

Nützel, Jakob / Schmid, Marc / Goldbeck, Lutz und Fegert, Jörg M.
Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 54 (2005) 8, S. 627-644

urn:nbn:de:bsz-psydok-45882

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

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Buchholz, M. B.: Herausforderung Familie: Bedingungen adäquater Beratung (Family as challenge: Contexts of adequate counselling)	664
Pachaly, A.: Grundprinzipien der Krisenintervention im Kindes- und Jugendalter (Basic principles of crisis intervention in children and adolescents)	473
Sannwald, R.: Wie postmoderne Jugendliche ihren Weg ins Leben finden – Einblicke in die Katathym Imaginative Psychotherapie von Adoleszenten (How postmodern youths find their way into life – Views on imaginative psychotherapy of adolescents)	417
Stephan, G.: Vom Schiffbruch eines kleinen Bootes zur vollen Fahrt eines Luxusliners (Children's drawings: A case study of the psychotherapeutic treatment of a seven year old boy)	59
Stumptner, K.; Thomsen, C.: MusikSpielTherapie (MST) – Eine Eltern-Kind- Psychotherapie für Kinder im Alter bis zu vier Jahren (MusicPlayTherapy – A parent-child psychotherapy for children 0 – 4 years old)	684
Walter, J.; Hoffmann, S.; Romer, G.: Behandlung akuter Krisen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Treatment of acute crisis in child and adolescent psychiatry)	487
Welter, N.: Vom Rambo-Jesus zu einer gut integrierten Männlichkeit (From Rambo-Jesus to well integrated masculinity)	37

Originalarbeiten / Original Articles

Giovannini, S.; Haffner, J.; Parzer, P.; Steen, R.; Klett, M.; Resch, F.: Verhaltensauffälligkeiten bei Erstklässlern aus Sicht der Eltern und der Lehrerinnen (Parent- and teacher-reported behavior problems of first graders)	104
Gramel, S.: Die Darstellung von guten und schlechten Beziehungen in Kinderzeichnungen (How children show positive and negative relationships on their drawings)	3
Hampel, P.; Kümmel, U.; Meier, M.; Dickow, C.D.B.: Geschlechtseffekte und Entwicklungsverlauf im Stresserleben, der Stressverarbeitung, der körperlichen Beanspruchung und den psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Gender and developmental effects on perceived stress, coping, somatic symptoms and psychological disorders among children and adolescents)	87
Hessel, A.; Geyer, M.; Brähler, E.: Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Jugendliche wegen körperlicher Beschwerden (Occupation of health care system because of body complaints by young people – Results of a representative survey)	367
Horn, H.; Geiser-Elze, A.; Reck, C.; Hartmann, M.; Stefini, A.; Victor, D.; Winkelmann, K.; Kronmüller, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with depression)	578
Jordan, S.: www.drugcom.de – ein Informations- und Beratungsangebot zur Suchtprävention im Internet (www.drugcom.de – an internet based information and counselling project for the prevention of addiction)	742
Juen, F.; Benecke, C.; Wyl, A. v.; Schick, A.; Cierpka, M.: Repräsentanz, psychische Struktur und Verhaltensprobleme im Vorschulalter (Mental representation, psychic structure, and behaviour problems in preschool children)	191

Kienle, X.; Thumser, K.; Saile, H.; Karch, D.: Neuropsychologische Diagnostik von ADHS-Subgruppen (Neuropsychological assessment of ADHD subtypes)	159
Krischer, M.K.; Sevecke, K.; Lehmkuhl, G.; Steinmeyer, E.M.: Minderschwere sexuelle Kindesmisshandlung und ihre Folgen (Less severe sexual child abuse and its sequelae: Are there different psychic and psychosomatic symptoms in relation to various forms of sexual interaction?)	210
Kronmüller, K.; Postelnicu, I.; Hartmann, M.; Stefini, A.; Geiser-Elze, A.; Gerhold, M.; Horn, H.; Winkelmann, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with anxiety disorders)	559
Lenz, A.: Vorstellungen der Kinder über die psychische Erkrankung ihrer Eltern (Children's ideas about their parents' psychiatric illness – An explorative study)	382
Nagenborg, M.: Gewalt in Computerspielen: Das Internet als Ort der Distribution und Diskussion (Violent computer games: Distribution via and discussion on the internet)	755
Nedoschill, J.; Leiberich, P.; Popp, C.; Loew, T.: www.hungrig-online.de: Einige Ergebnisse einer Online-Befragung Jugendlicher in der größten deutschsprachigen Internet-Selbsthilfegruppe für Menschen mit Essstörungen (www.hungrig-online.de: Results from an online survey in the largest German-speaking internet self help community for eating disorders)	728
Nützel, J.; Schmid, M.; Goldbeck, L.; Fegert, J.M.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern (Psychiatric support for children and adolescents in residential care in a german sample)	627
Rosbach, M.; Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines Lehrergruppentrainings bei Kindern mit ADHS – eine Pilotstudie (Development and evaluation of an ADHD teacher group training – A pilot study)	645
Sevecke, K.; Krischer, M.K.; Schönberg, T.; Lehmkuhl, G.: Das Psychopathy-Konzept nach Hare als Persönlichkeitsdimension im Jugendalter? (The psychopathy-concept and its psychometric evaluation in childhood and adolescence)	173
Thomalla, G.; Barkmann, C.; Romer, G.: Psychosoziale Auffälligkeiten bei Kindern von Hämodialysepatienten (Psychosocial symptoms in children of hemodialysis patients)	399
Titze, K.; Wollenweber, S.; Nell, V.; Lehmkuhl, U.: Elternbeziehung aus Sicht von Kindern, Jugendlichen und Klinikern (Parental relationship from the perspectives of children, adolescents and clinicians. Development and clinical validation of the Parental-Representation-Screening-Questionnaire (PRSQ))	126
Winkel, S.; Groen, G.; Petermann, F.: Soziale Unterstützung in Suizidforen (Social support in suicide forums)	714
Winkelmann, K.; Stefini, A.; Hartmann, M.; Geiser-Elze, A.; Kronmüller, A.; Schenkenbach, C.; Horn, H.; Kronmüller, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with behavioral disorders)	598
 Übersichtsarbeiten / Review Articles	
Bartels, V.: Krisenintervention bei sexualisierter Gewalt gegen Mädchen und Jungen (Crisis intervention in child sexual abuse)	442
Franz, M.: Wenn Mütter allein erziehen (When mothers take care alone)	817

Hagenah, U.; Vloet, T.: Psychoedukation für Eltern in der Behandlung essgestörter Jugendlicher (Parent psychoeducation groups in the treatment of adolescents with eating disorders)	303
Herpertz-Dahlmann, B.; Hagenah, U.; Vloet, T.; Holtkamp, K.: Essstörungen in der Adoleszenz (Adolescent eating disorders)	248
Ley, K.: Wenn sich eine neue Familie findet – Ressourcen und Konflikte in Patchwork- und Fortsetzungsfamilien (Finding the way in a new family – Resources and conflicts in patchwork and successive families)	802
Napp-Peters, A.: Mehrelternfamilien als „Normal“-familien – Ausgrenzung und Eltern-Kind-Entfremdung nach Trennung und Scheidung (Multi-parent families as “normal” families – Segregation and parent-child- alienation after separation and divorce)	792
Pfeiffer, E.; Hansen, B.; Korte, A.; Lehmkuhl, U.: Behandlung von Essstörungen bei Jugendlichen aus Sicht der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik (Treatment of eating disorders in adolescents – The view of a child and adolescence psychiatric hospital)	268
Reich, G.: Familienbeziehungen und Familientherapie bei Essstörungen (Family relationships and family therapy of eating disorders)	318
Reich, G.: Familiensysteme heute – Entwicklungen, Probleme und Möglichkeiten (Contemporary family systems – Developments, problems, and possibilities)	779
Retzlaff, R.: Malen und kreatives Gestalten in der Systemischen Familientherapie (Drawings and art work in systemic family therapy)	19
Ruhl, U.; Jacobi, C.: Kognitiv-behaviorale Psychotherapie bei Jugendlichen mit Essstörungen (Cognitive-behavioral psychotherapy for adolescents with eating disorders)	286
Schnell, M.: Suizidale Krisen im Kindes- und Jugendalter (Suicidal crises in children and adolescents)	457
Windaus, E.: Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: eine Übersicht (Efficacy studies in the field of psychotherapy – psychoanalytical and psychodynamic psychology – for children and adolescents: a survey)	530
Wittenberger, A.: Zur Psychodynamik einer jugendlichen Bulimie-Patientin (On the psychodynamics of an adolescent bulimia patient)	337

