

MAZ.

Modellversuch zur Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen
Recherche-pilote pour l'évaluation et l'atteinte d'objectifs dans le cadre de mesures de placement
Progetto sperimentale per la valutazione ed il raggiungimento degli obiettivi nell'ambito di provvedimenti stazionari

Abschlussbericht für den Fachausschuss für die Modellversuche und das Bundesamt für Justiz

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung in stationären Mass- nahmen (MAZ.)

Vorgelegt von

Marc Schmid¹, Michael Kölch², Jörg M. Fegert² und Klaus Schmeck³

¹Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik, Forschung, Schanzenstrasse 13, CH-4056 Basel

²Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie, Steinhövelstrasse 5, DE-89075 Ulm

³Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik, Schaffhauser Rheinweg 55, CH-4058 Basel

Mit Unterstützung des MAZ.-Teams (alphabetische Reihenfolge):

MAZ.-Team: Barbara Bailey, Giliane Braunschweig, Bettina Breymaier, Eric Francescotti, Sarah Jäggi, Nils Jenkel, Pia Niklaus, Hilde Peccoraro-Rapprich, Kaspar Scheidegger, Bettina Zampedri

Evaluationsteam Ulm: Claudia Dölitzsch, Ferdinand Keller, Alexander Küttner, Christa Lohrmann, Anja Voit-Prestel, Simon Schlanser, Hanneke Singer

Im Leitungsteam MAZ.1: Daniel Gutschner (Bern)

Im Leitungsteam MAZ.2: Christian Perler (Yverdon)

Korrespondenzadresse:

Dr. Marc Schmid

Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik

Forschung

Schanzenstrasse 13

CH-4056 Basel

marc.schmid@upkbs.ch

Vorbemerkung

Dieser Abschlussbericht ist eine Zusammenfassung, in der die wichtigsten Ergebnisse und die mögliche Bedeutung dieser Ergebnisse für die sozialpädagogischen Institutionen, die Zuweiser und die Ausgestaltung der Jugendhilfepolitik zusammengefasst und aufbereitet werden. Insgesamt hat der Modellversuch mit seiner differenzierten Datenerhebung mehr Erkenntnisse erbracht, als in dieser Zusammenfassung dargestellt werden konnten. Um alle Ergebnisse darzustellen und auch eine differenzierte Einordnung des theoretischen Hintergrunds zu leisten, wird ein ausführlicherer Bericht in Buchform erscheinen.

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit und der Tatsache, dass häufig mehrere Altersgruppen und Professionen angesprochen werden, wurde im gesamten Bericht ausschliesslich die männliche Form verwendet, auch wenn eine gemischt-geschlechtliche Gruppe angesprochen wurde.

Inhalt

1	Einleitung.....	8
2	Grundlagen des Modellversuchs	9
2.1	Ausgangslage.....	9
2.2	Zentrale Anliegen des Modellversuchs	11
2.3	Fragestellungen	11
3	Methodik	13
3.1	Rekrutierung der Stichprobe	14
3.1.1	Rekrutierung von Institutionen	15
3.1.2.1	Die erste Rekrutierungswelle für MAZ.1 (2007-2009)	15
3.1.2.2	Die zweite Rekrutierungswelle für MAZ.2 (2009-2010)	16
3.1.2	Teilnehmende Institutionen	17
3.1.3	Rekrutierung von Studienteilnehmern.....	19
3.1.4	Teilnehmende Einrichtungen	20
3.2	Verwendete Testverfahren	21
3.2.1	Entwicklung des Zielerreichungsinstruments.....	21
3.2.2	Screeninginstrument BARO	23
3.2.3	PC-gestützte Testverfahren.....	25
3.2.3.1	Child Behavior Checklist	25
3.2.3.2	Severity of Dependence Scale (SDS).....	29
3.2.3.3	MAS Achse VI.....	30
3.2.3.4	MAYSI-2	31
3.2.3.5	Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI)	33
3.2.3.6	Kriminologische Fragen	34
3.2.4	Klinische Interviews.....	35
3.2.4.1	Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS)	35
3.2.4.2	SKID-II (Strukturiertes Klinisches Interview zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen).....	35
3.2.4.3	Europ-ASI	35
3.2.4.4	Essener Trauma Inventar (ETI)	36
3.2.5	Intelligenztest CFT-20-R.....	36
3.2.6	Überblick über die verwendeten Testverfahren	37
4	Stichprobenbeschreibung.....	39
4.1	Geburtsland.....	40
4.2	Juristische Grundlage für die Platzierung.....	41

4.3	Vorgeschichte.....	44
4.3.1	Frühere Platzierungen.....	44
4.3.2	Familienstand und Sorgerecht.....	45
4.3.3	Psychosoziale Belastungen in der Herkunftsfamilie.....	46
4.3.4	Traumatische Lebensereignisse.....	48
4.4	Schule und Berufsausbildung.....	53
4.5	Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung.....	54
4.6	Gutachten und Delikte.....	55
4.7	Repräsentativitätsstudie.....	59
5	Ergebnisse.....	61
5.1	Dimensionale Ausprägung der Psychopathologie - Psychische Belastung (Achenbachskalen).....	61
5.1.1	Fremdurteil in der CBCL.....	61
5.1.1.1	Vergleich mit einer Normpopulation.....	61
5.1.1.2	Psychopathologie der Kinder und Jugendlichen.....	62
5.1.1.3	Unterschiede zwischen den Sprachregionen.....	63
5.1.1.4	Geschlechts- und Altersunterschiede.....	63
5.1.2	Fremdurteil in der YABCL.....	65
5.1.3	Selbsturteil in YSR.....	66
5.1.3.1	Vergleich mit einer Normpopulation.....	66
5.1.3.2	Psychopathologie der Kinder und Jugendlichen.....	67
5.1.3.3	Unterschiede zwischen den Sprachregionen.....	68
5.1.3.4	Geschlechts- und Altersunterschiede.....	69
5.1.4	Selbsturteil im YASR.....	71
5.1.5	Fremdbericht versus Selbstbericht.....	73
5.1.5.1	Vergleich zwischen Fremdbericht und Selbstbericht der Kinder und Jugendlichen.....	73
5.1.5.2	Vergleich zwischen Fremdbericht und Selbstbericht der jungen Erwachsenen.....	76
5.1.6	Zusammenfassung der Ergebnisse zur dimensionalen Ausprägung von psychopathologischen Auffälligkeiten.....	79
5.2	Häufigkeit psychischer Erkrankungen.....	80
5.2.1	Komorbidität psychischer Störungen.....	84
5.2.2.1	Prävalenz psychischer Erkrankungen nach Rechtsgrundlage.....	87
5.2.2.2	Prävalenz psychischer Störungen spezifiziert nach Aufenthaltsdauer.....	88
5.2.3	Prävalenz von substanzbezogenen Störungen.....	88
5.3	Problemereiche im BARO.....	90

5.4	Ergebnisse im Massachusetts Youth Screening Instrument (MAYSI-2)	94
5.5	Lebensqualität	95
5.5.1	Vergleich mit einer Normstichprobe	95
5.5.2	Auswertung der für den Modellversuch gebildeten Bereiche des erweiterten ILK.....	99
5.6	Einflussfaktoren auf ein vorzeitiges irreguläres Massnahmenende	100
5.6.1	Einfluss von psychischer Belastung	101
5.6.2	Einfluss von psychopathischen Persönlichkeitszügen.....	101
5.6.3	Einfluss der Häufigkeit früherer Fremdplatzierungen.....	102
5.6.4	Binär logistische Regression zum irregulären Ende der Heimerziehung.....	102
5.6.5	Fazit	104
5.7	Erreichen der allgemeinen Ziele - Hinzugewinn allgemeiner Kompetenzen	105
5.7.1	Erreichen individueller Ziele	108
5.7.2	Vereinbarte Zielverhaltensweisen.....	112
5.7.3	Veränderungen und Erreichen der Zielverhaltensweisen.....	113
5.8	Veränderung der dimensional psychischen Belastung in der Child Behavior Checklist und den verwandten Verfahren	119
5.8.1	Veränderungen im Fremdurteil.....	120
5.8.2	Veränderungen im Selbsturteil	122
5.8.3	Fazit	125
6	Zusammenfassung und Diskussion der wichtigsten Ergebnisse.....	127
6.1	Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Heimerziehung sind stark psychisch und psychosozial belastet.....	127
6.1.1	Akkumulation von psychosozialen und biologischen Risikofaktoren.....	128
6.1.2	Extrem hohe dimensionale Belastung in psychometrischen Fragebögen	129
6.1.3	Hohe Prävalenz an psychischen Erkrankungen (hohe Komorbidität)	130
6.1.4	Ausgeprägte Beeinträchtigung der gesellschaftlichen Teilhabe	130
6.1.5	Unterschiede zwischen den Sprachregionen	131
6.2	Heimerziehung und stationärer Massnahmenvollzug in der Schweiz sind wirksam	132
6.2.1	Signifikante Verbesserung in allen " Allgemeinen Kompetenzen" im Zielerreichungsinstrument	133
6.2.2	Über 80% der Jugendlichen erreichen ihre individuellen Ziele.....	133
6.2.3	Signifikante Reduktion der psychischen Belastung im Selbst- und Fremdurteil.....	133
6.3	Heimerziehung wirkt nicht bei allen gleich gut	134
6.3.1	Circa ein Sechstel der Hilfen wurden abgebrochen	134
6.3.2	Geringere Verbesserung bis hin zu Verschlechterungen und seltenere Zielerreichung bei Jugendlichen mit spezifischen Belastungen	135

6.4	Praktikabilität der im Modellversuch verwendeten Verfahren	136
6.4.1	Das Zielerreichungsinstrument	136
6.4.2	Das BARO.....	138
6.4.3	Die psychometrische Testbatterie.....	139
6.4.4	Nachhaltige Veränderung durch Implementierung von EQUALS – Weiterentwicklung des Zielerreichungsinstrumentes	140
6.5	Methodische Stärken und Schwächen des Modellversuchs.....	141
6.5.1	Stärken des Modellversuchs.....	142
6.5.2	Schwächen des Modellversuchs und Limitationen	145
7	Schlussfolgerungen für die Praxis der Heimerziehung, die Ausbildung der Fachkräfte und die Arbeit der zuweisenden Behörden.....	151
7.1	Ausgestaltung der Heimerziehung und des stationären Massnahmenvollzuges	151
7.1.1	Sensibilisierung für die psychische Belastung, Implementierung von psychopathologischen Screeningverfahren und niederschwelligere kinder- und jugendpsychiatrische Abklärungen	151
7.1.2	Beachtung der psychischen Erkrankungen in der pädagogischen Alltagsgestaltung, Unterstützung der Selbstwirksamkeit der Mitarbeiter durch den Aufbau von haltgebenden Strukturen und gezielten Fallreflektionen	152
7.2	Kooperation sozialpädagogischer Institutionen und Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie.....	152
7.1.3	Aufbau oder Nutzung spezifischer Unterstützungsangebote für die sozialpädagogischen Fachkräfte.....	154
7.3	Zuweisende Behörden.....	155
7.3.1	Sensibilisierung für psychische Belastungen und belastende Beziehungserfahrungen/ -abbrüche im Zuweisungskontext	155
7.3.2	Passgenaue Platzierung	157
7.3.3	Rechtzeitige Platzierung	158
7.3.4	Partizipation der betroffenen Familien	160
7.5	Jugendhilfepolitische Dimension.....	163
7.6	Ausblick auf zukünftige Forschungsfragen im Bereich der Jugendhilfe und des Massnahmenvollzugs	167
7.6.1	Vernachlässigte epidemiologische Fragestellungen	167
7.6.2	Kosten-Nutzen-Analyse	167
7.6.3	Katamnesestudie.....	168
7.6.4	Milieutherapeutische Wirkungsforschung.....	168
7.6.5	Forschung zur passgenauen Indikationsstellung und Platzierungspraxis	169

7.6.6	Forschung an den Schnittstellen zwischen Heimerziehung und anderen psychosozialen Hilfen	170
7.7	Nachhaltiger Wert des Modellversuchs für die Heimerziehung und den Massnahmenvollzug.....	171
7.7.1	Repräsentative epidemiologische Beschreibung der Heranwachsenden in Heimerziehung und stationären Massnahmen als Grundlage für die Bedarfsplanung.....	171
7.7.2	Sensibilisierung des Feldes für die psychosoziale und psychische Belastung der fremdplatzierten Heranwachsenden	172
7.7.3	Impuls für stärkere Ziel- und Wirkungsorientierung in der Heimerziehung	172
7.7.4	Aufwertung der Heimerziehung durch Wirkungsnachweise und epidemiologische Untersuchung	173
7.7.5	Nachweis, dass Forschung im Rahmen der Heimerziehung und des stationären Massnahmenvollzugs auf breiter Basis möglich ist.....	173
7.7.6	Nachweis, dass eine kontinuierliche Qualitätssicherung in der Jugendhilfe und im Massnahmenvollzug realisierbar ist.....	174
7.7.7	Instrumente des Modellversuchs sensibilisieren für die Notwendigkeit einer standardisierten Diagnostik zu Beginn einer Massnahmen	174
7.7.8	Aufbau einer nachhaltigen Datenbank, die Veränderung in der Praxis der Heimerziehung abbilden kann (wissenschaftliche und jugendhilfepolitische Ebene von EQUALS).....	175
8	Fazit.....	176
9	Danksagung	179
10	Literatur	180

„Die meisten Erwachsenen kümmern sich zu viel um die Probleme, die Jugendlichen machen und zu wenig um die Probleme, die Jugendliche haben.“

Ute Claas, Kriminologin

1 Einleitung

Im Jahr 2006 wurde im Rahmen der Veränderungen des Jugendstrafrechts der „Modellversuch zur Implementierung eines Abklärungsinstrumentes im Jugendstrafrecht im Sinne von Artikel 9 nJStG und Artikel 12-20 nJStG und eines Zielerreichungsinstrumentes im Sinne von Artikel 19 nJStG“ dem Fachausschuss zur Prüfung vorgelegt. Es erfolgte eine Bewilligung im gleichen Jahr. Die zentrale Frage des Modellversuches war es zu überprüfen, ob es möglich ist, die Forderung des Jugendstrafrechtes bezüglich einer umfassenden Abklärung der persönlichen Verhältnisse nach Artikel 9 des Jugendstrafrechtes (aktuelle Lebenssituation, psychische und physische Gesundheit, psychosoziales Funktionsniveau) sowie der regelmässigen Verlaufskontrolle nach Artikel 19 (jährliche Evaluation) ökonomisch im Alltag einer sozialpädagogischen Institution umzusetzen und sowohl für die Abklärung der Heranwachsenden als auch für die Verlaufskontrolle geeignete spezifische psychometrische Erfassungsinstrumente zu entwickeln.

Aufgrund der umfassenden Daten zur Abklärung der persönlichen Verhältnisse der Jugendlichen lassen sich erstmals für die gesamte Schweiz in allen drei Sprachregionen relevante epidemiologische Fragen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und des Massnahmenvollzugs bei jungen Erwachsenen beantworten. Durch die Realisierung einer Verlaufsuntersuchung mit zwei Messzeitpunkten im Abstand von einem Jahr lassen sich darüber hinaus die Effekte von sozialpädagogischen Massnahmen in einer repräsentativen Stichprobe dokumentieren. Nach Auswahl von Instrumenten und Testverfahren und der Entwicklung eines Zielerreichungsinstrumentes zur Veränderungsmessung wurde der Modellversuch in der deutschsprachigen Schweiz erfolgreich implementiert und umgesetzt (MAZ.1). Im Jahr 2009 wurde der Modellversuch nach einer erneuten Gesuchstellung an den Fachausschuss auf die französisch- und italienischsprachige Schweiz ausgeweitet (MAZ.2). Zudem erfolgte auch in der Deutschschweiz eine erweiterte Rekrutierung, um sowohl die Aussagekraft des Modellversuches durch eine vergrösserte Stichprobe weiter zu erhöhen, als auch mehr Mädchen in die Studie einzuschliessen, um auch für diese eine aussagekräftige Datenbasis zu generieren. Drittens konnte so die Umsetzung der Verfahren des Modellversuchs in den pädagogischen Alltag der Institutionen nachhaltiger begleitet werden.

Ein wichtiges Kennzeichen des Modellversuchs war der partizipative Aspekt für teilnehmende Institutionen, die teilweise an der Entwicklung der Erhebungsinstrumente zur Verlaufsmessung beteiligt waren und durch regelmässige Rückmeldungen zum Projektstand (Newsletter) und jährliche Berichte informiert wurden. Der Auftraggeber und der Beirat wurden ebenfalls durch Newsletter und jährliche Zwischenberichte informiert. Am 23. März 2012 wurden die Gesamtergebnisse des Modellversuches (MAZ.1 und 2) der Fachöffentlichkeit in Bern vorgestellt.

2 Grundlagen des Modellversuchs

2.1 Ausgangslage

Im Januar 2007 wurde in der Schweiz das neue Jugendstrafrecht eingeführt. Zwei essentielle Anforderungen an den stationären Massnahmenvollzug wurden im Jugendstrafrecht definiert:

- Nach Art. 9 soll bei platzierten Kindern und Jugendlichen eine umfassende Abklärung der persönlichen und individuellen Verhältnisse sowie der psychischen und physischen Gesundheit stattfinden.
- Nach Art. 19 sollen die Massnahmen sowie die Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen in jährlichen Verlaufskontrollen überprüft werden.

Damit wurde der Blick auf eine individuelle Orientierung und Ausgestaltung von Massnahmen im Hinblick auf die spezifische Lebenssituation und persönliche Ausgangslage der platzierten Kinder und Jugendlichen sowie die kontinuierliche Überprüfung der Wirksamkeit dieser Massnahmen gelenkt.

Diese Neuorientierung des Jugendstrafrechts ist vor allem deshalb von hoher Bedeutung, da die Erfolge von Massnahmen erheblich von individuellen Faktoren und der Vorgeschichte der betreuten Jugendlichen beeinflusst werden. Viele Studien haben zum Beispiel gezeigt, dass Heimerziehung bei psychisch kranken Jugendlichen rascher an ihre Grenzen stösst und bei dieser Zielgruppe die vergleichsweise geringsten Erfolge aufweist (Schmidt et al., 2002; Hebborn-Brass, 1991). Besonders schlecht erreicht werden Kinder und Jugendliche mit komplexen Störungen und stark ausgeprägtem dissozialem Verhalten. Die Prävalenz von kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen unter delinquenten Jugendlichen ist sehr hoch (Fazel et al., 2008; Colins et al., 2011). Ein Studie von Cauffman (2004) an 18'607 Jugendlichen zeigte, dass 70% der männlichen und 81% der weiblichen Jugendlichen im Strafvollzug in mindestens einer Symptomskala des Screening-Inventars MAYSI-2 mehr als eine Standardabweichung über dem Mittelwert lagen (Grisso, 2004).

Insgesamt berichten Metaanalysen zur Wirkung von Heimerziehung, Jugendstrafvollzug und psychiatrischer Behandlung von delinquenten Jugendlichen nur sehr geringe Effektstärken, insbesondere wenn man die Legalbewährung als Hauptkriterium heranzieht. In den vier Metaanalysen, die über hundert einzelne Studien eingeschlossen haben, liegen die Effektstärken zwischen .10 und .30 (Effektstärken unter .20 sind als unbedeutend und Effektstärken von .20 - .50 als gering zu bewerten) (Hellinckx u. Grietens, 2003).

Dies steht im Gegensatz dazu, dass Heimerziehung generell als eine sehr erfolgreiche Hilfe anzusehen ist, insbesondere wenn es um die Sicherung des Kindeswohles und den Schutz vor Misshandlung und Vernachlässigung geht (Winokur et al., 2009). Es gibt inzwischen auch eine Vielzahl von qualitativen und quantitativen Untersuchungen, die den Zugewinn an Ressourcen und eine Reduktion von Belastungen durch Heimerziehung belegen (Schmidt et al., 2002, Maccenaere u. Knab, 2004; Wolf, 2007; Gabriel et al., 2007). Kritisch zu betrachten ist jedoch die sehr hohe Abbruchrate in der Heimerziehung, die durchgehend bei circa 20% oder darüber liegt (Baur et al., 1998; Schmidt et al., 2002; Schmid, 2007, 2010, 2012).

Ein zentrales Problem jeglicher Forschung in der Heimerziehung liegt in der heterogenen Ausgangslage des untersuchten Klientel und der unterschiedlichen Definition dessen, welche Wirkung man erzielen und wie man diese messen möchte (Gabriel et al., 2007; Wolf, 2007). In ihrer Metaanalyse im Rahmen der Studie zur Wirksamkeitsorientierung der Heimerziehung beklagen Gabriel und Mitarbei-

ter (2007), dass es nur sehr wenige Studien gibt, die eine breite empirische Datenbasis berücksichtigen, und dass in sehr vielen Studien eher wenige empirische Ergebnisse und mit anderen Studien nicht vergleichbare Ergebnisse umfassend interpretiert werden. Ausserdem beschränken sich viele Studien auf sehr kurze Zeiträume und bilden den langfristigen Erziehungsauftrag im Sinne einer Vorbereitung auf ein selbständiges Leben (verselbständigt oder in der Herkunftsfamilie) über die Hilfe hinaus nicht adäquat ab.

Die im Jahr 2007 neu definierten Anforderungen des Schweizerischen Jugendstrafrechts stehen im Kontext der in den letzten Jahren zunehmend bedeutender werdenden Fragen der Qualitätssicherung in stationären Jugendhilfemassnahmen. Die Frage der Wirkung von pädagogischen (stationären) Massnahmen, die Ergebnisqualität, ist nicht nur deshalb von Bedeutung, weil durch stationäre Massnahmen nicht unerhebliche gesellschaftliche Kosten entstehen. Auch auf individueller Ebene der Kinder und Jugendlichen sind effektive, also wirksame Massnahmen sowohl ethisch geboten, als auch prognostisch zum Erreichen des Ziels einer sozialen Eingliederung notwendig. Allerdings sind die Methoden, mit denen Qualitätssicherung und -messung in der Pädagogik gelingen kann, umstritten und trotz einer lange andauernden Debatte waren bisher nur wenige Forschungserkenntnisse hierzu verfügbar (Merchel, 2005). Während die Struktur- und Prozessqualität eindeutiger zu definieren und zu erfassen sind, ist die Definition der Ergebnisqualität in der (Sozial-)Pädagogik, und erst recht die Messung derselben, äusserst schwierig und umstritten. Das Bundesamt für Justiz hat mit seinem Anerkennungsverfahren ein erfolgreiches und breit akzeptiertes Verfahren zur regelmässigen Überprüfung der Struktur- und Prozessqualität von sozialpädagogischen Massnahmen geschaffen. Verfahren zur Messung der Ergebnisqualität waren bisher nicht weiträumig etabliert.

Auf der Ebene von Institutionen ist es für die Akzeptanz von qualitätssichernden Massnahmen und Instrumenten wichtig, dass einerseits die Praxis und die unterschiedlichen Problemlagen der Kinder und Jugendlichen abgebildet werden können. Hinsichtlich einer Evaluation jenseits des individuellen Falls oder von Einzelinstitutionen ist andererseits eine so gute methodische Qualität und Generalisierbarkeit der Instrumente zur Messung der Qualität notwendig, dass Aussagen über die Wirksamkeit über eine Vielzahl von Institutionen hinweg gemacht werden können.

Mit dem neuen Schweizer Jugendstrafrecht wurde die detaillierte Beschreibung der Lebenslage von Kindern/Jugendlichen und eine Definition von Ergebnisqualität für Institutionen relevant, jedoch waren zum Zeitpunkt der Einführung keine etablierten Verfahren oder Prozesse verfügbar, die diese Anforderungen im Alltag von Massnahmen umsetzbar gemacht hätten. Standardisierte psychometrische Testverfahren oder Instrumente zur Einschätzung der psychischen oder physischen Gesundheit, aber auch eine umfassende Abklärung der persönlichen Lebensverhältnisse und Vorgeschichte der Kinder und Jugendlichen waren nicht in standardisierter - und damit auch nicht evaluierbarer - Form vorhanden. Um das Ziel, jährlich den Erfolg einer Massnahme zu überprüfen, erreichen zu können, müssen Parameter festgelegt werden, anhand derer Veränderungen detektiert werden können. Wirkungsmessung bedarf definierter Ziele, um das Erreichen oder das Abweichen von diesen Zielen messbar und abbildbar zu machen.

2.2 Zentrale Anliegen des Modellversuchs

Der Modellversuch war darauf ausgerichtet, sowohl geeignete standardisierte psychometrische Verfahren zur Beschreibung der Kinder und Jugendlichen auszuwählen, zu implementieren und auf ihre Machbarkeit hin zu evaluieren, sowie Verfahren zur Verlaufsbeurteilung zu entwickeln und ebenfalls zu implementieren, damit die beiden zentralen Anforderungen des neuen Jugendstrafrechtes nach Abklärung und jährlicher Verlaufsbeurteilung in die Praxis umgesetzt werden konnten. Die verwendeten Instrumente sollten Unterstützung bei der Planung und Steuerung der pädagogischen Massnahmen geben. Unter dem partizipativen Aspekt sollten dem Kind/Jugendlichen Veränderungen und Fortschritte veranschaulicht werden, um sowohl Motivation zur Veränderung herzustellen, aber auch eine gemeinsame Definition über die Ziele zwischen Pädagogen und Jugendlichen zu erreichen. Für Institutionen sollten die pädagogischen Bedarfe wie auch die Leistungen und Effekte spezifisch und verallgemeinerbar dargestellt werden, auch für den Dialog mit den Kostenträgern.

Gleichzeitig sollte auch der Modellversuch dahingehend evaluiert werden, inwieweit das Ziel erreichbar ist, Instrumente zur pädagogischen Zielerreichung und differenzierten Beschreibung der in stationären Massnahmen betreuten Kinder und Jugendlichen hinreichend und nachhaltig zu implementieren.

Ein weiteres zentrales Anliegen war darüber definiert, dass es in der Schweiz zu Beginn des Modellversuchs keine aussagekräftige epidemiologische Untersuchung darüber gab, welche psychosozialen Belastungen und pädagogischen Bedarfe die Heranwachsenden in der Heimerziehung aufweisen, so dass von der Fachwelt der Wunsch nach einer möglichst detaillierten Beschreibung der in verschiedenen stationären Einrichtungstypen platzierten Kinder und Jugendlichen bestand. Da es keine Statistik auf Bundesebene gibt, können selbst über relativ einfach zu erfassende Daten, wie z. B. Anzahl der Fremdplatzierungen, rechtliche Rahmenbedingungen etc., keine verlässlichen Aussagen auf Bundesebene getroffen werden (z. B. Voll, 2006; Huwiler, 2006). Damit ergab sich für den Modellversuch auch die Anforderung, epidemiologische Fragen (wie z. B. die Häufigkeit psychischer Störungen) zu Kindern in institutioneller Erziehung zu beantworten.

2.3 Fragestellungen

Im Bereich der epidemiologischen Fragestellungen interessieren aus sozialpädagogischer Perspektive vor allem Fragen der Teilhabebeeinträchtigung und dem daraus resultierenden pädagogischen Bedarf. Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Perspektive sind vor allem Fragen nach der Häufigkeit von psychischen Erkrankungen sowie Risiko- und Schutzfaktoren von Interesse:

1. Welche psychosozialen Risikofaktoren weisen die Kinder und Jugendlichen in sozialpädagogischen Institutionen auf?
2. Wie viele haben traumatische Erlebnisse in ihrer Vorgeschichte?
3. Wie viele zeigen psychische Auffälligkeiten?
4. Wie viele der fremdplatzierten Kinder und Jugendlichen leiden unter einer oder mehreren psychischen Erkrankungen?
5. Welches sind die häufigsten psychischen Erkrankungen bei Heimjugendlichen?

6. Wie stark ist die gesellschaftliche Teilhabe der Kinder, Jugendlichen und Heranwachsenden beeinträchtigt? In welchen Bereichen weisen diese einen pädagogischen Unterstützungsbedarf auf?

In dem von uns gewählten längsschnittlichen Studiendesign wurde der Verlauf der stationären Massnahmen an zwei Messzeitpunkten über ein Zeitintervall von maximal einem Jahr beobachtet. Dadurch ist es möglich, Aussagen über die Wirkung von Heimerziehung zu treffen. Einerseits ist der Zugewinn von Kompetenzen von Interesse, aber auch die Reduktion von psychischen Belastungen. In Anbetracht der Grundidee des Modellversuchs sind auch die gewählten individuellen Ziele und der Grad der Zielerreichung wichtige Auswertungen und Aussagen des Modellversuchs.

Folgende Fragestellungen wurden von uns untersucht:

1. Wie stark sind die Veränderungen im Sinne eines Zugewinns an allgemeinen Kompetenzen?
2. Wie viele Kinder und Jugendliche erreichen ihre individuellen Ziele? Wie viele verbessern sich in ihren individuellen Zielen?
3. Reduziert sich die psychische Belastung der Heimjugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen den beiden Messzeitpunkten?
4. Welche Faktoren und Variablen beeinflussen den Verlauf der Massnahme?
 - 4a) Welche Faktoren beeinflussen die individuelle und die allgemeine Zielerreichung?
 - 4b) Welche Faktoren gehen mit Abbrüchen im Verlauf der Massnahme einher?

3 Methodik

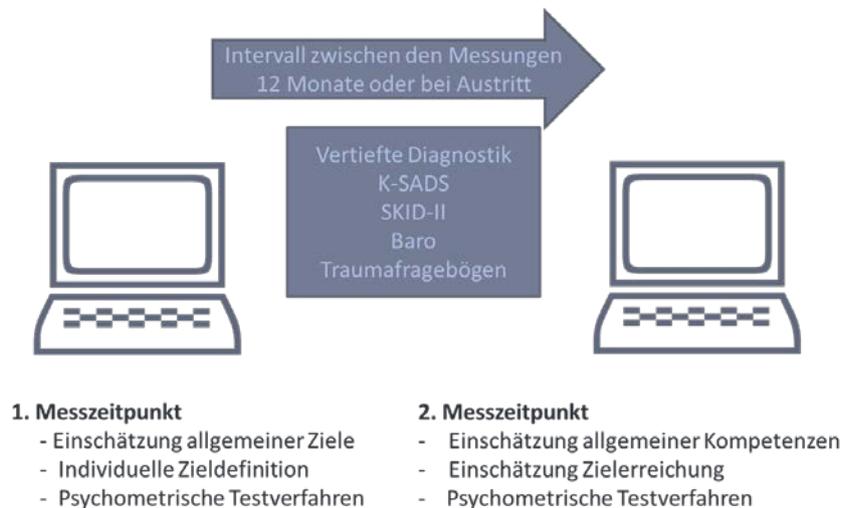
Vor Beginn der Untersuchung wurden alle Unterlagen bei der Ethikkommission beider Basel (EKBB) eingereicht, und die Genehmigung zur Durchführung der Studie wurde von der EKBB erteilt. Die sozialpädagogischen Fachkräfte holten vor Beginn jeder Untersuchung das schriftliche Einverständnis der Sorgeberechtigten und der Jugendlichen ein. Bei den jungen Erwachsenen konnte auf das schriftliche Einverständnis der Sorgeberechtigten verzichtet werden, da dieses direkt bei den Probanden eingeholt werden konnte.

Die Erhebungen im Rahmen des Modellversuchs erfolgten mit zwei unterschiedlichen Herangehensweisen. Die Zieldefinition und Einschätzung der Zielerreichung sowie die Vorgabe der psychometrischen Fragebögen erfolgten PC-gestützt. Für dieses computerbasierte Assessment wurde von einer externen Firma ein aufwändiges PC-Programm erarbeitet, welches es ermöglicht, die Ergebnisse im Anschluss an die Untersuchung sofort einzusehen und auszudrucken. Dieses Vorgehen wurde im Rahmen der Verlaufsmessung zu Beginn und zum Abschluss der Untersuchungen durchgeführt. Zwischen diesen beiden Messungen erfolgte eine umfassende Abklärung mittels standardisierter klinischer Interviews, für welche die Mitarbeiter des Modellversuchs in die Einrichtung reisten und dort mit jedem Jugendlichen und seiner Bezugsperson ein mehrstündiges Interview zum Ausschluss einer psychischen Erkrankung oder zur Diagnosestellung führten.

Ablauf der Untersuchungen:

1. Einholung des schriftlichen Einverständnisses
2. Erste PC-gestützte Vorgabe der psychometrischen Testverfahren, gemeinsame Einschätzung der allgemeinen Kompetenzen und Definition der individuellen Ziele.
3. Vertiefte Diagnostik im persönlichen Gespräch in der Einrichtung: Durchführung von strukturierten klinischen Interviews, BARO-Screening und Fragebögen, welche den Grad der Traumatisierung der Jugendlichen erfassen.
4. Rückgabegespräch: Offene Fragen und klinischer Eindruck werden mit dem Jugendlichen und ihren Bezugspersonen besprochen.
5. Zweite PC-gestützte Vorgabe der Testverfahren. Gemeinsame Einschätzung der allgemeinen Kompetenzen sowie der Fortschritte bei den individuellen Zielen.
6. Übermittlung der Daten zum Evaluationszentrum in Ulm zur Datenaufbereitung und Datenauswertung.

Das Intervall zwischen den beiden PC-gestützten Erhebungen mit der Zieldefinition und Beurteilung des Grades der Zielerreichung wurde festgelegt auf ein Jahr oder beim Austritt der Jugendlichen aus der Institution, weil der Artikel 19 des Jugendstrafgesetzes jährliche Evaluationen fordert. Da Heimerziehung ihre Wirkung langfristig entfaltet, erschien es zudem sinnvoll, das Intervall zwischen den beiden Messungen möglichst gross zu wählen, ohne zu viel Dropout zu riskieren. Durch viele vorzeitige Austritte und die Teilnahme von Beobachtungsstationen mit kürzeren Aufenthaltsdauern betrug das durchschnittliche Intervall zwischen den beiden Messzeitpunkten letztlich etwas mehr als neun Monate.



Studiendesign: Konkretes Vorgehen bei der Datenerhebung

3.1 Rekrutierung der Stichprobe

Die Rekrutierung der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in stationären Einrichtungen gliederte sich in zwei Zeiträume (MAZ.1 und MAZ.2). Wie in Abbildung „Zeiträume der beiden Rekrutierungswellen für MAZ.1 und MAZ.2“ ersichtlich, erfolgte die erste Rekrutierungswelle von Einrichtungen für MAZ.1 im Zeitraum von 2007 bis 2009 nur bei Deutschschweizer Einrichtungen. Nach dem Beschluss des Bundesamtes für Justiz (BJ) für eine Verlängerung und Erweiterung der Studie konnte die zweite Rekrutierungswelle für MAZ.2 zwischen 2009 und 2010 nochmals in der Deutschschweiz, sowie neu in der Romandie und im Tessin realisiert werden.

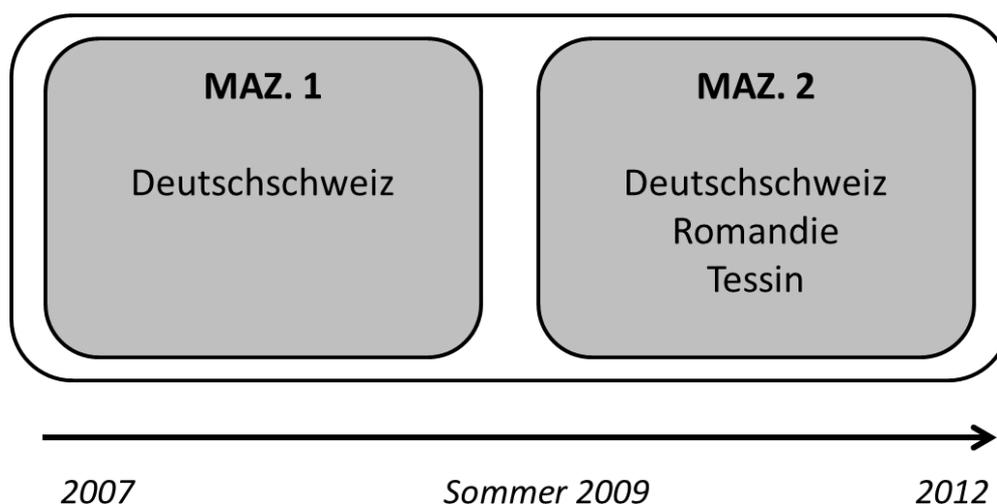


Abbildung: Zeiträume der beiden Rekrutierungswellen für MAZ.1 und MAZ.2

Folgende Kriterien dienten der Selektion der Stichprobe: Die Einrichtungen in der Schweiz verfügen über eine Zertifizierung vom BJ. Die Probanden sind beiderlei Geschlechts, zwischen 6 und 26 Jahre alt und werden voraussichtlich mindestens 1-3 Monate in der jeweiligen Einrichtung leben. Die Unterhaltung muss auf Deutsch, resp. bei MAZ.2 auf Französisch oder Italienisch, geführt werden können. Für eine Teilnahme an der Studie muss eine schriftliche Einverständniserklärung seitens der Jugendlichen sowie bei unter 18-Jährigen auch der Sorgeberechtigten vorliegen. Zudem war es Ziel der MAZ.-Studie, Jugendliche in stationären Einrichtungen unabhängig von der Rechtsgrundlage der Massnahmen (zivil- sowie strafrechtlich) zur Teilnahme zu gewinnen.

3.1.1 Rekrutierung von Institutionen

Um möglichst viele stationäre Einrichtungen der Jugendhilfe mit stark unterschiedlichen Altersstrukturen, Konzepten und Klientel zu erreichen, wurden alle Einrichtungen aus der gesamten Schweiz angeschrieben, welche über eine Anerkennung des BJ verfügen. In allen Sprachregionen der Schweiz (Stand 2005) sind dies 169 Institutionen mit 3'793 Plätzen. Das BJ anerkennt sozialpädagogische Einrichtungen, welche eine oder mehrere der im Bundesgesetz über die Leistungen des Bundes für den Straf- und Massnahmenvollzug (LSMG, SR341) sowie in der entsprechenden Verordnung (LSMV, SR 341.1) geregelten Voraussetzungen erfüllen. Neben formalrechtlichen Bedingungen werden auch Qualitätsmerkmale, wie beispielsweise die pädagogische Betreuung und die Ausbildung des Personals, geprüft.

Das Zielklientel der vom BJ anerkannten Erziehungseinrichtungen sind Kinder und Jugendliche, welche aufgrund von psychischen und/oder sozialen Problemen nicht mehr in ihrem Herkunftsmilieu leben können. Ihre Problematik stellt zu hohe Anforderungen an eine ambulante Behandlung und benötigt daher eine intensivere, stationäre Behandlung. Zu den Erziehungseinrichtungen zählen Einrichtungen mit oder ohne internes Schul- und Ausbildungsangebot für Kinder und Jugendliche, sowie Massnahmenzentren für junge Erwachsene, die aufgrund des Bundesgesetzes über die Leistungen des Bundes für den Straf- und Massnahmenvollzug anerkannt sind. Auf die Systematisierung, resp. die Einrichtungstypologie, wird später in diesem Kapitel näher eingegangen.

3.1.2.1 Die erste Rekrutierungswelle für MAZ.1 (2007-2009)

MAZ.1 rekrutierte nur Institutionen aus der Deutschschweiz. In einem ersten Schritt wurden sämtliche 89 Einrichtungen aus dem Verzeichnis der vom BJ anerkannten Erziehungseinrichtungen (Sektion Straf- und Massnahmenvollzug) und 8 weitere Einrichtungen mit Interesse an der Studie angeschrieben. Die insgesamt 97 Einrichtungen wurden mit einer Erstinformation in Form eines Flyers bedient und deren Heimleitungen zu vier identischen Informationsveranstaltungen eingeladen. Neben den Personen der Einrichtungsleitungen erhielten auch die Jugendanwaltschaften das Informationsschreiben. So folgte als zweiter Schritt die Durchführung der vier identischen Informationsveranstaltungen für die Vertreter der pädagogischen oder therapeutischen Leitungsebene. Insgesamt 55 Einrichtungen waren bei den Veranstaltungen im Raum Basel (Massnahmenzentrum Arxhof), in Bern (Jugendheim Lory), in Zürich (Massnahmenzentrum Uitikon), sowie in der Ostschweiz (Jugendstätte Bellevue) vertreten. Weitere 11 Einrichtungen bekundeten Interesse, konnten aber nicht teilnehmen. Der Einladung folgten zudem 7 Vertreter von Jugendanwaltschaften. Eine ausführliche Präsentation

des Studiendesigns wurde ausgearbeitet und bildete die Diskussionsgrundlage für den Austausch mit den anwesenden Personen. Von den insgesamt 66 interessierten Einrichtungen konnten 31 zur Teilnahme an der Studie MAZ.1 gewonnen werden.

Als dritter Schritt folgte eine vertiefte Information der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen der 31 teilnehmenden Einrichtungen. Dafür besuchte eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter des MAZ.-Teams die Einrichtung, um sie über den Ablauf, die Rekrutierung der Jugendlichen, die Datensicherheit und die Handhabung der Instrumente von MAZ. zu orientieren und zu instruieren. Die Schulung beinhaltete zudem die Einführung in das PC-Programm.

Zusammenfassend kann für die Rekrutierung auf institutioneller Ebene für MAZ.1 gesagt werden, dass mit 31 teilnehmenden Einrichtungen von den insgesamt 97 angeschriebenen Institutionen in der Deutschschweiz ein Drittel aller Einrichtungen aus der Zielgruppe für MAZ.1 rekrutiert werden konnte. Von diesen 31 Einrichtungen ist eine nicht im Verzeichnis der vom BJ anerkannten Erziehungseinrichtungen aufgeführt.

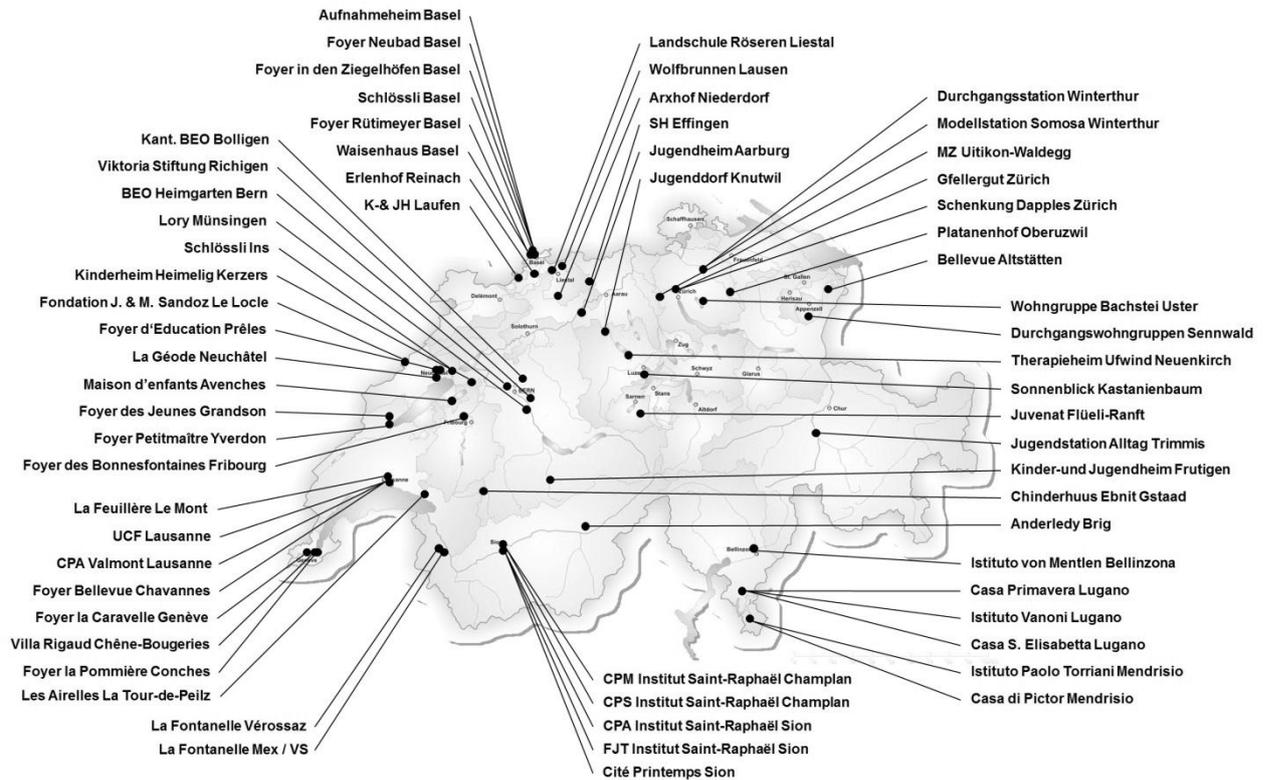
3.1.2.2 Die zweite Rekrutierungswelle für MAZ.2 (2009-2010)

Bei der zweiten Rekrutierungswelle für MAZ.2 wurden in der Deutschschweiz diejenigen Institutionen angeschrieben, die bereits bei MAZ.1 ihr Interesse bekundet hatten, aber aus diversen Gründen damals nicht teilnehmen konnten, sowie die 31 bereits bei MAZ.1 partizipierenden Einrichtungen. Insgesamt 19 Einrichtungen aus der Deutschschweiz, bestehend aus 7 neu dazu gewonnenen und 12 bereits aus MAZ.1 bekannten Einrichtungen, konnten für MAZ.2 rekrutiert werden.

In der Romandie und im Tessin wurde die Rekrutierung für MAZ.2 analog zur Rekrutierung für MAZ.1 durchgeführt (→ *Die erste Rekrutierungswelle für MAZ.1*). In der Romandie wurden zwei Informationsveranstaltungen in Yverdon und Genf realisiert. Insgesamt 80 Institutionen erhielten eine Erstinformation in Form eines Flyers. 20 von den insgesamt 73 vom BJ anerkannten Erziehungseinrichtungen in der Romandie konnten für die Teilnahme gewonnen werden. Im Tessin haben von sieben möglichen Einrichtungen sechs ihre Zusage gegeben.

3.1.2 Teilnehmende Institutionen

Somit besteht die Gesamtstichprobe (MAZ.1 und MAZ.2) aus insgesamt 64 Einrichtungen, davon 38 aus der Deutschschweiz, 20 aus der Romandie und 6 aus dem Tessin (siehe „Karte aller bei MAZ. teilnehmenden Einrichtungen“).



Karte aller bei MAZ. teilnehmenden Einrichtungen

Die Tabelle „Anzahl teilnehmende Einrichtungen pro Sprachregion und vertretenem Kanton“ verdeutlicht die geographische Verteilung der 64 teilnehmenden Einrichtungen über 15 von insgesamt 26 Kantonen und über drei von insgesamt vier Sprachregionen der Schweiz. Im Verzeichnis der vom BJ anerkannten Erziehungseinrichtungen finden sich Einrichtungen aus insgesamt 19 Kantonen. Demzufolge sind aus den Kantonen Appenzell Innerrhoden, Glarus, Nidwalden, Schaffhausen, Solothurn, Uri und Zug bei MAZ. keine Einrichtungen vertreten. Ausserdem gab es für MAZ. aus den Kantonen Schwyz, Appenzell Ausserrhoden, Jura und Thurgau keine Anmeldungen.

Tabelle: Anzahl teilnehmende Einrichtungen pro Sprachregion und vertretenem Kanton

	Teilnehmende Einrichtungen	Total BJ
Romandie		
NE	2	7
VD	8	24
VS*	7	9
GE	3	22
Total	20	62
Tessin		
TI	6	7
Total	6	7
Deutschschweiz		
BS	6	14
BL	5	8
AG	2	4
SG	3	5
ZH	6	34
LU	3	6
BE*	8	13
OW	1	1
GR	1	1
FR*	2	2
VS*	1	1
Total	38	89

* Zweisprachige Kantone

Grundsätzlich kann die Resonanz in der Heimlandschaft als sehr positiv beschrieben werden. Angaben zu Gründen für eine Absage erhielten wir von etlichen interessierten Einrichtungen, die sich nach den Informationsveranstaltungen für die Einrichtungsleiter abgemeldet haben. In folgender Tabelle sind die Gründe für eine Nicht-Teilnahme nach Häufigkeit der Nennung dargestellt.

Tabelle: Gründe für eine Nicht-Teilnahme am MAZ.

Grund für eine Nicht-Teilnahme	Anzahl Nennungen			
	Tessin	Deutschschweiz	Romandie	Gesamt
Aktuell keine zeitlichen und personellen Ressourcen für MAZ.	1	16	13	30
Klientel passt nicht in das vorgegebene Altersspektrum	0	0	11	11
Eigene Qualitätserfassung und -entwicklung implementiert	0	5	1	6
Kritik an einer statistischen Erfassung von Entwicklungsprozessen und an fehlender Nachhaltigkeit	0	2	3	5
Fehlende EDV-Infrastruktur	0	3	0	3
Zeitliche Anforderung an die Jugendlichen wird als zu grosse Belastung eingeschätzt	0	2	0	2
Grund unbekannt	0	14	19	33

3.1.3 Rekrutierung von Studienteilnehmern

In jeder Einrichtung informierte das MAZ.-Team das gesamte sozialpädagogische Team über die Ziele, den Ablauf und die testpsychologischen Verfahren der Studie. Bei dieser Schulung wurde die Rekrutierung der Jugendlichen vertieft besprochen, denn es war Aufgabe der Einrichtung, in der eigenen Institution Jugendliche und deren Eltern über MAZ. zu orientieren und für eine Teilnahme zu motivieren. Alle Einrichtungen erhielten von uns die von der Ethikkommission geprüften Probandeninformationen, welche sowohl ausführlich über die Ziele und den Ablauf von MAZ., als auch den Daten- und Versicherungsschutz informieren.

Das genaue Vorgehen der Rekrutierung der Jugendlichen stand den Einrichtungen frei. Die meisten Institutionen haben direkt beim Eintritt oder bei einem Standortgespräch die Eltern und die Jugendlichen über die Studie (zusammen mit der offiziellen Probandeninformation) orientiert und rekrutiert, oder sind direkt auf einzelne Jugendlichen zugegangen. Einige wenige haben intern einen Elternanlass durchgeführt. Manche Institutionen äusserten den Wunsch, nur mit Subgruppen am Modellversuch teilnehmen zu können, versuchten dann aber, möglichst alle Kinder und Jugendliche dieser Subgruppe zu rekrutieren.

Letztlich konnte nicht kontrolliert werden, ob die Einrichtungen alle bei ihnen platzierten Jugendlichen mit gleicher Intensität angesprochen haben, doch wurde allen Institutionen vermittelt, wie wichtig eine repräsentative Stichprobe ist, und dass sie keine Unterschiede machen und möglichst alle ihre Jugendliche für den Modellversuch rekrutieren sollten.

Aus den 64 teilnehmenden Einrichtungen konnten insgesamt 592 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 6 und 26 Jahren für den Modellversuch gewonnen werden. Diese verteilen sich

wie folgt auf die drei Sprachregionen: 429 in der Deutschschweiz (MAZ.1 und MAZ.2), 102 in der Romandie und 61 im Tessin.

3.1.4 Teilnehmende Einrichtungen

In Abbildung „Anzahl Jugendlicher pro Einrichtungstyp“ ist dargestellt, wie viele von den insgesamt 592 teilnehmenden Jugendlichen aus welchen Einrichtungstypen stammen. Mit 29% der Gesamtstichprobe sind die meisten Jugendlichen in einer Erziehungseinrichtung für schulentlassende Jugendliche mit einem internen Beschäftigungs- und Ausbildungsangebot untergebracht. Mit jeweils 22% der Gesamtstichprobe sind die Erziehungseinrichtungen für schulpflichtige Kinder mit und ohne interne Grundschule gleich stark vertreten. 11% der Jugendlichen sind in einer Durchgangs- oder Beobachtungsstation, 6% der Gesamtstichprobe in einem der zwei teilnehmenden Massnahmenzentren für junge Erwachsene und 5% in einer Erziehungseinrichtung für schulentlassene Jugendliche ohne internes Beschäftigungs- und Ausbildungsangebot. In die letzte Rubrik „andere“ gehören Einrichtungen, welche nicht im Verzeichnis der vom BJ anerkannten Erziehungseinrichtungen aufgeführt sind, und eine Einrichtung mit 5 weiblichen Jugendlichen im Tessin, die als einzige der Gesamtstichprobe zur Kategorie „Begleitetes Wohnen, Betreutes Wohnen, Wohnexternat“ des BJ gehört.

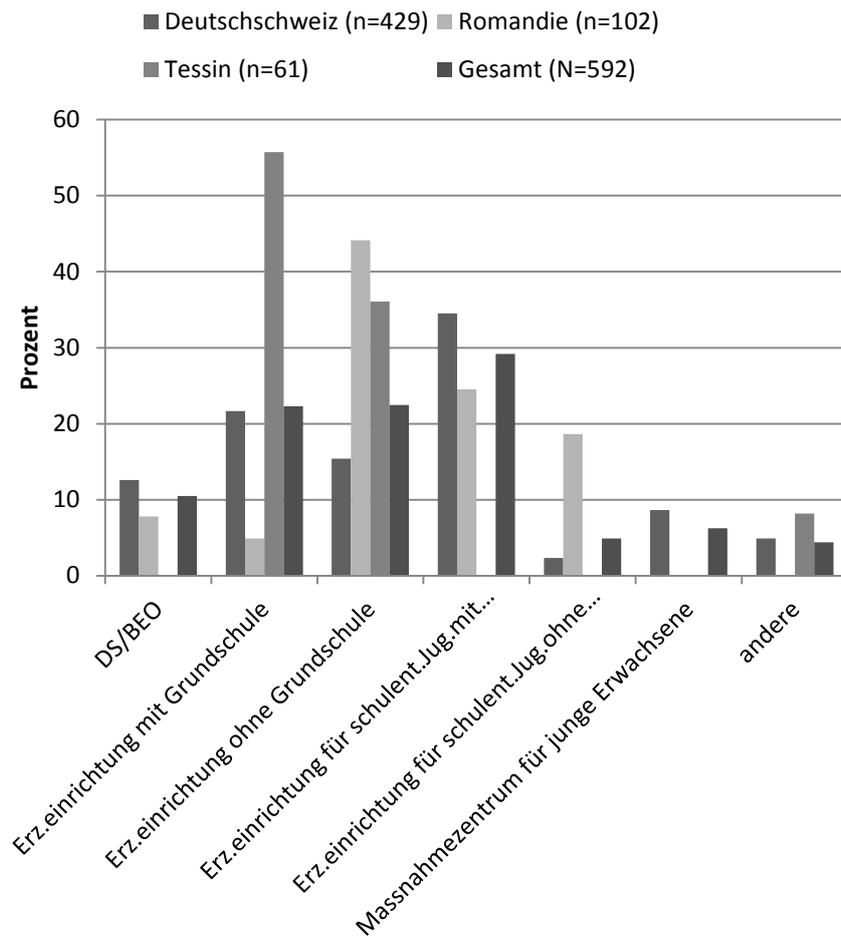


Abbildung: Anzahl Jugendlicher pro Einrichtungstyp

Der Vergleich der drei Sprachregionen zeigt, dass nur in der Deutschschweiz Massnahmenzentren für junge Erwachsene vertreten sind. Im Tessin hingegen nehmen keine Erziehungseinrichtungen für schulentlassende Jugendliche bei MAZ teil. 92% der teilnehmenden Jugendlichen im Tessin sind in einer Erziehungseinrichtung mit oder ohne Grundschule untergebracht. In der Romandie ist mit über 40% der grösste Anteil Kinder und Jugendliche in einer Erziehungseinrichtung ohne interne Grundschule. In der Deutschschweizer Substichprobe sind alle Einrichtungstypen vertreten; mit über 30% sind die meisten Jugendlichen in einer Erziehungseinrichtung für schulentlassende Jugendliche mit einem Beschäftigungs- und Ausbildungsangebot, was im Zusammenhang mit dem höheren Durchschnittsalter im Vergleich zu den Stichproben im Tessin und in der Romandie steht.

Die Einrichtungen der Gesamtstichprobe geben ein repräsentatives Bild von den unterschiedlichen Institutionstypen der Schweiz, bestehend sowohl aus Kleinsteinrichtungen als auch grossen Einrichtungen mit einer breiten Palette an berufsbildenden Angeboten. Die grösste Einrichtung verfügt über 56 Plätze, die kleinste über 7 Plätze.

Bei allen Ergebnissen zur Einrichtungstypologie ist es wichtig zu vermerken, dass es viele konfundierende Variablen gibt, die vermutlich zu Unterschieden zwischen einzelnen Einrichtungstypen beitragen. So ist beispielsweise das Alter eine wichtige Variable, die sowohl den Zugang zu unterschiedlichen Institutionstypen als auch das Vorkommen von Suchtentwicklung und Delinquenz beeinflusst. In Institutionen mit rein strafrechtlichen Platzierungen sind gezwungenermassen mehr Jugendliche mit schweren Delikten platziert. Bei allen Einrichtungstypen gibt es grosse Unterschiede bezüglich der strukturellen Voraussetzungen (z. B. Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten innerhalb der Institution).

3.2 Verwendete Testverfahren

3.2.1 Entwicklung des Zielerreichungsinstruments

Zielerreichungsinstrument (Singer, Prestel, Keller, Kölch u. Fegert, 2007)	
Beschreibung	<p>Das Zielerreichungsinstrument ist ein computerbasiertes Verfahren und wird, basierend auf einem konstruktiven, ressourcenorientierten Dialog, von der Bezugsperson gemeinsam mit dem Kind, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen durchgeführt. Es beinhaltet zwei Komponenten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acht bis elf (drei sind optional) vorgegebene allgemeine Kompetenzen <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikationsfähigkeit • Umgang mit Konflikten / Konfliktmanagement • Umgang und Ausdruck von Gefühlen • Verbindlichkeit / Zuverlässigkeit/ sich an Regeln halten • Selbständigkeit / Autonomie (in lebenspraktischen Dingen)/ Verselbständigung • Verhalten in der Schule/ Ausbildung • Beziehungsfähigkeit • Empathie • Optional: Umgang mit Suchtmitteln; substanzungebundenen, suchartiges Verhalten; Auseinandersetzung mit dem Delikt 2. Drei individuelle Ziele, welche frei wählbar sind.

Wer füllt aus?	Die Bezugsperson führt mit dem/der Jugendlichen gemeinsames ein teilstrukturiertes Zielerreichungsgespräch vor dem PC/Notebook. Die Ergebnisse dieses Gesprächs werden gemeinsam im PC-Programm dokumentiert.
Instruktion	<p><i>Allgemeine Kompetenzen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorformulierte Zielbereiche/ Kompetenzen • Vorformulierter Positivpol • Vorformulierter Negativpol • Einschätzung Ist-Zustand auf einer siebenstufigen Likertskala • Einschätzung der Motivation und Übereinstimmung zwischen Heranwachsendem und sozialpädagogischer Bezugsperson • Erneute Einschätzung des Ist-Zustandes für die allgemeinen Kompetenzen nach einem Jahr oder beim Austritt <p><i>Individuelle Ziele:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Auswahl des Ziels • Definition Positivpols • Definition Negativpol • Definition Ist-Zustand • Einschätzung Ist-Zustand auf einer siebenstufigen Likertskala • Definition Ziel-Zustand • Einschätzung Ziel-Zustand auf Likertskala • Verantwortlichkeiten klären • Einschätzung der Motivation und der Übereinstimmung zwischen Heranwachsendem und sozialpädagogischer Bezugsperson. • Erneute Einschätzung des Ist-Zustandes nach einem Jahr oder beim Austritt
Durchführungszeit	Ca. 60 min.
Durchführung	Computerbasiert im gemeinsamen Dialog.
Auswertung	Die Auswertung bzw. eine Zusammenfassung der Eingaben sind im Computerprogramm ersichtlich.

Um eine möglichst breite Akzeptanz und Praxistauglichkeit des pädagogischen Zielerreichungsinstrumentes zu erreichen, wurde dieses in enger Kooperation mit Vertretern aus sozialpädagogischen Institutionen und zuweisenden Behörden/Fachverbänden entwickelt. Diese wurden hierzu interviewt und die Interviews aufwändig transkribiert und einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (1989) unterzogen.

Bei der Diskussion mit den Fachkräften aus der Heimerziehung und den zuweisenden Behörden im Rahmen der Entwicklung des pädagogischen Zielerreichungsinstrumentes wurde auf folgende Aspekte besonders viel Wert gelegt:

1. Alltagstauglichkeit
2. Balance zwischen Alltagsarbeit und übergeordneten gesellschaftlichen Zielen
3. Partizipation des Kindes und Jugendlichen
4. Lösungs- und Ressourcenorientierung
5. Ausreichend gute Testgütekriterien
6. Objektivierung der Fortschritte auf Ebenen der Individuen für grössere Stichproben - Vergleichbarkeit der Ziele
7. Einprägsame und leicht interpretierbare graphische Darstellung ermöglichen.

Zentrales Ziel war es, die Wirkung von pädagogischen Prozessen alltagsnah abzubilden und wirklich das zu messen, woran im Alltag am Intensivsten gearbeitet wird, was eine gewisse Standardisierung der individuellen Zielvereinbarungsprozesse notwendig macht.

Des Weiteren sollte die nicht selten zu Verdruss führende Diskrepanz zwischen den sehr abstrakten grossen gesellschaftlichen Zielen der Heimerziehung (Autonomie und Verselbständigung) und den oft sehr konkreten Alltagsproblemen (z. B. morgens aufzustehen und pünktlich in der Schule ankommen) aufgelöst werden, da es sicher motivierender ist, regelmässig kleine Erfolge zu feiern und zu evaluieren, als sich an einem zu grossen und abstrakten Ziel abzuarbeiten. Es ist wichtig zu betonen, dass gerade durch das konsequente und erfolgreiche Arbeiten an vielen kleinen Zwischenzielen letztlich die grossen gesellschaftlichen Ziele auch erreicht werden und nur über viele kleine Erfolge eine gesellschaftliche Teilhabe sichergestellt werden kann.

Ein anderer wichtiger Aspekt bei der Entwicklung des Zielerreichungsinstruments war es, die Partizipation der Jugendlichen bei der Zieldefinition und der Ausgestaltung des pädagogischen Prozesses sicherzustellen und die pädagogischen Zieldefinition zu einem gewissen Grad durch ein gemeinsames lösungsorientiertes Zielerreichungsgespräch über die PC-gestützte Vorgabe zu strukturieren und dabei auch einen pädagogischen Prozess anzustossen, bzw. günstige Ausgangsbedingungen für die weitere pädagogische Arbeit zu schaffen. Die Partizipation der Jugendlichen und ihrer Eltern zu fördern ist nicht nur eine „Haltung“, sondern scheint auch der Wirksamkeit von pädagogischen Massnahmen zu Gute zu kommen und mittelfristig das gemeinsame Arbeiten wesentlich zu erleichtern (Wolf, 2007; Sierwald u. Wolff, 2008).

Die Ergebnisse der Interviews wurden einem Delphiverfahren unterzogen, aus welchem abschliessend ein Zielerreichungsinstrument mit 8 allgemeinen plus 3 optionalen Zielen (Auseinandersetzung mit Delikten, Suchtmitteln und stoffungebundenen Süchten) und maximal drei individuellen Zielen entstanden ist, welche die Praxis unterschiedlicher Formen der Heimerziehung gut abbilden.

3.2.2 Screeninginstrument BARO

Die Ursprungsversion BARO (Baasis Rads Onderzoek) wurde 1999 in Holland von Doreleijers entwickelt (Doreleijers, 1999, 2000, 2005) und im Jahr 2000 von Gutschner ins Deutsche übersetzt und gleichzeitig an Schweizer Verhältnisse angepasst (BARO.ch; Gutschner, 2001; Gutschner u. Doreleijers, 2004; Gutschner et al., 2006). Es handelt sich dabei um ein Screeningverfahren, welches mittels der Abschätzung der psychischen Gesundheit, der momentanen Lebenssituation und weiterer wichtiger psychosozialer Faktoren der standardisierten Ersterfassung straffälliger Jugendlicher dient. Das Instrument liefert wichtige Entscheidungshilfen für weitere Schritte und pädagogische und/oder therapeutische Hilfestellungen.

Basis Raads Onderzoek (BARO.ch)
(Doreleijers, 1999; dt. Version Gutschner, 2004)

Beschreibung	<p>Das BARO.ch ist ein Interview zur Abschätzung der psychischen Gesundheit, der momentanen Lebenssituation, des psychosozialen Funktionsniveaus und der Risiko- und Schutzfaktoren. Es verfolgt 3 Ziele:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Standardisierte Ersterfassung fremdplatzierter Jugendlicher. 2. Identifizierung psychischer Störungen und Abklärung betreffend weiterer Begutachtung. 3. Entscheidungshilfe für die Bestimmung weiterer Massnahmen.
Wer wird interviewt?	<p>Das Interview wird sowohl mit dem Jugendlichen als auch mit Drittpersonen (in diesem Fall der Bezugsperson) durchgeführt.</p>
Bereiche	<p>Die folgenden Bereiche werden innerhalb des halbstrukturierten Interviews systematisch abgefragt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Delikt: Mit verschiedenen Fragen an Jugendliche und Bezugsperson wird das Vorhandensein eines oder mehrerer begangener oder vorgeworfener Delikte sowie der konkrete Hergang, das Erleben rund um das Delikt und frühere Kontakte mit der Justiz abgeklärt. • Soziale Situation: Es geht um die Abschätzung der sozialen Lebensumstände, in welche die Jugendlichen eingebettet sind. • Funktionieren innerhalb der Familie: Es wird erfragt, inwieweit der Jugendliche mit den einzelnen Familienmitgliedern und weiteren wichtigen Bezugspersonen zu-rechtkommt und wie sich die Beziehungen und der Alltag in der Familie gestaltet. • Schule/ Arbeit: Die bisherige und aktuelle Schulsituation bzw. Arbeitssituation, die Partizipationsfähigkeit sowie die sozialen Beziehungen zu Mitschülern und Lehrpersonen oder Vorgesetzten werden erhoben. • Freizeit/Freunde: Dieser Bereich erfasst die Fähigkeit zur Freizeitgestaltung und den Umgang mit Peers und mit Geld. • Sucht: Nikotin-, Alkohol- und sonstiger Drogenkonsum sowie die Besorgnis der Bezugsperson werden erfragt. Ebenso wird die substanzunabhängige Spielsucht exploriert. • Gefühl: Internalisierende Auffälligkeiten und die emotionale Schwingungsfähigkeit werden erfasst. • Verhalten: Dieser Bereich untersucht mittels verschiedener Fragen die externalisierenden Verhaltensweisen der Jugendlichen. • Entwicklung und Vorgeschichte: Dieser Aspekt umfasst die kindliche Entwicklung (Psychomotorik, kognitive Entwicklung, Problemverhalten) sowie die gesundheitliche, psychiatrische und sozialpädagogische Vorgeschichte.
Durchführungszeit	<p>Ca. 60 min.</p>
Durchführung	<p>Das persönliche Interview wird von einer Psychologin oder einem Psychologen durchgeführt.</p>

Basis Raads Onderzoek (BARO.ch)
(Doreleijers, 1999; dt. Version Gutschner, 2004)

Auswertung und Rückmeldung

Einerseits besteht für den Interviewer die Möglichkeit, die im Gespräch behandelten Bereiche (siehe Auswertungsschema) anhand eines Sorgenindex zu bewerten. Hierzu werden die unterschiedlichen Quellen (Jugendlicher, Pädagoge, Aktenlage etc.) herangezogen. Dieses Auswertungsblatt bietet einen guten Überblick, wie besorgniserregend die Entwicklung des Jugendlichen in den unterschiedlichen Bereichen einzuschätzen ist.

Andererseits kann der Interviewer zu dieser Einschätzung 10 Indexfragen (hier nicht aufgeführt) beantworten, die von einem Computerprogramm ausgewertet werden und anhand derer beurteilt werden soll, ob der Jugendliche möglicherweise an einer psychischen Störung leidet oder nicht. Das BARO.ch erfasst keine spezifischen Diagnosen nach DSM-IV oder ICD-10, sondern gibt lediglich Hinweise, ob eventuell eine Störung vorhanden ist und der Jugendliche diesbezüglich näher untersucht werden sollte.

Die Rückmeldung des BARO's erfolgt im Rahmen der gesamten Rückmeldung der vertieften Diagnostik, und es kann diskutiert werden, ob weitere Schritte, z. B. eine weiterführende Abklärung, notwendig sind oder nicht.

3.2.3 PC-gestützte Testverfahren

3.2.3.1 Child Behavior Checklist

Die Child Behavior Checklist CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Check List, 1998) ist das etablierteste und weltweit verbreitetste Screeninginstrument zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Dieses Verfahren liegt in verschiedenen Versionen für verschiedene Altersgruppen und für den Einsatz in Selbst- und Fremdbeurteilung vor. In insgesamt 120 Fragen werden psychopathologische Auffälligkeiten erfasst, die acht Syndromskalen zugeordnet werden. Mit Hilfe dieses Screeninginventars können keine Diagnosen vergeben werden, aber das Profil über die acht Syndrom-Skalen hinweg liefert einen guten Überblick über das gesamte Spektrum psychopathologischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter.

In der vorliegenden Untersuchung wurden zur Fremdbeurteilung von 12-18-Jährigen die CBCL und für 19-25-Jährige die YABCL (Young Adult Behavior Checklist) und zur Selbstbeurteilung von Jugendlichen der YSR (Youth Self Report) und von jungen Erwachsenen der YASR (Young Adult Self Report) verwendet.

Child Behavior Checklist (CBCL)
Youth Self Report (YSR)
 Thomas M. Achenbach
 (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Check List, Döpfner et al., 1998)

Beschreibung	Die Child Behavior Checklist (CBCL) ist das etablierteste und weltweit verbreitetste Breitbandverfahren zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen (bis 18 Jahre). Der Youth Self Report (YSR) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen für Jugendliche zwischen 11 und 18 Jahren und entspricht der CBCL. 120 Fragen werden 8 Skalen zugeordnet. Die Ergebnisse des CBCL und YSR ergeben keine Diagnosen, sondern weisen nur auf mögliche Problempunkte und Auffälligkeiten hin. Wenn sehr hohe Werte in einzelnen Skalen auftreten, empfiehlt es sich, eine psychologische Diagnostik durchzuführen.
Wichtig	CBCL und YSR bis 18 Jahre. <i>Alternativ</i> ab 18 Jahren YABCL und YASR
Wer füllt aus?	CBCL: Bezugsperson YSR: Jugendliche/r
Instruktion	„Es folgt eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen auftreten können. Beantworten Sie/ Beantworte bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 3 Monate zu beobachten war (Antwortmöglichkeiten 0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend und 2 = genau oder häufig zutreffend).“
Unterskalen	1. Sozialer Rückzug (SR) 2. Körperliche Beschwerden (KB) 3. Ängstlich/ Depressiv (ÄD) 4. Soziale Probleme (SP) 5. Schizoid/ Zwanghaft (SZ) 6. Aufmerksamkeitsprobleme (AP) 7. Dissoziales Verhalten (DV) 8. Aggressives Verhalten (AV)
Durchführungszeit	15-20 Min.
Durchführung	Am Messzeitpunkt t 1 und t 2 computerbasiert.
Auswertung	Die Testauswertung erfolgt mit einem Computerprogramm. Gesamtskalen: Internalisierende Störungen (SR, KB, ÄD); Externalisierende Störungen (DV, AV); Gesamtwert (inkl. SP, SZ, AP) 3 Ausprägungs-Bereiche für die Auswertung der Gesamt- und Unterskalen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klinisch unauffälliger Bereich ▪ Grenzbereich (Übergang zwischen klinisch unauffällig und auffällig) ▪ Klinisch auffälliger Bereich

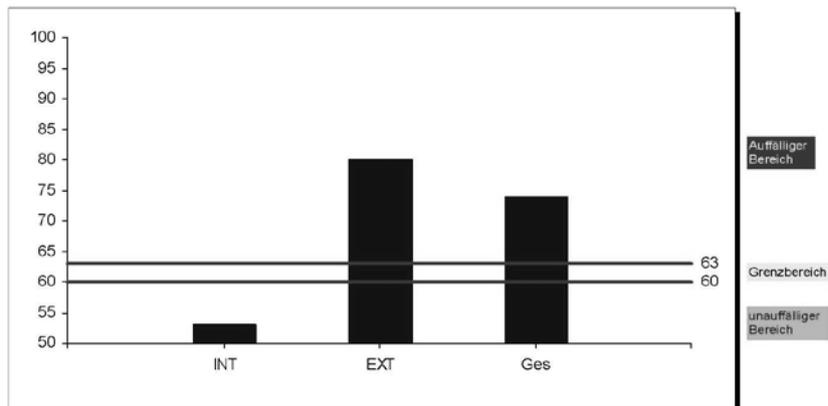
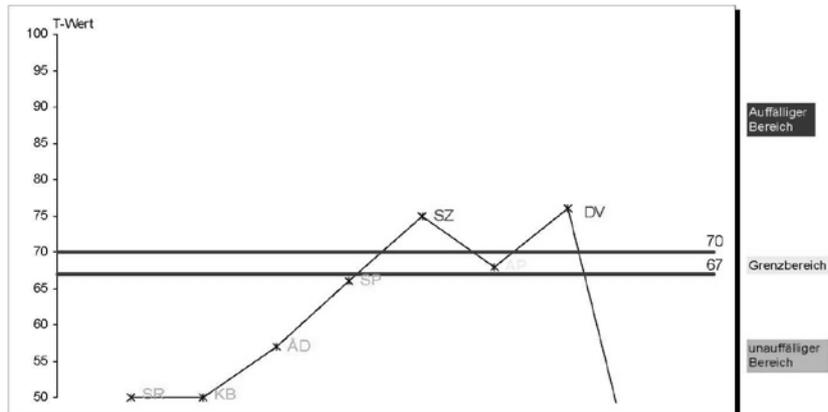
Beispiel für die Computer-basierte Auswertung im Modellversuch:

Child Behavior Checklist (CBCL)
Thomas M. Achenbach
Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Check List, Döpfner et al. (1998)

Name: Musterfrau Alter: 16 Geschlecht: weiblich Datum: 16.04.2007 Dauer: 00:12:34

	INT	EXT	Ges	SR	KB	ÄD	SP	SZ	AP	DV	AV	
Rohwert	5	39	68	1	0	4	4	4	8	10	29	Auffälliger Bereich
T-Wert	53	80	71	50	50	57	66	75	68	76	36	Grenzbereich
												unauffälliger Bereich

INT: Internalisierende Störungen; EXT: Externalisierende Störungen; Ges: Gesamtwert;
 SR: Sozialer Rückzug; KB: Körperliche Beschwerden; ÄD: Ängstlich/Depressiv; SP: Soziale Probleme;
 SZ: Schizoid/Zwanghaft; AP: Aufmerksamkeitsprobleme;
 DV: Dissoziales/Regelverletzendes Verhalten; AV: Aggressives Verhalten



- Ausprägungen in den einzelnen Unterskalen mit einem T-Wert ≥ 70 (bzw. bei den Gesamtskalen T-Wert ≥ 63) werden als **klinisch auffällig** eingeschätzt. Diese Werte haben in der Normalbevölkerung nur 2% der untersuchten Jugendlichen.
- Es gibt einen **Grenzbereich** zwischen den T-Werten von 67 und 70 (bzw. bei den Gesamtskalen T-Werte von 60 bis 63), der den Übergang **zwischen klinisch unauffällig zu klinisch auffällig** beschreibt.
- Ausprägungen in den Unterskalen mit einem T-Wert ≤ 67 (bzw. bei den Gesamtskalen T-Wert < 60) werden als **klinisch unauffällig** eingeschätzt.

Die nachfolgende Beschreibung der Skalen, die der Fragebogen erfasst, kann auf Wunsch mit ausgedruckt werden:

CBCL - Auswertung

Name: Musterfrau Alter: 16 Geschlecht: weiblich Datum: 16.04.2007 Dauer: 00:12:34

Unterskalen

Sozialer Rückzug: Diese Skala beschreibt schüchternes Verhalten und eine hohe Ausprägung des Bedürfnisses für sich alleine zu sein.
In dieser Skala erzielte die Jugendliche ein Ergebnis von 50 und liegt damit im klinisch unauffälligen Bereich.

Körperliche Beschwerden: Diese Skala beschreibt wie viele Körperliche Beschwerden ein Jugendlicher angibt (Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen etc.)
In dieser Skala erzielte die Jugendliche ein Ergebnis von 50 und liegt damit im klinisch unauffälligen Bereich.

Ängstlich/Depressiv: Diese Skala beschreibt wie ängstlich, selbstunsicher antriebsarm und traurig sich ein Jugendlicher beschreibt.
In dieser Skala erzielte die Jugendliche ein Ergebnis von 57 und liegt damit im klinisch unauffälligen Bereich.

Soziale Probleme: Diese Skala beschreibt, ob ein Jugendlicher Schwierigkeiten mit anderen Jugendlichen hat (z.B. ob er häufig gehänselt wird).
In dieser Skala erzielte die Jugendliche ein Ergebnis von 66 und liegt damit im klinisch unauffälligen Bereich.

Schizoid Zwanghaft: Diese Skala beschreibt wie stark ein Jugendlicher seltsame oder bizarre Verhaltens- oder Denkmuster zeigt.
In dieser Skala erzielte die Jugendliche ein Ergebnis von 75 und liegt damit im klinisch auffälligen Bereich.

Aufmerksamkeitsprobleme: Diese Skala beschreibt, wie ablenkbar ein Jugendlicher ist, bzw. ob er Schwierigkeiten hat sich über längere Zeiträume zu konzentrieren.
In dieser Skala erzielte die Jugendliche ein Ergebnis von 68 und liegt damit im Grenzbereich.

Dissoziales Verhalten: Diese Skala beschreibt wie schwer es einem Jugendlichen fällt sich an Regeln und Gesetze zu halten.
In dieser Skala erzielte die Jugendliche ein Ergebnis von 76 und liegt damit im klinisch auffälligen Bereich.

Aggressives Verhalten: Diese Skala beschreibt, wie häufig ein Jugendlicher in Raufereien verwickelt ist oder andere Jugendliche bedroht bzw. beschimpft.
In dieser Skala erzielte die Jugendliche ein Ergebnis von 36 und liegt damit im klinisch unauffälligen Bereich.

