

Aus der Praxis für Innere Medizin
und Medizinische Sachverständigengutachten
München-Sauerlach
Professor Dr. Ursula Gresser

**Einfluss unterbrochener Kindheitsbiographien auf die gesundheitliche
Entwicklung der Betroffenen.**

**Auswertung der wissenschaftlichen Literatur am Beispiel von Inobhutnahme-
Erlebnissen.**

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

vorgelegt von

Manuela Anna Maria Loderer
aus Dachau

2024

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Ursula Gresser

Mitberichterstatter: PD Dr. Tobias Weinmann

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 24.06.2024

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung.....	5
2	Fragestellung.....	11
3	Material und Methoden.....	11
4	Ergebnisse	12
4.1	Auswertung von Publikationen zu den möglichen medizinischen Folgen einer Inobhutnahme	14
4.2	Zusammenfassung der Publikationsauswertung.....	68
5	Bindungstheorie	85
6	Diskussion	87
6.1	Wissenschaftliche Studien zur gesundheitlichen Entwicklung von Menschen mit eigenen Inobhutnahme-Erfahrungen.....	87
6.2	Medizinische Besonderheiten im Verlauf bei Menschen mit Inobhutnahme-Erfahrungen	89
6.3	Medizinische Aspekte, die in der internistischen Betreuung bei Menschen mit Inobhutnahme-Erfahrung einer besonderen Beachtung bedürfen	91
6.4	Fazit	94
7	Zusammenfassung.....	97
8	Limitationen	98
9	Anhang	99
9.1	Rechtlicher Hintergrund der Jugendhilfe-Maßnahmen	99
9.2	Inobhutnahmen und ihre Entwicklung	104
9.3	Europäischer Kontext: der „europäische Gerichtshof für Menschenrechte“ (EGMR).....	108
10	Literaturverzeichnis.....	112

11	Rechtsquellenverzeichnis	125
12	Abkürzungsverzeichnis	127
13	Tabellenverzeichnis	129
14	Abbildungsverzeichnis	130
15	Danksagung.....	131
16	Eidesstattliche Versicherung.....	132

1 Einleitung

Bei der internistischen Anamnese spielen Informationen über die Genetik der Familie nicht nur bei monogenen Erbkrankheiten, sondern insbesondere auch bei Stoffwechselerkrankungen wie Gicht (Major et al., 2018), Diabetes (Valdez et al., 2010) und Hypercholesterinämie oder kardiovaskulären Erkrankungen wie Schlaganfall eine große Rolle (Valdez et al., 2010). Mit dem Wissen um die Familienanamnese können frühzeitig spezifische ärztliche Analysen durchgeführt werden (Valdez et al., 2010), die Patienten über für sie günstige Verhaltens- und Ernährungsweisen (Ginsburg et al., 2019) aufgeklärt werden sowie gegebenenfalls weiterführende diagnostische und therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden. Genaue familienanamnestische Angaben sind teilweise schwierig zu erheben, da Patienten über die Krankengeschichte ihrer Angehörigen oft keine präzisen Angaben machen können (Ginsburg et al., 2019). Insbesondere bei unterbrochener Familiengeschichte liegen Informationen bezüglich Krankheiten der Eltern, Sterbealter und Sterbeursache der Eltern – wichtiger Inhalt der internistischen Anamnese - häufig nicht vor.

Zugleich fällt auf, dass Menschen mit unterbrochener Familiengeschichte häufiger als andere an Erkrankungen wie ADHS (Becker, 2008), Hypertonie (Zlotnick et al., 2012) und Depression (McKenna et al., 2021) leiden sowie ein erhöhtes Suizidrisiko aufweisen (McKenna et al., 2021).

Eine unterbrochene Familiengeschichte kann unter anderem nach Interventionen von Behörden vorliegen, wenn beispielsweise eine Inobhutnahme durchgeführt wurde. Wie in den Abbildungen 1 und 2 dargestellt kann den Statistiken des statistischen Bundesamtes entnommen werden, dass die Zahl der Inobhutnahmen und auch die Dauer der Inobhutnahmen in Deutschland eine steigende Tendenz zeigen (Destatis, 2021).

In Anbetracht der zunehmenden Anzahl – weit mehr als Einzelfälle – werden Berichte über gesundheitliche Folgen von Kontaktabbrüchen oder -verringerungen zu Vertrauenspersonen zunehmend wichtiger. Die steigenden Zahlen von

Inobhutnahmen (siehe Abbildung 1) und Fremdunterbringungen haben somit Bedeutung für die ärztliche Versorgung auch im Erwachsenenalter.

Im Anhang wurde eine Zusammenfassung der rechtlichen Entwicklung des Kinderschutzes, der Aufgaben des Jugendamtes sowie der Zusammenarbeit mit den Gerichten eingefügt.

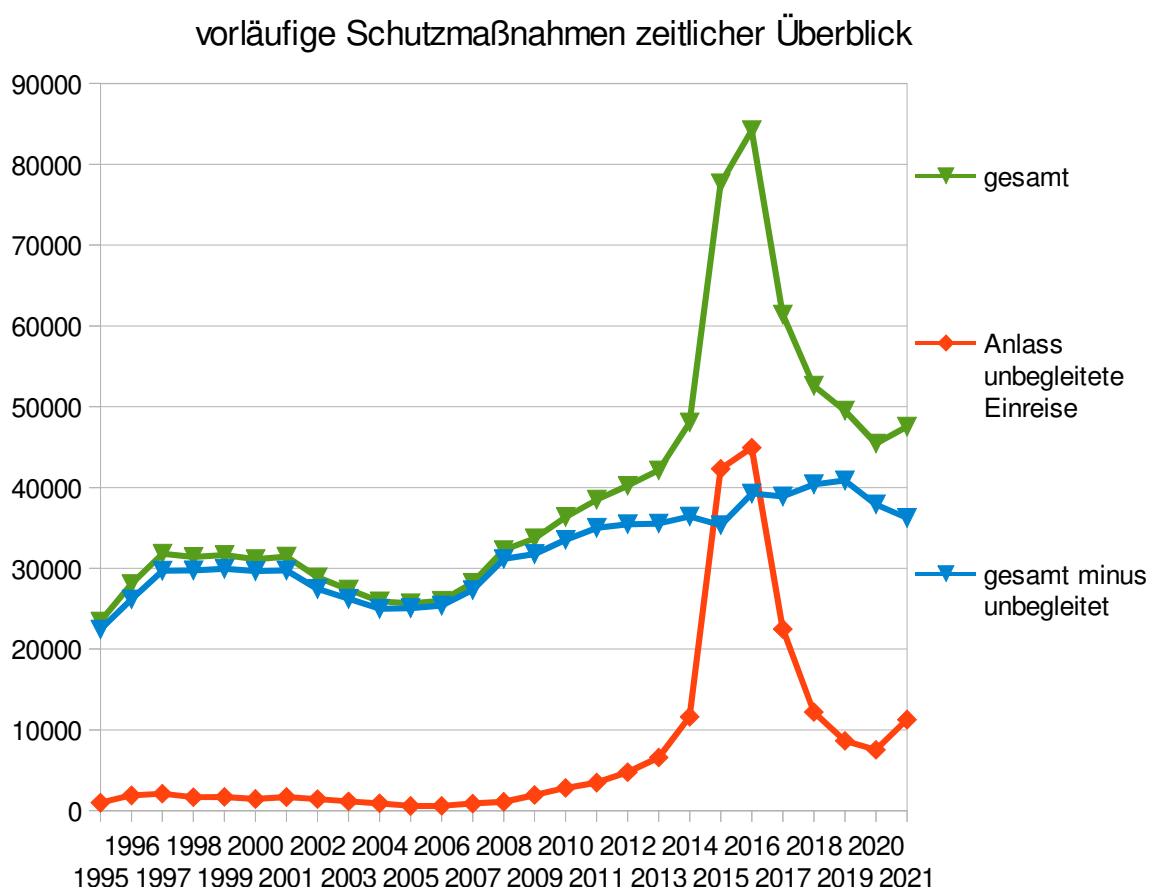


Abbildung 1: Entwicklung der Inobhutnahme-Fallzahlen 1995-2020, eigene Darstellung nach Angaben des statistischen Bundesamtes aus „Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Vorläufige Schutzmaßnahmen“ (Quelle: Destatis, 2022)

Da unbegleitet einreisende Minderjährige in Obhut genommen werden müssen, fällt ab 2015 ein enormer Anstieg bei den Inobhutnahmen auf. Doch auch wenn man den Anlass der unbegleiteten Einreise aus der Statistik herausrechnet, zeichnet

sich eine Zunahme der Inobhutnahmen ab: von ca. 25 000 im Jahr 2005 zu ca. 40 000 im Jahr 2019 (Destatis, 2022).

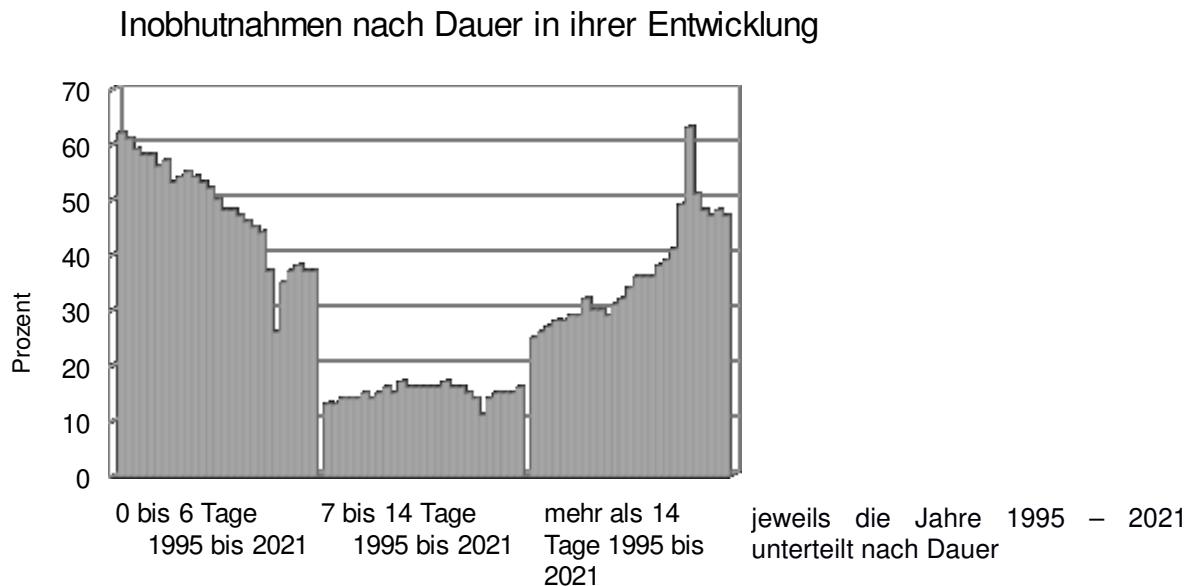


Abbildung 2: Inobhutnahmen nach Dauer in ihrer Entwicklung, eigene Darstellung nach Zahlen des statistischen Bundesamtes aus „Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe- Vorläufige Schutzmaßnahmen“ (Quelle: Destatis, 2022)

Im Jahr 2019 erschien eine neue S3+ Leitlinie bezüglich des Kinderschutzes für Fachkräfte im Gesundheitsbereich (zm 109, 2019). Diese behandelt zum einen das Erkennen von Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung, zum anderen die weiteren Schritte und Handlungspflichten bei vorliegendem Verdacht oder gewichtigen Anhaltspunkten (Blesken et al., 2019). Auf Seite 30 der Leitlinie werden die gravierenden möglichen Auswirkungen von Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und -missbrauch beschrieben wie erhöhtes Risiko für Körperverletzungen, Behinderungen und Tod, aber auch psychische Auffälligkeiten, verzögerte kognitive Entwicklung, Selbstmordversuche, Essstörungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch (Blesken et al., 2019).

Die Leitlinie soll den Fachkräften mehr Sicherheit im Erkennen einer Kindeswohlgefährdung geben, Handlungsempfehlungen für die Diagnostik einer Kindeswohlgefährdung geben und somit den Kinderschutz in der Medizin etablieren (Blesken et al., 2019).

Einer Pressemitteilung von CSU, FREIE WÄHLER und FDP vom 09.05.2023 ist zu entnehmen, dass eine Gesetzesänderung bezüglich des Gesundheitsdienstgesetz (GDG) eingebracht wurde, um die ärztliche Schweigepflicht bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung zum interkollegialen Ärzteaus tausch aufzuheben, während die Meldepflicht des Arztes gegenüber dem Jugendamt unberührt bleiben soll (Pressemitteilung vom 09.05.2023: Kindeswohl: FDP, CSU, und FREIE WÄHLER ermöglichen per Gesetzesänderung Ärzteaus tausch, 2023). Dieses Aufheben der Schweigepflicht könnte nach den im Anhang erörterten historischen Gesetzesänderungen einen weiteren rechtlichen Schritt darstellen, um den Eingriff in Familienstrukturen zugunsten des Kinderschutzes zu erleichtern.

Der behandelnde Arzt, der auf den Schutz und die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen achtet, sollte bestrebt sein seine Entscheidungen und Handlungsempfehlungen zum Wohle der physischen und psychischen Gesundheit der Familie zu treffen.

Dem Ziel, Schädigungen der Kinder und Jugendlichen zu vermeiden, stehen mögliche Schädigungen durch die Maßnahme der Inobhutnahme mit dem einhergehenden Verlust der biologischen Familie und des gewohnten Umfelds gegenüber. Während der mögliche schädliche Einfluss von Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch gut erforscht ist und in der S3+ Leitlinie aufgeführt ist (Blesken et al., 2019), sind Letztere weit weniger erforscht, obwohl sie für das Individuum und für das Gesundheitssystem von Bedeutung sein können.

Eine Auswertung von Studien zum Kontaktabbruch zwischen Kindern/Jugendlichen und leiblichen Eltern (Prinz, Gresser, 2015) unabhängig vom Grund des Kontaktabbruchs (lebende und verstorbene Eltern) zeigt auf, dass dieser zu langanhaltenden physischen und psychischen Schädigungen der Kinder und Jugendlichen führen kann. Gerade der Kontaktabbruch zu lebenden Eltern wird als extrem belastendes Ereignis angesehen (Prinz, Gresser, 2015).

Der Zusammenhang zwischen Fremdunterbringung/ Erhalt von Jugendschutzleistungen und der mentalen Gesundheit ist wissenschaftlich nachgewiesen und wurde bereits metaanalysiert (McKenna et al., 2021).

Eine Untersuchung mit finnischen Personen, die zum Schutz vor den Angriffen im zweiten Weltkrieg vorübergehend von ihren Eltern getrennt wurden, konnte insbesondere bei Männern mit hohem sozioökonomischem Hintergrund ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen, Substanzabhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter zeigen, die so schwerwiegend waren, dass sie zu einem Krankenhausaufenthalt führten oder Teil der Todesursache waren (Räikkönen et al., 2011). Erwachsene, die in ihrer Kindheit Jugendschutzleistungen erhalten haben, weisen mehr psychische Probleme und ein höheres Suizid-Risiko verglichen mit der Kontrollgruppe auf (McKenna et al., 2021, Zlotnick et al., 2012).

Die Trennung vom gewohnten Umfeld und das Bringen in eine Inobhutnahmeeinrichtung ist mit erhöhtem Stress für die Kinder/ Jugendlichen verbunden, insbesondere wenn diese nicht auf die Inobhutnahme vorbereitet waren, was das Risiko für Psychopathologien erhöht (Baugerud, Melinder, 2012). Trennungen von Bezugspersonen gehen laut Bindungstheorie durch den Verlust mütterlicher Regulatorien mit Protest, Verzweiflung, Trauer und Angst einher (Bowlby, 1969). In der Inobhutnahmeeinrichtung sind „Ängste, Zwänge, aggressives Verhalten, oppositionelles Verhalten, kriminelles Verhalten, ADHS, Schulvermeidung, Essstörungen, Alkoholkonsum oder -missbrauch, Drogenkonsum oder -missbrauch, Selbstverletzendes Verhalten [sic.], suizidale Gedanken/ Suizidversuch, emotionale Reaktionen auf die aktuelle Krise und Depressivität“ (Rücker et al., 2015a: 45) beschrieben sowie Verunsicherung, Selbstbeschuldigungen, Loyalitätskonflikte sowie Wutausbrüche (Kress, Hansbauer, 2012). 26% der in Obhut genommenen Kinder/ Jugendlichen zeigten in einer Untersuchung Symptome einer akuten Belastungsreaktion, welche nicht nur durch die zur Inobhutnahme führenden Umstände, sondern auch durch die Maßnahme an sich ausgelöst wurden (Rücker et al., 2015b). Im Vergleich zum Allgemeinkollektiv konnten Turney und Wildemann (2016) bei Minderjährigen in einer Pflegefamilie mehr psychische Gesundheitsprobleme (Lernschwäche (14,7%

gegenüber 7,6%), Depressionen (14,2% gegenüber 2,0%), Angstzustände (14,2% gegenüber 3,1%), Verhaltensprobleme (17,5% gegenüber 2,9%) sowie Entwicklungsverzögerungen (7,3% gegenüber 3,4%)) feststellen. Eine sichere Bindung liegt bei Kindern, die fremduntergebracht sind, laut einer Untersuchung von Bos et al. (2011) viermal weniger oft vor und fremduntergebrachte Kinder zeigen mehr negative und weniger positive Emotionen. Fremdunterbringung ist außerdem mit höheren Werten für Bindungsstörungen verbunden (Bos et al., 2011). Je weniger Kontakt zur leiblichen Mutter besteht, umso mehr treten Depressionen und Verhaltensstörungen auf (McWey et al., 2010).

Weitaus weniger ist über die somatischen Auswirkungen einer Inobhutnahme bekannt.

Die vorliegende Dissertationsschrift fasst zusammen, was zu Auswirkungen einer unterbrochenen Familiengeschichte auf die physische Gesundheit wissenschaftlich belegt ist oder nicht belegt ist und ob daraus Konsequenzen für die internistische Betreuung dieser Personengruppe abgeleitet werden können.

2 Fragestellung

Ziel der vorliegenden Dissertationsschrift ist die Beantwortung folgender Fragen:

- 1.) Gibt es wissenschaftliche Studien, die sich mit der gesundheitlichen Entwicklung von Menschen mit unterbrochener Familiengeschichte, insbesondere eigenen Inobhutnahme-Erfahrungen befassen?
- 2.) Wenn ja: gibt es bei Menschen mit Inobhutnahme-Erfahrungen im Verlauf medizinische Besonderheiten und wie lange dauern diese an?
- 3.) Gibt es medizinische Aspekte, die in der internistischen Betreuung bei Menschen mit Inobhutnahme-Erfahrung einer besonderen Beachtung bedürfen?

3 Material und Methoden

Mittels Recherche in Pubmed, medline, google scholar und im Katalog der Universitätsbibliothek der LMU München wurde bis zum 23.05.2023 anhand der Suchbegriffe „Inobhutnahme“, „Fremdunterbringung“, „Folgen“, „take into care“, „take into custody“, „foster care“, „attachment“, „child removal“, „child maltreatment“, „child protective service“, „out of home care“, „physical health“ nach Studien gesucht, welche sich mit den somatischen Auswirkungen einer Fremdunterbringung befassen.

Bei den hierdurch gefundenen Publikationen wurden anschließend die Literaturverzeichnisse durchforstet, um eventuell der vorausgegangenen Suche entgangene Publikationen zur Thematik zu finden.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Studien werden nachfolgend bezüglich der Fragestellung dargestellt und bewertet.

4 Ergebnisse

Im Vergleich zur Häufigkeit und zunehmenden Dauer der Inobhutnahmen wurde deren Auswirkung auf die Gesundheit der Betroffenen nur in vergleichsweise wenigen Studien untersucht. Im Folgenden werden Studien dargestellt, welche Hinweise auf die Auswirkungen einer Inobhutnahme geben.

Bei der Literaturrecherche fanden sich 17 Publikationen, in denen über mögliche medizinische Folgen von unterbrochenen Familiengeschichten/ Inobhutnahmen berichtet wurde.

Die Publikationen erheben Daten zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Leben von Individuen mit unterbrochenen Familiengeschichten. Die Untersuchungszeitpunkte variieren von Untersuchungen während der Fremdunterbringung bis zu Erhebungen im Erwachsenenalter bezüglich möglicher Langzeitauswirkungen.

Untersuchungszeitpunkt: während der Fremdunterbringung

einmalige Untersuchungen:

- „kleine Kinder in stationären Hilfen: Ergebnisse eines Praxisentwicklungsprojekts“ (Kress, Hansbauer, 2012)
- „Veränderungen im (verhaltensregulierenden) Neuropeptidhaushalt durch frühkindliche Erfahrungen“ (Fries et al., 2005)
- „Neuroendokrine Dysregulierung infolge früher sozialer Deprivation bei Kindern“ (Fries et al., 2008)
- „Psychische und physische Gesundheit von Kindern in einer Pflegefamilie“ (Turney, Wildeman, 2016)

viermalige Untersuchungen im Kleinkindalter

- „Psychiatrische Auswirkungen von Heimunterbringung bei kleinen Kindern – Das Bukarest-Projekt“ (Bos et al., 2011)

Untersuchungszeitpunkt: Erwachsenenalter

einmalige Untersuchungen:

- „Der Einfluss von Fremdunterbringung in der Kindheit auf die psychische und physische Gesundheit im Erwachsenenalter“ (Zlotnick et al., 2012)
- „Fremdunterbringung in der Kindheit und die Gesamtmortalität im Erwachsenenalter: eine Kohortenstudie“ (Gao et al., 2017)
- „Kardiovaskuläre Gesundheit 60 Jahre nach kriegsbedingter Evakuierung im Kindesalter“ (Alastalo et al., 2009)
- „Fremdunterbringung in der Kindheit und biomedizinische Risikofaktoren im Erwachsenenalter: die 1970er britische Kohortenstudie“ (Batty, Hamer, 2021)
- „Fremdunterbringung in der Kindheit und biomedizinische Risikofaktoren im Erwachsenenalter: Nationale Geburtskohortenstudie“ (de Mestral et al., 2020)
- „Kardiovaskuläre Erkrankungen bei Personen mit Fremdunterbringungserfahrung: eine schwedische nationale Kohortenstudie“ (Hjern et al., 2023)
- „Was passiert mit Jugendlichen, die von den Eltern getrennt werden? Gesundheitliche und ökonomische Folgen für Frauen mit Fremdunterbringungserfahrung“ (Schneider et al., 2009)
- „Ergebnisse im Erwachsenenalter nach Langzeit-Fremdunterbringung: ein Geschwisteransatz“ (Brännström et al., 2020)

mehrere Untersuchungszeitpunkte von Kindheit bis Erwachsenenalter

- „Zur Problematik der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Anstalten – Hospitalismus und Deprivation“ (Hellbrügge, 1966)
- „Die Gesundheit junger Erwachsener nach Fremdunterbringung und bei verschiedenen ökonomischen Hintergründen“ (Ahrens et al., 2014)

- „Gesundheit im Erwachsenenalter und soziale Ergebnisse von Kindern, die in staatlicher Pflege waren: eine populationsbasierte Studie“ (Viner, Taylor, 2005)
- „Zusammenhang zwischen Fremdunterbringung in der Kindheit und Ergebnissen bezüglich Sozialen, Kriminalität, Gesundheit im Erwachsenenalter: sechs Dekaden Nachuntersuchung der 1958er Geburtskohortenstudie“ (Xie et al., 2021)

Es ist – trotz über 47 000 Inobhutnahmen im Jahr 2021 alleine in Deutschland (Destatis, 2022) - keine Studie bekannt, bei der Kinder vor, während und nach Inobhutnahme/Fremdunterbringung bis ins Erwachsenenalter wissenschaftlich begleitet wurden.

4.1 Auswertung von Publikationen zu den möglichen medizinischen Folgen einer Inobhutnahme

Aufgrund der Uneinheitlichkeit der Studienmethodik und Fragestellung sowie der damit einhergehenden Problematik die Ergebnisse zu codieren und einer vergleichenden, quantitativen Analyse zu unterziehen, wurde keine Metaanalyse durchgeführt, sondern die Publikationen im Folgenden individuell betrachtet.

Zudem wären für eine Metaanalyse „quantitative empirische Arbeiten“ (Eisend, 2004: 26) nötigt, da qualitative Ergebnisse aus Fallstudien nicht metaanalysierbar sind (Eisend, 2004).

Nachfolgend werden die 17 ermittelten Publikationen einheitlich mit folgendem Schema ausgewertet:

- 1.) Teilnehmer
- 2.) Untersuchungsziel
- 3.) Studiendesign
- 4.) Ergebnisse
- 5.) zusammenfassende Tabelle

Mit der Bezeichnung Kinder sind Personen unter 18 Jahren gemeint. Auf die konsequente Unterscheidung zwischen Kindern und Jugendlichen wird verzichtet.

4.1.1 „Kleine Kinder in stationären Hilfen: Ergebnisse eines Praxisentwicklungsprojekts“ (Kress, Hansbauer 2012)

Teilnehmer

Die Teilnehmer des Projekts sind Kinder unter 6 Jahren, welche durch Inobhutnahme oder durch den Antrag auf temporäre Hilfe zur Erziehung ihres Personensorgeberechtigten in einer der drei Unterbringungsformen betreut wurden (Kress, Hansbauer, 2012):

- 1.) familiäre Bereitschaftspflege
- 2.) altershomogene U6-Gruppenbetreuung
- 3.) altersgemischte Gruppenbetreuung

Untersuchungsziel

Ziel der Studie war es zentrale Problembereiche und Belastungen bei der Unterbringung jüngerer Kinder zu identifizieren und im Anschluss angemessene Konzepte und Verfahrensstandards für den Umgang mit kleinen Kindern in der stationären Unterbringung zu erarbeiten sowie das Management von Übergängen in andere Settings zu verbessern (Kress, Hansbauer, 2012).

Studiendesign

Die Fachhochschule Münster führte in Zusammenarbeit mit der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe in den Jahren 2010 und 2011 ein Praxisentwicklungsprojekt durch (Kress, Hansbauer, 2012). Hierfür wurden Fallskizzen aufbereitet und zusammen mit Fachkräften in Workshops und Gruppendiskussionen bearbeitet (Kress, Hansbauer, 2012). Es waren 11 Einrichtungen an diesem Projekt beteiligt und es sollten nicht nur Erkenntnisse über die aktuelle Praxis bei Fremdunterbringungen gewonnen werden, sondern auch Ansätze zur Weiterentwicklung der Praxis aufgezeigt werden (Kress, Hansbauer, 2012).

Aus jeder der Gruppen des Probandenkollektivs wurden drei Fallskizzen ausgewählt, jeweils mit unterschiedlich hoher Zufriedenheitseinschätzung (hoch – mittel - niedrig) durch die beteiligten Akteure der Einrichtungen und des Jugendamtes (Kress, Hansbauer, 2012).

Diese Fallskizzen wurden mittels Fragenkatalogs analysiert und in Praxisworkshops diskutiert (Kress, Hansbauer, 2012). In leitfadengestützten Gruppendiskussionen wurden anschließend einzelne Aspekte vertieft und abschließend mit Fachkräften aus Praxis und Forschung ein Ergebnisraster erstellt (Kress, Hansbauer, 2012).

Ergebnisse

Die in diesem Praxisentwicklungsprojekt beschriebenen psychischen und somatischen Auffälligkeiten bei Kindern während der Inobhutnahme sind in der nachfolgenden Übersicht dargestellt:

Tabelle 1: Belastungen für Kinder bei der Inobhutnahme

Quelle: eigene Erstellung nach Kress, Hansbauer, 2012

Problematik	Auswirkungen für die Kinder
fehlende Transparenz gegenüber den Kindern bezüglich der Gründe für die Trennung von ihren Eltern	Reaktion der Kinder mit Verunsicherung, Selbstanklagen
Spannungen zwischen Betreuern und Eltern	Kinder übertragen die Schuld auf sich und reagieren mit Verunsicherung, Selbstbeschuldigungen und Loyalitätskonflikten
unklare Perspektive für die Kinder	Wutausbrüche und andere Krisen
Kinder weisen meist enge Bindung zu den leiblichen Eltern auf	weinerliches oder aufgedrehtes Verhalten, psychosomatische Reaktionen (Übelkeit, Fieber) vor/ während/ nach einem Besuchskontakt
oft lange Dauer der Inobhutnahme, sodass neue Bindungen in der Einrichtung entstehen	Rückführung oder Übergang in ein anderes Setting ist mit erneutem Bindungsabbruch verbunden.

Für Jugendamt, leibliche Eltern und Fachkräfte/ Betreuungseltern bestehen also eine Reihe von Herausforderungen, wenn ein Kind an einen neuen temporären Lebensort gebracht wird (Kress, Hansbauer, 2012).

Im Projekt stellte sich heraus, dass das Jugendamt für ein Gelingen der Unterbringung die Verantwortung für den Gesamtprozess der Hilfesteuerung übernehmen muss (Kress, Hansbauer, 2012). Bei guten Fallverläufen war eine gelungene Kooperation von Jugendamt, Fachkräften am neuen Lebensort und Herkunftsfamilie gegeben (Kress, Hansbauer, 2012). Häufig äußerten die Projektteilnehmer, dass die Rolle des Prozesskoordinators, der "den Überblick über sämtliche Aspekte des Falls behalte, Informationen bündle, Fristen und Zeiten beachte, Alternativen abwäge und vor allem den Blick auf die Familie als Gesamtsystem richte und trotzdem bei allem das Kindeswohl als Richtwert des Handelns ansetze, anstatt sich lediglich auf die Bedürfnisse der Eltern oder des Kindes zu fokussieren" (Kress, Hansbauer, 2012: 46) fehle. Einige Jugendamtsmitarbeiter zeigten nicht immer die notwendige Präsenz und verhielten sich abwartend passiv (Kress, Hansbauer, 2012). Nicht oder selten stattfindende Hilfeplangespräche - die Grundlage für das fachliche Handeln bei der Fremdunterbringung - sorgen für Prozessverzögerungen (Kress, Hansbauer, 2012). Auch Gerichtsverhandlungen und Anfertigung von psychologischen Gutachten nehmen in manchen Fällen mehrere Monate in Anspruch (Kress, Hansbauer, 2012).

Die lange Dauer von Fremdunterbringungen stellt ein allgemeines Problem dar, wenn Kinder so lange in den Einrichtungen bleiben, dass Bindungen entstehen, die eine Rückführung oder einen Übergang in ein anderes Setting erschweren (Kress, Hansbauer, 2012). Aufgrund der schnellen Bindungsbereitschaft kleiner Kinder und der kurzen kleinkindlichen Zeitwahrnehmung sollten temporär angelegte Maßnahmen auf wenige Monate beschränkt sein (Kress, Hansbauer, 2012).

