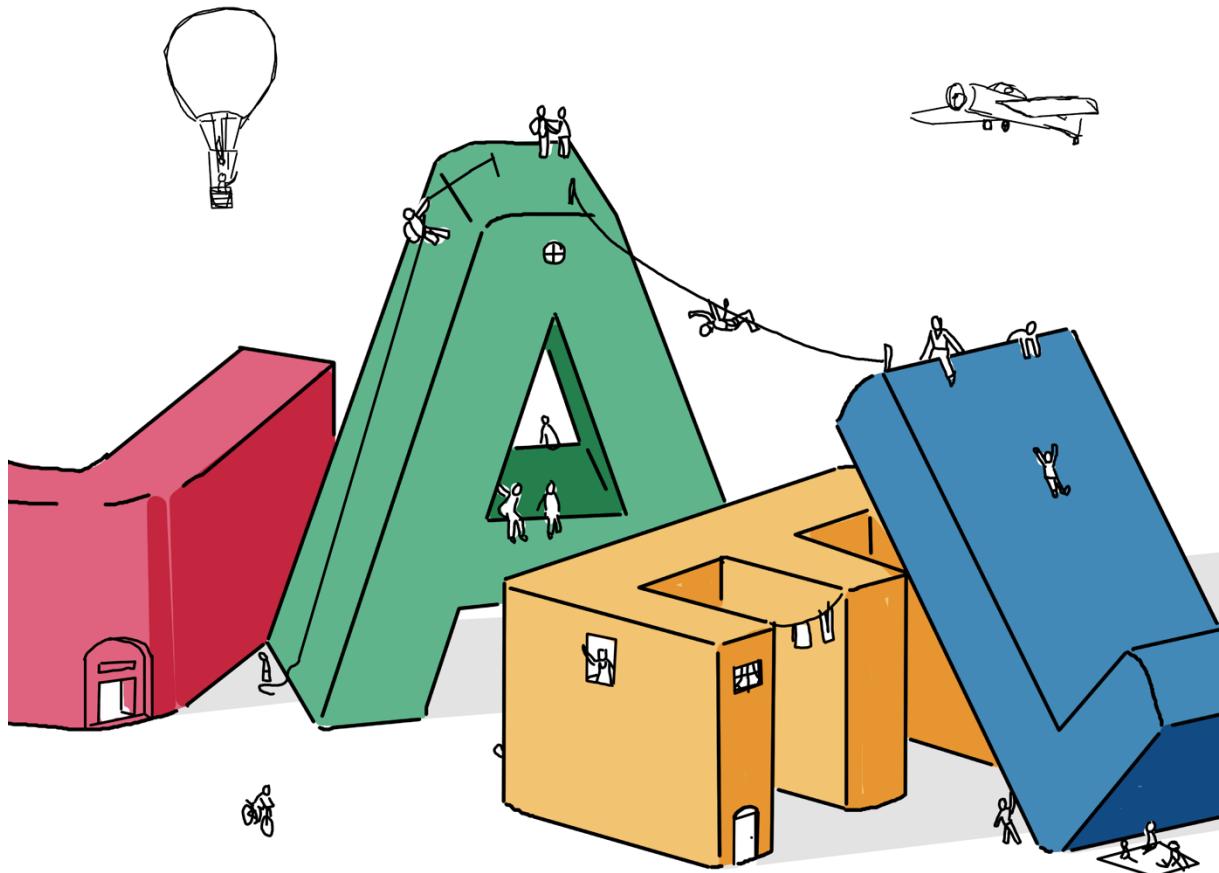


SCHLUSSBERICHT



Jugendhilfeverläufe: Aus Erfahrung lernen

Nils Jenkel¹, Cyril Boonmann¹, Dina Bürgin¹, Melanie Binder¹, Daniela Neichl², Süheyyla Seker¹, Delfine d'Huart¹, Martin Schröder¹, David Bürgin¹, Klaus Schmeck¹, Jörg, M. Fegert², Marc Schmid¹

¹UPK Basel Klinik für Kinder und Jugendliche
Wilhelm Klein-Strasse 27
4002 Basel
Schweiz

²Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Steinhövelstrasse 5
89075 Ulm
Deutschland

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Dipl.-Psych. Marc Schmid
UPK Basel Klinik für Kinder und Jugendliche
Wilhelm Klein-Strasse 27
4002 Basel
marc.schmid@upk.ch
T: +41 61 325 82 55

Eckdaten des Projekts

Projektstart: 1. Oktober 2016

Projektende: 31. März 2024¹

Gesamtleitung

PD Dr. M. Schmid (Basel)

Prof. Klaus Schmeck (Basel)²

Prof. Jörg M. Fegert (Ulm)

Projektkoordination

Dr. Cyril Boonmann

Nils Jenkel

Unter weiterer Mitwirkung von (in alphabetischer Reihenfolge)

Arzie Bajrami, Katharina Beck, Raphael Bermeitinger, Julia Birkenmaier, Linda Calzolaro, Lucia Camenzind, Nathalie Carter, Alison Crivelli, Jana Daza Teuta-Bielser, Alice de Marco, Jennifer Erb, Hélène Felix, Gabriele Füllemann, Elodie Fux, Anaïs Gasser, Kim Götschi, Laura Gurri, Stéphanie Habersaat, Ulrike Hoffmann, Nicole Kreuzer, Alexander Küttner, Laura Leenarts, Milou Leiting, Michèle Loeliger, Julie Palix, Tania Pérez, Raphaëla Reinhold, Kayla Rüttimann, Rea Suter, Natascha Usai, Valentin von Uslar-Gleichen, Stefania Vanzetti, Ennio Zala

Advisory Board (in alphabetischer Reihenfolge)

Tanguy Ausloos, Niklas Baer, Martin Bässler, Olivier Baud, Esther Beyeler-Mattle, Stefan Blülle, Benjo de Lange, Karl Diethelm, Jörg Dittmann, Theo Doreleijers, Gerhard Ebner, Pascal Flotron, Thomas Gabriel, Marie-Thérèse Hofer, Andreas Jud, Béatrice Knecht-Krüger, Meryem Oezdirek, Gabriele Rauser, Jan Schmid, Imelda Schiltknecht, Vivienne Simon, Sabine Uhlmann, Corinne Zbären

¹ nach bewilligter Verlängerung vom 30. Januar 2020

² bis 31.07.2021

Danksagung

Unser Dank gilt jedem:r Einzelnen, der:die auf irgendeine Weise zum Gelingen dieses Projekts beigetragen hat.

In erster Linie gilt unser herzlichster Dank den JAEL-Teilnehmenden, die sich bereit erklärt haben, nochmals an unserer Untersuchung teilzunehmen und nicht nur viel Zeit in die Befragungen investiert haben, sondern auch die Bereitschaft zeigten, sich nochmals mit ihrer Zeit in den sozialpädagogischen Institutionen auseinanderzusetzen. Ganz besonders auch jenen JAEL-Teilnehmenden, die den Mut hatten, sich uns anzuvertrauen, obwohl es ihnen im Moment nicht so gut geht und sie in verschiedenen Lebensbereichen mit Problemen konfrontiert sind. Sie haben mit ihrer Teilnahme und ihren Geschichten einen wichtigen Beitrag dazu geleistet, dass sich das Kinder- und Jugendhilfesystem in der Schweiz weiterentwickeln kann, da ihre eindrucksvollen Berichte oft einen sehr konkreten Optimierungsbedarf anstoßen können. Wir haben uns bemüht ihre Erfahrungen und Bedürfnisse im Rahmen der webbasierten Weiterbildung jael-elearning.ch und in unseren Empfehlungen aufzugreifen, da uns gerade ihre Stimme wichtig ist.

Auch den Leitungen und Mitarbeitenden der beteiligten Kinder- und Jugendhilfeinstitutionen, welche ihre Zeit und Energie aufgebracht haben, während MAZ. an unseren umfangreichen Befragungen teilzunehmen und uns bei der Rekrutierung für JAEL nochmals sehr geholfen haben, möchten wir herzlich danken.

Wir danken allen in diesem Bericht aufgeführten Beteiligten für ihre wertvolle Mitarbeit. Ein so grosser Modellversuch kann nur gelingen, wenn viele Personen ihre spezifische Expertise in einem gut aufeinander abgestimmten Prozess einbringen.

Ein besonderer Dank geht an das Bundesamt für Justiz für die finanzielle Unterstützung, die ermöglicht hat, beide sehr aufwendigen und lange Modellversuche durchzuführen. Insbesondere Regula Fierz-Wengert und Ronald Gramigna danken wir für die gute und hochprofessionelle Zusammenarbeit. Auch den Expert:innen („Göttis“) des Fachausschusses für Modellversuche, die uns bei der Durchführung des Modellversuchs begleitet und unterstützt haben gebührt unser Dank.

Des Weiteren möchten wir allen Expert:innen und den Theaterschaffenden für ihre wertvollen Beiträge in der entstandenen webbasierten Weiterbildung (jael-elearning.ch) danken. Ein Dank gilt auch den Praktiker:innen, welche diese Weiterbildung ausprobiert und uns mit ihrem Feedback geholfen haben.

Nicht zuletzt möchten wir unseren wissenschaftlichen Beirat würdigen, der uns über die Jahre hinweg begleitet und mit seiner Expertise und Persönlichkeiten sehr bereichert und viele konkrete Hinweise zu Rekrutierung, Umsetzung und Interpretation der Ergebnisse eingebracht hat, welche in den Modellversuch und diesen Bericht eingeflossen sind und beides sehr verbessert haben. Ebenso dürfen wir uns bei der Migros für die unkomplizierte Unterstützung mit den vergünstigten Gutscheinen bedanken, mit welchen wir den JAEL-Teilnehmenden angesichts des nicht unerheblichen Aufwands für die Teilnahme an den Interviews entschädigen konnten.

Geleitwort

Jörg M. Fegert, Marc Schmid, Klaus Schmeck

Kooperationen zu einem Thema, die über ein Jahrzehnt intensiv vorangehen und zu immer neuen Publikationen und sukzessive zu einer Veränderung eines ganzen Arbeitsbereichs führen, sind seltene Juwelen in der wissenschaftlichen Arbeit. Viel zu häufig ist Projektförderung von Themenkonjunkturen und der jeweiligen politischen Agenda, z.B. in einer Legislaturperiode, abhängig. Als wir 2006 vom Bundesamt für Justiz die Zusage für die Durchführung des Modellversuchs MAZ. bekamen, war diese Zusage anfangs begleitet von einer gewissen Skepsis, ob ein so gross angelegter schweizweiter Modellversuch tatsächlich erfolgreich umgesetzt werden konnte. Von daher war auch zum damaligen Zeitpunkt nicht abzusehen, welche vielfältigen Ergebnisse und Empfehlungen für die Praxis aus MAZ. und den daran anschliessenden Modellversuchen Traumapädagogik und JAEL bis zum Jahr 2025 entstanden sind.

Fremdplatzierte Kinder sind, egal aufgrund welcher Rechtsgrundlage sie fremdplatziert sind, eine Hochrisikopopulation in mehrfacher Hinsicht. Schon unsere ersten Untersuchungen konnten zeigen, wie stark die Belastung mit potenziell traumatischen Erlebnissen in der Vorgeschichte dieser Kinder und Jugendlichen ist. Wie häufig diese Kinder Beziehungsabbrüche erleben mussten, wenn sie wieder einmal „umplaziert“ wurden. Schon die ersten Ergebnisse waren ermutigend, dass Fremdplatzierung tatsächlich nicht nur zu handfesten pädagogischen Ergebnissen in der Schweiz mit einer hohen Zahl von Schulabschlüssen führen, sondern dass auch die messbare psychopathologische Belastung deutlich zurückging.

Nachdem wir gemeinsam mit den den Modellversuch unterstützenden Institutionen erkannt hatten, wie hilfreich individuelle Zielerreichungsmessung und die Berücksichtigung der Belastungsvorgeschichte der Kinder und Jugendlichen sind, wurden als direkter Nutzen für die Praxis handhabbare Instrumente für den Alltag entwickelt.

Gleichzeitig konnte ein neuer Modellversuch initiiert werden, der Traumapädagogik als Haltung und Handwerkszeug in entsprechenden Einrichtungen kooperativ und partizipativ entwickelte. Die vertrauensvolle, über Jahre sich entwickelnde Zusammenarbeit mit den Kolleg:innen im Feld ermöglichte schliesslich auch die Erhebung von biologischen Parametern wie der Haarcortisol bei den betreuenden Fachkräften – was viel Vertrauen in die Forschenden voraussetzt. Aus den daraus gewonnenen Ergebnissen konnten dann Hinweise für die enorme psychische und physische Belastung der Fachkräfte und Empfehlungen für ihre Unterstützung abgeleitet werden.

Aus den vielen bedeutsamen Ergebnissen des Modellversuchs JAEL wollen wir schon im Geleitwort auf sechs wichtige Ergebnisse hinweisen – ohne zu viel vorwegzunehmen, sondern die Leserschaft auf diese Kapitel und die daraus resultierenden Implikationen besonders neugierig zu machen. Dies sind Ergebnisse, die aus unserer Sicht besonders besorgniserregend oder erfreulich sind und womit sich die sozialpädagogische Praxis und Fachpolitik auseinandersetzen sollte.

1. Über ein Drittel mit wahrgenommen zu geringer Unterstützung im Transitionsprozess
2. Hohe Prävalenz von Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen
3. Gewalterfahrungen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe
4. Probleme bei der Arbeitsintegration, Bildung und Finanzen
5. Chronifizierte psychische Belastung
6. Positive Evaluation der webbasierten Weiterbildung für sozialpädagogische Fachkräfte

1. Über ein Drittel mit wahrgenommen zu geringer Unterstützung im Transitionsprozess

Der relativ hohe Anteil der jungen Menschen aus der JAEL-Stichprobe, die gut zureckkommen zeigt, dass vieles sehr gut funktioniert und in der Begleitung der jungen Menschen gute Arbeit geleistet wird. Gleichzeitig ist es sehr besorgniserregend, dass 20% der Stichprobe Probleme in fast allen Lebensbereichen aufweisen und sich 30% in der Übergangsphase nicht ausreichend gut unterstützt fühlten. Einerseits zeigt dies, wie wichtig solche Studien wie die JAEL-Studien sind, um mehr über die Risiko- und Schutzfaktoren für gute und schlechte Verläufe herauszufinden. Andererseits zeigt dies aber auch, dass es noch sehr viel zu tun und zu optimieren gibt. Selbst, wenn man bedenkt, dass sich seit dem Austritt der JAEL-Teilnehmenden vieles verbessert hat, Strukturen aufgebaut wurden und eine Sensibilisierung für die Transition aus der Kinder- und Jugendhilfe und die Bedürfnisse stattgefunden hat, muss man in die Gestaltung von erfolgreichen Übergängen noch mehr investieren. Auch müssen in den deutschsprachigen Ländern die gesetzlichen Grundlagen dafür geschaffen werden, dass junge Erwachsene beim Übergang aus der Jugendhilfe noch besser und professioneller betreut werden können und insbesondere wieder schneller, unbürokratischer und niederschwelliger Hilfen bekommen können, wenn der Integrationsprozess und die gesellschaftliche Teilhabe gefährdet ist. Es ist wichtig diese Übergänge als einen längerfristigen Prozess zu verstehen, in dem man die jungen Menschen in ein stabiles Netzwerk überführt und dabei potenzielle Probleme antizipiert und die jungen Menschen entsprechend absichert.

2. Hohe Prävalenz von Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen

Die extrem hohe Prävalenz von Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen in der MAZ- und JAEL-Stichprobe bestätigt unsere eigenen und internationale Studien. Aber die Tatsache, dass solche Erfahrungen bei fremdplatzierten Kindern eher die Regel als die Ausnahme sind, zeigt wie wichtig die Prävention im Kinderschutz ist. Sicher wäre es, in Anbetracht der langen Vorgeschichte in verschiedenen Hilfen, die viele der JAEL-Teilnehmenden durchlaufen haben, sinnvoll, Fremdplatzierungen früher und konsequenter einzuleiten und die ganze Familie in einem partizipativen Zuweisungsprozess auch nachhaltig von den Hilfen zu überzeugen. Eine ausserfamiliäre Platzierung kann manchmal auch die Optima und nicht nur die ultima ratio sein. Bei der ganzen Ausgestaltung von ausserfamiliären Hilfen sollte auf eine ausreichende Traumasensibilität, Bindungs- und Resilienzförderung und mit einer Struktur- und Prozessqualität in den Institutionen, die diese Prozesse unterstützt, geachtet werden.

3. Gewalterfahrungen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe

Der vielleicht unangenehmste Befund ist der hohe Anteil von jungen Menschen, die von körperlicher und sexueller Gewalt in der Heimerziehung berichten. Die Tatsache, dass 26% der jungen Menschen von tätlicher und 4% von sexueller Gewalt, vor allem durch die Peers, teils aber auch durch das Personal berichten, ist besorgniserregend und jede dieser Erfahrung ist eine zu viel. Es ist zu befürchten, dass das reale Ausmass sogar noch höher ist. Wenn es nicht gelingt die Kinder und Jugendlichen in den Institutionen wirkungsvoll vor Gewalterfahrungen zu schützen, ist eine Einleitung aus Kinderschutzgründen nicht gut zu legitimieren. Deshalb ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Herstellung eines „sicheren Ortes“ für die Kinder und Jugendlichen das oberste Ziel für jede ausserfamiliäre Platzierung sein muss. Es ist zentral, das Risiko für Gewalt in den Institutionen noch viel weiter zu reduzieren und im Rahmen der Heimaufsicht nicht nur zu überprüfen, ob die Institutionen Schutzkonzepte haben, sondern auch inwiefern diese gelebt werden, funktionieren, bei den fremdplatzierten Kindern und Jugendlichen auch ankommen und ob eine Sensibilisierung für die Wahrung von Grenzen und eine gewaltfreie Peer Kultur erkennbar ist.

4. Probleme bei der Arbeitsintegration, Bildung und Finanzen

Leider zeigt sich auch in der JAEL-Stichprobe, dass die Arbeitsintegration in den ersten Arbeitsmarkt ein Hauptproblem für viele Care Leaver:innen darstellt, woraus auch finanzielle Sorgen und Probleme resultieren. Mit diesem Bereich sind auch die Care Leaver:innen selbst am unzufriedensten. Interessant ist, dass die Integration auf dem ersten Markt nicht gelingt, obwohl viele Care Leaver:innen in der Heimerziehung einen Schul- und Berufsabschluss machen. Dies zeigt, dass ein erfolgreicher Berufsabschluss nur eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für eine erfolgreiche Berufsintegration ist. Um die jungen Menschen nachhaltig auf dem ersten Arbeitsmarkt integrieren zu können, müsste man vermutlich diese Integration und nicht „nur“ den Berufsabschluss als Ziel definieren und die Arbeitgeber:innen länger und viel gezielter darin unterstützen die jungen Menschen zu verstehen und mit diesen erfolgreich zu interagieren.

5. Chronifizierte psychische Belastung

Es war aufgrund von den Verläufen der psychischen Erkrankungen zu erwarten, dass viele JAEL-Teilnehmende noch oder wieder unter psychischen Erkrankungen leiden würden. Unsere Befunde, dass 60% der jungen, ehemals fremdplatzierten Erwachsenen die Diagnosekriterien für eine psychische Erkrankung erfüllen und 50% sowohl während der Heimerziehung als auch beim zweiten Messzeitpunkt nach der Verselbständigung unter einer psychischen Erkrankung litten, zeigt, wie wichtig es ist, die psychische Gesundheit der fremdplatzierten Kinder während der gesamten Hilfeplanung zu beachten und wie bedeutsam die Sensibilisierung für diese Belastungen ist. Die konsequente evidenzbasierte Behandlung von psychischen Erkrankungen während der Heimerziehung sollte weiter ausgebaut werden. Entscheidend ist auch, dass die Behandlungskontinuität nach dem Austritt und nach der Vollendung des 18. Lebensjahres gewahrt und gewährt wird. Leider gibt es viele Hinweise, dass sich der Zugang zu Behandlungen eher verschlechtert, wenn die jungen Menschen die Heime und ihre Netzwerke verlassen. Hier wäre es wichtig, niederschwellige adoleszenzpsychiatrische Hilfen aufzubauen, die auch eng mit den sozialpädagogischen und agogischen Unterstützungsangeboten im Transitionsprozess zusammenarbeiten.

6. Positive Evaluation der webbasierten Weiterbildung für sozialpädagogische Fachkräfte

Die sehr positive Evaluation des E-Learnings zeigt, wie wichtig es wäre, digitale Weitebildungsmöglichkeiten viel konsequenter zu nutzen. Besonders erfreulich ist, dass die Fachkräfte nicht nur einen Wissenszuwachs angaben, sondern bei sich selbst auch eine höhere Selbstwirksamkeit im Alltag und im Umgang mit psychischen Belastungen feststellten. Dies zeigt, dass E-Learnings oder insbesondere ‘Blended Learning’ (die Kombination von webbasierten Weiterbildungen mit Präsenzweiterbildungen und Austauschforen) eine gute Möglichkeit sind, Fachkräfte auf einen ähnlichen Wissenstand zu bringen und neue Fachkräfte schnell ökonomisch einzuarbeiten. Dies könnte für Trägerschaften und die Kantone sehr attraktiv sein, um gemeinsame Standards und Konzepte zu etablieren und die Kooperation zwischen den einzelnen pädagogischen Institutionen zu fördern. Die E-Learnings sollen sich natürlich langfristig gut planen lassen. Dadurch können auch Fachkräfte erreicht werden, für die zeitaufwendige und kostenintensive Präsenzweiterbildungen gerade kaum zu realisieren oder mit dem Familienalltag schwer zu verbinden wären.

Zudem ist es uns gelungen, zusätzlich zu den Modellversuchen, rund eine Million weitere Drittmittel für interessante und teils auch sehr praxisrelevante Forschungsfragestellungen zu akquirieren. Ganz

allmählich wurden diese Modellversuche daher auch durch zahlreiche Fachpublikationen eine enorme Quelle des internationalen Wissenszuwachs' und boten damit auch eine Chance, in diesem oft vernachlässigten Themenbereich empirisch fundierte Empfehlungen zu erarbeiten, um das Feld im Hinblick auf die vielfältigen Herausforderungen weiterzubringen.

Der hier vorgelegte Schlussbericht zum Projekt „Jugendhilfeverläufe: Aus Erfahrung lernen“ stellt die Krönung der jahrzehntelangen Zusammenarbeit dar und zeigt nachdrücklich, wie viel institutionelle Erziehung Kindern und Jugendlichen mit schwierigen Ausgangslagen individuell bringen kann und wie sehr der Gesellschaft und den Individuen mit diesen Hilfen gedient ist.

Deutlich werden aber auch Probleme, die in den letzten Jahren immer offensichtlicher und drängender geworden sind, wie der Fachkräftemangel in der Sozialpädagogik und institutionellen Erziehung. Die damit häufig verbundenen Wechselsituationen, die herausfordernde Frage des Schutzes von Kindern in den Institutionen, in denen sie eigentlich zu ihrem Schutz untergebracht wurden, und daneben die Bedeutung von Suchtentwicklungen als massiv verlaufsbeeinträchtigender Faktor.

Dank vertraglicher Vereinbarungen mit dem Bundesamt für Statistik ist auch die Legalbewährung der JAEL-Teilnehmenden erfasst worden und die Ergebnisse können sich auch hinsichtlich der Rückfallvermeidung im internationalen Vergleich sehen lassen. Gute Forschung, die auf empirischer Grundlage eine nachhaltige Veränderung von alltäglicher Praxis bewirken will, braucht einen langen Atem. Diesen hat das BJ als fördernde Institution, der Fachausschuss für die Modellversuche ebenso wie die Gesamtleitung gehabt. Trotz zahlreicher Wechsel bei den Entscheidungsträger:innen in den beratenden Gremien und vor allem in den Teams der Mitarbeitenden, wo immer wieder neue junge Praktiker:innen und Wissenschaftler:innen ihre beruflichen Entwicklungen in diesen Projekten begonnen haben, ist ein stringentes Gesamtergebnis entstanden, welches europaweit, ja weltweit seines Gleichen sucht.

In der Gesamtleitung haben zwei Initiatoren das Rentenalter erreicht und haben in Vielem den operativen Staffelstab in die bewährten Hände von Marc Schmid übergeben. Walter Troxler, der mit hohem Engagement den Start des ersten Modellversuchs ermöglichte und diesen mit seinen Mitarbeiterinnen Renate Clemenccon und Natascha Mathis begleitet hatte, ist ebenfalls im Ruhestand. Roland Gramigna hat mit Unterstützung von Regula Fierz-Wengert die Weiterführung hoch engagiert vertreten und auch die europäische Bedeutung des Projektes früh erkannt. Seit 2006 wurden die drei Modellversuche kontinuierlich durch Mitglieder des Fachausschusses begleitet, für deren kompetente und engagierte Unterstützung wir sehr dankbar sind: Die «Göttis» aus dem Fachausschuss und die Fachkräfte des BJ bereicherten auch unseren kompetenten Projektbeirat aus Institutionsleitungen, Zuweisenden, Fachverbänden (Integras und Leaving Care) und Schweizer Wissenschaftler:innen, die viele wichtige Hinweise zur Umsetzung des Projektes und der Interpretation der Ergebnisse beisteuerten.

Wir wünschen dem hier vorgelegten Schlussbericht des Projekts „Jugendhilfeverläufe: Aus Erfahrung lernen“ ähnliche Aufmerksamkeit wie unseren bisherigen Ergebnissen. Wir sind sicher, dass durch die hohe Akzeptanz des entwickelten E-Learning Programms schon jetzt zentrale und für die Praxis hilfreiche Ergebnisse unserer Studien in die Praxis zurückgemeldet werden konnten. Gerade in einer Zeit, wo diese Felder durch ständige Wechsel geprägt sind, ist eine zeitunabhängige, stets verfügbare Fortbildungsmöglichkeit von zentraler Bedeutung.

Vorwort

Marc Schmid, Cyril Boonmann, Nils Jenkel

Mit dem Abschluss des Modellprojekts JAEL „Jugendhilfeverläufe: Aus Erfahrung Lernen“ kommt eine fast zwei Jahrzehnte lange wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen aus Heimeinrichtungen zu ihrem erfolgreichen Ende.

Bevor im Januar 2007 in der Schweiz ein neues Jugendstrafrecht eingeführt wurde, bewilligte das Bundesamt für Justiz im Jahr 2006 den Modellversuch MAZ. („Modellversuch zur Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen“). Im Hinblick auf die Neufassung des Jugendstrafrechts sollte bei im stationären Massnahmenvollzug platzierten Kindern und Jugendlichen eine umfassende Abklärung der persönlichen und individuellen Verhältnisse sowie der psychischen und physischen Gesundheit stattfinden. Ein weiteres Ziel bezog sich auf die Überprüfung der Wirksamkeit von Massnahmen.

Im Rahmen dieses Modellversuchs wurden in 64 vom Bundesamt für Justiz akkreditierten Jugendhilfeinstitutionen und Massnahmезentren insgesamt 592 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene umfangreich untersucht. Dabei zeigte sich, dass diese jungen Menschen in ihrer Vorgeschichte in erheblichem Umfang traumatischen Erfahrungen ausgesetzt waren und zum Zeitpunkt der Untersuchung in knapp drei Viertel der Fälle manifeste psychische Störungen aufwiesen. Aus den Ergebnissen von MAZ. wurden zwei Konsequenzen gezogen: Zum einen wurde gemeinsam mit dem Fachverband Integras EQUALS (www.equals.ch) gegründet, um die im Modellprojekt entwickelte Batterie von Untersuchungsinstrumenten dauerhaft den Jugendhilfeinstitutionen zur Verfügung stellen zu können. Zum anderen wurde ein zweites Modellprojekt „Implementierung und Evaluation von traumapädagogischen Konzepten“ gestartet, mit dessen Hilfe der hohen Belastung an traumatischen Erfahrungen Rechnung getragen werden sollte, um die Situation der betroffenen Kinder und Jugendlichen langfristig zu verbessern.

Die kontinuierliche Auseinandersetzung mit der sehr herausfordernden Arbeit der Mitarbeiter:innen von Jugendhilfe- und Massnahmenvollzugsinstitutionen führte schliesslich zum Entschluss, einen dritten Modellversuch zu beantragen, in dem die Ergebnisse der bisherigen Untersuchungen im Längsschnitt aufgearbeitet und mit Hilfe eines E-Learning-Programms den Fachpersonen zur Verfügung gestellt werden sollten, um sie damit in ihrer Arbeit zu unterstützen, aber vor allem auch um die Situation der in Institutionen untergebrachten jungen Menschen zu verbessern zu helfen.

Diese Ziele sollen durch den Namen des Modellversuchs ausgedrückt werden: Jugendhilfeverläufe – Aus Erfahrung Lernen (JAEL). In JAEL führen wir die Erfahrungen aus all unseren bisherigen Modellversuchen zusammen. Von Beginn an wollten wir die Dissemination der Ergebnisse der Längsschnittstudie mitdenken und dabei möglichst vielen Fachkräften die Möglichkeit geben, für Ihre Berufspraxis zu profitieren, da wir bei der MAZ.-Studie die Erfahrung gemacht haben, dass die Ergebnisse zwar auf fachpolitischer Ebene viele gute Entwicklungen angestoßen haben, für die Fachkräfte im pädagogischen Alltag aber eigentlich noch zu wenig konkreten Nutzen hatten.

Dank der finanziellen Unterstützung durch das Bundesamt für Justiz war es möglich, ein sehr arbeitsintensives Programm zum Wiederauffinden der im Modellversuch MAZ zum ersten Mal untersuchten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu starten. Der Aufwand, um mit diesen jungen Menschen wieder in Kontakt zu kommen und sie für die Teilnahme zu motivieren, war erheblich und konnte nur dank unserer sehr motivierten und emotional engagierten wissenschaftlichen Mitarbeiter:innen derart erfolgreich gestalten werden. Für diese Leistung sind nicht nur wir, sondern das gesamte Feld der Jugendhilfe zu grossem Dank verpflichtet. Im vorliegenden Bericht ist ausführlich

dargestellt, welch mühsames Unterfangen dies war. Um Verzerrungen der Ergebnisse unserer Untersuchungen zu minimieren, haben wir unser Möglichstes getan, um auch diejenigen jungen Menschen wieder zu finden, die bei der Transition von der Unterbringung in ein selbstverantwortetes Erwachsenenleben keinen erfolgreichen Weg gehen konnten. Es war uns ein Anliegen, die Betroffenen in qualitativen Interviews selbst ausführlich zu Wort kommen zu lassen, um objektive Verlaufsdaten und Narrative zu den Entwicklungsverläufen und den dabei wirksamen Risiko- und Schutzfaktoren zusammen zu bringen. Die Ergebnisse der Untersuchungen fanden dann Eingang in die E-Learning-Programme, die anschliessend evaluiert wurden. Dabei war die seit langem bestehende erfolgreiche Zusammenarbeit der Universitäten Basel und Ulm von ausserordentlicher Bedeutung, weil die exzellente Expertise der Arbeitsgruppe „Wissenstransfer, Dissemination, E-Learning“ der kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik Ulm die Qualität der Lernprogramme entscheidend verbesserte. Toll ist auch, dass wir das E-Learning wieder in Kooperation mit Integras verstetigen konnten und Fachkräfte aus der ganzen Schweiz das Angebot weiter nutzen können.

Schon im ersten Modellversuch war es uns wichtig, die drei grossen Sprachregionen der Schweiz in unsere Untersuchungen einzubeziehen. Auch im JAEL-Projekt wurden die E-Learning-Programme in deutscher, französischer und italienischer Sprache ausgearbeitet und angeboten. Die sehr positiven Rückmeldungen, die wir im Rahmen der Evaluation und der ersten Anwendungen bekommen haben, lassen uns hoffen, dass diese E-Learning-Programme schweizweit, aber längerfristig auch international, weite Verbreitung finden werden, damit möglichst viele Fachpersonen Kenntnisse erwerben können, die ihnen in ihrer konkreten Arbeit mit den oft in ihrem Verhalten herausfordernden Jugendlichen helfen sollen. Damit wäre dann auch eines der wesentlichen Ziele eines Modellversuchs erfüllt, dass die Ergebnisse zu nachhaltigen Verbesserungen der Lebenssituation von (jungen) Menschen im Straf- und Massnahmenvollzug sowie in der stationären Kinder- und Jugendhilfe führen sollen.

Mit unserem Bericht und insbesondere dem E-Learning-Programm sollen aber auch alle anderen Fachpersonen angesprochen werden, die mit jungen Menschen arbeiten, die aufgrund ihrer Lebensgeschichte schwerwiegend belastet sind oder unter psychischen Störungen leiden.

In Anbetracht der Vielzahl der potenziellen Ergebnisse, bitten wir um Verständnis dafür, dass wir priorisieren mussten und zwangsläufig nicht über alle interessanten Ergebnisse, sondern nur über eine Auswahl berichten können und hoffen sehr, dass Ihnen unsere Auswahl zusagt.

Wir haben den Bericht, bewusst grob vergleichbar zu den Biografien der jungen Menschen aufgebaut, so dass wir von der Vorgeschichte der Heimplatzierungen, den familiären Bindungen und Belastungen der jungen Menschen, über die Aufnahme, das Erleben ihrer Zeit in den sozialpädagogischen Wohngruppen, bis hin zum Übergang und zur aktuellen Lebenssituation führen und daher für jede Phase aus unserer Sicht sehr interessante Ergebnisse berichten können. Eine besondere Stärke unserer Studie liegt in der standardisierten Beschreibung der psychischen Belastung und deren Verläufe, weshalb wir auf dieses Thema etwas mehr Zeit und Raum verwenden. Die Beschreibung des E-Learnings und der darin behandelten Inhalte und seine Evaluation sind die zentralen Ziele und Ergebnisse des Modellversuches, da diese den unmittelbaren Nutzen für die Praxis darstellen.

Wir haben, um der Leserschaft zu helfen die Ergebnisse einzuordnen, mit Exkursen in Kästen gearbeitet, in denen wir die Bedeutung dieser Faktoren für die Heimerziehung und die Übergänge ins Erwachsenenalter praxisnah beschreiben. Dadurch kann die Bedeutung der Ergebnisse hoffentlich ohne weiteres nachlesen und detailliertes Vorwissen zu diesen Themen schnell nachvollzogen werden.

Schlussbericht Modellversuch JAEL

In einem längeren Diskussionsteil werden die wichtigsten JAEL-Ergebnisse mit dem Schweizer, deutschsprachigen und internationalen Forschungsstand verglichen und die Ergebnisse zu den jeweiligen Themen, die Abweichungen und Gemeinsamkeiten diskutiert. Aus den wichtigsten Erkenntnissen der Diskussion werden, dann auch gezielt Schlussfolgerungen und Forderungen für die Praxis und Fachpolitik und Forschung abgeleitet.

