

Aus der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
der Ludwig-Maximilians-Universität München  
Direktor: Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne

# **Zufriedenheit der Mitarbeiter von Jugendhilfeeinrichtungen**

**mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen  
Poliklinik**

eine Nachbefragung

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
Katharina Barbara Hemmer  
aus München  
2010

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Reiner Frank

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Rüdiger von Kries

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h.c. M. Reiser, FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 14.01.2010

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>1</b>
1.1	<b>QUALITÄTSSICHERUNG</b>	<b>1</b>
1.1.1	Begriffsdefinition	1
1.1.2	Dimensionen der Qualitätssicherung	4
1.2	<b>KINDER- UND JUGENDHILFE</b>	<b>4</b>
1.3	<b>SCHNITTSTELLE JUGENDHILFE UND KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE</b>	<b>6</b>
1.4	<b>KOOPERATION</b>	<b>7</b>
1.5	<b>STUDIEN ZUR KOOPERATION UND ZUR ZUFRIEDENHEIT</b>	<b>8</b>
1.5.1	Studien zur Kooperation und Zufriedenheit in der Literatur	9
1.5.2	Münchener Studie zur Zufriedenheit	11
<b>2</b>	<b>FRAGESTELLUNGEN</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>METHODIK</b>	<b>15</b>
3.1	<b>SETTING</b>	<b>15</b>
3.1.1	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	15
3.1.2	Jugendhilfeeinrichtungen und deren Fachleute	17
3.2	<b>ERHEBUNGSINSTRUMENT</b>	<b>23</b>
3.2.1	Basisdokumentation 1999/2000- Strukturdaten der Ausgangsstichprobe	23
3.2.2	Fragebogen	24
3.3	<b>STICHPROBE</b>	<b>27</b>
3.3.1	Stichprobe Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie- Basisdokumentation 1999/2000	28
3.3.2	Mitarbeiter der Jugendhilfe (n=80)	45
3.4	<b>AUSWERTUNGSKONZEPT</b>	<b>47</b>
3.4.1	Datenerhebung	47
3.4.2	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (n=45)	47
3.4.3	Mitarbeiter Jugendhilfe (n=80)	47
<b>4</b>	<b>ERGEBNISSE</b>	<b>51</b>
4.1	<b>DATENERHEBUNG</b>	<b>51</b>
4.1.1	Antwortverhalten	51
4.1.2	Nichtantworter (n=9)	52
4.2	<b>ZUFRIEDENHEIT JUGENDHILFE (N=80)</b>	<b>56</b>
4.2.1	Auswertung der formalen Fragen	56
4.2.2	Darstellung der Einzelfragen (n=71)	60
4.2.3	Rangreihe der Einzelfragen- alle Einrichtungen	68
4.2.4	Rangreihen der Einzelfragen- Hilfearten im Vergleich	70
4.2.5	Nichtbeantwortete Einzelfragen	75
4.2.6	Freie Fragen	78
4.3	<b>ZUFRIEDENHEIT DER JUGENDHILFEINSTITUTIONEN IM VERGLEICH</b>	<b>79</b>
4.3.1	Einzelfragen der Zufriedenheit im Vergleich	79
4.3.2	Zusammenfassende Darstellung der Zufriedenheit im Vergleich	81
4.3.3	Vergleich der Gesamtzufriedenheit und der Ergebnisqualität nach Hilfearten	84

<b>5</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>86</b>
<b>5.1</b>	<b>STUDIEN ZUR JUGENDHILFE</b> .....	<b>86</b>
5.1.1	Münchener Studie zur Zufriedenheit .....	86
5.1.2	Studien Jugendhilfe/Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Literatur .....	87
5.1.3	Strukturbedingungen: Vergleich der Münchener Ambulanz mit den Einrichtungen der Jugendhilfeeffectstudie (JHES) .....	89
<b>5.2</b>	<b>GEMEINSAMES KLIENTEL DER JUGENDHILFE UND KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE- STICHPROBEN IM VERGLEICH</b> .....	<b>90</b>
5.2.1	Soziodemographische Daten .....	92
5.2.2	Diagnosen im Vergleich .....	96
5.2.3	Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik und der Gesamtsituation/Familienbeziehungen (Garf-Skala)/ MBF .....	100
5.2.4	Was kennzeichnet die Kinder und Jugendlichen mit Jugendhilfebedarf? .....	102
<b>5.3</b>	<b>EINRICHTUNGEN UND VERLÄUFE</b> .....	<b>103</b>
5.3.1	Methodik der Studien .....	104
5.3.2	Antwortverhalten .....	105
5.3.3	Entwicklungsverlauf der Kinder und Jugendlichen .....	106
<b>5.4</b>	<b>ZUFRIEDENHEIT DER JUGENDHILFE</b> .....	<b>107</b>
5.4.1	Wunsch und Wirklichkeit .....	107
5.4.2	Strukturbedingungen und Kooperationsbeziehungen .....	110
5.4.3	Kooperation mit den Eltern und dem Patienten .....	112
<b>5.5</b>	<b>HELFERKONFERENZ- KOOPERATION ALLER BETEILIGTEN</b> .....	<b>114</b>
<b>5.6</b>	<b>AUSBLICK</b> .....	<b>115</b>
<b>6</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>116</b>
	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b> .....	<b>120</b>
	<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b> .....	<b>124</b>
	<b>TABELLENVERZEICHNIS</b> .....	<b>125</b>
	<b>ANHANG</b> .....	<b>126</b>
	<b>ANSCHREIBEN AN DIE JUGENDHILFEEINRICHTUNGEN</b> .....	<b>126</b>
	Erstes Anschreiben mit Fragebogen .....	126
	Erstes Erinnerungsschreiben .....	129
	Zweites Erinnerungsschreiben .....	130
	<b>ÜBERSICHT DER BETEILIGTEN JUGENDHILFEEINRICHTUNGEN</b> .....	<b>131</b>
	<b>STRUKTURDATEN DER JUGENDHILFESTICHPROBE- BASISDOKUMENTATION 1999/ 2000</b> .....	<b>134</b>
	Erste Achse: klinisch-psychiatrisches Syndrom .....	134
	Fünfte Achse: Assoziierte abnorme psychosoziale Umstände .....	136

## **Abkürzungsverzeichnis**

ASD/ JA Allgemeiner Sozialdienst/Jugendamt

CBCL Child Behavior Checklist

EB Erziehungsberatung(-sstelle)

EZE Fragebogen „Elternzufriedenheit mit der Erziehungshilfe“

HPT Heilpädagogische Tagesstätte

JHES Jugendhilfeeffectstudie

KINDL Münchner Lebensqualitätfragebogen für Kinder

KJHG Kinder- und Jugendhilfegesetz

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie

M Mittelwert

MAS Multiaxiales Klassifikationsschema zur Erfassung psychischer Störungen

N Stichprobengröße

STD Standardabweichung

SPSS Statistical Package for Social Sciences

SGB V Fünftes Sozialgesetzbuch

SGB VII Siebtes Sozialgesetzbuch

SGB VIII Achtes Sozialgesetzbuch

# 1 EINLEITUNG

**„Kinder sind das köstlichste Gut eines Volkes.  
Sie haben Anspruch auf Entwicklung zu selbstbestimmungsfähigen  
und verantwortungsfähigen Persönlichkeiten.“**

Bayerische Verfassung Art. 125 Abs. 1 Satz 1 und 2

Die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe ist eine sensible Nahtstelle zwischen zwei sehr unterschiedlichen Systemen. Im Rahmen einer umfassenden Therapieplanung für Kinder- und Jugendliche mit psychiatrischen Problemen erweisen sich häufig Angebote der Jugendhilfe als Ziel führend.

Die Bewertung der Kooperationsbeziehungen der kooperierenden Partner der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wie zum Beispiel Schulen und Einrichtungen der Jugendhilfe ist eine wichtige Komponente der Qualitätsbeurteilung im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung.

Die folgende Arbeit untersucht die Zufriedenheit von Jugendhilfeeinrichtungen mit den Strukturbedingungen, der Kooperation, dem Beratungsprozess und dem Erfolg der Beratung an einer Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen der externen Qualitätssicherung.

## 1.1 Qualitätssicherung

Das Klinikum der Universität München mit den Standorten Großhadern und Innenstadt als führende Einrichtung der deutschen Hochschulmedizin gehört zu den größten Gesundheitseinrichtungen in Deutschland. Zu den 45 Kliniken, Abteilungen und Instituten gehört auch die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, die Maßnahmen zur Qualitätssicherung betreibt. Beispielsweise wurde die konsiliarische Zusammenarbeit mit der pädiatrischen und kinderchirurgischen Klinik ausgewertet und die Zusammenarbeit mit allen Fachbereichen innerhalb des Klinikums evaluiert. Eine regelmäßige Teilnahme am internationalen Arbeitskreis Konsilpsychiatrie besteht (Klinikum der Universität München- LMU 2009).

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Mitarbeiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den Kindern und deren Familien, mit Ärzten, Schulen und Mitarbeitern der Jugendhilfe ist fachspezifisch für diesen Bereich der Medizin, wie sie auch im 3. Qualitätsbericht des Klinikums der Universität München beschrieben, bislang aber noch nicht für den Bereich der Jugendhilfe evaluiert worden ist (Klinikum der Universität München- LMU 2009).

### 1.1.1 Begriffsdefinition

Gedanken zum Qualitätsmanagement und der Qualitätssicherung im Fachbereich der Medizin hat man sich bereits in den dreißiger Jahren des letzten Jahrhunderts gemacht.

Die Chirurgie hat erstmals Fehleranalysen als wissenschaftliches Instrument eingesetzt mit dem Ziel der Fehlerminimierung.

Die American Medical Association beschrieb 1986 eine differenzierte Definition von Qualität für den Bereich der Medizin (American Medical Association 1986).

Die Qualität medizinischer Leistungen beinhaltet folgende Aspekte:

- Betonung von Gesundheitsförderung, Vorbeugung von Krankheit und Invalidität, Früherkennung und Behandlung
- Zeitgerechte Behandlungsmaßnahmen ohne unnötige Verzögerung, Unterbrechung, voreiligen Behandlungsabschluss oder Behandlungsverlängerung
- Gewährleistung der Teilnahme und Kooperation der Patienten am Prozess der Behandlung und Therapieentscheidungen
- Festhalten an erprobten Grundsätzen der medizinischen Wissenschaft bei sachkundigem und angemessenem Einsatz anderer Gesundheitsberufe und Technologien
- Einfühlsame Behandlung unter Berücksichtigung der durch die Krankheit verursachten Anspannung und Angst, Sorge für das Wohlbefinden der ganzen Familie
- Erreichen eines guten Behandlungsergebnisses durch den sinnvollen Gebrauch von Technologien und anderen Behandlungsmöglichkeiten
- Ausreichende Dokumentation des Befindens der Patienten, um eine gleichmäßige und kollegiale Beurteilung zu erreichen

Qualität kann somit nur im Hinblick bestimmter Standards beurteilbar sein. Solche Standards sind unverzichtbar für die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen.

Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie steht die Qualitätssicherung seit Jahren im Mittelpunkt der gesundheitsökonomischen und politischen Diskussion.

Laut dem Gesundheits-Reformgesetz 1989 und des Gesundheitsstrukturgesetzes 1992 sind in der Bundesrepublik Deutschland qualitätssichernde Maßnahmen für alle Fachbereiche in der Medizin gesetzlich verankert und damit verbindlich geworden.

Sei dem 01.01.1989 sind durch das Gesundheitsreformgesetz alle nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser gemäß § 137 Sozialgesetzbuch V dazu verpflichtet, "*...sich an den Maßnahmen zur Quali-*

*tätssicherung zu beteiligen. Die Maßnahmen sind auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken. Sie sind so zu gestalten, dass vergleichende Prüfungen ermöglicht werden“ (Bundesvereinigung 03.02.2006).*

Das Gesetz verpflichtet die Krankenhäuser, die Qualität ihrer Leistungen zu sichern und weiterzuentwickeln. Ein wichtiger Teil dieser Qualitätssicherung sind „einrichtungsübergreifenden Maßnahmen“, die auch „externe vergleichende Qualitätssicherung“ genannt wird. Dabei soll die Qualität der Leistungen der Krankenhäuser gemessen und miteinander verglichen werden.

Die gesetzlich vorgeschriebene „externe Qualitätssicherung“ wird in Deutschland von der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung zusammen mit den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung durchgeführt. Alle Krankenhäuser, die für gesetzlich krankenversicherte Patienten zugelassen sind müssen sich daran beteiligen. Dieses „BQS-Verfahren“ misst die Qualität von etwa 20 % der Krankenhausbehandlungen. Diese werden jährlich zu einem Qualitätsreport zusammengefasst ([www.bqs-online.de](http://www.bqs-online.de)) (Klinikum der Universität München- LMU 2009).

S. Eichhorn definiert die Begriffe folgend: *„Qualität ist die Gesamtheit der Merkmale, die ein Produkt oder eine Dienstleistung zur Erfüllung vorgegebener Forderungen geeignet macht. Davon ausgehend bedeutet dann Qualitätsbeurteilung, Abweichungen zwischen der Ist- und der Sollausprägung der die Qualität determinierenden Merkmale zu erkennen, festzustellen und zu erfassen. Aufgabe einer darauf aufbauenden Qualitätssicherung ist es dann, durch eine systematische Analyse die Ursachen von Soll-Ist-Abweichungen aufzudecken und diese dann durch Einleitung geeigneter Korrekturmaßnahmen zu beseitigen, mit dem Ziel, gegenwärtig bestehende Qualitätsdefizite künftig zu vermeiden“* (Eichhorn 1993).

Damit stellt Qualität kein absolutes Merkmal dar und kann nur im Hinblick auf bestimmte Ziele definiert werden.

Qualitätsbeurteilung ist immer ein mehrdimensionales Werturteil. Humanität, Ethik, Wirtschaftlichkeit Effizienz und Effektivität fließen in diese Beurteilung mit ein. Externe und interne Qualitätssicherungsmaßnahmen sollen dazu beitragen Schwachstellen und Fehler in den jeweiligen Fachbereichen und Institutionen zu identifizieren, zu analysieren und dann zu verbessern.

Qualitätszirkel sollen eingerichtet werden, die die Prozesse der Qualitätssicherung und des Managements koordinieren.

Ein Qualitätszirkel ist ein Zusammenschluss einer eigens für diesen Prozess zusammengestellten Personengruppe, die ihre eigene Arbeit beschreiben, deren Qualität bewerten und dann Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung entwickeln und einleiten (Härter et al. 1999).

### 1.1.2 Dimensionen der Qualitätssicherung

Zur Analyse der Qualitätssicherung wird diese in verschiedene Faktoren unterteilt.

Mattejat und Remschmid (Mattejat und Remschmid 1995) teilen diese nach Donabedian (Donabedian 1980) ein:

- **Strukturqualität:** Unter der Strukturqualität sind die allgemeinen Rahmenbedingungen einer Institution zu verstehen, unter denen diese Leistungen erbringt. Beispiele sind demographische, finanzielle und materielle Charakteristika der Versorgungsinstitution wie Anzahl der Mitarbeiterstellen und die Mitarbeiterqualifikation, Erreichbarkeit der Institution, Terminvergabe, Eigenschaften der Räumlichkeiten und Art der Supervision.
- **Prozessqualität:** (auch: „Behandlungs“-qualität; Qualität der Behandlung und Versorgungsabläufe). Diese umfasst sämtliche Handlungen zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger. Sie beinhaltet die individuelle Qualität des Umgangs mit dem Patienten, der Konzeptumsetzung und des Ablaufs der Leistungen.
- **Ergebnisqualität:** Sie beurteilt die Effektivität und Effizienz der durchgeführten Maßnahmen, Behandlungserfolg und subjektive Kriterien aus Patientensicht, wie die Zufriedenheit mit der Behandlung oder die Lebensqualität. Die Ergebnisqualität beschreibt die Resultate, die der Leistungsprozess erzielt, subsumiert also die Erfolge und Misserfolge.

## 1.2 Kinder- und Jugendhilfe

Die Jugendhilfe umfasst viele historisch gewachsene Aufgaben und Institutionen, die junge Menschen und ihre Familien durch Erziehungs- und Bildungsprozesse begleiten, beraten, unterstützen und fördern sollen. Dabei kommen sowohl allgemeine Förderungsangebote, aber auch individuell begründete Hilfsangebote in Krisensituationen zu tragen. Darüber hinaus hat die Jugendhilfe auch eine Wächteraufgabe über das Kindeswohl, indem sie verpflichtet ist, einzuschreiten, wenn Kinder und Jugendliche durch ihre Lebenssituation gefährdet sind und drohen, Schaden zu nehmen (Schone 2004).

1922 wurden zum ersten Mal verschiedene sozialpädagogische Maßnahmen im Reichsjugendwohlfahrtsgesetz in einem Gesetz gebündelt, dessen Kern seit 1962 novelliert als Jugendwohlfahrtsgesetz bis 1990 Bestand hatte. Der Gegenstandsbereich der Jugendhilfe wird über das Kinder- und Jugendhilfegesetz definiert, welches die bis dahin stattgefundenen Diskussionen und Entwicklungen in einem zeitgemäßen Sozialleistungsgesetz in dem achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) bündelt (Schone 2004).

2005 wurde das Kinder- und Jugendhilfegesetz novelliert und damit präzisere Grundlagen für die Praxis des Kinderschutzes geschaffen. § 8a SGB VIII formuliert konkret den Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe. Er enthält, über den spezifischen Präventions- und Schutzcharakter hinaus

wichtige Grundaussagen für andere Hilfesystem, und zeigt insbesondere Wege der Kooperation im Kinderschutz auf (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung 2007).

Die **Aufgaben** der Kinder- und Jugendhilfe werden in § 1 Abs. 3 SGB VIII beschrieben:

- Junge Menschen sollen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung gefördert werden und es sollen Benachteiligungen vermieden oder abgebaut werden
- Eltern und andere Erziehungsberechtigte sollen bei der Erziehung beraten und unterstützt werden
- Kinder und Jugendliche sollen vor Gefahren für ihr Wohl geschützt werden
- Sowohl positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt sollen erhalten oder geschaffen werden

Andere Aufgaben der Jugendhilfe sind unter anderem:

- Die Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen– dies bedeutet die vorläufige Unterbringung bei einer geeigneten Person, in einer Einrichtung oder in einer sonstigen betreuten Wohnform
- Die Herausnahme des Kindes oder des Jugendlichen aus einer Wohnumgebung
- Die Mitwirkung in Verfahren vor den Vormundschafts- und den Familiengerichten
- Die Beratung und Belehrung in Verfahren zur Annahme als Kind
- Die Mitwirkung in Verfahren nach dem Jugendgerichtsgesetz
- Die Beratung und Unterstützung von Pflegern und Vormündern
- Amtspflegschaft und Amtsvormundschaft, Beistandschaft und Gegenvormundschaft des Jugendamtes

Leistungen der Jugendhilfe sind:

- Angebote der Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit und des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes
- Angebote zur Förderung der Erziehung in der Familie
- Angebote zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Tagespflege
- Hilfe zur Erziehung und ergänzende Leistungen
- Hilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche und ergänzende Leistungen
- Hilfe für junge Volljährige und Nachbetreuung

In einem Plädoyer hält die Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe den Ausbau der Kinder- und Jugendhilfeforschung für dringend geboten, da bisher die Entwicklungen und Problemlagen der quantitativen und qualitativen Expansion der Kinder- und Jugendhilfe nur unzureichend empirisch beobachtet und dokumentiert wurden. Das Wissen über beispielsweise Adressaten/innen, Nutzer/innen, den „Outcome“ der Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe werde als nicht ausreichend angesehen. Veränderungen in den einzelnen Jugendhilfebereichen erfolgen häufig ohne ausreichende empirische Vergewisserungen. Ein deutlicher Handlungsbedarf bestehe auch im Hinblick auf den effektiven Transfer

von Forschungsergebnissen in die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe (AGJ: Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe 2003).

Kooperative, partnerschaftliche und selbstbestimmte Arbeitsweisen gewinnen im Rahmen der Sozialen Arbeit immer mehr an Bedeutung. Auch aufgrund knapper werdender Ressourcen der Kostenträger sowie gesetzlicher Verpflichtung zur Zusammenarbeit erfreut sich das Thema Kooperation wachsenden Interesses. Doch die Zusammenarbeit von Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe scheint noch immer nicht einfach zu sein. Was belastet diese Kooperationen? Was gibt immer wieder Anlass zu Klagen und Kritik? Unzureichende Kenntnisse über die fachlichen Orientierungen, Konzepte und Methoden, aber auch über die Bedingungen und Grenzen des jeweils anderen Arbeitsfeldes sind ein häufig angeführter Grund.

### **1.3 Schnittstelle Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Seit vielen Jahren ist der Grenzbereich von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie Gegenstand vieler Diskussionen (Gintzel und Schone 1990).

Die Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe ist mit der ersten Novellierung des § 35a KJHG („Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche“) gesetzlich verankert worden. Zusammen mit den Hilfeplanbestimmungen gemäß § 36 KJHG ist die Jugendhilfe zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie verpflichtet worden. Die geforderte Kooperation der beiden Disziplinen bietet ein breites Spektrum von Möglichkeiten an Hilfemaßnahmen für psychisch belastete Kinder und Jugendliche. Allerdings muss die Zusammenarbeit aufeinander abgestimmt, Probleme müssen gemeinsam definiert und klare Richtlinien für die Zusammenarbeit geschaffen werden (Höger und Rothenberger 1998).

Bei vielen Kindern und Jugendlichen in schwierigen Lebenssituationen lassen sich die Zuständigkeiten der Jugendhilfe oder Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht abgrenzen; diese Kinder bedürfen vieler verschiedener Hilfe- und Behandlungsarten zusammen.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie stellt den Jugendhilfebedarf von Kindern und Jugendlichen fest und benötigt die Jugendhilfe zum Beispiel für Bereiche wie Alltagsbewältigung, Schulprobleme und für Kriseninterventionen. Die Jugendhilfe braucht die Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Diagnostik von Störungen und Erkrankungen, zur Beratung und auch für Kriseninterventionen. Die Hilfemaßnahmen werden von der Jugendhilfe entschieden und finanziert, die Jugendämter koordinieren diese.

Aufgrund der Überschneidung der Tätigkeitsbereiche der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der häufig unklaren Abgrenzung der Kinder und Jugendlichen der beiden Fachdisziplinen kann es zu Zuständigkeiten- und Kompetenzproblemen kommen.

*„Zentraler Ausgangspunkt aller Diskussionen ist immer wieder die Frage nach der Zuständigkeit der beiden Fachdisziplinen für die Bearbeitung besonders ausgeprägter Lebenskrisen von Kindern und*

*Jugendlichen. Die Klärung der Zuständigkeit ist zwangsläufig verbunden mit dem Problem der Abgrenzung zur jeweils anderen Disziplin beziehungsweise mit der Notwendigkeit zur Kooperation in den sogenannten »Grenzfällen«, wo sich eine alleinige Zuständigkeit von Jugendhilfe (Sicherstellung von Erziehungsleistungen) oder Jugendpsychiatrie (Behandlung psychiatrischer Erkrankungen) nicht begründen lässt.“ (Schone 2007).*

Die Schnittstellenproblematik wurde schon vor Jahren beschrieben und ist bis heute noch nicht ausreichend aufgearbeitet worden.

Meist handelt es sich um hoch belastete Kinder, Jugendliche und ihre Familien, die mehrmals und immer wieder mit den Systemen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe in Berührung kommen. Oftmals werden Kinder und Jugendliche in Krisensituationen von einer Institution in die nächste verlegt mit der Hoffnung auf eine bessere Problemlösungskompetenz. Dort kommt es gegebenenfalls zu einer vorübergehenden Entspannung der Situation, häufig führen die erlebten Beziehungsabbrüche zu einer Progredienz bestehender Problematiken und eine erneute Krise kann entstehen (Fanshel et al. 1990).

Durch eine intensive Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe zu einem möglichst frühen Zeitpunkt und nicht erst in Krisensituationen, kann und soll ein „Drehtüreffekt“ und „Verschiebebahnhof“ vermieden werden.

In dem Bereich dieser Schnittmengen sind Kooperationsformen zu finden und zu entwickeln, um den Kindern und Jugendlichen individuelle Hilfen gewähren zu können.

## **1.4 Kooperation**

### Was bedeutete der Begriff „Kooperation“ ursprünglich?

Die Begriffsdefinition der Etymologie, die eine erste Annäherung zu einem Begriff ermöglicht, kann nur wenig Aufklärungsarbeit leisten. Sicher ist nur, dass das Wort „cooperatio“ aus dem Kirchenlatein stammt und zunächst mit „Mitarbeit“ übersetzt wurde. Der „Kooperator“ war ein Hilfspriester, der zeitlich beschränkt Aufgaben für die Kirche wahrnahm (Lindner 1960).

### Was bedeutet Kooperation heute?

Kooperation ist heutzutage in aller Munde; in vielen Bereichen, wie Sozialwissenschaften, Pädagogik, Gesundheitswesen und Jugendhilfe ist sie geradezu zu einem Modebegriff geworden.

W. Feuerhelm beschreibt in einem Vortrag, dass verschiedene Gründe für eine solche Entwicklung genannt werden können:

- Eine verbesserte Kooperation verspricht eine Reduzierung von Kosten
- Eine gute Zusammenarbeit hilft Doppelbelastungen zu vermeiden und
- Der fachliche Austausch gilt als Qualitätskriterium (mit einer intensiven Kooperation wird die Hoffnung auf Qualifizierung der eigenen Arbeit verbunden)

„Den letzten Aspekt könnte man auch negativer, vielleicht schon pessimistisch betrachten. Könnte der Ruf nach mehr Kooperation nicht auch das heimliche Eingeständnis des Scheiterns umfassen, mit eigenen Konzepten und Ansätzen im Feld effektiv und ökonomisch zu arbeiten?“ (Feuerhelm 2000).

#### Ab wann beginnt Kooperation?

- Schon bei der Weitergabe von Einzelakten?
- Bei der Zuweisung von Kindern über die Jugendhilfe in die Kinder- und Jugendpsychiatrie?
- Erst bei der Zusammenarbeit in Helferkonferenzen?

**Kooperation bedeutet ein gemeinsames Ziel, die Wahl geeigneter Mittel, gemeinsame Umsetzung und Erfolgskontrolle.**

Über eine Untergrenze, was noch als Kooperation aufgefasst wird, würde man nicht so leicht eine Einigung erzielen können. Ebenso müssten weitere Ebenen berücksichtigt werden. Es wäre für die Beschreibung von Kooperationszusammenhängen sicherlich von Bedeutung, ob diese aufgrund gesetzlicher Anordnung, wie § 36 SGB VIII, nach behördlicher Anweisung oder „nur“ aufgrund persönlicher Sympathie der beteiligten Personen eintreffen. Auch zeitliche Ebenen müssten Berücksichtigung finden. Es macht einen erheblichen Unterschied, ob es sich bei der Zusammenarbeit zwischen den Institutionen um dauerhafte Einrichtungen, um ein zeitlich befristetes Modellprojekt oder um eine einzel-fallbezogene Problembearbeitung handelt.

Festzuhalten bleibt, dass sich hinter dem Schlag- oder Modewort der Kooperation bei genauerem Hinsehen ein Feld verbirgt, das noch immer einer systematischen Beschreibung harret. Missverständnisse scheinen vorprogrammiert. Die begrifflichen Unsicherheiten setzen sich fort und erklären vielleicht, warum man hier, trotz der Konjunktur des Begriffes, kaum auf einschlägige wissenschaftliche Arbeiten zurückgreifen kann. Es bestehen noch erhebliche Lücken, auch im methodischen Bereich. Es fehlt etwa an eingeführten, getesteten und allgemein akzeptierten Instrumenten zur Messung von Kooperation und deren Qualität. Der vielfach praktizierte pragmatische Ausweg, die Beteiligten um Einschätzungen hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit der Kooperation zu befragen, erscheint nur eine vorläufige Notlösung (Feuerhelm 2000).

## **1.5 Studien zur Kooperation und zur Zufriedenheit**

Es gibt bis jetzt wenige Studien im Bereich der Jugendhilfeforschung, die die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe behandeln und beantworten. Und es gibt kaum Untersuchungen, die die Zufriedenheit der Jugendhilfeeinrichtungen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und deren Kooperation evaluieren.

Im Folgenden werden fünf Untersuchungen vorgestellt, die sich mit der der Schnittstelle Kinder- und Jugendpsychiatrie/Jugendhilfe und deren interdisziplinären Kooperation befassen:

### 1.5.1 Studien zur Kooperation und Zufriedenheit in der Literatur

#### **Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe- Jugendhilfeeffectstudie (JHES)(Bundesministerium für Familie 2002)**

Verschiedene Arbeitsgruppen der Jugendhilfeeffectstudie (JHES) beschäftigten sich mit Fragestellungen der Planung, Effektivität von Jugendhilfemaßnahmen und deren Effektstabilität in einer katamnischen Untersuchung.

Ziele dieser Studie waren:

- Verbesserung von Planung und Durchführung von Jugendhilfemaßnahmen
- Vergleich des Leistungsspektrums verschiedener Jugendhilfeangebote
- Ermöglichung von Prognosen in der Jugendhilfe
- Entwicklung von Methoden zur Befunderstellung, Erfolgsbeurteilung und deren Standardisierung

Die JHES- Studie ist eine prospektive Längsschnittstudie (Verlaufsstudie), die mehrere Hilfeangebote systematisch in ihrem Leistungsspektrum an vier Erhebungszeitpunkten an vier Standorten multizentrisch miteinander vergleicht.

233 Hilfen zur Erziehung wurden von der Planung bis ein Jahr nach Abschluss, längstens drei Jahre verfolgt.

Beteiligt waren: 44 Kinder in Erziehungsberatungsstellen, 40 in Erziehungsbeistandschaften, 49 in sozialpädagogische Familienhilfen, 51 Kinder in Tagesgruppen und 49 Kinder in Heimerziehung.

Zu verschiedenen Zeiträumen fanden in mehreren Jugendämtern Datenerhebungen statt, mit den fallführenden Sozialpädagogen/innen wurden Interviews durchgeführt, die sich jeweils auf den Planungsprozess einer Erziehungshilfe, vom Erstkontakt über die Erstellung des Hilfeplanes bis hin zur Hilfegewährung, bezogen. Im Rahmen einer Katamnese konnten 113 abgeschlossene Hilfen in die Untersuchung einbezogen werden.

Das Alter der Kinder/Jugendlichen lag zwischen 4,5 und 13 Jahren. Der Altersdurchschnitt war 8;8 Jahre. Die Stichprobe war charakterisiert durch einen Bubenanteil von 73 %, 47 % der Kinder kamen aus unvollständigen Familien und 63 % der Familien hatten kein regelmäßiges eigenes Einkommen.

Die Gesamtauffälligkeit der Kinder konnte zum Zeitpunkt der Katamnese um 37 % reduziert werden, die psychosozialen Belastungen im Umfeld um 38 %, das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder um 33 %. Festzustellen blieb aber, dass ein Jahr nach Hilfeende die erreichten Verbesserungen verschwunden waren und die psychosozialen Belastungen des Umfeldes ähnlich hoch wie zu Hilfebeginn waren. Hilfeprozesse mit einer hohen Belastung zu Hilfebeginn verliefen eher ungünstig. Das soziale System sei nur schwer nachhaltig zu beeinflussen (Bundesministerium für Familie 2002).

## **Ulm I: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern (Nützel et al. 2005)**

In dieser epidemiologischen Studie wurde untersucht, welcher Anteil psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher in Heimen eine psychotherapeutische oder pharmakologische Behandlung erhielt und welcher Bedarf an Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie von der Jugendhilfe artikuliert wurde. 689 Kinder und Jugendliche aus 20 Jugendhilfeeinrichtungen wurden mit einem standardisierten klinischen Interview nach ICD-10-Kriterien diagnostiziert. Gleichzeitig wurde der psychiatrische, psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlungsstatus erhoben und mit dem Vorliegen psychischer Störungen korreliert. 57 % der Kinder und Jugendlichen erfüllten die Kriterien mindestens einer ICD-10-Diagnose. Externalisierende Störungsbilder waren mit einem Anteil von 83 % die häufigsten Diagnosen, es fand sich eine hohe Rate komorbider Störungen. Am häufigsten wurden hyperkinetische Störungen mit einer Rate von 25-33 % medikamentös behandelt. Eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung erhielt die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen mit einer psychischen Störung.

Die am häufigsten genannten Wünsche der Jugendhilfe zur Kooperation waren verbesserte interdisziplinäre Kommunikation, zum Beispiel durch Weitergabe schriftlicher Befunde und die Möglichkeit zur kurzfristigen stationären Krisenintervention. Während aufsuchende kinder- und jugendpsychiatrische Dienste und interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen im Mittelfeld lagen, wurde am wenigsten Notwendigkeit in der Teilnahme von Ärzten an Hilfeplangesprächen gesehen.

Im Hinblick auf die hohe psychische Belastung in Heimen lebender Kinder und Jugendlicher sollte die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und stationärer Jugendhilfe sowohl im Hinblick auf eine intensiviertere Versorgung als auch auf den fachlichen Austausch ausgebaut werden (Nützel et al. 2005).

## **Ulm II: Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte (Besier 2008)**

Ziel dieser zweiten Ulmer Heimkinderstudie war die Evaluation eines aufsuchenden und milieuzentrierten Interventionsprogramms in der Jugendhilfe. Die Schnittstelle Jugendhilfe/Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte zum Wohle der Jugendlichen verbessert werden. Zentrale Bausteine des Interventionsprogramms waren unter anderem die Errichtung ambulanter Liaisondienste, Behandlungskontinuität, Kooperation der Fachärzte mit den Fachdiensten und Betreuern der Jugendhilfeeinrichtungen und Mitarbeitern der zuständigen Jugendämter.

Beteiligt waren 26 Jugendhilfeeinrichtungen, die in elf Interventions- und 15 Kontrollgruppen eingeteilt wurden. Die Einrichtungen der Kontrollgruppe erhielten keine besondere Intervention, sondern wurden als Vergleichsgruppe über die Studienlaufzeit beobachtet.

Nach sechs und nach zwölf Monaten der Beobachtung erfolgte eine Follow-up Untersuchung. Ein Großteil der Kinder in stationären Jugendhilfeeinrichtungen war psychopathologisch massiv belastet. In der Interventionsgruppe mit intensiver ambulanter Behandlung kam es infolge kürzerer stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung zu deutlich weniger stationären Pflagetagen als in der Kontrollgruppe. Außerdem konnte im Vergleich zur Regelversorgung ein sehr viel höherer Anteil der

psychisch stark belasteten Jugendlichen fachärztlich versorgt werden. Während des zwölfmonatigen Beobachtungszeitraumes kam es zu einer Verminderung der psychischen Symptombelastung sowie zu einem Anstieg des psychosozialen Funktionsniveaus und der Lebensqualität der Jugendlichen. Es konnte geschlussfolgert werden, dass durch die Integration kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung ein positives Ansprechen auf die pädagogischen Bemühen in den Einrichtungen erwartet werden kann und die psychosoziale Integration der Jugendlichen somit leichter gelingt.

Außerdem wurde mittels eines Fragebogens die Zufriedenheit der beteiligten Jugendhilfeeinrichtungen der Interventionsgruppe mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie bezüglich der Strukturqualität, dem Ablauf von Kriseninterventionen und der Kooperation erfragt. Die mittlere Zufriedenheit in allen genannten Bereichen war zufriedenstellend (Besier 2008).

### **Jugendhilfebedarf nach stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung- Würzburg (Beck und Warnke 2009)**

In dieser Studie wurde den Fragen nachgegangen, wie hoch der Bedarf an Jugendhilfemaßnahmen im Anschluss an eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung ist und welche Faktoren das Risiko für einen Jugendhilfebedarf im Anschluss der Klinikbehandlung verändern.

Dazu wurde die Basisdokumentation der stationären Patienten von 2001 bis 2005 der Würzburger Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie analysiert, mit der Fragestellung der indizierten und/oder realisierten Jugendhilfemaßnahmen im Anschluss an die stationäre Behandlung.

Ein Jugendhilfebedarf war bei fast 50 % der Kinder und Jugendlichen indiziert; direkt umgesetzt oder eingeleitet wurde nur die Hälfte. Es schien eine deutliche Lücke zwischen indiziertem und gedecktem Jugendhilfebedarf im Anschluss an die stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen zu geben. Bei jeder dritten Maßnahme handelte es sich um eine stationäre Jugendhilfemaßnahme. Ein früher Beginn der Störung, abweichende Elternsituation, externalisierende Störungen und eine hohe Rate an psychosozialer Risikofaktoren erhöhten das Risiko für einen Jugendhilfebedarf (Beck und Warnke 2009).

#### **1.5.2 Münchner Studie zur Zufriedenheit**

Die Münchner Studie zur Zufriedenheit mit der Behandlung und Beratung der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München besteht aus vier parallelen Arbeiten:

- „Behandlungs-Zufriedenheit von **Patienten** einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik – eine Nachbefragung" (Finsterer 2008; Finsterer 2009)
- „Zufriedenheit von **Eltern** mit der Behandlung ihres Kindes in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik – eine Nachbefragung" (Schunck 2009)
- „Zufriedenheit von behandelnden **Ärzten** mit der Behandlung ihres Patienten und der Kooperation mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik"
- „Zufriedenheit der Mitarbeiter von **Jugendhilfeeinrichtungen** mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik – eine Nachbefragung" (Hemmer 2009)

**Tabelle 1 Ausgangs-Stichprobe für die Zufriedenheit der Münchner Studie 1999/2000**

<b>Behandlungs-Zufriedenheit mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik in München</b>			
<b>Ausgangs- Stichproben der vier Arbeiten</b>	<b>Eltern-</b> Stichprobe (Schunck 2009)	n= 135*	<b>138 Familien  der Jahre 1999/2000</b>
	<b>Jugendlichen-</b> Stichprobe (Finsterner 2008)	n= 96**	
	<b>Ärzte-</b> Stichprobe	n= 121	
	<b>Jugendhilfe-</b> Stichprobe (Hemmer 2009)	n= 45	

\* drei junge Erwachsene gaben keine Zustimmung zur Befragung ihrer Eltern  
(hier liegt nur der Fragebogen für Jugendliche vor)

\*\* ein Patient war verstorben (hier liegt nur der von der Mutter beantwortete Elternfragebogen vor)

Die Ausgangsstichprobe der Studie bestand aus insgesamt 138 Familien.

Es ergaben sich unterschiedliche Ausgangsstichproben für die vier Arbeiten.

An der Poliklinik arbeiten verschiedene Berufsgruppen wie Arzt/Ärztin, Psychologinnen, Sozialpädagoginnen, Sekretärinnen und Dokumentationsassistentinnen zusammen. Die Mitarbeiter der Poliklinik arbeiten wiederum mit verschiedenen Berufsgruppen wie Klinikärzten, niedergelassenen Ärzten, Psychologen/innen, und verschiedenen Institutionen wie Jugendämtern, Allgemeinen Sozialdiensten, Erziehungsberatungsstellen und Heilpädagogischen Tagesstätten zusammen.

Im Rahmen der Qualitätssicherung möchten wir die Zufriedenheit all dieser mit uns kooperierende Stellen erfragen, um gegebenenfalls Verbesserungen einzuleiten.

## 2 FRAGESTELLUNGEN

Wie ist das **Antwortverhalten** der Fragebogenaussendung?

Welche Einrichtungen sind unter den **Nichtantwortern**?

Kann man Aussagen machen zu den Patientendaten der Basisdokumentation der nichtantwortenden Einrichtungen?

### **Auswertung der Daten der Basisdokumentation (Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie):**

Was sind die **besonderen Kennzeichen der Kinder und Jugendlichen**, die in Jugendhilfemaßnahmen involviert sind bezüglich:

- Geschlecht
- Durchschnittsalter
- Nationalität
- familiärer Situation
- Schulbildung
- Diagnosen- eingeteilt nach der multiaxialen Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (Remschmidt et al. 2001)?

In welchen Bereichen unterscheiden sie sich von der Gesamtstichprobe?

### **Auswertung der Fragen des Fragebogens (Mitarbeiter der Jugendhilfe):**

Welche Aussagen gibt es zu den formalen Fragen des Fragebogens?

Welche und wie viele Jugendhilfeeinrichtungen kooperieren mit unserer Ambulanz?

Wer sind die Kooperationspartner in den Jugendhilfeeinrichtungen?

Welche Berufsgruppen arbeiten dort?

Sind die Patienten noch persönlich bekannt?

### **Auswertung der Einzelfragen:**

Was wissen die Mitarbeiter der Jugendhilfeeinrichtungen über die Kinder und Jugendlichen?

Gibt es Aussagen über fehlende Einzelfragen?

Was sagen die nichtbeantworteten Fragen des Fragebogens aus?

Wie hoch ist die Gesamtzufriedenheit aller Einrichtungen?

Wie hoch sind die Zufriedenheiten in den unterschiedlichen Jugendhilfeeinrichtungen, unterschieden nach den Hilfearten?

Wie stellt sich die Zufriedenheit nach den Parametern Strukturbedingungen der Ambulanz, Kooperation (Prozessqualität und Beratungsprozess und Erfolg der Beratung) dar?

Welche Aussagen gibt es zu den Rangreihen der Einzelfragen zur Zufriedenheit?

Gibt es Unterschiede in den Rangreihen bezüglich der verschiedenen Hilfearten?

Gibt es Aussagen zum Entwicklungsverlauf der Kinder und Jugendlichen?

## **3 METHODIK**

### **3.1 Setting**

#### **3.1.1 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie**

In der Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität in München werden Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren mit Störungen aus dem gesamten Spektrum der Kinder und Jugendpsychiatrie untersucht, behandelt und beraten.

Vorstellungsgründe sind Störungen aus dem gesamten Spektrum der Kinder- und Jugendpsychiatrie wie Entwicklungsstörungen, Lern- und Leistungsstörungen, emotionale Probleme, Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetische Syndrome.

Die Vorstellung erfolgt durch Überweisung des behandelnden Arztes oder anderer Kliniken. Es werden auch Gutachtensaufträge von Jugend- und Versorgungsamt und Gerichten angenommen.

Die Ambulanzmitarbeiter bemühen sich umgehend um eine schnelle Terminvergabe für Jugendliche, die sich selbst an die Ambulanz wenden. Es wird angestrebt, die Wartezeit auf einen Termin unter zwei Monate zu halten.

Vorrangig werden Patienten aufgenommen, die Probleme in verschiedenen Bereichen gleichzeitig (Schule, Familie, Gesundheit, Verhalten) haben. Deren komplexe Problemkonstellation macht es oft erforderlich, dass mehrere Berufsgruppen (Arzt, Psychologen/innen, Sozialpädagogen/innen) gleichzeitig mit der Familie zusammenarbeiten.

Das interdisziplinäre Team besteht aus einem Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, einer Psychologin, Sozialpädagoginnen, einer Dokumentationsassistentin und einer Sekretärin.

Die besondere Situation liegt so in der Multidisziplinarität mit einer engen Zusammenarbeit von Arzt, Psychologin und Sozialpädagogin.

Im Rahmen der Konsiliartätigkeit werden Patienten anderer Kliniken der Ludwig-Maximilians-Universität München kinder- und jugendpsychiatrisch mitbetreut.

Eine ambulante Untersuchung beinhaltet in der Regel folgende Bereiche:

- Erstgespräch mit der gesamten Familie
- Ärztliche, neurologische Untersuchung
- Psychologische Diagnostik
- Entwicklungs- und Familienanamnese
- Videogestützte Interaktionsbeobachtung
- Abschlussgespräch: Aufklärung der Familie über die Diagnose und den Behandlungsbedarf
- Ausführlicher Arztbericht an den überweisenden Arzt und die Familie

sowie:

- Familienberatung
- Kurztherapien
- Vermittlung von Hilfen insbesondere in Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Jugendhilfe

Schwerpunkte der Arbeit sind:

- Beobachtung der Wechselwirkung zwischen Problemen der Kinder und Jugendlichen und der familiären und psychosozialen Situation
- Systemische auf die Gesamtsituation bezogene Diagnostik und Kurztherapie
- Hilfen bei der Bewältigung schwerwiegender chronischer Erkrankungen
- Beratung von Fachleuten und Institutionen

Das Ziel ist die Erarbeitung und Umsetzung umfassender Versorgungskonzepte. Bei Bedarf wird Kontakt zur Schule und Jugendhilfe hergestellt und in einer gemeinsamen **Fallkonferenz** der weitere Behandlungsbedarf besprochen und in die Wege geleitet. Fachleute und beteiligte Institutionen werden beraten.

Die Kooperation erfolgt vor allem mittels Fallkonferenzen und persönlicher und schriftlicher Informationsvermittlung.

In einzelnen Fällen wird gemeinsam mit den Eltern die Videoaufnahme besprochen und an Verhaltensalternativen gearbeitet. Auch eine Kurztherapie ist an der Ambulanz möglich.

Für längerfristige Therapien werden die Familien an niedergelassene Therapeuten oder passende Einrichtungen weitervermittelt.

Alle Familien werden solange begleitet, bis sie an einer geeigneten weiterbehandelnden Einrichtung angekommen sind.

### 3.1.2 Jugendhilfeeinrichtungen und deren Fachleute

Nachfolgend werden die Jugendhilfeeinrichtungen beschrieben, die für das Verständnis dieser Arbeit relevant sind.

#### 3.1.2.1 Jugendamt (JA)

Die kommunalen Jugendämter sind die zentralen Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe.

Sie unterstützen zusammen mit den freien Trägern der Jugendhilfe die Eltern bei der Wahrnehmung ihrer Erziehungsaufgaben. Dafür stehen differenzierte Angebote früher und niedrigschwelliger Hilfen aber auch Familien ergänzende, wie zum Beispiel sozialpädagogische Familienhilfen und Familien ersetzende Hilfen, wie zum Beispiel Heimerziehung bereit.

