

Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie
im Kindes- und Jugendalter, Universität Rostock
Direktor: Prof. Dr. med. F. Häßler

Kinder und Jugendliche im Grenzbereich zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe

—

eine empirische Untersuchung zu Ursachen und
Zusammenhängen anhand der stationären Klientel der
Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und
Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der
Universität Rostock

Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin
Der Medizinischen Fakultät
der Universität Rostock

vorgelegt von
Christian Lau,
geb. in Rostock

Rostock 2008

Inhaltsverzeichnis

I Einleitung

- I.1 Der „Grenzbereich“ zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe**
 - I.1.1 Kinder- und Jugendhilfe und –psychiatrie und das Problem Zusammenarbeit
 - I.1.2 Der gesetzliche Rahmen vs. Begriff der „Behinderung“
 - I.1.3 Leistungen der Jugendhilfe
 - I.1.4 Abgrenzung und Ausgrenzung von Fachgebieten
 - I.1.5 Das Netzwerk
 - I.1.6 Jugendhilfe Rostock
 - I.1.7 Vergleich der Gruppe der fremdplatzierten Kinder der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie der Universität Rostock und des Jugendamtes Rostock im Jahr 1998
- I.2 Anliegen der Arbeit**
- I.3 Zum Überbegriff der Fremdplatzierung**
- I.4 Zur Geschichte und Entwicklung zur heutigen Kinder- und Jugendpsychiatrie**
 - I.4.1 Geschichte und Entwicklung
 - I.4.2 Aktuelle Problematik und Perspektiven in der Kinder- und Jugendpsychiatrie:
- I.5 Die Entwicklung der Klinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie/ Psychotherapie und Poliklinik an der Universität Rostock**
 - I.5.1 Vom Vater Professor Dr. Gerhard Göllnitz bis heute
 - I.5.2 Heutiger Stand der KJPP der Universität Rostock:

II Material und Methoden

- II.1 Anliegen und Definition des Untersuchungszeitraumes**
- II.2 Definition der stationäre Aufnahme**
- II.3 Das Schlüsselwortverzeichnis und die Patientenakte**
- II.4 Auswertung der Daten**
- II.5 Erläuterungen des Begriffes Fremdplatzierung**
- II.6 Erläuterungen der Gruppenzugehörigkeit**

III Hypothesen

IV Ergebnisse

- IV.1 Allgemeine Erläuterungen**

IV.2	Untersuchung der psychiatrischen Gesamtklientel der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJPP) der Universität Rostock der Jahre 1998/99
IV.2.1	Die Gruppen
IV.2.2	Geschlechter
IV.2.3	Alter
IV.2.3.1	Gruppenvergleiche
IV.2.4	Aufenthaltsdauer
IV.2.4.1	Aufenthaltsdauer und das Alter der Patienten
IV.2.4.2	Aufenthaltsdauer und Behandlungserfolg
IV.2.4.3	Gruppenvergleiche
IV.2.5	Einweisende Stelle
IV.2.6	Weiterbehandelnde Stelle
IV.2.7	Behandlungserfolg
IV.2.7.1	Behandlungserfolg der Geschlechter
IV.2.7.2	Behandlungserfolg und Alter
IV.2.7.3	Behandlungserfolge in den unterschiedlichen Milieus
IV.2.7.4	Gruppenvergleiche
IV.2.8	Das Elternhaus
IV.2.9	Verlust
IV.2.9.1	Gruppenvergleiche
IV.2.10	Scheidung
IV.2.10.1	Gruppenvergleiche
IV.2.11	Bildung, Ausbildung und Tätigkeit der Eltern
IV.2.11.1	Schulbildung der Mutter und des Vaters
IV.2.11.2	Berufsausbildung der Mutter und des Vaters
IV.2.11.3	Berufstätigkeit der Mutter und des Vaters
IV.2.11.4	Bildung, Ausbildung, Tätigkeit der Eltern im Vergleich mit dem Alter der Patienten
IV.2.11.5	Gruppenvergleiche
IV.2.11.6	Fazit der Gruppenvergleiche
IV.2.11.6.1	Mütter
IV.2.11.6.2	Väter
IV.2.12	Substanzmissbrauch der Eltern
IV.2.12.1	Gruppenvergleiche
IV.2.13	Psychische Erkrankungen der Eltern
IV.2.13.1	Gruppenvergleiche
IV.2.14	Wohnverhältnisse
IV.2.14.1	Gruppenvergleiche
IV.2.15	Milieu
IV.2.15.1	Gruppenvergleiche
IV.2.16	Stellung in der Geschwisterreihe
IV.2.16.1	Gruppenvergleiche
IV.2.17	Geschwisterzahl
IV.2.18	Zahl der im Haushalt lebenden Kinder
IV.2.19	Geschwister im Heim
IV.2.20	Erstmalige Heimunterbringung
IV.2.21	Überweisungsgründe vom Heim in die Klinik
IV.2.22	Überweisungsmodus Klinik – Heim
IV.2.23	Überweisungsgründe von der Klinik in das Heim

IV.2.24	Wiederholte Behandlungen, Anzahl der Behandlungen
IV.2.24.1	Gruppenvergleiche
IV.2.25	IQ
IV.2.25.1	Gruppenvergleiche
IV.2.26	Entwicklungsrückstand
IV.2.26.1	Gruppenvergleiche
IV.2.27	Neurologie (EEG)
IV.2.28	Konzentrationsschwäche
IV.2.28.1	Gruppenvergleiche
IV.2.29	Hypermotorik
IV.2.30	Aggression als dissoziale Verhaltensstörung
IV.2.30.1	Gruppenvergleiche
IV.2.31	Die weiteren dissozialen Verhaltensstörungen: Lügen, Streiten, Aufsässigkeit, Wutausbrüche, Stehlen von Wertgegenständen, Schule oder Lehre schwänzen, Weglaufen von Zuhause
IV.2.31.1	Gesamtklientel
IV.2.31.2	Geschlechtervergleich
IV.2.31.3	Unterschiede in den Altersgruppen
IV.2.31.4	Gruppenvergleiche
IV.2.32	Angst
IV.2.33	Aufnahmesymptomatik
IV.2.33.1	Gruppenvergleiche
IV.2.34	Suizidversuch
IV.2.34.1	Gruppenvergleiche
IV.2.35	Enuresis / Enkopresis
IV.2.36	Substanzmissbrauch des Patienten
IV.2.36.1	Gruppenvergleiche
IV.2.37	Diagnosen
IV.2.37.1	Diagnosegruppen
IV.2.37.2	Erstdiagnosen
IV.2.38	Risikoindices
IV.2.38.1	Index für eine Fremdplatzierung mittels des Unterschiedes zwischen den Gruppen 1, 2 und 3
IV.2.38.2	Index für eine Fremdplatzierung mittels der signifikanten Unterschiede zwischen Gruppe 1 und 2+3
IV.3	Vergleich der Adoptiv- und Pflegekinder vs. der Nicht-Adoptiv- oder Pflegekinder der psychiatrischen Gesamtklientel 1998/99 der KJPP der Universität Rostock
IV.3.1	Vergleich der einzelnen Untersuchungspunkte
IV.3.2	Zusammenfassung

V Diskussion

V.1	Vergleich der Untersuchungen zur Klientel der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie der Universität Rostock aus den Jahren 1991/92 (Hentsch) und 1998/99 (Lau)
V.1.1	Vergleich der einzelnen Untersuchungspunkte
V.1.2	Zusammenfassung

V.2 Vergleich der Adoptiv- und Pflegekinder der stationären Klientel der KJPP Rostock der Jahrgänge 1998/99 mit 1991/92

V.2.1 Vergleich der einzelnen Untersuchungspunkte

V.2.2 Zusammenfassung

V.3 Diskussion der Ergebnisse

V.3.1 Diskussion der Ergebnisse der Untersuchung der Klientel der KJPP der Jahre 1998/99 anhand der gestellten Hypothesen

V.3.2 Diskussion der Ergebnisse des Vergleiches der heimerfahrenen Klientel der KJPP Rostock der Jahre 1991/92 und 1998/99 anhand der gestellten Hypothesen

V.3.3 Thesen dieser Arbeit

V.3.4 allgemeine Diskussion mit der Literatur

V.3.5 Diskussion zu Schwerpunkten

V.3.5.1 Die Familie

V.3.5.2 Der Patient

VI Zusammenfassung

VI.1 Zusammenfassung

VI.2 Thesen dieser Arbeit

VII Literaturverzeichnis

VIII Anhang

VIII.1 Quellennachweis

VIII.1.1 Internetseiten

VIII.1.3 Gesetzestexte

VIII.2 Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche

VIII.3 Schlüsselwortverzeichnis

VIII.3.1 Schlüsselwortverzeichnis

VIII.3.2 Erläuterungen zum Schlüsselwortverzeichnis

VIII.4 Abkürzungsverzeichnis

I Einleitung

I.1 Der „Grenzbereich“ zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe

I.1.1 Das Problem der Zusammenarbeit zwischen beiden Institutionen

Seit nun mehr zwei Jahrzehnten häufen sich die Publikationen zur Problematik des sich überschneidenden Aufgabenbereichs der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Ullrich Gintzel 1989; Ullrich Gintzel 1989; Köttgen 1990; Schone 1990; Schone 1990; Bowie and Friedli 1992; Hentsch 1999).

Trotz der allgemeinen Erkenntnis, dass das „Kindeswohl“ in beiden Institutionen im Mittelpunkt stehen sollte (Kaufmann and Ziegler 2003), scheint das berufspolitische Interesse vordergründiger zu sein (Köttgen 1990).

Im 18. und 19. Jahrhundert aus der gemeinsamen Wurzel der Anstalten erwachsen, haben sich beide Institutionen differenziert und eigene Profile entwickelt.

Wenn jetzt also die im Verhältnis junge Kinder- und Jugendpsychiatrie der Erziehung des „schwierigen“ Teils der Klientel stationärer Fürsorgeeinrichtungen Erfolglosigkeit bescheinigt und Begründungen mittels psychologischer und psychiatrischer Diagnosen liefert, beginnt die Jugendhilfe sich gegen die vermeintliche Übermacht zu wehren, schottet sich ab bzw. beharrt auf ihrer Letztentscheidung über zu gewährende Hilfen, zumal sie diese finanziert.

Rößler (Köttgen 1990) beschreibt drei Formen von Neid der Jugendhilfe:

1. höhere Bewertung des Ausbildungsniveaus, der Bezahlung und des gesellschaftlichen Status der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
2. Ungleichheit der zur Verfügung stehenden Ressourcen
3. Möglichkeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Ausgrenzung von Problemlagen aus der Zuständigkeit der Fachspezialisierung.

Dieser Konkurrenzdruck durch vermeintlichen Neid baut sich durch die stetige Professionalisierung und den Erfahrungsschatz der Jugendhilfe wieder ab.

Außerdem tritt die Diskussion um die Kooperation der beiden Fächer durch die Veränderung des rechtlichen Rahmens mehr und mehr in den Hintergrund.

An dieser Stelle erfolgt nun eine knappe Darstellung des rechtlichen Rahmens und hiernach des Leistungsspektrums der Jugendhilfe, um die Schwierigkeit der Professionalisierung und Abgrenzung dieses „Fachgebietes“ deutlich zu machen.

I.1.2 Der gesetzliche Rahmen vs. Begriff der „Behinderung“

Der Rahmen des Aufgabenbereiches ist das achte Sozialgesetzbuch (Kinder- und Jugendhilfegesetz = KJHG). 1995 bundesweit in Kraft getreten, löste es das 1922 erlassene Reichsjugendwohlfahrtsgesetz ab. Diese Umstrukturierung sollte familien- und anwenderfreundlicher sein. Trotz positiver Stellungnahmen der Fachverbände wurde schon früh der Mangel an Verantwortlichkeit der Leistungsträger, und somit ein Streit der Leistungsträger um die Kostenübernahmen befürchtet (siehe Tabelle 1). Eine Neufassung wurde 1998 verabschiedet und bis heute sind eine Vielzahl von Veränderungen vorgenommen worden.

Tabelle 1: Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen nach Trägergruppen (Bundestag 2004)

Leistungen zur	Unfallversicherung	Soziale Entschädigung	Krankenversicherung	Rentenversicherung	Bundesagentur für Arbeit	Jugendhilfe	Sozialhilfe
Medizinischen Rehabilitation	X	X	X	X		X	X
Teilhabe am Arbeitsleben	X	X		X	X	X	X
Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	X	X				X	X

Eine Zentrale Stellung und Verbindlichkeit für die Jugendhilfe nimmt der §35a SGB VIII ein. Dieser seit Einführung viel diskutierte Paragraph regelt die spezielle Eingliederungshilfe seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher und die Rolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie dabei.

Unverzichtbare Voraussetzung für die Festschreibung einer „seelischen Behinderung“ ist dabei eine psychische Störung nach ICD 10 Kapitel F (WHO 1994). Aber erst eine daraus resultierende Funktionsbeeinträchtigung mit der Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bedeutet eine seelische Behinderung. Die Feststellung obliegt nach §36 Abs. 3 SGB VIII dem Kinder- und Jugendpsychiater bzw. einem auf diesem Gebiet versierten Arzt, wobei die Ausweitung auf psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten inzwischen verankert wurde (Wiesner 2002).

Auf die Diskussion der Stigmatisierung durch den Begriff „seelische Behinderung“ sowie deren Folgen für das Kind oder den Jugendlichen und auch für die Eltern soll hier nicht näher eingegangen werden (Fegert 1994; Schone 1995; Lempp 1999).

Nach Fegert (Fegert 2000) hat „die neue Norm“ des §35a KJHG alles in allem zu einer positiven Auseinandersetzung von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe geführt.

Zusätzlich findet sich im neunten Sozialgesetzbuch die Regelung für Rehabilitation und Teilhabe generell „behinderter“ Menschen, wobei Menschen aller Altersklassen und Behinderungsformen gemeint sind. Auf den speziellen Sachverhalt der Kinder wird in Einzelheiten auch eingegangen. Der vielfach verschieden auszulegende Begriff der „Behinderung“ ist im SGB IX erstmals definiert (§2 SGB IX). Dies geschah in Anlehnung an die WHO und verlangt eine Zustandsabweichung von der „(...) körperlichen Funktion, geistigen Fähigkeit oder seelischen Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate (...)“ (§2 SGB IX, s. Anhang}. Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht ist dies sowie die Erläuterung einer drohenden Behinderung jedoch immer noch nicht befriedigend, da z.B. eine Zustandsbeschreibung bei der Entwicklungsdynamik von Kindern für einen festen Zeitraum schwierig erscheint (Wiesner 2002).

Von enormer Bedeutung war die Festlegung auf einen einheitlichen Behinderungsbegriff, da ein Rechtsanspruch auf Hilfen in manchen Fällen nicht eindeutig war. Weiterhin sollte mit einem einheitlichen Begriff von Behinderung sowohl die geistige als auch die körperliche Behinderung einbezogen werden. Allerdings richtet sich die Zuständigkeit für die Leistungserbringung weiterhin nach den Strukturprinzipien und differierenden Leistungsgesetzen der verschiedenen Träger, wodurch keine Verbindlichkeit hergestellt wird. Extra eingerichtete

„gemeinsame Servicestellen“ der Rehabilitationsträger sind unter anderem beauftragt, den jeweils zuständigen Träger festzustellen. Leider sind diese nicht in die Jugendämter integriert.

Eine weitergehende detaillierte Darstellung der Gesetzeslage sowie deren Erörterungen kann und soll an dieser Stelle nicht erfolgen.

Erwähnt sei, dass neben dem SGB VIII/KJHG und dem SGB IX ein weiteres Gesetzesbuch die Regelungen vervollständigt. So ist für eine Eingliederungshilfe bei Vorhandensein oder Bedrohung einer Behinderung im Sinne des §2 SGB IX das Bundessozialhilfegesetz (BSHG §§39 ff) heranzuziehen. Vor der Neuformulierung des Begriffs der Behinderung war das BSHG nur für die körperliche und geistige Behinderung zuständig. Es gab also den grundsätzlichen Unterschied zwischen der seelischen Behinderung auf der einen und der körperlich sowie geistigen Behinderung auf der anderen Seite. Nur die seelische Behinderung lag im Verantwortungsbereich der Jugendhilfe. Die körperliche und geistige Behinderung fielen in den Verantwortungsbereich der Sozialhilfe. Dabei wurde das Dilemma der Zuständigkeit bei einer kombinierten Behinderung von Kindern lange Zeit beklagt. Mit der beschriebenen Neuregelung fällt dieser grundsätzliche Unterschied weg. Bestehen bleibt jedoch das Problem der uneinigen Trägerlandschaft. Diese können sich weiterhin auf ihre bestehenden sozialrechtlichen Normen berufen, und somit die Definition umgehen.

Die große Lösung, also alle Behinderungen im Kindes- und Jugendalter unter dem Dach der Kinder- und Jugendhilfe zu vereinen, wurde bisher nicht durchgesetzt (Wiesner 2002).

Dabei ist noch hinzuzurechnen, dass nicht nur die Kinder und Jugendlichen mit ihren verschiedenen Behinderungen zu fördern sind, sondern auch die Heranwachsenden und Teilhabe in der Gesellschaft generell (Fegert 2000). Lempp beschrieb dies mit Habilitation statt Rehabilitation, also mit dem Erwerb von Fähigkeiten und nicht den Wieder-Erwerb (Lempp 1999).

Zur weiteren Diskussion des SGB IX sei hier auf die einschlägige Literatur verwiesen. (Fegert 2001; Wiesner 2002)

Auf die besondere Problematik der freiheitsentziehenden Unterbringung soll hier nicht näher eingegangen werden.

I.1.3 Leistungen der Jugendhilfe

Die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe werden sowohl von den Jugendämtern der Städte und Kreise als auch von freien Trägern wie Initiativen, Vereinen und Stiftungen erbracht. Die Angebotsvielfalt sowie die partnerschaftliche Zusammenarbeit sind dabei von besonderer Bedeutung. Im Mittelpunkt soll dabei immer das Kind oder der Jugendliche mit seinen Eigenschaften und Bedürfnissen stehen.

Für jeden Bürger selbstverständlich sind die Tageseinrichtungen für Kinder. Daneben existieren jedoch noch weitere bedeutende Tätigkeitsbereiche wie offene Kinder- und Jugendarbeit oder Erziehungsberatung.

Unter ambulanten Hilfen zur Erziehung fallen z.B. Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer oder soziale Gruppenarbeit. Im Erhebungsjahr der vorliegenden Arbeit, 1998, hatten beispielsweise 13.670 junge Menschen im Einzugsgebiet des Jugendamtes Rostock einen Erziehungsbeistand oder Betreuungshelfer (Rostock 2003).

Weiterhin wurden 1998 15.300 Rostocker Familien im Rahmen der sozialpädagogischen Familienhilfe betreut. In Tagesgruppen befanden sich 17.100 Minderjährige.

Auch das Pflege- und Adoptivkinderwesen ist der Jugendhilfe zugehörig. Im Jahr 1998 lebten in Rostock 54.000 junge Menschen in einem solchen Verhältnis. Im gleichen Jahr wurden 7.120 Kinder adoptiert.

In ca. 3000 Heimen und anderen Wohnformen lebten 1998 82.100 Kinder- und Jugendliche (Bundesministerium für Familie 2000).

Neben diesen erwähnten Schwerpunkten hat sich die Jugendhilfe weiteren Aufgaben zu widmen. Ein wichtiger Punkt ist hier die Inobhutnahme (§§42,43 KJHG). Die Kinder- und Jugendhilfe ist dazu beauftragt, Minderjährige, die darum bitten, in Obhut genommen zu werden, aufzunehmen und mit ihnen ihre Problematik zu besprechen und nach geeigneten Hilfen zu suchen. Im Jahr 1998 taten dies 11.029 Mädchen und Jungen (6896/4133). Dabei gilt das grundsätzliche Selbstverständnis der Freiwilligkeit.

Zum Schutz des Kindes oder Jugendlichen ist es 1998 in 20.248 Fällen notwendig geworden, eine Unterbringung des Kindes außerhalb der Familie zu veranlassen.

Ein weiterer Punkt ist die Mitwirkung in vormundschafts- und familiengerichtlichen Verfahren (§50). Dies bedeutet Zusammenarbeit mit dem Familiengericht bei Scheidungen, wenn Kinder betroffen sind und Anbieten von Hilfsangeboten. Auch in Fragen von Einschränkungen oder Entzug elterlicher Sorgerechte arbeiten die Gerichte und die Kinder- und Jugendhilfe zusammen.

I.1.4 Abgrenzung und Ausgrenzung von Fachgebieten

Wichtig ist es, die „Abgrenzung“ eines Gebiets von einer „Ausgrenzung“ zu unterscheiden (Köttgen 1990).

Abgrenzung benutzt jede sich spezialisierende Fachrichtung, um ihr Aufgabengebiet abzustecken und Grenzen deutlich zu machen. Bei Überschreiten dieser Grenzen erklärt sich die Fachrichtung für nicht mehr zuständig. In gewissem Maße, und vor allem in der durch Wissens- und Technologiegewinn zunehmenden Subspezialisierung der Medizin, erscheint dies sinnvoll, ohne näher darauf eingehen zu wollen. Doch auf dem Gebiet der Jugendhilfe mit ihrer Universalität der Hilfen für Kinder und Jugendliche in prekärer Lebenslage droht aus einer solchen Abgrenzung schneller eine Ausgrenzung zu werden.

Dabei bedeutet die Bereitschaft auszugrenzen, abnehmende Flexibilität im Umgang mit den Jugendlichen und ihren individuellen Ansprüchen. Diesen Ansprüchen lässt die rigide Struktur nun keinen Raum mehr. Somit kann das System auch keine Antwort mehr finden. Es kommt folglich im Falle der Jugendhilfe zur Kontaktierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Fragestellung nach einer krankhafter Ursache der Verhaltensauffälligkeit. Selbiges kommt genauso in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor. Wozu Ausgrenzung führen kann, zeigte die Instrumentalisierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie Hitlerdeutschlands. Hier sei auf die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Kapitel 2 verwiesen.

Sicherlich ist eine solche Wiederholung in heutiger Zeit unvorstellbar. Doch wo beginnt Ausgrenzung? Eigentlich schon bei den Streitigkeiten der verschiedenen Träger der Hilfemaßnahmen zu Lasten der Betroffenen oder mit dem Argument der leeren Töpfe.

Die Jugendhilfe ist laut Rößler (Köttgen 1990) nicht unbedingt neutral, da sie in die herrschenden Wert- und Machtverhältnisse eingebunden ist. Somit hat das System der Jugendhilfe zu prüfen, ob sie die entstandenen „Grenzfälle“ selbst produziert hat.

Folglich gäbe es einen Lösungsansatz mit krisenhafter Erweiterung der Grenzen der Institution. Inwieweit ist die derzeitige Struktur und das Personal in der Lage, den daraus erwachsenden neuen Anforderungen gerecht zu werden?

I.1.5 Das Netzwerk

Die Zusammenarbeit der beiden Institutionen fängt mit dem gegenseitigen Verstehen an und bedingt die Kenntnis über die gesetzlichen Grundlagen, Aufträge, Strukturen, Hierarchien und Möglichkeiten der jeweils anderen.

Sie kann nur durch ineinander greifende Mechanismen gelingen. Es darf somit keine Abgrenzung zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe geben.

Allerdings beginnt die Problematik der produktiven Zusammenarbeit schon an den fest eingefahrenen und sich stark abgrenzenden Trägern der Sozialhilfe zu scheitern. Jede dieser Institutionen verfügt über ein eigenes Repertoire an Instrumenten zur Leistungserbringung.

Die Systeme öffentlicher Leistungen und deren Verwaltungen haben jeweils eine eigene Entwicklungsgeschichte mit eigenem Rollenverständnis (Schöne 1990). Sie wurden zu einer gewissen Zeit ins Leben gerufen und folgen seitdem mehr oder weniger ihrer eigenen internen Gesetzgebung. Jeder „Fall“ findet selbstverständlich seine Zugehörigkeit in einem System. Um dies zu bewerkstelligen bzw. bzgl. des eigenen Systems zu verhindern, wird ab- und vor allem ausgegrenzt.

Auf diese Streitigkeit zwischen den Trägern pflöpft sich seit einiger Zeit eine zunehmende Leere der öffentlichen Kassen auf und verstärkt das Debakel.

Neben der Notwendigkeit, die bestehenden Möglichkeiten der Hilfen zu kombinieren, steht auch die Einsicht, das vorhandene und sich teils noch entwickelnde Netzwerk an professionellen Helfern zu koordinieren.

Ein solches Netzwerk entsteht aus den verschiedenen Lebensbereichen des Kindes oder Jugendlichen und hat mannigfaltige Ansatzpunkte, welche es zu koordinieren gilt. Beispielsweise können gleichzeitig Kindergärtnerinnen oder Lehrer, Schulpsychologen, Haus- oder anderweitige Ärzte, Sozialarbeiter und nicht selten mit zuletzt die Kinder- und Jugendpsychiatrie als Hilfesysteme aktiviert werden.

Aus diesem Kreis muss ein mit geeigneter Kompetenz ausgestatteter Helfer zum Koordinator in einer Helferkonferenz gewählt werden (Bowie and Friedli 1992). Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat sich in dieser Funktion schon häufig bewährt. Hierbei soll betont werden, dass durch diese Koordination lediglich der Zusammenarbeit Rahmen und Form gegeben wird, um das Gelingen eines gemeinsamen Zieles zu erwirken.

Diese Zusammenarbeit ist geprägt von der Interdisziplinarität, welche das Ganze im Auge hat, welches mehr ist als nur seine Teile (Herzka 1992). Zudem sollte Interdisziplinarität Akzeptanz, Gleichwertigkeit und Gleichberechtigung zur Grundlage haben. Aus dem Helferkreis sollte so ein Helferteam entstehen.

Dabei unterliegt ein solches interdisziplinäres Team einer eigenen Dynamik und ist störanfällig. Besondere Sorgfalt darauf zu verwenden ist notwendig, um das Ziel, die Lösung der Probleme von Kindern und Jugendlichen, im Blick zu behalten.

I.1.6 Jugendhilfe Rostock

Im Folgenden wird näher auf die Jugendhilfe Rostock eingegangen.

Das Einzugsgebiet des Jugendamtes der Stadt Rostock umfasste am 31.12.1998 207 431 Einwohner (Rostock 2006). Wegen des zeitlichen Bezugs zur vorangegangenen Untersuchung wurde das Jahr 1998 zur Darstellung gewählt.

Laut Einwohnermelderegister der Hansestadt mit Stand vom 31.12.1998 lebten 45.343 Kinder im Alter von 0 bis unter 21 Jahren in diesem Bereich.

Im Jahr 1998 wurden in 914 „Fällen“ (ohne Inobhutnahme nach §42 KJHG) Hilfen gewährt. Hiervon machten stationäre Hilfen (607) knapp zwei Drittel aus (Abb.1) (Rostock 2003).

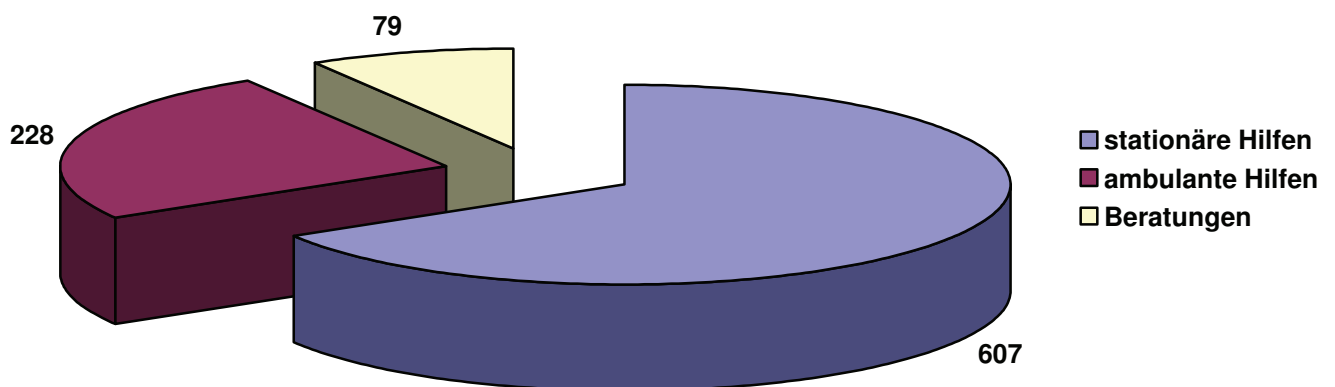


Abb.1: Fallzahlen der Hilfen des Jugendamtes Rostocks 1998 bei insgesamt 914 Hilfen (Rostock 2003)

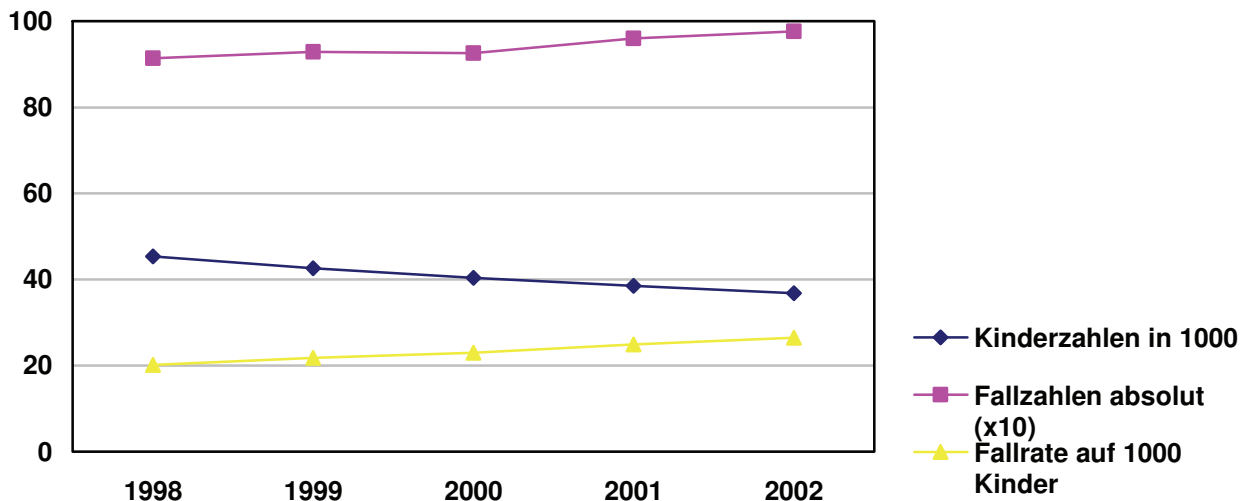
Demzufolge wurden auf 1000 Kinder und Jugendliche etwa 20 Hilfen nach dem KJHG geleistet.

Die 607 stationären Hilfen gliederten sich folgendermaßen auf, nach §33, der Vollzeitpflege, wurden 102 Kinder betreut, nach §34, der Heimerziehung oder einer betreuten Wohnform, 423 Kinder, nach §35a, der seelischen Behinderung, 2 Kinder, nach §41, der Regelung für junge Volljährige, 68 Jugendliche und nach §19, einer gemeinsamen Wohnform, 4 Kinder und Jugendliche.

Zur Inobhutnahme nach §42 KJHG kam es in 322 „Fällen“.

Verfolgt man diese Stichtagserhebung über die Jahre bis hin zum 31.12.2002, so fallen einige relativ konstante Dynamiken auf.

So stiegen die Fallzahlen von 914 (31.12.1998) auf 976 (31.12.2002) an, wobei jedoch gleichzeitig die Kinderzahlen im Beobachtungsbereich des Jugendamtes Rostock konstant rückläufig waren (31.12.1998: 45.343, 31.12.2002: 36.796). Dies bedeutet somit eine konstant steigende Fallrate (1998: 20.2%, 2002: 26.5%) (siehe Abb.2).



**Abb.2: Fallzahlen des Jugendamtes Rostock in den Jahren 1998-2002
(Rostock 2003)**

Zu beachten ist die kontinuierlich sinkende Einwohnerzahl Rostocks von 207.431 im Jahr 1998 auf 198.259 im Jahr 2002, welche, neben allgemein fehlendem Nachwuchs in Deutschland, für die sinkende Kinderzahl bedeutsam ist.

Die Zunahme der Fallzahlen schlägt ausschließlich bei den ambulanten Hilfen zu Buche. Die Zahl der stationären Hilfen blieb konstant.

Bei näherer Betrachtung der stationären Hilfen fällt auf, dass sich die Vollzeitpflege nach §33 KJHG (1998:102 vs. 2002:58) bei stetig steigender stationärer Hilfe nach §35a (1998:2 vs. 2002:30) nahezu halbiert hat.

Die ambulanten Hilfen nach §35a sanken dabei disproportional von 15 (1998) auf 3 (2002) ab. Allgemein stieg die Zahl der Hilfen nach §35a (1998:17 vs. 2002:33).

Die Hilfen für junge Volljährige nach §41 nahmen leicht ab (1998: 101, 2002: 88). Dabei nahmen die stationären Hilfen deutlich ab (1998: 68, 2002: 43) und die ambulanten legten geringfügig zu (1998: 33, 2002: 45).

Die gemeinsamen Wohnformen für Mütter oder Väter mit Kind stiegen von 4 (1998) auf 14 (2002).

Hilfen nach §34 (Heimunterbringung / betreute Wohnform) schwankten in ihrer Zahl nicht.

Die Inobhutnahmen nach §42 lassen keine regelhafte Dynamik in den Zahlen erkennen und lagen bei 300 Fällen pro Jahr.

I.1.7 Vergleich der Gruppe der fremdplatzierten Kinder der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie der Universität Rostock und des Jugendamtes Rostock im Jahr 1998

Bevor ein Vergleich zwischen dem Jugendamt und der Kinder- und jugendpsychiatrischen Klientel dargestellt wird, muss Folgendes erwähnt werden.

Neben der Unterbringung durch die Jugendhilfe existiert die nicht zu unterschätzende Verwandtenpflege.

Nach Faltermeier (Faltermeier 2001) wird die Verwandtenpflege nur zu einem geringen Teil von der öffentlichen Jugendhilfestatistik erfasst, da sie auf „informeller

Ebene“, also zwischen den Verwandten selbst, vermittelt wird und damit nicht öffentlich registriert ist. Faltermeier spricht von einer „Vielzahl der Kinder in Verwandtenpflege“, geht also von einer größeren Gruppe aus.

Weiterhin sind die Einzugsgebiete der beiden Einrichtungen nicht direkt vergleichbar. Das Jugendamt der Stadt Rostock bezieht sich im Jahr 1998 auf 45.343 Kinder bei 207 431 Einwohnern der Hansestadt (Rostock 2006).

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Rostock kann sich durch ihre, in Kapitel 3 der Einleitung erklärten Aufgabengebiete, nur generell auf ein Einzugsgebiet der Größenordnung um 400.000 Einwohner beziehen. Damit ist es etwa doppelt so groß wie das Einzugsgebiet des Jugendamtes Rostock.

Am Stichtag 31.12.1998 wurden insgesamt 607 stationäre Hilfen durch das Jugendamt Rostock betreut (31.12.1999: 599). Nach Angabe des Jugendamtes Rostock wurden im Verlauf des Jahres 1998 hierbei 205, im Jahr 1999 schon 283 stationäre Hilfen neu begonnen. Zusammengenommen wurden demzufolge im Untersuchungszeitraum 1998/99 insgesamt 488 stationäre Hilfen neu begonnen.

Dem entgegen wurden im Behandlungszeitraum 1998/99 der KJPP insgesamt 69 Patienten im Anschluss an die stationäre Therapie fremdplatziert.

Passt man jetzt die Zahlen und Einzugsbereiche einander an und halbiert die Zahl der fremdplatzierten Patienten der KJPP Rostock, macht der Anteil der kinder- und jugendpsychiatrischen Klientel (34,5 Kinder) etwa 7% der Unterbringungen der Jugendhilfe (488 Unterbringungen) aus.

Aufgrund nicht eindeutiger Zuordbarkeit konnte kein statistischer Vergleich durchgeführt werden.

Gintzel und Schone gingen 1990 von 5% Initiation von Heimeinweisungen durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie aus (Schone 1995).

Vom Jugendamt konnten uns fast alle Geburtsdaten und alle Geschlechter der untergebrachten Kinder und Jugendlichen zur Verfügung gestellt werden.

Im Jahr 1998 wurden 101 Mädchen und 104 Jungen neu untergebracht. 1998 waren es 145 Mädchen und 138 Jungen.

Jetzt sollte ein Vergleich dieser Gruppen, einerseits der gesamten unterzubringenden Jugendamtsklientel und andererseits der kinder- und jugendpsychiatrischen Fremdplatzierungen vorgenommen werden.

Da auch die Kombination von Geschlecht und Geburtsdatum keine uneindeutigen Zuordnungen ergaben, kann hier keine verlässliche statistische Signifikanz angegeben werden.

Trotzdem sollen die Ergebnisse hier dargestellt werden.

Im Vergleich des Geschlechterverhältnisses zeigten sich keine großen Unterschiede, wobei es einen etwas größeren Jungenanteil in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klientel gab (58% vs. 50.8% Jugendamt).

Hinsichtlich des Alters konnte jedoch ein signifikanter Unterschied auf dem Niveau von $p < 0.001$ ermittelt werden.

Die Klientel der Kinder- und Jugendpsychiatrie war im Durchschnitt um 1 Jahr älter (siehe Tab.2).

Tabelle 2: Altersvergleich der gesamten fremdplatzierten Jugendamtsklientel (488) und der fremdplatzierten Klientel der KJPP Rostock ($p < 0.001$)

	Durchschnittl. Alter in Jahren	Standardabw.
Jugendamt	13.70	4.97
KJPP	14.75	2.65

Es könnte erst die Behandlung in der KJPP notwendig gewesen sein, um festzustellen, dass eine Fremdunterbringung notwendig ist. Hätte also schon früher „eingegriffen“, oder „Prophylaxe betrieben“ werden müssen?

I.2 Anliegen der Arbeit

Anliegen der Arbeit ist die Bestimmung der Grenzpopulation bezüglich Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendpsychiatrie vs. Jugendhilfe bzw. beider Institutionen. Die vorliegende Schrift greift Ergebnisse zurückliegender Arbeiten (Schone 1990) auf und versucht, diese besondere Klientel vor dem Hintergrund der neuen Gesetzeslage zu vergleichen. Die Untersuchung nutzt die guten Quellen der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Klientel der KJPP der Universität Rostock. Der kinder- und jugendpsychiatrische Blickwinkel wurde aufgrund der guten Untersuchbarkeit und Abgrenzbarkeit gewählt. Im Blickpunkt steht der Überschneidungspunkt im Anschluss an eine stationäre Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch die Aufnahme in eine stationäre Einrichtung der Jugendhilfe.

Weiterhin will diese Arbeit eine Entwicklung 8/9 Jahre nach der deutschen Wiedervereinigung zeichnen. Ausgangspunkt und Grundlage ist hier die Dissertationsschrift von Frau Annett Hentsch (Hentsch 1999), in der sie die gegenseitige Inanspruchnahme von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie anhand der stationären Klientel der KJPP Rostock in den Jahren 1988 bis 1992 beschrieb (Hentsch 1999). Ausgehend von dieser Erhebung soll untersucht werden, inwieweit sich Entwicklungen oder Trends nach Inkrafttreten des KJHG's hinsichtlich familiärer und persönlicher Parameter von Behandlungsmerkmalen oder Heimplatzierungen abzeichnen.

I.3 Zum Überbegriff der Fremdplatzierung

Wenn Widemann 1978 äußerte, dass Fremdplatzierungen bzw. Fremdunterbringungen meistens ein Versagen präventiver Leistungen seien, so ist dies wohl nicht uneingeschränkt zutreffend (Blandow 1978). Widemann verurteilte dabei eine unzureichende präventive Jugendhilfe, indem er aufzeigte, dass laut Bundesstatistik 80% der Kinder aus unvollständigen, scheinbar überforderten Familien kommen (nichteheliche Kinder, Eltern verstorben, geschieden, getrennt lebend) und ein Drittel der Kinder 6 Jahre und jünger sind. Er verwies hier auf die in der Gesellschaftsstruktur liegenden Ursachen.

Viele der von ihm geforderten Reformen sind mittlerweile umgesetzt. So sind hier stellvertretend Tageseinrichtungen (damals zur Entlastung arbeitstätiger allein erziehender Mütter gefordert) oder der nun gut ausgebaute ambulante Sektor (mit vielleicht noch verbesserungswürdigem präventivem Sektor) zu nennen.

Die Aufgaben einer außerfamiliären Unterbringung bestehen im Wesentlichen in den folgenden zwei Punkten (Schone 1990):

Die Lebensmöglichkeiten des Jugendlichen sollten so weit gefördert und stabilisiert werden, dass nach bestimmter Zeit der außerfamiliären Unterbringung eine Rückkehr in die Familie erfolgen kann. Hierbei ist zu beachten, dass häufig Familien unterstützende und -begleitende Maßnahmen erforderlich sind.

Die andere Aufgabenstellung besteht darin, für den Jugendlichen eine längerfristige Unterbringung mit Übergang in die Selbstständigkeit zu planen, vorzubereiten und zu begleiten.

Damals wie heute zutreffend ist die Feststellung, dass Heimerziehung, wie auch immer gestaltet, ein künstliches Lebensfeld bleibt, und schwerlich ein endgültiger Ersatz für die Herkunftsfamilie sein kann (Blandow 1978).

Die Notwendigkeit einer zeitlichen Beschränkung der Maßnahmen wird heute aus tiefenpsychologischer, familiensystemischer und entwicklungspsychologischer Sicht diskutiert (Baloff 2004).

Gründe zur Notwendigkeit einer Fremdunterbringung sind von vielgestaltig.

Bezüglich der Folgen einer Fremdplatzierung für den Betroffenen und dessen Familie wird hier auf die Literatur verwiesen, z.B. (Blandow 1978; Faltermeier 2003; Unzner 2003).

Die vorliegende Arbeit stellt eine Untersuchung der Besonderheiten fremdplatzierter Kinder und Jugendlicher dar.

Neben schon erwähnter Unvollständigkeit und Problematiken der Herkunftsfamilie, sind besonders Krisensituationen oder Erkrankungen der Kinder selbst bei notwendigen Unterbringungen von Bedeutung (Blandow 1978; Biermann and Wälte 1991). Da jedes Kind, jeder Jugendliche ein Individuum mit eigener Vergangenheit ist, muss eine jeweils geeignete, d.h. auf die individuellen Erfordernisse zugeschnittene Unterbringung gesucht werden. Hierbei sollte eine große Anzahl von Aspekten Beachtung finden. So etwa wird eine Entscheidung zwischen Heimunterbringung und Pflegefamilie getroffen. Die selteneren, aber im Vormarsch begriffenen Pflegefamilien sind, verallgemeinernd gesprochen, besonders für jüngere Kinder, ohne weiteren Kontakt zur Herkunftsfamilie vorteilhaft (Unzner 2003). Entstanden, nicht aus Interessen für ein Kind, sondern zur Entlastung für Waisenhäuser oder aus wirtschaftlichem Nutzen, hat sich die Bedeutung der Pflegefamilien grundsätzlich geändert. In der Gegenwart wird von Pflegeeltern Uneigennützigkeit und Handeln im Interesse des Kindes verlangt. Der ausschlaggebende Vorteil zur Heimunterbringung soll hier die Bindungsmöglichkeit an eine feste Bezugsperson ausmachen (Unzner 2003).

Die Heimunterbringung hat sich aus ihrer Entwicklungsgeschichte heraus weit ausdifferenziert. Neben den heutzutage bevorzugten „kleinen“ Heimen mit wenigen, familienartigen Gruppen, haben sich auch therapeutische Einrichtungen entwickelt. Eine Einteilung nur in Heime und Pflegefamilie reicht nicht aus. Es existieren weitere Formen, so etwa die Wohngruppe – betreut oder nicht betreut. Diese Form bietet Möglichkeit des Überganges in die Selbstständigkeit der Jugendlichen.

Eine Heimunterbringung bedeutet in der Gegenwart nicht unbedingt völlige Lösung von der Herkunfts- oder auch Pflegefamilie. Vielmehr können oder müssen im Sinne der Entwicklung des Kindes immer individuelle Wege mit weiter bestehendem Kontakt gefunden werden. Dass die individuelle Lösung immer durch das Netzwerk an Helfern gefunden werden sollte, wurde oben bereits erläutert.

Die Unterbringung eines Kindes oder Jugendlichen ist nur ein Baustein aus der Hilfeleistung für eine Familie. Grundsatz und Ziel dieser Maßnahmen soll erstens die langfristige Verbesserung der objektiven Lage der Herkunftsfamilien durch Verbesserung der gesellschaftlichen Lage sein. Zweitens ist die Entstigmatisierung der Herkunftsfamilie Ziel der Leistung. Drittens sollen die Probleme im Interesse der

Herkunftsfamilie, wie Bereitstellen von materieller Hilfe, Bewältigung von Alltags- oder Gesundheitsproblemen geschult werden. Nicht zuletzt wird Leistung in Form von persönlicher Hilfe wie z.B. Gesprächen notwendig (Blandow 1978). Zu Problematiken der Herkunftsfamilien sei hier auf die Literatur verwiesen (Blandow 1978; Faltermeier 2001; Faltermeier 2003; Unzner 2003).

I.4 Zur Geschichte und Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie

I.4.1 Geschichte und Entwicklung

„Die Kinder von heute sind Tyrannen. Sie widersprechen ihren Eltern, kleckern mit dem Essen und ärgern ihre Lehrer“ (Sokrates, 476-399 v.Chr.).

Dieses Zitat lässt vermuten, dass sich die heutige Jugend in ihrem Wesen kaum von der, der vergangenen Jahrhunderte oder gar Jahrtausende unterscheidet.

Wenn man sich noch vorstellen kann, dass ein Kind wohl immer auch ein „Kind“ gewesen sein wird, zumindest hinsichtlich objektiv fassbarer Gesichtspunkte wie der Entwicklung mit Erlernen des Laufens und der Sprache, so ist doch nicht zweifelsfrei, ob veränderte Möglichkeiten, Bedürfnisse oder Lebensumstände und die Entwicklung der Menschheit nicht auch Auswirkungen auf die Kindheit gehabt haben. Und hat sich nicht auch der Umgang mit den Kindern im Laufe der Jahrhunderte geändert? Änderte sich nicht im Laufe der Zeit das Lebensalter, mit dem die Kindheit als beendet galt?

In Ausführungen zu seiner Kind- und Schulzeit lies auch Aurelius Augustinus (bedeutender Kirchlich-Geistlicher, 354-430 n.Chr) klare Parallelen zu einem Schulkind unserer Zeit erkennen. „(...) Eine verhasste Leier war mir dies: $1 + 1 = 2$, $2 + 2 = 4$. (...)“ (Müller-Küppers 2000).

Hiernach scheint es, dass sich ein Teil der Problematik zwischen Kindern und ihren Erziehern über die Zeit nicht wesentlich geändert hat.

Die allgemeinen Betrachtungsweisen, Ansichten und Maßnahmen Kindern gegenüber sind zu jedem Zeitpunkt der Geschichte verständlicherweise unterschiedliche. Dies nicht zuletzt aufgrund des jeweiligen Standes der Wissenschaft. Das Verständnis für die Kindheit folgte nicht einer gradlinigen Entwicklung.

Vorweggenommen, dem Thema der Arbeit näher gebracht, soll hier ein Zeitgenosse zitiert werden:

„Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist zunächst Geschichte der Kindheit, Geschichte der Erziehung, der Philosophie und Psychologie, sie wird erst spät Geschichte der Psychiatrie und Pädiatrie und erst sehr spät Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Remschmidt 1998).

Kinder standen im Altertum und in der Antike nicht einmal im Blickwinkel der Politik. „Das Recht der Gewalt über seine Kinder gehört zum römischen Bürger. Niemand anderes hat eine solche Gewalt über seine Kinder wie er“ (Remschmidt 1998). Der Vater entschied, ob das Neugeborene in die Familie aufgenommen wird oder nicht. Das Bewusstsein über die Bedeutung der Kindheit zu dieser Zeit spricht Seneca (um 4 v. Chr. – 65 n. Chr.) an: „Die Erziehung verlangt größte Sorgfalt, die auch den meisten Nutzen bieten wird – leicht ist es nämlich, bislang noch zarte Seelen zu

ordnen, mühevoll werden zurückgeschnittene Fehler, die mit uns groß geworden sind“ (Dahl 2002). Seneca übernahm 48 n. Chr. die Erziehung des damals 11 jährigen Neros, von welchem er später zum Selbstmord gezwungen wurde. Doch auch in der antiken Gesellschaft war kein Raum für behinderte Kinder. Ihnen drohte Aussetzung oder Tod.

Ein Einmischen in Form eines gesetzlichen Verbots von Kindstötung und Aussetzung geschah erst 374 durch den Erlass Kaiser Valentinians III. (Dahl 2002).

Im Mittelalter war das Kind laut Ettrich gleich einem „Miniatur“ - Erwachsenen (Ettrich 2003). Kinderlieder, Kinderspiele, Spielzeug und bildliche Darstellungen sich um ihre Kinder sorgender Eltern aus dieser Zeit mögen diese generelle Ansicht in Frage stellen. Zu bedenken ist allerdings, dass ein Kind mit dem 7. Lebensjahr seine Lehre begann oder als Dienstmagd oder Knecht arbeitete. Mit 12 Jahren wurden Kinder mündig.

Psychiatrische Auffälligkeiten, wie zum Beispiel Epilepsie, geistige Behinderung, Schlaflosigkeit, Einnässen und Sprachentwicklungsstörungen finden sich oft in so genannten Mirakelbüchern wieder. Diese dokumentierten die Geschehnisse an Heiligenstätten, zu denen sich sorgende Eltern mit ihren Kindern pilgerten.

Erst im Zeitalter des Humanismus (1470 – 1600) wurde langsam dem Gedanken der Entwicklung eines Kindes zum Erwachsenen Rechnung getragen. Gedanken der Antike wurden wieder aufgegriffen.

Beispielsweise verfasste Erasmus von Rotterdam 1526 seine Erziehungsregeln. Die Kinder sollten nun erstmals „erzogen“ werden.

Der Begriff der „Erziehung“ hat in seiner Geschichte einige Male seine Bedeutung gewechselt. Zunächst bedeutete es im Humanismus nur ein „stärker individuelles Eingehen aufs Kind“ (Remschmidt 1998).

Die zweite Hälfte des 18. Jahrhunderts war mit ihren sozialen und technischen Revolutionen sehr prägsam. Die „Erinnerungen aus den frühesten Jahren der Kindheit“ (1783) von Moritz sowie die „Beobachtungen“ der ersten zweieinhalb Lebensjahre seines Sohnes von Tiedemann, herausgegeben in den „Hessischen Beiträgen zur Gelehrsamkeit und Kunst“ (1785), werden als zwei herausragende Publikationen der Anfänge von Beobachtungen kindlicher Entwicklung angesehen.

Die Industrielle Revolution ist zu einem beträchtlichen Teil für die gesellschaftlichen Veränderungen des 19. Jahrhunderts verantwortlich. Mit der Landflucht und des sich bildenden städtischen Proletariats verschwammen die traditionellen Familienstrukturen. Kinderarbeit, welche teilweise bis in die heutige Zeit vorzufinden ist, stellt eines der mannigfaltigen entstehenden Probleme dar. Die Pädagogik und die Medizin begannen wissenschaftliches Interesse an verhaltensauffälligen Kindern zu entwickeln. So z. B. verfasste Heinrich Hoffmann (1809-1894), der vielseitig engagierte Frankfurter Nervenarzt, 1844 für seinen Sohn den „Struwwelpeter“.

Nach Dahl (2002) ist es auch der romantischen Naturphilosophie zu verdanken, dass die Wissenschaft sich vermehrt mit den Geisteskrankheiten auseinandersetzte. Mensch und menschlicher Geist standen im Blickpunkt dieser Philosophie. Es kam zum Bau einer großen Anzahl von in der Peripherie der Städte gelegener psychiatrischer Anstalten, die heutzutage als Landeskrankenhäuser in Erscheinung treten.

Die erste Kinderabteilung in einer Psychiatrischen Anstalt wurde 1850 in Paris durch Claude Stephen Le Paulmier eingerichtet.

In Berlin gab es 1881 eine „Heil- und Erziehungsanstalt“ mit eigener Sonderschule und eigenen Werkstätten. Und Johannes Trüper (1855-1950) schuf 1890 ein Heim für entwicklungsgestörte Kinder in Jena. Zirka 1903 gründete Walter Fürstenheim

(1879-1967) eine „medico- pädagogische Poliklinik“ in Berlin – die erste Erziehungsberatungsstelle in Deutschland. Bis 1930 gab es etwa 80 solcher Stellen, nachdem eine Gründungswelle in den 20er Jahren eingesetzt hatte.

In Deutschland entstand eine Kinderabteilung in einer psychiatrischen Klinik erst 1906 durch den Nachfolger Heinrich Hoffmanns, Emil Franz Sioli (1852-1922), in der Frankfurter Städtischen Anstalt für Irre und Epileptische. Im Jahre 1911 gründete der Pädiater und Psychiater Erwin Lazar (1877-1932) eine heilpädagogische Abteilung zur Behandlung hirnorganisch- und verhaltensgestörter Kinder an der Universitätskinderklinik Wien. Es war die erste Spezialabteilung dieser Art und hatte Modellcharakter.

Die ersten kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen einer deutschen Universität gab es unter dem Namen „Das klinische Jugendheim“ 1920 in Tübingen. Es folgte 1921 Berlin und 1926 Leipzig, Hamburg und Heidelberg. Die erste selbstständige kinder- und jugendpsychiatrische Klinik Deutschlands, die „Provinzialkinderanstalt für seelische Abnorme“ erbaute Otto Löwenstein (1889-1965) 1926 in Bonn.

Der Direktor der ersten Abteilung in Tübingen war Robert Gaupp. Sein erster Assistenzarzt Werner Villinger war Mitbegründer und langjähriger Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie später erster Lehrstuhlinhaber 1954 in Marburg. Inzwischen lassen ihn Verstrickungen seiner Person während der Nazidiktatur in einem anderen Licht erscheinen. Auch dessen Nachfolger Hermann Stutte war ein bedeutender Mann dieses Faches. Unter anderem dadurch, da er zusammen mit Tom Mutters 1959 die Lebenshilfe gründete. Karl Bonhoeffer schuf 1921 eine „Kinder-, Kranken- und Beobachtungsstation“, welche einem Modell gleich in Heidelberg, Stuttgart und Karlsruhe kopiert wurde. In dieser Einrichtung wurden wichtige Beobachtungen gemacht und publiziert, wie zum Beispiel von Kramer und Pollnow, welche hyperkinetische Kinder beobachteten und den nach ihnen benannten Symptomkomplex beschrieben.

Die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts und der Anfang des 20. Jahrhunderts war von einer enormen Entwicklung in Wissenschaft, Technik und Medizin geprägt, so auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im Jahr 1900 forderte die große schwedische Soziologin Ellen Key in ihrem gleichnamigen Buch „Ein Jahrhundert des Kindes“.

Eine wissenschaftliche Herangehensweise erfolgte erstmalig durch den Psychiater Hermann Emminghaus (1845-1904). Er wird von Dahl als der Pionier der Kinder- und Jugendpsychiatrie bezeichnet (Dahl 2002). Das Jahr 1887, in dem sein Buch „Die psychischen Störungen des Kindesalters“ erschienen ist, nennt der amerikanische Psychiatriehistoriker Harms „die Wiegenstunde“ (Müller-Küppers 2000).

Erste Lehrbücher mit kinderpsychiatrischen Themen erschienen von Theodor Ziehen (1862-1950) – „Die Geisteskrankheiten des Kindesalters“ 1902, von Theodor Heller (1869-1938) – „Grundriss der Heilpädagogik“ 1903 und von Wilhelm Strohmayer (1874-1936) – „Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters für Mediziner und Pädagogen“ 1910 (Dahl 2002).

1915 publizierte Theodor Ziehen seine Arbeit „Geisteskrankheiten des Kindesalters einschließlich des Schwachsinn und der psychopathischen Konstitutionen“.

August Homburger (1873-1930) verfasste 1926 das bekannteste und am weitesten verbreitete Lehrbuch „Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters“.

Die Zeitschrift „Die Kinderfehler“, welche bis 1944 als „Zeitschrift für Kinderforschung“ erschien, veröffentlichte der schon erwähnte Johannes Trüper, der „Begründer der Heilpädagogik“, wie Dahl ihn nennt, 1898. Von Moritz Tramer wurde 1934 die „Zeitschrift für Kinderpsychiatrie“ begründet. Tramer war es auch, der den Terminus Kinderpsychiatrie 1933 in einem Vortrag prägte. Vor der Schweizerischen

Gesellschaft für Psychiatrie definierte er das Fachgebiet und legte Aufgaben und Methoden fest (Remschmidt 1998).

Paul Schröder übernahm 1925 den Leipziger Lehrstuhl für Psychiatrie und Neurologie. Er baute eine bestehende kinderpsychologische Beratungsstelle zu einer klinikeigenen „Abteilung für jugendliche Psychopathen“ aus. Unter ihm entstanden das erste Hirnforschungsinstitut und 1939 eine "Kinderpsychiatrische Arbeitsgemeinschaft". Schröder wurde 1940 in Wien der erste Vorsitzende der „Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“, welche dort ihren ersten Kongress abhielt. Aufgrund des Engagements des Franzosen Heuyer, der laut Müller-Küppers auch als Pionier der europäischen Kinderpsychiatrie gesehen werden muss, wurde schon vorher, 1937, der erste internationale Kongress des Faches in Paris veranstaltet.

Weit weg von Europa wird William Healy, welcher in Deutschland Neurologie studierte, als der Begründer des Faches in den USA angesehen. Ihn veranlasste die Besorgnis der sozialen Reformer um Kinder, welche in Chicago vor Gericht erscheinen mussten, das „Institute for Juvenile Research“ 1909 zu gründen. Durch sein weiteres Engagement kam es schließlich zur Bewegung „Child Guidance Movement“ (Schwab and Schwab-Stone 1999).

Wurzeln der Kinderpsychiatrie in den USA sind in den Arbeiten Darwins und Halls zu finden. Die Beobachtungen der kindlichen Entwicklung sind Anfänge der Entwicklungspsychologie. Europäische Einflüsse in gesamter Breite des wissenschaftlichen und klinischen Schaffens waren prägend. Nicht zuletzt wirkten die psychoanalytischen Ideen von Sigmund und Anna Freud förderlich auf die Kinderpsychiatrie. Als Adolf Meyer in den 1930er Jahren die erste kinderpsychiatrische Klinik an der John Hopkins University Baltimore einrichtete, berief er Leo Kanner als deren Leiter. Meyer war es auch, der die Zusammenarbeit von Pädiatrie und Kinderpsychiatrie antrieb, so dass der erste pädiatrische Beratungsdienst entstand. Als Fachgebiet anerkannt wurde die Kinderpsychiatrie in den USA 1950.

Nachdem sich das Fachgebiet bis zur zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts weltweit etabliert hatte, zog mit dem II. Weltkrieg auch ein düsterer Abschnitt in der Geschichte der deutschen Kinderpsychiatrie ein.

Unter dem Vorwand der „Euthanasie“ wurden im deutschen Reichsgebiet allein etwa 5000 Kinder getötet. Die über 100000 getöteten Erwachsenen und mindestens 375000 zwangssterilisierten Menschen sollen hier nur zahlenmäßig erwähnt werden. Ausgang dieser menschenverachtenden Entwicklungen findet sich wohl in der im 19. Jahrhundert aufkommenden Diskussion um den Begriff „Euthanasie“. Der Einfluss der sozialdarwinistischen Theorien und die ökonomische und soziale Krise nach dem ersten Weltkrieg führten letztendlich zu Debatten über die Legalität der „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ (Binding and Hoche 1920).

In ihrer Schrift erwähnten der Leipziger Strafrechtler Karl Binding und der Freiburger Psychiater Alfred Hoche, die schon 1909 angebrachten Zweifel und Befürchtungen, eine solche Vorschrift könne "in schlimmer Weise missbraucht und das Leben erkrankter Personen in erheblicher Weise gefährdet werden".

Bindings und Hoches ökonomische Argumentation wurde vom NS-Regime um die rassenbiologische und hygienische erweitert, um als Legitimation für eine gut geplante und durchstrukturierte Massenvernichtung, Massensterilisation und für unmenschliche wissenschaftliche Experimente zu gelten (Schott 2005).

Die Schlagworte der geplant tötenden „Kinderfachabteilungen“ und die nach der Tiergartenstraße 4 in Berlin benannte „Aktion T4“, welche als Organisationszentrale diente, sollen hier im Raum stehen bleiben. Für weitere Erläuterungen wird hier auf die einschlägige Literatur verwiesen.

Um noch einmal auf die Autoren der 17-seitigen, die Vernichtung des lebensunwerten Lebens fordernden Schrift zurückzukommen, sei Folgendes noch angemerkt:

Binding verstarb noch vor der Publikation und konnte so die fatale Wirkung nicht mehr erleben. Hoche reichte 1933 mit 67 Jahren seine Entlassung ein. Er hatte eine Jüdin geheiratet und galt seitdem als "jüdisch vesippt" (Klee 1995). Im Sommer 1940 traf Viktor Mathes, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen, Hoche zufällig in der Straßenbahn Baden-Badens. Der Vordenker der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ hatte gerade eine Urne mit der Asche einer Verwandten zugestellt bekommen, die ein Opfer der Euthanasie wurde. Mathes: „Professor Hoche hat unmissverständlich zum Ausdruck gebracht, dass er die Maßnahmen aufs schärfste missbilligte.“ Von Hoches Freigabe der Vernichtung bis zu deren Vollzug waren nur 20 Jahre vergangen (Klee 1995).

Um ein Beispiel zu geben und einen der Hauptverantwortlichen, wie Dahl ihn nennt (Dahl in Frewer/Eickhoff 2000), hervorzuheben, soll hier der berühmte Psychiater Catel zitiert werden. „Ein idiotisches Wesen besitzt keine Personalität, ist ein bewusstloses Reflexwesen, ist - nach Luther - eine massa carnis, die niemals die Stufe eines Menschen erreichen kann.“ „Wo kein Bewusstsein ist, kann es kein Leid geben“ (Müller-Küppers 2000).

Catel war noch nach dem Krieg von 1954 bis zur seiner vorzeitigen Emeritierung 1960 Ordinarius für Kinderheilkunde und Direktor der Universitäts-Kinderklinik in Kiel. Im zitierten Vortrag von Müller-Küppers sagte dieser: „Niemand wie Catel hat so unumwunden und direkt die Euthanasie-Ideologie vertreten, ja gelebt.“

Neben Ärzten der Kinder- und Erwachsenenpsychiatrie waren auch Pädiater, Psychologen, die Heilfürsorge, Politik und Industrie, sowie viele Wissenschaftler anderer Fachgebiete aktiv beteiligt.

Nach dem Weltkrieg gab es im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie nur vereinzelt „Neuanfänge“, und diese nur durch jüngere Ärzte und dezentral organisiert (Dahl 2002). Zunächst setzten sich die während der NS-Zeit praktizierten Methoden fort. Dass weitere Morde geschahen und weitere Sterilisationen vorgenommen wurden, ist belegt (Dahl 2002). Auch die Fürsorgeerziehung hielt weiter an den Werten des NS-Regimes fest.

Es dauerte bis in die 80er Jahre bis es zu Anfängen einer wissenschaftlichen Aufarbeitung des dunklen NS-Kapitels kam.

Nach dem Krieg erreichte die Kinder- und Jugendpsychiatrie nur in mühevoller Arbeit und langsam die Stufe des eigenständigen klinischen und wissenschaftlichen Fachgebietes. Nach Dahl gab es bereits fachliche Traditionen, die in der Kinderheilkunde, der Nervenheilkunde und der Heilpädagogik wurzelten. In der angeführten Graphik stellt Dahl den Zusammenhang zwischen den Traditionen der genannten Fachgebiete und der entstehenden Kinder- und Jugendpsychiatrie mit ihren Aufgaben dar.

Im Oktober 1950 fand das 1. Jugendpsychiater-Treffen in der Marburger Universitätsklinik statt. Hier wurde die „Gesellschaft für Jugendpsychiatrie, Heilpädagogik und Jugendpsychologie“ gegründet. Es entstanden zahlreiche

Abteilungen und Kliniken des Faches. Die ersten deutschen Lehrstühle wurden in Westdeutschland 1954 in Marburg (Hermann Stutte) und in Ostdeutschland 1958 in Rostock (Göllnitz) eingerichtet. Auf Letzteren soll später noch näher eingegangen werden.

Neben dem stationären Bereich entstand zunehmend auch ein ambulantes Beratungs- und Behandlungsangebot. Für diese Einrichtungen war damals schon ein multidisziplinäres Team charakteristisch. Während es 1953 in Westdeutschland schon 93 Erziehungsberatungsstellen gab, waren es 1993 im wiedervereinten Deutschland 1069 (Dahl 2002).

Von nun an muss man den östlichen und westlichen Teil Deutschlands getrennt betrachten.

Im westlichen Teil kam es 1969 zur Anerkennung als Gebiet mit eigener Facharztbezeichnung.

Nach Änderung des Vereinsnamens 1973 und 1976 lautet er seit 1994 "Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie". Um „Psychosomatik“ wurde er 2004 ergänzt.

Im östlichen Teil wurde 1962 unter dem Dach der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR zunächst eine Sektion für Kinderneuropsychiatrie ins Leben gerufen. Dieses Fachgebiet sollte sowohl die Kinderpsychiatrie als auch die Kinderneurologie umfassen. 1969 wurde eine Ausbildung in Kinderneuropsychiatrie obligat und 1974 eine Subspezialisierung gesetzlich festgelegt. Diese konnte von den Fachärzten für Pädiatrie und Neurologie/Psychiatrie erworben werden.

