

Kooperation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Jugendhilfe

Eine Bedarfsanalyse im stationären Setting

Alisa Hüneke

Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit

Alisa Hüneke

Kooperation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Jugendhilfe

Eine Bedarfsanalyse im stationären Setting



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Alisa Hüneke

Kooperation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Jugendhilfe:

Eine Bedarfsanalyse im stationären Setting

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe

"Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit"

Herausgeber:

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

Prof. Dr. Helmut Pauls

Coburg: ZKS-Verlag

Alle Rechte vorbehalten

© 2014 ZKS-Verlag

Cover-Design: Leon Reicherts

Technische Redaktion: Tony Hofmann

ISBN 000-0-000000-00-0

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154

Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

Anschrift:

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit

Mönchswiesenweg 12 A

96479 Weitramsdorf-Weidach

Kontakt:

info@zks-verlag.de

www.zks-verlag.de

Tel./Fax (09561) 33197

Gesellschafter der ZKS:

- IPSG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) – Wissenschaftliche Einrichtung nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg, Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband. Amtsgericht Coburg. HRB 2927.

Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert

- Dr. Gernot Hahn

- Prof. Dr. Helmut Pauls

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
I. Theorie.....	3
1. Begriffsbestimmung.....	3
1.1. Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)	3
1.1.1. <i>Setting und Behandlungsformen</i>	6
a) <i>Teilstationäre Versorgung – Tageskliniken</i>	6
b) <i>Vollstationäre Versorgung</i>	7
1.1.2. <i>Rechtliche Grundlagen: SGB V</i>	8
1.2. Kinder- und Jugendhilfe (KJH)	9
1.2.1. <i>Rechtliche Grundlagen im KJHG/SGB VIII</i>	14
2. Gemeinsamkeiten und Unterschiede.....	21
3. HzE und kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen – ein paar Zahlen	25
4. Gemeinsame Zielgruppe.....	30
4.1. Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten	30
4.2. Einfluss bio-psycho-sozialer Faktoren auf die Krankheitsentstehung	32
4.3. Die „Grenzfälle“ oder auch „besonders Bedürftige“	33
4.4. Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGBVIII).....	36
II. Erhebungsinstrument	41
5. Bedarfsanalyse im teil-/stationären Setting bayerischer Kinder- und Jugendpsychiatrien	41
5.1. Ausgangslage und Rahmenbedingungen	42
5.2. Das Befragungsinstrument – ein (teil-) standardisierter Fragebogen	44
5.3. Das Auswertungsprogramm – „SPSS“	47

III. Ergebnisse	48
6. Stichprobenbeschreibung.....	48
6.1. Behandlungsform, Geschlecht und Alter.....	48
6.2. Aufenthaltsdauer und Aufnahmemodus.....	49
6.3. Aufenthalt vor der Klinikaufnahme und Schichtzugehörigkeit.....	50
6.4. Besuchte Schule vor der Klinikaufnahme und Intelligenzniveau	52
6.5. (Haupt-) Diagnosen und Entwicklungsstörungen	53
6.6. Abnorme psychosoziale Umstände und psychosoziale Anpassung	55
6.7. Jugendhilfemaßnahmen vor der Klinikaufnahme	58
7. Kinder und Jugendliche mit und ohne (stationären) Jugendhilfeanschlussbedarf	59
7.1. Indizierte und umgesetzte Maßnahmen.....	59
7.2. Kein JH-Bedarf vs. JH-Bedarf.....	61
7.3. Stationäre vs. nicht-stationäre Jugendhilfeanschlussmaßnahmen	63
7.4. Inhaltliche Anforderungen an stationäre Jugendhilfeanschlussmaßnahmen	65
8. Hilfeplanverfahren	66
8.1. Zeitliche Eröffnung.....	66
8.2. Zusammenarbeit mit Jugendamt und Personensorgeberechtigten.....	66
8.3. Schwierigkeiten.....	67
9. Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick	68
10. Bedeutung der Ergebnisse für die Praxis	70
10.1. Kooperation zwischen KJP und KJH ist und bleibt notwendig!	71
10.2. Anforderungen an die Fachkräfte der Systeme KJP und KJH.....	76
10.2.1. Differenzierte Diagnosestellung	77
10.3. Klinische Sozialarbeit – geeignete Profession für die Schnittstelle KJP – KJH ?	79
IV. Schlussfolgerungen.....	80
11. Fazit	80

Literaturverzeichnis

Quellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Titelbild:	Kooperation – das Geheimnis des Erfolgs	I
Abb. 1:	Therapeutische Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unter störungsspezifischer und entwicklungspsychiatrischer Sichtweise	4
Abb. 2:	Kinder- und Jugendhilfe – Ziele, Aufgaben, Institutionen	13
Abb. 3:	Systematik des SGB VIII.....	20
Abb. 4:	Anzahl der minderjährigen Kinder in Deutschland von 2000 bis 2012	26
Abb. 5:	Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur	26
Abb. 6:	Entwicklung der Fallzahlen sowie der Inanspruchnahme von Leistungen	27
Abb. 7:	Anzahl der stationär behandelten Kinder und Jugendlichen in der Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland in den Jahren 2000 und 2010	27
Abb. 8:	Erzieherische Hilfen im Zeitvergleich.....	28
Abb. 9:	Kumulative Wirkung von Risikofaktoren hinsichtlich psychischer Auffälligkeit.....	31
Abb. 10:	Das bio-psycho-soziale Modell nach Friedrich 2000	32
Abb. 11:	Wie werden aus Kindern in Schwierigkeiten ‚schwierige Fälle‘? Risikofaktoren für Verschärfungszusammenhänge in Hilfesgeschichten.....	35
Abb. 12:	Feststellung des Anspruchs auf Hilfe durch zwei verschiedene fachliche Einschätzungen	37
Abb. 13:	Verständnis der ICF bzgl. der Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Komponenten, ausgenommen der personenbezogenen Faktoren	38
Abb. 14:	Eingliederungshilfen gem. § 35a SGB VIII nach Hilfesettings und Altersjahren.....	40

Abb. 15:	Gruppiertes Alter der (teil-) stationär behandelten PatientInnen	48
Abb. 16:	Gruppierte Aufenthaltsdauer der (teil-) stationär behandelten PatientInnen	49
Abb. 17:	Aufenthalt der (teil-) stationär behandelten PatientInnen vor ihrer Klinikaufnahme	50
Abb. 18:	Schichtzugehörigkeit der (teil-) stationär behandelten PatientInnen	51
Abb. 19:	Besuchte Schulen der (teil-) stationär behandelten PatientInnen vor ihrer Klinikaufnahme	52
Abb. 20:	Intelligenzniveau der der (teil-) stationär behandelten PatientInnen	53
Abb. 21:	Gruppierte Hauptdiagnosen der (teil-) stationär behandelten PatientInnen	53
Abb. 22:	Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände der (teil-) stationär behandelten PatientInnen, Häufigkeiten der Nennungen	55
Abb. 23:	Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände der (teil-) stationär behandelten PatientInnen, Häufigkeiten bei PatientInnen	56
Abb. 24:	Gruppierte assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände der (teil-) stationär behandelten PatientInnen, Häufigkeiten bei PatientInnen	56
Abb. 25:	Globalbeurteilung der (teil-) stationär behandelten PatientInnen	57
Abb. 26:	Jugendhelfemaßnahmen der (teil-) stationär behandelten PatientInnen vor ihrer Klinikaufnahme	58
Abb. 27:	Inhaltliche Anforderung an die stationären JH-Anschlussmaßnahmen, gemessen an ihren Nennungen	65
Abb. 28:	Übereinstimmung bzgl. der Empfehlung der JH-Anschlussmaßnahme	66
Abb. 29:	Kooperation als gemeinsames Behandlungs- und Betreuungsprogramm	72
Abb. 30:	Koordinaten psychosozialer Diagnostik und Intervention	78

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	An der Bedarfsanalyse beteiligte Tages- und vollstationäre Kliniken innerhalb Bayerns	43
Tab. 2:	Hilfeformen des KJHG, jeweils indiziert und umgesetzt	60

Abkürzungsverzeichnis

a. a. O.	am angeführten/angegebenen Ort
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
Achse V	Fünfte Achse des MAS: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
Achse VI	Sechste Achse des MAS: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom
Art.	Artikel
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
d. h.	das heißt
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Version
ebd.	ebenda
et al.	und andere
etc.	et cetera
EVAS	Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen
f	folgende
ff	fortfolgende
GG	Grundgesetz
HzE	Hilfen zur Erziehung
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases (and Related Health Problems), (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme), 10. Revision

ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
i. d. R.	in der Regel
JES	Jugendhilfe-Effekte-Studie
JGG	Jugendgerichtsgesetz
JULE	Evaluationsstudie über Leistungen und Grenzen von Heimerziehung
JWG	Jugendwohlfahrtsgesetz
KJH	Kinder- und Jugendhilfe
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KJP(P)	Kinder- und Jugendpsychiatrie (-psychosomatik und -psychotherapie)
MAS	Multiaxiales Klassifikationsschema (nach ICD-10 der WHO)
Mrd.	Milliarden
N	Anzahl
n.	nach
Nr.	Nummer
o. J.	ohne Jahr
o. S.	ohne Seite
Psych. KG	Psychiatrisches Krankengesetz
PsychPV	Psychiatrie-Personalverordnung
SD	Standardabweichung (standard deviation)
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
SGB VIII	Achtes Sozialgesetzbuch
SGB IX	Neuntes Sozialgesetzbuch
SGB XII	Zwölftes Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannte/r/s
SPSS	Statistical Products and Service Solutions
szs.	sozusagen
T	Testprüfgröße des sog. t-Tests
Tab.	Tabelle
u. a.	und andere
usw.	und so weiter
u. v. m.	und viele/s mehr

v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
vs.	versus
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel
zit. (n.)	zitiert (nach)
z. T.	zum Teil

Einleitung

„Psychisch belastet und extrem unterversorgt“ (Ärzte Zeitung 2009: o. S.) –

das titelte die Ärzte Zeitung bereits im Februar 2009 und berief sich dabei auf die Ergebnisse der ersten Ulmer Heimkinderstudie von Marc Schmid, nach der über die Hälfte von knapp 700 untersuchten Kindern und Jugendlichen aus 20 Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen und einem durchschnittlichen Alter von 14 Jahren psychisch erkrankt waren; jede/r dritte von ihnen wies sogar schwere psychische Störungen auf. (ebd.) Der Artikel beschreibt aber nicht nur die hohe Prävalenz der psychischen Auffälligkeiten und Erkrankungen unter den jungen ProbandInnen, sondern v. a. auch die medizinische und psychotherapeutische Unterversorgung der Betroffenen und somit auch die lückenhafte Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe (KJH) und der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP).

Da es allerdings nicht ausschließlich bei der kinder- und jugendpsychiatrischen Betreuung von psychisch belasteten/erkrankten Kinder- und JugendhilfeklientInnen Nachholbedarf gibt, sondern auch die Jugendhilfeanschlussmaßnahmen nach einem (teil-)stationären Klinikaufenthalt nicht immer adäquat und zeitgerecht für die Betroffenen ausgewählt und umgesetzt werden, lohnt es sich, auch diese Seite der Schnittstelle einmal genauer zu beleuchten.

So ist es das Ziel der vorliegenden Thesis, den Kinder- und Jugendhilfebedarf der untersuchten klinischen PatientInnen zu analysieren und zu ermitteln, wie viele von ihnen im Anschluss an eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung einen Hilfebedarf im Bereich der KJH aufweisen und welche Maßnahmen seitens der Fachleute indiziert und evtl. auch umgesetzt werden. Des Weiteren soll überprüft werden, welche „Art“ von Kindern und Jugendlichen, aus der KJP kommend, auf den (stationären) Versorgungsmarkt der KJH trifft; also welche Diagnosen und welchen psycho-sozialen Hintergrund bringen sie mit und wie müssen demnach die Anschlussmaßnahmen der KJH aussehen? Und wie kann schlussendlich die Kooperation der beiden Systeme – KJP und KJH – im Hinblick auf ihre gemeinsame Klientel (weiterhin) verbessert werden?

Initiiert wurde die Untersuchung bereits im März 2013 durch Dr. Norbert Beck, Einrichtungsleiter des Überregionalen Beratungs- und Behandlungszentrums „ÜBBZ“ in Würzburg.

Mithilfe eines vierseitigen Fragebogens wurden (fast) alle bayerischen KJP, einschließlich der Tageskliniken, zu ihren bis Ende August 2013 behandelten PatientInnen bzgl. deren Versorgungsbedarf im Bereich der KJH nach einem (teil-) stationären klinischen Aufenthalt befragt.

Der besseren Übersicht wegen ist die Arbeit in vier größere Bereiche gegliedert. Im nachfolgenden Teil I, dem theoretischen Teil, werden zunächst rechtliche Grundlagen und Settings der KJP und der KJH dargestellt. Daran anschließend werden die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der beiden Systeme herausgearbeitet; auch, um die (konflikthanfällige) Schnittstelle nochmals zu verdeutlichen. Da der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit auf der Kooperation und der gemeinsamen Zielgruppe der beiden Parteien liegt, wird unter Punkt 3 auf die psychisch erkrankten und am gesellschaftlichen Leben teilhabebeeinträchtigten Kinder und Jugendlichen eingegangen. Im Teil II geht es dann um das Erhebungsinstrument „Fragebogen“, die Rahmenbedingungen der Befragung, sowie das Auswertungsprogramm. Im dritten Teil folgen die ausführliche Vorstellung der Untersuchungsergebnisse sowie deren Bedeutung, sowohl für die (stationäre) KJH als auch für die Zusammenarbeit zwischen KJP und KJH. Abgeschlossen wird die Arbeit mit einem Fazit und einem Ausblick im Teil IV.

I. Theoretischer Teil

1. Begriffsbestimmung

1.1. Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP¹)

Um einen Überblick über das System der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie zu bekommen, wird im Folgenden auf ihre Entstehung, ihren institutionellen Rahmen mit ihrem (teil-) stationären Setting, sowie ihre rechtlichen Grundlagen eingegangen. Die KJP, historisch verwurzelt und eng verflochten mit der (Erwachsenen-) Psychiatrie, der Kinderheilkunde, der Neurologie, der Sonderpädagogik und der Klinischen Psychologie, wird seit 1968 als eigenständiges, interdisziplinäres ärztliches Fachgebiet geführt und ist Teil des hiesigen Gesundheitssystems. (Denner 2008: 71; Warnke/Lehmkuhl 2011: 1; vgl. DGKJP) Wichtige Impulse erhielt diese Disziplin auch aus den Sozial- und Rechtswissenschaften, sowie, und das sei hier besonders betont, aus der Praxis der Versorgungssysteme Kinder- und Jugendhilfe und Sozialhilfe. (Warnke/Lehmkuhl 2011: 3) Inzwischen kann die KJP eigenständige therapeutische und diagnostische Methoden und Forschungen vorweisen, erstellt Gutachten, vertritt die Interessen ihrer PatientInnen und der Angehörigen (in der Öffentlichkeit) und verfügt über ambulante und (teil-) stationäre Versorgungseinrichtungen. (Denner 2008: 71)

Zu ihren primären Aufgaben, die als Teil der Krankenversorgung im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt sind, gehört zweifellos die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer psychischen Erkrankung bzw. Beeinträchtigung. (a. a. O.: 57, 72) Der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP) zufolge, ist

*„die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie [für]
die Erkennung, nichtoperative Behandlung, Prävention und Rehabilitation
bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen
Erkrankungen oder Störungen
sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten
im Kindes- und Jugendalter.“* (vgl. DGKJP; Remschmidt 2005: 480) zuständig.

¹ Die Institution „Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie“ wird im Weiteren der Einfachheit halber mit „KJP“ abgekürzt.

Vor dem Hintergrund systemischer und entwicklungspsychopathologischer Betrachtungen und dem diagnostischen und therapeutischen Verständnis einer multifaktoriellen/-dimensionalen/-kausalen Entstehung psychischer Störungen², sind die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken i. d. R. auch um multimodale, also vielfältige und heterogene Behandlungen bemüht, und zwar in Zusammenarbeit mit den jungen PatientInnen, deren Familienangehörigen, sowie deren Lebensumfeld. (Warnke/Lehmkuhl 2011: 1; Rahn/Mahnkopf 2005: 642)

Zu diesen kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen, welche sich prinzipiell auf die körperliche, die psychische sowie die sozio-ökologische Ebene beziehen, zählen in erster Linie die Psychotherapie, die psychopharmazeutische/medikamentöse Therapie und andere somatische Behandlungsansätze, aber auch die Psychoedukation, heil- und sozialpädagogische Maßnahmen, die Ergotherapie, sowie physiotherapeutische und/oder motopädische Maßnahmen. Vereinzelt werden auch noch fakultative Therapien, wie Musik-, Kunst-, Reit- oder auch tiergestützte Therapie, angeboten. (Libal/Fegert 2004: 227; Warnke/Lehmkuhl 2011: 44-47)

Die folgende Abb. 1 zeigt mögliche therapeutische/pädagogische Verfahren innerhalb einer KJP.

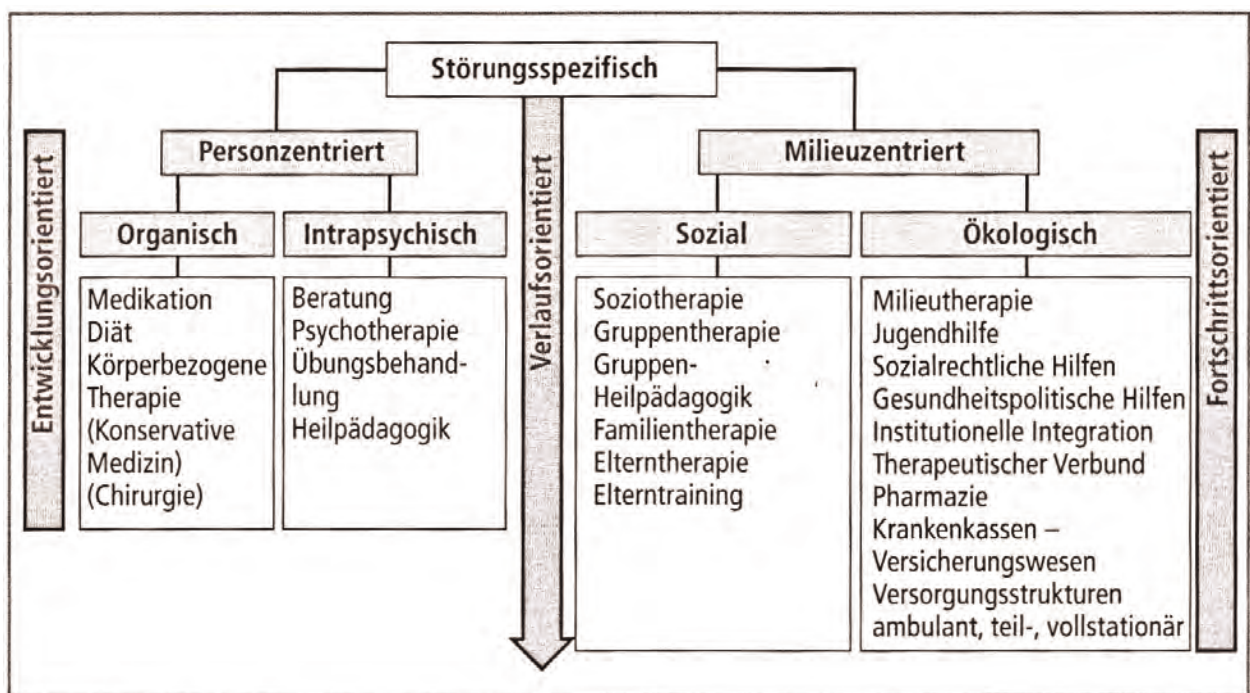


Abb. 1: „Therapeutische Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unter störungsspezifischer und entwicklungspsychiatrischer Sichtweise“ (Warnke 1999, zit. n. Warnke/Lehmkuhl 2011: 46)

² Im Folgenden werden die Begrifflichkeiten „Störung“ und „Erkrankung/Krankheit“ gleichermaßen verwendet, da es nach wie vor keine genaue Definition von „Störung“ gibt und der Begriff stets dem aktuellen gesellschaftlichen Verständnis von „normal“ vs. „Störung“ unterliegt. (vgl. Denner 2008: 16f)

Dieses Behandlungsspektrum lässt sich allerdings, aus eigener Erfahrung sprechend, nicht allzeit und in diesem Umfang in der Praxis umsetzen, vor allem nicht in Zeiten personeller und finanzieller Einsparungen der Einrichtungen. Was die Stationskonzepte betrifft, so sind diese i. d. R. durch die therapeutische Ausrichtung der Klinik geprägt; häufig sind verhaltens- oder familien-therapeutische, aber z. T. auch tiefenpsychologische Konzepte vorzufinden. (Brünger 2004: 358) Die Versorgungsformen einer KJP gliedern sich, wie im Erwachsenenbereich auch, in drei Bereiche, nämlich in die ambulante, die teilstationäre, sowie die vollstationäre Versorgung.³ (Warnke/Lehmkuhl 2011: 50-64)

Umgesetzt und ausgeübt werden die unterschiedlichen Behandlungsverfahren durch multi-professionelle Teams, zumindest im teilstationären und stationären Setting. Der Bedarf und die Zusammensetzung des Personals, sowie die Regelaufgaben der jeweiligen Berufsgruppen richten sich nach den Vorschriften der Psychiatrie-Personalverordnung⁴.

Zu einem kinder- und jugendpsychiatrischen Team gehören in erster Linie ÄrztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Klinische PsychologInnen und psychologische PsychotherapeutInnen, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, PädagogInnen (Sonder-, Heil-, SozialpädagogInnen), KrankenpflegerInnen, HeilerziehungspflegerInnen, ErzieherInnen, vereinzelt auch LogopädInnen, PhysiotherapeutInnen und ErgotherapeutInnen sowie Musik- und KunsttherapeutInnen und schließlich die LehrerInnen der klinikinternen Schulen. (Denner 2008: 57, 73f; Fegert 2011a: 43f; Gintzel/Schone 1989: 24; Rahn/Mahnkopf 2005: 642; Warnke/Lehmkuhl 2011: 68f)

Während die KJP also primär kurative/heilende Aufgaben wahrnimmt, kümmern sich Institutionen, wie Frühförderstellen, verschiedene Einrichtungen der Jugendhilfe, SchulbegleiterInnen, (Sonder-) Kindergärten, Schulen u. v. m., um die Vor- und Nachsorge kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen: (Gintzel/Schone 1989: 24; Warnke/Lehmkuhl 2011: 68)

Neben diesen zählt Fegert (2011a: 44) aber auch die Betroffenen und ihre Familien, KinderärztInnen sowie niedergelassene Kinder- und JugendlichenpsychiaterInnen und -psychotherapeutInnen zu den wichtigsten Partnern für ein modernes und gelingendes Casemanagement, welches nur durch (interdisziplinäre) Zusammenarbeit möglich ist.

³ Siehe für die ausführliche Darstellung der Versorgungsformen Punkt 1.1.1.

⁴ Vgl. Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung – PsychPV), n. BMJV 1990: o. S.

Finanziert wird der Aufenthalt der Kinder und Jugendlichen in einer KJP in der Regel durch die Krankenkasse, in seltenen Fällen auch durch den Sozialhilfeträger, also die Jugendhilfe.

Damit die Finanzierung auch tatsächlich gewährleistet wird, müssen die Kliniken den Aufenthalt ihrer PatientInnen anhand von Diagnosen, also der „(...) Benennung eines Zustandsbildes als ‚Krankheit‘ (...)“ (Rotthaus 1990: 159), und der Nennung therapeutischer Maßnahmen gegenüber den Krankenkassen begründen und rechtfertigen. (ebd.) Liegt nach der diagnostischen Klärung und der Indikationsstellung ein Behandlungsbedarf im Sinne einer behandlungsbedürftigen Erkrankung nach dem SGB V vor, entscheidet der/die zuständige TherapeutIn bzw. das Behandlungsteam, im Rahmen der Therapieplanung, gemeinsam mit den Sorgeberechtigten, und teilweise den jungen KlientInnen selbst, ob die diagnostischen und kurativen Maßnahmen ambulant⁵, teilstationär oder vollstationär erbracht werden. (Denner 2008: 72; Libal/Fegert 2004: 232) Die Möglichkeiten der Eltern-Kind-Einheiten als Behandlungsform oder die Behandlung im natürlichen Umfeld (home-treatment) bleiben hier, aufgrund der Thematik, unberücksichtigt.

1.1.1. Setting und Behandlungsformen

a) Teilstationäre Versorgung – Tageskliniken

Diese Art der Versorgung, welche in den letzten Jahren bundesweit beachtlich ausgebaut wurde und sich konzeptionell zwischen ambulant und vollstationär bewegt, wurde für Kinder und Jugendliche entwickelt, die einerseits mehr Betreuung und Unterstützung brauchen, als es die ambulante Behandlung bieten kann (z. B. Kinder/Jugendliche, die stark vernachlässigt wurden), aber andererseits jeden Abend und jedes Wochenende zu ihren Familien/Bezugspersonen heimkehren können und keine schweren psychischen Erkrankungen, wie etwa schwere Depressionen, Suizidalität etc., vorweisen. Des Weiteren werden Tageskliniken entweder zur Vermeidung oder zur Vorbereitung einer vollstationären Behandlung eingesetzt, aber, wenn es um die Überleitung aus der stationären Therapie in das familiäre Umfeld geht, auch zur Fortsetzung bzw. Abkürzung einer solchen.

Montags bis freitags erhalten die jungen PatientInnen, im Alter zwischen fünf und achtzehn Jahren, von morgens bis zum späten Nachmittag pädagogisch-pflegerische Betreuung und Therapie, um dann den Abend und die Nacht in ihrem alltäglichen Umfeld zu verbringen.

⁵ Die ambulante Versorgung wird, aufgrund der zu untersuchenden Gruppe, welche ausschließlich (teil-) stationär behandelt wurde, nicht näher beschrieben. Vgl. hierzu Denner 2008: 72; Libal/Fegert 2004: 233; Warnke/Lehmkuhl 2011: 58, 61

Bzgl. Intensität und Umfang von Therapiemöglichkeiten bieten Tageskliniken annähernd dasselbe Spektrum wie stationäre Kliniken. Vorteil dieser Behandlungsform ist allerdings der tägliche Kontakt zum gewohnten Umfeld. So sollte diese Behandlungsform immer als Alternative zur stationären Therapie erwogen werden, insbesondere bei Kindern im Vor- und Grundschulalter. Die Mitarbeit der Familie und das tägliche Heimkehren (können) in das eigene Zuhause sind jedoch Voraussetzung für eine teilstationäre Versorgung. (Denner 2008: 73; Libal/Fegert 2004: 238f; Warnke/Lehmkuhl 2011: 56f)

b) Vollstationäre Versorgung

Die vollstationäre Behandlung ist für Minderjährige gedacht, die unter schweren und chronischen psychischen Störungen, wie z. B. akute Psychosen, schwere Depressionen, Essstörungen, Abhängigkeitserkrankungen, Suizidalität und/oder Fremdgefährdung leiden und einer intensiven 24-Stunden-Betreuung, -Therapie und/oder -Überwachung durch ein multidisziplinäres Team im therapeutischen Milieu bedürfen.

Zudem werden stationäre Aufenthalte für Kinder und Jugendliche notwendig, wenn entweder davon auszugehen ist, dass sich ihre psychischen Beeinträchtigungen durch Verbleib in der Familie aufgrund eines belastenden häuslichen Umfeldes verstärken bzw. verschlimmern und/oder ambulante bzw. teilstationäre Behandlungen bereits gescheitert sind. In anderen Fällen wiederum liegt der Fokus weniger auf einer intensiven Behandlung als vielmehr auf der diagnostischen Abklärung und Begutachtung von Symptomatiken oder dem Ausschluss von Selbst- und/oder Fremdgefährdung.

Diese Art der Versorgung sollte möglichst kurz gehalten werden, da sie mit einer großen psychischen, organisatorischen und finanziellen Belastung verbunden ist und die Betroffenen, wenn auch meist zu ihrem Vorteil, aus ihrem natürlichen Umfeld herausgelöst werden.

Besondere Herausforderungen bei der stationären Behandlung sind seitens der PatientInnen und ihrer Angehörigen primär Ängste vor Stigmatisierung und Ausstoßung, Gefühle des Versagens sowie das Erleben von Trennung bzw. Beziehungsabbrüchen.

Wichtig für den Erfolg eines stationären Aufenthalts ist ein therapeutisches Milieu, im Sinne einer strukturierten Umgebung mit festen/strikten Stations-, Ausgangs- und Besuchsregeln, verschiedenen menschlichen Beziehungen und befriedigenden emotionalen Kontakten sowie mit Möglichkeiten für neues Lernen, neue Erfahrungen und für die Entwicklung bzw. Stärkung persönlicher und sozialer Kompetenzen und Coping-Strategien.

Vollstationär bedeutet, dass die jungen Menschen die gesamte Woche, Tag wie Nacht, in der Klinik verbringen. Sie werden dort pädagogisch-pflegerisch betreut und behandelt, nehmen an Therapiesitzungen teil und besuchen die meistens vorhandene klinikeigene Schule. Lediglich an den Wochenenden haben die Kinder und Jugendlichen die Möglichkeit, wenn es ihr Zustand zulässt und die Familien sich es zutrauen, Belastungssituationen zuhause im gewohnten Umfeld zu erproben und neu erlernte Verhaltensweisen anzuwenden und einzuüben. (Denner 2008: 73; Libal/Fegert 2004: 234ff; Warnke/Lehmkuhl 2011: 50)

Abschließend soll noch darauf hingewiesen werden, dass Libal und Fegert (2004: 236) mit Bezug auf Barker (1974) nachwievor davon ausgehen, dass eine stationäre Unterbringung in einer KJP nicht nur eine Behandlung an sich darstellt, sondern oft das „Eintrittsticket“ für weitere Hilfsmaßnahmen ist. Ob sich die Ergebnisse der vorliegenden Analyse mit dieser Aussage decken, wird sich im weiteren Verlauf der Arbeit herausstellen.

1.1.2. Rechtliche Grundlagen: SGB V

Wie bereits unter 1.1. erwähnt, finden sich die gesetzlichen Voraussetzungen für eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung im „SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung“.⁶

So sichert § 11 SGB V dem/der Versicherten Anspruch auf verschiedene Leistungen zu, wie z. B. unter Abs.1 Nr.4 den Anspruch auf Leistungen zur Behandlung einer Krankheit (vgl. §§ 27-52). Unter § 27 SGB V wird die Krankenbehandlung definiert, die dann notwendig wird, wenn es eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und/oder Krankheitsbeschwerden zu lindern gilt.

Im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Leistung sind v. a. die ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie (§ 27 Abs.1 Nr.1 SGB V), die unter § 28 SGB V noch genauer ausgeführt wird, die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (§ 27 Abs.1 Nr.3 SGB V) sowie die Krankenhausbehandlung (§ 27 Abs.1 Nr.5 SGB V), die unter § 39 SGB V festgelegt ist, von Bedeutung. Ferner wird unter § 39 SGB V auch auf die drei Versorgungsformen, „vollstationär“/„teilstationär“ (§ 115a SGB V) sowie „ambulant“ (§ 115b SGB V), hingewiesen und der Anspruch auf eine stationäre (Krankenhaus-) Behandlung definiert.⁷

⁶ An dieser Stelle seien, aufgrund des begrenzten Rahmens der Arbeit, nur die wichtigsten Paragraphen genannt.

⁷ Alle Paragraphen n. Stascheit 2009: 416-439

1.2. Kinder- und Jugendhilfe (KJH⁸)

Neben der Darstellung der KJP soll ebenso die andere der beiden, für die vorliegende Arbeit bedeutenden Systeme, die KJH, vorgestellt und ausreichend berücksichtigt werden.

Nun, der Beginn der KJH reicht weit mehr in die Vergangenheit als der der KJP; er geht bis ins 13. Jh. zurück, als die Kinderfürsorge im späten Mittelalter in Form von Findel- und Waisenhäusern durch kirchliche Stiftungen zum Tragen kam und die beiden, bis heute bestehenden Formen der Ersatzerziehung, nämlich die Familienpflege und die Anstaltserziehung, entstanden. Im 17. Jh. ging die „Fürsorge“ dann in Zucht- und Arbeitshäuser über, wo Kinder und Jugendliche von früh bis spät unter widrigen Bedingungen schuften mussten. Obwohl oder vielleicht gerade weil im 18. Jh. das staatliche Engagement bzgl. der Kinder- und Jugendfürsorge aus verschiedenen Gründen zurückging, entwickelten sich in dieser Zeit vermehrt private und v. a. auch religiöse Hilfsorganisationen. In der ersten Hälfte des 19. Jh.s gingen dann die ersten Einrichtungen für Menschen mit Behinderung, aber auch Armen- und Mädchenschulen u. a. hervor. Nochmal hundert Jahre später bildeten sich schließlich viele pädagogische Neuansätze sowie die staatliche Jugendpflege. (Jordan/Maykus/Stuckstätte 2012: 25-47) Rauschenbach/Züchner/Schilling (2011: 40) sehen die KJH, trotz ihrer wesentlich älteren Wurzeln, bspw. als „(...) ein spezifisches ‚Produkt‘ des 20. Jahrhunderts“ (ebd.), da sie erst in dieser Zeitspanne eine eigenständige Kontur entwickelte und in ihrem Volumen und ihrer Bedeutung stetig gewachsen ist.

Inzwischen ist sie ein zentraler Baustein der sozialstaatlichen Ordnung und gehört als integrales Element zur sozialen Grundversorgung für junge Menschen und deren Familien. Außerdem zeichnet sie sich heutzutage stärker als dienstleistungs- und angebotsorientiertes, als ein interventionistisch-ordnungspolitisches, Unterstützungs- und Hilfesystem aus. Der Kontakt zur KJH gehört im 21. Jh. zur Normalbiographie eines jeden Kindes, angefangen von Kindertagesstätten, über die Schulsozialarbeit bis hin zur öffentlichen Jugendarbeit oder auch den Hilfen zur Erziehung.⁹ Die zunehmende Bedeutung der KJH und ihr anhaltender Ausbau in sämtlichen Bereichen in diesem Land, spiegeln sich u. a. in der Anzahl der Beschäftigten wider: innerhalb von 30 Jahren, von 1974 bis 2006, hat sich die Zahl der Beschäftigten in den alten Bundesländern mehr als verdoppelt und weist 2006 weit mehr als einer halben Million (618.647) Erwerbstätiger in der BRD auf. (a. a. O.: 40-48)

⁸ Das System der Kinder- und Jugendhilfe wird im Weiteren der Einfachheit halber mit „KJH“ abgekürzt.

⁹ Auf letztere wird im weiteren Verlauf der Arbeit noch ausführlicher eingegangen.

Zudem geht aus dem letzten (14.) Kinder- und Jugendbericht des BMFSFJ hervor, dass inzwischen mehr als 500.000 junge Menschen pro Jahr durch erzieherische Hilfen unterstützt werden; die Erziehungsberatung ist in diese Statistik noch gar nicht mit einberechnet. Auch das Verfünfachen familienbezogener Erziehungshilfen, wie der sozialpädagogischen Familienhilfe, innerhalb von 15 Jahren, zwischen 1995 und 2010, macht den (ansteigenden) Ausbaubedarf an Jugendhilfe deutlich. Allerdings hat die Zunahme der Fallzahlen nicht ausschließlich mit der Zunahme strukturell fragiler Familienkonstellationen, materiell prekärer Lebenslagen oder auch der Kumulation von Problemsituationen innerhalb der Familien zu tun – gleichwohl dies nachwievor Gründe für die Inanspruchnahme erzieherischer Hilfen sind – sondern sicherlich auch mit einer achtsameren Haltung der Fachkräfte und Jugendbehörden.

Im gleichen Zeitraum hat nominal fast eine Verdoppelung der finanziellen Ausgaben der Hilfen zur Erziehung und verwandter Leistungen stattgefunden, was besonders für ärmere Kommunen, in denen eine hohe strukturelle Arbeitslosigkeit vorherrscht, prekär ist. Denn gerade in solchen Kommunen, wo Risikolagen für Kinder und Jugendliche verbreiteter sind und die Jugendhilfe mit größerem Engagement reagieren müsste, fehlt die ökonomische Grundlage für eine gestaltende Sozialpolitik. (BMFSFJ 2013: 47f) Im Jahr 2008 beliefen sich die Kosten der Erziehungshilfen auf 6,4 Mrd. Euro – sie stellen mit rund 26 % (inzwischen) den zweitgrößten Kostenfaktor im Bereich der KJH dar. (Rauschenbach/ Züchner/Schilling 2011: 52)

Nun stellt sich aber die Frage, was überhaupt unter der KJH aus heutiger Sicht zu verstehen ist. Zunächst einmal richtet sich die KJH als Teil der Sozialen Arbeit an Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, sowie deren Familien bzw. Erziehungsberechtigten.

Zu ihren Aufgaben zählen in erster Linie die Förderung der individuellen und sozialen Entwicklung junger Menschen sowie die Unterstützung ihrer Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit, aber auch das Vermeiden und Abbauen von Benachteiligungen, bei gleichzeitigem Schaffen und Erhalten von positiven bzw. günstigen Lebensbedingungen und einer kinder- und familienfreundlichen Umwelt für ihre jungen KlientInnen. Des Weiteren hat die KJH dafür Sorge zu tragen, Eltern bzw. Erziehungsberechtigte bei ihrer Erziehung sowohl zu beraten als auch zu unterstützen, aber auch bei Bedarf, wenn nötig, Kinder und Jugendliche vor der Gefährdung ihres Wohls zu bewahren. (Jordan/Maykus/Stuckstätte 2012: 20)

Dabei basieren die Leistungen der KJH (fast) immer auf der Freiwilligkeit ihrer KlientInnen (davon ausgenommen zweifelsohne die Situation einer Kindeswohlgefährdung) und stehen stets im nachgeordneten Verhältnis zur Herkunftsfamilie der Kinder und Jugendlichen, da diese als primäres Erziehungsorgan fungiert und der Erziehungsauftrag erst dann in professionelle Hände gegeben wird, wenn die Erziehungsberechtigten, meist die Eltern, nicht mehr in der Lage sind, diesen zu erfüllen. (ebd.; Nölke 1996: 649) Demnach hängen der Erziehungsauftrag und dessen Zielrichtung von der Erziehungsfähigkeit und den Ressourcen der Eltern und der Lebenssituation des Kindes oder Jugendlichen ab. (Wiesner 2004: 49)

Den Mittelpunkt der KJH bildet also der Erziehungsgedanke mit dem vorrangigen Ziel „(...) der lebensweltorientierten Gestaltung von Bedingungen des [gesunden] Aufwachsens“ (Jordan/ Maykus/Stuckstätte 2012: 20) und der Partizipation „als Beitrag zu Demokratiebildung“ (ebd.), immer unter der Berücksichtigung und Beachtung sozialer und kultureller Besonderheiten. Unter der „lebensweltorientierten Gestaltung“ sind in erster Linie die Strukturmaximen „Prävention“, „Partizipation“, „Integration“, „Alltagsorientierung“ und „Regionalisierung“ zu verstehen.¹⁰

Zu alledem sind die Aufgaben und Funktionen der KJH immer im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Entwicklungen zu betrachten, denn zum einen beeinflusst die Jugendhilfe diese mit, v. a. wenn es um die Gestaltung, Wiederherstellung und den Erhalt positiver Lebenslagen junger Menschen geht, und zum anderen reagiert die KJH auf die (beeinträchtigten) Lebensumstände ihrer KlientInnen und den damit verbundenen Bedarf an Förderung und Unterstützung.

Bzgl. der „Auslösebedingungen“ (Jordan/Maykus/Stuckstätte 2012: 10) hat sich der Bedarf an Hilfeleistungen in den letzten Jahren signifikant verändert, da in einer modernen, individualisierten und pluralisierten Gesellschaft wie der hiesigen, Probleme und Bewältigungsanforderungen nicht nur an sog. „Problemgruppen“ mit sozialen Benachteiligungen herangetragen werden, sondern letzten Endes an alle Kinder und Jugendlichen, sowie deren Familien. Dementsprechend ist die KJH aufgefordert, ihre Angebote neu zu strukturieren und anzupassen. (ebd.) Prinzipiell geht es der KJH auch um die Lebensbedingungen *aller* Kinder und Jugendlichen sowie Heranwachsenden und jungen Erwachsenen; erst an zweiter Stelle werden jene betrachtet, bei denen Probleme bereits bestehen oder zu entstehen drohen.

¹⁰ Für eine ausführliche Beschreibung dieser Strukturmaxime vgl. Jordan/ Maykus/Stuckstätte 2012: 20ff

So liegt der KJH auch die Sichtweise zugrunde, dass vorhandene oder zu erwartende „Defizite“ nicht (allein) die Folge persönlicher Verhaltensweisen sind, sondern i. d. R. (ebenso) bestimmten (ungünstigen) Lebensverhältnissen zugeschrieben werden können. Nach Ansicht von Mörsberger (2011: 171) findet diese Perspektive bei der Klientel an der Schnittstelle zur KJP allerdings weniger Beachtung, obwohl sie bei ihr gleichermaßen relevant ist.

Aufgrund der z. T. sehr unterschiedlichen Handlungsfelder, Arbeitsweisen und Methoden innerhalb der KJH erfordern die einzelnen Hilfeformen und Leistungsangebote verschiedene Qualifikationen. So verwundert es auch nicht, dass im Bereich der Jugendhilfe nicht nur SozialpädagogInnen und -arbeiterInnen zugange sind, auch wenn sie wahrscheinlich den größten Anteil unter den Fachkräften ausmachen, sondern v. a. auch ErzieherInnen, PädagogInnen und PsychologInnen. (Jordan/Maykus/Stuckstätte 2012: 23)

Verschiedenartig sind auch die Trägerschaften innerhalb der KJH, die sich in zwei große Gruppen¹¹ unterteilen lassen: auf der einen Seite gibt es die öffentliche Jugendhilfe, zu der die Jugend- und Landesjugendämter zählen, und auf der anderen Seite die frei-gemeinnützigen Träger der Jugend- und Wohlfahrtsverbände bzw. die privat-gewerblichen Träger. Den öffentlichen Trägern obliegt die gesamte Verantwortung für die Steuerung des Systems und für die Erfüllung der Aufgaben nach dem KJHG. Des Weiteren sind sie dazu verpflichtet, mit den Jugend- und Wohlfahrtsverbänden planvoll und partnerschaftlich zusammenzuarbeiten und sich mit eigenen Angeboten und Leistungen zurückzunehmen, wenn freie Träger diese in gleicher Weise fachgerecht erfüllen. (BMFSFJ 2013: 49; Jordan/Maykus/Stuckstätte 2012: 23) Mörsberger (2011: 171) weist darauf hin, dass sich die Erziehungshilfen bzgl. ihres Trägers durchaus unterscheiden (können), je nachdem ob sie von der öffentlichen oder der freien Jugendhilfe erbracht werden.

In den nachfolgenden Abb. 2 und der etwas später folgenden Abb. 3 wird nochmal deutlich, dass die Jugendhilfe ein breites Spektrum umfasst, welches sich auf ein außerordentlich komplexes Organisations- und Rechtsgefüge bezieht (Mörsberger 2011: 171) und von allgemein fördernden (bzgl. Fähigkeiten und Entwicklung junger Menschen), über direkt helfende (bei akuten Schwierigkeiten/Krisen ihrer KlientInnen) bis hin zu politischen Aufgabenbereichen („Anwalt“ und „Sprachrohr“ der Betroffenen) reicht. (Jordan/Maykus/Stuckstätte 2012: 20ff)

Hinsichtlich der hier fokussierten Zielgruppe sind v. a. die helfend-intervenierenden Angebote (Abb. 2, rechts) von Bedeutung.

¹¹ Vgl. dazu eine ausführliche Erklärung im Anhang oder auch Beher 2002: 563-580

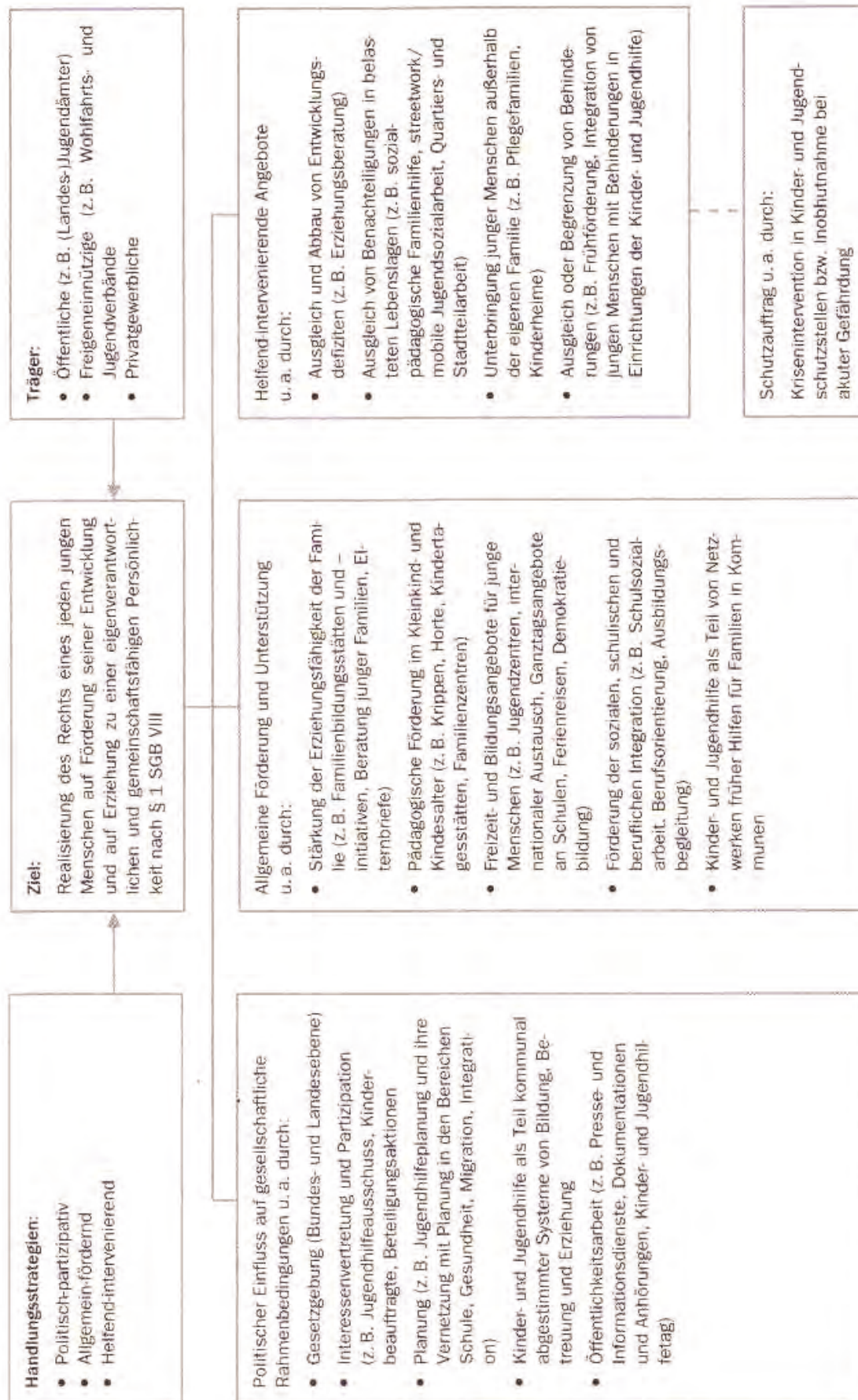


Abb. 2: „Kinder- und Jugendhilfe – Ziele, Aufgaben, Institutionen“ (zit. n. Jordan/Maykus/Stuckstätte 2012: 21)

1.2.1. Rechtliche Grundlagen im KJHG/SGB VIII¹²

Während sich die Leistungen der KJP auf das SGB V beziehen, stützen sich das System und die Arbeit der KJH auf die Rechtsgrundlagen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG), das aus dem bis 1990 gültigen JWG hervorging und 1991 schließlich in der gesamten BRD in Kraft trat. Zu ihm gehört, neben anderen Regelungen, u. a. das unter Art. 1 verfasste achte Sozialgesetzbuch (SGB VIII) „Kinder- und Jugendhilfe“. (Mörsberger 2011: 172; Wiesner 2004: 49) Esser (2007: 107) zufolge, gilt das KJHG als „(...) eins der modernsten und fachlich anerkanntesten Gesetzeswerke für Kinder und Jugendliche in Europa.“

Sodann beginnt das SGB VIII im ersten Kapitel mit den allgemeinen Vorschriften und speziell unter § 1 SGB VIII mit dem *„Recht auf Erziehung, Elternverantwortung, Jugendhilfe“*.

Die erzieherischen Hilfen nach §§ 27-35 SGB VIII, die ein breites Angebot an individuell pädagogischen und therapeutischen Maßnahmen zusammenfassen und einen wichtigen Teil der vorliegenden Arbeit darstellen, bilden zusammen mit der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach § 35a SGB VIII und der Hilfe für junge Volljährige nach § 41 SGB VIII¹³ den Schwerpunkt des Leistungsbereiches des SGB VIII. (Tammen 2011a: 245; Wiesner 2004: 52) Gleichzeitig gelten sie als Pflichtaufgaben der öffentlichen Jugendhilfe, durchgeführt werden sie aber meist von den freien Trägern. (Mörsberger 2011: 171)

§ 27 SGB VIII bildet hierbei die Grundnorm für den Rechtsanspruch auf erzieherische Hilfen und benennt u. a. die Tatbestandsvoraussetzungen und Rechtsfolgen des Hilfeanspruchs, die Kriterien für die Bestimmung der zu gewährenden Hilfe sowie die inhaltliche sozialpädagogische Ausrichtung der erzieherischen Hilfen.

Um Anspruch auf Hilfen zur Erziehung¹⁴ erheben zu können, müssen bestimmte Voraussetzungen gegeben sein, so z. B. eine nicht (ausreichende) dem Wohl des jungen Menschen entsprechende Erziehung, also eine erzieherische Mangelsituation bzw. benachteiligte Sozialisationslage, aber auch die (generelle) Eignung und (generelle) Notwendigkeit der erzieherischen Hilfen bzw. der konkret zu leistenden/notwendigen Hilfe.

¹² Alle nachfolgend genannten Rechtsnormen befinden sich, der besseren Übersicht wegen, in ihrer originalen Fassung und in ihrer vollen Länge im Anhang dieser Arbeit

¹³ § 41 SGB VIII bleibt wegen der überwiegenden Minderjährigkeit der untersuchten Zielgruppe unberücksichtigt

¹⁴ Wird im Folgenden mit „HzE“ abgekürzt.

Den Rechtsanspruch der erzieherischen Hilfen nach §§ 27 SGB VIII haben die Personensorgeberechtigten, also i. d. R. die Eltern oder der alleinsorgeberechtigte Elternteil, inne.¹⁵ (Tammen 2011a: 245ff; Wiesner 2004: 52) Dennoch sind die betroffenen Kinder und Jugendlichen „(...) entsprechend ihrem Entwicklungsstand an allen sie betreffenden Entscheidungen der öffentlichen Jugendhilfe zu beteiligen (...)“ (Tammen 2011a: 250).

Der Anspruch auf HzE ist allgemein gehalten und nicht mit einer bestimmten Hilfeart verknüpft, sondern besteht nur in Bezug auf eine geeignete und notwendige Hilfe. Für die präzise Benennung einer solchen (konkreten) Hilfe bedarf es einer sozialpädagogischen Diagnose sowie der Entwicklung eines Hilfeplans nach § 36 SGB VIII. Dementsprechend besteht eine enge Verbindung zwischen dem „Ob“ und dem „Wie“ der jeweils benötigten Hilfe. Wichtig in diesem Zusammenhang sind das Wunsch- und Wahlrecht der Anspruchsberechtigten, das Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte sowie die Aufstellung des Hilfeplans gemeinsam mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen und deren Sorgeberechtigten.

Die erzieherischen Hilfen nach §§ 28 bis 35 SGB VIII sind zudem nicht als abschließender Katalog möglicher Hilfen, sondern als Auflistung standardisierter und etablierter Erziehungshilfen, die sich bereits vor dem Inkrafttreten des KJHG in der Praxis entwickelt haben, zu verstehen. (Tammen 2011a: 251; Wiesner 2004: 52) Grundsätzlich können verschiedene bzw. mehrere Hilfen zur selben Zeit oder auch der Übergang von einer Hilfe zur anderen möglich und/oder nötig sein, sofern sie sich (inhaltlich) nicht gegenseitig ausschließen. Die einzelnen Hilfeformen sind demnach als einander ergänzende und miteinander verzahnte und nicht als miteinander konkurrierende Hilfen zu verstehen. Tammen (2011a: 252) plädiert dafür, dass sich die MitarbeiterInnen der Jugendämter nicht mit dem Standardkatalog der HzE zufrieden geben, sondern neue, individuelle und „maßgeschneiderte“ Leistungen entwickeln und genehmigen.

Die Anordnung der §§ 28 bis 35 SGB VIII richtet sich nach der Intensität der jeweiligen Hilfen und nicht nach der rechtlichen Rangfolge. Ausschlaggebend ist allein der erzieherische Bedarf bzw. die Notwendigkeit der Hilfeform. Allerdings sollten Hilfen, die das bestehende Sozialisationsfeld der jungen Menschen erhalten und stützen, immer eine vorrangige Rolle bei den Überlegungen zur Gewährung von Leistungen spielen. Dementsprechend möchte das SGB VIII durch sein breites Angebot an HzE die ambulanten und teilstationären Hilfen gegenüber den stationären stärken und somit der fachlichen Orientierung folgen.

¹⁵ Hiervon ausgenommen ist die Eingliederungshilfe, dazu aber mehr im nachfolgenden Punkt 3.1.2.

Das schlägt sich auch in der Statistik nieder; so dominieren inzwischen die ambulanten und teilstationären HzE. (a. a. O.: 252f)

Im Folgenden wird zunächst nochmal auf den bereits erwähnten § 1 SGB VIII eingegangen, bevor dann die einzelnen, ambulanten (§§28-31 SGB VIII), teilstationären (§ 32 SGB VIII) und stationären (§§ 33-34 SGB VIII) HzE¹⁶ sowie der für die Kooperation aller Beteiligten unerlässliche Hilfeplan (§ 36 SGB VIII) vorgestellt wird.¹⁷

§ 1 SGB VIII – Recht auf Erziehung, Elternverantwortung, Jugendhilfe

Das SGB VIII wird damit eingeleitet, dass „ jeder junge Mensch (..) ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit [hat]“ (BMJV 1990: o. S.), worunter auch die Sorge für die somatische und psychosoziale Gesundheit fällt. Daraufhin folgen die Konkretisierung der Elternverantwortung und die staatliche Wächterfunktion. (Mörsberger 2011: 172) Schließlich soll sich die KJH, um das Recht des ersten Absatzes zu verwirklichen, an den folgenden vier Leitzielen orientieren:

- „1. junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen,
2. Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen,
3. Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen,
4. dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.“ (ebd.)

§ 28 SGB VIII – Erziehungsberatung (EB)

Als ambulantes Beratungs- und Therapieangebot soll die Erziehungsberatung bei der Klärung und Bewältigung von individuellen und familienbezogenen Problemlagen, wie etwa der Lösung von Erziehungsfragen oder bei Trennung/Scheidung der Erwachsenen, und deren zugrundeliegenden Faktoren helfen und unterstützen. Ein wesentliches Merkmal der Erziehungsberatung ist, um die Auswahl geeigneter Interventionsformen aus einem großen fachlichen Pool sicherzustellen, die geforderte multidisziplinäre Besetzung der Beratungsstellen. (Tammen 2011a: 256f)

¹⁶ vgl. u. a. Wolf 2002: 631-645

¹⁷ § 35 SGB VIII wird im Folgenden vernachlässigt, da er für die vorliegende Bedarfsanalyse keine Relevanz hatte. Die Erklärungen zur Rechtsnorm § 35a SGB VIII finden sich, aufgrund der „besonderen“ Hilfeart, unter einem gesonderten Punkt (vgl. 3.1.2.).

§ 29 SGB VIII – Soziale Gruppenarbeit (SGA)

Im Rahmen eines gruppenpädagogischen Konzepts geht es hier um die Überwindung und Verbesserung von Entwicklungsstörungen und Verhaltensproblemen, insbesondere des Sozialverhaltens. In Form von Kursen oder fortlaufenden Gruppen findet die SGA entweder nach dem handlungs- und erlebnisorientierten Ansatz im Bereich der Freizeitpädagogik, dem themenorientierten Ansatz mit verbalen Methoden oder aber nach einem „Mischansatz“ aus beidem statt. Diese Hilfeleistung wird v. a. bei älteren Kindern und Jugendlichen (ab ca. 12 Jahren), die zur Mitarbeit innerhalb einer Gruppe bereit sind und deren soziales Umfeld als genügend tragfähig erscheint, gewährleistet. Um problematische Familiensituationen zu verbessern, reicht die SGA allein aber nicht aus. (a. a. O.: 257)

§ 30 SGB VIII – Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer (EZB)

Bei dieser Hilfeleistung stehen die Unterstützung sowie die Förderung der Verselbständigung des jungen Menschen unter Einbeziehung seines sozialen Umfelds im Vordergrund. Dies wird v. a. durch Beratungsgespräche mit dem Minderjährigen und (z. T.) dessen Sorgeberechtigten realisiert. Voraussetzung für die Umsetzung der Hilfe, welche ebenfalls vermehrt bei älteren Kindern und Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren eingesetzt wird, ist der Verbleib der Betroffenen in ihren Familien und die Bereitschaft aller Beteiligten zur Mitarbeit. Erziehungsbeistände begleiten ihre jungen KlientInnen i. d. R. längerfristig, zwischen einem und drei Jahren. Diese Hilfeleistung kann auch im Rahmen eines Jugendstrafverfahrens durch eine jugendrichterliche Weisung in Form eines/r BetreuungshelferIn ausgeübt werden. (a. a. O.: 257f)

§ 31 SGB VIII – Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH)

Die SPFH ist als praktische Lebenshilfe dazu da, die Selbsthilfekompetenzen einer Familie durch gezielte pädagogische und alltagspraktische Hilfen, wie etwa beratende Gespräche und modellhaftes Handeln, zu stärken. Sie richtet sich in erster Linie an Familien mit enormen materiellen Nöten und familiären Belastungen und fokussiert u. a. die erzieherische Situation, das Verhältnis zwischen den einzelnen Familienmitgliedern und zum sozialen Umfeld, aber auch die materielle Situation und die Wohnbedingungen. Ebenso wie die Erziehungsbeistandschaft, ist die SPFH auf einen längeren Zeitraum angelegt und findet innerhalb der Familien statt, weshalb sie z. T. auch als Kontrolle empfunden und daher eher selten in Anspruch genommen wird. (a.a.O.: 258)

§ 32 SGB VIII – Erziehung in einer Tagesgruppe

Die Erziehung in einer Tagesgruppe bildet als teilstationäre Hilfeform die Schnittstelle zwischen den ambulanten und (voll-) stationären Leistungen und dient der Entlastung sowie der begleitenden Unterstützung betroffener Familien, um bestehende Probleme (besser) zu bewältigen. So soll mit ihr der Verbleib des jungen Menschen in seiner Familie ermöglicht und gleichzeitig dessen Fremdunterbringung verhindert werden. Sie dient aber auch der Reintegration Minderjähriger in ihre Herkunftsfamilie nach Entlassung aus einer stationären Unterbringung. Mithilfe der Erziehung in einer Tagesgruppe sollen bspw. Lernprozesse innerhalb einer Gruppe, die Begleitung schulischer Förderung und die Arbeit mit den Eltern und der Familie insgesamt gewährleistet werden. Sie kann im Rahmen hortähnlicher Betreuung aber auch sehr intensiver, familientherapeutischer Form stattfinden. Die Bereitschaft zur Mitarbeit seitens der Familien ist hier ebenfalls unabdingbar. Diese Hilfeleistung richtet sich eher an jüngere Kinder im Alter zwischen 7 und 15 Jahren. (a. a. O.: 259)

§ 33 SGB VIII – Vollzeitpflege

Als Teil der stationären Leistungen bedeutet Vollzeitpflege, dass ein Kind oder Jugendlicher außerhalb seines Elternhauses in einer anderen Familie privat untergebracht und dort betreut und erzogen wird. Sollten die eigenen Großeltern oder andere Personen, die nicht zur Kern-/ Kleinfamilie zählen, den/die Minderjährige/n aufnehmen, so zählt dies ebenfalls als Vollzeitpflege. Obwohl es keine gesetzlichen Anforderungen an die fachliche Qualifikation der Pflegeperson(en) gibt, spielt die sorgfältige Prüfung der persönlichen Eignung der zukünftig „pflegenden“ Person dennoch eine große Rolle, da sich Pflegestellenabbrüche schädlich auf die Bindungsfähigkeit des jungen Menschen auswirken (können). Bei besonders entwicklungsbeeinträchtigten Kindern und Jugendlichen mit einem außerordentlich intensiven pädagogischen und/oder therapeutischen Bedarf, wird meist eine pädagogische Qualifikation erwartet. Die Vollzeitpflege richtet sich an alle Altersstufen, wird aber überwiegend Jüngeren gewährleistet, die aufgrund fehlender Versorgungs- und Erziehungsfunktionen ihrer Eltern – zumindest vorübergehend – nicht in ihrer Herkunftsfamilie verweilen können. Daher kann diese Hilfeform auch von einer kurzfristigen Aufnahme bis hin zu adoptionsähnlichen Dauerpflegeverhältnissen reichen. (a. a. O.: 259f)

§ 34 SGB VIII – Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform

Bei dieser stationären Form sind die KlientInnen zwar, wie bei der Vollzeitpflege auch, über Tag und Nacht außerhalb ihrer Familien untergebracht, die Betreuung und Erziehung findet hier aber durch professionelle Fachkräfte statt.

Die Heimerziehung wird v. a. bei Kindern und Jugendlichen indiziert, bei denen Störungs- bzw. Krankheitsbilder als so schwerwiegend eingestuft werden, dass dies für die Betroffenen mit sozialer Benachteiligung, Ausgrenzungserfahrungen und Entwicklungsrückständen verbunden ist, sodass die Erziehung und Betreuung innerhalb der Familie nicht mehr in Frage kommt. (Müller 2010: 51) Für ältere Jugendliche eignen sich häufig betreute Wohnformen für ihre Verselbstständigung. Bzgl. der Dauer dieser Hilfeleistung verhält es sich ebenso wie mit der Vollzeitpflege; sie beginnt bei kurzfristigen Unterbringungen in Notsituationen und endet bei dauerhaftem Verbleib bis zum Eintritt des 18. Lebensjahres. Als sonstige betreute Wohnformen gelten u. a. betreute/s Wohngemeinschaften/Einzelwohnen. (Tammen 2011a: 260f)

§ 36 Mitwirkung, Hilfeplan

In einem Hilfeplan, für dessen Aufstellung und Fortschreibung das Jugendamt zuständig und verantwortlich ist, wird der von sämtlichen Beteiligten gemeinsam gestaltete Hilfeprozess dokumentiert. Der Hilfeprozess, dem eine umfassende Beratung der KlientInnen und deren Angehörigen vorausgeht, sollte möglichst zeit- und zielgerichtet ausgestaltet sowie regelmäßig überprüft werden. Durch ihre Beteiligungsrechte muss den jungen Menschen und den Personensorgeberechtigten Partizipation am Hilfeprozess eingeräumt werden. Des Weiteren sollen, insbesondere bei der Hilfeleistung nach § 35a SGB VIII oder im Falle einer mit hoher Wahrscheinlichkeit länger andauernden Hilfe, mehrere Fachkräfte, also bspw. ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, Fachkräfte der leistungserbringenden Einrichtungen usw., bei der Entscheidung über die angemessene Hilfeform beteiligt werden und zusammenwirken. Dadurch soll die Qualität des Hilfeprozesses bzgl. der Entscheidungsfindung und der Hilfedurchführung gewährleistet und sichergestellt werden.

Der Hilfeplan dient darüber hinaus der Transparenz für die LeistungsadressatInnen, der Selbstkontrolle für das verantwortliche Jugendamt, der Abstimmung von Entscheidungsabläufen und Vorgehensweisen zwischen der öffentlichen und der freien Jugendhilfe sowie der Verlässlichkeit über zukünftiges Handeln. (Schmid-Obkirchner 2011: 303-307; Urban 2004: 28)

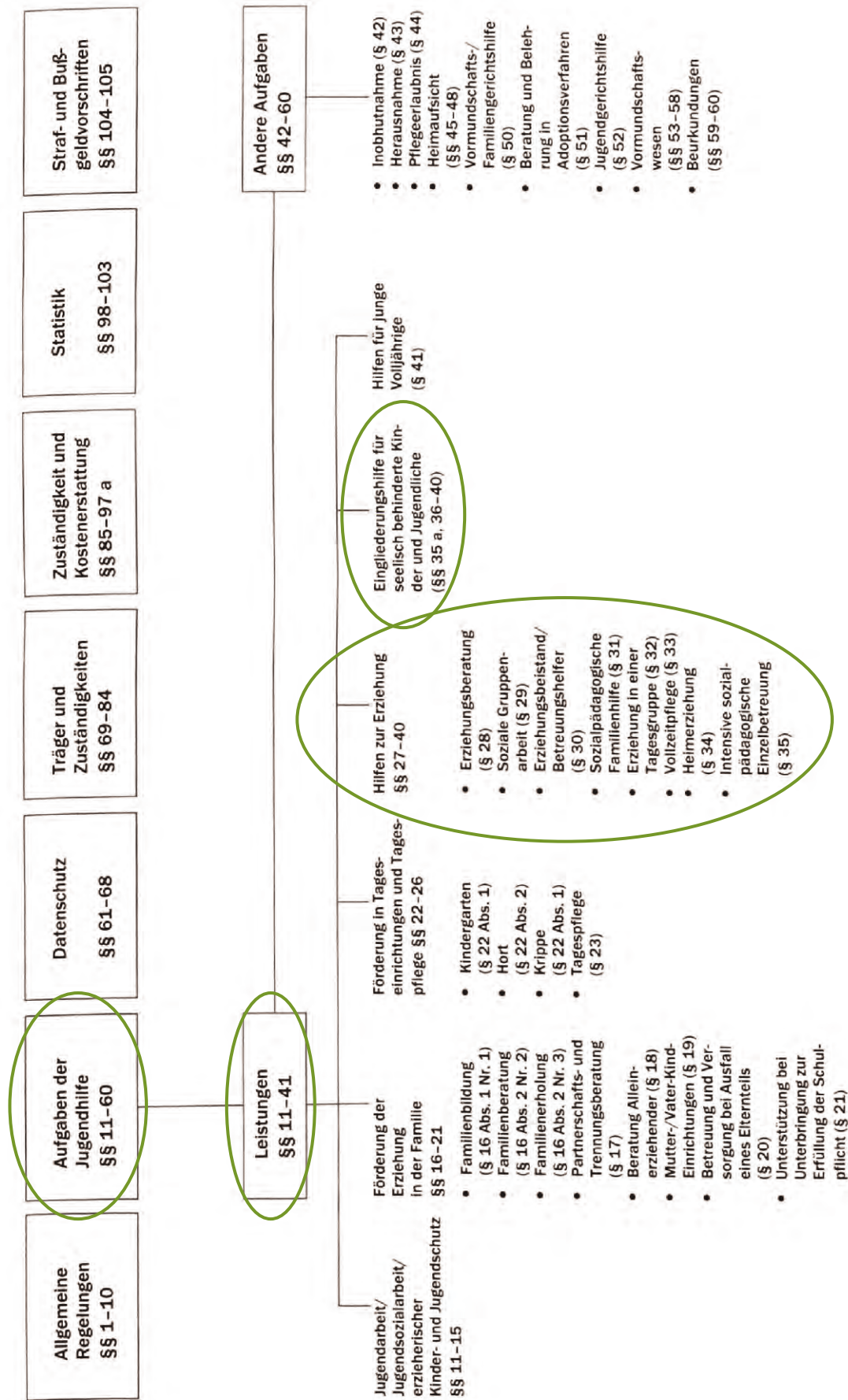


Abb. 3: „Systematik des SGB VIII“ (Schüler 2006, zit. n. Jordan/Maykus/Stuckstätte 2012: 75)

2. Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Vergleicht man die beiden Systeme KJP und KJH miteinander, so stemmt die Jugendhilfe, als sozialpädagogische Disziplin, bzgl. der gesamt geleisteten Arbeit im Kinder- und Jugendbereich im Bereich Personal, Struktur und Gesamtplanung den größten Teil. Spätestens seit der Einführung des KJHG vor gut 20 Jahren, versteht sich die KJH als sozialstaatlicher Leistungserbringer für Eltern. Sie ist aber nicht nur ein System komplexer Leistungserbringung durch öffentliche und v. a. freie Träger, sondern auch pädagogische Fachbehörde, Verwaltung, Kostenträger und schließlich auch Träger der Zukunftsplanung. Methodisch bedient sich die KJH der Beratung, Begleitung und Bildung. Sie fragt nicht nur nach den Lebensverhältnissen ihrer KlientInnen, sondern bietet und gewährt ihnen, neben der allgemeinen Versorgung und den offenen Angeboten, v. a. auch Entlastung und Unterstützung im Alltag sowie Hilfe und Schutz. Sie hat stets das Modell der Förderung (der Entwicklung) im Blick, will Kräfte wecken, die der Höher- und Weiterentwicklung dienen und orientiert sich an den „gesunden“ Anteilen des Menschen. Sie setzt also am Alltag und am Lebensort ihrer Klientel an. Des Weiteren erhalten, im Rahmen der Lebensweltorientierung, die Erfahrungen, Interpretationen und Ressourcen der am Hilfeprozess Beteiligten in der KJH einen hohen Stellenwert.

Die KJP hingegen, als Institution des Gesundheitswesens, hat sich als eigenständige Fachdisziplin der Medizin etabliert und dort ihre Angebote sowie Einrichtungen erweitert. Im Rahmen des SGB V ist sie in erster Linie für Diagnostik und kurative Tätigkeiten, also die Krankenbehandlung ihrer PatientInnen, zuständig und hat sich selbst, über viele Jahre hinweg, als Mittelpunkt des Gesundheitsgeschehens der jungen Menschen konzeptualisiert. Ein medizinisches Krankheitsmodell verfolgend, welches ein Defizit oder eine Störung fokussiert, will sie Leiden verhindern bzw. lindern sowie Ursachen (auf-) klären und die Betroffenen heilen.

Dennoch gibt es auch Kontakte zur KJH: so haben neben Kinder- und JugendpsychiaterInnen, die im öffentlichen Gesundheitswesen, in Erziehungsberatungsstellen oder im direkten Dienst der KJH tätig sind, manche Kliniken auch aktiv bei der Gründung von Jugendhilfeeinrichtungen für psychisch erkrankte Minderjährige mitgeholfen. Andere wiederum haben ein Konsultationsabkommen mit Heimen, die besonders schwierige KlientInnen betreuen. (Gahleitner/Schwarz/du Bois 2011: 172, 174f; Fegert 2001, n. Mörsberger 2011: 170; Wehner 2002: 816)

Was macht die Schnittstelle zwischen der KJP und der KJH heute dennoch z. T. so schwierig?

Fegert (2011: 44) sieht sich wiederholende Problematiken u. a. darin begründet, dass Fälle in den jeweiligen Disziplinen unterschiedlich betrachtet und bewertet werden, was sicherlich auch mit den verschiedenen Fachsprachen und Definitionen zu tun hat. Außerdem finden sich, nicht zuletzt aufgrund unterschiedlicher theoretischer Orientierungen und Konzepte der beiden Fachgebiete, immer wieder Misstrauen an deren Grenzen und somit auch systematische Neubearbeitungen der Fälle mit teilweise nicht enden wollenden Delegationsketten, sowie Gerangel um die Zuständigkeit im jeweiligen Fall. Des Weiteren spielen aber auch oftmals die Kosten eine entscheidende Rolle, weshalb Betroffene auch gerne mal in das jeweils andere System geschoben oder auch einfach widersprüchlich beraten werden, was schließlich, verständlicherweise, für Verwirrung und Misstrauen bei den KlientInnen und ihren Familien sorgt. (ebd.; vgl. Gintzel/Schöne 1989: 34f; Martinius/Krick/Reitinger 1996: 170f)

Auch Köttgen (2007: 90f) erkennt nachwievor bestehende Grundprobleme, v. a. bei den Grenzfällen zwischen KJP und KJH, obwohl sich in beiden Fachgebieten in den letzten Jahrzehnten aufgrund von Reformen, wie „Entinstitutionalisierung“, „Normalisierung von Lebensbezügen“ oder auch „Herstellung von tragfähigen Beziehungen“ schon einiges verändert hat. So würden KJP und KJH die wechselseitigen fachlichen Paradigmen, Rechtsgrundlagen sowie die Möglichkeiten und Grenzen der jeweiligen (anderen) Institution nicht kennen und somit zu einer nachwievor fehlenden strukturell verankerten und engen Kooperation beitragen. Aufgrund von (empfundener) Nichtzuständigkeiten werden besonders verletzte Kinder nach immer kürzerer Zeit in das jeweils andere System abgegeben und damit zu Defizitträgern degradiert – nicht selten kommen so junge Menschen auf einem derartig unkoordinierten „Verschiebebahnhof“ unter die Räder. All dies erfolgt aufgrund verschiedener Rechtsgrundlagen im SGB VIII, BSHG, Psych. KG, JGG u. a. auf völlig legalem Weg. (Köttgen 2007: 49, 90f)

Ebenso sprechen Abels, Schäfer und Wolf (2007: 122) von einem z. T. stattfindenden „Prozess ständiger Verlegungen“ (ebd.), der von den Betroffenen nicht selten auch als Abschiebeprozess wahrgenommen wird, und eine Kette von Ortswechseln und Beziehungsabbrüchen mit sich bringt und somit Entwicklungschancen gefährdet oder gar ruiniert.

Auch Beck (2011: 180) definiert die Gestaltung der Kooperation der beiden Disziplinen mehr als „(...) ‚Übergabe‘ an das andere System denn als ein strukturiertes und konzeptionell ausgestaltetes gemeinsames Handeln (...)“.

Diesbezüglich stellen Gahleitner/Schwarz/du Bois (2011: 174) ernüchternd fest, dass (zu) selten eine reibungslose Weitervermittlung erfolgt, wenn sie überhaupt geschieht. Zudem tritt oft und ausgerechnet dann, wenn sich massive Schwierigkeiten andeuten, Diskontinuität¹⁸ ein – das, was den Betroffenen am wenigsten hilft und gut tut.

Darüber hinaus bringt du Bois (2004: 1428, zit. n. Gahleitner/Schwarz/du Bois 2011: 172) die Divergenz der beiden Systeme folgendermaßen auf den Punkt: „Je nach fachlicher Orientierung sollen ‚Verhaltensauffälligkeiten behandelt‘ oder ‚belastende Lebenssituationen bewältigt‘ werden“.

Gleichzeitig beinhalten unterschiedliche Standpunkte, Martinus/Krick/Reitinger (1996: 170f) nach zu urteilen, aber auch den positiven Effekt, in der Begegnung verändert und im besten Fall aufeinander zubewegt werden zu können.

Dementsprechend plädiert Beck (2011: 181) auch dafür, „das Bild des ungleichen Paares“, welches nicht selten für die Darstellung der Beziehung zwischen KJP und KJH herangezogen wird, zu korrigieren, da es bzgl. der Zusammenarbeit zwischen beiden Systemen bereits lange vor Einführung der „kooperativen“ Rechtsgrundlage des § 35a SGB VIII, ein inhaltlich fundiertes gemeinschaftliches Verständnis sowie historisch gewachsene gemeinsame Wurzeln¹⁹, nämlich die öffentliche Jugendfürsorge, gab. (vgl. auch Mörsberger 2011: 167) Zudem wurde der politische Wille zur Kooperation der beiden Fachgebiete sowie die Forderung nach der Integration kinder- und jugendpsychiatrischer Kompetenzen in Institutionen der KJH in einem gemeinsamen Positionspapier der Jugend- und Gesundheitsministerkonferenz²⁰ Anfang der 1990er Jahre verdeutlicht. Seither gibt es viele Beispiele von Kooperationspraktiken und -modellen. (Beck 2011: 183f) Auch Mörsberger (2011: 167) spricht von inzwischen gelungenem Zusammenwirken zwischen den beiden Fachdisziplinen, nicht zuletzt aufgrund einer großen und zugleich wachsenden Schnittmenge von Kindern und Jugendlichen in der Klientel von KJP und KJH. So stellt bspw. die Entlassung junger Menschen aus dem stationären Bereich einer KJP in teil- oder vollstationäre Jugendhilfemaßnahmen, also das, was in der vorliegenden Arbeit analysiert wird, einen gemeinsamen Schnittpunkt zwischen KJP und KJH dar; denn die Entscheidung zur (Art der) Entlassung sollte von allen Seiten getragen werden. (Brünger 2004: 356f)

¹⁸ Diskontinuität = Ablauf von Vorgängen mit zeitlichen oder räumlichen Unterbrechungen (vgl. Bibliographisches Institut 2013: o. S.)

¹⁹ Für ausführliche Informationen zur Historie der beiden Systeme vgl. (Gahleitner/ Schwarz/du Bois 2011: 172ff)

²⁰ Vgl. Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt (o. J.: o. S.)

Neben der zunehmenden Zielgruppe, deutet Mörsberger (2011: 167f) aber auch auf die große gemeinsame Mitarbeiterschaft beider Systeme hin: denn sozialpädagogische Fachkräfte sind zwar in erster Linie in der KJH „zu Hause“, finden sich aber, wenn auch zu einem deutlich geringeren Anteil, ebenso in den meisten kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken. Umgekehrt haben Kinder- und JugendpsychiaterInnen sowie PsychotherapeutInnen ihr „Domizil“ in den jeweiligen KJP, sind aber auch hin und wieder als feste Kräfte in Institutionen der KJH, besonders in stationären, tätig. Folglich ist es wenig verwunderlich, wenn beide Disziplinen bei entsprechendem Bedarf auf die Inanspruchnahme der jeweils anderen Fachkompetenz angewiesen sind. Dennoch leugnet Mörsberger (2011: 167) nicht, dass viele Fachpublikationen zu den Themen Kooperation und Verhältnis bzgl. der Aufgabenfelder KJP und KJH von ihren jeweiligen AutorInnen professionsbedingt „gefärbt“ sind.

Schließlich bestätigt auch der im letzten Jahr veröffentlichte 14. Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ 2013: 46, 253) die Zunahme von institutionellen Schnittstellen zwischen der KJH und anderen (staatlichen) Einrichtungen und Behörden, wie etwa der KJP. Neben der Tatsache, dass sich die KJH vermehrt auf die Logik dieser anderen Funktionssysteme einlassen muss, ist dort auch die Rede von einer wachsenden „(...) Übernahme von Handlungsmaximen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe auch außerhalb ihrer eigenen gesetzlich festgelegten Koordinaten, also in anderen Handlungsfeldern (...)“ (a. a. O.: 254). Heißt, dass das fachliche Selbstverständnis (z. B. „Kinder und Jugendliche dort abholen, wo sie stehen“) und/oder Methoden und Verfahren (z. B. Beteiligung bei der Erbringung von Leistungen) der KJH für andere gesellschaftliche Akteure und Zuständigkeitsbereiche, wie eben auch für die KJP, zunehmend wichtiger werden.

Dennoch fordert die Berichtskommission an den Schnittstellen verschiedener Leistungs- bzw. Handlungssysteme weiterhin eine koordinierte und systematische Zusammenarbeit sowie eine hinreichende und angemessene Berücksichtigung kinder- und jugendspezifischer Bedürfnisse. (a. a. O.: 17) Auch für Beck (2011: 184) bleibt der Ausbau von gemeinsamen Versorgungsstrukturen seitens der Jugend- und Gesundheitshilfe als Aufgabe für die Zukunft bestehen.

3. HzE und kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen – ein paar Zahlen

Vergleicht man den demografischen Verlauf der Geburtenzahlen auf der einen Seite und den Bedarf sowie die Inanspruchnahme von Jugendhilfeleistungen nach dem SGB VIII und kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen auf der anderen Seite, lässt sich relativ schnell eine gegenläufige Entwicklung feststellen.

Während der Anteil an jungen (minderjährigen) Menschen an der Gesamtbevölkerung Deutschlands seit Jahren kontinuierlich sinkt (vgl. Abb. 4 und 5) und prognostisch weiter sinken wird (vgl. Abb. 5), sind die Fallzahlen sowie die Inanspruchnahme von HzE-Leistungen (vgl. Abb. 6), aber auch die Anzahl der in einer KJP stationär behandelten Kinder und Jugendlichen (vgl. Abb. 7) im gleichen Zeitraum gestiegen.

So ist in der Zeit von 2000 bis 2010 die Anzahl der unter 18-Jährigen²¹ um ca. 14%²² von etwa 15.200.000²³ auf 13.100.000 gesunken (vgl. Abb. 4) während in denselben Jahren die Fallzahlen der unter 21-Jährigen mit Jugendhilfeleistungen von etwa 520.000 auf 780.000, also um ca. 50% (vgl. Abb. 6), und die Anzahl der stationär kinder- und jugendpsychiatrisch Behandelten von etwa 30.000 auf 43.500, also um ca. 45% (vgl. Abb. 7), nach oben „geklettert“ sind. Diese Ergebnisse unterstreichen die zunehmende Bedeutung der Hilfeleistungen der KJH nach §§ 27 SGB VIII und der therapeutischen Leistungen der KJP.

Was die Gründe für den Anstieg des HzE-Bedarfs betrifft, so werden zahlreiche und unterschiedliche Faktoren diskutiert. Vordergründig werden v. a. die sich rasch verändernden gesellschaftlichen Umstände und ihre möglichen destabilisierenden Auswirkungen auf die Familien sowie die individuellen Überforderungen von Eltern behandelt. Parallel dazu kommt auch der z. T. in der Gesellschaft angekommene positive Imagewandel der KJH in Frage, da deren Leistungsangebote, v. a. die ambulanten, heutzutage mehr als Unterstützung und weniger als Eingriff empfunden und dementsprechend häufiger erfragt werden. (Statistisches Bundesamt 2008: 5)

²¹ Auch wenn sich die (obere) Altersgrenze der jungen Menschen der hier aufgeführten Untersuchungen ein wenig unterscheidet (18 bis 21 Jahre), ist dennoch davon auszugehen, dass die Berechnungen bei einer exakt gleichen Altersgrenze ähnlich ausfallen würden.

²² Die prozentualen Angaben beruhen auf eigenen Berechnungen.

²³ Die Zahlen werden der Einfachheit halber auf- bzw. abgerundet. Für die genauen Werte vgl. die jeweilige Grafik.



Abb. 4: „Anzahl der minderjährigen Kinder in Deutschland von 2000 bis 2012“ (Statista 2014: o. S.)

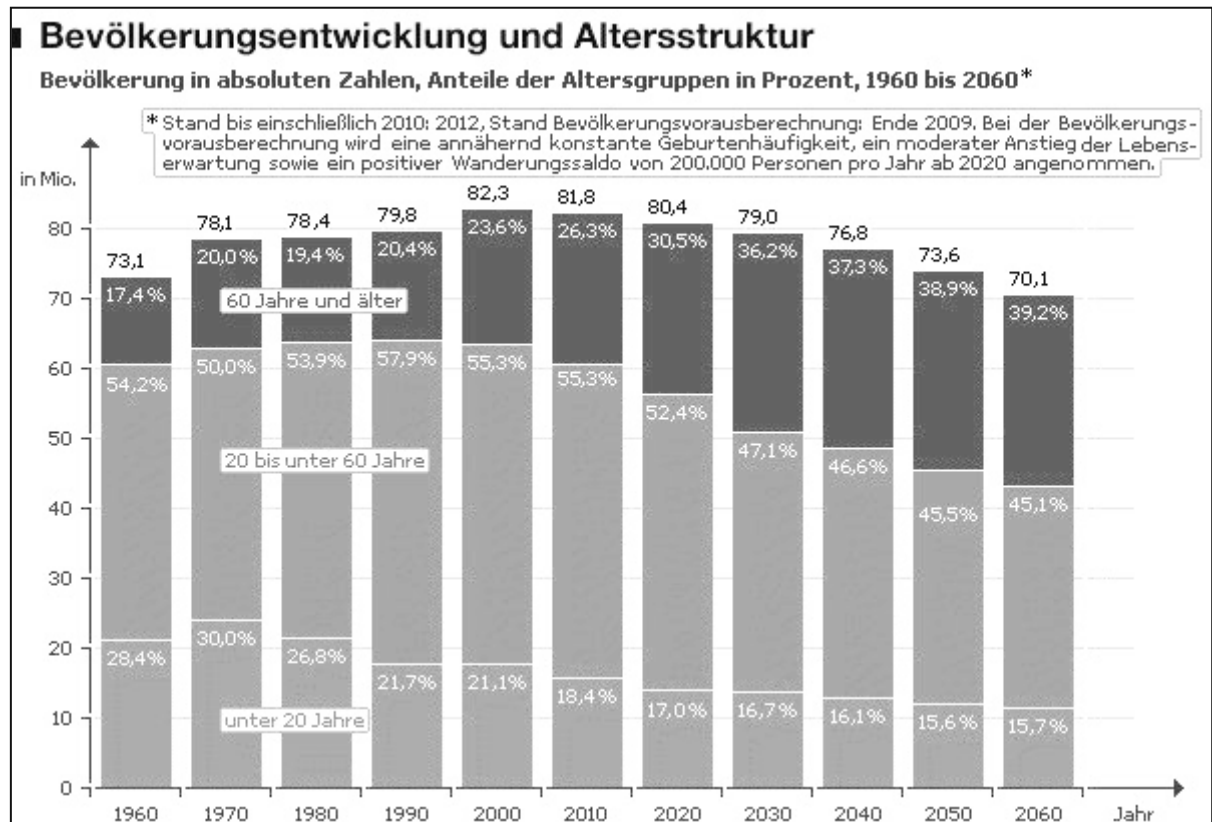


Abb. 5: „Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur“ (Statistisches Bundesamt 2009, zit. n. Bundeszentrale für politische Bildung 2012: o. S.)