Da die Kinder häufig eine enge Bindung zu ihren Eltern verspüren, sollte eine umfassende Einbeziehung der Eltern angestrebt werden (Kress, Hansbauer, 2012). Ein Besuchskontakt alle vier Wochen sei außerhalb der Zeitwahrnehmung eines kleinen Kindes (Kress, Hansbauer, 2012). Die Einbeziehung der Eltern zeigt

positive Auswirkungen auf die Fallverläufe und das Bindungsverhalten der Kinder, da die meist genannte Herausforderung die Gratwanderung zwischen Befriedigung des kindlichen Bedürfnisses nach Bindung am Lebensort und Wahrung von Distanz wegen der Trennungsrisiken bei Beendigung der Hilfe darstelle (Kress, Hansbauer, 2012).

Die leiblichen Eltern sollen mit Informationen versorgt und nicht ausgeschlossen werden, da das Ausschließen zu Abwehrhaltungen und Mitwirkungsweigerungen führen kann (Kress, Hansbauer, 2012). Mitwirkung und Informationsweitergabe seitens der Eltern seien für das Gelingen des Fallverlaufs essenziell (Kress, Hansbauer, 2012).

Ein gelingender Hilfeprozess ist abhängig von der Entscheidung über die adäquate Hilfeform/ Unterbringungsort (Kress, Hansbauer, 2012). In der Praxis erfolge die Wahl des Unterbringungsortes häufig nach dem Zufallsprinzip, nach schnell verfügbaren Plätzen oder einem guten Verhältnis zwischen Jugendamt und freiem Träger, nicht nach pädagogisch-fachlichen Aspekten (Kress, Hansbauer, 2012). Es wird für die freien Träger ein Konflikt beschrieben zwischen Kindesbedürfnissen und Jugendamt: Zum Jugendamt sollen gute Beziehungen aufrechterhalten werden, damit es die Kinder nicht bei einem anderen, weniger fordernden Träger unterbringt (Kress, Hansbauer, 2012).

Die Ergebnisse des Projekts betonen die Wichtigkeit von Strategien und Verfahrensstandards bei der Arbeit mit „Kleine(n) Kinder(n) in stationären Hilfen“ (Kress, Hansbauer, 2012: 1).

Zusammenfassende Tabelle:

Tabelle 2: Zusammenfassung von „Kleine Kinder in stationären Hilfen: Ergebnisse eines Praxisentwicklungsprojekts“ (Kress, Hansbauer, 2012)

Quelle: eigene Erstellung anhand oben genannter Literatur

Quelle	Kress, Hansbauer, 2012
Teilnehmer	9 Fallberichte von Kindern unter 6 Jahren, welche nach Inobhutnahme oder aufgrund temporärer Hilfe zur Erziehung fremduntergebracht waren
Untersuchungsziel	Identifikation zentraler Problembereiche und Belastungen bei der Unterbringung jüngerer Kinder, Erarbeiten angemessener Konzepte und Verfahrensstandards für den Umgang mit kleinen Kindern in der stationären Unterbringung und Herausarbeiten von Verbesserungen für das Management von Übergängen in andere Settings.
Studiendesign	Es wurden 9 Fallskizzen mit verschiedenen Zufriedenheitseinschätzungen ausgewählt. Die Fallskizzen wurden mittels Fragenkatalogs analysiert und in Praxisworkshops diskutiert.
Ergebnisse	Als Belastungen bei der Inobhutnahme wurden Reaktionen der Verunsicherung, Selbstbeschuldigungen und Loyalitätskonflikte sowie Wutausbrüche und andere Krisen bei den Kindern beobachtet. Neben weinerlichem oder aufgedrehtem Verhalten konnten auch psychosomatische Reaktionen wie Übelkeit oder Fieber vor/während/nach Besuchskontakten beobachtet werden. Folgende Konzepte und Verfahrensstandards wurden erarbeitet: Wichtig für einen guten Verlauf ist eine gelungene Kooperation von Jugendamt, Fachkräften und Herkunftsfamilie mit regelmäßigen Hilfeplangesprächen ohne Prozessverzögerungen. Es soll eine kurze Dauer der Fremdunterbringung angestrebt werden, um einen Bindungsabbruch bei Rückführung oder Übergang in ein anderes Setting zu verhindern und die Eltern sollen umfassend einbezogen werden. Die Auswahl des Unterbringungsortes soll nach pädagogisch-fachlichen Aspekten erfolgen.

4.1.2 „Veränderungen im (verhaltensregulierenden) Neuropeptidhaushalt durch frühkindliche Erfahrungen“ (Fries et al., 2005)

Teilnehmer

Für die Studie von Fries et al. (2005) wurden zwei Gruppen gebildet:

Gruppe 1 bestand aus 12 Mädchen und 6 Jungen, die direkt nach der Geburt ins Waisenhaus gebracht wurden (Fries et al., 2005). Sie verbrachten dort 7-42 Monate (durchschnittlich 16,6 Monate) und kamen anschließend in Adoptivhaushalte, wo sie zum Studienzeitpunkt bereits 10-48 Monate (durchschnittlich 34,6 Monate) Zeit hatten sich einzuleben (Fries et al., 2005).

Gruppe 2, die Vergleichsgruppe, stellten 12 Mädchen und 9 Jungen dar, die von ihren biologischen Eltern in häuslicher Umgebung großgezogen werden (Fries et al., 2005).

Die beiden Gruppen stimmten bezüglich Alter und sozioökonomischem Hintergrund überein (Fries et al., 2005).

Untersuchungsziel

Ziel der Studie war es den Einfluss von frühkindlichen sozialen Erfahrungen auf die nachfolgende durch das Gehirn beeinflusste Verhaltensentwicklung zu beleuchten (Fries et al., 2005). Aus Tierversuchen ist bekannt, dass die Neuropeptide OT (Oxytocin) und AVP (Arginine Vasopressin) einen wesentlichen Teil des emotionalen Kreislaufs bei Säugetieren darstellen (Fries et al., 2005). Sie sind wichtig für die soziale Entwicklung (Bindung, Freundschaften) und die Regulierung des emotionalen Verhaltens (Fries et al., 2005). Es sollte herausgefunden werden, ob Oxytocin- und Vasopressinhaushalt durch frühkindliche Erfahrungen beeinflusst werden (Fries et al., 2005).

Studiendesign

Die Kinder beschäftigten sich 30 Minuten mit einem interaktiven Computerspiel und saßen entweder auf dem Schoß der (Adoptiv-)Mutter oder einer unbekannten Frau (Fries et al., 2005). Bei diesem Computerspiel kam das Kind in physischen Kontakt (Kitzeln, den Kopf tätscheln, gegenseitig Finger zählen, gegenseitig ins Ohr flüstern) (Fries et al., 2005). Nach 15-20 Minuten wurde eine Urinprobe genommen,

um die OT und AVP- Konzentration zu ermitteln (Fries et al., 2005). Die basalen Werte wurden aus dem Morgenurin bestimmt (Fries et al., 2005).

Ergebnisse

- basales OT ergab ähnliche Werte in beiden Gruppen (Fries et al., 2005)
- basales AVP war niedriger in Gruppe 1 als in Gruppe 2 (Fries et al., 2005)
- nach physischem Kontakt zur Mutter stieg bei Gruppe 2 das OT-Level an, nicht aber bei Gruppe 1 (Fries et al., 2005)
- nach physischem Kontakt zur fremden Frau zeigten sich bei beiden Gruppen keine Unterschiede im OT- Level (Fries et al., 2005)
- das AVP-Level wies keinen Unterschied bei physischem Kontakt auf, weder zwischen den beiden Gruppen, noch zwischen Mutter und fremder Frau (Fries et al., 2005).

Auch wenn die Kinder aus Gruppe 1 bereits durchschnittlich drei Jahre lang in Familienstrukturen lebten, war dennoch ein gestörter Neuropeptidhaushalt nachweisbar (Fries et al., 2005). Die Ergebnisse zeigen auf, dass soziale Deprivation die Entwicklung des OT- und AVP-Systems und damit die spätere Fähigkeit soziale Bindungen zu generieren behindert (Fries et al., 2005). Diese Daten gehen mit der Erkenntnis einher, dass Kinder, die in Heimen oder psychologisch vernachlässigten Umgebungen aufwachsen oft langfristige Probleme in der sozialen Entwicklung aufweisen (Fries et al., 2005).

Zusammenfassende Tabelle:

Tabelle 3: Zusammenfassung von „Veränderungen im (verhaltensregulierenden) Neuropeptidhaushalt durch frühkindliche Erfahrungen“ (Fries et al., 2005)

Quelle: eigene Erstellung anhand Fries et al., 2005

Quelle	Fries et al., 2005
Teilnehmer	18 Kinder, die nach ihrer Geburt für 7-42 Monate im Waisenhaus lebten und anschließend seit 10-48 Monaten bei ihren Adoptiveltern leben sowie eine Vergleichsgruppe aus 21 Kindern, die bei ihren biologischen Eltern in häuslicher Umgebung leben.
Untersuchungsziel	Einfluss von frühkindlichen sozialen Erfahrungen auf die nachfolgende durch das Gehirn beeinflusste Verhaltensentwicklung (Oxytocin und Arginine Vasopressinhaushalt)
Studiendesign	Auswertung und Vergleich des Oxytocin- und Vasopressin-Spiegels in Urinproben nach physischem Kontakt zu (Adoptiv-) Mutter oder unbekannter Frau
Ergebnisse	Die beiden untersuchten Gruppen wiesen Unterschiede bei Oxytocin- und Arginine Vasopressin- Konzentration auf. Obwohl die Kinder bereits durchschnittlich drei Jahre bei ihren Adoptiveltern leben, konnte ein gestörter Neuropeptidhaushalt nachgewiesen werden.

4.1.3 „Neuroendokrine Dysregulierung infolge früher sozialer Deprivation bei Kindern“ (Fries et al., 2008)

Teilnehmer

Fries et al. (2008) bildeten zwei Teilnehmergruppen: Gruppe 1 stellten 12 Mädchen und 6 Jungen mit Heimerfahrung dar, die seit ca. 3 Jahren bei Adoptiveltern leben. Gruppe 2 (Vergleichsgruppe) stellten 12 Mädchen und 9 Jungen ohne Heimerfahrung dar, die bei ihren biologischen Eltern leben (Fries et al., 2008).

Untersuchungsziel

Die langfristigen neurobiologischen Auswirkungen früher Deprivation sollten untersucht werden (Fries et al., 2008). Da der Körper bei Stress mit der Ausschüttung von Glucocorticoiden, insbesondere Cortisol über die hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis reagiert, wurde der Cortisolspiegel als Messgröße ausgewählt (Fries et al., 2008).

Aus Tierversuchen war bereits bekannt, dass durch frühkindliche Deprivation von der Mutter die HPA-Axis sowohl eine höhere Reaktivität aufweist als auch eine Stressantwort schlechter beendet werden kann - mit der Folge einer verlängerten Cortisol-Antwort (Fries et al., 2008). Es sollte herausgefunden werden wie sich die Cortisolantwort bei den beiden Probandengruppen unterscheidet (Fries et al., 2008).

Studiendesign

Die Eltern in Gruppe 1 füllten Fragebögen aus, aus denen Informationen über die Zeit und Bedingungen im Heim erhalten wurden (Fries et al., 2008).

Alle Eltern sammelten Morgenurin an mehreren Tagen: 4 Proben von Tagen ohne ungewöhnliche Ereignisse. 2 Proben vor dem Experiment und 2 Proben an den Tagen zwischen dem Experiment (Fries et al., 2008).

An zwei getrennten Tagen wurden die Kinder besucht und ein Computerspiel gespielt, welches die Interaktionen zwischen Kind und Erwachsenem erleichtert (Fries et al., 2008). Entweder saßen die Kinder auf dem Schoß der (Adoptiv-)Mutter oder einer ihnen unbekannten Frau (Fries et al., 2008).

Ergebnisse

Sowohl die basalen Cortisolspiegel als auch die Cortisolantworten auf das Experiment wurden analysiert (Fries et al., 2008).

Trotz der kleinen Versuchsgruppen konnten die Autoren Folgendes schlussfolgern:

- 1.) die basalen Cortisolspiegel waren bei Gruppe 1 und Gruppe 2 ähnlich. Erhöhte Cortisolspiegel fanden sich nur bei Kindern, die schwere Vernachlässigung vor der Adoption erfahren hatten (Fries et al., 2008).

- 2.) Nach Interaktion mit ihren (Adoptiv-) Eltern zeigte Gruppe 1 erhöhte Cortisolspiegel (insbesondere die Kinder mit schwerer vorausgegangener Vernachlässigung) im Vergleich zu Gruppe 2 (Fries et al., 2008). Die Cortisolspiegel waren bei Gruppe 1 auch höher als die individuellen basalen Cortisolwerte (Fries et al., 2008). Bei Gruppe 2 nahmen die Cortisolspiegel nach der Interaktion mit der Mutter ab (Fries et al., 2008).
- 3.) Die Interaktion mit der fremden Frau zeigte in beiden Gruppen keine Veränderung des Cortisolspiegels (Fries et al., 2008). Dies deutet laut Fries et al. (2008) darauf hin, dass die Dysregulierung der HPA-Axis bei Gruppe 1 nicht global vorliege, sondern auf das früher sorgende Umfeld beschränkt sei.
- 4.) Die Studie weist darauf hin, dass Kinder, welche früher im Heim vernachlässigt wurden, auf die Interaktion mit dem Elternteil im Sinne eines schwierigen Ereignisses sowohl mit erhöhter Glukokortikoidausschüttung als auch mit einer schwachen Regulierung der HPA-Axis reagieren (Fries et al., 2008).

Zusammenfassende Tabelle:

Tabelle 4: Zusammenfassung von „Neuroendokrine Dysregulierung infolge früher sozialer Deprivation bei Kindern“ (Fries et al., 2008)

Quelle: eigene Erstellung anhand Fries et al., 2008

Quelle	Fries et al., 2008
Teilnehmer	18 Kinder mit Heimerfahrung, die seit ca. 3 Jahren bei ihren Adoptiveltern leben sowie eine Vergleichsgruppe aus 21 Kindern, die bei ihren biologischen Eltern in häuslicher Umgebung leben.
Untersuchungsziel	Untersuchung der langfristigen neurobiologischen Auswirkungen früher Deprivation (Cortisolspiegel)
Studiendesign	Auswertung und Vergleich des Cortisolspiegels in Urinproben nach physischem Kontakt zu (Adoptiv-)Mutter oder unbekannter Frau

Ergebnisse	Die basalen Cortisolspiegel waren bei beiden Gruppen ähnlich. Nach physischem Kontakt mit den (Adoptiv-)Eltern nahmen die Cortisol-Werte bei den Adoptivkindern zu während sie bei der Vergleichsgruppe abnahmen.
------------	---

4.1.4 „Psychiatrische Auswirkungen von Heimunterbringung bei kleinen Kindern – das Bukarest-Projekt“ (Bos et al., 2011)

Teilnehmer

136 Kinder aus Heimen in Bukarest im Alter von unter 31 Monaten (Durchschnittsalter 22 Monate), die entweder einer für das Projekt geschulten Pflegefamilie oder einem Heim zugeteilt wurden (Bos et al., 2011).

Untersuchungsziel

Im „Bucharest Early Intervention Project“, welches im Jahr 2000 startete, sollten die Auswirkungen der institutionalisierten Pflege und die Auswirkungen einer Unterbringung in einer geschulten Pflegefamilie auf Bindung, Bindungsstörungen, emotionale Reaktivität und psychiatrische Symptome untersucht werden (Bos et al., 2011). Außerdem sollten im Rahmen der AD(H)S- Forschung die Elektroenzephalogramme (EEG) der institutionalisierten Kinder auf Auffälligkeiten untersucht werden (Bos et al., 2011).

Studiendesign

Da zu Beginn der Studie die Unterbringung in einer Pflegefamilie in Rumänien nicht üblich war und die Heimunterbringung als Standard galt, konnten Kinder ohne ethische Bedenken in einem randomisierten Verfahren entweder der Pflegefamilie oder dem Heim zugeteilt werden (Bos et al., 2011). In die Studie wurden Kinder unter 31 Monaten aus sechs Heimen in Bukarest einbezogen (Bos et al., 2011). Bei Aufnahme in die Studie wurden die Kinder untersucht und ihr Pflegeumfeld beschrieben (Bos et al., 2011). Für die Studie wurden Pflegeeltern rekrutiert und geschult (Bos et al., 2011). Anschließend wurden zwei Gruppen gebildet: foster care group und care-as-usual group (Bos et al., 2011). Nach der Erstuntersuchung wurden Folgeuntersuchungen mit 30, 42 und 54 Monaten durchgeführt und die

Entwicklung der beiden gebildeten Gruppen miteinander und mit einer Gruppe nicht fremduntergebrachter Kinder (community controls) verglichen (Bos et al., 2011).

Es wurde die Art der Bindung (sicher, vermeidend, resistent und desorganisiert) von Bos et al. (2011) mittels 8 Episoden der „Strange Situation Procedure“ ermittelt. Bindungsstörungen wurden durch Interviews mit den Bezugspersonen ermittelt (Bos et al., 2011). Um die emotionale Reaktivität zu beurteilen wurden Aufmerksamkeit, Mimik und verbales Verhalten der Kinder bei einem interaktiven Puppenspiel und beim Guckguck-Spiel mit der Bezugsperson ausgewertet (Bos et al., 2011).

Psychiatrische Symptome wurden im Alter von 54 Monaten mittels Befragung der Bezugspersonen ermittelt (Bos et al., 2011).

Ergebnisse

A) Bindung: bei der Erstuntersuchung wiesen 19% der fremduntergebrachten Kinder eine sichere Bindung auf, im Vergleich zu 74% der noch nie fremduntergebrachten community controls (Bos et al., 2011). Voll ausgebildete Bindungen lagen bei 3% der institutionalisierten Kinder und 100% der nie fremduntergebrachten Kinder vor (Bos et al., 2011).

B) Bindungsstörungen: die fremduntergebrachten Kinder wiesen bei Erstuntersuchung höhere Werte für Bindungsstörungen sowohl der gehemmten als auch der ungehemmten Form auf (Bos et al., 2011).

C) emotionale Reaktivität: Die fremduntergebrachten Kinder zeigten mehr negative und weniger positive Emotionen (im Vergleich zu den community controls) (Bos et al., 2011).

Ergebnisse der Folgeuntersuchungen:

Die Wirksamkeit der Unterbringung in einer Pflegefamilie wurde von Bos et al. (2011) in den Folgeuntersuchungen nach 30,42 und 54 Monaten beurteilt.

A) Bindung: Mit 42 Monaten zeigten 49% der Kinder in Pflegefamilien eine sichere Bindung im Vergleich zu 18% bei den Heimkindern und 65% bei der Kontrollgruppe (Bos et al., 2011).

B) Bindungsstörungen: Die Kinder in Pflegefamilien zeigten im Vergleich zur Kontrollgruppe keine erhöhten Werte für Anzeichen auf die gehemmte Form der Bindungsstörung, wohl aber die Kinder im Heim (Bos et al., 2011).

C) emotionale Reaktivität: Die Kinder aus Pflegefamilien zeigten mehr positive Emotionen als die Heimkinder, bei den negativen Emotionen zeigte sich kein Unterschied (Bos et al., 2011). Die Aufmerksamkeit bei gestellten Aufgaben war bei den Kindern in Pflegefamilien höher als bei den Heimkindern (Bos et al., 2011).

D) Psychiatrische Symptome: 53% der Kinder, die jemals fremduntergebracht waren (sowohl Heim als auch Pflegefamilie) zeigten diagnostizierbare psychiatrische Störungen (Bos et al., 2011). Bei den nie fremduntergebrachten Kindern waren es 22% (Bos et al., 2011).

Fremduntergebrachte Kinder zeigten mehr internalisierende (Angststörungen, depressive Störungen) und externalisierende (AD(H)S, Verhaltensstörungen, oppositionelles Trotzverhalten) Symptome als nie fremduntergebrachte Kinder (Bos et al., 2011).

Die Kinder in einer Pflegefamilie zeigten weniger internalisierende Störungen als die Heimkinder (Bos et al., 2011). Bei den externalisierenden Störungen war kein solcher Unterschied zwischen Kindern in Heim und Pflegefamilie vorhanden (Bos et al., 2011).

Der neuronale Mechanismus, welcher die Verbindung zwischen Fremdunterbringung und späterer schlechter mentaler Gesundheit bildet, wurde mittels EEG näher untersucht: bei der Erstuntersuchung der fremduntergebrachten Kinder konnte festgestellt werden, dass vermehrt Theta- Wellen und weniger Alpha-Wellen in den frontalen, temporalen und occipitalen Bereichen auftreten (Bos et al., 2011).

Bei der ADHS-Forschung wurde bereits postuliert, dass reduzierte Hochfrequenz- Aktivität und erhöhte Niedrigfrequenz-Aktivität eine Verzögerung der Reifung des

Cortex widerspiegeln (Bos et al., 2011). In der vorliegenden Studie war diese Form der Gehirnaktivität ebenfalls ein Prädikator für Hyperaktivität und Impulsivität (Bos et al., 2011). Das Auftreten der ADHS-Symptome Hyperaktivität und Impulsivität kann also zumindest teilweise mit der verzögerten Reifung des Cortex zusammenhängen (Bos et al., 2011).

Die Autoren vermuten, dass die Reifung des Cortex empfindlich auf das frühkindliche Umfeld reagiert (Bos et al., 2011). Dies ist ein Hinweis darauf, dass die neuronale Entwicklung eine Ursache sein kann für den Zusammenhang zwischen Fremdunterbringung und Psychopathologie (Bos et al., 2011).

Bos et al. (2011) bestätigen in ihrer Studie die negativen Folgeerscheinungen früher institutioneller Pflege auf die mentale Gesundheit. Sie stellen die Vorteile einer Familienunterbringung gegenüber der Heimunterbringung heraus, da die Unterbringung der Kinder in Pflegefamilien zu besseren Beziehungsmustern, weniger (gehemmten) Bindungsstörungen, verbesserten Messwerten bei positiven Emotionen und reduziertem Auftreten von internalisierenden Störungen führte (Bos et al., 2011).

Zusammenfassende Tabelle:

Tabelle 5: Zusammenfassung von „Psychiatrische Auswirkungen von Heimunterbringung bei kleinen Kindern - das Bukarest-Projekt“ (Bos et al., 2011)

Quelle: eigene Erstellung anhand Bos et al., 2011

Quelle	Bos et al., 2011
Teilnehmer	136 Kinder unter 31 Monaten aus Heimen in Bukarest, die entweder einer Pflegefamilie oder einem Heimplatz zugewiesen wurden sowie eine noch nie institutionalisierte Vergleichsgruppe
Untersuchungsziel	Untersuchung der Auswirkungen der institutionalisierten Pflege und die Auswirkungen einer Unterbringung in einer geschulten Pflegefamilie auf Bindung, Bindungsstörungen, emotionale Reaktivität, psychiatrische Symptome sowie Auswertung der Elektroenzephalogramme (EEG) der institutionalisierten Kinder

Studiendesign	<p>Mittels randomisierten Verfahrens Bildung von 2 Gruppen: Kinder, die in der Pflegefamilie leben und Kinder, die im Heim leben. Außerdem Vergleich mit nie institutionalisierter Vergleichsgruppe. Untersuchung dieser Gruppen bezüglich Bindung, Bindungsstörungen, emotionale Reaktivität, psychiatrische Symptome mit Verlaufskontrollen nach 30,42 und 54 Monaten.</p> <p>Auswertung der EEG-Untersuchungen der 136 fremduntergebrachten Kinder</p>
Ergebnisse	<p><u>Erstuntersuchung:</u> die fremduntergebrachten Kinder wiesen im Vergleich zur Vergleichsgruppe weniger häufig eine sichere Bindung auf sowie höhere Werte für Bindungsstörungen. Sie zeigten mehr negative und weniger positive Emotionen.</p> <p><u>Folgeuntersuchungen:</u> am wenigsten häufig lag nach 42 Monaten eine sichere Bindung bei den Heimkindern vor, gefolgt von den Kindern in Pflegefamilien und am häufigsten lag eine sichere Bindung bei der Vergleichsgruppe vor.</p> <p>Die gehemmte Form der Bindungsstörungen lag am häufigsten bei den Heimkindern vor. Die Werte der Kinder in der Pflegefamilie waren vergleichbar mit den Werten der Kontrollgruppe.</p> <p>Die jemals fremduntergebrachten Kinder zeigten deutlich mehr diagnostizierbare psychiatrische Störungen als die Kontrollgruppe.</p> <p>Fremduntergebrachte Kinder zeigten mehr internalisierende (Angststörungen, depressive Störungen) und externalisierende (AD(H)S, Verhaltensstörungen, oppositionelles Trotzverhalten) Symptome als die Vergleichsgruppe. Internalisierende Störungen waren bei Pflegekindern seltener als bei Heimkindern.</p> <p>Das EEG fremduntergebrachter Kinder weist mehr Theta- und weniger Alpha-Wellen in den frontalen, temporalen und occipitalen Bereichen auf. Diese veränderte Aktivität ist aus der AD(H)S-Forschung bekannt und wird mit einer verzögerten Cortexreifung in Verbindung gebracht.</p>

4.1.5 „Zur Problematik der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Anstalten – Hospitalismus und Deprivation“ (Hellbrügge, 1966)

Teilnehmer

69 ehemalige „Lebensborn“-Kinder im Alter von 17-23 Jahren sowie eine gleichaltrige Vergleichsgruppe (Hellbrügge, 2006).

Bei Lebensborn handelte es sich um eine SS-Organisation, bei der in speziell geförderten Säuglingsheimen Kinder aus ausgesuchten Bevölkerungskreisen aufwuchsen (Hellbrügge, 1966) und die spätere NS-Führerelite ohne familiäre Bindung darstellen sollten (Hellbrügge, 2006).

Untersuchungsziel

Ziel der Erhebung war es Auffälligkeiten beim Heranwachsen der Teilnehmer in den ausgesuchten Lebensborn- Heimen zu identifizieren und Besonderheiten im Adoleszentenalter zu untersuchen (Hellbrügge, 1966).

Studiendesign

Die Teilnehmer wurden mittels „katamnestische(r) Erhebungen und eingehende(n) psychologische(n) und tiefenpsychologische(n) Untersuchungen“ (Hellbrügge, 2006: 24) beurteilt und mit einer Vergleichsgruppe gleichen Alters verglichen. Außerdem wurden Krankenberichte, Fürsorgeberichte sowie biographische Anamnesen ausgewertet (Hellbrügge, 1966).

Ergebnisse

Die Untersuchung ergab, dass die Säuglinge sich noch so lange hervorragend entwickelten wie sie Betreuung durch ihre Mütter erfuhren (Hellbrügge, 1966). Nach Trennung von den Müttern nach wenigen Wochen/Monaten entwickelten sie ein Deprivationssyndrom unterschiedlicher Ausprägung (Hellbrügge, 1966). Dieses verläuft nach Pfaundler (zitiert nach Hellbrügge, 1966) in drei Phasen:

1. Phase: Unruhe des Säuglings nach Einlieferung
2. Phase: Resignation des Säuglings. Die Säuglinge reagieren weniger auf äußere Einflüsse und sind häufiger wach

3. Phase: Verfall. Die Säuglinge weisen trotz suffizienter Ernährung blasse, schlaffe Haut und Unterfett und scheinbar oft vermehrten Muskeltonus auf. Die Säuglinge sind widerstandslos gegen Infekte

Obwohl die Lebensborn- Kinder im Kindesalter bezüglich Größe, Gewicht, Blutdruck und Puls unauffällig waren und keine Anämie aufwiesen, war ihr Entwicklungszustand dennoch schlecht: „Sie konnten mit zwei Jahren noch nicht sprechen, hatten keinen Blickkontakt und schrien vor Angst, wenn man sich ihnen näherte. Vor allem fiel ihr leerer Gesichtsausdruck auf, der einen eher traurigen, völlig teilnahmslosen Eindruck machte. Sie nahmen untereinander keinen Kontakt auf, so daß [sic] jedes Kind isoliert war. Wenn sie dennoch Kontakt aufnahmen, geschah dies in Form von Aggressionen.“ (Hellbrügge, 2006: 13)

Im Alter von 17-23 Jahren wurden gegenüber der Vergleichsgruppe folgende Auffälligkeiten festgestellt: neurotische Verwahrlosung (Streunen, Fernbleiben von der Schule oder Arbeit, Eigentumsdelikte, sexuelle Verwahrlosung, kriminelle Gefährdung), niedrigere Intelligenz und Störungen im Leistungsbereich (Hellbrügge, 1966 und Hellbrügge, 2006).

Vor der Untersuchung Hellbrügges konnten die bereits bekannten Auswirkungen des Deprivationssyndroms ins Erwachsenenalter nicht eindeutig auf die Deprivation zurückgeführt werden, da auch die sozial und sozioökonomisch eher schwache Herkunfts-familie von Heimkindern für die spätere Entwicklung in Frage kam (Hellbrügge, 1966). Da die in dieser Studie untersuchten Jugendlichen jedoch aus „ausgesuchten sozialen Bevölkerungskreisen“ (Hellbrügge, 1966: 391) stammten, konnte dieser Einwand relativiert werden (Hellbrügge, 1966).

Zusammenfassende Tabelle

Tabelle 6: Zusammenfassung von „Zur Problematik der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Anstalten – Hospitalismus und Deprivation“ (Hellbrügge, 1966)

Quelle: eigene Erstellung anhand Hellbrügge 1966 und 2006

Quelle	Hellbrügge, 1966
Teilnehmer	69 Personen im Alter von 17-23 Jahren, die zur Zeit des Nationalsozialismus in „Lebensborn“- Heimen aufwuchsen sowie eine Vergleichsgruppe gleichen Alters
Untersuchungsziel	Erheben von Auffälligkeiten beim Heranwachsen in speziellen Heimen und Identifikation von Besonderheiten im Adoleszentenalter
Studiendesign	Katamnestische Erhebungen und (tiefen-)psychologische Untersuchungen, Gegenüberstellen mit Vergleichsgruppe sowie Auswertung der Krankenberichte, Fürsorgeberichte und biographischen Anamnesen
Ergebnisse	Personen aus den Heimen zeigten folgende Besonderheiten: Säuglingsalter: Deprivationssyndrom (blasse, schlaffe Haut und Unterfett trotz suffizientem Ernährungszustand, vermehrter Muskeltonus, Infektfälligkeit) Kleinkindalter: schlechter Entwicklungszustand („mit zwei Jahren noch nicht sprechen“ (Hellbrügge, 2006: 13), kein Blickkontakt, „Schreien vor Angst“ (Hellbrügge, 2006: 13) wenn sich fremde Person nähert, leerer Gesichtsausdruck, keine Kontaktaufnahme zu anderen Kindern oder aggressives Verhalten) Adoleszentenalter: neurotische Verwahrlosung, niedrigere Intelligenz und Störungen im Leistungsbereich

4.1.6 „Der Einfluss von Fremdunterbringung in der Kindheit auf die psychische und physische Gesundheit im Erwachsenenalter“ (Zlotnick et al., 2012)

Teilnehmer

Zlotnick et al. (2012) verwendeten repräsentative Daten aus 70456 die Gesundheit betreffenden Umfragen, die in den Jahren 2003 und 2005 in Kalifornien durchgeführt wurden.