In den 60iger Jahren kam es zu einer Reihe von Reformbewegungen, so auch in der Psychiatrie. Vor allem auch die heftige Kritik der „68iger“ Studentenbewegung an den vorherrschenden Verhältnissen der psychiatrischen Versorgung, aber auch Kritik durch die Psychiatrie selbst, veranlasste den Deutschen Bundestag 1970 eine Expertenkommission mit einem Bericht über die Lage der Psychiatrie zu beauftragen. Resultat war die 1975 fertig gestellte Psychiatrie-Enquête. In ihr wurden die »Brutalen Realitäten« offen gelegt. Es wurden „schwerwiegende Mängel“ in der Versorgung festgestellt, welche eine Neuordnung verlangten (Bundestag 1975). Als Eckpfeiler sind anzusehen:

Bessere Integration der Psychiatrie in die allgemeine Medizin mit Gleichstellung psychisch und körperlich Kranker,

Verbesserung der Versorgungskontinuität,

Verkleinerung der psychiatrischen Großkrankenhäuser mit gleichzeitiger Dezentralisierung und Regionalisierung stationärer Hilfen,

Aufbau ambulanter und komplementärer Hilfeangebote im Lebensumfeld sowie Vernetzung mit medizinischen und sozialen Einrichtungen,

Verbesserung der Arzt- oder Pflegepersonal/Patienten-Relation sowie Einstellung anderer therapeutischer Berufsgruppen,

und vermehrte Prävention und Rehabilitation.

Sofortmaßnahmen wurden schon nach dem Zwischenbericht ergriffen.

Durch das „Modellprogramm Psychiatrie“ (1980 – 1985) wurde die Umsetzung in Angriff genommen. Die psychosoziale Landschaft hat sich seit dem durchgreifend verändert.

Seit 1975 kam es zu einer immer weiter greifenden Differenzierung der gesamten psychiatrischen Versorgung. Erweiterungen des therapeutischen Spektrums wurden nicht nur durch die Vernetzung weiterer Berufsgruppen und Dienste (siehe Abbildung 3) erzielt, sondern auch durch den Einzug der Psychopharmaka in den 50iger Jahren des 20. Jahrhunderts.

Auch die Integration der Psychotherapie in die gesamte Psychiatrie soll hier Erwähnung finden. 1992 wurde sie in das Weiterbildungscurriculum und in die Facharztbezeichnung aufgenommen.

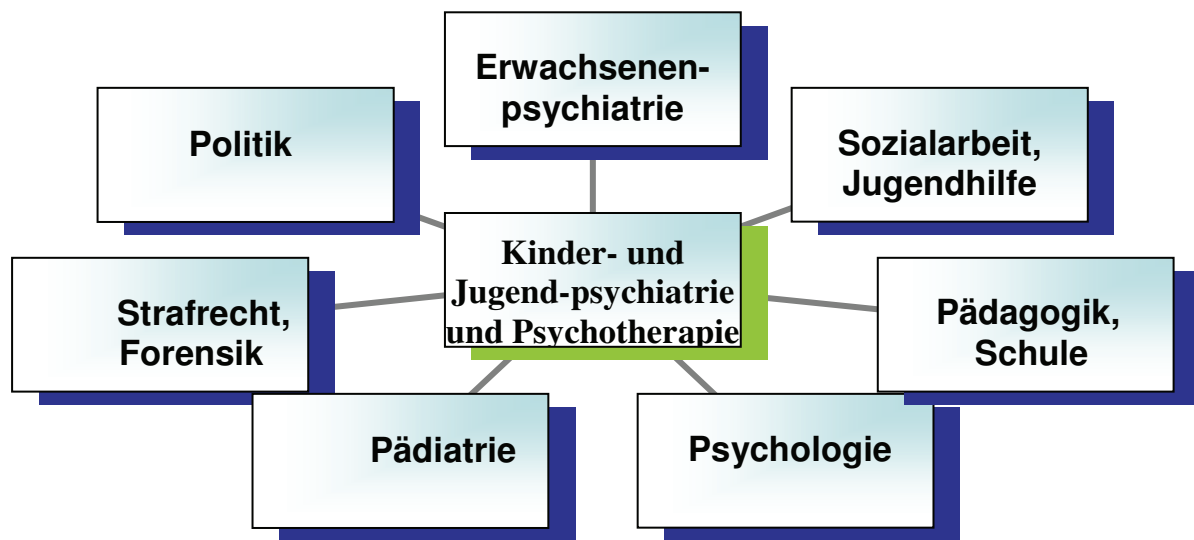


Abb. 3: Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und angrenzende Berufsfelder

Durch die im Dezember 1990 in Kraft getretene Psychiatrie-Personalverordnung kam es zu einer deutlichen Verbesserung der bis dahin schwierigen Personalsituation. Die Umsetzung dieser so genannten PsychPV erwirkte einen enormen Qualitätszuwachs innerhalb der stationären Psychiatrie (Bundestag 1990).

2002 gab der Bundestag eine Stellungnahme zur derzeitigen Versorgungssituation ab (Bundestag 2002). Hier wurden die Entwicklungen seit der Enquête gelobt, jedoch noch bestehende Missstände aufgezeigt. So sei das Prinzip „ambulant vor stationär“ noch nicht ausreichend umgesetzt, und es galt die Gleichstellung psychisch Kranker gegenüber körperlich Kranken weiter zu verbessern. Länder und Gemeinden wurden aufgefordert, den Grundgedanken der Enquête „Integration und Teilhabe“ weiter umzusetzen. Unzureichende Früherkennung und mangelnde Präventionsmaßnahmen sollten weiter ausgebaut werden. Dies sind einige der Forderungen, die der Deutsche Bundestag im Juni 2002 an die Bundesregierung stellte.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Arbeitskreis zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung unter seiner Leitung wiederbelebt. Die erste Sitzung hat noch im August 2002 stattgefunden.

Im Dezember 2003 wurden die Ergebnisse vorgetragen (Peukert 2003). Die vorgefundene Situation sei weiterhin noch verbesserungsbedürftig. Unter anderem wurden „Mängel“ in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gesehen.

Laut Stand vom 31.12.2004 gab es in der Bundesrepublik Deutschland 1236 Ärzte mit der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (davon 662 Frauen; 598 im stationären Bereich und 553 im ambulanten Bereich). Der gesamte Zuwachs zum Vorjahr war mit 6.0% höher als in fast allen anderen Facharztbezeichnungen (Ausnahme Neurologie: 14.5% Zunahme). Zu diesen 1236 Ärzten müssen noch alle in Facharztausbildung befindlichen Assistenzärzte zugerechnet werden. Wenn man für eine kinder- und jugendpsychiatrische Vollversorgung 1500 Ärzte veranschlagt (Dahl 2002), ist das Fachgebiet auf einem guten Weg.

I.4.2 Aktuelle Problematik und Perspektiven in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die PsychPV sollte einerseits aufgrund der sich seit den 80iger Jahren veränderten Leistungsstruktur mit z.B. Fallzahlsteigerung, Verweildauerverkürzung und eingeführten tagesklinischen Behandlungen modifiziert und damit „aktualisiert“ werden. Andererseits werden Änderungen aufgrund der Ausweitung des Entgeltsystems nötig, da eine Ausweitung das eindimensional auf die Kosten fixierten DRG-Systems der somatischen Medizin auf die Psychiatrie nicht angewandt werden kann (Kunze 2003).

Die Aufgaben der heutigen Kinder- und Jugendpsychiatrie haben sich nicht nur weiter ausdifferenziert, sondern auch mit den angrenzenden Arbeitsbereichen weiter vernetzt. So steht auch die Prävention heute als zentraler Pfeiler nicht mehr zur Diskussion. Durch die Vielschichtigkeit, scheinbarer Wertelosigkeit und der Informationsflut der heutigen Zeit sind Kinder und Jugendliche einer viel komplexeren Problemwelt ausgesetzt. Um nur einige von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. als wichtig empfundene Problematiken zu erwähnen, sind 2005 im Pressenservice folgende angeführt worden: „Die Zigarette als Einstiegsdroge“, „Prüfungsangst“, „Dysmorphophobie“, „Wenn Kinder keine Gefühle deuten können – das Asperger-Syndrom“, Qualitätskontrolle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, „...kranke Eltern belasten Kinder psychisch“, „Zwangssymptome bei Kindern...“ (Herpertz-Dahlmann 2005). Die Vielschichtigkeit spiegelt sich somit auch im Aufgabengebiet des Fachgebietes wider.

In das Netz der sich überschneidenden, zusammenarbeitenden Fachbereiche gehören außer den historischen Wurzeln der Kinder- und Jugendpsychiatrie (die Erwachsenenpsychiatrie, die Psychoanalyse, die Entwicklungspsychologie, die Sozialarbeit, das Strafrecht und die Pädiatrie) nunmehr auch die Psychologie mit ihren therapeutischen Möglichkeiten, die Schule als Ort der gezielten Prävention und als fest integrierter Baustein der stationären Versorgung, die Politik als unabdingbarer Förderer und Rahmen wie Möglichkeiten bietender Gesetzgeber. Nicht zuletzt ist die Jugendhilfe unter anderem mit ihrer Möglichkeit der komplementären Versorgung, welche wesentlicher Bestandteil der vorliegenden Arbeit ist, zu nennen.

Einen weiteren wichtigen Aufgabenpunkt stellt die wissenschaftliche Arbeit des Fachgebietes dar. Dieser umfasst allgemein formuliert die Grundlagenforschung und die weitergehende Forschung zum Verständnis von Störungen und ihren Auswirkungen in der Gesellschaft, Forschungen zur Prävention, Diagnostik, Therapie und Therapieerfolg sowie auch zur Qualitätskontrolle und Evaluation. Dabei ist zu betonen, dass der Zusammenarbeit innerhalb des Netzwerkes, in dem die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Teil ist, ein besonderer Stellenwert zukommt.

Nur durch Forschung und Entwicklung kann effektives Handeln möglich werden; eine Aufgabe die nicht nur auf den Schultern der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sondern auch auf den Schultern der angrenzenden Fachgebiete und der Politik liegt.

Eine große Aufgabe der Zukunft ist es, über die nationalen Grenzen hinaus, das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu einen. Das Parlament der Weltreligionen hat 1993 eine Erklärung verabschiedet, in deren Präambel der Missbrauch der Ökosysteme, Armut, Hunger, Krieg, wirtschaftliche Ungleichheit,

soziale Unordnung der Nationen, Missachtung der Gerechtigkeit, Anarchie, den sinnlosen Tod von Kindern durch Gewalt und Aggression und Hass im Namen der Religion verurteilt werden (Knölker 1996). Kinder und Jugendliche sind immer unter den Leidtragenden. Ihnen gilt zu helfen, den seelischen Folgen entgegen zu wirken und ihren Lebensweg positiv zu gestalten.

I.5 Die Entwicklung der Klinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie/ Psychotherapie und Poliklinik an der Universität Rostock

Da sie Teil des Zentrums für Nervenheilkunde der Universität Rostock ist, muss auch die Geschichte der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie Teil der Geschichte und Entwicklung des Zentrums sein.

Das Gehlsheim, Standort des Zentrums für Nervenheilkunde der Universität Rostock, wurde als Heil- und Pflegeanstalt 1896 gegründet und war von Beginn an als universitäre Einrichtung gedacht.

Ende des 19. Jahrhunderts war die Universität Rostock eine von nur wenigen Universitäten Deutschlands, welche noch keine Nervenklinik in die medizinische Fakultät integriert hatten.

Die Anstalt Gehlsheim blieb bis nach dem 2. Weltkrieg als solche bestehen, und wurde erst 1946 zur Universitätsnervenklinik.

1946 führte der Umstand des ärztlichen Notstandes dazu, dass der 26 jährige Dr. Gerhard Göllnitz, welcher die Weiterbildung im Fachgebiet der Inneren Medizin anzutreten gedachte, in der psychiatrisch-neurologischen Klinik seine ärztliche Tätigkeit aufnahm.

Sein Augenmerk fiel sogleich auf die schlechte Unterbringung und Betreuung der neurologisch und psychiatrisch kranken Kinder. Von diesem Zeitpunkt an und unter seiner Leitung nahm die Entwicklung zur heutigen Kinder- und Jugendneuropsychiatrie und Psychotherapie eindeutige Formen an. Die bestehende Bettennot konnte durch konsequentes Engagement und durch Mitarbeit in der Arbeitsgemeinschaft „Kirche und Medien“ (später „Arzt und Seelsorge“) gelindert werden. Die nahe gelegene Anstalt der inneren Mission „Michaelishof“ stellte Betten zur Verfügung. Weiterhin konnten der im Gehlsheim mit untergebrachten Infektionsstation Betten abgerungen werden.

1951 begann Dr. Göllnitz fakultative Vorlesungen über Kinder- und Jugendpsychiatrie zu halten. Seine Habilitation über „Die Bedeutung der frühkindlichen Hirnschädigung für die Kinderpsychiatrie“ folgte im Jahr darauf. Und schon in dem folgenden Jahr wurde er zum Dozenten für Psychiatrie und Neurologie berufen.

Aus Frankfurt am Main kommend, übernahm Prof. Frans Günther Ritter von Stockert, ein Schüler Hauptmanns, den Rostocker Lehrstuhl im Jahr 1954. Die anerkannte wissenschaftliche Arbeit von Stockerts fokussierte sich vor allem auf das Gebiet der Kinderpsychiatrie. Eine Verhaftung und Verurteilung, Ausuferungen wohl politischer und innerklinischer Repressalien, veranlassten ihn 1958 zum Fortgang aus Rostock.

Im Dezember 1957 wurde vom Staatssekretariat für Hochschulwesen die Teilung der Nervenheilkunde beschlossen. Neben der Psychiatrie und Neurologie gab es nun das eigenständige Fachgebiet der Kinderneuropsychiatrie. Am 01. März 1958 entstand somit eine Abteilung an der Universitätsnervenklinik Rostock.

Nachdem 4 Jahre zuvor der erste deutsche Lehrstuhl für Kinderneuropsychiatrie in Marburg gegründet wurde, schuf man am 01. November 1958 den zweiten in Rostock. Sein erster Inhaber sollte Prof. Gerhard Göllnitz sein.

Ein halbes Jahr später waren eine Ambulanz und drei Stationen mit insgesamt 50 Betten Bestandteil der Abteilung. Neben dem notwendigen medizinischen Personal mit Ärzten und der Krankenpflege zählten schon zum damaligen Zeitpunkt eine Fürsorgerin, drei Krankengymnastinnen und eine Musiktherapeutin zum Team. Mit der Integration einer Klinikschule wurde 1960 nicht nur dem Bedarf der Beschulung der behandelten Kinder Sorge getragen, sondern auch die diagnostische Strecke und das therapeutische Angebot erweitert.

An dieser Stelle soll die Leistung des langjährigen Direktors Hans Joachim Kossow hervorgehoben werden, welcher mit dem „Lautwortoperationsverfahren nach Kossow“ therapeutische Maßstäbe im Gebiet der Lese-Rechtschreibschwäche gesetzt hat (Kossow 2000). Diese sind auch heute noch von praktischer Relevanz.

Psychotherapeutischen Verfahren wurden in der Kinderneuropsychiatrie Rostock von Beginn an hohen Stellenwert beigemessen. So fanden die reaktive und regulative Musiktherapie sowie die Tanz- und Gestaltungstherapie und ihre kontinuierliche Weiterentwicklung früh Einbindung in das ganzheitliche Konzept der Klinik (Göllnitz 1995). Die diagnostischen und therapeutischen Ansätze eines solchen Konzepts wurden mit der Schaffung eines entwicklungspsychologischen Laboratoriums unterstrichen.

1963 gewann Prof. Göllnitz den Psychologen Dr. Hans Dieter Rösler für eine fortan äußerst fruchtbare und zukunftsweisende Zusammenarbeit zwischen Nervenärzten und Psychologen. Dr. Rösler baute das "Laboratorium für Klinische und Entwicklungspsychologie" auf. 1975 wurde für ihn der erste ostdeutsche Lehrstuhl für klinische Psychologie geschaffen. Ihm ist es maßgeblich zu verdanken, dass analog zum Facharzt der „Fachpsychologie der Medizin“ als postgraduales Studium durchgesetzt wurde und eine Approbation nach dem Psychotherapeutengesetz möglich war.

Aus der Zusammenarbeit der Kinderneuropsychiater und der klinischen Psychologen entstanden katamnestische Verlaufsstudien über Hirnschadenfolgen im Kindes- und Erwachsenenalter sowie die Rostocker Längsschnittstudie über die Entwicklung vom Kleinkind bis zum frühen Erwachsenenalter (Psychologie 2001). Nur angemerkt sei hier die weitere interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Erwachsenenpsychiatrie.

Als intensive kooperative und beispielhafte Arbeit zwischen den medizinischen Berufsgruppen ist weiterhin die Forschung gemeinsam mit dem Institut der klinischen Chemie unter Dr. Peter Wiechert zu nennen. Hier wurde zu dieser Zeit die Neurochemie des kindlichen Anfallsgeschehens, der Aminosäurestoffwechsel und Neurotransmitterstörungen erforscht.

Unter Prof. Rainer Cammann, seit 1966 ärztlich wissenschaftlicher Mitarbeiter, entstand an der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie Rostock das neurophysiologische Labor, welches eine Objektivierung von psychologisch-psychopathologischen Befunden ermöglichte.

Durch die Vergabe des Forschungsprojektes „Defektives Kind“ avancierte die Rostocker Abteilung zur Leiteinrichtung der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie der DDR.

Auch international schuf und pflegte Prof. Göllnitz Kontakte zur Fachwelt. Dies ist unter den widrigen Bedingungen im DDR-Regime besonders beachtenswert. Er war unter anderem Vizepräsident der Union Europäischer Kinderpsychiater. Von beiden Seiten des Eisernen Vorhangs wurde Prof. Göllnitz international gleichermaßen

geehrt. Forschungsvereinbarungen konnte Prof. Göllnitz z.B. mit Wien, Moskau oder Helsinki treffen.

Nach diesem bewundernswerten Arbeitsleben emeritierte Prof. Gerhard Göllnitz 1985, und übergab die weitere Leitung seiner Oberärztin Frau Prof. Ursula Kleinpeter.

Ihr Nachfolger, Prof. Rainer Cammann, wurde, nachdem er als kommissarischer Direktor die Weiterführung übernommen hatte, 1990 auf den C4-Lehrstuhl berufen.

Prof. Cammann entschloss sich jedoch schon 2 Jahre später für die eigene Niederlassung. Der C4-Lehrstuhl wurde auf C3 abgewertet, was Stellenabbau und Bettenreduktion bedeutete. Dr. Frank Häßler oblag die Aufgabe der Umstrukturierung als kommissarischer Leiter unter Erhalt der täglichen klinischen Aufgaben.

Aus der Abteilung wurde im Dezember 1995 die Klinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie und Psychotherapie, welche sich neben den Kliniken für Psychiatrie/Psychotherapie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, sowie dem Institut für medizinische Psychologie im Zentrum für Nervenheilkunde befindet.

Im Jahr 1997 wurde der C3-Lehrstuhl durch den aus Berlin kommenden Prof. Jörg M. Fegert wieder besetzt.

2001 verließ dieser Rostock, um Leiter der neu eingerichteten Abteilung der Universität Ulm zu werden. Wiederum führte der nun habilitierte Häßler kommissarisch die Klinik, bis er 2001 zum Professor ernannt wurde und 2003 den Lehrstuhl erhielt.

Die folgenden Jahre waren für die KJPP sehr bewegend:

Die von Häßler lange geforderte umfassende Renovierung des Hauses wurde in Angriff genommen. Für diese Zeit wurde der Sitz der Klinik mit Ausnahme der Institutsambulanz, der Forschungslabors und der Klinikschule ausgelagert. In der Ulmenstraße, im Herzen der Stadt Rostock, in den Räumlichkeiten der Orthopädischen Klinik sollte für nahezu 3 Jahre der Klinikbetrieb routinemäßig weitergehen.

Im Jahr 2005 konnte die Klinik in ihre alte, baulich nicht nur erneuerte sondern auch umstrukturierte Heimat zurückkehren.

I.5.2 Heutiger Stand der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universität Rostock

Neben der spezialisierten Maximalversorgung dient die Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter Rostock auch der Regelversorgung der Hansestadt Rostock mit einem Umfeld von etwa 400.000 Einwohnern. Das Einzugsgebiet der Maximalversorgung geht über die Landesgrenzen Mecklenburg-Vorpommerns hinaus.

Zur Behandlung kommt das gesamte Spektrum der kinder- und jugendneuropsychiatrischen Störungen und Erkrankungen mit Ausnahme von Drogen- und Alkoholabhängigkeiten, da die baulichen und personellen Strukturen diese Behandlung nicht zulassen.

Basis der Therapie bildet die pfliegerisch-heilpädagogische Ausrichtung.

Das klinisch stationäre Angebot umfasst 3 Stationen, mit einer Bettenkapazität von insgesamt 30 Betten (Siehe Tabelle 3). Herausragende Neuerung durch Renovierung und Umbau des Klinikgebäudes ist, dass hiervon bis zu 10 Betten als geschlossene Abteilung geführt werden können.

Tabelle 3:

	Station 1	Station 2	Station 3
Bezeichnung	Jugendstation	Kinderstation	Kinderstation
Patienten	Mädchen und Jungen im Alter von 14 -17 Jahren	Jungen und Mädchen im Alter von 7-13 Jahren	Jungen und Mädchen im Alter von 2 – 17 Jahren
Therapieansätze	Psychiatrisch/ psychotherapeutisch	psychiatrisch/ psychotherapeutisch	neurologisch/psychiatrisch/ psychotherapeutisch
Bettenzahl	10	10	10
Behandlungsschwerpunkte	<ul style="list-style-type: none"> - Angst-erkrankungen, - depressive Störungen, - Essstörungen (Anorexie, Bulimie, binge-eating), -(posttraumatische) Belastungsstörungen, - Psychosen (Schizophrenie, Manie, Depression, bipolare Störung), - selbstverletzendes Verhalten (Ritzen), - Somatisierungsstörungen, - Suizidalität, - Zwangserkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitäts-Störungen (ADS, ADHS, HKS), - emotionale Störungen des Kindesalters, - Entwicklungsstörungen (Sprache, Motorik, schulische Fertigkeiten), - Enuresis, Enkopresis, - Störungen des Sozialverhaltens, - Tic-Störungen (Tourette-Syndrom) 	<ul style="list-style-type: none"> Neurologische Erkrankungen, wie z.B. -Schädel-Hirn-Verletzungen - Epilepsien (z.B. Abscenen, Lennox-Gastaut-Syndrom, ESES, Rolando-Epilepsie) - Multiple Sklerose - Myopathien, Neuropathien, Myasthenie - Autoimmunerkrankungen (z.B. Guillain-Barré-Syndrom, CIDP, Lupus erythematodes) - Paresen (z.B. Fazialisparese) - infantile Zerebralparese (Spastik, Dystonie, Ataxie) Entwicklungsstörungen Tic-Störungen (Tourette-Syndrom) - Enuresis, Enkopresis - Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitäts-Störungen (HKS, ADS, ADHS) - Psychosen emotionale Bindungsstörungen - Störung des Sozialverhaltens - Autismus

Zu jeder Station zählen ein Stationsarzt, ein Stationspsychologe und insgesamt zwei Oberärzte.

Das Therapieangebot der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird in folgender Graphik dargestellt (Abbildung 4):

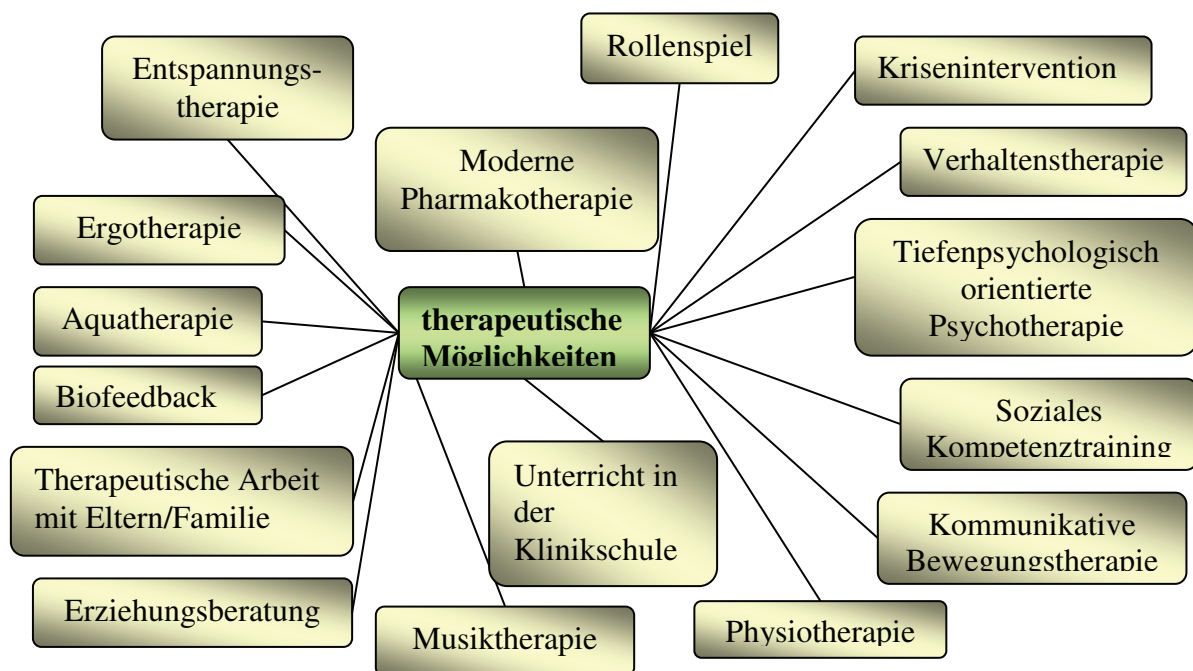


Abb. 4

Neben den Stationen existiert die Institutsambulanz an zwei Standorten, intra- und extramural. Der Aufgabenbereich erstreckt sich über Wahrnehmung als Notfallambulanz und dem Angebot der ambulanten Diagnostik und Behandlung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungsbilder auf der einen Seite sowie Vorbereitung und Nachbetreuung eines stationären Aufenthaltes auf der anderen Seite. Die Anmeldungen der Kinder und Jugendlichen zur Vorstellung in dieser Ambulanz können auf vielfältige Art und Weise vorgenommen werden. So erfolgen Überweisungen natürlich durch Fachärzte für Kinder- und Jugend-(neuro-)psychiatrie bzw. Pädiatrie, aber auch durch Hausärzte oder es kommt zur Vorstellung direkt durch die Eltern. Weitere Zugangsmöglichkeiten sind über die Jugendämter, Schulen, Behörden oder Gerichte.

Zum ambulanten Sektor gehören weiterhin die Spezialsprechstunde für Entwicklungsstörungen und die Drogensprechstunde.

Erstere versteht sich als Sprechstunde für neurologische und manualmedizinische Diagnostik sowie therapeutischer Maßnahmen im Kindes- und Jugendalter.

Die Drogensprechstunde erwuchs aus einem drittmittelfinanzierten Bundesmodellprojekt und konnte 2004 in das Regelangebot der Institutsambulanz integriert werden. Die Finanzierung erfolgt über die Krankenkassen.

Das Hilfsangebot umfasst medizinische sowie psychologische Diagnostik und Behandlung und ein sozialpädagogisches Angebot mit psychosozialer Beratung, Mithilfe bei der Organisation von Eingliederungshilfe (§35a KJHG), Suchtprävention, Vermittlung von weiterführenden Beratungs- und Hilfeangeboten, Erarbeitung von sozialpädagogischen Stellungnahmen und Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, freien Trägern der Jugendhilfe, Behörden, Ämtern und Institutionen.

Als Komplementäreinrichtung gehört die dem Schulamt unterstellte „Heinrich-Hoffmann-Schule“ zur Klinik. Beschult werden hier die stationär behandelten Kinder und Jugendlichen aller Universitätskliniken Rostocks und auch „Kinder und Jugendliche, die nicht schulbesuchsfähig, aber lernfähig sind und speziellster Förderung bedürfen. Neben der Stammschule auf dem Gelände des Zentrums für Nervenheilkunde existieren Schulteile in der Kinder- und Jugendklinik, der Kinderstation der chirurgischen Klinik, der Klinik für Forensische Psychiatrie und in der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie. An dieser Stelle soll die enge Kooperation der Tagesklinik und KJPP nur erwähnt werden. Die Klinikschule bietet auch Hausunterricht im Bereich Rostocks an. Vollkommen wird das Spektrum durch den Schülerclub "Kreativ-Insel".

Neben dem Versorgungsangebot kinder- und jugendpsychiatrischer und -neurologischer Krankheitsbilder stehen die Forschung und Lehre nicht zurück. Neben der Hauptvorlesung für das 7. Semester der Humanmedizin (1 Semesterwochenstunde) werden auch fakultative Vorlesungen angeboten. Wiederum nur Erwähnung finden sollen hier das bereits beschriebene neurophysiologische Forschungslabor und die Vielzahl der Forschungs- und Drittmittelprojekte. Die professionelle Leitung der Forschungsabteilung hat im Juni 2003 Dr. phil. Olaf Reis übernommen. Die KJPP profitiert in vielerlei Weise durch diese Koordination. Olaf Reis sind psychologische Forschungsvorhaben des Zentrums für Nervenheilkunde durch z.B. Teilnahme an der namhaften Rostocker Längsschnittstudie schon bekannt. Er versteht es eine kreative Zusammenarbeit mit den weiteren psychologischen Instituten zu unterhalten. Desweiteren profitiert die KJPP aus den weiter bestehenden Kontakten und Forschungsvorhaben mit dem Life Cycle Institute der Catholic University of America, Washington, D.C. und vor allem der University of California, Santa Cruz. Nicht zuletzt läuft die Forschung strukturiert durch eine Hand. Im Rahmen dieser Arbeit soll im Weiteren nicht näher auf den umfangreichen Forschungsgegenstand der KJPP Rostock eingegangen werden.

Zur personellen Struktur der Klinik zählen neben dem Leiter Prof. Dr. med. F. Häßler, die zwei Oberärzte Frau Dr. med. Gierow und Herr PD Dr. med. J. Buchmann. Weiterhin gehören die drei Stationsärzte/innen, zwei in der Institutsambulanz tätige Ärzte/innen, sowie eine im Projekt „HaLT“ tätige Ärztin der Klinik an. Das Projekt HaLT wird im Rahmen des Bundesmodellprojektes „Hart am Limit“ (– Kampf dem Kampftrinken – Halt sagen) durchgeführt. Neben dem Leiter der Abteilung Forschung, Herrn Dr. phil. O. Reis gehören die drei Stationspsychologen und ein für die Institutsambulanz zuständiger Psychologe zur KJPP. 34 Fachschwestern sind für die stationäre und eine Fachschwester für die Betreuung der Institutsambulanz verantwortlich. Nicht zuletzt sind die Musiktherapeutin, die Physiotherapeutin und die zwei Sekretärinnen aufzuzählen.

Untergebracht ist die Kinder- und Jugendneuropsychiatrie/Psychotherapie seit 2006 wieder auf dem Gelände des Zentrums für Nervenheilkunde. Für mehr als zwei Jahre musste zumindest die stationäre Betreuung in die Innenstadt Rostocks ausgelagert werden, da die von Häßler schon länger geforderte Renovierung des Klinikgebäudes durchgeführt wurde. An das renovierte und umstrukturierte Gebäude wurde dabei auch angebaut.

Der Neubau realisiert nicht nur die kinder- und jugendgerechte Betreuung in Ein- und Zweibettzimmern sowie adäquaten Stationsräumlichkeiten, sondern auch moderne Therapieräume und die Bereitstellung eines 24h Stunden EEG-Labores.
(Abbildung 5: Foto)



Abb. 5

II Material und Methoden

II.1 Anliegen und Definition des Untersuchungszeitraumes

Anliegen war es, die psychiatrische Gesamtklientel der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie der Universität Rostock eines definierten Zeitraumes zu charakterisieren und Zusammenhänge zu vorhergehenden und/oder anschließenden stationären Jugendhilfemaßnahmen herauszustellen. Aus diesen Zusammenhängen heraus sollte versucht werden, Prädiktoren einer Fremdplatzierung zu benennen.

Ein Vergleich mit der Untersuchung der gegenseitigen Inanspruchnahme von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie Rostocks der unmittelbaren Nachwendezeit 1991/92 (Hentsch 1999) sollte Veränderungen und die Entwicklung nach Inkrafttreten des neuen KJHG skizzieren.

Um Unterschiede herauszuarbeiten, welche fremdplatzierte oder fremd zu platzierende Patienten von anderen trennen, wurde jede Wiederaufnahme mit gleicher Sorgfalt untersucht.

In dieser Studie wurden alle psychiatrischen Aufnahmen der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie Rostock der Jahre 1998 und 1999 ausgewertet. Einbezogen wurden alle Aufnahmen vom 01. Januar 1998 bis einschließlich des 31. Dezember 1999. Um diese zu identifizieren, wurden sämtliche stationäre Aufnahmen der Klinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie und Psychotherapie der Universität Rostock des Untersuchungszeitraumes gesichtet. Im genannten Zeitraum wieder aufgenommene Patienten wurden als erneute Aufnahme gewertet, soweit die Zeitspanne von Entlassung bis zur erneuten stationären Behandlung sieben Tage überschritt.

II.2 Definition der stationären Aufnahme

Die Anzahl der im Aufnahmebuch des Krankenhausarchivs des Zentrums für Nervenheilkunde der Universität Rostock verzeichneten Aufnahmen beträgt 408.

In den Aufnahmebüchern der drei Stationen der KJPP der Universität Rostock waren 412 Aufnahmen verzeichnet. 392 der bearbeiteten Akten waren gültig. 6 Akten konnten nicht aufgefunden und somit nicht ausgewertet werden.

Die Diskrepanz zwischen den Aufnahmezahlen der verschiedenen Bücher ergibt sich aus mehreren Gründen/Fehlern:

1. Die Aufnahme lag nicht im Untersuchungszeitraum (1998 / 1999).
2. Durch Zusammenziehung von mehreren Aufnahmen entstand ein Aufenthalt.
3. Interne Verlegungen von Patienten auf andere Stationen bzw. in andere Kliniken zählten jeweils als Neuaufnahme, wurden jedoch archivarisches nicht erneut gewertet.
4. Wenn der Aufnahme-tag gleich dem Entlassungstag war, wurde dies nicht als stationäre Behandlung gewertet.

Im Untersuchungszeitraum wurden 51 Patienten mit nicht-psychiatrischer Fragestellung (Erstdiagnose) behandelt (39 neurologische / 12 Patienten mit Verletzungen des Schädels zur Überwachung oder Kontrolle eventueller neurologischer bzw. psychiatrischer Folgeerscheinungen). Diese Patienten wurden von der Untersuchung ausgeschlossen.

In die Auswertung wurden letztendlich 341 Akten einbezogen (psychiatrische Hauptdiagnose).

II.3 Das Schlüsselwortverzeichnis und die Patientenakte

Die Erhebung der Daten erfolgte nach einem eigens für diesen Zweck erstellten Schlüsselwortverzeichnis (siehe Anhang).

Zur Vergleichbarkeit mit der Arbeit von Hentsch (Hentsch 1999) wurde das Verzeichnis an das ihre angelehnt, doch modifiziert und erweitert. Als Standard lehnt es sich an das Multiaxiale Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (Schauder) an (Remschmidt and Schmidt 1994).

Die untersuchten Kriterien orientieren sich an der von der KJPP Rostock seit dem 06. Januar 1998 verwendeten Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche (Frankfurter Dokumentationssystem © E. Englert & F. Poustka, 1998).

Als Quelle für die Daten dienten die archivierten Patientenakten. Daraus wurden vor allem mit einbezogen:

die erwähnte Basisdokumentation, das dokumentierte Aufnahmegespräch, der ärztliche Verlaufsbogen, die psychologischen Befunde, die Verlaufsbögen der Schwestern, die Epikrise, sowie weitere Dokumente aus externen Quellen, wie zum Beispiel Briefe von Kindergartenerziehern, Lehrern, niedergelassenen Ärzten oder Kliniken.

II.4 Auswertung der Daten

Die Sammlung der Daten zur statistischen Auswertung erfolgte tabellarisch mit Microsoft® Office Excel. Erhoben wurden die Daten als nominale Klassifizierungsvariablen und als stetige Variablen. Die Auswertung erfolgte in enger Zusammenarbeit mit der Mathematikerin Frau Dr. Langemann. Zur statistischen Aufarbeitung wurde das Statistikprogramm SPSS 10.0 verwendet. Das Signifikanzniveau wurde auf $p \leq 0.05$ festgelegt, eine hohe Signifikanz auf $p \leq 0.001$. Aufgrund des hohen Signifikanzniveaus konnte die Testung des α -Niveaus entfallen. An Testverfahren kamen der Chi-Quadrat-Test (χ^2) und der lineare Trend-Test (t) zur Anwendung.

Der Chi-Quadrat-Test (χ^2) prüft die Unabhängigkeit qualitativer Merkmale.

Der lineare Trend-Test (t) vergleicht die Mittelwerte zweier Stichproben.

II.5 Erläuterungen des Begriffs Fremdplatzierung

Hierunter haben wir all jene Maßnahmen subsumiert, welche das Kind aus dem Verbund der Ursprungsfamilie herausnehmen. Diese Herausnahme bedeutet für das Kind nicht nur einen neuen ständigen Wohnsitz, sondern auch eine neue familienähnliche Einbindung, mehr oder weniger also neues „Zuhause“. Unter diese Einrichtungsformen fallen: Wohngemeinschaften, betreutes Wohnen, Heime, therapeutische Heime, Kleinstheime, Internatsunterbringungen mit und ohne Wochenendkontakt sowie Pflegeeltern

Erläuterungen zu einzelnen Items des Schlüsselwortverzeichnisses sind im Anhang aufgeführt.

II.6 Erläuterungen der Gruppenzugehörigkeit

Im Folgenden werden unter anderem die Ausprägungen der untersuchten Merkmale in den „Gruppen“ verglichen. Zum Verständnis muss schon an dieser Stelle die Einteilung in die „Gruppen“ erläutert werden:

Das untersuchte Patientengut wurde hinsichtlich der Fremdplatzierungscharakteristik in drei Gruppen unterteilt.

Gruppe 1 beinhaltet alle Patienten, welche nach dem stationären Aufenthalt nicht fremdplatziert wurden und auch nicht werden sollten.

Gruppe 2 beinhaltet alle Patienten, denen eine Fremdplatzierung angeraten wurde, diese aber bei oder bis zur Entlassung nicht umgesetzt werden konnte.

Gruppe 3 beinhaltet alle Patienten, die nach dem stationären Aufenthalt fremdplatziert wurden.

(nähere Erläuterungen siehe zum Punkt Gruppen im Anhang)

III Hypothesen

1. Veränderungen in Gesellschaft und Politik, hier besonders der Gesundheitspolitik, aber auch in der Medizin, werden sich in Veränderungen und Entwicklungen in der Klientel der KJPP auswirken.

2. Die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie ist für beide Institutionen ein Hauptaufgabenbereich, angesichts von Quantität und insbesondere von der notwendigen Qualität der Hilfestellungen.

3. Nach weitestgehend abgeschlossener Umstrukturierung und Anpassung der neuen Bundesländer nahezu zehn Jahre nach der Wiedervereinigung übernimmt die Jugendhilfe die alleinige staatliche Fürsorge von Kindern und Jugendlichen, was zuvor von vielen unterschiedlichen Institutionen der ehemaligen DDR übernommen wurde.

4. Es kommt zu einer Zunahme von Fremdunterbringungen im Untersuchungsgebiet seit Wiedervereinigung beider deutscher Staaten aufgrund häufigerer desolater Familienverhältnisse, insbesondere in den sozial schwachen Schichten und damit zu einer Zunahme an „Problemkindern“. Andererseits mangelt es an auffangenden Strukturen.

5. Die Kinder und Jugendlichen im Überschneidungsbereich von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie stellen eine besondere Problematik und Herausforderung an beide Institutionen dar. Es besteht unter anderem ein höherer psychosozialer Risikoindex im Vergleich zur sonstigen Klientel beider Einrichtungen.

6. Erhöhte psychosoziale Risikofaktoren führen zu Fremdplatzierung. Darunter fallen:
- desolate soziale Verhältnissen, wie

Alkoholabusus eines oder beider Elternteile zusammen mit einer hohen Geschwisterzahl, schlechten Milieu- und Wohnverhältnissen sowie einem geringem Bildungsstand der Eltern, geschiedene oder alleinerziehende Mütter mit mehreren Kindern, psychisch kranke Eltern.

7. Fremd zu platzierende Kinder weisen vermehrt Störungen des Sozialverhaltens wie Aggressionen auf.

8. Substanzmissbrauch (Drogen und Alkohol) spielen eine bedeutende Rolle bei Fremdplatzierungen. Der Stellenwert von Drogen hat zugenommen.

9. Intelligenzgeminderte Kinder werden weniger fremdplatziert als norm- oder hochintelligente Kinder.
10. Kinder, welche fremdplatziert werden, sind länger in stationärer Behandlung gewesen als die anderen Patienten.
11. Bei wiederholter Aufnahme in die KJPP ist die Wahrscheinlichkeit der Fremdplatzierung erhöht.
12. Mit dem Wegfall von „Frühwarnsystemen“ steigt das Durchschnittsalter fremd zu platzierender Patienten.
13. Sich verändernde gesellschaftliche Verhältnisse haben zu einer Veränderung von Behandlungszahl und –dauer sowie zu Veränderungen der Fremdplatzierungshäufigkeiten im Vergleich zu 1991/92 geführt.

IV Ergebnisse

IV.1 Allgemeine Erläuterungen

Da nur die Kinder und Jugendlichen untersucht wurden, welche sich einer stationären Therapie in der KJPP der Universität Rostock unterzogen, kann kein Anspruch auf Repräsentativität gelten.
Die Prozentangaben beziehen sich immer auf die auswertbaren Angaben.

IV.2 Untersuchung der psychiatrischen Gesamtklientel der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Rostock) der Universität Rostock der Jahre 1998/99

IV.2.1 Die Gruppen

Ein Drittel des Patientengutes (35.4%) sollte nach Meinung des behandelnden Teams im Anschluss an die stationäre Behandlung fremdplatziert werden, dies umfasst die Gruppen 2 und 3. Dieser Anteil teilt sich in 20.2%, die auch tatsächlich fremdplatziert wurden (Gruppe 3), und 15.2%, bei denen nur die Empfehlung im Arztbrief ausgesprochen wurde, aber keine Umsetzung folgte (Gruppe 2).

Tabelle 4

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gesamt
Nicht-fremdplatzierte Patienten	220			220 (64.6%)
Fremdplatzierte Patienten		52	69	121 (35.4%)
				341 (100%)

IV.2.2 Geschlechter

Das Geschlechterverhältnis betrug (m : w) 3 : 2.
Auch innerhalb der 3 Fremdplatzierungsgruppen findet sich dieses Verhältnis wieder.

IV.2.3 Alter

Das mittlere Alter der Gesamtklientel betrug knapp 13 Lebensjahre ($s=3.23$), wobei 83 % der Gesamtklientel zwischen 8 und 16 Jahre alt waren. (6.5% 0 – 7 Jährige, 10.6% 17 – 19 Jährige)

Mädchen waren signifikant fast 2 Jahre älter als Jungen ($p<0.001$). [Mittelwert für Jungen 12.24 Jahre ($s=3.12$), für Mädchen 13.99 ($s=3.12$)]

Hochsignifikant war weiterhin, dass mit zunehmendem Alter der weibliche Anteil stieg und der männliche sank ($p<0.001$). (Abbildung 6)

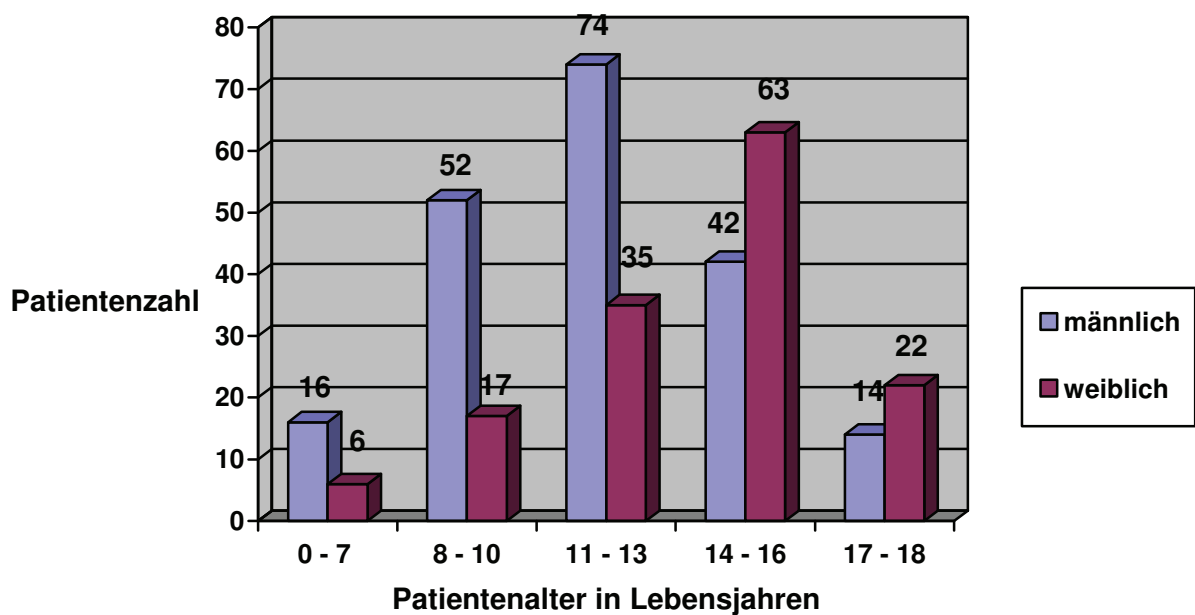
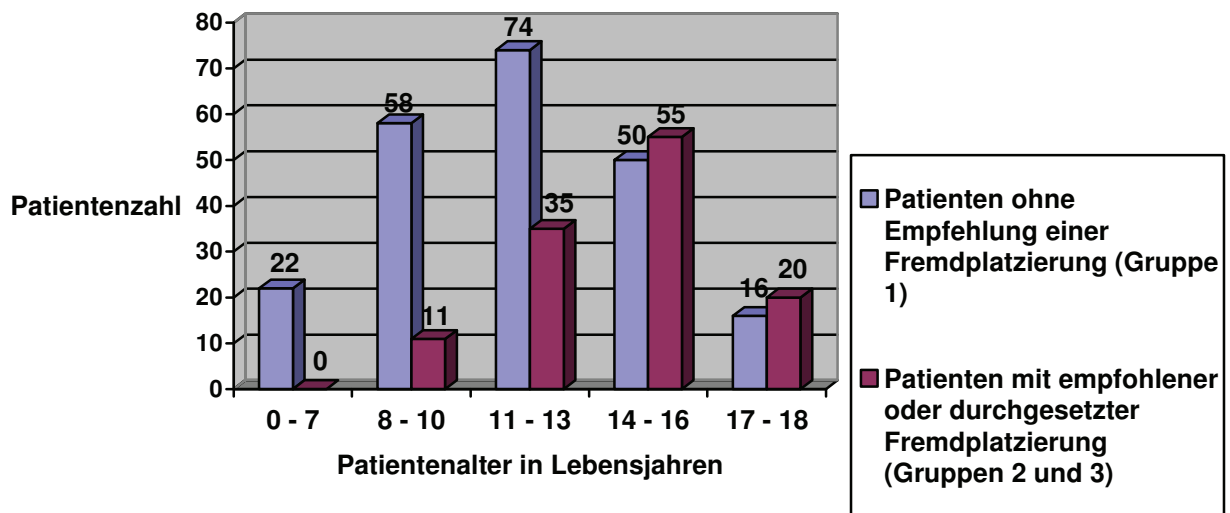


Abb 6: Geschlechtervergleich in den Altersgruppen

IV.2.3.1 Gruppenvergleiche

Die Gruppe der Fremdplatzierten (Gruppen 2+3) war mit 14.6 Jahren im Mittel mehr als 2 Jahre älter als die Gruppe der Nicht-Fremdplatzierten (12.1 Jahre). Dieser Unterschied war hoch signifikant ($p<0.001$).

Es gab keine fremd zu platzierenden Kinder im Vorschulalter (0 -7 Jahre), dagegen machte diese Gruppe 10% bei den Nicht-Fremdplatzierten aus. Nur 9.1% 8-10-Jährige bei den Fremdplatzierten standen 26.4% bei den Nicht-Fremdplatzierten gegenüber. Fast die Hälfte aller Fremdplatzierten waren zwischen 14 und 16 Jahre alt (45.5%), dagegen nur 22.7% bei der Vergleichsgruppe (siehe Abbildung 7).

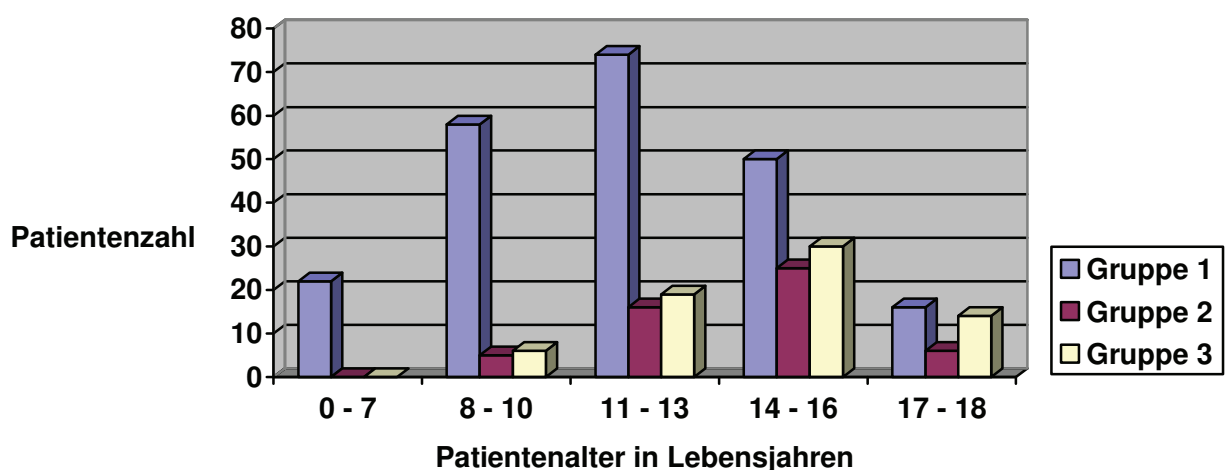


**Abb 7: Anzahl von Patienten in den Altersgruppen:
Vergleich der Gruppe 1 mit den Gruppen 2+3**

Der Vergleich der Fremdplatzierten (Gruppe 3) und der Empfohlen-Fremdplatzierten (Gruppe 2) zeigte keine signifikanten Unterschiede auf, weder im Mittelwert des Alters noch in den Altersgruppen. Lediglich der doppelt so hohe Anteil der 17 bis 19 Jährigen bei den Fremdplatzierten (20.3%) gegenüber den vorgeschlagen Fremdplatzierten (11.5%) war auffallend.

Der Vergleich aller 3 Gruppen miteinander fiel hochsignifikant aus ($p=0.000$). Daraus lässt sich schließen, dass mit dem Alter des zu behandelnden Kindes auch die Wahrscheinlichkeit steigt, dass das Kind in Anschluss fremdplatziert wird. Mit zunehmendem Alter der Patienten steigt die Fremdplatzierungsrate.

Zudem scheint die Durchsetzung der Fremdplatzierungen bei den 17 – 19 jährigen erfolgreicher zu sein als bei den übrigen Altersgruppen. 16.7% Empfehlungen stehen hier 38.9% durchgesetzten Fremdplatzierungen gegenüber, gerechnet an der Gesamtklientel (siehe Abbildung 8).



**Abb 8: Anzahl von Patienten in den Altersgruppen:
Vergleich der Gruppen 1, 2 und 3 miteinander**

IV.2.4 Aufenthaltsdauer

Sie lag im Bereich von 0 bis 174 Tagen, im Mittel bei 52.95 Tagen ($s=31.69$).
2/3 der Patienten blieben 1 bis 3 Monate, fast $\frac{3}{4}$ blieben 1 Monat und länger (siehe Abbildung 9). Jungen blieben signifikant länger (im Durchschnitt 7 Tage länger) stationär als Mädchen ($p<0.05$).

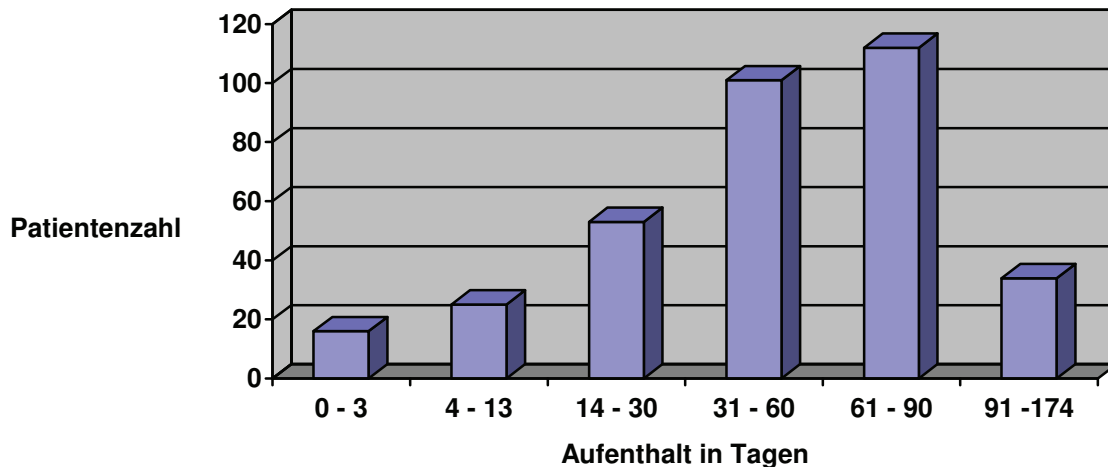


Abb 9: Patientenzahl und die Aufenthaltsdauer

IV.2.4.1 Aufenthaltsdauer und das Alter der Patienten

Nicht signifikant aber in der Tendenz sehr auffällig war die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem Alter der Patienten und ihrer Aufenthaltsdauer:
Bei kurzer Verweildauer (0-30 Tage) dominierten ältere Patienten (14-19 Jahre).
Bei längerer Verweildauer (31-174 Tage) verschob sich dieses Verhältnis zu den Jüngeren (0-13 Jahre).

Die Patienten im Alter zwischen 0 und 10 Jahren ließen keinen engeren Zusammenhang erkennen.

Der Anteil der 11 bis 13 Jährigen nimmt prozentual von ca. 20% bei 0 bis 3 Tagen Aufenthaltsdauer bis fast 42% bei über 90 Tagen zu.

Dagegen sinkt der Anteil der 14 bis 16 Jährigen von 50% bei bis zur 3 Tagen Aufenthaltsdauer auf knapp 30% bei über 90 Tagen.

Der Anteil der ältesten Patienten (17 – 19 Jahre) schwankt bei kurzer Verweildauer (0-30 Tage) zwischen 12.5 und 20% und bei längerer Verweildauer zwischen 6 und 9%. Er nimmt also ab.

IV.2.4.2 Aufenthaltsdauer und Behandlungserfolg

Patienten, welche mit leichten und deutlichen Therapieerfolgen entlassen wurden, verzeichneten durchschnittlich längere Behandlungszeiten als Patienten, welche ohne Therapieerfolg entlassen wurden. Dieser Unterschied war jeweils zwischen leichtem Therapieerfolg und keinem Therapieerfolg sowie deutlichem Therapieerfolg und keinem Therapieerfolg hochsignifikant ($p<0.002$).

Der Therapieerfolg (leicht oder deutlich) hing dagegen nicht von der Dauer der Behandlung ab (kein signifikanter Unterschied) (siehe Abbildung 10).

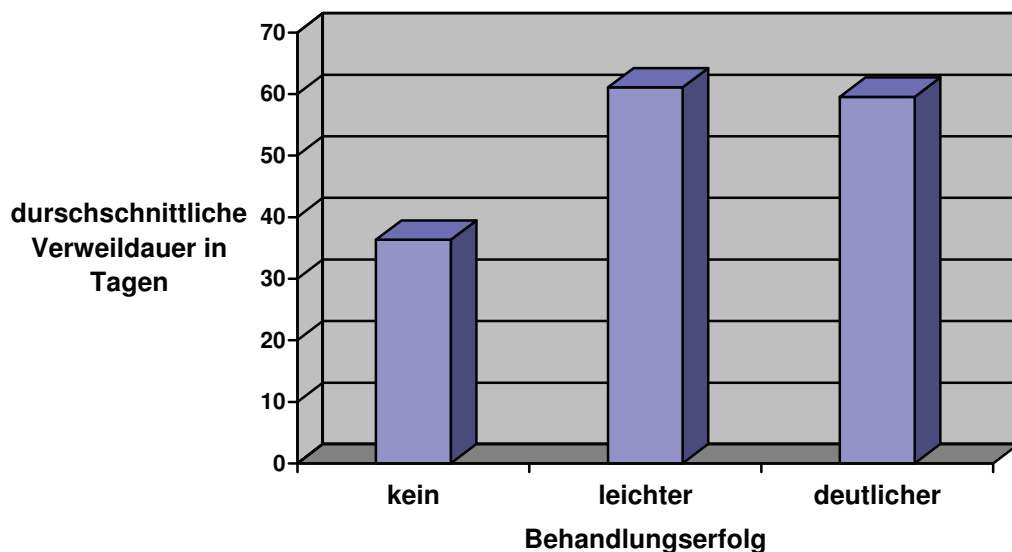


Abb.10: Zusammenhang von Behandlungserfolg und Aufenthaltsdauer

IV.2.4.3 Gruppenvergleiche

Im Gruppenvergleich ist die mittlere Verweildauer der Fremdplatzierten (Gruppen 2+3) mit 52 Tagen ohne signifikanten Unterschied zu den 53.5 Tagen der Patienten ohne Fremdplatzierung (Gruppe 1). Beide Patientengruppen unterscheiden sich also nicht in der Dauer ihrer stationären Behandlung.

Jedoch im näheren Vergleich der Aufenthaltsdauer zeigten sich signifikante Unterschiede ($p < 0.001$): Während zwei Drittel der Nicht-Fremdplatzierten eine stationäre Behandlungsdauer zwischen einen und drei Monaten hatten, machte dies bei den Fremdplatzierten nur die Hälfte der Patienten aus. Annähernd gleich viele fremdplatzierte Patienten verteilten sich auch auf sehr kurze (4 – 13 Tage), kurze (14 – 30 Tage) und sehr lange (> 91 Tage) Behandlungszeiträume. Bei den Nicht-Fremdplatzierten kommen sehr kurze (0 - 3, 4 -13 Tage) und sehr lange (> 91 Tage) kaum vor. Siehe Abbildungen 11 und 12.

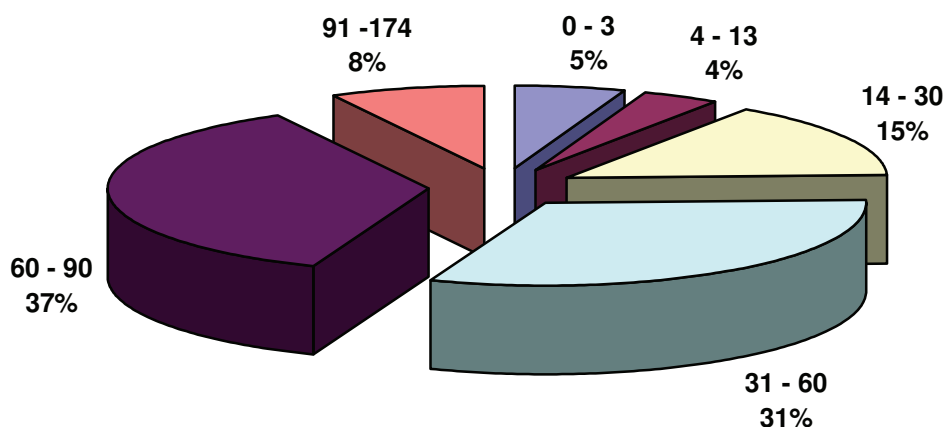


Abb 11: Verteilung der Aufenthaltsdauer (in Tagen und prozentuellem Anteil) der Gruppe 1

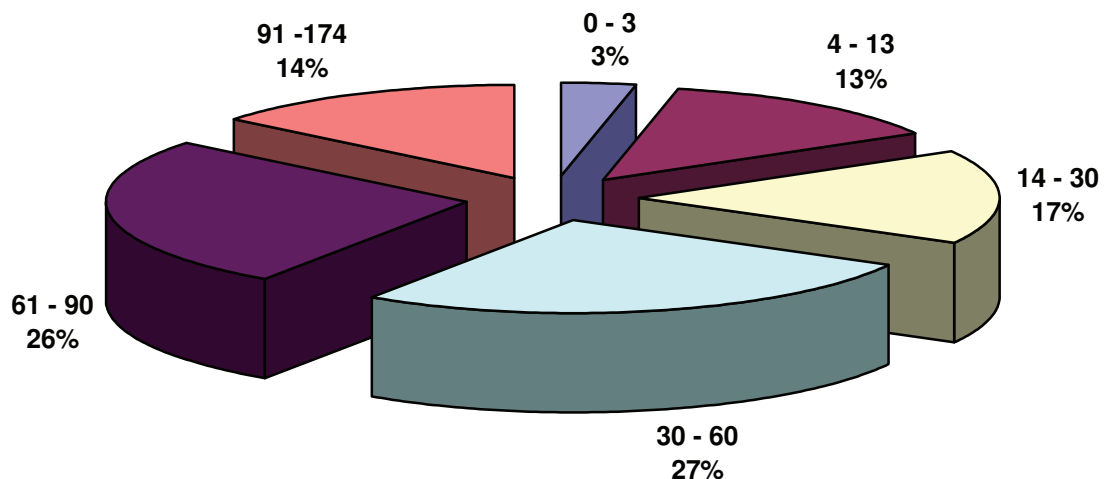


Abb. 12: Verteilung der Aufenthaltsdauer (in Tagen und prozentualem Anteil) der Gruppen 2 und 3

Die Untersuchungen der Fremdplatzierten, der Vergleich zwischen den Gruppen 2 vs 3 sowie 1 vs. 2 zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den stationären Verweildauern.

IV.2.5 Einweisende Stelle

Die häufigste Einweisungsquelle in die KJP war einerseits die eigene Poliklinik / Ambulanz (22.3%) und andererseits die Patienten bzw. ihre Eltern selbst (20.5%). Weiterhin überwiesen niedergelassene Ärzte (15.8%) und andere Kliniken (12.9%) Patienten zur KJP. Aber auch Schulen (11.7) und Notaufnahmen (9.1%) führten zu nicht unerheblichen Teilen zu stationären Behandlungen. In 4.4% war die einweisende Kraft das den Patienten schon betreuende Heim, und in 3.2% der Fälle die Jugendämter.

IV.2.6 Weiterbehandelnde Stelle

Bei fast 30% konnten wir keine gesicherte Nachbehandlung feststellen. 1/3 verblieben in der Betreuung der eigenen Poliklinik. 17,3 % gingen direkt in ein Heim, wurden fremd untergebracht. Weiterführende Maßnahmen des Jugendamtes (7.6%), ambulante Psychotherapie (5.3%), Behandlung bei niedergelassenen Ärzten (5.3%) und stationäre Aufnahmen in anderen Kliniken (2.1%) komplettierten die nachsorgenden Maßnahmen.

IV.2.7 Behandlungserfolg

In 70% der Fälle trat eine Besserung ein, öfter jedoch nur eine leichte (46.6%) als eine deutliche Besserung (23.2%). Knapp 30% blieben unverändert. Keine Verschlechterungen.

IV.2.7.1 Behandlungserfolg der Geschlechter

Ohne Signifikanz, aber tendenziell war bei den Mädchen häufiger ein deutlicher Erfolg als bei den Jungen zu verzeichnen. Diese wiederum hatten häufiger nur maximal eine leichte Verbesserung.

Bei tendenziell eher nur leichter Verbesserung der Jungen in Gruppe 1 zeigte sich bei den Mädchen eher eine deutliche Verbesserung.

In der Gruppe 2 gab es tendenziell bei Jungen eher keine Verbesserung und bei Mädchen etwas häufiger Verbesserungen.

Und in der Gruppe 3 zeigte sich bei Jungen tendenziell häufiger keine Verbesserung und bei Mädchen häufiger eine deutliche Verbesserung.

Die Gruppen 2 und 3 zusammen betrachtet, wiesen Jungen tendenziell eher keine Verbesserung und Mädchen dagegen häufiger eine Verbesserung auf.

IV.2.7.2 Behandlungserfolg und Alter

Auf Signifikanzniveau ($p=0.002$) lässt sich formulieren: je älter die Patienten zum Behandlungszeitpunkt waren, desto seltener stellte sich ein Behandlungserfolg ein. Bei den 0-7 jährigen stellte sich ein Behandlungserfolg in ca. 82% der Fälle und bei den 17-19-jährigen nur in ca. 53% der Fälle ein (siehe Abbildung 13).

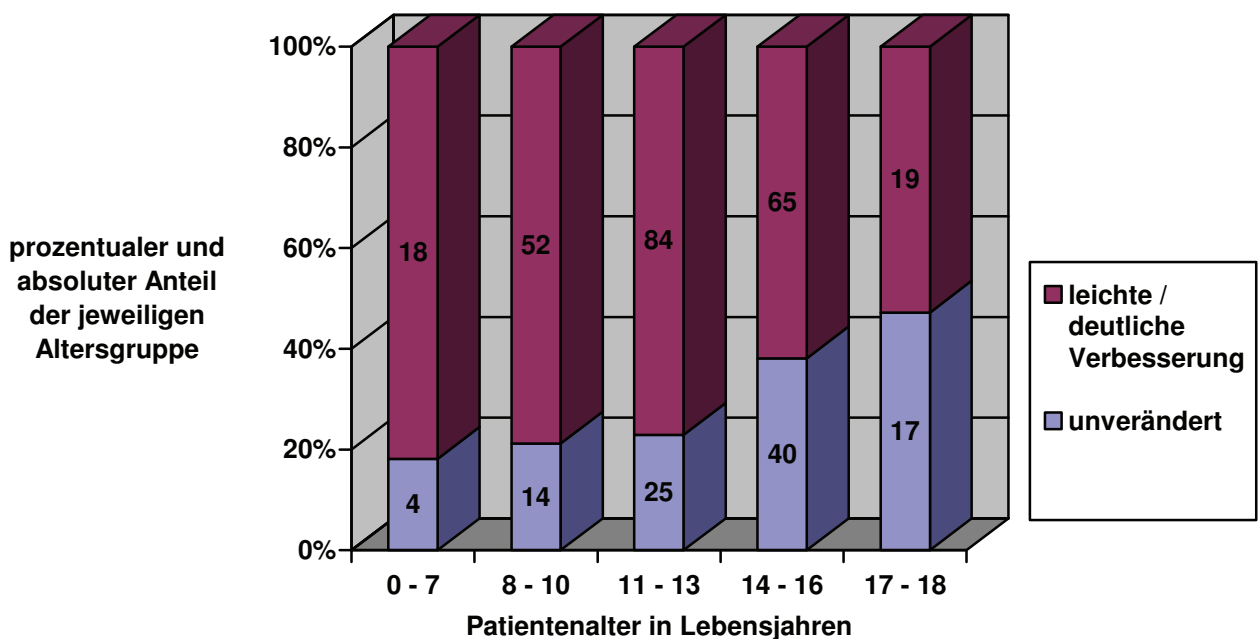


Abb 13: Abhängigkeit des Behandlungserfolges vom Behandlungsalter

IV.2.7.3 Behandlungserfolge in den unterschiedlichen Milieus

Hier fanden sich keine signifikanten Unterschiede.

