

Büttner, Peter / Rücker, Stefan / Petermann, Ulrike und Petermann, Franz

## **Jugendhilfe und Therapie: Effekte aus kombinierten Maßnahmen in der Gegenüberstellung mit Hilfen ohne Therapieangebot**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 60 (2011) 3, S. 224-238*

urn:nbn:de:bsz-psydok-51910

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# Jugendhilfe und Therapie: Effekte aus kombinierten Maßnahmen in der Gegenüberstellung mit Hilfen ohne Therapieangebot

Peter Büttner, Stefan Rücker, Ulrike Petermann und Franz Petermann

## Summary

*Youth Welfare and Therapy: Effects of Youth Welfare Alone and Youth Welfare Combined with Additional Therapy*

Around 17 % of children and adolescents suffer from some form of psychological disorder. Compared to this rate, the prevalence among families seeking youth welfare assistance is substantially higher: 60 to 80 % of children in day care and residential educational settings meet the criteria of an ICD-10-diagnosis. While effective psychotherapeutic interventions are available, only a fraction of those children affected receive such help. This study assesses whether the effectiveness of educational day care support can be increased by offering additional treatment. To this end, 89 families were assessed who received an average of two years of day care assistance. One group (n = 23) received additional therapeutic treatment. In order to assess the effectiveness of combined youth welfare and therapeutic intervention, indicative problem areas were evaluated using a pre-post-design. Effect measures indicate small advantages of the combined treatment. The group receiving additional therapeutic treatment suffered from fewer risk factors. They also showed some long term effects and fewer families needed follow-up support. Overall, combined treatment was more effective. However, differences between the two groups were less pronounced than expected, due to the effectiveness of day care groups.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60/2011, 224-238*

## Keywords

youth welfare – therapy – prevalence – efficacy – effectiveness study

## Zusammenfassung

Die Prävalenz psychischer Störungen liegt im Kindes- und Jugendalter bei 17 %. Im Vergleich dazu liegt die Rate in der Jugendhilfe deutlich höher: 60 bis 80 % der Kinder in teil- und vollstationären Erziehungshilfen erfüllen die Kriterien einer ICD-10-Diagnose. Obwohl wirksame psychotherapeutische Behandlungsverfahren vorliegen, erhält nur ein geringer Teil der betroffenen Kinder ein solches Angebot. Es wird geprüft, ob die Bereitstellung eines Therapieangebots die Wirksamkeit teilstationärer Erziehungshilfen verbessert. Zur Beantwortung der Frage findet ein Vergleich mit Tagesgruppen in der Jugendhilfe statt. Ein Sample aus N = 89 Familien erhielt

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60: 224 – 238 (2011), ISSN 0032-7034  
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2011

durchschnittlich zwei Jahre teilstationäre Jugendhilfe. Um die Wirksamkeit der Kombination aus Jugendhilfe und Therapie zu überprüfen, wurden die indikationsbildenden Problembe-  
reiche am Hilfebeginn und -ende erfasst und in einem Prä-Post-Vergleich gegenübergestellt. Auf Effektstärkenebene bilden sich kleine Vorteile für die kombinierte Maßnahme ab. Am Ende der Jugendhilfe weist die Gruppe mit zusätzlicher therapeutischer Begleitung weniger Belastung durch Risikofaktoren auf. Kombinierte Maßnahmen erweisen sich auch langfristig überlegen; nur wenige Familien benötigen Anschlusshilfen. Insgesamt lässt sich für die Maßnahme mit zusätzlichem Therapieangebot eine bessere Wirksamkeit nachweisen, obwohl der Unterschied aufgrund der Wirksamkeit der Tagesgruppen nicht so deutlich ausfiel, wie erwartet.

## Schlagwörter

Jugendhilfe – Therapie – Prävalenz – Wirksamkeit – Effektivitätsstudie

### 1 Hintergründe

In Deutschland liegt die Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter je nach dem zugrunde gelegten Klassifikationssystem bei bis zu 17 % (vgl. Petermann, 2005). Für von der Jugendhilfe betreute Kinder liegt dieser Wert jedoch deutlich höher. Übereinstimmend finden hier sowohl nationale als auch internationale Studien im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich höhere Prävalenzraten (Engel, Pätow, Hässler, 2009; Farmer et al., 2010; McCrae, 2009; Orton, Riggs, Libby, 2009). Im repräsentativen *National Survey of Child and Adolescent Well-being* (NSCAW) werden für die Hälfte aller amerikanischen Kinder in Jugendhilfe-Maßnahmen Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen berichtet (vgl. Lyons u. Rogers, 2004; Southerland, Casanueva, Ringeisen, 2009). Fachkräfte aus der niederländischen Jugendhilfe kommen zu noch ungünstigeren Einschätzungen: Psychische Auffälligkeiten werden hier in 80 % aller Fälle angenommen (Janssens u. Deboutte, 2009). Auch für die Jugendhilfe in Deutschland fällt die Bilanz in einer Studie von Schmid, Goldbeck, Nuetzel und Fegert (2008) ungünstig aus: 59,9 % erfüllen die Kriterien einer ICD-10-Diagnose, während in Screeningverfahren sogar 81,5 % der Kinder und Jugendlichen Werte mit klinischer Bedeutsamkeit erreichen.

Die deutlichsten Symptombelastungen liegen in der teilstationären Jugendhilfe vor: 85 % der Kinder und Jugendlichen aus Tagesgruppen weisen in der Child Behavior Checklist Werte im klinisch relevanten Bereich auf (Schmid, Nuetzel, Fegert, Goldbeck, 2006). Die Betroffenen sind in der Regel mehrfach belastet: Allen voran begründen Lern- und Leistungsprobleme, familiäre Konflikte, mangelnde Erziehungskompetenz sowie expansive Verhaltensprobleme einen Bedarf an Erziehungshilfe (vgl. Fendrich, Pothmann, Wilk, 2010; Rücker, Petermann, Büttner, Petermann, 2009, 2010a).

