

Specht, Friedrich

Kinder- und Jugendpsychiatrie - wie, wo, für wen? - Fragen der Versorgung und Versorgungsforschung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 41 (1992) 3, S. 83-90

urn:nbn:de:bsz-psydok-35422

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

- GERHARDT, U.: Beratungsarbeit mit ausländischen Familien (Counseling Help for Immigrant Families) 76
- KASSEBROCK, F.: Bewältigung der Ablösungsprobleme anfallskranker Jugendlicher und junger Erwachsener mit Hilfe eines multidisziplinären Beratungsteams (Coping with Conflicts in Families of Adolescents and Young Adults with Epilepsy. Strategies of Epileptological and Psychosocial Counseling) 258

Familientherapie

- BAUERS, B.: Familientherapie bei Scheidung (Family Therapy with Divorce Families) 253
- HEEKERENS, H. P.: Humor in der Familientherapie – Zum Stand der Diskussion (Humour in Family Therapy – The State of the Discussion) 25
- MÜSSIG, R.: Familienmuster im Dienst der Selbstorganisation aus psychoanalytisch-systemischer Sicht (Family Patterns with the Task of Selforganisation in a Psychoanalytic-Systemic View) 219
- SCHMIDT, H. R.: Familienkonstellationen in Theorie und Praxis: Über Symmetrie und Komplementarität (Family Constellations in Theory and Practice: Upon Summerty and Complementary) 331

Forschungsergebnisse

- CIERPKA, A./FREVERT, G./CIERPKA, M.: „Männer schmutzen nur!“ – eine Untersuchung über alleinerziehende Mütter in einem Mutter-Kind-Programm („Men Make But Dirt“) – A Study on Single Educating Mothers in a Mother-Child-Programme) 168
- DEIMANN, P./KASTNER-KOLLER, U.: Was machen Klienten mit Ratschlägen? Eine Studie zur Compliance in der Erziehungsberatung (How do Clients comply with Advice?) 46
- HÄRING, H. G./HÜSING, A.: Sind Eltern mit der Schulpsychologischen Beratung zufrieden? – Erprobung eines Elternfragebogens (Are Parents satisfied with School Psychologist's Consultation? – The Testing of a Questionnaire for Parents) 52
- HOLLÄNDER, A./HEBBORN-BRASS, U.: Familiäre Entwicklungsbedingungen von autistischen Kindern vor der Heimaufnahme: Ein Vergleich mit Familien von hyperkinetisch, emotional und dissozial gestörten Kindern (Family-Environment of Autistic Children Before Referral to a Residential Care Institution: A Comparison with Families of Hyperactive, Emotionally Disturbed and Conduct Disorders Children) 40
- HOPF, H. H.: Geschlechtsunterschiede in Träumen. Inhaltsanalytische Erfassung von oknophilen und philobatischen Traumbildern in den Träumen von Kindern und Jugendlichen (Differences of Sex in the Dreams – Content Analytical Record of Oknophile and Philobatic Visions in the Dreams of Children and Young People) 176

- LAUCHT, M./ESSER, G./SCHMIDT, M. H./IHLE, W./LÖFFLER, W./STÖHR, R. M./WEINDRICH, D./WEINEL, H.: „Risikokinder“: Zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindliche Entwicklung in den beiden ersten Lebensjahren (Children at Risk: The Role of Early Biological and Psychological Factors in the Development of Infants and Toddlers) 274
- MACKENBERG, H.: Gefühlserkennen bei Kindern mit MCD-Diagnose (Recognition of Other's Emotions in Children with Minimal Brain Dysfunction) 9
- WEBER, P.: Die Motorik hörbehinderter Kinder (The Motoricity of Hearing Impaired Children) 2
- WEINDRICH, D./LAUCHT, M./ESSER, G./SCHMIDT, M. H.: Disharmonische Partnerbeziehung der Eltern und kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter (Marital Discord and Early Child Development) 114
- ZIMMERMANN, W.: Integrative Einzelpsychotherapie jugendlicher und junger Erwachsener Enuretiker – psychodiagnostische und psychosomatische Aspekte (Integrative Psychodynamic-oriented Psychotherapy of Youth and Young Adult Enuretics – Psychodiagnostic and Psychosomatic Aspects) 156

Kinder- und Jugendpsychiatrie nach der deutschen Einigung

- FEGERT, J. M./GEIKEN, G./LENZ, K.: Einige Eindrücke zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Berlin nach dem Fall der Mauer (Psycho-social Situation of Families and Child Psychiatric Problems in Berlin after the Fall of the Berlin Wall) 361
- HÖFLER, C.: Psychosoziale Belastungsfaktoren im historischen Umbruch (Psycho-Social stress Factors Caused by Historical Change) 350
- HUMMEL, P.: Transkulturelle Probleme der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Folgen einer inversen Migration? – Zur Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus der ehemaligen DDR in der ‚alten‘ Bundesrepublik (Cross-cultural Problems in Child and Adolescent Psychiatry or Consequences of an Inverse Migration? – The Diagnosis and Treatment of Children and Adolescents from the Former GDR in the ‚Ancient‘ FRG) 356
- SCHIER, E.: Ethnomedizinische und transkulturell-psychiatrische Aspekte der Migration (Ethnomedical and Transcultural-Psychiatric Aspects of Migration) 345
- SPECHT, F./ANTON, S.: Stationäre und teilstationäre Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie im vereinten Deutschland 1991 (In-Patient and Partially In-Patient Psychiatric Institutions for Children and Adolescents in United Germany 1991) 367
- WINKELMANN, B.: Manifestation psychischer Störungen durch Belastungsfaktoren des historischen Umbruchs in der ehemaligen DDR (Manifestation of Psychic Disorders Through Stress Factors Caused by the Historical Upheavals in the Former GDR) 354

Praxisberichte

- BISCHOFF, D.: Bemerkungen über das Problem der Spaltung bei anorektischen Patientinnen (Considerations About the Problem of Inter- and Intra-psychic Splitting in Anorectic Patients) 95
- BODE, M./MEYBERG, W.: Musiktherapie in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung (Music Therapy in a Children's and Adolescents' Psychiatric Department) 293
- GUGGENBUHL, A.: Das Mythodrama – ein gruppenpsychotherapeutisches Modell für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (Tales and Fiction in Group Psychotherapy for Children and Juveniles) 297