Gesamtklientel:

Tendenziell kamen mehr Patienten ohne Behandlungserfolg oder gar einer Verschlechterung aus einem schlechten Milieu. Dagegen kamen etwas mehr Patienten mit leichtem oder deutlichem Behandlungserfolg aus besserem Milieu.

Gruppe 1: Hier ergaben sich keine Erfolgsunterschiede in den Milieus.

Gruppe 2: Mit stärkerer Tendenz zeigte sich bei schlechtem Milieu eher keine Verbesserung oder gar Verschlechterung. Bei besserem Milieu hingegen war eher eine Verbesserung (leicht bis deutlich) nachzuweisen.

Gruppe 3: nur sehr geringe Tendenz dahin, dass bei schlechtem Milieu eher keine Verbesserung oder Verschlechterung, dagegen bei besserem Milieu eher eine Verbesserung (leicht bis deutlich) zu sehen waren.

Gruppe 2+3: Mit leichter Tendenz zeigte sich bei schlechtem Milieu eher keine Verbesserung oder Verschlechterung und bei besserem Milieu eher eine Verbesserung (leicht bis deutlich).

IV.2.7.4 Gruppenvergleiche

Der Gruppenvergleich ergab hochsignifikant schlechtere Behandlungsergebnisse bei den Fremdplatzierten ($p < 0.001$), nur 10% deutliche Erfolge versus 30.7% bei den Nicht-Fremdplatzierten und bei 40.8% gar ohne Behandlungserfolg, während es bei den Nicht-Fremdplatzierten nur 23.4% ohne Behandlungserfolg waren.

Wenn man die vorgeschlagen Fremdplatzierten (Gruppe 2) mit den Fremdplatzierten (Gruppe 3) vergleicht, zeigt sich hochsignifikant, dass die Gruppe 3 bessere und die Gruppe 2 schlechtere Behandlungserfolge erzielte ($p < 0.002$). Die vorgeschlagen Fremdplatzierten zeigten zu fast 60% (59.6%) keine Verbesserung, während die Fremdplatzierten zu fast 60% (58.8%) eine leichte Verbesserung erzielten. Die deutlichen Behandlungserfolge machten in Gruppe 3 14.7% und in Gruppe 2 nur 3.8% aus.

Im Vergleich aller Gruppen zeigte sich, dass die Behandlungserfolge bei Gruppe 1 mit 30.7% deutlicher und 45.9% leichter Besserung am höchsten waren, gefolgt von Gruppe 3 mit 14.7% deutlicher und 58.8% leichter Besserung. Die schlechtesten Behandlungserfolge wies Gruppe 2 auf: 3.8% deutliche und 36.5% leichte Besserung (siehe Abbildung 14).

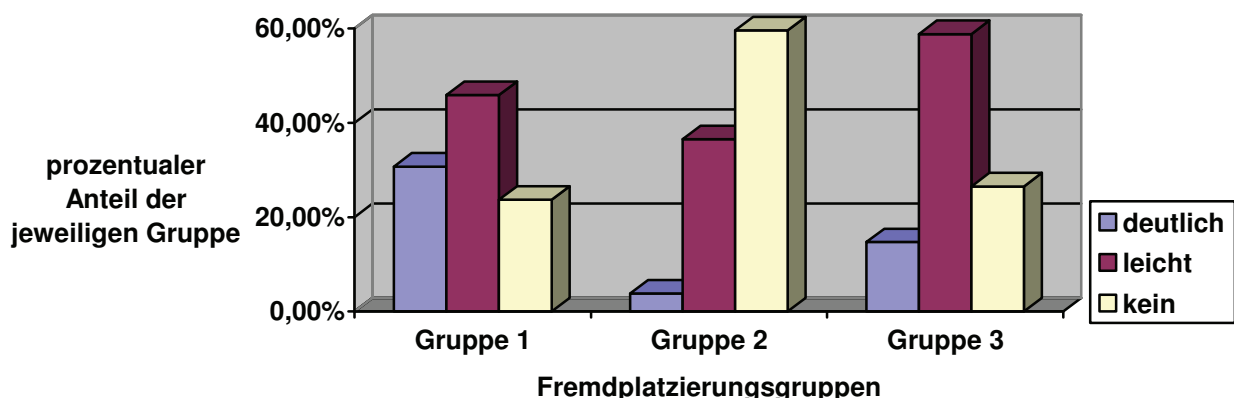


Abb 14: Behandlungserfolg in den Gruppen

IV.2.8 Das Elternhaus

Die Gesamtklientel betrachtet, ist mehr als die Hälfte der Patienten (55.7%) überwiegend in einer Familie mit ihren Müttern und Vätern aufgewachsen. In 17% der Fälle bestand die Familie des Kindes nur aus der Mutter. Weitere 15,5 % wuchsen zwar bei der Mutter, aber nicht bei dem leiblichen Vater, sondern in einer Familie mit einem Stiefvater auf. Beide zuletzt genannten Konstellationen haben gemeinsam, dass das Kind nur bei der leiblichen Mutter aufwuchs und machten zusammen fast ein Drittel des Patientengutes aus. Es kam kaum vor, dass Kinder bei alleinstehenden Vätern aufwuchsen (2.1%) und gar nicht, dass Kinder in Familien mit Stiefmüttern aufwuchsen. Immerhin fast 6% kamen aus Adoptivfamilien und 2.6% waren im Heim aufwachsende Kinder.

IV.2.9 Verlust

Fast zwei Drittel (63%) des Patientengutes hatten mindestens 1 Elternteil verloren. Knapp die Hälfte (46.3%) verloren ihren Vater, und nur 3.2% die Mutter. In 13.5% der Fälle verloren die Patienten beide Elternteile. Nur ein Drittel (37%) der Kinder hatten keinen Verlust erleiden müssen.

Es gab keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

IV.2.9.1 Gruppenvergleiche

Im Vergleich aller drei Gruppen miteinander war die Zunahme des Elternteilverlustes von Gruppe 1 über Gruppe 2 zu Gruppe 3 hochsignifikant ($p < 0.001$). Die Rate dieser Kinder stieg mit der Empfehlung zur Fremdplatzierung (Gruppe 2) und weiter bis hin zu deren Umsetzung (Gruppe 3). (Fast alle) Kinder der Gruppe 3 (die Fremdplatzierten) hatten Elternteile verloren (91.3%), dabei vor allem den Kindvater (43.5%) oder beide Elternteile (40.6%). Kinder der Gruppe 2 (die empfohlen Fremdplatzierten) hatten hochsignifikant seltener einen oder beide Elternteile verloren (65.4%) als jene der Gruppe 3 ($p < 0.001$). Über die Hälfte dieser Kinder verloren ihren Vater (55.8%), was bedeutet, dass sie bei ihren Müttern lebten.

Daraus kann man schließen, dass mehr als die Hälfte der Kinder, welche fremdplatziert werden sollten, bei ihren leiblichen Müttern lebten.

Über die Hälfte (53.6%) der Gruppe 1 hat kein Verlusterlebnis gehabt. Der Unterschied zu Gruppe 2 ist nicht signifikant.

Patienten, welche nicht fremduntergebracht werden sollten, hatten hochsignifikant weniger Elternteilverluste als Kinder, denen solches empfohlen oder bei denen dieses durchgesetzt wurde ($p < 0.001$) (siehe Abbildung 15).

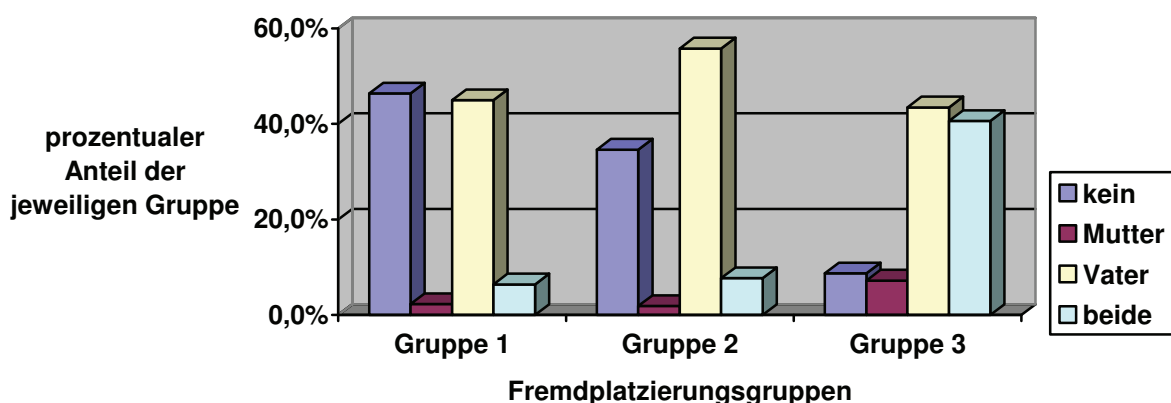


Abb 15: Elternteilverluste in den Gruppen

IV.2.10 Scheidung

Etwas mehr als die Hälfte der Eltern (54.4%) waren geschieden.

IV.2.10.1 Gruppenvergleiche

Im Falle der Scheidung ließ sich eine ähnliche Entwicklung erkennen, wie sie schon beim Untersuchungspunkt des Verlustes zu sehen gewesen ist.

Zunächst war der Unterschied zwischen Gruppe 2 und 3 signifikant ($p < 0.01$). Das Verhältnis der Gruppe 3 geschieden / nicht geschieden betrug annähernd 80:20, jenes der Gruppe 2 annähernd 60:40. Im Vergleich hierzu war das Verhältnis in Gruppe 1 mit 45:55 zur Seite der Nichtgeschiedenen verlagert, dieses jedoch ohne signifikanten Unterschied zu Gruppe 2.

Der Unterschied zwischen allen drei Gruppen ist hoch signifikant ($p < 0.001$).

Die Gruppe der Nicht-Fremdplatzierten hat eine hochsignifikant niedrigere Scheidungsrate als die Gruppen der Fremdplatzierten ($p < 0.001$).

Siehe Abbildung 16.

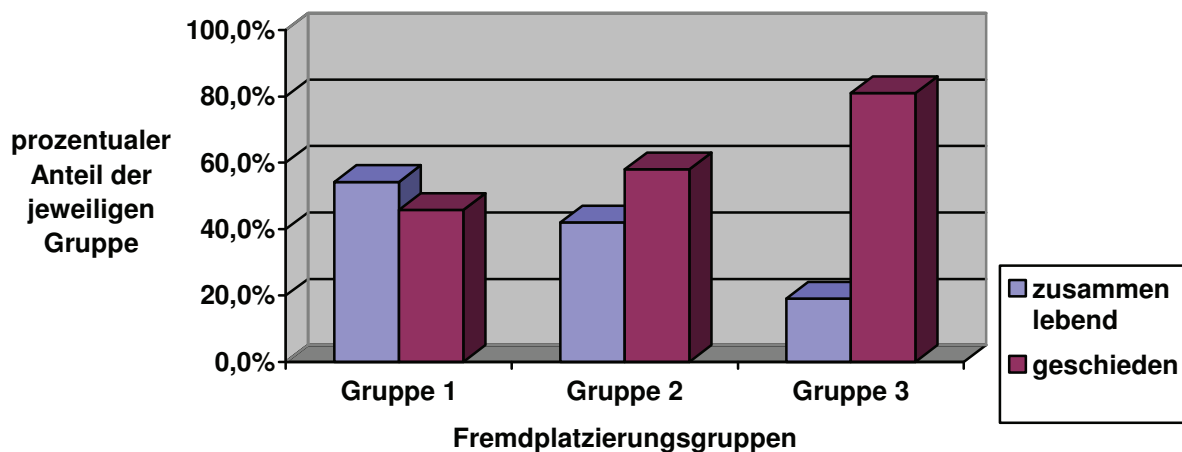


Abb 16: Scheidung der elterlichen Ehe in den Gruppen

IV.2.11 Bildung, Ausbildung und Tätigkeit der Eltern

IV.2.11.1 Schulbildung der Mutter und des Vaters

22.8% der Mütter und 30.2% der Väter hatten jeweils maximal einen Hauptschulabschluss. (Dieser entspricht dem Abschluss der 8. Klasse zu Zeiten der DDR.)

65.5% der Mütter und 55.1% der Väter konnten einen Realschulabschluss aufweisen. Das Abitur legten 10.2% der Mütter und 14.7% der Väter ab.

IV.2.11.2 Berufsausbildung der Mutter und des Vaters

Knapp drei Viertel der Mütter hatten einen Facharbeiterabschluss, 16.7% keine Ausbildung und 10% einen Hochschulabschluss.

Fast 90% der Väter hatten einen Facharbeiterabschluss, kaum einer keine Ausbildung (3%) und 10% einen Hochschulabschluss.

IV.2.11.3 Berufstätigkeit der Mutter und des Vaters:

Etwas mehr als die Hälfte der Mütter waren berufstätig (52.7% : 47.3%).

Die Väter waren weitaus öfter, zu drei Viertel, beschäftigt.

IV.2.11.4 Bildung, Ausbildung, Tätigkeit der Eltern im Vergleich mit dem Alter der Patienten

Diese Vergleiche zeigten keine Unterschiede auf Signifikanzniveau auf.

Jedoch hatten die Mütter der jüngsten Patienten (0-7 Jahre) tendenziell eine niedrigere Schulbildung und Berufsausbildung. Auffallend war weiterhin, dass die Mütter der ältesten Altersgruppe (17-19 Jahre) zwar ein höheres Niveau als die jüngste Altersgruppe erreichte, aber doch deutlich unter den mittleren Gruppen (8-16 Jahre) lag. Ebenso zeigte es sich bei Arbeitslosigkeit.

Bei den Vätern gab es keine größeren Unterschiede innerhalb der Verteilung in den Altersgruppen der Patienten. Nur die väterliche Schulbildung scheint mit dem Alter der Patienten zu steigen, ohne ein Signifikanzniveau zu erreichen.

IV.2.11.5 Gruppenvergleiche

Der einzig nennenswerte Unterschied zwischen der Gruppe 1, der Nicht-Fremdplatzierten, und den Gruppen 2 und 3, den Fremdplatzierten, ist der, dass die Mütter der Fremdplatzierten eine signifikant schlechtere Berufsausbildung aufweisen als die Mütter der Nicht-Fremdplatzierten ($p < 0.2$).

Im Folgenden werden die Gruppen in den Untersuchungspunkten zu den Eltern mit einander verglichen, um dann eine Schlussfolgerung daraus zu ziehen.

1. Schulbildung der Mutter: Etwas mehr als 70% hatten in beiden Gruppen mindestens die Realschule abgeschlossen. Die höheren Abschlüsse waren aber in der Gruppe 2 zu finden (Abitur 18% Gruppe 2 vs 5.4% Gruppe 3). Die Schulbildung der Mütter in der Gruppe 1 lag genau zwischen den beiden anderen Gruppen.

2. Die Mütter der Gruppe 3 besaßen eine signifikant schlechtere Berufsausbildung als die der Gruppe 2 ($p < 0.01$). 20.4% der Gruppe 2 und nur 5.3% der Gruppe 3 hatten einen Hochschulabschluss. Einen Facharbeiter besaßen zwar noch 59.6% der Gruppe 3, aber 67.3% der Gruppe 2.

Keine Berufsausbildung oder nur einen Teilfacharbeiter wiesen mehr als ein Drittel der Gruppe 3 (35.1%) und nur etwa ein Achtel (12.2%) der Gruppe 2 auf.

3. Während das Verhältnis Arbeitslosigkeit / Berufstätigkeit der Mütter bei Gruppe 2 knapp 50:50 war, so ist es in Gruppe 3 mit 60:40 tendenziell zur Arbeitslosigkeit verschoben gewesen. Die Gruppe 1 lag wiederum zwischen den beiden Gruppen.

4. Die Väter der Gruppe 2 hatten tendenziell einen höheren Schulabschluss als die der Gruppe 3. Realschulabschluss und Abitur wiesen knapp 80% (79.6%) in Gruppe 2 auf, dagegen nur knapp 60% (58.7%) der Gruppe 3. Väter der Gruppe 1 lagen dazwischen.

5. Bezüglich des Vergleiches der Berufsausbildung der Väter ließen sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Gruppen finden.

6. Der Unterschied der Berufstätigkeit der Väter zwischen den Gruppen 2 und 3 ist zu niedrig signifikant ($p < 0.5$). Etwa 80% (78.9%) der Gruppe 2 und nur etwa 60% (57.5%) der Gruppe 3 waren berufstätig.

Zwischen den Gruppen 2 und 1 gab es nahezu keinen Unterschied.

IV.2.11.6 Fazit der Gruppenvergleiche

IV.2.11.6.1 Mütter

Zusammenfassend lässt sich formulieren, dass Mütter der Gruppe 2 eine signifikant höhere berufliche Qualifikation aufwiesen als Mütter der Gruppe 3, tendenziell auch

als Mütter der Gruppe 1. Weiterhin fielen die Schulbildung und die Berufstätigkeit der Mütter von Gruppe 2 zu Gruppe 1 und wiederum zu Gruppe 3 ab.

IV.2.11.6.2 Väter

Die Unterschiede in diesem Punkt sind nicht so deutlich wie die der Mütter. In der Gruppe 2 lagen die Schulabschlüsse der Väter tendenziell sogar höher als in der Gruppe 1. Die Berufsausbildung war in den drei Gruppen etwa gleich. Die Tätigkeit der Väter war fast deckungsgleich in den Gruppen 1 und 2 aber signifikant höher im Vergleich zur Gruppe 3.

Wiederum kann man zusammenfassend sagen, dass die Väter der Gruppe 2 tendenziell höher gebildet und mehr berufstätig waren als die der Gruppe 3. Weiterhin ähneln sich die Väter der Gruppen 1 und 2, also der Gruppen, in denen es nicht zu einer Fremdplatzierung gekommen ist.

IV.2.12 Substanzmissbrauch der Eltern

Da es keinen Fall von alleinigem Drogenkonsum und nur einen Fall des kombinierten Substanzmissbrauches von Alkohol und Drogen der Eltern gab, vernachlässigen wir den Drogenmissbrauch und sprechen nur vom Alkoholabusus.

Die Gesamtklientel betrachtet, betrieben in mehr als der Hälfte (57.3%) der Fälle Elternteile einen Alkoholmissbrauch.

IV.2.12.1 Gruppenvergleiche

Im Vergleich aller drei Gruppen ist der Unterschied hochsignifikant ($p < 0.001$): Die Missbrauchrate war bei der Gruppe 1 am geringsten, gefolgt von Gruppe 2, den vorgeschlagen Fremdplatzierten und am höchsten in der Gruppe 3.

Auch der Unterschied der Nicht-Fremdplatzierten (Gruppe 1) zu den Fremdplatzierten (Gruppen 2+3) ist hochsignifikant ($p < 0.001$).

Im Näheren betrachtet ist der Alkoholabusus der Eltern der Gruppe 3 auch signifikant höher als jener der Gruppe 2 ($p < 0.005$). In Gruppe 3 betrieben in mehr als 70% (71.4%) der Fälle mindestens ein Elternteil Alkoholmissbrauch (Gruppe 2: 42.0%). Gruppe 1 liegt mit 34.4% unter der Missbrauchrate von Gruppe 2, jedoch ist dieser Unterschied nicht signifikant.

Nach diesen Ergebnissen ist der Alkoholmissbrauch der Eltern nachweislich ein prädizierender Faktor für eine Fremdplatzierung. Anders herum scheint es, wenn es keinen nachweisbaren Missbrauch in der Familie gibt, ein protektiver Faktor zu sein. Siehe Abbildung 17.

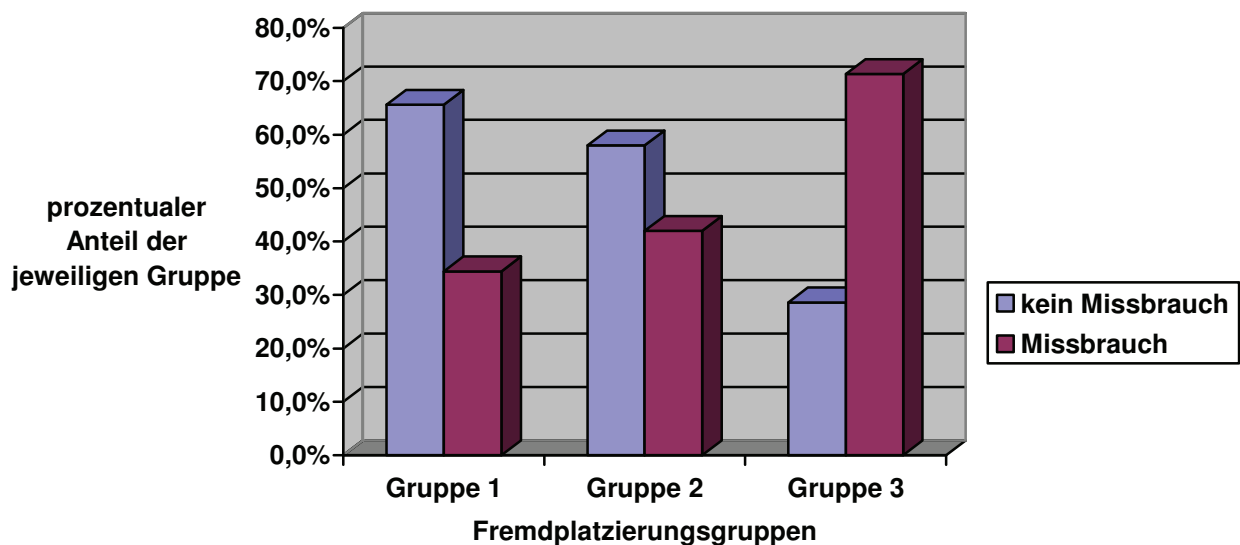


Abb 17: Alkoholmissbrauch der Eltern in den Gruppen

IV.2.13 Psychische Erkrankungen der Eltern

Bei erneut einem Drittel der Fälle lässt sich eine familiäre Belastung auf der Ebene der Eltern und Großeltern nachweisen.

IV.2.13.1 Gruppenvergleiche

Bei knapp der Hälfte (47.6%) der fremdplatzierten Patienten ließ sich eine familiäre Komponente psychischer Erkrankungen eruieren. Dagegen waren es nur 26.7% bei den Nicht-Fremdplatzierten ($p < 0.002$).

Der Vergleich der beiden fremd zu platzierenden Gruppen 2 und 3 zeigt einen gewissen aber nicht signifikanten Unterschied: Die Gruppe 3 (58.1%) ist etwas häufiger familiär vorbelastet als die Gruppe 2 (46.2%), was psychische Erkrankungen angeht. Psychische Erkrankungsrate in den Familien waren in der Gruppe 1 am geringsten, gefolgt von Gruppe 2 und am höchsten in der Gruppe 3 (siehe Abbildung 18).

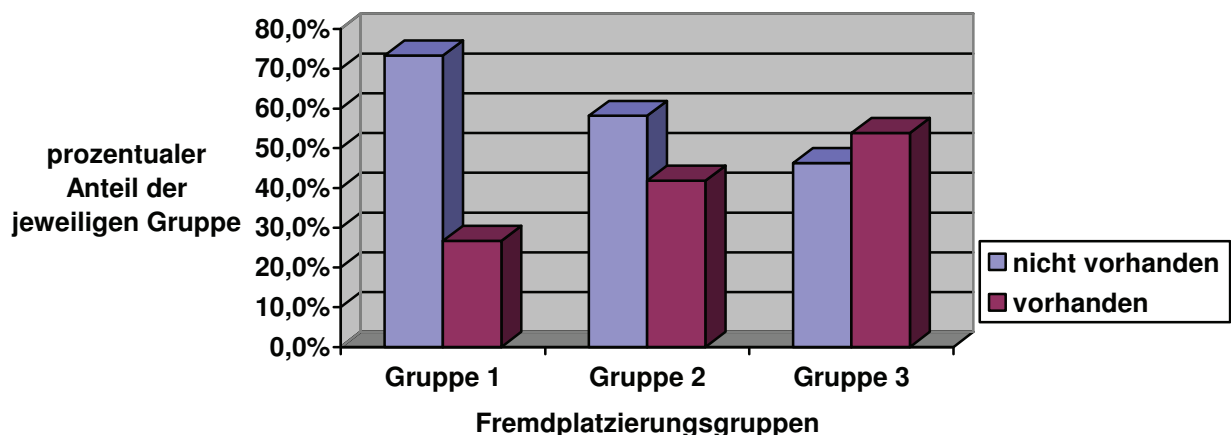


Abb 18: psychische Erkrankungen in der Familie, betrachtet in den einzelnen Gruppen

IV.2.14 Wohnverhältnisse

Knapp 80% der Patienten hatten ein eigenes Zimmer.

Mädchen (87.8%) hatten signifikant ($p < 0.01$) häufiger ein eigenes Zimmer als Jungen (72.9%). Wie zu erwarten war: je älter die Patienten waren, desto eher hatten sie ein eigenes Zimmer ($p < 0.02$).

IV.2.14.1 Gruppenvergleiche

Im Gruppenvergleich ergaben sich bezüglich des eigenen Zimmers keine Unterschiede.

IV.2.15 Milieu

Mehr als die Hälfte aller Patienten (55.1%) kamen aus einem niedrigen sozialen Milieu.

Die Geschlechter unterschieden sich in diesem Punkt nicht.

Im Vergleich des Alters der Patienten mit dem Milieu fiel auf, dass die Vorschulkinder (0-7 Jahre) und Kinder der höheren Klassen (14-19 Jahre) eher aus einem niedrigen sozialen Milieu stammten. Patienten im Alter der ersten Schulklassen (8-13 Jahre) zeigten kamen relativ gleich verteilt aus den verschiedensten Milieus (siehe Abbildung 19).

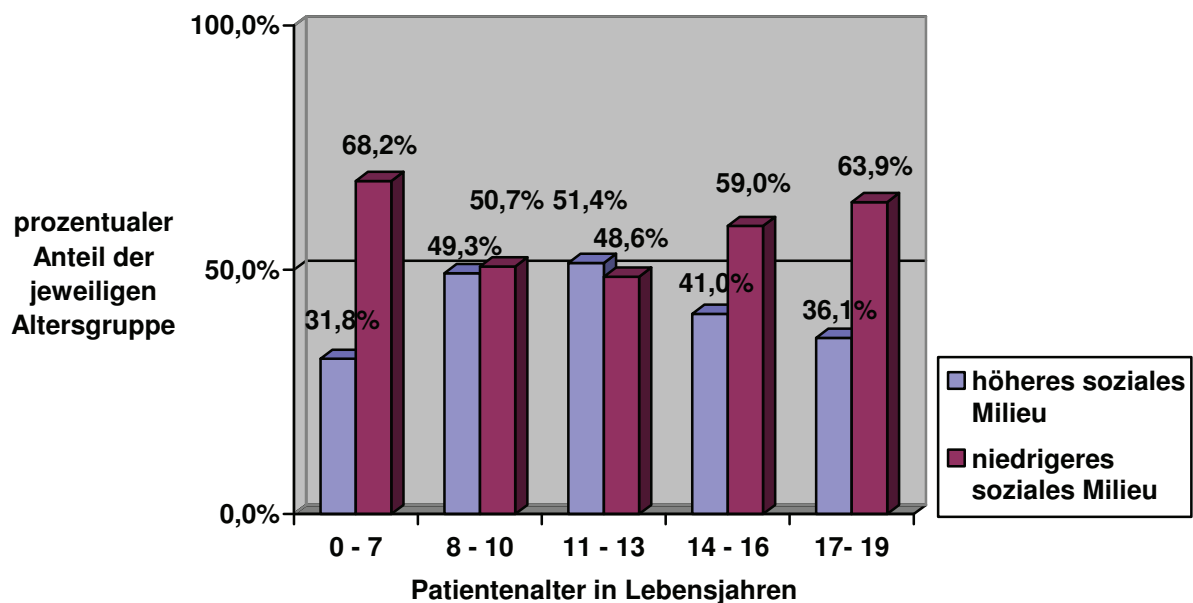


Abb 19: Verteilung der Patienten im Milieu, betrachtet in den Altersgruppen

IV.2.15.1 Gruppenvergleiche

Ein niedriges soziales Milieu fand sich bei den Fremdplatzierten (Gruppen 2 und 3) hochsignifikant häufiger als bei den Nicht-Fremdplatzierten (Gruppe 1) (70.2% vs 46.8%) ($p < 0.001$).

Im Vergleich aller drei Gruppen kamen Kinder der Gruppe 3 signifikant (81.2%) häufiger aus einem eher niedrigen sozialen Milieu als Kinder aus der Gruppe 2 (55.8%) ($p < 0.005$). Kinder der Gruppe 1 stammten eher aus einem höheren sozialen Milieu (53.2%). Ihr Unterschied zur Gruppe 2 ist nicht signifikant.

Im Vergleich der Gruppen 3 und 1 zeigt sich ein hochsignifikanter Unterschied ($p < 0.001$). Somit ist auch ein niedriges soziales Milieu ein prädisponierender Faktor für eine Fremdplatzierung eines Kindes (siehe Abbildung 20).

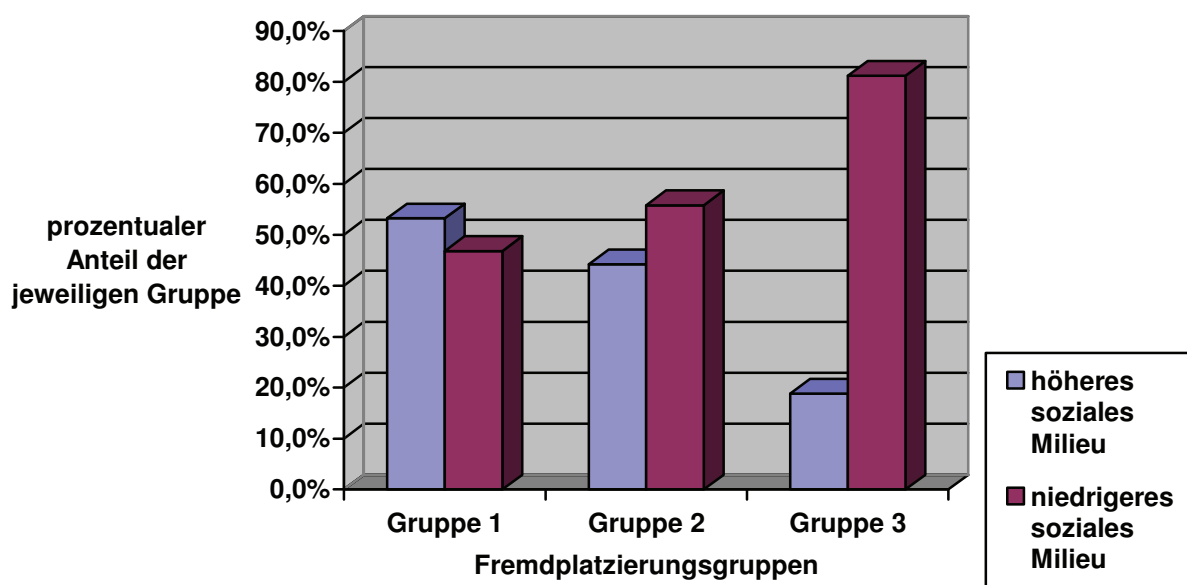


Abb 20: Verteilung der Patienten im Milieu, betrachtet in den einzelnen Gruppen

IV.2.16 Stellung in der Geschwisterreihe

Den größten Anteil, mit mehr als einem Drittel der Klientel, machten die Zweitgeborenen (35,8%) aus. Der Anteil der Erstgeborenen war mit 26,5% nur der Zweithäufigste. Einzelkinder machten 16% und Letztgeborene 13% aus (absolute Häufigkeiten siehe Abbildung 21).

Es gab keine signifikanten Geschlechtsunterschiede.

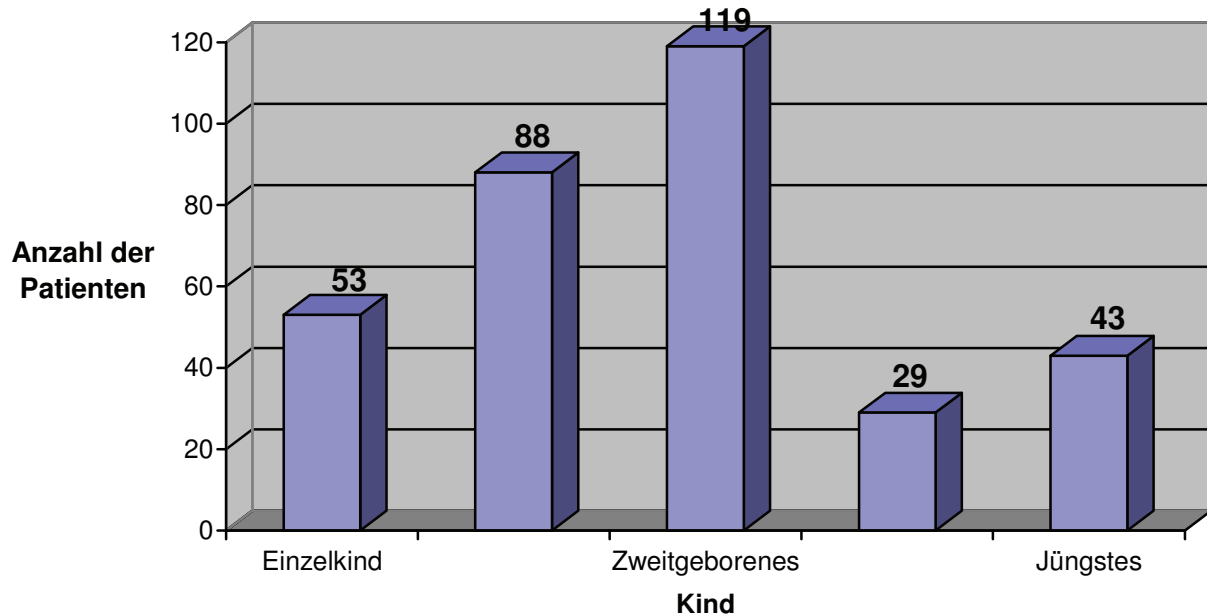


Abb 21: Stellung des Patienten in der Geschwisterreihe

Es ist die Tendenz zu erkennen, dass mit steigendem Alter der Anteil der Erstgeborenen zunimmt, während der Anteil der Zweitgeborenen und der der Einzelkinder abnimmt.

IV.2.16.1 Gruppenvergleiche

Alle Vergleiche waren ohne signifikante Unterschiede.

Auffallend war jedoch, dass die Zweitgeborenen bei den Nicht-Fremdplatzierten 39% und bei den Fremdplatzierten nur 29.8% ausmachten. Ebenso auffällig war der Unterschied der Erstgeborenen: Der Anteil der Erstgeborenen der Nicht-Fremdplatzierten betrug 22.9%, der der Fremdplatzierten jedoch 33.3%.

Der Anteil der jüngsten Geschwister war in Gruppe 3 mit 19% auffallend hoch, dagegen lag er in Gruppe 2 bei 7.8% und in Gruppe 1 bei 12.4%.

IV.2.17 Geschwisterzahl

In 40% der Fälle gab es nur ein weiteres Geschwisterkind.

Ein Viertel der Patienten hatten noch 2, 10% noch 3 weitere Geschwister. In 2 Fällen gab es 7 Kinder in der Familie.

IV.2.18 Zahl der im Haushalt lebenden Kinder

In 88.1% der Fälle lebten ein bis drei Kinder im Haushalt. Die Zweikinderhaushalte stellten mit 42.1% der Gesamtklientel den größten Anteil. Haushalte ohne Kind oder mit mehr als 3 Kindern waren selten.

IV.2.19 Geschwister im Heim

In nur 25 Fällen (7.7% der Gesamtklientel) konnten Fremdplatzierungen von Geschwistern ausgemacht werden. In 92.2% der Fälle gab es keine fremdplatzierte Geschwister.

IV.2.20 Erstmalige Heimunterbringung

81% der Gesamtklientel wurden in der Vorgeschichte noch nie in einem Heim gewesen. 19% (71 Fälle) verfügten bereits über diese Erfahrung. Hinsichtlich des Alters bei erstmaliger Fremdplatzierung war kein eindeutiger Peak zu erkennen, nur der geringere Anteil der ersten 4 Lebensjahre war auffällig.

Auf die Geschlechter verteilten sich diese Kinder gleich der Gesamtpopulation männlich : weiblich = 3 : 2. Hinsichtlich des Alters bei erstmaliger Heimplatzierung gab es keine ersichtlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

IV.2.21 Überweisungsgründe vom Heim in die Klinik

10% (36 Fälle) aller Patienten wurden aus einer Heimunterbringung zur stationären Behandlung eingewiesen. Dabei spielten kaum längerfristige Eskalationen (4 Fälle), sondern meist ausgeschöpfte eigene Ressourcen (18 Fälle) und situative Überforderungen (14 Fälle) die entscheidende Rolle.

IV.2.22 Überweisungsmodus Klinik – Heim

20% der Patienten wurden im Anschluss an die stationäre Behandlung sicher fremdplatziert. Davon gingen knapp 80% direkt und knapp 20% in kurzem zeitlichem Abstand nach dem Klinikaufenthalt in die Heimunterbringung.

Erstmals im Anschluss an die stationäre Behandlung in einem Heim untergebracht wurden 28 Patienten (8,2% der Gesamtklientel).

Die Patienten, welche aus einer Heimunterbringung in die stationäre Behandlung der Kinder- und Jugendpsychiatrie kamen, wurden bis auf eine Ausnahme wieder in eine stationäre Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe entlassen.

Von den Patienten mit in der Vorgeschichte bekanntem Heimaufenthalt sind 9 (39,1%) in eine erneute Fremdunterbringung entlassen worden.

IV.2.23 Überweisungsgründe von der Klinik in das Heim

43% der 69 Fälle, in denen es zu einer Fremdplatzierung im Anschluss an die Therapie kam (20% der Gesamtklientel), gehörte diese zum Therapiekonzept. Bei 35% waren die Ressourcen der KJP ausgeschöpft, die Therapieversuche gescheitert oder die Möglichkeiten ausgereizt. In 20% sollte das Kind aus familiären Gründen oder sozialer Indikation aus dem gegebenen Verbund gelöst werden.

IV.2.24 Wiederholte Behandlungen, Anzahl der Behandlungen

Für 20% der Patienten des Untersuchungszeitraumes 1998 / 99 ist dies eine wiederholte Behandlung gewesen. 50% dieser Kinder wurden zuvor einmal mit der gleichen Diagnose behandelt, 30% einmalig mit einer anderen Diagnose. Für insgesamt 16% der Gesamtklientel ist dies die zweite stationäre Behandlung in dieser Klinik gewesen.

14 Kinder (4% der Gesamtklientel) haben mehr als eine frühere stationäre Behandlung in dieser Klinik gehabt.

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

IV.2.24.1 Gruppenvergleiche

Die Kinder in den Gruppen der Fremdplatzierten sind hochsignifikant häufiger in wiederholter stationärer Behandlung als die Kinder in der Gruppe der Nicht-

Fremdplatzierten gewesen ($p < 0.001$). 35.5% vs 12.7% waren schon einmal stationär behandelt worden.

Sowohl der Untersuchungspunkt der wiederholten Behandlung ($p < 0.05$) als auch der Punkt der Anzahl der Behandlungen ($p < 0.02$) zeigen auf, dass Kinder der Gruppe 3 (43.5%) signifikant häufiger schon mindestens ein Mal in dieser Klinik zur stationären Behandlung gewesen waren als Kinder der Gruppe 2 (25.0%). Kinder der Gruppe 2 waren wiederum signifikant öfter als Kinder der Gruppe 1 (12.7%) mindestens einmal stationär (wiederholte Behandlungen: $p < 0.05$, Zahl der Behandlungen: $p < 0.05$) gewesen.

Im Vergleich aller drei Gruppen steigt die Rate der Fremdplatzierungen mit der Zahl vorheriger stationärer Behandlungen an. Der Vergleich der Zahl an Fremdplatzierungen mit der Zahl der Behandlungen sowie mit der Zahl wiederholter Behandlungen in dieser Klinik war hochsignifikant ($p < 0.001$).

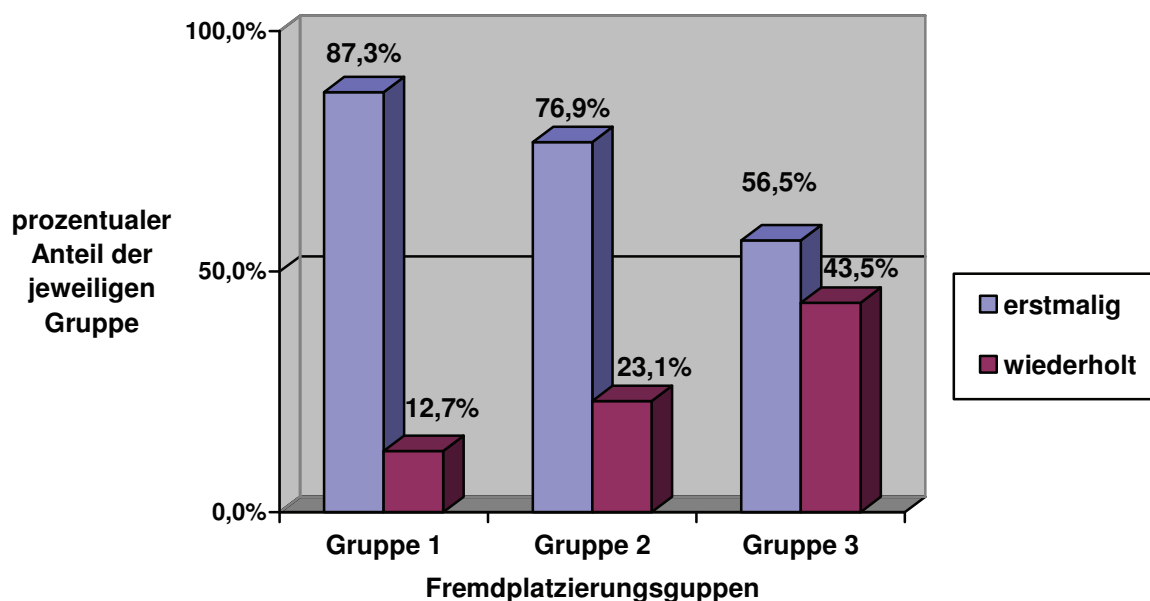


Abb 22: Zahl der Behandlungen, betrachtet in den einzelnen Gruppen

6.4% (14 Patienten) der Gruppe 1, 9.6% (5 Patienten) der Gruppe 2 und 23.2% (16 Patienten) der Gruppe 3 wurden schon einmal mit der gleichen Diagnose stationär behandelt. Dies bedeutet, dass fremdplatzierte Patienten häufiger erneut wegen derselben Problematik stationär aufgenommen werden mussten, und es dann zur Unterbringung kam.

IV.2.25 IQ

Der Mittelwert des IQ lag mit einer Standardabweichung von $s = 18.3$ bei 91.87.

Die Hälfte der Patienten (52.8%) war normal intelligent (IQ 85 – 114). Ein weiteres Viertel der Patienten (24.1%) war niedrig intelligent (IQ 70 – 84). Jeweils ca. ein Zehntel entfielen auf sehr hohe Intelligenzquotienten (IQ > 114 = 9.6%) und Intelligenzminderungen (IQ < 69 = 13.6%).

Mädchen (IQ-mittelwert 97.48) waren mit fast 10 IQ-Punkten hochsignifikant ($p < 0.001$) intelligenter als Jungen (IQ-mittelwert 88.10).

IV.2.25.1 Gruppenvergleiche

Es lässt sich eine signifikant geringere Intelligenz der Fremdplatzierten im Vergleich zu den Nicht-Fremdplatzierten feststellen ($p < 0.05$). Mittelwerte der Intelligenzquotienten: 93.51 vs 88.84.

Der Unterschied zwischen den Intelligenzquotienten der Gruppen 2 und 3 ist nicht signifikant. Tendenziell liegt der Mittelwert des IQ der Gruppe 1 (93.51) über dem der Gruppe 2 (90.19), und dieser wiederum über dem der Gruppe 3 (87.76).

Siehe Abbildung 23.

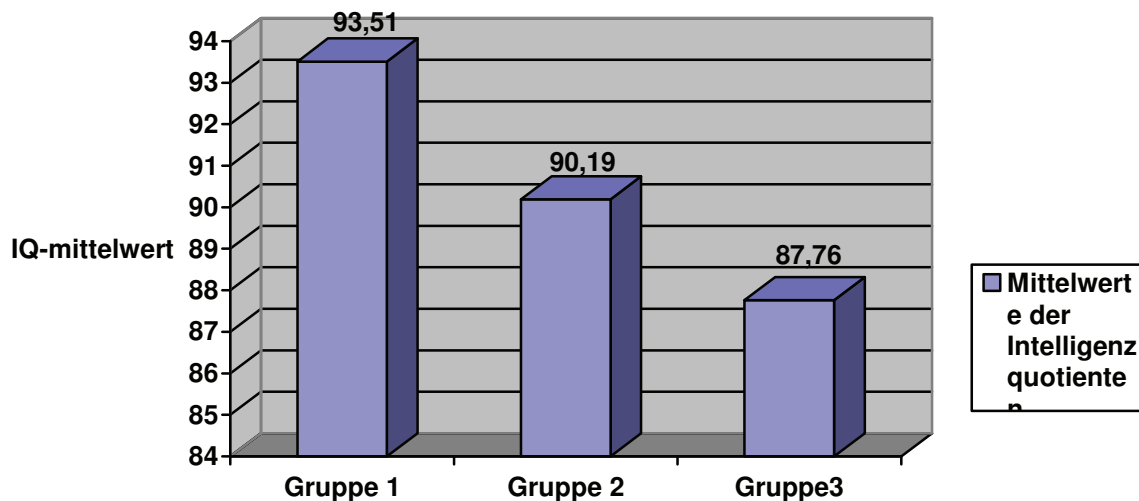


Abb 23: Intelligenz der Patienten, im Vergleich der Gruppen

IV.2.26 Entwicklungsrückstand

Bei knapp der Hälfte aller Patienten sind Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen feststellbar gewesen.

27.9% der Gesamtklientel wiesen Entwicklungsdefizite mit Störungen der Sprache, 16.8% der motorischen Fertigkeiten und 17.6% der Sauberkeit auf. Kombinierte Schulleistungsstörungen sind bei 17.3% der Patienten nachweisbar gewesen.

Jungen hatten hochsignifikant häufiger Entwicklungsverzögerungen als Mädchen ($p < 0.001$). Während knapp zwei Drittel der Jungen Defizite hinsichtlich der Entwicklung aufwiesen, taten dies nur 40% der Mädchen.

IV.2.26.1 Gruppenvergleiche

Entwicklungsverzögerungen zeigten keine signifikanten Unterschiede, tendenziell aber waren die Fremdplatzierten etwas häufiger betroffen.

IV.2.27 Neurologischer Faktor EEG

Ein verändertes EEG fanden wir in etwa ein Drittel der Fälle. Jedoch in nur 12% war dies eine pathologische Veränderung.

Jungen hatten signifikant häufiger ein verändertes EEG-Muster ($p < 0.02$).

Die EEG-Befunde waren ohne nennenswerte Unterschiede zwischen den Gruppen.

IV.2.28 Konzentrationsschwäche

Dies betraf die Hälfte der Gesamtinanspruchnahmepopulation.

Jungen hatten hochsignifikant häufiger eine Konzentrationsschwäche als Mädchen ($p < 0.001$). Siehe Abbildung 24.

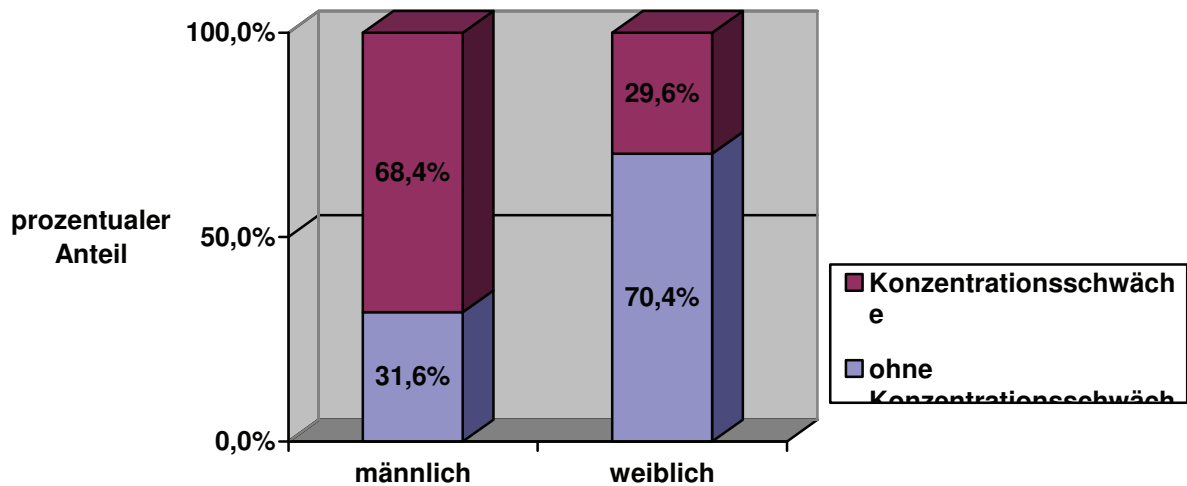


Abb. 24: Konzentrationsschwäche in den Geschlechtern

Hochsignifikant war auch der Vergleich der Altersgruppen: Bei den 0-13-Jährigen, mit Peak bei den 8-10-Jährigen, überwiegt die Ausprägung einer Konzentrationsschwäche, im hochsignifikanten Gegensatz zu den 14-19-Jährigen ($p < 0.001$) (siehe Abbildung 25).

Die Bevorzugung des männlichen Geschlechts, sowie der Gipfel der 8 bis 10-Jährigen, deutet auf einen hohen Anteil von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit hin.

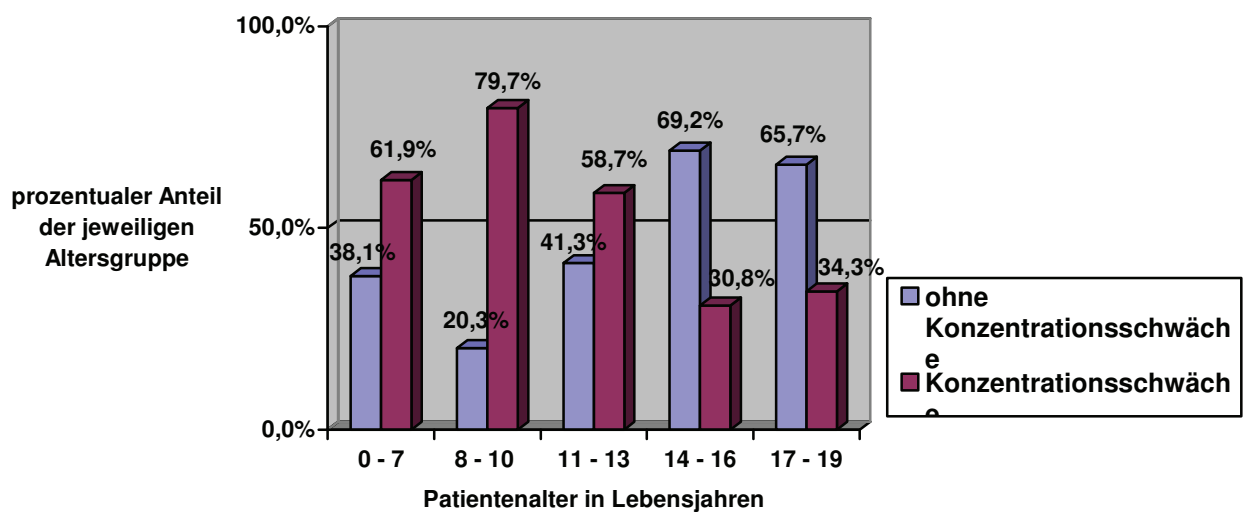


Abb 25: Konzentrationsschwäche in den Altersgruppen

IV.2.28.1 Gruppenvergleiche

Die Gruppenvergleiche ergaben keine signifikanten Unterschiede. Tendenziell aber waren Kinder der Gruppe 3 (59.7%) häufiger als Kinder der Gruppe 1 (51.6%) und Kinder der Gruppe 2 (44.2%) von Konzentrationsschwäche betroffen.

IV.2.29 Hypermotorik

Die Mehrzahl der Patienten (60:40) ließ keine Hypermotorik erkennen. Jungen fehlte hochsignifikant öfter die Ausdauer als Mädchen ($p < 0.001$). Bei diesen kam eine solche Symptomatik nur in 16.1% der Fälle vor (Jungen 56.6%) (siehe Abbildung 26).

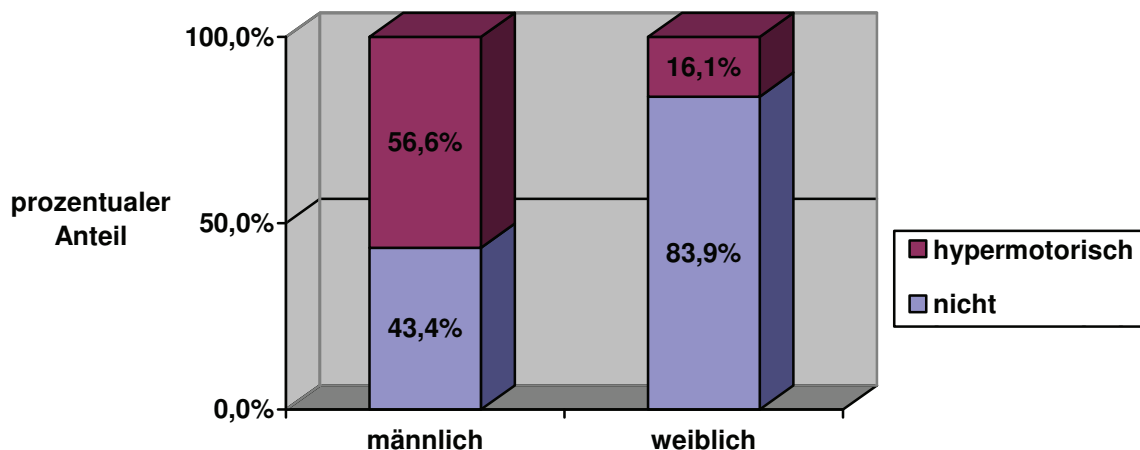


Abb 26: Hypermotorik der Geschlechter

Hochsignifikant war auch die Abnahme der hypermotorischen Symptomatik und der Ausdauerdefizite mit zunehmendem Alter der Patienten ($p < 0.001$). Während 81% der 0 – 7 Jährigen diese aufwiesen, waren es nur 11.1% bei den 17-19 Jährigen (siehe Abbildung 27).

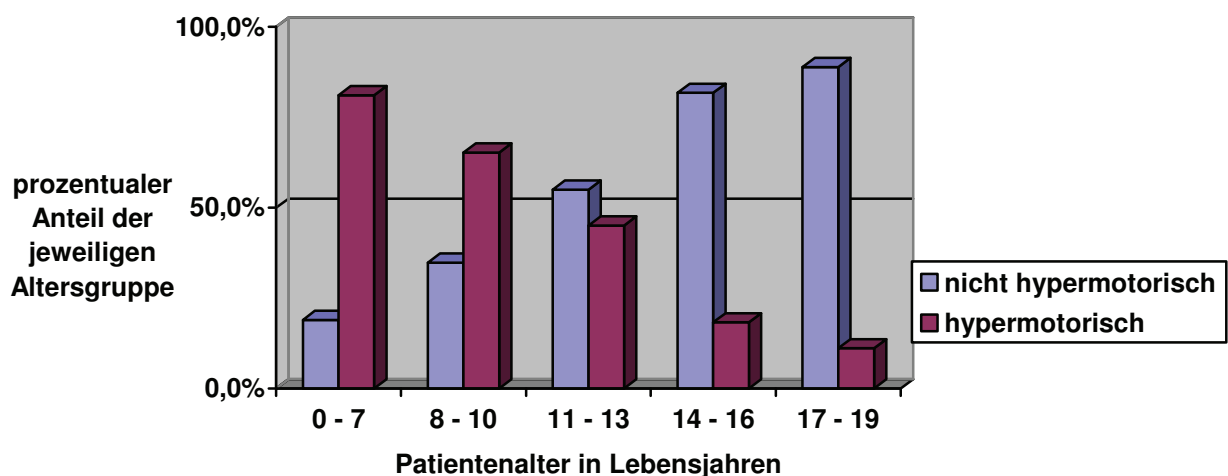


Abb 27: Hypermotorik der Altersgruppen

Die Gruppenvergleiche blieben ohne Unterschiede.

IV.2.30 Aggression als dissoziale Verhaltensstörung

Mehr als 70% der Gesamtklientel kennzeichnete aggressives Verhalten.

Fast die Hälfte aller Patienten (47.4%) war tätlich aggressiv. Allein 30% zeigten aggressives Verhalten aller drei Qualitäten (verbal + destruktiv + tätlich) (siehe Abbildung 28).

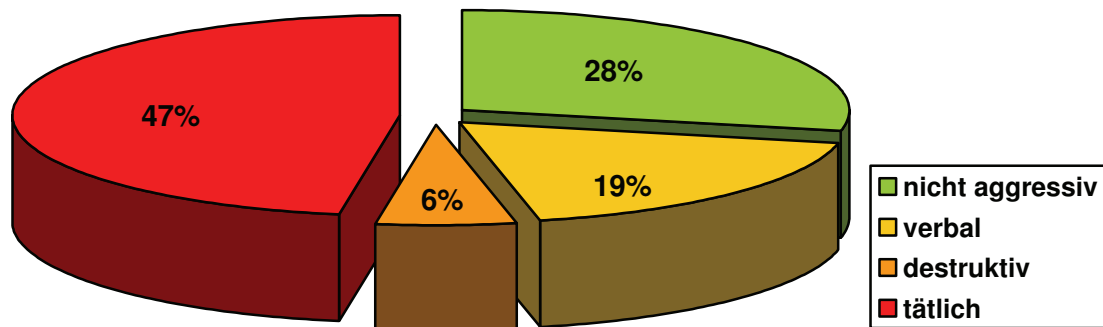


Abb 28: Aggression in der Gesamtklientel

Jungen waren hochsignifikant aggressiver als Mädchen ($p < 0.001$). 82.7% der Jungen und nur 56.6% der Mädchen trugen das Merkmal der Aggression. Dabei fiel auf, dass Jungen besonders häufig hochaggressiv (verbal + destruktiv + tätlich) (43.1% aller Jungen), und Mädchen häufiger nur verbal aggressiv (24.5% aller Mädchen und nur 14.2% aller Jungen) waren (siehe Abbildung 29).

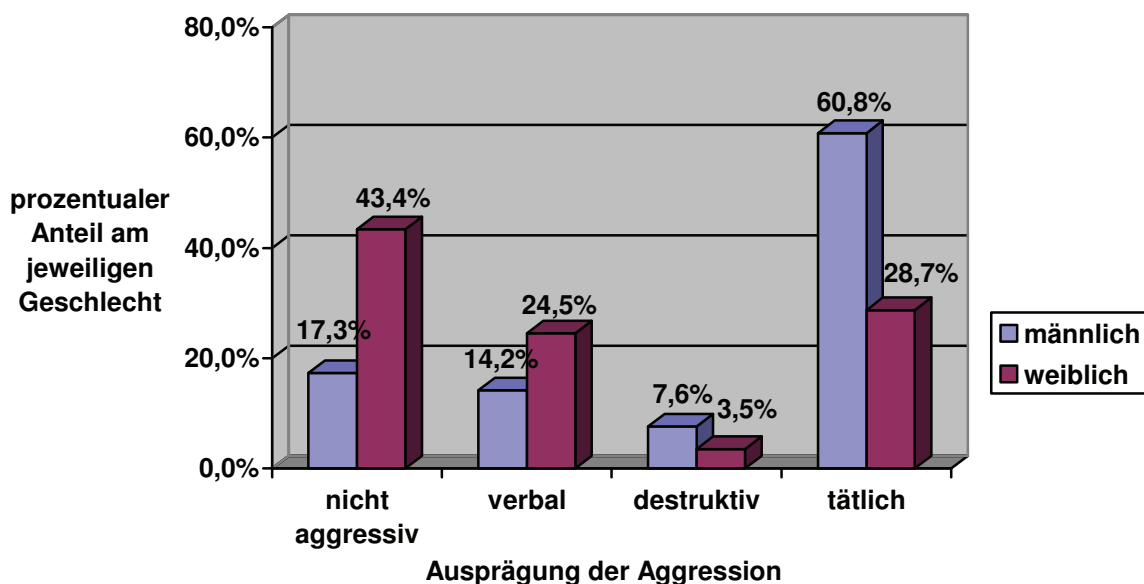


Abb 29: Aggression der Geschlechter

Die Unterschiede der Altersgruppen hinsichtlich der Ausprägungen von Aggression waren nicht signifikant. Es scheint jedoch, dass die 14-19-Jährigen eher verbal aggressiv und die 0-13-Jährigen eher hochaggressiv sind.

IV.2.30.1 Gruppenvergleiche

Die fremd zu Platzierenden (Gruppen 2 + 3) waren hoch signifikant ($p < 0.001$) häufiger aggressiv als Kinder der Gruppe 1. 85.8% der fremd zu Platzierenden und 64.1% der nicht fremd zu Platzierenden (Gruppe 1) waren aggressiv. Zwischen den beiden fremd zu platzierenden Gruppen 2 und 3 gab es keine nennenswerten Unterschiede der Aggressionen hinsichtlich der Häufigkeit.

Um nun die Ausprägungen der Aggressionen miteinander zu vergleichen, unterschieden wir die gewählten Einteilungen in: keine, verbale, destruktive und tätliche Aggression, um eine Graduierung vorzunehmen.

Der χ^2 -test nach Pearson ließ keine Errechnung einer Signifikanz bei Vergleich aller 3 Gruppen miteinander zu ($p < 0.005$ bei 2 Zellen).

Es zeigte sich aber, dass die fremd zu Platzierenden (Gruppe 2 + 3) hochsignifikant aggressiver waren als Kinder der Gruppe 1 ($p < 0.001$). 57.5% der fremd zu platzierenden Kinder und 41.8% der Kinder der Gruppe 1 waren hochaggressiv.

Auch bei den destruktiven und verbalen Aggressivitäten lagen die Prozentränge der fremd zu platzierenden Kinder (Gruppen 2 und 3) über denen der Gruppe 1.

Dagegen waren 35.9% der Gruppe 1 und nur 14.2% der fremd zu platzierenden Kinder nicht aggressiv.

Der Vergleich der Gruppe 2 mit Gruppe 1 oder 3 ergab keine signifikanten Unterschiede. Kinder der Gruppe 3 waren dagegen im Vergleich mit Kindern der Gruppe 1 hochsignifikant aggressiver ($p < 0.002$).

Tendenziell lässt sich eine kontinuierliche Steigerung aggressiven Verhaltens (destruktiv, tätlich) von Gruppe 1 bis 3 erkennen ($p = 0.002$ bei 2 Zellen) (siehe Abbildung 30).

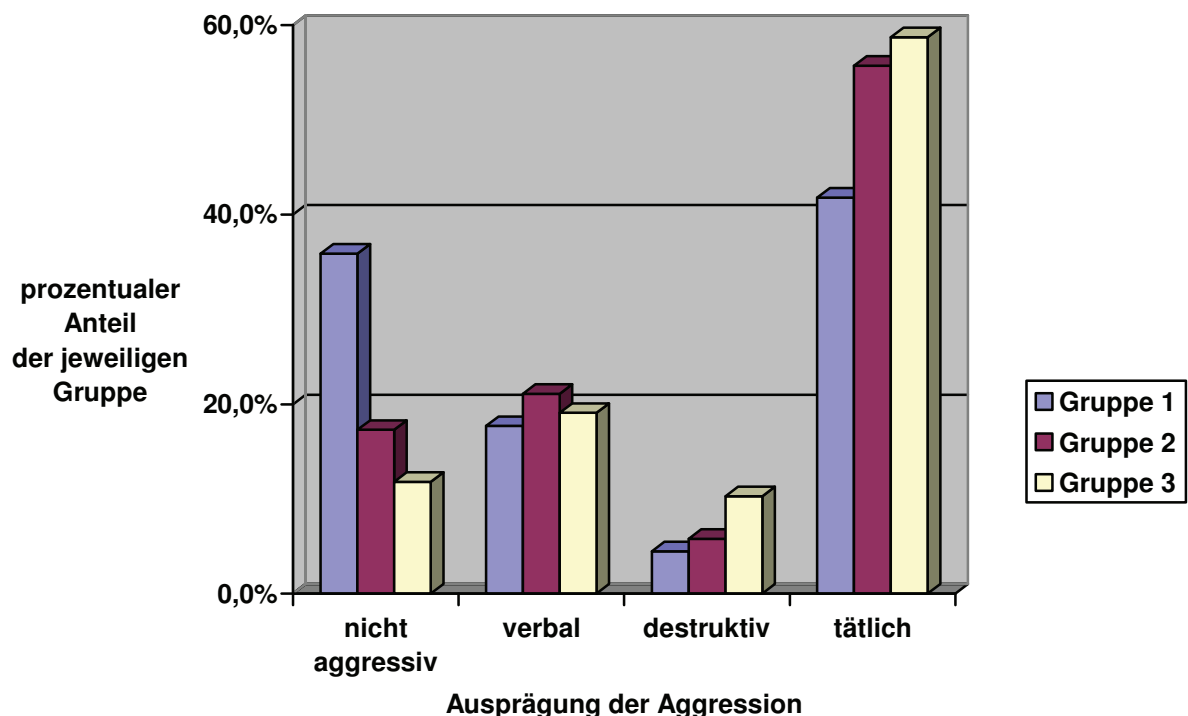


Abb 30: Aggression in den Gruppen

IV.2.31 Die weiteren dissozialen Verhaltensstörungen:

Lügen, Streiten, Aufsässigkeit, Wutausbrüche, Stehlen von Wertgegenständen, schwänzen von Schule oder Ausbildung, Weglaufen von Zuhause

IV.2.31.1 Gesamtklientel

Bei der Hälfte der Patienten konnte offensichtliches Lügen festgestellt werden.