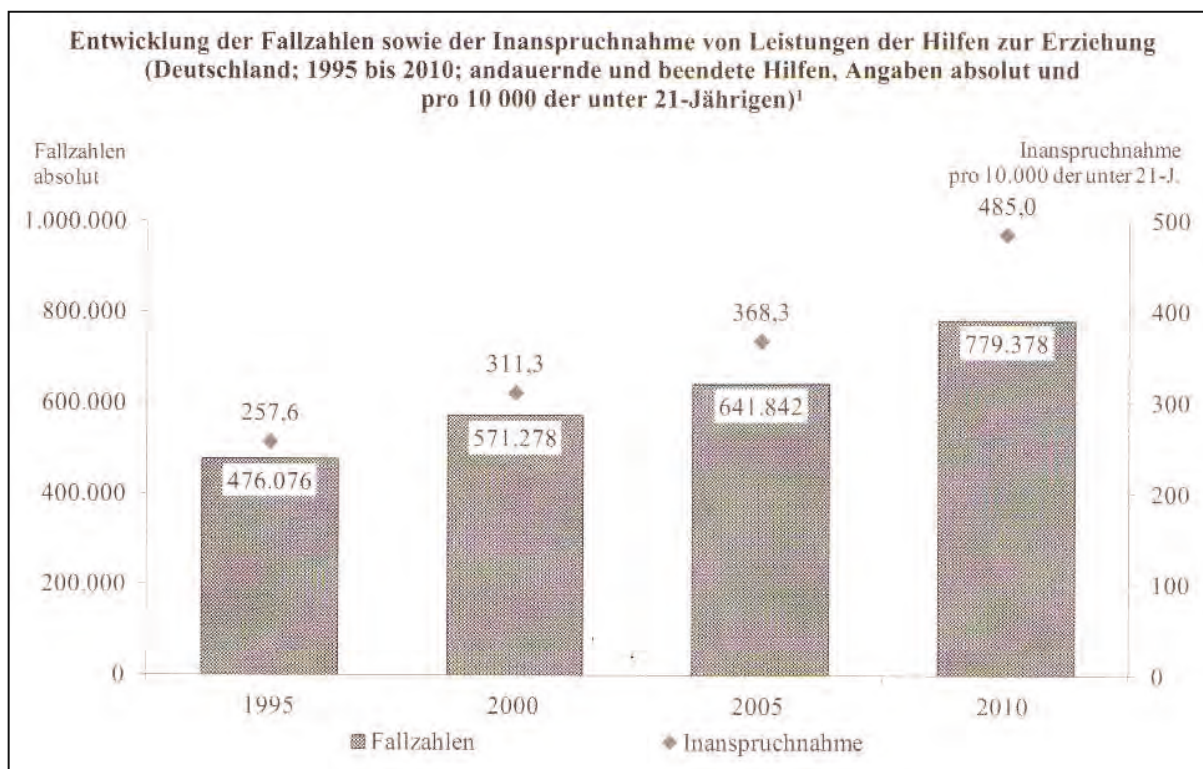


Abb. 6: „Entwicklung der Fallzahlen sowie der Inanspruchnahme von Leistungen der HzE“ (BMFSFJ 2013: 335)

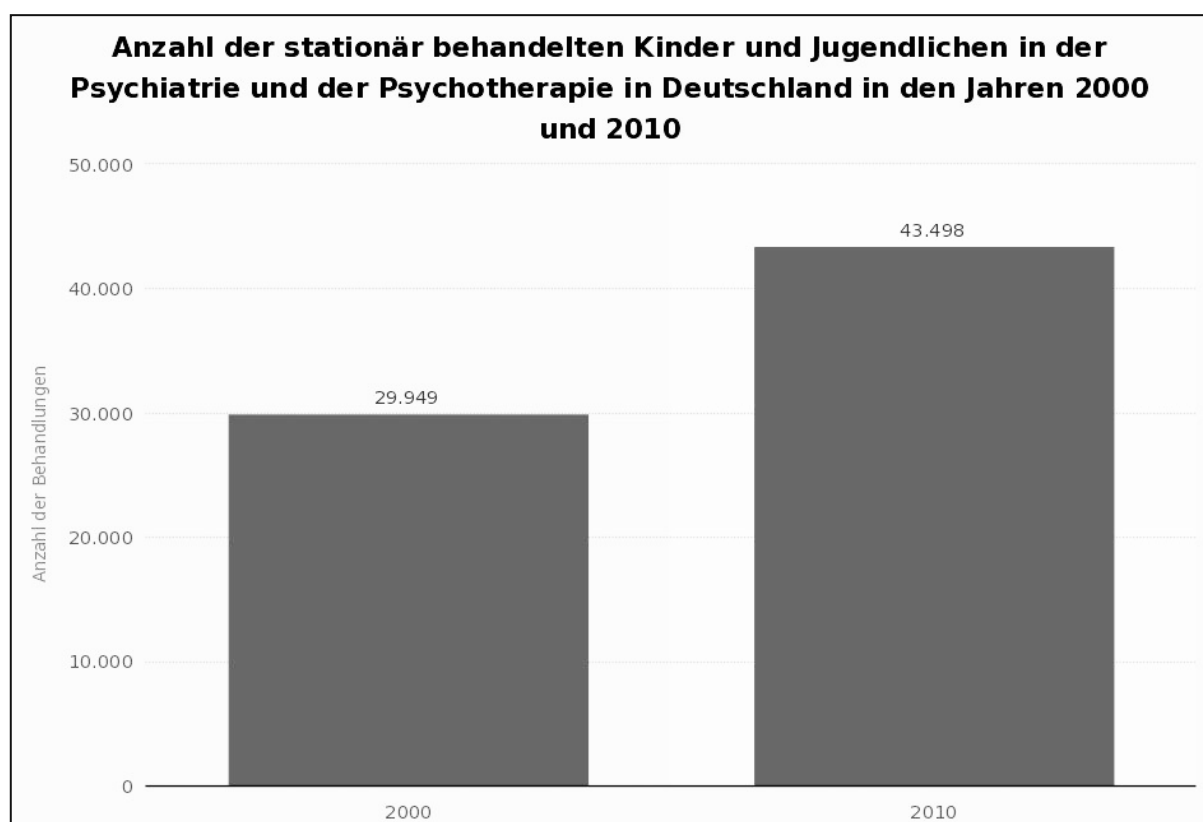


Abb. 7: „Anzahl der stationär behandelten Kinder und Jugendlichen in der Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland in den Jahren 2000 und 2010“ (Statista 2014: o. S.)

Allerdings konnte der Zuwachs an KJH-Bedarf nicht in jeder Altersklasse²⁴ und nicht in jedem Hilfebereich (vgl. Abb. 8²⁵) gleich stark verzeichnet werden.

So haben die „Hilfen innerhalb der Familie“, d. h. dass die Kinder und Jugendlichen während der Inanspruchnahme der Hilfen in ihren Familien bleiben können, innerhalb von 15 Jahren stark zugenommen (um 17%) und machen inzwischen knapp dreiviertel aller HzE aus. Zu diesen Hilfen zählen die ambulanten Leistungen, nämlich die Erziehungsberatung, die Erziehungsbeistandschaft, die Soziale Gruppenarbeit sowie die Sozialpädagogische Familienhilfe.

Im Zuge dessen gab es im gleichen Zeitraum bei den „Hilfen außerhalb der Familie“, d. h. dass die jungen Menschen die Jugendhilfeleistungen in stationären Einrichtungen oder anderen Familien in Anspruch nehmen, eine enorme Abnahme (ebenso um 17%) und sie halbierten sich fast von 40% auf 23% aller erzieherischen Hilfen. Als außerfamiliäre Hilfen gelten die vollstationären, also die Vollzeitpflege, die Heimerziehung und die hier nicht erfasste „Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung“ (§ 35 SGB VIII).

Der prozentuale Anteil der teilstationären Hilfe unter den HzE, also der Erziehung in einer Tagesgruppe, erhöhte sich von 1991 bis 2006 gerade mal um 1% auf 4 % und blieb somit auf fast gleichem Niveau.

Diese Entwicklungen können unterschiedliche Hintergründe haben. Einerseits könnten die allgemeine Zunahme an HzE und der damit verbundene Kostenfaktor ein Grund für den Anstieg der „Hilfen innerhalb der Familie sein“, da ambulante Maßnahmen bekanntermaßen um einiges kostengünstiger sind als ihre stationären „Kollegen“.

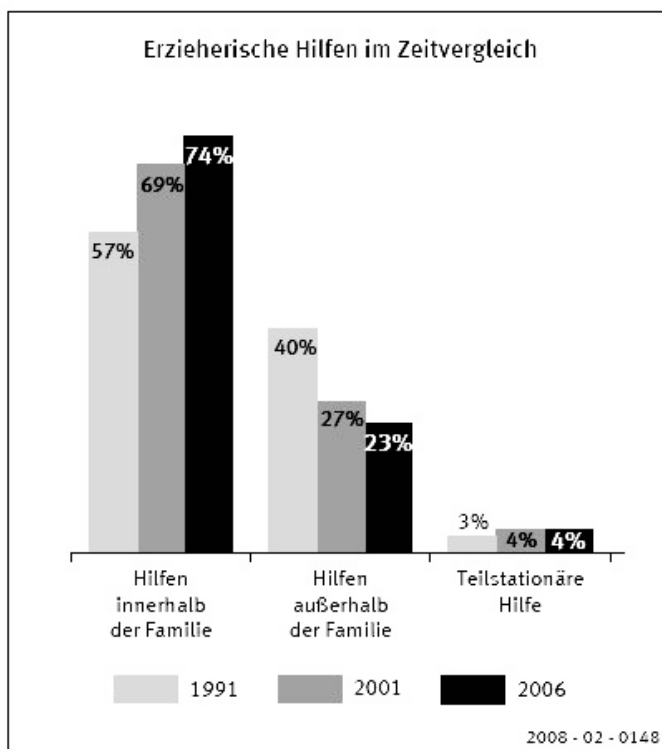


Abb. 8: „Erzieherische Hilfen im Zeitvergleich“
(Statistisches Bundesamt 2008: 4)

²⁴ Da die Altersklasse (lediglich) in Minderjährige vs. junge Erwachsene unterteilt und dieser Vergleich für die Zielgruppe der vorliegenden Analyse wenig Aussagekraft hat, bleiben diese Ergebnisse hier unberücksichtigt. Für mehr Informationen vgl. Statistisches Bundesamt 2008: 4

²⁵ Auch wenn in beiden Abbildungen 8 und 9 der Zeitraum von 1991 bis 2006 (und nicht bis 2010 wie bei den vorherigen) dargestellt ist, so lassen sich trotz alledem die Unterschiede recht gut darstellen.

Andererseits werden HzE heutzutage auch frühzeitig in Anspruch genommen, sodass für jüngere Kinder häufig (noch) ambulante Maßnahmen ausreichen. Außerdem haben Hilfen, bei denen die Kinder und Jugendlichen in ihren Familien bleiben können, wie bereits zuvor beschrieben, den Vorteil, dass die jungen Menschen nicht aus ihrem sozialen Umfeld „herausgerissen“ werden wie es z. T. bei den teil- bzw. stationären Leistungen der Fall ist. Demnach liege es nahe, wenn alle am Hilfeplan beteiligten Fachkräfte in den meisten Fällen versuchen, die außerfamiliären „Erfahrungen“ so vielen ihrer KlientInnen wie möglich zu ersparen.

Allerdings führen der Ausbau ambulanter Hilfen und die gleichzeitig rückläufige Inanspruchnahme stationärer Hilfen dazu, dass es in den außerfamiliären Hilfen zu einer Verdichtung und Akzentuierung von Multi-Problemlagen und Störungsbildern, also mehr Pflege- bzw. Heimkinder mit mindestens einer psychischen Erkrankung und evtl. mehrerer Beeinträchtigungen, kommt (Beck/Warnke 2009: 74), da nur (noch) jene KlientInnen stationäre Jugendhilfeleistungen bekommen, die mit den „Hilfen innerhalb der Familie“ nicht (mehr) erreicht werden können, weil diese bspw. schon gescheitert sind.

So spricht Schmid (2012: 113) von Studien aus England und den USA, aber auch aus Deutschland, die belegen, dass 60-80% der Heimkinder traumatische Erlebnisse wie bspw. Tod, Trennung, Gewalt und/oder Misshandlungen etc. in und außerhalb der Familie zu verarbeiten haben. So verwundert es auch nicht, dass die Mehrheit (60%) der Minderjährigen in Heimen (mindestens) eine und z. T. sehr komplexe kinder- und jugendpsychiatrische Störung mit vielen Symptomen aufweisen. Dabei leiden die betroffenen Kinder und Jugendlichen häufig unter den sog. „externalisierenden“ Störungen – Störungen, bei denen der junge Mensch seine Problematik bspw. durch Hyperaktivität, aggressives Verhalten und/oder Nichteinhaltung von Regeln oder gar Delikten nach außen „trägt“, wie etwa bei den Störungen des Sozialverhaltens oder bei ADHS. Andererseits zeigen sehr viele junge KlientInnen im Rahmen stationärer Maßnahmen auch „internalisierende“ Störungen, die sich eher im inneren Erleben der Betroffenen abspielen, wie etwa Depressionen, Angststörungen oder posttraumatische (Belastungs-) Störungen.

Diese psychisch hoch belasteten Kinder und Jugendlichen, sollen hier nicht nur aufgrund ihrer „Schnittstelleneigenschaft“ zwischen KJP und KJH fokussiert werden, sondern weil es im Hinblick auf die Kooperation der beiden Disziplinen wichtig zu wissen erscheint, dass diese „Gruppe“ von jungen Menschen einerseits in geringerem Maße von Jugendhilfeleistungen profitiert (Baur et al. 1998; Hebborn-Brass 1991; Schmidt et al. 2002, n. Schmid 2012: 15) und andererseits diese Hilfen auch häufiger abbricht. (Institut für KJH EVAS 2004, n. ebd)

4. Gemeinsame Zielgruppe

Hier sollen die wichtigsten Punkte in Bezug auf die wachsende Schnittmenge von KJP und KJH dargestellt werden: dazu gehören die Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten, der Einfluss bio-psycho-sozialer Faktoren auf die Entstehung und Aufrechterhaltung solcher Auffälligkeiten und Erkrankungen, aber auch die sog. „Grenzfälle“, die (immer wieder) beider Fachbereiche bedürfen. Schließlich wird noch die gemeinsame Rechtsnorm § 35a SGB VIII betrachtet.

4.1. Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten

Den Ergebnissen der groß angelegten KiGGS-Untersuchungen (vgl. Erhart et al. 2007; Hölling et al. 2007; Robert-Koch-Institut 2006) und der BELLA-Studie (vgl. Ravens-Sieberer 2007) zufolge, zeigen 17-22% der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 7 und 17 Jahren psychische und z. T. grenzwertige Auffälligkeiten. Hierunter fallen emotionale Probleme, Hyperaktivitätsprobleme, Verhaltensauffälligkeiten i. S. von Störungen des Sozialverhaltens, Kontaktschwierigkeiten mit Gleichaltrigen, aber auch Ängste und Depressionen. Dabei lassen sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der psychischen Beeinträchtigungen ausmachen. Während Mädchen häufiger von emotionalen Problemen betroffen sind, haben Jungen mehr mit Hyperaktivitätsproblemen, Verhaltensauffälligkeiten sowie Problemen mit Gleichaltrigen zu kämpfen. (Robert-Koch-Institut 2006: 45)

Nach Köttgen (1998: 14f) lassen sich diese Unterschiede auch zwischen den Schichten feststellen: während Kinder/Jugendliche aus der sog. „Mittelschicht“ ihr Leiden eher gegen sich selbst richten und Krankheitsbilder wie Depressionen, Zwänge u. a. entwickeln, reagieren Kinder/Jugendliche aus der sog. „Unterschicht“ eher mit einem nach „nach außen“ gerichtetem Verhalten.

Weiterhin zeigen deutlich mehr Kinder und Jugendliche mit einem niedrigen Sozialstatus (23,2%) mehr psychische Auffälligkeiten, als die unter 18-Jährigen mit einem mittleren (13,4%) oder hohen (8,1%) sozioökonomischen Status. (ebd.; Hölling et al. 2007: 787) Das hat u. a. damit zu tun, dass junge Menschen aus der sozial „unteren“ Schicht einerseits häufiger Defizite innerhalb der personalen, sozialen und familiären Ressourcen, aufgrund materieller Entbehrungen, höherer Belastungen innerhalb der Familien, etc., vorweisen (Erhart et al. 2007: 803, 807) und andererseits, dass ein niedriger sozioökonomischer Status, neben einem ungünstigen Familienklima, psychischen/körperlichen Erkrankungen bei den Eltern uvm., als bedeutsamer Risikofaktor für eine erhöhte Prävalenz psychischer Probleme gilt. (Ravens-Sieberer et al. 2007: 873f)

Außerdem steigt, wie unter der folgenden Abb. 9 zu sehen, die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei kumuliertem, also verstärktem, Auftreten mehrerer Risikofaktoren. (a. a. O.: 873)

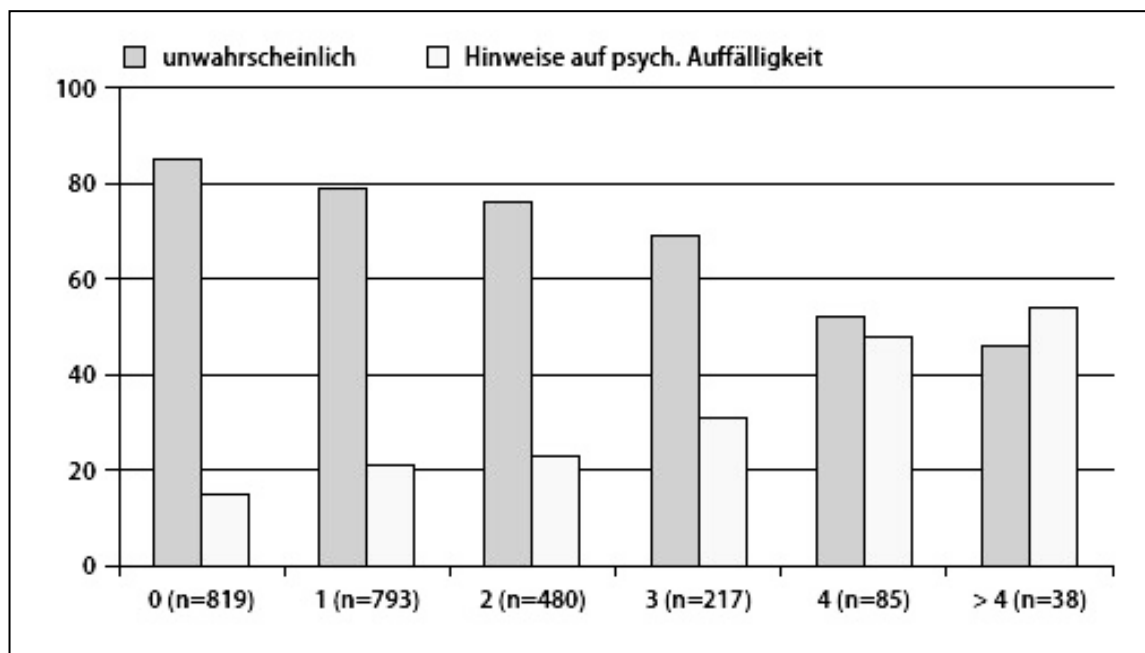


Abb. 9: „Kumulative Wirkung von Risikofaktoren hinsichtlich psychischer Auffälligkeit“
(zit. n. Ravens-Sieberger et al. 2007: 876)

Auch zahlreiche andere Veröffentlichungen (vgl. BMFSFJ 2013: 54; Enquête-Kommission 2008: 34, n. Jordan/Maykus/Stuckstätte 2012: 11; Erhart et al. 2007: 807; Köttgen 1998: 14, Gahleitner/Pauls 2013: 64) untermauern die soeben beschriebenen Ergebnisse bzgl. des Risikofaktors „niedriger sozioökonomischer Status“. So beschreiben sie, dass bei Minderjährigen aus armen Familien häufiger Erkrankungen und Auffälligkeiten bzw. Beeinträchtigungen im psychischen, sozialen, emotionalen und/oder auch motorischen Bereich zu beobachten sind. Beispiele hierfür sind u. a. (diffuse) Aggressivität, (schädlicher) Drogen- und Alkoholkonsum, Gewalt, Prostitution, sexuelles Missbrauchsverhalten, delinquentes Verhalten, generelle Grenzüberschreitungen uvm. (vgl. BMFSFJ 2013: 54; Enquête-Kommission 2008: 34, n. Jordan/Maykus/Stuckstätte 2012: 11; Köttgen 1998: 14, Gahleitner/Pauls 2013: 64)

Umso erschreckender, dass inzwischen fast jede/r dritte Minderjährige in Deutschland in einem Elternhaus aufwächst, das von Armut bedroht ist oder in dem die Eltern keiner Erwerbstätigkeit nachgehen oder aber die Erwachsenen selbst über keine ausreichenden Schulabschlüsse verfügen. Bei rund 3 % der jungen Menschen in diesem Land sind sogar alle drei Risikofaktoren gleichzeitig vorhanden. (BMFSFJ 2013: 40)

4.2. Einfluss bio-psycho-sozialer Faktoren auf die Krankheitsentstehung

Auch wenn der Fokus soeben auf dem sozioökonomischen Status und anderen sozialen Umständen lag, so sei an dieser Stelle ausdrücklich gesagt, dass neben diesen doch auch immer, zumindest in den meisten Fällen, biologische und psychische Faktoren bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und dem Verlauf psychischer Auffälligkeiten bzw. psychiatrischer Erkrankungen eine Rolle spielen.

Folglich dominieren heutzutage nicht mehr Vorstellungen über einfache Ursache-Wirkungszusammenhänge, sondern (vielmehr) bio-psycho-soziale oder auch multifaktorielle Erklärungsmodelle, wie das unten grafisch dargestellte. (vgl. Denner 2008: 19f; Rahn/Mahnkopf 2005: 46f; Warnke/Lehmkuhl 2011: 22)

Auch neuere Forschungsergebnisse bestätigen dieses bio-psycho-soziale Krankheitsmodell, das verdeutlicht, „(...) wie sich biomedizinische Forschungsergebnisse und sozialwissenschaftliche Erklärungsmodelle ergänzen und bereichern können.“ (Denner 2008: 20)²⁶

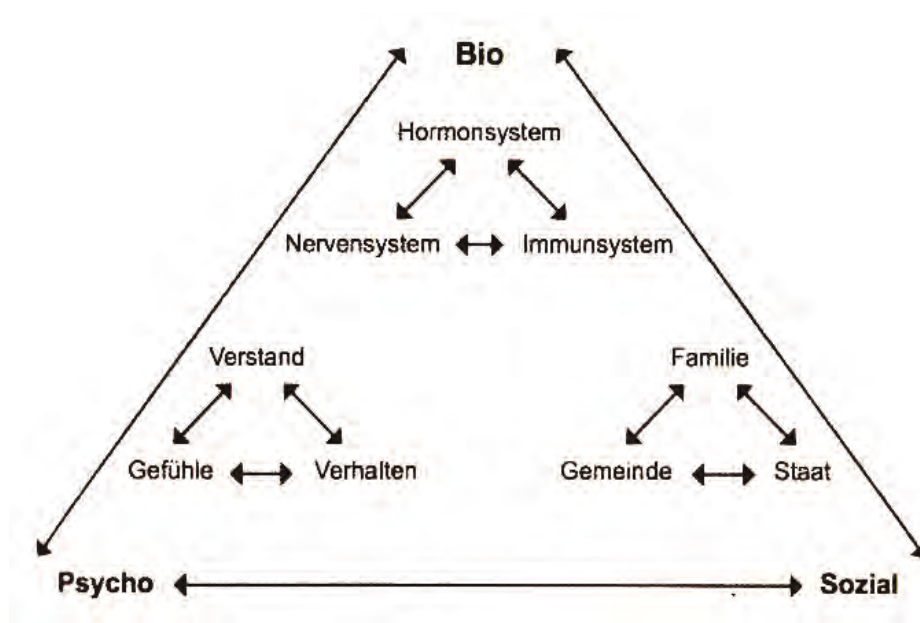


Abb. 10: Das bio-psycho-soziale Modell nach Friedrich 2000 (zit. n. Pauls 2011: 99)

Betrachtet man ein solches bio-psycho-soziales Erklärungsmodell, wird deutlich, wie neurobiologische Abläufe, zwischenmenschliche Konflikte, Lebensereignisse, uvm. die Entwicklung psychischer Probleme beeinflussen. (a. a. O.: 19f)

²⁶ Eine ausführliche Darstellung des bio-psycho-sozialen (Krankheits-) Konzeptes findet sich u. a. bei Pauls 2011

4.3. Die „Grenzfälle“ oder auch „besonders Bedürftige“

Als sog. „Grenzfälle“ werden Kinder und Jugendliche bezeichnet, deren Lebensort sich immer wieder im Wechsel zwischen Elternhaus, KJH und KJP befindet und die als „besonders schwierig“ gelten, weil anzunehmen ist, dass neben pädagogischen Problemen auch psychische und psychiatrische Ursachen ihr „schwieriges“ Verhalten erklären.

Da die Systeme bei dieser Zielgruppe immer wieder an die Grenzen ihrer Möglichkeiten stoßen, soll diese im Folgenden etwas genauer betrachtet werden. (Abels/Schäfer/Wolf 2007: 140; Beck 2011: 180; Kalter 2004: 449, 455) Was sind das also für Kinder und Jugendliche, die (immer wieder) sowohl mit der KJP als auch mit der KJH in Berührung kommen?

Martinius/Krick/Reitinger (1996: 171) definieren die gemeinsame Klientel der KJP und KJH in recht drastischer Weise als „von ihren Familien alleingelassene und mißhandelte, traurige, zu Aggressionen gegen sich selbst und andere neigende, oft auch mit biologischen Risiken belastete beziehungs- und erziehungsbedürftige junge Menschen, von denen die Schwierigeren nicht zufällig in die Kinder- und Jugendpsychiatrie kommen, jedenfalls eine Zeitlang.“ Dem fügt Köttgen (1998: 15) hinzu, dass es sich v. a. auch um (früh) verletzte, verstörte und misstrauisch gemachte junge Menschen handelt.

Ader (2006: 204ff) wiederum, sieht die betroffenen Kinder und Jugendlichen erst dann zu schwierigen Fällen oder den sog. „Grenzfällen“ werden, wenn zwei Dinge zusammen kommen: zum einen die materielle, psychische und/oder soziale Not und Isolierung, die ein Familiensystem völlig „aus den Fugen geraten“ lässt und zum anderen ein Hilfesystem, welches aufgrund von Verstrickungen in die Familiendynamiken und der Beschäftigung mit eigenen Kooperations- und Zuständigkeitsproblemen, wie sie z. T. unter Punkt 2. aufgezeigt wurden, den am Klienten orientierten Blick auf eine eskalierende familiäre Situation verliert. (vgl. hierzu Abb. 11) Psycho- sozial und sozioökonomisch belastende Familien- und Lebensverhältnisse scheinen also nicht allein für die Entstehung der sog. „Problemfälle“ verantwortlich zu sein.

Umso wichtiger erscheint da eine gut funktionierende und gelingende Kooperation, da das Verhalten dieser „anspruchsvollen“ Klientel (fortgesetzt) bei allen am Hilfeprozess beteiligten Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht auslöst. Darüber hinaus ist die Ausgrenzung dieser Kinder und Jugendlichen zu befürchten, falls ihr „schwieriges“ Verhalten bestehen bleibt.

Außerdem bedingen und verstärken sich bei jungen Menschen, die mit beiden Fachbereichen (immer wieder) in Berührung kommen, problematische Beziehungserfahrungen sowie sozio-ökonomische Belastungen und/oder krisenhafte Lebensverhältnisse nicht selten gegenseitig. Dementsprechend handelt es sich häufig um Minderjährige, die auf alternative Erfahrungen sowie grundlegende Orientierungen und Sicherheiten angewiesen sind. (Kalter 2004: 450-454)

Was die Symptome dieser Kinder und Jugendlichen betrifft, so unterscheiden sich diese „(...) je nach sozialer Schicht, kultureller Zugehörigkeit, Rolle im Familiensystem oder in anderen sozialen Bezügen. Jede Zeit produziert ihre besonderen „Krankheiten“. (Köttgen 1999: 92)

Schaut man auf die Zahlen der gemeinsamen KlientInnen zwischen KJP und KJH, so ist seit langem eine Zunahme zu verzeichnen: Mitte der 1990er waren es noch 10-15% der Minderjährigen, die sowohl in der KJH betreut als auch im Rahmen eines stationären Psychiatrieaufenthaltes behandelt wurden. Etwa 10 Jahre später waren es bereits über 30%, also mehr als doppelt so viele. (Fegert/Schrapper 2004: 17)

Martinius/Krick/Reitinger (1996: 172) kamen hingegen – bereits Mitte der 1990er – zu einem deutlich höheren Ergebnis: so wurde bei 40% der Kinder und Jugendlichen nach einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung eine Fremdunterbringung eingeleitet, wovon wiederum knapp die Hälfte (18%) dann endgültig in ein Heim bzw. die stationäre KJH entlassen wurde.

Im Jahr 2009 kommen Beck/Warnke (2009: 77) auf ein ähnliches Ergebnis, nämlich auf 47% indizierte oder direkt umgesetzte Jugendhilfemaßnahmen im Anschluss an einen stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Aufenthalt. Demnach wurde also fast die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen aus der stationären Behandlung der KJP in eine Hilfeform der KJH „entlassen“.

Ob die vorliegende Analyse zu ähnlichen Zahlen kommt, wird sich im weiteren Verlauf zeigen.

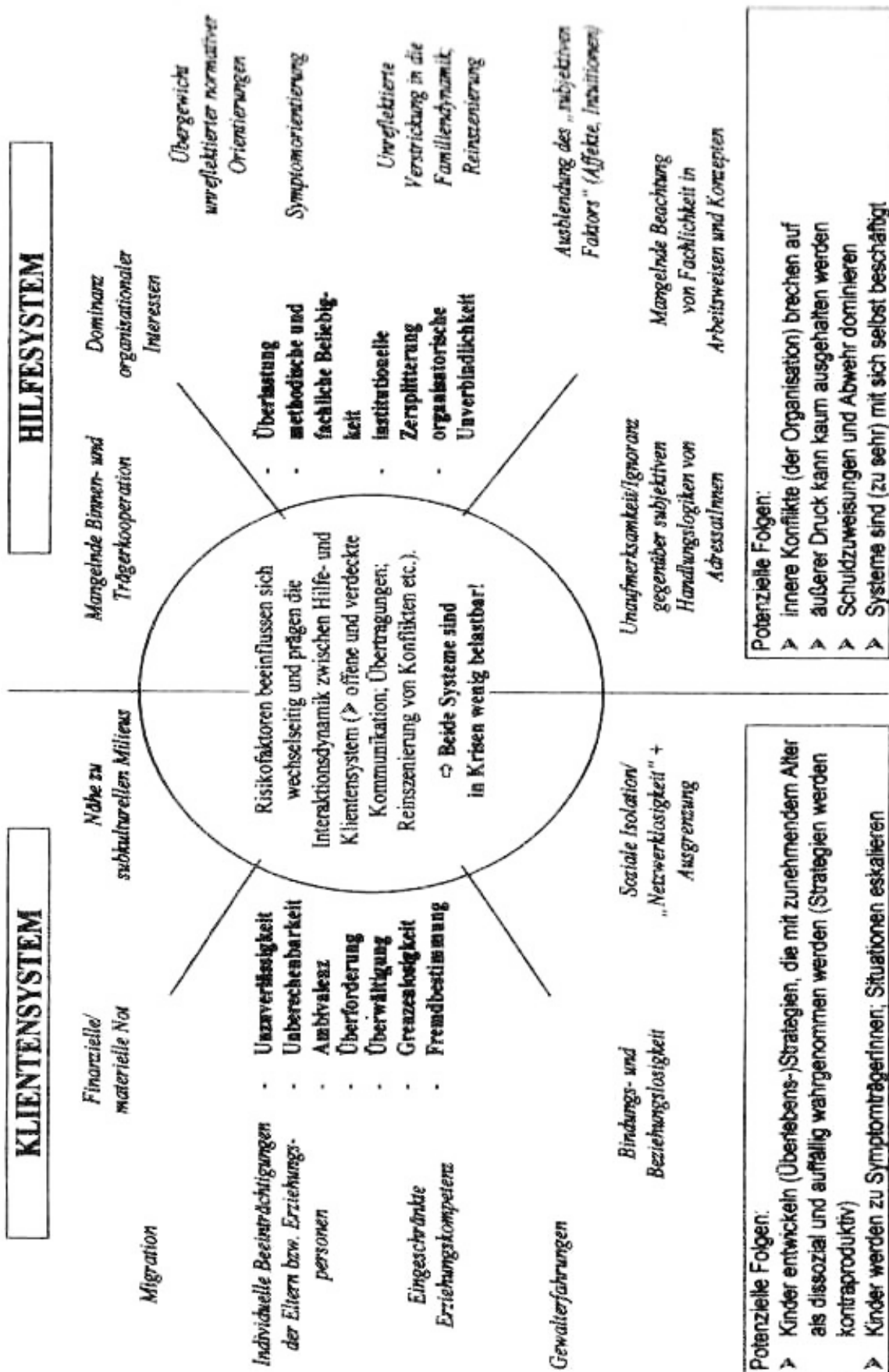


Abb. 11: „Wie werden aus Kindern in Schwierigkeiten ‚schwierige Fälle‘? Risikofaktoren für Verschärfungszusammenhänge in Hilfesystemen“ (zit. n. Ader 2006: 206)

4.4. Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII)

Da es sich bei der gemeinsamen Klientel von KJP und KJH, wie eben deutlich wurde, i. d. R. um Kinder und Jugendliche handelt, die sowohl psychisch als auch sozial beeinträchtigt sind bzw. bei denen eine soziale Teilhabebeeinträchtigung am gesellschaftlichen Leben aufgrund ihrer psychischen Erkrankung vorliegt oder ihnen droht, soll im nachfolgenden diese Zielgruppe und deren KJH-Leistungsanspruch nach § 35a SGB VIII²⁷ genauer beleuchtet werden.

Wenn bei jungen Menschen mit einer psychischen Störung trotz intensiver Behandlung die schulische, berufliche und/oder soziale Integration nicht gelingt, droht die Gefahr einer seelischen Behinderung. Basierend auf § 35a SGB VIII spricht man von einer seelischen Behinderung bzw. der Bedrohung einer solchen, wenn bei Kindern oder Jugendlichen nach fachlicher Erkenntnis ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft besteht oder zu erwarten ist. (Denner 2008: 18; Tammen 2011b: 277) Ist dies der Fall, haben die Betroffenen das Recht auf Hilfen zur Wiedereingliederung, nämlich auf die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, welche vom Gesetzgeber im SGB VIII unter § 35a verordnet wurde. Seit der Einführung gab es aber auch immer wieder mehrfache Änderungen, wie etwa die Einordnung der Eingliederungshilfe in die Systematik der Behindertenrehabilitation. Damit gehört die Eingliederungshilfe als sog. Rehabilitationsleistung zwar zum Leistungskatalog der KJH, inhaltlich definiert ist sie aber durch die Bestimmungen des SGB XII – „Sozialhilfe“ und die Regelungen des SGB IX - „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“. (Mörsberger 2011: 174f; Tammen 2011b: 277) So scheint es wenig verwunderlich, dass Mörsberger (2011:175) hier von einer etwas komplizierten Rechtskonstruktion spricht, die eine undurchsichtige Vorschriftenkette nach sich zieht.

Zu den Besonderheiten des § 35a SGB VIII gehört nicht nur, dass sich der Leistungsanspruch hier direkt an die betroffenen Kinder und Jugendlichen selbst und nicht wie bei den anderen HzE der §§ 28-35 SGB VIII an die Personensorgeberechtigten richtet, sondern auch, dass verschiedene Professionen ihre Beurteilung als Grundlage für die Bewilligung der Leistung abgeben müssen.

²⁷ Aufgrund umfangreicher Bestimmungen sowie zahlreicher Veröffentlichungen und Diskussionen zu § 35a SGB VIII kann hier aufgrund der beschränkten Arbeit nur ein Ausschnitt mit den wichtigsten Punkten dargestellt werden. Für ausführliche Informationen vgl. u. a. Lempp 2006; Meysen 2009: 317-337; Moos 2008: 154-165; Schrappner 2004: 203-207; Schwengers 2007; Tammen 2011b: 277-289; Wiesner 2004: 179-183

So sind Kinder- und JugendpsychiaterInnen oder Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen für die erste Voraussetzung, nämlich die Beurteilung der Abweichung der seelischen Gesundheit (Nr. 1), also für die Diagnostik einer möglichen psychischen/psychiatrischen Störung zuständig, während Fachkräfte aus dem sozialen/sozialarbeiterischen Bereich – der öffentlichen Jugendhilfe – die zweite Voraussetzung, nämlich die soziale (Teilhabe-) Beeinträchtigung (Nr. 2) beurteilen. Demnach besteht eine Zweigliedrigkeit des (seelischen) Behindertenbegriffs. (Beck 2013: 244; Denner 2008: 18; Moos 2008: 157-159; Tammen 2011b: 280f; Wiesner 2004: 180f)

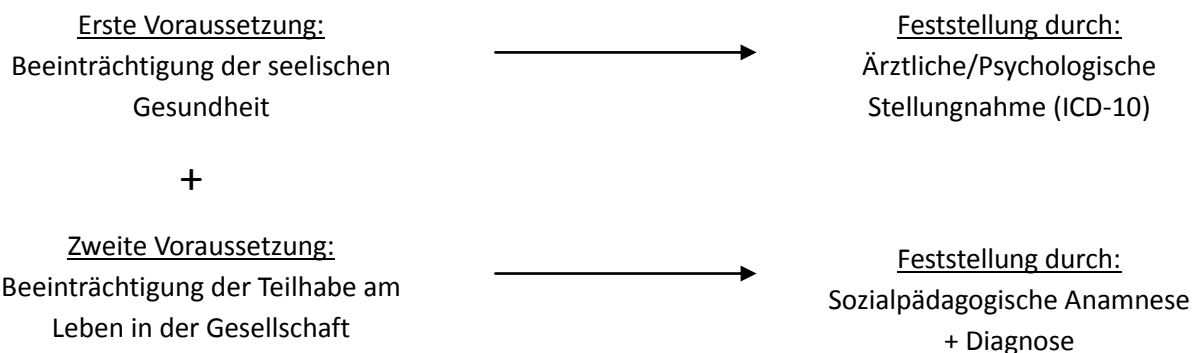


Abb. 12: „Feststellung des Anspruchs auf Hilfe durch zwei verschiedene fachliche Einschätzungen“
(n. Moos 2008: 158)

Für ihre Diagnostik müssen sich die ärztlichen/psychologischen TherapeutInnen an der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, der ICD-10 Kapitel V (F), orientieren; den (Sozial-) PädagogInnen der Jugendhilfe wird wiederum empfohlen, für die Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, die ICF²⁸, welche die ICD-10 um die Bereiche Funktionsfähigkeit, Partizipation und Umweltfaktoren im Sinne der Ressourcenorientierung erweitert, hinzuziehen. (Beck 2013: 244f; Moos 2008: 160; Häßler 2011: 132; DIMDI 2013: o. S.)

Die nachfolgende Abb. 13 zeigt das Verständnis der ICF im Hinblick auf die Wechselwirkungen der verschiedenen Komponenten, wobei die personbezogenen Faktoren von der ICF nicht berücksichtigt werden.

²⁸ Es gibt auch eine von der ICF abgeleitete Klassifikation für Kinder und Jugendliche, die „ICF-CY“. Sie berücksichtigt nicht nur die Besonderheiten der in Entwicklung befindlichen Funktionen, sondern auch die speziellen Lebenswelten von Minderjährigen. Für eine ausführliche Stellungnahme zur ICF/ICF-CY vgl. Oberholzer 2013: 107-120; Mohn-Kästle/Amorosa 2013: 111-120

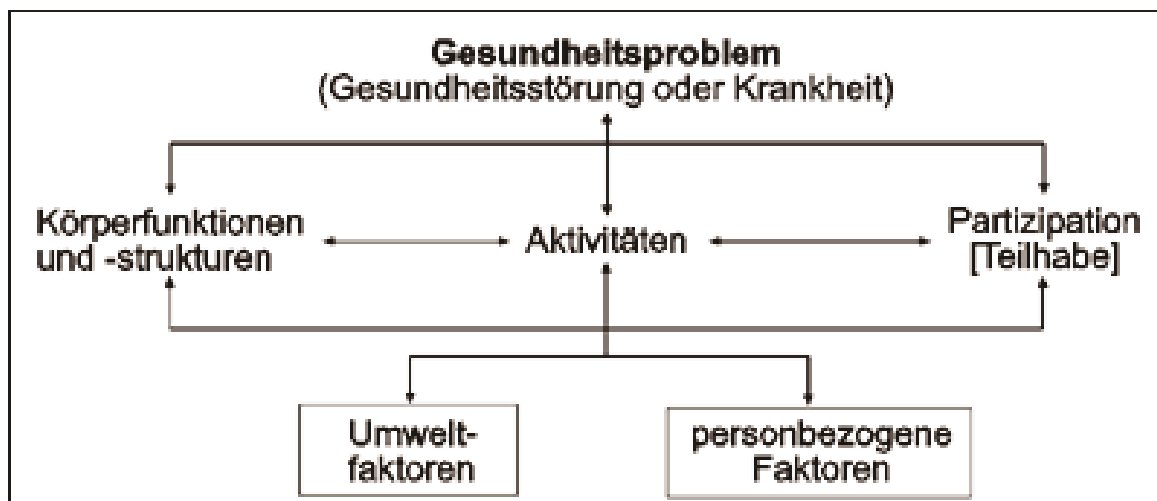


Abb. 13: Verständnis der ICF bzgl. der Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Komponenten, ausgenommen der personenbezogenen Faktoren (zit. n. DIMDI 2013: o. S.)

Für die Beurteilung der Funktions- und v. a. Teilhabefähigkeit sollten die Zuständigen neben den altersspezifischen Entwicklungsaufgaben (für Vorschulkinder, Schulkinder, Jugendliche) v. a. folgendes überprüfen: Alltagsbewältigung, Familie, Kindertagesstätte/Schule/Ausbildung, Freundeskreis/Peer-Group und Freizeitaktivitäten/Hobbies. (Moos 2008: 160)

Darüber hinaus ist es inzwischen Usus, dass alle mit seelischer Behinderung befassten Professionellen das multiaxiale Klassifikationsschema (MAS), welches speziell für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 eingeführt wurde, als fachliche Grundlage für ihre jeweilige Beurteilung verwenden. Das MAS umfasst mehrere diagnostische Angaben auf sechs Achsen, nämlich:

- Achse I: klinisch-psychiatrisches Syndrom
- Achse II: umschriebene Entwicklungsstörung
- Achse III: Intelligenzniveau
- Achse IV: körperliche Symptomatik oder Krankheiten aus anderen Kapiteln der ICD-10
- Achse V: assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
- Achse VI: Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

(Tammen 2011b: 278f; Warnke/Lehmkuhl 2011: 28f)²⁹

Dennoch ergeben sich nach Fegert/Schrappner (2004, n. Denner 2008: 18f) aufgrund der Bestimmung von Normen und Grenzwerten, Schwierigkeiten bzgl. der Beurteilung der sozialen Beeinträchtigung, ähnlich wie bei der Feststellung einer psychischen Erkrankung.

²⁹ Für eine ausführliche Beschreibung des MAS vgl. Hennicke 2013: 101-110

Denn bisher fehlen ihrer Ansicht nach einheitliche Instrumentarien bzw. allgemein gültige/anerkannte fachliche Standards für die Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung nach § 35a Abs.1 SGB VIII. Das wiederum führt in der Praxis seitens der öffentlichen Jugendhilfe, also der Jugendämter, zur unterschiedlichen Auslegung und Regelung der Handhabung und Umsetzung der Leistungsbestimmung. (ebd.)

Insofern weist Tammen (2011b: 280) auch auf die erforderliche interdisziplinäre Kooperation hin, da es primär um die Frage der sozialen Integrationsfähigkeit geht; also ob und inwieweit bzw. in welchen Bereichen Beeinträchtigungen der alltäglichen Aktivitäten bei der Interaktion zwischen der betroffenen Person und ihrer Umwelt auftreten (können). Was die psychiatrischen Diagnosen der Kinder und Jugendlichen anbelangt, mit denen die jungen Menschen in die Einrichtungen der KJH kommen, so können PädagogInnen diese Diagnosen nicht einfach anstatt ihrer hermeneutischen Diagnostik heranziehen, sondern müssen ihre (eigene) diagnostische Arbeit und die fachliche Verpflichtung, sich mit eigenen Mitteln einen verstehenden Zugang zu erarbeiten, selbstverständlich beibehalten. Ebenso wenig dürfen psychiatrische Diagnosen die Gespräche mit den jungen KlientInnen oder das Interesse für deren Sicht der Dinge ersetzen – können aber Anregungen für die Interpretationen ihrer Äußerungen geben. (Abels/Schäfer/Wolf 2007: 137)

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass die Eingliederungshilfe nach § 35a als besondere Form der Hilfen des SGB VIII im Wesentlichen „die sozialrechtliche Brücke“ (Beck 2013: 244) für die psychosoziale Versorgung von jungen Menschen mit einer seelischen Behinderung zwischen KJP und KJH herstellt und damit die Personengruppe der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen „als gemeinsamen Auftrag für Medizin und Sozialpädagogik“ (ebd.) definiert.

Zugleich muss aber auch darauf hingewiesen werden, dass nicht die Hilfeleistung nach § 35a SGB VIII allein der kinder- und jugendpsychiatrischen Unterstützung bedarf, sondern viele der im SGB VIII verankerten Leistungsansprüche. Auch wenn der therapeutischen Leistung in den anderen HzE „lediglich“ eine unterstützende Funktion beigemessen wird, so gehört sie dennoch bei der Behandlung einer Krankheit bzw. psychischen Störung „(...) immer dann als ein erforderlicher Bestandteil in das Leistungsspektrum des SGB VIII, wenn sie eine notwendige Stützung und Ermöglichung einer erzieherischen Hilfe oder einer anderen Aufgabenstellung in der Kinder- und Jugendhilfe ist.“ (Mörsberger 2011: 173)

Die kinder- und jugendpsychiatrischen Unterstützungsleistungen gelten also nicht nur für § 35a, sondern für alle Leistungsbereiche des SGB VIII. (ebd.) Nichtsdestotrotz spielt sie in erster Linie in Zusammenhang mit § 35a SGB VIII eine bedeutende und sogar verpflichtende Rolle.

In der folgenden Abb. 14 sind die andauernden und beendeten Hilfen nach § 35a SGB VIII aus dem Jahr 2010 dargestellt; unterteilt nach dem Alter der LeistungsempfängerInnen und dem Setting, also ambulant/teilstationär vs. vollstationär (Einrichtung über Tag und Nacht).

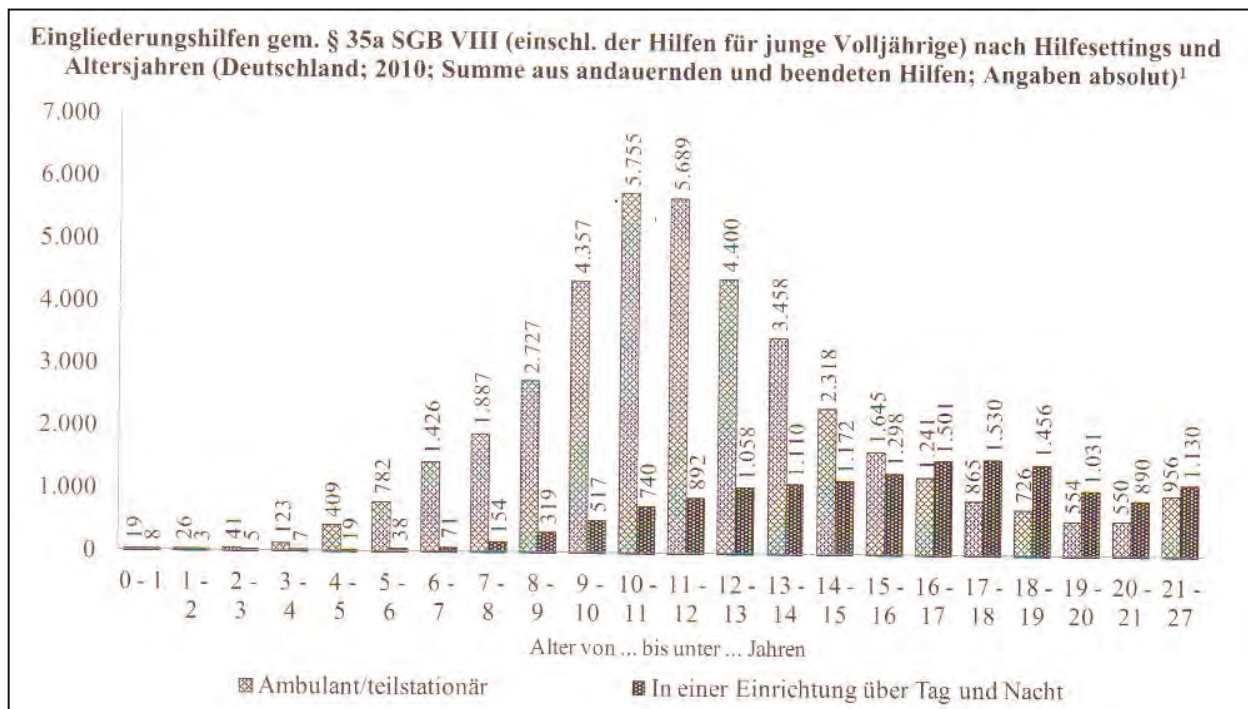


Abb. 14: „Eingliederungshilfen gem. § 35a SGB VIII nach Hilfesettings und Altersjahren“ (BMFSFJ 2013: 341)

Anhand der Grafik wird deutlich, dass die Inanspruchnahme der Eingliederungshilfe, zunächst unabhängig von ihrem Setting, mit zunehmendem Alter der Kinder steigt, ihren Höhepunkt bei den 10- bis 12-Jährigen, also den Kindern, die sich an der Schwelle zur Pubertät befinden, hat und ab dann bis hin zum jungen Erwachsenenalter wieder fällt.

Bei den 15- bis 19-Jährigen wird sie relativ gleich oft beansprucht; bei den jungen Erwachsenen zwischen 21 und 27 Jahren steigt sie sogar nochmal leicht an.

Was die Setting betrifft, so verhält es sich mit den ambulanten bzw. teilstationären Eingliederungshilfen genauso wie eben beschrieben; sie kommen am meisten bei den 10- bis 12-Jährigen zum Tragen.

Die Inanspruchnahme der vollstationären Form verläuft hingegen „zeitversetzt“. Sie spielt bei den Kleinkindern bis zum Schuleintritt kaum eine Rolle. Erst bei den Grundschulkindern nimmt sie allmählich zu und wächst stetig bis zum Übergang ins junge Erwachsenenalter, bis sie dann wieder abnimmt. Sie wird v. a. bei älteren Jugendlichen, den 15-19-Jährigen veranlasst.

Somit deckt sich die Inanspruchnahme der jeweiligen Settings (der Erziehungshilfe) im Hinblick auf das Alter der Kinder und Jugendlichen mit der, der anderen HzE nach den §§ 28-34 SGB VIII.

I. Erhebungsinstrument

5. Bedarfsanalyse im teil-/stationären Setting bayerischer Kinder- und Jugendpsychiatrien

Inzwischen gibt es neben einer Reihe von Studien im Bereich der KJH, v. a. zu den Effekten der einzelnen HzE bzw. der Qualität der Jugendhilfearbeit, auch etliche Untersuchungen bzgl. der Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter.

Zu den bekanntesten und „wichtigsten“ all dieser Studien gehören z. B. die bereits erwähnte Ulmer Heimkinder- und BELLA-Studie aber auch die JES-, JuLe- und EVAS-Studien³⁰. Darüber hinaus veröffentlicht das Statistische Bundesamt immer wieder Statistiken zu den einzelnen Hilfen nach den §§ 28ff SGB VIII und der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII. Allerdings fokussiert kaum eine dieser Studien, bis auf die Ulmer Heimkinderstudie von Schmid (2007), die gemeinsame Zielgruppe und somit auch nicht die Kooperation von KJP und KJH, geschweige denn den Bedarf an Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen im Anschluss an eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung. Es bleibt allenfalls noch eine zweijährige Untersuchung vom Institut für Soziale Arbeit e.V. (ISA)³¹ von 1987-1989 zu erwähnen, die sich zum einen mit der Fragestellung auseinandersetzte, in wie vielen Fällen der Heimeinweisung eine jugendpsychiatrische Diagnostik bzw. Behandlung vorausgeht bzw. wie viele Heimkinder eine jugendpsychiatrische Klinikerfahrung mitbringen und zum anderen, wie viele junge KJP-PatientInnen eine Heimerfahrung aufweisen. Auch wenn der Schwerpunkt dieser damaligen Untersuchung dem der vorliegenden Analyse ähnelt, so sind die Ergebnisse dieser ISA-Befragung inzwischen 25 Jahre alt und dementsprechend wenig aktuell; seither hat sich viel im Bereich der KJP und KJH getan.

Da es (zurzeit) also keine Ergebnisse bzgl. des KJH-Bedarfs von kinder- und jugendpsychiatrischen PatientInnen im Anschluss an ihre (teil-) stationäre Behandlung gibt, ist die vorliegende Untersuchung die aktuellste auf ihrem Gebiet. Beck (2009) führte vor ein paar Jahren schon einmal eine ähnliche Befragung durch, jedoch auf die PatientInnen der Würzburger Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie begrenzt.

Im Folgenden wird zunächst auf die Ausgangslage und die Rahmenbedingungen der Analyse eingegangen, bevor es anschließend um die Vorstellung des Befragungsinstrumentes und des Auswertungsprogramms geht.

³⁰ Eine kurze Übersicht zur JES-, JuLe- und EVAS-Studie ist bei Pauls 2008: 126-133 zu finden.

³¹ Vgl. Gintzel/Schone 1989

5.1. Ausgangslage und Rahmenbedingungen

Die vorliegende Bedarfsanalyse zielt darauf ab, den Bedarf an Anschlussmaßnahmen im Bereich der KJH von Kindern und Jugendlichen nach einer teil- bzw. vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung zu ermitteln.

Wichtige Fragen und Überlegungen in diesem Zusammenhang sind:

- Welche „Art“ von Kindern und Jugendlichen wurde in den Kliniken behandelt?
Hierbei geht es zunächst um die deskriptive Beschreibung der Zielgruppe.
- Wie viele Jugendhilfemaßnahmen wurden im Anschluss an eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung indiziert und auch tatsächlich umgesetzt? Welche Jugendhilfemaßnahmen wurden dabei besonders „gern“ indiziert bzw. umgesetzt? Und inwiefern unterscheiden sich die Kinder und Jugendlichen mit einer indizierten Anschlussmaßnahme von denjenigen, die keiner Maßnahme nach der KJP bedürfen?
- Wie viele ambulante, teilstationäre und stationäre Maßnahmen wurden (neu) indiziert bzw. umgesetzt und wie unterscheiden sich die PatientInnen dieser drei Hilfeformen hinsichtlich ihrer psychosozialen Beeinträchtigung?

Wie bereits zu Beginn erwähnt, wurde die Untersuchung im Zeitraum von März bis August 2013 durch Herrn Dr. phil. Norbert Beck, Einrichtungsleiter des Überregionalen Beratungs- und Behandlungszentrums (ÜBBZ) in Würzburg, veranlasst.

Hierfür wurden mithilfe eines vierseitigen Fragebogens, der im nächsten Punkt 5.2. ausführlicher vorgestellt wird, die zuständigen TherapeutInnen nahezu aller bayerischen Kinder- und Jugendpsychiatrien sowie deren Tageskliniken befragt. Zielgruppe waren alle teilstationär oder stationär behandelten jungen PatientInnen, deren Behandlung im Befragungszeitraum, also zwischen dem 01.03.2013 und 31.08.2013, in den jeweiligen Kinder- und Jugendpsychiatrien abgeschlossen wurde. Insgesamt konnte eine beachtliche Zahl von 2016 Fällen zusammengetragen und ausgewertet werden.

Die Ergebnisse der Auswertung werden im nächsten Abschnitt unter „III. Ergebnisse“ dargestellt. Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht aller angeschriebenen Kliniken³². Dabei handelt es sich aber nicht um jeweils eigenständige Kliniken; einige von ihnen laufen z. B. unter einer Klinik (-leitung) zusammen.

³² Die Orte der jeweiligen Kliniken sind alphabetisch geordnet.

Je nachdem ob ein Haken für „Ja“ oder ein Kreuz für „Nein“ angegeben ist, gab es an dem jeweiligen Standort entweder eine Tagesklinik oder eine (voll-) stationäre Klinik oder eben beides. Vier der vierzig Klinikstandorte (zwei Kliniken) haben sich nicht an der Befragung beteiligt; sie sind grau markiert.

Ort der Klinik	Tagesklinik	Vollstationäre Klinik
Altötting	✓	X
Ansbach	✓	✓
Aschaffenburg	✓	✓
Augsburg	✓	✓
Bamberg	✓	X
Bayreuth	✓	✓
Cham	✓	X
Coburg	✓	X
Deggendorf	✓	X
Erlangen	✓	✓
Fürth	✓	X
Hof	✓	X
Kempten	✓	✓
Landshut	✓	✓
München (Heckscherklinik)	✓	✓
München (Uniklinik)	X	✓
Murnau am Staffelsee	✓	X
Neuburg an der Donau	✓	✓
Nördlingen	X	✓
Nürnberg	X	✓
Passau	✓	X
Regensburg	✓	✓
Rosenheim	✓	✓
Rottmannshöhe	X	✓
Schweinfurt	✓	✓
Weiden	✓	X
Würzburg	✓	✓

Tab. 1: An der Bedarfsanalyse beteiligte Tages- und vollstationäre Kliniken innerhalb Bayerns

5.2. Das Befragungsinstrument – ein (teil-) standardisierter Fragebogen

Das Studiendesign der vorliegenden Analyse ist eine deskriptive³³ und prospektive³⁴ Querschnitt- bzw. Prävalenzstudie, d. h., sie wurde zu einem bestimmten Zeitpunkt bzw. innerhalb eines bestimmten Zeitraumes (hier: sechs Monate) einmalig durchgeführt (es gab also keine wiederholten Messungen, wie bei einer Längsschnittstudie) und sie beschreibt die zu erwartende Häufigkeit von (ambulanten/teilstationären/vollstationären) Jugendhilfeanschlussmaßnahmen unter kinder- und jugendpsychiatrischen PatientInnen.

Um möglichst viele Daten zu erhalten, wurde die schriftliche Befragung mit Hilfe eines (teil-) standardisierten Fragebogens (s. Anhang), der, aus Nominal- und Ordinalskalen bestehend, überwiegend geschlossene sowie ein paar wenige halboffene Fragen aufweist.

Eine standardisierte schriftliche Befragung bringt viele Vorteile mit sich: es können viele Personen gleichzeitig befragt und somit viele Daten auf einmal erhoben werden und sie ist nicht an festgelegte Zeiten sondern allenfalls an Zeiträume gebunden, was sie gegenüber einer mündlichen Befragung ökonomisch macht. Außerdem gibt es hier keinen Intervieweinfluss seitens der studiendurchführenden Person(en) und alle Befragten – im vorliegenden Fall waren es die zuständigen TherapeutInnen – bekommen die gleichen, also gleich formulierte und in der gleichen Reihenfolge angeordnete, Fragen vorgelegt.³⁵ Ein weiterer Vorteil ist, dass die Beteiligten via Post, egal ob in Papierform oder elektronisch, leichter zu erreichen sind. Außerdem erhöht eine schriftliche Befragung den Grad der Anonymität, in diesem Fall die der jungen KlientInnen. Dies war für manche Kliniken, aufgrund des Datenschutzes, so entscheidend, dass sie sich z. T. gegen den Eintrag des Kürzels (Nr. 1) oder des Geschlechts (Nr. 2) der PatientInnen aussprachen.

Man darf aber nicht vergessen, dass eine schriftliche Befragung durchaus auch Nachteile mit sich bringt, z. B. eine geringere Rücklaufquote (oft unter 50 %) oder nicht bzw. unvollständig ausgefüllte Fragebögen, was zu einer erschwerenden Interpretation der Ergebnisse beiträgt. Beides trifft in der vorliegenden Analyse glücklicherweise kaum zu.

³³ deskriptiv = beschreibend (vgl. Bibliographisches Institut 2013: o. S.)

³⁴ prospektiv = auf das Zukünftige gerichtet, vorausschauend; möglicherweise zu erwarten, voraussichtlich

³⁵ beim teilstandardisierten Fragebogen verhält es sich bzgl. der einheitlichen Formulierung und der Anordnung der Fragen genauso wie beim standardisierten, allerdings gibt es hier keine/weniger (vor-) bestimmte/n Antwortmöglichkeiten (vgl. Cheval 2012: o. S.; Pudenko o. J.: 5)

Des Weiteren lassen sich bei schriftlichen Befragungen und deren Antworten, v. a. wenn die Antwortmöglichkeiten vorgegeben sind, häufig keine Aussagen über Kontext und Dauer der Bearbeitung treffen, was bzgl. der Qualität der Antworten nicht ganz irrelevant ist. Schließlich kann mit einer schriftlichen Befragung auf versäumte Aspekte nicht flexibel reagiert und somit auf sie eingegangen werden, wie es bei einer mündlichen Befragung der Fall ist. Dennoch erschien die schriftliche Methode, die für die vorliegende Bedarfsanalyse geeignete zu sein.

Was die Skalenniveaus betrifft, so ist entspricht eine Nominalskala dem niedrigsten Skalenniveau und dient der Darstellung und Klassifizierung von Merkmalsausprägungen. Diese Merkmalsausprägungen besitzen keine Reihenfolge oder lassen sich in eine solche bringen. Demnach können diese lediglich gezählt und in ihrer Häufigkeit dargestellt werden (Modus³⁶). Durchschnittswerte oder der Median³⁷ sind bei dieser Art von Skala nicht möglich. (Bohley 2000: 65; statista o. J.: o. S.) Beispiele für Nominalskalen sind im vorliegenden Fragebogen Nr. 2 und Nr. 6. Ordinalskalen stehen, was das Niveau angeht, eine Stufe über den Nominalskalen und erlauben, im Gegensatz zu diesen, mit Hilfe von Rangwerten die Aufstellung einer Rangordnung bzw. einer natürlichen Reihenfolge. Aufgrund dessen lässt sich bei den Ordinalskalen nicht nur der Modus sondern auch der Median von Merkmalsausprägungen identifizieren. Da man den Merkmalsausprägungen zwar Zahlenwerte zuordnen kann, die Abstände zwischen diesen aber keinen rechenmäßigen Sinn ergeben, kann bei den Ordinalskalen ebenfalls kein Durchschnittswert berechnet werden. (Bohley 2000: 65f; statista o. J.: o. S.) Beispiele hierfür sind Nr. 8 und Nr. 10.

Wie zuvor schon deutlich wurde, besteht der vorliegende Fragebogen überwiegend aus festgelegten Antwortmöglichkeiten, die einerseits die Auswertung der Ergebnisse beschleunigen und vereinfachen (v. a. bei vielen ProbandInnen) und andererseits den Beteiligten die Beantwortung der Fragen erleichtern. Zudem lassen sich Ergebnisse gleicher Antwortmöglichkeiten besser miteinander vergleichen und so gezielter Unterschiede feststellen. (Sedlmeier/Renkewitz 2013: 84ff) Einige Items³⁸ (Nr. 3-5, 7, 9-15, 20, 22-25) des vorliegenden Fragebogens wurden aber auch mit offenen Antwortalternativen bzw. mit ergänzenden Antwortmöglichkeiten wie „Sonstiger/s“ bzw. „Andere“ oder anhand von Leerzeilen versehen, um möglichst umfassende und detaillierte Angaben von den zuständigen TherapeutInnen zu erhalten. Bei den meisten Items wählten die Befragten *eine* Antwort aus den vorgegebenen aus, es bestand also eine sog. *Einfachwahl*.

³⁶ Anhand des Modus kann die Häufigkeit einer Merkmalsausprägung dargestellt werden. (statista o. J.: o. S.)

³⁷ Median = der genau in der Mitte einer Datenverteilung liegende Wert, bspw. „1“ bei 0,1,2 (vgl. statista o. J.: o. S.)

³⁸ Item = Einzelangabe, Element, Einheit (vgl. Bibliographisches Institut 2013: o. S.)

Bei zwei Items, Nr. 17 und Nr. 23 bestand die Möglichkeit einer *Mehrfachwahl*; hier konnten die TeilnehmerInnen also *mehrere* Antworten auswählen und angeben.

Das Item Nr. 19 wird aufgrund seiner „Ja/Nein“-Antwortoption als dichotome³⁹ Frage bezeichnet; es ist das einzige dieser Art des vorliegenden Fragebogens.

Der vorliegende Fragebogen untergliedert sich in drei größere Bereiche, nämlich in „Klientendaten“, „Diagnostische Daten“ und „Daten zur Jugendhilfeanschlussmaßnahme“.

Der Klinikschlüssel (Nr. 0) gleich zu Beginn des Fragebogens wurde bereits vor der Befragung für jede teilnehmende Klinik festgelegt und spielt für die weitere Auswertung keine Rolle. Er diente lediglich der Übertragung bzw. Zuordnung der Daten.

Die „Klientendaten“ setzen sich aus zehn verschiedenen Items zusammen, wobei die erste Angabe „Klient Kürzel“, wie schon erwähnt, nachträglich vernachlässigt wurde, nachdem einige Kliniken Bedenken bzgl. des Datenschutzes geäußert hatten. Die restlichen neun Angaben beziehen sich auf das „Geschlecht“ (Nr. 2), das „Geburtsdatum“ (Nr. 3), das „Aufnahmedatum“ (Nr. 4), das „Entlassdatum“ (Nr. 5), den „Aufnahmemodus“ (Nr. 6), den „Aufenthalt vor Aufnahme“ (Nr. 7), die „Schichtzugehörigkeit“ bzgl. der Berufsgruppe der Eltern (Nr. 8), die „Jugendhilfemaßnahme vor Aufnahme“ (Nr. 9) und die „Besuchte Schule vor Aufnahme“ (Nr. 10).

Das Geburtsdatum wurde abgefragt, um das Alter der Kinder und Jugendlichen zu ermitteln; mithilfe des Aufnahme- und Entlassdatums konnte die Aufenthaltsdauer der PatientInnen in der Klinik errechnet werden. Bei der Schichtzugehörigkeit wurden für eine einfachere Auswertung nachträglich Kategorien gebildet; dazu mehr unter Teil „III. Ergebnisse“.

Die diagnostischen Daten umfassen insgesamt weniger Items, nämlich acht, wovon die ersten drei (Nr. 11-13) die „Hauptdiagnosen 1, 2 und 3“ beschreiben und das vierte und fünfte Item (Nr. 14 und 15) die „Umschriebenen Entwicklungsstörungen 1 und 2“. Sowohl bei den Hauptdiagnosen, als auch bei den Entwicklungsstörungen wurde bei der Auswertung in erster Linie nur die jeweils erste berücksichtigt, da sie am öftesten vorlagen und dementsprechend am häufigsten angegeben wurden. Unter Nr. 16 wurde das „Intelligenzniveau“, also der Intelligenzquotient (IQ), der Kinder und Jugendlichen angegeben, unter Nr. 17 die „Assoziierten aktuellen abnormen psychosozialen Umstände“ (Achse V des MAS⁴⁰) und unter Nr. 18 die „Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung/des psychosozialen Funktionsniveaus“ (Achse VI des MAS).

³⁹ Dichotomie = Zweiteilung, Zweigliedrigkeit (vgl. Bibliographisches Institut 2013: o. S.)

⁴⁰ Der Aufbau des MAS wurde bereits unter Punkt 3.1.2. erläutert bzw. dargestellt.

Für Nr. 17 und Nr. 18 lag den befragten TherapeutInnen jeweils eine Liste⁴¹ vor, aus denen sie ihre Antworten herausuchten. Die Liste für die fünfte Achse besteht aus neun unterschiedlichen, wie der Name bereits vermuten lässt, abnormen psychosozialen Umständen, wie etwa „abnorme intrafamiliäre Beziehungen“ oder „abnorme Erziehungsbedingungen“. Hier konnten *bis zu vier* Umstände ohne eine Rangordnung bzw. Hierarchie angegeben werden.

Die Auflistung der sechsten Achse gliedert sich ebenfalls in neun Stufen bzw. Anpassungsniveaus, allerdings hierarchisch, nämlich von „0: Herausragende/gute soziale Funktionen in allen sozialen Bereichen“ bis hin zu „8: Tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung“. Aufgrund dieser Rangordnung konnte hier nur *ein* Anpassungsniveau ausgewählt und angegeben werden.

Die „Daten zur Jugendhilfeanschlussmaßnahme“ beinhalten sieben Items: Nr. 19 bis Nr. 25.

Das erste Item (Nr. 19) „fragt“, ob eine gutachterliche Stellungnahme zur Eingliederungshilfe seitens der zuständigen TherapeutInnen durchgeführt wurde.

In den nachfolgenden vier Items geht es um die Jugendhilfe-Anschlussmaßnahme der Kinder und Jugendlichen selbst: also welche Maßnahme wurde empfohlen bzw. indiziert (Nr. 20), in Übereinstimmung mit wem wurde die Maßnahme empfohlen, mit dem Jugendamt, mit den Eltern, mit beiden Parteien oder keinem von beiden (Nr. 21), welche Maßnahme wurde im Anschluss an die Behandlung tatsächlich umgesetzt (Nr. 22) und welche inhaltlichen Schwerpunkte werden für eine stationäre Anschlussmaßnahme seitens der Fachleute als zentral angesehen (Nr. 23)? Bei den Items Nr. 20-22 sollte eine Antwort gegeben werden, bei Nr. 23 durften mehrere inhaltliche Schwerpunkte genannt werden.

Das vorletzte Item Nr. 24 behandelt die zeitliche Eröffnung des Hilfeplanverfahrens der jungen KlientInnen, also wurde dieses zeitgerecht, zu spät oder gar nicht in der Klinik eröffnet?

Zu guter Letzt schließt das „Kommentar zum Hilfeplanverfahren“ (Nr. 25) den Fragebogen ab, welches vollkommen offen von den Befragten formuliert werden konnte.

5.3. Das Auswertungsprogramm – „SPSS“

Für eine einfache, schnelle und detaillierte Auswertung quantitativer und v. a. vieler Daten eignet sich das Programmsystem zur Datenverwaltung und Datenanalyse „SPSS“. Der Vorteil dieses Systems ist, dass es für viele verschiedene Rechner und Betriebssysteme verfügbar ist und den Austausch von Daten mit anderen Programmsystemen ermöglicht. (Wittenberg/Cramer 2003: 1)

⁴¹ Die jeweiligen Listen sind im Zusammenhang mit dem Fragebogen im Anhang zu finden.

II. Ergebnisse

6. Stichprobenbeschreibung

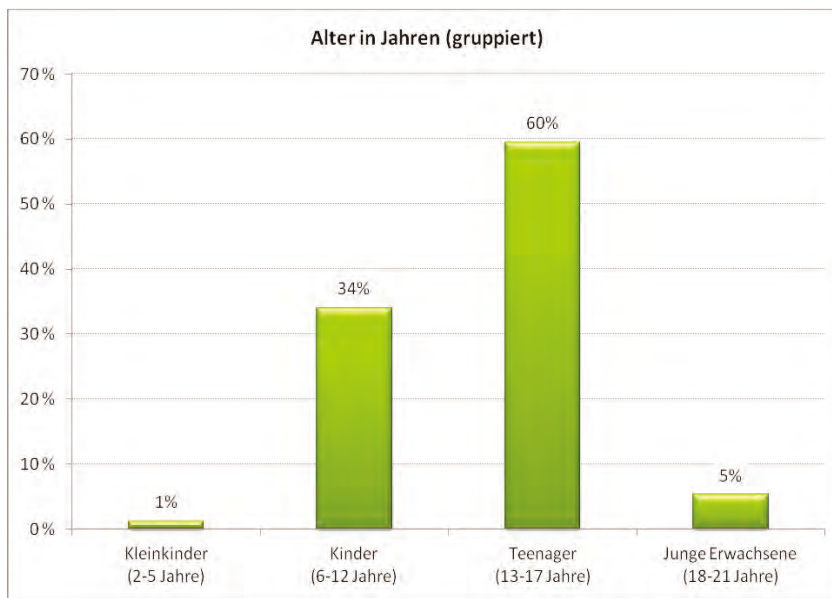
Wie bereits erwähnt, konnten insgesamt 2016 PatientInnen erfasst werden, deren kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung im Zeitraum von März bis August 2013 abgeschlossen wurde. Da nicht bei allen Fällen ein vollständiger Datensatz vorlag, beinhalten die Auswertungen unterschiedliche Fallzahlen; sie werden an entsprechender Stelle erläutert.

6.1. Behandlungsform, Geschlecht und Alter

Von den 2016 erfassten Kindern und Jugendlichen waren 75%⁴² in einer stationären Klinik untergebracht, 25% von ihnen wurden teilstationär in Tageskliniken versorgt.

Da, wie schon zuvor erwähnt, nicht bei allen PatientInnen das Geschlecht seitens der Kliniken angegeben wurde, bleiben für diese Angabe 1843 (91%) Kinder und Jugendliche. Demnach unterteilt sich die untersuchte Gruppe in 51% männliche und 49% weibliche PatientInnen.

Im Schnitt waren diese 13,3 Jahre alt ($SD = 3,3$), wobei sich hier hinsichtlich des Geschlechts ein hoch signifikanter Unterschied ($T = -12,1$; $p < 0,001$) festmachen lässt: so sind die männlichen PatientInnen im Schnitt mit 12,5 Jahren ($SD = 3,4$) signifikant jünger als die weiblichen mit durchschnittlich 14,3 Jahren ($SD = 2,9$).



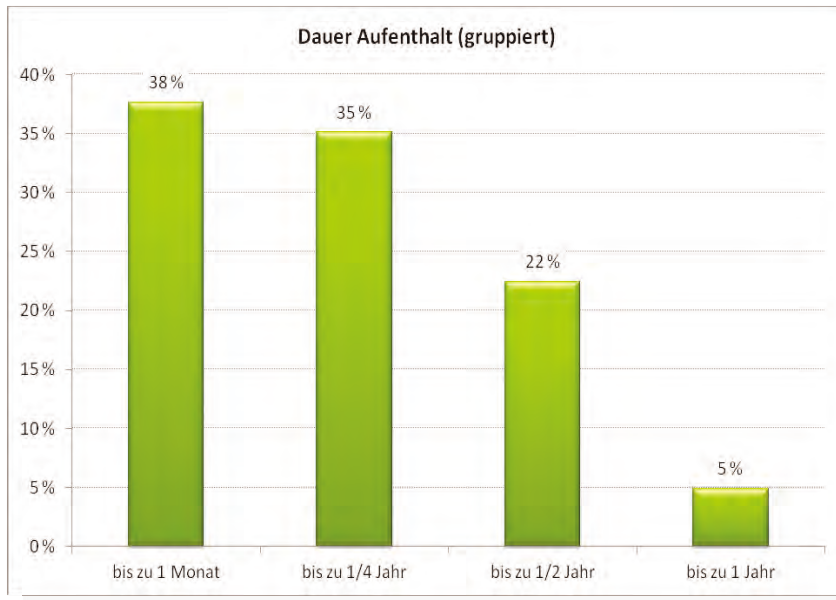
Gruppiert man das Alter der PatientInnen in verschiedene Altersstufen, nämlich „Kleinkinder“, „Kinder“, „Teenager“ und „Junge Erwachsene“, so zeigt sich, dass die 13-17-Jährigen mit 60% den größten Anteil der kinder- und jugendpsychiatrisch Behandelten darstellen. (s. Abb. 15)

Abb. 15: Gruppiertes Alter der (teil-) stationär behandelten PatientInnen (N = 1843)

⁴² Die Werte werden bzgl. ihrer ersten Dezimalstelle auf- bzw. abgerundet. Somit kann der Gesamtprozentsatz über/unter 100% liegen. Für exakte Werte vgl. die statistischen Berechnungen im Anhang.

6.2. Aufenthaltsdauer und Aufnahmemodus

Die Aufenthaltsdauer der jungen PatientInnen (N = 2015) betrug im Durchschnitt 64 Tage (SD = 60,9), also gut zwei Monate. Gruppiert man die Aufenthaltsdauer in Zeiträume, so zeigt sich, dass ein gutes Drittel (38%) der Kinder und Jugendlichen bis zu einem Monat in der Klinik (teil-) stationär behandelt wurde,



gut ein weiteres Drittel (35%) bis zu einem viertel Jahr und knapp ein Viertel (22%) bis zu einem halben Jahr. Die wenigsten (5%) verblieben in den Kliniken mehr als ein halbes oder gar bis zu einem Jahr. (vgl. Abb. 16)

Abb. 16: Gruppierte Aufenthaltsdauer der (teil-) stationär behandelten PatientInnen (N = 2015)

Auch hier zeigen sich signifikante Unterschiede ($T = 6,9$; $p < 0,01$) bzgl. des Geschlechts. So wurden die Jungen im Schnitt 73,3 Tage (SD = 64,1) behandelt, während die Mädchen durchschnittlich 53,6 (SD = 58,5) Tage in der Klinik verbrachten.

Ebenso gibt es hinsichtlich des Kliniksettings hochsignifikante Unterschiede ($T = -17,8$; $p < 0,001$) bzgl. der Aufenthaltsdauer. So waren die PatientInnen aus dem vollstationären Bereich durchschnittlich 48,8 Tage (SD = 48,7) in der Klinik; diejenigen, die in einer Tagesklinik betreut wurden, im Schnitt 108,3 Tage (SD = 70,4).

Was den Aufnahmemodus betrifft, so wurden 59% aller Kinder und Jugendlichen regulär in die Klinik aufgenommen, 41% kamen als Notfall und nicht einmal ein Prozent (0,5 %) aufgrund der Erstellung eines Gutachtens.

6.3. Aufenthalt vor der Klinikaufnahme und Schichtzugehörigkeit

Betrachtet man den Aufenthalt der Kinder und Jugendlichen vor ihrer Klinikbehandlung (N = 2004), so lebte gut ein Drittel (38%) bei seinen leiblichen Eltern, knapp ein Viertel bei seiner alleinerziehenden Mutter (24%) und gut jedes zehnte Kind (12%) bei seiner Mutter mit neuem



Abb. 17: Aufenthalt der (teil-) stationär behandelten PatientInnen vor ihrer Klinikaufnahme (N = 2004)

Partner/Ehemann. Allerdings kam auch jedes zehnte Kind (11 %) aus einer stationären Jugendhilfe zur (teil-) stationären Behandlung in die Klinik. Nimmt man noch die 3% der Kinder und Jugendlichen hinzu, die vor der Klinikbehandlung in einer Pflegefamilie lebten, so begannen 14% der PatientInnen ihre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung von einer Fremdunterbringung kommend.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass bei gut 60% aller berücksichtigten PatientInnen eine abweichende/(außer-) familiäre Situation vor deren Klinikaufenthalt vorlag.

Zu den „sonstigen“ Aufenthalten vor einer kinder- und jugendpsychiatrischen (teil-) stationären Behandlung, die bei 5% der PatientInnen angegeben wurden, zählen den Angaben nach: Adoptiveltern, Freund/PartnerIn, Großeltern bzw. Großelternteil, Internat, Kinder-/Wohnheim, KJP oder auch Einrichtungen für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (umF).

Was die Schichtzugehörigkeit⁴³ der Kinder und Jugendlichen betrifft (N = 1876), so kommt knapp ein Drittel (28%) aus einem bildungsfernen Milieu, der sog. „unteren“ sozialen Schicht.

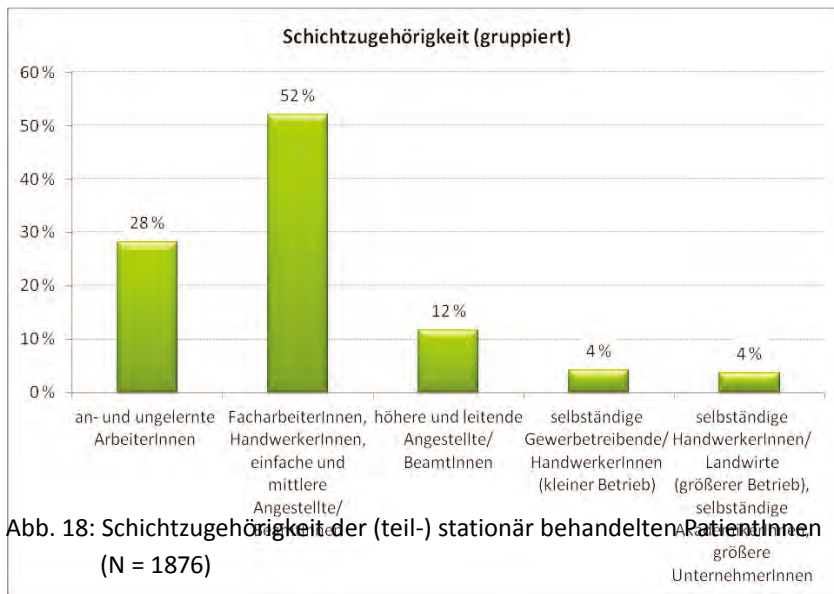


Abb. 18: Schichtzugehörigkeit der (teil-) stationär behandelten PatientInnen (N = 1876)

Gut die Hälfte (52%) der PatientInnen hatten Eltern, die einen Beruf im Facharbeiter- oder Handwerkerbereich ausübten oder einfache und mittlere Angestellte waren.

Die restlichen 20% der Sorgeberechtigten der psychiatrisch behandelten Minderjährigen übten einen

Beruf als höhere/leitende Abgestellte oder selbständige AkademikerInnen aus oder hatten einen eigenen mittleren bis größeren Betrieb in der Landwirtschaft oder einem sonstigen Gewerbe.

⁴³ Die einzelnen Schichten (ursprünglich elf) wurden für eine bessere Übersicht gruppiert (jetzt fünf) und ausgewertet. Eine Auswertung aller elf Schichten findet sich im Anhang.

6.4. Besuchte Schule vor der Klinikaufnahme und Intelligenzniveau

Bei den PatientInnen, bei denen eine Angabe zur besuchten Schule vor der Klinikaufnahme gemacht wurde (N = 1974), waren die meisten von ihnen (22%), also knapp ein Viertel, HauptschülerInnen, bevor sie zur Behandlung in die Klinik kamen. Rund jede/r Sechste von ihnen be-

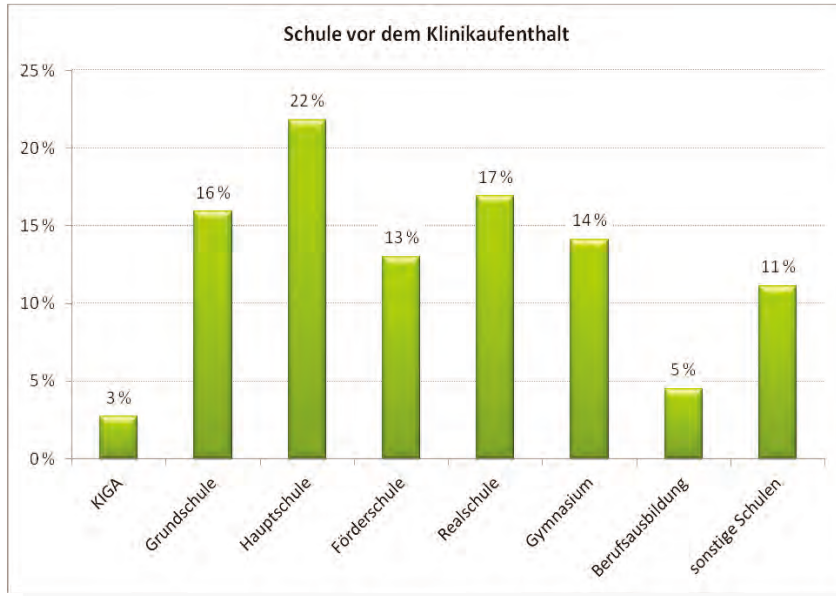


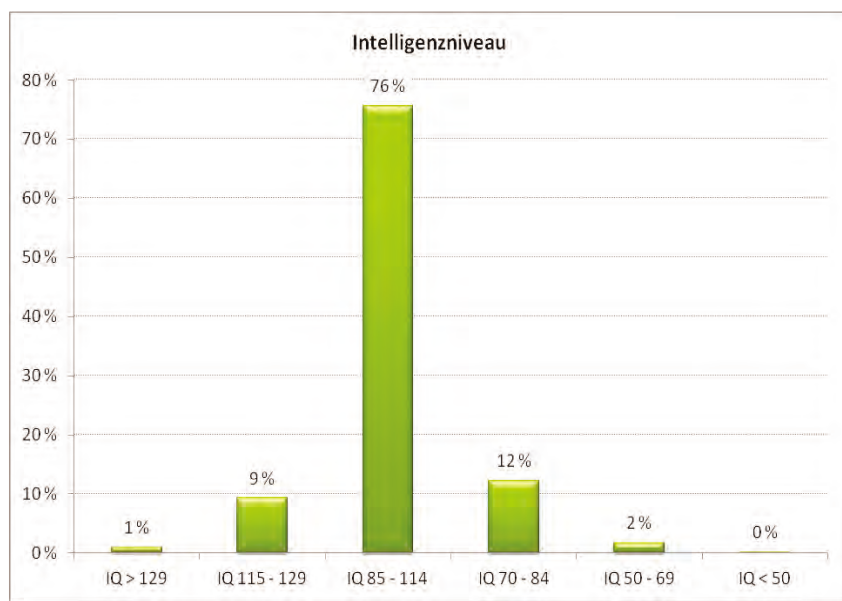
Abb. 19: Besuchte Schulen der (teil-) stationär behandelten PatientInnen vor ihrer Klinikaufnahme (N = 1974)

suchte entweder noch die Grundschule (16%) oder bereits die Realschule (17%) oder das Gymnasium (14%). Insgesamt ging also ein knappes Drittel (31%) auf weiterführende Schulen. Einige wenige der psychiatrisch Behandelten waren noch im Kindergartenalter (3%) oder machten schon eine Berufsausbildung (5%).

Zudem waren 13% der Kinder und Jugendlichen in einer (teil-) stationären Klinik vor ihrer Klinikaufnahme FörderschülerInnen, v. a. mit dem Förderschwerpunkt „Lernen“ (L).

Im Hinblick auf die sonstigen Schulen, die etwa 11% der PatientInnen vor der Klinikbehandlung besuchten, wurden primär Mittel- und Wirtschaftsschulen, aber auch Berufsschulen bzw. berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen (bvB) sowie vereinzelt Fachoberschulen (FOS) oder Sprachschulen angegeben.