Obwohl psychische Störungen in dieser Hochrisiko-Gruppe stark verbreitet sind, erhält nur ein geringer Teil Therapie (Farmer et al., 2010). Interventionsmöglichkeiten

der Kinderverhaltenstherapie werden im Kontext der Jugendhilfe bislang kaum genutzt, obwohl die Leitlinien zur psychotherapeutischen Versorgung eine Verknüpfung mit Jugendhilfe-Maßnahmen ausdrücklich vorsehen und fordern (vgl. als Übersicht Döpfner u. Petermann, 2004). Die Gründe für die ungünstige Versorgungslage sind unterschiedlich. Neben Finanzierungsfragen verhindern zum Teil monatelange Wartezeiten bei Fachdiensten die Inanspruchnahme; zudem werden speziell internalisierende Störungen oftmals nicht erkannt (Janssens u. Deboutte, 2009). Nahezu die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen weist selbst nach abgeschlossenen Jugendhilfemaßnahmen emotionale und Verhaltensprobleme auf (Burns et al., 2004; Pecora, Roller-White, Jackson, Higgins, 2009).

Dies ist beunruhigend, da psychische Auffälligkeiten und Störungen langfristige Entwicklungsbeeinträchtigungen nach sich ziehen können (Beck u. Warnke, 2009). Vor allem expansive Verhaltensprobleme, wie aggressiv-dissoziales Verhalten und Hyperaktivität, können (unbehandelt) über die gesamte Lebensspanne persistieren (vgl. auch Casey Clinical R&D Project, 2008; Farrington, Ttofi, Coid, 2009; McCrae, 2009; Petermann u. Hampel, 2009; Schmidt u. Petermann, 2009).

Das vorliegende Missverhältnis zwischen Bedarf und Versorgung ist bedauerlich, da für Kinder und Jugendliche nachgewiesenermaßen wirksame Behandlungsverfahren vorliegen. Beelmann und Schneider (2003) ermitteln in ihrer Metaanalyse eine mittlere Effektstärke von  $d = 0.54$  für kinder- und jugendtherapeutische Maßnahmen. In der Detailansicht zeigen sich besonders für externalisierende Verhaltensprobleme gute Resultate: Kognitiv-behaviorale Ansätze erreichen bei Störungen des Sozialverhaltens und ADHS (hier allerdings in kombinierter Anwendung mit Stimulanzien) mittlere bis große Effekte (Bachmann, Lehmkuhl, Petermann, Scott, 2010).

Diese Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, therapeutische Kompetenz in die Jugendhilfe zu integrieren (vgl. McCrae, 2009; Pecora et al., 2009; Schmid et al., 2008). Es muss jedoch beachtet werden, dass Behandlungsansätze aus Therapiestudien nicht ungeprüft auf Routinebehandlungen in der Praxis übertragen werden dürfen (vgl. Hiller, Bleichhardt, Schindler, 2009). Beispielsweise isolieren unter laborähnlichen Bedingungen durchgeführte Evaluationsstudien „Störgrößen“ (z. B. Einfluss der Eltern), die speziell in erzieherischen Hilfen als Wirkfaktoren gelten (vgl. Hope, 2005). Infolge dessen kann unter feldimmanenten Bedingungen nicht a priori von einer Bewährung der Therapieprogramme ausgegangen werden. Vielmehr muss sorgfältig geprüft werden, welche Wirkungen mit psychotherapeutischen Maßnahmen für Kinder und Jugendliche im Kontext erzieherischer Hilfen erreichbar sind (vgl. auch Petermann, 2007; Petermann et al., 2008). Erste Studien zu diesem Thema kommen zu positiven Ergebnissen bei der Implementierung kognitiv-behavioraler Verfahren. Im Elternurteil lassen sich unter anderem deutliche Abnahmen bei sozialen Problemen sowie aggressiv-delinquentem Verhalten finden; auch Aufmerksamkeitsprobleme können günstig beeinflusst werden (Nitkowski, Petermann, Büttner, Krause-Leipoldt, Petermann, 2009).

Die vorliegende Studie knüpft an diese Fragestellung an. Für den Abbau allgemeiner Belastungen, Symptomreduktion, Ressourcenaktivierung sowie Erziehungskompe-

tenz werden Ergebnisse aus teilstationären Settings mit integriertem Therapieangebot dem Outcome von Tagesgruppen gegenübergestellt.

## 2 Vorgehen

### 2.1 Fragestellung

Sowohl für Maßnahmen mit therapeutischem Schwerpunkt als auch für Tagesgruppen werden signifikante Belastungsreduktionen erwartet. Auf Grundlage bisheriger Ergebnisse (siehe oben) wird im Vergleich jedoch eine bessere Wirksamkeit der Kombination aus Jugendhilfe und Therapie hinsichtlich des allgemeinen Belastungsausmaßes, Symptomreduktion und emotionaler Probleme und Belastungen angenommen. Gleiches gilt zudem für Erziehungskompetenz, da in der Gruppe mit kombinierter Anwendung intensive Elterntrainings durchgeführt wurden. Des Weiteren besteht die Annahme, dass intensive Jugendhilfe-Maßnahmen mit Therapie künftigen Hilfebedarf reduzieren.

### 2.2 Stichprobe

Der Feldzugang wurde über das Projekt PETRA im Bundesland Hessen erreicht. Die beteiligten Familien erhielten in dieser Jugendhilfeeinrichtung zwischen 2003 und 2005 teilstationäre Jugendhilfemaßnahmen. Der Abgangsjahrgang 2005 wurde gewählt, um innerhalb eines mehrjährigen Zeitraums Fälle mit Anschlusshilfen (Büttner, Rücker, Petermann, Petermann, 2011) zu erfassen, sowie in einer 3-Jahres-Katamnese die Effektivität teilstationärer Jugendhilfemaßnahmen (Rücker, Petermann, Büttner, Petermann, 2010) überprüfen zu können. Es wird zwar der Anteil an Anschlusshilfen berichtet; ansonsten bezieht sich der vorliegende Beitrag auf Prä-Post-Analysen.

In der Stichprobe befanden sich insgesamt 98 Familien. Davon waren vier zum Katamnese-Zeitpunkt unbekannt verzogen und somit nicht erreichbar, fünf lehnten die Teilnahme ab. Die Stichprobengröße in der vorliegenden Studie beläuft sich folglich auf  $N = 89$ . Am Hilfebeginn waren die Kinder im Mittel 10,9 Jahre alt; die mittlere Hilfedauer umfasste 23,2 Monate. Zum Ende der Maßnahme betrug das Durchschnittsalter der Kinder 12,7 Jahre.