Gesamtskalen

Internalisierende Störungen: (Besteht aus den Skalen: Sozialer Rückzug, Körperliche Beschwerden und Ängstlich/Depressiv)
In dieser Skala erzielte die Jugendliche ein Ergebnis von 53 und liegt damit im klinisch unauffälligen Bereich.

Externalisierende Störungen: (Besteht aus den Skalen: Dissoziales Verhalten und Aggressives Verhalten)
In dieser Skala erzielte die Jugendliche ein Ergebnis von 80 und liegt damit im klinisch auffälligen Bereich.

Gesamtwert: (Alle auffälligen Fragen, außer bei Auffälligkeiten bei den Fragen nach Allergien und Asthma)
Der Gesamtwert der Jugendlichen beträgt 74 und er liegt damit im klinisch auffälligen Bereich.

3.2.3.2 *Severity of Dependence Scale (SDS)*

Beschreibung	Die SDS erfasst das Abhängigkeitserleben von Konsumenten illegaler Substanzen (Cannabis/Kokain/ Opiate/Amphetamine). Die Skala besteht aus 5 Fragen. Die Fragen erfassen Kontrollverlust, die Besorgnis über den Konsum sowie den Aufhörwunsch. Sie wurde von uns um die Frage nach der Häufigkeit des Konsums erweitert.
Wer füllt aus?	Anonymes Selbsturteil des/der Jugendlichen.
Instruktion	„Bitte ankreuzen.“
Beispielfrage	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten vor Eintritt die Massnahme den Eindruck, dass Sie den Konsum von Cannabis nicht mehr unter Kontrolle hatten? Nie/beinahe (0Pt) manchmal (1Pt) oft (2Pt) immer oder fast immer (3Pt)
Durchführungszeit	Ca. 5 Min.
Durchführung	Am Messzeitpunkt t1 computerbasiert.
Auswertung Computerbasiert	Die Antworten sind so gewichtet, dass ein maximaler Wert von 20 Punkten erreicht werden kann. Cut-off-Wert bei 3 und mehr Punkten (für Cannabis liegt kein offizieller Schwellenwert vor, vgl. Kraus u. Augustin, 2005; Kraus, Augustin u. Orth, 2005).

Keine Rückmeldung!

3.2.3.3 MAS Achse VI

Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung / Globale Einschätzung und Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus
MAS VI
(Remschmidt u. Schmidt, 1994)

Beschreibung und Instruktion	<p>Die Einschätzung soll die psychische, soziale und schulische / berufliche Leistungsfähigkeit während der vergangenen drei Monate widerspiegeln.</p> <p>Beeinträchtigungen, die aus physischen oder umgebungsbedingten Einschränkungen resultieren, sollen nicht codiert werden.</p> <p>Ausdrücklich soll kompetenzbezogen und nicht defizitbezogen codiert werden.</p> <p>Die Beurteilung sollte darauf basieren, bis zu welchem Grad der junge Mensch dazu in der Lage ist, relativ harmonische Beziehungen mit Eltern, Geschwistern, Lehrern und anderen Erwachsenen aufrecht zu erhalten, sich in alters- und sozial angemessener Weise sauber und in Ordnung zu halten, zumutbare Arbeiten im Haushalt zu verrichten, ohne Probleme das Haus zu verlassen, mit den schulischen / beruflichen Anforderungen dem Alter und den gegebenen intellektuellen Fähigkeiten entsprechend zu recht zu kommen, tragfähige Beziehungen zu Gleichaltrigen herzustellen, die auch gemeinsame Aktivitäten einschliessen und sich bei verschiedenen Freizeitaktivitäten zu engagieren.</p> <p>(modifizierter Erklärungstext nach der Vorlage von Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F. (Hrsg.): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO / Hans Huber, Bern 2001)</p>
Wer füllt aus?	Bezugsperson
Bereiche	<p>Die Einschätzung bezieht sich auf folgende Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none">• die Beziehung zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und Erwachsenen ausserhalb der Familie,• die Bewältigung von sozialen Situationen (Selbständigkeit, lebenspraktische Fähigkeiten, persönliche Hygiene und Ordnung),• die schulische und berufliche Anpassung,• Interessen und Freizeitaktivitäten.
Durchführungszeit	Ca. 5 Min.
Durchführung	Am Messzeitpunkt t 1 und t 2 computerbasiert.
Auswertung	<p>Die Einstufung erfolgt auf der folgenden Skala. Es erfolgt keine weitere Auswertung.</p> <ol style="list-style-type: none">(0) Hervorragende oder gute soziale Anpassung auf allen Gebieten(1) Befriedigende soziale Anpassung mit vorübergehenden oder geringgradigen Schwierigkeiten in lediglich einem oder zwei Bereichen(2) Leichte soziale Beeinträchtigung mit leichten Schwierigkeiten in mindestens einem oder zwei Bereichen(3) Mässige soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen(4) Deutliche soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen(5) Deutliche und übergreifende soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen(6) Tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen(7) Braucht beträchtliche Betreuung(8) Braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)

3.2.3.4 MAYSI-2

**Massachusetts Youth Screening Instrument-Second Version
(MAYSI-2)**
(Grisso u. Barnum, 2000)
Übersetzt für den Modellversuch, MAZ.-Team, 2007 / Schmid et al. in press

Beschreibung	<p>Der MAYSI-2 ist ein Screening-Verfahren, mit dem in 52 Fragen auf 7 Skalen psychische Störungen und Substanzmissbrauch von Jugendlichen in Massnahmen erhoben werden können.</p> <p>Psychiatrische Diagnosen lassen sich mit dem MAYSI-2 keine stellen, sondern er bildet z. B. ein erhöhtes Risiko für im stationären Alltag besonders kritische Verhaltensweise wie z. B. aggressives Verhalten oder für Suizidalität ab.</p>
Wer füllt aus?	Jugendliche/r
Instruktion	„Es folgen einige Fragen zu Dingen, die einem manchmal passieren können. Bitte kreuze bei jeder Frage JA oder NEIN an, je nachdem, ob diese Frage auf Dich in den letzten paar Monaten zutrifft oder nicht zutrifft. Beantworte alle diese Fragen bitte so genau wie möglich.“
Skalen	<ol style="list-style-type: none">1. Alkohol- u. Drogengebrauch (AD)2. Ärgerlich-Reizbar (ÄR)3. Depressiv-Ängstlich (DÄ)4. Somatische Beschwerden (SB)5. Suizidgedanken (SG)6. Denkstörungen (DS)7. Traumatische Erlebnisse (TE)
Durchführungszeit	10-15 Min.
Auswertung computerbasiert	<p>3 Ausprägungs-Bereiche für die Auswertung von den Skalen 1-6:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ein Ergebnis im deutlich auffälligen Bereich (Warning) bedeutet, dass der/die Jugendliche im Vergleich zu anderen Jugendlichen in Massnahmen hinsichtlich der betreffenden Skala ein klinisch ausserordentlich hohes Ergebnis erzielt hat. Diesem psychischen Problembereich sollte höchste Priorität gegeben werden.• Ergebnisse im Grenzbereich (Caution) bedeuten, dass eine mögliche klinische Bedeutsamkeit vorliegt.• Im unauffälligen Bereich liegen die Ergebnisse, die keinen Hinweis auf eine von dem/der Jugendlichen berichtete Beeinträchtigung ergeben.<ul style="list-style-type: none">▪ Skala 7 „Traumatische Erlebnisse“ wird nicht anhand von Wertpunkten in die drei Bereiche eingeteilt, sondern gibt lediglich einen Hinweis auf mögliche traumatische Erlebnisse.

Beispiel für die Computer-basierte Auswertung:

Massachusetts Youth Screening Instrument-Second Version (MAYSI-2)
 Grisso, Th., Barnum, R. 2000
 Übersetzt für den Modellversuch, MAZ-Team, 2007/unveröffentlicht

Name: Mustermann Alter 19 Geschlecht: männlich Datum: 12.01.2006 Dauer: 00:02:03

					CAUTION		WARNING		INV		
Alkohol / Drogen	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
Wütend / Reizbar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Depressiv / Ängstlich	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Somatische Beschwerden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Suizidgedanken	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Gedankenstörungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Traumatische Erlebnisse	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

26.04.2007 11:38:12

1 / 1

Admin

AD = Alkohol- / Drogengebrauch: Beschreibt Alkohol- und Drogengebrauch, der Jugendliche in ihrer psychosozialen Funktionsfähigkeit beeinträchtigt.

ÄR = Ärgerlich-Reizbar: Beschreibt ein übermässiges Beschäftigt-Sein mit Gefühlen von Wut und Rache sowie eine generelle Tendenz zu Reizbarkeit, Frustration und Anspannung im Zusammenhang mit Ärger.

DÄ = Depressiv-Ängstlich: Erfasst Symptome von Depression und Ängsten, die sich z. B. in innerer Unruhe oder einer gedrückten Stimmung zeigen können.

SB = Somatische Beschwerden: Beinhaltet Fragen nach unterschiedlichen körperlichen Symptomen von Angst. Ein erhöhter Wert kann unterschiedliche Ursachen haben. So können sie im Zusammenhang mit Depression und Angst oder auch mit einem traumatischen Erlebnis oder Denkstörungen stehen. Schmerzen oder körperliche Beschwerden können aber auch Hinweis für eine körperliche Krankheit sein.

SG = Suizidgedanken: Fragt nach Gedanken und Absichten, sich selbst zu verletzen, sowie nach stark depressiven Symptomen, die ein erhöhtes Suizidrisiko beinhalten könnten.

DS = Denkstörungen (nur für Jungen): Erhebt die Wahrscheinlichkeit für psychische Auffälligkeiten mit Störungen der Realitätswahrnehmung. Die Fragen dieser Skala werden für Mädchen nicht ausgewertet wegen fehlender Normierung.

TE = Traumatische Erlebnisse: Beschreibt, ob ein Jugendlicher jemals in seinem Leben einem traumatischen Erlebnis ausgesetzt war, das ihn im Vergleich zu anderen Jugendlichen in einem stärkeren Ausmass beeinflusste. Erfragt werden Ereignisse oder Gefühle über das gesamte Leben hinweg und nicht wie bei den anderen 6 Skalen über die letzten Monate.

3.2.3.5 Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI)

Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI)
(Andershed, Kerr, Stattin u. Levander, 2002)
Deutsche Fassung: Schmeck, Hinrichs u. Fegert, 2005

Beschreibung	<p>Der YPI ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen für Jugendliche ab 12 Jahren zur Erfassung von psychopathischen Persönlichkeitsmerkmalen. Eine Besonderheit des YPI ist, dass die Fragen nach den psychopathischen Persönlichkeitseigenschaften nicht offensichtlich abwertend sondern auf eine Art und Weise formuliert sind, die Jugendliche mit diesen Eigenschaften ansprechen, sie diese gut in ihren Selbstbild integrieren können und deshalb die Wahrscheinlichkeit geringer ist, dass die Fragen in Richtung der sozialen Erwünschtheit beantwortet werden.</p> <p>50 Fragen werden 10 Skalen zugeordnet.</p>										
Wer füllt aus?	Jugendliche/r										
Instruktion	<p>„Dieser Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen, die davon handeln, was Du über bestimmte Dinge denkst oder fühlst. Lies jede Aussage sorgfältig und entscheide, wie gut diese Aussage für Dich zutrifft. Du kannst zwischen vier verschiedenen Antworten bei jeder Aussage wählen („stimmt überhaupt nicht“, „stimmt kaum“, „stimmt ein wenig“, „stimmt genau“).</p> <p>Beantworte jede Aussage so wie Du Dich meistens fühlst oder denkst, nicht nur danach, wie Du Dich jetzt gerade im Moment fühlst.“</p>										
Skalen	<table><tr><td>1. Oberflächlicher Charme</td><td>6. Geringe Emotionalität</td></tr><tr><td>2. Grandiosität</td><td>7. Gefühlskälte</td></tr><tr><td>3. Lügen</td><td>8. Reizsuche</td></tr><tr><td>4. Manipulation</td><td>9. Impulsivität</td></tr><tr><td>5. Hartherzigkeit</td><td>10. Verantwortungslosigkeit</td></tr></table>	1. Oberflächlicher Charme	6. Geringe Emotionalität	2. Grandiosität	7. Gefühlskälte	3. Lügen	8. Reizsuche	4. Manipulation	9. Impulsivität	5. Hartherzigkeit	10. Verantwortungslosigkeit
1. Oberflächlicher Charme	6. Geringe Emotionalität										
2. Grandiosität	7. Gefühlskälte										
3. Lügen	8. Reizsuche										
4. Manipulation	9. Impulsivität										
5. Hartherzigkeit	10. Verantwortungslosigkeit										
Durchführungszeit	10-15 Min.										
Durchführung	Am Messzeitpunkt t 1 und t 2 computerbasiert.										
Auswertung	Die Testauswertung erfolgt mit einem Computerprogramm und bleibt anonym.										

3.2.3.6 Kriminologische Fragen

Kriminologische Fragen (nach Boers u. Reinecke, 2006)

Beschreibung	Die kriminologischen Fragen erheben die Deliktvergangenheit des Jugendlichen im Selbsturteil. Aufgrund der anonymen Auswertung kann so die Dunkelfeld-Kriminalität beschrieben werden.
Wer füllt aus?	Jugendliche/r
Instruktion	„Manchmal machen Jugendliche unerlaubte Dinge. Wir haben im Folgenden einige Formen davon beschrieben. Bitte kreuze an, welche Du davon selbst schon einmal begangen hast und wenn ja, wie häufig das vorgekommen ist. Deine Antworten werden <i>anonym</i> ausgewertet, das bedeutet, dass sie <i>nicht</i> an Deine Heimeinrichtung weitergegeben werden!“
Bereiche	<ul style="list-style-type: none">▪ Sachbeschädigung▪ Diebstahl, Raub▪ Gewalt▪ Drogenhandel▪ Konsum und Herstellung von Medien mit gewalttätigem/pornografischem Inhalt▪ Sexuelle Belästigung, Vergewaltigung
Durchführungszeit	Ca. 10 Min.
Durchführung	Am Messzeitpunkt t1 computerbasiert.
Auswertung	Die Testauswertung erfolgt mit einem Computerprogramm und bleibt anonym. Aufgrund des Strafmasses, welches das Deutsche Jugendstrafrecht für die einzelnen Delikte vorsieht, kann eine in mehreren Studien verwendete Einteilung bezüglich der Deliktschwere vorgenommen werden.

3.2.4 Klinische Interviews

3.2.4.1 *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS)*

Beschreibung	Das K-SADS ist ein klinisches Interview zur Diagnostik psychischer Störungen.
Durchführungszeit	1 bis 3 Std.
Durchführung	Das Screening-Interview wird von der Ansprechperson vom MAZ.-Team zuerst mit dem Betreuer und dann mit dem Jugendlichen durchgeführt. Der nächste Schritt ergibt sich aus der zusammenfassenden Beurteilung der Fremd- und Selbstbeurteilung: Falls sich in einem Bereich Auffälligkeiten ergeben haben, wird dieser anhand eines ausführlichen Erweiterungsinterview vertieft erfragt.
Bereiche	Affektive Störungen Psychotische Störungen Angststörungen Verhaltensstörungen Substanzmissbrauch und andere Störungen (Anorexie, Bulimie, Tickstörungen)

3.2.4.2 *SKID-II (Strukturiertes Klinisches Interview zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen)*

Beschreibung	Das SKID-II ist ein klinisches Interview zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen.
Durchführungszeit	Ca. 30 Min.
Durchführung	Das Interview wird von der Ansprechperson vom MAZ.-Team mit dem Jugendlichen und einem Betreuer geführt.

3.2.4.3 *Europ-ASI*

Beschreibung	Der Europ-ASI stellt Fragen nach der Art und Schwere des Alkohol- und Drogenkonsums.
Durchführungszeit	Ca. 10 Min.
Durchführung	Die Fragen werden nur dem Jugendlichen von der Ansprechperson vom MAZ.-Team gestellt.

3.2.4.4 Essener Trauma Inventar (ETI)

Beschreibung	Das ETI ist ein computerbasierter Fragebogen zu belastenden Ereignissen.
Durchführungszeit	Ca. 10 Min.
Durchführung	Der Fragebogen wird im Beisein der Ansprechperson vom MAZ.-Team vom Jugendlichen ausgefüllt.

3.2.5 Intelligenztest CFT-20-R

Beschreibung	Der CFT-20-R ist ein nonverbaler Intelligenztest.
Wer füllt aus?	Jugendliche
Instruktion	Die Instruktion erteilt die MAZ.-Ansprechperson.
Was misst der Test?	Der CFT-20-R erfasst das allgemeine intellektuelle Niveau. Diese Grundintelligenz kann umschrieben werden als Fähigkeit, figurale Beziehungen und formal-logische Denkprobleme mit unterschiedlichem Komplexitätsgrad zu erkennen und innerhalb einer bestimmten Zeit zu verarbeiten. Da dies durch sprachfreie und anschauliche Testaufgaben geschieht, werden Personen mit schlechten Kenntnissen der deutschen Sprache und mangelhaften Kulturtechniken nicht benachteiligt.
Auswertung	Es wird ein Intelligenzquotient errechnet.
Durchführungszeit	60 Min.
Durchführung	Die Durchführung kann in einer Gruppe mit bis zu 8 Jugendlichen erfolgen und wird von einer Person aus dem MAZ.-Team durchgeführt.

3.2.6 Überblick über die verwendeten Testverfahren

Computerbasierte Verfahren	Name	Autoren	Art	Fremd- (F) / Selbsteinschätzung (S)	t1/t2
	CBCL Child Behavior Checklist	Achenbach, Th. M.; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Check List, Döpfner, M. et al. Köln: KJFD, (1991; 1998).	FB* (PC)	F (Bezugsperson)	t1+t2
	YABCL Young Adult Behavior Checklist	Döpfner, M. et al. (1998)	FB (PC)	F (Bezugsperson)	t1+t2
	YSR Youth Self-Report	Döpfner, M. et al. (1994)	FB (PC)	S (Jugendliche)	t1+t2
	YASR Young Adult Self-Report	Döpfner, M. et al. (1998)	FB (PC)	S (junge Erwachsene)	t1+t2
	ILK Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen	Mattejat, F. / Remschmidt, H. (1998)	FB (PC)	S & F (Jugendliche & Bezugsperson für sich)	t1+t2
	MAS Multiaxiales System Achse 6	Remschmidt, Schmidt, Poustka (2006)	FB (PC)	F (Bezugsperson)	t1+t2
	SDS (1995) Severity of Dependence Scale	Gossop, M. et al. (1995). Addiction, 90 (5), 607-614	FB (PC)	S (Jugendliche)	t1
	MAYSI-2 Massachusetts Youth Screening Instrument	Grisso Th., Barnum R. (2006 Revised Ed.)	FB (PC)	S (Jugendliche)	t1+t2
	JTCI-R Junior Temperament Character Inventory	Goth, K. & Schmeck, K. 2009	FB (PC)	S (Jugendliche)	t1+t2
	YPI Youth Psychopathic Traits Inventory	Andershed et al., 2002	FB (PC)	S (Jugendliche)	t1+t2
Kriminologische Fragen	Boers, K. & Reinecke, J. 2006	FB (PC)	S (Jugendliche)	t1	
Zielerreichungsinstrument		ZS** (PC)	S & F (Jugendliche mit Bezugsperson gemeinsam)	t1+t2	
*FB = Fragebogen					
**ZS = Zielerreichungsskala					

Vertiefte Diagnostik	Name	Autoren	Art	Fremd- (F) /Selbsteinschätzung (S)
	BARO.ch Basis Raads Onderzoek	Doreleijers, Th.A.H. (1999). Dt. Version Gutschner D. (2004).	Interview	S & F (Jugendliche / Bezugsperson mit MAZ.)
	K-SADS Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia	Delmo, C. et al. (2005) 5. Auflage der deutschen Forschungsversion, erweitert um ICD-10-Diagnostik, Juli 2000/Juli2001	Interview	S & F (Jugendliche / Bezugsperson mit MAZ.)
	Europ-ASI (2003) European Addiction Severity Index Wird von uns integriert ins Kiddie-SADS	McLellan T. (5.Ed., 1992); Dt. Version: Gsellhofer B., Kufner H., Vogt M., Weiler D.	Interview	S (Jugendliche mit MAZ.)
	SKID-II Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV	Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). Göttingen: Hogrefe	Interview	S & F (Jugendliche / Bezugsperson mit MAZ.)
	ETI Essener Trauma-Inventar	Tagay S., Stoelk B., Möllering A., Erim Y., Senf W. (2004).	Fragebogen (PC)	S (Jugendliche mit MAZ.)
	CFT-20-R Grundintelligenztest Skala 2	Weiss, R.H. (2006), Göttingen: Hogrefe	Gruppentest paper&pencil	S (Jugendliche mit MAZ.)

4 Stichprobenbeschreibung

Bei der Darstellung der Ergebnisse wird auf die Unterscheidung in MAZ.1 und MAZ.2 zugunsten einer Beschreibung der Gesamtstichprobe und der Substichproben der drei Sprachregionen (Deutschschweiz, Romandie und Tessin) verzichtet.

Charakteristika der Stichprobe

Zentrale Daten zu den Jugendlichen aus den drei Sprachregionen Deutschschweiz, Romandie und Tessin sowie der Gesamtstichprobe werden in Tabelle „Überblick über die teilnehmenden Jugendlichen differenziert nach Sprachregionen“ dargestellt. Insgesamt konnten 592 Probanden aus 64 Einrichtungen der drei Sprachregionen in die Untersuchung eingeschlossen werden. Mit 190 weiblichen und 402 männlichen Jugendlichen konnte das Kriterium, einen Drittel weibliche Jugendliche zu rekrutieren, knapp erreicht werden. Mit 32% ist das weibliche Geschlecht in der Gesamtstichprobe zwar unterrepräsentiert, dies entspricht aber den meisten epidemiologischen Untersuchungen in der Heimpopulation und der Belegungsrealität.

Das durchschnittliche Alter der Jugendlichen in der Gesamtstichprobe beträgt 16,1 Jahre (SD=3,07). Das Altersspektrum bewegt sich zwischen 6 und 26 Jahren.

Tabelle: Überblick über die teilnehmenden Jugendlichen differenziert nach Sprachregionen

		Deutschschweiz		Romandie		Tessin		Gesamt	
		Häufigkeit							
		n	%	n	%	n	%	N	%
Einrichtungen		38	56.3%	20	31.3%	6	9.4%	64	100%
Probanden		429	72.5%	102	17.2%	61	10.3%	592	100%
Geschlecht	weiblich	123	28.7%	39	38.2%	28	45.9%	190	32.1%
	männlich	306	71.3%	63	61.8%	33	54.1%	402	67.9%
		Mittelwert / Standardabweichung							
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Alter		16.7	2.80	14.6	2.93	14.0	3.30	16.1	3.07
	Range 6-26								

Beim Vergleich der drei Sprachregionen fällt auf, dass im Tessin das Durchschnittsalter mit 14,0 Jahren im Vergleich zur Gesamtstichprobe mit 16,1 Jahren deutlich tiefer liegt. In der Deutschschweizer Stichprobe hingegen liegt durch den Einbezug von Massnahmenvollzugsinstitutionen für junge Erwachsene das Durchschnittsalter mit 16,7 Jahren am höchsten. Das Durchschnittsalter in der Romandie ist bei 14,6 Jahren. Unterschiede bei der Geschlechteraufteilung finden sich wiederum bei den Tessiner Einrichtungen, wo mit 46% im Vergleich zu den beiden anderen Sprechregionen am meisten weibliche Jugendliche vertreten sind. In der Romandie sind es 38%. In der Deutschschweiz ist der Anteil weiblicher Jugendlicher mit 29% deutlich am kleinsten.

In der Romandie und im Tessin unterscheiden sich die männlichen Jugendlichen hinsichtlich des Alters nicht von den weiblichen. In der Deutschschweiz sind die männlichen Jugendlichen im Mittel älter als die weiblichen. Zwei Unterschiede lassen sich bezüglich der Altersverteilung nach Geschlecht in der Abbildung „Altersverteilung der Gesamtstichprobe differenziert nach Geschlecht“ finden. Einerseits sind im mittleren Alter mehr weibliche Jugendliche in der Gesamtstichprobe vorhanden. Andererseits zeigt sich bei der Altersgruppe der 19 Jahre und älteren mehrheitlich männliche junge Erwachsene. Diese gehören alle in die Deutschschweizer Substichprobe und wurden weitgehend aus den beiden Massnahmenzentren rekrutiert. Für diesen Altersbereich gibt es für junge Frauen kein vergleichbares Angebot im Massnahmenvollzug. Die knapp 2% über 20-jährigen Frauen sind im Tessin platziert und leben in einer Einrichtung für junge Mütter.

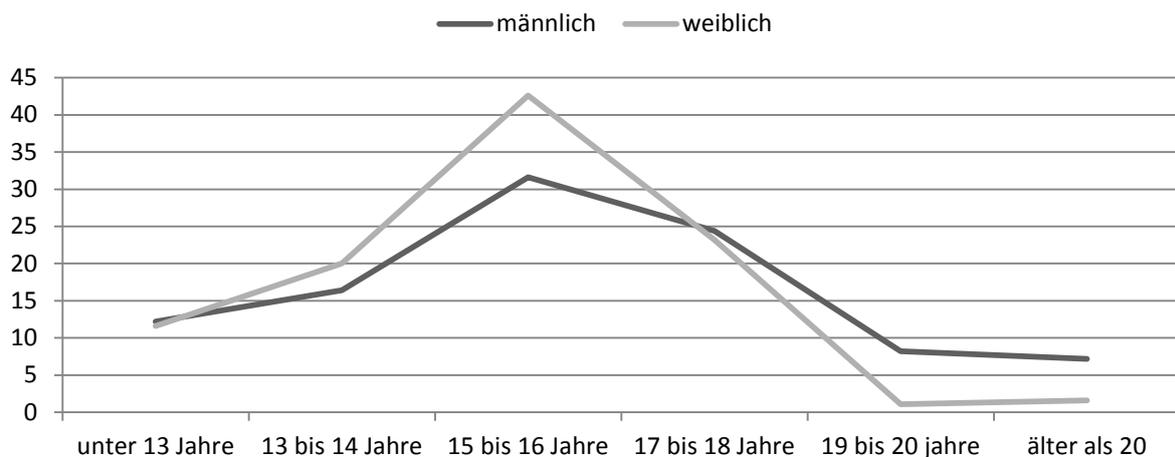


Abbildung: Altersverteilung der Gesamtstichprobe differenziert nach Geschlecht (N=592)

4.1 Geburtsland

Mit 78% sind knapp vier Fünftel der Gesamtstichprobe in der Schweiz geboren. Bei der Gruppe der nicht in der Schweiz geborenen Jugendlichen kann davon ausgegangen werden, dass diese in erster Generation in der Schweiz leben, wahrscheinlich aus ihrem Ursprungsland in die Schweiz immigriert und deren Eltern im Ausland geboren worden sind.

Von den 130 Jugendlichen, die nicht in der Schweiz geboren sind, werden folgende Geburtsländer angegeben: Portugal (14 Jugendliche), Brasilien (12 Jugendliche), Serbien und Montenegro (8 Jugendliche), Deutschland und Türkei (je 6 Jugendliche) sowie Albanien, Bosnien und Herzegowina, Dominikanische Republik, Italien, Kolumbien und Kongo (je 5 Jugendliche). Alle weiteren Geburtsländer sind aufgrund der geringen Anzahl Nennungen hier nicht aufgezählt. Ein bedeutsamer Geschlechterunterschied findet sich nicht. In die Kategorie *in der Schweiz geboren* gehören 76% der weiblichen und 79% der männlichen Jugendlichen.

Auch der Vergleich der drei Sprachregionen ergibt keinen bedeutsamen Unterschied: Die Umfrage zeigt, dass in der Romandie 73%, im Tessin 80% und in der Deutschschweiz 79% der Jugendlichen in der Schweiz geboren worden sind.

4.2 Juristische Grundlage für die Platzierung

Platzierungen in eine stationäre Einrichtung erfolgen meist aufgrund einer zivilrechtlichen oder strafrechtlichen Grundlage. Zusätzlich gibt es die Möglichkeit einer sogenannt freiwilligen Platzierung mit Hilfe der Behörde. Welche Artikel der Gesetzbücher in die jeweiligen Kategorien gehören, soll zu Beginn dieses Kapitels zusammengefasst dargestellt werden.

Zu den Grundlagen einer zivilrechtlichen oder vormundschaftlichen Einweisung gehören die Artikel des Zivilgesetzbuches (ZGB) zum Kinderschutz *Geeignete Massnahme* (Art. 307), *Erziehungsbeistandschaft* (Art.308), *Aufhebung der elterlichen Obhut* (Art.310) sowie die Unterbringung eines Unmündigen in eine stationäre Massnahme *Fürsorglicher Freiheitsentzug* (Art.314a), *Fürsorglicher Freiheitsentzug bei Vormundschaft* (Art.405a) und *Entmündigung* (Art.406).

Das Jugendstrafrecht in der Schweiz ist ein spezialpräventiv ausgerichtetes Sonderrecht, dessen Anwendung nur auf eine altersmässig begrenzte Tätergruppe erfolgt. Spezialpräventiv heisst auf spezielle pädagogische und/oder therapeutische Bedürfnisse ausgerichtet. Im neuen Jugendstrafrecht ist die Altersgruppe von 10 bis 18 Jahren definiert. Ab 18 Jahren erfolgt die Verurteilung eines Jugendlichen nach dem Erwachsenenstrafrecht, sofern er die Straftat bei vollendetem 18. Lebensjahr beging (Aebersold, 2007, S. 48-49).

Strafrechtliche Einweisungen nach dem Jugendstrafgesetzbuch (JStG) sind *Unterbringung* (Art.15), *Freiheitsentzug* (Art.25 Abs.1) sowie *Qualifizierter Freiheitsentzug* bis 4 Jahre (Art.25 Abs.2). Bei Personen, die ein Vergehen oder ein Verbrechen im Alter zwischen dem 18. bis 25. Lebensjahr begangen haben, werden nach dem Erwachsenenstrafrecht (StGB) *Suchtbehandlung* (Art.60) sowie *Massnahmen für junge Erwachsene* (Art.61) untergebracht.

Im Anamnesebogen der MAZ.-Studie gaben die Bezugspersonen an, nach welcher Rechtsgrundlage die Jugendlichen platziert worden sind. Die Ergebnisse zeigen, dass etwa die Hälfte der Jugendlichen auf Grund einer zivilrechtlichen und ein Viertel einer strafrechtlichen Massnahme fremdplatziert worden sind. Wie in Abbildung „*Juristische Grundlage differenziert nach den Sprachregionen*“ dargestellt, bilden die übrigen 21% die dritte Kategorie *andere*. In dieser Kategorie wurde mehrheitlich „freiwillige Platzierung“ mit behördlicher Hilfe im Hintergrund angegeben. Dies bedeutet, dass die Eltern auf freiwilliger Basis mit der Einweisung ihres Kindes in eine Einrichtung einverstanden waren.

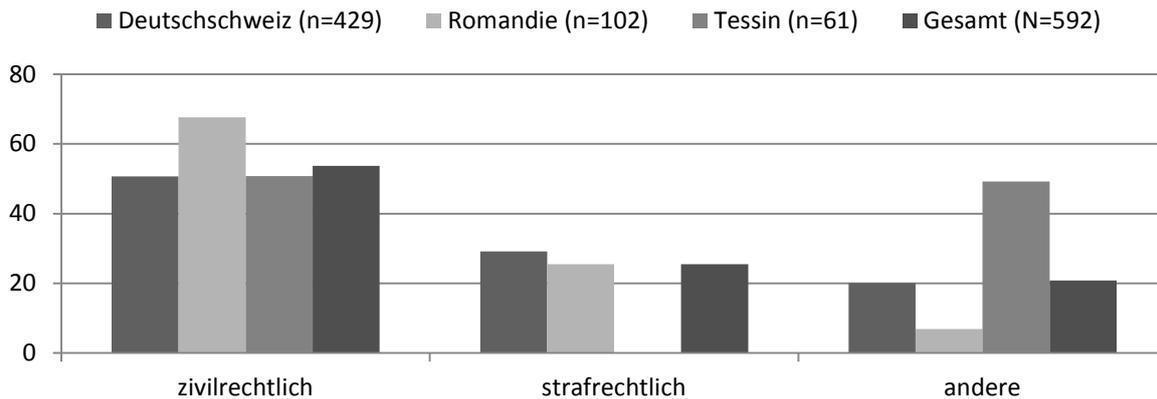


Abbildung: Juristische Grundlage differenziert nach Sprachregionen

Der Vergleich nach Sprachregionen in Abbildung „*Juristische Grundlage differenziert nach Sprachregionen*“ zeigt, dass im Tessin keine straffälligen Jugendlichen platziert sind. Von den insgesamt 61 Jugendlichen im Tessin ist etwa die Hälfte zivilrechtlich platziert. Von der anderen Hälfte, der dritten Kategorie *andere*, weisen 41% gemäss Angabe der Bezugspersonen eine freiwillige Platzierung auf. Im Gegensatz zum Tessin fallen in der Romandie nur 8% dieser Substichprobe in die Kategorie *andere*. Hingegen wurden in der Romandie mit gegen 70% die meisten Jugendlichen zivilrechtlich platziert.

Wie in Abbildung „*Alterskategorien differenziert nach juristischer Grundlage*“ ersichtlich ist, sind die zivilrechtlich platzierten Jugendlichen mit einem Durchschnittsalter von 14,7 Jahren im Schnitt um drei Jahre jünger als die strafrechtlich platzierten. Ihr Durchschnittsalter liegt bei 17,9 Jahren.

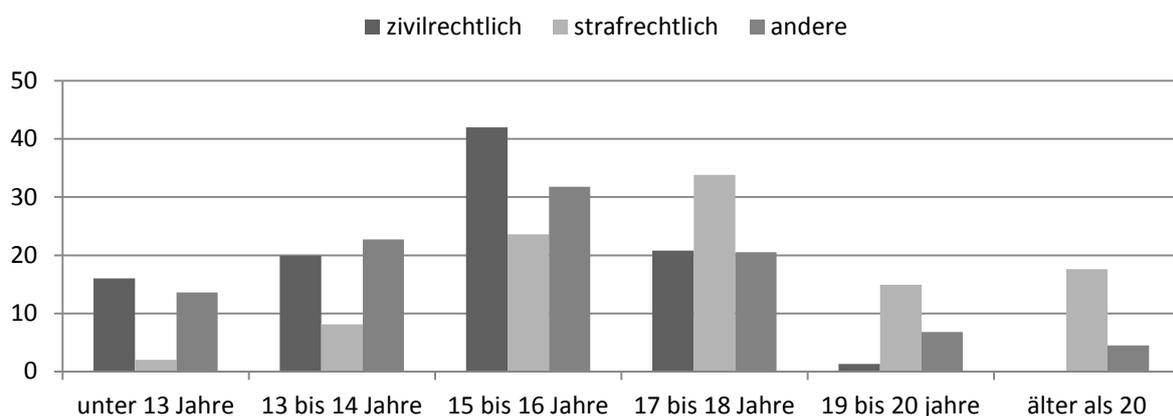


Abbildung: Alterskategorien differenziert nach juristischer Grundlage in absoluten Häufigkeiten (N=592)

Wie zu erwarten war, finden sich in der Gesamtstichprobe signifikant mehr männliche Jugendliche (34%) unter den strafrechtlich Platzierten als weibliche (8%). Die zivilrechtlich Platzierten unterscheiden sich bezüglich des Geschlechts nicht signifikant. Abbildung „Verteilung der Geschlechter- und Sprachregionen differenziert nach juristischer Grundlage“ zeigt zudem, dass von insgesamt 7,5% strafrechtlich platzierten, weiblichen Jugendlichen prozentual mehr in der Romandie als in der Deutschschweiz untergebracht sind.

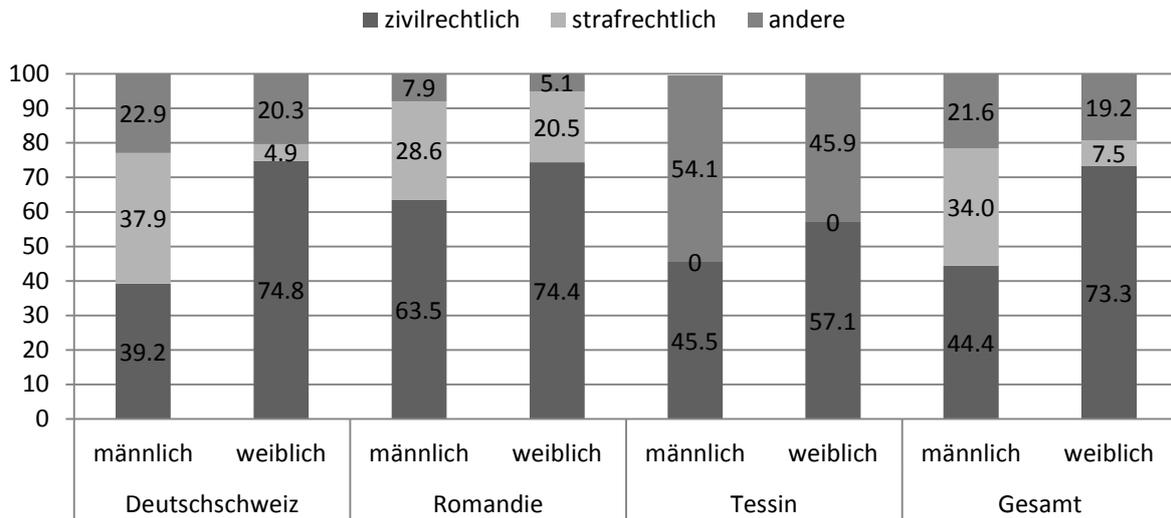


Abbildung: Verteilung der Geschlechter und Sprachregionen differenziert nach juristischer Grundlage

Der Vergleich der Variablen *in der Schweiz geboren* mit der *juristischen Grundlage der Platzierung* (Abbildung „Geburtsland differenziert nach juristischer Grundlage“) zeigt, dass von den 462 in der Schweiz geborenen Jugendlichen ein hoher Anteil (55%) zivilrechtlich platziert worden ist. Die beiden anderen Kategorien *strafrechtlich* und *andere* sind jeweils mit etwa 23% gleichermassen vertreten. Bei den 130 Jugendlichen, die nicht in der Schweiz geboren sind, fällt auf, dass mit 34% ein höherer Prozentsatz Jugendlicher als bei der Kategorie *in der Schweiz geboren* auszumachen ist, der strafrechtlich platziert worden ist. Zivilrechtliche und freiwillige Platzierungen erfolgten hingegen bei den nicht in der Schweiz geborenen seltener. Wie die Ergebnisdarstellung zeigt, finden sich zwischen der Deliktsschwere und dem Migrationshintergrund aber keine Unterschiede. Die Jugendlichen mit schwerster Delinquenz sind im Mittel zwei Jahre älter als die nicht-delinquenten Jugendlichen.

Diese Ergebnisse könnten darauf hinweisen, dass Hilfen bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund tendenziell zu spät und nicht präventiv eingeleitet werden, und dass Jugendliche mit Migrationshintergrund bei Vorliegen von Delikten eher strafrechtlich platziert werden, obwohl sie über keine höhere Deliktsschwere verfügen.

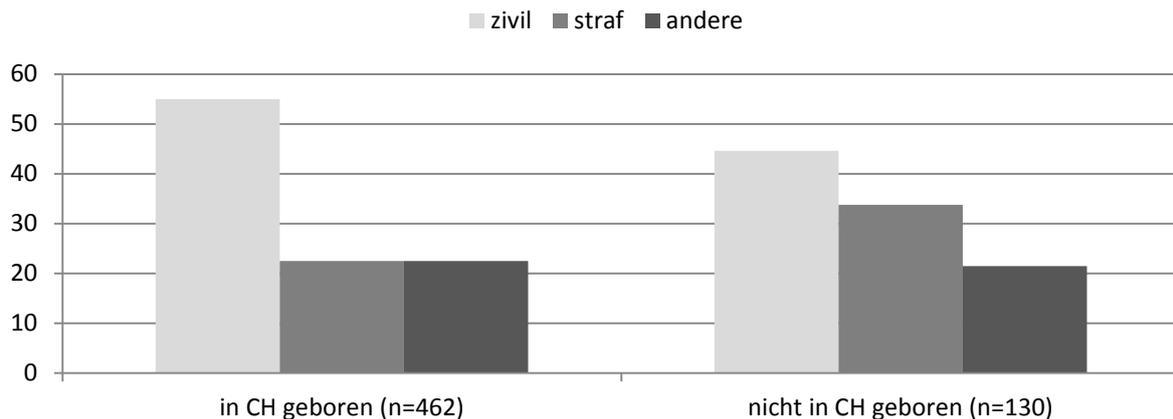


Abbildung: Geburtsland differenziert nach juristischer Grundlage (N=592). Angaben in Prozent.

4.3 Vorgeschichte

4.3.1 Frühere Platzierungen

Die Umstände der Aufnahme sind für die Planung und Entwicklung geeigneter Hilfen von grosser Relevanz. Insbesondere Jugendhilfekarrieren mit bereits erfolgten Fremdplatzierungen sollten erfasst werden. Der Aufenthalt vor der aktuellen Platzierung wurde bei MAZ. dafür explizit erfragt. Die Ergebnisse sind in Tabelle „*Letzter Aufenthalt vor der aktuellen Massnahme*“ dargestellt. Über 40% der Jugendlichen lebten vor der aktuellen Massnahme nicht in ihrer eigenen Familie. Von gut einem Fünftel der Jugendlichen ist bekannt, dass sie im Vorfeld bereits fremdplatziert waren. Etliche andere waren zuvor stationär in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie (6%), bei einer Pflegefamilie (5%), bei anderen Verwandten/Bekanntem (4%) oder in Untersuchungshaft (1%).

Tabelle: Letzter Aufenthalt vor der aktuellen Massnahme

	Deutschschweiz (n=429)	Romandie (n=102)	Tessin (n=61)	Gesamt (N=592)
Eltern	55.2%	61.4%	62.3%	56.8%
Heim / betreute Wohnform	21.3%	26.0%	18.0%	21.8%
Kinder- u. Jugendpsychiatrie	7.3%	1.1%	.0%	5.5%
Pflegefamilie	4.7%	5.2%	4.9%	4.8%
Verwandte / Bekannte	2.9%	5.2%	9.8%	4.0%
Eigene Wohnung	1.7%	.0%	4.9%	1.7%
Untersuchungshaft	1.7%	.0%	.0%	1.2%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	1.2%	.0%	.0%	.9%
andere	3.6%	1.0%	.0%	3.0%

Angegeben werden relative Häufigkeiten in Prozent

Ob es bereits früher im Leben Fremdunterbringungen gegeben hat, wurde gesondert erfasst. Die Tabelle „*Frühere Fremdunterbringungen nach Sprachregionen*“ zeigt, dass 41% der Jugendlichen vor der aktuellen Platzierung schon einmal in einer Einrichtung gelebt haben. 22% waren sogar bereits

zwei- oder mehrmals fremdplatziert. Im Vergleich zur Deutschschweiz und der Romandie sind im Tessin deutlich weniger frühere Fremdplatzierungen zu verzeichnen. Dies kann im Zusammenhang mit dem jüngeren Durchschnittsalter der Probanden im Tessin stehen als auch mit nur zivilrechtlich und freiwillig platzierten Kindern und Jugendlichen. Nimmt man die 308 Jugendlichen der Gesamtstichprobe, die 16 Jahre und älter sind, verfügen die Hälfte dieser über mindestens eine frühere Fremdplatzierung, bei den 17 Jahre und älteren sind es 57% und bei den 18 Jahre und älteren sogar 61%.

Tabelle: Frühere Fremdunterbringungen nach Sprachregionen

	Deutschschweiz (n=429)	Romandie (n=102)	Tessin (n=61)	Gesamt (N=592)	≥16 Jahre (n=308)
Vorherige Fremdunterbringung	44.8%	37.1%	24.6%	41,4%	49.7%
1 Platzierung	20.0%	19.6%	13.1%	19.2%	19.5%
2 Platzierungen	11.7%	5.2%	11.5%	10.6%	13.3%
3 Platzierungen	5.6%	7.2%	-	5.3%	7.5%
4 Platzierungen	2.6%	2.1%	-	2.2%	2.9%
5 Platzierungen	4.9%	3.1%	-	4.1%	6.5%

Leider lässt sich aus den Daten nicht rekonstruieren, bei wie vielen Fällen es sich um geplante Veränderungen des stationären Massnahmensettings handelt und wie hoch der Anteil an gescheiterten Betreuungsverhältnissen ist. Das bereits Bekannte aus der Literatur bestätigt sich hingegen: Viele Biografien von Heimkindern sind von Beziehungsabbrüchen und (Wohnorts-)Wechseln gekennzeichnet.

4.3.2 Familienstand und Sorgerecht

Der grösste Teil der Jugendlichen (60%) stammt aus Familien, in denen sich die leiblichen Eltern gemäss Angabe der Bezugspersonen im Anamnesebogen getrennt oder geschieden haben. Weiter zeigt die Tabelle „*Familienstand und Sorgerecht differenziert nach den Sprachregionen*“, dass das Sorgerecht bis zur Volljährigkeit bei knapp der Hälfte der Jugendlichen bei der Mutter liegt resp. lag, gefolgt von den gemeinsam lebenden Eltern (21%), dem Vormund (15%), einem gemeinsamen Sorgerecht (9%) und dem Vater (6%). Bei 9% der Jugendlichen ist ein Elternteil gestorben und bei 1% sind beide Eltern tot.

Tabelle: Familienstand und Sorgerecht differenziert nach Sprachregionen

	Deutschschweiz (n=429)	Romandie (n=102)	Tessin (n=61)	Gesamt (N=592)
Eltern getrennt /geschieden	60.7%	61.9%	48.3%	59.6%
Sorgerecht bei gemeinsam lebenden Eltern	23.2%	13.5%	11.5%	20.4%
Gemeinsames Sorgerecht	8.1%	11.5%	13.1%	9.2%
Sorgerecht bei Kindsvater	5.9%	7.3%	6.6%	6.2%
Sorgerecht bei Kindsmutter	49.3%	34.4%	50.8%	47.0%
Sorgerecht bei Vormund	10.9%	33.3%	11.5%	14.7%
Tod eines Elternteils	7%	16%	12%	9%
Tod beider Eltern	1%	3%	0%	1%

Der Vergleich der Sprachregionen in Tabelle „*Familienstand und Sorgerecht differenziert nach Sprachregionen*“ zeigt, dass die Substichprobe des Tessins mit 48% deutlich die tiefste Anzahl geschiedener oder getrennter Eltern aufweist. In der Romandie und in der Deutschschweizer Stichprobe sind es 62% resp. 61%. Hinsichtlich des Sorgerechts bei der Vormundschaft fällt auf, dass in der Romandie die Prävalenz mit 33% im Vergleich zu 15% in der Gesamtstichprobe deutlich höher ist. Möglicherweise besteht hier ein Zusammenhang mit der ebenso erhöhten Prävalenz bei *Tod eines Elternteils*. Zudem ist die Zahl in Frankreich von fremduntergebrachten Kindern und Jugendlichen im internationalen Vergleich eine von den höchsten (Thoburn, 2007), was die Vermutung nahe legt, dass die Behörden schneller zu Massnahmen greifen. Die Ergebnisse bestätigen auch die Untersuchung von Voll (2006), welche ebenfalls einen etwas höheren Anteil an vormundschaftlichen Massnahmen zeigte.

4.3.3 Psychosoziale Belastungen in der Herkunftsfamilie

Die Lebenssituation der Eltern ist für die Gesundheit der Jugendlichen entscheidend. Primäre familiäre Faktoren, wie psychische Auffälligkeiten, sozioökonomische Bedingungen oder Suchterkrankungen seitens eines Elternteils, können besondere Risiken für die Entwicklung von Kindern darstellen und zu psychischen Störungen führen.

Alle biographischen Daten der Jugendlichen wurden über die Bezugspersonen in Form des Anamnesebogens erfasst und sind in Tabelle „*Psychosoziale Belastungen der Herkunftsfamilie differenziert nach Sprachregionen*“ dargestellt. Am höchsten fallen die Prävalenzen bei *psychiatrischer Auffälligkeit* der Mütter (30%) und *Suchtproblematik* jeweils beider Elternteile (28%) aus. Bei 16% der Jugendlichen ist den Bezugspersonen bekannt, dass ein Elternteil an einer somatischen Krankheit leidet. Gemäss den Belastungsfaktoren, die den sozioökonomischen Hintergrund betreffen, erhalten ca. 10% der Eltern *soziale Unterstützung*, beispielsweise in Form einer Invalidenrente oder der AHV. *Sozialdienstabhängig* sind 11% der Mütter und 5% der Väter. Bei 14% der Väter ist eine *Delinquenz* und bei 11% eine *Inhaftierung* bekannt.

Tabelle: Psychosoziale Belastungen der Herkunftsfamilie differenziert nach Sprachregionen

Belastungsfaktoren	Häufigkeit in Prozent			
	Deutschschweiz (n=429)	Romandie (n=102)	Tessin (n=61)	Gesamt (N=592)
Psychiatrische Auffälligkeiten der Eltern	Mutter: 18% Vater: 8%	Mutter: 22% Vater: 10%	Mutter: 31% Vater: 23%	Mutter: 30% Vater: 14%
Sucht der Eltern	Mutter: 15% Vater: 17%	Mutter: 25% Vater: 27%	Mutter: 38% Vater: 23%	Mutter: 28% Vater: 28%
Somatische Krankheit eines Elternteils	16%	20%	12%	16%
Sozialer Unterstützungsbedarf (IV, AHV, andere Rente)	Mutter: 9% Vater: 8%	Mutter: 17% Vater: 7%	Mutter: 18% Vater: 12%	Mutter: 11% Vater: 9%
Sozialdienst abhängig	Mutter: 7% Vater: 3%	Mutter: 23% Vater: 12%	Mutter: 18% Vater: 13%	Mutter: 11% Vater: 5%
Delinquenz der Eltern	Mutter: 3%; Vater: 8%	Mutter: 4% Vater: 17%	Mutter: 7% Vater: 8%	Mutter: 4% Vater: 14%
Inhaftierung der Eltern	Mutter: 2% Vater: 5%	Mutter: 6% Vater: 18%	Mutter: 7% Vater: 7%	Mutter: 4% Vater: 11%

Die Daten zu den Belastungsfaktoren fallen tiefer aus als erwartet. Die Vermutung liegt nahe, dass den Bezugspersonen gerade hinsichtlich dieser Faktoren eher wenig Informationen zur Verfügung stehen, was die relativ hohe Zahl von „missings“ und „nicht bekannt“ (52-73%) bei den Kategorien Delinquenz, Sucht und psychische Gesundheit verdeutlicht hat.

Trotz der relativ hohen Anzahl von fehlenden Informationen deutet die Zusammenstellung der familiären Belastungsfaktoren an, dass es sich bei Heranwachsenden, die in einer stationären Jugendmassnahme leben, um eine Hochrisikopopulation handelt. Sie sind während ihrer gesamten Entwicklung kumulativen psychosozialen Risikofaktoren ausgesetzt. Ein einzelner Risikofaktor kann meist kompensiert werden. Treten aber zwei Risikofaktoren auf, so steigt die Wahrscheinlichkeit einer Fehlentwicklung auf das Vielfache an. Die BELLA-Studie hat Kinder und Jugendliche in ganz Deutschland zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten untersucht (Ravens-Sieberer et al., 2007). Ein zentrales Ergebnis bestätigt die kumulative Wirkung von Risikofaktoren. Addiert man für die Kinder auf, wie viele Risiken jeweils vorliegen, zeigt sich deutlich, dass mit einer grösseren Anzahl von Risiken höhere Raten psychischer Auffälligkeiten einhergehen.

Gemäss Abbildung „Kumuliertes Auftreten der Risikofaktoren (Sucht, Delinquenz, somatische Erkrankung, psychiatrische Auffälligkeit, Trennung/Scheidung, Tod und sozioökonomischer Status; jeweils der Eltern)“ in der Gesamtstichprobe verfügen 51% der Jugendlichen über zwei und mehr der obigen Auswahl von Risikofaktoren.

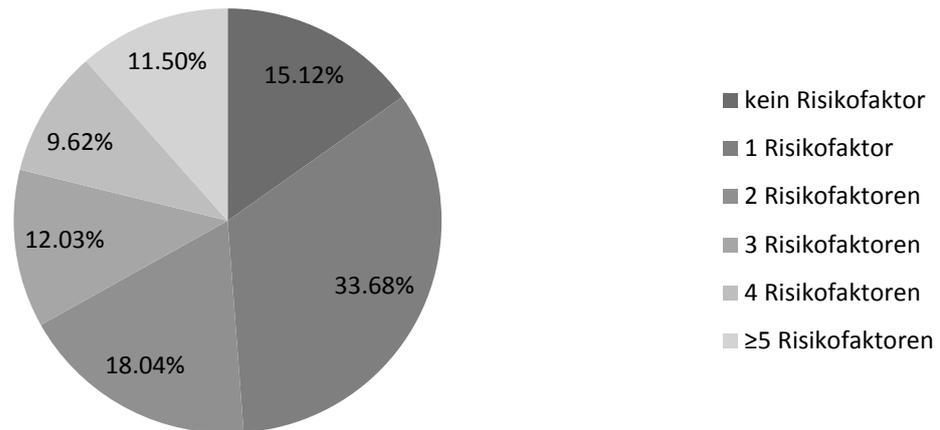


Abbildung: Kumuliertes Auftreten der Risikofaktoren (Sucht, Delinquenz, somatische Erkrankung, psychiatrische Auffälligkeit, Trennung/Scheidung, Tod und sozioökonomischer Status; jeweils der Eltern) (N=582). Angegeben werden relative Häufigkeiten in Prozent.

Aus der Literatur ist zudem bekannt, dass Abbrüche oder schwierige Verläufe von stationären Massnahmen wahrscheinlicher sind, je grösser die psychosoziale Belastung von Heimjugendlichen ist (Baur et al., 1998).

4.3.4 Traumatische Lebensereignisse

Mit einem Selbstbeurteilungsfragebogen, dem Essener Trauma Inventar (ETI), wurden die Jugendlichen nach traumatischen Lebensereignissen gefragt, die sie persönlich, als Zeuge oder in beiden Erlebnisformen erfahren haben. Insgesamt berichten 331 Jugendliche (80%, N=414 ausgefüllte ETI), mindestens eines der 15 im ETI aufgeführten traumatischen Ereignisse erlebt zu haben. Ein Geschlechterunterschied ergibt sich mit 82% weiblichen und 79% männlichen Jugendlichen keiner.

Die Tabelle „Traumatische Lebensereignisse im ETI in der Gesamtstichprobe differenziert nach Geschlecht“ gibt einen Überblick, in welcher Häufigkeit die einzelnen Ereignisse auftreten. Mit 43% unter den Jugendlichen wird am häufigsten *Tod einer wichtigen Bezugsperson* berichtet mit 46% der Mädchen und 41% der Jungen. An zweiter Stelle folgt mit 32% *gewalttätiger Angriff durch eine fremde Person*. Ein signifikanter Geschlechtsunterschied findet sich hier nicht. Weitere 30% geben *gewalttätiger Angriff durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis* an mit einem signifikanten Geschlechtsunterschied mit 40% der Mädchen und 26% der Jungen. Ein *anderes belastendes Ereignis* beschreiben insgesamt 27% der Jugendlichen, wobei „Trennung der Eltern“ und „Mobbing“ im Freitext am häufigsten angegeben werden. Weiter berichtet fast ein Fünftel der Jugendlichen (24%) *Vernachlässigung oder Verwahrlosung* erfahren zu haben. Dieses Ereignis berichten signifikant mehr Mädchen (31%) als Jungen (21%). Werden die vier Fragen nach sexuellem Missbrauch zusammengefasst, bejahen 21% diese Frage, wobei häufiger sexueller Missbrauch durch eine fremde als durch eine bekannte Person berichtet wird. Die beiden Fragen *als Kind sexueller Missbrauch durch eine fremde Person* resp. *durch eine Person aus dem Familien- und Bekanntenkreis* geben signifikant mehr Mädchen (24% resp. 17%) als Jungen (5% resp. 3%) an. Erstaunlich ist, dass 18% der Stichprobe

Gefangenschaft angeben. Leider kann wie bei allen im ETI erfragten Ereignissen nicht eruiert werden, ob das bejahte Ereignis „persönlich“, als „Zeuge“ oder „beides“ erlebt worden ist. Somit waren wohl etliche der 18% selbst in Gefangenschaft (z. B. U-Haft) oder erlebten mit, wie jemand in ihrem Familien- oder Bekanntenkreis ins Gefängnis musste. Eine *Naturkatastrophe* geben weitere 17% an. In nur 10 Fällen (3%) wurde *Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt im Kriegsgebiet* bejaht und 9 (2%) geben *Folter* an; bei beiden Ereignissen sind es signifikant mehr männliche Jugendliche.

Tabelle: Traumatische Lebensereignisse im ETI in der Gesamtstichprobe (N=592) differenziert nach Geschlecht

ETI (N=414)	N Total	%	% Jungen (n=225)	% Mädchen (n=106)	χ^2 (df)	p
Mindestens ein traumatisches Erlebnis	331	80%	78.9%	82.2%		
Naturkatastrophe	71	17.0%	18.8%	13.1%	2.044 (1)	.153
Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion	118	28.1%	30.7%	22.3%	3.122 (1)	.077
Schwere Krankheit	120	28.6%	26.9%	32.3%	1.288 (1)	.256
Gewalttätiger Angriff (fremde Person)	132	31.5%	34.1%	25.6%	3.029 (1)	.082
Gewalttätiger Angriff (Person aus Familien- oder Bekanntenkreis)	127	30.2%	25.9%	40.0%	8.505 (1)	.004*
Tod einer wichtigen Bezugsperson	180	42.9%	41.4%	46.2%	.836 (1)	.361
Gefangenschaft	75	17.9%	21.4%	10.0%	7.924 (1)	.005**
Als Kind/Jugendlicher sexueller Missbrauch (fremde Person)	44	2.2%	4.5%	23.8%	35.714 (1)	.000***
Als Kind/Jugendlicher sexueller Missbrauch (Person aus Familien- oder Bekanntenkreis)	30	1.4%	2.8%	16.9%	27.027 (1)	.000***
Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt im Kriegsgebiet	10	2.8%	3.6%	0.9%	1.982 (1)	.159
Folter	9	2.1%	2.8%	0.8%	1.705 (1)	.192
Vernachlässigung, Verwahrlosung	99	23.6%	20.8%	30.0%	4.241 (1)	.039*
Als Erwachsener sexueller Missbrauch (fremde Person)	8	10.5%	1.6%	2.8%	1.548 (1)	.213
Als Erwachsener sexueller Missbrauch (Person aus Familien- oder Bekanntenkreis)	5	7.2%	1.6%	1.6%	.240 (1)	.624
Anderes belastendes Ereignis	115	27.4%	25.9%	30.8%	1.87 (1)	.297

Beim Vergleich der Prävalenzen traumatischer Lebensereignisse der drei Sprachregionen in Tabelle „*Prävalenzen traumatischer Lebensereignisse im ETI differenziert nach Sprachregionen*“ fällt auf, dass die Jugendlichen im Tessin bei allen Lebensereignissen, ausser bei *Katastrophe/Unfall* und *Folter*, die niedrigsten Werte aufweisen. Im Gegensatz dazu fallen gesamthaft betrachtet die Prävalenzen in der Romandie häufig höher aus als bei der Gesamtstichprobe.

Viele Jugendliche haben multiple traumatische Erfahrungen gemacht. Die Tabelle „Prävalenz traumatischer Lebensereignisse im ETI differenziert nach Geschlecht“ zeigt die Anzahl mehrerer erlebter traumatischer Ereignisse in der Gesamtstichprobe. Insgesamt berichteten jeweils ca. 16% der Jugendlichen zwei oder drei verschiedene der insgesamt 15 im ETI aufgeführten Ereignisse. Ein Fünftel der Jugendlichen berichtet sogar fünf und mehr solche Erlebnisse. Es wurde zudem deutlich, dass mit 25% ein grösserer Anteil weiblicher Jugendlicher fünf und mehr belastende Erlebnisse bejaht haben als männliche Jugendliche mit 18%.

Tabelle: Prävalenz traumatischer Lebensereignisse im ETI differenziert nach Geschlecht (N=592)

	Anzahl traumatischer Erlebnisse in Prozent					
	0	1	2	3	4	>5
Jungen	21.0%	15.9%	16.9%	16.6%	11.7%	17.9%
Mädchen	17.7%	17.7%	12.3%	16.2%	10.8%	25.4%
Gesamt	20.0%	16.4%	15.5%	16.4%	11.4%	20.2%

Bei der vertieften Diagnostik der MAZ.-Untersuchung konnten traumatische Lebensereignisse mit dem klinischen Interview K-SADS sowohl im Selbst- als auch im Fremdurteil erhoben werden. Prävalenzen folgender sechs traumatischer Lebensereignisse werden in diesem Kapitel dargestellt: Sexueller Missbrauch, häusliche Gewalt (Zeuge), körperliche Misshandlung (selbst, zuhause), Gewaltopfer (ausserhalb der Familie), Katastrophe/Unfall und anderes traumatisches Ereignis (Freitext). Im Vergleich zu den Ergebnissen des ETI zeigt sich beim K-SADS ein signifikanter Geschlechterunterschied. 71% der weiblichen und 47% der männlichen Jugendlichen haben mindestens eines dieser sechs traumatischen Ereignisse erlebt. Beim Selbsturteil des ETI, bei dem insgesamt nach 15 traumatischen Ereignissen gefragt wird, waren es 82% der weiblichen und 79% der männlichen Jugendlichen, die mindestens ein traumatisches Ereignis bejaht haben. Der frappante Unterschied bei der Prävalenz zwischen den beiden Verfahren kann unterschiedlichste Gründe haben. Beim K-SADS konnte beispielsweise das klinische Wissen der MAZ.-Interviewer in die Bewertung einbezogen werden, ob das von den Jugendlichen berichtete Ereignis die Kriterien für ein potentiell traumatisierendes Erlebnis erfüllt. Weiter spielt die Auswahl und Anzahl der vorgegebenen traumatischen Ereignisse eine Rolle, denn je grösser die Auswahl desto wahrscheinlicher, dass jemand eine Erfahrung bejahen kann. Dass beim klinischen Interview K-SADS deutlich weniger männliche Jugendliche ein traumatisches Erlebnis angeben, kann daran liegen, dass es für Jungen schambehafteter ist beispielsweise einen erlebten sexuellen oder körperlichen Missbrauch zu berichten.

Wie in Abbildung „Traumatische Lebensereignisse erhoben mit dem K-SADS“ ersichtlich, sind mit 40% der weiblichen und 25% der männlichen Jugendlichen die meisten Jugendlichen Zeuge von häuslicher Gewalt, gefolgt von körperlicher Misshandlung zu Hause und sexuellem Missbrauch. Bei allen drei Ereignissen sind hoch signifikant mehr weibliche Jugendliche davon betroffen. Keinen signifikanten Geschlechterunterschied ergeben die beiden letzten Ereignisse: Von 17% der männlichen und 13% der weiblichen Jugendlichen ist bekannt, dass sie Opfer von Gewalt in der Familie wurden und insgesamt ähnlich viele eine Katastrophe oder einen Unfall erlebt haben.

Die Ergebnisse zu häuslicher Gewalt, körperlicher Misshandlung (zuhause) und sexueller Missbrauch verdeutlichen, dass fremdanamnestic Angaben der Bezugspersonen gerade bei intrafamiliären Lebensereignissen wichtig einzuholen sind und meist zu höheren Prävalenzen dieser drei traumatischen Erfahrungen führen als ein Selbsturteil. Es kann vermutet werden, dass die Jugendlichen selbst diese sich häufig über einen längeren Zeitraum erstreckenden, sich wiederholenden Lebensereignissen tendenziell weniger traumatisch in Erinnerung haben oder sie ihre Familienangehörigen nicht als potentielle Täter darstellen wollen bzw. können.

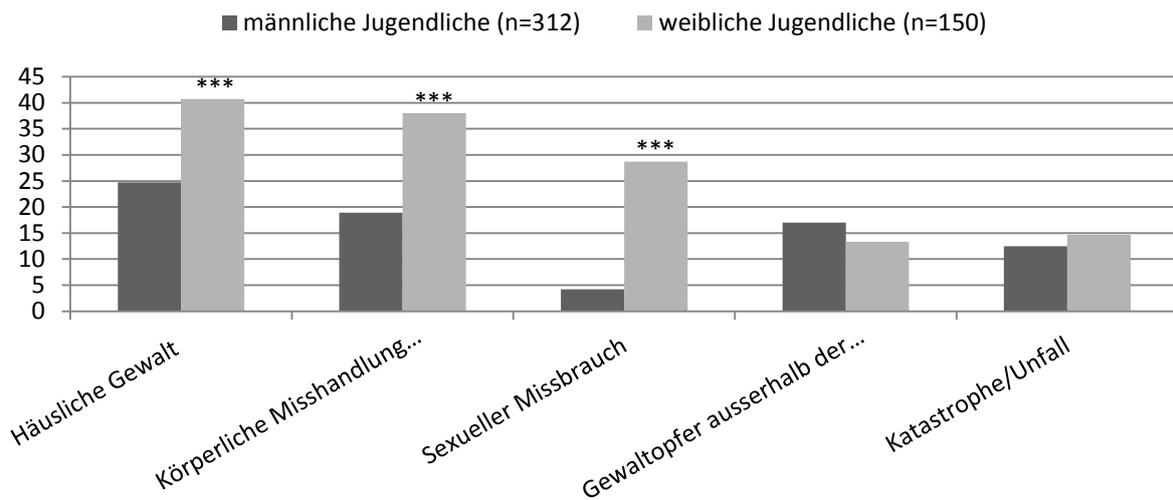


Abbildung: Traumatische Lebensereignisse erhoben mit dem K-SADS (N=462)

Der Vergleich der drei Sprachregionen in Tabelle „Prävalenzen der Traumafragen im K-SADS differenziert nach den Sprachregionen“ ergibt, dass im Tessin und in der Romandie deutlich weniger sexueller Missbrauch berichtet wird als in der Deutschschweiz. Mit 60% haben mehr als die Hälfte der Jugendlichen in der Romandie häusliche Gewalt erlebt. Erstaunlich sind die Zahlen im Tessin, wo bei den Jungen keine Gewaltopfer ausserhalb der Familie und bei beiden Geschlechtern keine Unfälle oder Naturkatastrophen berichtet werden.

Tabelle: Prävalenzen der Traumafragen im K-SADS differenziert nach Sprachregionen

	Deutschschweiz			Romandie			Tessin			Gesamt		
	männlich (n=234)	weiblich (n=98)	total (n=332)	männlich (n=52)	weiblich (n=31)	total (n=83)	männlich (n=26)	weiblich (n=21)	total (n=47)	männlich (n=312)	weiblich (n=150)	total (N=462)
Häusliche Gewalt	18.4%	33.7%	22.9%	53.8%	71.0%	60.2%	23.1%	28.6%	25.5%	24.7%	40.7%	29.9%
Körperliche Misshandlung (selbst, zuhause)	17.1%	42.9%	24.7%	30.8%	38.7%	33.7%	11.5%	14.3%	12.8%	18.9%	38.0%	25.1%
Sexueller Missbrauch	3.8%	37.8%	13.9%	7.7%	12.9%	9.6%	0%	9.5%	4.3%	4.2%	28.7%	21.1%
Gewaltopfer ausserhalb der Familie	15.0%	11.2%	13.9%	34.6%	25.8%	31.3%	0%	4.8%	2.1%	17.0%	13.3%	15.8%
Katastrophe/ Unfall	10.7%	14.3%	11.7%	26.9%	25.8%	26.5%	0%	0%	0%	12.5%	14.7%	13.2%

4.4 Schule und Berufsausbildung

Schulerfolg bestimmt nachhaltig den Lebenslauf und erweitert berufliche, persönliche und soziale Perspektiven. Er steht im Zusammenhang mit einer Vielzahl von Einflussfaktoren, die den vier unterschiedlichen Bereichen Individuum, Familie, Schule und gesellschaftliche Rahmenbedingungen zugeordnet werden können.

Laut Angabe der Bezugspersonen verfügen knapp ein Viertel (24%) der Jugendlichen bereits über einen Schulabschluss, was bei einem Durchschnittsalter von 16 Jahren nicht weiter erstaunt.

Die Tabelle „Zuletzt besuchte Schulart oder Berufsausbildung und Anzahl Schulwechsel differenziert nach Sprachregionen“ zeigt, dass jeweils ca. 40% der Jugendlichen vor Eintritt in die aktuelle Massnahme die obligatorische Grundschule (1.-9. Schuljahr) in einer Regelklasse (RK) wie auch in einer Kleinklassen (KKL) resp. Sonderklasse besucht haben. Erst 4% der Jugendlichen sind einer Berufs- oder Attestlehre nachgegangen, 4% haben das 10. Schuljahr als Überbrückung in eine Lehre besucht, 3% waren in einer Mittelschule oder Gymnasium und 1% studierte an einer Fachhochschule oder Universität. Von nur 1% der Jugendlichen ist bekannt, dass sie keine Schule besucht haben.

Der Vergleich der Sprachregionen in Tabelle „Zuletzt besuchte Schulart oder Berufsausbildung und Anzahl Schulwechsel differenziert nach Sprachregionen“ zeigt einen grossen Unterschied bei den Schultypen *Grundschule in einer Regelklasse* und *Grundschule im Kleinklassen- resp. Sonderklassenstatus*. Im Tessin und in der Romandie haben im Vorfeld der aktuellen Massnahme mit fast zwei Drittel der Jugendlichen deutlich mehr eine Regelklasse der Grundschule besucht und nur 12% im Tessin und 24% in der Romandie eine Klein- oder Sonderklasse, wohingegen in der Deutschschweiz 48% mit Kleinklassen- resp. Sonderklassenstatus beschult worden sind.

Ein weiterer markanter Unterschied zeigt sich bei der Anzahl Schulwechsel. 60% der Jugendlichen in der Romandie verfügen über 4 und mehr Schulwechsel. Im Tessin sind es 44% und in der Deutschschweiz nur 22%.

Tabelle: Zuletzt besuchte Schulart oder Berufsausbildung und Anzahl Schulwechsel differenziert nach Sprachregionen

		Deutschschweiz (n=429)	Romandie (n=102)	Tessin (n=61)	Gesamt (N=592)
Schulart	Regelklasse (RK) Grundschule	34%	63.9%	63.9%	42.4%
	Kleinklasse (KKL) / Sonderklasse Grundschule	47.5%	23.7%	11.5%	39.5%
	10.Schuljahr / Brückenangebot	5.1%	0%	0%	3.7%
	Mittelschule / Gymnasium	2.5%	4.1%	0%	2.5%
	Berufs- / Attestlehre	5.2%	0%	4.9%	4.3%
	Fachhochschule / Universität	0.2%	2.1%	4.9%	1.1%
	kein Schulbesuch	0.7%	3.1%	0%	1%
	andere	4.7%	3.1%	14.7%	5.5%

		Deutschschweiz (n=429)	Romandie (n=102)	Tessin (n=61)	Gesamt (N=592)
Schul- wechsel	keine	26.8%	6.9%	14.8%	22%
	1	23.2%	21.6%	34.4%	24.1%
	2	15.0%	6.9%	4.9%	12.5%
	3	12.8%	4.9%	1.6%	10.2%
	mehr	22.2%	59.8%	44.3%	31.2%

4.5 Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung

Im Anamnesebogen wurden die Bezugspersonen gefragt, welche kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen ihrer Bezugsjugendlichen ihnen bekannt sind.

Aktuell werden 58% der Gesamtstichprobe kinder- und jugendpsychiatrisch oder psychotherapeutisch versorgt, wobei ca. zwei Drittel dieser extern und ca. ein Drittel intern in Behandlung sind. Mit 30% haben eine hohe Anzahl Jugendlicher die Therapie abgebrochen, bei 6% ist keine Therapie installiert und nur 1% hat eine Therapie regulär abgeschlossen. Im Folgenden sollen diese Prävalenzen mit dem Vorliegen einer Diagnose verglichen werden. Dafür wird die aktuelle Diagnose aus der vertieften Diagnostik herangezogen, die mit dem klinischen Interview K-SADS und SKID-II ermittelt worden ist. Der auffälligste Wert - wie in Tabelle „*Behandlungsstatus im Vergleich zum Vorliegen einer aktuellen psychiatrischen Diagnose nach ICD-10*“ dargestellt - betrifft 94 Jugendliche, bei denen zwar eine aktuelle Diagnose vorliegt, die Therapie jedoch abgebrochen wurde.

Tabelle: Kinder- und Jugendpsychiatrischer /-psychotherapeutischer Behandlungsstatus im Vergleich zum Vorliegen einer aktuellen psychiatrischen nach ICD-10

	keine Diagnose vorhanden		Diagnose vorhanden		Gesamt	
	n	%	n	%	N	%
Keine Behandlung installiert	7	8.4%	16	5.8%	23	6.3%
Regulär beendete Behandlung	1	1.2%	4	1.4%	5	1.4%
Behandlung abgebrochen	15	18.1%	94	33.8%	109	29.6%
Behandlung ja, intern	21	25.3%	50	18%	71	19.7%
Behandlung ja, extern	39	47%	114	41%	153	43%
Gesamt	83	100%	278	100%	361	100%

In den vorhergehenden 12 Monaten wurden 93% der Gesamtstichprobe kinder- und jugendpsychiatrisch und/oder psychotherapeutisch behandelt. Trotz häufig fehlender Angaben zeigt die Datenlage,

dass die meisten Jugendlichen bei einem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater oder Psychotherapeuten behandelt worden sind.

13% (77 Jugendliche) sind aktuell in psychopharmakologischer Behandlung. 21 Jugendliche erhalten zwei Medikamente und insgesamt 14 Jugendliche drei bis fünf Medikamente. Unter den fünf klassischen Psychopharmaka sind in der MAZ.-Stichprobe Neuroleptika (7% der Jugendlichen), Stimulanzien (6%) und Antidepressiva (5%) am häufigsten vertreten. Risperdal wird bei den Neuroleptika am meisten verwendet, Ritalin und Concerta bei den Stimulanzien, bei den Antidepressiva kommen verschiedene Wirkstoffe in ähnlicher Häufigkeit zur Anwendung.

In der Gruppe der Jugendlichen mit Vorliegen einer aktuellen medikamentösen Behandlung wurden fast alle (94%) mit einer psychiatrischen Störung nach ICD-10 diagnostiziert. Bei fast der Hälfte dieser findet sich eine externalisierende Störung (Hyperkinetische Störung oder Störung des Sozialverhaltens). Weiter sind in dieser Gruppe ein Viertel der Jugendlichen mit einer gemischten Störung (emotional/externalisierend), etwas weniger als ein Fünftel der Jugendlichen mit einer emotionalen Störung und 5% mit einer psychotischen oder bipolaren Störung vertreten.

4.6 Gutachten und Delikte

Berichte, Gutachten und Begutachter

Die Daten zur juristischen Grundlage der Platzierung zeigen, dass in der Gesamtstichprobe gut die Hälfte der Jugendlichen zivilrechtlich und ein Viertel der Jugendlichen strafrechtlich eingewiesen worden sind. Die restlichen Jugendlichen gehören der dritten Kategorie *andere* an und beinhalten mehrheitlich eine sogenannte „freiwillige Platzierung“ mit behördlicher Hilfe im Hintergrund.

Bei 40% der Gesamtstichprobe wurde nach Angabe der Bezugspersonen mindestens ein Gutachten erstellt, und zwar in den meisten Fällen von einem Kinder- und Jugendpsychiater (43%), gefolgt von Kinder- und Jugendpsychologen (20%), einer sozialpädagogischen Institution (13%) und von Psychiatern (13%).

Die Daten der Gesamtstichprobe zeigen bezüglich der Art des Gutachtens viele Missings (ca. 85%). Mit 76% (64 Nennungen) sind den Bezugspersonen am häufigsten sozialpädagogische Berichte zur Platzierung bekannt, gefolgt von 51% (42 Nennungen) kinder- und jugendpsychiatrischen Berichten und 35% (29 Nennungen) schulpsychologischen Gutachten. Bei 22% (18 Nennungen) der Gesamtstichprobe sind zivilrechtliche und bei 17% (14 Nennungen) strafrechtliche Gutachten bekannt.

Bekannte Delinquenz

In der Gesamtstichprobe ist bei 427 Jugendlichen (75%) laut Aussage der Bezugspersonen mindestens ein Delikt bekannt. Im Tessin sind es 35 Jugendliche (57%) und in der Romandie sind es 72%. Mit 78% liegt die höchste Prävalenz in der Deutschschweiz, wo auch die beiden Massnahmenzentren für junge Erwachsene sind, wo nur Platzierungen mit strafrechtlicher Grundlage erfolgen.

Die Kurve bezüglich des Alters beim ersten begangenen Delikt steigt bei der Gesamtstichprobe, wie es auch die Tatverdächtigenstatistiken zeigen, beim 14. Lebensjahr deutlich an und nimmt beim 18. Lebensjahr wieder markant ab (Abbildung „Alter beim ersten Delikt nach Angabe der Bezugspersonen im Anamnesebogen“). Das Alter beim ersten Delikt kann somit mehrheitlich der Entwicklungsphase

des Jugendalters zugeordnet werden. Ein nicht unerheblicher Anteil von Probanden beging aber bereits im Kindesalter ihre ersten strafrechtlich relevanten Delikte. Wichtig zu beachten ist, dass es sich dabei nur um den Bezugspersonen bekannte Delikte handelt. Vermutlich ist die Rate der Probanden höher, die bereits im Kindesalter delinquentes Verhalten gezeigt haben. Jugendliche, die bereits als Kind mit schwer delinquentem Verhalten auffielen, haben oft eine besonders schlechte Prognose.