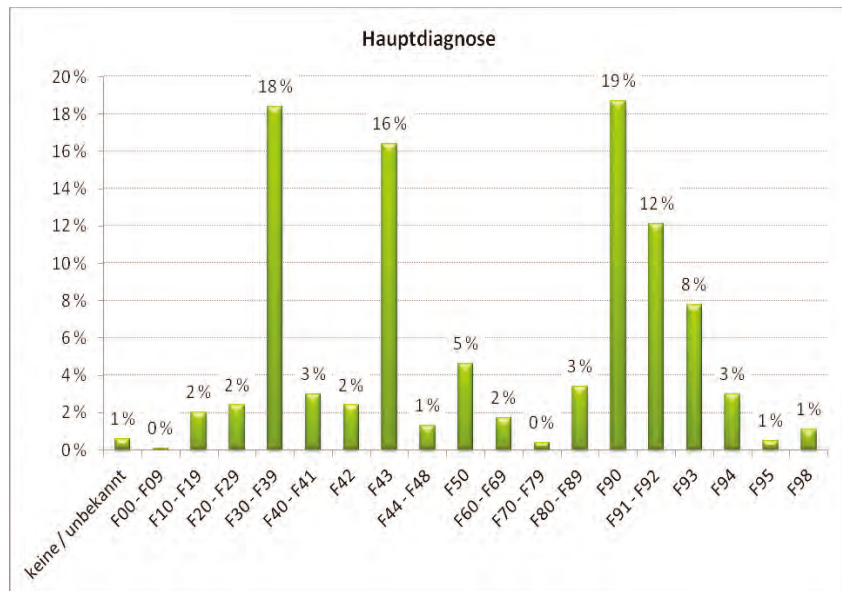
Im Hinblick auf die kognitiven Fähigkeiten (N = 1918) lagen die meisten PatientInnen, nämlich 76% bzw. drei Viertel, mit einem Intelligenzquotienten (IQ) von 85-114 im Durchschnittsbereich.



Daneben zeigte etwa jeder zehnte kinder- und jugendpsychiatrisch behandelte junge Mensch entweder eine Lernbehinderung (12%) aufgrund eines IQs von 70-84 oder eine überdurchschnittliche bzw. hohe Intelligenz (9%) mit einem IQ von 115-129.

Abb. 20: Intelligenzniveau der (teil-) stationär behandelten PatientInnen (N = 1918)

6.5. (Haupt-) Diagnosen und Entwicklungsstörungen



Betrachtet man die Störungen⁴⁴, die im Rahmen des (teil-) stationären Aufenthaltes bei den Kindern und Jugendlichen diagnostiziert wurden⁴⁵ (N = 2003), so wird deutlich, dass fast jede/r fünfte PatientIn (19%) eine hyperkinetische Störung nach F90 vorwies..

Abb. 21: Gruppierte Hauptdiagnosen der (teil-) stationär behandelten PatientInnen (N = 2003)

⁴⁴ Auch die Störungsbilder wurden zur Vereinfachung ihrer diagnostischen Einordnung nach den ICD-10 Diagnosekategorien gruppiert. Lediglich für die Kategorien F4 „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ und F9 „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ wurde eine Differenzierung vorgenommen.

⁴⁵ Es werden an dieser Stelle nur die Hauptdiagnosen berücksichtigt.

Fast ebenso viele (18%) erhielten eine Diagnose aus der Kategorie F30 - F39, den affektiven Störungen, dicht gefolgt von denjenigen, mit einer Diagnose der Anpassungsstörungen nach F43, die bei 16% aller diagnostizierten Kinder und Jugendlichen vergeben wurde. Des Weiteren bekam gut jeder zehnte junge Mensch in der vorliegenden Analyse eine Diagnose nach F91 – F92, nämlich eine (kombinierte) Störung des Sozialverhaltens (und der Emotionen). Etwas seltener wurde die Diagnose nach F93 „Emotionale Störungen des Kindesalters“ vergeben, nämlich bei 8% der kinder- und jugendpsychiatrisch behandelten PatientInnen.

Knapp zwei Drittel (60%) aller erfassten jungen Menschen erhielten auch eine zweite Diagnose, knapp ein Viertel (22%) bekam während seines Aufenthaltes sogar drei Diagnosen zugeordnet. Berücksichtigt man ebenso die zweite und dritte Diagnose und fasst alle Diagnosen zusammen, so ergeben sich jedoch kaum Abweichungen von den eben beschriebenen Ergebnissen; deshalb wird auf eine separate Darstellung verzichtet.

Jedes/r fünfte Kind/Jugendlicher (21%) aller (teil-) stationär behandelten PatientInnen erhielt zudem eine umschriebene Entwicklungsstörung auf der zweiten Achse des MAS. So wurde bei 8% eine Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache nach F80 vergeben und bei fast genauso vielen (8%) eine Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten nach F81. Auch hier wurde nur die erste Entwicklungsstörung berücksichtigt, da sich mit Einbeziehen der zweiten Entwicklungsstörung nichts bzw. nur marginal etwas an den Ergebnissen verändert.

Dennoch bleibt festzuhalten, dass die Mehrheit der jungen PatientInnen (79%) keine Entwicklungsstörung diagnostiziert bekommen hat.

6.6. Abnorme psychosoziale Umstände und psychosoziale Anpassung

Bei den assoziierten aktuellen abnormen psychosozialen Umständen nach der fünften Achse des MAS war eine Mehrfachnennung möglich; es konnten bis zu vier Umstände angegeben werden. Fasst man alle Nennungen zusammen (N = 4399), so ergibt sich folgendes Bild: am häufigsten lag,

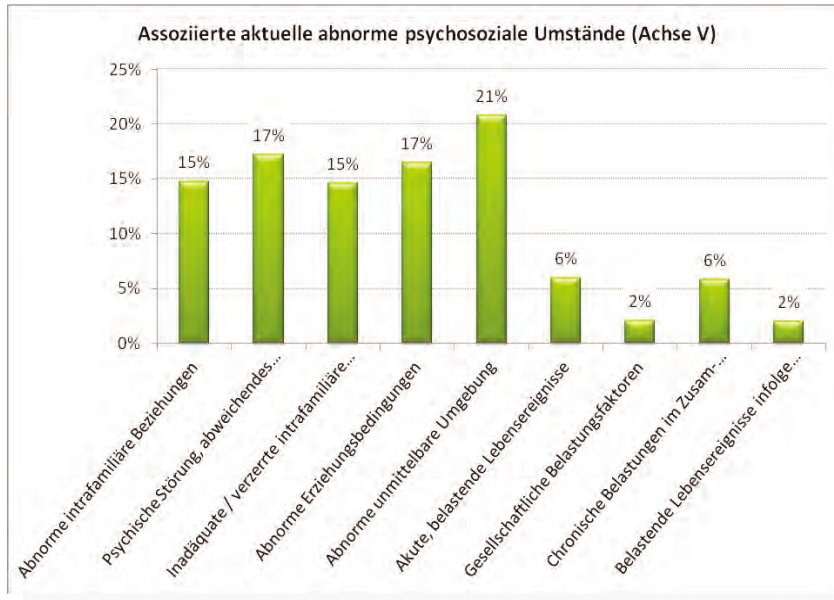


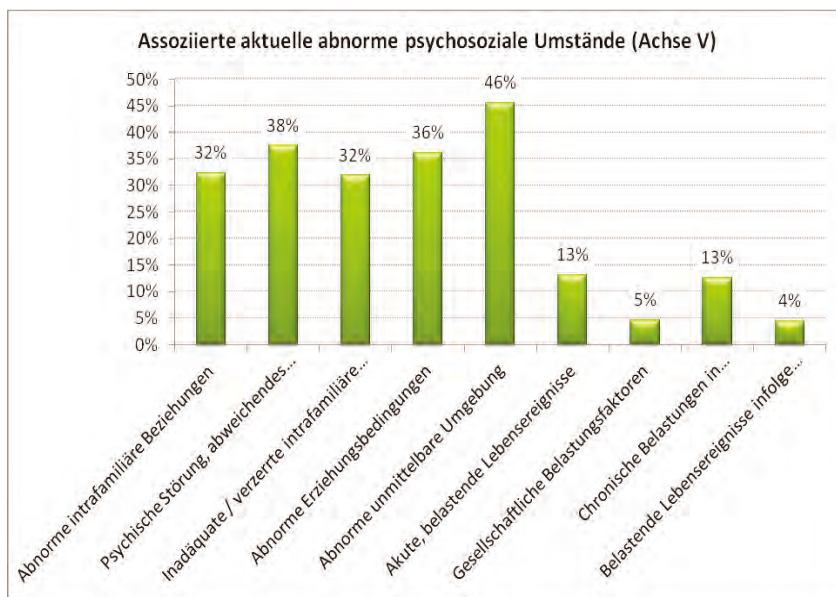
Abb. 22: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände der (teil-) stationär behandelten PatientInnen, Häufigkeiten der Nennungen (N = 4399)

mit 21% aller Nennungen, eine abnorme unmittelbare Umgebung bei den PatientInnen vor, zu der die Erziehung in einer Institution, eine abweichende Elternsituation, eine isolierte Familie und Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung

zählen. Am zweithäufigsten, mit 17%, wurde eine psychische Störung, abweichendes

Verhalten oder Behinderung in der Familie als abnormer psychosozialer Umstand genannt, gefolgt von den abnormen Erziehungsbedingungen, die ebenfalls fast 17% aller Nennungen ausmachen. Schließlich fallen noch die abnormen intrafamiliären Beziehungen und die inadäquate/verzerrte intrafamiliäre Kommunikation mit jeweils knapp 15% ins Auge.

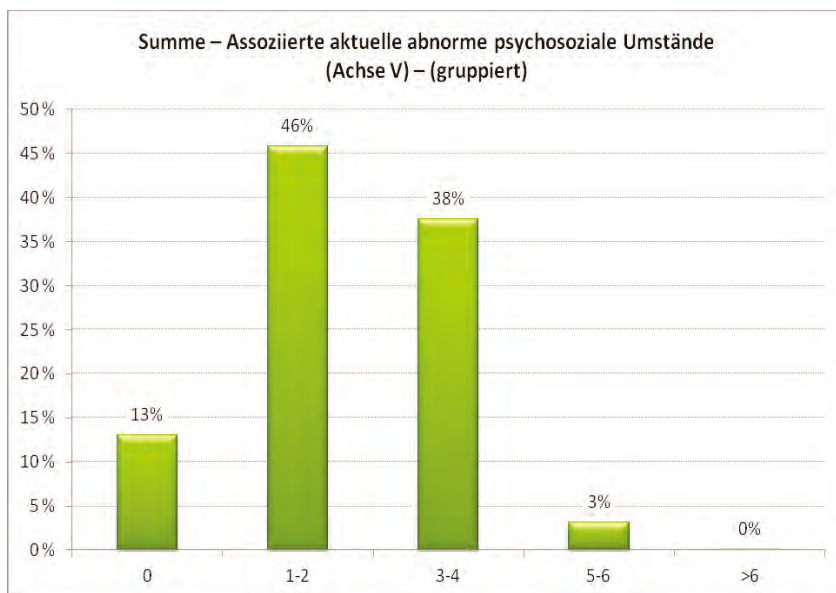
Aufgrund dieser Angaben wird sehr deutlich, dass bei den jungen PatientInnen in erster Linie abnorme psychosoziale Umstände im familiären Bereich vorlagen und weniger im Zusammenhang mit Lebensereignissen (8%), gesellschaftlichen (2%) oder schulischen (6%) Belastungsfaktoren.



In Abb. 23 (links) sind die psychosozialen Umstände hinsichtlich ihrer Häufigkeit bei den PatientInnen (N = 2016) dargestellt.

Abb. 23: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände der (teil-) stationär behandelten PatientInnen, Häufigkeiten bei PatientInnen (N = 2016)

Betrachtet man die Häufigkeiten der vorliegenden abnormen psychosozialen Umstände, so ist zu sehen, dass bei knapp der Hälfte (46%) der Kinder und Jugendlichen, die im Rahmen eines



(teil-) stationären Klinikaufenthaltes behandelt wurden, ein bis zwei dieser abnormen Umstände vorlagen. Gut ein weiteres Drittel (38%) war sogar von drei bis vier abnormen psychosozialen Umständen betroffen.

Abb. 24: Gruppierte assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände der (teil-) stationär behandelten PatientInnen, Häufigkeiten bei PatientInnen (N = 2016)

Was die Globalbeurteilung nach Achse VI des MAS (N = 2016) angeht, so lag bei gut einem Drittel (35%) aller erfassten Kinder- und Jugendpsychiatrie-PatientInnen eine Globalbeurteilung der Stufe „4“, also eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen,

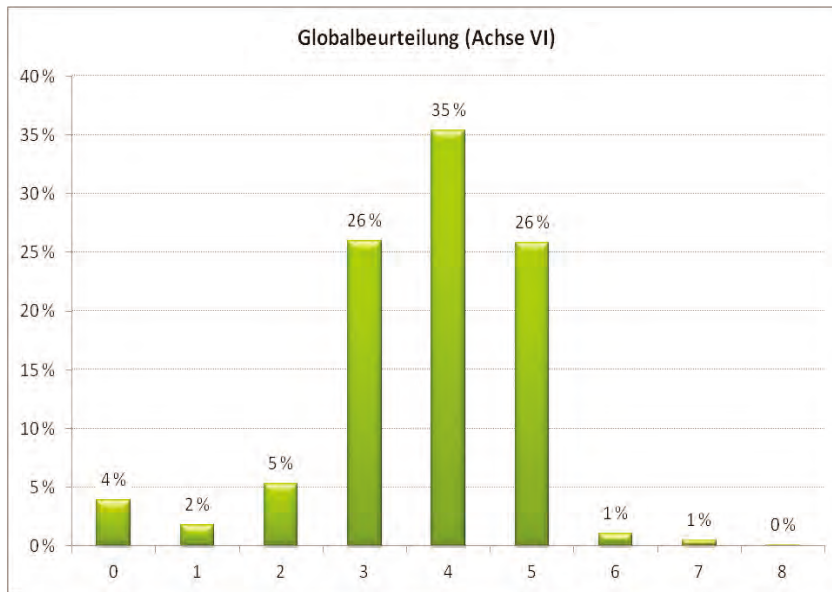


Abb. 25: Globalbeurteilung der (teil-) stationär behandelten PatientInnen (N = 2016)

vor. Darüber hinaus wurde zu je einem Viertel (26%) eine Globalbeurteilung einer mäßigen sozialen Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen (Stufe „3“) sowie einer ernsthaften und durchgängigen sozialen Beeinträchtigung in den meisten Bereichen (Stufe „5“) vergeben.

Ginge man davon aus, dass die Abstände zwischen den einzelnen Stufen der Globalbeurteilung (0-8) einen gleich großen Abstand (wie etwa bei Zahlen) haben, dann ließe sich ein durchschnittlicher Wert von 3,7 für die psychosoziale Anpassung aller erfassten Kinder und Jugendlichen der vorliegenden Analyse berechnen.

6.7. Jugendhilfemaßnahmen vor der Klinikaufnahme

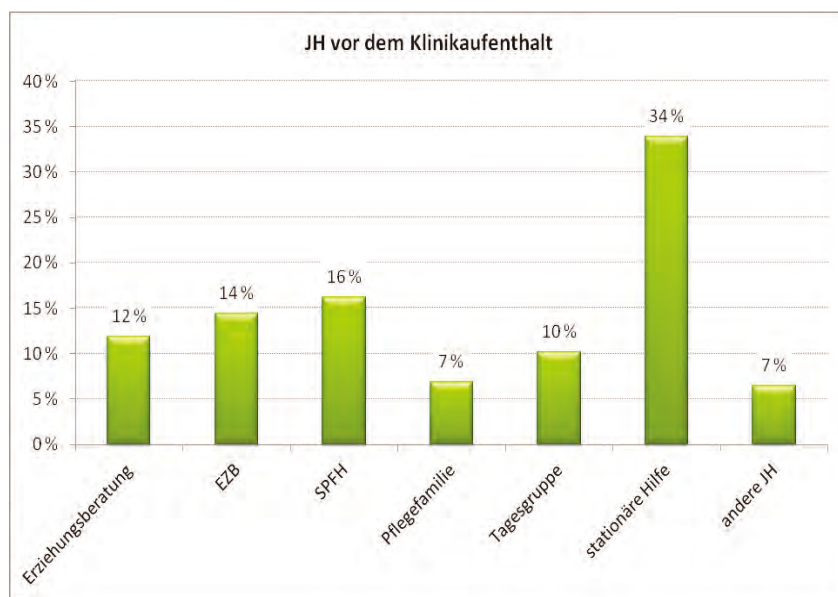


Abb. 26: Jugendhilfemaßnahmen der (teil-) stationär behandelten PatientInnen vor ihrer Klinikaufnahme (N = 771)

Betrachtet man die Zahlen zur Inanspruchnahme von Jugendhilfemaßnahme⁴⁶ vor der klinischen Behandlung (N = 771), so zeigt sich, dass knapp zwei Drittel (62%) nicht, und gut ein Drittel (38%) bereits in Kontakt mit JH-Maßnahmen gekommen sind/ist.

Von den in Anspruch genommenen Maßnahmen im

Bereich der KJH waren wiederum ein Drittel (34%) stationäre Maßnahmen und 7% Maßnahmen in einer Pflegefamilie. Demnach haben also 41% der Kinder und Jugendlichen, die bereits vor der KJP Hilfemaßnahmen seitens der KJH bekommen haben, außerfamiliäre Erfahrungen gemacht.

Etwa ebenso viele (43%) hatten vor ihrem Klinikaufenthalt bereits mit ambulanten JH-Maßnahmen, wie der Erziehungsberatung (EB), der Erziehungsbeistandschaft (EZB) oder der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH), zu tun.

Jede/r zehnte PatientIn (10%), der/die im Vorfeld seiner/ihrer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung schon einmal mit der KJH Kontakt hatte, wurde teilstationär in einer Tagesgruppe betreut.

Unter die anderen JH-Maßnahmen, die bei 7% der jungen Menschen vor ihrem Klinikaufenthalt beansprucht wurden, fallen die „Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung“ (ISE) und die „Soziale Gruppenarbeit“ (SGA).

⁴⁶ Das Wort wird im Weiteren der Einfachheit halber mit „JH-Maßnahme“ abgekürzt.

7. Kinder und Jugendliche mit und ohne (stationären) Jugendhilfeanschlussbedarf

7.1. Indizierte und umgesetzte Maßnahmen

Bei 70,5% (N = 1422) der 2016 (teil-) stationär behandelten PatientInnen wurde im Anschluss an deren kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung eine JH-Maßnahme als indiziert angesehen, bei 70% (N = 1414) auch tatsächlich indiziert. Da es sich hierbei um nahezu die gleiche Anzahl handelt, spielt diese Differenz für die weiteren Berechnungen und Angaben keine Rolle.

Von den 1414 Fällen, bei denen eine JH-Maßnahme indiziert wurde, wurden in 669⁴⁷ Fällen die Maßnahmen auch direkt eingeleitet bzw. umgesetzt; das entspricht 47% der Kinder und Jugendlichen mit einer indizierten JH-Maßnahme und 33% aller kinder- und jugendpsychiatrisch behandelten PatientInnen. Das heißt im Umkehrschluss, dass bei über der Hälfte (53%) der PatientInnen mit einer indizierten JH-Maßnahme die empfohlene Hilfeleistung, aus welchen Gründen auch immer, nicht umgesetzt wurde.

Somit lässt sich festhalten, dass bei knapp drei Viertel aller (teil-) stationär behandelten Kinder und Jugendlichen eine JH-Maßnahme indiziert und bei einem Drittel auch tatsächlich umgesetzt wurde. Unverständlich erscheint vor diesem Hintergrund, dass nur bei gut einem Viertel (28%) aller PatientInnen eine gutachterliche Stellungnahme durchgeführt wurde und bei knapp drei Viertel (72%) keine.

Die nachfolgende Tabelle zeigt, wie viele der jeweiligen erzieherischen Hilfen indiziert/empfohlen sowie umgesetzt/eingeleitet wurden.

⁴⁷ Bei vier PatientInnen wurden die Maßnahmen nur umgesetzt, ohne Indikation, weshalb sich in Tab. 2 eine Anzahl von insgesamt 673 umgesetzten Fällen wiederfindet.

Hilfeformen gemäß ... KJHG	Maßnahmen indiziert/empfohlen		Maßnahmen umgesetzt/eingeleitet	
	N	%	N	%
§ 28: Erziehungsberatung	44	3,1	27	4
§ 29: Soziale Gruppenarbeit	6	0,4	4	0,6
§ 30: Erziehungsbeistand	205	14,5	106	15,8
§ 31: Sozialpädagogische Familienhilfe	190	13,4	83	12,3
§ 32: Tagesgruppe	90	6,4	57	8,5
§ 33: Vollzeitpflege	21	1,5	27	4
§ 34: Heimerziehung	312	22,1	137	20,4
§ 35a Eingliederungshilfe (ambulant)	55	3,9	35	5,2
§ 35a Eingliederungshilfe (teilstationär)	54	3,8	32	4,8
§ 35a Eingliederungshilfe (stationär)	250	17,7	101	15
andere Jugendhilfemaßnahme	187	13,2	64	9,5
Gesamt	1414	100	673	100

Tab. 2: Hilfeformen des KJHGs, jeweils indiziert und umgesetzt

Betrachtet man die Tabelle, so lässt sich feststellen, dass die jeweiligen HzE, prozentual gesehen, relativ gleich häufig indiziert und umgesetzt wurden.

Unter den indizierten Maßnahmen überwogen die Heimerziehung nach § 34 mit 22% und die stationäre Eingliederungshilfe nach § 35a mit knapp 18%. Darüber hinaus wurden oftmals auch die Erziehungsbeistandschaft nach § 30 (15%), die Sozialpädagogische Familienhilfe nach § 31 (13%) und andere Jugendhilfemaßnahmen (13%) indiziert. Nimmt man die Vollzeitpflege mit knapp 2% zu den stationären Hilfen hinzu, so machte diese Hilfeform unter den indizierten Maßnahmen einen Anteil von fast 42% aus. Demgegenüber stehen die ambulanten Hilfen mit etwa 35% und die teilstationären Hilfen mit ca. 10%.

Bei den umgesetzten Maßnahmen dominierte ebenfalls die Heimerziehung als jede fünfte (20%) umgesetzte Maßnahme. Auch die stationäre Eingliederungshilfe (15%) zählte zu den häufig umgesetzten Maßnahmen; allerdings wurden Erziehungsbeistandschaften (16%) mindestens genauso oft umgesetzt. Die Sozialpädagogische Familienhilfe bildete einen Anteil von 12% unter den umgesetzten Maßnahmen. So ergibt sich bei den umgesetzten Maßnahmen ein Verhältnis von 39% stationären, 38% ambulanten und 13% teilstationären Hilfen. Die ambulanten Hilfen „holten“ also bei den umgesetzten Maßnahmen auf, während die stationären Hilfen etwas weniger wurden. Ambulante und stationäre Maßnahmen wurden als fast gleich häufig umgesetzt.

Hinsichtlich der Eingliederungshilfe nach § 35a lässt sich noch feststellen, dass jeweils ein Viertel (25%) der indizierten und umgesetzten Maßnahmen auf dieser Rechtsnorm beruhten.

7.2. Kein JH-Bedarf vs. JH-Bedarf

Im Hinblick auf die Thematik der vorliegenden Arbeit, nämlich die Kooperation der beiden Fachbereiche KJP und KJH, sollen im Folgenden die PatientInnen mit einem JH-Bedarf und diejenigen, die keinen JH-Bedarf nach der KJP aufwiesen, miteinander verglichen werden. Bei „welchen“ Kindern und Jugendlichen erschien es den TherapeutInnen wichtig, dass diese nach ihrer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung im Bereich der KJH weiter betreut und versorgt werden?

Zunächst einmal, macht die Gruppe der Kinder und Jugendlichen, bei denen im Anschluss an die (teil-) stationäre Behandlung weder eine Jugendhilfemaßnahme indiziert noch umgesetzt wurde, mit 598 Fällen einen Anteil von 30% aller erfassten PatientInnen aus. Demgegenüber stehen die jungen Menschen, bei denen ein JH-Anschlussbedarf festgestellt und deshalb eine JH-Maßnahme indiziert und z. T. auch umgesetzt wurde (N = 1418). Sie stellen mit 70% den weitaus größeren Anteil unter den psychiatrisch behandelten jungen Menschen dar.

Unterscheidet man die beiden Gruppen hinsichtlich des Geschlechts (N = 1310), so fällt auf, dass mehr Jungen (55%) als Mädchen (45%) einen JH-Bedarf aufwiesen und umgekehrt, dass es weniger Jungen (42%) als Mädchen (58%) waren, bei denen kein JH-Bedarf gesehen wurde.

Was die Altersgruppen (N = 1417) betrifft, so wurde ein JH-Bedarf v. a. bei den Teenagern (57%) zwischen 13 und 17 Jahren festgestellt, wobei sie auch den größten Teil aller kinder- und jugendpsychiatrisch behandelten PatientInnen stellten. Betrachtet man die Gruppe der Kinder von 6-12 Jahren, so hatten immerhin auch dort 60% eine JH-Maßnahme nötig.

Wenig verwunderlich ist, dass, je länger die Kinder und Jugendlichen in der KJP behandelt wurden, desto größer auch die Wahrscheinlichkeit auf einen JH-Anschlussbedarf war; primär ab einem viertel Jahr Klinikaufenthalt.

Betrachtet man die Kinder und Jugendlichen, die vor ihrer Klinikaufnahme in abweichenden familiären Konstellationen lebten, sprich bei Alleinerziehenden mit und ohne neue/n PartnerIn, bei Pflegefamilien oder in stationären Jugendhilfen, so zeigt sich, dass in diesen „Gruppen“ jeweils mehr als die Hälfte (ca. 50-60%) der jungen Menschen nach ihrem Klinikaufenthalt eine JH-Maßnahme benötigten. Bei den PatientInnen, die vorher bei ihren leiblichen Eltern lebten, verhält es sich genau umgekehrt; bei ihnen brauchten 60% keine JH-Leistung im Anschluss an die KJP.

Auch bei der Schichtzugehörigkeit fällt auf, dass es vor allem die Gruppe der an- bzw. ungelernten ArbeiterInnen ist, „deren“ Kinder und Jugendlichen zu 65% einen Jugendhilfeanschlussbedarf hatten.

Knapp ein Viertel (23%) der PatientInnen mit JH-Bedarf im Anschluss an die KJP, besuchte vor der Klinikbehandlung die Hauptschule.

Zudem wurde bei jedem fünften jungen Menschen, der nach seiner kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung im Rahmen der KJH weiter betreut werden sollte, eine hyperkinetische Störung nach F90 (21%) und bei gut jedem dritten eine Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache (40%) oder der schulischen Fertigkeiten (38%) diagnostiziert.

Beim Intelligenzniveau und der Art der assoziierten aktuellen abnormen psychosozialen Umstände zeigen sich zwischen der Gruppe mit JH-Anschlussbedarf und der Gruppe ohne anschließenden JH-Bedarf kaum Unterschiede, jedoch bei der Anzahl der abnormen Umstände (N = 1418). So stieg das Risiko, einer Jugendhilfemaßnahme im Anschluss an einen (teil-) stationären KJP-Aufenthalt zu bedürfen, je mehr dieser Lebensumstände vorlagen. So wiesen 69%, also gut zwei Drittel, der Kinder und Jugendlichen mit JH-Anschlussbedarf zwei bis vier dieser widrigen Umstände auf.

Bzgl. der psychosozialen Anpassung (N = 1418) erhielten die meisten der jugendhilfebedürftigen PatientInnen die Stufe „4“. 90% von ihnen bewegten sich zwischen einer mäßigen und ernsthaften Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei bzw. den meisten Bereichen.

Wichtig zu erwähnen erscheint an dieser Stelle noch, dass nicht alle Kinder und Jugendlichen, die vor ihrem Klinikaufenthalt in einer stationären JH-Einrichtung untergebracht waren (N = 214), auch nach ihrer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung wieder dorthin zurückkehrten. Aufgrund dessen, dass in 94 Fällen (83%) dieser Kinder und Jugendlichen eine stationäre Anschlussmaßnahme umgesetzt wurde, lässt sich errechnen, dass knapp die Hälfte (44%) der aus einer stationären JH-Einrichtung in die KJP kommenden PatientInnen wieder in eine solche zurückkehrte. Somit handelte es sich unter allen 238 stationär umgesetzten Anschlussmaßnahmen bei 94 (40%) um wiederkehrende/weiterführende stationäre JH-Maßnahmen und in 144 (61%) Fällen um sog. „neue“ stationäre Anschlussmaßnahmen.

7.3. Stationäre vs. nicht-stationäre Jugendhilfeanschlussmaßnahmen

Schließlich sollen die jungen PatientInnen mit einer indizierten JH-Anschlussmaßnahme (N = 1414) noch etwas genauer betrachtet werden und zwar dahingehend, bei „welchen“ von ihnen eine stationäre Anschlussmaßnahme und bei welchen keine stationäre, sondern eine ambulante oder teilstationäre, JH-Maßnahme indiziert wurde. Dies ist insofern interessant, da zu vermuten ist, aufgrund der vorher beschriebenen Zielgruppe unter Punkt 4, dass es sich bei den Kindern und Jugendlichen mit einer stationär indizierten Jugendhilfemaßnahme im Anschluss an die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung um die „schwierigeren“ Fälle handelt; also diejenigen, die die Systeme KJP und KJH intensiv(er) für sich beanspruchen und die nach ihrem (teil-) stationären Klinikaufenthalt womöglich auch noch weiterhin eine kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in den stationären KJH-Einrichtungen brauchen.

Zu den stationären Maßnahmen werden in diesem Fall die Hilfeleistung der Heimerziehung nach § 34 SGB VIII und die stationäre Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII gezählt, sodass es sich in 562 Fällen oder knapp 40% aller indizierten Maßnahmen um stationäre Anschlussmaßnahmen handelt. Auch wenn die Pflegefamilie als vollstationäre Form zählt, wird sie hier in die Gruppe der stationären JH-Anschlussmaßnahmen nicht mit einbezogen, da sie i. d. R. nicht von Fachkräften, wie es bei der Heimerziehung oder auch überwiegend der stationären Eingliederungshilfe der Fall ist, ausgeführt wird, und die Gruppe der stationär indizierten JH-Maßnahmen vor allem im Hinblick auf die Anforderungen an das vollstationäre Setting der KJH begutachtet werden soll. Zudem spielte die Pflegefamilie unter allen indizierten Maßnahmen nur eine kleine Rolle, sodass sie mit den anderen HzE zur Gruppe der nicht-stationär indizierten JH-Maßnahmen, die mit 852 Fällen die restlichen 60% aller indizierten Maßnahmen ausmacht, hinzugefügt wird.

Schaut man sich also die beiden Gruppen mit stationär bzw. nicht-stationär indizierten JH-Anschlussmaßnahmen an – es sollen an dieser Stelle nur die wichtigsten Differenzen erläutert werden – so lässt sich der erste größere Unterschied bei den Altersgruppen feststellen. Demnach befanden sich gut zwei Drittel (69%) der Kinder und Jugendlichen mit einer stationär indizierten Anschlussmaßnahme im Teenageralter, während in der Gruppe mit ambulanten/(teil-) stationären JH-Maßnahmen gerade einmal die Hälfte zwischen 13 und 17 Jahre alt war. Stationäre Maßnahmen wurden also mit zunehmendem Alter der PatientInnen häufiger indiziert, was sich mit den vorherigen Beschreibungen in dieser Arbeit deckt.

Vergleicht man den Aufenthalt vor der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung der beiden Gruppen, so wird deutlich, dass gut ein Viertel der PatientInnen mit stationär indizierter JH-Maßnahme bei seinen Eltern (26%), knapp ein weiteres Viertel (22%) bei seiner alleinerziehenden Mutter und wiederum knapp ein Viertel (23%) in einer stationären JH-Einrichtung lebte, während es bei den Kindern und Jugendlichen ohne stationär indizierte Anschlussmaßnahme weitaus mehr (38%) waren, deren Zuhause sich vor der KJP bei den Eltern befand.

Zudem sei an dieser Stelle nochmal darauf hingewiesen, dass bei 80-85% der jungen Menschen, die vor der Klinikbehandlung schon stationär im Bereich der KJH betreut wurden, auch wieder eine stationäre JH-Maßnahme indiziert wurde.

Deutlich häufiger als die Gruppe ohne stationär indizierte JH-Maßnahme besuchten Kinder und Jugendliche mit einer stationären Anschlussmaßnahme entweder die Haupt- oder die Förderschule, nämlich knapp die Hälfte (45%) von ihnen. In der anderen Gruppe war es etwa ein Drittel (34%), das eine der beiden Schulformen besuchte.

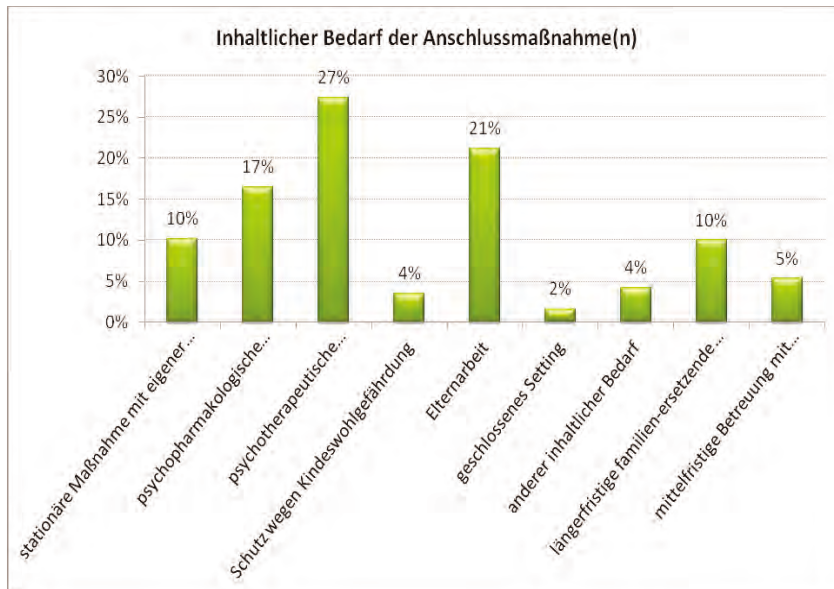
Ein weiterer Unterschied lässt sich zwischen beiden Gruppen hinsichtlich der diagnostizierten Entwicklungsstörungen feststellen: während in der Gruppe mit stationär indizierten Anschlussmaßnahmen die meisten (44%) eine Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten diagnostiziert bekamen, war in der Gruppe mit ambulant und teilstationär indizierten JH-Maßnahmen die Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache mit 45% „Spitzenreiter“.

Schließlich unterscheiden sich die beiden Gruppen, wie schon zuvor die Gruppen mit JH-Bedarf und ohne JH-Bedarf, im Hinblick auf die Anzahl der abnormen psychosozialen Umstände.

So kann man auch hier sehen, dass mit steigender Anzahl derartiger Umstände auch das „Risiko“ für eine stationäre Anschlussmaßnahme wächst. Die meisten PatientInnen mit stationär indizierter JH-Maßnahme, gut ein Viertel (28%) von ihnen, lebte mit vier abnormen psychosozialen Umständen, während diejenigen ohne stationär indizierte Anschlussmaßnahmen gerade einmal zwei aufwiesen, ohne diese Tatsache nichtig reden zu wollen.

7.4. Inhaltliche Anforderungen an stationäre Jugendhilfeschlussmaßnahmen

Was die gewünschten Schwerpunkte (N = 1883⁴⁸) seitens der TherapeutInnen in Bezug auf stationäre JH-Anschlussmaßnahmen betrifft, so wurde am meisten die psychotherapeutische Weiterbehandlung (27%) in der stationären Hilfeleistung im Anschluss an die KJP gewünscht. Auch



die Elternarbeit (21%) sollte in stationären Anschlussmaßnahmen eine Rolle spielen. Schließlich wurde an dritter Stelle die psychopharmakologische Weiterbehandlung (17%) genannt, der in der stationären KJH weiterhin Beachtung geschenkt werden soll.

Abb. 27: Inhaltliche Anforderung an die stationären JH-Anschlussmaßnahmen, gemessen an ihren Nennungen (N = 1883)

⁴⁸ Es waren Mehrfachnennungen möglich.

8. Hilfeplanverfahren

8.1. Zeitliche Eröffnung

Bei zwei Dritteln (67%) der Kindern und Jugendlichen, bei denen man im Rahmen ihrer (teil-)stationären) Behandlung ein Hilfeplanverfahren v. a. aufgrund ihres Jugendhilfeanschlussbedarfes einleitete (N = 1057), wurde dies zeitgerecht, bei 3% zu spät und bei einem weiteren Drittel (30%) gar nicht in der Klinik eröffnet.

8.2. Zusammenarbeit mit Jugendamt und Personensorgeberechtigten

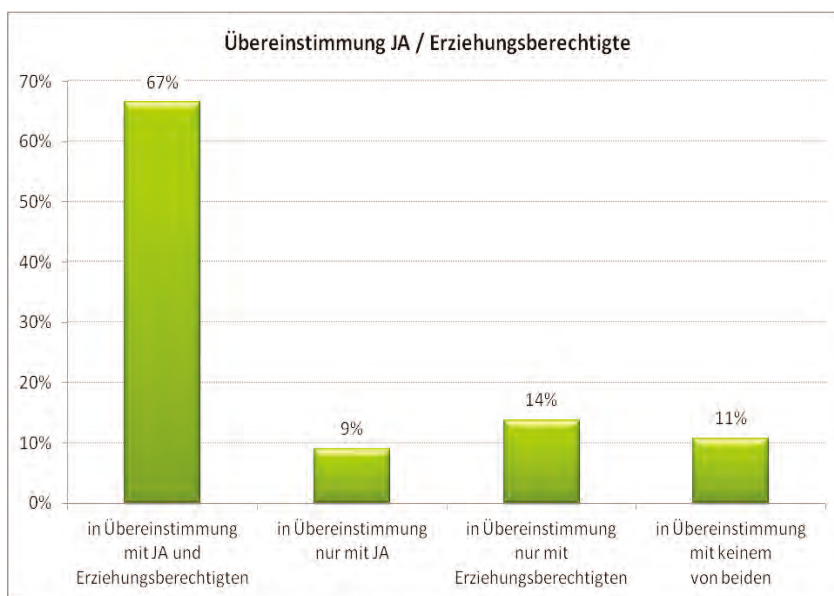


Abb. 28: Übereinstimmung bzgl. der Empfehlung der JH-Anschlussmaßnahme (N = 1315)

Was die Zusammenarbeit zwischen allen am Hilfeprozess Beteiligten in Bezug auf die JH-Anschlussmaßnahme nach der (teil-) stationären Behandlung der jungen PatientInnen betrifft (N = 1315), so wurde bei zwei Dritteln (67%) der PatientInnen die JH-Anschluss-

maßnahme sowohl in Übereinstimmung mit den Er-

ziehungsberechtigten als auch mit dem Jugendamt empfohlen. Bei ungefähr jeder/m zehnten PatientIn wurde die Maßnahme ausschließlich mit dem Jugendamt (9%) empfohlen. Bei fast ebenso vielen (11%) gaben weder das Jugendamt noch die Erziehungsberechtigten ihr „OK“. In weiteren 14% der Fälle gab es hinsichtlich der Empfehlung einer JH-Anschlussmaßnahme lediglich eine Übereinstimmung mit den Erziehungsberechtigten.

8.3. Schwierigkeiten

Liest man die Kommentare zu den Hilfeplanverfahren, die am Ende des Fragebogens von einigen den Befragten abgegeben wurden, so klagten die meisten über verschiedene Schwierigkeiten; nur in wenigen Fällen wurde über eine gute Zusammenarbeit berichtet.

Darüber hinaus gaben viele an, dass die Hilfeplanverfahren bereits vor der Klinik eingeleitet wurden bzw. stattgefunden haben oder dass die PatientInnen in ihre „alten“ Maßnahmen zurückkehrten, was den geringen Anteil (34%) an (zeitgerechten) Hilfeplanverfahren in den Kliniken erklären könnte.

Hinsichtlich der negativ berichteten Erfahrungen lassen sich einige Kategorien bilden.

So wurde oft von schwierigen Kooperationen mit den Angehörigen, also den Erziehungsberechtigten, gesprochen; vereinzelt gab es auch Komplikationen mit den Jugendämtern. Des Weiteren gab es einige Fälle, in denen die PatientInnen vorzeitig, gegen ärztlichen Rat, die Kliniken verließen. Und schließlich wurde ein paar Mal von fehlenden Plätzen in Jugendhilfeeinrichtungen bzw. von fehlenden geeigneten JH-Maßnahmen gesprochen.

9. Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick

- Aufgrund des enormen Rücklaufs von 2016 Fällen aus 37 bayerischen Klinikstandorten können die Ergebnisse der vorliegenden Analyse für das Bundesland Bayern als repräsentativ angesehen werden.
- Drei Viertel der kinder- und jugendpsychiatrisch behandelten Kinder und Jugendlichen waren stationär in der Klinik untergebracht, ¼ wurde in Tageskliniken versorgt.
- In der Untersuchungsgruppe gab es nahezu gleich viele Mädchen und Jungen; diese waren im Schnitt 13 Jahre alt und wurden durchschnittlich gut 2 Monate behandelt.
- Ca. 60% der Kinder und Jugendlichen kamen regulär, etwa 40% als Notfall.
- Gut die Hälfte der PatientInnen lebte vor der Klinikaufnahme bei ihren Eltern, ein Viertel bei ihrer alleinerziehenden Mutter.
- Die Hälfte der untersuchten PatientInnen konnte der „Schicht“ der FacharbeiterInnen, HandwerkerInnen, etc. zugeordnet werden, ein Drittel der „Schicht“ der an- bzw. ungelerten ArbeiterInnen.
- Alle Schularten wurden ungefähr gleich häufig besucht, die meisten PatientInnen konnten im Bereich der kognitiven Fähigkeiten einen IQ von 85-114 vorweisen.
- Es wurden v. a. das hyperkinetische Syndrom sowie affektive Störungen, Anpassungsstörungen und kombinierte Störungen des Sozialverhaltens (und der Emotionen) diagnostiziert.
- ⅓ der PatientInnen bekam eine Entwicklungsstörung diagnostiziert; in erster Linie aus dem Bereich des Sprechens und der Sprache oder der schulischen Fertigkeiten.
- Bei fast der Hälfte der untersuchten jungen Menschen lag eine abnorme unmittelbare Umgebung vor; fast die Hälfte von ihnen musste mit 1-2 abnormen psychosozialen Umständen leben, ein Drittel sogar mit 3-4.
85% der angegebenen widrigen Lebensumstände, standen in Zusammenhang mit innerfamiliären Konflikten und Schwierigkeiten.
- Bzgl. der psychosozialen Anpassung hatten die meisten Kinder und Jugendlichen ernsthafte soziale Beeinträchtigungen in ein oder zwei Bereichen.
- Ein Drittel der PatientInnen hatte bereits Vorerfahrungen mit JH-Leistungen, wiederum ein Drittel davon mit der stationären JH bzw. 40% davon mit außerfamiliären Unterbringungen.
- Bei fast drei Viertel der PatientInnen wurde eine JH-Anschlussmaßnahme indiziert, wo-

von die Hälfte auch umgesetzt wurde; insgesamt wurde bei etwa $\frac{1}{3}$ aller behandelten Kinder und Jugendlichen eine JH-Maßnahme umgesetzt.

- Nur bei etwa ein Viertel aller Kinder und Jugendlichen mit einem JH-Anschlussbedarf wurde eine gutachterliche Stellungnahme durchgeführt.
- Es lagen ca. 40% stationäre und etwa 36% ambulante Hilfen unter den indizierten und umgesetzten Maßnahmen vor. Jeweils ein Viertel der indizierten und umgesetzten Maßnahmen erfolgte auf Grundlage der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII, egal in welcher Form.
- (Stationärer) JH-Anschlussbedarf bestand v. a. bei den Teenagern im Alter zwischen 13-17 Jahren.
- Die meisten PatientInnen mit (stationär) indizierter JH-Maßnahme lebten in einer abweichenden Familiensituation oder waren vor der Klinik schon in einer stationären JH-Einrichtung; kamen größtenteils aus der unteren sozialen Schicht.
- Je höher die Anzahl der abnormen psychosozialen Umstände bei den PatientInnen war, desto höher war die Wahrscheinlichkeit für eine (stationäre) Anschlussmaßnahme.
- Betrachtet man die stationär umgesetzten Maßnahmen, so waren 40% weiterführende (stationäre) Hilfen und 60% sog. „Neumaßnahmen“.
- Bei zwei Drittel der PatientInnen wurde das Hilfeplanverfahren zeitgerecht in der Klinik eröffnet und die Anschlussmaßnahme mit Jugendamt und Eltern empfohlen.
- Inhaltliche Anforderungen an die JH-Anschlussmaßnahmen waren die psychotherapeutische und psychopharmakologische Weiterbehandlung sowie die Elternarbeit.

10. Bedeutung der Ergebnisse für die Praxis

Die berechneten Ergebnisse vor Augen, muss zunächst einmal Libal und Fegert (2004: 236) Recht gegeben werden, wenn sie bzgl. einer stationären Unterbringung in einer KJP von einem „Eintrittsticket“ für weitere Hilfsmaßnahmen sprechen. Denn die vorliegende Analyse kinder- und jugendpsychiatrischer PatientInnen legt eindrucksvoll dar, dass die meisten der untersuchten Kinder und Jugendlichen, die in einer Tagesklinik oder einer stationären Station einer KJP versorgt wurden, einen Jugendhilfebedarf im Anschluss an ihre psychiatrisch-therapeutische Behandlung aufweisen. Bei fast drei Viertel dieser jungen Menschen wurde eine Jugendhilfemaßnahme für erforderlich erachtet und dementsprechend seitens der TherapeutInnen als indiziert angesehen.

Ruft man sich noch einmal die zuvor beschriebenen Ergebnisse anderer Untersuchungen der letzten Jahre in Erinnerung, so ist, basierend auf der vorliegenden Bedarfsanalyse, ein weiterer Anstieg der Zahl gemeinsamer KlientInnen von KJP und KJH und somit auch eine fortbestehende Notwendigkeit der Kooperation zwischen beiden Systemen zu verzeichnen.

Aufgrund dieser Tatsache soll auf die Thematik der Kooperation zwischen dem Fachbereich der KJP und dem der KJH im nächsten Punkt noch einmal ein besonderes Augenmerk gelegt werden. Auch auf die (spezifischen) Anforderungen, mit denen sich die Fachkräfte beider Seiten im Hinblick auf die Arbeit mit der multiproblembelasteten Klientel und der Diagnosestellung konfrontiert sehen, soll im nachfolgenden Punkt eingegangen werden.

Zudem sollen eigene Überlegungen angestellt werden, inwiefern die Klinische Sozialarbeit, als Teildisziplin der Sozialen Arbeit, zu einer qualitativen Kooperation an der besonderen Schnittstelle „KJP – KJH“ einen Beitrag leisten kann.

10.1. Kooperation zwischen KJP und KJH ist und bleibt notwendig!

Schmid (2012: 116f) plädiert aufgrund seiner Untersuchung ausschließlich in Bezug auf psychisch stark belastete Heimkinder für eine enge und erfolgreiche Kooperation zwischen KJP und KJH. Sein Appell ist ebenso für die vorliegenden Ergebnisse von Bedeutung: aus der hiesigen Zielgruppe haben etwa 70% einen KJH-Anschlussbedarf haben und hiervon werden wiederum 40% stationär umgesetzt.

So spricht Schmid von einer notwendigen fundierten sozialpädagogischen Betreuung wie auch von einer guten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung für einen erfolgreichen Prozess von (Heim-) Kindern und Jugendlichen. Die Kooperation zwischen beiden Systemen, die er für unabdingbar hält, sollte rechtzeitig und niederschwellig und darüber hinaus unabhängig von einzelnen Fällen entstehen.

Berücksichtigt man, dass auch nicht wenige (hier: 40%) der Kinder und Jugendlichen, bei denen in der vorliegenden Analyse eine stationäre Hilfe indiziert bzw. umgesetzt wurde, bereits aus einer stationären JH in die Klinik kamen, so macht es an dieser Stelle ebenfalls Sinn, Schmid (ebd.) in seinem Vorschlag zu folgen, im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen genau zu definieren, unter welchen Bedingungen eine stationäre Krisenintervention in der KJP notwendig wird und welche Lösungsversuche evtl. bereits im Vorherein in der kooperierenden Jugendhilfeeinrichtung unternommen werden können. Denn Probleme sollten möglichst dort gelöst werden, wo sie entstehen. Das heißt, dass die KJP derartige Prozesse in erster Linie durch intensive ambulante Begleitung und, falls nötig, durch zuverlässige stationäre Kriseninterventionen unterstützen sollte. Auch Beck/Warnke (2009: 66) sprechen in Bezug auf die stationäre KJP von einem befristeten Lern- und Lebensort (Libal/Fegert 2004), da die Aufenthaltsdauer der PatientInnen – hier wurde eine durchschnittliche Zeit von etwa zwei Monaten errechnet – meist kurz und Interventionsmöglichkeiten der KJP eher kurz- bis mittelfristig angelegt sind. Demgegenüber stehen qualifizierte KJH-Einrichtungen, die den Betroffenen längerfristige Lern- und Lebensorte bieten können.

Bestenfalls entwickelt sich durch eine konstruktive Zusammenarbeit ein gemeinsames Verständnis für Krisen und deren Bewältigungsmöglichkeiten sowie eine gemeinsame Falldefinition, in die sämtliche Informationen von beiden Seiten münden.

Dabei entfällt auf die KJP vor allem die Aufgabe der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Beratung sowie die (Rück-) Übersetzung der diagnostizierten psychischen Erkrankung(en) in die Probleme des pädagogischen Alltags. Eng aufeinander abgestimmt und sich ergänzend, sollten kinder- und jugendpsychiatrische und sozialpädagogische Interventionen dazu beitragen, den milieuthérapeutischen Alltag als Übungsfeld für das in der Therapie erlernte Verhalten zu nutzen. (Schmid 2012: 117)

Die nachfolgende Abb. 29 zeigt eindringlich, welche Aufgaben den beiden Bereichen jeweils zukommen und wie beide Disziplinen einander ergänzen und aufeinander abgestimmt werden können. Mit einer derartigen Verzahnung steigt die Wahrscheinlichkeit einer reibungslosen und qualitativ hochwertigen Kooperation.

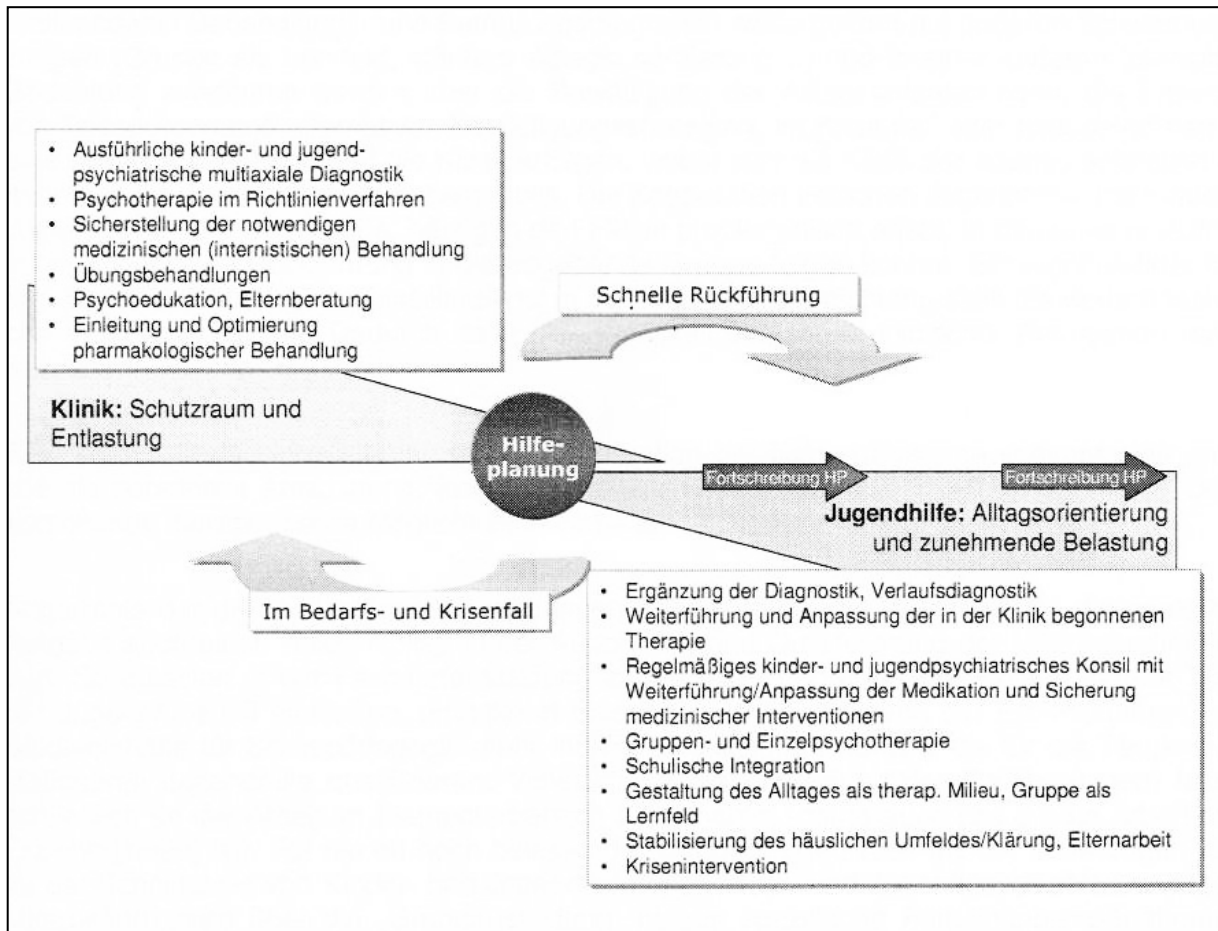


Abb. 29: „Kooperation als gemeinsames Behandlungs- und Betreuungsprogramm“ (BVKE 2010: 5)

Verlässliche und strukturierende Hilfenetzwerke bilden sich u. a. durch feste Einrichtungen i. S. von regelmäßig und gemeinsam stattfindenden Fallkonferenzen an festgelegten Orten sowie durch klare Strukturen, Beschreibungen und Methoden des Vorgehens und vermitteln im besten Fall allen am Hilfeprozess Beteiligten ein Gefühl von Sicherheit und Halt.

Gemeinsame Austausch- und Aushandlungsprozesse über die Klientel betreffenden Problemlagen, Diagnostik, Interventionen und andere fachspezifische Vorstellungen mögen zwar erst einmal mehr Einsatz und Arbeitskapazität erfordern, verhelfen der gemeinsamen Arbeit aber auf lange Sicht gesehen zu erheblich größerer Effektivität.

Durch gegenseitiges Wissen über den jeweils anderen Fachbereich und dessen Arbeitsweisen wird die Einsicht in dessen Möglichkeiten und Grenzen sowie in konstruktive Handlungsmöglichkeiten gefördert.

Die Erweiterung dieses Wissens kann u. a. durch gemeinsame Fortbildungen und Informationsveranstaltungen (zu spezifischen Themen) gewährleistet werden, was allerdings der Bereitstellung finanzieller, personeller sowie struktureller Ressourcen bedarf. (Gahleitner/Schwarz/du Bois 2011: 182)

Eine wichtige Funktion im Zusammenhang mit der Kooperation kommt dabei dem psychologischen und/oder (sozial-) pädagogischen Fachdienst einer Jugendhilfeeinrichtung als natürliche Schnittstelle zur KJP zu: er sollte die Koordination der Zusammenarbeit, wie etwa Vorbereitung der Kinder und Jugendlichen auf die Sprechstunden, Nachbesprechung mit den jeweiligen TherapeutInnen, Transfer in die Teams, gemeinsame Entwicklung von Behandlungsstrategien für Pädagogik und KJP, aber auch die fachliche und „emotionale“ Unterstützung der pädagogischen MitarbeiterInnen in den Wohngruppen, sicherstellen. Die Vielschichtigkeit an Anforderungen zeigt die Bedeutung dieser Arbeitsstelle für die Institutionen der KJH und sollte entsprechend mit erfahrenen und gut qualifizierten Fachkräften besetzt werden. (Schmid 2012: 117)

Doch derart gut qualifizierte MitarbeiterInnen braucht es nicht nur in der KJH, sondern auch im Bereich der KJP und darüber hinaus nicht nur in den Fachdiensten, sondern letzten Endes auf allen Stellen, die mit der multiproblembelasteten Klientel an der Schnittstelle von KJP und KJH zu tun haben. Neben einer qualifizierteren und effektiveren Arbeit, würde eine bessere Ausbildung mit mehr „gemeinsamen“ Inhalten, wie es bereits eben mit Gahleitner/Schwarz/du Bois (2011: 182) angedeutet wurde, auch dem Abbau von Missverständnissen, „Berührungsängsten“ und dem „Nicht-Wissen“ bzgl. des anderen Systems dienen.

So müssten Kinder- und JugendpsychiaterInnen in ihrer Facharztausbildung und PsychologInnen in ihrem Studium bzw. in ihrer therapeutischen Ausbildung mehr Themen zum Bereich der KJH und den erzieherischen Hilfen bearbeiten. ErzieherInnen und SozialpädagogInnen müssten wiederum besser auf die (stationäre) Jugendhilfe vorbereitet werden und sich mehr mit psychiatrischen Störungen und deren komplexen Wirkungszusammenhängen auseinandersetzen. (vgl. BVKE 2010: 6) Bzgl. letzterem ist, mit der Etablierung der Klinischen Sozialarbeit in die Studiengänge der Sozialen Arbeit, schon ein erster und wichtiger Schritt in die richtige Richtung unternommen worden.

Ein weiterer wichtiger Faktor für gelingende Hilfeprozesse ist eine dialogische Vorgehensweise, die Verbindlichkeit schafft. Das bedeutet z. B., dass dialogisch organisierte fachbereichsübergreifende Fallkonferenzen in den Jugendämtern alle Informationen und bisherigen Hilfeversuche direkt bei den Betroffenen zusammenlaufen lassen und ihnen so eine vertrauensvolle Einbeziehung ihrer Person vermitteln. (Gahleitner/Schwarz/du Bois 2011: 181f)

Zudem erfordern komorbide Störungen bzw. komplexe Erkrankungen komplexe Hilfen, die wiederum die Entwicklung adäquater Diagnostik- und (Be-) Handlungsstrategien benötigen, die nicht nur die medizinischen und psychologischen Behandlungsmodelle einbeziehen, sondern z. B. auch den lebensweltorientierten Blickwinkel. Eine Kooperation (zwischen unterschiedlichen Fachbereichen/Systemen) ist stets ein fortwährender und kontinuierlicher Prozess, der von allen Beteiligten dauerhaft weiterzuentwickeln und zu pflegen ist, damit er nicht versiegt und von vorne begonnen werden muss. Alle erforderlichen Hilfen sollen bzw. müssen „(...) so auf die besondere, die individuelle Lebenssituation zugeschnitten sein, dass sie „wie aus einer Hand“ erscheinen.“ (Freese et al. 2009: 6, zit. n. Gahleitner/Schwarz/du Bois 2011: 183) Diese Forderung meint aber nicht den Aufbau einer „Super-Institution“, die alles kann, nämlich niederschwellig und hochschwellig, psychiatrisch und sozial, Langzeit und Kurzzeit, Beratung und Rehabilitation, etc. Vielmehr ist daraus die Vorstellung nach interdisziplinären Fallkonferenzen „(...) mit dialogischem, partizipativ orientiertem gemeinsamen Fallverstehen“ (ebd.) abzulesen. (a. a. O.: 182f)

Die zweite Ulmer Heimkinderstudie (Besier et al. 2009, n. Schmid 2012: 117) konnte z. B. belegen, dass sich die stationäre Aufenthaltsdauer in einer KJP durch eine enge Kooperation der beiden Systeme verkürzen lässt und somit mehr junge KlientInnen (in der stationären JH) eine ausreichende psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen können. Diesbezüglich setzen sich auch Jordan/Maykus/Stuckstätte (2012: 12) für lokale und multiprofessionelle Netzwerke ein, die es für die Realisierung der erforderlichen therapeutischen und sozialpädagogischen Hilfsangebote braucht, um den komplex zu beschreibenden Problematiken gerecht zu werden. Hierbei kommt selbstverständlich auch der Einbeziehung der Familien und des sozialen Umfeldes der betroffenen Kinder und Jugendlichen eine große Bedeutung zu.

Aufgrund der Tatsache, dass es, trotz vieler positiver Beispiele, immer noch und immer wieder zu Missverständnissen, Zuständigkeitsrangeleien, Beharren auf eigenen Dogmen und anderen Konflikten zwischen den Institutionen „KJP“ und „KJH“ kommt, sollen nachfolgend noch ein paar wichtige Grundprinzipien für eine gelingende Kooperation aufgeführt werden.

„Kooperation

- gelingt nur zwischen Gleichen (...), sonst wird beauftragt, angeordnet, angewiesen.
- braucht einen gemeinsamen Gegenstand (...), sonst wird nur das Handeln des anderen begutachtet, bewertet, ausgewertet.
- muss sich für beide Seiten lohnen (...), sonst wird die Kooperation abhängig und ungleich (...), oder ist allein vom „guten Willen“ abhängig.
- muss sich auf gemeinsame Überzeugungen, Ziele und Auffassungen stützen können (...), sonst muss im konkreten Einzelfall zu viel Grundsätzliches geklärt werden.
- benötigt als Basis gegenseitiges Vertrauen (...). Dies ist ein langer Prozess.
- ist personenabhängig – dennoch müssen Möglichkeiten gefunden werden, die diese Abhängigkeit relativieren (...), sonst werden persönliche Beziehungen überbetont und bestimmte Personen scheinen für die Kooperation unverzichtbar zu sein.“ (Darius/Hellweg 2004, zit. n. Landschaftsverband Rheinland 2007: 10)

„Eine erfolgreiche Kooperation lebt von der Transparenz der Strukturen und Arbeitsweisen des jeweiligen Kooperationspartners.“ (Denner 2008: 71)

10.2. Anforderungen an die Fachkräfte der Systeme KJP und KJH

Da es, wie durch die beschriebenen Untersuchungen und die vorliegende Analyse deutlich wurde, nicht wenige junge KlientInnen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen gibt, die, aufgrund ihrer starken psychischen Beeinträchtigung, neben dem pädagogischen auch einen z. T. hohen (sozial-) therapeutischen Bedarf aufweisen, ist es sehr wichtig, die MitarbeiterInnen für die Schwierigkeiten und Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen (in Bezug auf deren Störungsbilder) zu sensibilisieren und das Team durch regelmäßige Fort- und Weiterbildungen zu qualifizieren, sofern Kompetenzen nicht schon im Rahmen der jeweiligen Grundausbildung erworben wurden.

Zu diesen Kompetenzen gehört sicherlich auch die professionelle Beziehungsgestaltung zu den Minderjährigen, die in einer stationären Unterkunft – das gilt für die KJP und die KJH gleichermaßen – vielleicht zum ersten Mal in ihrem Leben, so etwas wie einen „sicheren“ Ort und verlässliche Erwachsene erleben. Die Herausforderung hierbei ist die Balance zwischen Nähe und Distanz: einerseits „emotional berührbar“ (Schmid 2012: 118) bleiben und andererseits persönlich nicht allzu verletzlich werden. Um das auf Dauer zu gewährleisten, sind eine regelmäßige Reflektion und Analyse des eigenen Denken und Handelns unabdingbar.

Ein weiterer wichtiger Aufgabenbereich im Rahmen eines Heimaufenthaltes ist die gezielte Förderung von Fertigkeiten und Fähigkeiten bei den jungen Menschen, wie etwa die Erweiterung sozialer Kompetenzen, die Verbesserung von Sinnes- und Körperwahrnehmung oder auch die Förderung der Emotionsregulation und der eigenen Selbstwirksamkeit u. v. m. (ebd.)

Neben diesen wichtigen Kompetenzen im direkten Kontakt mit der Klientel, sollten die Fachkräfte, die mit schwer belasteten und psychisch kranken Kindern und Jugendlichen therapeutisch arbeiten, aber auch ein umfangreiches Wissen an differenzierter Diagnosestellung mitbringen. Diese Forderung gilt sowohl für die medizinischen und psychologischen TherapeutInnen in den psychiatrischen Kliniken, als auch für die sozialtherapeutischen Fachkräfte im KJH-Bereich. Auch wenn PsychiaterInnen und PsychologInnen in ihrer therapeutischen Ausbildung im Bereich der Diagnosen umfangreich ausgebildet werden, so gibt es dennoch Unterschiede, was eine gute Diagnosestellung betrifft. Darauf soll im nächsten Punkt ausführlicher eingegangen werden.

10.2.1. Differenzierte Diagnosestellung

Was die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung/Diagnostik betrifft, so sollte diese nicht nur primär die Erkennung und Beseitigung aller Probleme und somit die *Heilung* oder Symptomfreiheit fokussieren, sondern in erster Linie einen Übergang von inakzeptablen Problemen hin zur Entwicklung von tragfähigen Lösungen und Akzeptanz ermöglichen.

Es geht um das Erreichen und Sicherstellen einer den Umständen entsprechenden bestmöglichen Lebensqualität für die betroffenen Kinder und Jugendlichen selbst, aber auch für deren Sorgeberechtigte und ggf. Geschwister. Mit Lebensqualität ist hier v. a. der Alltag und dessen Bewältigung gemeint und weniger kurzfristige intensive medizinische Interventionen, sodass sich eine verbesserte Lebensqualität erst im Laufe der Zeit und somit meist außerhalb der Klinik zeigt.

Dementsprechend sind pädagogische Hilfen, Einstellungsänderungen seitens der Eltern und/oder familiäre Entlastungen nach stationären Kriseninterventionen im weiteren Verlauf oft wichtiger als manche medizinischen Konzepte. Ein solches Verständnis von einer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sollte im Rahmen einer modernen ärztlichen Mitwirkung bei der Hilfeplanung vorliegen. Allerdings soll auch die Bedeutung des Wissens um Rezidivprophylaxe⁴⁹ auf Seiten der psycho-sozialen HelferInnen hier nicht unberücksichtigt bleiben. (Libal/Fegert 2004: 227f)

Laut Köttgen (2007: 50) suggerieren psychiatrische Diagnosen bzgl. ihrer Ursachen und ihrer Therapiekonzepte eine scheinbare Handlungssicherheit, die so nicht existiert. Folglich ist es für alle am „Heilungsprozess“ Beteiligten wichtig, sich nicht auf gestellten Diagnosen „auszuruhen“, sondern alle Facetten, wie sie im vorliegenden Fragebogen z. T. berücksichtigt wurden, im Blick zu haben, um so einen adäquaten Hilfeprozess zu generieren. So ist es auch wenig sinnvoll, wenn für die pädagogische (Aus-) Gestaltung von Lebens- und Lernbedingungen die medizinisch-psychiatrische Diagnostik einfach übernommen wird, denn die beiden Institutionen, KJP und KJH, arbeiten mit unterschiedlichen Wahrnehmungsperspektiven und Programmen und verfolgen jeweils eine systemspezifische Praxis von Diagnose und Behandlung – sofern man im Bereich der KJH von „Diagnose“ und „Behandlung“ sprechen kann – die sich nicht beliebig ineinander überführen lässt. (Abels/Schäfer/Wolf 2007: 140)

Demnach braucht es nach Harnach-Beck und Maas (n. Urban 2004: 41), um die Erfolgswahrscheinlichkeit einer Hilfe zu erhöhen, eine gute *psychosoziale* Diagnose, die nicht mit der Diagnostik aus anderen Disziplinen, wie der Medizin oder der Psychologie, gleichzusetzen ist. So solle eine Fachkraft im Rahmen der Hilfeplanung möglichst genau den erzieherischen Bedarf ermitteln, indem sie „(...) die subjektiven und die objektiven Problemlagen, deren Entstehungsbedingungen, die Bedürfnisse der Beteiligten, ihre Motivation zur Problemlösung [sowie] ihre Ressourcen und Bewältigungsschwierigkeiten (...)“ (ebd.) klärt und darauf aufbauend eine, wenn möglich, geeignete Jugendhilfeleistung auswählt.

Gahleitner/Pauls (2013: 67) plädieren, vor allem im Bereich der Multiproblemlagen, für eine sog. prozessuale Gestaltungsdiagnostik, eine Diagnostik, die lebens-, subjekt- und situationsnah ist und die neben klassischen Diagnostikinstrumenten fallverstehende Aspekte der Biografie und Lebenswelt, auch oder gerade durch Selbstdeutungen der KlientInnen, zusammenträgt. (ebd.)

⁴⁹ Unter der Rezidivprophylaxe ist die Gesamtheit aller medizinischen Maßnahmen zur Abwendung eines Wiederauftretens einer Erkrankung (Rezidiv) zu verstehen. (DocCheck 2014: o. S.)

In erster Linie sollte Diagnostik aber die komplexen Informationen aus den Bereichen „Individuum – soziale Umwelt“ sowie „Defizite – Ressourcen“ möglichst umfassend und zugleich prägnant zusammenfassen und strukturieren. So kann geklärt werden, welche Hilfebereiche bearbeitet werden sollen und mit welchen individuellen und/oder sozialen Ressourcen der Betroffenen gearbeitet werden kann und welche Defizite auf notwendige Unterstützung hinweisen. Diesbezüglich ermöglichen bspw. die „Koordinaten psychosozialer Diagnostik und Intervention“ (Pauls 2004, 2011, n. a. a. O.: 69) auf dem Hintergrund einer Mehrebenen-Diagnostik eine systematische Problem- und Ressourcenanalyse, die als strukturierendes und ordnendes Orientierungsmodell für die Planung notwendiger Interventionen herangezogen werden kann. (ebd.)

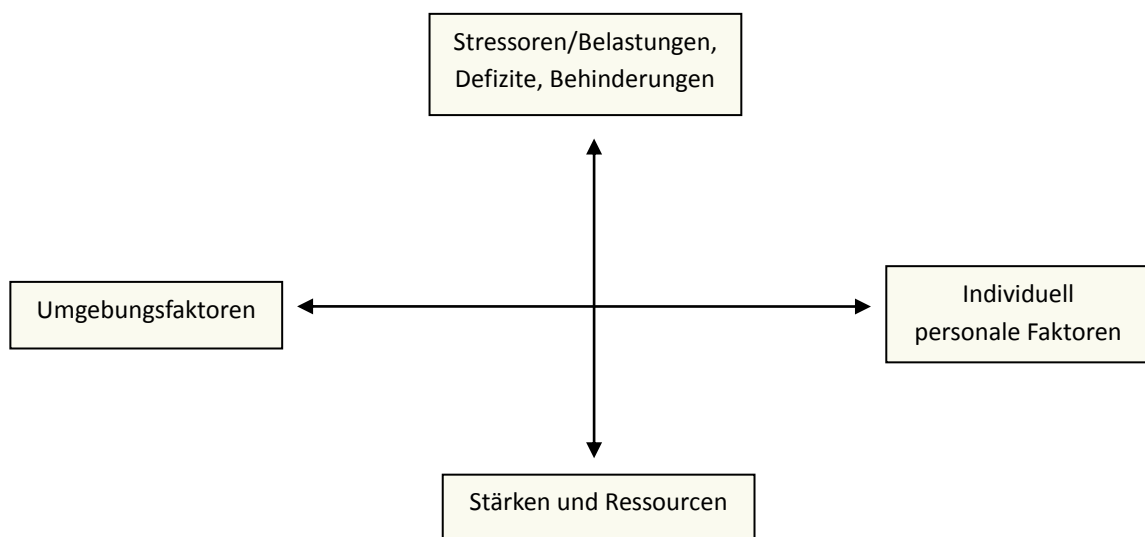


Abb. 30: „Koordinaten psychosozialer Diagnostik und Intervention“ (n. Pauls 2011: 209)

10.3. Klinische Sozialarbeit – geeignete Profession für die Schnittstelle KJP – KJH?

Aufgrund der Tatsache, dass die Schnittmenge an gemeinsamer Klientel zwischen KJP und KJH seit Jahren kontinuierlich zuzunehmen scheint und die Fachkräfte es z. T. mit immer komplexeren Lebensumständen und Beeinträchtigungen der jungen Menschen zu tun haben, braucht es, wie zuvor schon angesprochen wurde, speziell und gut ausgebildete Fachkräfte, die über das notwendige Know-how im Umgang mit solch (schwer) belasteten KlientInnen verfügen.

Hier kommt die Klinische Sozialarbeit ins Spiel.

Klinische Sozialarbeit zeichnet sich als Fachsozialarbeit v. a. durch eine professionelle Expertise in der psycho-sozialen Beratung, Behandlung und Prävention bei schweren Belastungen, Krisen sowie psychischen, sozio- und psychosomatischen (chronischen) Erkrankungen aus. (Pauls 2011) Im Rahmen ihres fachlichen Auftrags, sozialen Dysfunktionen vorzubeugen und entgegenzuwirken, ist sie in besonderem Maße darauf ausgerichtet, „(...) die Schnittstelle zwischen psychischen, sozialen, physischen und alltagssituativen Dimensionen auszuleuchten.“ (Gahleitner/Pauls 2013: 61) Zudem ist die „klassische“ Klientel der klinisch-sozialarbeiterischen Diagnostik und Intervention, wie auch viele der hier untersuchten Kinder und Jugendlichen, multiproblembelastet und aus schwierigen Verhältnissen stammend, weshalb sie auch „hard-to-reach-Klientel“ genannt wird. (ebd.) Diese KlientInnen zeichnen sich also durch ein Spektrum an psycho-sozialen und/oder physischen Beeinträchtigungen, Behinderungen oder anderen Problemlagen aus, sodass sie Angebote im soziokulturellen und/oder gesundheitlichen Bereich z. T. nicht oder nur schwer aufsuchen und wahrnehmen (können). Mithilfe methodisch geleiteter Einflussnahme („direct practice“) versucht die Klinische Sozialarbeit die Belastungen der KlientInnen zu reduzieren und gleichzeitig deren Bewältigungsverhalten zu verbessern. Dabei arbeitet sie stets mit der bio-psycho-sozialen Perspektive, wie sie im Rahmen des Krankheitsmodells in der vorliegenden Arbeit schon vorgestellt wurde. Die Klinische Sozialarbeit berücksichtigt während ihrer Tätigkeit also immer die drei Ebenen der biologischen, psychischen und sozialen Funktionen bzw. Einschränkungen. Das ist insofern bedeutend, als die hier untersuchten PatientInnen nicht nur (mindestens) eine psychische Störung aufwiesen, sondern auch von etlichen abnormen psychosozialen Umständen gekennzeichnet waren.

Aufgrund der aufgeführten Eigenschaften – und das waren an dieser Stelle nur die wichtigsten – scheinen die Klinischen SozialarbeiterInnen für die Schnittstellenarbeit zwischen KJP und KJH besonders geeignet – sowohl in den psychiatrischen Kliniken im psychosozialen Dienst, als auch in der stationären Jugendhilfe als sozialtherapeutische Fachkräfte.

IV. Schlussfolgerungen

11. Fazit

Mit der vorliegenden Studie konnten sowohl Ergebnisse älterer Untersuchungen, wie die von Schmid (2007) und Beck/Warnke (2009), bestätigt, als auch neue Erkenntnisse gewonnen werden. Die Tatsache, dass bei 70% der kinder- und jugendpsychiatrisch behandelten PatientInnen im Anschluss an ihre (teil-) stationäre Versorgung ein Jugendhilfebedarf gesehen wurde und sich damit eine große Schnittmenge zwischen KJP und KJH offenbarte, ist das wohl eindrucklichste Ergebnis.

Gleichzeitig bleiben aber auch unbeantwortete Fragen: warum wurde nur etwa die Hälfte aller indizierten Maßnahmen auch tatsächlich umgesetzt bzw. eingeleitet oder bei nur einem Viertel der PatientInnen mit einer indizierten JH-Anschlussmaßnahme eine gutachterliche Stellungnahme durchgeführt? Und warum machten die ambulanten, teil- und vollstationären Eingliederungshilfen nach § 35a SGB VIII zusammen nur jeweils ein Viertel der indizierten und umgesetzten Maßnahmen aus, wo doch etliche der untersuchten Kinder und Jugendlichen nicht nur (mindestens) eine psychiatrische Störung aufwiesen, sondern auch häufig von mehreren abnormen psychosozialen Lebensumständen umgeben waren?

Zudem fällt auf, dass viele der jungen KlientInnen vor ihrer Klinikaufnahme in einer abweichenden Familienkonstellation lebten – nur ein Drittel lebte zuvor bei beiden leiblichen Elternteilen – und einer sozioökonomisch eher niedrigen Schicht zugeordnet werden konnten. Gleichzeitig konnte festgestellt werden, dass ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der abnormen psychosozialen Umstände und dem Risiko für eine stationäre Anschlussmaßnahme im Bereich der KJH bestand. Auffällig war auch, dass bei den abnormen psychosozialen Umständen diejenigen, die im Zusammenhang mit familiären Konflikten und Schwierigkeiten stehen, überdurchschnittlich oft bei den jungen PatientInnen vorhanden waren. Darüber hinaus hatten die meisten eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen.

Betrachtet man die Tatsache, dass die stationären Jugendhilfemaßnahmen sowohl bei den indizierten als auch bei den umgesetzten Maßnahmen den größten Teil ausmachen, auch wenn die ambulanten Maßnahmen dicht dahinter folgen, so ist weiterhin von einer Verdichtung der Problemlagen innerhalb des stationären Settings der KJH auszugehen. Deshalb braucht es nachwievor und vielleicht mehr denn je die konstruktive Zusammenarbeit zwischen KJP und KJH.

Sie waren nicht immer die engsten Verbündeten und sind es z. T. heute noch nicht, zumindest in manchen Regionen, dennoch gibt es inzwischen auch etliche Beispiele gut funktionierender Kooperation. Nicht zuletzt wegen der Tatsache, dass beide Systeme aufgrund der zunehmenden Schnittmenge an mehrfach belasteten Kindern und Jugendlichen immer häufiger dazu verpflichtet waren, miteinander in Kontakt zu treten und Hilfeprozesse zu gestalten. Die kooperativen und partnerschaftlichen Arbeitsweisen gewinnen nicht nur in der praktischen Zusammenarbeit an Bedeutung, sondern auch in der Forschung. So gibt es inzwischen etliche Publikationen und Fachtagungen, die sich mit der Schnittstelle und v. a. der gemeinsamen Klientel auseinandersetzen.

Dennoch besteht weiterhin Handlungsbedarf, was die Zusammenarbeit zwischen KJP und KJH betrifft, damit klientenbezogene regionale Kooperationen, insbesondere für Kinder und Jugendliche in akuten Krisensituationen und mit komplexem Hilfebedarf, verbessert werden. Die gemeinsame Arbeit ist noch nicht an ihrem Ziel angekommen, zumindest nicht überall, denn solange Vernetzung und Kooperation stark bzw. ausschließlich vom persönlichen Engagement einzelner Fachkräfte abhängen, kann gute Zusammenarbeit kaum gelingen bzw. sichergestellt werden.

Abschließend lässt sich sagen, dass die Arbeit mit und die Betreuung von psychisch schwer belasteten Kindern und Jugendlichen für alle Beteiligten eine große Herausforderung darstellt. Viele Ressourcen, Engagement und Überzeugung sowie eine hohe Belastbarkeit und Reflexionsbereitschaft sind seitens der MitarbeiterInnen von Nöten, um möglichst frühzeitig passgenaue Hilfen in Zusammenarbeit mit den Betroffenen und deren Angehörigen gemeinsam umzusetzen.

Literaturverzeichnis

- Abels, I.; Schäfer, D.; Wolf, K. (2007): *Neue Entwicklungschancen oder zusätzliche Belastungen? Kinder zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie*. In: Köttgen, C. (2007): *Ausgegrenzt und mit-tendrin. Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe*. Frankfurt a. M.: IGfH-Eigenverlag. S. 122-145.
- Ader, S. (2006): *Was leitet den Blick? Wahrnehmung, Deutung und Intervention in der Jugendhilfe*. Weinheim und München: Juventa.
- Beck, N.; Warnke, A. (2009): *Kooperation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Jugendhilfe: Psycho-soziale Versorgung als gemeinsamer Auftrag*. In: Reichert, A.; Adams, G.; Beck, N.; Warn-ke, A. (2009): *Kind und Familie. 10 Jahre Kooperation Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe*. Lengerich: Pabst. S. 73-87.
- Beck, N. (2011): *Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie: Möglichkeiten und Herausforde-rungen der Zusammenarbeit aus Sicht der Jugendhilfe*. In: Hölzl, H.; Knab, E.; Mörsberger, H.; Remschmidt, H.; Scholten, H. (2011): *Fachübergreifend helfen. Kinder- und Jugend-psychiatrie in der Erziehungshilfe*. Freiburg im Breisgau: Lambertus. S. 180-197.
- Beck, N. (2013): *Beratung an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiat-rie*. In: Pauls, H.; Stockmann, P.; Reicherts, M. (2013): *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil*. Freiburg im Breisgau: Lamber-tus. S. 243-260.
- Behr, K. (2002): *Träger der Kinder- und Jugendhilfe*. In: Schröer, W.; Struck, N.; Wolff, M. (2002): *Handbuch Kinder- und Jugendhilfe*. Weinheim und München: Juventa. S. 563-580.
- Bohley, P. (2000): *Statistik. Einführendes Lehrbuch für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler. 7., gründlich überarbeitete und aktualisierte Auflage*. München/Wien: Oldenbourg.
- Brünger, M. (2004): *Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. In: Fegert, J. M.; Schrappner, C. (2004): *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation*. Weinheim und München: Juventa. S. 355-359.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013): *14. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. Berlin.

- BVKE – Bundesverband katholischer Einrichtungen und Dienste der Erziehungshilfen e. V. (2010): *Kooperation an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie – Zum Stand der Diskussion im BVKE*. Diskussionspapier.
- Cobus-Schwertner, I. (1984): *Von der Jugendhilfe in die Psychiatrie. Eine Untersuchung über den Beitrag sozialpädagogischer Institutionen zur Entstehung psychiatrischer Karrieren bei Jugendlichen*. München: DJI Forschungsbericht.
- Denner, S. (2008): *Darstellung der zentralen Begrifflichkeiten*. In: Denner, S. (2008): *Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 13-22.
- Esser, K. (2007): *Mit dem Siegel der Güte? Gegenwart und Zukunft der erzieherischen Hilfen*. In: Knab, E.; Fehrenbacher, R. (2007): *Perspektiven für die Kinder- und Jugendhilfe – von der Heimerziehung zur Vielfalt der erzieherischen Hilfen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus. S. 104-123.
- Fegert, J. M.; Schrapper, C. (2004): *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe zwischen Kooperation und Konkurrenz*. In: Fegert, J. M.; Schrapper, C. (2004): *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation*. Weinheim und München: Juventa. S. 15-25.
- Fegert, J. M. (2011a): *Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie als Seismograf für gesellschaftliche Entwicklungen*. In: Aktion Psychisch Kranke (2011): *Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe!* Bonn: Psychiatrie Verlag. S. 43-62.
- Fegert, J. M. (2011b): *Zum Stand der Dinge – Kinder- und Jugendpsychiatrie als interdisziplinäres Schnittstellenfach. Grundlagen: „Was heißt psychisch krank, (parallele) Hilfesysteme, gestiegene Fallzahlen, gestiegene Kosten, aber weniger Geld?“* In: Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe im Deutschen Institut für Urbanistik (2011): *Psychisch gestört oder „nur“ verhaltensauffällig? Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem schwierigen Dunkelfeld*. Berlin: Difu. S. 15-49.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007): *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gadow, T.; Peucker, C.; Pluto, L.; van Santen, E.; Seckinger, M. (2013): *Wie geht's der Kinder- und Jugendhilfe? Empirische Befunde und Analysen*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

- Gahleitner, S. B.; Schwarz, M.; du Bois, R. (2011): *Interdisziplinäre Zusammenarbeit und neue Versorgungsformen: Chance und Herausforderung in komplexen Jugendhilfefällen*. In: Gahleitner, S. B.; Fröhlich-Gildhoff, K.; Schwarz, M.; Wetzorke, F. (2011): Ich sehe was, was Du nicht siehst... Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Perspektiven in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer. S. 171-187.
- Gahleitner, S. B.; Pauls, H. (2013): *Biopsychosoziale Diagnostik als Voraussetzung für eine klinisch-sozialarbeiterische Interventionsgestaltung: Ein variables Grundmodell*. In: Gahleitner, S. B.; Hahn, G.; Glemser, R. (2013): Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit. Band 5. Köln: Psychiatrie-Verlag. S. 61-77.
- Gintzel, U.; Schone, R. (1989): *Erziehungshilfen im Grenzbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Problemlagen junger Menschen, Entscheidungsprozesse, Konflikte und Kooperationen*. Frankfurt a. M.: IGfH-Eigenverlag.
- Häßler, F. (2011): *Versorgung von geistig behinderten Kindern und Jugendlichen mit und ohne zusätzliche psychische Störungen in Deutschland*. In: Warnke, A.; Lehmkuhl, G. (2011): Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schattauer. S.132-135.
- Hennicke, K. (2013): *Das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS)*. In: Gahleitner, S. B.; Wahlen, K.; Bilke-Hentsch, O.; Hillenbrand, D. (2013): Biopsychosoziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Interprofessionelle und interdisziplinäre Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer. S. 101-110.
- Jordan, E.; Maykus, S.; Stuckstätte, E. C. (2012): *Kinder- und Jugendhilfe. Einführung in Geschichte und Handlungsfelder, Organisationsformen und gesellschaftliche Problemlagen*. 3., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kalter, B. (2004): „Besonders schwierig“, „psychisch krank“ oder „seelisch behindert“ – Um welche Kinder und Jugendlichen geht es? In: Fegert, J. M.; Schrapper, C. (2004): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim und München: Juventa. S. 449-457.