Buchbesprechungen / Book Reviews

Balloff, R. (2004): Kinder vor dem Familiengericht. (<i>L. Unzner</i>)	429
Beebe, B.; Lachmann, F.M. (2004): Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. (<i>L. Unzner</i>)	71
Ben-Aaron, M.; Harel, J.; Kaplan, H.; Patt, R. (2004): Beziehungsstörungen in der Kindheit. Eltern als Mediatoren: Ein Manual. (<i>L. Unzner</i>)	149
Brackmann, A. (2005): Jenseits der Norm – hochbegabt und hochsensibel? (<i>D. Irblich</i>) . .	768
Cierpka, M. (Hg.) (2005): Möglichkeiten der Gewaltprävention. (<i>L. Unzner</i>)	701
Deegener, G.; Körner, W. (Hg.) (2005): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. (<i>L. Unzner</i>)	837
Eckardt, J. (2005): Kinder und Trauma. (<i>L. Unzner</i>)	835
Eggers, C.; Fegert, J.M.; Resch, F. (Hg.) (2004): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. (<i>D. Irblich</i>)	428
Emerson, E.; Hatton, C.; Thompson, T.; Parmenter, T. (Hg.) (2004): The International Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities. (<i>K. Sarimski</i>)	231

Fegert, J.M.; Schrapper, C. (Hg.) (2004): Handbuch der Jugendhilfe –Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. (<i>U. Kiefling</i>)	704
Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.L.; Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. (<i>L. Unzner</i>)	72
Gerlach, M.; Warnke, A.; Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Therapie. (<i>A. Zellner</i>)	146
Gerlach, M.; Warnke, A.; Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. (<i>J.M. Fegert</i>)	834
Grawe, K.: (2004): Neuropsychotherapie. (<i>O. Bilke</i>)	622
Grossmann, K.; Grossmann, K.E. (2004): Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. (<i>L. Unzner</i>)	355
Haas, W. (2004): Familienstellen – Therapie oder Okkultismus? Das Familienstellen nach Hellinger kritisch beleuchtet. (<i>P. Kleinferchner</i>)	619
Hawellek, C.; Schlippe, A. v. (Hg.) (2005): Entwicklung unterstützen – Unterstützung entwickeln. Systemisches Coaching nach dem Marte-Meo-Modell. (<i>B. Westermann</i>)	706
Hinz, H.L. (2004): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 49. (<i>M. Hirsch</i>)	76
Holling, H.; Preckel, F.; Vock, M. (2004): Intelligenzdiagnostik. (<i>A. Zellner</i>)	507
Hoppe, F.; Reichert, J. (Hg.) (2004): Verhaltenstherapie in der Frühförderung. (<i>D. Irblich</i>)	74
Immisch, P.F. (2004): Bindungsorientierte Verhaltenstherapie. Behandlung der Veränderungsresistenz bei Kindern und Jugendlichen. (<i>B. Koob</i>)	151
Jacobs, C.; Heubrock, D.; Muth, D.; Petermann, F. (2005): Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER. (<i>D. Irblich</i>)	769
König, O. (2004): Familienwelten. Theorie und Praxis von Familienaufstellungen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	617
Kollbrunner, J. (2004): Stottern ist wie Fieber. Ein Ratgeber für Eltern von kleinen Kindern, die nicht flüssig sprechen. (<i>L. Unzner</i>)	771
Kühl, J. (Hg.) (2004): Frühförderung und SGB IX. Rechtsgrundlagen und praktische Umsetzung. (<i>L. Unzner</i>)	506
Landolt, M.A. (2004): Psychotraumatologie des Kindesalters. (<i>D. Irblich</i>)	232
Lehmkuhl, U.; Lehmkuhl, G. (Hg.) (2004): Frühe psychische Störungen und ihre Behandlung. (<i>L. Unzner</i>)	359
Lenz, A. (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. (<i>L. Unzner</i>)	702
Möller, C. (Hg.) (2005): Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen. (<i>U. Knölker</i>)	621
Neuhäuser, G. (2004): Syndrome bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ursachen, Erscheinungsformen und Folgen. (<i>K. Sarimski</i>)	509
Pauls, H. (2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. (<i>K. Sarimski</i>)	234
Ruf-Bächtiger, L.; Baumann, T. (2004): Entwicklungsstörungen. ADS/ADHD/POS: Das diagnostische Inventar (Version 3.0). (<i>D. Irblich</i>)	147
Sachse, R. (2004): Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie. (<i>K. Mauthe</i>)	358
Sachsse, U. (2004): Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. (<i>D. Irblich</i>)	510
Salewski, C. (2004): Chronisch kranke Jugendliche. Belastung, Bewältigung und psychosoziale Hilfen. (<i>K. Sarimski</i>)	150

Scheuing, H.W. (2004): „... als Menschenleben gegen Sachwerte gewogen wurden“. Die Geschichte der Erziehungs- und Pflegeanstalt für Geistesschwache Mosbach/Schwarzacher Hof und ihrer Bewohner 1933 bis 1945. (<i>M. Müller-Küppers</i>)	233
Schmela, M. (2004): Vom Zappeln und vom Philipp. ADHS: Integration von familien-, hypno- und verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen. (<i>D. Irblich</i>)	620
Seiffge-Krenke, I. (2004): Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Beziehungen: Herausforderung, Ressource, Risiko. (<i>M.B. Buchholz</i>)	228
Steiner, T.; Berg, I.K. (2005): Handbuch Lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern. (<i>B. Mikosz</i>)	769
Weinberg, D. (2005): Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie. (<i>D. Irblich</i>)	836
Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Zwänge bei Kindern und Jugendlichen. (<i>D. Irblich</i>)	357
Wilken, E. (2004): Menschen mit Down-Syndrom in Familie, Schule und Gesellschaft. (<i>K. Sarimski</i>)	508
Wüllenweber, E. (Hg.) (2004): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. (<i>K. Sarimski</i>)	431
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2004): Handbuch Krisenintervention. Bd. 2: Praxis und Konzepte zur Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung. (<i>K. Sarimski</i>)	432

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Ahrens-Eipper, S.; Leplow, B. (2004): Mutig werden mit Til Tiger. Ein Trainingsprogramm für sozial unsichere Kinder. (<i>C. Kirchheim</i>)	513
Langfeldt, H.-P.; Prücher, F. (2004): BSSK. Bildertest zum sozialen Selbstkonzept. Ein Verfahren für Kinder der Klassenstufen 1 und 2. (<i>C. Kirchheim</i>)	237
Seitz, W.; Rausche, A. (2004): PFK 9 – 14. Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren (4., überarbeitete und neu normierte Auflage). (<i>C. Kirchheim</i>)	773

Editorial / Editorial	1, 247, 439, 527, 711, 777
Autoren und Autorinnen / Authors	70, 144, 226, 354, 427, 505, 615, 700, 767, 833
Tagungskalender / Congress Dates	84, 153, 240, 362, 434, 516, 623, 709, 776, 841
Mitteilungen / Announcements	157, 245, 519
Tagungsberichte / Congress Reports	78

Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern¹

Jakob Nützel, Marc Schmid, Lutz Goldbeck und Jörg M. Fegert

Summary

Psychiatric support for children and adolescents in residential care in a german sample

Children and adolescents in residential care represent a high risk population for mental disorders. We examined in an epidemiologic survey the level of professional psychopharmacological and psychotherapeutic treatment in relation to the prevalence of mental disorders among this group. The study includes 689 children and adolescents living in 20 residential care institutions in a two-step design. Participants with elevated scores in a screening questionnaire were then assessed by a standardized clinical examination. Data on psychopharmacological and psychotherapeutic treatment were obtained and correlated with the prevalence of mental disorders. Wishes for cooperation with psychiatry on the part of the child welfare providers were recorded by a self-constructed questionnaire. 57,1 % of the children and adolescents of our sample fulfilled the criteria for one or more ICD-10 F diagnosis. As most frequent disorders we found conduct disorders (CD), ADHD and depressive disorders. Highest levels of psychopharmacological treatment were found in ADHD (25 to 33,3 %), half of the children and adolescents with ICD-10 F diagnosis got psychiatric or psychotherapeutic treatment. Compared to the high prevalence of severe mental disorders in children and adolescents living in residential care the levels of psychopharmacological and psychiatric/psychotherapeutic treatment seem to be low, especially in those with conduct disorders (CD) and ADHD. Cooperation between the child welfare providers and child and adolescent psychiatry services should get intensified. Adequate psychiatric diagnostic and multimodal therapeutic procedures are necessary.