Übersichten

- BUCHHOLZ, M. B.: Streit und Wider-Streit – Unbewußtheiten im kulturellen Kontext (Quarrels and Counterquarrels – Unconsciousness in Cultural Context) 17
- DETTMERING, P.: Das Märchen vom ‚Marienkind‘ – Adoleszenz im Märchen (The Fairy-tale of ‚St. Mary's Child‘) 90
- DIEPOLD, B.: Probleme der Diagnostik bei Borderline-Störungen im Kindesalter (Problems in Diagnosing Borderline Disorders in Children) 207
- FURTADO, E. F.: Die Entwicklung der kommunikativen Kompetenz im Säuglingsalter (The Infant Communicative Competence Development) 139
- GUTTORMSEN, G.: Unfreiwillige Kinderlosigkeit: ein Familienproblem (Infertility: a Family Problem) 247
- HAMMON, C. P.: Gefährliche Comics – nur ein Märchen? (The Dangers of Comics – Nothing but a Fairy Tale?) 184
- HANTSCHKE, B./HENZE, K. H./PIECHOTTA, G.: Psychosoziale Aspekte bei der Frühgeburt eines Kindes – eine Bestandsaufnahme (Psychosocial Aspects of Premature Birth. A Survey) 129
- HELBING-TIETZE, B.: Die Funktion und Bedeutung von Idealbildungen für das Selbst in der Adoleszenz – illustriert an Anton Reiser (The Function and Meaning of Idealizing for the Self in Adolescence – illustrated with Anton Reiser) 57
- KOLBENSTVEDT-MICHEL, G./EGGERS, C.: Die Bedeutung des Übergangsobjektes für die psychische Entwicklung des Kindes (The Significance of Transitional Objects for the Child's Mental Development) 215
- KUSCH, M./BODE, U.: Der Psycho-Soziale Fragebogen für die Pädiatrische Onkologie (PSFPO) (The Psycho-Social Questionnaire of the Paediatric Oncology [PSFQPO]) 240
- MÜLLER-KÜPPERS, M.: Aus den Anfängen der Kinderanalyse (Upon the Beginnings of Child Analysis) 200
- OTTO, B.: Grenzen der Milieuthérapie Bruno Bettelheims (Limits of the Milieu-Therapy of Bruno Bettelheim) .. 316
- SCHACKE, M.: Ichstörungen bei Geistigbehinderten – Ansätze zu einem Verständnis (Egodisturbances by Mental Retardates) 119
- SCHMÖLZER, C.: Angst und Adoleszenz (Anxiety and Adolescence) 320
- SPECHT, F.: Kinder- und Jugendpsychiatrie – wie, wo, für wen? – Fragen der Versorgungsforschung (Child and Adolescent Psychiatry – How, Where, For Whom? – Questions of Medical Care and of Research Concerning Medical Care) 83
- STREHLOW, U./LEHMKUHL, U./HAFFNER, J.: Erfahrungen mit den Neufassungen der Klassifikationssysteme für

- psychische Störungen (ICD-10 und 5. Achse MAS) (Experiences with the New Installed ICD-10 and the New Version of MAS) 328
- VOGT-HILLMANN, M./BURR, W./EBERLING, W.: Ein kurztherapeutisch synergetischer Ansatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (A Synergetic Approach of Brief Therapy in the Psychiatric Treatment of Children and Adolescents) 286

Tagungsberichte

- Bericht über die Jahrestagung des Arbeitskreises DGPT-VAKJP vom 28.–30. Mai 1992 in Tiefenbrunn bei Göttingen 263

Buchbesprechungen

- AFFLECK, G. et al.: Infants in Crisis. How Parents cope with Newborn Intensive Care and its Aftermath 230
- BAERISWYL-ROUILLER, I.: Die Situation autistischer Menschen 33
- BÄUERLE, D.: Im Kampf gegen die Drogensucht. Hilfen für Eltern und ihre Kinder 189
- BARCHMANN, H. et al.: Aufmerksamkeit und Konzentration im Kindesalter 230
- BREMER-HÜBLER, U.: Streß und Streßverarbeitung im täglichen Zusammenleben mit geistig behinderten Kindern 101
- BRÜCKNER, J. et al.: Musiktherapie für Kinder 100
- BULLOCK, M. (Ed.): The Development of Intentional Action. Cognitive, Motivational, and Interactive Processes 337
- DIECKMANN, H.: Gelebte Märchen – Lieblingsmärchen der Kindheit 101
- DIETHELM, K.: Mutter-Kind-Interaktion. Entwicklung von ersten Kontrollüberzeugungen 232
- EICKHOFF, F. W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie und Praxis, Bd. 27 ... 148
- ELLIOT, M.: So schütze ich mein Kind vor sexuellem Mißbrauch, Gewalt und Drogen 103
- ESSER, G.: Was wird aus Kindern mit Teilleistungsschwächen? 339
- FAST, I.: Von der Einheit zur Differenz 379
- FISHER, S.: Heimweh. Das Syndrom und seine Bewältigung 340
- FRÖSCHER, W. (Hrsg.): Lehrbuch der Neurologie mit Repetitorium 103
- GADDES, W. H.: Lernstörungen und Hirnfunktion. Eine neuropsychologische Betrachtung 189
- GÖRRES, S./HANSEN, G. (Hrsg.): Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung 269
- GREIFFENHAGEN, S.: Tiere als Therapie. Neue Wege in Erziehung und Heilung 104
- GRISSEMAN, H.: Förderdiagnostik von Lernstörungen .. 308
- GRISSEMAN, H.: Hyperaktive Kinder 310
- GRÖSCHKE, D.: Psychologische Grundlagen der Heilpädagogik 306
- HEBBORN-BRASS, U.: Verhaltensgestörte Kinder im Heim. Eine empirische Längsschnittuntersuchung zu Indikation und Erfolg 268
- HEIDENREICH, W./OTTO, G.: Sterilisation bei geistiger Behinderung 309
- HEIMLICH, H./ROTHER, D.: Wenn's zu Hause nicht mehr geht. Eltern lösen sich von ihrem behinderten Kind .. 190
- HERKNER, W.: Lehrbuch Sozialpsychologie 234