- Köttgen, C. (1998): *Seelische Verletzung bei Kindern und Jugendlichen als Folge von Armut und Ausgrenzung*. In: Köttgen, C. (1998): Wenn alle Stricke reißen. Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 12-24.
- Köttgen, C. (1999): *Normalitätsannahmen und Normalisierungsprobleme im Rahmen der Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Veränderungen der Lebenswelt von Kindern und Familien*. In: Becker, P.; Koch, J. (1999): Was ist normal? Normalitätskonstruktionen in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Weinheim und München: Juventa. S. 91-106.
- Köttgen, C. (2007): *Ausgegrenzt und mittendrin. Jugendliche zwischen Erziehung, Therapie und Strafe*. Frankfurt a. M.: IGfH-Eigenverlag.
- Lempp, R. (2006): *Die seelische Behinderung bei Kindern und Jugendlichen als Aufgabe der Jugendhilfe. § 35a SGB VIII*. 5. Auflage. Stuttgart, München: Boorberg.
- Libal, G.; Fegert, J. M. (2004): *Behandlungs- und Hilfeformen der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie. Ein einführender Überblick*. In: Fegert, J. M.; Schrapper, C. (2004): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim und München: Juventa. S. 225-241.
- Macsenaere, M. (2013): *Wirkungsforschung in den stationären Hilfen zur Erziehung: Historie und zentrale Ergebnisse*. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung (Juli 2013): 9. Jahrgang. Heft 3. S. 4-5.
- Martinius, J.; Krick, G.; Reitinger, H. (1996): *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe: Der Alltag des Umgangs miteinander – Ergebnisse einer Untersuchung*. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie (1996). Heft 45. S. 170-173.
- Meysen, T. (2009): *§ 35a Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche*. In: Münder, J.; Meysen, T.; Trenczek T. (2009): Frankfurter Kommentar zum SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe. 6. Auflage. Baden-Baden: Nomos. S. 317-337.
- Mohn-Kästle, U.; Amorosa, H. (2013): *Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen (ICF-CY) in der interdisziplinären Diagnostik*. In: Gahleitner, S. B.; Wahlen, K.; Bilke-Hentsch, O.; Hillenbrand, D. (2013): Biopsychosoziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe. Interprofessionelle und interdisziplinäre Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer. S. 111-120.

- Moos, M. (2008): *Aufgaben und Leistungen der Jugendhilfe im Kontext von seelischer Behinderung*. In: Denner, S. (2008): Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Kohlhammer. S. 154-163.
- Mörsberger, H. (2011): *Das Verhältnis zur Kinder- und Jugendpsychiatrie aus der Sicht des SGB VIII*. In: Hölzl, H.; Knab, E.; Mörsberger, H.; Remschmidt, H.; Scholten, H. (2011): Fachübergreifend helfen. Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Erziehungshilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus. S. 167-179.
- Müller, K. (2010): *Wenn Heimerziehung scheitert oder schwierige Jugendliche nicht mehr können*. Freiburg: Centaurus.
- Münder, J. (2011a): *Das Verhältnis zwischen öffentlicher und freier/privater Jugendhilfe*. In: Münder/Wiesner/Meysen (2011): Kinder- und Jugendhilferecht. Handbuch. 2. Auflage. Baden-Baden: Nomos. S. 185-191.
- Münder, J. (2011b): *Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe – Gesamtverantwortung, Mitarbeiter, Zuständigkeiten*. In: Münder/Wiesner/Meysen (2011): Kinder- und Jugendhilferecht. Handbuch. 2. Auflage. Baden-Baden: Nomos. S. 376-388.
- Nölke, E. (1996): *Strukturelle Paradoxien im Handlungsfeld der Maßnahmen öffentlicher Ersatz-erziehung*. In: Combe, A.; Helsper, W. (1996): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Oberholzer, D. (2013): *Möglichkeiten und Grenzen der ICF für die Soziale Diagnostik*. In: Gahleitner, S. B.; Hahn, G.; Glemser, R. (2013): Psychosoziale Diagnostik. Klinische Sozialarbeit. Band 5. Köln: Psychiatrie-Verlag. S. 107-120.
- Pauls, H. (2008): *Aufgabenstellungen und Bedarf an Klinischer Sozialarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe*. In: Gahleitner, S. B.; Hahn, G. (2008): Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 126-136.
- Pauls, H. (2011): *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim und München: Juventa.
- Plankensteiner, A. (2013): *Aktivierende Sozialstaatlichkeit und das Praxisfeld der Erziehungshilfen. Eine qualitative Untersuchung klienteler Subjektivierungsweisen*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

- Rahn, E.; Mahnkopf, A. (2005): *Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf*. 3., neu bearbeitete Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Rauschenbach, T.; Züchner, I.; Schilling, M. (2011): *Die Bedeutung der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. In: Münster/Wiesner/Meysen (2011): *Kinder- und Jugendhilferecht*. Handbuch. 2. Auflage. Baden-Baden: Nomos. S. 40-66.
- Remschmidt, H. (2005): *Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung*. 4., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Roosen-Runge, G. (2011): *Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten mit der Jugendhilfe*. In: Aktion Psychisch Kranke (2011): *Seelische Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen braucht Hilfe!* Bonn: Psychiatrie Verlag. S. 176-192.
- Rotthaus, W. (1990): *Der Handlungsspielraum für stationäre Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Welche Grenzen werden durch Finanzierung und Rechtsgrundlagen gesetzt?* In: Gintzel, U.; Schone, R. (1990): *Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Konzepte – Methoden – Rechtsgrundlagen*. Münster: Votum Verlag. S. 159-165.
- Schmid, M. (2012): *Psychisch belastete Heimkinder – eine besondere Herausforderung für die Schnittstelle zwischen Klinischer Sozialarbeit und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie*. In: Gahleitner, S.; Hahn, G. (2012): *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. Beiträge zur psychosozialen Forschung* 3. 2. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag. S. 113-121.
- Schmid-Obkirchner, H. (2011): *Besondere Vorschriften bei den individuellen Hilfen: Steuerungsverantwortung, Mitwirkung, Hilfeplan, Zusammenarbeit, §§ 36a, 36, 37 SGB VIII*. In: Münster/Wiesner/Meysen (2011): *Kinder- und Jugendhilferecht*. Handbuch. 2. Auflage. Baden-Baden: Nomos. S. 300-310.
- Schrapper, C. (2004): *Teilhabe ermöglichen. Sozialpädagogische Konzepte für die Aufgaben der Jugendhilfe bei Hilfen nach § 35a KJHG*. In: Fegert, J. M.; Schrapper, C. (2004): *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation*. Weinheim und München: Juventa. S. 203-207.

- Schwengers, C. (2007): *Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche*. Schriften zum deutschen und europäischen Kommunalrecht. Band 32. Stuttgart, München, Hannover, Berlin, Weimar, Dresden: Boorberg.
- Sedlmeier, P.; Renkewitz, F. (2013): *Forschungsmethoden und Statistik. Ein Lehrbuch für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. München: Pearson.
- Stascheit, U. (2009): *Gesetze für Sozialberufe. Textsammlung*. 17. Auflage. Baden-Baden: Nomos.
- Tammen, B. (2011a): *Hilfen zur Erziehung*. In: Münder/Wiesner/Meysen (2011): *Kinder- und Jugendhilferecht. Handbuch*. 2. Auflage. Baden-Baden: Nomos. S. 245-276.
- Tammen, B. (2011b): *Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche*. In: Münder/Wiesner/Meysen (2011): *Kinder- und Jugendhilferecht. Handbuch*. 2. Auflage. Baden-Baden: Nomos. S. 277-289.
- Urban, U. (2004): *Professionelles Handeln zwischen Hilfe und Kontrolle. Sozialpädagogische Entscheidungsfindung in der Hilfeplanung*. Weinheim und München: Juventa.
- Warnke, A.; Lehmkuhl, G. (2011): *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Wiesner, R. (2004): *Rechtliche Grundlagen der Kinder- und Jugendhilfe*. In: Fegert, J. M.; Schrapp, C. (2004): *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation*. Weinheim und München: Juventa. S. 49-57.
- Wiesner, R. (2004b): *Hilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII)*. In: Fegert, J. M.; Schrapp, C. (2004): *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation*. Weinheim und München: Juventa. S. 179-183.
- Wiethoff, K.; Dippold, I.; Fegert, J. M. (2004): *Patienteninformation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. In: Fegert, J. M.; Schrapp, C. (2004): *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation*. Weinheim und München: Juventa. S. 395-404.
- Wittenberg, R.; Cramer, H. (2003): *Datenanalyse mit SPSS für Windows*. 3., neu bearbeitete Auflage. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Wolf, K. (2002): *Hilfen zur Erziehung*. In: Schröer, W.; Struck, N.; Wolff, M. (2002): *Handbuch Kinder- und Jugendhilfe*. Weinheim und München: Juventa. S. 631-645.

Quellenverzeichnis

- Ärzte Zeitung (2009): *Psychisch belastet und extrem unterversorgt. Jedes dritte Heimkind hatte in einer Studie schwere psychische Störungen / Zusammenarbeit mit Ärzten hilft.* 16.02.2009. Gefunden unter: http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psychiatrische_krankheiten/article/532525/psychisch-belastet-extrem-unterversorgt.html. (aufgerufen am 01.01.2014)
- Bibliographisches Institut (2013): *Duden. Dichotomie.* Gefunden unter: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Dichotomie>. (aufgerufen am 14.03.2014)
- Bibliographisches Institut (2013): *Duden. Diskontinuität.* Gefunden unter: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Diskontinuitaet>. (aufgerufen am 10.04.2014)
- Bibliographisches Institut (2013): *Duden. Item.* Gefunden unter: http://www.duden.de/rechtschreibung/Item_Sache_Element. (aufgerufen am 13.03.2014)
- BMJV – Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1990): *Sozialgesetzbuch (SGB) – Achtes Buch (VIII). Kinder- und Jugendhilfe.* Gefunden unter: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/index.html. (aufgerufen am 03.12.2013)
- BMJV – Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (1990): *Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung – PsychPV).* Gefunden unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/psych-pv/BJNR029300990.html>. (aufgerufen am 03.01.2014)
- Bundeszentrale für politische Bildung – bpb (2012): *Die soziale Situation in Deutschland. Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur.* Gefunden unter: <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61541/altersstruktur>. (aufgerufen am 02.04.2014)
- DGKJP – Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (2014): *Informationen zur Fachgesellschaft. Definition des Fachgebietes.* Gefunden unter: http://www.dgkjp.de/dgkjp/ueber-uns?showall=&limit_start. (aufgerufen am 02.01.2014)
- DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2013): *ICF.* Gefunden unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>. (aufgerufen am 03.04.2014)

- DocCheck Medical Services GmbH (2014): *Rezidivprophylaxe*. Gefunden unter: <http://flexikon.doccheck.com/de/Rezidivprophylaxe>. (aufgerufen am 25.02.2014)
- Cheval – Chur Evaluation Laboratory (2012): *Fragebögen*. Gefunden unter: <http://www.cheval-lab.ch/was-ist-usability/usabilitymethoden/frageboegen/>. (aufgerufen am 29.03.2014)
- Erhart, M.; Hölling, H.; Bettge, S.; Ravens-Sieberer, U.; Schlack, R. (2007): *Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen*. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (2007). 5/6. Springer Medizin Verlag. S. 800–809. Gefunden unter: <http://edoc.rki.de/oa/articles/rerM8bmtlrK62/PDF/22xpAc0kmvBw.pdf>. (aufgerufen am 13.03.2014)
- Fegert, J. M. (o. J.): *Die Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie*. Gefunden unter: http://www.uni-siegen.de/foster-care-research/abstract_fegert.pdf. (aufgerufen am 10.04.2014)
- Hölling, H.; Erhart, M.; Ravens-Sieberer, U.; Schlack, R. (2007): *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (2007). 5/6. Springer Medizin Verlag. S. 784–793. Gefunden unter: <http://edoc.rki.de/oa/articles/reryPJPcmUGw/PDF/25maWiJoxrkYE.pdf>. (aufgerufen am 13.03.2014)
- Kaufmann, C. (o. J.): *Kooperation – das Geheimnis des Erfolgs*. Gefunden unter: <http://carolinekaufmann.wordpress.com/>. (aufgerufen am 01.04.2014)
- Landschaftsverband Rheinland (2007): *Damit sich Kompetenzen ergänzen. Kooperationsleitfaden für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Jugendhilfe im Rheinland*. Gefunden unter: http://www.lvr.de/app/resources/kompetenzen_ergaenzen.pdf. (aufgerufen am 03.04.2014)
- Pudelko, T. (o. J.): *Forschungsmethoden in der Sozialen Arbeit (Va). Erhebungsinstrumente (Der Fragebogen)*. Gefunden unter: http://www.ash-berlin.eu/hsl/freedocs/258/05_erhebungsinstrument_fragebogen_%28I%29.pdf. (aufgerufen am 29.03.2014)

- Ravens-Sieberer, U.; Wille, N.; Bettge, S.; Erhart, M. (2007): *Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. Gefunden unter: <http://edoc.rki.de/oa/articles/re4NfvndKi14M/PDF/29327RsSKUczl.pdf>. (aufgerufen am 13.03.2014)
- Robert-Koch-Institut (2006): *Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Gefunden unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/Ergebnisbrosch%C3%BCre.pdf?__blob=publicationFile. (aufgerufen am 13.03.2014)
- Statista (2014): *Anzahl der minderjährigen Kinder in Deutschland von 2000 bis 2012*. Gefunden unter: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/197783/umfrage/minderjaehrige-kinder-in-deutschland/>. (aufgerufen am 02.04.2014)
- Statista (o. J.): *Statistik-Lexikon. Definition Median*. Gefunden unter: <http://de.statista.com/statistik/lexikon/definition/85/median/>. (aufgerufen am 09.03.2014)
- Statista (o. J.): *Statistik-Lexikon. Definition Modus*. Gefunden unter: <http://de.statista.com/statistik/lexikon/definition/92/modus/>. (aufgerufen am 09.03.2014)
- Statista (o. J.): *Statistik-Lexikon. Definition Nominalskala*. Gefunden unter: <http://de.statista.com/statistik/lexikon/definition/94/nominalskala/>. (aufgerufen am 09.03.2014)
- Statista (o. J.): *Statistik-Lexikon. Definition Ordinalskala*. Gefunden unter: <http://de.statista.com/statistik/lexikon/definition/99/ordinalskala/>. (aufgerufen am 09.03.2014)
- Statistisches Bundesamt (2008): *16 Jahre Kinder- und Jugendhilfegesetz in Deutschland. Ergebnisse der Kinder- und Jugendhilfestatistiken. Erzieherische Hilfen 1991 bis 2006. „Von der Erziehungsberatung bis zur Heimerziehung“*. Gefunden unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/KinderJugendhilfe/KinderJugendhilfegesetz5225111089004.pdf?__blob=publicationFile. (aufgerufen am 02.04.2014)
- Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt (o. J.): *Gemeinsames Positionspapier der Jugendministerkonferenz und Gesundheitsministerkonferenz vom 13. August 1990. Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Gefunden unter: http://www.blja.bayern.de/themen/erziehung/menschen/TextOffice_Jugendpsychiatrie.html. (aufgerufen am 02.04.2014)

ANHANG

I. Wichtige rechtliche Normen der Kinder- und Jugendhilfe im KJHG – SGB VIII

II. Auswertungen und grafische Darstellungen der Ergebnisse

1. Gesamte Untersuchungsgruppe

- Ergebnisse
- Grafiken

2. Kinder und Jugendliche mit und ohne Jugendhilfeanschlussbedarf

- Ergebnisse
- Grafiken

3. Kinder und Jugendliche mit einer stationären (indizierten) und einer nicht-stationären (indizierten) Jugendhilfeanschlussmaßnahme

- Ergebnisse
- Grafiken

III. Erfassungsbogen

I. Wichtige rechtliche Normen der Kinder- und Jugendhilfe im KJHG – SGB VIII¹:

§ 1 Recht auf Erziehung, Elternverantwortung, Jugendhilfe

(1) Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.

(2) Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.

(3) Jugendhilfe soll zur Verwirklichung des Rechts nach Absatz 1 insbesondere

1. junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen,
2. Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen,
3. Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen,
4. dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.

¹ Alle nachfolgenden Paragraphen wurden aus folgender Quelle bezogen: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/index.html (aufgerufen am 03.04.2014)

§ 2 Aufgaben der Jugendhilfe

(1) Die Jugendhilfe umfasst Leistungen und andere Aufgaben zugunsten junger Menschen und Familien.

(2) Leistungen der Jugendhilfe sind:

1. Angebote der Jugendarbeit, der Jugendsozialarbeit und des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes (§§ 11 bis 14),
2. Angebote zur Förderung der Erziehung in der Familie (§§ 16 bis 21),
3. Angebote zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Tagespflege (§§ 22 bis 25),
4. Hilfe zur Erziehung und ergänzende Leistungen (§§ 27 bis 35, 36, 37, 39, 40),
5. Hilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche und ergänzende Leistungen (§§ 35a bis 37, 39, 40),
6. Hilfe für junge Volljährige und Nachbetreuung (§ 41).

(3) Andere Aufgaben der Jugendhilfe sind

1. die Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen (§ 42),
2. (weggefallen)
3. die Erteilung, der Widerruf und die Zurücknahme der Pflegeerlaubnis (§§ 43, 44),
4. die Erteilung, der Widerruf und die Zurücknahme der Erlaubnis für den Betrieb einer Einrichtung sowie die Erteilung nachträglicher Auflagen und die damit verbundenen Aufgaben (§§ 45 bis 47, 48a),
5. die Tätigkeitsuntersagung (§§ 48, 48a),
6. die Mitwirkung in Verfahren vor den Familiengerichten (§ 50),
7. die Beratung und Belehrung in Verfahren zur Annahme als Kind (§ 51),
8. die Mitwirkung in Verfahren nach dem Jugendgerichtsgesetz (§ 52),
9. die Beratung und Unterstützung von Müttern bei Vaterschaftsfeststellung und Geltendmachung von Unterhaltsansprüchen sowie von Pflegern und Vormündern (§§ 52a, 53),
10. die Erteilung, der Widerruf und die Zurücknahme der Erlaubnis zur Übernahme von Vereinsvormundschaften (§ 54),
11. Beistandschaft, Amtspflegschaft, Amtsvormundschaft und Gegenvormundschaft des Jugendamts (§§ 55 bis 58),
12. Beurkundung (§ 59),
13. die Aufnahme von vollstreckbaren Urkunden (§ 60).

§ 3 Freie und öffentliche Jugendhilfe

(1) Die Jugendhilfe ist gekennzeichnet durch die Vielfalt von Trägern unterschiedlicher Wertorientierungen und die Vielfalt von Inhalten, Methoden und Arbeitsformen.

(2) Leistungen der Jugendhilfe werden von Trägern der freien Jugendhilfe und von Trägern der öffentlichen Jugendhilfe erbracht. Leistungsverpflichtungen, die durch dieses Buch begründet werden, richten sich an die Träger der öffentlichen Jugendhilfe.

(3) Andere Aufgaben der Jugendhilfe werden von Trägern der öffentlichen Jugendhilfe wahrgenommen. Soweit dies ausdrücklich bestimmt ist, können Träger der freien Jugendhilfe diese Aufgaben wahrnehmen oder mit ihrer Ausführung betraut werden.

Anmerkung zu § 3 SGB VIII:

Die Einteilung der Jugendhilfe in eine öffentliche und eine freie/private ist als strukturelles Merkmal zu sehen und wurde vom Gesetzgeber, weil das Verhältnis zwischen beiden Seiten lange Zeit unklar und fachlich wie politisch prekär war, im KJHG unter § 3 SGB VIII rechtlich verankert. Im nachfolgenden § 4 SGB VIII ist die Zusammenarbeit und das Verhältnis zwischen den öffentlichen und den freien/privaten Trägern geregelt. (Münder 2011a: 185)

Die Definition der Träger der öffentlichen Jugendhilfe ist vom Gesetzgeber unter § 69 SGB VIII geregelt worden. So versteht man unter der öffentlichen Jugendhilfe die örtlichen Jugendämter der Kreise und kreisfreien Städte bzw. die überörtlichen Landesjugendämter. Die Verteilung der Zuständigkeit für alle im SGB VIII geregelten Aufgaben zwischen der örtlichen und überörtlichen Jugendhilfe wird durch § 85 SGB VIII vorgenommen. (Münder 2011b: 377)

Der Gesetzgeber definiert jedoch nicht, wer oder was zu den freien/privaten Trägern zählt. So kommt jede juristische oder natürliche Person in Frage. Allerdings gilt das nicht unbegrenzt; in speziellen Bereichen, wie etwa der stationären KJH, braucht es für die Beteiligung entsprechende Erlaubnisse. Letzten Endes zählen zu den Trägern nach §§ 3f SGB VIII v. a. die Kirchen und Religionsgemeinschaften des öffentlichen Rechts, also der Deutsche Caritas-Verband e. V. sowie das Diakonische Werk der evangelischen Kirche Deutschland e. V., aber auch die anderen vier der sog. sechs Spitzenverbände, nämlich der Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt e. V., das Deutsche Rote Kreuz e. V., der Gesamtverband des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes e. V. und schließlich die Zentrale Wohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. Weiterhin gehören zahlreiche Jugendverbände, Selbsthilfe- und Initiativgruppen sowie privat-gewerbliche Träger zum Kreis der freien Träger. Die beiden großen Kirchen bestimmen allerdings die Palette an KJH-Angeboten in Deutschland. (Münder 2011a: 186f)

§ 4 Zusammenarbeit der öffentlichen Jugendhilfe mit der freien Jugendhilfe

- (1) Die öffentliche Jugendhilfe soll mit der freien Jugendhilfe zum Wohl junger Menschen und ihrer Familien partnerschaftlich zusammenarbeiten. Sie hat dabei die Selbständigkeit der freien Jugendhilfe in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben sowie in der Gestaltung ihrer Organisationsstruktur zu achten.
- (2) Soweit geeignete Einrichtungen, Dienste und Veranstaltungen von anerkannten Trägern der freien Jugendhilfe betrieben werden oder rechtzeitig geschaffen werden können, soll die öffentliche Jugendhilfe von eigenen Maßnahmen absehen.
- (3) Die öffentliche Jugendhilfe soll die freie Jugendhilfe nach Maßgabe dieses Buches fördern und dabei die verschiedenen Formen der Selbsthilfe stärken.

§ 27 Hilfe zur Erziehung

- (1) Ein Personensorgeberechtigter hat bei der Erziehung eines Kindes oder eines Jugendlichen Anspruch auf Hilfe (Hilfe zur Erziehung), wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist.
- (2) Hilfe zur Erziehung wird insbesondere nach Maßgabe der §§ 28 bis 35 gewährt. Art und Umfang der Hilfe richten sich nach dem erzieherischen Bedarf im Einzelfall; dabei soll das engere soziale Umfeld des Kindes oder des Jugendlichen einbezogen werden. Die Hilfe ist in der Regel im Inland zu erbringen; sie darf nur dann im Ausland erbracht werden, wenn dies nach Maßgabe der Hilfeplanung zur Erreichung des Hilfezieles im Einzelfall erforderlich ist.
- (2a) Ist eine Erziehung des Kindes oder Jugendlichen außerhalb des Elternhauses erforderlich, so entfällt der Anspruch auf Hilfe zur Erziehung nicht dadurch, dass eine andere unterhaltspflichtige Person bereit ist, diese Aufgabe zu übernehmen; die Gewährung von Hilfe zur Erziehung setzt in diesem Fall voraus, dass diese Person bereit und geeignet ist, den Hilfebedarf in Zusammenarbeit mit dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe nach Maßgabe der §§ 36 und 37 zu decken.
- (3) Hilfe zur Erziehung umfasst insbesondere die Gewährung pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen. Sie soll bei Bedarf Ausbildungs- und Beschäftigungsmaßnahmen im Sinne des § 13 Absatz 2 einschließen.
- (4) Wird ein Kind oder eine Jugendliche während ihres Aufenthalts in einer Einrichtung oder einer Pflegefamilie selbst Mutter eines Kindes, so umfasst die Hilfe zur Erziehung auch die Unterstützung bei der Pflege und Erziehung dieses Kindes.

§ 28 Erziehungsberatung

Erziehungsberatungsstellen und andere Beratungsdienste und -einrichtungen sollen Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und der zugrunde liegenden Faktoren, bei der Lösung von Erziehungsfragen sowie bei Trennung und Scheidung unterstützen. Dabei sollen Fachkräfte verschiedener Fachrichtungen zusammenwirken, die mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen vertraut sind.

§ 29 Soziale Gruppenarbeit

Die Teilnahme an sozialer Gruppenarbeit soll älteren Kindern und Jugendlichen bei der Überwindung von Entwicklungsschwierigkeiten und Verhaltensproblemen helfen. Soziale Gruppenarbeit soll auf der Grundlage eines gruppenpädagogischen Konzepts die Entwicklung älterer Kinder und Jugendlicher durch soziales Lernen in der Gruppe fördern.

§ 30 Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer

Der Erziehungsbeistand und der Betreuungshelfer sollen das Kind oder den Jugendlichen bei der Bewältigung von Entwicklungsproblemen möglichst unter Einbeziehung des sozialen Umfelds unterstützen und unter Erhaltung des Lebensbezugs zur Familie seine Verselbständigung fördern.

§ 31 Sozialpädagogische Familienhilfe

Sozialpädagogische Familienhilfe soll durch intensive Betreuung und Begleitung Familien in ihren Erziehungsaufgaben, bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, der Lösung von Konflikten und Krisen sowie im Kontakt mit Ämtern und Institutionen unterstützen und Hilfe zur Selbsthilfe geben. Sie ist in der Regel auf längere Dauer angelegt und erfordert die Mitarbeit der Familie.

§ 32 Erziehung in einer Tagesgruppe

Hilfe zur Erziehung in einer Tagesgruppe soll die Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen durch soziales Lernen in der Gruppe, Begleitung der schulischen Förderung und Elternarbeit unterstützen und dadurch den Verbleib des Kindes oder des Jugendlichen in seiner Familie sichern. Die Hilfe kann auch in geeigneten Formen der Familienpflege geleistet werden.

§ 33 Vollzeitpflege

Hilfe zur Erziehung in Vollzeitpflege soll entsprechend dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes oder des Jugendlichen und seinen persönlichen Bindungen sowie den Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie Kindern und Jugendlichen in einer anderen Familie eine zeitlich befristete Erziehungshilfe oder eine auf Dauer angelegte Lebensform bieten. Für besonders entwicklungsbeeinträchtigte Kinder und Jugendliche sind geeignete Formen der Familienpflege zu schaffen und auszubauen.

§ 34 Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform

Hilfe zur Erziehung in einer Einrichtung über Tag und Nacht (Heimerziehung) oder in einer sonstigen betreuten Wohnform soll Kinder und Jugendliche durch eine Verbindung von Alltagserleben mit pädagogischen und therapeutischen Angeboten in ihrer Entwicklung fördern. Sie soll entsprechend dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes oder des Jugendlichen sowie den Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie

1. eine Rückkehr in die Familie zu erreichen versuchen oder
2. die Erziehung in einer anderen Familie vorbereiten oder
3. eine auf längere Zeit angelegte Lebensform bieten und auf ein selbständiges Leben vorbereiten.

Jugendliche sollen in Fragen der Ausbildung und Beschäftigung sowie der allgemeinen Lebensführung beraten und unterstützt werden.

§ 35a Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

(1) Kinder oder Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht, und
2. daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Von einer seelischen Behinderung bedroht im Sinne dieses Buches sind Kinder oder Jugendliche, bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. § 27 Absatz 4 gilt entsprechend.

(1a) Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme

1. eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
2. eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder
3. eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, einzuholen. Die Stellungnahme ist auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung zu erstellen. Dabei ist auch darzulegen, ob die Abweichung Krankheitswert hat oder auf einer Krankheit beruht. Die Hilfe soll nicht von der Person oder dem Dienst oder der Einrichtung, der die Person angehört, die die Stellungnahme abgibt, erbracht werden.

(2) Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall

1. in ambulanter Form,
2. in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen,
3. durch geeignete Pflegepersonen und
4. in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen geleistet.

(3) Aufgabe und Ziel der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises sowie die Art der Leistungen richten sich nach § 53 Absatz 3 und 4 Satz 1, den §§ 54, 56 und 57 des Zwölften Buches, soweit diese Bestimmungen auch auf seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Personen Anwendung finden.

(4) Ist gleichzeitig Hilfe zur Erziehung zu leisten, so sollen Einrichtungen, Dienste und Personen in Anspruch genommen werden, die geeignet sind, sowohl die Aufgaben der Eingliederungshilfe zu erfüllen als auch den erzieherischen Bedarf zu decken. Sind heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind, in Tageseinrichtungen für Kinder zu gewähren und lässt der Hilfebedarf es zu, so sollen Einrichtungen in Anspruch genommen werden, in denen behinderte und nicht behinderte Kinder gemeinsam betreut werden. (BMJV 1990: o. S.)

§ 36 Mitwirkung, Hilfeplan

(1) Der Personensorgeberechtigte und das Kind oder der Jugendliche sind vor der Entscheidung über die Inanspruchnahme einer Hilfe und vor einer notwendigen Änderung von Art und Umfang der Hilfe zu beraten und auf die möglichen Folgen für die Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen hinzuweisen. Vor und während einer langfristig zu leistenden Hilfe außerhalb der eigenen Familie ist zu prüfen, ob die Annahme als Kind in Betracht kommt. Ist Hilfe außerhalb der eigenen Familie erforderlich, so sind die in Satz 1 genannten Personen bei der Auswahl der Einrichtung oder der Pflegestelle zu beteiligen. Der Wahl und den Wünschen ist zu entsprechen, sofern sie nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden sind. Wünschen die in Satz 1 genannten Personen die Erbringung einer in § 78a genannten Leistung in einer Einrichtung, mit deren Träger keine Vereinbarungen nach § 78b bestehen, so soll der Wahl nur entsprochen werden, wenn die Erbringung der Leistung in dieser Einrichtung nach Maßgabe des Hilfeplans nach Absatz 2 geboten ist.

(2) Die Entscheidung über die im Einzelfall angezeigte Hilfeart soll, wenn Hilfe voraussichtlich für längere Zeit zu leisten ist, im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte getroffen werden. Als Grundlage für die Ausgestaltung der Hilfe sollen sie zusammen mit dem Personensorgeberechtigten und dem Kind oder dem Jugendlichen einen Hilfeplan aufstellen, der Feststellungen über den Bedarf, die zu gewährende Art der Hilfe sowie die notwendigen Leistungen enthält; sie sollen regelmäßig prüfen, ob die gewählte Hilfeart weiterhin geeignet und notwendig ist. Werden bei der Durchführung der Hilfe andere Personen, Dienste oder Einrichtungen tätig, so sind sie oder deren Mitarbeiter an der Aufstellung des Hilfeplans und seiner Überprüfung zu beteiligen. Erscheinen Maßnahmen der beruflichen Eingliederung erforderlich, so sollen auch die für die Eingliederung zuständigen Stellen beteiligt werden.

(3) Erscheinen Hilfen nach § 35a erforderlich, so soll bei der Aufstellung und Änderung des Hilfeplans sowie bei der Durchführung der Hilfe die Person, die eine Stellungnahme nach § 35a Absatz 1a abgegeben hat, beteiligt werden.

(4) Vor einer Entscheidung über die Gewährung einer Hilfe, die ganz oder teilweise im Ausland erbracht wird, soll zur Feststellung einer seelischen Störung mit Krankheitswert die Stellungnahme einer in § 35a Absatz 1a Satz 1 genannten Person eingeholt werden.

1. Gesamte Untersuchungsgruppe – Ergebnisse

Teilgenommene (Tages-) Kliniken					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Aschaffenburg - KJPP	86	4,3	4,3	4,3
	Aschaffenburg - TK	48	2,4	2,4	6,6
	Ansbach - KJPP	80	4,0	4,0	10,6
	Ansbach - TK	48	2,4	2,4	13,0
	Augsburg - KJPP	282	14,0	14,0	27,0
	Augsburg - TK	24	1,2	1,2	28,2
	Bayreuth - KJPP	72	3,6	3,6	31,7
	Bayreuth - TK	10	,5	,5	32,2
	Coburg - TK	13	,6	,6	32,9
	Hof - TK	15	,7	,7	33,6
	Bamberg - TK	14	,7	,7	34,3
	Rottmannshöhe - KJPP	37	1,8	1,8	36,2
	Erlangen - KJPP	27	1,3	1,3	37,5
	Erlangen - TK	17	,8	,8	38,3
	Fürth - TK	19	,9	,9	39,3
	Kempten - KJPP	54	2,7	2,7	42,0
	Kempten - TK	30	1,5	1,5	43,5
	Nördlingen - KJPP	15	,7	,7	44,2
	Landshut - KJPP	128	6,3	6,3	50,5
	Landshut - TK	23	1,1	1,1	51,7
	Deggendorf - TK	20	1,0	1,0	52,7
	Passau - TK	27	1,3	1,3	54,0
	München Heckscher - KJPP	254	12,6	12,6	66,6
	München Heckscher - TK	72	3,6	3,6	70,2
	München Uni - KJPP	60	3,0	3,0	73,2
	Murnau a. Staffelsee - TK	36	1,8	1,8	75,0
	Neuburg/Donau - KJPP	123	6,1	6,1	81,1
	Neuburg/Donau - TK	36	1,8	1,8	82,8
	Nürnberg - KJPP	64	3,2	3,2	86,0
	Rosenheim - KJPP	55	2,7	2,7	88,7
	Rosenheim - TK	9	,4	,4	89,2
	Schweinfurt - KJPP	22	1,1	1,1	90,3
	Schweinfurt - TK	21	1,0	1,0	91,3
	Weiden - TK	7	,3	,3	91,7
	Würzburg - KJPP	142	7,0	7,0	98,7
	Würzburg - TK	26	1,3	1,3	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

Klinikform					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	KJPP	1501	74,5	74,5	74,5
	TK	515	25,5	25,5	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

Geschlecht					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	männlich	941	46,7	51,1	51,1
	weiblich	902	44,7	48,9	100,0
	Gesamt	1843	91,4	100,0	
Fehlend	System	173	8,6		
Gesamt		2016	100,0		

Alter in Tagen (Durchschnitt)						
	N	Spannweite	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Alter in Tagen	2015	7041	680	7721	4857,24	1204,863

Alter in Jahren (Durchschnitt)						
	N	Spannweite	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Alter in Jahren	2015	19	2	21	13,31	3,301

Alter in Jahren (gruppiert)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kleinkinder (2-5 Jahre)	25	1,2	1,2	1,2
	Kinder (6-12 Jahre)	685	34,0	34,0	35,2
	Teenager (13-17 Jahre)	1198	59,4	59,5	94,7
	Junge Erwachsene (18-21 Jahre)	107	5,3	5,3	100,0
	Gesamt	2015	100,0	100,0	
Fehlend	System	1	,0		
Gesamt		2016	100,0		

Dauer Klinikaufenthalt in Tagen (Durchschnitt)						
	N	Spannweite	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Dauer Aufenthalt	2015	355	1	356	64,00	60,856

Dauer Klinikaufenthalt (gruppiert)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	bis zu 1 Monat	758	37,6	37,6	37,6
	bis zu 1/4 Jahr	708	35,1	35,1	72,8
	bis zu 1/2 Jahr	451	22,4	22,4	95,1
	bis zu 1 Jahr	98	4,9	4,9	100,0
	Gesamt	2015	100,0	100,0	
Fehlend	System	1	,0		
Gesamt		2016	100,0		

Aufnahmemodus					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	regulär	1184	58,7	59,0	59,0
	Notfall	812	40,3	40,5	99,5
	Gutachten	11	,5	,5	100,0
	Gesamt	2007	99,6	100,0	
Fehlend	System	9	,4		
Gesamt		2016	100,0		

Aufenthalt vor der Klinik					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Leibliche Eltern	769	38,1	38,4	38,4
	Leibliche KM mit Stiefvater	247	12,3	12,3	50,7
	Leiblicher KV mit Stiefmutter	45	2,2	2,2	52,9
	KM alleinerziehend	475	23,6	23,7	76,6
	KV alleinerziehend	70	3,5	3,5	80,1
	Pflegefamilie	58	2,9	2,9	83,0
	stationäre JH	214	10,6	10,7	93,7
	Reha-Einrichtung	18	,9	,9	94,6
	wohnt allein	8	,4	,4	95,0
	sonstiger Aufenthalt	100	5,0	5,0	100,0
	Gesamt	2004	99,4	100,0	
Fehlend	System	12	,6		
Gesamt		2016	100,0		

Schichtzugehörigkeit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	- ungelernte Arbeiter	184	9,1	9,8	9,8
	- angelernte Berufe	347	17,2	18,5	28,3
	- Facharbeiter	704	34,9	37,5	65,8
	- Handwerker				
	- Angestellte				
	- Beamte im einfachen Dienst				
	- mittlere Angestellte	273	13,5	14,6	80,4
	- Beamte im mittleren Dienst				
	- höher qualifizierte Angestellte	155	7,7	8,3	88,6
	- Beamte im gehobenen Dienst				
	- leitende Angestellte	64	3,2	3,4	92,1
	- Beamte im höheren Dienst				
	- kleinste Selbständige	24	1,2	1,3	93,3
	- ambulantes Gewerbe	23	1,1	1,2	94,6
	- kleine selbständige Gewerbetreibende				
	- selbständige Handwerker	31	1,5	1,7	96,2
	- Landwirte				
	- Gewerbetreibende (kleine Betriebe)				
	- selbständige Handwerker	13	,6	,7	96,9
	- Landwirte (mittlere Geschäfte, Betriebe)				
	- selbständige Akademiker	58	2,9	3,1	100,0
	- freie Berufe				
	- größere Unternehmen				
Gesamt		1876	93,1	100,0	
Fehlend	System	140	6,9		
Gesamt		2016	100,0		

Schichtzugehörigkeit (gruppiert)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	- an- und ungelernte ArbeiterInnen (Nr.1-2)	531	26,3	28,3	28,3
	- FacharbeiterInnen - HandwerkerInnen - einfache und mittlere Angestellte / BeamtInnen (Nr. 3-4)	977	48,5	52,1	80,4
	- höhere und leitende Ange- stellte / BeamtInnen (Nr. 5-6)	219	10,9	11,7	92,1
	- selbständige Gewerbe- treibende / Handwerker- Innen (kleiner Betrieb) (Nr. 7-9)	78	3,9	4,2	96,2
	- selbständige Handwerker- Innen / Landwirte (größerer Betrieb) - selbständige AkademikerInnen - größere UnternehmerInnen (Nr. 10-11)	71	3,5	3,8	100,0
	Gesamt	1876	93,1	100,0	
Fehlend	System	140	6,9		
Gesamt		2016	100,0		

JH vor dem Klinikaufenthalt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Erziehungsberatung	92	4,6	11,9	11,9
	EZB	111	5,5	14,4	26,3
	SPFH	125	6,2	16,2	42,5
	Pflegefamilie	53	2,6	6,9	49,4
	Tagesgruppe	79	3,9	10,2	59,7
	stationäre Hilfe	261	12,9	33,9	93,5
	andere JH	50	2,5	6,5	100,0
	Gesamt	771	38,2	100,0	
Fehlend	System	1245	61,8		
Gesamt		2016	100,0		

Schule vor dem Klinikaufenthalt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	KIGA	54	2,7	2,7	2,7
	Grundschule	313	15,5	15,9	18,6
	Hauptschule	430	21,3	21,8	40,4
	Förderschule	257	12,7	13,0	53,4
	Realschule	333	16,5	16,9	70,3
	Gymnasium	279	13,8	14,1	84,4
	Berufsausbildung	88	4,4	4,5	88,9
	sonstige Schulen	220	10,9	11,1	100,0
	Gesamt	1974	97,9	100,0	
Fehlend	System	42	2,1		
Gesamt		2016	100,0		

Hauptdiagnose (Diagnose 1)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine / unbekannt	13	,6	,6	,6
	F00 - F09	3	,1	,1	,8
	F10 - F19	40	2,0	2,0	2,8
	F20 - F29	49	2,4	2,4	5,2
	F30 - F39	370	18,4	18,4	23,6
	F40 - F41	60	3,0	3,0	26,5
	F42	49	2,4	2,4	29,0
	F43	330	16,4	16,4	45,3
	F44 - F48	27	1,3	1,3	46,7
	F50	92	4,6	4,6	51,2
	F60 - F69	35	1,7	1,7	53,0
	F70 - F79	8	,4	,4	53,4
	F80 - F89	68	3,4	3,4	56,7
	F90	377	18,7	18,7	75,4
	F91 - F92	244	12,1	12,1	87,5
	F93	157	7,8	7,8	95,3
	F94	61	3,0	3,0	98,4
	F95	10	,5	,5	98,9
	F98	23	1,1	1,1	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

Diagnose 2

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine / unbekannt	813	40,3	40,3	40,3
	F00 - F09	5	,2	,2	40,6
	F10 - F19	80	4,0	4,0	44,5
	F20 - F29	13	,6	,6	45,2
	F30 - F39	138	6,8	6,8	52,0
	F40 - F41	47	2,3	2,3	54,4
	F42	17	,8	,8	55,2
	F43	153	7,6	7,6	62,8
	F44 - F48	29	1,4	1,4	64,2
	F50	40	2,0	2,0	66,2
	F51	4	,2	,2	66,4
	F54	3	,1	,1	66,6
	F60 - F69	63	3,1	3,1	69,7
	F70 - F79	6	,3	,3	70,0
	F80 - F89	25	1,2	1,2	71,2
	F90	235	11,7	11,7	82,9
	F91 - F92	102	5,1	5,1	87,9
	F93	91	4,5	4,5	92,5
	F94	45	2,2	2,2	94,7
	F95	30	1,5	1,5	96,2
	F98	77	3,8	3,8	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

Diagnose 3

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine / unbekannt	1569	77,8	77,8	77,8
	F10 - F19	43	2,1	2,1	80,0
	F20 - F29	9	,4	,4	80,4
	F30 - F39	22	1,1	1,1	81,5
	F40 - F41	16	,8	,8	82,3
	F42	7	,3	,3	82,6
	F43	40	2,0	2,0	84,6
	F44 - F48	5	,2	,2	84,9
	F50	12	,6	,6	85,5
	F51	3	,1	,1	85,6
	F53	1	,0	,0	85,7
	F60 - F69	43	2,1	2,1	87,8
	F70 - F79	3	,1	,1	87,9
	F80 - F89	16	,8	,8	88,7
	F90	43	2,1	2,1	90,9
	F91 - F92	30	1,5	1,5	92,4
	F93	34	1,7	1,7	94,0
	F94	26	1,3	1,3	95,3
	F95	24	1,2	1,2	96,5
	F98	70	3,5	3,5	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

Diagnosen zusammen (Diagnosen 1-3)				
		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
	keine / unbekannt	2395	39,6%	118,8%
	F00 - F09	8	0,1%	0,4%
	F10 - F19	163	2,7%	8,1%
	F20 - F29	71	1,2%	3,5%
	F30 - F39	530	8,8%	26,3%
	F40 - F41	123	2,0%	6,1%
	F42	73	1,2%	3,6%
	F43	523	8,6%	25,9%
	F44 - F48	61	1,0%	3,0%
	F50	144	2,4%	7,1%
	F51	7	0,1%	0,3%
	F53	1	0,0%	0,0%
	F54	3	0,0%	0,1%
	F60 - F69	141	2,3%	7,0%
	F70 - F79	17	0,3%	0,8%
	F80 - F89	109	1,8%	5,4%
	F90	655	10,8%	32,5%
	F91 - F92	376	6,2%	18,7%
	F93	282	4,7%	14,0%
	F94	132	2,2%	6,5%
	F95	64	1,1%	3,2%
	F98	170	2,8%	8,4%
Gesamt		6048	100,0%	300,0%

Entwicklungsstörung 1

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine / unbekannt	1600	79,4	79,4	79,4
	F80	163	8,1	8,1	87,5
	F81	153	7,6	7,6	95,0
	F82	73	3,6	3,6	98,7
	F83	20	1,0	1,0	99,7
	F84	2	,1	,1	99,8
	F88	3	,1	,1	99,9
	F89	2	,1	,1	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

Entwicklungsstörung 2

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine / unbekannt	1897	94,1	94,1	94,1
	F80	48	2,4	2,4	96,5
	F81	29	1,4	1,4	97,9
	F82	35	1,7	1,7	99,7
	F83	3	,1	,1	99,8
	F88	4	,2	,2	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

Entwicklungsstörungen zusammen (Entwicklungsstörungen 1-2)

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
	keine / unbekannt	3497	86,7%	173,5%
	F80	211	5,2%	10,5%
	F81	182	4,5%	9,0%
	F82	108	2,7%	5,4%
	F83	23	0,6%	1,1%
	F84	2	0,0%	0,1%
	F88	7	0,2%	0,3%
	F89	2	0,0%	0,1%
Gesamt		4032	100,0%	200,0%

Intelligenzniveau					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	IQ > 129	19	,9	1,0	1,0
	IQ 115 - 129	179	8,9	9,3	10,3
	IQ 85 - 114	1450	71,9	75,6	85,9
	IQ 70 - 84	234	11,6	12,2	98,1
	IQ 50 - 69	32	1,6	1,7	99,8
	IQ < 50	4	,2	,2	100,0
	Gesamt	1918	95,1	100,0	
Fehlend	System	98	4,9		
Gesamt		2016	100,0		

Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Achse V)

Abnorme intrafamiliäre Beziehungen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein / unbekannt	1364	67,7	67,7	67,7
	ja	652	32,3	32,3	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein / unbekannt	1259	62,5	62,5	62,5
	ja	757	37,5	37,5	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

Inadäquate / verzerrte intrafamiliäre Kommunikation					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein / unbekannt	1372	68,1	68,1	68,1
	ja	644	31,9	31,9	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

Abnorme Erziehungsbedingungen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein / unbekannt	1288	63,9	63,9	63,9
	ja	728	36,1	36,1	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

Abnorme unmittelbare Umgebung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein / unbekannt	1099	54,5	54,5	54,5
	ja	917	45,5	45,5	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

Akute, belastende Lebensereignisse

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein / unbekannt	1751	86,9	86,9	86,9
	ja	265	13,1	13,1	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

Gesellschaftliche Belastungsfaktoren

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein / unbekannt	1923	95,4	95,4	95,4
	ja	93	4,6	4,6	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

Chronische Belastungen in Zusammenhang mit Schule oder Arbeit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein / unbekannt	1761	87,4	87,4	87,4
	ja	255	12,6	12,6	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

**Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen
oder Behinderungen des Kindes**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein / unbekannt	1928	95,6	95,6	95,6
	ja	88	4,4	4,4	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Achse V) – zusammengefasst

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Abnorme Umstände zusammengefasst	Abnorme intrafamiliäre Beziehungen	652	14,8%	37,2%
	Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie	757	17,2%	43,2%
	Inadäquate / verzerrte intrafamiliäre Kommunikation	644	14,6%	36,8%
	Abnorme Erziehungsbedingungen	728	16,5%	41,6%
	Abnorme unmittelbare Umgebung	917	20,8%	52,3%
	Akute, belastende Lebensereignisse	265	6,0%	15,1%
	Gesellschaftliche Belastungsfaktoren	93	2,1%	5,3%
	Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit	255	5,8%	14,6%
	Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes	88	2,0%	5,0%
Gesamt		4399	100,0%	251,1%

Summe – Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Achse V)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine / unbekannt	264	13,1	13,1	13,1
	1	416	20,6	20,6	33,7
	2	510	25,3	25,3	59,0
	3	430	21,3	21,3	80,4
	4	329	16,3	16,3	96,7
	5	48	2,4	2,4	99,1
	6	16	,8	,8	99,9
	7	3	,1	,1	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

Summe – Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Achse V) – (gruppiert)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	264	13,1	13,1	13,1
	1-2	926	45,9	45,9	59,0
	3-4	759	37,6	37,6	96,7
	5-6	64	3,2	3,2	99,9
	>6	3	,1	,1	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

Globalbeurteilung (Achse VI)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0 – herausragende / gute soziale Funktionen in allen sozialen Bereichen	79	3,9	3,9	3,9
	1 – mäßige soziale Funktion, aber mit vorübergehenden oder geringeren Schwierigkeiten in nur ein oder zwei Bereichen	37	1,8	1,8	5,8
	2 – leichte soziale Beeinträchtigung	107	5,3	5,3	11,1
	3 – mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen	524	26,0	26,0	37,1
	4 – ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen	714	35,4	35,4	72,5
	5 – ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen	520	25,8	25,8	98,3
	6 – funktionsunfähig in den meisten Bereichen	22	1,1	1,1	99,4
	7 – schwere und durchgängige soziale Beeinträchtigung	10	,5	,5	99,9
	8 – tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung	3	,1	,1	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

Globalbeurteilung (Durchschnitt)					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Achse 6 Globalbeurteilung	2016	0	8	3,72	1,248

JH indiziert ja / nein					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein / unbekannt	594	29,5	29,5	29,5
	ja	1422	70,5	70,5	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

Gutachterliche Stellungnahme					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein / unbekannt	1460	72,4	72,4	72,4
	ja	556	27,6	27,6	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

Indizierte Maßnahme					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Erziehungsberatung	44	2,2	3,1	3,1
	SGA	6	,3	,4	18,0
	EZB	205	10,2	14,5	17,6
	SPFH	190	9,4	13,4	31,5
	HPT	90	4,5	6,4	37,8
	Pflegefamilie	21	1,0	1,5	39,3
	HzE stationär	312	15,5	22,1	61,4
	§ 35a ambulant	55	2,7	3,9	65,3
	§ 35a teilstationär	54	2,7	3,8	69,1
	§ 35a stationär	250	12,4	17,7	86,8
	andere JH	187	9,3	13,2	100,0
	Gesamt	1414	70,1	100,0	
Fehlend	System	602	29,9		
Gesamt		2016	100,0		

Indizierte Maßnahme nein / ja					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine / unbekannt	602	29,9	29,9	29,9
	Maßnahme(n) indiziert	1414	70,1	70,1	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

Indizierte Maßnahmen (gruppiert)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine / unbekannt	602	29,9	29,9	29,9
	ambulant	500	24,8	24,8	54,7
	teilstationär	144	7,1	7,1	61,8
	stationär	583	28,9	28,9	90,7
	andere JH	187	9,3	9,3	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

Übereinstimmung JA / Erziehungsberechtigte					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	in Übereinstimmung mit JA und Erziehungsberechtigten	875	43,4	66,5	66,5
	in Übereinstimmung nur mit JA	119	5,9	9,0	75,6
	in Übereinstimmung nur mit Erziehungsberechtigten	180	8,9	13,7	89,3
	in Übereinstimmung mit keinem von beiden	141	7,0	10,7	100,0
	Gesamt	1315	65,2	100,0	
Fehlend	System	701	34,8		
Gesamt		2016	100,0		

Umgesetzte Maßnahme					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Erziehungsberatung	27	1,3	4,0	4,0
	SGA	4	,2	,6	20,4
	EZB	106	5,3	15,8	19,8
	SPFH	83	4,1	12,3	32,7
	HPT	57	2,8	8,5	41,2
	Pflegefamilie	27	1,3	4,0	45,2
	HzE stationär	137	6,8	20,4	65,5
	§ 35a ambulant	35	1,7	5,2	70,7
	§ 35a teilstationär	32	1,6	4,8	75,5
	§ 35a stationär	101	5,0	15,0	90,5
	andere JH	64	3,2	9,5	100,0
	Gesamt	673	33,4	100,0	
Fehlend	System	1343	66,6		
Gesamt		2016	100,0		

Umgesetzte Maßnahme nein / ja					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine / unbekannt	1343	66,6	66,6	66,6
	Maßnahme(n) umgesetzt	673	33,4	33,4	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

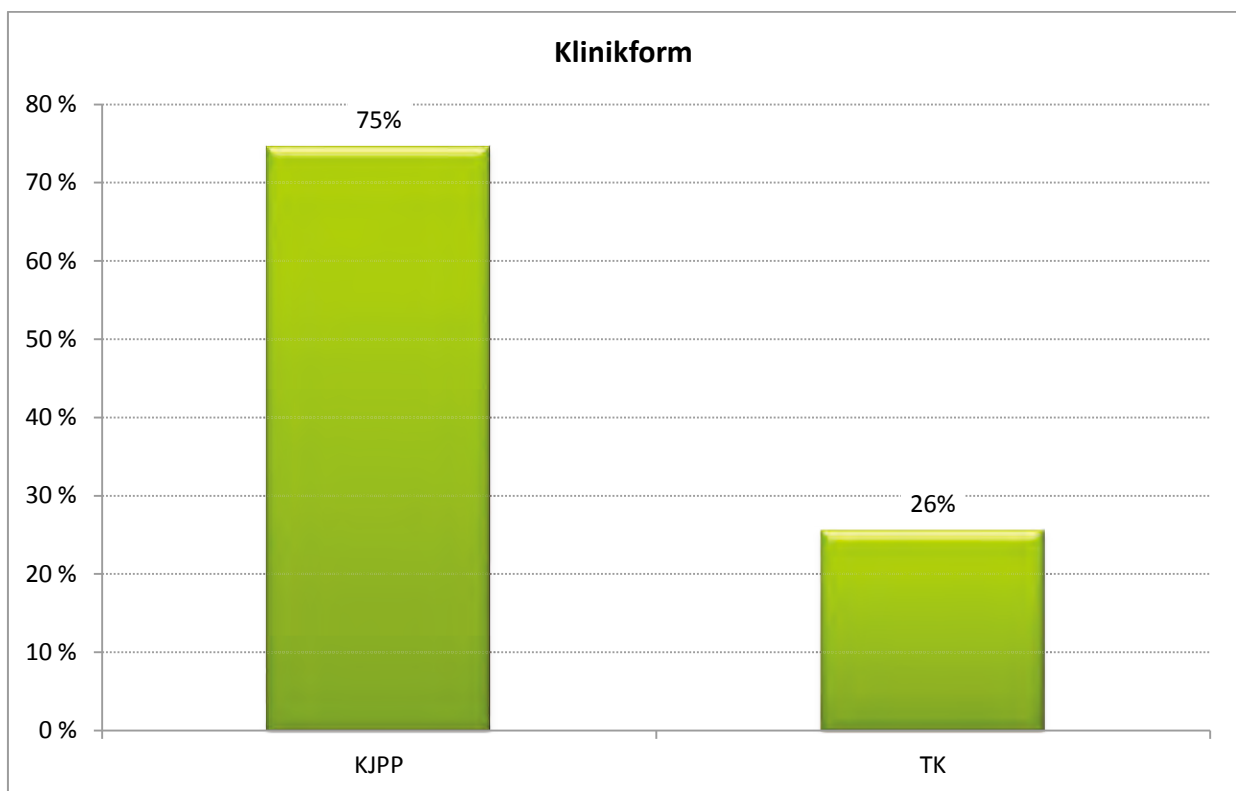
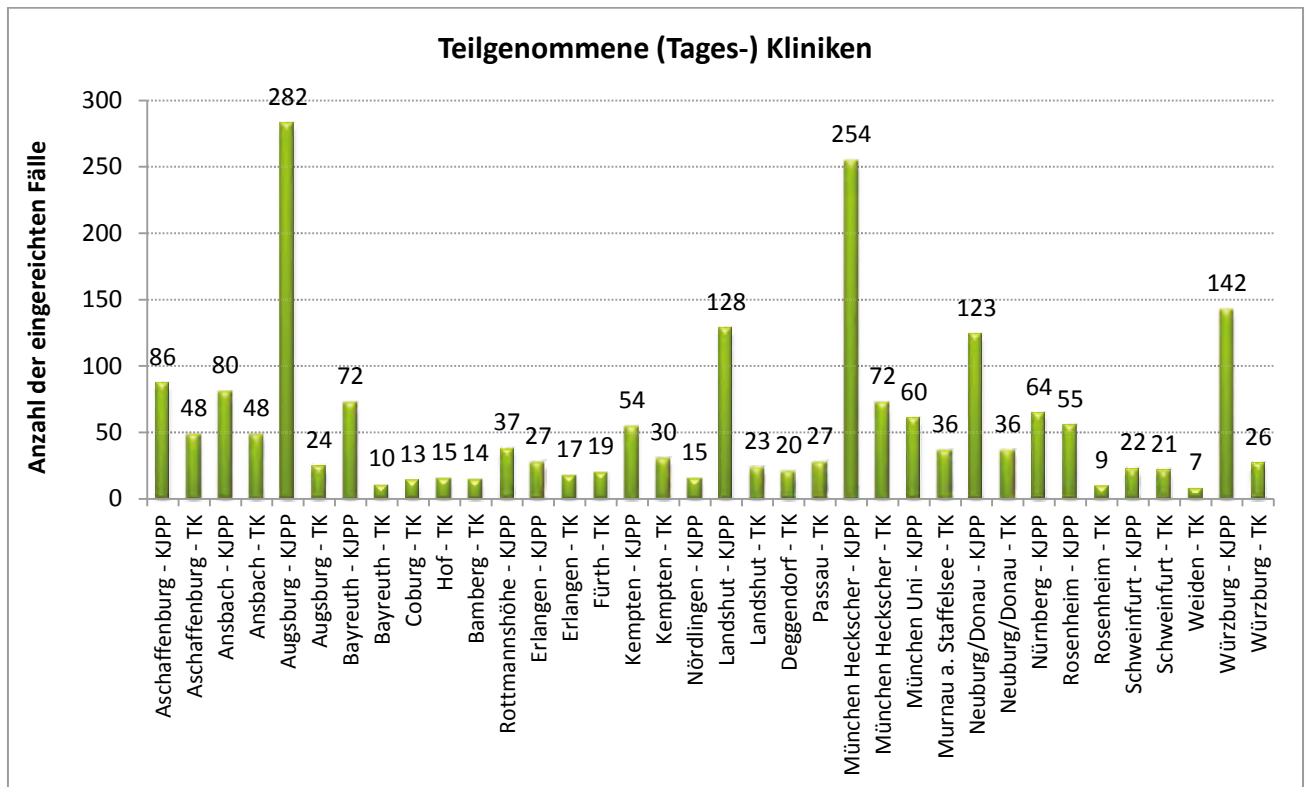
Umgesetzte Maßnahme (gruppiert)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine / unbekannt	1343	66,6	66,6	66,6
	ambulant	255	12,6	12,6	79,3
	teilstationär	89	4,4	4,4	83,7
	stationär	265	13,1	13,1	96,8
	andere JH	64	3,2	3,2	100,0
	Gesamt	2016	100,0	100,0	

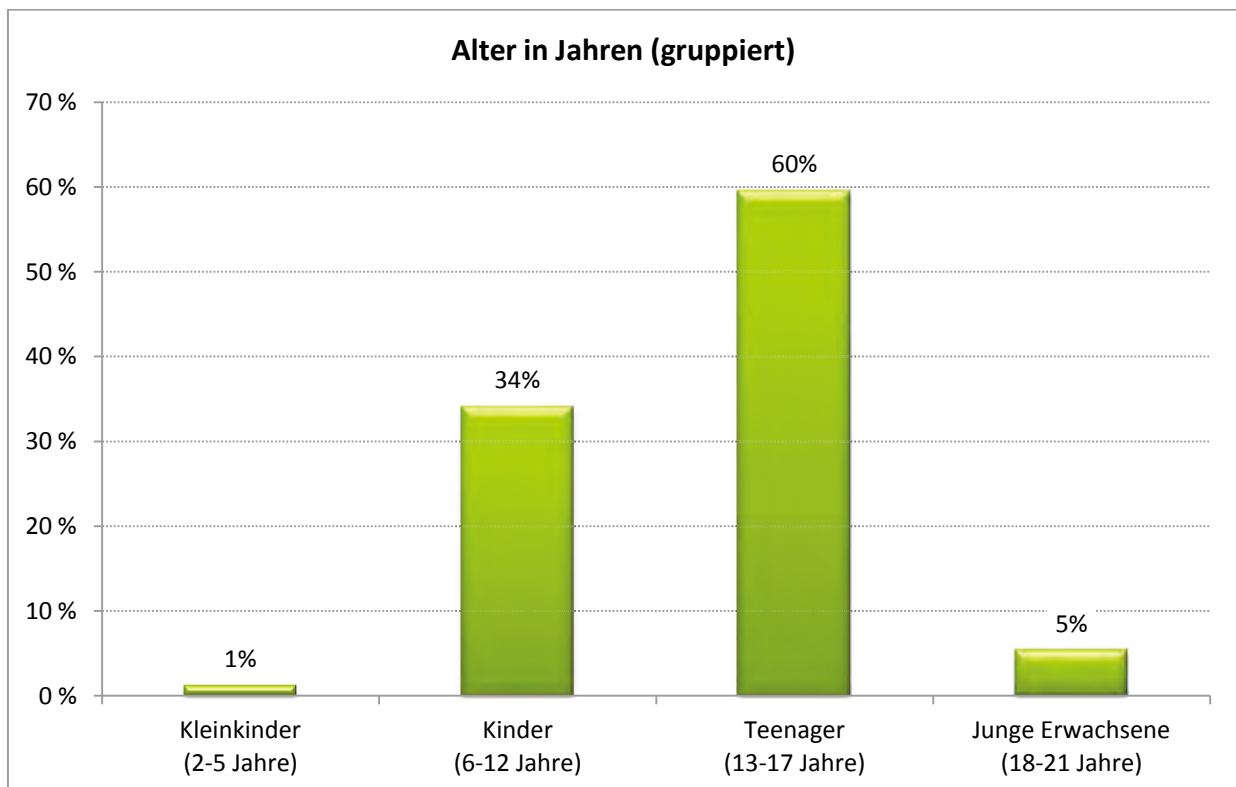
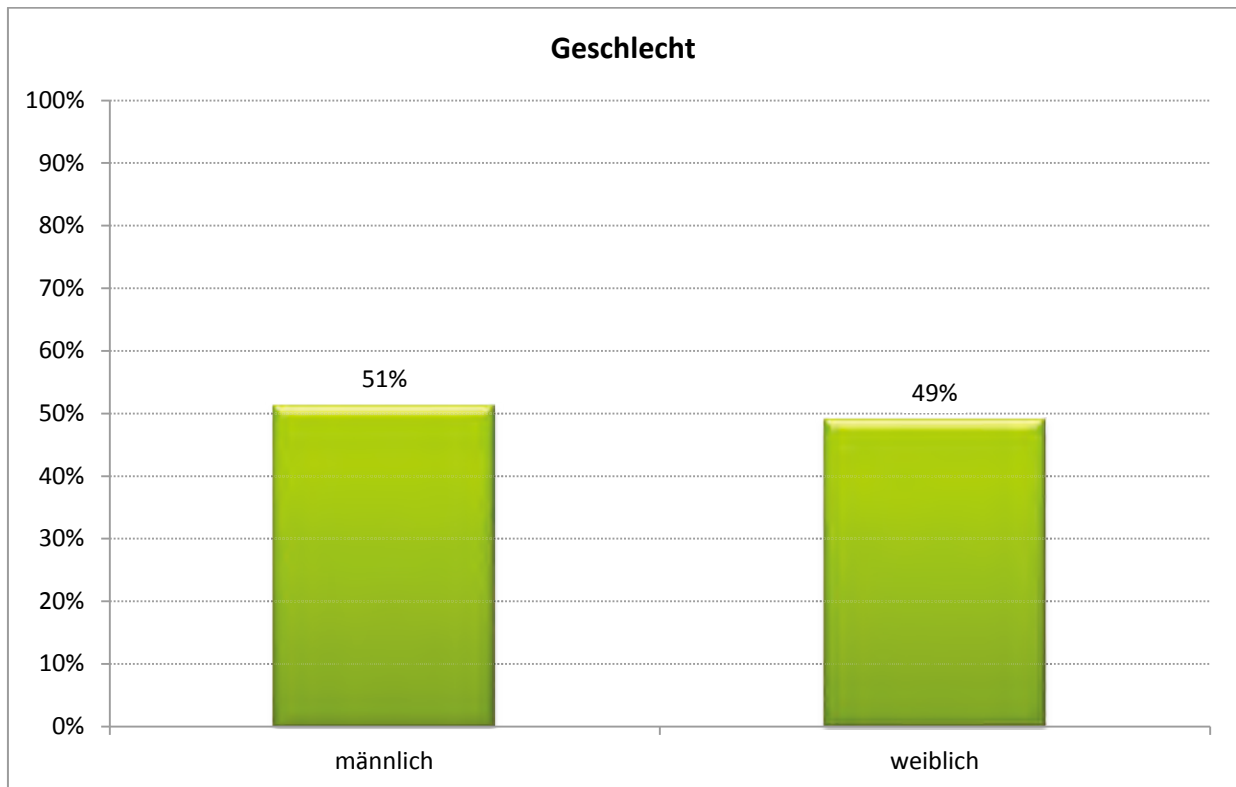
Inhaltlicher Bedarf der Anschlussmaßnahme(n)				
		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Inhaltlicher Bedarf	stationäre Maßnahme mit eigener Schule	192	10,2%	24,1%
	psychopharmakologische Weiterbehandlung	310	16,5%	38,8%
	psychotherapeutische Weiterbehandlung	516	27,4%	64,7%
	Schutz wegen Kindeswohlgefährdung	66	3,5%	8,3%
	Elternarbeit	399	21,2%	50,0%
	geschlossenes Setting	31	1,6%	3,9%
	anderer inhaltlicher Bedarf	80	4,2%	10,0%
	längerfristige familien- ersetzende Maßnahme	189	10,0%	23,7%
	mittelfristige Betreuung mit Rückführung in Familie	100	5,3%	12,5%
Gesamt		1883	100,0%	236,0%

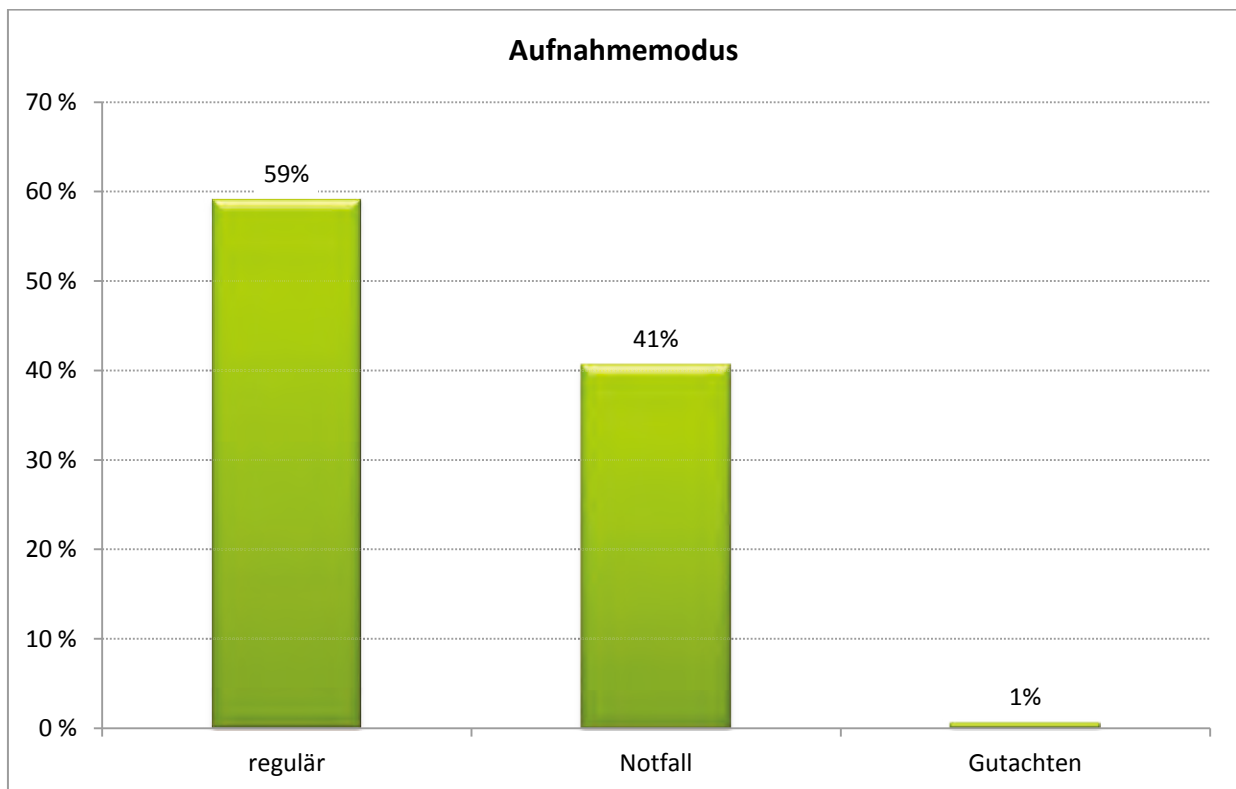
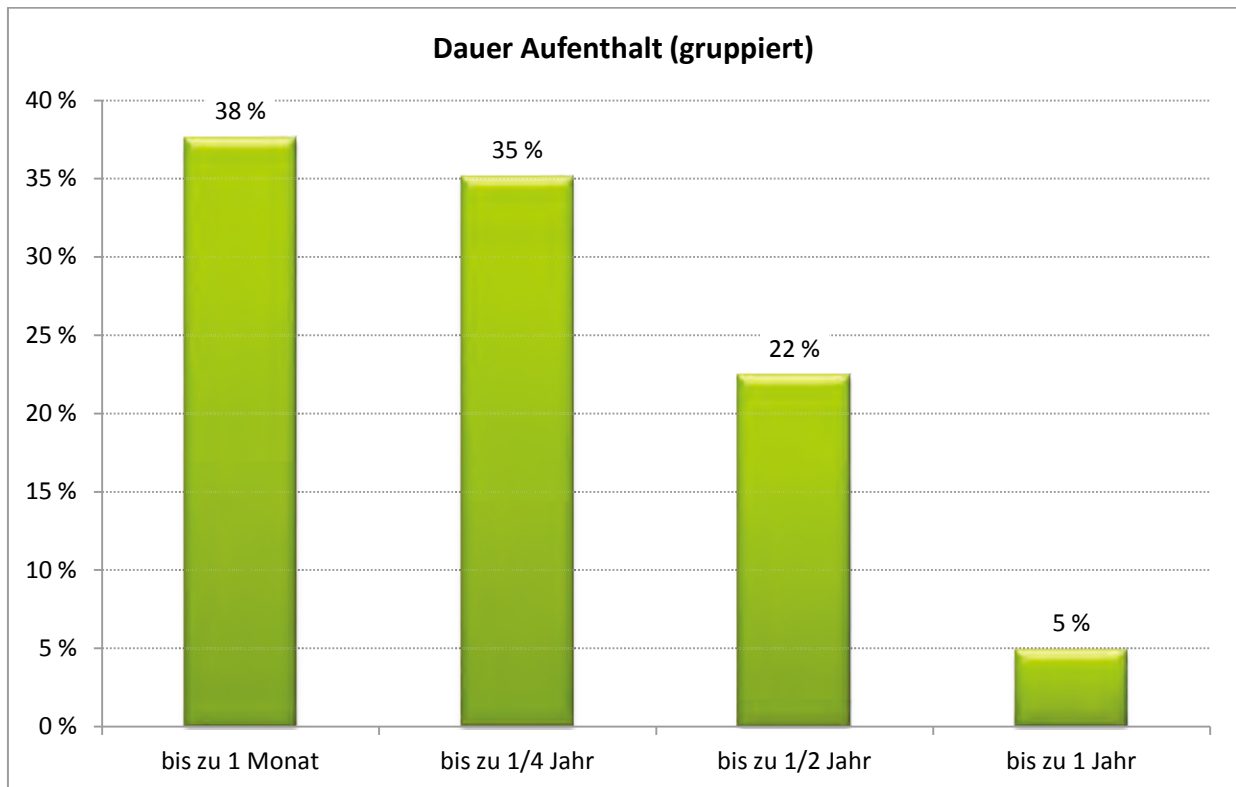
Hilfeplanverfahren					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ZEITGERECHT in der Klinik eröffnet	692	34,3	65,5	65,5
	NICHT in der Klinik eröffnet	335	16,6	31,7	97,2
	ZU SPÄT in der Klinik eröffnet	30	1,5	2,8	100,0
	Gesamt	1057	52,4	100,0	
Fehlend	System	959	47,6		
Gesamt		2016	100,0		

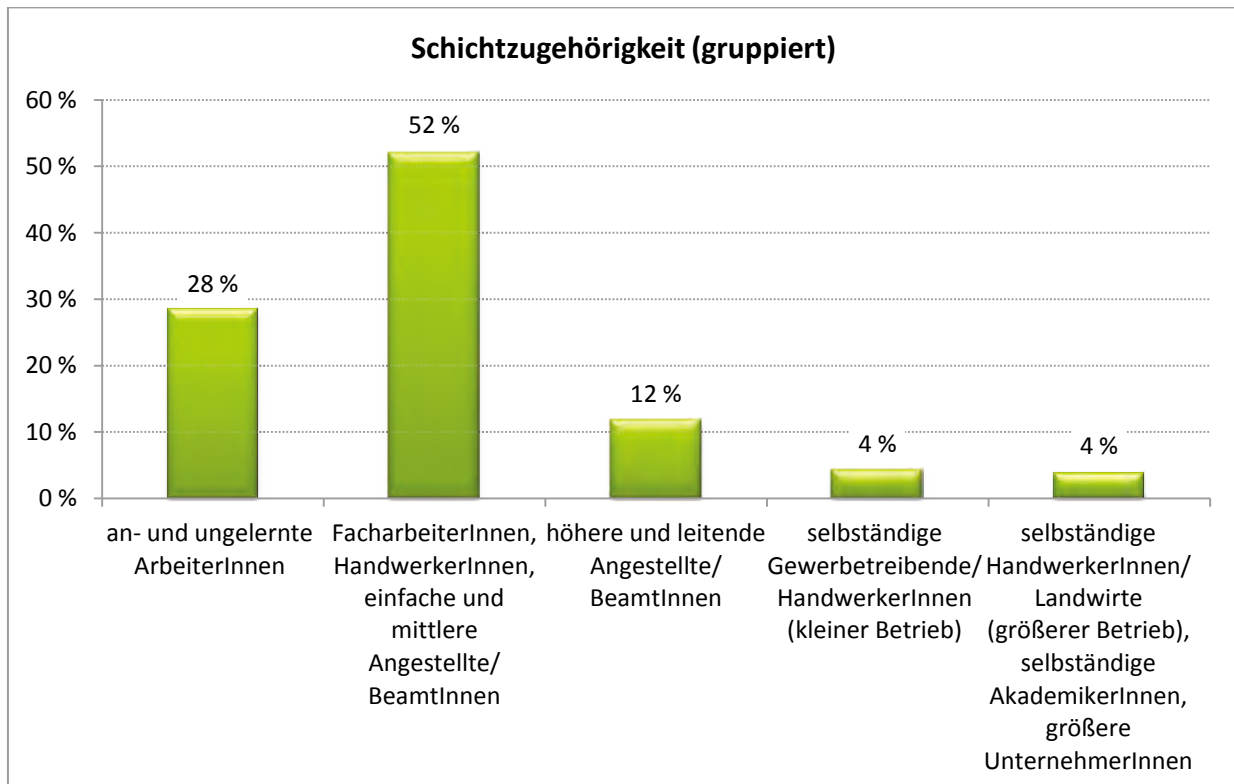
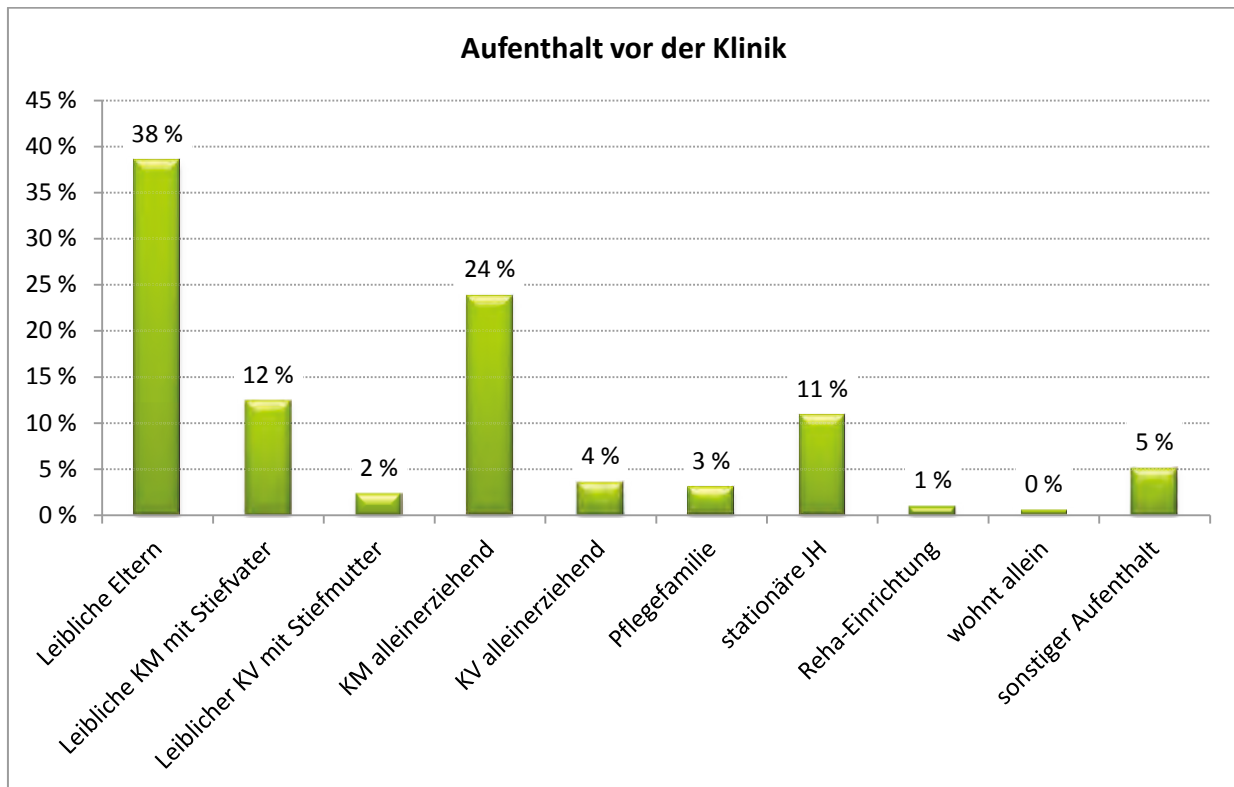
Hilfeformen gemäß ... KJHG	Maßnahmen indiziert/empfohlen		Maßnahmen umgesetzt/eingeleitet	
	N	%	N	%
§ 28: Erziehungsberatung	44	3,1	27	4
§ 29: Soziale Gruppenarbeit	6	0,4	4	0,6
§ 30: Erziehungsbeistand	205	14,5	106	15,8
§ 31: Sozialpädagogische Familienhilfe	190	13,4	83	12,3
§ 32: Tagesgruppe	90	6,4	57	8,5
§ 33: Vollzeitpflege	21	1,5	27	4
§ 34: Heimerziehung	312	22,1	137	20,4
§ 35a Eingliederungshilfe (ambulant)	55	3,9	35	5,2
§ 35a Eingliederungshilfe (teilstationär)	54	3,8	32	4,8
§ 35a Eingliederungshilfe (stationär)	250	17,7	101	15
andere Jugendhilfemaßnahme	187	13,2	64	9,5
Gesamt	1414	100	673	100

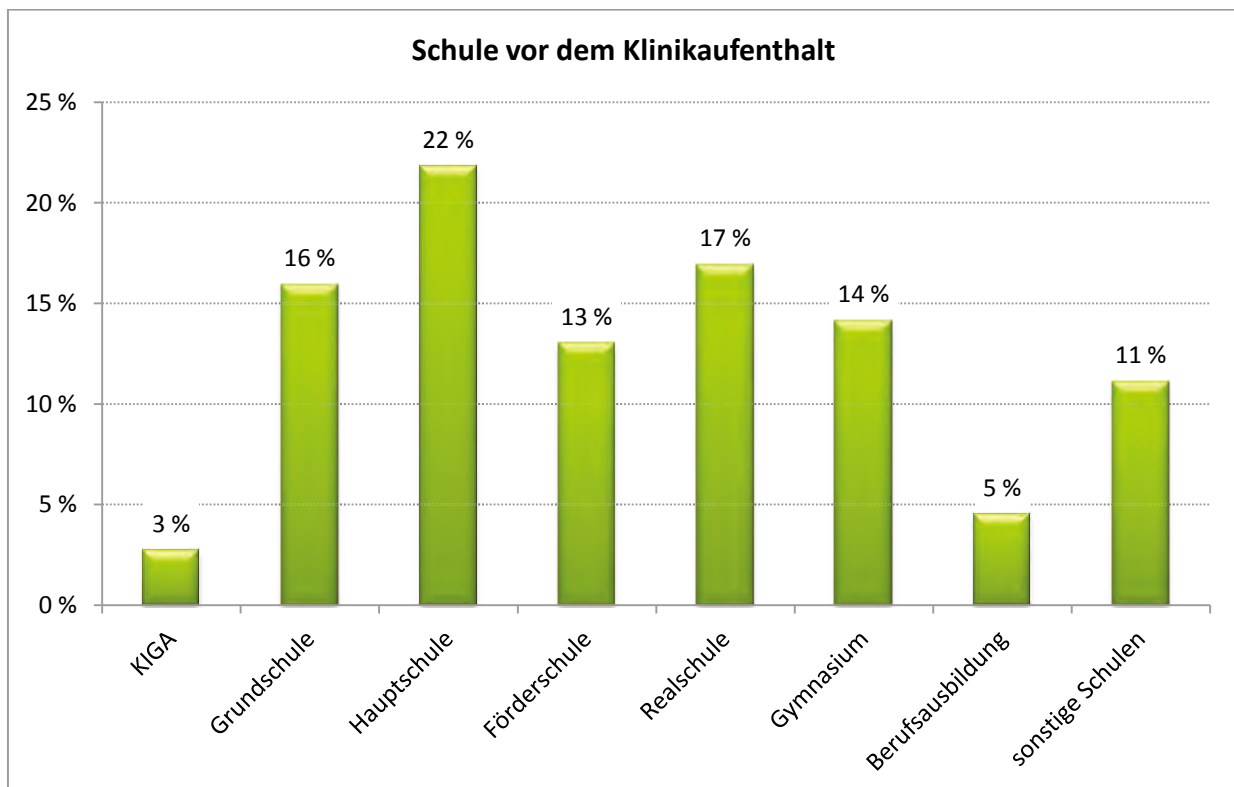
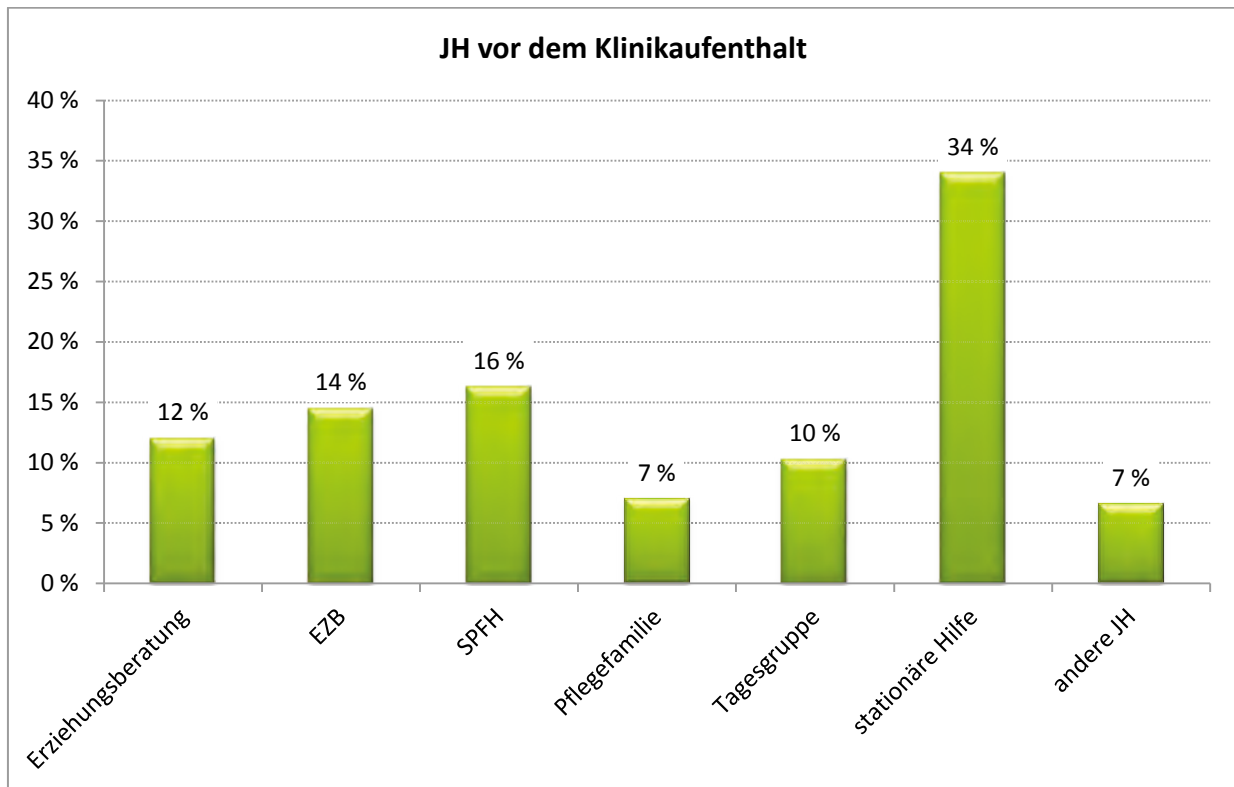
1. Gesamte Untersuchungsgruppe – Grafiken