Key words: adolescents – child welfare system – mental health – psychopharmacology – residential care

¹ Diese Studie wurde von der Fa. Janssen-Cilag durch einen „unrestricted grant“ unterstützt und durch einen wissenschaftlichen Beirat begleitet: Frau Prof. Dr. Dr. Baving (Universität Magdeburg); Herr Dr. Brünger (Pfalzkrankenhaus Klingenmünster); Herr Heiler (Jugendamt Ulm); Herr Dr. Huss (Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Charité, Berlin); Frau Köhler (Landesjugendamt Stuttgart); Herr Dr. Lüders (Deutsches Jugendinstitut München); Herr Dr. Metzger (ZfP Weissenau, Ravensburg); Herrn Oettel (Firma Janssen-Cilag, Neuss); Frau Prof. Dr. Petermann (Universität Dortmund); Herr Prof. Dr. Petermann (Universität Bremen); Herr Rötter (Sozialministerium Niedersachsen); Prof. Dr. Salgo (Universität Frankfurt); Schulrat a. D. Herr Schallenmüller (Ulm); Herr Prof. Dr. Porzsolt (Universitätsklinikum Ulm); Herr Späth (Diakonie Stuttgart); Herr Stiller (Christliches Jugenddorfwerk Deutschland e. V.,

Zusammenfassung

Jugendliche, die in stationärer Jugendhilfe leben, stellen eine Hochrisikopopulation für die Entwicklung psychischer Beeinträchtigungen und psychiatrischer Erkrankungen dar. Im Rahmen einer epidemiologischen Studie wurde untersucht, welcher Anteil psychisch auffälliger Jugendlicher in Heimen eine psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung erhält und welcher Bedarf an Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie von der Jugendhilfe artikuliert wird. In einem zweistufigen Untersuchungsgang wurden 689 Kinder und Jugendliche aus 20 südwestdeutschen Jugendhilfeeinrichtungen diagnostiziert. In einer Screeninguntersuchung auffällige Kinder und Jugendliche wurden mit einem standardisierten klinischen Interview nach ICD-10-Kriterien diagnostiziert. Gleichzeitig wurde der psychiatrische, psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlungsstatus erhoben und mit dem Vorliegen psychischer Störungen korreliert. Kooperationswünsche der Jugendhilfe an die Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden mit einem selbst konstruierten Fragebogen erhoben. 57,1 % der im zweiten Untersuchungsgang untersuchten Kinder und Jugendlichen erfüllten die Kriterien mindestens einer ICD-10 (F)-Diagnose. Externalisierende Störungsbilder waren mit einem Anteil von 82,6 % die häufigsten Diagnosen, es fand sich eine hohe Rate komorbider Störungen. Hyperkinetische Störungsbilder wurden mit einer Rate von 25 bis 33 % am häufigsten medikamentös behandelt. Die Behandlungsraten internalisierender und externalisierender Störungsbilder ohne komorbide ADHS-Symptomatik lagen zwischen 3,2 % (Störungen des Sozialverhaltens) und 15 % (depressive Störungen). Eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung erhielt etwa die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen mit einer psychischen Störung. Die am häufigsten genannten Wünsche der Jugendhilfe zur Kooperation waren verbesserte interdisziplinäre Kommunikation, z. B. durch Weitergabe schriftlicher Befunde und die Möglichkeit für kurzfristige stationäre Kriseninterventionen. Während aufsuchende kinder- und jugendpsychiatrische Dienste und interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen im Mittelfeld lagen, wurde am wenigsten Notwendigkeit in der Teilnahme von Ärzten an Hilfeplangesprächen gesehen. Im Hinblick auf die hohe psychische Belastung in Heimen lebender Kinder und Jugendlicher sollte die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und stationärer Jugendhilfe sowohl im Hinblick auf eine intensivierte Versorgung als auch auf verstärkten fachlichen Austausch ausgebaut werden.

Schlagerwörter: Kinder – Jugendliche – Heimerziehung – psychische Störung – Psychopharmakotherapie

Ebersbach/Fils); Herr Prof. Dr. Dr. h. c. Wiesner (Bundesministerium für Familie Senioren, Frauen und Jugend, Bonn). Wir danken Sponsor und Beirat für ihre Unterstützung. Ganz besonders danken wir den Kinder- und Jugendlichen, die sich an der Studie beteiligt haben sowie ihren Familien und insbesondere den Einrichtungen, die durch ihre Kooperation diese Studie erst ermöglicht haben.

1 Einleitung

Bei Kindern und Jugendlichen, die in stationärer Jugendhilfe leben, finden sich gegenüber der Normalpopulation erhöhte Prävalenzraten für psychische Störungen, die je nach Untersuchung zwischen 44 % und 96 % liegen (McCann et al. 1996; Blower et al. 2004). Die unterschiedlichen Prävalenzzahlen erklären sich vorrangig durch unterschiedliche Untersuchungsinstrumente und Stichprobeneffekte. Häufigste Störungsbilder sind Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Sozialverhaltensstörungen und depressive Störungen (dosReis et al. 2001), bis zu 40 % dieser Jugendlichen erleben Episoden suizidaler Gedanken (Sinclair u. Gibbs 1998). Gründe für stationäre Jugendhilfemaßnahmen sind meist Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch, chronische Schulprobleme (Hukkanen et al. 1999), unzureichende familiäre Unterstützung, Erfahrungen mehrerer Beziehungsabbrüche – auch durch mehrmalige Wechsel der Einrichtungen (Cicchetti u. Toth 1995; Glaser 2000) – und schwerwiegende Verhaltensprobleme der Kinder oder Jugendlichen (Roy et al. 2000).

Langfristige Prognosen für Jugendliche in Heimen sind, verglichen mit Kindern und Jugendlichen aus Pflegefamilien, ungünstiger. So berichten mehrere Autoren von einer Zunahme von emotionalen und Verhaltensproblemen (Gibbs u. Sinclair 1998; Quinton et al. 1998; Minnis et al. 1999), weiterhin wurden geringere Remissionsraten psychischer Erkrankungen beschrieben, z. B. bei posttraumatischen Belastungsstörungen (Ahmad u. Mohamad 1996). Eine mögliche Erklärung für diese Befunde könnten Selektionseffekte im Sinne einer Überrepräsentation schwieriger Kinder in Heimen verglichen mit Pflegefamilien sein, da für Kinder und Jugendliche mit schwerwiegenden Verhaltensproblemen häufig eine Unterbringung in einer Pflegefamilie nicht als Alternative zur Heimerziehung erwogen wird (Rushton u. Minnis 2002). Bezogen auf eine psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgung in Heimen lebender Kinder und Jugendlicher diskutieren Rushton und Minnis weiter, dass aufgrund der hohen Prävalenz von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Heimen bei deren pädagogischen Betreuern Gewöhnungseffekte bezüglich devianter Verhaltens- und Beziehungsstrukturen entstehen können, die dazu führen, dass Unterschiede zur Normalpopulation weniger wahrgenommen und Probleme entsprechend seltener als behandlungs- oder untersuchungsbedürftig eingestuft werden (Rushton u. Minnis 2002). Unzureichende Versorgungsstrukturen bei mangelhafter Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie können bei im Beziehungs- und Sozialverhalten schwer gestörten Jugendlichen dazu beitragen, dass Konflikteskalationen in Heimen gehäuft auftreten. In deren Folge können sich „Drehtür-Effekte“ zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickeln, die zuungunsten der betroffenen Jugendlichen zu einer Negativspirale mit der Folge erneuter Beziehungsabbrüche und weiterer Wechsel in der Unterbringung führen können. Als Konsequenz sind enorme Mehrkosten in der medizinischen und psychosozialen Versorgung dieser Jugendlichen zu erwarten, die bei rechtzeitigem Beginn einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung möglicherweise hätten vermieden werden können (Knapp et al. 2002).

Dass eine enge Kooperation kinder- und jugendpsychiatrischer Dienste und der Jugendhilfe erstrebenswert sind, belegt eine aktuelle US-amerikanische Untersuchung, die zeigen konnte, dass sich unter Jugendlichen, die psychosoziale Hilfen erhielten, lediglich jeder Vierte bei relevanten klinischen Auffälligkeiten in geeigneter fachlicher Behandlung befand (Burns et al. 2004). Dieser Missstand ist als umso gravierender einzuschätzen, als Mattejat et al. (2001) zeigen konnten, dass aufsuchende psychiatrisch-psychotherapeutische Ansätze wie „home treatment“ bei einem großen Teil der Patienten eine ähnlich gute Wirksamkeit aufweisen wie eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, wobei sich gute Ergebnisse insbesondere auch bei externalisierenden Verhaltensstörungen, wie sie in Jugendhilfeeinrichtungen überproportional häufig anzutreffen sind, erzielen lassen (Lay et al. 2001).