Knapp 60% neigten zum Streiten und zur Tyrannei.

Drei Viertel der Gesamtklientel war aufsässig gegenüber Bitten und Anweisungen von Erwachsenen.

Wutausbrüche zeigte die Hälfte der Patienten.

Zu den bisher genannten Ergebnissen waren die Anteile stehlender (30%), schwänzender (30%) und von Zuhause weglaufernder Kinder (23%) verhältnismäßig gering.

IV.2.31.2 Geschlechtervergleich

Es zeigten sich hochsignifikante Unterschiede:

Jungen logen ($p < 0.001$) und stritten ($p < 0.001$) nicht nur öfter, sie waren auch häufiger aufsässig ($p < 0.002$) und hatten öfter Wutanfälle ($p < 0.001$). Außerdem haben sie öfter gestohlen ($p < 0.005$) als Mädchen.

Beim „Schwänzen“ und „Weglaufen von Zuhause“ konnten demgegenüber keine Geschlechtsunterschiede nachgewiesen werden (siehe Abbildung 31).

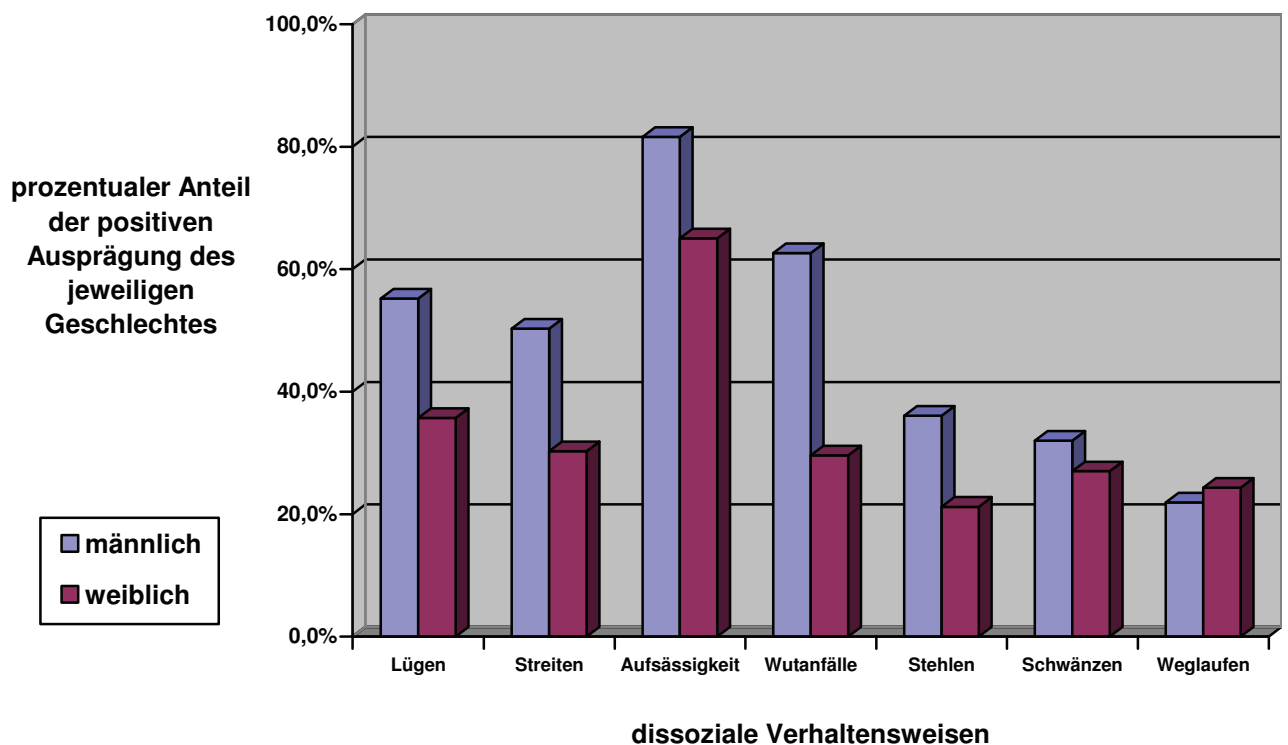


Abb 31: Geschlechterunterschied der dissozialen Verhaltensweisen

IV.2.31.3 Unterschiede in den Altersgruppen

Mit steigendem Alter sank der Anteil wütender Patienten signifikant ($p < 0.005$). Streitsuchende und tyrannisierende Patienten machten bei jüngeren Patienten größere Anteile aus als bei den Älteren. Die 11- bis 13-Jährigen waren weitaus am häufigsten von dem Merkmal Streiten gekennzeichnet (54.1%). Die 17- bis 19-Jährigen kennzeichnete dies im Gegensatz dazu in nur 14.3% der Fälle.

Das schwänzende Verhalten nimmt hochsignifikant mit dem Alter zu ($p < 0.001$). Auffallend ist dieser Anstieg bis zur Altersgruppe der 14-16-jährigen (44.1% der Altersgruppe). Ältere Patienten zeigen eine etwas niedrigere Rate dieses Verhaltens.

Die 8-10-jährigen liefen entschieden seltener weg (7.2%) als die übrigen Altersgruppen. Diese wiesen Häufigkeiten um 25% auf.

Die Untersuchung des Lügens in den verschiedenen Altersgruppen zeigte keine nennenswerten Unterschiede auf.

Aufsässigkeit der Kinder stellte sich ohne Unterschiede in allen Altersgruppen gleich dar.

Die Untersuchung des Stehlens lässt keine eindeutige Abhängigkeit vom Alter der Patienten feststellen (siehe Abbildung 32).

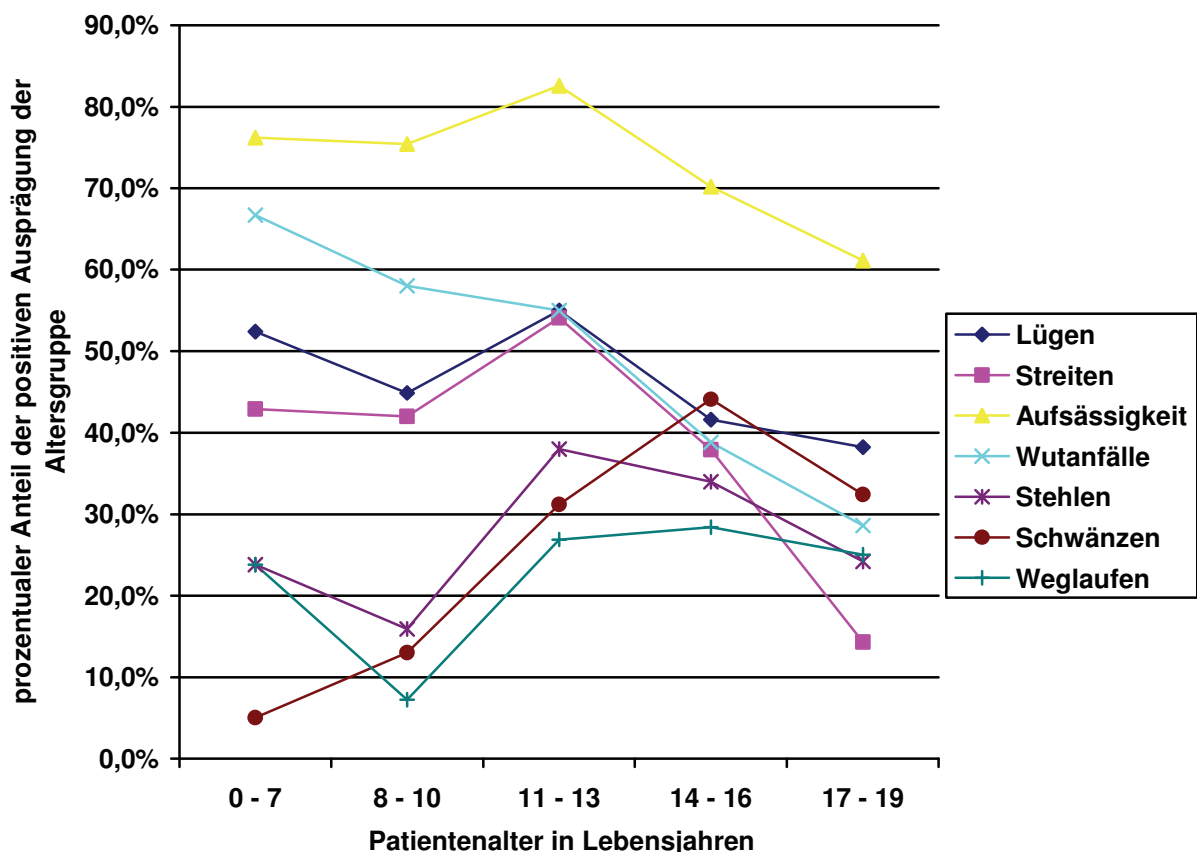


Abb 32: dissoziale Verhaltensweisen: Entwicklung in den Altergruppen

IV.2.31.4 Gruppenvergleiche

Sämtliche dieser dissozialen Verhaltensweisen kamen hochsignifikant häufiger bei den fremdplatzierten Gruppen 2 und 3 als bei den Nicht-Fremdplatzierten (Gruppe 1) vor:

Die Gruppen 2 und 3 logen ($p < 0.005$), stritten ($p < 0.001$), stahlen ($p < 0.001$) und schwänzten ($p < 0.001$) signifikant häufiger.

Weiterhin waren sie signifikant häufiger aufsässig ($p < 0.002$) und wütend ($p < 0.001$), und liefen auch häufiger weg ($p < 0.001$).

Die Gruppen 2 und 3:

Der Vergleich des Items Wutausbrüche war ohne signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen 2 und 3. Tendenziell zeigten doch aber mehr Kinder der Gruppe 3 dieses Merkmal (68.7% Gruppe 3 vs 56.9% Gruppe 2).

Keinen signifikanten Unterschied ergab auch die Untersuchung von Schwänzen und Weglaufen. Jedoch schwänzten Kinder der Gruppe 3 mit 56.9% eher als Kinder der Gruppe 2 (48.1%) und liefen auch häufiger weg (Gruppe 3 = 49.3%, Gruppe 2 = 38.5%).

Lügen, Streiten, Aufsässigkeit und Stehlen waren gleichartig in den Gruppen 2 und 3 verteilt.

Bezüglich **antisozialen Verhalten** (Aggressivität, Lügen, Streiten, Aufsässigkeit, Wutausbrüche, Stehlen, Schwänzen, Weglaufen) lagen die Kinder der Gruppen 2 und 3 nah beieinander.

Die Zusammenziehung der fremd zu platzierenden Gruppen (2 und 3) zum Vergleich mit der Gruppe 1 ist somit berechtigt. Da dieser Vergleich in Bezug auf die antisozialen Verhaltensmerkmale durchgängig signifikante Unterschiede aufzeigte, lässt sich folgende Aussage klar treffen:

Kinder, denen eine Fremdplatzierung angeraten wurde, außer Acht gelassen, ob durchgesetzt oder nicht, zeigten überzufällig häufig antisoziales Verhalten.

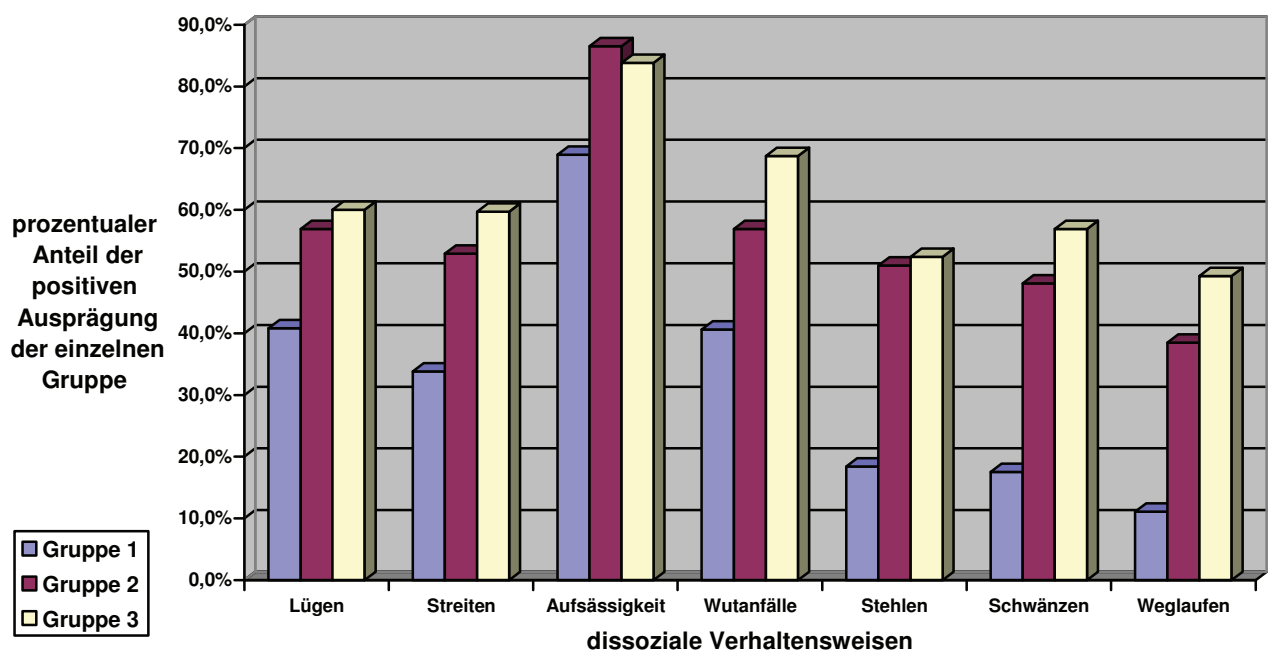


Abb 33: dissoziale Verhaltensweisen in den Gruppen

IV.2.32 Angst

Ängste spielten bei etwa der Hälfte der Patienten (47.2%) eine Rolle. Zwischen den Geschlechtern gab es keine bemerkenswerten Unterschiede.

Die Untersuchungen der Fremdplatzierungsgruppen zeigten keine größeren Unterschiede auf.

IV.2.33 Aufnahmesymptomatik

Die Gesamtklientel der Patienten kam entweder mit einer ausgeprägten (48,4%) oder gar einer gravierenden Symptomatik zur Aufnahme (44,9%). 6,7% kamen dagegen mit nur einer leichten oder gar keiner Aufnahmesymptomatik zur stationären Behandlung.

Der Geschlechtervergleich zeigte signifikant, dass Jungen eher eine gravierende und Mädchen eher die geringergradige ausgeprägte Aufnahmesymptomatik aufwiesen ($p < 0.05$) (siehe Abbildung 34).

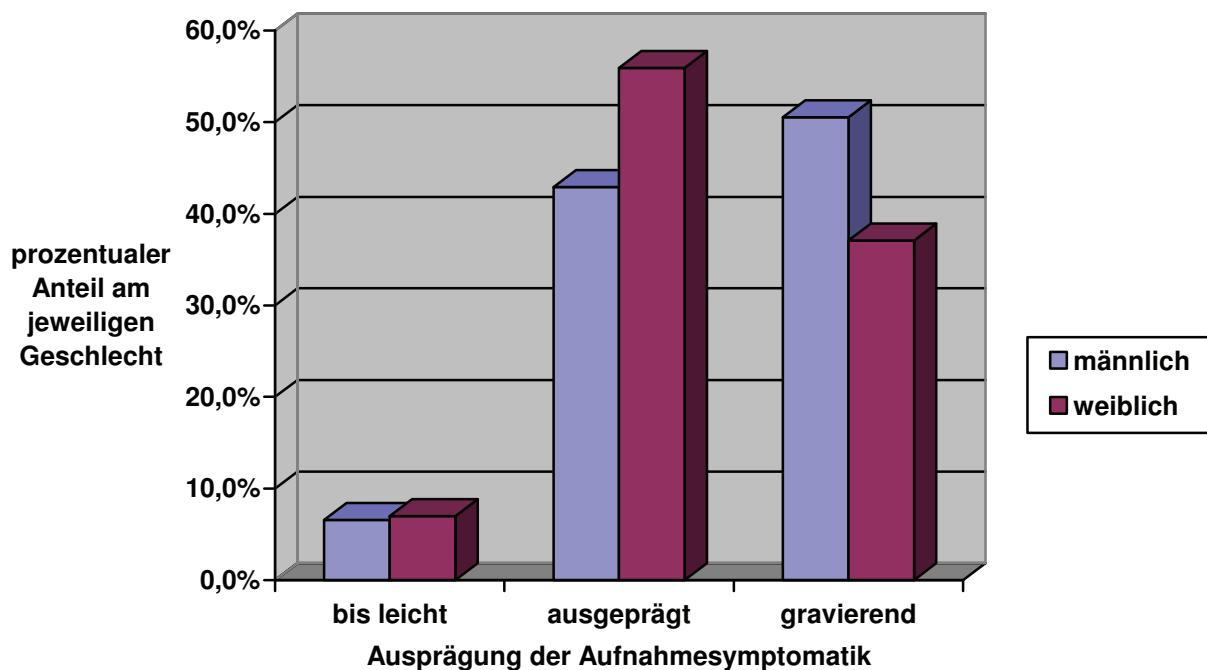


Abb 34: Aufnahmesymptomatik in den Geschlechtern

Mit zunehmendem Alter scheint die Häufigkeit der ausgeprägten Symptomatik zugunsten der Gravierenden abzunehmen. Bei den jüngeren Patienten bedeutet dies ein Überwiegen der ausgeprägten Symptomatik und bei den älteren Patienten ein Überwiegen der gravierenden Symptomatiken (siehe Abbildung 35).

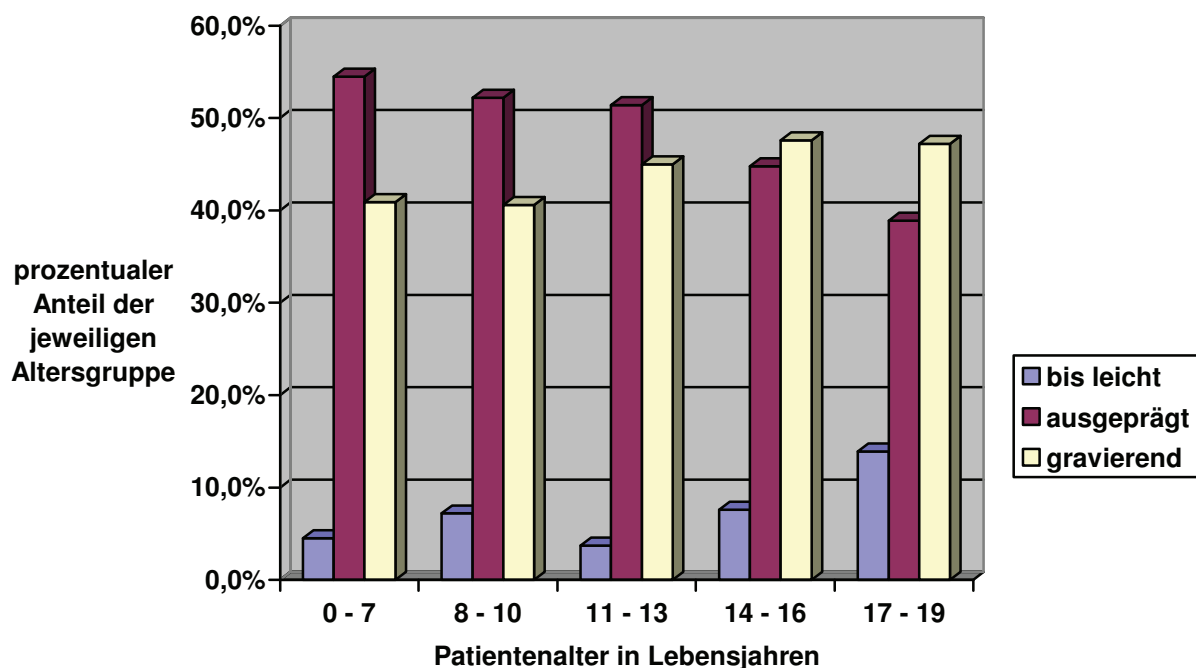


Abb 35: Aufnahmesymptomatik in den Altersgruppen

IV.2.33.1 Gruppenvergleiche

Der Vergleich der nicht-fremdplatzierten Gruppe 1 mit den zusammengefassten Gruppen 2 und 3 zeigte hochsignifikante Unterschiede. Während die nicht fremdplatzierten Patienten zu fast 60% eine ausgeprägte Symptomatik aufwiesen, war die Symptomatik der fremdplatzierten Patienten bei Aufnahme zu über 60% gravierend ($p < 0.001$).

Da in der gewählten Aufschlüsselung der Aufnahmesymptomatik zwar sehr deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen zu finden waren, sich aber eine Signifikanz nicht errechnen ließ, fassten wir die Gruppen weiter zusammen. Keine oder nur eine leichte Symptomatik kam nur bei einem sehr geringen Prozentsatz der Gruppen vor (5.9%, 11.5%, 5.8%). Die Hauptunterschiede lagen zwischen den ausgeprägten und gravierenden Aufnahmesymptomen. So fassten wir keine, leicht und ausgeprägte als die erste Symptomgruppe zusammen und verglichen mit der gravierenden Symptomatik.

Die Gruppe 3 hatte nun eine hoch signifikant häufiger gravierende Aufnahmesymptomatik als die Gruppe 2 ($p < 0.01$). Während fast drei Viertel (73.9%) der Gruppe 3 eine häufiger gravierende Symptomatik verzeichneten, betraf es genau die Hälfte der Gruppe 2. Die Aufnahmesymptomatik der Gruppe 2 war wiederum signifikant häufiger gravierend als die der Gruppe 1 (34.5%) ($p < 0.05$).

Im Vergleich der drei Gruppen untereinander stieg der Anteil der gravierenden Aufnahmesymptomatik von Gruppe 1 bis 3 kontinuierlich an. Dieser Unterschied war hochsignifikant ($p < 0.001$) (siehe Abbildung 36).

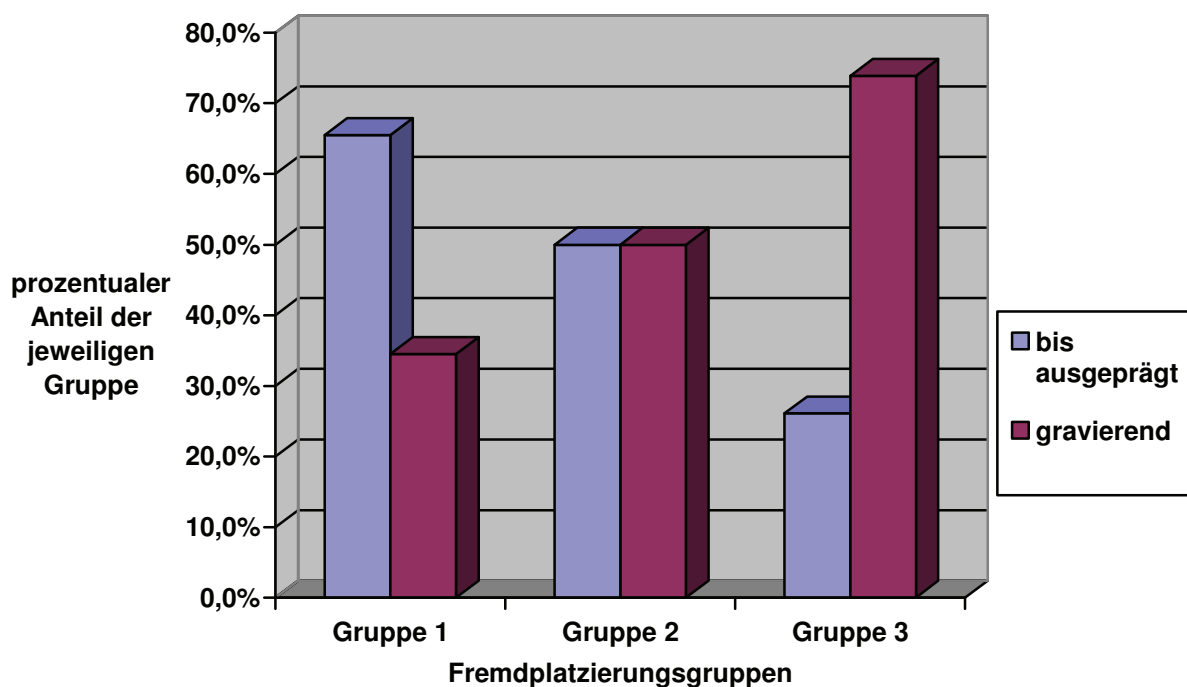


Abb 36: Aufnahmesymptomatik in den Gruppen

IV.2.34 Suizidversuch

Ein Zehntel des Patientengutes (11.2%) wiesen Suizidversuche in ihrer Anamnese auf. Knapp 60% davon versuchten nur einmal sich zu suizidieren, 40% mehrmals. Weiche Methoden, wie z.B. Tabletten, wählten knapp zwei Drittel dieser Patienten. Ein Drittel wählte harte Methoden. Hiermit sind solch drastische Methoden, wie etwa aus dem Fenster springen oder vor einen Zug werfen gemeint.

Mädchen unternahmen hochsignifikant häufiger Suizidversuche als Jungen ($p < 0.001$). 20% aller weiblichen Patienten wiesen anamnestisch Selbsttötungsversuche auf, dagegen aber nur knapp 5% der Jungen. Auffallend war, dass die meisten Jungen harte Methoden wählten, dies aber bei den Mädchen nur jede fünfte tat (siehe Abbildungen 37 und 38).

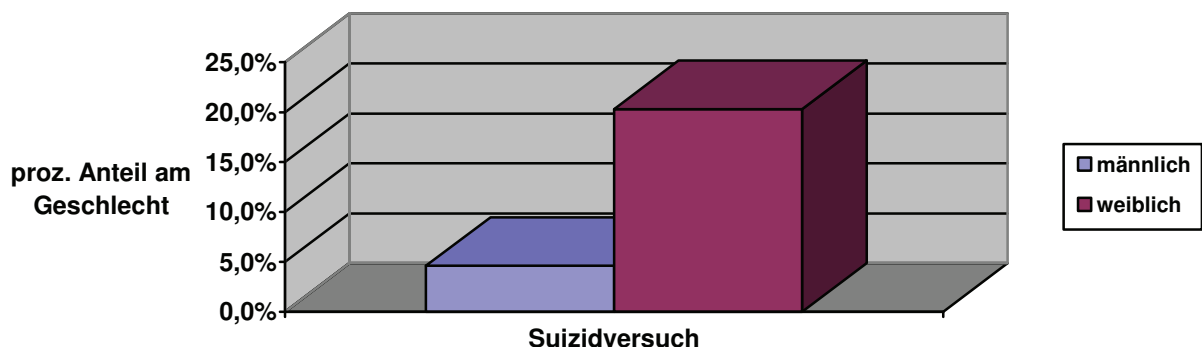


Abb 37: Suizidversuche in den Geschlechtern I

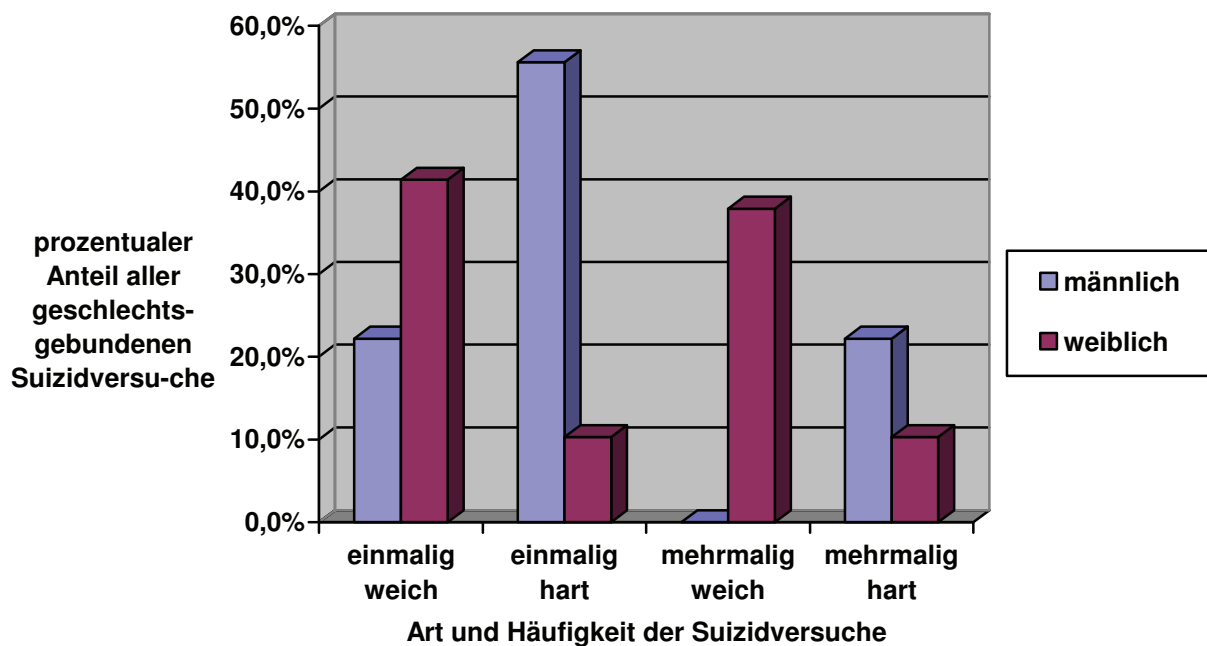


Abb 38: Suizidversuche in den Geschlechtern II

Suizidversuche häuften sich hochsignifikant mit zunehmendem Alter der Patienten ($p < 0.001$). Sie kamen sogar schon in der Altersgruppe der 8-10-Jährigen vor (die Altersgruppe der 8 bis 10-Jährigen entspricht 7.2% der Gesamtklientel) und lagen bei den 17-19-jährigen bei fast 28% der Altersgruppe (siehe Abbildung 39).

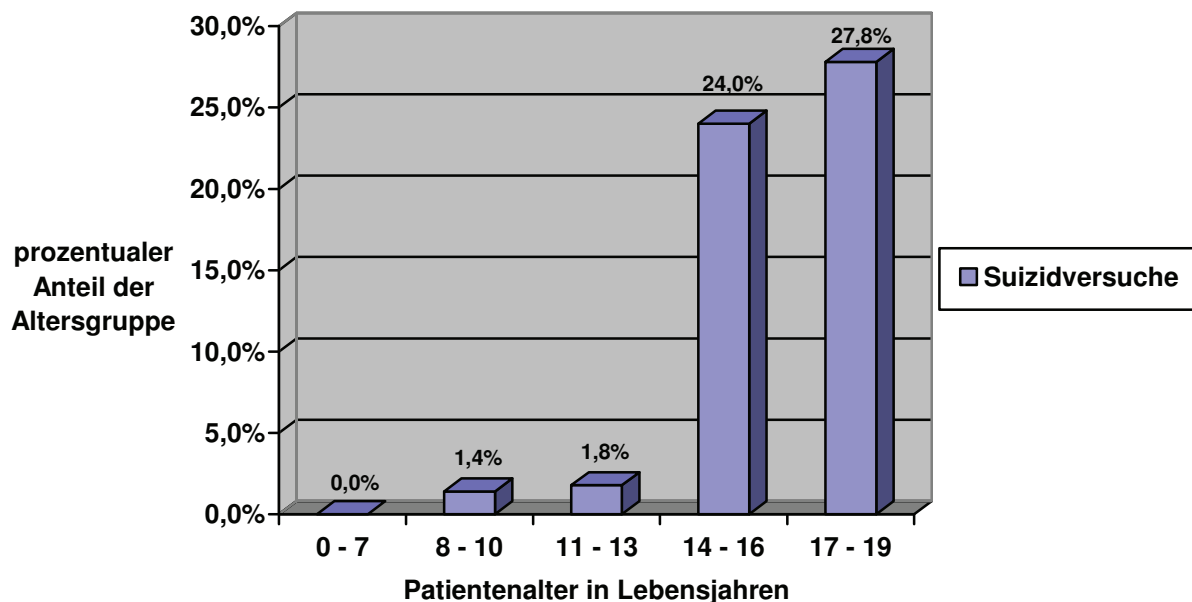


Abb 39: Suizidversuche in den Altersgruppen

IV.2.34.1 Gruppenvergleiche

Die fremdplatzierten Gruppen (2 und 3) weisen mit 22.5% einen hochsignifikant größeren Anteil von Suizidversuchen auf als die nicht fremdplatzierte Gruppe 1 mit nur 5% ($p < 0.001$).

Suizidhandlungen waren im Vergleich der Gruppe 2 und 3 nicht signifikant unterschiedlich. Tendenziell unternahmen jedoch etwas mehr Kinder der Gruppe 3 (25%) einen Suizidversuch (Gruppe 2 19.2%) (siehe Abbildung 40).

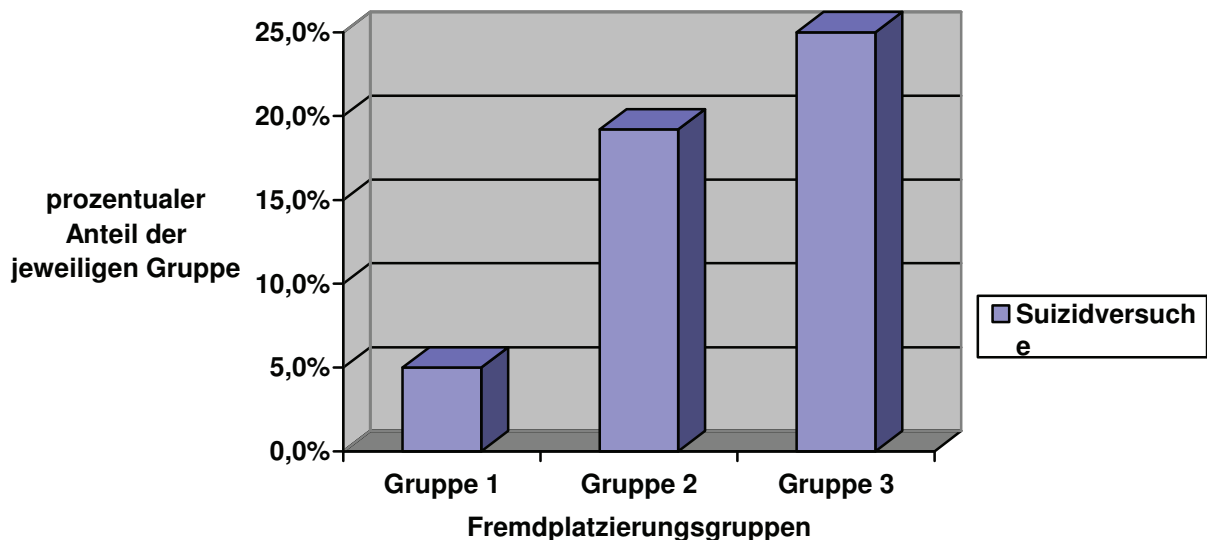


Abb 40: Suizidversuche in den Gruppen

IV.2.35 Enuresis / Enkopresis

Fast 30% aller Patienten litten zum Zeitpunkt der Aufnahme oder schon zuvor unter Enuresis, nur 7% unter Enkopresis. Jeweils etwa 50% machten fortbestehende Leiden aus.

Bei Jungen war hochsignifikant häufiger eine Enuresis zu verzeichnen ($p < 0.001$). Sie waren mit 36.6% doppelt so häufig wie Mädchen (17.2%) betroffen.

Jungen wiesen auch häufiger eine Enkopresis auf (Jungen 9.8%, Mädchen 3%).

IV.2.36 Substanzmissbrauch des Patienten

13.6% der Patienten (43 Patienten) betrieben Substanzmissbrauch.

Dabei drehte es sich nicht allein um Alkohol. Es waren häufiger Fälle mit Drogenkonsum (5,3% der Fälle) als mit Alkoholkonsum (3,8% der Fälle) dokumentiert worden (siehe Abbildung 41).

Kombinierten Missbrauch von Alkohol und Drogen (12 Patienten = 3,5% der Gesamtklientel) betrieben mehr Mädchen (10 Mädchen = 7% aller Mädchen der Gesamtklientel) als es Jungen taten (2 Jungen = 1% aller Jungen der Gesamtklientel).

Insgesamt betrieben Mädchen (16.1%) häufiger Missbrauch als Jungen (10.1%).

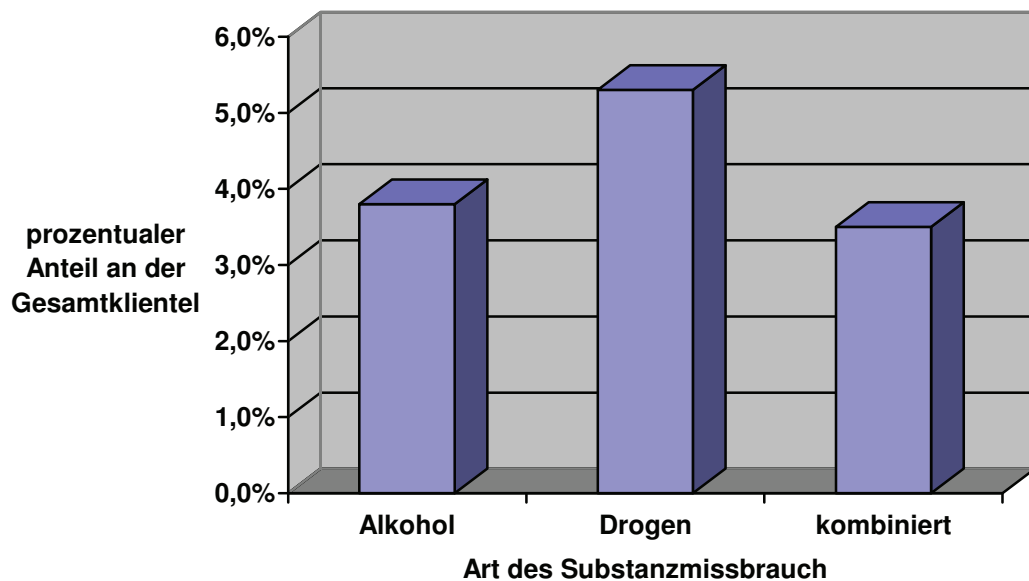


Abb 41: Substanzmissbrauch

IV.2.36.1 Gruppenvergleiche

Hochsignifikant war, dass mehr Patienten der fremdplatzierten Gruppen (Gruppen 2 und 3: 25.6%) Substanzmissbrauch betrieben als der nicht-fremdplatzierten Gruppe (Gruppe 1: 5.5%) ($p < 0.001$).

Der Substanzmissbrauch der Patienten war in Gruppe 3 (33.3%) signifikant höher als in Gruppe 2 (15.4%) ($p < 0.05$). Gruppe 1 im Vergleich dazu war mit einer Missbrauchsrates von 5.5% sehr gering. Auch der Unterschied von Gruppe 2 zu Gruppe 1 ist hochsignifikant ($p < 0.05$).

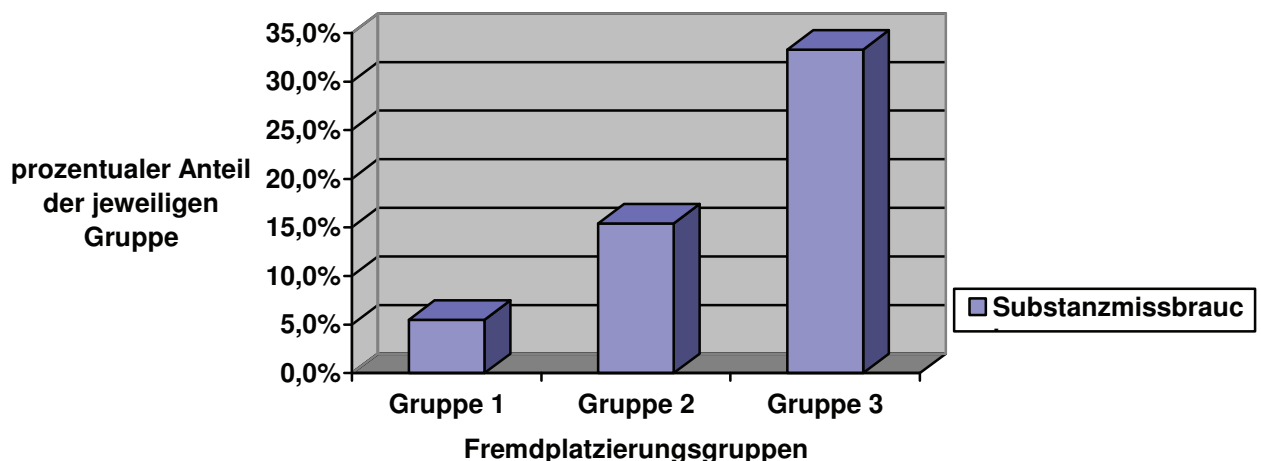


Abb 42: Substanzmissbrauch in den Gruppen

Der Vergleich der Gruppen 2 und 3, aufgeschlüsselt nach Alkohol, Drogen und deren Kombination war nicht signifikant unterschiedlich. Man kann jedoch daraus erkennen, dass der Drogenkonsum der fremdplatzierten Patienten 1998/99 dem Alkoholkonsum

nicht im Geringsten nachstand. Alkoholkonsum fand sich in 11.6%, Drogenkonsum in 8.7% und kombinierter Konsum in 13% der Fälle. Die Patienten der Gruppe 2 wiesen dagegen einen viel geringeren Drogenkonsum auf (Drogenkonsum 3.8%, kombinierter Konsum 3.8%).

IV.2.37 Diagnosen

IV.2.37.1 Diagnosegruppen

Vergeben wurde eine bis maximal fünf Diagnosen in der Epikrise eines stationären Aufenthaltes.

In fast der Hälfte der Fälle (45.2%) gab es nur eine Diagnose. Zwei Diagnosen wurden in 38.4% und drei Diagnosen in 15.8% vergeben. Nur jeweils einmal kam es vor, dass vier oder fünf Diagnosen gestellt wurden (je 0.3%).

Die folgenden Darstellungen sollen nur aufzählenden Charakter haben.

Den größten Anteil der Erstdiagnosen machten mit 35.2% Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43) aus. Weitere prozentual ins Gewicht fallende Diagnosegruppen sind mit 10.6% die kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92), mit 9.7% die Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-54), mit 7.6% Störungen des Sozialverhaltens (F91) und mit 6.7% die hyperkinetischen Störungen (F90).

Es ließen sich Zusammenhänge zwischen bestimmten Krankheiten und der Zahl von vergebenen Diagnosen erkennen.

Diagnosen, die vorwiegend als Begleiterkrankung angegeben werden:

Substanzmissbrauch (F10-19), Intelligenzminderung (F70-78), Entwicklungsstörungen (F80-83), Enuresis / Enkopresis (F98.0/1), somatische Erkrankungen (ICD-10 D, E, H, J, L, M, Q, S, F07), Selbstverletzung (X).

Hauptdiagnosen, welche ohne Begleiterkrankungen vorkamen:

Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F50-54).

Hauptdiagnosen, welche meist in Begleitung mit anderen Krankheiten vorkamen: Schizophrenie und affektive Störungen (F20-38), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43).

Hauptdiagnosen, welche keinen Bezug zu Begleiterkrankungen erkennen ließen: HKS (F90), Störung des Sozialverhaltens (F91), kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92).

Erstdiagnosen mit EEG-Veränderungen :

Hier war die Diagnose F43 mit 40.7% die häufigste.

Deutlich auf Gruppe 1 beschränkt sind die Erstdiagnosen: F50-54

Für Fremdplatzierungen prädisponierende Diagnosen konnten nicht herausgestellt werden.

Häufigste Diagnose der Gruppen 2 (44.2%) und 3 (47.8%) war die F43 (Gruppe 1 = 29.1%).

Die Milieuunterschiede bei den vergebenen Erstdiagnosen betrachtend, verteilen sich die F50-54 auffallend eher im höheren sozialen Milieu und die F43, F60-69 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) sowie die F70-79 (Intelligenzminderungen) eher im niederen sozialen Milieu.

Erstdiagnosen, bei denen psychischen Erkrankungen in der Familie gehäuft auftraten, waren: F43, F70-79, F90, F92.

Erstdiagnosen, bei denen eher Behandlungserfolge verzeichnet werden konnten, waren: F43, F44-45, F50-54, F90.

Die Erstdiagnosen nach ihren Altersmittelwerten gestaffelt (die Standardabweichung schwankt im Bereich von 0.7 und 3.45 Jahren):

5-9 Jahre: F 80-83, 95

10-13 Jahre: F 43, 70-78, 90, 91, 92, 93, 94

14-16 Jahre: F 20-38, 40-42, 44-45, 50-54

> 16 Jahre: F 10-19, 60-69

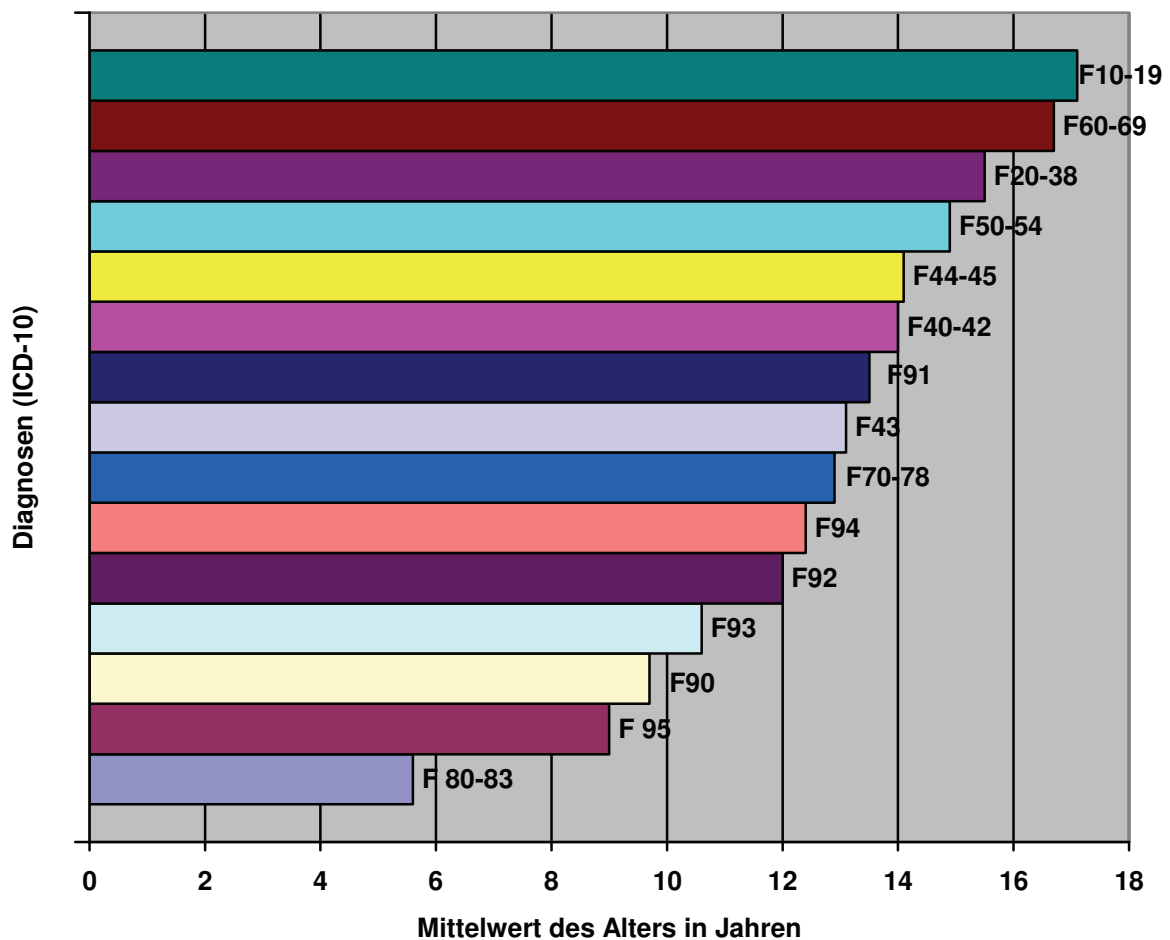


Abb 43: diagnosenabhängiger Altersmittelwert

Diagnosen nach den Mittelwerten der Aufenthaltsdauer gestaffelt (die Standardabweichung schwankt im Bereich von 10.7 bis 41.5 Tagen):

Ca.75 Tage: F 20-38, 50-54

Ca.60 Tage: F 40-42, 90

Ca.50 Tage: F 43, 80-83, 91, 92, 93, 94, 95

Ca.40 Tage: F 44-45, 60-69, 70-78

Ca.20 Tage: F 10-19

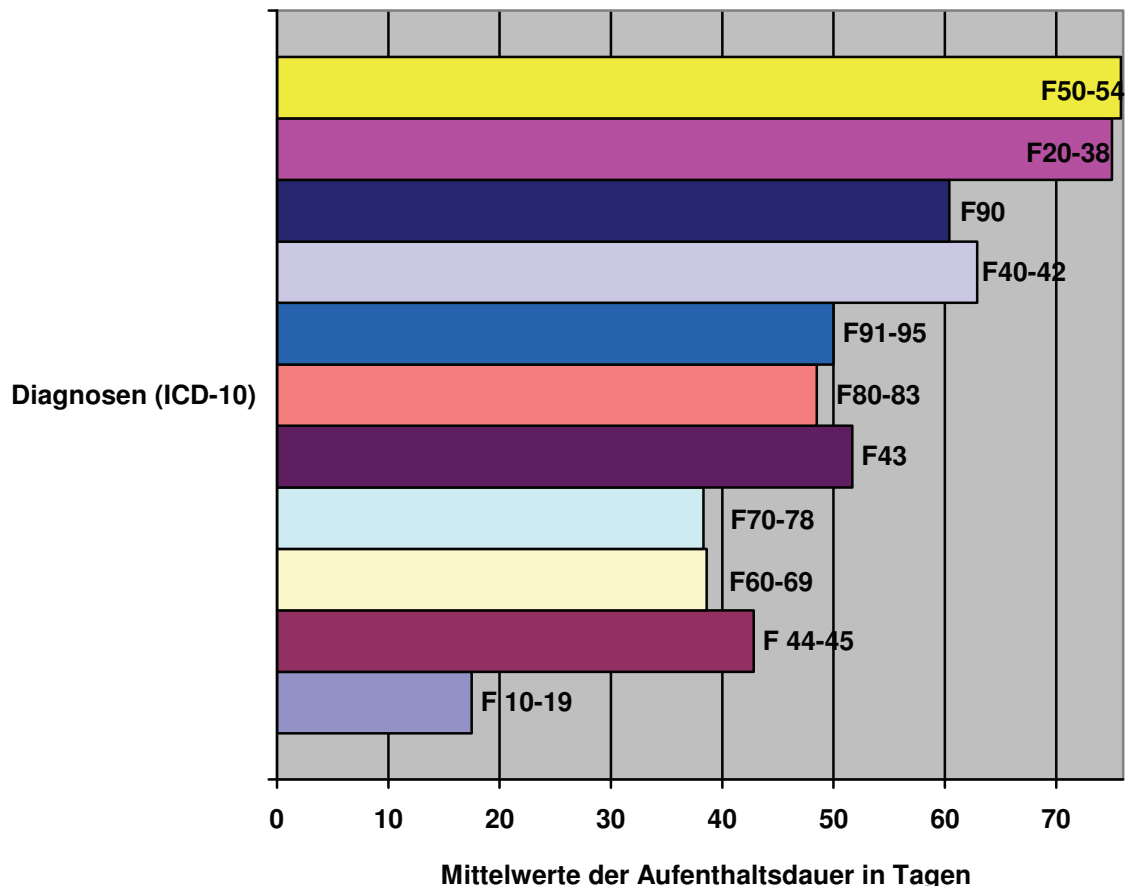


Abb 44: diagnosenspezifische Aufenthaltsdauer

IV.2.37.2 Erstdiagnosen

Diagnosenverteilung zwischen den Geschlechtern

Bei einigen der vergebenen Erstdiagnosen gab es deutliche Verschiebungen zwischen den Geschlechtern.

So sind sowohl wegen dissoziativen / somatoformen Störungen (F44-45), wegen Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F50-54) und auch wegen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-69) deutlich mehr Mädchen als Jungen in stationärer Behandlung gewesen.

Jungen dagegen waren häufiger wegen hyperkinetischen Störungen (F90), Störungen des Sozialverhaltens (F91) und kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92) in stationärer Behandlung. Bei Störungen nur der Emotionen gab es wiederum keine Präferenz für ein Geschlecht.

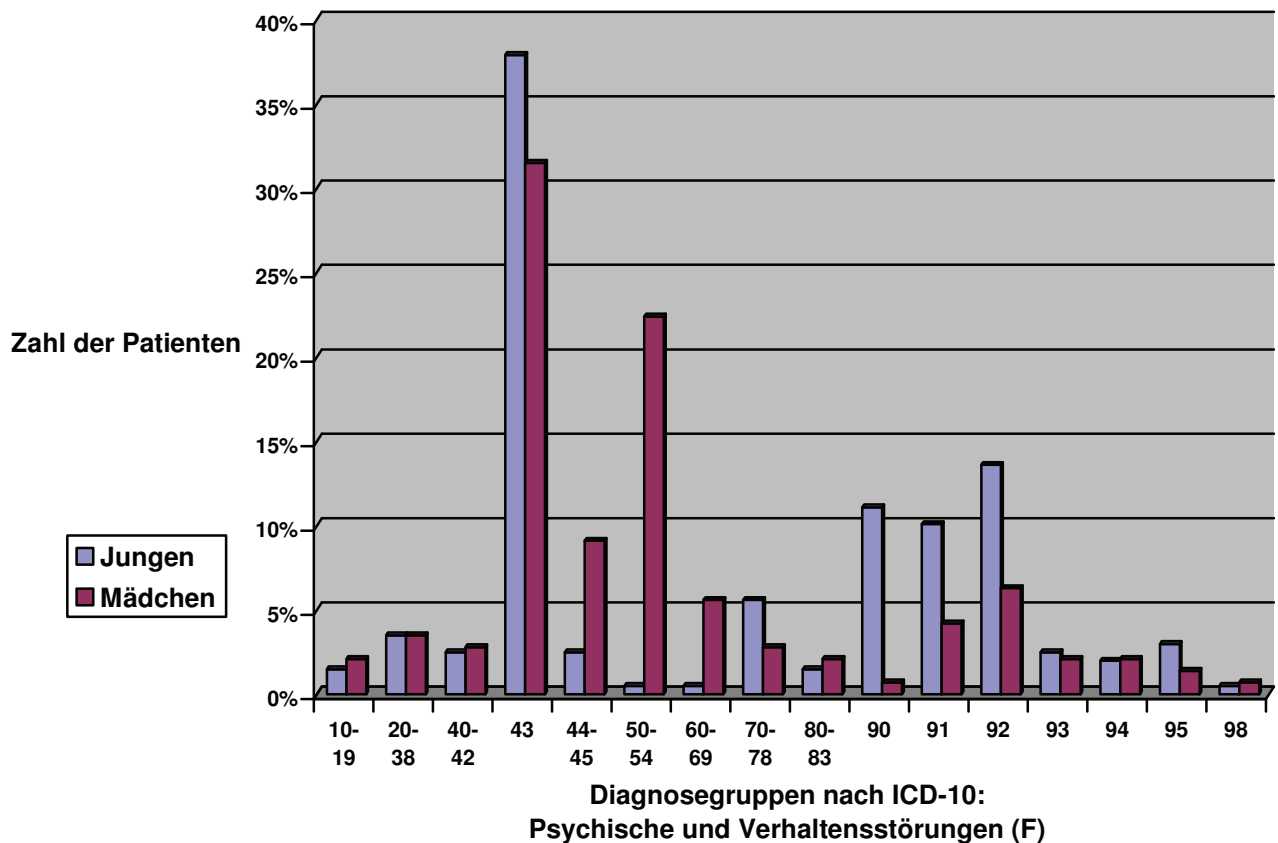


Abb 45: Verteilung der Erstdiagnosen zwischen den Geschlechtern

Diagnosenverteilung in den Gruppen

Bei fast der Hälfte der Patienten der Gruppen 2 und 3 (Gruppe 2: 44.2%, Gruppe 3: 47.8%) wurde als Diagnose die F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) vergeben. Im Gegensatz dazu nur bei knapp 30% der Patienten der Gruppe 1.

Wenn man die Gruppen der fremd zu platzierenden Kinder zusammen zieht (Gruppe 2+3) und mit Gruppe 1 vergleicht, wird der Unterschied bei weiteren Diagnosegruppen deutlich. So sind beispielsweise die Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (ICD-10 F50-54) doppelt so häufig bei der nicht fremd zu platzierenden Gruppe 1. (Gruppe 1: 12.3%, Gruppe 2+3: 5%). Ähnlich sind auch die hyperkinetischen Störungen (ICD-10 F90) doppelt so häufig in Gruppe 1 diagnostiziert worden (Gruppe1: 8.2%, Gruppe2+3: 4.1%).

Anders verhielt es sich bei den Störungen des Sozialverhaltens (ICD-10 F91). Prozentual waren doppelt so viele Patienten mit dieser Diagnose in den Gruppen 2 oder 3 im Vergleich zur Gruppe 1 (Gruppe1: 5.9%, Gruppe2+3: 10.7%).

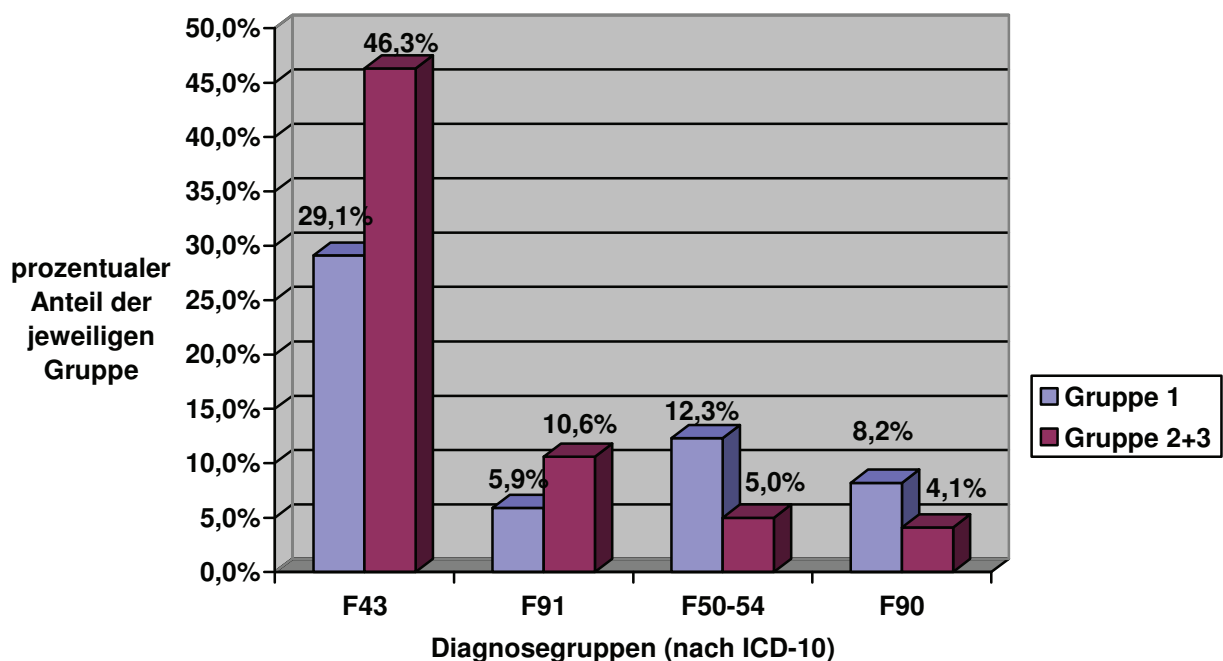


Abb 46: Verteilung ausgewählter Diagnosen in den Fremdplatzierungsgruppen

IV.2.38 Risikoindices

IV.2.38.1 Index für eine Fremdplatzierung mittels des Unterschiedes zwischen den Gruppen 1, 2 und 3

Diese Merkmale haben gemeinsam, dass sie bei Patienten, denen eine Fremdplatzierung angeraten wurde, häufiger zutreffen als bei Patienten ohne eine solche. Bei Patienten mit durchgesetzter Fremdplatzierung ist die Merkmalserfüllung wiederum noch häufiger.

Je eher also ein solches Merkmal erfüllt wird, um so eher kommt es zu einer Fremdplatzierung. Es sind die in der Untersuchung analysierten Prädiktoren für eine Fremdplatzierung.

1. Alkoholabusus der Eltern
2. niedriges soziales Milieu
3. häufige Behandlungszahl
4. ausgeprägte Aufnahmesymptomatik
5. Substanzmissbrauch des Patienten
6. Verlusterlebnisse
7. Scheidung der Eltern
8. Psychische Erkrankungen in der Familie

Ein Index aus der Summation dieser acht Variablen zeigt folgende Mittelwerte der einzelnen Gruppen (Standardabweichung s): Gruppe 1: 2.51 (s=1.77), Gruppe 2: 3.42 (s=1.82) und Gruppe 3: 4.86 (s=1.33)

Die Unterschiede zwischen allen Gruppen sind hochsignifikant (Gruppe 1 vs. 2 $p < 0.02$, Gruppe 1 vs. 3 $p < 0.001$, Gruppe 2 vs. 3 $p < 0.001$). Dieser signifikante Anstieg der Mittelwerte von Gruppe 1 über Gruppe 2 zur Gruppe 3 unterstreicht die Evidenz dieses Index (siehe Tabelle 4 und Abbildung 47).

Tab 4: Indexmerkmale im Vergleich der 3 Gruppen zur Vorhersage einer Fremdplatzierung

	Gruppe 1 (nicht fremd- platzierte Patienten)	Gruppe 2 (vorgeschlagen fremdplatzierte Patienten)	Gruppe 3 (fremd- platzierte Patienten)	Signifikanz (Chi-Quadrat nach Pearson)
Alkoholabusus der Eltern	34.4%	42.0%	71.4%	0.000
Niedriges soziales Milieu	46.8%	55.8%	81.2%	0.000
häufige Behandlungszahl	12.7%	25.0%	43.5%	0.000
ausgeprägtere Aufnahme- symptomatik	12.3%	23.1%	43.5%	0.000
Substanzmiss- brauch des Patienten	5.5%	15.4%	33.3%	0.000
Verlust	53.6%	65.4%	91.3%	0.000
Scheidung	45.8%	58.0%	81.0%	0.000
Psychische Erkrankungen in der Familie	26.7%	41.9%	53.8%	0.001

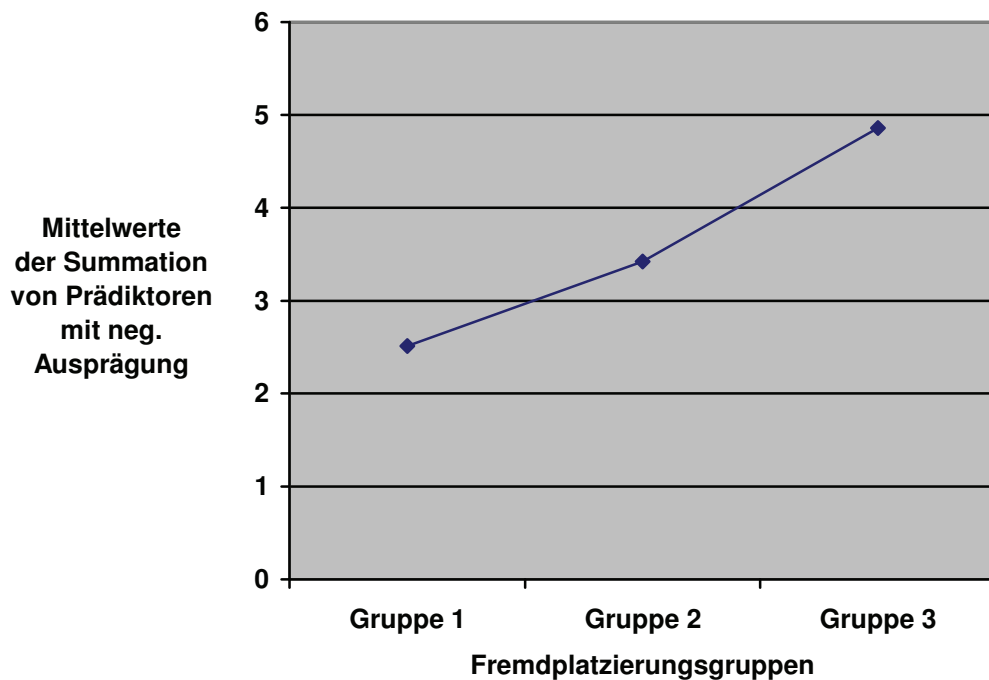


Abb 47: Index der 3 Gruppen zur Vorhersage einer Fremdplatzierung

IV.2.38.2 Index für eine Fremdplatzierung mittels der signifikanten Unterschiede zwischen Gruppe 1 und der Zusammenfassung von Gruppe 2 und 3 (Gruppe 2+3)

Individuelle Variablen: Alter, Intelligenz, Alkoholabusus, Störung des Sozialverhaltens (Aggressivität ja/nein; Ausprägung), Lügen, Streiten, Wut, Schuleschwänzen, Aufsässigkeit, Stehlen, Weglaufen), Suizidalität
 Psychosoziale Variablen: Soziales Milieu, Verlusterlebnisse, Scheidung der Eltern, Alkoholabusus der Eltern, psychische Erkrankungen der Eltern
 Medizinische Variablen: Schwere der Aufnahmesymptomatik, Häufigkeit stationärer Aufnahmen, Behandlungserfolg

IV.3 Vergleich der Adoptiv- und Pflegekinder vs. der Nicht-Adoptiv- oder Pflegekinder der psychiatrischen Gesamtklientel 1998/99 der KJPP der Universität Rostock

Wiederum gilt: Da nur die Kinder untersucht wurden, welche sich einer stationären Therapie in der KJPP der Universität Rostock unterzogen, kann bezüglich der getroffenen Aussagen kein Anspruch auf Repräsentativität gelten.