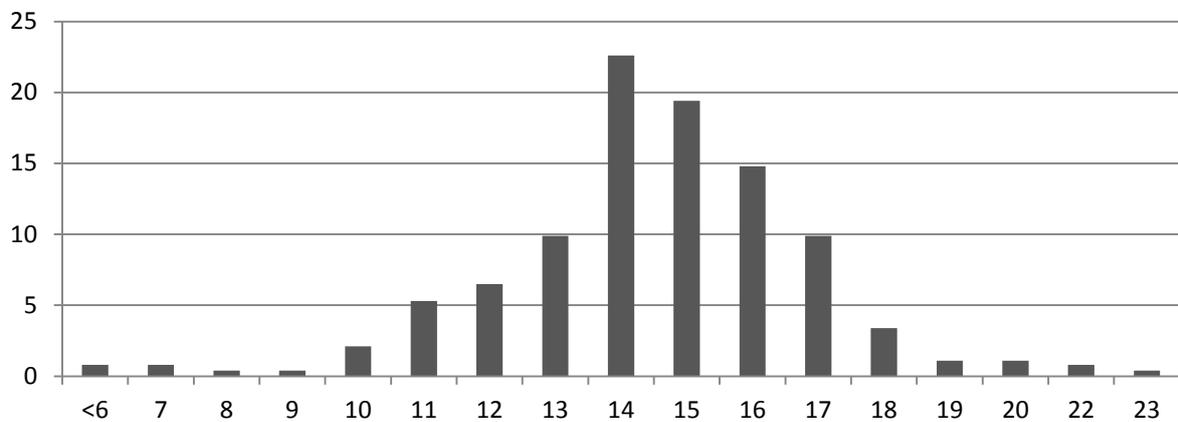


Abbildung: Alter beim ersten Delikt nach Angabe der Bezugspersonen im Anamnesebogen (N=592)

Tabelle: Prävalenz einzelner Straftaten nach Geschlecht (N=592)

Deliktgruppe	Straftat	Anzahl Nennungen Total	Geschlecht	
			männlich	weiblich
Vermögen	Diebstahl	179	141	38
	Sachbeschädigung	119	105	14
	Aneignung	77	63	14
	Raub	65	60	5
	Hehlerei	21	19	2
	Betrug	17	12	5
	Erpressung	16	15	1
	Veruntreuung	15	13	2
Betäubungsmittelgesetz	Konsum	170	125	45
	Handel	40	34	6
Freiheit	Drohung Hausfriedensbruch	74	64	10
	Nötigung	52	47	5
	Freiheitsberaubung	31	26	5
	Entführung	1	1	0
Leib und Leben	Angriff	49	35	14
	Tätlichkeit	46	36	10
	Einfache Körperverletzung	43	37	6
	Raufhandel	32	25	7
	Fahrlässige Körperverletzung	15	13	2

Deliktgruppe	Straftat	Anzahl Nennungen Total	Geschlecht	
			männlich	weiblich
	Schwere Körperverletzung	20	18	2
	Fahrlässige Tötung	2	2	0
	Vorsätzliche Tötung	2	2	0
Ehre	Beschimpfungen	74	55	19
Strassenverkehrsgesetz	Fahren ohne Ausweis oder trotz Entzug	47	45	2
	Entwendung zum Gebrauch	46	43	3
	Verletzung der Verkehrsregeln	41	39	2
	Fahren in fahruntüchtigem Zustand	22	21	1
Sexuelle Integrität	Sexuelle Nötigung	22	21	1
	Sexuelle Belästigung	17	17	0
	Sexuelle Handlung mit Kindern	13	13	0
	Versuchte Vergewaltigung	5	5	0
	Vergewaltigung	1	1	0
Gemeingefährlich	Brandstiftung	19	18	1
Irreführung	Irreführung der Rechtspflege	16	10	6

Der Geschlechtervergleich in Tabelle „Prävalenz einzelner Straftaten nach Geschlecht“ zeigt bei allen Straftaten meist deutlich höhere Prävalenzen bei den männlichen Jugendlichen. Bei *Irreführung der Rechtspflege* ergibt sich mit 38% die höchste Prävalenz weiblicher Jugendlicher, welche diese Straftat verübt haben. Darauf folgt mit jeweils 29% weiblicher Jugendliche der *Betrug* und *Angriff*. Nur eine weibliche Jugendliche ist bei der Deliktgruppe *Verletzungen der sexuellen Integrität* vertreten.

Die Auflistung der Häufigkeiten der einzelnen Straftaten entspricht mehrheitlich den Zahlen der Statistik „Zur Entwicklung der Jugendkriminalität - Jugendstrafurteile von 1946 bis 2004“: Der Anteil der Verurteilungen wegen Vermögensdelikten an allen registrierten Verurteilungen nach dem StGB betrage zwischen 60 bis 86%. In der Mehrheit der Fälle handle es sich um Diebstahl gemäss Art. 137 alt und Art. 139 StGB (Storz, 2007, S. 15). Storz schreibt weiter zur Zusammenstellung von Daten zu Jugendstrafurteilen zwischen 1946 und 2004, dass sich die Deliktstruktur über die Jahre nur geringfügig verändert habe. Geahndet werden vorwiegend Diebstahl und Verkehrsdelikte, seit 1970 zunehmend auch Betäubungsmittelkonsum. Gewaltstraftaten spielten nur eine untergeordnete Rolle, auch wenn deren Anteil in den letzten 20 Jahren angestiegen sei. Auch die Statistik der Jugendstrafurteile von 2009 in Tabelle „Jugendstrafurteile, nach ausgewählten Straftaten, Geschlecht, Alter und Nationalität“ zeigt, dass Diebstahl und Konsum von Betäubungsmittel, gefolgt von Sachbeschädigungen, die drei am häufigsten verurteilten Straftaten in der Schweiz darstellen.

Tabelle: Jugendstrafurteile, nach ausgewählten Straftaten, Geschlecht, Alter und Nationalität, 2009; Bundesamt für Statistik, Statistik der Jugendstrafurteile; Stand der Datenbank: 24.08.2010; © BFS - Statistisches Lexikon der Schweiz

Straftat	Insgesamt	Geschlecht		Altersgruppe		Schweizer	Nationalität/Aufenthaltsstatus ²		
		Männlich	Weiblich	unter 15 Jahre	ab 15 Jahre		mit Wohnsitz in der Schweiz	Ausländer Asylsuchende	mit Wohnsitz im Ausland
Insgesamt ¹	15'064	11'793	3'271	3'565	11'499	10'272	3'611	529	393
Entwendung zum Gebrauch	1'007	940	67	151	856	624	344	24	4
Fahren ohne Führerausweis	952	898	54	166	786	629	269	15	20
Konsum von Betäubungsmitteln	4'129	3'547	582	277	3'852	3'346	588	144	15
Handel von Betäubungsmitteln	617	572	45	57	560	410	111	64	23
Einfache Körperverletzung	654	580	74	114	540	361	245	30	4
Tätlichkeiten	776	645	131	236	540	425	308	31	3
Diebstahl	4'438	2'720	1'718	1'521	2'917	2'835	1'146	168	175
Raub	332	315	17	32	300	183	127	16	2
Sachbeschädigung	2'750	2'474	276	733	2'017	1'872	668	53	101
Hehlerei	350	303	47	96	254	194	126	19	4
Drohung	341	288	53	73	268	177	142	14	1
Hausfriedensbruch	1'457	1'262	195	361	1'096	916	370	42	91
Sexuelle Handlungen mit Kindern	72	72	0	30	42	51	15	2	1
Sexuelle Nötigung	82	82	0	35	47	45	35	2	0
Brandstiftung	185	164	21	83	102	145	33	3	1

4.7 Repräsentativitätsstudie

Zur Überprüfung der Repräsentativität der MAZ.-Stichprobe wurde diese mit einer Repräsentativitätsstichprobe (n=46) verglichen, um eine systematische Verzerrung der Stichprobe auszuschliessen oder diese gegebenenfalls zumindest gut beschreiben zu können. Pädagogische Bezugspersonen aus Einrichtungen jedes Institutionstypus gaben für einige Jugendliche, die ihr Einverständnis verweigert hatten oder bei denen die sorgeberechtigten Eltern nicht erreicht werden konnten, völlig anonym ein Fremdurteil mit dem Psychopathologie-Screeninginventar CBCL ab. Die Repräsentativitätsstichprobe wurde so ausgewählt, dass das Geschlechter- und Altersverhältnis demjenigen der MAZ.-Stichprobe entspricht. Für den Vergleich wurden die beiden Testverfahren „Child Behavior Checklist (CBCL)“ und „Young Adult Behavior Checklist (YABCL)“ herangezogen, welche aus den drei Unterskalen *internalisierende Störungen*, *externalisierende Störungen* und *Gesamt* bestehen.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Anzahl Personen in diesen sechs Gruppen sowohl beim YABCL als auch bei der CBCL nicht signifikant zwischen den beiden Stichproben MAZ. und Repräsentativität unterscheidet (Abbildung „Übersicht Anzahl Jugendlicher pro Gruppe in % (YABCL)“ und Abbildung „Übersicht Anzahl Jugendlicher pro Gruppe in % (CBCL)“). Ebenfalls keine signifikanten Unterschiede gab es zwischen den beiden Stichproben bezüglich des Geschlechts ($\chi^2(1) = 3.580, p = .058$).

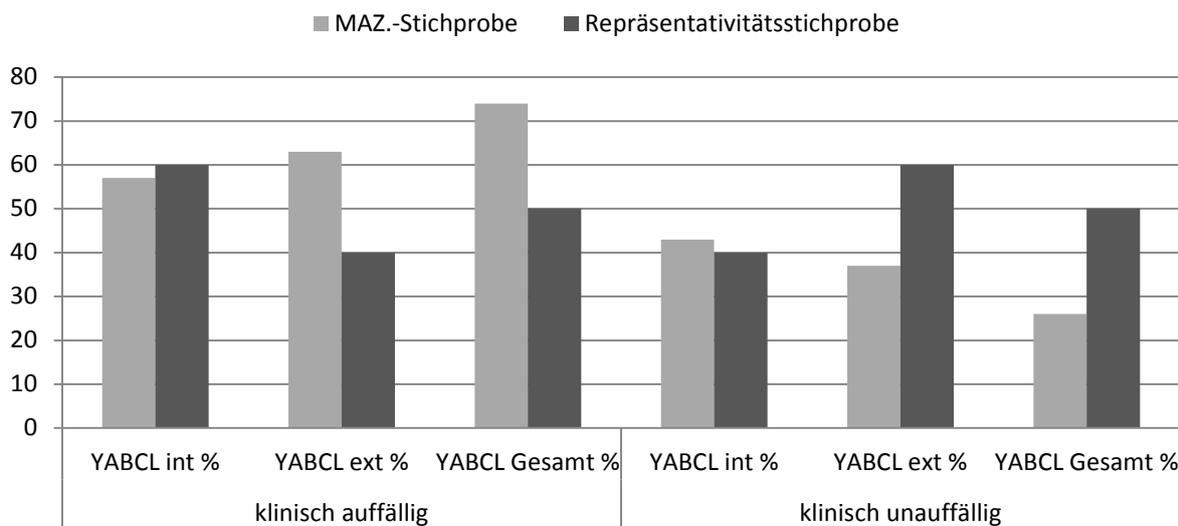


Abbildung: Übersicht Anzahl Jugendlicher pro Gruppe in % (YABCL)

Die Gruppengrößen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander (Internal: $\chi^2(2) = .108, p = .947$; External: $\chi^2(2) = 3.293, p = .193$; Gesamt: $\chi^2(2) = 2.970, p = .226$).

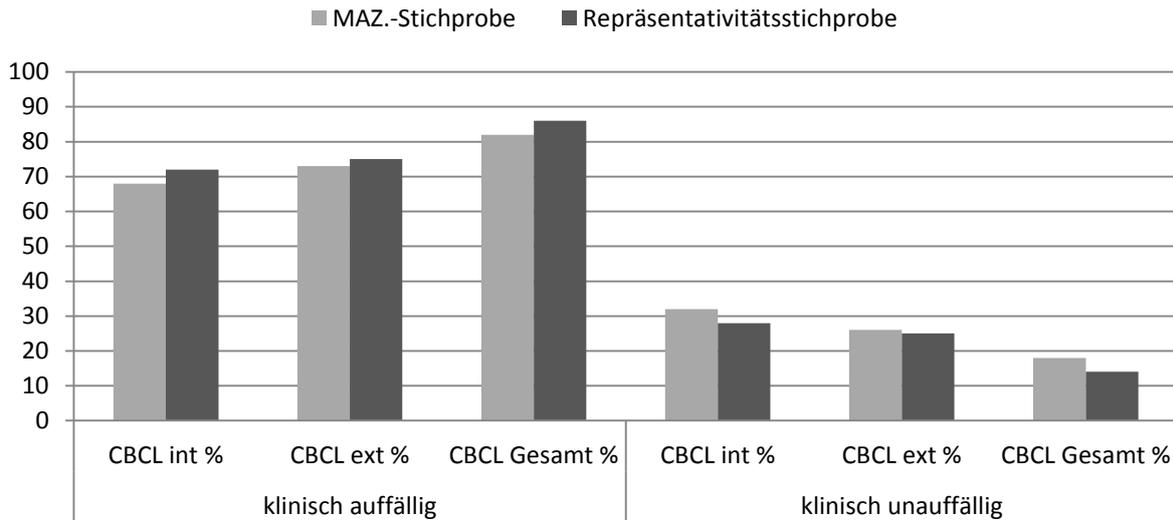


Abbildung: Übersicht Anzahl Jugendlicher pro Gruppe in % (CBCL)

Die Gruppengrößen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander (Internal: $\chi^2(2) = 2.793$, $p = .247$; External: $\chi^2(2) = 3.049$, $p = .218$; Gesamt: $\chi^2(2) = .620$, $p = .733$).

In allen drei Unterskalen *Internal*, *External* und *Gesamt* unterscheiden sich die relative Anzahl der auffälligen Jugendlichen in der Repräsentativitätsstichprobe nicht von der MAZ.-Stichprobe. Da die psychische Auffälligkeit der Jugendlichen sehr eng mit Belastungsfaktoren in der Vorgeschichte und der aktuellen Lebenssituation assoziiert ist, kann mit aller gebotenen Vorsicht der Schluss gezogen werden, dass die Ergebnisse unserer Untersuchung als repräsentativ für die Grundgesamtheit aller sozialpädagogischen Institutionen mit Anerkennung des Bundesamtes für Justiz angesehen werden können. Zu beachten ist, dass trotz kleiner Repräsentativitätsstichprobe kaum Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zu finden waren, was zusätzlich für die Repräsentativität der MAZ.-Stichprobe spricht.

5 Ergebnisse

5.1 Dimensionale Ausprägung der Psychopathologie - Psychische Belastung (Achenbachskalen)

Die dimensionale Abbildung der psychischen Belastung der Teilnehmer des Modellversuchs erfolgte mit den Achenbachskalen. Im Folgenden werden zunächst getrennt die Ergebnisse der Fremdberichte und der Selbstberichte dargestellt, zum Abschluss erfolgt eine Gegenüberstellung beider Informationsquellen.

5.1.1 Fremdurteil in der CBCL

Um die psychische Belastung abzubilden, wurden die Child Behavior Checklist (CBCL) für die 4- bis 18-jährigen Kinder und Jugendlichen und die Young Adult Behavior Checklist (YABCL) für die Heranwachsenden ab 18 Jahre verwendet. Im Rahmen des Modellversuchs wurde die CBCL von den Betreuern für 421 Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 18 Jahren bearbeitet, die YABCL für 135 Heranwachsende im Alter von 17 bis 26.

5.1.1.1 Vergleich mit einer Normpopulation

Beim Vergleich mit einer Normpopulation zeigt sich, dass die Kinder und Jugendlichen der Stichprobe des Modellversuchs von ihren Betreuern als psychisch stark belastet und sehr verhaltensauffällig beurteilt werden. Abbildung („Vergleich der T-Werte auf der Skala Gesamtproblemverhalten der CBCL zwischen einer Normpopulation und der MAZ.-Stichprobe“) zeigt eine deutliche Verschiebung der T-Wert-Verteilung des CBCL-Gesamtwerts hin zu den höheren T-Wert-Bereichen. Untersuchungen zur diskriminanten Validität der deutschen CBCL zeigten, dass ein T-Wert von 60 am besten zwischen klinisch auffälligen Kindern und Jugendlichen, die unter einer psychischen Störung leiden, und unauffälligen Kindern und Jugendlichen trennt (Schmeck et al., 2001). In der Allgemeinbevölkerung erzielen 15% T-Werte grösser gleich 60, in der Stichprobe des Modellversuchs erreichen 76% der Kinder Jugendlichen T-Werte von 60 oder darüber. Dies spricht für eine ausgeprägte Psychopathologie in der Heimstichprobe, insbesondere wenn die Extrempole der Verteilung betrachtet werden Während nur 2% der Allgemeinbevölkerung einen T-Werte höher als 70 erreichen, weisen über 32% der Kinder und Jugendlichen des Modellversuchs, ein derart ausgeprägtes psychopathologisches Verhalten auf. Um dies zu veranschaulichen, stelle man sich eine Schule mit 100 Kindern vor. Während in der Allgemeinbevölkerung nur ein Kind (weniger als zwei Prozent) der 100 Kinder psychopathologisch derart auffällig sind, sind es in der Heimstichprobe 32, also ca. ein Drittel der Kinder und Jugendlichen.

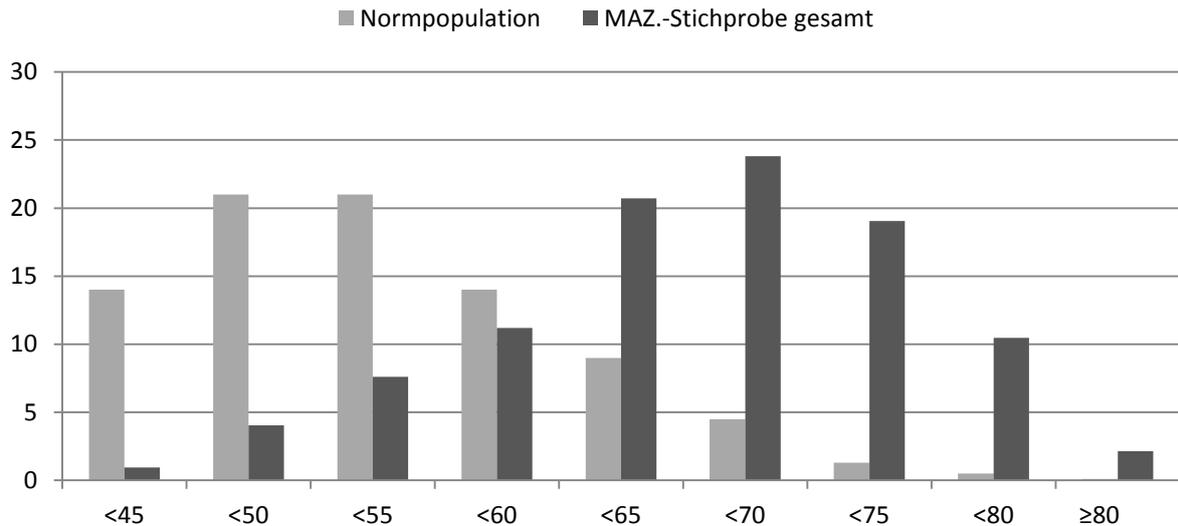


Abbildung: Vergleich der T-Werte auf der Skala Gesamtproblemverhalten der CBCL zwischen einer Normpopulation und der MAZ-Stichprobe. Angegeben werden relative Häufigkeiten in Prozent.

5.1.1.2 Psychopathologie der Kinder und Jugendlichen

Die Kinder und Jugendlichen des Modellversuchs erreichen auf den drei Gesamtskalen der CBCL mittlere T-Werte von 61,9 bis 64,8 (Tabelle „Mittlere T-Werte und Standardabweichungen auf den Breitband- und Syndromskalen der CBCL“). Die T-Werte liegen damit weit über den Durchschnittswerten der Allgemeinbevölkerung mit einem Mittelwert von 50. Die mittleren T-Werte der acht Syndromskalen reichen von 58,1 bei *Körperlichen Beschwerden* bis 64,7 bei *Dissozialem Verhalten*.

Tabelle: Mittlere T-Werte und Standardabweichungen auf den Breitband- und Syndromskalen der CBCL

CBCL (N=421)		M	SD
Gesamtskalen	Gesamtproblemverhalten	64,82	8,54
	Internalisierende Störungen	61,90	9,38
	Externalisierende Störungen	64,01	9,64
Syndromskalen	Sozialer Rückzug	61,12	8,60
	Körperliche Beschwerden	58,11	8,34
	Ängstlich-depressiv	62,20	9,19
	Soziale Probleme	62,29	9,04
	Schizoid-zwanghaft	63,93	9,85
	Aufmerksamkeitsprobleme	63,26	8,60
	Dissoziales Verhalten	64,71	8,97
	Aggressives Verhalten	63,90	10,58

Anhand des T-Wertes kann für jede Skala bestimmt werden, ob die Psychopathologie einer Person im unauffälligen oder klinisch auffälligen Bereich liegt. Zwischen diesen Bereichen gibt es einen Über-

gangs- oder Grenzbereich. Die Tabelle zeigt, dass die Mittelwerte der MAZ.-Stichprobe auch auf der Ebene der acht Syndromskalen sehr deutlich über dem Mittelwert der Allgemeinbevölkerung liegen.

5.1.1.3 Unterschiede zwischen den Sprachregionen

Ein Vergleich zwischen den drei Sprachregionen zeigt, dass die Kinder und Jugendlichen aus dem Tessin vor allem im Bereich der externalisierenden Auffälligkeit von ihren Betreuern im Mittel als weniger belastet eingeschätzt werden als ihre Altersgenossen aus der Deutschschweiz und der Romandie. In die gleiche Richtung weist der kategoriale Vergleich der Anzahl der Personen, die anhand ihrer T-Werte in die drei Bereiche *unauffällig*, *Grenzbereich* und *klinisch auffällig* eingeordnet werden. Auch hier haben Tessiner Kinder und Jugendliche seltener Auffälligkeiten als Kinder und Jugendliche der Romandie und der Deutschschweiz. Unterschiede zwischen den Sprachregionen können auf zweierlei Ursachen zurückgeführt werden: Zum einen kann es tatsächlich Unterschiede zwischen den Kindern und Jugendlichen der verschiedenen Sprachregionen geben. Vermutlich können diese jedoch eher auf die unterschiedlich gewachsenen Angebotsstrukturen und Indikationsstellungen zurückgeführt werden als auf grundlegende regionale Unterschiede. Dies kann vielseitige Ursachen haben. Schwer delinquente Jugendliche aus dem Tessin mit strafrechtlichem Hintergrund für das Aussprechen einer Massnahme werden beispielsweise oft ausserkantonale platziert, da es im Tessin keine Institution mit strafrechtlichem Schwerpunkt gibt. Dies hat zur Folge, dass diese Kinder und Jugendlichen, bei denen schwere externalisierende Verhaltensstörungen zu erwarten sind, in den Gruppen der Deutschschweiz oder der Romandie zu finden sind. Zum anderen wurden unterschiedliche Testversionen verwendet. Diese beinhalten zu einem kleinen Teil unterschiedliche Items, die zudem in leicht abweichender Art und Weise den Skalen zugeordnet werden. Dies führt dazu, dass identisch benannte Skalen durch etwas andere Itemkonstellationen definiert werden. Aus diesem Grund können bei einem Vergleich Unterschiede deutlicher hervortreten, als sie tatsächlich sind; aber auch der gegenteilige Effekt kann eintreten, das heisst tatsächlich vorhandene Unterschiede werden verringert.

5.1.1.4 Geschlechts- und Altersunterschiede

Ein Vergleich der T-Werte von Jungen und Mädchen macht deutlich, dass die am Modellversuch teilnehmenden Mädchen von ihren Betreuern als belasteter und verhaltensauffälliger beurteilt werden als die Jungen. Dies betrifft vor allem internalisierende Probleme, aber auch dissoziales Verhalten (Abbildung „*Geschlechtsunterschiede in der CBCL*“). Ein Vergleich auf kategorialer Ebene zeigt, dass auch mehr Mädchen den Grenzwert zur klinischen Auffälligkeit überschreiten als Jungen. Eine mögliche Ursache hierfür ist, dass der Anteil der Mädchen mit psychischer Symptomatik in den Beobachtungsheimen vergleichsweise hoch ist. Dies schlägt sich auch in erhöhten T-Werten in der CBCL nieder. Bei einer Prüfung der Geschlechtsunterschiede getrennt für die drei Sprachregionen wird deutlich, dass sich die in der Gesamtgruppe gefundenen Unterschiede vor allem auf Geschlechtsunterschiede in der Deutschschweiz zurückführen lassen, da diese den grössten Anteil der Heimstichprobe bilden. Aber auch in der Romandie werden die Mädchen auf den Skalen *Soziale Probleme*, *Aufmerksamkeitsprobleme*, *Internalisierende Störungen* und *Gesamtproblemverhalten* im Vergleich zu den Jungen als belasteter eingeschätzt. Im Tessin können dagegen keine Geschlechtsunterschiede festgestellt werden.

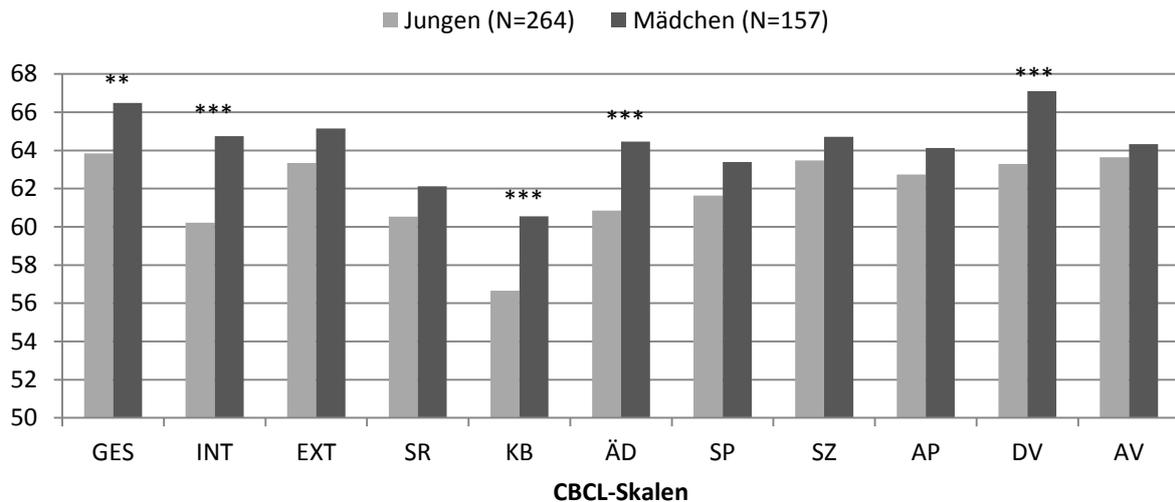


Abbildung: Geschlechtsunterschiede in der CBCL (t-Tests für unabhängige Stichproben, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$)

Bei einer Aufteilung der Stichprobe in die zwei Altersgruppen 6-13-Jährige und 14-18-Jährige zeigt sich, dass Betreuer externalisierende Auffälligkeiten häufiger in der Adoleszenz als im Kindesalter wahrnehmen (Abbildung „Altersabhängige Unterschiede in der CBCL“). In den anderen Problembe-
reichen sind dagegen keine altersabhängigen Unterschiede zu beobachten.

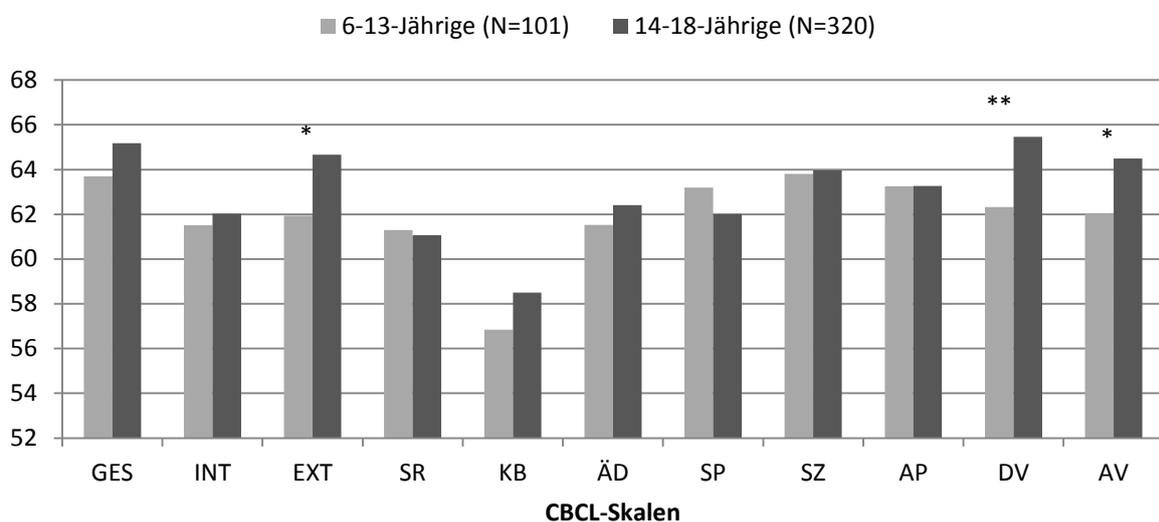


Abbildung: Altersabhängige Unterschiede in der CBCL (t-Tests für unabhängige Stichproben, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$)

Neben der Frage, wie Alter und Geschlecht jeweils unabhängig von anderen Faktoren die Höhe der T-Werte beeinflussen, kann geprüft werden, welchen Effekt diese beiden Faktoren haben, wenn sie gemeinsam analysiert werden. Hierzu wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse berechnet, die neben den Einzeleffekten auch die Wechselwirkung zwischen beiden Faktoren überprüft. Mit diesem Verfahren kann getestet werden, ob sich männliche und weibliche Teilnehmer in Abhängigkeit der

beiden Altersstufen hinsichtlich ihrer Psychopathologie unterscheiden. Beim *Gesamtproblemverhalten* zeigt sich, dass es eine Wechselwirkung zwischen Alter und Geschlecht gibt. Abbildung „*Wechselwirkung von Geschlecht und Alter in der CBCL*“ zeigt, dass nur die älteren Mädchen im Vergleich zu den jüngeren Mädchen als auffälliger eingeschätzt werden. Bei den Jungen gibt es dagegen keinen Unterschied zwischen Älteren und Jüngeren. Dies könnte darauf hindeuten, dass viele Mädchen mit sehr grossen psychischen und psychosozialen Belastungen erst während oder nach der Pubertät in die Heimerziehung gelangen (siehe unten). Bei den *Externalisierenden Störungen* gibt es dieselbe Wechselwirkung zwischen Alter und Geschlecht: Auch hier werden die älteren Mädchen im Vergleich zu den jüngeren Mädchen als auffälliger eingeschätzt. Bei den Jungen gibt es dagegen keine altersabhängigen Unterschiede. Im Gegensatz zu diesen Ergebnissen kann bei den *Internalisierenden Störungen* keine Wechselwirkung gefunden werden. Stattdessen gibt es einen einfachen Geschlechtseffekt, das heisst die Mädchen werden (unabhängig vom Alter) als belasteter eingeschätzt als die Jungen.

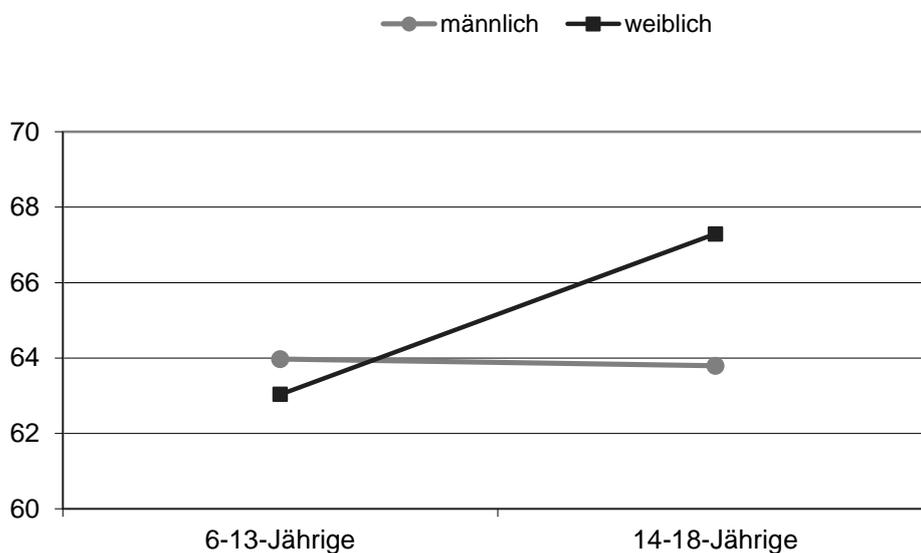


Abbildung: Wechselwirkung von Geschlecht und Alter in der CBCL (2-faktorielle Varianzanalyse, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$)

5.1.2 Fremdurteil in der YABCL

Die jungen Erwachsenen erreichen auf den acht Syndromskalen der YABCL mittlere T-Werte von 56,5 bei *Körperlichen Beschwerden* bis 63,2 bei *Dissozialem Verhalten* (Tabelle „*Mittlere T-Werte und Standardabweichungen auf den Gesamt- und Syndromskalen der YABCL*“). Die Mittelwerte der Gesamtskalen liegen mit T-Werten von 59,5 bis 62,2 fast eine Standardabweichung über den Mittelwerten in der Allgemeinbevölkerung. Im Vergleich zu den T-Werten der Kinder und Jugendlichen in der CBCL sind die T-Werte der jungen Erwachsenen in der YABCL tendenziell etwas niedriger. Auch der Anteil an jungen Erwachsenen mit T-Werten im auffälligen Bereich ist bei allen Skalen geringer als der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit T-Werten im auffälligen Bereich. Dies kann unterschiedliche Ursachen haben: Die jungen Erwachsenen befinden sich häufig am Ende einer bereits länger andauernden, hoch spezifischen Massnahme, so dass sich deren Symptomatik auch schon im Verlauf der Massnahme reduziert haben kann. Zudem ist ein direkter Vergleich der Psychopathologie der

Kinder und Jugendlichen auf der einen Seite und der jungen Erwachsenen auf der anderen Seite problembehaftet, weil unterschiedliche Instrumente mit unterschiedlichen Normen verwendet wurden.

Tabelle: Mittlere T-Werte und Standardabweichungen auf den Gesamt- und Syndromskalen der YABCL

YABCL (N=135)	<i>M</i>	<i>SD</i>
Gesamtproblemverhalten	62,24	7,40
Internalisierende Störungen	59,54	8,97
Externalisierende Störungen	61,92	7,48
Ängstlich-depressiv	60,41	7,99
Sozialer Rückzug	58,76	8,30
Körperliche Beschwerden	56,54	7,49
Bizarres Verhalten	62,93	9,28
Aufmerksamkeitsprobleme	61,36	7,69
Aufmerksamkeitssuchend	59,73	9,14
Aggressives Verhalten	61,67	7,79
Dissoziales Verhalten	63,19	6,79

5.1.3 Selbsturteil in YSR

5.1.3.1 Vergleich mit einer Normpopulation

Beim Vergleich mit einer Normpopulation zeigt sich, dass sich die Kinder und Jugendlichen der Stichprobe des Modellversuchs als deutlich stärker psychisch belastet und verhaltensauffällig beurteilen. Abbildung „Vergleich der T-Werte auf der Skala Gesamtproblemverhalten des YSR zwischen einer Normpopulation und der MAZ.-Stichprobe“ zeigt eine deutliche Verschiebung der T-Wert-Verteilung des YSR-Gesamtwerts zu den höheren T-Wert-Bereichen. Wie bei der CBCL erzielen in der Allgemeinbevölkerung 15% T-Werte von mindestens 60, im Modellversuch erreichen 65% der Kinder und Jugendlichen T-Werte von mindestens 60. Dies spricht für eine ausgeprägte Psychopathologie in der Heimstichprobe. Während nur 2% der Allgemeinbevölkerung T-Werte von mindestens 70 erreichen, sind es 24% der Kinder und Jugendlichen des Modellversuchs, die ein derart ausgeprägtes psychopathologisches Verhalten selbst berichten. Um auf das oben genannte Beispiel mit der Schule zurückzukommen, sind es also in der Heimstichprobe nach eigener Einschätzung 24, also ca. ein Viertel der Kinder und Jugendlichen, die psychopathologisch besonders auffällig sind.

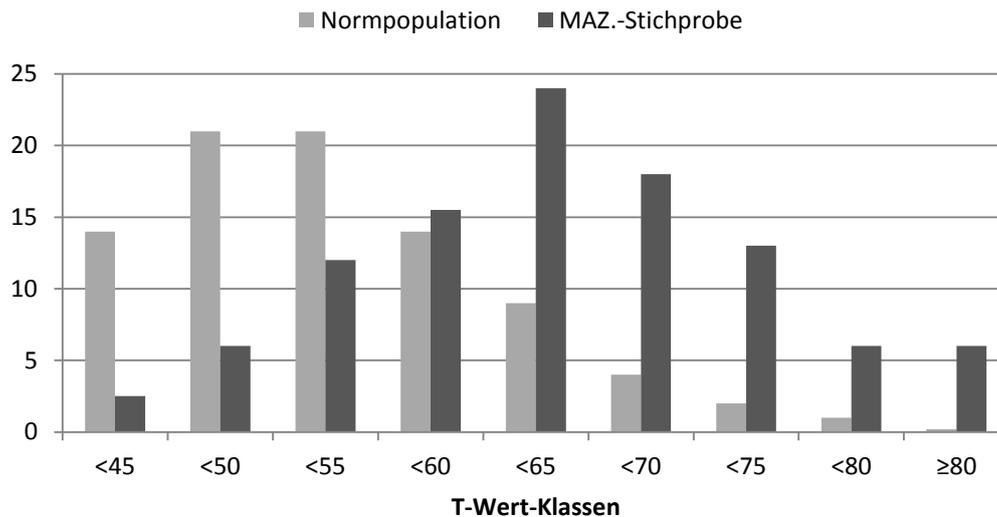


Abbildung: Vergleich der T-Werte auf der Skala Gesamtproblemverhalten des YSR zwischen einer Normpopulation und der MAZ.-Stichprobe. Angegeben werden relative Häufigkeiten in Prozent.

5.1.3.2 Psychopathologie der Kinder und Jugendlichen

T-Werte von mindestens 60 erreichen insgesamt 65,4% beim *Gesamtproblemverhalten*, 50,5% bei den *Internalisierenden Störungen* und 58,6% bei den *Externalisierenden Störungen*. Dies zeigt, dass sich die Kinder und Jugendlichen auch nach eigener Einschätzung psychopathologisch hoch belastet beschreiben. 24% der Kinder und Jugendlichen erreichen im Selbsturteil T-Werte von über 70, was einem Prozentrang grösser 98 entspricht, d. h. weniger als 2% der Kinder und Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung beschreiben sich als vergleichbar psychisch belastet.

Die Mittelwerte der Gesamtskalen liegen mit T-Werten von 59,8 bis 62,9 sehr weit über dem Mittelwert der Allgemeinbevölkerung. Die Kinder und Jugendlichen erreichen auch auf allen acht Syndromskalen des YSR mittlere T-Werte weit über dem Mittelwert in der Allgemeinbevölkerung und differieren von einem T-Wert von 58,5 in der Subskala „*Soziale Probleme*“ bis zu einem T-Wert von 64,6 bei *Schizoid-zwanghaft* (Tabelle „*Mittlere T-Werte und Standardabweichungen auf den Gesamt- und Syndromskalen des YSR*“).

Tabelle: Mittlere T-Werte und Standardabweichungen auf den Gesamt- und Syndromskalen des YSR

YSR (N=384)	M	SD
Gesamtproblemverhalten	62,85	10,23
Internalisierende Störungen	59,78	10,38
Externalisierende Störungen	62,31	10,73
Sozialer Rückzug	59,55	8,92
Körperliche Beschwerden	59,57	9,07
Ängstlich-depressiv	59,77	8,91
Soziale Probleme	58,45	8,10
Schizoid-zwanghaft	64,64	9,54
Aufmerksamkeitsprobleme	60,36	8,99
Dissoziales Verhalten	64,24	10,08
Aggressives Verhalten	60,87	8,86

Eine Betrachtung der Zahl der Probanden, die einen T-Wert-Bereich von mindestens 60 T-Wertpunkte auf der Ebene der acht Syndromskalen erreichen, zeigt, dass insgesamt 65,4% der Heranwachsenden beim *Gesamtproblemverhalten*, 50,5% bei den *Internalisierenden Störungen* und 58,6% bei den *Externalisierenden Störungen* ein auffälliges Ergebnis im Selbsturteil erreichen. Dies zeigt, dass die Kinder und Jugendlichen auch nach eigener Einschätzung psychopathologisch hoch belastet sind.

5.1.3.3 Unterschiede zwischen den Sprachregionen

Ein Vergleich zwischen den drei Sprachregionen zeigt, dass die Kinder und Jugendlichen aus dem Tessin sich in den Bereichen *Dissoziales Verhalten*, *Externalisierende Störungen* und *Gesamtproblemverhalten* im Mittel als weniger belastet beschreiben als ihre Altersgenossen aus der Deutschschweiz und der Romandie (Abbildung „*Regionsunterschiede im YSR*“). Auf den Skalen *Sozialer Rückzug*, *Soziale Probleme* und *Aggressives Verhalten* erreichen die Kinder und Jugendlichen aus der Romandie die höchsten T-Werte, auf der Skala *Schizoid-zwanghaft* die Teilnehmer aus der Deutschschweiz. Der kategoriale Vergleich zeigt, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit auffälligen T-Werten aus der Romandie auf folgenden Skalen höher ist als in den anderen Sprachregionen: *Dissoziales Verhalten*, *Aggressives Verhalten*, *Externalisierende Störungen* und *Gesamtproblemverhalten*. Auch hier können die Unterschiede zwischen den Sprachregionen sowohl auf tatsächliche Unterschiede zwischen den Teilnehmern oder den teilnehmenden Institutionen bzw. auf die Platzierungspraxis in den verschiedenen Sprachregionen als auch auf die unterschiedlichen Testversionen mit unterschiedlicher Normierung zurückgeführt werden.

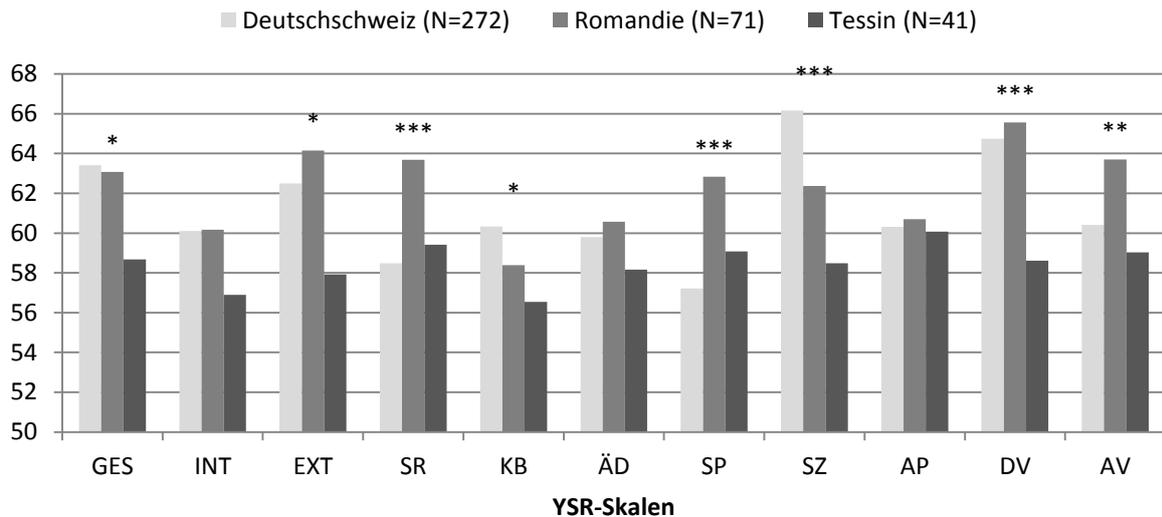


Abbildung: Regionsunterschiede im YSR (Einfaktorielle Varianzanalysen, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$)

5.1.3.4 Geschlechts- und Altersunterschiede

Ein Vergleich der T-Werte von Jungen und Mädchen macht deutlich, dass sich die am Modellversuch teilnehmenden Mädchen als belasteter und verhaltensauffälliger beschreiben als die Jungen. Dies zeigt sich vor allem auf den übergeordneten Gesamtskalen Internalisierende Störungen, Externalisierende Störungen und Gesamtproblemverhalten (Abbildung „Geschlechtsunterschiede im YSR“). Ein Vergleich auf kategorialer Ebene zeigt, dass auch mehr Mädchen den Grenzwert zur klinischen Auffälligkeit überschreiten als Jungen, und zwar auf den Skalen *Aufmerksamkeitsprobleme*, *Dissoziales Verhalten* und *Internalisierende Störungen*. Ebenso wie bei der Fremdbeurteilung kann einer der Gründe hierfür darin liegen, dass der Anteil der Mädchen mit psychischer Symptomatik in den Beobachtungsheimen vergleichsweise hoch ist. Bei einer Prüfung der Geschlechtsunterschiede getrennt für die drei Sprachregionen wird deutlich, dass sich die in der Gesamtgruppe gefundenen Unterschiede vor allem auf Geschlechtsunterschiede in der Deutschschweiz zurückführen lassen, da diese den grössten Anteil in der Gesamtgruppe bilden. Aber auch in der Romandie schätzen sich die Mädchen auf den Skalen *Sozialer Rückzug* und *Ängstlich-depressiv* im Vergleich zu den Jungen als belasteter ein. Im Tessin können dagegen keine Geschlechtsunterschiede festgestellt werden.

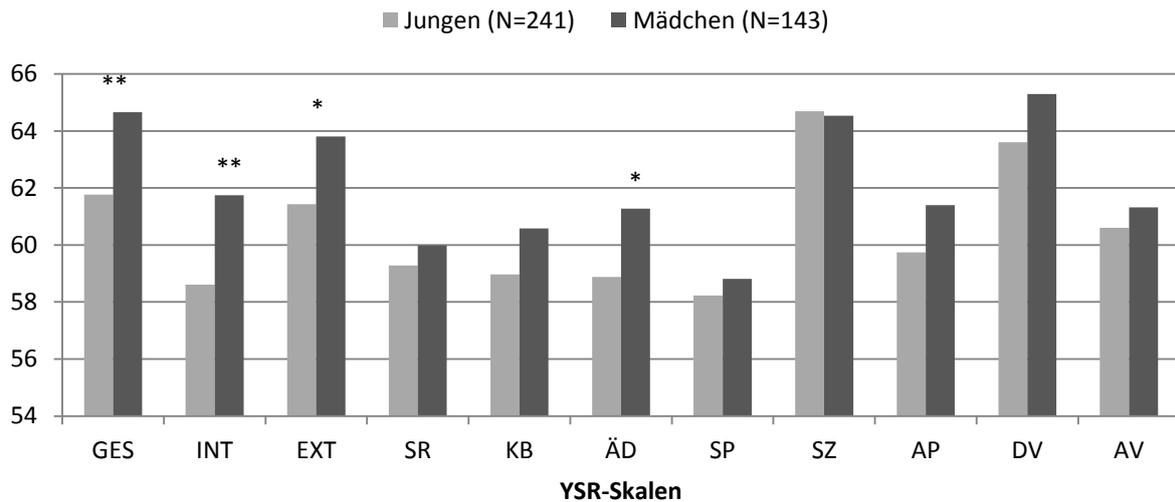


Abbildung: Geschlechtsunterschiede im YSR (t-Tests für unabhängige Stichproben, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$)

Auch beim YSR wurde eine Aufteilung der Stichprobe in die zwei Altersgruppen 6-13-Jährige und 14-18-Jährige vorgenommen. Es zeigt sich, dass das *Gesamtproblemverhalten*, die *Externalisierenden Störungen* und hier insbesondere das *Dissoziale Verhalten* in der Adoleszenz von den Betreuern als grösser eingeschätzt werden als im Kindesalter (Abbildung „*Altersabhängige Unterschiede im YSR*“). In den anderen Problembereichen sind keine altersabhängigen Unterschiede zu beobachten.

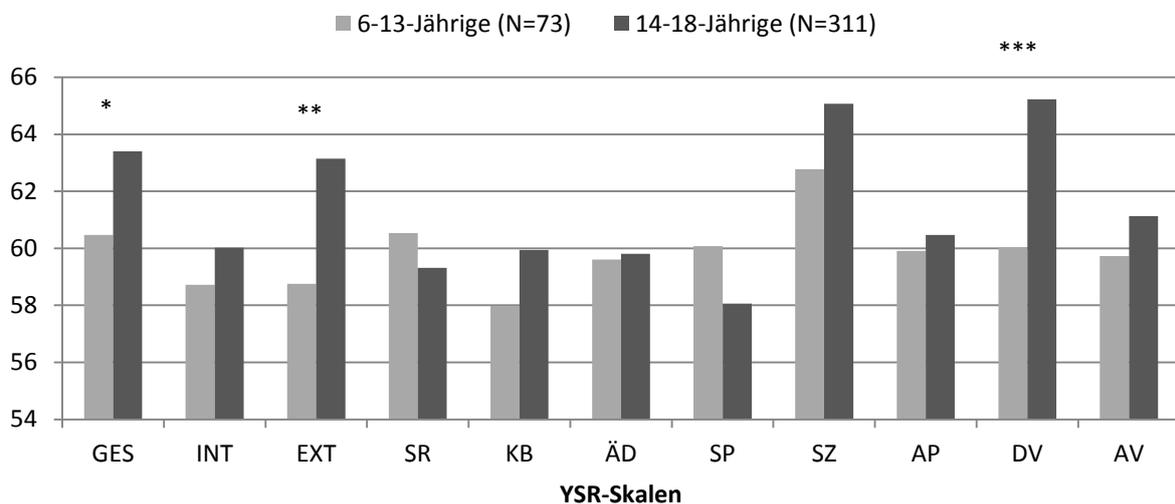


Abbildung: Altersabhängige Unterschiede im YSR (t-Tests für unabhängige Stichproben, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$)

Wie bereits beim Fremdurteil kann auch für das Selbsturteil überprüft werden, ob Alter und Geschlecht unter Berücksichtigung des jeweils anderen Faktors einen Einfluss auf die T-Wert-Höhe haben, beziehungsweise ob eine Wechselwirkung zwischen diesen beiden Faktoren besteht. Beim *Gesamtproblemverhalten* zeigt sich hier, dass nur das Alter einen Effekt auf die T-Werte hat: Unabhän-

gig vom Geschlecht schätzen sich die 14-18-jährigen Jugendlichen als auffälliger ein als die 11-13-jährigen Kinder. In der Tendenz ist jedoch auch eine Wechselwirkung zwischen Alter und Geschlecht zu beobachten: Vor allem bei den Mädchen scheint das Alter eine Rolle zu spielen, denn ältere Mädchen beschreiben sich im Vergleich zu den jüngeren Mädchen als belasteter. Dasselbe gilt für die *Externalisierenden Störungen*. Auch hier schätzen sich die älteren Teilnehmer (tendenziell vor allem die Mädchen) im Vergleich zu den jüngeren Teilnehmern als auffälliger ein. Im Unterschied zu diesen Ergebnissen gibt es bei den *Internalisierenden Störungen* eine Wechselwirkung zwischen Alter und Geschlecht: Die älteren Mädchen schätzen sich im Vergleich zu den jüngeren Mädchen als deutlich belasteter ein, zwischen den älteren und jüngeren Jungen gibt es dagegen nur einen marginalen Unterschied (Abbildung „Wechselwirkung von Geschlecht und Alter im YSR“).

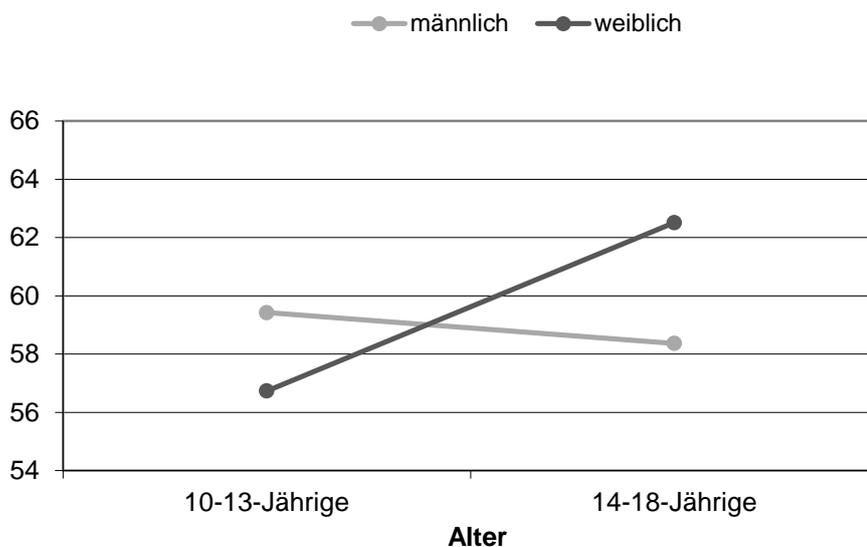


Abbildung: Wechselwirkung von Geschlecht und Alter im YSR-Gesamtwert (2-faktorielle Varianzanalyse, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$)

5.1.4 Selbsturteil im YASR

Psychopathologie der jungen Erwachsenen

Die jungen Erwachsenen erreichen auf den acht Syndromskalen des YASR mittlere T-Werte von 54,8 bei *Ängstlich-depressiv* bis 59,7 bei *Bizarrem Verhalten* (Tabelle „Mittlere T-Werte und Standardabweichungen auf den Gesamt- und Syndromskalen des YASR“). Die T-Werte liegen somit im Mittel noch im unauffälligen Bereich. Die Mittelwerte der Gesamtskalen liegen bei T-Werten von 52,0 bis 57,3 und damit ebenfalls im unauffälligen Bereich. Im Vergleich zu den T-Werten der Kinder und Jugendlichen im YSR sind die T-Werte der jungen Erwachsenen im YASR meist um mehrere T-Wert-Punkte kleiner. Auch der Anteil an jungen Erwachsenen mit T-Werten im auffälligen Bereich ist bei allen Skalen kleiner als der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit T-Werten im auffälligen Bereich. Dies kann auf eine geringere Belastung der älteren Teilnehmer des Modellversuchs schließen lassen, jedoch ist auch bei diesem Vergleich auf die Unterschiedlichkeit der Instrumente hinzuweisen.

Tabelle: Mittlere T-Werte und Standardabweichungen auf den Gesamt- und Syndromskalen des YASR

YASR (N=133)	M	SD
Gesamtproblemverhalten	55,77	8,67
Internalisierende Störungen	52,02	10,17
Externalisierende Störungen	57,32	8,88
Ängstlich-depressiv	54,80	6,77
Sozialer Rückzug	55,98	7,75
Körperliche Beschwerden	55,46	6,85
Bizarres Verhalten	59,68	9,19
Aufmerksamkeitsprobleme	56,86	6,62
Aufmerksamkeitssuchend	55,14	5,90
Aggressives Verhalten	57,46	7,35
Dissoziales Verhalten	59,38	7,16

Im Gegensatz zu den Unterschieden zwischen den minderjährigen Jungen und Mädchen können bei den jungen Erwachsenen keine Geschlechtsunterschiede festgestellt werden (Abbildung „Geschlechtsunterschiede im YASR“), was vermutlich auf den Selektionseffekt und die kleine Stichprobe der jungen Frauen zurückzuführen ist.

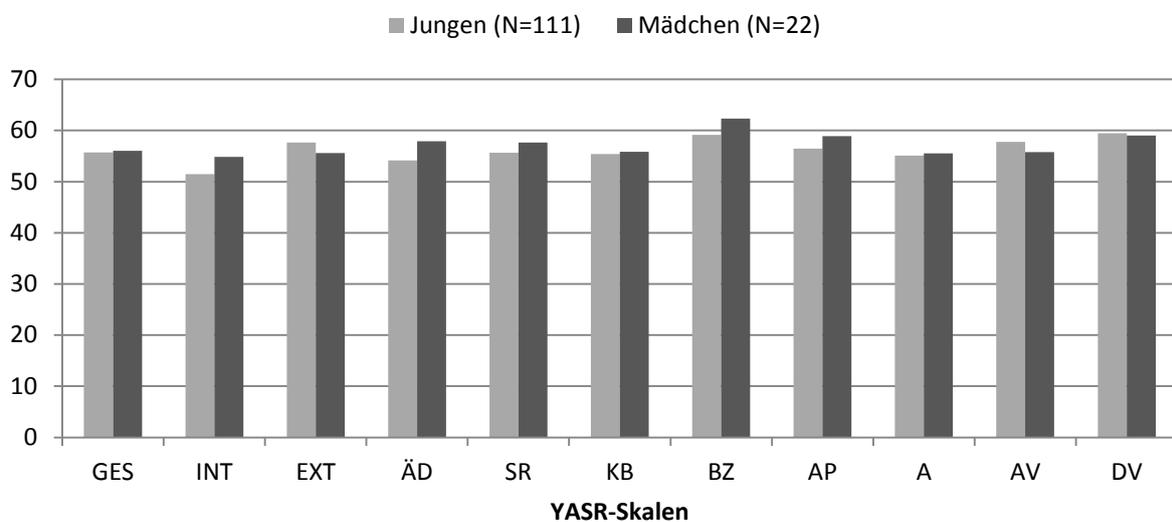


Abbildung: Geschlechtsunterschiede im YASR (t-Tests für unabhängige Stichproben, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$). Angaben in T-Wertpunkten.

5.1.5 Fremdbericht versus Selbstbericht

Von 374 Kindern und Jugendlichen liegen sowohl die eigenen Einschätzungen der psychischen Belastung im YSR als auch die Beurteilungen der Betreuer in der CBCL vor, so dass für diese 374 Teilnehmer ein direkter Vergleich der beiden Einschätzungen vorgenommen werden kann. Bei den jungen Erwachsenen gibt es in 127 Fällen Selbsteinschätzungen aus dem YASR und Fremdeinschätzungen aus der YABCL. Die Arbeit in Institutionen erfordert von den Betreuern die Erarbeitung eines pädagogischen Konzepts. Dies kann aber nur dann greifen, wenn es auf die bei den Heranwachsenden vorhandene psychische Belastung richtig zugeschnitten ist. Somit ist es für den Verlauf der Massnahme immens wichtig, dass die Betreuer psychische Probleme der Heranwachsenden möglichst gut einschätzen. In diesem Abschnitt wird überprüft, wie gut selbstberichtete Auffälligkeiten mit fremdberechtigten übereinstimmen.

5.1.5.1 Vergleich zwischen Fremdbericht und Selbstbericht der Kinder und Jugendlichen

Die Kinder und Jugendlichen werden von ihren sozialpädagogischen Bezugspersonen auf den drei Gesamtskalen *Internalisierende Störungen*, *Externalisierende Störungen* und *Gesamtproblemverhalten* sowie auf den Syndromskalen *Sozialer Rückzug*, *Ängstlich-depressiv*, *Soziale Probleme*, *Aufmerksamkeitsprobleme* und *Aggressives Verhalten* als belasteter, beziehungsweise auffälliger, eingeschätzt als sie dies selbst tun (Abbildung „Vergleich von Fremd- und Selbstbericht in der CBCL und im YSR“). Lediglich bei den *Körperlichen Beschwerden* ist die Belastung nach Angaben der Kinder und Jugendlichen höher als nach Angaben der sozialpädagogischen Bezugspersonen. In der Romandie kommen die Betreuer und die Kinder und Jugendlichen dagegen meist zu übereinstimmenden durchschnittlichen Einschätzungen. Lediglich auf der Skala *Sozialer Rückzug* wird in der Selbstbeurteilung ein höherer mittlerer T-Wert erreicht als in der Fremdeinschätzung. Diese Unterschiede zwischen Fremd- und Selbsturteil zeigen sich auch in zahlreichen anderen Studien und sind umso extremer, je belasteter die untersuchte Stichprobe ist (z. B. Achenbach, McConaughy u. Howell, 1987; Handwerk, Larzelere, Soper u. Friman, 1999; van der Ende u. Verhulst, 2005).

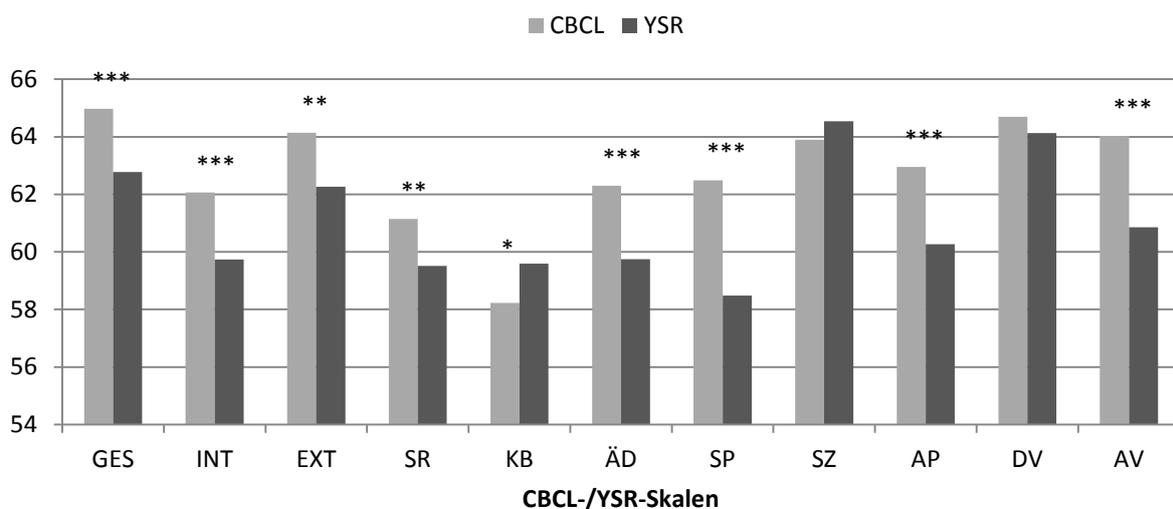


Abbildung: Vergleich von Fremd- und Selbstbericht in der CBCL und im YSR (t-Tests für abhängige Stichproben, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$). Angaben in T-Wertpunkten.

Mittelwertvergleiche ermöglichen es, eine Aussage darüber zu treffen, ob die psychische Belastung von den Kindern und Jugendlichen selbst oder von ihren Betreuern im Mittel höher eingeschätzt wird. Dabei werden jedoch keine direkten Vergleiche zwischen gepaarten Einschätzungen (also zwischen spezifischen Selbst- und den jeweils korrespondierenden Fremdeinschätzungen) vorgenommen. Dies wird erst durch die Berechnung von Korrelationen ermöglicht, die für eine Gruppe von Personen darüber Auskunft gibt, ob die Höhe der Selbsteinschätzungswerte mit der Höhe der Fremdeinschätzungswerte korrespondiert. Aus Tabelle „Korrelationen zwischen Fremd- und Selbstbericht in der CBCL und im YSR“ geht hervor, dass die Übereinstimmung im externalisierenden Bereich mit Korrelationen zwischen .406 und .485 am höchsten ist. Im internalisierenden Bereich stimmen die Einschätzungen der Kinder und Jugendlichen weniger mit jenen ihrer Betreuer überein. Da externalisierende Auffälligkeiten im pädagogischen Prozess besser zu beobachten sind als internalisierende Störungen, ist dies ein erwartungsgemässes Ergebnis.

Tabelle: Korrelationen zwischen Fremd- und Selbstbericht in der CBCL und im YSR (* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$)

	Korrelationen (N = 374)	
	r	p
Gesamtproblemverhalten	.245***	<.001
Internalisierende St.	.182***	<.001
Externalisierende St.	.407***	<.001
Sozialer Rückzug	.248***	<.001
Körperliche Beschwerden	.185***	<.001
Ängstlich-depressiv	.223***	<.001
Soziale Probleme	.343***	<.001
Schizoid-zwanghaft	.229***	<.001
Aufmerksamkeitsprobleme	.311***	<.001
Dissoziales Verhalten	.485***	<.001
Aggressives Verhalten	.406***	<.001

Die Tabelle „Vergleich von Fremd- und Selbstbericht in der CBCL und im YSR“ zeigt, inwieweit die Einschätzungen in der CBCL und im YSR nach der Zuordnung zu den drei Bereichen *unauffällig*, *Grenzbereich* und *klinisch auffällig* miteinander übereinstimmen. Beim *Gesamtproblemverhalten* sind die Betreuer und die Kinder und Jugendlichen selbst in 41,5% (11,0% + 18,7% + 11,8%) der Fälle zur gleichen Einschätzung gekommen. In 58,5% der Fälle unterscheiden sich die Einschätzungen dagegen. In 9,9% der Fälle (6,7% + 3,2%) ist der Unterschied sogar so gross, dass die Zuordnung in den unauffälligen Bereich einer Zuordnung in den klinisch auffälligen Bereich gegenübersteht. Dies bedeutet, dass in jedem zehnten Fall entweder die Betreuer Kinder und Jugendliche mit selbstberichteten schwerwiegenden Auffälligkeiten als unauffällig einschätzen, oder aber Kinder und Jugendliche, die sich selbst als unauffällig beschreiben, von ihren Betreuern als sehr auffällig beurteilt werden. Lediglich bei insgesamt 12% (8,8% + 3,2%) beim Gesamtproblemverhalten, 16,1% (12,6% + 3,5%) bei den Internalisierenden Störungen und 10,9% (8,0% + 2,9%) bei den Externalisierenden Störungen erkennen die Betreuer eine von den Kindern und Jugendlichen angegebene Belastung nicht. Andersherum be-

schreiben sich die Jugendlichen in 24,3% der Fälle in der Gesamtskala des YSR als deutlich unauffälliger als dies ihre pädagogische Bezugspersonen tun, was ein Hinweis darauf sein kann, dass die Jugendliche ihre Symptome bagatellisieren oder ihre Selbstwahrnehmung derart beeinträchtigt sind, dass sie diese nicht wahrnehmen. Eventuell fehlen ihnen auch Anhaltspunkte für ein normales Verhalten, da sie sich in Gruppen von Gleichaltrigen bewegen, in denen ihr Verhalten und ihre Symptomatik gar nicht besonders auffallen.

Auf der Skala *Internalisierende Störungen* liegt der Anteil der Übereinstimmungen bei 40,6% und auf der Skala *Externalisierende Störungen* bei 46,0%. Dementsprechend ist auch das Übereinstimmungsmass Kappa (κ) bei den Skalen für *Gesamtproblemverhalten* und *Externalisierende Störungen* höher als bei der Skala für *Internalisierende Störungen*. Die höhere Übereinstimmung im externalisierenden Bereich war zu erwarten, da es sich bei der externalisierenden Skala um zu beobachtendes Verhalten handelt, wohingegen in die Skala internalisierender Symptome oft auch innere Empfindungen eingehen, die man nur im Rahmen von sehr offenen Gesprächen mit den Jugendlichen in Erfahrung bringen kann. Mit Werten von $\kappa < .20$ ist jedoch auch bei externalisierenden Störungen von einer schwachen Übereinstimmung auszugehen. Dies gilt auch für die meisten Syndromskalen. Lediglich bei den *Sozialen Problemen* und dem *Dissozialen Verhalten* werden leichte Übereinstimmungen ($\kappa = 0.21-0.40$) erzielt. Die Übereinstimmung zwischen den Einschätzungen der Kinder und Jugendlichen einerseits und ihrer Betreuer andererseits ist also in nur geringem Masse gegeben. Diese Differenz zwischen Fremd- und Selbsturteil kann einerseits dazu führen, dass die psychische Belastung der Kinder und Jugendlichen bei der Ausgestaltung des pädagogischen Konzepts nicht ausreichend berücksichtigt wird.

Andererseits wäre es möglich, dass die Kinder und Jugendlichen therapeutische Angebote und Gespräche der Therapeuten nicht annehmen, weil sie entweder ihre eigene psychische Belastung gar nicht wahrnehmen und/oder ihren Selbstwert noch schützen müssen, indem sie diese Symptome herunterspielen oder verleugnen. In Anbetracht der immensen psychischen Belastung der Jugendlichen ist davon auszugehen, dass viele Jugendliche erhebliche Defizite in der Selbstwahrnehmung haben, nicht selten lange Zeit ohne fundierte Rückmeldung über ihr Verhalten und Modelle für ein adäquates und erwünschtes Sozialverhalten gelebt haben und oft keine klare Vorstellung von „normalem“ Verhalten haben.

Deshalb kann es eine lohnenswerte pädagogische Intervention sein, die unterschiedliche Wahrnehmungen anhand der Ergebnisse bei solchen Testverfahren einander gegenüberzustellen und gemeinsam zu reflektieren, worauf die Unterschiede zurückzuführen sind, bzw. sein könnten. Es kann ein wichtiges pädagogisches und therapeutisches Ziel sein, die Selbstwahrnehmung des Jugendlichen zu fördern und ihn für eigene Emotionen, Regungen und Motive zu sensibilisieren. Eine verbesserte Selbstwahrnehmung ist der erste Schritt zur besseren Selbststeuerung und Verhaltenskontrolle. Diese kann ausgesprochen von einem kontinuierlichen Austausch zwischen pädagogischen Fachkräften und Jugendlichen profitieren.

Tabelle: Vergleich von Fremd- und Selbstbericht in der CBCL und im YSR (Kappa-Mass, * p<.05, ** p<.01, *** p<.001)

(N=374)	Fremdurteil (CBCL)		Selbsturteil (YSR)				K	p
	unauffällig	Grenzbereich	auffällig	unauffällig	Grenzbereich	auffällig		
Gesamtproblemverhalten								
	unauffällig	41 11,0%	33 8,8%	12 3,2%			.110**	.002
	Grenzbereich	66 17,6%	70 18,7%	34 9,1%				
	klinisch auffällig	25 6,7%	49 13,1%	44 11,8%				
Internalisierende Störung								
	unauffällig	71 19,0%	47 12,6%	13 3,5%			.073*	.049
	Grenzbereich	85 22,7%	58 15,5%	19 5,1%				
	klinisch auffällig	31 8,3%	27 7,2%	23 6,1%				
Externalisierende Störung								
	unauffällig	74 19,8%	30 8,0%	11 2,9%			.190***	<.001
	Grenzbereich	57 15,2%	53 14,2%	28 7,5%				
	klinisch auffällig	24 6,4%	52 13,9%	45 12,0%				

5.1.5.2 Vergleich zwischen Fremdbericht und Selbstbericht der jungen Erwachsenen

Auch die jungen Erwachsenen werden von ihren Betreuern auf den drei Gesamtskalen sowie auf allen Syndromskalen mit Ausnahme der Skala *Körperliche Beschwerden* als belasteter, beziehungsweise auffälliger, eingeschätzt als sie dies selbst tun (Abbildung „Vergleich von Fremd- und Selbstbericht in der YABCL und im YASR“). Die Effektstärken erreichen auf den Skalen *Ängstlich-depressiv*, *Aufmerksamkeitsprobleme*, *Aufmerksamkeitssuchend*, *Aggressives Verhalten*, *Dissoziales Verhalten*, *Internalisierende Störungen* und *Externalisierende Störungen* zumindest mittelmässige, auf der Skala *Gesamtproblemverhalten* sogar hohe Werte, so dass hier von einem deutlich substantielleren Unterschied als bei den Kindern und Jugendlichen ausgegangen werden kann. Wegen der sehr kleinen Stichprobe können für das Tessin keine Mittelwertunterschiede berechnet werden. Dennoch lässt sich aus den Mittelwerten ablesen, dass die Betreuer auf den Skalen *Ängstlich-depressiv*, *Aufmerksamkeitsprobleme* und *Internalisierende Störungen* eine höhere Belastung angeben als die jungen Erwachsenen selbst. In der Romandie ist die Tendenz dagegen umgekehrt, das heisst die jungen Erwachsenen schätzen sich selbst als belasteter und auffälliger ein als ihre Betreuer. Auch wenn die Unterschiede wegen der sehr kleinen Stichprobe nur selten signifikant werden, sind sie auf den Skalen *Sozialer Rückzug*, *Körperliche Beschwerden*, *Aggressives Verhalten* und *Externalisierende Störungen* doch beträchtlich, was auch die Effektstärken belegen. Dass die Unterschiede zwischen Fremd- und Selbsturteil mit zunehmendem Alter grösser werden, zeigt sich auch in zahlreichen anderen Studien (z. B. Verhulst u. van der Ende, 1992; van der Ende u. Verhulst, 2005).

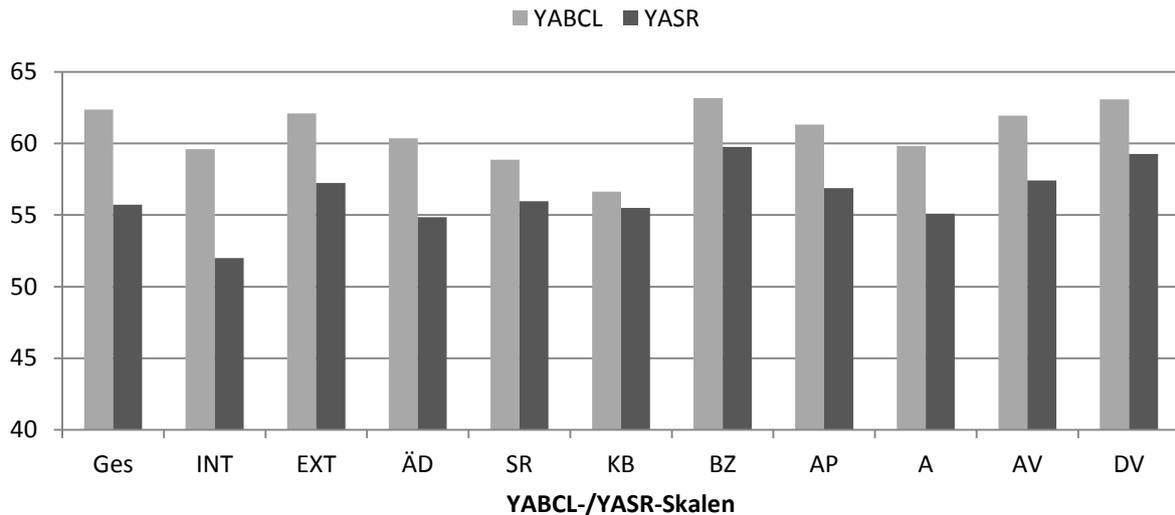


Abbildung: Vergleich von Fremd- und Selbstbericht in der YABCL und im YASR (t-Tests für abhängige Stichproben, alle Mittelwertunterschiede auf den Gesamt- und den Syndromskalen bis auf körperliche Beschwerden (KB) sind auf dem $p < .01$ -Niveau hoch signifikant)

Auch die Einschätzungen der jungen Erwachsenen und ihrer Betreuer werden mittels Korrelationen miteinander verglichen. Insgesamt sind die Übereinstimmungen hier geringer als bei den Kindern und Jugendlichen (Tabelle „Korrelationen zwischen Fremd- und Selbstbericht in der YABCL und im YASR“). Zudem zeigt sich kein nach Problembereichen differenzierbares Bild. Vielmehr gibt es im externalisierenden und internalisierenden Bereich sowohl höhere (Ängstlich-depressiv, Aufmerksamkeitssuchend) als auch niedrigere Zusammenhänge (Körperliche Beschwerden, Aggressives Verhalten).

Tabelle: Korrelationen zwischen Fremd- und Selbstbericht in der YABCL und im YASR (* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$)

Korrelationen (N = 374)		
	r	p
Gesamtproblemverhalten	.167	.061
Internalisierende St.	.266**	.003
Externalisierende St.	.244**	.006
Ängstlich-depressiv	.302***	<.001
Sozialer Rückzug	.208*	.019
Körperliche Beschwerden	.128	.150
Bizarres Verhalten	.186*	.037
Aufmerksamkeitsprobleme	.362***	<.001
Aufmerksamkeitssuchend	.407***	<.001
Aggressives Verhalten	.198*	.025
Dissoziales Verhalten	.236**	.007

Die Tabelle „Vergleich von Fremd- und Selbstbericht im YASR und in der YABCL“ zeigt, inwieweit die Einschätzungen in der YABCL und im YASR nach der Zuordnung zu den drei Bereichen *unauffällig*,

Grenzbereich und klinisch auffällig miteinander übereinstimmen. Beim *Gesamtproblemverhalten* sind die Betreuer und die jungen Erwachsenen selbst in 43,3% der Fälle zur gleichen Einschätzung gekommen. In 56,7% der Fälle unterscheiden sich die Einschätzungen dagegen. In 7,9% der Fälle ist der Unterschied sogar so gross, dass die Zuordnung in den unauffälligen Bereich einer Zuordnung in den klinisch auffälligen Bereich gegenübersteht. Dies bedeutet einerseits, dass Betreuer junge Erwachsene mit selbstberichteten schwerwiegenden Auffälligkeiten als unauffällig einschätzen, und andererseits, dass junge Erwachsene, die sich selbst als unauffällig beurteilen, von ihren Betreuern als sehr auffällig beurteilt werden. Bei insgesamt 7,1% (6,3% + 0,8%) beim Gesamtproblemverhalten, 7,1% (6,3% + 0,8%) bei den Internalisierenden Störungen und 8,7% (7,1% + 1,6%) bei den Externalisierenden Störungen erkennen die sozialpädagogischen Betreuer eine von den jungen Erwachsenen angegebene Belastung nicht.

Auf der Skala *Internalisierende Störungen* liegt der Anteil der Übereinstimmungen bei 49,6%, auf der Skala *Externalisierende Störungen* bei 52,0%. Aufgrund der kleinen Zellenbesetzungen kann für die Einschätzungen der jungen Erwachsenen und ihrer Betreuer das Übereinstimmungsmass κ nicht berechnet werden.