| | | | |
|--|-----|--|-----|
| HINZE, D.: Väter und Mütter behinderter Kinder. Der Prozeß der Auseinandersetzung im Vergleich | 267 | SCHOPPE, A.: Kinderzeichnung und Lebenswelt. Neue Wege zum Verständnis des kindlichen Gestaltens | 229 |
| HOFMANN, V.: Die Entwicklung depressiver Reaktionen in Kindheit und Jugend | 311 | SCHULZE, H.: Stottern und Interaktion | 99 |
| IMBER-BLACK, E.: Familien und größere Systeme. Im Gerüst der Institutionen | 151 | SESTERHENN, H.: Chronische Krankheit im Kindesalter im Kontext der Familie | 192 |
| JANUS, L.: Wie die Seele entsteht. Unser psychisches Leben vor und nach der Geburt | 149 | SOLNIT, A.J. et al. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 45 | 69 |
| KEGEL, G./TRAMITZ, C.: Olaf, Kind ohne Sprache. Die Geschichte einer erfolgreichen Therapie | 270 | SOMMER-STUMPENHORST, N.: Lese- und Rechtschreibungsschwierigkeiten: Vorbeugen und Überwinden | 100 |
| KLOSINSKI, G. (Hrsg.): Pubertätsriten. Äquivalente und Defizite in unserer Gesellschaft | 235 | SPECK, O.: Chaos und Autonomie in der Erziehung. Erziehungsschwierigkeiten unter moralischem Aspekt | 70 |
| KÖNIG, K./LINDNER, W.V.: Psychoanalytische Gruppentherapie | 269 | SPIESS, W. (Hrsg.): Gruppen- und Team-Supervision in der Heilpädagogik | 190 |
| LEBOVICI, S.: Der Säugling, die Mutter und der Psychoanalytiker – Die frühen Formen der Kommunikation | 308 | STORK, J. (Hrsg.): Neue Wege im Verständnis der allerfrühesten Entwicklung des Kindes. Erkenntnisse der Psychopathologie des Säuglingsalters | 69 |
| LEHMKUHL, U. (Hrsg.): Therapeutische Aspekte und Möglichkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie | 231 | SZCZESNY-FRIEDMANN, C.: Die kühle Gesellschaft. Von der Unmöglichkeit der Nähe | 67 |
| LEONHARD, K.: Kinderneurosen und Kinderpersönlichkeit | 336 | TEXTOR, M.R.: Scheidungszyklus und Scheidungsberatung | 267 |
| LEYER, E.M.: Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. Zur Praxis der transkulturellen Psychotherapie | 378 | TEXTOR, M.R.: Familien: Soziologie, Psychologie. Eine Einführung für soziale Berufe | 268 |
| LOHAUS, A.: Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern | 149 | THEUNISSEN, G.: Heilpädagogik im Umbruch | 270 |
| MARTINIUS, J. (Hrsg.): Kinder- und jugendpsychiatrische Notfälle | 34 | TIETZE-FRITZ, P.: Handbuch der heilpädagogischen Diagnostik | 377 |
| MASSING, A. (Hrsg.): Psychoanalytische Wege in der Familientherapie | 68 | TÖLLE, R.: Psychiatrie | 231 |
| MATAKAS, F.: Neue Psychiatrie. Integrative Behandlung: psychoanalytisch und systemisch | 307 | TREPPER, T.S./BARRETT, M.J.: Inzest und Therapie: Ein (system)therapeutisches Handbuch | 191 |
| MÖLLER, W./NIX, C. (Hrsg.): Kurzkommentar zum Kinder- und Jugendhilfegesetz | 102 | TRESCHER, H./BÜTTNER, C.: (Hrsg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik 3 | 339 |
| MOGEL, H.: Psychologie des Kinderspiels | 338 | TYSON, P./TYSON, R.: Psychoanalytic Theories of Development. An Integration | 66 |
| MÜSSIG, R.: Familien-Selbst-Bilder. Gestaltende Verfahren in der Paar- und Familientherapie | 233 | Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung (Hrsg.): Familienorientierte Frühförderung | 378 |
| NISSEN, G. (Hrsg.): Psychogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter | 230 | VIEBROCK, H./HOLSTE, U. (Hrsg.): Therapie – Anspruch und Widerspruch | 338 |
| Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse IX, 1989 | 31 | WESTHOFF, K./KLUCK, M.L.: Psychologische Gutachten schreiben und beurteilen | 149 |
| ORBACH, I.: Kinder, die nicht leben wollen | 150 | WIESSE, J. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin in Kindheit und Adoleszenz | 98 |
| PERREZ, M./BAUMANN, U. (Hrsg.): Klinische Psychologie, Bd. 2: Intervention | 32 | WILMERT, H.: Autistische Störungen. Aspekte der kognitiven Entwicklung autistischer Kinder | 234 |
| QUEKELBERGHE, R.v.: Klinische Ethnopsychologie: Einführung in die Transkulturelle Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie | 67 | ZIEGLER, F.: Kinder als Opfer von Gewalt. Ursachen und Interventionsmöglichkeiten | 271 |
| RANDOLPH, R.: Psychotherapie – Heilung oder Bildung? Pädagogische Aspekte psychoanalytischer Praxis | 309 | ZINKE-WOLTER, P.: Spüren – Bewegen – Lernen. Handbuch der mehrdimensionalen Förderung bei kindlichen Entwicklungsstörungen | 232 |
| RAUCHFLEISCH, U.: Kinderpsychologische Tests. Ein Kompendium für Kinderärzte | 235 | | |
| REHN, E.: Geschwister zerebralparetischer Kinder. Persönlichkeitsstruktur, Lebenssituation und seelische Gesundheit | 99 | Editorial 344 | |
| REITTER, H. (Hrsg.): Kinderspiel und Kindheit in Ost und West | 98 | Mitteilungen der Herausgeber 265 | |
| ROGERS, C.R./SCHMID, P.F.: Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis | 376 | Autoren der Hefte 30, 64, 97, 146, 184, 219, 265, 303, 331, 374 | |
| ROTHENBERGER, A.: Wenn Kinder Tics entwickeln. Beginn einer komplexen kinderpsychiatrischen Störung | 33 | Diskussion/Leserbriefe 266 | |
| ROTHHAUS, W. (Hrsg.): Sexuell deviantes Verhalten Jugendlicher | 337 | Zeitschriftenübersicht 64, 146, 226, 304, 374 | |
| SALISCH, M.v.: Kinderfreundschaften | 312 | Tagungskalender 35, 72, 105, 152, 193, 237, 272, 313, 342, 382 | |
| | | Mitteilungen 36, 73, 106, 154, 194, 238, 272, 342, 382 | |

Aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Abteilungsvorsteher: Prof. Dr. med. Friedrich Specht)
am Zentrum Psychologische Medizin der Georg-August-Universität zu Göttingen

Kinder- und Jugendpsychiatrie – wie, wo, für wen? – Fragen der Versorgung und Versorgungsforschung

Von Friedrich Specht

Zusammenfassung

Auf die Frage: Kinder- und Jugendpsychiatrie – wie, wo, für wen? kann Versorgungsforschung einige Antworten geben. Es sind aber noch viele Fragen der Epidemiologie, Struktur- und Inanspruchnahme- und Verlaufsforschung offen. Unter ständigen Handlungsnotwendigkeiten muß deswegen Vorläufigkeit akzeptiert, müssen Prozesse begleitet, Behauptungen auf ihre Stichhaltigkeit und Theorien auf ihre Reichweite hin geprüft werden.

1 Zum Bericht der Expertenkommission zur Reform der psychiatrischen Versorgung

Tätigkeiten und Aufträge der Fachleute und Institutionen des Gebietes Kinder- und Jugendpsychiatrie sind in einigen Stellungnahmen zum Teil D.1 der Empfehlungen der Expertenkommission zur Reform der psychiatrischen Versorgung (AKTION PSYCHISCH KRANKE 1988) kritisch diskutiert worden. In den Empfehlungen war auf Lücken des Angebotes an kinder- und jugendpsychiatrischen Klärungs- und Interventionsmöglichkeiten hingewiesen sowie vielfältige Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatern und anderen Fachdiensten empfohlen worden. In den Kritiken wurden die Angaben über den Anteil behandlungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher in Frage gestellt, die Anhaltzahlen zur Verteilung stationärer Plätze als pure Ausweitungssabsicht ausgelegt und eine unausweichliche Stigmatisierung durch kinder- und jugendpsychiatrische Interventionen behauptet. Soweit sich dabei Besorgnisse auf Erfahrungen gründeten, waren diese zumeist punktueller Art. Daneben hatten die Empfehlungen offensichtlich Vereinnahmungsbefürchtungen – häufige Begleiterscheinung von Planungen – hervorgerufen.

Der Stellungnahme der Bundesregierung zu Teil D.1 der Empfehlungen der Expertenkommission (BUNDESREGIERUNG 1990) ist ein Absatz vorangestellt, in dem ausdrücklich Zurückhaltung bei der „Zuschreibung von ‚Krankheit‘ oder ‚Behandlungsbedürftigkeit‘“ empfohlen wird im „Hinblick auf eine ‚Psychiatisierung‘ und mögli-

che Beeinträchtigung des weiteren Lebensweges“ (S.18). Dieser Text ist selber ein bemerkenswertes Beispiel belastender Zuschreibung, mit der nicht nur die auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätigen Fachleute sondern ebenso diejenigen getroffen werden, die ihrer Hilfe bedürfen. Selbstverständlich müssen Kennzeichnung und Zuordnung der Verschiedenartigkeit und Besonderheit eines Kindes hinsichtlich ihrer sozialen Bedeutung und ihres Verwendungszusammenhanges in jedem Einzelfall gründlich bedacht werden. Das gilt aber nicht nur für den vieldeutigen Begriff „Krankheit“, sondern für alle Begriffe, mit denen in der Fach- und Verwaltungssprache unterschiedlicher Professionen und Organisationssysteme die Notwendigkeit einer Hilfeleistung verkürzt gekennzeichnet wird. Wenn mit der Formulierung des damaligen Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit unterstellt wird, daß Hilfen, deren erklärtes Ziel es ist, einer weiteren Beeinträchtigung des Lebensweges entgegenzuwirken, stattdessen grundsätzlich den weiteren Lebensweg beeinträchtigen, dann ist nach den Belegen für eine derartige Verallgemeinerung zu fragen. Demgegenüber fällt auf, daß in der Stellungnahme auf die konkreten Empfehlungen der Expertenkommission zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung überhaupt nicht eingegangen wird. Immerhin wird aber die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Einrichtungen der Jugendhilfe herausgestellt. Dabei wird aber merkwürdigerweise Jugendhilfe nicht als ein System von Leistungsträgern sondern fälschlich als Fachdisziplin bezeichnet. Solche begrifflichen Ungenauigkeiten sind deswegen bedauerlich, weil die unerläßliche Zusammenarbeit Klarheit erfordert und zwar nicht nur über die jeweiligen fachlichen Leistungsmöglichkeiten, sondern ebenso über die organisatorischen und rechtlichen Leistungsvoraussetzungen und Einbindungen.