Wir wünschen Ihnen viel Spass und hoffentlich auch einige neue Gedanken und Ideen bei der Lektüre unseres Abschlussberichts.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	15
1.1 Hintergrund.....	15
1.1.1 Der Modellversuch MAZ	15
EXKURS: EQUALS - Ergebnisorientierte Qualitätssicherung in sozialpädagogischen Einrichtungen	16
1.1.2 Leaving Care.....	19
1.1.3 Resilienz - das Managen von Risiken.....	20
1.2 Fragestellungen des Modellversuchs JAEL	21
1.3 Leserführung.....	23
2 Rekrutierung	24
EXKURS: Die Rekrutierung nach rund 10 Jahren – eine Herausforderung	25
3 Stichprobe	26
3.1 Repräsentativität der Stichprobe	26
4 Erhebungsdesign, Fragbögen und Interviews.....	27
4.1 Übersicht der Testverfahren.....	28
5 Auswertungsmethoden.....	30
5.1 Quantitative Daten.....	30
5.2 Qualitative Interviews.....	30
6 ERGEBNISSE: Familiäre Hintergründe.....	31
6.1 Familienkonstellationen.....	32
6.2 Migrationshintergrund.....	33
6.3 Ausbildung, Erwerbstätigkeit und Transferleistungsabhängigkeit der Eltern.....	34
EXKURS: Ökonomische Lebensverhältnisse und die Entwicklung von Kindern	35
6.4 Psychische Belastungen der Eltern.....	36
EXKURS: Aufwachsen bei Eltern mit psychischen Erkrankungen	37
6.5 Misshandlungserfahrungen in der Kindheit	38
EXKURS: Traumatische Erfahrungen und kindliche Entwicklung	40
6.6 Korrelative Zusammenhänge.....	41
7 ERGEBNISSE: Eintritt und Platzierungsgeschichte.....	43
7.1 Eintrittsgründe, Art, Anzahl und Dauer der ausserfamiliären Unterbringungen.....	43
EXKURS: Unterschiede zwischen zivilrechtlich vs. strafrechtlich Platzierten	43
7.2 Faktoren, die das subjektive Eintrittserlebnis beeinflussten	46
7.2.1 Partizipation und Informiertheit.....	47
7.2.2 Zeit.....	48
7.2.3 Begleitung des Ankommens.....	50
EXKURS: ANKOMMEN – ein manualisiertes Gruppenprogramm zur Biografiearbeit	50
7.2.4 Gruppe.....	51
7.3 Gewalterfahrungen innerhalb von Institutionen	52
EXKURS: Wenn Schutz nicht gelingt – zur Brisanz von Missbrauchs- und Gewalterfahrungen in Institutionen	54
EXKURS: Eskalierende Situationen	56
7.4 Abbrüche.....	56
EXKURS: Frühzeitige Abbrüche	57
8 ERGEBNISSE: Einflussfaktoren auf das Erleben der Zeit in den ausserfamiliären Unterbringungen	59
8.1 Die Beziehung zwischen den jungen Menschen und den Pädagogen:innen	60
8.1.1 Individuelle Anerkennung und Vertrauen	60
8.1.2 Authentizität - Balance zwischen Profession und Persönlichkeit.....	61
8.2 Die Auswirkung der Struktur der Institution auf die jungen Menschen.....	64
8.2.1 Peergroup: Gefährdungspotenzial vs. Ressource im Alltag	64
8.2.2 Team: wenn alle an einem Strang ziehen.....	65
8.2.3 Umgang mit Machtdiskrepanzen.....	66

EXKURS: Milgram- und Stanford Prison-Experiment	66
8.2.4 Partizipation und Transparenz.....	67
8.2.5 Beziehungen nach aussen	68
8.2.6 Einbezug des Herkunftssystems	70
EXKURS: Geschwister in der Fremdunterbringung	72
8.3 Die Wechselwirkung zwischen Struktur und Pädagog:innen.....	72
8.3.1 Zeitliche Ressourcen.....	73
8.3.2 Personalfliktuation	73
EXKURS: Personalfliktuation in der stationären Kinder- und Jugendhilfe	74
9 ERGEBNISSE: Das Erleben des Übergangs Leaving Care.....	75
9.1 In Zahlen: Welche Unterstützung gab es und welche Bedarfe blieben unversorgt?	75
9.2 Vorbereitung auf den Übergang.....	76
9.3 Zugänge zu Bildung und finanzieller Unterstützung.....	78
9.4 Soziale Unterstützung	80
EXKURS: Komplexität der Herkunftsfamilien und Bedeutung von Mentoring	81
9.5 Pädagogische Begleitung während der Transition.....	83
EXKURS: Schlüsselkomponenten der Transition, Mein Weg – Dein Weg (EQUALS).....	84
9.6 Nachbetreuung und Vorbereitung der Familien.....	86
10 ERGEBNISSE: Soziale Teilhabe nach der Zeit in der Kinder- und Jugendhilfe	87
10.1 Globale Einschätzungen der sozialen Teilhabe	89
10.2 Psychische Gesundheit.....	91
10.2.1 Potenziell traumatische Erfahrungen.....	91
EXKURS: Prävalenzen traumatischer Erfahrungen aus (anderen) Care Leaver:innen-Studie	92
10.2.2 Prävalenzen psychischer Störungen insgesamt	94
10.2.3 Prävalenzen einzelner Diagnosen	95
10.2.4 Komorbiditäten	98
EXKURS: Prävalenzen und Komorbiditäten bei Care Leaver:innen: Eine Übersicht über internationale Studie	99
10.2.5 Psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung	99
EXKURS: Herausforderungen bei der Nutzung von psychischen Gesundheitsdiensten durch Care Leaver:innen	100
10.3 Delinquenz.....	101
10.3.1 Prävalenzen.....	101
EXKURS: Kriminelles Verhalten bei Care Leaver:innen: Eine internationale Perspektive	102
10.3.2 Merkmale für kriminelles Verhalten nach Leaving Care.....	103
10.4 Sozioökonomische Lage	104
10.4.1 Ausbildung	104
EXKURS: Bildungsabschlüsse bei Care Leaver:innen	105
10.4.2 Erwerbstätigkeit	106
EXKURS: Erwerbstätigkeit unter Care Leaver:innen	108
10.4.3 Finanzielle Situation.....	108
EXKURS: Finanzielle Herausforderungen unter Care Leaver:innen: Eine internationale Perspektive	112
10.4.4 Wohnsituation.....	112
EXKURS: Die Wohnungunsicherheit von Care Leaver:innen: Risikofaktoren für Obdachlosigkeit	113
10.5 Beziehungen.....	113
EXKURS: Die Bedeutung von Beziehungen	114
EXKURS: Die Bedeutung von formellen Netzwerken: Die Rolle ehemaliger pädagogischer Mitarbeitender	116
10.5.1 Eigene Familie, eigene Kinder.....	117
EXKURS: Frühe Schwangerschaften	117
EXKURS: Care Leaver:innen-Familien und die JAEL-Kids Studie	119
10.6 Korrelative Zusammenhänge.....	119
11 ERGEBNISSE: Verläufe, Risiko- und Schutzfaktoren	121
EXKURS: 'Prognosen sind schwierig, insbesondere wenn sie die Zukunft betreffen' – ein Exkurs durch die Philosophie und Psychologie	121
11.1 Verläufe der psychischen Probleme.....	122
EXKURS: Verlauf von psychischen Störungen, Substanzkonsum- und Persönlichkeitsstörungen	125
11.1.1 Zusammenhänge mit dem Verlauf psychischer Probleme	126

Schlussbericht Modellversuch JAEL

11.1.2	Einfluss früherer belastender Erfahrungen auf die aktuelle psychische Gesundheit	128
	EXKURS: Traumatische Kindheitserfahrungen bei fremdplatzierten Kindern und Jugendlichen	129
11.2	Risiko- und Schutzfaktoren für die soziale Teilhabe im Erwachsenenalter.....	130
11.2.1	Psychische Belastungen und risikoreicher Substanzkonsum während MAZ	130
	EXKURS: Psychiatrisch-psychologische Versorgung von ausserfamiliär untergebrachten Kindern und Jugendlichen: Bedeutung, Herausforderungen und Implikationen für die Praxis	132
11.2.2	Intelligenz und Bildung.....	133
	EXKURS: Bildung als entscheidender Faktor für die Lebenschancen von Kindern in Fremunterbringung	135
11.2.3	Abbrüche.....	135
11.3	Risikofaktoren für delinquentes Verhalten	137
	EXKURS: Risikofaktoren und Schutzfaktoren für delinquentes Verhalten bei Care Leaver:innen	139
12	Vorüberlegungen zur Entwicklung einer webbasierten Weiterbildung aus JAEL	140
13	Vorstellung und Evaluation der webbasierten Weiterbildung jael-elearning.ch.....	141
13.1	Ziele der webbasierten Weiterbildung	141
13.2	Kooperation	142
13.3	Entwicklung.....	143
13.3.1	Aufbau der Weiterbildung.....	144
13.4	Erhebungs- und Auswertungsmethodik	147
13.5	Evaluation.....	149
13.5.1	Kursteilnehmende	149
13.5.2	Etablierung der webbasierten Weiterbildung	150
13.5.3	Inhaltliches Niveau und Kurs-Bearbeitungsdauer.....	151
13.5.4	Pilotierung.....	152
13.5.5	Effektivitätsüberprüfung anhand des Warte-Kontrollgruppen-Designs	152
13.5.5.1	Stichprobe	153
13.5.5.2	Effektivität der webbasierten Weiterbildung	153
13.5.6	Praxistransfer	157
13.5.7	Zufriedenheit der Absolvent:innen mit dem Online-Kurs.....	159
13.5.8	Analyse der Dropouts	161
13.5.9	Einblicke in den Kursdurchlauf der vierten Testkohorte	162
13.5.10	Personliche Fazits der Absolvent:innen.....	164
13.6	Verstetigung.....	164
14	Diskussion	165
14.1	Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse	165
14.1.1	Erhebliche Integrationsleistung der Heimerziehung.....	167
14.1.2	Eine besonders belastete Gruppe wird aktuell noch nicht gut genug erreicht	168
14.1.3	Platzierungskontinuität fördern und Abbrüche vermeiden	170
14.1.4	Resilienzorientierung in der Sozialpädagogik	172
14.1.5	Arbeit und Finanzen.....	175
14.1.6	Akkumulation von Risikofaktoren, Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen	180
14.1.7	Gewalterfahrungen in der Heimerziehung.....	181
14.1.8	Ehemalige "Heimjugendliche" bleiben eine Hochrisikogruppe für psychische Erkrankungen	184
14.1.9	Substanzgebrauchsstörungen sind die häufigste psychische Erkrankung in der JAEL-Stichprobe	186
14.1.10	Transition und Übergänge besser vorbereiten und partizipativer gestalten	189
14.1.10.1	Beschleunigte Verselbständigung	195
14.1.10.2	Situation mit der Herkunftsfamilie klären	198
	EXKURS: MST Standard und MST-CAN	201
14.1.11	Chancen des E-Learnings stärker nutzen.....	203
14.1.12	Fachpolitische Beteiligung von Care Leaver:innen und Rechtsstatus Leaving Care.....	204
14.2	Methodische Stärken und Schwächen des Modellversuchs	207
14.3	Fachpolitische Empfehlungen.....	210
14.3.1	Sicherung der Platzierungskontinuität.....	210
14.3.2	Beziehungs- und Resilienzorientierung in der Pädagogik	212
14.3.3	Bessere Vorbereitung und Begleitung der Übergänge	213

Schlussbericht Modellversuch JAEL

14.3.4	Bessere therapeutische Versorgung in der Transitionsphase.....	215
14.3.5	Umsetzung des Schutzauftrags in den Institutionen.....	216
14.3.6	Stärkere Beachtung der Suchtgefährdung.....	217
14.3.7	Klärung der Zusammenarbeit mit dem Herkunftssystem.....	218
14.3.8	Verbesserung der Zusammenarbeit mit Schule und Arbeitsintegration.....	219
14.3.9	Antizipation des ständig zunehmenden Fachkräftemangels	221
14.3.10	Verbesserung der fachpolitischen, rechtlichen und gesellschaftlichen Teilhabe der Care Leaver:innen..	224
15	Fazit und Ausblick.....	225
Literatur		228
Anhang		262
A) Liste der Testverfahren und Interviews (A bis Z).....		262
B) Liste der wichtigsten MAZ.- und JAEL-Publikationen		280

1 Einleitung

In westlichen Ländern leben schätzungsweise rund 0.5% aller Kinder und Jugendlichen in einer ausserfamiliären Unterbringung [1]. Für die Schweiz gehen Schätzungen davon aus, dass etwa 0.7 bis 0.9% (12'000 bis 14'200) aller Kinder und Jugendlichen in einem Heim untergebracht sind [2]. Diese unscheinbaren Zahlen verbergen eine faszinierende (Forschungs-)Reise – eine, die die langfristigen Auswirkungen von Unterbringungen auf das Leben junger Erwachsener in den Fokus rückt.

Trotz der deutlichen Zunahme des wissenschaftlichen und fachlichen Interesses im Feld sind bisher nur wenige, methodologisch hochwertige Untersuchungen durchgeführt worden. In diesem Bericht stellen wir dem den Modellversuch „Jugendhilfeverläufe: Aus Erfahrung Lernen (JAEL)“ entgegen, der die langfristigen Verläufe von jungen Menschen mit Erfahrungen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe und deren soziale Teilhabe im jungen Erwachsenenalter untersucht hat.

JAEL baut auf dem erfolgreichen „Modellversuch Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen (MAZ.)“ auf, in welchem die Teilnehmenden schon untersucht worden waren, als sie noch in einem vom Bund zertifizierten Heim platziert waren [3]. Um Erkenntnisse über die langfristige Wirkung der Unterbringungen zu erlangen, wurden dann die Entwicklungsverläufe und die soziale Teilhabe der mittlerweile jungen Erwachsenen erneut untersucht. Das längsschnittliche Studiendesign ermöglichte dabei sowohl prospektiv als auch retrospektiv, wichtige Risiko- und Schutzfaktoren für erfolgreiche und weniger erfolgreiche Entwicklungen herauszuarbeiten.

Auf Grundlage dieser Erfahrungen wurde anschliessend ein webbasiertes Weiterbildungsprogramm konzipiert und in der Praxis erprobt. Ziel dieses Programmes ist es, die pädagogischen Mitarbeiter:innen für Risiko- und Schutzfaktoren hinsichtlich einer negativen (Weiter-)Entwicklung zu sensibilisieren und ihnen geeignete Hilfestellungen zur Verfügung zu stellen, um mit den unterschiedlichen Voraussetzungen der Kinder und Jugendlichen noch besser zurechtzukommen. Somit sollen auch die Kinder und Jugendlichen in ihrer Problembewältigung gestärkt werden und besser auf ein selbständiges Leben nach der Erziehungseinrichtung vorbereitet werden können.

1.1 Hintergrund

1.1.1 Der Modellversuch MAZ.

Obwohl Heimkinder³ als eine hochbelastete Gruppe mit bedeutenden Teilhabebeeinträchtigungen gelten [4-7], gab es in der Schweiz bis Anfang des 21. Jahrhunderts keine aussagekräftige epidemiologische Untersuchung bezüglich deren psychosozialen Belastungen. Mit der Einführung des neuen schweizerischen Jugendstrafrechtes im Jahr 2007, wurde eine umfassende Abklärung der psychischen und physischen Gesundheit von Heimkindern⁴ sowie die jährliche Überprüfung der Massnahmen, d.h. ob ihr Zweck erreicht ist oder feststeht, dass sie keine pädagogischen oder therapeutischen Wirkungen mehr entfalteten⁵, vorausgesetzt. Zu diesem Zeitpunkt waren jedoch keine etablierten Verfahren verfügbar, um diesen Anforderungen im sozialpädagogischen Alltag gerecht zu werden.

Der Modellversuch MAZ. wurde somit vom Bundesamt für Justiz unterstützt, um einerseits gesamtschweizerisch repräsentative Erkenntnisse über den Unterstützungsbedarf von Heimkindern zu

³ Wenn in diesem Bericht der Begriff 'Heimkinder' verwendet wird, so wird diese Bezeichnung nicht despektierlich gebraucht, sondern dient lediglich der Leserfreundlichkeit und umfasst alle Altersgruppen innerhalb dieses Zusammenhangs.

⁴ Art. 9 Abklärung der persönlichen Verhältnisse, Beobachtung und Begutachtung (Jugendstrafgesetz, JStG).

⁵ Art. 19 Beendigung der Massnahmen (Jugendstrafgesetz, JStG).

gewinnen und andererseits der Praxis geeignete Beurteilungsverfahren zur Planung und Steuerung der pädagogischen Massnahmen zur Verfügung zu stellen. Bestehende psychometrische Verfahren zur Beschreibung wurden ausgewählt und wenn nötig in die drei häufigsten Landessprachen der Schweiz (Deutsch, Französisch, Italienisch) übersetzt. Zudem wurden weitere, eigene Verfahren zur Verlaufsbeurteilung und pädagogischen Zielerreichung entwickelt [3, 8-13].

Bei der Durchführung von MAZ. wurden im Zeitraum von 2007 bis 2012 insgesamt 592 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (Durchschnittsalter: 15.7 Jahre; 402 männlich und 190 weiblich) aus 64 vom Bund zertifizierten Erziehungseinrichtungen in der Deutschschweiz, der Romandie und dem Tessin (siehe Abbildung 1) bezüglich ihrer aktuellen Lebenssituation, ihrer psychischen Gesundheit und ihrem delinquentsen Verhalten untersucht.

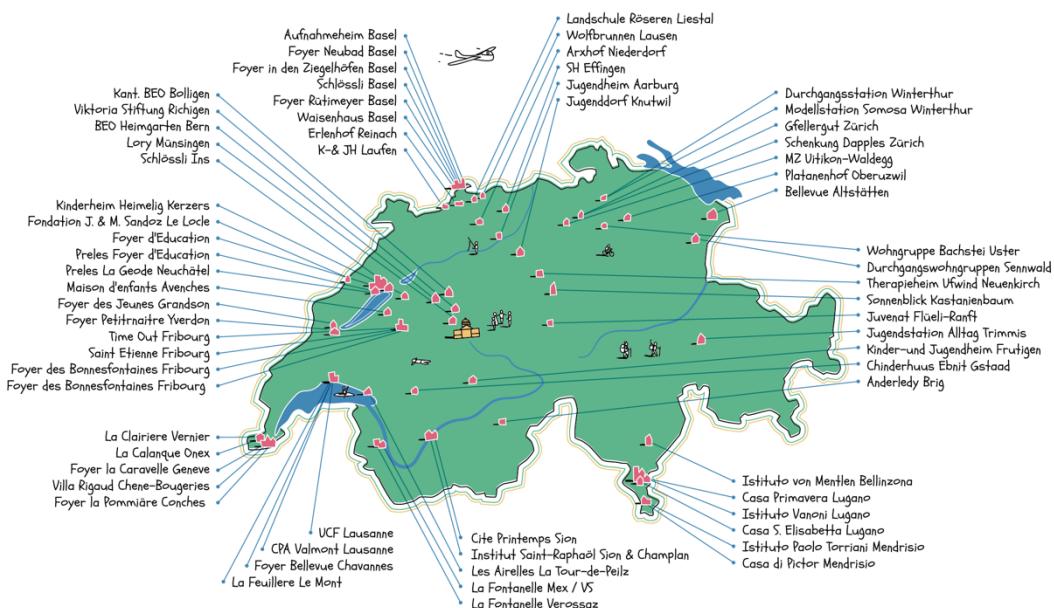


Abbildung 1: Teilnehmende MAZ-Institutionen

Die Befragung umfasste zwei Messzeitpunkte (t0 und t1). Zu Beginn der Untersuchung (t0) erfolgte eine umfassende Abklärung sowohl anhand von computergestützten Selbst- und Fremdbeurteilungsfragebögen als auch durch standardisierte klinische Interviews, die vor Ort durch das MAZ.-Team durchgeführt wurden. Zudem wurden von den Jugendlichen und den SozialpädagogInnen gemeinsam die allgemeinen Kompetenzen der Jugendlichen eingeschätzt und individuelle Ziele für die weitere Hilfeplanung definiert. Nach ungefähr einem Jahr (t1) erfolgte anhand der zuvor verwendeten Fragebögen eine Nachuntersuchung, in welcher auch die zuvor definierten Ziele auf ihre Erreichung hin überprüft wurden.

EXKURS: EQUALS - Ergebnisorientierte Qualitätssicherung in sozialpädagogischen Einrichtungen

[3, 14-16]

Die im Rahmen von MAZ. entwickelten Abklärungsverfahren und Zielerreichungsinstrumente wurden nach Abschluss des Modellversuchs von den Heimen als derart nützlich erachtet, dass daraus das Kooperationsangebot EQUALS entstand. Zusammen mit dem Fachverband Integras (www.integras.ch) wurde eine gemeinnützige Struktur aufgebaut, welche es erlaubt, die Verfahren computerbasiert weiter im Praxisalltag zu nutzen und Daten zur Heimerziehung aufinstitutioneller und überinstitutioneller Ebene auszuwerten. Mittlerweile nehmen rund 50 unterschiedliche Institutionen aus der Schweiz und aus Deutschland an EQUALS teil.

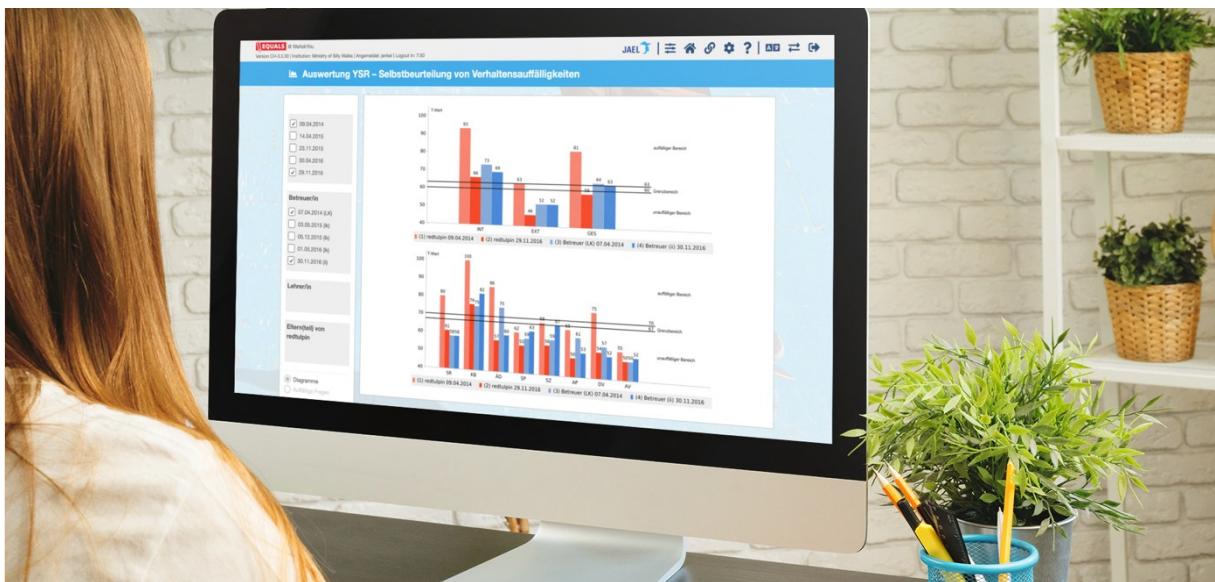


Abbildung 2: EQUALS@WeAskYou in Aktion

Die für EQUALS entwickelte Onlineplattform WeAskYou erlebt eine stetige Entwicklung. Das Bild zeigt beispielhaft eine Auswertung multiperspektivischer Verlaufseinschätzungen zu den psychischen Belastungen einer Jugendlichen anhand einer in Praxis und Forschung international etablierten Selbst- und Fremdeinschätzung.

Weitere Einblicke und detaillierte Informationen finden Sie auf unserer Webseite: www.equals.ch.

Die Ergebnisse aus MAZ. zeigten, dass die psychosozialen Belastungen bereits in den Ursprungssystemen immens waren. Die meisten Teilnehmenden waren einer Vielzahl biopsychosozialen Risikofaktoren ausgesetzt und viele wiesen eine lange Vorgesichte von ambulanten und stationären Hilfsmassnahmen auf. Über 80% der Stichprobe berichtete von mindestens einem potenziell traumatischen Erlebnis, die Hälfte sogar über drei oder mehr.

Insgesamt erfüllten 74.4% der Interviewten die Diagnosekriterien für mindestens eine psychische Störung, wobei Komorbiditäten, also das gemeinsame Vorkommen von mehreren psychischen Erkrankungen, sehr häufig waren (siehe Abbildung 3). Unter denjenigen, die eine Diagnose hatten, war eine komorbid vorliegende Störung eher Regel als Ausnahme: Bei sechs von zehn von einer psychischen Störung Betroffenen wurde noch mindestens eine zweite Diagnose gestellt [17].

Am häufigsten waren Störungen des Sozialverhaltens diagnostiziert worden (43.4%). Wobei diese eher selten in isolierter Form, sondern häufig in Kombination mit emotionalen oder hyperkinetischen Störungen auftraten. Auch Persönlichkeitsstörungen (24.1%), psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (14.8 %), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (14.6%) und affektive Störungen (9.0 %) waren hoch prävalent. Diese und weitere Ergebnisse können im offiziellen Abschlussbericht des Modellversuchs MAZ. nachgelesen werden [3].⁶

⁶ <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/sicherheit/smv/modellversuche/evaluationsberichte.html>

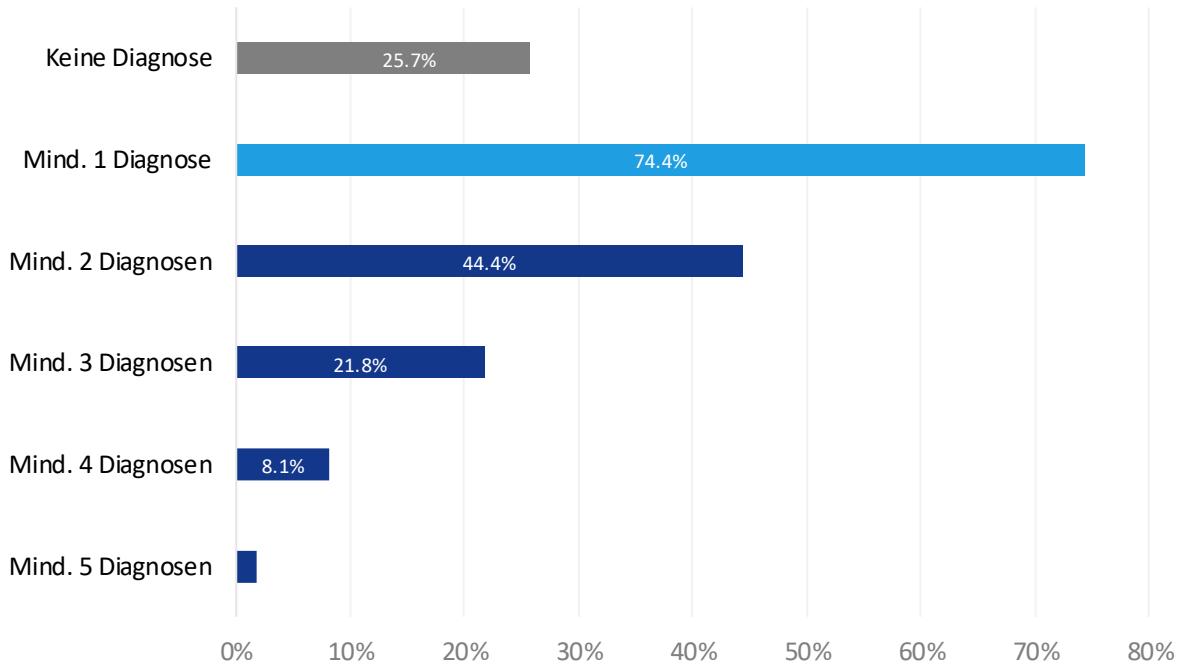


Abbildung 3: Häufigkeiten der Anzahl Diagnosen der MAZ.-Teilnehmenden (N=480)

Als ausserordentlich wichtiges Ergebnis ist zu beachten, dass MAZ. zeigen konnte, dass die Heimerziehung trotz der aussergewöhnlich hohen Belastungen der Kinder und Jugendlichen Erfolge erzielte: So reduzierte sich die psychische Belastung der Studienteilnehmenden während der Unterbringung (t0 bis t1) signifikant. Auch waren klare Zugewinne in den allgemeinen Kompetenzbereichen (d.h. Kommunikationsfähigkeit, Umgang mit Konflikten, Umgang und Ausdruck von Gefühlen, Zuverlässigkeit, Autonomie, Beziehungsfähigkeit, Empathie) zu beobachten.

Nach dem Abschlussbericht wurden weitere, spezifischere Ergebnisse in Fachzeitschriften publiziert. Dazu gehören – unter vielen anderen – folgende:

- Mädchen und junge Frauen litten häufiger unter affektiven sowie Angst- und Belastungsstörungen, wo hingegen Jungen und junge Männer häufiger Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit aufwiesen [18].
- Insbesondere diejenigen Heimkinder, welche mehrere Traumata erlebt hatten, hatten eine besonders belastete Symptomlage [19].
- Ein Fünftel der Stichprobe berichtete über nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV, wie zum Beispiel Ritzen), was im Vergleich zu der Allgemeinpopulation um ein Vielfaches erhöht war. NSSV trat dabei häufig im Zusammenhang mit einer depressiven Störung, einer Verhaltensstörung und einer Substanzgebrauchsstörung auf [20].
- Substanzgebrauchsstörungen traten häufiger bei strafrechtlich als bei zivilrechtlich platzierten Jugendlichen auf. Dabei berichteten Jugendliche mit Substanzgebrauchsstörungen generell vermehrt über impulsives Verhalten und über deutlich mehr traumatische Erfahrungen auf als Jugendliche ohne Substanzgebrauchsstörungen [21].
- Im Hinblick auf externalisierende oder delinquente Verhaltensweisen stellte sich heraus, dass die sozialpädagogischen Bezugspersonen die kriminellen Verhaltensweisen der Jugendlichen gut erkannten. Insgesamt bestand eine hohe Übereinstimmung zwischen den selbstberichteten kriminellen Verhaltensweisen und der Fremdeinschätzungen [22].

- Eine weitere Analyse ergab unterschiedliche Persönlichkeitsprofile unter den Teilnehmenden, die sich im Hinblick auf die Anzahl traumatischer Erfahrungen, die Anzahl und Art von psychischen Störungen und die Vorhersagekraft von zukünftigen Delikten unterschieden. Ein sozial schwieriges Persönlichkeitsprofil, welches sich durch ein hohes Ausmass an psychopathischen (d.h. Gefühlskälte, geringe Emotionalität, Grandiosität und Impulsivität) und Cluster B Persönlichkeitszügen (d.h. narzisstische, histrionische, Borderline- und antisoziale Züge) kennzeichnet, wurde dabei mit einem erhöhten Risiko für zukünftige Delinquenz in Verbindung gebracht [23].
- Die Reduktion der psychischen Belastungen über den Zeitraum der Unterbringung ging mit einer Verbesserung der Lebensqualität der jungen Menschen einher [24]. Wobei sich die Heimerziehung nicht bei allen Jugendlichen gleich gut auswirkte. Vor allem Jugendliche mit stärker ausgeprägten psychopathischen Persönlichkeitseigenschaften/limitierten prosozialen Fertigkeiten erreichten ihre Ziele seltener und hatten ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko, die Massnahme frühzeitig zu beenden [25].

1.1.2 Leaving Care

Ein bedeutsamer Moment für die langfristige Sicherung der Erfolge von Heimerziehungen ist der Zeitraum unmittelbar nach der Entlassung aus der ausserfamiliären Unterbringung, da in dieser Phase die meisten Herausforderungen für eine stabile Integration in die Gesellschaft bzw. beim Aufbau eines eigenständigen Lebens und der Sicherung der gesellschaftlichen Teilhabe gemeistert werden müssen [26]. Diese Transition vom Heim in ein selbstständiges Leben wird als Leaving Care bezeichnet. Die jungen Menschen, welche die Jugendhilfsmassnahmen verlassen (müssen), werden Care Leaver:innen genannt [27].

Dieser Übergang geht oft mit dem Eintritt ins Erwachsenenalter einher: Mit Erreichen des 18. Lebensjahres endet oft die Jugendhilfe und für eine weitere Unterstützung müssten Hilfen für Erwachsene in Anspruch genommen werden. Eine Gefahr für die Kontinuität der Hilfe kann sein, dass durch die Volljährigkeit nicht nur andere Behörden zuständig sind oder die jungen Erwachsenen die Hilfen nicht in Anspruch nehmen. Häufig sind gerade diejenigen Care Leaver:innen mit dem grössten Unterstützungsbedarf nach einem Austritt am schwersten zu erreichen [28]. Dies betrifft vor allem zivilrechtliche und freiwillige Platzierungen. Strafrechtliche Massnahmen können nach schweizerischem Jugendstrafgesetz bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres bestehen [29]. Trotz der heftigen Diskussionen um „die Hilfe für junge Volljährige“ [30], wurden solche Aspekte im deutschsprachigen Raum lange Zeit vernachlässigt und erst in den letzten Jahren aufgegriffen [31-33].

Während sich in der Allgemeinbevölkerung der Übergang ins Erwachsenenalter heutzutage bis weit in das dritte Lebensjahrzehnt erstreckt [34, 35], stehen Care Leaver:innen deutlich früher vor dem Übergang in ein eigenständiges Leben. Die formale Zuständigkeit der Einrichtung, die bis dahin Lebens- und Bezugsort war, endet häufig auf einen Schlag. Während Jugendliche aus der Allgemeinbevölkerung den Übergang ins Erwachsenenalter, in zudem unterschiedlichen, teils reversiblen Entwicklungsphasen meistern, sind Care Leaver:innen dazu aufgefordert, diese Veränderungen oftmals gleichzeitig zu bewältigen, ohne das "Sicherheitsnetz" sozialer, emotionaler und finanzieller Unterstützung ihrer Familien [36]. Dabei sind Care Leaver:innen aufgrund ihrer psychosozialen Belastung eine besonders vulnerable Gruppe, welche eigentlich gerade beim Übergang in die Eigenständigkeit besonders viel Unterstützung bedarf [30, 37]. Für Care Leaver:innen ist es nicht einfach, im mit der Volljährigkeit veränderten Rechtsstatus, dem Wechsel in völlig andere Hilfssysteme mit gänzlich unbekannten Ansprechpersonen und neuen Behörden und deren vielen Formularen Orientierung zu finden [30].

Zudem überschätzen möglicherweise einige ihre Kompetenzen und lehnen eine mögliche Nachbetreuung ab, um endlich selbst über ihr Leben bestimmen zu können. Insbesondere bei Care Leaver:innen mit Bindungsproblemen [38] und oft eher unsicheren Bindungsrepräsentationen [39], sind diese Autonomiebedürfnisse relativ stark ausgeprägt.

Es ist folglich ein Paradox, dass sich besonders leistungsfähige junge Menschen mit funktionsfähigen familiären Unterstützungssystemen tendenziell immer später verselbständigen, unsere Gesellschaft aber von den relativ Schwächsten verlangt, sich früher von ihren psychosozialen Hilfen und pädagogischen Bezugspersonen abzulösen.

Nicht zuletzt aus monetären Gründen wirkt das System der Kinder- und Jugendhilfe noch eher weiterhin darauf hin, junge Care Leaver:innen frühzeitig in die Selbstständigkeit zu entlassen. Die Vorbereitung darauf wird dadurch oft unter einem gewissen Zeitdruck und verdichtet vollzogen, ohne die persönliche Situation der jungen Menschen umfassend berücksichtigen zu können. Aufgrund fehlender bundesrechtlicher Vorgaben gibt es in der Schweiz derzeit aber auch kantonale, z.T. sogar regionale Unterschiede, womit es im Wesentlichen davon abhängt, wo künftige Care Leaver:innen wohnen, welche Form von Unterstützung und wie lange sie diese in der Transitionsphase erwarten können und wie diese finanziert wird.⁷

Viele stationäre Hilfseinrichtungen sind jedoch sichtlich bemüht, dem Unterstützungsbedarf der Care Leaver:innen in der Transitionsphase nachzukommen. Viele Träger verfügen über Appartements oder Erweiterungen ihre Angebote, in welchen jungen Menschen mehr Freiheiten haben und sich selbstständiger versorgen müssen, um diese auf die Ablösung von der Wohngruppe vorzubereiten. Spätere Bemühungen, die weitere Hilfeplanung im zivilrechtlichen Bereich aufzugeleisen, scheitern aber oft an den unterschiedlichen Zuständigkeiten, so dass es nicht möglich ist, für die weitere ambulante Begleitung der Care Leaver:innen nach Austritt, z.B. durch die bereits vertraute Bezugsperson, finanziell abgegolten zu werden. Die Heterogenität der Konzepte und die recht unspezifische Forderung aus der Praxis nach intensiveren und passgenaueren Unterstützungsangeboten legt nahe, dass es hier einen deutlichen Optimierungsbedarf gibt.