Jugendämter sind wohnortnahe Erstanlauf- und Koordinationsstellen, sie bieten Beratung und Unterstützung und gewähren auch Hilfen und vermitteln auch diese (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung 2007).

Die Jugendämter sind in ihrer Arbeit auf das achte Sozialgesetzbuch (SGB VIII) der Kinder- und Jugendhilfe verwiesen und mit der Wahrnehmung und Sicherstellung der gesetzlich dort festgeschriebenen Aufgaben und Leistungen beauftragt. Im Gegensatz zu anderen Fachämtern wird im achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) verfügt, dass die Aufgaben des Jugendamtes durch den Jugendhilfeausschuss und durch die Verwaltung des Jugendamtes wahrgenommen werden.

Nach dem achten Sozialgesetzbuch haben die Landkreise und kreisfreien Städte die Gesamtverantwortung für die Kinder- und Jugendhilfe und sind verpflichtet, ein Jugendamt einzurichten. In Bayern gibt es insgesamt 96 Jugendämter.

Das Gesetz bietet ein abgestuftes, aufeinander aufgebautes System von Hilfen in partnerschaftlicher Zusammenarbeit zwischen den öffentlichen und freien örtlichen Trägern der Kinder- und Jugendhilfe. Das Jugendamt ist die Organisationseinheit der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe auf örtlicher Ebene, unter Planungs-, Gewährleistungs- und Finanzierungsgesichtspunkten.

Das Jugendamt ist Partner für zum Beispiel Familien-, Vormundschafts- und Jugendgerichte, Polizei und Staatsanwaltschaften. Es ist eine klar definierte Anlaufstelle für Hilfesuchende und zentraler Ansprechpartner für Hilfe und Schutz bei Kindeswohlgefährdung. Die Zusammenarbeit zwischen Jugendamt und den verschiedenen Gerichtszweigen ist nicht nur eine Anforderung der Praxis im Hinblick auf einen effektiven Kinder- und Jugendschutz, sondern ist in der Rechtsordnung an verschiedenen Stellen bundesrechtlich festgeschrieben.

Da die Jugendhilfeausschüsse fachlich für die **Jugendhilfeplanung** verantwortlich sind, sind sie somit die Drehscheibe für die Etablierung, Förderung und Modifizierung von Angeboten der Kinder- und Ju-

gendhilfe (IJAB und Fachstelle für internationale Jugendarbeit der Bundesrepublik Deutschland e.V. 2008).

Die Aufgaben der Jugendhilfe, und somit des Jugendamtes, sind im achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) als „**Leistungen und andere Aufgaben zugunsten junger Menschen und Familien**“ definiert:

- Jugendämter haben die Aufgabe Eltern bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages zu unterstützen und Kindern und Jugendlichen das Hineinwachsen in die Gesellschaft zu erleichtern
- Die Jugendämter stehen bereit, wenn Konflikte zwischen Eltern und Jugendlichen einer Lösung bedürfen
- Sie helfen Kindern und Jugendlichen, wenn die Eltern sich trennen
- Sie geben Kindern und Jugendlichen, deren Eltern auf längere Zeit ihren Aufgaben nicht nachkommen können, in Pflegefamilien und Heimen Entwicklungsperspektiven
- Sie bieten Lösungen zum Schutz der Kinder und Jugendlichen in Krisensituationen an

Die Gespräche mit den Fachkräften des Jugendamtes sind vertraulich. Jugendämter sind nicht verpflichtet, einen Verdacht auf mögliche Gewalttaten an die Polizei oder Staatsanwaltschaft weiterzugeben (Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Landesverband Bayern 1998).

### **3.1.2.2 Allgemeiner Sozialdienst (ASD)**

Der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) übernimmt Aufgaben des Jugend- oder Sozialamtes oder kann als eigenständiger Dienst in der Kommunalverwaltung organisiert sein. Ungeachtet seiner Verwaltungsorganisation untersteht er stets dem Jugendamt, soweit er Aufgaben der Jugendhilfe wahrnimmt. Von seiner Aufgabenstellung her ist der **ASD der umfassendste soziale Dienst** der Landkreise und kreisfreien Städte und soll die psychosoziale Grundversorgung sichern. Der ASD ist für alle Bürger/innen, für alle ihre individuellen, interpersonalen und materiellen Schwierigkeiten zuständig. Dementsprechend sind letztlich alle Sozialgesetze für ihn relevant.

Die vielen Zuständigkeiten des ASD bedingen eine kaum zu überblickende Vielzahl an Aufgaben:

#### **Jugendhilfearbeit:**

- formlose Betreuung
- persönliche Hilfe
- Krisenintervention
- Hilfe zur Erziehung

Sonstige Aufgaben:

- Gesundheits- und Krankenhilfe
- Schwangeren-, Erziehungs-, Partner-, Scheidungs- und Schuldnerberatung
- Altenhilfe
- materielle Leistungen
- Integrationshilfen für besondere Gruppen
  - wie Behinderte
  - Ausländer/innen
  - Randgruppen

ASD-Mitarbeiter/innen

- Sind letztlich Generalisten, die über umfassende Fachkenntnisse und ein weites Spektrum von Arbeitsmethoden verfügen.
- Vermitteln aber auch relevante Maßnahmen von Beratungsstellen, Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände und Behörden, wenn diese indiziert sind. Das gilt insbesondere für intensivere sozialpädagogische und therapeutische Hilfen, die sie aufgrund des großen Zeit- und Handlungsdrucks, unter dem sie in der Regel stehen, selbst nicht leisten können.

Der ASD ist **dezentral** organisiert, das heißt, jeder Sozialarbeiter ist für einen bestimmten überschaubaren Bezirk im Landkreis oder in der kreisfreien Stadt allein zuständig. Er kennt somit die Lebensverhältnisse, Bedürfnisse und vorherrschenden Problemlagen der Bürger/innen vor Ort und kann sinnvoll auf sie reagieren. Oft ist er zu festen Zeiten in Stadtteilbüros oder in kleineren Gemeinden eines Landkreises anzutreffen. Das Besondere am ASD ist aber die ausgeprägte "Geh-Struktur": Die Sozialpädagogen/innen suchen die meisten ihrer Klienten/innen in deren Wohnungen auf. So werden auch Familien erreicht, die von sich aus keinen psychosozialen Dienst aufsuchen würden - oder dies nicht können, weil sie auf dem Land leben und kein Verkehrsmittel zugänglich ist oder weil sie längerfristig an die Wohnung gebunden sind, wie zum Beispiel eine schwer erkrankte Alleinerziehende mit Kleinkindern (Martin und Winterhalter-Salvatore 2008).

### **3.1.2.3 Erziehungs- und psychologische Beratungsstellen (EB)**

Erziehungsberatung nach § 28 des achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) ist eine **Leistung der Jugendhilfe** im Kontext der Hilfen zur Erziehung.

Sie richtet sich an Kinder und Jugendliche, deren Eltern oder andere Erziehungsberechtigte mit dem Ziel, individuelle und familienbezogene Probleme zu klären und zu bewältigen.

Fachkräfte der Erziehungsberatungsstellen bieten Eltern, Kindern und Jugendlichen je nach Bedarf:

- Unterschiedliche Formen der Beratung, Diagnostik, Therapie
- Krisenintervention bei familiären, entwicklungspsychologischen und schulischen Problemen
- In Krisensituationen ermöglichen die Erziehungsberatungsstellen einen sofortigen Termin für ein Erstgespräch

(Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Landesverband Bayern 1998)

Als Hilfe zur Erziehung setzt Erziehungsberatung die Feststellung eines erzieherischen Bedarfs voraus, der die Notwendigkeit der Hilfeleistung begründet (§ 27 SGB VIII).

Die Inanspruchnahme von Erziehungsberatung erfolgt **freiwillig**, ist **kostenlos** und **vertraulich** (§ 65 SGB VIII, § 203 Abs. 1 Nr. 4 StGB).

Die Erziehungsberatung unterscheidet sich von anderen Hilfeformen durch diese gewollte Niedrigschwelligkeit, die es Rat suchenden Eltern oder Jugendlichen ermöglicht sich direkt an eine Erziehungsberatungsstelle zu wenden. Erziehungsberatung kann aber auch im Rahmen eines Hilfeplanverfahrens vom Jugendamt als geeignete Hilfe vermittelt werden.

Die Mitarbeit der Familie ist für das Gelingen dieser Hilfe zwingend erforderlich. Erziehungsberatung orientiert sich an der konkreten Lebenssituation der Ratsuchenden und deren Ressourcen und setzt damit ein gewisses **Selbsthilfepotenzial** der Familie voraus (ZBFS Bayerisches Landesjugendamt 2009).

In Bayern gibt es etwa 180 Erziehungsberatungsstellen.

#### **3.1.2.4 Heilpädagogische Tagesstätten (HPT)**

In heilpädagogischen Tagesstätten (HPT) werden Kinder und Jugendliche betreut, die aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen einer Förderung bedürfen.

Sie sind teilstationäre Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit heilpädagogischem Auftrag im Rahmen einer systemorientierten Familienarbeit (Hilfen zur Erziehung entsprechend des achten Sozialgesetzbuches) und Teil des örtlichen bzw. regionalen Jugendhilfeverbundes. Als **teilstationäre Hilfen** bilden sie die Nahtstelle zwischen ambulanten und stationären Hilfen. Sie erleichtern dadurch einen flexiblen Übergang zwischen den verschiedenen Hilfeformen. Die Arbeit mit Kindern und Familien lässt sich nur dann effektiv gestalten, wenn Heilpädagogische Tagesstätten und andere Institutionen einen Verbund bilden und ihre Aktivitäten nicht isoliert nebeneinander stehen, sondern aufeinander abstimmen. Als **regionales** familienorientiertes Hilfeangebot arbeiten die Heilpädagogischen Tagesstätten eng mit den zuständigen Jugendämtern zusammen. Die konkrete Zusammenarbeit wird jeweils bei der individuellen Hilfeplanung abgesprochen. Im Interesse einer wirksamen Kooperation ist ein regelmäßiger Austausch notwendig.

Dies nehmen Kinder und Jugendliche in Anspruch, die aufgrund ihrer Verhaltensauffälligkeit und/oder ihrer Entwicklungsstörung einer heilpädagogischen Betreuung und Förderung in teilstationärer Form bedürfen und ein Integrationsrisiko durch diese Störung haben.

Vorrangige **Ziele** der Arbeit der Heilpädagogischen Tagesstätten sind:

- Den Kindern und Jugendlichen eine umfassende individuelle Hilfestellung bei der Beseitigung von Verhaltens- und Entwicklungsstörungen zu geben
- Die Familie in ihrer Erziehungsarbeit vorübergehend zu entlasten
- Die Eltern in ihrer Erziehungsverantwortung und Erziehungsfähigkeit zu stärken
- Im Verbund mit anderen Hilfen eine Stabilisierung der Familiensituation zu erreichen

Heilpädagogische Tagesstätten/Tagesgruppen sind entweder eigenständig oder innerhalb einer Einrichtung der Erziehungshilfe im Verbund mit den anderen Hilfeformen geführt. Mit dem Standort der HPT zu den bisherigen Lebenszusammenhängen der Kinder und ihrer Familien soll eine Vernetzung mit anderen Hilfsangeboten möglich sein. Die Wegstrecken müssen zumutbar sein, gegebenenfalls müssen dafür Fahrdienste eingerichtet werden.

Die einzelnen Gruppen der HPT sollen überschaubar und weitgehend eigenständige Bereiche sein. Die Mitarbeit von Diplom-Psychologen/innen ist unverzichtbar, für gezielte Maßnahmen mit einzelnen Kindern sind weitere Fachdienste wie zum Beispiel Ergotherapie und Logotherapie erforderlich, die auch konsiliarisch oder ambulant zugezogen werden können.

Der Entscheidung zur Aufnahme eines Kindes in die HPT geht die Erstellung einer psychosozialen Diagnose voraus. Dazu gehören sowohl anamnestiche Vorinformationen von den bisher mit dem Kind und der Familie befassten Stellen, eine ausführliche leistungs- und persönlichkeitspsychologische Untersuchung des Kindes, laufende Verhaltensbeobachtungen des Kindes in der Gruppe, ergänzende Verhaltensbeobachtungen des Kindes in der Familie, im Umfeld und in der Schule und fortlaufende Gespräche mit Eltern, weiteren Familienangehörigen und sonstigen Bezugspersonen des Kindes.

Aus der psychosozialen Diagnose ergeben sich Entscheidungskriterien für die Frage der Aufnahme des Kindes in die HPT, wobei einerseits die Problemlage, die Handlungsansätze und die besonderen Bedürfnisse des Kindes von Bedeutung sind, andererseits aber auch die Bereitschaft und die Möglichkeit der Familie, ihre Situation zu reflektieren, auf Veränderungen einzugehen und auf Dauer die erzieherische Verantwortung des Kindes wieder selbst zu übernehmen.

Das Handlungskonzept der HPT ist ganzheitlich. Seine einzelnen Elemente ergänzen sich gegenseitig, bauen aufeinander auf und sind inhaltlich miteinander verbunden. Zu diesen Elementen gehören die psychosoziale Diagnose, das sozialpädagogische, heilpädagogische und therapeutische Handeln, die Arbeit mit der Familie, die Zusammenarbeit mit der Schule, sowie Personen, Dienste oder Einrichtungen im Lebensumfeld des Kindes, die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt und anderen Jugendhilfeeinrichtungen sowie die Nachbetreuung des Kindes und der Familie nach dem Abschluss der Arbeit in der HPT.

Grundlage für die Arbeit der HPT ist deshalb ein individueller Hilfeplan, entsprechend § 36 SGB VIII, der Zielvorstellungen und Methoden für die sozialpädagogische, heilpädagogische und therapeutische Arbeit mit dem Kind, die systemorientierte Arbeit mit seiner Familie sowie die Einbeziehung des Umfeldes und die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen beinhaltet. Der Hilfeplan wird fortlaufend überprüft und entsprechend der Entwicklung des Kindes, seiner Familie und seines Umfeldes verändert und fortgeschrieben.

Die Entscheidung, ob und wann ein Hilfeplanverfahren einzuleiten ist, muss im Verlauf des Beratungsprozesses getroffen werden. „Wenn Hilfe voraussichtlich für längere Zeit zu leisten ist“ (§ 36 Abs. 2), worunter in der Regel ein Zeitraum von mehr als sechs Monaten oder mehr als 20 Beratungskontakten verstanden wird, ist auch hier in Verantwortung des Jugendamts ein Hilfeplan zu erstellen.

An der Erstellung, Überprüfung und Fortschreibung des Hilfeplanes sind die Eltern und weitere Personen, wie betreuende Sozialarbeiter/innen des Jugendamts oder Lehrer beteiligt.

Bestimmend für die Arbeit der HPT ist die Familie des Kindes, wobei die einzelnen Formen der Arbeit je nach den individuellen Möglichkeiten und Bedürfnissen der einzelnen Familien zu verwirklichen sind, wie z. B. Elternberatung, Familiengespräche, Hausbesuche, Elterngruppen, Feste mit den Familien in der Gruppe oder der HPT und Eltern-Kinder-Wochenenden.

Um zu einer gemeinsamen, im Interesse des Kindes und der Familie liegenden, Gestaltung des Hilfeprozesses zu gelangen, ist es notwendig, sowohl der Schulleitung als auch den Lehrern der von den Kindern und Jugendlichen besuchten Schulen den besonderen Ansatz dieser Hilfeform zu vermitteln.

Nach Möglichkeit sollten die Hilfepläne in gegenseitiger Abstimmung zwischen der HPT und der Schule entwickelt werden. Der jeweilige pädagogische Auftrag der Institution muss im Interesse des interdisziplinären Handelns deutlich werden (Landesjugendamt 1991).

Nach dem Ausscheiden des Kindes aus der Maßnahme der HPT kann im Einzelfall auch eine Nachbetreuung durch die HPT verabredet werden.

In München gibt es derzeit etwa 40 derartige Einrichtungen.

**Tabelle 2 Übersicht der verschiedenen Jugendhilfeeinrichtungen**

	Jugendamt	Allgemeiner Sozialdienst	Erziehungsberatungstelle	Heilpädagogische Tagesstätte
Aufgaben	Wahrnehmung und Sicherstellung der Aufgaben der Jugendhilfe	Ausführung der sozialen Dienste auf Jugendhilfebene <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erzieherische Hilfen</li> <li>• Jugendsozialarbeit</li> </ul>	Leistung der Jugendhilfe <ul style="list-style-type: none"> <li>• im Bereich erzieherische Hilfen</li> </ul>	Für Kinder und Jugendliche mit heilpädagogischem Auftrag im Bereich <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erzieherische Hilfen</li> <li>• Jugendsozialarbeit</li> </ul>
Behandlungsart	-	-	ambulant	teilstationär
Berufsgruppen	Psychologen Sozialpädagogen	Sozialpädagogen	Psychologen Sozialpädagogen	Psychologen Sozialpädagogen Heilpädagogen
Organisation	zentral	dezentral	dezentral	dezentral

## 3.2 Erhebungsinstrument

### 3.2.1 Basisdokumentation 1999/2000- Strukturdaten der Ausgangsstichprobe

Die Basisdokumentation ist ein standardisiertes Instrument der Kinder- und Jugendpsychiatrie DGKJP (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie)/ BAG (Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie)/ BKJPP (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.) und beschreibt die Ausgangsdaten der Patienten der entsprechenden Behandlungsperiode (Dilling et al. 1992).

Der Kern der kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation ist das „Multiaxiale Klassifikationsschema“, MAS, nach der ICD-10 der WHO (Renschmidt et al. 2001).

Die Basisdokumentation wird deutschlandweit eingesetzt und ermöglicht die Vergleichbarkeit der Daten zwischen Kliniken, Praxen und anderen Einrichtungen.

Die Basisdokumentation der Poliklinik wurde in Anlehnung an die zweite und dritte Auflage der oben genannten Basisdokumentation erstellt (Steininger 2002).

Zur Stichprobenbeschreibung wurden Daten von 138 Patienten aus der Basisdokumentation der Jahre 1999/2000 herangezogen.

Zur besseren Lesbarkeit und um Wiederholungen zu vermeiden, werden die für Auswertung herangezogenen Daten der Basisdokumentation im Kapitel: 3.3.1. beschrieben.

### **3.2.2 Fragebogen**

#### **3.2.2.1 Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) (Mattejat und Remschmidt 1998)**

Die Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) sind ein Instrument zur Therapieevaluation gemäß der Aspekte der Prozessqualität und der Ergebnisqualität und werden zur Qualitätssicherung bei psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen von Kindern, Jugendlichen und deren Familien eingesetzt.

Die Fragebögen sind zur Beurteilung der Behandlung in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und verwandten Institutionen konzipiert worden, um die Versorgungsqualität der Patienten aus Patienten-, Eltern- und Therapeutesicht besser einschätzen zu können. Sie können im ambulanten und stationären Bereich verwendet werden und sind nicht auf eine bestimmte Therapieform festgelegt.

Die Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung sind in einer Therapeuten-, Patienten- und einer Elternversion erhältlich.

Die Fragebögen werden in der Regel nach Therapieende eingesetzt, können jedoch auch in katamnestischen Erhebungen verwendet werden.

Sie ermitteln, wie positiv oder wie negativ der Behandlungsverlauf und Behandlungserfolg von verschiedenen Beurteilern eingeschätzt werden und wie zufrieden die Beurteiler mit der Behandlung sind.

Jeder Fragebogenversion besteht aus jeweils 20 Fragen mit einer fünfstufigen Likert-Skalierung von „0= überhaupt nicht, 1= kaum, 2= teilweise, 3= überwiegend bis 4= ganz genau“.

Alle 20 Fragen des Fragebogens ergeben die Gesamtzufriedenheit des Patienten, der Eltern und Therapeuten mit der Behandlung.

#### **3.2.2.2 Entwicklung des Jugendhilfefragebogens**

Die Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) (Mattejat und Remschmidt 1998) sind an der damaligen Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik und Psychotherapie im Rahmen der Münchner Studie zur Zufriedenheit eingesetzt worden.

Der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)(Mattejat und Remschmidt 1998) wurde formal in der Jugendlichen-, und der Elternversion auf die ambulante Situation der Münchner Poliklinik abge-

stimmt (Finsterer 2008)(Schunck 2009). Auch der Ärzte-, und der Jugendhilfefragebogen wurden an die drei vorhergehenden Fragebögen angepasst und modifiziert, um eine spätere Vergleichbarkeit zu ermöglichen.

Der „Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)“, der die Zufriedenheit von Kindern, bzw. Jugendlichen in der ambulanten Versorgung der Poliklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität in München ermittelte, wurde in der Jugendhilfe-Version modifiziert, indem er die Besonderheiten der interdisziplinären Arbeitsweise von Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe wie zum Beispiel die Planung und Durchführung von Helferkonferenzen berücksichtigt.

Der Begriff „Therapeut“ wurde zum Beispiel zu „Mitarbeiter“ da bei den Beratungsgesprächen in der in der Poliklinik drei verschiedene Therapeuten (Arzt/Ärztin, Psychologin und Sozialpädagogin) miteinander gebunden sind.

Am 28.11.2003 wurde der Fragebogen in einer Expertenrunde mit Vertretern der Kinder- und Jugendhilfe diskutiert.

Teilnehmer waren unter anderem Herr Dipl. Psych. Hahnel, als Vertreter einer Heilpädagogischen Tagesstätte, Frau Dipl. soz. Päd. Frau Gerber, als Repräsentantin des Münchener Stadtjugendamtes und Frau Dr. med. Winnewisser, Kinder- und Jugendpsychiaterin, tätig in der Erziehungsberatung der Stadt München.

Nach dieser Expertenvalidierung wurde der Fragebogen nochmals mehrfach überarbeitet und schließlich in eine endgültige Form gebracht.

Der Fragebogen beginnt mit formalen Fragen:

Zuerst wird gefragt, welche Institution der Jugendhilfe und welche Berufsgruppe den Fragebogen ausfüllt, ob der Patient durch persönlichen oder telefonischen Kontakt bekannt ist, wie oft Kontakte bestanden und wann der letzte Kontakt stattgefunden hat.

Danach folgen 21 Fragen zur Zufriedenheit, die mit einer 5-stufigen Likert-Skala von „0= überhaupt nicht bis 4= ganz genau“ zu beantworten sind.

Der Fragebogen ist hinsichtlich der Qualitätskriterien Kriterien Struktur, Prozess und Ergebnis aufgebaut (Face-Validität).

Die Zuordnung der Fragen in die Faktoren Struktur-, Prozess- und Erfolgsqualität erfolgt gemäß folgender Einteilung:

**Tabelle 3 Einteilung der Fragen des Fragebogens in Struktur-, Prozess- und Erfolgsqualität**

<b>Strukturqualität</b>	Strukturbedingungen Ambulanz	1	Die Mitarbeiter der Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind telefonisch gut erreichbar.
		2	Die Terminvergabe erfolgt ausreichend schnell.
<b>Prozessqualität</b>	Kooperation	3	Die kinderpsychiatrische Stellungnahme (Arztbrief) war verständlich.
		4	Die kinderpsychiatrische Stellungnahme (Arztbrief) war für die weiterführende Betreuung hilfreich.
		5	Die Empfehlungen der Mitarbeiter der Poliklinik konnte ich annehmen.
		6	Die Empfehlungen der Mitarbeiter der Poliklinik konnte ich umsetzen.
		7	Ich habe mich über die Mitarbeiter der Poliklinik geärgert.
		14	Die gemeinsame Besprechung mit den verschiedenen Berufsgruppen und der Familie hat zur Klärung der Situation beigetragen.
		15	Die Empfehlungen der Mitarbeiter der Poliklinik gingen in der Hilfeplan mit ein.
		16	Durch die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Poliklinik konnte ich ein besseres Verständnis für die Situation von...NAME.....entwickeln.
		19	Die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Poliklinik war für mich hilfreich.
		20	Die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Poliklinik hat mich insgesamt zufrieden gestellt.
	Beratungsprozess	8	Der junge Mensch war mit den Empfehlungen der Mitarbeiter der Poliklinik bezüglich der weiterführenden Behandlung einverstanden.
		9	Die Familie war mit den Empfehlungen der Mitarbeiter der Poliklinik bezüglich der weiterführenden Behandlung einverstanden.
		10	Der junge Mensch hat diese Empfehlungen umsetzen können.
		11	Die Familie hat diese Empfehlungen umsetzen können.
<b>Ergebnisqualität</b>	Erfolg der Beratung	12	Die Beratung in der Poliklinik war für den Patienten hilfreich.
		13	Die Probleme des Patienten haben sich durch die Beratung gebessert.
		17	Der junge Mensch war mit der Beratung in der Poliklinik zufrieden.
		18	Die Familie war mit der Beratung in der Poliklinik zufrieden.
		21	Geht es dem Patienten jetzt besser?

### Fragen zur **Strukturqualität** (allgemeine Rahmenbedingungen der Institution):

Die ersten beiden Fragen des Fragebogens beziehen sich auf die telefonische Erreichbarkeit und Schnelligkeit der Terminvergabe.

### Fragen zur **Prozessqualität** (sämtliche Handlungen zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger):

Die 14 Fragen in diesem Abschnitt werden in Fragen zur Kooperation selbst und zu dem Beratungsprozess unterschieden.

Zehn Fragen zur Kooperation beziehen sich auf die Arztbriefe, Annahme der Behandlungsempfehlungen, zum Prozess der Hilfeplanung und Helferkonferenzen, und der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Vier Fragen zum Beratungsprozess beziehen sich auf das Einverständnis mit den Beratungsempfehlungen von Kind und Eltern an und deren Umsetzung.

### Fragen zur **Ergebnisqualität** (Resultate, die der Leistungsprozess erzielt, subsumiert die Erfolge und Misserfolge):

Fünf Fragen zur Ergebnisqualität erfragen die Zufriedenheit des jungen Menschen und dessen Familie mit der Beratung in der Poliklinik, die Besserung der Probleme durch die Beratung, ob die Beratung für den Patienten hilfreich war und ob es dem Patienten jetzt besser gehe.

Der Fragebogen endet mit der frei zu beantwortenden Frage, wie es dem Patienten jetzt gehe und im Anschluss hat derjenige, der den Fragebogen beantwortet, noch die Möglichkeit, Kritik und Anregungen frei zu äußern.

## **3.3 Stichprobe**

Die Ausgangsstichprobe (= Gesamtstichprobe) umfasst konsekutiv 138 Patienten, die zur ambulanten Behandlung oder Beratung in den Jahren 1999 und 2000 in der Poliklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München gewesen waren.

Von diesen 138 Kindern und Jugendlichen der Gesamtstichprobe hatten 45 Kinder und Jugendliche im oben genannten Zeitraum gemäß der Basisdokumentation der Poliklinik Kontakt zu Einrichtungen der Jugendhilfe (von diesen 45 Kindern wurden 9 von der Jugendhilfe zugewiesen).

→ Stichprobe Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (n=45)

Angeschrieben wurden alle Fachabteilungen der Institutionen, die in den Akten der Patienten vermerkt waren und die laut Patientenakte nachweislich in dem Erhebungszeitraum Kontakt zu den jeweiligen Patienten hatten.

Da einzelne Kinder und Jugendliche Kontakt zu mehreren Jugendhilfeeinrichtungen gleichzeitig hatten, ergeben sich insgesamt 80 zuständige Adressaten.

→ Stichprobe Mitarbeiter der Jugendhilfe (n=80)

Aus der Stichprobe sind Gerichtsgutachten ausgeschlossen, eingeschlossen sind Einmalkontakte.

### **3.3.1 Stichprobe Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie- Basisdokumentation 1999/2000**

Zur Auswertung der Strukturdaten wurden die Daten der Basisdokumentation der Jahre 1999/2000 herangezogen.

Die Diagnosen der Patienten werden auf der Grundlage des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen im Kinder- und Jugendalter nach der ICD-10 der WHO bestimmt (Renschmidt et al. 2001).

Um die Patientenstichprobe charakterisieren zu können, wurden folgende Variablen der Basisdokumentation ausgewählt und deren Häufigkeiten beschrieben; die Variablen werden im nächsten Kapitel näher beschrieben.

#### Personenbezogene Variablen

- Geschlecht
- Alter zu Beginn der Therapie
- Nationalität
- Schichtzugehörigkeit
- Schulbildung
- Die 6 Achsen der multiaxialen Diagnose im Kindesalter
  - Erste Achse: klinisch- psychiatrisches Syndrom
  - Zweite Achse: umschriebene Entwicklungsstörungen
  - Dritte Achse: Intelligenzniveau
  - Vierte Achse: körperliche Symptomatik
  - Sechste Achse: globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveau

#### Familienbezogene Variablen

- Familiäre Situation
- Fünfte Achse der multiaxialen Diagnose im Kindes- und Jugendalter: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
- Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen in der Familie (GARF-Skala; global assessment of relationship functioning)

### Therapeutenbezogene Variablen

- Beratungs- und Behandlungskontakte
- Behandlungsepisoden
- Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik
- Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation

### Kooperation: verbindende Variable zwischen Patient, Familie und Therapeut

- Helferkonferenz
- Arztbrief

Die Beschreibung der Variablen der Gesamtstichprobe (n=138) werden am Schluss des Kapitels in einer zusammenfassenden Tabelle mit der Jugendhilfestichprobe vergleichend dargestellt.

#### **3.3.1.1 Personenbezogene Variablen der Jugendhilfestichprobe:**

##### Geschlecht

Von 45 Patienten waren 36 männlich (80 %) und 9 weiblich (20 %).

##### Alter zu Beginn der Therapie (1999-2000)

Von 45 Patienten waren 21 Patienten Kinder unter 11 Jahren (46,7 %) und 24 Patienten Jugendliche von 11-18 Jahren (53,3 %).

Der Mittelwert des Alters der Kinder zu Beginn der Therapie betrug 10,8 Jahre (STD: 3,54)

##### Nationalität

Von 45 Patienten waren 32 deutscher (7,1 %) und 13 anderer Nationalität (28,9 %).

Von diesen 13 nichtdeutschen Patienten waren 5 türkischer, 4 arabischer, 2 jugoslawischer Nationalität und 2 Patienten kamen aus dem restlichen Europa.

##### Schichtzugehörigkeit

Die Schicht der Patienten wurde nach Kleining und Moore (Kleining und Moore 1968) nach den Berufen der Eltern zum Zeitpunkt des Beginns der Therapie in elf Untergruppen definiert.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Einteilung der Berufe der Patienteltern zum Zeitpunkt des Beginns der Therapie:

**Tabelle 4 Schichtzugehörigkeit (Bado)**

			Anzahl der Patienten n=45				
			absolut		%		
<b>Schicht-Gruppen</b>	<b>Unterschicht</b>		ungelernte Arbeiter	6	16	36	
			angelernte Berufe	10			
	<b>Mittelschicht</b>	<b>untere</b>	Facharbeiter/Handwerker/Angestellte/Beamte im einfachen Dienst	8	11	24	53
			Kleinstselbständige/ambulantes Gewerbe				
			kleine selbständige Gewerbetreibende	3			
		<b>mittlere</b>	mittlere Angestellte/Beamte	6	7	16	
			selbständige Handwerker/Landwirte/kleine Betriebe	1			
		<b>obere</b>	höher qualifizierte Angestellte/Beamte	4	6	13	
			mittlere Betriebe	2			
		<b>Oberschicht</b>		Akademiker/freie Berufe/größere Unternehmer	5	5	
	leitende Angestellte/Beamte im höheren Dienst						

In der Jugendhilfestichprobe sind deutlich mehr Patienteltern der Unterschicht angehörig (36 % als der Oberschicht (11 %).

#### Schulbildung

Die Schulbildung der einzelnen Patienten wurde anhand des besuchten Schultyps der Jahre 1999 und 2000 ermittelt. Die Schultypen *Sonderschule*, *Sonderschulform- unabhängige Orientierungsstufe (Diagnose und Förderklasse 7-9 Jahre)*, *Grund-, Haupt- und Realschule*, *Gymnasium*, *Berufsschule* und *Hochschule/Universität* wurden zur besseren Vergleichbarkeit in 4 Gruppen zusammengefasst:

1. Grundschule und Sonderschulform- unabhängige Orientierungsstufe
2. Hauptschule, Realschule und Berufsschule
3. Gymnasium und Universität
4. Sonderschule

- 11 Patienten besuchten die Grundschule
- 2 Patienten besuchten die Sonderschulformunabhängige Orientierungsstufe (Diagnose und Förderklasse 7-9 Jahre)
- 8 Patienten besuchten die Hauptschule
- 3 Patienten besuchten die Realschule
- 5 Patienten besuchten das Gymnasium
- 6 Patienten besuchten die Sonderschule
- 1 Patient besuchte die Berufsschule

Von 9 Patienten fehlen die Angaben bezüglich der Schulbildung.

Von diesen 9 Patienten sind 5 Patienten noch nicht oder nicht mehr schulfähig, 1 Patient ist zurück oder ausgeschult und von 3 Patienten fehlen wiederum die Angaben.

Die 8 Schultypen wurden wie oben beschrieben zusammengefasst:

13 Patienten besuchten die Grundschule und Sonderschulformunabhängige Orientierungsstufe (29 %)

12 Patienten besuchten die Hauptschule, Realschule und Berufsschule (26,6 %)

5 Patienten besuchten das Gymnasium (11,1 %)

6 Patienten besuchten die Sonderschule (13,3)

Die Regelschule besuchten 77 % der Kinder (ausgehend von 36 Kindern, von den Daten vorhanden waren).

### **Die 6 Achsen der multiaxialen Diagnose im Kindes- und Jugendalter:**

#### Erste Achse: Klinisch- psychiatrisches Syndrom

Die Einteilung der Diagnosen der ersten Achse wurde anhand der ICD-10 Einteilung vorgenommen.

Eine genaue Beschreibung der Einteilung der Diagnosen ist im Anhang aufgeführt.

**Tabelle 5 Erste Achse: Klinisch-psychiatrisches Syndrom**

		absolut		%
<b>keine psychiatrische Diagnose</b>		6		13
<b>Internalisierende Störungen</b>	Affektive Störungen (F 3)	5	13	29
	Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen (F 4)	7		
	Emotionale Störungen des Kindesalters (F 93,0 und 93,1)	1		
<b>Externalisierende Störungen</b>	Hyperkinetische Störungen(F90)	3	25	56
	Störungen des Sozialverhaltens(F91)	2		
	Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen mit depressiver Störung(F92)	15		
	Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen mit sozialer Überempfindlichkeit(F93,2)	1		
	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn der Kindheit und Jugend(F94)	4		
<b>Andere Störungen</b>	Organische und psychische Störungen(F0)		1	2
	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen(F5)			
	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen(F6)			
	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)			
	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend, wie Ticstörungen(F95)			
	andere (F98)wie Enuresis, Enkopresis, Fütterstörungen im frühen Kindesalter, Stottern, Poltern, Stereotype Bewegungsstörungen	1		

In der Jugendhilfestichprobe überwiegen die externalisierenden Störungen.

Zweite Achse: Umschriebene Entwicklungsstörungen

**Tabelle 6** Zweite Achse: Umschriebene Entwicklungsstörungen

		n=45		n=138		
		absolut	%	absolut	absolut	%
keine Entwicklungsstörungen		36	80	105	76	
Entwicklungsstörungen	Artikulationsstörung (F80,00)			2		1
	expressive Sprachstörung (F80,10)	1	2	1		1
	Entwicklungsstörungen des Sprechens (F80,90)	1	2	1		1
	Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81,00)	7	16	18	13	2
	kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten (F81,30)	1	2	2		1
	Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen (F82,00)			2		1
	Kombinierte Entwicklungsstörungen (F83,00)	4	9	7		5
fehlende Daten		2	4	15		11

Die Einteilung zur Diagnose der zweiten Achse wurde gemäß der ICD-10 Einteilung vorgenommen und umfasst die ICD-10 Ziffern F80 bis F89: umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, schulische Fähigkeiten und motorische Funktionen, kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen und andere nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen.

Diese Störungen haben folgende Merkmale:

- der Beginn liegt ausnahmslos im Kleinkindalter oder in der Kindheit
- die Entwicklung von Funktionen, die eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpft sind, sind eingeschränkt oder verzögert
- der Verlauf ist stetig und zeigt nicht die für viele psychischen Störungen typischen charakteristischen Remissionen und Rezidive (Remschmidt et al. 2001)

36 Patienten haben keine Entwicklungsstörung, jeweils ein Patient hat eine expressive Sprachstörung (F 80.10), eine Entwicklungsstörung des Sprechens (F80,90) und eine kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten (F81,30), vier Patienten haben kombinierte Entwicklungsstörungen (F83,00).

Von 2 Patienten liegen keine Werte vor.

Zusammengefasst heißt das, von 45 Patienten der Jugendhilfestichprobe haben 36 Patienten keine Entwicklungsstörung (80 %), während 7 Patienten eine Entwicklungsstörung haben (16 %) und von 2 Patienten die Werte fehlen (4 %).

Dritte Achse: Intelligenzniveau

**Tabelle 7 Dritte Achse: Intelligenzniveau**

		n=45				n=138			
		absolut		%		absolut		%	
normale bis hohe Intelligenz	hohe bis überdurchschnittliche Intelligenz (IQ:115-129)	37	2	82	4	112	7	82	5
	Normvariante, durchschnittliche Intelligenz (IQ:85-114)		35		78		105		76
Intelligenzminderung	niedrige bis unterdurchschnittliche Intelligenz (IQ:70-84)	8	5	18	11	17	8	12	6
	leichte intellektuelle Behinderung, Debilität (IQ:50-69) (F70)		2		4		7		5
	mäßige intellektuelle Behinderung (F71), Imbezilität (IQ:35-49)		1		2		1		2
	schwere intellektuelle Behinderung, ausgeprägte Imbezilität (IQ:20-34) (F72)						1		1
fehlende Daten						9		7	

Die Einteilung der dritten Achse des Intelligenzniveaus wurde gemäß der Einteilung der multiaxialen Klassifikation psychischer Störungen im Kinder- und Jugendalter vorgenommen und konnte in vier Gruppen unterteilt werden (Dilling et al. 1992).

Jugendhilfestichprobe (n=45):

- 2 Patienten (4 %) haben eine hohe bis überdurchschnittliche Intelligenz (IQ 115-129)
- 35 Patienten (78 %) haben eine normale, durchschnittliche Intelligenz (IQ 85-114)
- 5 Patienten (11 %) haben eine niedrige bis unterdurchschnittliche Intelligenz (IQ 70-84)
- 2 Patienten (4 %) haben eine leichte Intelligenzminderung (F70) (IQ 50-69)
- 1 Patient (2 %) hat eine mittel gradige Intelligenzminderung (F71)

Zur Auswertung wurden die Intelligenzniveaus in die Gruppen *normale bis hohe Intelligenz*, *niedrige Intelligenz* und *fehlende Werte über das Intelligenzniveau* zusammengefasst.

- 37 Patienten (82 %) haben eine normale bis hohe Intelligenz
- 8 Patienten (18 %) haben eine niedrige Intelligenz

#### Vierte Achse: Körperliche Symptomatik

Die vierte Achse umfasst körperliche Erkrankungen im Zusammenhang mit der psychiatrischen Diagnose und wurde in die vier Gruppen *keine körperliche Symptomatik neurologische Diagnose, somatische Diagnose* und *keine vorliegenden Werte* eingeteilt.

**Tabelle 8** Vierte Achse: Körperliche Symptomatik

			n=45	
			absolut	%
keine körperliche Symptomatik			34	76
körperliche Symptomatik	neurologische Diagnose	Intrakranielle und intraspinale Abszesse und Granulome(G06)		
		Arzneimittelinduzierte Dystonie(G24,0)		
		Polyneuropathie(G62,9)		
		Chromosomenanomalie(Q93)		
	somatische Diagnose	Sehschwäche infolge Frühgeburtlichkeit(H25)		
		Asthma bronchiale(J45)		
		Alopecia areata(L63,90)		
		Akute Zystitis(N30,0)		
		Spina bifida(Q5,90)		
		Vorhofseptumdefekt(Q21,0)		
		Aktinische Keratose(L57,0)	1	3
	sternokleidomastoideus(Q68,0)	1		
	sonstige Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifizierbar	1		
neurologische und somatische Diagnose	spastische Diplegie(G80,10) und Epilepsie(G40,0)	1	2	4
	Ataktische Zerebralparese(G80,40) und Knochennekrose (M90,50)	1		
	Lähmungssyndrom(G83,90) und Ventrikelseptumdefekt(Q21,0)			
fehlende Daten			6	13

34 Patienten haben keine körperliche Symptomatik, kein Patient eine neurologische Diagnose, drei Patienten eine somatische Diagnose, zwei Patienten eine neurologische und eine somatische Diagnose und von sechs Patienten liegen keine Werte vor.

Zu Auswertung wurde die körperliche Symptomatik in die drei Gruppen *keine körperliche Symptomatik, körperliche Symptomatik* und *keine vorliegende Werte über die körperliche Symptomatik* zusammengefasst:

34 Patienten haben keine körperliche Symptomatik, fünf Patienten haben eine körperliche Symptomatik und von sechs Patienten fehlen die Werte.

Die fünfte Achse (Familiäre Belastungen) wird bei familienbezogenen Variablen erklärt.

Sechste Achse: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

Die Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus beschreibt „die psychische, soziale und berufliche (schulische) Leistungsfähigkeit des Patienten zum Zeitpunkt der klinischen Evaluation...Außer bei sehr akuten Störungsbildern sollte sie für den Zeitraum der vergangenen drei Monate beurteilt werden...“ (Remschmidt et al. 2001).

Sie wurde in sieben Gruppen eingeteilt, die zur Auswertung in drei Gruppen zusammengefasst wurden.

**Tabelle 9 Sechste Achse: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus**

		n=45			
		absolut		%	
leichte soziale Beeinträchtigung	befriedigende Anpassung	11	1	24	2
	leichte soziale Beeinträchtigung		4		9
	mäßige soziale Beeinträchtigung		6		13
deutliche soziale Beeinträchtigung	deutliche soziale Beeinträchtigung	26	14	58	31
	deutliche und übergreifende soziale Beeinträchtigung		12		27
schwere soziale Beeinträchtigung	tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung	4	4	9	9
	braucht beträchtliche Betreuung				
	braucht ständige Betreuung				
fehlende Daten		4		9	

Ein Patient hat eine befriedigende Anpassung, vier Patienten eine leichte soziale Beeinträchtigung, sechs Patienten eine mäßige soziale Beeinträchtigung.

→ elf Patienten haben eine leichte soziale Beeinträchtigung

14 Patienten haben eine deutliche soziale Beeinträchtigung, zwölf Patienten eine deutliche und übergreifende soziale Beeinträchtigung.

→26 Patienten haben eine deutliche soziale Beeinträchtigung

4 Patienten haben eine tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung

→4 Patienten haben eine schwere soziale Beeinträchtigung

Von 2 Patienten fehlen die Werte

Keiner der Patienten hatte eine hervorragende Anpassung, braucht beträchtliche Betreuung oder braucht ständige Betreuung.

### 3.3.1.2 Familienbezogene Variablen

#### Familiäre Situation

Die familiäre Situation beschreibt die Patientenfamilie zum Zeitpunkt des Beginns der Therapie. Es wurde gefragt, ob die Patientenfamilie vollständig oder nicht vollständig ist, ob der Patient alleine, in einer Pflegefamilie oder im Heim lebt.

Bei 15 Patienten	ist die Familie vollständig.
Bei 19 Patienten	ist die Familie nicht vollständig
2 Patienten	lebten alleine.
5 Patienten	lebten in einer Pflegefamilie.
4 Patienten	lebten im Heim

Zur Auswertung wurden „Familie nicht vollständig“, „Patient lebt alleine“, „Patient lebt in Pflegefamilie“, und „Patient lebt im Heim“ zusammengefasst in „Familie unvollständig“.

Bei 15 Patienten (33.3 %) waren die Familien vollständig.

Bei 30 Patienten (66.6 %) waren die Familien unvollständig.

#### Fünfte Achse: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

Die Achse fünf beschreibt „methodisch diejenigen Aspekte der psychosozialen Situation des Kindes, die in Bezug auf den Entwicklungsstand des Kindes, seinen Erfahrungsschatz und die herrschenden soziokulturellen Umstände signifikant von der Norm abweichen. Die auf dieser Achse einbezogenen Kategorien wurden ausgewählt, weil man aus Erfahrung weiß, dass sich signifikante psychiatrische Risikofaktoren darstellen können...“(Remschmidt et al. 2001).

Diese Achse operationalisiert gut und umfangreich belastende Umweltbedingungen, die bedeutsam für Fragestellungen sind, die die Jugendhilfe betreffen.

Die genaue Beschreibung der Einteilung der Achse V ist im Anhang angeführt.

Von der Jugendhilfestichprobe (n=45) waren:

10 Patienten	unauffällig (0-5 Einzelitems)
20 Patienten	leicht auffällig (6-12 Einzelitems)
14 Patienten	auffällig (13-41 Einzelitems)

Von einem Patienten fehlt der Wert.

#### Garf-Skala (global assessment of family relationship function) zur Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen in der Familie

Die GARF-Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen mit Werten von 0-100 wird herangezogen zur Gesamtbeurteilung des Funktionsniveaus einer Familie oder anderer laufender

Beziehungen auf einem hypothetischen Kontinuum, das vom kompetenten, optimalen Funktionieren bis zu zerstörten, dysfunktionalen Beziehungen reicht (Saß et al. 1996).