Ein Teil ( $n = 63$ ) der einbezogenen Familien (11 Mädchen, 52 Jungen) erhielt Tagesgruppen-Maßnahmen (§32, KJHG; vgl. Büttner, 2008). Der Fokus dieser Hilfeform richtet sich primär auf das Kind. Zur Förderung angemessenen Sozialverhaltens liegt in der Einrichtung ein übergreifendes als auch am Einzelfall ausgerichtetes pädagogisches Setting vor. Den Kindern bietet sich dabei ein hochstrukturiertes Betreuungskonzept, das intensive nachschulische Hilfestellungen einschließt. Hinter der Bezeichnung SILENTIUM steht ein von der Einrichtung konzipiertes und evaluiertes Modul zur Verbesserung des Lern- und Leistungsverhaltens. Ausführliche und softwaregestützte Dokumentation

ermöglicht die gezielte Förderung im Kontext schulischer Anforderungen. Täglich stattfindende Kurzgespräche mit den Eltern bei der Übergabe der Kinder erlauben zeitnahes und verbindliches Reagieren auf aktuelle Entwicklungen; kontinuierlich werden dabei u.a. differenzierte Verstärkerpläne eingesetzt. Ausführliche Elterngespräche finden in dreiwöchigem Rhythmus statt. Die Betreuung wird von Sozial- und Diplompädagogen im Verhältnis 1 : 3 bzw. 1 : 4 geleistet. Die Hilfe ist auf einen Zeitraum von 24 Monaten angelegt. Nach 12 Monaten erfolgen erste Rückführungstage, d. h. das Kind verbringt zunächst einen Tag pro Woche in der Familie. Dabei sollen sich die vom Kind neu erworbenen Verhaltensweisen im familiären Kontext bewähren. Im Idealfall erreicht das Kind im Verlauf des zweiten Hilfejahres alle Rückführungstage. Treten Schwierigkeiten auf, kann sich die Rückführung bis zur Stabilisierung der Situation verzögern.

Die zweite Gruppe (n = 26; 6 Mädchen, 20 Jungen) erhielt eine vergleichbare Hilfform, die in der Einrichtung die Bezeichnung „Psychologische Praxis“ trägt (§27ff., KJHG). Der Umfang der Betreuung entspricht dem in Tagesgruppen, zudem erhalten die Kinder ebenfalls strukturierte nachschulische Förderung. Die Anzahl der Fachkräfte in Praxen hebt sich allerdings von dem in Tagesgruppen ab. Im Verhältnis 1 : 2 versorgen zwei Diplompsychologen und drei Pädagogen rund zehn Kinder. Ein vergleichsweise wichtiges Unterscheidungskriterium für die Gewährung dieser Hilfform liegt in der Kooperationsbereitschaft der Eltern. Ist diese Voraussetzung gegeben, wird im Unterschied zu Tagesgruppen nicht allein das Kind, sondern die Familie insgesamt betreut. In der Einrichtung beschäftigte Psychologen bzw. Kinder- und Jugendtherapeuten versorgen die Kinder, während die Eltern in ein intensives Training eingebunden sind. Auf Seiten der Kinder kommen kognitiv-behaviorale Interventionen, wie beispielsweise das Training mit aggressiven Kindern (TAK; Petermann u. Petermann, 2008) sowie soziale Kompetenztrainings, zum Einsatz. Die Intensität der Therapieeinheiten wird dem jeweiligen Bedarf angepasst und umfasst teilweise zwei bis drei einzel- oder gruppentherapeutische Sitzungen pro Woche. In Abhängigkeit von der Entwicklung des Kindes erfolgt die Behandlung temporär oder kontinuierlich über die gesamte Helfedauer. Jedem Behandlungsplan geht ausführliche Diagnostik (z. B. Anamnesegespräche, Verhaltensbeobachtungen) voraus.

Das Elterntaining ist durch eine fortlaufende Zusammenarbeit zwischen der Einrichtung und den Eltern charakterisiert. Um familiäre Konflikte abzubauen und die Erziehungskompetenz zu verbessern, wird ein abgestuftes Vorgehen realisiert. In der ersten Phase findet Modelllernen statt. Dabei hospitieren Eltern einmal pro Woche in der Praxis. Eine Videokamera überträgt den Umgang der Betreuer mit dem Kind, während die Eltern die Szenen in einem anderen Raum am Bildschirm anschauen. Die Sequenzen werden im Anschluss ausführlich mit den Eltern besprochen.

In einem weiteren Schritt erfolgt ein Rollentausch. Dabei betreuen Eltern ihre Kinder in der Praxis, während die Betreuer vor einem Bildschirm die Interaktionen beobachten. Auch hier folgt den kurzen Sequenzen ausführliches Feedback.

Treten Kompetenzzuwächse und Entlastungen im Familiensystem ein, erfolgen sukzessiv Rückführungstage des Kindes in die Familie. Dabei halten sich zunächst

Betreuer in der Familie auf, während Eltern-Kind-Interaktionen von einer Kamera aufgezeichnet werden; Videofeedback erfolgt dabei zeitnah. Bei erfolgreichem Verlauf wird schließlich auch diese Maßnahme reduziert. Im Monatsrhythmus etwa werden weitere Rückführungstage gewährt und punktuell Videoerhebungen installiert. Videoanalysen mit kritischer Reflexion finden dann nur mehr 14-tägig im Rahmen der Elterngespräche statt. Wird das Kind aus der Praxis verabschiedet, setzt eine vier- bis achtmonatige Nachbetreuungsphase ein. In dieser Zeit können die Familien im Bedarfsfall weiterhin Hilfestellungen aus der Praxis anfordern. Hierfür steht ein Kontingent von monatlich etwa acht Stunden zur Verfügung.

### 2.3 Design

Der vorliegende Beitrag ist Teil einer umfassenden Studie, in der ein Prä-Post-Follow-up-Eingruppen-Design realisiert wurde. Obwohl drei Erhebungszeitpunkte vorliegen, wird an dieser Stelle ausschließlich auf Prä-Post-Analysen Bezug genommen. Die Einbindung einer Kontrollgruppe schien aus rechtlichen Erwägungen nicht erstrebenswert. Ausweislich des Gesetzestextes im §1, Abs. 1 (KJHG) besteht für jeden jungen Menschen „*das Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit*“. Die Platzierung hochbelasteter Familien in Wartegruppen erscheint zudem besonders aus ethischen Bedenken problematisch.

### 2.4 Methodisches Vorgehen

Der Beginn der Studie liegt im Jahr 2008; anfangs lag ausschließlich qualitatives Material vor. Die Abgangskohorte 2005 wurde gewählt, um parallel mit standardisierten Erhebungsverfahren eine 36-Monats-Katamnese durchführen zu können. Obwohl Prä-Post-Analysen Gegenstand dieses Beitrags sind, soll die Verteilung der Inanspruchnahme von Anschlusshilfen gezeigt werden.