Untersuchungsziel

Ziel der Studie war es die Prävalenz von physischen und psychischen Problemen bei Erwachsenen, die vor ihrem 18. Geburtstag aufgrund staatlicher oder gerichtlicher Beschlüsse von ihrem Elternhaus getrennt wurden und mit anderen Personen als ihren Eltern lebten mit der Prävalenz bei Erwachsenen ohne Fremdunterbringungserfahrung zu vergleichen (Zlotnick et al., 2012).

Studiendesign

Daten aus den Umfragen (n=70456) zur Gesundheit in Kalifornien („California Health Interview Survey“) aus den Jahren 2003 und 2005 wurden durch Zlotnick et al. (2012) ausgewertet. Die Variable ‘Fremdunterbringung in der Kindheit’ wurde in Abhängigkeit zu folgenden drei die Krankheiten betreffenden Variablen untersucht: ‘psychische Probleme in den letzten 30 Tagen’, ‘physische Probleme in den letzten 30 Tagen’, ‘Berufsunfähigkeit im letzten Jahr aufgrund physischer oder psychischer Probleme’ (Zlotnick et al., 2012).

Es wurden außerdem demografische Aspekte (Alter, Geschlecht, Ethnizität) und sozioökonomische Aspekte (Bildung, Familienstand, Vorhandensein einer Krankenversicherung, Leben an oder unterhalb der Armutsgrenze) berücksichtigt (Zlotnick et al., 2012).

Ergebnisse

3,4% der Studienteilnehmer berichteten von einer früheren Fremdunterbringung (Zlotnick et al., 2012).

Die fremduntergebrachten Personen berichteten etwa 1,5-mal so häufig von psychischen Problemen in den letzten 30 Tagen, genauso wie Personen, die an oder unterhalb der Armutsgrenze leben (Zlotnick et al., 2012). Die in ihrer Kindheit fremduntergebrachten Personen zwischen 25 und 55 Jahren fehlten fast dreimal so häufig ein Jahr bei der Arbeit oder bezogen Leistungen für Erwerbsunfähige (Social Security Disability Insurance) (Zlotnick et al., 2012). Sie hatten etwa 1,5-mal so häufig Probleme mit physischer oder psychischer Gesundheit in den letzten 30 Tagen (Zlotnick et al., 2012).

Die fremduntergebrachten Personen zeigten höhere Krankheitsraten bei Asthma (21,1% gegenüber 14,2%), Diabetes (8,4% gegenüber 6,2%), Hypertonie (28,6% gegenüber 24,3%), Epilepsie oder Anfallsleiden (3,2% gegenüber 1,4%) (Zlotnick et al., 2012). Sie waren häufiger Raucher (33,4% gegenüber 16,1%) (Zlotnick et al., 2012). Kein Unterschied war beim Alkoholkonsum nachweisbar (Zlotnick et al., 2012).

Da die fremduntergebrachten Personen sich in allen sozioökonomischen Variablen von den restlichen Studienteilnehmern unterscheiden, wurde eine Anpassung bezüglich demographischer, sozialer und ökonomischer Faktoren vorgenommen und es konnte dennoch ein deutlicher Zusammenhang zwischen chronischen gesundheitlichen Problemen (Arbeitsunfähigkeit) und Fremdunterbringung festgestellt werden (Zlotnick et al., 2012).

Eine Fremdunterbringung könnte als Ereignis gesehen werden, das eine Krankheit entstehen lassen kann (Zlotnick et al., 2012). Eine Kausalität kann durch diese Studie jedoch nicht nachgewiesen werden, da zu beachten ist, dass es sich bei der Fremdunterbringung meist um eine Anhäufung mehrerer Faktoren aus Ereignissen vor und während der Fremdunterbringung handelt (Zlotnick et al., 2012). Die genaue kritische Phase, die zu den physischen und psychischen Problemen führen kann, ist nicht bekannt (Zlotnick et al., 2012).

Zusammenfassende Tabelle

Tabelle 7: Zusammenfassung von „Der Einfluss von Fremdunterbringung in der Kindheit auf die psychische und physische Gesundheit im Erwachsenenalter“ (Zlotnick et al., 2012)

Quelle: eigene Erstellung anhand Zlotnick et al., 2012

Quelle	Zlotnick et al., 2012
Teilnehmer	70456 Umfragen, die in den Jahren 2003 und 2005 in Kalifornien durchgeführt wurden.
Untersuchungsziel	Vergleich der Prävalenz von physischen und psychischen Problemen bei Erwachsenen, die vor ihrem 18. Geburtstag fremduntergebracht wurden, mit der Prävalenz bei Erwachsenen ohne Vergangenheit einer Fremdunterbringung
Studiendesign	Daten aus den Umfragen (n=70456) zur Gesundheit in Kalifornien („California Health Interview Survey“) aus den Jahren 2003 und 2005 wurden bezüglich Fremdunterbringung in der Kindheit ausgewertet und der Zusammenhang zu psychischen Problemen in den letzten 30 Tagen, physischen Problemen in den letzten 30 Tagen sowie Berufsunfähigkeit im letzten Jahr aufgrund physischer oder psychischer Probleme untersucht. Es wurden außerdem demografische Aspekte und sozioökonomische Aspekte berücksichtigt.
Ergebnisse	Die fremduntergebrachten Personen zeigten höhere Krankheitsraten bei Asthma, Diabetes, Hypertonie und Epilepsie oder Anfallsleiden. Sie waren häufiger Raucher. Auch psychische Probleme lagen häufiger vor. Diese Zusammenhänge waren auch nach Anpassung bezüglich demografischer, sozialer und ökonomischer Faktoren feststellbar. Es ist nicht klar welcher Faktor bei der Fremdunterbringung (vor oder während der Fremdunterbringung) die psychischen und physischen Probleme auslösen kann.

4.1.7 „Fremdunterbringung in der Kindheit und die Gesamtmortalität im Erwachsenenalter: eine Kohortenstudie“ (Gao et al., 2017)

Teilnehmer

15048 Personen, die 1953 in Stockholm geboren wurden und im Rahmen einer Geburtskohortenstudie bis 2009 nachverfolgt wurden (Gao et al., 2017).

Untersuchungsziel

Ziel war es herauszufinden ob eine Fremdunterbringung in der Kindheit Auswirkungen auf die Gesamtmortalität im Erwachsenenalter hat (Gao et al., 2017).

Studiendesign

In dieser Studie werteten Gao et al. (2017) Daten aus der Stockholmer-Geburtskohorten-Studie aus. Eine Fremdunterbringung bis zum 19. Geburtstag wurde berücksichtigt (Gao et al., 2017). Daten zur Sterblichkeit zwischen Januar 1973 und Februar 2009 wurden erhoben (Gao et al., 2017). Die häufigsten Todesursachen waren Krebs, Folgen von Substanzmissbrauch, Kreislauferkrankungen, Verletzungen und Suizid (Gao et al., 2017). In der Studie wurden die Todesursachen nicht unterschieden, sondern die Gesamtmortalität berücksichtigt (Gao et al., 2017).

Um die kausale Interferenz zu verbessern, wurden zum einen verschiedene Charakteristiken der Herkunfts-familie berücksichtigt (elterlicher Berufsstand, Alter der Mutter, Familienstand der Eltern) und zum anderen zwei Kontrollgruppen gebildet, die unter ähnlichen Bedingungen aufwuchsen, jedoch keine Fremdunterbringung erfuhren: Gruppe 1 erhielt Unterstützung durch das Jugendamt, lebte aber zu Hause und Gruppe 2 wurde zwar durch das Jugendamt geprüft, erfuhr aber keine Fremdunterbringung (Gao et al., 2017).

Ergebnisse

Die Gesamtmortalität im Alter von 20 bis 56 Jahren war bei Personen, die in ihrer Kindheit oder Jugend in einer Fremdunterbringung lebten im Vergleich zur nicht fremduntergebrachten Mehrheitspopulation erhöht (Gao et al., 2017).

Geschlechtsunterschiede konnten keine festgestellt werden (Gao et al., 2017). Die Todesrate war nach Unterbringung in einer Pflegefamilie etwas höher als nach Unterbringung im Heim (Gao et al., 2017).

5,2% der Kohorte starb zwischen 1973 und 2009 (Gao et al., 2017).

9,3% der Kohorte wurden in der Zeit bis zu ihrem 19. Geburtstag fremduntergebracht (Gao et al., 2017).

14,9% der Kohorte gehörte der Kontrollgruppe 1 an, wurde also nicht fremduntergebracht, erhielt aber Hilfen vom Jugendamt (Gao et al., 2017).

12,4% der Kohorte gehörte der Kontrollgruppe 2 an, die zwar vom Jugendamt kontrolliert wurde, aber keine Fremdunterbringung erfolgte (Gao et al., 2017).

In der Gruppe der Fremduntergebrachten war das Todesrisiko fast 3-mal so hoch [HR=2,99; CI=2,53-3,53] wie bei den Personen ohne Fremdunterbringung (Gao et al., 2017). Nach Anpassung der Daten bezüglich elterlichen Berufsstands, Alter der Mutter und Familienstand der Eltern, war das Sterberisiko bei den fremduntergebrachten Personen zwar etwas niedriger, aber immer noch um den Faktor 2,85 [CI=2,39-3,39] erhöht (Gao et al., 2017).

Die fremduntergebrachten Personen hatten auch im Vergleich zu Kontrollgruppen, die unter ähnlichen Bedingungen aufwuchsen, aber keine Fremdunterbringung erfuhren, ein deutlich höheres Sterberisiko: Verglichen mit Kontrollgruppe 1 war das Todesrisiko bei den Fremduntergebrachten um den Faktor 2,14 [CI=1,71-2,66] erhöht und verglichen mit Kontrollgruppe 2 war das Risiko immer noch um den Faktor 1,62 [CI = 1,31-2,00] erhöht (Gao et al., 2017).

Zusammenfassende Tabelle

Tabelle 8: Zusammenfassung von „Fremdunterbringung in der Kindheit und die Gesamtmortalität im Erwachsenenalter: eine Kohortenstudie“ (Gao et al., 2017)

Quelle: eigene Erstellung anhand Gao et al., 2017

Quelle	Gao et al., 2017
Teilnehmer	15048 Personen, die 1953 in Stockholm geboren wurden.

Untersuchungsziel	Untersuchung der Auswirkungen einer Fremdunterbringung in der Kindheit auf die Gesamt mortalität im Erwachsenenalter.
Studiendesign	<p>Studie mit Daten aus der Stockholmer-Geburtskohorten-Studie.</p> <p>Es wurden Fremdunterbringungen bis zum 19. Geburtstag und Daten zur Sterblichkeit zwischen 1973 und 2009 erhoben.</p> <p>Außerdem wurden zwei Kontrollgruppen gebildet, die unter ähnlichen Bedingungen wie die Fremduntergebrachten aufwuchsen, jedoch keine Fremdunterbringung erfuhren.</p>
Ergebnisse	<p>Die Gesamt mortalität im Alter von 20 bis 56 Jahren war bei Personen, die in ihrer Kindheit in einer Fremdunterbringung lebten im Vergleich zur nicht fremduntergebrachten Mehrheitspopulation erhöht.</p> <p>Die fremduntergebrachten Personen hatten auch im Vergleich zu Kontrollgruppen, die unter ähnlichen Bedingungen aufwuchsen, aber keine Fremdunterbringung erfuhren, ein um 62-114% höheres Sterberisiko.</p>

4.1.8 „Psychische und physische Gesundheit von Kindern in einer Pflegefamilie“ (Turney, Wildeman, 2016)

Teilnehmer

92 159 Kinder im Alter von 0-17 Jahren, die in den USA leben und nicht in einer stationären Einrichtung untergebracht sind, von denen 481 Kinder in einer Pflegefamilie leben (Turney, Wildeman, 2016).

Untersuchungsziel

Ziel war es die psychische und physische Gesundheit der Kinder, die in einer Pflegefamilie leben, mit der Gesundheit der Kinder, die nicht in einer Pflegefamilie leben, zu vergleichen (Turney, Wildeman, 2016). Außerdem sollte der Gesundheitszustand bei Kindern in einer Pflegefamilie und bei sozioökonomisch benachteiligten Kindern verglichen werden (Turney, Wildeman, 2016).

Studiendesign

Turney und Wildemann (2016) verwendeten repräsentative Daten aus der „National Survey of Children’s Health (NSCH)“ (Turney, Wildemann, 2016: 2) aus 2011 – 2012. Hierbei wurde ein Erwachsener des Haushalts zur Gesundheit des Kindes befragt (Turney, Wildeman, 2016). Die Befragung beinhaltete folgende Gesundheitsaspekte des Kindes: 2 allgemeine Anzeichen für die Gesundheit (schlechte Gesundheit, Aktivitätseinschränkungen) und 11 spezifische Anzeichen für die Gesundheit (Lernschwäche, AD(H)S, Depressionen, Angstzustände, Verhaltensprobleme, Entwicklungsverzögerungen, Asthma, Übergewicht, Sprech- und Sprachprobleme, Hörprobleme, nicht mit Standard-Brille korrigierbare Sehprobleme) (Turney, Wildeman, 2016).

Außerdem wurde gefragt, ob es sich um eine Pflegefamilie handelt und wenn nicht so wurden die Familienverhältnisse erfasst (Turney, Wildeman, 2016). Darüber hinaus wurden Daten zum sozioökonomischen Hintergrund erhoben (Turney, Wildeman, 2016). Bei Pflegekindern wurden die Verhältnisse der Pflegefamilie erfasst und nicht die der Herkunftsfamilie (Turney, Wildeman, 2016).

Ergebnisse

Turney und Wildeman (2016) stellten fest, dass Kinder und Jugendliche in einer Pflegefamilie im Vergleich zu den nicht in einer Pflegefamilie lebenden Kindern und Jugendlichen häufiger Gesundheitsprobleme (4,2% gegenüber 3,1%) und Aktivitätseinschränkungen (9,8% gegenüber 4,8%) haben. Auch die folgenden spezifischen Krankheitsanzeichen sind bei den Kindern in Pflegefamilien häufiger: Lernschwäche (14,7% gegenüber 7,6%), AD(H)S (21,8% gegenüber 7,4%), Depressionen (14,2% gegenüber 2,0%), Angstzustände (14,2% gegenüber 3,1%), Verhaltensprobleme (17,5% gegenüber 2,9%), Entwicklungsverzögerungen (7,3% gegenüber 3,4%), Asthma (18,0% gegenüber 8,7%), Übergewicht (24,1% gegenüber 15,7%), Sprech- und Sprachprobleme (11,2% gegenüber 4,7%), Hörprobleme (3,9% gegenüber 1,2%), nicht mit Standard-Brille korrigierbare Sehprobleme (3,4% gegenüber 1,3%) (Turney, Wildeman, 2016).

Selbst wenn man die Kinder, die in einer Pflegefamilie leben nur mit denjenigen Kindern vergleicht, die mindestens 3 von 8 sozioökonomischen Nachteilen erleben, so ist die Wahrscheinlichkeit insbesondere für psychische Gesundheitsprobleme bei den Kindern und Jugendlichen in der Pflegefamilie erhöht: bei AD(H)S „[OR=3.13; 95%CI =1.91-5.13]“ (Turney, Wildeman, 2016: 5), bei „Depression [OR= 4.78; 95%CI = 2.47-9.25]“ (Turney, Wildeman, 2016: 5), bei Angstzuständen „[OR= 3.67; 95%CI= 2.11-6.39]“ (Turney, Wildeman, 2016: 5) und bei Verhaltensproblemen „[OR = 4.14; 95%CI= 2.44-7.03]“ (Turney, Wildeman, 2016: 5).

Bei den physischen Problemen waren überzufällig häufig erhöhte Werte zu erkennen, wie beispielsweise bei Sprach- und Sprechproblemen „[OR= 1.88 95% CI= 0.96-3.71]“ (Turney, Wildeman, 2016:8) oder bei „Asthma [OR = 1.63; CI= 0.93-2.85]“ (Turney, Wildeman, 2016:8).

Wenn also auch einige der festgestellten Gesundheitsprobleme durch die Vorgeschichte der Kinder und Jugendlichen (Auffälligkeiten der Kinder und deren Haushalte) erklärt werden könnten, so bleiben auffällige Gesundheits-Werte auch nach Anpassung bezüglich der Kinder- und Haushalts-Charakteristiken bestehen: Somit könnte durchaus auch die Unterbringung bei der Pflegefamilie die Probleme auslösen (Turney, Wildeman, 2016). In der Studie wurde jedoch primär nicht die Auswirkung der Unterbringung in einer Pflegefamilie untersucht, sondern der Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen in einer Pflegefamilie dem der anderen Kinder und Jugendlichen gegenübergestellt (Turney, Wildeman, 2016).

Zusammenfassende Tabelle

Tabelle 9: Zusammenfassung von „Psychische und physische Gesundheit von Kindern in einer Pflegefamilie“ (Turney, Wildeman, 2016)

Quelle: eigene Erstellung anhand Turney, Wildeman, 2016

Quelle	Turney, Wildemann, 2016
Teilnehmer	92 159 Kinder (davon 481 Kinder in einer Pflegefamilie) im Alter von 0-17 Jahren, die in den USA leben und nicht in einer stationären Einrichtung untergebracht sind.
Untersuchungsziel	Vergleich der physischen und psychischen Gesundheit von Kindern in einer Pflegefamilie mit dem Allgemeinkollektiv. Außerdem Vergleich der Kinder in Pflegefamilien mit Kindern, die in sozioökonomisch nachteiligem Umfeld leben.
Studiendesign	Auswertung von Daten aus der „National Survey of Children’s Health“ aus 2011-2012. Befragung eines Erwachsenen aus dem Haushalt bezüglich physischer und psychischer Gesundheit der Kinder. Erfassung der Familienverhältnisse und des sozioökonomischen Hintergrundes
Ergebnisse	Kinder in einer Pflegefamilie haben im Vergleich zum Allgemeinkollektiv mehr Gesundheitsprobleme. Folgende spezifische Krankheiten waren häufiger: Lernschwäche, AD(H)S, Depressionen, Angstzustände, Verhaltensprobleme, Entwicklungsverzögerungen, Asthma, Übergewicht, Sprech- und Sprachprobleme, Hörprobleme, nicht mit Standard-Brille korrigierbare Sehprobleme. Im Vergleich zu Kindern, die sozioökonomisch benachteiligt sind, weisen Kinder in einer Pflegefamilie erhöhte Werte für psychische Probleme auf. Die Werte für physische Probleme weisen eine überzufällige Häufigkeit auf.

4.1.9 „Kardiovaskuläre Gesundheit 60 Jahre nach kriegsbedingter Evakuierung im Kindesalter“ (Alastalo et al., 2009)

Teilnehmer

320 Personen einer finnischen Geburtskohorte, die zwischen 1934 und 1944 im Universitätsklinikum Helsinki geboren wurden (161 Frauen, 156 Männer) und in ihrer Kindheit kriegsbedingt nach Schweden oder Dänemark evakuiert wurden sowie eine nicht evakuierte Vergleichsgruppe derselben Geburtskohorte von 1683 Personen (914 Frauen und 772 Männer) (Alastalo et al., 2009).

Untersuchungsziel

Ziel der Studie war es die Langzeit-Auswirkungen der Trennung von Ihren Familien bezüglich kardiovaskulärer Gesundheit und Typ-2- Diabetes zu untersuchen (Alastalo et al., 2009).

Studiendesign

Die Teilnehmer wurden sowohl befragt als auch klinisch untersucht und die Daten statistisch ausgewertet (Alastalo et al., 2009). Hierbei wurde ein morgendlicher 2-Stunden 75g Glucose-Toleranztest auf nüchternen Magen durchgeführt und die Glucose-Spiegel nüchtern, nach 30 Minuten und nach 120 Minuten bestimmt (Alastalo et al., 2009).

Außerdem wurden Cholesterin, HDL, LDL, Triglyceride, Apolipoprotein A und B, Lipoprotein (a) bestimmt und der BMI errechnet sowie Blutdruck gemessen (Alastalo et al., 2009).

Mittels Befragung wurden Informationen über chronische Krankheiten erhalten und eine Medikamentenanamnese bezüglich chronischer, ärztlich diagnostizierter Erkrankungen durchgeführt (Alastalo et al., 2009). Über den Beruf des Vaters wurde der sozioökonomische Status in der Kindheit (niedrig, mittel, hoch) erhoben und der Bildungsstatus der Teilnehmer wurde in 4 Gruppen von niedrig bis hoch unterteilt (Alastalo et al., 2009).

Bei der Datenauswertung wurden die Gruppen bezüglich Geschlechtes, Alters bei der Testung, sozioökonomischen Status in der Kindheit und selbst erreichten Bildungsabschlusses angepasst (Alastalo et al., 2009).

Ergebnisse

Die Trennung der Kinder von ihren Familien erfolgte mit einem Durchschnittsalter von 4,8 Jahren ($SD=2,4$) und dauerte im Schnitt 1,7 Jahre ($SD=1,0$) (Alastalo et al., 2009). Es wurden ähnlich viele Jungen wie Mädchen evakuiert (Alastalo et al., 2009).

Die Evakuierten waren bei der Testung älter als die nicht evakuierte Vergleichsgruppe und hatten ein etwas niedrigeres Bildungsniveau, während der sozioökonomische Status in der Kindheit vergleichbar war (Alastalo et al., 2009).

Die von ihren Eltern getrennten Personen hatten doppelt so viele diagnostizierte kardiovaskuläre Erkrankungen ($OR=2,0$, 95%CI, 1,4-2,9, $P<0,001$; $P(\text{angepasst})=0,012$) und ein Typ-2 Diabetes lag häufiger vor ($OR=1,4$, 95%CI, 1,1-1,9, $P=0,025$; $P(\text{angepasst})=0,029$) (Alastalo et al., 2009).

Während das Alter zum Zeitpunkt der Trennung das Auftreten von Herzkrankheiten oder Typ-2-Diabetes nicht beeinflusste, bestand für die Dauer der Trennung und kardiovaskuläre Erkrankungen folgender Zusammenhang: die am längsten Getrennten hatten am häufigsten kardiovaskuläre Erkrankungen (32,1% bei Trennung >3 Jahre, 5,7% bei Trennung 2-3 Jahre, 10,0% bei Trennung 1-2 Jahre, 19,6% bei Trennung <1 Jahr) (Alastalo et al., 2009).

Bluthochdruck lag bei den Evakuierten signifikant häufiger vor ($OR=1,7$, 95%CI, 1,3-2,3, $P=0,001$ $P(\text{angepasst})=0,03$), wobei das Auftreten mit der Dauer der Trennung anstieg: 51,7% bei Trennung >3 Jahre, 31,4% bei Trennung 2-3 Jahre, 43,6% bei Trennung 1-2 Jahre, 26,8% bei Trennung <1 Jahr (Alastalo et al., 2009).

Lipoprotein(a) war bei den Evakuierten signifikant höher ($OR=20\%$, 95%CI, 5,3-36,5, $P=0,006$, $P(\text{angepasst})=0,03$) (Alastalo et al., 2009).

Keine auffälligen Unterschiede bei den beiden Gruppen bestand bezüglich Cholesterin, HDL, LDL, Triglyceride, Apolipoprotein A und B sowie BMI, Taillenumfang und Geschlecht (Alastalo et al., 2009).

Zusammenfassende Tabelle

Tabelle 10: Zusammenfassung von "Kardiovaskuläre Gesundheit 60 Jahre nach kriegsbedingter Evakuierung im Kindesalter" (Alastalo et al., 2009)

Quelle: eigene Erstellung anhand Alastalo et al., 2009

Quelle	Alastalo et al., 2009
Teilnehmer	320 finnische Personen, als Kinder kriegsbedingt von ihren Familien getrennt wurden sowie 1683 Personen derselben Geburtskohorte ohne Fremdunterbringungserfahrung
Untersuchungsziel	Untersuchung der Langzeit-Auswirkungen der Trennung von ihren Familien bezüglich kardiovaskulärer Gesundheit und Typ-2- Diabetes im Erwachsenenalter
Studiendesign	Befragung und klinische Untersuchung der Teilnehmer (Glucosespiegel, Cholesterin, HDL, LDL, Triglyceride, Apolipoprotein A und B, Lipoprotein (a), BMI, Blutdruck)
Ergebnisse	Die von ihren Eltern getrennten Personen hatten häufiger kardiovaskuläre Erkrankungen, Typ-2 Diabetes und Bluthochdruck. Die am längsten von ihren Familien Getrennten waren am häufigsten erkrankt. Bei den Evakuierten: erhöhte Werte für Lipoprotein(a) Keine auffälligen Unterschiede bei den beiden Gruppen bestand bezüglich Cholesterin, HDL, LDL, Triglyceride, Apolipoprotein A und B sowie BMI, Taillenumfang und Geschlecht

4.1.10 „Die Gesundheit junger Erwachsener nach Fremdunterbringung und bei verschiedenen ökonomischen Hintergründen“ (Ahrens et al., 2014)

Teilnehmer

Es wurden von Ahrens et al. (2014) drei verschiedene Teilnehmergruppen untersucht:

Gruppe 1: 596 junge Erwachsene, die in ihrer Kindheit mindestens 1 Jahr fremduntergebracht waren

Gruppe 2: 456 Personen ohne Fremdunterbringungserfahrung mit niedrigem ökonomischem Hintergrund

Gruppe 3: 1461 Personen ohne Fremdunterbringungserfahrung mit hohem ökonomischem Hintergrund

Untersuchungsziel

Ziel der Studie war es die Gesundheit junger Erwachsener mit Fremdunterbringungserfahrung bezüglich kardiovaskulärer Risikofaktoren und anderer chronischer Auffälligkeiten zu untersuchen und mit der Gesundheit junger Erwachsener ohne Fremdunterbringungserfahrung aus ökonomisch unsicheren und sicheren Verhältnissen zu vergleichen (Ahrens et al., 2014).

Studiendesign

Daten aus 2 longitudinalen US-Kohorten mit Selbstberichten wurden ausgewertet:

„Midwest Evaluation of the Adult Functioning of Former Foster Youth“ (Ahrens et al., 2014: 1068) (N=596) und altersangepasste Daten aus „National Longitudinal Study of Adolescent Health“ (Ahrens et al., 2014: 1068) (N=456 für ökonomisch unsichere Verhältnisse und N=1461 für ökonomisch sichere Verhältnisse) (Ahrens et al., 2014).

Ergebnisse bezüglich Gesundheit und Zugang zu Pflege wurden im späten Jugendalter und mit 25-26 Jahren erhoben (Ahrens et al., 2014). Während im Jugendalter nur der generelle Gesundheitszustand und BMI erfasst wurde, wurden im frühen Erwachsenenalter kardiovaskuläre Risikofaktoren (Dyslipidämie, Bluthochdruck, Diabetes, Raucher, BMI>30) und andere chronische Erkrankungen (Anfallsleiden, AD(H)S, Asthma) erhoben (Ahrens et al., 2014).

Außerdem wurde der Zugang zum Gesundheitswesen (Vorhandensein einer Krankenversicherung, Empfang von staatlicher medizinischer Unterstützung (Medicaid), Nichthalten erforderlicher medizinischer Versorgung im vergangenen Jahr und Zeit seit der letzten medizinischen Untersuchung) evaluiert (Ahrens et al., 2014).

Ergebnisse

Bei den meisten die Gesundheit betreffenden Ergebnissen war ein Anstieg von „ökonomisch hoch“ über „ökonomisch niedrig“ zu „Fremdunterbringung“ zu erkennen (Ahrens et al., 2014). Dieser Zusammenhang blieb auch nach Anpassung um Kovariablen (Geschlecht, Rasse, Ethnie, Bildungsniveau mit 25/26 Jahren, ökonomische Probleme mit 25/26 Jahren, aktuelles Alter) bestehen (Ahrens et al., 2014).

Gruppe 1 wies zu beiden Untersuchungszeitpunkten den schlechtesten allgemeinen Gesundheitszustand auf und der allgemeine Gesundheitszustand bei Gruppe 2 war schlechter als bei Gruppe 3 (Ahrens et al., 2014).

Gruppe 1 hatte zu beiden Untersuchungszeitpunkten den höchsten BMI gefolgt von Gruppe 2 (wobei Frauen in Gruppe 1 einen höheren BMI hatten als Frauen in Gruppe 3, Männer in Gruppe 1 aber einen niedrigeren als Männer in Gruppe 3) (Ahrens et al., 2014).

Sowohl Männer als auch Frauen in Gruppe 1 zeigten höhere Wahrscheinlichkeiten als in Gruppe 3 mehr als einen kardiovaskulären Risikofaktor zu haben, wobei diese Unterschiede bei Frauen deutlicher waren als bei Männern (Ahrens et al., 2014).

Beim Vergleich von Gruppe 1 mit Gruppe 3 wurden lediglich bei Dyslipidämie keine Gruppenunterschiede festgestellt. Diabetes lag überzufällig häufig vor ($P=0,06$) (Ahrens et al., 2014). Bluthochdruck, Raucher, Anfallsleiden, ADHS, Asthma, Vorliegen eines kardiovaskulären Risikofaktors und andere chronische Erkrankung waren bei den Fremduntergebrachten wahrscheinlicher (Ahrens et al., 2014).

Beim Vergleich von Gruppe 2 und Gruppe 3 gab es nur zwei signifikante Ergebnisse: bei Asthma [„OR 2.32; 95% CI, 1.11 to 4.83“] (Ahrens et al., 2014: 1071) und Raucher [„OR 1.81; 95% CI, 1.40 – 2.34“] (Ahrens et al., 2014: 1071).

Gruppe 1 und 2 hatten im Vergleich zu Gruppe 3 häufiger keine Krankenversicherung oder empfingen Medicaid, wobei dies bei Gruppe 1 am häufigsten der Fall war (Ahrens et al., 2014).

Gruppe 2 erhielt häufiger als Gruppe 1 nicht die erforderliche medizinische Versorgung, keine Auffälligkeiten bestanden bei der vergangenen Zeit seit der letzten medizinischen Untersuchung (Ahrens et al., 2014).

Zusammenfassende Tabelle

Tabelle 11: Zusammenfassung von "Die Gesundheit junger Erwachsener nach Fremdunterbringung und bei verschiedenen ökonomischen Hintergründen" (Ahrens et al., 2014)

Quelle: eigene Erstellung anhand Ahrens et al., 2014

Quelle	Ahrens et al., 2014
Teilnehmer	<p>Gruppe 1: 596 junge Erwachsene mit Fremdunterbringungserfahrung in der Kindheit</p> <p>Gruppe 2: 456 junge Erwachsene ohne Fremdunterbringungserfahrung mit niedrigem ökonomischem Hintergrund</p> <p>Gruppe 3: 1461 junge Erwachsene ohne Fremdunterbringungserfahrung mit hohem ökonomischem Hintergrund</p>
Untersuchungsziel	Untersuchung der Gesundheit junger Erwachsener mit Fremdunterbringungserfahrung bezüglich kardiovaskulärer Risikofaktoren und anderer chronischer Auffälligkeiten und Vergleich mit der Gesundheit junger Erwachsener ohne Fremdunterbringungserfahrung aus ökonomisch unsicheren und sicheren Verhältnissen.
Studiendesign	Datenauswertung aus zwei US- Geburtskohorten mit sozioökonomischen Daten und Gesundheitsdaten. Gesundheitsdaten wurden zu zwei Zeitpunkten im späten Jugendalter (genereller Gesundheitszustand und BMI) und im frühen Erwachsenenalter (kardiovaskuläre Risikofaktoren und andere chronische Erkrankungen) ausgewertet.