Während epidemiologische Studien zu Heimpopulationen, meist aus den USA, entweder die Prävalenz psychischer Belastungen oder den – meist einseitig psychopharmakologisch definierten – Versorgungsstatus untersuchten, war Ziel unserer Untersuchung, an einer repräsentativen Stichprobe zu prüfen, welcher psychopharmakologische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Versorgungsgrad bei Kindern und Jugendlichen in Heimen gemessen an ihrer psychischen Morbidität erreicht wird. Eine Untersuchung mit vergleichbarem Untersuchungsansatz aus dem deutschsprachigen Raum liegt bisher nicht vor. Gleichzeitig wurde erfragt, welche Wünsche nach Kooperation und interdisziplinärer Zusammenarbeit von Seiten der Jugendhilfeeinrichtungen an kinder- und jugendpsychiatrische Dienste formuliert werden.

2 Methode

2.1 Rekrutierung und Stichprobenbeschreibung

42 Jugendhilfeeinrichtungen in der weiteren Umgebung der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Ulm wurden zu einem Informationsabend über das Studienvorhaben eingeladen. Daran nahmen 24 Einrichtungen teil, drei bekundeten Interesse, ohne teilzunehmen. Schließlich beteiligten sich der Studie 20 Einrichtungen. Von den übrigen Einrichtungen wurden als Gründe für die Nicht-Teilnahme häufige Personalwechsel, strukturelle Veränderungen in den Einrichtungen und hohe Arbeitsbelastung, die eine Mitarbeit an der Datenerhebung verhinderte, genannt. In der kleinsten teilnehmenden Einrichtung lebten sechs Kinder und Jugendliche, in der größten 106. 12 Einrichtungen verfügten über eine angeschlossene Schule zur Erziehungshilfe, in 14 Einrichtungen gab es einen psychologischen Fachdienst. Die durchschnittliche Wohngruppengröße unserer Stichprobe betrug 8,4 Jugendliche, die von durchschnittlich 2,6 Erziehern betreut wurden.

Von den Personensorgeberechtigten der Kinder und Jugendlichen wurde eine schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an der Studie eingeholt, von den teilnehmenden Kindern und Jugendlichen eine schriftliche Zustimmung. Gaben die Eltern keine Einwilligung zur Studienteilnahme, wurden in diesen Fällen lediglich die Fremdbeurteilungen durch die Betreuer anonym erfasst und ausgewertet, um Ver-

zerrungseffekte durch Selektion zu kontrollieren. Das Studienprotokoll wurde von der Ethikkommission des Universitätsklinikums Ulm genehmigt.

Insgesamt wurden von den jeweiligen Betreuern für 689 Kinder und Jugendliche Fremdbeurteilungen abgegeben, davon 132 anonym. Von den übrigen 557 Kindern und Jugendlichen, die mit Einwilligung ihrer Eltern und eigener Zustimmung teilnahmen, waren 397 männlich und 160 weiblich. Das durchschnittliche Alter betrug 14,36 Jahre ($SD = 3,01$, Altersrange 4 bis 19 Jahre, Median 15,0 Jahre). Die Probanden lebten durchschnittlich 2,17 Jahre in ihrer Einrichtung ($SD = 2,26$).

2.2 Studiendesign und Instrumente

Im ersten Untersuchungsgang wurde für jeden Probanden von den jeweiligen Betreuern die *Child Behavior Checklist 4–18* ausgefüllt (Achenbach 1991a), Jugendliche ab 11 Jahren bearbeiteten den *Youth Self Report* (Achenbach 1991b).

In einem selbstkonstruierten Fragebogen wurde von den Betreuern erfragt, ob die Probanden seit ihrer Aufnahme in die Jugendhilfeeinrichtung eine stationäre, teilstationäre oder ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, eine Psychotherapie oder eine sonstige psychologische Beratung erhalten hatten oder erhielten bzw. ob sie durch den psychologischen Fachdienst ihrer Einrichtung betreut wurden. Weiterhin wurde danach gefragt, ob und ggf. welche regelmäßige Medikation die Jugendlichen einnahmen und von Ärzten welcher Fachrichtungen die psychopharmakologische Behandlung verordnet worden war.

Im zweiten Untersuchungsgang wurde für jene Kinder und Jugendliche, die in der CBCL oder im YSR in der Gesamtskala einen T-Wert ≥ 60 aufwiesen, eine klinische Untersuchung mit halbstrukturierten Interviews geplant. Ein Standard-T-Wert von 60 als cut-off-Wert wurde gewählt, weil dieser Wert am besten zwischen Jugendlichen mit und ohne psychische Auffälligkeiten unterscheidet (Schmeck et al. 2001). Bei den 105 Kindern und Jugendlichen, die im Screening unauffällig waren, wurde davon ausgegangen, dass keine relevante ICD-10 (F)-Diagnose vorlag. Von den 452 auffälligen Kindern und Jugendlichen konnte innerhalb der folgenden 12 Wochen nach dem Screening mit 359 die klinische Untersuchung durchgeführt werden. 93 im Screening auffällige Probanden fielen aus der Studie, Gründe hierfür waren u. a. die zwischenzeitliche Beendigung der Jugendhilfemaßnahme, Verweigerung des Interviews oder Verbüßung einer Jugendstrafe. Der Studienplan ist in Abbildung 1 dargestellt.

Das klinische Interview wurde auf der Grundlage des *Diagnostischen Systems für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen DISYPS-KJ* (Döpfner u. Lehmkuhl 2000) durchgeführt. Ergänzende fremdanamnestic Angaben wurden von den Pädagogen eingeholt. Differenziert untersucht wurden aufgrund ihrer zu erwartenden Basishäufigkeit in Heimpopulationen (McCann et al. 1996; dosReis et al. 2001) hyperkinetische Störungen, Sozialverhaltensstörungen, Angststörungen und depressive Störungen. Die interne Konsistenz der Subskalen des DISYPS-KJ wird mit Cronbach's alpha zwischen .64 und .96 angegeben (Döpfner et al. 2000). 13 zufällig ausgewählte Jugendliche aus der Untersuchungsgruppe wurden von zwei unabhängigen Klinikern parallel untersucht, die Inter-Rater-Reliabilität betrug $r = .93$.

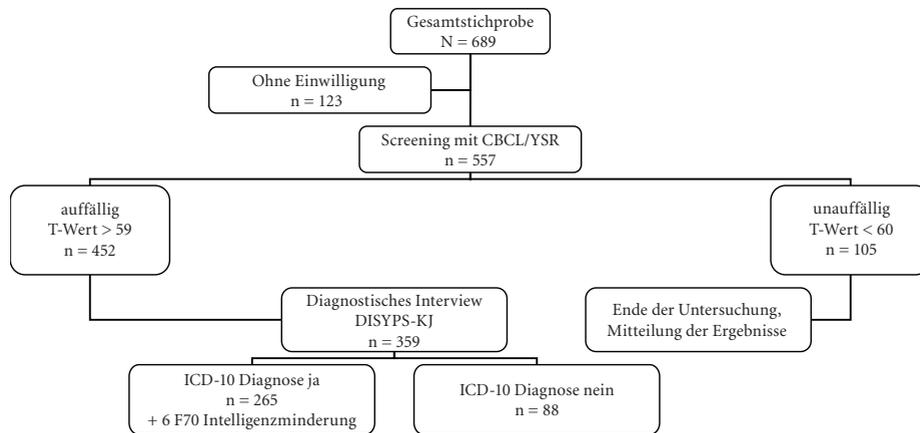


Abb. 1: Stundenplan

Die Kooperationswünsche der leitenden Mitarbeiter der Jugendhilfeeinrichtungen an die Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden mit einem selbst konstruierten Fragebogen erfasst, in dem 16 vorformulierte Items mit einer dreistufigen Likert-Skala beantwortet wurden. Der Fragebogen wurde von Leitungsmitarbeitern aus 17 der an der Studie beteiligten Einrichtungen beantwortet, die drei übrigen Einrichtungen begründeten ihre Nichtteilnahme mit zu hoher Arbeitsbelastung.

2.3 Statistische Auswertung

Für die vier Störungskategorien hyperkinetische Störungen, Sozialverhaltensstörungen, depressive Störungen und Angststörungen sowie deren Kombination wurden ebenso wie für den Behandlungsstatus Häufigkeiten berechnet. Der Versorgungsstatus wurde anhand des Anteils der behandelten Kinder und Jugendlichen beurteilt.