Aus den genannten Gründen wurde die vorliegende Studie als retrospektive Aktenanalyse angelegt. Die Dokumentation der verwendeten Akten wird in der beteiligten Einrichtung in standardisierter Form von angeleiteten Sozialpädagogen und Diplompsychologen vorgenommen. Die Aktenauswertungen erfolgten durch Diplompsychologen. 20 % des Aktenmaterials wurde am Beginn von verschiedenen Autoren quantifiziert. Die hohen Übereinstimmungen zeigen eine gute Interraterreliabilität an. Es standen detaillierte Informationen aus verschiedenen Quellen zur Verfügung: Neben der Sicht der Kinder und ihrer Eltern floss die Perspektive der Fachkräfte und des Jugendamts in die Dokumentation ein. Zudem lagen Diagnosen und klinische Urteile von in der Einrichtung beschäftigten oder niedergelassenen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten oder von niedergelassenen oder in Kliniken beschäftigten Kinder- und Jugendpsychiatern sowie Kinderärzten vor. Das Material bezog sich auf den unmittelbaren Beginn der Hilfen sowie auf das Hilfeende.

Um eine empirische Studie realisieren zu können, wurde das qualitative Material zunächst systematisch und theoriegeleitet bearbeitet, und anschließend kategorisiert. Dieser Schritt wurde methodisch mittels qualitativer Inhaltsanalyse umgesetzt (Mayring, 2008). Gewöhnlich wird bei diesem Verfahren ein am Aktenmaterial orientiertes Kategoriensystem entwickelt. Darauf wurde in dieser Studie verzichtet. Stattdessen wurde zur Kategorisierung der Akteninformationen auf die Achsen I, II und V des Multiaxialen Klassifikationsschemas (ICD-10) zurückgegriffen. Die fünfte Achse beschreibt ausführlich eine große Zahl von Situationen, die (empirisch gesichert) beim Großteil aller Kinder und Jugendlichen zu psychosozialen Risiken führen (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2006). Dabei werden anhand von zehn übergeordneten Kategorien mit insgesamt 39 Kodierungsmöglichkeiten *assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände* erfasst. Die in den Akten beschriebenen Problemsituationen ließen sich somit kategorisieren, zusätzlich konnte die Intensität durch die in der fünften Achse vorgegebene Einteilung des Schweregrads von 0 bis 2 abgestuft werden. Die Vergabe der Ziffern erfolgte auf Grundlage der Textinformationen. Wurden Belastungen ohne steigernde Adjektive beschrieben, wurde der Schweregrad 1 angenommen. Bei der Verwendung von Adjektiven wie „sehr“, „stark“ oder „schwer“ in Zusammenhang mit den jeweiligen Belastungssituationen, wurde die Ziffer „2“ zugeordnet. Das beschriebene Vorgehen ermöglichte eine Quantifizierung qualitativer Informationen. Der Einsatz inferenzstatistischer Verfahren wurde sichergestellt, indem ausschließlich Belastungen in die Detailanalysen aufgenommen wurden, die hinreichend häufig in der Stichprobe vorlagen. Diese werden im Folgenden genannt: Unzureichende Erziehungskompetenz stellt ein Entwicklungsrisiko für Kinder und Jugendliche dar (Petermann, Petermann, Franz, 2010). In der Aktenanalyse wurden, wie erwartet, deutliche Defizite in der elterlichen Erziehungskompetenz gefunden. Besonders inkonsistente Erziehungspraktiken stehen in engem Zusammenhang mit externalisierenden Verhaltensproblemen (Koglin u. Petermann, 2008); u. a. führen eine unzureichende Strukturierung des Alltags und unklare Anforderungen an Kinder dazu, dass ein angemessenes Sozialverhalten nicht oder nur in geringem Maße von Kindern entwickelt werden kann (Petermann u. Petermann, 2006). Inkonsistentes Erziehungsverhalten und unklare Anforderungen an ein Kind wurden in der Unterkategorie 4.1 (unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung) mit Z62.0 kodiert; dieser Bereich wird im Folgenden als *mangelnde Erziehungskonsequenz* bezeichnet. Inkonsistentes Erziehungsverhalten sowie erzieherische Divergenzen zwischen den Elternteilen wurden ebenfalls unter 4.1 kategorisiert und mit Z62.0a kodiert. Dieser Punkt wird vereinfachend *divergierende Erziehungsmethoden* genannt. Die Beschreibung von Erziehungsverhalten, das die Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes einschränkt, wurde in der Unterkategorie 4.2 (*Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt*) mit der Kodierung Z62.8 versehen.

Die Aktenanalyse ergab zudem für die betreuten Kinder eine starke Häufung an Selbstwertproblemen. Belastungen der Kinder in Zusammenhang mit niedrigen Selbstwertgefühlen wurden in der Unterkategorie 6.3 (Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen) mit Z61.3 kodiert; vereinfachend wird hier im Wei-



teren von *Selbstwertproblematik* gesprochen. Ebenfalls stark verbreitet war ein Mangel an Integration und Teilhabe; das Fehlen einer Gleichaltrigengruppe mit angemessenem Sozialverhalten sowie seltene Sozialkontakte oder Alleinsein im Großteil der Freizeit wurde als *soziale Isolation* in der Unterkategorie 9.8 (Andere) kodiert.

*Lern- und Leistungsprobleme* wurden auf der Achse II des Multiaxialen Klassifikationschemas (ICD-10) erfasst. Dabei wurde für Probleme im Zusammenhang mit schulbezogenen Anforderungen die Kodierung F81.9 (nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten) herangezogen. Die Abstufungen des Schweregrads erfolgten in derselben Weise, wie dies bereits für die Achse V beschrieben worden ist.

In vielen Fällen erfüllten die Kinder ICD-10-Diagnosen. Diese wurden auf der Achse I verortet (Multiaxiales Klassifikationsschema, ICD-10). Kennzeichnend waren vor allem Störungen des Sozialverhaltens (*aggressiv-dissoziales Verhalten*; F91.1) und *oppositio-nelles Problemverhalten* (F91.3). Als weitere Form externalisierenden Problemverhaltens konnten aus den Akten Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (F90.0) entnommen werden. Im weiteren Verlauf werden diese kurz als *Hyperaktivität* bezeichnet. 16 Kinder erhielten parallel Stimulanzientherapie. Art, Dosierung und Kontinuität der Medikation waren in dieser Gruppe jedoch sehr wechselhaft. Aus diesem Grund können keine zuverlässigen Aussagen zu Unterschieden zwischen den Gruppen (mit und ohne Stimulanzien) gemacht werden. Abstufungen in der Intensität erfolgten im gleichen Algorithmus, mit dem bereits auf den Achsen II und V verfahren wurde.