Ergebnisse	<p>Bei den meisten die Gesundheit betreffenden Ergebnissen war ein Anstieg von „ökonomisch hoch“ über „ökonomisch niedrig“ zu „Fremdunterbringung“ zu erkennen, auch nach Anpassung um Kovariablen.</p> <p>Gruppe 1 wies zu beiden Untersuchungszeitpunkten den schlechtesten allgemeinen Gesundheitszustand auf</p> <p>Gruppe 1 zeigten höhere Wahrscheinlichkeiten mehr als einen kardiovaskulären Risikofaktor zu haben als Gruppe 3</p> <p><u>Vergleich von Gruppe 1 mit Gruppe 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – bei den Fremduntergebrachten häufiger Bluthochdruck, Raucher, Anfallsleiden, ADHS, Asthma, Vorliegen eines kardiovaskulären Risikofaktors und andere chronische Erkrankung – Diabetes lag überzufällig häufig vor – keine Gruppenunterschiede bei Dyslipidämie <p><u>Vergleich Gruppe 2 mit Gruppe 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – nur Asthma und Raucher häufiger, ansonsten keine auffälligen Unterschiede <p>Gruppe 1 und 2 hatten im Vergleich zu Gruppe 3 häufiger keine Krankenversicherung oder empfingen Medicaid</p> <p>Gruppe 2 erhielt häufiger als Gruppe 1 nicht die erforderliche medizinische Versorgung</p>
------------	---

4.1.11 „Fremdunterbringung in der Kindheit und biomedizinische Risikofaktoren im Erwachsenenalter: die 1970er britische Kohortenstudie“ (Batty, Hamer, 2021)

Teilnehmer

371 Personen mit Fremdunterbringungserfahrung bis zum 16. Geburtstag und eine Vergleichsgruppe von 8210 Personen, die in derselben Woche im Jahr 1970 geboren wurden (Batty, Hamer, 2021).

Untersuchungsziel

Ziel war es den Zusammenhang zwischen Fremdunterbringung im Kindesalter und Biomarkern im Erwachsenenalter zu untersuchen (Batty, Hamer, 2021).

Studiendesign

Klinische Untersuchung der Teilnehmer im Alter von 46 bis 48 Jahren (Blutdruck, Größe, Gewicht, Blutwerte: Lipide, CRP, glykiertes Hämoglobin) (Batty, Hamer, 2021).

Ergebnisse

BMI, systolischer Blutdruck, HDL, glykiertes Hämoglobin, CRP, Triglyceride zeigten etwas schlechtere Werte bei Personen mit Fremdunterbringungserfahrung (Batty, Hamer, 2021).

Nach Anpassung bezüglich gesundheitlichen und sozioökonomischen Hintergrunds aus der Kindheit konnten keine Unterschiede zwischen Fremduntergebrachten und nicht Fremduntergebrachten festgestellt werden (Batty, Hamer, 2021). Die Biomarker scheinen demnach keinen Einfluss auf den Zusammenhang Fremdunterbringung - Sterblichkeit zu haben (Batty, Hamer, 2021).

Zusammenfassende Tabelle

Tabelle 12: Zusammenfassung von "Fremdunterbringung in der Kindheit und biomedizinische Risikofaktoren im Erwachsenenalter: die 1970er britische Kohortenstudie" (Batty, Hamer, 2021)

Quelle: eigene Erstellung anhand Batty, Hamer, 2021

Quelle	Batty, Hamer, 2021
Teilnehmer	371 Personen mit Fremdunterbringungserfahrung bis zum 16. Geburtstag und eine Vergleichsgruppe von 8210 Personen
Untersuchungsziel	Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Fremdunterbringung in der Kindheit und Biomarkern im Erwachsenenalter
Studiendesign	Klinische Untersuchung der Teilnehmer im Alter von 46 bis 48 Jahren (Blutdruck, Größe, Gewicht, Blutwerte: Lipide, CRP, glykiertes Hämoglobin)

Ergebnisse	<p>Etwas schlechtere Werte bei Fremduntergebrachten bezüglich BMI, systolischer Blutdruck, HDL, glykiertes Hämoglobin, CRP, Triglyceride.</p> <p>Nach Anpassung hinsichtlich gesundheitlichen und sozioökonomischen Hintergrunds aus der Kindheit keine Unterschiede zwischen Fremduntergebrachten und nicht Fremduntergebrachten mehr feststellbar.</p> <p>Die untersuchten Biomarker scheinen keinen Einfluss auf den vorhandenen Zusammenhang Fremdunterbringung - Sterblichkeit zu haben</p>
------------	--

4.1.12 „Fremdunterbringung in der Kindheit und biomedizinische Risikofaktoren im Erwachsenenalter: Nationale Geburtskohortenstudie“ (de Mestral et al., 2020)

Teilnehmer

322 Personen mit Fremdunterbringungserfahrung vor dem 16. Geburtstag und eine Kontrollgruppe mit 7690 Personen ohne Fremdunterbringungserfahrung, die der UK-Geburtskohorte aus einer Woche im Jahr 1958 angehören (de Mestral et al., 2020).

Untersuchungsziel

Ziel war es zu untersuchen ob Fremdunterbringung einen messbaren Einfluss auf biomedizinische Faktoren im Erwachsenenalter hat, um Ursachen für die schlechtere Gesundheit fremduntergebrachter Kinder im Erwachsenenalter zu suchen (de Mestral et al., 2020).

Studiendesign

Ausgewertet wurden Daten aus der „UK 1958 Geburtskohortenstudie“ und aus einer Umfrage im Probandenalter von 42 Jahren (Alkoholkonsum, Rauchen, sozioökonomischer Status) sowie aus einer Untersuchung im Alter von 44/45 Jahren (de Mestral et al., 2020). Bei dieser wurden Cortisolspiegel im Speichel, CRP, D-Dimer, Fibrinogen, glykiertes Hämoglobin, HDL, LDL, Gesamt-Cholesterin,

Triglyceride, tPA, von Willebrand Faktor und IgE bestimmt sowie Blutdruck, Herzfrequenz, Taille-Hüfte-Verhältnis, BMI, forciertes exspiratorisches Volumen in 1 Sekunde und forcierte Vitalkapazität gemessen (de Mestral et al., 2020).

Bei der Auswertung wurde der sozioökonomische Hintergrund und Daten aus der Kindheit bezüglich Krankenhausaufenthalte, Behinderung und psychologischen Stress mitberücksichtigt (de Mestral et al., 2020).

Ergebnisse

Die Fremduntergebrachten hatten in der Kindheit schlechtere Werte hinsichtlich sozioökonomischen Hintergrunds, Gesundheit und Behinderung (de Mestral et al., 2020). Sie waren häufiger sozioökonomisch benachteiligt und waren häufiger Raucher (de Mestral et al., 2020). Schwerer Alkoholkonsum lag in beiden Gruppen vergleichbar häufig vor (de Mestral et al., 2020).

Nach Anpassung der Gesundheitsdaten bezüglich Geschlechts waren 4 der 19 untersuchten Faktoren auffällig: Fibrinogen, Cortisol, forciertes exspiratorisches Volumen in 1 Sekunde und forcierte Vitalkapazität (de Mestral et al., 2020).

Nach Anpassung um Cofaktoren (Armut und Gesundheit im Kindesalter) war im Wesentlichen kein Zusammenhang mehr zwischen Fremdunterbringung in der Kindheit und Biomarkern im Erwachsenenalter nachweisbar (de Mestral et al., 2020). Auch bezüglich Zeitpunkts oder Dauer oder Art der Fremdunterbringung war kein Einfluss feststellbar (de Mestral et al., 2020).

Der physiologische Weg, der zu schlechterer Gesundheit Fremduntergebrachter im Erwachsenenalter führt, scheint die hier untersuchten Biomarker nicht zu enthalten (de Mestral et al., 2020).

Zusammenfassende Tabelle

Tabelle 13: Zusammenfassung von „Fremdunterbringung in der Kindheit und biomedizinische Risikofaktoren im Erwachsenenalter: Nationale Geburtskohortenstudie“ (de Mestral et al., 2020)

Quelle: eigene Erstellung anhand de Mestral et al., 2020

Quelle	de Mestral et al., 2020
Teilnehmer	322 Personen mit Fremdunterbringungserfahrung vor dem 16. Geburtstag und eine Kontrollgruppe mit 7690 Personen ohne Fremdunterbringungserfahrung
Untersuchungsziel	Suche nach Ursachen für die schlechtere Gesundheit fremduntergebrachter Kinder im Erwachsenenalter: Untersuchung des Einflusses von Fremdunterbringung auf biomedizinische Faktoren im Erwachsenenalter
Studiendesign	Untersuchung einer UK-Geburtskohorte aus dem Jahr 1958 mit Erhebung des sozioökonomischen und gesundheitlichen Hintergrunds in der Kindheit sowie Befragung und Untersuchung im Erwachsenenalter (42 bzw. 44/45 Jahre)
Ergebnisse	Bei Fremduntergebrachten: in der Kindheit schlechtere Werte bezüglich sozioökonomischen Hintergrunds, Gesundheit, Behinderung. Häufiger sozioökonomisch benachteiligt und häufiger Raucher. Schwerer Alkoholkonsum lag in beiden Gruppen vergleichbar häufig vor. Nach Anpassung der Gesundheitsdaten hinsichtlich Geschlechts 4 von 19 untersuchten Faktoren auffällig: Fibrinogen, Cortisol, forciertes exspiratorisches Volumen in 1 Sekunde und forcierte Vitalkapazität. Nach Anpassung um Cofaktoren (Armut und Gesundheit im Kindesalter): im Wesentlichen kein Zusammenhang mehr zwischen Fremdunterbringung in der Kindheit und Biomarker im Erwachsenenalter nachweisbar. Bezüglich Zeitpunktes oder Dauer oder Art der Fremdunterbringung kein Einfluss feststellbar Der physiologische Weg, der zu schlechterer Gesundheit Fremduntergebrachter im Erwachsenenalter führt, scheint die hier untersuchten Biomarker nicht zu enthalten.

4.1.13 „Gesundheit und soziale Ergebnisse im Erwachsenenalter bei Personen, die in ihrer Kindheit in staatlicher Pflege waren: eine populationsbasierte Studie“ (Viner, Taylor, 2005)

Teilnehmer

343 Personen aus den UK, die vor ihrem 17. Geburtstag in staatlicher Pflege waren und eine Vergleichsgruppe von 16224 Personen ohne Fremdunterbringungserfahrung (Viner, Taylor, 2005).

Untersuchungsziel

Ziel der Studie war es die Langzeit-Auswirkungen von öffentlicher Fürsorge bezüglich sozioökonomischen Status, Bildung, sozialer und gesundheitlicher Ergebnisse zu untersuchen (Viner, Taylor, 2005).

Studiendesign

Longitudinale Untersuchung von 16 567 Personen der UK-Geburtskohorte, die zwischen 05.04. und 11.04. 1970 geboren wurden. Daten wurden mit 5 Jahren (N=13135), 10 Jahren (N=14875), 16 Jahren (N=11622) und 30 Jahren (N=11261) mittels Elterninterviews und Selbstberichten erhoben (Viner, Taylor, 2005).

Ergebnisse

343 (3,6%) Personen der Kohorte waren mit unter 17 Jahren in staatlicher Pflege (Viner, Taylor, 2005).

Personen mit Fremdunterbringungserfahrung konnten in der Beobachtungsdauer der Studie schlechter nachverfolgt werden und mehr Teilnehmer gingen verloren (47% der Pflegekinder und 28% der Vergleichsgruppe) (Viner, Taylor, 2005).

Der sozioökonomische und gesundheitliche Status war - bei Männern und Frauen vergleichbar - nach staatlicher Fürsorge schlechter: es lag mehr Obdachlosigkeit (OR(Männer): 2,0 bei 95%CI: 1,1-3,8), mehr Verurteilungen (OR(Männer): 2,3 bei 95%CI: 1,5-3,4), mehr psychische Erkrankungen (OR(Männer): 1,8 bei 95% CI: 1,1-3,0) und mehr schlechte generelle Gesundheit (OR(Männer): 1,6 bei 95% CI: 1,1-2,6; OR(Frauen): 1,8 bei 95% CI: 1,2-2,7) vor (Viner, Taylor, 2005).

Männer mit Fremdunterbringungserfahrung waren zudem häufiger arbeitslos (OR: 2,6 bei 95% CI: 1,4-5,0), hatten keinen Schulabschluss (OR: 1,4 bei 95%CI: 0,9-2,1) und hatten weniger häufig einen höheren Bildungsabschluss (OR: 0,4 bei 95% CI; 0,2-0,7) (Viner, Taylor, 2005).

Frauen mit Fremdunterbringungserfahrung: waren wahrscheinlicher dauerhaft von der Schule ausgeschlossen (Faktor >3) (Viner, Taylor, 2005).

Bezüglich physischer und mentaler Gesundheit zeigten sich folgende Auffälligkeiten:

- mehr auffällige Ergebnisse im Rutter Malaise Inventory, einem Fragebogen zu Symptomen psychischer Erkrankungen
- Männer (nicht Frauen) waren seit ihrem 16. Geburtstag häufiger in psychiatrischer Behandlung
- keine Assoziation mit Teenage-Schwangerschaften, Unfällen, Alkoholproblemen oder Drogenkonsum

Das Alter, in dem die erste Fremdunterbringung erfolgte, zeigte keinen Zusammenhang mit den Ergebnissen (Viner, Taylor, 2005).

Zusammenfassende Tabelle

Tabelle 14: Zusammenfassung von „Gesundheit und soziale Ergebnisse im Erwachsenenalter bei Personen, die in ihrer Kindheit in staatlicher Pflege waren: eine populationsbasierte Studie“ (Viner, Taylor, 2005)

Quelle: eigene Erstellung anhand Viner, Taylor, 2005

Quelle	Viner, Taylor, 2005
Teilnehmer	343 Personen mit und 16224 Personen ohne Fremdunterbringungserfahrung vor dem 17. Geburtstag
Untersuchungsziel	Untersuchung der Langzeit-Auswirkungen von öffentlicher Fürsorge bezüglich sozioökonomischen Status, Bildung, sozialer und gesundheitlicher Ergebnisse

Studiendesign	Untersuchung von 16 567 Personen einer UK-Geburtskohorte 1970. Elterninterviews und Selbstberichte mit 5, 10, 16 und 30 Jahren wurden ausgewertet
Ergebnisse	<p>Kinder mit Fremdunterbringungserfahrung konnten in der Beobachtungsdauer der Studie schlechter nachverfolgt werden.</p> <p>Der sozioökonomische und gesundheitliche Status war nach staatlicher Fürsorge schlechter: es lagen mehr Obdachlosigkeit, mehr Verurteilungen, mehr psychische Erkrankungen und mehr schlechte generelle Gesundheit vor.</p> <p>Männer mit Fremdunterbringungserfahrung waren zudem häufiger arbeitslos, hatten keinen Schulabschluss und hatten weniger häufig einen höheren Bildungsabschluss.</p> <p>Frauen mit Fremdunterbringungserfahrung waren wahrscheinlicher dauerhaft von der Schule ausgeschlossen.</p> <p>Bezüglich physischer und mentaler Gesundheit zeigten sich folgende Auffälligkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> – mehr auffällige Ergebnisse im Rutter Malaise Inventory, einem Fragebogen zu Symptomen psychischer Erkrankungen – Männer (nicht Frauen) waren seit ihrem 16. Geburtstag häufiger in psychiatrischer Behandlung – keine Assoziation mit Teenage-Schwangerschaften, Unfällen, Alkoholproblemen oder Drogenkonsum <p>Das Alter, in dem die erste Fremdunterbringung erfolgte, zeigte keinen Zusammenhang mit den Ergebnissen.</p>

4.1.14 „Kardiovaskuläre Erkrankungen bei Personen mit Fremdunterbringungserfahrung: eine schwedische nationale Kohortenstudie“ (Hjern et al., 2023)

Teilnehmer

24 637 Personen (12 711 Männer und 11 926 Frauen) einer schwedischen Geburtskohorte (1972-1981) mit Fremdunterbringungserfahrung und 838 789 Personen (434 805 Männer und 403 984 Frauen) derselben Geburtskohorte ohne Fremdunterbringungserfahrung (Hjern et al., 2023).

Untersuchungsziel

Ziel war es den Einfluss von Fremdunterbringung auf die kardiovaskuläre Gesundheit im Erwachsenenalter zu untersuchen (Hjern et al., 2023).

Studiendesign

Es wurde eine Kohortenstudie zu den Jahrgängen 1972-1981 durchgeführt mit Auswertung von Daten aus verschiedenen nationalen schwedischen Registern (Hjern et al., 2023).

Probanden wurden vom 18. Geburtstag bis zu einem Alter von 39-48 Jahren untersucht (Hjern et al., 2023).

Aus Daten zum Bildungsabschluss der Mütter wurde der sozioökonomische Hintergrund ermittelt (Hjern et al., 2023). Daten zu kardiovaskulären Erkrankungen (Myokardinfarkt, Schlaganfall, andere koronare Erkrankungen) wurden aus Registern zu Krankenhausaufenthalten und Todesfällen erhoben (Hjern et al., 2023).

Zusätzliche Daten zu Rauchen in der Frühschwangerschaft, Übergewicht, Bluthochdruck vor oder in der Schwangerschaft, Diabetes vor oder in der Schwangerschaft sowie Schulnoten lagen bei Frauen, die ein Kind geboren hatten, vor (Hjern et al., 2023.)

Ergebnisse

Bei Untersuchung der Gesamtkohorte zeigten sich keine Abweichungen bei Geburtsjahr und Herkunftsland der Mutter. Die Fremduntergebrachten wiesen einen deutlich niedrigeren sozioökonomischen Hintergrund und schlechtere Schulnoten auf (Hjern et al., 2023).

Angepasst nach den Kofaktoren Alter und Bildung der Mutter wiesen die Personen mit Fremdunterbringungserfahrung ein etwa verdoppeltes Risiko bezüglich kardiovaskulärer Erkrankungen auf (Männer: „hazard ratio 1.95 [95% CI 1.68-2.25]“ (Hjern et al., 2023: 7); Frauen: „1.80 [1.48-2.18]“ (Hjern et al., 2023: 7)). Diese Zusammenhänge konnten auch für Schlaganfall und Myokardinfarkt als Subtypen kardiovaskulärer Erkrankungen gezeigt werden (Hjern et al., 2023). Der Zusammenhang zwischen Fremdunterbringung und Tod durch kardiovaskuläres Ereignis war bei Frauen stärker als bei Männern (Hjern et al., 2023).

Ein deutlicher Zusammenhang bestand auch zwischen Fremdunterbringung und Gesamtsterblichkeit (Männer: 4,18 [3,89-4,48]; Frauen: 3,69 [3,29-4,13]) (Hjern et al., 2023).

Ein höheres Risiko für kardiovaskuläre Probleme bestand, wenn die Fremdunterbringung nach dem 11. Geburtstag erfolgte (Hjern et al., 2023). Für die Dauer der Fremdunterbringung konnte kein Einfluss nachgewiesen werden (Hjern et al., 2023).

Die Analyse der Subgruppe der Mütter, die untersuchen sollte wie das erhöhte Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen nach Fremdunterbringung zustande kommt, ergab folgende Ergebnisse:

Bei Fremduntergebrachten war es im Vergleich zur nicht fremduntergebrachten Gruppe 5-mal wahrscheinlicher Mutter im Alter von 12-19 Jahren zu werden und 4-mal so häufig lag Rauchen in der Schwangerschaft vor (Hjern et al., 2023). Bezuglich der metabolischen Werte Diabetes, Bluthochdruck und Übergewicht konnten keine Unterschiede festgestellt werden (Hjern et al., 2023).

Nach Anpassung bezüglich Geburtsjahrs und Bildung der Mutter gingen die vermittelnden Variablen niedriges Alter bei Geburt, Zigarettenrauchen, mindestens ein metabolischer Risikofaktor und schlechte Schulnoten mit einem doppelten Risiko für spätere kardiovaskuläre Erkrankungen einher (Hjern et al., 2023). Bei Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Fremdunterbringung und kardiovaskulären Erkrankungen im Erwachsenenalter zeigte sich bei gleichzeitiger Berücksichtigung aller vier oben genannten vermittelnden Variablen kein Zusammenhang mehr zwischen Fremdunterbringung und kardiovaskulären Erkrankungen, bei einzelner Berücksichtigung konnte ein Einfluss für niedriges Alter bei Geburt, Zigarettenrauchen und schlechte Schulnoten gezeigt werden, nicht aber für metabolische Risikofaktoren (Hjern et al., 2023).

Zusammenfassende Tabelle

Tabelle 15: Zusammenfassung von „Kardiovaskuläre Erkrankungen bei Personen mit Fremdunterbringungserfahrung: eine schwedische nationale Kohortenstudie“ (Hjern et al., 2023)

Quelle: eigene Erstellung anhand Hjern et al., 2023

Quelle	Hjern et al., 2023
Teilnehmer	24 637 Personen mit und 838 789 Personen ohne Fremdunterbringungserfahrung
Untersuchungsziel	Untersuchung des Einflusses von Fremdunterbringung auf die kardiovaskuläre Gesundheit im Erwachsenenalter
Studiendesign	<p>Kohortenstudie zu den Jahrgängen 1972-1981 mit Auswertung von Daten aus verschiedenen nationalen schwedischen Registern.</p> <p>Die Daten der Studienteilnehmer wurden vom 18. Geburtstag bis 39-48 Jahren bezüglich kardiovaskulärer Erkrankungen, Todesfällen und sozioökonomischen Hintergrund ausgewertet.</p> <p>Bei Frauen, die ein Kind geboren hatten, lagen zusätzliche Daten zu Rauchen in der Frühschwangerschaft, Übergewicht, Bluthochdruck vor oder in der Schwangerschaft, Diabetes vor oder in der Schwangerschaft sowie Schulnoten vor.</p>
Ergebnisse	<p>Angepasst nach den Cofaktoren Alter und Bildung der Mutter: doppelt so hohes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen (Schlaganfall, Myokardinfarkt) im Erwachsenenalter bei Personen mit Fremdunterbringungserfahrung.</p> <p>Der Zusammenhang zwischen Fremdunterbringung und Tod durch kardiovaskuläres Ereignis war ausgeprägter bei Frauen als bei Männern.</p> <p>Deutlicher Zusammenhang zwischen Fremdunterbringung und Gesamtsterblichkeit.</p> <p>Höheres Risiko für kardiovaskuläre Probleme, wenn die Fremdunterbringung nach dem 11. Geburtstag erfolgte.</p> <p>Dauer der Fremdunterbringung ohne Einfluss.</p>

Analyse der Subgruppe der Mütter:

Nach Anpassung bezüglich Geburtsjahres und Bildung der Mutter: niedriges Alter bei Geburt, Zigarettenrauchen, mindestens ein metabolischer Risikofaktor und schlechte Schulnoten gehen mit einem doppelten Risiko für spätere kardiovaskuläre Erkrankungen einher. Bei Einzelbetrachtung kein Zusammenhang mit metabolischen Risikofaktoren, aber mit niedrigem Alter bei Geburt, Zigarettenrauchen und schlechten Schulnoten.

4.1.15 „Was passiert mit Jugendlichen, die von den Eltern getrennt werden?

Gesundheitliche und ökonomische Folgen für Frauen mit Fremdunterbringungserfahrung“ (Schneider et al., 2009)

Teilnehmer

368 Frauen mit Fremdunterbringungserfahrung und eine Vergleichsgruppe von 9240 Frauen ohne Fremdunterbringungserfahrung (Schneider et al., 2009).

Untersuchungsziel

Ziel der Studie war es psychische und physische Gesundheitsprobleme, Bildungsstatus und wirtschaftliche Not bei Frauen mit Fremdunterbringungserfahrung zu evaluieren (Schneider et al., 2009).

Studiendesign

Im Rahmen der „California Women’s Health Survey“ wurden telefonisch Daten von über 18-jährigen Frauen in Kalifornien erhoben und bezüglich mentaler Gesundheit, physischer Gesundheit sowie Bildung und wirtschaftlicher Situation ausgewertet (Schneider et al., 2009).

Ergebnisse

Bezüglich mentaler Gesundheit berichten Frauen mit Fremdunterbringungserfahrung öfter von häufigem mentalem Stress, auch nach Anpassung bezüglich Alter und Ethnie (Schneider et al., 2009). Dreimal so häufig

liegt ein Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörungen vor (Schneider et al., 2009).

Signifikant (OR=1,96, 95% CI: 1,51-2,55) mehr Frauen mit Fremdunterbringungserfahrung berichten über mäßige/ schlechte physische Gesundheit (Schneider et al., 2009). Sie waren häufiger Raucher und häufiger übergewichtig (Schneider et al., 2009). Bezuglich Alkoholkonsums lagen keine Auffälligkeiten vor (Schneider et al., 2009).

Bei Untersuchung hinsichtlich Bildung und wirtschaftlicher Situation zeigte sich bei Frauen mit Fremdunterbringungserfahrung ein niedrigerer Bildungsstatus, mehr Arbeitslosigkeit, mehr Armut, häufiger niedriges Einkommen und mehr Sozialhilfeempfang (Schneider et al., 2009).

Zusammenfassende Tabelle

Tabelle 16: Zusammenfassung von „Was passiert mit Jugendlichen, die von den Eltern getrennt werden? Gesundheitliche und ökonomische Folgen für Frauen mit Fremdunterbringungserfahrung“ (Schneider et al., 2009)

Quelle: eigene Erstellung anhand Schneider et al., 2009

Quelle	Schneider et al., 2009
Teilnehmer	368 Frauen mit Fremdunterbringungserfahrung und 9 240 Frauen ohne Fremdunterbringungserfahrung
Untersuchungsziel	Evaluation von psychischen und physischen Gesundheitsproblemen, Bildungsstatus und wirtschaftlicher Not bei Frauen mit Fremdunterbringungserfahrung.
Studiendesign	Auswertung von Daten, die im Rahmen der „California Women's Health Survey“ telefonisch erhoben wurden.

Ergebnisse	<p>mentale Gesundheit:</p> <ul style="list-style-type: none"> – häufiger mentaler Stress – 3-mal mehr Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung <p>physische Gesundheit:</p> <ul style="list-style-type: none"> – mehr Berichte über mäßige/ schlechte Gesundheit – mehr Raucher – mehr Übergewichtige – keine Auffälligkeiten bei Alkoholkonsum <p>Bildung und wirtschaftliche Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> – niedrigerer Bildungsstatus – mehr Arbeitslosigkeit – mehr Armut und niedriges Einkommen – mehr Sozialhilfeempfänger
------------	--

4.1.16 „Zusammenhang zwischen Fremdunterbringung in der Kindheit und Sozialem, Kriminalität und Gesundheit im Erwachsenenalter: sechs Dekaden Nachuntersuchung der 1958er Geburtskohortenstudie“ (Xie et al., 2021)

Teilnehmer

420 Personen Jahrgang 1958, die vor ihrem 16. Geburtstag fremduntergebracht waren und eine Vergleichsgruppe von 10 740 Personen ohne Fremdunterbringungserfahrung (Xie et al., 2021).

Untersuchungsziel

Ziel der Studie war es zu untersuchen, ob eine Fremdunterbringung nachteilige Auswirkungen bezüglich Sozialen, Kriminalität und Gesundheit im mittleren Alter hat (Xie et al., 2021).

Studiendesign

Daten der UK-Geburtskohorte von 1958 wurden erhoben und ausgewertet (Xie et al., 2021). Hierzu wurden aus Befragungen der Eltern Daten zur Kindheit erhoben, die Probanden mit 42 Jahren befragt und mit 50 Jahren ein kognitiver Test durchgeführt (Xie et al., 2021). Es wurden soziodemographische Aspekte, antisoziale Aspekte, psychologische Aspekte, ungesunder Lebensstil, somatische Aspekte und kognitive Aspekte erhoben und die Ergebnisse jeweils hinsichtlich Geschlechts, soziodemographischen Hintergrunds und Gesundheitszustands in der Kindheit angepasst und ausgewertet (Xie et al., 2021).

Ergebnisse

Im Vergleich zu den nicht Fremduntergebrachten nahmen mehr fremduntergebrachte Personen im Verlauf der Studie nicht mehr teil (Xie et al., 2021).

Die Fremduntergebrachten hatten mehr dokumentierte Auffälligkeiten in der Kindheit (z.B. sozioökonomischer Hintergrund, Krankenhausaufenthalte in der Kindheit, internalisierende und externalisierende Symptome) (Xie et al., 2021). Im Erwachsenenalter zeigten sich folgende Auffälligkeiten:

- 6 von 7 soziodemographischen Aspekten waren bei den Fremduntergebrachten auffällig (Xie et al., 2021). Diese Auffälligkeiten wurden durch Anpassung bezüglich sozioökonomischer und gesundheitlicher Faktoren der Kindheit zwar schwächer, blieben aber bestehen (Xie et al., 2021).
- 2 von 2 antisozialen Aspekten waren bei den Fremduntergebrachten auffällig: antisoziales Verhalten wie Drogenkonsum und Kriminalität traten häufiger auf (Xie et al., 2021). Nach Anpassung bezüglich früherer Lebensumstände blieben die Auffälligkeiten (bei Kriminalität abgeschwächt) bestehen (Xie et al., 2021).
- 3 von 3 psychologischen Aspekten waren auffällig: Depressionen traten im Erwachsenenalter nach Fremdunterbringung mehr als doppelt so häufig auf (Xie et al., 2021). Auch nach Anpassung bezüglich sozioökonomischer

Faktoren der Kindheit, Stress und Gesundheit in der Kindheit blieb der Zusammenhang (für sozioökonomische Faktoren abgeschwächt) bestehen (Xie et al., 2021). Auch psychologischer Stress trat häufiger auf und Alkoholprobleme lagen etwas häufiger vor (Xie et al., 2021).

- 1 von 3 Aspekten des ungesunden Lebensstils waren auffällig: Während Alkoholkonsum und körperliche Inaktivität unauffällig waren, waren mehr als doppelt so viele ehemals Fremduntergebrachte Raucher (Xie et al., 2021). Auch nach Anpassung bezüglich soziodemographischer Faktoren war ein deutlich vermehrtes Vorkommen von Rauchern auffällig (Xie et al., 2021).
- 3 von 8 somatischen Gesundheitsaspekten waren auffällig: Körperliche Behinderungen wurden 3-mal so häufig festgestellt, die allgemeine Gesundheit war schlechter und es lag wesentlich häufiger eine Krebsdiagnose vor (Faktor $>1,5$) (Xie et al., 2021).