Tabelle: Vergleich von Fremd- und Selbstbericht im YASR und in der YABCL

(N=127)	Fremdurteil (YABCL)	Selbsturteil (YASR)					
		unauffällig		Grenzbereich		auffällig	
Gesamtproblemverhalten							
	unauffällig	27	21,3%	8	6,3%	1	0,8%
	Grenzbereich	47	37,0%	24	18,9%	4	3,1%
	klinisch auffällig	9	7,1%	3	2,4%	4	3,1%
Internalisierende Störung							
	unauffällig	46	36,2%	8	6,3%	1	0,8%
	Grenzbereich	45	35,4%	14	11,0%	1	0,8%
	klinisch auffällig	7	5,5%	2	1,6%	3	2,4%
Externalisierende Störung							
	unauffällig	37	29,1%	9	7,1%	2	1,6%
	Grenzbereich	31	24,4%	27	21,3%	6	4,7%
	klinisch auffällig	7	5,5%	6	4,7%	2	1,6%

5.1.6 Zusammenfassung der Ergebnisse zur dimensionalen Ausprägung von psychopathologischen Auffälligkeiten

Die Heranwachsenden in der Heimerziehung und in stationären Massnahmen sind psychisch sehr belastet: Im Vergleich zur Normpopulation ist die Belastung deutlich erhöht.

Bei der psychometrischen Einschätzung der Betreuer im Fremdurteil liegen die mittleren T-Werte auf den drei Breitband- und den acht Syndromskalen um acht bis 15 T-Wert-Punkte über dem Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung. Externalisierende Probleme treten etwas stärker zu Tage als internalisierende Probleme. So werden 64% der Kinder und Jugendlichen als internalisierend belastet und je 68% als externalisierend auffällig beschrieben. Insgesamt werden 76% der Kinder und Jugendlichen als psychisch belastet eingeschätzt.

Die Belastung ist im Tessin in einigen Bereichen weniger stark ausgeprägt, was sowohl auf Unterschiede in der Platzierungspraxis zwischen den Sprachregionen als auch auf die Verwendung unterschiedlicher Testversionen und Auswertungsnormen zurückgeführt werden kann. Die Mädchen werden im Durchschnitt als belasteter eingeschätzt als die Jungen. In den externalisierenden Bereichen wird die Belastung in der Adoleszenz als höher eingeschätzt als im Kindesalter. Dies ist darauf zurückzuführen, dass vor allem die älteren Mädchen als belasteter gelten als die jüngeren Mädchen, während bei den Jungen keine altersabhängigen Unterschiede festzustellen sind. Die jungen Erwachsenen werden als insgesamt etwas weniger auffällig als die Minderjährigen beschrieben. Auch hier kann eine geringere Belastung der Tessiner sowie der jungen Männer festgestellt werden.

Die Kinder und Jugendlichen beschreiben sich selbst ebenfalls als sehr belastet, wobei die Belastung im externalisierenden Bereich ebenfalls grösser ist als im internalisierenden Bereich. Die jungen Erwachsenen schätzen sich im Vergleich zu den minderjährigen Teilnehmern des Modellversuchs als deutlich weniger belastet ein. Regionale Unterschiede treten in beiden Altersgruppen im Selbstbericht etwas deutlicher hervor als im Fremdbereich, bei Geschlechtsunterschieden ist der gegenteilige Effekt zu beobachten. Auch im Selbsturteil ist die externalisierende Auffälligkeit bei den Jugendlichen höher als bei den Kindern (unabhängig vom Geschlecht). Im internalisierenden Bereich schätzen sich die älteren Mädchen im Vergleich zu den jüngeren Mädchen als deutlich belasteter ein, während es zwischen den älteren und jüngeren Jungen nur einen marginalen Unterschied gibt.

Beim Vergleich von Selbst- und Fremdeinschätzung zeigt sich, dass es deutliche Unterschiede zwischen den Einschätzungen der Kinder und Jugendlichen einerseits und den Einschätzungen ihrer Betreuer andererseits gibt. Die Betreuer schätzen die psychische Belastung der Heranwachsenden im Mittel als höher ein als die Betroffenen selbst. Diese Diskrepanz ist bei den jungen Erwachsenen deutlich grösser als bei den Kindern und Jugendlichen. Dementsprechend sind auch die Korrelationen als Mass für die Übereinstimmung korrespondierender Selbst- und Fremdeinschätzungen bei den jungen Erwachsenen insgesamt geringer als bei den Kindern und Jugendlichen. Bei 12% der Kinder und Jugendlichen, beziehungsweise 7% der jungen Erwachsenen, erkennen die Betreuer ein auffälliges Gesamtproblemverhalten nicht. Im Umkehrschluss bedeutet dies aber auch, dass die Betreuer bei 88% der Kinder und Jugendlichen und bei 93% der jungen Erwachsenen die im Selbsturteil beschriebene psychische Belastung ebenfalls erkennen.

5.2 Häufigkeit psychischer Erkrankungen

Nachdem in den vorhergehenden Kapiteln bereits die hohe psychische Belastung der Stichprobe mit standardisierten klinischen Fragebögen eindrücklich aufgezeigt wurde, stellt sich nun die Frage, wie viele Heranwachsende unter einer psychischen Erkrankung leiden, das heisst die Diagnosekriterien für eine oder mehrere psychische Störungen erfüllen.

Zur standardisierten Diagnostik von psychischen Erkrankungen wurde das Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS, erweitert um ICD-10-Diagnostik) durchgeführt. Persönlichkeitsstörungen wurden mit dem strukturierten klinischen Interview für DSM-IV (SKID-II) erfasst. Die Diagnosen wurden nach ICD-10 verschlüsselt.

Es liegen Daten von 480 K-SADS-Interviews und 439 SKID-II-Interviews vor. Mit insgesamt 483 Heranwachsenden wurde mindestens eines der beiden Interviews durchgeführt. Bei 359 (74,3%) dieser 483 Teilnehmer wurde mindestens eine psychische Störung diagnostiziert. Bei 124 (25,7%) Heranwachsenden gab es in den Interviews entweder keinen Hinweis auf eine psychische Erkrankung oder die psychische Auffälligkeit war nicht stark genug ausgeprägt, um eine Diagnosestellung zu rechtfertigen.

In der ICD-10 sind alle mit dem K-SADS und dem SKID-II erhobenen Störungsbilder im Kapitel *F Psychische und Verhaltensstörungen* aufgeführt. Innerhalb dieses Kapitels werden Erkrankungen mit vergleichbarer Ätiologie und Symptomatik in (Unter-)Kapiteln zusammengefasst. Für die Auswertung der K-SADS- und SKID-II-Diagnosen wurden diese nach den F-Kapiteln gruppiert. In Tabelle „Aktuelle Diagnosen nach ICD-10“ ist die Prävalenz aktueller Diagnosen der Teilnehmer des Modellversuchs dargestellt.

Tabelle: Aktuelle Diagnosen nach ICD-10 (N=480, bei F6 N=439)

F-Kategorien der ICD-10	N (%)	Inhaltliche Gruppierung	N (%)
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	71 (14,8%)	Alkohol	17 (3,5%)
		Opioide	1 (0,2%)
		Cannabinoide	53 (11,0%)
		Kokain	4 (0,8%)
		Stimulanzien	1 (0,2%)
		andere/multiple Substanzen	5 (1,0%)
		Abhängigkeit von mindestens einer Substanz	18 (3,8%)
		Missbrauch oder sonstiger Konsum mindestens einer Substanz	53 (11,0%)
F2 Schizophrene und andere wahnhafte Störungen	5 (1,0%)	Schizophrene, schizoaffektive und andere wahnhafte Störungen	5 (1,0%)
F3 Affektive Störungen	43 (9,0%)	Manische/bipolare affektive Störungen	9 (1,9%)
		Einzelne depressive Episode	24 (5,0%)
		Rezidivierende/anhaltende depressive Störung	10 (2,1%)

F-Kategorien der ICD-10	N (%)	Inhaltliche Gruppierung	N (%)
F4/F93 Angst- und Belastungsstörungen	70 (14,6%)	Angststörungen (inkl. gemischten Angstst.)	37 (7,7%)
		Zwangsstörungen	4 (0,8%)
		Akute Belastungsreaktion und Posttraumatische Belastungsstörung	19 (4,0%)
		Anpassungsstörungen (und sonstige Reaktionen auf schwere Belastung)	20 (4,2%)
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	3 (0,6%)	Essstörungen	3 (0,6%)
F6 Persönlichkeitsstörungen	106 (24,1%)	Paranoide PS	4 (0,9%)
		Schizoide PS	2 (0,5%)
		Dissoziale PS	7 (1,6%)
		Emotional instabile PS, Borderline Typus	19 (4,3%)
		Anankastische PS	4 (0,9%)
		Ängstlich-vermeidende PS	6 (1,4%)
		Abhängige PS	2 (0,5%)
		Sonstige spezifische PS (Negativistische, Depressive, Narzisstische)	8 (1,8%)
		Nicht näher bezeichnete PS (kein Cutoff erfüllt: beruht auf klinischer Einschätzung)	12 (2,7%)
		Kombinierte PS (mehrere Cutoffs erfüllt)	42 (9,6%)
		F9 Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	237 (49,4%)
Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	64 (13,3%)		
Störungen des Sozialverhaltens	81 (16,9%)		
Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen	63 (13,1%)		
F92.0 bzw. Kombination mit F3	28		
F92.8 bzw. Kombination mit F4/F93	(5,8%)		
F92.9 bzw. Kombination mit F3- und F4/F93	30 (6,3%)		
	5 (1,0%)		
Ticstörungen	7 (1,5%)		
Ausscheidungsstörungen	9 (1,9%)		
andere, nicht mit K-SADS erfasste Diagnosen	13 (2,7%)	Dissoziative und somatoforme Störungen	3 (0,6%)
		Schlafstörungen	2 (0,4%)
		Störungen der Impulskontrolle, der Geschlechtsidentität und Paraphilien	3 (0,6%)
		andere Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	5 (1,0%)

Es ist zu beachten, dass Personen mit mehreren Störungen in dieser Übersicht mehrfach genannt werden. Mit einer Prävalenz von 49,4% sind Störungen aus dem ICD-10-Kapitel *F9 Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* (ausser F93, siehe unten) die am häufigsten vergebenen

Diagnosen. Differenziert nach den einzelnen Störungsgruppen dieses Kapitels zeigt sich, dass Störungen des Sozialverhaltens häufig in isolierter Form (16,9%), aber auch in Kombination mit Emotionalen Störungen (13,1%) oder einer Hyperkinetischen Störung (13,3%) auftreten. Isolierte Hyperkinetische Störungen wurden bei 5,8% der Heranwachsenden diagnostiziert. Mit einer Prävalenz von 24,1% sind *Persönlichkeitsstörungen (F6)* weitere häufig gestellte Diagnosen, wobei die Kombinierte Persönlichkeitsstörung (9,6%) die häufigste Erscheinungsform ist. Bei 14,8% der Teilnehmer liegt ein schädlicher Gebrauch (11,0%) oder sogar eine Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (3,8%; *F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*) vor. Die am häufigsten konsumierten Substanzen sind Cannabis (11,0%) und Alkohol (3,5%). Ebenso häufig wie unter Substanzkonsum leiden die Heranwachsenden unter Angst-, Zwangs-, Belastungs- und Anpassungsstörungen (14,6%) aus dem Kapitel *F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen* sowie dem Kapitel *F93 Emotionale Störungen des Kindesalters*. In diesem Bereich sind vor allem Angststörungen (7,7%) und Anpassungsstörungen (4,2%) zu beobachten. Bei weiteren 6,3% der Teilnehmer des Modellversuchs wurde eine Angst- oder Belastungsstörung in Kombination mit einer Störung des Sozialverhaltens diagnostiziert (F92.8). Von *Affektiven Störungen* (Kapitel F3) sind 9,0% der Teilnehmer betroffen. Hinzu kommen weitere 5,8%, die eine Affektive Störung in Kombination mit einer Störung des Sozialverhaltens aufweisen (F92.0). *Schizophrenien und andere wahnhaftige Störungen* (1,0%; Kapitel F2) und *Essstörungen* (0,6%; *F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren*) sind vergleichsweise selten.

Unterschiede in der Prävalenz zwischen weiblichen und männlichen Teilnehmern zeigen sich bei mehreren Störungsgruppen (Tabelle „*Geschlechtsunterschiede bei den aktuellen Diagnosen nach ICD-10*“). Mädchen und jungen Frauen haben häufiger *Affektive Störungen (F3)*, *Angst- und Belastungsstörungen (F4/F93)* sowie *Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)*. Bei Jungen und jungen Männern werden häufiger *Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9)* diagnostiziert.

Tabelle: Geschlechtsunterschiede bei den aktuellen Diagnosen nach ICD-10 (N=480, bei F6 N=439)

F-Kategorien der ICD-10	N (%) männlich	N (%) weiblich	χ^2	df	p
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	52 (16,1%)	19 (12,0%)	1,43	1	.232
F2 Schizophrene und andere wahnhaftige Störungen	5 (1,6%)	0 (0,0%)	2,48	1	.115
F3 Affektive Störungen	22 (6,8%)	21 (13,3%)	5,42*	1	.020
F4/F93 Angst- und Belastungsstörungen	33 (10,2%)	37 (23,4%)	14,76***	1	<.001
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0 (0,0%)	3 (1,9%)	6,15*	1	.013
F6 Persönlichkeitsstörungen	67 (22,8%)	39 (26,9%)	0,89	1	.344
F9 Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	177 (55,0%)	60 (38,0%)	12,25***	1	<.001
andere, nicht mit K-SADS erfasste Diagnosen	9 (2,8%)	4 (2,5%)	0,03	1	.867

Die Tabelle „*Altersunterschiede bei den aktuellen Diagnosen nach ICD-10*“ zeigt die Unterschiede der Prävalenz psychischer Störungen in den drei Altersgruppen der unter 14-Jährigen, der 14- bis 17-

Jährigen und der über 17-Jährigen: Der missbräuchliche Gebrauch von Substanzen tritt fast ausschliesslich bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf. Die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen ist bei den jungen Erwachsenen deutlich höher als bei den Jugendlichen. Angst- und Belastungsstörungen werden dagegen bei den Kindern deutlich häufiger diagnostiziert als bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Der Unterschied bei Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend ist nicht signifikant. Tendenziell sind diese Störungsbilder aber bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen häufiger als bei den Kindern.

Tabelle: Altersunterschiede bei den aktuellen Diagnosen nach ICD-10 (N=480, bei F6 N=439)

F-Kategorien der ICD-10	N (%)	N (%)	N (%)	χ^2	df	p
	6-13 Jahre	14-17 Jahre	18-26 Jahre			
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1 (1,1%)	49 (16,5%)	21 (22,3%)	18,13***	2	<.001
F2 Schizophrene und andere wahnhafte Störungen	0 (0,0%)	3 (1,0%)	2 (2,1%)	2,02	2	.365
F3 Affektive Störungen	12 (13,5%)	25 (8,4%)	6 (6,4%)	3,11	2	.212
F4/F93 Angst- und Belastungsstörungen	21 (23,6%)	38 (12,8%)	11 (11,7%)	7,19*	2	.027
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0 (0,0%)	2 (0,7%)	1 (1,1%)	0,86	2	.650
F6 Persönlichkeitsstörungen	12 (22,6%)	60 (20,5%)	34 (36,2%)	9,55**	2	.008
F9 Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	34 (38,2%)	152 (51,2%)	51 (54,3%)	5,73	2	.057
andere, nicht mit K-SADS erfasste Diagnosen	2 (2,2%)	6 (2,0%)	5 (5,3%)	3,04	2	.219

Auch bei der Auswertung der Diagnosen nach Diagnosegruppen wird deutlich, dass bei Jungen und jungen Männern häufiger *externalisierende Störungen* diagnostiziert werden, während Mädchen und junge Frauen häufiger unter *emotionalen Störungen* leiden (Tabelle „Geschlechtsunterschiede bei den aktuellen Diagnosen nach Diagnosegruppen“). Die gemischte Gruppe *emotionale/externalisierende Störungen* kommt ebenfalls häufiger bei weiblichen Teilnehmern vor.

Tabelle: Geschlechtsunterschiede bei den aktuellen Diagnosen nach Diagnosegruppen

Diagnosegruppen	N (%) männlich	N (%) weiblich	χ^2	df	P
	externalisierend	123 (38,0%)			
emotional/externalisierend	49 (15,1%)	39 (24,5%)	6,33*	1	.012
emotional	33 (10,2%)	32 (20,1%)	9,05**	1	.003

Die Tabelle „Altersunterschiede bei den aktuellen Diagnosen nach Diagnosegruppen“ zeigt die Häufigkeiten der Diagnosegruppen in den drei Altersgruppen der unter 14-Jährigen, der 14- bis 17-Jährigen und der über 17-Jährigen. *Emotionale Störungen* treten bei den Kindern häufiger auf als bei den Jugendlichen. Im Vergleich zu den jungen Erwachsenen werden bei den Kindern deutlich seltener

externalisierende Störungen diagnostiziert. Der Altersunterschied ist bei den gemischten emotionalen und externalisierenden Störungen nicht signifikant. Tendenziell ist die Prävalenz bei den Jugendlichen aber höher als bei den Kindern.

Tabelle: Altersunterschiede bei den aktuellen Diagnosen nach Diagnosegruppen

Diagnosegruppen	N (%)	N (%)	N (%)	χ^2	df	p
	6-13 Jahre	14-17 Jahre	18-26 Jahre			
externalisierend	18 (20,2%)	95 (31,7%)	35 (37,2%)	6,62*	2	.037
emotional/externalisierend	9 (10,1%)	62 (20,7%)	17 (18,1%)	5,13	2	.077
emotional	21 (23,6%)	34 (11,3%)	10 (10,6%)	9,69**	2	.008

5.2.1 Komorbidität psychischer Störungen

Die Komorbidität, also das gemeinsame Vorkommen von mehreren, voneinander abgrenzbaren psychischen oder somatischen Erkrankungen, ist ein weit verbreitetes Phänomen, das in seinen Auswirkungen auf die psychiatrische Forschung und Behandlung von psychischen Erkrankungen oft unterschätzt wird (Bastine, 2012). Insgesamt muss die Unabhängigkeit beim zeitgleichen Vorkommen von mehreren psychischen Erkrankungen schon sehr hinterfragt werden, und es ist notwendig, beim zeitgleichen Vorkommen von mehreren psychischen Störungen einen individuellen Behandlungsplan zu entwickeln, der berücksichtigt, wie die einzelnen Störungsbilder bzw. Symptombereiche im Einzelfall zusammenhängen (Bastine, 2012; Fiedler, 2006, 2012). Leider werden komorbide Störungen in wissenschaftlichen Untersuchungen kaum beachtet, obwohl die Mehrzahl der Patienten in der psychiatrischen Inanspruchnahmepopulation die Diagnosekriterien für mehr als eine psychische Störung erfüllt (Jacobi et al., 2004). Insbesondere affektive Störungen kommen fast immer komorbid mit anderen psychischen Erkrankungen vor, vermutlich auch, weil sich die andere psychische Störung und ihre Teilhabebeeinträchtigung negativ auch auf die Stimmung und Affektivität der Betroffenen auswirken (Merlartin et al., 2002). Schon in epidemiologischen Studien in der Allgemeinbevölkerung leiden von allen Menschen, die eine psychische Erkrankung haben, 40% unter mehr als einer psychischen Störungen (Jacobi et al., 2004; Caspar et al., 2008) Die Grundidee der aktuellen Diagnosesysteme, eine gute deskriptive Beschreibung und Klassifizierung sämtlicher Symptome würde zu einem umfassenden Fallbeispiel beitragen, greift zu kurz, da die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Symptombereichen nicht erfasst werden können (Bastine, 2012; Fiedler, 2006, 2012).

In klinischen Stichproben, aber auch in Heimpopulationen oder im Strafvollzug, sind komorbide Störungen eher die Regel als die Ausnahme (Jacobi et al., 2004; Schmid, 2007; Fazel et al., 2009). Die Komorbidität kann bis zu einem gewissen Grad auch einen Hinweis für die Gesamtbelastung eines Patienten geben. Diese muss aber in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose betrachtet werden, da jemand mit einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis auch mit einer Diagnose ohne weitere komorbide Störungen sehr eingeschränkt sein kann. Innerhalb der Heimpopulation kann die Komorbidität aber wichtige Hinweise liefern, da schon davon auszugehen ist, dass ein Heranwachsender, der zum Beispiel zusätzlich zu einer Störung des Sozialverhaltens, als häufigste Diagnose in der MAZ.-Stichprobe, auch noch die Diagnosekriterien für weitere Krankheiten erfüllt, belasteter ist, als jemand, der isoliert nur unter einer Störung des Sozialverhaltens leidet. Interessant ist dies vor allem, da vermutlich gerade bei Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens je nach Art und

Verständnis der Komorbiditäten ganz andere Behandlungsstrategien gewählt werden müssen. Auch für das Verständnis der pädagogischen Bedarfe, Belastung der Mitarbeiter in sozialpädagogischen Institutionen und der Ausgestaltung der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und sozialpädagogischen Institutionen ist es wichtig, das Ausmass an komorbiden Störungen in der MAZ.-Stichprobe zu erfassen

Die ICD-10 beinhaltet mit den Kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92) sowie der Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1) auch Störungsbilder, für deren Diagnose die Kriterien zweier einzelner Störungen erfüllt sein müssen. Daher erscheint dieses Klassifikationsschema für die Angabe von Komorbiditäten (dem gleichzeitigen Vorliegen mehrerer Störungen) weniger geeignet als das *Diagnostische und Statistische Handbuch Psychischer Störungen* (DSM-IV; Sass u. APA, 2003), das keine kombinierten Störungen vorsieht, sondern konsequent auch bei häufig gemeinsam auftretenden Störungsbildern auf die Diagnose beider Erkrankungen setzt. Aus diesem Grund wurden in diesem Bericht bei der Bestimmung der Komorbidität DSM-IV-Diagnosen zugrunde gelegt. Hierfür wurden die ICD-10-Diagnosen in DSM-IV-Diagnosen übersetzt (Schulte-Markwort, Marutt u. Riedesser, 2002). Bei der Übersetzung und Auszählung der kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen sowie der Hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens wurden sowohl eine Störung des Sozialverhaltens als auch eine emotionale bzw. hyperkinetische Störung berücksichtigt, so dass diese bei der Auswertung nach DSM-IV jeweils als zwei Diagnosen gezählt werden.

Eine Auszählung der Häufigkeiten der Diagnosen zeigt die Tabelle „*Komorbidität bei vorhandenen DSM-IV-Diagnosen*“. Von den 359 Personen mit mindestens einer psychischen Störung haben etwa zwei Drittel mehr als eine Störung, etwa jeder Zehnte hat mehr als drei Störungen.

Tabelle: Komorbidität bei vorhandenen DSM-IV-Diagnosen (N=359)

Anzahl der DSM-IV-Diagnosen	N (%)
1	145 (40,4%)
2	109 (30,4%)
3	66 (18,4%)
4	31 (8,6%)
5	8 (2,2%)

Werden bei der Auszählung der Diagnosen nur jene mehrfach gezählt, die unterschiedlichen Diagnosekategorien zugeordnet werden können (vergleichbar den F-Kapiteln aus ICD-10), so hat etwa jede zweite Person mehr als eine psychische Störung der unterschiedlichen Kategorien und etwa jede 25. Person mehr als drei unterschiedliche Störungen (Tabelle „*Komorbidität bei vorhandenen DSM-IV-Diagnosen aus unterschiedlichen Kategorien*“). Insgesamt zeigt sich jedoch ein ähnliches Bild wie bei der Auszählung der Diagnosen ohne die Zusammenfassung von Diagnosebereichen (Tabelle „*Komorbidität bei vorhandenen DSM-IV-Diagnosen*“.). Das weist darauf hin, dass Personen mit komorbiden Störungen häufig unter sehr unterschiedlichen psychischen Erkrankungen leiden, die verschiedenen F-Kapiteln der ICD-10 zuzuordnen sind. Nur wenige Personen haben mehrere sehr ähnliche Störungsbilder mit vermutlich vergleichbarer Ätiologie und demzufolge einer „benachbarten“ Zuord-

nung im Klassifikationsschema. Dies bedeutet, dass viele Heranwachsende unter komplexen, schwer zu behandelnden Krankheitsbildern leiden, für deren effektive Therapie man eine umfassende Strategie benötigt, um sicherzustellen, die unterschiedlichen Aspekte der Symptomatik auch adäquat erreichen zu können.

Tabelle: Komorbidität bei vorhandenen DSM-IV-Diagnosen aus unterschiedlichen Kategorien (N=359)

Anzahl der DSM-IV-Diagnosen	N (%)
1 Diagnose	145 (40,4%)
2 Diagnosen	109 (30,4%)
3 Diagnosen	66 (18,4%)
4 Diagnosen	31 (8,6%)
5 Diagnosen	8 (2,2%)

In Tabelle „*Geschlechtsunterschiede in der Komorbidität bei vorhandenen DSM-IV-Diagnosen*“ wird die Häufigkeit komorbider Störungen von männlichen und weiblichen Teilnehmern gegenübergestellt. Aufgrund der zum Teil sehr kleinen Zellenbesetzungen kann kein Signifikanztest berechnet werden. Da die beobachteten Häufigkeiten aber nur geringfügig von den rechnerisch erwarteten Häufigkeiten abweichen, kann davon ausgegangen werden, dass es bei der Komorbidität keine Geschlechtsunterschiede gibt.

Tabelle: Geschlechtsunterschiede in der Komorbidität bei vorhandenen DSM-IV-Diagnosen (N=359)

Anzahl der DSM-IV-Diagnosen	N (%)	N (%)
	männlich	weiblich
1 Diagnose	97 (40,2%)	48 (40,7%)
2 Diagnosen	72 (29,9%)	37 (31,4%)
3 Diagnosen	48 (19,9%)	18 (15,3%)
4 Diagnosen	17 (7,1%)	14 (11,9%)
5 Diagnosen	7 (2,9%)	1 (0,8%)

Auch bei den Altersunterschieden kann wegen der zum Teil sehr kleinen Zellenbesetzungen kein Signifikanztest berechnet werden (Tabelle „*Altersunterschiede in der Komorbidität bei vorhandenen DSM-IV-Diagnosen*“). Tendenziell haben die Jugendlichen und jungen Erwachsenen aber häufiger komorbide Störungen als die Kinder.

Tabelle: Altersunterschiede in der Komorbidität bei vorhandenen DSM-IV-Diagnosen (N=359)

Anzahl der DSM-IV-Diagnosen	N (%)		
	6-13 Jahre	14-17 Jahre	18-26 Jahre
1 Diagnose	32 (56,1%)	86 (37,7%)	27 (36,5%)
2 Diagnosen	13 (22,8%)	82 (36,0%)	14 (18,9%)
3 Diagnosen	8 (14,0%)	37 (16,2%)	21 (28,4%)
4 Diagnosen	4 (7,0%)	19 (8,3%)	8 (10,8%)
5 Diagnosen	0 (0,0%)	4 (1,8%)	4 (5,4%)

5.2.2.1 Prävalenz psychischer Erkrankungen nach Rechtsgrundlage

Untersucht man die Häufigkeit von psychischen Störungen nach den Rechtsgrundlagen für die Massnahmen stellt man wie zu erwarten fest, dass die strafrechtlich platzierten Jugendlichen häufiger unter psychischen Erkrankungen leiden wie die zivilrechtlich und auf anderen Rechtsgrundlagen platzierten Jugendlichen. Diese anderen Platzierungen erfolgen in der Regel freiwillig mit behördlicher Unterstützung. Über 90% der strafrechtlich platzierten Jugendlichen erfüllen die Diagnosekriterien für eine psychische Erkrankung. Diese beinhaltet aber auch die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens, die sich im Wesentlichen aus einem dissozialen Verhalten und den dahinterstehenden psychischen Prozessen speist. Zwischen den auf anderer Rechtsgrundlage (68%) und den zivilrechtlich Platzierten (70%) ergeben sich auf dem Niveau der einfachen Diagnosehäufigkeit keine bedeutsamen Unterschiede.

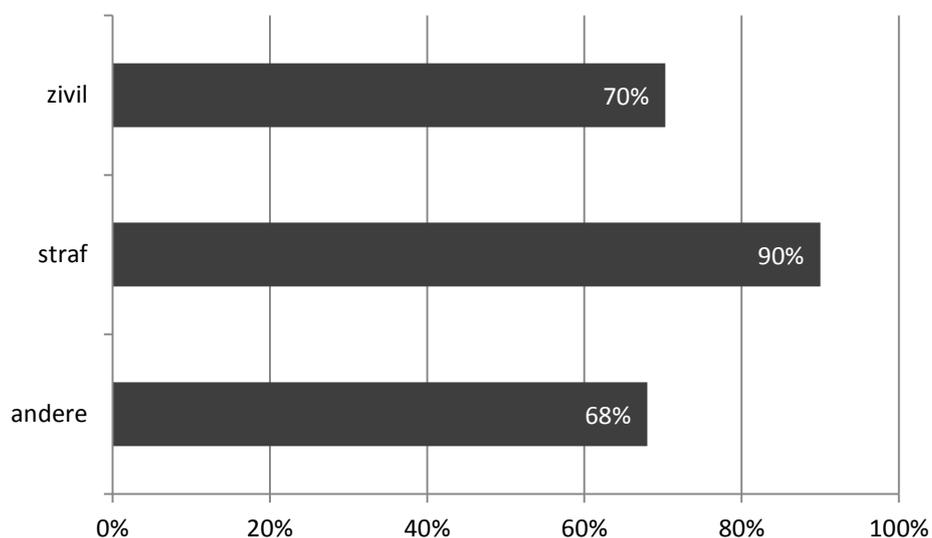


Abbildung: Prävalenz psychischer Störungen spezifiziert nach Rechtsrundlage (N=483)

5.2.2.2 Prävalenz psychischer Störungen spezifiziert nach Aufenthaltsdauer

Ausserdem wurde die Hypothese geprüft, ob die Häufigkeit von psychischen Störungen mit der Dauer der Massnahme abnimmt. In der Tat leiden von den Jugendlichen, die im ersten oder zweiten Jahr ihres Heimaufenthaltes sind, am häufigsten unter einer psychischen Erkrankung (82%). Auch die Jugendlichen im zweiten und dritten Jahr sind psychisch noch sehr belastet, so dass über drei Viertel die Diagnosekriterien für eine psychische Erkrankung erfüllen. Bei den Jugendlichen, die länger als drei Jahre platziert sind, ist dann aber eine deutliche Reduktion der psychischen Belastung zu beobachten und es leiden „nur“ noch 55% unter einer psychischen Erkrankung. Bei den noch länger Platzierten reduziert sich die Belastung sogar noch weiter, so dass 47% der länger als vier Jahre Platzierten eine psychische Erkrankung diagnostiziert bekommen haben.

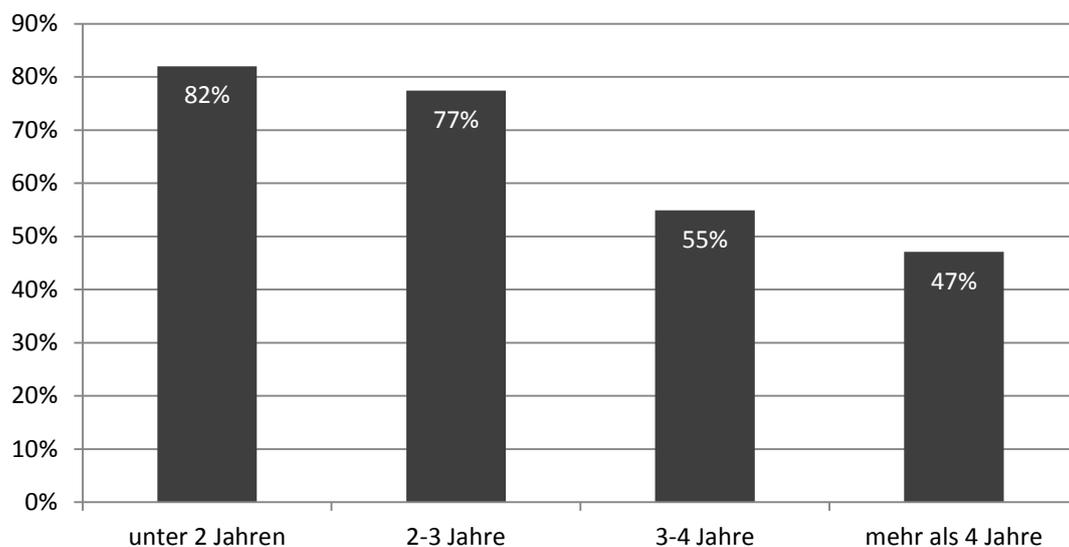


Abbildung: Prävalenz psychischer Störungen spezifiziert nach der Dauer der Massnahme (N = 483)

Die Reduktion der Psychopathologie im Hilfeverlauf ist sicherlich einerseits ein Ergebnis der Heimerziehung, da sich ja auch im Beobachtungszeitraum des MAZ.-Projektes die psychische Belastung der Heranwachsenden signifikant reduzierte (s.u.). Andererseits gibt es auch Hinweise darauf, dass die Hilfen bei den besonders belasteten Jugendlichen häufiger abgebrochen werden. Des Weiteren spielen aber auch die Platzierungspraktiken eine Rolle, zum Beispiel werden viele hochbelastete Jugendliche in Beobachtungsstationen zur umfassenden Abklärung und gezielten, passgenauen Weiterplatzierung aufgenommen. Im Rahmen des MAZ.-Projektes wurde der Auftrag der Platzierung zwar erfasst, in Auswertungen zur Dauer der Massnahmen gehen diese trotzdem als Unterbringungen ein, die nach wenigen Monaten zumeist regulär beendet werden.

5.2.3 Prävalenz von substanzbezogenen Störungen

Substanzkonsum und seine Folgen stellen einerseits oft die Indikation für eine stationäre Massnahme dar, sind andererseits aber auch oft eine ganz erhebliche Belastung für pädagogische Abläufe. Nicht selten scheitern Massnahmen und Heimunterbringungen an Konsumverhalten, den damit einhergehenden pädagogischen Problemen und dem Rückzug aus den Beziehungsangeboten.

Zudem geht ein Substanzmissbrauch mit risikobehafteten Beziehungen zu Gleichaltrigen, vielen Straftaten und einer chronischen delinquenten Entwicklung (Fergusson et al., 1999) einher. Insbesondere ein früher Beginn des Konsumverhaltens gilt als einer der bedeutendsten Risikofaktoren für substanzgebundene Störungen, chronische psychische Störungen und die Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörungen (Esser et al., 2008; Pitzer et al., 2010; Loeber, 1995). Nicht selten dient der Substanzkonsum auch als verzweifelter Lösungsversuch für andere unbehandelte psychische Störungen wie Depression (Turner et al., 2005), ADHS (Frölich u. Lehmkuhl, 2006) und Traumafolgestörungen (Crosby-Ouimette, 1998; Schay u. Liefke, 2009).

Viele der untersuchten Kinder und Jugendlichen stammen aus Familien mit Suchtproblemen (Zobel, 2008; Lachner u. Wittchen, 1997; Esser et al., 2008; Pitzer et al., 2010) und haben damit ein um das Achtfache erhöhtes relatives Risiko, selbst eine substanzgebundene Störung zu entwickeln. Deshalb sollte Heimerziehung immer auch Präventionscharakter haben, die Jugendlichen an einen kompetenten Umgang mit dem Ablehnen von illegalen Drogen sowie einen adäquaten Umgang mit legalen Suchtmitteln heranführen und sollte sie transparent über ihre persönlichen Risiken aufklären. Aufgrund dieser Konstellation ist es von grossem Interesse zu wissen, wie viele Heranwachsende unter einem schädlichen Gebrauch oder gar einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen leiden, welches die am häufigsten gebrauchten Rauschmittel sind, und wann die Heranwachsenden beginnen Substanzen zu konsumieren.

Tabelle: Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10 erfasst mit Kiddie-Sads (N = 483)

ICD-10	%	m:w
Schädlicher Gebrauch (F1x.1)	11	1:1
Abhängigkeitssyndrom (F1x.2)	3.8	5:1

Insgesamt zeigen 11% der männlichen und weiblichen Jugendlichen einen schädlichen Gebrauch von mindestens einer psychotropen Substanz. Eine ausgewiesene Abhängigkeitserkrankung wurde bei 3,8% der Stichprobe diagnostiziert. Bei den Abhängigkeitserkrankungen waren fünfmal häufiger männliche Probanden betroffen als weibliche, wohingegen sich beim schädlichen Gebrauch noch ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis zeigte. Einerseits werden im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen auch in der Literatur sowohl im Jugendalter (Weichhold, 2009), als auch in der Adoleszenz durchgängig höheren Prävalenzraten bei Männern berichtet (Schepker et al., 2009).

Andererseits kann das klare Geschlechterverhältnis zu Ungunsten der Männer auch darauf zurückzuführen sein, dass viele der Betroffenen mit Suchterkrankung und -zustand nach Opiat- und/oder Kokainabhängigkeit in einem der Massnahmenzentren betreut und therapiert wurden, und junge Frauen mit Suchtstörungen nicht von diesen sozialpädagogischen Angeboten profitieren können und in anderen Einrichtungen im Strafvollzug oder suchtmedizinischen Bereich behandelt werden.

Analysiert man, mit welchen Substanzen die Heranwachsenden in Heimen am häufigsten Probleme haben, stellt man fest, dass dies in erster Linie und mit weitem Abstand Cannabis ist. Dann folgt mit Alkohol als die am zweithäufigsten missbrauchte Substanz. Ein Prozent ist Polytoxikoman und konsumiert mehrere Substanzen. Weniger als ein Prozent der Stichprobe leidet unter einer Abhängigkeit oder unter dem schädlichen Gebrauch von Opiaten oder Kokain. Die 286 Jugendlichen, die bereits Alkohol konsumiert haben, gaben an, mit 13 Jahren (SD = 2,8) zum ersten Mal Alkohol getrunken und

mit 14 Jahren ($SD = 2,8$) erstmals bis zum Rausch getrunken haben. Im Schnitt hatten sie in den letzten 30 Tagen vor der Befragung für den Konsum von Alkohol CHF 33.40 ausgegeben. Dabei gaben die männlichen Jugendlichen ($M=40.0$, $SD=87.9$) deutlich mehr Geld aus als die weiblichen ($M=15.6$, $SD=35.9$). Dieser Unterschied war signifikant ($t(243)=2.19$, $p<.05$). Das Erstkonsumalter von Cannabis lag auch bei 13 Jahren. Der frühe Beginn des Substanzkonsums weist auf eine besondere Risikokonstellation hin und stellt eine Gefahr für die Entwicklung einer chronischen psychischen Erkrankung und/oder Suchterkrankung dar (Laucht et al., 2007).

Tabelle: Diagnosen von Substanzgebundenen Störungen Gebrauch spezifiziert nach Rauschmittel

Substanz	<i>n</i>	%
Cannabinoide	53	11.0%
Alkohol	17	3.5%
Multiple Substanzen/ Polytoxikomanie	5	1.0%
Kokain	4	0.8%
Opioide/Stimulanzien	2	0.4%

Substanzkonsum (N=483)

5.3 Problembereiche im BARO

Das für den Modellversuch adaptierte halbstrukturierte Interview BARO-P (BARO für Pädagogen) wurde im Zuge des vertieften klinischen Interviews sowohl mit dem Jugendlichen als auch mit der Bezugsperson durchgeführt.

Die praktischen Erfahrungen mit der Anwendung des BARO's innerhalb des MAZ.-Projekts zeigten, dass es sich als guter Einstieg für die jeweiligen Gespräche eignete. Es war möglich, innerhalb dieses Rahmens sehr viele Informationen über unterschiedliche Lebensbereiche des Jugendlichen zusammenzutragen.

Das BARO erwies sich ausserdem als sehr benutzerfreundlich. Durch die vorgeschlagenen und strukturierten Fragen innerhalb der einzelnen Gebiete kann der Interviewer einen roten Faden bilden, gleichzeitig aber auch jederzeit genauer auf Anregungen des Gesprächspartners eingehen und an diesen Stellen vertieft nachfragen. Der zeitliche Aufwand ist im Verhältnis zur Informationsgewinnung akzeptabel, was für die Ökonomie des Instruments spricht.

In der Gesamtstichprobe konnten 488 BARO-Interviews in die Berechnungen eingeschlossen werden. Die Einschätzung der Interviews mit den Jugendlichen und deren Bezugspersonen zeigte, dass bei 421 Jugendlichen (86%) ein psychologisch-psychiatrischer Abklärungsbedarf besteht. Diese Jugendlichen haben ein deutlich erhöhtes Risiko, dass sie in ihrer weiteren Entwicklung beeinträchtigt sind.



Abbildung: Anzahl Jugendlicher mit vielen und sehr vielen besorgniserregenden Faktoren beim BARO (n=488)

Die deskriptive Auswertung auf *Abbildung „Anzahl Jugendlicher mit vielen und sehr vielen besorgniserregenden Faktoren beim BARO“* zeigt, dass über 50% der Jugendlichen der Gesamtstichprobe in den Bereichen *Soziale Situation*, *Familie* und *Schule/Arbeit* besonders häufig mit vielen und sehr vielen besorgniserregenden Faktoren beurteilt worden sind. Unter 30% der Jugendlichen zeigen einen erhöhten Grad an Besorgnis in den drei Bereichen *Delikt*, *Freizeit/Freunde/Geld* sowie *Sucht*. *Abbildung „Einschätzung der Besorgnisindikatoren beim BARO“* zeigt, dass deutlich am häufigsten die besorgniserregenden Faktoren im Bereich *Entwicklung/Vorgeschichte* nicht zu bewerten waren. Trotz der vielen Missings sind es immer noch 35% der Jugendlichen, welche in diesem Bereich eine hohe Beeinträchtigung zeigen.

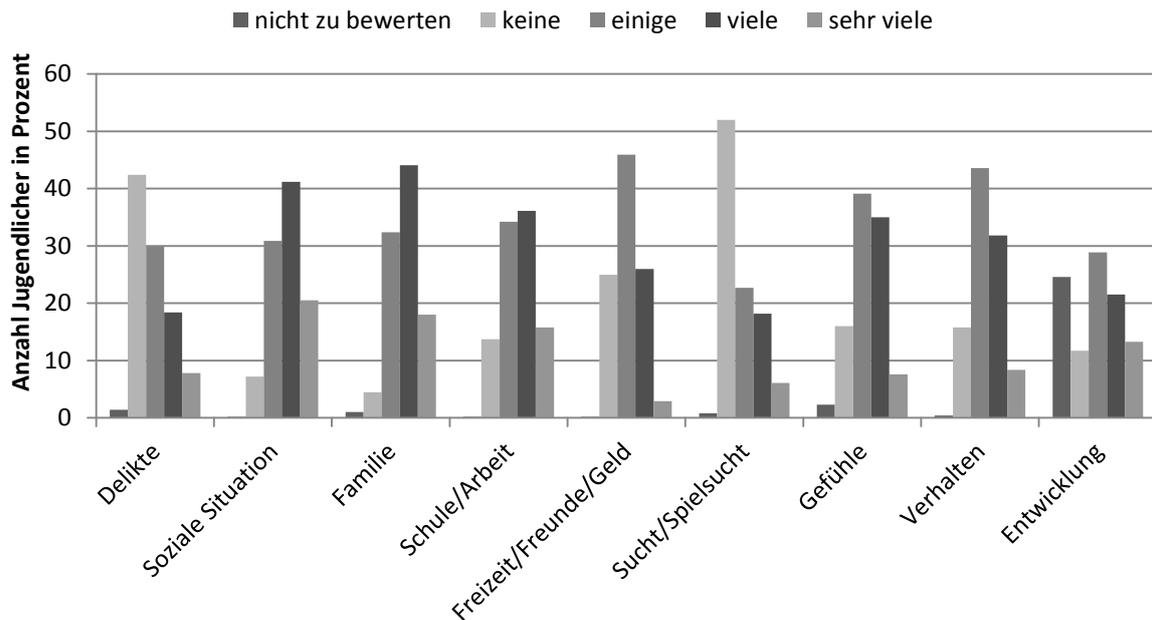


Abbildung: Einschätzung der Besorgnisindikatoren beim BARO (n=488)

Signifikante Geschlechtsunterschiede bezüglich der Ausprägung der besorgniserregenden Faktoren können innerhalb der einzelnen Bereiche beschrieben werden. So zeigt sich, dass die Jungen hoch signifikant mehr besorgniserregende Faktoren (einige bis sehr viele) im Bereich *Delikt* ($\chi^2=14.57$; $p=.000$) aufweisen. Bei den Mädchen hingegen wird die *Soziale Situation* hoch signifikant häufiger mit einigen bis sehr vielen Besorgnisfaktoren ($\chi^2=7.97$; $p=.005$) und der Bereich *Gefühle* signifikant häufiger ($\chi^2=4.75$; $p=.029$) beurteilt.

Hinsichtlich der Fragestellung nach der Anzahl belasteter und auffälliger Aspekte bei den einzelnen Jugendlichen wurde eine Dichotomisierung der einzelnen Variablen vorgenommen. Dabei wurde unterschieden, ob ein Jugendlicher keine besorgniserregenden Faktoren in einem Bereich aufweist oder einige bis sehr viele besorgniserregende Faktoren. Für jeden Probanden wurde die Anzahl Bereiche summiert, welche als belastet bewertet wurde. Die Abbildung „Häufigkeitsverteilung auffälliger Bereiche“ zeigt, dass 80% der Jugendlichen in 6 bis 9 Bereichen als belastet bzw. auffällig eingeschätzt worden sind.

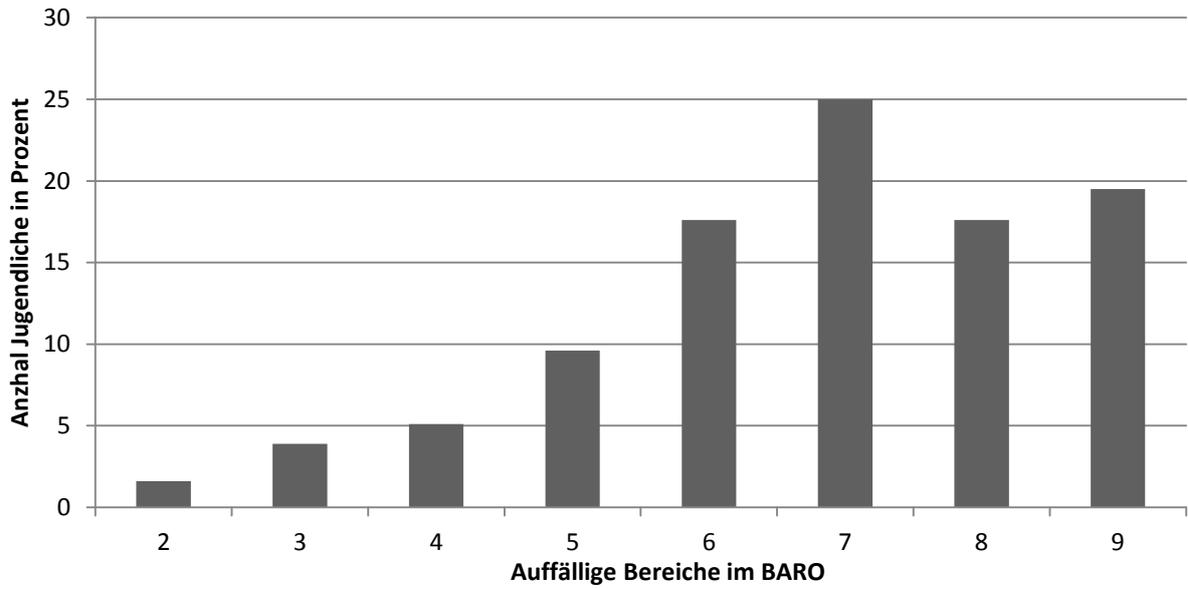


Abbildung: Häufigkeitsverteilung auffälliger Bereiche (n=488)

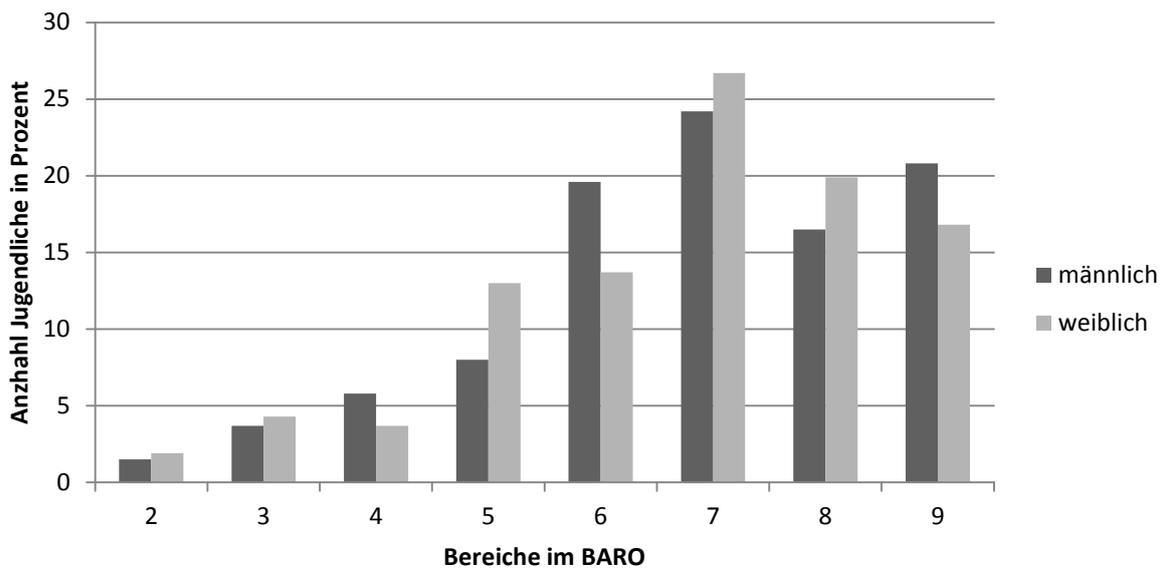


Abbildung: Häufigkeitsverteilung auffälliger Bereiche differenziert nach Geschlecht

Die Häufigkeitsverteilung auffälliger Bereiche (Abbildung „Häufigkeitsverteilung auffälliger Bereiche differenziert nach Geschlecht“) ergibt keine Geschlechtsunterschiede, d. h. die weiblichen Jugendlichen unterscheiden sich in der Anzahl der belasteten Bereiche nicht signifikant von den männlichen.

5.4 Ergebnisse im Massachusetts Youth Screening Instrument (MAYSI-2)

Betrachtet man die Ergebnisse des MAYSI-2 über alle Sprachregionen hinweg, sieht man, dass auch in diesem sehr differenzierten ökonomischen Selbstbeurteilungsverfahren zum Screening auf psychische Erkrankungen eine sehr hohe psychische Belastung der Kinder und Jugendlichen zu verzeichnen ist. 78% der MAZ.-Stichprobe erreichen in mindestens einer der Syndromskalen einen auffälligen Wert. 53% der Gesamtstichprobe beschreiben sich als ärgerlich-reizbar, 49% als ängstlich-depressiv und 42% berichten über Gedanken an Suizid und Selbstverletzung. Auch Denkstörungen und Konzentrationsprobleme gaben über 40% der männlichen Heranwachsenden in der MAZ.-Stichprobe an, für weibliche Jugendliche sind für diese Skalen keine Grenzwerte definiert.

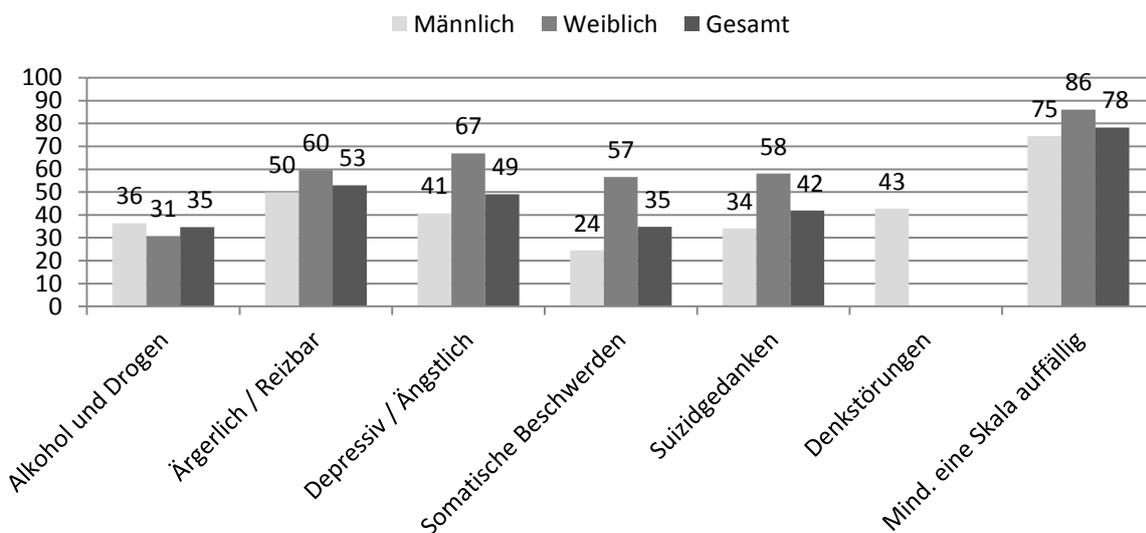


Abbildung: Auffälligkeiten MAYSI-2 differenziert nach Geschlecht. Männlich N= 349. Weiblich N=166. Relative Häufigkeiten in Prozent. Signifikante Geschlechtsunterschiede ($p < .01$) in den Skalen Ärgerlich/Reizbar, Depressiv/Ängstlich, somatische Beschwerden und Suizidgedanken.

Im Selbsturteil des MAYSI-2 beschreiben sich die weiblichen Jugendlichen als deutlich belasteter, als die männlichen Jugendlichen und jungen Männer. Die Geschlechtsunterschiede zeigen sich durchgehend in allen Subskalen ausser der Skala mit dem problematischen Substanzkonsum, in welcher sogar die männlichen Probanden tendenziell etwas belasteter sind. Besonders deutlich werden die Geschlechtsunterschiede erwartungsgemäss bei den internalisierenden Symptomen wie den Subskalen Suizidgedanken, Depressiv-Ängstlich und Körperliche Beschwerden. Insbesondere die weite Verbreitung von selbstverletzenden Verhaltensweisen und Suizidgedanken als auch an körperlichen Beschwerden bei den weiblichen Jugendlichen lassen sich mit dem MAYSI-2 besser als mit der Child Behavior Checklist (CBCL) und dem Youth Self Report (YSR) zeigen und untermauern die immense Belastung dieser Stichprobe nochmals eindrücklich. Insbesondere schweres selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität sind Symptome, die im Heimalltag nur schwer zu beherrschen sind und Teams in der Sozialpädagogik und der Kinder- und Jugendpsychiatrie erheblich belasten können (Schmid, 2007; Colla, 1999). Ein Screeningverfahren, welches die Suizidalität erfasst, ist aufgrund der hohen Suizidraten in der Untersuchungshaft und der latenten Suizidgefahr, die nicht wenige Heimjugendliche aufweisen, ein sehr wertvolles diagnostisches Instrument, welches einen guten Einstieg in ein

unterstützendes Gespräch darstellt, und es ermöglichen bzw. erleichtern kann, entsprechende Hilfe von Fachkräften in Anspruch zu nehmen und Hochrisikojugendliche rechtzeitig zu identifizieren. Die hohen Prävalenzzahlen für Suizidgedanken dürfen keinesfalls dazu verleiten, diese Symptome und Fragenbogenergebnisse in einer Wohngruppe nicht mehr ernst zu nehmen. Es scheint eher wichtig zu sein, dass die Sozialpädagogen eine gewisse Sicherheit im Umgang mit solchen Suizidgedanken entwickeln und lernen, akute Suizidalität von einer latenten zu unterscheiden und mit den Jugendlichen das Gespräch suchen. Selbstverständlich sollten die Fachkräfte in den Gesprächen mit den suizidalen Jugendlichen auf ihre professionellen und persönlichen Grenzen achten. Die Kunst solcher Gespräche ist es, einerseits die Sorge um den Jugendlichen auszudrücken und Verständnis für seine Situation aufzubringen und andererseits aber auch verbindliche Absprachen einzufordern und darauf zu achten, suizidales und selbstverletzendes Verhalten nicht durch zu viel Zuwendung etc. zu verstärken.

Die hohe psychische Belastung der Heimjugendlichen im MAYSI-2 deckt sich gut mit Befunden aus den USA (Cauffmann et al., 2004) und europäischen Staaten (Colins et al., 2011). Es zeigt sich aber tendenziell eine etwas höhere internalisierende Belastung, was vermutlich auf den Selektionseffekt der langfristigen Heimunterbringung in der Schweiz zurückzuführen sein könnte. Die grossen Studien aus den USA mit MAYSI-2 beziehen in der Regel auch Jugendliche mit ein, die nur einen kurzen Kontakt mit der Polizei oder einer Jugendarrestanstalt hatten, was in den USA auch Verkehrsdelikte und Alkoholgenuss vor der Altersgrenzen beinhalten kann.

5.5 Lebensqualität

Die Lebensqualität wurde über das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) erhoben. Dieser Fragebogen erfasst verschiedene Bereiche der Lebensqualität, die sowohl durch die Jugendlichen selbst als auch durch die Bezugsbetreuer beurteilt werden.

Das ILK wurde von 565 Betreuern und 520 Heranwachsenden bearbeitet. Bei 53 Personen liegen nur fremdberichtete Informationen vor. Um selbstberichtete Beeinträchtigungen der Lebensqualität besser mit den Fremdberichten vergleichen zu können, beziehen sich die in diesem Kapitel vorgestellten Berechnungen nur auf die 512 Personen, von denen Informationen sowohl vom Selbst- als auch vom Fremdberichtsinstrument vorliegen.

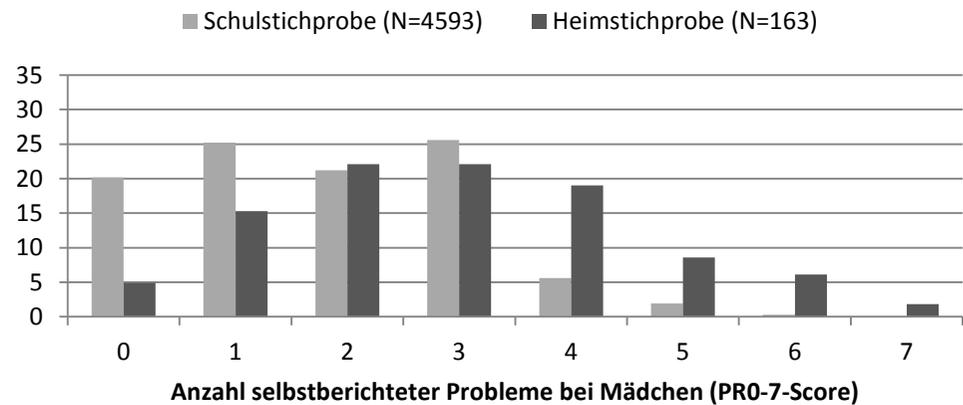
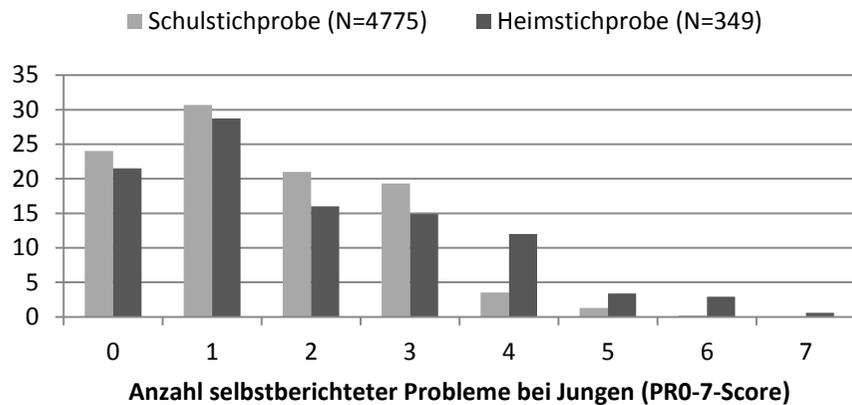
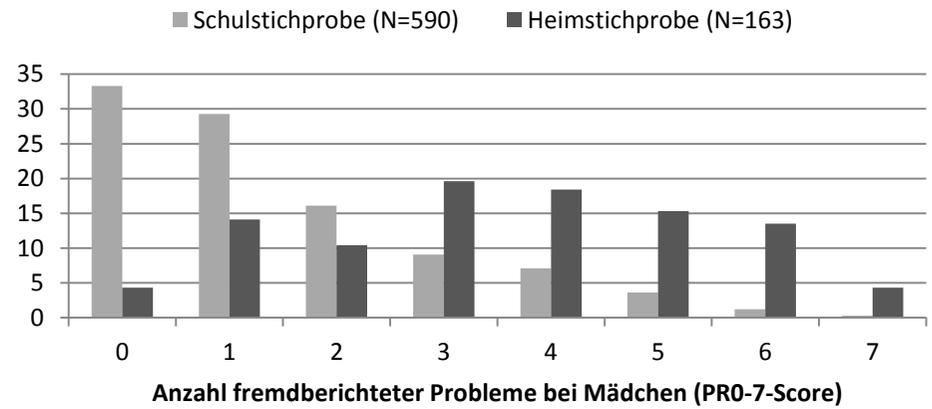
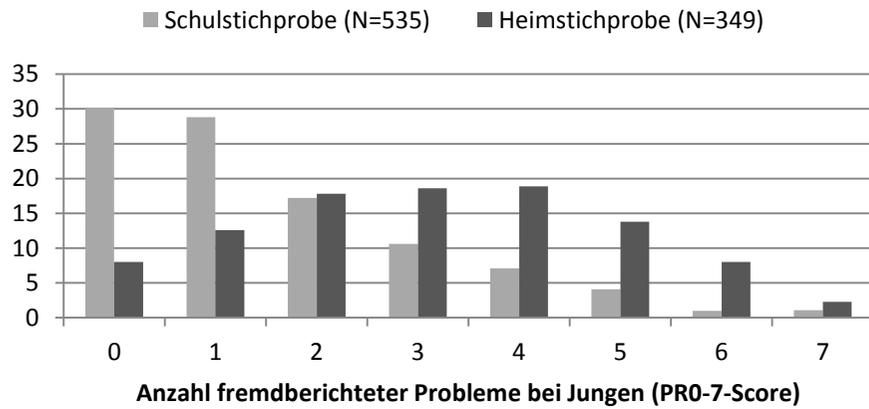
5.5.1 Vergleich mit einer Normstichprobe

Für das ILK liegen geschlechtsspezifische Normwerte von einer grossen, repräsentativen Schulstichprobe vor, welche die Anzahl der Bereiche mit Beeinträchtigungen der Lebensqualität wiedergeben. Hierbei hat sich eine Dichotomisierung als Auswertungsmöglichkeit durchgesetzt, in welcher aus der fünfstufigen Ratingskala ein Summenscore gebildet wird (vgl. Mattejat et al., 2003; Schmid, 2007). In Abbildung „Häufigkeit selbst- und fremdberichteter Beeinträchtigungen der Lebensqualität bei der Schul- und der Heimstichprobe“ (links und rechts oben) ist zu sehen, dass die pädagogischen Bezugspersonen von Heimkindern deutlich häufiger Bereiche mit eingeschränkter Lebensqualität angeben als die Eltern von Schulkindern der Normstichprobe. Beispielsweise berichteten nur 23,9% der Eltern von Jungen aus der Schulstichprobe, aber 61,6% der Betreuer von Jungen der Schweizer Institutionen von mehr als zwei Bereichen mit eingeschränkter Lebensqualität. Bei den Mädchen ist dieser Befund

mit einem Verhältnis von 21,3% zu 71,1% sogar noch etwas stärker ausgeprägt. Generell ist bei Mädchen die Verteilung der Häufigkeiten rechtsschiefer ausgeprägt als bei Jungen. So wurde bei 33,1% der Mädchen im Vergleich zu 24,1% der Jungen aus der Heimstichprobe von mindestens fünf Bereichen mit Beeinträchtigungen der Lebensqualität berichtet.

Werden die selbstberichteten Einschränkungen der Lebensqualität von Jungen und Mädchen beider Stichproben miteinander verglichen, zeigt sich, dass Jungen in der Heimstichprobe nur minimal mehr Einschränkungen angeben als Jungen der Schulstichprobe (Abbildung „Häufigkeit selbst- und fremdberichteter Probleme bei der Schul- und der Heimstichprobe“, links unten). Bei Mädchen ist diese Tendenz dagegen sehr deutlich vorhanden (Abbildung „Häufigkeit selbst- und fremdberichteter Probleme bei der Schul- und der Heimstichprobe“, rechts unten).

Dennoch gibt es bei Mädchen eine grosse Diskrepanz zwischen der selbst- und der fremdberichteten Anzahl an Belastungen. So gaben „nur“ 16,5% der Mädchen an, mindestens fünf Bereiche mit Beeinträchtigungen der Lebensqualität zu haben, während diese Anzahl von 33,1% der Betreuer genannt wurde. Bei den Jungen ist die Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbbericht sogar um einiges ausgeprägter vorhanden. 6,9% der Jungen gaben im Selbstbericht mindestens fünf Bereiche mit Beeinträchtigungen der Lebensqualität an, im Fremdbbericht lag der Anteil dagegen bei 24,1%. Diese Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung kommt vermutlich durch eine verzerrte Selbstwahrnehmung der Jungen aus der Heimstichprobe zustande. Dafür sprechen nicht nur die ausgeprägten psychischen Auffälligkeiten der Heranwachsenden, sondern auch der Befund, dass die Passung zwischen selbst- und fremdberichteten Problemen bei Mädchen um einiges besser ist (Vergleich Abbildung „Häufigkeit selbst- und fremdberichteter Probleme bei der Schul- und der Heimstichprobe“, rechts oben vs. rechts unten), und die selbstberichteten Angaben der Jungen somit aus dem Raster fallen.



Abbildungen: Häufigkeiten selbst- und fremdberichteter Beeinträchtigungen der Lebensqualität bei der Schul- und der Heimstichprobe. Anteil Personen in %

5.5.2 Auswertung der für den Modellversuch gebildeten Bereiche des erweiterten ILK

Für den Einsatz in der stationären Jugendhilfe zur Evaluation von Jugendhilfemassnahmen wurde das IKL um zusätzliche Fragen ergänzt (vgl. Schmid, 2007), welche auch im Modellversuch eingesetzt wurden. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die modifizierte Version. Sie unterscheidet sich von der ursprünglichen Version dadurch, dass der Bereich *Schule* nunmehr aus fünf und der Bereich *Peers* aus vier statt aus einer Frage besteht. Zudem wurde je eine Frage über das Bewältigen von Alltagsaufgaben (*Alltag*) und zur Beziehung mit den Pädagogen und Erziehern gestellt (*Pädagogen*).

Wie die Abbildung „Häufigkeit selbst- und fremdberichteter Problembereiche“ zeigt, geben die Heranwachsenden selbst im Bereich *Gesundheit* häufiger Probleme an als ihre Betreuer, im Bereich *Pädagogen* gibt es keine Unterschiede in der Häufigkeit fremd- und selbstberichteter Probleme. In allen anderen Bereichen sehen die Betreuer dagegen häufiger Bereiche mit Beeinträchtigungen der Lebensqualität als die Heranwachsenden selbst. Extrem auffällig ist, dass die Jugendlichen selbst sehr viel weniger Probleme in der Familie angeben, was zeigt, dass die Jugendlichen starke Loyalitätsbindungen an ihre Familien haben und diese bewusst oder unbewusst schützen wollen, was aber auch ein Hinweis dafür sein kann, dass die Jugendliche gar keine konkreten Vorstellungen von einem geborgenen und emotional bezogenen Familienleben haben. Die im Rahmen des Modellversuchs gefundenen Ergebnisse zur reduzierten Lebensqualität der Heimjugendlichen und den Diskrepanzen zwischen Selbst- und Fremdurteil decken sich mit den Ergebnissen aus anderen Studien (Schmid, 2007). Die Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdurteil legen nahe, dass es lohnend ist, die unterschiedlichen Perspektive anhand der Testergebnisse im pädagogischen Prozess zu reflektieren.

So werden im Selbstbericht durchschnittlich 2,8 ($STD=1,8$) Bereiche mit Beeinträchtigungen der Lebensqualität genannt, im Fremdbesicht hingegen 3,7 ($STD=1,8$). Die meisten fremd- sowie selbstberichteten Probleme liegen in den Bereichen *Schule*, *Peers* und *Psyche*.

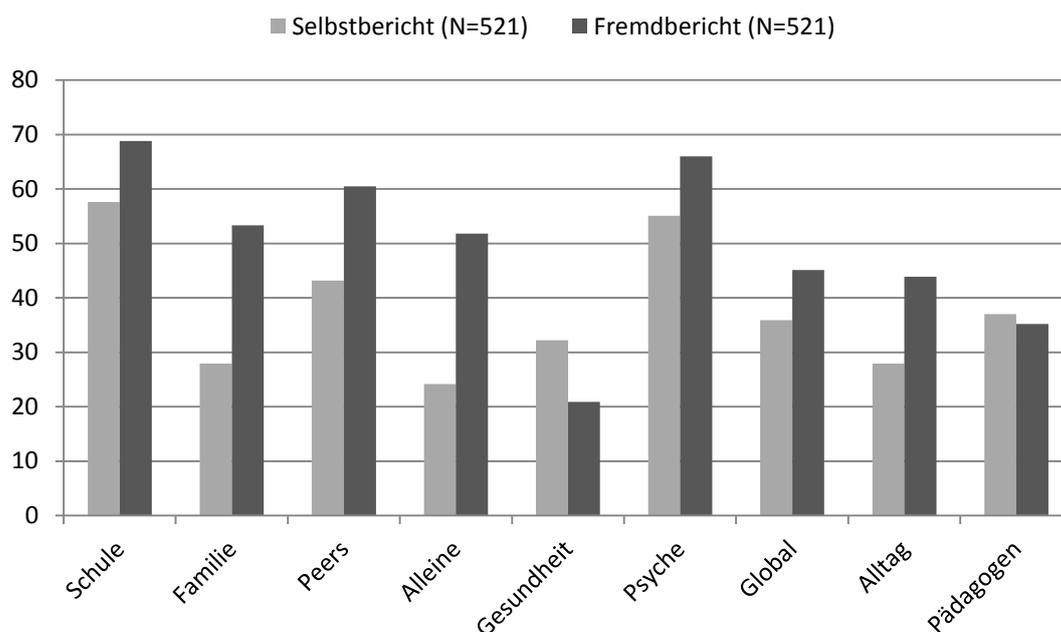


Abbildung: Häufigkeit selbst- und fremdberichteter Problembereiche. Sämtliche Mittelwertdifferenzen sind signifikant auf dem .01 Niveau, bis auf den Bereich Pädagogen. Angaben als relative Häufigkeiten in Prozent.

5.6 Einflussfaktoren auf ein vorzeitiges irreguläres Massnahmenende

Im Folgenden wird dargestellt, welche und wie viele Jugendliche im Rahmen des MAZ-Projektes nur am ersten Messzeitpunkt teilnahmen. Bei einem Beobachtungszeitraum von fast einem Jahr war davon auszugehen, dass eine beträchtliche Zahl der Jugendlichen im Zeitraum zwischen den Untersuchungen austritt. Zudem wäre es natürlich auch möglich, dass andere Gründe die weitere Teilnahme an der Untersuchung verhinderten. Anhand eines selbstentwickelten Fragebogens wurde erfasst, warum von den Jugendlichen zum zweiten Messzeitpunkt keine Daten mehr erhoben werden konnten. Aus sozialpädagogischer Perspektive interessiert es, vor allem Faktoren zu identifizieren, die Jugendliche kennzeichnen, welche die Massnahme irregulär beenden. Die irreguläre Beendigung der Massnahme ist ein Hinweis auf einen problematischen Verlauf der Massnahme, beispielsweise weil es dem betreffenden Heranwachsenden nicht gelingt, sich in der Einrichtung einzugewöhnen, die Hilfeangebote anzunehmen oder eine Beziehung zu den Betreuern und anderen Heimbewohnern aufzubauen, oder sie ein solch auffälliges, regelübertretendes Verhalten zeigen, dass die Massnahme beendet werden muss.

Von den 592 Teilnehmern des Modellversuchs liegen zum zweiten Messzeitpunkt bei 405 Personen Daten mindestens eines Instruments vor. Die Gründe für das vollständige Fehlen von Verlaufsdaten gehen aus Abbildung „Gründe für die Beendigung der Teilnahme am Modellversuch“ hervor. Im Folgenden soll die Gruppe der 92 Personen, die ihre Massnahme irregulär beendet haben, mit der Gruppe der 405 Personen, die mindestens ein Instrument zu beiden Messzeitpunkten bearbeitet haben, verglichen werden. Bei dieser Gruppe kann davon ausgegangen werden, dass sie zumindest bis zur Verlaufsmessung im Rahmen des Modellversuchs in der Massnahme verblieben ist. Dies bildet eine nützliche Vergleichsgrundlage, um zu überprüfen, durch welche Faktoren sich die Massnahmenabbrecher von Personen unterscheiden, die über einen längeren Zeitraum in der Massnahme bleiben. Im Folgenden wird der Einfluss der einzelnen Variablen statistisch überprüft.

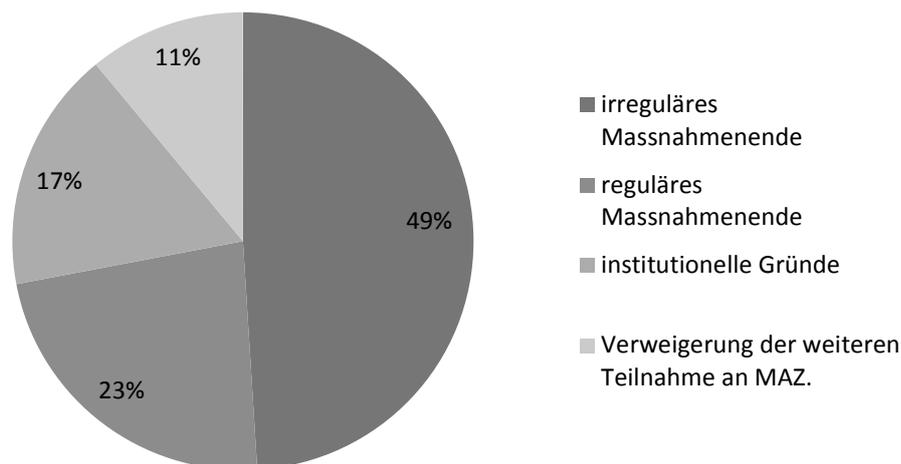


Abbildung: Gründe für die Beendigung der Teilnahme am Modellversuch (N=187)

Im folgenden Abschnitt werden verschiedene potentielle Einflussfaktoren auf einen Massnahmenabbruch dargestellt. Als mögliche Einflussfaktoren wurden Psychopathologie, interpersonale Traumata, psychopathische Persönlichkeitszüge und Häufigkeit früherer Platzierungen überprüft.

5.6.1 Einfluss von psychischer Belastung

Ein Vergleich der beiden Gruppen in der Child Behavior Checklist (CBCL) bzw. der Young Adult Behavior Checklist (YABCL) zeigt, dass die Massnahmenabbrecher im Mittel etwas höhere T-Werte beim *Gesamtproblemverhalten* und den *Externalisierenden Störungen* der fremdberichteten psychischen Auffälligkeit erreichen. Auch die (hier nicht dargestellten) selbstberichteten *Externalisierenden Störungen* sind bei den Massnahmenabbrechern stärker ausgeprägt.

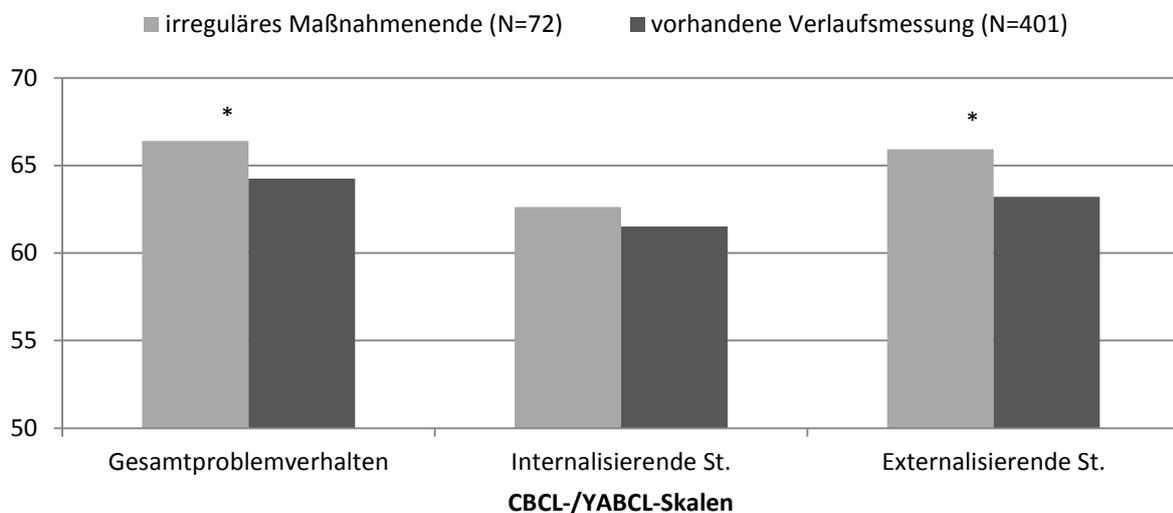


Abbildung: Mittelwertunterschiede in psychischer Auffälligkeit (CBCL/YABCL) zum ersten Messzeitpunkt zwischen Teilnehmern mit vorhandener Verlaufsmessung und irregulärem Massnahmenende (t-Test für unabhängige Stichproben)

5.6.2 Einfluss von psychopathischen Persönlichkeitszügen

Um die psychopathischen Persönlichkeitszüge der Teilnehmer des Modellversuchs zu überprüfen, wurde das Youth Psychopathic Traits Inventory (YPI) eingesetzt. Ein Vergleich der Mittelwerte von Teilnehmern mit Verlaufsmessung und irregulärem Massnahmenende geht aus Abbildung „Mittelwertunterschiede im Test für psychopathische Persönlichkeitseigenschaften Psychopathische Persönlichkeitszüge (YPI)“ hervor. Teilnehmer, die ihre Massnahme irregulär beenden, haben auf den Faktoren *Interpersonal*, *Affektiv* und *Behavioral* sowie beim *Gesamtwert* signifikant höhere Werte als Personen mit vorhandener Verlaufsmessung. Somit gehen psychopathische Persönlichkeitszüge mit einem deutlich erhöhten Risiko für einen irregulären Massnahmenabbruch einher.