Aus den Ergebnissen des Fragebogens zu Kooperationswünschen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden ebenfalls Häufigkeiten ermittelt und daraus eine Rangreihe gebildet.

3 Ergebnisse

3.1 Klinische Interviews nach DISYPS-KJ

In die Auswertung einbezogen wurden 105 Kinder und Jugendliche, die im Screening unauffällig waren, sowie 359 im Screening auffällige Jugendliche, mit denen ein klinisches Interview durchgeführt werden konnte. Die Punktprävalenz klinischer Störungen wurde also anhand von 464 Kindern und Jugendlichen beurteilt.

Bei 193 Kindern und Jugendlichen wurde keine ICD-10 (F)-Diagnose festgestellt. 265 Probanden (57,1 %) erfüllten die Kriterien einer ICD-10 (F)-Diagnose auf der

ersten Achse des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (Remschmidt et al. 2001), wobei zahlreiche Kinder und Jugendliche die Diagnosekriterien mehrerer Störungsbilder erfüllten. Bei sechs Kindern und Jugendlichen lag eine Intelligenzminderung vor (ICD-10, Diagnosegruppe F70). Als häufigste Diagnosen wurden externalisierende Störungsbilder diagnostiziert. 76 Kinder und Jugendliche (16,4 %) hatten eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, bei 63 (13,6 %) wurde eine Störung des Sozialverhaltens ohne hyperkinetische Störung gefunden. Ebenfalls häufig fanden sich emotionale Störungen in Kombination mit einer Sozialverhaltensstörung (52 Kinder und Jugendliche, 11,2 %). Insgesamt erfüllten 82,6 % aller Kinder und Jugendlichen mit einer ICD-10 (F)-Diagnose die Kriterien für eine externalisierende Verhaltensstörung der Diagnosegruppen F90, F91 oder F92.

Tab. 1: Prävalenz psychischer Störungen (Häufigkeiten)

<i>ICD-10 (F)-Diagnosen¹</i>	<i>Punktprävalenz gesamt (n = 464) absolute Häufigkeit (in Prozent)</i>
Kinder und Jugendliche ohne ICD-10 F Diagnose	193 (41,6 %)
Kinder und Jugendliche mit ICD-10 F Diagnosen gesamt	265 (57,1 %)
Intelligenzminderung (F70)	6 (1,3 %)
Störung des Sozialverhaltens (F91)	63 (13,8 %)
Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92)	52 (11,2 %)
hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1)	76 (16,4 %)
Hyperkinetische Störung und kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F90.0 + F92)	19 (4,1 %)
Einfache ADHS (F 90.0)	9 (1,9 %)
Depression und Dysthymie (F32 und F34)	40 (8,6 %)
Angststörungen (F40 und F41)	17 (3,7 %)

¹ Probanden können die Kriterien für mehr als eine Diagnose erfüllen.

3.2 Behandlungsstatus

Medikamentöse Behandlung: Von allen 689 an der Untersuchung teilnehmenden Jugendlichen wurden 79 (11,0 %) psychopharmakologisch behandelt. In 54 Fällen erfolgte die Behandlung durch einen Kinder- und Jugendpsychiater (68,4 %), andere an der Versorgung beteiligte Fachärzte waren Erwachsenenpsychiater (12,7 %), Kinderärzte (5,1 %), Neurologen (3,8 %) und Allgemeinmediziner (1,3 %). Eine kombi-

nierte Psychopharmakotherapie wurde in sieben von acht Fällen durch einen Kinder- und Jugendpsychiater verordnet.

Tab. 2: Verteilung der Verordnungen von Psychopharmaka unter allen 689 Jugendlichen

	<i>Kinder- Jugend- psychiater</i>	<i>Erwachsenen- psychiater</i>	<i>Kinder- arzt</i>	<i>Neuro- loge</i>	<i>Haus- arzt</i>	<i>Keine Angabe</i>	<i>Gesamt</i>
Psychopharmako- logische Verordnungen	54 (68,3 %)	10 (12,7 %)	4 (5,1 %)	3 (3,8 %)	1 (1,3 %)	7 (8,9 %)	79
Kombinierte Psychopharmako- therapie	7	1	—	—	—	—	8
Kombinierte Behandlung mit nicht-retardiertem und retardiertem Methylphenidat	4	—	—	—	—	—	4

In der Auswertung des medikamentösen Behandlungsstatus der 464 Kinder und Jugendlichen des zweiten Untersuchungsgangs (s. 3.1) fand sich in 50 Fällen eine psychopharmakologische Behandlung (10,7 %). Dabei wurden Kinder und Jugendliche mit einer hyperkinetischen Störung mit einer Rate von 25 bis 33 % je nach Subdiagnose am häufigsten psychopharmakologisch behandelt. Während die übrigen Störungsbilder etwa gleich häufig medikamentös behandelt wurden (11,5 bis 15,0 %), wurden Kinder und Jugendliche mit Monodiagnose einer Sozialverhaltensstörung selten medikamentös behandelt (3,2 %).

In der Behandlung hyperkinetischer Störungen wurde von Präparaten mit längerer Wirkungsdauer lediglich retardiertes Methylphenidat in nennenswertem Umfang eingesetzt (10 Verordnungen). Amphetaminlösungen (2 Verordnungen) oder Atomoxetin (keine Verordnung) spielten keine wesentliche Rolle.

Unter den Neuroleptika fiel ein Überwiegen der Verordnung niedrig- bis mittelpotenter Neuroleptika (Pipamperon, Chlorprothixen oder Perazin) gegenüber dem atypischen Neuroleptikum Risperidon auf. In der Behandlung von depressiven Störungen oder Angststörungen spielten auf niedrigem Niveau (3 Verordnungen) lediglich SSRI eine Rolle. Phasenprophylaktika wurden in fünf Fällen verordnet, die Verordnung erfolgte in einem Fall zur Behandlung einer Epilepsie (Tab. 3).

Psychotherapeutische/psychologische Behandlung: Zu dieser Behandlungsmodalität zählten eine frühere oder aktuelle stationäre, teilstationäre oder ambulante kinder- und jugendpsychiatrische/psychotherapeutische Behandlung, eine ambulante Psychotherapie, eine Betreuung durch den psychologischen Fachdienst der jeweiligen Einrichtung oder andere nicht näher bezeichnete psychologische Behandlungen.

Tab. 3: Psychopharmakologischer Versorgungsstatus

Keine Diagnose	Störung des Sozialverhaltens (F91)	Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92)	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92)	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.0)	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens und kombinierte Störung des Sozialverhaltens und Emotionen (F90.0 + F92)	Einfache ADHS (F90.0)	Depressive Störungen (F32 / F34)	Angststörungen (F40 / F41)	Gesamt
(n = 193)	(n = 63)	(n = 52)	(n = 76)	(n = 19)	(n = 9)	(n = 40)	(n = 17)		
Keine Medikation	186 (96,4%)	61 (96,8%)	46 (88,5%)	57 (75%)	14 (73,6%)	6 (66,7%)	34 (85,0%)	15 (88,2%)	419 (90,3%)*
Medikamentöse Behandlung	7 (3,6%)	2 (3,2%)	6 (11,5%)	19 (25%)	5 (26,3%)	3 (33,3%)	6 (15,0%)	2 (11,8%)	50 (10,7%)*
Methylphenidat	2	2*	—	7*	1	1	3	—	16
Methylphenidat retard	—	—	1	7*	2	—	—	—	10
Amphetamin Saft	2	—	—	—	—	—	—	—	2
Risperidon	2	1*	1*	1*	1	1	—	—	7
Niedrig bis mittel potente Neuroleptika	—	—	3	6*	1*	—	1*	—	11
SSRI	—	—	—	—	1*	—	2*	2	3**
Phasen-Prophylaktika / Antikonvulsiva	1 (bekannte Epilepsie)	—	2*	—	—	1	1	—	5

* Aufgrund kombinierter Psychopharmakobehandlung sind Mehrfachnennungen möglich.

** Kinder und Jugendliche können die Kriterien mehrerer Diagnosen erfüllen.

Von den 265 Kindern und Jugendlichen mit einer ICD-10 (F)-Diagnose wurden oder waren 49,3 % psychologisch/psychotherapeutisch behandelt (worden). Am häufigsten erhielten Kinder und Jugendliche mit einer einfachen ADHS eine Behandlung (77,8 %), am seltensten diejenigen mit der Monodiagnose einer Störung des Sozialverhaltens (34,9 %). Die Behandlungshäufigkeit der übrigen Störungsbilder bewegte sich zwischen 47,5 % (Depressive Störungen) und 58,8 % (Angststörungen).