Keine deutlichen Zusammenhänge bestanden bei Übergewicht, Diabetes, Bluthochdruck, Krankenhouseinweisung und Unfall (Xie et al., 2021).

- 0 von 5 kognitiven Aspekten waren auffällig: Die Unterschiede bei kognitiven Tests waren gering und in Anbetracht verschiedener Kofaktoren nicht mehr vorhanden (Xie et al., 2021).

Zusammenfassende Tabelle

Tabelle 17: Zusammenfassung von „Zusammenhang zwischen Fremdunterbringung in der Kindheit und Sozialem, Kriminalität und Gesundheit im Erwachsenenalter: sechs Dekaden Nachuntersuchung der 1958er Geburtskohortenstudie“ (Xie et al., 2021)

Quelle: eigene Erstellung anhand Xie et al., 2021

Quelle	Xie et al., 2021
Teilnehmer	420 Personen mit Fremdunterbringungserfahrung vor dem 16. Geburtstag und 10740 Personen ohne Fremdunterbringungserfahrung.
Untersuchungsziel	Untersuchung nachteiliger Auswirkungen einer Fremdunterbringung im mittleren Alter bezüglich Sozialen, Kriminalität und Gesundheit.
Studiendesign	Auswertung von Daten der UK-Geburtskohorte von 1958 mit Daten zur Kindheit aus Befragungen der Eltern und Daten zum Erwachsenenalter durch Befragung der Probanden im Alter von 42 Jahren und Durchführung eines kognitiven Tests im Alter von 50 Jahren. Es wurden soziodemographische Aspekte, antisoziale Aspekte, psychologische Aspekte, ungesunder Lebensstil, somatische Aspekte und kognitive Aspekte erhoben und die Ergebnisse jeweils bezüglich Geschlechts, soziodemographischen Hintergrunds und Gesundheitszustands in der Kindheit angepasst und ausgewertet.
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none">– 6 von 7 soziodemographischen Aspekten waren bei den Fremduntergebrachten auffällig– 2 von 2 antisozialen Aspekten (Drogenkonsum und Kriminalität) waren bei den Fremduntergebrachten auffällig. Auch nach Anpassung bezüglich früherer Lebensumstände blieben die Auffälligkeiten bestehen.– 3 von 3 psychologischen Aspekten waren auffällig: Depressionen (mehr als doppelt so häufig), psychologischer Stress und Alkoholprobleme. Auch nach Anpassung bezüglich Faktoren der Kindheit blieb der Zusammenhang bestehen.– 1 von 3 Aspekten des ungesunden Lebensstils waren

	<p>auffällig: mehr als doppelt so viele ehemals Fremduntergebrachte waren Raucher, Alkoholkonsum und körperliche Inaktivität unauffällig. Auch nach Anpassung bezüglich soziodemographischer Faktoren deutlich vermehrtes Vorkommen von Rauchern.</p> <ul style="list-style-type: none"> – 3 von 8 somatischen Gesundheitsaspekten waren auffällig: Körperliche Behinderungen wurden 3-mal so häufig festgestellt, die allgemeine Gesundheit war schlechter und es lag wesentlich häufiger eine Krebsdiagnose vor (Faktor >1,5). Keine deutlichen Zusammenhänge bezüglich Übergewichts, Diabetes, Bluthochdruck, Krankenhauseinweisung und Unfall. – 0 von 5 kognitiven Aspekten waren auffällig: Die Unterschiede bei kognitiven Tests waren gering und in Anbetracht verschiedener Co-Faktoren nicht mehr vorhanden.
--	---

4.1.17 „Ergebnisse im Erwachsenenalter nach Langzeit-Fremdunterbringung: ein Geschwisteransatz“ (Brännström et al., 2020)

Teilnehmer:

533 Personen, die vor ihrem 13. Geburtstag mindestens 5 Jahre fremduntergebracht waren und eine Vergleichsgruppe mit deren 616 nicht fremduntergebrachten Geschwistern oder Halbgeschwistern mütterlicherseits (Brännström et al., 2020).

Untersuchungsziel:

Ziel war es zu untersuchen, ob eine Langzeit-Fremdunterbringung günstige Auswirkungen auf das spätere Leben hat (Brännström et al., 2020).

Studiendesign:

Aus einer schwedischen Geburtskohorte (1973- 1982) wurden über die persönliche Identifikationsnummer aus verschiedenen Registern Daten zu Geschwistern erhoben und ausgewertet, von denen eines in Fremdunterbringung war, die Geschwister aber bei ihrer Herkunfts Familie lebten (somit gleicher familiärer

Hintergrund und teilweise Berücksichtigung hereditärer Faktoren möglich) (Brännström et al., 2020).

Untersucht wurden Bildung, Soziales und Gesundheit im Alter von 30-39 Jahren (Brännström et al., 2020).

Ergebnisse:

Die Fremduntergebrachten waren meist älter als ihre zu Hause aufwachsenden Geschwister und hatten in der Untersuchung schlechtere Werte bei

- Kriminalität (48.2% ggü. 41.7%)
- Erwerbsunfähigkeitsrente (15,5% ggü. 8,7%), Grund für Erwerbsunfähigkeit unbekannt
- Mortalität (4.1% ggü. 1.0%)
- suizidales Verhalten (11,4% ggü. 5,4%)
- Berufstätigkeit (63,4% ggü. 69,1%)

Keine Auffälligkeiten bestanden in den Kategorien nur Pflichtschulbildung, Universitätsabschluss, niedriges Einkommen, staatliche Unterstützung, Sozialhilfe, schwere Kriminalität, psychiatrische Versorgung, Antidepressiva, Medikamente gegen Angst, Krankenhausaufenthalt wegen Alkohol und Hinweis auf Probleme mit illegalen Drogen (Brännström et al., 2020).

Zusammenfassende Tabelle

Tabelle 18: Zusammenfassung von „Ergebnisse im Erwachsenenalter nach Langzeit-Fremdunterbringung: ein Geschwisteransatz“ (Brännström et al., 2020)

Quelle: eigene Erstellung anhand Brännström et al., 2020

Quelle	Brännström et al., 2020
Teilnehmer	533 Personen mit mindestens 5 Jahren Fremdunterbringungserfahrung vor dem 13. Geburtstag und deren 616 nicht fremduntergebrachten Geschwister oder Halbgeschwister mütterlicherseits.

Untersuchungsziel	Untersuchung der Auswirkungen einer Langzeit-Fremdunterbringung auf das spätere Leben.
Studiendesign	Datenauswertung einer schwedischen Geburtskohorte (1973-1982) zu Geschwistern, von denen eines in Fremdunterbringung war, die Geschwisterkinder aber bei ihrer Herkunftsfamilie lebten bezüglich Bildung, Sozialen und Gesundheit im Alter von 30-39 Jahren.
Ergebnisse	<p>Die Fremduntergebrachten waren meist älter als ihre zu Hause aufwachsenden Geschwister und hatten in der Untersuchung schlechtere Werte bezüglich Kriminalität, Erwerbsunfähigkeitsrente (Grund für Erwerbsunfähigkeit unbekannt), Mortalität, suizidalen Verhaltens und Berufstätigkeit.</p> <p>Keine Auffälligkeiten bestanden in den Kategorien nur Pflichtschulbildung, Universitätsabschluss, niedriges Einkommen, staatliche Unterstützung, Sozialhilfe, schwere Kriminalität, psychiatrische Versorgung, Antidepressiva, Medikamente gegen Angst, Krankenhausaufenthalt wegen Alkohol und Hinweis auf Probleme mit illegalen Drogen.</p>

4.2 Zusammenfassung der Publikationsauswertung

Die verfügbaren wissenschaftlichen Publikationen zeigen mögliche somatische Auswirkungen einer unterbrochenen Familiengeschichte, wie sie in Fällen von Inobhutnahmen auftritt. Zum einen sind in der Literatur Auswirkungen als direkte Reaktion auf die Belastungen in der Inobhutnahme beschrieben wie beispielsweise Depressionen, selbstverletzendes Verhalten, Suizidversuch, Übelkeit, Fieber, Alkoholkonsum und AD(H)S. Zum anderen konnten auch Auswirkungen festgestellt werden, die nicht nur in der Akutsituation der Inobhutnahme vorliegen, sondern mehrere Jahre und sogar bis ins Erwachsenenalter andauern können wie schlechtere allgemeine Gesundheit, Angststörung, depressive Störung, AD(H)S, Asthma, Diabetes, Hypertonie, Epilepsie, Krebs und allgemein erhöhte Gesamtmortalität im Erwachsenenalter.

Durch Überprüfung der Ergebnisse mit Kontrollgruppen, die unter ähnlichen Bedingungen aufwuchsen, jedoch nicht von der Herkunftsfamilie getrennt wurden, konnte ein Hinweis darauf gefunden werden, dass die Befunde nicht nur Folgen von gegebenenfalls traumatisierenden Vorerfahrungen in der Herkunftsfamilie sind, sondern auch aus der zusätzlichen Belastung im Inobhutnahmesetting resultieren.

Nachfolgend werden die oben individuell betrachteten Studienergebnisse noch einmal zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 19: Zusammenfassung der Ergebnisse der Literaturrecherche bezüglich der Fragestellung

Quelle: eigene Erstellung anhand angegebener Literatur

<p>Kress, L., Hansbauer, P. (2012). „Kleine Kinder in stationären Hilfen: Ergebnisse eines Praxisentwicklungsprojekts“</p> <p>Fachrichtung der Autoren: Sozialwissenschaften (Prof. Dr. rer. soc. Peter Hansbauer, o.D.)</p>			
Teilnehmer	Untersuchungsziel	Studiendesign	Ergebnisse
<p>9 Kinder unter 6 Jahren, die fremduntergebracht waren</p> <p>Identifikation zentraler Problembereiche und Belastungen bei der Unterbringung jüngerer Kinder</p> <p>Auswahl von 9 Fallskizzen mit verschiedenen Zufriedenheits-einschätzungen und Analyse mittels Fragenkatalogs und Praxisworkshops</p> <p>Als Belastungen bei der Inobhutnahme wurden neben diversen psychischen Reaktionen auch psychosomatische Reaktionen wie Übelkeit oder Fieber vor/während/nach Besuchskontakten beobachtet</p>			
<p>Fries, A.B.W., Ziegler, T.E., Kurian, J.R., Jacoris, S., Pollak, S.D.. (2005). „Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior“</p> <p>Fachrichtung der Autoren: Psychologie (Alison B. Wismer Fries's research while affiliated with University of Wisconsin–Madison and other places, o.D.)</p>			
Teilnehmer	Untersuchungsziel	Studiendesign	Ergebnisse
18 Kinder, die nach ihrer im Waisenhaus und seit 10-48 Monaten bei ihren Adoptiveltern leben und eine Vergleichsgruppe aus 21 Kindern, die bei ihren biologischen Eltern leben	Einfluss von frühkindlichen sozialen Erfahrungen auf die nachfolgende durch das Gehirn beeinflusste Verhaltensentwicklung (Oxytocin und Arginine Vasopressinhaus-halt)	Auswertung und Vergleich des Oxytocin- und Vasopressin-Spiegels in Urinproben nach physischem Kontakt zu (Adoptiv-)Mutter oder unbekannter Frau	Die beiden untersuchten Gruppen wiesen Unterschiede bei Oxytocin- und Arginine Vasopressin-Konzentration auf: Obwohl die Kinder bereits durchschnittlich drei Jahre lang bei ihren Adoptiveltern lebten, konnte ein gestörter Neuropeptidhaushalt nachgewiesen werden

Fries, A. B. W., Shirtcliff, E. A., & Pollak, S. D. (2008). „Neuroendocrine dysregulation following early social deprivation in children.“

Fachrichtung der Autoren: Psychologie (Alison B. Wismer Fries's research while affiliated with University of Wisconsin–Madison and other places, o.D.)

Teilnehmer	Untersuchungsziel	Studiendesign	Ergebnisse
18 Kinder mit Heimerfahrung, die ca. 3 Jahre bei ihren Adoptiveltern leben sowie eine Vergleichsgruppe aus 21 Kindern, die bei ihren biologischen Eltern in häuslicher Umgebung leben	Untersuchung der langfristigen neurobiologischen Auswirkungen früher Deprivation anhand der Cortisolspiegel	Auswertung und Vergleich des Cortisolspiegels in Urinproben nach physischem Kontakt zu (Adoptiv-)Mutter oder unbekannter Frau	die basalen Cortisolspiegel waren bei beiden Gruppen ähnlich. Nach physischem Kontakt mit den (Adoptiv-) Eltern nahmen die Cortisol-Werte bei den Adoptivkindern zu während sie bei der Vergleichsgruppe abnahmen

Bos, K., Zeanah, C. H., Fox, N. A., Drury, S. S., McLaughlin, K. A., & Nelson, C. A. (2011). „Psychiatric outcomes in young children with a history of institutionalization“

Fachrichtung der Autoren: Medizin/ Psychiatrie und Pädiatrie (Karen Bos, M.D., M.P.H., o.D.)

Teilnehmer	Untersuchungsziel	Studiendesign	Ergebnisse
136 Kinder unter 31 Monaten aus Heimen in Bukarest, die entweder einer Pflegefamilie oder einem Heimplatz zugewiesen wurden sowie eine noch nie institutionalisierte Vergleichsgruppe	Untersuchung der Auswirkungen der institutionalisierten Pflege und der Unterbringung in einer geschulten Pflegefamilie auf Bindung, Bindungsstörungen, emotionale Reaktivität und psychiatrische Symptome sowie Auswertung der Elektroenzephalogramme (EEG) der institutionalisierten Kinder	Aufteilen der 136 Kinder mittels randomisierten Verfahrens in 2 Gruppen: Kinder, die in der Pflegefamilie leben und Kinder, die im Heim leben. Untersuchung von Kindern im Heim, in der Pflegefamilie und einer Vergleichsgruppe bezüglich Bindung, Bindungsstörungen, emotionale Reaktivität, psychiatrische Symptome mit Verlaufskontrollen nach 30, 42 und 54 Monaten. Auswertung der EEG-Untersuchungen der 136 Kinder aus den Heimen	Fremduntergebrachte Kinder zeigen deutlich mehr diagnostizierbare psychiatrische Störungen als die Kontrollgruppe Das EEG fremduntergebrachter Kinder weist mehr Theta- und weniger Alpha-Wellen in den frontalen, temporalen und occipitalen Bereichen auf. Diese veränderte Aktivität ist aus der AD(H)S-Forschung bekannt und wird mit einer verzögerten Cortexreifung in Verbindung gebracht

Hellbrügge, T. (1966). „Zur Problematik der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Anstalten, Hospitalismus und Deprivation“

Fachrichtung des Autors: Medizin/Pädiatrie (Startseite Theodor Hellbrügge Stiftung, o.D.)

Teilnehmer	Untersuchungsziel	Studiendesign	Ergebnisse
69 Personen im Alter von 17-23 Jahren, die zur Zeit des Nationalsozialismus in „Lebensborn“ - Heimen aufgewachsen sowie eine Vergleichsgruppe gleichen Alters	Erheben von Auffälligkeiten beim Heranwachsen in speziellen Heimen und Identifikation von Besonderheiten im Adoleszentenalter	Katamnestische Erhebungen und (tiefen-) psychologische Untersuchungen; Gegenüberstellen mit Vergleichsgruppe sowie Auswertung der Krankenberichte, Fürsorgeberichte und biographischen Anamnesen	<p>Personen aus den Heimen zeigten folgende Besonderheiten:</p> <p>Säuglingsalter: Deprivationssyndrom (blasse, schlaffe Haut und Unterfett trotz suffizientem Ernährungszustand, vermehrter Muskeltonus, Infektanfälligkeit)</p> <p>Kleinkindalter: schlechter Entwicklungszustand (Sprachverzögerung, kein Blickkontakt, Schreien vor Angst, leerer Gesichtsausdruck, keine Kontaktaufnahme zu anderen Kindern oder aggressives Verhalten)</p> <p>Adoleszentenalter: neurotische Verwahrlosung, niedrigere Intelligenz, Störungen im Leistungsbereich</p>

Zlotnick, C., Tam, T. W., & Soman, L. A. (2012). „Life course outcomes on mental and physical health: the impact of foster care on adulthood“

Fachrichtung der Autoren: Sozialwissenschaften und Gesundheitswissenschaft (Researchers, o.D.)

Teilnehmer	Untersuchungsziel	Studiendesign	Ergebnisse
70 456 Umfragen, die in den Jahren 2003 und 2005 in Kalifornien durchgeführt wurden	Vergleich der Prävalenz physischer und psychischer Probleme bei Erwachsenen mit einer Vergangenheit mit und ohne Fremdunterbringung	Auswertung der Daten aus der „California Health Interview Survey“ aus den Jahren 2003 und 2005. Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Fremdunterbringung in der Kindheit und psychischen/ physischen Problemen im Erwachsenenalter. Berücksichtigung demographischer und sozioökonomischer Aspekte	Fremduntergebrachte Personen zeigten höhere Krankheitsraten bei Asthma, Diabetes, Hypertonie und Epilepsie oder Anfallsleiden. Sie waren häufiger Raucher. Psychische Probleme lagen häufiger vor. Zusammenhänge sind auch nach Anpassung der Daten bezüglich demographischer und sozioökonomischer Aspekte feststellbar. Unklar ist ob ein Faktor vor oder während der Fremdunterbringung ursächlich ist

Gao, M., Brännström, L., & Almquist, Y. B. (2017). „Exposure to out-of-home care in childhood and adult all-cause mortality: a cohort study“

Fachrichtung der Autoren: Sozialwissenschaften (Ylva Brännström Almquist, o.D.)

Teilnehmer	Untersuchungsziel	Studiendesign	Ergebnisse
15 048 Personen, die 1953 in Stockholm geboren wurden	Untersuchung der Auswirkungen einer Fremdunterbringung in der Kindheit auf die Gesamt mortalität im Erwachsenenalter	Studie mit Daten aus der Stockholmer-Geburtskohorten-Studie: Fremdunterbringungen bis zum 19. Geburtstag und Daten zur Sterblichkeit zwischen 1973 und 2009 wurden erhoben und ausgewertet. Vergleich der fremduntergebrachten Personen mit zwei Kontrollgruppen, die unter ähnlichen Bedingungen aber ohne Fremdunterbringung aufwuchsen	Die Gesamt mortalität im Alter von 20 bis 56 Jahren war bei Personen, die in ihrer Kindheit in einer Fremdunterbringung lebten im Vergleich zur nicht fremduntergebrachten Mehrheitspopulation erhöht. Die fremduntergebrachten Personen hatten auch im Vergleich zu Kontrollgruppen, die unter ähnlichen Bedingungen aufwuchsen, aber keine Fremdunterbringung erfuhren, ein um 62-114% höheres Sterberisiko

Turney, K., & Wildeman, C. (2016). „Mental and Physical Health of Children in Foster Care.“

Fachrichtung der Autoren: Sozialwissenschaften (Department of Sociology, o.D.)

Teilnehmer	Untersuchungsziel	Studiendesign	Ergebnisse
92 159 Kinder (davon 481 Kinder in einer Pflegefamilie) im Alter von 0-17 Jahren, die in den USA leben und nicht in einer stationären Einrichtung untergebracht sind	Vergleich der physischen und psychischen Gesundheit von Kindern in einer Pflegefamilie mit dem Allgemeinkollektiv. Außerdem Vergleich der Kinder in Pflegefamilien mit Kindern, die in sozioökonomisch nachteiligem Umfeld leben	Auswertung von Daten aus der National Survey of Children's Health (NSCH) aus 2011-2012. Befragung eines Erwachsenen aus dem Haushalt bezüglich physischer und psychischer Gesundheit der Kinder. Erfassung der Familienverhältnisse und des sozioökonomischen Hintergrundes	Kinder in einer Pflegefamilie haben im Vergleich zum Allgemeinkollektiv mehr Gesundheitsprobleme: Depressionen traten etwa siebenmal so häufig auf, AD(H)S sowie Hörprobleme traten etwa dreimal so häufig auf. Asthma sowie Sprech- und Sprachprobleme etwa doppelt so häufig, Im Vergleich zu Kindern, die sozioökonomisch benachteiligt sind, weisen Kinder in einer Pflegefamilie erhöhte Werte für psychische Probleme auf. Physische Probleme treten überzufällig häufig auf

Alastalo, H., Raikkonen, K., Pesonen, A. K., Osmond, C., Barker, D. J., Kajantie, E., Heinonen, K., Forsen, T. J., & Eriksson, J. G. (2009). „Cardiovascular health of Finnish war evacuees 60 years later.“

Fachrichtung der Autoren: Psychologie (Katri Räikkönen, o.D.)

Teilnehmer	Untersuchungsziel	Studiendesign	Ergebnisse
320 kriegsbedingt von ihren Familien getrennte Personen und 1 683 Personen ohne Fremdunterbringungserfahrung	Untersuchung der Langzeit-Auswirkungen der Trennung von den Familien bezüglich kardiovaskulärer Gesundheit und Typ-2- Diabetes im Erwachsenenalter	Befragung und klinische Untersuchung der Teilnehmer (Glucosespiegel, Cholesterin, HDL, LDL, Triglyceride, Apolipoprotein A und B, Lipoprotein (a), BMI, Blutdruck)	<p>Die Fremduntergebrachten hatten im Erwachsenenalter häufiger kardiovaskuläre Erkrankungen, Typ-2 Diabetes und Bluthochdruck.</p> <p>Die am längsten Getrennten waren am häufigsten erkrankt.</p> <p>Bei den Fremduntergebrachten: erhöhte Werte für Lipoprotein(a)</p> <p>Keine Auffälligkeiten bezüglich Cholesterin, HDL, LDL, Triglyceride, Apolipoprotein A und B sowie BMI, Taillenumfang und Geschlecht</p>

Ahrens, K. R., Garrison, M. M., & Courtney, M. E. (2014). „Health outcomes in young adults from foster care and economically diverse backgrounds.“

Fachrichtung der Autoren: Medizin (Author information Kym R. Ahrens, o.D.)

Teilnehmer	Untersuchungsziel	Studiendesign	Ergebnisse
<p>Gruppe 1: 596 Personen mit Fremdunterbringungserfahrung in der Kindheit</p> <p>Gruppe 2: 456 Personen ohne Fremdunterbringungserfahrung mit niedrigem ökonomischen Hintergrund</p> <p>Gruppe 3: 1461 Personen ohne Fremdunterbringungserfahrung mit hohem ökonomischen Hintergrund</p>	<p>Untersuchung der Gesundheit junger Erwachsener mit Fremdunterbringungserfahrung bezüglich kardiovaskulärer Risikofaktoren und anderer chronischer Auffälligkeiten und Vergleich mit der Gesundheit junger Erwachsener ohne Fremdunterbringungserfahrung aus ökonomisch unsicheren und sicheren Verhältnissen</p>	<p>Datenauswertung aus zwei US-Geburtskohorten mit sozioökonomischen Daten und Gesundheitsdaten. Gesundheitsdaten wurden zu zwei Zeitpunkten ausgewertet: im späten Jugendalter und im frühen Erwachsenenalter</p>	<p>Bei den meisten die Gesundheit betreffenden Ergebnissen: Anstieg von „ökonomisch hoch“ über „ökonomisch niedrig“ zu „Fremdunterbringung“, auch nach Anpassung um Kovariablen.</p> <p>Gruppe 1: zu beiden Untersuchungszeitpunkten schlechterer allgemeiner Gesundheitszustand.</p> <p><u>Vergleich von Gruppe 1 mit Gruppe 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - bei den Fremduntergebrachten häufiger Bluthochdruck, Raucher, Anfallsleiden, ADHS, Asthma, Vorliegen eines kardiovaskulären Risikofaktors und andere chronische Erkrankung - Diabetes lag überzufällig häufig vor - keine Gruppenunterschiede bei Dyslipidämie <p><u>Vergleich Gruppe 2 mit Gruppe 3:</u></p> <p>nur Asthma und Raucher häufiger, ansonsten keine auffälligen Unterschiede</p>

Batty, G. D., & Hamer, M. (2021). „Public care during childhood and biomedical risk factors in middle age: the 1970 British cohort study.“

Fachrichtung der Autoren: Medizin/ Epidemiologie (Prof David Batty, o.D.)

Teilnehmer	Untersuchungsziel	Studiendesign	Ergebnisse
371 Personen mit Fremdunterbringungserfahrung bis zum 16. Geburtstag und 8210 Personen ohne Fremdunterbringungserfahrung	Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Fremdunterbringung in der Kindheit und Biomarkern im Erwachsenenalter	Klinische Untersuchung der Teilnehmer im Alter von 46 bis 48 Jahren (Blutdruck, Größe, Gewicht, Blutwerte: Lipide, CRP, glykiertes Hämoglobin)	Etwas schlechtere Werte bei Fremduntergebrachten bezüglich BMI, systolischer Blutdruck, HDL, glykiertes Hämoglobin, CRP und Triglyceride. Nach Anpassung bezüglich gesundheitlichen und sozioökonomischen Hintergrunds aus der Kindheit keine Unterschiede feststellbar. Die untersuchten Biomarker scheinen keinen Einfluss auf den vorhandenen Zusammenhang zwischen Fremdunterbringung und Sterblichkeit zu haben

de Mestral C, Bell S, Hamer M, Batty GD. (2020). „Out-of-home care in childhood and biomedical risk factors in middle-age: National birth cohort study.“

Fachrichtung der Autoren: Medizin/ Epidemiologie (Carlos de Mestral, o.D.)

Teilnehmer	Untersuchungsziel	Studiendesign	Ergebnisse
322 Personen mit Fremdunterbringungserfahrung vor dem 16. Geburtstag und 7690 Personen ohne Fremdunterbringungserfahrung	Suche nach Ursachen für die schlechtere Gesundheit fremduntergebrachter Kinder im Erwachsenenalter: Untersuchung des Einflusses von Fremdunterbringung auf biomedizinische Faktoren im Erwachsenenalter	Untersuchung der 1958 UK-Geburtskohorte mit Erhebung des sozioökonomischen und gesundheitlichen Hintergrunds in der Kindheit sowie Befragung und Untersuchung im mittleren Erwachsenenalter (42 bzw. 44/45 Jahre)	<p>Nach Anpassung der Gesundheitsdaten bezüglich Geschlechts waren 4 von 19 untersuchten Faktoren auffällig: Fibrinogen, Cortisol, forciertes exspiratorisches Volumen in 1 Sekunde und forcierte Vitalkapazität.</p> <p>Nach Anpassung bezüglich Cofaktoren (Armut und Gesundheit im Kindesalter): im Wesentlichen kein Zusammenhang mehr zwischen Fremdunterbringung in der Kindheit und Biomarker im Erwachsenenalter nachweisbar.</p> <p>Der physiologische Weg, der zu schlechterer Gesundheit Fremduntergebrachter im Erwachsenenalter führt, scheint die hier untersuchten Biomarker nicht zu enthalten</p>

Viner, R. M., & Taylor, B. (2005). „Adult health and social outcomes of children who have been in public care: population-based study.“

Fachbereich der Autoren: Medizin/ Pädiatrie (Professor Russell Viner CBE, o.D.)

Teilnehmer	Untersuchungsziel	Studiendesign	Ergebnisse
343 Personen mit und 16224 Personen ohne Fremdunterbringungserfahrung vor dem 17. Geburtstag	Untersuchung der Langzeit-Auswirkungen von öffentlicher Fürsorge bezüglich sozioökonomischen Status, Bildung sowie sozialer und gesundheitlicher Ergebnisse	Untersuchung von 16 567 Personen einer UK-Geburtskohorte 1970. Auswertung von Elterninterviews und Selbstberichten mit 5, 10, 16 und 30 Jahren	Der sozioökonomische und gesundheitliche Status war nach staatlicher Fürsorge schlechter: es lag mehr schlechte generelle Gesundheit vor

Hjern, A., Brännström, L., Vinnerljung, B., Frank, P., & Batty, G. D. (2023). „Cardiovascular disease in individuals with a history of out-of-home care: a Swedish national cohort study.“

Fachbereich der Autoren: Medizin und Soziale Arbeit (Hjern et al., 2023)

Teilnehmer	Untersuchungsziel	Studiendesign	Ergebnisse
24 637 Personen mit und 838 789 Personen ohne Fremdunterbringungserfahrung	Untersuchung des Einflusses von Fremdunterbringung auf die kardiovaskuläre Gesundheit im Erwachsenenalter	Kohortenstudie zu den Jahrgängen 1972-1981 mit Auswertung von Daten aus verschiedenen nationalen schwedischen Registern und Auswertung bezüglich kardiovaskulärer Erkrankungen, Todesfälle und sozioökonomischen Hintergrunds. Bei Frauen, die ein Kind geboren hatten, Auswertung zusätzlicher Daten	Angepasst nach den Cofaktoren Alter und Bildung der Mutter: doppelt so hohes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen (Schlaganfall, Myokardinfarkt) im Erwachsenenalter bei Personen mit Fremdunterbringungserfahrung. Deutlicher Zusammenhang zwischen Fremdunterbringung und Gesamtsterblichkeit. Dauer der Fremdunterbringung ohne Einfluss

Schneider, R., Baumrind, N., Pavao, J., Stockdale, G., Castelli, P., Goodman, G. S., & Kimerling, R. (2009). „What happens to youth removed from parental care?: Health and economic outcomes for women with a history of out-of-home placement.“

Fachbereich der Autoren: Psychologie (Renee Schneider, Ph.D., o.D.)

Teilnehmer	Untersuchungsziel	Studiendesign	Ergebnisse
368 Frauen mit Fremdunterbringungserfahrung und 9240 Frauen ohne Fremdunterbringungserfahrung	Evaluation von psychischen und physischen Gesundheitsproblemen, Bildungsstatus und wirtschaftlicher Not bei Frauen mit Fremdunterbringungserfahrung	Auswertung von Daten, die im Rahmen der „California Women´s Health Survey“ telefonisch erhoben wurden	physische Gesundheit: mehr Berichte über mäßige/ schlechte Gesundheit, mehr Raucher, mehr Übergewichtige. Keine Auffälligkeiten bei Alkoholkonsum

Xie, T., de Mestral, C., & Batty, G. D. (2021). „Association of public care in childhood with social, criminal, cognitive, and health outcomes in middle-age: five decades of follow-up of members of the 1958 birth cohort study.“

Fachbereich der Autoren: Medizin (People - Tiffany Xie, o.D.)

