastfamilie/Einrichtung (nicht: Lehrer und andere externe Bezugspersonen); positiv bewertetes Erleben einer Beziehung ähnlich einer Eltern-Kind-Beziehung bzw. Geschwister-

beziehung; gutes Auskommen bzw. freundschaftliche Beziehung mit den erzieherischen Bezugspersonen/Peers; Erleben von Anerkennung

- *Dass sie mich aufgenommen haben wie ihre Tochter*
- *Die waren immer für mich da*
- *Dass sie mich so freundlich aufgenommen haben*
- *Der Umgang ... bin mit ihnen gut ausgekommen*
- *War familiärer, war gut*

2 Gemeinsame Aktivitäten

Positiv bewertete gemeinsame Aktivitäten und gemeinsame externe Unternehmungen (ausgenommen: gemeinsame Problemlösung – wird erfasst mit Kat. 3)

- *Wir haben immer alles zusammen gemacht*
- *Viele Ausflüge, zum Baden*
- *Die Atmosphäre war locker, viele Späße wurden gemacht*

3 Förderung sozialer Kompetenzen

Erleben der erzieherischen Förderung von sozialen Fähigkeiten wie Kommunikations-, Problemlösungs- und Konfliktlösungsfähigkeit und lebenspraktischen Fähigkeiten, erz. Förderung von Beziehungen und Sozialkontakten; Unterstützung durch die Bezugspersonen in Gastfamilie/Heim hinsichtlich Schule; Förderung von Einhalten von Regeln, Frustrationstoleranz, Zuversicht; gemeinsame Problemlösung

- *Dass wir Probleme zusammen lösen können*
- *Gelernt, mich an Regeln zu halten*

4 Autonomie

Positives Erleben von Selbständigkeit und -entwicklung, Freiheiten, Freiraum, Arbeits- und Lernfähigkeit

- *Konnte zunehmend machen, was ich wollte*
- *Bin selbständiger geworden*

5 Andere positive Erfahrungen

Sonstige positive Erfahrungen während der Maßnahme

- *So viele Tiere*
- *Geschenke*
- *Eigenes Stockwerk*
- *Ruhe*

6 Fehlen von positiven Erfahrungen

bzw. vorwiegend negatives Erleben der Maßnahme

- *Einsamkeit*
- *Dass ich wieder gegangen bin*
- *Fast gar nichts*

Frage 2: „Was hat ihnen am wenigsten gefallen in Ihrer Zeit in der Gastfamilie / im Heim?“

Negative Erfahrungen

Antwort-Kategorien:

- 1 Keine relevanten Schwierigkeiten oder positive Bewertung des erzieherischen und Konfliktlösungs-Verhaltens
 - *Eigentlich nix*
 - *Wenn mal ein Verbot kam ... die waren alle gerechtfertigt*
 - *Zum Essen pünktlich da sein, aber das ist überall*
- 2 Konflikte und Beziehungsprobleme durch bzw. mit Peers/Pflege- oder leiblichen Geschwistern während der Maßnahme
 - *Der Stress mit den eigenen Kindern von Familie M.*
 - *... bisschen Konflikt mit meinem Pflegebruder. Er war bisschen eifersüchtig*
 - *Ich hatte das Gefühl, dass ich für meine Schwester verantwortlich bin*
- 3 Konflikte und Beziehungsprobleme mit erzieherischen Bezugspersonen (Gasteltern, Erzieher), u.a. durch erzieherische Anforderungen, Regeln und Grenzen, mangelnde Autonomie
 - *Dass wir manchmal Streit gehabt haben. Zum Beispiel wer den Tisch abräumt ...*
 - *Dass ich Regeln hatte, die ich damals von meiner Mutter nicht hatte*
 - *Wenn wir uns mal gestritten haben, klar ...*
- 4 Allgemeine negative Bewertung der Maßnahme bzw. generalisierte negative Bewertung
 - *Ich habe nicht verstanden, wie man Kinder, die eh schon psychisch fertig sind, in so ne Familie setzen kann*
 - *Mir hat kaum was gefallen*
- 5 Persönliche Probleme / Inkompetenz der erzieherischen Bezugspersonen : Vom Probanden geschilderte persönliche Schwierigkeiten oder pädagogische Defizite der Gasteltern oder Heimerzieher/-mitarbeiter
 - *... nicht fähig dazu, Pflegekinder zu betreuen, weil sie selbst so viele Probleme hatte, und weil es für sie ne Notlösung war, weil sie so viele Schulden hatte*
 - *Dass die Mitarbeiter keine Lust zum Arbeiten hatten*
- 6 Mangelnde emotionale Nähe / praktische Unterstützung / Kommunikation durch Bezugspersonen, Einsamkeit, Ausgrenzungserlebnis
 - *Und dann fand ich traurig, meinen Pflegevater habe ich nicht wirklich kennengelernt*
 - *... und damit habe ich mich alleine gefühlt*
- 7 Übergriffserleben: Erleben von körperlichen Strafen, Misshandlung und anderen ausgeprägten Grenzüberschreitungen, „schwarze Pädagogik“
 - *Sein sadistisches Verhalten*
 - *... gezwungen: Implantation eines Verhütungsstäbchens ...*
- 8 Andere, z.B. eigene Probleme, eigenes Fehlverhalten
 - *Eben der Rückfall zum Schluss (sc.: eigener Suchtmittelkonsum des Probanden)*
 - *Ich war oft abgänglich aus dem Heim*
 - *Die Lage ... nicht gut, ein kleines Dorf*