1.1.3 Resilienz - das Managen von Risiken

Es wurde bis hierher bereits beschrieben, dass junge Menschen in der Kinder- und Jugendhilfe oft zahlreichen biopsychosozialen Risikofaktoren für ihre Entwicklung ausgesetzt waren und eine (hoch)belastete Gruppe bilden. Gleichzeitig ist es wichtig, sich vor Augen zu führen und sich bewusst zu machen, dass ein Wechsel in eine Unterbringung eine grosse Chance sein kann und das Ziel der Heimerziehung ist, den jungen Menschen die bestmöglichen Entwicklungsmöglichkeiten zu bieten und somit die soziale Teilhabe zu fördern. Dabei ist es zentral, die individuellen Risikofaktoren nicht als Determinanten für einen bestimmten Lebensweg und berichtete Outcomes nicht als festgelegt und immer gültig zu betrachten. Das Ziel ist es, junge Menschen zu befähigen und sie zu lehren, ihre persönlichen Risikofaktoren und deren Folgen erfolgreich zu managen [40]. Dafür kann eine Institution ein förderliches Umfeld sein – der "sichere Ort" zur Förderung der Resilienz. Schliesslich sollte Resilienz eben nicht bedeuten, sich kompromisslos an ungesunde Umwelten anzupassen, sondern beinhaltet, sich von diesen abzugrenzen [41], um die Widrigkeiten für sich in Chancen verwandeln zu können [42]. Risikofaktoren zu managen bedeutet, innerhalb der betroffenen Lebensbereiche, sich auf einen "turning point process" einlassen zu können. Prozess, da es sich selten um ein einzelnes Ereignis handelt, welches alles schlagartig verändert. Die grossen Veränderungen im Leben der jungen

⁷ <https://leaving-care.ch/orientierung-rechtliche-grundlagen>

Menschen auf ihrem Weg zum Erwachsenwerden werden bewältigt, indem sie diese über einen bestimmten Zeitraum hinweg angehen, ein Problem lösen und dann zu einem anderen übergehen. Dabei benötigt es mehrere Komponenten, um eine solche Veränderung verwirklichen zu können: Gelegenheit, Bereitschaft, Handlungsfähigkeit und ein nachhaltiger Kontext [43]. Problematisch für einen solchen Prozess sind vor allem die beschleunigten und komprimierten Übergänge [40]. Diese stehen der eigentlich unbedingt benötigten Stabilität entgegen, die die jungen Menschen brauchen. Stabilität ermöglicht es eine andauernde Vertrauensbeziehung zu einem Erwachsenen aufzubauen. Darüber hinaus ist Stabilität der Unterbringung mit zahlreichen positiven Outcomes für die Entwicklung assoziiert (z.B. bessere Bildungserfolge, besseres Selbstwertgefühl, bessere soziale Integration) [40, 44]. Zudem wird es den jungen Menschen auf diese Weise ermöglicht über die Zeit ihre (oftmals im vorherigen Umfeld wenig berücksichtigte) Identität zu formen. Die Identität ist dabei mit einigen in der Literatur beschriebenen Kernkompetenzen der Resilienz verknüpft: das Gefühl, planen und die Kontrolle haben zu können; die Fähigkeit, Widrigkeiten so umzudeuten, dass sowohl die positiven als auch die schädlichen Auswirkungen erkannt werden [45, 46]. Identitätsbildung umfasst Selbstwissen, Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit und ist ein dynamischer wie reflexiver Prozess, der ebenso eng mit der Familie und der eigenen Biografie verknüpft ist [40, 47, 48]. Mit der Beantwortung der Frage "wer bin ich?" verbindet sie die Vergangenheit, die Gegenwart und die erwartete Zukunft miteinander und bildet die persönliche Erzählung – das Narrativ – der eigenen Geschichte. Somit ist die Identität selbst wiederum eine mögliche Quelle der Stabilität.

Für solche Entwicklungsschritte auf dem Weg der jungen Menschen kann eine Jugendhilfeinstitution ein sehr förderliches Umfeld bilden. Dabei kommt es auf vier zentrale Punkte an [40]:

1. die Qualität der Betreuung und der Bindungen, die betreute junge Menschen erfahren
2. ihr Wissen und ihr Verständnis für ihren Hintergrund und ihre persönliche Geschichte
3. ihre Erfahrungen damit, wie andere Menschen sie wahrnehmen und auf sie reagieren
4. wie sie sich selbst sehen und welche Möglichkeiten sie haben, ihre eigene Biografie zu beeinflussen und zu gestalten.

Plazierte junge Menschen kommen also zwar häufig mit starken Belastungen aus ihren Ursprungsfamilien und weisen vermehrt maladaptive Anpassungsstrategien oder schwieriges Verhalten auf, dennoch sind ihre Chancen und Entwicklungsmöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft und ihre Lebenswege (Outcomes) nicht determiniert. Daher ist ein Teil dieses Berichtes auch, potenzielle Schutzfaktoren innerhalb der Heimerziehung zu identifizieren. Besonders anhand der persönlichen Berichte der interviewten Teilnehmenden werden Aussagen über förderliche Erfahrungen während der Zeit im Heim dargestellt werden.

1.2 Fragestellungen des Modellversuchs JAEL

Mit JAEL bot sich die Chance, die langfristige Vorhersagekraft der in MAZ. verwendeten Abklärungsinstrumente zu identifizieren und daraus Empfehlungen abzuleiten, wie die Fachkräfte in den Institutionen sowie in Kooperation mit den Zuweisenden mit bestimmten Risikokonstellationen umgehen könnten. Eine solche gezielte Frühintervention dürfte die Risiken für negative Verläufe (Misserfolge, Abbrüche und Rückfall) deutlich reduzieren und die Chancen für Erfolge steigern. Besonders wertvoll bei JAEL ist die Kombination eines prospektiven und retrospektiven Forschungsdesigns (siehe Abbildung 4).

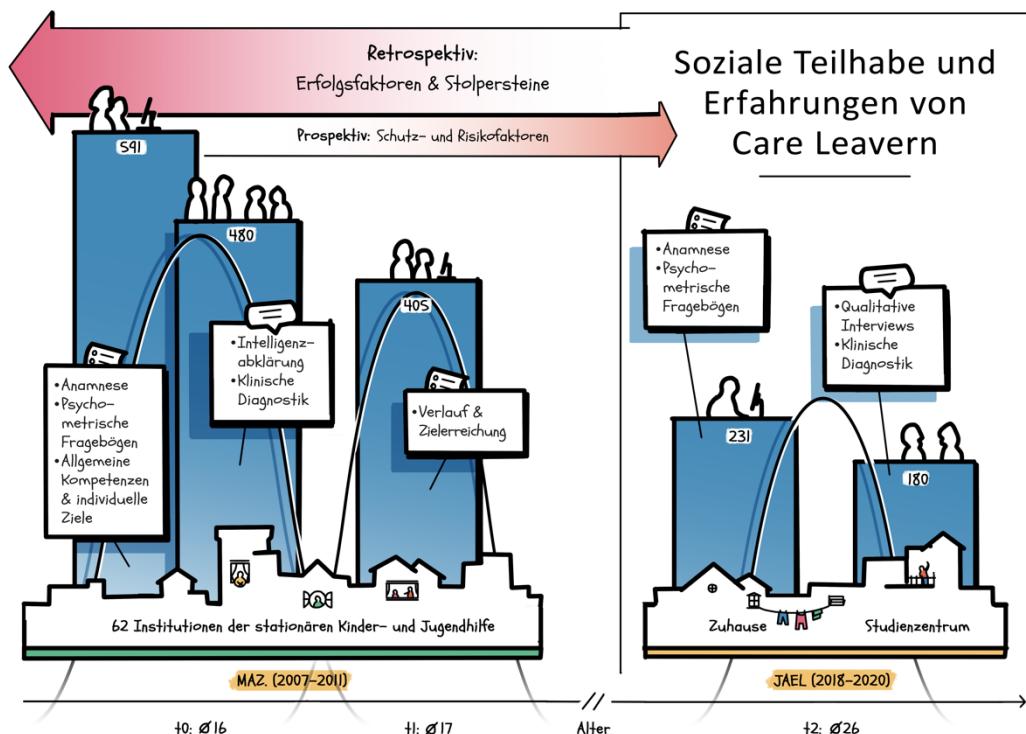


Abbildung 4: Übersicht der Verlaufsstudie von MAZ. bis JAEL

JAEL zielt darauf ab, die langfristige Wirkung von stationären Massnahmen der Schweizer Kinder- und Jugendhilfe zu verbessern. Die Studie kann in drei Phasen eingeteilt werden:

1. Eine erneute Untersuchung der ehemaligen MAZ.-Teilnehmenden, um deren soziale Teilhabe im jungen Erwachsenenalter zu beschreiben und Risiko- und Schutzfaktoren für die Teilhabe zu identifizieren. Dies geschah auf Grundlage von
 - einer epidemiologischen Beschreibung der Stichprobe in welcher die Vorgeschichte, die Geschichte und Belastungen während der (MAZ.-)Unterbringung, die Transition ins junge Erwachsenenalter und die aktuelle soziale Teilhabe (Gesundheit, Delinquenz, sozioökonomische Lage und Beziehungen) thematisiert werden.
 - prospektiven Analysen, in welchen untersucht wird, welche Risiko- und Schutzfaktoren für die soziale Teilhabe im jungen Erwachsenenalter (Gesundheit, Delinquenz, sozioökonomische Lage und Beziehungen) sich aufgrund der biografischen und psychometrischen Daten aus der MAZ.-Studie identifizieren lassen.
 - retrospektiven qualitativen Analysen, in welchen Gelingens- und Belastungsfaktoren für die Transition in die Heimerziehung, die Zeit in der Heimerziehung und die Transition in die Verselbständigung durch die Befragung der jungen Erwachsenen mit qualitativen Interviews ermittelt wurden.
2. Die Entwicklung eines webbasierten Weiterbildungsprogramms zum Umgang mit den identifizierten Risiko- und Schutzfaktoren, welches das Fachwissen bereichern und die Selbstwirksamkeit sozialpädagogischer Fachkräfte im alltäglichen Umgang mit Jugendlichen mit bestimmten Risikokonstellationen erhöhen soll.
3. Die Evaluation des Nutzens des webbasierten Weiterbildungsprogramms für die Praxis.

1.3 Leserführung

In den nächsten Teilen dieses Berichts liegt der Fokus auf der Methodik der Verlaufsuntersuchung. Hierbei wird zunächst detailliert auf den Rekrutierungsprozess und die Datenerhebung eingegangen. Eine kurze Übersicht über die verwendeten Testverfahren wird präsentiert, wobei genauere Beschreibungen der einzelnen Verfahren im Anhang zu finden sind. Abschliessend wird eine grobe Übersicht über die für die Analysen verwendete statistische Methodik gegeben. Im Anschluss erfolgt eine umfassende Darstellung der Kerncharakteristiken der JAEL-Teilnehmenden.

Die nachfolgenden Kapitel widmen sich den Ergebnissen des Modellversuchs JAEL. Hierbei sind die Themen in folgende Abschnitte unterteilt: Familiäre Hintergründe (unter Einbeziehung von Daten aus den MAZ.-Erhebungen zur Situation vor Eintritt in die Jugendhilfe); Der Eintritt ins Heim/Platzierungsgeschichte; Die Zeit während des Heimaufenthalts; Austritt aus dem Heim und schliesslich die soziale Teilhabe der JAEL-Teilnehmenden sowie Analysen zu den Verläufen und diesbezüglichen Risiko- und Schutzfaktoren. Alle Ergebniskapitel bieten eine Vielfalt von quantitativen und qualitativen Ergebnissen, die durch Passagen und/oder thematisch passende Zitate der JAEL-Teilnehmenden ergänzt wurden. Wie das folgende Beispiel zeigt, finden sich am Ende jeden Zitates unsere interne Versuchspersonennummer und Angaben zum Geschlecht und Alter der interviewten Person. An letzter Stelle in der Klammer ist zu sehen, wie die soziale Teilhabe des jeweiligen Teilnehmenden von uns eingeschätzt wurde (pos = positiv, neu = neutral, neg = negativ).

„Zeit ist das wichtigste, weil du willst eigentlich am Anfang willst du gar nichts wissen, du willst einfach nur ins Zimmer, auspacken und deine fucking Ruhe haben [...] also es ist wie bei einem Tier, muss man sich wie so ein Fischaquarium vorstellen, wenn du den Fisch kaufst, dann lässt du ihn ja auch in dem Plastiksack mit dem Wasser vom alten Becken und dann lässt du ihn dann mal so im Aquarium im Sack schwimmen und dann wenn du denkst, so er hat sich jetzt an die andere Wassertemperatur gewöhnt, machst du es oben auf und lässt ihn ins andere Wasser einschwimmen aber du tust ihn nicht einfach zack ins andere Wasser reinschmeissen, weil sonst ist er überfordert der Fisch, [...]neue Luft, neues Wasser, ah ich kann nicht mehr schwimmen [...] also einfach Step by Step, die Person nicht überfordern.“ 139(w/25/neu)

Zusätzlich sind Exkurse in die Kapitel eingeflochten. Diese sollen einige Kernergebnisse ergänzen und die Bedeutung für die betroffenen jungen Menschen und deren Umfeld verständlicher machen. Die dort verwendete Literatur wurde teilweise thematisch zusammengefasst und kann im Literaturverzeichnis eingesehen werden, sodass bei Interesse spezifisch interessante Artikel herausgesucht und nachgelesen werden könnten.

Bevor der Bericht mit der Ergebnisdiskussion endet, führt ein letzter Ergebnisteil die Leser:innen das webbasierte Weiterbildungsprogramm. Hier wird die Entwicklung und Evaluation des Tools in der Praxis eingehend erläutert.

2 Rekrutierung

Bereits bei der Planung von MAZ. wurde eine spätere Verlaufsuntersuchung nach 5 bis 10 Jahren in Betracht gezogen. Daher wurden die MAZ.-Teilnehmenden gefragt, ob wir versuchen dürfen, sie im Falle einer Nachuntersuchung erneut zu kontaktieren. Von den 592 MAZ.-Teilnehmenden waren 511 damit einverstanden und gaben uns ihre möglichen Kontaktinformationen. Zudem wurden die Kontaktdaten einer ihnen nahestehenden Vertrauenspersonen erfragt.

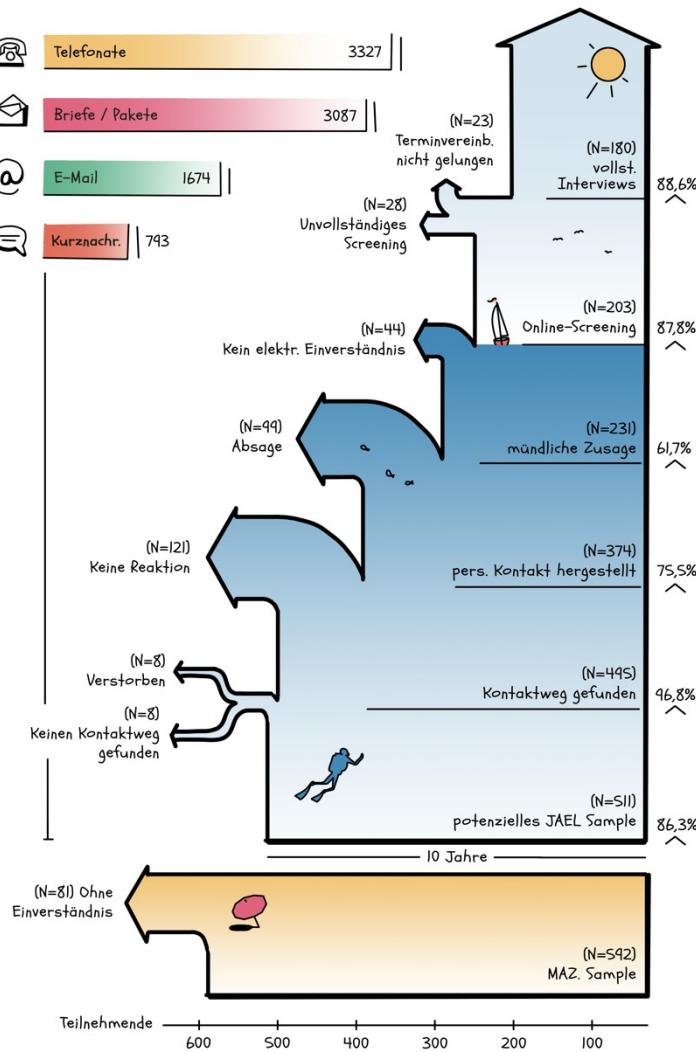


Abbildung 5: Übersicht über die Rekrutierung der JAEL-Teilnehmenden

Die vorhandenen Kontaktinformationen führten nach all den Jahren jedoch selten direkt zum Ziel. Teils waren sie lückenhaft, meist aber veraltet. Manchmal erreichten wir zwar eine der angegebenen Vertrauenspersonen, erfuhren aber, dass diese in der Zwischenzeit keinen Kontakt mehr zu den ehemaligen MAZ.-Teilnehmenden hatten oder sich weigerten uns weiterzuhelfen. Durch die grossartige Unterstützung vieler MAZ.-Institutionen war es zwar möglich, etwas aktuellere Kontaktinformationen als die unseren zu erhalten, wobei sich aber auch diese häufig als hinfällig erwiesen. Letzten Endes rrichteten wir uns in vielen Fällen an die zuletzt bekannten Gemeinden, welche uns aufgrund mehrfacher Umzüge der potenziellen Proband:innen häufig an andere Gemeinden

weiterleiteten. Konnten uns weder die MAZ.-Institutionen noch die Gemeinden weiterhelfen, versuchten wir über die sozialen Medien nähere Informationen zu gewinnen.

Somit war der gesamte Rekrutierungsprozess für fast jeden jungen Menschen sehr aufwändig und erforderte viel Kreativität, Durchhaltevermögen und Hartnäckigkeit unseres gesamten Teams. Durchschnittlich wurden pro Proband:in 17 Kontaktversuche unternommen. Insgesamt wurden rund 3'300 Anrufe getätigt, 3.100 Briefe/Pakete, 1'700 Emails und 700 Kurznachrichten (SMS/WhatsApp, Social Media-Nachrichten) verschickt.

Trotz aller Schwierigkeiten war es uns nur bei acht ehemaligen MAZ.-Teilnehmenden nicht möglich, irgendeinen einen Kontaktweg zu finden (siehe Abbildung 5). Bei weiteren acht mussten wir zudem leider erfahren, dass sie bereits verstorben waren. Bei zwei Personen ist uns der Grund für den frühen Tod unbekannt geblieben, vier hatten sich suizidiert und jeweils eine Person war wegen eines Unfalls oder einer Krankheit verstorben.⁸ Unter den verbleibenden 495 potenziellen Teilnehmer:innen hatten 121 trotz der vielen Kontaktaufnahmen nie reagiert. Entweder erreichten sie unsere Briefe nicht (z.B. Umzug ins Ausland) oder sie hatten kein Interesse daran oder waren nicht in der Lage, sich mit uns in Verbindung zu setzen.

Bei insgesamt 374 der potenziellen Proband:innen ist es uns gelungen, mit ihnen in Kontakt zu treten. Von diesen hatten sich 99 (26.5%) gegen eine Teilnahme entschieden. Die genannten Gründe hierfür waren vielseitig: Einige meinten, sie hätten "mit der damaligen Zeit abgeschlossen" und wollten sich nicht mehr damit auseinandersetzen. Einige lebten mittlerweile im Ausland. Für andere wiederum war der Aufwand zu gross, selbst wenn wir anboten, ihnen über Erhebungen per Videokonferenz, an Wochenenden oder bei ihnen zu Hause entgegenzukommen.⁹

Den Teilnehmenden, die uns mündlich zugesagt hatten, wurde zunächst ein persönlicher Link zum Ausfüllen der Online-Fragebögen zugesandt. Viele verhielten sich dann aber doch zurückhaltend, sodass sie mehrmals an die Studie erinnert werden mussten. Manchmal ging es über mehrere Wochen, Monate oder gar ein ganzes Jahr, bis sie die Fragebögen ausfüllten. Schliesslich haben 231 Proband:innen zumindest einen Teil der Online-Fragebögen ausgefüllt, 203 Teilnehmende haben diese komplett beantwortet. Anschliessend wurden diese je nach Wohnkanton für einen Termin in Basel, Lausanne oder Bellinzona eingeladen. Auch hier war viel an Erinnerungen notwendig, vereinbarte Termine wurden versäumt, in letzter Minute abgesagt oder mehrfach verschoben. Am Ende hatten wir es geschafft: 180 der ehemaligen MAZ.-Teilnehmenden haben an der kompletten Untersuchung, inkl. der persönlichen Interviews, teilgenommen. Diese Interviews waren sehr zeitintensiv, sie nahmen häufig einen oder mehrere Tage in Anspruch und beinhalteten je nach Herkunftsland der Teilnehmenden die Anreise über z.T. weitere Strecken nach Basel, Lausanne oder Lugano. Entschädigt wurden die Teilnehmenden in Form von Migros-Gutscheinen.

EXKURS: Die Rekrutierung nach rund 10 Jahren – eine Herausforderung

Ein Fallbeispiel der durchgeführten Schritte bis zur abschliessenden Befragung eines:r Teilnehmenden zeigt, wie langwierig sich der Rekrutierungsprozess gestalten konnte:

(1) [16.02.18]: Kontaktbrief // (2) [13.03.18]: Erinnerungsbrief // (3) [13.03.18]: Post: Adresse ungültig // (4) [13.03.18]: Anfragen bei Gemeinden 1, 2 & 3 // (5) [16.03.18]: Meldung der aktuellen Adresse // (6) [19.03.18]: Kontaktbrief // (7)

⁸ Diese Mortalitätsrate von 1.6% ist vielleicht bereits ein trauriges Ergebnis unserer Untersuchung, gemäss Bundesamt für Statistik liegt sie bei Gleichaltrigen aus der Allgemeinbevölkerung bei ca. 0.1% (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen.html>).

⁹ Ein junger Mensch nahm die Kontaktaufnahme zum Anlass, um um Löschung seiner Daten zu bitten. Dieser Bitte sind wir nachgekommen und somit werden künftige MAZ.-Publikationen nur noch maximal 591 MAZ.-Teilnehmende umfassen.

[16.05.18]: Erinnerungsbrief // (8) [13.06.18]: Erinnerungsbrief // (9) [31.07.18]: Erinnerungsbrief // (10) [28.08.18]: Flyer mit Brief // (11) [15.11.18]: Faltflyer // (12) [20.12.18]: Faltflyer // (13) [15.01.19]: Anfrage MAZ.-Institution // (14) [04.02.19]: Faltflyer // (15) [12.02.19]: Post: Empfänger verzogen // (16) [12.02.19]: Anfrage bei Gemeinde // (17) [13.03.18]: Meldung der aktuellen Adresse // (18) [13.03.19]: Faltflyer // (19) [26.03.19]: Flyer mit Brief // (20) [03.04.19]: MAZ.-Institution: Angaben zur ehemaligen Behörde // (21) [03.06.19]: Faltflyer // (22) [08.08.19]: Flyer mit Brief // (23) [21.08.19]: Anruf Behörde // (24) [21.08.19]: Flyer mit Brief // (25) [21.08.19]: MAZ.-Einverständnis an ehemalige Behörde // (26) [25.09.19] Ehemalige Behörde: keine andere Adresse bekannt // (27) [17.10.19]: Faltflyer // (28) [18.10.19]: Nachricht auf Facebook // (29) [21.10.19]: Proband/in: Antwort mit Natelnummer // (30) [21.10.19]: Telefonat mit Proband/in, Link verschickt // (31) [28.10.19]: Email mit Anfrage für Interviewtermin // (32) [31.10.19]: Proband/in: Terminvorschlag 27.12.19 // (33) [31.10.19]: Email mit Terminbestätigung // (34) [04.12.19]: Email: Nachfrage Terminbestätigung // (35) [04.12.19]: Proband/in bittet um Terminverschiebung // (36) [03.01.19]: Erster Interviewtermin // (37) [06.01.19]: Vereinbarung des zweiten Terms // (38) [13.01.20]: Zweiter Interviewtermin

3 Stichprobe

Aus der endgültigen Stichprobe stammten gut zwei Drittel aus der deutschsprachigen Schweiz, 14.7% kamen aus der Romandie, 13.9% aus dem Tessin. Etwa ein Drittel der Teilnehmenden identifizierten sich als weiblich, zwei Drittel als männlich, eine Person gab als Geschlecht "anderes" an (siehe Tabelle 1). Das Durchschnittsalter lag bei 26.3 Jahren, mit dem jüngsten Teilnehmenden im Alter von rund 16 Jahren und dem ältesten Teilnehmenden mit rund 38 Jahren.

Tabelle 1: Stichprobe (N=231)

Geschlecht	
Weiblich % (n)	32.5% (75)
Männlich % (n)	67.1% (155)
Anderes % (n)	0.4% (1)
Durchschnittsalter (SD)	
	26.3 (3.3)
Sprachregion	
Deutschschweiz % (n)	71.4% (165)
Romandie % (n)	14.7% (34)
Tessin % (n)	13.9% (32)
Platzierungsgrundlage bei MAZ.	
Strafrechtlich % (n)	25.5% (59)
Zivilrechtlich % (n)	49.4% (114)
Andere % (n)	25.1% (58)

3.1 Repräsentativität der Stichprobe

Schon bei der damaligen MAZ. Stichprobe hatten wir uns gefragt, als wie repräsentativ diese angesehen werden darf. Deshalb wurden diese damals mit Gleichaltrigen Nicht-Teilnehmenden aus den gleichen Institutionen verglichen. Dabei gab es bezüglich der erhobenen Psychopathologie keine signifikanten Unterschiede. Daher wurde damals mit Vorsicht der Schluss gezogen, dass die Ergebnisse der MAZ. Stichprobe für die Grundgesamtheit der teilgenommenen Institutionen als repräsentativ betrachtet werden können [49].

Nun galt es, auch die Repräsentativität der JAEL-Stichprobe zu prüfen. Dazu wurde sie mit den übrigen 361 MAZ.-Teilnehmenden anhand der damaligen Daten verglichen. Wie sich zeigte, unterschied sich die JAEL-Stichprobe im Vergleich zu den übrigen MAZ.-Teilnehmenden weder in Bezug auf Geschlecht, Alter, damaliger juristischer Platzierungsgrundlage, der Anzahl früherer Fremdunterbringungen, der

Prävalenz von psychischen Störungen bei MAZ. oder dem Anteil mit Verurteilungen wegen Gewaltdelikte. Allein zwischen den Sprachregionen und dem Geburtsland wurden Unterschiede festgestellt. Demnach kamen die JAEL-Teilnehmenden im Vergleich zu den Nicht-Teilnehmenden häufiger aus dem Tessin als aus der Romandie und wurden häufiger in der Schweiz geboren.

Auf Grund der Daten ist es nicht möglich, herauszufinden, inwieweit sich die Teilnehmenden in Bezug auf die aktuelle soziale Teilhabe von den Nicht-Teilnehmenden unterscheiden. Wir haben jedoch Informationen erhalten, dass wir einige potenzielle Teilnehmende nicht erreichen konnten, da sie ausgeschafft wurden, zur Zeit der Rekrutierung im Gefängnis waren oder auf der Strasse lebten. Infolgedessen gehen wir davon aus, dass die Untersuchung der gesamten Stichprobe den Outcome möglicherweise etwas negativer darstellen würde.

4 Erhebungsdesign, Fragbögen und Interviews

In der Einleitung wurde Abbildung 4 zur Veranschaulichung des prospektiven und retrospektiven Forschungsdesigns präsentiert. Da sie weitere Informationen zur Methode illustriert, wird sie hier erneut verwendet (siehe Abbildung 4).

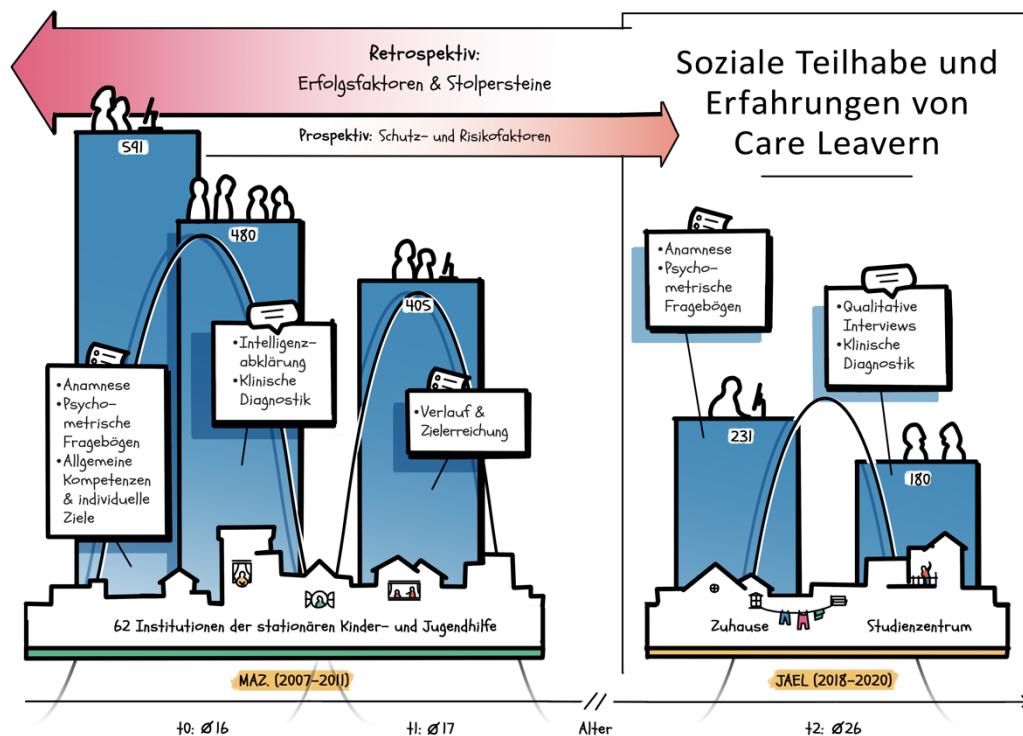


Abbildung 4: Übersicht der Verlaufsstudie von MAZ. bis JAEL

Die Datenerhebung bestand aus zwei Phasen: Einer Online-Befragung und einer Erhebung vor Ort. Hatten sich die jungen Menschen für eine Teilnahme entschieden, wurde ihnen ein persönlicher Link per Mail zugeschickt, mit welchem sie Zugang zu unserer Onlineplattform WeAskYou erhielten. Zu Beginn der Online-Erhebung wurden sie nochmals kurz über die Studie informiert und ihr digitales Einverständnis eingeholt. Bei allfälligen Fragen oder Unklarheiten konnten sich Betroffene telefonisch oder per Mail direkt an das Studienteam wenden. Nur beim erfolgreichen Absenden ihres

Einverständnisses, gelangten die Teilnehmenden zur Übersichtsseite der Fragebögen und konnten mit der Online-Erhebung beginnen. Letztere bestand aus einer Reihe von Selbstbeurteilungsfragebögen (siehe Kapitel 4.1). Insgesamt dauerte die Bearbeitung der Fragebögen etwa zwei bis drei Stunden. Für den Fall, dass die Beantwortung der Fragebögen belasten würden, wurden in WeAskYou neben dem Kontakt zu uns eine Reihe von weiteren möglichen Anlaufstellen verlinkt. Uns sind allerdings keine Krisen bekannt geworden, welche die Befragungen ausgelöst haben.

Hatten die Teilnehmenden die Online-Erhebung erfolgreich abgeschlossen, wurden sie vom JAEL-Team kontaktiert, um einen Termin für die Erhebung in Person mit standardisierten klinischen und semi-strukturierten qualitativen Interviews zu vereinbaren. Die Interviews fanden, je nach Wohnkanton und Anreisemöglichkeiten der Proband:innen, entweder in Basel, Lausanne oder Bellinzona statt. Die Dauer (ein bis zwei Tage) der Interviews variierte stark im Zusammenhang mit dem Redebedürfnis der Proband:innen, ihrem Auffassungs- und Konzentrationsvermögen, ihrer zeitlichen Flexibilität sowie ihrem persönlichen Engagement. Zudem verlängerte sich die Befragung je nach Belastungsgrad und Symptomlage der Probanden. Das Studiendesign war ausreichend flexibel, um derartige Unterschiede tragen zu können. Zu Beginn der Erhebung in Person wurden die Proband:innen nochmals mündlich sowie schriftlich über die Studie informiert, bevor ihr schriftliches Einverständnis eingeholt wurde. Die Teilnehmenden erhielten ausreichend Zeit, sich die gesamten Informationen durchzulesen und sich bei allfälligen Fragen direkt an den Untersuchungsleiter zu wenden. Erforderte es zudem das Einverständnis eines Beistands, setzten sich die Teilnehmenden zumeist selbst oder das Studienteam mit dem betroffenen Beistand in Verbindung. Da vereinzelte Teilnehmende das 18. Lebensjahr noch nicht erreicht hatten, wurde nebst ihrer eigenen schriftlichen Zustimmung, auch das Einverständnis ihrer gesetzlichen Vertretung eingefordert.

Um die Analyse der qualitativen Interviews zu gewährleisten und die Interrater-Reliabilität zur Qualitätssicherung zu messen, wurde jedes Interview, mit dem Einverständnis der Teilnehmenden, aufgezeichnet. Am Ende jeder Face-to-Face-Erhebung erkundigten sich die Untersuchungsleiter:innen nach dem aktuellen Befinden des Teilnehmenden und gab ihm eine kurze, bestärkende Rückmeldung. Trotz des riesigen Aufwands erwiesen sich diese zumeist als sehr dankbar, ihre Geschichte erzählen zu dürfen. Im Anschluss erhielten die Proband:innen eine Aufwandsentschädigung von 400 CHF in Form eines Migros-Gutscheins. Nach Abschluss der Face-to-Face-Erhebung füllten die Untersuchungsleiter:innen einige klinischen Einschätzungen zu den Proband:innen aus.

4.1 Übersicht der Testverfahren

Die besonderen Herausforderungen für die JAEL-Studie lagen, wie bei allen Längsschnittstudien, darin, dass die verwendeten Testverfahren möglichst identisch und sowohl für das Jugend- als auch das Erwachsenenalter einsetzbar sein sollten. Die Testverfahren müssen hierzu in beiden Altersgruppen validiert und normiert sein. Wenn die verwendeten Testverfahren nicht identisch sein können, sollte sichergestellt sein, dass sie dennoch die gleichen Konstrukte erfassen. Die Schwierigkeit dabei war, dass sich die Konstrukte mit dem Entwicklungsstand verändern. Die Lebensqualität umfasst beispielsweise im Erwachsenenalter andere Lebensbereiche als die im Kindes- und Jugendalter. Auch Fragebögen zur psychischen Belastung umfassen bei Erwachsenen andere Domänen als bei Kindern und Jugendlichen. Im Rahmen des JAEL-Projekts mussten zudem Fragebögen in allen drei Landessprachen vorliegen.

Tabelle 2: Übersicht der Testverfahren

Methode	Themenbereich	Selbsturteil	MAZ. Fremdurteil	Partizipativ ¹⁰	Selbsturteil	JAEL Fremdurteil
Screening am Computer	Vorgeschichte		Anamnese		Anamnese	
	Psychische Belastung	ASEBA [50-55]; MAYSI-2 [56-60]	ASEBA [50-55]		ASEBA [50-55]; MAYSI-2 [56-60]; WHODAS 2.0 [61, 62]	
	Persönlichkeit	JTCI [63]; YPI [64]			Lopf [65]; YPI [64] CTQ [66]; LEC-R [67,68]; skPTBS [69]	
	Trauma				AUDIT [70, 71]; FTNA [72, 73]; SDS [74]	
	Substanzgebrauch	AUDIT [70, 71]; FTNA [72, 73]; SDS [74]			L-CAT [75]; NHQ [76]; PSQI [77]	
	Gesundheitsverhalten				WHO-5 [83]; WHOQol [84-86]	
	Lebensqualität	ILK [78, 79]; Zufriedenheit	ILK [78, 79]; Zufriedenheit [80-82]		MSPSS [87]; QMI [88]	
	Beziehungen				SWE [89, 90]	
	Selbstwirksamkeit			Allgemeine Kompetenzen; Individuelle Ziele		
	Zielerreichung					
Face-to-Face Interviews	Delinquenz	Kriminologische Fragen [91]	Kriminologische Fragen [91]		Kriminologische Fragen [91]	BFS -Daten ¹¹
	Vorgeschichte	BARO [92]	BARO [92]		Qualitatives Interview	
	Psychopathologie	K-SADS [93]; SCID-II [94]	K-SADS [93]		SCID-5-CV [95, 96]; SCID-II [94]; STiP-5 [97-100]	
	Bindung				AAP [101]	
	Trauma	ETI [102]	ETI [102]		MACE [103, 104]; Complex PTSD Interview [105]	
	Substanzmissbrauch	Europ-ASI [106, 107]				
Klinische Einschätzung	Intelligenz	CFT-20 [108]				
	Diagnose		Nach ICD&DSM		Nach ICD&DSM	
	Funktionsniveau		MAS-Achse 6 [109]		CGI [110]; HoNOS [111]	
	Risikoeinschätzung				HCR-20 [112]; SAPROF [113, 114]	

Demnach waren wir mit folgenden Herausforderungen konfrontiert:

- Die Kontinuität der Konstrukte vom Jugend- ins Erwachsenenalter sollte berücksichtigt und gewährleistet werden.
- Die Verfahren sollten in den drei erforderlichen Landessprachen verfügbar sein.
- Die Rechte für den Einsatz sowie für allfällige Übersetzung mussten von den Autoren oder Testverlagen eingeholt werden.
- Die Testverfahren sollten den neusten wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu den erfassten Konstrukten widerspiegeln.
- Die Testgütekriterien (Validität und Reliabilität) der verwendeten Testverfahren sollten bereits wissenschaftlich überprüft und ausreichend hoch sein.