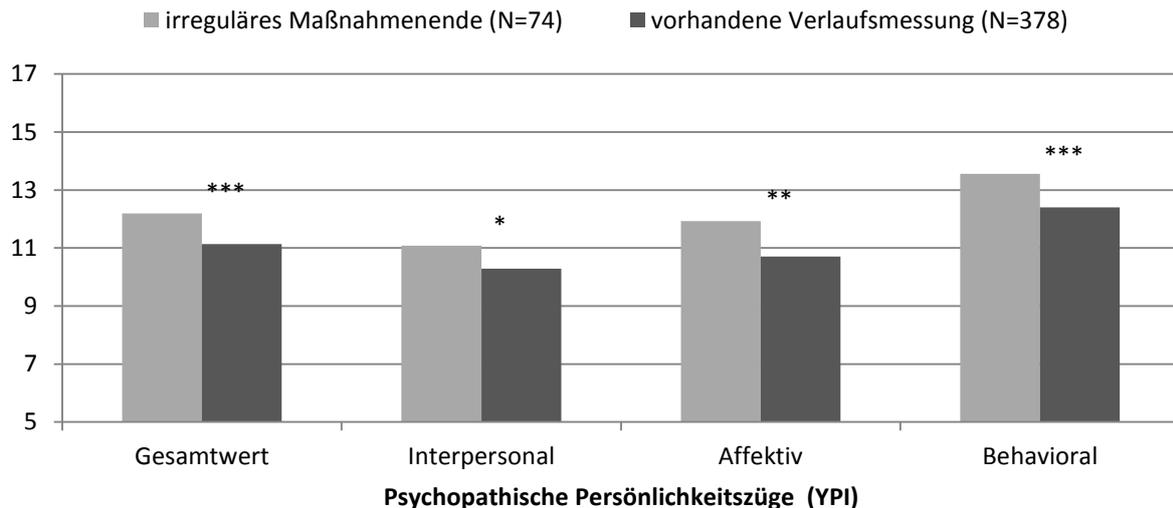


Abbildung: Mittelwertunterschiede im Test für psychopathische Persönlichkeitseigenschaften Psychopathische Persönlichkeitszüge (YPI) zum ersten Messzeitpunkt zwischen Teilnehmern mit vorhandener Verlaufsmessung und irregulärem Massnahmenende (t-Test für unabhängige Stichproben)

5.6.3 Einfluss der Häufigkeit früherer Fremdplatzierungen

Neben den bisher genannten Ergebnissen der eingesetzten Testverfahren und Interviews interessiert auch das in der Anamnese erhobene Vorhandensein früherer Fremdplatzierungen als potentieller Einflussfaktor auf den Massnahmenverlauf. Es zeigte sich, dass frühere Fremdplatzierungen mit einer signifikant erhöhten Häufigkeit für ein irreguläres Massnahmenende (23%) einhergehen. Dieses Ergebnis bestätigt vielfältige Befunde, dass vorhergehende gescheiterte Hilfen das Risiko eines erneuten Scheiterns der Massnahmen erhöhen (Schmidt et al., 2002; Macsenaere u. Knab, 2004).

5.6.4 Binär logistische Regression zum irregulären Ende der Heimerziehung

Bei den bislang berichteten Ergebnissen wird der Einfluss eines jeden Faktors unabhängig von den anderen Faktoren überprüft. Ähnlich wie bei der Zielerreichung interessiert auch hier ganz besonders, welche dieser Faktoren den grössten Einfluss auf den Massnahmenverlauf haben. Um die Wichtigkeit der einzelnen Faktoren sowie mögliche Wechselwirkungen zu überprüfen, wurde eine binär logistische Regressionsanalyse durchgeführt. Dabei wurden die folgenden Faktoren als Prädiktoren verwendet:

- Geschlecht
- Alter (in Jahren)
- Zahl der früherer Fremdunterbringungen
- Psychopathologie: Vorhandensein einer psychischen Störung und Persönlichkeitsstörung, Psychopathische Persönlichkeitszüge (YPI-Gesamtwert)

- Deliktschwere (kein Delikt, leichtes Delikt, mittelschweres Delikt, schweres Delikt mit maximal sieben unterschiedlichen Delikten, schweres Delikt mit mindestens sieben unterschiedlichen Delikten) und
- Anzahl der unterschiedlichen interpersonalen, durch bekannte Personen verursachten Traumata (K-SADS und ETI).

Diese Variablen wurden nun einem komplexen statistischen Verfahren unterzogen, welches berechnet, welche dieser Variablen in welcher Kombination statistisch die beste Vorhersage für ein irreguläres Massnahmenende darstellen und dabei die einzelnen Variablen gewichten. Da viele Variablen auch eng miteinander zusammenhängen, ist es gut möglich, dass relevante Variablen, die mehr Varianz aufklären, vereinnahmt werden. Selbstverständlich spielt auch die Frage, auf welche Art und Weise Variablen erfasst werden, eine grosse Rolle für die Berechnung. In der Regel zeigen Fragebogen Verfahren, bei denen die Jugendliche sehr unterschiedliche Ergebnisse (grosse Varianz) aufweisen, die besten Ergebnisse in Regressionsberechnungen.

Zur Auswahl der Variablen für die Regressionsgleichung wurde die Rückwärtsmethode mit Likelihood-Quotient verwendet. Entsprechend der Konvention wurde als Kriterium für die Aufnahme von Variablen in die endgültige Regressionsgleichung ein α -Fehler von 10% festgelegt. Davon unberührt bleibt, dass Variablen erst mit einem α -Fehler von weniger als 5% einen signifikanten Vorhersagewert leisten. Die in der Gleichung verbleibenden Variablen können jedoch die Vorhersagekraft anderer sich im Modell befindenden Variablen beeinflussen. Da die Regressionsanalyse nur für jene Personen durchgeführt werden kann, von denen Daten aller Instrumente vorliegen, die in die Analyse miteinfließen, reduziert sich die Stichprobengrösse auf 296 Personen.

Die Analyse ergab nach dem zwölften Rechenschritt zwei im Modell verbleibende Einflussfaktoren ($X^2=17,67$, $df=2$, $p<.001$), die einen signifikanten Vorhersagebeitrag leisten (Tabelle „Binär logistische Regression zur Vorhersage des irregulären Massnahmenendes“), von denen einer einen signifikanten Vorhersagebeitrag leistet. Die Varianzaufklärung dieses Modells beträgt 12,0% (Nagelkerkes R-Quadrat). Die psychopathischen Persönlichkeitseigenschaften leisten den mit Abstand grössten Beitrag zur Vorhersage: Je höher der Gesamtwert im Youth Psychopathic Trait Inventory ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit eines irregulären Massnahmenendes. Die zunehmende Anzahl mit dem ETI erfasster, interpersonalen Traumata, die durch bekannte Personen verursacht wurden, erhöht die Wahrscheinlichkeit des irregulären Massnahmenabbruchs tendenziell, verfehlt in der Regressionsanalyse aber knapp das Signifikanzniveau. Vermutlich wäre es für weitere Analysen wichtig, spezifisch auf die Auswirkungen der Traumatisierung in der Pädagogik zu fokussieren. Die psychische Belastung aller Jugendlichen in der MAZ.-Stichprobe war vermutlich derart ausgeprägt, dass diese innerhalb der MAZ.-Stichprobe nicht mehr ausreichend differenzierte. Zudem wäre es auch möglich, dass die besonders belasteten Heranwachsenden tendenziell in relativ besser ausgestatteten Institutionen oder Beobachtungsstationen platziert wurden und daher der Einfluss der psychischen Belastung im Verhältnis zu anderen Variablen gemindert wird. Vermutlich ist der Einfluss, der mit dem YPI erfassten Ausprägung von psychopathischen Persönlichkeitseigenschaften auf die Deliktschwere und vorhergehende Massnahmenabbrüche, derart hoch, dass der spezifische Einfluss der anderen Variablen von der Bedeutung der psychopathischen Persönlichkeitseigenschaften überlagert wird.

Tabelle: Binär logistische Regression zur Vorhersage des irregulären Massnahmenendes

	Regressions- koeffizient B	Wald	df	p	Exp(B)
Psychopathische Persönlichkeitszüge (YPI-Gesamtwert)	-0,35	13,37***	1	<.001	0,71
Anzahl der interpersonalen Traumata durch bekannte Personen (ETI)	-0,42	3,75	1	.053	0,66
Konstante	6,64	28,63***	1	<.001	764,43

Wird eine binär logistische Regression durchgeführt, in die nur die in der Regressionsgleichung verbleibenden und in Tabelle „Binär logistische Regression zur Vorhersage des irregulären Massnahmenendes“) aufgeführten Variablen aufgenommen werden, leisten bei einer Stichprobengröße von 364 Personen und einer Varianzaufklärung von 5,2% ($\chi^2=10,34$, $df=1$, $p=.001$) lediglich die psychopathische Persönlichkeitszüge noch einen Vorhersagewert. Beide Ergebnisse weisen darauf hin, dass von den untersuchten Einflussfaktoren die psychopathischen Persönlichkeitszüge einen signifikanten Einfluss auf den Massnahmenverlauf haben, vermutlich weil diese Eigenschaften eng mit anderen Risikofaktoren (Deliktschwere, vorhergehende Massnahmenabbrüche) korrelieren.

5.6.5 Fazit

Wie auch bei der Zielerreichung stellen psychopathische Persönlichkeitszüge den grössten Einflussfaktor auf den Massnahmenverlauf dar. Sowohl unabhängig von den anderen untersuchten Einflussfaktoren als auch im Zusammenspiel mit diesen, führen ausgeprägtere psychopathische Persönlichkeitszüge dazu, dass die Jugendlichen und Heranwachsenden die Massnahmen häufiger irregulär beenden. Symptome der psychopathischen Persönlichkeitszüge sind ein arroganter, unehrlicher und manipulativer interpersonaler Stil, ein Mangel im emotionalem Erleben mit oberflächlichen Gefühlen, ein ausgeprägter Mangel an Reue und persönlicher Verantwortungsübernahme für das eigene Verhalten sowie impulsives, unverantwortliches und nach Aufregung strebendes Verhalten. Diese tiefgreifenden Persönlichkeitszüge und Verhaltensmuster führen offensichtlich dazu, dass es den betroffenen Jugendlichen nicht gut gelingt, sich in der Einrichtung einzugewöhnen, die Hilfsangebote anzunehmen und eine vertrauensvolle Beziehung zu den Betreuern und anderen Heimbewohnern aufzubauen. Zudem sind sie vermutlich weniger einsichtig in den potentiellen Nutzen der Hilfemassnahme, der nur ausgeschöpft werden kann, wenn sie selbst sich einbringen und an ihren Problemen arbeiten. Aufgrund ihrer psychopathischen Persönlichkeitszüge werden sie vermutlich häufiger die Regeln brechen, in Konflikte mit den Betreuern und Mitbewohnern geraten und infolge dieser Umstände vermutlich auch weniger von der Hilfemassnahme profitieren. Letztlich führen diese Faktoren dann auch häufiger zum irregulären Massnahmenende.

Uneinheitlich ist der Befund bezüglich der interpersonalen traumatischen Erlebnisse. Während diese als einzelner Faktor keinen nennenswerten Einfluss auf den Massnahmenverlauf haben, verbleibt der Einflussfaktor der interpersonalen, durch bekannte Personen verursachten Traumata zunächst in der Regressionsgleichung. Dies könnte als Hinweis dahingehend gedeutet werden, dass eine höhere Anzahl solcher Traumata zu häufigeren Massnahmenabbrüchen führt. Eine zweite Analyse mit den in der ersten Regressionsgleichung verbleibenden Variablen führt jedoch zu einer Vorhersage, bei der

die traumatischen Erlebnisse das Signifikanzniveau knapp verfehlen. Dies deutet darauf hin, dass es wichtig wäre, die spezifischen Traumafolgestörungen (Dissoziation, interpersonelles Misstrauen etc.) gezielter zu erfassen, statt nur die Anzahl der Traumata in die Regressionsgleichung zu geben, welche bei einer derart traumatisierten Gesamtstichprobe kaum differenzieren dürfte. Dass die Zahl der interpersonellen Traumata neben den psychopathischen Persönlichkeitszügen die grösste Vorhersagekraft in der Regressionsgleichung hatte, spricht sehr dafür, dass es sinnvoll ist, die Auswirkungen von komplexen Traumatisierungen auf den Verlauf von Jugendhilfemassnahmen noch viel genauer zu untersuchen.

5.7 Erreichen der allgemeinen Ziele - Hinzugewinn allgemeiner Kompetenzen

Um eine Veränderung der allgemeinen und optionalen Kompetenzen erfassen zu können, war die Bearbeitung des Zielerreichungsinstruments zu beiden Messzeitpunkten vorgesehen. Dabei bewerteten die pädagogischen Bezugspersonen und Jugendlichen im Rahmen eines gemeinsamen Gesprächs auf einer siebenstufigen Skala die Kompetenzen der Jugendlichen – je höher die Ausprägung auf der Skala, desto häufiger ist die Kompetenz vorhanden. Insgesamt konnte der Verlauf der Kompetenzen bei 349 Personen ermittelt werden. Zwischen beiden Messzeitpunkten lagen im Mittel 9,1 Monate ($STD=4,48$).

Die umfassende Analyse der Entwicklung der allgemeinen Kompetenzen während der durchschnittlich neun Monate auf einer sozialpädagogischen Wohngruppe zeigt, dass sich in allen acht allgemeinen Kompetenzen signifikante Verbesserungen beobachten lassen. Am deutlichsten sind die Kompetenzgewinne in den Bereichen Konfliktfähigkeit, Umgang mit Gefühlen und Beziehungsfähigkeit, gefolgt von Kommunikationsfähigkeit sowie Selbstständigkeit und Autonomie, in welchen allesamt hoch signifikante Verbesserung zu verzeichnen sind. Weniger starke Verbesserungen zeigen sich im Bereich der Empathie und Schule/Ausbildung.

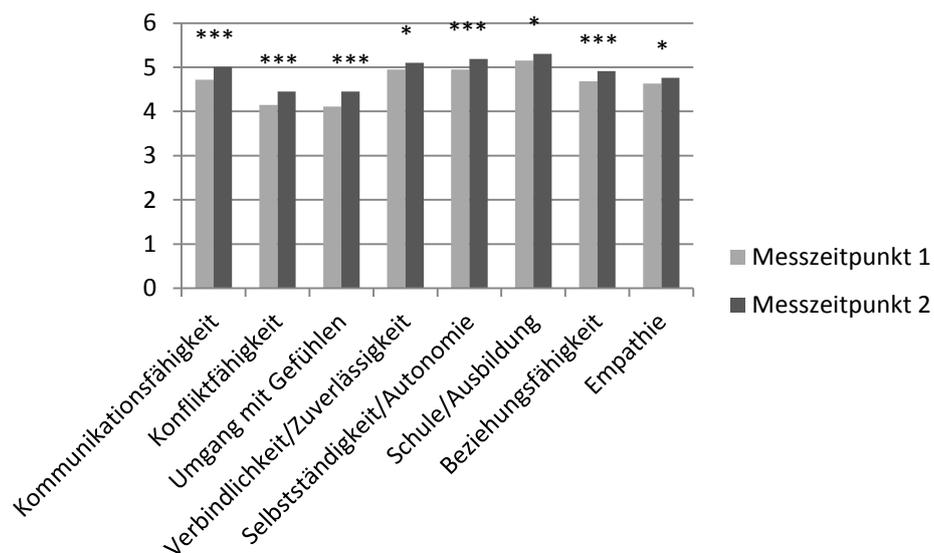


Abbildung: Mittelwerte der Veränderung der Kompetenzen zu Messzeitpunkt 1 und 2 (N=348).

Es fällt erwartungsgemäss auf, dass die Verbesserung sehr wesentlich vom Ausgangsniveau der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen abhängen. Dies ist in Anbetracht der Konstruktion der Skalen logisch, da ja die Annäherung an ein Optimum erfragt wird und dadurch Deckeneffekte zu erwarten und offensichtlich zu verzeichnen sind, da das Optimum realistisch betrachtet kaum erreicht werden kann und wohl keinem Menschen überdauernd ein optimaler Umgang mit Gefühlen zu attestieren ist.

Um die möglichen Deckeneffekte bei der Auswertung und Interpretation bezüglich der Veränderung der allgemeinen Kompetenzen zu berücksichtigen, macht es Sinn, sich vor allem jene Kinder, Jugendlichen und junge Erwachsene näher anzusehen, die besondere Defizite in den einzelnen Kompetenzen aufweisen. Dies ist auch aus pädagogischer Perspektive ein sinnvolles Vorgehen, da es wichtig und sinnvoll ist, die Jugendlichen gerade in den stark defizitären Bereichen gezielt zu fördern. Es ist zudem davon auszugehen, dass trotz aller Ressourcenorientierung im pädagogischen Alltag besonders viel Energie und personelle Ressourcen in die Bereiche fliessen, in welchen bei den Heranwachsenden ein besonders hoher Unterstützungsbedarf festgestellt wurde. Sicher werden die pädagogischen Bemühungen bei Jugendlichen, die in bestimmten Bereichen bereits viele Kompetenzen haben, nicht mit der gleichen Intensität ansetzen, sondern man wird eher versuchen, diese Ressourcen für das Erreichen von individuellen Zielen oder den Abbau von Defiziten zu nutzen. Deshalb wurden in den folgenden Auswertungen ganz gezielt nur die Jugendlichen einbezogen, die auf den jeweiligen allgemeinen Kompetenzen ein Ausgangsniveau ≤ 3 haben, d.h. die das Zielverhalten seltener als „manchmal“ aufweisen.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse der Jugendlichen mit ausgewiesenen Kompetenzdefiziten fällt erwartungsgemäss auf, dass diese noch einmal wesentlich stärkere Verbesserungen, oft um mehrere Skalenpunkte, aufweisen und in allen Kompetenzen hochsignifikante Kompetenzgewinne zeigen.

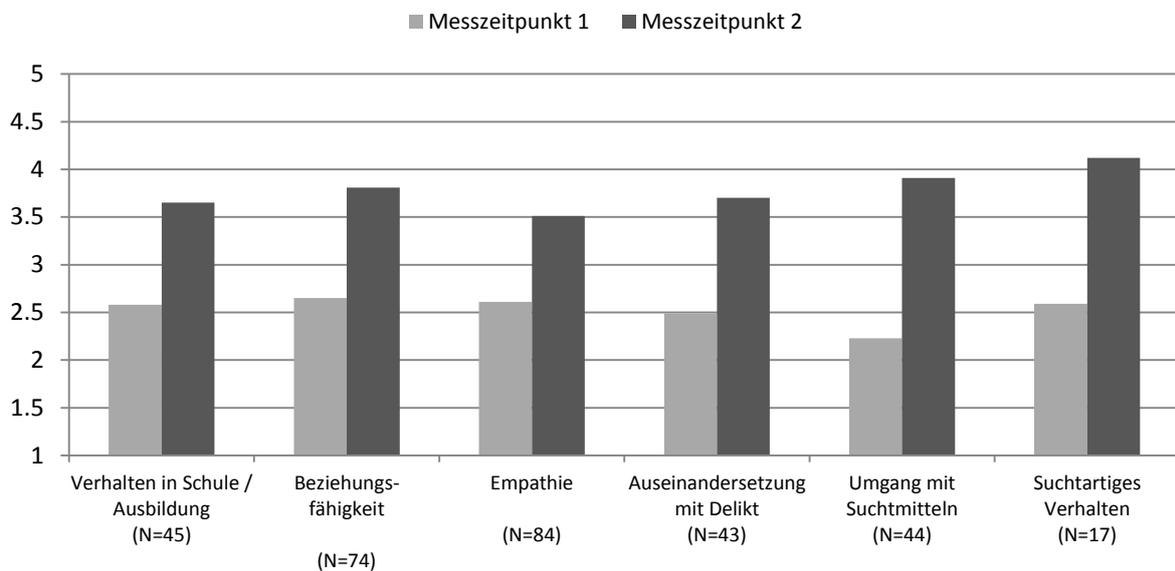
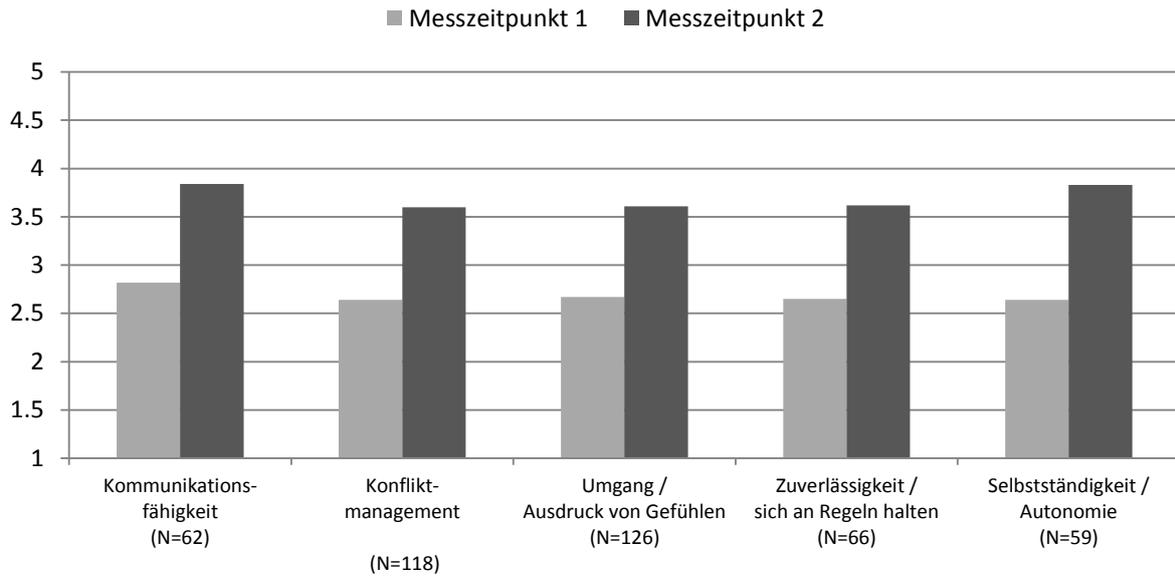


Abbildung: Zugewinn allgemeiner Kompetenzen bei den Jugendlichen mit ausgewiesenen Kompetenzdefiziten

In den folgenden Tabellen sind die Effektstärken, sowohl für die Ergebnisse aller Jugendlichen, als auch der mit Defiziten in den Kompetenzen abgetragen. Erwartungsgemäss stellt man fest, dass die Effektstärken der Heranwachsenden mit ausgewiesenen Defiziten wesentlich höher als in der Gesamtstichprobe sind. Das könnte einerseits methodisch durch den Wegfall des Deckeneffekts, aber auch durch eine besonders intensive Förderung in diesen Bereichen zu erklären sein. Die Effektstärken für die Gesamtstichprobe sind als gering einzuschätzen, liegen aber auf dem Niveau von internationalen Metaanalysen (Gabriel, 2009; Hellinckx u. Gretiens, 2003). Betrachtet man nur die Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Defiziten, sind hohe und sehr hohe Effektstärken zu verzeichnen.

Tabelle: Effektstärken allgemeine Kompetenzen

	Alle Heranwachsende (N = 280)	Heranwachsende mit geringen Kompetenzen zu t1 (≤3 manchmal)	Anteil der Personen mit geringen Kompetenzen zu t1 in %
Kommunikationsfähigkeit	0.27	1.33	17%
Konfliktfähigkeit	0.21	1.23	33%
Umgang mit Gefühlen	0.22	1.11	33%
Verbindlichkeit/ Zuverlässigkeit	0.09	0.92	18%
Selbständigkeit und Autonomie	0.20	1.12	16%
Verhalten in der Schule und Ausbildung	0.10	0.85	13%
Beziehungsfähigkeit	0.18	1.32	20%
Empathie	0.09	1.07	23%
Durchschnitt	0.17	1.21	22%

Tabelle: Effektstärken optionale Ziele

	Effektstärke über alle Heranwachsende	Häufigkeit n	Effektstärke der Heranwachsende mit geringen Kompetenzen zu t1 (≤3 manchmal)	Häufigkeit n (Anteil der Personen mit geringen Kompetenzen in %)
Auseinandersetzung mit dem Delikt	0.28	98	1.31	36 (37%)
Umgang mit Suchtmitteln	0.31	84	1.40	34 (40%)
Stoffungebundenes Suchtverhalten	0.22	45	1.12	15 (33%)
Durchschnitt	0.27		1.28	

5.7.1 Erreichen individueller Ziele

Ein zentrales Element des Modellversuchs zur Abklärung und Zielerreichung war das Definieren und die Überprüfung von Zielen, die individuell zwischen den Jugendlichen und ihrer Bezugsperson vereinbart wurden, da davon auszugehen ist, dass diese die konkrete sozialpädagogische Arbeit im Alltag und die spezifischen Problemen jedes Einzelfalles am besten berücksichtigen. Zur Erhebung der Ziele wurde das speziell für diesen Modellversuch entwickelte Zielerreichungsinstrument (Singer et al., 2007) eingesetzt.

Die individuellen Ziele wurden in grösseren Kategorien gruppiert, auch wenn die Ziele dadurch ihren individuellen Charakter zum Teil einbüßen. Die Gruppierung soll aber einen Aufschluss darüber geben, welche Arten von Zielen wie häufig definiert werden, und somit einen Einblick geben, woran im pädagogischen Alltag besonders intensiv gearbeitet wird.

Dabei sollten keine vorgefertigten Kategorien verwendet, sondern über qualitative Methoden sinnvolle Kategorien aus den individuell formulierten Zielen gebildet werden. Dazu wurden die Ziele der Personen aus der Romandie und dem Tessin von zwei Psychologen ins Deutsche übersetzt. Daraufhin wurden alle Ziele aufgrund inhaltlicher Ähnlichkeiten von drei Psychologen verschiedenen Gruppen oder Kategorien zugeordnet. Offensichtlich wurden pädagogisch wenig sinnvolle Ziele (z. B. „über Ferraris reden“, ein „I-Phone bekommen“) oder Doppelnennungen in diesem Prozess erkannt und entfernt. Auf diese Weise entstanden 23 Kategorien (Tabelle „Zielkategorien“). Ziele, die keiner Kategorie zugeordnet werden konnten, wurden einer Restkategorie zugewiesen.

Tabelle: Zielkategorien

Kategorie	Beschreibung	Beispiele
Verhalten in Schule, Ausbildung und Arbeit	Bessere Noten, Versetzung schaffen, Abschluss, Wechsel in höhere Schulform, Lern- und Arbeitsverhalten in der Schule, Ausbildung oder Arbeit, Hausaufgaben selbstständig und zuverlässig machen, selbstständiges Lernen, Konzentration, Organisation des Schulmaterials	<ul style="list-style-type: none"> • Das Jahr ohne ungenügend zu beenden • Ich möchte einen guten Lehrabschluss absolvieren • Ich löse meine Hausaufgaben selbstständig • Ich nehme meine Schulsachen mit zum Unterricht
Selbstständigkeit und Autonomie	Selbstständigkeit in der Alltagsbewältigung und -organisation, Arbeiten und Aufgaben selbstständig ausführen, eigene Entscheidungen treffen, Verantwortungsübernahme (für sich und andere), Eigeninitiative	<ul style="list-style-type: none"> • Ich nutze die öffentlichen Verkehrsmittel selbstständig • Alltagsarbeiten bzw. kleine Ämtlis werden selbstständiger erledigt • Ich werde meine eigenen Entscheidungen fällen • Ich übernehme die Verantwortung für die artgerechte Haltung unserer Katze
Perspektive für die Zukunft	Pläne für die Zukunft machen und verwirklichen, Praktikums-/Ausbildungs-/Arbeitsplatz finden, Schulplatz finden, Führerschein machen	<ul style="list-style-type: none"> • Ich setze mich aktiv mit meiner beruflichen Zukunft auseinander • Ich komme in der Berufsfindung weiter • Im Sommer 2010 habe ich eine Lehrstelle • Besuch des 10. Schuljahrs
Sozialverhalten	Gruppenfähigkeit, andere respektvoll behandeln, Rücksicht auf andere und deren Eigentum nehmen, Ehrlichkeit, Meinungen anderer respektieren, kein aggressives, bedrohliches, provozierendes oder sexualisiertes Verhalten, altersgemässes Sozialverhalten, Hilfsbereitschaft, Freundlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Anständiger, wertschätzender Umgang mit den Erwachsenen • Aufhören zu lügen • Andere Jugendliche weniger provozieren • Er soll beim Essen keinen Blödsinn machen

Kategorie	Beschreibung	Beispiele
Konfliktmanagement und Kritikfähigkeit	Wahrnehmung von und Umgang mit Konfliktsituationen, Umgang mit Ärger, Frustration, Wut und Provokationen, konstruktive Konfliktlösung, eigene Anliegen vertreten, Meinungen anderer akzeptieren, sich in andere hineinversetzen können, in Konfliktsituationen ruhig bleiben und nicht aggressiv werden, Umgang mit Kritik	<ul style="list-style-type: none"> • Es gelingt mir in Frustsituationen angemessen zu reagieren • Findet die guten Mittel, um einen Konflikt zu beenden • Kann ihre Anliegen positiv vertreten • Ich lerne mit Kritik umzugehen
Verbindlichkeit, Zuverlässigkeit und sich an Regeln halten	an die Regeln im Heim / Absprachen halten, übertragene Aufgaben (Pflichten und Ämter) zuverlässig ausführen, Pünktlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Ich will das Vertrauen des Teams nicht missbrauchen • Zu Terminen pünktlich erscheinen • Ämtli nicht vergessen
Heiminterner Fortschritt	Fortschritt in der gesamten Massnahme, Weiterentwicklung in verschiedenen Bereichen, Massnahme bestehen oder bewältigen, in eine „bessere“ Gruppe wechseln oder „guten“ Gruppenstatus behalten	<ul style="list-style-type: none"> • Ich will bis zum Austritt nicht mehr in ein Time out gehen müssen • Wieder nach Hause können • Die Anforderungen der Aussenwohngruppe zu bestehen • Auf offene Gruppe zu wechseln
Freizeitgestaltung	Ideen zur Freizeitgestaltung entwickeln, Freizeit aktiv und sinnvoll selbst gestalten, regelmässigen Hobbys nachgehen, einem Verein beitreten, regelmässig ein Musikinstrument üben, ... (Sport zur körperlichen Fitness fällt in die Kategorie ‚Gesundheitsverhalten‘)	<ul style="list-style-type: none"> • Ich habe eine aktive und sinnvolle Freizeitgestaltung • Verbringt Freizeit sinnvoll, weniger TV und PC • Eintritt in einen Fussballclub
Kommunikationsfähigkeit	Diskussionsverhalten, sprachlicher Ausdruck und Wortwahl, Umgangston, Lautstärke beim Reden, sich in Gespräche einbringen, Redemenge, Zeitpunkt der Kommunikation, aktiv Zuhören	<ul style="list-style-type: none"> • Ich höre zu und lasse andere aussprechen • Ich möchte meine Sprache so verändern, dass ich weniger ‚fluche‘ • Weniger reden
Körperhygiene, äusseres Erscheinungsbild und Ordnung halten	Waschen, duschen, Zähne putzen, Kleiderhygiene, gepflegtes Erscheinungsbild, Ordnung im Zimmer	<ul style="list-style-type: none"> • Ich achte auf meine Körperhygiene • Regelmässiger Wechsel der Kleider • Zimmerordnung verbessern
Gesundheitsverhalten	Ernährungsgewohnheiten, Gewichts- zu- bzw. -abnahme, Fitness, Sport, Aktivität, medizinische Untersuchungen und Behandlungen, medizinische Hilfsmittel (z. B. Brille, Zahnspange) nutzen	<ul style="list-style-type: none"> • Gemüse essen • Gewicht verlieren • Ich mache mehr Sport • Seine Psychotherapie verfolgen

Kategorie	Beschreibung	Beispiele
Suchtmittelgebrauch	Auseinandersetzung mit aktuellem oder früherem Suchtmittelgebrauch; Suchtmittelgebrauch einschränken, reduzieren oder beenden (bezieht sich auf legale und illegale Substanzen)	<ul style="list-style-type: none"> • Bewusster Umgang mit Zigaretten • Aufhören zu kiffen • Abstinenz
Selbstfürsorge	Abgrenzung von anderen, sich weniger in fremde Angelegenheiten einmischen, Zeit für sich selbst nehmen, eigene Bedürfnisse äussern und erfüllen, sich selbst treu bleiben	<ul style="list-style-type: none"> • Ich kann mich besser abgrenzen und „nein“ sagen • Mit Bekannten mitfühlen, mitdenken aber nicht mitleiden • Umgang mit mir selbst
Integration in die Gruppe und Aufbau von Freundschaften	Integration in die Wohngruppe, Schulklasse oder in einen Verein, Freunde finden, soziales Netz aufbauen, Beziehungsfähigkeit und Kontaktverhalten verbessern, Partnerschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der Beteiligung am Gruppenleben • Einen Freundeskreis ausserhalb der Institution schaffen • Bessere Beziehung mit Kollegen • Der Jugendliche kann gute Freundschaften aufbauen
Umgang mit Geld	Mit dem zur Verfügung stehenden Geld auskommen, Geld sparen, Schulden abbauen	<ul style="list-style-type: none"> • Meinen Lohn will ich besser einteilen können • Er kann mit seinen Finanzen haushalten ohne sich zu verschulden
Beziehung zur Familie	Beziehung zur Herkunftsfamilie (Mutter, Vater, Geschwister) herstellen bzw. verbessern, weniger Streit und Konflikte, bessere Kommunikation, regelmässiger Kontakt, mehr gemeinsame Zeit, Ablösung von Herkunftsfamilie, Rückkehr in Herkunftsfamilie vorbereiten	<ul style="list-style-type: none"> • Die Beziehung mit der Mama verbessern • Bessere Kommunikation mit Eltern • Ich möchte wieder mehr regelmässigen Kontakt mit Vater, Mutter und Geschwistern haben
Umgang mit Gefühlen und Ängsten	Erkennen von Gefühlen, Ausdruck von Gefühlen, Ängste bewältigen	<ul style="list-style-type: none"> • Ich weiss, welche Situationen bei mir welche Gefühle auslösen • Der Jugendliche kann sich in schwierigen Situationen in sein Gegenüber hinein fühlen • Wenn ich ein eigenes schlechtes Gefühl wahrnehme, verdränge ich dieses nicht und spreche darüber • Ohne Licht schlafen
Weiterführende Hilfe	In Krisensituationen Hilfesuche bei Betreuern und vertrauten Personen, Therapie machen, Medikamente nehmen	<ul style="list-style-type: none"> • Ich komme selbstständig Hilfe holen, wenn es mir nicht gut geht • Hilfe annehmen können • Ich gehe weiterhin regelmässig in die Therapie

Kategorie	Beschreibung	Beispiele
Selbstbewusstsein	Selbstvertrauen, positives Selbstbild, eigene Meinung vertreten	<ul style="list-style-type: none"> • Ich habe Vertrauen in meine guten, schulischen Fähigkeiten • Ich möchte mehr Sicherheit im Kontakt mit fremden Menschen • Ich äussere meine Bedürfnisse und Wünsche selbstbewusst und bespreche diese mit einer erwachsenen Person
Umgang mit Delikten	Deliktfreiheit, Auseinandersetzung mit begangenen Delikten	<ul style="list-style-type: none"> • Deliktfrei leben können • Auseinandersetzung mit vorhandenen Denk- und Bewertungsmustern (im Sinne der Deliktbearbeitung)
Stressmanagement	Ausgeglichener und ruhiger Umgang mit Stress, Stresssituationen und Sorgen, Belastbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Nerven behalten in stressigen Situationen • Sie geht gelassener mit ihren Sorgen um
Motivation	Motivation beim Lernen, Arbeiten, in der Massnahme, im Alltag	<ul style="list-style-type: none"> • Ausdauer, nicht zu schnell aufgeben • Die Kurse nicht mehr zu versäumen und eine Motivierung finden • Weniger lustlos im Alltag
Sonstiges	Diverse Ziele, die keiner anderen Kategorie zugeordnet werden können	<ul style="list-style-type: none"> • Chinesische Sprache besser beherrschen • Mehr Lust am Leben und mehr Unternehmungslust

5.7.2 Vereinbarte Zielverhaltensweisen

Zum ersten Messzeitpunkt wurde das Zielerreichungsinstrument von 480 Kindern und Jugendlichen gemeinsam mit ihren Betreuern bearbeitet. 364 (75,8%) Personen legten drei, 58 (12,1%) zwei und ebenfalls 58 (12,1%) nur ein Ziel fest. Insgesamt wurden also 1'266 Ziele im Computerprogramm definiert und schriftlich festgehalten. Tabelle „Häufigkeit der Zielkategorien“ gibt die Häufigkeit an, mit der Ziele der verschiedenen Kategorien genannt wurden. Zudem wird das mittlere Ausgangsniveau, also der mittlere Ist-Zustand zum ersten Messzeitpunkt, als Median ausgewiesen. Der Median ist der in der Mitte liegende Wert einer Verteilung, das heisst es gibt genauso viele kleinere (oder gleich grosse) Werte wie grössere (oder gleich grosse) Werte. Es ist zu erkennen, dass Ziele im Bereich *Verhalten in Schule, Ausbildung und Arbeit* die am häufigsten gewählten Ziele waren. 13,6% der Ziele sind diesem Bereich anzusiedeln. Weitere häufige Ziele sind den Bereichen *Selbstständigkeit und Autonomie* (10,1%) sowie *Perspektive für die Zukunft* (10,2%) zuzuordnen. In den meisten Zielkategorien ist der Median vier. Das bedeutet, dass der Anteil der Personen mit einem Wert von vier oder höher etwa gleich gross ist wie der Anteil der Personen mit einem Wert von vier oder niedriger. Somit haben die meisten Personen in den Zielbereichen zum ersten Messzeitpunkt bereits *öfter* das Zielverhalten gezeigt (Tabelle „Häufigkeit der Zielkategorien“), was zeigt, dass oft auch Ziele definiert wurden, bei denen die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bereits über einige Ressourcen verfügten.

Tabelle: Häufigkeit der Zielkategorien

Zielname	Häufigkeit (Anzahl der Ziele = 1266)	Median zum ersten Messzeitpunkt
Verhalten in Schule, Ausbildung und Arbeit	172 (13,6%)	5,0
Selbstständigkeit und Autonomie	128 (10,1%)	4,0
Perspektive für die Zukunft	129 (10,2%)	5,0
Sozialverhalten	91 (7,2%)	4,0
Konfliktmanagement und Kritikfähigkeit	88 (7,0%)	4,0
Verbindlichkeit, Zuverlässigkeit und sich an Regeln halten	79 (6,2%)	4,0
Heiminterner Fortschritt	65 (5,1%)	5,0
Freizeitgestaltung	62 (4,9%)	4,0
Kommunikationsfähigkeit	52 (4,1%)	4,0
Körperhygiene, äusseres Erscheinungsbild und Ordnung halten	46 (3,6%)	3,0
Suchtmittelgebrauch	45 (3,6%)	5,0
Beziehung zur Familie	45 (3,6%)	4,0
Gesundheitsverhalten	43 (3,4%)	3,0
Selbstfürsorge	36 (2,8%)	3,0
Integration in die Gruppe und Aufbau von Freundschaften	32 (2,5%)	4,0
Umgang mit Geld	31 (2,4%)	4,0
Umgang mit Gefühlen und Ängsten	29 (2,3%)	4,0
Umgang mit Delikten	18 (1,4%)	6,0
Weiterführende Hilfen	17 (1,3%)	3,0
Selbstbewusstsein	17 (1,3%)	4,0
Stressmanagement	13 (1,0%)	3,0
Motivation	13 (1,0%)	4,0
Sonstige	15 (1,2%)	4,0

5.7.3 Veränderungen und Erreichen der Zielverhaltensweisen

Zur Überprüfung der Zielerreichung müssen zu beiden Messzeitpunkten Daten vorliegen. Dies war bei 301 Jugendlichen der Fall. 241 (80,1%) dieser Teilnehmer definierten drei Ziele, 38 (12,6%) zwei und 22 (7,3%) nur ein Ziel. Somit kann der Verlauf von insgesamt 821 Zielen analysiert werden. Die Auswertungen im Folgenden beziehen sich ausschliesslich auf diese 301 Personen und 821 Ziele.

Es konnten sich 57,1% der Personen in zwei oder drei Zielen verbessern. Das ist aus zwei Gründen besonders erstaunlich. Zum einen wegen des hohen Ausgangsniveaus der bereits vorhandenen Fähigkeit und zum anderen deshalb, weil nur 80,1% der Personen überhaupt drei Ziele definiert haben.

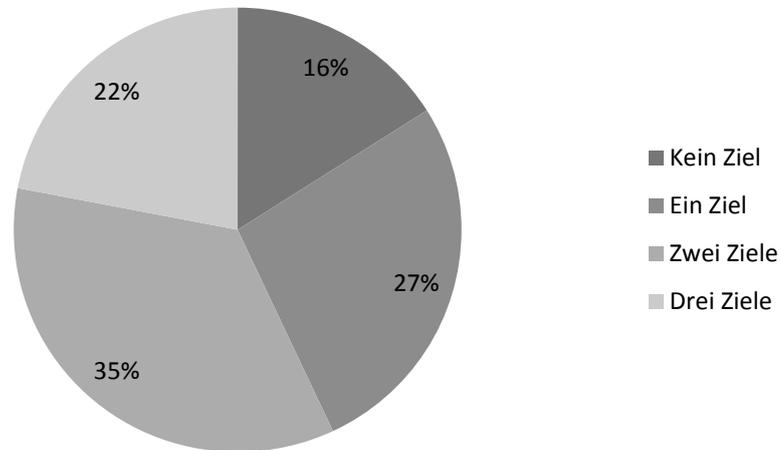


Abbildung: Relative Häufigkeit der Ziele mit Verbesserung über alle Kinder, Jugendlichen und junge Erwachsenen (N =301). Angaben in Prozent.

Bezüglich der Erreichung des konkreten Soll-Zustandes zeigt sich ebenfalls ein sehr positives Bild. 48,2% der Heranwachsenden haben mindestens zwei ihrer Ziele erreicht (Abbildung „Anzahl der Ziele mit erreichtem Soll über alle Kinder, Jugendlichen und junge Erwachsenen“). Somit gibt es nur einen geringfügigen Unterschied zwischen der Anzahl der Personen, die zwei Ziele erreicht haben, und der Anzahl der Personen, die sich in zwei Zielen verbessert haben. Die Effektstärke für die individuellen Ziele variierten innerhalb der Kategorien, bezogen auf die Gesamtstichprobe (648 vereinbarte Ziele), zwischen einer kleinen Effektstärke von $d = 0.23$ und sehr grossen Effektstärken von $d = 1.16$. Die durchschnittliche Effektstärke für alle individuellen Ziele betrug $d = 0.51$. Dies zeigt, dass durch die Definition von individuellen Zielen ein zusätzlicher Effekt erzielt wird, da die Effektstärken über denen im Bereich der Allgemeinen Kompetenzen liegen. Noch deutlicher zeigt sich das Ausmass der positiven Veränderungen der Heranwachsenden, wenn auch im Bereich der individuellen Ziele nur diejenigen Klienten betrachtet werden, die in diesen Bereichen und bei den definierten individuellen Zielen zum ersten Messzeitpunkt Defizite aufweisen. Für diese Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (229 vereinbarte Ziele) liegt die durchschnittliche Effektstärke über alle individuellen Ziele hinweg bei $d = 1.75$ im Bereich von sehr grossen Effektstärken. Das zeigt, dass es sich lohnt, die Jugendlichen in den Bereichen, in denen sie Defizite haben, ganz gezielt und spezifisch zu fördern, und diese Bereiche wertschätzend und lösungsorientiert in die individuelle Zielvereinbarungsgespräche aufzunehmen.

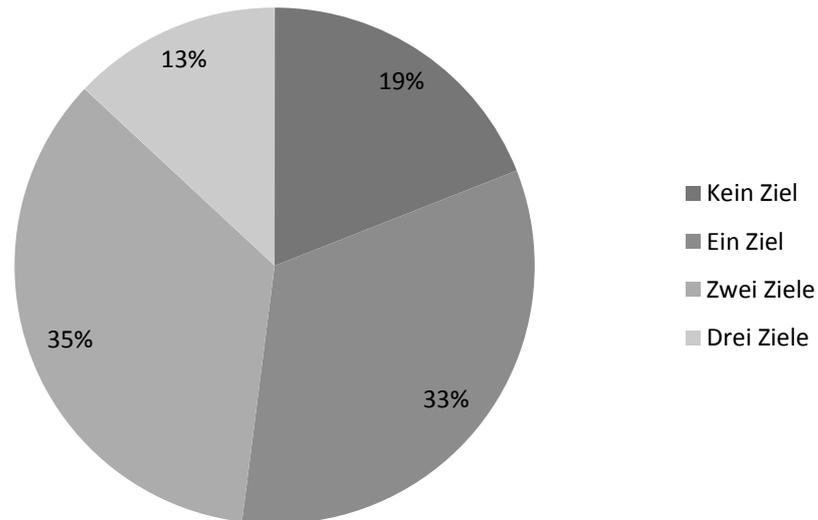


Abbildung: Relative Häufigkeit der Ziele mit erreichtem Soll über alle Kinder, Jugendlichen und junge Erwachsenen (N = 301). Angegeben in Prozent.

Die Tabelle „Häufigkeit der Zielkategorien und Veränderung sowie Erreichen des Zielverhaltens“ gibt an, welche Arten von Zielen am häufigsten genannt und zu zwei Messzeitpunkten eingeschätzt wurden. In der zweiten Spalte ist angegeben, wie häufig ein Ziel dieser Kategorie genannt wurde. Die Prozentangaben beziehen sich auf alle 821 Ziele. Die vierte, fünfte und sechste Spalte geben an, bei wie vielen Zielen eine Verbesserung, beziehungsweise das Erreichen des Soll-Zustandes oder eine Verschlechterung, festgestellt werden konnte. Diese Prozentwerte beziehen sich auf die Anzahl der Ziele in der jeweiligen Kategorie. So sind 12,3% der 821 Ziele der Kategorie *Verhalten in Schule, Ausbildung und Arbeit* zuzuordnen, womit Ziele in diesem Bereich die am häufigsten vereinbarten Ziele sind. Weitere wichtige Kategorien sind *Selbstständigkeit und Autonomie* (10,1% der Ziele) sowie *Perspektive für die Zukunft* (9,6% der Ziele). In allen Bereichen fanden deutlich häufiger Verbesserungen als Verschlechterungen statt (Tabelle „Häufigkeit der Zielkategorien und Veränderung sowie Erreichen des Zielverhaltens“). So konnte bei 62,4% der 101 Ziele im Bereich *Verhalten in Schule, Ausbildung und Arbeit* eine Verbesserung verzeichnet werden. Bei 59,4% dieser Ziele konnte sogar der Soll-Zustand erreicht werden. Verschlechterungen fanden nur bei 16,8% der Ziele in diesem Bereich statt. Eine Ausnahme dieser positiven Entwicklung ist in der Kategorie *Motivation* zu beobachten. In dieser fanden gleich viele Verbesserungen wie Verschlechterungen statt. Da Ziele dieser Kategorie jedoch nur fünfmal genannt wurden, ist dieses vergleichbar schlechte Resultat jedoch nur wenig aussagekräftig und vermutlich auf den Zufall zurückzuführen.

Tabelle: Häufigkeit der Zielkategorien und Veränderung sowie Erreichen des Zielverhaltens

Zielname	Häufigkeit (821 Ziele)	Median zum ersten Messzeitpunkt	Ver- besserung	Erreichter Soll-Zustand
Verhalten in Schule, Ausbildung und Arbeit	101 (12,3%)	5,0	63 (62,4%)	60 (59,4%)
Selbstständigkeit und Autonomie	83 (10,1%)	4,0	51 (61,4%)	48 (57,8%)
Perspektive für die Zukunft	79 (9,6%)	5,0	44 (55,7%)	45 (57,7%)
Sozialverhalten	65 (7,9%)	4,0	42 (64,6%)	36 (55,4%)
Konfliktmanagement und Kritikfähigkeit	62 (7,6%)	4,0	37 (59,7%)	33 (53,2%)
Verbindlichkeit, Zuverlässigkeit und sich an Regeln halten	57 (6,9%)	4,0	35 (61,4%)	27 (47,4%)
Heiminterner Fortschritt	48 (5,8%)	5,0	28 (58,3%)	27 (56,3%)
Freizeitgestaltung	44 (5,4%)	4,0	21 (47,7%)	21 (47,7%)
Kommunikationsfähigkeit	37 (4,5%)	4,0	21 (56,8%)	20 (54,1%)
Körperhygiene, äusseres Erscheinungsbild und Ordnung halten	33 (4,0%)	3,0	21 (63,6%)	13 (39,4%)
Gesundheitsverhalten	32 (3,9%)	3,0	17 (53,1%)	6 (18,8%)
Suchtmittelgebrauch	29 (3,5%)	5,0	15 (51,7%)	12 (41,4%)
Selbstfürsorge	21 (2,6%)	3,0	15 (71,4%)	10 (47,6%)
Integration in die Gruppe und Aufbau von Freundschaften	18 (2,2%)	4,0	13 (72,2%)	12 (66,7%)
Umgang mit Geld	18 (2,2%)	4,5	11 (61,1%)	6 (33,3%)
Beziehung zur Familie	17 (2,1%)	4,0	11 (64,7%)	9 (52,9%)
Umgang mit Gefühlen und Ängsten	17 (2,1%)	4,0	10 (58,8%)	9 (52,9%)
Weiterführende Hilfen	12 (1,5%)	3,0	6 (50,0%)	5 (41,7%)
Selbstbewusstsein	11 (1,3%)	4,0	9 (81,8%)	9 (81,8%)
Umgang mit Delikten	11 (1,3%)	6,0	8 (72,7%)	7 (63,6%)
Stressmanagement	10 (1,2%)	2,5	6 (60,0%)	7 (70,0%)
Motivation	5 (0,6%)	4,0	2 (40,0%)	2 (40,0%)
Sonstige	11 (1,3%)	4,0	6 (54,5%)	4 (36,4%)

Werden die Häufigkeiten der Ziele mit Verbesserung und die Häufigkeiten der Ziele mit dem erreichten Soll-Zustand verglichen, so fällt auf, dass sich die Häufigkeiten in den meisten Bereichen nur unwesentlich unterscheiden. In manchen Bereichen wurde das Soll sogar häufiger erreicht als eine Verbesserung. Das ist dadurch zu erklären, dass in 14,3% der 821 Ziele, keine Verbesserung, sondern ein gleichbleibendes Niveau angestrebt wurde (Abbildung „Angestrebte Veränderung in % der Ziele“).

Im Mittel lag die angestrebte Veränderung bei $M=1,51$ Skalenpunkten, was für eine sehr realistische Zielsetzung spricht.

Ebenfalls auffällig ist der relativ hohe Median der meisten Zielkategorien zum ersten Messzeitpunkt. Dieser ist in den meisten Kategorien vier. Somit haben die meisten Personen in den Zielbereichen zum ersten Messzeitpunkt bereits *öfter* das Zielverhalten gezeigt. Wegen dieses hohen Ausgangsniveaus sind Verbesserungen nur schwer möglich. Somit ist der hohe Anteil an Zielen mit Verbesserungen und erreichtem Soll-Zustand, trotz des hohen Ausgangsniveaus, besonders erfreulich.

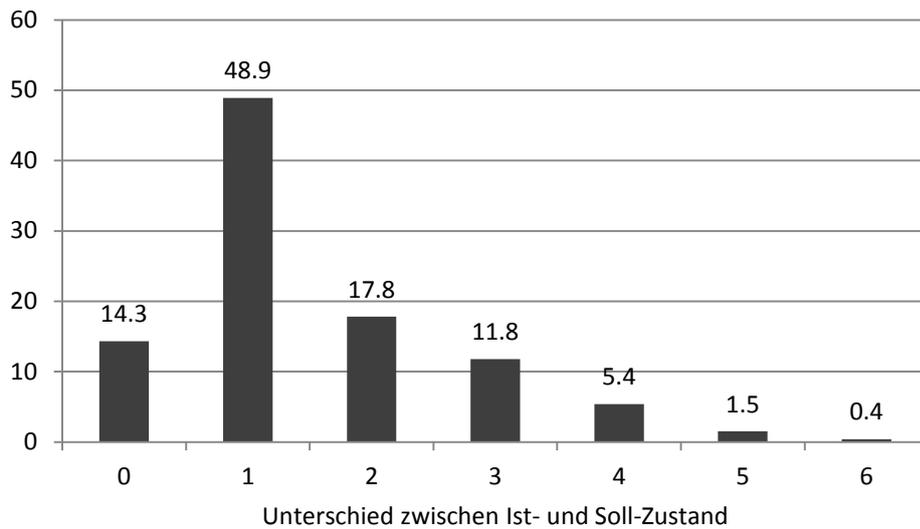


Abbildung: Angestrebte Veränderung in % der Ziele (N = 301)

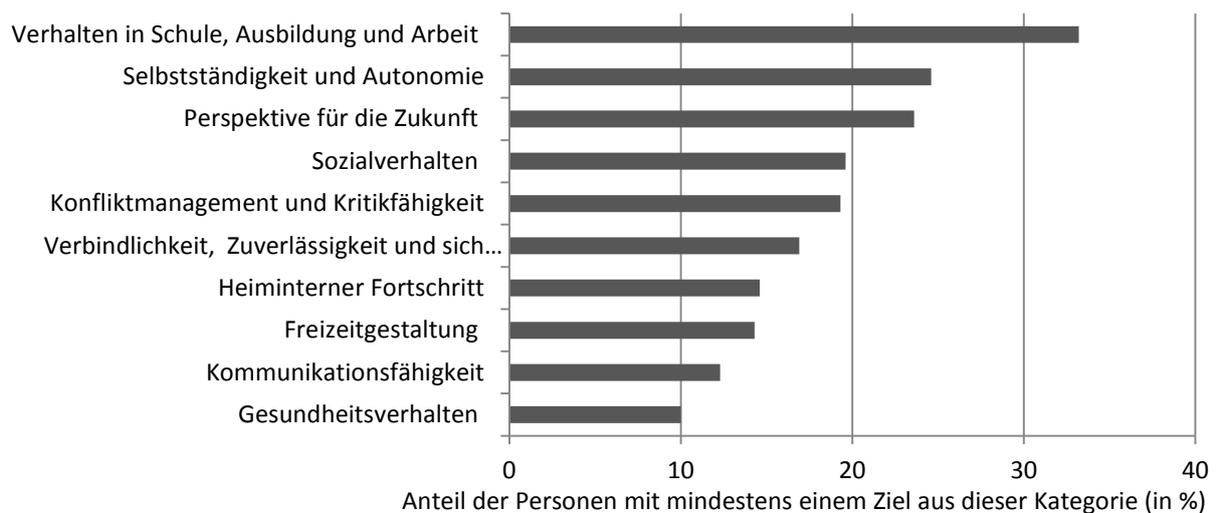


Abbildung: Die 10 von Teilnehmer am häufigsten gewählten Ziele

5.7.4 Geschlecht und Zielsetzung

Analysiert wird, ob es geschlechtstypische Ziele gibt, ob also Jungen häufig andere Ziele verfolgen als Mädchen. Dazu wurden die häufigsten Zielkategorien der Jungen denen der Mädchen gegenübergestellt (Tabelle „Häufigkeit und Rangfolge der Zielkategorien, getrennt nach Geschlecht“). Es ergab sich eine etwas unterschiedliche Rangfolge der Ziele. So sind zum Beispiel Ziele in den Bereichen *Perspektive für die Zukunft*, *Gesundheitsverhalten* und *Beziehung zur Familie* bei Mädchen beliebter und *Selbstständigkeit und Autonomie* sowie *heiminterner Fortschritt* etwas unbeliebter als bei den Jungen. Die Rangfolge ist aber sehr ähnlich, weswegen nicht von geschlechtstypischen Zielen gesprochen werden kann. Wenn aber die Häufigkeiten der Ziele zwischen Jungen und Mädchen mittels Chi²-Tests verglichen werden, stellt sich heraus, dass Ziele in den Bereichen *Selbstständigkeit und Autonomie*, *Umgang mit Geld* und *Umgang mit Delikten* signifikant häufiger von Jungen und Ziele in den Bereichen *Integration in die Gruppe und Aufbau von Freundschaften*, *Beziehung zur Familie* sowie *Selbstbewusstsein* signifikant häufiger von Mädchen verfolgt werden. Mädchen verfolgen also eher sozialintegrative Ziele, Jungen dagegen eher Ziele, um selbstständig in der Welt bestehen zu können. Dies ist möglicherweise durch eine gesellschaftlich etablierte, geschlechtsabhängige Rollenerwartung zu erklären. Möglicherweise werden bei Mädchen bessere sozialintegrative Fähigkeiten erwartet als bei Jungen, Schwächen deutlicher wahrgenommen und daher eher entsprechende Ziele formuliert. Von Jungen wird möglicherweise eher erwartet, dass sie selbstständig in der Welt bestehen können.

Häufigkeit und Rangfolge der Zielkategorien, getrennt nach Geschlecht (Chi²-Tests)

Zielname	Jungen (N=585)		Mädchen (N=236)		χ ²	df	p
	Rang	Häufigkeit aller genannten Ziele	Rang	Häufigkeit aller genannten Ziele			
Verhalten in Schule, Ausbildung und Arbeit	1	67 (11,5%)	1	34 (14,4%)	1,36	1	.244
Selbstständigkeit und Autonomie	1	67 (11,5%)	3	16 (6,8%)	4,04*	1	.044
Perspektive für die Zukunft	3	52 (8,9%)	2	27 (11,4%)	1,26	1	.262
Sozialverhalten	4	50 (8,5%)	4	15 (6,4%)	1,11	1	.293
Konfliktmanagement und Kritikfähigkeit	5	49 (8,4%)	5	13 (5,5%)	1,98	1	.159
Verbindlichkeit, Zuverlässigkeit und sich an Regeln halten	6	44 (7,5%)	5	13 (5,5%)	1,06	1	.304
Heiminterner Fortschritt	7	38 (6,5%)	11	10 (4,2%)	1,56	1	.212
Freizeitgestaltung	8	33 (5,6%)	8	11 (4,7%)	0,32	1	.573
Kommunikationsfähigkeit	9	26 (4,4%)	8	11 (4,7%)	0,02	1	.892
Körperhygiene, äusseres Erscheinungsbild und Ordnung halten	10	24 (4,1%)	13	9 (3,8%)	0,04	1	.849
Suchtmittelgebrauch	11	23 (3,9%)	17	6 (2,5%)	0,95	1	.329
Gesundheitsverhalten	12	20 (3,4%)	7	12 (5,1%)	1,25	1	.264
Umgang mit Geld	13	17 (2,9%)	20	1 (0,4%)	4,83*	1	.028

Zielname	Jungen (N=585)		Mädchen (N=236)		χ^2	df	p
	Rang	Häufigkeit aller genannten Ziele	Rang	Häufigkeit aller genannten Ziele			
Selbstfürsorge	14	11 (1,9%)	11	10 (4,2%)	3,75	1	.053
Umgang mit Delikten	14	11 (1,9%)	22	0 (0,0%)	4,50*	1	.034
Weiterführende Hilfe	16	10 (1,7%)	19	2 (0,8%)	0,87	1	.352
Integration in die Gruppe und Aufbau von Freundschaften	17	9 (1,5%)	13	9 (3,8%)	4,06*	1	.044
Umgang mit Gefühlen und Ängsten	18	8 (1,4%)	13	9 (3,8%)	4,96*	1	.026
Stressmanagement	19	7 (1,2%)	18	3 (1,3%)	0,01	1	.930
Beziehung zur Familie	20	6 (1,0%)	8	11 (4,7%)	10,96*	1	.001
Motivation	21	4 (0,7%)	20	1 (0,4%)	0,19	1	.665
Selbstbewusstsein	22	2 (0,3%)	13	9 (3,8%)	15,33*	1	<.001
Sonstiges		7 (1,2%)		4 (1,7%)	0,32	1	.574

Bezüglich der mittleren Anzahl von Zielen mit Verbesserungen sowie der Anzahl der Ziele mit erreichtem Soll-Zustand konnten keine Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen festgestellt werden.

5.8 Veränderung der dimensional psychischen Belastung in der Child Behavior Checklist und den verwandten Verfahren

Die Achenbachskalen zur Ermittlung der psychischen Belastung der Teilnehmer des Modellversuchs wurden zu zwei Erhebungszeitpunkten bearbeitet, um Veränderungen in der psychischen Belastung im Massnahmenverlauf beschreiben zu können. Es ist ein wichtiger Indikator für den Erfolg einer Massnahme, wenn sich die psychische Belastung der Heranwachsenden im Massnahmenverlauf reduziert und die Jugendlichen weniger psychopathologische Auffälligkeiten zeigen.

Zum zweiten Messzeitpunkt wurde die CBCL von den sozialpädagogischen Fachkräften für 285 Kinder und Jugendliche bearbeitet. Zwischen der ersten und zweiten Einschätzung liegen durchschnittlich 9,7 Monate ($STD=4,2$). Die im Folgenden berichteten Veränderungen in der CBCL beziehen sich auf 285 Kinder und Jugendliche. 228 Jugendliche zwischen 12 - 18 Jahren füllten den Fragebogen YSR zum zweiten Messzeitpunkt aus. Zwischen der ersten und zweiten Einschätzung liegen durchschnittlich 9,3 Monate ($STD=4,5$). Der folgende Bericht über die Veränderungen im YSR bezieht sich auf diese 228 Kinder und Jugendlichen.

In der Abbildung „Veränderungen (Angaben in t-Werten) im CBCL/YSR“ ist die Veränderung zwischen den beiden Messzeitpunkten für die Gesamtstichprobe dargestellt. Auf allen drei Gesamtskalen zeigt sich sowohl im Selbst- als auch im Fremdurteil eine hoch signifikante Reduktion der psychischen Belastung, wobei die Effektstärken für die Symptomreduktion zwischen $d = .18$ und $d = .40$ liegen. Interessanterweise berichten die Jugendlichen selbst durchgehend auf allen drei Gesamtskalen sogar von

noch grösseren Verbesserungen in ihrer Befindlichkeit und einer deutlichen Reduktion ihrer Symptomatik als ihre sozialpädagogischen Bezugspersonen. Die Verbesserung fällt im Selbsturteil im internalisierenden Bereich (Effektstärke $d = .40$) deutlich höher aus als im externalisierenden Bereich ($d = .21$). Diese Symptomreduktion über die Gesamtstichprobe hinweg um einige T-Werte ist sehr erfreulich, zeigt sich doch, dass die Mehrzahl der Heranwachsenden sich besser fühlt und weniger Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Die höhere Symptomreduktion bei den Jugendlichen, trotz geringerer Belastung auf dem Ausgangsniveau, überrascht und sollte genauer analysiert werden. Möglich wäre einmal, dass die Effekte sich an einer Untersuchung zu beteiligen (Rosenthal-Effekt) und die Erwartung, dass sich die Symptome reduzieren müssen (Hawthorne-Effekt), bei den Jugendlichen stärker auswirken als bei den professionellen Helfern.

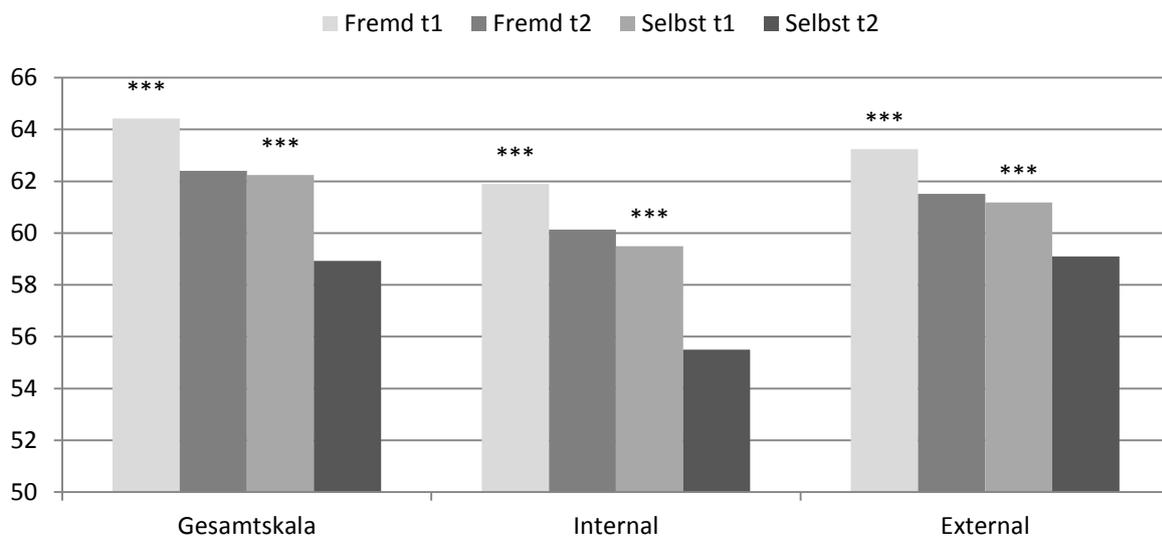


Abbildung: Veränderungen (Angaben in t-Werten) im CBCL/YSR. $n=285$ (fremd)/ $n=228$ (selbst).

Im Folgenden werden die Veränderungen getrennt für die Fremd- und Selbstberichte dargestellt.

5.8.1 Veränderungen im Fremdurteil

Von besonderem Interesse ist hier die Veränderung der Teilnehmer, die zum ersten Messzeitpunkt auf den verschiedenen Skalen als besonders psychisch belastet eingeschätzt wurden, die also einen T-Wert von mindestens 60 auf den Gesamtskalen bzw. 67 auf den Syndromskalen erreichten, da letztlich nur bei den Jugendlichen, die auch eine psychische Belastung aufweisen, Veränderung erreicht werden können. Unbelastete Jugendliche können ihre psychische Belastung ja nicht noch weiter reduzieren und noch gesünder werden. Auf den Gesamtskalen erreichten im Fremdurteil fast 80% und im Selbsturteil über 60% der Jugendlichen auffällige Werte (d. h. einen T-Wert ≥ 60 auf den Gesamtskalen), so dass es sich bei diesen Auswertungen um die Mehrzahl der Jugendlichen handelt. Lediglich die vergleichsweise wenigen unauffälligen Jugendlichen wurden nicht in diese Auswertungen einbezogen.

Demnach kommt es nach Einschätzung der Betreuer im Verlauf der Massnahme bei den zum ersten Messzeitpunkt besonders belasteten Kindern und Jugendlichen zu einer deutlichen Verringerung der

psychischen Belastung. Diese reduziert sich um drei bis vier T-Wert-Punkte auf den Gesamtskalen und um bis zu neun T-Wert-Punkte auf den Syndromskalen. Auch die Effektstärken zeigen, dass auf den Gesamtskalen mittlere Effekte, auf den Syndromskalen sogar grosse Effekte erzielt werden.

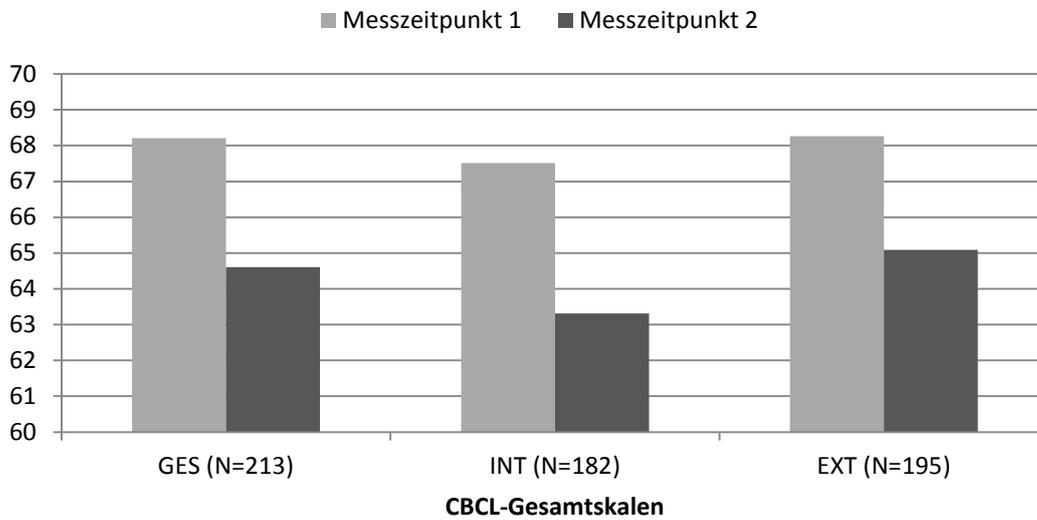


Abbildung: Verlauf in der CBCL bei Teilnehmern mit T-Wert ≥ 60 zu t1 (t-Tests für abhängige Stichproben, $p < .001$)

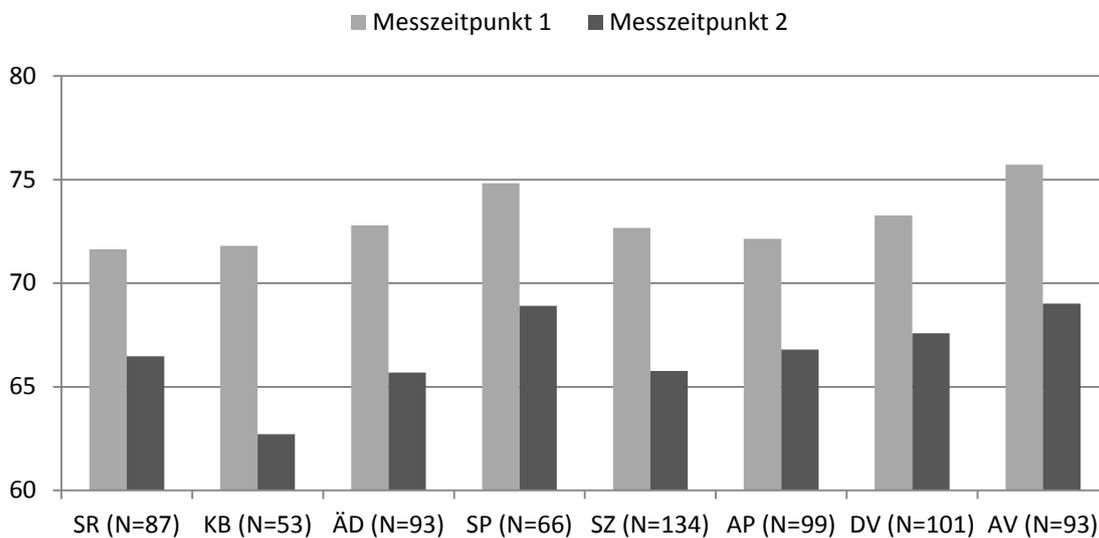


Abbildung: Verlauf in der CBCL bei Teilnehmern mit T-Wert ≥ 67 auf Syndromskalen zu t1 (t-Tests für abhängige Stichproben, $p < .001$)

5.8.2 Veränderungen im Selbsturteil

Ebenso wie bei der Einschätzung durch die Betreuer ist auch bei der Selbsteinschätzung die Veränderung der Teilnehmer, die sich zum ersten Messzeitpunkt auf den verschiedenen Skalen als besonders psychisch belastet eingeschätzt haben, die also einen T-Wert von mindestens 60 auf den Gesamtskalen bzw. 67 auf den Syndromskalen erreichten, von besonderem Interesse. Abbildung „Verlauf im YSR bei Teilnehmern mit T-Wert ≥ 60 zu t1“ zeigt für jede Skala die Veränderung der Teilnehmer, die auf der jeweiligen Skala zum ersten Messzeitpunkt T-Werte im auffälligen Bereich hatten. Demnach verringert sich die psychische Belastung bei den zum ersten Messzeitpunkt besonders belasteten Kindern und Jugendlichen im Verlauf der Massnahme deutlich. Diese reduziert sich um vier bis sieben T-Wert-Punkte auf den Gesamtskalen und um bis zu zehn T-Wert-Punkte auf den Syndromskalen. Auch die Effektstärken zeigen, dass auf den Gesamtskalen mittlere bis grosse Veränderungen und auf den Syndromskalen durchgängig grosse Veränderungen erzielt werden. Ein Vergleich der Effektstärken mit jenen der CBCL zeigt, dass die Verbesserung nach eigener Einschätzung der Kinder und Jugendlichen grösser ist als nach Einschätzung ihrer Betreuer. Dies betrifft vor allem die Skalen *Soziale Probleme*, *Aufmerksamkeitsprobleme*, *Ängstlich-depressiv* und *Internalisierende Störungen*. Lediglich die Verbesserung auf der Skala *Körperliche Beschwerden* ist nach Einschätzung der Betreuer grösser als nach Angaben der Kinder und Jugendlichen. Insbesondere wenn man zusätzlich die geringeren Ausgangswerte bei der Selbsteinschätzung im Vergleich zur Fremdeinschätzung bedenkt, wird deutlich, wie stark sich die Belastung der Kinder und Jugendlichen nach eigener Einschätzung verringert und wie sehr sie von der Massnahme profitieren.

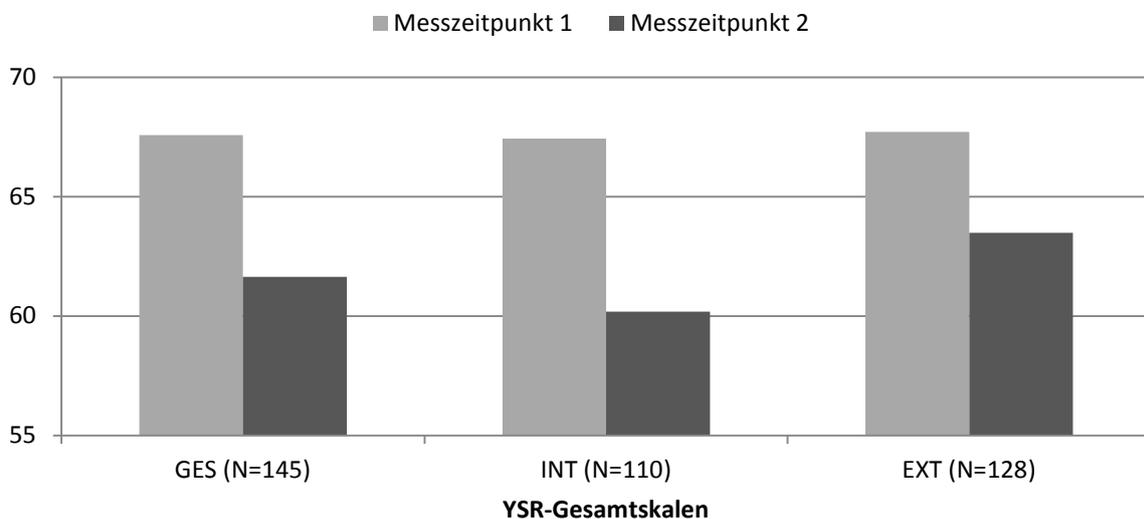


Abbildung: Verlauf im YSR bei Teilnehmern mit T-Wert ≥ 60 zu t1 (t-Tests für abhängige Stichproben, $p < .001$)

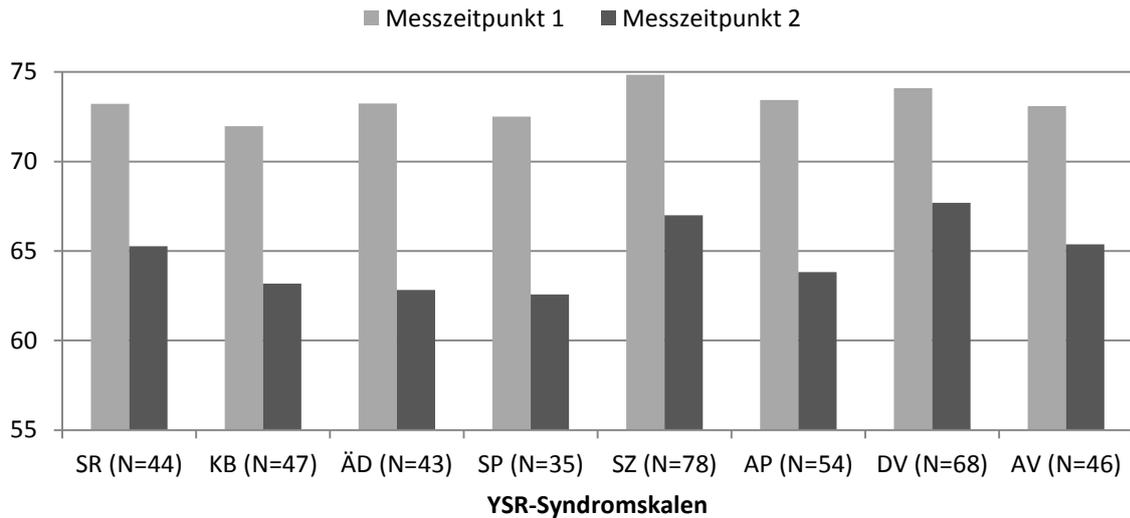


Abbildung: Verlauf im YSR bei Teilnehmern mit T-Wert ≥ 67 zu t1 (t-Tests für abhängige Stichproben, $p < .001$)

Untersucht man die Veränderung der Kinder und Jugendlichen, die sich zum ersten Messzeitpunkt auf den jeweiligen Skalen als psychisch unbelastet oder wenig belastet eingeschätzt haben, zeigt sich lediglich auf der Skala *Ängstlich-Depressiv* eine geringfügige Verringerung der psychischen Belastung.

In Tabelle „Effektstärken CBCL-Gesamtskalen“ sind die Effektstärken sowohl für die Teilstichprobe der Jugendlichen mit auffälligen Testergebnissen zum ersten Messzeitpunkt als auch der Gesamtstichprobe dargestellt.