Teilnehmer	Untersuchungsziel	Studiendesign	Ergebnisse
420 Personen mit Fremdunterbringungserfahrung vor dem 16. Geburtstag und 10740 Personen ohne Fremdunterbringungserfahrung	Untersuchung nachteiliger Auswirkungen einer Fremdunterbringung im mittleren Alter bezüglich Sozialen, Kriminalität und Gesundheit	Auswertung von Daten der UK-Geburtskohorte von 1958 mit Daten zur Kindheit aus Befragungen der Eltern und Daten zum Erwachsenenalter durch Befragung der Probanden im Alter von 42 Jahren sowie Durchführung eines kognitiven Tests im Alter von 50 Jahren	3 von 8 somatischen Gesundheitsaspekten auffällig: Körperliche Behinderungen 3-mal so häufig, die allgemeine Gesundheit war schlechter und es lag wesentlich häufiger eine Krebsdiagnose vor (Faktor >1,5). Keine deutlichen Zusammenhänge bei Übergewicht, Diabetes, Bluthochdruck, Krankenhausseinweisung und Unfall

Brännström, L., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2020). „Outcomes in Adulthood After Long-Term Foster Care: A Sibling Approach.“

Fachbereich der Autoren: Medizin und Soziale Arbeit (Brännström et al., 2020)

Teilnehmer	Untersuchungsziel	Studiendesign	Ergebnisse
533 Personen mit mindestens 5 Jahren Fremdunterbringungserfahrung vor dem 13. Geburtstag und deren 616 nicht fremduntergebrachten Geschwister oder Halbgeschwister mütterlicherseits	Untersuchung der Auswirkungen einer Langzeit-Fremdunterbringung auf das spätere Leben	Datenauswertung einer schwedischen Geburtskohorte (1973- 1982) zu Geschwistern, von denen eines in Fremdunterbringung war bezüglich Bildung, Soziales und Gesundheit im Alter von 30-39 Jahren	Die Fremduntergebrachten hatten schlechtere Werte bei Empfang von Erwerbsunfähigkeitsrente (Grund für Erwerbsunfähigkeit unbekannt) und Mortalität

Die Trennung eines Kindes von seinen elterlichen Bezugspersonen stellt die invasivste Maßnahme im Kinderschutz dar und ist in §42 SGB VIII geregelt (Rücker, 2015). Dass Inobhutnahmen und Erziehungshilfen ein wichtiges Mittel im Kinderschutz sind, zeigen auch medial intensiv beleuchtete Fälle von Kindesmisshandlung und Kindstötung wie im Fall Kevin in Bremen (Langhans, Stadler, 2015) oder Fall Lea-Sophie in Schwerin (Zeit online vom 29.07.2010). Kinderschutzorganisationen sehen die mediale Berichterstattung als Faktor für die gestiegenen Inobhutnahme- Fallzahlen (Rücker, 2015). Es wird vermutet, dass Kinder vermehrt im Sinne einer Absicherungstendenz in Obhut genommen werden, also lieber eine Inobhutnahme zu viel als zu wenig durchgeführt wird (Petermann et al., 2014). Die dargestellte Literatur zeigt mögliche physische Auswirkungen einer Inobhutnahme. Bei einer Inobhutnahme müssen Risiken abgewägt werden.

Nachfolgend werden die in der Literatur gefundenen physischen Auswirkungen aufgelistet, wobei die Übergänge von psychischen und physischen Auswirkungen teils fließend sind und sich die Auswirkungen nicht immer eindeutig zuteilen lassen.

- Übelkeit, Fieber als psychosomatische Reaktion vor/ während/ nach Besuchskontakten (Kress, Hansbauer, 2012)
- mehr Gesundheitsprobleme bei Kindern in einer Pflegefamilie im Vergleich zum Allgemeinkollektiv: Depressionen, AD(H)S, Asthma, Übergewicht, Sprech- und Sprachprobleme, Hörprobleme, nicht mit Standard-Brille korrigierbare Sehprobleme (Turney, Wildeman, 2016)
- eine Heimunterbringung geht mit einer langfristigen Störung des Neuropeptidhaushaltes einher (Fries et al., 2005). Oxytocin und Arginine Vasopressin stellen Regulatoren des emotionalen Verhaltens dar und sind wichtig für die soziale Entwicklung (Fries et al., 2005).
- Kinder mit Heimerfahrung zeigen neurobiologische Veränderungen. Sie weisen Abweichungen bei der Glukokortikoidausschüttung und der Regulierung der HPA-Axis auf (Fries et al., 2008).
- Fremduntergebrachte Kinder zeigen Abweichungen in der neuronalen Entwicklung: Sie weisen im EEG in den frontalen, temporalen und occipitalen Bereichen vermehrt Theta- und weniger Alpha-Wellen auf (Bos et al., 2011). Die veränderte Gehirnaktivität geht mit Hyperaktivität und Impulsivität einher. Die Reifung des Cortex reagiert empfindlich auf das frühkindliche Umfeld (Bos et al., 2011).
- bei Unterbringung im Heim: Deprivationssyndrom im Säuglingsalter, schlechter Entwicklungszustand im Kleinkindalter und neurotische Verwahrlosung sowie niedrige Intelligenz im Adoleszentenalter (Hellbrügge, 1966).
- nach staatlicher Fürsorge im Kindesalter schlechtere generelle Gesundheit im Erwachsenenalter (Viner, Taylor, 2005).

- im Erwachsenenalter zeigen in der Kindheit oder Jugend fremduntergebrachte Personen höhere Krankheitsraten bei Asthma, Diabetes, Hypertonie, Epilepsie oder Anfallsleiden (Zlotnick et al., 2012).
- Gesamt mortalität im Erwachsenenalter bei in der Kindheit oder Jugend fremduntergebrachten Personen im Vergleich zur Mehrheitspopulation um fast Faktor 3 erhöht und auch im Vergleich zu Kontrollgruppen, die unter ähnlichen Bedingungen aufwuchsen um 62 – 114% erhöht (Gao et al., 2017).
- bei Fremduntergebrachten im Erwachsenenalter häufiger kardiovaskuläre Erkrankungen, Typ-2-Diabetes und Bluthochdruck sowie erhöhte Werte für Lipoprotein(a) (Alastalo et al., 2009).
- Fremduntergebrachte weisen im Erwachsenenalter häufiger Bluthochdruck, Anfallsleiden, ADHS, Asthma, andere chronische Erkrankungen oder einen kardiovaskulären Risikofaktor auf und sind häufiger Raucher (Ahrens et al., 2014). Verglichen mit nicht Fremduntergebrachten mit niedrigem ökonomischem Hintergrund weisen die ehemals Fremduntergebrachten höhere Werte für Asthma und Rauchen auf (Ahrens et al., 2014).
- im Erwachsenenalter nach Fremdunterbringung doppelt so hohes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen (Schlaganfall, Myokardinfarkt) sowie höhere Gesamtsterblichkeit (Hjern et al., 2023).
- nach Fremdunterbringung im Erwachsenenalter mehr Berichte über mäßige/schlechte Gesundheit, mehr Raucher, mehr Übergewichtige (Schneider et al., 2009).
- nach Fremdunterbringung im Erwachsenenalter häufiger schlechtere allgemeine Gesundheit und häufiger Krebsdiagnose (Xie et al., 2021).
- nach Fremdunterbringung im Erwachsenenalter schlechtere Werte bezüglich Erwerbsunfähigkeitsrente und Mortalität (Brännström et al., 2020).

5 Bindungstheorie

Bei der Diskussion über die Auswirkungen einer Inobhutnahme für die Kinder wird häufig Bezug zur Bindungstheorie genommen (Ziegenhain et al., 2014, Kress, Hansbauer, 2012). Inobhutnahmen sind aufgrund der Trennung von Eltern und Kind mit den in der Bindungstheorie beschriebenen Konsequenzen einer Trennung verbunden.

Zum einen kann es sein, dass Kinder, die in Obhut genommen werden, aufgrund familiärer Vorerfahrung bereits belastet sind und mit der Belastung psychische Störungen und Verhaltensstörungen (z.B. posttraumatische Belastungsstörungen, aggressives Verhalten, Angststörungen, Depressionen, Substanzmissbrauch, Essstörungen) einher gehen könnten (Wekerle et al., 2006).

Zum anderen beeinträchtigt die Inobhutnahme insbesondere bei jungen Kindern ab 6 Monaten und langer Dauer die Bindung zu den Bezugspersonen (vor Inobhutnahme meist die Eltern) (Ziegenhain et al. 2014). Trennungen von Bezugspersonen sind bei Kindern der Bindungstheorie nach Bowlby zufolge mit dem Verlust von mütterlichen Regulatoren verbunden und die Folge sind Protest, Verzweiflung, Trauer und Angst (Bowlby, 1969).

Jede Inobhutnahme löst bei kleinen Kindern aufgrund der Trennung von der Bindungsperson/ den Bindungspersonen und dem Fehlen des unmittelbaren Kontakts den oben genannten psychophysiologischen Stress aus (Ziegenhain et al., 2014). Insbesondere die abrupte Trennung von den Bezugspersonen geht mit einer erheblichen physiologischen und emotionalen Belastung für die Kinder einher und eine fremde Person kann dem Kind kein Ersatz sein (Ziegenhain et al., 2014). Die Risikobelastung steigt mit jedem weiteren Wechsel der Bezugsperson und somit steigt das Risiko für Entwicklungsschädigungen beim Kind (Ziegenhain et al., 2014). Bei längerer Trennung von der Bindungsperson und insbesondere jungem Alter des Kindes besteht die Gefahr eines Bindungsabbruchs, was erklärt, dass nach der Bindungstheorie Kontakte zu den Eltern nach Inobhutnahme umso häufiger erforderlich sind je jünger das Kind ist (Ziegenhain et al., 2014). Ziegenhain et al. kritisieren die fehlenden verbindlichen Standards für

Besuchskontakte im Inobhutnahmesetting und betonen, dass das Aufrechterhalten der Bindung eine Schwierigkeit darstellen kann. Schließlich könnte auch ein Besuchskontakt eine Stressreaktion beim Kind auslösen, weshalb die Anforderungen an die Gestaltung der Besuchskontakte hoch sind (Ziegenhain et al., 2015).

6 Diskussion

Die Auswertung der oben dargestellten wissenschaftlichen Studien ergibt, dass eine Inobhutnahme mit physischen Auswirkungen einhergehen kann. Sowohl im Kindes- und Jugendalter als auch im Erwachsenenalter liegen häufiger physische Auffälligkeiten vor als bei Personen ohne unterbrochene Familiengeschichte.

Bei der vorliegenden Arbeit wird davon ausgegangen, dass die Maßnahmen des Kinderschutzes, insbesondere der Inobhutnahmen als invasivste Maßnahme, aus dem Bemühen erfolgen, den Kindern und Jugendlichen Gutes zu tun und die in der Kinderschutzleitlinie beschriebenen nachteiligen Auswirkungen von Kindesmisshandlung -missbrauch und -vernachlässigung abzuwenden.

Die eingangs beschriebene neue Kinderschutzleitlinie, die Mediziner bezüglich Kindesmisshandlung sensibilisieren soll und größere Handlungssicherheit bei Zeichen von Vernachlässigung/ Missbrauch geben soll (Blesken et al., 2019), stellt eine große Herausforderung für das medizinische Personal dar. Aus internistischer Sicht stellt sich ergänzend dazu die Frage, ob durch die Maßnahme eine Änderung der Gesundheitshistorie erfolgt, die ärztlicherseits zu beachten wäre.

6.1 Wissenschaftliche Studien zur gesundheitlichen Entwicklung von Menschen mit eigenen Inobhutnahme-Erfahrungen

Die Literaturrecherche zeigt, dass es nur wenige wissenschaftliche Studien gibt, die sich mit der gesundheitlichen Entwicklung von Menschen mit eigener Inobhutnahme-Erfahrung beschäftigen. Die 17 relevanten dargestellten Publikationen befassen sich mit den physischen Folgen einer Unterbrechung der Familiengeschichte, wie sie bei einer Inobhutnahme vorliegt. Sie weisen ein uneinheitliches Studiendesign auf und reichen von Fallberichten mit geringer Teilnehmerzahl (9 Kinder) (Kress, Hansbauer, 2012) über Verlaufsuntersuchungen mit 136 Kindern (Bos et al., 2011) bis hin zur Auswertung von Daten aus nationalen Umfragen mit über 90 000 Teilnehmern (Turney, Wildeman, 2016) und von Daten aus nationalen Registern mit über 800 000 Personen (Hjern et al., 2023).

Die Gesundheitsdaten wurden auf unterschiedliche Weise erhoben: Bezuglich fremduntergebrachter Kinder wurden die Daten mittels Beobachtung (z.B. Kress und Hansbauer, 2012; Bos et al., 2011), klinischer Untersuchung (z.B. Fries et al., 2005; Fries et al., 2008; Bos et al., 2011) und Befragung der Pflegeeltern (z.B. Turney, Wildemann, 2016) erhoben. Publikationen, die den Gesundheitszustand Erwachsener mit unterbrochener Familiengeschichte untersuchen basieren teilweise auf Umfragen im Erwachsenenalter mit Kenntnis über den Gesundheitszustand und die Entwicklung im Kindes- und Jugendalter durch Befragung der Eltern (z.B. Xie et al., 2021; Viner, Taylor, 2005), teilweise auf klinischen Untersuchungen (z.B. Batty, Hamer, 2021; de Mestral et al., 2020), teilweise auf Daten aus nationalen Registern (z.B. Hjern et al., 2023; Brännström et al., 2020) und teilweise aus telefonischen Umfragen (z.B. Schneider et al., 2009).

Zudem unterscheidet sich der Zeitpunkt der Untersuchung stark. Einige Untersuchungen wurden während der Fremdunterbringung (z.B. Kress, Hansbauer, 2012; Fries et al., 2005; Fries et al., 2008; Turney, Wildemann, 2016, Bos et al., 2011) durchgeführt, andere im Erwachsenenalter nach zurückliegender unterbrochener Familiengeschichte (z.B. Zlotnick et al.; 2012; Gao et al., 2017; Alastalo et al., 2009; Ahrens et al., 2014; Batty, Hamer, 2021; de Mestral et al., 2020; Viner, Taylor, 2005; Hjern et al., 2023; Schneider et al., 2009; Brännström et al., 2020). In keiner der Publikationen wurden die Kinder vor, während und nach der Trennung von den Eltern bis ins Erwachsenenalter wissenschaftlich begleitet. Meist handelt es sich bei den Publikationen um einmalige Erhebungen oder kurze Verlaufskontrollen. Der Untersuchungszeitraum von 4,5 Jahren beim Bukarest-Projekt (Bos et al., 2011) ist bereits vergleichsweise lang. Eine der längsten Untersuchungsspannen besteht bei der Arbeit von Hellbrügge (1966), der die Kinder von der Trennung von der Mutter im Säuglingsalter bis ins Adoleszentenalter untersuchte. Für die weitere Entwicklung im Erwachsenenalter der „Lebensborn-Kinder“ liegen jedoch keine Erkenntnisse vor. Viner und Taylor (2005) werteten Daten einer Geburtskohorte aus, bei der mittels Elterninterviews und Selbstberichten die Teilnehmer mit 5, 10, 16 und 30 Jahren befragt wurden, wobei hier der Gesundheitszustand nur grundsätzlich erfasst wurde.

9 der 17 Publikationen kommen aus dem Fachbereich der Medizin oder der Fachbereich Medizin ist an der Arbeit beteiligt. Jeweils vier Publikationen kommen aus den Fachbereichen Sozialwissenschaften und Psychologie.

6.2 Medizinische Besonderheiten im Verlauf bei Menschen mit Inobhutnahme-Erfahrungen

Die im Ergebnisteil dargestellten Publikationen zeigen, dass es bei Menschen mit Inobhutnahme-Erfahrungen im Verlauf medizinische Besonderheiten gibt. Es konnten diverse somatische Auffälligkeiten nicht nur während der Fremdunterbringung, sondern auch bis ins Erwachsenenalter gefunden werden.

Während der Fremdunterbringung sind eine Reihe physischer Auffälligkeiten beschrieben: Zu den Auffälligkeiten während der Fremdunterbringung zählen neben Übelkeit und Fieber (Kress, Hansbauer, 2012) auch psychiatrische Symptome (Fries et al., 2008), ADHS, Asthma, Übergewicht, Hörprobleme und Sehprobleme (Turney, Wildeman, 2016).

Die beschriebenen möglichen Auswirkungen einer Unterbrechung der Familiengeschichte durch Inobhutnahmen stehen eng mit dem aus der Bindungstheorie bekannten psychophysiologischen Trennungsstress in Verbindung (Ziegenhain et al., 2014). Bowlby (1969) beschrieb Protest, Verzweiflung, Trauer und Angst als Folge der Trennung von mütterlichen Regulatoren und prägte für Kinder, die nicht genügend Zuwendung erfahren, den Begriff des Deprivationssyndroms, welcher zunächst mit Protest und Weinen und später mit Apathie, Aktivitätsrückgang, Ernährungsschwierigkeiten und der „Rückentwicklung bereits entwickelter Funktionen“ (Hellbrügge, 1966: 390) einhergeht. Das Deprivationssyndrom ist sowohl aus psychologischer als auch aus medizinischer Sicht von Bedeutung, da es bei kleinen Kindern mit fehlender Widerstandsfähigkeit gegen Infekte sowie schlechter sprachlicher und geistiger Entwicklung in Verbindung gebracht wurde (Hellbrügge, 1966). Hellbrügge (1966) konnte Auswirkungen des Deprivationssyndroms bis ins Adoleszentenalter nachweisen.

In der Literatur finden sich bei Untersuchung fremduntergebrachter Kinder auch Auswirkungen einer unterbrochenen Familiengeschichte auf die Physiologie und Entwicklung der Kinder: Auffälligkeiten in EEG- Untersuchungen bei institutionalisierten Kindern korrelieren mit den aus der ADHS-Forschung bekannten Besonderheiten und geben einen Hinweis auf eine verzögerte Cortexreifung (Bos et al., 2011). Auch Erkenntnisse von Fries et al. (2005 und 2008) zu abweichenden Hormonkonzentrationen im Urin bei Kindern mit zurückliegender Heimerfahrung geben einen Hinweis auf längerfristige Auswirkungen von Inobhutnahmen.

Ein bestimmter Biomarker (z.B. BMI, systolischer Blutdruck, HDL, glykiertes Hämoglobin, CRP, Triglyceride, Fibrinogen, Cortisol), der für chronische Erkrankungen und erhöhte Mortalität im Erwachsenenalter nach Fremdunterbringungserfahrung eindeutig verantwortlich ist, konnte jedoch bisher nicht nachgewiesen werden (de Mestral et al., 2020, Batty, Hamer, 2021).

In der Literatur sind einige Konsequenzen von Inobhutnahme-Erfahrungen beschrieben, die im Erwachsenenalter auftreten können und auch die Gesamt-Mortalität im Erwachsenenalter erhöhen (Gao et al., 2017):

Als Auswirkungen auf die physische Gesundheit im Erwachsenenalter sind in der Literatur neben allgemein schlechterem Gesundheitszustand (Schneider et al., 2009) und höheren Mortalitätsraten (Hjern et al., 2023, Brännström et al, 2020, Gao et al., 2017) weitere medizinische Auffälligkeiten beschrieben: bei Erwachsenen mit Fremdunterbringungserfahrung stellten Ahrens et al. (2014) und Zlotnick et al. (2012) häufiger das Vorliegen von Asthma fest. Laut Zlotnick et al (2012) und Alastalo et al. (2009) liegt häufiger Diabetes vor. Ahrens et al. (2014) konnten das Vorliegen von Diabetes überzufällig häufig feststellen. Alastalo et al. (2009) beschreiben die Auffälligkeiten nur für Typ-2-Diabetes und gehen auf Typ-1-Diabetes nicht ein. Xie et al. (2021) konnten keine Auffälligkeiten bezüglich Diabetes feststellen. Laut Xie et al. (2021) weisen früher fremduntergebrachte Erwachsene jedoch mehr Krebsdiagnosen auf. Auch bei Epilepsie und Anfallsleiden sind in den Publikationen Auffälligkeiten nach Fremdunterbringung beschrieben (Ahrens et al., 2014, Zlotnick et al., 2012). Zlotnick et al. (2012),

Ahrens et al. (2014) und Alastalo et a. (2009) beschreiben ein häufigeres Vorliegen einer arteriellen Hypertonie im Erwachsenenalter nach Fremdunterbringung. Auch Auffälligkeiten bezüglich kardiovaskulärer Erkrankungen (Schlaganfall, Myokardinfarkt) sind bekannt (Hjern et al., 2023, Alastalo et al., 2009). Lediglich Xie et al. (2021) konnten keinen deutlichen Zusammenhang zu Bluthochdruck feststellen.

6.3 Medizinische Aspekte, die in der internistischen Betreuung bei Menschen mit Inobhutnahme-Erfahrung einer besonderen Beachtung bedürfen

Die in der Literatur beschriebenen medizinischen Besonderheiten bei unterbrochener Familiengeschichte sind auch für die internistische Betreuung von Patienten von großer Bedeutung, da sie nicht nur akut bzw. im Jugendalter vorhanden sind, sondern Auswirkungen bis ins Erwachsenenalter haben. Somit ist die Information über eine zurückliegende Inobhutnahme nicht nur wichtig für die pädiatrische Versorgung. Von großer Bedeutung für die internistische Praxis sind hierbei insbesondere die Krankheiten Asthma, Diabetes, Hypertonie und Epilepsie oder Anfallsleiden.

6.3.1 Asthma

Asthma als chronische, entzündliche Atemwegserkrankung ist im Erwachsenenalter insbesondere für den allgemeinmedizinischen, internistischen und pneumologischen Bereich von Bedeutung (Buhl et al., 2006). Ob es sich bei dem Asthma, das bei Erwachsenen mit Fremdunterbringungserfahrung vermehrt auftritt, um die allergische oder die nicht-allergische Form mit oft schwererem Krankheitsverlauf (Buhl et al., 2006) handelt und welcher Asthma-Schweregrad vorliegt, ist in den oben dargestellten Publikationen nicht untersucht.

Um eine fixierte Obstruktion der Atemwege zu verhindern ist ein gutes Asthma-Management mit Anamnese und spezifischer Diagnostik wichtig, zumal Asthma

epidemiologischen Studien zufolge häufig nicht als solches erkannt wird (Buhl et al., 2006).

6.3.2 Diabetes

Diabetes ist eine weitere Erkrankung, die für die internistische Betreuung relevant ist, da der dauerhaft erhöhte Blutzuckerspiegel nicht nur zu typischen Diabetes-Folgen an Nieren, Augen und Füßen führt, sondern auch einen Risikofaktor für Hypertonie, koronare Herzkrankheit und Schlaganfall darstellt (Schmidt et al., 2021). Außerdem weisen Patienten sowohl mit Typ-I- als auch mit Typ-II-Diabetes eine hohe Co-Morbiditätsrate mit Depressionen auf (Roy, Lloyd, 2012).

Für die Manifestation eines Typ-I-Diabetes konnte früher psychischer Stress in mehreren Studien als Risikofaktor identifiziert werden (Klein, 2015). Ein um Faktor drei erhöhtes Risiko für die spätere Diagnose eines Typ-I-Diabetes liegt bei „schwerwiegenden, negativen Lebensereignissen“ (Klein, 2015: 160) des Kindes vor (Klein, 2015).

Die Prävalenz von Diabetes hat über die letzten Jahre zugenommen, was sowohl Diagnosen des Typ-I-Diabetes (Danne, Kordonouri, 2021) als auch des Typ-II-Diabetes betrifft (Heidemann et al., 2011).

Bei der Erhebung von Diabetes bei Erwachsenen mit Inobhutnahme-Erfahrung wird meist nicht zwischen verschiedenen Diabetes-Formen unterschieden. Der Zusammenhang von Diabetes und Depressionen sowie frühem psychischem Stress zeigt aber, dass eine Inobhutnahme-Erfahrung bezüglich Diabetes ein zu berücksichtigender anamnestischer Faktor bei der internistischen Betreuung sein kann.

6.3.3 Bluthochdruck

Arterielle Hypertonie, definiert nach WHO als diastolische Blutdruckwerte über 90mmHg und systolische Blutdruckwerte über 140mmHg oder die Einnahme antihypertensiver Arzneimittel (Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen

Blutdrucks e. V. - Deutsche Hypertoniegesellschaft, 1999, zitiert nach Böhm et al., 2000), bedarf bei der internistischen Betreuung von Patienten großer Beachtung, da ein erhöhter Blutdruck zwar asymptatisch ist, jedoch das kardiovaskuläre und renale System belastet, die Sterblichkeit erhöht und mit einer Prävalenz von 30-45% im Erwachsenenalter weit verbreitet ist (Williams et al., 2018). Neben der regelmäßigen Messung des Blutdrucks in der Praxis spielt auch die Anamnese eine große Rolle, da viele Faktoren bekannt sind, die das kardiovaskuläre Risiko eines Patienten beeinflussen (Williams et al., 2018). Hierzu zählen neben Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel, erhöhte Harnsäurewerte und Diabetes auch die Familienanamnese zu frühem Bluthochdruck oder frühen kardiovaskulären Erkrankungen sowie psychosozialem Stress und psychiatrischen Erkrankungen (Williams et al., 2018).

Aufgrund der hohen Prävalenz und der weitreichenden Auswirkungen sind Diagnostik und Behandlung von arterieller Hypertonie bei der internistischen Betreuung sehr bedeutend, insbesondere wenn bei Menschen mit Inobhutnahmeerfahrung ein weiterer Risikofaktor für Hypertonie vorliegt.

6.3.4 Epilepsie oder Anfallsleiden

Bei Epilepsie und Anfallsleiden kommt der Anamnese eine besonders große Rolle zu, um im ersten Schritt eine Epilepsie von einer nichtepileptischen anfallsartigen Störung im Sinne einer Synkope zu differenzieren (Humm, 2007). Bei Verdacht auf Epilepsie ist gegebenenfalls die Anfertigung eines EEG indiziert (Humm, 2007). Ätiologisch kommen für eine Epilepsie strukturelle, genetische, infektiöse, metabolische, immunvermittelte und unbekannte Faktoren in Frage, wobei bei vielen Patienten die Ursache der Epilepsie trotz medizinischer Fortschritte nicht geklärt werden kann (Scheffer et al., 2018). Bei Epilepsie-Verdacht stellt die neurologische Abklärung des Symptoms Anfall bezüglich der Krankheit Epilepsie und eine genaue Klassifizierung und Behandlungsplanung den nächsten Schritt der Behandlungskaskade dar (Steinhoff, 2016). Hierbei kann auf moderne Instrumente wie Video-EEG und bildgebende Diagnostik zurückgegriffen werden (Steinhoff, 2016). Das bei Erwachsenen mit Inobhutnahmeerfahrung erhöhte Auftreten von

Epilepsie und Anfallsleiden zeigt die große Bedeutung der Anamnese für diese Patientengruppe.

6.4 Fazit

Die in Untersuchungen gefundenen physiologischen Unterschiede zwischen Kindern, die bei ihren leiblichen Eltern aufwachsen und Kindern mit Fremdunterbringungserfahrung, die – so implizieren die Studienergebnisse – bis ins Erwachsenenalter hineinreichen, weisen darauf hin, dass die Einbindung medizinischen Fachpersonals in den Kinderschutz, die durch die S3+ Leitlinie (Blesken et al., 2019) aus dem Jahr 2019 gefördert werden soll, einen grundsätzlich sinnvollen Weg darstellt. Momentan kommen in Deutschland nur wenige Gefährdungsmeldungen aus dem Gesundheitswesen (Blesken et al., 2019). Auch in anderen Ländern wie den USA ist die Einbeziehung von Ärzten, insbesondere Pädiatern in die Prävention der Kindesmisshandlung beispielsweise durch Einschätzen elterlicher Defizite empfohlen (Christian et al., 2015).

Es werden beim Kinderschutz - mit dem invasivsten Instrument der Trennung der Kinder und Jugendlichen aus ihrem gewohnten Umfeld - hierbei Maßstäbe angewendet deren Auswirkungen nicht vollständig evaluiert sind.

Brännström et al. (2020) konnten in einer Geburtskohortenstudie beim Vergleich ehemals fremduntergebrachter Erwachsener mit deren nicht fremduntergebrachten Geschwistern zeigen, dass die Ergebnisse zu Bildung, Sozialem und Gesundheit bei den ehemals Fremduntergebrachten schlechter sind.

Eine Studie der „U.S. Preventive Services Task Force“ (Vishwanathan et al., 2018: 7), einem unabhängigen Expertengremium, untersuchte in einem systematischen Review die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Interventionen der primären Gesundheitsversorgung für Kinder mit Hinweisen auf Kindesmisshandlung (physische/emotionale Misshandlung, sexuelle Misshandlung, Vernachlässigung, Ausbeutung, welche (potenziell) gefährdend für das Kind sind) (Viswanathan et al., 2018). Die Ergebnisse ergänzen die Erkenntnis der „Canadian Task Force on Preventive Health Care“ (MacMillan et al., 2000: 1452), dass ein Screening zur

Erkennung von Risikofamilien bezüglich Kindesmisshandlung nicht sinnvoll sei, da dies durch eine hohe Falsch-positiv-Quote mehr Schaden als Nutzen bringe (MacMillan et al., 2000). Viswanathan et al. (2018) stellen heraus, dass es keinen sicheren Risikofaktor für das Auftreten einer Kindesmisshandlung gebe. Außerdem konnte nicht nachgewiesen werden, dass Interventionen der primären Gesundheitsversorgung in der Lage sind, Misshandlung und Vernachlässigung vorzubeugen (Viswanathan et al., 2018). Bezuglich Schäden durch die Interventionen zum Kinderschutz konnten bei Viswanathan et al. (2018) keine Versuche oder Beobachtungsstudien gefunden werden.

Da die durchgeführte Auswertung der Literatur ergibt, dass die Inobhutnahme eines Kindes und die damit einhergehende Trennung des Kindes von den Eltern somatische Auswirkungen haben kann, die bis ins Erwachsenenalter reichen können, muss sowohl der mögliche Schaden bei Unterlassen der Maßnahme als auch die mögliche Beeinträchtigung durch eine voreilige Hilfemaßnahme abgewägt werden.

Dieses Abwägen ist aufgrund des schwachen Wissensstandes zu den Folgen einer Inobhutnahme besonders schwierig. Es liegt keine Untersuchung vor, die eine inobhutgenommene bzw. von den Bezugspersonen getrennte Personengruppe langfristig wissenschaftlich begleitet. Einer der längsten Untersuchungszeiträume liegt bei den Erhebungen von Hellbrügge (1966) vor, wo die Personen bis ins Adoleszentenalter untersucht wurden. Bei aktuelleren Untersuchungen wurde jeweils nur ein bestimmter Lebensabschnitt betrachtet oder mittels Befragung nur sehr allgemeine Daten zum Gesundheitszustand erhoben (Viner, Taylor, 2005). Daher fällt es häufig schwer die gefundenen physischen Auswirkungen einer Ursache zuzuordnen. Es kommt nämlich sowohl eine traumatisierende Vorerfahrung oder der sozioökonomische Hintergrund vor Inobhutnahme als auch die Inobhutnahme selbst als Ursache in Frage (Zlotnick et al., 2012 und McKenna et al., 2021).

Hinweise, dass eine gegebenenfalls vorhandene Vorbelastung als alleiniger Grund nicht in Frage kommt, finden sich bei Hellbrügge (1966) sowie Turney und Wildeman (2016).