¹⁰ Diese Verfahren bearbeiteten die MAZ.-Teilnehmenden zusammen mit ihren sozialpädagogischen Bezugsbetreuer:innen.

¹¹ Hier handelt es sich um einen Abgleich mit den Daten aus dem (Jugend-)Strafurteilsregister.

- Die Veränderungen in den psychiatrischen Klassifikationssystemen, insbesondere vom Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-IV zum DSM-5, sollten adäquat berücksichtigt werden.

Da viele Testverfahren nicht in Deutsch, Französisch oder Italienisch verfügbar waren, mussten diese vom JAEL-Team nach den gängigen wissenschaftlichen Standards übersetzt (und rückübersetzt) werden.

Eine Übersicht der verwendeten Testverfahren finden Sie in Tabelle 2. Sie zeigt sowohl die in MAZ. als auch die in JAEL verwendeten Testverfahren, so dass man sich ein Bild davon machen kann, welche Testverfahren wiederholt und welche bei JAEL zum ersten Mal verwendet wurden.

Bei den Quellenangaben werden diejenigen der Originalausgabe benannt. Verfahren ohne Quellenangabe wurden vom MAZ.- resp. JAEL-Team entwickelt und/oder sind unveröffentlicht. Weiter Erläuterungen zu den Testverfahren finden sich im Anhang.

5 Auswertungsmethoden

5.1 Quantitative Daten

In einem ersten Schritt wurden alle quantitativen Daten aus MAZ. und JAEL kombiniert, was zu einem Datensatz von über 16'000 Variablen führte. Anschliessend wurden zur Beschreibung der JAEL-Teilnehmenden übliche deskriptive Analysen vorgenommen. Etwaige Gruppenvergleiche wurden mit t-Tests, Varianzanalysen (ANOVAs) sowie non-parametrische Verfahren wie χ^2 -Tests oder Mann-Whitney-Tests durchgeführt. Bei der Suche nach spezifischen Risiko- und Schutzfaktoren wurden lineare, multiple oder logistische Regressionen ergänzt.

Sämtliche quantitative Auswertungen erfolgten mit aktuellen Versionen der Statistikprogramme SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) oder R (R Statistical Computing Environment). Als Signifikanzniveau wurde ein Wert von $p < 0.05$ festgelegt.

5.2 Qualitative Interviews

Die leitende Fragestellung der qualitativen Analysen war, welche Gelingens- und Hinderungsfaktoren es für die Verläufe in der stationären Kinder- und Jugendhilfe sowie in der Transition Leaving Care aus der Perspektiven der JAEL-Teilnehmenden gab. Dazu wurden leitfadengestützte Interviews [115, 116] durchgeführt und im Anschluss mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring [117] ausgewertet. Die vorangestellte Fragestellung wurde bearbeitet, in dem drei Themenkomplexe rekonstruiert wurden:

- I. Themenkomplex: Eintritt in die stationäre Kinder- und Jugendhilfe
- II. Themenkomplex: Zeit während der stationären Kinder- und Jugendhilfe
- III. Themenkomplex: Transition aus der stationären Kinder- und Jugendhilfe (Leaving Care)

Von den 180 JAEL-Teilnehmenden, mit denen Interviews durchgeführt worden sind, erlaubten uns 178 Teilnehmende ihr Interview per Audio aufzunehmen. Insgesamt standen uns 367 Stunden reines

Audiomaterial zur Auswertung zur Verfügung (siehe Tabelle 3). Alle Interviews wurden in ihrer Originalsprache transkribiert. Es folgte eine Auswahl von Interviews für die qualitative Inhaltsanalyse. Dafür wurden entsprechend der Verläufe und der Verteilung der Geschlechter 80 Interviews aus der Deutschschweiz, 17 Interviews aus der Romandie und 13 Interviews aus dem Tessin zur inhaltlichen Sättigung herangezogen.

Tabelle 3: Datenmaterial je nach Sprachregion

Sprachregion	Anzahl Interviews	Interviewmaterial	Interviewlänge Range	Durchschnitt
Deutschschweiz	130	280h	37min – 06h:14min.	02h:09min.
Romandie	27	44h	57min – 04h:08min.	01h:34min.
Tessin	21	46h	58min – 04h:08min.	02h:10min.

Im Zuge des Kodierungsprozesses wurde zunächst ein rahmengebender Codingbaum, der sich an den thematischen Blöcken des Interviewleitfadens orientierte, theoriegeleitet erstellt und nach und nach mit induktiv gebildeten Kategorien und deren Ausprägungen (Subcodes) gefüllt. Diese Subcodes wurden im nächsten Schritt in einem intersubjektiven Diskurs in ein Kategoriensystem überführt, nochmals gemeinsam reflektiert und abschliessend für die weitere Analyse verdichtet. Es erfolgte eine abschliessende verlaufsübergreifende Kategorienübersicht, die Ankerbeispiele für die jeweiligen Subcodes kontrastierend gegenüberstellt. Aufgrund des induktiven Vorgehens der Kategoriengestaltung wurde – wie von Mayring [118] vorgeschlagen – auf einen beschreibenden Kodierleitfaden verzichtet. Im nächsten Schritt wurden die so erhaltenen Kategorien gebündelt den sich ergebenden Domänen zugeordnet.

6 ERGEBNISSE: Familiäre Hintergründe

Familiäre Lebensbedingungen haben oft einen entscheidenden Einfluss auf die spätere soziale Teilhabe von jungen Menschen. Besonders belastende Lebensumstände können beispielsweise Einelternhaushalte (alleinerziehende Elternteile), ein geringer sozioökonomischer Status und auch ein Migrationshintergrund sein. Dies kann zu sozialen Ungleichheiten führen, die Entwicklungsprozesse von Kindern beeinflussen und zu späteren Teilhabeeinschränkungen führen [119-123]. Die Jugendhilfestatistik aus Deutschland zeigt beispielsweise, dass Familien, die von einem dieser drei Faktoren betroffen sind, häufiger auf Hilfen zur Erziehung angewiesen sind.¹² Und auch im Abschlussbericht von MAZ. wurde über die vielen psychosozialen Belastungen der Ursprungsfamilien der untersuchten Kinder und Jugendlichen berichtet [3].

Ab diesem Kapitel gehen wir auf die konkreten Ergebnisse der JAEL-Erhebungen ein und beginnen mit den Angaben zu den familiären Hintergründen der Teilnehmenden, die wir aufgrund der MAZ.-Informationen sowie den online-Fragebögen aus JAEL erhalten haben. Ergänzt werden diese

¹² http://www.hzemonitor.akjstat.tu-dortmund.de/fileadmin/user_upload/documents/Monitor_Hilfen_zur_Erziehung_2021.pdf

Ergebnisse durch Eindrücke und ausgewählte Zitate aus den Interviews der Teilnehmenden, die sich auf die dargestellten Themen bezogen.

Die beschriebenen Faktoren sind dabei – neben anderen Einflüssen – in vielen Fällen als grundlegend für die spätere Platzierung der Teilnehmenden einzuschätzen.

6.1 Familienkonstellationen

Im JAEL-Anamnesefragebogen wurden die Teilnehmenden nach ihren Geschwistern und Halbgeschwistern gefragt. Im Ergebnis zeigte sich, dass sie aus oftmals sehr kinderreichen Familien stammten. Nur eine Minderheit von 14.8% gab an, keinerlei leibliche oder Halbgeschwister zu haben (siehe Abbildung 6).

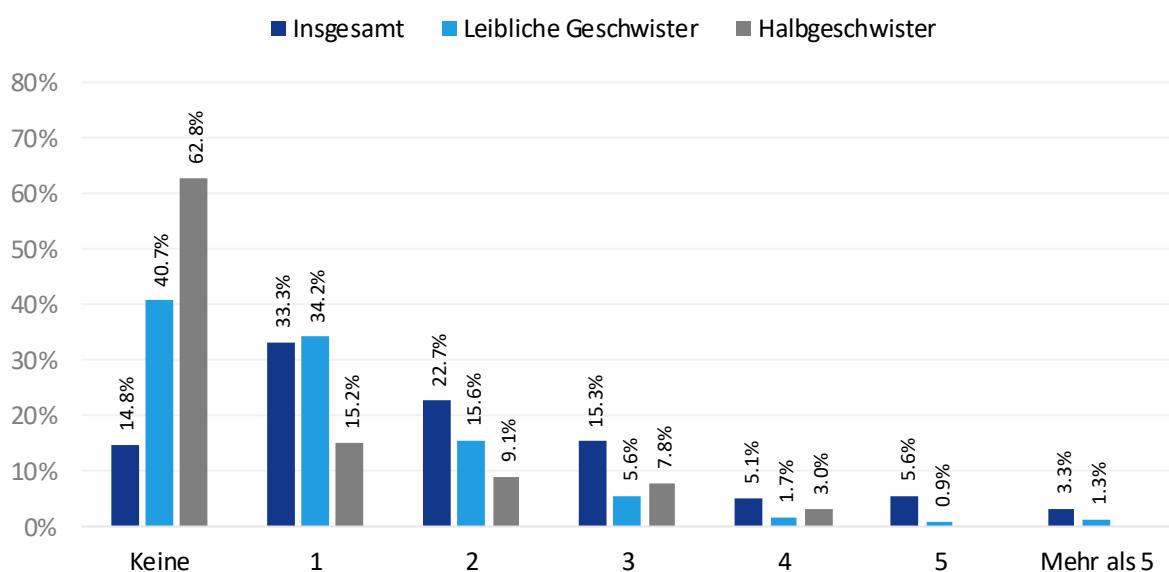


Abbildung 6: Anteil JAEL-Teilnehmende mit leiblichen und Halb-Geschwistern (N=216)

Im Schnitt hatten die Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Erhebungen zwei Geschwister.¹³ Fast 60% gaben an, mindestens einen Halbbruder oder eine Halbschwester zu haben und kommen somit aus potenziellen Patchworkfamilien.¹⁴

Gemäss den Informationen der Bezugsbetreuenden während MAZ. waren zu jenem Zeitpunkt bereits 62.8% der Eltern getrennt oder geschieden.

„Also bis zu der Scheidung hin, war es wirklich alles super intakt. [...] Das war dann so ein wenig der Wendepunkt, wo dann ja unsere Familie ein wenig auseinanderbrach und es halt auch, ja so ein wenig böses Blut gab, weil quasi ich dann beim Vater bleiben wollte und die anderen nicht.“
53(m/33/pos)

¹³ Gemäss BFS haben die Frauen in der Schweiz Frauen im Durchschnitt 1.5 Kinder (Bundesamt für Statistik (2021). [Familien in der Schweiz. Statistischer Bericht 2021](#)).

¹⁴ Genau genommen wissen wir nicht, in wie vielen Fällen es sich tatsächlich um Patchworkhaushalte handelt, aus welchen die Teilnehmenden stammen. Die Halbgeschwister können auch in anderen Haushalten aufgewachsen sein. Dennoch dürfte der Anteil im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich höher liegen. Gemäss BFS leben nur 6% der Kinder in Patchworkfamilien. (Bundesamt für Statistik (2021). [Familien in der Schweiz. Statistischer Bericht 2021](#)).

Bei 65.5% dieser Fälle war das Sorgerecht bei den Müttern, bei 4.3% bei den Vätern und bei 13.7% bei einem amtlich bestellten Vormund. Nur bei einem kleinen Anteil von 15.5% galt weiterhin ein gemeinsames Sorgerecht.

Insgesamt lebten 41.8% bei einem alleinerziehenden Elternteil, meist bei der Mutter.¹⁵ Jede/r Zehnte (10.3%) war zudem von Beginn an überhaupt nicht bei den Eltern, sondern in Pflegefamilien, bei Verwandten oder in anderen Arrangements (z.B. Stief- oder Grosseltern) untergebracht.

„Eben, ich hatte keine schlechte Kindheit. Aber dass trotzdem innerlich immer so diese Frage war- Ja- Schlussendlich trotzdem, Woher komme ich? Oder. Weil klar, ich habe hier meine Grossmutter und meinen Vater. Aber Fakt ist, das sind nicht meine leiblichen Eltern. [...] Und dass sich dann vielleicht halt trotzdem so innerlich- Ja, eben die Frage aufkam, Ja, woher komme ich? Oder Warum habe ich- habe ich nicht das typische, normale Familienverhältnis?“ 477(w/27/pos)

Die berichteten Familienkonstellationen wichen folglich oft von etablierten gesellschaftlichen Normvorstellungen der klassischen Kernfamilie ab. Besonders in den qualitativen Interviews wurde vor diesem Hintergrund von den Teilnehmenden hervorgehoben, dass sie dadurch negativ auffielen bzw. der familiäre Hintergrund als ursächlich für erlebte Benachteiligung erinnert wurde. Sie berichteten in diesem Zusammenhang von erlebter sozialer Isolation sowie von daraus resultierenden persönlichen Schwierigkeiten in der Identitätsfindung.

6.2 Migrationshintergrund

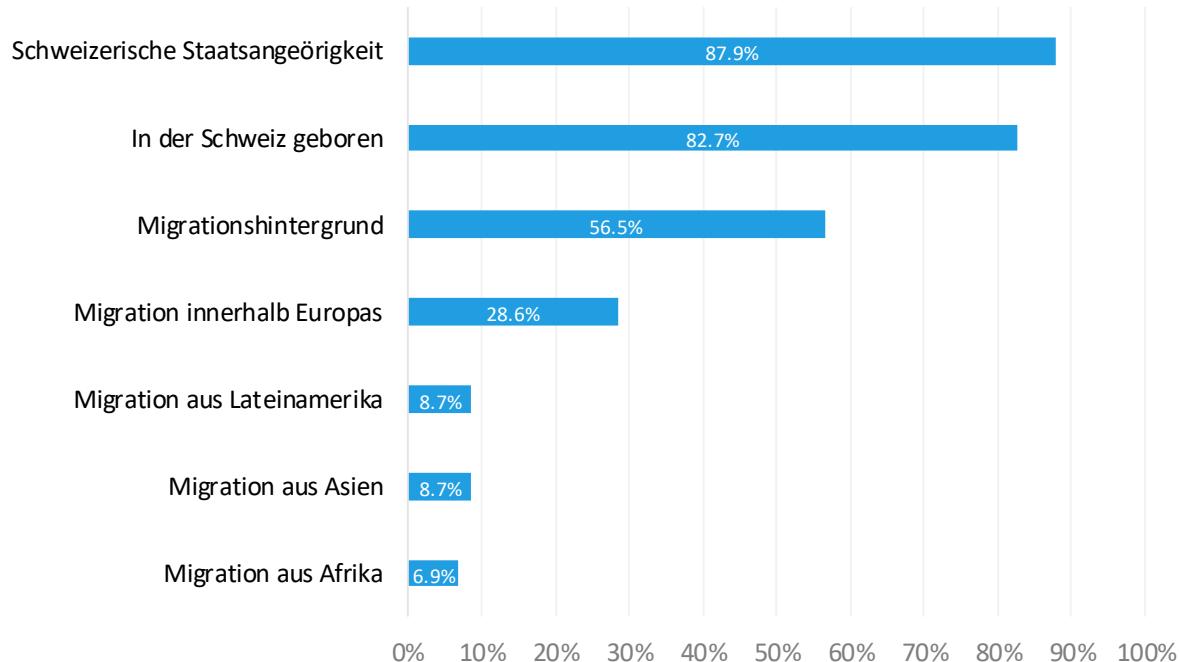


Abbildung 7: Herkunft der JAEL-Teilnehmenden (N=216)

Der Grossteil der JAEL-Teilnehmenden wurde in der Schweiz geboren, 17.3% im Ausland (insgesamt in 24 verschiedenen Ländern). Dennoch ist der Anteil von Familien mit Migrationshintergrund – d.h. mit mind. einem Elternteil, der nicht in der Schweiz geboren wurde – mit 57.5% im Vergleich zur

¹⁵ Zum Vergleich: Gemäss BFS leben in der Schweizer Allgemeinbevölkerung 13% der Kinder in Einelternhaushalten. (Bundesamt für Statistik (2021). [Familien in der Schweiz. Statistischer Bericht 2021](#)).

Allgemeinbevölkerung relativ hoch.¹⁶ Knapp die Hälfte der Teilnehmenden mit Migrationshintergrund (46.6%) gehören zur zweiten Generation, 51.3% waren zum Untersuchungszeitpunkt eingebürgert (siehe Abbildung 7).

Die Erfahrung der Migration bringt dabei für die Eltern Herausforderungen mit sich, von denen die betroffenen JAEL-Teilnehmenden auch in den Interviews berichteten. Insbesondere finanzielle Schwierigkeiten, Probleme beim Ankommen im Arbeitsmarkt sowie fehlende Möglichkeiten der Eltern, die Kinder ausreichend zu versorgen und bei wichtigen Entwicklungsaufgaben unterstützen zu können, wurden erinnert.

„Vor allem hatte sie auch immer Angst, dass wir ausgeschafft werden, also sie ist nie- also sie wollte auch nie und sie schaffte es, nie zum Sozialamt zu kommen, weil sie so Angst hatte, dass wir ausgeschafft werden, deswegen. Also sie gab sich wirklich mehr Mühe, dass sie sich wirklich abgerackert hat und irgendwie Geld ins Haus brachte, statt sich überhaupt an jemanden zu wenden, der uns finanziell unterstützen würde.“ 49(m/23/pos)

Migration kann vor diesem Hintergrund den sozioökonomischen Status, potenzielle Bildungschancen und weitere soziale Bedingungen des Aufwachsens negativ beeinflussen. Infolgedessen kann eine Migrationsgeschichte ebenso zum Risiko von Arbeitslosigkeit, Armut und einer Abhängigkeit von staatlichen Unterstützungsmassnahmen beitragen. Menschen mit Migrationshintergrund erleben zudem häufiger Diskriminierung und soziale Isolation, was ihre psychosoziale Entwicklung beeinträchtigen kann [119, 121, 124].¹⁷

6.3 Ausbildung, Erwerbstätigkeit und Transferleistungsabhängigkeit der Eltern

Bei MAZ. konnten einige Informationen der sozialpädagogischen Bezugspersonen zur Ausbildung, der Erwerbstätigkeit und der Abhängigkeiten von Transferleistungen der Eltern der Teilnehmenden zusammengetragen werden (siehe Tabelle 4). Daraus lassen sich bei vielen Herkunfts familien eher niedrige sozioökonomische Verhältnisse erahnen. Insgesamt hatte demnach fast die Hälfte der jungen Menschen (49.3%) mindestens einen Elternteil, bei welchem mindestens eine der aufgeführten potenziellen Schwierigkeiten bekannt war.¹⁸

Zu beachten ist, dass es bei den Kategorien 'Arbeitslos', 'Sozialdienstabhängigkeit' oder 'Bezug von IV, AHV, anderen Renten' in der damaligen Erfassung keine Option "unbekannt" gab. Es ist zu vermuten, dass die Bezugspersonen am ehesten mit 'Nein' antworteten, wenn die Verhältnisse nicht eindeutig waren. Es liegt demnach nahe, dass unsere Ergebnisse die tatsächlichen Verhältnisse unterschätzen.

¹⁶ In der Schweiz lebt knapp die Hälfte der Kinder unter 25 Jahren in einem Haushalt ohne Migrationshintergrund (49%). (Bundesamt für Statistik, 2021). [Familien in der Schweiz. Statistischer Bericht 2021](#).

¹⁷ Siehe ausserdem: Bundesjugendkuratorium (2013): Migration unter der Lupe. Der ambivalente Umgang mit einem gesellschaftlichen Thema der Kinder- und Jugendhilfe. Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums zu Migration. München. Verfügbar über: https://bundesjugendkuratorium.de/data/pdf/press/Stellungnahme_Migration_81113.pdf; [27.02.2017]

¹⁸ Vergleichsweise sind es in der Schweizer Allgemeinbevölkerung 23% der Einelternhaushalte und 13% der Paarhaushalte mit Kindern bzw. bzw. 7% der Paarhaushalte ohne Kinder, die finanzielle Schwierigkeiten haben. (Bundesamt für Statistik, 2021). [Familien in der Schweiz. Statistischer Bericht 2021](#).

Tabelle 4: Fehlende Ausbildung, mangelnde Erwerbstätigkeit und Transferleistungsabhängigkeit der Eltern gemäss Angaben der sozialpädagogischen Bezugspersonen während MAZ.

	Mütter (berücksichtigbare Stichprobe)	Väter (berücksichtigbare Stichprobe)	Bei mind. 1 Elternteil bekannt (berücksichtigbare Stichprobe)
Ohne nach- obligatorische Ausbildung	38.5% (N=161) ¹⁹	20.4% (N=142) ²⁰	42.2% (N=128)
Arbeitslos	9.3% (N=225)	5.8% (N=224)	11.6% (N=224)
Sozialdienstabhängig	8.9% (N=225)	4.0% (N=224)	12.1% (N=224)
Bezug von IV, AHV, anderen Renten	10.2% (N=225)	8.0 (N=224)	17.9% (N=224)

EXKURS: Ökonomische Lebensverhältnisse und die Entwicklung von Kindern

[125-149]

Immer mehr Kinder leben in relativer Armut und erfahren, dass Geld ein Problem für sie und ihre Eltern ist, um gesellschaftliche Teilhabe herzustellen und die Wahrscheinlichkeit, dass ein armes Kind selbst im Erwachsenenalter arm bleibt, ist über 70 Mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Darüber hinaus können schwierige ökonomische Bedingungen das familiäre Zusammenleben schwer belasten und zu weiteren Folgeproblemen führen. Dies kann auf unterschiedliche Weise einen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes haben.

Im Rahmen der Great Smoky Mountains Studie aus North Carolina konnte dies auch im Zuge einer zufälligen Entwicklung beobachtet werden: Während des Untersuchungszeitraums wurde ein Casino inmitten einer Wohnregion der indigenen Bevölkerung eröffnet. Zu diesem Zeitpunkt zeigten viele der dort wohnhaften 9 bis 13-jährigen Kinder und Jugendlichen psychopathologische Auffälligkeiten. Im Vergleich zu Kindern, die in stabilen finanziellen Verhältnissen lebten, konnte eine deutlich höhere Belastung der psychischen Gesundheit – sowohl auf emotionaler als auch auf Verhaltensebene – beobachtet werden. Für knapp die Hälfte der Bevölkerung bedeutete die Neugründung des Casinos eine neue Chance ihren Wohlstand zu verbessern. Daraufhin reduzierten sich die Verhaltensauffälligkeiten der Kinder signifikant. Bei den Familien und ihren Kindern, die arm blieben, waren keine Verbesserungen der Belastung zu beobachten. Auch eine aktuelle Meta-Analyse von Zaneva und Kolleg:innen bestätigte, dass sich eine Verbesserung der ökonomischen Situation sehr unmittelbar auch auf die psychische Gesundheit der Kinder auswirkt – vermutlich weil sich dadurch der Stress im Familiensystem reduziert.

Zwei Faktoren, die mit Armut einhergehen, spielen vor diesem Hintergrund für eine gesunde Entwicklung von Kindern eine Rolle. Zum einen kann aus einer ökonomischen Perspektive angenommen werden, dass es den betroffenen jungen Menschen an entwicklungsfördernden und unterstützenden Ressourcen mangelt. Aus entwicklungspsychologischer Perspektive lassen sich ferner eine Fülle an proximalen und distalen Stressfaktoren identifizieren.

Auf die kognitive Entwicklung und späteren Leistungen bzw. Erfolge wirken sich dabei besonders die mangelnde Verfügbarkeit von altersgerechten Materialien sowie fehlende elterliche psychosoziale Kompetenzen und die damit einhergehende, oftmals zu kurz kommende Förderung und Unterstützung beim Lernen aus. So hat sich beispielsweise gezeigt, dass Kinder aus armen Verhältnissen deutlich weniger Schuljahre absolvieren, weniger höhere Abschlüsse erreichen und seltener über obligatorische Bildung hinaus qualifiziert werden.

Die sozial-emotionalen Kompetenzen werden andererseits durch erhöhten elterlichen Stress, daraus resultierende psychische Belastungen der Eltern und schliesslich durch einen weniger warmen aber dafür vermehrt bestrafenden Umgang und unzureichende, inkonsequente Betreuung beeinträchtigt. In Schulen sowie im direkten sozialen Umfeld (bspw. in der Nachbarschaft) zeigen die jungen Menschen weniger positive Interaktionen mit Lehrpersonen oder Peers. In beiden Kontexten sind sie zudem häufiger in oppositionelle Netzwerke eingebunden, was nicht selten in asozialem und abweichendem Verhalten resultiert. Gewalterfahrungen sowohl als Opfer als auch als Täter:in, werden vor diesem Hintergrund mit höherer Wahrscheinlichkeit erlebt.

Diese problematischen Verhältnisse gehen häufiger mit externalisierenden oder internalisierenden Störungen wie auch höheren Raten an Schulversagen einher. Korrigierende Erfahrungen in diesen unterschiedlichen Aspekten bringen bessere Bildungsergebnisse mit sich und beugen Kriminalität wie auch psychiatrischen und psychopathologischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter vor.

¹⁹ Bei 62 Müttern wurden die Optionen "trifft nicht zu" oder unbekannt angegeben.

²⁰ Bei 81 Vätern wurden die Optionen "trifft nicht zu" oder unbekannt angegeben.

6.4 Psychische Belastungen der Eltern

„Der meiste Grund warum ein Kind im Heim ist, weil Alkoholiker Mutter, Alkoholiker Vater oder irgendwie so etwas, einfach keine gute Familie. Es ist einmal mal einer dort gewesen, wo die Eltern noch zusammen gewesen sind, alle anderen geschiedene Eltern, kaputte Familie. Aber eben ich bin mal nicht der Einzige gewesen mit dem Problem.“ 51(m/29/neg)

Während die JAEL-Teilnehmenden von unterschiedlichen Auffälligkeiten in ihren Ursprungsfamilien berichteten, nahmen dabei im Besonderen psychische Belastungen der Eltern und deren Folgen einen grossen Stellenwert ein (siehe Tabelle 5). So gaben zwei Drittel (66.0%) an, mindestens einen Elternteil zu haben, der in psychologisch/psychiatrischer Behandlung war, Probleme mit Alkohol oder Drogen habe oder strafrechtlich verurteilt worden sei. Da bei gewissen Fragen nicht selten mit „Weiss ich nicht“ geantwortet worden war, ist auch hier davon auszugehen, dass die Zahlen das wirkliche Vorhandensein dieser potenziellen Belastungen eher unterschätzen.

Die sicheren Angaben der JAEL-Teilnehmenden zeigten, dass mehr als die Hälfte ihrer Mütter jemals in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung war und fast ein Drittel Alkohol- oder Drogenprobleme haben oder hatten. Gerade auch in den Interviews erinnerten sich die JAEL-Teilnehmenden an die weitreichenden Folgen der häufigen mütterlichen Suchtbelastungen auf das gemeinsame Familienleben. So beschrieben sie eindrücklich, wie der Alltag durch die Suchtproblematik der Mütter geprägt wurde.

„Sie war voll Alkoholikerin. Voll Alkoholikerin. Also [...] es gibt bestimmte Stufen von Alkoholikern. Oder was Heimkinder zu Hause mit Alkohol in Bezug auf die Eltern erleben. Bei mir war es die oberste Stufe. Also das veränderte wirklich alles.“ 59(m/28/neg)

„Das heisst, ich bin daheim aufgewachsen mit meiner Mutter, sie ist alleinerziehend gewesen, sie hat zu viel gesoffen, also wirklich viel viel. Sie ist eine mega liebe Frau gewesen, eine mega herzliche, liebe Frau aber der Alk hat sie zerstört. Ähm ich wollte nie weggehen, weil ich immer ein schlechtes Gewissen gehabt, wenn ich weggegangen bin.“ 168(m/27/neu)

„Also ich meine, mein Alltag war, nach Hause kommen. Liegt sie im Bett. Da die Kotze drüber. Medis reingehauen. Schlaftmittel. Da aufgeschnitten, alles. Keine Ahnung, in die Toilette rennen, WC-Papier-Rolle nehmen, sie verbinden, den Vater anrufen.“ 59(m/28/neg)

Einzelne Teilnehmenden berichteten davon, dass sie sogar in ihrem gegenwärtigen Alltag noch Nachwirkungen des Miterlebens der mütterlichen Suchterkrankungen erlebten.

„Also es prägt den Alltag [...]. Und heute muss ich sagen, ich glaube der Alkohol hat ihr einfach das Gehirn weggeputzt [...] das hinterlässt auch Spuren, auch körperlich und auch kognitiv, also. Ja, also es ist eben, ich weiss, ich bin mal nach Hause gekommen und dann - kennen Sie das, wenn es so frisch geputzt riecht? Es hat so einen [...] so einen leicht säuerlichen Geruch. Und dann schaut man den Boden an, ich habe den Boden angeschaut und habe gesehen: Scheisse, da ist ja gar nicht geputzt! Was ist denn das? Und dann habe ich eigentlich gemerkt, dass es die Ausdünnung meiner Mutter ist.“ 44(m/27/pos)

Tabelle 5: Anteil der Eltern mit psychologischen/psychiatrischen Behandlungen, Substanzproblemen und delinquenterem Verhalten gemäss Auskunft der JAEL-Teilnehmenden

Jemals...	Mütter (berücksichtigbare Stichprobe)	Väter (berücksichtigbare Stichprobe)	Bei mind. 1 Elternteil bekannt (berücksichtigbare Stichprobe)
Psychologische/ psychiatrische Behandlung	56.8% (N=125) ²¹	22.2% (N=117) ²²	52.7% (N=91)
Probleme mit Alkohol/ Drogen	32.2% (N=177) ²³	44.1% (N=170) ²⁴	55.3% (N=150)
Strafrechtlich verurteilt	10.1% (N=149) ²⁵	24.6% (N=138) ²⁶	25.0% (N=120)

Über die Väter hingegen wurde seltener berichtet, dass sie in psychologischen/psychiatrischen Behandlungen waren. Wissentlich hatten diese jedoch noch häufiger Alkohol- oder Substanzprobleme und waren doppelt so häufig strafrechtlich verurteilt worden.

„Und der war in einem Gefängnis, also ich sah ihn nicht lange in meinem Leben.“ 163(w/24/neg)

In der näheren Betrachtung der geschilderten Familienkonstellationen lässt sich nachvollziehen, dass der Umstand, dass in den Interviews weniger häufig von den Auswirkungen psychisch belasteter Väter berichtet wurde, sich vor allem darauf zurückführen lässt, dass viele Väter früh aus dem Familienleben ausgetreten bzw. nicht bekannt waren. Auch lässt sich vermuten, dass Väter oftmals, auch wenn sie im Familienalltag anwesend waren, weniger häufig als primäre Bezugsperson wahrgenommen wurden.

EXKURS: Aufwachsen bei Eltern mit psychischen Erkrankungen

[126, 150-174]

Das Aufwachsen mit psychisch belasteten Eltern birgt nicht allein ein genetisches Risiko für die nachfolgende Generation, sondern prägt vor allem durch alltägliche Interaktionen die Entwicklung von Kindern.

Schätzungsweise entwickeln zwischen 41% und 71% der Kinder von Eltern mit einer psychischen Erkrankung später selbst psychische Probleme. Die Kinder sind oftmals dem Einfluss verschiedener, diffuser Symptomatiken ausgesetzt, die bei ihnen Sorgen und innere Konflikte auslösen können. Oftmals stehen sie vor ganz anderen alltäglichen Herausforderungen als Gleichaltrige. Sie spüren, dass etwas nicht stimmt, achten besonders auf Signale für das potenzielle, unberechenbare, mit der Krankheit assoziierte Verhalten. Während sie einerseits das Bedürfnis haben ihren Eltern zu helfen und wichtig für das Wohlbefinden der Eltern zu sein, berichten sie gleichzeitig beispielsweise von der Schule als Zufluchtsort, an dem sie sich mal keine Sorgen machen müssen oder von dem Streben nach Beziehungen mit anderen, um ihre Unabhängigkeit zu wahren.

Störungen ihres Alltags erleben sie durch rechthaberisches, peinliches und passives oder besorgtes elterliches Verhalten, was in Gefühlen von Angst, Wut, Verlassenheit, Isolation, Schuld und Scham sowie verstärkt negativen Gefühlen über sich selbst und Schwierigkeiten in sozialen Interaktionen resultieren kann. Störungsspezifische Verhaltensweisen beeinträchtigen die Eltern-Kind-Interaktion (d. h. elterliche Überwachung, elterliche Unterstützung) und das familiäre Umfeld (d. h. Zusammenhalt, Ausdrucksfähigkeit, Konflikte) und können gesundheitliche Folgen für die Kinder haben.

Zentral ist das eingeschränkte Erziehungsverhalten, was sich beispielsweise dadurch ausdrückt, dass den Bedürfnissen der Kinder nicht in ausreichendem Masse Aufmerksamkeit zukommt. Insbesondere auch, weil die psychische Erkrankung der Eltern ihre Teilhabe fordert und letztlich alle zentralen Erziehungskompetenzen tangieren kann. Die Eltern sind oft schon damit überfordert, einen gelingenden Alltag zu organisieren und schaffen viele Dinge nicht mehr, die für die Position der Kinder in der Peergruppe wichtig sind, zu realisieren (z. B. einen Kindergeburtstag auszurichten oder beim Schulfest zu helfen). Auch ist

²¹ Bei 84 Müttern wurden die Option „Weiss ich nicht“ angegeben.

²² Bei 92 Vätern wurden die Option „Weiss ich nicht“ angegeben.

²³ Bei 32 Müttern wurden die Option „Weiss ich nicht“ angegeben.

²⁴ Bei 39 Vätern wurden die Option „Weiss ich nicht“ angegeben.

²⁵ Bei 59 Müttern wurden die Option „Weiss ich nicht“ angegeben.

²⁶ Bei 70 Vätern wurden die Option „Weiss ich nicht“ angegeben.

eine verstärkte Dysfunktionalität in der Beziehungs- und Alltagsgestaltung zu erwarten, etwa durch vermehrtes Auftreten von Paarkonflikten bis hin zu Trennung oder Scheidung der Eltern oder etwa durch Drogen- oder Alkoholmissbrauch der Eltern. Psychisch kranke Eltern mangelt es zudem oftmals krankheitsbedingt an der emotionalen Kapazität, ausreichend emotional für ihre Kinder verfügbar zu sein, in angemessenem Masse Fürsorge leisten und die eigenen Bedürfnisse vorübergehend aufschieben zu können, um die Bedürfnisse der Kinder sicher stellen zu können.

In diesem Kontext ist nicht ungewöhnlich, dass Kinder mitunter dysfunktionale Bewältigungsstrategien ihrer Eltern durch Modelllernen erwerben. Insbesondere bei Angststörungen scheint dies eine grosse Rolle zu spielen.

In Bezug auf elterliche Suchtproblematik lässt sich vor dem Hintergrund der aktuellen Studienlage zudem nachvollziehen, dass allein ein Elternteil mit Alkoholproblemen das Risiko für viele verschiedene Vernachlässigungs- oder Missbrauchserfahrungen schätzungsweise verdoppelt. Dies konnte auch in Analysen von schweizweiten EQUALS-Daten²⁷ beobachtet werden. Daneben ist das Risiko besonders gross, wenn das Kind mit dem erkrankten Elternteil allein lebt.

Nicht selten resultiert aus dem Zusammenleben mit psychisch kranken Eltern eine starke Verantwortungsübernahme seitens des Kindes – besonders wenn beide Eltern betroffen sind bzw. es keinen gesunden Partner oder andere erwachsene Bezugsperson gibt. Diese häufig vorkommende Bewältigungsstrategie der "dysfunktionale Parentifizierung" und die Übernahme altersinadäquater Aufgaben rund um den Haushalt oder die emotionalen Bedürfnisse anderer innerhalb der Familie ist nicht nur destruktiv, da es die altersentsprechenden Entwicklungen des Kindes einschränkt, sondern kann eine Isolierung des Kindes von Gleichaltrigen mit sich bringen, wodurch weitere potenzielle Schutzfaktoren verloren gehen und entscheidenden Entwicklungsaufgaben in der sozialen Entwicklung der jungen Menschen erschwert werden. Die Kinder schämen sich teilweise auch für Ihre Eltern und vermieden es deshalb, Freunde mit nach Hause zu bringen oder geben Einladungen für Veranstaltungen in der Schule nicht bei ihren Eltern ab. Charakteristisch für die dysfunktionale Parentifizierung ist insbesondere, dass die Verantwortungsübernahme des Kindes vom Familiensystem nicht gesehen und gewürdigt wird. Leider werden die Bedürfnisse der Kinder trotz der immer grösseren Präsenz der Thematik in der Erwachsenenpsychiatrie oft immer noch nicht ausreichend erkannt, weshalb viele bereits psychisch belastete Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil ohne die eigentlich dringend notwendigen Hilfen bleiben.