Aufgrund des Studiendesigns konnten komorbide Belastungen nicht valide erfasst werden; in der Studie wird darauf folglich kein Bezug genommen. In Tabelle 1 sind die Belastungen wiedergegeben, die in den Auswertungen berücksichtigt worden sind. Aus den Diagnosen und Kodierungen wurden Skalen gebildet.

**Tabelle 1:** Zusammenfassung der Diagnosen und Kodierungen auf den Achsen I, II und V (MAS, ICD-10) zu Gesamtskalen. Mittlere Spalte: Häufigkeit der Merkmale (N = 89)

| Diagnosen/Kodierungen   | Häufigkeiten | Gesamtskalen              |
|---|--------------|---------------------------|
| (F91.1) Aggressiv-dissoziales Verhalten   | 58           | External.                 |
| (F91.3) Oppositionelles Problemverhalten  | 28           | Verhaltensprobleme        |
| (F90.0) Hyperaktivität  | 26           |                           |
| (Z61.3) Selbstwertproblematik   | 61           | Emotionale Probleme       |
| (9.8) Soziale Isolation   | 63           | und Belastungen           |
| (F81.9) Lern- und Leistungsprobleme   | 82           |                           |
| (Z62.0) Mangelnde Erziehungskonsequenz  | 86           | Erziehungskompetenz       |
| (Z62.0a) Divergierende Erziehungsmethoden   | 42           |                           |
| (Z62.8) Erziehung, die unzureichende Erfahrung vermittelt                                   | 69           |                           |
| Gesamtzahl der Kodierungen und Ausprägungen für die Jugendlichen auf den Achsen I, II und V |              | Globalmaß<br>Risikopunkte |

Um Informationsverluste zu vermeiden, wurden schließlich alle (auch selten vorliegende) Belastungen zu *Risikopunkten* aufsummiert. Dieser Skala können Aussagen zum

allgemeinen Belastungsausmaß entnommen werden. Das Vorgehen basiert auf den Befunden Rutters (1989), wonach die Auftretenswahrscheinlichkeit psychischer Störungen nicht von der Art, sondern von der Anzahl der Risiken abhängig ist (Koglin, Janke, Petermann, 2009). Entsprechend steht eine höhere Punktzahl für stärkere Belastungen.

## 2.5 Auswertungsstrategie

Für den Altersdurchschnitt und die mittlere Hilfedauer wurden Gruppenunterschiede mit dem t-Test für unabhängige Stichproben berechnet. Mittelwertdifferenzen zwischen den Skalen am Hilfebeginn wurden mit dem gleichen Test überprüft. Zudem wurden Varianzanalysen mit Messwiederholung zur Prüfung von Mittelwertunterschieden am Hilfeende durchgeführt. Die Berechnung der Effektstärken für die teilstationären Maßnahmen mit Therapieangebot und für die Tagesgruppen erfolgte nach Cohen's d. Dieses Maß wurde gewählt, um eine bessere Vergleichbarkeit der Effekte zu gewährleisten. Bei der Bewertung der Ergebnisse wurden die bewährten Interpretationsvorschläge zugrunde gelegt:  $d = 0.2$  steht dabei für kleine Effekte, ab  $d = 0.5$  liegen mittlere Effektstärken vor (Cohen, 1988). Das Verhältnis von abgebrochenen Maßnahmen sowie Anschlusshilfen zwischen den Gruppen wurde mit nominalskalierten Daten analysiert; die Berechnung erfolgte mit dem Chi<sup>2</sup>-Test.

## 3 Ergebnisse

Zu Beginn der Maßnahme betrug das Altersmittel in Tagesgruppen 10,7, in Praxen 11,1 Jahre. Der Unterschied zwischen den Werten ist nicht signifikant ( $t = -.731$ ;  $p = .467$  n.s.). Für den zeitlichen Verlauf weichen die Gruppen deutlich voneinander ab. In Tagesgruppen wird eine mittlere Hilfedauer von 20,6 Monaten erreicht; Praxis-Maßnahmen belaufen sich auf 29,6 Monate. Die Werte sind signifikant verschieden ( $t = -4.32$ ;  $p < .001$ ). Von 63 Maßnahmen in Tagesgruppen wurden 23 (36,5 %) durch Abbruch beendet. Dagegen stehen acht Abbrüche (30,8 %) aus insgesamt 26 Hilfen in psychologischen Praxen. Für die Abbruchquoten liegt zwischen den Settings jedoch kein statistisch bedeutsamer Unterschied vor ( $\chi^2 = 2.67$ ;  $p = .605$  n.s.). In der Gruppe mit einer fachlich geplanten Beendigung der Hilfe erreichten die Maßnahmen eine mittlere Dauer von 25,1 Monaten. Die Hilfedauer in der Gruppe mit Abbruch umfasste zwar immerhin 19,6 Monate, der Unterschied ist jedoch signifikant ( $t = -2.46$ ;  $p = .017$ ). Abgebrochene Hilfeverläufe gingen trotzdem in die Auswertungen ein, da reine Completer-Analysen die Ergebnisse der Maßnahmen überschätzen würden (vgl. Hiller et al., 2009).

Zwischen den Gruppen ließen sich am Hilfebeginn keine signifikanten Belastungsunterschiede vermerken. Für die *Risikopunkte* lag der Mittelwert für Familien in Tagesgruppen ( $M = 18.86$ ;  $SD = 4.8$ ) zwar etwas niedriger als in den Praxen ( $M = 20.27$ ;  $SD = 4.3$ ), der Unterschied ist jedoch nicht signifikant ( $t = -1.29$ ;  $p = .199$ ). Auch für die Skala *externalisierende Verhaltensprobleme* konnten am Beginn der Maßnahmen

keine signifikanten Mittelwertunterschiede beobachtet werden ( $t = 3.71$ ;  $p = .712$ ). Der Wert in den Tagesgruppen ( $M = 2.40$ ;  $SD = 1.0$ ) lag nur unwesentlich höher als in den Praxen ( $M = 2.31$ ;  $SD = 1.1$ ). Kinder mit Hilfe in einer Tagesgruppe wiesen zu Beginn einen mittleren Wert von 3.78 ( $SD = 1.3$ ) für *emotionale Probleme und Belastungen* auf. Der für die Praxen ermittelte Durchschnitt (3.62;  $SD = 1.6$ ) wich hiervon nicht überzufällig ab ( $t = 4.88$ ;  $p = .627$ ). Außerdem wurden anfangs zwischen den Gruppen vergleichbare Skalenwerte für die *Erziehungskompetenz* der Eltern festgestellt. Die Differenz der arithmetischen Mittel aus Tagesgruppen ( $M = 3.94$ ;  $SD = 1.3$ ) und Praxen ( $M = 4.00$ ;  $SD = 1.2$ ) blieb statistisch ohne Bedeutung ( $t = -2.13$ ;  $p = .832$  n.s.).