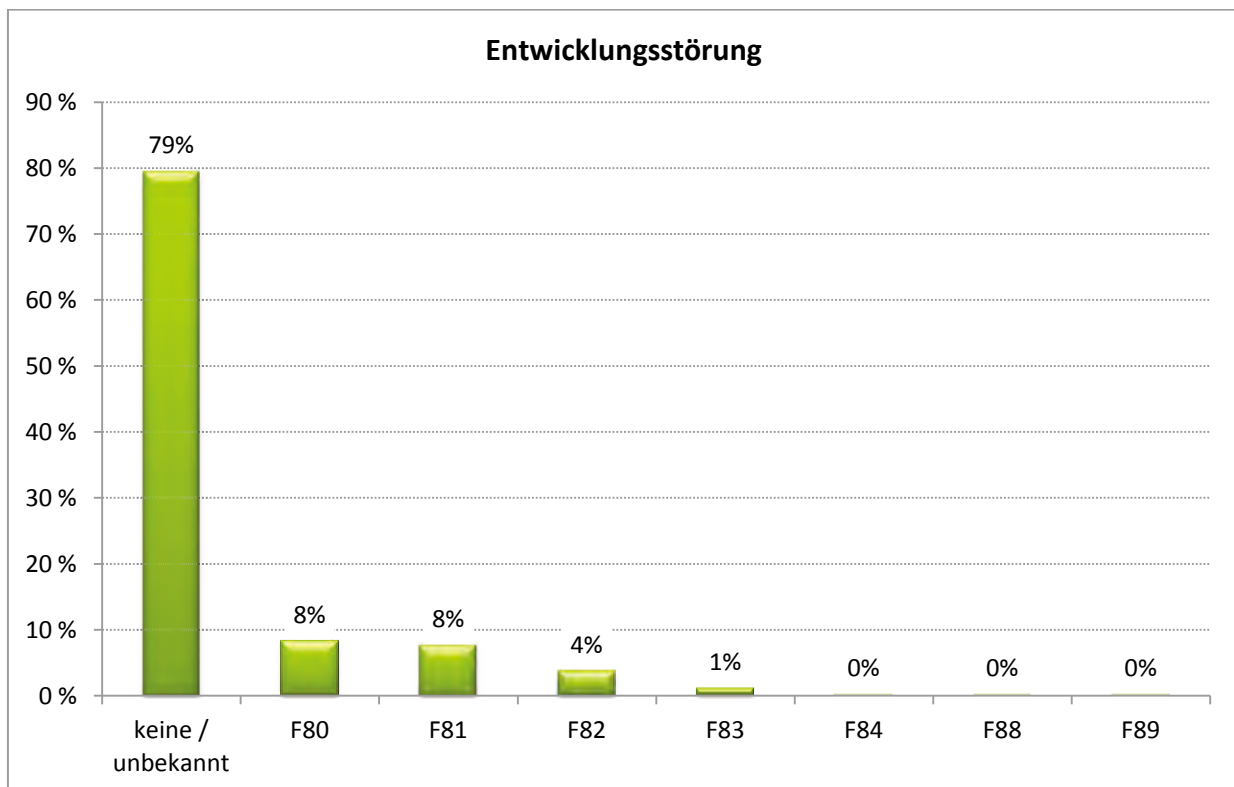
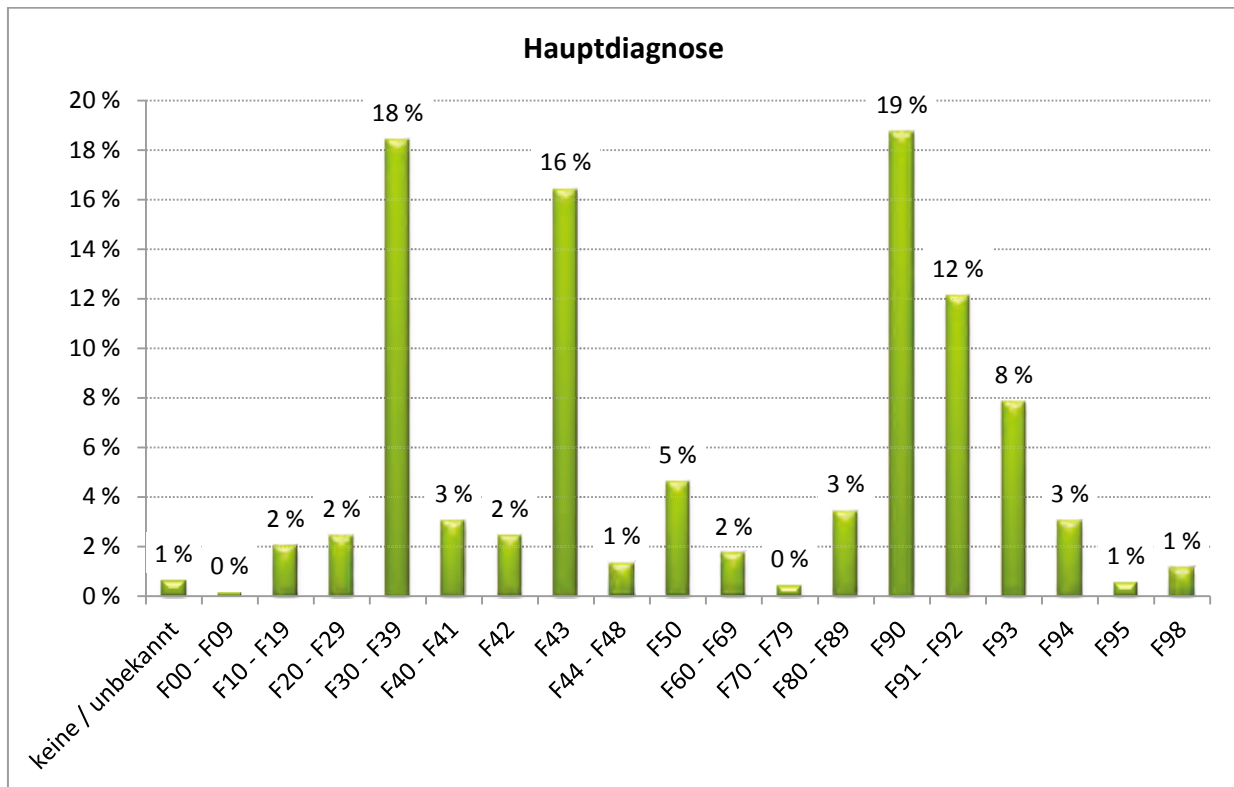


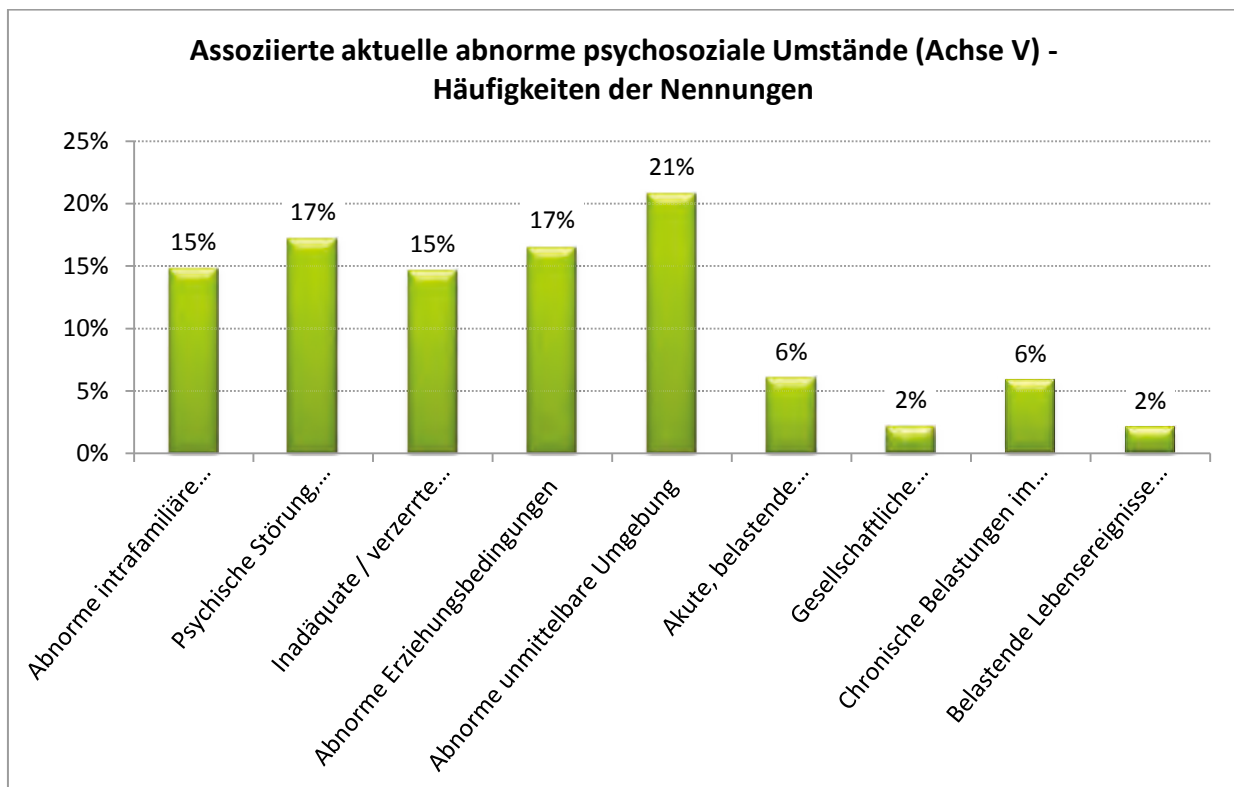
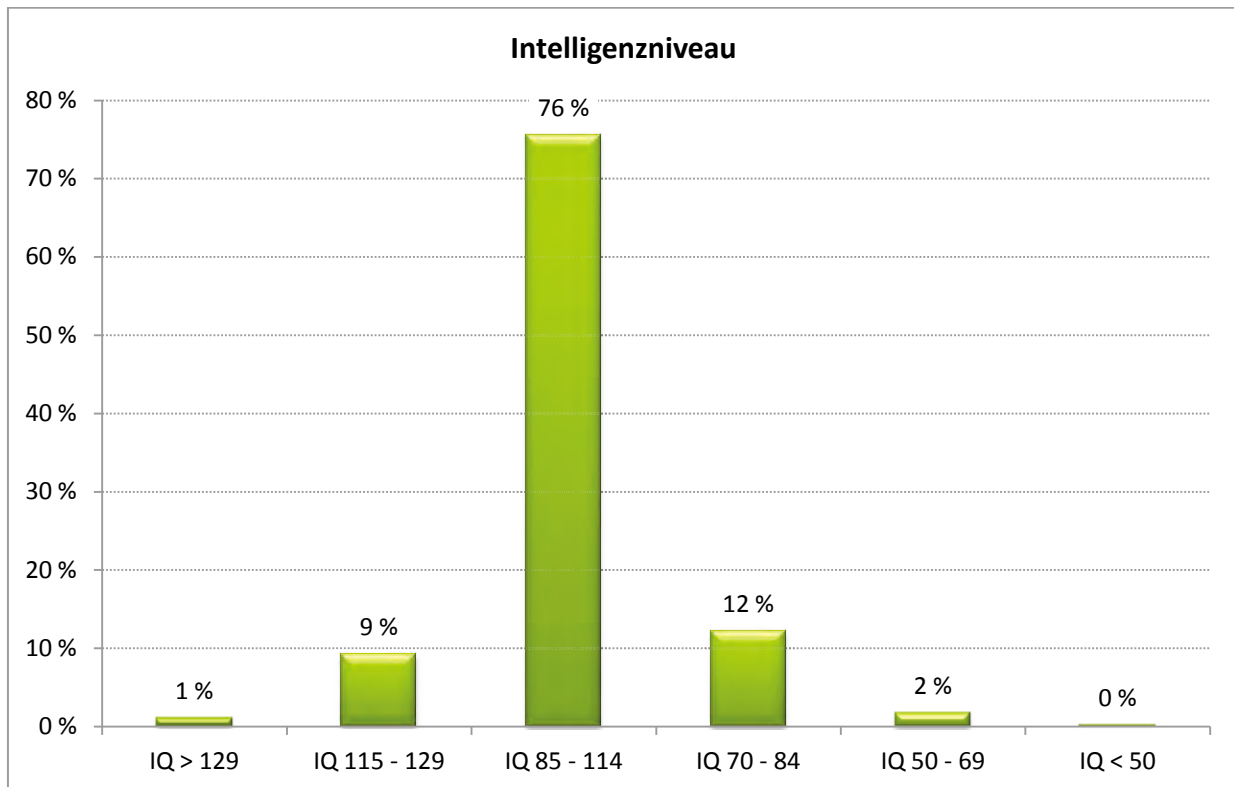


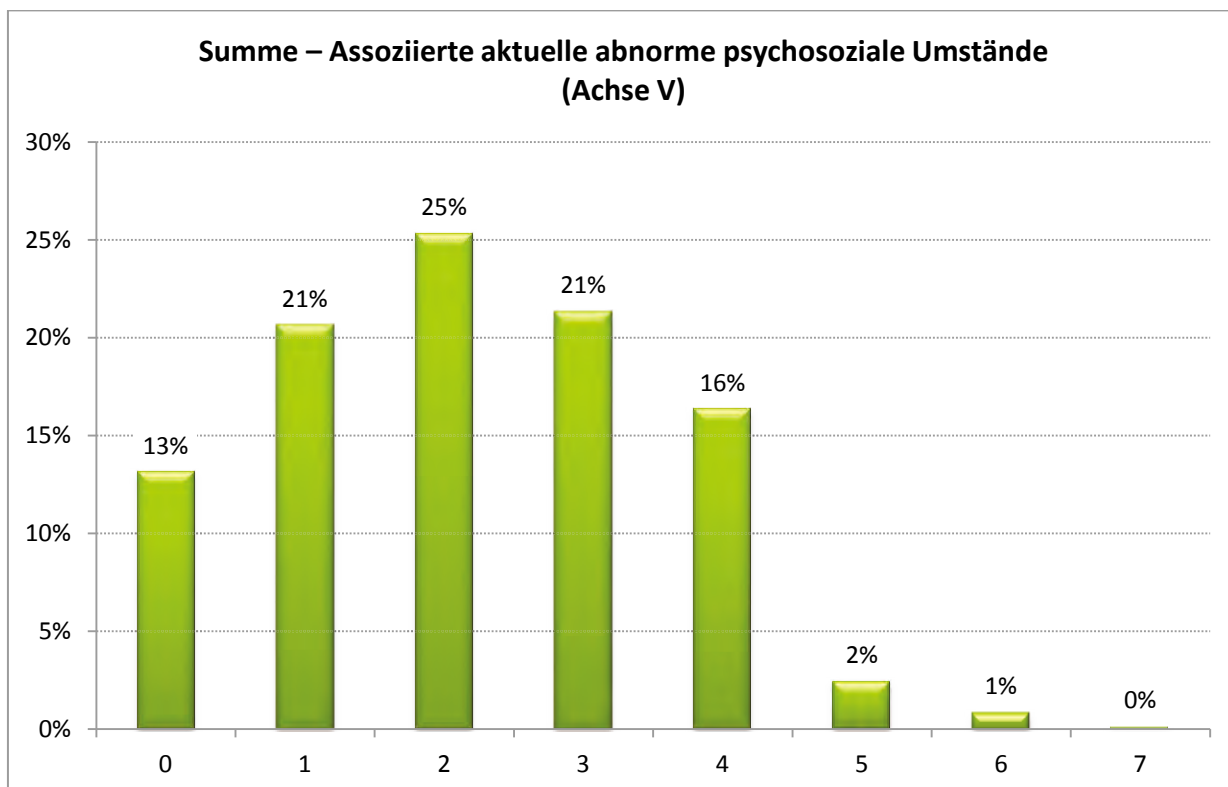
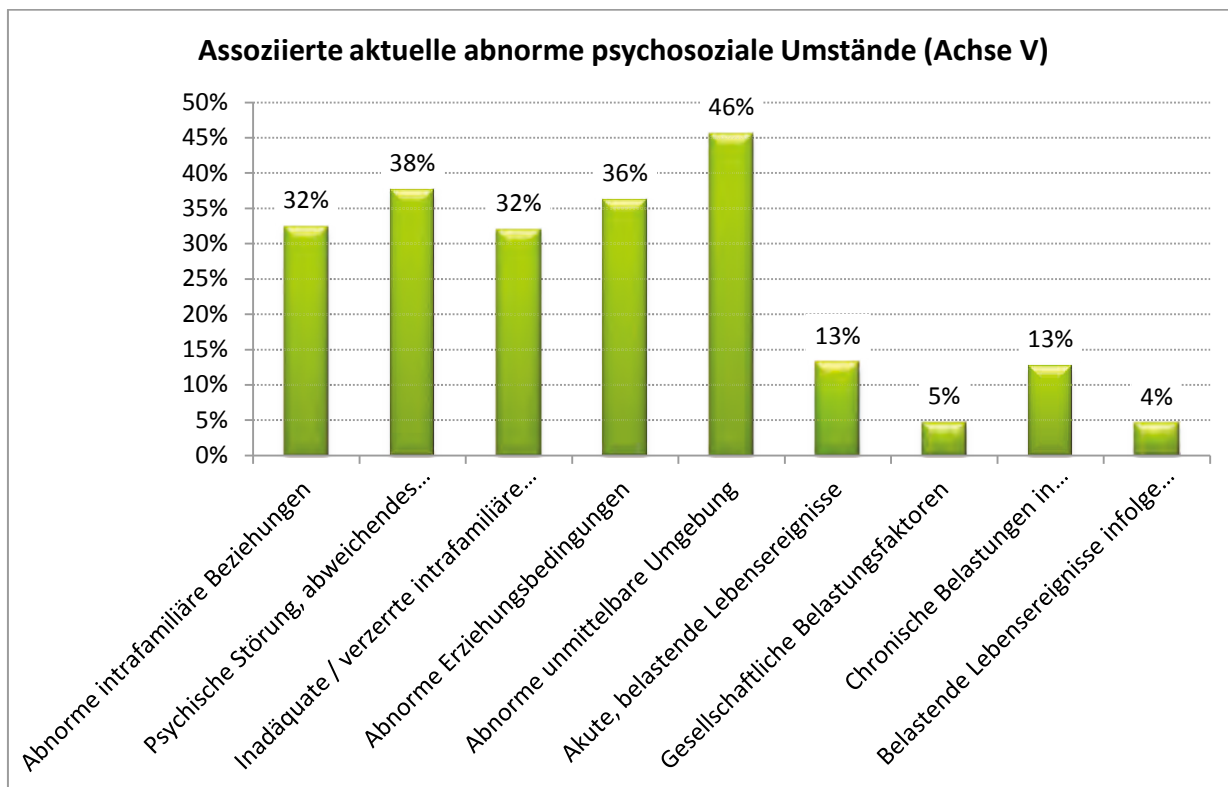




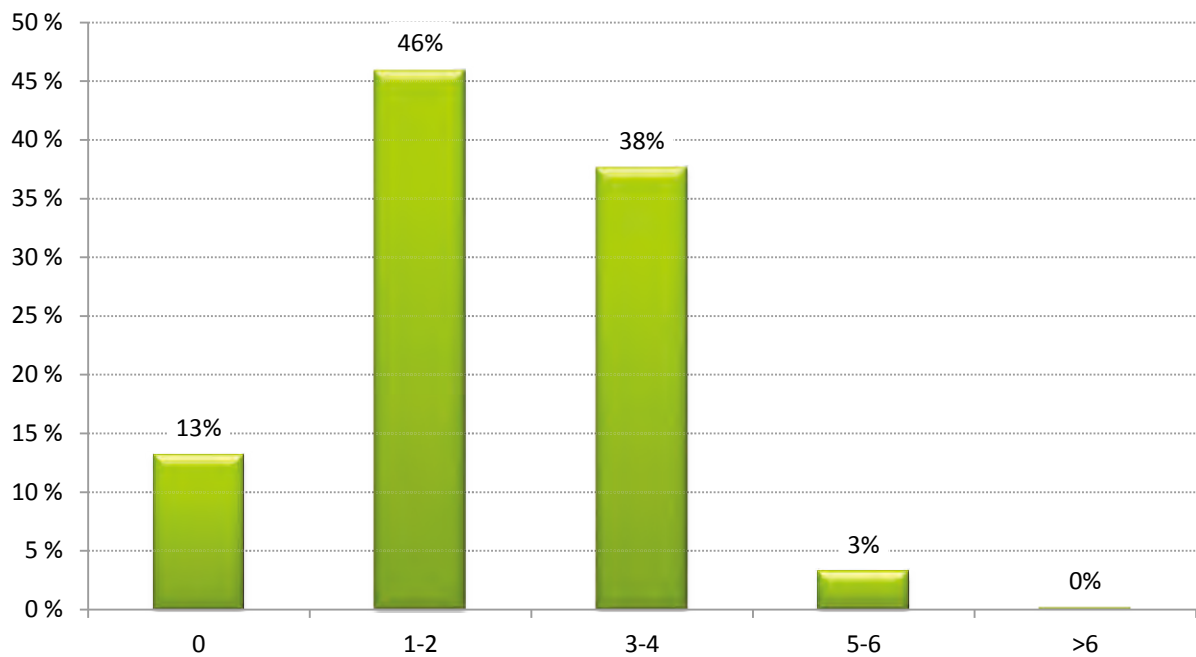




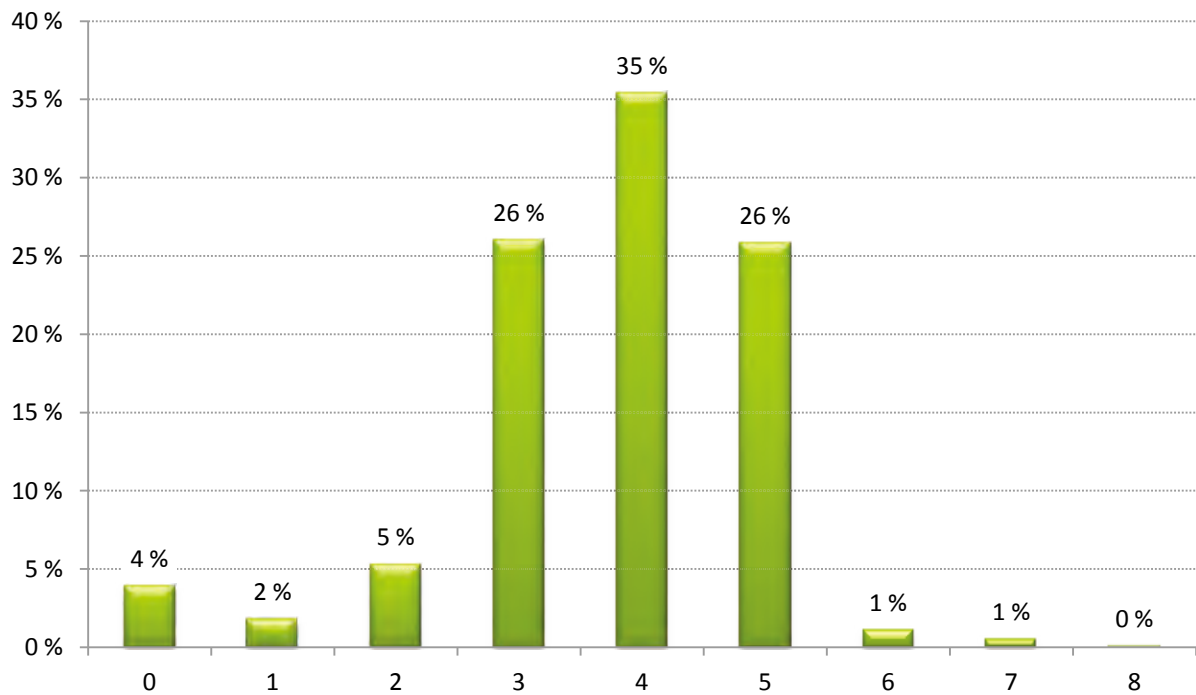


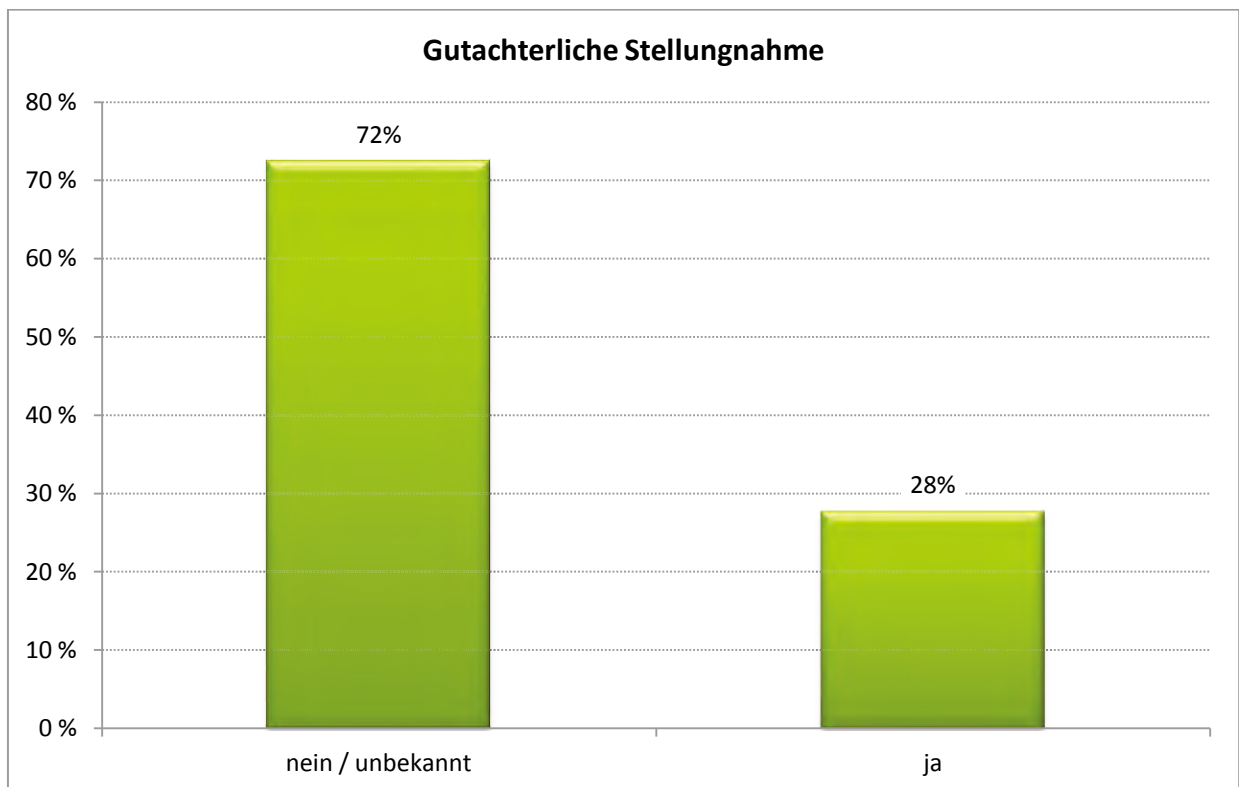
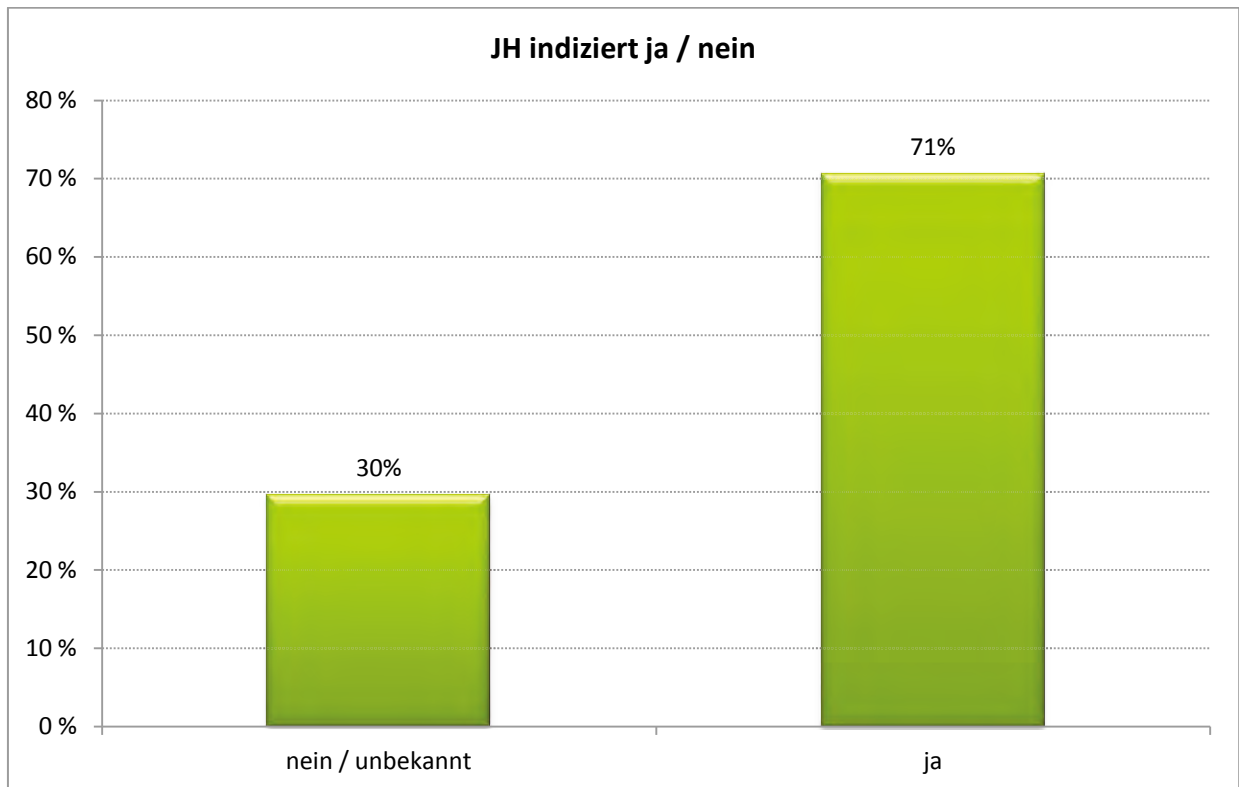


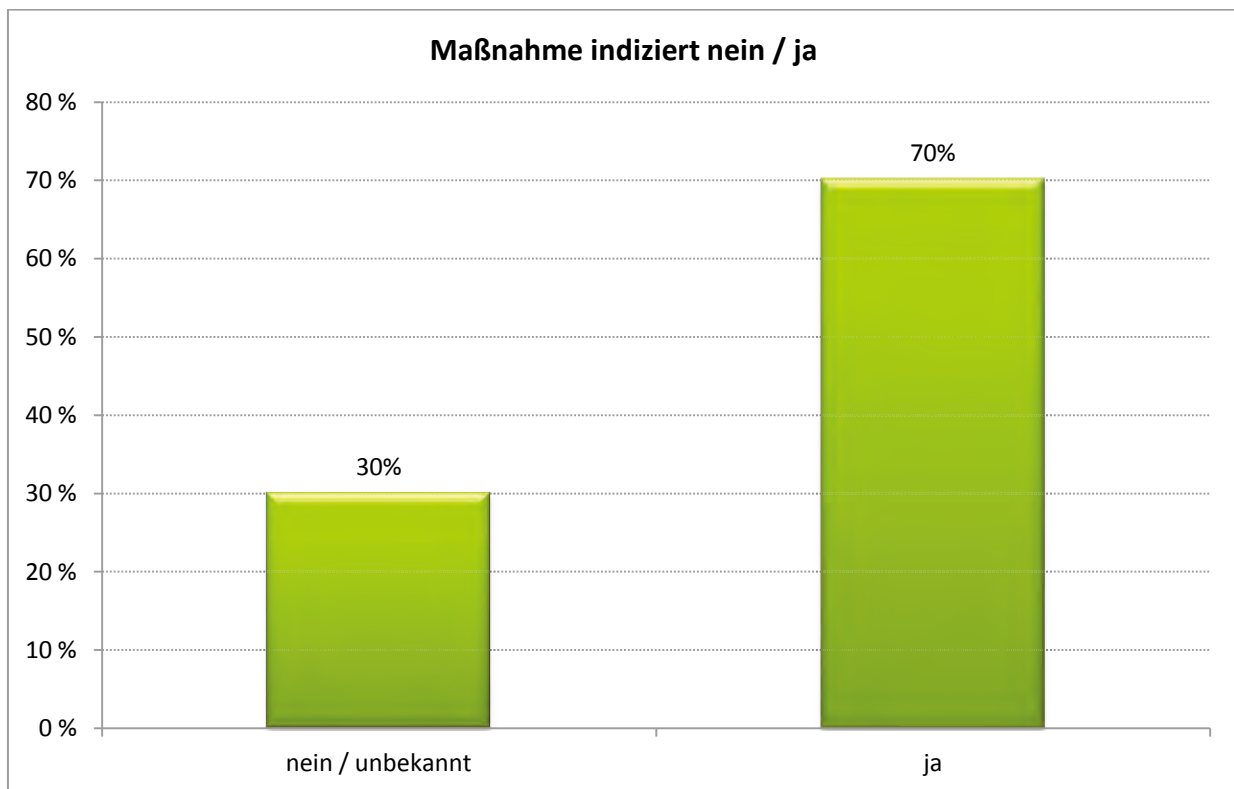
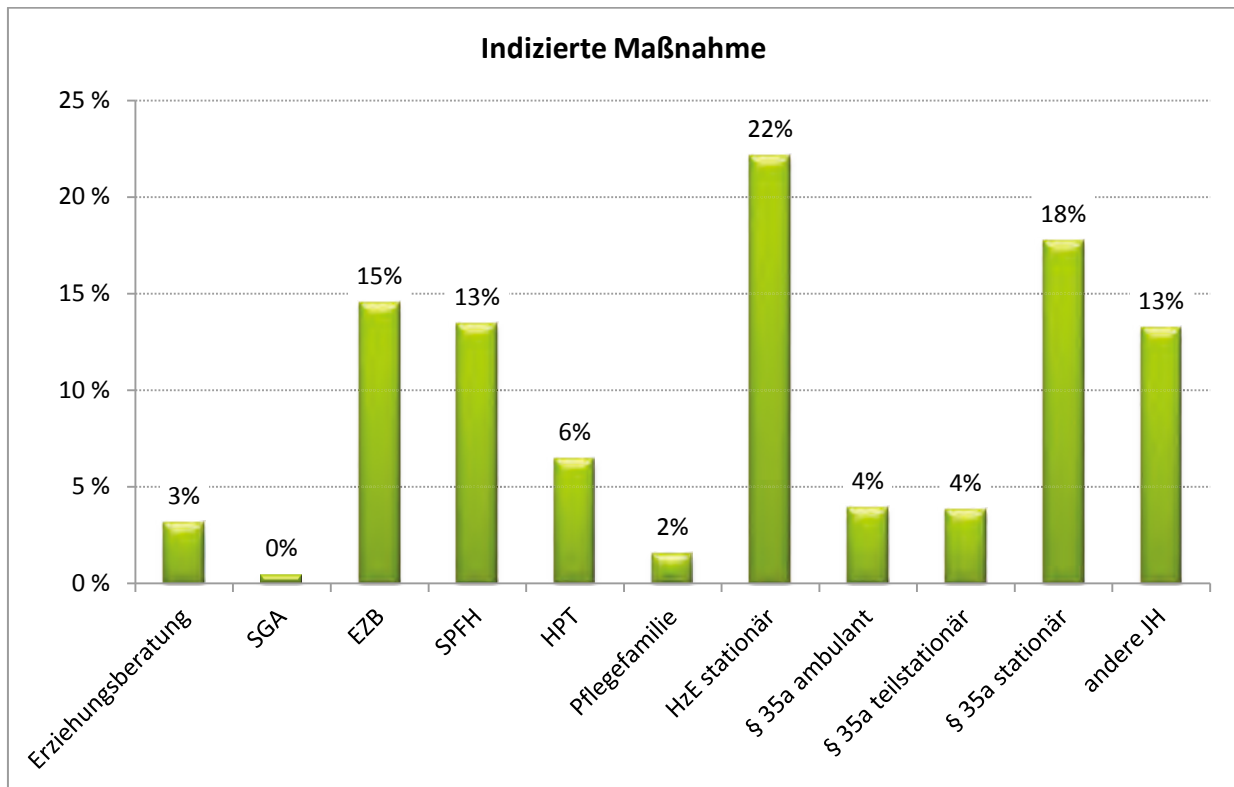
**Summe – Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
(Achse V) – (gruppiert)**

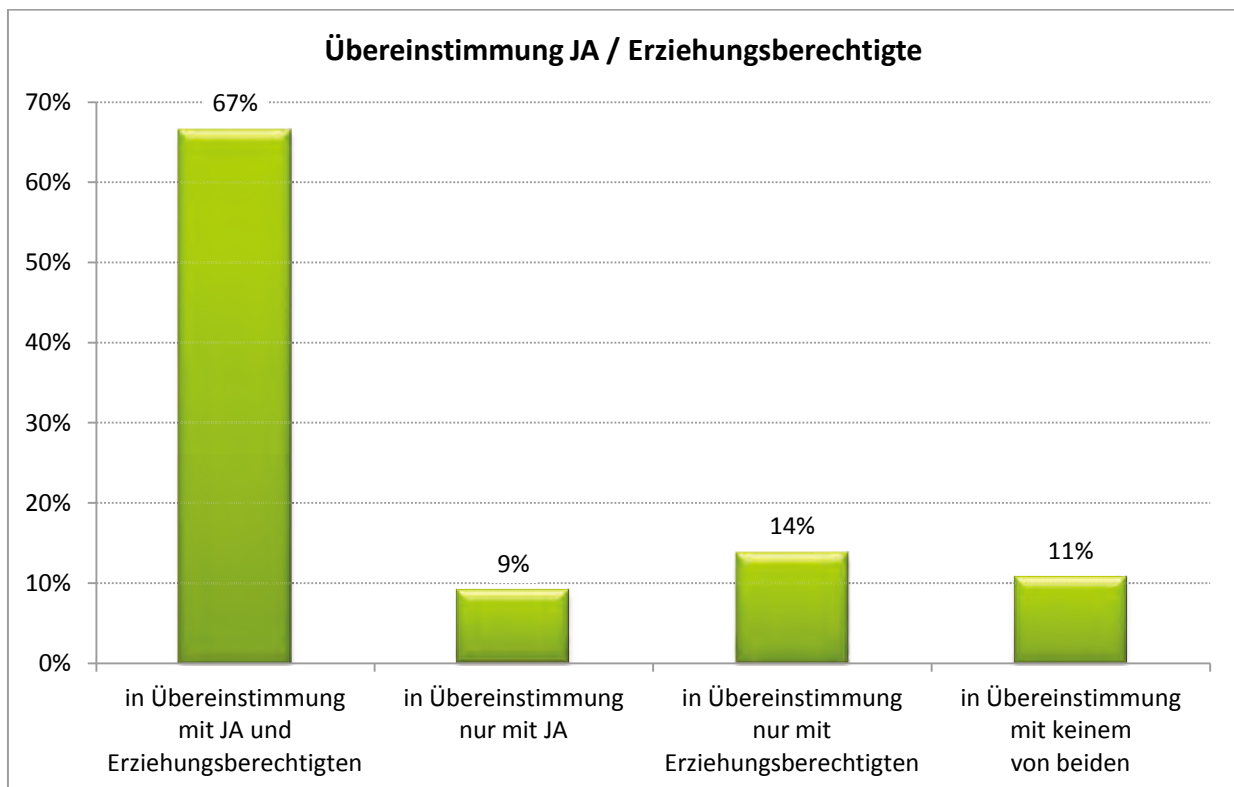
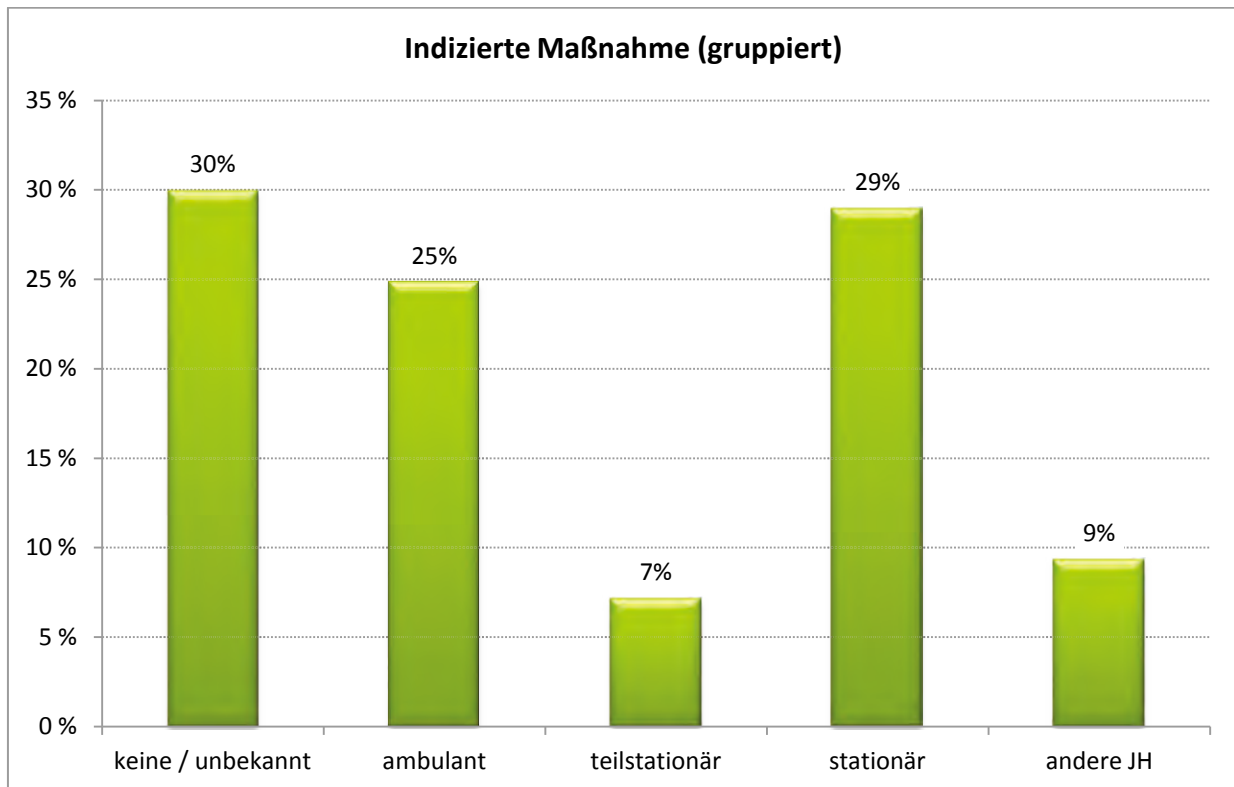


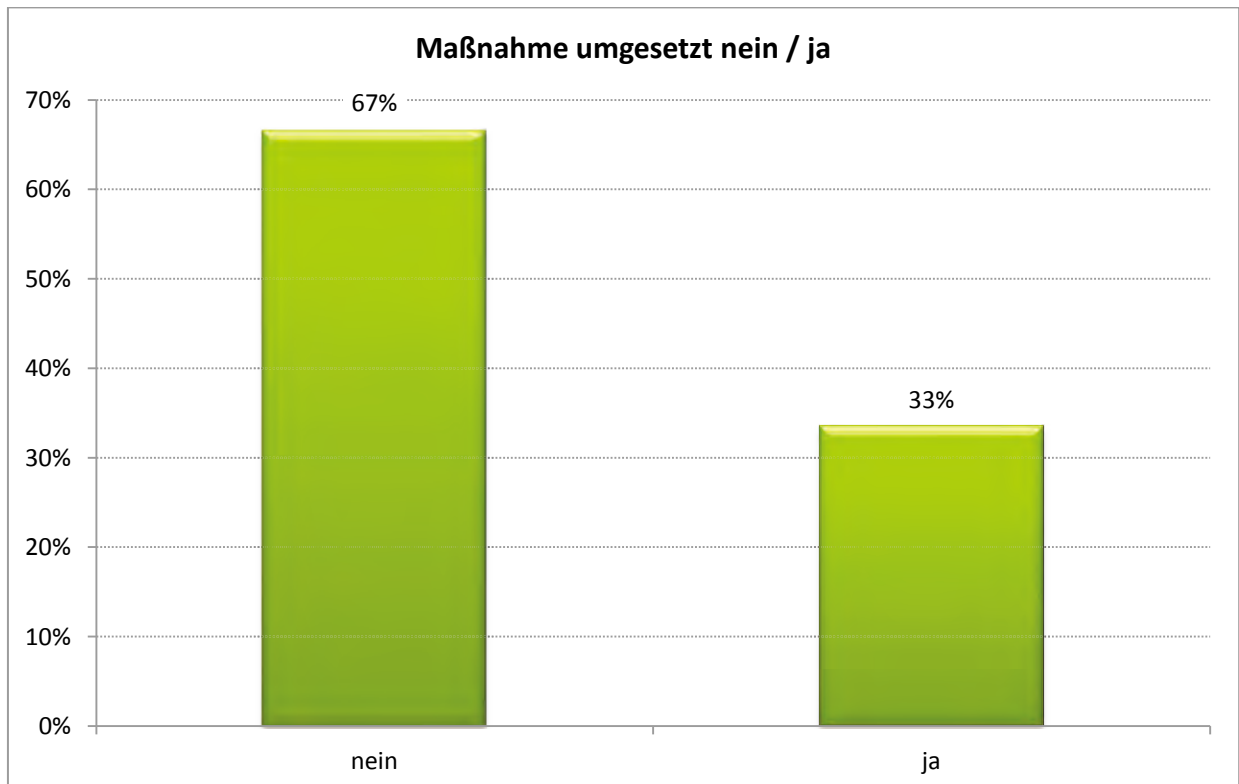
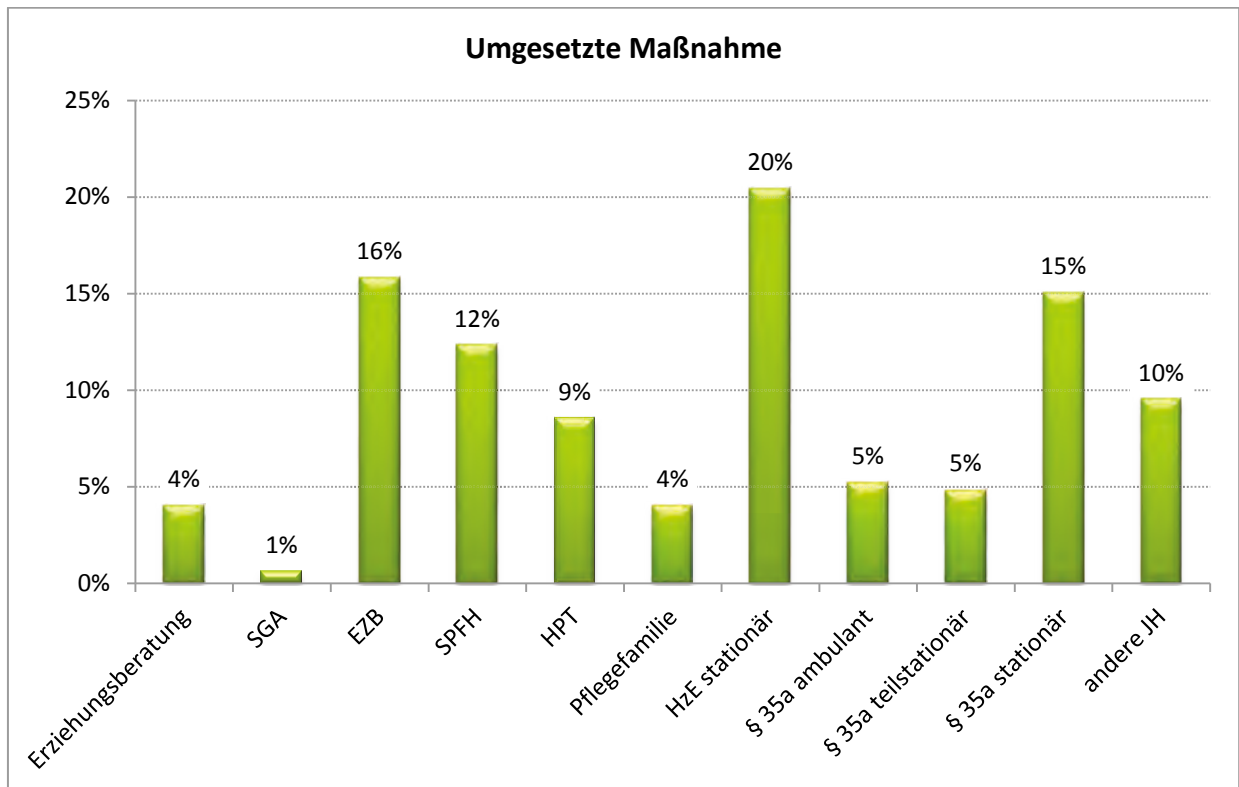
Globalbeurteilung (Achse VI)

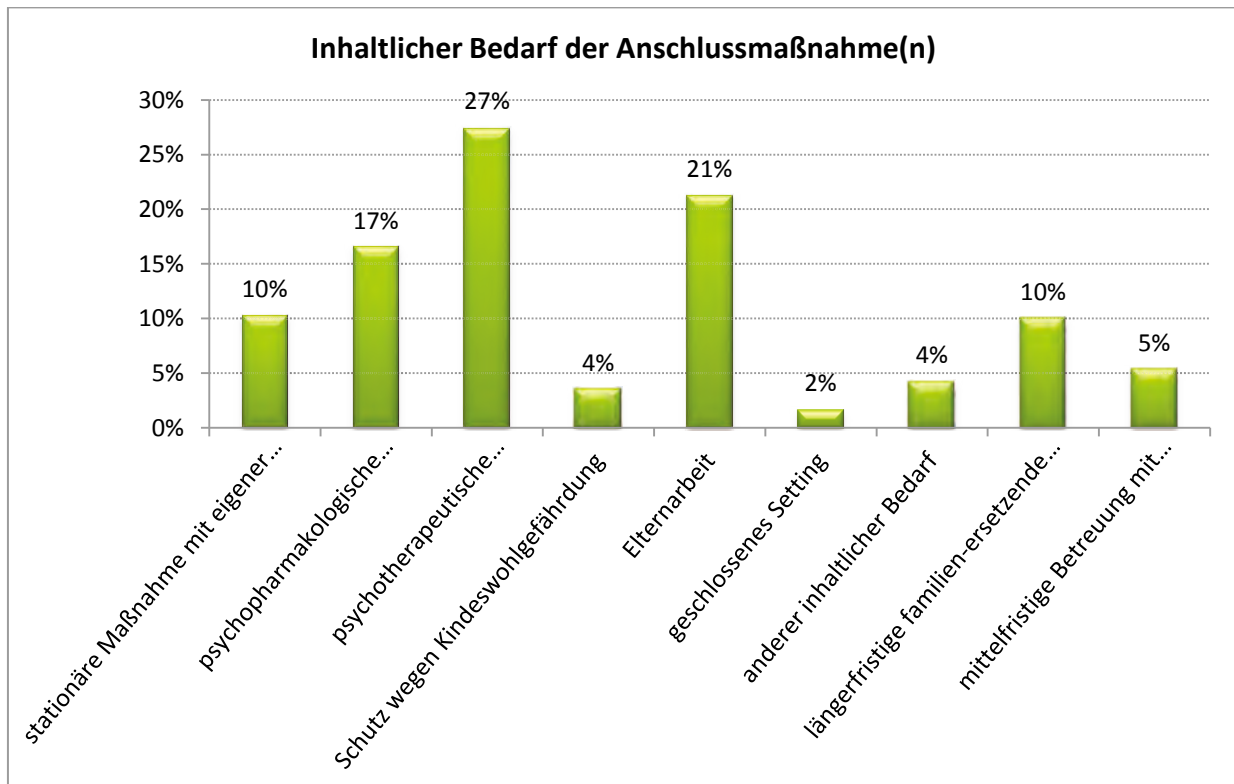
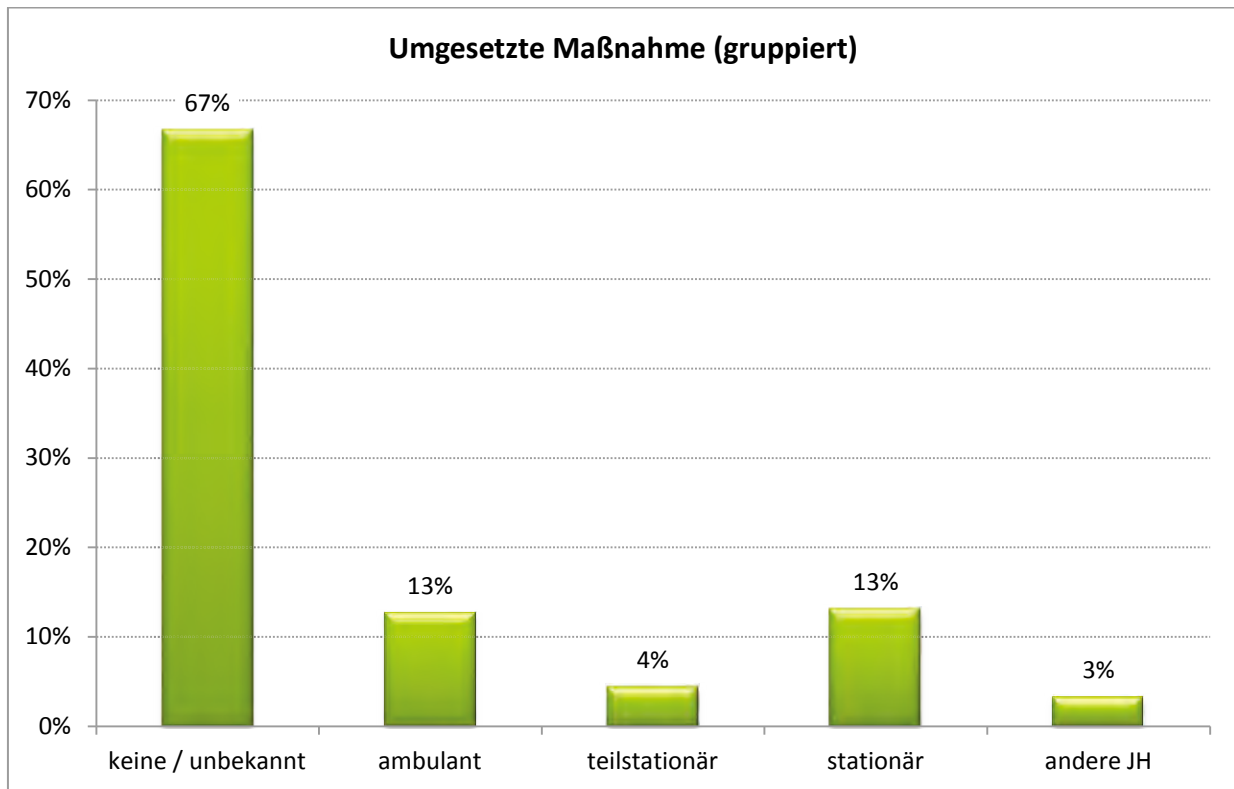


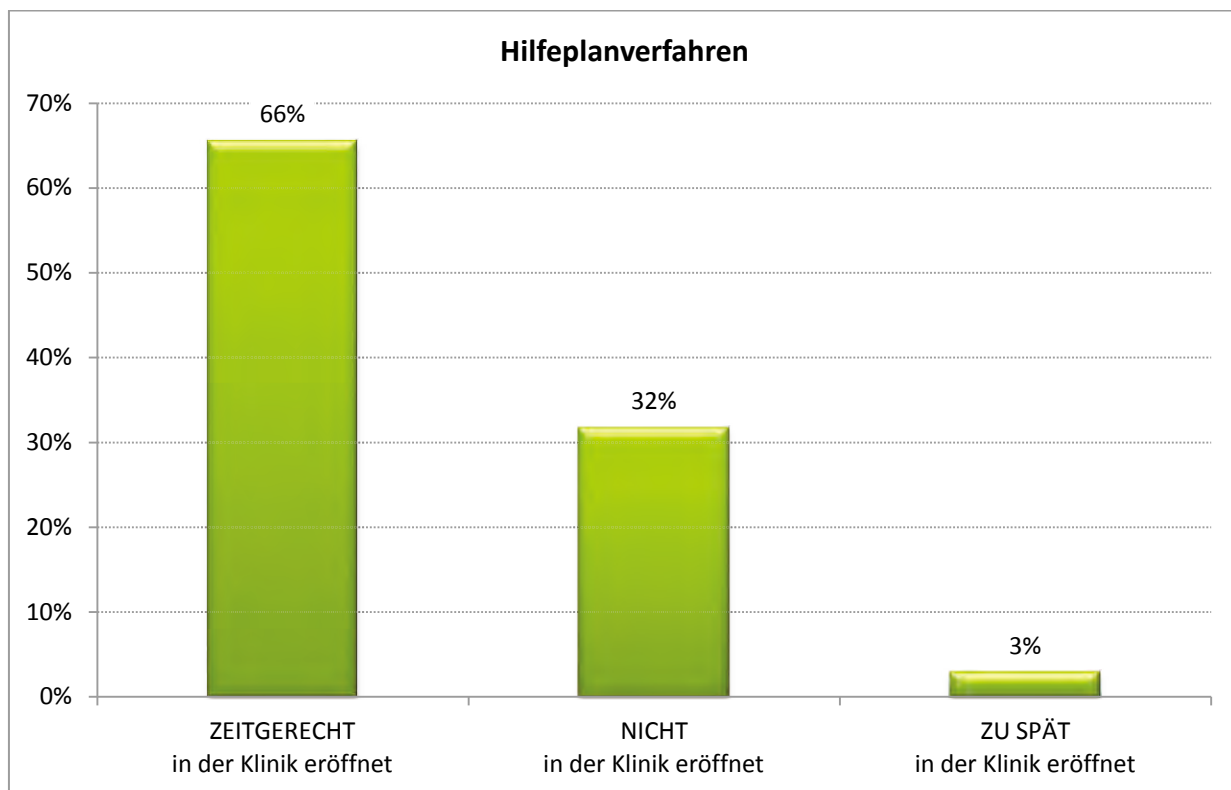












2. Kinder und Jugendliche mit und ohne Jugendhilfeanschlussbedarf – Ergebnisse

Kinder und Jugendliche, bei denen eine JH-Anschlussmaßnahme indiziert und/ oder umgesetzt wurde, also mit JH-Bedarf (alle nachfolgenden Tabellen)

Geschlecht					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	männlich	716	50,5	54,7	54,7
	weiblich	594	41,9	45,3	100,0
	Gesamt	1310	92,4	100,0	
Fehlend	System	108	7,6		
Gesamt		1418	100,0		

Alter in Jahren (Durchschnitt)					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Alter in Jahren	1417	3	19	13,05	3,280

Alter in Jahren (gruppiert)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kleinkinder (2-5 Jahre)	16	1,1	1,1	1,1
	Kinder (6-12 Jahre)	531	37,4	37,5	38,6
	Teenager (13-17 Jahre)	812	57,3	57,3	95,9
	Junge Erwachsene (18-21 Jahre)	58	4,1	4,1	100,0
	Gesamt	1417	99,9	100,0	
Fehlend	System	1	,1		
Gesamt		1418	100,0		

Dauer Klinikaufenthalt in Tagen (Durchschnitt)					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Dauer Aufenthalt	1417	1	356	69,54	62,700

Dauer Klinikaufenthalt (gruppiert)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	bis zu 1 Monat	482	34,0	34,0	34,0
	bis zu 1/4 Jahr	497	35,0	35,1	69,1
	bis zu 1/2 Jahr	355	25,0	25,1	94,1
	bis zu 1 Jahr	83	5,9	5,9	100,0
	Gesamt	1417	99,9	100,0	
Fehlend	System	1	,1		
Gesamt		1418	100,0		

Aufnahmemodus

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	regulär	848	59,8	60,1	60,1
	Notfall	552	38,9	39,1	99,2
	Gutachten	11	,8	,8	100,0
	Gesamt	1411	99,5	100,0	
Fehlend	System	7	,5		
Gesamt		1418	100,0		

Aufenthalt vor der Klinik

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Leibliche Eltern	467	32,9	33,1	33,1
	Leibliche KM mit Stiefvater	194	13,7	13,7	46,8
	Leiblicher KV mit Stiefmutter	36	2,5	2,5	49,3
	KM alleinerziehend	368	26,0	26,0	75,4
	KV alleinerziehend	51	3,6	3,6	79,0
	Pflegefamilie	46	3,2	3,3	82,2
	stationäre JH	162	11,4	11,5	93,7
	Reha-Einrichtung	9	,6	,6	94,3
	wohnt allein	6	,4	,4	94,8
	sonstiger Aufenthalt	74	5,2	5,2	100,0
	Gesamt	1413	99,6	100,0	
Fehlend	System	5	,4		
Gesamt		1418	100,0		

Schichtzugehörigkeit (gruppiert)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	- an- und ungelernte ArbeiterInnen (Nr.1-2)	433	30,5	32,7	32,7
	- FacharbeiterInnen - HandwerkerInnen - einfache und mittlere Angestellte / BeamtenInnen (Nr. 3-4)	662	46,7	50,0	82,6
	- höhere und leitende Angestellte / BeamtenInnen (Nr. 5-6)	132	9,3	10,0	92,6
	- selbständige Gewerbe- treibende / Handwerker- Innen (kleiner Betrieb) (Nr. 7-9)	56	3,9	4,2	96,8
	- selbständige Handwerker-Innen / Landwirte (größerer Betrieb) - selbständige AkademikerInnen - größere UnternehmerInnen (Nr. 10-11)	42	3,0	3,2	100,0
	Gesamt	1325	93,4	100,0	
Fehlend	System	93	6,6		
Gesamt		1418	100,0		

JH vor dem Klinikaufenthalt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Erziehungsberatung	80	5,6	12,3	12,3
	EZB	99	7,0	15,3	27,6
	SPFH	108	7,6	16,7	44,3
	Pflegefamilie	43	3,0	6,6	50,9
	Tagesgruppe	73	5,1	11,3	62,2
	stationäre Hilfe	202	14,2	31,2	93,4
	andere JH	43	3,0	6,6	100,0
	Gesamt	648	45,7	100,0	
Fehlend	System	770	54,3		
Gesamt		1418	100,0		

Schule vor dem Klinikaufenthalt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	KIGA	35	2,5	2,5	2,5
	Grundschule	244	17,2	17,5	20,0
	Hauptschule	323	22,8	23,2	43,2
	Förderschule	211	14,9	15,1	58,3
	Realschule	217	15,3	15,6	73,9
	Gymnasium	160	11,3	11,5	85,4
	Berufsausbildung	49	3,5	3,5	88,9
	sonstige Schulen	155	10,9	11,1	100,0
	Gesamt	1394	98,3	100,0	
Fehlend	System	24	1,7		
Gesamt		1418	100,0		

Hauptdiagnose

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	F00 - F09	3	,2	,2	,2
	F10 - F19	29	2,0	2,1	2,3
	F20 - F29	35	2,5	2,5	4,8
	F30 - F39	239	16,9	17,0	21,7
	F40 - F41	39	2,8	2,8	24,5
	F42	21	1,5	1,5	26,0
	F43	214	15,1	15,2	41,2
	F44 - F48	16	1,1	1,1	42,3
	F50	42	3,0	3,0	45,3
	F60 - F69	28	2,0	2,0	47,3
	F70 - F79	5	,4	,4	47,6
	F80 - F89	60	4,2	4,3	51,9
	F90	295	20,8	20,9	72,8
	F91 - F92	204	14,4	14,5	87,3
	F93	110	7,8	7,8	95,1
	F94	47	3,3	3,3	98,4
	F95	5	,4	,4	98,8
	F98	17	1,2	1,2	100,0
	Gesamt	1409	99,4	100,0	
Fehlend	System	9	,6		
Gesamt		1418	100,0		

Entwicklungsstörung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	F80	136	9,6	39,5	39,5
	F81	131	9,2	38,1	77,6
	F82	54	3,8	15,7	93,3
	F83	18	1,3	5,2	98,5
	F84	2	,1	,6	99,1
	F88	2	,1	,6	99,7
	F89	1	,1	,3	100,0
	Gesamt	344	24,3	100,0	
Fehlend	System	1074	75,7		
Gesamt		1418	100,0		

Intelligenzniveau					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	IQ > 129	11	,8	,8	,8
	IQ 115 - 129	117	8,3	8,6	9,4
	IQ 85 - 114	1030	72,6	75,5	84,9
	IQ 70 - 84	180	12,7	13,2	98,1
	IQ 50 - 69	22	1,6	1,6	99,7
	IQ < 50	4	,3	,3	100,0
	Gesamt	1364	96,2	100,0	
Fehlend	System	54	3,8		
Gesamt		1418	100,0		

Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Achse V) – zusammengefasst				
		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Abnorme Umstände zusammengefasst	Abnorme intrafamiliäre Beziehungen	518	15,2%	40,4%
	Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie	579	17,0%	45,2%
	Inadäquate / verzerrte intrafamiliäre Kommunikation	488	14,3%	38,1%
	Abnorme Erziehungsbedingungen	583	17,1%	45,5%
	Abnorme unmittelbare Umgebung	709	20,8%	55,3%
	Akute, belastende Lebensereignisse	204	6,0%	15,9%
	Gesellschaftliche Belastungsfaktoren	68	2,0%	5,3%
	Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit	198	5,8%	15,4%
	Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes	67	2,0%	5,2%
Gesamt		3414	100,0%	266,3%

Summe – Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Achse V)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine / unbekannt	136	9,6	9,6	9,6
	1	245	17,3	17,3	26,9
	2	366	25,8	25,8	52,7
	3	331	23,3	23,3	76,0
	4	278	19,6	19,6	95,6
	5	43	3,0	3,0	98,7
	6	16	1,1	1,1	99,8
	7	3	,2	,2	100,0
	Gesamt	1418	100,0	100,0	

Summe – Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Achse V) – (gruppiert)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	136	9,6	9,6	9,6
	1-2	611	43,1	43,1	52,7
	3-4	609	42,9	42,9	95,6
	5-6	59	4,2	4,2	99,8
	>6	3	,2	,2	100,0
	Gesamt	1418	100,0	100,0	

Globalbeurteilung (Achse VI)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0 – herausragende / gute soziale Funktionen in allen sozialen Bereichen	44	3,1	3,1	3,1
	1 – mäßige soziale Funktion, aber mit vorübergehenden oder geringeren Schwierigkeiten in nur ein oder zwei Bereichen	17	1,2	1,2	4,3
	2 – leichte soziale Beeinträchtigung	54	3,8	3,8	8,1
	3 – mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen	368	26,0	26,0	34,1
	4 – ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen	526	37,1	37,1	71,2
	5 – ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen	381	26,9	26,9	98,0
	6 – funktionsunfähig in den meisten Bereichen	18	1,3	1,3	99,3
	7 – schwere und durchgängige soziale Beeinträchtigung	7	,5	,5	99,8
	8 – tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung	3	,2	,2	100,0
	Gesamt	1418	100,0	100,0	

Globalbeurteilung (Durchschnitt)					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Achse 6 Globalbeurteilung	1418	0	8	3,82	1,176

Übereinstimmung JA / Erziehungsberechtigte

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	in Übereinstimmung mit JA und Erziehungsberechtigten	862	60,8	66,8	66,8
	in Übereinstimmung nur mit JA	118	8,3	9,1	76,0
	in Übereinstimmung nur mit Erziehungsberechtigten	174	12,3	13,5	89,5
	in Übereinstimmung mit keinem von beiden	136	9,6	10,5	100,0
	Gesamt	1290	91,0	100,0	
Fehlend	System	128	9,0		
Gesamt		1418	100,0		

Hilfeplanverfahren

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ZEITGERECHT in der Klinik eröffnet	686	48,4	66,3	66,3
	NICHT in der Klinik eröffnet	318	22,4	30,8	97,1
	ZU SPÄT in der Klinik eröffnet	30	2,1	2,9	100,0
	Gesamt	1034	72,9	100,0	
Fehlend	System	384	27,1		
Gesamt		1418	100,0		

Kinder und Jugendliche, bei denen keine JH-Anschlussmaßnahme indiziert oder umgesetzt wurde, also ohne JH-Bedarf (alle nachfolgenden Tabellen)

Geschlecht					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	männlich	225	37,6	42,2	42,2
	weiblich	308	51,5	57,8	100,0
	Gesamt	533	89,1	100,0	
Fehlend	System	65	10,9		
Gesamt		598	100,0		

Alter in Jahren (Durchschnitt)					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Alter in Jahren	598	2	21	13,91	3,276

Alter in Jahren (gruppiert)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kleinkinder (2-5 Jahre)	9	1,5	1,5	1,5
	Kinder (6-12 Jahre)	154	25,8	25,8	27,3
	Teenager (13-17 Jahre)	386	64,5	64,5	91,8
	Junge Erwachsene (18-21 Jahre)	49	8,2	8,2	100,0
	Gesamt	598	100,0	100,0	

Dauer Klinikaufenthalt in Tagen (Durchschnitt)					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Dauer Aufenthalt	598	1	334	50,86	54,070

Dauer Klinikaufenthalt (gruppiert)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	bis zu 1 Monat	276	46,2	46,2	46,2
	bis zu 1/4 Jahr	211	35,3	35,3	81,4
	bis zu 1/2 Jahr	96	16,1	16,1	97,5
	bis zu 1 Jahr	15	2,5	2,5	100,0
	Gesamt	598	100,0	100,0	

Aufnahmemodus

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	regulär	336	56,2	56,4	56,4
	Notfall	260	43,5	43,6	100,0
	Gesamt	596	99,7	100,0	
Fehlend	System	2	,3		
Gesamt		598	100,0		

Aufenthalt vor der Klinik

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Leibliche Eltern	302	50,5	51,1	51,1
	Leibliche KM mit Stiefvater	53	8,9	9,0	60,1
	Leiblicher KV mit Stiefmutter	9	1,5	1,5	61,6
	KM alleinerziehend	107	17,9	18,1	79,7
	KV alleinerziehend	19	3,2	3,2	82,9
	Pflegefamilie	12	2,0	2,0	84,9
	stationäre JH	52	8,7	8,8	93,7
	Reha-Einrichtung	9	1,5	1,5	95,3
	wohnt allein	2	,3	,3	95,6
	sonstiger Aufenthalt	26	4,3	4,4	100,0
	Gesamt	591	98,8	100,0	
Fehlend	System	7	1,2		
Gesamt		598	100,0		

Schichtzugehörigkeit (gruppiert)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	- an- und ungelernte ArbeiterInnen (Nr.1-2)	98	16,4	17,8	17,8
	- FacharbeiterInnen - HandwerkerInnen - einfache und mittlere Angestellte / BeamtenInnen (Nr. 3-4)	315	52,7	57,2	75,0
	- höhere und leitende Ange- stellte / BeamtenInnen (Nr. 5-6)	87	14,5	15,8	90,7
	- selbständige Gewerbe- treibende / Handwerker- Innen (kleiner Betrieb) (Nr. 7-9)	22	3,7	4,0	94,7
	- selbständige Handwerker- Innen / Landwirte (größerer Betrieb) - selbständige AkademikerInnen - größere UnternehmerInnen (Nr. 10-11)	29	4,8	5,3	100,0
	Gesamt	551	92,1	100,0	
Fehlend	System	47	7,9		
Gesamt		598	100,0		

JH vor dem Klinikaufenthalt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Erziehungsberatung	12	2,0	9,8	9,8
	EZB	12	2,0	9,8	19,5
	SPFH	17	2,8	13,8	33,3
	Pflegefamilie	10	1,7	8,1	41,5
	Tagesgruppe	6	1,0	4,9	46,3
	stationäre Hilfe	59	9,9	48,0	94,3
	andere JH	7	1,2	5,7	100,0
	Gesamt	123	20,6	100,0	
Fehlend	System	475	79,4		
Gesamt		598	100,0		

Schule vor dem Klinikaufenthalt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	KIGA	19	3,2	3,3	3,3
	Grundschule	69	11,5	11,9	15,2
	Hauptschule	107	17,9	18,4	33,6
	Förderschule	46	7,7	7,9	41,6
	Realschule	116	19,4	20,0	61,6
	Gymnasium	119	19,9	20,5	82,1
	Berufsausbildung	39	6,5	6,7	88,8
	sonstige Schulen	65	10,9	11,2	100,0
	Gesamt	580	97,0	100,0	
Fehlend	System	18	3,0		
Gesamt		598	100,0		

Hauptdiagnose

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	F10 - F19	11	1,8	1,9	1,9
	F20 - F29	14	2,3	2,4	4,2
	F30 - F39	131	21,9	22,1	26,3
	F40 - F41	21	3,5	3,5	29,8
	F42	28	4,7	4,7	34,5
	F43	116	19,4	19,5	54,0
	F44 - F48	11	1,8	1,9	55,9
	F50	50	8,4	8,4	64,3
	F60 - F69	7	1,2	1,2	65,5
	F70 - F79	3	,5	,5	66,0
	F80 - F89	8	1,3	1,3	67,3
	F90	82	13,7	13,8	81,1
	F91 - F92	40	6,7	6,7	87,9
	F93	47	7,9	7,9	95,8
	F94	14	2,3	2,4	98,1
	F95	5	,8	,8	99,0
	F98	6	1,0	1,0	100,0
	Gesamt	594	99,3	100,0	
Fehlend	System	4	,7		
Gesamt		598	100,0		

Entwicklungsstörung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	F80	27	4,5	37,5	37,5
	F81	22	3,7	30,6	68,1
	F82	19	3,2	26,4	94,4
	F83	2	,3	2,8	97,2
	F88	1	,2	1,4	98,6
	F89	1	,2	1,4	100,0
	Gesamt	72	12,0	100,0	
Fehlend	System	526	88,0		
Gesamt		598	100,0		

Intelligenzniveau					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	IQ > 129	8	1,3	1,4	1,4
	IQ 115 - 129	62	10,4	11,2	12,6
	IQ 85 - 114	420	70,2	75,8	88,4
	IQ 70 - 84	54	9,0	9,7	98,2
	IQ 50 - 69	10	1,7	1,8	100,0
	Gesamt	554	92,6	100,0	
Fehlend	System	44	7,4		
Gesamt		598	100,0		

Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Achse V) – zusammengefasst				
		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Abnorme Umstände zusammengefasst	Abnorme intrafamiliäre Beziehungen	134	13,6%	28,5%
	Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie	178	18,1%	37,9%
	Inadäquate / verzerrte intrafamiliäre Kommunikation	156	15,8%	33,2%
	Abnorme Erziehungsbedingungen	145	14,7%	30,9%
	Abnorme unmittelbare Umgebung	208	21,1%	44,3%
	Akute, belastende Lebensereignisse	61	6,2%	13,0%
	Gesellschaftliche Belastungsfaktoren	25	2,5%	5,3%
	Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit	57	5,8%	12,1%
	Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes	21	2,1%	4,5%
Gesamt		985	100,0%	209,6%

Summe – Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Achse V)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine / unbekannt	128	21,4	21,4	21,4
	1	171	28,6	28,6	50,0
	2	144	24,1	24,1	74,1
	3	99	16,6	16,6	90,6
	4	51	8,5	8,5	99,2
	5	5	,8	,8	100,0
	Gesamt	598	100,0	100,0	

Summe – Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Achse V) – (gruppiert)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	128	21,4	21,4	21,4
	1-2	315	52,7	52,7	74,1
	3-4	150	25,1	25,1	99,2
	5-6	5	,8	,8	100,0
	Gesamt	598	100,0	100,0	

Globalbeurteilung (Achse VI)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	herausragende / gute soziale Funktionen in allen sozialen Bereichen	35	5,9	5,9	5,9
	mäßige soziale Funktion, aber mit vorübergehenden oder geringeren Schwierigkeiten in nur ein oder zwei Bereichen	20	3,3	3,3	9,2
	leichte soziale Beeinträchtigung	53	8,9	8,9	18,1
	mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen	156	26,1	26,1	44,1
	ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen	188	31,4	31,4	75,6
	ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen	139	23,2	23,2	98,8
	funktionsunfähig in den meisten Bereichen	4	,7	,7	99,5
	schwere und durchgängige soziale Beeinträchtigung	3	,5	,5	100,0
	Gesamt	598	100,0	100,0	

Globalbeurteilung (Durchschnitt)					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Achse 6 Globalbeurteilung	598	0	7	3,49	1,378

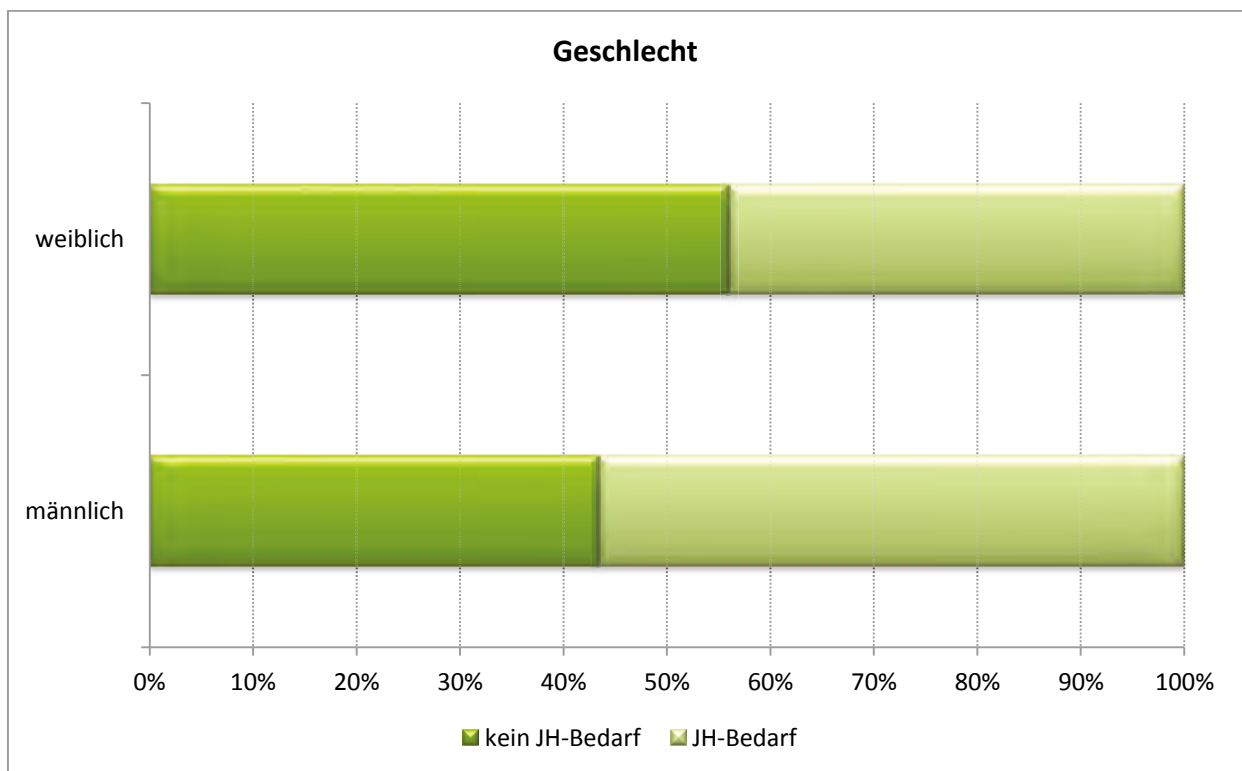
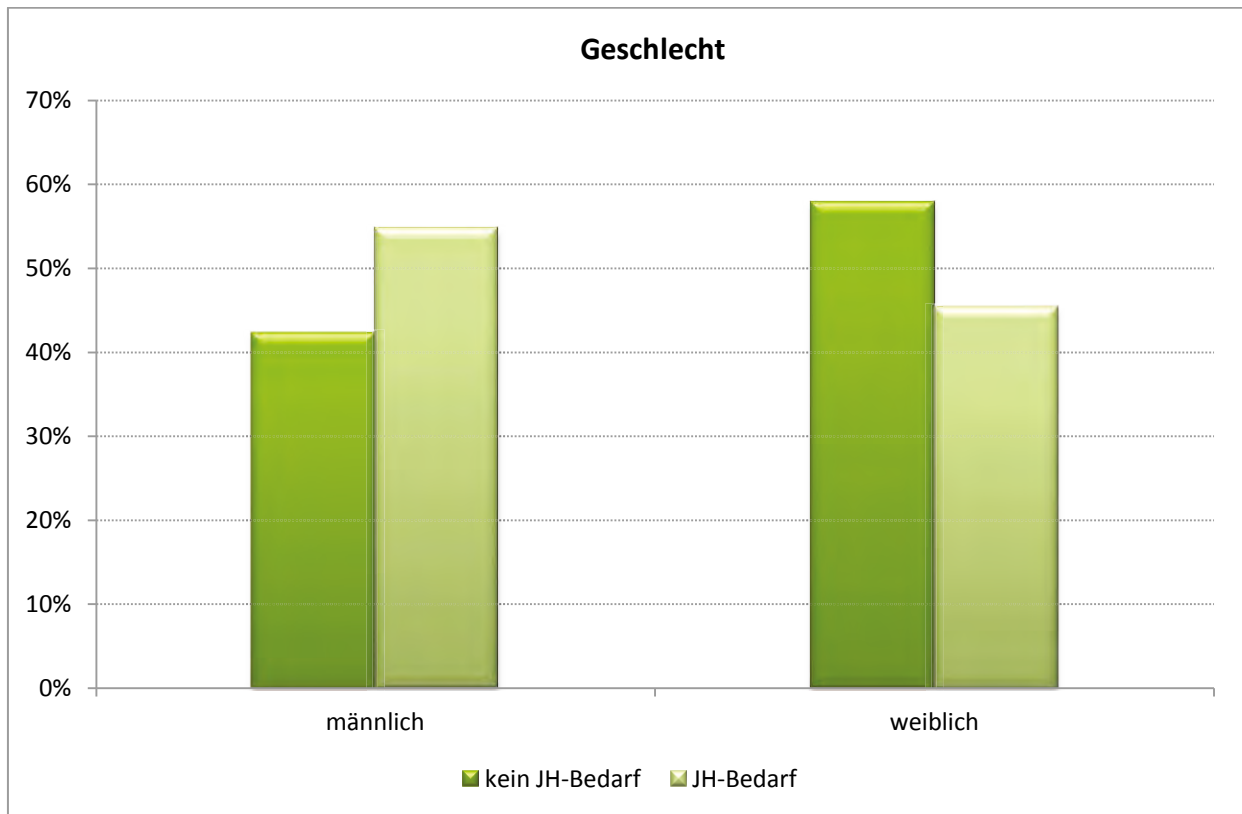
Übereinstimmung JA / Erziehungsberechtigte

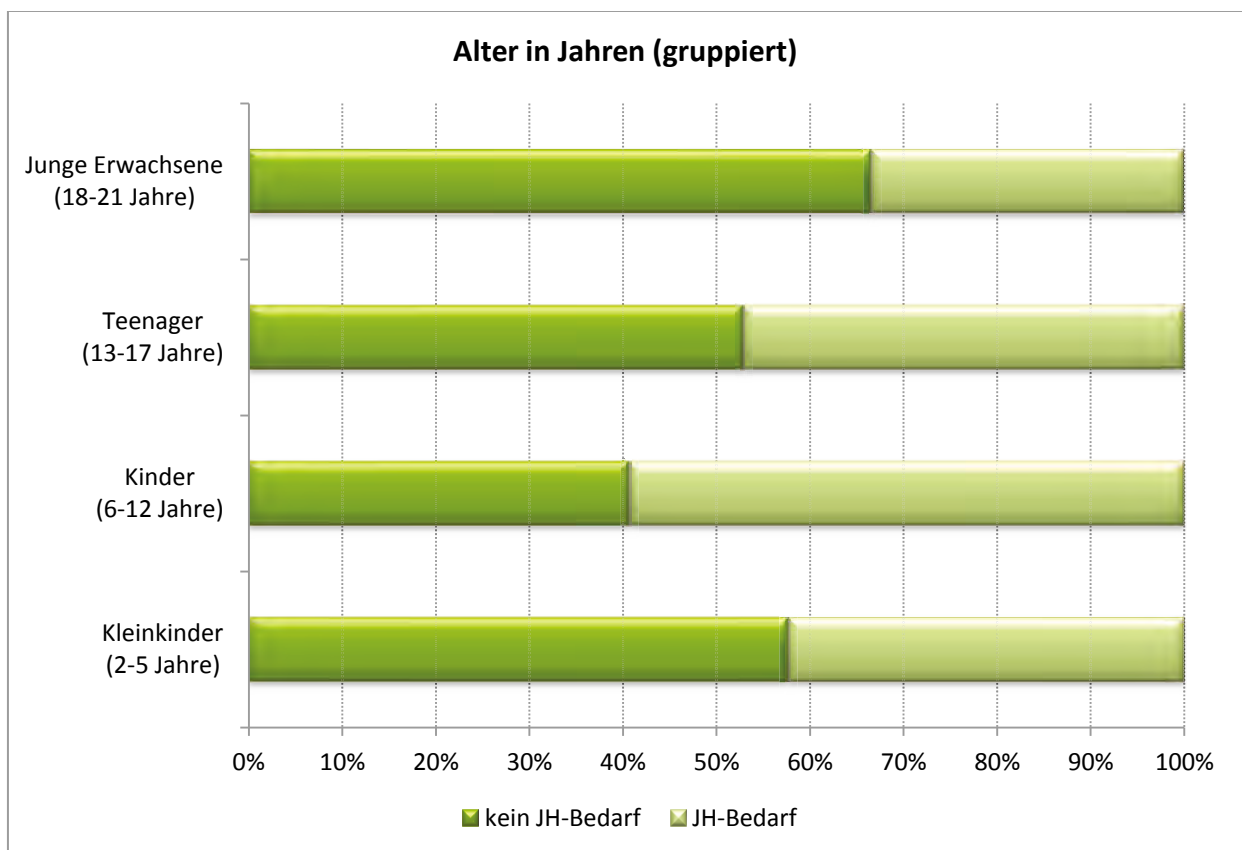
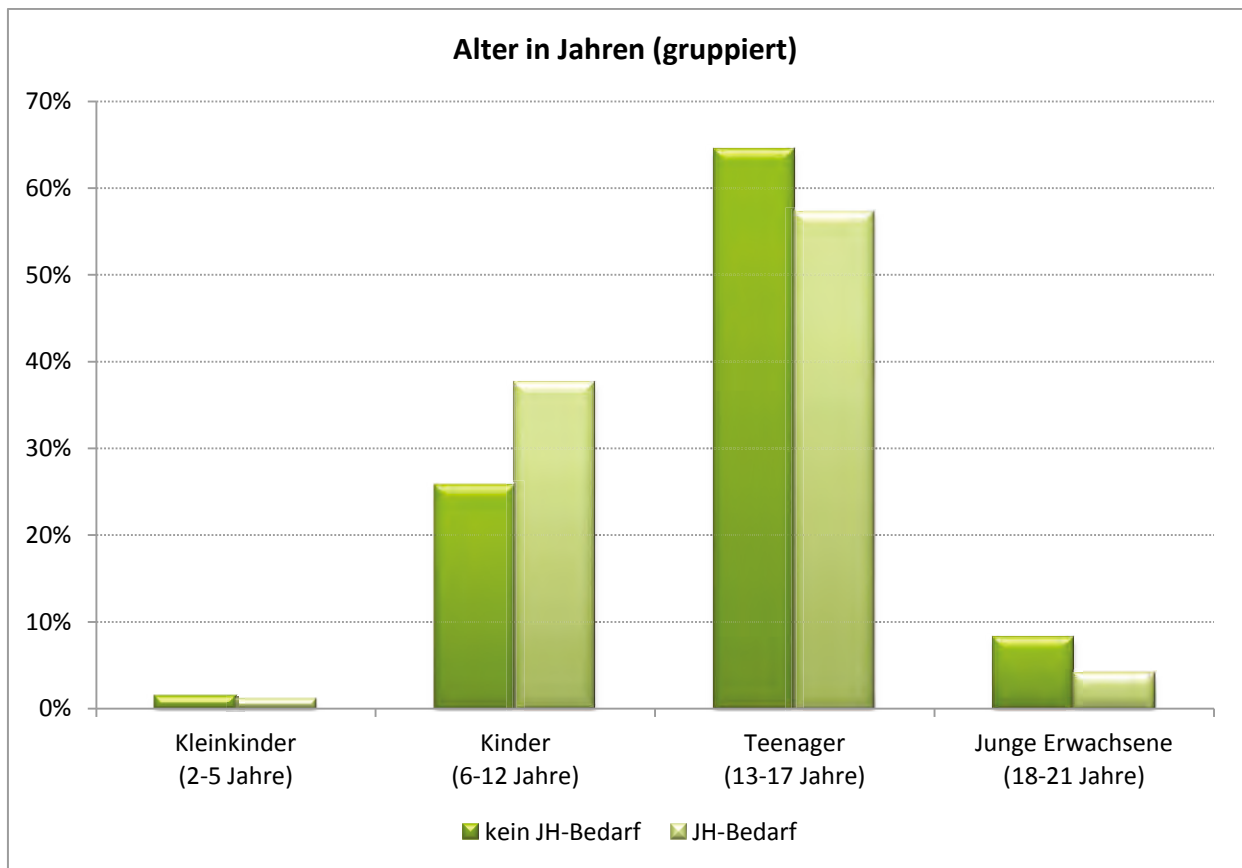
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	in Übereinstimmung mit JA und Erziehungsberechtigten	13	2,2	52,0	52,0
	in Übereinstimmung nur mit JA	1	,2	4,0	56,0
	in Übereinstimmung nur mit Erziehungsberechtigten	6	1,0	24,0	80,0
	in Übereinstimmung mit keinem von beiden	5	,8	20,0	100,0
	Gesamt	25	4,2	100,0	
Fehlend	System	573	95,8		
Gesamt		598	100,0		