Die Betreuung durch den psychologischen Fachdienst der jeweiligen Einrichtung stellte die häufigste psychiatrische/psychologische Behandlungsform für Kinder und Jugendliche mit einer ICD-10 (F)-Diagnose dar (18,5 %), gefolgt von ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung (16,6 %). Eine ambulante Psychotherapie außerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie erhielten insgesamt 31 Kinder und Jugendliche mit einer ICD-10 (F)-Diagnose (11,7 %), darunter vier mit einer depressiven Störung (10 %) und zwei mit einer Angststörung (11,7 %). Niedrig war die Inanspruchnahme teilstationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung (2,6 %) (Tab. 4).

3.3 Kooperationswünsche der Jugendhilfe mit der KJPP

18 von 20 der teilnehmenden Einrichtungen sandten ihren Fragebogen zu Kooperationswünschen mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie zurück. Zehn Einrichtungen gaben an, über mindestens einen approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten innerhalb ihrer Institution zu verfügen. Alle 18 befanden sich in Kooperation mit einem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater, 14 auch mit der Ambulanz einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik.

Häufigste Wünsche waren die Überlassung schriftlicher Befunde (88,9 %), die Möglichkeit zur raschen stationären Aufnahme in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Krisenintervention (88,9 %) und die Überlassung schriftlicher Stellungnahmen und Gutachten zur Frage der Eingliederungshilfe nach § 35a KJHG (66,7 %). Die Teilnahme der Kinder- und Jugendpsychiatrie an Hilfeplanungen nach § 36 KJHG wurde nur von einer Einrichtung als wichtiger Kooperationswunsch beurteilt (Tab. 5).

4 Diskussion

Verglichen mit dem Profil aller in Deutschland registrierten Jugendhilfeeinrichtungen repräsentiert unsere Stichprobe hinsichtlich der Zusammensetzung der teilnehmenden Einrichtungen und der Größe der Stichprobe einen aussagekräftigen Querschnitt der stationären Jugendhilfestruktur in Deutschland (Bayerisches Landesjugendamt, 2004). Die von uns gefundenen Prävalenzen der häufigsten psychischen Störungen unter Kindern und Jugendlichen in Heimen stehen im Einklang mit den Ergebnissen ähnlicher epidemiologischer Untersuchungen im Ausland (McCann et al. 1996; Hukkanen et al. 1999; Blower et al. 2004).

Unsere Untersuchung ergab, dass etwa jeder zehnte Jugendliche in stationärer Jugendhilfe eine medikamentöse Behandlung erhält. Von den Jugendlichen mit einer

Tab. 4: Psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgungsstatus

Psychotherapeutischer/ psychologischer Behandlungsstatus der Kinder und Jugendlichen mit ICD-10 (F)-Diagnose	Störung des So- zialverhaltens (F91)	Komb. Störung des Sozialver- haltens und der Emotionen (F92)	Hyperkinet. Stö- rung des Sozialverhaltens (F90.1)	Hyperkinet. Stö- rung und komb. Störung des Sozial- verhaltens u. der Emotionen (F90.1 + F92)	Einfache ADHS	Depressive Störungen	Angststörungen	Gesamt
	(n = 63)	(n = 52)	(n = 76)	(n = 19)	(n = 9)	(n = 40)	(n = 17)	(n = 265)
Keine Behandlung	41 (65,1 %)	25 (48,1 %)	35 (46,1 %)	9 (47,4 %)	2 (22,2 %)	21 (52,5 %)	7 (41,2 %)	140 (50,7 %)**
Behandlung insgesamt*	22 (34,9 %)	27 (51,9 %)	41 (53,9 %)	10 (52,6 %)	7 (77,8 %)	19 (47,5 %)	10 (58,8 %)	136 (49,3 %)**
Stationäre KJP-Behandlung	6	11	6	4	0	8	4	39 (14,7 %)
Teilstationäre KJP-Behandlung	—	1	2	—	0	2	2	7 (2,6 %)
Ambulante KJP-Behandlung	4	7	15	4	2	9	3	44 (16,6 %)
Ambulante Psychotherapie	7	6	10	1	1	4	2	31 (11,7 %)
Psychologische Beratung	5	6	4	1	3	3	2	24 (9,1 %)
Betreuung durch psychologischen Fachdienst	7	10	14	5	2	8	3	49 (18,5 %)

* Mehrfachnennungen sind möglich.

** Kinder und Jugendliche können die Kriterien mehrerer Diagnosen erfüllen.

Tab. 5: Rangliste der von der Jugendhilfe erwünschten kinder- und jugendpsychiatrischen Angebote (Häufigkeiten)

<i>Angebote</i>	<i>sehr</i>	<i>teils/ teils</i>	<i>gar nicht</i>
Überlassung von schriftlichen Befunden	16	2	0
Möglichkeit der Krisenintervention in Form rascher stationärer Aufnahme	15	2	0
Schriftliche Stellungnahme (Gutachten) zu § 35a KJHG	12	5	1
Kürzere Wartezeiten	11	7	0
Fortbildungen über kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder	10	8	0
Telefonsprechstunde	7	8	2
Termine/Sprechstunden innerhalb der Einrichtung	6	10	1
Fortbildung über Wirkungen / unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka	5	13	0
Teilnahme von Psychologen/Ärzten an Fallbesprechungen	3	13	2
Orientierende Diagnostik bei Neuaufnahme eines Jugendlichen im Heim	3	13	2
Teilnahme von Psychologen/Ärzten an Hilfeplangesprächen	1	13	3

definierten klinischen Störung wird etwa jeder fünfte medikamentös behandelt. Diese Daten liegen deutlich niedriger als in vergleichbaren US-amerikanischen Untersuchungen, in denen Prävalenzraten psychopharmakologischer Behandlungen bei in Heimen lebenden Kindern und Jugendlichen von 40 bis 60 %, sogar bis 76 % erhoben wurden (Gadow 1997; Connor et al. 1998; Breland-Noble et al. 2004). Demgegenüber wurden in einer aktuellen Studie mit 13,5 % eine ähnliche Rate beschrieben wie in unserer Untersuchung (Raghavan et al. 2005). Bei der Einordnung der unterschiedlichen Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass Psychopharmaka in den USA allgemein in einem viel höheren Ausmaß als in Europa verschrieben werden. So berichten Safer et al. (2003) von Verschreibungsraten von mehr als 20 % in der ambulanten und mehr als 40 % in der stationären Behandlung bei steigender Tendenz. Eine repräsentative Erhebung unter 560 000 Jugendlichen mit psychischen Belastungen im US-Gesundheitswesen ergab, dass 32,5 % eine psychopharmakologische Behandlung erhielten (Warner et al. 2004), vor allem jene mit komorbiden Störungen.

In unserer Untersuchung wurden Psychostimulanzien zur Behandlung einer ADHS am häufigsten verordnet, wobei die Verordnungen von Amphetaminlösun-

gen und des Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmers Atomoxetin – zum Untersuchungszeitpunkt in Deutschland aber auch noch nicht zugelassen – deutlich unterrepräsentiert waren, obwohl beispielsweise eine Metaanalyse von Arnold (2000) eine gute Wirkung von Amphetaminlösungen auf externalisierende Verhaltensprobleme bei hyperkinetischer Sozialverhaltensstörung nachweisen konnte.

Bei der Verschreibungshäufigkeit von Neuroleptika fiel auf, dass niedrig- bis mittelpotente Neuroleptika wie vor allem Chlorprothixen und Pipamperon häufiger verordnet wurden als das atypische Neuroleptikum Risperidon, obwohl von diesen beiden Substanzen ein deutlich höheres Sedierungspotenzial zu erwarten ist. Diese unerwünschte Arzneimittelwirkung kann sich in der Regel beeinträchtigend auf die Compliance Jugendlicher zur Psychopharmakobehandlung auswirken und ist im Hinblick auf die Entwicklungsaufgaben Jugendlicher kritisch zu beurteilen.

Unter den verschriebenen Medikamentengruppen dominieren in US-amerikanischen epidemiologischen Untersuchungen Neuroleptika und sedative Hypnotika, die vor allem symptomatisch bei aggressivem Verhalten weitgehend ungeachtet einer zugrunde liegenden Diagnose eingesetzt wurden. Psychostimulanzien oder Antidepressiva wurden, verglichen mit diagnostischen Implikationen, wesentlich seltener verschrieben (Connor et al. 1998). In unserer Studie zeigen sich diesbezüglich andere Verschreibungsgewohnheiten als in den USA. Die Verordnung von Psychopharmaka scheint in wesentlich stärkerem Maß störungsspezifisch orientiert zu sein.