Die GARF-Skala ermöglicht es, eine Familie oder Beziehungseinheit in folgenden Bereichen einzuschätzen (Steininger 2002):

- *Problemlöser*: Fertigkeiten beim Bewältigen von Zielen, Regeln und alltäglichen Arbeiten; Anpassungsfähigkeit bei Stress; Kommunikationsfähigkeiten; Fähigkeiten zur Konfliktlösung
- *Organisation*: Einhaltung interpersoneller Rollen und Subsystemgrenzen; hierarchisches Funktionieren; Koalitionen und Verteilung von Macht, Kontrolle und Verantwortung.
- *Emotionales Klima*: Tonfall und Spielraum von Gefühlen; Qualität von Fürsorge, Empathie Engagement und Bindung/Verpflichtung; Teilen von Werten, gegenseitige affektive Verantwortlichkeit, Respekt und Rücksicht; Qualität sexuellen Funktionierens

Die Familien der Patienten wurden in fünf Gruppen eingeteilt, und zur Auswertung nochmals in drei Gruppen zusammengefasst:

**Tabelle 10** GARF- Skala

		n=45			
		absolut		%	
schlechte Familienbeziehung (Werte von 1-40)	dysfunktionale Beziehung in der Familie (Werte von 1-20)	13	2	29	4
	selten zufriedenstellende Beziehung in der Familie (Werte von 21-40)		11		24
unbefriedigende Familienbeziehung (Werte von 41-60)	unbefriedigende Beziehung in der Familie (Werte von 41-60)	14		31	
gute Familienbeziehung (Werte von 61-100)	leichte Beziehungsstörung in der Familie (Werte von 61-80)	18	14	40	31
	zufriedenstellende Beziehung in der Familie (Werte von 81-100)		4		9

- 2 Patienten haben in der Familie eine dysfunktionale Beziehung (Wert 1-20)
- 11 Patienten haben in der Familie eine selten zufrieden stellende Beziehung (Wert 21-40)
- (13 Patienten haben eine schlechte Familienbeziehung)
  
- 14 Patienten haben in der Familie eine unbefriedigende Beziehung (Wert 41-60)
  
- 14 Patienten haben in der Familie eine leichte Beziehungsstörung (Wert 61-80)
- 4 Patienten haben in der Familie eine zufrieden stellende Beziehung (Wert 81-100)
- (18 Patienten haben eine gute Familienbeziehung)

### 3.3.1.3 Therapeutenbezogene Variablen:

#### Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik

Das Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik wurde gemäß der Basisdokumentation in die sieben Bereiche *völlig gebessert/ deutlich gebessert/ etwas gebessert/ unverändert/ verschlechtert/ entfällt (kein Behandlungsauftrag)/ und nicht beurteilbar* unterteilt, die zur Auswertung in vier Gruppen zusammengefasst wurden (Steinger 2002):

**Tabelle 11** Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik

		n=45		
		absolut	%	
gebessert	völlig gebessert	20	45	
	deutlich gebessert			3
	etwas gebessert			17
unverändert/verschlechtert		16	36	
entfällt/kein Behandlungsauftrag nicht beurteilbar		6	13	
fehlende Daten		3	7	

3 Patienten deutlich gebessert  
 17 Patienten etwas gebessert  
 (20 Patienten gebessert)

16 Patienten unverändert

5 Patienten entfallen (kein Behandlungsauftrag)  
 1 Patient nicht beurteilbar  
 (6 Patienten nicht beurteilbar)

Von 3 Patienten liegen keine Werte vor.

#### Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation

Das Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation wurde ebenso laut Basisdokumentation (siehe Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik) in die sieben Bereiche unterteilt und zur Auswertung in vier Gruppen eingeteilt.

**Tabelle 12 Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation**

		n=45			
		absolut		%	
gebessert	völlig gebessert	18		40	
	deutlich gebessert		3		7
	etwas gebessert		15		33
unverändert/verschlechtert		19		42	
entfällt/kein Behandlungsauftrag- nicht beurteilbar		5		11	
fehlende Daten		4		9	

3 Patienten deutlich gebessert  
 15 Patienten etwas gebessert  
 (18 Patienten gebessert)

18 Patienten unverändert

1 Patient verschlechtert

(19 Patienten unverändert oder verschlechtert)

4 Patienten entfallen, da kein Behandlungsauftrag vorliegt  
 1 Patient ist nicht beurteilbar  
 (5 Patienten sind insgesamt nicht beurteilbar)

Von 3 Patienten liegen keine Werte vor.

Beratungs- und Behandlungskontakte

Die Anzahl der Beratungs- und Behandlungskontakte variierten von Einzelterminen bis hin zu 21 Terminen und wurden in die fünf Gruppen *Einzelkontakt*, *2-10 Termine*, *11-20 Termine*, *über 20 Termine* und *keine vorliegenden Werte* unterteilt.

8 Patienten hatten einen Einzeltermin (18 %)  
 20 Patienten hatten 2-10 Termine (44 %)  
 15 Patienten hatten 11-20 Termine (33 %)  
 2 Patienten hatten über 20 Termine (4 %)

Der Mittelwert der Anzahl der Beratungs- und Behandlungskontakte betrug 4,46 Kontakte (STD: 2,63).

#### Behandlungsepisoden im Zeitraum 1999/2000

Die Behandlungsepisoden variierten von der Einzelepisode bis hin zu sechs Episoden.

Zur Auswertung wurden die Behandlungsepisoden in die drei Gruppen *Einzelepisode*, *2 Episoden* und *mehr als 2 Episoden* zusammengefasst.

33 Patienten die 1. Episode  
7 Patienten die 2. Episode  
3 Patienten die 3. Episode und jeweils  
1 Patient die 4. und 6. Episode.

Zusammengefasst hatten

33 Patienten eine *Einzelepisode* (73 %)  
7 Patienten die *2. Episode* (16 %) und  
5 Patienten *mehr als 2 Episoden* (11 %)

#### **3.3.1.4 Kooperation: verbindende Variable zwischen Patient, Familie und Therapeut**

##### Arztbrief

Von 45 Patienten der **Jugendhilfestichprobe** wurde bei

37 Patienten ein Arztbrief verschickt (82 %)  
8 Patienten kein Arztbrief verschickt (18 %)

##### Helferkonferenz

Die Helferkonferenz ist ein fach- und institutionsübergreifendes Gremium zur Koordinierung von Unterstützungsangeboten in Problemsituationen und Kriseninterventionen. Sie ist eine interdisziplinäre Besprechung der Probleme, die den Patienten betreffen.

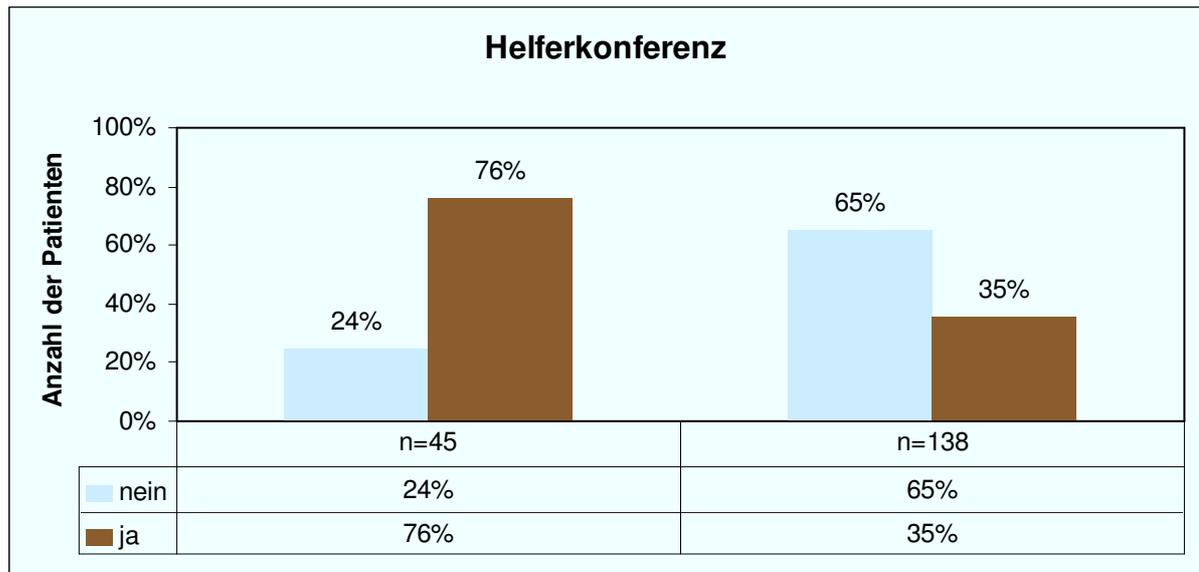
Ihr Ziel ist die gemeinsame Erarbeitung von Lösungsansätzen durch professionelle Mitarbeiter aus Jugendhilfeeinrichtungen, Kliniken, Schulen, Angehörigen und den Patienten selber.

Die Frage, ob eine Helferkonferenz stattfinden soll, kann entweder von den Mitarbeitern des Institutes für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder von den involvierten Institutionen der Jugendhilfe gestellt werden. Eine Besonderheit ist, dass bei Helferkonferenzen, die von dem Institut für Kinder und Jugendpsychiatrie geplant werden, der Patient und die Familie an der Helferkonferenz teilnehmen. Helferkonferenzen, die von den Institutionen der Jugendhilfe geplant werden, finden in der Regel ohne den Patienten und seine Familie statt.

Von 45 Patienten der **Jugendhilfestichprobe** hatten 34 Patienten eine Helferkonferenz (76 %) und elf Patienten keine Helferkonferenz (24 %).

Von der 138 Patienten der **Gesamtstichprobe** hatten 48 Patienten (35 %) eine Helferkonferenz, 87 Patienten (65 %) keine Helferkonferenz und von drei Patienten fehlen die Angaben.

**Abbildung 1**      **Helferkonferenz (Bado)**



### 3.3.1.5 Zusammenfassung der Daten der Basisdokumentation von Jugendhilfe- und Gesamtstichprobe

Nachfolgend werden die Daten der Basisdokumentation der Jugendhilfe- und der Gesamtstichprobe gegenübergestellt, verglichen und Besonderheiten beschrieben.

**Tabelle 13 Basisdokumentation der Jugendhilfe- und Gesamtstichprobe**

		Jugendhilfe-Stichprobe		Gesamt-Stichprobe	
		n=45	%	n=138	%
<b>Personenbezogene Variablen</b>					
Geschlecht	m	36	80	88	64
	w	9	20	50	36
Nationalität	deutsch	32	71	122	88
	nichtdeutsch	13	29	16	12
Alter bei Beginn der Therapie	0-11 Jahre	21	47	58	42
	11-18 Jahre	24	53	72	52
	Über 18 Jahre	0	0	8	6
Schichtzugehörigkeit	Unterschicht	16	36	26	19
	Mittelschicht	24	53	76	55
	Oberschicht	5	11	36	26
Schulbildung	Grundschule/Sonderschulformunabhängige Orientierungsstufe	13	29	43	31
	Hauptschule/Realschule/Berufsschule	12	27	30	22
	Gymnasium	5	11	5	4
	Sonderschule	6	13	6	4
<b>DIAGNOSEN</b>					
Erste Achse: Diagnose	keine Psychiatrische Diagnose	6	13	23	17
	internalisierende Störungen	13	29	49	36
	externalisierende Störungen	25	56	49	36
	andere Störungen	1	2	17	12
Zweite Achse: Entwicklungsstörungen	ohne Entwicklungsstörungen	36	80	105	76
	mit Entwicklungsstörungen	7	16	18	13
Dritte Achse: Intelligenz	normal bis hoch	37	82	112	80
	niedrig	8	18	17	12
Vierte Achse: körperliche Symptomatik	keine körperliche Symptomatik	34	76	93	67
	körperliche Symptomatik	5	11	18	13
Sechste Achse: globale Beurteilung der psychosozialen Anpassung	leichte soziale Beeinträchtigung	11	24	51	37
	deutliche soziale Beeinträchtigung	26	58	63	46
	schwere soziale Beeinträchtigung	4	9	13	9

Jugendhilfen-Stichprobe		Gesamt-Stichprobe	
n=45	%	n=138	%

### Familienbezogene Variablen

familiäre Situation	Familie vollständig	15	33	79	57
	Familie unvollständig	30	67	85	42
Fünfte Achse: Psychosoziale Umstände	unauffällig	10	22	41	30
	leicht auffällig	20	44	49	36
	auffällig	14	31	27	20
Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen	gute Beziehungen	18	40	62	45
	unbefriedigende Beziehungen	14	31	43	31
	schlechte Beziehungen	13	29	33	24

### Therapeutenbezogene Variablen

Behandlungsergebnis bzgl. der Symptomatik	kein Behandlungsauftrag	6	13	38	28
	gebessert	20	45	61	44
	unverändert oder verschlechtert	16	36	34	24
Behandlungsergebnis bzgl. der Gesamtsituation	kein Behandlungsauftrag	5	11	38	28
	gebessert	18	40	49	36
	unverändert oder verschlechtert	19	42	46	33
Kontakte	Einzeltermin	8	18	28	20
	2-10 Termine	20	44	70	51
	11-20 Termine	15	33	36	26
	über 20 Termine	2	4	4	3
Episoden	1 Episode	33	73	111	80
	2 Episoden	7	16	16	12
	mehr als 2 Episoden	5	11	11	8

### Verbindende Variable: Kooperation

Helferkonferenz	hatte Helferkonferenz	34	76	48	35
	hatte keine Helferkonferenz	11	24	87	63
Arztbrief	Arztbrief wurde verschickt	37	82	117	85
	Arztbrief wurde nicht verschickt	8	18	20	15

Was sind die besonderen Kennzeichen der Jugendhilfestichprobe, wie unterscheidet sie sich von der Gesamtstichprobe?

Die Jugendhilfestichprobe ist gekennzeichnet durch einen hohen Bubenanteil von 80 % (Gesamtstichprobe: 64 %), in 29 % der Fälle haben die Kinder und Jugendlichen einen Migrationshintergrund (Gesamt: 12 %), gehören in 36 % der Fälle zur Unterschicht (Gesamt: 19 %) und leben häufiger in un-

vollständigen Familien (67 %); in der Gesamtstichprobe haben 42 % der Kinder und Jugendlichen eine abweichende Familiensituation.

Das mittlere Alter bei Therapiebeginn war 10,8 Jahre (Gesamtstichprobe: 11,5 Jahre), 62 % der Kinder besuchen eine Regelschule, in der Gesamtstichprobe sind es 69 %.

Alle Kinder, die eine Sonderschule besuchten gehörten zur Jugendhilfestichprobe.

Kinder und Jugendliche der Jugendhilfestichprobe haben häufiger externalisierende Störungen (56 %) als Kinder der Gesamtstichprobe (36 %).

In ihrer psychosozialen Anpassung sind sie häufiger deutlicher beeinträchtigt (67 %) als die Kinder der Gesamtstichprobe (55 %).

Die familiären psychosozialen Umstände und Belastungen sind häufiger auffällig (75 %) als in der Gesamtstichprobe (56%).

Sie haben eher schlechte Beziehungen innerhalb der Familie (29 %) als in der Gesamtstichprobe (24 %).

Das Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik und auch der Gesamtsituation war bei Kindern und Jugendlichen der Jugendhilfestichprobe in einem höheren Prozentsatz unverändert oder verschlechtert (36 %, bzw. 42 %), als in der Gesamtstichprobe (24 bzw. 33 %).

Das Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation hat sich häufiger verschlechtert oder ist unverändert geblieben als das der Symptomatik.

76 % der Kinder und Jugendliche der Gesamtstichprobe hatten eine Helferkonferenz, bei den Kindern und Jugendlichen der Gesamtstichprobe traf dies nur in 35 % der Fälle zu.

In über 80 % der Fälle beider Stichproben wurden Arztbriefe verschickt.

#### Zusammenfassung:

Tendenziell wurden vor allem nichtdeutsche Jungen aus unvollständigen Familien, der Unterschicht angehörend und mit Förderschulbedarf in Maßnahmen der Jugendhilfe vermittelt.

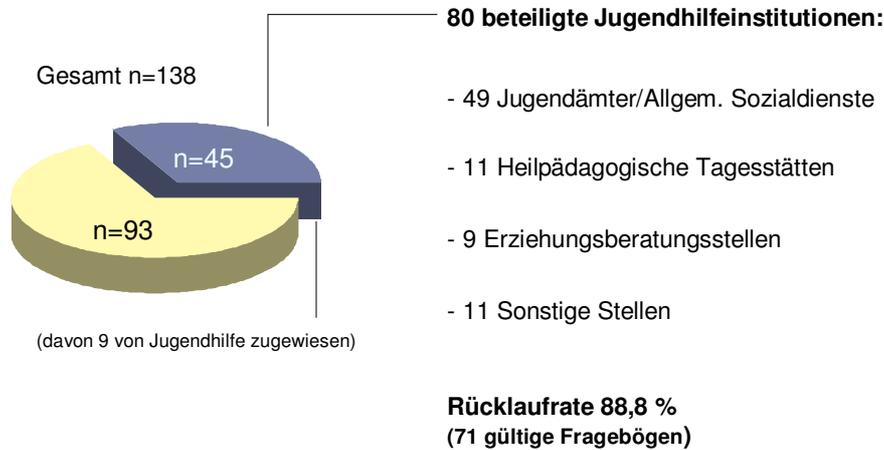
Externalisierende Störungen und eine deutliche soziale Beeinträchtigung kennzeichnen die Kinder dieser Stichprobe. Die familiäre Belastung ist höher, das Funktionsniveau innerhalb der Familien häufiger eingeschränkt.

Das Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation hat sich häufiger verschlechtert oder ist unverändert geblieben als das der Symptomatik.

### 3.3.2 Mitarbeiter der Jugendhilfe (n=80)

45 Patienten der Poliklinik hatten gemäß der Basisdokumentation Kontakt zu Einrichtungen der Jugendhilfe; neun von ihnen wurden von der Jugendhilfe zugewiesen.

**Abbildung 3 Stichproben**



(Hemmer und Frank 2005)

Da einzelne Kinder und Jugendliche Kontakt zu mehreren Jugendhilfeeinrichtungen gleichzeitig hatten, ergeben sich insgesamt 80 zuständige Mitarbeiter/innen der folgenden Abteilungen der Jugendhilfeeinrichtungen:

- 49 Allgemeine Sozialdienste/Jugendämter
- 11 Heilpädagogische Tagesstätten
- 9 Erziehungsberatungsstellen
- 11 andere Stellen:
  - 1 Integrationskindergarten
  - 1 überregionales Beratungszentrum/therapeutisches Heim
  - 2 katholische Jugendfürsorgestellen
  - 1 heilpädagogische Ambulanz
  - 1 Außenwohngruppe eines heilpädagogischen Zentrums
  - 1 Schule/Förderzentrum mit dem Schwerpunkt geistige Entwicklung
  - 1 Sozialpädagogische Tagesgruppe nach §32 KHJG
  - 1 stationäre Entwöhnung für jugendliche Drogenabhängige
  - 1 evangelisches Mädchenheim
  - 1 Jugendhaus (Jugendhilfeeinrichtung/psychotherapeutisches Heim)
  - 1 Jugendhilfeeinrichtung Kinderschutz-Mutterschutz

Da einige der Jugendhilfeeinrichtungen mehrere Patienten gleichzeitig vertraten und in manchen Jugendhilfeeinrichtungen mehrere verschiedene Abteilungen an der Beratung und Behandlung beteiligt waren, ergeben sich insgesamt 47 verschiedene Jugendhilfeeinrichtungen. Darunter waren 21 Allge-

meine Sozialdienste, sechs Erziehungsberatungsstellen und elf Heilpädagogische Tagesstätten. Zehn Einrichtungen waren mehrmals, 37 Einrichtungen nur einmalig vertreten. Zum Teil hatten wir in einer Einrichtung verschiedene Fachleute als Ansprechpartner. Die genaue Aufstellung der Jugendhilfeeinrichtungen ist im Anhang aufgeführt.

Die befragten Fachleute der oben angegebenen Institutionen setzen sich zusammen aus:

- 47 Sozialpädagogen/innen (59 %)
- 14 Psychologen/innen (18 %)
- acht anderen Berufsgruppen: (10 %)
  - eine Erzieherin
  - eine Heilpädagogin
  - eine Verwaltungsinspektorin (hat Fragebögen für 2 Patienten beantwortet)
  - eine Sonderpädagogin/Erzieherin
  - eine ärztliche Leitung für stationäre Drogenentwöhnung für Jugendliche
  - ein ärztlicher Heimleiter einer Jugendhilfeeinrichtung (Kinder- und Jugendpsychiater)
  - eine Jugendgerichtshelferin

Von drei Institutionen fehlen die Antworten, neun Fragebögen fehlen, von einem fehlenden Fragebogen ist die Ansprechpartnerin bekannt.

### **Jugendhilfeeinrichtungen und deren Fachleute**

Wir wollten wissen, in welchen Institutionen welche Fachleute arbeiten:

**Tabelle 14 Berufsgruppen in Jugendhilfeeinrichtungen**

	Allgemeiner Sozialdienst/ Jugendamt	Erziehungs- Beratungsstelle	Heilpädagogische Tagesstätte	Andere Stellen	Gesamt
Psychologin	2	5	6	1	14
Sozialpädagogin	36	4	1	6	47
Andere Berufs- gruppe	3	0	2	3	8
Frage nicht be- antwortet	3	0	0	0	3
Gesamt	44	9	9	10	72

In neun befragten Erziehungsberatungsstellen sind fünf Psychologen/innen und vier Sozialpädagogen/innen beschäftigt. Entgegen unserer Erwartung, war der Anteil der dort beschäftigten Sozialpädagogen/innen hoch, da diese ein geringeres Einkommen als Psychologen/innen haben. Wie erwartet,

haben hauptsächlich Sozialpädagogen/innen in den Jugendämtern/Allgemeinen Sozialdiensten geantwortet, in den Heilpädagogischen Tagesstätten vor allem Psychologen/innen.

### **3.4 Auswertungskonzept**

#### **3.4.1 Datenerhebung**

Es wurden die Patientenakten der Patienten aus den Jahren 1999 und 2000 studiert und nach Hinweisen auf eine Jugendhilfebeteiligung recherchiert. Bei Jugendhilfebeteiligung wurden die entsprechenden Ansprechpartner und Einrichtungen notiert. Anschließend wurden die Strukturdaten der Patienten, die in Jugendhilfemaßnahmen involviert waren der Basisdokumentation entnommen.

Schließlich wurden die entsprechenden Daten der Basisdokumentation nochmals mit denen aus den Akten abgeglichen.

Die Rohdaten wurden auf ihre Plausibilität überprüft.

Das Antwortverhalten der Fragebogenaussendungen wurde beschrieben.

Die fehlenden Daten der Jugendhilfeeinrichtungen, die den Fragebogen nicht beantworteten wurden nach Hilfearten und nach den Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität analysiert.

Die statistische Datenauswertung erfolgte mit Hilfe der Software-Programmpakete SPSS (Statistical Package for Social Science Version 12.0 für Windows) und Microsoft Excel.

#### **3.4.2 Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (n=45)**

Die Häufigkeiten der Daten der Basisdokumentation von Gesamt- und Jugendhilfestichprobe wurden deskriptiv dargestellt.

Die Einflussvariablen der Jugendhilfestichprobe wurden bivariat ausgewertet: die bivariate Darstellung wurde mit Hilfe des Chi- Quadrat- Tests nach Pearson (Bühl und Zöfel 2000) geprüft.

Alle Einflussvariablen der Basisdokumentation wurden in Kreuztabellen miteinander verglichen und jede Variable getrennt ausgewertet.

Aufgrund der geringen Stichprobengröße konnten keine signifikanten Ergebnisse festgestellt werden.

Die patientenbezogene Auswertung wird im Kapitel der Methodik dargestellt, da die Basisdokumentation ein Erhebungsinstrument darstellt.

#### **3.4.3 Mitarbeiter Jugendhilfe (n=80)**

Das Antwortverhalten und die Antworten auf die formalen und freien Fragen und der fehlenden Daten wurden deskriptiv dargestellt.

Die Institutionen der Jugendhilfe und deren Fachleute wurden deskriptiv und bivariat dargestellt. Die bivariate Darstellung wurde mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson (Bühl und Zöfel 2000) geprüft.

Auswertung der fehlenden Daten der Nichtantworter.

### **3.4.3.1 Auswertung der Einzelfragen zur Zufriedenheit**

Deskriptive Darstellung der formalen Fragen des Fragebogens.

Deskriptive Darstellung der Einzelfragen zur Zufriedenheit mit der Kooperation.

„Frage nicht beantwortet“ bedeutet, der Fragebogen wurde zwar beantwortet, die entsprechende Frage jedoch ausgelassen.

Für jede Frage des Fragebogens wurde eine Mittelwertberechnung durchgeführt.

Die Fragen: „Frage nicht beurteilbar“ und „Frage nicht beantwortet“ gingen nicht in die Mittelwertberechnung ein.

Die Antworten wurden wie folgt skaliert:

0= überhaupt nicht (0-0,49)

1= kaum (0,5-1,49)

2= teilweise (1,5-2,49)

3= überwiegend (2,5-3,49)

4= ganz genau (3,5-4)

6= Frage nicht beurteilbar

9= Frage nicht beantwortet

Da die Frage sieben des Fragebogens negativ formuliert ist, wurde diese zur Auswertung in eine andere Variable positiv umkodiert.

0= überhaupt nicht → 4= ganz genau

1= kaum → 3= überwiegend

2= teilweise → 2= teilweise

3= überwiegend → 1= kaum

4= ganz genau → 0= überhaupt nicht

0= überhaupt nicht (0-0,49)

1= kaum (0,5-1,49)

2= teilweise (1,5-2,49)

3= überwiegend (2,5-3,49)

4= ganz genau (3,5-4)

6= Frage nicht beurteilbar

9= Frage nicht beantwortet

### **3.4.3.2 Rangreihe der Einzelfragen zur Zufriedenheit**

Die Einzelfragen wurden deskriptiv anhand absteigender Mittelwerte dargestellt.

### **3.4.3.3 Rangreihen der Einzelfragen zur Zufriedenheit nach Hilfearten**

Für jede Hilfeart wurden die Einzelfragen anhand absteigender Mittelwerte deskriptiv dargestellt.

### **3.4.3.4 Auswertung der nichtbeantworteten Einzelfragen**

In die Auswertung eingeschlossen sind alle beantworteten Fragebögen; die jeweilige Einrichtung hat einzelne Fragen ausgelassen oder die Frage: „Frage nicht beurteilbar“ angekreuzt.

Die nichtbeantworteten Einzelfragen wurden nach den Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität dargestellt und beurteilt.

Anschließend wurden die Mittelwerte der nichtbeantworteten Einzelfragen nach den Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berechnet und beurteilt.

### **3.4.3.5 Freie Fragen**

Deskriptive Darstellung der freien Fragen; Anführen zweier Fallbeispiele.

### **3.4.3.6 Zufriedenheit der Jugendhilfeeinrichtungen im Vergleich**

Es folgte eine Skalenbildung der Teilzufriedenheiten nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität:

Diese Einteilung der Fragen wurde anschließend mittels eines multivariaten Verfahrens (Faktorenanalyse) überprüft. Mit einer von SPSS vorgeschlagenen 3-Faktorenlösung wurden die Einzelfragen neu in die Faktoren Struktur und Kooperation, Beratungsprozess und Erfolg zugeordnet und die Gesamt- und Teilzufriedenheiten der einzelnen Jugendhilfeeinrichtungen damit berechnet.

#### Einzelfragen der Zufriedenheit im Vergleich:

Für jede Einzelfrage wurde eine Mittelwertberechnung für alle Einrichtungen gesamt und für jede Hilfeart (Allgemeiner Sozialdienst, Erziehungsberatung, Heilpädagogische Tagesstätte und andere Stellen) durchgeführt.

Die Fragen: „Frage nicht beurteilbar“ und „Frage nicht beantwortet“ gingen nicht in die Mittelwertberechnung ein.

Zur Auswertung wurden die Antworten wie in Kapitel 3.4.3.1 skaliert.

#### Zusammenfassende Darstellung der Zufriedenheit im Vergleich:

Die Mittelwerte der Einzelfragen des Fragebogens wurden für alle Einrichtungen gesamt und für jede Hilfeart nach den Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Mittelwerten zusammengefasst und verglichen.

Für die Berechnung der Teilzufriedenheiten wurde für jede Institution einzeln eine Mittelwertberechnung durchgeführt.

### **3.4.3.7 Vergleich der Gesamtzufriedenheit und der Ergebnisqualität nach Hilfearten**

Die Mittelwerte der Gesamtzufriedenheit und der Ergebnisqualität der allgemeinen Sozialdienste (ASD), Heilpädagogischen Tagesstätten (HPT) und der Erziehungsberatungsstellen (EB) werden paarweise gegenübergestellt und anhand der Effektstärken (Schmeck 2003) verglichen.

„Eine Effektstärke stellt eine an der Merkmalsstreuung relativierte Differenz zwischen zwei Gruppen der Differenz hinsichtlich eines Merkmals dar...“ Effektstärken werden berechnet aus dem Quotienten der Differenz der Gruppenmittelwerte und den gemittelten Standardabweichungen:  $(MW1 - MW2) / ((STD1 + STD2) / 2)$ . Auf der Grundlage einer solchen Berechnung können nach Cohen (Cohen 1988) Effektstärken bis 0,2 als unbedeutend, Effektstärken von 0,21-0,5 als gering, 0,51-0,80 als mittel und >0,80 als bedeutend bewertet werden (Schmeck 2003).

## 4 ERGEBNISSE

### 4.1 Datenerhebung

Insgesamt 80 Institutionen der Jugendhilfe erhielten in der ersten Aussendung am 28.01.2004 einen Fragebogen mit Anschreiben; ein frankierter Rückumschlag wurde beigelegt. Zwei weitere schriftliche Aussendungen fanden jeweils am 23.02.2004 und 29.03.2004 statt, die telefonische Dritterinnerung erfolgte am 12. und 13. 05.2004.

**Die Fragebögen, sowie das Anschreiben und die zwei Erinnerungsschreiben sind im Anhang abgebildet.**

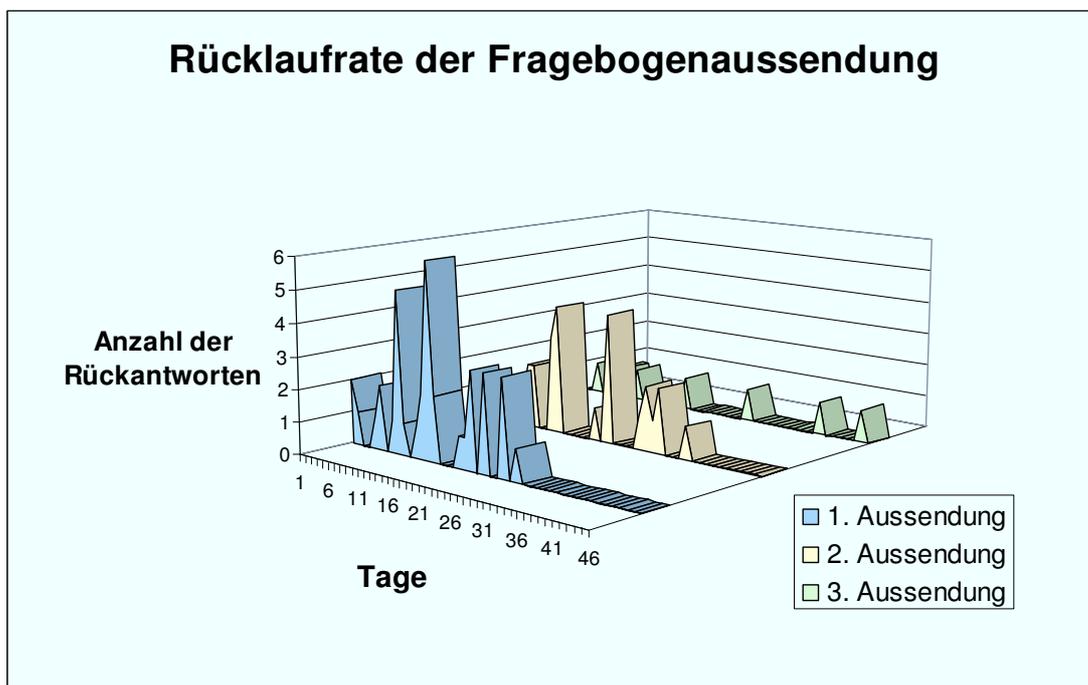
Die Fragebögen an die Jugendämter/Allgemeinen Sozialdienste in München wurden gesammelt an die Leitung des Stadtjugendamt Münchens, Frau Gerber geschickt und von da aus an die einzelnen Stadtbezirke weitergeleitet. Die Fragebögen für das Kreisjugendamt des Landratsamt Münchens wurden ebenfalls an die Leitung geschickt und von dort aus weiterverteilt. Dadurch ergibt sich eine zeitliche Verschiebung des Fragebogenerhalts der betreffenden Stellen.

Diese oben beschriebene, von Frau Gerber selbst vorgeschlagene Organisation der Fragebogenverteilung, ist als Zeichen der im Vorfeld erfolgreichen Kooperation zwischen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Stadtjugendamt/Kreisjugendamt zu werten.

Alle Daten, die bis einschließlich 13.05.2004 erhoben wurden, werden im Folgenden ausgewertet.

#### 4.1.1 Antwortverhalten

**Abbildung 2** Rücklauftrate



Die erste Aussendung des Fragebogens erzielte eine Rücklaufquote von 45 % (36 Fragebögen), die erste Erinnerung 33 % (zusätzlich 26 Antworten), die zweite Erinnerung 10 % (zusätzlich 8 Antworten) und eine telefonische Dritterinnerung schließlich rund 1 % (eine Antwort zusätzlich).

Die meisten Rückantworten gingen in allen drei Aussendungen innerhalb der ersten drei Wochen ein. Mit der ersten Aussendung konnte ein Rücklauf von 45 % erzielt werden, nach einer zweiten waren es 78 % und nach einer dritten Aussendung insgesamt 88 %.

Die telefonische Dritterinnerung konnte die Rücklaufquote nur um 1 % erhöhen.

Einige Antworten wurden per Fax zurückgesendet; diese Möglichkeit der unmittelbaren Antwortübermittlung erleichtert vermutlich aus verwaltungstechnischer Sicht die Beantwortung des Fragebogens.

Da die Mitarbeiter des Stadtjugendamtes und Kreisjugendamtes die Fragebögen etwas später als die direkt angeschriebenen Einrichtungen erhielten, kann man eine Verzerrung des Antwortverhaltens nicht ausschließen.

Insgesamt 80 Einrichtungen haben einen Fragebogen erhalten. Die 71 Einrichtungen, die den Fragebogen schriftlich oder telefonisch beantworteten, werden als *Antworte* betrachtet.

Die neun Institutionen, die einen Fragebogen erhalten haben, aber nicht antworteten, werden *Nichtantwort* genannt.

Zusammenfassung:

Nach drei schriftlichen Aussendungen und einer telefonischen Dritterinnerung liegen für 45 Kinder und Jugendlichen 71 gültige Fragebögen zur Auswertung vor (Rücklaufquote 89 %).

**4.1.2 Nichtantworter (n=9)**

Von 80 Jugendhilfeeinrichtungen haben neun bei der Befragung nicht geantwortet. Von diesen neun Institutionen waren sechs Allgemeine Sozialdienste/Jugendämter, zwei Heilpädagogische Tagesstätten und eine Sozialhilfeverwaltung eines Landratsamtes.

**Tabelle 15 Antwortverhalten nach Hilfearten**

n=	Nichtantworter	Antworte	Gesamt
alle Einrichtungen	9	71	80
ASD/ JA	6	43	49
EB	0	9	9
HPT	2	9	11
andere Stellen	1	10	11

Bei den Allgemeinen Sozialdiensten/Jugendämtern haben sechs von 49 Einrichtungen nicht geantwortet, bei den Heilpädagogischen Tagesstätten waren es zwei von neun, und die Erziehungsberatungsstellen haben alle geantwortet. Die höchste Rate Nichtantwörter haben die Heilpädagogischen Tagesstätten, die Patienten sehr häufig mit komplexen Problemstellungen behandeln. Allerdings sind diese Ergebnisse zurückhaltend zu bewerten, da insgesamt nur kleine Fallzahlen vorliegen.

Von diesen nichtantwortenden Institutionen liegen zwar keine Fragebögen vor, jedoch können die Daten der Basisdokumentation der jeweiligen Patienten ausgewertet werden.

Eine Verzerrung durch die Darstellung des Vergleiches von institutionsbezogenen Daten mit personenbezogenen Werten der Basisdokumentation kann durch die kleine Stichprobengröße nicht ausgeschlossen werden.

**Tabelle 16 Vergleich Nichtantworter mit Stichproben**

Personenbezogene Variablen		Nicht-antworter		Jugendhilfe-Stichprobe		Gesamt-Stichprobe	
		n=9	%	n=45	%	n=138	%
Geschlecht	m	8	89	36	80	88	64
	w	1	11	9	20	50	36
Nationalität	deutsch	6	67	32	71	122	88
	nichtdeutsch	3	33	13	29	16	12
Alter bei Beginn der Therapie	0-11 Jahre	3	33	21	47	58	42
	11-18 Jahre	6	67	24	53	72	52
	Über 18 Jahre	0	0	0	0	8	6
Schichtzugehörigkeit	Unterschicht	3	33	16	36	26	19
	Mittelschicht	4	44	24	53	76	55
	Oberschicht	2	22	5	11	36	26
Schulbildung	Grundschule/Sonderschulform- unabhängige Orientierungsstufe	3	33	13	29	43	31
	Hauptschule/Realschule/Berufsschule	3	33	12	27	30	22
	Gymnasium	1	11	5	11	5	4
	Sonderschule	0	0	6	13	6	4
<b>Diagnosen</b>							
Erste Achse: Diagnose	keine psychiatrische Diagnose	2	22	6	13	23	17
	internalisierende Störungen	3	33	13	29	49	36
	externalisierende Störungen	4	44	25	56	49	36
	andere Störungen	0	0	1	2	17	12
Zweite Achse: Entwicklungsstörungen	ohne Entwicklungsstörungen	6	67	36	80	105	76
	mit Entwicklungsstörungen	3	33	7	16	18	13
Dritte Achse: Intelligenz	normal bis hoch	7	78	37	82	112	80
	niedrig	2	22	8	18	17	12
Vierte Achse: Körperliche Symptomatik	keine körperliche Symptomatik	7	78	34	76	93	67
	körperliche Symptomatik	0	0	5	11	18	13
Sechste Achse: Globale Beurteilung der psychosozialen Anpassung	leichte soziale Beeinträchtigung	0	0	11	24	51	37
	deutliche soziale Beeinträchtigung	7	78	26	58	63	46
	schwere soziale Beeinträchtigung	1	11	4	9	13	9

<b>Familienbezogene Variablen</b>		<b>Nicht-antworter</b>		Jugendhilfe-Stichprobe		Gesamt-Stichprobe	
		n=9	%	n=45	%	n=138	%
familiäre Situation	Familie vollständig	2	<b>22</b>	15	<b>33</b>	79	<b>57</b>
	Familie unvollständig	7	<b>78</b>	30	<b>67</b>	85	<b>42</b>

Fünfte Achse: Psycho-soziale Umstände	unauffällig	2	<b>22</b>	10	<b>22</b>	41	<b>30</b>
	leicht auffällig	3	<b>33</b>	20	<b>44</b>	49	<b>36</b>
	auffällig	3	<b>33</b>	14	<b>31</b>	27	<b>20</b>

Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen	gute Beziehungen	2	<b>22</b>	18	<b>40</b>	62	<b>45</b>
	unbefriedigende Beziehungen	2	<b>22</b>	14	<b>31</b>	43	<b>31</b>
	schlechte Beziehungen	4	<b>44</b>	13	<b>29</b>	33	<b>24</b>

### **Therapeutenbezogene Variablen**

Behandlungsergebnis bzgl. der Symptomatik	kein Behandlungsauftrag	1	<b>11</b>	6	<b>13</b>	38	<b>28</b>
	gebessert	4	<b>44</b>	20	<b>45</b>	61	<b>44</b>
	unverändert oder verschlechtert	2	<b>22</b>	16	<b>36</b>	34	<b>24</b>

Behandlungsergebnis bzgl. der Gesamtsituation	kein Behandlungsauftrag	1	<b>11</b>	5	<b>11</b>	38	<b>28</b>
	gebessert	5	<b>56</b>	18	<b>40</b>	49	<b>36</b>
	unverändert oder verschlechtert	1	<b>11</b>	19	<b>42</b>	46	<b>33</b>

Kontakte	Einzeltermin	2	<b>22</b>	8	<b>18</b>	28	<b>20</b>
	2-10 Termine	2	<b>22</b>	20	<b>44</b>	70	<b>51</b>
	11-20 Termine	3	<b>33</b>	15	<b>33</b>	36	<b>26</b>
	über 20 Termine	1	<b>11</b>	2	<b>4</b>	4	<b>3</b>

Episoden	1 Episode	6	<b>67</b>	33	<b>73</b>	111	<b>80</b>
	2 Episoden	2	<b>22</b>	7	<b>16</b>	16	<b>12</b>
	mehr als 2 Episoden	1	<b>11</b>	5	<b>11</b>	11	<b>8</b>

### **Verbindende Variable: Kooperation**

Helferkonferenz	hatte Helferkonferenz	7	<b>78</b>	34	76	48	35
	hatte keine Helferkonferenz	2	<b>22</b>	11	24	87	63
Arztbrief	Arztbrief wurde verschickt	7	<b>78</b>	37	82	117	85
	Arztbrief wurde nicht verschickt	2	<b>22</b>	8	18	20	15

### **Personenbezogene Variablen:**

Mehr Einrichtungen, die männliche, nichtdeutsche, 11-18 jährige Kinder und Jugendliche vertraten, sind unter den Nichtantworter, bezogen auf die Kinder der Jugendhilfestichprobe.

Einrichtungen, die Kinder vertraten, die Sonderschulen besuchten, haben alle geantwortet.

### **Diagnosen:**

Einrichtungen, die Kinder mit internalisierenden Störungen, ohne psychiatrische Diagnose, mit Entwicklungsstörungen, niedriger Intelligenz, einer deutlichen sozialen Beeinträchtigung und einer deutlichen sozialen Beeinträchtigung vertraten haben eher nicht geantwortet. Alle Einrichtungen, die Kinder mit einer körperlichen Symptomatik und einer leichten sozialen Beeinträchtigung vertraten, haben den Fragebogen zurückgesendet.

### **Familienbezogene Variablen:**

Eher Einrichtungen, die Kinder aus unvollständigen Familien mit schlechten Beziehungen vertraten, antworteten nicht.

### **Therapeutenbezogene Variablen:**

Eher Einrichtungen, die Kinder vertraten, deren Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation sich gebessert hat, haben nicht geantwortet; deren Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation unverändert geblieben ist oder sich verschlechtert hat, haben alle außer einer Einrichtung geantwortet.

### **Verbindende Variable: Kooperation:**

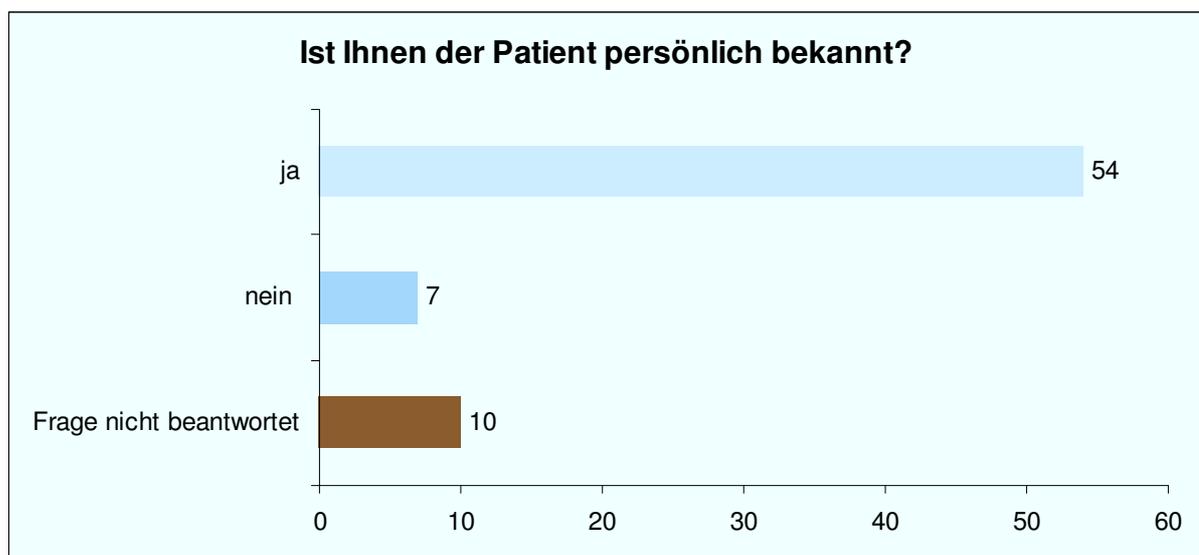
Einrichtungen haben eher geantwortet, wenn kein Arztbrief verschickt wurde.

Bei dieser Auswertung kann eine Verzerrung nicht ausgeschlossen werden, da institutionsbezogene Daten (n=9 von n=80) mit personenbezogenen Daten (n=45; n=138) verglichen werden.