Tabelle: Effektstärken der Kinder und Jugendlichen CBCL- bzw. YABCL-Gesamtskalen

	Kinder und Jugendliche (N=285)	Kinder und Jugendliche auffälligem Wert T1 (T-Wert ≥ 60)	N der Kinder und Jugendlichen mit auffälligem Wert zu t1 (T-Wert ≥ 60)	Junge Erwachsene (N=82)	Junge Erwachsene auffälligem Wert T1 (T-Wert ≥ 60)	N der jungen Erwachsenen mit auffälligem Wert zu t1 (T-Wert ≥ 60)
Gesamtskalen	0.23	0.52	213 (74,7%)	0.18	0.36	66 (80,5%)
Internalisierende Skala	0.18	0.56	182 (63,9%)	0.24	0.51	51 (62,2%)
Externalisierende Skala	0.18	0.44	195 (68,4%)	0.05	0.53	55 (67,1%)

Tabelle: Effektstärken YSR- bzw. YASR-Gesamtskalen

	Alle Kinder und Jugendlichen (N=228)	Kinder und Jugendliche mit auffälligem Wert T1 (T-Wert≥60)	Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit auffälligem Wert zu t1 (T-Wert≥60)	Junge Erwachsene (N=73)	Junge Erwachsene auffälligem Wert T1 (T-Wert≥60)	Anzahl der jungen Erwachsenen mit auffälligem Wert zu t1 (T-Wert≥60)
Gesamtskalen	0.34	0.70	145 (63,6%)	0.31	0.93	23 (31,5%)
Internalisierende Skala	0.39	0.86	110 (48,2%)	0.11	0.86	15 (20,5%)
Externalisierende Skala	0.21	0.50	128 (56,1%)	0.41	1.06	28 (38,4%)

Tabelle: Effektstärken CBCL-Subskalen

	Alle Kinder und Jugendlichen (N=285)	Kinder und Jugendliche mit auffälligem Wert T1 (T-Wert≥67)	Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit auffälligem Wert zu t1 (T-Wert≥67)
Sozialer Rückzug	0.15	0.71	87 (30,5%)
Körperliche Beschwerden	0.07	1.11	53 (18,6%)
Ängstlich-depressiv	0.20	0.93	93 (32,6%)
Soziale Probleme	0.04	0.76	66 (23,2%)
Schizoid-zwanghaft	0.22	0.83	134 (47,0%)
Aufmerksamkeitsprobleme	0.19	0.69	99 (34,7%)
Dissoziales Verhalten	0.20	0.80	101 (35,4%)
Aggressives Verhalten	0.15	0.75	93 (32,6%)

Tabelle: Effektstärken YABCL-Subskalen

	Junge Erwachsene (N=82)	Junge Erwachsene mit auffälligem Wert zu t1 (T-Wert≥67)	N der jungen Erwachsenen mit auffälligem Wert zu t1 (T-Wert≥67)
Ängstlich-depressiv	0.30	1.10	18 (22,0%)
Sozialer Rückzug	0.09	0.41	15 (18,3%)
Körperliche Beschwerden	0.14	0.73	8 (9,8%)
Bizarres Verhalten	0.24	0.93	26 (31,7%)
Aufmerksamkeitsprobleme	0.16	0.80	22 (26,8%)
Aufmerksamkeitssuchend	0.03	0.52	26 (31,7%)
Aggressives Verhalten	0.08	1.17	19 (23,2%)
Dissoziales Verhalten	0.20	0.76	19 (23,2%)

Tabelle: Effektstärken YSR-Subskalen

	Alle Kinder und Jugendlichen (N=228)	Kinder und Jugendliche mit auffälligem Wert zu t1 (T-Wert≥67)	N der Kinder und Jugendlichen mit auffälligem Wert zu t1 (T-Wert≥67)
Sozialer Rückzug	0.21	0.94	44 (19,3%)
Körperliche Beschwerden	0.20	0.93	47 (20,6%)
Ängstlich-depressiv	0.36	1.25	43 (18,9%)
Soziale Probleme	0.28	1.27	35 (15,4%)
Schizoid-zwanghaft	0.34	0.96	78 (34,2%)
Aufmerksamkeitsprobleme	0.26	1.14	54 (23,7%)
Dissoziales Verhalten	0.14	0.88	68 (29,8%)
Aggressives Verhalten	0.22	1.01	46 (20,2%)

Tabelle: Effektstärken YASR-Subskalen

	Junge Erwachsene (N=73)	Junge Erwachsene mit auffälligem Wert zu t1 (T-Wert≥67)	N der jungen Erwachsenen mit auffälligem Wert zu t1 (T-Wert≥67)
Ängstlich-depressiv	0.10	0.68	2 (2,7%)
Sozialer Rückzug	0.07	1.34	4 (5,5%)
Körperliche Beschwerden	0.04	1.70	5 (6,8%)
Bizarres Verhalten	0.09	0.93	12 (16,4%)
Aufmerksamkeitsprobleme	0.17	2.99	6 (8,2%)
Aufmerksamkeitssuchend	0.21		1 (1,4%)
Aggressives Verhalten	0.24	4.44	4 (5,5%)
Dissoziales Verhalten	0.37	2.40	4 (5,5%)

Erwartungsgemäss zeigt sich, dass die Effekte bei der Stichprobe, der beim ersten Testzeitpunkt auffälligen Jugendlichen, deutlich höher ausfallen. Dies zeigt einerseits, dass an diesen Symptomen vermutlich besonders intensiv gearbeitet wurde, und sich in diesen Bereichen auch eine besonders auffällige Entwicklung zeigt. Zudem ist bei wiederholten Messungen statistisch in der Regel eine Regression zur Mitte zu beobachten. Dies fällt bei Testverfahren wie der CBCL, die an der Normalbevölkerung normiert wurde, bei extremen Werten in der Regel sogar etwas stärker aus, da oft eine einzelne Frage im Fragebogen eine relativ grosse T-Wert-Differenz erklärt.

5.8.3 Fazit

Insgesamt zeigt sich eine hoch signifikante Symptomreduktion in den psychometrischen kinder- und jugendpsychiatrischen Screeningverfahren sowohl im Fremd- als auch im Selbsturteil. Die Reduktion der Symptome wird von den Jugendlichen selbst stärker empfunden, bzw. angegeben, als von päda-

gogischen Bezugspersonen. Die Effektstärken über alle Jugendlichen hinweg sind mit $d = .18$ bis $d = .40$ eher klein. Berechnet man die Effektstärken aber nur für die Jugendlichen, die bei der ersten Messung auffällige Werte erzielten, liegen die Effektstärken mit $d = 0.88$ bis $d = 1.27$ auf hohem Niveau.

6 Zusammenfassung und Diskussion der wichtigsten Ergebnisse

1. Die Heranwachsenden in der Heimerziehung sind extrem psychisch und psychosozial belastet

- a) Akkumulation von psychosozialen und biologischen Risikofaktoren
- b) Extrem hohe dimensionale Belastung in psychometrischen Fragebögen
- c) Hohe Prävalenz an psychischen Erkrankungen (hohe Komorbidität, d. h. viele Jugendliche leiden an mehr als einer psychischen Erkrankung)
- d) Ausgeprägte Beeinträchtigung der gesellschaftlichen Teilhabe
- e) Unterschiede in den Sprachregionen

2. Heimerziehung und stationärer Massnahmenvollzug sind wirksam

- a) Signifikante Verbesserung in allen "Allgemeinen Zielen"
- b) Über 90% der Jugendlichen erreichen ihre individuellen Ziele
- c) Signifikante Reduktion der psychischen Belastung im Selbst- und Fremdurteil

3. Heimerziehung wirkt, aber nicht bei allen gleich gut

- a) Circa ein Sechstel der Hilfen wurden abgebrochen
- b) Geringere Verbesserung und seltenere Zielerreichung bei Jugendlichen mit spezifischen Belastungen

4. Praktikabilität der im Modellversuch verwendeten Verfahren

- a) Das Zielerreichungsinstrument
- b) Das BARO
- c) Die psychometrische Testbatterie
- d) Nachhaltige Implementierung von EQUALS

6.1 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Heimerziehung sind stark psychisch und psychosozial belastet

Auch wenn eine hohe psychische und psychosoziale Belastung der Stichprobe zu erwarten war, ist das Ausmass der Risikofaktoren und der Verbreitung von psychischen Krankheiten unter den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen und das damit verbundene menschliche Leid erschreckend. Diese Akkumulation von Risikofaktoren zeigt, dass sich der gesellschaftliche Auftrag der Heimerziehung in den letzten hundert Jahren grundlegend geändert hat. Zwar waren fremdplatzierte Kinder immer belastet und hatten Elternhäuser, die aus den unterschiedlichsten Gründen ihren Er-

ziehungsaufgaben nicht mehr nachkommen konnten. Durch den medizinischen Fortschritt sind die Kinder, die heute fremdplatziert werden, viel seltener Waisenkinder, sondern stammen in der Regel aus Elternhäusern, die selbst derart psychisch belastet sind, dass sie ihren Erziehungsaufgaben nicht ausreichend nachkommen konnten und teils derart überfordert waren, dass sie ihre Kinder vernachlässigten und emotional oder gar körperlich misshandelten.

Durch die grossen Fortschritte im gesamten psychosozialen Bereich und dem massiven Ausbau an ambulanten Hilfsangeboten (Beratungsstellen, Heimreform, ambulante Hilfen) wird diese Tendenz noch zusätzlich verstärkt. Da leichtere Fälle von ambulanten Hilfsangeboten abgefangen werden, gelangen nur noch die Kinder und Jugendlichen in stationäre Hilfen, bei denen ambulante Angebote als nicht aussichtsreich gelten, bereits gescheitert sind, das Kindeswohl bei einem Verbleib in der Familie gefährdet wäre oder das Kind einen derart hohen sozialen, pädagogischen und schulischen Bedarf aufweist, dass man diesem nur noch durch eine stationäre Hilfe gerecht werden kann. Letztlich führt diese Entwicklung in den letzten Jahrzehnten aber zu einem sich langsam steigernden Selektionseffekt, der zu einer Akkumulation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit extremen psychosozialen Belastungen und höherem pädagogischem Bedarf in den stationären Angeboten geführt hat.

Durch diese Addition von verschiedenen Risikofaktoren steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder unter psychischen Erkrankungen leiden (Copeland et al., 2007; Johnson et al., 2006). Viele fremdplatzierte Kinder und Jugendliche konnten in ihren Herkunftssystemen wichtige innerpsychische Fertigkeiten, soziale Kompetenzen und auch viele Alltagsfertigkeiten nicht ausreichend erlernen und müssen diese Fertigkeiten im Heimaltag erlernen, bzw. die Lebenserfahrungen, die zur Ausprägung dieser Fertigkeiten führen, nachholen.

Die Ergebnisse zur Verbreitung von Risikofaktoren und zur hohen psychischen Belastung der MAZ.-Stichprobe zeigen folglich, welchen breiten und nachhaltigen pädagogischen Unterstützungsbedarf junge Menschen in Heimerziehung heutzutage aufweisen und was die pädagogischen Fachkräfte im Alltag in der Begleitung dieser hochbelasteten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen leisten.

6.1.1 Akkumulation von psychosozialen und biologischen Risikofaktoren

Die Stichprobe ist insgesamt ausgesprochen stark psychosozial belastet, und es liegen bei fast allen Heranwachsenden in der Heimerziehung eine Vielzahl, sowohl an psychosozialen als auch biologischen, Risikofaktoren vor. Trennungen (60%), Tod eines Elternteils (9%), niedriger sozialer Status, psychische Erkrankungen der Mutter (30%), Suchterkrankungen der Eltern (28%) und Inhaftierungen der Väter (11%) sind sehr häufig zu verzeichnen. 80% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen berichten von mindestens einem traumatischen Erlebnis und über ein Drittel der Jugendlichen von mehr als drei traumatischen Erlebnissen. Viele Heranwachsenden durchlebten mehr als eine Fremdplatzierung; insbesondere bei den strafrechtlich Platzierten wiesen über 20% Heimkarrieren mit mehreren Fremdplatzierungen auf.

Viele Heranwachsenden durchliefen vor der aktuellen Platzierung bereits mehrere Fremdplatzierungen und eine Vielzahl von Schulwechsel. Ihr schulisches Niveau weist eine deutliche Diskrepanz zu ihrer im Schnitt durchschnittlichen Intelligenz auf, wobei die Intelligenz mit CFT-20 und Raven mit bildungsunabhängigen Tests gemessen wurde.

6.1.2 Extrem hohe dimensionale Belastung in psychometrischen Fragebögen

Die Akkumulation von Risikofaktoren wirkt sich zwangsläufig auch auf die psychische Belastung der Heranwachsenden aus und zeigt sich in kinder- und jugendpsychiatrischen Screeningfragebögen sowohl im Selbsturteil der Heranwachsenden als auch in Einschätzungen ihrer pädagogischen Bezugspersonen, wobei erwartungsgemäss die psychische Belastung im Urteil der Bezugspersonen wesentlich höher ausfiel als im Selbsturteil. Im Selbsturteil beschrieben sich aber auch über 65% der Jugendlichen als psychisch auffällig und über 24% als sehr auffällig, d. h. sie erreichen einen Prozentrang von über 98.

Über ein Drittel der Jugendlichen erreichte in der Beurteilung ihrer Bezugspersonen in den kinder- und jugendpsychiatrischen Fragebögen Werte, wie sie weniger als 2% in der Allgemeinbevölkerung erreichen. Fast 80% lagen im klinisch auffälligen Bereich der psychiatrischen Screeningfragebögen (MAYSI).

In allen psychometrischen Verfahren wiesen die weiblichen Probanden unserer Studie sowohl im Fremd- als auch im Selbsturteil eine höhere Belastung als die männlichen auf. Dies kann mehrere Gründe haben:

- Fremdplatzierte Mädchen sind generell belasteter (mehr Traumatisierung, spätere Platzierung, Carter-Effekt¹, d. h. seltene Fälle eines Merkmals zeigen dann eine höhere Merkmalsausprägungen).
- Mädchen berichten bereitwilliger über ihre Probleme.
- Mädchen sprechen mit ihren Bezugspersonen häufiger über ihre Probleme.
- Mädchen weisen häufiger komplexe Störungsbilder mit einer Kombination von internalisierenden und externalisierenden Problemen auf, was zu höheren Auffälligkeiten in kinder- und jugendpsychiatrischen Verfahren zur Erfassung von Psychopathologie führt.
- Überrepräsentation von einigen extrem tragfähigen Mädcheninstitutionen, die mit relativ vielen Mädchen am Modellversuch teilnahmen.

Aufgrund der Tatsache, dass in anderen vergleichbaren Studien keine Aussagen über Mädchen gemacht werden konnten, erfolgte in diesem Modellversuch ein gezieltes Oversampling in Bezug auf Mädcheninstitutionen. Es konnten mehrere, extrem haltefähige Mädcheninstitutionen für die Teil-

¹ 1961 beschrieb der pädiatrische Genetiker Cedric Carter bei multifaktoriell vererbten Krankheiten wie der Pylorusstenose das gehäufte Wiederauftreten in der transgenerationalen Weitergabe der Erkrankung, wenn das in der Regel seltener betroffene Geschlecht betroffen war. Waren also Frauen in ihrer Kindheit an einer Pylorusstenose erkrankt, hatten sie auch das höhere Risiko wieder Kinder zu bekommen, die ebenfalls erkrankt waren. In der Medizin ist diese Faustregel auch unabhängig von der Genetik und transgenerationalen Weitergabe von Merkmalen in Bezug auf verschiedene, z. B. psychopathologische, Phänomene festgestellt worden. So haben Patientinnen und Patienten, die bei eindeutig geschlechtswendigen Erkrankungen auffällig werden, obwohl sie zum seltener erkrankenden Geschlecht gehören, häufig eine ausgeprägtere Symptomatik und schwierigere Behandlungsverläufe. Dies gilt z. B. für die Anorexia Nervosa bei seltener betroffenen jungen Männern ebenso wie für ADHS bei seltener betroffenen Mädchen etc. In der Heimerziehung sind deutlich mehr Jungen als Mädchen zu finden. Wenn Mädchen jedoch in Heimerziehung sind, sind sie psychopathologisch stärker belastet als Jungen, so dass man in Anlehnung an Carters Beobachtung hier von einem ähnlichen Effekt sprechen kann, wobei es allerdings nicht um genetische Zusammenhänge geht, sondern allein um durch Selektionseffekte bedingte schwerere Merkmalsausprägungen.

nahme am Modellversuch gewonnen werden. Diese Institutionen haben mit relativ vielen, dort eingeschlossenen Probandinnen das Ergebnis des Modellversuchs geprägt. Evtl. könnte man auch annehmen, dass bei einem ähnlich intensiven Werben um eine entsprechende Teilnahme von Institutionen, welche besonders schwierige Jungen und junge Männer betreuen, auch ein höherer Anteil von besonders schwierigen Jungen rekrutiert worden wäre, so dass die höhere Belastung eventuell auch auf das gezielte Oversampling zurückzuführen sein könnte. Wahrscheinlicher ist aber, dass die untersuchten Mädchen und jungen Frauen tatsächlich insgesamt proportional noch etwas stärker belastet sind, da diese auch mehr Risikofaktoren angeben und im Schnitt später platziert wurden.

6.1.3 Hohe Prävalenz an psychischen Erkrankungen (hohe Komorbidität)

Etwa Dreiviertel der Stichprobe (74%) der Heimjugendlichen leiden unter mindestens einer psychischen Erkrankung nach ICD-10/DSM-IV. 44% erfüllen die Diagnosekriterien für mehr als eine psychische Erkrankung. Erwartungsgemäss ist die Prävalenz bei den strafrechtlich Platzierten etwas höher (90%) als bei zivilrechtlich Platzierten (70%) und bei freiwillig Platzierten (68%). Am häufigsten sind eindeutig externalisierende Störungen, wie Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens. Es wurden praktisch alle psychischen Störungen von A wie ADHS bis Z wie Zwang diagnostiziert. Es wurden auch schizophrene Erkrankungen in Modelleinrichtungen diagnostiziert. Hauptbefund ist aber, dass viele Jugendliche gleichzeitig unter mehreren psychischen Störungen leiden. Diese hohe Komorbidität ist typisch für Menschen, die sehr viele traumatische Erlebnisse und psychosoziale Belastungen durchlebt haben (Schmid et al., 2010; Cloitre et al., 2009). Die ausgeprägte Komorbidität ist auch bei der Ausgestaltung der Kooperationsbeziehungen zu kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten entscheidend, zeigt diese doch, dass es sich um ein Klientel handelt, welches auch kinder- und jugendpsychiatrisch/-psychotherapeutisch schwer zu behandeln ist und für welche es kaum evidenzbasierte Behandlungskonzepte und Leitlinien für eine erfolgreiche Psycho- und/oder Pharmakotherapie gibt.

Sehr interessant ist die Tatsache, dass die Prävalenz der psychischen Erkrankungen mit der Dauer der Massnahme sinkt, was sehr dafür spricht, dass es im Rahmen der Heimerziehung gelingt, die psychische Belastung zu senken. Die pessimistische Perspektive ist, dass sehr belastete Kinder und Jugendliche die Hilfen häufig in den ersten beiden Jahren der Heimerziehung abbrechen oder von den Institutionen ungeplant beendet werden und auch deshalb die Prävalenz an psychischen Erkrankungen in den ersten Jahren der Heimerziehung höher ist. Die Ergebnisse des Modellversuchs zeigen beides: Einerseits brechen besonders Belastete früher ab, haben oft aber auch geplante kürzere Aufenthalte auf Beobachtungsstationen, um dort umfassend abgeklärt zu werden. Andererseits zeigt sich auch, dass sich die psychische Belastung im Laufe der Heimplatzierung deutlich reduziert und die psychisch gesunden Jugendlichen in der Regel bereits nach einiger Zeit von den pädagogischen Massnahmen profitierten.

6.1.4 Ausgeprägte Beeinträchtigung der gesellschaftlichen Teilhabe

Mehrere Befunde zeigen, dass die gesellschaftliche Teilhabe der betroffenen Jugendlichen massiv beeinträchtigt ist und diese in vielen Lebensbereichen einen grossen pädagogischen Unterstützungsbedarf aufweisen. Insbesondere im BARO zeigt sich, dass über 80% der Jugendlichen in 5 oder mehr zentralen Lebensbereichen Probleme haben und Risiken für ihre Entwicklung aufweisen.

Die Vielzahl der Bereiche mit einem Unterstützungsbedarf zeigt, dass sich Heimerziehung im Kontext anderer psychosozialer Hilfen (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Suchttherapie, Schuldenberatung, Jugendanwaltschaft) abspielt. Dies zeigt wiederum auf, wie viele Ressourcen für die Schnittstellen der Heimerziehung zu anderen psychosozialen Hilffsystemen benötigt werden, und dass der Grad der Vernetzung einer pädagogischen Institution ein wichtiges Merkmal der Strukturqualität ist. Die inhaltliche Ausgestaltung dieser Kooperationen wiederum ist ein wichtiges Prozessqualitätsmerkmal. Die Menge der Lebensbereiche, in denen die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen einen Unterstützungsbedarf aufweisen, zeigt sich auch in den Ergebnissen zu ihrer Lebensqualität, welche die Ergebnisse von anderen Untersuchungen im deutschsprachigen Raum bestätigen (Schmid, 2007).

6.1.5 Unterschiede zwischen den Sprachregionen

Bei der Betrachtung der epidemiologischen Ergebnisse im Hinblick auf die Sprachregionen springen einem sofort einige zentrale Unterschiede ins Auge, welche aber mit sehr grosser Vorsicht zu interpretieren sind, da hier sehr viele Variablen miteinander konfundieren, und die Ergebnisse daher nicht ohne eine umfassende Betrachtung des Gesamtkontextes zu interpretieren sind. Beispielsweise unterscheiden sich die psychische Belastung in den Fragebögen und die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen in den drei Sprachregionen. In der MAZ.-Stichprobe ist im Tessin eine wesentlich geringere psychische Belastung im Vergleich zur Romandie und zur Deutschschweiz zu beobachten. Diese darf aber keinesfalls dazu verleiten, darauf zu schliessen, dass sich die Jugendlichen aufgrund der Sprachregion unterscheiden. Es ist genau zu prüfen, welche Faktoren für diese Unterschiede verantwortlich sind oder sein könnten. Beispielsweise unterscheiden sich die Einrichtungsstruktur und Platzierungspraxis in den Sprachregionen sehr deutlich voneinander. Im Tessin gibt es keine Einrichtungen, die gezielt strafrechtlich platzierte Jugendliche aufnehmen, da diese entweder in Institutionen in der Romandie oder der Deutschschweiz platziert werden. Auch zwischen der Romandie und der Deutschschweiz gibt es deutliche Unterschiede in der Zuweisungspraxis. Beispielsweise werden in der Romandie mehr Kinder mit vormundschaftlichen, etwas weniger mit strafrechtlichen und viel weniger freiwillig mit behördlicher Unterstützung platziert. Dies könnte zwei mögliche Ursachen haben:

1. Es ist denkbar, dass die Strukturen und das sozialpädagogische Handeln in der Romandie stärker von Konzepten aus Frankreich beeinflusst werden. Die Fremdplatzierungsrate in Frankreich ist eine der höchsten weltweit (Thoburn, 2007) und auch in der Schweiz sind vormundschaftliche Massnahmen in den italienisch- und französischsprachigen Kantonen tendenziell eher etwas häufiger (Voll, 2006) als in den deutschsprachigen Kantonen. Auch dass die sozialpädagogischen Institutionen häufiger unter kantonaler Aufsicht stehen, könnte dazu führen, dass bei Grenzfällen die kantonalen Vormundschaftsbehörden häufiger mit Massnahmen reagieren.
2. Spezifische Selektionseffekte können selbst innerhalb der grossen MAZ.-Stichprobe durch Teilnahme und Nicht-Teilnahme einzelner hochspezialisierter Einrichtungen entstehen. Ein sehr erheblicher Anteil der strafrechtlich platzierten jungen Männer geht auf die Teilnahme und gute Kooperation der Massnahmenzentren Arxof und Uitikon zurück. Hätten diese nicht für eine Teilnahme motiviert werden können, hätte sich das Verhältnis von strafrechtlichen und zivilrechtlichen Massnahmen angeglichen. Leider war es im Rahmen von MAZ. nicht möglich, die sozialpädagogischen Institutionen, die sich auf strafrechtlich platzierte Jugendliche in der französischen Schweiz spezialisiert haben, in die Untersuchung einzuschliessen.

Die unterschiedliche Zuweisungspraxis kann also durch die kulturellen und sprachlichen Bezüge sowie dem internationalen Austausch innerhalb der Sprachregionen mitgeprägt sein. Im Falle des Tessins ist es vermutlich nicht möglich, eine hochspezialisierte Einrichtung für delinquente Jugendliche überdauernd auszulasten, wenn man bedenkt, dass sich die anderen Massnahmenzentren in der Regel auf die Konkordate verteilen und somit wesentlich grössere Einzugsgebiete haben und ihre Leistungen für mehrere Kantone vorhalten.

Werden die unterschiedliche Zuweisungspraxis und Selektionseffekte bei der Interpretation berücksichtigt, wird deutlich, dass die deutlich geringere psychische Belastung im Tessin vermutlich auf die Tatsache zurückzuführen sein könnte, dass es in der MAZ.-Stichprobe im Tessin überhaupt keine strafrechtlich platzierten Jugendlichen gibt, was aus dem Verzicht auf ein entsprechend spezialisiertes kantonales Jugendheim erklärt werden kann. Aus der Stichprobenbeschreibung wird ersichtlich, dass aus den Einrichtungen im Tessin hauptsächlich eher jüngere, schulpflichtige Kinder und Jugendliche, die freiwillig oder zivilrechtlich platziert sind, erfasst wurden. Da in den Analysen der MAZ.-Stichprobe einerseits durchgängige Zusammenhänge zwischen dem Alter und dem Ausmass der psychischen Belastung der Psychopathologie und Komorbidität beobachtet werden können, und andererseits auch strafrechtlich platzierte Jugendliche tendenziell eine höhere psychische Belastung und höhere Prävalenz an psychischen Erkrankungen aufweisen, ist davon auszugehen, dass diese Unterschiede zwischen dem Tessin und den anderen Sprechregionen auf eine andere Platzierungspraxis zurückzuführen sein könnten. Nimmt man die strafrechtlich platzierten und älteren Jugendlichen aus den Vergleichen, gleichen sich die Ergebnisse an und die Unterschiede erreichen nicht mehr das Signifikanzniveau. Auch die geringfügigen Unterschiede in der psychosozialen Belastung könnten ebenfalls auf die Altersunterschiede und den damit besseren Informationen bezüglich des Herkunftssystems zurückzuführen sein.

Bei den Fragebogenverfahren können zudem auch sprachliche Differenzen und unterschiedliche kulturelle Bedeutungen von einzelnen Formulierungen und Symptomen als Ursache für Unterschiede zwischen den Sprachregionen zumindest nicht ausgeschlossen werden. Zudem wurden die Normierungen für einzelne Fragebogen in den Sprachregionen teilweise mit anders gearteten Stichproben und mit mehreren Jahren Unterschied vorgenommen, so dass es möglich ist, dass sich unterschiedliche Normierungswege und -zeiträume auf die Ergebnisse auswirken. Da die psychische Belastung in Prävalenzuntersuchungen von Jugendlichen in den letzten Jahren tendenziell eher sogar noch anstieg (Ravens-Sieberer et al., 2007), wäre es möglich, dass sich die unterschiedlichen Normierungszeiträume mit der über 10 Jahre früheren Normierung der deutschsprachigen Version durchaus, wenn auch in sehr begrenztem Masse, auf Unterschiede zwischen den Sprachregionen auswirken können.

6.2 Heimerziehung und stationärer Massnahmenvollzug in der Schweiz sind wirksam

Trotz der aussergewöhnlich hohen Belastung der Heranwachsenden erzielt die Heimerziehung grosse Erfolge: Die Jugendlichen bauen während des Beobachtungszeitraums statistisch signifikant neue Kompetenzen auf und reduzieren ihre Belastungen. Die Effekte und Abbruchquoten sind im internationalen Vergleich ausgesprochen gut, was für eine überdurchschnittliche Struktur- und Prozessqualität der teilnehmenden Institutionen in allen drei Sprachregionen der Schweiz spricht. Die Wirksamkeit der Heimerziehung kann man in drei Bereiche unterteilen: Zugewinn an allgemeinen Kompetenzen, individuelle Zielerreichung und Veränderungen in den psychometrischen Fragebögen.

6.2.1 Signifikante Verbesserung in allen" Allgemeinen Kompetenzen" im Zielerreichungsinstrument

Es zeigte sich eine signifikante Verbesserung in allen allgemeinen Zielen des pädagogischen Zielerreichungsinstrumentes. Die Effektstärken liegen fast immer deutlich über .10 (im Durchschnitt aller Probanden bei $d = 0.17$) und somit etwas über den Verbesserungen, die man aufgrund von internationalen Studien hätte erwarten können. Insbesondere, wenn man lediglich die Jugendlichen und jene Subskalen betrachtet, auf denen die Jugendliche zu Beginn des Beobachtungszeitraums grosse Defizite aufwiesen, zeigen sich sehr deutliche Verbesserungen mit grossen und sehr grossen Effektstärken zwischen $d = 0.85$ und $d = 1.4$. Im Durchschnitt über sämtliche allgemeine Kompetenzen lag die Effektstärke bei 1.2.

Der durchgehende Hinzugewinn in den allgemeinen Kompetenzen, gerade bei dieser Stichprobe mit sehr vielen hochbelasteten und älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit strafrechtlichen Massnahmen, ist von grosser Bedeutung, wenn man die aktuelle Debatte um eine höhere Punitivität im Jugendstrafrecht und die potentielle Einführung von Haftstrafen diskutiert. Die Ergebnisse zeigen, dass die Jugendlichen vom pädagogischen Zugang profitieren und Kompetenzen erlernen, welche die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalles reduzieren. Die Katamnesestudie der Massnahmenzentren (Müller u. Rossi, 2009) zeigt, dass die Rückfallraten deutlich unter denen des deutschen Jugendstrafvollzugs lagen (Jehle et al., 2004), weshalb in Deutschland vermehrt pädagogische Konzepte für den Umgang mit dissozialen Jugendlichen gefördert werden (Nickolai u. Reindl, 2001; Nickolai u. Wichmann, 2004).

6.2.2 Über 80% der Jugendlichen erreichen ihre individuellen Ziele

Die Analyse der individuellen Zielvereinbarung zeigt die grosse Bandbreite der Problemlagen, an denen im Alltag der Heimerziehung gearbeitet wird. Über 86% der Jugendlichen verbessern sich in mindestens einem ihrer individuellen Ziele und über 80% erreichen sogar das definierte Ziel. 57% zeigen in zwei oder drei Zielen eine positive Entwicklung.

Diese Erreichung von individuellen Zielen ist der Schlüssel zu jeder erfolgreichen Heimerziehung, da sich grosse gesellschaftliche Ziele, wie die Resozialisierung und Sicherung der Teilhabe, letztlich aus einer Vielzahl kleiner Alltagsziele aufsummiert. Bezogen auf die individuellen Ziele sind die Effektstärken noch deutlich beeindruckender und liegen über alle Jugendlichen hinweg im Schnitt bei $d = .51$. Betrachtet man nur die Jugendlichen, die bei ihren individuellen Zielen eine besonders schlechte Ausgangslage hatten und das Zielverhalten seltener als „manchmal“ zeigten, beträgt die durchschnittliche Effektstärke über alle individuellen Ziele hinweg sogar $d = 1.75$ (229 Ziele mit einer solchen Ausgangslage wurden erfasst). Dies zeigt, dass es sehr lohnenswert ist, die individuellen Defizite der Jugendlichen in wertschätzende, lösungsorientierte Zielvereinbarungen zu übertragen, die Jugendlichen genau auf diesen Gebieten spezifisch zu fördern und genau an diesen Zielen mit den Heranwachsenden intensiv und in der Regel interdisziplinär zu arbeiten.

6.2.3 Signifikante Reduktion der psychischen Belastung im Selbst- und Fremdurteil

Die psychische Belastung der Jugendlichen reduzierte sich im Beobachtungszeitraum sehr eindrücklich, insbesondere wenn man nur diejenigen betrachtet, die beim ersten Messzeitpunkt klinische Auffälligkeiten zeigten, da man bei den wenigen unauffälligen Jugendlichen gar keine Verbesserung

erwarten kann. Diese Reduktion der psychischen Belastung auf den CBCL/YABCL-Gesamtskalen entspricht einer Effektstärke von $d = 0.52$ (CBCL Kinder und Jugendliche) bzw. 0.36 , d. h. der Mehrzahl der Jugendlichen geht es nach Einschätzung der Bezugspersonen im Verlauf der Massnahme deutlich besser. Dabei verringert sich sowohl die psychische Belastung in den Gesamtskalen als auch die Belastung in den externalisierenden und internalisierenden Gesamtskalen.

Sehr bedeutsam ist, dass diese Verbesserungen nicht nur von den sozialpädagogischen Fachkräften, sondern auch von den Jugendlichen selbst berichtet werden. Im Selbsturteil fallen die Verbesserung tendenziell sogar etwas höher aus. Für die Jugendlichen beträgt die Effektstärke für die Symptomreduktion in der Gesamtskala des YSR $d = 0.70$ und für junge Erwachsenen im YASR $d = 0.93$. Die grösste Veränderung tritt bei den Jugendlichen im internalisierenden Bereich auf. Bei den jungen Erwachsenen zeigen sich noch deutlichere Effekte im Selbsturteil. Dort ist allerdings die Verbesserung im externalisierenden Bereich am stärksten, was vermutlich darauf zurückzuführen ist, dass es sich bei den jungen Erwachsenen in der Regel um strafrechtlich platzierte junge Männer handelt, mit denen gerade in diesen Bereichen sehr intensiv pädagogisch und psychotherapeutisch gearbeitet wurde. Andererseits fällt auf, dass gerade die jungen Männer ihre Verbesserung wesentlich stärker wahrnehmen als dies ihre Fachkräfte tun, was einerseits ein Zeichen einer beeinträchtigten Selbstwahrnehmung und Überschätzung der Fortschritte sein kann, aber auch bedeuten kann, dass es für sie besonders wichtig ist, ihre Fortschritte zu zeigen.

Es wäre gerade bezüglich der Reduktion der psychischen Belastung von Jugendlichen von grossem Interesse zu untersuchen, ob sich die Effektstärken durch eine gezieltere Diagnostik und eine passgenaue Kombination von evidenzbasierten kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Interventionen und Heimerziehung steigern liessen.

Psychotherapeutische Verfahren erzielen in Studien mit homogeneren Patientenkollektiven, weniger komorbiden Störungen und klar definierten Zielvariablen teilweise sehr viel höhere Effektstärken, weshalb es interessant wäre, die ergänzende Wirkung von evidenzbasierten Psychotherapieverfahren in der Jugendhilfe zu überprüfen. Des Weiteren stellt sich auch die Frage, ob nicht noch gezieltere milieutherapeutische Interventionen die Wirksamkeit weiter steigern könnten.

6.3 Heimerziehung wirkt nicht bei allen gleich gut

6.3.1 Circa ein Sechstel der Hilfen wurden abgebrochen

Die Abbruchquote liegt im Modellversuch mit 16% unter den Abbruchraten, die aus deutschen und englischen Studien bekannt sind (Schmidt et al., 2002; Schmid u. Fegert, 2012; Polnay et al., 1997; Bullock et al., 1993; Macsenaere u. Knab, 2004). Die deutsche Jugendhilfe-Effekte-Studie beobachtete beispielsweise Abbrüche in 28% der Fälle. Auch das Deutsche Statistische Bundesamt (2010) berichtet regelmässig von circa 20% Abbrüchen in der deutschen Heimerziehung. Dass im Vergleich zu anderen Ländern weniger Jugendliche ihre Hilfe abrechnen, darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass jedes irreguläre Massnahmenende und die damit einhergehenden Beziehungsabbrüche maladaptive Auswirkungen auf die Jugendlichen hat und möglichst verhindert werden sollten (vgl. Schmid u. Fegert, 2012). Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte zudem beachtet werden, dass sich die Ergebnisse des Deutschen Statistischen Bundesamts auf die offizielle Statistik der über 60'000 in der Heimerziehung platzierten Kinder und Jugendlichen bezieht und nicht „nur“ auf eine Stichprobe, die für

eine Studie rekrutiert wurde, was einerseits zur Vorsicht beim direkten Vergleich der Abbruchraten mahnt und andererseits die Relevanz der Thematik eindrücklich unterstreicht.

Abbrüche im Jugendhilfesystem sind aber nicht nur aus Perspektive der Betroffenen problematisch, sondern stellen auch aus gesellschaftspolitischer Sicht ein gravierendes Problem dar. Empirische Studien zeigen beispielsweise, dass eine höhere Anzahl an vorher gewährten Hilfen den Erfolg einer aktuellen Massnahme negativ beeinflussen (Macsenaere u. Knab, 2004; Schmidt et al., 2002). Ausserdem ist die gesellschaftliche Teilhabe und die Lebensqualität von Kindern mit vielen Beziehungsabbrüchen auf dem weiteren Lebensweg eingeschränkt (Aarons et al., 2010). Des Weiteren scheint die Zahl der abgebrochenen Hilfen auch mit häufigeren und schwereren Delikten im weiteren Verlauf (Ryan u. Testa, 2005) und mit einer höheren Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen im psychiatrischen und somatischen Bereich (Rubin et al., 2004) einherzugehen. Abbrüche im Jugendhilfesystem, insbesondere im Pflegefamilienbereich, sind oft besonders tragisch, weil diese in der Regel im Vorlauf eine massive Belastung für das aufnehmende Familiensystem und/oder den professionellen Helfern bedeuten und nicht selten mit heftigsten Insuffizienz- und Verlustgefühlen von Seiten der betroffenen Fachkräfte oder Pflegeeltern einhergehen, da die beteiligten psychosozialen Helfer ihrerseits ebenfalls eine sehr emotionale Bindung zu den Kindern aufbauen (vgl. Schmid, 2010). Die vielen Abbrüche stellen deshalb ein erhebliches Problem dar, und es sollten Massnahmen ergriffen werden, um die Abbruchrate noch weiter zu reduzieren.

Interessant ist, dass Abbrüche, wenn man diese regressionsanalytisch untersucht, vor allem mit folgenden Variablen einhergehen: Erhöhte Ausprägung von psychopathischen Persönlichkeitsmerkmalen, hohe psychische Belastung und vorherige Fremdplatzierungen. Dies lässt darauf schliessen, dass man versuchen muss, bereits vor der ersten Fremdplatzierung den pädagogischen Bedarf eines Kindes möglichst gut abzuschätzen. Eine Hilfeplanung sollte den individuellen Bedürfnissen im Einzelfall entsprechen und nicht so sehr von der Angebotslage der betreuenden Einrichtung determiniert sein. In Zukunft wird es darum gehen, noch spezifischere Antworten auf den besonderen pädagogischen Bedarf einzelner Jugendlicher mit besonders hohen psychischen Belastungen und/oder psychopathischen Persönlichkeitszügen zu entwickeln.

6.3.2 Geringere Verbesserung bis hin zu Verschlechterungen und seltenere Zielerreichung bei Jugendlichen mit spezifischen Belastungen

Bedeutsam ist es, neben der Analyse der Abbrüche, auch zu analysieren, welche Jugendliche ihre Ziele eher erreichen und welche aus welchen Gründen an ihren Zielen scheitern, um daraus einen vermehrten und möglichst spezifischen Unterstützungsbedarf ableiten zu können. Die regressionsanalytischen Auswertungen zeigten hier erwartungsgemäss, dass die psychische Belastung und die Zahl der gescheiterten Hilfen einen erheblichen Einfluss auf die Zielerreichung sowohl bei den individuellen Zielen als auch bei den allgemeinen Kompetenzen haben. Überraschend deutlich zeigte sich auch, dass das Ausmass von psychopathischen Persönlichkeitseigenschaften der beste Prädiktor für eine eingeschränkte pädagogische Zielerreichung ist.

6.4 Praktikabilität der im Modellversuch verwendeten Verfahren

Mit dem Zielerreichungsinstrument, dem BARO und der im Modellversuch verwendeten Zusammenstellung von psychometrischen Testverfahren wurden Verfahren ausgewählt, die einerseits sehr praxisnah die Abläufe in der Heimerziehung und dem stationären Massnahmenvollzug abbilden können, aber auch eine ökonomische und dennoch möglichst umfassende Abklärung aus einer sozialpädagogischen und psychologisch/psychiatrischen Perspektive erlauben. Bis auf das BARO-Interview wurden sämtliche Testverfahren aufwendig in ein Computerprogramm eingebunden, so dass die Sozialpädagogen und die Jugendlichen die Tests am PC per „Mausklick“ ausfüllen konnten.

Die PC-gestützte Vorgabe wurde als ausgesprochen hilfreich empfunden, insbesondere weil diese computerbasierte Vorgabe einen hohen Aufforderungscharakter für die Jugendlichen besass. Aufgrund der Möglichkeit Fragen zurückzustellen und der Vorlesefunktion war der Betreuungsaufwand für die Jugendlichen direkt während der Testung eher gering. Insbesondere während der ersten Erhebungsphase musste das Computerprogramm noch mehrmals nachgebessert werden, was vor allem in Einrichtungen mit grossen Servern belastend war, da jedes Update das Hinzuziehen eines externen IT-Beraters nach sich zog. Zudem mussten Einrichtungen mit Apple-Rechnern und -Betriebssystemen entweder aufwendig Windows-Oberflächen simulieren oder speziell für MAZ ein Notebook mit Windows verwenden. Die Kinderkrankheiten des Computerprogramms konnten in MAZ-2 weitestgehend ausgemerzt werden, und es zeigte sich schon während des weiteren Modellversuchs eine grosse Zufriedenheit mit dem PC-Programm.

Insgesamt ist festzuhalten, dass es mit dem gewählten Instrumentarium sehr gut möglich ist, individuelle Verläufe der Jugendlichen, zum Beispiel für die Vorlage im Rahmen von Standortbestimmungen, abzubilden. Ausserdem lassen sich damit auch auf institutioneller Ebene Profile des Kompetenzerwerbs zeichnen, woraus sich dann besondere Stärken und Schwächen der institutionellen Konzepte ableiten lassen. Im Rahmen des Modellversuchs war zu beobachten, dass die Institutionen, denen es gut und rasch gelang, die diagnostischen Erhebungen in ihren Arbeitsalltag mit Ablaufroutinen bei der Aufnahme von neuen Jugendlichen/jungen Erwachsenen zu integrieren, am meisten von den Instrumenten profitierten, insbesondere wenn auch das psychologisch-therapeutische Personal die Verfahren für ihre Diagnostik und Begutachtungen heranzogen. Immer wenn die Instrumente des Modellversuchs mit eigenen, bereits etablierten Instrumenten der Einrichtungen in Konkurrenz standen, musste vermehrte Motivationsarbeit geleistet werden, da die Erhebungen für den Modellversuch stärker als reine Studie und zusätzliche Belastung angesehen wurden, als ein Ausprobieren eines neues Instrumentariums für die Fallarbeit und Steuerung des pädagogischen Prozesses.

Bei Betrachtung des Nutzens für die Institutionen und die Rückmeldungen der Fachkräfte zu den einzelnen Instrumenten zeigt sich folgendes Bild.

6.4.1 Das Zielerreichungsinstrument

Aus den Vorüberlegungen des Modellversuchsteams und der Interviewpartner aus dem Feld der Heimerziehung und zuweisenden Behörden bezüglich des Zielerreichungsinstrumentes resultierte der Entschluss, dass mit dessen Einführung bewusst auch eine gewisse Haltung und Ressourcenorientierung in die Zielvereinbarungsgespräche zwischen pädagogischen Bezugspersonen und den Heranwachsenden implementiert werden sollten. Die Partizipation der Jugendlichen sowie die stärkere Fokussierung auf die Ziele und Ressourcen sowie die genaue Beschreibung des zu erwartenden Ziel-

verhaltens wurden bereits als starke, insgesamt sehr positive Intervention erlebt, welche einen deutlichen Veränderungsimpuls vermittelt.

Ein methodisches Problem im Rahmen des Modellversuches war, dass der Zeitraum für individuelle Zielvereinbarungsgespräche mit einem Jahr eigentlich zu lange war und die Praxis der Heimerziehung oft kurzfristigere und unmittelbarer zu überprüfende Ziele verlangt, bzw. dass es wünschenswert wäre, wenn die Jugendlichen mit ihren Bezugspersonen selbst den optimalen Zeitpunkt zur Überprüfung der Zielerreichung fixieren können. Die Standardisierung der Zielvereinbarungsgespräche wurde teilweise als einengend, aber auch häufig als sehr hilfreich erlebt. Sicherlich unterstützt eine Standardisierung tendenziell eher unsichere Mitarbeiter, die um eine Orientierung froh sind oder diese sogar benötigen.

Gerade beim Festhalten der Ziele und der Steuerung des pädagogischen Prozesses mit dem Zielvereinbarungsinstrument zeigten sich erhebliche Unterschiede in den Institutionen. Es gab einerseits Einrichtungen, die sehr konsequent sofort alle Zielerreichungsgespräche mit dem Zielerreichungsinstrument erfassten, und andererseits solche, die sehr viele Ziele weiterhin auf anderen Wegen vereinbarten.

Als wünschenswert wurde von einigen Einrichtungen und den Beobachtungsstationen benannt, die Aufträge der zuweisenden Behörden auch in die Zielvorgaben abbilden und die Verantwortung der zuweisenden Behörden auch entsprechend festhalten zu können, da diese bei der Aufgleisung von Anschlusslösungen etc. sehr viel zu einem erfolgreichen Verlauf beitragen können. Einige Einrichtungen, insbesondere die Beobachtungsstationen und Einrichtungen mit Kindern, wünschten sich, dass auch systemische Ziele für die Zusammenarbeit mit den Eltern/der ganzen Familie im Rahmen der Zielvereinbarungen erfasst werden können.

Sehr positiv wurde die Visualisierung der Fortschritte der Jugendlichen im Bereich der allgemeinen Ziele mit Netzdiagrammen erlebt.

Zusammenfassend wurden folgende Verbesserungsvorschläge für das Zielerreichungsinstrument genannt:

- Abbildung und visualisierte Darstellung mehrerer Messzeitpunkte
- Frei wählbare Test-Retest-Intervalle (praxisnaher Wunsch der Einrichtung, allerdings problematisch für eine systematische wissenschaftliche Auswertung)
- Stärkere standardisierte Differenzierungsmöglichkeiten für die Auswertung der individuellen Ziele (z. B. Unterscheidung in Ziele des alltäglichen Zusammenleben und der Persönlichkeitsentwicklung des Jugendlichen)
- Einbeziehung weiterer, für den Hilfeprozess relevanter Personen in die Zielvereinbarung
 - Mitarbeiter der zuweisenden Behörden
 - Eltern
 - Lehrpersonen
 - Psychotherapeuten
 - Andere Personen

6.4.2 Das BARO

Das BARO wurde, um die Datenqualität der Interviews sicherzustellen, von den Mitarbeitern des Modellversuchs im Rahmen der vertieften diagnostischen Interviews durchgeführt, da es bei der Personalfuktuation in den Einrichtungen kaum möglich gewesen wäre sicherzustellen, dass alle BARO-Interviews in der Vielzahl der unterschiedlichen Wohngruppen korrekt durchgeführt worden wären. Das BARO ist ein standardisierter Interviewleitfaden, der dafür sorgt, dass die wichtigsten potentiellen Problembereiche im Rahmen einer Erstabklärung eines Jugendlichen erfasst werden, und verhindern soll, dass wichtige Problemlagen und Risikofaktoren für die Entwicklung des Jugendlichen, aber auch für seine Rückfälligkeit, übersehen werden könnten. Das halbstrukturierte Interview mit standardisiertem Expertenurteil bietet die Möglichkeit zu einer umfassenden, standardisierten Beschreibung des Ausmasses des pädagogischen Unterstützungsbedarfes.

Die Grundidee für den Einsatz des BARO ist, dass das BARO vor allem bei den Mitarbeitern der Jugendanwaltschaften dazu eingesetzt wird, relativ rasch nach der Aufnahme eines Falles darüber zu entscheiden, ob eine umfassendere Abklärung in Form einer Begutachtung indiziert ist. In diesen Entscheid gehen Risikofaktoren für die Entwicklung eines Jugendlichen sowie Anhaltspunkte für psychische Störungen ein.

Die Ergebnisse des BARO zeigen, dass er sich sehr gut eignet, um die Zahl der Problembereiche und den pädagogischen Bedarf eines Jugendlichen abzubilden. Deshalb kann sein Einsatz im Vorfeld des Aufnahmeprozess zu einer stationären Massnahme sehr lohnenswert sein, da er ein umfassendes Bild über den Jugendlichen vermittelt und hilft, keine Problembereiche im Aufnahmeprozess zu vergessen. Für die Anwendung des BARO im oder vor dem Aufnahmeprozess spricht auch die Einbeziehung der Eltern, da es sich zeigte, dass viele anamnestiche Fragen von den sozialpädagogischen Bezugspersonen alleine nicht beantwortet werden können (z. B. weil Informationen zum Kleinkindalter fehlen).

Ausserdem hilft das BARO in einen guten Kontakt mit dem Jugendlichen zu kommen und diesen über die verschiedenen Lebensbereiche relativ frei erzählen zu lassen. Als standardisiertes psychiatrisches Screening-Instrument für psychische Störungen bietet das BARO insbesondere wegen des relativ grossen Zeitaufwands im Vergleich zu den ökonomischeren psychometrischen Screeningverfahren CBCL und MAYSI-2 in der Heimpopulation keinen Mehrwert, wobei man allerdings durch das BARO noch mehr Informationen bekommt, die nicht in das standardisierte Urteil eingehen. Das BARO hat über das rein statistische Urteil beim Entscheid den Vorteil, dass er die Auswirkungen der Belastungen auf die Entwicklung des Jugendlichen noch miterfassen kann. Wichtige Fragen beim Einsatz des BARO wären also, wer ihn wann mit welchem Ziel einsetzt. Innerhalb der Heimpopulation differenziert der BARO kaum, da fast alle Jugendliche viele oder sehr viele Risikofaktoren aufweisen und somit praktisch alle umfassend abgeklärt werden sollten. Wenn die Jugendlichen einmal platziert sind, verliert das BARO auch eine Hauptstärke - die Ökonomie und den schnellen Kontaktaufbau, da es im Rahmen der Planung des Aufenthalts dann eigentlich eher um die Tiefe der Exploration und des Fallverständnisses als um ein rasches Erfassen des Falles geht. Im Zweifelsfall bleibt bei fremdplatzierten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Regel ausreichend Zeit, eine umfassende Abklärung einzuleiten. Wie von seinem Entwickler ursprünglich intendiert, kann das BARO vor allem bei Platzierungsentscheidungen wichtige Dienste leisten, um zu differenzieren, wie hoch der Unterstützungsbedarf eines Jugendlichen ist und ob eine Abklärung erforderlich ist. Für das erste Screening und die Erwägung einer stationären Massnahme stellen die Ergebnisse des Modellversuchs dann eine wichtige Referenzgrösse dar.

6.4.3 Die psychometrische Testbatterie

Die PC-gestützte, bedienungsfreundliche Vorgabe war eine der wichtigsten Innovationen des Modellversuchs. Durch die Möglichkeit, die Testergebnisse sofort einsehen und ausdrucken zu können, ist es theoretisch möglich, diese sofort in Standortbestimmungen oder Therapiegesprächen zu verwenden.

Die Fachkräfte in der Heimerziehung erlebten insbesondere die zeitökonomischen psychiatrischen Screeningverfahren und die anderen Fragenbögen in verschiedenen, auch heimbefugten Lebensbereichen als hilfreich. Der Vergleich zwischen den Ergebnissen der Selbst- und Fremdbeurteilung wurde für den pädagogischen Prozess als ausgesprochen nützlich erlebt, da dieser eine gute Grundlage für Gespräche über Fremd- und Selbstwahrnehmungen von schwierigen Situationen ermöglichen kann. Der MAYSI als ein psychiatrisches Screeninginstrument, das schwerwiegende Risiken (Suizidalität, Entzugserscheinungen) erfasst, wurde insbesondere in den Beobachtungs- und Durchgangsstationen, die diese Verfahren in ihre Routinediagnostik einbauten, als positiv erlebt, da man sehr schnell nach dem Eintritt einen ersten Eindruck bekommen und potentielle Probleme im Verlauf der Massnahme (Entzugserscheinungen, Suizidalität, Selbstverletzungen) gemeinsam mit dem Jugendlichen antizipieren kann. Insgesamt hat es sich sehr bewährt, dass diese Testverfahren im sozialpädagogischen Wohngruppenalltag angewendet werden. Die psychometrischen Testverfahren bieten durch mehrmalige Vorgaben die Möglichkeit, den Verlauf eines Jugendlichen abbilden zu können. Jede Einrichtung hat einen etwas anderen Weg gefunden, die Testbefunde für sich zu nutzen. Teilweise wurden die Befunde in den sozialpädagogischen Teambesprechungen betrachtet oder in gemeinsamen Besprechungen zwischen Psychologen und den sozialpädagogischen Teams.

Von den Einrichtungspsychologen und Kinder- und Jugendpsychiatern wurden auch die Persönlichkeitsfragebogen als nützlich für die Diagnostik erlebt. Der Umfang und die Notwendigkeit aller Tests wurden von den Institutionen trotz der Aussagekraft jedes einzelnen Tests kritisch hinterfragt, da sich der Zeitaufwand für das Ausfüllen aller Tests relativ stark aufsummiert. Deshalb wurde der Wunsch geäußert, es den Einrichtungen freizustellen, welche Tests sie für den individuellen Fall anwenden wollen. Es bestand trotz zweier Workshops zur Testinterpretation und eines ausführlichen Handouts das Problem, dass nicht alle Anwender in der Anwendung der Tests die notwendige Sicherheit entwickelten, weshalb im Rahmen des langfristigen Einsatzes der Testbatterie zu überlegen ist, wie eine grössere Sicherheit in der Anwendung und Interpretation aller Testverfahren erreicht werden kann. Denkbar sind intensivere Schulungen von einigen interessierten Mitarbeitern, welche ihr Wissen dann den anderen Mitarbeitern anbieten, sowie regelmässige Interpretationskonferenzen, oder dass in einem Fallbuch mit Hilfe von Fallberichten Interpretationshilfen angeboten werden, da die alleinige theoretische Beschreibung der Tests im Handout nicht ausreichte, die für die Testinterpretation notwendige Sicherheit zu geben.

Es wurde teilweise der Wunsch nach mehr Verfahren geäußert, welche die Ressourcen und die Resilienzfaktoren der Jugendlichen erfassen.

6.4.4 Nachhaltige Veränderung durch Implementierung von EQUALS – Weiterentwicklung des Zielerreichungsinstrumentes

Aufgrund der Rückmeldungen zum Zielvereinbarungsinstrument wurde das Zielerreichungsinstrument im Rahmen des EQUALS-Projektes noch einmal umfassend optimiert und noch besser an die Bedürfnisse der sozialpädagogischen Fachkräfte im Gruppenalltag angepasst.

Es wurde über JAVA-Programmierung sichergestellt, dass die Tests auf allen gängigen Betriebssystemen, also auch auf Apple/Macintosh-Rechnern, ohne Probleme laufen. Die Zuverlässigkeit des PC-Programms entspricht nun hohen Ansprüchen. Es wurde sichergestellt, dass der Komplexität der stationären Jugendhilfe im Rahmen der Zielvereinbarungsgespräche Rechnung getragen wird. Es ist nun möglich, auch Ziele mit Eltern, Zuweisern, an der Schnittstelle zur Psychotherapie und zur Schule zu definieren. Die künstliche Situation der im Rahmen des Modellversuches bestehenden Notwendigkeit, die Ziele über einen längeren Zeitraum nicht verändern zu können, wurde aufgelöst, und es ist zukünftig möglich, Ziele anzupassen sowie Tests und Ziele mehrmals im Verlauf einer Hilfe einschätzen zu lassen. Es bleibt abzuwarten, wie häufig die sozialpädagogischen Einrichtungen von der theoretischen Möglichkeit, die Zielerreichung jederzeit einschätzen zu können, neue Ziele zu jedem gewünschtem Zeitpunkt neu zu definieren und gegebenenfalls anpassen zu können, wirklich Gebrauch machen. Aus wissenschaftlicher Sicht ist es eigentlich unabdingbar, möglichst vergleichbare Test-Retest-Intervalle zu haben, weshalb die Empfehlung ausgesprochen wurde, die Zielerreichungsgespräche, Zielvereinbarungsgespräche und psychometrischen Erhebungen an die Standortbestimmungen zu knüpfen. Durch diese Empfehlung wird zumindest ein Grossteil der beobachteten Verläufe in einem mittleren Zeitintervall von circa sechs Monaten liegen, was sowohl für die Praxis als auch für die Wissenschaft einen guten Kompromiss darstellt. Ein so definiertes Zeitintervall wird nicht von Forschern ausserhalb der Institutionen vorgegeben und lässt den Mitarbeitern in den Einrichtungen gewisse Freiheiten, um die Zeitpunkte für die Erhebungen selbst mitbestimmen zu können und die Erhebungen an den Rhythmus der Hilfeplanung mit den zuweisenden Behörden anzupassen. Durch die Kopplung der Erhebungszeitpunkte mit den Standortbestimmungen können die Ergebnisse, dann auch mit zuweisenden Behörden besprochen und für die weitere Hilfeplanung herangezogen werden. Die graphische Darstellung wurde ebenfalls den Bedürfnissen der Institutionen angepasst und umfassend überarbeitet, so dass diese übersichtlich, selbsterklärend, inhaltsreich und aussagekräftig sind und die Fortschritte eines Heranwachsenden auf einen Blick aufgezeigt und somit ökonomisch zu Fallbesprechungen und Standortbestimmungen herangezogen werden können.

Ausserdem wurden Projekte zur adäquaten Abbildung und strukturierten Erfassung von Resilienzfaktoren und Ressourcen sowie die Dokumentation von Fortschritten im Kontext der Schule initiiert. Die Ergebnisse aus diesen Projekten sollen mittelfristig in EQUALS abgebildet werden. Aufgrund der Tatsache, dass die Elternarbeit in allen Heimen, insbesondere in Heimen mit Kindern und jüngeren Jugendlichen, eine zentrale Rolle spielt, wurde eine separate Elternebene im Rahmen von EQUALS programmiert.

Das grosse Interesse der Praxis an EQUALS und die Tatsache, dass es einen gewissen Druck aus der Praxis gab, eine Struktur aufzubauen, welche es ermöglicht, die Erkenntnisse aus dem Modellversuch zu pflegen und die Instrumente weiterzuverwenden, spricht sehr für den praktischen Nutzen der verwendeten Instrumente für die Fachkräfte in den Wohngruppen und den Institutionen als Ganzes, zumal die entstehenden Kosten auf die beteiligten Institutionen umgelegt, von ihnen selbst getragen und gemeinnützig verwaltet werden.

6.5 Methodische Stärken und Schwächen des Modellversuchs

Der Modellversuch konnte wie geplant realisiert werden, und auch die Rekrutierungsziele wurden erreicht. Es ist durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit und viel Engagement der Mitarbeiter des Modellversuchsteams gut gelungen, den Modellversuch in einem nicht gerade für seine Forschungsfreundlichkeit bekannten Umfeld zu verorten, in welchem keine Ressourcen für wissenschaftliche Begleitforschung eingeplant sind und eine Studie eine zusätzliche Belastung darstellt. Häufig wird von der sozialpädagogischen Praxis angeführt, dass der Arbeitsalltag ihrer Mitarbeiter bereits derart belastend ist, dass er es nicht zulässt, Zeitressourcen für Forschung zur Verfügung zu stellen. Deshalb ist es im Rahmen der Planung sehr wichtig, bei der Durchführung einer solchen Untersuchung bereits den konkreten Nutzen im Blick zu haben und diesen bei der Rekrutierung anführen zu können. Hier war es von grossem Vorteil, dass das Modellversuchsteam auf Erfahrungen aus anderen epidemiologischen Studien in der Heimerziehung zurückgreifen konnte (Schmid, 2007; Besier et al., 2009). Es ist gelungen, die Einrichtungsleitungen und ihre Mitarbeiter zu einer Teilnahme zu motivieren, indem man einerseits mit dem möglichen Erkenntnisgewinn argumentierte, andererseits aber auch den konkreten Nutzen einer Teilnahme für die Fachkräfte und Jugendlichen überzeugend darstellen konnte. Gerade dieses stetige Ringen um den praktischen Nutzen für die ausführenden Jugendlichen und pädagogischen Fachkräfte vor Ort war etwas, was diesen Modellversuch auszeichnete und viel dazu beigetragen hat, dass ein solcher Wunsch nach Verstetigung aus der Praxis entstanden ist. Nicht zu unterschätzen ist die Leistung, dass dieser Wunsch nach Verstetigung entstanden ist, obwohl es sowohl von Seiten der sozialpädagogischen Wissenschaft als auch von den in der Heimerziehung praktisch Tätigen eigentlich eine grosse Skepsis gegenüber der Messung von Ergebnisqualität und Wirkungsorientierung herrscht und bei der Forderung nach Messung der Wirkung oft argumentiert wird, dies sei eine nicht zulässige Komplexitätsreduktion und die Einflussfaktoren auf die Heimerziehung seien bei jedem Fall derart unterschiedliche pädagogische Prozesse, dass es notwendig sei, die Heimerziehung stark zu individualisieren und am Einzelfall auszurichten. Deshalb seien für die Forschung Methoden, die mit qualitativen Methoden die Prozessqualität von Hilfen erfassen, besser. In der Praxis wird zudem bei der Erfassung der Ergebnisqualität oft befürchtet, dass die Ergebnisse ohne Berücksichtigung der besonderen Bedarfe des Klientel der Einrichtungen verwendet werden und die Ausgangslage der Jugendlichen nicht ausreichend berücksichtigt wird und Einrichtungen, die sich besonders belasteten Jugendlichen annehmen, schlechter abschneiden könnten.

Dass die Verstetigung derart gut gelungen ist, spricht folglich dafür, dass es mit dem individualisierten Zielerreichungsinstrument möglich ist, pädagogische Prozesse adäquat abzubilden. Zudem wurde eine derart hohe Glaubwürdigkeit im Feld erreicht, dass die Einrichtungen so viel Vertrauen entwickeln, ihre Ergebnisse an eine Stelle zur Auswertung schicken, bei welcher sie die Sicherheit haben, dass die Ausgangslage ihres Klientel ausreichend beachtet wird. Dies gelingt durch die Kombination der Erfassung der Ergebnisqualität mit einigen aussagekräftigen Screeningverfahren, welche es ermöglichen, Unterschiede innerhalb der Gruppe der fremdplatzierten Jugendlichen adäquat zu beschreiben.

6.5.1 Stärken des Modellversuchs

In einer Gesamtbetrachtung lassen sich folgende Stärken des Modellversuches identifizieren:

1. Gewinnung dieser grossen repräsentativen Stichprobe:

- Rekrutierung einer repräsentativen Stichprobe - kurz- und langfristiges Erreichen des Feldes für relevante Forschungsfragen.
- Beteiligung aller drei Sprachregionen. Die Repräsentativität der Stichprobe wurde über ein anonymes Selbsturteil sichergestellt.
- Rekrutierung einer ausreichend grossen Stichprobe weiblicher Jugendlicher, so dass statistisch abgesicherte Aussagen für männliche wie für weibliche Jugendliche getroffen werden können.
- Eine der weltweit grössten Untersuchungen. Eine repräsentative Stichprobe mit strukturierten klinischen Interviews konnte realisiert werden.

2. Hohe Akzeptanz und Nützlichkeit der Erhebungsinstrumente für Wissenschaft und Praxis

- Sicherung der Akzeptanz des Zielerreichungsinstrumentes durch Partizipation von Vertretern der Einrichtungen und zuweisenden Behörden bei dessen Entwicklung.
- Realisierung einer PC-gestützten Vorgabe der pädagogischen Zielerreichungsinstrumente und psychometrischen Testverfahren.
- Verwendung von international etablierten Testverfahren.
- Vorlesefunktion für leseschwache Jugendliche. Unmittelbarer Nutzen für die teilnehmenden sozialpädagogischen Institutionen wurde angestrebt und weitgehend sichergestellt.

3. Grosse Praxisnähe und Interdisziplinarität bei der Umsetzung

- Alltagsrelevanz der Forschungsfragestellungen.
- Enge und reibungslose Kooperation zwischen kinder- und jugendpsychiatrischen Forschungsteams und sozialpädagogischen Institutionen.
- Kombination von quantitativen und qualitativen Methoden.
- Gute Kooperation und Aufgabenverteilung zwischen Implementierung und Evaluation.
- Unmittelbare Reaktion auf den Wunsch nach Verstetigung aus den Institutionen.

4. Verstetigung und Beachtung des langfristigen Nutzens des Modellversuchs für die sozialpädagogischen Institutionen und die Forschung

- Katamneseuntersuchung bezüglich der Strafregisterauszüge wurde angelegt.
- Realisierung und konsequente Umsetzung des EQUALS-Projektes.

Sowohl bei der Vorstellung des Modellversuchs vor dem Fachausschuss als auch bei den ersten Treffen mit ausgewählten Experten aus der Praxis der Heimerziehung oder zuweisenden Behörden zur Entwicklung des Zielerreichungsinstrumentes wurde das Studiendesign und das Vorhaben, eine derart grosse Feldstichprobe zu untersuchen, vielleicht zu Recht sehr skeptisch beurteilt, hatten doch grosse deutsche Untersuchungen Schwierigkeiten bei der Operationalisierung von pädagogischen Zielen und generelle Schwierigkeiten der Wirkungsforschung in der Jugendhilfe gerade erst theoretisch-pädagogisch unterstrichen. Auch auf der praktischen Ebene wurde kritisch hinterfragt, wie es gelingen solle, derart viele Institutionen im Feld dazu zu motivieren, einerseits einen sehr erheblichen (Zeit-)Aufwand und Einsatz an personellen Ressourcen für die Datenerhebung zu betreiben und dazu noch einen derart intensiven Einblick in ihre Institutionen zuzulassen und die Qualität ihrer Arbeit offenzulegen. Auch die Ausweitung des Modellversuchs auf die anderen Sprachregionen wurde von vielen als mutiger Schritt angesehen, da in der französisch- und italienischsprachigen Schweiz aufgrund der stärker ausgeprägten humanistischen, systemischen und psychoanalytischen Tradition noch grössere Ressentiments gegen psychometrische Test, psychiatrische Screeningverfahren und die Erfassung von Ergebnisqualität in der Pädagogik bestehen würden.

Die grösste Stärke des Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen ist deshalb, dass erstmals in diesem Bereich eine epidemiologische, repräsentative Stichprobe in allen drei Sprachregionen der Schweiz realisiert werden konnte. Gerade auch wegen der unterschiedlichen Traditionen, Organisationsformen und Platzierungspraktiken in den verschiedenen Sprachregionen war und ist es sehr wichtig, dass epidemiologische Studien nicht immer nur auf eine Sprachregion beschränkt bleiben, da die Auswirkung von Bundesgesetzen von Sprachregion zu Sprachregion variieren kann. Es gelang zudem, das ganze Spektrum der Heimerziehung von Kinderheimen bis zu Massnahmenzentren in die Studie einzuschliessen. Es ist somit die erste Studie, die belastbare epidemiologische Ergebnisse über Schweizer Heimjugendliche aus allen Sprachregionen liefert. Die Grösse der Stichprobe ist mit fast 600 Jugendlichen, die mit standardisierten klinischen Interviews untersucht wurden, nach dem Wissensstand der Autoren momentan eine der grössten epidemiologischen Untersuchungen in der Heimerziehung weltweit. Für diesen Rekrutierungserfolg und die Tatsache, dass so viele Einrichtungen einen Blick in ihre Institutionen erlaubten, waren neben dem grossem Engagement der Mitarbeiter auch die Partizipation der Praxis an der Durchführung der Studie und insbesondere bei der Entwicklung des Zielerreichungsinstrumentes entscheidend. Dass das Zielerreichungsinstrument aufgrund von vertieften Interviews von Experten aus der Praxis entwickelt wurde, erhöhte die Bereitschaft zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Untersuchung, die die Wirkungen abbildet, sehr entscheidend, da die Institutionen wissen, dass die Evaluation in Kategorien erfolgt, die ihre Arbeit nach ihrer eigenen Einschätzung auch repräsentieren. Die Experteninterviews und Diskussionsrunden unterstrichen zudem nochmals, wie wichtig die Ökonomie und Alltags- und Praxistauglichkeit bei der Entwicklung der Instrumente und der Umsetzung des Modellversuches sind.

Die Verbindung von quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden wurde im Rahmen der Diskussion um die Wirkungsorientierung in der Jugendhilfe als ein wichtiger methodischer Ansatz diskutiert, da qualitative Methoden es eher erlauben, die Komplexität und das Prozesshafte der Heimerziehung abzubilden, und helfen können, quantitative Befunde richtig zu interpretieren (Frey, 2008; Lüders, 2006; Schmid, 2012). Zudem verbindet diese Kombination von Forschungsmethoden medizinische, psychologische und sozialpädagogische Forschungstraditionen.

Im Rahmen des Modellversuches kamen zweimal qualitative Inhaltsanalysen nach Mayring (1999) zum Einsatz. Einmal wurden die Experteninterviews, die zur Entwicklung des Zielerreichungsinstrumentes führten, inhaltsanalytisch ausgewertet, und des Weiteren wurde eine medizinische Disserta-

tion auf Anregung des „Club of Home“ initiiert, in deren Rahmen Jugendliche mit besonders positiven und negativen Massnahmenverläufen noch einmal interviewt und qualitativ ausgewertet wurden.

Besonders erfreulich ist, dass die Stichprobe eine ausreichend grosse Zahl an weiblichen Jugendlichen enthält, da viele Studien in der Heimerziehung dadurch beschränkt sind, dass die Zahl der eingeschlossenen jungen Frauen zu gering ist, um repräsentative Aussagen über diese zu treffen. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden besonders intensive Kontakte zu den kooperierenden Mädcheneinrichtungen gepflegt. Es wurde somit ein "gezieltes Oversampling" der Mädchen innerhalb der Stichprobe angestrebt. Durch eine transparente Aufklärung über das Ziel, ausreichend weibliche Probanden für repräsentative Aussagen über die Gruppe der Mädchen in Heimerziehung treffen zu können, ist es gelungen, einige Einrichtungen für weibliche Jugendliche für eine sehr konsequente Rekrutierung in beiden Phasen des Modellversuches zu gewinnen.

Aus wissenschaftlicher Sicht ist es wünschenswert, dass die untersuchte Stichprobe die Grundgesamtheit aller Heimjugendlichen optimal repräsentiert und keine systematischen Selektionseffekte bei der Rekrutierung zu verzeichnen sind, weshalb von Seiten des MAZ.-Teams wiederholt darauf hingewiesen wurde, möglichst alle Jugendlichen einzuschliessen und keinesfalls systematische Überlegungen anzustellen, welche Jugendlichen man gezielt erfolgreicher ansprechen könnte.

Um eine systematische Verzerrung der Stichprobe auszuschliessen oder diese gegebenenfalls zumindest gut beschreiben zu können, wurde eine Repräsentativitätsuntersuchung durchgeführt. Pädagogische Bezugspersonen aus Einrichtungen jedes Institutionstypus gaben für einige Jugendliche, die ihr Einverständnis verweigert hatten oder bei denen die sorgeberechtigten Eltern nicht erreicht werden konnten, völlig anonym ein Fremdurteil mit dem Psychopathologie-Screeninginventar CBCL ab. Diese Einschätzungen wurden dann mit den Ergebnissen unserer Untersuchungsstichprobe verglichen, wobei sich in den Gesamtskalen keine signifikanten Unterschiede zeigten. Da die psychische Auffälligkeit der Jugendlichen sehr eng mit Belastungsfaktoren in der Vorgeschichte und der aktuellen Lebenssituation assoziiert ist, kann mit aller gebotenen Vorsicht der Schluss gezogen werden, dass die Ergebnisse unserer Untersuchung als repräsentativ für die Grundgesamtheit aller sozialpädagogischen Institutionen mit Anerkennung des Bundesamtes für Justiz angesehen werden können.

Insbesondere die Tatsache, dass dabei international etablierte Testverfahren und diagnostische Interviews zum Einsatz gekommen sind, macht die Ergebnisse des Modellversuchs sehr wertvoll, da die Erkenntnisse dadurch mit Ergebnissen sowohl aus anderen nationalen und internationalen Studien im Bereich der Heimerziehung als auch aus kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulationen und der Allgemeinbevölkerung in den drei Sprachregionen verglichen werden können. Auch die Tatsache, dass man die Zielerreichungsinstrumente und die psychometrischen Tests PC-gestützt vorgeben und sofort auswerten konnte, hat sehr zur Akzeptanz der Erhebungen für den Modellversuch beigetragen. Insbesondere für die Jugendlichen hatte das Ausfüllen der Testverfahren am Notebook oder Computer einen viel höheren Aufforderungscharakter, von den Vorteilen der elektronischen Erhebung für die Datenaufbereitung ganz zu schweigen: Kaum fehlende Daten durch einzelne Fragen, kein fehlerhaftes Ausfüllen, Zeitersparnis bei der Dateneingabe. Auch einzelne Bedienungselemente im Computerprogramm erhöhten die Bereitschaft der Jugendlichen, sich an den Untersuchung zu beteiligen und diese durchzuhalten. So gab es beispielsweise eine Vorlesefunktion für leseschwache Jugendliche sowie die Möglichkeit, Fragen, die man nicht versteht, nach hinten zu stellen und am Ende mit den Fachkräften zu besprechen. Diese Funktionen erhöhten wesentlich die Bereitschaft und Ausdauer zum Ausfüllen der Tests gerade bei Jugendlichen mit geringer Frustrationstoleranz, was sicherlich zum Rekrutierungserfolg beitrug.

Ein enormes langfristiges Potential stellt "das Verlinken" der Ergebnisse mit den Strafregistereinträgen beim Bundesamt für Statistik dar. Eine umfassende Katamnesestudie in Verbindung mit den Strafregistereinträgen ist bei einer derart gut beschriebenen Stichprobe mit einem grossen Erkenntnisgewinn verbunden, was die Chancen für eine weitergehende Förderung deutlich erhöht. Das Wissen über den Zusammenhang zwischen Massnahmenverläufen, langfristiger gesellschaftlicher Teilhabe und Lebenszufriedenheit könnte für die Ausgestaltung der Heimerziehung von erheblicher Bedeutung sein.

Sehr bewährt hat es sich, gezielt Ressourcen für die Sicherstellung des unmittelbaren Nutzens für die sozialpädagogischen Institutionen, die Mitarbeiter und die Jugendlichen einzusetzen. Durch dieses Engagement der Mitarbeiter konnte deren Zufriedenheit gewährleistet und die Motivation zur Mitarbeit über die gesamte Dauer des Modellversuchs aufrechterhalten werden. Um dies zu erreichen, wurden zum Beispiel individuelle Berichte über die Ergebnisse der Institutionen verfasst und viel Zeit in die Rückgabegespräche der diagnostischen Befunde an die pädagogischen Teams und die Jugendlichen aufgewendet. Dieser enge Kontakt half Ressentiments gegen kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosen abzubauen, die Ergebnisse der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik für die sozialpädagogische Begleitung nutzbar zu machen und motivierte natürlich auch für die weitere Teilnahme am Modellversuch. Das Engagement der MAZ.-Mitarbeiter für die Fachkräfte und Jugendlichen und das aufrichtige Interesse und die Wertschätzung der pädagogischen Arbeit war für alle teilnehmenden Fachkräfte in den Institutionen spürbar und führten zu einer breiten Akzeptanz des Modellversuchs im Feld der sozialpädagogischen Institutionen. Dieses Verständnis und die Nähe zur sozialpädagogischen Arbeit der Mitarbeiter im Modellversuch haben sich als sehr nützlich für die Akzeptanz im Feld erwiesen. Auch die klinische Erfahrung vieler Mitarbeiter war sehr hilfreich, da die Rückgabegespräche der Diagnosen dadurch auch einen unmittelbaren Nutzen für die Teams hatten. Wegen der Nähe und der Enge der Kooperationsbeziehungen, die das Implementierungsteam zu den Mitarbeitern in den Institutionen aufbauen musste, hat sich auch die Trennung zwischen dem Implementierungsteam in Basel/Bern/Yverdon und einem Evaluationsteam in Ulm trotz der räumlichen Distanz bewährt. Dies hat es ermöglicht, ein Team mit sehr unterschiedlichen persönlichen und fachlichen Kompetenzen zusammenzustellen. Gegenüber den Einrichtungen konnten die Implementierungsteams beim Eintreiben der Daten eher bittend auftreten und Verständnis für die Verzögerungen signalisieren, und die Evaluationsteams sachlich den Datenrückfluss analysieren und noch nicht gesendete Daten immer nachdrücklicher einfordern.

6.5.2 Schwächen des Modellversuchs und Limitationen

Bei einer so grossen Feldstudie lassen sich manche methodischen Probleme allenfalls reduzieren, jedoch nie gänzlich ausschliessen. Im Rahmen des Modellversuchs können folgende methodische Schwächen identifiziert werden:

Limitationen aufgrund der Durchführung einer Feldstudie in unterschiedlichen sozialpädagogischen Einrichtungen:

- Unterschiede in der Art und Weise, wie MAZ in den einzelnen Einrichtungen umgesetzt wurde, was zu heterogenen Rekrutierungsraten in den Institutionen führte.
- Willkürlich festgelegter erster Messzeitpunkt - ungleiche Intervalle zwischen psychometrischer Testung und klinischen Interviews.
- Ungleiche Test-/Retestintervalle.
- Notwendigkeit der Festschreibung der Zielüberprüfung nach einem Jahr.
- Dropout und hohe Varianz der Rekrutierungsrate in den einzelnen Institutionen.
- Unterschiedliche sozialpädagogische und therapeutische Intensitäten konnten nicht adäquat abgebildet werden. Wie in den Einrichtungen genau gearbeitet wurde, ist weitgehend eine "Black Box".
- Selektionseffekte auf Einrichtungsebene.
- Heterogenität der Ausgangslage (nicht alle beim Eintritt, sondern teils nach langem Heimaufenthalt untersucht). Einverständniserklärungen konnten lediglich in deutscher, französischer und italienischer Sprache vorgelegt werden. Familien mit Migrationshintergrund und noch unzureichenden Sprachkenntnissen benötigten Unterstützung, um teilnehmen zu können.