2 Tendenzen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes

Klarheit ist nicht zuletzt deswegen nötig, weil das am 01.01.91 in Kraft getretene Kinder- und Jugendhilfegesetz vorsieht, daß nach einer Übergangsfrist die Sozial-

hilfeträger nur noch für geistig und körperlich behinderte, aber nicht mehr für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche zuständig sein sollen (§ 10 Abs. 2 KJHG). Von vielen ist dies als eine lang erhoffte Vereinfachung der Kostenregelungen begrüßt worden. Tatsächlich ist aber zu befürchten, daß sich Abgrenzungsprobleme lediglich verschieben werden. Welche Auswirkungen die Zuordnung zu einem anderen Leistungssystem auf die Hilfeanspruch und Hilfeformen für Kinder und Jugendliche haben wird, die infolge ihrer Beeinträchtigungen bisher sozialrechtlich als seelisch behindert zusammengefaßt wurden, sollte bis zum Ende des Übergangszeitraumes (nach Art. 11 KJHG: 31.12.1994) noch einmal gründlich geprüft werden. Im Gesetz heißt es dazu: „Hilfe zur Erziehung umfaßt auch die Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach Maßgabe des § 40 des Bundessozialhilfegesetzes und der Verordnung nach § 47 des Bundessozialhilfegesetzes“ (§ 27 Abs. 4 KJHG).

Nun hat es der Gesetzgeber so gewollt, daß nicht das Kind oder der Jugendliche einen Anspruch auf Hilfe zur Erziehung hat, sondern seine Personensorgeberechtigten und zwar dann, wenn sie eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung selber nicht gewährleisten können (§ 27 Abs. 1 KJHG). Es ist fraglich, ob mit einer derartigen Begründung des Anspruchs alle Hilfenotwendigkeiten für Kinder und Jugendliche erfaßt werden, die bisher sozialrechtlich als seelisch behindert gelten.

3 Kriterien der Versorgung

Vor solchem gesundheits- und sozialpolitischen Hintergrund soll hier das Selbstverständnis von Kinder- und Jugendpsychiatrie in seiner Wechselwirkung mit Ergebnissen von Versorgungsforschung betrachtet werden.

Kriterien für die Notwendigkeit und Güte kinder- und jugendpsychiatrischer Klärungs- und Interventionsangebote lassen sich drei Bereichen entnehmen, die jeweils für unterschiedliche Erkenntnis- und Argumentationsebenen stehen, zwischen denen es aber wiederum Beziehungen und Wechselwirkungen gibt.

Kriterien der Versorgung:

Denkschriften, Programme, Richtlinien;
Ergebnisse von Versorgungsforschung;
ethische Grundsätze professioneller Hilfe

Die ethischen Maßstäbe professioneller Hilfeleistung sind nicht nur Maßstäbe für Einzelentscheidungen, sondern müssen vor allem auch auf Institutionalisierungen und Organisationsformen bezogen werden.

Grundsätze professioneller Hilfeleistung:

Nützlichkeit;
Verteilungsgerechtigkeit;
Selbstbestimmung der Hilfebedürftigen

Jedes Angebot professioneller Hilfe setzt voraus, daß die Begründung des Vorgehens und sein Nutzen nachprüfbar sind. Dabei muß die Möglichkeit nicht beabsich-

tigter Wirkungen des Vorgehens berücksichtigt und deren Verhältnis zu den beabsichtigten Wirkungen kontrolliert werden. – Verteilungsgerechtigkeit bedeutet: Hilfeangebote sind so zu gestalten, daß alle Hilfebedürftigen gleiche Chancen haben, diese zu erreichen. Bei beschränkten Hilfsmöglichkeiten muß die Dringlichkeit des Bedarfs etwaigen Privilegien vorgehen.

Solche Grundsätze ersparen keine Entscheidungen. Vielmehr müssen auch zwischen ihnen Vorrangentscheidungen getroffen werden. Wieweit und womit ist z.B. die Entscheidung eines Heimes gerechtfertigt, wenn es anerkennt, daß die Aufnahme eines Kindes dringlich ist, sie aber ablehnt, weil die Mitarbeitergruppe glaubt, das Kind werde nicht in die vorgesehene Gruppe passen und deswegen den Nutzen in Frage stellt?

Die Autonomie von hilfesuchenden Minderjährigen, Eltern und Familien muß als ein eigener Wert respektiert werden, auch wenn im einzelnen die Selbstbestimmung – sei es durch das Recht der elterlichen Sorge, sei es durch richterliche Entscheidungen – eingeschränkt ist. Es geht aber nicht nur um Eingriffe in die Freiheitsrechte und um deren Rechtfertigung, sondern ebenso um das Verhältnis zwischen dem Wissensvorsprung von Fachleuten und den Meinungen der Betroffenen, zwischen vermeintlichen Unausweichlichkeiten verwaltender und organisatorischer Praxis und ihren Entscheidungsmöglichkeiten, und auch um die Verwendung klassifizierender und zuschreibender Begriffe (s. o.).

Tab. 1: Denkschriften – Programme – Richtlinien zur Versorgung

1975 Psychiatrie-Enquête

Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung

Psychiatrieprogramme einzelner Bundesländer

1984 Zur Lage der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Denkschrift zur Lage der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland 1. Auflage
(Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie)

1985 Aufgaben und Arbeitsweise der Kinder- und Jugendpsychiatrie

(Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie im Niedersächsischen Arbeitskreis für Fragen der psychiatrischen Krankenhäuser)

1988 Empfehlungen der Expertenkommission

Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich

1990 Zur Lage der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Denkschrift zur Lage der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland 2. Auflage

Die Tabelle über Denkschriften, Programme und Richtlinien ließe sich noch um eine Reihe von Texten ergänzen, die aus unterschiedlichen Anlässen entstanden

sind. Zu erwähnen sind vor allem noch die im Auftrag des Berufsverbandes der deutschen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie entstandene Stellungnahme „*Diagnostik und Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*“ (KLEINKE u. a. 1990), die Bemühungen eines Ausschusses der Psychiatriereferenten der Länder um ein *Positionspapier zur Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe* (verabschiedet 1991, in diesem Heft abgedruckt) und nicht zuletzt die für stationäre Einrichtungen sehr wesentliche *Psychiatrie-Personalverordnung* des Bundesarbeitsministeriums (1990).

Die Übersicht bezieht sich auf die Bundesrepublik mit dem Gebietsstand vor dem 03.10.1990. Auch Forschungsergebnisse, die hier erwähnt werden, hängen weitgehend von den sozialstrukturellen, institutionellen und organisatorischen Voraussetzungen in der damaligen Bundesrepublik ab. Die jetzt begonnene *Erhebung zur Struktur der Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie* (ANTON u. SPECHT, o.J.) wird sich auf das gesamte Bundesgebiet nach dem 03.10.1990 erstrecken und so zu einer Beschreibung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden beitragen können.