In Tabelle 2 sind die Gruppenmittelwerte aus der Prä-Post-Erhebung dargestellt. Daraus sind die Belastungen der Kinder am Hilfebeginn ersichtlich. Zum Hilfeende verringern sich die Mittelwerte beider Gruppen auf allen Skalen signifikant. Zwischen den Gruppen unterscheiden sich die Werte auf den jeweiligen Skalen jedoch nicht signifikant, lediglich in den *Risikopunkten* sind die Mittelwertunterschiede signifikant verschieden.

Tabelle 2: Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung: Mittelwerte und Standardabweichungen im Prä-Post-Vergleich bei Familien in Tagesgruppen (TG;  $n = 63$ ) und in Psychologischen Praxen (PP;  $n = 26$ ). Darstellung der Outcomeunterschiede in Effektstärken ( $N = 89$ )

| Skalen                               | Prä-test        |                 | Post-test      |                | Zeit                   | Gruppe                 | Interaktion            | Effekte |
|--------------------------------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|------------------------|------------------------|------------------------|---------|
|                                      | TG              | PP              | TG             | PP             |                        |                        |                        |         |
|                                      | M (SD)          | M (SD)          | M (SD)         | M (SD)         | F <sub>(df=1,86)</sub> | F <sub>(df=1,86)</sub> | F <sub>(df=1,86)</sub> | d       |
| Risikopunkte                         | 18.86<br>(4.82) | 20.27<br>(4.31) | 9.67<br>(4.94) | 8.70<br>(4.00) | 653.9***               | .047                   | 8.64**                 | 0.22    |
| Externalisierende Verhaltensprobleme | 2.40<br>(1.03)  | 2.31<br>(1.05)  | 1.24<br>(0.98) | 0.92<br>(0.80) | 160.4***               | .964                   | 1.27                   | 0.36    |
| Emotionale Probleme und Belastungen  | 3.78<br>(1.34)  | 3.62<br>(1.63)  | 1.73<br>(1.30) | 1.46<br>(1.36) | 201.5***               | .577                   | .129                   | 0.20    |
| Erziehungskompetenz                  | 3.94<br>(1.32)  | 4.00<br>(1.17)  | 2.37<br>(1.42) | 1.96<br>(1.28) | 150.8***               | .389                   | 2.52                   | 0.30    |

Anmerkungen. \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ . Wirksamkeitsunterschiede am Hilfeende zwischen TG und PP in der Effektstärke Cohen's d angegeben

Nach Beendigung der Tagesgruppen-Maßnahme wurden 22 Familien (35 %) Anschlusshilfen gewährt. Dies traf dagegen auf lediglich vier Praxisfälle (15 %) zu. Der Unterschied verpasst knapp die Grenze zur Signifikanz ( $\chi^2 = 3.40$ ;  $p = .065$ ), wobei eine Tendenz in die Richtung ersichtlich ist, dass Familien mit therapeutischer Hilfe seltener eine Anschlusshilfe in Anspruch nahmen.

## 4 Diskussion

Die vorliegende Studie befasst sich mit der Frage, ob die Effektivität der Jugendhilfe durch die Bereitstellung von Therapieangeboten gesteigert werden kann. Zur Beantwortung der Frage wurde das Outcome zweier teilstationärer Jugendhilfemaßnahmen (mit vs. ohne Therapie) miteinander verglichen.

In beiden Settings zeigen sich deutliche Verminderungen der Eingangsprobleme (vgl. auch Rücker et al., 2009). Die Auswertungen bestätigen allerdings nur teilweise die erwarteten Unterschiede. Auf Ebene der Effektstärken lassen sich lediglich kleine Vorteile für die kombinierte Maßnahme notieren. Die Ergebnisse werfen die Frage auf, ob therapeutische Settings im Kontext der Jugendhilfe überschätzt werden, oder ob die Tagesgruppen-Maßnahme der beteiligten Einrichtung bereits für sich genommen starke Effekte erreicht. Letzteres erscheint plausibel, denn das hochstrukturierte Tagesgruppenkonzept der Einrichtung stellt ein Novum dar. Aus diesem Grund wäre ein Vergleich mit Tagesgruppen aus externen Einrichtungen wünschenswert und aufschlussreich.

Möglicherweise aber korrespondieren beide Faktoren mit einem gemeinsamen dritten Faktor, der nicht in den Hilfesettings, sondern in den Merkmalen der Kinder selbst begründet liegt. In diesem Zusammenhang könnte es hilfreich sein, das Resilienzkonzept in die Überlegungen einzubeziehen. Wie bereits weiter oben erwähnt, stellt die Betreuungsmotivation der Eltern eine wichtige Grundlage für die Praxishilfe dar. In den Tagesgruppen jedoch werden vorwiegend Kinder betreut, deren Eltern die Ressourcen zu aktiver Mitarbeit nicht aufbringen können. Für Kinder bedeutet das Aufwachsen in ressourcenarmen Elternhäusern vielfach die frühe Übernahme von Verantwortung und altersunangemessenen Aufgaben (vgl. Zander, 2008). Derartige Lebensbedingungen für Kinder sind nicht wünschenswert, erweisen sich unter Umständen jedoch als resilienzfördernd. Bei derart (aus der Not) gestärkten Kindern sind eventuell schon weniger intensive Hilfen ausreichend, um größere Fortschritte zu erzielen (vgl. auch Noeker u. Petermann, 2008). Folglich wäre in diesen Fällen „lediglich“ eine Tagesgruppenmaßnahme angezeigt. Umgekehrt benötigen möglicherweise gerade Kinder, denen in engagierten Elternhäusern Konflikte abgenommen werden bzw. erspart bleiben, intensivere Hilfestellungen (wie Praxismaßnahmen) beim Auftreten von Problembelastungen. Die im Vergleich längere Hilfedauer weist zumindest in diese Richtung. Allerdings muss eingeräumt werden, dass derlei Gedanken an dieser Stelle nicht über das Niveau der Spekulation hinausgehen können. Inwiefern solche Zusammenhänge tatsächlich bestehen, muss künftig in Studien mit entsprechender Fragestellung geklärt werden.