## **4.2 Zufriedenheit Jugendhilfe (n=80)**

### **4.2.1 Auswertung der formalen Fragen**

**Abbildung 3** Persönliches Kennen des Patienten I

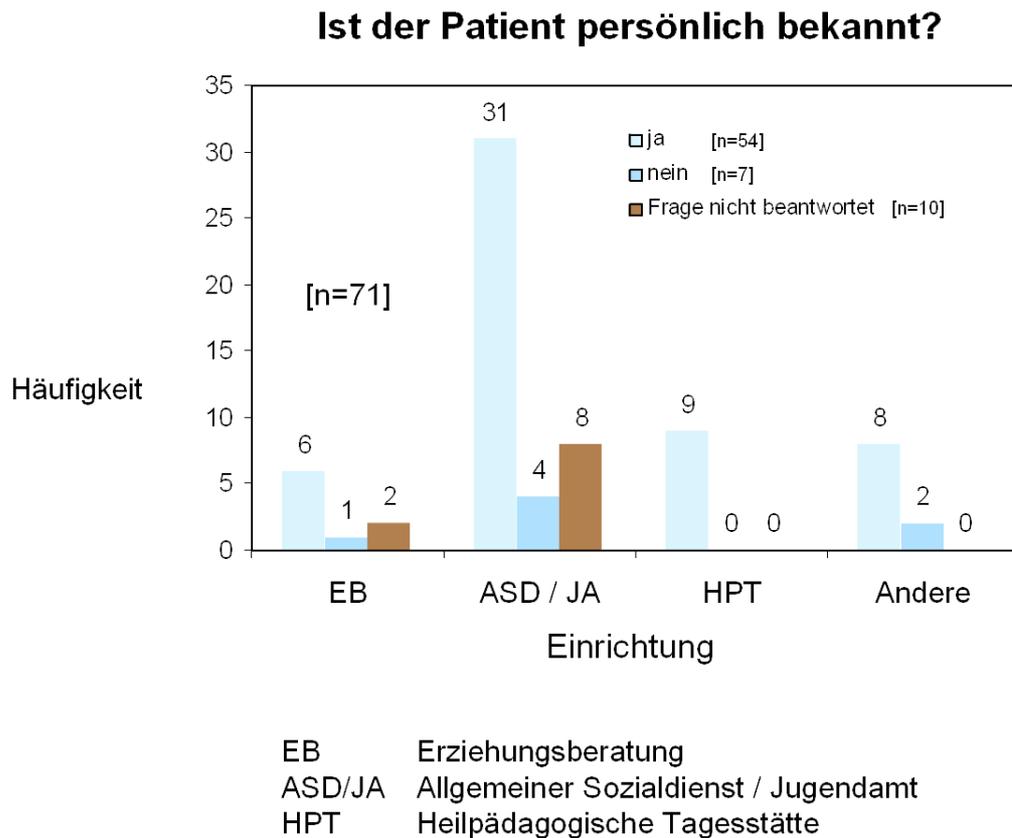


Wir wollten wissen, ob der Patient persönlich bekannt war:

Bei 71 gültigen Fragebögen konnten 54 Jugendhilfemitarbeiter diese Frage bejahen, sieben verneinten sie und zehn beantworteten diese Frage nicht. Das bedeutet, dass die Einrichtungen den Großteil der Patienten (76 %) noch kennen. Nur sieben (10 %) sind definitiv unbekannt, obwohl der Zeitpunkt der Befragung 4-5 Jahre nach dem Kontakt stattfand.

Um diese Frage konkreter beurteilen zu können, prüften wir, in welchen Einrichtungen die Patienten persönlich bekannt sind:

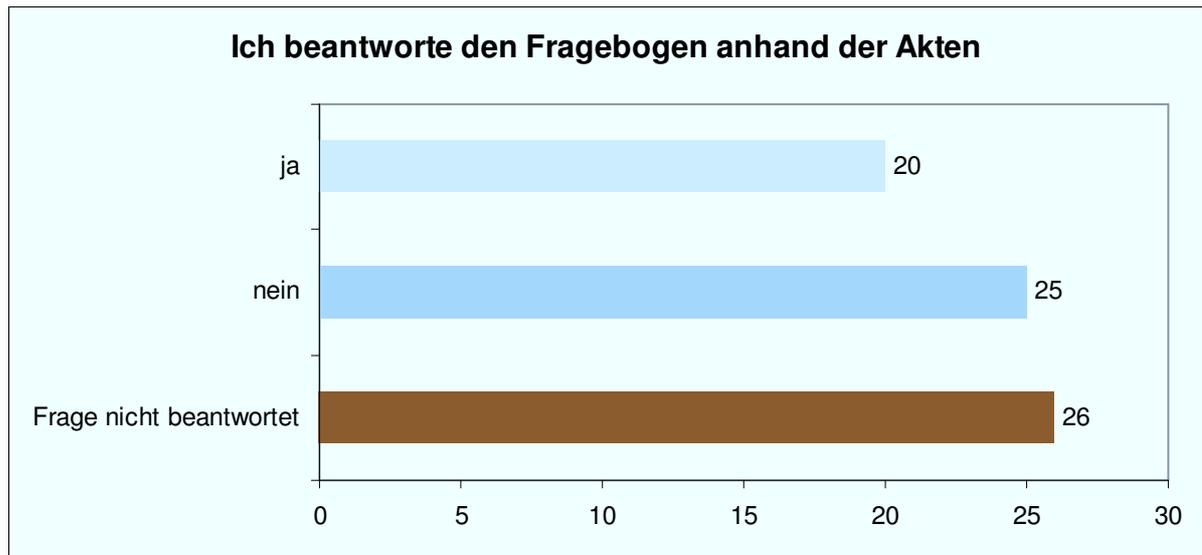
**Abbildung 4** Persönliches Kennen des Patienten II



In den Heilpädagogischen Tagesstätten sind alle Kinder persönlich bekannt. Dort werden sie über längere Zeiträume kontinuierlich betreut. Auch den meisten Jugendämtern/Sozialdiensten sind die Kinder und Jugendlichen bekannt. Dass in den Erziehungsberatungsstellen sehr viele Kinder persönlich bekannt sind haben wir nicht erwartet und wir sind positiv überrascht, da in der Regel für die einzelnen Kinder keine Akten angelegt werden,

Anschließend wollten wir wissen, ob der Fragebogen ausschließlich anhand des Aktenstudiums beantwortet wurde. Auch wenn Patienten unbekannt sind, könnten in den Einrichtungen bei ausreichender einrichtungsinterner Dokumentation die Fragebögen beantwortet werden.

**Abbildung 5** Beantwortung des Fragebogens anhand der Akten



Von 71 gültigen Fragebögen beantworteten:

20 Mitarbeiter der Jugendhilfe die Frage mit ja,

25 mit nein und 26 beantworteten diese Frage nicht

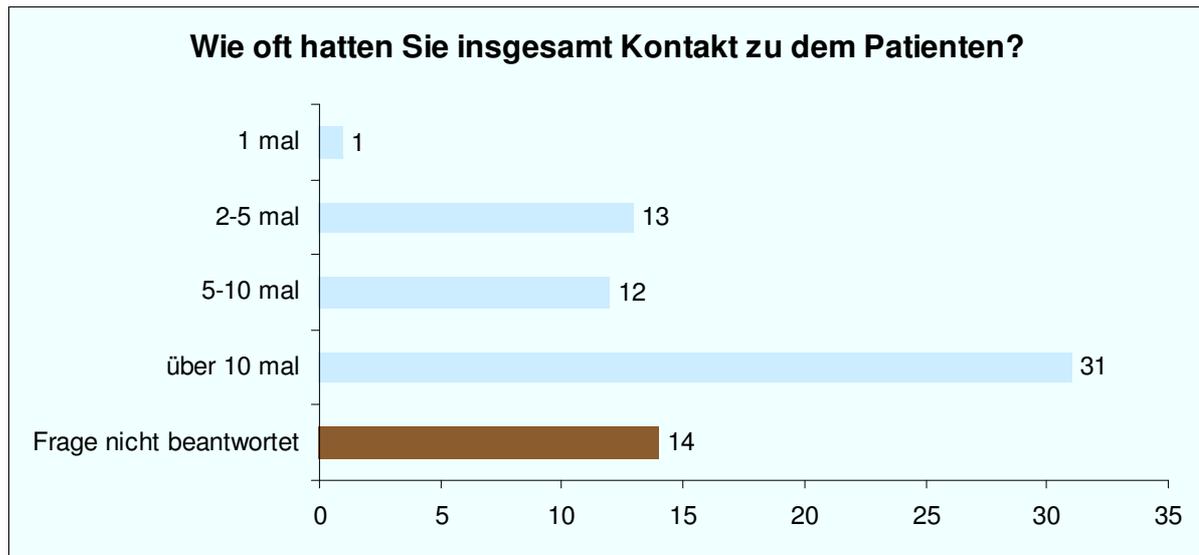
Um diese Frage beurteilen zu können, wurde überprüft, ob diejenigen Einrichtungen, die die Patienten nicht kannten, die Fragen per Aktenstudium beantworteten.

Von den 20 Einrichtungen, die den Fragebogen nach Aktenlage beantworteten, kannten fünf Mitarbeiter den Patienten nicht.

Allerdings beantworteten zwei Mitarbeiter, die den Patienten nicht kannten, auch nicht nach Aktenlage den Fragebogen.

Anschließend wollten wir wissen, wie oft der betreffende Jugendhilfemitarbeiter/die betreffende Institution Kontakt zu dem Patienten hatte.

**Abbildung 6** Häufigkeit der Patientenkontakte



Von 71 gültige Antwortbögen hatten:

Eine Institution einmal,

13 Institutionen zwei bis fünfmal,

zwölf Institutionen fünf bis zehnmal

und 31 Institutionen über zehnmal Kontakt zu dem Patienten.

14 Institutionen beantworteten diese Frage nicht.

Die Überprüfung des Zusammenhanges zwischen der Einrichtung und der Anzahl der Patientenkontakte ergab folgendes (genannt wird die häufigste Nennung):

Von neun Erziehungsberatungsstellen hatten vier Einrichtungen über zehnmal Patientenkontakt.

Von 43 Allg. Sozialdiensten/Jugendämtern hatten zwölf Einrichtungen zwei bis fünfmal Patientenkontakt und zwölf Einrichtungen haben die Frage nicht beantwortet.

Alle neun Heilpädagogischen Tagesstätten hatten über zehn Patientenkontakte.

Von zehn Anderen Stellen hatten acht Einrichtungen über zehnmal Patientenkontakt.

Heilpädagogischen Tagesstätten betreuen meist Kinder und Jugendliche mit komplexen Problemen; eine langfristige Betreuung ist dort die Regel. Erziehungsberatungsstellen hatten in unserer Studie häufig langfristige Patientenkontakte, was vermutlich auf Patienten mit komplexen Problemstellungen zurückzuführen ist.

Als nächstes wollten wir wissen, wann der letzte Kontakt stattgefunden hat:

35 Einrichtungen haben diese Frage beantwortet, 45 Antworten fehlen. Die Spannweite reichte von Februar 1999 bis März 2004. Im Schnitt lag der letzte Kontakt zwei Jahre zurück.

#### 4.2.2 Darstellung der Einzelfragen (n=71)

Die Einzelfragen des Fragebogens wurden zur besseren Lesbarkeit und Vergleichbarkeit in folgende Blöcke zusammengefasst:

Strukturqualität: Strukturbedingungen Ambulanz

Prozessqualität: Kooperation und Beratungsprozess

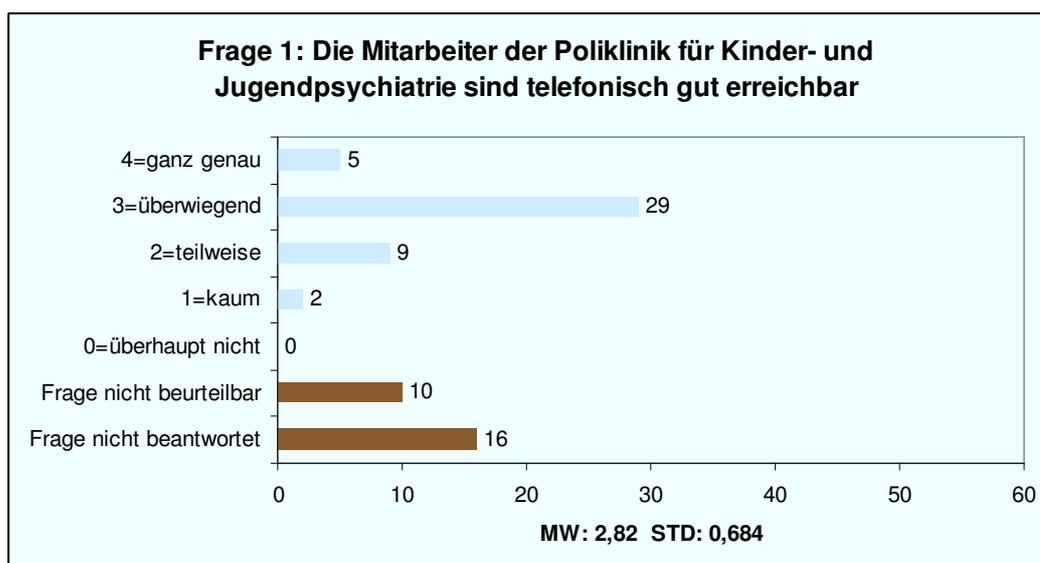
Ergebnisqualität: Erfolg der Beratung

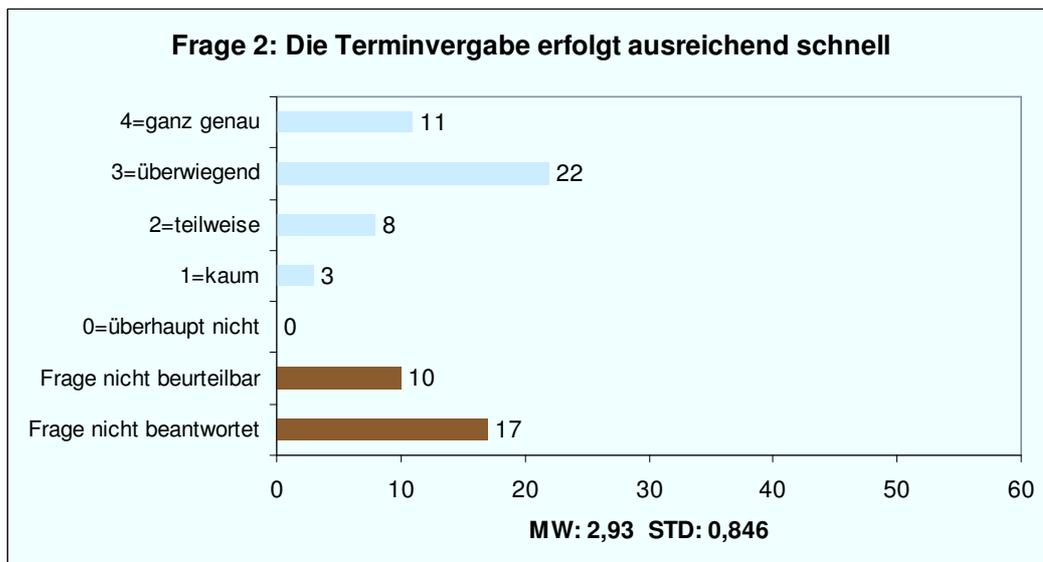
„Frage nicht beantwortet“ bedeutet, dass der Fragebogen zwar beantwortet wurde, diese Frage jedoch in der Beantwortung ausgelassen wurde.

„Frage nicht beantwortet“ und „Frage nicht beurteilbar“ wurden in der Berechnung der Mittelwerte nicht berücksichtigt.

Die ersten zwei Fragen des Fragebogens beziehen sich auf die **Strukturqualität**, die Strukturbedingungen der Ambulanz:

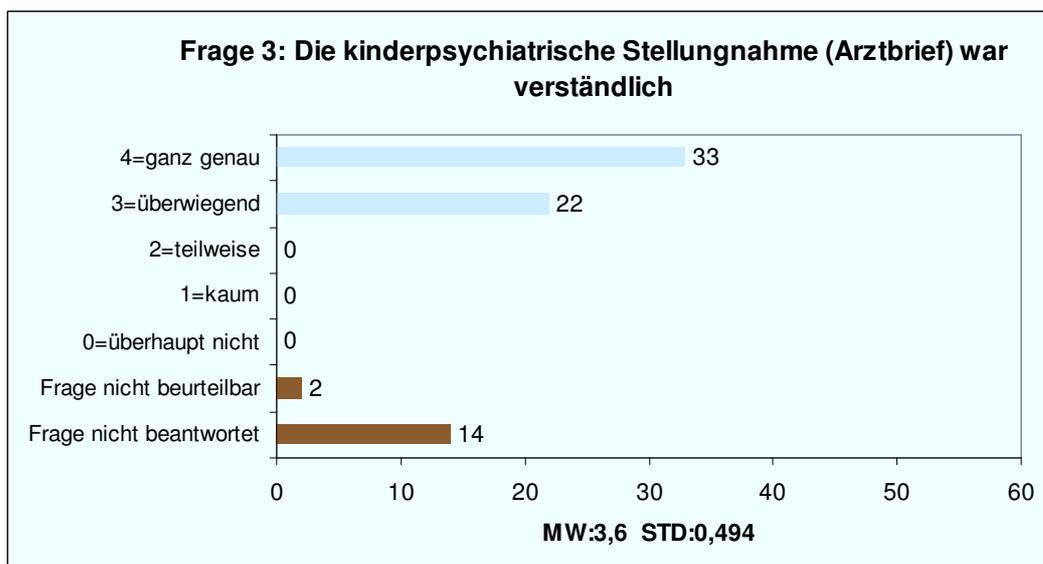
**Abbildung 7** Einzelfragen



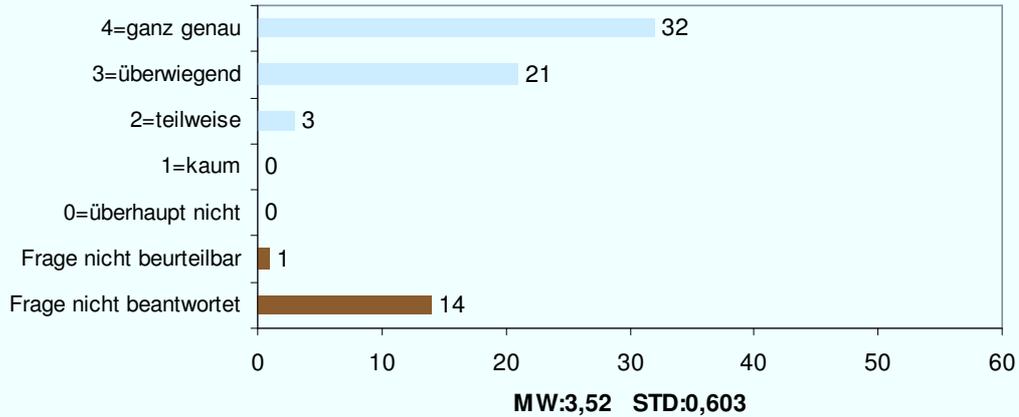


Die Mitarbeiter der Jugendhilfe sind zufrieden mit den Strukturbedingungen. Die ausreichend schnelle Terminvergabe wird etwas besser bewertet als die telefonische Erreichbarkeit.

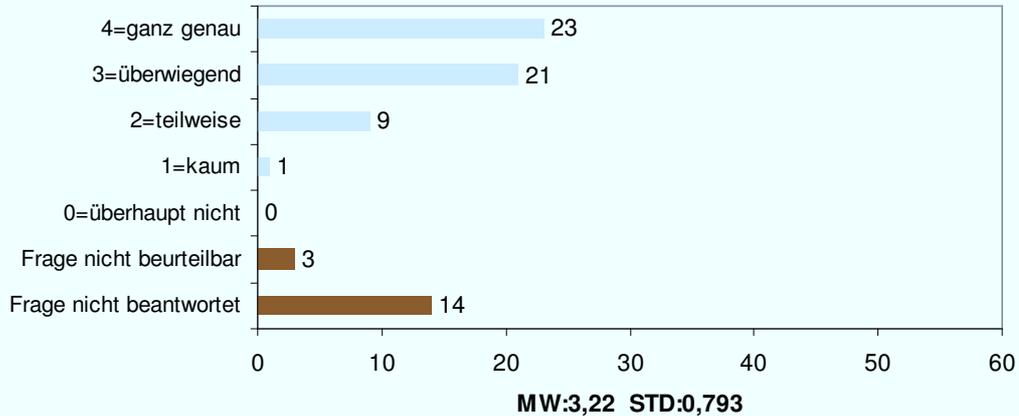
Die folgenden 14 Fragen evaluieren die **Prozessqualität**; die ersten zehn Fragen beziehen sich auf die Kooperation:



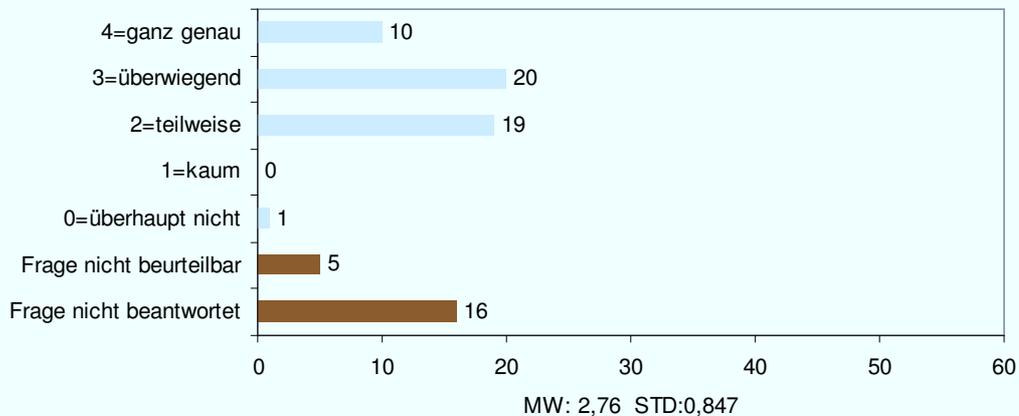
**Frage 4: Die kinderpsychiatrische Stellungnahme (Arztbrief) war für die weiterführende Betreuung hilfreich**



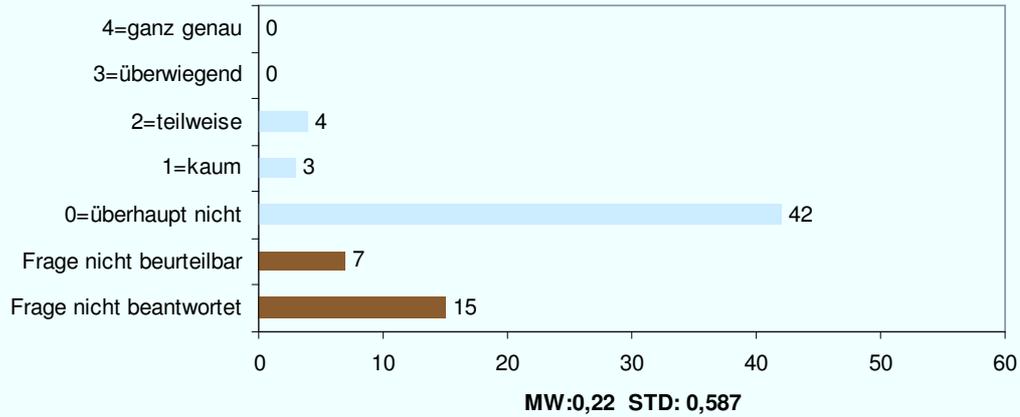
**Frage 5: Die Empfehlungen der Mitarbeiter konnte ich annehmen**



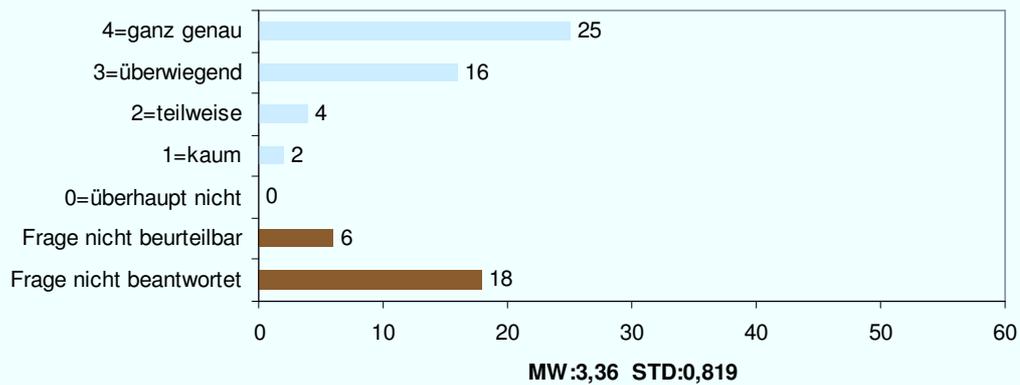
**Frage 6: Die Empfehlungen der Mitarbeiter der Poliklinik konnte ich umsetzen**



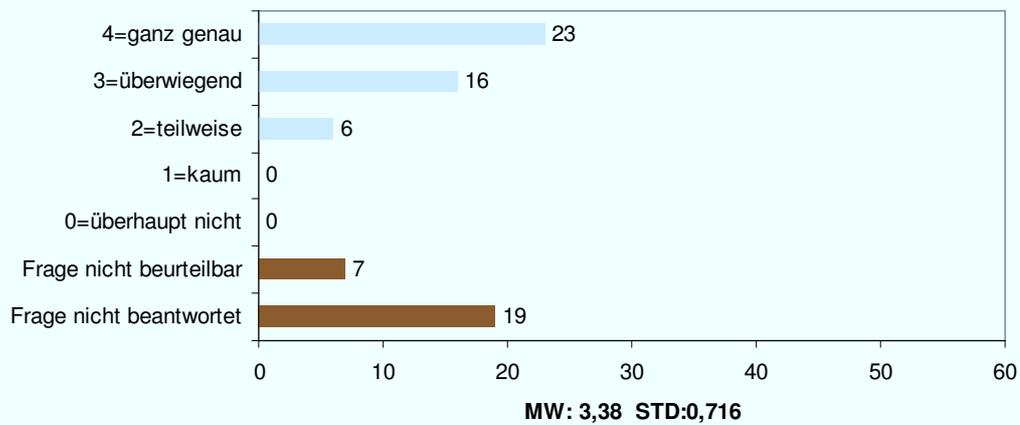
**Frage 7: Ich habe mich über die Mitarbeiter der Poliklinik geärgert**



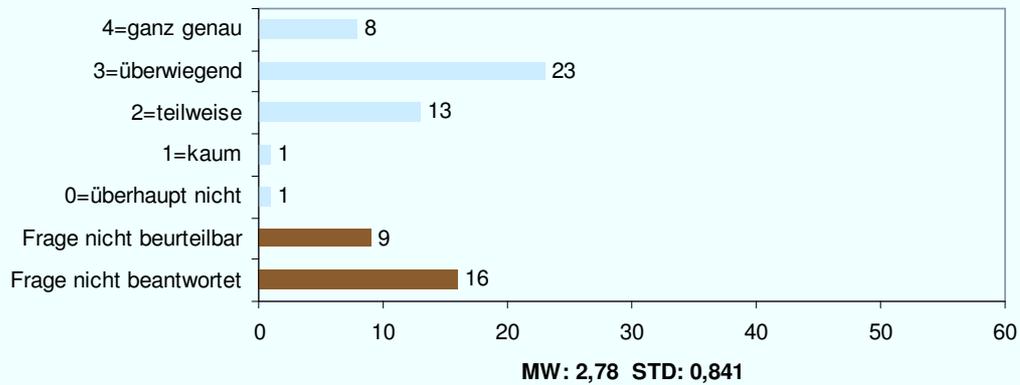
**Frage 14: Die gemeinsame Besprechung mit den verschiedenen Berufsgruppen und der Familie (Helferkonferenz) hat zur Klärung der Situation beigetragen**



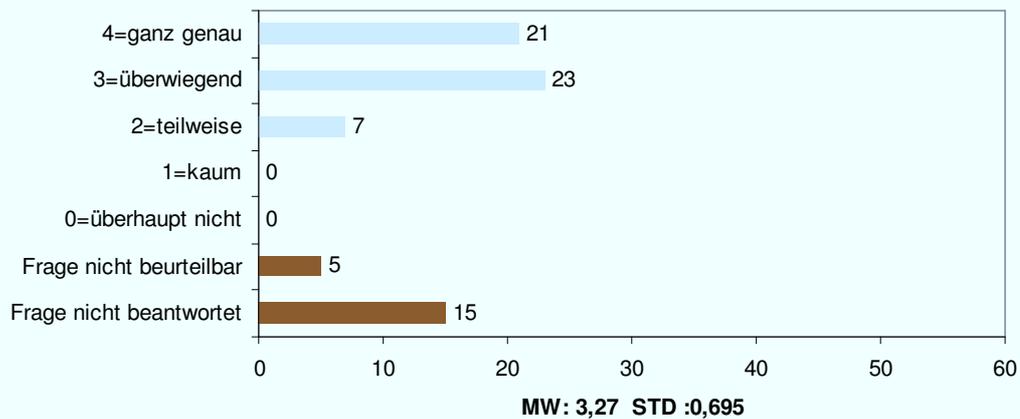
**Frage 15: Die Empfehlungen der Mitarbeiter der Poliklinik gingen in den Hilfeplan mit ein**



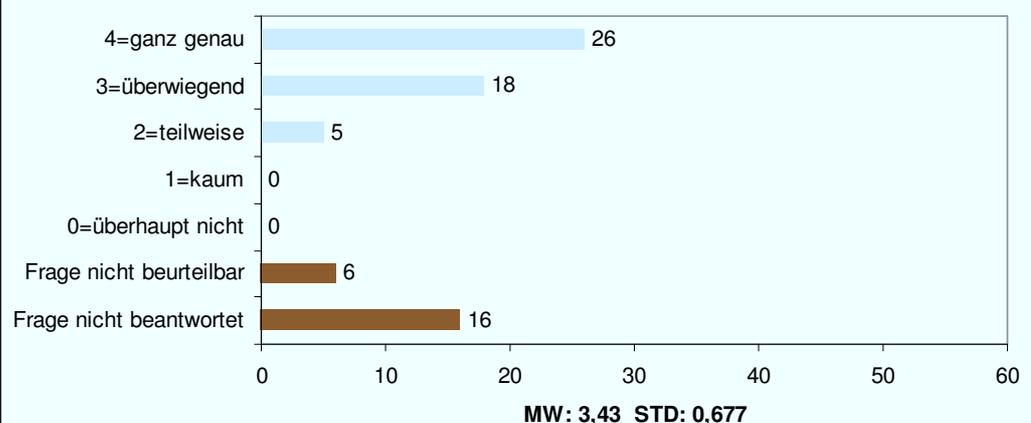
**Frage 16: Durch die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Poliklinik konnte ich ein besseres Verständnis für die Situation des Patienten entwickeln**



**Frage 19: Die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Poliklinik war für mich hilfreich**

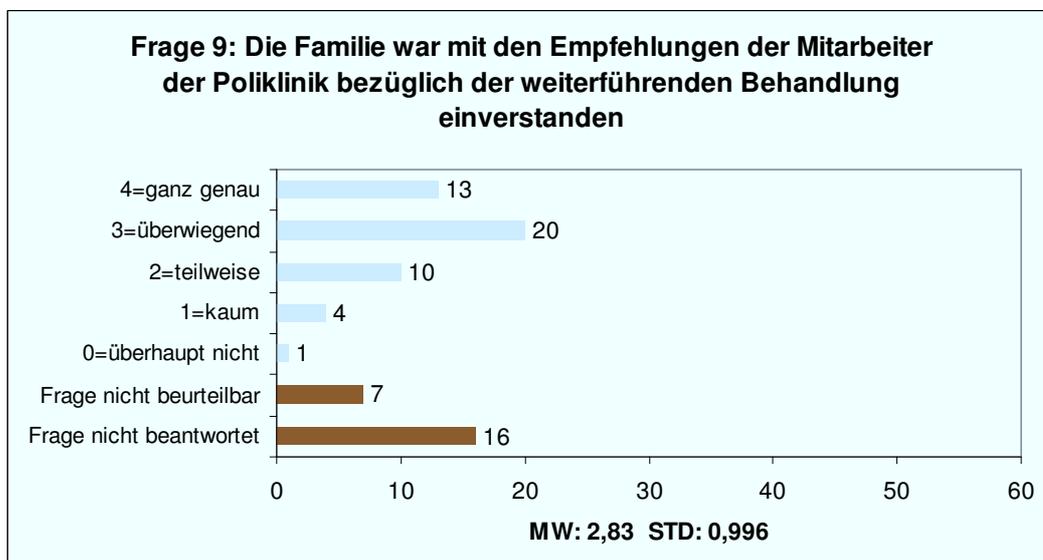
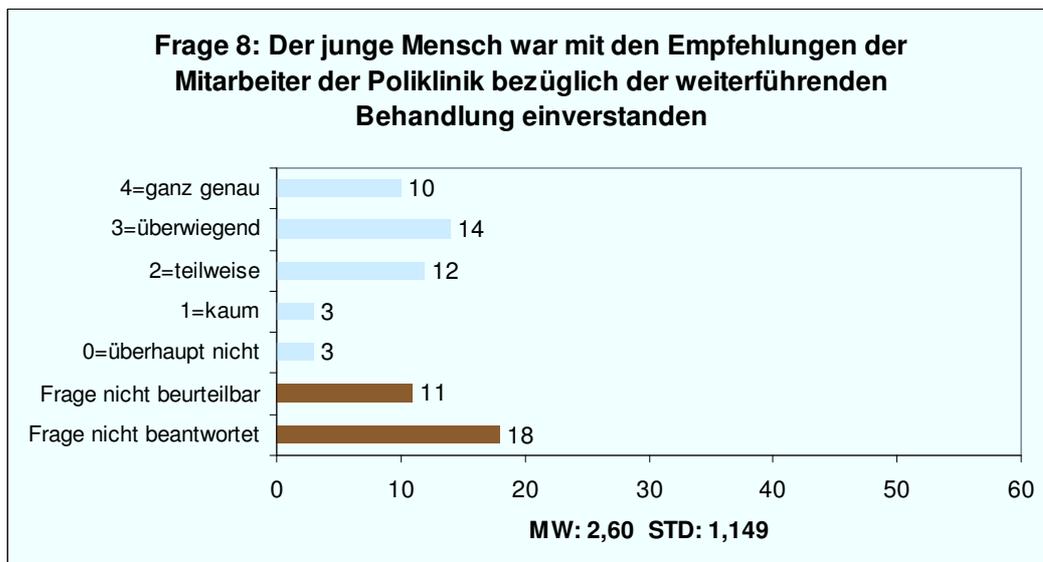


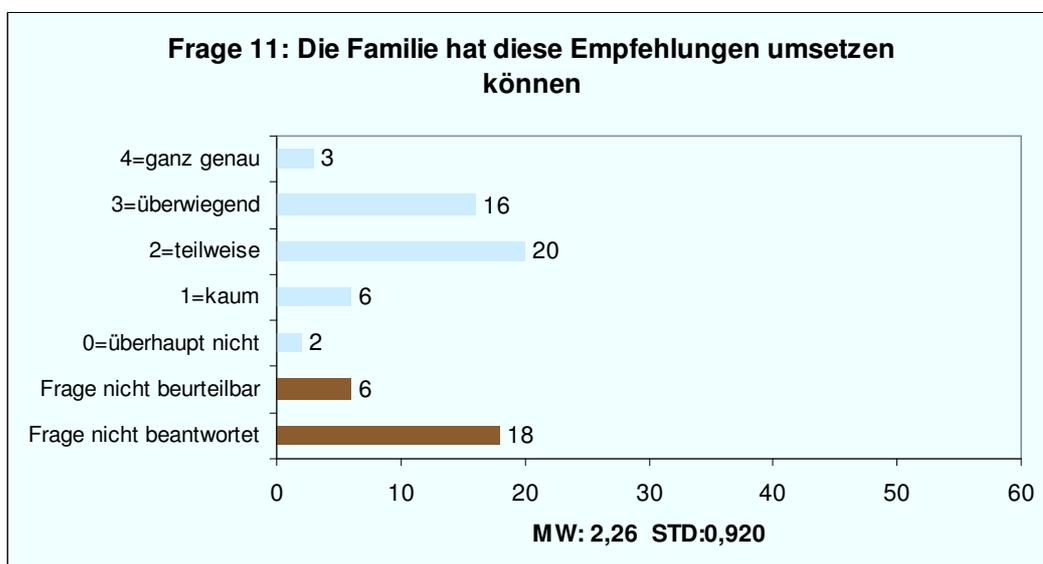
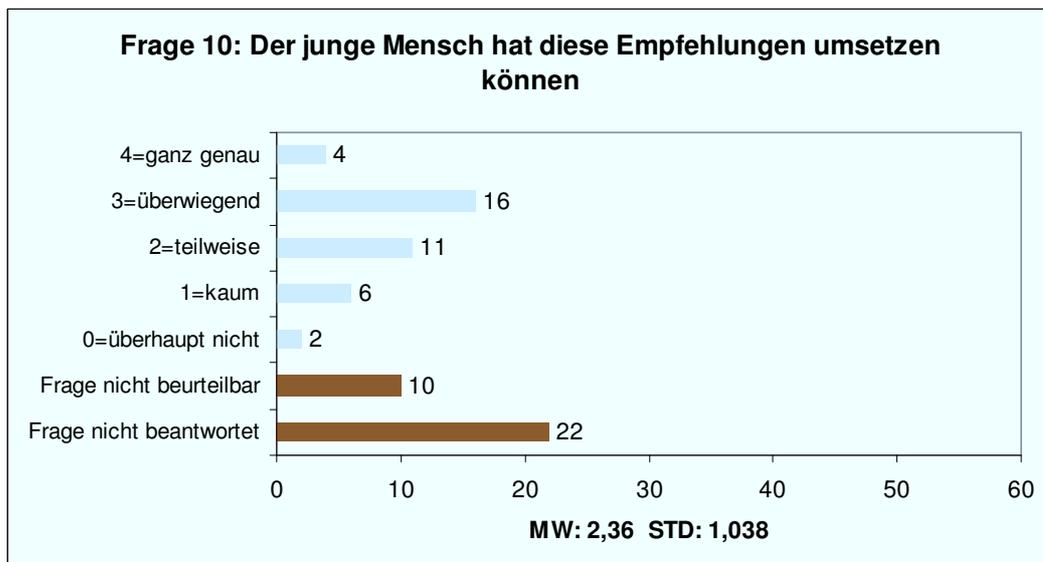
**Frage 20: Die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Poliklinik hat mich insgesamt zufrieden gestellt**



Die Mitarbeiter der Jugendhilfe sind sehr zufrieden mit der Kooperation. Am positivsten wurde die Frage 7 bewertet (kein Ärger über die Mitarbeiter der Poliklinik). Am schlechtesten wurden die Fragen 6 (Umsetzung der Poliklinikempfehlungen) und 16 (Entwicklung eines besseren Situationsverständnisses durch die Kooperation) bewertet. Die am besten bewertete Frage betrifft die Mitarbeiter direkt, während sich die negativer bewerteten Fragen auf den Umsetzungsprozess beziehen.

Die folgenden vier Fragen beziehen sich auf den Beratungsprozess:

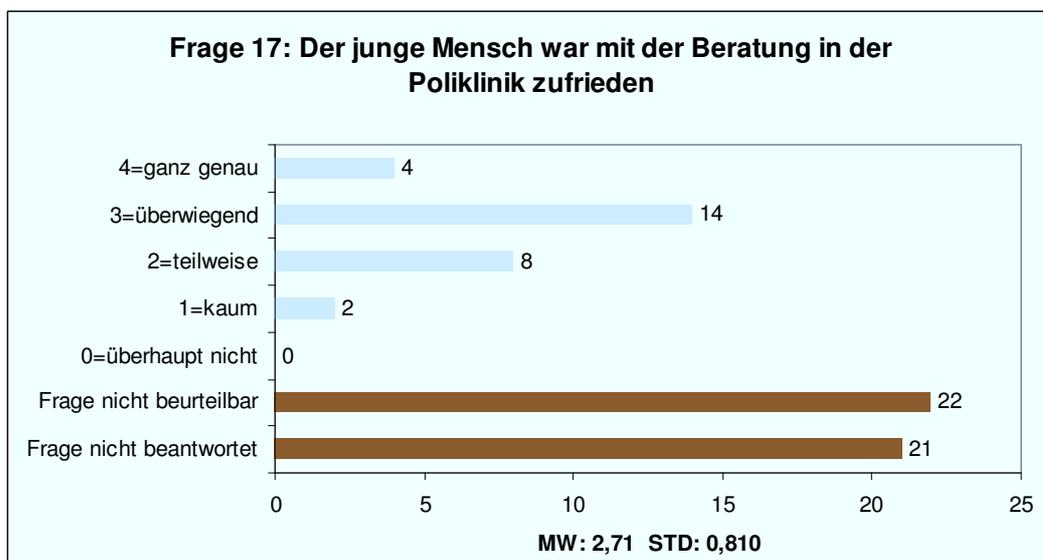
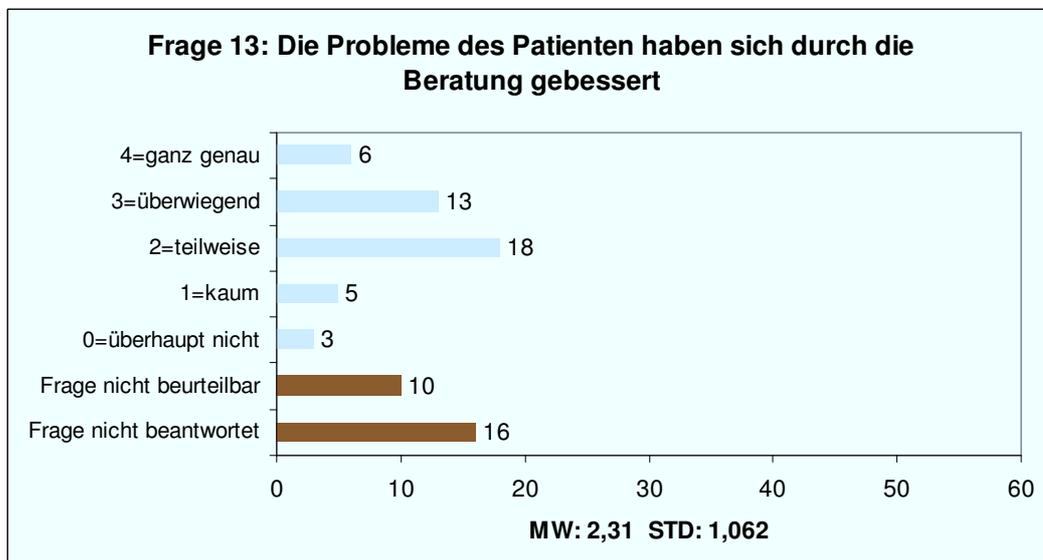
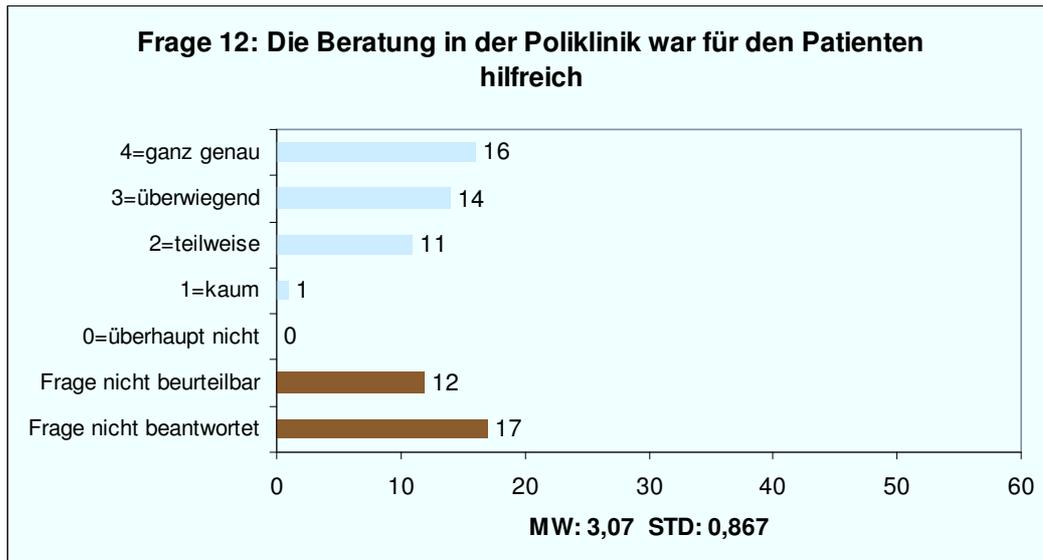


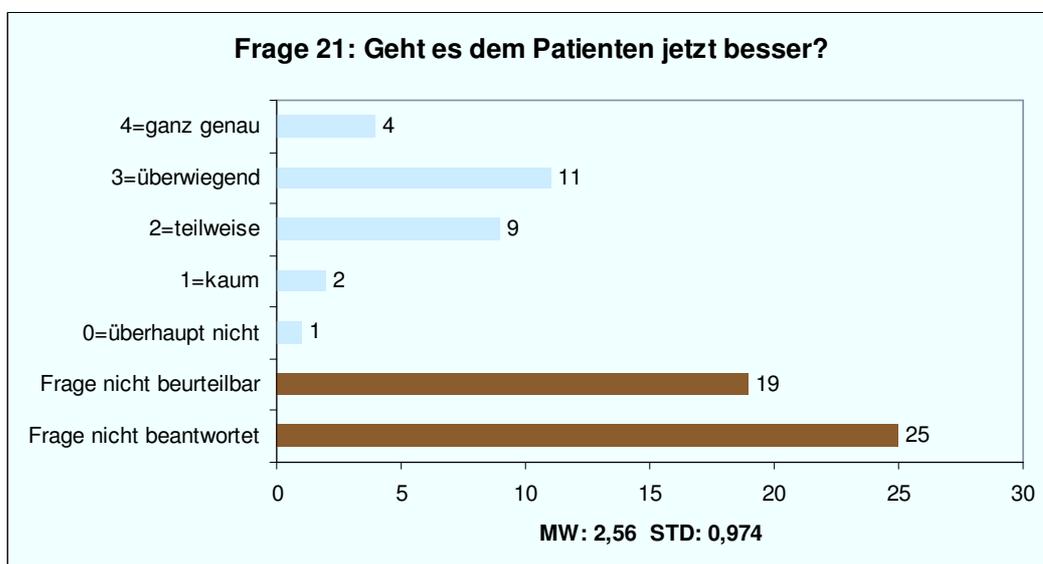
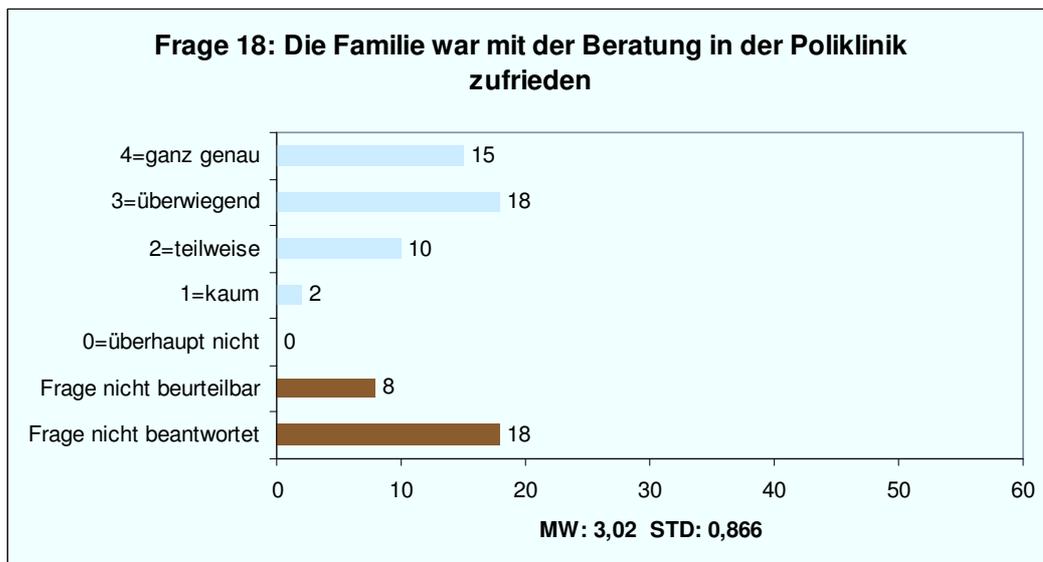


Die Zufriedenheit mit dem Beratungsprozess ist gut, wird jedoch schlechter bewertet als die anderen Bereiche.