Bei den von Hellbrügge untersuchten Kindern aus „ausgesuchten sozialen Bevölkerungskreisen“ (Hellbrügge, 1966: 391) konnte sowohl der Faktor der Herkunft aus sozial schwachen Bevölkerungsschichten ausgeschlossen werden als auch dokumentiert werden, dass das Deprivationssyndrom erst nach der Trennung von den Müttern auftrat (Hellbrügge, 1966).

Turney und Wildeman (2016) untersuchten zwar den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in einer Pflegefamilie und nicht die Auswirkung der Unterbringung in einer Pflegefamilie, sie konnten jedoch durch Einbeziehen von sozioökonomischen Nachteilen einen Hinweis darauf geben, dass die festgestellten Gesundheitsprobleme bei Kindern in Pflegefamilien nicht nur durch die Vorgeschichte erklärbar sind (Turney, Wildeman, 2016).

Es besteht somit großer Bedarf einer wissenschaftlichen Begleitung von Kindern und Jugendlichen vor, während und nach Inobhutnahme bis ins Erwachsenenalter, um sich über mögliche Auswirkungen der Inobhutnahme im Klaren zu sein und die Personen langfristig medizinisch wie psychologisch begleiten zu können.

Für die internistische Betreuung bedeuten die Ergebnisse dieser Dissertation, dass die Erhebung der Anamnese und Familienanamnese durch eine unterbrochene Familiengeschichte nicht nur erschwert sein kann, da den Personen manche Informationen gegebenenfalls nicht vorliegen, sondern auch die unterbrochene Familiengeschichte selbst eine wichtige anamnestische Information darstellen kann.

7 Zusammenfassung

Eine unterbrochene Familiengeschichte wie sie unter anderem nach behördlichen Interventionen (Inobhutnahmen, Fremdunterbringungen) vorliegt, kann das Erheben familienanamnestischer Daten erschweren. Außerdem könnte die unterbrochene Familiengeschichte selbst als Teil des Risikoprofils einer Person gesehen werden.

Ziel dieser Dissertation ist es mittels Literaturrecherche zu prüfen, ob es wissenschaftliche Studien zur gesundheitlichen Entwicklung von Menschen nach Fremdunterbringung gibt und eventuell vorhandene medizinische Besonderheiten zu erkennen, die für die internistische Betreuung von Bedeutung sind.

Hierzu sind nur wenige wissenschaftliche Publikationen vorhanden. Direkte Reaktionen auf die Belastung einer Inobhutnahme können Übelkeit und Fieber sein. Es sind jedoch auch gesundheitliche Auswirkungen beschrieben, die über die Akutsituation hinausgehen und bis ins Erwachsenenalter andauern können, wie AD(H)S, Asthma, Diabetes, Krebs, Hypertonie sowie kardiovaskuläre Erkrankungen (Myokardinfarkt, Schlaganfall), Epilepsie und erhöhte Gesamtmortalität im Erwachsenenalter. Auswirkungen durch Vorerfahrungen in der Herkunftsfamilie und durch Belastungen der Fremdunterbringung können zwar nicht eindeutig zugeordnet werden, jedoch zeigen Untersuchungen, dass nicht nur Vorerfahrungen alleine, sondern auch die Belastung bei der Inobhutnahme ursächlich sind. Da bei Menschen mit Inobhutnahme-Erfahrungen die oben genannten medizinischen Besonderheiten häufiger vorliegen, kann die Information über eine zurückliegende Inobhutnahme von Bedeutung für die internistische Praxis sein.

Die verfügbare wissenschaftliche Literatur weist eine heterogene Studienmethodik auf und es wurde noch keine Personengruppe mit Fremdunterbringungserfahrung langfristig wissenschaftlich begleitet. Weitere Untersuchungen hierzu könnten sowohl helfen die Konsequenzen von Unterlassen und Durchführen einer Kinder-/Jugendschutzmaßnahme besser abzuwägen als auch die medizinische Betreuung dieser Personengruppe verbessern.

8 Limitationen

Die vorliegende Dissertation konzentriert sich auf mögliche Folgen einer Inobhutnahme, die für die internistische Betreuung von Personen von Bedeutung sein können.

Es sind nur wenige wissenschaftliche Publikationen zu diesem Thema verfügbar.

Diese unterscheiden sich in ihrer Studienmethodik so stark, dass ein Vergleich der Ergebnisse kaum möglich ist. Es sind auch Arbeiten berücksichtigt, die so kleine Fallzahlen bearbeiten, dass keine statistische Auswertung der Ergebnisse durchgeführt wurde.

Die Untersuchungszeitpunkte variieren stark, vom Kleinkindalter über das Jugendalter bis zum Erwachsenenalter. Keine Publikation begleitet eine Gruppe inobhutgenommener Kinder oder Jugendliche bis ins Erwachsenenalter. Es ist daher schwierig und häufig nicht möglich zu differenzieren ob die beschriebenen Auffälligkeiten auf Umstände vor der Trennung vom gewohnten Umfeld und der Bezugspersonen oder auf die Trennung/ Inobhutnahme selbst zurückzuführen sind oder andere Faktoren in Frage kommen. Hieraus ergibt sich weiterer Forschungsbedarf.

Einige Publikationen verfolgen nicht das Ziel physische Auswirkungen von Inobhutnahmen zu untersuchen und die Informationen zur Inobhutnahme sind lediglich aus Randbemerkungen entnommen.

Es sind auch Publikationen berücksichtigt, die nicht explizit die Folgen einer Inobhutnahme untersuchen, sondern auch die Auswirkungen von Jugendschutz-Maßnahmen und Fremdunterbringungen, bei denen der Grund der Trennung von den Eltern nicht genannt ist oder die Fremdunterbringung zum Schutz vor Kriegsangriffen erfolgte.

9 Anhang

9.1 Rechtlicher Hintergrund der Jugendhilfe-Maßnahmen

Die Leistungen und Pflichten der Jugendhilfe basieren auf dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) von 1991 und sind im SGB VIII verankert (Mierendorff, Olk, 2007). Das zuvor geltende Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG) konzentrierte sich vor allem auf den Schutz gefährdeter Kinder und wenig auf die Unterstützung von Familien (Wiesner, 2011 und Mierendorff, Olk, 2007). Das KJHG sollte den Familien „Angebote und Hilfen“ (Richter, 2007: 231) bieten, also Leistungen nicht nur für gefährdete Kinder und Jugendliche (Richter, 2007). „Die fürsorgepolizeilichen Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe [...] wurden [...] als „andere Aufgaben“ in §2 SGB VIII den Leistungen gegenübergestellt“ (Richter, 2007: 231) und finden sich in §42 SGB VIII (Richter, 2007).

Die Kapitel des SGB VIII spiegeln die beiden Aufgaben des Jugendamtes - sowohl Leistung als auch Eingriff - wider (Wabnitz, 2012).

9.1.1 Das SGB VIII

Das „Leitmotiv“ des SGB VIII ist in §1 enthalten. Demnach hat „jeder junge Mensch (...) ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ (§1 Abs. 1 SGB VIII).

Dem Gesetzestext kann entnommen werden, dass das KJHG neben dem Eingreifen bei Kindeswohlgefährdung insbesondere auch einen präventiven und unterstützenden Auftrag enthält (Mierendorff, Olk, 2007). Eines der Kernstücke war das Ausformulieren der Hilfen zur Erziehung im Sinne eines Leistungskatalogs (Mierendorff, Olk, 2007). Es lässt sich aus der Reform des Jugendhilfegesetzes durch das KJHG die „Abkehr von der Idee einer „offensiven Jugendhilfe“ zu einer familienunterstützenden Dienstleistung ablesen“ (Mierendorff, Olk, 2007: 556).

Aufgaben der Jugendhilfe wurden in SGB VIII wie bereits oben beschrieben unterteilt in „Leistungen“ und die Restkategorie „andere Aufgaben“.

Leistungen sind im zweiten Kapitel des SGB VIII enthalten und beinhalten Sozialleistungen wie Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit, „Förderung der Erziehung in der Familie“ (Kapitel 2, 2. Abschnitt, SGB VIII) und „Hilfe zur Erziehung“ (Kapitel 2, 4, Abschnitt, 1. Unterabschnitt, SGB VIII).

Aus Familiensicht kann man die Leistungen in Familien unterstützende (§§16 – 21), Familien ergänzende (§§11 – 15, 22 – 26, 27 – 32) und Familien ersetzende (§§33 – 35) Leistungen unterteilen (Wiesner, 2011). Während alle Familien „verschiedene Arten der allgemeinen Familienförderung“ (Wiesner, 2011: §11 Rd.Nr.7) oder eine Kindertagespflege in Anspruch nehmen können, können individuellere und intensivere Hilfen nur in Anspruch genommen werden, wenn bestimmte Voraussetzungen (z.B. Ausfall eines Elternteils durch Krankheit, Erziehungsdefizite) erfüllt sind (Wabnitz, 2012). Wenn „eine dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist“ (§27 Abs 1, SGB VIII) ist die Voraussetzung erfüllt eine Hilfe zur Erziehung zu erhalten (Wabnitz, 2012). So wie alle Leistungen wird auch Hilfe zur Erziehung nur auf Antrag der Eltern erbracht, da bis zur Schwelle der Kindeswohlgefährdung keine Zwangshilfen für Familien vorgesehen sind (Wabnitz 2012).

Bei den anderen Aufgaben handelt es sich um eine inhomogene Restkategorie von Aufgaben, welche keine Sozialleistungen gemäß SGB I sind, obwohl auch diese Aufgaben häufig Dienstleistungsfunktionen enthalten (Wiesner, 2011: §2 Rd.Nr.13). Andere Aufgaben finden sich in Kapitel 3 des SGB VIII und hierzu zählen auch Inobhutnahmen (Wiesner, 2011: §2 Rd.Nr. 13-21).

Im Sinne des unterstützenden Auftrags des SGB VIII steht unter den Leistungen (zweites Kapitel SGB VIII) eine Vielzahl von Dienstleistungen für Familien zur Verfügung und die Inobhutnahme stellt sich als letzte Maßnahme zum Schutz des Kindes dar (Seithe, 2007). Bei Erziehungsdefiziten beinhaltet das SGB VIII verschiedene Arten von Hilfen zur Erziehung: ambulant, teilstationär, stationär (Seithe, 2007).

Das Gesetz verpflichtet die Jugendhilfe im Grundsatz der Verhältnismäßigkeit (programmsatzartig niedergelegt in §1666aBGB) ambulante Hilfen vorzuziehen und erlaubt die Trennung von Kind und Eltern nur dann, wenn das Abwenden der Gefahr auf andere Weise nicht möglich ist (Coester, Hansen, 1994). Im SGB VIII §37 Abs.1 finden sich die Orientierungspunkte hierzu: musste ein Kind aufgrund einer Gefährdung aus der Familie herausgenommen werden, soll der Herkunftsfamilie so geholfen werden, „dass sie das Kind oder den Jugendlichen wieder selbst erziehen kann“ (§37 Abs. 1 Satz 2 SGB VIII). Ist dies jedoch „innerhalb eines im Hinblick auf die Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen vertretbaren Zeitraums“ (§37 Abs. 1, Satz 2 SGB VIII) nicht möglich soll eine „auf Dauer angelegte [...] Lebensperspektive“ (§37 Abs 1, Satz 3 SGB VIII) erarbeitet werden.

Bis 2005 stand somit der präventive Ansatz im Mittelpunkt und nicht die staatliche Intervention (Wabnitz, 2012 und Czerner, 2012).

9.1.2 Gesetzesänderungen am SGB VIII im Laufe der Jahre

Laut Czerner (2012) mündeten in der Öffentlichkeit diskutierte Fälle von Kindesmisshandlung in eine Forderung nach mehr Kontrolle.

„Dieser Forderung folgten Familienpolitik und Gesetzgeber [...] in zahlreichen Schritten, und sie vollführten eine Kehrtwende von einem staatlich geduldeten bzw. sogar gewollten Laissez-faire-Verhalten in Bezug auf elterliches Erziehungsfehlverhalten bis hin zu einem engmaschigen, punktuell sogar überregulierten Kontrollautomatismus im Hinblick auf potenziell gefährdete Kinder, der nach der inneren Logik der neueren gesetzlichen Bestimmungen ein staatliches Überprüfungsverfahren hinsichtlich elterlicher Erziehungskompetenzen in Gang setzt. Bildlich gesprochen ist das Pendel von einem Extrempunkt zum anderen Extrempunkt ausgeschlagen“.

(Czerner, 2012: 48).

Der erste Schritt vom Dienstleistungs- und Hilfecharakter der Jugendhilfe zur stärkeren Betonung des staatlichen Wächteramts wurde durch eine Gesetzesänderung 2005 vollzogen (Turba, 2012).

9.1.2.1 2005: Erweiterung des SGB VIII um §8a

So wurde im Oktober 2005 durch das „Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetz“ (KICK) das SGB VIII um den Paragraphen 8a erweitert, welcher den „Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung“ (§8a SGB VIII) konkretisiert und das Jugendamt verpflichtet zu handeln und das Gefährdungsrisiko einzuschätzen auch wenn das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung noch nicht sicher feststeht (Wabnitz, 2012). §8a beschreibt wie Jugendämter und auch freie Träger bei dem Verdacht einer Gefährdung des Kindeswohls zu verfahren haben (Czerner, 2012): „Hält das Jugendamt [...] Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Erziehungsberechtigten anzubieten“ (SGB VIII §8a Abs.1 Satz 3). Des Weiteren ist genau geregelt, dass das Jugendamt das Familiengericht anrufen muss, wenn das Jugendamt dies für erforderlich hält oder „wenn die Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken. Besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen [nach §42 SGB VIII] in Obhut zu nehmen“ (SGB VIII §8a Abs.2).

§8a konkretisiert also nicht nur den Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe, sondern es wird ausdrücklich auf die Verpflichtung zur Inobhutnahme nach §42 SGB VIII bei einer Kindeswohlgefährdung verwiesen (Richter, 2007).

Auch §42 SGB VIII wurde erneuert: Die Paragraphen 42 und 43, welche bisher die vorläufigen Schutzmaßnahmen (Inobhutnahme und Herausnahme) regelten, wurden in einen Paragraphen zusammengefasst und es ist seit 2005 auch die Inobhutnahme eines Kindes, welches sich bei seinen Personensorgeberechtigten aufhält erlaubt (Schleicher, 2001). Bisher konnte nur eine Eilentscheidung des Familiengerichts durch das Jugendamt beantragt werden (Schleicher, 2001).

Der Verpflichtung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen entspricht eine strafrechtliche Verantwortung der einzelnen Fachkraft als Beschützergarant (Döring, 2018). Diese Garantenstellung kann bei Versäumnissen im Kinderschutz strafrechtliche Folgen haben (Döring, 2018).

Im Sinne des Angebots- und Leistungscharakters der Kinder- und Jugendhilfe sollen die Erziehungsberechtigten die angebotenen Hilfen freiwillig annehmen (Czerner, 2012). Verweigern die Erziehungsberechtigten die Annahme dieser kann laut Czerner (2012) jedoch das Familiengericht eingeschaltet werden und aus dem Angebot wird eine Verpflichtung zur Annahme der Hilfen, denn §1666 BGB Abs.3 Nr. 1 benennt „Gebot[e], öffentliche Hilfen wie zum Beispiel Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitsfürsorge in Anspruch zu nehmen“ (§1666 Abs.3 Satz 1 BGB) als mögliche Maßnahme des Familiengerichts zur Abwendung der Gefahr für das „körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes“ (§1666 Abs. 1 BGB).

9.1.2.2 2008: Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen durch Änderung von §1666 BGB

Am 12. Juli 2008 wurde ein Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen verabschiedet und §1666 BGB geändert.

Bis zur Gesetzesänderung war ein Eingriff in die elterliche Sorge durch das Familiengericht nur dann möglich, wenn das Wohl des Kindes durch ein konkret benanntes Erziehungsversagen gefährdet war und die Eltern „nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden“ (§1666 Abs. 1 BGB i.d.F. vor dem 12.07.2008). Es war jedoch schwer ein solches Erziehungsversagen in der Praxis nachzuweisen und eine eindeutige Zuordnung der Kindeswohlgefährdung zu einem bestimmten Fehlverhalten vorzunehmen, weswegen die konkrete Aufzählung von vier Punkten des Fehlverhaltens gestrichen wurde und das Familiengericht nun schneller eingreifen kann (Hinrichs, 2008).

Bis 2008 besagte §1666 lediglich, dass die Maßnahmen getroffen werden müssen, die „zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind“ (§1666 Abs. 1 BGB). In Abs.3 wurde in der neuen Fassung ein exemplarischer Maßnahmenkatalog eingeführt, der die Handlungsspielräume des Familiengerichts – von der Verpflichtung Hilfen anzunehmen bis zum Sorgerechtsentzug - verdeutlichen soll. „Die Jugendämter [sollen dadurch] ermutigt werden, die Familiengerichte frühzeitiger anzurufen“ (Hinrichs, 2008).

9.1.2.3 2012: weitere Verschärfung des SGB VIII

Als Reaktion auf spektakuläre Fälle von Kindesvernachlässigung und -missbrauch hat der Gesetzgeber im Bundeskinderschutzgesetz (BkiSchG) den Schutzauftrag des Jugendamts wiederholt und konkretisiert (Czerner, 2012). Der im Jahr 2005 eingeführte §8a des SGB VIII wurde verändert, §8b zur Gewährleistung der fachlichen Beratung von Personen und Trägern von Einrichtungen, die beruflichen Kontakt zu Kindern haben, eingeführt und das „Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)“ (Czerner, 2012: 67) geschaffen.

9.2 Inobhutnahmen und ihre Entwicklung

Die Inobhutnahme beschreibt – wie im Kapitel „Rechtlicher Hintergrund der Jugendhilfemaßnahmen“ erläutert - eine vorläufige Unterbringung eines Kindes oder Jugendlichen durch das Jugendamt, um dieses zu schützen.

Den Statistiken des statistischen Bundesamtes kann entnommen werden, dass die Zahl der Inobhutnahmen laufend zunimmt (Destatis, 2022). Da Minderjährige, die unbegleitet einreisen in Obhut genommen werden müssen, fällt ab 2015 ein enormer Anstieg bei den Inobhutnahmen auf. Doch auch wenn man den Anlass der unbegleiteten Einreise aus der Statistik herausrechnet, zeichnet sich parallel zu den oben beschriebenen Gesetzesänderungen auch eine Zunahme der Inobhutnahmen ab, von ca. 25 000 im Jahr 2005 zu ca. 40 000 im Jahr 2019 mit einer leichten Abnahme auf ca. 36 000 im Jahr 2021 (Destatis, 2022).

Bei Inobhutnahmen arbeiten öffentliche und freie Träger der Jugendhilfe zusammen. Die öffentliche Jugendhilfe ist aber auch bei der Ausführung der Aufgaben durch die freien Träger verantwortlich (Wiesner 2011: §76 Rd.Nr.10). „Freie Träger sind private Organisationen [...] [wie beispielsweise] Vereine, [...] GmbHs oder Stiftungen“ (Schilling, 2012: 778). Etwa Ein Drittel der Inobhutnahmen werden durch freie Träger durchgeführt (Destatis, 2022).

Die Inobhutnahme wurde konzipiert „als vorläufige, kurzfristige Krisenintervention“ (Wiesner 2011: §42 Rd.Nr.5) und war ursprünglich bei Kindern, welche sich bei ihren Eltern aufhielten, nur mit richterlicher Genehmigung möglich. Die gesetzliche

Entwicklung – insbesondere die Einführung des KICK im Jahre 2005 änderte die rechtliche Basis (Wabnitz, 2012). Darüber hinaus ist festzustellen, dass - entgegen der Konzeption als kurzfristige Maßnahme - die mehr als 14 Tage dauernden Inobhutnahmen laufend zunehmen (Destatis, 2022). In Einzelfällen dauern Inobhutnahmen sogar länger als ein halbes Jahr (Wiesner 2011: §42 Rd.Nr.5).

In vielen Fällen schließt sich eine Heimunterbringung an die Inobhutnahme an. Während im Jahr 2008 noch 32 198 Hilfen nach §34 „Heimerziehung und sonstige betreute Wohnform“ begonnen wurden, waren es 2012 bereits 36 048, was eine Zunahme um 26% in fünf Jahren bedeutet. Im Jahr 2014 waren es bereits 39 719 begonnene Hilfen nach §34 und 2016 61 764 begonnene Hilfen (Destatis, 2018). Auch insgesamt nimmt die Anzahl der in Heimerziehung oder sonstiger betreuter Wohnform nach § 34 SGB VIII fremduntergebrachter Kinder und Jugendlicher zu, weil mehr Hilfen begonnen als beendet werden (Destatis, 2018).

9.2.1 Das staatliche Wächteramt zwischen Kindes- und Elternrechten

Laut Grundgesetz sind „Pflege und Erziehung der Kinder [...] das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft“ (Art.6 Abs.2 GG). Das Erziehungsprimat also liegt bei den Eltern und die Aufgabe des Staates liegt zum einen darin die Eltern bei der Erziehung durch unterschiedliche Leistungsangebote zu unterstützen, zum anderen die Rechte der Kinder zu schützen, denn Kinder sind nach §§1 und 2 des Grundgesetzes Träger von Grundrechten (Bauer, Wiezorek, 2007). Ihre „Würde [...] ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“ (§1 Abs1 GG). Auch Kinder haben das „Recht auf freie Entfaltung [der] Persönlichkeit, [...] auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ (Art.2 GG).

Daraus leitet sich der Schutzauftrag des Staates bei Gefährdung des Kindeswohls ab. Das staatliche Wächteramt greift also ein, wenn die Eltern „nicht gewillt oder nicht in der Lage sind“ (§1666 Abs. 1 Satz 1 BGB), für das Wohl des Kindes zu sorgen (Bauer, Wiezorek, 2007).

9.2.2 Rechtliche Grundlagen der Inobhutnahme

Seit dem KICK im Jahre 2005 sind die vorläufigen Schutzmaßnahmen in §42 zusammengefasst, welche zuvor auf die §§42 und 43 SGB VIII aufgeteilt waren (Wiesner, 2011: §42 Rd.Nr.42). Inobhutnahmen als anderen Aufgaben der Jugendhilfe vereinen Leistungs- und Eingriffspakete und sind gemäß §42 SGB VIII folgendermaßen geregelt:

Voraussetzungen für eine Inobhutnahme sind:

- 1.) das Kind oder der Jugendliche bittet um Obhut („Selbstmelder“)
- 2.) es besteht eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes (Zuführung durch „Fremdmelder“, also Polizei, Lehrer, Verwandte, Nachbarn) und
 1. die Personensorgeberechtigten widersprechen nicht oder
 2. eine Entscheidung durch das Familiengericht kann nicht rechtzeitig eingeholt werden
- 3.) unbegleitete Auslandseinreise eines Minderjährigen, dann Bestellung eines Vormunds oder Pflegers

Während der Inobhutnahme

- 1.) dem Kind die Situation erklären, die für die Inobhutnahme ursächlich ist und Aufzeigen von Unterstützungsmöglichkeiten
- 2.) Gelegenheit für das Kind eine Vertrauensperson zu benachrichtigen
- 3.) Sorge für das Wohl des Kindes, Sicherstellen von Unterhalt und Krankenhilfe

Beteiligung der Personensorgeberechtigten: Unterrichtung der Personensorgeberechtigten und gemeinsame Gefährdungsabschätzung (außer bei unbegleiteter Auslandseinreise)

- 1.) wenn Widerspruch durch die Personensorgeberechtigten vorliegt
 1. Übergabe an Personensorgeberechtigten, wenn nach Meinung des Jugendamts keine Kindeswohlgefährdung vorliegt oder die Erziehungsberechtigten zum Abwenden der Gefährdung bereit sowie in der Lage sind
 2. Entscheidung des Familiengerichts herbeiführen
- 2.) wenn kein Widerspruch durch die Personensorgeberechtigten
 1. Einleitung eines Hilfeplanverfahrens zur Gewährung einer Hilfe

Ende der Inobhutnahme

- 1.) Übergabe an die Personensorgeberechtigten
- 2.) Entscheidung über Gewährung von Hilfen

(Darstellung des §42 SGB VIII unter Einbeziehung der Kommentierungen durch Wiesner, 2011)

Ohne gerichtliche Entscheidung muss Freiheitsentziehung am zweiten Tag beendet werden, es kann aber eine vorläufige Entscheidung des Familiengerichts zur Verlängerung der Inobhutnahme bis zur endgültigen gerichtlichen Entscheidung erwirkt werden (Wabnitz, 2012).

9.2.2.1 Ende der Inobhutnahme

Im Jahr 2020 kamen 33,2% der in Obhut genommenen Kinder und Jugendlichen nach Beendigung der Inobhutnahme zurück zu ihren/m Personensorgeberechtigten und die Personensorgeberechtigten erhielten gegebenenfalls eine ambulante Hilfe zur Erziehung (7,4%); in 33,5% der Fälle schloss sich an die Inobhutnahme eine Hilfe außerhalb des Elternhauses an (Destatis, 2022).

Mit Zunahme der Inobhutnahmen könnten auch die Fremdunterbringungen nach einer Inobhutnahme zunehmen.

Eine Heimunterbringung oder Unterbringung in einer Pflegefamilie als sogenannte Hilfe zur Erziehung ist prinzipiell nur mit Zustimmung der Eltern möglich (Wabnitz, 2012). Das Annehmen von Hilfen durch die Personensorgeberechtigten kann jedoch gerichtlich erzwungen werden (Wabnitz, 2012) – und zwar nach §1666 BGB: „Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls“.

Nach Wabnitz (2012) stellen sich die gerichtlichen Maßnahmen oft folgendermaßen dar: Den Eltern wird nach §1631 Abs.1 BGB das Aufenthaltsbestimmungsrecht für ihr Kind entzogen und das elterliche Recht Anträge auf Hilfen zur Erziehung nach §§27ff. SGB VIII zu stellen genommen. Außerdem wird nach §1909 BGB ein Pfleger bestellt, der die den Eltern entzogenen Rechte wahrnimmt und den Antrag auf Hilfe zur Erziehung nach §27 SGB VIII und z.B. die Unterbringung des Kindes in einer Pflegefamilie oder in einem Heim (nach §§33, 34) einleitet (Wabnitz, 2012).

Parallel zur Zahl der jährlichen Inobhutnahmen steigen seit 2005 die gerichtlichen Maßnahmen zum Entzug der elterlichen Sorge (Destatis, 2019), was mit der oben beschriebenen Vorgehensweise bei inkooperativen Eltern in Verbindung stehen könnte.

9.2.2.2 Zusammenarbeit von Jugendamt und Familiengericht

Nach §50 SGB VIII (und §162 FamFG) hat das Jugendamt in Verfahren der Familiengerichte, die die Sorge für die Person betreffen, mitzuwirken: „Das Jugendamt unterrichtet insbesondere über angebotene und erbrachte Leistungen, bringt erzieherische und soziale Gesichtspunkte zur Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen ein und weist auf weitere Möglichkeiten der Hilfe hin.“ (§50 Abs.2 SGB VIII).

Bei der Zusammenarbeit von Jugendamt und Familiengericht kommt dem Jugendamt die Hilfe- und Beratungsfunktion zu, während das Familiengericht die Entscheidungsfunktion innehalt (Wabnitz, 2012). Jugendamt und Familiengericht bilden eine „Verantwortungsgemeinschaft über das Kindeswohl“ (Wiesner 2011: §50 Rd.Nr.38), in der sie ihre Aufgaben jeweils „eigenständig, eigenverantwortlich und gleichberechtigt“ (Wabnitz 2012: 114) durchführen. Das Gericht ist gegenüber dem Jugendamt nicht weisungsbefugt (Wabnitz, 2012). Bei Gefährdung des Kindeswohls ruft das Jugendamt das Familiengericht an, da das Gericht die Entscheidung herbeiführen soll, die das Jugendamt selbst nicht treffen kann (Wiesner 2011: §50, Rd.Nr. 66-72). Vor Gericht kann das das Verfahren einleitende Jugendamt an der gerichtlichen Entscheidungsfindung mitwirken (Wiesner 2011: §50, Rd.Nr. 66-72).

9.3 Europäischer Kontext: der „europäische Gerichtshof für Menschenrechte“ (EGMR)

Der „europäische Gerichtshof für Menschenrechte“ (EGMR) hat in mehreren Fällen von Inobhutnahmen bereits zur Rechtmäßigkeit von Inobhutnahmen geurteilt. Auch wenn betont wird, dass die Behörden bei der Inobhutnahme einen großen Ermessensspielraum haben, können anhand der Urteile des EGMR die Grenzen des Ermessensspielraums im Sinne der Verhältnismäßigkeit (vgl. EGMR, Urteil vom 26.02.2002 – no. 46544/99, Kutzner v.Germany – Rn.81) herausgearbeitet werden.

9.3.1 Artikel 8 der Menschenrechtskonvention

Klagen gegen ein Land bezüglich der Inobhutnahme betreffen hauptsächlich Artikel 8 der Konvention. Dieser besagt:

- 1.) jede Person hat das Recht auf Achtung ihres Privat- und Familienlebens
[...]
- 2.) Eine Behörde darf in die Ausübung dieses Rechts nur eingreifen, soweit der Eingriff gesetzlich vorgesehen und in einer demokratischen Gesellschaft notwendig ist für die nationale oder öffentliche Sicherheit, für das wirtschaftliche Wohl des Landes, zur Aufrechterhaltung der Ordnung, Verhütung von Straftaten, zum Schutz der Gesundheit oder der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer.

9.3.2 Urteilsbegründungen des EGMR

Durch BGB §§1666 und 1666a sind Inobhutnahmen gesetzlich vorgesehen und verfolgen das legitime Ziel Kinder zu schützen. Bezuglich der Angemessenheit und Notwendigkeit der Maßnahme gibt es sowohl Bestätigungen als auch Beanstandungen bei Inobhutnahmen, welche aus Urteilen des EGMR entnommen wurden und in der nachfolgenden Übersicht ohne Anspruch auf Vollständigkeit dargestellt werden.