Frage 3: „Wenn ein anderer Jugendlicher sie fragen würde, ob er lieber in eine Gastfamilie oder in ein Heim gehen soll, was würden sie ihm empfehlen?“

Aufgrund der eigenen Erfahrung bevorzugte Unterbringungsform

- Die vier Antwortkategorien schließen sich gegenseitig aus, Mehrfachkodierungen einer Antwort sind nicht möglich.

Antwortkategorien:

- 1 Gastfamilie: Eindeutige oder zumindest tendenzielle Befürwortung der Unterbringung in einer Gastfamilie (entweder verallgemeinert oder konkretisiert im Hinblick auf eine spezifische Familie)
 - *Würd schon sagen ja, weil manche Gastfamilien sind schon gut*
- 2 Heim: Eindeutige oder zumindest tendenzielle Befürwortung der Unterbringung in einem Heim (entweder verallgemeinert oder konkretisiert im Hinblick auf eine spezifische Familie)
 - *Vielleicht eher ein Heim*
- 3 Andere Antworten: z.B. Erörterung von Vor- und Nachteilen der Betreuungsformen ohne erkennbare Befürwortung der einen oder anderen Alternative; deutliche Ambivalenz; unklare Präferenz; Ablehnung beider Alternativen
 - *Kommt drauf an*
 - *Bin gegen beides*
 - *Kann ich nicht beurteilen, weil ich da nie war*
- 4 Fehlende Antwort: Missing Data, z. B. wenn die Frage nur bei einem von zwei Interviews vorgegeben wurde

Frage 4: „Wie hat sich der Aufenthalt in der Gastfamilie / im Heim auf Ihr Verhältnis zu ihrer Herkunftsfamilie (ggf. erläutern. Ihren leiblichen Eltern) ausgewirkt?“

- Im Fokus der Beurteilung anhand der Antwortkategorien steht die Frage, wie sich die Beziehung zur Herkunftsfamilie durch die Maßnahme verändert hat.
- Im Vordergrund steht die von den Befragten selbst bewertete Veränderung der emotionalen Beziehungsqualität, die Veränderung der Häufigkeit von Kontakten ist nur in zweiter Linie relevant
- Es ist nicht notwendig, dass ein kausaler Zusammenhang explizit benannt (oder verneint) wird. Ein erkennbarer zeitlicher Zusammenhang ist zur Kategorisierung ausreichend.
- Die vier Antwortkategorien schließen sich gegenseitig aus, Mehrfachkodierungen einer Antwort sind nicht möglich.

Antwortkategorien:

- 1 Verbesserung der Beziehung: Deutliche oder leichte Verbesserung der Beziehung während der Maßnahme (Gastfamilien- oder Heimaufenthalt)
 - *Ich komme ein bisschen besser klar*
 - *Hab gemerkt, dass ich nicht so abhängig von ihr bin*