Darüber hinaus zeigen die Auswertungen, dass selbst motivierte Eltern mit umfassenden Hilfestellungen zum Teil ihre Ressourcen überschätzen. Hier, wie auch in Tagesgruppen, liegt der Anteil abgebrochener Hilfen bei etwa einem Drittel. Aus der Aktenperspektive ging hervor, dass die Einrichtung bei schwerwiegenden Kooperationsproblemen das Hilfeende in Absprache mit dem Jugendamt und den Familien eingeleitet hatte. Häufig waren es aber auch die Familien selbst, die bereits vor dem fachlich indizierten Zeitpunkt die Hilfen beendeten.

Ein bedeutsamer Unterschied zwischen den Gruppen bildet sich auf der Skala „Risikopunkte“ ab. Jugendhilfemaßnahmen mit Therapieangebot reduzieren das allgemeine Belastungsausmaß noch deutlicher als Tagesgruppen. Dieses Ergebnis ist erwartungskonform und dokumentiert übergreifende Effekte der therapeutisch akzentuierten Maßnahme.

Löst sich der Blick aus der Prä-Post-Perspektive, dann offenbaren sich weitere Vorteile für die Kombination aus Jugendhilfe und Therapie. In der Stichprobe (N = 89) beträgt der Anteil an Familien mit Anschlusshilfen sogar drei bis vier Jahre nach den hier untersuchten Maßnahmen lediglich 29 % (vgl. Büttner et al., 2010). Im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt für Anschlusshilfen nach teilstationären Jugendhilfemaßnahmen (55,5 %; Herrmann et al., 2009) liegt damit ein bereits niedriger Wert vor. Werden die Quoten für Anschlusshilfen jedoch getrennt nach Setting berechnet, bildet sich für die Praxishilfe ein bemerkenswertes Resultat ab. Lediglich 15 % der Familien benötigten im Anschluss weitere Hilfen. Die Zahlen lassen den Schluss zu, dass sich die in Kombination erzielten Effekte auch langfristig als stabil erweisen. Diese Schlussfolgerung wird gestützt, wenn die teilweise verzögert eintretenden Wirkungen kinder- und jugendtherapeutischer Maßnahmen in Rechnung gestellt werden (vgl. Märtens u. Petzold, 1995). Demnach ist anzunehmen, dass nach Abschluss der Hilfen zusätzliche Behandlungseffekte eintreten, und somit weiterer Hilfebedarf vermindert wird. Da ein Großteil nachfolgender Maßnahmen in kostenintensiven Heimaufnahmen besteht (Rücker et al., 2010), erlangen niedrige Quoten für Anschlusshilfen neben der fachlichen auch ökonomische Bedeutung (vgl. Roos u. Petermann, 2006).

Als Konsequenz aus den vorliegenden Ergebnissen und den vom Gesetzgeber geforderten Qualitätsentwicklungen in der Jugendhilfe erscheint die Implementierung von Therapieangeboten in diesem Feld erstrebenswert. Insofern plädiert der vorliegende Beitrag auch für die Kooperation der Disziplinen (Jugendhilfe/Psychotherapie/Psychiatrie), die die Effekte von Jugendhilfen entscheidend optimieren können (vgl. Fegert, Besier, Goldbeck, 2008; Nitkowski et al., 2009).

## 5 Methodische Einschränkungen

In der praxisbegleitenden Jugendhilfeforschung liegen mehrfache Einschränkungen vor. Feldimmanente Besonderheiten erschweren die Bildung von Kontrollgruppen; speziell aus ethischen und rechtlichen Gründen wurde von Randomisierung abgesehen. Evidenzen für die Wirksamkeit erzieherischer Hilfen im Sinne eines Kontrollgruppendesigns können folglich mit dieser Methodik nicht erbracht werden. Beim systematischen Übertrag von qualitativen zu quantitativen Daten kann es unter Umständen zu Problemen kommen. Die Erhebung der Daten aus der Aktenlage muss zudem einschränkend gesehen werden. Unter Berücksichtigung von Qualitätsaspekten sollten künftig bereits von Beginn an standardisierte Erhebungs-

verfahren verwendet werden (Merod u. Petermann, 2006). Darüber hinaus muss in weiteren Studien ein prospektives Vorgehen priorisiert werden.

Die vorliegende Studie wurde mit einer alters- und geschlechtsgemischten Stichprobe durchgeführt. Es werden weitere Studien mit größeren Stichproben angestrebt, um Fragen zur differenziellen Indikation zu beantworten (z. B. Alter und Geschlecht). Aufgrund der überwiegend männlichen Teilnehmer sind die Ergebnisse dieser Studie eingeschränkt. Aus den Daten ließen sich außerdem Angaben zur sozialen Schichtung (vgl. Hradil, 2005) und zum Bildungsstand der Eltern nicht valide erfassen. Dies könnte sich ebenfalls einschränkend auf die Ergebnisse auswirken.

## Literatur

- Bachmann, C. J., Lehmkuhl, G., Petermann, F., Scott, S. (2010). Evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen für Kinder und Jugendliche mit aggressivem Verhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 245-254.
- Beck, N., Warnke, A. (2009). Jugendhilfebedarf nach stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37, 57-67.
- Beelmann, A., Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 129-143.
- Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, H., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y., Landsverk, J. (2004). Mental Health Need and Access to Mental Health Services by Youths Involved With Child Welfare: A National Survey. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 960-970.
- Büttner, P. (2008). Kinder- und Jugendhilfe. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (6., vollst. überarb. Aufl., S. 693-709). Göttingen: Hogrefe.
- Büttner, P., Rücker, S., Petermann, U., Petermann, F. (2011). Anschlusshilfen als Parameter für die Wirksamkeit teilstationärer Jugendhilfe-Maßnahmen: Eine Vergleichsstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39, (im Druck).
- Casey Clinical R&D Project (2008). *Guidelines for Mental Health in Child Welfare*. Arlington: Developed at the Best Practice in Mental Health and Child Welfare Consensus.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Erlbaum.
- Döpfner, M., Petermann, F. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von aggressiv-dissozialen Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 97-112.
- Engel, C., Pätow, C., Hässler, F. (2009). Psychische Belastung und Geschlechtsunterschiede einer Stichprobe der stationären Jugendhilfe. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 702-715.
- Farmer, E. M. Z., Mustillo, M. A., Wagner, H. R., Burns, B. J., Kolko, D. J., Barth, R. P., Leslie, L. K. (2010). Service use and multi-sector use for mental health problems by youth in contact with child welfare. *Children and Youth Services Review*, 32, 815-821.
- Farrington, D. P., Ttofi, M. M., Coid, J. W. (2009). Development of adolescence-limited, late-onset, and persistent offenders from age 8 to age 48. *Aggressive Behavior*, 35, 150-163.