In den letzten zehn Jahren war in Deutschland ein deutlicher Anstieg der Verschreibungshäufigkeit von Methylphenidat zu beobachten von 0,3 Millionen Tagesdosierungen (DDD) im Jahr 1990 auf 18,3 Mio. Tagesdosierungen im Jahr 2001 (Schwabe u. Paffrath 2002; Fegert et al. 2002). Es ist in Anbetracht unserer Ergebnisse fraglich, ob die in Heimen lebenden Kinder und Jugendlichen angesichts der oben genannten Probleme in Kooperation und Interdisziplinarität an dieser Entwicklung partizipieren konnten. Da wir keine Verlaufsdaten erheben konnten, kann diese Frage nicht eindeutig beantwortet werden. Insgesamt erscheint die medikamentöse Behandlungsrate von etwa einem Viertel der mit einer hyperkinetischen Störung diagnostizierten Kinder und Jugendlichen jedoch als eher niedrig, insbesondere im Vergleich zu den USA, wo Verordnungsraten von Psychostimulanzien bei ADHS von etwa 75 % gefunden werden (Guevara et al. 2002). Die höchste Behandlungsrate findet sich in unserer Untersuchung bei Jugendlichen mit einfacher ADHS (33,3 %) und liegt bei Jugendlichen mit ADHS und komorbider Störung leicht darunter, was angesichts der zu erwartenden Beeinträchtigung der Betroffenen und ihrer Umwelt überrascht. Hier könnte eine Versorgungslücke vermutet werden. Berücksichtigt werden sollte, dass bei Jugendlichen eine besondere Fehleranfälligkeit sowohl hinsichtlich einer Über- als auch einer Unterdiagnostizierung einer hyperkinetischen Störung in diesem Altersbereich besteht (Rappley et al. 1995; LeFever et al. 1999). Diese Gefahr dürfte bei Jugendlichen mit komplexen Entwicklungsproblemen und schwierigen Lebenswegen erhöht sein.

Die eher niedrige psychopharmakologische Behandlungsrate depressiver Störungen von 15 % in unserer Studie entspricht in etwa der bereits seit längerem als zu gering identifizierten Verordnung von Antidepressiva bei depressiven Störungen im

Erwachsenenalter (Alonso et al. 2004; Ohayon et al. 2002). Die Überlegenheit einer kombinierten Behandlung (kognitiv-behaviorale Psychotherapie plus psychopharmakologische Behandlung) konnte auch für internalisierende Störungen erst jüngst belegt werden (TADS study, March et al. 2004). Angesichts der lebhaften Kontroverse um den Einsatz von SSRI in der Behandlung depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen sollten die Risiken des Verzichts auf eine psychopharmakologische Behandlung nicht unterschätzt werden (Brent 2004). Im Hinblick auf die kardiotoxischen Nebenwirkungen trizyklischer Antidepressiva ist positiv zu bewerten, dass in unserer Stichprobe ausschließlich SSRI zur Behandlung affektiver Störungen eingesetzt wurden.

Hinsichtlich der Verschreibungsgewohnheiten zeigen sich zwischen den verschreibenden Facharztgruppen Unterschiede. Eine kombinierte Psychopharmakotherapie, auch eine Kombination von retardiertem und nicht-retardiertem Methylphenidat, wird fast ausschließlich von Kinder- und Jugendpsychiatern durchgeführt. Kombinierte Psychopharmakabehandlungen haben beispielsweise in den USA in den Jahren 1987 bis 1996 um das fünf- bis achtfache zugenommen (Olfson et al. 2002; Bhatara et al. 2004; Safer et al. 2003). Hier scheint die spezielle kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenz hilfreich zu sein, da insbesondere bei komplexen multimorbiden Störungsbildern eine kombinierte Psychopharmakotherapie angemessen sein kann. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass bisher nur wenige Studien zu Behandlungen mit einer Kombination mehrerer Psychopharmaka vorliegen und der aktuelle Wissenstand zu dieser Behandlungsstrategie dringend einer Erweiterung bedarf (Bhatara et al. 2004).

Abschließend kann zur psychopharmakologischen Versorgung in Heimen lebender Kinder und Jugendlicher festgehalten werden, dass in Deutschland Psychopharmaka insbesondere im Vergleich zu den USA zurückhaltend verschrieben werden. Dies scheint im Einklang zu sein mit internationalen Empfehlungen und Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, in denen die zentrale Bedeutung multimodaler Therapieschemata hervorgehoben wird (Kutcher et al. 2004; Döpfner u. Lehmkuhl 2003).

Eine Limitierung unserer Untersuchung ist darin zu sehen, dass durch die Unterteilung in Diagnosen und psychopharmakologische Substanzgruppen trotz der relativ großen Gesamtstichprobe noch relativ kleine Subgruppen zu untersuchen waren und die Ergebnisse zur Versorgungsepidemiologie wegen möglicher Verzerrung durch Einzelfälle vorsichtig zu beurteilen sind.

Bezüglich des kinder- und jugendpsychiatrischen, psychologischen bzw. psychotherapeutischen Behandlungsstatus liegen unsere Ergebnisse in der Nähe vergleichbarer Untersuchungen aus den USA (Leslie et al. 2004). Der Hauptanteil der Versorgung wird durch die Jugendhilfe selbst getragen (regelmäßige bzw. extensive Betreuung/Behandlung durch die psychologischen Fachdienste der Einrichtungen). Angesichts der hohen psychischen Belastung in Heimen lebender Kinder und Jugendlicher – bei fast 60 % unserer Stichprobe fand sich eine ICD-10 (F)-Diagnose – stellt sich insgesamt jedoch eine psychologisch-psychotherapeutische Unterversorgung dar. Die Notwendigkeit zu einer effektiven Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie wird auch dadurch unterstrichen, dass jeder

siebte untersuchte Jugendliche zumindest einmal bereits stationär in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt wurde. Von den Jugendlichen, die eine Behandlung in irgendeiner Form erhalten bzw. erhielten, bedeutet dies einen Anteil von fast einem Drittel. Diese Daten belegen eindrucksvoll die Leistung der pädagogischen und psychologischen Mitarbeitern der Jugendhilfe, aber auch ihre hohe Arbeitsbelastung in der Betreuung psychisch erkrankter Jugendlicher. Im Umgang mit schwierigen und für eine Veränderung ihrer eigenen persönlichen Entwicklung gering motivierten Jugendlichen, die oftmals gerade deswegen keine Aufnahme in eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung finden, können nachhaltige Erfolge erzielt werden, wie die Jugendhilfe-Effekte-Studie belegen konnte (Schmidt et al. 2002). Möglicherweise könnten die Erfolge der stationären Jugendhilfe durch integrierte kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsangebote noch gesteigert werden.

Die Angaben zu Wünschen der Jugendhilfe an die Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. zur Erfassung bestehender Kooperationen erbrachten unseres Erachtens widersprüchliche Ergebnisse. Die am häufigsten genannten Wünsche nach Überlassung von schriftlichen Befunden und Stellungnahmen zum § 35a KJHG einerseits und der in der Häufigkeitsrangfolge an letzter Stelle genannte Wunsch nach Teilnahme eines Arztes/Psychologen an Hilfeplangesprächen sind inhaltlich nicht schlüssig miteinander vereinbar. Dieses Ergebnis ist umso bemerkenswerter, als die Teilnahme eines Arztes/Psychologen an Hilfeplangesprächen einen Rechtsanspruch der Kinder und Jugendlichen nach § 36 Abs. 3 KJHG darstellt. Allgemein ist zu beobachten, dass jene möglichen Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie an die Jugendhilfe zurückhaltender gewünscht werden, die mit mehr Zusammenarbeit und Austausch auf persönlicher Ebene verbunden sind. Im Sinne einer niedrigschwelligen Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Leistungen wäre im Hinblick auf den weiteren Ausbau von Kooperationen zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Intensivierung der Zusammenarbeit aber auch gerade auf persönlicher Ebene wünschenswert. Die Perspektive für eine gegenseitige Annäherung in der interdisziplinären Zusammenarbeit und Kommunikation könnte in der Entwicklung einer gemeinsamen Sprache von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe liegen (Fegert u. Schrappner 2004).

5 Schlussfolgerung

Obwohl sich bereits alle der an unserer Untersuchung teilnehmenden Einrichtungen in Kooperation mit kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen befinden, legen unsere Ergebnisse nahe, dass die Zusammenarbeit weiter intensiviert werden sollte, um eine wichtige Versorgungslücke zu schließen. Nachdem beispielsweise im Rahmen der Jugendhilfe-Effekte-Studie gute Erfolge der Heimerziehung nach § 34 KJHG belegt werden konnten (Schmidt et al. 2002), wären Längsschnittuntersuchungen nötig, um den Erfolg integrierter Versorgungsmodelle an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie zu messen.