6.5 Misshandlungserfahrungen in der Kindheit

Die JAEL-Teilnehmenden berichteten von vielfältigen potenziell traumatischen Erfahrungen. Um die verschiedenen Dimensionen dieser Erfahrungen zu erfassen, wurden diese in der JAEL-Studie sowohl quantitativ als auch qualitativ untersucht.

Mit dem Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; [175]) wurden die JAEL-Teilnehmenden zur retrospektiven Beurteilung des Erlebens von Missbrauch (sexuell, körperlich und emotional) und von Vernachlässigung (körperlich und emotional) in der Kindheit befragt. Missbrauch beschreibt dabei negativ Zugefügtes, Vernachlässigung das positiv Unterlassene. Mehr als drei Viertel (76.1%) aller Teilnehmenden berichteten im Selbsturteil von mindestens einer und mehr als die Hälfte (57.8%) von mindestens zwei Misshandlungserfahrungen mit mittlerer bis extremer Ausprägung. Im Schnitt berichteten die Teilnehmenden von 1.9 (SD=1.5) in den unterschiedlichen Skalen erfassten Misshandlungserfahrungen im mittleren bis extremen Bereich.

„Die ersten beiden Lebensjahre- Keiner weiss so, was genau war [...] Nein. Also ich- Man vermutet, dass ich auch missbraucht wurde. Geschlagen wurde. Solche Sachen [...] man ging davon aus- Also von der psychologischen Seite. Dass die Mutter da irgendetwas- irgendetwas war.“ 584(m/31/neu)

„Sie schlug uns auch, sie war genauso gewaltbereit wie der Vater. Sie schlug uns genauso. Sie schlug uns, wenn wir keinen Hunger- wenn wir nichts gegessen haben, weil wir keinen Hunger hatten, weil wir hatten wirklich feste Zeiten.“ 60(m/24/neu)

Gerade Erfahrungen von Vernachlässigung, insbesondere emotionale Vernachlässigung, schienen eher die Regel als die Ausnahme darzustellen (siehe Abbildung 8). Missbrauch ist im Verhältnis zur Vernachlässigung zwar weniger prävalent, dennoch berichteten über die Hälfte der Teilnehmenden von emotionalem Missbrauch, knapp die Hälfte aller Teilnehmenden von körperlichem Missbrauch und knapp ein Drittel von im Minimum leichtem sexuellem Missbrauch.

²⁷<https://www.equals.ch/files/factsheets>equals-factsheet-8.pdf>; <https://www.equals.ch/blog/suchtblastete-eltern-und-die-folgen-fuer-deren-in>equals-erfassten-kinder>

Im Vergleich der Geschlechter, hatten ausser beim körperlichen Missbrauch die weiblichen Teilnehmenden im Schnitt in allen Skalen signifikant höhere Werte als die männlichen.²⁸

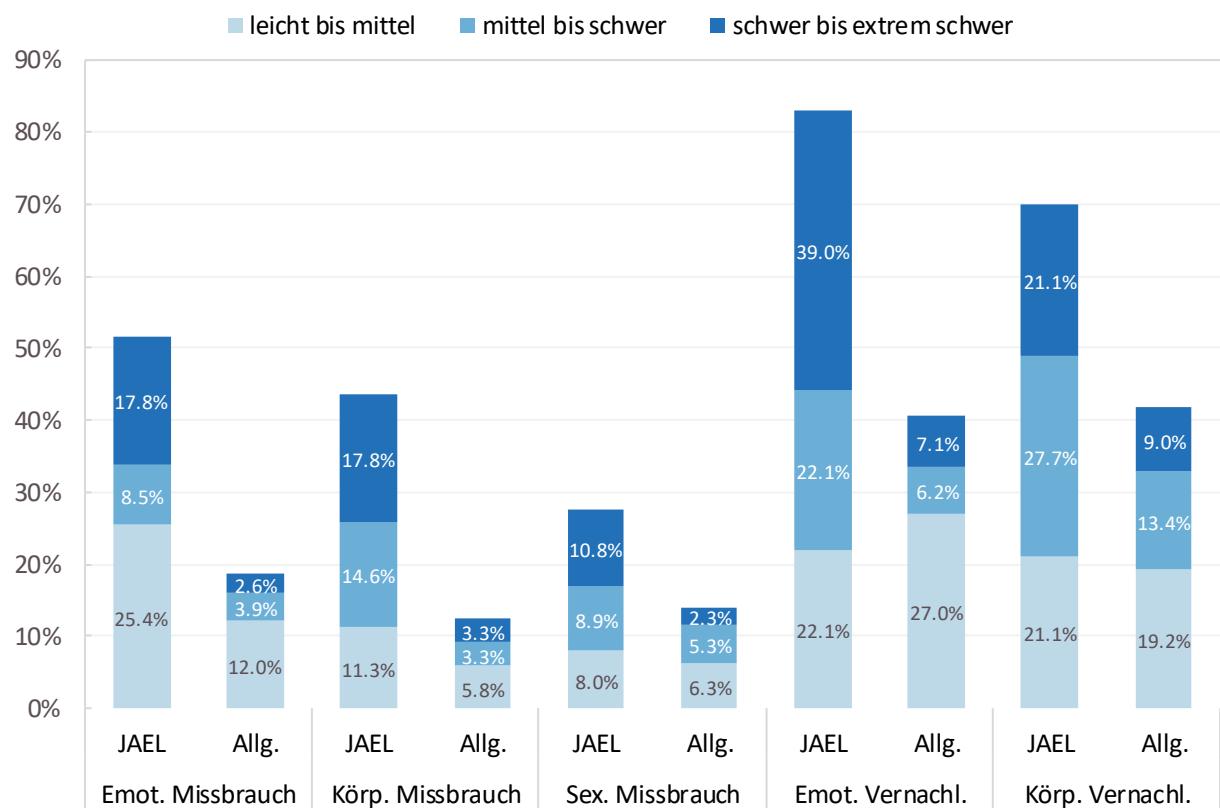


Abbildung 8: Prävalenzen der mit dem "Childhood Trauma Questionnaire" berichteten Misshandlungserfahrungen (N=213) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Allg.); (N=2510); [176])

Die Vergleiche in der Abbildung zu der Allgemeinbevölkerung ("Allg.") aus Deutschland (Durchschnittsalter von 48.4 Jahren) zeigen, dass die JAEL-Teilnehmenden in allen Bereichen deutlich höhere Zahlen aufweisen. Im Unterschied zu den JAEL-Teilnehmenden wurde in der Allgemeinbevölkerung im Bereich der schweren Ausprägung am häufigsten von körperlicher Vernachlässigung berichtet [176].

Im Vergleich zu anderen Risikostichproben, wie z.B. psychiatrischen Patienten und Gefängnisinsassen (mit einem Durchschnittsalter von 32.8 Jahren), zeigten sich bezüglich der Schwere der Missbrauchsskalen keine signifikanten Unterschiede, insgesamt lag aber die Schwere der berichteten körperlichen als auch emotionalen Vernachlässigungserfahrungen der befragten JAEL-Teilnehmenden signifikant höher [177].

In den Interviews berichteten die Betroffenen eindrücklich von diesen Erlebnissen, die in grossen Teilen nicht nur die Platzierung als notwendigen Ausstieg aus einer sich zuspitzenden(familiären) Belastung erkennen lassen. Vielmehr wurde im Verlauf der Interviews deutlich, dass viele der umschriebenen Erlebnisse weitreichende biografische Nachwirkungen für die Interviewten haben. So

²⁸ Emotionaler Missbrauch: $F(1, 211) = 32.05, p < .001$; Körperlicher Missbrauch: $F(1, 211) = 7.41, p = .007$; Sexueller Missbrauch: $F(1, 211) = 26.17, p < .001$; Emotionale Vernachlässigung: $F(1, 211) = 32.05, p < .001$

beschrieben sie, wie das Erlebte nachhaltig ihr Selbstbild, den Umgang mit den eigenen Emotionen sowie die Fähigkeit vertrauensvolle Beziehungen gestalten zu können, beeinträchtigte.

„Gefehlt hat mir teilweise so vertiefte, emotionale Gespräche, ich habe mehr materielle Sachen bekommen, was nicht heisst, dass ich das Gefühl habe, meine Eltern haben mich nicht gern, aber sie haben es vielleicht nicht and-besser gewusst, und ich habe das Bedürfnis auch noch nicht so gekannt oder nicht äussern können.“ 102(m/28/pos)

„Dass die Kinder ein bisschen an- an erster Stelle stehen. Das hat halt gefehlt, das merkt man halt ja auch [...]. Ich denke halt, dass sie einfach nicht bereit waren für Kinder.“ 113(m/30/pos)

„Ich weiss [...] von einem Gespräch, wo sie gewesen ist, mit einer Lehrerin und die hat gesagt, ich sei [...] emotional verwahrlost, emotional verwahrlost heisst meine Mutter tut mich verwahrlosen und da hat sie recht gehabt.“ 36(m/38/neu)

Da derartige traumatisierende Erfahrungen vordergründig mit besonders nahen Bezugspersonen wie Eltern, Geschwistern und anderen Familienangehörigen erlebt wurden, ist es nicht weiter überraschend, dass die Teilnehmenden vor allem von beeinträchtigten Beziehungen zu den Eltern berichteten.

„Ich hatte eigentlich zu meinen Eltern [...] keinen grossen Bezug. Und schon gar nicht auf die emotionale Basis, wenn etwas nicht gepasst hat und so.“ 545(m/26/neu)

Neben der Erfahrung von physischer Gewalt durch und an Bezugspersonen, war es vor allem unterlassene emotionale Versorgung, die in den qualitativen Interviews erinnert wurde. Das Gefühl, mit den eigenen emotionalen Bedürfnissen nicht wahrgenommen zu werden, wirkte sich den Äusserungen der Teilnehmenden folgend nachhaltig auf ihre eigene Beziehungsfähigkeit aus. So berichteten sie insbesondere von Schwierigkeiten Vertrauen zu sozialpädagogischen Bezugspersonen aufzubauen und Partnerschaften und Freundschaften pflegen zu können.

„Wenn man als Kind einfach immer wieder- Also mein Vater war ja kein guter Vater. Und wenn man als Kind immer geschlagen wird, und ins Heim kommt, dann hat man einfach psychisch sein Leben lang – egal, welche Therapien man macht. Es bleibt einem einfach, und – ich weiss schon, dass man nach vorn schauen sollte. Aber ab und zu holt dich die Vergangenheit einfach [...] wieder ein, und ich weiss nicht, wie ich das sagen soll, es ist einfach alles schiefgelaufen in meiner Kindheit.“ 163(w/24/neg)

Für einige JAEL-Teilnehmende waren die umschriebenen Erlebnisse auf eine andere Art prägsam. So führten die biografischen Belastungen zur Entscheidung, eigene Beziehungen, insbesondere zu den eigenen Kindern, nicht in der erlebten Art und Weise zu gestalten. Diese Teilnehmenden waren in der Lage, sich bewusst zu bemühen, die erlebten Misshandlungen, nicht an die Folgegeneration weiterzugeben.

„Für mich ist das Wichtigste [...] ich schütze ihn [Sohn]. Er hat einen Schutz. Ich gebe ihm, da du hast deine Quadratmeter und in dem Quadratmeter passiert dir nichts, wenn du Angst hast, komm zu mir, ich nehme dich in meine Arme [...] dann kommst du hier hin, da ist es gut. Das ist das, was ich meinen Kindern gebe und das ist das, was mir gefehlt hat. So, schlussendlich gibt man ja das weiter – entweder gibt man die Angst weiter, wo man selber erlebt hat, oder man gibt das weiter, was einem gefehlt hat.“ 36(m/38/neu)

EXKURS: Traumatische Erfahrungen und kindliche Entwicklung

[145, 178-195]

Reaktionen von Kindern auf Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen fallen sehr unterschiedlich und individuell aus. Es wurde beobachtet, dass Kinder, die widrigen Kindheitserfahrungen erlebten, häufiger von externalisierenden oder internalisierenden Psychopathologien betroffen sind. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn es sich nicht um einzelne Ereignisse handelt, sondern (wie in solchen Fällen in der Regel typisch) gehäuft traumatisierende Erlebnisse erfahren wurden. Vor allem emotionaler Missbrauch scheint die individuelle Funktionsfähigkeit zu beeinträchtigen, da dieser sich insbesondere auf die Entwicklung des Selbstsystems auswirkt. Zudem beinhaltet emotionaler Missbrauch das Vorenthalten der essenziellen sozialen Unterstützung, die für die Bewältigung anderer Erfahrungen zentral ist, wodurch die negative Wirkung verstärkt werden kann. Sekundäre Folgen können beispielsweise eine stark negative Selbstwahrnehmung, ein fehlendes

Selbstwertgefühl, Probleme in der Verarbeitung und Regulation negativer Emotionen oder die Entstehung von unsicheren Bindungen sein, die mit internalisierenden (und externalisierenden) Problemen korrelieren. Es wurden bei betroffenen Kindern Veränderungen in der sozialen Informations- und der Emotionsverarbeitung beobachtet, die mit einer erhöhten Sensitivität für bedrohungsbezogene Stimuli einhergehen. Dadurch kann es gehäuft zu Defiziten in der Differenzierung von anderen Emotionen als Wut und Ärger kommen. Verzerzte Interpretationen von uneindeutigen Situationen können in der Folge zu schnelleren aggressiven Reaktionen führen.

Ein zentraler Mechanismus, welcher den Zusammenhang zwischen widrigen Kindheitserfahrungen und externalisierenden bzw. internalisierenden Problematiken vermittelt, sind die jeweiligen Bewältigungsstrategien (Coping) – diejenigen "kognitiven und verhaltensbezogenen Anstrengungen, die unternommen werden, um externe oder interne Anforderungen zu bewältigen" oder 'zielgerichtete Prozesse, bei dem der Einzelne seine Gedanken und sein Verhalten darauf ausrichtet, die Stressquelle zu beseitigen und auf den Stressor zu reagieren". Dabei werden in der Literatur vor allem drei erwähnt:

- emotionsorientiert (z.B. Weinen und verbale Aggression)
- vermeidend (z.B. sich abwenden, nicht darüber nachdenken)
- problemorientiert (z.B. Hilfe bei einem Erwachsenen suchen)

Kinder mit widrigen Kindheitserfahrungen hatten oftmals nicht die Möglichkeit eine gesunde Bewältigung (Problemorientierung) für sich zu entwickeln. Durch stark emotionale Verhaltensweisender Bezugspersonen lernen Kinder in einem solchen Umfeld diese Strategie auch für sich anzuwenden.

Dem gegenüber ist sozialer Support ein zentraler Schutzfaktor. Wenn Kinder und Jugendliche leichtem und moderatem Stress ausgesetzt werden, positive Bewältigungsmodelle erhalten und von einer Betreuungsperson angemessen unterstützt werden, können sie in der Entwicklung gesunder Bewältigungsmuster gefördert werden. Hierzu müssen entsprechende soziale Ressourcen und Netzwerke allerdings den jungen Menschen nicht nur zugänglich sein, sondern sie müssen auch selbst über die emotionale Kapazität verfügen, gefährdende Situationen adäquat interpretieren und unterstützende Beziehungen zur Hilfe aktivieren zu können.

Letztlich gibt es kaum etwa, was die Chancen von Kindern in einer Gesellschaft so nachhaltig zerstören kann, wie eine Vernachlässigung und Misshandlung in der frühen Kindheit, da vermutlich zentrale Fähigkeiten der Selbst- und Beziehungsregulation wie z.B. das Vertrauen in anderen Menschen, die Selbstwirksamkeit aber auch exekutive Kognitive Funktionen nachhaltig beeinträchtigt werden und diese über die Entwicklung von psychischen Störungen auch zu einer geringeren beruflichen und sozialen Teilhabe führen.

6.6 Korrelative Zusammenhänge

In diesem Kapitel wurden verschiedene Aspekte benannt, die zu einer belasteten Situation in den Ursprungsfamilien der JAEL-Teilnehmenden beitragen. Da einige dieser Einflussfaktoren miteinander interagieren und sich gegenseitig bedingen, soll eine abschliessende Darstellung die Komplexität dieser Zusammenhänge abbilden und besonders die aus unseren Daten hervorgehenden signifikanten Zusammenhänge hervorheben (siehe Abbildung 9). Dabei ergaben sich vor allem vier schwach positive Korrelationen²⁹, welche alle eine hohe statistische Signifikanz³⁰ erreichten.

Zwischen der "Anzahl Geschwister (NSIB)" und den "Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit (CAN)"³¹ konnte der erste signifikante Zusammenhang gefunden werden. Daraufhin konnte, am schwächsten aber immer noch statistisch hoch signifikant, der Zusammenhang zwischen der "fehlenden nachobligatorischen Bildung mind. eines Elternteils (PAED)" und der "Transferleistungsabhängigkeit mind. eines Elternteils (FAPA)"³² dargestellt werden.

Der stärkste positive Zusammenhang zeichnete sich zwischen den beiden Faktoren "Alkohol- oder Drogenprobleme mind. eines Elternteils (DAPA)" und der "strafrechtlichen Verurteilung mind. eines Elternteils (DEPA)"³³ ab.

²⁹ Laut Interpretation des Korrelationskoeffizienten von Cohen.

³⁰ Die mehreren, einzelnen inferenzstatistischen *p*-Werte wurden der Reihe nach mit der sequentiellen Bonferroni-Korrektur nach Holm (1979) geprüft.

³¹ *r* = .26, *p* < .01

³² *r* = .17, *p* < .01

³³ *r* = .32, *p* < .001

Schliesslich zeigt sich zudem ein positiver Zusammenhang zwischen den "Alkohol- oder Drogenproblemen mind. eines Elternteils (DAPA)" und den "Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit (CAN)"³⁴.

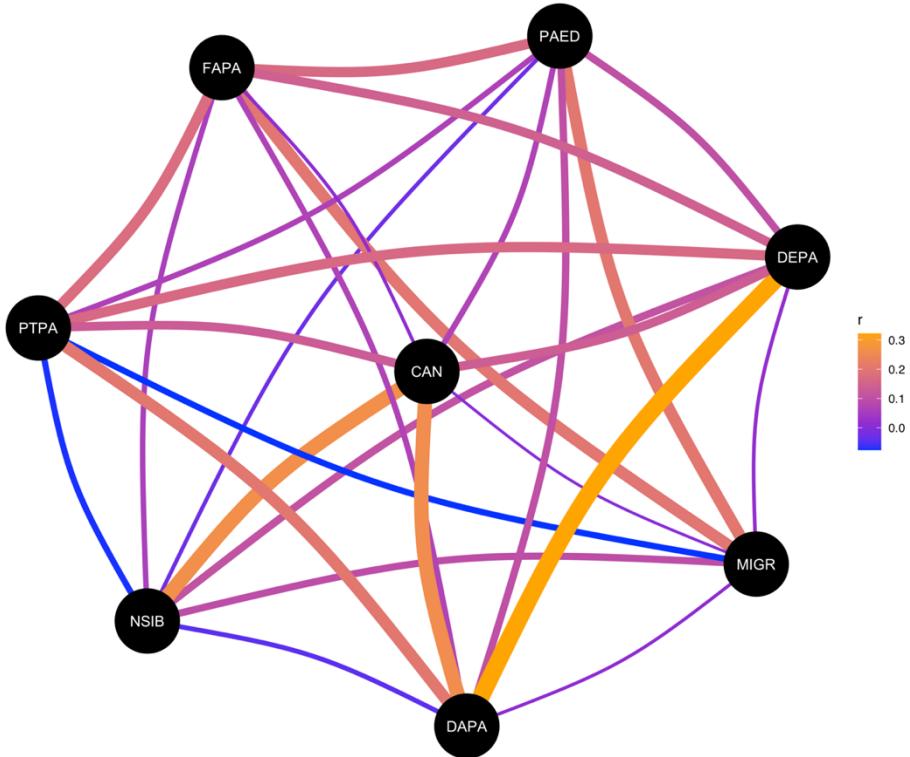


Abbildung 9: Korrelationen zwischen den familiären Hintergründen
(NSIB [Number of siblings] = Anzahl Geschwister, MIGR [Migration] = Migrationshintergrund mind. eines Elternteils, PAED [Parents education] = Fehlende nachobligatorische Bildung mind. eines Elternteils, FAPA [Financial assistance parents] = Transferleistungsabhängigkeit mind. eines Elternteils, PTPA [Psychotherapeutic treatment parents] = Psychotherapeutische Behandlung mind. eines Elternteils, DAPA [Drug abuse parents] = Alkohol- oder Drogenprobleme mind. eines Elternteils, DEPA [Delinquency parents] = Strafrechtliche Verurteilung mind. eines Elternteils, CAN [Child abuse and neglect] = Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit) (N=201)

Weder MAZ. noch JAEL erheben dabei den Anspruch die Komplexität aller Faktoren in vollem Umfang erfasst zu haben oder erfassen zu können. Ebenso könnten gewisse Zusammenhänge, die man erwarten würde, anhand unserer Daten aus verschiedenen Gründen – z.B. aufgrund von einer Varianzeinschränkung bei den Misshandlungserfahrungen – keine statistische Signifikanz erreicht haben. Ein statistisches Problem bei der JAEL-Stichprobe besteht nämlich darin, dass fast alle Teilnehmenden belastende Kindheitserfahrungen gemacht haben, was die korrelativen Zusammenhänge innerhalb der Stichprobe abschwächt. Dass sich aber bestimmte Effekte, die auch in (Meta-)Analysen zu Hochrisikofamilien in der Allgemeinbevölkerung [196, 197] gefunden werden, auch in der JAEL-Stichprobe so dominierend zeigen, zeigt, wie hoch der maladaptive Einfluss dieser Faktoren ist und diese im Kinderschutz mehr Beachtung finden sollten (z.B. die Unterstützung von suchtkranken und inhaftierten Eltern).

³⁴ $r = .26, p < .01$

7 ERGEBNISSE: Eintritt und Platzierungsgeschichte

Bevor im Weiteren die Ergebnisse zum Erleben der Heimplatzierung und zur sozialen Teilhabe nach der Zeit in der Kinder- und Jugendhilfe berichtet werden, wird in diesem Kapitel überwiegend das subjektive Erleben der JAEL-Teilnehmenden ihrer Eintritte in die Kinder- und Jugendhilfe beschrieben. Anschliessend wird verdeutlicht, wie viel Erfahrungen sie insgesamt in der Kinder- und Jugendhilfe sammelten, wobei auch die schwierigen Themen der Abbrüche sowie der möglichen Erfahrungen von Gewalt im institutionellen Kontext aufgegriffen werden.

7.1 Eintrittsgründe, Art, Anzahl und Dauer der ausserfamiliären Unterbringungen

Da die jungen Menschen mit verschiedensten familiären Hintergründen im Jugendhilfesystem ankamen, unterschied sich die Art und Weise, wie die Eintritte erlebt werden konnten ebenso. Hierbei kann zwischen Fällen unterschieden werden, in welche akute Gefährdungssituationen zu oftmals abrupten, unvorbereiteten Eintrittserlebnissen führten und solchen, die durch längere Vorbereitungen, bspw. in Zusammenarbeit mit Schulen, Psychiatrie und Eltern angebahnt wurden. Andere wiederum wurden aus strafrechtlichen Gründen platziert.

„Und dann kam eben auch der Delikt dazu, der dann dazu führte [...] es war eigentlich klar für mich, dass es so etwas geben muss, ja. Und habe es auch nicht so als Strafe empfunden in dem Sinne, sondern mehr als Unterstützung jetzt oder.“ 10(m/28/pos)

Die juristischen Grundlagen der JAEL-Teilnehmenden für ihre Platzierung zum Zeitpunkt der ersten Erhebung bei MAZ. stellen sich wie folgt dar: Rund die Hälfte wurden zivilrechtlich platziert (49.7%), 25.5% strafrechtlich und 7% freiwillig. Die restlichen Platzierungsgründe waren andere oder den damaligen sozialpädagogischen Bezugspersonen unbekannt. Wir können aber nicht mit Sicherheit sagen, inwiefern es später (bis zum Zeitpunkt der JAEL-Erhebungen) zu weiteren Platzierungen aus anderen Gründen kam.

EXKURS: Unterschiede zwischen zivilrechtlich vs. strafrechtlich Platzierten

[198-211]

Minderjährige Kinder und Jugendliche in der Schweiz werden entweder aus zivil-/ strafrechtlichen Gründen oder aufgrund der Entscheidung der Eltern – weil diese aus irgendeinem Grund nicht fähig sind ihre Kinder zu versorgen, z.B. auch durch Erkrankung der Eltern oder des Kindes – ausserfamiliär platziert. Sowohl zivil- als auch strafrechtlich platzierte Kinder und Jugendliche zeigen hohe psychische Belastungen. Zudem wurde in der Literatur häufig gezeigt, dass ungefähr gleich grosse Anteile beider Gruppen die Erfahrungen eines familiären Umfeldes machen, das von Armut, Dysfunktionalität und/oder Vernachlässigungs- bzw. Misshandlungserfahrungen geprägt war. Jugendliche, die im Jugendstrafsystem involviert sind, haben drei bis acht Mal so häufig widrige Kindheitserfahrungen gemacht – verglichen mit der Allgemeinpopulation. Schwere psychische Belastungen, Substanzkonsum und Verhaltensprobleme gehen häufiger mit einer Instabilität der Fremdplatzierung einher und erhöhen zudem das Risiko für späteres delinquentes Verhalten.

Bezogen auf die demografischen und psychosozialen Merkmale der gesamten MAZ. Stichprobe zeigen sich zu Beginn kaum Unterschiede zwischen den demographischen Charakteristiken beider Gruppen. Jedoch waren strafrechtlich platzierte Jugendliche häufiger männlich und zum Zeitpunkt der ersten Unterbringung älter. Zudem zeigte sich ein marginaler Unterschied bezüglich ihres Migrationshintergrundes. Beide Gruppen wurden zum grössten Teil in der Schweiz geboren, aber strafrechtlich platzierte junge Menschen haben etwas häufiger eine andere Nationalität. Wie zu erwarten war, berichteten die strafrechtlich platzierten Kinder und Jugendlichen im Vergleich zu den zivilrechtlich platzierten von mehr/schwereren und gewaltvolleren begangenen Delikten. Etwas mehr als drei Viertel dieser Gruppe waren bereits einmal aufgrund eines Delikts verurteilt worden. Dies sind deutlich mehr als in der Gruppe der zivilrechtlich platzierten Kinder und Jugendlichen, aber auch in dieser Gruppe bestand bei etwa einem Drittel eine frühere Verurteilung.

Bezogen auf schwierige, potenziell traumatische oder gewaltvolle Erfahrungen zeigen sich kaum Unterschiede zwischen den beiden Gruppen der zivil- oder strafrechtlich platzierten Kinder und Jugendlichen. Ebenso wenig für alle Kategorien im Bereich der psychischen Belastungen, ausser im Hinblick auf Alkohol- und Drogenkonsum – hier weisen strafrechtlich platzierte Kinder und Jugendliche höhere Skalenwerte auf.

Nicht selten hatten Jugendliche, die straffällig wurden, früher bereits Kontakt zu Kinderschutzbehörden. Somit wird auch Kriminalität unter Minderjährigen als Anpassungsstörung in der Entwicklung betrachtet. Diese Gruppe wird auch als „Crossover youth“ bezeichnet. In den USA wird geschätzt, dass mehr als ein Drittel aller Kinder und Jugendlichen, die im Kinderschutzsystem sind, ebenso dem Jugendstrafsystem bekannt sind.

Vor diesem Hintergrund werden straffällig gewordene Jugendliche vermehrt in den gleichen Institutionen platziert wie diejenigen, die aus Gründen des Kinderschutzes in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen untergebracht werden. Dabei wird ein besonderer Fokus auf die Rehabilitation, Behandlung und Erziehung von jugendlichen Straftätern – auf Schutz und Anleitung statt Strafe – gelegt

Auch wenn bereits mehrfach gezeigt wurde, dass widrige Kindheitserfahrungen delinquentes Verhalten in jungen Jahren begünstigen, konnten einige Charakteristika konkret für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen, welche gleichzeitig von Kinderschutz und Jugendstrafsystem betroffen sind, bezeichnet werden. Crossover Jugendliche sind bei ihrer ersten delinquentsen Handlung älter und weisen insgesamt eine höhere Anzahl Delikte auf. Zudem hat diese Gruppe eine höhere Rate an ausserfamiliären Platzierungen. Für Crossover Jugendliche konnte der höchste Bedarf in den Bereichen der familiären Interaktion, der delinquentsen Affiliation, sozialer Isolation und dem akademischen Engagement beobachtet werden. Crossover Jugendliche haben dabei mehr Risiko- und weniger Schutzfaktoren, bezüglich: Delinquenz, Bildung, Familie, Peers, Substanzkonsum und individuellen/personenbezogenen Faktoren. Als entscheidende Schutzfaktoren, die einer erneuten Straffälligkeit entgegenwirken, konnten insbesondere positive Entwicklungen im Bereich kriminelles Verhalten und Drogenkonsum festgestellt werden. Gleichzeitig waren für diese Gruppe besonders eine mangelhafte Bildung und deviate Peers ein relevanter Risikofaktor für Rückfälligkeit.

Zu Beginn der ersten ausserfamiliären Unterbringung lag das durchschnittliche Alter der JAEL-Teilnehmenden insgesamt bei 11.5 Jahren.³⁵ Mit 53.6% war der grösste Anteil der Stichprobe im Jugendalter (13 bis 17 Jahre) erstmals ausserfamiliär untergebracht worden, 3.8% sogar erst im jungen Erwachsenenalter (älter als 18 Jahre). Die späteste Erstplatzierung hatte ein Teilnehmer mit 23 Jahren (vgl. Abbildung 10).

Der zweitgrösste Anteil mit 29.4% war im Grundschulalter (6 bis 12 Jahre) in die Kinder- und Jugendhilfe gekommen. Im Kindergarten- und Vorschulalter (3 bis 5 Jahre) waren es 7.1%, im Säuglings- und Kleinkindalter (0 bis 2 Jahre) 6.2%.

Nach der ersten Unterbringung folgten nicht selten verschiedene Unterkünfte, die in ihrer Art und Dauer variierten. Zudem geht mit jedem Wechsel eine Anpassungsleistung einher, die von den jungen Menschen immer wieder gefordert wird. Das durchschnittliche Alter bei Austritt aus der letzten ausserfamiliären Unterbringung lag bei 18.6 Jahren. Zwischen erstem Eintritt und letztem Austritt lagen im Schnitt 6.9 Jahre.³⁶

Das Austrittsalter aus der letzten Unterbringung unterschied sich dabei statistisch hochsignifikant zwischen denjenigen, welche – zumindest während MAZ. – aufgrund einer strafrechtlichen Massnahme in einer Einrichtung waren ($M = 20.5, SD = 3.7$) und den übrigen Teilnehmenden ($M = 17.9, SD = 2.6$).³⁷

³⁵ Zwischen den Geschlechtern gab es keine Unterschiede. Allerdings waren diejenigen, welche zuerst in einer Pflegefamilie kamen (13.3% der Stichprobe) waren bei Eintritt jünger ($M = 10.0, SD = 5.8$) als die übrigen, die in einer Heiminstitution untergebracht wurden ($M = 11.8, SD = 4.5$). Dieser Unterschied war statistisch nur knapp nicht signifikant ($F(1,209) = 3.34, p = .069$).

³⁶ Wobei man nicht eindeutig schlussfolgern kann, dass die Teilnehmenden tatsächlich im Schnitt rund 7 Jahre in der stationären Kinder- und Jugendhilfe verbracht haben. Es wurde nicht erhoben, ob oder wie häufig bzw. wie lange es Unterbrüche, in welchen die Betroffenen z.B. zwischenzeitlich wieder bei den Eltern lebten, gegeben hat.

³⁷ $F(1,201) = 30.55, p < .001$

Schlussbericht Modellversuch JAEL

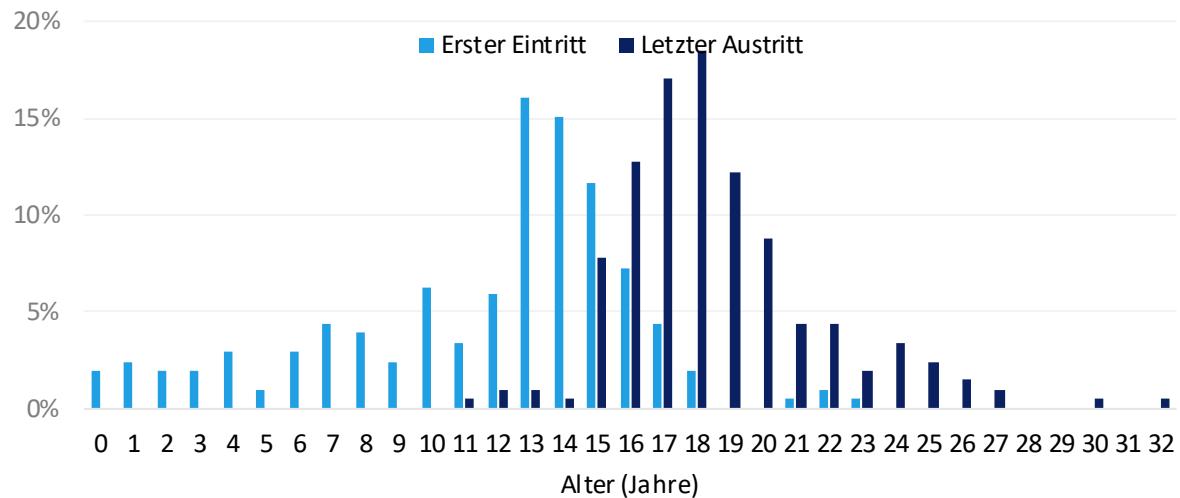


Abbildung 10: *Altersverteilungen beim ersten Eintritt in die stationäre Kinder- und Jugendhilfe und beim letzten Austritt (N=205)*

Direkt nach der letzten Unterbringung wohnte über die Hälfte (50.2%) – zumindest vorübergehend – wieder bei den Eltern (siehe Abbildung 11).

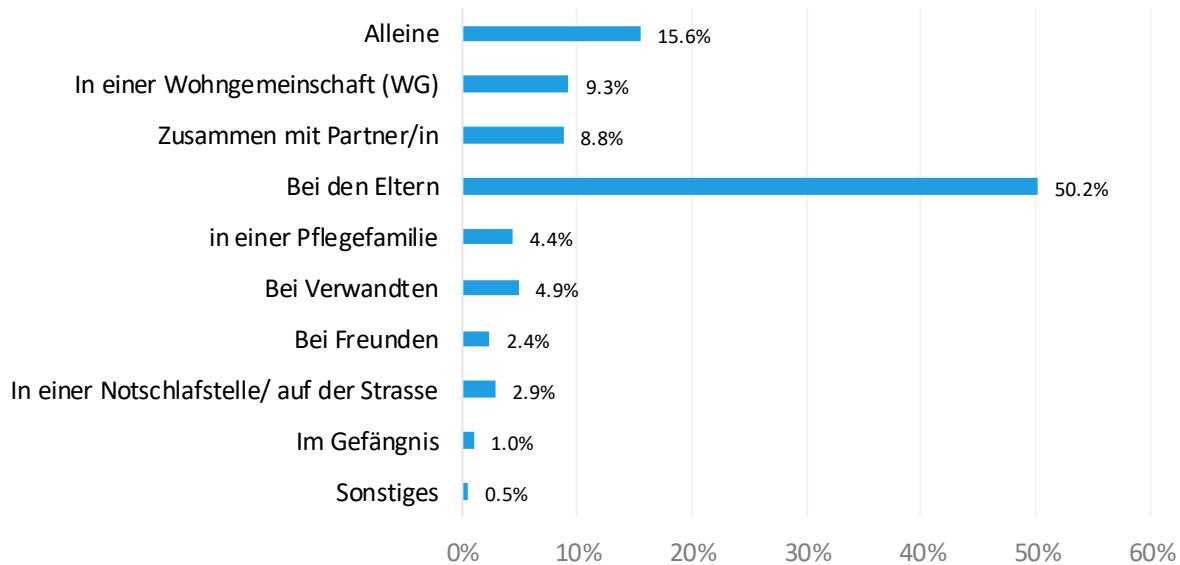


Abbildung 11: *Wohnsituation der JAEL-Teilnehmenden direkt nach Austritt aus der stationären Kinder- und Jugendhilfe (N=205)*

3.7

Während der Zeit innerhalb der stationären Kinder- und Jugendhilfe erlebten und durchliefen die JAEL-Teilnehmenden im Schnitt 3.7 Unterbringungen (vgl. Abbildung 12). Neun Teilnehmende (4.4%) berichteten von mehr als 10 Stationen; insgesamt 37.0% hatten neben einer Heimunterbringung auch mindestens einmal eine Zeit lang in einer Pflegefamilie gelebt.