In den aufgeführten Papieren werden Definitionen von Tätigkeits- und Organisationsbereichen, Klassifikationen der Interventionsanlässe, Beschreibungen des Ist-Zustandes, Bedarfsprognosen und Forderungen miteinander verbunden. Sie unterscheiden sich sowohl hinsichtlich der Vollständigkeit und Gewichtung solcher Inhalte, als auch hinsichtlich des Verhältnisses zwischen empirisch belegten Analysen oder Vorschlägen einerseits und mehr oder weniger einleuchtend erläuterten Überzeugungen andererseits. Die Erwartung, alle Planungs- und Handlungsempfehlungen müßten sich auf entsprechende Forschungsergebnisse stützen können, wäre utopisch. Wir müssen ständig planen und handeln bei einer im Verhältnis zu den komplexen Bedingungsfeldern schmalen Grundlage an gesicherten Erkenntnissen und bei theoretischen Begründungssystemen, deren Reichweite stets begrenzt ist. Das heißt, daß Vorläufigkeit akzeptiert und trotzdem gehandelt werden muß, daß Prozesse prüfend begleitet und Theorien hinterfragt werden müssen, vor allem aber, daß Forschungsergebnisse Denken initiieren und leiten, aber nicht ersetzen können.

Schwerpunkte von Versorgungsforschung:

- Epidemiologie → Bedarf
- Strukturuntersuchungen → Angebot
- Forschung zur Inanspruchnahme
- Verlaufsforschung → Wirksamkeit

4 Bedarf an professionellen Interventionen

Die Frage nach dem Bedarf an professionellen Interventionen bei psychisch auffälligen oder beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen bereitet – wie es scheint – keine besonderen Schwierigkeiten mehr. Bei verschiedenen epidemiologischen Erhebungen wurde ziemlich übereinstimmend ein Anteil von 5% der Kinder und Ju-

gendlichen festgestellt, bei dem psychische Störungen eine strukturierte professionelle Einflußnahme notwendig machen. Dafür trifft der Begriff „Behandlungsbedürftigkeit“ zu, ohne daß damit bereits die Zuständigkeit einer bestimmten Profession, Institution oder Organisation gekennzeichnet wäre. – Problemanzeigende Verhaltensweisen und Erscheinungen wurden allerdings jeweils bei einem deutlich darüber hinausgehenden Anteil von Kindern und Jugendlichen angetroffen. Die Spannweite allein der inländischen Untersuchungen liegt zwischen 12,5% (KULESSA 1973) und 31% (KOHLSCHÉEN 1975). Die Unterschiede erklären sich weitgehend mit Erhebungsvorgehen und Erhebungsadressaten, Abgrenzungskriterien, Sozialraum und Alterszusammensetzung. Sie zeigten sich bereits, wenn größere Untersuchungspopulationen untergliedert wurden. So hat STEUBER (1973) Prävalenz- und Inanspruchnahmeunterschiede zwischen zwei Schulen mit unterschiedlichen Einzugsbereichen gefunden (s. Tabelle 2).

Tab. 2: Anteil der Schülerinnen und Schüler mit Auffälligkeiten des Verhaltens und Lernens an 2 Schulen mit unterschiedlichen Einzugsgebieten; Schule A: untere Sozialschichten stärker vertreten, Schule B: höhere Sozialschichten stärker vertreten (nach Steuber 1973)

| | Schule A | Schule B |
|--|----------|----------|
| Auffälligkeiten des Verhaltens, des Lernens, der Entwicklung (Lehrerangaben) | 28,4% | 20,4% |
| davon fachlich versorgt | 11,1% | 29,5% |

Einigkeit besteht im übrigen darüber, daß nicht jedes als auffällig gewertete Verhalten ein Problem anzeigt, und daß auch nicht jedes problemanzeigende Verhalten für die Notwendigkeit einer professionellen Intervention spricht. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt (u. a. ESSER und SCHMIDT 1986) das bei einem nicht geringen Teil als auffällig definierter Kinder und Jugendlichen sich die Problembelastung, die Verhaltensbesonderheiten oder die Bewertung ihres Verhaltens auch ohne irgendeine professionelle Intervention ändern.

Das in Abbildung 1 dargestellte Verhältnis zwischen der Wirksamkeit von Entwicklungs- und Bewältigungspotentialen, von unterstützenden sowie von therapeutischen Interventionen soll dies deutlich machen.

Die Problemlagen des einzelnen Kindes, des einzelnen Jugendlichen unter solchen Gesichtspunkten zu beurteilen und sich für Intervention oder auch Nicht-Intervention zu entscheiden, gehört zu den alltäglichen fachlichen Aufgaben. Sie bereiten wenig Schwierigkeiten, wenn die Ausprägung, die Vielfalt und die Dauer von Auffälligkeiten gar keinen Zweifel an der Notwendigkeit einer zumindest klärenden Intervention lassen. Das ist ebenso der Fall, wenn ein Zusammentreffen von Symptomen und/oder Entstehungsbedingungen eine Klassifikation erlauben, die auf bestimmte therapeutische und prognostische Konsequenzen hinweist. Dies setzt allerdings

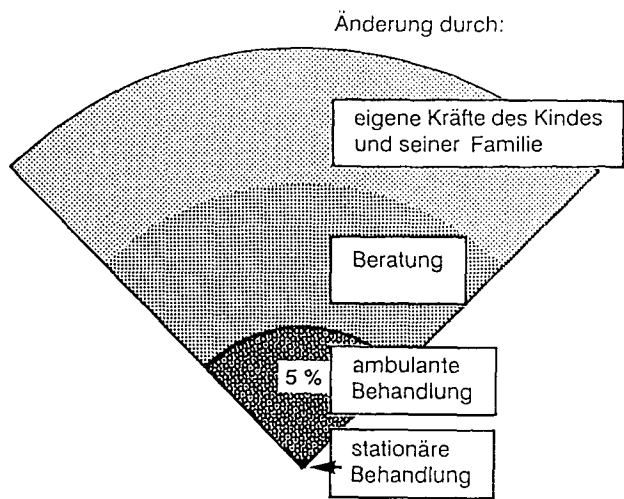


Abb. 1: Gesamtheit der Kinder im Schulalter mit problematischen Verhaltensweisen und Lernbeeinträchtigungen (aller Ausprägungsgrade)

voraus, daß Fachleute oder Fachinstitutionen in Anspruch genommen worden sind. Tatsächlich aber werden professionelle Klärungsmöglichkeiten nur von einem Teil der Familien mit entsprechenden Problemlagen wahrgenommen.

5 Meinungen und Verhalten bei der Inanspruchnahme von Hilfe

Woran liegt das? Sind nicht genügend Fachdienste vorhanden? Sind sie bei der Bevölkerung nicht ausreichend bekannt? Liegen sie für Teile der Bevölkerung räumlich zu weit entfernt? Erschweren sie möglicherweise selber den Zugang durch ausgesprochene oder unausgesprochene Vorleistungsforderungen (z.B. Terminierung, Dauer und Personenkreis bei Kontakten)? Sind sie am Ende blockiert durch eine Bevorzugung unkomplizierter Problemlagen?

Oder haben bei den Informationen und den Abwärgungsvorgängen die dem Anruf bei einem Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, einer Erziehungsberatungsstelle, einer Ambulanz vorausgehen, Einflüsse Bedeutung, die weit entfernt sind von der Expertenbewertung der Interventionsnotwendigkeit, dem definierten Bedarf? Welche Wechselwirkungen entstehen zwischen den Beteiligten der Problemkonstellation einerseits und der Angebotsstruktur andererseits?

Eine wesentliche Differenz zwischen dem von Experten ermittelten Bedarf und der tatsächlichen Inanspruchnahme besteht, hat sich u.a. bei der Erhebung von REMSCHMIDT und WALTER in drei hessischen Landkreisen gezeigt.