Limitationen durch die Umsetzung des Modellversuchs in allen drei Sprachregionen und einem Grossteil der Kantone:

- Studiendesign konnte nicht mehr an spezifische Bedürfnisse im Tessin und in der Romandie angepasst werden, weniger Möglichkeiten der Einflussnahme von Beirat und Institutionen in der französisch- und italienischsprachigen Schweiz.
- Partizipation bei der Entwicklung des Zielerreichungsinstruments konnte in der Romandie und im Tessin nicht umgesetzt werden.
- Sprachliche und kulturelle Probleme bei der Übersetzung und Verwendung von Fragebögen können nicht ausgeschlossen werden (z. T. Normierungsunterschiede). Konfundierung von Variablen (z. B. Alter, Deliktsschwere, strafrechtliche Massnahmen).
- Es ist, im Gegensatz zur Deutschschweiz, aus nachvollziehbaren Gründen leider nicht gelungen, in der Romandie ein Massnahmenzentrum für junge Erwachsene in die Untersuchung einzuschliessen.
- Es war leider nicht möglich, die spezifische Zuweisungspraxis in den einzelnen Kantonen und ihren Einfluss auf die Zusammensetzung der Stichprobe und die Ergebnisse zu berücksichtigen.

Limitationen aus forschungsbezogener Sicht

- Anamnestische Daten wurden über die sozialpädagogischen Fachkräfte erhoben, was in einigen Bereichen, zum Beispiel bei Fragen nach der frühkindlichen Entwicklung oder früher aufgetauchten Risikofaktoren, zu fehlenden Angaben führte.
- Auf eine zusätzliche Erhebung von biologischen Risikofaktoren wurde verzichtet.

Es gab sehr grosse Unterschiede darin, wie die Einrichtungen die MAZ.-Untersuchungen in ihren pädagogischen Alltag integriert haben und wie viele Jugendliche (s. o.) dadurch in den einzelnen Einrichtungen eingeschlossen werden konnten, weshalb zur Sicherheit eine Repräsentativitätsuntersuchung durchgeführt werden musste. Die Einflussmöglichkeiten des MAZ.-Teams darauf, wie die Untersuchungen in den einzelnen Institutionen umgesetzt werden, sind sehr begrenzt. Es war nur möglich, Empfehlungen auszusprechen, weshalb es hier zu erheblichen Unterschieden kam, die sich aber über die Vielzahl der Institutionen hinweg ausgleichen sollten, was, sofern dies möglich war, auch statistisch kontrolliert wurde.

Auch wenn es möglich war, die Repräsentativität der Stichprobe innerhalb der Einrichtungen zu überprüfen, können Selektionseffekte zwischen den teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Einrichtungen nicht ausgeschlossen werden, sind aber aufgrund der Vielzahl der teilnehmenden Institutionen aus dem ganzen Spektrums der Bundesamt für Justiz sehr unwahrscheinlich, zumal die meisten Einrichtungen, die nicht an der Studie partizipiert haben, sehr plausible Gründe für ihre Nichtteilnahme angeführt haben. Dennoch kann die Teilnahme und Nicht-Teilnahme einzelner Institutionen die Stichprobe verzerren. So ist die Überrepräsentation von jungen, erwachsenen, strafrechtlich platzierten Männern in der Deutschschweiz auf die Teilnahme der Massnahmenzentren Arxhof und Uitikon zurückzuführen. Es war nicht möglich, Einrichtungen mit einem ähnlichen Profil in der Romandie zu gewinnen.

Ein ganz zentrales, aber nie ganz auszuschliessendes Problem ist, dass alle Jugendlichen zu einem von aussen vorgegeben Zeitpunkt untersucht werden mussten. Zudem hatte das Modellversuchsteam keinen Einfluss darauf, wann genau die PC-gestützten Untersuchungen stattfanden.

Dies wirft zwei mögliche, aber beherrschbare Probleme auf:

1. Ein Problem ist, dass immer unterschiedlich grosse Zeitabstände zwischen dem ersten Messzeitpunkt mit den psychometrischen Fragebögen und den vertieften Interviews lagen. Die Intervalle betragen teilweise über ein halbes Jahr. In einem halben Jahr Heimerziehung kann sehr viel passieren und die Probleme des Jugendlichen können sich zwischenzeitlich verstärken oder reduzieren, weshalb die Intervalle so kurz wie möglich sein sollten. Da die Untersuchungen aber auch optimal in die Abläufe der Einrichtungen eingefügt werden mussten, war es nicht immer möglich, zeitnah Untersuchungstermine zu realisieren, zumal es auch auf Seiten des MAZ.-Teams kurzzeitig zu Personalengpässen durch berufliche Veränderungen oder Schwangerschaften gab.
2. Wenn alle Jugendliche zu einem gewissen Zeitpunkt untersucht werden, leben sie sehr unterschiedlich lange in den Einrichtungen, was dazu führt, dass Jugendliche, die schon einen langen Prozess durchlaufen haben, mit Jugendlichen, die gerade eingetreten sind, verglichen werden. Diese Mischung spiegelt die Realität in der Jugendhilfe wieder und ist ein guter Indikator für den pädagogischen Bedarf, den eine durchschnittliche Wohngruppe, welche in der Regel ja auch eine Mischung an Jugendliche mit kürzeren und längeren Aufenthaltsdauern betreut, hat. Durch eine Orientierung an der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der Jugendlichen werden die Wirkung der Hilfen und die psychische Belastung die Heimjugendlichen tendenziell unterschätzt. In der Regel ist die Belastung von Jugendlichen, die neu aufgenommen werden, nämlich deutlich höher, und es kann eine deutlichere Reduktion der Symptomatik erzielt werden. Lediglich bei der Definition von Zielen kann es von Vorteil sein, die Heranwachsenden schon länger zu kennen, um sie realistischer einschätzen zu können. Deshalb wäre es für die Ermittlung von Prävalenzraten und Zusammenhängen von Störungen zu Belastungsfaktoren sowie für die Untersu-

chung des Nutzens von psychometrischen Screeningverfahren von Vorteil gewesen, alle Heranwachsenden beim Eintritt zu untersuchen.

Sämtliche Zeitpunkte, an welchen die Erhebungen stattgefunden haben, wurden aber erfasst, weshalb es möglich war, diesen Effekt bis zu einem gewissen Grad statistisch zu kontrollieren.

Die starre Festlegung des Intervalls zwischen den Messzeitpunkten auf ein Jahr war für die Organisation des Modellversuchs notwendig und entspricht den Vorgaben des Artikels 19 des Jugendstrafgesetzes nach einer jährlichen Verlaufskontrolle. Das Intervall von der Dauer eines Jahres erlaubt eine Vergleichbarkeit der Verläufe und Verallgemeinerung der Aussagen und war somit für die Verlaufsstudie unabdingbar. Die relativ lange Dauer zwischen zwei Messzeitpunkten wirkte sich vermutlich positiv auf den Zugewinn von allgemeinen Kompetenzen und die Reduktion der Psychopathologie aus. Ein starres Zeitintervall widerspricht aber eigentlich der Grundidee des individuellen Zielerreichungsinstrumentes, der möglichst flexiblen, auf die individuelle Situation des Klienten und der pädagogischen Bezugsperson zugeschnitten Zieldefinition, da es wünschenswert und sinnvoll wäre, auch den Zeitpunkt der Überprüfung flexibel wählen zu können. Zudem werden gerade die individuellen Ziele oft kurzfristig mit dem Blick auf eine gewisse Lebenssituation hin definiert (z. B. Schuljahresende, die nächsten Besuchskontakte mit Eltern etc.). Hier ist die Zeitdauer von einem Jahr eher künstlich, was vermutlich tendenziell auch zu einer Unterschätzung der individuellen Zielerreichung führte, da manche Ziele vielleicht zum Zeitpunkt der Überprüfung nicht mehr so aktuell waren.

Einige methodische Schwächen sind teilweise aufgrund der Anlage in den drei Sprachregionen und mit dem Start ausschliesslich in der Deutschschweiz kaum zu vermeiden. Eine der grossen Stärken des Modellversuchs, die Beteiligung der pädagogischen Praxis, konnte in der französisch- und italienischsprachigen Schweiz nicht wie gewünscht im gleichen Masse wie in der Deutschschweiz eingesetzt werden, da die Rahmenbedingungen und Methodik schon fertiggestellt waren. Aufgrund der unterschiedlichen psychologischen, psychiatrischen und pädagogischen Tradition in der französisch- und italienischsprachigen Schweiz kann nicht ganz ausgeschlossen werden, dass bei einem gemeinsamen Entwicklungsprozess ein Zielerreichungsinstrument entstanden wäre, welches sich von dem in der Deutschschweiz entwickelten Instrument unterscheidet. Gravierende Veränderungen erscheinen aber eher unwahrscheinlich, da das Instrument auch nach Aussagen des Beirats in der Romandie die alltägliche pädagogische Arbeit gut repräsentiert und die Veränderungswünsche sich nicht wesentlich von denen der Deutschschweizer Kollegen unterscheiden. Da relativ viele Einrichtungen in der Romandie mit jüngeren Kindern und Jugendlichen arbeiten und systemische Ansätze weit verbreitet sind, wurde vor allem der Wunsch nach Zielen für die Arbeit mit der ganzen Familie/den Eltern geäussert.

Um die zeitlichen Vorgaben einhalten zu können, mussten Tests ins Französische und Italienische übersetzt und ohne ausgiebige Überprüfung in den Institutionen angewendet werden. Die Testgütekriterien der französisch- und italienischsprachigen Versionen lagen zwar auf ausreichend hohem Niveau, erreichten aber nicht ganz das Niveau der deutschsprachigen Übersetzungen und Fragebögen. Auch bei einigen der etablierten Testverfahren unterscheiden sich die italienische und französische Normstichprobe von den deutschsprachigen Versionen, auch was die Faktorenstruktur und die Testgütekriterien betrifft.

Letztlich stellt sich bei der Anwendung von französisch-, italienisch- und deutschsprachigen Tests, die nur im Ausland normiert worden sind, die Frage, ob diese eins zu eins auf die Schweiz zu übertragen sind. Es wäre optimal, alle Tests mit hohem Aufwand auf ihre Kultur- und Sprachsensibilität zu über-

prüfen und in der Schweiz zu normieren oder die Schweizer Bevölkerung in die Normierung systematisch miteinzubeziehen. Dieses wird aus Kostengründen nur bei Intelligenztests für Kinder und Jugendliche systematisch praktiziert, wäre prinzipiell aber auch bei psychometrischen Fragebögen sinnvoll (Steinhausen et al., 1996, 1997).

Bei der Auswertung der Ergebnisse des Modellversuchs ist man oft mit dem Problem sich konfundierender Variablen konfrontiert. So hängen alleine durch die Art wie die teilnehmenden Institutionen aufgestellt und die Heimerziehung bzw. der Massnahmenvollzug organisiert sind, einige, an sich unabhängige Variablen eng zusammen, und es ist deshalb unabdingbar, bei der Interpretation der Ergebnisse Vorsicht walten zu lassen. Zum Beispiel korrelieren die Symptombelastung und Komorbidität mit dem Alter und der Sprachregion, was aber im Wesentlichen auf die Teilnahme der Massnahmenzentren Uitikon und Arxhof in der Deutschschweiz zurückzuführen ist. Es ist bei der Interpretation der Ergebnisse sehr wichtig, Informationen zu den Einrichtungen und den Platzierungspraktiken in den Sprachregionen zu berücksichtigen.

Die unterschiedlichen pädagogischen Konzepte konnten bei der Auswertung nicht berücksichtigt werden. Was in den Einrichtungen im Detail passiert, wurde im Rahmen des Modellversuches nicht erfasst und bleibt weitgehend in einer „Black Box“. Dieses Problem wurde bewusst in Kauf genommen, da es bei der Heterogenität der Einrichtungen, des Klientel und des Auftrags der Heimerziehung während der begrenzten Projektlaufzeit und über Sprachgrenzen hinweg keine Möglichkeit gegeben hätte, die pädagogischen Konzepte in einer ähnlichen Art und Weise zu beschreiben und standardisiert zu beurteilen. Es gibt auch keine wissenschaftliche Untersuchung, in der dies bei einer Vielzahl von unterschiedlichen pädagogischen Konzepten und divergierenden Strukturen zufriedenstellend gelungen ist. Deshalb erschien es sinnvoller, dies offenzulegen und zu verdeutlichen, dass letztlich eine grosse „Black Box“ mit einem Durchschnittswert von unterschiedlichen pädagogischen Konzepten und mit Einrichtungen von unterschiedlicher Prozess- und Strukturqualität evaluiert wird (von Kinderheimen bis zu Massnahmenzentren). Dies war insbesondere in dieser Stichprobe zu vertreten, da gewisse Mindeststandards durch die Anerkennungsverfahren des Bundesamtes für Justiz gewährleistet waren und die Varianz dadurch deutlich eingeschränkt wird. Auch zufällige Einflüsse ausserhalb der Pädagogik können mit dem Studiendesign nicht kontrolliert werden. Bei einer derart grossen Stichprobe ist aber davon auszugehen, dass sich positive und negative Einflüsse ausgleichen. Retrospektiv betrachtet ist es in Anbetracht der vielen Erkenntnisse zur Häufigkeit von traumatischen Erlebnissen und zur Bedeutung der Traumatisierung in dieser Stichprobe bedauerlich, die traumatische Belastung der Kinder und Jugendlichen nicht noch intensiver mit einem Interview speziell zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung erhoben wurde.

Da es im Bereich der Sozialpädagogik kaum Testverfahren zur Erfassung von Ressourcen gibt, die in der Praxis bei einer derart grossen Stichprobe ökonomisch im Wohngruppenalltag eingesetzt werden können, liegt der Schwerpunkt der untersuchten Variablen auf den Risikofaktoren. Die wenigen Fragebogenverfahren, die es zur Erfassung von Resilienzfaktoren gibt, sind oft nicht konkret genug, um im Alltag genutzt zu werden. Ein interessanter Fragebogen (Kompetenzanalyseverfahren), welcher auch speziell für den Einsatz in sozialpädagogischen Institutionen konzipiert wurde und spezifische Normen für Jugendliche in den "Hilfen zur Erziehung" aufweist (Petermann et al., 2012), lag bei der Planung des Modellversuches leider noch nicht vor. Eine relativ unspezifische Sammlung von Ressourcen kann zwar pädagogisch und psychotherapeutisch durchaus hilfreich sein, ist aber wissenschaftlich kaum sinnvoll auszuwerten. Es macht wenig Sinn, und ist auch wenig aussichtsreich, bei der Berechnung von prädiktiven Modellen einzelne Ressourcen ausgeklügelte und etablierte psychometrische Verfahren gegenüberzustellen. Hier wäre ein etabliertes Verfahren zur Erfassung

von Ressourcen und Resilienzfaktoren sehr wertvoll gewesen. Überlegungen, ressourcenorientierte Verfahren einzusetzen, die eher psychologische oder psychotherapeutische Aspekte erfassen, wurden verworfen, da es letztlich um jene Ressourcen gehen muss, die im pädagogischen Alltag genutzt werden können. Dies zeigt, dass es einen grossen Handlungsbedarf für die Entwicklung von standardisierten Erfassungsinstrumenten für Ressourcen und Resilienzfaktoren in der Jugendhilfe gibt, welche es erlauben, die Ergebnisse unmittelbar in den pädagogischen Prozess einfliessen zu lassen.

Die Bedeutung einer an Ressourcen orientierten Praxis pädagogischen Handelns steht ausser Frage. Dennoch zeigen einige wesentliche Befunde des Modellversuches, dass das ganze Ausmass der psychischen Belastung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Institutionen oft nicht ausreichend gesehen wird und ohne den Einsatz von Screeningverfahren nicht entdeckt worden wäre. Es ist deshalb sehr wichtig, eine ressourcenorientierte Haltung nicht als Widerspruch gegen eine umfassende Abklärung auch von Risikofaktoren und potentiellen Störungen zu sehen, sondern beide Ansätze zusammenzuführen. Es ist ethisch nicht vertretbar, dass Jugendliche mit ihren Problemen allein gelassen werden und nicht die notwendigen Hilfen erhalten, wenn man mit einem kurzen Screening-Fragebogen relativ schnell Hinweise bezüglich ihrer Problemlagen bekommen kann. Ein effektives Screening auf Risikofaktoren schliesst nicht aus, dass man im Kontakt mit den Jugendlichen ihre Ressourcen benennt und wertschätzt.

In Anbetracht der Chance, eine derart grosse Stichprobe beschreiben und nachverfolgen zu können, wäre es aus wissenschaftlicher Sicht sinnvoll gewesen, weitere neurobiologische und genetische Variablen mit zu erheben, was aber eine Vielzahl von ethischen Problemen und Schwierigkeiten bei der Rekrutierung aufgeworfen hätte. Biologische Variable können aber auch im Rahmen einer Katamnese studie erhoben werden, da sich genetische Risikovariablen nicht mehr verändern (mit Ausnahme von epigenetischen Veränderungen und nur selten auftretenden Mutationen) und die meisten Jugendlichen bei einer Fünf-Jahres-Katamnese das 18. Lebensjahr vollendet haben, so dass sie selbstständig über die Teilnahme und ihr Einverständnis zu genetischen Analysen entscheiden können.

Aus ethischen Gründen hielten wir es für wichtig, jeden Jugendlichen und jede Einrichtung, die bereit waren, an der Untersuchung teilzunehmen, auch partizipieren lassen, so dass keine Einrichtung abgewiesen oder als Kontrollgruppe behandelt wurde. Zudem war es ebenfalls aus ethischen Gründen notwendig, den Jugendlichen und den pädagogischen Fachkräften in den Einrichtungen die diagnostischen Befunde zurückzumelden, damit diese für den pädagogischen/psychotherapeutischen Prozess der Jugendlichen genutzt werden konnten. Die Datenerhebung im Rahmen des Modellversuches hatte teilweise auch einen gewissen Interventionscharakter, da die Verwendung der Messverfahren und die Rückmeldung der Ergebnisse einen Einfluss auf die pädagogische Arbeit mit dem Jugendlichen hatten. Häufig wurden unentdeckte psychische Störungen identifiziert und eine Abklärung oder Aufnahme einer Behandlung empfohlen. Auch die ressourcenorientierte Art der Zielvereinbarung und die konkrete Beschreibung des Zielverhaltens stellten eine gewisse Intervention dar, welche sich auf die Ergebnisse auswirken kann. Durch den Verzicht auf eine Kontrollgruppe konnte das Ausmass der Beeinflussung nicht systematisch kontrolliert werden. Es wäre aber aus ethischen Gründen nicht möglich gewesen, auf eine Rückmeldung der Ergebnisse zu verzichten, und das Erfassen einer Kontrollgruppe, bei der man lediglich auf das Zielerreichungsinstrument verzichtet, erschien bei einer Kosten-Nutzen-Analyse nicht sinnvoll und wäre den teilnehmenden Institutionen auch kaum zu vermitteln gewesen.

7 Schlussfolgerungen für die Praxis der Heimerziehung, die Ausbildung der Fachkräfte und die Arbeit der zuweisenden Behörden

Die Vielzahl der Ergebnisse bietet natürlich diverse Anknüpfungspunkte für die Praxis der Heimerziehung und die zuweisenden Behörden. Insgesamt ist erfreulich festzustellen, dass sich die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen, unabhängig von Alter und Rechtsgrundlage ihrer Einweisung, positiv in den Einrichtungen entwickelt. Trotzdem ist es notwendig zu hinterfragen, welche Auswirkung einige der epidemiologischen Befunde an die Ausgestaltung der Heimerziehung stellen und was dies für die Indikationsstellung von stationären Massnahmen bzw. Jugendhilfemassnahmen bedeutet. Dabei lassen sich mehrere Ebenen unterscheiden:

1. Ausgestaltung der Heimerziehung des stationären Massnahmenvollzugs
2. Zuweisende Behörden
3. Aus- und Weiterbildung der Fachkräfte
4. Jugendhilfepolitische Dimension

7.1 Ausgestaltung der Heimerziehung und des stationären Massnahmenvollzuges

7.1.1 Sensibilisierung für die psychische Belastung, Implementierung von psychopathologischen Screeningverfahren und niederschwelligere kinder- und jugendpsychiatrische Abklärungen

Die Ergebnisse des Modellversuchs zeigen, dass psychische Störungen in der Heimerziehung eher die Regel als die Ausnahme sind. Die Mitarbeiter sollten daher ein breites Wissen über psychische Erkrankungen besitzen und diese erkennen, bzw. auf Symptome von psychischen Störungen adäquat pädagogisch reagieren können.

Die hohen Prävalenzraten der Jugendlichen bezüglich psychischer Erkrankungen rechtfertigen ein psychopathologisches Screening bei jeder Neuaufnahme. Da sich auch zeigt, wie massiv sich die psychische Belastung auf den Verlauf der Massnahmen auswirken, ist es sehr wichtig, psychische Erkrankungen der Jugendlichen möglichst frühzeitig zu erkennen und bei der Hilfeplanung zu beachten. Einerseits betrifft dies den sozialpädagogischen Umgang mit den Jugendlichen, andererseits gegebenenfalls auch die Einleitung einer institutionsinternen oder externen kinder- und jugendpsychiatrisch/-psychotherapeutischen Abklärung oder Behandlung. Neben einer psychotherapeutischen Behandlung sollte man auch die Notwendigkeit einer psychopharmakologischen Behandlung prüfen. Die Ergebnisse zeigen, dass die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung bei Heimjugendlichen oft abgebrochen wird, weshalb es wichtig ist, eine enge Kooperation zwischen Sozialpädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie aufzugleisen, was realistischerweise nur durch aufsuchende Behandlungen in den Heimeinrichtungen für die Vielzahl der betroffenen Kinder gewährleistet werden kann.

7.1.2 Beachtung der psychischen Erkrankungen in der pädagogischen Alltagsgestaltung, Unterstützung der Selbstwirksamkeit der Mitarbeiter durch den Aufbau von haltgebenden Strukturen und gezielten Fallreflexionen

In Theorie und Praxis lassen sich zu jedem kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbild einige grundlegende Aspekte ableiten, die bei der Ausgestaltung eines pädagogischen Konzeptes allgemein und auch individuell für den betroffenen Heranwachsenden zu beachten sind (Schmid, 2007; Baierl, 2009). Gewöhnlich macht es Sinn, zwischen förderlichen strukturellen Bedingungen, günstigem Verhalten der Mitarbeiter und gezielten Interventionen mit den Jugendlichen zu differenzieren. Gerade im Rahmen von traumapädagogischen Konzepten wurde diese nützliche Unterscheidung vielfach praktiziert. Diese scheint aber auch für andere Krankheitsbilder, wie z. B. Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen, sehr hilfreich zu sein (Schmid u. Di Bella, 2012). Zum Beispiel kann eine reizarme Umgebung (Schränke statt Regale, weniger TV, Naturerlebnisse), mit klaren Abläufen und gezielten, angeleiteten Ruhezeiten und Bewegungsangeboten, sowie hoch strukturierten Hausaufgabensituationen auf struktureller Ebene schon viel erleichtern. Pädagogische Mitarbeiter mit ausreichend Fachwissen, die es gewohnt sind, sich vor Aufforderung der Aufmerksamkeit zu versichern, „richtige Aufforderungen“ zu geben und die Kinder viel im Alltag zu verstärken, in dem sie für erwünschtes Verhalten begleitend loben, werden in der Regel keine grossen Probleme mit Kindern haben, die unter Aufmerksamkeitsstörungen leiden, insbesondere wenn es gelingt, dass die Mitarbeiter selbst auf ihre eigene Reizüberflutung im Arbeitsalltag achten. Auf Ebene der Kinder könnte man gezielte Trainings der Wahrnehmung und der exekutiven Funktionen fördern und diese in den Wohngruppenalltag einbauen.

Auch bei anderen Störungsbildern wie der Depression kann man recht schnell reflektieren, welche milieuthérapeutischen Massnahmen die Klienten unterstützen (Aktivierung, Achtsamkeit, positive Rückmeldungen, Steigerung der Selbstwirksamkeit, gemeinsam entwickelte Freude an Aktivitäten). Gewisse institutionelle Strukturen wie helle Räume, Rituale und aktivierende, ritualisierte Angebote (Bewegung, Achtsamkeitsübungen etc.) können dies unterstützen.

Letztlich lassen sich aus jedem ätiologischen Modell verschiedene Ansatzpunkte für die Ausgestaltung des Milieus und für gezielte sozialpädagogische Interventionen im Alltag ableiten, um die aufrechterhaltenden Bedingungen für eine Symptomatik zu reduzieren und alternative Fertigkeiten einzuüben. Spezifische Kenntnisse über den Umgang mit psychisch kranken Jugendlichen und eine interdisziplinäre gemeinsame Falldefinition können die Bedeutung der Sozialpädagogik im Hilfesystem stärken, da die Bedeutung der Betreuung und Gestaltung des Alltags für die positive Entwicklung von psychisch belasteten Heranwachsenden hervorgehoben und die Selbstwirksamkeit der pädagogischen Fachkräfte im Umgang mit psychisch erkrankten Kindern erhöht wird. Letztlich lassen sich daraus eigene Kompetenzprofile für Sozialpädagogen entwickeln, die dann auch in die Aus- und Weiterbildung von Sozialpädagogen einfließen sollen.

7.2 Kooperation sozialpädagogischer Institutionen und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie

Die hohe psychische Belastung der Jugendlichen legt nahe, dass viele von ihnen neben der intensiven pädagogischen Begleitung auch kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Unterstützungsangebote benötigen.

Über ein Viertel aller stationär in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelten Kinder und Jugendlichen wird in den unterstützenden Rahmen einer stationären Jugendhilfemassnahme entlassen (Martin, 2002; Beck u. Warnke, 2009). Die kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Kliniken benötigen damit sozialpädagogische Institutionen mit einer hohen Sensibilität für die kinder- und jugendpsychiatrische Symptomatik ihrer Klienten für die nachhaltige Rehabilitation und die Schaffung von Behandlungsketten nach stationären Aufenthalten im Sinne einer integrierten Versorgung. Mit einer Verkürzung der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungszeiten (Nübling et al., 2006) und den reduzierten Möglichkeiten, über eine längere Zeit milieutherapeutisch mit Kindern und Jugendlichen arbeiten zu können, wird diese Zahl vermutlich sogar noch eher zunehmen.

Erste Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum (Besier et al., 2009) belegen, dass sich die stationären Behandlungstage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch eine enge Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie reduzieren lassen und dadurch deutlich mehr psychisch belastete Kinder und Jugendliche in Heimen eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung erhalten. Durch eine niederschwelligere Behandlung in Jugendhilfeinstitutionen lassen sich somit auch im Krankenkassensystem Kosten einsparen. In vielen Institutionen gibt es ja bereits eine lange Tradition bezüglich der Kooperation mit kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen. In manchen Regionen ist aber eine deutliche Unterversorgung zu verzeichnen. Die therapeutische Intervention bestand in dieser Studie aus einer aufsuchenden Sprechstunde, festen Kriseninterventionsvereinbarungen, Gruppentherapien sowie regelmässigen Fortbildungen mit intensivem, praxisorientiertem Austausch mit den Fachkräften. Behandlungsangebote in der Jugendhilfe müssen folglich frühzeitig, niederschwellig und milieurorientiert sein, was für eine aufsuchende Arbeit oder Spezialsprechstunden spricht. Primär sollte die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung auf eine kontinuierliche und regelmässige Unterstützung des Teams fokussieren, und es sollte für möglichst viele psychisch belastete Jugendliche eine intensive Teamberatung und gegebenenfalls eine Unterstützung bei der Hilfeplanung aus kinder- und jugendpsychiatrischer/-psychotherapeutischer Perspektive angeboten werden können. Durch milieurorientierte Sprechstunden wird die Stigmatisierung unter den Jugendlichen abgebaut und Jugendliche können leichter für eine Abklärung und/oder Behandlung motiviert werden. Aufsuchende kinder- und jugendpsychiatrische Sprechstunden sollten daher nicht als konkurrenzierendes Angebot zu Heimpyschologen betrachtet werden. Bei einer guten Zusammenarbeit können sich ihre Angebote sehr gut ergänzen. Psychologen, die therapeutisch und beratend in sozialpädagogischen Institutionen wirken, wären aufgrund ihrer Ausbildung die optimale Schnittstelle zwischen kinder- und jugendpsychiatrisch/-psychotherapeutischen Liaisonangeboten und den Sozialpädagogen auf der Wohngruppe. Die kinder- und jugendpsychiatrischen Liaisonangebote könnten für die Psychologen in den Institutionen eine Entlastung und Unterstützung darstellen, indem sie eine zweite diagnostische Meinung, eine verlässliche Kriseninterventionsmöglichkeit und medikamentöse Therapie ergänzend zu institutionsinternen Behandlungsangeboten anbieten.

Die Art und Intensität der Behandlung sollten möglichst niederschwellig beginnen und dann bei steigenden Kooperationsmöglichkeiten des Klienten und Zeitressourcen der behandelnden Psychotherapeuten intensiver und verbindlicher werden. Bei vielen Heranwachsenden muss erst die Motivation für eine Psychotherapie geweckt werden, da eine regelmässige Psychotherapie für diese zu Beginn der kinder- und jugendpsychiatrischen Begleitung ein viel zu hochschwelliges Behandlungsangebot darstellt. In Anbetracht ihrer oft sehr belastenden Beziehungserfahrungen ist es nachvollziehbar, dass es ihnen schwer fällt, sich auf ein 45-minütiges, emotional bezogenes, psychotherapeutisches Gespräch mit einem anfangs unvertrauten Psychotherapeuten einzulassen. Kurze Sprechstunden

sind im Vergleich zum notwendigen Zeitaufwand sehr effektive Interventionen und dienen vor allem dazu, einen kontinuierlichen diagnostischen Eindruck von einem Klienten zu bekommen, um das Team ausreichend fallspezifisch beraten zu können und den Jugendlichen so gut kennen zu lernen, dass man Krisen entweder vermeiden kann oder in einer Notsituation handlungsfähiger ist, da man den Jugendlichen bereits in einer entspannteren Situation kennengelernt hat (vgl. Schmid, 2012). Oft braucht es, um eine therapeutische Beziehung zu einem Jugendlichen aufbauen zu können, zunächst einmal vertrauenswürdige Beziehungen der Jugendlichen zu den sozialpädagogischen Bezugspersonen in alltäglichen Situationen. Wenn erlebt wird, dass diese tragen, kann man sich weiter öffnen und sich auf einen therapeutischen Prozess einlassen. Hier soll keineswegs der Stellenwert der Psychotherapie geschmälert werden. Ganz im Gegenteil ist es wichtig, dass psychotherapeutische und kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenz möglichst vielen Heranwachsenden zu Gute kommt, um diese für eine Psychotherapie zu motivieren, und es vor allem zu schaffen, dass die Teams in ihrer Selbstwirksamkeit soweit gestärkt werden, dass die Kinder in den Einrichtungen verbleiben können und effektiv behandelt werden. Wenn es in dieser Phase gelingt, eine stabile Platzierung zu gewährleisten, kann im Idealfall über kurze Gespräche eine nachhaltige Therapiemotivation aufgebaut und bessere Voraussetzungen für eine erfolgreiche Psychotherapie geschaffen werden. Es scheint wichtig zu sein, die Psychotherapie gegenüber den sozialpädagogischen Fachkräften etwas zu entmystifizieren und transparenter zu machen, wie dort gearbeitet wird und welche Motivation und Bereitschaft von Seiten des Jugendlichen im Vorfeld einer Psychotherapie aufgebaut werden sollen. Bei vielen Heimjugendlichen ist es bereits ein grosser Erfolg, wenn diese Therapieziele formulieren können und sich vornehmen, regelmässig zu einer Psychotherapie zu gehen. Eine Untersuchung von Mount und Mitarbeitern (2004) zeigte, dass nur neun Prozent der Heimjugendlichen Psychotherapie als nützlich erleben, obwohl 80% der Sozialarbeiter eine eindeutige Psychotherapieindikation sahen.

7.1.3 Aufbau oder Nutzung spezifischer Unterstützungsangebote für die sozialpädagogischen Fachkräfte

Die psychische Belastung der Heranwachsenden und die weite Verbreitung von bindungskomplexen Traumafolge- und Persönlichkeitsstörungen führt oft zu schwierigen Interaktionen und teilweise zu eskalierenden Krisen im unmittelbaren Kontakt von Jugendlichen und pädagogischen Mitarbeitern. Diese zu bewältigen und die eigene persönliche Betroffenheit zu versorgen und aus einem professionellen Selbstverständnis heraus kompetent handeln zu können, stellt eine erhebliche Herausforderung und emotionale Belastung für die Mitarbeiter dar, die sich im Arbeitsalltag leicht akkumulieren können.

Die hohe Arbeitsbelastung ist, neben dem für viele Mitarbeiter schwierigen Schichtbetrieb, welcher insbesondere für Mitarbeiter mit Familien sehr belastend sein kann, einer der Faktoren, die sehr zur Abwanderung vieler erfahrener Fachkräfte in die ambulante Hilfen, wie Schulsozialarbeit etc., beiträgt (AGJ, 2011; Schoch, 1989). Die hohe Arbeitsbelastung resultiert oft aus einer chronischen Anspannung und permanenten Unberechenbarkeit, was einen heute im Dienst erwartet. Interessant ist, dass man sagen könnte, dass sich die Unberechenbarkeit, die die Jugendlichen in ihren Ursprungsfamilien erfahren haben, auf die Mitarbeiter überträgt. Deshalb ist der Ansatz von traumapädagogischen Konzepten, einen sicheren Ort mit sicheren Strukturen für die Kinder und die Fachkräfte zu schaffen und die Mitarbeiter durch geeignete Besprechungsstrukturen gezielt in ihrer Selbstwirksamkeit zu unterstützen, sehr erfolgsversprechend. Zur Schaffung von sicheren Strukturen benötigt es aber mehr als regelmässige Supervision und effektive Teambesprechungen. Mitarbeiter brauchen

eine Leitung, die ihre Belastung und Arbeitsleistung anerkennt und bei Aufnahmeplanungen gewisse Puffer einplant.

Interessanterweise lassen sich wichtige Haltungspunkte, die eine grosse Bedeutung für die Geborgenheit und Sicherheit für die betreuten Kinder haben (Transparenz, Partizipation, Individualisierung, guter Grund für Fehlverhalten), fast eins zu eins auch auf die Leitungsstrukturen gegenüber den Mitarbeitenden übertragen (Schmid u. Lang, 2012). Letztlich spiegelt sich oft der Umgang, den die Mitarbeiter in einer Institution miteinander pflegen, auch in einer Haltung den Kindern und Jugendlichen gegenüber wider.

7.3 Zuweisende Behörden

Das gute Abschneiden der Heimerziehung in der Schweiz mit vielen positiven Verläufen zeigt, dass die Platzierungspraxis nicht schlecht funktioniert und in der Regel bedarfsgerecht platziert wird. Interessanter sind aber Fälle, bei welchen es Optimierungsbedarf gibt, zumal es schon vielfältige Forderungen nach Standards für die Platzierungspraxis und einer Professionalisierung im Vormundschaftswesen und im Kinderschutz gibt (Huwiler, 2006; Schmid u. Fegert, 2012; Schmid et al., 2012; Voll et al., 2006, 2008). Mit der Einführung des neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrechtes greift der Gesetzgeber nun wichtige Verbesserungsvorschläge auf. Im Rahmen des Modellversuchs wurde die Platzierungspraxis nicht spezifisch untersucht. Bei der Interpretation der Ergebnisse werden Platzierungspraktiken aber oft als zentrale Ursache für spätere Abbrüche, höhere psychische Belastungen und die Rechtsgrundlage und Intensität der Platzierung diskutiert. Für die Zuweiser ist das, was in der Institution passiert, oft eine „Black Box“, und der Nachweis von Effekten der Heimerziehung über die Verfolgung und Standardisierung von individuellen Zielen ist auch für die zuweisenden Behörden von grossem Interesse, da sie so im Rahmen der Standortbestimmungen Einblick in die pädagogische Arbeit erhalten.

7.3.1 Sensibilisierung für psychische Belastungen und belastende Beziehungserfahrungen/-abbrüche im Zuweisungskontext

Die Ergebnisse des Modellversuches zeigen, dass eine Vielzahl der Jugendlichen vor der aktuellen Massnahme bereits schon einmal fremdplatziert war und oft die besonders stark psychisch belasteten Jugendlichen in den regulären Angeboten scheitern. Daraus lässt sich die Frage ableiten, ob die Zahl der Abbrüche reduziert werden könnte, wenn es gelänge, die psychische Belastung beim Zuweisungsprozess zu berücksichtigen und bereits im Rahmen des Zuweisungsprozesses auch kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Hilfen zu implementieren oder zumindest eine umfassende Abklärung einzuleiten.

Vermutlich wird das Ausmass der psychischen Belastung bei relativ vielen Jugendlichen, die fremdplatziert werden, deutlich unterschätzt. Psychische Belastungen werden im Platzierungsprozess in der Regel nur dann angesprochen, wenn eine Begutachtung erfolgte, der Jugendliche bereits in Behandlung ist oder war und entsprechende Behandlungs- oder Austrittsberichte vorliegen. Für die zuweisenden Behörden wäre es vermutlich eine grosse Hilfe, standardisierte Testverfahren oder Interviewleitfäden zur Hilfe zu haben, welche relativ ökonomisch und zuverlässig in Form eines kin-

der- und jugendpsychiatrischen Screenings Aufschluss darüber geben, ob bei einem Jugendlichen eine psychische Belastung vorliegt.

Wenn bei einem Jugendlichen neben dem pädagogischen auch ein kinder- und jugendpsychiatrischer/-psychotherapeutischer Bedarf besteht, sollte dieser dann auch konsequent im Zuweisungsprozess eingefordert werden. Es sollten entweder noch vor dem Eintritt, beim Eintritt durch die im Heim oder mit dem Heim kooperierend arbeitenden Kinder- und Jugendpsychiater oder Psychotherapeuten entsprechende Abklärungen eingeleitet werden. So kann die psychische Erkrankung im Rahmen der Hilfeplanung adäquat berücksichtigt werden, sowohl was die ausreichende kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Begleitung, als auch die Berücksichtigung der Erkrankung bei der Ausgestaltung des pädagogischen Alltages betrifft. Gegebenenfalls können schon bei Beginn einer Massnahme Probleme im pädagogischen Alltag antizipiert, daraus ein pädagogischer Bedarf abgeleitet und gegebenenfalls zusätzliche Unterstützungssysteme für die pädagogischen Teams einer Wohngruppe etabliert werden.

Insbesondere bei der Umplatzierung von Jugendlichen nach schlechten Verläufen und/oder beim Einbezug des Zuweisers nach pädagogischen Krisen ist es wichtig, auch eine kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankung als möglichen Mitverursacher einer Krise im Blick zu haben und eine entsprechende Abklärung und Behandlung einzufordern. In Anbetracht der maladaptiven Folgen von Beziehungsabbrüchen sollte, sofern irgendwie möglich, auf einen Verbleib des Jugendlichen hingearbeitet werden, insbesondere wenn bei einem Wechsel eine Einrichtung mit ähnlicher Strukturqualität gewählt werden würde. Um Abbrüche zu vermeiden, sollte möglichst nach individuellen Lösungen vor Ort gesucht werden, auch wenn diese vielleicht kurzfristig mehr Aufwand schaffen als eine rasche Platzierung in eine andere Institution.

Falls ein Abbruch nicht zu verhindern ist und die Hilfe vorzeitig beendet werden muss, wäre über die rein psychiatrische Abklärung hinaus auch noch eine Analyse der Beziehungsdynamik zwischen Team und Jugendlichen empfehlenswert, da zu vermuten ist, dass sich in der nächsten sozialpädagogischen Institution eine ähnliche Beziehungsdynamik wiederholen könnte. Man könnte im Zuweisungsprozess dann darauf hinweisen und die nachfolgende Einrichtung könnte sich für ähnliche Situationen wappnen. Hier wäre es auch von Vorteil, wenn ein intensiver Austausch zwischen den Institutionen entstehen könnte, welcher es erlaubt, allfällige Fehler offen zu analysieren, um aus dem „gescheiterten“ Verlauf die optimalen Schlüsse für die weitere Hilfeplanung ziehen zu können.

Bei der Auswahl der Institutionen kann sich die zuweisende Behörde neben den kinder- und jugendpsychiatrischen Kooperationsmöglichkeiten auch ganz gezielt nach den milieutherapeutischen Konzepten und Möglichkeiten der Arbeit mit bestimmten Krankheitsbildern erkundigen. Durch einen sensibleren Umgang mit der psychischen Belastung und früheren Beziehungsabbrüchen liesse sich die Qualität der Platzierungspraxis vermutlich erheblich verbessern und Abbrüche verhindern. Um die Zahl der Abbrüche so gering wie möglich zu halten, wäre es zudem sinnvoll, den pädagogischen Bedarf vor der Platzierung so detailliert wie möglich einzuschätzen und eine Institution zu wählen, die noch einen gewissen Puffer aufweist, bis sie mit diesem Bedarf überfordert ist. Zudem sollte man zukünftig Entwicklungsaufgaben bei der Platzierungspraxis mitbedenken. Es ist z. B. sehr bedauerlich, wenn sich ein Kind in einer Pflegefamilie eingelebt hat und diese verlassen muss, weil der schulische Bedarf am Wohnort nicht adäquat abgedeckt werden kann, etc. Da die meisten Heimabbrüche von den sorgeberechtigten Eltern eingeleitet werden (Deutsches Statistisches Bundesamt, 2006), ist es sehr wichtig, die Eltern von der Notwendigkeit der Heimerziehung zu überzeugen, die Vorteile für die Entwicklung der ganzen Familie aufzuzeigen und die Eltern in ihrer Elternrolle wertzuschätzen, auch

wenn das Kind an einem anderen Ort lebt (Conen, 2007), so dass sie die Massnahme nachhaltig unterstützen können. Walker und Ryan (1997) unterscheiden deshalb zwischen biologischer, sozialer und juristischer Elternschaft und betonen, wie bedeutsam gerade die Wertschätzung der biologischen Elternschaft für Kinder und Eltern ist, wenn die soziale Elternschaft vorübergehend nicht ausgefüllt werden kann.

7.3.2 Passgenaue Platzierung

Die Frage der optimalen Passung von pädagogischen Angeboten zum einzelnen Fall, bzw. dem pädagogischen Bedarf der/des für einer Platzierung vorgesehen Jugendlichen, ist von grossem Interesse und anhand der grossen Bandbreite von unterschiedlichen Institutionen mit unterschiedlichen, sehr ausdifferenzierten pädagogischen Konzepten eine viel diskutierte Frage. Es gibt kaum empirisch überprüfte Richtlinien und Ansatzpunkte, woran sich die Mitarbeiter der zuweisenden Behörden bei ihren Platzierungsentscheidungen orientieren können. Letztlich verlassen sich die Mitarbeiter auf ihr Erfahrungswissen von ähnlich gelagerten Fällen, orientieren sich an Empfehlungen von Kollegen oder den Angebotsbeschreibungen in Broschüren oder im Internet. Viele Platzierungsentscheidungen gehen sicher auch mit persönlichen Kontakten und Vorlieben für bestimmte pädagogische und therapeutische Konzepte einher, was sicher auch Vorteile hat, da die Kooperation zwischen zuweisender Behörde und Institution eingespielt ist und die zuweisende Behörde hinter den pädagogischen Konzepten steht. Diese Vorlieben scheinen aber oft nicht bewusst und ausreichend reflektiert zu sein.

Auch viele Einrichtungen können keine eindeutigen Kriterien beschreiben, mit welchen Klienten sie besonders erfolgreich arbeiten oder bei welchen Jugendlichen sie häufiger scheitern. Leider gibt es kaum Forschung und Standards, wie eine optimale Passung zwischen dem pädagogischen Angebot einer Einrichtung und den Anforderungen eines Falles überprüft und hergestellt werden. Letztlich verlassen sich sowohl die zuweisenden Behörden als auch die aufnehmenden Einrichtung im wesentlichen auf ihre Erfahrung und ihr Bauchgefühl bei einem Vorstellungsgespräch. Dieses kann sehr richtig liegen, oft ist aber gar nicht klar, welche Faktoren und Eigenschaften eines Jugendlichen ein gutes Bauchgefühl erzeugen. Gerade finanzieller Druck und eine momentan ungünstige Anfragesituation einer Einrichtung können dazu verführen, dass auch Jugendliche aufgenommen werden, die nicht optimal in das Profil einer Einrichtung passen. Die Frage, welche Einrichtungen in welcher Reihenfolge angefragt werden, folgt in der Regel keiner wirklichen Systematik. Häufig ist zu beobachten, dass bei den ersten Anfragen noch einige grobe Kriterien angelegt werden, diese aber, wenn sich die Absagen häufen, immer weiter an Gewicht verlieren und es am Ende einfach wichtig ist, den Fall irgendwo platzieren zu können.

Die vielen Anfragen und Absagen verbrauchen viele Ressourcen auf allen Seiten, erschweren Platzierungsentscheidungen sowie -prozesse und führen auch zu ungunstigen "Schwebezuständen", in denen oft hoch ambivalente Jugendliche über längere Zeiträume nicht wissen, wo und wie ihr Leben in den nächsten Wochen weitergeht. Dies kann die Motivation einer Familie für eine Platzierung untergraben, weshalb es eigentlich nicht hinnehmbar ist, dass derart wichtige zukunftssträchtige Entscheidungen, welche zudem noch mit nicht unerheblichen Kosten für die Gesellschaft verbunden sind, auf relativ geringer empirischer Basis erfolgt. Hier wäre zu überlegen, ob man nicht mehr diagnostische Kompetenzen und Ressourcen bei den zuweisenden Behörden ansiedelt, um dort schon vor der Platzierung, den pädagogischen Bedarf eines Kindes möglichst gut zu erfassen. Dies kann durch standardisierte diagnostische Verfahren unterstützt werden oder durch ein stärkeres interdisziplinäres Fall-

verständnis. Lempp (1984) hat schon von 30 Jahren gefordert, dass auch kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Kompetenzen in Jugendämtern/Vormundschaftsbehörden verortet werden, um diese Kompetenzen in die Hilfeplanung einfließen zu lassen.

7.3.3 Rechtzeitige Platzierung

Die Frage der rechtzeitigen Platzierung bzw. des optimalen Zeitpunktes für eine Fremdplatzierung wird häufig diskutiert. Prinzipiell ist es sinnvoll und wünschenswert, wenn sich ein Kind im Rahmen seiner Familie positiv entwickeln kann, ambulante Massnahmen anzuwenden. Dies darf aber nicht so weit gehen, dass Heimerziehung nur noch die „Ultima Ratio“ nach gescheiterten ambulanten Hilfen darstellt. Leider sind viele ambulante Hilfen nicht gut evaluiert und es besteht auch unter den gleichen Angeboten eine sehr grosse Heterogenität in der Ausführung. Das grösste Problem ist aber, dass oft unklar bleibt was passiert, wenn ambulante Hilfen regulär oder vorzeitig beendet werden und dann viele Verläufe, auch nach gemeldeten Kindeswohlgefährdungen, nur noch eine lose Kontrolle erfahren. Es ist fatal, wenn Kinder, obwohl erkannt wurde, dass sie unter Vernachlässigung, Misshandlung und/oder Missbrauch leiden, trotzdem diesen Belastungen ausgesetzt bleiben.

Deshalb müssen letztlich eindeutige Kriterien für das Einleiten einer Fremdplatzierung definiert werden, welche es ermöglichen, auch schon bei jüngeren Kinder Faktoren zu identifizieren, die die Einleitung einer Heimerziehung/stationären Massnahme erforderlich machen. Es ist sehr bedauerlich, wenn Fälle relativ lange zu niederschwellige Hilfen erhalten in denen sie scheitern, und dann mit einer wesentlich schlechteren Prognose und grösseren Teilhabebeeinträchtigung letztlich doch in der institutionellen Beziehung landen. Besonders bedauerlich ist es, wenn erst ein schwereres Delikt, eine stationäre psychiatrische Behandlung oder eine familiäre Eskalation erfolgen muss, bis eine adäquate, in ihrer Intensität angemessene Hilfeform eingeleitet wird. Eine Untersuchung von Horwitz und Mitarbeitern (2011) hat gezeigt, dass sich relativ eindeutige psychosoziale Risikofaktoren identifizieren lassen, die nach ambulanten Kinderschutzmassnahmen dann doch noch zu erneuten Meldungen und Fremdplatzierung führen.

Seit kurzem sind hochwirksame ambulante Unterstützungsprogramme auf Basis der multisystemischen Therapie (MST-Kinderschutz/MST-CAN Child Abuse and Neglect) (Swenson et al., 2010) in der Schweiz im Rahmen von Pilotprojekten gestartet und evaluiert worden (Pérez u. Schmid, 2012). Dennoch wird auch bei noch so effektiven ambulanten Unterstützungsprogrammen für Familien immer die Möglichkeit von Fremdplatzierungen im Repertoire der zuweisenden Behörden notwendig sein. Durch den Ausbau der ambulanten Hilfen werden diese Möglichkeiten der Fremdplatzierung aber in der Regel mit immer belasteteren Kinder- und Jugendlichen konfrontiert, weshalb es wichtig ist, ambulante und stationäre Hilfen nicht gegeneinander auszuspielen, sondern als ergänzende Hilfen in einem Kontinuum zu betrachten und mit eigenen spezifischen Indikationskriterien zu betrachten.

Traditionell ist es so, dass Kinder vor dem 10. Lebensjahr mehrheitlich in Pflegefamilien und ältere Jugendliche primär in die Heimerziehung platziert werden. Durch den Ausbau der ambulanten Hilfen wird tendenziell später und nur bei besonders belasteten Jugendliche platziert. Die psychische Belastung und die Teilhabebeeinträchtigung der Heimjugendlichen erhöht sich dadurch zwangsläufig, wenn ambulante Hilfen ausgebaut werden, da nur noch die Jugendlichen platziert werden, bei denen ambulante Hilfen gescheitert sind oder als nicht aussichtsreich gelten (s.o.). Der Ausbau der ambulanten Hilfen führt vermutlich auch zu einer eher späteren Platzierung. In der gesamten MAZ.-Stichprobe war ersichtlich, dass viele Platzierungen erst in der Pubertät erfolgen. Folglich bleiben

viele der Heimjugendlichen im Kindesalter sehr lange psychosozialen Belastungen ausgesetzt und werden erst platziert, wenn die familiäre Situation in der Pubertät eskaliert, sie an Entwicklungsaufgaben scheitern und sich durch riskante Beziehungen gefährden oder delinquent werden.

Die Fremdunterbringung erfolgt somit oft in einem Alter, in dem die Autonomiebedürfnisse dominieren und sich die Bindungsbedürfnisse von den Erwachsenen weg eher in Richtung Gleichaltrige entwickeln. Dies stellt für den Beziehungsaufbau zu den Jugendlichen eine Herausforderung dar, da die Bindung zu einer erwachsenen Vertrauensperson nicht mehr so stark gesucht wird wie in jüngeren Jahren, insbesondere wenn man eine belastende Erfahrung mit unmittelbaren Bezugspersonen gemacht und eine nicht unberechtigte Angst vor sozialen Kontakten sowie ein eingeschränktes interpersonelles Vertrauen hat.

Für den sozialpädagogischen Umgang mit den Jugendlichen bedeutet dies, dass es sehr wichtig ist, die Peergruppe adäquat in das pädagogische Konzept mit einzubeziehen. In der Heimerziehung ist es oft möglich, über die Gruppe auch soziale Normen zu etablieren, an sozialen Kompetenzen zu arbeiten und Methoden einzuführen, wie sich die Jugendlichen untereinander wertvolle Rückmeldungen geben können. Zudem kann über Patensysteme ein von den Sozialpädagogen gesteuertes Modelllernen eingeführt werden, welches prosoziales Verhalten gezielt fördert und von den Fachkräften verstärkt werden kann (Opp u. Unger, 2006; Bausum, 2009).

Wenn man die Peerkultur der Jugendlichen nicht ausreichend beachtet und die sozialpädagogischen Ressourcen nicht mehr ausreichen, um auch auf positives Sozialverhalten zu reagieren, sondern nur noch dazu verwendet werden, negatives Verhalten zu sanktionieren, können selbst innerhalb der Heimerziehung oder Sonderbeschulung leicht Strukturen und Milieus entstehen, die antisoziales Verhalten verstärken, und es ermöglichen, dass die besonders dissozialen und rücksichtslosen Jugendlichen in einer Gruppe den Ton angeben.

Aus volkswirtschaftlicher Perspektive macht es Sinn, so rasch wie möglich zu intervenieren, um die langfristige Teilhabebeeinträchtigung eines Kindes so gering wie möglich zu halten. Die Wahl der Mittel sollte sich vorrangig an der langfristigen Sicherung der Teilhabe denn an den aktuellen Kosten für die Fremdunterbringung orientieren.

Besonders intensiv muss sich anlässlich der MAZ.-Ergebnisse die Frage der rechtzeitigen Platzierung bei mindestens drei Subgruppen gestellt werden. Eine Subgruppe sind die Mädchen, die tendenziell später und aus besonders belasteten sozialen Umfeldern platziert werden und dann auch eine höhere psychisch Belastung aufweisen. Offenbar gereicht ihnen hier ihre bessere Adaption in der Schule etc. zum Nachteil, da sie später auffallen und länger maladaptiven Erziehungsbedingungen ausgesetzt bleiben.

Eine andere Subgruppe sind die Heranwachsenden mit Migrationshintergrund. Hier zeigen die MAZ.-Ergebnisse, dass diese wesentlich häufiger, strafrechtlich und seltener vormundschaftlich platziert werden, obwohl sich keine Unterschiede in der Deliktschwere und psychosozialen Belastung zeigen. Untersuchungen aus Deutschland zeigen, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund ganz spezifische Hürden bei der Integration in die Gesellschaft überwinden müssen und in Familien mit Migrationshintergrund Gewalt oft ganz andere Funktionen erfüllt als bei Deutschen und vermutlich auch Schweizer Familien (Toprak, 2004, 2005).

Andererseits zeigen sie aber auch, und das ist besorgniserregend, dass es kaum eine Tradition und Routine gibt, den Migrationshintergrund bei der Einleitung von Kinderschutzmassnahmen adäquat zu berücksichtigen (Toprak u. El-Mafaalani, 2012). Es gibt sicherlich eine Tendenz bei Familien mit Mig-

rationshintergrund, die Schwelle zur Fremdplatzierung bei jüngeren Kindern etwas höher anzusetzen, weil die Befürchtung besteht, dass die Kinder sich in Pflegefamilien oder Wohngruppen von ihren Familien entfremden. Daraus können für die Kinder noch grössere Loyalitätskonflikte zwischen Fremderziehung und Herkunftssystem resultieren, was vermutlich auch Rückführungsoptionen erschweren könnte, weshalb vor allem ambulanten Hilfen angeboten werden.

Dies kann aber auch bedeuten, dass Kinder mit Migrationshintergrund teilweise zu lange kumulierten Risikofaktoren ausgesetzt bleiben und tendenziell zu wenig intensive Hilfen erhalten. In den zuweisenden Behörden führt dies nun ganz langsam auch dazu, mehr Sozialarbeiter mit Migrationshintergrund einzustellen und gezieltere Beratungs- und ambulante Interventionsangebote für Familien vorzuhalten. Eventuell wäre es auch sinnvoll, sich im Rahmen der Heimerziehung, und vor allem im Pflegekinderbereich, gezielt um Pflegefamilien mit Migrationshintergrund zu bemühen, um die Hürde für eine Fremdplatzierung für dieses Klientel zu senken. Vermutlich würde man gerade dadurch Entwicklungschancen für jüngere Kinder aus hoch belasteten Familien mit Migrationshintergrund erhöhen, und könnte teilweise spätere, in der Regel kostenintensiver strafrechtliche Platzierung vermeiden. Die betroffenen Familien würden über Pflegefamilien mit Migrationshintergrund geeignete Modelle für alternative Erziehungsmethoden und eine bessere Integration in die Gesellschaft erhalten. Durch den gemeinsamen kulturellen Hintergrund könnten viele Dinge vermutlich leichter angenommen und umgesetzt werden, da Ähnlichkeit des Modells ein wichtiger Wirkfaktor des erfolgreichen Modelllernens ist.

Generell zeigen die hohe Zahl von Jugendlichen mit Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen und ihre oft sehr lange Vorgeschichte mit auffälligem Verhalten und verschiedenen psychosozialen Hilfesystemen, dass es auch wichtig ist, präventive Programme für Hochrisikofamilien anzubieten. Eindeutige Kriterien für die Einleitung einer Fremdplatzierung, welche nicht einer Scheiterkarriere in Bezug auf andere niederschwellige Massnahmen entsprechen, sondern eine positive Indikation für die Heimunterbringung darstellen, sollten entwickelt werden.

7.3.4 Partizipation der betroffenen Familien

Ein zentrales Thema, welches sich auch im Rahmen der ergänzend zum Modellversuch in Kooperation mit dem „Club of Home“ durchgeführten, qualitativen Studie zeigte, ist die sehr positive Wirkung, welche die Erarbeitung eines gemeinsamen Narrativs mit der ganzen Familie zur Notwendigkeit der Platzierung entfaltet. Dies bestätigen auch Befunde aus der EVAS- und der Jugendhilfe-Effekte-Studie (Schmidt et al., 2002; Macsenaere u. Knab, 2004; Baur et al., 1998). Es ist von grosser Bedeutung, dass alle Beteiligten hinter der Massnahme stehen und die Erwartung haben, dass alle in der Familie davon profitieren und das Kind durch die Massnahmen seine Entwicklungsaufgaben eher erreicht als bei einem Verbleib in der Familie. Auch bei zivilrechtlichen oder strafrechtlichen Massnahmen kann es durchaus sein, dass die Familie den Nutzen dieser Massnahme akzeptieren kann und im Verlauf der Massnahme hinter der Fremdplatzierung steht.

Bei Jugendlichen, die vielleicht direkt nach einem Delikt oder einer gewalttätigen Auseinandersetzung in einer Durchgangsstation oder in der Untersuchungshaft platziert wurden, oder bei Kindern, die plötzlich eventuell mit Hilfe der Polizei aus den Familien geholt werden, kann das Nachzeichnen eines Narratives über die Ereignisse, die zur Fremdplatzierung führten, dabei helfen, die posttraumatischen Symptome wie Wiedererinnerungen, Intrusionen und Hyperarousal zu reduzieren. Gerade bei Kindern, die von ihren Eltern getrennt werden, ist eine wertschätzende Erklärung, warum die

Eltern ihren Erziehungsaufgaben nicht nachkommen konnten, gut. Sowohl für Eltern als auch für die Kinder kann es wichtig sein, mit ihnen im Rahmen des Platzierungsprozesses eine Coverstory zu erarbeiten, welche es ihnen ermöglicht, auf Nachfragen souverän zu reagieren (Lattschar u. Wiemann, 2011; Ryan u. Walker, 1997). Leider wird die Bedeutung einer dem Entwicklungsstand entsprechenden wertschätzenden Aufklärung des Kindes und der Eltern und einer Partizipation der Eltern bei der Ausgestaltung des Hilfeprozesses oft vernachlässigt. Letztlich wird es auch in Angeboten mit Jugendlichen nicht ohne eine gute Elternarbeit gehen. Wenn man Eltern nicht adäquat in die Strukturen und Prozesse einbindet, werden sie sich die Aufmerksamkeit an anderer Stelle holen und im schlimmsten Fall sogar den gewünschten Hilfeprozess stören. Deshalb zahlt sich die Zeit, die man zu Beginn einer Massnahme in die Strukturierung der Elternarbeit investiert, in der Regel mehrfach wieder aus.

7.3.5 Steuerung der Massnahme durch die Zuweiser / Beteiligung bei der Zieldefinition

Letztlich haben die zuweisenden Behörden die Aufgabe, die Umsetzung der Massnahme, deren Verlauf und die Erreichung der vereinbarten Ziele zu kontrollieren, zu dokumentieren und die Ergebnisse und den sinnvollen Einsatz des finanziellen Aufwands für eine solche Massnahme zu verantworten. Die Steuerung der Massnahmen erfolgt über Standortbestimmungen, in denen Ziele vereinbart werden, was genau in den Einrichtungen passiert und wie im Einzelfall gearbeitet wird (bleibt oft im Dunkeln). Es wäre sehr interessant zu erfahren, ob und wie sich die Hilfen verändern würden, wenn die Zuweiser ihre Rolle in der Hilfeplanung aktiver ausgestalten könnten und zum Beispiel in die Definition von pädagogischen Zielen mehr miteinbezogen werden könnten.

Eine Stärke des MAZ.-Projektes war es, im Rahmen der individuellen Zielvereinbarungen die Black Box etwas zu lüften und sehr transparent zu machen, an welchen konkreten Zielen im Alltag gearbeitet wurde. Es wäre wünschenswert, dass eventuell die Zuweiser auch aktiv Ziele definieren könnten, evtl. auch in Verbindung mit den Eltern. Es wäre ein sehr interessantes Projekt, zu überprüfen, ob sich solche Hilfen, bei denen die zuweisenden Behörden aktiver in die Steuerung eingreifen, von anderen Hilfen unterscheiden, die im Wesentlichen von den Einrichtungen konzipiert werden und die dann im Verlauf nur berichtet werden. Die aktivere Rolle der Zuweiser könnte die Einrichtungen gerade bei schwierigen Verläufen manchmal sehr entlasten, und dazu führen, dass manche Ziele eine höhere Verbindlichkeit haben. Auch für eine gezielte Beendigung der Hilfen und erfolgreiche Rückführung in die Familie oder die Verselbständigung wäre es vorteilhaft, wenn die zuweisende Behörde schon frühzeitig Ziele dafür mit definieren könnte, so dass auch die Verbesserung der Interaktion zwischen Eltern und Kind sowie die Stärkung der Erziehungskompetenzen nicht erst am Ende der Massnahme in den Fokus rücken.

Für die Qualität der Evaluation von Zielen wäre eine Einschätzung, die auch noch die Einschätzung der Zielerreichung durch die zuweisenden Behörden erfasst, noch wertvoller als eine, die lediglich auf das Urteil des Jugendlichen und der pädagogischen Fachkraft beruht.

7.4 Aus- und Weiterbildung der Fachkräfte

Die extrem hohe psychische Belastung der Jugendlichen und ihrer Familien und die damit verbundenen hohen Anforderungen an die Persönlichkeit und fachliche Kompetenz der sozialpädagogischen Fachkräfte werfen die Frage auf, wie man angehende Sozialpädagogen optimal auf das Arbeitsfeld in der Heimerziehung vorbereiten und talentierte und engagierte Menschen für dieses Berufsfeld ge-

winnen kann. Sicher ist es aufgrund der Vielzahl von unterschiedlichen psychischen Erkrankungen, mit denen die Fachkräfte in ihrem Alltag konfrontiert werden, sehr wichtig, den Fachkräften schon in der Ausbildung ein gewisses Wissen über die Symptomatik und Ätiologie von psychischen Erkrankungen und ihre psychotherapeutische und pharmakologische Behandlung zu vermitteln, welches ihnen erlaubt, die Symptome im Alltag zu erkennen und zu beschreiben. Es sollten aber auch die spezifischen pädagogischen Bedarfe, die aus psychischen Erkrankungen entstehen, und die Art und Weise, wie man ihnen im pädagogischen Alltag begegnen könnte, diskutiert und möglichst konkret besprochen werden.

Mit CAS-Kursen (Certificate of Advanced Studies) zur Heimerziehung und kinder- und jugendpsychiatrischer Pflege an verschiedenen Fachhochschulen in der Schweiz ist die Situation zwar im Vergleich zu anderen europäischen Ländern vergleichsweise sehr gut. Die Ergebnisse des Modellversuchs zeigen aber auch, dass die pädagogischen Bedarfe der Jugendlichen derart hoch und vielseitig sind, dass diese Arbeit nur von gut ausgebildeten Fachkräften, die sowohl aufgrund ihrer Persönlichkeit, aber auch durch ihre Fähigkeit, sich theoretische Erkenntnisse rasch anzueignen, geleistet werden kann, weshalb das oft von den Institutionen kritisch hinterfragte und als zu bürokratisch empfundene Fachkräfteangebot im Rahmen der Anerkennung von Institutionen durch das Bundesamt für Justiz durchaus seine Berechtigung hat und nicht aufgeweicht werden sollte.

Neben der reinen Wissensvermittlung ist aber auch wichtig, die Mitarbeiter emotional auf die Arbeit vorzubereiten, was bedeutet, dass Berufspraxis und praktische Ausbildung Hand in Hand gehen müssen. Die Herausforderung einer guten Ausbildung liegt in der Balance zwischen theoretischer Fundierung und dem Erlernen von akademischen Techniken, um sich im weiteren Berufsleben selbständig aktuelles Wissen aneignen zu können, und einem möglichst intensiven und konkreten Praxisbezug.

Eine gute Praxisbegleitung im Rahmen einer Ausbildung muss neben der administrativen und fachlichen auch eine emotionale Unterstützung leisten und den angehenden Sozialpädagogen auch ermöglichen, eine professionelle Identität mit ihren eigenen Ressourcen und Stärken zu entwickeln.

Insgesamt ist zu hoffen, dass die Erkenntnisse dieser Studie und das Aufzeigen dessen, was pädagogische Fachkräfte in der Heimerziehung leisten, dazu beitragen, Heimerziehung und Milieuthérapie insgesamt aufzuwerten. Der gesamte Berufsweg in der Heimerziehung muss für talentierte Menschen, insbesondere auch für männliche Sozialpädagogen, aufgewertet werden, wozu sicher neben einer leistungsgerechten Bezahlung auch die soziale Anerkennung und die Verbesserung des gesellschaftlichen Prestiges einer Arbeit in der Heimerziehung beitragen könnte.

Die Verbesserung der Ausbildung betrifft im Übrigen nicht nur die Sozialpädagogik, sondern vice versa sollte die Thematik von fremdplatzierten Heranwachsenden im Rahmen der Ausbildung von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeuten stärker betont und gezielt gelehrt werden (Schmid u. Fegert, 2012; Schmid, Tetzler, Rensch u. Schlüter-Müller, 2012). Es wäre zum Beispiel durchaus sinnvoll, dass man spezifische Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Facharztausbildung einfordert und verlangt, dass Platzierungsprozesse begleitet und Institutionen beraten werden. Auch könnte man sich bei einer zunehmenden Zahl von Liaisonstellen überlegen, wie diese im Rahmen der Facharztausbildung gewichtet werden sollen. Das interdisziplinäre Arbeiten wird oft als sehr lehrreich erlebt, weshalb es durchaus sinnvoll wäre, diese auch im Rahmen der Facharztausbildung entsprechend wertzuschätzen. Diese Überlegungen gelten im gleichen Masse auch für die Ausbildung von klinischen Psychologen. Auch für das Pflege- und pädagogische Personal in Kliniken könnten wechselseitige Praktika

oder ein regelmässiger Austausch mit sozialpädagogischem Personal im Heim sehr wertvolle Erfahrungen darstellen.

7.5 Jugendhilfepolitische Dimension

- Besonderer Bedarf für traumatisierte, psychisch belastete weibliche und männliche Jugendliche,
- Jugendliche mit Persönlichkeitsstörungen,
- männliche und weibliche Jugendliche mit ausgeprägten psychopathischen Persönlichkeitszügen und hohem Rückfallpotential und
- für junge weibliche Erwachsene mit ausgeprägtem milieutherapeutischem Hilfebedarf.
- Schaffen von günstigen Rahmenbedingungen zur Finanzierung von Kooperationsleistungen an der Schnitt- und Nahtstelle zwischen sozialpädagogischen und kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Angeboten.

Aus der Perspektive der Planung von tragfähigen Angeboten für Jugendliche mit einem spezifischen Bedarf lassen sich einige versorgungsethische Fragen ableiten. In Anbetracht der Vielzahl von sehr belasteten Jugendlichen mit besonderem Unterstützungsbedarf können ein oder zwei Modelleinrichtungen mit 20 Plätzen das Problem sicher nicht lösen. Es braucht Konzepte für eine Vielzahl von Kindern, die oft in „normalen“, durchschnittlich ausgestatteten institutionellen Kontexten getragen werden, und auf deren spezifischen Förderbedarf dort nicht ausreichend eingegangen werden kann.

Vermutlich macht es deshalb in Anbetracht der Dimension des Problems wenig Sinn, die Lösung in Spezialgruppen für Jugendliche mit besonderem Versorgungsbedarf zu suchen und viele sehr belastete Jugendliche in einer Wohngruppe zusammenzuführen. Der Nachteil einer solchen Akkumulation wäre, dass sich die Jugendlichen untereinander negativ beeinflussen können, und dass eine solche Spezialeinrichtung einen stigmatisierenden Charakter annehmen kann. Die Vorteil von solchen spezialisierten Intensivgruppen wäre, dass es leichter möglich ist ein einheitliches pädagogisches Konzept zu entwickeln, den Ausbildungsstand der pädagogischen Mitarbeiter im Umgang mit diesen Symptomen und Krankheitsbildern gezielt zu erhöhen und einfacher und gezielt um die Einrichtung herum ein haltgebendes kinder- und jugendpsychiatrisches oder forensisch-psychiatrisches Unterstützungssystem aufgebaut werden könnte. Ausserdem liessen sich die benötigten Ressourcen bei einer Akkumulation von besonders belasteten und kaum an Regeleinrichtungen zu vermittelnde Jugendlichen leichter begründen. Es wäre leichter Möglich hohe Tagessätze zu rechtfertigen und es wäre eher möglich Mischfinanzierungen von verschiedener Kostenträgern zu realisierten werde wodurch das konzeptionell notwendige pädagogisches Personal und psychotherapeutische Personal entsprechend vorgehalten werden kann. Auch im kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Bereich können dann spezifische evidenzbasierte Behandlungskonzepte entwickelt und angewendet und die Psychotherapeuten entsprechend ausgebildet und spezifisch auf ihre Arbeit in sozialpädagogischen Institutionen vorbereitet werden.

Bei Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörungen und schweren Traumafolgestörungen hätten Modelleinrichtungen und die langfristige strukturierte Zusammenarbeit darüber hinaus den grossen Vorteil, dass es möglich wäre, evidenzbasierte Psychotherapieverfahren bei den Jugendlichen einzusetzen, die man mit ambulanter Psychotherapie schwer erreichen kann (Schmid, 2012). Ein solches

Therapieangebot wäre einerseits in ambulant ergänzender Form zur Heimunterbringung möglich, andererseits wäre es evtl. auch möglich, dass spezialisierte kinder- und jugendpsychiatrische Stationen intensiv mit Heimen zusammenarbeiten und gezielt evidenzbasierte Psychotherapie und Traumapsychotherapie anbieten, die dann in Form einer Intervalltherapie angeboten werden könnten, so dass intensive stationäre Therapie ohne die diversen Belastungen, die mit einer Hospitalisierung einhergehen, angeboten werden kann. Momentan gibt es in der Schweiz für Jugendliche mit schweren Persönlichkeitsstörungen und komplexen Traumafolgestörungen keine spezialisierte Station.

Vermutlich sollte man zweigleisig vorgehen, um einerseits wenige sozialpädagogische Modelleinrichtungen zur Entwicklung und Evaluation von innovativen milieutherapeutischen Konzepten und effektiven Kooperationsbeziehungen aufzubauen, und andererseits Versorgungskonzepte für die Breite zu entwickeln, von welchen theoretisch alle interessierten Heime und dort platzierten Jugendlichen profitieren können. Einige Modelleinrichtungen benötigt es vermutlich schon, da dort durch eine notwendige bessere Grundausstattung Innovationsleistungen erbracht werden können (vgl. z.B. Modellstation Somosa). Es scheint wichtig zu sein, die Indikation für eine Sondergruppe nicht ausschliesslich über den Grad des Sicherheits- und pädagogischen Unterstützungsbedarfes zu definieren, weil daraus eine sehr heterogene Gruppe von Jugendlichen mit völlig unterschiedlichen pädagogischen und milieutherapeutischen Bedürfnissen resultieren wird. Vielversprechender ist es, Gruppen mit sehr ähnlichem pädagogischem Bedarf zu definieren, zusammenzustellen und Strukturen zu schaffen, die deren Bedürfnissen gerecht werden. Über einen kontinuierlichen Austausch und ein gutes Berichtswesen müsste dann sichergestellt werden, dass die Methoden in die „normalen“ Wohngruppen übertragen werden können und die Haltefähigkeit von Regelgruppen dadurch auch gestützt werden kann. Die Entwicklung solcher innovativen milieutherapeutischen Konzepte könnte gegebenenfalls im Rahmen von Modellversuchen gefördert und evaluiert werden.

Überlegenswert wäre es sicher, ob man langfristig nicht auch für eine Gruppe von Jugendlichen und vor allem auch junge Erwachsene ganz gezielt rehabilitative Angebote aufbaut, die nach stationären kinder- und jugendpsychiatrischen oder erwachsenenpsychiatrischen Behandlungen eine Integration in die Gesellschaft und das Berufsleben erleichtern könnten. Die Angebote für psychisch kranke Jugendliche und junge Erwachsene sind oft zu einseitig auf schizophrene Erkrankungen ausgerichtet. Es gibt aber auch eine Gruppe von Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörungen und komplexen Traumafolgestörungen, die in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe schwer beeinträchtigt sind und einen sehr hohen spezifischen Unterstützungsbedarf haben (Dammann, 2007; Schmid et al., 2008). Deshalb sind Hilfen, die gezielt die Teilhabe psychisch belasteter junger Erwachsene fördern, sehr wichtig, da in dieser Lebensphase wichtige Entwicklungsaufgaben anstehen und ein Scheitern an diesen Entwicklungsaufgaben oft eine chronische Teilhabebeeinträchtigung zur Folge haben kann (Johnson et al., 2004; Schmid et al., 2008, 2010).

Ein erschreckender Befund von Johnson und Mitarbeitern (2004) zeigt, dass viele schwer belastete Jugendliche trotz eines schwierigen Verhältnisses zur ihren Eltern mit Ende 20 noch oder wieder bei ihren oft in ärmlichen Verhältnissen wohnenden Eltern leben, weshalb das Ende von Heimerziehung und die Begleitung in die Verselbständigung oder die Rückführung in die Familie ein genauer zu reflektierendes Thema darstellt. Teilweise stellt sich das Gefühl ein, dass die Gesellschaft auch hier auseinander driftet und sich Kinder der Mittelschicht immer später von ihren Elternhäusern ablösen, während man von den psychisch schwer belasteten ehemaligen Heimkindern mit viel weniger Ressourcen eine möglichst frühe Verselbständigung verlangt.

In Anbetracht der Tatsache, dass mehrere Untersuchungen zeigen, dass ehemalige Heimkinder, die auch im jungen Erwachsenenalter nach der Beendigung der Fremdunterbringung einen sehr hohen Unterstützungsbedarf bei der Verselbständigung haben, an den Entwicklungsaufgaben für junge Erwachsene oft scheitern und ein viel höheres Risiko für Arbeits- und Wohnungslosigkeit, Überschuldung und Inhaftierungen aufweisen (Viner u. Taylor, 2005; Richardson u. Joughin, 2002), ist es wichtig, die Aspekte der Verselbständigung in die Hilfeplanung mit aufzunehmen und die Jugendlichen nach der stationären Unterbringung in passgenaue ambulante Hilfen zu überführen. Insgesamt sollte im Rahmen der Fallaufnahme bei Massnahmen der Arbeitsintegration auch ein gezieltes Screening für psychische Belastungen erfolgen und gegebenenfalls eine niederschwellige Abklärung eingeleitet werden (Kölch u. Fegert, 2012, 2011) Insbesondere ehemalige weibliche Heimjugendliche scheinen besonders gefährdet zu sein, besteht hier zusätzlich die Gefahr der zu frühen, ungeplanten Eltern- und Schwangerschaft (Richardson u. Joughin, 2002; Haydon, 2003). Mehrere Studien zeigen, dass junge Frauen, die als Kind Gewalt in ihren Familien erlebt haben, ein fünfmal höheres Risiko haben, in Armut zu leben, und ein 4-10 Mal erhöhtes Risiko für eine Beziehung zu einem gewaltigen Partner. Das Risiko erhöht sich dabei, je jünger die Frauen beim Zusammenziehen mit dem gewalttätigen Partner sind und je ausgeprägter die eigene Misshandlung war.

In Anbetracht der besonderen Gefährdung von jungen Frauen verwundert es, dass es keine spezifischen Angebote für junge erwachsene Frauen gibt, die, analog zu den Massnahmenzentren für junge Männer, therapeutische Angebote mit einer qualifizierten Berufsausbildung und intensiver pädagogischer Arbeit verbinden. Junge Frauen sind in der MAZ.-Stichprobe zudem noch deutlich stärker psychisch belastet als die männlichen Heimjugendlichen, was zeigt, dass es sich um eine Gruppe mit aussergewöhnlich hohem pädagogischem und kinder- und jugendpsychiatrisch/psychotherapeutischem Bedarf handelt.

Viele Durchgangs- und Beobachtungsstationen für weibliche Jugendliche berichten zudem von Schwierigkeiten, geeignete Anschlusslösungen für besonders belastete Klientinnen zu finden.

Vermutlich wäre daher bei spezifischen Angeboten von jungen Frauen mit mehr zivilrechtlichen Zuweisungen mit extrem hohem pädagogischem Bedarf zu rechnen, wobei es natürlich gerade auch unter den strafrechtlich platzierten jungen Frauen viele gibt, die von einer Begleitung in die Verselbständigung profitieren könnten. Wie hoch der Bedarf an solchen Plätzen letztlich wäre, müsste man spezifisch ermitteln. Vermutlich wäre es aber, um Synergien mit anderen Institutionen mit weiblichen Jugendlichen optimal zu nutzen, sowieso sinnvoll, gegebenenfalls eine Bedarfsplanung im Rahmen einer Arbeitsgruppe mit Vertretern von Mädcheneinrichtungen und Zuweisern zu implementieren.