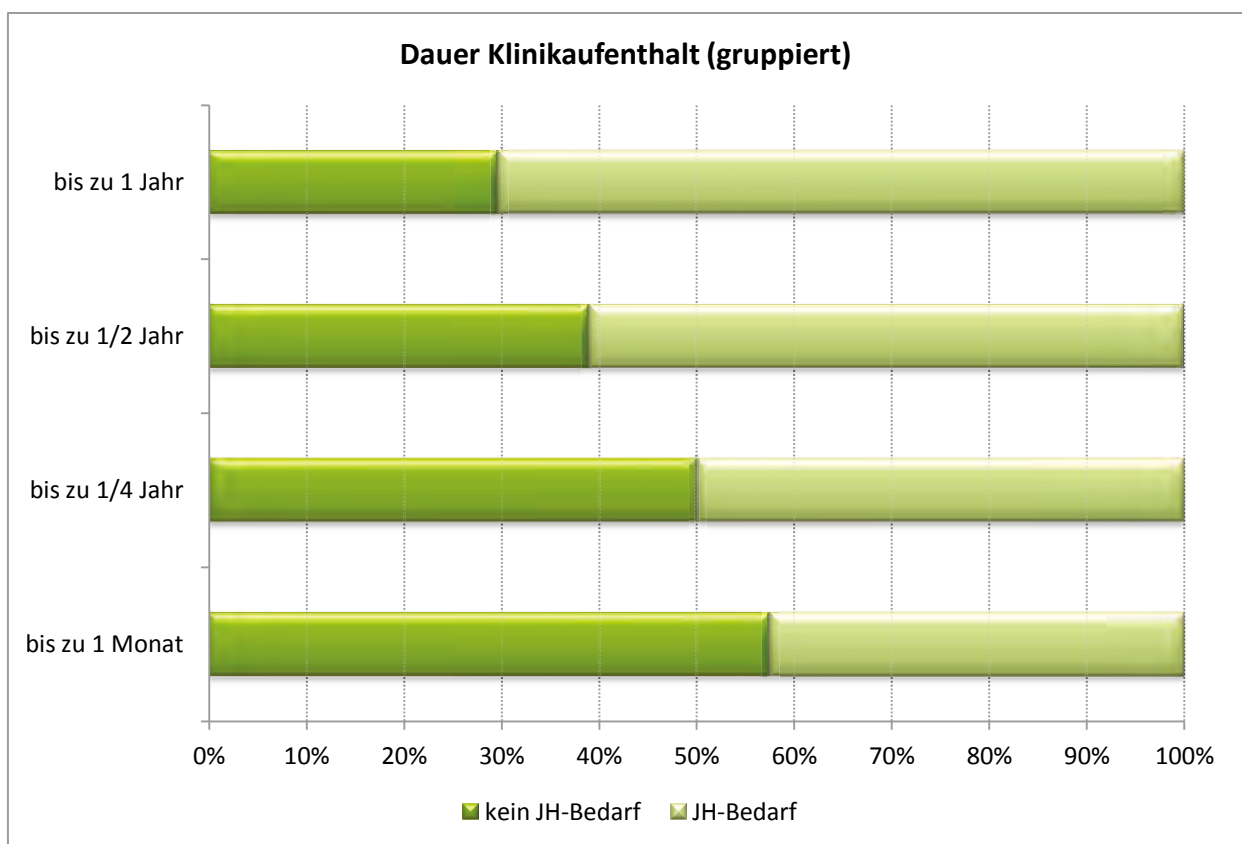
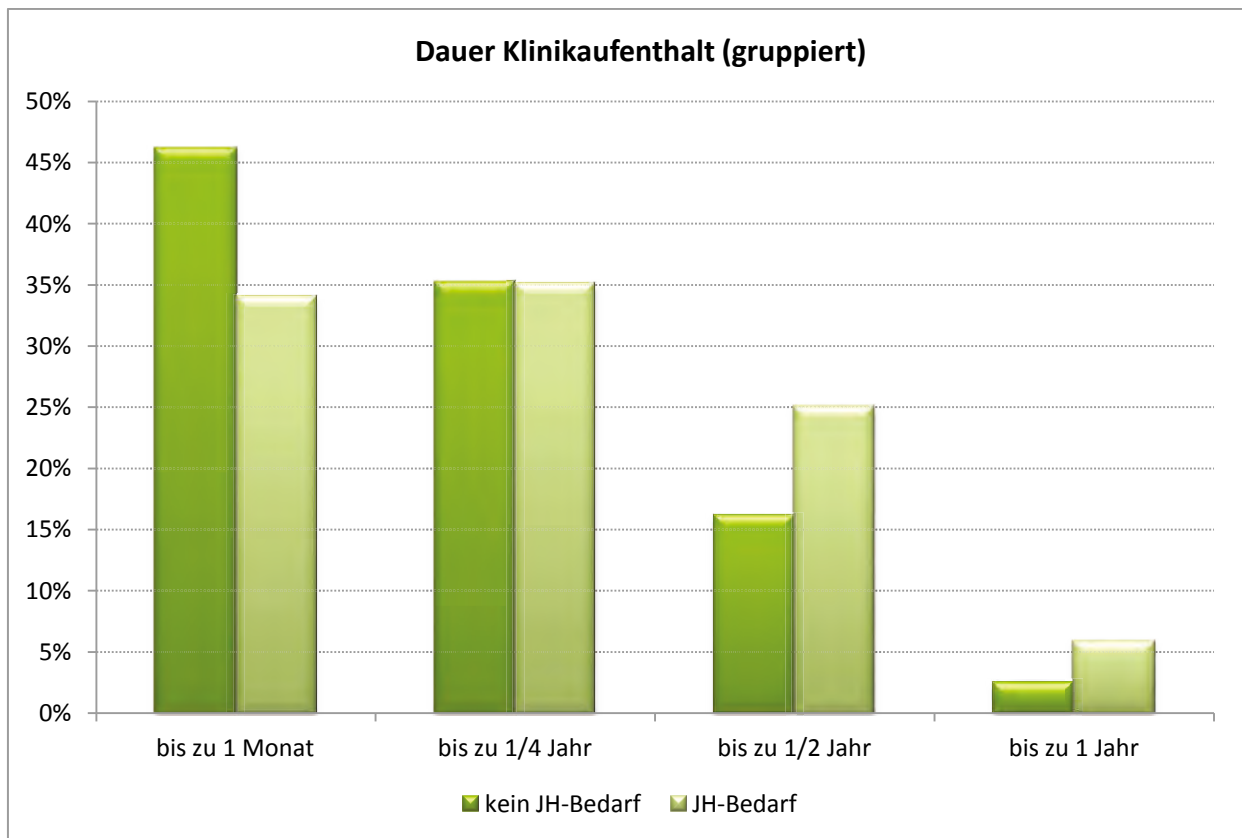
Hilfeplanverfahren

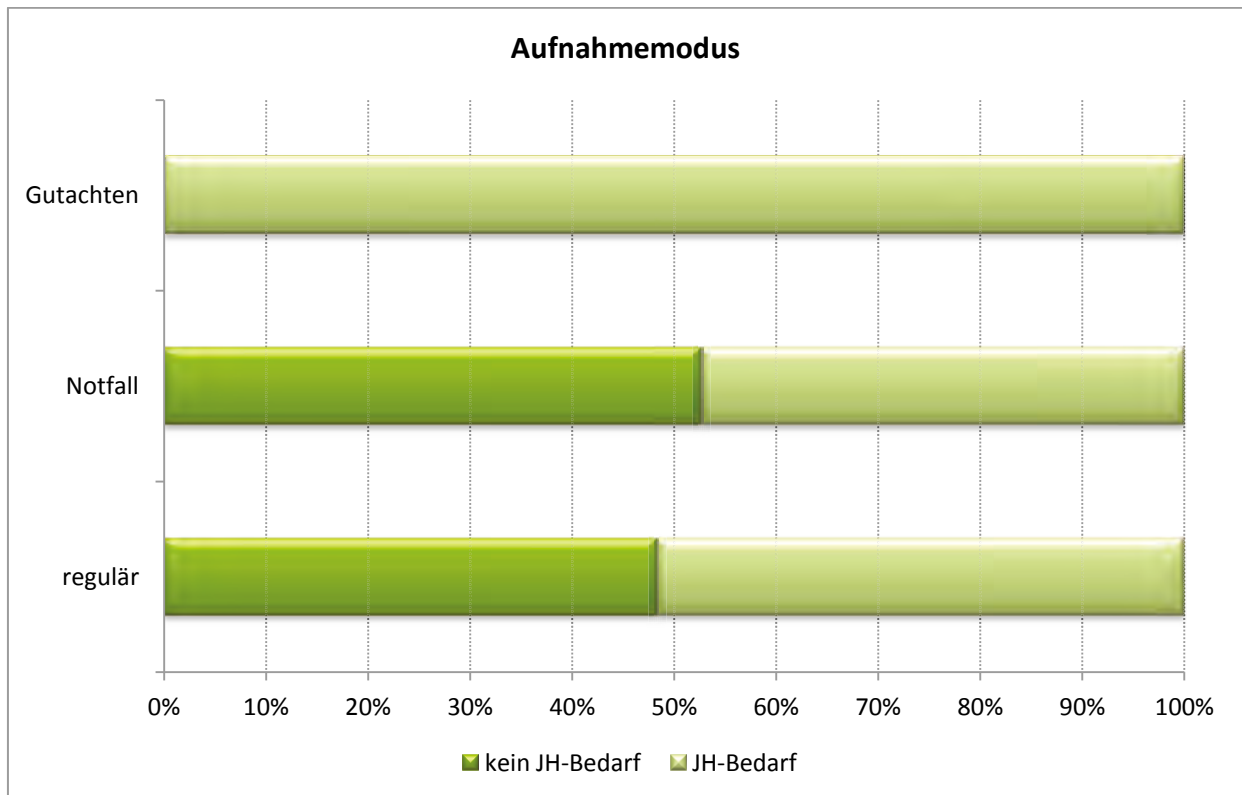
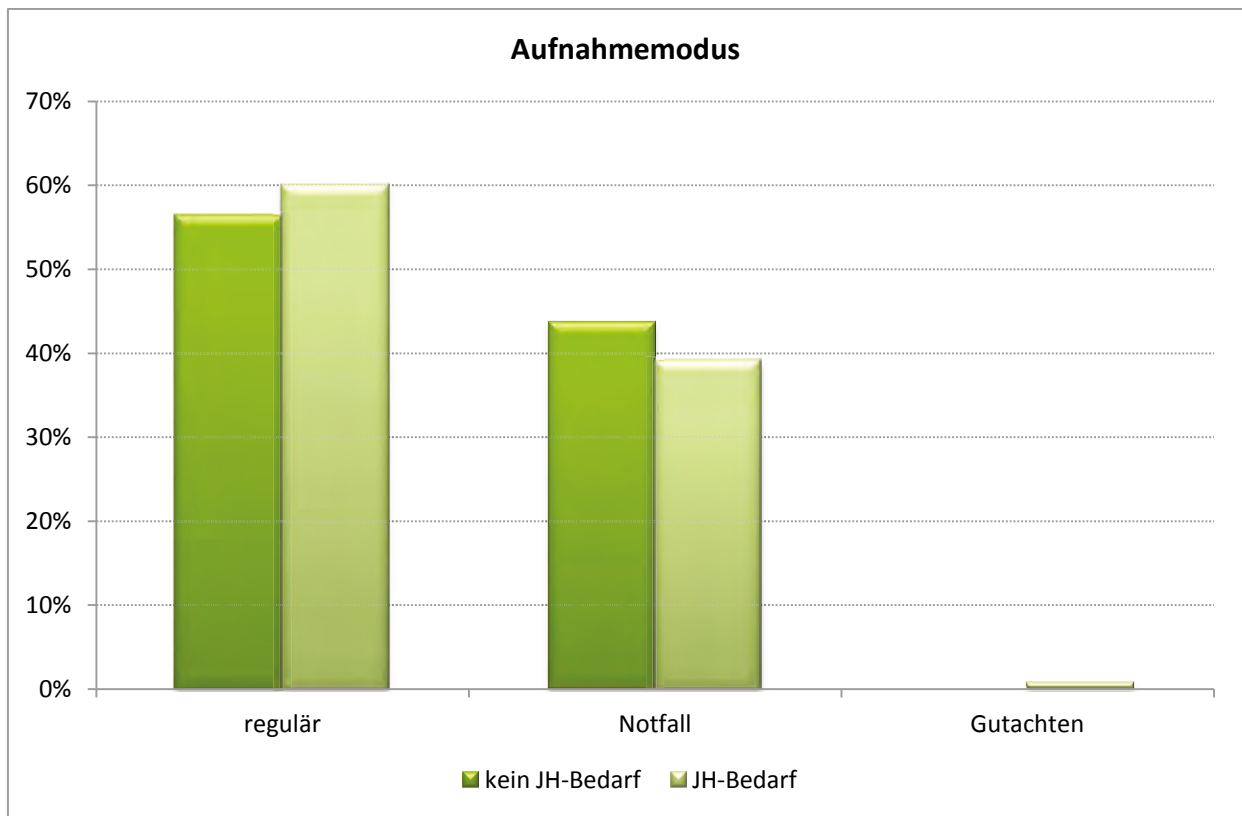
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ZEITGERECHT in der Klinik eröffnet	6	1,0	26,1	26,1
	NICHT in der Klinik eröffnet	17	2,8	73,9	100,0
	Gesamt	23	3,8	100,0	
Fehlend	System	575	96,2		
Gesamt		598	100,0		

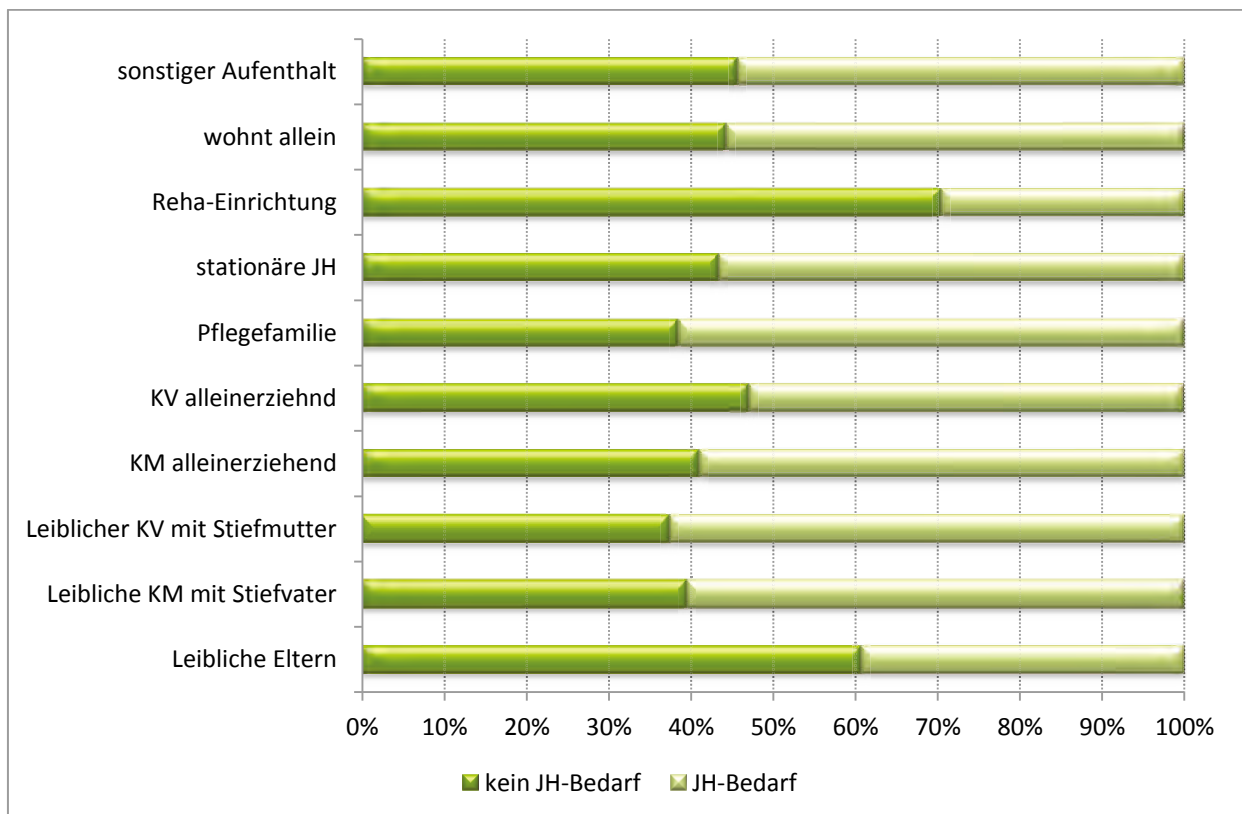
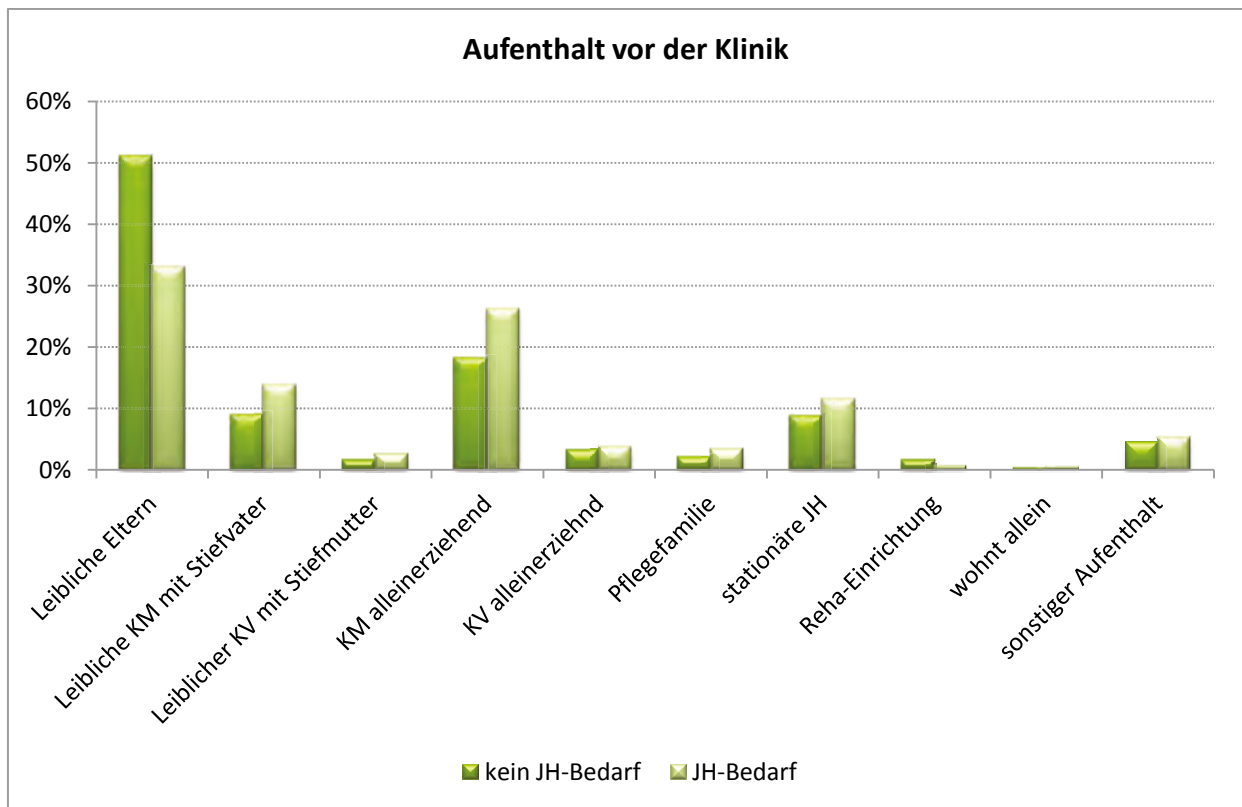
2. Kinder und Jugendliche mit und ohne Jugendhilfeanschlussbedarf – Grafiken

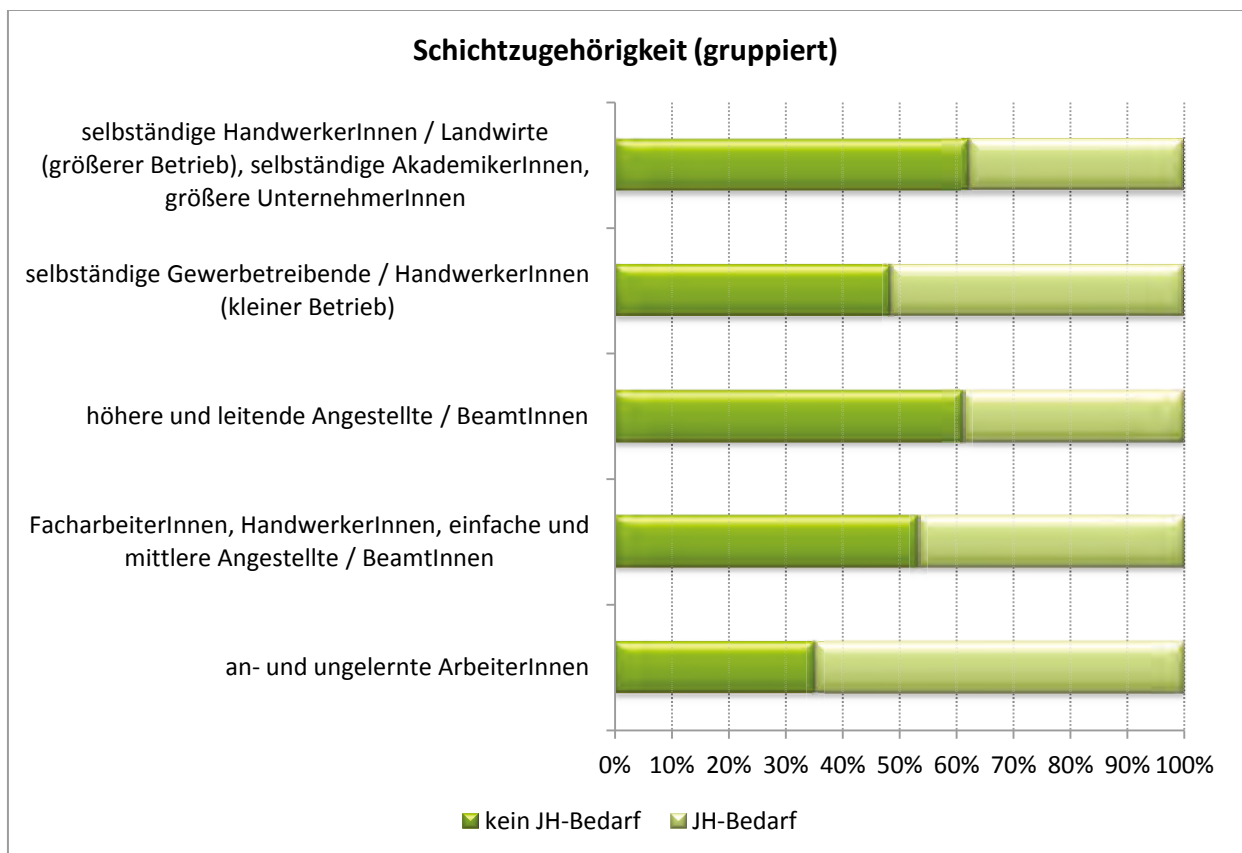
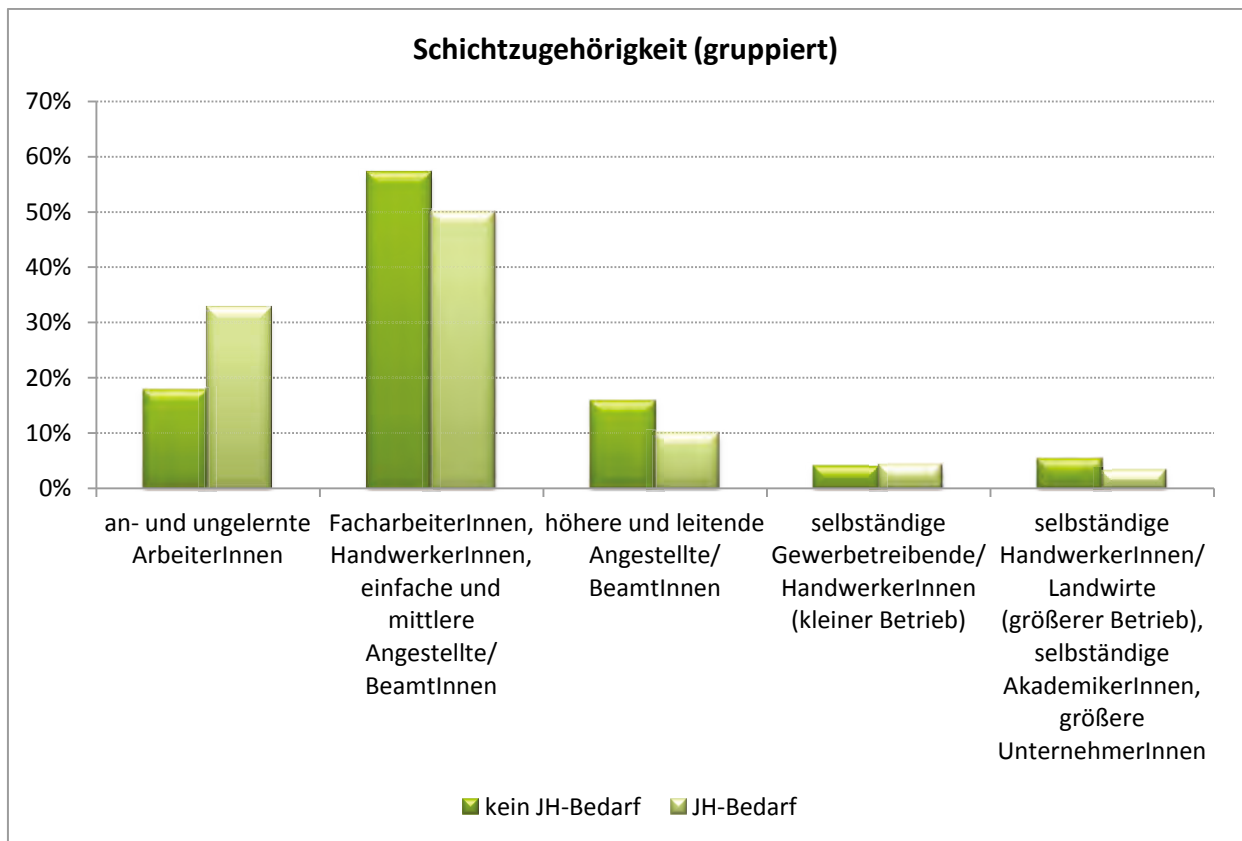


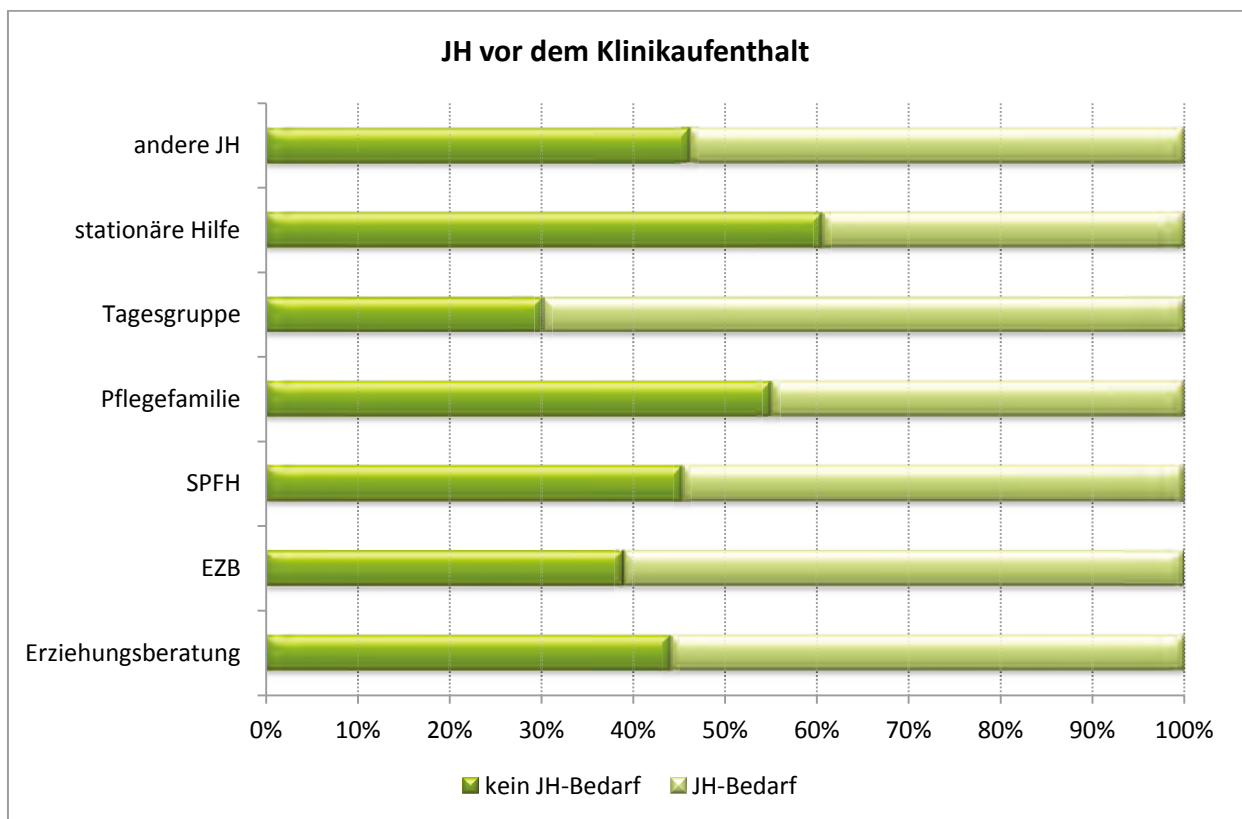
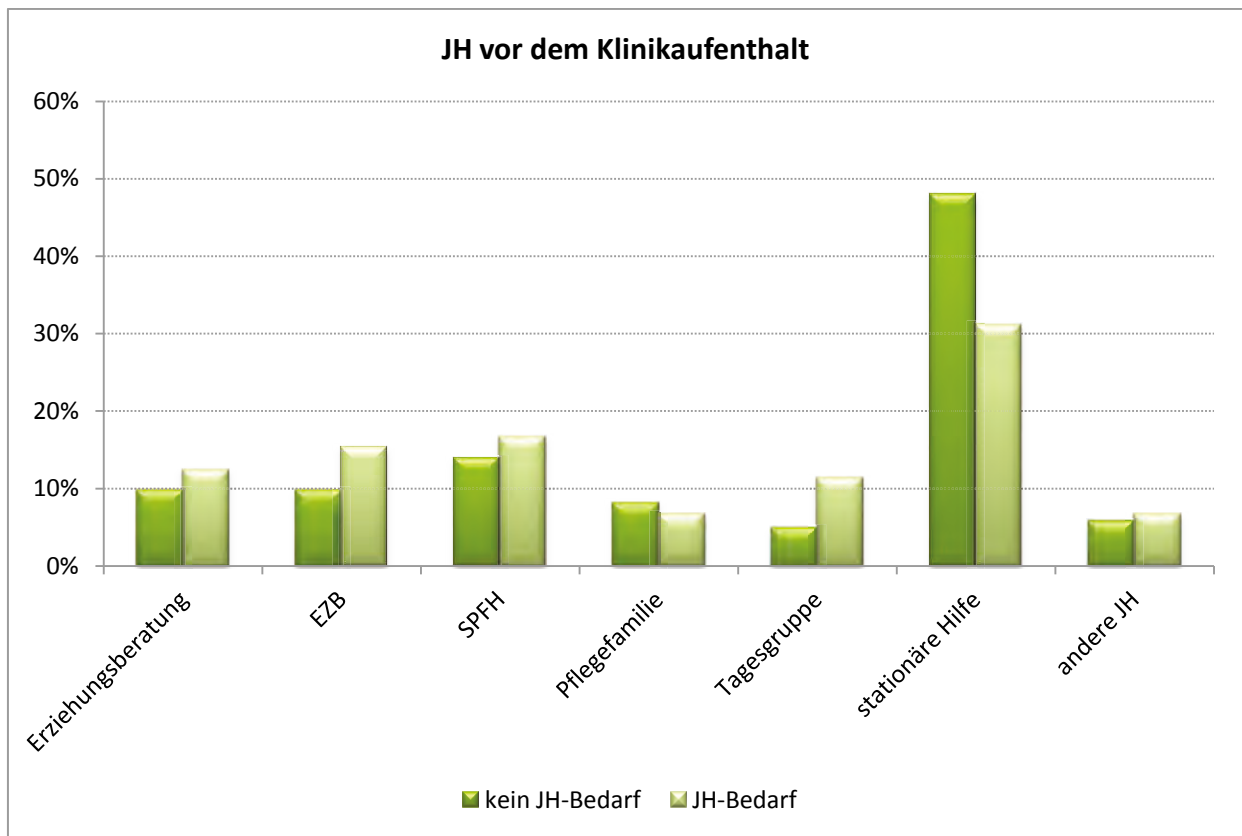


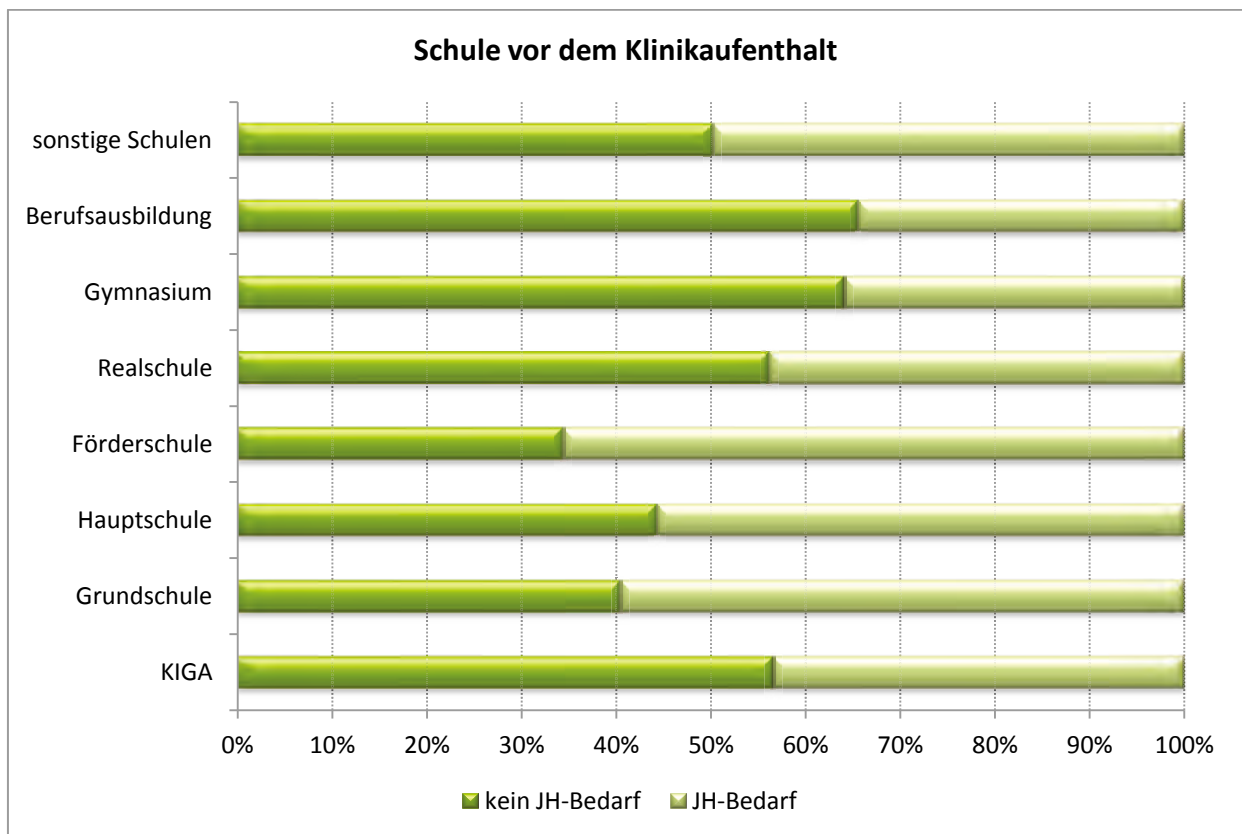
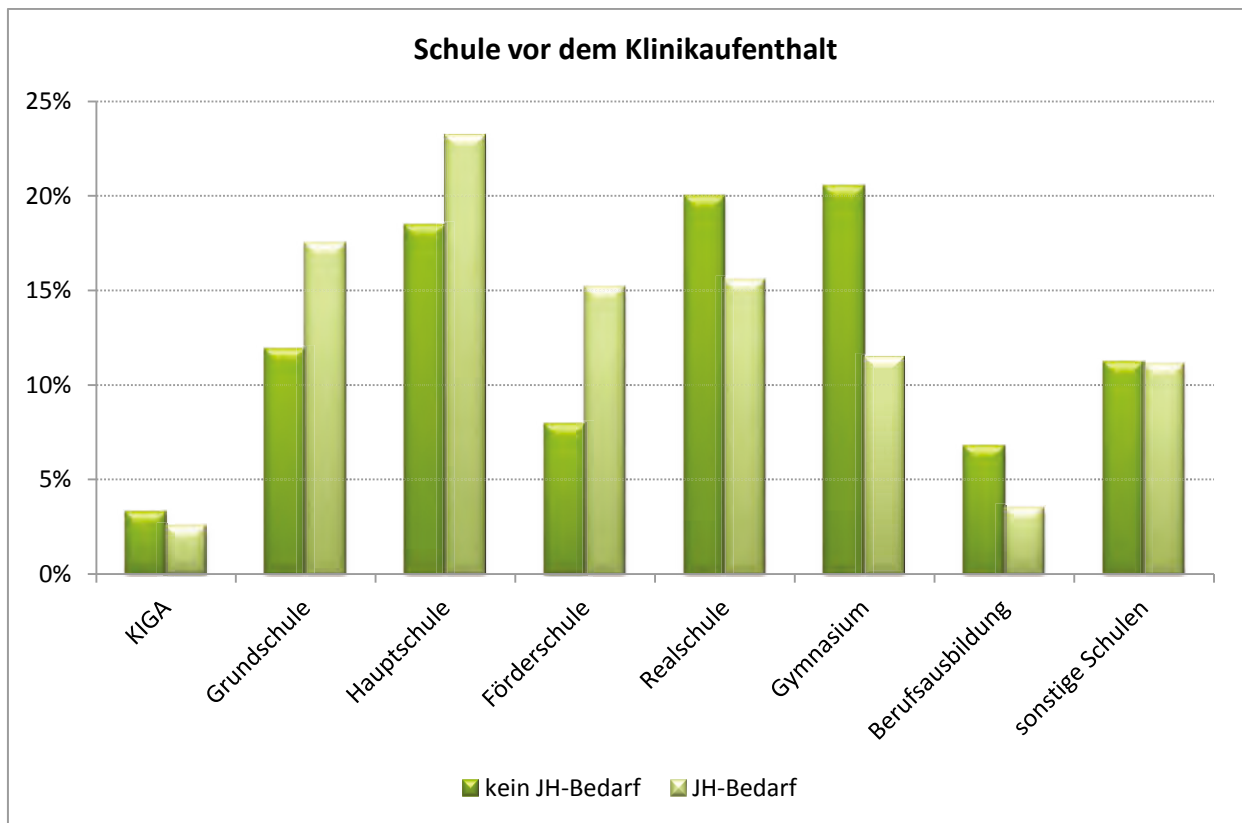


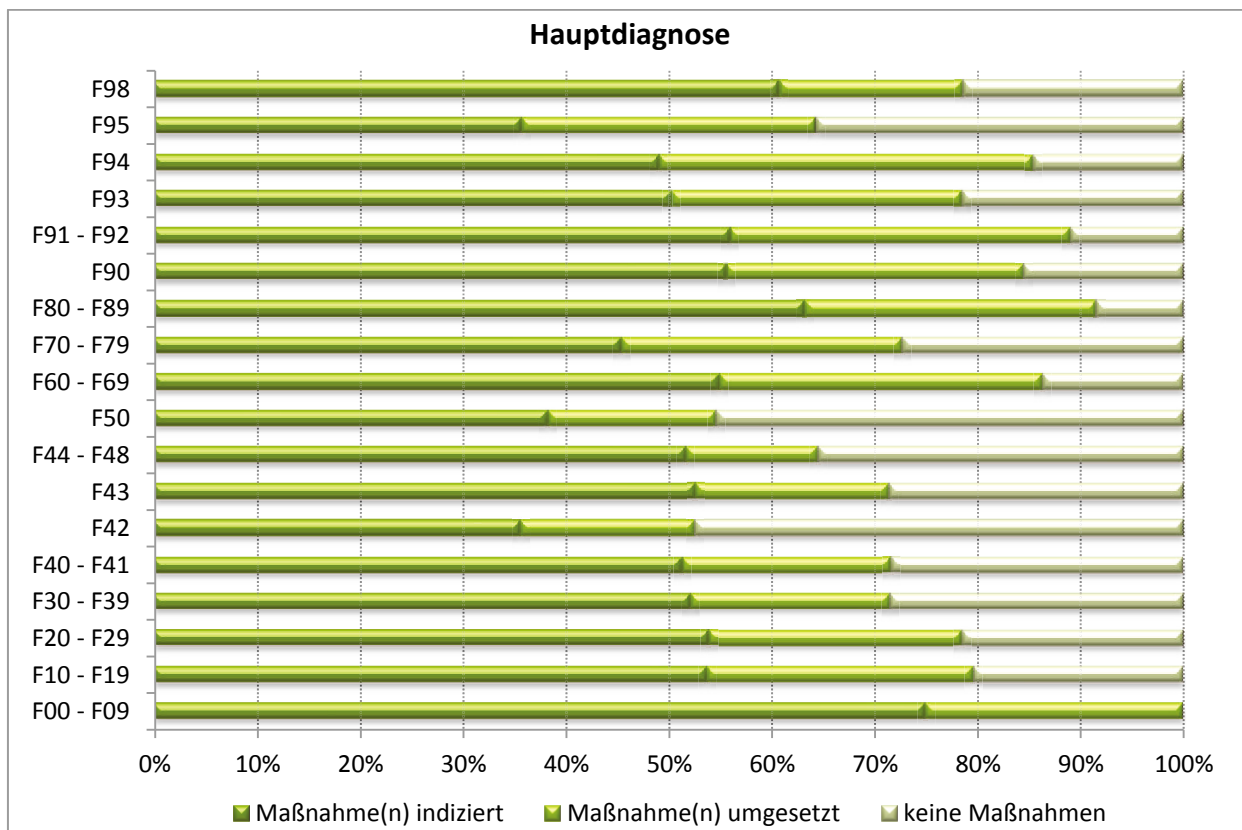
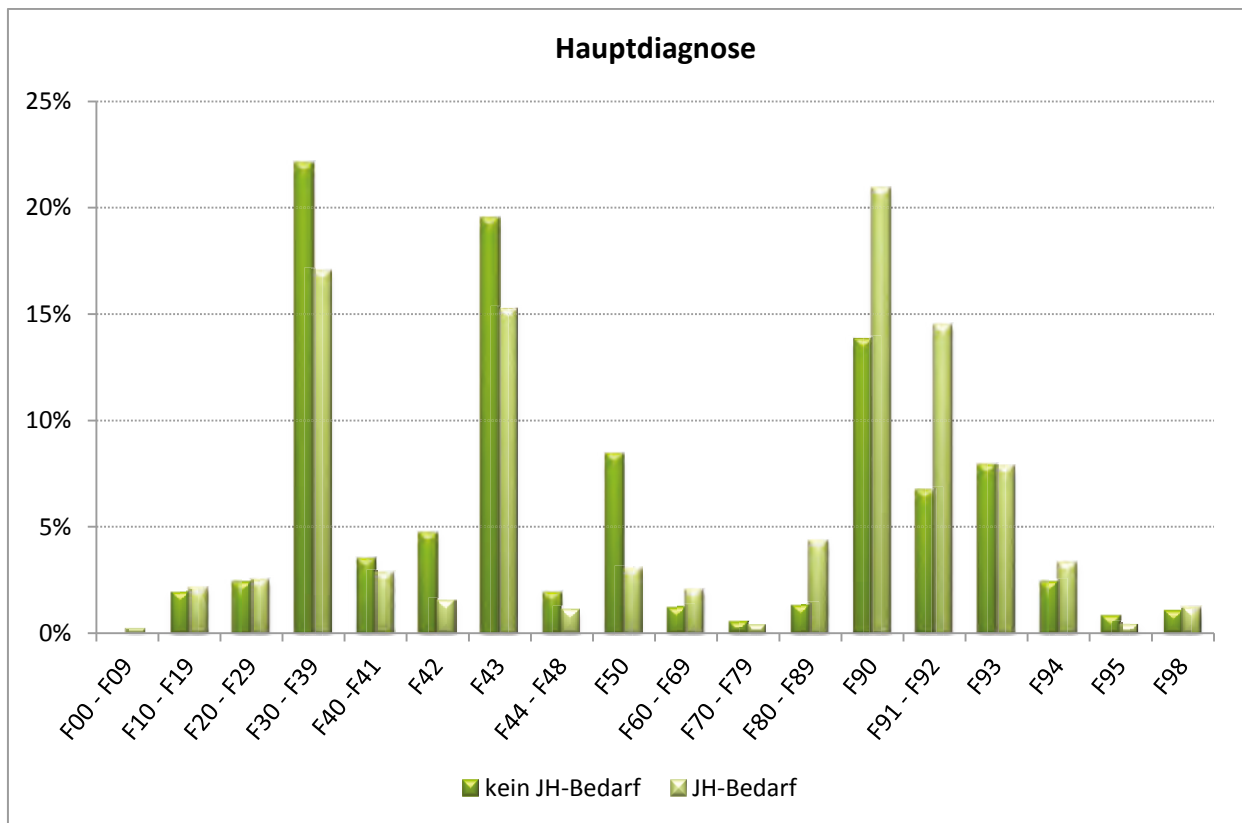


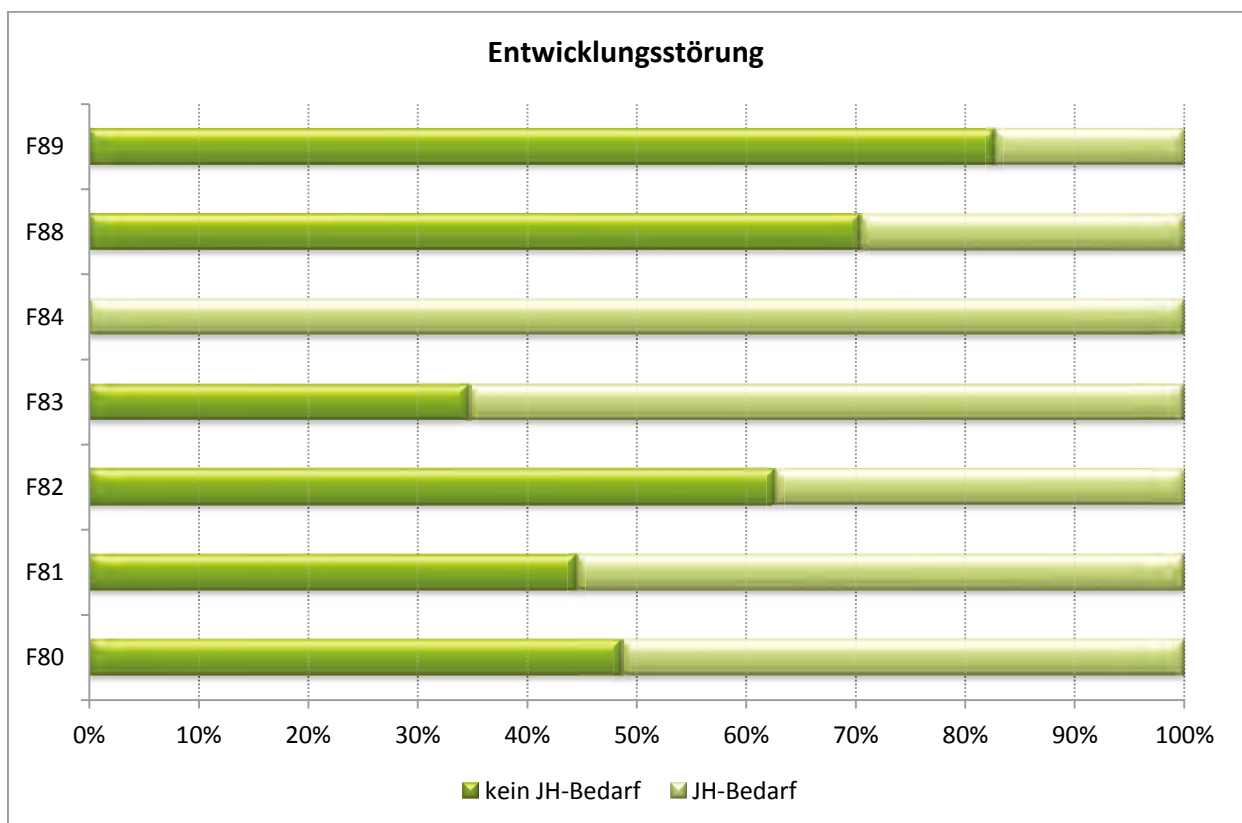
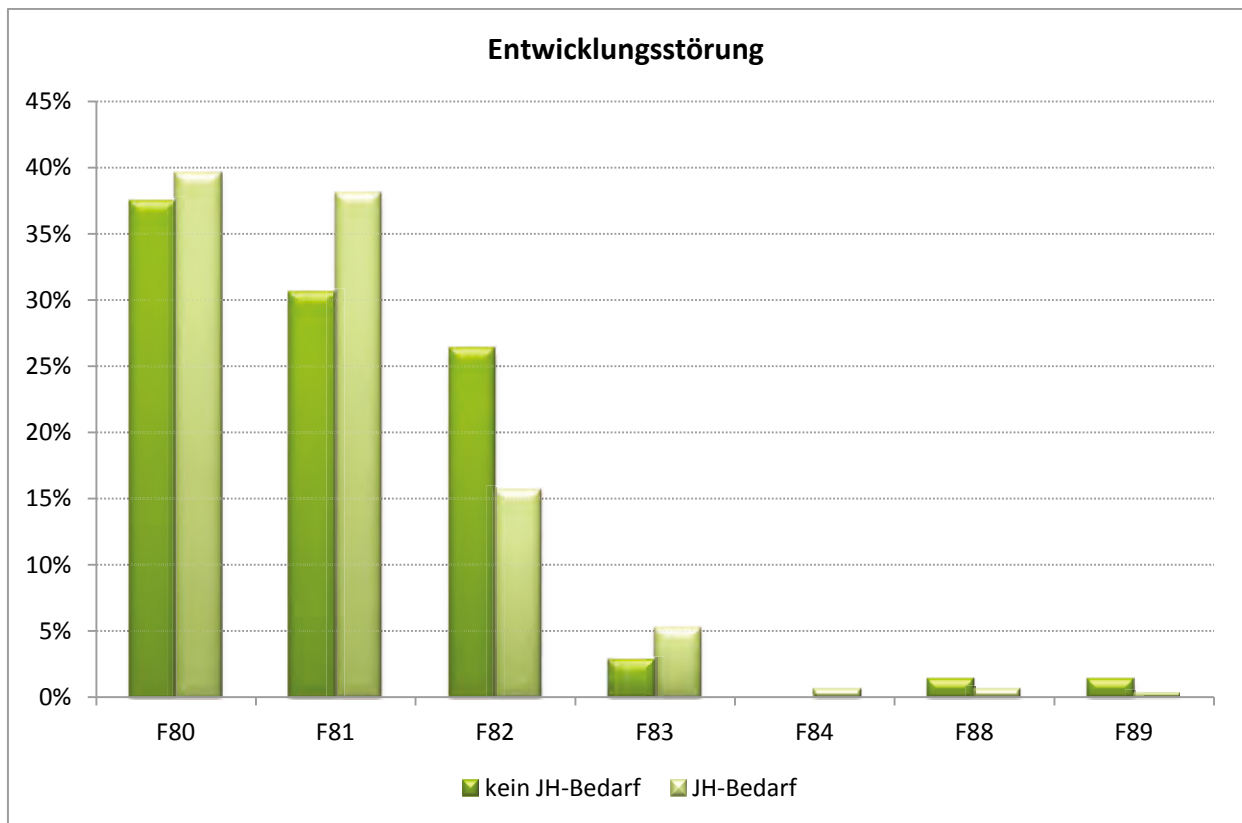


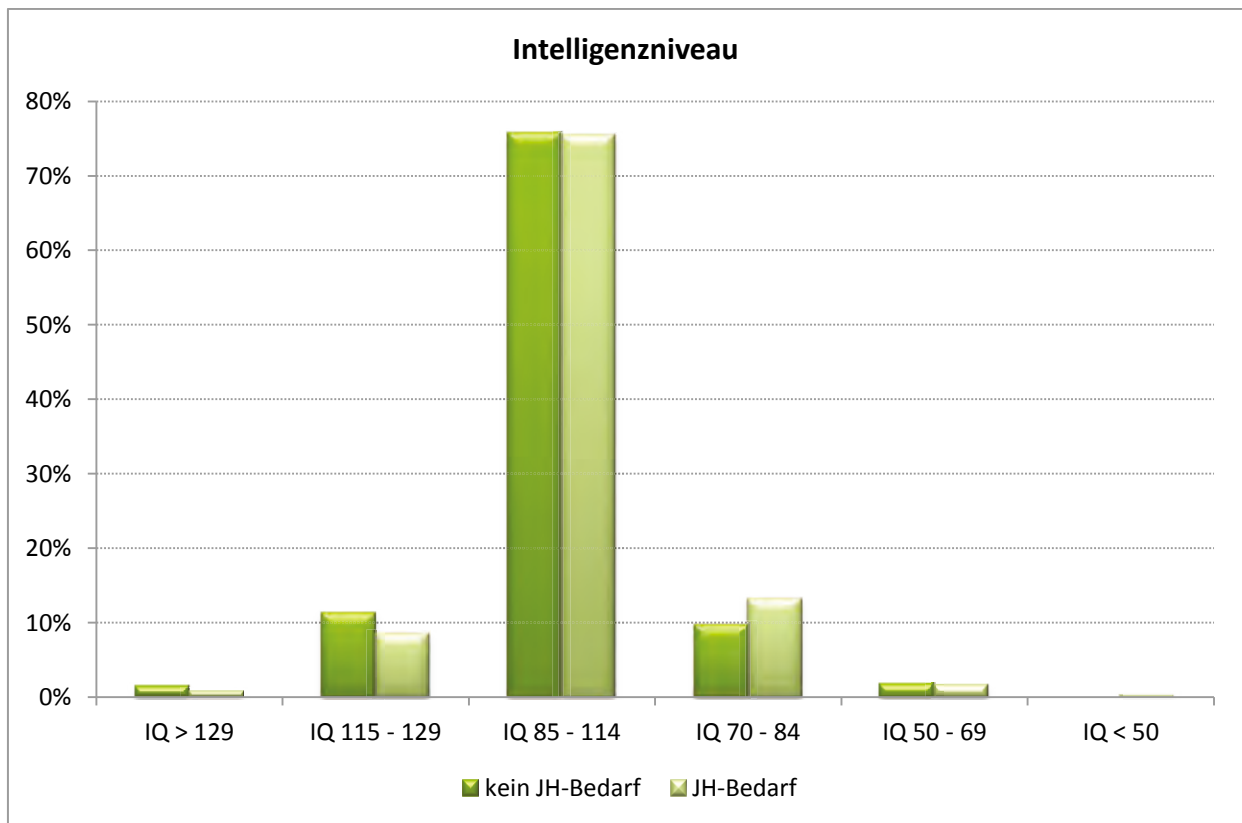


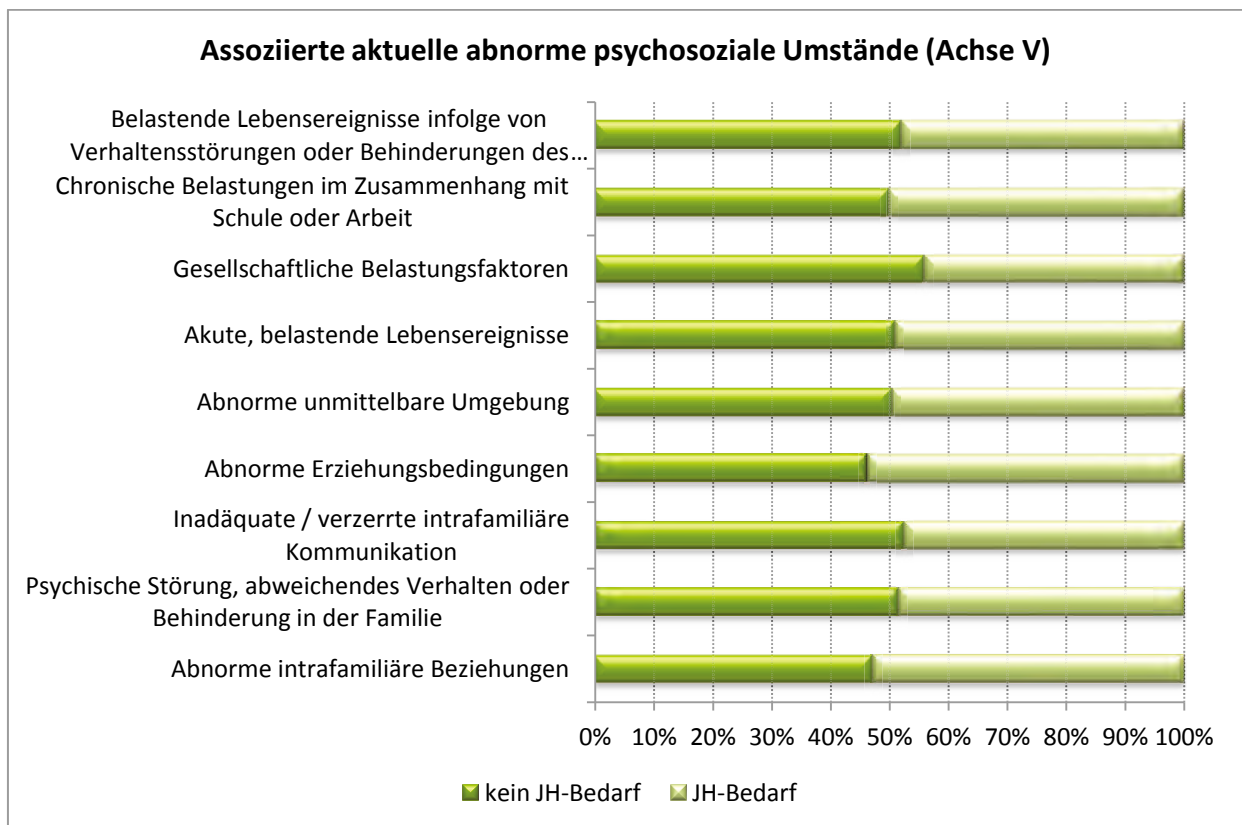
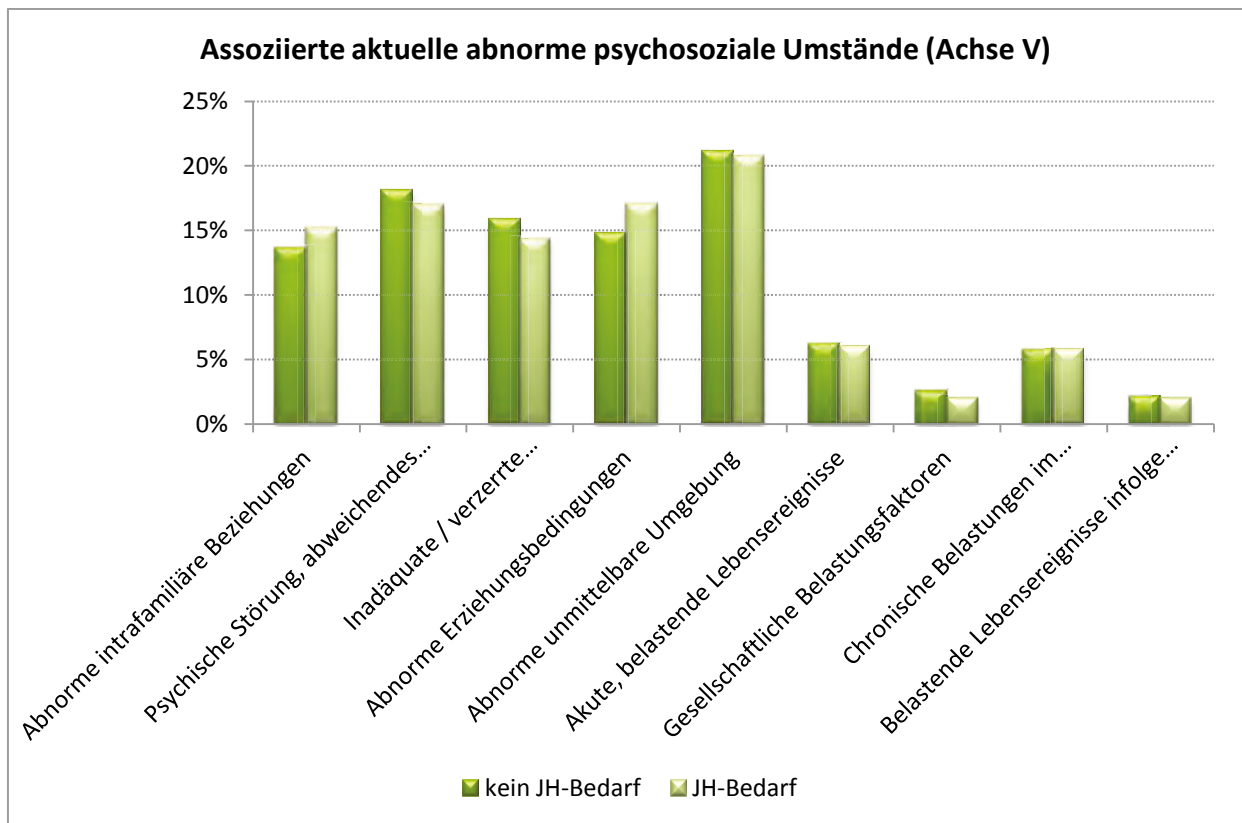


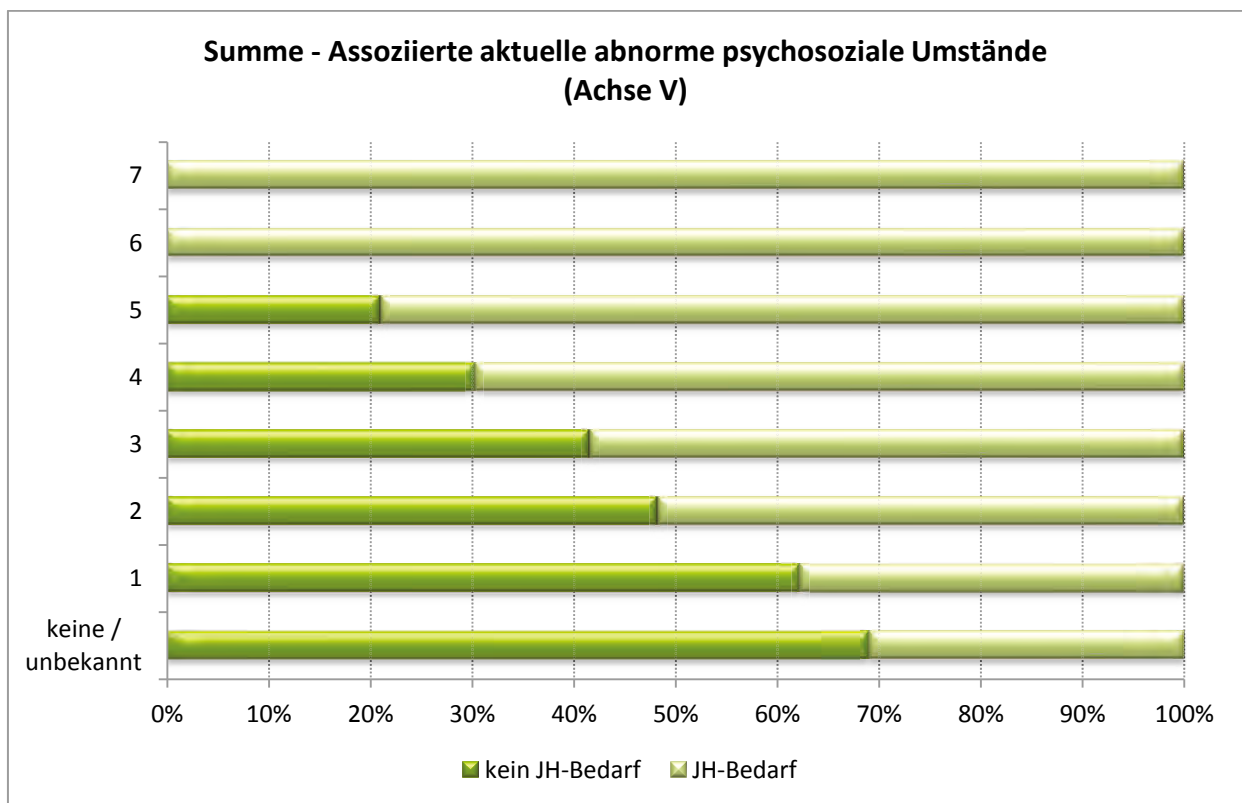
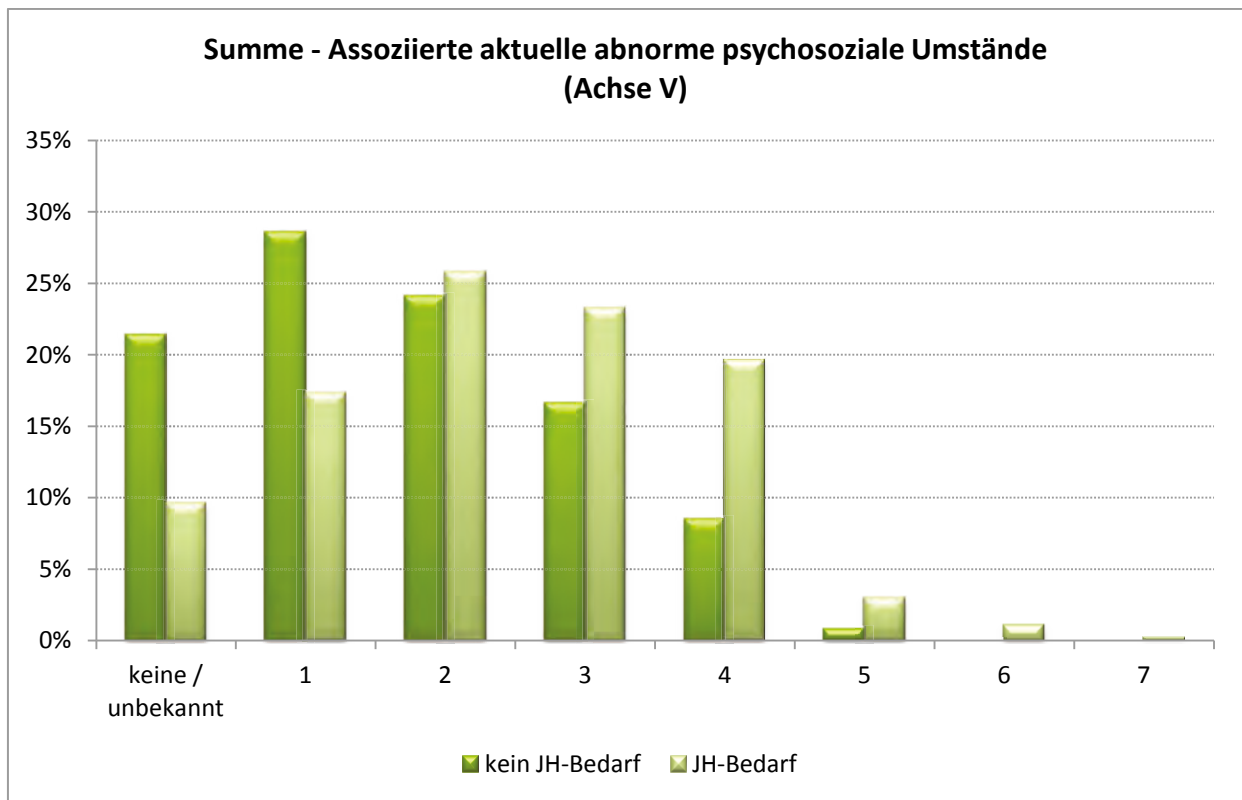




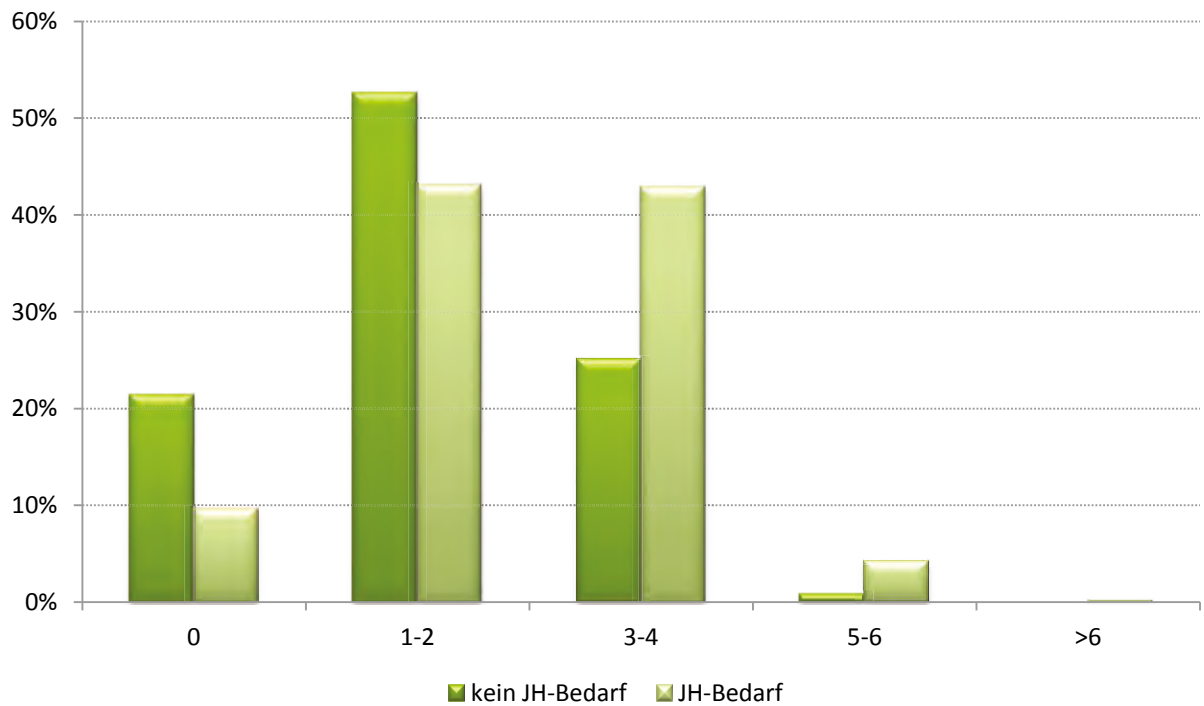




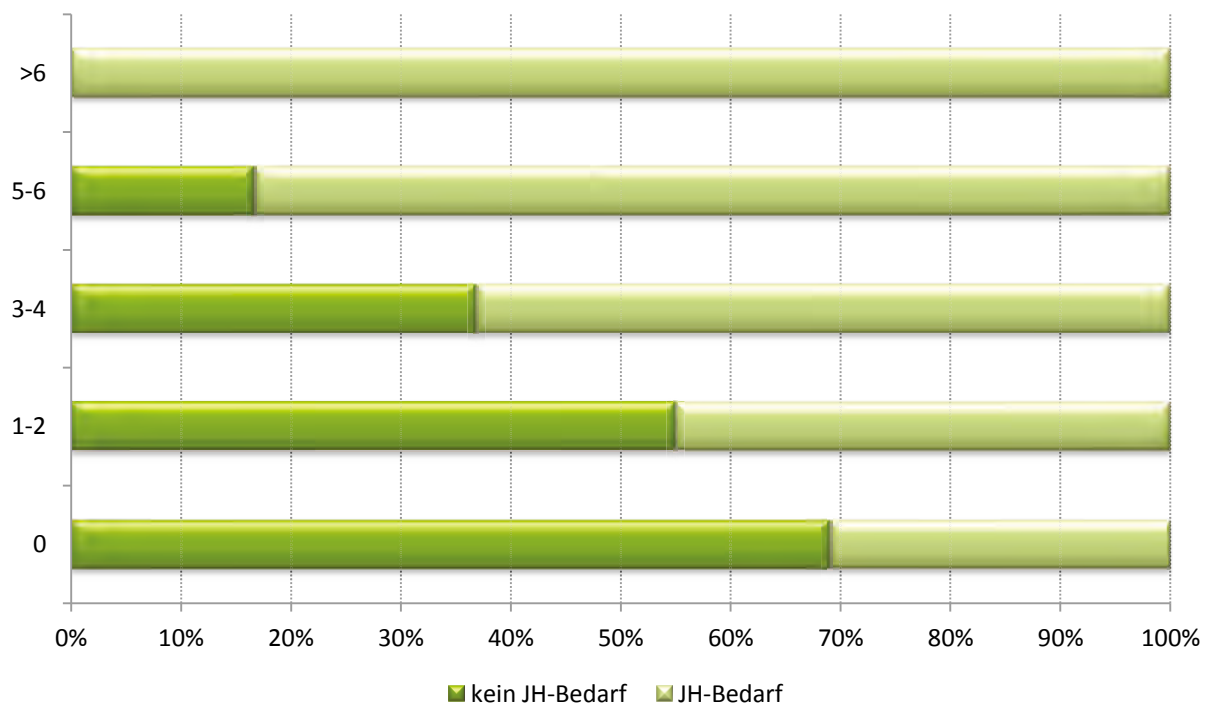


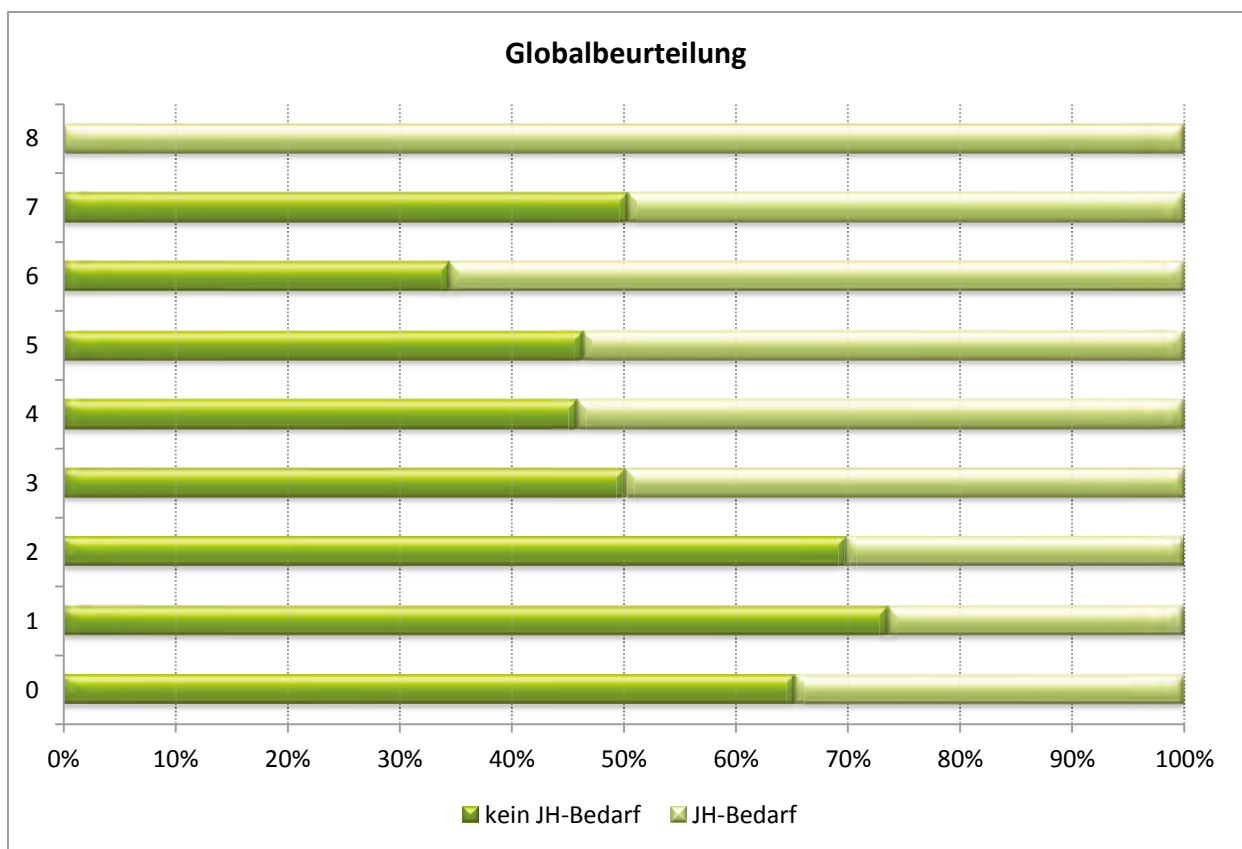
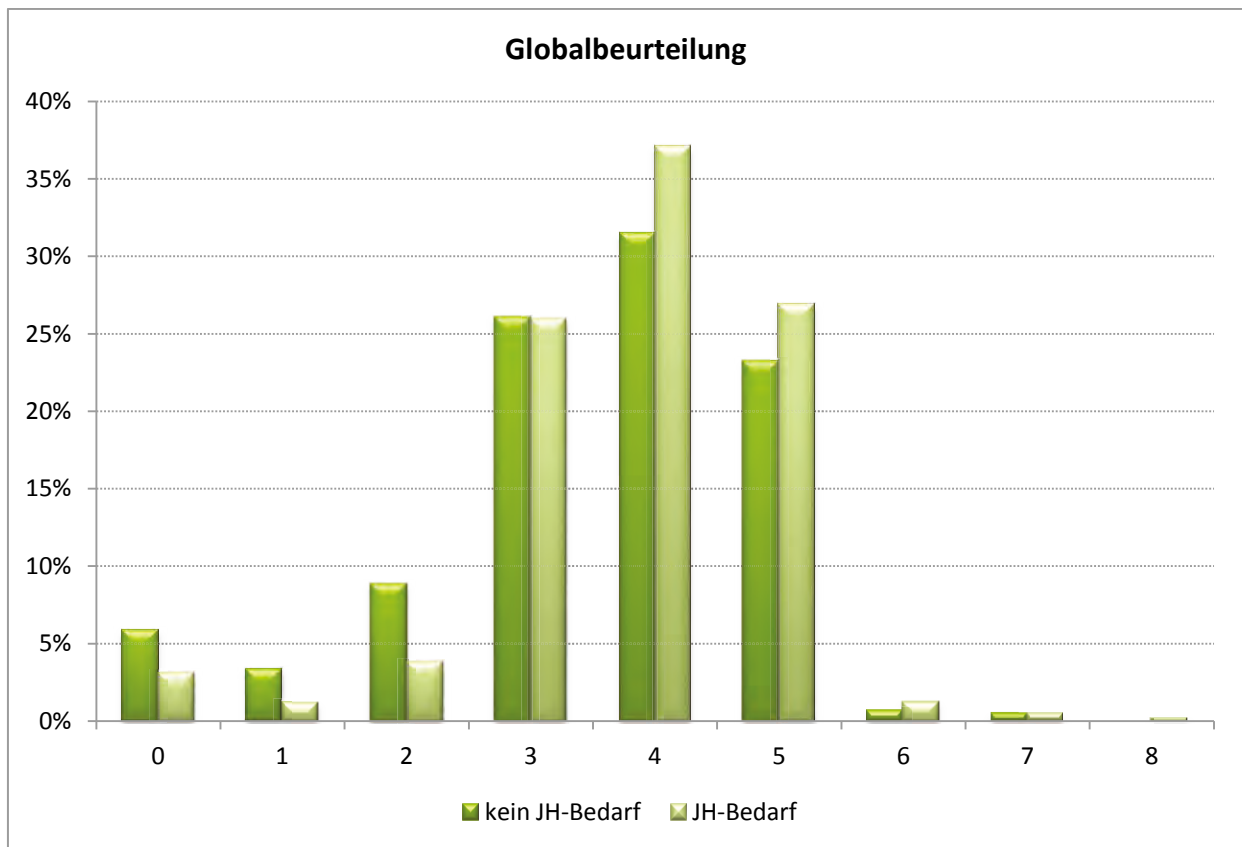


**Summe - Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
(Achse V) - (gruppiert)**



**Summe - Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
(Achse V) - (gruppiert)**





3. Kinder und Jugendliche mit einer stationären (indizierten) und einer nicht-stationären (indizierten) Jugendhilfeanschlussmaßnahme – Ergebnisse

Kinder und Jugendliche mit einer stationären (indizierten) Jugendhilfemaßnahme

Stationäre Maßnahmen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	§ 34	312	55,5	55,5	55,5
	§ 35a stationär	250	44,5	44,5	100,0
	Gesamt	562	100,0	100,0	

Geschlecht					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	männlich	277	49,3	52,4	52,4
	weiblich	252	44,8	47,6	100,0
	Gesamt	529	94,1	100,0	
Fehlend	System	33	5,9		
Gesamt		562	100,0		

Alter in Jahren (Durchschnitt)					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Alter in Jahren	561	5	18	13,96	2,776

Alter in Jahren (gruppiert)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kleinkinder (2-5 Jahre)	2	,4	,4	,4
	Kinder (6-12 Jahre)	153	27,2	27,3	27,6
	Teenager (13-17 Jahre)	375	66,7	66,8	94,5
	Junge Erwachsene (18-21 Jahre)	31	5,5	5,5	100,0
	Gesamt	561	99,8	100,0	
Fehlend	System	1	,2		
Gesamt		562	100,0		

Dauer Klinikaufenthalt in Tagen (Durchschnitt)					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Dauer Aufenthalt	561	1	322	63,13	58,355

Dauer Klinikaufenthalt (gruppiert)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	bis zu 1 Monat	212	37,7	37,8	37,8
	bis zu 1/4 Jahr	202	35,9	36,0	73,8
	bis zu 1/2 Jahr	121	21,5	21,6	95,4
	bis zu 1 Jahr	26	4,6	4,6	100,0
	Gesamt	561	99,8	100,0	
Fehlend	System	1	,2		
Gesamt		562	100,0		

Aufnahmemodus					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	regulär	280	49,8	50,4	50,4
	Notfall	268	47,7	48,2	98,6
	Gutachten	8	1,4	1,4	100,0
	Gesamt	556	98,9	100,0	
Fehlend	System	6	1,1		
Gesamt		562	100,0		

Aufenthalt vor der Klinik					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Leibliche Eltern	147	26,2	26,2	26,2
	Leibliche KM mit Stiefvater	67	11,9	11,9	38,1
	Leiblicher KV mit Stiefmutter	12	2,1	2,1	40,3
	KM alleinerziehend	125	22,2	22,3	62,6
	KV alleinerziehend	16	2,8	2,9	65,4
	Pflegefamilie	20	3,6	3,6	69,0
	stationäre JH	128	22,8	22,8	91,8
	Reha-Einrichtung	7	1,2	1,2	93,0
	wohnt allein	2	,4	,4	93,4
	sonstiger Aufenthalt	37	6,6	6,6	100,0
	Gesamt	561	99,8	100,0	
Fehlend	System	1	,2		
Gesamt		562	100,0		

Schichtzugehörigkeit (gruppiert)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	- an- und ungelernte ArbeiterInnen (Nr.1-2)	187	33,3	36,6	36,6
	- FacharbeiterInnen - HandwerkerInnen - einfache und mittlere Angestellte / BeamtInnen (Nr. 3-4)	242	43,1	47,4	84,0
	- höhere und leitende Angestellte / BeamtInnen (Nr. 5-6)	46	8,2	9,0	93,0
	- selbständige Gewerbe- treibende / Handwerker- Innen (kleiner Betrieb) (Nr. 7-9)	18	3,2	3,5	96,5
	- selbständige HandwerkerInnen / Landwirte (größerer Betrieb) - selbständige AkademikerInnen - größere UnternehmerInnen (Nr. 10-11)	18	3,2	3,5	100,0
	Gesamt	511	90,9	100,0	
Fehlend	System	51	9,1		
Gesamt		562	100,0		

JH vor dem Klinikaufenthalt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Erziehungsberatung	30	5,3	8,4	8,4
	EZB	55	9,8	15,3	23,7
	SPFH	45	8,0	12,5	36,2
	Pflegefamilie	17	3,0	4,7	40,9
	Tagesgruppe	30	5,3	8,4	49,3
	stationäre Hilfe	158	28,1	44,0	93,3
	andere JH	24	4,3	6,7	100,0
	Gesamt	359	63,9	100,0	
Fehlend	System	203	36,1		
Gesamt		562	100,0		

Schule vor dem Klinikaufenthalt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	KIGA	5	,9	,9	,9
	Grundschule	48	8,5	8,7	9,6
	Hauptschule	146	26,0	26,4	35,9
	Förderschule	104	18,5	18,8	54,7
	Realschule	90	16,0	16,2	70,9
	Gymnasium	70	12,5	12,6	83,6
	Berufsausbildung	23	4,1	4,2	87,7
	sonstige Schulen	68	12,1	12,3	100,0
	Gesamt	554	98,6	100,0	
Fehlend	System	8	1,4		
Gesamt		562	100,0		