Die Erhebung gehört zu Forschungen, die im Zusammenhang mit dem Modellprogramm Psychiatrie durchgeführt worden sind. Sie war vorübergehend ins Kreuzfeuer von Kritik geraten. Alle Einwürfe halten aber gegenüber der jetzt veröffentlichten Auswertung nicht

Tab. 3: Feststellungen bei einer repräsentativen Stichprobe aus drei hessischen Landkreisen. Expertenbewertung von Elternangaben im Erhebungsbogen nach Achenbach/Edelbrock (nach Remschmidt u. Walter 1990)

| Alter 6–17 Jahre | N = 1969 |
|---|----------|
| Mindestens 2 kritische Items, die für Klärungs-, Beratungs- oder Behandlungsbedarf sprechen bei | 12,7% |
| Tatsächlich wegen psychischer Symptomatik oder Entwicklungsrückstand in Behandlung | 3,3% |

stand (REMSCHMIDT u. WALTER 1990). Die in Tabelle 3 wiedergegebene Prävalenz beruht auf einer Expertenbewertung der mit dem Erhebungsbogen ermittelten, hinsichtlich ihrer Bedeutung sehr unterschiedlichen Merkmale. – Die Differenz zwischen behandelten Kindern aus der Stichprobe und der anerkannten Zahl von 5% macht auf jeden Fall 1,7% aus. Noch größer aber ist der Anteil derjenigen, die selbst eine Beratung nicht erreicht haben oder eben nicht für erforderlich gehalten haben.

Es geht darum, was Eltern und/oder anderen Erwachsenen am Verhalten von Kindern und Jugendlichen ungewöhnlich erscheint, und wann sie sich dabei an den Grenzen ihrer eigenen Erklärungs- und Bewältigungsmöglichkeiten glauben. Über welche Hilfemöglichkeiten sind sie informiert? Woher stammen die Informationen? Wie wägen sie ab, ob und welche Hilfen ihnen Nutzen bringen könnten? Welchen Vertrauensvorschuß bringen sie Fachleuten und Institutionen gegebenenfalls entgegen und worauf gründet er sich?

Solchen Fragen, Fragen nach den *handlungsleitenden Kognitionen* geht die Arbeitsgruppe um HÖGER (1986) nach. Sie haben sich z.T. aus der umfangreichen 1985 abgeschlossenen Erhebung über die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Süd-Niedersachsen ergeben (HÖGER u. a. 1985). Die Ergebnisse einer Vorstudie (KRUSE 1991) weisen darauf hin, daß die Inanspruchnahme einer Institution häufig durch ein Öffentlichwerden des Problems beschleunigt wird (Tabelle 4). Allerdings hatten 60% der befragten Eltern schon länger als 1 Jahr entsprechende Sorgen, ehe sie solche Schritte unternommen haben.

Bei der gleichen Erhebung wurde auch danach gefragt, ob die Eltern von dem Besuch der Poliklinik für ihr Kind Nachteile im Sinne einer *Stigmatisierung* befürchten. Mit diesem Begriff ist ja gelegentlich gegen Kinder- und Jugendpsychiatrie schlechthin polemisiert worden (s.o.). Nur ein Elternteil hat zu den entsprechenden Fragen im Klartext ausgedrückt, das Kind könnte möglicherweise danach „abgestempelt“ sein. – Das Vorurteil einer zwangsläufigen Stigmatisierung von Patienten kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen hat sich allerdings vor allem auf den stationären Bereich bezogen. Zugleich ist der Eindruck vermittelt worden, als handele es sich dort nur um Einrichtungen von unüberschaubarer Größe.

Tab. 4: Ergebnisse einer schriftlichen Elternbefragung unmittelbar vor dem ambulanten Erstkontakt (nach Kruse 1991)

| Auswertung von Elternfragebögen | (N = 86) |
|----------------------------------|----------|
| „Entdecker“ des Problems | |
| – Anwesender Elternteil selbst | 67 % |
| – Lehrer/Kindergarten | 50 % |
| – Ärzte | 10,5% |
| Anfängliche Erwartungen | |
| – spontane Besserung | 31 % |
| – Lösung durch Familie | 14 % |
| – professionelle Hilfe | 52 % |
| Vorangegangene Erörterungen mit | |
| – Lehrer/Kindergarten | 84 % |
| – Arzt | 51 % |
| – Freunde | 35 % |
| – Verwandte | 33 % |
| – mindestens 3 Personen | 81 % |
| Stigmatisierung | |
| – Keine Nachteile befürchtet | 87 % |
| – Eindeutig Nachteile befürchtet | 7 % |

Tabelle 5 gibt für die Bundesrepublik 1989 die Größenordnungen der stationären Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie wieder. Über die Hälfte der Einrichtungen hatte höchstens 30 Plätze. Allerdings befand sich trotzdem mehr als ein Drittel aller Plätze in den größeren Einrichtungen.

Mit dem Stigmatisierungsrisiko haben sich u.a. zwei Untersuchungen an kleineren Universitätsabteilungen befaßt. Versorgungsforschung – dies sei dem vorausgeschickt – sollte aber keinesfalls nur an Universitäreinrichtungen stattfinden. So beteiligten sich an einem Projekt zur Versorgungsdokumentation und Versorgungsforschung, dessen Vorphase bereits abgeschlossen ist (PRESTING u. WITTE 1990) alle kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in Niedersachsen und Bremen.

Einzelbeispiele dafür, daß Patienten kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen durch stigmatisierende Reaktionen ihrer sozialen Umgebung belastet worden sind, oder daß dergleichen von ihnen oder ihren Eltern befürchtet wurde, kennt wohl jeder. Eine „Abstempelung“ und daraus folgende Benachteiligungen können indessen jeder Form von Hilfe – einem Heimaufenthalt oder auch nur dem Aufsuchen einer bestimmten Beratungseinrichtung – folgen. Ausschlaggebend ist dabei

nicht, daß eine professionelle Hilfeleistung stattgefunden hat, sondern das Ausmaß an Vorurteilen gegenüber Menschen, die solcher Hilfe bedürfen. Hat eine Intervention und hat vor allem ein stationärer Aufenthalt nur wenig an Veränderung bewirken können, werden solche Vorurteile ja auch scheinbar bestätigt. Fortbestehende Auffälligkeiten und der zurückliegende Kliniks- oder Heimaufenthalt verbinden sich dann zu einer vermeintlich erklärenden Vorstellung von unbeeinflussbar negativen Merkmalen.

Einzelne Ergebnisse der beiden erwähnten Untersuchungen werden hier vergleichend wiedergegeben (LÜCKE u. KNÖLKER 1991, FREYER 1991).

Tab. 6: Beteiligung an schriftlichen Befragungen zur Beurteilung des stationären Aufenthaltes in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung und seinen Auswirkungen in den Univ.-Abteilungen in Lübeck (nach Lücke u. Knölker, 1991) und Göttingen (nach Freyer, 1991)

| | Lübeck | Göttingen |
|-----------------|-----------|-----------|
| Zeitraum | 1987–1989 | 1986–1989 |
| Elternantworten | 40 | 90 |
| Rücklaufquote | 56% | 60% |
| Kinderantworten | 25 | – |
| Rücklaufquote | 60% | – |

Die Befragung von LÜCKE u. KNÖLKER ist Teil eines multizentrisch geplanten Vorhabens. Die Erhebung von FREYER ging von negativen Hypothesen zu den Erfahrungen von Angehörigen bei einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung aus. Bei ähnlichen Fragestellungen waren Operationalisierung und Erhebungsvorgehen der beiden Untersuchungen unterschiedlich.