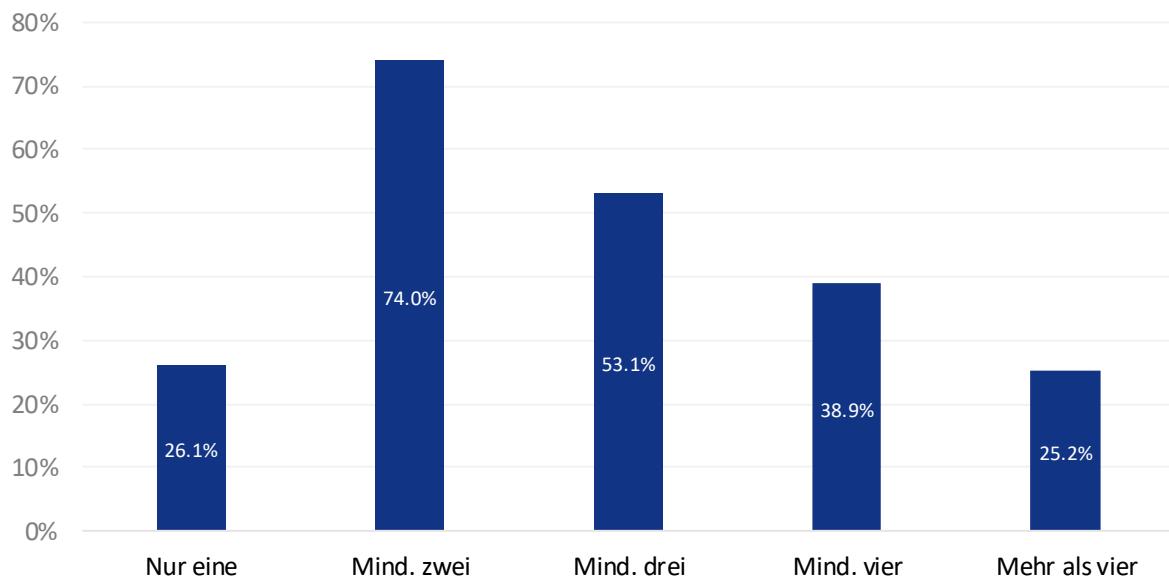


Abbildung 12: Anzahl Teilnehmende mit nur einer, mind. zwei, mindestens drei, mind. vier oder mehr als vier ausserfamiliären Unterbringung(en) (N=211)

Im Überblick berichteten die jungen Menschen also von vielfältigen Erfahrungen von unterschiedlichen Platzierungen und Wechseln. Allerdings fiel es auffallend vielen der interviewten Teilnehmenden in den Gesprächen sehr schwer, die Verläufe ihrer Platzierungsgeschichten genau zu rekonstruieren.

„Schwer zu sagen [...] weil es ist halt wieder so ein Umschwung? Weil du einfach kein einheitliches Ding hast, und du wirst halt irgendwie herumgeschoben, oder.“ 60(m/24/neu)

7.2 Faktoren, die das subjektive Eintrittserlebnis beeinflussten

In den qualitativen Interviews wurden die Teilnehmenden zunächst gefragt, wie sie die Phase des Eintritts in die Kinder- und Jugendhilfe erlebt hatten. In den Äusserungen wurden drei markante Faktoren häufig angesprochen, welche jeweils positiv wie negativ erinnert wurden und dem Erleben des Eintritts eine andere Konnotation verliehen.

Als ersten zentralen Faktor liess sich die Erfahrung von (nicht-) erlebter Partizipation und Informiertheit identifizieren. Dabei unterschieden die Interviewten verschiedene Modi der Kommunikation zwischen Behörden, Betreuenden, Bezugspersonen und ihnen auf der einen Seite. Auf der anderen Seite reflektieren sie, wie sie sich selbst und ihre Mitsprachemöglichkeiten im Platzierungs- und Eintrittsprozess erleben konnten.

Im Zweiten war für die JAEL-Teilnehmenden der Faktor Zeit besonders relevant, um ein Ankommen nicht nur auf einer administrativen, sondern auch auf sozialer und emotionaler Ebene gewährleisten

zu können. Sie machten in diesem Kontext deutlich, dass der Eintritt aus ihrer subjektiven Perspektive erst mit letzterem abgeschlossen werden konnte.

Neben diesen beiden Faktoren brachten die Teilnehmenden als Wunsch zum Ausdruck, dass sie rückblickend eine Begleitung des Eintrittsprozesses nicht nur im Kontext der Institution begrüßt hätten, sondern auch Begleitung in nicht-professionellen bspw. in familiären Beziehungen für Ihr Ankommen hilfreich gewesen wäre.

Zuletzt beschrieben sie das Erleben der Gruppe als wegweisend – und dies nicht nur für die Anfangsphase der Platzierungsgeschichte. Vielmehr erinnerten sie sich daran, wie das Einfinden in einer (bereits etablierten) Gruppendynamik ihr Ankommen im Institutionsalltag und auch ihr Sozialleben im Übergangsprozess des Austretens nachhaltig gestaltete.

7.2.1 Partizipation und Informiertheit

Aus Perspektive der jungen Menschen lässt sich nachfolgend nachvollziehen, dass für sie im Kontext des Eintritts vor allem die Aspekte des (emotionalen) Ankommens und der Miteinbeziehung in die Prozessgestaltung von hoher Relevanz waren. Während viele JAEL-Teilnehmende angeben, sich nicht mehr genau an ihr Ankommen in der Institution erinnern zu können, ist auffallend, dass die jungen Menschen im Negativen immer wieder erinnerten, in die neue Umgebung „hineingeworfen“ oder dort „abgegeben“ worden zu sein. Dieses Nichterinnern oder Erinnern des Hineingeworfenwerdens kann es den Betroffenen deutlich erschweren, für sich selbst eine sinnvolle Geschichte oder Erklärung für ihren Aufenthalt im Heim – ein sog. „Narrativ“ zur Platzierung – zu entwickeln, was wiederum das eigene Erleben von „Kohärenz“ im Rahmen dieses kritischen Ereignisses stark beeinflussen dürfte. Im Salutogenese-Konzept von Antonovsky [212] ist Kohärenz das Zusammenspiel von drei Faktoren (*Comprehensibility, Manageability, Meaningfulness*) und beschreibt, inwieweit eine Person ihre Umwelt als sinnvoll und handhabbar erlebt. Menschen mit einer hohen Kohärenz neigen dazu, widerstandsfähiger gegenüber Stress und gesundheitlichen Herausforderungen zu sein.

Auch bei sehr akut zugespitzten Konstellationen erlebten die jungen Menschen sich selbst als passiv Teilnehmende, die wenig bis überhaupt nicht in Entscheidungsfindung und Platzierungsprozess eingebunden wurden. Insbesondere wenn ihnen nicht erklärt wurde, dass eine Unterbringung nicht nur vorübergehend, sondern auf Dauer geplant wurde, erinnerten sie sich negativ an ihre Eintrittsgeschichte.

„Ich wurde da ein bisschen reingeworfen. [...] Ich verstand das am Anfang echt nicht so. Aber nach dieser Woche gab es dann ein Gespräch, mit meinen Eltern, und die Sozialpädagogen, und auch der Heimleiter meinten dann, Ja, es sei wahrscheinlich die richtige Entscheidung, dass ich hier bin.“ 171(m/26/pos)

„Man kommt in ein Heim hinein. Die Erwachsenen haben halt alles schon besprochen. [...] Das weiss ich nicht einmal. Das sind eben Sachen, die ich nie mitbekam. Sie redeten immer hinter meinem Rücken. Auch die meisten Standortgespräche. Man wird einfach informiert. So. Du bleibst noch zwei Jahre länger. Du wirst dann da und da in ein Heim gehen. Und du denkst einfach so: 'Und darf ich auch mal etwas dazu sagen?' und dann heisst es einfach 'Nein! Es ist so entschieden.' [...] Das finde ich eigentlich sehr schade.“ 50(w/28/neg)

In diesen Fällen entstand ferner der Eindruck, dass der Eintritt vor allem ein durch das Tun und Entscheiden Erwachsener geprägter Prozess gewesen ist, der aus ihrer Perspektive auf einer kommunikativen Ebene nicht auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet gewesen zu sein schien.

„Also es hiess einfach, an diesem Datum musst du da sein und sonst wirst du von der Polizei abgeholt. Ich wusste eigentlich nichts. Wir bekamen vielleicht schon Post, wo das darauf stand. Aber wie gesagt, meine Eltern- der Vater hat da auch Sachen unterschrieben, wo er nicht hätte unterschreiben sollen.“ 29(m/27/pos)

Diese jungen Menschen sprachen oftmals auch explizit an, dass die übermittelten Informationen für sie nicht zugänglich waren und sie sich altersgerechte Erklärungen – nicht nur zu Beginn, sondern auch im weiteren Verlauf des Ankommens – gewünscht hätten. Hinzu kommen für manchen Teilnehmende weitergehende Barrieren in Bezug auf Kommunikation zwischen Eltern, Behörde und Institution – beispielsweise bei zugewanderten Elternteilen oder auch bei besonderen familiären Belastungen wie Sucht, Krankheit oder Gewalt, die zur Folge hatten, dass die Eltern der behördlichen Kommunikation nicht folgen bzw. sich auch sonst am Platzierungsprozess nicht beteiligen konnten.

Andere junge Menschen hielten immer wieder fest, dass sie zwar Informationen darüber erhalten haben, dass eine Platzierung stattfindet. Die weiteren Auswirkungen auf ihren Alltag schienen sie aber im Zuge dessen nicht ausreichend verstanden zu haben.

„Also eigentlich nicht gross erklärt, sondern sie haben einfach gesagt, ja ich muss jetzt mal ins Heim und dann habe ich nicht gewusst, dass das geht oder habe es nicht verstanden, das weiss ich auch nicht mehr. Aber dann ja wurde ich einfach hingefahren und abgeladen.“ 368(m/20/pos)

Im Zuge dessen wird in den Äusserungen der JAEL-Teilnehmenden nachvollziehbar, dass ein hohes Bedürfnis nach Partizipation und nach adressat:innenorientierter Informiertheit vorhanden war, aber nur in geringem Masse erinnert werden konnte. Dies passt zu aktuelleren quantitativen Auswertungen von EQUALS-Daten, die zeigen, dass die jungen Menschen in der Kinder- und Jugendhilfe mit ihren Partizipationsmöglichkeiten bei der Eintrittssituation besonders unzufrieden sind [213].

Das heisst aber nicht, dass alle unzufrieden waren. Insgesamt berichteten die JAEL-Teilnehmenden zu grossen Teilen über die anstehende Unterbringung informiert worden zu sein. In diesem Kontext wurde insbesondere die Möglichkeit, vor der Unterbringung in den Institutionsalltag reinschnuppern zu können, als unterstützend erinnert. Positiv wurde zudem beschrieben, wenn die Platzierung gemeinsam mit Fachpersonen und den Eltern besprochen wurde und so eine gewisse Orientierung im Prozess des Ankommens stattfinden konnte.

„Ich konnte definitiv auch vieles mitreden. [...] Also irgendwann, das weiss ich noch, ähm gab es sogar noch Stress mit der Bezugsperson. Meinte er, ähm ich hätte eigentlich keine Wahl. Es ist von meiner Mutter. Weil sie ist Erziehungsberechtigte. Stimmt auch. Aber [...] eigentlich durchgehend, hatte ich schon immer eine Wahl.“ 207(m/24/pos)

Im Falle, dass Entscheidungen im Hilfeprozess ohne die Zustimmung des jungen Menschen getroffen werden mussten, berichteten sie es als hilfreich, wenn ihnen die Gründe hierfür von der Bezugsperson erklärt werden konnten. Nachvollziehbar erklärte Entscheidungen konnten im Zuge dessen besser im gemeinsamen Gespräch bearbeitet, im Verlauf akzeptiert und integriert werden, ohne ein ansonsten oftmals beschriebenes Gefühl des Ausgeliefert-Seins aufkommen zu lassen.

„Also erklären hat man es mir nicht gross müssen. [...] Ich wusste, um was es geht. Ich habe das eigentlich- wie soll ich sagen? Ich konnte das direkt verstehen. Es war für mich nicht irgendwie so, ähm wo gehe ich jetzt da hin? Ich wusste genau, wo ich hingehe. Und auch sonst mit- diese Probleme, die sie von Aussen sahen und so, hat man eigentlich immer gut- so gut wie möglich erklärt und es mir nachher auch aufgezeigt. Aber ich wollte es halt dann zum Teil auch nicht glauben und so. Aber ich bin eigentlich immer- mit Informationen wurde ich immer gut versorgt. Also es war nie so, dass ich irgendwie dachte, wo bin ich da?“ 5(m/26/pos)

7.2.2 Zeit

Als zentralen Punkt hielten die JAEL-Teilnehmenden fest, dass der Prozess des Eintretens vor allem eines benötigt, um einen gelingenden Übergang von Herkunftssystem in die Institution zu bewerkstelligen: Zeit.

Idealerweise, so beschrieb es eine Teilnehmende treffend, sollte eine behutsame Eingewöhnung in den Institutionsalltag stattfinden. Ein derart prozesshaft gestalteter Eintritt benötigt dabei eine

Vorgehensweise, die sich am Tempo des jungen Menschen ausrichtet, der sich in seiner neuen Lebenswelt einleben soll.

„Zeit ist das wichtigste, weil du willst eigentlich am Anfang willst du gar nichts wissen, du willst einfach nur ins Zimmer, auspacken und deine fucking Ruhe haben [...] also es ist wie bei einem Tier, muss man sich wie so ein Fischaquarium vorstellen, wenn du den Fisch kaufst, dann lässt du ihn ja auch in dem Plastiksack mit dem Wasser vom alten Becken und dann lässt du ihn dann mal so im Aquarium im Sack schwimmen und dann wenn du denkst, so er hat sich jetzt an die andere Wassertemperatur gewöhnt, machst du es oben auf und lässt ihn ins andere Wasser einschwimmen aber du tust ihn nicht einfach zack ins andere Wasser reinschmeissen, weil sonst ist er überfordert der Fisch, [...] neue Luft, neues Wasser, ah ich kann nicht mehr schwimmen [...] also einfach Step by Step, die Person nicht überfordern.“ 139(w/25/neu)

Für die Zeit direkt nach dem Eintritt wurden von den jungen Menschen unterschiedliche emotionale Eindrücke erinnert. Gemein war ihnen, dass diese Phase für sie nicht nur organisatorisch, sondern vor allem emotional verarbeitet werden musste bevor der Übergang in einen relativ routinierten Institutionsalltag stattfand.

Im Zuge dessen wurden die Teilnehmenden danach gefragt, wann für sie der Eintritt und damit auch ein Ankommen im Heim, abgeschlossen war. Den Antworten der jungen Menschen war dabei ein breites Spektrum von auf sie einprasselnden Emotionen zu Beginn der Platzierung zu entnehmen. Gefühle der Überforderung und Unsicherheit im Umgang mit der neuen Situation standen oft im Vordergrund.

„Diese Unsicherheit, was sind das für junge Frauen oder eben auch für Betreuende? Ich kenne diese Situation nicht, wie gehen die mit mir um? Ja wirklich auch ganz viel, also Selbstzweifel auch. Passe ich dort rein, kriege ich das alles hin?“ 157(w/27/pos)

„Ich bin halt eher wenn ich an [...] einen neuen Ort komme, bin ich extrem zurückhaltend. Und- da wäre ich halt ein bisschen um die Hilfe der anderen froh gewesen. Wenn sie den ersten Schritt gemacht hätten und auf mich zugekommen wären.“ 144(w/28/neu)

Ein besonders spannender Punkt in Bezug zum emotionalen Ankommen stellte für die jungen Menschen auch die Frage dar, inwieweit der neue Lebens- bzw. Wohnort zu einem „Zuhause“ werden konnte.³⁸

„Also ich- mit Zuhause vergleichen, konnte man das wahrscheinlich nie. Weil das sind halt irgendwelche [...] wildfremde[n] Leute, die eigentlich- sie wissen Sachen über dich, du weisst aber nichts über sie. [...] Es war so eine einseitige Beziehung quasi [...]. Also mit Zuhause kann man es wirklich nicht vergleichen. Es ist nicht wie Zuhause im Elternhaus. Aber es ist jetzt [...] auch irgendwann war es schon nicht mehr fremd. Irgendwann hast du dich halt schon eingelebt.“ 504(m/25/neu)

Deutlich wurde, dass die JAEL-Teilnehmenden die Institution zwar als sicherer Ort gut annehmen konnten, sofern die Rahmenbedingungen es für sie erlaubten, sie aber durchaus zwischen „Zuhause“ und dem Heim differenzierten. So wird die Institution, wie es dieser Teilnehmende aussprach, durchaus zu einem (zweiten) Zuhause, jedoch wurde auch klar markiert, dass dieses Zuhause nur von begrenzter Dauer sein würde und es zuvor schon ein anderes Zuhause (ein „echtes“) gab.

„Irgendwann ist es so- fast so [...] ein Alltag. Und dann, es war wie ein Zuhause. [...] du wusstest, es ist nicht deine Familie, aber du wohnst ja dort und darum ist es jetzt ein Zuhause für dich für den Moment. Aber du hattest ja auch immer im Hinterkopf, ja am Wochenende gehst immer in dein richtiges Zuhause und das war halt das, warum ich es nie als richtiges Zuhause bezeichnen konnte.“ 49(m/23/pos)

³⁸ Dies ist auch vor dem Hintergrund, dass die stationäre Unterbringung als „ultima ratio“ oftmals darauf ausgerichtet ist, eine eher dauerhafte, Unterstützung zu sein, von besonderer Relevanz. Die Schaffung eines sicheren Ortes, an dem positive Entwicklung erfahren werden kann, scheint zunächst damit assoziiert zu sein, sich dort auch „zuhause“ oder „heimisch“ fühlen zu können. Auf der anderen Seite muss diesen normativen Gedanken entgegengesetzt werden, dass die Beziehung zu Herkunftssystem und Peergroup grundsätzlich auch im Institutionskontext sofern möglich nicht abgebrochen oder ersetzt werden sollte.

Für manche junge Menschen wurde die Institution aber auch der erste Ort, an dem sie emotional gesehen ein sicheres Zuhause erfahren konnten. Für diese Teilnehmenden stellte sich die Herausforderung, mit Trauer, Wut und Abschied in Bezug auf das Herkunftsysteum umgehen zu lernen.

„Ich hatte immer das Gefühl, ich sei fehl am Platz zu Hause. Dieses Gefühl hatte ich lange. Dass man mich einfach nicht mehr wollte, weil ich halt Blödsinn gemacht hatte, und- Soll jemand anderes schauen. Dieses Gefühl hatte ich lange [...]. Eigentlich wusste ich ja, dass sie mich lieb haben, und da sind. Und trotzdem hatte ich im Moment dann das Gefühl, Ja. Es interessiert wohl niemanden. Dann gehe ich halt dorthin.“ 22(w/27/pos)

„Nach dem ersten, zweiten Jahr, eben, fühlte ich mich schon wie Zuhause, eigentlich auch dort. Weil ich merkte, ich bekomme den Respekt von allen, wo ich will. [...] Die Leute kümmern sich um mich.“ 207(m/24/pos)

7.2.3 Begleitung des Ankommens

Im Kontext der im vorherigen Kapitel genannten gefühlten Überforderung und Unsicherheit in der Eintrittsphase stellten die Interviewten rückblickend fest, dass sie sich nicht nur durch die Fachpersonen mehr emotionale Begleitung gewünscht hätten. Sowohl die Unterstützung der Eltern und als auch durch andere Bezugspersonen aus dem gewohnten sozialen Umfeld wurden vermisst.

„Ich hatte dann mit meiner Mutter und meinem Stiefvater, sie sind ein- zweimal zum Gespräch dorthin (Heim; AC) gekommen, aber es hat geheissen, es liegt alles an mir, von ihnen aus und ich sei dort schon gut aufgehoben [...] Grosse Unterstützung habe ich nicht von ihnen gehabt, also sei es telefonisch oder materiell sowieso nicht, aber einfach die seelische, wo man braucht, psychische Unterstützung vor allem, die man gebraucht hätte.“ 103 (m/28/pos)

Der Eintritt spiegelte in ihren Erzählungen ferner das Gefühl wider, zwischen verschiedenen Welten „zu hängen“ und dabei oftmals weder von der einen Welt (Herkunftsysteum) emotional gut losgelöst zu sein, noch in der neuen Welt emotional gut aufgefangen zu werden.

Es ist daher nachvollziehbar, dass die JAEL-Teilnehmenden im Kontext des Ankommens festhielten, dass sie sich nicht nur wünschen, mehr Zeit zum Ankommen zu haben, sondern auch ein hohes Bedürfnis nach begleiteter Bearbeitung des Ankommens äussern. Erinnern konnten sich nur wenige an eine solche Unterstützung. In diesem Kontext merkten sie auch kritisch an, dass aus ihrer Perspektive auch der Faktor der Fluktuation (sowohl von Seiten des Personals als auch von Seiten der Mitbewohner:innen) das Ankommens massgeblich negativ beeinflussen konnte. So wurden ständige Beziehungswechsel von den jungen Menschen, insbesondere auch in der sensiblen Phase zu Beginn der Platzierung, als potenziell belastend beschrieben.

„Also vor allem halt, man muss sich ja mit den anderen Kindern, die dort neu kamen, wieder irgendwie wie neu verstehen. Dann braucht man halt auch eine Zeit, dass man sich auch wie Zuhause wieder fühlt. Weil es gehen Leute, dann hast du neue da und dann ist es ja nicht mehr wie ein wenig heimisch, ja. Das- es sind halt neue Leute da.“ 49(m/23/pos)

EXKURS: ANKOMMEN – ein manualisiertes Gruppenprogramm zur Biografiearbeit

[214]

Biografiearbeit kann bei der Bewältigung der Herausforderungen einer Fremdunterbringung hilfreich sein, doch der hohe Ressourcenbedarf erschwert ihre Implementierung in der stationären Jugendhilfe (siehe dazu ausführlicher bei Läntzsch et al, 2023). Um den Zugang zu Biografiearbeit für Jugendliche, die in Jugendhilfeeinrichtungen leben, zu verbessern, wurde das manualisierte Gruppenprogramm ANKOMMEN entwickelt. ANKOMMEN besteht aus insgesamt acht Gruppensitzungen an denen bis zu sechs Jugendliche ab zwölf Jahren teilnehmen können. Die Gruppensitzungen werden von Mitarbeitenden der Jugendhilfeeinrichtungen selbstständig durchgeführt.

Das Programm wurde in einer Pilotstudie im Mixed-Method-Design mit Fragebögen (Prä-, Post-, 3 Monate Follow-Up-Messung) und Einzelinterviews nach der Interventionsteilnahme wissenschaftlich evaluiert. Insgesamt nahmen im Rahmen der Pilotstudie n=115 Jugendliche (M = 14.91 Jahre; SD = 1.27; 52% männlich) an ANKOMMEN teil. Als primäres Outcome der

quantitativen Analysen wurde die Selbstwirksamkeitserwartung festgelegt. Sekundäre Outcomes waren Selbstwert, depressive Symptome, posttraumatische Stresssymptome und Verhaltensauffälligkeiten.

Im Prä-Post-Vergleich zeigte sich eine signifikante Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung ($d=.80$) und des Selbstwertes ($d=.68$) bei Teilnehmenden mit unterdurchschnittlichen Werten vor der Intervention. Zudem ergaben sich bei Teilnehmenden mit klinisch auffälligen Ausgangswerten eine signifikante Reduktion depressiver Symptome ($d=.76$) und posttraumatischer Stresssymptome ($d=.58$) im Selbsteurteil, eine signifikante Reduktion internalisierender Verhaltensauffälligkeiten im Selbst- ($d=.74$) und Fremdurteil ($d=.76$) sowie eine signifikante Reduktion externalisierender Verhaltensauffälligkeiten im Selbsteurteil ($d=.52$). Die hohe Manualtreue und Interventionssicherheit sowie die geringe Drop-out-Rate von 7,8% belegen zudem die gute Implementierbarkeit der Intervention in der regulären pädagogischen Betreuung.

Die qualitativen Analysen der Einzelinterviews im Anschluss an die Interventionsteilnahme zeigten darüber hinaus, dass neben den Inhalten und Methoden der Intervention auch Gruppenwirkfaktoren, insbesondere der Austausch mit Peers über Erlebnisse im Zusammenhang mit der Fremunterbringung und die damit einhergehende Normalisierung von aversiven Gedanken und Gefühlen sowie das Erleben gegenseitiger Unterstützung im Rahmen der Intervention, eine wichtige Rolle für die positiven Effekte der Intervention spielten.

Die Ergebnisse der Pilotstudie geben erste Hinweise auf die Wirksamkeit des ANKOMMEN-Programmes und dessen Implementierbarkeit in der stationären Jugendhilfe dar. Die Publikationen der Ergebnisse in wissenschaftlichen Fachzeitschriften sind derzeit in Vorbereitung. Das Manual zur Intervention wird voraussichtlich im Herbst 2024 im Beltz-Verlag veröffentlicht und wird dann auch zum kostenlosen Download (Open Access) zur Verfügung stehen.

7.2.4 Gruppe

Der Alltag in der Institution bringt für die jungen Menschen auch ein neues Erleben eines gemeinsam gestalteten Miteinanders mit sich. Aus dem Familienalltag herausgelöst, müssen sie sich nun in eine neue, teilweise schon etablierte Gruppendynamik integrieren.

Auch wenn der Eindruck von problematischen Gruppenerfahrungen gerade zu Beginn der Platzierung durch die Erzählungen der Teilnehmenden wiederholt aufgekommen ist und an späterer Stelle ausgeführt wird, so muss zunächst festgehalten werden, dass das Herausnehmen aus gefährdenden Familien- und Peerkonstellationen im alten Umfeld für die jungen Menschen mehrheitlich als entlastend beschrieben wurde.

„Man lebt dann nicht mehr alleine mit dem Vater, sondern man lebt in irgendeiner Zehnergruppe und jeder von den anderen, die auch da wohnen hatte mehr oder weniger eine ähnliche Kindheit und daher hatte ich schon das Gefühl, dass man es ein bisschen verstanden hat, warum dass man hier ist. Also eben, es ging jedem mehr oder weniger gleich und man hat wie - wie soll ich sagen probiert, das Beste daraus zu machen. Ja, weil ändern kann man es ja nicht.“ 136(m/26/pos)

Im Positiven berichteten also ebenfalls viele Interviewten, dass sie in der neuen Gruppensituation auch eine neue Normalität, Sicherheit und gegenseitiges Verständnis erfahren konnten.

„Am Anfang habe ich gedacht, das kann nicht wahr sein, ist strange gewesen, wie ein schlechter Traum eigentlich, aber ich bin von dort an - ich bin eigentlich endlich mal nicht der Einzige gewesen mit einem anderen Leben sage ich jetzt mal, ja, ich hab sozusagen mal Gleichgesinnte um mich gehabt, ähm, ich hab glaub auch in der Nacht gezählt bei wievielen zum Beispiel noch die Eltern zusammen sind oder warum alle- der meiste Grund warum ein Kind im Heim ist weil Alkoholiker Mutter, Alkoholiker Vater oder irgendwie so etwas, einfach keine gute Familie. Es ist einmal mal einer dort gewesen, wo die Eltern noch zusammen gewesen sind, alle anderen geschiedene Eltern, kaputte Familie. Aber eben ich bin mal nicht der Einzige gewesen mit dem Problem.“ 51(m/30/neg)

Natürlich kann gerade die gemeinsame Unterbringung von straf- und zivilrechtlich platzierten jungen Menschen die betreuenden Institutionen vor die Herausforderung stellen, die teils unterschiedlichen Bedarfe beider Gruppen adäquat zu adressieren. Neben dem Potential einer straffreien Rehabilitation muss demnach auch die Schutzbedürftigkeit der übrigen jungen Menschen bedacht werden. Auch dies wurde von den JAEL-Teilnehmenden thematisiert:

„[...] neun Mädchen im Alter von 13 bis 16 knallst du in eine Wohngruppe, eben die eine hat ein Gewaltproblem, die andere ist magersüchtig, die andere tut sich selbst verletzen, die vierte nimmt Drogen, die fünfte trinkt Alkohol, weisst du und dann klar sind Sozis rum gewesen, aber auch nicht 24 Stunden um uns rum und nachts sind die sage ich jetzt mal, im Büro ist zwar eine gesessen, wenn du nur leise gewesen bist konntest du trotzdem zwischen den Zimmern hin und her oder und ähm dann eben Sachen wie gewisse sind dort auch kriminell gewesen, haben geklaut, haben irgendwelche Autos geknackt und so und du bist dort halt noch so, haja ich mache halt mal mit, ich will ja dazu gehören, ich bin zwar die Neue, ich bin zwar die Jüngst, aber ich will irgendwie mitmachen.“ 87(w/26/pos)

„Das negative vom Heim war- ich finde es nicht so gut, dass man viele kriminelle in einen Haufen reinschmeisst. [...] es sollte in einem Mass sein, wo es wirklich übersichtlich ist. Für die Pädagogen [...] Wenn einer psychisch schwach ist, der gehört nicht mit ein paar jungen kriminellen nur gewaltbereit sind wo wirklich dafür bekannt sind oder ja aber wirklich, ich sage mal Psychisch stärker sind, zusammen. Einer psychisch schwach ist, wo kein Selbstbewusstsein hat und immer Ängste gehabt hat und sich nicht wehren kann, also das fand ich gar nicht gut, im Heim, wir hatten ein Mix zwischen drei Jugendlichen wo von der Schule eingewiesen worden sind und Jugendliche von der Staatsanwaltschaft das war so ein Mix. Ich weiss es nicht ob es heute immer noch so ist und das finde ich eben nicht so gut. Also man kann es schon machen aber ich finde man sollte wirklich den Jugendlichen dort anschauen und auch ein bisschen weiter überlegen [...] Dass man da wirklich drauf schauen muss wie ist eine psychische Verfassung von den Jugendlichen.“ 529(m/26/neu)

Wie das folgende Zitat eines extremen Beispiels zeigt, muss dabei durchaus reflektiert werden, dass gerade im Ankommen ein hohes Gefährdungspotenzial durch eskalierende Gruppendynamiken entstehen kann.

„Und dann gehst du halt einfach mal ein Jahr lang untendurch, weil irgendwie keiner sieht es wirklich und kann dir auch wirklich helfen. Irgendwie musst du halt selber irgendwie rausfinden. Gut, du hast das Glück, nach einem Jahr kommen dann wieder Neue. Das sind dann halt die neuen Opfer. So wie halt der Kreislauf von den Opfern sind. Das ist halt im Heim so, ist hart, aber es ist wahr. Und dann musst du natürlich auch entscheiden, entweder du bleibst das Opfer, oder du machst mit den Coolen mit und disst halt auch das Opfer dann wieder. Das ist halt dann wiederum auch nicht unbedingt gesund, aber du willst halt dann- du bist einfach froh, dass du- du bist wenigstens froh, dass du nicht mehr dann das Opfer bist.“ 504(m/25/neu)

Näheres dazu wird auch im nächsten Kapitel ausgeführt. Rückblickend schilderten Betroffene, dass sie sich in solchen Situationen deutlich mehr pädagogische Aufmerksamkeit und Unterstützung gewünscht hätten.

„Sie wollen mich aus einem schlechten Umfeld nehmen. Und stecken mich in ein noch schlechteres Umfeld, das zusätzlich noch unausweichlich ist. Ich kann nicht ausweichen. Zu Hause konnte ich aus dem Fenster abhauen. Da habe ich keine Möglichkeit. Ich muss dort sein. Jeden Tag. Das ist- Ich verstehe es einfach nicht. Wie- wie kann man- wie kann man- wie kann man studieren, Fachausbildungen machen, und dann solche fatalen Fehler machen. Ich kann es einfach nicht verstehen. Ich habe- Als 14-Jähriger verstand ich das schon, und sagte das, was ich jetzt gesagt habe, schon als 14-Jähriger den Pädagogen im Büro.“ 59(m/28/neg)

7.3 Gewalterfahrungen innerhalb von Institutionen

Potenzielle Gewalterfahrungen für junge Menschen im institutionellen Kontext lassen sich nicht wegdiskutieren. Internationale Übersichtsarbeiten [215-218] zeigen, dass – je nach Gewaltform, Messmethode und teils auf älteren Untersuchungskontexten basierend – zwischen rund 40% und über 70% der befragten Menschen von verbaler, psychischer oder körperlicher Gewalt in stationären Einrichtungen berichten. Für sexuelle Gewalt reichen die Prävalenzen je nach Definition von wenigen Prozent bis zu etwa 40%. Zudem ist insgesamt in Betracht zu ziehen, dass das tatsächliche Ausmass der Gewalterfahrungen aufgrund von Dunkelfeldanteilen tendenziell unterschätzt wird.

Eine englische Studie [219] berichtete für platzierte Kinder und Jugendliche von einem sechs- bis achtfach, eine niederländische Studie [216] von einem dreifach erhöhten Risiko von physischem Missbrauch –, so wurde dieses Thema auch in den JAEL-Befragungen eingeplant, da diese Erfahrungen vermutlich einen gravierenden Einfluss auf den Verlauf der Hilfen und den weiteren Lebensweg der Betroffenen haben und es ein Fehler wäre, diese Thematik zu vernachlässigen. Allerdings ist es eine methodische Herausforderung es in eine grössere Studie zu integrieren. Letztlich wurde entschieden, einen standardisierten Fragebogen zu Gewalterfahrungen in unterschiedlichen institutionellen Kontexten, der von unseren Kolleg:innen vom Universitätsklinikum Ulm entwickelt worden war [220], im Anamnesebogen aufzunehmen und in den qualitativen Interviews Fragen zu positiven und negativen Erfahrungen während der Zeit in den Unterbringungen zu stellen, in welchen die JAEL-Teilnehmenden solche Erfahrungen ausführen konnten. Dadurch sollte die Balance gehalten werden, dass das Thema ausreichend beachtet werden konnte, ohne die ganze Verlaufserhebung zu dominieren. Zudem ergab sich aus der Wahl dieser Methodik die Möglichkeit, die Ergebnisse mit den Befunden der Ulmer Kolleg:innen potenziell vergleichen zu können.