- das Elternteil kann nichts beanspruchen, was der Gesundheit/Entwicklung des Kindes schadet (EGMR, Urteil vom 13.07.2000 – no. 25735/94, Elsholz v. Germany – Rn. 50 und EGMR, Urteil vom 07.08.1996 – no. 17383/90 Johansen v.Norway – Rn. 78)
- es ist zu prüfen ob es auch alternative Maßnahmen ohne den vollständigen Entzug des Sorgerechts gegeben hätte (EGMR, Urteil vom 08.04.2004 – no. 11057/02, Haase v.Germany – Rn. 30 und EGMR, Urteil vom 26.02.2002 – no. 46544/99, Kutzner v.Germany – Rn 75)
- Die Auswirkungen einer Inobhutnahme auf Eltern und Kind sowie die Alternativen müssen sorgfältig geprüft werden (EGMR, Urteil vom 14.01.2003 – no. 27751/95, K.A..v. Finland, - Rn. 166 und EGMR, Urteil vom 26.02.2002 – no. 46544/99, Kutzner v.Germany – Rn. 75)

- Ist ausführlich geprüft und begründet, dass es für den Schutz der Kinder keine alternative Möglichkeit gab, so ist die Inobhutnahme gerechtfertigt (EGMR, Urteil vom 22.03.2018 – no. 68125/14, 72204/14, Wetjen and others v. Germany – Rn.85)
- Die Kinder sollen angehört werden (EGMR, Urteil vom 08.04.2004 – no. 11057/02, Haase v.Germany – Rn.97)
- Wird ein Kind länger in Obhut genommen, so wird ein Prozess gestartet in dessen Verlauf es irreversibel von den Eltern getrennt wird (EGMR, Urteil vom 08.04.2004 – no. 11057/02, Haase v.Germany – Rn. 103)
- bei Verbringen zur Betreuung muss strenger geprüft werden als bei Einschränkung des Sorgerechts, da die Gefahr besteht, dass endgültig Familienbeziehungen, die zwischen Eltern und Kind bestehen, abgeschnitten werden. (EGMR, Urteil vom 13.07.2000 – no. 25735/94, Elsholz v. Germany – Rn. 49 und EGMR, Urteil vom 26.02.2002 – no. 46544/99, Kutzner v. Germany – Rn. 67 und EGMR, Urteil vom 08.04.2004 – no. 11057/02, Haase v. Germany – Rn. 92und 103)
- wo familiäre Bindungen entstanden sind muss der Staat entsprechend handeln, dass die Entwicklung dieser Bindung ermöglicht wird und Maßnahmen ergreifen, die eine Zusammenführung von Elternteil und Kind ermöglichen (EGMR, Urteil vom 22.06.1989 – no.11373/85, Eriksson v. Sweden – Rn. 71 und EGMR, Urteil vom 19.09. 2000 – no. 40031/98, Gnahore v. France – Rn. 51)
- bei Neugeborenen müssen außerordentlich zwingende Gründe für eine Inobhutnahme gegeben sein. Dem Kind entgeht das Stillen und die elterliche Nähe (EGMR, Urteil vom 14.01.2003 – no. 27751/95, K.A..v. Finland, - Rn. 168 und EGMR, Urteil vom 08.04.2004 – no. 11057/02, Haase v.Germany – Rn.101,102)
- ein für die Erziehung günstigeres Umfeld reicht nicht als Begründung einer Zwangsmaßnahme aus (EGMR, Urteil vom 14.01.2003 – no. 27751/95, K.A..v. Finland, - Rn. 92 und EGMR, Urteil vom 24.03.1988 – no. 10465/83,

Olsson v. Sweden – Rn. 71 und EGMR, Urteil vom 26.02.2002 – no. 46544/99, Kutzner v. Germany – Rn. 69)

- Ein Kind in Pflege soll eine vorübergehende Maßnahme darstellen mit dem Ziel die Eltern und das Kind zusammen zu führen. Sobald es die Umstände zulassen soll die Pflege abgebrochen werden (EGMR, Urteil vom 07.08.1996 – no. 17383/90 Johansen v.Norway – Rn. 78 und EGMR, Urteil vom 08.04.2004 – no. 11057/02, Haase v.Germany – Rn. 93)

In den Urteilen des Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte wird die Angemessenheit und Notwendigkeit der Inobhutnahme zum Schutz der Kinder geprüft. Häufig wird Kritik an der Verhältnismäßigkeit einer Maßnahme geübt. Die Trennung von Kind und Eltern ist als letzte Option zu sehen, muss gründlich abgewägt werden und wird vom EGMR nicht immer als gerechtfertigt gesehen. Gibt es jedoch für den Kinderschutz keine Alternativen als die Trennung, so handelt es sich bei der Inobhutnahme auch um keine Verletzung der Menschenrechtskonvention.

10 Literaturverzeichnis

- Ahrens, K. R., Garrison, M. M., & Courtney, M. E. (2014). Health outcomes in young adults from foster care and economically diverse backgrounds. *Pediatrics*, 134(6), 1067–1074.
- Alastalo, H., Raikkonen, K., Pesonen, A. K., Osmond, C., Barker, D. J., Kajantie, E., Heinonen, K., Forsen, T. J., & Eriksson, J. G. (2009). Cardiovascular health of Finnish war evacuees 60 years later. *Annals of medicine*, 41(1), 66–72.
- Batty, G. D., & Hamer, M. (2021). Public care during childhood and biomedical risk factors in middle age: the 1970 British cohort study. *American journal of epidemiology*, 190(1), 176–178.
- Bauer, P., & Wiezorek, C. (2007). Zwischen Elternrecht und Kindeswohl. In: Ecarius, J. (Hrsg) *Handbuch Familie*. 1. Auflage VS Verlag für Sozialwissenschaften, 614-636.
- Baugerud, G.A., Melinder, A. (2012). Maltreated children's memory of stressful removals from their biological parents. *Appl. Cognit. Psychol.* 26, 261–270.
- Becker, N. (2008). Rezession zu: Drüe, Gerhild: ADHS kontrovers, Betroffene Familien im Blickfeld von Fachwelt und Öffentlichkeit. Stuttgart: Kohlhammer 2006. In: *Erziehungswissenschaftliche Revue (EWR)* 7 (2008), Nr.5.
- Blesken, M., Franke, I., Freiberg, J., Kraft, M., Kurylowicz, L., Rohde, M., Schwier, F.(2019). Kinderschutzleitlinienbüro. AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und

Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Langfassung 1.0, 2019, AWMF-Registernummer: 027 – 069.

Böhm, M., Diet, F., Flesch, M., Laufs, U., Nickenig, G., & Schnabel, P. (2000). Arterielle Hypertonie. Klinische Kardiologie: Krankheiten des Herzens, des Kreislaufs und der herznahen Gefäße, 259-268.

Bos, K., Zeanah, C. H., Fox, N. A., Drury, S. S., McLaughlin, K. A., & Nelson, C. A. (2011). Psychiatric outcomes in young children with a history of institutionalization. Harvard review of psychiatry, 19(1), 15–24.

Bowlby J. (1969). Attachment and loss, Volume1: Attachment. Vol.79 in The International Psycho-Analytical Library. Penguin Books Ltd Harmondsworth, Middlesex, England.

Brännström, L., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2020). Outcomes in Adulthood After Long-Term Foster Care: A Sibling Approach. Child maltreatment, 25(4), 383–392.

Buhl, R., Berdel, D., Criée, C.-P., Gillissen, A., Kardos, P., Kroegel, C., Leupold, W., Lindemann, H., Magnussen, H., Nowak, D., Pfeiffer-Kascha, D., Rabe, K., Rolke, M., Schultze-Werninghaus, G., Sitter, H., Ukena, D., Vogelmeier, C., Welte, T., Wettengel, R., Worth, H. (2006). Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit Asthma. Pneumologie, 60(03), e1-e45.

Christian, C. W., & Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics (2015). The evaluation of suspected child physical abuse. Pediatrics, 135(5), e1337–e1354.

Coester, M., Hansen, K. (1994). Das UN-Übereinkommen über die Rechte des Kindes und das KJHG: Impulse zur Kindeswohlverwirklichung. In Steindorff, C. (Ed.), 1994. Vom Kindeswohl zu den Kindesrechten, Schriftenreihe Familie und Recht. Luchterhand, Neuwied. 21-38.

Czerner, F. (2012). Novellierungsgesetze vom KICK bis zum BKiSchG – Optimierung des staatlichen Schutzauftrages bei (vermuteter) Kindeswohlgefährdung?. In: Marthaler, T., Bastian, P., Bode, I., Schrödter, M. (Eds.), Rationalitäten des Kinderschutzes. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 47–78.

Danne, T., & Kordonouri, O. (2021). COVID-19 („coronavirus disease 2019“) und Typ-1-Diabetes. *Der Diabetologe*, 17(6), 647-656.

de Mestral C, Bell S, Hamer M, Batty GD. (2020). Out-of-home care in childhood and biomedical risk factors in middle-age: National birth cohort study. *American journal of human biology: the official journal of the Human Biology Council*, 32(3), e23343.

Destatis (2018). Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe: Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, Hilfe für junge Volljährige - Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform 2016, vom 07.07.2018, Statistisches Bundesamt (Destatis).

Destatis (2019). Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe, Pflegschaften, Vormundschaften, Beistandschaften, Pflegeerlaubnis, Sorgerechtsentzug, Sorgeerklärungen 2018, vom 31.07.2019, Statistisches Bundesamt.

Destatis (2022). Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe, Vorläufige Schutzmaßnahmen 2021 vom 27.07.2022, Statistisches Bundesamt.

Döring, L. K. (2018). Sozialarbeiter vor Gericht?—Grund und Grenzen einer Kriminalisierung unterlassener staatlicher Schutzmaßnahmen in tödlichen Kinderschutzfällen in Deutschland und England. Duncker & Humblot.

Eisend, M. (2004). Metaanalyse: Einführung und kritische Diskussion (No. 2004/8). Diskussionsbeiträge des Fachbereichs Wirtschaftswissenschaft der Freien Universität Berlin Nr. 2004/8. Betriebswirtschaftliche Reihe.

Fries, A.B.W., Ziegler, T.E., Kurian, J.R., Jacoris, S., Pollak, S.D.. (2005). Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102(47), 17237-17240.

Fries, A. B. W., Shirtcliff, E. A., & Pollak, S. D. (2008). Neuroendocrine dysregulation following early social deprivation in children. *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 50(6), 588-599.

Gao, M., Brännström, L., & Almquist, Y. B. (2017). Exposure to out-of-home care in childhood and adult all-cause mortality: a cohort study. *International journal of epidemiology*, 46(3), 1010–1017.

Ginsburg, G. S., Wu, R. R., & Orlando, L. A. (2019). Family health history: underused for actionable risk assessment. *The Lancet*, 394(10198), 596-603.

Heidemann C, Du Y, Scheidt-Nave C (2011). Diabetes mellitus in Deutschland. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin GBE kompakt 2(3).

Hellbrügge, T. (1966). Zur Problematik der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Anstalten, Hospitalismus und Deprivation. In Handbuch der Kinderheilkunde, Band 3 Soziale Pädiatrie. Berlin/Heidelberg/New York. Springer, 384-404.

Hellbrügge, T. (2006). Vom Deprivationssyndrom zur Entwicklungs-Rehabilitation. In: Kinder ohne Bindung. Klett-Cotta. 13-28.

Hinrichs, K., 2008. Gesetze und Gerichte in EJ 5/2008, 293-296.

Hjern, A., Brännström, L., Vinnerljung, B., Frank, P., & Batty, G. D. (2023). Cardiovascular disease in individuals with a history of out-of-home care: a Swedish national cohort study. medRxiv: the preprint server for health sciences, 2023.01.20.23284828.

Humm, A. M. (2007). Synkopen–nichtepileptische anfallsartige Störungen auf kardiovaskulärer Basis. Epileptologie, 24, 18-192.

Klein, F. (2015). Diabetes Typ 1–Macht früher Stress Kinder krank?. Diabetologie und Stoffwechsel, 10(04), 160-162.

Kress, L., Hansbauer, P. (2012). Kleine Kinder in stationären Hilfen: Ergebnisse eines Praxisentwicklungsprojekts, EREV Schriftenreihe 1/2012, 53. Jahrgang, Schöneworth Verlag, Hannover.

Langhans, K., Stadler, R. (2015). In fremden Händen. Sz-Magazin Nr. 50 vom 11.12.2015, 34-47.

MacMillan, H. L., & Canadian Task Force on Preventive Health Care (2000). Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 163(11), 1451–1458.

Major, T. J., Topless, R. K., Dalbeth, N., & Merriman, T. R. (2018). Evaluation of the diet wide contribution to serum urate levels: meta-analysis of population based cohorts. *BMJ* 2018; 363:k3951.

McKenna, S., Donnelly, M., Onyeka, I. N., O'Reilly, D., & Maguire, A. (2021). Experience of child welfare services and long-term adult mental health outcomes: a scoping review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 56(7), 1115–1145.

McWey, L. M., Acock, A., & Porter, B. (2010). The Impact of Continued Contact with Biological Parents upon the Mental Health of Children in Foster Care. *Children and youth services review*, 32(10), 1338–1345.

Mierendorff, J., Olk, T. (2007). Kinder- und Jugendhilfe. In: Ecarius, J. (Hrsg.) *Handbuch Familie*. 1. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 542-568.

Petermann, F., Besier, T., Büttner, P., Rücker, S., Schmid, M., Fegert, J.M. (2014). Vorläufige Schutzmaßnahmen für gefährdete Kinder und Jugendliche: Inobhutnahmen in Deutschland. *Kindheit und Entwicklung* 23, 124–133.

Prinz, A., Gresser, U. (2015). Macht Kontaktabbruch zu den leiblichen Eltern Kinder krank?. Neue Zeitschrift für Familienrecht 21/2015, C.H. Beck, 989-999.

Räikkönen, K., Lahti, M., Heinonen, K., Pesonen, A. K., Wahlbeck, K., Kajantie, E., Osmond, C., Barker, D. J., & Eriksson, J. G. (2011). Risk of severe mental disorders in adults separated temporarily from their parents in childhood: the Helsinki birth cohort study. *Journal of psychiatric research*, 45(3), 332–338.

Richter, I. (2007). SGB VIII - Kommentare vor den Herausforderungen der Kinder- und Jugendhilfepolitik. *RdJB Recht der Jugend und des Bildungswesens* 55, 230–240.

Roy, T., & Lloyd, C. E. (2012). Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 142 Suppl, S8–S21.

Rücker, S., Büttner, P., Böge, I., Koglin, U., Fegert, J.M.,& Petermann, F. (2015). Belastungen bei Kindern und Jugendlichen in der Inobhutnahme: Eine Analyse von Fallberichten. *Nervenheilkunde*, 34 (01/02), 43–48.

Rücker, S., Büttner, P., Fegert, J., & Petermann, F. (2015). Partizipation traumatisierter Kinder und Jugendlicher bei vorläufigen Schutzmaßnahmen (Inobhutnahme, §42 SGB VIII) [Participation of traumatized children and adolescents affected by provisional safeguards (removal and custody of children acc. to Para. 42 SGB VIII)]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43(5), 357–364.

Rücker, S. (2015). In guter Obhut? *Neue Caritas* 09/2015, 21-23.

Scheffer, I. E., Berkovic, S., Capovilla, G., Connolly, M. B., French, J., Guilhoto, L., Hirsch, E., Jain, S., Mathern, G.W., Moshé, S.L., Nordli, D.R., Perucca, E., Tomson, T., Wiebe, S., Zhang, Y, Zuberi, S. M. (2018). ILAE-Klassifikation der Epilepsien: Positionspapier der ILAE-Kommission für Llassifikation und Terminologie. Zeitschrift für Epileptologie, 31(4), 296-306.

Schilling, M. (2012). Die Träger der Sozialen Arbeit in der Statistik, in: Thole, W. (Ed.), Grundriss Soziale Arbeit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden,. 777–794.

Schleicher, H. (2001). Recht der Kinder-und Jugendhilfe. Ein Überblick über das SGB VIII. Abgerufen am 08.08.2014 unter <http://www.familienhandbuch.de/cms/Rechtsfragen-Jugendhilferecht.pdf> [Stand: 4.05. 2009].

Schmidt C, Reitzle L, Paprott R, Bätzing J, Holstiege J (2021). Diabetes mellitus und Begleiterkrankungen – Querschnittsstudie mit Kontrollgruppe anhand vertragsärztlicher Abrechnungsdaten. Journal of Health Monitoring 6(2): 20–37.

Schneider, R., Baumrind, N., Pavao, J., Stockdale, G., Castelli, P., Goodman, G. S., & Kimerling, R. (2009). What happens to youth removed from parental care?: Health and economic outcomes for women with a history of out-of-home placement. Children and Youth Services Review, 31(4), 440-444.

Seithe, M.,(2007). Hilfen zur Erziehung. In Handbuch Familie. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. 568-592.

Stein Hoff, B. J. (2016). Update Epilepsie. Nervenheilkunde, 35(10), 658-663.

Turba, H. (2012). Grenzen „begrenzter Rationalität“ –Politisch-administrative Steuerungsambitionen im Kinderschutz, in: Rationalitäten des Kinderschutzes. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 79–104.

Turney, K., & Wildeman, C. (2016). Mental and Physical Health of Children in Foster Care. *Pediatrics*, 138(5), e20161118.

Valdez, R., Yoon, P. W., Qureshi, N., Green, R. F., & Khoury, M. J. (2010). Family history in public health practice: a genomic tool for disease prevention and health promotion. *Annual review of public health*, 31, 69-87.

Viner, R. M., & Taylor, B. (2005). Adult health and social outcomes of children who have been in public care: population-based study. *Pediatrics*, 115(4), 894–899.

Viswanathan, M., Fraser, J.G., Pan, H., Morgenlander, M., McKeeman, J.L., Forman-Hoffman, V.L., Hart, L.C., Zolotor, A.J., Lohr, K.N., Patel, S.V., Jonas, D.E. (2018). Primary Care Interventions to Prevent Child Maltreatment: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force, U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews. Agency for Healthcare Research and Quality (US), Rockville (MD).

Wabnitz, R.J. (2012). Grundkurs Kinder- und Jugendhilferecht für die soziale Arbeit: mit 62 Übersichten, 3 Tabellen, 14 Fallbeispielen und Musterlösungen, 3., überarb. Aufl. ed, UTB Soziale Arbeit. Reinhardt, München.

Wekerle, C., Miller, A. L., Wolfe, D. A., & Spindel, C. (2006). Childhood maltreatment: Advances in psychotherapy: Evidence-based practice. Hogrefe & Huber, Cambridge, Mass.

Wiesner, R. (2011). SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar. 4., überarb. Aufl. ed. Beck, München.

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D.L., Coca, A., de Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen S.E., Kreutz, R., Laurent, S., Lip, G.Y.H., McManus, R., Narkiewicz, K., Ruschitzka, F., Schmieder, R.E., Shlyakhto, E., Tsiofis, C., Aboyans, V., Desormais, I. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). European heart journal, 39(33), 3021-3104.

Xie, T., de Mestral, C., & Batty, G. D. (2021). Association of public care in childhood with social, criminal, cognitive, and health outcomes in middle-age: five decades of follow-up of members of the 1958 birth cohort study. Journal of epidemiology and community health, 75(3), 289–296.

Ziegenhain, U., Fegert, J.M., Petermann, F., Schneider-Haßloff, H. & Künster, A.K. (2014). Inobhutnahme und Bindung. Kindheit und Entwicklung 23, 248–259.

Zlotnick, C., Tam, T. W., & Soman, L. A. (2012). Life course outcomes on mental and physical health: the impact of foster care on adulthood. American journal of public health, 102(3), 534–540.

zm- Zahnärztliche Mitteilungen 109, Nr.8, 16.04.2019. neue Kinderschutzleitlinie: und wenn es mehr als nur Karies ist. Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln 14-23

Internetquellen

Alison B. Wismer Fries's research while affiliated with University of Wisconsin–Madison and other places. (o.D.). researchgate.
<https://www.researchgate.net/scientific-contributions/Alison-B-Wismer-Fries-38695829>, abgerufen am 04.07.2023

Author information Kym R. Ahrens. (o.D.). National Library of Medicine.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4243069/>, abgerufen am 04.07.2023

Carlos de Mestral. (o.D.). Linkedin. <https://ch.linkedin.com/in/carlosdemestral>, abgerufen am 04.07.2023

Department of Sociology. (o.D.). Core Faculty Sociology UCI Social Sciences.
<https://www.sociology.uci.edu/people/faculty.php>, abgerufen am 04.07.2023

Karen Bos, M.D., M.P.H. (o.D.). OHSU. <https://www.ohsu.edu/people/karen-bos-md-mpm>, abgerufen am 04.07.2023

Katri Räikkönen (o.D.). researchportal university of Helsinki.
<https://researchportal.helsinki.fi/en/persons/katri-räikkönen>, abgerufen am 04.07.2023

People - Tiffany Xie. (o.D.). Bucksbaum Institute for Clinical Excellence.
<https://bucksbauminstitute.uchicago.edu/bio/tiffany-xie/>, abgerufen am 04.07.2023

Pressemitteilung vom 09.05.2023: Kindeswohl: FDP, CSU, und FREIE WÄHLER ermöglichen per Gesetzesänderung Ärzteaustausch. (2023). Presseportal. <https://www.presseportal.de/pm/53955/5504797>, zuletzt abgerufen am 14.06.2023

Prof David Batty. (o.D.). Institutional Research Information Service. <https://iris.ucl.ac.uk/iris/browse/profile?upi=GDBAT67>, abgerufen am 04.07.2023

Prof. Dr. rer. soc. Peter Hansbauer. (o.D.). FH Münster. https://www.fh-muenster.de/sw/personen/professorinnen.php?plid=3210&orga=10&m_list_id=0&p_list_id=10&anzeige=publikationen&autorid=3210, abgerufen am 04.07.2023

Professor Russell Viner CBE. (o.D.). Royal College of Pediatrics and Child Health. <https://www.rcpch.ac.uk/about-us/our-team/professor-russell-viner-cbe>, abgerufen am 04.07.2023

Renee Schneider, Ph.D. (o.D.). linkedin. https://www.linkedin.com/in/reneeschneider-ph-d-1867a560?original_referer=https%3A%2F%2Fwww.bing.com%2F, abgerufen am 04.07.2023.

Researchers. (o.D.). University of Haifa. <https://cris.haifa.ac.il/en/persons/cheryl-zlotnick>, abgerufen am 04.07.2023.

Startseite Theodor Hellgrüsse Stiftung. (o.D.). Theodor Hellbruegge Stiftung. www.theodor-hellbruegge-stiftung.de, abgerufen am 04.07.2023

Ylva Brännström Almquist. (o.D.). Stockholm University. <https://www.su.se/english/profiles/yerik-1.186985>, abgerufen am 04.07.2023.

zeit- online vom 29.07.2010: Schwerin - „Schwere Vorwürfe gegen Jugendamt“
zuletzt abgerufen am 05.05.2022 auf
<https://www.zeit.de/online/2007/48/todesfall-in-schwerin>

11 Rechtsquellenverzeichnis

BGB: Bürgerliches Gesetzbuch, in der Fassung der Bekanntmachung vom 02.01.2002 (BGBl.I S.42, ber.S.2909, 2003 S.738), zuletzt geändert durch Gesetz vom 14.03.2023 (BGBl.I S.72) m.W.v. 21.03.2023

BGB: Bürgerliches Gesetzbuch, in der Fassung der Bekanntmachung vom 02.01.2002 (BGBl.I S.42, ber.S.2909, 2003 S.738), in der Fassung vor dem 12.07.2008

EGMR, 24.03.1988 – 10465/83, Olsson v. Sweden, zuletzt abgerufen am 19.09.2023 auf [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-57548"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{).

EGMR, 22.06.1989 – 11373/85, Eriksson v. Sweden, zuletzt abgerufen am 19.09.2023 auf [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-57481"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{)

EGMR, 07.08.1996 – 17383/90 Johansen v. Norway, zuletzt abgerufen am 19.09.2023 auf [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-58059"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{)

EGMR, 13.07.2000 – 25735/94, Elsholz v. Germany, zuletzt abgerufen am 19.09.2023 auf [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-139128"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{)

EGMR, 19.09. 2000 – 40031/98, Gnahren v. France, zuletzt abgerufen am 19.09.2023 auf [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-58802"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{)

EGMR, 26.02.2002 – 46544/99, Kutzner v. Germany, zuletzt abgerufen am 19.09.2023 auf [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-139165"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{)

EGMR, 14.01.2003 – 27751/95, K.A..v. Finland, zuletzt abgerufen am 19.09.2023
auf [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid": "001-60885"}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{)

EGMR, 08.04.2004 – 11057/02, Haase v.Germany, zuletzt abgerufen am
19.09.2023 auf [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid": "001-139251"}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{)

EGMR, 22.03.2018 – 68125/14, 72204/14, Wetjen and others v. Germany, zuletzt
abgerufen am 19.09.2023 auf [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid": "001-186195"}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{)

FamFG Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten
der freiwilligen Gerichtsbarkeit, Artikel 1 des Gesetzes vom 17.12.2008 (BGBl. I
S. 2586), in Kraft getreten am 29.05.2009 bzw. 01.09.2009, zuletzt geändert
durch Gesetz vom 22.02.2023 (BGBl. I S. 51) m.W.v. 01.01.2023 (rückwirkend)

GG Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23.05.1949 (BGBl.S. 1),
zuletzt geändert durch Gesetz vom 19.12.2022 (BGBl. I S. 2478) m.W.v.
24.12.2022

MRK Europäische Menschenrechtskonvention (Konvention zum Schutze der
Menschenrechte und Grundfreiheiten), vom 04.11.1950, zuletzt geändert durch
Protokoll Nr.15 vom 24.6.2013 m.W.v. 1.8.2021

SGB VIII Achtes Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe – in der
Fassung der Bekanntmachung vom 14.12.2006 (BGBl. I S. 3134), zuletzt
geändert durch Gesetz vom 21.12.2022 (BGBl. I S. 2824) m.W.v. 01.01.2023

12 Abkürzungsverzeichnis

AD(H)S - Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-)Störung

AVP - Arginine Vasopressin

BGB - Bürgerliches Gesetzbuch

BkiSchG - Bundeskinderschutzgesetz

BMI - Body-Mass-Index

CI - Konfidentsintervall

CRP - C-reaktives Protein

CSU - Christlich-Soziale Union in Bayern

EEG - Elektroenzephalogramm

EGMR - Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte

FamFG - Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit

FDP - Freie Demokratische Partei

GDG - Gesundheitsdienstgesetz

GG - Grundgesetz

ggü. - gegenüber

GmbH - Gesellschaft mit beschränkter Haftung

HDL - High Density Lipoprotein

HPA-Axis - Hypothalamic-pituitary-adrenal axis

i.d.F. - in der Fassung

IgE - Immunglobulin E

JWG - Jugendwohlfahrtsgesetz

KICK - Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetz

KJHG - Kinder- und Jugendhilfegesetz

KKG - Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz

LDL - Low Density Lipoprotein

NSCH - National Survey of Children's Health

OR - Odds Ratio

OT - Oxytocin

Rd.Nr. - Randnummer

SGB – Sozialgesetzbuch

tPA – Tissue Plasminogen Activator

UK - United Kingdom

USA - Vereinigte Staaten von Amerika

U6 - unter 6 Jahre alt

13 Tabellenverzeichnis

<u>Tabelle 1:</u>	Belastungen für Kinder bei der Inobhutnahme	S.16
<u>Tabelle 2:</u>	Zusammenfassung von „Kleine Kinder in stationären Hilfen: Ergebnisse eines Praxisentwicklungsprojekts“.....	S.19
<u>Tabelle 3:</u>	Zusammenfassung von „Veränderungen im (verhaltensregulierenden) Neuropeptidhaushalt durch frühkindliche Erfahrungen“	S.22
<u>Tabelle 4:</u>	Zusammenfassung von „Neuroendokrine Dysregulierung infolge früher sozialer Deprivation bei Kindern“.....	S.24
<u>Tabelle 5:</u>	Zusammenfassung von „Psychiatrische Auswirkungen von Heimunterbringung bei kleinen Kindern - das Bukarest-Projekt“... S.28	
<u>Tabelle 6:</u>	Zusammenfassung von „Zur Problematik der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Anstalten – Hospitalismus und Deprivation“	S.32
<u>Tabelle 7:</u>	Zusammenfassung von „Der Einfluss von Fremdunterbringung in der Kindheit auf die psychische und physische Gesundheit im Erwachsenenalter“	S.35
<u>Tabelle 8:</u>	Zusammenfassung von „Fremdunterbringung in der Kindheit und die Gesamt mortalität im Erwachsenenalter: eine Kohortenstudie“	S.37
<u>Tabelle 9:</u>	Zusammenfassung von „Psychische und physische Gesundheit von Kindern in einer Pflegefamilie“	S.41
<u>Tabelle 10:</u>	Zusammenfassung von "Kardiovaskuläre Gesundheit 60 Jahre nach kriegsbedingter Evakuierung im Kindesalter“	S.44
<u>Tabelle 11:</u>	Zusammenfassung von "Die Gesundheit junger Erwachsener nach Fremdunterbringung und bei verschiedenen ökonomischen Hintergründen“	S.47
<u>Tabelle 12:</u>	Zusammenfassung von "Fremdunterbringung in der Kindheit und biomedizinische Risikofaktoren im Erwachsenenalter: die 1970er britische Kohortenstudie“	S.49
<u>Tabelle 13:</u>	Zusammenfassung von „Fremdunterbringung in der Kindheit und biomedizinische Risikofaktoren im Erwachsenenalter: Nationale Geburtskohortenstudie“	S.52

<u>Tabelle 14:</u>	Zusammenfassung von „Gesundheit und soziale Ergebnisse im Erwachsenenalter bei Personen, die in ihrer Kindheit in staatlicher Pflege waren: eine populationsbasierte Studie“	S.54
<u>Tabelle 15:</u>	Zusammenfassung von „Kardiovaskuläre Erkrankungen bei Personen mit Fremdunterbringungserfahrung: eine schwedische nationale Kohortenstudie“	S.58
<u>Tabelle 16:</u>	Zusammenfassung von „Was passiert mit Jugendlichen, die von den Eltern getrennt werden? Gesundheitliche und ökonomische Folgen für Frauen mit Fremdunterbringungserfahrung“	S.60
<u>Tabelle 17:</u>	Zusammenfassung von „Zusammenhang zwischen Fremdunterbringung in der Kindheit und Sozialem, Kriminalität und Gesundheit im Erwachsenenalter: sechs Dekaden Nachuntersuchung der 1958er Geburtskohortenstudie“	S.64
<u>Tabelle 18:</u>	Zusammenfassung von „Ergebnisse im Erwachsenenalter nach Langzeit-Fremdunterbringung: ein Geschwisteransatz“	S.66
<u>Tabelle 19:</u>	Zusammenfassung der Ergebnisse der Literaturrecherche bezüglich der Fragestellung	S.69

14 Abbildungsverzeichnis

<u>Abbildung 1:</u>	Entwicklung der Inobhutnahme-Fallzahlen 1995-2020	S. 6
<u>Abbildung 2:</u>	Inobhutnahmen nach Dauer in ihrer Entwicklung S.7	S.7

15 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich bei der Anfertigung dieser Arbeit begleitet haben.

Besonderer Dank gilt meiner Doktormutter Frau Prof. Dr. med. Ursula Gresser für die freundliche Überlassung des Themas und die engagierte Betreuung mit vielen wertvollen Anregungen.

Meiner Familie, die mich bei meinem beruflichen Werdegang in jeder Hinsicht unterstützt hat, danke ich von ganzem Herzen.

16 Eidesstattliche Versicherung

von Manuela Anna Maria Loderer

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

Einfluss unterbrochener Kindheitsbiographien auf die gesundheitliche Entwicklung der Betroffenen.

Auswertung der wissenschaftlichen Literatur am Beispiel von Inobhutnahme-Erlebnissen.

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Bruckberg, 25.06.2024

Ort, Datum

Manuela Anna Maria Loderer

Unterschrift Doktorand