Wir unterschieden die Gesamtinanspruchnahmepopulation der KJPP der Universität Rostock der Jahre 1998/99 in Adoptiv- und Pflegekinder (n= 20) und Nicht Adoptiv- oder Pflegekinder (n= 321). Beide Gruppen wurden miteinander verglichen. Ein Signifikanzniveau zu erreichen, war aufgrund des Größenunterschiedes der zu vergleichenden Gruppen sowie der wenigen Adoptiv- und Pflegekinder nur schwer möglich.

Im Folgenden werden die Adoptiv- und Pflegekinder zur Vereinfachung nur Adoptivkinder genannt.

IV.3.1 Vergleich der einzelnen Untersuchungspunkte

Behandlungserfolg

Die Unterschiede waren nicht signifikant. Bei den Adoptivkindern konnten aber nicht so gute Behandlungsergebnisse erzielt werden. 60% an Behandlungserfolgen bei den Adoptivkinder standen 71.3% bei den Kontrollgruppe gegenüber.

Wohnung:

Die Adoptivkinder hatten zu 95% ein eigenes Zimmer, die Kontrollgruppe nur zu 77.7% (ohne Signifikanz).

Milieu:

Die Adoptivkinder lebten zu knapp zwei Drittel in einem besseren sozialen Milieu, während dies bei der Kontrollgruppe nur in knapp 44% der Fall war (ohne Signifikanz).

Zeitpunkt der ersten Heimunterbringung:

Wie zu erwarten war, hatten die meisten der Adoptivkinder (90%) Heimerfahrung. Die Kontrollgruppe hingegen weist einen Anteil von nur knapp 15% heimerfahrener Kinder auf (ohne Signifikanz).

Mehr als die Hälfte der Adoptivkinder (55%) sind in den ersten 4 Lebensjahren erstmalig in einem Heim untergebracht worden, allein 35% innerhalb des ersten Lebensjahres.

Eine erstmalige Unterbringung in einem Heim nach dem 14. Lebensjahr spielte keine wesentliche Rolle (1 Kind, welches 5% entspricht).

Überweisungsmodus zwischen Heim und Klinik:

45% der Adoptivkinder wurden fremdplatziert. Im Vergleich dazu wurden nur 18.6% der Kontrollgruppe fremdplatziert (ohne Signifikanz).

Zahl der Behandlungen:

80% sowohl der Adoptivkinder als auch der Kontrollgruppe sind nur einmalig in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung gewesen.

IQ:

Die Mittelwerte der Intelligenzquotienten der Adoptivkinder (88.58 IQ-punkte) und der Kontrollgruppe (92.18 IQ-punkte) unterschieden sich nicht signifikant.

Es war auffallend, dass die Adoptivkinder weder hochintelligent ($IQ > 115$) noch intelligenzgemindert (nur ein Patient $IQ < 70$) gewesen sind. Sie verteilten sich demzufolge in den Bereichen der knapp durchschnittlichen und durchschnittlichen Intelligenz, mit Tendenz eher zur niedrigen Intelligenz.

In der Kontrollgruppe entfielen 10% auf die hohe und sehr hohe Intelligenz ($IQ > 115$) und knapp 14% auf die Intelligenzminderungen ($IQ < 70$).

Konzentration:

Hinsichtlich der Konzentration gab es keine Unterschiede zwischen den Adoptivkindern und der Kontrollgruppe.

Aggression:

Bis auf einen Patienten sind alle Adoptivkinder aggressiv gewesen. Die Kontrollgruppe dagegen wies mit 70% einen geringeren Anteil aggressiver Patienten auf. Dieser Unterschied war signifikant ($p < 0.02$).

Zwei Drittel der Adoptivkinder waren hochaggressiv (tätlich gegenüber der eigenen oder auch anderen Personen). Der Prozentsatz solch hoher Aggressivität unter den Patienten lag in der Kontrollgruppe mit 46% weit darunter.

Hypermotorik:

Prozentual waren bedeutend mehr Adoptivkinder (60%) ausdauer schwach und hypermotorisch als Kinder der Kontrollgruppe (38%). Der Unterschied lag jedoch über einem Signifikanzniveau von $p = 0.05$.

Lügen:

Adoptivkinder (75%) logen signifikant häufiger als Kinder der Kontrollgruppe (45%) ($p < 0.01$).

Streiten:

Gestritten haben Adoptivkinder (55%) häufiger als Kinder der Kontrollgruppe (41%) ohne dass der Unterschied signifikant wurde.

Aufsässigkeit:

Aufsässig waren fast alle Adoptivkinder (18 von 20 entspricht 90%), im Gegensatz dazu nur knapp drei Viertel der Kontrollgruppe (keine Signifikanz).

Wutausbrüche:

Adoptivkinder (75%) hatten deutlich häufiger Wutausbrüche als Patienten der Kontrollgruppe (47%). Dieser Unterschied war auf einem Niveau von $p < 0.02$ signifikant.

Stehlen:

Adoptivkinder (50%) stahlen häufiger als Kinder der Kontrollgruppe (28%). Dieser Unterschied war auf einem Niveau von $p < 0.05$ signifikant.

Schwänzen:

Signifikant ($p < 0.01$) häufiger schwänzten die Kinder der Adoptivgruppe (60% vs. 28% der Kontrollgruppe).

Weglaufen:

Signifikant ($p < 0.02$) häufiger liefen die Adoptivkinder von Zuhause weg (45% vs. 22% Kontrollgruppe).

Angst:

Angst war bei den Patienten beider Gruppen vergleichbar ausgeprägt.

Symptome:

Bei den Adoptivkindern konnten keine leicht ausgeprägten, sondern nur gravierendere Aufnahmesymptomatiken (66%) eruiert werden. Prozentual war die Kontrollgruppe weniger ausgeprägt verteilt. 44% zeigten eine gravierende Aufnahmesymptomatik. Die Unterschiede waren nicht signifikant.

Suizidversuche:

In beiden Gruppen begangen etwa 10% einen Suizidversuch.

Substanzmissbrauch des Patienten:

Ein Viertel der Adoptivkinder und nur 12% der Kontrollgruppe wiesen einen Substanzmissbrauch auf, ohne dass der Unterschied signifikant wurde.

Index 1 und 2:

Die Risikoindizes beider Untersuchungsgruppen unterschieden sich nur unwesentlich voneinander.

IV.3.2 Zusammenfassung:

Was die Herkunft (eigenes Zimmer in elterlicher Wohnung, Milieu) betrifft, schnitten die Adoptivkinder durchaus besser ab als die restlichen Patienten der KJPP.

Doch in Hinblick auf die dissozialen Störungen (Aggression, Lügen, Wutanfälle, Stehlen, Schwänzen, Weglaufen) waren die Adoptivkinder häufiger belastet.

Substanzmissbrauch kam häufiger bei den Adoptivkindern vor (allerdings ohne Signifikanz). Die Aufnahmesymptomatik war weniger schwer bei den Nichtadoptivkindern ausgeprägt und somit möglicherweise der Behandlungserfolg günstiger.

Wie zu erwarten war, sind die Adoptivkinder häufiger als andere Patienten fremdplatziert worden. Kinder aus einem Pflege- oder Adoptivverhältnis wurden häufiger im Anschluss an die Behandlung fremdplatziert als andere Patienten.

Hinsichtlich der Konzentration, der Ängste, der Behandlungszahl, der Suizidversuche und der Fremdplatzierungsindizes unterschieden sich die Adoptivkinder nicht von den übrigen Patienten der KJPP.

V Diskussion

V.1 Vergleich der Untersuchungen zur Klientel der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie der Universität Rostock aus den Jahren 1991/92 (Hentsch) und 1998/99 (Lau)

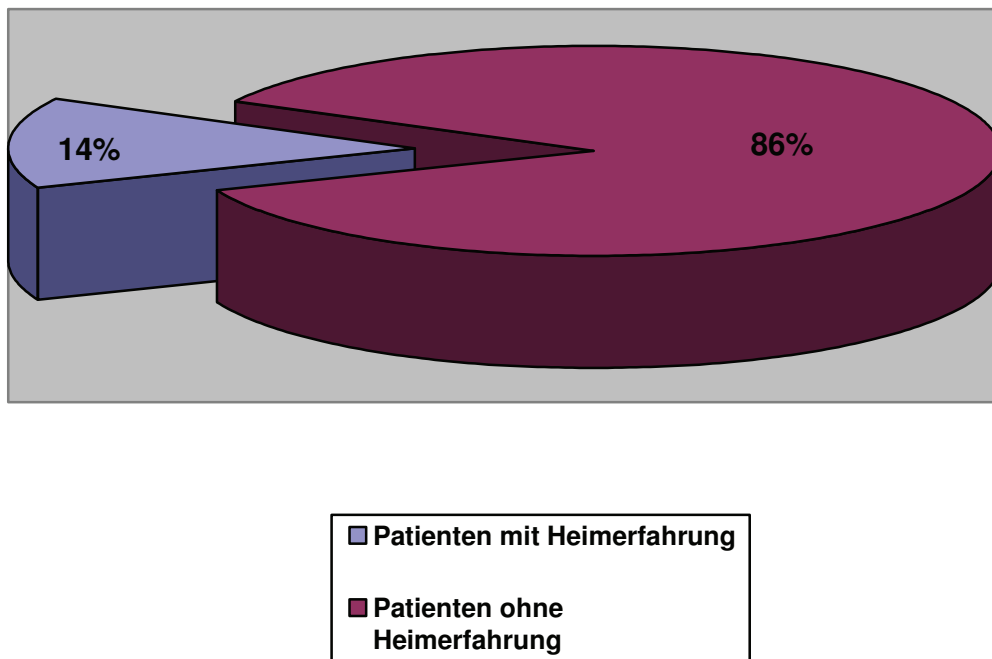
In beiden Untersuchungen wurden die „heimerfahrenen“ Kinder aus der Gesamtklientel der entsprechenden Jahre herausgefiltert.

„Heimerfahren“ bedeutet, es gab einen Heimaufenthalt vor und/oder es gibt einen Heimaufenthalt nach der stationären Behandlung.

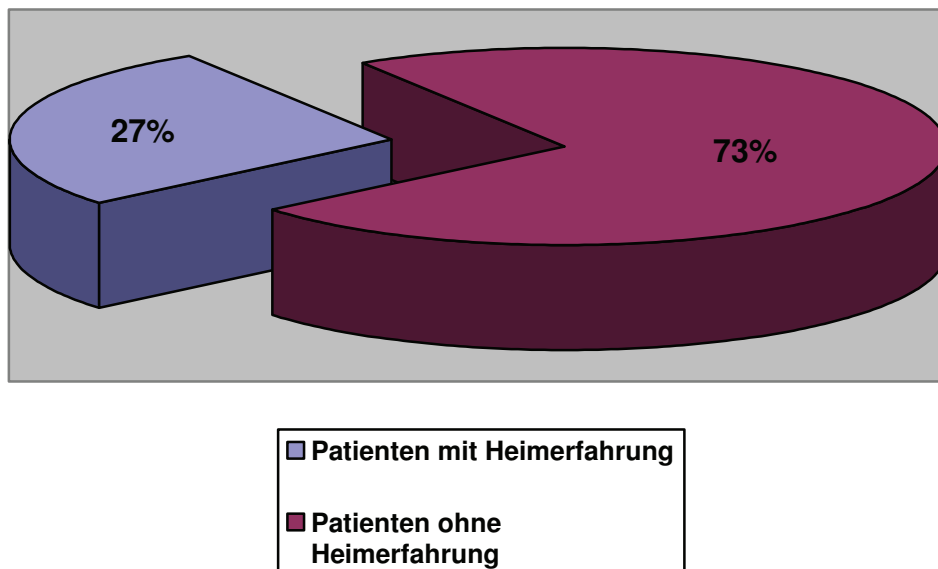
Umfang: Hentsch (1991/92): n = 51

Lau (1998/99): n = 93

Allein schon die Anzahl der Patienten, welche die Einschluss- und Ausschlusskriterien erfüllten, war in dem Jahreszeitraum 1998/99 annähernd doppelt so hoch wie 1991/92. Dies zeigt schon auf, dass viel mehr Patienten Heimerfahrungen im Laufe der Nachwendejahre machen mussten.



**Abb 48: Anteil der Patienten mit Heimerfahrung an der Gesamtklientel:
1991/1992**



**Abb 49: Anteil der Patienten mit Heimerfahrung an der Gesamtklientel:
1998/99**

V.1.1 Vergleich der Untersuchungen von Hentsch 1991/92 mit den vorliegenden Ergebnissen

Im Folgenden werden die vergleichbaren Untersuchungspunkte beider Arbeiten einzeln verglichen.

Geschlechter

Der Unterschied war nicht signifikant, mit 70:30% dominierten 1991/92 die Jungen. In den Jahren 1998/99 war es mehr oder weniger ausgeglichen (56.44%).

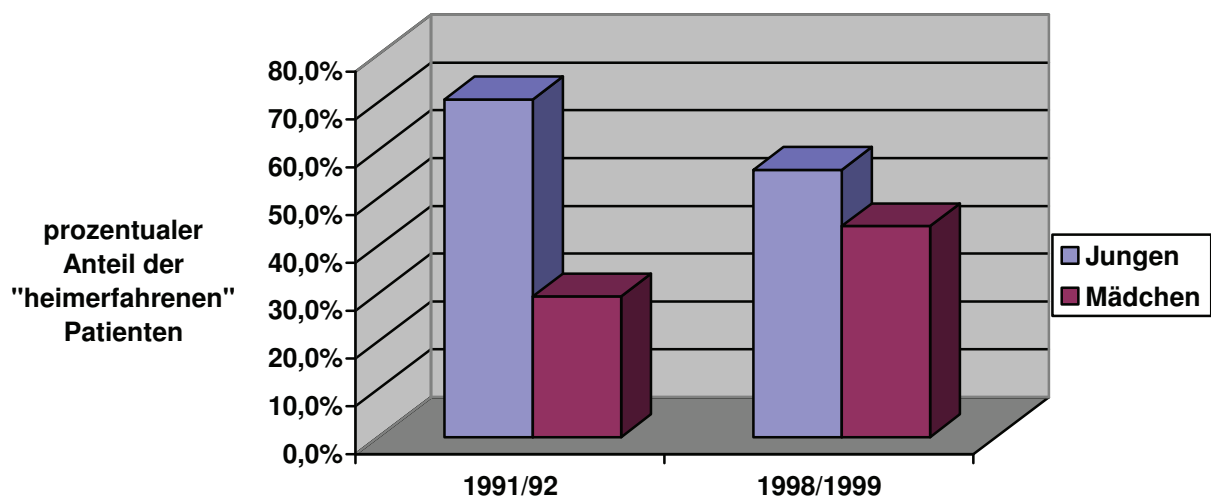


Abb 50: Geschlechtervergleich

Alter der Patienten

Der Unterschied im Alter der Patienten war hoch signifikant ($p < 0.001$). Die Patienten der Jahre 1998/99 waren mit einem Mittelwert von 14,3 Jahren ($s = 2,84$) sehr viel älter als die Patienten der Jahre 1991/92 mit 10,9 Jahren ($s = 3,30$).

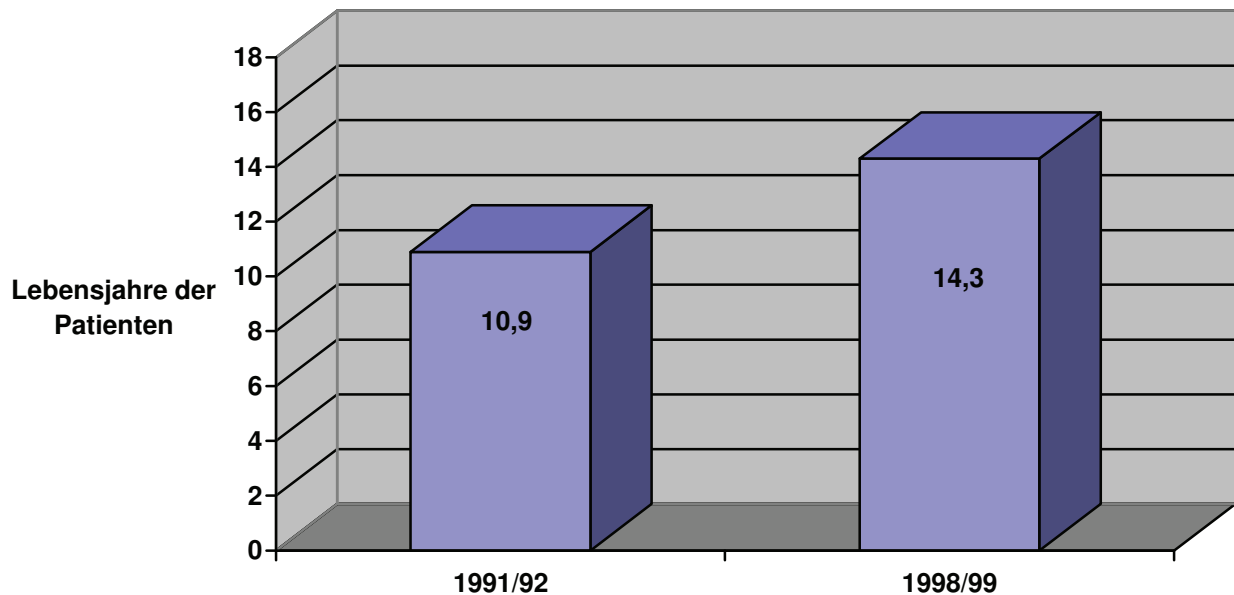


Abb 51: Mittleres Alter der Patienten bei Behandlungsbeginn

Dauer der Behandlung

Im Untersuchungszeitraum 1998/99 sind die Behandlungszeiten signifikant kürzer als 1991/92 ($p < 0.01$). Während die Behandlung 1991/92 im Mittel knapp 78 Tage ($s = 36,34$) betrug, so sind es 1998/99 nur 50 Tage ($s = 55,69$) gewesen.

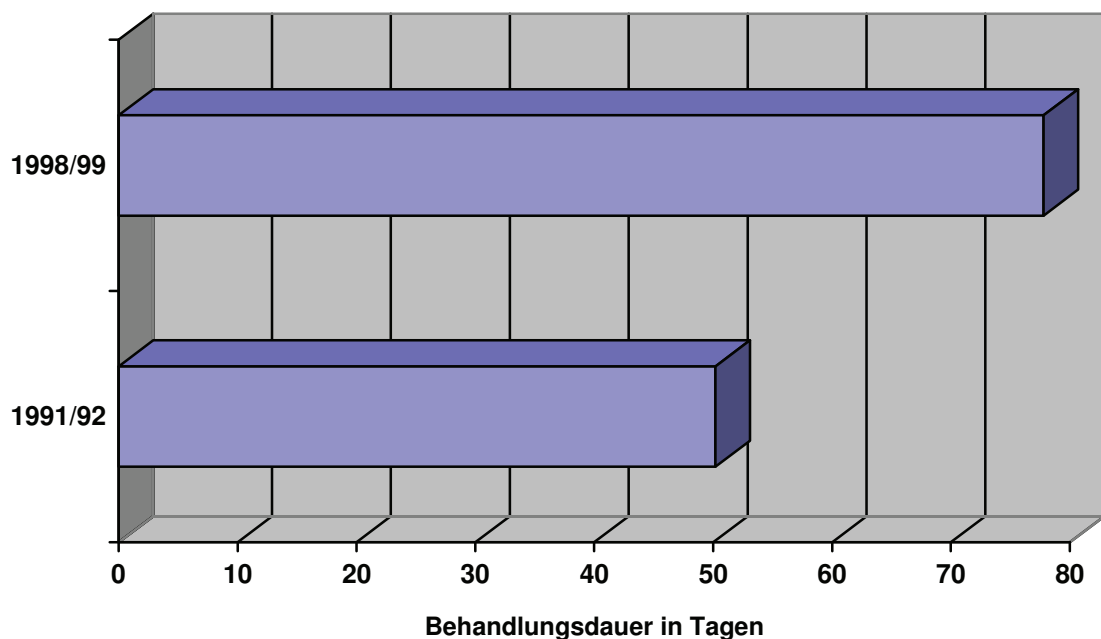


Abb 52: Mittlere Behandlungsdauer der "heimerfahrenen Patienten"

Einweisende Stelle

Die haupteinweisende Stelle der Jahre 1991/92 war das Kinderheim. Im Zeitraum 1998/99 zeigten sich hier Veränderungen. Während sich 1991/92 die Einweisungen vorrangig auf Kinderheime (41.2%), aber auch zu 27.5% auf niedergelassene Ärzte und zu 17.6% auf die eigene Poliklinik stützten, verteilten sie sich 1998/99 viel breiter. Mit 20.4% machten Notaufnahmen den größten Anteil aus. Zu annähernd gleichen Anteilen waren auch die Poliklinik (17.2%), Kinderheime (16.1%), niedergelassene Ärzte (16.1%) und auswärtige Kliniken (Bundestag) bedeutsam. Jugendamt, Selbstmelder und Schulen spielten eine untergeordnete Rolle. Diese Unterschiede fielen ohne Signifikanz aus.

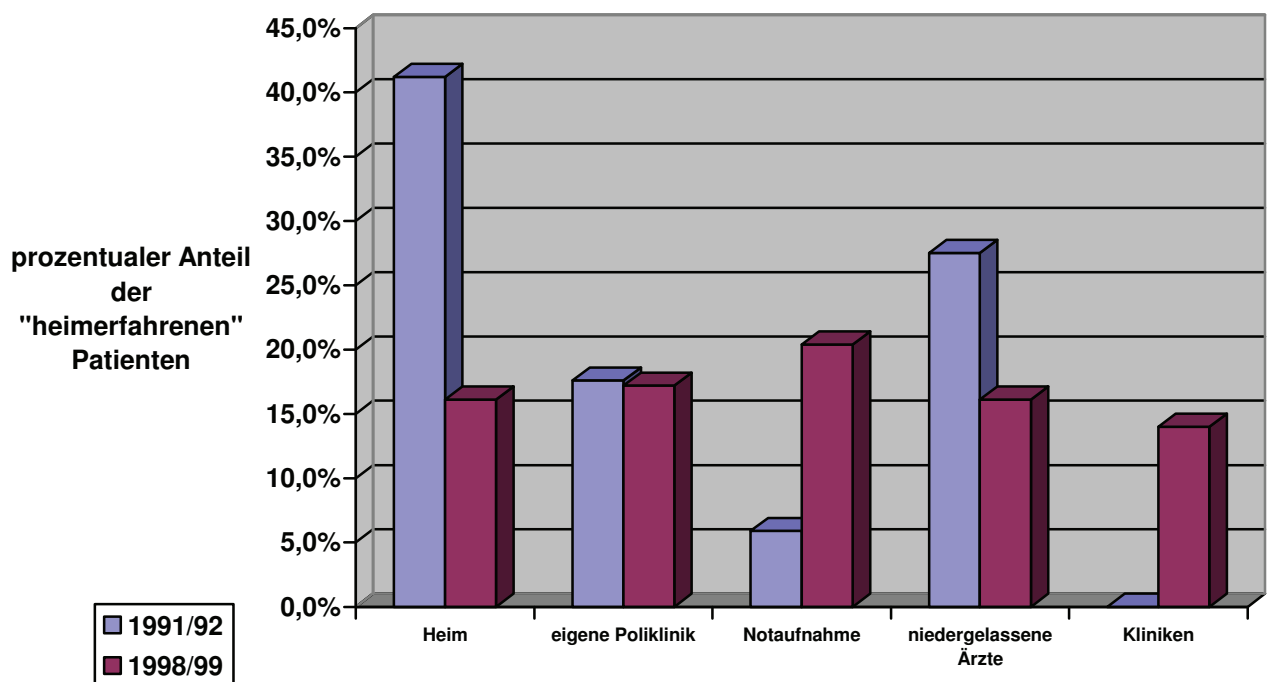


Abb 53: Einweisende Einrichtungen

Weiterbehandlung

Ohne Signifikanz blieb auch diese Untersuchung, obwohl doch deutliche Unterschiede zu sehen waren. Während 1991/92 mehr als die Hälfte der Patienten (58.7%) in der eigenen Poliklinik weiter betreut wurden, waren dies 1998/99 nur knapp 10%. Den größten Teil machte hier, mit 63.4%, eine Betreuung in einem Heim aus. Im Gegensatz dazu fand sich in den Jahren 1991/92 nur in 6.5% der Fälle eine Heimbetreuung.

Zu diskutieren ist in diesem Falle, wie viele der 1991/92 in der Poliklinik weiter behandelten Patienten in Heimen betreut wurden. Andersherum wurde in der vorliegenden Untersuchung (1998/99) das Augenmerk auf die vorrangige Weiterbehandlung gelegt. Somit sind die 10% in der Poliklinik weiter behandelten Patienten nicht in Heimen untergebracht, sicher jedoch ein gewisser Anteil in Heimen weiter betreuter Patienten in Behandlung der Poliklinik.

In 14% der Fälle 1998/99 war keine Weiterbetreuung dokumentiert worden. Dies soll 1991/92 nicht vorgekommen sein. (Es ist anzunehmen, dass hier die Datenaufnahme weniger streng durchgeführt wurde).

Die ambulante Betreuung durch Ärzte oder Psychologen ging von 21.7% 1991/92 auf 7.5% 1998/99 zurück.

Weiterbetreuungen durch das Jugendamt oder stationäre Behandlungen in anderen Kliniken waren kaum von Bedeutung.

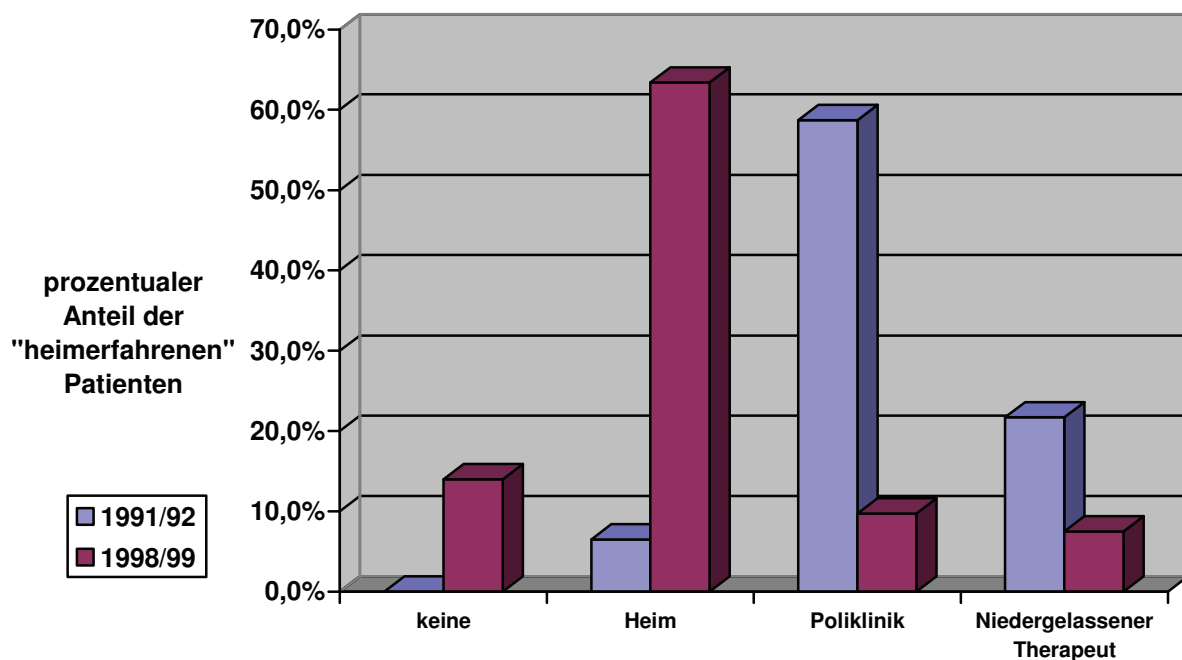


Abb 54: Weiterbehandelnde Einrichtungen

Behandlungserfolg

Dieser unterschied sich nicht in den beiden untersuchten Zeiträumen. Bei jeweils mehr als zwei Drittel der Patienten wurden leichte oder deutliche Behandlungserfolge verzeichnet.

Elternhaus

Als Einschränkung des Vergleichs dieser beiden Punkte muss erwähnt werden, dass 1998/99 nicht die momentane Situation bei stationärer Aufnahme dokumentiert wurde, sondern die überwiegende häusliche Situation im Leben des Kindes. Wie es 1991/92 erhoben wurde, ist nicht ganz klar. Wahrscheinlich wurde die Situation bei Aufnahme dokumentiert.

Während 1998/99 knapp 35% aus einem „heilen“ Elternhaus stammten, machte dies 1991/92 nur 10% aus. Dieser Unterschied stellte sich bei Zusammenfassung der restlichen Möglichkeiten hoch signifikant dar ($p < 0.002$).

Im Gegensatz dazu wuchsen 1991/92 deutlich mehr Kinder (37.3%) als 1998/99 (15.2%) bei allein erziehenden Müttern auf.

Familiengelöste Heimkinder gab es im ersten (15.7%) etwas mehr als im zweiten Untersuchungszeitraum (9.8%).

Der Unterschied zwischen beiden Untersuchungen hinsichtlich des Aufwachsens bei leiblichen Eltern (-teilen) oder familiengelöstem Aufwachsen (Heim, Adoption, anderweitige Unterbringung) stellte sich nicht signifikant dar. Im ersten Untersuchungszeitraum kamen die Kinder jedoch sichtlich häufiger (41.2%) aus familiengelösten Unterbringungen als im zweiten Zeitraum (32.6%).

Verlust

Die Untersuchungszeiträume sind nicht vergleichbar, da 1991/92 nur der Verlust durch Tod, 1998/99 aber auch weitere Faktoren miteinbezogen wurden.

Scheidung

Nur ein leichter Trend in Richtung mehr geschiedene Eltern ist zu erkennen gewesen: 1991/92 waren 63%, 1998/99 70% der Eltern geschieden.

Bildung der Eltern

Mütter

In der Schulbildung zeichnete sich ein Trend in Richtung des Realschulabschlusses ab (1991/92: 50%, 1998/99: 70%).

Die Entwicklung der Berufsausbildung der Mütter schien sich in Richtung der Facharbeiterausbildung bewegt zu haben (1991/92: 42%, 1998/99: 66%). Dabei gab es zwar 1998/99 etwas weniger unausgebildete Mütter (29% vs. 37% 1991/92), doch auch beträchtlich weniger Hochschulabschlüsse unter ihnen (1991/92: 22%, 1998/99: 5%).

Hochsignifikant war der Unterschied in der Beschäftigung der Mütter. Sehr viel mehr Mütter sind im zweiten Untersuchungszeitraum arbeitslos ($p < 0.001$) gewesen. 1991/92 waren nur 8% Mütter ohne Beschäftigung, im Gegensatz dazu 56% der Mütter 1998/99.

Väter

Die Schulbildungen der Väter unterschieden sich nicht zwischen den Untersuchungszeiträumen.

In der Berufsausbildung der Väter war wiederum ein Trend erkennbar. Hochschulabschlüsse kamen im zweiten Untersuchungszeitraum weniger (1991/92: 19%, 1998/99: 11%), aber dafür mehr Facharbeiterberufe vor (1991/92: 75%, 1998/99: 84%).

Der Beschäftigungsvergleich war wiederum signifikant unterschiedlich. Deutlich mehr Väter sind im zweiten Untersuchungszeitraum ohne Arbeit ($p < 0.02$). Der Unterschied ist nicht so deutlich wie bei den Müttern. Während 1991/92 nur 9.2% ohne Arbeit waren, sind dies 1998/99 35.6% gewesen.

Alkoholmissbrauch der Eltern

Der Unterschied zwischen beiden Untersuchungszeiträumen war hochsignifikant. Bei deutlich mehr Eltern des zweiten Untersuchungszeitraumes ist eine Alkoholproblematik nachweisbar gewesen ($p < 0.001$). Im Untersuchungszeitraum 1998/99 wurde Alkoholmissbrauch in 68.9% der Fälle festgestellt, dagegen nur in 26% der Fälle 1991/92.

Milieu

Tendenziell kamen die Patienten im zweiten Untersuchungszeitraum häufiger aus einem schlechten Milieu. (1991/92 62.2%, 1998/99 73.1%)

Stellung in der Geschwisterreihe

Es gab keine Unterschiede zwischen beiden Zeiträumen hinsichtlich der Stellung der Patienten in der Geschwisterreihe.

Geschwister im Heim

Die Patienten der Untersuchung 1991/92 hatten häufiger fremdplatzierte Geschwister (in 40% der Fälle) als die Patienten der Untersuchung 1998/99 (in 28% der Fälle).

Zeitraum der ersten Heimunterbringung

Der Unterschied zwischen beiden Untersuchungszeiträumen war hochsignifikant ($p < 0.001$).

Einerseits hatten weitaus weniger Kinder des Zeitraumes 1998/99 Heimerfahrung, 70% stehen 86% heimerfahrenen Kindern der Jahre 1991/92 gegenüber.

Andererseits sind die Kinder des ersten Beobachtungszeitraumes (1991/92) häufiger in jüngerem Alter, vom ersten bis zum 9. Lebensjahr, fremdplatziert worden. Dagegen sind die Kinder des zweiten Untersuchungszeitraumes eher mit höherem Alter, 10. bis 20. Lebensjahr, fremd untergebracht worden.

Die nähere Betrachtung der Untersuchung 1998/99 ergab, dass von den 65 heimerfahrenen Patienten nur etwas mehr als die Hälfte von einem Heim zur stationären Aufnahme kam. Hingegen wurden aber 63% ins Heim entlassen und weitere 14% für eine Heimplatzierung empfohlen. Von den heimerfahrenen Kindern kamen also bedeutend weniger von einem Heim in die Klinik als nach stationärer Behandlung wieder in ein Heim entlassen wurden.

Gegenüberstellung der Patienten mit Heimerfahrung in der Vorgeschichte der stationären Behandlung (Siehe Abbildungen 55 und 56):

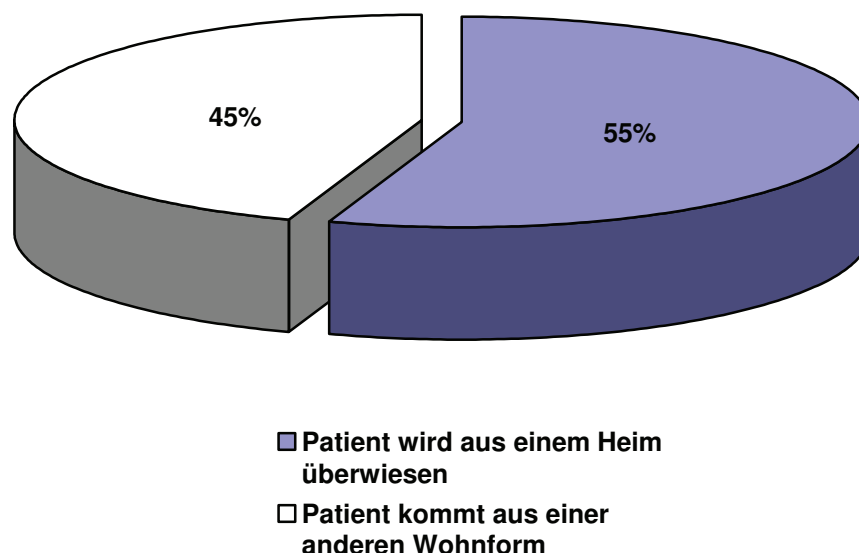


Abb 55: Woher kommt der heimerfahrene Patient bei Aufnahme?

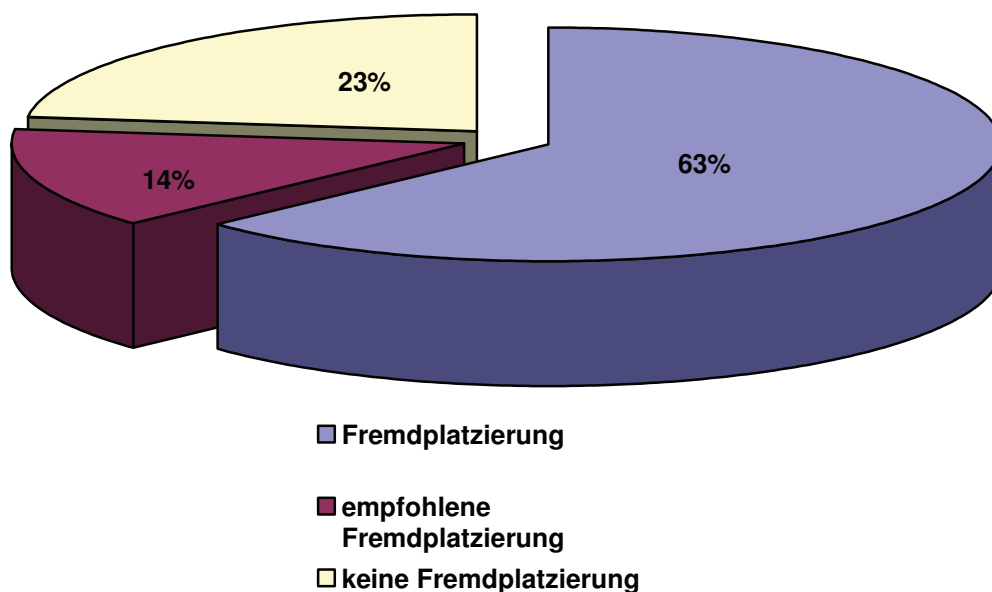


Abb 56: Wohin geht der heimerfahrene Patient nach Entlassung?

Anders herum betrachtet waren von den 69 fremdplatzierten Patienten der Untersuchung der Gesamtklientel 1998/99 knapp 60% heimerfahren. Nur 46% der Fremdplatzierten kamen aber direkt von einem Heim zur stationären Aufnahme. Die Differenz macht also die Patienten aus, welche zwar heimerfahren waren, aber nicht direkt von einem Heim in die Klinik kamen. Im Anschluss an die Behandlung wurden diese knapp 14 Prozent erneut fremdplatziert.

Überweisungsgründe Heim – Klinik

Die Überweisungsgründe sind in beiden Untersuchungen hauptsächlich die Ausschöpfung der eigenen Ressourcen (1991/92: 58%, 1998/99: 50%) gewesen. Dabei war jedoch der Trend zu beobachten, dass die situative Überforderung des Heimpersonales an Bedeutung zugenommen hatte (1991/92: 16%, 1998/99: 39%). Die längerfristige Eskalation war als Überweisungsgrund mit 26% im ersten und nur 11% im zweiten Beobachtungszeitraum weniger geworden.

Überweisungsgründe Klinik – Heim

Die Unterschiede zwischen den Zeiträumen waren nur gering. 1991/92 verteilten sich die Begründungen für die Überweisungen gleichsam auf: familiäre Ursachen (30%), Problembewältigungen (30%) und ausgereizte Interventionsmöglichkeiten (36%). Nichtzuständigkeit spielte in beiden Untersuchungen eine untergeordnete Rolle (1991/92: 5%, 1998/99: 1,4%). In der Untersuchung 1998/99 stieg die Zahl der Problembewältigungen (44%) zu ungunsten der familiären Ursachen (20%). Die Begründung durch ausgereizte Interventionsmöglichkeiten behielt ihren Stellenwert (35%) bei.

Überweisungsmodus zwischen Klinik und Heim

Der Unterschied zwischen beiden Behandlungszeiträumen war deutlich [hochsignifikant im χ^2 -test, $p=0.001$ (2 Zellen mit erwarteter Häufigkeit geringer 5)].

Während 1991/92 knapp 60% der untersuchten Patienten vor dem stationären Aufenthalt fremduntergebracht gewesen sind, aber nach der Behandlung nicht fremdplatziert wurden, machte dieser Anteil 1998/99 nur etwas mehr als 25% aus. Im Gegensatz dazu wurden heimerfahrene Patienten nach der Behandlung in der KJPP 1998/99 (74%) bedeutend häufiger fremdplatziert als 1991/92 (41%).

In den Jahren 1991/92 wurden demzufolge weitaus mehr Kinder mit Heimerfahrung behandelt als 1998/99. In diesen Jahren wurden wiederum weitaus mehr Kinder fremduntergebracht. (Siehe Abbildung 57)

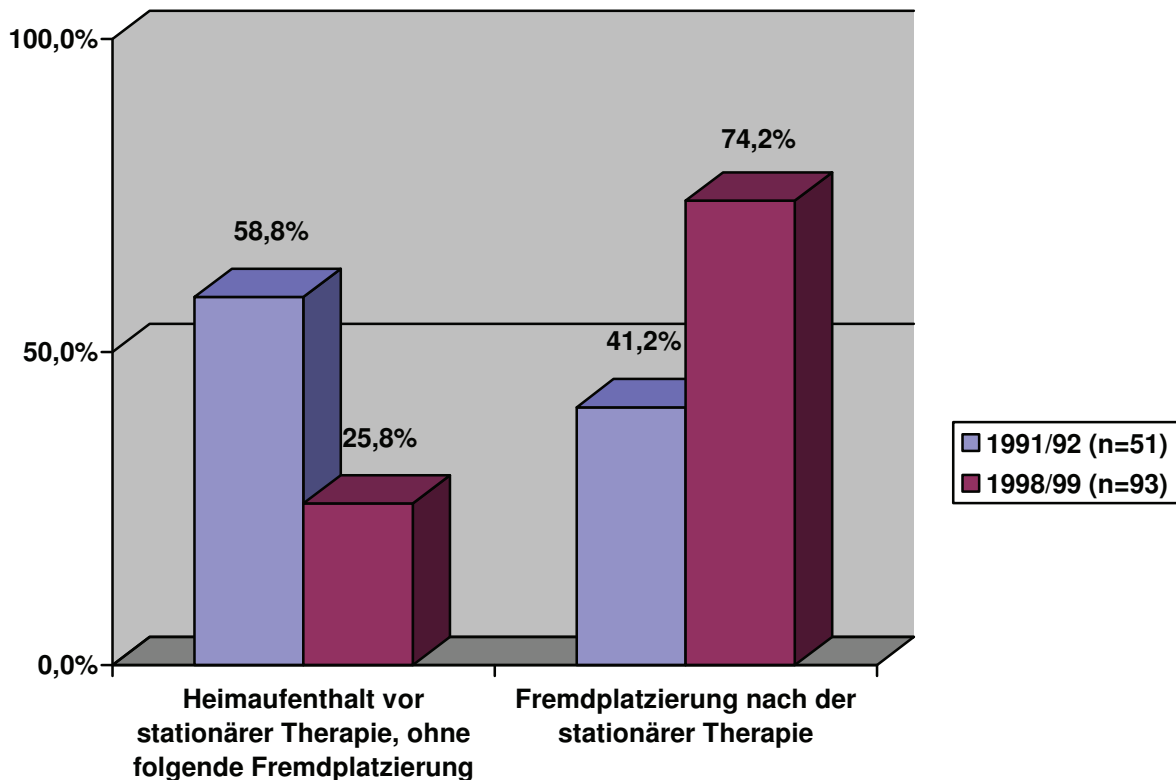


Abb 57: Überweisungsmodus zwischen Klinik und Heim

Der Anteil der Heimaufenthalte nur in der Vorgeschichte des Patienten, also ohne Überweisung aus einem Heim, und ohne Überweisung in ein Heim, ist in der früheren Untersuchung 1991/92 (39%) nahezu doppelt so hoch gewesen wie 1998/99 (22%). Die Aufnahmen von Patienten direkt aus einem Heim waren 1991/92 (20%) sogar um das Vierfache höher als im zweiten Untersuchungszeitraum (1998/99: 4%).

Im Gegensatz dazu wurden im zweiten Untersuchungszeitraum bedeutend mehr Kinder, doppelt so viele, erstmalig im Anschluss an die Behandlung fremdplatziert (1998/99: 30%) als in der früheren Untersuchung (1991/92: 14%).

Der Anteil an Kinder, welche aus einem Heim zur Behandlung in die Klinik kamen, und im Anschluss daran wieder in einem Heim fremdplatziert wurden, ist im zweiten Zeitraum (1998/99: 34%) fast doppelt so hoch als im ersten gewesen (1991/92: 18%).

Keinen Unterschied gibt es im Prozentsatz der Kinder, welche einen anamnestischen Heimaufenthalt aufwiesen (nicht direkt von einem Heim in die Klinik kamen), doch nach der stationären Therapie wiederum in einem Heim fremdplatziert wurden (1991/92 und 1998/99 jeweils 10%).

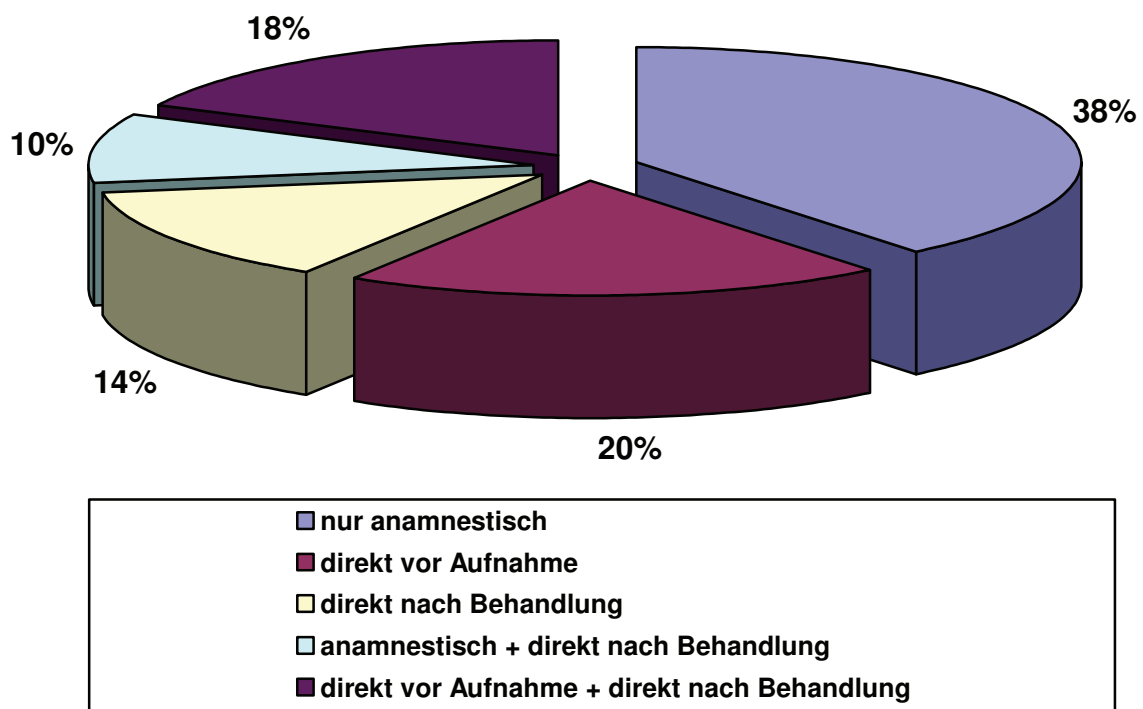


Abb 58: Heimunterbringung 1991/92

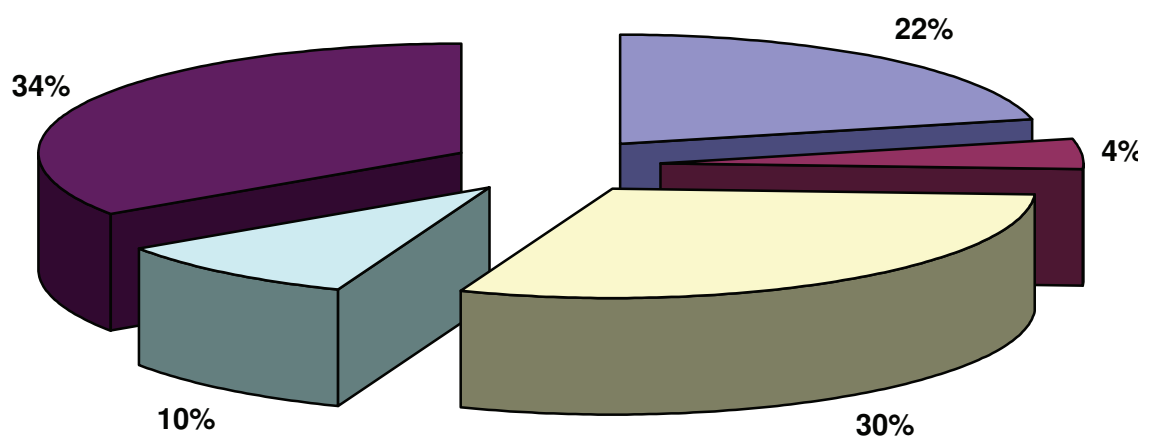


Abb 59: Heimunterbringung 1998/99

Zahl der Behandlungen

Deutlich öfter sind Patienten im Untersuchungszeitraum 1998/99 wiederholt in stationärer Behandlung gewesen (1998/99 36%, 1991/92 18%), der Unterschied war signifikant ($p < 0.05$).

IQ

Die Unterschiede der zwei Untersuchungszeiträume stellten sich als signifikant heraus ($p < 0.02$). Der Anteil der Patienten mit mindestens durchschnittlicher Intelligenz war im zweiten Untersuchungszeitraum deutlich geringer. Nur etwas mehr als die Hälfte der Patienten hatten 1998/99 einen IQ über 84 Punkten, dagegen waren es 1991/92 noch drei Viertel der Patienten.

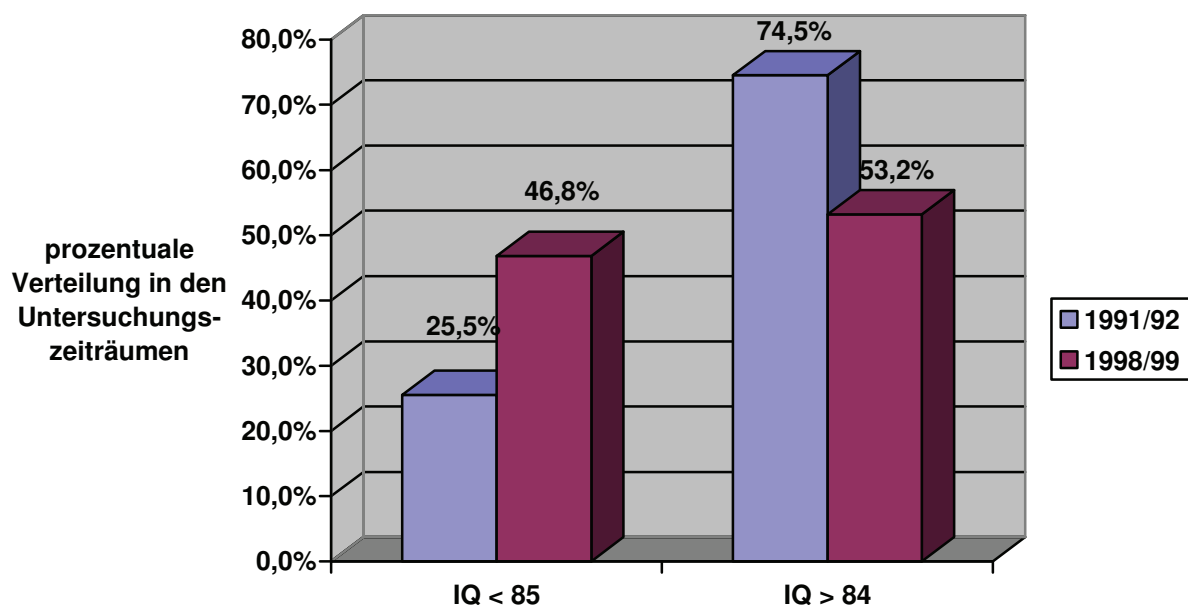


Abb 60: Intelligenzunterschiede

Konzentration und Ausdauer

Die Ergebnisse zeigten keine wesentlichen Unterschiede.

Aggression

Die Patienten der Untersuchung 1998/99 sind mit signifikantem Unterschied ($p < 0.002$) weitaus häufiger aggressiv (90%) als jene in der Untersuchung 1991/92 (65%) gewesen.

Hypermotorik

Der Unterschied ist ohne Signifikanz, aber tendenziell waren 1998/99 etwas weniger Kinder davon betroffen. Während 1991/92 die Hälfte der Patienten unruhig im Sinne der Hypermotorik waren, machten dies 1998/99 nur 42% aus.

Dissoziale Verhaltensweisen

Lügen

1998/99 logen deutlich weniger Kinder ($p < 0.1$) (1991/92 77%, 1998/99 62%).

Streiten

Auch das Merkmal Streiten ist im Zeitraum 1998/99 deutlich weniger ausgeprägt gewesen. Der Unterschied war hochsignifikant ($p < 0.001$). Während 1991/92 fast 90% der Kinder streitsüchtig gewesen sind, waren es 1998/99 nur 57%.

Aufsässig

Dieser Vergleich war ohne Unterschiede zwischen den Untersuchungen.

Wut

Zwar ohne Signifikanz, wohl aber mit einem Unterschied, zeigten Patienten im Untersuchungszeitraum 1991/92 (80%) häufiger Wutanfälle (1998/99: 68%).

Stehlen

Die Patienten der Jahre 1998/99 haben signifikant weniger gestohlen ($p < 0.02$). 1991/91 haben 73% der Kinder gestohlen, 1998/99 taten dies nur 52%.

Schwänzen

Prozentual ähnlich verteilt, wie beim vorherigen Untersuchungspunkt (1991/92: 75%, 1998/99: 56%), war es auch im Punkt des Schwänzens. Signifikant weniger wurde in den Jahren 1998/99 ($p < 0.05$) geschwänzt.

Weglaufen

In den Jahren 1998/99 sind deutlich weniger Kinder von ihrem Zuhause weggelaufen. Der Unterschied fiel hoch signifikant aus ($p < 0.001$) (1991/92: 78%, 1998/99: 48%).

Angst

Unter Ängsten litten deutlich weniger Kinder der Jahre 1998/99 als Kinder der früheren Untersuchung. Der Unterschied war hoch signifikant ($p < 0.001$).

Angst hatten 1991/92 86% der untersuchten Patienten, 1998/99 nur 45%.

Suizid

22 Suizidversuche im zweiten Untersuchungszeitraum standen einem einzigen im ersten Zeitraum gegenüber. Die Signifikanz des Unterschiedes betrug $p < 0.002$ (1991/92: 2%, 1998/99: 24%).

Enuresis

Ein Viertel der Kinder der ersten Untersuchung fielen mit Enuresis auf, ein Drittel der Kinder in der zweiten. Der Unterschied war nicht signifikant.

Enkopresis

In beiden Untersuchungen war die Ausprägung von Enkopresis gleichartig.

Alkohol- und Drogenmissbrauch der Patienten

In der Untersuchung von 1991/92 wurde dieses Merkmal kein einziges Mal erfasst.. Allein von allen im Anschluss an die stationäre Behandlung fremdplatzierten Patienten 1998/99 (Gruppe 3, $n = 69$) waren 23 Patienten substanzabhängig.

Diagnosen

Der Vergleich der Diagnosen erfolgte nach den von beiden Untersuchungen verschlüsselten ICD-10-Codierungen der Erstdiagnosen.

Erstaunlicherweise stimmten die Prozentränge der Diagnosen, bis auf zwei, überein. Bei diesen zwei Diagnosen deutete sich eine Verschiebung von der einen Diagnose zur anderen an:

1991/92 wurde bei der Hälfte aller untersuchten Kinder eine Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F91) diagnostiziert. 1998/99 war dies in nur 6% der Fall.

In der Untersuchung 1998/99 wurden dagegen in knapp der Hälfte der Fälle Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10: F43) diagnostiziert, welche 1991/92 nur 8% ausmachten.

Eine so drastische Änderung der Erkrankungen der Klientel ist zweifelhaft. Wahrscheinlicher ist eine veränderte Diagnosenvergabe.

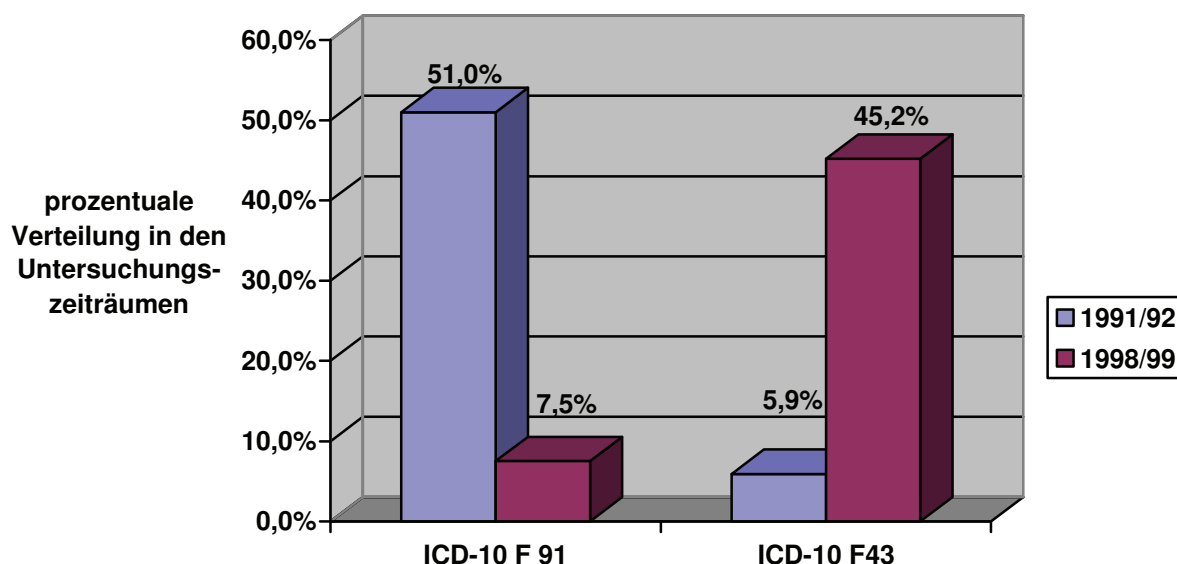


Abb 61: Diagnosenverschiebung zwischen 1991/92 und 1998/99

V.1.2 Zusammenfassung

Der Vergleich beider Arbeiten bzw. Untersuchungszeiträume zeigte bei fast allen Untersuchungspunkten Entwicklungen und Veränderungen. Lediglich die Diagnosen und der Behandlungserfolg der behandelten Kinder wiesen keine großen Unterschiede auf.

Um die zusammenfassende Wertung übersichtlich darzustellen, soll hier eine Gliederung in Person, Herkunft, Behandlung des Patienten sowie dem Heimzusammenhang geschehen.

Person

Das Geschlechterverhältnis hat sich ausgeglichen, nach dem vorher die Jungen mit 70:30 überwogen.

Die behandelten Patienten sind wesentlich älter. Die Behandlung erfolgte nun im pubertären Alter (14.3 Lebensjahre), während das Durchschnittsalter 1991/92 noch knapp präpubertär (10.9 Lebensjahre) anzusiedeln war.

Die Patienten der späteren Untersuchung hatten einen deutlich geringeren IQ.

Aggressionen traten wesentlich häufiger auf.

Die weiteren dissozialen Faktoren überraschten jedoch: Lügen, Streiten, Stehlen, Schwänzen, Weglaufen sind deutlich gesunken, tendenziell auch die Wut. Die Aufsässigkeit änderte sich nicht. Auch die Ängstlichkeit der Patienten wurde weniger. Allerdings haben Suizidversuche und Substanzmissbrauch stark zugenommen.

Herkunft

Positiv zu verzeichnen ist, dass mehr Kinder in einem heilen Elternhaus aufgewachsen sind (Hier muss der Querverweis zur Methodik erfolgen, da dieser Unterschied am ehesten auf der veränderten Erhebung basiert. In unserer Studie wurde die überwiegende Situation erfasst, bei der Vergleichsarbeit nur die Elternhaussituation).

Doch sind die Mütter und Väter viel häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen.

Die Stellung in der Geschwisterreihe der behandelten Patienten hat sich nicht verändert. Der Prozentsatz der Geschwister im Heim jedoch ist angestiegen.

Behandlung

Die Dauer der Behandlung hat deutlich abgenommen. Da der Behandlungserfolg sich nicht verändert hat, muss dies nicht negativ bewertet werden. Allerdings stieg die Anzahl der wiederholten Behandlungen merklich.

Einweisungen erfolgten häufiger als Notaufnahmen, weniger als Überweisungen aus dem Heim. Hierauf soll noch eingegangen werden.

Weiterbehandlungen wurden weniger in der eigenen Poliklinik durchgeführt. Häufiger konnte sogar keine Weiterbehandlung festgestellt werden. Zunehmend wurde auch in Heimen weiterbehandelt.

Heimzusammenhang

Patienten mit Heimerfahrung im Vorfeld der Behandlung gab es weniger. Weiterhin verschob sich der Zeitpunkt der erstmaligen Fremdplatzierung auf höhere Lebensalter.

Die Rate an erstmaligen Fremdplatzierungen im Anschluss an die stationäre Behandlung stieg auf das Doppelte an.

Die Beweggründe für die Überweisung aus einem Heim in die Klinik veränderten sich insofern, als häufiger situative Überforderungen und weniger längerfristige Eskalationen genannt wurden. Die Häufigkeit der Begründung „ausgeschöpfter eigener Ressourcen“ blieb gleich.

Die Beweggründe für die Überweisung von der Klinik in ein Heim erfolgten häufiger aufgrund gelöster Probleme des Kindes und weniger aufgrund familiärer Ursachen.

In den verschiedenen Überweisungsmodi zwischen Klinik und Heim wurde ersichtlich, dass deutlich weniger Kinder mit Heimerfahrungen behandelt wurden, jedoch mehr Fremdplatzierungen erfolgten.

Fazit

Die Zusammenschau dieser Ergebnisse bestätigt einige der aufgestellten Hypothesen:

Ein schlechteres Frühwarnsystem zeigt sich darin, dass es einen Anstieg der Zahl der Fremdplatzierungen, der erstmaligen Fremdplatzierungen und auch einen Anstieg des Alters bei Fremdplatzierungen gegeben hat. Außerdem hatten weniger Patienten Heimerfahrung.

Insuffiziente oder auch fehlende Hilfemaßnahmen zeigten sich in der niedrigeren Intelligenz der Fremdplatzierten. Die bestehenden Hilfemaßnahmen konnten also scheinbar bei Patienten mit geringerem IQ eine Fremdplatzierung nicht abwenden. Die Zunahme der gesamten Fremdplatzierungszahl sowie der Anstieg der Zahl erstmaliger Fremdplatzierungen im direkten Anschluss an eine stationäre Behandlung zeigten Verschlechterungen oder erhöhte Bedürfnisse an protektiven oder ambulanten Hilfeleistungen auf.

Gesellschaftliche Veränderungen ließen sich unter anderem durch eine erhöhte Arbeitslosigkeit und eine gestiegene Aggressionssymptomatik erkennen.

Die verkürzten stationären Behandlungszeiten spiegelten die Gesundheitspolitik wider. Bei unveränderten Behandlungserfolgen kann man dabei aber noch nicht von einer per se negativen Entwicklung sprechen.

V.2 Vergleich der Adoptiv- und Pflegekinder der stationären Klientel der KJPP Rostock der Jahrgänge 1998/99 mit 1991/92

Es wurden in beiden Untersuchungen die stationär behandelten Kinder aus Adoptiv- oder Pflegeverhältnissen der entsprechenden Jahre herausgefiltert.

Zur Vereinfachung werden diese Adoptiv- und Pflegekinder nur Adoptivkinder genannt.

Untersuchung der Jahre 1998/99 (Lau)

Die Anzahl der Kinder betrug $n=20$, welches 5.9% der Gesamtinanspruchnahmepopulation der KJPP ($n=341$) der Universität Rostock entsprach.

Weiterhin machte dies 21.5% ($n=93$) der Vergleichspopulation zur Arbeit von Hentsch aus. Gemeint sind damit die Kinder der Jahrgänge 1998/99, welche Heimerfahrung hatten.

Untersuchung der Jahre 1991/92 (Hentsch 1999)

In diesem Zeitraum betrug die Anzahl an Adoptivkindern $n=12$.

Dies entspricht 23.5% der Hentsch-Population ($n=51$), also der Kinder der Jahrgänge 1991/92 mit Heimerfahrung.

Die Häufigkeit von behandelten Adoptivkindern ist vergleichbar in den Jahren 1991/92 (23.5%) und 1998/99 (21.5%).

V.2.1 Vergleich der einzelnen Untersuchungspunkte

Im Folgenden werden die vergleichbaren Untersuchungspunkte beider Arbeiten dargestellt. Hiernach soll eine schlussfolgernde Zusammenfassung die herausragenden Punkte festhalten.

Erfolg

Ein Therapieerfolg ist in 73% der Fälle 1991/92 und in 60% der Fälle 1998/99 eingetreten (ohne Signifikanz).

Milieu:

Jeweils zwei Drittel der Adoptivkinder kamen aus einem eher besseren Milieu.

Zeitpunkt der ersten Heimunterbringung:

In den Jahren 1991/92 wiesen alle Kinder in den ersten vier Lebensjahren eine Heimplatzierung auf, die Hälfte dieser Kinder sogar im ersten Lebensjahr.

Die Kinder, welche in den Jahren 1998/99 stationär behandelt wurden, wiesen nur in der Hälfte der Fälle eine Heimplatzierung in den ersten vier Lebensjahren auf. Bis auf zwei Patienten (entspricht 10%), welche nie fremdplatziert wurden, ist der andere Teil der Kinder erst später in einem Heim platziert worden (5. bis 20. Lebensjahr).

Aufgrund der geringen Anzahl der Vergleichsgruppen war dieser Unterschied nicht signifikant.