Die Mitarbeiter der Jugendhilfeeinrichtungen finden, dass die Familien eher als die Patienten mit den Behandlungsempfehlungen einverstanden waren, die Familien aber etwas schlechter als die Patienten diese Empfehlungen umsetzen konnten.

Die folgenden fünf Fragen werden dem Bereich der **Ergebnisqualität** zugeordnet:





Die Mitarbeiter der Jugendhilfe finden, dass die Beratung hilfreich für die Patienten war und sich die Patientenprobleme durch die Beratung gebessert haben. Die Jugendhelfemitarbeiter finden, dass die Familie zufriedener mit der Beratung in der Poliklinik war als die Patienten selbst.

Die Frage 21, die den Entwicklungsverlauf des Patienten beschreibt, wurde am negativsten bewertet.

#### 4.2.3 Rangreihe der Einzelfragen- alle Einrichtungen

Nachfolgend sind die Fragen des Fragebogens in Rangreihen dargestellt. Für jede Einzelfrage wurde ein Gesamtwert für alle Einrichtungen gesamt berechnet. Um die Fragen besser beurteilen und vergleichen zu können, wurden sie gemäß der Einteilung nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität farblich gekennzeichnet.

**Tabelle 17 Rangreihe der Einzelfragen**

Strukturbedingungen Ambulanz		Strukturqualität	MW	STD
Kooperation		Prozessqualität		
Beratungsprozess		Prozessqualität		
Erfolg der Beratung		Ergebnisqualität		
Rangreihe Zufriedenheit aller Institutionen			MW	STD
7.	Ich habe mich über die Mitarbeiter der Poliklinik nicht geärgert		3,78	0,59
3.	Die kinderpsychiatrische Stellungnahme (Arztbrief) war verständlich.		3,60	0,49
4.	Die kinderpsychiatrische Stellungnahme (Arztbrief) war für die weiterführende Betreuung hilfreich.		3,52	0,60
20.	Die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Poliklinik hat mich insgesamt zufrieden gestellt.		3,43	0,68
15.	Die Empfehlungen der Mitarbeiter der Poliklinik gingen in den Hilfeplan mit ein.		3,38	0,72
14.	Die gemeinsame Besprechung mit den verschiedenen Berufsgruppen und der Familie (Helferkonferenz) hat zur Klärung der Situation beigetragen.		3,36	0,82
19.	Die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Poliklinik war für mich hilfreich.		3,27	0,70
5.	Die Empfehlungen der Mitarbeiter der Poliklinik konnte ich annehmen.		3,22	0,79
12.	Die Beratung in der Poliklinik war für den Patienten hilfreich.		3,07	0,87
18.	Die Familie war mit der Beratung in der Poliklinik zufrieden.		3,02	0,87
2.	Die Terminvergabe erfolgt ausreichend schnell.		2,93	0,85
9.	Die Familie war mit den Empfehlungen der Mitarbeiter der Poliklinik bezüglich der weiterführenden Behandlung einverstanden.		2,83	1,00
1.	Die Mitarbeiter der Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind telefonisch gut erreichbar.		2,82	0,68
16.	Durch die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Poliklinik konnte ich ein besseres Verständnis für die Situation von <Name> entwickeln.		2,78	0,84
6.	Die Empfehlungen der Mitarbeiter der Poliklinik konnte ich umsetzen.		2,76	0,85
17.	Der junge Mensch war mit der Beratung in der Poliklinik zufrieden.		2,71	0,81
8.	Der junge Mensch war mit den Empfehlungen der Mitarbeiter der Poliklinik bezüglich der weiterführenden Behandlung einverstanden.		2,60	1,15
21.	Geht es dem Patienten jetzt besser?		2,56	0,97
10.	Der junge Mensch hat diese Empfehlungen umsetzen können.		2,36	1,04
13.	Die Probleme des Patienten haben sich durch die Beratung in der Poliklinik gebessert.		2,31	1,06
11.	Die Familie hat diese Empfehlungen umsetzen können.		2,26	0,92

Likert- Skalierung: 0=überhaupt nicht, 1=kaum, 2=teilweise, 3=überwiegend, 4=ganz genau

Da die siebte Frage des Fragebogens negativ formuliert ist, wurde diese zur Auswertung in eine andere Variable positiv umkodiert.

0 = überhaupt nicht → 4 = ganz genau  
1 = kaum → 3 = überwiegend  
2 = teilweise → 2 = teilweise  
3 = überwiegend → 1 = kaum  
4 = ganz genau → 0 = überhaupt nicht

Am positivsten bewerteten die Institutionen die Tatsache, dass sie sich nicht über die Mitarbeiter der Poliklinik geärgert haben, nachfolgend die Verständlichkeit des Arztbriefes und dessen Hilfe für die weiterführende Behandlung. Am schlechtesten beurteilten die Institutionen das Umsetzungsvermögen der Familien bezüglich der Empfehlungen der Poliklinik und die Besserung der Probleme des Patienten.

Trotzdem muss man sich vor Augen führen, dass die am schlechtesten bewertete Frage 11: „Die Familie hat die Empfehlungen der Beratung umsetzen können“ bei einem Mittelwert von 2,3 über dem Durchschnitt von 2,0 liegt.

Allgemein gesehen waren die Einrichtungen in dem Bereich *Kooperation* am zufriedensten, mit dem *Beratungsprozess* am unzufriedensten. Die Zufriedenheit mit den *Strukturbedingungen der Ambulanz* liegt im mittleren Bereich, der Faktor *Erfolg der Beratung* eher im unteren Bereich.

Die Jugendhilfeeinrichtungen bewerten die Fragen bezüglich der Kooperation, die die Mitarbeiter direkt betreffen, am positivsten. Die Fragen zum Beratungsprozess und zum Erfolg der Beratung werden negativer bewertet; sie beziehen sich auf die Patienten und ihre Familien.

#### **4.2.4 Rangreihen der Einzelfragen- Hilfearten im Vergleich**

Nachfolgend werden die Rangreihen der Einzelfragen zur Zufriedenheit der unterschiedlichen Einrichtungen dargestellt. Zur besseren Lesbar- und Vergleichbarkeit werden die Einzelfragen gemäß der Einteilung in Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität farblich gekennzeichnet.

**Abbildung 8 Rangreihe der Einzelfragen zur Zufriedenheit: Allg. Sozialdienste/Jugendämter**

Strukturbedingungen Ambulanz		Strukturqualität		
Kooperation		Prozessqualität		
Beratungsprozess		Prozessqualität		
Erfolg der Beratung		Ergebnisqualität		
Rangreihe Zufriedenheit Allgemeine Sozialdienste/Jugendämter			MW	STD
7.	Kein Ärger über die Poliklinikmitarbeiter		3,80	0,55
3.	Arztbrief verständlich		3,52	0,51
4.	Arztbrief hilfreich für weiterführende Betreuung		3,50	0,51
15.	Eingehen der Empfehlungen der Poliklinik in Hilfeplan		3,35	0,69
14.	Helferkonferenz hat zur Situationsklärung beigetragen		3,32	0,80
20.	Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit der Poliklinik		3,32	0,67
5.	Empfehlungen der Poliklinik konnte ich annehmen		3,19	0,74
19.	Zusammenarbeit mit Poliklinik war hilfreich		3,18	0,67
12.	Beratung hilfreich für Patienten		3,09	0,79
2.	Ausreichend schnelle Terminvergabe		3,00	0,78
18.	Familie zufrieden mit Beratung in Poliklinik		2,96	0,87
6.	Empfehlungen der Poliklinik konnte ich umsetzen		2,83	0,87
1.	Telefonische Erreichbarkeit der Poliklinik		2,80	0,50
9.	Familie war einverstanden mit Behandlungsempfehlungen		2,76	1,05
21.	Geht es dem Patienten jetzt besser?		2,75	0,78
16.	Entwicklung eines besseren Situationsverständnisses durch Zusammenarbeit mit Poliklinik		2,69	0,93
17.	Patient war zufrieden mit Beratung in Poliklinik		2,59	0,87
8.	Patient war einverstanden mit Behandlungsempfehlungen		2,44	1,19
10.	Patient hat die Poliklinikempfehlungen umsetzen können		2,40	1,12
11.	Familie hat Empfehlungen umsetzen können		2,31	0,79
13.	Besserung der Patientenprobleme durch Beratung		2,24	1,17

Likert- Skalierung: 0=überhaupt nicht, 1=kaum, 2=teilweise, 3=überwiegend, 4=ganz genau

Die **Allgemeinen Sozialdienste und Jugendämter** waren mit der Kooperation mit der Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie zufriedener als mit dem Erfolg der Beratung. Die Zufriedenheit mit den Strukturbedingungen lag im mittleren Bereich Mit dem Beratungsprozess waren diese am unzufriedensten.

**Abbildung 9 Rangreihe der Einzelfragen zur Zufriedenheit: Erziehungsberatungsstellen**

Strukturbedingungen Ambulanz		Strukturqualität		
Kooperation		Prozessqualität		
Beratungsprozess		Prozessqualität		
Erfolg der Beratung		Ergebnisqualität		
Rangreihe Zufriedenheit Erziehungsberatungsstellen			MW	STD
7.	Kein Ärger über die Poliklinikmitarbeiter		4,00	0,00
3.	Arztbrief verständlich		3,86	0,38
4.	Arztbrief hilfreich für weiterführende Betreuung		3,86	0,38
20.	Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit der Poliklinik		3,83	0,41
18.	Familie zufrieden mit Beratung in Poliklinik		3,80	0,45
12.	Beratung hilfreich für Patienten		3,60	0,89
14.	Helferkonferenz hat zur Situationsklärung beigetragen		3,57	0,54
8.	Patient war einverstanden mit Behandlungsempfehlungen		3,33	1,12
17.	Patient war zufrieden mit Beratung in Poliklinik		3,33	0,58
9.	Familie war einverstanden mit Behandlungsempfehlungen		3,29	0,76
19.	Zusammenarbeit mit Poliklinik war hilfreich		3,29	0,76
5.	Empfehlungen der Poliklinik konnte ich annehmen		3,17	0,98
1.	Telefonische Erreichbarkeit der Poliklinik		3,00	0,82
15.	Eingehen der Empfehlungen der Poliklinik in Hilfeplan		3,00	1,00
21.	Geht es dem Patienten jetzt besser?		3,00	
11.	Familie hat Empfehlungen umsetzen können		2,80	0,84
2.	Ausreichend schnelle Terminvergabe		2,75	0,50
16.	Entwicklung eines besseren Situationsverständnisses durch Zusammenarbeit mit Poliklinik		2,71	0,76
13.	Besserung der Patientenprobleme durch Beratung		2,60	0,89
6.	Empfehlungen der Poliklinik konnte ich umsetzen		2,50	1,00
10.	Patient hat die Poliklinikempfehlungen umsetzen können		0,00	

Likert- Skalierung: 0= überhaupt nicht, 1= kaum, 2= teilweise, 3= überwiegend, 4= ganz genau

Auch die **Erziehungsberatungsstellen** waren mit der Kooperation am zufriedensten, dann folgte der Erfolg der Beratung. Mit den Strukturbedingungen und dem Beratungsprozess waren die Beratungsstellen am unzufriedensten. Im Vergleich zu den anderen genannten Einrichtungen sind diese am zufriedensten mit dem Beratungserfolg. Die Frage, ob der Patient die Poliklinikempfehlungen hat umsetzen können, hat keine der Stellen beantworten können.

Die Erziehungsberatungsstellen bewerten die Fragen zum Erfolg der Beratung und zum Beratungsprozess deutlich besser als die anderen Einrichtungen; andererseits stehen einzelne Fragen zur Kooperation (Fragen sechs und 16), weiter unten in der Rangreihe als bei anderen Hilfearten.

**Abbildung 10 Rangreihe Einzelfragen zur Zufriedenheit: Heilpädagogische Tagesstätten**

		MW	STD
<b>Rangreihe Zufriedenheit Heilpädagogische Tagesstätten</b>			
7.	Kein Ärger über die Poliklinikmitarbeiter	3,63	0,74
15.	Eingehen der Empfehlungen der Poliklinik in Hilfeplan	3,63	0,74
3.	Arztbrief verständlich	3,56	0,53
14.	Helferkonferenz hat zur Situationsklärung beigetragen	3,50	0,76
19.	Zusammenarbeit mit Poliklinik war hilfreich	3,44	0,73
5.	Empfehlungen der Poliklinik konnte ich annehmen	3,38	0,74
20.	Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit der Poliklinik	3,38	0,74
4.	Arztbrief hilfreich für weiterführende Betreuung	3,22	0,83
16.	Entwicklung eines besseren Situationsverständnisses durch Zusammenarbeit mit Poliklinik	3,17	0,75
18.	Familie zufrieden mit Beratung in Poliklinik	2,86	0,69
1.	Telefonische Erreichbarkeit der Poliklinik	2,78	0,83
12.	Beratung hilfreich für Patienten	2,71	1,11
9.	Familie war einverstanden mit Behandlungsempfehlungen.	2,63	0,92
2.	Ausreichend schnelle Terminvergabe	2,50	0,93
8.	Patient war einverstanden mit Behandlungsempfehlungen	2,50	1,38
17.	Patient war zufrieden mit Beratung in Poliklinik	2,50	0,71
6.	Empfehlungen der Poliklinik konnte ich umsetzen	2,25	0,46
10.	Patient hat die Poliklinikempfehlungen umsetzen können	2,14	0,69
13.	Besserung der Patientenprobleme durch Beratung	1,88	0,84
21.	Geht es dem Patienten jetzt besser?	1,80	1,30
11.	Familie hat Empfehlungen umsetzen können	1,50	0,76

Likert- Skalierung: 0= überhaupt nicht, 1= kaum, 2= teilweise, 3= überwiegend, 4= ganz genau

Bei den **Heilpädagogischen Tagesstätten** stellt sich die Situation ähnlich dar, diese sind mit der Kooperation am zufriedensten, mit dem Beratungsprozess am unzufriedensten. Die Zufriedenheit mit den Strukturbedingungen liegt im mittleren Bereich und auch mit dem Erfolg der Beratung sind diese eher unzufrieden. Die am schlechtesten bewertete Frage war die bezüglich der familiären Umsetzung der Beratungsempfehlungen.

**Abbildung 11 Rangreihe Einzelfragen zur Zufriedenheit: Andere Stellen**

Strukturbedingungen Ambulanz		Strukturqualität		
Kooperation		Prozessqualität		
Beratungsprozess		Prozessqualität		
Erfolg der Beratung		Ergebnisqualität		
Rangreihe Zufriedenheit Andere Stellen			MW	STD
3.	Arztbrief verständlich		3,75	0,46
7.	Kein Ärger über die Poliklinikmitarbeiter		3,67	0,82
4.	Arztbrief hilfreich für weiterführende Betreuung		3,63	0,74
20.	Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit der Poliklinik		3,57	0,79
15.	Eingehen der Empfehlungen der Poliklinik in Hilfeplan		3,50	0,55
19.	Zusammenarbeit mit Poliklinik war hilfreich		3,43	0,79
2.	Ausreichend schnelle Terminvergabe		3,25	1,04
5.	Empfehlungen der Poliklinik konnte ich annehmen		3,25	1,04
14.	Helferkonferenz hat zur Situationsklärung beigetragen		3,14	1,22
6.	Empfehlungen der Poliklinik konnte ich umsetzen		3,13	0,84
12.	Beratung hilfreich für Patienten		3,00	0,82
8.	Patient war einverstanden mit Behandlungsempfehlungen		2,88	0,84
9.	Familie war einverstanden mit Behandlungsempfehlungen.		2,88	1,13
1.	Telefonische Erreichbarkeit der Poliklinik		2,86	1,07
13.	Besserung der Patientenprobleme durch Beratung		2,86	0,90
16.	Entwicklung eines besseren Situationsverständnisses durch Zusammenarbeit mit Poliklinik		2,86	0,69
18.	Familie zufrieden mit Beratung in Poliklinik		2,86	1,07
17.	Patient war zufrieden mit Beratung in Poliklinik		2,83	0,75
21.	Geht es dem Patienten jetzt besser?		2,60	1,14
11.	Familie hat Empfehlungen umsetzen können		2,50	1,20
10.	Patient hat die Poliklinikempfehlungen umsetzen können		2,43	1,13

Likert- Skalierung: 0= überhaupt nicht, 1= kaum, 2= teilweise, 3= überwiegend, 4= ganz genau

Auch die „Anderen Stellen“, wie zum Beispiel ein Integrationskindergarten, zwei Jugendfürsorgestellen, eine heilpädagogische Ambulanz und ein Mädchenheim sind mit der Kooperation am zufriedens-

ten, mit dem Beratungsprozess am unzufriedensten. Die Zufriedenheit mit den Strukturbedingungen liegt im mittleren Bereich und auch mit dem Erfolg der Beratung sind diese eher unzufrieden.

#### 4.2.5 Nichtbeantwortete Einzelfragen

Wir wollten wissen, ob Aussagen zu fehlenden Antworten gemacht werden können.

Es wurde geprüft, wie häufig die verschiedenen Einrichtungen die einzelnen Fragen des Fragebogens nicht beantwortet haben. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden diese Werte in Prozent dargestellt und miteinander verglichen.

Nachfolgend sind die nichtbeantworteten Fragen des Fragebogens aufgeführt und zur besseren Lesbarkeit zusammengefasst:

- Die Institution hat den Fragebogen zwar beantwortet, jedoch einzelne Fragen ausgelassen.
- Die Frage: „Frage nicht beurteilbar“ wurde angekreuzt.

**Tabelle 18 Nichtbeantwortete Einzelfragen der Antworteri**

Nichtbeantwortete Fragen der Antworter (Frage nicht beantwortet/ Frage nicht beurteilbar)			Alle Einrichtungen n=71		ASD/JA n=43		EB n=9		HPT n=9		Andere Stellen n=10		
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Strukturqualität</b>	Strukturbedingungen Ambulanz	1	Telefonische Erreichbarkeit der Poliklinik	26	37	18	42	5	56	0	0	3	30
		2	Ausreichend schnelle Terminvergabe	27	38	19	44	5	56	1	11	2	20
<b>Prozessqualität</b>	Kooperation	3	Arztbrief verständlich	16	23	12	28	2	22	0	0	2	20
		4	Arztbrief hilfreich für weiterführende Betreuung	15	21	11	26	2	22	0	0	2	20
		5	Empfehlungen der Poliklinik konnte ich annehmen	17	24	11	26	3	33	1	11	2	20
		6	Empfehlungen der Poliklinik konnte ich umsetzen	21	30	13	30	5	56	1	11	2	20
		7	Kein Ärger über die Mitarbeiter der Poliklinik	22	31	13	30	4	44	1	11	4	40
		14	Helferkonferenz hat zur Situationsklärung beigetragen	24	34	18	42	2	22	1	11	3	30
		15	Eingehen der Empfehlungen der Poliklinik in den Hilfeplan	26	37	17	40	4	44	1	11	4	40
		16	Entwicklung eines besseren Situationsverständnisses durch	25	35	17	40	2	22	3	33	3	30
		19	Zusammenarbeit mit Poliklinik war hilfreich	20	28	15	35	2	22	0	0	3	30
		20	Zufrieden mit der Zusammenarbeit mit der Poliklinik	22	31	15	35	3	33	1	11	3	30
<b>Prozessqualität</b>	Beratungsprozess	8	Patient war einverstanden mit Behandlungsempfehlungen	29	41	18	42	6	67	3	33	2	20
		9	Familie war einverstanden mit Behandlungsempfehlungen	23	32	18	42	2	22	1	11	2	20
		10	Patient hat die Poliklinikempfehlungen umsetzen können	32	45	18	42	9	100	2	22	3	30
		11	Die Familie hat diese Empfehlungen umsetzen können.	24	34	17	40	4	44	1	11	2	20
<b>Ergebnisqualität</b>	Erfolg der Beratung	12	Beratung hilfreich für Patienten	29	41	20	47	4	44	2	22	3	30
		13	Besserung der Patientenprobleme durch Beratung	26	37	18	42	4	44	1	11	3	30
		17	Patient war zufrieden mit Beratung in Poliklinik	43	61	26	60	6	67	7	78	4	40
		18	Patient war zufrieden mit Beratung in Poliklinik	26	37	17	40	4	44	2	22	3	30
		21	Geht es dem Patienten jetzt besser?	44	62	27	63	8	89	4	44	5	50

Die Frage, die alle Einrichtungen am häufigsten beantworteten, war Frage 4: „*Der Arztbrief war hilfreich für die weiterführende Behandlung.*“ Darauf folgte Frage 3: „*Der Arztbrief war verständlich.*“ Die wenigsten fehlenden Antworten waren bei den Fragen 4: „*der Arztbrief ist hilfreich für die weiterführende Betreuung*“ und Frage 5 „*die Empfehlungen der Poliklinik konnte ich annehmen*“ zu verzeichnen. Dass alle Einrichtungen diese Fragen gut beantworten konnten lässt den Rückschluss auf eine erfolgreiche Kooperation und gegenseitige Wertschätzung zu.

Am wenigsten wurde die Frage 21 beantwortet: „*Geht es dem Patienten jetzt besser?*“, darauf folgend die Frage 17: „*Der Patient war zufrieden mit der Beratung in der Poliklinik.*“

Am häufigsten konnten die Jugendämter die Frage, ob es dem Patienten besser geht nicht beantworten. Diese fehlende Information über das Behandlungsergebnis des Patienten lässt Rückschlüsse auf eine nicht ausreichende Kommunikation Jugendamt/Kinder- und Jugendpsychiatrie zu. Auch die Frage bezüglich der schnellen Terminvergabe wurde seltener beantwortet. Dies könnte bedeuten, dass die Mitarbeiter, die die Fragen beantworteten, sich an solche Details nicht erinnern oder den Fragebogen anhand der Akten beantworten, wo dieses sicherlich nicht vermerkt ist.

Alle Erziehungsberatungsstellen haben die Frage: „*der Patient hat die Poliklinikempfehlungen umsetzen können*“ nicht beantworten können. Die Münchner Erziehungsberatungsstellen legen für die Kinder und Jugendlichen keine Akten an und anonymisieren die Daten. Eine weitere Erklärung könnte sein, dass diese Beratungsstellen die Patienten häufig nur ein oder zweimal sehen und den Behandlungsprozess nicht weiterverfolgen. Auch die Frage, ob es dem Patienten besser geht konnte seltener beantwortet werden.

Die Heilpädagogischen Tagesstätten für sich alleine gesehen haben am häufigsten die Frage bezüglich der Zufriedenheit des Patienten mit der Beratung in der Poliklinik ausgelassen. Dies kann daran liegen, dass diese Einrichtungen Patienten mit schwierigen Krankheitsverläufen behandeln, wo Zufriedenheit vielleicht schwieriger zu erreichen ist. Wenn man aber die heilpädagogischen Tagesstätten mit allen anderen Einrichtungen vergleicht, haben sie am wenigsten häufig die Frage 21: „*geht es dem Patienten jetzt besser?*“ nicht beantwortet. Das bedeutet, die Heilpädagogischen Tagesstätten haben mehr Information über das Ergebnis der Behandlung als die anderen Einrichtungen.

Bemerkenswert ist auch, dass die Fragen 4: „*der Arztbrief ist hilfreich für die weiterführende Behandlung*“ und Frage 5: „*die Empfehlungen der Poliklinik konnte ich annehmen*“, von allen Heilpädagogischen Tagesstätten beantwortet wurden. Dieses Antwortverhalten ist ein Hinweis der erfolgreichen Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und den heilpädagogischen Tagesstätten.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Frage, ob es dem Patienten besser geht, insgesamt von allen Einrichtungen am seltensten beantwortet wurde (62 %), die Erziehungsberatungsstellen beantworteten in 89 % der Fälle diese Frage nicht; allerdings werden dort keine Patientenakten angelegt.

Anschließend wurden die Fragen gemäß der Faktoren der Struktur-, Prozess-, und der Ergebnisqualität berechnet.

**Tabelle 19 Nicht beantwortete Einzelfragen der Antworterrll**

Nicht beantwortete Fragen der Antworterrll			Alle Institutionen n=71		ASD/JA n=43		EB n=9		HPT n=10	
			n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Strukturqualität</b>	Strukturbedingungen	1	26,5	37	18,5	<b>43</b>	0,5	6	2,5	<b>25</b>
		2								
<b>Prozessqualität</b>	Kooperation	3	20,8	29	14,2	33	2,9	32	0,9	9
		4								
		5								
		6								
		7								
		14								
		15								
		16								
		19								
		20								
<b>Ergebnisqualität</b>	Erfolg der Beratung	8	27	<b>38</b>	17,8	41	5,3	<b>59</b>	1,8	18
		9								
		10								
<b>Ergebnisqualität</b>	Erfolg der Beratung	11	33,6	<b>47</b>	21,6	<b>50</b>	5,2	<b>58</b>	3,2	<b>32</b>
		12								
		13								
		17								
		18								
21										

Alle Einrichtungen außer den Erziehungsberatungsstellen haben die Fragen bezüglich der Kooperation am häufigsten beantwortet (MW: 20,8), und alle Einrichtungen haben die Fragen bezüglich dem Erfolg der Beratung am häufigsten nicht beantwortet (MW: 33,6).

Das bedeutet, die verschiedenen Einrichtungen können mehr zur Kooperation sagen, weniger jedoch zum Ergebnis der Behandlung.

Die Allgemeinen Sozialdienste können zu dem Erfolg der Beratung am wenigsten Aussagen machen, dann folgen die Strukturbedingungen, zur Kooperation sind die meisten Fragen beantwortet.

Die Erziehungsberatungsstellen haben am seltensten die Fragen zum Beratungsprozess beantwortet, dicht gefolgt vom Erfolg der Beratung. In diesen Einrichtungen werden in München keine Akten für die Kinder und Jugendlichen angelegt. Auffallend ist, dass fast alle Fragen zu den Strukturbedingungen beantwortet werden konnten.

Auch die Heilpädagogischen Tagesstätten konnten die Fragen zum Erfolg der Beratung am wenigsten beantworten, die Fragen zur Kooperation wurden am häufigsten beantwortet.

Aufgrund der geringen Fallzahlen kann man solche Aussagen nur tendenziell und vorsichtig bewerten.

#### 4.2.6 Freie Fragen

Der Fragebogen enthält zwei frei zu formulierende Fragen:

„

*„Wie geht es dem Patienten jetzt?“*

*„Kritik und Anregungen:“*

Insgesamt liegen 45 Antworten vor.

30 Antwortende wussten genau über den Zustand des Patienten Bescheid, eine Sozialpädagogin hat sich sogar bei der jetzt zuständigen Kollegin über den betreffenden Patienten informiert.

Neun Antwortende hatten keinen Kontakt mehr zu dem Patienten und fünf Antwortende gaben andere Zuständigkeiten an.

In der zweiten frei zu formulierenden Frage konnten Kritik und Anregungen frei geäußert werden:

Insgesamt lagen 17 Antworten vor: drei mal wurden die langen Wartezeiten zur Terminvergabe kritisiert, ein Antwortender beklagte sich über die grenzwertige räumliche Situation: es gebe keinen geschützten Wartebereich in der Ambulanz und eine Sozialpädagogin bat um ein weniger klinisch/medizinisches Erscheinungsbild, soweit es in diesem Rahmen möglich sei.

Sieben mal lobten die Antwortenden ausdrücklich die gute konstruktive Zusammenarbeit.

Zwei Antworten möchte ich exemplarisch vorstellen:

Eine Sozialpädagogin vom Jugendamt München, Abteilung Fremdunterbringung schreibt:

*„Bei Empfehlungen sollte berücksichtigt werden, dass sich die Anforderungen in der stationären Jugendhilfe in weiten Teilen vom Klinikalltag unterscheiden (z.B. Leistungsanforderung, Umgang mit Gleichaltrigen, Tagesstruktur). Ärztliche Empfehlungen sind im pädagogischen Kontext schwierig umzusetzen, wenn Jugendliche Pädagogen nicht die gleiche Wertschätzung entgegenbringen wie Ärzten.“*

*„sehr konstruktive Zusammenarbeit; von Prof. Frank eingeleitete Helferrunden waren sehr konstruktiv und hilfreich; gute interdisziplinäre Zusammenarbeit; Institut wurde weiterempfohlen“*

### 4.3 Zufriedenheit der Jugendhilfeeinrichtungen im Vergleich

#### 4.3.1 Einzelfragen der Zufriedenheit im Vergleich

Tabelle 20 Einzelfragen der Zufriedenheit im Vergleich

Einzelfragen der Zufriedenheit			Alle Einrichtungen n=71		ASD/JA n=43		EB n=9		HPT n=9		Andere Stellen n=10				
			MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD			
Strukturqualität	Strukturbedingungen Ambulanz	1	Telefonische Erreichbarkeit der Poliklinik	2,8	0,7	2,8	0,5	3,0	0,8	2,8	0,8	2,9	1,1		
		2	Ausreichend schnelle Terminvergabe	2,9	0,9	3,0	0,8	2,8	0,5	2,5	0,9	3,3	1,0		
Prozessqualität	Kooperation	3	Arztbrief verständlich	3,6	0,5	3,5	0,5	3,9	0,4	3,6	0,5	3,8	0,5		
		4	Arztbrief hilfreich für weiterführende Betreuung	3,5	0,6	3,5	0,5	3,9	0,4	3,2	0,8	3,6	0,7		
		5	Empfehlungen der Poliklinik konnte ich annehmen	3,2	0,8	3,2	0,7	3,2	1,0	3,4	0,7	3,3	1,0		
		6	Empfehlungen der Poliklinik konnte ich umsetzen	2,8	0,9	2,8	0,9	2,5	1,0	2,3	0,5	3,1	0,8		
		7	Kein Ärger über die Mitarbeiter der Poliklinik	3,8	0,6	3,8	0,6	4,0	0,0	3,6	0,7	3,7	0,8		
		14	Helferkonferenz hat zur Situationsklärung beigetragen	3,4	0,8	3,3	0,8	3,6	0,5	3,5	0,8	3,1	1,2		
		15	Eingehen der Empfehlungen der Poliklinik in den Hilfeplan	3,4	0,7	3,4	0,7	3,0	1,0	3,6	0,7	3,5	0,6		
		16	Entwicklung eines besseren Situationsverständnisses durch Zusammenarbeit mit Poliklinik	2,8	0,8	2,7	0,9	2,7	0,8	3,2	0,8	2,9	0,7		
		19	Zusammenarbeit mit Poliklinik war hilfreich	3,3	0,7	3,2	0,7	3,3	0,8	3,4	0,7	3,4	0,8		
		20	Zufrieden mit der Zusammenarbeit mit der Poliklinik	3,4	0,7	3,3	0,7	3,8	0,4	3,4	0,7	3,6	0,8		
		Beratungsprozess	Beratungsprozess	8	Patient war einverstanden mit Behandlungsempfehlungen	2,6	1,2	2,4	1,2	3,3	1,1	2,5	1,4	2,9	0,8
				9	Familie war einverstanden mit Behandlungsempfehlungen	2,8	1,0	2,8	1,1	3,3	0,8	2,6	0,9	2,9	1,1
10	Patient hat die Poliklinikempfehlungen umsetzen können			2,4	1,0	2,4	1,1			2,1	0,7	2,4	1,1		
11	Die Familie hat diese Empfehlungen umsetzen können.			2,3	0,9	2,3	0,8	2,8	0,8	1,5	0,8	2,5	1,2		
Ergebnisqualität	Erfolg der Beratung	12	Beratung hilfreich für Patienten	3,1	0,9	3,1	0,8	3,6	0,9	2,7	1,1	3,0	0,8		
		13	Besserung der Patientenprobleme durch Beratung	2,3	1,1	2,2	1,2	2,6	0,9	1,9	0,8	2,9	0,9		
		17	Patient war zufrieden mit Beratung in Poliklinik	2,7	0,8	2,6	0,9	3,3	0,6	2,5	0,7	2,8	0,8		
		18	Familie war zufrieden mit Beratung in Poliklinik	3,0	0,9	3,0	0,9	3,8	0,5	2,9	0,7	2,9	1,1		
		21	Geht es dem Patienten jetzt besser?	2,6	1,0	2,8	0,8	3,0		1,8	1,3	2,6	1,1		

Likert- Skalierung: 0= überhaupt nicht, 1= kaum, 2= teilweise, 3= überwiegend, 4= ganz genau

Frage 7 wurde umkodiert in positive Aussage

Am positivsten wurde die siebte Frage beantwortet, die Jugendhilfemitarbeiter ärgerten sich nicht über die Mitarbeiter der Poliklinik. Am wenigsten ärgerten sich die Erziehungsberatungsstellen und am häufigsten die Heilpädagogischen Tagesstätten. Wobei man dieses Ergebnis nur im Vergleich betrachten muss, da ein Mittelwert von 3,6 hier ein sehr gutes Ergebnis bedeutet.

Alle Einrichtungen in der Gesamtheit beurteilten zweitpositivsten die Verständlichkeit des Arztbriefes, darauffolgend die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit der Poliklinik.

Dieses Muster der Bewertung der Zufriedenheit ist bei allen Einrichtungen zu sehen: an erster Stelle steht die siebte Frage, an zweiter Stelle die Frage über die Verständlichkeit des Arztbriefes.

Die Erziehungsberatungsstellen waren am zufriedensten mit der Verständlichkeit des Arztbriefes, ebenso war er für sie am hilfreichsten.

Die Heilpädagogischen Tagesstätten konnten die Empfehlungen der Poliklinik am häufigsten annehmen, „die Anderen Stellen“ konnten sie am häufigsten umsetzen.

Die Helferkonferenz hat für die Erziehungsberatungsstellen am häufigsten zur Situationsklärung beigetragen, am zweithäufigsten bei den Heilpädagogischen Tagesstätten.

Die Empfehlungen der Poliklinik gingen am häufigsten bei den Heilpädagogischen Tagesstätten in den Hilfeplan mit ein. Ebenso konnten sie am häufigsten ein besseres Verständnis für die Situation des Patienten durch die Zusammenarbeit mit der Poliklinik entwickeln.

Die Erziehungsberatungsstellen waren am zufriedensten mit der Zusammenarbeit mit der Poliklinik. Deren Patienten und deren Familien waren am häufigsten einverstanden mit den Behandlungsempfehlungen.

Die Patienten der Heilpädagogischen Tagesstätten und deren Familien haben die Empfehlungen der am seltensten umsetzen können.

Für die Patienten der Erziehungsberatungsstellen war die Beratung am hilfreichsten, die Patienten und auch deren Familien waren am zufriedensten mit der Beratung in der Poliklinik

Auch die Frage, ob es dem Patienten besser gehe, konnten sie am positivsten bewerten.

### 4.3.2 Zusammenfassende Darstellung der Zufriedenheit im Vergleich

Tabelle 21 Zusammenfassende Darstellung der Zufriedenheit der Einrichtungen

Zufriedenheit			Alle Institutionen n=71		ASD/JA n=43		EB n=9		HPT n=10	
			MW	STD	MW	STD	MW	STD	MW	STD
Strukturqualität	Struktur- bedingungen	1	2,9	0,8	2,9	0,6	2,9	0,7	2,6	0,9
		2								
Prozessqualität	Kooperation	3	3,3	0,7	3,3	0,7	3,4	0,6	3,3	0,7
		4								
		5								
		6								
		7								
		14								
		15								
		16								
	19									
	20									
	Beratungs- prozess	8	2,5	1,0	2,5	1,0	3,1	0,9	2,2	0,9
9										
10										
11										
Ergebnisqualität	Erfolg der Beratung	12	2,7	0,9	2,7	0,9	3,3	0,7	2,4	0,9
		13								
		17								
		18								
21										
<b>Gesamtzufriedenheit</b> (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)		1-21	<b>2,8</b>	0,9	<b>2,8</b>	0,8	<b>3,1</b>	0,7	<b>2,6</b>	0,9

Likert- Skalierung: 0= überhaupt nicht, 1= kaum, 2= teilweise, 3= überwiegend, 4= ganz genau

Die Betrachtung der **Gesamtzufriedenheit aller Institutionen** nach den Kriterien der Struktur-, Prozess- (Kooperation und Beratungsprozess), und Ergebnisqualität ergibt folgendes: am zufriedensten sind alle Einrichtungen mit der Kooperation (MW= 3,3 STD= 0,7), dann folgen die Zufriedenheit mit den Strukturbedingungen (MW= 2,9 STD= 0,8) und dem Beratungserfolg (MW= 2,7 STD= 0,9). Am unzufriedensten sind die Einrichtungen mit dem Beratungsprozess (MW= 2,5 STD= 2,5).

Die Untersuchung der **Zufriedenheit nach Hilfearten** ergibt: am zufriedensten sind die Erziehungsberatungsstellen (MW= 3,1 STD= 0,7), dann folgen die Allgemeinen Sozialdienste und Jugendämter (MW= 2,8 STD= 0,8), die Heilpädagogischen Tagesstätten sind im Vergleich am unzufriedensten (MW= 2,6 STD= 0,9).

Die Allgemeinen Sozialdienste und Jugendämter sind am zufriedensten mit der Kooperation (MW= 3,3 STD= 0,7), dann folgen die Zufriedenheit mit den Strukturbedingungen (MW: 2,9 STD: 0,6) und dem Erfolg der Beratung (MW= 2,7 STD= 0,9); am unzufriedensten sind sie mit dem Beratungsprozess (MW= 2,7 STD= 1).

Die Erziehungsberatungsstellen sind auch am zufriedensten mit der Kooperation (MW= 3,4 STD= 0,6), dann folgen der Beratungserfolg (MW= 3,3 STD= 0,7) und der Beratungsprozess (MW= 3,1 STD= 0,9), Schlusslicht ist die Zufriedenheit mit den Strukturbedingungen (MW= 2,9 STD= 0,7). Die hohe Zufriedenheit mit dem Beratungserfolg mag daran liegen, dass Erziehungsberatungsstellen

meist weniger problematische Patienten beraten, als Heilpädagogische Tagesstätten, deren Patienten oft lange Krankheitsverläufe haben.

Die Heilpädagogische Tagesstätten sind auch am zufriedensten mit der Kooperation (MW= 3,3 STD: 0,7), dann folgen die Strukturbedingungen (MW= 2,6 STD= 0,9) und der Beratungserfolg (MW= 2,4 STD= 0,9); am unzufriedensten waren sie mit dem Beratungsprozess (MW= 2,2 STD= 0,9).

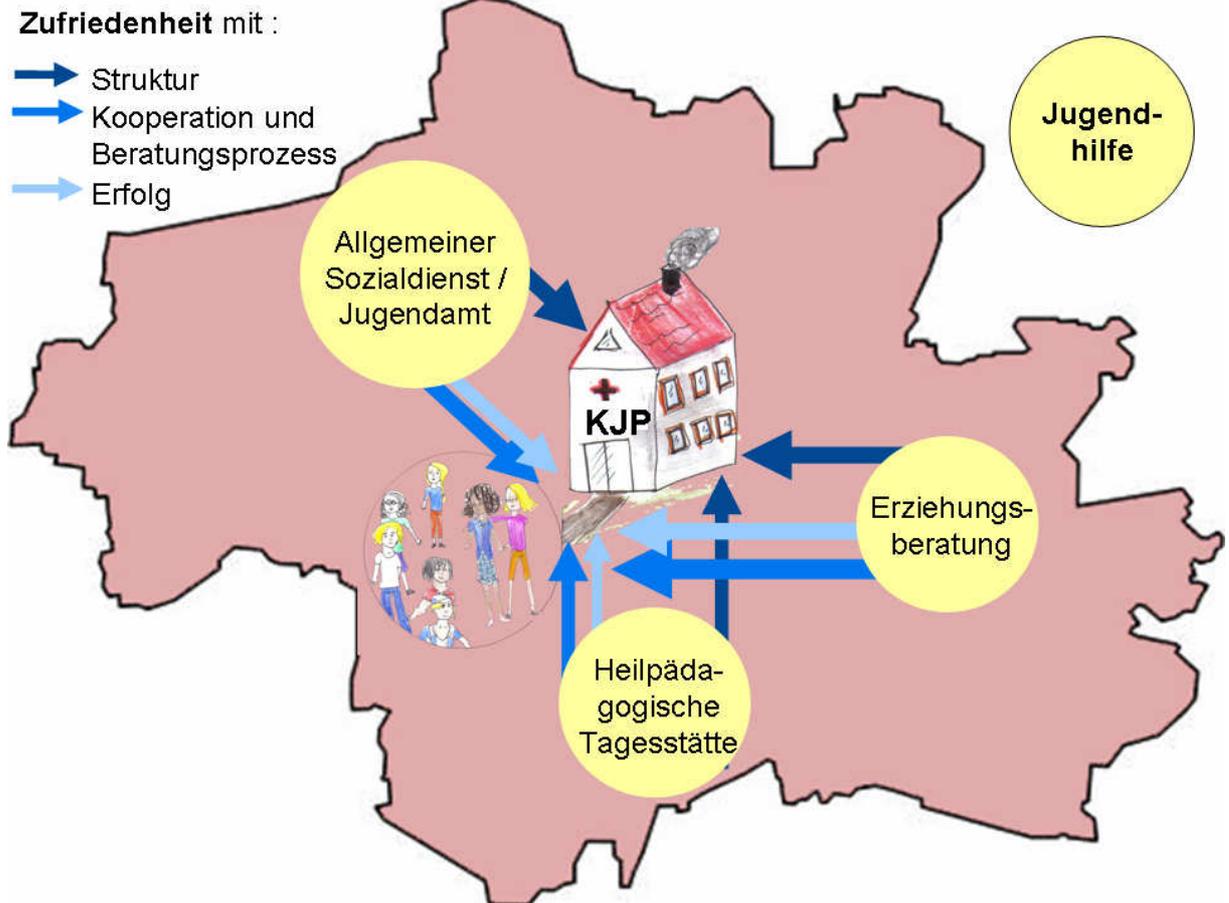
Bei der Betrachtung der Zufriedenheit nach den Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität insgesamt gesehen bewerten alle Einrichtungen die Strukturqualität (MW= 2,9 STD= 0,8) und die Prozessqualität (MW= 2,9 STD= 0,9) am höchsten, Schlusslicht ist die Ergebnisqualität (MW= 2,7 STD= 0,9).

Die Strukturqualität wird am höchsten von den Allgemeinen Sozialdiensten/Jugendämtern und den Erziehungsberatungsstellen bewertet, die Prozess- und Ergebnisqualität von den Erziehungsberatungsstellen.

Die Zufriedenheit mit den Strukturbedingungen bezieht sich ausschließlich auf die Klinikambulanz, mit der Prozess- und Ergebnisqualität zusätzlich auf die Kinder und Jugendlichen.