Die Ergebnisse in unserer Stichprobe zeigen leider nochmals, wie viele fremdplatzierte junge Menschen auch in institutionellen Kontexten Gewalterfahrungen durchleben müssen. Insgesamt gaben 45.0% der JAEL-Teilnehmenden an, in irgendeiner Einrichtung oder irgendeinem Verein absichtlich geschlagen, getreten, verprügelt, gestossen, gewürgt oder auf andere Weise angegriffen worden zu sein. Dies wurde am häufigsten in Heimen (26.3%), Schulen (24.4%), Internaten (14.4%) und mit einem vergleichsweise geringen Anteil in Pflegefamilien (1.9%) erlebt (siehe Abbildung 13). Dabei gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

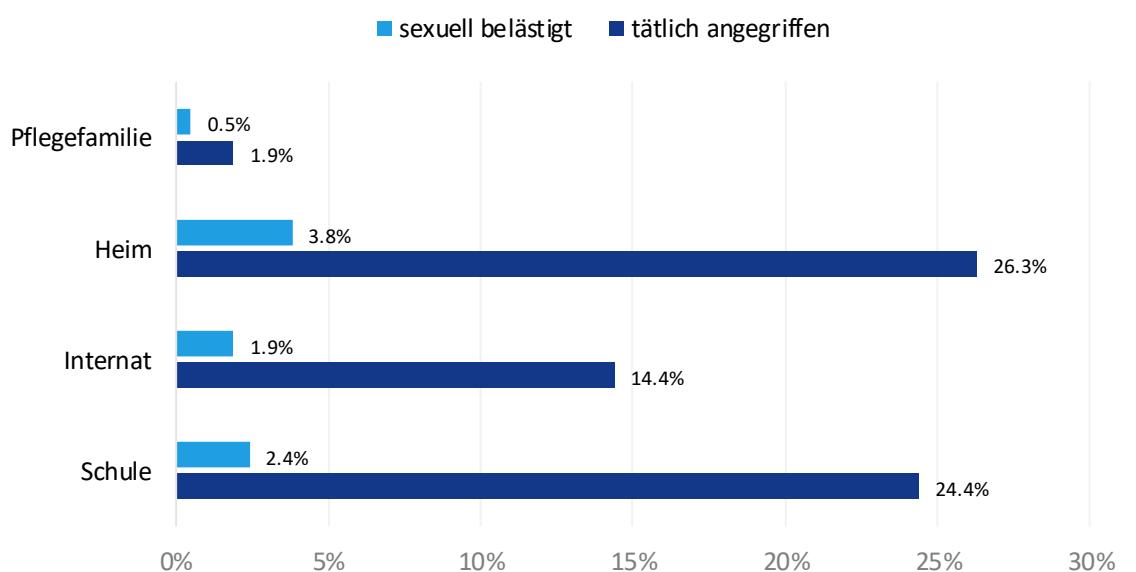


Abbildung 13: Übersicht der Art von Gewalterfahrungen in den am meisten genannten Institutionen (N=209)

Daneben gaben insgesamt 5.7% der Teilnehmenden an, jemals in irgendeiner Einrichtung sexuell belästigt worden zu sein. Dabei waren die Teilnehmenden weiblichen Geschlechts ungleich häufiger betroffen³⁹. Drei männliche und vier weibliche Teilnehmende (total 3.3%) hatten angegeben, dabei zu Geschlechtsverkehr gezwungen worden zu sein⁴⁰.

³⁹ $\chi^2(1) = 6.76, p = .009$

⁴⁰ Hier liess sich kein statistisch signifikanter Unterschied feststellen.

Von denjenigen, die über tätliche Übergriffe berichteten, erlebten dies 69.1% durch Gleichaltrige (Peers) und 24.5% durch Aufsichtspersonen oder Personal der Institution. Im Kontext eines Heims hatten in 76.4% der Betroffenen Peers und 27.3% Aufsichtspersonen als Täter:innen erlebt⁴¹. Sechs Teilnehmende gaben an, sowohl von Peers als auch von Aufsichtspersonen angegriffen worden zu sein. Von denjenigen, die sexuell belästigt wurden, berichten fünf, dass diese Belästigungen von Gleichaltrigen ausgegangen waren und sechs durch Aufsichtspersonen oder Personal. Davon waren es im Heimkontext drei, welche dies von Peers und fünf, welche dies vom Personal berichteten. Eine Teilnehmende gab an, sowohl von Peers als auch von Institutionsmitarbeitenden sexuell belästigt worden zu sein.

Diese Ergebnisse und insbesondere die Ausführungen in den qualitativen Interviews (s.u. sowie Kapitel 8.2.1) sind gerade vor dem Hintergrund der Aufarbeitung institutioneller Gewalterfahrungen und des Verdingkinderwesens [221-224] erschütternd. Es muss der Anspruch sein, jedes ausserfamiliär untergebrachte Kind bestmöglich zu schützen und Institutionen, die zuweisenden und beaufsichtigten Behörden sollten alles in Ihrer Macht Stehende tun, diesen Schutz zu gewährleisten.

Leider kann man manchmal in den Institutionen immer noch ein Schwanken zwischen naiven Allmachtsphantasien („Bei uns sind die Kinder sicher.“, „Bei uns gibt es keine Gewalt.“) und Ohnmachtserleben („Wenn es passiert, können wir eh nix machen.“, „Es ist naiv zu glauben, man könne Gewalt zwischen den Jugendlichen unterbinden.“) beobachten. Da dieses Schwanken ja auch ein Ausdruck von Selbstunwirksamkeit ist, ist es wichtig, die Institutionen weiter zu sensibilisieren und konkret zu unterstützen, Schutzkonzepte zu entwickeln und deren Anwendung regelmässig zu überprüfen. Das BJ hat mit der Forderung von Schutzkonzepten viel getan nun kann mit den Heimen und kantonalen Aufsichtsbehörden evaluieren, wie die Umsetzung gelingt und mit welchen Ressourcen diese im Alltag umgesetzt und gelebt werden können. Auch die zuweisenden Beistandspersonen sollten sensibilisiert werden, so dass sie z.B. auch in den Standortsitzungen/Hilfeplangesprächen konkret nach der Atmosphäre in der Gruppe und potenziellen Gewalterfahrungen fragen.

EXKURS: Wenn Schutz nicht gelingt – zur Brisanz von Missbrauchs- und Gewalterfahrungen in Institutionen

Internationale und nationale Studien zeigen, dass Kinder und Jugendliche in stationären Erziehungshilfen einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, physische, psychische oder sexuelle Gewalt zu erleben. In einer niederländischen Untersuchung berichtete rund ein Viertel der befragten Jugendlichen von körperlicher Misshandlung in Heimen oder Pflegefamilien – deutlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung [215, 225]. Ein Vergleich zwischen Studien ist allerdings oft nur eingeschränkt möglich, da Gewalt und Missbrauch je nach Untersuchung unterschiedlich definiert und operationalisiert werden.

Gewalt durch Fachkräfte wird in der Forschung zwar deutlich seltener berichtet als Gewalt durch Gleichaltrige, verlässliche Prävalenzangaben fehlen jedoch weitgehend. Klar ist aber, dass solche Erfahrungen aufgrund der bestehenden Abhängigkeitsverhältnisse besonders schwerwiegend sind und das Vertrauen in das gesamte Helpersystem nachhaltig untergraben [219, 226, 227].

Besondere Aufmerksamkeit gilt dem Thema sexueller Gewalt. In einer israelischen Studie gaben rund 40 % der Jugendlichen an, in Heimen sexuelle Belästigung durch Gleichaltrige erlebt zu haben, während etwa 14% von sexuellen Übergriffen durch Peers berichteten [228]. Eine repräsentative deutsche Erhebung fand zudem, dass 3,1 % der Erwachsenen jemals Opfer sexuellen Missbrauchs in einem institutionellen Kontext waren – mit höheren Raten bei Frauen (4.8%) als bei Männern (0.8%) [220]. In der JAEL-Studie wurde derselbe standardisierte Fragebogen eingesetzt, wodurch die Ergebnisse methodisch anschlussfähig sind.

⁴¹ Bei Angaben zur Täterschaft konnten sowohl Peers als auch Aufsichtspersonen angegeben werden.

Während sexuelle Gewalt überwiegend durch Gleichaltrige berichtet wird, zeigen Studien zugleich, dass auch Fachkräfte Täter sein können. Für diese Gruppe liegen jedoch kaum verlässliche Prävalenzzahlen vor; deutlich ist jedoch, dass die Folgen aufgrund der bestehenden Macht- und Vertrauensverhältnisse besonders gravierend sind [229].

Die Befunde machen deutlich, wie wichtig wirkungsvolle Schutzkonzepte (siehe Kapitel 14.3.5), unabhängige Beschwerdewege und präventive Sensibilisierung sind – insbesondere angesichts der Tatsache, dass Gewalt oft dort geschieht, wo Schutz eigentlich gewährleistet sein sollte [230-232].

Vergleicht man die Ergebnisse aus JAEL mit Metaanalysen, Übersichtsartikeln und Befunden aus anderen Ländern (siehe Exkurs oben) wird deutlich, dass die Prävalenzen in den Schweizer Einrichtungen etwas niedriger ausfallen, als man erwarten könnte. Dies könnte einerseits als Zeichen einer besonderen Qualität der Schweizer Kinder- und Jugendhilfe interpretiert werden. Andererseits sollte dies auch mit Vorsicht geniessen und man muss davon ausgehen, dass JAEL das wahre Ausmass der Gewalt vermutlich aufgrund der Methodik eher unterschätzt, so dass die Diskrepanz nicht nur auf die höhere Qualität, sondern auch auf methodische Unterschiede zurückzuführen sind – die Erhebung von institutionellen Gewalterfahrungen war nicht der Hauptfokus der JAEL-Studie.

Studien, die den Fokus stärker auf Gewalt und sexuellen Missbrauch in Heimen legen, fragen hier viel detaillierter nach, bereiten die Teilnehmenden auch anders auf die Befragung zu diesem Thema vor und konfrontieren diese nicht einfach mit Fragebögen. Einige Studien arbeiten auch sehr lange Zeiträume auf und schliessen noch Studien vor der Heimreform ein, was die berichteten Prävalenzraten natürlich teilweise stark erhöhen kann.

Die Prävalenzen von Gewalterfahrungen wurde in JAEL auf Basis von Selbstberichten erhoben – und zwar zu einem Zeitpunkt, als die Teilnehmenden nicht mehr in den Institutionen lebten. Das spricht zwar dafür, dass die Daten vergleichsweise zuverlässig sein sollten und die jungen Erwachsenen zum Zeitpunkt der Befragung offen antworten konnten. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass das tatsächliche Ausmass der Gewalt eher unterschätzt wird. Zwar handelt es sich formal um eine Hellfelderhebung, doch viele Betroffene, die in ihrer Kindheit bereits mehrfach mit Gewalt konfrontiert waren, haben möglicherweise eine veränderte Wahrnehmungsschwelle und benennen bestimmte Erfahrungen nicht zwingend als körperliche und sexuelle Gewalt. Wir wissen, dass gerade Männer, insbesondere aus institutionellen und forensischen Settings, körperliche und sexuelle Gewalterfahrung oft nicht angeben, weil sie sich schämen und sich selbst nicht als schwach oder als Opfer sehen möchten [233-235]. Daneben geht z.B. die niederländische „Commissie De Winter (Kommission De Winter)“, eine 2015 vom niederländischen Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport eingesetzte unabhängige Untersuchungskommission, die systematische Gewalt, Misshandlungen und Grenzverletzungen in der niederländischen Jugendhilfe von 1945 bis heute untersucht hat, davon aus, dass nur ein Bruchteil der Gewalt in Heimen von den Fachkräften überhaupt bemerkt und adäquat adressiert wird [236]. Wirksame Präventionsprogramme müssen daher nicht nur Opferaspekte in den Blick nehmen, sondern auch den Mut der Betroffenen stärken, sich anzuvertrauen.

In JAEL kommt hinzu, dass retrospektiv über lange Zeiträume berichtet wurde, was bei mehreren Aufenthalten in unterschiedlichen Einrichtungen zu einer gewissen Verwischung oder statistischen Regression zur Mitte führen kann. Teilweise zeigt sich auch eine bedenkliche Normalisierung von Gewalt, sodass unklar bleibt, ob beispielsweise auch sadistische Aufnahmerituale überhaupt als Gewalt benannt wurden – obwohl sie später von den jungen Menschen selbst weitergegeben wurden. Vor diesem Hintergrund ist auch aufschlussreich, wie in den Interviews über sexuelle Belästigung gesprochen wurde. Hier wird deutlich, dass sich nur sehr wenige Betroffene überhaupt ausführlicher dazu äusserten oder das Thema mit starken Scham- und Unbehagengefühlen verbunden war (z. B. im

nachfolgenden Zitat: „*das hört sich jetzt wirklich mega blöd an (...)*“). In beiden angefügten Fällen gingen die Belästigungen von Fachpersonen der Institution aus – dies waren die einzigen Zitate zu dem Thema aus unserer Stichprobe.

„*Ja, dass das Thema halt auch ziemlich schwierig ist. Ich finde. Ich habe überhaupt nichts gegen Männer [...] in diesem Beruf, aber ich finde, wenn es [...] ein komplettes Mädchenheim ist [...], finde ich es erfahrungsgemäss überhaupt nicht in Ordnung, wenn man Männer einstellt dort, weil- Ja, das hört sich jetzt wirklich mega blöd an [...] von all diesen Jugendlichen, die dort drin waren erzählte mehr als die Hälfte, dass sie sexuell belästigt wurden, von dem einen Betreuer, und vom anderen Koch [...] jeder männliche Betreuer, der kam, oder Lehrer, machte irgendwelche sexuellen Anspielungen, oder begann, immer auf das Äusserliche zu beurteilen, und loben, und werten.*“ 223(w/26/pos)

„*Es war nur mal so ein Vorfall, wo mir halt nicht so gepasst hat, wo ich mal mit einem zusammen war und mir der eint Sozialarbeiter an den Arsch gefasst hat aber das war einmalig und das ist dann nie mehr gewesen. Aber das konnte man dann regeln und klären.*“ 590(w/29/pos)

EXKURS: Eskalierende Situationen

[216, 226, 237]

In einer ausserfamiliären Unterbringung leben viele Menschen gemeinsam unter einem Dach, die keine biologische Verwandtschaft aufweisen und somit auch weniger emotional involviert sind als dies bei leiblichen Eltern und Geschwistern der Fall wäre. Eskalierende Situationen, welche in einem Heim stattfinden, können auf eine Wechselwirkung zwischen Merkmalen des Kindes, des Betreuers und strukturelle Merkmale zurückgeführt werden. Die Kinder und Jugendlichen haben möglicherweise eine Vorgeschichte mit Traumata, psychiatrischen Erkrankungen, Bindungsstörungen, Drogenmissbrauch oder Misshandlung durch ihre Familien. Dadurch kann herausforderndes, wütendes, destruktives, sogar provokantes Verhalten entstehen. Betreuende in Institutionen leiden oft unter langen Arbeitszeiten, niedriger Bezahlung, ungeplanten Überstunden, schwierigen Aufgaben, einem Mangel an angemessener Ausbildung, wie auch einem ungünstigen Verhältnis der Anzahl Kinder und Jugendlichen, für die ein Mitarbeitender zuständig ist. Diese Faktoren werden von struktureller Ebene durch mangelnde finanzielle, zeitliche Ressourcen begünstigt. Zudem fehlen dadurch professionelle und zugängliche Supervisionen für Mitarbeitende, die in der Lage wären, den sich kumulierenden Stress und Schwierigkeiten oder Überforderungen im Umgang mit den Kindern und Jugendlichen zu puffern. Betreuende werden leider nicht selten selbst Opfer von Gewalt durch die jungen Menschen. Dazu kommen die vielen, z.T. dadurch bedingten Wechsel von sowohl wohnhaften Kindern und Jugendlichen als auch von Mitarbeitenden. Klare Regeln sind in einem solchen Umfeld einerseits dringend nötig, andererseits werden sie unter Überforderung schnell sehr starr und ohne Rücksicht auf individuelle Bedürfnisse aufrechterhalten.

Besonders Faktoren, die die Mitarbeitenden oder die Struktur betreffen, bieten eine gute Möglichkeit weitere schwierige Erfahrungen der jungen Menschen zu reduzieren, z.B. durch hilfreiche und konkrete Weiterbildungen oder externe Supervisionen.

7.4 Abbrüche

Angesichts der Schwierigkeit, eine präzise Definition für einen Abbruch in der Kinder- und Jugendhilfe zu formulieren⁴², haben wir uns dazu entschlossen, die subjektive Perspektive der JAEL-Teilnehmenden einzubeziehen. In diesem Sinne haben wir sie im Anamnesebogen direkt gefragt, wie oft eine ausserfamiliäre Unterbringung aus ihrer Sicht frühzeitig abgebrochen wurde.

Als Antwort darauf gab rund ein Drittel der JAEL-Teilnehmenden an, dass es zumindest einmal zu einem aus ihrer Sicht verfrühten Abbruch gekommen war, 15.1% berichteten über mehrere verfrühte Abbrüche (siehe Abbildung 14)⁴³.

⁴² Man kann davon ausgehen, dass es in der Forschung und Praxis der Kinder- und Jugendhilfe weitgehend einen Konsens darüber gibt, dass die Definition von Abbrüchen eine komplexe Angelegenheit ist. Diese Schwierigkeiten ergeben sich aus der Vielfalt von Gründen, warum eine Unterbringung vorzeitig beendet werden kann, und den unterschiedlichen Perspektiven und Interpretationen der Beteiligten, einschliesslich der betreuten jungen Menschen selbst.

⁴³ In Bezug auf die Anzahl der subjektiv als frühzeitig empfundenen Abbrüche gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede.

In den Interviews berichteten diejenigen mit Abbrucherlebnissen, weshalb es zu diesen gekommen war. Dabei wurden verschiedene Gründe genannt, welche zusammenfassend am häufigsten mit Delikten oder vermehrten Regelbrüchen assoziiert wurden.

„Mit 13 dann W.(Heim)- jeden Tag abgehauen, nie zur Schule [...] hab da alle, ja, in meinen Bann gezogen, so. Dann haben sie mich weggeschickt, rausgeschmissen sozusagen. Und dann bin ich dann mit 14 [...] da bin ich auf den Bauernhof [...] ein Nichtraucherhaus. Weil komplett aus Holz natürlich. Ich habe da überall geraucht. Und die haben mich sofort rausgeschmissen [...] direkt in die geschlossene Anstalt mit 14, weil sie nicht mehr wussten, wohin mit mir. Und mit 15 dann wieder raus. Dann wieder Nachhause. Und dann ins Schulheim in- mit 15 dann ins Schulheim gekommen [...]. Da bin ich dann geblieben, drei Jahre oder knapp vier Jahre. Hätte da auch eine Ausbildung angefangen eigentlich. Dann bin ich rausgeflogen und dann bin ich nach Hause gebracht worden, weil sie- sie hatten keinen Termin in der geschlossenen Anstalt [...] dann vor meinem 18. Lebensjahr [...] musste ich dann in die geschlossene Anstalt [...] ohne Polizei kommt man da nicht runter [...]. Da blieb ich dann ein halbes Jahr. Und dann wieder raus. Und dann hab ich- dann hat es langsam mal Klick gemacht. Da bin ich ins J.(Heim) gekommen, durfte da dann eine Ausbildung macht. Und mit 20 bin ich dann in eine Aussenwohngruppe gekommen, dann in eine eigene Wohnung.“ 113(m/30/pos)

Dabei wurden die beschriebenen Verhaltensweisen zu einem bestimmten Zeitpunkt zum Anlass genommen, um die Platzierung seitens der Institution oder seitens der zuweisenden Behörden abzubrechen. In selteneren Fällen kam es zudem zum eigenen Entschluss der jungen Menschen, die Platzierung selbst abzubrechen, beispielsweise durch Kurvengang.

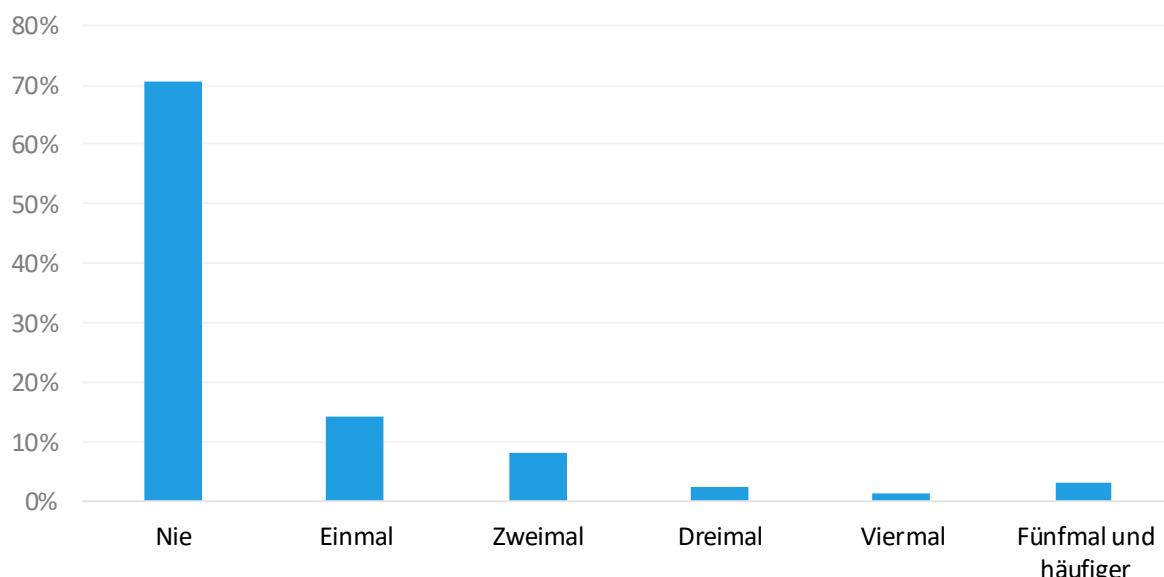


Abbildung 14: Anteil subjektiv als verfrüht erlebte Abbrüche während der Zeit in der stationären Kinder- und Jugendhilfe (N=211)

EXKURS: Frühzeitige Abbrüche

[6, 204, 238-262]

Ausserfamiliäre Platzierungen sind oftmals die letzte Station, nachdem andere niederschwelligere Interventionen nicht genügend Entlastung für Eltern und Kind(er) erzielen konnten. Bei Kindern und Jugendlichen, die schliesslich platziert werden, akkumulieren sich verschiedenste persönlichkeitsbezogene, psychosoziale und familiäre Risikofaktoren, die mit schlechteren Verläufen und dem Scheitern von ambulanten Kinderschutzmassnahmen zusammenhängen. Aktuelle Statistiken und Studien zeigen, dass etwa 30-36% der stationären Hilfen frühzeitig beendet werden, obwohl die Fachkräfte und zuweisenden Behörden die Ziele noch nicht für erreicht halten und die Platzierung und Hilfeplanung gerne fortsetzen würden. Selbst bei konservativer Schätzung sind dies über 3'000 Abbrüche im Jahr in der Schweiz. Frühzeitige Abbrüche sind problematisch, weil sich die notwendige Beziehungskontinuität und somit die positive Wirkung einer Heimerziehung über Jahre entwickeln muss.

Oftmals sind es ähnliche/gleiche Gründe, die anfangs zu einer Platzierung führen und dann zu einem verfrühten Abbruch einer Massnahme beitragen. Wenn Kinder oder Jugendliche aus Schutz vor Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen ausserfamiliär platziert werden, finden die daraus resultierenden Folgen und psychischen Belastungen nicht selten durch externalisierende oder internalisierende Verhaltensweisen Ausdruck. So wurde anhand von Längsschnittstudien beobachtet, dass sich interpersonelle Traumata und häusliche Gewalt durch nahe Bezugspersonen negativ auf die Prognosen von psychosozialen Interventionen auswirken. Mit einer solchen Vorgeschichte zusammenhängend (in manchen Fällen auch unabhängig davon) können sich Symptome wie stark erhöhte Impulsivität und dissoziales Verhalten (z.B. Stehlen, Gewalttätigkeit und Regelübertretungen) äussern, die im Kontext der Heimerziehung vermehrt auftreten und für das Zusammenleben und -arbeiten belastend sind. Dadurch wird der Aufbau von Beziehungen und genauso das Anwenden von sozial-pädagogischen und psychotherapeutischen Behandlungsangeboten/-strategien deutlich erschwert.

Die Ursachen für Abbrüche sind vielfältig. Kinder und Jugendliche mit stärkeren biografischen Belastungen, Bindungsproblemen, Persönlichkeitsakzentuierungen und komplexeren psychischen Erkrankungen weisen aber ein deutlich höheres Risiko für Abbrüche ihrer Hilfen auf. Oft ist eine komplexe Dynamik und die Jugendlichen lösen interesseranterweise bei den Fachkräften der ausstossenden Institution ähnliche Gefühle aus, wie bei den Eltern und bei den Mitarbeitenden vorheriger Stationen (Ohnmacht, Überforderung, Wut). Häufig fühlt sich das zunehmend gestresste Team allein gelassen und bemerkt, dass seine Strategien und die dazu geholten Ressourcen ebenfalls nicht erfolgreich sind.

Ein vielleicht etwas leichter beeinflussbarer Faktor kann mangelndes Verständnis für die Notwendigkeit der Heimunterbringung und fehlende Transparenz bei der Festlegung der Ziele für den individuellen Hilfeplan des Kindes sein. Dabei scheint es recht zentral zu sein, dass das Kind während der Platzierung nicht in Loyalitätskonflikte gerät und auch von Seiten der Eltern spürt, dass sie die Hilfe unterstützen. Ein häufiges Problem ist, dass Eltern nach der Unterbringung ihres Kindes oft allein und unbegleitet sind, obwohl dies zweifellos ein äusserst kritisches Lebensereignis für alle Beteiligten darstellt. Die Platzierung löst oft Schuld- und Schamgefühle aus bei den Eltern aus und sie möchten diese so schnell wie möglich ungeschehen machen. In der Folge drängen sie auf eine Rückführung, was aber letztlich in einem Teufelskreis von erneuter Überforderung und Ausstossung mündet. Es ist deshalb wichtig, sich Zeit für die Nachbearbeitung der Fremdplatzierung zu nehmen und diese als wichtigen emotionalen Prozess aller Beteiligten zu verstehen. Es wäre wünschenswert, dass ausgebildete Fachpersonen der zuweisenden Behörde oder der Einrichtung den Eltern in diesem Prozess beistehen und das Narrativ hinter der Entscheidung zur ausserfamiliären Unterbringung ('Warum wurde das Kind ausserhalb der Familie untergebracht?') wiederholt erklären, da das Stressniveau der Eltern bei der Entscheidungsfindung so hoch war, dass sie die zugrundeliegenden Motive der Unterbringung möglicherweise nicht verarbeiten konnten. Dabei ist es wichtig, die guten Gründe der Entscheidung herauszuarbeiten und den Eltern zu verdeutlichen, wie bedeutsam sie für den Verlauf der Hilfe(n) sind – ohne zu implizieren, dass die Unterbringung in einer Einrichtung besser oder vorzuziehend gegenüber der elterlichen Fürsorge sei. Gleichzeitig ist zu bedauern, dass es eine Tragödie ist, dass die Eltern nicht in der Lage sind, für ihr Kind so zu sorgen können, wie sie es sich wünschen. Durch den Heimaufenthalt können belastende Aspekte der Elternschaft jedoch vorübergehend entlastet werden, um allen ein besseres Leben zu ermöglichen.

Wagenblass (2016) beschreibt weitere potenzielle Aspekte, die das Gelingen einer Intervention wahrscheinlicher machen: (1) Vertrauen in das System (z.B. durch die Schaffung eines strukturierten Umfelds und eines fachlich kompetenten, transparenten und kindzentrierten Ansatzes), (2) spezifisches Vertrauen im Sinne von positiven Erwartungen an die Fachkräfte und (3) persönliches Vertrauen, das sich durch die Interaktion zwischen der Fachkraft und dem Kind oder Jugendlichen entwickeln kann.

Im Nachgang stellten viele Teilnehmende fest, dass eine Fortführung der Hilfemaßnahme für sie subjektiv einen besseren Verlauf bedeutet hätte. Als Folge wurden meist Wechsel in eine andere Institution oder in den Strafvollzug beschrieben, wobei häufig auch das Elternhaus als Zwischenstation notwendig erschien.

„Es ist nur die Angst davor gewesen, dass sie schwanger sein könnte, weshalb sie mich rausgeworfen haben, nur aus der Angst heraus [...] also für mich persönlich ging es dabei um meine Zukunft, es hat einen Bruch gegeben für meine Zukunft [...] bei dem für mich einfach entschieden worden ist [...] auch [...] Lehrer haben für mich gekämpft, dass ich bleiben kann, weil ich bin zwar ein Rowdie gewesen, hab viele Leute geschlagen, aber ich bin ein guter Schüler gewesen [...] und darum haben auch alle Lehrer gesagt ‚Nein sie können nicht einfach einen so guten Schüler aus seinem Umfeld rausreissen‘ und ihn einfach wo neu reinstecken. Das kommt nicht gut und es kam auch nicht gut.“ 64(m/26/neg)

„Und dann fand ich [...] Kollegen, und dann fing ich an mich wohlzufühlen und fand Vertrauen, und dann wurde ich wieder rausgeschmissen. Also ich hatte dort den einen Kollegen. Die behaupteten dann, ich und er hätten etwas am Laufen, und das ist dort nicht erlaubt, und dann wurde ich rausgeschmissen [...] Es wäre dann für mich wirklich sinnvoll gewesen, wäre ich dortgeblieben. Aber durch diese Situation holten sie mich dann da raus, und dann eben verfrachteten mich in ein nächstes Heim“ 50(w/28/neg)

Anknüpfend an diesen Befund stellt sich die Frage danach, wie Institutionen mit dem Thema Problemverhalten noch besser umgehen können. In der Zusammenschau der qualitativen Daten aus JAEL wurde deutlich, dass der institutionelle Alltag von den Teilnehmenden oftmals als stark reguliert erlebt wurde und das Spektrum dessen, was als unerwünschtes, potenziell problematisches Verhalten gewertet wird, durchaus breit gefächert sein konnte. Aus der Perspektive der Interviewten war jedoch nicht unbedingt das Verhalten selbst entscheidend, sondern dessen Bewertung im Institutionsalltag. So wurde vielfach von einem stark sanktionierenden Umgang, ohne individuellen Bezug auf den Kontext des Verhaltens, berichtet. Die Sanktionen zeugten dabei aus Sicht der Interviewten zum einen von einem sehr starr verstandenen Regelwerk, zum anderen schrieben sie den sanktionierenden Pädagog:innen auch Überforderung und Machtmissbrauch zu. Die Abbrüche resultierten demzufolge oftmals aus einer Kaskade der sich zuspitzenden Eskalationen und der anschliessenden pädagogischen Reaktionen.

Als präventiver Faktor zur Vermeidung von Abbrüchen stellte sich aus der Sicht der JAEL-Teilnehmenden eine dialogisch ausgerichtete Beziehungsgestaltung dar. So konnten Eskalationen aufgearbeitet und weitere verhindert werden, wenn die jungen Menschen auf entsprechende institutionelle und personelle Gegebenheiten trafen und die Hintergründe des aufgetretenen Verhaltens bearbeitet werden konnten.

„Er sagte mir du kannst Vertrauen haben, dass wir dich nicht aus der Massnahme schmeissen, auch wenn du einen Fehler machst [...]. Und dann konnte ich mir plötzlich auch Fehler erlauben und über meine Fehler reden, ne.“ 506(m/36/neu)

8 ERGEBNISSE: Einflussfaktoren auf das Erleben der Zeit in den ausserfamiliären Unterbringungen

Nach erfolgtem Eintritt in die stationäre Kinder- und Jugendhilfe hiess es für die JAEL-Teilnehmenden sich einen für sie neuen, institutionell gerahmten Alltag einzufinden und diesen nach ihren Möglichkeiten mitzugestalten. Dabei stellten sich für sie neue Entwicklungsmöglichkeiten, aber auch Herausforderungen heraus, die ihre Biografien in vielen Fällen entscheidend prägen konnten.

Im Folgenden soll daher dezidierter dargelegt werden, wie aus der Perspektive der JAEL-Teilnehmenden aus der Institution ein "sicherer Ort" [263] werden konnte. Die Ergebnisse basieren dabei alle aus den qualitativen Interviews.

Aus den Erzählungen der jungen Menschen lässt sich der sichere Ort dabei in einer interdependenten Triade, die sich vor allem in der Traumapädagogik⁴⁴ als zentrale Reflexionsgrundlage etabliert hat,

⁴⁴ Hintergrund des „sicheren Ortes“ bilden die Überlegungen, dass viele der Kinder und Jugendlichen, die in einer Institution untergebracht sind, aus einem Umfeld kommen, das ihnen nicht ausreichend Schutz und Entwicklungsmöglichkeiten bieten konnte und oft unter den Folgen interpersoneller traumatischer Erfahrungen wie körperlicher und/oder psychischer Gewalt bzw. Vernachlässigung leiden. Sie haben in der Regel Bewältigungsstrategien entwickelt, die zum Ziel haben, unter diesen schwierigen Bedingungen bestmöglich zurechtzukommen, die jedoch im Alltag und für ihre weitere Entwicklung hinderlich sind. Nur ein „sicherer Ort“ erlaubt es, die hochwirksamen Überlebensstrategien aufzugeben und alternative Verhaltensweisen zu erlernen. Die Institution kann im besten Fall ein solcher sicherer Ort sein. Aus traumapädagogischer Perspektive ist also das Ziel, in der Institution ein Milieu zu schaffen, dass positive Gegenerfahrungen zu den Erfahrungen aus dem traumatisierenden Umfeld schafft. Während ein traumatisierendes Umfeld häufig durch z.B. Einsamkeit,

rekonstruieren. Diese Triade beschreibt die verschiedenen Beziehungen der für den Hilfeprozess relevanten Akteur:innen, deren Verstricktheit in systemimmanente Machtgefüge und Potenziale im schützenden, aber auch im potenziell gefährdenden Sinne.

Im Einzelnen illustriert dieses Kapitel diese Triade des sicheren Ortes basierend auf 1) der Beziehung zwischen den jungen Menschen und den Pädagog:innen, 2) der Wechselbeziehung von Institutionsstruktur und den JAEL-Teilnehmenden, sowie 3) der Wechselbeziehung zwischen Institutionsstruktur und Pädagog:innen (siehe Abbildung 7).

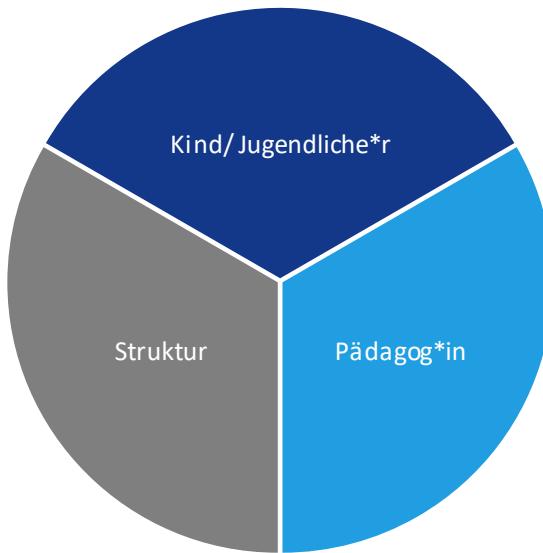


Abbildung 15: *Die pädagogische Triade des sicheren Ortes*

Die JAEL-Teilnehmenden benannten auf allen drei dieser Ebenen Erfahrungen, welche in ihren Erinnerungen ihr Erleben der Unterbringungen sowohl in eine positive als auch negative Richtung beeinflusst hatten.

Insgesamt wurden in den Äusserungen der jungen Menschen nachvollziehbar, dass der haltgebende, sichere Rahmen wieder einen gelingenderen Alltag für sie ermöglichte. Auf der anderen Seite berichteten sie auch von einem grossen ungenutzten Potential in der strukturellen Gestaltung der Institutionen. Die Struktur der Institution an sich spielte in ihrer Erinnerung jedoch eine eher untergeordnete Rolle. So wurde wiederholt deutlich, dass für die JAEL-Teilnehmenden nicht vordergründig das institutionelle Angebot, sondern vielmehr die interpersonellen Beziehungen und die Art und Weise wie diese gestaltet wurden ausschlaggebend für ihre Erfahrungen während der Unterbringungen waren.

8.1 Die Beziehung zwischen den jungen Menschen und den Pädagog:innen

8.1.1 Individuelle Anerkennung und Vertrauen

Die JAEL-Teilnehmenden berichteten rückblickend davon, im Alltag wiederholt damit konfrontiert worden zu sein, von Mitmenschen als „Problemkind“ wahrgenommen oder angesprochen worden zu sein. Entsprechend wurde negativ erinnert, wenn sie auch durch betreuende Fachpersonen solche

Nichtbeachtung der Bedürfnisse des Kindes und Ausgeliefertsein gekennzeichnet ist, bietet das traumapädagogische Milieu Beziehungsangebote, Bedürfnisorientierung und Partizipation.

Zuschreibungen erfahren mussten. Dies erschwerte es ihnen immens, Vertrauen zu diesen Personen aufzubauen. Die JAEL-Teilnehmenden beschrieben jedoch gerade den Aufbau einer soliden Vertrauensbasis zwischen ihnen und den Pädagog:innen als Schlüsselfaktor für eine gelingende Zusammenarbeit.

„Also gestärkt hat mich sicher auch, dass sie wirklich mir es zu zeigen gegeben haben, [...] dass ich nicht so ein Problemkind bin, sondern dass es einfach – dass sie da sind, um mir zu zeigen, wie dass man es besser machen kann und in welche Richtung es gehen soll.“ 53(m/33/pos)

Mit Bezugspersonen, die ihnen unvoreingenommen und offen begegneten, fiel es ihnen leichter, eine zuverlässige Vertrauensbasis aufzubauen.