Hauptdiagnose					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	F00 - F09	2	,4	,4	,4
	F10 - F19	15	2,7	2,7	3,0
	F20 - F29	18	3,2	3,2	6,3
	F30 - F39	85	15,1	15,2	21,5
	F40 - F41	12	2,1	2,1	23,6
	F42	13	2,3	2,3	25,9
	F43	76	13,5	13,6	39,5
	F44 - F48	4	,7	,7	40,3
	F50	23	4,1	4,1	44,4
	F60 - F69	14	2,5	2,5	46,9
	F70 - F79	3	,5	,5	47,4
	F80 - F89	26	4,6	4,7	52,1
	F90	119	21,2	21,3	73,3
	F91 - F92	98	17,4	17,5	90,9
	F93	27	4,8	4,8	95,7
	F94	20	3,6	3,6	99,3
	F95	2	,4	,4	99,6
	F98	2	,4	,4	100,0
	Gesamt	559	99,5	100,0	
Fehlend	System	3	,5		
Gesamt		562	100,0		

Entwicklungsstörung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	F80	33	5,9	27,7	27,7
	F81	52	9,3	43,7	71,4
	F82	20	3,6	16,8	88,2
	F83	11	2,0	9,2	97,5
	F88	2	,4	1,7	99,2
	F89	1	,2	,8	100,0
	Gesamt	119	21,2	100,0	
Fehlend	System	443	78,8		
Gesamt		562	100,0		

Intelligenzniveau					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	IQ > 129	7	1,2	1,3	1,3
	IQ 115 - 129	50	8,9	9,3	10,6
	IQ 85 - 114	383	68,1	71,2	81,8
	IQ 70 - 84	83	14,8	15,4	97,2
	IQ 50 - 69	13	2,3	2,4	99,6
	IQ < 50	2	,4	,4	100,0
	Gesamt	538	95,7	100,0	
Fehlend	System	24	4,3		
Gesamt		562	100,0		

Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Achse V) – zusammengefasst				
		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Abnorme Umstände zusammengefasst	Abnorme intrafamiliäre Beziehungen	242	15,6%	46,8%
	Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie	274	17,7%	53,0%
	Inadäquate / verzerrte intrafamiliäre Kommunikation	221	14,3%	42,7%
	Abnorme Erziehungsbedingungen	265	17,1%	51,3%
	Abnorme unmittelbare Umgebung	310	20,0%	60,0%
	Akute, belastende Lebensereignisse	88	5,7%	17,0%
	Gesellschaftliche Belastungsfaktoren	35	2,3%	6,8%
	Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit	73	4,7%	14,1%
	Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes	41	2,6%	7,9%
Gesamt		1549	100,0%	299,6%

Summe – Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Achse V)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine / unbekannt	45	8,0	8,0	8,0
	1	63	11,2	11,2	19,2
	2	117	20,8	20,8	40,0
	3	144	25,6	25,6	65,7
	4	157	27,9	27,9	93,6
	5	24	4,3	4,3	97,9
	6	12	2,1	2,1	100,0
	Gesamt	562	100,0	100,0	

Summe – Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Achse V) – (gruppiert)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	45	8,0	8,0	8,0
	1-2	180	32,0	32,0	40,0
	3-4	301	53,6	53,6	93,6
	5-6	36	6,4	6,4	100,0
	Gesamt	562	100,0	100,0	

Globalbeurteilung (Achse VI)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0 – herausragende / gute soziale Funktionen in allen sozialen Bereichen	17	3,0	3,0	3,0
	1 – mäßige soziale Funktion, aber mit vorübergehenden oder geringeren Schwierigkeiten in nur ein oder zwei Bereichen	4	,7	,7	3,7
	2 – leichte soziale Beeinträchtigung	7	1,2	1,2	5,0
	3 – mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen	100	17,8	17,8	22,8
	4 – ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen	222	39,5	39,5	62,3
	5 – ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen	198	35,2	35,2	97,5
	6 – funktionsunfähig in den meisten Bereichen	9	1,6	1,6	99,1
	7 – schwere und durchgängige soziale Beeinträchtigung	4	,7	,7	99,8
	8 – tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung	1	,2	,2	100,0
	Gesamt	562	100,0	100,0	

Globalbeurteilung (Durchschnitt)					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Achse 6 Globalbeurteilung	562	0	8	4,07	1,132

Gutachterliche Stellungnahme					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein / unbekannt	280	49,8	49,8	49,8
	ja	282	50,2	50,2	100,0
	Gesamt	562	100,0	100,0	

Übereinstimmung JA / Erziehungsberechtigte					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	in Übereinstimmung mit JA und Erziehungsberechtigten	358	63,7	67,9	67,9
	in Übereinstimmung nur mit JA	68	12,1	12,9	80,8
	in Übereinstimmung nur mit Erziehungsberechtigten	50	8,9	9,5	90,3
	in Übereinstimmung mit keinem von beiden	51	9,1	9,7	100,0
	Gesamt	527	93,8	100,0	
Fehlend	System	35	6,2		
Gesamt		562	100,0		

Umgesetzte Maßnahme					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine / unbekannt	218	38,8	38,8	38,8
	Erziehungsberatung	3	,5	,5	39,3
	EZB	36	6,4	6,4	45,7
	SPFH	21	3,7	3,7	49,5
	HPT	10	1,8	1,8	51,2
	Pflegefamilie	11	2,0	2,0	53,2
	HzE stationär	125	22,2	22,2	75,4
	§ 35a ambulant	9	1,6	1,6	77,0
	§ 35a teilstationär	17	3,0	3,0	80,1
	§ 35a stationär	93	16,5	16,5	96,6
	andere JH	19	3,4	3,4	100,0
	Gesamt	562	100,0	100,0	

Umgesetzte Maßnahme (gruppiert)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine / unbekannt	218	38,8	38,8	38,8
	ambulant	69	12,3	12,3	51,1
	teilstationär	27	4,8	4,8	55,9
	stationär	229	40,7	40,7	96,6
	andere JH	19	3,4	3,4	100,0
	Gesamt	562	100,0	100,0	

Inhaltlicher Bedarf der Anschlussmaßnahme(n)				
		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Inhaltlicher Bedarf	stationäre Maßnahme mit eigener Schule	169	13,0%	33,5%
	psychopharmakologische Weiterbehandlung	204	15,7%	40,5%
	psychotherapeutische Weiterbehandlung	322	24,8%	63,9%
	Schutz wegen Kindeswohlgefährdung	51	3,9%	10,1%
	Elternarbeit	226	17,4%	44,8%
	geschlossenes Setting	29	2,2%	5,8%
	anderer inhaltlicher Bedarf	39	3,0%	7,7%
	längerfristige familienersetzende Maßnahme	165	12,7%	32,7%
	mittelfristige Betreuung mit Rückführung in Familie	93	7,2%	18,5%
Gesamt		1298	100,0%	257,5%

Hilfeplanverfahren					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ZEITGERECHT in der Klinik eröffnet	332	59,1	72,8	72,8
	NICHT in der Klinik eröffnet	112	19,9	24,6	97,4
	ZU SPÄT in der Klinik eröffnet	12	2,1	2,6	100,0
	Gesamt	456	81,1	100,0	
Fehlend	System	106	18,9		
Gesamt		562	100,0		

Kinder und Jugendliche mit einer nicht-stationären (indizierten) Jugendhilfemaßnahme

Nicht-stationäre Maßnahmen					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Erziehungsberatung	44	5,2	5,2	5,2
	EZB	205	24,1	24,1	29,2
	SGA	6	,7	,7	29,9
	SPFH	190	22,3	22,3	52,2
	HPT	90	10,6	10,6	62,8
	Pflegefamilie	21	2,5	2,5	65,3
	§ 35a ambulant	55	6,5	6,5	71,7
	§ 35a teilstationär	54	6,3	6,3	78,1
	andere JH	187	21,9	21,9	100,0
	Gesamt	852	100,0	100,0	

Geschlecht					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	männlich	436	51,2	56,1	56,1
	weiblich	341	40,0	43,9	100,0
	Gesamt	777	91,2	100,0	
Fehlend	System	75	8,8		
Gesamt		852	100,0		

Alter in Jahren (Durchschnitt)					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Alter in Jahren	852	3	19	12,46	3,446

Alter in Jahren (gruppiert)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kleinkinder (2-5 Jahre)	14	1,6	1,6	1,6
	Kinder (6-12 Jahre)	376	44,1	44,1	45,8
	Teenager (13-17 Jahre)	435	51,1	51,1	96,8
	Junge Erwachsene (18-21 Jahre)	27	3,2	3,2	100,0
	Gesamt	852	100,0	100,0	

Dauer Klinikaufenthalt in Tagen (Durchschnitt)					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Dauer Aufenthalt	852	1	356	73,77	65,069

Dauer Klinikaufenthalt (gruppiert)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	bis zu 1 Monat	268	31,5	31,5	31,5
	bis zu 1/4 Jahr	295	34,6	34,6	66,1
	bis zu 1/2 Jahr	232	27,2	27,2	93,3
	bis zu 1 Jahr	57	6,7	6,7	100,0
	Gesamt	852	100,0	100,0	

Aufnahmemodus					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	regulär	566	66,4	66,5	66,5
	Notfall	282	33,1	33,1	99,6
	Gutachten	3	,4	,4	100,0
	Gesamt	851	99,9	100,0	
Fehlend	System	1	,1		
Gesamt		852	100,0		

Aufenthalt vor der Klinik					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Leibliche Eltern	319	37,4	37,6	37,6
	Leibliche KM mit Stiefvater	127	14,9	15,0	52,6
	Leiblicher KV mit Stiefmutter	24	2,8	2,8	55,4
	KM alleinerz.	242	28,4	28,5	84,0
	KV alleinerz.	35	4,1	4,1	88,1
	Pflegefamilie	26	3,1	3,1	91,2
	stationäre JH	32	3,8	3,8	94,9
	Reha-Einrichtung	2	,2	,2	95,2
	wohnt allein	4	,5	,5	95,6
	sonstiger Aufenthalt	37	4,3	4,4	100,0
	Gesamt	848	99,5	100,0	
Fehlend	System	4	,5		
Gesamt		852	100,0		

Schichtzugehörigkeit (gruppiert)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	- an- und ungelernte ArbeiterInnen (Nr.1-2)	245	28,8	30,2	30,2
	- FacharbeiterInnen - HandwerkerInnen - einfache und mittlere Angestellte / BeamtInnen (Nr. 3-4)	418	49,1	51,5	81,8
	- höhere und leitende Angestellte / BeamtInnen (Nr. 5-6)	86	10,1	10,6	92,4
	- selbständige Gewerbe- treibende / Handwerker- Innen (kleiner Betrieb) (Nr. 7-9)	38	4,5	4,7	97,0
	- selbständige HandwerkerInnen / Landwirte (größerer Betrieb) - selbständige AkademikerInnen - größere UnternehmerInnen (Nr. 10-11)	24	2,8	3,0	100,0
	Gesamt	811	95,2	100,0	
Fehlend	System	41	4,8		
Gesamt		852	100,0		

JH vor dem Klinikaufenthalt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Erziehungsberatung	50	5,9	17,4	17,4
	EZB	44	5,2	15,3	32,8
	SPFH	63	7,4	22,0	54,7
	Pflegefamilie	26	3,1	9,1	63,8
	Tagesgruppe	43	5,0	15,0	78,7
	stationäre Hilfe	42	4,9	14,6	93,4
	andere JH	19	2,2	6,6	100,0
	Gesamt	287	33,7	100,0	
Fehlend	System	565	66,3		
Gesamt		852	100,0		

Schule vor dem Klinikaufenthalt					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	KIGA	30	3,5	3,6	3,6
	Grundschule	195	22,9	23,3	26,9
	Hauptschule	176	20,7	21,0	47,9
	Förderschule	106	12,4	12,7	60,6
	Realschule	127	14,9	15,2	75,7
	Gymnasium	90	10,6	10,8	86,5
	Berufsausbildung	26	3,1	3,1	89,6
	sonstige Schulen	87	10,2	10,4	100,0
	Gesamt	837	98,2	100,0	
Fehlend	System	15	1,8		
Gesamt		852	100,0		

Hauptdiagnose					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	F00 - F09	1	,1	,1	,1
	F10 - F19	14	1,6	1,7	1,8
	F20 - F29	17	2,0	2,0	3,8
	F30 - F39	154	18,1	18,2	22,0
	F40 - F41	26	3,1	3,1	25,1
	F42	8	,9	,9	26,0
	F43	137	16,1	16,2	42,2
	F44 - F48	12	1,4	1,4	43,6
	F50	19	2,2	2,2	45,9
	F60 - F69	14	1,6	1,7	47,5
	F70 - F79	2	,2	,2	47,8
	F80 - F89	34	4,0	4,0	51,8
	F90	175	20,5	20,7	72,5
	F91 - F92	105	12,3	12,4	84,9
	F93	83	9,7	9,8	94,7
	F94	27	3,2	3,2	97,9
	F95	3	,4	,4	98,2
	F98	15	1,8	1,8	100,0
	Gesamt	846	99,3	100,0	
Fehlend	System	6	,7		
Gesamt		852	100,0		

Entwicklungsstörung					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	F80	101	11,9	45,3	45,3
	F81	79	9,3	35,4	80,7
	F82	34	4,0	15,2	96,0
	F83	7	,8	3,1	99,1
	F84	2	,2	,9	100,0
	Gesamt	223	26,2	100,0	
Fehlend	System	629	73,8		
Gesamt		852	100,0		

Intelligenzniveau					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	IQ > 129	4	,5	,5	,5
	IQ 115 - 129	67	7,9	8,2	8,6
	IQ 85 - 114	644	75,6	78,3	87,0
	IQ 70 - 84	96	11,3	11,7	98,7
	IQ 50 - 69	9	1,1	1,1	99,8
	IQ < 50	2	,2	,2	100,0
	Gesamt	822	96,5	100,0	
Fehlend	System	30	3,5		
Gesamt		852	100,0		

Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Achse V) – zusammengefasst				
		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Abnorme Umstände zusammengefasst	Abnorme intrafamiliäre Beziehungen	274	14,8%	36,0%
	Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie	304	16,4%	39,9%
	Inadäquate / verzerrte intrafamiliäre Kommunikation	264	14,2%	34,7%
	Abnorme Erziehungsbedingungen	317	17,1%	41,7%
	Abnorme unmittelbare Umgebung	397	21,4%	52,2%
	Akute, belastende Lebensereignisse	114	6,2%	15,0%
	Gesellschaftliche Belastungsfaktoren	33	1,8%	4,3%
	Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit	125	6,7%	16,4%
	Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes	25	1,3%	3,3%
Gesamt		1853	100,0%	243,5%

Summe – Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Achse V)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine / unbekannt	91	10,7	10,7	10,7
	1	181	21,2	21,2	31,9
	2	248	29,1	29,1	61,0
	3	187	21,9	21,9	83,0
	4	120	14,1	14,1	97,1
	5	18	2,1	2,1	99,2
	6	4	,5	,5	99,6
	7	3	,4	,4	100,0
	Gesamt	852	100,0	100,0	

Summe – Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Achse V) – (gruppiert)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	91	10,7	10,7	10,7
	1-2	429	50,4	50,4	61,0
	3-4	307	36,0	36,0	97,1
	5-6	22	2,6	2,6	99,6
	>6	3	,4	,4	100,0
	Gesamt	852	100,0	100,0	

Globalbeurteilung (Achse VI)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0 – herausragende / gute soziale Funktionen in allen sozialen Bereichen	26	3,1	3,1	3,1
	1 – mäßige soziale Funktion, aber mit vorübergehenden oder geringeren Schwierigkeiten in nur ein oder zwei Bereichen	13	1,5	1,5	4,6
	2 – leichte soziale Beeinträchtigung	47	5,5	5,5	10,1
	3 – mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen	268	31,5	31,5	41,5
	4 – ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen	301	35,3	35,3	76,9
	5 – ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen	183	21,5	21,5	98,4
	6 – funktionsunfähig in den meisten Bereichen	9	1,1	1,1	99,4
	7 – schwere und durchgängige soziale Beeinträchtigung	3	,4	,4	99,8
	8 – tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung	2	,2	,2	100,0
Gesamt		852	100,0	100,0	

Globalbeurteilung (Durchschnitt)					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Achse 6 Globalbeurteilung	852	0	8	3,66	1,173

Gutachterliche Stellungnahme

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein / unbekannt	578	67,8	67,8	67,8
	ja	274	32,2	32,2	100,0
	Gesamt	852	100,0	100,0	

Übereinstimmung JA / Erziehungsberechtigte

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	in Übereinstimmung mit JA und Erziehungsberechtigten	504	59,2	66,1	66,1
	in Übereinstimmung nur mit JA	50	5,9	6,6	72,6
	in Übereinstimmung nur mit Erziehungsberechtigten	124	14,6	16,3	88,9
	in Übereinstimmung mit keinem von beiden	85	10,0	11,1	100,0
	Gesamt	763	89,6	100,0	
Fehlend	System	89	10,4		
Gesamt		852	100,0		

Umgesetzte Maßnahme

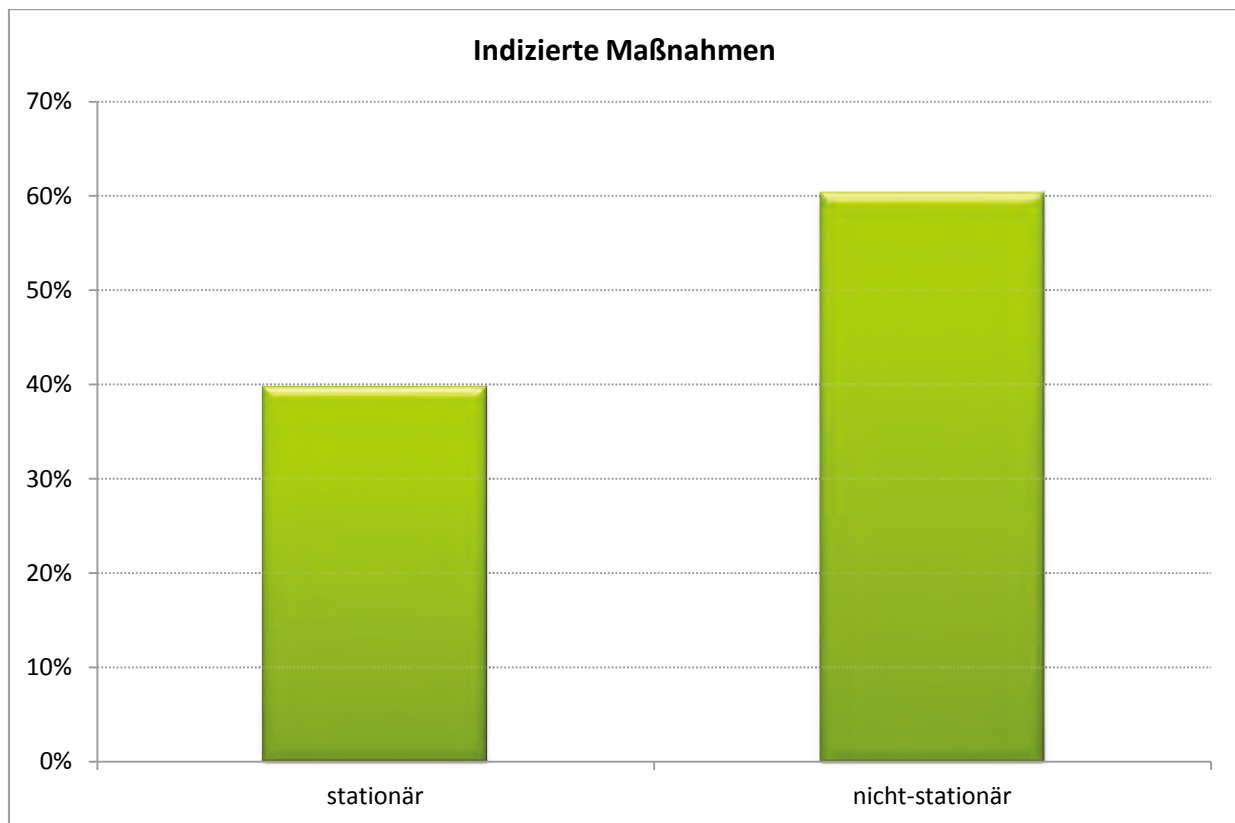
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine / unbekannt	527	61,9	61,9	61,9
	Erziehungsberatung	24	2,8	2,8	64,7
	EZB	70	8,2	8,2	72,9
	SGA	4	,5	,5	73,4
	SPFH	62	7,3	7,3	80,6
	HPT	47	5,5	5,5	86,2
	Pflegefamilie	16	1,9	1,9	88,0
	HxE stationär	11	1,3	1,3	89,3
	§ 35a ambulant	26	3,1	3,1	92,4
	§ 35a teilstationär	15	1,8	1,8	94,1
	§ 35a stationär	7	,8	,8	95,0
	andere JH	43	5,0	5,0	100,0
	Gesamt	852	100,0	100,0	

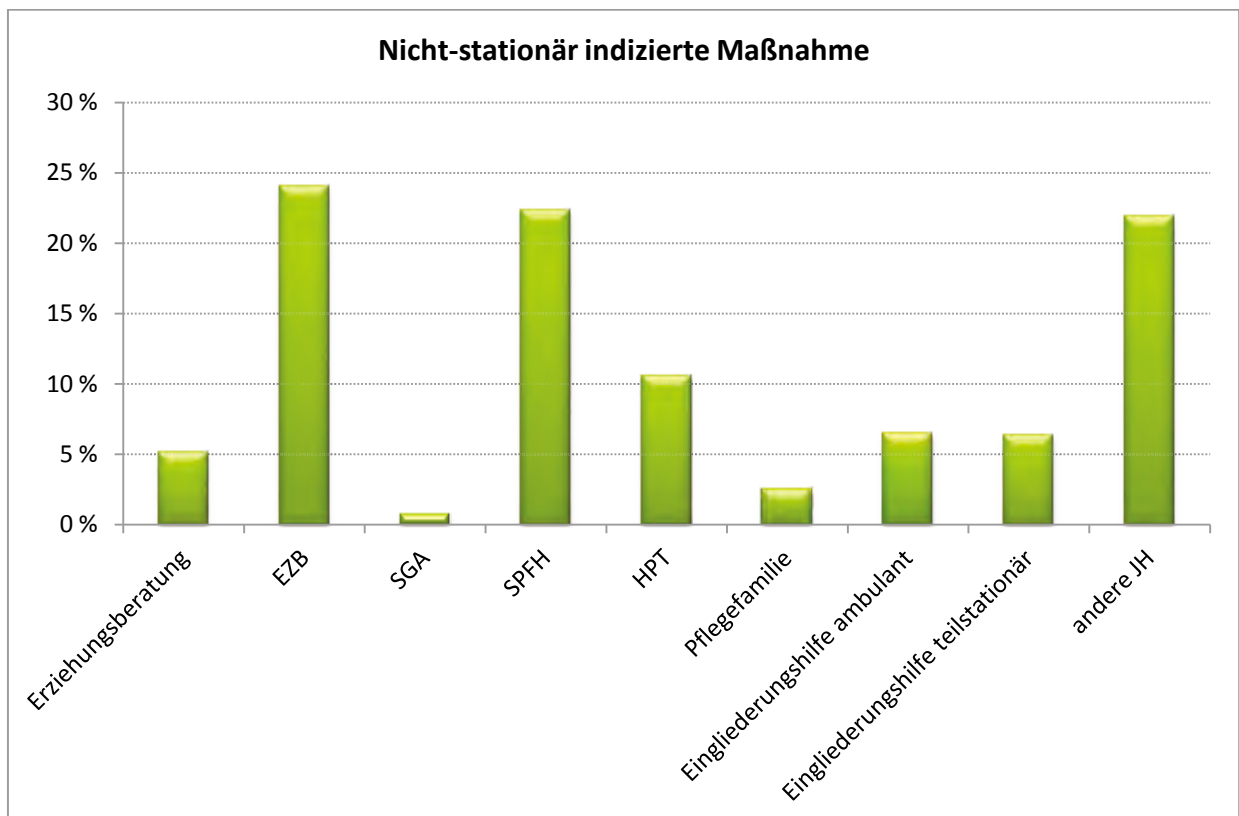
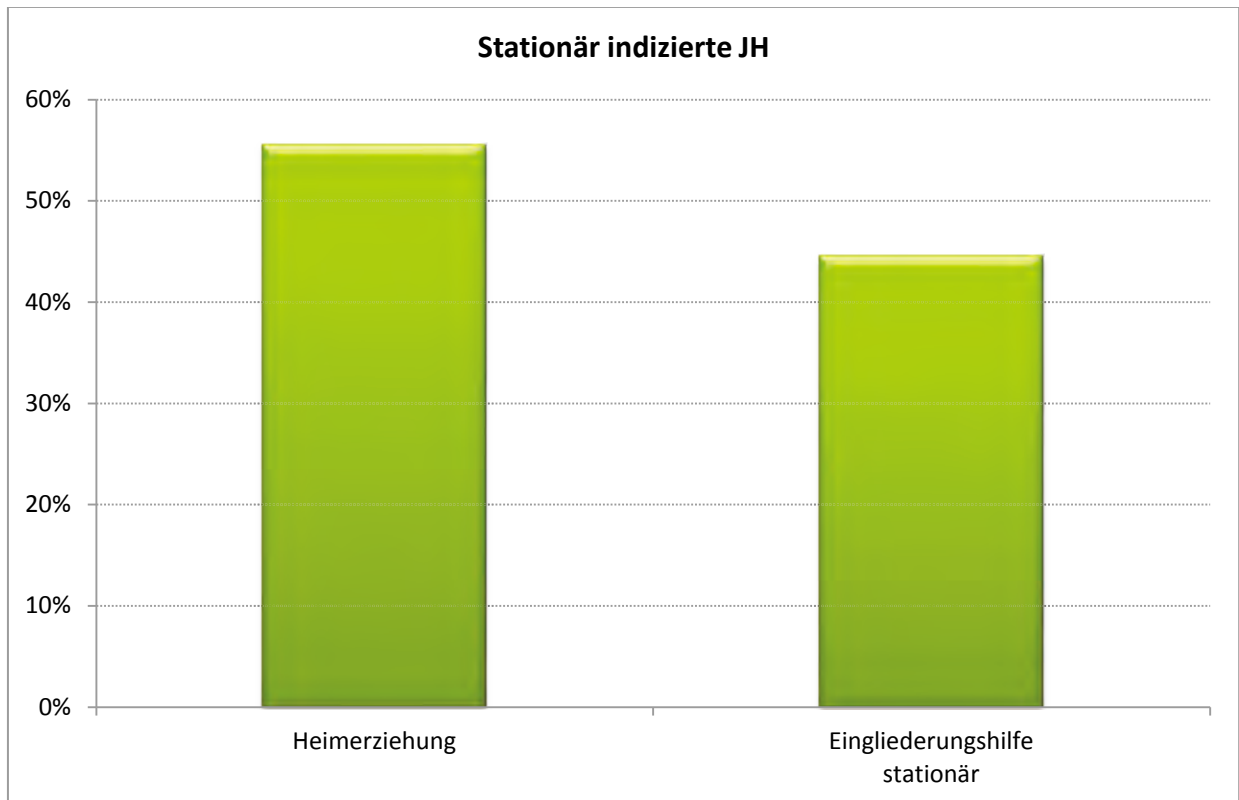
Umgesetzte Maßnahme (gruppiert)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine / unbekannt	527	61,9	61,9	61,9
	ambulant	186	21,8	21,8	83,7
	teilstationär	62	7,3	7,3	91,0
	stationär	34	4,0	4,0	95,0
	andere JH	43	5,0	5,0	100,0
	Gesamt	852	100,0	100,0	

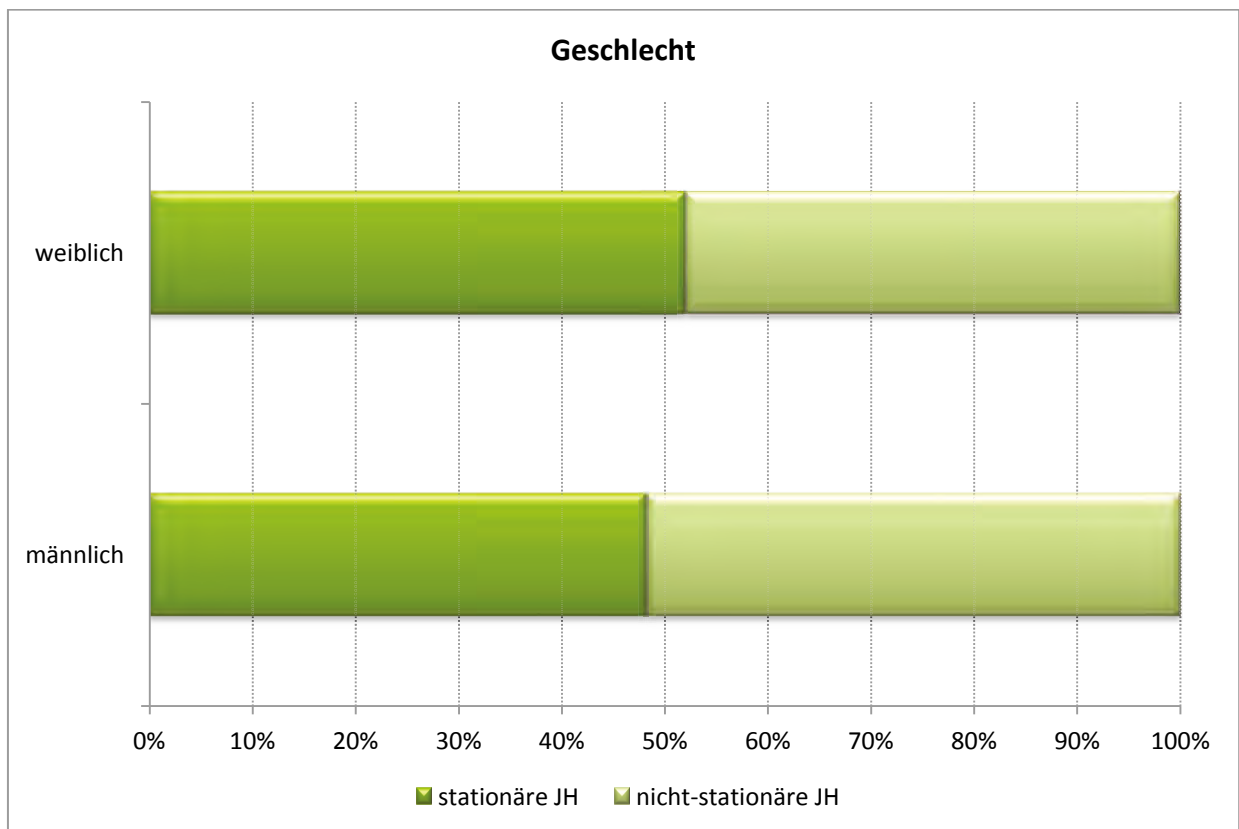
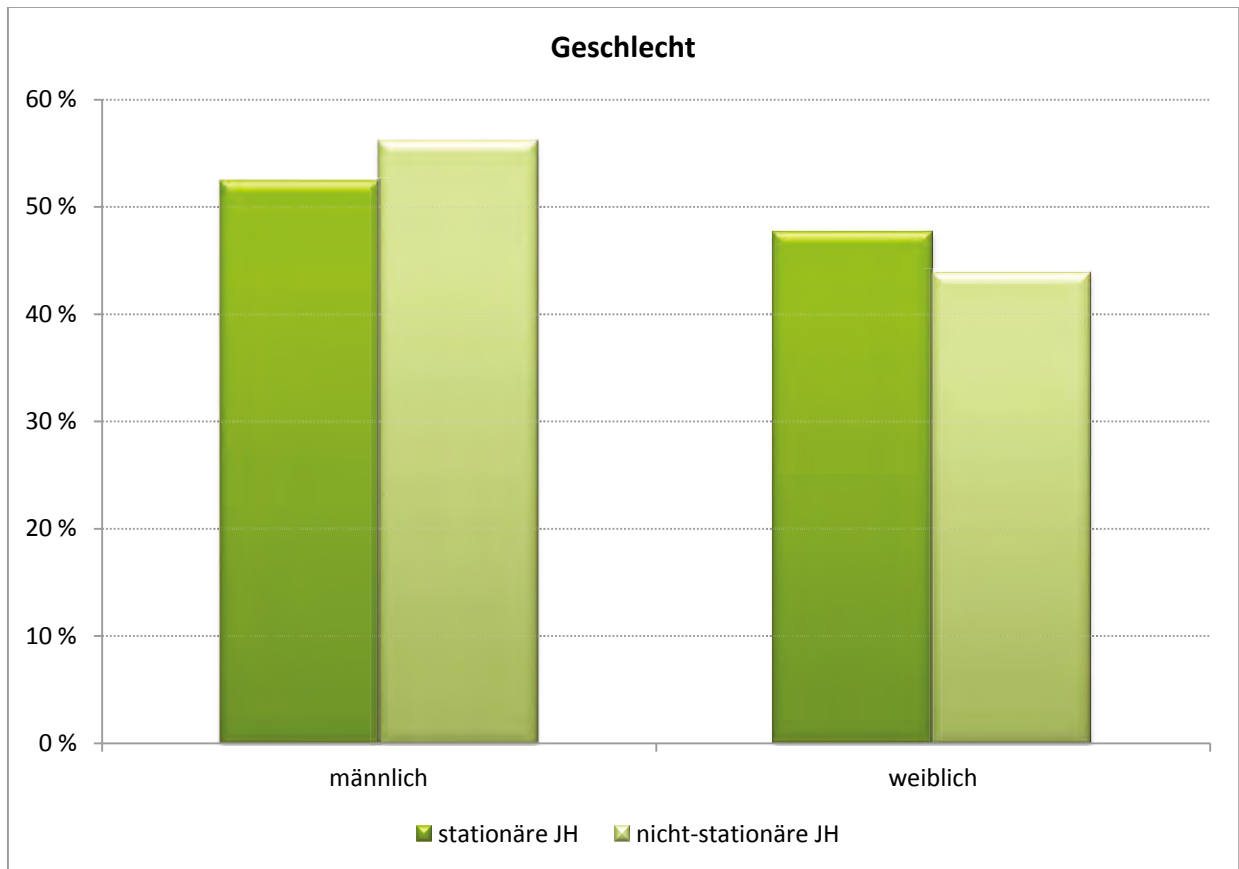
Inhaltlicher Bedarf der Anschlussmaßnahme(n)				
		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Inhaltlicher Bedarf	stationäre Maßnahme mit eigener Schule	23	4,2%	8,6%
	psychopharmakologische Weiterbehandlung	102	18,6%	37,9%
	psychotherapeutische Weiterbehandlung	175	31,9%	65,1%
	Schutz wegen Kindeswohlgefährdung	15	2,7%	5,6%
	Elternarbeit	163	29,7%	60,6%
	geschlossenes Setting	2	0,4%	0,7%
	anderer inhaltlicher Bedarf	38	6,9%	14,1%
	längerfristige familienersetzende Maßnahme	23	4,2%	8,6%
	mittelfristige Betreuung mit Rückführung in Familie	7	1,3%	2,6%
Gesamt		548	100,0%	203,7%

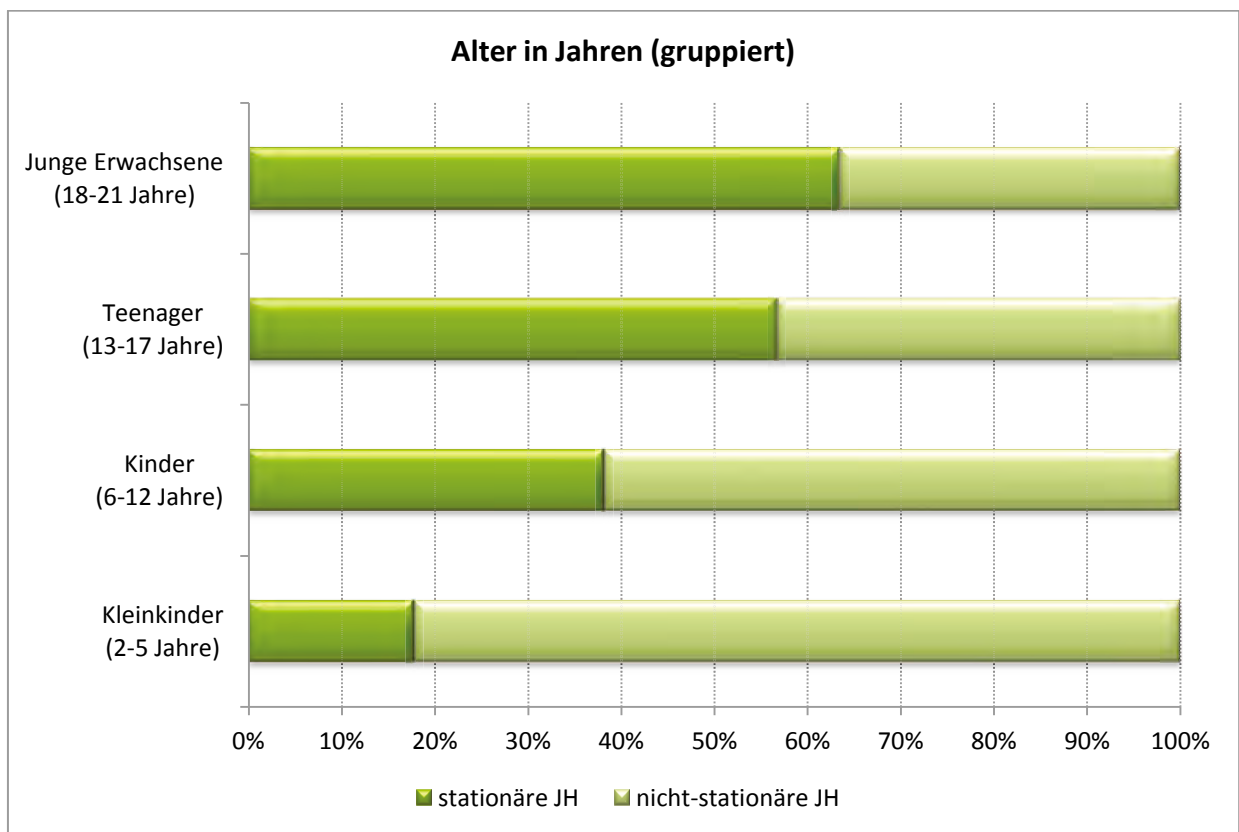
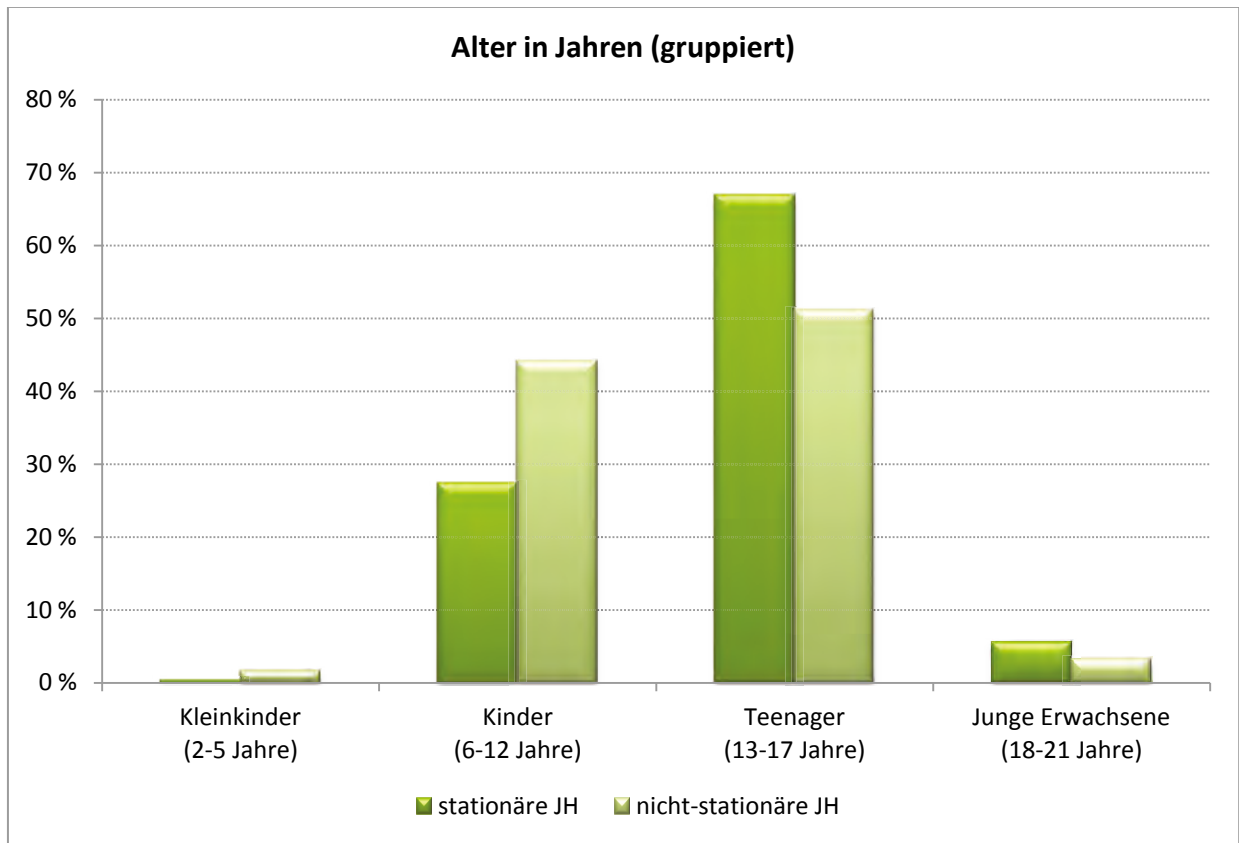
Hilfeplanverfahren					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ZEITGERECHT in der Klinik eröffnet	354	41,5	61,4	61,4
	NICHT in der Klinik eröffnet	205	24,1	35,5	96,9
	ZU SPÄT in der Klinik eröffnet	18	2,1	3,1	100,0
	Gesamt	577	67,7	100,0	
Fehlend	System	275	32,3		
Gesamt		852	100,0		

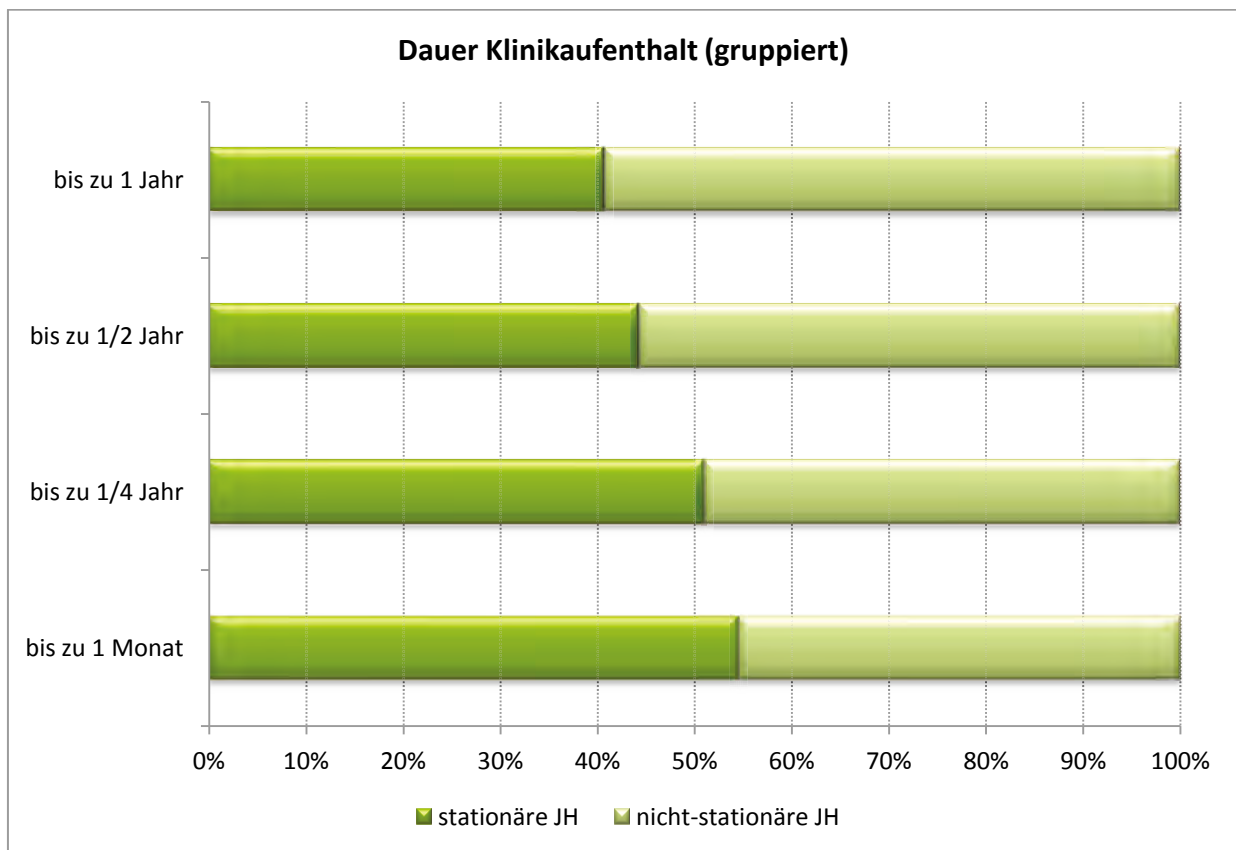
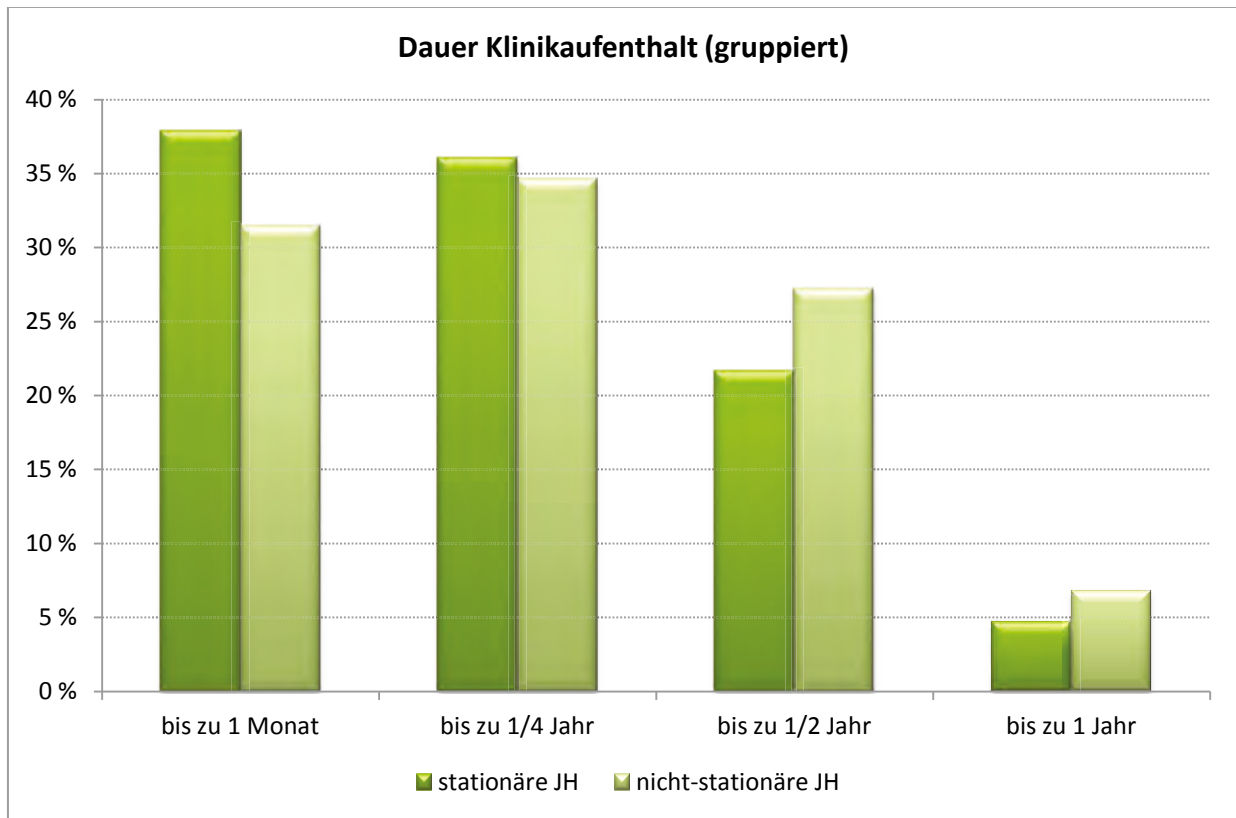
3. Kinder und Jugendliche mit einer stationären (indizierten) und einer nicht-stationären (indizierten) Jugendhilfeanschlussmaßnahme – Grafiken

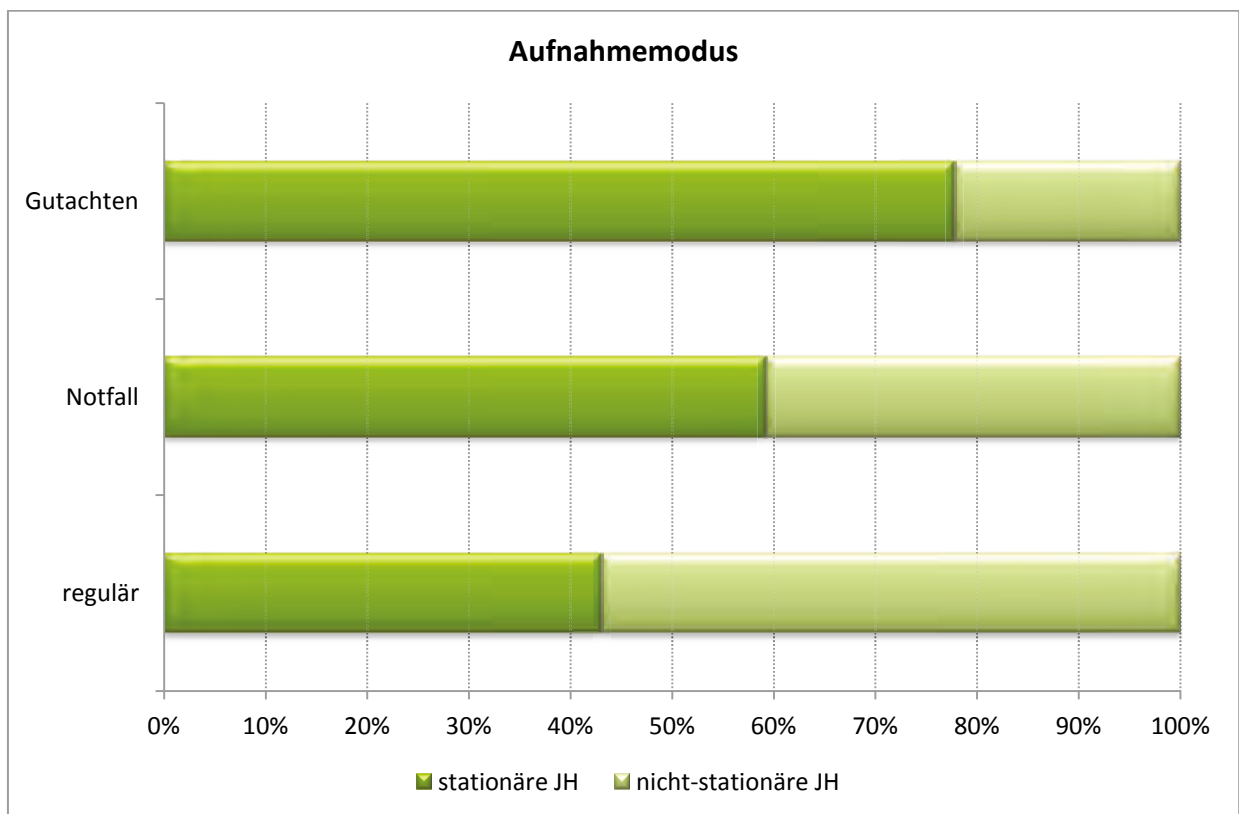
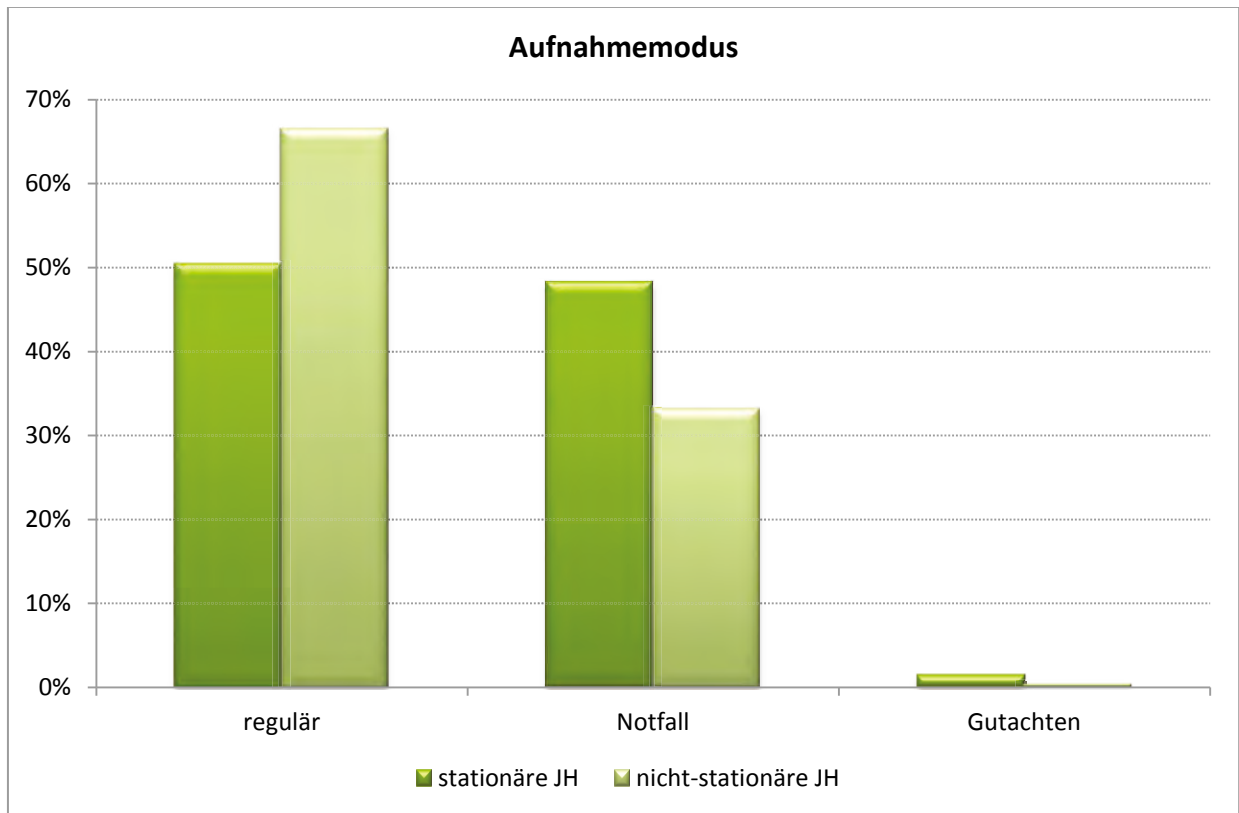


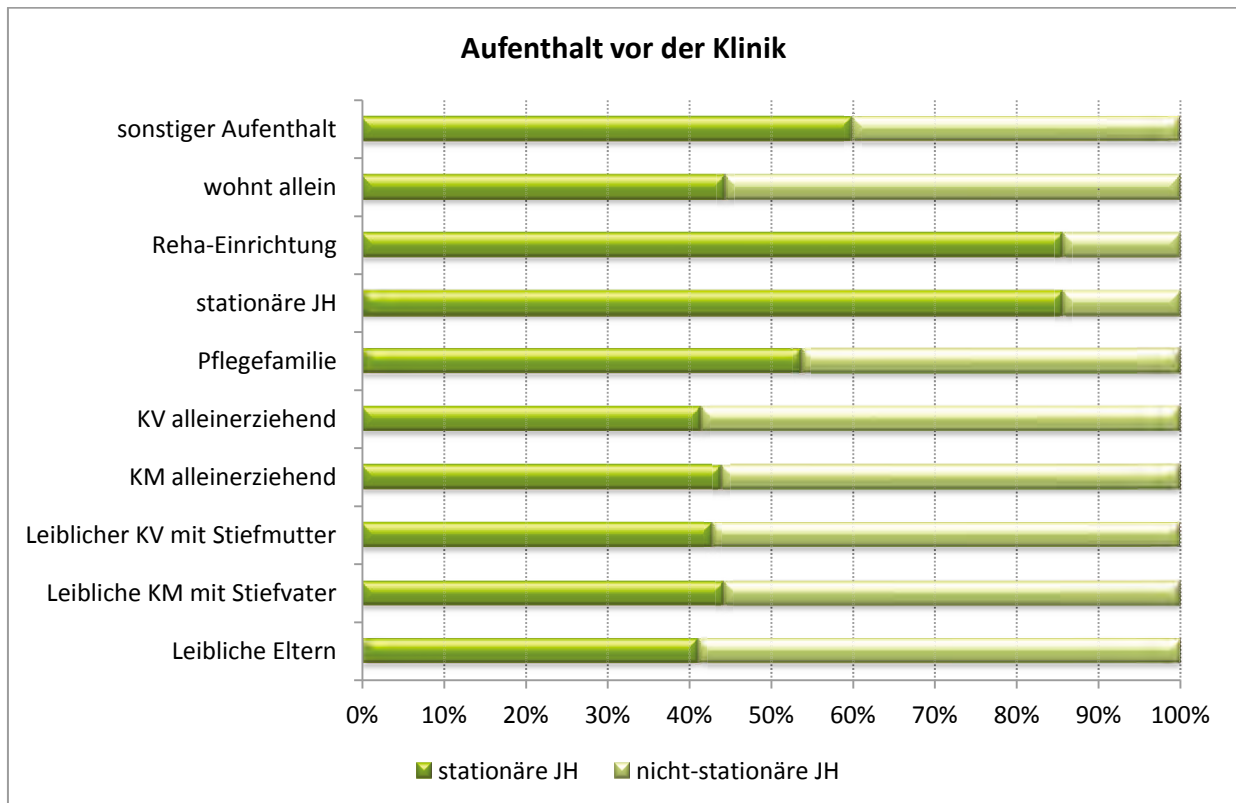
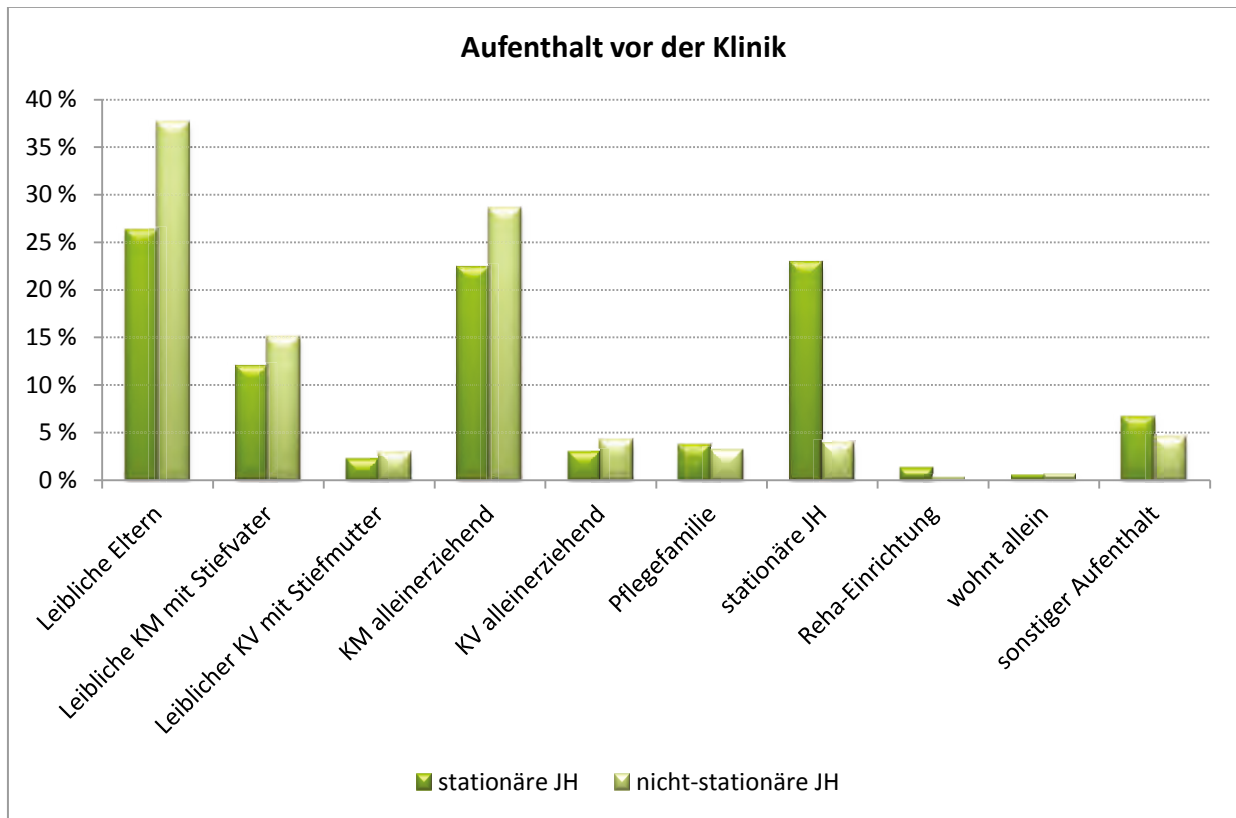


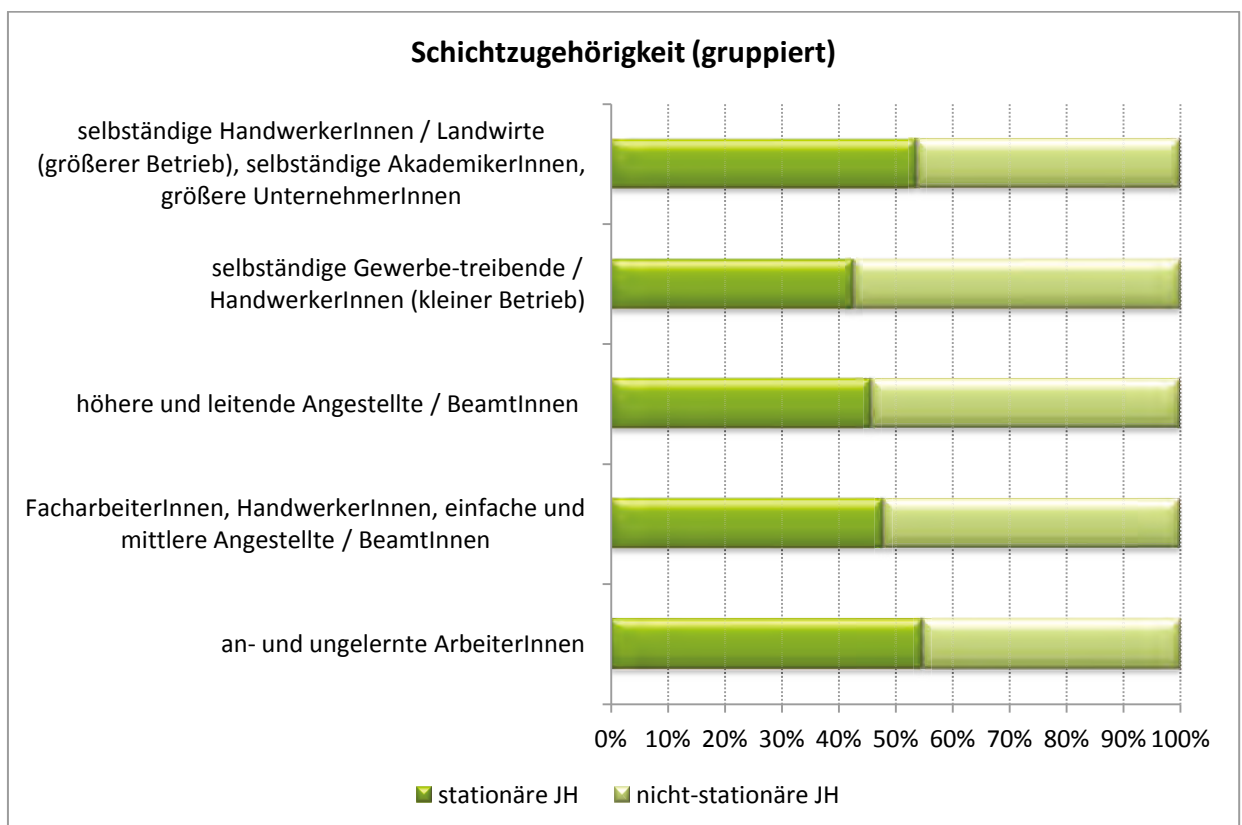
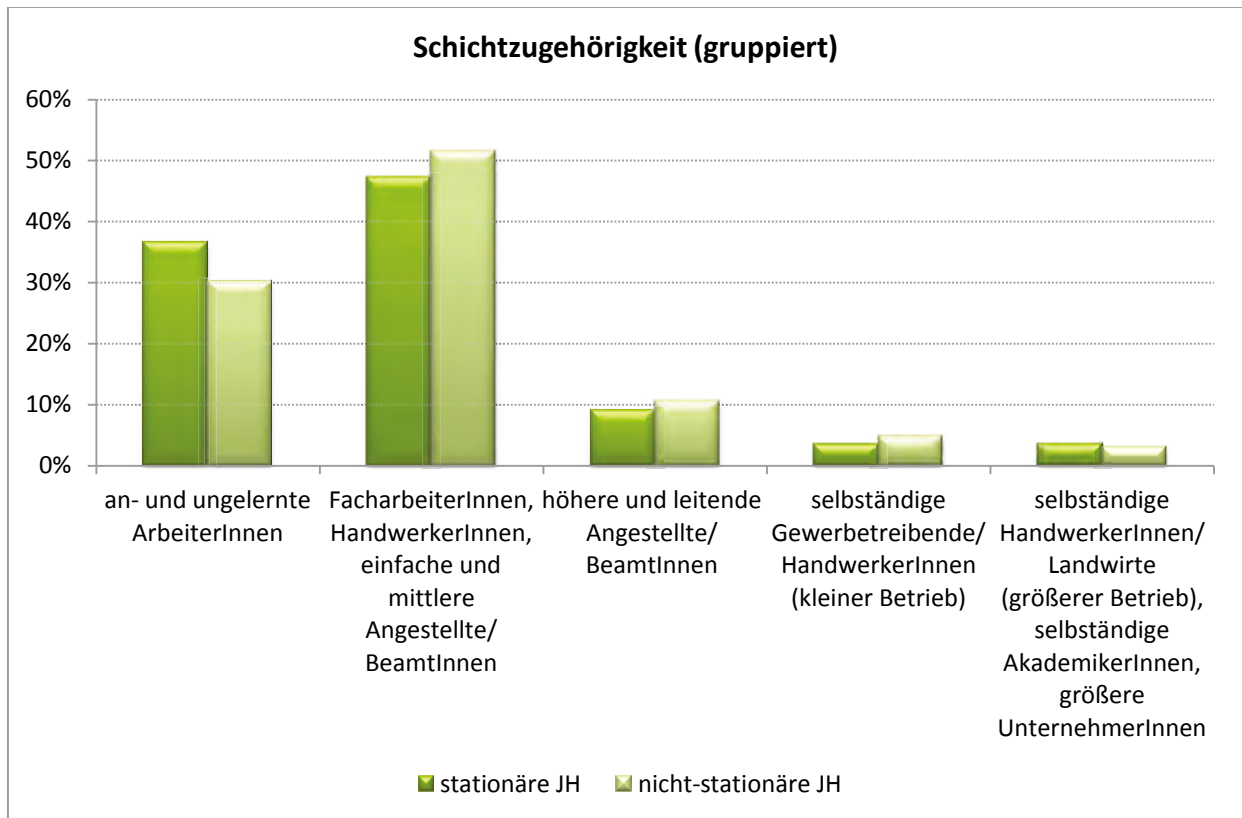


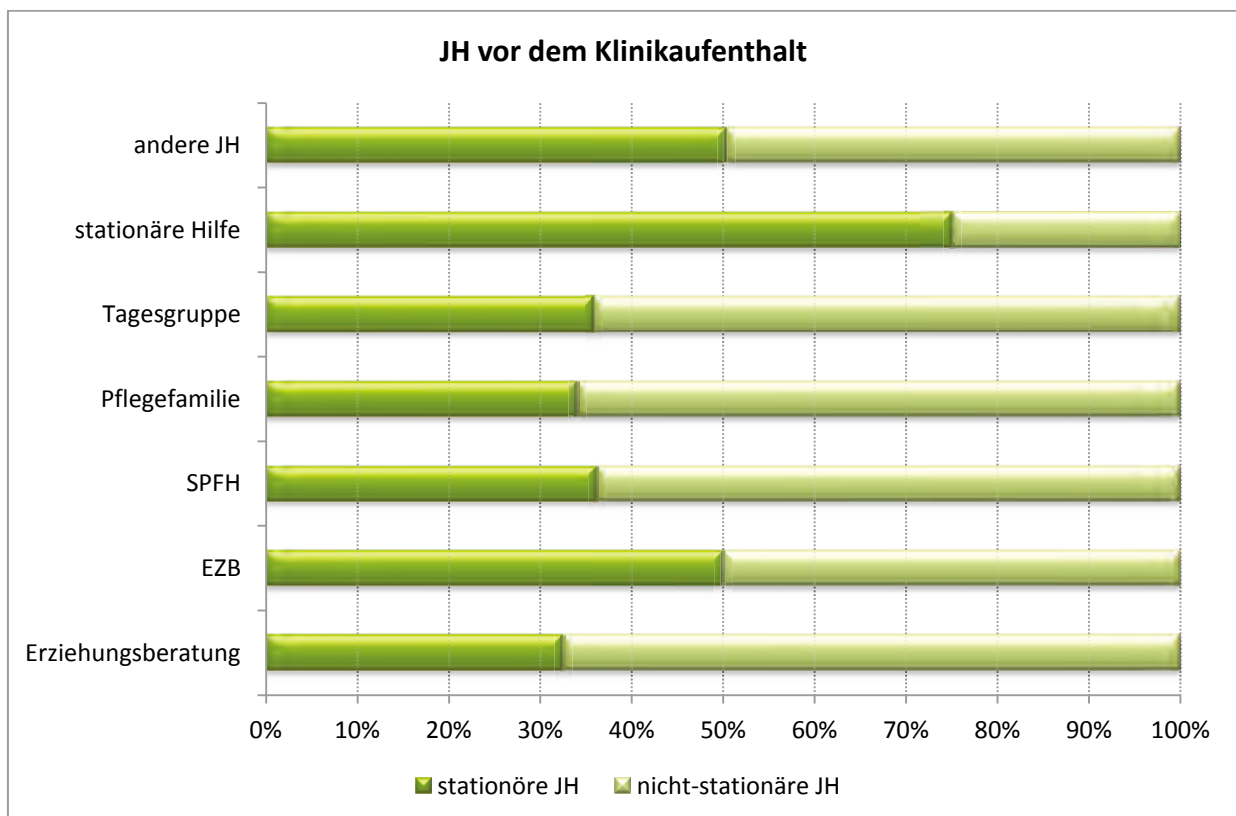
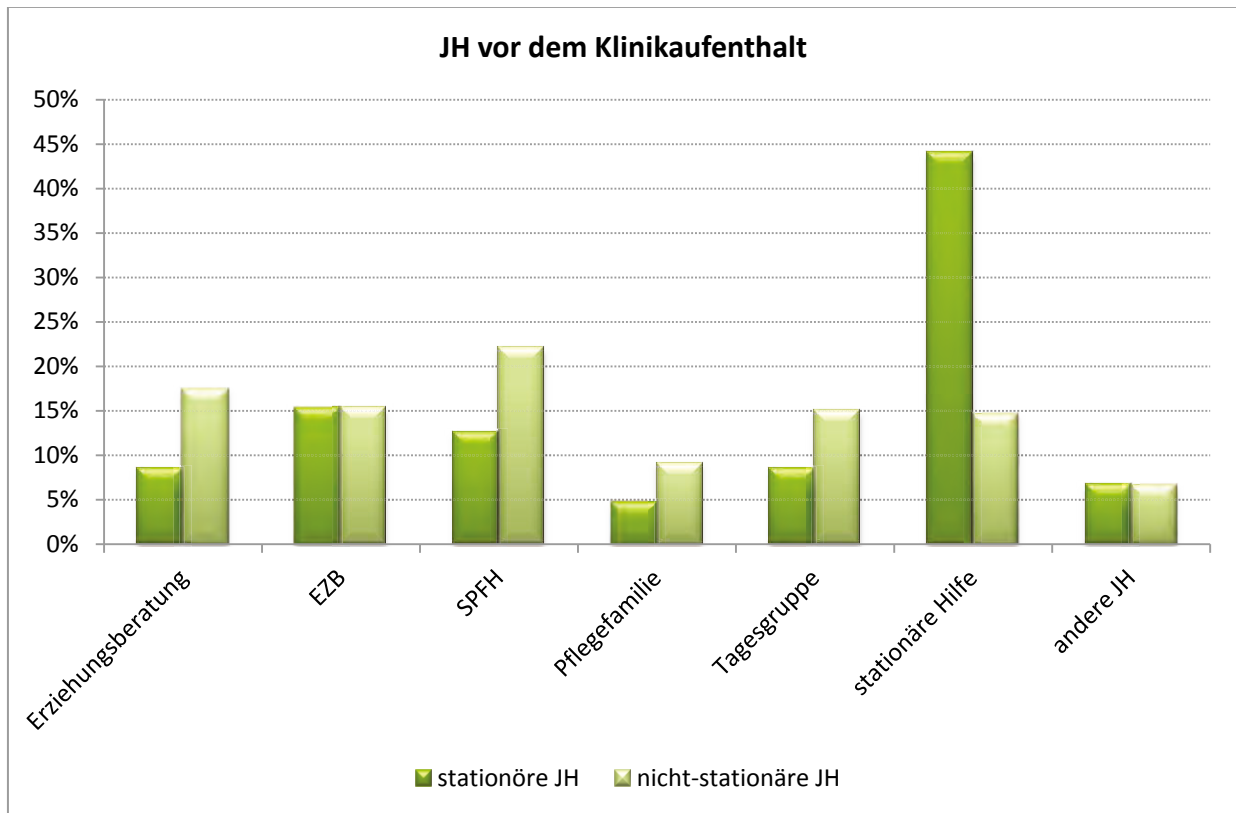


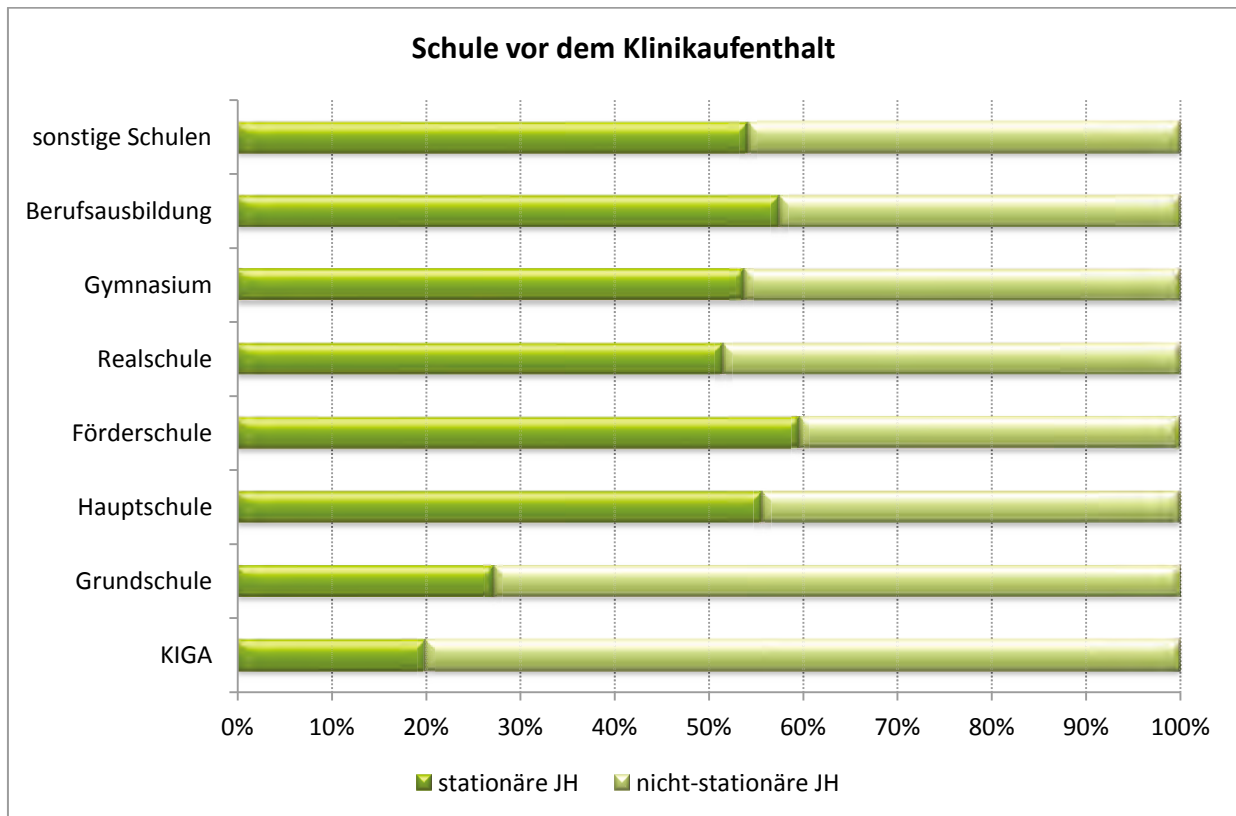
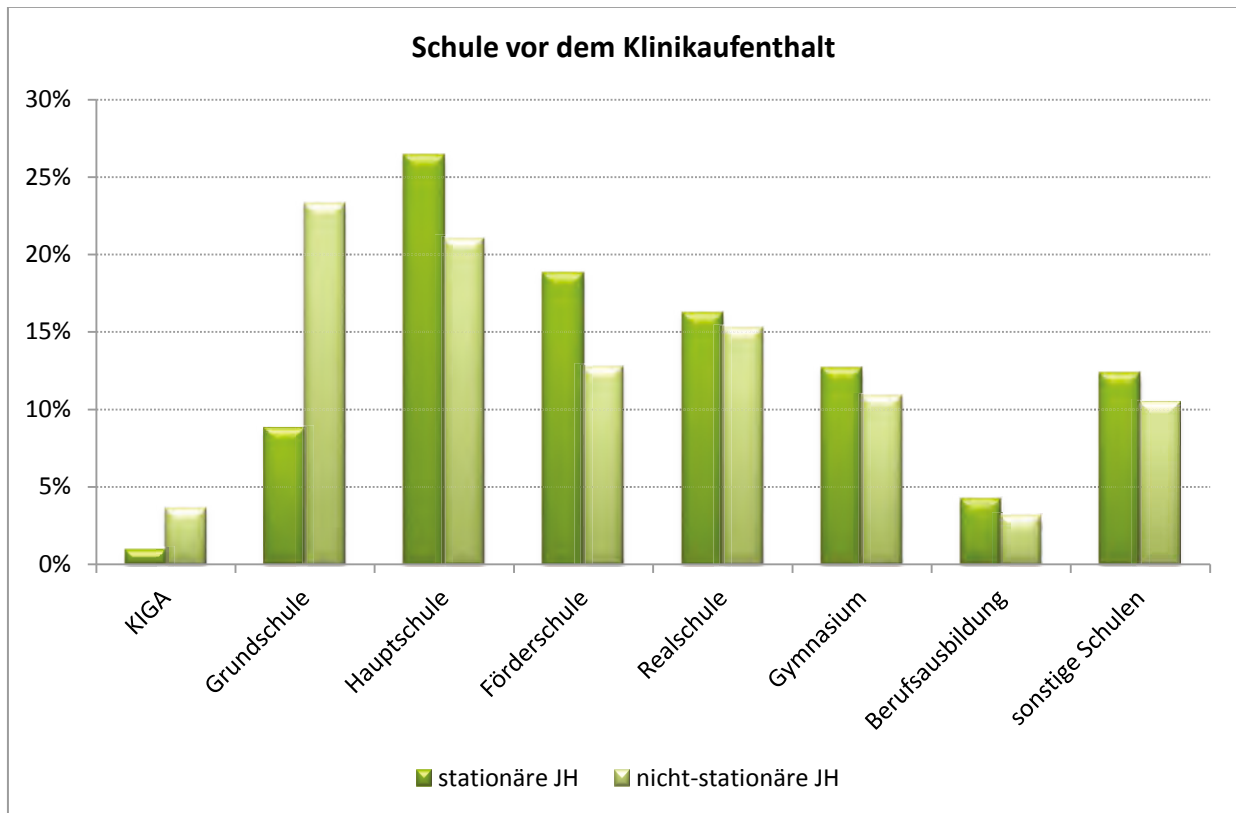


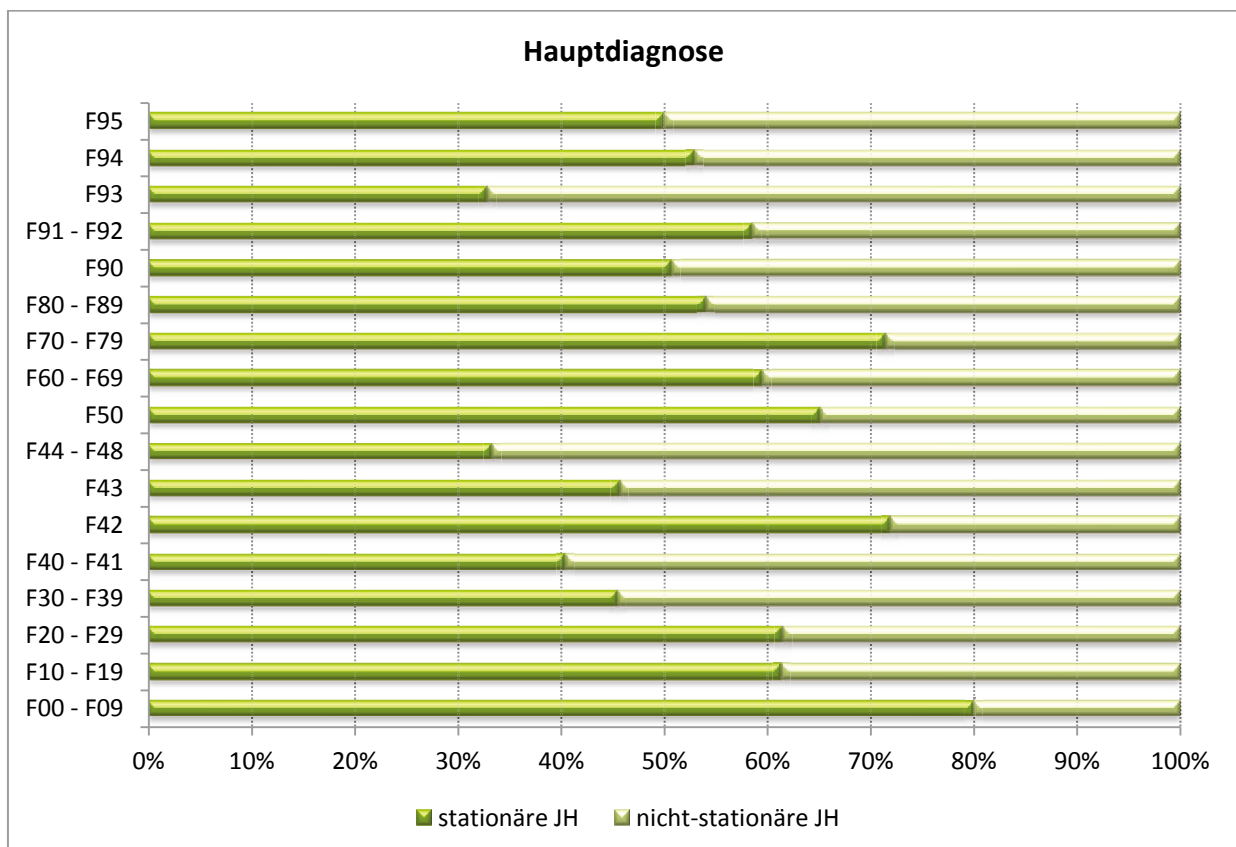
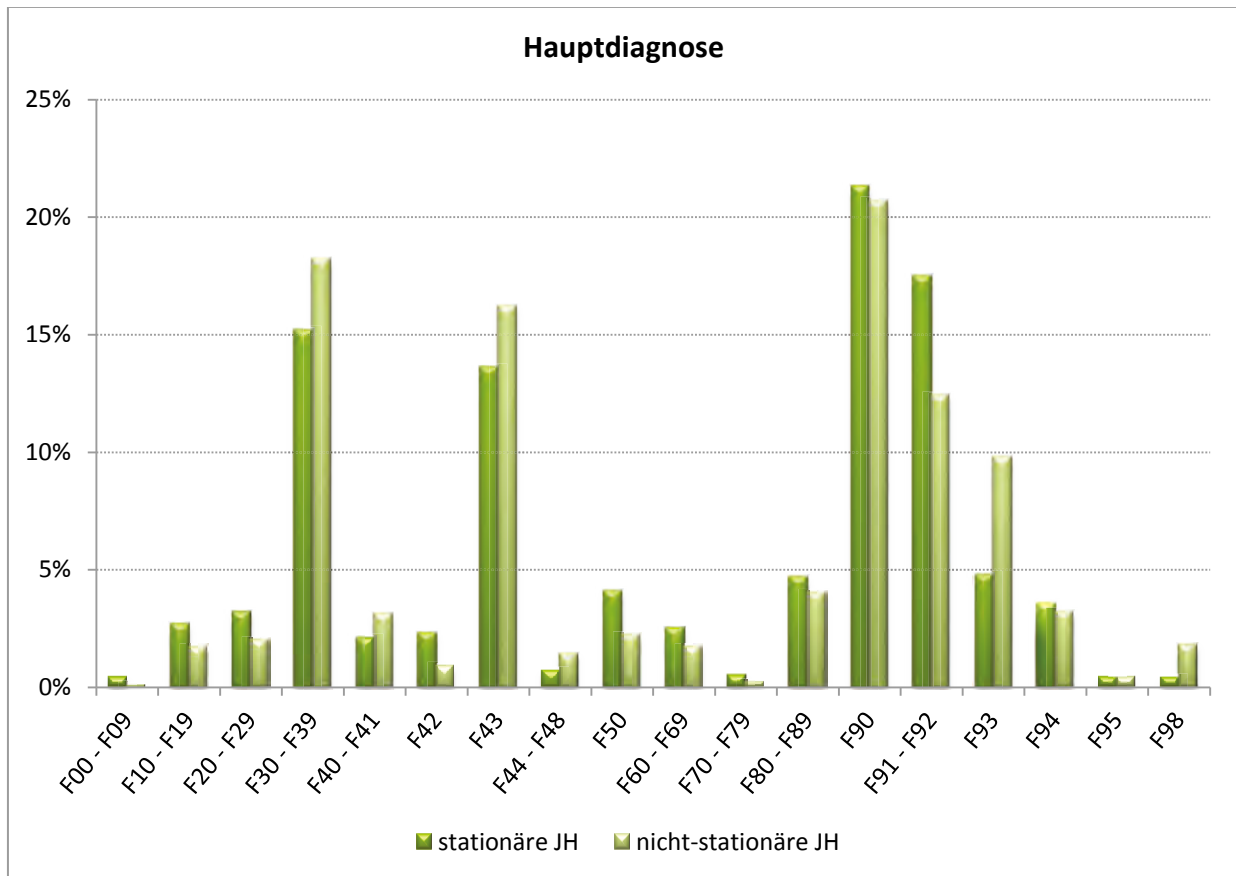