Zur Visualisierung werden die Zufriedenheitsbeziehungen unter Berücksichtigung des Bezuges auf Patienten und Ambulanz zeichnerisch dargestellt:

**Abbildung 12 Grafische Darstellung der Zufriedenheitsbeziehungen**



[Zeichnungen: Clara Hemmer; Karte: Stadt München]

Zusammenfassung:

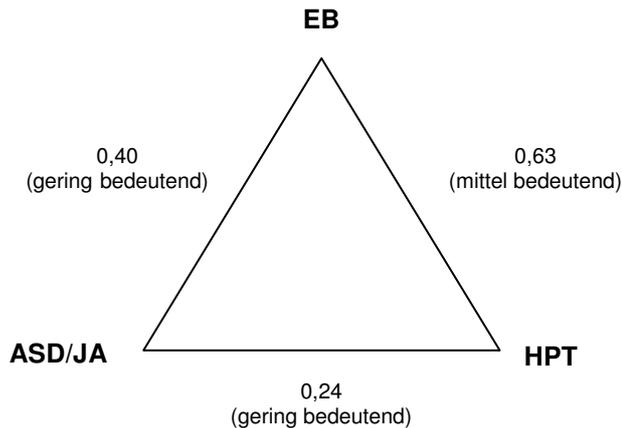
Die Zufriedenheit mit den Strukturbedingungen wird bei den Allgemeinen Sozialdiensten/Jugendämtern und Erziehungsberatungsstellen am höchsten bewertet, die Zufriedenheit mit der Kooperation, dem Beratungsprozess und dem Erfolg der Beratung ist bei den Erziehungsberatungsstellen am höchsten.

### 4.3.3 Vergleich der Gesamtzufriedenheit und der Ergebnisqualität nach Hilfearten

Die Mittelwerte der Gesamtzufriedenheit und der Ergebnisqualität der Allgemeinen Sozialdienste (ASD), Heilpädagogischen Tagesstätten (HPT) und der Erziehungsberatungsstellen (EB) werden paarweise gegenübergestellt und anhand der Effektstärken (Schmeck 2003) verglichen.

#### 4.3.3.1 Gesamtzufriedenheit

**Abbildung 13** Effektstärke Gesamtzufriedenheit



Effektstärken: <0,2 unbedeutend, 0,21-0,50 gering 0,51-0,80 mittel >0,80 bedeutend

EB-ASD/JA: 0,4 (gering bedeutend),

ASD/JA-HPT: 0,24 (gering bedeutend)

EB-HPT: 0,63 (mittel bedeutend)

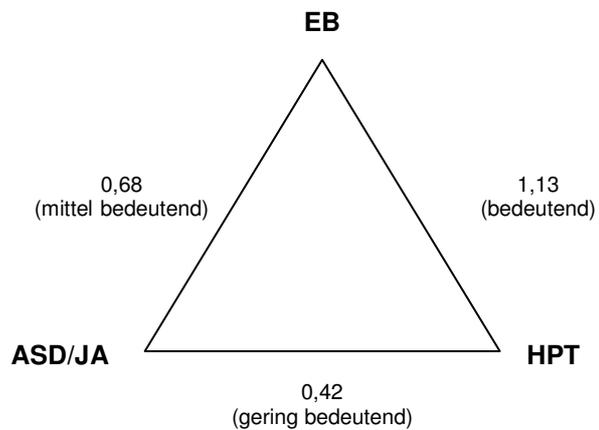
Im Gruppenvergleich der Einrichtungen untereinander ergibt sich bei den Erziehungsberatungsstellen verglichen mit den Heilpädagogischen Tagesstätten ein mittel bedeutender Unterschied in der Bewertung der Gesamtzufriedenheit, in den anderen oben dargestellten Gruppenvergleichen nur gering bedeutende Unterschiede.

Der Unterschied der Gesamtzufriedenheit zwischen Erziehungsberatungsstellen und Heilpädagogischen Tagesstätten ist höher als der Vergleich von Allgemeinen Sozialdiensten mit Erziehungsberatungsstellen und Allgemeinen Sozialdiensten mit Heilpädagogischen Tagesstätten.

Erziehungsberatungsstellen beraten häufig Kinder, Jugendliche und deren Familien mit wenig komplexen Störungen. Eine hohe Zufriedenheit kann in diesen Stellen oft leichter erreicht werden als in Heilpädagogischen Tagesstätten, deren Klientel häufig komplexe und schwere Störungen haben.

### 4.3.3.2 Ergebnisqualität

**Abbildung 14** Effektstärke Ergebnisqualität



Effektstärken: <0,2 unbedeutend, 0,21-0,50 gering 0,51-0,80 mittel >0,80 bedeutend (Schmeck 2003)

EB-ASD/JA: 0,68 (mittel bedeutend),

ASD/JA-HPT: 0,42 (gering bedeutend)

EB-HPT: 1,13 (bedeutend)

Der Unterschied der Zufriedenheit mit dem Erfolg der Beratung ist im Gruppenvergleich Erziehungsberatungsstelle und Heilpädagogische Tagesstätte am größten.

Erziehungsberatungsstellen sind niedrig schwellige Jugendhilfeeinrichtungen und beraten meist Kinder, Jugendliche und deren Familien mit wenig komplexen Störungen. Dagegen behandeln Heilpädagogische Tagesstätten meist Kinder und Jugendliche mit schweren und komplexen Störungen; manchmal kann keine Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht werden.

## 5 DISKUSSION

Qualitätssicherung, deren Konzepte und Evaluierung stehen seit Jahren in der medizinischen und gesundheitsökonomischen Diskussion.

Behandlungsergebnisse können überprüft und verbessert werden und helfen eine Transparenz für Patienten und Behandelnde herzustellen (Naumann 2004).

In Evaluationsuntersuchungen sollten individuen-, störungs-, und verfahrensspezifische Aspekte erfasst werden und gleichzeitig versucht werden, eine möglichst hohe Vergleichbarkeit zu erreichen (Remschmidt 1988).

Dies kann zum Beispiel dadurch geschehen, dass neben spezifischen Aspekten, wie zum Beispiel die Untersuchung von Stichprobenbeschreibungen und Diagnosegruppen auch allgemeine Merkmale erfasst werden, die bei Patienten und Behandelnden von Bedeutung sind, wie zum Beispiel die Behandlungszufriedenheit und die Zufriedenheit mit der Kooperation.

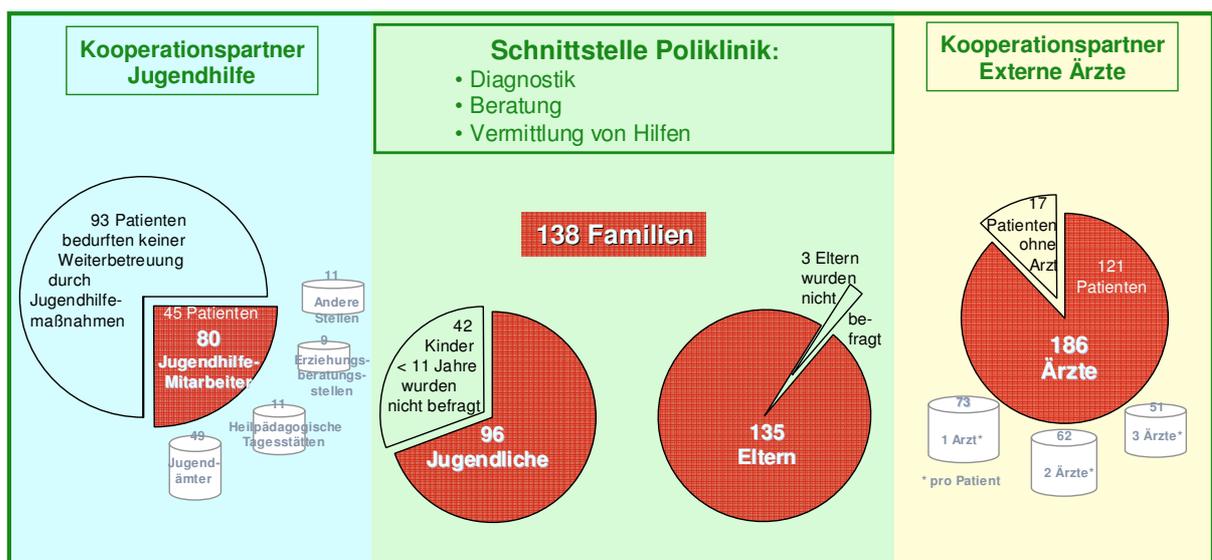
### 5.1 Studien zur Jugendhilfe

#### 5.1.1 Münchner Studie zur Zufriedenheit

Im Rahmen der Qualitätssicherung wurde in der Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie die Zufriedenheit von Kindern und Jugendlichen, deren Eltern, den behandelnden Ärzten und auch der Jugendhilfe erfragt.

Diese Arbeit bildet mit den drei parallelen Arbeiten zur Behandlungszufriedenheit der Kinder und Jugendlichen, deren Eltern und den behandelnden Ärzten die Münchner Studie zur Zufriedenheit.

**Abbildung 15 Münchner Studie zur Zufriedenheit**



(Finsterer et al. 2009)

Aus der Fachliteratur der Jugendhilfe sind mir nur wenige Abhandlungen und Untersuchungen bekannt, die die Kooperation und deren Zufriedenheit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe mittels eines Fragebogens umfassend untersuchen.

Somit haben die Analysen unserer Stichprobe und die Evaluierung der Zufriedenheit mit den Jugendhilfeeinrichtungen weitestgehend erkundenden Charakter.

In der vorliegenden Arbeit wurde mittels eines modifizierten Marburger Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB) nach Mattejat und Remschmidt (Mattejat und Remschmidt 1998) die Zufriedenheit aller Jugendhilfeeinrichtungen, die an der Behandlung und Beratung der kindlichen und jugendlichen Patienten beteiligt waren, untersucht.

#### **Schwächen der Untersuchung:**

- Die Befragung hätte direkt im Anschluss an die Behandlung/Beratung durchgeführt werden sollen. Da die zum Zeitpunkt der Beratung und Behandlung jeweils zuständigen Fachleute in den Jugendhilfeeinrichtungen nach drei Jahren nicht mehr zuständig sind, bzw. sich die Zuständigkeiten teilweise geändert haben, konnten viele Fragen des Fragebogens von den nun zuständigen Fachleuten nicht beantwortet werden und es haben sich Dokumentationslücken ergeben.
- Dokumentationslücken in der Basisdokumentation
- Die Datenauswertung hat in einem langen Zeitraum stattgefunden
- Schwächen des Fragebogens : Die Fragen zur Zufriedenheit ähneln sich teilweise sehr

#### **Stärken der Nachbefragung:**

- Systematische Erfassung der Variablen der Basisdokumentation; dadurch wird eine Vergleichbarkeit ermöglicht.
- Hohe Rücklaufquote: nach einer Aussendung, zwei Erinnerungsschreiben und einer telefonischen Dritterinnerung konnte ein Rücklauf von 89 % erreicht werden.
- Stärken des Fragebogens: Durch Adaption der Fragen an den Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) (Mattejat und Remschmidt 1998) kann eine hohe Vergleichbarkeit möglich gemacht werden.
- Fehlende Daten des Fragebogens wurden ausgewertet und geben wichtige Hinweise.
- Es gibt wenige Untersuchungen zur Zufriedenheit in der Jugendhilfe, die drei Jahre nach Abschluss der Behandlung erhoben werden.

#### **5.1.2 Studien Jugendhilfe/Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Literatur**

Zur Wiederholung werden kurz vier Untersuchungen aus dem Bereich der Kooperation mit der Jugendhilfe vorgestellt, deren Stichprobenbeschreibungen und Kooperationsbeziehungen mit der der Münchner Studie verglichen werden.

In der Würzburger Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie wurde anhand der Basisdokumentation der Jahre 2001 bis 2005 die Fragestellung analysiert, welche Jugendhilfemaßnahmen im Anschluss an einen stationären Klinikaufenthalt indiziert sind, welche realisiert werden und welche Faktoren das Risiko einer poststationären Jugendhilfemaßnahme darstellen. Bei der Hälfte der stationär behandelten Kinder und Jugendlichen war Jugendhilfebedarf indiziert. Faktoren, die das Risiko für einen Jugendhilfebedarf erhöhen, waren unter anderem eine unvollständige Familie, externalisierende Störungen und psychosoziale Risikofaktoren des Kindes (Beck und Warnke 2009).

Im Rahmen einer prospektiven Längsschnittuntersuchung, der Jugendhilfeeffectstudie (Bundesministerium für Familie 2002) wurden Jugendhilfemaßnahmen hinsichtlich ihrer Effekte und Angemessenheit bei verhaltensauffälligen Kindern zwischen fünf und 13 Jahren über einen Zeitraum von drei Jahren an vier Erhebungszeitpunkten dargestellt. Dazu wurden in den Jugendämtern mit den fallführenden Sozialpädagogen Interviews durchgeführt, die sich auf die Planung der Jugendhilfemaßnahme bis hin zur Zielerreichung bezogen. In einer Katamnese wurde ein Jahr nach Hilfeende die Stabilität der Hilfeeffekte überprüft.

In den beiden Ulmer Studien zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern wurde in der ersten Studie der Frage nachgegangen, wie viele psychisch belastete Heimkinder eine psychotherapeutische oder medikamentöse Behandlung erhalten und welcher Kooperationsbedarf seitens der Jugendhilfe formuliert wird. Die am häufigsten genannten Wünsche waren die Überlassung schriftlicher Befunde und Stellungnahmen, an letzter Stelle wurde die Teilnahme eines Arztes/ Psychologen an Hilfeplangesprächen genannt, wobei die Mitwirkung der beteiligten Fachleute eigentlich ein Rechtsanspruch der Kinder und Jugendlichen ist. Nach einer Schlussfolgerung der Studie sollte die Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe weiter intensiviert werden (Nützel et al. 2005).

Drei Jahre später wurde in der gleichen Klinik in einer Studie die Zufriedenheit mit der Kooperation aus der Sicht der Jugendhilfe erfragt:

In der zweiten Ulmer Heimkinderstudie zur Evaluation eines multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte wurden die elf teilnehmenden Einrichtungen des Interventionsprogramms unter anderem zur Zufriedenheit mit der Kooperation der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Zufriedenheit mit dem Ablauf von Kriseninterventionen und den Wartezeiten auf Behandlung (zum Beispiel die Schnelligkeit der Terminvergabe) erfragt. Die mittlere Zufriedenheit mit der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Einrichtung beträgt auf einer fünfstufigen Skala von „1= unzufrieden bis 5= sehr zufrieden“, 4,4. Die Zufriedenheit mit dem Ablauf von Kriseninterventionen ergibt 3,7 und die Zufriedenheit mit den Wartezeiten auf Behandlung 4,3 (Besier 2008).

### 5.1.3 Strukturbedingungen: Vergleich der Münchner Ambulanz mit den Einrichtungen der Jugendhilfeeffectstudie (JHES)

In der JHES wurden die Dimensionen die Strukturqualität faktorenanalytisch mittels eines eigenen entworfenen halbstandardisierten Interviewleitfadens mit 19 Variablen gemessen. Diese werden nun nachfolgend mit der Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie verglichen.

In der JHES wurde die Abhängigkeit der Strukturfaktoren von Hilfeart, Bundesland und Einrichtungsgröße mit Hilfe von Faktorscores, daraus resultierende Mittelwertberechnungen und Varianzanalyse überprüft. Daraus ergab sich, dass Heimerziehung die höchste Strukturqualität zeigt, gefolgt von Tagesgruppe und Erziehungsberatung. Dabei fiel auf, dass für die Erziehungsberatung das geringste Leistungsspektrum, aber von allen Hilfearten die am stärksten ausgebildete klinische Orientierung besitzt. Die Größe einer Einrichtung hatte den größten Einfluss auf die Strukturqualität. Je größer eine Einrichtung ist, desto höher ist die Strukturqualität.

Der Vergleich der Strukturqualität der Einrichtungen der Jugendhilfeeffectstudie mit der Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie kann nicht direkt wie in der JHES gemessen werden, sondern wird hier beschreibend tabellarisch dargestellt.

**Tabelle 22 Strukturbedingungen der Ambulanz München- JHES**

Strukturbedingungen		München Ambulanz KJP	JHES alle Jugendhilfe einrichtungen
Leistungsspektrum	Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung	entfällt	Heim und TG↑ EB und EBeist↓ →je höherschwellig die Hilfe, desto größer das Leistungsspektrum
	mittlere Teilnahme bei größtem Besprechungsraum	15	
	Anzahl der Disziplinen im größten Besprechungsraum	3	
	Erstellung von Berichten	ja	
	Leistungen für Kinder	Kurztherapie	
	heilpädagogische Methoden	nein	
	Pädagogische Methoden	nein	
klinische Orientierung	Diagnostische Methoden	neurologische, pädiatrische Untersuchung Psychologische Testung	EB ↑↑, TG und HEIM↑, EBeist↓
	Psychotherapeutische Methoden	Einzeltherapie Familientherapie Krisenintervention	
	Heilpädagogische Methoden	nein	
	Einbeziehung der Eltern in die interne Hilfeplanung	ja	
Bedarfsorientierung	Problemlage Kind	schlecht beurteilbar, wird im klin. Interview gefragt	keine Resultate
	Problemlage Familie		
	Anzahl der institutionellen Veränderungen der letzten drei Jahre		
	Hilfebeendigungsstrategien		
	Angebote der Nachbetreuung		
Qualitätskontrolle	interne Planung des Hilfeprozesses	ja	
	Mitarbeiteranteil an Supervision	bedingt	
	schriftliche diagnostische Abschlussbeurteilung	ja	
	schriftliche wöchentliche Dokumentation	entfällt	
Gesamtstrukturqualität		kleine Einrichtung, Multidisziplinarität, Helferkonferenzen mit Patient und Familie →hohe Strukturqualität	am höchsten in Heimerziehung, dann TG und EB

TG= Tagesgruppe Heim= Heimerziehung EB= Erziehungsberatung EBeist= Erziehungsbeistandschaft

Die Prüfung der Einflüsse der verschiedenen Hilfearten auf die Strukturqualität ergab, dass die höchste Strukturqualität die Heimerziehung besitzt, gefolgt von Tagesgruppen und Erziehungsberatung. Den niedrigsten Wert wies die Erziehungsbeistandschaft auf. Dies ist vor allen darauf zurückzuführen, dass die Faktoren Leistungsspektrum und klinische Orientierung hohe Werte in Heimerziehung und Tagesgruppen erzielten. Erziehungsberatung nach §28 SGB VIII wies das geringste Leistungsspektrum, aber die stärkste die klinische Orientierung auf.

Den größten Einfluss auf die Strukturqualität hatte der Faktor „Größe der Einrichtung“. (Bundesministerium für Familie 2002).

Insofern lässt sich die Ambulanz der Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie nur schlecht mit den oben genannten Faktoren vergleichen. Sie ist zwar eine kleine Einrichtung, erhält aber durch die Multidisziplinarität und der Tatsache, dass Helferkonferenzen mit dem Patienten und der Familie gemeinsam stattfinden eine hohe Strukturqualität.

## **5.2 Gemeinsames Klientel der Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie-Stichproben im Vergleich**

Die Kooperation der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der sozialrechtlichen Grundlage des fünften Sozialgesetzbuches und der Kinder- und Jugendhilfe nach dem achten Sozialgesetzbuch hat sehr an Bedeutung zugenommen.

Um die Kooperationsbeziehungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe und deren Bedeutung darstellen zu können, soll zunächst deren gemeinsame Klientel beschrieben werden.

Die Münchner Stichprobe umfasst konsekutiv 138 Patienten, die zur ambulanten Behandlung oder Beratung in den Jahren 1999 und 2000 in der damaligen Poliklinik (jetzt: Ambulanz) der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München gewesen waren.

Von diesen 138 Patienten hatten 45 Kinder und Jugendliche Kontakt zu Jugendhilfeeinrichtungen. Da einige Kinder und Jugendliche Kontakt zu mehreren Einrichtungen gleichzeitig hatten, ergeben sich insgesamt 80 Adressaten der Jugendhilfe.

In München hatten fast ein Drittel der ambulanten Patienten Kontakt zur Jugendhilfe, während in der Würzburger stationären Stichprobe nahezu die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen mit der Jugendhilfe ein gemeinsames Klientel bilden.

In der ersten Ulmer Heimkinderstudie werden von 265 Kindern und Jugendlichen 39 % kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt. Von ihnen werden 49 % psychotherapeutisch/ psychologisch behandelt, 17 % ambulant, 3 % teilstationär und 15 % befinden sich in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Therapie (Nützel et al. 2005).

Die Ulmer Heime kooperieren in fast einem Drittel ihrer stationären Kinder mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

In der zweiten Ulmer Heimkinderstudie (Evaluation eines aufsuchenden, ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte) waren 64 % der Kinder wegen psychosozialer Probleme im Vorjahr in Behandlung; 42 % waren jemals in stationärer Behandlung, 49 % waren im letzten Jahr in ambulanter psychiatrischer Behandlung (Besier 2008).

In der Ausgangserhebung wurden 62 % der Kinder und Jugendlichen der Interventionsgruppe und 34 % der Kinder und Jugendlichen der Kontrollgruppe kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt.

In der Interventionsgruppe wurden 4 % der Kinder stationär, 1 % teilstationär und 57 % der Kinder ambulant kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt. Die Zahlen der Interventionsgruppe weichen nur im stationären Bereich ab: nur 29 % der Kinder und Jugendlichen werden hier ambulant behandelt (Besier 2008).

Die Heime der zweiten Ulmer Studie kooperieren in der Interventionsgruppe in rund 60 % der Fälle mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Diese Ergebnisse werden gestützt durch die von Fegert und Schrapper, die besagen, dass die Zahl der gemeinsamen Klientel von Kinder- und Jugendpsychiatrie in den letzten zehn bis 15 Jahren von 10-15 % auf inzwischen mindestens 30 % angestiegen ist (Fegert und Schrapper 2004).

Zusammenfassung:

Ein Drittel bis die Hälfte der Kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten haben Jugendhilfebedarf. Kinder und Jugendliche in Jugendhilfeeinrichtungen bedürfen ebenso in rund 50 % der Fälle kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung.

## 5.2.1 Soziodemographische Daten

**Tabelle 23 Soziodemographische Daten**

Soziodemographische Daten (Bado)*		Kinder- und Jugendpsychiatrie					Jugendhilfe			
		München		Würzburg			JHES	Ulm I	Ulm II	
		Zufriedenheit von Jugendhilfeeinrichtungen mit der Kooperation mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Hemmer, 2009)		Jugendhilfebedarf nach stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung (Beck, Warnke 2009)			Jugendhilfeeffektstudie: Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe (Bundesministerium für Familie 2002)	Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern (Nützel et al. 2005)	Evaluation eines aufsuchenden, ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte ( Besier 2008)	
		Kinder- und Jugendpsychiatrie gesamt	Teilgruppe Jugendhilfe	Kinder- und Jugendpsychiatrie gesamt	mit Jugendhilfe anschluss maßnahme	ohne Jugendhilfeanschluss maßnahme	Ausgangs erhebung	Heimkinder gesamt	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
		ambulant		stationär	ambulant teilstationär stationär	–	ambulant, teilstationär stationär	stationär	stationär	
Patienten (n)		138	45	776	367	409	233	689	288	336
Altersdurchschnitt (Jahre)		11,5	10,8	13,8	13,6	14	8;8	14,36	14,1	13,6
Geschlecht	männlich (%)	64	80	50	56	44	73	71	71	66
	weiblich (%)	36	20	50	44	56	28	29	29	34
Nationalität	deutsch (%)	88	71	–	–	–	96	–	–	–
	nichtdeutsch (%)	12	29	–	–	–	4	–	–	–
familiäre Situation	unvollständige Familie (%)	42	67	–	49	30	47	–	73	80
Schulbildung	Regelschule (%)	84	78	–	–	–	–	–	53	57
	Förderschule (%)	16	22	–	–	–	–	–	47	43
Schichtgruppe: Unterschicht (%)		19	36	–	26	17	63**	–	–	–

\*Bado: Basisdokumentation

\*\*kein regelmäßiges Einkommen  
(öffentliche und/oder private  
Transferleistungen)

Was kennzeichnet die Patienten mit Jugendhilfebedarf, welche Unterschiede lassen sich zu den übrigen Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufweisen?

Der **Altersdurchschnitt** der Gesamtstichprobe lag bei der Münchner Untersuchung bei 11,5 Jahren, in der JHES bei 8,8 Jahren. Allerdings waren in letzterer Studie nur Kinder bis 13 Jahre eingeschlossen, was den niedrigen Altersdurchschnitt erklärt. Der Altersdurchschnitt der Würzburger und der beiden Ulmer Studien war bei Gesamt- und Teilstichproben insgesamt gesehen höher, er lag bei rund 14 Jahren. Der höhere Altersdurchschnitt lässt sich durch die Tatsache erklären, dass sich die Patienten der letzten drei Stichproben in stationären Jugendhilfeeinrichtungen, also Heimen befinden, in ambulanten Einrichtungen werden meist jüngere Kinder und deren Familien behandelt.

Wenn man nun den Altersdurchschnitt der Jugendhilfestichproben mit den Gesamtstichproben, bzw. Interventionsgruppen gegenüberstellt, fällt auf, dass das mittlere Alter der Münchner Jugendhilfestichprobe etwas niedriger ist (10,8 Jahre) als das der Gesamtstichprobe (11,5 Jahre). Dies kann an den Krankheitsdiagnosen der Kinder der Jugendhilfestichprobe liegen: vor allem externalisierende Störungen, wie zum Beispiel das Hyperaktivitätssyndrom, deren Behandlungsbeginn in einem eher jüngeren Lebensalter erfolgt werden hier ambulant behandelt. In der Ulmer Stichprobe des Behandlungsprogramms zur Vermeidung stationärer Behandlungsaufenthalte verhält es sich genau umgekehrt: in der Interventionsgruppe sind die Kinder und Jugendlichen geringfügig älter (14,1 Jahre) als in der Kontrollgruppe (13,6 Jahre).

Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit denen der Auswertung der Basisdokumentation an drei bayrischen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken: Im ambulanten Bereich werden vor allem Grundschulkinder zwischen dem 6. und 10. Lebensjahr vorgestellt, im teilstationären Bereich ebenfalls Grundschulkinder, während im stationären Bereich die Gruppe der Jugendlichen von 14-17 Jahren überwiegt (Noterdaeme et al. 2005).

Der Anteil der **Geschlechter** von Mädchen und Jungen in den Stichproben stellt sich zusammengefasst wie folgt dar:

In fast allen Jugendhilfestichproben, die ich miteinander verglichen habe, ist der Anteil der Jungen deutlich höher als der Anteil der Mädchen. In München sind es 80 % Jungen, in der JHES 73 % und in den beiden Ulmer Heimkinderstichproben jeweils rund 71 % Buben. Nur in der Würzburger Gesamtstichprobe ist das Verhältnis Jungen/ Mädchen ausgeglichen. Jüngere Patienten der Kinder und Jugendpsychiatrie sind häufiger männlich aufgrund der externalisierenden Störungen, Mädchen eher älter, aufgrund der Behandlung von Essstörungen, die meist erst ab der Pubertät auftreten.

Vergleichbare Ergebnisse werden in der Auswertung der Basisdokumentation von M. Noterdaeme beschrieben: In der kinder- und jugendpsychiatrischen Stichprobe werden deutlich mehr Jungen als Mädchen vorgestellt. Lediglich im stationären Bereich überwiegt der Mädchenanteil (Noterdaeme et al. 2005).

Der Vergleich des Geschlechteranteils innerhalb der Stichproben zwischen Gesamt- und Jugendhilfe-stichproben zeigt, dass zwar auch in den Gesamtstichproben der Bubenanteil überwiegt, jedoch ist dieser Unterschied in den Jugendhilfestichproben deutlicher. Dies lässt sich dahingehend interpretieren, dass generell mehr Jungen als Mädchen Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind, die Jungen in dem Zeitraum vor der Pubertät aufgrund der häufigen externalisierenden Störungen mehr Jugendhilfebedarf haben als die Mädchen.

Wenn man die Anteile der unterschiedlichen **Nationalitäten** in den unterschiedlichen Stichproben vergleicht, fällt auf, dass in der Münchener Jugendhilfestichprobe 71 % der Kinder und Jugendlichen deutsch und 29 % nichtdeutsch sind. In der Gesamtstichprobe liegt der Anteil der deutschen Kinder bei 88 %. Die hohe Zahl der nichtdeutschen Münchner Kinder liegt in der Besonderheit, dass in der Münchner Ambulanz Dolmetscher in die Behandlung miteingebunden sind.

In der JHES sind 4 % nichtdeutsch. Allerdings sind in diese Stichprobe nur Kinder aus Baden- Württemberg, Bayern, Bremen, Nordrhein-Westfalen und Thüringen eingeschlossen. Kinder und Jugendliche aus den neuen Bundesländern sind nicht in diese Stichprobe eingeschlossen. Somit sind in diese Studie vor allem Kinder ohne Migrationshintergrund eingeschlossen (Bundesministerium für Familie 2002).

In Würzburg kommen Kinder mit Jugendhilfebedarf signifikant häufiger aus niedrigen **sozialen Schichten** (26 % vs. 17 %) und leben häufiger in einer unvollständigen Familie (49 % vs. 30 %).

Höher fällt dieser Anteil in der Münchener Jugendhilfestichprobe aus: Zwei Drittel der Kinder leben in unvollständigen Familien und über ein Drittel der Familien gehören der Unterschicht an (19 % in der Gesamtstichprobe).

Der Anteil der **unvollständigen Familien** aus der Münchner Untersuchung ist sehr hoch, ähnliche Ergebnisse findet man auch in den stationären Ulmer Jugendhilfeeinrichtungen der zweiten Ulmer Heimkinderstudie: 73 % in der Interventionsgruppe und 47 % in den Einrichtungen der Jugendhilfee-fektstudie. Dort haben 63 % der Familien kein regelmäßiges Einkommen sondern leben von öffentlichen und/oder privaten Transferleistungen (Bundesministerium für Familie 2002). Der Anteil der unvollständigen Familien der Gesamtstichproben ist im ambulanten Bereich etwas niedriger als im stationären Bereich, aufgrund der höher belasteten familiären Situation im stationären Bereich.

Allgemein fällt auf, dass Kinder der Jugendhilfestichproben zu einem größeren Anteil in unvollständigen Familien leben als Kinder in den Gesamtstichproben. In der Münchner Jugendhilfestichprobe leben 67 % der Kinder in unvollständigen Familien (Gesamtstichprobe: 42 %), in der Würzburger stationären kinderpsychiatrischen Stichprobe mit Jugendhilfeanschlussmaßnahme sind es 49 %, bei den Kindern ohne Jugendhilfeanschlussmaßnahme sind es 30 %. In der Ulmer Studie von Besier ist der Anteil unvollständiger Familien noch höher, in Interventions- und Kontrollgruppe 73 bzw. 80 %, was wiederum an den höher belasteten Familiensituationen im stationären Jugendhilfebereich liegt (Besier 2008).

Auch bezüglich der **Schularten** sieht man Unterschiede:

In der Ulmer Kontroll-, wie auch in der Interventionsgruppe der zweiten Ulmer Heimkinderstudie besucht fast die Hälfte aller Kinder Förderschulen. In der Münchner Stichprobe besuchen 19 % der Kinder der Gesamt- und 36 % der Kinder der Jugendhilfestichprobe eine Förderschule.

Zusammenfassung:

Ein höherer Anteil an Jungen aus unvollständigen Familien, einer niedrigen sozioökonomischen Schicht, nichtdeutsche Ursprungsfamilie kennzeichnet die Jugendhilfestichprobe. Zudem besuchen sie häufiger eine Förderschule

Die Stichproben der vorgestellten Untersuchungen haben viele soziodemographische Gemeinsamkeiten. Es ist wichtig, im Vorfeld Risikogruppen zu erkennen, um rechtzeitig Hilfen gewähren zu können.

## 5.2.2 Diagnosen im Vergleich

Tabelle 24 Diagnosen

Diagnosen (Bado)*			Kinder- und Jugendpsychiatrie				Jugendhilfe		
			München		Würzburg		Ulm I	Ulm II	
			Zufriedenheit von Jugendhilfeeinrichtungen mit der Kooperation mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Hemmer 2009)		Jugendhilfebedarf nach stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung (Beck, Warnke 2009)		Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern (Nützel et al. 2005)	Evaluation eines aufsuchenden, ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte (Besier 2008)	
			Teilgruppe Jugendhilfe	Kinder- und Jugendpsychiatrie gesamt	mit JH-Anschlussmaßnahme	ohne JH-Anschlussmaßnahme	Heimkinder gesamt	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
Patienten (n)			45	138	367	409	689	288	336
Diagnosen	Achse 1	externalisierende Störungen (%)	56	36	43	19	47	78	k.A.
		internalisierende Störungen (%)	29	36	31	36	12	15	k.A.
		andere Störungen (%)	2	12	16	25	1	7	k.A.
		keine psychiatrische Diagnose (%)	13	17	10	20	42	k.A.	k.A.
	familiäre Belastung/ Achse V	unauffällig (%)	22	30	10**	34***	k.A.	k.A.	k.A.
		auffällig (%)	75	56	90	66	k.A.	k.A.	k.A.
	globale Anpassung/ Achse VI (%) (deutlich und schwer sozial beeinträchtigt)		67	55	60	30	k.A.	51	40
	Behandlungserfolg bezüglich der Symptomatik	gebessert (%)	45	44	89	92			
		unverändert/ verschlechtert (%)	36	24					
	Behandlungserfolg bezüglich der Gesamtsituation	gebessert (%)	40	36	76	82			
unverändert/ verschlechtert (%)		42	33						

\*Bado: Basisdokumentation

\*\* davon 25% mindestens 5 psychosoziale Risikofaktoren

\*\*\*davon 10% mindestens 5 psychosoziale Risikofaktoren

Die Diagnosen der kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten wurden in allen Studien anhand des **Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD 10 der WHO** gestellt (Remschmidt et al. 2001).

In der JHES wurde zur Beurteilung der Ausgangslage der Adressaten im Rahmen der Hilfeplanung ein Fragebogen erstellt, der unter anderem als klinisches Instrument die Achsen I, II, III; V, und VI des *Multiaxialen Klassifikationsschemas (MAS) für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters* (Remschmidt und Schmidt 1994) und die *Mannheimer Beurteilungsskala zum Funktionsniveau (MBF)* (Marcus et al. 1993) zur Erfassung der Achse VI enthält.

Nicht eingeschlossen wurde die Achse IV (körperliche Symptomatik).

Die Daten bezüglich der Diagnosen sind mit den Münchner, Würzburger und den beiden Ulmer Studien nicht direkt vergleichbar, da nicht exakt die Einteilungen nach MAS ICD-10 verwendet wurden.

### **5.2.2.1 Achse I: Klinisch- psychiatrisches Syndrom**

Die erste Achse der multiaxialen Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter beschreibt das klinisch-psychiatrische Syndrom.

Wenn man die Verteilung der Diagnosen in den verschiedenen Studien bei den Jugendhilfestichproben und Gesamtstichproben für sich betrachtet, fällt auf, dass in der Münchner Jugendhilfestichprobe der Anteil der externalisierenden Störungen deutlich überwiegt (56 % vs. 36 %), und internalisierende Störungen zu einer geringeren Prozentsatz vorkommen (29 % vs. 36 %).

Externalisierende Störungen umfassen hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens und in der Münchner Jugendhilfestichprobe vor allem kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen mit depressiver Störung.

Auch die Würzburger Studie, die den Jugendhilfebedarf nach stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung untersucht, erfasst die Diagnosen die auf der ersten Achse liegen: Von den Patienten mit einer Jugendhilfeanschlussmaßnahme haben 43 % externalisierende Störungen, in der Patientengruppe ohne Jugendhilfeanschlussmaßnahmen sind dies nur 19 %. Häufig handelt es sich um Kinder mit früh beginnenden Störungen, bei denen bereits im Kindergarten auffälliges Verhalten beschrieben wird (Beck und Warnke 2009).

In der Münchner Stichprobe ist im Vergleich zur Würzburger Stichprobe der Anteil der externalisierenden Störungen etwas höher. Dies lässt sich durch den hohen Jungenanteil erklären. Buben leiden häufiger an externalisierenden Störungen, während bei Mädchen internalisierende Störungen überwiegen.

Auch in der ersten Ulmer Heimkinderstudie ist die Diagnoseverteilung angegeben: 57 % der Kinder und Jugendlichen haben eine psychiatrische Diagnose, davon haben 47 % externalisierende Störungen (Nützel et al. 2005).

In der zweiten Ulmer Heimkinderstudie ist die Verteilung der Diagnosen in der Interventionsgruppe folgendermaßen: 78 % der Kinder haben eine externalisierende Störung. Leider ist nicht angegeben, wie viele der Kinder insgesamt eine psychiatrische Diagnose erhalten. Deshalb ist der Anteil von 78 % externalisierenden Störungen sehr hoch, da man hier von allen vergebenen Diagnosen ausgeht und nicht von der Gesamtzahl der Kinder.

In dieser Studie wurden in der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe mehr als zwei Drittel der in den Jugendhilfeeinrichtungen betreuten Kinder und Jugendlichen als behandlungsbedürftig eingeschätzt. Von den Gruppenerziehern wurden massive Verhaltensauffälligkeiten im internalisierenden und externalisierenden Bereich beschrieben, die im Durchschnitt ein bis zwei Standardabweichungen über den Mittelwerten der Normalpopulation liegen.

Bei insgesamt 82,4 % der untersuchten Kinder und Jugendlichen lag eine komorbide Störung auf der ersten Achse vor; in 42,2 % handelte es sich dabei um Kombinationsdiagnosen wie die hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90,1), während 37,5 % sogar mehr als eine Kombinationsdiagnose auf Achse I erhielten (Besier 2008).

Man muss sich aber vor Augen führen, dass es sich bei den Ulmer Kindern hier primär um Kinder in Heimen handelt und nicht von vornherein um kinder- und jugendpsychiatrische Patienten. Vor diesem Hintergrund erscheint der Anteil der Kinder mit externalisierenden Störungen doch recht hoch.

Die JHES erfasst die Diagnosen der Achse I nicht direkt, sie setzt sich zusammen aus der Art der Problemkonstellation, zusätzlichen Einzelauffälligkeiten und dem Schweregrad (Achse VI), der sich aus diesen beiden Aspekten ergibt. Dies entspricht der Gesamtauffälligkeit des Kindes. Diese Gesamtauffälligkeit wird im Hilfeverlauf um 37 % reduziert. Die Achse I lässt sich hier nicht direkt mit den anderen Studien vergleichen aufgrund einer anderen Begriffsdefinition.

Auch andere Studien berichten über eine massive Symptomausprägung bei Kindern und Jugendlichen im Jugendhilfesektor. Bei bis zu 80 % der Kinder und Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen werden auffällige emotionale Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten beschrieben (Burns et al. 2004; Mount et al. 2004).

#### **5.2.2.2 Achse VI: psychosoziales Funktionsniveau des Kindes**

Die Achse VI erfasst eine Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung der Kinder und Jugendlichen.

In der Münchener Jugendhilfestichprobe sind auf der Achse VI 67 % der Kinder deutlich und schwer sozial beeinträchtigt, in der Gesamtstichprobe sind dies mit 55 % etwas weniger.

Das bedeutet, Kinder mit Jugendhilfebedarf sind zu einem größeren Anteil bezüglich der psychosozialen Anpassung deutlich beeinträchtigt, als kinder- und jugendpsychiatrische Patienten ohne Jugendhilfebedarf.

In der Würzburger Stichprobe mit Jugendhilfeanschlussbedarf waren fast 60 % aller Kinder in ihrer psychosozialen Anpassung beeinträchtigt, in der Gruppe ohne JH-Bedarf waren es rund 30 % (Beck und Warnke 2009).

In der zweiten Ulmer Studie von Besier wurde das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder und Jugendlichen in der Interventionsgruppe schlechter eingeschätzt als das der Kinder und Jugendlichen in der Kontrollgruppe. 51 % der Kinder und Jugendlichen in der Interventionsgruppe waren deutlich und schwer sozial beeinträchtigt, in der Kontrollgruppe waren es 40 % (Besier 2008).

### **5.2.2.3 Achse V: psychosoziale, familiäre Belastungen**

Auf dieser Achse wird die psychosoziale Situation eines Kindes oder Jugendlichen im letzten halben Jahr erfasst, die von der Norm abweicht und als Risikofaktor für die Entwicklung von kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen gilt (Poustka et al. 1994).

In der Münchener Stichprobe ist der Anteil der unauffälligen Kinder und deren Familien in der Jugendhilfestichprobe niedriger als in der Gesamtstichprobe (22 % vs. 30 %) und der Anteil der auffälligen Kinder in der Jugendhilfestichprobe höher als in der Gesamtstichprobe (75 % vs. 56 %).

In der Jugendhilfestichprobe handelt es sich um Kinder mit hohen familiären Belastungen.

In der Würzburger Stichprobe weisen nur 10 % der Kinder und Jugendlichen, die im Anschluss an den stationären Aufenthalt eine Jugendhilfemaßnahme erhielten, keine psychosozialen Risikofaktoren auf und 25 % der Kinder wiesen mindestens fünf psychosoziale Risikofaktoren auf.

In der Gruppe der Kinder ohne anschließende Jugendhilfemaßnahmen waren es 34 % ohne psychosoziale Risikofaktoren und 10 % mit Risikofaktoren. Aus diesen Zahlen konnte die Wahrscheinlichkeit für eine Jugendhilfeanschlussmaßnahme nach einem stationären Aufenthalt berechnet werden. Sie lag bei Kindern und Jugendlichen mit fünf oder mehr Risikofaktoren bei über 70 % (Beck und Warnke 2009).

#### Zusammenfassung:

Kinder und Jugendliche mit Jugendhilfebedarf haben eine höhere familiäre und psychosoziale Belastung, unauffällige Kinder und Jugendliche mit Jugendhilfebedarf haben tendenziell mehr psychosoziale Risikofaktoren als Kinder ohne Jugendhilfebedarf.

Der Behandlungserfolg bezüglich der Symptomatik und der Gesamtsituation wird im Kapitel „Einrichtungen und Verläufe“ beschrieben.

### **5.2.3 Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik und der Gesamtsituation/Familienbeziehungen (Garf-Skala)/ MBF**

- Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik und der Gesamtsituation (aus der Sicht der Therapeuten und Mitarbeiter)
- Die GARF-Skala erfasst die Familienbeziehungen, das Funktionsniveau von Familien- oder anderen laufenden Beziehungen in den Bereichen Problemlösung, Organisation und emotionales Klima

In der JHES wurden zur Präzisierung der Einschätzung des Funktionsniveaus der Familien zusätzlich die fünf Skalen des MBF herangezogen (Marcus et al. 1993), die dies siebenstufig in den Lebensbereichen Familie, schulische Leistungen, Beziehung zu Gleichaltrigen, Freizeitverhalten und Selbständigkeit beschreiben.

In der Basisdokumentation entspricht der MBF in weitestem Sinne der GARF-Skala, die das Funktionsniveau von Beziehungen innerhalb einer Familie oder anderen Personen beschreibt.

Wie schon im vorhergehenden Kapitel „Diagnosen“ beschrieben, sind in der Münchener Jugendhilfestichprobe auf der Achse VI 67 % der Kinder deutlich und schwer sozial beeinträchtigt, in der Gesamtstichprobe sind dies mit 55 % etwas weniger.

Das bedeutet, Kinder mit Jugendhilfebedarf sind zu einem größeren Anteil bezüglich der psychosozialen Anpassung deutlich mehr beeinträchtigt als kinder- und jugendpsychiatrische Patienten ohne Jugendhilfebedarf.

60 % der Kinder der Münchener Stichprobe haben gemäß der „GARF-Skala“ unbefriedigende oder schlechte Familienbeziehungen.

Trotzdem hat sich der **Behandlungserfolg bezüglich der Symptomatik** in den beiden Münchener Stichproben rund 45 % gebessert und in der Jugendhilfestichprobe in 36 % unverändert oder verschlechtert, in der Gesamtstichprobe ist er bei etwas weniger Kindern und Jugendlichen, in 24 % der Fälle, unverändert geblieben oder hat sich verschlechtert.

Das **Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation** hat sich in der Jugendhilfestichprobe bei 40 % der Kinder und Jugendlichen gebessert und ist bei 42 % der Patienten unverändert geblieben oder hat sich verschlechtert. In der Gesamtstichprobe hat es sich bei 36 % der Kinder gebessert und bei 25 % deutlich gebessert.

Es gibt keine Unterschiede in beiden Gruppen bezüglich der Besserung der Symptomatik des Behandlungsergebnisses, jedoch kommt es in der Jugendhilfestichprobe in einem etwas höheren Prozentsatz zu keiner Veränderung oder zu einer Verschlechterung.

Der Behandlungserfolg bezüglich der Gesamtsituation bessert sich etwas mehr in der Jugendhilfestichprobe, allerdings bleibt er auch zu einem höheren Prozentsatz eher unverändert oder verschlechtert sich.

Die Symptomatik der Patienten hat sich eher gebessert (45 %), als die Gesamtsituation der Familie (40 %), ebenso hat sich die Symptomatik der Kinder und Jugendlichen zu einem geringeren Anteil verschlechtert oder ist unverändert geblieben (36 %) als die Gesamtsituation (42 %). Diese Ergebnisse decken sich mit denen der Würzburger Studie und der Jugendhilfeeffectstudie: Die Symptombelastung kann eher verbessert werden, als die familiären Bedingungen und das Umfeld. Allerdings handelt es sich bei den Münchner Ergebnissen um Resultate aus Kurzzeitverläufen (ambulante Einrichtung mit wenigen Behandlungsterminen), bei den anderen Untersuchungen um Langzeitverläufe.