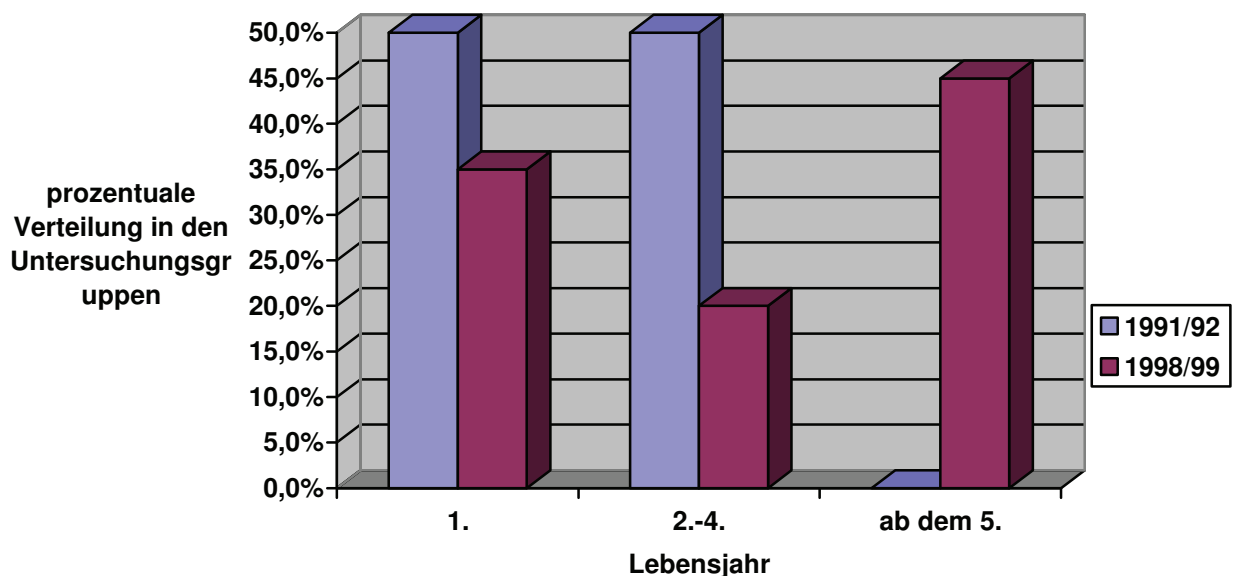


Abb 62: Zeitpunkt der ersten Heimplatzierung

Überweisungsmodus zwischen Heim und Klinik

1991/92 sind alle Kinder, bis auf eines (= 9%), irgendwann einmal vor dem stationären Aufenthalt, fremdplatziert worden, kamen dann in die neue Familie und von dort zur stationären Therapie. Von dieser gingen sie wiederum in die Familie. Das eine Kind unterschied sich von den anderen nur darin, dass es nach dem Klinikaufenthalt nicht zurück in die Familie ging, sondern erneut fremdplatziert wurde.

1998/99 wurde fast die Hälfte der Kinder erneut fremdplatziert. Allein 20% der Kinder kamen schon aus einem Heim zur stationären Therapie, d. h. das Pflegeverhältnis war schon im Vorfeld aufgelöst. 25% wurden aus einem bestehenden Pflegeverhältnis heraus fremdplatziert (siehe Abbildung 63). Wiederum konnte aufgrund der geringen Fallzahl keine Signifikanz errechnet werden.

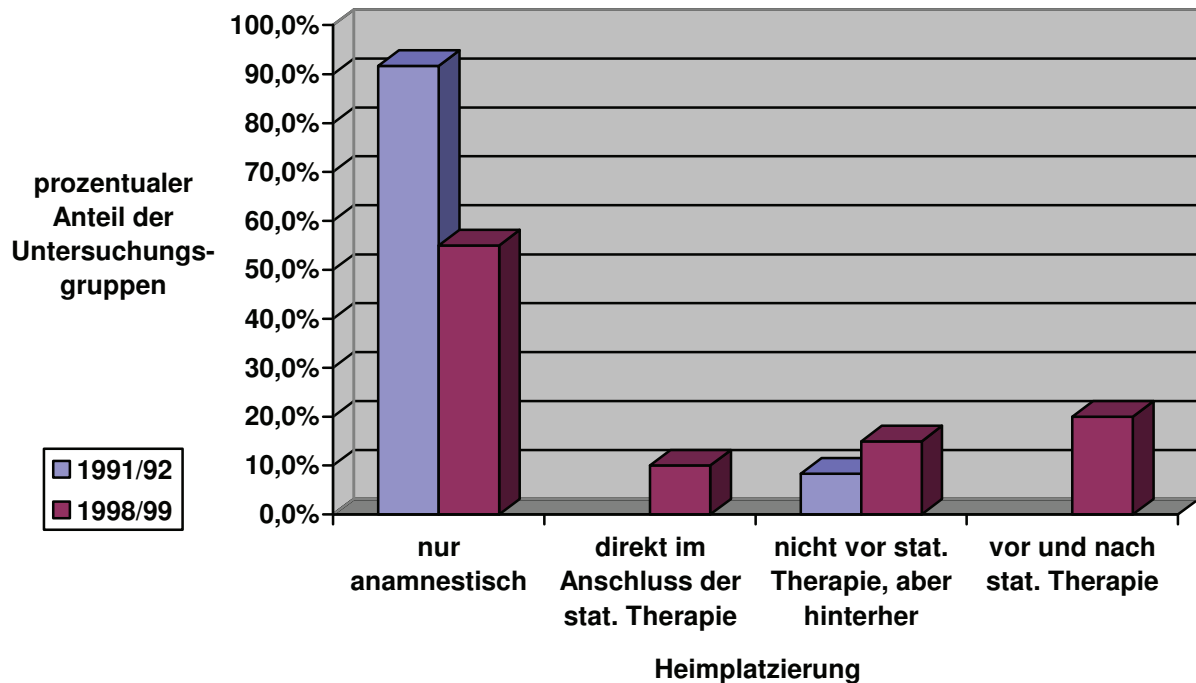


Abb 63: Modus zw. Heim und Klinik

Hier stellt sich die Frage, ob und wenn, warum die Pflegschaftsverhältnisse zum späteren Zeitpunkt nach der Wende nicht den nötigen Halt boten.

Zahl der Behandlungen

Für alle Adoptivkinder 1991/92 ist der Klinikaufenthalt ihre erste stationäre Behandlung gewesen.

Dies kann man aber nur für 80% der Kinder der Untersuchungsgruppe der Jahre 1998/99 sagen. 20% waren schon einmal in der Klinik aufgenommen worden.

Intelligenz

Während 1991/92 alle bis auf ein Kind mindestens normalintelligent (IQ über 85) waren, sind dies nur die Hälfte der Adoptivkinder 1998/99 gewesen. Die andere Hälfte war unterdurchschnittlich intelligent (8 Kinder niedrig intelligent (IQ 70 – 85), 1 Kind leicht intelligenzgemindert (IQ 50-69).

(ohne Signifikanz), Siehe Abbildung 64.

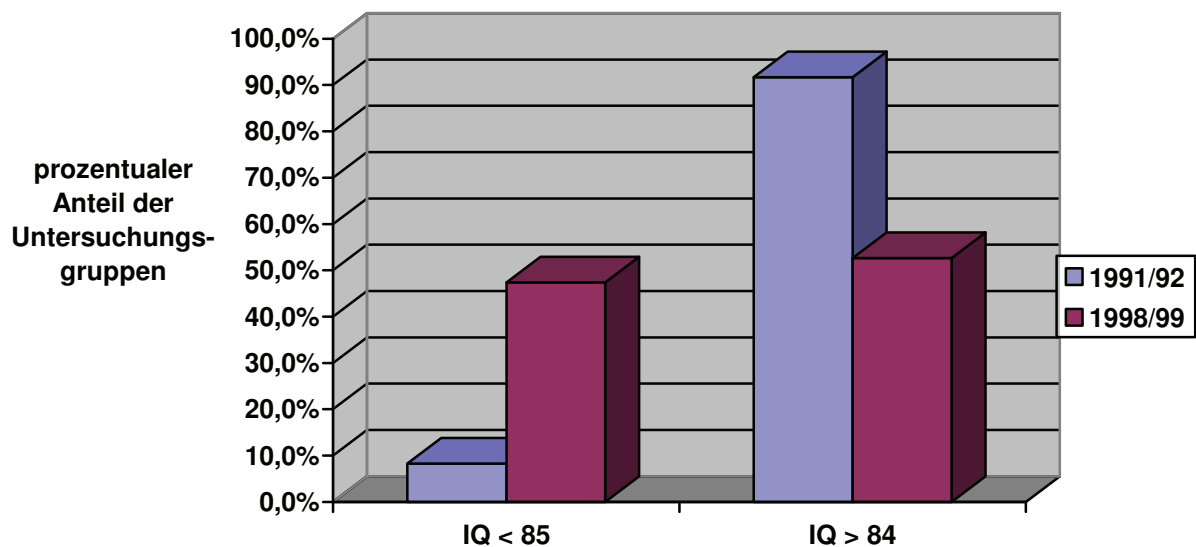


Abb 64: Intelligenz der Adoptiv- und Pflegekinder

Konzentration

Jeweils die Hälfte der Kinder beider Untersuchungsgruppen war konzentrationsschwach.

Aggression

Während nur zwei Drittel der Kinder 1991/92 als aggressiv galten, waren dies 19 der 20 Kinder der Jahre 1998/99 (= 95%).

Hypermotorik

Diesbezüglich gab es keine größeren Unterschiede. 60% hypermotorische Kinder der Untersuchung 1998/99 standen 50% der Kinder von 1991/92 gegenüber.

Lügen

Das Merkmal „Lügen“ war bei drei Viertel der Kinder 1998/99 und bei zwei Drittel der Kinder 1991/92 zu finden.

Streiten

Einen signifikanten Unterschied ($p < 0.05$) fand sich beim Merkmal „Streiten“. Während alle Kinder der Untersuchung 1991/92 als streitend eingestuft wurden, waren es nur knapp mehr als die Hälfte (55%) 1998/99.

Aufsässigkeit

Tendenziell war dieses Merkmal 1998/99 (90%) häufiger als 1991/92 (75%).

Wutanfälle

Es bestanden keine großen Unterschiede zwischen der Häufigkeit von Wutanfällen der Kinder 1991/92 (83%) zu 1998/99 (75%).

Stehlen

Jeweils 50% der Kinder beider Untersuchungen stahlen.

Schwänzen

Jeweils 60% der Kinder beider Untersuchungen schwänzten entweder die Schule oder Ausbildungsstätte.

Weglaufen von Zuhause

Während knapp 60% der Kinder 1991/92 von ihrem Zuhause wegliefen, waren es 1998/99 nur 45% (ohne Signifikanz).

Angst

Ein signifikanter Unterschied bestand in der Ängstlichkeit der Patienten ($p < 0.02$): Während 1991/92 alle Patienten als solche bezeichnet wurden, waren es nur 50% der Patienten 1998/99.

Suizidversuche

In der Untersuchung 1991/92 wies kein Patient einen Suizidversuch auf. Dies taten jedoch zwei Patienten (entspricht 10%) der Untersuchung 1998/99.

Substanzmissbrauch des Patienten

Hier bestand ein hoch signifikanter Unterschied ($p < 0.001$): Keiner der Patienten der Untersuchung 1991/92 wies einen Substanzmissbrauch auf. Dagegen war dies bei 75% der Patienten 1998/99 der Fall.

V.2.2 Zusammenfassung

Zwar waren die zu vergleichenden Populationen sehr klein, doch es zeichnete sich der Trend ab, dass sich die Patienten der Untersuchung 1998/99 in vielen Punkten verschlechtert haben. So waren weniger Behandlungserfolge zu verzeichnen, stieg die Zahl der stationären Behandlungen und die Patienten wurden häufiger erneut fremdplatziert.

Die Adoptivkinder der Untersuchung 1998/99 waren weniger intelligent, aufsässiger, aggressiver und betrieben häufiger Substanzmissbrauch. Sie wurden häufiger erst mit höherem Lebensalter erstmalig in einem Heim platziert.

Keine Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen fanden sich hinsichtlich der Einstufung des Milieus und einem Teil der dissozialen Verhaltensstörungen (Hypermotorik, Lügen, Wutanfälle, Stehlen, Schwänzen).

Bei wieder einem anderen Teil der dissozialen Verhaltensstörungen (Streiten, Weglaufen) waren Verbesserungen der Patienten der Jahre 1998/99 erkennbar.

Ängste waren 1998/99 weniger zu eruieren als 1991/92.

V.3 Diskussion der Ergebnisse

V.3.1. Diskussion der Ergebnisse der Klientel der KJPP der Jahre 1998/99 anhand der gestellten Hypothesen

341 Patienten wurden in die Untersuchung einbezogen. Das Geschlechterverhältnis betrug (m:w) 3:2. Das mittlere Alter der Gesamtklientel lag bei knapp 13 Lebensjahren ($s=3.23$).

Mädchen waren signifikant fast 2 Jahre älter als Jungen ($p<0.001$). Weiterhin waren sie mit fast 10 IQ-Punkten (IQ-mittelwert 97.48) hochsignifikant ($p<0.001$) intelligenter als Jungen (IQ-mittelwert 88.10).

Diese hatten hochsignifikant häufiger Entwicklungsverzögerungen als Mädchen ($p<0.001$). Knapp zwei Drittel der Jungen wies Defizite hinsichtlich der Entwicklung auf (40% der Mädchen). Auch hatten die Jungen signifikant häufiger ein verändertes EEG-Muster ($p<0.02$) sowie hochsignifikant häufiger eine Konzentrationsschwäche als Mädchen ($p<0.001$), waren öfter aggressiv ($p<0.001$) und bewiesen fehlende Ausdauer ($p<0.001$). Jungen logen ($p<0.001$) und stritten ($p<0.001$) nicht nur öfter, sie waren auch häufiger aufsässig ($p<0.002$) und hatten öfter Wutanfälle ($p<0.001$). Außerdem haben sie öfter gestohlen ($p<0.005$) als Mädchen.

Hochsignifikant war auch der Vergleich der Altersgruppen der Gesamtklientel: Bei den 0-13-Jährigen, mit Peak bei den 8-10-Jährigen, überwog die Ausprägung einer Konzentrationsschwäche, im hochsignifikanten Gegensatz zu den 14-19-jährigen ($p<0.001$). Die Bevorzugung des männlichen Geschlechts, sowie der Gipfel der 8 bis 10-Jährigen, deutet auf einen hohen Anteil von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit hin. Auch die Abnahme der hypermotorischen Symptomatik und der Ausdauerdefizite mit zunehmendem Alter der Patienten war überzufällig häufig ($p<0.001$).

Ein Zehntel des Patientengutes (11.2%) wiesen Suizidversuche in ihrer Anamnese auf. Mädchen unternahmen hochsignifikant häufiger Suizidversuche als Jungen ($p<0.001$). 20% aller weiblichen Patienten wiesen anamnestisch Selbsttötungsversuche auf, dagegen aber nur knapp 5% der Jungen.

13.6% der Patienten (43 Patienten) betrieben Substanzmissbrauch, sowohl Alkohol- als auch Drogenmissbrauch.

Die Gesamtklientel betrachtet, ist mehr als die Hälfte der Patienten (55.7%) überwiegend in einer Familie mit ihren Müttern und Vätern aufgewachsen. Bei fast einem Drittel wuchs das Kind nur bei der leiblichen Mutter auf. Fast zwei Drittel (63%) des Patientengutes hatten mindestens ein Elternteil verloren und etwas mehr als die Hälfte der Eltern (54.4%) waren geschieden.

Den größten Anteil, mit mehr als einem Drittel der Klientel, machten die Zweitgeborenen (35,8%) aus. Der Anteil der Erstgeborenen war mit 26.5% nur der Zweithäufigste, Einzelkinder 16% und Letztgeborene 13%. Alle weiteren Vergleiche waren ohne signifikante Unterschiede. Auffallend war jedoch, dass die Zweitgeborenen bei den Nicht-Fremdplatzierten einen höheren Prozentrang (39%) als bei den Fremdplatzierten (29.8%) belegten. Ebenso auffällig war der Unterschied der Erstgeborenen: Der Anteil der Erstgeborenen der Nicht-Fremdplatzierten war geringer (22.9%) als der der Fremdplatzierten (33.3%).

Auch der Anteil der jüngsten Geschwister war in Gruppe 3 mit 19% auffallend hoch, dagegen geringer in Gruppe 2 mit 7.8% und in Gruppe 1 betrug er 12.4%.

Werden also Erst- und Letztgeborene eher fremdplatziert als Zweitgeborene? In unserer Untersuchung fiel dies zwar auf, war jedoch nicht signifikant.

Die Gesamtklientel betrachtet, betrieben in mehr als der Hälfte (57.3%) der Fälle Elternteile Alkoholmissbrauch. Bei einem Drittel der Fälle ließ sich eine familiäre Belastung auf Ebene der Eltern und Großeltern nachweisen.

Mehr als die Hälfte aller Patienten (55.1%) kamen aus niedrigem sozialem Milieu.

In 70% der Behandlungen trat ein Behandlungserfolg ein. In 30% ergaben sich keine Veränderungen. Patienten, welche mit Therapieerfolgen entlassen wurden, verzeichneten durchschnittlich längere Behandlungszeiten als Patienten ohne Therapieerfolg. Je älter die Patienten zum Behandlungszeitpunkt waren, desto seltener stellte sich ein Behandlungserfolg ein ($p < 0.05$).

Für 20% der Patienten des Untersuchungszeitraumes 1998 / 99 ist dies eine wiederholte Behandlung gewesen.

In fast der Hälfte der Fälle (45.2%) wurde nur eine Diagnose nach der ICD-10 vergeben. Zwei Diagnosen wurden in 38.4% und drei Diagnosen in 15.8% vergeben. Den größten Anteil der Erstdiagnosen machten mit 35.2% Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43) aus, gefolgt von kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92) 10.6%; Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-54) 9.7%; Störungen des Sozialverhaltens (F 91) 7.6% und zuletzt hyperkinetischen Störungen (F90) 6.7%.

Ein Drittel des Patientengutes (35.4%) sollte nach Meinung des behandelnden Teams im Anschluss an die stationäre Behandlung fremdplatziert werden. Dieser Anteil teilt sich in 20%, die auch tatsächlich fremdplatziert wurden (Gruppe 3), und 15%, denen nur die Empfehlung im Arztbrief ausgesprochen wurde, wo aber keine Umsetzung folgte (Gruppe 2).

Die Gruppe der fremd zu Platzierenden (Gruppen 2+3) war mit 14.6 Jahren im Mittel mehr als 2 Jahre älter als die Gruppe der Nicht-Fremdplatzierten (12.1 Jahre) ($p < 0.001$).

Es lässt sich eine signifikant geringere Intelligenz der fremd zu Platzierenden im Vergleich zu den Nicht-Fremdplatzierten feststellen ($p < 0.05$), Mittelwerte der Intelligenzquotienten: 93.51 vs 88.84.

Die fremd zu platzierenden Kinder (Gruppen 2 + 3) waren hoch signifikant ($p < 0.001$) nicht nur häufiger aggressiv sondern auch aggressiver als Gruppe 1.

Die dissozialen Verhaltensstörungen: Lügen, Streiten, Aufsässigkeit, Wutausbrüche, Stehlen von Wertgegenständen, Schwänzen von Schule oder Ausbildung, Weglaufen von Zuhause kamen weiterhin häufiger bei den fremd zu platzierenden Gruppen 2 und 3 als bei den Nicht-Fremdplatzierten (Gruppe 1) vor ($p < 0.001$). Während die nicht fremdplatzierten Patienten (Gruppe 1) zu fast 60% nur eine „ausgeprägte“ Aufnahmesymptomatik aufwiesen, war die Symptomatik der fremdplatzierten Patienten (Gruppe 2) bei Aufnahme zu über 60% „gravierend“ ($p < 0.001$).

Im Vergleich der drei Gruppen untereinander stieg der Anteil der „gravierenden“ Aufnahmesymptomatik von Gruppe 1 bis 3 kontinuierlich an ($p < 0.001$), was die Prädiktion einer Fremdplatzierung ausweist.

Auch Suizidversuche kamen in den fremdplatzierten Gruppen (2 und 3) mit 22.5% häufiger vor als in der nicht fremdplatzierte Gruppe 1 (5%) ($p < 0.001$).

Der Substanzmissbrauch der Patienten war in Gruppe 3 (33.3%) höher als in Gruppe 2 (15.4%) und Gruppe 1 (5.5%). Auch diese Signifikanz ($p < 0.001$) im Vergleich aller

drei Gruppen miteinander beweist, dass der Substanzmissbrauch eines Patienten prädiktiven Wert für eine Fremdplatzierung hat.

Patienten, welche fremduntergebracht werden sollten (Gruppe 2 und 3) hatten deutlich seltener einen Therapieerfolg als die übrigen Patienten (Gruppe 1) ($p < 0.001$).

Wenn man die vorgeschlagen Fremdplatzierten (Gruppe 2) mit den Fremdplatzierten (Gruppe 3) im Weiteren untereinander verglich, zeigte sich hochsignifikant, dass die Gruppe 3 bessere und die Gruppe 2 schlechtere Behandlungserfolge erzielte ($p < 0.002$). Die nicht durchgesetzte Fremdplatzierung scheint hier einem Behandlungserfolg im Wege zu stehen.

Im Vergleich aller drei Gruppen miteinander war die Zunahme des Elternteilverlustes von Gruppe 1 über Gruppe 2 zu Gruppe 3 hochsignifikant ($p < 0.001$).

Im Falle der Scheidung ließ sich eine ähnliche Entwicklung erkennen, wie sie schon beim Untersuchungspunkt des Verlustes zu sehen gewesen ist. Beide Untersuchungspunkte haben somit prädiktiven Wert für die Fremdplatzierung eines Patienten.

Zusammenfassend lässt sich formulieren, dass Mütter der Gruppe 2 eine signifikant höhere berufliche Qualifikation aufwiesen als Mütter der Gruppe 3, tendenziell auch als Mütter der Gruppe 1. Weiterhin lag die Schulbildung und Berufstätigkeit der Mütter der verschiedenen Gruppen tendenziell in der absteigenden Reihenfolge Gruppe 2, 1 und 3.

Die Väter der Gruppe 2 waren tendenziell höher gebildet und berufstätig als die der Gruppe 3. Weiterhin ähneln sich die Väter der Gruppen 1 und 2, also der Gruppen, in denen es nicht zu einer Fremdplatzierung gekommen ist.

Die Rate des Substanzmissbrauchs der Eltern ist bei der Gruppe 1 am geringsten und nimmt über die Gruppe 2, den vorgeschlagen Fremdplatzierten, zur Gruppe der Fremdplatzierten, der Gruppe 3, konsequent zu ($p < 0.001$). Nach diesen Ergebnissen ist auch der Alkoholmissbrauch der Eltern nachweislich ein prädizierender Faktor für eine Fremdplatzierung. Anders herum scheint es, wenn es keinen nachweisbaren Missbrauch in der Familie gibt, ein protektiver Faktor zu sein.

Bei knapp der Hälfte (47.6%) der fremdplatzierten Patienten ließ sich eine familiäre Komponente psychischer Erkrankungen eruieren. Im Gegensatz dazu signifikant weniger traten diese bei etwas mehr als einem Viertel (26.7%) der Nicht-Fremdplatzierten ($p < 0.002$) auf. Die Häufigkeit an psychischen Erkrankungen in der Familie nahm von Gruppe 1, den Nicht-fremdplatzierten, über Gruppe 2, den empfohlen Fremdzuplatzierenden, zu Gruppe 3, den Fremdplatzierten, zu ($p < 0.002$). Somit hat auch dieser Risikofaktor einen prädiktiven Wert für eine Fremdunterbringung.

Niedriges soziales Milieu fand sich bei den Fremdplatzierten (Gruppen 2 und 3) hochsignifikant häufiger als bei den Nicht-Fremdplatzierten (Gruppe 1) (70.2% vs 46.8%) ($p < 0.001$).

Alle Gruppen verglichen, stellte sich die Untersuchung wie folgt dar: Kinder der Gruppe 3 kamen signifikant (zu 81.2%) häufiger aus einem eher niedrigen sozialen Milieu als Kinder der Gruppe 2 (55.8%) ($p < 0.005$). Die Kinder der Gruppe 1 tendierten eher zu einem höheren sozialen Milieu (53.2%). Ihr Unterschied zur Gruppe 2 ist nicht signifikant.

Somit scheint auch ein niedriges soziales Milieu nachweislich ein prädiszierender Faktor für eine Fremdplatzierung eines Kindes zu sein.

10% (36 Fälle) der Patienten der Gesamtklientel wurden aus einer Heimunterbringung zur stationären Behandlung eingewiesen. Dabei spielten kaum längerfristige Eskalationen (1,2% = 4 Fälle), sondern meist ausgeschöpfte eigene Ressourcen (5,3% = 18 Fälle) und situative Überforderungen (4,1% = 14 Fälle) die Rolle.

Bei 43% der 69 Fälle, in denen es zu einer Fremdplatzierung im Anschluss an die Therapie kam (20,2% der Gesamtklientel), gehörte diese zum Therapiekonzept. Bei 35% waren die Ressourcen der KJP ausgeschöpft, die Therapieversuche gescheitert oder die Möglichkeiten ausgereizt. In 20% sollte das Kind aus familiären Gründen oder sozialer Indikation aus dem gegebenen Verbund gelöst werden.

Patienten, welche aus einer Heimunterbringung in die stationäre Behandlung der Kinder- und Jugendpsychiatrie kamen (33), sind bis auf eine Ausnahme wieder in eine stationäre Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe entlassen worden.

Im Vergleich aller drei Gruppen stieg die Rate der Fremdplatzierungen mit der Zahl vorheriger stationärer Behandlungen an. Dieser Vergleich der Zahl an Fremdplatzierungen mit der Zahl der Behandlungen sowie mit der Zahl wiederholter Behandlungen in dieser Klinik war hochsignifikant ($p < 0.001$).

Die folgenden in der vorliegenden Untersuchung gefilterten Merkmale haben gemeinsam, dass sie bei Patienten, denen eine Fremdplatzierung angeraten wurde, hoch signifikant häufiger zutreffen als bei Patienten ohne eine solche. Bei Patienten mit durchgesetzter Fremdplatzierung ist die Merkmalserfüllung wiederum hoch signifikant häufiger.

Je eher also ein solches Merkmal erfüllt wird, um so eher kommt es zu einer Fremdplatzierung. Es sind Prädiktoren einer Fremdplatzierung.

(Gruppe 1 vs. 2 $p < 0.02$, Gruppe 1 vs. 3 $p < 0.001$, Gruppe 2 vs. 3 $p < 0.001$).

1. Alkoholabusus der Eltern
2. schlechteres Milieu
3. häufige Behandlungszahl
4. ausgeprägtere Aufnahmesymptomatik
5. Substanzmissbrauch des Patienten
6. Verlust
7. Scheidung
8. Psychische Erkrankungen in der Familie

Dieser signifikante Anstieg der Mittelwerte von Gruppe 1 über Gruppe 2 zur Gruppe 3 verhilft dem Index zu einer Aussagefähigkeit, welche einem Patienten, vor seinem individuellen Hintergrund gesehen, in eine Risikogruppe für eine ärztlichen empfohlene Fremdplatzierungsmaßnahme einstuft (siehe Tabelle 4 und Abbildung 48).

V.3.2 Diskussion der Ergebnisse des Vergleiches der heimerfahrenen Klientel der KJPP Rostock der Jahre 1991/92 und 1998/99 anhand der gestellten Hypothesen

Im Vergleich der heimerfahrenen Klientel der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Rostock der unmittelbaren Nachwendejahre 1991/92 mit der Erhebung 1998/99 stellten sich drastische Veränderungen dar:

Allein schon die Anzahl der Patienten, welche die Einschluss- und Ausschlusskriterien erfüllten, war in dem Jahreszeitraum 1998/99 annähernd doppelt so hoch wie 1991/92. Dies zeigt schon auf, wie viel mehr Patienten Heimerfahrungen im Laufe der Nachwendejahre machen mussten.

Der Durchschnitt der behandelten Patienten war 1998/99 wesentlich älter. Die Behandlung erfolgte nunmehr erst im pubertären Alter (14.3 Jahre), während das Durchschnittsalter 1991/92 noch präpubertär anzusiedeln war (10.9 Jahre). Die Anzahl der wiederholten Behandlungen stieg merklich.

Die Patienten der späteren Untersuchung hatten einen deutlich geringeren IQ.

Aggressionen traten 1998/99 wesentlich häufiger auf.

Zu verzeichnen ist, dass mehr Kinder der zweiten Untersuchung in einem heilen Elternhaus aufgewachsen sind. Die Mütter und Väter waren viel häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen.

Patienten mit Heimerfahrung im Vorfeld der Behandlung gab es weniger. Weiterhin verschob sich der Zeitpunkt der erstmaligen Fremdplatzierung auf merklich höhere Lebensalter. Die Rate an erstmaligen Fremdplatzierungen im Anschluss an die stationäre Behandlung stieg auf das Doppelte an.

Das Fazit des Vergleichs bestätigt die gestellten Hypothesen und lässt die Feststellung zu, dass fehlende oder überforderte Überwachungs- und Vorsorgemechanismen zu einer drastischen Verschlechterung geführt haben.

Ein schlechteres Frühwarnsystem zeigt sich darin, dass es einen Anstieg der Zahl der Fremdplatzierungen, der erstmaligen Fremdplatzierungen und auch einen Anstieg des Alters bei Fremdplatzierungen gegeben hat.

Insuffiziente oder auch fehlende Hilfemaßnahmen zeigten sich weiterhin in der niedrigeren Intelligenz der Fremdplatzierten. Die bestehenden Hilfemaßnahmen (Früherkennung, Frühförderung, sonderpädagogische Maßnahmen) konnten also scheinbar bei Patienten mit geringerem IQ eine Fremdplatzierung nicht abwenden. Die Zunahme der gesamten Fremdplatzierungszahl sowie der Anstieg der Zahl erstmaliger Fremdplatzierungen im direkten Anschluss an eine stationäre Behandlung zeigten entweder Verschlechterungen der vorhandenen Hilfesysteme oder eine erhöhte Bedürfnislage an protektiven oder ambulanten Hilfeleistungen auf.

Die Untersuchung zeigte, dass die KJPP vermehrt das Angebot der stationären Kinder- und Jugendhilfe nutzt. Der Umkehrschluss konnte jedoch nicht gezogen werden. Das stationäre Angebot der KJPP wird von den Heimeinrichtungen deutlich vermindert genutzt.

Die Ursache könnte wiederum im deutlich unzureichenden ambulanten Sektor zu suchen sein.

Kalscheuer und Schone (Kalscheuer 2003) trafen zu Hilfen zur Erziehung die Feststellung, dass die sozialpädagogische Familienhilfe oft die einzige Handlungsalternative zur Fremdunterbringung sei. Hilfen wie „betreutes Familienwohnen, Familienhebammen, aufsuchende Familientherapie oder

Entlastungsangebote wie hauswirtschaftliche Hilfen, Babysitter, Gruppen für Mütter etc. seien eher unterentwickelt.

Weitere Ergebnisse bestätigten gestellte Hypothesen indem sich gesellschaftliche Veränderungen unter anderem durch eine erhöhte Arbeitslosigkeit und eine gestiegene Aggressionssymptomatik widerspiegeln.

Die verkürzten stationären Behandlungszeiten sind Folge der Veränderungen in der Gesundheitspolitik, Ausdruck des Druckes durch die Krankenkassen aber auch Ausdruck des gestiegenen Bedarfs an stationären Therapien. Bei unveränderten Behandlungserfolgen kann derzeit bei den konstatierten Verweildauern noch nicht von einem Risiko gesprochen werden, doch sollte dieser Druck auf die Kürzung der Verweildauer anhalten, käme es unweigerlich zu Qualitätsverlusten, die dann nicht mehr kompensiert werden könnten.

V.3.4 allgemeine Diskussion mit der Literatur

Die Einflüsse auf den Verlauf einer psychischen Erkrankung eines Kindes oder Jugendlichen sind mannigfaltig. Es besteht eine Vielzahl an Faktoren, die selbst eigenen Gesetzmäßigkeiten folgen und sich auch gegenseitig beeinflussen.

Die vorliegende Untersuchung suchte nach Faktoren, deren Auswirkungen auf das Leben des Kindes oder Jugendlichen einschneidenden Charakter haben.

Hierzu wurde die stationäre Klientel der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie / Psychotherapie der Universität Rostock der Jahre 1998/99 beschrieben und Zusammenhänge mit Fremdplatzierungsmaßnahmen ausgeleuchtet.

Dabei konnten in einem Risikoindex Faktoren aufgezeigt werden, welche die Wahrscheinlichkeit einer Fremdplatzierung erhöhen.

Remschmidt (Remschmidt 2002) benannte in einer selbst als nicht umfassend erklärten Aufzählung mögliche Einflüsse auf den Verlauf psychischer Erkrankungen: genetische Faktoren, Eigengesetzlichkeiten der Erkrankung, Entwicklungsfaktoren, Alter und Geschlecht, systematische Einwirkungen (Therapie und andere Hilfen), „zufällige“ Einwirkungen (z.B. Lebensereignisse), Risikofaktoren und protektive Faktoren. Hierbei scheinen Faktoren im Verlauf als dominant hervortreten zu können und sich auch entwicklungspsychopathologische Sequenzen zu manifestieren. Dieses bestätigen Untersuchungen wie diese zur prädiktiven Aussagefähigkeit von einzelnen Faktoren. Remschmidt bezieht sich hier generell auf den Verlauf psychischer Erkrankungen. Unserer Ansicht nach sind Fremdplatzierungen ein entscheidender Prozess, eine Zäsur im Verlauf einer psychischen Erkrankung eines Kindes.

Dies sei durch ein Beispiel untermalt: Remschmidt bezieht sich auf die wissenschaftliche Erfahrung, dass Störungen des Sozialverhaltens im Kindesalter mit dem erhöhten Risiko depressiver Symptomatik und dissozialer Persönlichkeitsstörungen sowie Delinquenz im Erwachsenenalter vergesellschaftet sind. Wir sahen, dass die Kinder mit Störungen des Sozialverhaltens unserer Studie zu einem erhöhten Teil fremdplatziert werden sollten (siehe Kap. IV.2.37.2). Fremdunterbringungen stellen somit ein einschneidendes Ereignis im Leben eines Kindes oder Jugendlichen dar und sind für seine weitere Entwicklung von Bedeutung.

Döpfner et al. (Döpfner 1998) beschrieben in ihrer repräsentativen Studie mit dem Alter zunehmende interne und dissoziale Verhaltensauffälligkeiten bei einem Bevölkerungsanteil von 3.6% wegen psychischer Auffälligkeiten sich in Behandlung

befindender deutscher Kinder und Jugendlichen. Remschmidt et al. (Remschmidt 2003) gehen von ca. 5% dringend behandlungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher bis zum Alter von 18 Jahren aus. Bei weiteren 10-13% seien aufgrund von auffälligen Verhaltensweisen diagnostische Maßnahmen und Behandlungsangebote angezeigt. In unserer Untersuchung stellte sich ein signifikanter Zusammenhang solcher Verhaltensauffälligkeiten mit Fremdplatzierungen dar.

Eine der Schlussfolgerungen der Arbeit von Presting et al. (Presting, Hoger et al. 1998) war, dass aus den Daten von Inanspruchnahmepopulationen einzelner Kliniken keine verallgemeinernden Aussagen getroffen werden können. Neben den Unterschieden der vorliegenden Veröffentlichungen war zu konstatieren, dass es nur wenige Untersuchungen aus nicht-universitären Einrichtungen zu verzeichnen gab. Und diese machen mit 80% der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung den Mammutteil aus. Deshalb erfolgte die einjährige multizentrische Erhebung aller 13 Einrichtungen Niedersachsens und Bremens von Juni 1992 bis Juli 1993.

Hierbei fiel die hohe Bedeutung der im Anschluss an die klinische Behandlung durchgeführten stationären Jugendhilfemaßnahmen auf. Das Ausmaß abnormer psychosozialer Umstände und beeinträchtigter Anpassung wirkte hier beeinflussend. Laut Presting et al. (Presting, Hoger et al. 1998) wurden bei 43.9% der untersuchten niedersächsischen Population stationäre Jugendhilfemaßnahmen im Anschluss an die stationäre klinische Behandlung empfohlen. Ein Ergebnis, dass vor familienbezogenen Maßnahmen und vor patientenbezogener Psychotherapie stand. In der vorliegenden Untersuchung beträgt dieser Prozentsatz 35% (Kap. IV.2.1.) und ist damit vergleichbar.

Es fanden sich weitere Übereinstimmungen.

Hinsichtlich der Geschlechts- und Altersverteilung stellten beide Untersuchungen ein Gesamtverhältnis von etwa 60:40 zugunsten der Jungen heraus. Der Anteil der weiblichen Patienten in den höheren Altersgruppen (Presting et al. > 15 Lebensjahre, Lau > 14 Lebensjahre) allerdings wies in beiden Untersuchungen ein genau umgedrehtes Verhältnis auf. Ebenfalls vergleichbare Ergebnisse zeigte die prozentuale Verteilung in den Altersgruppen.

Im Vergleich der Diagnosegruppen nach der ICD-10 spiegelte sich das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung ebenfalls in Prestings Studie wider. Zwar machten nicht „die Störungen des Sozialverhaltens“ (F91/92), sondern die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) den größeren Anteil aus. Aber beide Diagnosegruppen sind die am weitaus häufigsten vertretenen.

Auch der Untersuchungsschwerpunkt der vorliegenden Untersuchung findet in der Prestings Untersuchung Niedersachsens Entsprechung:

12% der Patienten lebten vor Aufnahme in einem Heim und 20% wurden in ein Heim entlassen. In der vorliegenden Untersuchung wurden gleiche Prozenträge gefunden (10% vor Aufnahme in einem Heim lebende vs. 20% in ein Heim entlassene Kinder und Jugendliche).

Trotz der konstatierten Nicht-Verallgemeinerbarkeit finden sich hier doch weitläufige Parallelen.

Nicht zuletzt muss festgestellt werden, dass die Kinder- und Jugendneuropsychiatrie der Universität Rostock den Versorgungsauftrag für Rostock und Umgebung mit ca. 400.000 Einwohnern hat. Die weiteren kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen der Umgebung stehen in Kooperationsverträgen mit der Klinik.

Die Untersuchung der Inanspruchnahmepopulation der Marburger Universitäts-Kinder- und Jugendpsychiatrie der Jahre 1983-1991 (Remschmidt and Mattejat

2001) hinsichtlich der MAS-Achsen kommt zu ähnlichen Schlüssen. Remschmidt und Mattejat betonten insbesondere die Notwendigkeit eines Mehrkomponenten-Behandlungsmodells und unterstrichen dies mit den Häufigkeiten von Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderungen und körperlichen Störungen.

Die Feststellung, dass im jüngeren Behandlungsalter das männliche und im älteren Behandlungsalter das weibliche Geschlecht dominiert, fiel in beiden Studien gleichermaßen auf.

Der Schluss der Autoren, dass ein Kind oder Jugendlicher nicht nur unter seiner psychiatrischen Störung sondern auch unter seinen psychosozialen Umständen leidet, ist auch eine der Aussagen dieser Arbeit.

Beide Arbeiten hatten die retrospektive Erhebung der Daten gemein.

In unserer Untersuchung wurde ein großer Teil der Daten der in Deutschland von vielen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken genutzten Basisdokumentation (Frankfurter Dokumentationssystem @ E. Englert & F. Poustka, 1998) entnommen.

Am Beispiel des Items Therapieerfolg soll deutlich gemacht werden, dass bei der retrospektiven Beschreibung einer umfassenden Gesamtpopulation unweigerlich manche Untersuchungsmodalitäten nur beschränkt Berücksichtigung finden können.

Der Therapieerfolg stellt in unserem Falle das Urteil des Therapeuten über die Gesamtsituation dar. Dieser Therapieerfolg wurde nur einmal zum Endpunkt der stationären Behandlung erhoben.

Aussagekräftiger diesbezüglich wäre eine weitere Kontrolle zu einem definierten späteren Zeitpunkt. Auch eine nicht nur auf Therapeutenperspektive basierende Erhebung hätte eine höhere Objektivität (Höcker 2003).

In der schon beschriebenen Untersuchung von Remschmidt und Mattejat trat bei der Untersuchung und Beschreibung der Gesamtpopulation der Marburger Klinik eine ähnliche Diskrepanz auf, woraufhin der Fragebogen zur Beurteilung von Behandlungen (synonym FBB) von ihnen entwickelt wurde (Remschmidt and Mattejat 2001). Hierbei erkannten Remschmidt et al. (Remschmidt), dass die Einschätzungen der Therapeuten in der Regel ungünstiger ausfielen, da diese kritischer bewerten als Eltern oder Patienten. Die Ergebnisse hinsichtlich der Therapieerfolgsraten beider Untersuchungen sind vergleichbar. Um auf den Untersuchungspunkt Therapieerfolg genauer einzugehen: in unserer Studie wurde unabhängig vom Beurteiler deutlich, dass je älter die Patienten waren, sich umso seltener ein Behandlungserfolg einstellte.

In einem weiteren Schritt unserer Untersuchung wurden Auswirkungen gesellschaftspolitischer Wandlungen im Nachfeld der deutschen Wiedervereinigung im Hinblick auf Fremdplatzierungsmaßnahmen verfolgt. Hierzu wurde die im Zusammenhang mit Fremdplatzierung stehende stationäre Klientel der gleichen Klinik der Jahre 1991/92 zum Vergleich herangezogen (Hentsch 1999). Es muss die Annahme der zunehmenden Bedeutung der stationären Jugendhilfe und des Altersanstieges der Erstinanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Institutionen bestätigt werden (siehe Kap. V.1.).

Nicht nur die weggefallenen Frühwarnsysteme oder der nicht ausreichende ambulante Sektor können angeschuldigt werden.

Die Gründe sind vielschichtig und können sowohl auch in der Persönlichkeit des Kindes oder des Jugendlichen als auch in psychosozialen Umständen zu suchen sein. Neben den Untersuchungsergebnissen dieser Studie sind auch weitere Faktoren einzubeziehen.

Scholz (Knölker 1996) fand in einem Vergleich ost- und westdeutscher Familien einen bedeutsamen Zusammenhang von Arbeitslosigkeit des Vaters und Potenzverlust der Beziehung zum Vater. Hieraus schlussfolgerte Scholz eine Erschütterung des Gesamtsystems Familie, welche dieses Problem bisher nicht gekannt hätte. Folglich finden sich die Auswirkungen auf das Selbstwerterleben der Jugendlichen.

In der Arbeit wird die Vermutung angestellt, dass die zunehmende Autonomie und emotionale Distanz in ostdeutschen Familien durch die Wende und die weiteren heutigen gesellschaftlichen Veränderungen zu gravierenden Beziehungsunsicherheiten führen könnte. Eine weitere Zunahme der ungünstigen äußeren Bedingungen würde zu Überforderung der Bewältigungs- und Abwehrstrategien, und somit zu einer Zunahme von psychosozialen Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen führen.

In der Arbeit von Susanne von Widdern et al. beurteilten Rostocker Schüler „ein Jahrzehnt nach der Wiedervereinigung“ ihre psychische Befindlichkeit in einer Stichprobe. Das Ergebnis war eine hohe psychische Symptombelastung im Selbsturteil. Diese Arbeit kann stellvertretend für die aktuelle Untersuchung zum Vergleich herangezogen werden, nicht zuletzt deshalb, da sie eine Stichprobe aus dem Einzugsbereich der Klinik untersuchte.

Im Detail zeigte sich, dass Jungen mehr externale Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. aggressives Verhalten und Mädchen mehr interne Verhaltensauffälligkeiten aufzeigten. Unsere Untersuchung kam zu einem gleichen Ergebnis. Von Widdern et al. (von Widdern, Häßler et al. 2004) fiel weiterhin der hohe Gebrauch von dissozialen Problemverhaltensweisen, angefangen bei obszönen Wörtern über Lügen bis zum Alkohol- und Drogengebrauch und Schuleschwänzen auf. Auch dies war in der Klientel der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Rostock auffallend ähnlich und scheint somit ein (zeit)stabiles Merkmal zu sein, da die Population „von Widdern“ 4-5 Jahre später als die vorliegende Inanspruchnahmepopulation untersucht wurde. Hinsichtlich der familiären Faktoren wie Scheidung oder Erwerbstätigkeit und Bildungsgrad der Eltern fanden von Widdern et al. lediglich einen deutlich signifikanten Zusammenhang mit Verhaltensauffälligkeiten bei Scheidungskindern. In unserer Untersuchung konnte dieser Punkt ebenfalls so deutlich herausgestellt werden. Allerdings sahen wir in der höheren Bildung und Ausbildung sowie der Berufstätigkeit der Eltern einen protektiven Faktor bezüglich einer Fremdplatzierung.

Diesbezüglich weitergehend fanden von Widdern et al. in der Literatur den Zusammenhang zwischen schlechterer sozioökonomischer Lage der Familie und Ausbildung von Verhaltensauffälligkeiten des Kindes oder Jugendlichen vielfach positiv beschrieben.

In der epidemiologischen Studie (von Widdern, Häßler et al. 2004) stellte sich zudem heraus, dass Aufmerksamkeitsprobleme, dissoziales und aggressives Verhalten geringeren schulischen Erfolg vorhersagen. Nach der vorliegenden Untersuchung lassen beide letztgenannten Prädiktoren den erweiterten Schluss zu, auch für fremdplatzierende Maßnahmen prädiktorischen Wert zu haben.

Bezüglich der Vergleichbarkeit der psychischen Symptombelastung oder seelischen Gesundheit zeigten ältere Untersuchungen zum bundesweiten Vergleich und vor allem im Vergleich der alten und neuen Bundesländer Übereinstimmungen (Döpfner 1998) oder sogar geringere Prävalenzen in den neuen Bundesländern (Ihle 1999).

Von Widdern et al. (von Widdern, Häßler et al. 2004) zeigte allerdings anhand neuerer Untersuchungen eine Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten bei

Jugendlichen in den neuen Bundesländern auf, welche sich besonders auf dissoziale Verhaltensweisen beziehen. Es scheint so, als zeichne sich eine verzögert eingesetzte, ungünstige psychosoziale Entwicklung bei ostdeutschen Jugendlichen ab, die mit der höheren Arbeitslosigkeit und zunehmenden Perspektivlosigkeit korreliert. Die vorliegende Studie unterstreicht diese Ergebnisse.

Für diese negative Entwicklung kann sicherlich das kontinuierliche Einwirken von familiären und gesellschaftlichen Stressfaktoren zur Erklärung herangezogen werden. Aktuelle und generelle Stichworte wie Arbeitsmarktsituation, Schul- und Ausbildungspolitik, chronisch mangelnde Freizeitgestaltungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendliche, Etablierung von antisozialen Normen, Konsumdenken und materielle Ausrichtung sind bezeichnend. Die Herausbildung eines tiefen Grabens zwischen den sozialen Schichten verstärkt dabei verständlicherweise Frustrationen und Konflikte.

Möllmann et al. (Möllmann, Lenz et al. 1998) fanden beim Vergleich der psychosozialen Umstände (MAS: Achse 5) der Universitätskliniken Berlin und Köln stärkere psychosoziale Belastungen von Heimkindern, Kindern allein erziehender Eltern und solchen mit niedrigem Sozialstatus.

Schon an dieser Stelle muss konstatiert werden: Wenn ein Ausbau des präventiven Sektors unterbleibt, ist mit einem weiterem Anstieg von Dissozialität und Delinquenz auch im Erwachsenenalter zu rechnen.

In der Untersuchung von psychosozialen Belastungsfaktoren sahen Werner und Poustka (Werner and Poustka 1996) „psychische Störungen bzw. abweichendes Verhalten oder Behinderung eines Elternteiles“ und „abweichende Elternsituation“ als Belastungsfaktoren mit zentraler Bedeutung an.

Weiterhin stellte sich in dieser Untersuchung auch eine zunehmende psychosoziale Belastung mit sinkendem Intelligenzniveau heraus.

Beide Feststellungen gehen mit dem Ergebnis der vorliegenden Untersuchung konform, dass geringer IQ, schlechtes familiäres Milieu, Scheidung der Eltern und psychische Erkrankungen der Eltern zu den Prädiktoren fremdplatzierender Maßnahmen gehören.

Neben dem Risikoindex zur Prädiktion einer Fremdplatzierung stellte sich in unserer Untersuchung noch etwas anderes heraus. Höhere Bildung, Ausbildung und Berufstätigkeit der Eltern schienen ein protektiver Faktor bezüglich einer Fremdplatzierung für ein Kind zu sein. Jedoch nur im Sinne einer Vorhersage für die mögliche Fremdplatzierung. Kinder der Untersuchungsgruppe 2, also der Gruppe nur angeratener und nicht durchgesetzter Fremdplatzierung, hatten eher höher gebildete, besser ausgebildete und eher berufstätige Eltern.

Es könnte sein, dass diese Kinder unter anderem deshalb nicht fremdplatziert wurden, weil ihre Eltern eine höhere Ausbildung hatten und/oder berufstätig waren. Wären sie fremdplatziert worden, wenn es nicht so gewesen wäre? Wenn ja, würde das bedeuten, dass höher gebildete und berufstätige Eltern einer vom Arzt empfohlenen Fremdplatzierung im Wege stehen. Ausbildung und Berufstätigkeit würden dann für das Wohl des Kindes nachteilig sein.

Remschmidt (Remschmidt 1996) diskutierte die Möglichkeiten der Gefährdung des Kindeswohles, wobei er die Vielseitigkeit der Gefahrenbereiche herausstellte. Er ging neben Deprivation und Vernachlässigung, körperlicher, sexueller und seelischer Kindesmisshandlung, gravierenden Erziehungsmängeln, Scheidung, seelischer Erkrankung von Elternteilen, dissozialem/delinquentem Milieu, mehrfachem

Beziehungswechsel und besonderen Arten der Traumatisierung auch auf Verweigerung notwendiger Heileingriffe durch Eltern oder Bezugspersonen ein, die in der Öffentlichkeit und Literatur teilweise unterrepräsentiert sind. Da der Begriff des Kindeswohles ein komplexer, im Einzelfall zu interpretierender und nicht zuletzt ein Rechtsbegriff ist (Remschmidt 1996), soll an dieser Stelle nicht soweit gegangen werden, aus der beobachteten Konstellation von Bildung, Ausbildung und Berufstätigkeit der Eltern prinzipiell eine Gefährdung des Kindeswohles sehen zu wollen. Doch sind die Ergebnisse dieser Studie für das Kind nachteilig interpretierbar.

Die in unserer retrospektiven Untersuchung herausgestellten Risikofaktoren finden, wie schon aufgeführt, ihre Entsprechung in der Literatur. Zu bedenken ist, dass diese Risikofaktoren mit protektiven Faktoren und weiteren Einflussgrößen interagieren (Remschmidt 2000). Diese wiederum zu definieren und ihr Zusammenspiel zu charakterisieren, ist Aufgabe prospektiver Längsschnittstudien mit parallelisierten Kontrollgruppen (Werner and Poustka 1996; Frank 1999; Ihle 1999).

Aus der bisherigen Forschung können einige Beispiele zur Prädiktion von Verhaltensmustern gegeben werden (Remschmidt 2000). So kann man aus einer frühen Fehlanpassung auf eine spätere schließen, oder aus früherer Leistungsfähigkeit und Reife lässt sich die spätere vorhersagen.

Solche Aussagen bestärken die Annahme, dass die von uns herausgestellten Prädiktoren einer Fremdplatzierung als Auswirkungen nachteiliger Prozesse der Entwicklung eines Kindes und Jugendlichen anzusehen sind.

Desgleichen ergeben sich daraus auch Schlüsse auf die Vorhersage bezüglich der Notwendigkeit therapeutischer Maßnahmen und deren Erfolg. Kindern und Jugendlichen mit hohem Risiko müssen andere Therapieoptionen angeboten werden, als solchen mit geringerem, um eine erfolgreiche Therapie erwarten zu können. Dabei soll nicht immer von der Option einer Fremdplatzierung ausgegangen werden, da diese eine ultima ratio darstellt und nicht selten schon das Scheitern der Vorfeldversuche impliziert. An dieser Stelle seien noch einmal Prädiktoren späterer psychopathologischer Auffälligkeiten erwähnt: Störungen des Sozialverhaltens im Kindesalter bergen ein hohes Risiko für depressive Symptomatik im Erwachsenenalter. Hyperkinetische Störungen im Kindesalter sind assoziiert mit einer erhöhten Rate von antisozialen Persönlichkeitsstörungen, Drogenmissbrauch und Kriminalität im Erwachsenenalter. Kindliche Lese- und Rechtschreibstörungen zeigen eine hohe Persistenzrate in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter und sind häufig mit Störungen des Sozialverhaltens in der Adoleszenz verbunden, die sich im Erwachsenenalter abschwächen (Remschmidt 2000).

Die in der vorliegenden Untersuchung erhobenen Häufigkeiten der Risikofaktoren im Zusammenhang mit diesen Prädiktionen unterstreichen die Bedeutung der Notwendigkeit des Handlungsbedarfs im ambulanten Sektor der Hilfen.

V.3.5 Diskussion zu Schwerpunkten

V.3.5.1 Die Familie

Die Familie und die familiären Beziehungen haben größten Einfluss auf die Entwicklung eines Menschen, auf die Ausbildung seiner Ressourcen und seines Bewältigungspotentials, seine psychosoziale Befindlichkeit, letztendlich auch auf die Ausbildung vs. Nichtausbildung von Verhaltensstörungen. Die Familie kann somit positive, also protektive Eigenschaften haben, sie kann aber auch unabhängig davon

Risikofaktoren in sich vereinigen. In den letzten Jahren sind das System und die Interaktionen innerhalb der Familie und der familiären Beziehungen Thema von prospektiven Studien geworden. Es soll versucht werden, Ableitungen, Prognosen oder Prädiktionen auf Therapie und Therapiemöglichkeiten abzuleiten (Mattejat 1995; Mattejat 1997; Aronen and Arajärvi 2000; Christ 2002).

So wirken sich feindselig-ablehnende Verhaltensweisen der Eltern ihrem Kind gegenüber prognostisch ungünstig aus. Die Unfähigkeit, elterliche Verantwortung im Umgang mit dem Kind kompetent realisieren zu können, geht mit einer schlechteren Prognose einher (Mattejat 1997).

Mattejat fand beispielsweise in einer vergleichenden Untersuchung „normaler“ Jugendlicher und ihrer Familien mit psychisch gestörten Jugendlichen und ihren Familien eine erlebte Verminderung der emotionalen Bezogenheit und eine starke Verunsicherung innerhalb ihrer Familien (Mattejat 1995).

So haben, wie oben schon aufgeführt, die subjektiven Familienbeziehungen hohe prognostische Aussagekraft für die Entwicklung psychischer Störungen und deren Therapie.

Psychische Belastungen und emotionale Konflikte können umso besser bewältigt werden, je tragfähiger das familiäre Beziehungsnetz ist.

In unserer Untersuchung wurde die familiäre Situation im retrospektiv möglichen Rahmen skizziert. Somit konnten wir das familiäre Umfeld abbilden, die Beziehungsstrukturen jedoch nicht.

Die von Mattejat (Mattejat 1997) getroffene Feststellung, dass die Beziehung zum Vater prognostisch eine mindestens ebenso große, wenn nicht bedeutsamere Rolle als die Beziehung zur Mutter spielt, kann von unserer Untersuchung mitgetragen werden. Der hohe Anteil der allein erziehenden Mütter in unserer Untersuchung und die Tatsache, dass die Scheidung der Eltern und der Verlust eines Elternteils, meistens des Vaters, Prädiktoren einer Fremdplatzierung darstellten, bekräftigen die Hypothese, dass eine Distanz oder fehlende Präsenz des Vaters negative Auswirkungen auf die Entwicklung und bei Interventionen auf den Therapieerfolg hat. Konsequenzen all dieser Aussagen finden sich hinsichtlich der Therapieoptionen, welche gezielt auch auf familiäre Beziehungsmuster einzugehen haben. Wenn es gelingt zu helfen, elterliche Verantwortung kompetent wahrzunehmen und erreicht wird, dass sich Eltern ihren Kindern emotional positiv zuwenden, kann vielleicht eine Fremdplatzierung als ultima ratio vermieden werden.

Dabei beobachtete Mattejat (Mattejat 1997), dass sich die Eltern sehr bereitwillig in die Therapie und Untersuchungen einbinden ließen.

Auf die Prädiktoren Scheidung und Verlust soll hier kurz näher eingegangen werden. Sowohl Scheidung der Eltern als auch der Verlust eines Elternteils haben auf die Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen wesentlichen Einfluss. Dabei überschneiden sich diese Einflussgrößen, da ja die Scheidung der Eltern auch mit einem beständigen Verlust, meistens des Vaters einhergehen kann. So etwas entsteht zum Beispiel, wenn ein Elternteil komplett untergetaucht, der Umgang nicht erwünscht oder gar gerichtlich ausgeschlossen wurde. Diese Möglichkeiten und der Tod eines Elternteils wurden in unserer Untersuchung unter dem Punkt Verlust subsumiert. Beide Faktoren, Verlust und Scheidung, konnten als Prädiktoren einer Fremdplatzierung herausgestellt werden. Dass eine Trennung des Kindes von seinen Bezugspersonen zu ausgeprägten seelischen Schäden führen kann, ist schon aus älteren Forschungsarbeiten bekannt. Resch berichtete weiter von dem in heutiger Zeit häufiger anzutreffenden „failure to thrive“-Syndrom, eines Ausdrucks frühkindlicher Beziehungsdeprivation. Dabei zeigen junge Kinder, welche zum

Beispiel in Heimen aufwachsen Wachstumsstörungen und / oder chronisches Untergewicht bei ausreichendem Nahrungsangebot. Später findet sich bei diesen Kindern eine emotional abgestumpfte und nicht erlebnisfähige Persönlichkeit (Resch 2004).

Hinsichtlich der Abwesenheit des „anderen“ Elternteiles, meistens des Vaters, stellen sich neben den schon genannten Möglichkeiten der permanenten Abwesenheit noch eine Vielzahl anderer Situationen dar. Außer der, dass das Kind nach dem Verlust des Vaters mit der Mutter alleine weiterlebt, kann zum Beispiel die Lage einer Stieffamilie entstehen. Für die entstehenden Konfliktsituationen des Kindes sind weiterhin der Kenntnisgrad vom leiblichen Vater (Trennung vor der Geburt?), der Grund der Abwesenheit des Vaters (gerichtlicher Beschluss nach Missbrauch vs. Gefängnisaufenthalt vs. Tod), Trennungsverlauf und jetzige Beziehung der leiblichen Eltern, das Alter des Kindes (Kleinkind, Pubertät) und die Struktur der neuen Familie (Geschwister, Halbgeschwister) von Bedeutung.

Verschiedene Studien stellten fest, dass Kinder und Jugendliche, deren Väter gestorben waren, weniger Auffälligkeiten zeigten als Scheidungskinder (Resch 2004).

Da die Situation der „broken homes“ zunimmt (z.B. mein Kind, dein Kind, unser Kind) steckt in der prädiktiven Aussagekraft der Faktoren Scheidung und Verlust der wichtige Hinweis, dass der familiäre Hintergrund auch in therapeutische Maßnahmen einbezogen werden muss.

Dabei soll noch erwähnt werden, dass Stieffamilien durch die Reorganisation familialer Rollen und Grenzen durchaus auch ein positives Potential für die Kinder enthalten können. Die Entwicklung von Kindern in Stieffamilien verläuft fast ebenso wie bei Kindern in Kernfamilien und meist besser als für Kinder mit einem allein erziehenden Elternteil.

Nach älteren klinisch-psychiatrischen Denkmodellen wurde die Familienform der Stieffamilie im Kreis der „broken home“-Situation als defizitär angesehen. Doch durch die Liberalisierung der Zeit, und der Erkenntnis, dass Kinder sich in kognitiver und emotionaler Hinsicht durchaus adäquat in Stieffamilien entwickeln, ist dies als überholt anzusehen. Es gibt keine grundlegenden Unterschiede zwischen Kindern aus Stief- und Kernfamilie hinsichtlich Selbstwertgefühl, Aggressivität und Peer-Integration. Des Weiteren sind Stieffamilien heutzutage nicht ohne weiteres zu erkennen und auch im Alltag kein Gegenstand von Diskriminierungen.

Von allen deutschen Familien betrug der Anteil der Stieffamilien in den 90iger Jahren 7% (Balloff 2004). Im Jahr 2002 waren in Deutschland mehr als 204.000 Scheidungen zu verzeichnen.

Ein weiterer bedeutender familiärer Faktor war die Tatsache psychischer Erkrankungen der Eltern oder Großeltern.

Dieser Faktor erwies sich in unserer Untersuchung als prädiktiv für eine Fremdplatzierung. Dabei sind unsere Ergebnisse vergleichbar mit anderen Studien (Wüthrich 1997; Mattejat 2000; Meyer 2001).

Kinder und Jugendliche, welchen die Maßnahme einer Fremdplatzierung droht, haben eher psychisch kranke Eltern als Kinder, welche im Anschluss an ihre stationäre Therapie planmäßig in ihre familiäre Umgebung zurückkehren.

Auf die Entwicklung psychischer Störungen von Kindern mit psychisch kranken Eltern wirken in diesem Zusammenhang aber noch weitere Faktoren ein. So ist entscheidend, welcher Elternteil, oder ob gar beide Elternteile erkrankt sind. Zu beachten ist auch die Art, der Schweregrad und die Chronizität der Erkrankung sowie die eheliche Beziehung der Eltern (Meyer 2001).

Krankheitsbewältigung, die Nutzung von Fachinstanzen oder weitere Ressourcen der Kompensation (z.B. gesunder Elternteil, gute interpersonelle Beziehungen) können dabei auf die kindliche Entwicklung positiv korrigierend einwirken.

Bei der Übertragung von psychischen Erkrankungen auf die Kinder spielt die Interaktion genetischer, individueller (sowohl des Kindes als auch der Eltern) und psychosozialer Faktoren (Erziehungsverhalten und –kompetenz) eine Rolle.

Dabei muss erwähnt werden, dass der Weg der Transmission nicht nur von den Eltern auf das Kind führt, sondern dass Entwicklung und Beziehung auch bidirektional wirken können (Wüthrich 1997).

Nicht zuletzt finden sich in Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen Häufungen psychosozialer Belastungsfaktoren, welche ihrerseits ebenfalls Risikofaktoren der kindlichen Entwicklung darstellen. Es tritt hierbei die Frage auf, ob psychiatrische Erkrankungen an sich oder nur die durch sie erhöhten Belastungsfaktoren auf die Kinder beeinträchtigend wirken. Dabei summieren sich die psychosozialen Belastungsfaktoren nicht nur, sondern können sich auch gegenseitig verstärken (Mattejat 2000).

Diese Menge an Faktoren und ihre Wechselwirkungen in bewertbare und vorhersehbare Kontexte zu bringen, stellt einen eigenen umfassenden Forschungsschwerpunkt dar. Hierbei gilt es, die elterliche Erkrankung und die kindliche Entwicklung sehr differenziert zu erfassen, um in diesem Gesamtkontext spezifische Aussagen und Prognosen treffen zu können.

V.3.5.2 Der Patient

Wie das Umfeld des Patienten so bildet dieser selbst eine Anzahl von Charakteristika ab, welche Ressourcen, Belastbarkeit und Bewältigungspotential mitbestimmen. Verhaltensstörungen oder Krankheitsverläufe können auch durch die Eigenschaften des Kindes oder Jugendlichen positiv und/oder negativ beeinflusst werden.

In unserer Untersuchung stellte sich eine höhere Intelligenz als protektiver Faktor heraus. Es fand sich im Vergleich der Heimkinder zur denen der direkten Nachwendezeit, dass nahezu 10 Jahre nach der Wiedervereinigung ein signifikant höherer Anteil nur über eine niedrige Intelligenz ($IQ < 84$) verfügt. Die anteilmäßige Zunahme der gering intelligenten Heimkinder und die protektive Bedeutung der Intelligenz bei Fremdplatzierungen sind zwei deutliche Hinweise auf eine Verschlechterung der Qualität der Früherkennungs-, Hilfe- und Förderungsmaßnahmen von Kindern und Jugendlichen.

Weiterhin zeigte sich im Substanzabusus des Patienten ein prädiktiver Faktor für eine Fremdplatzierung. Hierbei waren Drogen, meist Cannabis, dem Alkohol gleichwertig. Die Brisanz des Substanzmissbrauchs bei Kindern und Jugendlichen liegt in der Problematik der Komorbidität (Schulz and Remschmidt 1999)- Zum einen handelt es sich bei vielen psychopathologischen Symptomen um Folgen des Drogenmissbrauchs (z.B. drogeninduzierte Psychosen). Des Weiteren können kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen das Auftreten und den Verlauf von Substanzmissbrauch begünstigen (z.B. Störung des Sozialverhaltens). Andersherum beeinflusst auch der Substanzmissbrauch den Verlauf von psychiatrischen Störungen (z.B. depressive Syndrome bei Bulimia nervosa). Nicht zuletzt begünstigen familiäre und psychosoziale Risikofaktoren das Auftreten und den Verlauf eines Substanzmissbrauches. Kinder alkoholkranker Eltern haben ein fünffach erhöhtes Risiko an Alkoholismus zu erkranken (Gschwandtner 2002;

Remschmidt 2002). Dabei hat das Aufwachsen in Adoptivfamilien bei Söhnen kaum protektiven Charakter (4fach erhöhtes Risiko zu erkranken).

Kinder suchtkranker Eltern sind von allen psychischen Störungen der Kindheit und des Jugendalters (z.B. Ängste, Depressionen, Hyperaktivität, Antisozialität) deutlich häufiger betroffen als Kinder aus nicht suchtselasteten Familien (Zobel 2004). Insgesamt ist für Kinder aus alkoholbelasteten Familien zusätzlich ein Risiko für Kindesmisshandlung (physisch, emotional, sexuell) und Kindesvernachlässigung nachgewiesen. Neben diesen Faktoren sollen hier noch die Gesundheitsschäden durch Drogen erwähnt werden. Neben den Fehlbildungen durch Alkohol- oder Drogeneinnahme während der Schwangerschaft (z.B. Alkoholembryopathie) sind auch Leistungs- und Lerndefizite sowie die genannten Verhaltensstörungen zu nennen.

Wichtig hervorzuheben ist, dass Alkohol und Drogen aggressive und gewalttätige Verhaltensweisen nachhaltig begünstigen (Schulz and Remschmidt 1999; Remschmidt 2002). Der in unserer Population erhobene Anteil an Jugendlichen mit Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit ist vergleichbar mit der zitierten Literatur.

Als Resultat unserer Studie schließen wir aus der prädiktiven Aussagekraft zur Fremdplatzierung auf eine negative Wirkung des komorbiden Substanzmissbrauches auf Therapie und Verlauf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankung.

Die Stärke der Fremdplatzierungsmaßnahme bei den betreffenden Kindern- und Jugendlichen liegt sicherlich in der Eingliederung in geordnete und regelmäßige Lebens- und Tagesabläufe mit Perspektivenbildung. Erwähnt werden soll an dieser Stelle noch, dass die KJPP Rostock bereits 1998 im Rahmen eines Bundesmodellprojekt eine Designerdrogen-Sprechstunde eingerichtet hat, welche in das feste Angebot der Klinik übernommen werden konnte (Reis et al. 2005).