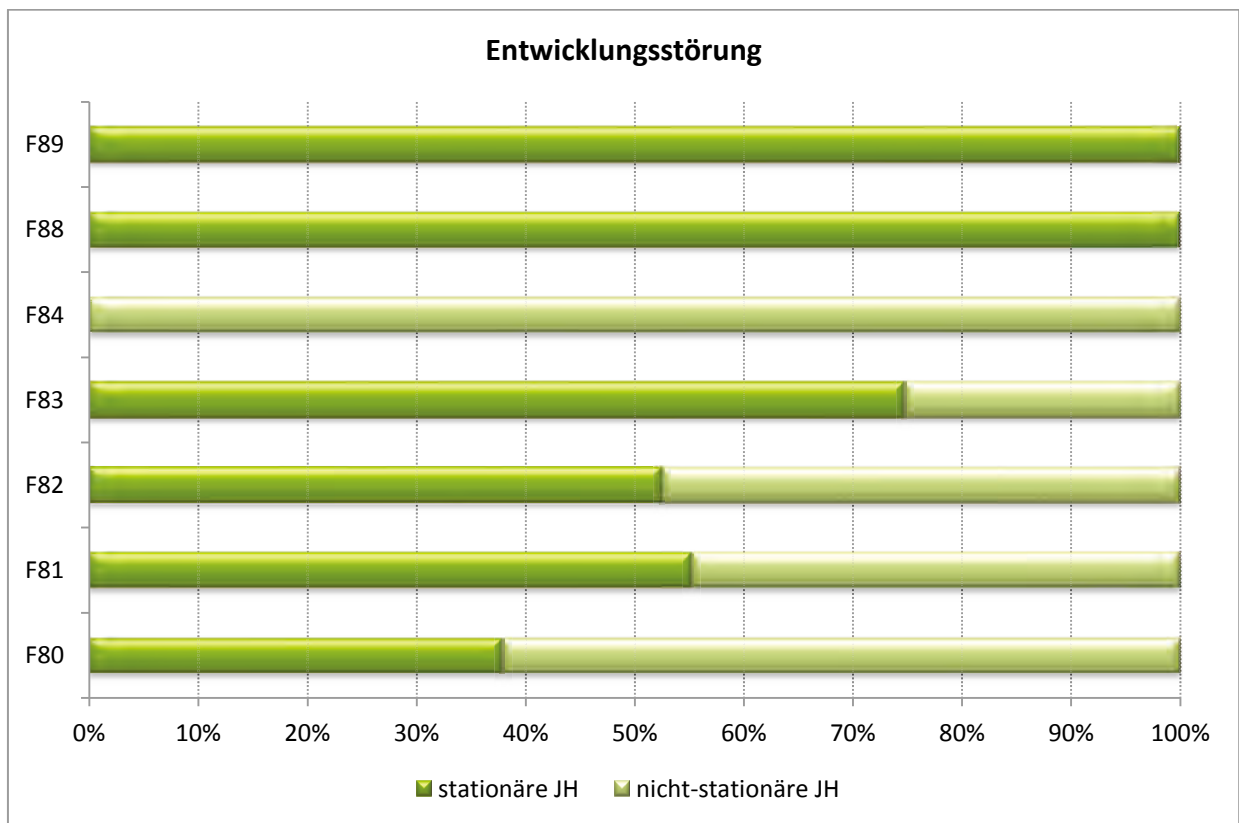
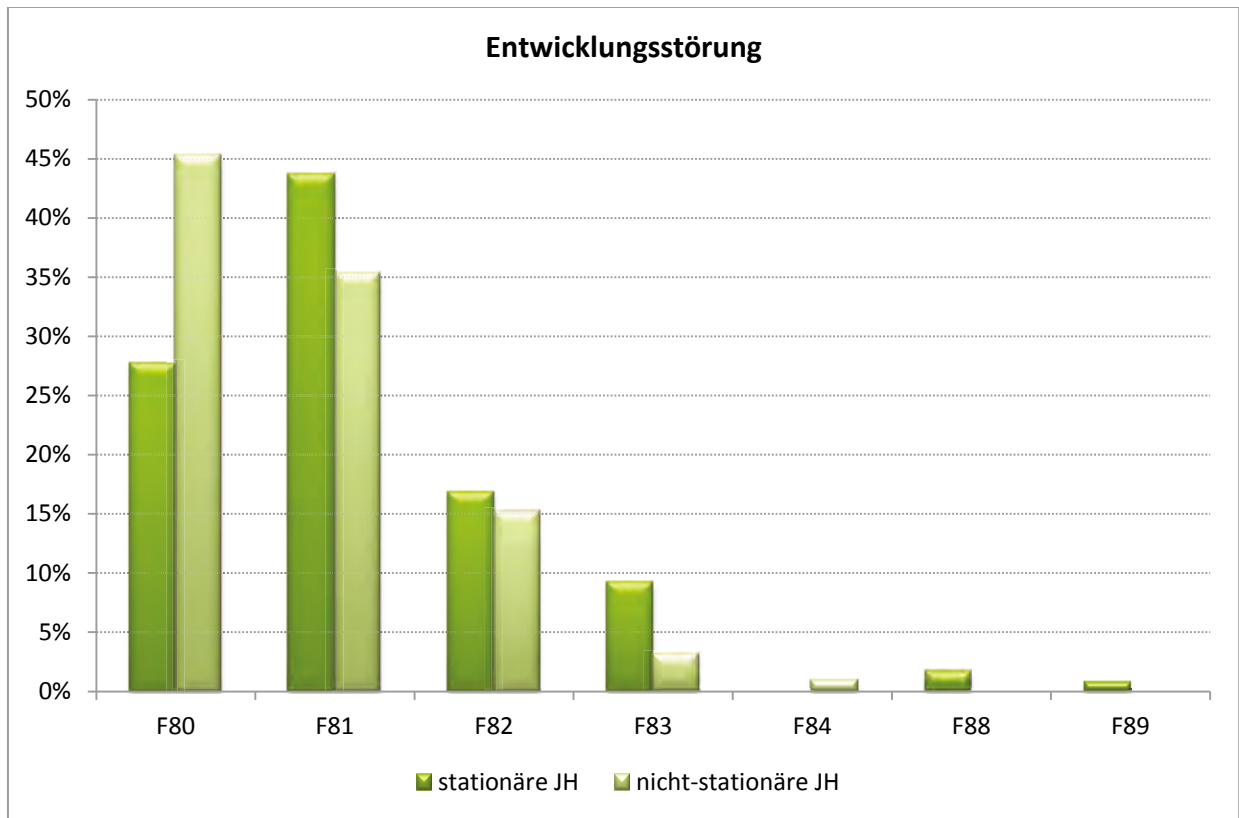


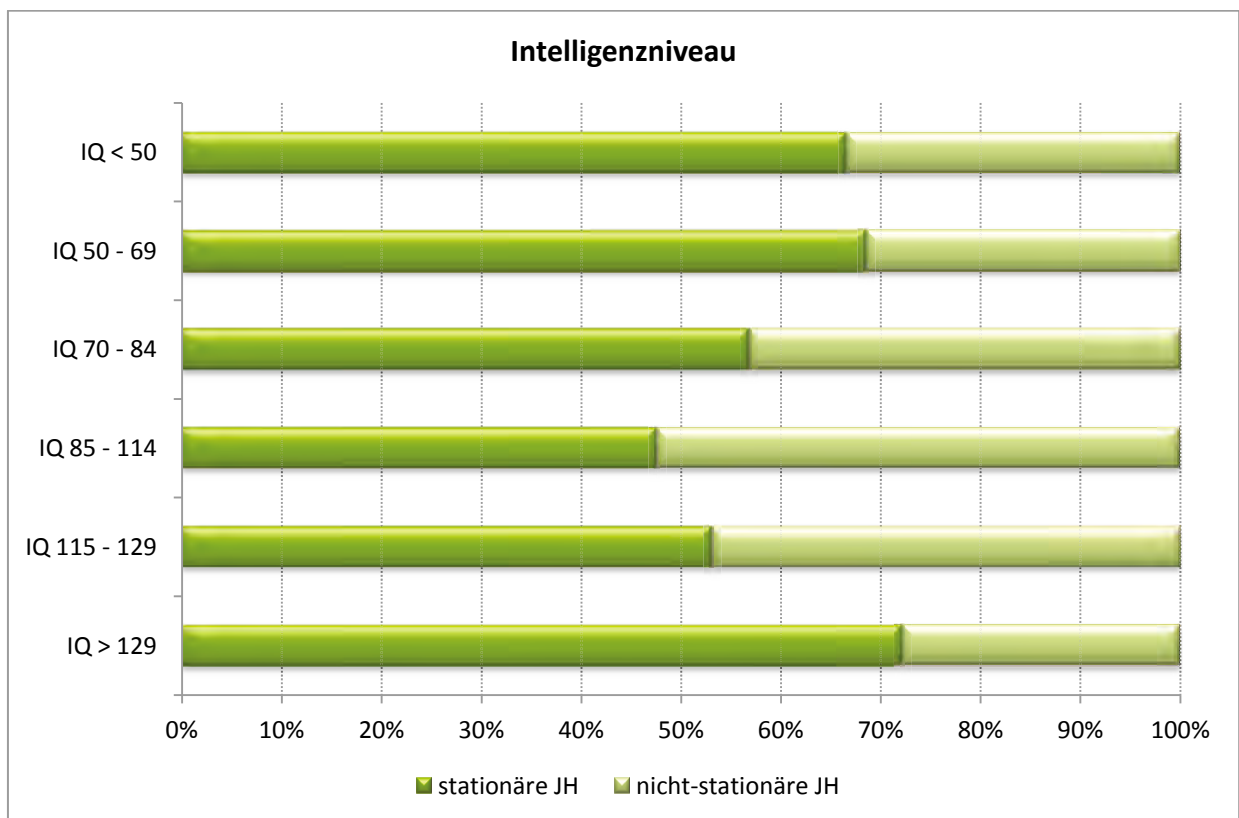
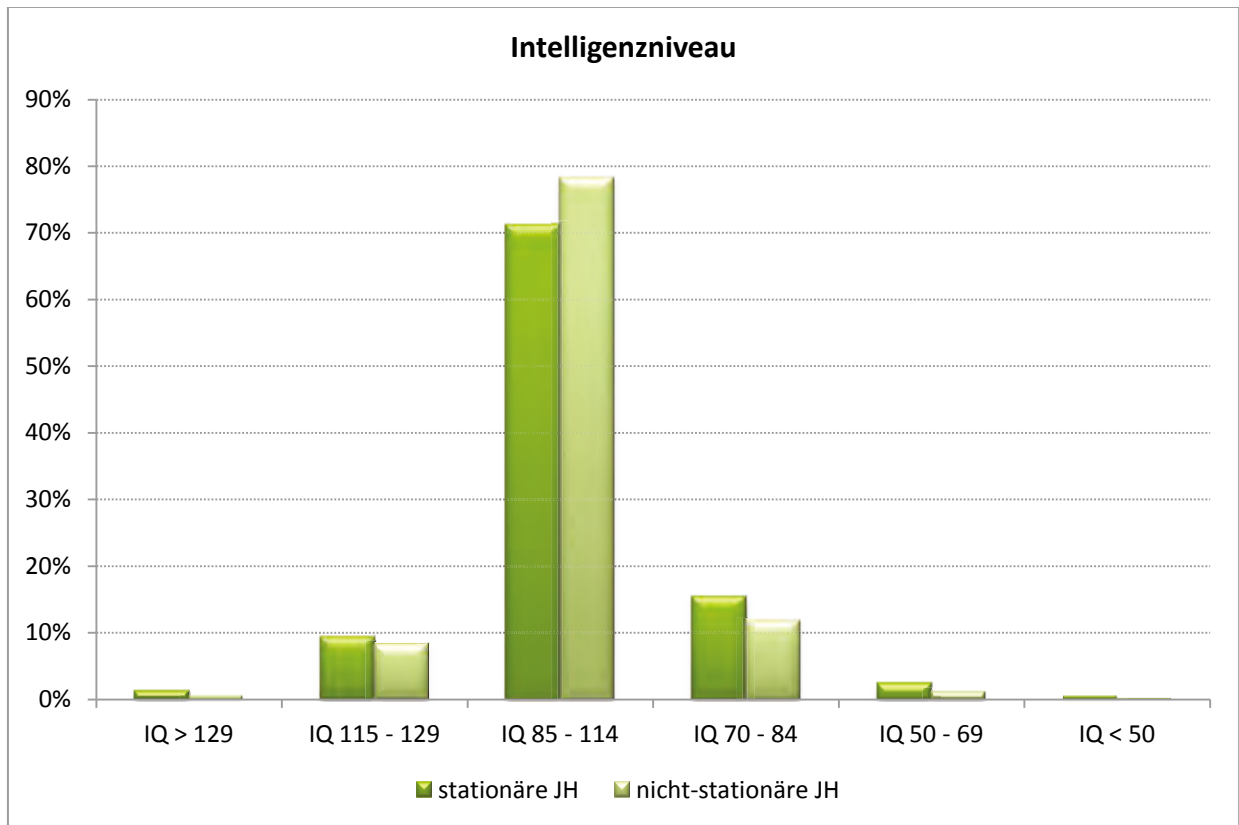


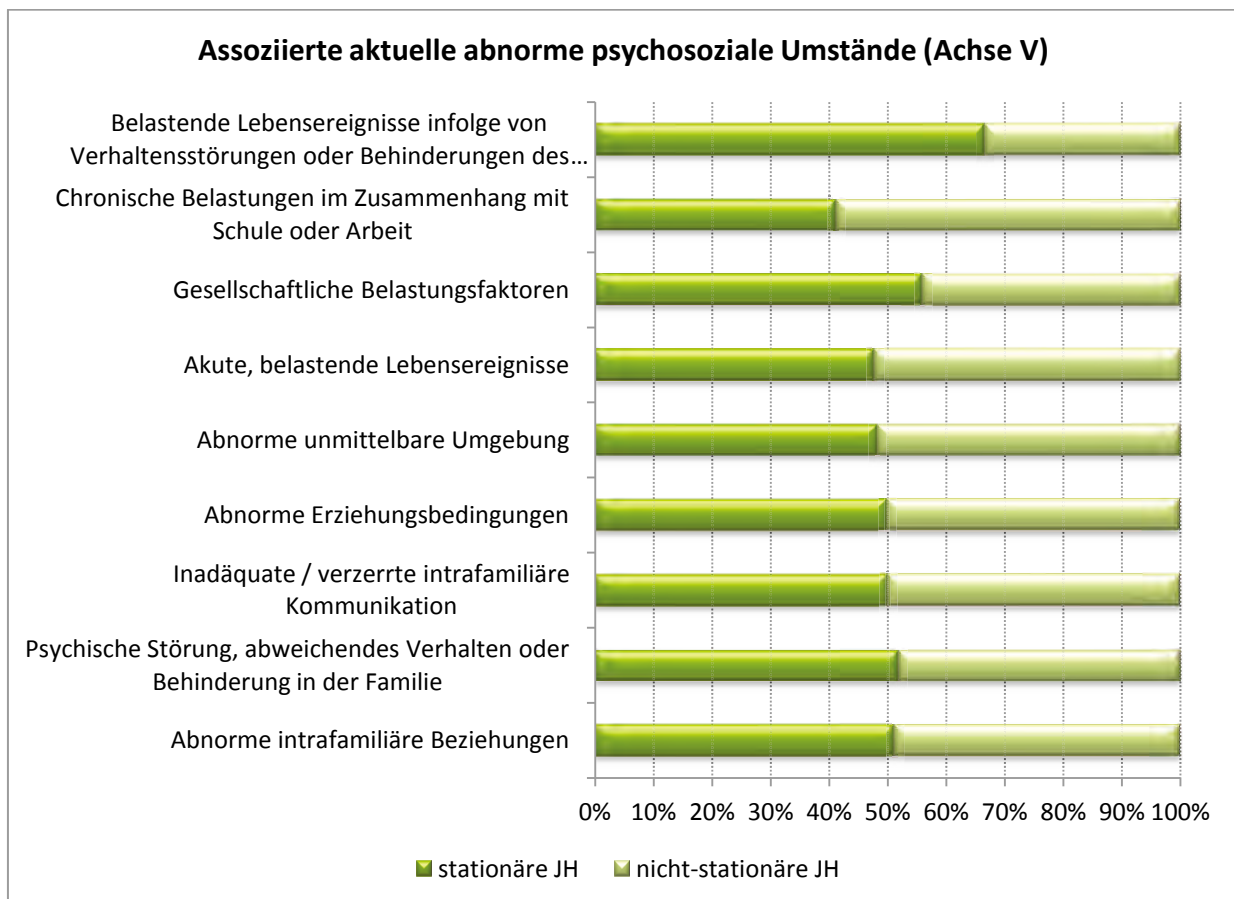
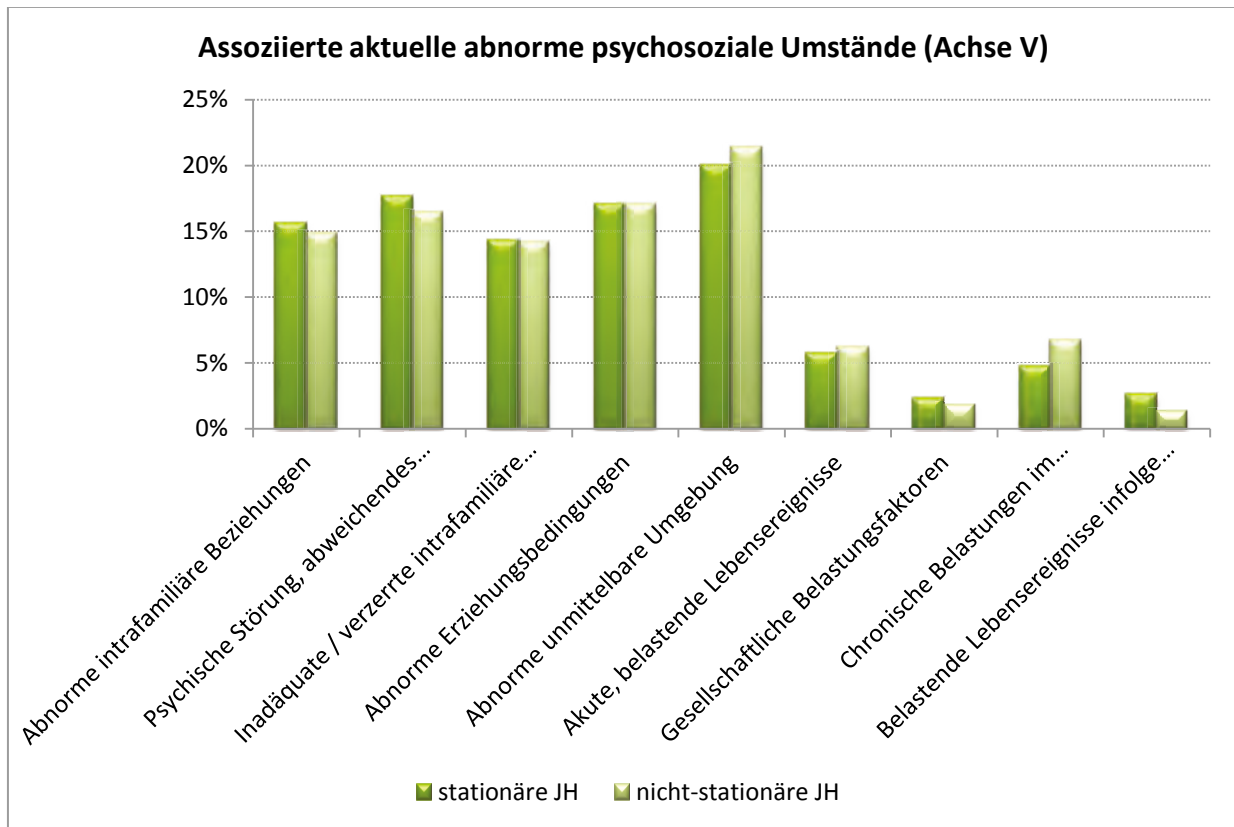


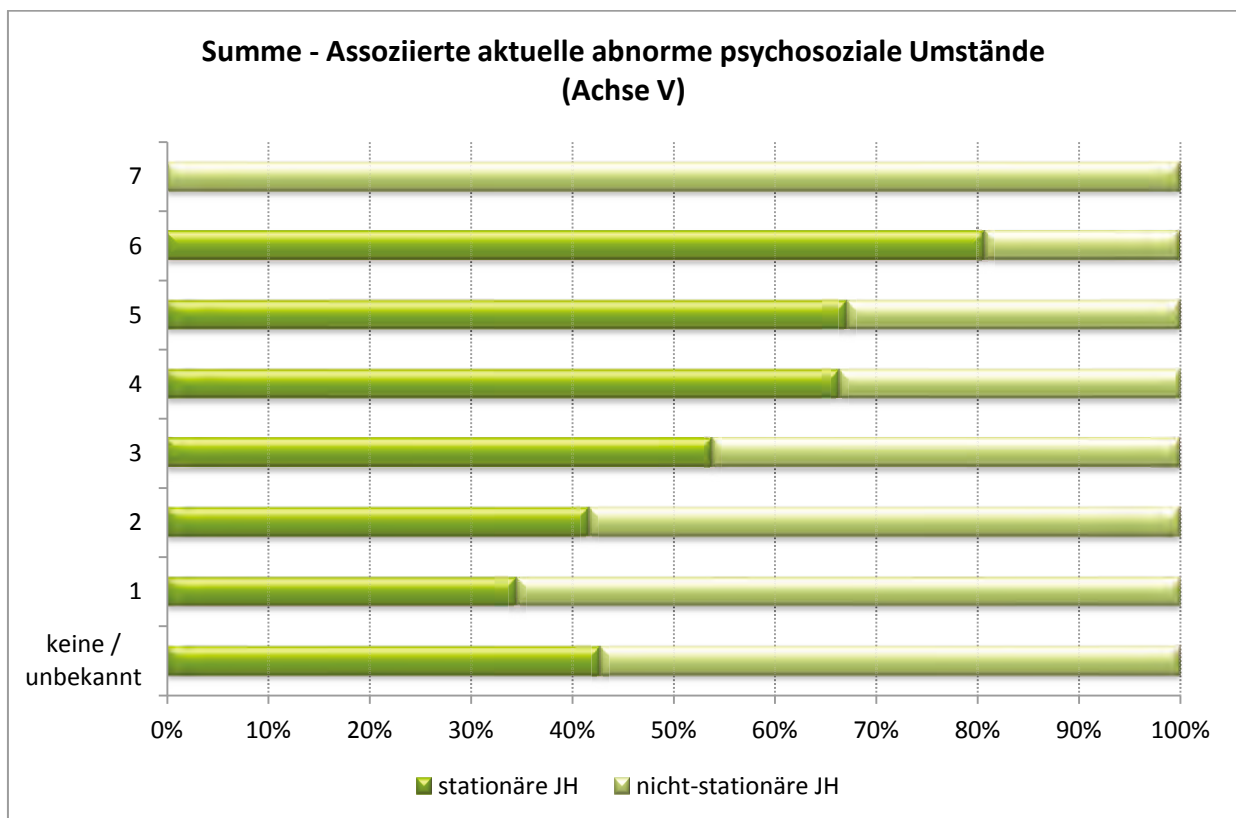
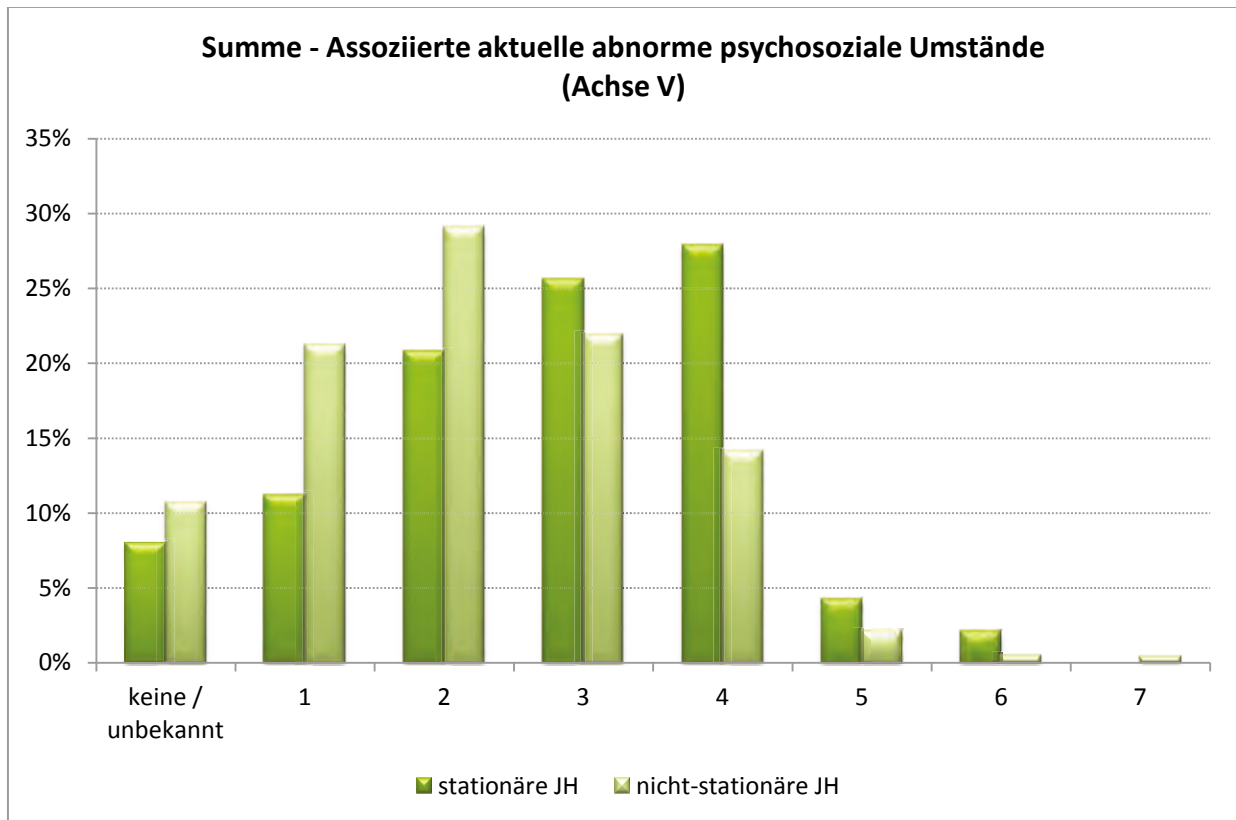


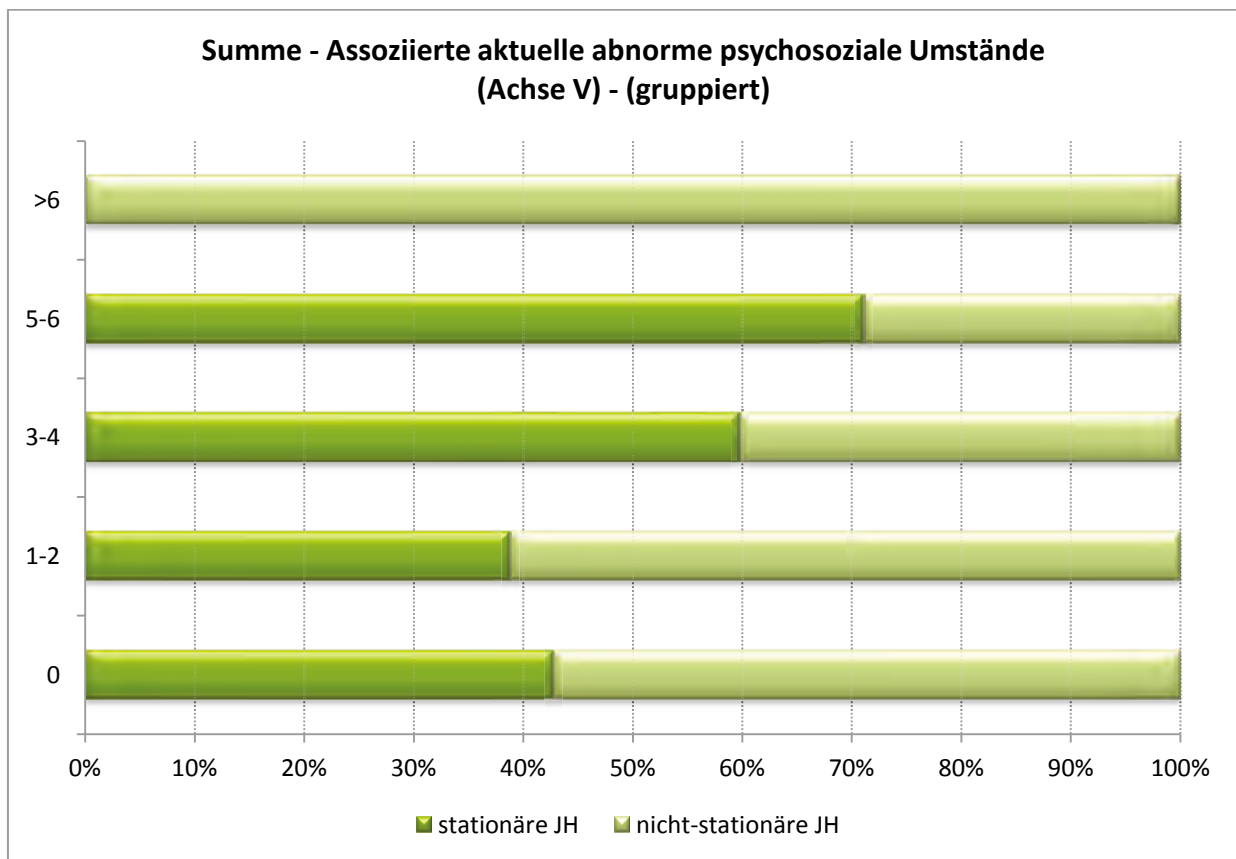
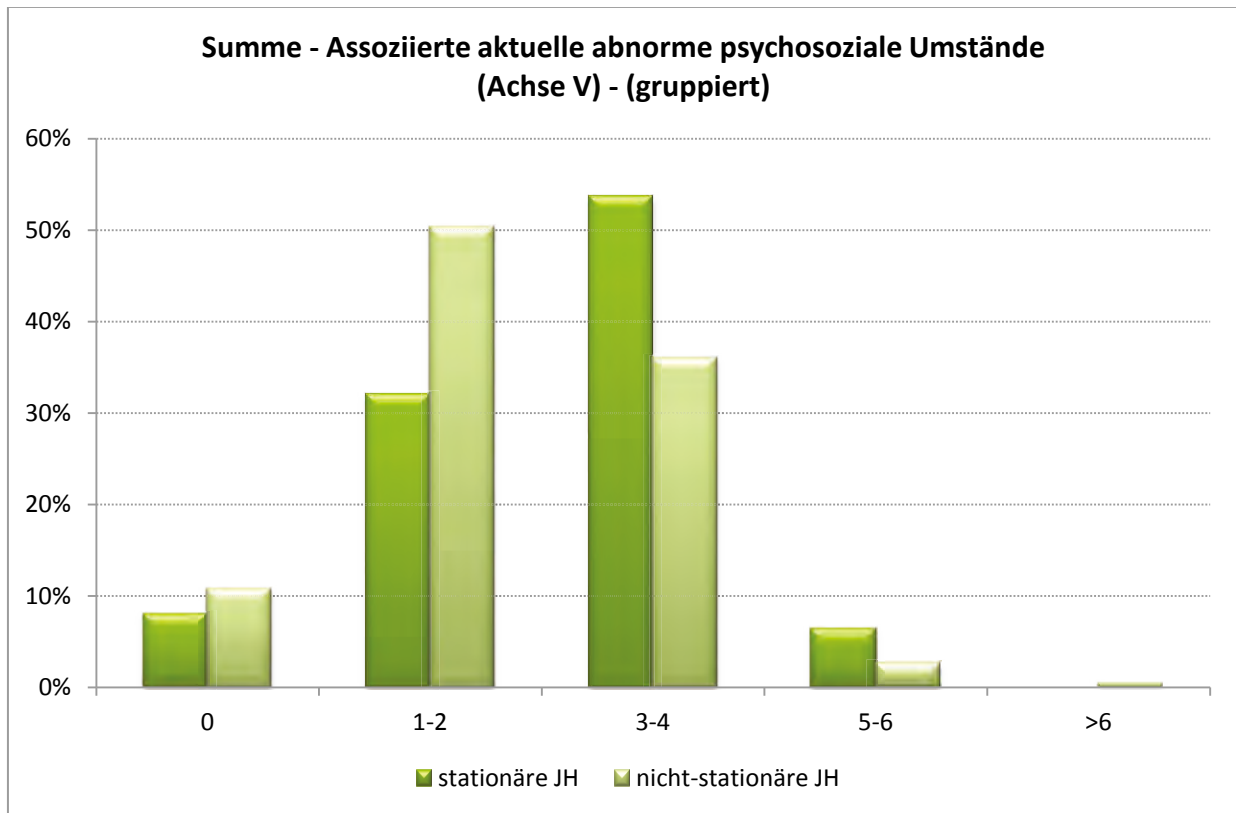


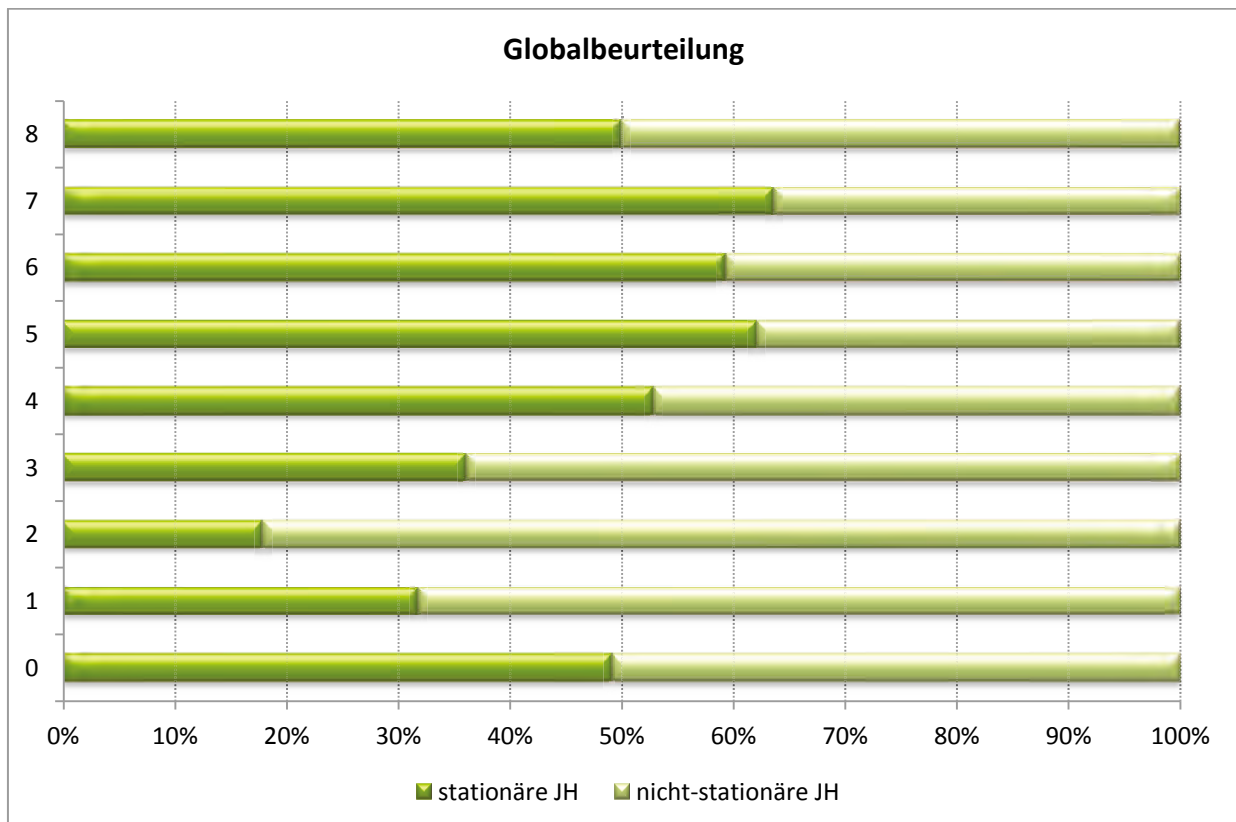
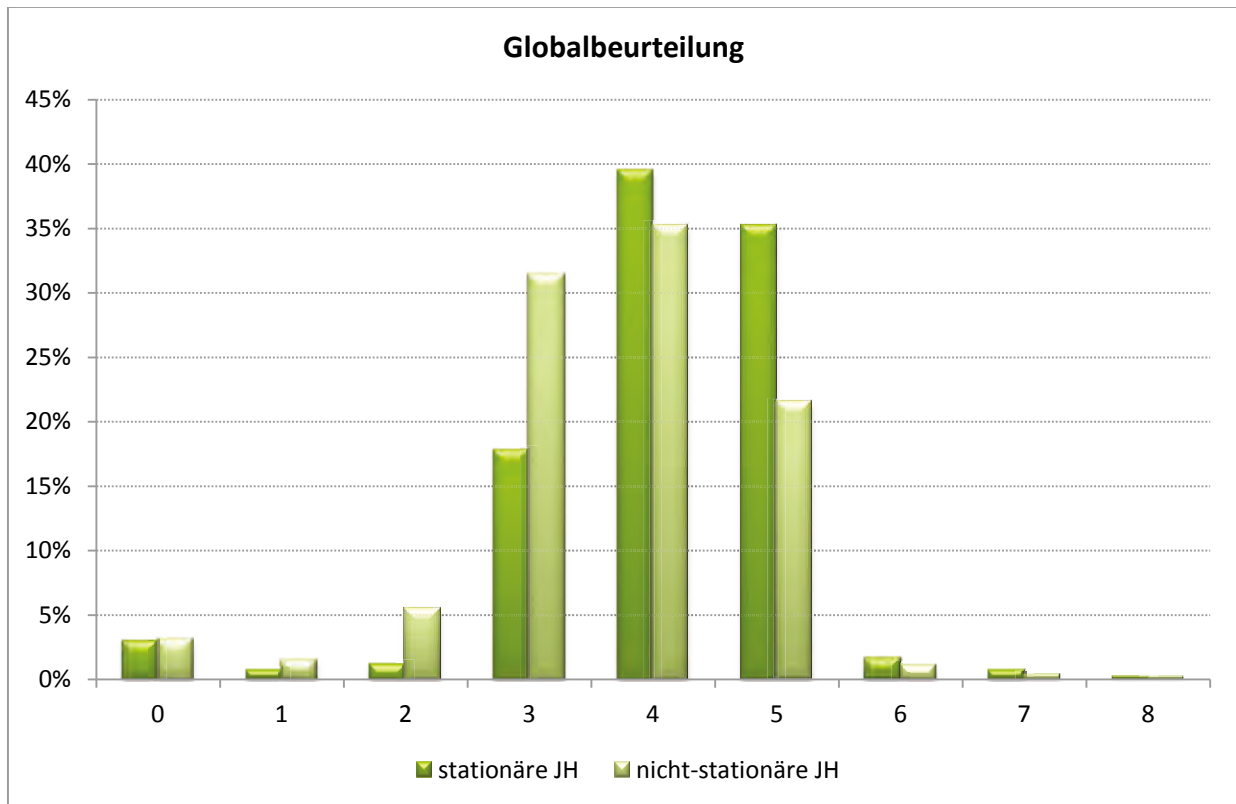


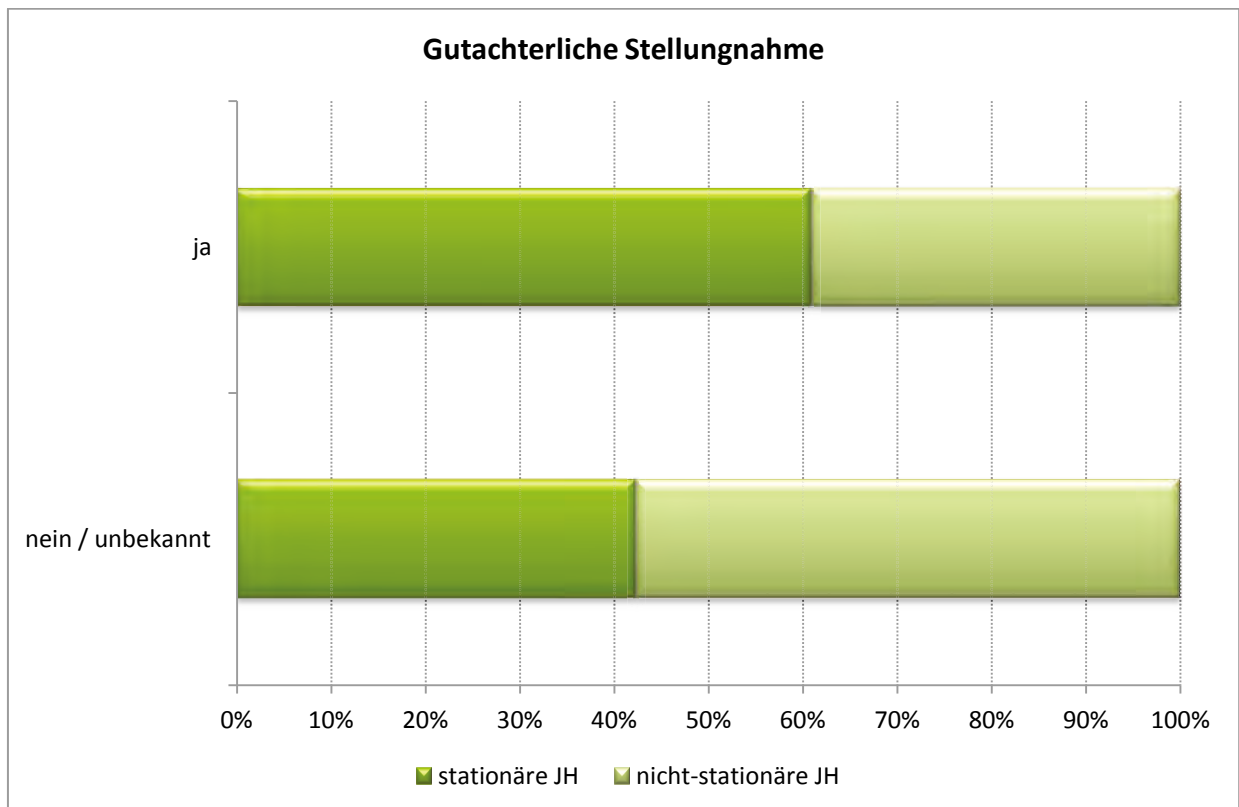
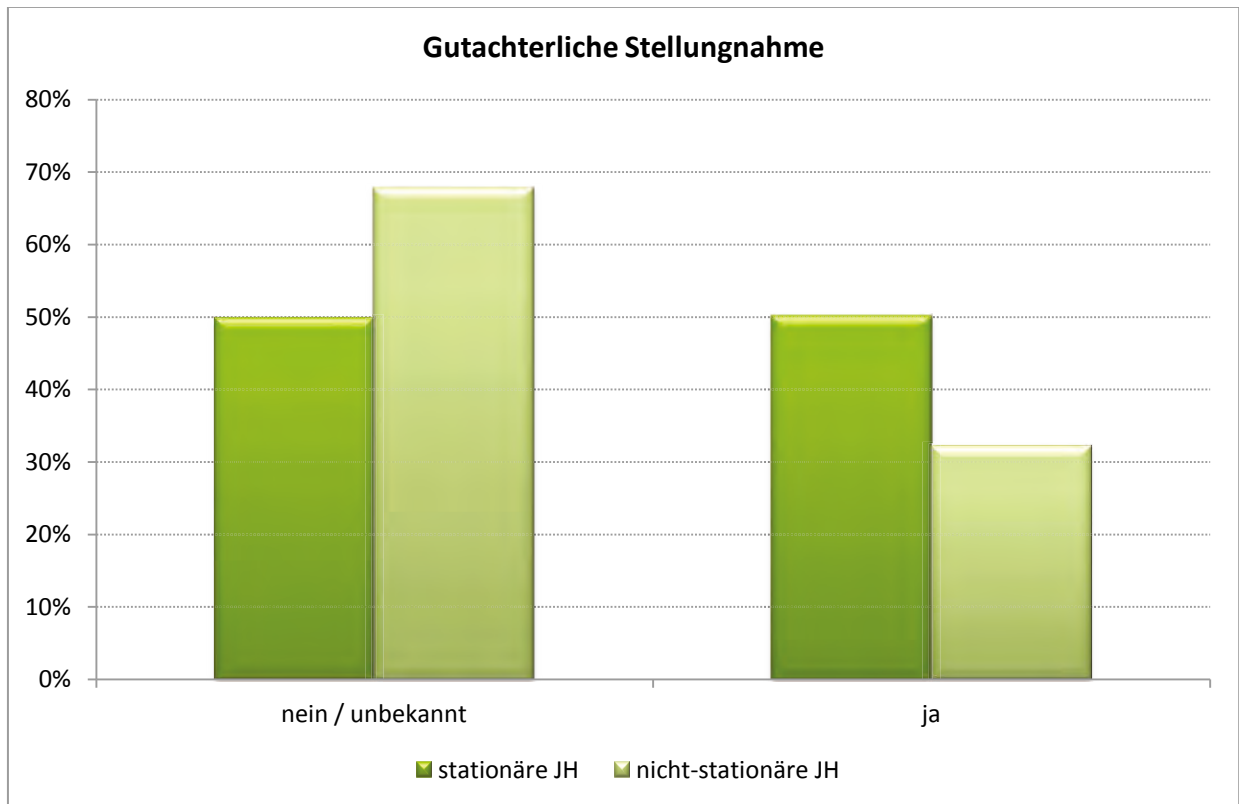


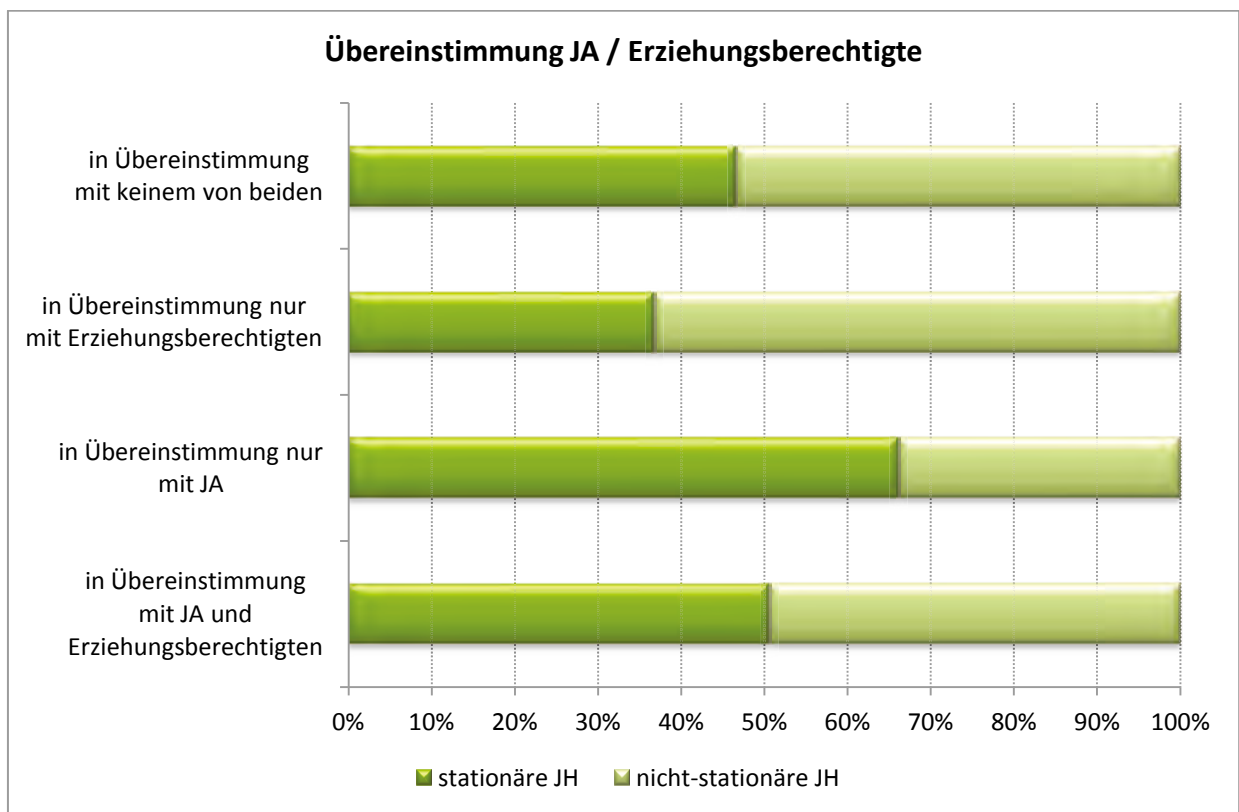
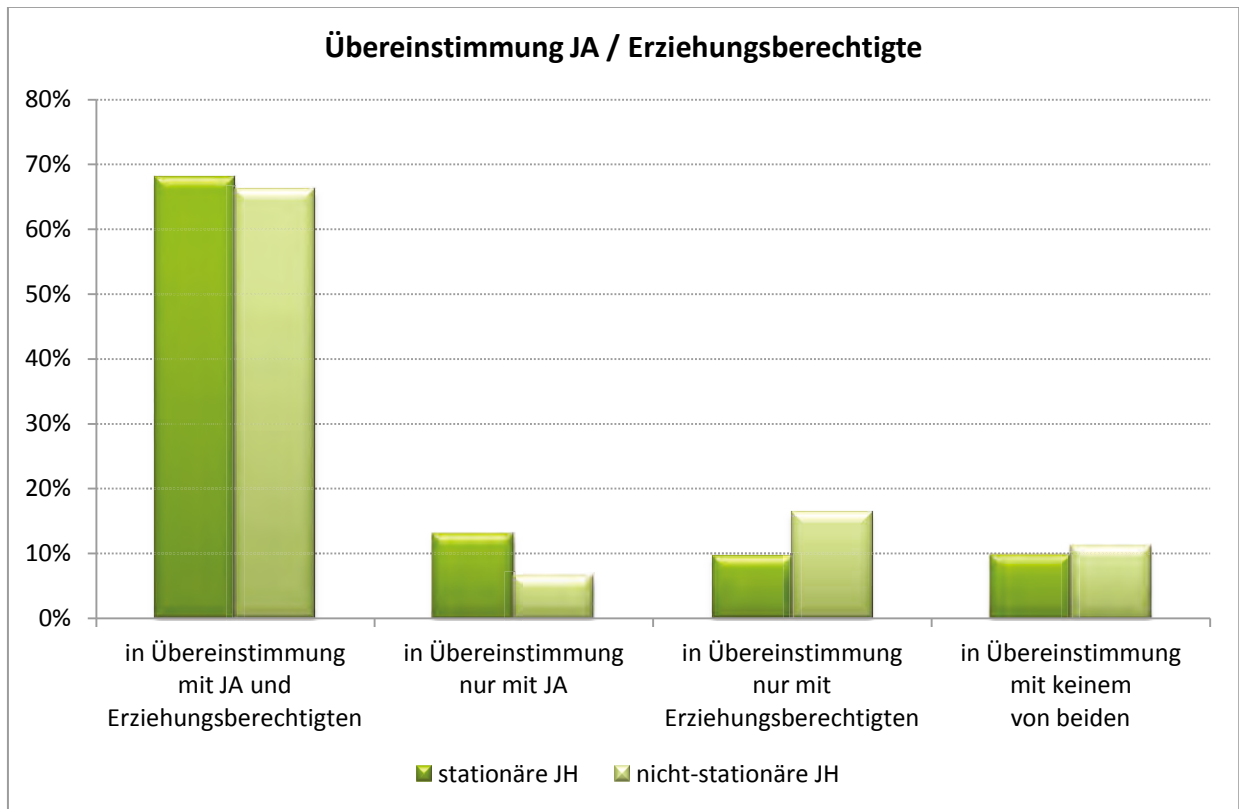


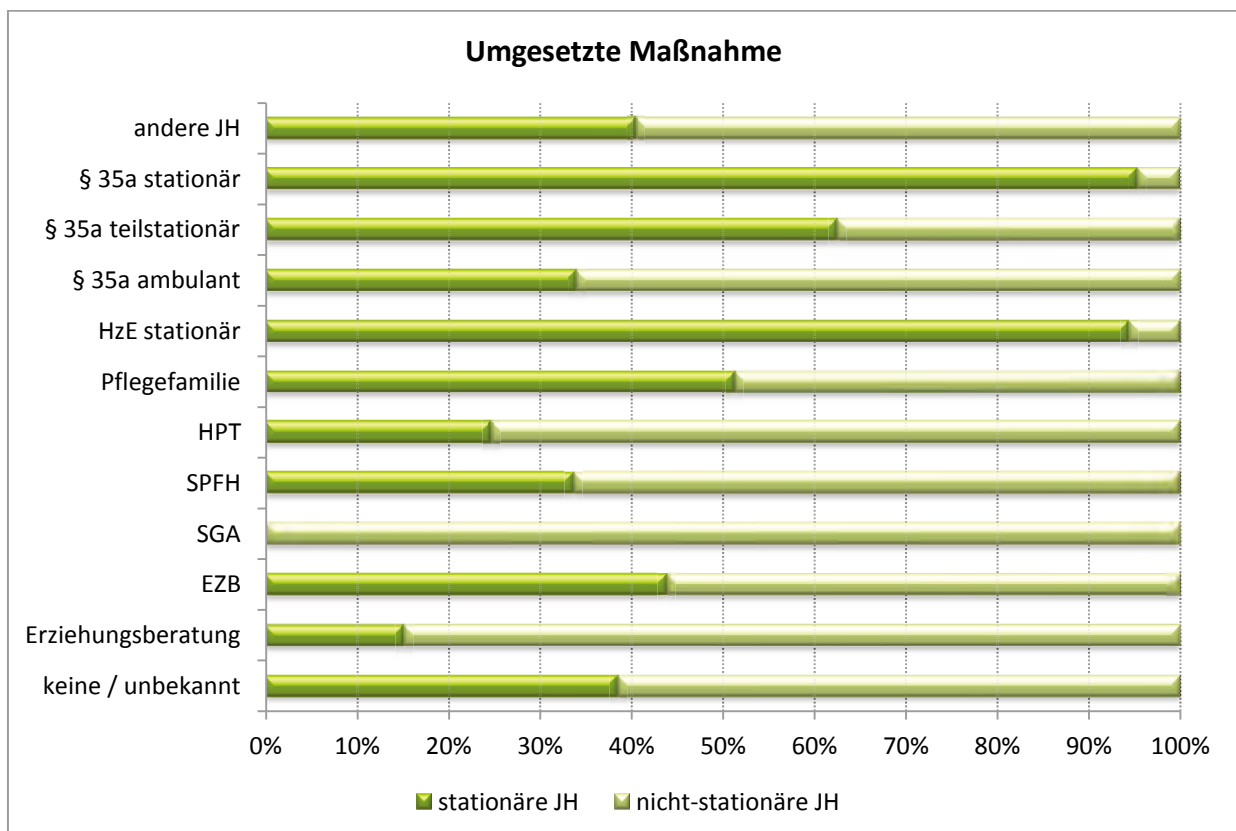
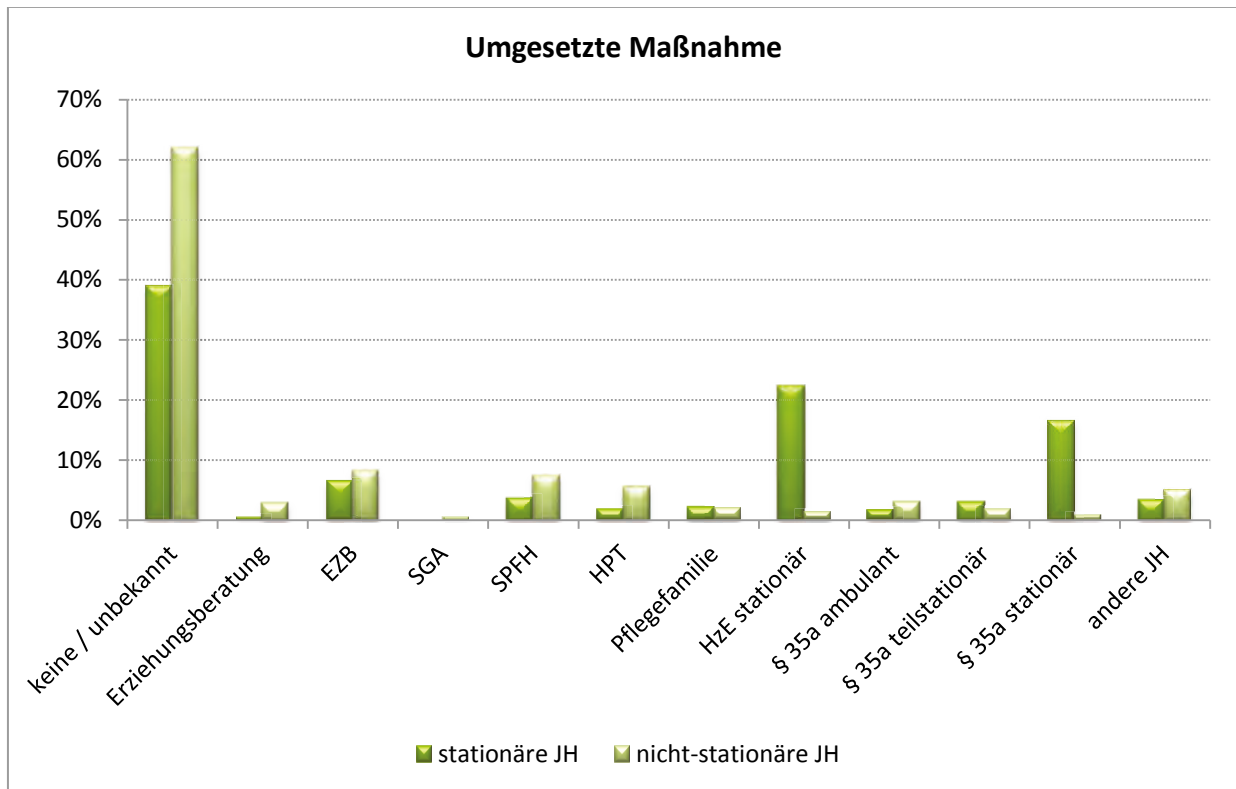


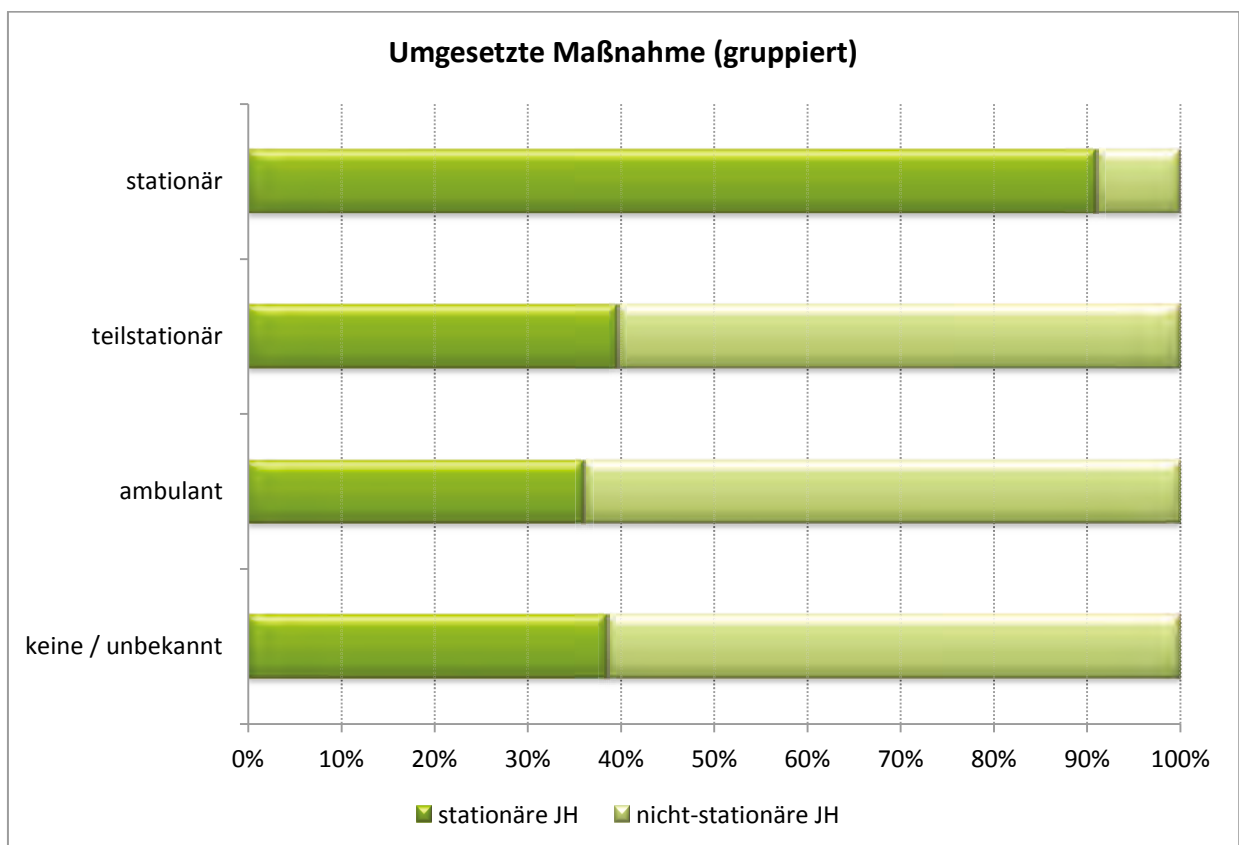
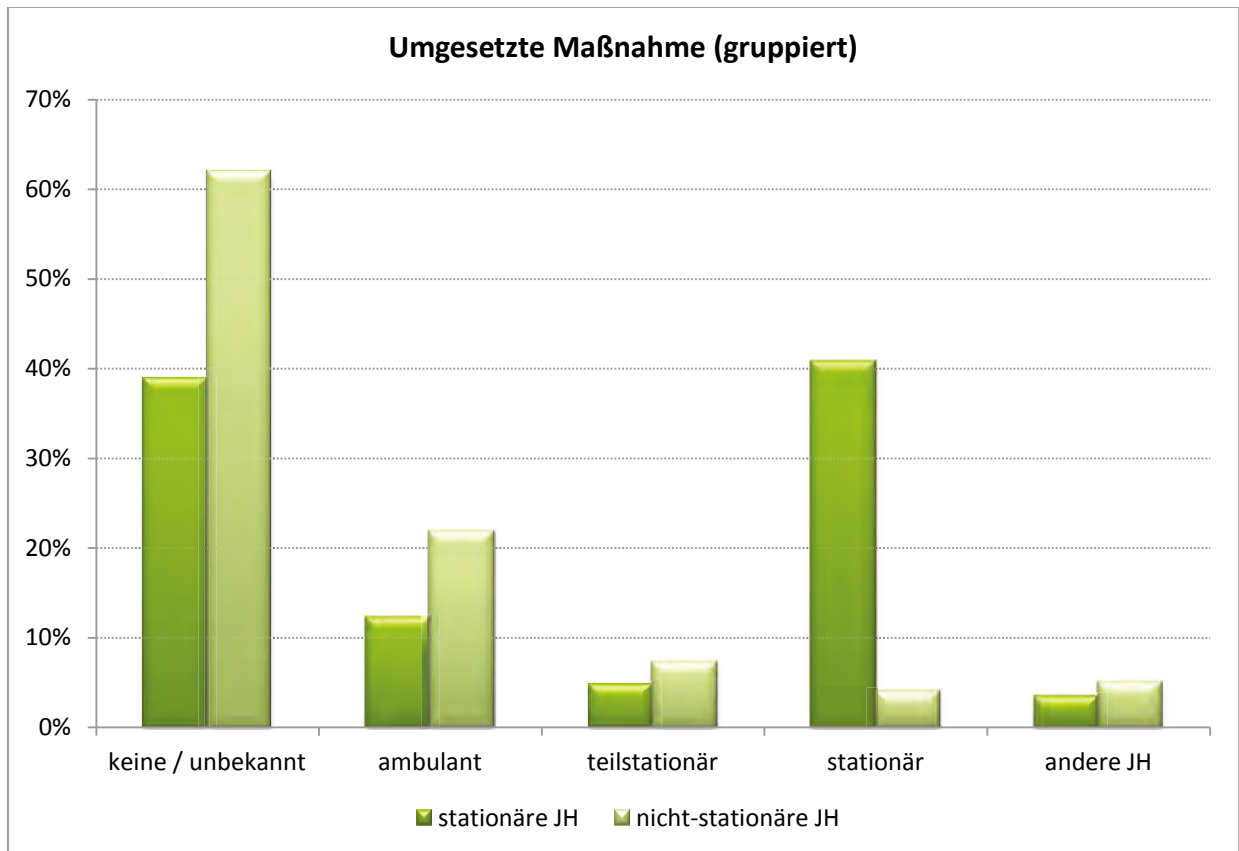


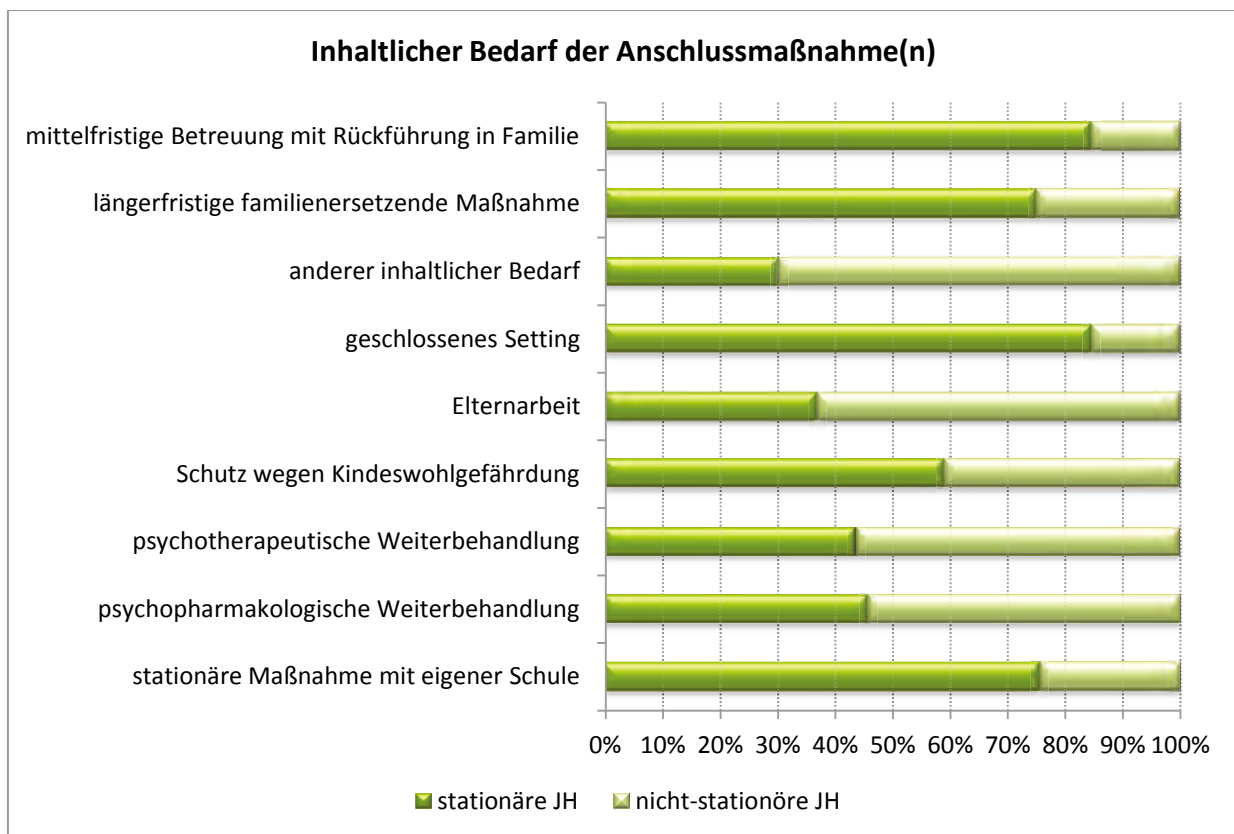
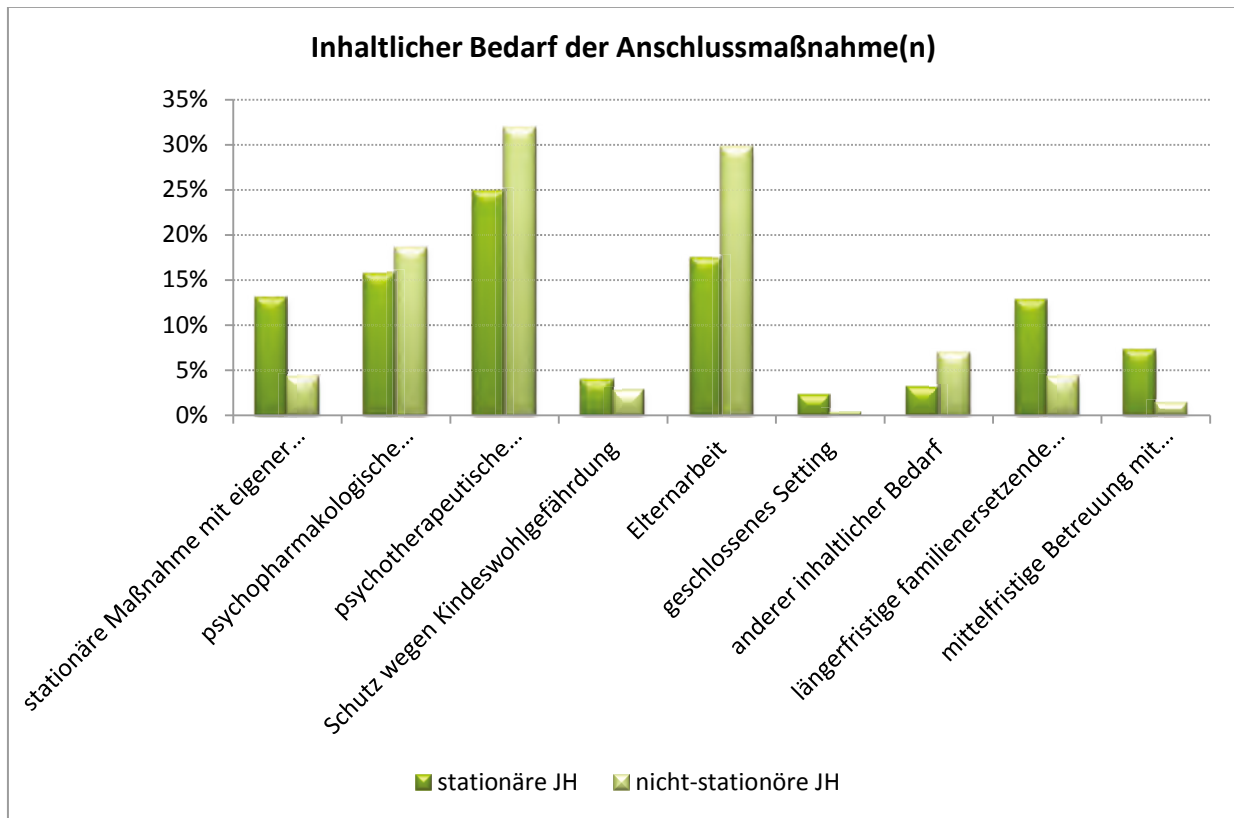


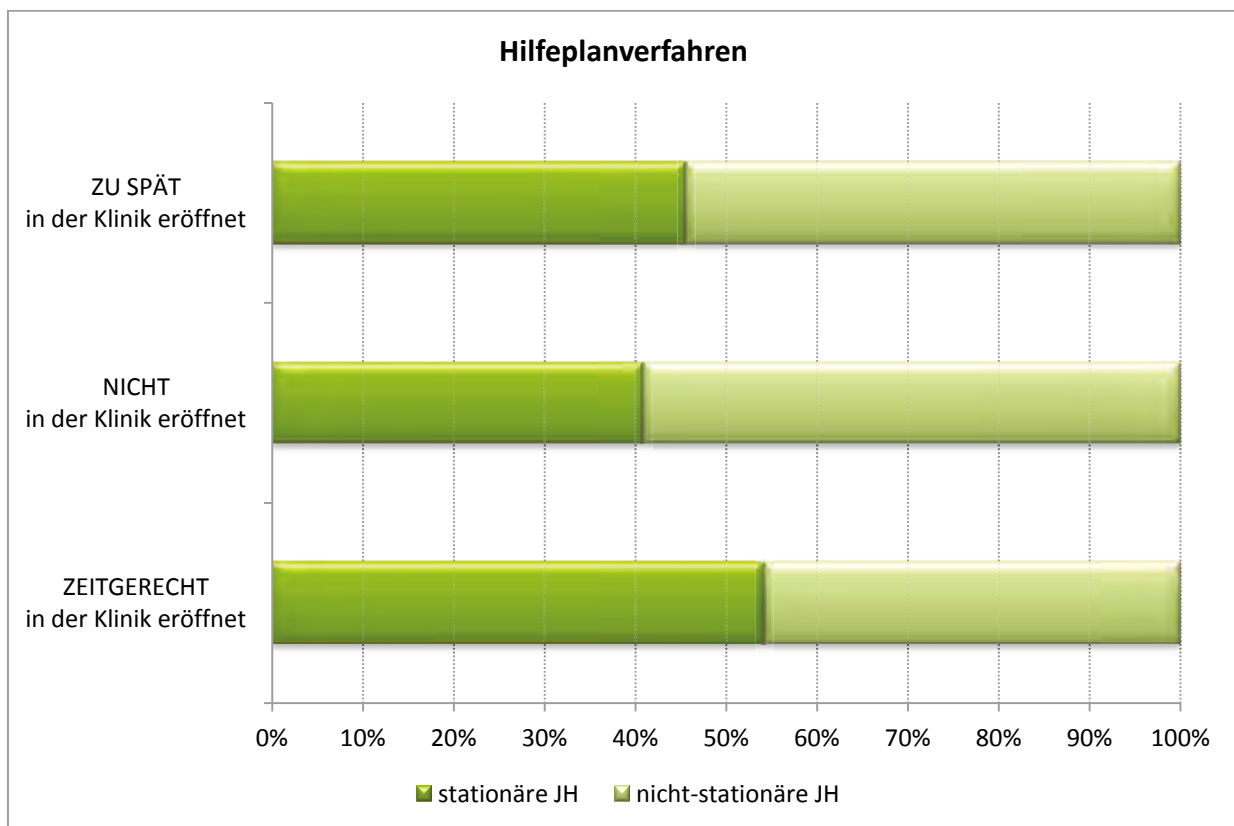
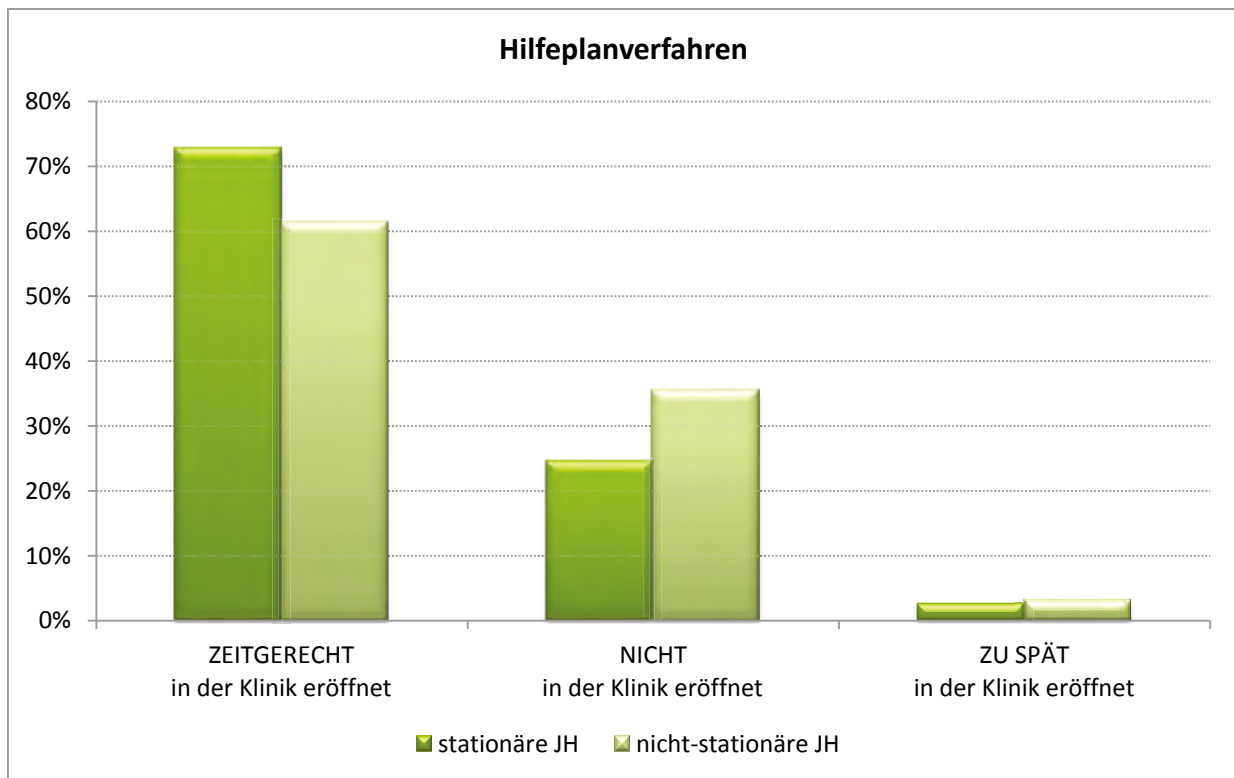












Erfassungsbogen zum gemeinsamen Versorgungsbedarf KJPP – JH

0. Klinikschlüssel: ☐☐

Klientendaten

1. Klient Kürzel: ☐☐ (1. Buchstabe Vorname, 1. Buchstabe Nachname)
2. Geschlecht: 1 männlich 2 weiblich
3. Geburtsdatum: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐☐
4. Aufnahmedatum: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐☐
5. Entlassdatum: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐☐

6. Aufnahmemodus	1. Regulär 2. Notfall 3. Gutachten
7. Aufenthalt vor Aufnahme	1. Leibliche Eltern 2. Leibliche Mutter mit Stiefvater 3. Leiblicher Vater mit Stiefmutter 4. Alleinerziehende Mutter 5. Alleinerziehender Vater 6. Pflegefamilie 7. Andere Wohnform 7.1 Stationäre Jugendhilfe 7.2 Reha-/Therapieeinrichtung 7.3 Wohnt allein 8. Sonstiger: _____
8. Schichtzugehörigkeit	1. Ungelernter Arbeiter 2. Angelernter Berufe 3. Facharbeiter, Handwerker, Angestellte, Beamte im einfachen Dienst 4. Mittlere Angestellte, Beamte im mittleren Dienst 5. Höher qualifizierte Angestellte, Beamte im gehobenen Dienst 6. Leitende Angestellte, Beamte im höheren Dienste 7. Kleinste Selbständige, ambulantes Gewerbe 8. Kleine Selbständige Gewerbetreibende 9. Selbständige Handwerker, Landwirte, Gewerbetreibende (kleine Betriebe) 10. Selbständige Handwerker, Landwirte (mittlere Geschäfte, Betriebe) 11. Selbständige Akademiker, freie Berufe, größere Unternehmen

Daten zur Jugendhilfeanschlussmaßnahme

19. Wurde eine gutachterliche Stellungnahme zur Eingliederungshilfe erstellt?	☐ Nein ☐ Ja
20. Empfohlene/indizierte Anschlussmaßnahme	1. Erziehungsberatung 2. Erziehungsbeistandschaft 3. Soziale Gruppenarbeit 4. SPFH 5. Tagesstätte 6. Pflegefamilie 7. Stationäre Maßnahme 8. Eingliederungshilfe 8.1 in ambulanter Form 8.2 in teilstationärer Form 8.3 in stationärer Form 9. Andere: _____
21. Die Maßnahme wurde...empfohlen	1. in Übereinstimmung mit dem Jugendamt und den Eltern/Erziehungsberechtigten... 2. in Übereinstimmung mit dem Jugendamt und nicht in Einstimmung mit den Eltern/Erziehungsberechtigten... 3. in Übereinstimmung mit den Eltern und nicht in Übereinstimmung mit dem Jugendamt... 4. weder in Übereinstimmung mit dem Jugendamt noch mit den Eltern...
22. Direkt im Anschluss an die Behandlung umgesetzte Jugendhilfemaßnahme	1. Keine 2. Nicht bekannt 3. Erziehungsberatung 4. Erziehungsbeistandschaft 5. Soziale Gruppenarbeit 6. SPFH 7. Tagesstätte 8. Pflegefamilie 9. Stationäre Maßnahme 10. Eingliederungshilfe 10.1 in ambulanter Form 10.2 in teilstationärer Form 10.3 in stationärer Form 11. Andere: _____

23. Welche inhaltlichen Schwerpunkte werden für eine stationäre Anschlussmaßnahme als zentral angesehen? (Mehrfachnennung möglich)	1. Stationäre Maßnahme mit eigener Schule (E-Schule) 2. Psychopharmakologische Weiterbehandlung 3. Psychotherapeutische Behandlung 4. Schutz wegen Kindeswohlgefährdung 5. Elternarbeit 6. Geschlossenes Setting 7. Längerfristige familienersetzende Maßnahme 8. Mittelfristige Betreuung mit Rückführung in Familie 9. _____ 10. _____
24. Das Hilfeplanverfahren wurde...	1. zeitgerecht in der Klinik eröffnet 2. nicht in der Klinik eröffnet 3. zu spät in der Klinik eröffnet 4. _____
25. Kommentar zum Hilfeplanverfahren: _____ _____ _____	

Achse V – Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

☐ Keine:

0 = unzutreffend

1 = trifft zu

9 = logisch nicht möglich/unbekannt

1.	Abnorme intrafamiliäre Beziehungen Mangel an Wärme in der Eltern-Kind Beziehung, Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen feindliche Ablehnung/ Sündenbockzuweisung gegenüber Kind, körperliche Kindesmisshandlung, sexueller Missbrauch (innerhalb der Familie)	0	1	9
2.	Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie Psychische Störung/abweichendes Verhalten eines Elternteils, Behinderung eines Elternteils, Behinderung der Geschwister	0	1	9
3.	Inadäquate/verzerrte intrafamiliäre Kommunikation Widersprüchliche Botschaften, Tendenz, über längere Zeit zu niemand Bestimmten zu sprechen, unangebrachte Zurückhalten von familiären Schlüsselfunktionen, regelmäßige Verleugnung familiärer Schwierigkeiten..	0	1	9
4.	Abnorme Erziehungsbedingungen Elterliche Überfürsorge, unzureichende elterliche Aufsicht/ Steuerung, Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt, unangemessene Anforderungen/Nötigungen durch Eltern	0	1	9
5.	Abnorme unmittelbare Umgebung Erziehung in einer Institution, abweichende Elternsituation, isolierte Familie, Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung	0	1	9
6.	Akute, belastende Lebensereignisse Verlust einer Liebes- oder engen Beziehung, bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung, negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder, Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen, sexueller Missbrauch (außerhalb der Familie), unmittelbare, beängstigende Erlebnisse	0	1	9
7.	Gesellschaftliche Belastungsfaktoren Verfolgung oder Diskriminierung, Migration oder soziale Verpflanzung	0	1	9
8.	Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit Abnorme Streitbeziehungen mit Schülern/Mitarbeitern, Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder, allgemeine Unruhe in Schule/Arbeitssituation	0	1	9
9.	Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes Institutionelle Erziehung, bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung, abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen	0	1	9

Achse VI – Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

- 0: **Herausragende/gute soziale Funktionen in allen sozialen Bereichen**
Gute zwischenmenschliche Beziehungen mit Familie, Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der Familie. Kann sich mit allen üblichen sozialen Situationen effektiv auseinandersetzen und verfügt über ein gutes Spektrum an Freizeitaktivitäten und Interessen.
- 1: **Mäßige soziale Funktion, aber mit vorübergehenden oder geringeren Schwierigkeiten in nur ein oder zwei Bereichen**
- 2: **Leichte soziale Beeinträchtigung**
Adäquates Funktionsniveau in den meisten Bereichen aber leichte Schwierigkeiten in mindestens ein oder zwei Bereichen (wie z.B. Schwierigkeiten mit Freundschaften, gehemmte soziale Aktivitäten/Interessen, Schwierigkeiten mit innerfamiliären Beziehungen, wenig effektive soziale Coping-Mechanismen oder Schwierigkeiten in den Beziehungen zu Erwachsenen außerhalb der Familie)
- 3: **Mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen**
- 4: **Ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen**
Z. B. erheblicher Mangel an Freunden, Unfähigkeit mit neuen sozialen Situationen zu Recht zu kommen oder Schulbesuch nicht mehr möglich.
- 5: **Ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen**
- 6: **Funktionsunfähig in den meisten Bereichen**
Benötigt ständige Aufsicht oder Betreuung zur basalen Alltagsbewältigung, ist nicht in der Lage für sich selbst zu sorgen.
- 7: **Schwere und durchgängige soziale Beeinträchtigung**
Manchmal unfähig für eine minimale Körperhygiene zu sorgen oder braucht zeitweise strenge Beaufsichtigung um Gefahrensituationen für sich selbst oder andere zu verhüten oder schwere Beeinträchtigung in allen Bereichen der Kommunikation.
- 8: **Tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung**
Ständige Unfähigkeit für die eigene Körperhygiene zu sorgen oder ständige Gefahr sich selbst oder andere zu verletzen oder völliges Fehlen von Kommunikation.