Der Behandlungserfolg bezüglich der Symptomatik hat sich bei den Würzburger Kindern und Jugendlichen mit Jugendhilfeanschlussmaßnahmen mehr verbessert (89 % leichte Verbesserung), als der Behandlungserfolg bezüglich der Gesamtsituation (92 %). Der Behandlungserfolg in der Klinik ist für beide Gruppen damit ähnlich positiv, aber die Kinder und Jugendlichen in der Gruppe mit Jugendhilfebedarf weisen ein schlechteres psychosoziales Funktionsniveau auf. Man könnte dies dahingehend interpretieren, dass die Kinder ein schlechteres prämorbidem Funktionsniveau haben, und der stationäre Klinikaufenthalt zwar zu einer Verbesserung der Symptomatik, aber nur begrenzt zu einer Verbesserung des Funktionsniveaus führt. (Beck und Warnke 2009).

Obwohl diese Beeinträchtigung der psychosozialen Anpassung in beiden Gruppen sehr ausgeprägt ist, werden in beiden Gruppen die Behandlungserfolge bezüglich der Symptomatik, als auch die der Gesamtsituation positiv bewertet. In beiden Gruppen wurde in etwa 90 % jeweils mindestens eine leichte Besserung der Symptomatik festgestellt, die Gesamtsituation in der Gruppe mit Jugendhilenachsorgebedarf hat sich in 76 % etwas gebessert und 25 % deutlich gebessert und in der Gruppe ohne Nachsorgebedarf in 82 % etwas gebessert und 33 % deutlich gebessert (Beck und Warnke 2009).

Über den Behandlungserfolg bezüglich der Symptomatik und der Gesamtsituation findet man bei Bieser keine Angaben.

In der Jugendhilfeeffectstudie hat die **Gesamtauffälligkeit** nach Beendigung der Hilfen zur Erziehung um 46 % abgenommen, zum Zeitpunkt der Katamnese um 37 %. Die familiäre Belastung ist zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung im Schnitt um 26 % reduziert worden, in der Katamnese beträgt die Reduktion 39 % und auf der Achse VI psychosoziale Anpassung die Reduktion bei Hilfeende 35 %, zum Zeitpunkt der Katamnese 33 %.

Das heißt, ein Jahr nach Hilfeende sind die erreichten Verbesserungen vergangen und die durch das soziale Umfeld hervorgerufenen Belastungen fast so hoch wie zu Hilfebeginn (Bundesministerium für Familie 2002).

Zusammenfassung:

Der Behandlungserfolg bezüglich der Symptomatik bessert sich bei mehr Kindern als der Behandlungserfolg bezüglich der Gesamtsituation. Eine Verbesserung der Symptomatik erfolgt eher, als eine Änderung der familiären Bedingungen und des Umfeldes.

#### **5.2.4 Was kennzeichnet die Kinder und Jugendlichen mit Jugendhilfebedarf?**

Kinder und Jugendliche mit Jugendhilfebedarf kommen in den oben vorgestellten Studien zu einem sehr großen Teil aus unvollständigen Familien, die familiäre Tragfähigkeit ist durch die in 50-80 % der Fälle abweichende Elternsituation deutlich eingeschränkt.

Der Anteil der Buben überwiegt in der kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung und Jugendhilfemaßnahmen, sie kommen eher aus niedrigen sozioökonomischen Schichten und besuchen eher die Förderschule.

Die Kinder haben in der Münchner Studie häufiger einen Migrationshintergrund.

Im Gruppenvergleich der Kinder mit und ohne Jugendhilfebedarf stehen in den Münchner, Würzburger und den beiden Ulmer Stichproben bei den Diagnosen die externalisierenden Störungen deutlich im Vordergrund.

Kinder und Jugendliche in kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen, Kliniken und Jugendhilfeeinrichtungen sind in allen Studien im psychosozialen Funktionsniveau deutlich mehr eingeschränkt als Kinder und Jugendliche ohne Jugendhilfebedarf.

Die familiäre psychosoziale Belastung der Kinder und Jugendlichen ist höher als bei Kindern ohne Jugendhilfebedarf und sie haben mehr psychosoziale Risikofaktoren.

Auch andere Studien kommen zu vergleichbaren Ergebnissen; vor allem vorwiegend jüngere Kinder aus hoch belasteten Familienverhältnissen mit Störung des Sozialverhaltens und einer schwerwiegenden Prognose sind kinder- und jugendpsychiatrische Patienten (Herpertz-Dahlmann et al. 2003).

#### **Kennzeichen der Jugendhilfestichproben:**

- überwiegend jüngere Buben
- abweichende Familiensituation
- Migrationshintergrund
- hoher Förderschulbedarf
- niedriger sozioökonomischer Status
- externalisierende Störungen
- deutliche psychosoziale Beeinträchtigung der Kinder
- hohe psychosoziale familiäre Belastung
- deutliche soziale Beeinträchtigung

## 5.3 Einrichtungen und Verläufe

Tabelle 25 Einrichtungen und Verläufe

Einrichtungen und Verläufe		Kinder- und Jugendpsychiatrie				Jugendhilfe				
		München		Würzburg		JHES	Ulm I	Ulm II		
		Zufriedenheit von Jugendhilfeeinrichtungen mit der Kooperation mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Hemmer, 2009)		Jugendhilfebedarf nach stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung (Beck, Wanke 2009)		Jugendhilfeeffectestudie Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe (Bundesministerium 2002)	Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern (Nützel et al. 2005)	Evaluation eines aufsuchenden, ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte (Besier 2008)		
		Ausgangs erhebung Jugendhilfe	Katamnese	mit Jugendhilfe anschluss maßnahme	ohne Jugendhilfeanschluss maßnahme	Ausgangs erhebung	Zweistufige Erhebung	Ausgangserhebung		
						Interventionsgruppe	Kontrollgruppe			
Einrichtungen	Patienten (n)	45	45	367	409	233	689	288	336	
	Patientenauswahl	Patienten 1999-2000		Patienten 2001-2005 (konsekutiv) n=776		1/1993-12/1998	–			
	Fachbereich	ambulant		stationär		ambulant, teilstationär, stationär*	stationär*	stationär*		
	Jugendhilfeeinrichtungen	47	–	k.A.		77	20	26		
	Jugendhilfemaßnahmen (n)	80	–	367	–	233	entfällt	288	366	
Verläufe	Anzahl der Kontakte/ Hilfedauer		Ø 4	Ø 8		Ø 21 Monate	Ø 2,17 Jahre			
	Behandlungserfolg bezüglich der Symptomatik (Kurzzeitverlauf)	gebessert(%)	45	44	89	92	k.A.			
		unverändert/ verschlechtert(%)	36	24						
	Behandlungserfolg bezüglich der Gesamtsituation (Kurzzeitverlauf)	gebessert(%)	40	36	76	82				
		unverändert/ verschlechtert(%)	42	33						
	Erhebungsinstrumente		Fragebogen zur Zufriedenheit				Interviewleitfaden CBCL, KINDL, EZE	CBCL/ YSR klin.Interview n. DISYPS-KJ Fragebogen zu Kooperationswünschen	Child Behaviour Checklist CBCL/4-18 Youth self report YSR MAS Achse VI	
	Verlaufsdauer/ Katamnese		3 Jahre		k.A.		2 Jahre mit Katamnese	–	1 Jahr	
Rücklauftrate (%)		89		k.A.		49	90	65	63	

\*teilstationäre Jugendhilfe:Heilpädagogische Tagesstätten  
stationäre Jugendhilfe: Heimerziehung

Vorstehend abgebildete Tabelle gibt eine Übersicht über die Einrichtungen und Verläufe der zu vergleichenden Untersuchungen.

Zur ausführlichen Beschreibung der Einrichtungen wird auf das Kapitel 5.1.2. verwiesen.

### 5.3.1 Methodik der Studien

Die Würzburger Untersuchung beschreibt Kooperationsbeziehungen **aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie**.

In einer Würzburger kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik wurde die Basisdokumentation von 776 stationär behandelten Patienten der Jahre 2001-2005 ausgewertet mit der Fragestellung nach dem Jugendhilfebedarf nach stationärer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung.

367 Jugendhilfemaßnahmen wurden ausgewertet.

In weiteren vier Studien wurden Erhebungen **aus Sicht der Jugendhilfe** durchgeführt.

In der Münchner Ambulanz der Kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik wurden 80 involvierte Mitarbeiter aus ambulanten und teilstationären Jugendhilfeeinrichtungen zu 45 Patienten drei Jahre nach Abschluss der Beratung zur Zufriedenheit mit der Kooperation und zum Entwicklungsverlauf der Patienten befragt. Als Erhebungsinstrument standen die Basisdokumentation (Bado), darin ein klinisches Interview und ein adaptierter Marburger Fragebogen zur Zufriedenheit (FBB) zur Beurteilung der Behandlung (Mattejat und Remschmidt 1998) zur Verfügung.

In der JHES wurden insgesamt 77 ambulante, teilstationäre und stationäre Jugendhilfeeinrichtungen (14 Erziehungsberatungsstellen, acht Erziehungsbeistandschaften, 12 Sozialpädagogische Familienhilfen, 18 Tagesgruppen und 25 Heime) zu 233 Kindern an vier Erhebungszeitpunkten befragt. Als Erhebungsinstrumente standen CBCL (Achenbach), KINDL, EZE und ein Interviewleitfaden zu Verfügung (Bundesministerium für Familie 2002).

In der ersten Ulmer Heimkinderstudie wurden 689 Kinder und Jugendliche aus 20 südwestdeutschen stationären Jugendhilfeeinrichtungen in einer Screeninguntersuchung mittels eines standardisierten Interview diagnostiziert und parallel wurde der psychiatrische, psychotherapeutische und pharmakologische Behandlungsstatus erhoben. Ebenso wurden die Kooperationswünsche der Jugendhilfeeinrichtungen an die Kinder- und Jugendpsychiatrie mittels eines selbst entworfenen Fragebogens erfragt (Nützel et al. 2005).

In der zweiten Ulmer Heimkinderstudie zur Evaluation eines aufsuchenden Behandlungsprogramms zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte wurden 26 stationäre Jugendhilfeeinrichtungen, unterteilt in eine Interventionsgruppe und eine Kontrollgruppe an drei Erhebungszeitpunkten befragt (Besier 2008).

Alle Untersuchungen außer der Würzburger Erhebung sind Verlaufserhebungen.

Die Verlaufsdauer ist in der Münchner Studie drei Jahre, in der Jugendhilfeeffectstudie zwei Jahre (einschließlich der Katamnese), und in der zweiten Ulmer Studie von Besier ein Jahr.

In München hatten die Kinder der Jugendhilfestichprobe durchschnittlich vier Kontakte mit der Klinikambulanz, die Hilfedauer in der Jugendhilfeeffectstudie betrug im Durchschnitt 21 Monate (Bundesministerium für Familie 2002) und in der ersten Ulmer Studie 2,17 Jahre (Nützel et al. 2005).

### **5.3.2 Antwortverhalten**

Die Rücklaufrate der Fragebogenaussendungen an die Münchner Jugendhilfeeinrichtungen betrug insgesamt 89 %. Sie ist sehr hoch durch eine dreimalige Aussendung und einer Telefonaktion.

In der Ulmer Heimkinderstudie betrug die Rücklaufrate des Fragebogens zu den Kooperationswünschen 90 % (Nützel et al. 2005).

In der Münchner Gesamtstichprobe wurde von Thomas Schunck der Fragebogen zur Zufriedenheit der Eltern ausgewertet. Von 135 Fragebögen standen nach drei Aussendungen und einer Telefonaktion 101 Fragebögen (75 %) zur Verfügung (Schunck 2009).

Diese hohen Rücklaufraten sind als Zeichen einer erfolgreichen Kommunikation und Kooperation zu werten.

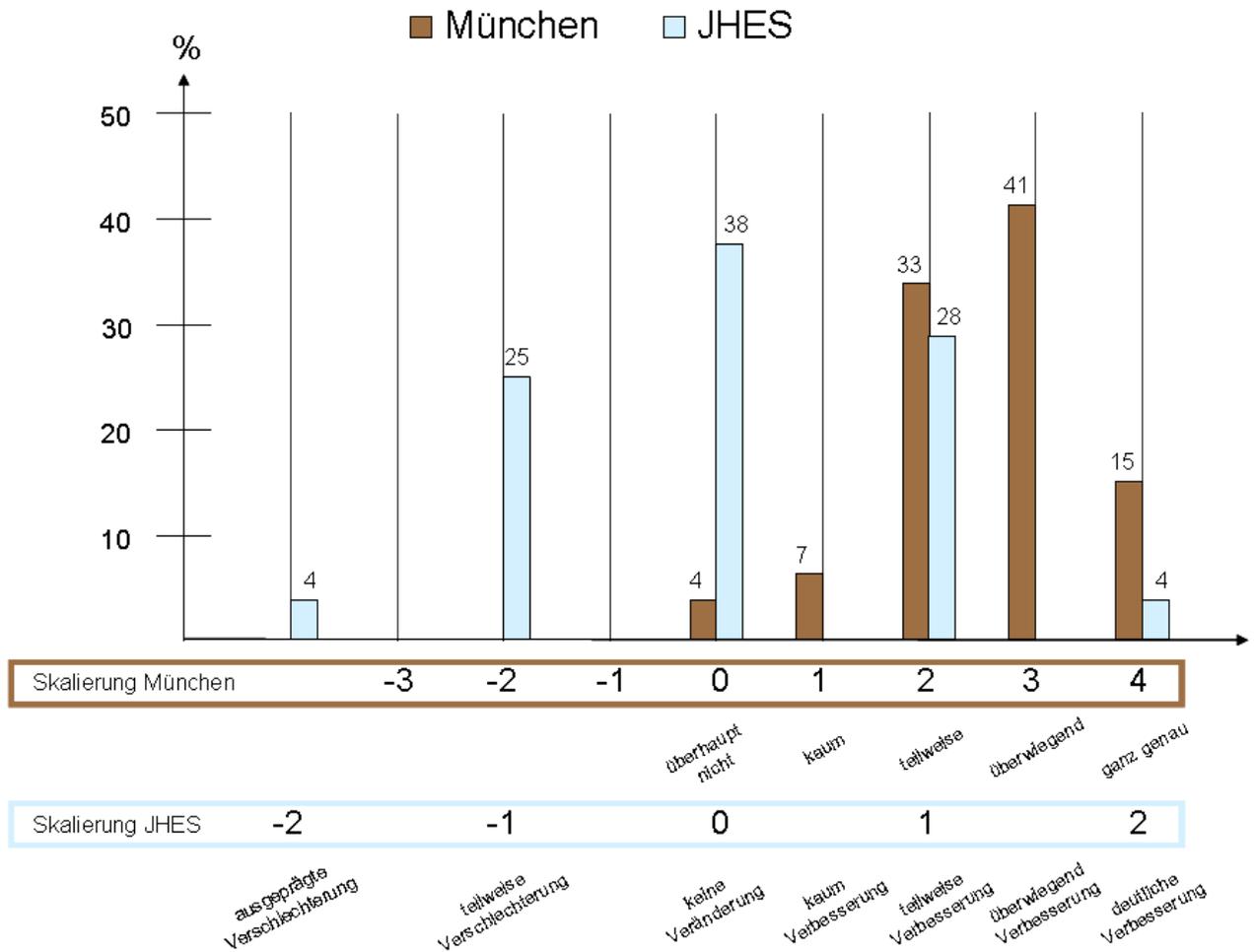
In der JHES wurde zur Messung der elterlichen Zufriedenheit mit der Erziehungshilfe der *Fragebogen zur Elterlichen Zufriedenheit* (EZE) von der Arbeitsgruppe für diese Studie entwickelt. Der 75 Items umfassende Fragebogen bezieht sich vor allem auf die Merkmale des Hilfeprozesses. Der EZE-1 wurde eingesetzt zum zweiten Messzeitpunkt (Verlaufserhebung). Insgesamt beantworteten 44 % der Eltern diesen Fragebogen. Eltern, deren Kinder in Erziehungsberatungsstellen behandelt wurden, antworteten in 58 % der Fälle, in Tagesstätten in 44 % der Fälle. Aus Gründen des Datenschutzes musste auf Erinnerungsschreiben verzichtet werden. Aufgrund der niedrigen Rücklaufquote wurde vorerst auf eine Analyse und Auswertung verzichtet. Nur CBCL und KINDL wurden weiter analysiert. Weiterhin standen zur Katamnese Daten von 113 von insgesamt 233 Kindern der Ausgangserhebung zur Verfügung. Daraus konnte ein Rücklauf von 49 % berechnet werden (Bundesministerium für Familie 2002).

In der zweiten Ulmer Studie von Besier konnten von 288 Kindern der Interventionsgruppe nach zwölf Monaten die Daten von 186 Kindern und Jugendliche ausgewertet werden; damit beträgt die Rücklaufrate 65 % (Besier 2008).

### 5.3.3 Entwicklungsverlauf der Kinder und Jugendlichen

#### Vergleich München-/ Jugendhilfeeffectstudie

**Abbildung 16** Entwicklungsverlauf der Kinder und Jugendlichen aus Sicht der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie



Der Münchener Entwicklungsverlauf der Kinder und Jugendlichen ist in der Frage 21 des Fragebogens zur Zufriedenheit beschrieben: „Geht es dem Patienten jetzt besser?“ Diese Frage beantworteten die Jugendhilfeeinrichtungen drei Jahre nach Abschluss der Therapie. Da sich innerhalb dieses Zeitraumes die Zuständigkeiten für die Kinder und Jugendlichen innerhalb der Einrichtungen zum Teil geändert haben, sind nur für 34 % der Kinder Daten zu dieser Frage vorhanden. Diese 34 % Katamnese-daten werden zur Vergleichbarkeit mit den Daten der Jugendhilfeeffectstudie zu 100 % angesetzt.

In der Jugendhilfeeffectstudie wird in dieser Grafik die Effektstabilität des psychosozialen Funktions-niveaus der Kinder beschrieben. In die Berechnung fließen nur die Daten der Katamnese (n=113) ein. Wenn man von 233 Hilfeverläufen ausgeht, fehlen hier 48 % der Daten, bei der Berechnung der Prozentwerte wird allerdings von 100 % der Katamnesen ausgegangen.

In der Münchner Studie konnte bei 33 % der Patienten eine teilweise Verbesserung des Gesamtzustandes der Kinder und Jugendlichen, in 41 % eine überwiegende und in 15 % eine deutliche Verbesserung erreicht werden. In 7 % wurde kaum eine Verbesserung, in 4 % keine Veränderung erzielt. Die geringe Anzahl an negativen Einschätzungen zum Entwicklungsverlauf ist als Erfolg für eine erfolgreiche Behandlung der Patienten und Kooperation der Systeme Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie zu werten. Allerdings muss in der Bewertung der Daten berücksichtigt werden, dass in München die Kinder und Jugendlichen ambulant behandelt werden; die behandelten Familien sind meist nicht so hoch belastet wie in stationären Einrichtungen, wie sie unter anderem in der Jugendhilfeeffektstudie beschrieben werden.

In der Jugendhilfeeffektstudie wurde in 4 % der Verläufe eine deutliche Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus der Kinder und Jugendlichen, in 28 % eine teilweise Verbesserung, in 38 % keine Veränderung und in 25% eine teilweise Verschlechterung und 4 % eine ausgeprägte Verschlechterung festgestellt.

In München wurden diese Ergebnisse drei Jahre nach Abschluss der Behandlung erhoben. In der Jugendhilfeeffektstudie ungefähr ein Jahr nach Hilfeende.

Da im Laufe der Zeit die Effekte der Verbesserungen abnehmen (Bundesministerium für Familie 2002), sind die Ergebnisse der beiden Studien vergleichbar.

#### Zusammenfassung:

Bei 32 % der Kinder der Jugendhilfeeffektstudie konnte das psychosoziale Funktionsniveau der Kinder und Jugendlichen deutlich bis teilweise verbessert werden, bei den Münchner Kindern wurde für 89 % eine Verbesserung angegeben. In der Münchner Ambulanz werden Kinder behandelt; deren familiäre Belastungen meist nicht so hoch sind wie in stationären Einrichtungen.

## **5.4 Zufriedenheit der Jugendhilfe**

### **5.4.1 Wunsch und Wirklichkeit**

#### Vergleich München-Ulm I

In der Ulmer Heimkinderstudie wurden die von der Jugendhilfe erwünschten kinder- und jugendpsychiatrische Angebote erfragt und in einer Rangreihe aufgelistet. Dieser Rangreihe wurde die Münchner Rangreihe der Zufriedenheit von Jugendhilfeeinrichtungen mit der Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie gegenübergestellt und verglichen. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden die Qualitätsmerkmale „Strukturbedingungen“, „Kooperation“, „Beratungsprozess“ und „Beraterfolg“ farblich gekennzeichnet.

**Tabelle 26 Vergleich der Rangreihen zur Zufriedenheit**

Ulm I	München
Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern (Nützel et al. 2005)	Zufriedenheit von Jugendhilfeeinrichtungen mit der Kooperation (Hemmer 2009)
<b>Rangreihe der von der Jugendhilfe erwünschten kinder- und jugendpsychiatrischen Angebote</b>	<b>Rangreihe der Zufriedenheit der Jugendhilfe mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie</b>
Überlassung von schriftlichen Befunden	Kein Ärger über Mitarbeiter der KJP
Möglichkeit der Krisenintervention in Form rascher stationärer Aufnahme	Arztbrief war verständlich
Schriftliche Stellungnahme (Gutachten) zu §35 a KJHG	Arztbrief war hilfreich
Kürzere Wartezeiten	Insgesamte Zufriedenheit mit Zusammenarbeit mit KJP
Fortbildung über kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder	Empfehlungen der KJP gingen in den Hilfeplan mit ein
Telefonsprechstunde	Helferkonferenz hat zur Klärung der Situation beigetragen
Termine/ Sprechstunden innerhalb der Einrichtung	Zusammenarbeit mit der KJP war hilfreich
Fortbildung über Wirkungen/ unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka	Empfehlungen der KJP konnte ich annehmen
Teilnahme von Psychologen / Ärzten an Fallbesprechungen	Beratung in der KJP war hilfreich für den Patienten
Orientierende Diagnostik bei Neuaufnahme eines Jugendlichen im Heim	Familie war zufrieden mit der Beratung in der KJP
Teilnahme von Ärzten/ Psychologen an Hilfeplangesprächen	ausreichend schnelle Terminvergabe
	Familie war zufrieden mit Empfehlungen der KJP bezüglich der weiterführenden Behandlung
	telefonische Erreichbarkeit Mitarbeiter der KJP
	Besseres Verständnis für die Familie durch Zusammenarbeit mit KJP
	gute Umsetzung der Empfehlungen der KJP
	Patient war zufrieden mit Beratung in KJP
	Patient war einverstanden mit Empfehlungen der KJP bezüglich der weiterführenden Therapie
	Geht es dem Patienten jetzt besser?
	Patient hat Empfehlungen umsetzen können
	Besserung der Probleme des Patienten durch die Beratung
	Familie hat Empfehlungen umsetzen können

Strukturbedingungen    Kooperation    Beratungsprozess    Erfolg

Die häufigsten Ulmer Wünsche waren die Überlassung schriftlicher Befunde (88,9 %), die Möglichkeit zur raschen stationären Aufnahme in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Krisenintervention (88,9 %) und die Überlassung schriftlicher Stellungnahmen und Gutachten der Eingliederungshilfe nach § 35a KJHG (66,7 %). Die Teilnahme der Kinder- und Jugendpsychiatrie an Hilfeplanungen nach § 36 KJHG wurde nur von einer Einrichtung als wichtiger Kooperationswunsch beurteilt. 13 Einrichtungen wünschten die Teilnahme *teils/teils* und drei Einrichtungen wünschten gar keine Teilnahme von Ärzten und Psychologen an Hilfeplangesprächen. Dies sei inhaltlich nicht schlüssig miteinander vereinbar, da die Teilnahme eines Arztes/Psychologen an Hilfeplangesprächen einen Rechtsanspruch der Kinder und Jugendlichen nach § 36 Abs. 3 KJHG darstellt (Nützel et al. 2005).

„Allgemein ist zu beobachten, dass jene Angebote der Kinder und Jugendpsychiatrie an die Jugendhilfe zurückhaltender gewünscht werden, die mit mehr Zusammenarbeit und Austausch auf persönlicher Ebene verbunden sind“ (Nützel et al. 2005).

Wenn man die Ulmer Wünsche zusammenfasst, fällt auf, dass die Ulmer Jugendhilfeeinrichtungen vor allem Wünsche bezüglich der Strukturqualität äußern. Kooperationswünsche werden hinten an gestellt. An allerletzter Stelle folgt der Wunsch nach Teilnahme von Ärzten an Hilfeplangesprächen.

In München steht die Zufriedenheit mit der Kooperation der Jugendhilfeeinrichtungen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie an erster Stelle, Zufriedenheit mit den Strukturbedingungen und dem Beratungsprozess im unteren Drittel, die Zufriedenheit mit dem Erfolg ist in allen Bereichen vertreten.

Wenn man die Wünsche der Ulmer Jugendhilfeeinrichtungen mit der Wirklichkeit des Münchner „Istzustandes“ gegenüberstellt, fällt auf, dass sich die Ulmer Jugendhilfeeinrichtungen einen Verzicht der Teilnahme von Ärzten und Psychologen an Hilfeplanung und Fallbesprechungen wünschen. In München sind alle in den jeweiligen Fall eingebundenen Mitarbeiter an den Fallbesprechungen beteiligt, die Kooperation wird dort von den Jugendhilfeeinrichtungen als zufriedenstellend betrachtet. Man sieht, dass die gemeinsame Besprechung von großer Bedeutung ist.

#### Zusammenfassung:

Involvierte Jugendhilfeeinrichtungen der Ulmer Heimkinderstudie wünschen sich optimale Strukturbedingungen, Kooperationsbeziehungen werden hinten angestellt. In Münchner Jugendhilfeeinrichtungen ist die Zufriedenheit mit den Kooperationsbeziehungen höher als die Zufriedenheit mit den Strukturbedingungen.

## 5.4.2 Strukturbedingungen und Kooperationsbeziehungen

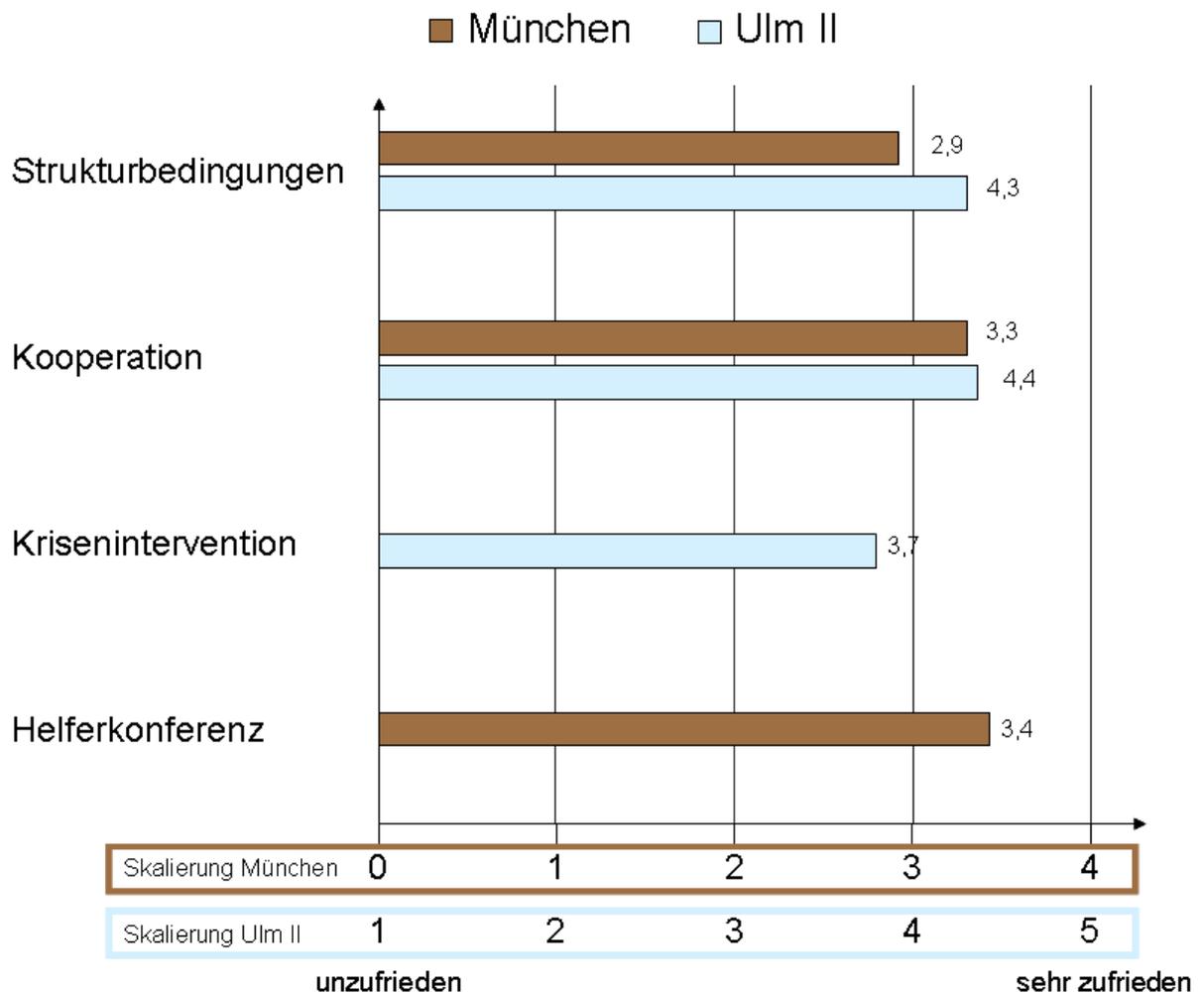
### Vergleich München-Ulm II

Drei Jahre nach den von den Ulmer Jugendhilfeeinrichtungen erfragten Wünschen an die Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde deren Zufriedenheit evaluiert:

Die Ulmer Studiengruppe um Besier befragte am Ende der einjährigen Studienlaufzeit die elf teilnehmenden Jugendhilfeeinrichtungen der Interventionsgruppe um eine Einschätzung ihrer Zufriedenheit mit der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Einrichtung, ihrer Zufriedenheit mit dem Ablauf von Kriseninterventionen während der Studienlaufzeit und ihrer Zufriedenheit mit den Wartezeiten auf Behandlung (Schnelligkeit der Terminvergabe, Wartezeiten während der Sprechstunden, etc.). Die Einrichtungen wurden gebeten, auf einer fünf-stufigen Likert-skalierung (1= unzufrieden, 2= eher unzufrieden, 3= eher zufrieden, 4= zufrieden, 5= sehr zufrieden) zu antworten (Besier 2008).

Folgende Tabelle zeigt die Übersicht der Münchner und Ulmer Ergebnisse im Vergleich:

**Abbildung 17** Zufriedenheit mit Strukturbedingungen und Kooperationsbeziehungen



München: 0= überhaupt nicht, 1= kaum, 2= teilweise, 3= überwiegend, 4= ganz genau

Ulm: 1= unzufrieden, 2= eher unzufrieden, 3= eher zufrieden, 4=zuzufrieden, 5= sehr zufrieden

Die mittlere Zufriedenheit der Münchner Jugendhilfeeinrichtungen mit den Strukturbedingungen betrug 2,9 (STD= 0,8) und mit der Kooperation mit der Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie 3,3 (STD= 0,7).

Die Zufriedenheit der Ulmer Jugendhilfeeinrichtungen mit den Strukturbedingungen beträgt 4,3, die Zufriedenheit mit der Kooperation 4,4.

Die Zufriedenheit mit den Strukturbedingungen wird von den Münchner Einrichtungen mit „überwiegend zufrieden“ bewertet, die Ulmer Einrichtungen sind etwas zufriedener als die Münchner Einrichtungen.

Auch die mittlere Zufriedenheit mit den Kooperationsbeziehungen wird in beiden Untersuchungen als „zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ bewertet.

Die Zufriedenheit mit Kriseninterventionen wurde in München nicht erfragt, in Ulm beträgt diese 3,7.

Die Münchner Jugendhilfeeinrichtungen sind „eher zufrieden“ bis „zufrieden“ mit der Helferkonferenz zur Situationsklärung. Aus Ulm liegen uns keine Daten dazu vor.

Wie auch bei den Münchner Befragung wird die mittlere Zufriedenheit der Ulmer Studie mit der Kooperation etwas höher eingeschätzt als die Zufriedenheit mit den Strukturbedingungen, wie zum Beispiel die Wartezeit auf Behandlung.

Die elf Einrichtungen der Ulmer Interventionsgruppe wurden größtenteils nach bestehenden Kooperationsbeziehungen ausgewählt, so dass die Auswahl der Einrichtungen hoch selektiv war. In München wurden alle Jugendhilfeeinrichtungen konsekutiv ausgewählt, was eine Erklärung für die etwas schlechteren Münchner Ergebnisse sein könnte.

Zusammenfassung:

Die Zufriedenheit mit den Strukturbedingungen wird an den Ulmer Einrichtungen etwas besser bewertet als an den Münchner Einrichtungen, die Kooperation wird in beiden Studien ähnlich gut bewertet. Die Zufriedenheit mit den Kooperationsbeziehungen wird besser bewertet als die Zufriedenheit mit den Strukturbedingungen.

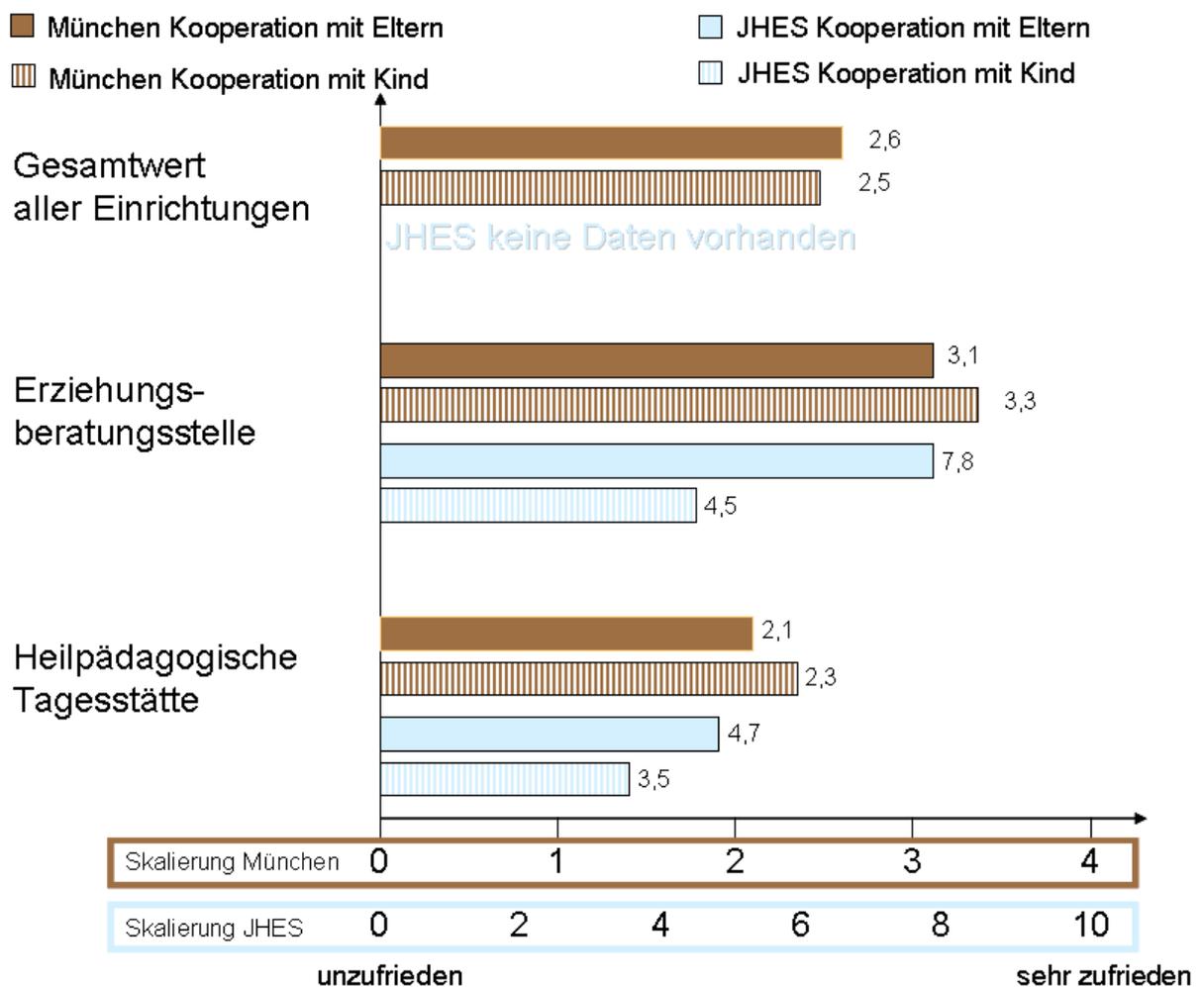
### 5.4.3 Kooperation mit den Eltern und dem Patienten

#### Vergleich München-/ Jugendhilfeeffectstudie

In der Münchner Untersuchung wurden die verschiedenen Hilfeinrichtungen zur Zufriedenheit mit der Kooperation mit den Eltern und dem Patienten befragt.

Auch die Jugendhilfeeffectstudie untersucht die Kooperation der Jugendhilfeeinrichtungen mit den Eltern und Kindern nach Hilfearten.

Abbildung 18 Kooperation mit Eltern und Kind aus Sicht der Jugendhilfe



Die Kooperation der verschiedenen Münchner Jugendhilfeeinrichtungen mit den Eltern und dem Patienten wurde insgesamt als sehr gut befunden. Von allen Einrichtungen beurteilten die Erziehungsberatungsstellen die Kooperationsbeziehungen am positivsten. Die Kooperation mit den Eltern wurde als genauso gut betrachtet wie die Kooperation mit dem Kind. Allerdings haben fünf Erziehungsberatungsstellen die Frage bezüglich der Umsetzung der Behandlungsempfehlungen des Patienten nicht beantwortet und vier die Frage als nicht beurteilbar eingeschätzt. Dies kann daran liegen, dass in den Münchner Erziehungsberatungsstellen die Patientendaten anonymisiert werden.

Auch die Jugendhilfeeffectstudie untersucht die Kooperation der Einrichtungen mit dem Kind und den Eltern.

Dabei wird festgestellt, dass die Erziehungsberatungsstellen eine signifikant bessere Kooperation mit den Eltern aufweisen, als die Erziehungsbeistandschaften, die Tagesgruppen und die Heime. In den Erziehungsberatungsstellen ist vor allem die Beziehung zwischen Eltern und Helfenden und die Mitarbeit der Eltern in den Erziehungsberatungsstellen am besten. Die wenigsten Meinungsverschiedenheiten zwischen Eltern und Mitarbeitern werden in den Erziehungsberatungsstellen gesehen. Unterschiede hängen laut Jugendhilfeeffectstudie vermutlich mit dem niedrig schwelligen Ansatz der Erziehungsberatungsstellen zusammen (Bundesministerium für Familie 2002).

Die Betrachtung der Kooperation mit dem Kind stellt sich folgend dar:

In der Jugendhilfeeffectstudie werden die Verläufe der Hilfen zur Erziehung unterschieden nach abgebrochenen, beendeten und andauernden Hilfen. Bei der Untersuchung der Kooperation mit den Eltern und dem Kind weichen in beiden Fällen die Werte der abgebrochenen Hilfeverläufe nach unten ab. Hier wird die Mitarbeit des Kindes, die Beziehung zwischen Kind und Mitarbeitern und dessen Zufriedenheit mit den Hilfebedingungen schlechter beurteilt als bei anderen Hilfeverläufen. Bei der Erziehungsberatung wird der niedrigste Kooperationswert bei den andauernden Hilfen beschrieben (allerdings sind dies nur vier von 32 Hilfen). Bei den anderen Hilfen wird die schlechteste Kooperation bei den abgebrochenen Hilfen festgestellt. Die Autoren der Jugendhilfeeffectstudie vermuten, dass eine geringe Kooperation der Helfenden der Erziehungsberatungsstellen mit dem Kind eher zur Weiterführung der Hilfe veranlassen, da sie als niedrig schwellige Hilfeeinrichtung keine Vorbedingungen und Voraussetzungen erfüllen müssen. In der Jugendhilfeeffectstudie weisen Erziehungsberatungsstellen eine geringere Beteiligung des Kindes auf als die anderen Hilfen.

Erziehungsberatung findet oft ohne Hilfeplanung im Jugendamt statt, so dass dann die Kinder nicht miteingebunden sind. Die schlechteren Werte hinsichtlich der Kooperation des Kindes mit den Erziehungsberatungsstellen seien nicht als Manko zu sehen, sondern seien bedingt durch das Konzept der Erziehungsberatungsstellen, wie ein vereinfachtes Hilfeplanverfahren und ein geringerer Umfang pädagogischer Förderungen (Bundesministerium für Familie 2002).

Zusammenfassung:

Die Münchner Erziehungsberatungsstellen und Heilpädagogische Tagesstätten beurteilen die Kooperation mit dem Kind etwas besser als die Kooperation mit den Eltern, in der Jugendhilfeeffectstudie verhalten sich die Kooperationen gegensätzlich: die Kooperation mit den Eltern wird als besser beurteilt als die Kooperation mit dem Kind.

## 5.5 Helferkonferenz- Kooperation aller Beteiligten

Eine Helferkonferenz ist eine multidisziplinäre Erarbeitung von Lösungsansätzen bei Problemen die die kindlichen und jugendlichen Patienten betreffen.

In München und zum Beispiel auch in Lüneburg finden Helferkonferenzen mit den Mitarbeitern der Jugendhilfe, Psychologen/innen und Ärzten/innen der Therapieeinrichtungen, Mitarbeitern der Bildungseinrichtung (sofern diese involviert sind), den Sorgeberechtigten, weiteren an der Erziehung Beteiligten und dem Kind oder Jugendlichen statt.

Die generelle Teilnahme des Kindes an Helferkonferenzen ist in anderen Städten Deutschlands nicht selbstverständlich und üblich.

„Die Zusammenarbeit soll geprägt sein von gegenseitiger Akzeptanz der fachlichen und persönlichen Kompetenzen. Es geht hierbei zum einen um eine klare Aufgabenverteilung gemäß Selbstverständnis und Arbeitsaufträgen beider Institutionen, zum anderen soll die Vielfalt der fachlichen Kompetenz zusammen geführt und als Bereicherung bzw. Ergänzung verstanden werden. Damit wird gewährleistet, dass die Hilfen für die Adressaten möglichst effektiv und ohne größere Reibungsverluste installiert werden“ (AG Jugendämter und Kinder- und Jugendpsychiatrien des Reg.-Bez. Lüneburg 2003).

Folgende Tabelle gibt eine Übersicht über Helferkonferenzen nach Hilfearten in München:

**Tabelle 27 Helferkonferenz nach Hilfearten**

	Helferkonferenz			
	Ja		nein	
	N	%	N	%
<b>Erziehungsberatung</b>	8	89	1	11
<b>ASD/JA</b>	38	78	11	22
<b>HPT</b>	9	82	2	18
<b>Andere</b>	8	73	3	27
<b>Gesamt</b>	63	79	17	21

Rund 79 % aller Einrichtungen waren in Helferkonferenzen eingebunden. Und 89 % der Erziehungsberatungsstellen waren an Helferkonferenzen beteiligt. Diese Art der Hilfeplanung unterscheidet sich von der, wie sie in der Jugendhilfeeffectstudie beschrieben wird; hier findet Erziehungsberatung häufig ohne Hilfeplanung im Jugendamt statt, so dass hier keine Beteiligung des Kindes möglich ist (Bundesministerium für Familie 2002).

In München finden die Helferkonferenzen mit Eltern und Kind statt. Hier wird die Kooperation mit Eltern und Kind als gut empfunden. Die Zufriedenheit mit der Situationsklärung durch die Helferkonferenz beträgt im Mittel 3,4 die Zufriedenheit der Erziehungsberatungsstellen mit der Helferkonferenz 3,6 (Likert-Skalierung von „0= überhaupt nicht bis 4= ganz genau“).

Dieses Ergebnis ist ein Plädoyer, dass es wichtig ist und die Kooperation verbessert werden kann, wenn die Kinder und deren Eltern in die Hilfeplanung miteingebunden werden und eine Helferkonferenz in gegenseitiger Wertschätzung aller Beteiligten stattfinden kann

Zudem ist es letztlich zeitsparend und kosteneffizient, wenn alle Beteiligten an einem Tisch sitzen und konstruktiv Lösungen erarbeitet werden können.

## 5.6 Ausblick

Kinder und Jugendliche, die Jugendhilfe benötigen, kommen eher aus unvollständigen Familien, einer niedrigen sozioökonomischen Schicht, sind eher männlich und haben einen Migrationshintergrund. Andere Untersuchungen bestätigen diese Ergebnisse. Es ist wichtig, Kindern und Jugendlichen, bei denen im Vorfeld solche Risiken bekannt sind, rechtzeitig Hilfen zu gewähren, um eine Entstehung von Schwierigkeiten vorzubeugen und bei deren Vorhandensein eine Progredienz zu verhindern.

Die Analyse der Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie verdeutlicht, welche hohen Anforderungen die beschriebenen Patienten an die Kooperation Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe stellen.

Die Zufriedenheit der Jugendhilfeeinrichtungen mit der Kooperation mit der Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ist gut.

Die Jugendhilfeeinrichtungen haben die Fähigkeiten der Familien, die Behandlungsempfehlungen der Familien umzusetzen am schlechtesten bewertet, ebenso die Besserung der Patientenprobleme durch die Beratung.