Im Zusammenhang des Substanzmissbrauchs steht auch der mit ihm gehäuft auftretende Suizidversuch. In unserer Untersuchung stellte sich die versuchte Selbsttötung überdurchschnittlich häufiger bei fremd zu platzierenden Patienten als bei der übrigen Klientel dar. Die anhand der stationären Klientel der KJPP Rostock erhobene Häufigkeit in der Gesamtpopulation sahen wir in der Literatur bestätigt (Wewetzer, Friese et al. 1997). Derartige Handlungen im Kindesalter entsprechen eher augenblicklichen Impulsen. Die Endgültigkeit des Todes ist nicht bewusst. Auffassen lassen sie sich als Flucht vor unangenehmen Situationen, als Selbstbestrafungstendenz oder auch als Umkehr aggressiver Impulse, die gegen andere gerichtet waren. Dagegen sind bei Handlungen im Jugendalter neben psychiatrischen Krankheiten Identitätsprobleme und phasenspezifische Konflikte vordergründig. Über Suizidgedanken berichtet jeder zweite Jugendliche. Auslösende Faktoren sind Selbstwertkonflikte, Isolation, Kontaktstörungen, Unzufriedenheit mit der körperlichen Gestalt, Enttäuschungen in den Beziehungen, depressive Verstimmungen, Alkohol- und Drogenprobleme und schwerwiegendere psychiatrische Krankheiten (Remschmidt 2003). Oft ist also der Suizidversuch der Ausdruck von nicht gewachsenen Krisensituationen und Belastungssituationen. Ein Suizidversuch kennzeichnet die besondere Schwere und die Hilfebedürftigkeit eines Kindes oder Jugendlichen. Die weitere strukturierte Weiterbehandlung vor allem nach Entlassung aus der primären stationären Therapie solcher Patienten ist von enormer Bedeutung (B.Herpertz-Dahlmann 1997). Somit kommt auch überdurchschnittlich häufig eine Fremdplatzierung in Betracht, da die familiären Ressourcen erschöpft sind und die Kontrollverantwortung von den Eltern nicht mehr übernommen wird.

In dem zuvor aufgeführten Kontext soll hier auf das Merkmal der Aggression eingegangen werden. Auch dieser Untersuchungspunkt stellte sich hochsignifikant häufiger bei fremd zu platzierenden Kindern dar. Im Vergleich zur Nachwendeuntersuchung zeigte sich eine signifikante Zunahme von Aggression bei heimerfahrenen Kindern. Dies sind Zeichen für unzureichende Förderung und Hilfeangebote, obwohl oder gerade weil Ausmaß und Verbreitung von Gewalt und Delinquenz unter Kindern und Jugendlichen kontinuierlich zugenommen haben (Laucht 2001). Dabei betont Laucht die ungünstige Prognose von chronischen Verlaufsformen mit häufigen Arbeitsplatzverlusten, Partnerschaftsproblemen, delinquente Handlungen, erhöhte Sucht-, Suizid- und Unfallgefahr. Nicht zuletzt betrifft dies Eltern, welche oft den Erziehungsaufgaben nicht gewachsen sind oder gar antisoziale Verhaltensweisen modellieren. Die Interventionsmaßnahmen seien laut Laucht langwierig und gering wirksam und verursachten dabei erhebliche gesellschaftliche Kosten. Maßnahmen der Prävention und Frühintervention scheiterten häufig an der großen Verbreitung und Heterogenität der Vorläufersymptome. Auf Unterteilungen, Differenzierungen und Ursachen hinsichtlich des Begriffes Aggression und des Überbegriffes antisoziales Verhalten kann hier nicht näher eingegangen werden. Auf den nicht unbeträchtlichen Anteil der Massenmedien wird jedoch aufmerksam gemacht. Ihre Wirkung greift über die Anregung zu aggressivem Verhalten bis hin zur Akzeptanz von Gewalt als Problemlösung (Renschmidt 2001). Erwähnt werden muss, dass die Komorbidität der Störung des Sozialverhaltens mit weiteren kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen wie der hyperkinetischen Störung häufig ist.

In der Literatur wird von einer Prävalenz von nahezu 12% von Störungen des Sozialverhaltens gesprochen (Laucht 2001). Unser Ergebnis, dass körperlich-aggressive Handlungen eher im Kindesalter anzutreffen sind, findet sich hier wieder. Dass das männliche Geschlecht demgegenüber anfälliger ist (4:1), ist unumstritten.

Auch Aggressivität, genau wie die zuvor erläuterten Merkmale, ist kein allein dastehendes und sich selbst bedingendes Ergebnis. Vielmehr wirken die schon erwähnten Faktoren, wie Substanzmissbrauch, Herkunft, Erkrankung der Eltern, sowie Milieu und weitere psychosoziale Belastungsfaktoren im Kontext und können so als prädisponierende, auslösende, erhaltende aber auch protektive Faktoren bei Nichtvorhandensein wirken. Die Ansätze der Maßnahmen zur Reduktion von Aggression greifen vor allem beim Individuum und seiner Umgebung (Gruppen, Organisationen, soziale Strukturen). Ein Versuch der Beseitigung wäre unrealistisch, denn Aggression ist eine „Grundausstattung“ des Menschen (Renschmidt 2001).

Die Ermöglichung alterstypischer Entwicklungsaufgaben durch eine Stabilisierung der familiären Funktionen mit Hilfe kognitiv-verhaltenstherapeutischer und familientherapeutischer Maßnahmen erwiesen sich als effektiv. Dabei stellen engmaschige ambulante Nachbetreuung und Beratung der Eltern wichtige Therapieoptionen dar. Eine weitere, kindzentrierte Behandlung kommt bei mangelhafter Elternmitarbeit als teilstationäre Therapie in Frage. Bei ausgeprägter Störung ist die stationäre Therapie zu präferieren (Schmidt 1998). In der vorliegenden Untersuchung wurden die Kinder und Jugendlichen mit stationärer Therapie untersucht, und Aggression als Prädiktor einer Fremdplatzierung herausgestellt. Es muss hier also auf die ausgeprägte Störung und die Bedingungen, welche zur stationären Therapie geführt haben, hingewiesen werden.

Schmidt stellt fest, dass in der täglichen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis der Anteil therapierter Störungen des Sozialverhaltens zu gering ist (Schmidt 1998). Ohne auf die Hintergründe einzugehen, bedeutet dies zu wenig Früherkennung,

Frühbehandlung bzw. Sekundärprävention. Dieses muss bei einer schwerwiegenden und chronifizierenden Störung mit einer schlechteren Prognose einhergehen. Da zudem die öffentlichen Kassen weiter unter Sparzwang stehen, steht es für Prophylaxe und Früherkennung ungünstig.

An diesem Punkt kommt der Fremdplatzierung eine entscheidende Bedeutung zu. Wie oben schon erwähnt, muss die Struktur der stationären Jugendhilfe Sicherheit geben, Regeln aufstellen und Struktur vorhalten, die dieses gewährleisten. Wenn schon die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu einem großen Teil die Betreuung dissozialer Kinder und Jugendlicher übernimmt, ist die stationäre Jugendhilfe als komplementäre Nachsorge gefragt und muss sich dieser Aufgabe stellen. Die enge Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist dabei unerlässlich. Hier ist die Feststellung von van Engeland beschreibend, wenn er sagt, dass: „In ihrem Umfang und ihrer Schwere ist die Psychopathologie, die uns in Heimen begegnet, durchaus mit der Psychopathologie vergleichbar, die wir in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie antreffen. (...)“ (Engeland and Matthys 1998). Van Engeland kommt zum Schluss, dass dissozialen Verhaltensweisen weder kinder- und jugendpsychiatrisch noch durch Jugendhilfemaßnahmen ausreichend begegnet werden kann. Allerdings gäbe es Hinweise auf bessere Entwicklungen der Persönlichkeitsentfaltung und zwischenmenschlichen Beziehungen.

Substanzabusus, Suizidalität und Dissozialität mit ihrer Komplexität und Komorbidität zeigen die unbedingte Notwendigkeit der Früherkennung, Frühbehandlung sowie der ständigen Betreuung der betroffenen Kinder und Jugendlichen und den Stellenwert der Fremdplatzierung als eine Therapieoption vor allem bei schweren Fällen.

VI Zusammenfassung

VI.1 Zusammenfassung

Die zeitweise sehr intensive Auseinandersetzung mit der Problematik des sich überschneidenden Aufgabenbereiches der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe erschließt sich aus der Vielfältigkeit an Publikationen, Vorträgen und Tagungen zu diesem Thema. Jedoch so oft auch polemisiert wurde, dass das Kindeswohl im Mittelpunkt stehen sollte, so fraglich ist dies in der Realität. Hier scheinen teilweise berufspolitische Interessen im Zusammenhang mit Finanzierungszuständigkeiten höher gewichtet zu werden.

Wir stellten uns die Frage der heutigen Bedeutung dieses Überschneidungsbereichs in der Klientel der Kinder- und Jugendpsychiatrie und seine Veränderung im Vergleich zum Zeitpunkt der ersten Jahre nach Wiedervereinigung beider deutschen Staaten.

Es wurde die psychiatrische Gesamtklientel der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie der Universität Rostock im definierten Zeitraum (01.01.1998-31.12.1999) anhand der Krankenakten erfasst und nach Zusammenhängen mit einer Fremdplatzierung, also vorhergehenden und/oder anschließenden stationären Jugendhilfemaßnahme gesucht. Aus diesen Zusammenhängen wurde versucht, Prädiktoren einer Fremdplatzierung herauszufiltern. Der Vergleich mit der Untersuchung der gegenseitigen Inanspruchnahme von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie Rostocks der unmittelbaren Nachwendezeit 1991/92 (Hentsch 1999) sollte den

späteren Nachwendezeitpunkt vergleichbar darstellen und die Entwicklung skizzieren.

Im genannten Zeitraum kamen 341 Behandlungsfälle zur Auswertung, wovon 20% im Anschluss an die stationäre Behandlung fremdplatziert wurde. Weitere 15% wurden für eine solche vorgeschlagen. Umgesetzt wurde die Maßnahme jedoch nicht. Es fanden sich 93 Patienten mit Heimerfahrung bzw. Fremdplatzierungszusammenhang, also mit einem Heimaufenthalt im Vorfeld oder im Anschluss an die stationäre Behandlung.

Das mittlere Alter der Gesamtklientel 1998/99 betrug knapp 13 Lebensjahre ($s=3.23$). 83 % dieser Population waren zwischen 8 und 16 Jahre alt.

Bei einem Geschlechterverhältnis Jungen:Mädchen von 3:2 waren die Mädchen (13.99 Jahre) durchschnittlich signifikant ($p<0.001$) 2 Jahre älter (Jungen 12.24 Jahre), wobei der Anteil der Mädchen mit zunehmendem Alter signifikant stieg ($p<0.001$). Bei einer mittleren Behandlungsdauer von annähernd 53 Tagen wurden Jungen signifikant länger behandelt ($p<0.05$). Ein Therapieerfolg konnte in 70% der Fälle verzeichnet werden. Es ließ sich feststellen, dass Therapieerfolge mit längeren Behandlungszeiten korrelierten. Auf einem Signifikanzniveau von $p<0.002$ lässt sich formulieren: je älter die Patienten zum Behandlungszeitpunkt waren, umso seltener stellte sich ein Behandlungserfolg ein.

Für 20% der Klientel handelte es sich um eine wiederholte stationäre Behandlung.

Das Merkmal Aggression kennzeichnete mehr als 70% der Gesamtklientel. Die Aufnahmesymptomatik stellte sich entweder als ausgeprägt (48.4%) oder gar gravierend (44.9%) dar. Im Geschlechtervergleich zeigte sich signifikant, dass Jungen eher eine gravierende und Mädchen eher die geringergradig ausgeprägte Aufnahmesymptomatik aufwiesen ($p<0.05$).

Ein Zehntel des Patientengutes (11.2%) wiesen Suizidversuche in ihrer Anamnese auf. Mädchen unternahmen hochsignifikant häufiger Suizidversuche als Jungen ($p<0.001$). 20% aller weiblichen Patienten wiesen anamnestisch Selbsttötungsversuche auf, dagegen aber nur knapp 5% der Jungen. Wie zu erwarten, war auffallend, dass die meisten Jungen harte Methoden wählten, dies aber bei den Mädchen nur jede Fünfte tat.

13.6% der Patienten (43 Patienten) betrieben Substanzmissbrauch, wobei Alkohol und Drogen sich als gleichwertig darstellten.

Den größten Anteil der Erstdiagnosen machten Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43) mit 35.2% aus. Weitere Diagnosegruppen waren mit 10.6% die kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92), mit 9.7% die Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-54), mit 7.6% Störungen des Sozialverhaltens und mit 6.7% die hyperkinetischen Störungen.

Im Vergleich der Gesamtklientel mit den Adoptivkindern stellte sich heraus, dass die Adoptivkinder häufiger als andere Patienten fremdplatziert worden waren. Jedoch wurden Kinder aus einem Pflege- oder Adoptivverhältnis häufiger im Anschluss an die Behandlung fremdplatziert als andere Patienten. In Hinblick auf die dissozialen Störungen (Aggression, Lügen, Wutanfälle, Stehlen, Schwänzen, Weglaufen) fielen die Adoptivkinder augenscheinlich häufiger auf.

Der Vergleich der heimerfahrenen stationären Klientel der KJPP Rostock der Jahrgänge 1998/99 mit 1991/92 zeigte Folgendes:

Die behandelten Patienten 1998/99 waren wesentlich älter. Die Behandlung erfolgte nunmehr im pubertären Alter (14.3 Lebensjahre), während das Durchschnittsalter 1991/92 noch nahezu präpubertär (10.9 Lebensjahre) anzusiedeln war. Die Patienten wiesen 1998/99 einen deutlich geringeren IQ auf. Aggressionen traten

wesentlich häufiger auf. Mütter und Väter waren häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen. Die Dauer der Behandlung hat deutlich abgenommen. Allerdings stieg die Anzahl der wiederholten Behandlungen merklich. Und letztendlich stieg die Rate an erstmaligen Fremdplatzierungen im Anschluss an die stationäre Behandlung auf das Doppelte an.

Ein schlechteres Frühwarnsystem zeigt sich darin, dass es einen Anstieg sowohl in der Zahl der Fremdplatzierungen sowie der erstmaligen Fremdplatzierungen und auch des Alters bei Fremdplatzierungen gegeben hat.

Ineffiziente oder auch fehlende Hilfemaßnahmen zeigen sich auch im Vergleich zur Vorwendeuntersuchung durch einen niedrigeren IQ der fremdplatzierten Patienten. Die bestehenden Hilfemaßnahmen können also scheinbar bei Patienten, deren persönlicher psychosozialer Risikoindex durch einen geringeren IQ belastet ist, eine Fremdplatzierung nicht abwenden. Die Zunahme der gesamten Fremdplatzierungszahl sowie der Anstieg der Zahl der erstmaligen Fremdplatzierungen nach stationärer Behandlung zeigen eine deutliche Verschlechterung oder erhöhte Bedürfnisslage an protektiven oder ambulanten Hilfeleistungen auf.

Gesellschaftliche Veränderungen spiegeln sich unter anderem in der erhöhten Arbeitslosigkeit wider.

Die verkürzten stationären Behandlungszeiten spiegeln die Gesundheitspolitik wieder. Bei unveränderten Behandlungserfolgen kann man aber noch nicht nennenswerten Qualitätseinbußen sprechen, die bei weiterem Sparzwang aber unausweichlich eintreten würden.

In der vorliegenden Arbeit konnte folgender Risikoindex für eine Fremdplatzierung herausgearbeitet werden. Die Ausprägungen der folgenden Merkmale nahmen hochsignifikant an Häufigkeit zu, je eher eine Fremdplatzierung vorgenommen wurde (keine Fremdplatzierung < empfohlene Fremdplatzierung < durchgesetzte Fremdplatzierung): Alkoholabusus der Eltern, schlechteres soziales Milieu, häufige Behandlungszahl, ausgeprägtere Aufnahmesymptomatik, Substanzmissbrauch des Patienten, Verlust eines Elternteiles, Scheidung der Eltern, psychische Erkrankungen in der Familie.

Fragestellungen, welche sich aus der vorliegenden Arbeit ergeben:

Es könnte sein, dass Kinder, denen eine Fremdplatzierung angeraten wurde, unter anderem deshalb nicht fremdplatziert wurden, weil ihre Eltern eine höhere Ausbildung haben und/oder berufstätig sind. Wären sie fremdplatziert worden, wenn die Eltern nicht so hoch gebildet gewesen wären, oder sie nicht berufstätig wären? Wenn ja, würde dies bedeuten, dass höher gebildete und berufstätige Eltern einer vom Arzt empfohlenen Fremdplatzierung im Wege stehen. Ausbildung und Berufstätigkeit würden in diesem Falle für das Wohl des Kindes nachteilig sein.

Um die getroffenen Aussagen bezüglich einer zeitlichen Dimension erhärten oder verwerfen zu können, bedarf es nachfolgender gleich liegender Untersuchungen. Unabdingbar sind auch Untersuchungen von Heimpopulationen, um diese dann mit den herausgearbeiteten Charakteristika vergleichen zu können. Welche Voraussetzungen haben dazu geführt, dass ein Kind in ein Heim aufgenommen wird, ohne dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie involviert war? Ebenso stellt sich die Frage, ob die realisierte Fremdplatzierung tatsächlich das Kindeswohl gesichert hat oder eher nicht.

VI.2 Thesen dieser Arbeit

These 1

Zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe gibt es in der komplementären Versorgung von psychisch kranken Kindern einen Überschneidungsbereich, der gesetzlich im KJHG (KIGGS) geregelt ist. Wir stellten uns die Frage der heutigen Bedeutung dieses Überschneidungsbereiches in der Klientel der Kinder- und Jugendpsychiatrie und seine Veränderung im Vergleich zum Zeitpunkt der ersten Jahre nach Wiedervereinigung beider deutschen Staaten.

These 2

Es wurde die psychiatrische Gesamtklientel der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie der Universität Rostock im definierten Zeitraum (01.01.1998-31.12.1999, n=341) anhand der Krankenakten erfasst und nach Zusammenhängen mit einer Fremdplatzierung, also vorhergehenden und/oder anschließenden stationären Jugendhilfemaßnahme gesucht. Aus diesen Zusammenhängen wurde versucht, Prädiktoren einer Fremdplatzierung herauszufiltern. Der Vergleich mit der Untersuchung der gegenseitigen Inanspruchnahme von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie Rostocks der unmittelbaren Nachwendezeit 1991/92 (Hentsch 1999) sollte den späteren Nachwendzeitpunkt vergleichbar darstellen und die Entwicklung skizzieren.

These 3

Analysiert wurden Faktoren, welche den erhöhten psychosozialen Risikoindex beschreiben, den Kinder im Grenzbereich zwischen Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Vergleich zur sonstigen kinder- und jugendpsychiatrischen Klientel aufweisen.

Alkoholabusus der Eltern,
schlechteres Milieu,
häufige Behandlungszahl,
ausgeprägtere Aufnahmesymptomatik,
Substanzmissbrauch des Patienten,
Verlust,
Scheidung,
Psychische Erkrankungen in der Familie

Je mehr dieser Faktoren erfüllt sind, um so eher wird das Kind oder der Jugendliche fremdplatziert.

These 4

Im Untersuchungszeitraum kam es zu einer deutlichen Zunahme sowohl der Zahl an Behandlungen als auch der an Fremdunterbringungen. Mit dem Wegfall von „Frühwarnsystemen“ stieg das Durchschnittsalter der fremdzuplatzierenden Patienten.

These 5

Veränderungen in der Gesundheitspolitik sowie auch in der Medizin zeigten sich vor allem in Verkürzung der Behandlungsdauer. Die Klientel spiegelte mit deutlich erhöhter Arbeitslosigkeit der Eltern/Sorgeberechtigten gesellschaftliche Veränderungen wider.

These 6

Den interdisziplinären Hilfebedarf zeigte die deutlich zugenommene Dissozialität unter den Kindern und Jugendlichen, das gewachsene Aggressionspotential sowie die gestiegene Alkohol- und Drogenproblematik.

These 7

Kinder oder Jugendliche, welche stationär in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik behandelt und im Anschluss in eine Fremdplatzierung entlassen werden oder eine solche Empfehlung ausgesprochen bekommen, unterscheiden sich wie folgt von Kindern und Jugendlichen, welchen keine Fremdunterbringung droht:

höheres Alter, geringere Intelligenz, häufiger Substanzmissbrauch, häufiger Suizidversuche, häufiger höhere Aggressivität, häufiger tätliche Aggressivität, häufiger dissoziale Verhaltenweisen wie Lügen, Streiten, Aufsässigkeit, Wut, Stehlen, Schwänzen, Weglaufen.

häufiger ein schlechtes soziales Milieu, häufiger erlittener Verlust eines Elternteils und/oder Scheidung der Eltern, häufiger Alkoholabusus der Eltern, häufiger Psychische Erkrankungen der Eltern, häufiger gravierende Aufnahmesymptomatik, seltenerer Behandlungserfolg, häufiger wiederholt in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung

These 8

Kinder und Jugendliche welche fremdplatziert werden, unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Dauer der stationären Behandlung von anderen Patienten.

Allerdings finden sich bei den fremdzuplatzierenden Patienten weniger Behandlungserfolge. Hierbei haben jedoch letztendlich fremdplatzierte Patienten im Vergleich zu nicht durchgesetzten Fremdplatzierungen häufiger Behandlungserfolge. Fremdplatzierungen sind also eine Erfolg versprechende Therapieoption.

These 9

Zur Fremdplatzierung kommt es auch aufgrund ausgereizter Therapiemöglichkeiten, doch überwiegend aus Gründen des weiter führenden sozial orientierten Konzeptes der Jugendhilfe.

These 10

Ein bereits aus einer Einrichtung der Jugendhilfe zur stationären Therapie in die KJPP überwiesener Patient wird höchst wahrscheinlich erneut fremdplatziert.

These 11

Höher gebildete und berufstätige Eltern standen einer empfohlenen Fremdplatzierung eher skeptisch gegenüber.

These 12

Die KJPP nutzt vermehrt das Angebot der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Der Umkehrschluss konnte jedoch nicht gezogen werden. Das stationäre Angebot der KJPP wird von den Heimeinrichtungen deutlich vermindert genutzt.

These 13

Ein Ergebnis der Untersuchung ist, dass der multifaktoriell ansetzende derzeitige ambulante Sektor für die längerfristige effektive Betreuung von Kindern und Jugendlichen zu wenig nachhaltig ist.

VII Literaturverzeichnis

- Aronen, E. T. and T. Arajärvi (2000). "Effects of early intervention on psychiatric symptoms of young adults in low-risk and high-risk families." *Am J Orthopsychiatry* 70(2): 223-32.
- Balloff, R. (2004). "Rückführung des Kindes in die Herkunftsfamilie oder Verbleibensanordnung nach §1632 IV BGB aus familienrechtspsychologischer Sicht?" *Familie, Partnerschaft, Recht* 10(8): 431-437.
- Balloff, R. (2004). "Stieffamilien - Psychologische Aspekte und sozialwissenschaftliche Erkenntnisse." *Familie, Partnerschaft, Recht* 10: 50-56.
- Benzenhöfer, U. (1996). "Nürnberger Ärzteprozeß: Die Auswahl der Angeklagten." *Deutsches Ärzteblatt* 93(45): A-2929-2931.
- Bernhard, M. (2000). "Pionier der Psychiatrie." *Berlinische Monatsschrift* 9(8/2000): 77-82.
- Biermann, B. and D. Wälte (1991). *Erziehung außerhalb der eigenen Familie*. Hamburg, Lit Verlag.
- Binding, K. and A. Hoche (1920). *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form*. Leipzig, Verlag von Felix Meiner.
- Blandow, J. (1978). *Fremdplatzierung und präventive Jugendhilfe*. Frankfurt/Main, Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Bowie, H. and M. Friedli (1992). *Das Kind im Netz helfender Institutionen. Festschrift - 70 Jahre KJP-Dienst des Kantons Zürich*. Zürich, KJP des Kantons Zürich: 63 - 67.
- Brandenburg, A. (2004). *25 Jahre Herner Gemeindepsychiatrisches Netzwerk – Entwicklungen und Perspektiven. Psychiatrie auf dem Weg - Von der Anstalt zum Menschen*. M. Krisor and K. Wunderlich. Lengerich, Pabst Science Publishers.
- Bundesärztekammer (2003). *Ärztinnen / Ärzte nach Bezeichnungen und Tätigkeitsarten*, Stand: 31.12.2000.
- Bundesministerium für Familie, S., Frauen und Jugend (2000). *Kinder- und Jugendhilfe*. Bonn, Bundesregierung.
- Bundestag, D. (1975). *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung -*. Psychiatrie-Enquete: Drucksache 7/4200. D. B.-. 7.Wahlperiode, Verlag Dr. Hans Heger.
- Bundestag, D. (1990). *Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie*. Bundesgesetzblatt 1990 Teil I Seite 2930-2939.
- Bundestag, D. (1998). *Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz - PsychThG)*. BGB1. I, Nr.36, S.1311 vom 16.06.1998.
- Bundestag, D. (2004). *Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe*. D. Bundestag, Deutscher Bundestag, 15. Wahlperiode.
- Bundestag, W.-D. (2002). *25 Jahre Psychiatrie-Reform - Verstetigung und Fortentwicklung*. Tagung Deutscher Bundestag, Drucksache 14/9555 vom

- 26.06.2002, Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH.
- Bürger, U. (2000). "Zehn Jahre Kinder- und Jugendhilfegesetz. Neue Perspektiven und Akzente im Feld der Hilfen zur Erziehung?" Zentralblatt für Jugendrecht 12: 446-454.
- Christ, H. (2002). Dissoziative Bindung und familiäre Traumatisierung. Die vergessenen Kinder - Vernachlässigung, Armut und Unterversorgung in Deutschland. W. B. Zenz, K./Blum-Maurice, R. (Hrsg.). Köln, Papy Rossa Verlags GmbH & Co.KG: 88-102.
- Dahl, M. (2000). "Vollständig bildungs- und arbeitsunfähig" - Kinder-"Euthanasie" während des Nationalsozialismus und der Sterbehilfe-Debatte. 'Euthanasie' und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. C. E. Andreas Frewer, CAMPUS VERLAG: 144 - 176.
- Dahl, M. (2001). Diagnostik, Selektion, Ausgrenzung - Die unheilige Allianz von Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe in der NS-Zeit am Beispiel des Jugend-KZ Moringen. Freiheitsentziehende Maßnahmen in Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. J. M. Fegert, Späth Karl, Salgo Ludwig,. Münster, Votum Verlag GmbH, Münster: 9-23.
- Dahl, M. (2002). Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Göttingen.
- Dahl, M. and H. Frese (2001). "Das Provinzial-Erziehungsheim im Göttingen und die praktische Umsetzung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses." Medizin, Gesellschaft und Geschichte 20: 99-136.
- Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Englert, E., Fegert, J.M., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, G., Lehmkuhl, U., Poustka, F. (1998). "Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in den neuen und alten Bundesländern – Ergebnisse einer bundesweit repräsentativen Studie." Zeitschrift für klinische Psychologie 27: 9-19.
- Dwivedi, K. N. and V. P. Varma (1997). Depression in Children and Adolescents. London, Whurr Publishers Ltd.
- Engeland, H. v. and W. Matthys (1998). "Ergebnisse von Jugendhilfe-Maßnahmen bei dissozialen Störungen." Z. Kinder-Jugendpsychiat. 26: 63-69.
- Erdélyi, P. (2000). Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. Münster, Referent für Schnittstellen der Jugendhilfe beim Landschaftsverband, Westfalen-Lippe - Landesjugendamt und Westf. Schulen in Münster.
- Ettrich, C. (2003). Einführung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie. Vorlesung Kinder- und Jugendpsychiatrie. Leipzig.
- Faltermeier, J. (2001). Verwirkte Elternschaft? Fremdunterbringung Herkunftseltern Neue Handlungsansätze. Münster, Votum Verlag.
- Faltermeier, J. (2003). Herkunftsfamilien - Empirische Befunde und praktische Anregungen rund um die Fremdunterbringung von Kindern. Frankfurt / Main, Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Fegert, J. M. (1994). Was ist seelische Behinderung? : Anspruchsgrundlage und kooperative Umsetzung von Hilfen nach § 35a KJHG. Münster, Votum.
- Fegert, J. M. (1996). "Kinder- und Jugendhilfegesetz: bessere Versorgung psychisch kranker und behinderter Kinder." Deutsches Ärzteblatt 93(45): A2926.
- Fegert, J. M. (2000). "Bessere Teilhabe durch Integration unter ein gemeinsames Dach." Zentralblatt für Jugendrecht 12: 441-446.
- Fegert, J. M. (2001). "Kinder und Jugendliche bei der Einführung des SGB IX stärker im Blick behalten." Jugendhilfe(1/2001).

- Fischer, A. (2001). "Rede zum Festakt und Kongress "25 Jahre Psychiatrie Enquete – Bilanz und Perspektiven der Psychiatrie-Reform" am 21.11.2000." Psychosoziale Umschau 16(1): 10-11.
- Fleischhaker, C., E. Schulz, et al. (2004). Psychotische Störungen und Substanzmissbrauch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Schizophrene Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. H. Remschmidt. Stuttgart, New York, Schattauer. 1: 41-50.
- Frank, R. B.-S., F.; Frick, U.; Klein, W.; Kopecky-Wenzel, M. (1999). "Verhaltensmuster und Verhaltensauffälligkeiten von Kindern in zwei Kinderkliniken." Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 27(1): 59-71.
- Frewer, A. and C. Eickhoff (2000). "Euthanasie" und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Frankfurt/Main, Campus Verlag GmbH, Frankfurt/Main.
- Göllnitz, G. (1995). Eine gezielte rhythmisch-psychomotorische Musik- und Bewegungstherapie. Kühlungsborn, Mecklenburg-Vorpommern, Jahrestagung 1995 des BKJPP
- Gromann, P. (1998). Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Bericht zum Forschungsprojekt des BMG: Personalbemessung in der komplementären Versorgung. B. f. Gesundheit. Baden Baden, Nomos-Verlag Baden Baden. 1.
- Gschwandtner, F. (2002). Suchtgefährdung von Kindern alkoholkranker Eltern. Linz, Institut Suchtprävention, Hirschgasse 44, A-4020 Linz.
- Häbler, F. (2003). "Nachruf Herr Prof. em. Dr. med. habil. Gerhard Göllnitz." Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern 2003(2): 62.
- Häbler, F., C. Schmelich, et al. (2004). "Der Verlauf juveniler Psychosen - eine 46-Jahre-Katamnesenstudie." Krankenhauspsychiatrie 15: 60-64.
- Hentsch, A. (1999). Die gegenseitige Inanspruchnahme von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie anhand der stationären Klientel der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie der Universität Rostock in den Jahren 1988-1992. Kinder- und Jugendneuropsychiatrie. Rostock, Universität Rostock.
- Herpertz-Dahlmann, B. (1997). Depressive Syndrome und Suizidhandlungen. Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. h. Remschmidt. Stuttgart, New York, Georg Thieme: 232-242.
- Herpertz-Dahlmann, D. (2005). Presse-Service der DGKJP. Marburg, DGKJP: 4.
- Herzka, H. S. (1992). Erfahrungen und Gedanken zur Interdisziplinarität. Festschrift – 70 Jahre KJP-Dienst des Kantons Zürich. Zürich, KJP des Kantons Zürich: 113 - 123.
- Höcker, C., Quaschner, K., Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2003). Qualitätssicherung in der Psychotherapie - Marburger-Routine-Projekt. Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Von den Therapieschulen zu störungsspezifischen Behandlungen: Gemeinsamer wissenschaftlicher Kongress der DGKJP, des BKJPP in Deutschland sowie der ÖGKJNP und der SGKJPP Wien, 2.-5. April 2003. U. H. In Lehmkuhl. Göttingen Vandenhoeck & Ruprecht: 213.
- Hoger, C., H. Zieger, et al. (2002). "Predictors of length of stay in inpatient child and adolescent psychiatry: failure to validate an evidence-based model." Eur Child Adolesc Psychiatry 11(6): 281-8.
- http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/08/index.php?norm_ID=0800000 (2006). Sozialgesetzbuch.
- Ihle, W. E. B. S., M. H.; Blanz, B.; Reis, O.; Meyer-Probst, B. (1999). Risk conditions and developmental pattern of mental disorders from childhood to early adulthood - results from two longitudinal studies in Rostock and Mannheim.

- Growing up in times of social change. R. K. v. E. Silbereisen, A. (Hg.). Berlin, de Gruyter: 131 - 149.
- Jockenhövel-Schiecke, H. (1998). Ausländische Jugendliche in Einrichtungen der Jugendhilfe - Entwicklungen, Erfahrungen, Aktuelle Fragen. Allein in der Fremde: Fremdunterbringung ausländischer Jugendlicher in Deutschland. K. Weiss and P. Rieker. Münster, Waxmann Verlag GmbH: 45-71.
- Kalscheuer, M. S., R. (2003). Kindesvernachlässigung: Vernetzung und Kooperation zwischen Jugendhilfe und anderen Disziplinen. . Die vergessenen Kinder – Vernachlässigung, Armut und Unterversorgung in Deutschland. W. B. Zenz, K./Blum-Maurice,R. (Hrsg.). Köln.
- Kaufmann, C. and F. Ziegler (2003). Kindeswohl - eine interdisziplinäre Sicht. Zürich / Chur, Rüegger Verlag.
- Key, E. (2005). Ellen Key: Das Jahrhundert des Kindes.
- Kinze, W. (1995). Kinderneuropsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie – Rückblick und Ausblick. Kinderneuropsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, Rückblick und Ausblick. Eröffnungsvortrag anlässlich der Jahrestagung 1995 des BKJPP am 13./14.10.95 in Kühlungsborn, Mecklenburg-Vorpommern. Forum 1996.
- Klee, E. (1995). Zeitgeschichte: Mörderische Vordenker. Die Woche.
- Klee, E. (1999). Wer Täter ehrt, mordet ihre Opfer noch einmal. Hamburg, PI der Universität Hamburg.
- Klee, E. (2003). "Verhöhnung der Opfer." Das Parlament.
- Klein, M. and M. Zobel (1997). "Kinder aus alkoholbelasteten Familien." Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie 6(3): 133-140.
- Knölker, U. (1996). Aktuelle Probleme und Zukunftsperspektiven der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Aachen, Shaker Verlag.
- Köhler, B. (2001). Der Struwwelpeter - eine Sitten- und Kulturgeschichte. Bremen.
- Kossow, H.-J. (2000). Das Lautwortoperationsverfahren.
- Köttgen, C. (1990). Aus dem Rahmen fallen: Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung und Psychiatrie. Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- Kranke, A. P. (2001). 25 Jahre Psychiatrie-Enquete / Aktion Psychisch Kranke (Hg.). Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- Kunze, H. (2003). "Leserbrief - Burgmer M, Freyberger HJ "DRGs in der Psychiatrie und Psychotherapeutischen Medizin."" Psychiatrische Praxis 30(1).
- Lambers, H. (1995). Bestandsaufnahme zur Heimerziehungsforschung. Hannover, Wissenschaftliche Informationsschriften der Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe (AFET) e.V. - Bundesvereinigung.
- Langkafel, P., T. Drewes, et al. (2002). "Medizinstudium: Mitscherlich und Mielke – wer sind die?" Deutsches Ärzteblatt 99(13): A-834.
- Latimer, W. W., A. L. Stone, et al. (2002). "Gender differences in psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders." Exp Clin Psychopharmacol 10(3): 310-5.
- Laucht, M. (2001). "[Antisocial behavior in adolescence: risk factors and developmental types]." Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 29(4): 297-311.
- Lempp, R. (1999). Die seelische Behinderung bei Kindern und Jugendlichen als Aufgabe der Jugendhilfe. Stuttgart, München, Hannover, Berlin, Weimar, Dresden, Boorberg.
- Luderer, H. J. (1999). Geschichte der Psychiatrie. Weinsberg, Zentrum für Psychiatrie Weinsberg.
- Mannschatz, E. (1958). Zur Erziehungsorganisation im Heim. Berlin, Volk und Wissen, Volkseigener Verlag Berlin.

- Mannschatz, E. (1958). Zur Erziehungsorganisation im Heim. Berlin, Volk und Wissen, Volkseigener Verlag Berlin.
- Mattejat, F. R., H. (1995). Gesunde Familien, kranke Kinder? Kranke Familien, gesunde Kinder? Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker. R. M. Lutz, N. (Hrsg.). Göttingen Verlag für Angewandte Psychologie: 257-265.
- Mattejat, F. R., H. (1997). "Die Bedeutung der Familienbeziehungen für die Bewältigung von psychischen Störungen - Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen zur Therapieprognose bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen." Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 46(5): 371-392.
- Mattejat, F. W., C.; Remschmidt, H. (2000). "Kinder psychisch kranker Eltern." Nervenarzt 71: 164-172.
- Meyer, C. M., F.; König, U; Wehmeier, M.; Remschmidt, H. (2001). "Psychische Erkrankung unter mehrgenerationaler Perspektive: Ergebnisse aus einer Längsschnittstudie mit Kindern und Enkeln von stationär behandelten depressiven Patienten." Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 50: 525-536.
- Mollmann, C., K. Lenz, et al. (1998). "[Comparison of 2 clinics with reference to axis 5 of the MAS: different patient populations or regional characteristics?]." Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 26(2): 113-23.
- Mueller, K.-H. (1995). Lebensort Heim oder was Heimkinder brauchen. Frankfurt (Main), R.G.Fischer.
- Müller-Küppers, M. (2000). Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter besonderer Berücksichtigung der Zeit des Nationalsozialismus. Berlin.
- Peukert, R. (2003). "Die Zukunft der Psychiatrie in Deutschland." Psychosoziale Umschau 2003(3): 23-25.
- Presting, G., C. Hoyer, et al. (1998). "[Variability of inpatient child and adolescent psychiatry--results of a multicenter documentation]." Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 26(2): 97-112.
- Psychologie, I. f. m. (2001). "Institut für medizinische Psychologie." Retrieved 24.01.2006.
- Remschmidt, H. (1996). Der Begriff des Kindeswohls aus der Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Aktuelle Beiträge zur Diagnose und Behandlung kindlicher Entwicklungsstörungen. . W. H. Werner. Bing, Korbach, Forum Frühförderung, Bd. 1.: S. 63-76.
- Remschmidt, H. (1998). "Tradition und Entwicklung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie." Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 26(1): 34-42.
- Remschmidt, h. (2001). Aggressives Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Nauheimer Gespräche, Nauheim / Friedberg, Landesärztekammer Hessen.
- Remschmidt, H. (2002). "Alkoholabhängigkeit bei jungen Menschen." Deutsches Ärzteblatt 99(12): A787-792.
- Remschmidt, H. (2002). "Der Verlauf psychischer Erkrankungen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie." Der Nervenarzt 73: 803-804.
- Remschmidt, H. (2003). Drogenabhängigkeit im Kindes- und Jugendalter. Pädiatrie. Lentze, Schaub, Schulte and Spranger. Heidelberg, Springer. 2.: 1547-1549.
- Remschmidt, H. (2003). Suizidversuch und Suizid. Pädiatrie. Lentze, Schulte, Schaub and spranger. Heidelberg, New York, Springer. 2.
- Remschmidt, H. and F. Mattejat (2001). "The component model of treatment in child and adolescent psychiatry: theoretical concept and empirical results." Eur

- Child Adolesc Psychiatry 10 Suppl 1: 126-45.
- Remschmidt, H. and G. Niebergall (2000). Intelligenzminderungen. Psychiatrie und Psychotherapie. G. L. H.-J. Möller, H.-P. Kapfhammer. Berlin, Heidelberg, Springer: 1567-1578.
- Remschmidt, H. and M. H. Schmidt (1994). "[ICD-10 multi-axial classification]." Z Kinder Jugendpsychiatr 22(1): 3-4.
- Remschmidt, H., K. Wolf-Ostermann, et al. (2004). "Schizophrene Erkrankungen im Jugendalter." Nervenarzt 7: 663-674.
- Remschmidt, H. F., E. (2000). Entwicklungspsychopathologie. Psychiatrie spezieller Lebenssituationen. H. H. Helmchen, F.; Lauter, H.; Sartorius, N. Berlin, Heidelberg, New York, Springer-Verlag. 4: 19-41.
- Remschmidt, H. M. (1996). "Die Beiträge der kinder- und jugendpsychiatrischen und entwicklungspsychologischen Forschung zur „Objektivierung“ des Kindeswohlbegriffes. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie." Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie Oktober 1996(45): S.266-273.
- Remschmidt, H. M., F. (2003). "Integratives Denken und Handeln in der Kinder- und Jugendpsychiatrie." Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie: Mitgliederrundbrief: 5-31.
- Resch, F. (2004). "Die Bedeutung des abwesenden Elternteils für das Kind." Familie, Partnerschaft, Recht 10(2): 56-60.
- Rossmann, P. (1991). Depressionsdiagnostik im Kindesalter. Bern, Stuttgart, Toronto, Verlag Hans Huber.
- Rostock, H. (2006). Bevölkerungsstände ausgewählter Jahre, Amt für Wahlen und Statistik, kommunale Statistikstelle.
- Rostock, J. d. H. (2003). Statistik Hilfen zur Erziehung - Vergleich Fallzahl zum Stand 31.12.- Rostock, Jugendamt Rostock, Abteilung Planung/Finanzen.
- Rostock, K. U. (2006). Homepage KJPP Rostock, KJPP Rostock.
- Schauder, T. (2003). Heimkinderschicksale. Weinheim, Basel, Berlin, Beltz.
- Schmidt, M. H. (1998). "[Dyssocial behavior and aggression: knowledge, management and knowledge gaps]." Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 26(1): 53-62.
- Schone, R. (1990). "Grenzfälle" zwischen Heimen und Psychiatrie, Zur gegenseitigen Inanspruchnahme von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in Hamburg. Behörde für Schule, I. f. s. A. e.V., Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung - Amt für Jugend.
- Schone, U. G. R. (1990). Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Münster, Votum Verlag GmbH.
- Schone, U. G. R. (1995). "Der §35a KJHG: Stein des Weisen oder altes Eisen?" Forum Erziehungshilfen 1(4): 149 - 155.
- Schott, H. (2005). "Medizinschichte(n): Euthanasie - "Ballastexistenzen"." Deutsches Ärzteblatt 102(12): A-833.
- Schulz, E. and H. Remschmidt (1999). "Substanzmißbrauch und Drogenabhängigkeit im Kindes- und Jugendalter." Deutsches Ärzteblatt 96(7): 414-418.
- Schwab, J. J. and M. E. Schwab-Stone (1999). "Die Geschichte der Kinderpsychiatrie in den USA." Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 27(4): 277-281.
- Stegemerten, B. (1999). Sozialpsychiatrie - 25 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete: Erfordernisse einer qualifizierten psychosozialen Versorgung der Bevölkerung. Fachbereich 1 (Pädagogik). Oldenburg, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.

- Steinhausen, H.-C. (1992). Festschrift - 70 Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich (1921-1991). Zürich, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich.
- Stuckmann, W. (2002). Zur Geschichte psychiatrischer und forensisch-psychiatrischer Pflege. Andernach, Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie an der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach.
- Tammen, A. (2005). "Psychiater im Nationalsozialismus: Herren über Leben und Tod." Deutsches Ärzteblatt 102(36): A-2374.
- Thimm, U. (1999). "Beistand in frühen Lebenskrisen - Interview mit dem Kinder- und Jugendpsychiater Prof. Helmut Remschmidt." Marburger UniJournal 1999(2): 18-21.
- Ullrich Gintzel, R. S. (1989). Erziehungshilfen im Grenzbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Frankfurt/M., Internationale Gesellschaft für Heimerziehung (IGFH).
- Ullrich Gintzel, R. S. (1989). Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Münster, Votum Verlag Münster.
- Unzner, L. (2003). "Die psychologischen Auswirkungen bei Fremdplatzierung des Kindes in Pflegefamilie oder Kinderheim." Familie, Partnerschaft, Recht 9(6): 321-325.
- von Widdern, S., F. Häßler, et al. (2004). "[Ten years after German unification—current behavioural and emotional problems of adolescents in Germany]." Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 53(9): 652-73.
- Werner, K. and F. Poustka (1996). "[Typical configurations of psychosocial stress factors of psychiatrically conspicuous children and adolescents]." Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 24(4): 240-52.
- Wewetzer, G., H.-J. Frieze, et al. (1997). Zur Problematik offenen selbstverletzenden Verhaltens unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Julius-Maximilians Universität Würzburg Würzburg, Julius - Maximilians Universität Würzburg.
- WHO, W. H. O. (1994). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth Revision, WHO.
- Wiesner, R. (2002). Das SGB IX aus der Sicht der Kinder und Jugendhilfe. Hilfen nach §35a SGB VIII / KJHG. Hannover, Evangelischer Erziehungsverband e.V.: 8 - 23.
- Wüthrich, C. M., F.; Remschmidt, H. (1997). "Kinder depressiver Eltern." Kindheit und Entwicklung 6: 141-146.
- Zobel, M. (2004). Wenn die Familie ersäuft – Kinder in suchtblasteten Lebensgemeinschaften Duisburger Fachtagung, Suchthilfezentrum Nikolausburg.

VIII Anhang

VIII.1 Quellennachweis

VIII.1.1 Internetseiten:

1.
Zusätzlich zu den angegebenen Quellen wurden die Beiträge der online-Bibliothek: www.wikipedia.de zu den folgenden Betreffs benutzt:
Sokrates, Nürnberger Ärzteprozess, Wilhelm Griesinger, Karl Binding, Alfred Hoche
2.
Über das Biographisch-Bibliographische Kirchenlexikon (www.bautz.de/bbk) wurden Recherchen angestellt.
3.
Genutzt wurden weiterhin der Internetauftritt der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie, www.etsy.de,
4.
Von den Suchmaschinen wurden vorwiegend www.google.de, das Online-Archiv der Universität Rostock, www.pubmed.com, www.medpilot.de genutzt.
5.
Die Ärztestatistiken sind der Bundesärztekammer entnommen.

VIII.1.2 Gesetzestexte:

Sozialgesetzbuch Aches Buch Kinder- und Jugendhilfe

In der Fassung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022)

§ 34

Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform

Hilfe zur Erziehung in einer Einrichtung über Tag und Nacht (Heimerziehung) oder in einer sonstigen betreuten Wohnform soll Kinder und Jugendliche durch eine Verbindung von Alltagserleben mit pädagogischen und therapeutischen Angeboten in ihrer Entwicklung fördern. Sie soll entsprechend dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes oder des Jugendlichen sowie den Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie

1. eine Rückkehr in die Familie zu erreichen versuchen oder
2. die Erziehung in einer anderen Familie vorbereiten oder
3. eine auf längere Zeit angelegte Lebensform bieten und auf ein selbständiges Leben vorbereiten.

Jugendliche sollen in Fragen der Ausbildung und Beschäftigung sowie der allgemeinen Lebensführung beraten und unterstützt werden.

§ 35

Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung

Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung soll Jugendlichen gewährt werden, die einer intensiven Unterstützung zur sozialen Integration und zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung bedürfen. Die Hilfe ist in der Regel auf längere Zeit angelegt und soll den individuellen Bedürfnissen des Jugendlichen Rechnung tragen.

§ 35a

Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

(Bundestag) Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und
2. daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

(2) Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall

1. in ambulanter Form,
2. in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen,
3. durch geeignete Pflegepersonen und
4. in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen geleistet.

(3) Aufgaben und Ziel der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises sowie die Art der Leistungen richten sich nach § 53 Abs. 3 und 4 Satz 1, den §§ 54, 56 und 57 des Zwölften Buches soweit diese Bestimmungen auch auf seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Personen Anwendung finden.

(4) Ist gleichzeitig Hilfe zur Erziehung zu leisten, so sollen Einrichtungen, Dienste und Personen in Anspruch genommen werden, die geeignet sind, sowohl die Aufgaben der Eingliederungshilfe zu erfüllen als auch den erzieherischen Bedarf zu decken. Sind heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind, in Tageseinrichtungen für Kinder zu gewähren und läßt der Hilfebedarf es zu, so sollen Einrichtungen in Anspruch genommen werden, in denen behinderte und nichtbehinderte Kinder gemeinsam betreut werden.

§ 42

Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen

(1) Inobhutnahme eines Kindes oder eines Jugendlichen ist die vorläufige Unterbringung des Kindes oder des Jugendlichen bei

1. einer geeigneten Person oder
2. in einer Einrichtung oder
3. in einer sonstigen betreuten Wohnform.

Während der Inobhutnahme sind der notwendige Unterhalt des Kindes oder des Jugendlichen und die Krankenhilfe sicherzustellen. Mit der Inobhutnahme ist dem Kind oder dem Jugendlichen unverzüglich Gelegenheit zu geben, eine Person seines Vertrauens zu benachrichtigen. Während der Inobhutnahme übt das Jugendamt das Recht der Beaufsichtigung, Erziehung und Aufenthaltsbestimmung aus; der mutmaßliche Wille des Personensorgeberechtigten oder des Erziehungsberechtigten ist dabei angemessen zu berücksichtigen. Es hat für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen zu sorgen, das Kind oder den Jugendlichen in seiner gegenwärtigen Lage zu beraten und Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung aufzuzeigen.

(2) Das Jugendamt ist verpflichtet, ein Kind oder einen Jugendlichen in seine Obhut zu nehmen, wenn das Kind oder der Jugendliche um Obhut bittet. Das Jugendamt hat den Personensorge- oder Erziehungsberechtigten unverzüglich von der Inobhutnahme zu unterrichten. Widerspricht der Personensorge- oder Erziehungsberechtigte der Inobhutnahme, so hat das Jugendamt unverzüglich

1. das Kind oder den Jugendlichen dem Personensorge oder Erziehungsberechtigten zu übergeben oder
2. eine Entscheidung des Familiengerichts über die erforderlichen Maßnahmen zum Wohl des Kindes oder des Jugendlichen herbeizuführen.

Ist der Personensorge- oder Erziehungsberechtigte nicht erreichbar, so gilt Satz 3 Nr. 2 entsprechend.

(3) Das Jugendamt ist verpflichtet, ein Kind oder einen Jugendlichen in seine Obhut zu nehmen, wenn eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen die Inobhutnahme erfordert. Freiheitsentziehende Maßnahmen sind dabei nur zulässig, wenn und soweit sie erforderlich sind, um eine Gefahr für Leib oder Leben des Kindes oder des Jugendlichen oder eine Gefahr für Leib oder Leben Dritter abzuwenden. Die Freiheitsentziehung ist ohne gerichtliche Entscheidung spätestens mit Ablauf des Tages nach ihrem Beginn zu beenden. Absatz 2 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

Sozialgesetzbuch Neuntes Buch Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

In der Fassung des Gesetzes zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen vom 23. April 2004 (BGBl. I S. 606)

§ 2

Behinderung

(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

(2) Menschen sind im Sinne des Teils 2 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.

(3) Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 73 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).

Bundessozialhilfegesetz

In der Fassung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022)

§ 39

Personenkreis und Aufgabe

(1) Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, ist Eingliederungshilfe zu gewähren, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, vor allem nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung kann Eingliederungshilfe gewährt werden.

(2) Von einer Behinderung bedroht im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, bei denen der Eintritt der Behinderung nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Dies gilt für Personen, für die Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe nach § 37 erforderlich ist, nur, wenn auch bei Durchführung dieser Leistungen eine Behinderung eintreten droht.

(3) Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört vor allem, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

(4) Für die Leistungen zur Teilhabe gelten die Vorschriften des Neunten Buches Sozialgesetzbuch, soweit sich aus diesem Gesetz und den auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen nichts Abweichendes ergibt. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach diesem Gesetz.

(5) Ein Anspruch auf Eingliederungshilfe besteht nicht, wenn gegenüber einem Rehabilitationsträger nach § 6 Nr. 1 bis 6 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ein Anspruch auf gleiche Leistungen besteht.

§ 40

Leistungen der Eingliederungshilfe

(1) Leistungen der Eingliederungshilfe sind vor allem

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch,

2. Versorgung mit Körperersatzstücken sowie mit orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln,

3. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sowie sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben,

4. Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, vor allem im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu; die Bestimmungen über die Ermöglichung der Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht bleiben unberührt,

5. Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule,

6. Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit,

7. Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen nach § 41 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch oder in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten (§ 41),

8. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 55 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch,

9. nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Maßnahmen und zur Sicherung der Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben nach diesem Gesetz entsprechen jeweils den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit.

(2) Soweit es im Einzelfall gerechtfertigt ist, können Beihilfen an den behinderten oder von einer Behinderung bedrohten Menschen oder an seine Angehörigen zum Besuch während der Durchführung der Leistungen der Eingliederungshilfe in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung gewährt werden.

VIII.2 Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche

BASISDOKUMENTATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

Frankfurter Dokumentationssystem © E. Engfert & F. Poustka, 1998

DECKBLATT

UNIVERSITÄT ROSTOCK

Medizinische Fakultät
Zentrum für Nervenerkrankungen
Klinik und Poliklinik für Kinder- u. Jugendneuropsychiatrie/Psychotherapie



01 Fall-Nr.

02 Institution.

03 wievielte Dokumentation hier:

04 Auflage-Nr. des Bogens:

5

Patient	Eltern(teil), sofern abweichend
05 Name:	
06 Vorname	
Straße Nr.	
07 PLZ, Wohnort:	
wicht. Telefonnummern	

08 wievielte Aufnahme hier (insgesamt):

09 Jahr der Erstaufnahme hier:

10 Aufnahmedatum (TTMMJJJJ)

11 Geburtsdatum (TTMMJJJJ)

12 Geburtsort (Postleitzahl oder Land):

13 Geschlecht (M = 1 / W = 2):

14 Staatsangehörigkeit:

Bei stationärer Aufnahme:

15 Rechtsgrundlage der stationären Aufnahme

1 freiwillig

2 nach § 1631b BGB

3 nach § 126a StPO

4 nach §§ 73, 72, 71 JGG

5 nach § 63 StGB

6 nach § 7 JGG

7 nach HFEG / Psych KG / UBG

8 andere

BASISDOKUMENTATION, Teil I:

Soziodemographische Dokumentation

SEITE 1

01 Zuweisungsarzt/Einweisungsinstanz:

- 1 Notaufnahme/keine Arzteinweisung
- 2 psychiatrische/psychosomatische Klinik
- 3 kinder- und jugendpsychiatrische Klinik
- 4 nicht-psychiatrische Klinik

Niedergelassener Arzt:

- 5 Kinderarzt
- 6 Kinder- und Jugendpsychiater/- Psychotherapeut
- 7 Nervenarzt/ärztlicher Psychotherapeut
- 8 anderer: _____
- 9 Jugendamt/Gesundheitsamt

☐

02 Anregung zur Vorstellung durch: (bis 2 Nennungen möglich)

- 01 Eltern/Angehörige: _____
- 02 Eigeninitiative des Patienten
- 03 eigene Institution
- 04 psychiatrische/psychosomatische Klinik
- 05 kinder- und jugendpsychiatrische Klinik
- 06 nicht-psychiatrische Klinik
- 07 Kinderarzt
- 08 Arzt f. Ki.- u. Jugendpsychiatrie u. -psychother.
- 09 niedergelassener Nervenarzt /
ärztlicher Psychotherapeut
- 10 ärztlicher Notfalldienst
- 11 anderer Arzt

- 12 Psychologe/nicht-ärztlicher
Psychotherapeut
- 13 sozialpsychiatrischer Dienst
- 14 Heim
- 15 Jugendamt
- 16 Erziehungsberatung/Beratungsstelle
- 17 Schule/Kindergarten
- 18 Gesundheitsamt
- 19 Werkstatt f. Behinderte/Arbeitstherapie
- 20 berufsfördernde Einrichtung
- 21 Polizei/Gericht
- 88 sonstige: _____
- 99 unbekannt

03 Aufnahme woher:

- 1 Zuhause, auch Internat/Bundeswehr
- 2 eigene Klinik
- 3 psychiatrische/psychosomatische Klinik
- 4 andere Klinik
- 5 therapeutische Spezialeinrichtung
- 6 Heim ohne therapeutische Ausrichtung
- 7 Haftanstalt
- 8 sonstige: _____
- 9 unbekannt

04 Modus der Aufnahme:

- 1 regulär
- 2 Notfall
- 3 Notfall außerhalb Dienstzeit
- 4 Gutachten
- 8 sonstiger: _____

☐☐

Schul- und Berufsstatus des Kindes/Jugendlichen

05 Gegenwärtig besuchte sozialpädagogische Einrichtung:

- 1 keine
- 2 Krippe/Krabbelstube/Kindergarten/Kindergarten/-hort
- 3 Sonderkindergarten/Hort für Verhaltensgestörte oder Behinderte
- 8 andere: _____
- 9 unbekannt

☐

06 Schulbesuch:

- 1 besucht eine der unter (07) aufgeführten Schulen
- 2 noch nicht oder nicht mehr schulpflichtig
- 3 zurückgeschult oder wieder ausgeschult wegen Schulunreife
- 8 aus anderen Gründen kein Schulbesuch: _____
- 9 unbekannt

☐

07 Gegenwärtig besuchte Schule: - Gesamtschule sinngemäß einstufen☐

- | | |
|--|---|
| 88 trifft nicht zu | 08 (Sonder)schule für Lernhilfe(behinderte) |
| 01 Schulkindergarten/Vorklasse | 09 (Sonder)schule für Praktisch Bildbare (geistig Behinderte) |
| 02 Grundschule | 10 (Sonder)schule für Erziehungshilfe (Verhaltensgestörte) |
| 03 schulformunabhängige Orientierungsstufe | 11 andere Sonderschulen |
| 04 Hauptschule | 12 Fachschule (1- oder mehrjährig) |
| 05 Realschule | 13 Berufsschule |
| 06 Gymnasium | 14 Fachhochschule |
| 07 Differenzierung schulbedingt nicht möglich
(z.B. Walldorfschule) | 15 Hochschule/Universität |
| | 99 unbekannt |

08 Schulabschluß: - den höchsten dokumentieren☐

- | | |
|--|---------------------------|
| 88 trifft alters- oder schulbedingt nicht zu | 06 Realschule |
| 01 kein Schulabschluß | 07 Abitur |
| 02 (Sonder)schule für Lernhilfe(behinderte) | 08 einjährige Fachschule |
| 03 (Sonder)schule für Prakt. Bildbare (geistig Beh.) | 09 mehrjährige Fachschule |
| 04 andere Sonderschule | 10 Hochschule/Universität |
| 05 Hauptschule | 99 unbekannt |

09 Gegenwärtige Berufs- und Erwerbstätigkeit des Jugendlichen:☐

- 1 noch nicht erwerbsfähig oder erwerbsunfähig
- 2 arbeitslos
- 3 in Haft
- 4 nicht erwerbstätig, da im Haushalt oder im eigenen Betrieb tätig
- 5 beschützende Werkstätte
- 6 Förderlehrgang zur Erlangung der Berufsreife, Berufsvorbereitungsjahr
- 7 in Berufsausbildung zum: _____
- 8 berufstätig als: _____
- wenn berufstätig, Einstufung der Schichtzugehörigkeit gem. Item 15: _____
- 9 unbekannt

☐**Gegenwärtige Wohnverhältnisse des Kindes/Jugendlichen****10 Kind/Jugendlicher wohnt bei:****11 Kind/Jugendlicher wohnt bei:**☐

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Mutter/Ersatzmutter | Vater/Ersatzvater |
| 1 leiblicher Mutter | 1 leiblichem Vater |
| 2 Stiefmutter | 2 Stiefvater |
| 3 Adoptivmutter | 3 Adoptivvater |
| 4 Pflegemutter | 4 Pflegevater |
| 5 Großmutter | 5 Großvater |
| 6 Verwandten, sonstiger Ersatzmutter | 6 Verwandten, sonstigem Ersatzvater |
| 8 keiner Mutter | 8 keinem Vater |
| 9 unbekannt | 9 unbekannt |

12 Andere, nicht unter (10) und (11) erfaßte ständige Wohngemeinschaft:☐

- | | |
|-----------------------------|--|
| 8 trifft nicht zu | 4 in Ehe/eheähnlicher Partnergemeinschaft, privater WG |
| 1 stationäre Jugendhilfe | 5 Notunterkunft (z. B. Frauenhaus) |
| 2 Reha-/Therapieeinrichtung | 6 kein fester Wohnsitz |
| 3 wohnt allein | 9 unbekannt |

Wohnsituation (eigenes Zimmer etc.):

Sozialstatus der Eltern/Ersatzeltern bei denen das Kind/der Jugendliche wohnt - wie in (10) und (11) angegeben:

- 13 Schulabschluß Mutter/Ersatzmutter:**
- 1 kein Schulabschluß
 - 2 Sonderschule
 - 3 Hauptschule
 - 4 Realschule
 - 5 Abitur
 - 6 (Fach)hochschule/Universität
 - 9 unbekannt
- 14 Schulabschluß Vater/Ersatzvater:**
- 1 kein Schulabschluß
 - 2 Sonderschule
 - 3 Hauptschule
 - 4 Realschule
 - 5 Abitur
 - 6 (Fach)hochschule/Universität
 - 9 unbekannt

- 15 Derzeitige Tätigkeit Mutter/Ersatzmutter:**
(genaue Berufsbezeichnung)
- 1 erwerbstätig/ganztags
 - 2 Schichtarbeit (keine Teilzeitarbeit)
 - 3 regelmäßig teilzeitbeschäftigt
 - 4 zeitweise beschäftigt/Gelegenheitsarbeit
 - 5 ohne Ausbildungs-/Arbeitsstelle, arbeitslos
 - 6 nicht erwerbstätig/in Ausbildung, Umschulung
 - 7 nicht erwerbstätig/Rentnerin
 - 8 nicht erwerbstätig/im Haushalt tätig
 - 9 unbekannt/Kind lebt nicht bei (Ersatz-)Mutter
- 16 Derzeitige Tätigkeit Vater/Ersatzvater:**
(genaue Berufsbezeichnung)
- 1 erwerbstätig/ganztags
 - 2 Schichtarbeit (keine Teilzeitarbeit)
 - 3 regelmäßig teilzeitbeschäftigt
 - 4 zeitweise beschäftigt/Gelegenheitsarbeit
 - 5 ohne Ausbildungs-/Arbeitsstelle, arbeitslos
 - 6 nicht erwerbstätig/in Ausbildung, Umschulung
 - 7 nicht erwerbstätig/Rentner
 - 8 nicht erwerbstätig/im Haushalt tätig
 - 9 unbekannt/Kind lebt nicht bei (Ersatz-)Vater

- 17 Schichtzugehörigkeit:** - immer nur den jeweils sozial „höhergestellten“ (Ersatz-)Elternteil einschätzen!
- Unselbständige:
- 01 ungelernte Arbeiter
 - 02 angelernte Berufe
 - 03 Facharbeiter, Handwerker, Angestellte und Beamte im einfachen Dienst
 - 04 mittl. Angestellte, Beamte im mittl. Dienst
 - 05 höher qualifizierte Angestellte, Beamte im gehobenen Dienst
 - 06 leit. Angest., Beamte im höheren Dienst
- Selbständige:
- 07 kleinste Selbständige, ambulantes Gewerbe
 - 08 kleine selbständige Gewerbetreibende
 - 09 selbständige Handwerker, Landwirte, Gewerbetreibende (kleine Betriebe)
 - 10 selbst. Handwerker, Landwirte, Gewerbetreibende (mittlere Geschäfte, Betriebe)
 - 11 Akademiker, freie Berufe, größere Unternehmer
 - 88 trifft nicht zu (s. o.)

Geburtsjahr der soziologischen Eltern: - wie in (10) und (11), unbekannt = 9999

- 18 Mutter:** _____ **19 Vater:** _____
- 20 Leben leibliche Eltern?**
- 1 beide leben
 - 2 Vater gestorben
 - 3 nicht bekannt, ob Vater noch lebt
 - 4 Mutter gestorben
 - 5 nicht bekannt, ob Mutter noch lebt
 - 6 beide gestorben
 - 9 unbekannt hinsichtlich beider Eltern
- 21 Beziehungsstatus der leiblichen Eltern:**
- 1 leben zusammen
 - 2 getrennt/geschieden
 - 3 durch den Tod getrennt
 - 4 haben nie zusammengelebt
 - 9 unbekannt

- 22 Frühere oder zwischenzeitliche Konsultationen wegen psychischer Auffälligkeiten:**
- 1 nein
 - 9 unbekannt
- Falls ja:**
- 2 nicht-psychiatr. Behandlungs-/Beratungseinrichtg. (z.B. EB)
 - 3 ambulante psychiatrische Behandlung
 - 4 stationäre psychiatrische Behandlung
 - 5 n. n. bez. psychotherapeutische Behandlung
 - 6 ambulante u. stat. psychiatrische Behandlung
 - 8 andere: _____

Für Namen und Anschrift früherer Therapeuten/Einrichtungen linke Seite benutzen!

- 23 Jahr der ersten Konsultation wegen psychischer Schwierigkeiten:** _____ (unbekannt = 9999)
- 24 Name des Dokumentierenden:** _____

BASISDOKUMENTATION, Teil II: Ergänzende Anamnesedokumentation

SEITE 1

A. Schwangerschaft bis postpartaler Verlauf

bereits erhoben, Daten aus voriger Doku übernehmen

☐

Schwangerschaft:

01 Alter der Mutter bei der Entbindung (JJ): _____

☐

02 Verlauf:

- 1 ungestört
- 2 Blutungen
- 3 Hyperemesis
- 4 Nephropathie
- 5 drohender Abort

6 Alkohol/Drogenabusus:

7 mehrere

8 sonstige somatische Komplikationen:

9 unbekannt

☐

03 Erhebliche psychische Belastungen:

- 1 nein
- 2 ja
- 9 unbekannt

☐

Sonstiges zur Schwangerschaft:

Geburt:

04 Termin:

- 1 40 ± 2 Wochen
- 2 vor 38 Wochen

3 nach 42 Wochen

9 unbekannt

☐

05 Verlauf:

- 01 ungestört
- 02 protrahiert
- 03 Lageabweichung
- 04 Nabelschnurumschlingung
- 05 Plazenta-Störung
- 06 Zange/Vakuum

07 Sectio

08 vorzeitiger Blasensprung

09 mehrere Störungen

88 sonstige Störung:

99 unbekannt

☐

06 Geburtsgewicht unter 2.500 g:

- 1 nein
- 2 ja
- 9 unbekannt

☐

07 Postpartaler Verlauf:

- 1 unkompliziert
- 2 verstärkter Ikterus
- 3 Krämpfe
- 4 Trinkschwierigkeiten
- 5 Brutkasten

6 Asphyxie

7 mehrere Störungen

8 sonstige Störungen:

9 unbekannt

☐

B. Kindliche Entwicklung

bereits erhoben, Daten aus voriger Dok. übernehmen

08 Laufen: nach dem 18. Monat

1 nein

9 unbekannt

2 ja

Laufalter in Monaten: _____

09 Sprechen: (4 Wörter außer „Mama, Papa“)

1 normal

2 nach dem 18. Monat

3 nach dem 36. Monat

8 andere Störung der Sprachentwicklung: _____

9 unbekannt

10 Sauberkeit:

1 normal

8 entfällt

2 mit 36 Monaten nicht sauber

9 unbekannt

Psychische Auffälligkeiten bis zur Einschulung:

11 Trennung von der Mutter: länger als 1 Monat

im 1. Lj.:

1 nein

2 ja

9 unbekannt

2. - 3. Lj.:

1 nein

2 ja

9 unbekannt

12 Schwere Krankheiten:

im 1. Lj.:

1 nein

2 ja

9 unbekannt

2. - 3. Lj.:

1 nein

2 ja

9 unbekannt

Krankheiten ab 4. Lj.:

Kinderkrankheiten: (bitte unterstreichen)

Masern

Mumps

Varizellen

Röteln

Keuchhusten

Scharlach

Diphtherie

Impfungen: (bitte unterstreichen)

BCG

Pocken

Diphtherie

Röteln

Masern-lebend

Polio-Salk

Polio-Schluck (zuletzt 19____)

Tetanus (zuletzt 19____)

C. Menses

bitte grundsätzlich neu ausfüllen!