- 2 Verschlechterung der Beziehung: Deutliche oder leichte Verschlechterung der Beziehung während der Maßnahme (Gastfamilien- oder Heimaufenthalt)
- *Hab zu meiner Mutter dadurch gar kein Verhältnis mehr*
 - *Zu der Zeit sehr schlecht*
- 3 Unveränderte Beziehung / nicht beurteilbar: Keine erkennbare Veränderung der Beziehung während der Maßnahme i.S. einer Verbesserung oder Verschlechterung oder ambivalente Bewertung oder nicht beurteilbare Bewertung der Veränderung oder keine Angabe
- *Da gab's keinen Kontakt*
 - *Nicht wirklich*
 - *Teils so, teils so*

Frage 5: „Wie ist (bei abgeschlossenem Aufenthalt: wie war) das Verhältnis zwischen ihrer Gastfamilie / ihrem Heim und ihrer Herkunftsfamilie (ihren leiblichen Eltern)?“

- Mehrfachkodierungen einer Antwort mit mehreren Kategorien sind möglich

Antwortkategorien:

- 1 Kein oder minimaler Kontakt: Fehlen von oder Vermeidung von Kontakten
- *Die hatten ja so gut wie nie Kontakt*
- 2 Negativ bewertete Beziehung: Erleben einer negativ gefärbten Beziehung, zumindest von einer Seite; fehlende Akzeptanz; Konkurrenz; Überwiegen von Konflikten
- *Meine Mutter war auch nicht so zufrieden*
 - *Alles gespielt irgendwo ... nett getan, aber in Wirklichkeit Fehler gesucht*
- 3 Positiv bewertete Beziehung: Erleben einer positiv gefärbten Beziehung; gegenseitige Akzeptanz oder Anerkennung, Wertschätzung
- *Haben sich sehr gut verstanden*
 - *Relativ gut*
- 4 Neutral / ambivalent bewertete Beziehung: Teils positiv, teils negativ erlebte Beziehung; kein klares Überwiegen positiver oder negativer Aspekte; Proband vermeidet Beurteilung
- *Kein gutes, außer zu meinem Vater*
 - *Normal*
 - *Keine Meinung dazu*

Frage 6: „Was in ihrer Gastfamilie / ihrem Heim hat ihnen am meisten geholfen?“

Hilfreichste Erfahrung

- Eine inhaltsanalytische Trennung von Emotionaler und Beziehung einerseits, Akzeptanz und Wertschätzung andererseits anhand von zwei getrennten Antwortkategorien erwies sich als nicht sinnvoll, siehe Anmerkung zu Frage 1.
- Mehrfachnennungen sind möglich, d.h. die gesamte Antwort kann mit mehreren Antwortkategorien kodiert werden. Die Antwort-Kategorien schließen sich gegenseitig nicht aus.

Antwort-Kategorien:

1 Emotionalität und Beziehung

Erleben von emotionalem Rückhalt, Zuwendung (z.B. Gespräche) oder familiärer Geborgenheit durch die erzieherischen Bezugspersonen/Mitarbeiter/Peers in der Gastfamilie/Einrichtung (nicht: Lehrer und andere externe Bezugspersonen); positiv bewertetes Erleben einer Beziehung ähnlich einer Eltern-Kind-Beziehung bzw. Geschwisterbeziehung; gutes Auskommen bzw. freundschaftliche Beziehung mit den erzieherischen Bezugspersonen/Peers; Erleben von Anerkennung

- *Dass sie mich aufgenommen haben*
- *Die waren immer für mich da*
- *Bin mit ihnen gut ausgekommen*
- *War familiärer, war gut*
- *Gespräche mit Mitbewohner*
- *Pflegeltern als Vorbild*

2 Gemeinsame Aktivitäten

Positiv bewertete gemeinsame Aktivitäten und gemeinsame externe Unternehmungen. Anders als bei Kat. 1 liegt der Akzent hier auf dem gemeinsamen Tun (ausgenommen: gemeinsame Problemlösung – wird erfasst mit Kat. 3)

- *Wir haben immer alles zusammen gemacht*
- *Zusammen Ausflüge machen*
- *Die Atmosphäre war locker, viele Späße wurden gemacht*

3 Förderung von Kompetenzen

Erleben der erzieherischen Förderung von sozialen Fähigkeiten wie Kommunikations-, Problemlösungs- und Konfliktlösungsfähigkeit und lebenspraktischen Fähigkeiten, von Beziehungen, Sozialkontakten, Unterstützung durch die Bezugspersonen in Gastfamilie/Heim hinsichtlich Schule; Förderung von Einhalten von Regeln, Frustrationstoleranz, Zuversicht; gemeinsame Problemlösung