Die 40 Eltern der Lübecker Befragung gaben zu einem Drittel an, daß ihre Kinder auf Unverständnis, Geringschätzung, Kontaktvermeidung oder Befangenheit gestoßen seien. Bei den Kindern nannte die Hälfte zumindest eine dieser Reaktionen.

Das Ergebnis bei den 90 Eltern der Göttingen Erhebung zeigt einen Anteil an Informationsbereitschaft, der ähnlich hoch wie in Lübeck lag. Immerhin mochten aber 23% nicht offen über die stationäre Behandlung ihres Kindes reden. Die Angaben über Reaktionen nach dem

Tab. 5: Größenordnungen der Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin-West 1989

| Platzzahl der Einrichtung | Anteil an Einrichtungen (N = 70) | Anteil an Plätzen (N = 3700) |
|---------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| bis 30 | 50,7% | 20,4% |
| 31–50 | 20,3% | 14,7% |
| 51–100 | 20,3% | 28,5% |
| über 100 | 8,7% | 36,3% |

Tab. 7: Zusammenfassung von Ergebnissen einer schriftlichen Befragung nach dem stationären Aufenthalt in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Universitäts-Abteilung (nach Lücke u. Knölker 1991)

| | | |
|--|-------------|-------------|
| Informationen über den Klinikaufenthalt an: | | |
| Engerer Familienkreis | 82,5% | |
| Verwandte/Bekannte | 72,5% | |
| Lehrer | 63,9% | |
| Mitschüler | 47,4% | |
| Reaktionen nach der stationären Behandlung bei Informierten: | | |
| | Elternsicht | Kindersicht |
| Unverständnis | 14,3% | 21,7% |
| Geringschätzung/„Hänseln“ | 5,9% | 12,5% |
| Kontaktvermeidung | 14,7% | 20,8% |
| Befangenheit/Unechtheit | 14,3% | 25,0% |
| eine oder mehrere der Reaktionen | 31,4% | 50,0% |

Klinikaufenthalt fielen günstiger aus als in Lübeck. Nur 11% gaben Veränderungen im Verhalten von Erwachsenen und 6% im Verhalten von Schülern an. – Bei beiden Untersuchungen wurden die Unterschiede zwischen Antwortenden und Nichtantwortenden ermittelt. In Lübeck war der stationäre Aufenthalt bei den Antwortenden länger gewesen. In Göttingen hatten die Experten das Behandlungsergebnis bei den Antwortenden zu 63%, bei den Nichtantwortenden zu 30% mit „deutlich gebessert“ gekennzeichnet. Bei den erst nach einer Erinnerung Antwortenden war ein Trend in Richtung ungünstigerer Antworten zu verzeichnen.

Beide Untersuchungsergebnisse zeigen, daß negative Reaktionen aus dem sozialen Umfeld keine zwangsläufige Folge einer stationären Behandlung, andererseits aber auch nicht völlig ungewöhnlich sind. Die Überprü-

fung von Zusammenhängen ließ dabei vermuten, daß negative Reaktionen nicht ausschließlich von den Vorurteilen Außenstehender abhängen, sondern daß sie in einem Interaktionssystem entstehen, auf das sich Einfluß nehmen läßt. So konnten diejenigen Eltern, die sich in der Klinik akzeptiert fühlten, auch offener über die stationäre Behandlung ihres Kindes reden, wobei sie nur noch zu 8% auf Unverständnis stießen. Eltern dagegen, die sich nicht zu offenen Mitteilungen in der Lage fühlten, erlebten bei Bekanntwerden des Klinikaufenthaltes zu einem Drittel Unverständnis. Patienten, die während der stationären Behandlung von Freunden oder Mitschülern besucht worden waren, erlebten danach seltener ablehnendes Verhalten als Kinder, die ohne solche Besuche geblieben waren (FREYER 1991).

Tab. 8: Ergebnisse einer schriftlichen Elternbefragung (N = 90) nach dem Aufenthalt des Kindes in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Universitäts-Abteilung mit einer Rücklaufquote von 60% (70 unmittelbare Antworten, 20 Antworten nach Erinnerung) (u. Freyer 1991)

| | zustimmend | verneinend ¹ |
|---|------------|-------------------------|
| Feststellungen während der stationären Behandlung: | | |
| Freunde, Nachbarn usw. verständnisvoll | 73% | 12% |
| Offen über Behandlung geredet | 70% | 23% |
| keine Besuche von Lehrern usw. in der Klinik | 66% | |
| keine Besuche von Freunden in der Klinik | 60% | |
| Feststellungen nach der stationären Behandlung: | | |
| keine Veränderungen im Verhalten von Bekannten, Nachbarn usw. | 83% | 11% |
| keine Veränderungen im Verhalten von Mitschülern, Freunden usw. | 73% | 6% |
| wieder unbefangen mit Gleichaltrigen in Verbindung treten | 73% | 11% |
| Lehrer usw. verständnisvoll | 65% | 15% |

¹ Die Differenz zwischen der linken und rechten Spalte zu 100% entspricht dem Anteil der neutralen Antworten.

6 Zusammenarbeit der Hilfe bietenden Systeme

Versorgungsforschung im stationären Bereich betrifft nicht zuletzt die *Zusammenarbeit zwischen stationären Einrichtungen mit Leistungsträgern im System der Jugendhilfe* einerseits und *stationären Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Leistungsträgern im Gesundheitssystem* andererseits.

Damit hat sich vor allem eine Arbeitsgruppe am Institut für soziale Arbeit (ISA) in Münster befaßt. GINTZEL u. SCHONE (1989, 1990) haben die Zusammenarbeit zwischen Heimen und Fachkrankenhäusern oder -abteilungen in Nordrhein-Westfalen beschrieben und die Anlässe analysiert, deretwegen Kinder oder Jugendliche von einer Institution in die andere übergehen. Der Umfang des jeweiligen Kooperationsbereiches wird an den Ergebnissen einer Gesamt-Stichtagserhebung deutlich (Tabelle 9).

Tab. 9: Vorerfahrungen vor stationärem Aufenthalt: Zusammenfassung von Ergebnissen einer Stichtagserhebung in Einrichtungen im Bereich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (nach Gintzel u. Schone 1989)

| | Heime | Kinder- u. jugendpsychiatrische Einrichtungen |
|---------------|-------|---|
| Anzahl | 79 | 6 |
| Plätze | 3 242 | 334 |
| Pflegefamilie | 14% | 10% |
| Heime | 20% | 13% |
| KiJgPsych | 14% | 22% |

Aus Tabelle 9 läßt sich ersehen, daß ein bestimmter Teil von Kindern und Jugendlichen es mit beiden Leistungssystemen zu tun hat, daß es in beiden Bereichen aber auch einen großen Anteil von Kindern und Jugendlichen gibt, denen nur von einem der beiden Systeme Hilfe zuteil wird.

Es trifft für den stationären Bereich nicht zu, wenn gelegentlich behauptet wurde, es seien durchweg die gleichen Kinder und Jugendlichen und die gleichen Problemlagen, deretwegen Leistungsträger der Jugendhilfe einerseits und Kinder- und Jugendpsychiatrie andererseits in Anspruch genommen würden. Überleitungen im stationären Bereich betreffen vor allem Kinder und Jugendliche, deren Probleme als Störungen des Sozialverhaltens klassifiziert werden. Ihr Anteil an den Patienten kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen ist zwar je nach Versorgungsspektrum unterschiedlich hoch, lag bei einer Stichtagserhebung in 58 stationären Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie insgesamt bei 12% (BRAUN-SCHARM u.a. 1991). – Ähnlichkeiten der Inanspruchnahme sind eher im ambulanten Bereich vorhanden. Bei einer 1985 vorgenommenen Erhebung zur psychosozialen Versorgung in Süd-Niedersachsen ergaben sich zwischen den Durchschnittswerten der beteiligten Erziehungsberatungsstellen und der Göttinger Universi-

tätspoliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie hinsichtlich der Anlässe für die Inanspruchnahme viele Übereinstimmungen. Untereinander wiesen die Erziehungsberatungsstellen viel größere Unterschiede auf. Die kinder- und jugendpsychiatrische Poliklinik wurde eher – oft als Dienst der 2. Linie – für Kinder und Jugendliche in Anspruch genommen, deren Auffälligkeiten ausgeprägter waren und bereits länger anhielten (HÖGER u.a. 1985).