13 Menses:

1 ja

8 entfällt

2 noch nicht

9 unbekannt

3 sekundäre Amenorrhoe seit: _____

14 Menarchealter in Jahren: _____

D. Kindergarten/Schule

bitte grundsätzlich neu ausfüllen!

15 Störung beim Besuch des Kindergartens:

	nein	ja	nicht zutreffend/ unbekannt
.1 Trennungsangst	1	2	9
.2 Kontaktstörungen	1	2	9
.3 Spielstörung	1	2	9
.4 hypermotorisches Verhalten	1	2	9
.5 schlechtes Betragen/Aggression	1	2	9
.6 andere:	1	2	9

Dauer des Kindergartenbesuchs: _____ Jahre

Alter bei Eintritt: _____ Jahre

Adresse des Kindergartens/der Schule:

16 Einschulung:

- 1 zeitgerecht
2 vorzeitig
3 zurückgestellt
8 entfällt - in diesem Falle
bis einschl. (20) blank lassen
9 unbekannt

17 Schulbesuch:

- 1 regelrecht
2 einmal wiederholt
3 mehrmals wiederholt
4 umgeschult
5 Wiederholung und Umschulung
6 Abbruch
9 unbekannt

--	--

18 Klasse Nr.: _____

(wiederholte Kl.: _____)

--	--

19 Wieviertes Schulbesuchsjahr: _____

--	--

20 Schulstörungen:

	nein	ja	nicht zutreffend/ unbekannt
.1 schlechtes Betragen/Aggressionen	1	2	9
.2 Leistungsstörungen	1	2	9
.3 Kontaktstörungen	1	2	9
.4 Konzentrationsstörungen	1	2	9
.5 hypermotorisches Verhalten	1	2	9
.6 Schulschwänzen	1	2	9
.7 Schulverweigerung/Schulangst	1	2	9
.8 sonstige Schulstörungen	1	2	9

E. Familie

bitte grundsätzlich neu ausfüllen!

<p>21 Kinderzahl in der gegenwärtigen Aufenthaltsfamilie: _____ 88 Kind lebt nicht in einer Familie 99 unbekannt</p>	<p>23 Stellung in der Kinderreihe in der Aufenthaltsfamilie: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1 Einzelkind</p> <p>2 jüngstes Kind</p> <p>3 mittleres Kind <input type="checkbox"/></p> <p>4 ältestes Kind</p> <p>8 lebt nicht in einer Familie</p> <p>9 unbekannt</p>
<hr/>	
<p>22 Zwillings/Mehrling</p> <p>1 nein</p> <p>2 ja</p> <p>9 unbekannt</p>	
<hr/>	
<p>24 Geschwister:</p> <p>Zahl der leiblichen Geschwister: _____</p> <p>Halbgeschwister: _____</p> <p>Stiefgeschwister: _____</p> <p>andere Kinder, die in der Familie leben:</p> <p>(z. B. Pflegekinder): _____</p> <p>(unbekannt: 99)</p>	<p>Namen und Alter der Geschwister:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<hr/>	
<p>25 Familiäre Belastungen: (bis 4 Nennungen möglich)</p> <p>01 keine</p> <p>02 Oligophrenie</p> <p>03 Manisch - Depressive Psychosen</p> <p>04 andere Psychosen</p> <p>05 Autismus/Autist. Psychopathie</p> <p>06 andere Persönlichkeitsstörungen</p> <p>07 neurotische Störung</p> <p>08 Alkoholismus, Sucht</p>	<p>09 suizidale Handlungen</p> <p>10 Anfallsleiden</p> <p>11 sonstige neurologische Erkrankungen</p> <p>12 Mißbildungen</p> <p>13 interne Erkrankungen</p> <p>14 Kriminalität</p> <p>88 andere: _____</p> <p>99 unbekannt</p>
<p>Träger der Belastungen:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<hr/>	
<p>26 Verwandte oder andere Personen mit regelmäßigem Einfluß auf die Erziehung:</p> <p>1 nein</p> <p>2 ja</p> <p>wer ist das? _____</p> <p>9 unbekannt</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

BASISDOKUMENTATION, Teil III: **Psychopathologischer Aufnahmebefund**

SEITE 1

Name: _____ Datum der Untersuchung: _____. _____. _____

Beachte:

- Die Unterkategorien werden beim Ausfüllen übersprungen, wenn die jeweilige Hauptkategorie als „nicht vorhanden“ (1) oder „nicht bekannt“ (9) eingeschätzt wurde.
- Die einzelnen Symptome sind im Glossar definiert.
- Beurteilungszeitraum für die Spalte „außerhalb der Untersuchung“, falls anders als sechs Monate: _____ Monate
- Kodierung:
4 = stark, 3 = deutlich, 2 = leicht ausgeprägt, 1 = nicht vorhanden, 9 = nicht bekannt/beurteilbar

	während der Exploration	anderer Kontext		
01 Störungen der Interaktion	1 9	1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.01 unkooperativ	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.02 überangepaßt	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.03 scheu/unsicher	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.04 kaspernd/albernd	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.05 sozial zurückgezogen/isoliert	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.06 sensitiv/mißtrauisch	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.07 demonstrativ	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.08 distanzgemindert/enthemmt	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.09 Empathiestörung	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10 Mangel an sozialer Gegenseitigkeit/Kommunikation	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Störungen des Sozialverhaltens	1 9	1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.01 dominant	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.02 oppositionell/verweigernd	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.03 verbale Aggression	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.04 körperliche Aggression	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.05 Lügen/Betrügen	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.06 Stehlen	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.07 Weglaufen/Schuleschwänzen	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.08 Zerstören von Eigentum/Feuerlegen	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.09 andere Regelübertretungen:	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle	1 9	1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.01 Antriebsarmut/Verlangsamung	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.02 Antriebssteigerung/motorische Unruhe	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.03 Impulsivität	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.04 unaufmerksam/ablenkbar	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Störungen der Psychomotorik	1 9	1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.01 motorische Tics	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.02 vokale Tics	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.03 Stereotypien	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.04 maniert-bizar	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.05 andere Störungen der Psychomotorik:	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Integrierter Psychopathologischer Befund für Kinder und Jugendliche © Englert & Poustka, Frankfurt a. M. 1998
 Quellen: Psychopathologischer Befund für Kinder und Jugendliche © Arbeitsgruppe Psychopathologischer Befund, Köln 1991,
 CASCAP-D, © ENDICAP: European Network on Diagnostic Instruments for Child and Adolescent Psychopathology, Köln 1995

	während der Exploration	anderer Kontext		
05 Störungen des Sprechens und der Sprache	1 9	1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.01 Artikulationsstörung	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.02 expressive Sprachstörung	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.03 rezeptive Sprachstörung	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.04 Störungen der Redeflüssigkeit (Stottern/Poltern)	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.05 Mutismus	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.06 Logorrhoe	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.07 andere qualitative Störungen der Kommunikation:	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Angststörungen	1 9	1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.01 soziale Angst	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.02 Trennungsangst	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.03 Leistungsangst	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.04 Agoraphobie	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.05 andere umschriebene Phobien	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.06 Panikattacken	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.07 generalisierte Angst	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Störungen von Stimmung und Affekt	1 9	1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.01 klagsam	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.02 gereizt-dysphorisch	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.03 depressiv/traurig verstimmt	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.04 Anhedonie	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.05 Insuffizienzgefühle/mangelndes Selbstvertrauen	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.06 Hoffnungslosigkeit/Verzweiflung	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.07 Schuldgefühle/Selbstvorwürfe	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.08 affektarm	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.09 Interesselosigkeit/Apathie	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.10 affektilabil	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.11 ambivalent	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.12 inadäquat	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.13 innere Unruhe/getrieben	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.14 gesteigertes Selbstwertgefühl	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.15 euphorisch	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Zwangsstörungen	1 9	1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.01 Zwangsgedanken	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.02 Zwangsimpulse	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.03 Zwangshandlungen	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 Eßstörungen	1 9	1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.01 erhöhte Nahrungsaufnahme	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.02 Heißhunger- und Eßattacken	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.03 verminderte/auffällig kontrollierte Nahrungsaufnahme	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.04 selbst herbeigeführter Gewichtsverlust	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.05 selbstinduziertes Erbrechen	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.06 andere unangemessene Maßnahmen zur Gewichtsreduktion	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.07 Körperschema-Störung	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.08 Rumination	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.09 Pica	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	während der Exploration	anderer Kontext		
10 Funktionelle und somatoforme Störungen _____	1 9	1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.01 Appetitverlust _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.02 Erbrechen _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.03 Einnässen (tagsüber) _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.04 Bettnässen _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.05 Einkoten _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.06 Schlafstörungen _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.07 dissoziative Störungen _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.08 autonome Funktionsstörungen _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.09 Schmerzzustände, beschreibe: _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.10 Fatigue _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.11 Hypochondrie _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewußtseinsstörungen _____	1 9	1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.01 Merkfähigkeitsstörungen _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.02 Orientierungsstörungen _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.03 Störungen der Wachheit _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.04 qualitative Bewußtseinsstörungen _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Formale Denkstörungen _____	1 9	1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.01 gehemmt/verlangsamt _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.02 umständlich/weitschweifig _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.03 eingeengt _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.04 Perseverieren _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.05 Grübeln _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.06 Gedankendrängen _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.07 Ideenflucht _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.08 Vorbeireden _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.09 gesperrt/Gedankenabreißen _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.10 inkohärent/zerfahren _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.11 Neologismen _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Inhaltliche Denkstörungen _____	1 9	1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.01 magisches Denken _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.02 nicht systematisierte Wahnsymptome: Wahnstimmung, Wahrnehmung, Wahngedanken _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.03 systematisierter Wahn _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.04 Beziehungsideen/-wahn _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.05 Beeinträchtigungsideen/Verfolgungswahn _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.06 Schuldideen/-wahn _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.07 Größenideen/-wahn _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Ich-Störungen _____	1 9	1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.01 Derealisation _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.02 Depersonalisation _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.03 Gedankenlautwerden _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.04 Gedankenentzug _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.05 Gedankenausbreitung _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.06 Gedankeneingebung _____	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	während der Exploration	anderer Kontext		
15 Sinnestäuschungen	1 9	1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.01 illusionäre Verkennungen	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.02 akustische Halluzinationen	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.03 optische Halluzinationen	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.04 Körperhalluzinationen	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.05 Geruchs-/Geschmackshalluzinationen	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Mißbrauch/Abhängigkeit von psychotropen Substanzen	1 9	1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.01 Alkoholmißbrauch(2-3)/-abhängigkeit(4)	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.02 Mißbrauch(2-3)/Abhängigkeit(4) von Psychopharmaka	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.03 Drogenmißbrauch(2-3)/-abhängigkeit(4)	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Andere Störungen	1 9	1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.01 selbstverletzendes Verhalten	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.02 Suizidgedanken	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.03 suizidale Handlungen	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.04 Geschlechtsidentitäts-/sexuelle Störungen	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.05 sexualisiertes Verhalten	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.06 abnorme Bindung an Objekte	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.07 abnorme Vorlieben/Interessen	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.08 abnorme Gewohnheiten (z. B. Nägelbeißen)	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.09 Spielstörung	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.10 sonstige nicht näher bezeichnete Störungen, beschreibe:	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Suizidalität bei Aufnahme:				
1 nein	4 wiederholter Suizidversuch		<input type="checkbox"/>	
2 suizidal	5 jetzt nicht suizidal, aber anamnestic Suizidversuche			
3 erster Suizidversuch	9 unbekannt			
	Untersucher	Patient	Bezugsperson	
19 Aspekte der Behandlungsmotivation	1 9	1 9	1 9	<input type="checkbox"/>
19.01 Ausmaß der Problematik nach				<input type="checkbox"/>
Einschätzung von	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	4 3 2 1 9	<input type="checkbox"/>
19.02 Behandlungsmotivation von				<input type="checkbox"/>
Legende: 4 = stark ausgeprägt 3 = deutlich ausgeprägt 2 = gering ausgeprägt 1 = nicht vorhanden 9 = nicht beurteilbar				
20 Beurteilung wichtiger Funktionsbereiche: (Siehe Glossar)				<input type="checkbox"/>
20.01 soziale Fertigkeiten	3 2 1 8 9			<input type="checkbox"/>
20.02 Selbständigkeit in der Alltagsbewältigung	3 2 1 8 9			<input type="checkbox"/>
20.03 Verhältnis zu Eltern/engen Bezugspersonen	3 2 1 8 9			<input type="checkbox"/>
20.04 Schule	3 2 1 8 9			<input type="checkbox"/>
20.05 Freizeitgestaltung/Hobbys	3 2 1 8 9			<input type="checkbox"/>
Legende: 3 = deutliche Schwiegkeiten 2 = durchschnittlich 1 = deutlich überdurchschnittlich 8 = nicht zutreffend 9 = nicht beurteilbar				
21 Name des Untersuchers:	<input type="text"/>			

BASISDOKUMENTATION, Teil IV: Somatische Befunddokumentation

SEITE 1

Name: _____ Datum der Untersuchung: _____
Legende: oB = ohne patholog. Befund, af = auffällig, bd = beidseits auff., sd = seitendifferent auff., kA = keine Angaben

01 **Größe**
bei Aufnahme: _____, _____ cm bei Entlassung: _____, _____ cm

--	--	--	--

--	--	--	--

02 **Kopfumfang:** _____, _____ cm

--	--	--	--

03 **Gewicht**
bei Aufnahme: _____, _____ kg bei Entlassung: _____, _____ kg

--	--	--	--

--	--	--	--

04 **Reifestatus:**

K

KP

PR

R

☐
Pflegezustand: _____ Durchblutung: _____
Haut: _____ Narben: _____

05 **Anzahl Dysmorphie-Zeichen:** (siehe Liste; 8 = 8 und mehr, 9 = unbek.)

--

☐

Obere Extremität: Anomalien re / li

Untere Extremität: Coxa / Genua vara / valga

Füße: Kn Sk Spz re / li

WBS: _____ Haltung: _____ Thorax: _____

06 **Skelettsystem insgesamt:**

oB

af

kA

☐

Kopf

Kopfkongig.: _____

NAP: _____

07 **Trigeminus:**

oB

bd

sd

kA

☐

08 **Facialis:**

1

2

3

9

☐

09 **IX - XII:**

1

2

3

9

☐

Tonsillen: hypertr. / zerkl. / kl. / Z.n. Tonsillektomie
Kieferanomalie: _____

RHW: unauff. / gran.

Gebiß: MG / ZW / BG / BG7 / BG8

int. / san. / teilsan. / san.-bed.

10 **Schilddrüse:** _____

1

2

3

9

☐
unauff.(1) / vergr. symm.(2) / vergr. asymm. od. knotig (3)

Lymphknotenstatus: _____

Akute Infektzeichen

11	<u>Okulomotorik:</u> Strab. conv. / div. Nystagmus: _____	oB	bd	sd	kA	<input type="checkbox"/>
12	<u>Sehen:</u> Visus re.: _____ li.: _____ Pupillenreaktion re.: _____ li.: _____ Farbensehen: _____	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>
13	<u>Hören:</u> Flüsterspr. re.: _____ li.: _____ Trommelfell re.: _____ li.: _____ Ohren äußerl.: _____	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>
14	<u>Lunge:</u> Atemger.: bronch / ves. Beatmg.: seitengl. / seitendifferent: _____ Klopfschall: sonor / Dämpfung: _____ Lungengrenzen: _____	oB	af	kA		<input type="checkbox"/>
<u>Nierenlager:</u> _____						
15	<u>Herz:</u> Töne: _____ Rhythmus: _____ Puls: _____ Geräusche: _____ Blutdruck: _____ / _____ mm Hg	1	2	9		<input type="checkbox"/>
16	<u>Abdomen:</u> Resistenzen: _____ Druckschmerz: _____ Narben: _____ Lebergrenzen: _____ Milz: _____	1	2	9		<input type="checkbox"/>
<u>Bruchpforten:</u> geschl. / Hernie(n): _____						
17	<u>Genitale:</u> Descensus re.: _____ li.: _____ Phimose: _____	1	2	9		<input type="checkbox"/>
18	<u>Vegetative Zeichen:</u> Dermogr. / Chvostek / Akrocyanose Hyperhyd. / Refl. lebh. / Haut marmor. / resp. Arrh. Anzahl: _____					<input type="checkbox"/>
19	PSR:	oB	bd	sd	kA	<input type="checkbox"/>
20	ASR:	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>
21	BSR:	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>
22	RPR:	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>
23	BHR: re.: _____ li.: _____	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>
24	<u>Pyramidenbahnzeichen:</u> (Babinski, unerschöpf. Kloni, Spastik, Arm- absink-Pronationstendenz, Trömnerreflex)	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>
25	<u>Extrapyramidale Symptome:</u> (Chorea, Dyskinesien, Tics, Athetose, Bajonettfinger, Rigor, Dystonien)	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>
26	<u>Paresen:</u> welche? _____	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>

27	Kraft:	oB	bd	sd	kA	<input type="checkbox"/>
28	Tonus:	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>
29	Diadochokinese:	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>
30	Assoz. Reaktionen:	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>
31	Feinmotorische Koordination: (Finger-Nasen- / Finger-Finger- / Finger-Oppositions- / Knie-Hacken-Versuch)	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>
32	Romberg:	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>
33	Einbeinstand / Monopedales Hüpfen:	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>
34	Gang / Blindgang:	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>
35	Zehengang vorw. / rückw.:	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>
36	Hackengang vorw. / rückw.:	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>
37	Seiltänzerengang vorw. / rückw. (blind):	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>
38	Lateralität Hand:	re	li	bd	kA	<input type="checkbox"/>
39	Lateralität Fuß:	re	li	bd	kA	<input type="checkbox"/>
40	Lateralität Auge:	re	li	bd	kA	<input type="checkbox"/>
41	Sensibilität:	oB	bd	sd	kA	<input type="checkbox"/>
42	Zahlen erkennen:	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>
43	Lagesinn:	1	2	3	9	<input type="checkbox"/>
44	Sprechkoordination:		oB	af	kA	<input type="checkbox"/>
45	Sprache:		1	2	9	<input type="checkbox"/>
46	Sonstige Auffälligkeiten:	0	ja	kA		<input type="checkbox"/>

47	Stand der körperlichen Entwicklung:	<input type="checkbox"/> 1 altersentsprechend	<input type="checkbox"/> 2 retardiert	<input type="checkbox"/> 3 akzeleriert	<input type="checkbox"/> 9 unbekannt	<input type="checkbox"/>
48	Neurologische Gesamtbeurteilung incl. fein-neurologischem Befund:	<input type="checkbox"/> 1 Normalbefund	<input type="checkbox"/> 2 leichte Auffälligkeit	<input type="checkbox"/> 3 pathologischer Befund	<input type="checkbox"/> 9 unbekannt	<input type="checkbox"/>
49	Somatische Gesamtbeurteilung (ohne Neurologie):	<input type="checkbox"/> 1 Normalbefund	<input type="checkbox"/> 2 leichte Auffälligkeit	<input type="checkbox"/> 3 pathologischer Befund	<input type="checkbox"/> 9 unbekannt	<input type="checkbox"/>
50	Name des Untersuchers:					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

BASISDOKUMENTATION, Teil V: Diagnosebogen

SEITE 1

01 MAS-Achse I - klinisch-psychiatrisches Syndrom:

1. _____ Code gemäß ICD-10:

F				
---	--	--	--	--

Zweite Diagnose Achse I:

2. _____ Code gemäß ICD-10:

F				
---	--	--	--	--

Dritte Diagnose Achse I:

3. _____ Code gemäß ICD-10:

F				
---	--	--	--	--

02 Sicherheitsgrad der diagnostischen Zuordnung (nur Erstdiagnose):

1 sicher 2 fraglich 3 unsicher

☐

03 MAS-Achse II - spezifische Verzögerungen der Entwicklung:

Code gemäß ICD-10:

F				
---	--	--	--	--

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

04 Quelle der Beurteilung spezifischer Entwicklungsverzögerung

1 standardisierte Untersuchung 2 klinischer Eindruck

☐

05 MAS-Achse III - Intelligenz:

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

06 Quelle der Intelligenzbeurteilung: (bis 3 Nennungen möglich)

- | | |
|---|---|
| 1 klinischer Eindruck | 5 PET |
| 2 CMM, CFT, Raven, Bildertest, FRT | 8 nach anderen Prinzipien konstruierte Verfahren: |
| 3 HAWIE/K-R, Binet-Staffeltests, Snijders Oomen | welche: _____ |
| 4 PSB, LPS, IST | 9 Vorbefund mit unbekanntem Verfahren |

☐
☐
☐

07 MAS-Achse IV - Somatische Bedingungen:

(drei Klassifikationen sind zugelassen; die neurologische Diagnose an erster Stelle)

1. _____ Code gemäß ICD-10:

--	--	--	--	--

2. _____ Code gemäß ICD-10:

--	--	--	--	--

3. _____ Code gemäß ICD-10:

--	--	--	--	--

08 MAS-Achse V - Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (siehe Glossar):

Kodierung: 3= trifft sicher zu, 2= trifft mit ungenügender Ausprägung zu, 1= unzutreffend, 0= logisch nicht möglich, 9= unbekannt, mangelnde Information.

	aktuell letztes halbes Jahr	jemals "lifetime"		
1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen				
1.0 Mangel an Wärme in der Eltern - Kind Beziehung	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1 Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 körperliche Kindesmißhandlung	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 sexueller Mißbrauch (innerhalb der Familie)	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 andere:	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie				
2.0 psychische Störung/abweichendes Verhalten eines Elternteils	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1 Behinderung eines Elternteils	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Behinderung der Geschwister	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8 andere:	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation				
	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Abnorme Erziehungsbedingungen				
4.0 elterliche Überfürsorge	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1 unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 unangemessene Anforderungen und Nötigung durch die Eltern	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8 andere:	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Abnorme unmittelbare Umgebung				
5.0 Erziehung in einer Institution	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1 abweichende Elternsituation	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 isolierte Familie	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8 andere:	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Akute, belastende Lebensereignisse				
6.0 Verlust einer Liebes- oder engen Beziehung	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1 bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 sexueller Mißbrauch (außerhalb der Familie)	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 unmittelbare, beängstigende Erlebnisse	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8 andere:	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren				
7.0 Verfolgung oder Diskriminierung	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1 Migration oder soziale Verpflanzung	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.8 andere:	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit				
8.0 abnorme Streitbeziehungen mit Schülern/Mitarbeitern	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.1 Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 allgemeine Unruhe in der Schule/Arbeitssituation	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8 andere:	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes				
9.0 institutionelle Erziehung	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.1 bedrohliche Umstände infolge Fremdunterbringung	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.8 andere:	3 2 1 8 9	3 2 1 8 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

09 MAS-Achse VI - Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung im letzten Vierteljahr (siehe Glossar):

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

Bei stationärer/teilstationärer Behandlung:

- 10 Datum der Zuordnung zu Behandlungsbereich: KJ |__| ab |__| |__| |__| |__| |__| |__|
KJ |__| ab |__| |__| |__| |__| |__| |__|
KJ |__| ab |__| |__| |__| |__| |__| |__|

Einschätzung der Kooperationsbereitschaft

- | | | | |
|----|----------------------------|----|--|
| 11 | der Eltern/Bezugspersonen: | 12 | des Patienten unter Berücksichtigung
des Entwicklungsstandes: |
| | 1 gut | | 1 gut |
| | 2 mäßig gut | | 2 mäßig gut |
| | 3 schwach | | 3 schwach |
| | 4 schlecht | | 4 schlecht |
| | 8 trifft nicht zu | | 8 trifft nicht zu |

Prognose

- | | | | | | | | | |
|----|-------------------------------|----|------------------------------------|----|---|--|--|--|
| 13 | für Symptomatik
(Achse I): | 14 | für wichtige
Funktionsbereiche: | 15 | für psychosoziale Be-
dingungen (Achse V): | | | |
| 1 | günstig | 1 | günstig | 1 | günstig | | | |
| 2 | eher günstig | 2 | eher günstig | 2 | eher günstig | | | |
| 3 | eher ungünstig | 3 | eher ungünstig | 3 | eher ungünstig | | | |
| 4 | ungünstig | 4 | ungünstig | 4 | ungünstig | | | |
| 9 | nicht einschätzbar | 9 | nicht einschätzbar | 9 | nicht einschätzbar | | | |

- | | | | | |
|----|--|--------|------|--------------------------|
| 16 | Exemplarischer Fall: | 1 nein | 2 ja | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Problemfall
für die Klassifikation (vor allem auf Achse I): | 1 nein | 2 ja | <input type="checkbox"/> |

Ende der Untersuchung/Behandlung

- 18 Datum des Behandlungsendes/der Entlassung (TTMMJJJJJ): _____
- 19 Art der Beendigung/Entlassung:
- 1 mit ärztlichem Einverständnis
- 2 gegen ärztlichen Rat
- 3 aus stat. Behandlung entwichen
- 4 aus ambulanter Behandlg. weggeblieben
- 5 aus Tagesklinik weggeblieben
- 6 verstorben

- 20 Name des Dokumentierenden: _____

BASISDOKUMENTATION, Teil VI: Durchgeführte Maßnahmen und Behandlungserfolg

SEITE 1

Kodierung, sofern nicht anders angegeben: 1 = „nein/nicht durchgeführt“, 2 = „ja, durchgeführt“

01 Zusätzliche somatische Diagnostik	1	
1.01 Geburtsbericht	1	2
1.02 medizinische/psychiatrische/psychologische Vorbefunde	1	2
1.03 Laborbefunde (incl. Serologie)	1	2
1.04 Hormonanalysen (incl. Sexual-/Schilddrüsenhormone)	1	2
1.05 EKG	1	2
1.06 EEG	1	2
1.07 EVP	1	2
1.08 Röntgen Schädel	1	2
1.09 Röntgen Handwurzel	1	2
1.10 CT/NMR	1	2
1.11 andere Spezial-/Konsiliaruntersuchungen:	1	2

02 Zusätzliche psychologische Diagnostik	1	
2.01 Fragebogentests (MPI, Hanes, FPI, Gießen-Test)	1	2
2.02 orientierende Testverfahren (Raven, Wartegg-Zeichentest, Haus-Baum-Mensch, Rosenzweig, Benton)	1	2
2.03 Funktionstests (z.B. GFT, Frostig, KTK, DRT)	1	2
2.04 projektive Testverfahren (CAT, Schwarzfuß, Sceno, TAT- oder Rorschach-Kurzform)	1	2
2.05 standardisierte Intelligenz-/Entwicklungs-Tests (CFT, PSB, HAWIE(K)-R, IST, K-ABC, Kramer)	1	2
2.06 aufwendige projektive Testverfahren (Rorschach, TAT)	1	2
2.07 andere Konzentrations-/kognitive Impulsivitätstests (z. B. d2, MFF, KLT, KVT)	1	2
2.08 subjektive Fragebögen (Selbstbeurteilungsbögen)	1	2
2.09 Fremdurteilsskalen (Eltern-/Lehrer-/Erzieher-Urteil)	1	2
2.10 andere Verfahren:	1	2

03 Therapie	keine, nur Diagnostik	1	
--------------------	------------------------------	----------	--

	keine	1-5	6-10	11-25	26-50	> 50
3.1 Psychotherapeutische Verfahren beim Kind:	1					
1 kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung	1	2	3	4	5	6
2 kjp. Behandlg. unter gleichzeit. Einbeziehung der Bezugs-/Kontaktperson	1	2	3	4	5	6
3 tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	1	2	3	4	5	6
4 Verhaltenstherapie	1	2	3	4	5	6
5 klientenzentrierte Gesprächstherapie/Spielertherapie	1	2	3	4	5	6
6 Rollenspiel, Gruppentherapie	1	2	3	4	5	6
7 andere psychotherapeutische Verfahren (z. B. Gestaltungsther.)	1	2	3	4	5	6

3.2 Beratungen und Behandlungen bei (Ersatz-)Eltern/ Familie:	1					
1 Beratung/anleitende Familiensitzung	1	2	3	4	5	6
2 Familientherapie/systemische Therapie	1	2	3	4	5	6
3 patientenbezogene Elterntherapie (ein Elternteil oder beide)	1	2	3	4	5	6
4 Elterngruppe	1	2	3	4	5	6
5 andere	1	2	3	4	5	6

3.3 Weitere Therapien:	1					
1 Ergo-/Beschäftigungs-/Arbeitstherapie, Heilpädagogik	1	2	3	4	5	6
2 Krankengymnastik/Bewegungstherapie (Mototherapie)/Physiother.	1	2	3	4	5	6
3 Logopädie	1	2	3	4	5	6
4 Kunst-/Musiktherapie	1	2	3	4	5	6
5 sensomotor./Teilleistungstraining	1	2	3	4	5	6
6 andere	1	2	3	4	5	6

3.4 Medikamentöse Therapie:	1					
	keine	Medikation ohne besondere Probleme	mangelnde Wirkung/ Therapieresistenz	erheblich unerwünschte Arzneimittelwirkungen		
01 Neuroleptika (außer 02)	1	2	3	4		
02 atypische Neuroleptika	1	2	3	4		
03 Antidepressiva (außer 04)	1	2	3	4		
04 SSRI	1	2	3	4		
05 Lithium	1	2	3	4		
06 Carbamazepin	1	2	3	4		
07 andere Antikonvulsiva	1	2	3	4		
08 Tranquilizer/Hypnotika	1	2	3	4		
09 Stimulanzien	1	2	3	4		
10 Antiparkinsonmittel	1	2	3	4		
11 andere Psychopharmaka	1	2	3	4		
12 medikament. Behandlung gravierender somat. Erkrankungen	1	nein	2	ja		

3.5 Diätetische Maßnahmen/Ernährungsberatung:	1	nein	2	ja		
--	----------	------	---	----	--	--

- 3.6 Soziotherapeutische Maßnahmen** 1
- 1 Beratungen von Kindergärten/Schule 1 2
- 2 Beratung von Heimen 1 2
- 3 Beratung sozialer Dienste/Jugendämter 1 2
- 4 Helferkonferenz/Teilnahme an Hilfeplangespr. 1 2
- 5 Beratung von anderen Therapeuten 1 2
- 6 Hausbesuche/Hometreatment 1 2

04 Beschulung während stationärer Behandlung:

- 1 kein Schulbesuch
- 2 Besuch der Klinikschule/Klinikunterricht
- 3 Besuch einer externen Schule
- 4 Klinikschule und externe Beschulung
- Schule:

05 Behandlungsergebnis

Einschätzung des Behandlungserfolgs

- 5.1 bzgl. Symptomatik:**
- 1 völlig gebessert
- 2 deutlich gebessert
- 3 etwas gebessert
- 4 unverändert
- 5 verschlechtert
- 6 nur Diagnostik/keine Maßnahmen
- 9 nicht beurteilbar

5.2 bzgl. Gesamtsituation:

- 1 völlig gebessert
- 2 deutlich gebessert
- 3 etwas gebessert
- 4 unverändert
- 5 verschlechtert
- 6 nur Diagnostik/keine Maßnahmen
- 9 nicht beurteilbar

5.3 Globalbeurteilung der psychosoz. Anpassung

(Achse VI) bei Behandlungsende:

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

5.4 Beurteilung wichtiger Funktionsbereiche bei Behandlungsende:

	schwerwiegende Probleme	deutliche Schweregrade	durchschnittlich	deutlich über-durchschnittl.	nicht beurteilbar
1 soziale Fertigkeiten	4	3	2	1	9
2 Selbständigkeit in der Alltagsbewältigung	4	3	2	1	9
3 Verhältnis zu Eltern/engen Bezugspersonen	4	3	2	1	9
4 Schule	4	3	2	1	9
5 Freizeitgestaltung/Hobbys	4	3	2	1	9

06 Empfohlene Weiterbehandlung/Maßnahmen**6.1 Weiterbehandlung:** 1

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

kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung

- 01 ambulant 1 2 3
- 02 teilstationär 1 2 3
- 03 stationär 1 2 3

psychiatrische Behandlung

- 04 ambulant 1 2 3
- 05 stationär 1 2 3

andere medizinische Behandlung

- 06 ambulant 1 2 3
- 07 stationär 1 2 3
- 08 Pharmakotherapie 1 2 3

Ambulante Therapieformen

- 09 Familientherapie 1 2 3
- 10 analytische/tiefenpsychologische Therapie 1 2 3
- 11 Verhaltenstherapie 1 2 3
- 12 klientenzentrierte Therapie 1 2 3
- 13 Ergotherapie 1 2 3
- 14 Gruppentherapie 1 2 3
- 15 Elterntherapie 1 2 3

6.2 Hilfen nach KJHG 1

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

- 01 Tagespflege (§23) 1 2 3
- 02 Erziehungsberatung (§28) 1 2 3
- 03 soziale Gruppenarbeit (§29) 1 2 3
- 04 Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer (§30) 1 2 3
- 05 sozialpädagogische Familienhilfe (§31) 1 2 3
- 06 Erziehung in einer Tagesgruppe (§32) 1 2 3
- 07 Vollzeitpflege (§33) 1 2 3
- 08 Heimerziehung, betreute Wohnformen (§34) 1 2 3
- 09 intensive sozialpäd. Einzelbetreuung (§35) 1 2 3
- 10 Eingliederungshilfe (§35a) 1 2 3
- 11 Hilfe für junge Volljährige (§41) 1 2 3
- 12 Inobhutnahme (§42) 1 2 3
- zuständiges Jugendamt (Kostenträger):

6.3 Außerhäusliche Unterbringung 1

- 1 Tagesstätte 1 2 3
- 2 Heim/betreute Wohngruppe 1 2 3
- 3 therapeutisches Heim/Wohngruppe 1 2 3
- 4 Internat 1 2 3
- 5 Pflegestelle/Adoption 1 2 3
- Heim/Einrichtung:

6.4 Pädagogische Maßnahmen/Schule 1

- 1 Sonderpädagogik/Förderung 1 2 3
- 2 Kindergarten/Hort 1 2 3
- 3 Rückversetzung 1 2 3
- 4 Umschulung in Schule f. Lernhilfe/Lernbeh. 1 2 3
- 5 Umschulung in Schule für Praktisch Bildbare 1 2 3
- 6 Umschulung in Schule für Erziehungshilfe 1 2 3
- 7 Umschulung in sonst. Sonderschule 1 2 3
- 8 Werkstatt für Behinderte 1 2 3

07 Name des Dokumentierenden:**08 Vollständige Computereingabe der Daten am (TTMMJJJJ):**

VIII.3 Schlüsselwortverzeichnis

VIII.3.1 Schlüsselwortverzeichnis

1. Geschlecht:

1 = m

2 = w

2. Geb.datum:

3. Aufnahmedatum (Datum der Erstellung des Gutachtens):

4. Entlassungsdatum:

5. Einweisende Stelle (Grund des Gutachtens):

1 = Kinderheim

2 = eigene Poliklinik / Sprechstunde

3 = niedergelassener Arzt / Nervenarzt

4 = auswärtiges Klinikum

5 = Notaufnahme / Rettungsdienst

6 = Jugendamt

7 = Selbstmelder / auf Antrag KV/KM

8 = Schule

6. Weiterbehandlungsstelle:

1 = keine Weiterbetreuung

2 = therapeutisches Kinderheim

3 = sonst. Heim o. ä. Einrichtung

4 = amb. Betreuung durch eig. Poliklinik

5 = amb. Betreuung durch auswärtige Psychotherapie /
Beratung

6 = niedergel. Arzt / Nervenarzt

7 = stat. Aufnahme (andere Einrichtung)

8 = Jugendamt / sonstige Fördermaßnahmen

7. Behandlungserfolg:

1 = keine Besserung = unverändert

2 = leichte Besserung

3 = deutliche Besserung

4 = Verschlechterung

5 = nicht beurteilbar

8. Elternhaus (überwiegende Situation):

1 = Vater & Mutter

2 = Mutter alleinstehend / ledig / geschieden

3 = Vater

4 = Stiefkind zur Mutter

5 = Stiefkind zum Vater

6 = Adoptiv- bzw. Pflegeeltern

7 = Heimkind familiengelöst

8 = anderweitige Unterbringung
(Großeltern, Tante, Onkel...)

9. Verlust mind. eines Elternteiles:

- 1 = kein Verlust
- 2 = Verlust der KM
- 3 = Verlust des KV
- 4 = Verlust beider Eltern

10. Lebensalter bei Verlust: Lebensjahr:

11. Scheidung:

- 1 = keine Scheidung
- 2 = geschieden/Eltern nicht verheiratet /
kein Kontakt zueinander

12. Lebensalter bei Scheidung: Lebensjahr:

13. Schulabschluss der KM:

- 1 = Hilfsschule (auch weniger als 9 Klassen /
Förderschule)
- 2 = Hauptschulabschluss (9 Klassen)
- 3 = Realschulabschluss (10 Klassen oder mehr ohne
Abschluss)
- 4 = Abitur

14. erlernter Beruf der KM:

- 1 = ohne Beruf / Teilfacharbeiter
- 2 = Facharbeiter
- 3 = Fachschul- oder Hochschulabschluss

15. Berufstätigkeit der KM:

- 1 = berufstätig
- 2 = nicht berufstätig / ABM / Umschulung etc.

16. Schulabschluss des KV:

- 1 = Hilfsschule (auch weniger als 9 Klassen /
Förderschule)
- 2 = Hauptschule (9 Klassen)
- 3 = Realschule (10 Klassen oder mehr ohne Abschluss)
- 4 = Abitur

17. erlernter Beruf des KV:

- 1 = ohne Beruf / Teilfacharbeiter
- 2 = Facharbeiter
- 3 = Fachschul- oder Hochschulabschluss

18. Berufstätigkeit des KV:

- 1 = berufstätig
- 2 = nicht berufstätig / ABM / Umschulung etc

19. Alkohol-/ Drogenabusus:

- 1 = Alkohol: beide Eltern / KM / KV
- 2 = kein Abusus
- 3 = Drogenabusus: beide Eltern / KM / KV
- 4 = Alkohol + Drogen

20. psych. Erkrankungen in der Anamnese:

- 1 = nein
- 2 = eines oder beider Elternteile
- 3 = der Großeltern
- 4 = Eltern und Großeltern

21. Wohnverhältnisse:

- 1 = Patient hat eigenes Zimmer
- 2 = Patient hat kein eigenes Zimmer

22. Milieu:

- 1 = höheres soziales Milieu
- 2 = schlechteres soziales Milieu

23. Stellung des Kindes in der Geschwisterreihe:

- 1 = Einzelkind
- 2 = ältestes Kind
- 3 = Zweitgeborenes
- 4 = mittleres Kind oder in der Reihe
- 5 = jüngstes Kind

24. Geschwisterzahl (einschl. Pat.):

25. Zahl der im Haushalt lebenden Kinder (einschl. Pat.):

26. Geschwister im Kinderheim:

- 8 = keines

27. Heimunterbringung (Zeitraum):

- 1 = im Säuglingsalter (bis 1. Lj.)
- 2 = 1. - 4. Lj.
- 3 = 5. - 9. Lj.
- 4 = 10. - 14. Lj.
- 5 = 15. - 20 Lj.
- 6 = kein bisheriger Heimaufenthalt

28. Überweisungsgründe von Heim - Klinik:

- 1 = Ratlosigkeit nach Ausschöpfung eigener Ressourcen
– Überweisung in Klinik zur Diagnostik und oder
Behandlung
- 2 = plötzl. Hilflosigkeit nach situativer Überforderung (z.B.
Suizidversuch)
- 3 = langfristige Eskalation mit überschrittener
Toleranzschwelle zw. Fachkräften/Institution und
Kind/Jugendlichem

29. Überweisungsmodus Klinik - Heim:

- 1 = keine Heimeinweisung
- 2 = Heimunterbringung während/neben Klinikaufenthalt (direkte Überweisung)
- 3 = Heimunterbringung nach Klinikaufenthalt (spätere Überweisung)

30. Überweisungsgründe von Klinik – Heim:

- 1 = Überweisung nach Clearing, d.h. keine psychiatr. sondern familiäre/soziale Verursachungsfaktoren
- 2 = Überweisung da Problem d. Kindes/Jugendlichen gelöst bzw. überwunden
- 3 = Überweisung, da Interventionsmgl. d. Klinik ausgereizt – fortgesetzte Unwirksamkeit von Therapieversuchen
- 4 = Überweisung nach Klärung d. Nichtzuständigkeit

**31. Wiederholter Behandlung in Psych. Klinik (eigene Klinik)
= frühere stat. Aufenthalte hier:**

- 1 = keine frühere Behandlung hier
- 2 = frühere Beh. einmalig mit gleicher Diagn.
- 3 = frühere Beh. einmalig mit anderer Diagn.
- 4 = frühere Beh. mehrmalig mit gleicher Diagn.
- 5 = frühere Beh. mehrmalig mit anderer Diagn.
- 6 = frühere Beh. mehrmalig mit gleichen und anderen Diagn.

32. Anzahl der Behandlungen:

33. IQ:

- leichte Intelligenzminderung (50-69)
- mittelgradige Intelligenzminderung (35-49)
- schwere Intelligenzminderung (20-34)
- schwerste Intelligenzminderung (>20)

34. Entwicklungsrückstand = Entwicklungsverzögerung:

- frei = nein
- 1 = Sprachbereich
- 2 = motor. Bereich
- 3 = Sauberkeit
- 4 = kombinierte Schulleistungen
- 5 = 1+2
- 6 = 1+3
- 7 = 2+3
- 8 = 1+2+3
- 9 = 1/2/3+4
- 10 = alle
- 11 = nicht beurteilbar

35. neurol. Faktor – EEG:

- 1 = nicht abgeleitet bzw. nicht verwerbar
- 2 = normales EEG
- 3 = Grenzbefund – leichte Allgemeinveränderungen
- 4 = patholog. EEG

36. Konzentrationsschwäche:

- 1 = vorhanden
- 2 = nicht vorhanden

37. Aggressivität:

- 1 = verbal
- 2 = destruktiv
- 3 = tätl. gegenüber anderen Personen
- 4 = 1+2
- 5 = 1+2+3
- 6 = 1+3
- 7 = keine

38. Hypermotorik, fehlende Ausdauer:

- 1 = unruhig
- 2 = ruhig

39. Lügen (häufig, auffallend):

- 1 = vorhanden
- 2 = nicht vorhanden

40. Streiten und Tyrannei:

- 1 = vorhanden
- 2 = nicht vorhanden

41. Aufsässigkeit gegenüber Bitten und Anweisungen von Erwachsenen:

- 1 = vorhanden
- 2 = nicht vorhanden

42. Wutausbrüche:

- 1 = vorhanden
- 2 = nicht vorhanden

43. Stehlen von Wertgegenständen:

- 1 = vorhanden
- 2 = nicht vorhanden

44. Schuleschwänzen:

- 1 = vorhanden
- 2 = nicht vorhanden

45. Weglaufen von Zuhause:

- 1 = vorhanden
- 2 = nicht vorhanden

46. Angst, Gehemmtheit:

- 1 = vorhanden
- 2 = nicht vorhanden

47. Aufnahmesymptomatik, (Untersuchungseindruck beim Gutachten):

- 1 = nein – leicht
- 2 = ausgeprägt
- 3 = gravierend

48. Suizidversuch:

- 1 = nein
- 2 = einmalig mit weichen Methoden (Tabletten, Gas)
- 3 = einmalig mit harten Methoden
(Erstechen, vor Zug werfen)
- 4 = mehrmalig mit weichen Methoden
- 5 = mehrmalig mit harten Methoden

49. Enuresis:

- 1 = primäre z.Zt. sauber
- 2 = primäre z.Zt. fortbestehend
- 3 = sekundäre z.Zt. sauber
- 4 = sekundäre z.Zt. fortbestehend
- 5 = nicht vorhanden

50. Enkopresis:

- 1 = primäre z.Zt. sauber
- 2 = primäre z.Zt. fortbestehend
- 3 = sekundäre z.Zt. sauber
- 4 = sekundäre z.Zt. fortbestehend
- 5 = nicht vorhanden

51. Patient Alkohol-/ Drogenabusus:

- 1 = Alkoholabusus
- 2 = nicht vorhanden
- 3 = Drogenabusus
- 4 = Alkohol + Drogen

52. Diagnose- nr. (ICD-10):

53. Gruppen :

- 1 = nicht fremdplatziert
- 2 = vorgeschlagene Fremdplatzierung
- 3 = nicht freiheitsentziehende Fremdplatzierung
- 5 = vorgeschlagene freiheitsentziehende
Fremdplatzierung
- 6 = Nicht fremdplatziert ; keine Aktenauswertung, da Akte
nicht auffindbar

VIII.3.2 Erläuterungen zum Schlüsselwortverzeichnis

Die folgenden Items des Schlüsselwortverzeichnisses sollen im Folgenden näher erläutert werden.

3./4. Das **Aufnahme-** und **Entlassungsdatum** wurde der Epikrise entnommen. Jede Neuaufnahme wurde gewertet. Ausnahme: Im genannten Zeitraum wiederaufgenommene Patienten wurden als erneute Aufnahme gewertet, soweit die Zeitspanne von Entlassung bis zur erneuten stationären Behandlung 7 Tage überschreitet.

5. Die **einweisende Stelle** kann von der Stelle abweichen, welche die Krankenhausbehandlung empfiehlt. Berücksichtigt wurden auch die Bestrebungen von Heim, Jugendamt, Schule oder Eltern.

6. Die **Weiterbehandlungsstelle** kategorisiert die Behandlungsform, die dem stationären Aufenthalt folgt. Empfehlungen wurden berücksichtigt, da nicht in jedem Fall eine entsprechende Pulsierung erfolgte.

7. Der **Behandlungserfolg** ist als Einschätzung des Arztes bei Entlassung der Basisdokumentation entnommen.

8. Wir sahen die **überwiegende Situation des Elternhauses** als den am ehesten repräsentativen Umstand für die familiäre Umgebung eines Kindes oder Jugendlichen an.

Im Fall eines primären Heimkindes konnte keine Zuordnung erfolgen, da die davor liegende familiäre Situation des Kindes nicht zu eruieren war.

9. Unter **Verlust mind. eines Elternteiles** verstanden wir außer dem Tod auch fehlende Präsenz eines Elternteiles.

11. **Scheidung** umfasst in dieser Untersuchung sowohl durchgeführte Scheidungen als auch in Scheidung lebende Partner.

In 12 Fällen konnte auf Grund fehlender Dokumentation elterlicher Daten dieses Merkmal nicht eindeutig erfasst werden.

10.+12. Das **Lebensalter** des Kindes **bei Verlust** oder **Scheidung** ist angegeben mit dem **Lebensjahr**.

13.+16. Der **Schulabschluss der KM/KV**: Zu erwähnen sei, dass der Abschluss der 8. Klasse zur Zeit der DDR dem des Hauptschulabschluss der Nachwendezeit gleichgesetzt wurde, da dieses vergleichbare Schulabschlüsse sind.

Im Falle der KM konnten bei 19 Aufnahmen keine Angaben gefunden werden, in der des KV 69.

14.+17. Der **erlernte Beruf der KM/KV** wurde zur Vergleichbarkeit nur in ungelernt, Facharbeiter und absolviertes Hochschulstudium unterteilt.

24 Aufnahmen ließen die Antwort nach der Frage des erlernten Berufes der Mutter und 76 nach der des Vaters offen.

15.+18. Die **Berufstätigkeit der KM/KV** gibt die momentane Situation bei Aufnahme an.

Auch hier blieben 24 Aussagen zur KM unbeantwortet und sogar 90 Aussagen zum Vater.

13. bis 18. Diese Angaben sind meist während des Aufnahmegesprächs in der Basisdokumentation und/oder im Aufnahmegespräch dokumentiert worden. Des Weiteren können sie im Verlauf dokumentiert worden sein. Da sie nicht in allen Akten dokumentiert wurden, konnten sie nicht immer erhoben werden.

19. **Alkohol-/ Drogenabusus** umfasst Angaben aus dem direkten Umfeld des Kindes, d.h. sowohl leibliche Eltern als auch Adoptiv- und Stiefeltern. Keine Entscheidung wurde in 46 Fällen getroffen, da sich in der Patientenakte keine sicheren Angaben fanden.

20. Die Angaben der „**psychischen Erkrankungen in der Anamnese**“ sind der Basisdokumentation sowie den Niederschriften des Aufnahmegesprächs entnommen. Sie sind zumeist Angaben der Eltern oder Großeltern. Das Merkmal musste bei 64 Aufnahmen wegen mangelnder Aktenlage unbeantwortet bleiben. Oft war die Erhebung dieses Merkmals von der Ausführlichkeit des Anamnesegesprächs abhängig. Bei Notaufnahmen oder bei sich der Klinikaufnahme sträubenden Eltern konnte es nicht eruiert werden.

21. Die **Wohnverhältnisse** wurden bei Auswertung der Basisdokumentation größtenteils nur insofern beantwortet, als das Kind ein eigenes Zimmer hat. Somit konnte einheitlich nur diese Eigenschaft beurteilt werden. Weitere nicht einheitlich zu erhebende Faktoren flossen in die Beurteilung des Milieus ein. Dazu gehören zum Beispiel Mietwohnung oder Eigenheim und Anzahl der Zimmer. Bei 61 Aufnahmen ließ sich nicht ersehen, ob das Kind ein eigenes Zimmer besaß, sei es aus mangelnder Dokumentation/Anamnese oder der verschiedenartigen Beantwortung dieses Beurteilungspunktes der Basisdokumentation (nicht einheitlich nach eigenem Zimmer).

22. Das **Milieu** wurde subjektiv meist anhand des Anamnesegesprächs, aber auch mit Hilfe von weiteren Bestandteilen der Patientenakte, wie der Epikrise, der Basisdokumentation und des psychologischen Befundes bestimmt. Eingeflossen sind die Wohnverhältnisse, die Familiensituation, Bildung, Ausbildung und derzeitige Tätigkeit der Eltern, Alkohol-/Drogenabhängigkeit, das familiäre und soziale Umfeld sowie Anregung und Anleitung des Kindes durch die Eltern oder sonstige das Kind erziehende Personen. Unterteilt wurde aufgrund der oftmals uneindeutigen Dokumentation in die 2 Kategorien höheres soziales oder niedrigeres soziales Milieu.

23.+24.**Geschwisterzahl/Stellung des Kindes in der Geschwisterreihe:** Kinder ohne direktes Verwandtschaftsverhältnis, welche aber für den Patienten die Rolle eines Geschwisterkindes einnehmen und seit ausreichend langem Zeitraum in der Familie des Patienten leben, sind ebenfalls unter dem Item Geschwister subsumiert. Es wurde also nicht nur der 1. Verwandtschaftsgrad berücksichtigt, da für ein Kind ein Halbgeschwister oder angeheiratetes Kind denselben Stellenwert einnehmen kann. In 9 Fällen konnte keine Zuordnung zum Merkmal Stellung erfolgen sowie in 8 Fällen zu dem der Geschwisterzahl.

25. + 26. Die **Zahl der im Haushalt lebenden Kinder** und die **Geschwister im Kinderheim** ließ sich in 13 bzw. 19 Fällen nicht feststellen, da es sich um Patienten handelte, welche nie oder nicht mehr in ihren Familien lebten und eine Aussage zu den Geschwistern nicht getroffen werden konnte.

27. Der **Zeitraum** der ersten **Heimunterbringung** gibt das Alter des Patienten an, in dem er zum ersten Mal fremdplatziert wurde, vorausgesetzt, es geht eine Fremdplatzierung der aktuellen Aufnahme voraus. Es kann somit eine Aussage getroffen werden, ob ein Patient eventuell erstmalig oder auch wiederholt fremdplatziert wird.

28. + 30. **Überweisungsgründe von Heim – Klinik / Klinik - Heim:** Diese Kategorisierung erfolgte zum genauen Vergleich mit der Studie von Hentsch nach den vorbestehenden Kriterien in Anlehnung an Gintzel/Schone: Erziehungshilfen im Grenzbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie (Frankfurt 1989). Es wurden Muster unterschieden, welche die Gründe der jeweiligen Überweisung erläutern sollten, warum also das Kind oder der Jugendliche von der einen Institution in die andere übergeben wird. Überweisungen von einem Heim in die psychiatrische Klinik geschahen zwecks Diagnostik/Behandlung oder aufgrund einer situativen Überforderung bzw. einer langfristigen Eskalation. Die verschiedenen Überweisungsmuster von Klinik zu Heim umfassten ein Clearing von psychiatrischen Erkrankungen, bedeutete familiäre oder soziale Ursachen werden angeschuldete. Weiter zählte darunter eine dem Behandlungskonzept zugehörige Überweisung in ein Heim sowie jene nach frustriertem Therapieversuch und jene bei Erklärung der Nichtzuständigkeit.

29. Der **Überweisungsmodus Klinik-Heim** zeigt eine dem stationären Aufenthalt folgende Fremdplatzierung an. Des Weiteren wird eine Aussage getroffen, ob der Patient direkt im Anschluss an die Behandlung in die Fremdplatzierung entlassen wird oder erst in einem absehbaren Zeitraum, nach zunächst in die Häuslichkeit erfolgter Entlassung.

31. Die **Wiederholte Behandlung in Psych. Klinik (eig. Klinik)** gibt Aussage darüber, ob es **frühere stat. Aufenthalte hier** an der KJPP der Universität Rostock gab. Bei diesem und dem Untersuchungspunkt der *Anzahl der Behandlungen* bezogen wir uns nur auf Behandlungen in der KJPP der Universität Rostock, um ein sicher und gleichmäßig erfassbares und über die Gesamtinanspruchnahmepopulation verallgemeinerbares Untersuchungsergebnis erzielen zu können.

32. Die **Anzahl der Behandlungen** umfasst alle stationären Aufenthalte in der KJPP der Universität Rostock einschließlich des aktuellen.

33. Die Angabe des **IQ** eines Patienten beruht auf dem psychologischen Untersuchungsbefund und gibt immer den Gesamt-IQ an. Zur Gruppierung der Intelligenzquotienten zogen wir die Achse 3 des MAS (Multiaxiales Klassifikationsschema nach Remschmidt, Schmidt, Poustka 2001) heran. Diese Einteilung wurde insoweit verändert, dass die durchschnittliche Intelligenz gesplittet (85 – 99, 100 – 114) und die hohe mit der sehr hohen Intelligenz (< 115) zusammengelegt wurde.

34. Der **Entwicklungsrückstand bzw. die Entwicklungsverzögerung** bezog sich auf die frühkindliche Entwicklung mit Verzögerungen im sprachlichen, motorischen Bereich und dem Bereich der Sauberkeit. Weiterhin wurden von Intelligenz und Verhaltensstörungen unabhängige Schulleistungsstörungen, wie die Lese-Rechtschreibschwäche, dokumentiert. In 27 Fällen konnte die frühkindliche Entwicklung nicht beurteilt werden.

35. Den **neurologischen Faktor** repräsentierte das Ergebnis des routinemäßig an der Klinik durchgeführten EEG.

36. Das Merkmal der **Konzentrationsschwäche** ging zumeist aus dem psychologischen Befund mit spezifischen Testungen hervor. Abweichend davon, gaben auch andere Quellen wie z.B. die Epikrise Hinweise für oder wider das Merkmal. In drei Fällen konnte keine Aussage getroffen werden.

37. Die **Aggressivität** wurde in Art ihrer Ausprägung näher betrachtet und bezog sich auf Aussagen aus der gesamten Patientenakte, angefangen von der Basisdokumentation und das Aufnahmegespräch über Verlaufsbericht bis hin zur Epikrise. Wenn der Patient aggressiv war, wurde er sowohl in verbal und destruktiv aggressiv als auch tätlich gegen sich selbst und anderen gegenüber eingestuft. Kombinationen wurden miteinbezogen. Nur bei einem Patienten konnte keine Aussage zur Aggression erfolgen, da die Entlassung gegen ärztlichen Rat vorzeitig schon am nächsten Tag erfolgte.

38. Die Aussagen zur **Hypermotorik bzw. zur fehlenden Ausdauer** gingen zumeist aus dem psychologischen Befund hervor. Auch spielten die Basisdokumentation und die Verlaufsberichte zur Merkmalsfindung eine Rolle. Bei zwei Patienten ließen sich keine Aussagen treffen, da der eine zu jung war und der andere ohne jegliche Untersuchung entlassen werden musste.

38. – 45. Als Eigenschaften antisozialen Verhaltens untersuchten wir die Merkmale **Lügen, Streiten und Tyrannei, Aufsässigkeit (oppositionelles Verhalten), Wutausbrüche, Stehlen von Wertgegenständen, Schuleschwänzen und Weglaufen von Zuhause**. Die Items wurden nicht nur aus der Basisdokumentation erhoben. Ergänzend wurden Epikrise, psychologischer Befund, Verlaufsbögen und Aufnahmeprotokoll herangezogen. Es gab jeweils eine Anzahl von Akten (maximal zehn beim Item Stehlen von Wertgegenständen) bei denen zur Merkmalsausprägung keine Aussage getroffen werden konnte.

46. Das Item **Angst bzw. Gehemmtheit** umfasst nicht nur Phobien und spezifische Ängste, wie Trennungs- oder Leistungsangst, sondern es filtert aus den Berichten aller Bestandteile der Patientenakten ängstliche oder stärker gehemmte Persönlichkeiten heraus. In vier Fällen konnte keine Beurteilung erfolgen, da die Patienten entweder zu jung waren oder aufgrund einer zu kurzen Aufenthaltsdauer mit unzureichender Kenntnis der Vorgeschichte des Kindes eine Beurteilung ihrer Ängstlichkeit unmöglich war.

47. Das Ausmaß der **Aufnahmesymptomatik** wurde vom aufnehmenden Arzt oder Psychologen in der Basisdokumentation festgehalten und wurde in die drei Schweregrade leicht, ausgeprägt und gravierend eingeteilt.

48. **Suizidversuche** von Patienten sind in ihrer Art in jene mit weichen und jene mit harten Methoden unterschieden worden. Als weiche Methoden wurde Tabletteningestion und Gasinsufflation, und als harte Methoden Schnitt- oder Stichverletzungen, vor-den-Zug-werfen und aus-dem-Fenster-springen, erfasst.

49. / 50. **Enuresis / Enkopresis** wurden sowohl in primär und sekundär als auch in zurzeit bestehend und zurzeit sauber unterschieden. 13 Patienten wiesen eine so unklare Vorgeschichte auf, dass eine derartige Störung nicht beurteilt werden konnte.

51. **Alkohol- und Drogenabusus eines Patienten** sind als regelmäßiger und schädlicher Gebrauch der Substanzen definiert.

52. **Diagnose-nr.** wurden nach der ICD 10-Codierung in die Studie mitaufgenommen. Die erste Diagnose entspricht jeweils der Hauptdiagnose. In die Auswertung sind nur psychiatrische Hauptdiagnosen miteinbezogen worden. Neurologische Hauptdiagnosen zählten wir zur Auswertung von Häufigkeit der Diagnosen, Patientenalter und -geschlecht sowie der stationären Verweildauer mit aus. Weitere Diagnosen sind bis Diagnose 5 verschlüsselt.

53.

Die einbezogenen Patienten wurden drei **Gruppen** eingeteilt:

Gruppe 1 beinhaltet alle Patienten, bei denen eine Fremdplatzierung nicht zur Debatte stand.

Die Gruppe 2 umfasst alle Patienten, denen in der Epikrise eine Fremdplatzierung angeraten wurde. Es kann auch eventuell schon eine Antragsstellung erfolgt sein, doch bis zur Entlassung wurde eine Unterbringung nicht zuverlässig durchgesetzt.

In Gruppe 3 sind alle Patienten zusammengefasst, welche im Anschluss an den stationären Aufenthalt fremdplatziert wurden ohne dass freiheitsentziehende Maßnahmen nötig waren.

Der Gruppe 4 wurde zusätzlich die Empfehlung für eine Fremdplatzierung mit der Notwendigkeit von freiheitsentziehenden Maßnahmen ausgesprochen. Da hier nur ein Patient unter diese Bedingungen fiel, wurde diese Gruppe nicht in die Auswertung mit einbezogen. Dieser Patient floss in die Gruppe 3, der nicht freiheitsentziehend Fremduntergebracht wurde mit ein.

Eine fünfte Gruppe führte die Patienten, bei denen nachvollzogen werden konnte, dass keine Fremdplatzierung im Anschluss an den stationären Aufenthalt durchgeführt wurde. Allerdings blieb die Patientenakte, wegen Nichtauffindbarkeit unausgewertet. Die Informationen zur Fremdplatzierung lieferten bei allen unausgewerteten Akten die Sozialarbeiter, da eine jede geplante Unterbringung während des stationären Aufenthaltes von ihnen organisiert wurde. Außer dem Geschlecht und dem Alter des Patienten, der Aufenthaltsdauer und Gruppenzugehörigkeit, konnte weiter nichts in die Auswertung miteinfließen.

Da es keinen Fall einer freiheitsentziehenden Fremdplatzierung während des Untersuchungszeitraumes gab, wurde darauf verzichtet eine Gruppe anzulegen.

Somit sind die Aufnahmen, welche in die Auswertung einfließen in drei Gruppen unterteilt worden: 1. die Nicht-Fremdplatzierten, 2. die Empfohlen Fremdplatzierten, 3. die Fremdplatzierten.

Ein Ziel dieser Studie ist, Unterschiede innerhalb der Klientel der stationär behandelten Kinder auszumachen, die eine Fremdunterbringung anzeigen können. Aus diesem Grunde fassten wir die Gruppen 2 und 3, also die Empfohlen-Fremdplatzierten und die Fremdplatzierten, für bestimmte Untersuchungen

zusammen, um sie mit den Kindern der Gruppe 1, den Nicht-Fremdplatzierten, zu vergleichen.

VIII.4 Abkürzungsverzeichnis

Abb	-	Abbildung
ADHS	-	Aufmerksamkeitsdefizits- und Hyperkinetische Störung
ADS	-	Aufmerksamkeitsdefizitstörung
BSHG	-	Bundessozialhilfegesetz
CIDP	-	chronische inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie
DRG	-	Diagnostik related groups
EEG	-	Elektroencephalogramm
ESES	-	Electrical Status Epilepticus During Slow Sleep
HKS	-	Hyperkinetische Störung
ICD-10	-	International Cluster of Deceases, zehnte Auflage
IQ	-	Intelligenzquotient
KJHG	-	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KJPP	-	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
MAS	-	Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des
n	-	Anzahl
p	-	Signifikanzniveau
Psych PV	-	Psychiatrie-Personalverordnung
RJWG	-	Reichsjugendwohlfahrtgesetz
s	-	Standartabweichung
SGB	-	Sozialgesetzbuch
		Kindes- und Jugendalters
WHO	-	World Health Organisation

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei denen bedanken, welche diese Arbeit erst möglich gemacht haben:

Hierbei danke ich zu erst und vor allem Herrn Prof. Dr. F. Häßler nicht nur für die Überlassung dieses bewegenden Themas, sondern für die Unterstützung bei der Umsetzung.

Ebenfalls gilt mein Dank Frau Dr. Langemann für die intensive und effiziente Zusammenarbeit bei der statistischen Aufarbeitung.

Herrn Dr. O. Reis danke ich für die wertvollen Tipps, Anregungen und Anstöße, welche ich so dringend benötigte.

Nicht zuletzt, vielen Dank meinen lieben Eltern, die mich nur allzu oft angespornt haben.

Hiermit versichere ich eidesstattlich,
die vorliegende Arbeit selbständig und
ausschließlich unter Benutzung der
angegebenen Hilfsmittel angefertigt zu haben.

Rostock, den 06.04.2008

Christian Lau

Curriculum vitae

Persönliche Daten:

Familienname:	Lau
Vorname:	Christian Werner
Geburtsdatum:	29. Oktober 1977
Geburtsort:	Rostock / Deutschland
Familienstand:	ledig

Bildung:

Sep.1984 - Jul.1991	Polytechnische Oberschule in Rostock
Sep.1991 - Jun.1996	Gymnasium Ernst-Barlach, Rostock
Jun.1996	Abitur
Okt.1996 – Jul.1997	Grundwehrdienst im Sanitätsdienst der Bundeswehr
Okt.1997 – 2004	Studium der Medizin an der Universität Rostock/Deutschland
Sep.1999	Physikum
Sep.2000	Erstes Staatsexamen
Sep.2002	Zweites Staatsexamen
Mai 2004	Drittes Staatsexamen

ärztliche Tätigkeit:

01.12.2004 – 31.12.2006	chirurgischer Assistenzarzt im DRK-Krankenhaus Grevesmühlen/Deutschland, Chefarzt PD Dr. med. G. Woithe (bis 04/2006), seit 05/2006 CA Dr. med. U. Fülkell / CA Dr. med. D. Steffen
01.01.2007 – 31.12.2007	chirurgischer Assistenzarzt in der Klinik für Chirurgie des Bethesda Allgemeines Krankenhaus Bergedorf, Hamburg, Chefarzt Prof. Dr. med. M. Sailer
Seit 01.01.2008	chirurgischer Assistenzarzt in der Klinik für Allgemein-, Visceral-, Thorax- und Gefäßchirurgie des HANSE Klinikum Stralsund, Chefarzt PD Dr. med. M. Birth zur Weiterbildung für den FA für Chirurgie nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vom 21.12.1996