- *Dass wir Probleme zusammen lösen können*
- *Gelernt, mich an Regeln zu halten*
- *Helfen, im Leben weiter zu kommen*

4 Autonomie

Positives Erleben von Selbständigkeit und -entwicklung, Freiheiten, Freiraum, Arbeits- und Lernfähigkeit, Übernahme von Selbstverantwortung

- *Konnte zunehmend machen, was ich wollte*
- *Bin selbständiger geworden*

5 andere positive Erfahrungen

Sonstige positive Erfahrungen während der Maßnahme

- *Die Therapie mit den Hunden*

- *Geschenke*
- *Eigenes Stockwerk*
- *Ruhe*

6 Fehlen positiver Erfahrungen bzw. vorwiegend negatives Erleben der Maßnahme

- *Einsamkeit*
- *Dass ich wieder gegangen bin*
- *Fast gar nichts*
- *Haben mir nicht geholfen*

7 Cannot Classify CC: Andere Antworten, die nicht unter Kat. 1 bis 6 klassifiziert werden können

Frage 7: „Wenn sie sich in der gleichen Situation wie früher noch mal entscheiden müssten, würden sie wieder in die Gastfamilie / ins Heim gehen? (Wenn nein:) Wohin dann?“

- Bei der Kodierung soll primär die persönliche Haltung gegenüber der selbst erlebten Maßnahme (Gastfamilien- oder Heimerfahrung) erfasst werden, nicht die grundsätzliche Haltung gegenüber Heimen oder Pflege-/Gastfamilien.
- Bei“ Nein-Antworten“ sieht das Interview die Nachfrage „wohin dann?“ vor. Die Antwort auf diese Nachfrage soll nur dann bei der Kodierung berücksichtigt werden, wenn die Kodierung der vorhergehenden Antwort sonst nicht sicher möglich wäre.
- Die drei Antwortkategorien schließen sich gegenseitig aus, Mehrfachkodierungen einer Antwort sind nicht möglich.

Antwortkategorien:

1 Würde wieder in die gleiche Gastfamilie/ins gleiche Heim gehen, Votum für die gleiche konkrete Maßnahme

- *Ja*
- *Besser da als wo anders*
- *Wenn ich genauso wäre wie damals, dann schon*

2 Würde nicht mehr in die gleiche Gastfamilien/ins gleiche Heim gehen, Votum gegen die gleiche konkrete Maßnahme

- *Nein*
- *In die gleiche? nein*
- *Ich glaub eher nicht*

3 Keine klare Präferenz für oder gegen die gleiche Gastfamilie/das gleiche Heim, die Antwort lässt keine klare Entscheidung für oder gegen die gleiche Maßnahme erkennen; es findet eine Abwägung von „pro“ und „kontra“ statt bzw. von Bedingungen, ohne dass eine der beiden Möglichkeiten eindeutig bevorzugt wird, sonstiges.

- *Kommt drauf an. Wenn ich fit genug wäre, würde ich lieber daheim leben*

Frage 8: „Haben sie heute noch Kontakt zu der Gastfamilie / zum Heim? (Wenn ja:) Was für Kontakte sind das?“

- Die vier vorgegebenen Antwortkategorien schließen sich gegenseitig aus, Mehrfachkodierungen einer Antwort sind nicht möglich.

Antwortkategorien:

1 Intensiver Kontakt

Regelmäßiger Kontakt oder häufiger Kontakt (mindestens 1x monatlich; face-to-face oder Telefonate, E-Mail, Briefe etc.) oder intensiver Kontakt (z.B. wiederholte Besuche mit Übernachtungen) oder emotional erkennbar bedeutsamer Kontakt

- *zwei Mal die Woche ... mehr spontan als angeordnet*

2 Gelegentlicher Kontakt

Gelegentlicher oder seltener Kontakt (< 1x monatlich) oder zufälliger, nicht geplanter Kontakt oder emotional wenig bedeutsamer Kontakt

- *ich sehe sie ab und zu*

3 Keine Kontakte

Oder frühere Kontakte bestehen zum Interviewzeitpunkt nicht mehr

- *nein, hab ich nicht*
- *nein, gar nicht mehr*

4 Fortbestehendes Betreuungsverhältnis

Proband lebt weiter in der Gastfamilie oder Heimeinrichtung – dies schließt die Kategorien 1 bis 3 aus, da getrennte Wohnungen dafür vorausgesetzt werden..