Von den Leistungsträgern der Jugendhilfe sollen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (1990) *pädagogische und damit verbundene therapeutische Leistungen* (§27 Abs.3) gewährt werden. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den Leistungsträgern im Gesundheitssystem läßt sich diese Beschreibung umkehren: *therapeutische und damit verbundene pädagogische Leistungen*. Deswegen soll abschließend noch ein Blick auf die Unterschiede zwischen Pädagogik und Therapie geworfen werden (Tab. 10).

Tab. 10: Unterscheidende Merkmale von Pädagogik und Therapie

| | Pädagogik | Therapie |
|-----------|---|---|
| Grundlage | Vorstellungen von wünschenswerter Entwicklung | Feststellung von Beeinträchtigungen und Einschränkungen |
| Vorgehen | Strukturierung von Erfahrung- und Übungsmöglichkeiten | methodisch strukturierte Interaktionen |
| Risiken | Überforderung | Vernachlässigung von Selbstbestimmung und Selbsthilfe |

Summary

Child and Adolescent Psychiatry – How, Where, For Whom? Questions of Medical Care and of Research Concerning Medical Care

Regarding the question of child psychiatry – how, where, for whom? research of medical care can provide some answers, which are referred to here. However, many questions regarding epidemiology and research of structure, use and development remain open. Because of constant urgency to take action provisional situations have to be accepted, processes have to be attended to, statements have to be examined concerning their validity and theories concerning their range.

Literatur

ACHENBACH, T. M./EDELbroCK, C. S. (1983): Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington: Queen City Printers. – ANTON, S./SPECHT, F. (o.J.): Erhebungen zur Struktur der Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (laufendes Projekt an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der

- Univ. Göttingen). – AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung, Bonn. – BRAUN-SCHARM, H./RÄDER, K./MARTINIUS, J. (1991): Die stationäre Versorgung jugendpsychiatrischer Patienten. Eine Stichtagsuntersuchung. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 19, 70–77. – BUNDESREGIERUNG (1990): Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung-PsychPV), Bundesgesetzblatt, Teil 1, Nr. 72, 2930–2934. – ESSER, G./SCHMIDT, M. (1987): Epidemiologie und Verlauf kinderpsychiatrischer Störungen im Schulalter – Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *Nervenheilkunde* 6, 27–53. – FREYER, K. (1991): Elterliche Beurteilung von Therapieverlauf und Stigmatisierungsrisiken bei stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. *Med. Diss., Göttingen.* – Gesetz zur Neuordnung des Kinder- und Jugendhilferechts (Kinder- und Jugendhilfegesetz – KJHG) vom 26. 6. 1990, BGBl I Nr. 30 v. 28. 6. 1990. – GINTZEL, U./SCHONE, R. (1989): Erziehungshilfen im Grenzbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie – Problemlagen junger Menschen, Entscheidungsprozesse, Konflikte und Kooperation (Abschlußbericht). Münster: Institut für soziale Arbeit e.V. – GINTZEL/SCHONE, R. (1990): Heimerziehung und Jugendpsychiatrie – Problemlagen junger Menschen, Entscheidungsprozesse und Kooperationsformen. In: GINTZEL, U./SCHONE, R. (Hg.): Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie-Konzepte, Methoden, Rechtsgrundlagen, Münster: Votum. – HÖGER, CH./QUISTORP, S./BAHR, J./BREULL, A. (1984): Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychiatrischen Polikliniken im Vergleich. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 33, 264–271. – HÖGER, CH./QUISTORP, S./BAHR, J./BREULL, A. (1985): Inanspruchnahme ambulanter psychosozialer Einrichtungen für Kinder und Jugendliche in Südniedersachsen. Abschlußbericht eines vom Nieders. Sozialminister geförderten Forschungsvorhabens. Göttingen (unveröff.). – HÖGER, CH. (1985): Inanspruchnahme psychosozialer Einrichtungen für Kinder und Jugendliche in Süd-Niedersachsen – Ergebnisse einer Untersuchung. In: LEMPP, R./VELTIN, A. (Hg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie – Eine Bestandsaufnahme. Köln: Rheinland-Verlag. – HÖGER, CH. (1986): Zur Bedeutung von subjektiven Theorien von Eltern für die Inanspruchnahme psychosozialer Dienste durch Grundschulkinder. Unveröffentl. Manuskript. – HÖGER, CH. (1991): Erziehungsberatungsstellen im Kontext ambulanter psychosozialer Hilfen für Kinder- und Jugendliche. In: PRESTING, G. (Hg.): Erziehungs- und Familienbeurteilung – Untersuchungen zur Entwicklung, Inanspruchnahme und Perspektiven. Weinheim: Juventa. – JUNGE, H./LENDERMANN, HB. (1990): Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) – Einführende Erläuterungen. Freiburg: Lambertus. – KLEINKE, J./ROTHHAUS, W./SPECHT, F. (1990): Diagnostik und Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 18, 235–238. – KRUSE, A. (1991): Handlungsleitende Kognitionen von Eltern bei Inanspruchnahme einer Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Sozialw. Dipl. Arb., Göttingen.* – KOHLSCHEEN, G. (1975): Untersuchungen zur Bedarfsermittlung eines Versorgungssystems für somatisch und psychisch auffällige Kinder und Jugendliche. In: Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Bundestag (Hg.), Drucksache 7/4201, Bonn. – KULESSA, C. (1973): Über Verhaltensstörungen bei 10jährigen Grundschulkindern. Eine epidemiologische Vorstudie. *Diss. Heidelberg.* – LÜCKE, M./KNÖLKER, U. (1991): Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 40, 138–147. – PRESTING, G./WITTE, G. (1990): Überregionale Versorgungsdokumentation und Versorgungsforschung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Arbeits- und Ergebnisbericht zur Vorphase. Göttingen (unveröff.). – REMSCHMIDT, H./WALTER, R. (1990): Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern eine epidemiologische Untersuchung. Göttingen: Hogrefe. – REMSCHMIDT, H./WALTER, R. (1990): Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 18, 121–132. – SPECHT, F. (1985): Extramurale Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: LEMPP, R./VELTIN, A. (Hg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie – Eine Bestandsaufnahme. Köln: Rheinland-Verlag. – SPECHT, F. (1990): Die Zusammenarbeit der beteiligten psychosozialen Systeme bei der Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 39, 347–353. – SPECHT, F. (1990): Jugendliche in Lebenskrisen – erziehungsbedürftig oder krank? In: GINTZEL, U./SCHONE, R. (Hg.): Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie – Konzepte, Methoden, Rechtsgrundlagen. Münster: Votum. – SPECHT, F. (1991): Editorial zu Heft 1/91. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 40, 2–3. – STEUBER, H. (1973): Zur Häufigkeit von Verhaltensstörungen im Grundschulalter. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 22, 246–250.
- Anshr. d. Verf.: Prof. Dr. med. Friedrich Specht, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Georg-August-Universität, von-Siebold-Straße 5, 3400 Göttingen.