Literatur

- Achenbach, T. M. (1991b): Manual of the Youth Self Report and 1991 Profile. Burlington University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991a): Manual of the Child Behavior Checklist 4/18 and 1991 Profile. Burlington University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ahmad, A.; Mohamad, K. (1996): The socioemotional development of orphans in orphanages and traditional foster care in Iraqi Kurdistan. *Child Abuse and Neglect* 20: 1161–1173.
- Alonso, J. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of mental disorders (ESEMeD) Project (2004): Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* (420): 55–64.
- Arnold, L. E. (2000): Methylphenidate vs. Amphetamine: Comparative review. *Journal of Attention Disorders* 3: 200–211.
- Bayrisches Landesjugendamt (2004): www.blja.bayern.de
- Bhatara, V.; Feil, M.; Hoagwood, K.; Vitiello, B.; Zima, B. (2004): National trends in concomitant psychotropic medication with stimulants in pediatric visits: practice versus knowledge. *Journal of Attention Disorders* 7: 217–226.
- Blower, A.; Addo, A.; Hodgson, J.; Lamington, L.; Towlsen, K. (2004): Mental health of „Looked after Children“: A needs assessment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 9: 117–129.
- Breland-Noble, A. M.; Elbogen, E. B.; Farmer, E. M.; Dubs, M. S.; Wagner, H. R.; Burns, B. J. (2004): Use of psychotropic medications by youths in therapeutic foster care and group homes. *Psychiatr. Serv.* 55: 706–708.
- Brent, D. (2004): Antidepressants and pediatric depression- the risk of doing nothing. *N. Engl. J. Med.* 351: 1598–1601.
- Burns, B.; Phillips, S.; Ryan Wagner, H.; Barth, R.; Kolko, D.; Campbell, Y.; Landsverk, J. (2004): Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: Anational survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 43: 960–969.
- Cicchetti, D.; Toth, S. (1995): A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 34: 541–565.
- Connor, D. F.; Ozbayrak, K. R.; Harrison, R. J.; Melloni, Jr. (1998): Prevalence and patterns of psychotropic and anticonvulsant medication use in children and adolescents referred to residential treatment. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* 8: 27–38.
- Döpfner, M.; Lehmkuhl, G. (2000): Manual DISYPS-KJ Diagnostisches System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV. Bern: Huber.
- Döpfner, M.; Lehmkuhl, G. (2003): Hyperkinetische Störungen. In: Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter, 2. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- dosReis, S.; Zito, J. M.; Safer, D. J.; Soeken, K. L. (2001): Mental health services for youth in foster care and disabled youths. *Am. J. Public Health.* 91: 1094–1099.
- Fegert, J. M.; Schrappner, C. (2004): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim: Juventa.
- Fegert J. M.; Glaeske, G.; Jansen, K.; Ludolph, A.; Ronge, C. (2002): Arzneimittel-Versorgung von Kindern mit hyperkinetischen Störungen anhand von Leistungsdaten der GKV. In: Projektbericht Kooperationsprojekt Universität Bremen, Zentrum für Public Health – Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie.
- Gadow, K. D. (1997): An overview of three decades of research in pediatric psychopharmacoevidence. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* 7: 219–236.
- Gibbs, I.; Sinclair, I. (1998): Treatment outcomes in children's homes. *Child and Family Social Work* 4: 1–8.
- Glaser, D. (2000): Child abuse and neglect and the brain: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41: 97–116.

- Guevara, J.; Lozano, P.; Wickizer, T.; Mell, L.; Gephart, H. (2002): Psychotropic medication use in a population of children who have attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 109: 733–739.
- Hukkanen, R.; Sourander, A.; Bergroth, L.; Piha, J. (1999): Psychosocial factors and adequacy of services for children in children's homes. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 8: 268–275.
- Knapp, M.; McCrone, P.; Fombonne, E.; Beecham, J.; Wostear, G. (2002): Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. *British Journal of Psychiatry* 180: 19–23.
- Kutcher, S.; Aman, M.; Brooks, S.; Buitelaar, J.; van Daalen, E.; Fegert, J.; Findling, R.; Fisman, S.; Greenhill, L.; Huss, M.; Kusumakar, V.; Pine, D.; Taylor, E.; Tyano, S. (2004): International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology* 14: 11–28.
- Lay, B.; Blanz, B.; Schmidt, M. H. (2001): Effectiveness of home treatment in children and adolescents with externalizing psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry* 10; Supplement 1: 81–90.
- LeFever, G. B.; Dawson, K. V.; Morrow, A. L. (1999): The extent of drug therapy for attention deficit-hyperactivity disorder among children in public schools. *American Journal of Public Health* 89: 1359–1364.
- Leslie, L.; Hurlburt, M.; Landsverk, J.; Barth, R.; Slymen, D. (2004): Outpatient mental health services for children in foster care: a national perspective. *Child Abuse Negl.* 28: 699–714.
- March, J.; Silva, S.; Petrycki, S.; Curry, J.; Wells, K.; Fairbank, J.; Burns, B.; Domino, M.; McNulty, S.; Vitiello, B.; Severe, J. Treatment for Adolescents with depression study (TADS) (2004): Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for adolescents with depression study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA*; 292: 807–820.
- Mattejat, F.; Hirt, B.; Wilken, J.; Schmidt, M. H.; Remschmidt, H. (2001): Efficacy of inpatient and home treatment in psychiatrically disturbed children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry* 10; Supplement 1: 71–79.
- McCann, J.; James, A.; Wilson, S.; Dunn, G. (1996): Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *British Medical Journal* 313: 1529–1530.
- Minnis, H.; Devine, C.; Pelosi, A. (1999): Foster carers speak about training. *Adoption and Fostering* 23: 42–47.
- Ohayon, M.; Lader, M. (2002): Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy, and the United Kingdom. *J. Clin. Psychiatry* 63: 817–825.
- Olfson, M.; Marcus, S.; Weissman, M.; Jensen, P. (2002): National trends in the use of psychotropic medications by children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 41: 514–521.
- Quinton, D.; Rushton, A.; Dance, C.; Mayes, D. (1998): *Joining new families: A study of Adoption and Fostering in Middle Childhood*. Chichester: Wiley.
- Raghavan, R.; Zima, B.; Andersen, R.; Leibowitz, A.; Schuster, M.; Landsverk, J. (2005): Psychotropic medication use in a national probability sample of children in the child welfare system. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* 15: 97–106.
- Rappley, M. D.; Gardiner, J. C.; Jetton, J. R.; Houang, R. T. (1995): The use of methylphenidate in Michigan. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 149: 675–679.
- Remschmidt, H.; Schmidt, M. H.; Poustka, F. (Hrsg.) (2001): *Multiaxiales Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Bern: Huber.
- Roy, P.; Rutter, M.; Pickles, A. (2000): Institutional care: risk from family background or pattern of rearing? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41: 139–149.
- Rushton, A.; Minnis, H. (2002): Residential and foster family care. In: Rutter, M.; Taylor, E.; Hersov, L. (Hg.): *Child and adolescent psychiatry: Modern Approaches*. Oxford, UK: Blackwell Scientific Publications, S. 359–372.
- Safer, D. J.; Zito, J.; Dos Reis, S. (2003): Concomitant psychotropic medication for youths. *Am. J. Psychiatry* 160 (3): 438–439.

- Schmeck, K.; Döpfner, M.; Plück, J.; Berner, W.; Fegert, J.; Lenz, K.; Huss, M.; Lehmkuhl, U.; Lehmkuhl, G.; Poustka, F. (2001): Discriminant Validity of the Child Behavior Checklist CBCL/4–18 in German samples. *European Journal of Child & Adolescent Psychiatry* 10: 240–247.
- Schmidt, M. H.; Schneider, K.; Hohm, E.; Pickartz, A.; Mascenare, M.; Petermann, F.; Flosdorf, P.; Hölzl, H.; Knab, E. (2002): Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwabe, U.; Paffrath, D. (2002): Arzneiverordnungs-Report 2002. Heidelberg.
- Sinclair, I.; Gibbs, I. (1998): *Children's Homes: a Study in Diversity*. Chichester: Wiley.
- Warner, L. A.; Pottick, K. J.; Mukherjee, A. (2004): Brief reports: Use of psychotropic medications by youths with psychiatric diagnoses in the U. S. mental health service system. *Psychiatric Services* 55: 309–311.

Korrespondenzadresse: Dr. Jakob Nützel, Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm;
E-Mail: jakob.nuetzel@medizin.uni-ulm.de