Frage 9: „Fällt ihnen sonst noch etwas ein zu ihrer Erfahrung mit der Gastfamilie / mit dem Heim, das ihnen wichtig ist?“

- Die Antwortkategorien schließen sich gegenseitig aus, Mehrfachkodierungen sind nicht möglich

Antwortkategorien:

1 Positive Erfahrung

Schilderung einer – überwiegend - positiv bewerteten/besetzten Erfahrung

- *Fand's eigentlich ne schöne Zeit*

2 Negative Erfahrung

Schilderung einer – überwiegend - negativ bewerteten / besetzten Erfahrung

- *Also ich würd's niemand weiterempfehlen*

3 Unklar

Schilderung einer unklar bewerteten Erfahrung bzw. Schilderung von sowohl positiven wie negativen Erfahrungen; Fehlen deutlicher Hinweise in der Antwort für eine vorwiegend positive oder negative emotionale Wertigkeit des geschilderten Erlebnisses

- *Da müsste schon einiges geändert werden ... was mir geholfen hat: der Lehrer in der Heimschule*

4 Keine Angabe

Keine inhaltliche Antwort auf die Frage bzw. Antwort mit „nein“

Danksagung

Diese Arbeit wäre ohne die Unterstützung vieler anderer Personen nicht möglich gewesen. An erster Stelle möchte ich hier die ehemaligen Patienten der Weissenauer Kinder- und Jugendpsychiatrie nennen, die bereit waren, für die Teilnahme an der Untersuchung Zeit und Energie aufzubringen, auch wenn für manche die damit verbundene Erinnerung an teils schwierige Phasen der eigenen Biographie nicht leicht war. Ihnen und auch ihren mitwirkenden Eltern und Angehörigen gebührt großer Dank.

Barbara Roth von JuMeGa-Arkade und ihren Kollegen danke ich herzlich für die Vermittlungsarbeit bei der Herstellung der Kontakte zu den betreuten Jugendlichen und deren Gastfamilien und für die ideelle wie tatkräftige Unterstützung dieses Projekts. Vielen hier namentlich nicht im Einzelnen aufzuführenden Mitarbeitern der Jugendämter und Heimeinrichtungen im Raum Oberschwaben-Bodensee und darüber hinaus gilt gleichermaßen mein Dank für ihre Unterstützung.

Großer Dank geht an meine Chefin Prof. Dr. Renate Schepker für unermüdlichen und ermutigenden Beistand, für unzählige inhaltliche Anregungen und Verbesserungen, für anregende Diskussionen und dafür, dass sie immer ein wohlwollend offenes Ohr für meine Anliegen hatte. Prof. Ferdinand Keller gilt großer Dank für seine Betreuung der Arbeit und für die gute Unterstützung bei der Klärung methodisch-statistischer Fragen. Mein Dank geht auch an Prof. Dr. Jörg M. Fegert, der meine Idee zu dieser Studie aufgriff und mich zur Umsetzung ermutigte. Meine Kolleginnen Dr. Ulrike Amann und Dr. Annette Williamson standen mir bei der Durchführung der Untersuchung mit konstruktiv-kritischen Diskussionen und mit praktischer Unterstützung bei. Ihnen und Frau Schepker gilt besonderer Dank für ihre Bereitschaft, neben ihrer klinischen Arbeit die Mühen des Ratertrainings und des Ratens von Interviewtranskripten auf sich zu nehmen. Isabel Rodriguez sei bedankt für ihre Mitarbeit bei der Analyse der Archivdaten, Dipl.-Psych. Matthäus Simon für das Lesen von Teilen des Manuskripts und für viele hilfreiche Verbesserungsvorschläge. Dem Sekretariat der Weissenauer Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Frau Dangel und Frau Voit möchte ich danken für Rat und Tat in vielfältigen praktischen Angelegenheiten und Fragen, z.B. im Umgang mit den Feinheiten und Tücken von „Word“.

Dank gilt schließlich auch meiner Familie: Meiner Frau Heidrun und meinen beiden Kindern Julia und Nikolai für die ideelle Unterstützung, Geduld und Toleranz dafür,

dass ich wegen der Beschäftigung mit der Untersuchung von Gastfamilien meiner eigenen Familie weniger Zeit widmen konnte.

Der Lebenslauf ist in der Online-Version aus Gründen des Datenschutzes nicht enthalten