Die hohe psychische Belastung der Mehrzahl der Heimjugendlichen verdeutlicht, dass eine noch intensivere und konsequentere Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und sozialpädagogischen Institutionen auf sehr breiter Ebene in unterschiedlicher Intensität notwendig ist. Mit den momentanen Behandlungs- und Kooperationskonzepten werden zwar viele der Heimjugendlichen erreicht, dennoch werden viele sehr belastete Jugendlichen nicht adäquat von den bestehenden Angeboten versorgt, insbesondere wenn sie trotz ihrer erheblichen Belastung in Einrichtungen platziert sind, die noch nicht über strukturierte Kooperationsbeziehungen zu kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten verfügen. Hier gilt es Rahmenbedingungen zu schaffen, mit welchen man die kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Versorgung der Heranwachsenden in sozialpädagogischen Institutionen in der Breite verbessern kann. Aufgrund des zunehmenden Kostendrucks im Gesundheitswesen und zunehmend auch im sozialpädagogischen Bereich, be-

steht die Gefahr, dass sich beide Professionen eher auf ihr „Kerngeschäft“ zurückziehen und für die Schnittstelle nicht ausreichend Ressourcen zur Verfügung gestellt werden können. Mit kinder- und jugendpsychiatrischen Sprechstunden in den Institutionen werden aussergewöhnlich belastete Jugendliche erreicht, für die Angebote in einer „Komm-Struktur“ viel zu hochschwierig wären. Diese besonders belasteten Jugendlichen haben ein besonders hohes Risiko, dass die sozialpädagogischen Massnahmen abgebrochen werden und die Integration in die Gesellschaft scheitert, so dass die Kosten für sozialpädagogische und kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Behandlungen im Vergleich zu den immensen langfristigen gesellschaftlichen Folgekosten eine gute Investition darstellen.

Um die kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Versorgung in der Breite und nicht nur in einigen spezialisierten Institutionen anbieten zu können, ist es sinnvoll, mit aufsuchenden ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Sprechstunden in unterschiedlicher Intensität zu arbeiten. Diese Sprechstunden ermöglichen es einerseits, Krankenbehandlungen durchzuführen, welche als KVG-pflichtige ambulante Leistungen über die Krankenkassen verrechnet werden können. Darüberhinausgehende Leistungen für Weiterbildungen, Supervision und Teambberatung können den sozialpädagogischen Institutionen in Rechnung gestellt werden, so dass eine mischfinanzierte Versorgung gewährleistet werden kann. Allerdings muss festgehalten werden, dass diese aufsuchenden Sprechstunden und die Behandlung dieser Komplexfälle einen erheblichen Mehraufwand im Vergleich zu einer regulären Therapiestunde in der eigenen Praxis darstellen.

Deshalb müssen die aufwendigen Kooperationsleistungen entsprechend ihres Mehraufwandes adäquat vergütet und nicht mit einem Einheitstarif belegt werden, da es sich weder niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater noch kinder- und jugendpsychiatrische Polikliniken wegen des zunehmenden Kostendrucks erlauben können, Leistungen zu erbringen, die nicht kostendeckend sind. Wenn aufwendige Leistungen im Vergleich zu Regelleistungen nicht wesentlich besser honoriert werden, werden sich die Beteiligten rational verhalten und stets die lohnendere Alternative wählen, was in letzter Konsequenz bedeutet, dass die schwer kranken Patienten tendenziell unterversorgt bleiben und die gesellschaftlichen Folgekosten langfristig steigen.

Insgesamt wäre es daher sicher wünschenswert, für solche Modelle der integrierten Versorgung von besonders belasteten Heranwachsenden passgenaue und für alle Beteiligten kostendeckende Vergütungssysteme an der Schnittstelle zwischen Justiz, Erziehung, Invalidenversicherung und Gesundheitswesen zu entwickeln, um zu verhindern, dass wesentlich höhere Folgekosten entstehen - nur weil die zielführenden Hilfen aufgrund von nicht ausreichenden Abrechnungsmöglichkeiten an den Schnitt- und Nahtstellen zwischen den verschiedenen Kostenträgern nicht angeboten werden können. Hier gibt es in den Abrechnungssystemen die falschen Anreize und es ist eigentlich lukrativer, sich auf leichtere Fälle zu konzentrieren, statt sich um anspruchsvoller Komplexfälle zu kümmern. Hier sollte es ein politisches und gesellschaftsökonomisches Interesse dafür geben, die finanziellen Mittel strategisch gezielter bei den Menschen einzusetzen, die ohne gezielte und intensive interdisziplinäre Hilfsangebote langfristige sehr hohe gesellschaftliche Folgekosten entwickeln werden, wenn es nicht gelingt, ihnen eine gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen (vgl. Habetha et al., 2012; Roos u. Petermann, 2006).

7.6 Ausblick auf zukünftige Forschungsfragen im Bereich der Jugendhilfe und des Massnahmenvollzugs

Eine so umfassende Studie wie dieser Modellversuch bringt eine Vielzahl von neuen Erkenntnissen, wirft aber natürlich auch unmittelbar neue Forschungsfragen auf und weckt die Neugier von Wissenschaftlern und der sozialpädagogischen Praxis. Zentrale Forschungsfragen, die durch den Modellversuch aufgeworfen werden, sind:

- Vernachlässigte epidemiologische Fragestellungen
- Kosten-Nutzen-Analysen
- Katamnesestudien auf unterschiedlichen Ebenen
- Milieutherapeutische Wirkungsforschung in der Jugendhilfe
- Forschung zur passgenauen Indikationsstellung und Platzierungspraxis
- Forschung an den Schnittstellen der stationären Jugendhilfe und des Massnahmenvollzugs.

7.6.1 Vernachlässigte epidemiologische Fragestellungen

In Anbetracht der sich während der Dauer des Modellversuchs immer deutlicher abzeichnenden grossen Bedeutung von komplexen Traumafolgestörungen erscheint es für zukünftige vergleichbare Untersuchungen sinnvoll, dieses Themengebiet intensiver in den diagnostischen Prozess einzubeziehen (z. B. durch das Interview zur Erfassung der komplexen Traumafolgestörung von Boroske-Leiner et al., 2008). Leider fehlen momentan noch ökonomische und ausreichend reliable und valide Screening-Fragebögen, die komplexe Traumatisierung abbilden. Auch andere interessante epidemiologische Fragestellungen, wie zum Beispiel zum Umgang mit Medien, PC und Internet, konnten nur randständig bearbeitet werden. Ein übermässiger Konsum und Rückzug von gesellschaftlichen Entwicklungsaufgaben scheint aber zunehmend ein Grund für Fremdplatzierungen zu werden. Die intensive Auseinandersetzung mit den fremdplatzierten Jugendlichen und ihren Biographien sensibilisiert auch für andere Themen, die untersuchenswert wären, wie zum Beispiel wie sich positive und belastende Beziehungserfahrungen oder kumulierte Beziehungsabbrüche auf die Identitätsentwicklung eines Jugendlichen auswirken.

7.6.2 Kosten-Nutzen-Analyse

Die gute Wirksamkeit der Heimerziehung wirft unmittelbar die Frage nach dem Verhältnis der kurz-, mittel- und langfristigen Wirkung der Hilfen zu den nicht unerheblichen Kosten für Heimerziehung und Massnahmenvollzug auf. Nach dem Vorbild der Jugendhilfe-Effekte-Studie wäre es möglich, das Verhältnis von Kosten und verbesserten Chancen zur Teilhabe zu untersuchen (vgl. Roos u. Petermann, 2006; Zinkl, 2004). Besser wäre es aber vermutlich, eine Kosten-Nutzen-Analyse mit einer Katamnesestudie zu verbinden und mit realen Zahlen über die spätere Arbeitslosigkeit, bzw. die erfolgreiche Vermittlung auf den ersten Arbeitsmarkt zu untermauern. Natürlich sind in eine solche Analyse auch Kosten, die für spätere Rückfallraten, die damit verbundenen Haftstrafen oder im Bereich der somatischen oder psychiatrisch/-psychotherapeutischen Krankenversorgung anfallen, zu berücksichtigen. In Anbetracht der etwas höheren Wirksamkeit und der viel geringeren Rückfälligkeit im Massnahmenvollzug im Vergleich zum Jugendstrafvollzug wäre zu erwarten, dass die Kosten-Nutzen-Analysen für die Schweiz noch um einiges günstiger ausfallen als die in deutschen Analysen.

Zinkl et al. (2004) berechneten zum Beispiel auf Grundlage der Ergebnisse der Jugendhilfe-Effekte-Studie, dass für jeden in die Heimerziehung investierten Euro im Prinzip 2,32 € (Männer)/2,79 € (Frauen) im Bereich von Sozialleistungen, Aufwendungen der Krankenkassen und im Strafvollzug eingespart werden können. Internationale Studien zeigen ebenfalls, dass die Kosten für die Kinder- und Jugendhilfe, die für psychisch und psychosozial schwer belastete Kinder und Jugendliche mit externalisierenden Verhaltensstörungen eingesetzt werden, im Vergleich zu den gesellschaftlichen Folgekosten in einem sehr günstigen Verhältnis stehen (Scott et al., 2001; Habetha et al., 2012).

Es würde sich sicherlich lohnen, solche Analysen auf Basis des MAZ.-Datensatzes zu versuchen. Die eidgenössische Finanzprüfungskommission (EFK, 2012) hat sich, nachdem das Fehlen von spezifischen Kosten-Nutzen-Analysen für die Schweiz festgestellt wurde, auf ausländische Studien bezogen und kommt zum Schluss, dass eine qualitativ hochwertige Heimerziehung langfristig eine rentable Investition darstellt. Dennoch oder gerade deshalb wäre eine Kosten-Nutzen-Analyse spezifisch für die Situation in der Schweiz ein Erkenntnisgewinn und eine Argumentationshilfe gegenüber sämtlichen Kostenträgern, insbesondere auch an der Schnittstelle zwischen Pädagogik und Schule, Arbeitsintegration/Invalidenversicherung und medizinischen Angeboten. Wichtige Grundlagen für solche Untersuchungen sind nun gelegt, und es wäre möglich, eine solche Studie, ähnlich der deutschen Folgekostenstudie, durchzuführen (Habetha et al., 2012).

7.6.3 Katamnesestudie

Neben der Unterstützung der Aussagekraft einer Kosten-Nutzen-Analyse, welche Fragen von Rückfälligkeit, weiteren Inhaftierungen und den Bezug von Sozialleistungen erfassen würde, halten wir eine umfassende Katamnesestudie, in deren Rahmen auch die Befindlichkeit, die aktuelle soziale Lebenssituation, die Entwicklung der Beziehungen zu ihrer Herkunftsfamilie sowie eventuell gar das eigene Erziehungsverhalten erfasst werden könnte, für hoch interessant. Dazu zählt auch die Untersuchung von Fragen, welche Faktoren die Integration von Heimkindern in die Gesellschaft besonders gut ermöglichen und wie die Jugendlichen die Heimerziehung retrospektiv und als Vorbereitung für ihre Verselbständigung erleben. Aufbauend auf dem Datenmaterial dieses Modellversuchs kann untersucht werden, welche Zusammenhänge sich zwischen dem Verlauf einer Massnahme und der langfristigen Integration in die Gesellschaft ermitteln lassen. Hier gibt es aufgrund des MAZ.-Datensatzes nun die Möglichkeit, 592 sehr gut beschriebene Verläufe nachverfolgen zu können. Dies kann einerseits relativ unaufwendig bezüglich ihrer Strafregisterauszüge beim Bundesamt für Statistik erfolgen oder eben auch sehr aufwendig und viel aussagekräftiger, indem man die Heranwachsenden einige Jahre nach ihrem Austritt aus der Institution nochmals befragt.

7.6.4 Milieutherapeutische Wirkungsforschung

Letztlich hat sich die Milieutherapie und die Heimerziehung in ihrer theoretischen Fundierung in den letzten Jahrzehnten kaum verändert, obwohl sich die Praxis in der Heimerziehung ständig weiterentwickelt hat und kontinuierlich mit neuen Problemlagen konfrontiert ist, auf welche sie reagieren muss. Die empirische Begründung für das, was in der Wohngruppenpädagogik passiert und welche Interventionen eine spezifische Wirksamkeit entwickeln, ist eher gering. Auch im Rahmen des Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung (MAZ.) konnte lediglich die Wirkung als Ganzes nachgewiesen werden und nicht die Wirkung von einzelnen Interventionen oder die spezifische Wirksamkeit von einzelnen pädagogischen Konzepten. Es wäre aber wichtig, mehr vergleichende Forschung zu

unterschiedlichen pädagogischen Konzepten betreiben zu können und die „Black Box“ nach und nach zu lüften. Um vergleichende Forschung betreiben zu können, benötigt man eine solide Datenbasis und ein langfristig gewachsenes Vertrauen in ein Evaluationsteam. Die Verstetigung des Modellversuchs bietet für die Implementierung und Evaluation neuer milieutherapeutischer Konzepte hervorragende Möglichkeiten für die Forschung, da es über EQUALS möglich ist, sowohl institutionsintern (der Zeitraum bis zur Umstellung vs. Zeitraum nach der Umstellung) oder mit anderen Institutionen Vergleiche anzustellen. Die Datenbasis von EQUALS könnte somit als Kontrollgruppe für die Evaluation von innovativen milieutherapeutischen Konzepten dienen, sei dies in Modellversuchen oder im Rahmen von Qualifizierungsarbeiten. Einen besonderen Bedarf gibt es hier sicher einerseits bei Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörungen und ausgeprägten psychopathischen Persönlichkeitseigenschaften sowie bei komplex traumatisierten Jugendlichen. Auf diesen spezifischen Bedarf wurde nun mit der Bewilligung eines Modellversuchs reagiert, der die Implementierung und Evaluation von traumapädagogischen Konzepten in sozialpädagogischen Institutionen in der deutschsprachigen Schweiz beinhaltet.

7.6.5 Forschung zur passgenauen Indikationsstellung und Platzierungspraxis

Zur Vermeidung der vielen Beziehungsabbrüche bedarf es verstärkt der Forschung zur passgenauen Indikationsstellung. Insbesondere bei Fällen, die aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder nach Begutachtungen in Untersuchungshaft oder in Durchgangs- bzw. Beobachtungsstationen in sozialpädagogischen Institutionen platziert werden, könnten katamnestische Untersuchungen weiterhelfen. Die hoch praxisrelevanten Fragen, inwieweit Empfehlungen aus den Stellungnahmen umgesetzt werden und inwiefern sich die Hilfeverläufe dadurch verändern, sind bislang unbeantwortet. Des Weiteren erfolgt die Indikationsstellung bei Fremdplatzierungen in ihren unterschiedlichen Varianten eigentlich ohne echte empirische Grundlage - es gibt keine klaren Kriterien, warum ein Kind für eine Pflegefamilie, eine Kinderdorffamilie, ein Heim oder eine Intensivgruppe angefragt wird. Im Sinne einer Vermeidung von Abbrüchen und optimaler Entwicklungsförderung wäre es sinnvoll, Indikatoren aus der kinder- und jugendpsychiatrischen und sozialpädagogischen Diagnostik zu identifizieren, die bei der Entscheidung zwischen den unterschiedlichen Hilfeformen unterstützen. Da jede Form der Fremdplatzierung ihre Berechtigung für eine Subgruppe von fremdplatzierten Kindern hat, müsste es klare Indikatoren bei der Auswahl jener Angebote geben, die am Erfolgreichsten arbeiten, das geringste Risiko zum Scheitern haben und die beste Passung garantieren. Diese Forderung nach differenzierter Indikationsstellung im Einzelfall besteht seit es differenzierte Hilfen gibt, dennoch gibt es diesbezüglich wenige Forschungsergebnisse mit Nutzen für die Praxis. Hier wären retrospektive Studien (z. B. Aktenanalysen von erfolgreichen und gescheiterten Verläufen) und prospektive Studien mit guter „gemeinsamer“ Diagnostik und Dokumentation der Entscheidung wertvoll. Es wäre zum Beispiel sinnvoll, ein Forschungsprojekt in den Beobachtungs- und Durchgangsstationen zu lancieren, die dort platzierten Jugendlichen nachzuverfolgen und zu überprüfen, wie gut es gelingt, die Platzierungsempfehlungen umzusetzen und wie sich Jugendliche in diesen Massnahmen entwickeln. Des Weiteren wäre die Frage nach dem optimalen Zeitpunkt für den Beginn einer stationären Platzierung und der Heimerziehung von Interesse. In Anbetracht der in dieser Studie gezeigten guten Wirksamkeit und der Bedeutung der Kontinuität der Heimerziehung ist es wichtig, dass Heimerziehung bei Problemkindern/-jugendlichen nicht als „ultima ratio“ angesehen wird, sondern dass spezifische Indikationskriterien schon im Kindesalter für die Heimerziehung definiert und evaluiert werden. Momentan hat man den Eindruck, dass viele Kinder und Jugendlichen zu lange ungünstigen Erziehungsbe-

dingungen ausgesetzt bleiben und erst in oder nach der Pubertät platziert werden, wenn sie mit Delikten und/oder schulvermeidendem Verhalten auffallen, dann aber in einem Alter sind, wo sie mit pädagogischen Massnahmen und den Beziehungsangeboten der sozialpädagogischen Fachkräfte schwerer zu erreichen sind, da sich ihr Bindungssystem eher an anderen Jugendlichen orientiert. Bei einer rechtzeitigen und passgenauen Platzierung von hochbelasteten Kindern wäre es eventuell möglich, ihnen ein Netz sicherer Bindungen durch die pädagogischen Fachkräfte anzubieten, hier noch Bindungsangebote zu machen und wichtige Beziehungsfertigkeiten zu vermitteln, die diese in ihren Herkunftssystemen nicht in dieser Qualität erfahren können. Wenn man die Rolle der zuweisenden Behörden für die Hilfen mehr betont, wäre es eine wichtige Fragestellung zu erforschen, welchen Einfluss gegebenenfalls eine stärkere Beteiligung der zuweisenden Behörden am Hilfeprozess hätte und wie diese konkret aussehen könnte. Es wäre durchaus denkbar, die zuweisenden Behörden an der Definition von individuellen Zielen zu beteiligen, weshalb diese Möglichkeit in EQUALS eröffnet wurde. Es stellt sich dann die Frage, wann eine solche stärkere Beteiligung von den Einrichtungen und den Zuweisern gewünscht wird und wie diese ausgestaltet werden sollte, damit sie alle Beteiligten als Unterstützung erleben. In einem zweiten Schritt wäre es lohnenswert zu evaluieren, ob eine Beteiligung der Zuweiser zu einer Verbesserung der Effekte der Heimerziehung im Vergleich zu Einrichtungen führt, bei denen die Hilfen alleine von der Einrichtung gesteuert werden. Gerade auch in Anbetracht der Reform des Vormundschaftsrechtes wäre es eine interessante Frage, inwiefern die neuen Stellen in die Ausgestaltung und Evaluation von Massnahmen eingreifen werden und ob sie dafür die nötigen Ressourcen zugesprochen bekommen.

7.6.6 Forschung an den Schnittstellen zwischen Heimerziehung und anderen psychosozialen Hilfen

Die Befunde zu der Vielzahl an Problembereichen, die die Heranwachsenden in der Heimerziehung zeigen, belegen einmal mehr, dass Heimerziehung eine Vernetzungsleistung bedeutet und nicht allein innerhalb einer Institution stattfinden kann. Wichtige Fragen von gelingender Praxis und der Prozessqualität von Institutionen stellen sich oft an den Schnittstellen der Heimerziehung zu anderen psychosozialen Helfern und Finanzierungssystemen. Interessant wäre es, gelingende Kooperationsmodelle mit Schulen und die Verbindung von sonderschulischer und sozialpädagogischer Förderung zu untersuchen. Auch bei der Frage der optimalen Arbeitsintegration von Heimjugendlichen verlasen sich die Heime gerade fast ausschliesslich auf Erfahrungswissen, was in Anbetracht der Bedeutung dieser Schnittstelle für das weitere Leben der Jugendlichen und die durch eine nicht gelingende Integration in den Arbeitsmarkt entstehenden Folgekosten eigentlich ein unhaltbarer Zustand ist. Selbstverständlich wäre auch weitere Forschung zur optimalen Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und sozialpädagogischen Institutionen von Interesse und wie sich aufsuchende kinder- und jugendpsychiatrische Sprechstunden auf die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter und die Belastung der Teams auswirken. Es ist eine wichtige Frage, wie eine aufsuchende Sprechstunde die optimalsten Erfolge erzielt, und welche kinder- und jugendpsychiatrischen Interventionen von den Jugendlichen und Mitarbeitern als besonders unterstützend erlebt werden.

Ausserdem wäre das Zusammenspiel zwischen ambulanten und stationären Hilfen interessant: Könnte die Kontinuität von Fremdplatzierung durch intensive ambulante Begleitung der Eltern oder durch eine ambulante Weiterführung verbessert werden? Gerade bei jüngeren Kindern und Jugendlichen mit Rückführungsoption ist die Frage der Möglichkeit, eine intensive „Elternarbeit“ praktizieren zu können, immens. Viele Forschungsergebnisse bestätigen, dass Heimerziehung zwar die Ressourcen

der Kinder stärkt und Belastungen reduziert, aber sich bei den Belastungsfaktoren der Familien und im Erziehungsverhalten erwartungsgemäss nur wenig ändert.

7.7 Nachhaltiger Wert des Modellversuchs für die Heimerziehung und den Massnahmenvollzug

Der Modellversuch wird vermutlich nicht nur wegen der Entwicklung von EQUALS auf mehreren Ebenen eine nachhaltige Wirkung zeigen, da es erstmals gelang, ein grosses Feld mit Fragen der Wirkungsorientierung und kinder- und jugendpsychiatrischen Screeningverfahren in Kontakt zu bringen.

7.7.1 Repräsentative epidemiologische Beschreibung der Heranwachsenden in Heimerziehung und stationären Massnahmen als Grundlage für die Bedarfsplanung

Die Ergebnisse des Modellversuches können und sollen zur Bedarfsplanung mit herangezogen werden. Die Ergebnisse geben vielfältige Hinweise zu Planung von Massnahmen und Zuweisungsprozessen innerhalb des pädagogischen Systems, zeigen sie doch, in welchen Bereichen die Heranwachsenden einen besonders hohen Unterstützungsbedarf haben und wie entscheidend die Arbeit an den Schnittstellen zu Familien, Zuweisern, Schule, Ausbildung und zur (forensischen) Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie ist.

Relativ einfache Auswertungen aus diesem Datensatz zeigen beispielsweise eine höhere psychische Belastung der weiblichen im Vergleich zu den männlichen Heranwachsenden und eine spätere Platzierung von Mädchen, bei einer mit mehr traumatischen Ereignissen belasteten Vorgeschichte. Ausserdem zeigten sich abweichende Platzierungsmuster bei Heranwachsenden mit Migrationshintergrund. Die hohe Zahl an Heranwachsenden mit mehreren gescheiterten Fremdunterbringungen gibt natürlich auch zu denken, regt zur Reflektion an und zeigt Handlungsbedarf aus. Die genaue Analyse von Gelingensfaktoren und Scheiterverläufen sollte die Ursachen hierfür überprüfen und kritisch hinterfragen, wie darauf sowohl auf Seiten der Zuweiser als auch bei der Ausgestaltung der Angebote reagiert werden kann.

Ausserdem sollte genauer analysiert werden, wie man auf die Erkenntnisse, dass schwer traumatisierte, besonders stark psychisch belastete Heranwachsende und solche mit einer stärkeren Ausprägung von psychopathischen Persönlichkeitsmerkmalen einen schlechteren pädagogischen Verlauf aufweisen, reagieren kann. Diese Erkenntnisse sollten bei der Ausgestaltung der pädagogischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Angebote beachtet werden und es sollten spezifische Konzepte gezielt für diese Zielgruppen entwickelt werden. Die spezifischen Bedürfnisse dieser Zielgruppen sollten bei der Konzeptualisierung der pädagogischen, milieuthérapeutischen und psychotherapeutischen Angebote innerhalb der Institution und bei der interdisziplinären Zusammenarbeit mit den Nachbardisziplinen berücksichtigt werden (s.o.).

7.7.2 Sensibilisierung des Feldes für die psychosoziale und psychische Belastung der fremdplatzierten Heranwachsenden

Eine wesentliche Wirkung, die jetzt schon in Institutionen, mit denen wir den Kontakt aufrecht erhalten haben, zu beobachten ist, ist, dass durch die Ergebnisse und den engen Kontakt bei den Rückmeldungen der Ergebnisse der vertieften Diagnostik in vielen teilnehmenden Einrichtungen eine deutliche Sensibilisierung bezüglich der Beachtung des psychischen Wohlbefindens bzw. der psychischen Belastung der Kinder festzustellen ist. Die pädagogischen Fachkräfte reagieren sensibler auf Symptome von psychischen Erkrankungen, nehmen diese eher wahr und haben bestehenden Ressentiments gegen psychiatrische Screeningfragebögen und kinder- und jugendpsychiatrische Sprechstunden deutlich abgebaut. Dadurch wird es möglich sein, viele psychische Belastungen früher zu erkennen und gegebenenfalls rechtzeitig einer kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Behandlung zuzuführen und diese in der Alltagspädagogik adäquat zu beachten.

Insgesamt erleichtern es die epidemiologischen MAZ.-Ergebnisse und der Einsatz der psychometrischen Testverfahren und des Zielerreichungsinstrumentes, die ganze Population der Heimjugendlichen aus einer anderen Perspektive heraus zu betrachten. Die vielen Belastungen, die die Heimjugendlichen auf ihrem bisherigen Lebensweg bewältigen mussten, lassen ihre Symptome oft als eindrückliche Lösungsstrategien erscheinen und ermöglichen es ihnen, mit einer wertschätzenden Haltung entgegenzutreten, was in der Regel auch die Bereitschaft, die Jugendlichen über Krisen mit heftigem Fehlverhalten hinweg zu begleiten, erhöht. Dabei ist es wichtig zu betonen, dass psychische Belastungen und traumatische Lebensereignisse nur zur Erklärung, nicht zur Entschuldigung von Fehlverhalten der Heranwachsenden herangezogen werden sollten.

7.7.3 Impuls für stärkere Ziel- und Wirkungsorientierung in der Heimerziehung

Die Arbeit mit dem Zielerreichungsinstrument und die über den Modellversuch verstärkte Debatte um die Wirkungsorientierung führen vermutlich dazu, dass auch in Einrichtungen, welche langfristig nicht mit Zielerreichungsinstrumenten arbeiten möchten, eine Diskussion darüber entbrannt ist, welche Ziele man mit welchen Konzepten verfolgt und wie Ziele in ihren Einrichtungen definiert werden. Es ist ein Grundproblem der Heimpädagogik und der Betreuung von Kindern und Jugendlichen allgemein, dass es gar nicht so einfach ist, mit markanten Worten zu beschreiben, was man dort jeden Tag leistet. Die Wirkung entsteht aus den spezifischen Beziehungsangeboten und dem „Wie“ und mit welcher Absicht und Haltung man etwas tut, weniger aus dem „was“ man wirklich macht, da dies oft die relative unscheinbare Unterstützung bei der Alltagsbewältigung bedeutet. Es wäre wünschenswert, wenn diese Diskussionen sowohl institutionsintern als auch in der Fachöffentlichkeit weitergeführt werden. Die oben erwähnte stärkere Zielorientierung unterstreicht, dass es bei einer guten Heimpädagogik eben auch um eine gezielte Förderung und mittelfristige Förderplanung der Kinder und nicht nur um einen gelingenden Alltag und das „Aushalten“ der Heranwachsenden gehen kann und muss. Für die Attraktivität des Berufsfeldes, gerade auch im Vergleich zu ambulanten sozialpädagogischen Angeboten und der Arbeit in der Beartung, wäre es vermutlich entscheidend, der Heimerziehung wieder eine stärkere Veränderungs- und Förderrichtung zu geben, wofür der Modellversuch wichtige Impulse geben konnte.

7.7.4 Aufwertung der Heimerziehung durch Wirkungsnachweise und epidemiologische Untersuchung

Es ist zu hoffen, dass die Ergebnisse bezüglich der hohen Belastung von Heimkindern und die positive Wirkung der Heimerziehung, diese auch gesellschaftlich und als Berufsfeld wieder aufwerten wird, sich selbstbewusster präsentieren und Ressourcen für die kostenintensiven Hilfen fördern kann. Die guten Ergebnisse aus der Evaluation bei der extremen Belastung der Heranwachsenden unterstreichen, was dort jeden Tag geleistet wird. Dennoch ist zu beobachten, dass auch in der Schweiz zunehmend ein Fachkräftemangel entsteht und es schwer ist, gute Fachkräfte, insbesondere männliche, überdauernd in der Heimerziehung zu halten. Neben der Frage der leistungsgerechten Vergütung, entsteht da natürlich auch die Frage des öffentlichen Images von Heimerziehung und der Wertschätzung dieser Arbeit - ein wichtiger Faktor. Es wäre schön, wenn die Ergebnisse des Modellversuchs einen Beitrag dazu leisten, dass in der Gesellschaft mehr Respekt für die erbrachte sozialpädagogische Leistung entsteht und auch eine breitere Akzeptanz darüber, dass diese Leistung ihren Preis auch wert ist.

Die Ergebnisse zur hohen psychosozialen und psychischen Belastungen der Jugendlichen können hier vielleicht auch helfen, den Fokus mehr auf die Hilfebedürftigkeit und den Unterstützungsbedarf der Jugendlichen zu richten und nicht ausschliesslich auf die gesellschaftlichen Probleme, die sie machen, zu legen. Es muss deutlich gemacht werden, dass viele dieser Jugendlichen auch Opfer ihrer Lebensumstände und gesellschaftlicher Bedingungen sind. Leider wird insbesondere bei delinquenten Jugendlichen oft sehr schnell mit Schuld und Sühne argumentiert, und es werden rasch und vorschnell Vorwürfe und Abwertungen gegenüber den Jugendlichen oder dem Herkunftssystem erhoben. Wenn man die extremsten akkumulierten psychischen Belastungen betrachtet, die auf die Familien lasten, wird deutlich, dass viele über Generationen hinweg mit psychischen und somatischen Erkrankungen und multiplen Schicksalsschlägen konfrontiert sind und es sich keinesfalls einfach um eine zu geringe Motivation oder fehlenden Willen handelt, wenn Familien an ihren Entwicklungsaufgaben und ihrer Teilhabe an der Gesellschaft scheitern.

Diese Familien waren lange Zeit in grosser Not, und es mangelte oft an sozialer Unterstützung passgenauer und rechtzeitiger Hilfen, um die Weichen im Leben der Familien in eine günstigere Zukunft zustellen.

7.7.5 Nachweis, dass Forschung im Rahmen der Heimerziehung und des stationären Massnahmenvollzugs auf breiter Basis möglich ist

Ein grosser und hoffentlich nachhaltiger Effekt des Modellversuchs ist der Nachweis, dass es möglich ist, Forschung im Feld der Heimerziehung über Sprachbarrieren hinweg zu realisieren und dort mit den Jugendlichen und ihren pädagogischen Fachkräfte umfassend Daten zu erheben. Diese Form der Forschung und die Gewährleistung des Nutzens für alle Beteiligten ist ausgesprochen aufwendig, aber mit dem Willen, etwas Erfahrungswissens des Untersuchungsteams und ausreichend Ressourcen ist es möglich, solche Studien zu realisieren. Diese Erkenntnis ist sehr wichtig, da sie es ermöglicht, und berechtigte Hoffnungen weckt, in zukünftigen Projekten offenen und noch unbeantworteten, empirischen Fragestellungen nachgehen zu können.

7.7.6 Nachweis, dass eine kontinuierliche Qualitätssicherung in der Jugendhilfe und im Massnahmenvollzug realisierbar ist

Die Ergebnisse des Modellversuches zeigen deutlich, dass es möglich ist, eine kontinuierliche Qualitätssicherung in der Jugendhilfe sowohl auf einer individuellen Ebene, für jeden einzelnen pädagogischen Verlauf eines Klienten, als auch auf einer institutionellen Ebene, über alle Jugendlichen einer Institution hinweg, umzusetzen. Die im MAZ.-Projekt realisierte Form der Qualitätssicherung berücksichtigt dabei die Ausgangslage der Jugendlichen und beschreibt seine Fortschritte reliabel und valide. Es ist somit auch möglich, sehr unterschiedliche Klientel mit ähnlichen Qualitätssicherungsinstrumenten zu untersuchen.

Vermutlich werden die Kostenträger in den kommenden Jahren auch im sozialpädagogischen und Bildungsbereich vermehrt Interesse an der kontinuierlichen Evaluation der individuellen und institutionellen Ergebnisqualität haben. D. h. die Einrichtung sollte für jeden Einzelfall die Entwicklung des Patienten aufzeigen und die Wirksamkeit und Effektivität des ganzen Angebotes in Form von Jahresberichten belegen können, ähnlich wie dies im medizinischen und psychiatrischen Bereich bereits Gang und Gebe ist und immer vehementer von den Kostenträgern eingefordert wird. Deshalb ist es sicherlich ein sehr positives Signal, wenn die Heimerziehung selbst proaktiv ein Signal setzt und sich um eine kontinuierliche Qualitätssicherung bemüht und diese selbst mit ausgestalten möchte, bevor der politische und gesellschaftliche Druck hierfür zunimmt und dann keine geeigneten, erprobten und ausreichend praxisnahe Verfahren zur Qualitätssicherung zur Verfügung stehen. Wenn ergebnisorientierte Qualitätssicherung und die Vorgaben des Art. 19 des Jugendstrafrechts nach einer regelmässigen Verlaufskontrolle im pädagogischen Alltag umsetzbar sind, sollten diese auch realisiert werden. Es kann den Institutionen von den Kostenträgern durchaus abverlangt werden, mit standardisierten Verfahren dokumentieren zu müssen, wie die Jugendlichen die Massnahme beginnen und welche Veränderungen sich im Massnahmenverlauf erzielen lassen. Eigentlich müssten die Institutionen ein Eigeninteresse daran haben, Verläufe über standardisierte Verfahren beschreiben und steuern zu können, einerseits zur Dokumentation ihrer Erfolge und Beschreibung der dafür notwendigen Ressourcen und andererseits auch, um Warnzeichen für negative Verläufe im Einzelfall rechtzeitig identifizieren und gegebenenfalls gezielt gegensteuern zu können.

7.7.7 Instrumente des Modellversuchs sensibilisieren für die Notwendigkeit einer standardisierten Diagnostik zu Beginn einer Massnahmen

Wie oben schon erwähnt, haben sich relativ viele Institutionen dafür entschieden, die Testverfahren weiter in ihrem pädagogischen Alltag einzusetzen. Aber selbst bei den Einrichtungen, die sich gegen eine Weiterverwendung der Instrumente entschieden haben, führte die Auseinandersetzung mit diesen dazu, dass sie sich Gedanken über den Einsatz von ökonomischen standardisierten Testverfahren bei der Aufnahme von neuen Jugendlichen machen, um deren pädagogischen Bedarfe, Lebensverhältnis und Gesundheit zu Beginn der Massnahme abzuklären. Die standardisierte Erfassung im Rahmen des Modellversuchs hat dafür sensibilisiert, dass in der reinen Eingangsdiagnostik nach Erfahrungswissen doch leicht etwas übersehen wird. Durch den Einsatz von standardisierten Erhebungsverfahren erhält man wichtige zusätzliche Informationen, mit welchen man die eigenen klinisch-diagnostischen Befunde relativieren oder untermauern kann. Zumindest ein Teil der Institutionen wird seine Aufnahmepraxis und Eingangsdiagnostik unter den Erfahrungen und Erkenntnissen des Modellversuches analysieren und gegebenenfalls auch optimieren. Ideal wäre es natürlich, wenn

Teile der Abklärung schon im Rahmen des Platzierungsprozesses erfolgen könnten und die Befunde somit dazu genutzt werden können, eine optimale Passung zwischen Kind und pädagogischem Angebot herzustellen.

7.7.8 Aufbau einer nachhaltigen Datenbank, die Veränderung in der Praxis der Heimerziehung abbilden kann (wissenschaftliche und jugendhilfepolitische Ebene von EQUALS)

Der Aufbau einer nachhaltigen Datenbank, in der jedes Jahr einige hundert Verläufe dokumentiert und statistisch analysiert werden können, ist für die gesamte Fachwelt von hohem Interesse, da es diese Datenbank ermöglicht, Veränderungen im Bereich der Zuweisungspraxis, Gesetzesänderungen oder pädagogischen Konzepten abbilden zu können. Es ist zudem fachpolitisch sinnvoll, die Wirksamkeit jedes Jahr erneut nachweisen zu können und nicht von einzelnen Studien abhängig zu sein, sondern die aktuelle Bedarfslagen der fremdplatzierten Heranwachsenden kontinuierlich abbilden und auf deren Veränderung reagieren zu können. Mittels einer solchen Datenbasis lassen sich folglich immer wieder neu entstehende fachpolitische Fragestellungen beantworten. Gegebenenfalls wird es auch leicht möglich sein, weitere für die Beantwortung spezifischer Fragestellungen notwendigen Erfassungsinstrumente zusätzlich in das Computerprogramm zu implementieren oder gegebenenfalls ergänzende qualitative Interviews zu spezifischen Fragestellungen zu führen.

8 Fazit

In der Heimerziehung und im stationären Massnahmenvollzug sind psychische Erkrankungen eher die Regel als die Ausnahme, weshalb es wichtig ist, den Artikel 9 des Jugendstrafrechts „Forderung nach einer umfassenden Abklärung der Verhältnisse zu Beginn einer Massnahme“ sehr ernst zu nehmen und die Jugendlichen frühzeitig und umfassend abklären zu lassen. Ideal wäre es, wenn schon im Rahmen des Platzierungsprozesses oder spätestens beim Eintritt eines Jugendlichen ein jugendpsychiatrisches Screening durchgeführt werden könnte, um die psychische Belastung des Jugendlichen und den daraus entstehenden pädagogischen Bedarf adäquat bei der Hilfeplanung berücksichtigen zu können. Die pädagogischen Fachkräfte sollten, ebenso wie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, in ihren Aus- und Weiterbildungen ausreichend auf die Betreuung psychisch hoch belasteter Jugendlicher in Heimen vorbereitet werden.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Heimerziehung und der sozialpädagogische Massnahmenvollzug in allen Sprachregionen der Schweiz auf mehreren Ebenen sehr erfolgreich sind. Die Heranwachsenden verbessern sich hochsignifikant in allen globalen Zielen und erreichen auch in über 80% der Fälle mindestens eines der Ziele, die sie mit ihren pädagogischen Bezugspersonen vereinbart haben. Darüber hinaus reduziert sich die psychische Belastung der Jugendlichen in der Heimerziehung im Selbst- und Fremdurteil, d. h. den Jugendlichen geht es auch psychisch deutlich besser. Mit den Effektstärken für die verschiedenen Veränderungsbereiche zwischen ($d = 0.20$ bis zu über 1.0) liegen die erzielten Ergebnisse über den Effekten, die man aufgrund von internationalen Metaanalysen (Hellinckx u. Grietens, 2003) hätte erwarten können. Auch die Abbruchraten liegen trotz oder wegen der Betreuung von strafrechtlich platzierten Jugendlichen in sozialpädagogischen Institutionen unter denen in der deutschen und britischen Heimerziehung.

Diese hohe Qualität der Schweizer Heimerziehung ist sicherlich auch der qualitätssichernden Anerkennung der Institutionen durch das Bundesamt für Justiz und der im internationalen Vergleich doch relativ guten quantitativen und qualitativen Personalausstattung geschuldet. Alle Einrichtungen, die am Modellversuch teilnahmen, durchliefen ein Anerkennungsverfahren und mussten hierfür bestimmte Aspekte der Struktur- (Personalschlüssel, Qualifikationen) und Prozessqualität (Sanktionsphilosophie, Umgang mit Krisen und Regelübertretungen etc.) erfüllen.

Gerade diese kontinuierliche Überprüfung der Institutionen sowie der Austausch und die Diskussion von Konzepten zwischen den Institutionen, kantonalen Stellen und den Fachkräften des Bundesamtes für Justiz tragen nach unseren Beobachtungen ganz wesentlich zu den hohen Standards und der kontinuierlichen Qualitätsweiterentwicklung in der Schweizer Jugendhilfe und dem Massnahmenvollzug bei. Trotz des im internationalen Vergleich sehr hohen Niveaus der Schweizer Heimerziehung und Massnahmenvollzugs, dürfen die Ergebnisse des Modelversuchs nicht darüber hinwegtäuschen, dass es noch ein erhebliches Verbesserungspotential gibt und sich die Effektstärken im Mittel immer noch auf eher kleinem oder mittlerem Niveau bewegen. Vermutlich liegt ein erhebliches Innovationspotential in einer rechtzeitigen und passgenauen Platzierung in eine Einrichtung, die dem pädagogischen Bedarf eines Kindes gerecht werden kann (Huwiler, 2006). Entscheidend für einen erfolgreichen Platzierungsprozess ist, dass es gelingt, gemeinsam mit dem Jugendlichen und seiner Familie realistische Ziele für den Aufenthalt zu definieren, und zu erreichen, dass alle Beteiligten die Massnahme unterstützen oder zumindest als potentielle Hilfoption akzeptieren können. Ausserdem ist aufgrund der sehr hohen psychischen Belastung der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu erwarten, dass sich eine effektivere Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Angeboten und sozialpädagogischen Institutionen

ebenfalls positiv auf die Effekte der Heimerziehung auswirken (vgl. Besier, Fegert u. Goldbeck, 2009; Schmid u. Fegert, 2012; Schmid, 2012; Lyons u. Rogers, 2012).

Der Modellversuch konnte über die Beschreibung der Belastung des Klientel und der Wirkung von pädagogischen Massnahmen hinaus zeigen, dass Forschung und Qualitätssicherung im pädagogischen Alltag zu realisieren sind, wenn sie einen unmittelbaren Nutzen für die beteiligten Fachkräfte und einen gewissen Aufforderungscharakter für die Jugendlichen haben. Es ist ein grosser Erfolg des Modellversuchs, dass es gelungen ist, eine nachhaltige Struktur aufzubauen, in der die Einrichtungen aus Eigenmotivation heraus ihre Ergebnisqualität sichern möchten und ihre Daten für weitere wissenschaftliche Auswertungen und fachpolitische Stellungnahmen zur Verfügung stellen. Gerade der Aufbau einer gemeinsamen Datenbank von Abklärungsdaten und Verläufen aus einer Vielzahl an unterschiedlichen pädagogischen Einrichtungen stellt langfristig ein erhebliches Potential für weitere Forschung dar, ermöglicht es eine solche Datenbank doch, diese Veränderungen in der Gesetzgebung, der Zuweiserpraxis und deren Auswirkungen auf die Belegung von stationären Massnahmen abzubilden. Des Weiteren werden dadurch Forschungsarbeiten erleichtert. Es wäre zum Beispiel bei einer derart grossen Datenbank möglich, die pädagogischen Konzepte innerhalb von Institutionen oder in mehreren Institutionen zu verändern und mit einer geeigneten Kontrollgruppe zu vergleichen. Auch Katamnesestudien und Kosten-Nutzen-Analysen werden in Anbetracht der rasch wachsenden Fallzahl leichter zu realisieren sein.

Es lassen sich im MAZ.-Projekt und in der Diskussion mit den Fachkräften gewisse Gruppen von Jugendlichen identifizieren, welche die Hilfen häufiger abbrechen, ihre Ziele seltener erreichen und das System in besonderem Masse herausfordern. Dies sind insbesondere sehr stark psychisch belastete, komplex traumatisierte Heranwachsende, sowie solche, die unter der Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung, insbesondere mit psychopathischen Persönlichkeitsmerkmalen, leiden. Hier sollten geeignete und spezifische milieutherapeutische Konzepte sowohl für männliche als auch weibliche Heranwachsende entwickelt und evaluiert werden.

Es mangelt insbesondere an sozialpädagogischen Angeboten für die längerfristige Platzierung von besonders stark psychisch belasteten, jungen, erwachsenen Frauen - analog zu den Angeboten der Massnahmenzentren für junge Männer. Dies ist wichtig, da insbesondere junge Frauen an den Entwicklungsaufgaben nach Abschluss der Heimerziehung scheitern, und es nicht selten zu überfordernenden Schwangerschaften, Arbeitslosigkeit, Bindung an gewalttätige Partner etc. kommt. Ähnlich wie die Angebote für junge erwachsene Männer sollten sie Sozialpädagogik, Ausbildung und Psychotherapie aufs Engste miteinander verknüpfen. Aufgrund der zu erwartenden Synergieeffekte erscheint es sinnvoll, solche Angebote an bereits bestehende Einrichtungen anzugliedern. Bei Mädchen wird auch vermehrt mit zivilrechtlichen Zuweisungen zu solchen Angeboten zu rechnen sein.

Die Erkenntnisse zum Verlauf der Massnahmen können natürlich auch ethische Probleme aufwerfen, stellt sich doch die Frage, ob Institutionen Jugendliche zukünftig ablehnen sollen, weil sie ein bestimmtes Profil aufweisen, welches ein Scheitern der Zusammenarbeit mit dem Jugendlichen wahrscheinlicher macht.

Es ist nicht intendiert, dass die Ergebnisse des Modellversuches zu Prädiktoren von schlechten Verläufen so interpretiert werden, dass die Jugendlichen mit solchen Prädiktoren künftig keine Einrichtungen mehr finden. Die Ergebnisse sollten Einrichtungen eher dafür sensibilisieren, dass die Heranwachsenden besondere pädagogische Zugänge benötigen, und Impulse dafür geben, innovative pädagogische Konzepte für diese Klientel zu entwickeln. Wir hoffen, dass die detaillierte Beschreibung der pädagogischen Bedarfe dieser Extremgruppen und der Fachaustausch darüber zur Entwicklung

von innovativen pädagogischen und therapeutischen Konzepten beitragen, die zukünftig im Rahmen von Modellversuchen in der Praxis implementiert und evaluiert werden könnten, so dass mittelfristig Konzepte entstehen, die diesen besonders gefährdeten Heranwachsenden gerechter werden und ihnen eine erfolgreiche Integration in die Gesellschaft ermöglichen.

9 Danksagung

Unser Dank gilt dem Bundesamt für Justiz und dem Fachausschuss für die Modellversuche für das in uns gesetzte Vertrauen und die finanzielle Unterstützung des Modellversuchs. Die Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Justiz, vor allem mit Herrn Walter Troxler und Frau Natascha Mathis, war fachlich stets anregend und ihre konstante Unterstützung für das Vorhaben hat uns auch in schwierigen Phasen bei der Durchführung sehr geholfen. Hilfreich war, dass entstehende Probleme jederzeit angesprochen und unkompliziert adressiert werden konnten. Auch die Zusammenarbeit mit Frau Cléménçon, der Vorgängerin von Frau Mathis, war bei der Initiation des Modellversuchs von grosser Bedeutung und sehr hilfreich. Deshalb sei auch ihr an dieser Stelle ausdrücklich gedankt. Bei unseren Ansprechpartnern im Bundesamt für Justiz trafen wir mit unseren Anliegen stets auf ein offenes Ohr und wurden sehr rasch mit allen notwendigen Informationen versorgt.

Auch bei Frau Esther Beyeler-Mattle und Herrn Dr. Dieter Bongers, den beiden Mitgliedern des Fachausschusses, die den Modellversuch fachlich begleitet haben, sowie beim Beirat des Modellversuchs in der deutschsprachigen Schweiz und der Romandie wollen wir uns herzlich bedanken. Vom „Club of Home“, der als Teil des Beirats das Projekt begleitete, profitierte das Projekt sehr, insbesondere von der Idee, eine zusätzliche qualitative Untersuchung mit den MAZ.-Daten zu verbinden. Besonderer Dank gilt auch Frau Mirjam Aebischer, die über die Zusammenarbeit im Beirat und als Geschäftsführerin von Integras viel dazu beitrug, dass das EQUALS-Projekt zur nachhaltigen Weiterentwicklung des Modellversuchs so erfolgreich aufgeleitet werden konnte.

Für die Qualität der Untersuchung entscheidend war, dass derart viele Institutionsleiter die Untersuchung unterstützten, Ressourcen ihrer Mitarbeiter für die Evaluation ihrer Arbeit investierten und bereit waren, sich „in die Karten“ schauen zu lassen. Dies ist nicht selbstverständlich und dafür gebührt den 64 Institutionsleitern unser Dank und unsere Anerkennung.

Ganz besonders bedanken wollen wir uns bei den 592 Jugendlichen und ihren pädagogischen Bezugspersonen, die die Untersuchung mit ihrem Engagement und der vielen investierten Zeit erst ermöglichten. Wir hoffen sehr, dass die Ergebnisse mittelfristig dazu beitragen können, dass die Arbeits- und Lebenssituation in Heimerziehung und stationärem Massnahmenvollzug in sozialpädagogischen Institutionen noch weiter optimiert werden kann.

10 Literatur

- Aarons, G. A., James, S., Monn, A. R., Raghavan, R., Wells, R. S., Leslie, L. K. (2010). Behavior problems and placement change in a national child welfare sample: a prospective study. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 49(1), 70-80.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101(2), 213-232.
- Aebersold, P. (2007). *Kriminologie 1: Kriminalitätstheorien*. Bern.
- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe. (2011). *Fachkräftemangel in der Kinder- und Jugendhilfe. Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe AGJ*. Berlin: Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe AGJ.
- Bastine, R. (1992). *Klinische Psychologie. Aufl. 2. Klinische Psychodiagnostik, Prävention, Gesundheitspsychologie, Psychotherapie, Psychosoziale Intervention*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bastine, R. (1992). Psychotherapie. In R. Bastine (Hrsg.), *Klinische Psychologie. Aufl. 2. Klinische Psychodiagnostik, Prävention, Gesundheitspsychologie, Psychotherapie, Psychosoziale Intervention* (S. 179-301). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bastine, R. (2012). Komorbidität: Ein Anachronismus und eine Herausforderung für die Psychotherapie. In P. Fiedler (Hrsg.), *Die Zukunft der Psychotherapie. Wann ist endlich Schluss mit der Konkurrenz?* (S. 13-25). Berlin: Springer.
- Bastine, R. H. E. (2005). Ätiologie und Pathogenese. In F. Petermann H. Reinecker (Eds.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (Aufl. 1, S. 236-246). Göttingen: Hogrefe.
- Bastine, R. H. E. (2005). Differenzialätiologie und Differenzialdiagnose. In F. Petermann H. Reinecker (Eds.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 271-280). Göttingen: Hogrefe.
- Baur, D., Finkel, M., Hamberger, M., Kühn, A. D. (1998). *Leistungen und Grenzen der Heimerziehung. Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen* (Aufl. 170). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bausum, J. (2009). Ressourcen der Gruppe zur Selbstbemächtigung. "Ich bin und ich brauche euch". In J. Bausum, L. Besser, M. Kühn, W. Weiss (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 179-187). Weinheim: Juventa.
- Beck, N., Warnke, A. (2009). Jugendhilfebedarf nach stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37(1), 57-67.
- Besier, T., Fegert, J. M., Goldbeck, L. (2009). Evaluation of psychiatric liaison-services for adolescents in residential group homes. *European Psychiatry*, 24(7), 483-489.
- Binnendijk, T. R. W. (2004). Entwicklungen in der Jugendhilfe in den Niederlanden. In S. Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz (Hrsg.), *Heimerziehung in Europa -Lernen aus der Differenz. Europäische Fachtagung am 24. und 25. November 2003 in der Alten Patrone in Mainz. Zusammenfassung der Vorträge* (S. 61-65). Mainz: Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz.

- Boroske-Leiner, K., Hofmann, A., Sack, M. (2008). Ergebnisse zur internen und externen Validität des Interviews zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58(5), 192-199.
- Bullock, R.; Little, M.; Millham, S. (1993): *Residential Care for Children. A Review of the Research*. London.
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2010). *Nationale Versorgungsleitlinie Depression*. Berlin: Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK).
- Caspar, F., Herpertz, S., Mundt, C. (2008). Was ist eine psychische Störung? In S. Herpertz, F. Caspar, C. Mundt (Eds.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 3-32). München: Elsevier.
- Cauffman, E. (2004). A statewide screening of mental health symptoms among juvenile offenders in detention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(4), 430-439.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V., Pynoos, R., Wang, J., et al. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408.
- Colins, O., Vermeiren, R., Vahl, P., Markus, M., Broekaert, E., Doreleijers, T. (2011). Psychiatric disorder in detained male adolescents as risk factor for serious recidivism. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(1), 44-50.
- Colins, O., Grisso, T., Schmid, M., Sabatello, U., Guy, L., Vermeiren, R. (2011). Unpublished Grant proposal: International Forensic Screening and Assessment Network for Adolescents. www.inforsana.eu
- Colla, H. E. (1999). Suizidales Verhalten junger Menschen - eine nicht wahrgenommene Aufgabe in der Heimerziehung. In H. Colla, T. Gabriel, S. Millham, S. Müller-Teusler, M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa*. Neuwied: Luchterhand.
- Conen, M. L. (2007). Schwer zu erreichende Eltern - ein systemischer Ansatz der Elternarbeit in der Heimerziehung. In H. G. Homfeldt, J. Schulze-Krüdener (Hrsg.), *Elternarbeit in der Heimerziehung* (S. 61-77). Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577-584.
- Copeland, W. E., Miller-Johnson, S., Keeler, G., Angold, A., Costello, E. J. (2007). Childhood psychiatric disorders and young adult crime: a prospective, population-based study. *The American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1668-1675.
- Crosby Ouimette, P., Brown, P. J., Najavits, L. M. (1998). Course and treatment of patients with both substance use and posttraumatic stress disorders. *Addictive Behaviors*, 23(6), 785-796.
- Dammann, G. (2007). Für eine "Neue Sozialpsychiatrie": Aktuelle Brennpunkte und Entwicklungslinien der psychiatrischen Versorgung im Spannungsfeld von integrativen und gesundheitsökonomischen Perspektiven. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 75(10), 593-606.
- Delesse, G. (2004). Heimerziehung im Rahmen des Kinderschutzes. In Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz (Hrsg.), *Heimerziehung in Europa - Lernen aus der Differenz. Europäische Fachtagung am 24. und 25. November 2003 in der Alten Patrone in*

- Mainz. *Zusammenfassung der Vorträge* (S. 49-60). Mainz: Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz.
- Delmo, C., Weiffenbach, O., Gabriel, M., Stadler, C., Poustka, F. (2005). *Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). 5. Auflage der deutschen Forschungsversion, erweitert um ICD-10-Diagnostik, Juli 2000/Juli 2001*. Frankfurt am Main: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters.
- Deutsches Statistisches Bundesamt. (2006). *Inobhutnahmen fast unverändert*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, Statistischer Informationsservice.
- Doreleijers, T. A. H., Bijl, B., van der Veldt, M. C., van Loosbroek, E. (1999). *BARO Standaardisering en Protocollering, Basisonderzoek Strafzaken. Raas voor de Kinderbescherming*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, Netherlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Doreleijers, T. A. H., Jäger, M., van Wijk, A., Bullens, R. A. R. (2005). *Screening und Diagnostik bei jugendlichen Sexualstraftätern in den Niederlanden*. Stuttgart: Schattauer.
- Doreleijers, T. A. H., Moser, F., Thijs, P., van Engeland, H., Beyaert, F. H. (2000). Forensic assessment of juvenile delinquents: prevalence of psychopathology and decision-making at court in the netherlands. *Journal of Adolescence*, 23(3), 263-275.
- Esser, G., Wyschkon, A., Schmidt, M. H., Blanz, B., Ihle, W. (2008). Ein Entwicklungsmodell des Substanzmissbrauchs im frühen Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*, 17(1), 31-45.
- Fazel, S., Doll, H., Langstrom, N. (2008). Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and metaregression analysis of 25 surveys. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 47(9), 1010-1019.
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J., Horwood, L. J. (1999). Childhood peer relationship problems and young people's involvement with deviant peers in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(5), 357-369.
- Fergusson, D. M., Swain-Campbell, N. R., Horwood, L. (2002). Deviant peer affiliations, crime and substance use: A fixed effects regression analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(4), 419-430.
- Fiedler, K. (2012). *Die Zukunft der Psychotherapie - Wann ist endlich Schluss mit der Konkurrenz?* Berlin: Springer.
- Fiedler, P. (2006). Psychotherapie in der Entwicklung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 38(2), 269-282.
- Frey, F. (2008). *Chancen und Grenzen von Wirkungsorientierung in den Hilfen zur Erziehung*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts Verlag.
- Frölich, J., Lehmkuhl, G. (2006). Epidemiologie und pathogenetische Aspekte von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei ADHS. *SUCHT - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 52(6), 367-375.
- Gabriel, T., Keller, S., Studer, T. (2007). *Wirkungen erzieherischer Hilfen - Metaanalyse ausgewählter Studien* (Aufl. 03). Münster: ISA Planung und Entwicklung GmbH.
- Gouzoulis-Mayfrank, E., Schweiger, , Sipos, V. (2008). Komorbide Störungen. In S. Herpertz, F. Caspar C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 657-677). München: Urban Fischer.

- Grisso, T. (2004). *Double Jeopardy*. New York: Guilford.
- Gsellhofer, B., Kuefner, H., Vogt, M., Weiler, D. (1999). *EuropASI. European Addiction Severity Index - deutsche Bearbeitung. European Addiction Severity Index (Testmappe mit "Manual für Training und Durchführung" sowie Interviewleitfaden)* (5. Aufl.) Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
- Guchereau, M., Jourkiv, O., Zametkin, A. (2009). Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: posttraumatic stress disorder is overlooked. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 48(3), 340; author reply 340-341.
- Gutschner, D. (2001). Das Screeninginstrument BARO für sozial auffällige Jugendliche. *Berner Schriftenreihe zur Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 1, 69-83.
- Gutschner, D., Doreleijers, T. (2004). Erstbeurteilung jugendlicher Straftäter: Das Screeninginstrument BARO ch. *Nervenheilkunde: Zeitschrift für interdisziplinäre Fortbildung*, 23(6), 326-331.
- Gutschner, D., Kobel, B., Hug, C., Doreleijers, T., Schmeck, K., Fegert, J. M. (2006). BARO - Screeninginstrument zur Erstbeurteilung von jugendlichen Straftätern. *Zeitschrift für Jugendkriminalität und Jugendhilfe*(2), 133-139.
- Gutschner, D., Niklaus, P., Jäggi, S. (2007). *Handbuch- BARO (Basis Raads Onderzoek) P-BARO (Pädagogen-BARO) Screeninginstrument zur Erstbeurteilung von jugendlichen Straftätern S-BARO Sexualmodul zum Screeningsinstrument BARO. Zugriff: http://www.ifS.at/cms/images/stories/baro/handbuch_baro_october_2007.pdf.*
- Habetha, S., Bleich, S., Sievers, C., Marschall, , Weidenhammer, J., Fegert, J. M. (2012). *Kein Kind mehr - kein(e) Trauma(kosten) mehr?* Kiel: Schmidt Klaunig.
- Handwerk, M. L., Larzelere, R. E., Soper, S. H., Friman, P. C. (1999). Parent and child discrepancies in reporting severity of problem behaviors in three out-of-home settings. *Psychological Assessment*, 11(1), 14-23.
- Haydon, D. (2003). *Teenage pregnancy and looked after children care leavers. Resource for teenage pregnancy co-ordinators.*
- Hebborn-Brass, U. (1991). *Verhaltensgestörte Kinder im Heim. Eine empirische Längsschnittuntersuchung zu Indikation und Erfolg.* Freiburg: Lambertus.
- Hellinckx, W., Grietens, H. (2003). Effekte der stationären Unterbringung jugendlicher Straftäter - eine kritische Übersicht der meta-evaluierten Studien. In T. Gabriel M. Winkler (Hrsg.), *Heimerziehung - Kontexte und Perspektiven* (S. 196-212). Basel/München: Reinhardt.
- Herpertz, S., Caspar, F., Mundt, C. (2008). *Störungsorientierte Psychotherapie.* München: Urban Fischer.
- Hinrichs, G. (2009). Suchtstörung und Delinquenz. In R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, J. Küstner P. Riedesser (Hrsg.), *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis* (S. 87-94). Stuttgart: Schattauer.
- Horwitz McCue, S., Hurlburt, M. S., Cohen, S. D., Zhang, J., Landsverk, J. (2011). Predictors of placement for children who initially remained in their homes after an investigation for abuse or neglect. *Child Abuse Neglect*, 35(3), 188-198.

- Huwiler, K. (2006). Pflegefamilien- und Heimaufenthalte stellen hohe Ansprüche an die platzierenden Fachleute. *Soziale Sicherheit CHSS*(5), 255-259.
- Jacobi, F., Wittchen, H., Holting, C., Hofler, M., Pfister, H., Muller, N., et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34(4), 597-611.
- Jehle, J.-M. (2004). Die deutsche Rückfallstatistik - Konzeption und Ertrag. In W. Heinz, J.-M. Jehle (Hrsg.), *Kriminologie und Praxis. Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e.V. - Rückfallforschung. Bd. 45* (S. 145 - 171). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle e.V.
- Johnson, J. G., Chen, H., Cohen, P. (2004). Personality disorder traits during adolescence and relationships with family members during the transition to adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 923-932.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., Brook, J. S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 579-587.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie* (5 Hrsg.). Heidelberg: Springer.
- Kölch, M., Wolff, M., Fegert, J. M. (2007). Teilhabebeeinträchtigung - Möglichkeiten der Standardisierung im Verfahren nach §35a SGBVIII. *Das Jugendamt* (1), 1-8.
- Kölch, M., Kliemann, A., Bleich, S., Rau, T., Henn, K., Eschelbach, D., et al. (2011). *Wissenschaftliche Begutachtung von ausgewählten Fragestellungen zum Hintergrundkontext des Projekts "Arbeitsbündnis Jugend Beruf"*. Ulm: Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie.
- Kölch, M., Fegert, J. M. (2012). Integration in Ausbildung und Beruf bei psychischen Störungen. In M. Schmid, M. Tetzler, K. Rensch, S. Schlüter-Müller (Eds.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (pp. 473-485). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lachner, G., u. Wittchen, H. U. (1997). Mechanismen der familiären Übertragung von Alkoholabhängigkeit und Alkoholabusus. In H. Watzl, B. Rockstroh (Eds.), *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen* (pp. 43-91). Göttingen: Hogrefe.
- Lattschar, B., Wiemann, I. (2011). *Mädchen und Jungen entdecken ihre Geschichte*. Weinheim: Juventa.
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. H. (2000). Externalisierende und internalisierende Störungen in der Kindheit: Untersuchungen zur Entwicklungspsychopathologie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 29(4), 284-292.
- Laucht, M., Schmidt, M. H. (2004). Mütterliches Rauchen in der Schwangerschaft: Risikofaktor für eine ADHS des Kindes? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 32(3), 177-185.
- Laucht, M., Schmid, B. (2007). Früher Einstieg in den Alkohol- und Tabakkonsum - Indikator für eine erhöhte Suchtgefährdung? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 35(2), 137-143.

- Lempp, R. (1984). Kinder- und Jugendpsychiatrie: Gegenwart und Entwicklung. In R. Lempp, A. Veltin (Eds.), *"Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Bestandsaufnahme" Tagung am 18. und 19.10.1984 in Bonn* (Vol. 12). Bonn: Aktion Psychisch Kranke e.V.
- Loeber, R., Green, S. M., Keenan, K., Lahey, B. B. (1995). Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(4), 499-509.
- Lüders, C., Haubrich, K. (2006). Wirkungsevaluation in der Kinder- und Jugendhilfe: Über hohe Erwartungen, fachliche Erfordernisse und konzeptionelle Antworten. In Projekt eXe (Hrsg.), *Wirkungsevaluation in der Kinder- und Jugendhilfe. Einblicke in die Evaluationspraxis* (S. 5-23). München: Deutsches Jugendinstitut.e.V.
- Lyons, J. S., Rogers, L. (2004). The S. child welfare system: a de facto public behavioral health care system. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 43(8), 971-973.
- Macsenaere, M., Knab, E. (2004). *Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen (EVAS). Eine Einführung*. Freiburg: Lambertus.
- Martin, M. (2002). Fremdunterbringung. In G. Esser (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (S. 536-544). Stuttgart: Thieme.
- Mattejat, F., Jungmann, J., Meusers, M., Moik, C., Nolkel, P., Schaff, C., et al. (1998). Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) - Eine Pilotstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 26(3), 174-182.
- Mattejat, F., Remschmidt, H. (1998). Zur Erfassung der Lebensqualität bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen - Eine Übersicht. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 26(3), 183-196.
- Mattejat, F., Simon, B., König, U., Quaschner, K., Barchewitz, C., Felbel, D., et al. (2003). Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen - Ergebnisse der ersten multizentrischen Studie mit dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 31(4), 293-303.
- Mattejat, F., Remschmidt, H. (2006). *ILK Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Mayring, P. (1999). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (4. Auflage). Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Melartin, T. K., Rytsala, H. J., Leskela, S., Lestela-Mielonen, P. S., Sokero, T., Isometsa, E. T. (2002). Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(2), 126-134.
- Merchel, J. (2005). Was hat die Qualitätsdebatte in der Jugendhilfe gebracht? *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit: Vierteljahresheft zur Förderung von Sozial-, Jugend- und Gesundheitshilfe*, 36, 38-59.
- Mount, J., Lister, A., Bennun, I. (2004). Identifying the Mental Health Needs of Looked After Young People. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(3), 363-382.

- Müller, D., Rossi, D. (2009). Rückfall nach Massnahmenvollzug. Eine Studie zur Rückfälligkeit von jungen Erwachsenen aus den Massnahmenzentren Arxhof und Uitikon. Zugriff <http://www.baselland.ch/fileadmin/baselland/files/docs/jpd/arxhof/rueckfallstudie.pdf>
- Nickolai, W., Reindl, R. (2001). *Sozialer Ausschluss durch Einschluss: Strafvollzug und Straffälligenhilfe zwischen Restriktion und Resozialisierung*. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Nickolai, W., Wichmann, C. (2007). *Jugendhilfe und Justiz. Gesucht: Bessere Antworten auf Jugendkriminalität*. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Nübling, R., Reisch, M., Raymann, T. (2006). Zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg. *Psychotherapeutenjournal*(3), 247-257.
- Opp, G., Unger, N. (2006). *Kinder stärken Kinder. Positive Peer Culture in der Praxis*. Hamburg: körper edition.
- Pérez, T., Schmid, M. (2012). Störungen des Sozialverhaltens. In A. Grob P. Hagmann-von Arx (Hrsg.), *Fallbuch IDS. Die Intelligence and Development Scales in der Praxis* (S. 149-164). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F., Kusch, M., Niebank, K. (1998). *Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F., Schmidt, M. H., Suing, M. (2012). *KANN Kompetenzanalyseverfahren. Fremdbeurteilung beobachtbarer personaler Ressourcen bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Pitzer, M., Esser, G., Schmidt, M. H., Laucht, M. (2010). Early predictors of antisocial developmental pathways among boys and girls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(1), 52-64.
- Polnay, L., Glaser, A. W., Dewhurst, T. (1997). Children in residential care; what cost? *Archives of Disease in Childhood*, 77(5), 394-395.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 871-878.
- Richardson, J., Joughin, C. (2002). *The Mental Health Needs of Looked After Children*. London: Gaskell.
- Rogers, C. R. (1987). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Hrsg.), *Psychology: A study of science* (3 Hrsg., S. 184-255). New York: McGraw-Hill.
- Roos, K., Petermann, F. (2006). Kosten-Nutzen-Analyse der Heimerziehung. *Kindheit und Entwicklung*, 15(1), 45-54.
- Rubin, D. M., Alessandrini, E. A., Feudtner, C., Localio, A. R., Hadley, T. (2004). Placement changes and emergency department visits in the first year of foster care. *Pediatrics*, 114(3), e354-360.
- Rubin, D. M., Alessandrini, E. A., Feudtner, C., Mandell, D. S., Localio, A. R., Hadley, T. (2004). Placement stability and mental health costs for children in foster care. *Pediatrics*, 113(5), 1336-1341.
- Ryan, J. P., Testa, M. F. (2005). Child maltreatment and juvenile delinquency: Investigating the role of placement and placement instability. *Children and Youth Services Review*, 27(3), 227-249.

- Ryan, T., Walker, R. (1997). *Wo gehöre ich hin? Biographiearbeit mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz.
- Sack, P.-M., Krueger, A. (2009). Störungsspezifische diagnostische Verfahren. In R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, J. Küstner P. Riedesser (Hrsg.), *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis* (S. 192-204). Stuttgart: Schattauer.
- Sass, H., American Psychiatric Association (APA). (2003). *Diagnostische Kriterien des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Schay, P., Liefke, I. (2009). Sucht als Ursache oder Folge von Traumatisierungen *Sucht und Trauma* (S. 39-49). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schepker, R., Barnow, S., Fegert, J. (2009). *Suchtstörungen im Jugend- und jungem Erwachsenenalter*. In J. Fegert, A. Streek-Fischer H. J. Freyberger (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz des jungen Erwachsenenalters* (S. 188-202). Stuttgart: Schattauer.
- Schmeck, K., Poustka, F., Dopfner, M., Pluck, J., Berner, W., Lehmkuhl, G., et al. (2001). Discriminant validity of the child behaviour checklist CBCL-4/18 in German samples. *European Child Adolescent Psychiatry*, 10(4), 240-247.
- Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa.
- Schmid, M. (2008). Children and Adolescents in German Youth Welfare Institutions - A Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy Perspective. *European Psychiatric Review*, 1(2), 10-12.
- Schmid, M. (2008). Entwicklungspsychopathologische Grundlagen einer Traumapädagogik. *Trauma Gewalt*, 2(4), 288-309.
- Schmid, M. (2008). Psychische Belastung und aggressives Verhalten an Schulen für Erziehungshilfe. In Evangelischer ErziehungsverAufl. e.V. (EREV) (Hrsg.), *Schule für Erziehungshilfe: "Vielfalt statt Einfalt". DIE Chance für das förderungsbefürftige Kind. Schriftenreihe 3/2008* (Aufl. 49, S. 13-20). Hannover: SchöneworthVerlag.
- Schmid, M. (2010). Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: "Traumasensibilität" und "Traumapädagogik". In J. M. Fegert, Ziegenhain L. Goldbeck (Hrsg.), *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung* (S. 36-60). Weinheim: Juventa.
- Schmid, M. (2010). Psychisch belastete Heimkinder - eine besondere Herausforderung für die Schnittstelle zwischen Klinischer Sozialarbeit und Kinder- und Jugendpsychiatrie/psychotherapie. In S. B. Gahleitner G. Hahn (Hrsg.), *Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 3* (S. 113-121). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schmid, M., Lang, B., Gahleitner, S. B., Weiss, W., Kühn, M. (2010). Trauma - ein psychosoziales Geschehen: Die Bedeutung traumapädagogischer Konzepte für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe. In S. B. Gahleitner G. Hahn (Hrsg.), *Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 3* (S. 238-249). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Schmid, M. (2012). Psychotherapie von Traumafolgestörungen im Kontext der stationären Jugendhilfe. In M. A. Landolt T. Hensel (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (2 Hrsg., S. 404-440). Göttingen: Hogrefe.
- Schmid, M., Tetzner, M., Rensch, K., Schlüter-Müller, S. (Hrsg.). (2012). *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik*. Göttingen: Vandenhoeck Ruprecht.
- Schmid, M., Fegert, J. M. (2012). Fremdplatzierte Kinder in Pflegefamilien und stationärer Jugendhilfe. In C. Eggers, J. M. Fegert F. Resch (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (S. 63-74). Heidelberg: Springer.
- Schmid, M., Di Bella, N. (2012). Sozialpädagogische Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in (teil-)stationären Settings. In M. Schmid, M. Tetzner, K. Rensch S. Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 278-293). Göttingen: Vandenhoeck Ruprecht.
- Schmid, M., Lang, B. (2012). Was ist das Innovative und Neue an einer Traumapädagogik? In M. Schmid, M. Tetzner, K. Rensch S. Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 337-351). Göttingen: Vandenhoeck Ruprecht.
- Schmidt, M. H., Ihle, W., Esser, G., Lay, B. (2002). Entwicklung und Persistenz von Hell- und Dunkel-felddelinquenz im Jugend- und frühen Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*, 11(4), 212-220.
- Schmidt, M. H., Petermann, F., Macsenaere, M., Knab, E., Schneider, K., Hölzl, H., et al. (2002). *Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe* (Aufl. 219). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schoch, J. (1989). *Heimerziehung als Durchgangsbberuf? Eine theoretische und empirische Studie zur Personalfuktuation in der Heimerziehung*. Weinheim: Juventa.
- Schulte-Markwort, M., Marutt, K., Riedesser, P. (Hrsg.). (2002). *Cross-Walk ICD-10 – DSM IV. Klassifikation psychischer Störungen: eine Synopsis*. Bern: Hans Huber.
- Scott, S., Knapp, M., Henderson, J., Maughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion: Follow up study of antisocial children into adulthood. *BMJ: British Medical Journal*, 323(7306), 191.
- Sierwald, W., Wolff, M. (2008). Beteiligung in der Heimerziehung - Sichtweisen von Jugendlichen und Perspektiven für die Praxis, *Kinderschutz, Kinderrechte, Beteiligung. Dokumentation der Tagung vom 15.-16.11.2007 in Berlin* (S. 160-175): Sozialpädagogisches Institut im SOS-Kinderdorf e.V.
- Singer, H., Prestel, A., Keller, F., Kölch, M., Fegert, J. M. (2007). *Handanweisung zum Zielerreichungs-instrument*. Unveröffentlichtes Manuskript, Ulm.
- Steinhausen, H.-C., Winkler Metzke, C., Kannenberg, R. (1996). *Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Zürcher Ergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL)*. Zürich: Psychiatrische Universitäts-Poliklinik für Kinder und Jugendliche.
- Steinhausen, H. C., Winkler Metzke, C., Meier, M., Kannenberg, R. (1997). Behavioral and emotional problems reported by parents for ages 6 to 17 in a Swiss epidemiological study. *European Child Adolescent Psychiatry*, 6(3), 136-141.
- Stierlin, H. (19875). *Von der Psychoanalyse zur Familientherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Storz, R. (2007). *Zur Entwicklung der Jugendkriminalität. Jugendstrafurteile von 1946 bis 2004*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Swenson, C. C., Schaeffer, C. M., Henggeler, S. W., Faldowski, R., Mayhew, A. M. (2010). Multisystemic therapy for child abuse and neglect: A randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology, 24*(4), 497-507.
- Thoburn, J. (2007). *Globalisation and child welfare: some lessons from a cross-national study of children in out-of-home care*. Norwich: School of Social Work and Psychosocial Sciences.
- Toprak, A., Alshut, M., El-Mafaalani, A. (2012). Konfrontative Pädagogik - Eine Methode für den Umgang mit muslimischen Jugendlichen. In D. D. A. f. J.- E. e.V.) (Hrsg.), *Zumutungen und Ermütigungen. Aktuelle Herausforderungen und zeitgemässe Konzepte in der psychologischen Beratung von Kindern und Familien*. München: DAJEB (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V.).
- Toprak, A., El-Mafaalani, A. (2012). Eine Frage der Männlichkeit. Duelle bei muslimischen Jugendlichen in Deutschland. In Ludwig, B. Krug-Richter G. Schwerhoff (Hrsg.), *Das Duell. Ehrenkämpfe vom Mittelalter bis in die Moderne* (S. 49-61). Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Toprak, A., El-Mafaalani, A. (2012). Migrationssensible Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung - insbesondere in Familien mit türkisch-muslimischen Hintergrund. In R. Schone W. Tenhaken (Hrsg.), *Kinderschutz in Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe* (S. 227-250). Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Tornow, H. (2009). *Wirkungsorientierte Vereinbarungen in Rostock* (Aufl. 08). Münster: ISA Planung und Entwicklung GmbH.
- Turner, A. P., Larimer, M. E., Sarason, I. G., Trupin, E. W. (2005). Identifying a negative mood subtype in incarcerated adolescents: relationship to substance use. *Addictive Behaviors, 30*(7), 1442-1448.
- van der Ende, J., Verhulst, F. C. (2005). Informant, gender and age differences in ratings of adolescent problem behaviour. *European Child Adolescent Psychiatry, 14*(3), 117-126.
- Verhulst, F. C., van der Ende, J. (1992). Agreement between parents' reports and adolescents' self-reports of problem behavior. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines, 33*(6), 1011-1023.
- Viner, R. M., Taylor, B. (2005). Adult health and social outcomes of children who have been in public care: population-based study. *Pediatrics, 115*(4), 894-899.
- Voll, P. (2006). Wenn Kinder mit Behörden gross werden - Probleme und Prozesse im zivilrechtlichen Kinderschutz. *Soziale Sicherheit CHSS*(5), 242-248.
- Voll, P., Jud, A., Mey, E., Häfeli, C., Stettler, M. (2008). *Zivilrechtlicher Kinderschutz: Akteure, Strukturen, Prozesse: Eine empirische Studie mit Kommetaren aus der Praxis*. Luzern: interact Verlag für Soziales und Kulturelles.
- Weichold, K. (2009). Epidemiologie des Substanzkonsums im Jugendalter. In R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, J. Küstner P. Riedesser (Hrsg.), *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis* (S. 21-33). Stuttgart: Schattauer.

- Weltgesundheitsorganisation (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (5., durchgesehene und ergänzte Auflage)*. Bern: Huber.
- Winokur, M., Holtan, A., Valentine, D. (2009). Kinship care for the safety, permanency, and well-being of children removed from the home for maltreatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1), CD006546.
- Wittchen, H. , Hoyer, J. (2006). *Klinische Psychologie Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Wolf, K. (2007). *Metaanalyse von Fallstudien erzieherischer Hilfen hinsichtlich von Wirkungen und "wirkmächtigen" Faktoren aus Nutzersicht (Vol. 04)*. Münster: ISA Planung und Entwicklung GmbH.
- Wolff, M., T., Plück, J., Hautmann, C. (2008). Elterntraining für Vorschulkinder mit ADHS und anderen expansiven Verhaltensproblemen. *ADHS Report*, 31(D), 5-6.
- Young, D. W., Dembo, R., Henderson, C. E. (2007). A national survey of substance abuse treatment for juvenile offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(3), 255-266.
- Zinkl, K., Roos, K., Macsenaere, M. (2004). Effizienz: Bedarfsorientierung durch Kostenoptimierung? *Neue Caritas*(1), 4-6.
- Zobel, M. (2008). Wenn Eltern zu viel trinken - Hilfen für Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien. Zugriff: <http://ebooks.ulb.tu-darmstadt.de/12319/>