- Fegert, J. M., Besier, T., Goldbeck, L. (2008). Positionspapier: Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen in der stationären Jugendhilfe und Reisenburger Appell der Fachkräfte. *Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht*, 81, 187-192.
- Fendrich, S., Pothmann, J., Wilk, A. (2010). Welche Probleme führen zu einer Hilfe zur Erziehung? *KOMDAT Jugendhilfe*, 12, 5-6.
- Hermann, T., Arnold, J., Kühn, N., Müller, S., Sebastian, E., Tapadar, R., Wilke, H., Wirz, J., Macsenae, M. (2009). *EVAS-Datenbericht 2008*. Mainz: Institut für Kinder- und Jugendhilfe.
- Hiller, W., Bleichhardt, G., Schindler, A. (2009). Evaluation von Psychotherapien aus der Perspektive von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57, 7-22.
- Hope, T. (2005). Pretend it doesn't work: The anti-social bias in the maryland scientific methods scale. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 11, 275-296.
- Hradil, S. (2005). *Soziale Ungleichheit in Deutschland* (8. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag.
- Janssens A., Deboutte, D. (2009). Screening for psychopathology in child welfare: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 691-700.
- Koglin, U., Janke, N., Petermann, F. (2009). Werden IQ-Veränderungen vom Kindergarten zum Schulalter durch psychosoziale Risikofaktoren beeinflusst? *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 41, 132-141.
- Koglin, U., Petermann, F. (2008). Inkonsistentes Erziehungsverhalten – Ein Risikofaktor für aggressives Verhalten? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 285-291.
- Lyons, J. S., Rogers, L. (2004). The U.S. Child welfare system: A de facto public behavioral health care system. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 971-973.
- Mayring, P. (2008). *Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Märtens, M., Petzold, H. (1995). Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 44, 302-321.
- McCrae, J. S. (2009). Emotional and Behavioral Problems Reported in Child Welfare Over 3 Years. *Emotional and Behavioral Disorder*, 17, 17-28.
- Merod, R., Petermann, F. (2006). Messung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Therapie von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 15, 164-169.
- Nitkowski, D., Petermann, F., Büttner, P., Krause-Leipoldt, C., Petermann, U. (2009). Verhaltenstherapie und Jugendhilfe. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37, 461-468.
- Noeker, M., Petermann, F. (2008). Resilienz: Funktionale Adaption an widrige Umgebungsbedingungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 255-263.
- Orton, H. D., Riggs, P. D., Libby, A. M. (2009). Prevalence and characteristics of depression and substance use in a U.S. child welfare sample. *Children and Youth Services Review*, 31, 649-653.
- Pecora, P. J., Roller-White, C., Jackson, L. J., Wiggins, T. (2009). Mental health of current and former recipients of foster care: a review of recent studies in the USA. *Child and Family Social Work*, 14, 132-146.
- Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 48-57.
- Petermann, F. (2007). Praxisforschung in der Kinderverhaltenstherapie. *Kindheit und Entwicklung*, 16, 139-142.
- Petermann, F., Hampel, P. (2009). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Kindheit und Entwicklung*, 18, 135-136.

- Petermann, F., Petermann, U. (2008). Training mit aggressiven Kindern (12. vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Petermann, F., Petermann, U., Besier, T., Goldbeck, L., Büttner, P., Krause-Leipoldt, K., Nitkowski, D. (2008). Zur Effektivität des Trainings mit aggressiven Kindern in Psychiatrie und Jugendhilfe. *Kindheit und Entwicklung*, 17, 182-189.
- Petermann, U., Petermann, F. (2006). Erziehungskompetenz. *Kindheit und Entwicklung*, 15, 1-8.
- Petermann, U., Petermann, F., Franz, M. (2010). Erziehungskompetenz und Elternteraining. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 67-71.
- Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F. (Hrsg.) (2006). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (4. vollst. überarb. und erw. Aufl.). Bern: Huber.
- Roos, K., Petermann, F. (2006). Kosten-Nutzen-Analyse der Heimerziehung. *Kindheit und Entwicklung*, 15, 45-54.
- Rutter, M. (1989). Isle of Wight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 633-653.
- Rücker, S., Petermann, U., Büttner, P., Petermann, F. (2009). Zur Wirksamkeit ambulanter und teilstationärer Jugendhilfemaßnahmen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37, 551-557.
- Rücker, S., Petermann, U., Büttner, P., Petermann, F. (2010a). Differenzielle Wirksamkeit der Jugendhilfe: traditionelle und zerbrochene Familien im Vergleich. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 253-265.
- Rücker, S., Petermann, U., Büttner, P., Petermann, F. (2010b). Ambulante und teilstationäre Jugendhilfe-Maßnahmen: Aussagen zur langfristigen Wirksamkeit. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 429-437.
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., Fegert, J.M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2, doi: 10.1186/1753-2000-2-2.
- Schmid, M., Nützel, J., Fegert, J.M., Goldbeck, L. (2006). Wie unterscheiden sich Kinder aus Tagesgruppen von Kindern aus der stationären Jugendhilfe? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55, 544-558.
- Schmidt, S., Petermann, F. (2009). Developmental psychopathology: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *BMC Psychiatry*, 9, Art. No. 58.
- Southerland, D., Casanueva, C.E., Ringeisen, H. (2009). Young adult outcomes and mental health problems among transition age youth investigated for maltreatment during adolescence. *Children and Youth Services Review*, 31, 947-956.
- Zander, M. (2008). *Armes Kind – starkes Kind? Die Chance der Resilienz*. Wiesbaden: VS.

**Korrespondenzanschrift:** Dipl.-Psych. Stefan Rücker, Forschungsgruppe PETRA, Jacobsgärten 2, 36381 Schlüchtern; E-Mail: [sruecker@uni-bremen.de](mailto:sruecker@uni-bremen.de)

*Peter Büttner und Stefan Rücker, Projekt PETRA, Hessen; Stefan Rücker, Ulrike Petermann und Franz Petermann, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen.*