Die niedrige Rate an Nichtantworter der Münchner Einrichtungen an die Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann mit der Tatsache zusammenhängen, dass in der Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Fallkonferenzen mit den Jugendhilfeeinrichtungen, den Patienten und deren Familie stattfinden, die die Zusammenarbeit und Kooperation positiv beeinflussen.

Es ist wichtig, Schwachstellen im System Jugendhilfe/Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erkennen und Verbesserungen einzuleiten.

Dieser Kreislauf der Untersuchung der Kooperation im Rahmen der Qualitätssicherung ist nun abgeschlossen, ein neuer kann beginnen.

## 6 ZUSAMMENFASSUNG

### ZIELSETZUNG

Die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe ist eine sensible Nahtstelle zwischen zwei sehr unterschiedlichen Systemen. Im Rahmen einer umfassenden Therapieplanung für Kinder und Jugendliche erweisen sich häufig Angebote der Jugendhilfe als Ziel führend.

Die Zufriedenheit mit der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfeeinrichtungen wurde etwa drei Jahre nach Abschluss der Behandlung an der Poliklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie anhand eines modifizierten Fragebogens zur Behandlung aus der Sicht der Jugendhilfe erhoben.

### METHODIK

Es bestehen vier parallele Arbeiten zur Befragung der Zufriedenheit von Patienten, deren Eltern, der behandelnden Ärzte und den involvierten Jugendhilfeeinrichtungen von insgesamt 138 Familien. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den 45 konsekutiv erfassten Patienten, die im Zeitraum der Jahre 1999 und 2000 zur ambulanten Beratung oder Behandlung in der Poliklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie gewesen waren und in diesem Zeitraum in Maßnahmen der Jugendhilfe involviert waren. Eingeschlossen waren Einmalkontakte, ausgeschlossen waren Gutachtensfragestellungen.

Insgesamt waren 45 Kinder und Jugendliche, 80 Mitarbeiter/innen aus 47 Jugendhilfeeinrichtungen in die Behandlung und Beratung involviert. Diese waren beschäftigt in folgenden Abteilungen: 49 Jugendämter und Allgemeine Sozialdienste, neun Erziehungsberatungsstellen, elf Heilpädagogische Tagesstätten und elf sonstige Stellen. Die Kooperation erfolgte vor allem mittels Fallkonferenzen und persönlicher und schriftlicher Informationsvermittlung.

Angelehnt an die „Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) (Mattejat und Remschmidt 1998) wurde ein Jugendhilfefragebogen entwickelt.

Die Basisdokumentation erfasst die Ausgangsdaten der Jahre 1999 und 2000.

Die **Jugendhilfestichprobe** ist gekennzeichnet durch einen Bubenanteil von 80 %, in 29 % der Fälle haben sie einen Migrationshintergrund; 36 % der Familien gehören zur Unterschicht. 13% der Kinder und Jugendlichen besuchen eine Sonderschule.

Die familiäre Tragfähigkeit ist eingeschränkt durch eine abweichende Familiensituation (67 %) und auffällige familiäre psychosoziale Umstände und Belastungen (75 %).

Die Kinder und Jugendlichen der Jugendhilfestichprobe haben häufig externalisierende Störungen (56 %) und eine deutliche Beeinträchtigung in ihrer psychosozialen Anpassung (67 %).

## **ERGEBNISSE**

Nach einer dreimaligen Aussendung und einer Telefonaktion konnte eine Rücklaufquote von 89 % erreicht werden. 71 gültige Fragebögen standen zur Auswertung zur Verfügung.

**Antwortverhalten:** Alle Einrichtungen haben die Fragen zur Kooperation am häufigsten beantwortet (MW= 20,8), und bezüglich des Erfolges der Beratung am häufigsten nicht beantwortet (MW= 33,6). Die Einrichtungen können mehr zur Kooperation sagen, weniger jedoch zum Ergebnis der Behandlung.

Die von allen Einrichtungen am besten bewertete **Einzelfrage** war die, dass sich die Einrichtungen über die Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht geärgert haben, die am schlechtesten bewertete Frage war die zur familiären Umsetzung der Behandlungsempfehlungen der Poliklinik.

Die durchschnittliche **Gesamtzufriedenheit** der Mitarbeiter der Jugendhilfe mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist hoch, auf einer fünfstufigen Likert-Skalierung von „0= überhaupt nicht bis 4= ganz genau“ beträgt diese für alle Einrichtungen 2,8 (STD= 0,9).

Am zufriedensten sind die Erziehungsberatungsstellen (MW= 3,1 STD= 0,7), dann folgen die Allgemeinen Sozialdienste und Jugendämter (MW= 2,8 STD= 0,8), die Heilpädagogischen Tagesstätten sind im Vergleich am wenigsten zufriedensten (MW= 2,6 STD= 0,9).

Die Betrachtung der Zufriedenheit nach den Kriterien der **Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität** ergibt folgendes: am zufriedensten sind alle Einrichtungen insgesamt mit der Kooperation (MW= 3,3 STD= 0,7), dann folgen die Zufriedenheit mit den Strukturbedingungen (MW= 2,9 STD= 0,8) und dem Beratungserfolg (MW= 2,7 STD= 0,9). Am unzufriedensten sind die Einrichtungen mit dem Beratungsprozess (MW= 2,5 STD= 2,5).

Die **Allgemeinen Sozialdienste und Jugendämter** sind am zufriedensten mit der Kooperation (MW= 3,3 STD= 0,7), dann folgen die Zufriedenheit mit den Strukturbedingungen (MW= 2,9 STD= 0,6) und dem Erfolg der Beratung (MW= 2,7 STD= 0,9); am unzufriedensten sind sie mit dem Beratungsprozess (MW= 2,5 STD= 1).

Auch die **Erziehungsberatungsstellen** sind am zufriedensten mit der Kooperation (MW= 3,4 STD= 0,6), dann folgen der Beratungserfolg (MW= 3,3 STD= 0,7) und der Beratungsprozess (MW= 3,1 STD= 0,9). Schlusslicht ist die Zufriedenheit mit den Strukturbedingungen (MW= 2,9 STD= 0,7).

Die **Heilpädagogische Tagesstätten** sind auch am zufriedensten mit der Kooperation (MW= 3,3 STD= 0,7), dann folgen die Strukturbedingungen (MW= 2,6 STD= 0,9) und der Beratungserfolg (MW= 2,4 STD= 0,9). Am unzufriedensten waren sie mit dem Beratungsprozess (MW= 2,2 STD= 0,9)

Die Zufriedenheit mit den Strukturbedingungen wird bei den Allgemeinen Sozialdiensten und Jugendämtern am höchsten bewertet, die Zufriedenheit mit der Kooperation, dem Beratungsprozess und dem Erfolg der Beratung ist bei den Erziehungsberatungsstellen am höchsten.

## **DISKUSSION**

Die Münchner Studie wurde mit anderen Studien aus Würzburg, Ulm und der Jugendhilfeeffectestudie verglichen, die sich mit Fragestellungen aus den Bereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe beschäftigten.

Die Münchner **Jugendhilfestichprobe** ist mit den anderen vergleichbar:

Überwiegend jüngere Buben aus unvollständigen Familien und einer niedrigen sozioökonomischen Schicht, mit Migrationshintergrund und hohem Förderschulbedarf sind in Jugendhilfemaßnahmen involviert. Sie haben häufig externalisierende Störungen, sind häufig deutlich psychosozial beeinträchtigt und haben eine hohe psychosoziale familiäre Belastung.

Bezüglich des **Entwicklungsverlaufes** der Kinder und Jugendlichen konnte bei 32 % der Kinder und Jugendlichen der JHES das psychosoziale Funktionsniveau deutlich bis teilweise verbessert werden, bei den Münchner Kindern wurde für 89 % eine Verbesserung angegeben. In der Münchner Ambulanz werden Kinder ambulant behandelt; deren familiäre Belastungen meist nicht so hoch sind wie in stationären Einrichtungen.

Die Problematik der Kinder und Jugendlichen bessert sich im Verlauf, die familiären Bedingungen weniger.

Involvierte Jugendhilfeeinrichtungen der Ulmer Heimkinderstudie **wünschen** sich optimale Strukturbedingungen, Kooperationsbeziehungen werden hinten angestellt. In Münchner Jugendhilfeeinrichtungen ist die Zufriedenheit mit den Kooperationsbeziehungen höher als die Zufriedenheit mit den Strukturbedingungen.

Die **Zufriedenheit** mit den Strukturbedingungen wurde in einer zweiten Heimkinderstudie an den Ulmer Einrichtungen etwas besser bewertet als an den Münchner Einrichtungen, die Kooperation wird in beiden Studien ähnlich gut bewertet. Die Zufriedenheit mit den Kooperationsbeziehungen wird besser bewertet als die Zufriedenheit mit den Strukturbedingungen.

Die Münchner Erziehungsberatungsstellen und Heilpädagogischen Tagesstätten beurteilen die **Kooperation mit dem Kind** etwas besser als die Kooperation mit den **Eltern**, in der Jugendhilfeeffectestudie verhalten sich die Kooperationen gegensätzlich: die Kooperation mit den Eltern wird besser beurteilt als die Kooperation mit dem Kind.

Die Zufriedenheit der Münchner Jugendhilfeeinrichtungen mit **Helferkonferenzen** ist gut. In München finden diese in einem multidisziplinären Team mit dem Patienten und seiner Familie statt.

## **AUSBLICK**

Die gut eingespielte Kooperation in München kommt sowohl in der hohen Rücklaufquote als auch im hohen Grad der Zufriedenheit zum Ausdruck. Unterschiede zwischen den einzelnen Typen von Jugendhilfeeinrichtungen spiegeln Arbeitsweise und Schweregrad der jeweilig behandelten Problemlagen, wie sie zum Beispiel auch in der Jugendhilfeeffectstudie beschrieben werden, wieder. Es ist wichtig, Schwachstellen in der Versorgung bedürftiger Kinder und Jugendlicher zu erkennen, um rechtzeitig eingreifen zu können.

Eine vergleichende Darstellung der vier Arbeiten zur „Münchener Studie zur Zufriedenheit“ und damit ein Zusammenschluss der Untersuchungen zu einer Routine Befragung in Kurzform mit Entwicklung eines Rückmeldesystems an Ärzte und Patienten ist in Bearbeitung.

Dieser Kreislauf der Untersuchung der Kooperation im Rahmen der Qualitätssicherung ist nun abgeschlossen, ein neuer kann beginnen.

## LITERATURVERZEICHNIS

- AG Jugendämter und Kinder- und Jugendpsychiatrien des Reg.-Bez. Lüneburg (2003). Kooperationskonsens der AG Jugendämter und Jugendpsychiatrien des Regierungsbezirks Lüneburg. Verfügbar unter: [www.diako-online/klinik/jugendpsychiatrie/img/leitlinien.pdf](http://www.diako-online/klinik/jugendpsychiatrie/img/leitlinien.pdf).
- AGJ: Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe (2003). Für einen Ausbau der Kinder- und Jugendhilfeforschung- Ein Plädoyer der Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe. Verfügbar unter: [www.kinder-jugendlichenpsychotherapie-dgvt.de](http://www.kinder-jugendlichenpsychotherapie-dgvt.de).
- American Medical Association (1986). Council on Medical Service: Quality of care. JAMA, 256, 1032-1034.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung F. u. F. (2007). Kinderschutz braucht starke Netze. Interdisziplinäre Zusammenarbeit-ein wesentliches Element für einen wirksamen Schutz von Kindern und Jugendlichen. Kinder- und Jugendhilfe, 11-29. Verfügbar unter: [www.kinderschutz.bayern.de](http://www.kinderschutz.bayern.de).
- Beck N. und Warnke A. (2009). Jugendhilfebedarf nach stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 37 (1), 57-67.
- Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Landesverband Bayern (1998). Gewalt gegen Kinder und Jugendliche - Leitfaden für Kinderarztpraxen in Bayern. München,
- Besier T. (2008). Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte. Ulm: Dissertation, Universität Ulm.
- Bühl A. und Zöfel P. (2000). Chi- Quadrat- Test. In (Hsg.), SPSS 9, Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows, München: Addison- Wesley, S. 224-226.
- Bundesministerium für Familie S., Frauen und Jugend (2002). Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Bundesvereinigung (03.02.2006). Vereinbarung des gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs.1 SGB B i. V. m. § 135 a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Vereinbarung zur Qualitätssicherung) in der Neufassung vom 20. Dezember 2005, in Kraft getreten am 1. Januar 2006. Deutsches Ärzteblatt, 103, Ausgabe 5 Seite A-291 / B-255 / C-243.
- Burns B. J., Phillips S. D., Wagner H. R., Barth R. P., Kolko D. J. und Campbell Y. (2004). Mental Health Need and Access to Mental Health Services by Youth Involved With Child Welfare: A National Survey. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43, 960-970.
- Cohen J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Erlbaum.
- Dilling H., Mombour W. und Schmidt M. H. (1992). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Bern: Verlag Hans Huber.
- Donabedian A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment and monitoring. Ann Arbor, Vol.I, 254-259.
- Eichhorn S. (1993). Qualitätssicherung im Krankenhaus als ärztliche Aufgabe. Projektträgerschaft "Forschung im Dienste der Gesundheit" in der Deutschen Forschungsanstalt für Luft- und

- Raumfahrt e.V. (Hrsg.): Förderung der medizinischen Qualitätssicherung durch den Bundesminister für Gesundheit, 35-54.
- Fanshel D., Finch S. J. und Grundy J. F. (1990). Foster children in a life course perspective. New York: Columbia University Press.
- Fegert J. M. und Schrappner C. (2004). Handbuch Jugendhilfe-Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim: Juventa.
- Feuerhelm W. (2000). Geschichte, Probleme und Chancen der Kooperation zwischen Jugendhilfe, Polizei und Justiz im Umgang mit Jugendkriminalität. Berlin, Vortrag anlässlich der Tagung "Kooperation von Jugendhilfe, Polizei und Justiz- Projekte und Standpunkte".
- Finsterer I. (2008). Behandlungs- Zufriedenheit von Patienten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik - eine Nachbefragung. München: Dissertation, Ludwig- Maximilians- Universität.
- Finsterer I. (2009). Behandlungs-Zufriedenheit von Jugendlichen. Nachbefragung an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Finsterer I., Schunck T., Hemmer K., Karamete B. und Frank R. (2009). Zufriedenheit mit der ambulanten Behandlung aus der Sicht von Jugendlichen, deren Eltern, Ärzten und Jugendhilfe-Mitarbeitern. Hamburg, 4.-7.3.2009,
- Gintzel U. und Schone R. (1990). Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Konzepte- Methoden- Rechtsgrundlagen.. Münster: Votum.
- Härter M., Groß-Hardt M. und Berger M. (1999). Leitfaden Qualitätszirkel in Psychiatrie und Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Hemmer K. (2009). Zufriedenheit der Mitarbeiter von Jugendhilfeeinrichtungen mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik- eine Nachbefragung. München: Ludwig-Maximilians-Universität
- Hemmer K. und Frank R. (2005). Kommunikation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe. In Resch F. (Hsg.), Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung - XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Heidelberg, 16.-19. März 2005 - Die Abstracts, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 98.
- Herpertz-Dahlmann B., Resch F., Schulte-Markwort M. und Warnke A. (2003). Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Höger C. und Rothenberger A. (1998). Provision of child and adolescent psychiatric services in the Federal Republic of Germany. European Child & Adolescent Psychiatry, 7, 176-180.
- IJAB und Fachstelle für internationale Jugendarbeit der Bundesrepublik Deutschland e.V. (2008). Handbuch für Kinder- und Jugendpolitik. Verfügbar unter: [www.ijab.de](http://www.ijab.de).
- Kleining G. und Moore H. (1968). Soziale Selbsteinstufung. Kölner Zeitschrift für Soziologie u. Sozialpsychologie, 20, 502-552.
- Klinikum der Universität München- LMU (2009). 3. Qualitätsbericht / Berichtsjahr 2008. Verfügbar unter: [www.klinikum.uni-muenchen.de](http://www.klinikum.uni-muenchen.de).
- Landesjugendamt B. (1991). Rahmenkonzept für die Arbeit in Heilpädagogischen Tagesstätten/ Tagesgruppen (HPT) der Erziehungshilfe. Verfügbar unter: [www.blja.bayern.de](http://www.blja.bayern.de).

- Lindner D. (1960). In Höfer J. und K. R. (Hsg.), Lexikon für Theologie und Kirche, Freiburg: Herder, S. 346.
- Marcus A., Blanz B., Esser G., Niemeyer J. und Schmidt M. H. (1993). Beurteilung des Funktionsniveaus bei Kindern und Jugendlichen mit psychischer Störung. *Kindheit und Entwicklung*, 2, 166-172.
- Martin R. und Winterhalter-Salvatore D. (2008). Online-Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik (IFP). Verfügbar unter: [www.familienhandbuch.de](http://www.familienhandbuch.de).
- Mattejat F. und Remschmidt H. (1995). Aufgaben und Probleme der Qualitätssicherung in der Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 22 (2), 192-233.
- Mattejat F. und Remschmidt H. (1998). Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Göttingen, Hogrefe.
- Mount J., Lister A. und Bennun I. (2004). Identifying the mental health needs of looked after young people. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 9, 363-382.
- Naumann A. (2004). Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In Fegert J. M. und Schrappner C. (Hsg.), *Handbuch Jugendhilfe- Jugendpsychiatrie / Interdisziplinäre Kooperation*, Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 405-411.
- Noterdaeme M., Bandy J., Binder M., Schlamp D., Aster v. M. und Brackel v. K. (2005). Die Basisdokumentation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Erste Auswertungen und Erfahrungen. In Frank R. (Hsg.), *Rehabilitation von Jugendlichen mit neuropsychiatrischen Erkrankungen*, Freiburg: Lambertus, S. 40-52.
- Nützel J., Schmidt M. H., Goldbeck L. und Fegert J. M. (2005). Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern. *praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, 627-644.
- Poustka F., Bästlein M., Napirski C., Schmeck K. und Schmötzer G. (1994). Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände Achse fünf des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (ICD-10). Frankfurt: Swets Test Services.
- Remschmidt H. (1988). Die Rolle der Entwicklungsdimension: Entwicklung - Reifung - Lernen. In Remschmidt H. und Schmidt M. H. (Hsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis*, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 130-137.
- Remschmidt H., Schmidt M. und Poustka F. (2001). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern: Verlag Hans Huber.
- Remschmidt H. und Schmidt M. H. (1994). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich der ICD-10 mit ICD-9 und DMS-III-R, 3. Auflage. Bern: Huber.
- Saß H., Wittchen H.-U. und Zaudig M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Schmeck K. (2003). Temperament und Geschlecht. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 151, 6, 594-600.
- Schone R. (2004). Das System Jugendhilfe im Überblick. In Fegert J. M. und Schrappner C. (Hsg.), *Handbuch Jugendhilfe-Jugendpsychiatrie*, Weinheim und München: Juventa, S. 29-33.

- Schone R. (2007). Kinder- und Jugendhilfe als Kooperationspartner der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In Denner S. (Hsg.), Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen, Stuttgart: Kohlhammer, S. 141-153.
- Schunck T. (2009). Zufriedenheit von Eltern mit der Behandlung ihres Kindes in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik – eine Nachbefragung. München: Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München
- Steininger C. (2002). Glossar zur Basis- und Leistungsdokumentation (unveröffentlicht). München, Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie der LMU München-Poliklinik.
- ZBFS Bayerisches Landesjugendamt (2009). Fachliche Empfehlungen zur Erziehungsberatung (§28 SGBVIII). Verfügbar unter: [www.blja.bayern.de](http://www.blja.bayern.de).

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1	Helferkonferenz (Bado) .....	41
Abbildung 2	Rücklaufrate .....	51
Abbildung 3	Persönliches Kennen des Patienten I .....	56
Abbildung 4	Persönliches Kennen des Patienten II .....	57
Abbildung 5	Beantwortung des Fragebogens anhand der Akten .....	58
Abbildung 6	Häufigkeit der Patientenkontakte .....	59
Abbildung 7	Einzelfragen .....	60
Abbildung 8	Rangreihe der Einzelfragen zur Zufriedenheit: Allg. Sozialdienste/ Jugendämter .....	71
Abbildung 9	Rangreihe der Einzelfragen zur Zufriedenheit: Erziehungsberatungsstellen .....	72
Abbildung 10	Rangreihe Einzelfragen zur Zufriedenheit: Heilpädagogische Tagesstätten .....	73
Abbildung 11	Rangreihe Einzelfragen zur Zufriedenheit: Andere Stellen .....	74
Abbildung 12	Grafische Darstellung der Zufriedenheitsbeziehungen.....	83
Abbildung 13	Effektstärke Gesamtzufriedenheit.....	84
Abbildung 14	Effektstärke Ergebnisqualität .....	85
Abbildung 15	Münchner Studie zur Zufriedenheit.....	86
Abbildung 16	Entwicklungsverlauf der Kinder und Jugendlichen aus Sicht der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	106
Abbildung 17	Zufriedenheit mit Strukturbedingungen und Kooperationsbeziehungen.....	110
Abbildung 18	Kooperation mit Eltern und Kind aus Sicht der Jugendhilfe .....	112

## TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	Ausgangs-Stichprobe für die Zufriedenheit der Münchner Studie 1999/2000 .....	12
Tabelle 2	Übersicht der verschiedenen Jugendhilfeeinrichtungen .....	23
Tabelle 3	Einteilung der Fragen des Fragebogens in Struktur-, Prozess-, und Erfolgsqualität .....	26
Tabelle 4	Schichtzugehörigkeit (Bado) .....	30
Tabelle 5	Erste Achse: Klinisch-psychiatrisches Syndrom .....	31
Tabelle 6	Zweite Achse: Umschriebene Entwicklungsstörungen .....	32
Tabelle 7	Dritte Achse: Intelligenzniveau .....	33
Tabelle 8	Vierte Achse: Körperliche Symptomatik .....	34
Tabelle 9	Sechste Achse: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus .....	35
Tabelle 10	GARF- Skala .....	37
Tabelle 11	Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik .....	38
Tabelle 12	Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation .....	39
Tabelle 13	Basisdokumentation der Jugendhilfe- und Gesamtstichprobe .....	42
Tabelle 14	Berufsgruppen in Jugendhilfeeinrichtungen .....	46
Tabelle 15	Antwortverhalten nach Hilfearten .....	52
Tabelle 16	Vergleich Nichtantworter mit Stichproben .....	54
Tabelle 17	Rangreihe der Einzelfragen .....	69
Tabelle 18	Nichtbeantwortete Einzelfragen der AntworterI .....	75
Tabelle 19	Nicht beantwortete Einzelfragen der AntworterII .....	77
Tabelle 20	Einzelfragen der Zufriedenheit im Vergleich .....	79
Tabelle 21	Zusammenfassende Darstellung der Zufriedenheit der Einrichtungen .....	81
Tabelle 22	Strukturbedingungen der Ambulanz München- JHES .....	89
Tabelle 23	Soziodemographische Daten .....	92
Tabelle 24	Diagnosen .....	96
Tabelle 25	Einrichtungen und Verläufe .....	103
Tabelle 26	Vergleich der Rangreihen zur Zufriedenheit .....	108
Tabelle 27	Helferkonferenz nach Hilfearten .....	114



«N\_Nr»/«Adressat»/«Aussendung»

**Befragung von Mitarbeitern der Jugendhilfe  
zur Zusammenarbeit mit der Poliklinik des Instituts für Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Um unsere Arbeit zu verbessern, interessieren wir uns dafür, wie Sie die Zusammenarbeit und Kooperation mit unserer Poliklinik bewerten.

**Einrichtung:**

Erziehungsberatung  ASD/Jugendamt  HPT   
Andere  Genaue Bezeichnung .....

**Berufsbezeichnung:**

Psychologe/in  Sozialpädagoge/in   
Andere Berufsgruppen  Genaue Bezeichnung .....

Ist Ihnen der Patient«Patient\_» «Vorname» «Name», geb. «GebDat»

persönlich bekannt? JA  NEIN

Ich beantworte den Fragebogen anhand der Akten JA  NEIN

Wie oft hatten Sie insgesamt Kontakt zu dem Patienten?

1 mal  2 - 5 mal  5 - 10 mal  über 10 mal

Wann hat der letzte Kontakt stattgefunden?.....

**Bitte immer nur eine Bewertung ankreuzen!  
Die Aussage trifft zu:**

- 1 = ganz genau
- 2 = überwiegend
- 3 = teilweise
- 4 = kaum
- 5 = überhaupt nicht
- 6 = nicht beurteilbar

- |                                                                                                       |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1. Die Mitarbeiter der Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind telefonisch gut erreichbar.  | 1 2 3 4 5 6 |
| 2. Die Terminvergabe erfolgt ausreichend schnell.                                                     | 1 2 3 4 5 6 |
| 3. Die kinderpsychiatrische Stellungnahme (Arztbrief) war verständlich.                               | 1 2 3 4 5 6 |
| 4. Die kinderpsychiatrische Stellungnahme (Arztbrief) war für die weiterführende Betreuung hilfreich. | 1 2 3 4 5 6 |
| 5. Die Empfehlungen der Mitarbeiter der Poliklinik konnte ich annehmen.                               | 1 2 3 4 5 6 |
| 6. Die Empfehlungen der Mitarbeiter der Poliklinik konnte ich umsetzen.                               | 1 2 3 4 5 6 |
| 7. Ich habe mich über die Mitarbeiter der Poliklinik geärgert.                                        | 1 2 3 4 5 6 |

«N\_Nr»/«Adressat»/«Aussendung»

- |                                                                                                                                                         |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 8. Der junge Mensch war mit den Empfehlungen der Mitarbeiter der Poliklinik bezüglich der weiterführenden Behandlung einverstanden.                     | 1 2 3 4 5 6 |
| 9. Die Familie war mit den Empfehlungen der Mitarbeiter der Poliklinik bezüglich der weiterführenden Behandlung einverstanden.                          | 1 2 3 4 5 6 |
| 10. Der junge Mensch hat diese Empfehlungen umsetzen können.                                                                                            | 1 2 3 4 5 6 |
| 11. Die Familie hat diese Empfehlungen umsetzen können.                                                                                                 | 1 2 3 4 5 6 |
| 12. Die Beratung in der Poliklinik war für den Patienten hilfreich.                                                                                     | 1 2 3 4 5 6 |
| 13. Die Probleme des Patienten haben sich durch die Beratung in der Poliklinik gebessert.                                                               | 1 2 3 4 5 6 |
| 14. Die gemeinsame Besprechung mit den verschiedenen Berufsgruppen und der Familie (Helferkonferenz) hat zur Klärung der Situation beigetragen.         | 1 2 3 4 5 6 |
| 15. Die Empfehlungen der Mitarbeiter der Poliklinik gingen in den Hilfeplan mit ein.                                                                    | 1 2 3 4 5 6 |
| 16. Durch die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Poliklinik konnte ich ein besseres Verständnis für die Situation von «Vorname» «Name» entwickeln. | 1 2 3 4 5 6 |
| 17. Der junge Mensch war mit der Beratung in der Poliklinik zufrieden.                                                                                  | 1 2 3 4 5 6 |
| 18. Die Familie war mit der Beratung in der Poliklinik zufrieden.                                                                                       | 1 2 3 4 5 6 |
| 19. Die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Poliklinik war für mich hilfreich.                                                                      | 1 2 3 4 5 6 |
| 20. Die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Poliklinik hat mich insgesamt zufrieden gestellt.                                                       | 1 2 3 4 5 6 |
| 21. Geht es dem Patienten jetzt besser?                                                                                                                 | 1 2 3 4 5 6 |

Bitte beschreiben Sie: Wie geht es dem Patienten jetzt?

.....

.....

Kritik und Anregungen:

.....

.....

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

## Erstes Erinnerungsschreiben

Klinikum der Universität München  
Institut und Poliklinik für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – Innenstadt  
Komm. Direktor: Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Möller

Ludwig  
Maximilians-  
Universität  
München **LMU**

Leitung der Poliklinik: apl. Prof. Dr. R. Frank  
Klinikum der Universität München • Institut und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie  
Lindwurmstr. 2a • D-80333 München

«Sonstige\_Stellen\_1\_»  
«Anrede\_1» «Sonstige\_Stellen\_1\_Name»  
«Sonstige\_Stellen\_1\_Strasse\_»  
«Sonstige\_Stellen\_1\_Ort»

München, den 23.02.04

Ihr Zeichen      Unser Zeichen      Ansprechpartner      Telefon  
(089) 5160 5155      Telefax  
(089) 5160 4734      E-Mail  
[Reiner.Frank@kjm.med.uni-muenchen.de](mailto:Reiner.Frank@kjm.med.uni-muenchen.de)

### Erinnerung

Sehr geehrte(r) «Anrede\_2» «Sonstige\_Stellen\_1\_Name»,

vor ungefähr 5 Wochen haben wir Ihnen einen Fragebogen über die

#### „Zufriedenheit von Patienten und Fachleuten mit unserer Poliklinik“

geschickt. Sicher hatten Sie nicht die Zeit uns den Fragebogen ausgefüllt zurückzuschicken. Wir möchten Sie noch einmal herzlich um eine Antwort bitten.

Wir haben alle Patienten, die in den Jahren 1999 und 2000 in die Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Beratung gekommen waren, deren Eltern und auch die behandelnden Ärzte bereits befragt.

Nunmehr möchten wir Sie als Mitarbeiter der Jugendhilfe um Ihre Beurteilung bitten. Wir haben mit Ihnen fallbezogen zusammengearbeitet. Ihre Einschätzung trägt dazu bei, unsere Arbeit und die Kooperation mit Ihnen zu verbessern. Wir bitten um eine Beantwortung der Fragen, entweder durch die Mitarbeiterin oder den Mitarbeiter, der im angegebenen Zeitraum zuständig war, oder anhand der Aktenlage.

Wir legen noch einmal den Fragebogen bei, mit der Bitte, diesen ausgefüllt per Fax oder Post an uns zurückzusenden.

Sollten Sie schon geantwortet haben, so betrachten Sie dieses Schreiben als hinfällig.

Herzlichen Dank für Ihre Mühe!

Mit freundlichen Grüßen

apl. Prof. Dr. Reiner Frank  
Kinderarzt, Kinder- und  
Jugendpsychiater  
- Leiter der Poliklinik -

Katharina Hemmer  
Ärztin in Praktikum

Anschrift: D-80336 München • Nußbaumstraße 7 • Telefon (0 89) 51 60-0 (Vermittlung)  
Dienstort: Poliklinik Lindwurmstr. 2a  
Forschungsabteilung / Waldstr. 23



## Zweites Erinnerungsschreiben

**Klinikum der Universität München**  
Institut und Poliklinik für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – Innenstadt  
Komm. Direktor: Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Möller

Ludwig **LMU**  
Maximilians-  
Universität  
München

Leitung der Poliklinik: apl. Prof. Dr. R. Frank  
Klinikum der Universität München • Institut und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie  
Lindwurmstr. 24 • D-80336 München

«Sonstige Stellen\_1 »  
«Anrede\_1» «Sonstige Stellen\_1\_Name»  
«Sonstige Stellen\_1\_Strasse »  
«Sonstige Stellen\_1\_Ort»

München, den 23.02.04

Ihr Zeichen	Unser Zeichen	Ansprechpartner	Telefon (089) 5160-5155	Telefax (089) 5160-4734	E-Mail <a href="mailto:Reiner.Frank@kjp.med.uni-muenchen.de">Reiner.Frank@kjp.med.uni-muenchen.de</a>
-------------	---------------	-----------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 2. Erinnerung

Sehr geehrte(r) «Anrede\_2» «Sonstige Stellen\_1\_Name»,

wir sind uns dessen bewusst, dass Sie in Ihrem Arbeitsalltag voll ausgelastet sind. Dennoch möchten wir Sie noch einmal um Ihre Mithilfe bitten.

Unsre Umfrage dient dazu, die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen dem Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie und den mit uns kooperierenden Institutionen der Jugendhilfe zu verbessern. Auch kritische Äußerungen sind uns willkommen, denn sie zeigen uns die Schwachstellen unserer Arbeit.

Wir bitten Sie, den Fragebogen ausgefüllt an uns zu faxen oder zurückzusenden, denn jede einzelne Antwort ist uns sehr wichtig.

Sollten Sie schon geantwortet haben, so betrachten Sie dieses Schreiben als hinfällig.

Herzlichen Dank für Ihre Mühe!

Mit freundlichen Grüßen

apl. Prof. Dr. Reiner Frank  
Kinderarzt, Kinder- und  
Jugendpsychiater  
- Leiter der Poliklinik -

Katharina Hemmer  
Ärztin in Praktikum



## Übersicht der beteiligten Jugendhilfeeinrichtungen

Allgemeiner Sozial Dienst - Sozialbürgerhaus	Plinganser Str.150	81369 München
Allgemeiner Sozialdienst Süd, Sozialbürgerhaus, Vermittlungsstelle	Plinganser Str. 150	81369 München
Allgemeiner Sozialdienst West	Landsberger Str. 486	81241 München
ASD Mitte	Goethestr. 11	80336 München
ASD Nord 1	Winzererstr. 47	80797 München
ASD Süd	Meindlstr. 20	81373 München
ASD-Nord 2	Ehrenbreitsteinerstr1 24	80992 München
ASD-Ost 1	Thomas-Dehler-Str.16	81737 München
ASD-Ost 2	Streitfeldstr. 23	81673 München
EB Miesbach	Am Windfeld 32	83714 Miesbach
Erziehungsberatungsstelle	Hillernstr. 1	81241 München;
Erziehungsberatungsstelle	Riemerschmidtstr.16	80933 München
Erziehungsberatungsstelle Caritas Taufkirchen	Pappelstr.2	82024 Taufkirchen
Erziehungsberatungstelle	Rossmayergasse 18,	85435 Erding
Erziehungsberatungstelle	Hochstr. 31	81669 München
Evang. Mädchenheim Pasing	Oselstr.31	81245 München
Frei-er-Raum, Soz-päd.Tagesgruppe	Marienbaderstr.4	80937 München
Heilpädagogische Ambulanz im Kinderhaus Kai	Böhmerwaldplatz 13	81679 München
Heilpädagogische Tagesstätte an der Erwin-Lesch Schule	Erwin-Lesch Str. 1	82008 Unterhaching
Heilpädagogische Tagesstätte Clemens-Maria-Kinderheim	Theodor-Heuß Str. 18	85640 Putzbrunn
Heilpädagogische Tagesstätte Milbertshofen	Schleißheimerstr. 299	80809 München
Heilpädagogischen Zentrum Lohhof	Feldstr:29	85716 Unterschleißheim
Heilpädagogisches Centrum Augustinum e.V.	Rainfarnstr.44	80933 München

HPT	Hohenlindenstr. 8	85622 Feldkirchen
HPT Adelgundenheim	Hochstr. 47	81541 München
HPT am Kinderheim St. Klara	Kammergasser 16	85354 Freising
HPT für Hörgeschädigte	Musenberstr. 32, Johanneskirchen	81929 München
HPT im Saalberghaus	Theodor-Heuß-Str.20	85640 Putzbrunn
HPT Kinderhaus Kai	Böhmerwaldstr. 13	81679 München
Integrationskindergarten Budenzauber	Thierseestr.27	81735 München
JA Miesbach, Landratsamt Miesbach, Amt für Jugend und Familie	Postfach	83714 Miesbach
Jugendamt Bad Tölz	Sachenskammerstrasse	83646 Bad Tölz
Jugendamt Dachau	Weiherweg 16	85205 Dachau
Jugendhilfe Pfaffenhofen an der Ilm, Sonderdienste	Hauptplatz 22	85276 Pfaffenhofen an der Ilm
Kath. Jugendfürsorge	Adlzreiterstr. 22	80337 München
Kath. Jugendfürsorge	Lessingstr. 8	80336 München
Kinder- und Mutterschutz	Liebherrstr. 5	80538 München;
Kompass -Impuls Drogenhilfe GmbH	Klosterwald	87724 Ottobeuren
Kreisjugendamt Landratsamt Erding	Postfach 1255	85422 Erding
Kreisjugendamt Landratsamt München	Mariahilfplatz 17	81518 München
Kreisjugendamt Tögingerstr.18	Postfach 409	84446 Mühldorf
Landratsamt Fürstenfeldbruck/ Amt für Jugend und Familie	Münchener Str. 32	82256 Fürstenfeldbruck
Landratsamt Freising/ Amt für Jugend und Familie	Landshuter Str. 31	85356 Freising
Landratsamt/ Kreisjugendamt Erding	Geheimrat-Irl-Straße 3	85435 Erding
SOS Beratungs-u.Familienzentrum	St.Michael-Str.7	81673 München
Sozialbürgerhaus	Plinganser Str. 150	81369 München
Sozialhilfeverwaltung des Landratsamtes Bad Tölz	Bahnhofplatz 1	83646 Bad Tölz

Sozialreferat der Stadt München Stadtjugendamt Abt. F II/F IV	Orleansplatz 11	81667 München
Sozialreferat Stadtjugendamt Familien ergänzende Hilfen S- II-F2/W1	Orleansplatz 11	81667 München
Stadtjugendamt München Abt. Fremdunterbringung F3	Orleansplatz 11	81667 München
Stadtjugendamt München/Abt. S- II-F4 Familienergänzende Hilfen	Orleansplatz 11	81667 München
Stadtjugendamt München, Familienergänzende Hilfen F2/Tagesgruppen	Orleansplatz 11	81667 München
Stadtjugendamt München/S/II-KJS/AEH	Orleansplatz 11	81667 München
Therapeut. Jugendhaus	Adalbertstr. 36	80799 München
Überregionales Beratungszentrum Augsburg	Prälat-Biglmaistr. 22	86154 Augsburg

## Strukturdaten der Jugendhilfestichprobe- Basisdokumentation 1999/ 2000

### Erste Achse: klinisch-psychiatrisches Syndrom

#### 1. keine psychiatrische Diagnose

#### 2. Organische und psychische Störungen (F0)

Unter organische und psychische Störungen (F0) fallen definitionsgemäß „psychische Erkrankungen mit nachweisbarer Ätiologie in einer zerebralen Erkrankung, einer Hirnverletzung oder einer anderen Schädigung, die zu einer Hirnschädigung führt. Die Funktionsstörung kann primär sein bei Erkrankungen, Verletzungen oder Störungen, die das Hirn direkt oder im besonderen Maße betreffen; oder sekundär, beispielsweise bei Systemerkrankungen oder Störungen, die das Gehirn nur als eines von vielen Organen oder Körpersystemen betreffen...“

#### 3. Affektive Störungen (F3)

Bei affektiven Störungen (F3) „...bestehen die Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität, meist zur Depression hin mit oder ohne begleitende Angst, oder zur gehobenen Stimmung. Dieser Stimmungswechsel wird in der Regel von einem Wechsel des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet..“ (Remschmidt et al. 2001)

#### 4. Neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen (F4)

.Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen (F4) umfassen phobische Störungen, andere Angststörungen, Zwangsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), somatoforme Störungen und andere neurotische Störungen.(Remschmidt et al. 2001)

#### 5. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5)

Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5) umfassen Essstörungen, nicht- organische Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen (nicht verursacht durch eine organische Störung oder Erkrankung), psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett (nicht andernorts klassifizierbar), psychische Faktoren oder Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Erkrankungen, Missbrauch von Substanzen die keine Abhängigkeit hervorrufen und nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren.(Remschmidt et al. 2001)

#### 6. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) beschreiben eine Reihe von klinisch wichtigen, meist lang anhaltenden Zustandsbildern und Verhaltensmustern. Sie sind Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen. Einige dieser Zustände und Verhaltensmuster entstehen früh im Verlauf der individuellen Entwicklung als Folge konstitutioneller Faktoren wie auch sozialer Erfahrungen, während andere später im Leben erworben werden.

„Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich von Persönlichkeitsänderungen durch den Zeitpunkt und die Art und Weise ihres Auftretens. Sie beginnen in der Kindheit oder Adoleszenz und dauern bis ins Erwachsenenalter an“.(Remschmidt et al. 2001)

#### 7. Verhaltens- und emotionale Störungen (F9)

Verhaltens- und emotionale Störungen (F6) umfassen hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen, emotionale Störungen des Kindesalters, Störungen sozialer Funktionen mit Beginn der Kindheit und Jugend und nicht näher bezeichnete psychische Störungen.(Remschmidt et al. 2001)

Zur Diagnose der ersten Achse wurden die Patienten nach oben genannter Einteilung nach ICD 10 in acht verschiedenen Gruppen eingeteilt:

5 Patienten	affektive Störungen (F3)
7 Patienten	Neurotische- Belastungs- oder somatoforme Störungen (F4)
27 Patienten	verhaltens- und emotionale Störungen (F9)
6 Patienten	keine psychiatrische Diagnose
	Von diesen sechs Patienten ohne psychiatrische Diagnose hatten:
1 Patient	eine kombinierte Entwicklungsstörung
1 Patient	eine Entwicklungsstörung des Sprechens und eine leichte Intelligenzminderung(F7)
1 Patient	eine kombinierte Entwicklungsstörung und eine körperliche Störung
1 Patient	hatte eine kombinierte Entwicklungsstörung, eine niedrige Intelligenz und eine körperliche Störung
1 Patient	hatte eine körperliche Störung
1 Patient	hatte überhaupt keine psychiatrische Diagnose

Keiner der Patienten hatte organische und psychische Störungen (F0), Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5), und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen(F6).

Diese Diagnosen wurden in *internalisierende Störungen*, *externalisierende Störungen* und *andere Störungen* eingeteilt.

*internalisierende Störungen* umfassten

- Affektive Störungen (F3)
- Neurotische,- Belastungs-, und somatoforme Störungen (F4)
- Emotionale Störungen des Kindesalters (F93,0 und 93,1)

*externalisierende Störungen* umfassten

- Hyperkinetische Störungen (F90)
- Störungen des Sozialverhaltens (F91)
- Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen mit depressiver Störung (F92)
- Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen mit sozialer Überempfindlichkeit (F93,2)
- Störungen sozialer Funktionen mit Beginn der Kindheit und Jugend (F94)

*Andere Störungen* umfassten

- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend, wie Ticstörungen (F95)
- andere Störungen (F98) wie Enuresis, Enkopresis, Fütterstörungen im frühen Kindesalter, Stottern, Poltern, Stereotype Bewegungsstörungen
- Entwicklungsstörungen wie Entwicklungsstörungen des Sprechens, der Sprache und schulischen Fertigkeiten, tiefgreifende Entwicklungsstörungen wie frühkindlicher Autismus, atypischer Autismus und Asperger-Syndrom (F8)
- Intelligenzminderung (F7).

### **Fünfte Achse: Assoziierte abnorme psychosoziale Umstände**

Die neun Haupttypen der psychosozialen Situation des Kindes sind:

#### 1. abnorme intrafamiliäre Beziehungen:

- Mangel an Wärme in der Eltern-Kind Beziehung
- Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen
- feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind
- körperliche Kindesmisshandlung

#### 2. psychische Störung/abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie:

- psychische Störung, abweichendes Verhalten eines Elternteils
- Behinderung eines Elternteils
- Behinderung der Geschwister
- Andere

#### 3. inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation

#### 4. abnorme Erziehungsbedingungen:

- elterliche Überfürsorge
- unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung
- Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt.
- unangemessene Anforderungen und Nötigungen durch die Eltern.
- andere

#### 5. abnorme unmittelbare Umgebung:

- Erziehung in einer Institution
- abweichende Elternsituation
- isolierte Familie
- Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung
- Andere

#### 6. akute belastende Lebensereignisse:

- Verlust einer liebevollen 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 Ereignisse
- Andere

#### 7. gesellschaftliche Belastungsfaktoren:

- Verfolgung oder Diskriminierung
- Migration oder soziale Verpflanzung
- Andere

#### 8. chronische zwischenmenschliche Belastung im Zusammenhang mit der Schule oder Arbeit:

- Streitbeziehungen mit Schülern/Mitarbeitern
- Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder
- allgemeine Unruhe in der Schule bzw. Arbeitssituation
- Andere

9. belastende Lebensereignisse/Situationen infolge von Verhaltensstörungen/Behinderungen des Kindes:

- institutionelle Erziehung
- bedrohliche Umstände infolge einer Fremdunterbringung
- abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen
- Andere

Insgesamt ergeben sich in den neun Hauptgruppen 44 oben beschriebene Untergruppen. Diese wurden in der Basisdokumentation als 44 gleichwertige Einzelitems codiert.

Zur Auswertung wurden diese Einzelitems in vier Gruppen zusammengefasst.

## DANKSAGUNG

Meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. med. R. Frank danke ich für die Überlassung des Themas und die Unterstützung durch wertvolle Kritik, Ratschläge und vor allem durch die hervorragende und geduldige Betreuung.

Mein Dank gilt auch allen Mitarbeiterinnen der Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München für die vielen Anregungen und gemeinsamen Gespräche.

Danken möchte ich vor allem Frau M. Burghardt, die mich mit ihren administrativen Fähigkeiten beim Versand des Fragebogens unterstützt hat und den Sozialpädagoginnen Gisela Gegenfurtner und Melanie Schillert für ihre Anregungen zum Thema Kinder- und Jugendhilfe.

Ich bedanke mich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der kooperierenden Jugendhilfeeinrichtungen, ohne deren Mithilfe durch die Beantwortung des Fragebogens diese Arbeit nicht hätte geschrieben werden können.

Vor allem ein herzliches Dankeschön an Frau Gerber vom Stadtjugendamt München, die von sich aus angeboten hatte, die interne Verteilung der Fragebögen zu organisieren.

Meiner Freundin und Kollegin Dr. med. Iris Finsterer danke ich für den fachlichen Austausch.

Ganz besonders danke ich meiner Familie für die langjährige Unterstützung bei dieser Arbeit und für die Betreuung unserer Kinder