„Jemand, [...] der nicht nur einfach straight sein Programm durchzieht und „das ist mein Job und du bist mein Projekt“, sozusagen. Sonder, der auch einfach dir das Verständnis gibt, dass „hey ich bin auch für dich da, und ich bin – ich bin auch deine Ansprechperson und wenn irgendetwas ist, ich stehe auch da für dich dahinter.“ 504(m/24/neu)

Einige der jungen Menschen brachten in den Interviews in diesem Kontext zum Ausdruck, dass sie sich vom pädagogischen Personal einen achtsameren Umgang mit den Lebensgeschichten der betreuten jungen Menschen gewünscht hätten.

„Weil auf die Bedürfnisse von mir selber damals nicht eingegangen wurde [...] aber eine Vertrauensperson hätte das – ich denke, eine Vertrauensperson in der Jugendzeit an meiner Seite, hätte vieles ändern können. Aber dieses missverstanden werden, das macht halt bei den – bei den Jugendlichen eine Blockade“ 113(m/30/pos)

„Viele sehen halt ziemlich schnell schwarz. Und das finde ich ist so schade. Es geht nicht immer nur von schwarz auf weiß. Es gibt auch Farben. Und so ist es bei den Kindern auch. Es ist nicht nur ein Kind, sondern es sind mehrere Kinder und jedes Kind ist anders.“ 50(w/27/neg)

Pädagogische Begegnungen wurden also als wenig hilfreich beschrieben, wenn diese durch eine defizitäre Sichtweise auf Lebensgeschichten, individuelle Ressourcen und Zukunftsperspektiven geprägt waren.

„Und da musste ich einfach sagen, da kann man noch so viele Ausbildungen machen, wenn man kein Menschenverständnis hat, nützt jede Ausbildung um Gottes Willen einfach nichts. Und viele-viele Menschen sind mittlerweile auch so, die haben gar nicht so ein Verständnis die können sich gar nicht in die Situation des anderen hineinversetzen.“ 50(w/27/neg)

Demgegenüber steht der in sämtlichen positiven Beziehungserfahrungen beschriebene Gesamteindruck von Bezugspersonen, die in ihrer Präsenz vermittelten, die Bedarfe der jungen Menschen einschätzen und sich derer in angemessener Art und Weise annehmen zu können.

8.1.2 Authentizität - Balance zwischen Profession und Persönlichkeit

Die beschriebenen Erfahrungen verdeutlichen die Bedeutung, die eine positive Beziehungsgestaltung für die JAEL-Teilnehmenden einnahm. Für die jungen Menschen spielte im Zuge dessen auch der Eindruck eines authentischen Gegenübers eine nicht zu unterschätzende Rolle.

„Weil er genau das machte, was man machen sollte. Gab Vertrauen, war lustig, er wurde dann wütend, wenn es berechtigt war, wütend zu sein. [...] Aber er war korrekt. Er spielte keine Spielchen, oder so. Er war sich selber, er hatte – er war nicht oberflächlich, er spielte nichts vor. Er war, wie er war. Oder. Das ist – es gibt einfach – er war einfach so, wie man sein sollte. [...] Er war einfach real.“ 59(m/28/neg)

Hierbei ermöglichten die betreuenden Personen den jungen Menschen durch das Teilen eigener Erfahrungen, eine vertraulichere persönliche Begegnung. Das Erleben dieser Begegnung ermöglichte den JAEL-Teilnehmenden dabei, nicht nur einer professionellen Person, sondern einer nahbaren und ebenso potenziell verletzbaren Bezugsperson gegenüberzutreten zu können.

„Aufhören mit diesen ständigen, aufgesetzten Fragen-Antworten-Spielen, verstecken hinter irgendwelchen Modellen. Oder die Modelle so machen, dass es menschlich daherkommt. Also mir

„hat ein, mir hat ein Klopfen auf die Schultern drei Mal mehr geholfen als irgendwie eine Frage 'Was musst Du jetzt haben, damit es Dir besser geht?' oder 'Was hast Du in diesen Situationen gemacht, wo es Dir so gegangen ist wie jetzt?“ 44(m/27/pos)

Im Kontrast hierzu wurde festgehalten, dass ein distanziert-kühler und rein professionell erlebter Umgang nicht hilfreich erinnert werden konnte.⁴⁵ Die JAEL-Teilnehmenden schätzten vor diesem Hintergrund besonders, wenn ihnen die Bezugspersonen vermittelten konnten, dass ihre Arbeit eine Berufung war, die sie mit Engagement und Herzblut ausfüllen konnten.

„Dass man sachlich, wie emotional dabei ist. Also mit dem Herzen und mit dem – mit – mit der Sache. Also objektiv und ja subjektiv. Das ist – das sollte einfach im Gleichgewicht sein. Ähm man spürt das als ähm schwererziehbares Kind, dass da entweder zu viel sachlich ist oder zu viel emotional. Also ich finde das Verständnis sollte sein – also sollte es haben. Verständnis. Ähm Einfühlungsvermögen. Hmm Aufklärung, Kommunikation und auch ein wenig Freundschaft.“
545(w/24/neu)

Begegnungen, bei denen sich Bezugspersonen erlaubten, über rein professionelle Interaktionen hinaus eine persönliche Verbindung zu ermöglichen, blieben den jungen Menschen dabei besonders im Gedächtnis und prägten ihre eigenen Konzepte von positiv erlebter Beziehungsgestaltung.

„Einfach das Vertrauen, das Anvertrauen gegen die Leute, nicht Kollegen, aber einfach ein Jugendlicher will, oder fühlt sich offener in dem, dass eine Person sich anvertraut, nicht ich bin der Mitarbeiter, du redest mit mir, sondern hey wir reden jetzt, ich rede jetzt mal über mein Privatleben, verstehen sie, da haben sie Kinder das und das, der andere hört, der redet dort von seinem Privatleben, der ist da offen mit dem, für einen Jugendlichen ist das schon viel.“
103(m/28/pos)

Im Zuge dessen schätzten die Interviewten es besonders, wenn die Bezugspersonen vermittelten konnten, dass ihre alltägliche Arbeit nicht „nur ein Job“ und die Beziehung zu den jungen Menschen nur ein „Projekt auf Zeit“ war.

„Der G., das ist eine Person gewesen, wo – er hat seinen Job gemacht, gleichzeitig ist – hat er sich anvertraut, nicht in dem Sinn, ich will das rausholen, sondern freundschaftlich, [...] einfach von ihm aus, der macht seinen Job und Vertrauen gewinnen zu der Person, das hat extrem viel ausgemacht, weil dann merkt man auch, der Person kann ich vertrauen, er ist nicht nur Mitarbeiter, sondern er ist auch ein Kolleg, auch wenn es dir mal scheisse geht, dann sage ich, mir ist es scheisse gegangen, ich muss zum G. gehen, ich kann nicht mit jemand anderem reden. Wir haben dort immer so eine Person gehabt, die zuständig gewesen ist für jeden, Bezugsperson hat sie geheissen, ich habe nie mit denen können.“ 103(m/28/pos)

Authentizität und eine gelebte Leidenschaft für den eigenen Beruf blieben ihnen bei bestärkend erlebten pädagogischen Beziehungen im Gedächtnis.

„Überlegt euch besser, was für ein Beruf ihr machen wollt, ja. Ja, nein, es ist einfach, wenn du halt wirklich zum Teil Leute dort hast, wo du dich einfach fragst, hey was machst du da. Irgendwie du hast schon das Gefühl – wenn du schon das Gefühl hast [...] der schaut ein Kind an und du hast das Gefühl, es scheissst ihn an. Weisst du und dann. Ja hau doch ab. (lacht).“ 236(m/28/neg)

Abschliessend lässt sich in den Äusserungen nachvollziehen, dass für die jungen Menschen aufrichtige, engagierte und emotional zugängliche Beziehungserfahrungen mit ihren Bezugspersonen entscheidend waren. Diese Erfahrungen konnten als korrigierende Beziehungserfahrungen zu potenziell traumatisierenden und gefährdenden familiären Beziehungserfahrungen wirksam werden. Zudem konnten diejenigen, die solche bestärkend erlebte Begegnungen berichteten, sich eher auf weitere funktionale Beziehungen im sozialen Umfeld einlassen.

⁴⁵ In diesem Kontext ist festzuhalten, dass ein distanziert-kühler Umgang unter Umständen auch eine Wiederholung von bereits erfahrenen Erlebnissen für die Kinder und Jugendlichen in der Herkunfts-familie bedeuten kann. Die Erfahrung, nachhaltig nicht mit den eigenen Bedürfnissen adressiert zu werden und nicht verstehen zu können, weshalb das erwachsene Gegenüber emotional unzugänglich bleibt, kann dabei unter Umständen zu einer Retraumatisierung, erneuten Ohnmachtserfahrungen bzw. zur Verfestigung des Eindrucks führen, dass erwachsene Bezugspersonen in Beziehungsräumen, die eigentlich Schutz bieten sollen, nicht auf die schutzbedürftigen jungen Menschen eingehen.

Die JAEL-Teilnehmenden legten vor diesem Hintergrund grossen Wert auf eine Balance zwischen professionellem und persönlichem Umgang seitens der Betreuenden. Während fachliche Kompetenz geschätzt wurde, hinterliessen intensive therapeutisch-pädagogische Interventionen teilweise aber auch den Eindruck, dass das Gegenüber ein bestimmtes Prozedere absolvieren müsse. Die Interviewten betonten hingegen die Bedeutung situativ-individueller Begegnungen, bei denen fernab aller Methodik eine persönliche Verbindung entstand.

Unterstützend erlebte Pädagogen zeichneten sich in den Erläuterungen darüber hinaus manchmal auch gerade dadurch aus, dass sie Begegnungen mit Humor gestalteten und über den Tellerrand von starren Regelsystem blicken konnten.

„Jemand, der gar kein Verständnis hat oder nicht ein Lachen, mal einen Witz macht oder mal so. [...] Das gab es oft, dass mal eine Sozialpädagogin da war, die einfach nicht lachte. Hat einfach gesagt, das und das muss gemacht sein. Einfach nur den Job gemacht hat. Das hat man gefühlt. Und einfach wirklich nur nach den Regeln. Und das finde ich, hat nicht ganz gepasst, weil wir wirklich –wir sind alle Menschen. Und das fühlt man. Man fühlt das als Mensch.“ 545(w/25/pos)

„Also ein paar Pädagogen, wo schon mit so einem „Lätsch“ reingelaufen sind. Keine Lust zum Arbeiten, keine Lust zum hier sein, dann verbreiten sie schlechte Stimmung.“ 72(m/30/neg)

Mitunter berichteten die JAEL-Teilnehmenden sehr gerne auch von eher unkonventionellen pädagogischen Massnahmen, die das Erleben der Unterbringungen positiv mitgeprägt hatten.

„Meine Bezugsperson war dann so obergewalt und sagte 'also das ist Vorgabe, wir müssen es machen. Es scheissst mich auch an Jungs. Aber wir machen das jetzt'. Dann gingen wir mit Rollkoffern wandern. Und zwar genau ein Berg, der auf der anderen Seite vom R. ist. Den Berg rauf, sind irgendwo dort unter dem freien Himmel –nahmen nicht mal Zelte mit –lagen einfach mit den Schlafsäcken.“ 207(m/24/pos)

„Wenn es ein richtig grusiges Food gegeben hat im Heim, also richtig grusiges, dann hat er gesagt, 'wisst ihr was, wir gehen jetzt auswärts etwas essen'. Und dann sind alle auswärts gegangen. Bei anderen Sozialpädagogen ist es halt gewesen, ah ich esse heute nichts und nachher hast du gesehen, wie sie ins Restaurant gegangen sind, und dann haben sie am Tisch nichts genommen, aber er ist dann immer – er hat immer gesagt, 'so wir gehen jetzt mit allen, ganz einfach'. Er ist immer direkt gewesen, ehrlich, man hat richtig viel Spass haben können mit ihm, wenn du ein Problem gehabt hast, dann konntest du zu ihm gehen, er hat es separat mit dir angeschaut, und er hat immer den Kindern geglaubt, wenn er mit ihnen geredet hat, also er ist [man hat sich ernst genommen gefühlt als Kind] Ja. Und das ja.“ 534(m/25/pos)

Als besonders bestärkend wurden Beziehungen zu den Pädagog:innen schliesslich auch beschrieben, wenn die Interviewten Erfahrung gemacht hatten, dass ihnen ebenfalls Vertrauen entgegengebracht wurde und ihnen somit Fehler und Lernprozesse zugetraut wurden.

„Er sagte 'ich gebe dir eine Chance. Schau, mir ist es egal. [...] Wir fangen von Null an. Ich nehme dich so, wie du bist. Egal, was du gemacht hast, was für Scheisse du gebaut hast. Ich will es gar nicht wissen. Du wirst sicher auf mich zukommen. Wenn du mit mir reden möchtest, ich bin immer für dich da, ich höre dir zu gerne, und so, aber wir fangen jetzt einfach von Null an und ich nehme dich auf. Was für mich wichtig ist, ist einfach Ehrlichkeit'. Und das hatte ich dann damals nicht in Griff in dem Sinn, ich habe viel gelogen [...] und Zeug und so, mir alles zurechtgebogen und so. Aber er hat wirklich mit mir ganz –er hat mich –er hat mich voll von innen gegen aussen verändert.“ 135(m/28/neu)

„Er sagte mir 'du kannst Vertrauen haben, dass wir dich nicht aus der Massnahme schmeissen, auch wenn du einen Fehler machst'. [...] Und dann konnte ich mir plötzlich auch Fehler erlauben und über meine Fehler reden, ne.“ 506(m/35/neu)

Die Präferenzen für die Art der Beziehungsgestaltung waren den JAEL-Teilnehmenden dabei individuell verschieden.

„Und ich glaube sie haben das auch so akzeptiert und das war auch auf eine Art die Hilfe, die ich – also die einfach auch dieses in Ruhe gelassen werden. Das war wahrscheinlich das, was ich gebraucht habe in dem Sinne [...].“ 239(w/26/pos)

So konnten auf der einen Seite eine aufsuchende Beziehungsgestaltung als entlastend erinnert werden, von anderen wurde hingegen als bestärkend beschrieben, wenn sich die Bezugspersonen in ihrer Präsenz zurückgehalten haben und ihnen Raum gegeben wurde, selbst zu entscheiden, wann sie in Kontakt gehen möchten.

Zusammenfassend nahmen in den Erzählungen der JAEL-Teilnehmenden die Beziehungen zu den pädagogischen Bezugspersonen also eine sehr entscheidende Rolle ein. Entsprechend wurde von den jungen Menschen auch die Frage der Passung von Bezugsperson und der zu betreuenden Person als ein überaus wichtiger Faktor für das Erleben und Gelingen des Hilfeprozesses betont. Ob ein Passungsverhältnis zwischen Bezugsperson und Betreuten entstand, wurde dabei nicht nur über die bis hierhin beschriebenen Faktoren mitbestimmt, sondern hing auch vor allem davon ab, dass die institutionsinterne Zuordnung geglückt war.

„[...] dass man sich die Bezugspersonen nicht selber auswählen darf. Weil ich habe meine Bezugspersonen nicht gern gehabt [...]. Und die kamen dann, ja wir machen jetzt unser Bezugspersonengespräch, und ich sass dort und die reden und reden und ich so, was will ich hier mit dir? Also ich vertraue dir nicht, ich mag dich nicht und ja du bist –bist einfach so ein Mensch, der mir nicht passt. Und dann so, hm. Also auch ihnen habe eigentlich gar nichts wirklich zu verdanken.“ 555(w/26/pos)

Dazu hielten die jungen Menschen jedoch fest, dass diese Zuordnung aus ihrer Perspektive oftmals nicht ausreichend an ihren konkreten individuellen Bedürfnissen ausgerichtet gewesen sei.

„Wenn du jemand triffst und du denkst so 'hey, will ich dem jetzt mein Zeug erzählen?' (lacht) und dann muss ich sagen 'hallo bist du Gaga?' und du kannst nicht auswählen, du kannst nicht sagen ich will jetzt den haben der ist mir sympathisch' ausser du würdest einen Antrag stellen.“ 18(w/25/pos)

Sie brachten in diesem Kontext auch zum Ausdruck, dass sie sich gewünscht hätten, im Prozess der Bezugspersonenfindung mehr einbezogen geworden zu sein, um Beziehungsabbrüche im Hilfeverlauf vermeiden zu können.

8.2 Die Auswirkung der Struktur der Institution auf die jungen Menschen

8.2.1 Peergroup: Gefährdungspotenzial vs. Ressource im Alltag

Das Zusammenleben in der Institution brachte für die jungen Menschen einige Herausforderungen mit sich, die sich im vorherig erlebten Familienleben nicht ergaben. So berichteten die JAEL-Teilnehmenden meist über eine negative bis destruktive Gruppendynamik, wenn mit der neuen Peergroup kein Passungsverhältnis erlebt wurde. Diese erachteten sie als nicht förderlich für ihre Entwicklung während des Aufenthaltes. Insbesondere wurden auch vielfältige Gefährdungs- und Schädigungspotentiale durch Peers geäussert. Beispielsweise, wenn das Aufeinandertreffen verschiedener traumatischer Erfahrungen, delinquenter Verhaltens, Suchtproblematiken, Mobbing und die Anregung zu Problemverhalten in der Gruppe erfahren wurden.

„Dort muss man sich behaupten im Heim. Dort kann man nicht einfach der Liebe sein, der es gut meint mit den Leuten, und mit den Pädagogen zusammenarbeitet. Wenn du so einer bist, wirst du entweder ausgenommen, geschlagen. Was weiss ich. Und dann musst du dich anpassen, sagen wir so, oder. Und- Ja. Es hat mich schon geprägt.“ 165(m/29/neu)

Andererseits wurde in den Äusserungen der Interviewten auch deutlich, wie die Peergruppe als stärkende, tragende Kraft fungieren konnte. Förderlich hierbei sei beispielsweise gewesen, wenn die Institution es ermöglichte, ein gemeinsames Gruppennarrativ zu entwickeln und sich gegenseitig zu stützen.

„Die Gruppendynamik habe ich gut gefunden, die hätte ich auch nicht gehabt, ich meine ich bin ein Einzelkind. Wenn man es so nimmt, meine Schwester ist schon längst ausgezogen [...] durch das,

dass du das gleiche Ziel hast, wie alle anderen hast du extrem gut zusammen und das ist einfach die Gruppendynamik - ist schon recht eindrücklich gewesen." 87 (w/26/pos)

Dabei beschrieben die JAEL-Teilnehmenden es als hilfreich, ihre biografischen Erfahrungen miteinander teilen und einen direkten Bezug zu anderen, ähnlichen Biografien herstellen zu können.

In ihrer Wahrnehmung entstand durch die Gemeinschaft eine neue, bestärkende Normalität, die die Institution zum sicheren Ort werden liess. Die Erfahrung in der Gruppe vermittelte dabei oftmals einen Halt, der in der bisherigen Biografie bislang vermisst wurde.

8.2.2 Team: wenn alle an einem Strang ziehen

Neben dem Gemeinschaftsgefühl in der Gruppe, war es aber auch die Erfahrung, das pädagogische Team als funktionierende Gruppe zu erleben, was positiverinnert werden konnte. So stellten die JAEL-Teilnehmenden fest, dass nicht nur eine einzelne Bezugsperson, sondern das Team als Ganzes entscheidend zum gelingenden Alltag in der Institution beitrug.

"Wahrscheinlich einfach von den Mitarbeitern her, wie diese auf die Kinder eingehen, wahrscheinlich. Das macht eigentlich ein gutes Heim aus, würde ich jetzt sagen. [...] Das ist eigentlich egal, wo man ist. Ob man jetzt in einem top modernen Gebäude ist in einem Heim oder draussen auf dem Camping-Platz, es ist eigentlich das Team [...] und einfach die Leute, die dort sind. Das macht einfach ein gutes Heim aus, ja." 143(m/25/pos)

Dabei fiel ihnen auch positiv auf, wenn Pädagog:innen mit verschiedenen, sich ergänzenden Charakteren und Kompetenzen im Team aufeinandertrafen. Vielfalt im Team wurde dabei mit der Möglichkeit, möglichst agil, flexibel und bedürfnisgerecht agieren zu können, assoziiert.

„Also es muss schon alles ein bisschen vertreten sein. [...] Also man hatte wirklich -ja es ist -wie soll ich sagen -also die Vielfalt im Team, wenn man solch einen Beruf wählt, muss einfach da sein.“ 136(m/26/pos)

Eine förderliche Teamdynamik wurde zudem dann beschrieben, wenn das Team als eine in sich konsistente Einheit erlebt werden konnte. Das bedeutete für die Interviewten vor allem, dass eine gemeinsam ausgehandelte Haltung transparent vertreten wurde. Das Team vermittelte ihnen dabei, dass „alle an einem Strang zogen“ und eine wertschätzende, konstruktive Kommunikation insbesondere in Bezug auf das institutionsinterne Zeit- und Prozessmanagement kultiviert wurde.

Im Einzelnen wurde von gut abgestimmten Übergaben, festen Wochenbesprechungen zwischen Team und Betreuten und regelmässigen Teambesprechungen gesprochen. Das einzelne Teammitglied trat im Zuge dessen als Teil eines in sich stimmigen Ganzen und nicht als isoliert agierende Person auf.

Wertschätzend hielten JAEL-Teilnehmende zudem fest, wenn der pädagogisch strukturierte Alltag auf ihre Bedarfe abgestimmt wurde und die pädagogische Beziehungsgestaltung im Dialog mit den Betreuten erfolgte.

„Wichtig ist, dass man einen Menschen versteht. Dass man weiss, wie fühlt er sich. Dass man gemeinsam eine Lösung sucht und nicht etwas eintrichtern möchte, was der Staat einem vorgibt. [...] Ich glaube, das ist sehr sehr wichtig. Weil der Kandidat A und der Kandidat B die haben andere Probleme. Es sind- die haben andere Gründe, wieso dass sie in einer Massnahme sind. Und man muss diese Leute [...] anders [...] angehen und nicht einfach, das ist Schema F und so ist das jetzt und wir boxen das durch. Das funktioniert nicht.“ 23(w/27/neg)

Eine nicht gelingende Teamarbeit wurde hingegen dadurch beschrieben, dass das Team nicht als Einheit auftrat und die teaminterne Kommunikation (beispielsweise in Bezug auf Absprachen, Übergaben oder Regeln) als widersprüchlich erlebt wurde. Ein gemeinsames und agiles Konzept von Zusammenarbeit wurde im Zuge dessen von vielen JAEL-Teilnehmenden vermisst.

8.2.3 Umgang mit Machtdiskrepanzen

Wenn eine durch Wertschätzung, Anerkennung und Zutrauen gekennzeichnete Beziehungsgestaltung zwischen den Pädagog:innen und betreuten jungen Menschen jedoch ausblieb, führten die JAEL-Teilnehmenden dies vor allem auf den Missbrauch der Machtdiskrepanz zwischen den Beteiligten zurück. Dies zeigte sich in ihren Erzählungen vor allem in Form eines strikt geführten Alltags und mangelnder pädagogischer Flexibilität.

„Es hat manchmal so gewisse Prinzipien gegeben und Regeln, wo sie selber gemacht haben, wo ich heute noch nicht verstehe. [...] Wenn am Freitag mein Papa mich holen gekommen ist, da [...] hab ich erst über die Schwelle gedurft, wenn ich dem Pädagogen die Hand gegeben habe, wenn ich vorher schon darüber gewesen wäre, dann hätten sie gesagt dann kannst du nicht Heim, hat gedroht, dass wir nicht heim können. Und dann ist mein Papa dort gestanden und hat die Welt nicht mehr verstanden, dass man so etwas sagt. Das ist so ein Punkt, wo mir wirklich sehr geblieben ist.“ 244(m/24/pos)

Solche Massnahmen zeichneten sich aus Perspektive der Betroffenen oft durch den Eindruck der Willkür und eines individuellen Machtbedürfnisses der Bezugspersonen aus. Dabei wurden auch explizite Grenzverletzungen beschrieben, welche die vielschichtigen, teilweise auch durch Traumata geprägten Lebensgeschichten der jungen Menschen unzureichend berücksichtigen.

„Also, das ist jetzt zum Beispiel ein Fall, wenn jetzt zum Beispiel ein Mädchen sexuell missbraucht worden ist und sich nicht irgendwie so zeigen will mit Haut, dass du sie zwingst, ins Schwimmbad mitzugehen und einen Badeanzug zu tragen, wo sie sich total unwohl fühlt, oder. Das kann man also würde ich jetzt so – so ein Beispiel. So etwas. Das ist genau so etwas, wo ich einfach sage das geht doch nicht!“ 60(m/24/neu)

In den Erzählungen der JAEL-Teilnehmenden wurde zudem reflektiert, dass sich der Machtmissbrauch oftmals im Umgang mit sogenanntem "Problemverhalten" äusserte.

„Sie merkte das, und dann spielte sie ihre Macht aus, und sagte Wenn du jetzt nicht nochmals putzt, dein Ämtchen – wir hatten jeden Tag Ämtchen. Wenn du nochmals putzt, dann gehst du in den Bunker, du weisst – Sagte ich 'Also geh! Bring mich rein!' Rief sie die Securitas an, brachten die mich in den Bunker⁴⁶, sieben Tage.“ 165(m/29/neu)

Hierbei zeichneten sich nicht hilfreich erlebte Pädagog:innen dadurch aus, dass sie den Alltag mit einem strengen Regelwerk strukturierten. Dies beinhaltete für die jungen Menschen oftmals nicht nachvollziehbare Sanktionierungsmassnahmen, die nicht ausschliesslich auf das Verhalten reagierten, sondern aus ihrer Perspektive allein dem Bedürfnis dienten, das pädagogische Machtmonopol zu stärken.

„Die wollten sich einfach wichtig machen, wollten einfach – wir hatten so einen im Internat [...]. Der brauchte es richtig. Wenn er dich bei irgendetwas erwischte, und dich aufschreiben konnte für den Rauchermarsch, oder für – für irgendeine Strafe, und der – der beleidigte einen auch wirklich, und versuchte, einen fertigzumachen, und einfach seine Machposition, quasi.“ 17(m/25/neu)

EXKURS: Milgram- und Stanford Prison-Experiment

[264-275]

Im Folgenden werden zwei psychologische Experimente vorgestellt, die darauf hinweisen, dass bestimmte soziale Situationen und Strukturen das Verhalten von Menschen – auch entgegen ihren persönlichen Werten – stark beeinflussen können.

Das berühmte Experiment des Sozialpsychologen Stanley Milgram demonstrierte eindrücklich, wie bestimmte soziale Situationen Menschen dazu bringen können, einer Autoritätsperson quasi blind zu gehorchen und einer anderen Person physischen Schmerz zuzufügen. Ziel des erstmals im Jahr 1961 durchgeföhrten Experiments war es, die Bereitschaft von Personen zu testen, autoritären Anweisungen, in diesem Fall zur Anwendung von Gewalt, auch dann Folge zu leisten, wenn diese im Konflikt mit ihrem Gewissen stehen. Die teilnehmenden männlichen Studenten bekamen die Aufgabe, einer anderen

⁴⁶ Dieses Zitat ist ein extremes Ausnahmebeispiel. Die Institution, auf welche sich diese Aussage bezieht, gibt es heute nicht mehr. Dennoch zeigt es, wie wichtig es ist, das Bewusstsein über bestehende Machtdiskrepanzen und die Gefahren, welche diese bergen, zu bewahren.

vermeintlichen Versuchsperson, dem "Schüler", einen Lerninhalt beizubringen. Bei Fehlern wurden die Teilnehmenden vom Versuchsleiter höflich, aber bestimmt angewiesen, dem "Schüler" einen Stromschlag zu versetzen dessen Intensität mit jedem weiteren Fehler erhöht werden sollte. Versuchsleiter als auch Versuchsperson ("Schüler") waren Schauspieler und es wurden in Wirklichkeit keine Stromschläge verabreicht. Trotz starker, gespielter Schmerzensreaktionen der "Schüler" gingen 60% der Teilnehmenden bis zur maximalen Spannung von 450 Volt – dies, obwohl sie der Reaktion des "Schülers" nach annehmen mussten, dass dieser bereits bewusstlos war. Das Experiment zeigte, dass die meisten Teilnehmenden sich in dieser Situation an den Anweisungen der Autoritätsperson, des Versuchsleiters, und nicht der Schmerzreaktion der "Schüler" orientierten.

Das inzwischen kontrovers diskutierte Stanford Prison-Experiment hat darauf hingewiesen, wie sehr Machtverhältnisse in einer Institution potenziell die Einstellungen, Werte und das Verhalten von Menschen beeinflussen können. Das Experiment wurde im Jahr 1971 von einem Psychologen-Team der Stanford-Universität in den USA durchgeführt und war ursprünglich für eine Dauer von 2 Wochen geplant. Der Aufbau des Experiments bestand darin, dass im Keller der Universität eine Gefängniskulisse mit verschlossenen Türen errichtet und den Versuchspersonen – gesunden männlichen Studenten ohne psychische Auffälligkeiten – jeweils die Rolle eines Gefängnisinsassen oder Gefängniswärters zugeteilt wurde. Das fiktive Gefängnis, seine Regeln und die Machtverhältnisse ähnelten einem echten Gefängnis dieser Zeit. Schon am 2. Tag kam es zu einem Aufstand der „Gefängnisinsassen“ und innerhalb kürzester Zeit begannen viele der „Gefängniswärter“ diese zunehmend entmenschlichend, demütigend und teils grausam zu behandeln. Aufgrund dieser dramatischen Entwicklungen wurde das Experiment bereits am 6. Tag vom Versuchsleiter (Professor Philipp Zimbardo) beendet. Das Experiment stieß in den USA eine öffentliche Debatte über die Zustände und Machtstrukturen in Gefängnissen an. Eine weit verbreitete Schlussfolgerung des Experiments war, dass solche Gefängnissituationen bei jedem – auch psychisch gesunden, unauffälligen Menschen – zu gewalttätigem Verhalten führen können. Es wurde vermutet, dass dabei die folgenden Situationsfaktoren eine wichtige Rolle spielen: Anonymität und Deindividuation, die Macht der Regeln und Vorschriften, die Rollen und (fehlende) Verantwortung für Übertretungen, kognitive Dissonanz und das Bedürfnis sozialer Billigung. Nach anhaltender Kritik an der methodischen Professionalität des Experiments, auch im Rahmen neuerer Recherchen, ist die zentrale Schlussfolgerung des Experiments heute jedoch fraglich, da der Versuchsleiter entgegen ursprünglichen Behauptungen das Verhalten der „Gefängniswärter“ massgeblich beeinflusst haben könnte.

Positiv erlebte Beziehungserfahrungen in Bezug auf Machtdiskrepanzen zeichneten sich für sie hingegen dadurch aus, dass Bezugspersonen offen mit ihrer Stellung umgingen und Alltag sowie Zukunftsweg in einem gemeinsamen Dialog gestalteten.

8.2.4 Partizipation und Transparenz

Auch vor dem Hintergrund, dass sie um die ungleichverteilten Machtverhältnisse wussten, betonten die jungen Menschen in den Interviews ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Partizipation und Transparenz entlang des Hilfeprozesses, welches nicht immer ausreichend durch die Institution adressiert wurde. So beschrieben die JAEL-Teilnehmenden, dass ihr Alltag oftmals durch Nicht-Anerkennung der individuellen Bedarfe, Fremdbestimmung und intransparente Kommunikation seitens der Institution und ihrer Vertreter:innen geprägt war.

„Also man ist nicht gefragt worden oder so, sondern es ist einfach, wir haben die Regeln und alle müssen sich an die Regeln halten, weil wenn du die Regel hast und der andere die Regel, dann ist das unfair gegen ihn und darum machen wir es für alle gleich, aber du kannst nicht alle Menschen gleich behandeln, jeder hat andere Bedürfnisse, der eine fühlt sich so wohl und ist – wird sogar durch das belohnt, wenn er nicht raus darf und andere wo unbedingt raus wollen, die werden dann halt mit der Zeitsperre bestraft. Ja. Also ich sage es mal so, einen Stubenhocker kannst du nicht bestrafen, indem du ihm Hausarrest gibst.“ 139(w/25/neu)

Das liess sich vor allem an Situationen nachvollziehen, bei denen die jungen Menschen davon berichteten, dass institutionsinterne Regeln und Sanktionierungen von Regelverstößen oftmals nicht an der konkreten Situation und den Beteiligten, sondern nach einem strikt erlebten Schema vermittelt wurden.

„Man kann nicht sagen, wir haben ein Sys- Syst- [System] oder genau. Und dann tun wir jeder von euch gleich – weil man kann nicht jeden Menschen gleich behandeln. Jeder Mensch hat

andere Ding, oder. Und das funktioniert für mich nicht so. Und das habe ich auch extrem gemerkt dort.“ 135(m/28/neu)

Wenn Alltag gemeinsam ausgehandelt und Lösungsstrategien für alltägliche Herausforderungen kooperativ erarbeitet werden konnten, konnten die JAEL-Teilnehmenden dies positiv für ihren Verlauf erinnern.

„Dass man vielleicht am Anfang von der Woche zusammenhockt und fragt, wer hat – wir haben die drei Menüs zur Auswahl, was wollt ihr wann essen? Ja irgendwie so. Weil das Essen ist sehr wichtig in der WG finde ich, weil das ist ja auch der Ort, wo man dann am meisten zusammen ist mit den anderen, sonst kann man sich aus dem Weg gehen aber beim Abendessen irgendwie nicht.“ 139(w/25/neu)

Besonders im Gedächtnis blieben den jungen Menschen in diesem Kontext regelmässige ritualisierte Kommunikationsformate, die Alltagsstruktur und Zusammengehörigkeitsgefühl stärkten. Ebenso wurden individuell nutzbare Sprechzeiten mit den Bezugspersonen als wertvolle, dialogstiftende Elemente im Alltag beschrieben.

„Das Mitreden ist am wichtigsten, dass man die Jugendlichen auch fragt, was sie wollen, [...] einfach Mitbestimmungsrecht, weil wenn man mitbestimmen darf und das Gefühl hat, man wird angehört, dann fühlt man sich schon in der Regel wohl. Und vor allem muss man einfach nur das Gefühl haben, dass man vielleicht auch wirklich willkommen ist, und nicht so, öh nochmal so ein Problemkind.“ 139(w/25/neu)

Insgesamt hielten die JAEL-Teilnehmenden fest, dass für sie die Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnisse sowie die Beteiligung an Entscheidungen, die ihre individuelle Entwicklung betrafen, elementare Bestandteile einer als hilfreich erlebten, partizipativ ausgerichteten Hilfegestaltung waren.

„Also natürlich sind die Pädagogen uns, ja überstellt. Aber ich weiss es nicht. Aber das ist etwas, was ich immer sehr stark gespürt habe. Ich hatte immer das Gefühl, ich bin einfach ein – ja wie soll ich sagen? Also das sind die Chefs und ich habe halt jetzt wie zu machen, was die sagen. Es ist wirklich so ganz – ja. Und ich meine natürlich ist es am Schluss so. Aber irgendwo ist ja so auch ähm schwierig vielleicht selber Verantwortung zu übernehmen oder- also ich hatte wirklich nie das Gefühl, dass ich irgendwo annähernd auf einer Augenhöhe mit jemandem bin.“ 157(w/27/pos)

Erlebte Partizipation ermöglichte ihren Äusserungen folgend auch die Erfahrung, selbstwirksam den eigenen Alltag beschreiten zu können und als Individuum mit eigener Verantwortung und Perspektive gesehen zu werden. Auch wenn den jungen Menschen bewusst war, dass ihre Stellung gegenüber den Pädagog:innen nie gänzlich auf Augenhöhe stattfinden konnte, schätzten sie es ungemein, wenn Bezugspersonen den Spagat im Machtgefälle zwischen Betreuenden und Betreuten für sie wertschätzend und transparent gestalteten.

„Es gab ein paar Leute, die sich wirklich eingesetzt haben. Der eine war eben der B., aber er hat meistens Probleme bekommen, weil er sich zu sehr eingesetzt hat. Da hiess es dann „du musst dich mehr distanzieren“, was ich eigentlich Schwachsinn finde.“ 517(m/27/pos)

Negativ hingegen hielten sie fest, wenn sie erlebten, dass die persönlichen Bemühungen der Pädagog:innen an strukturell behindert wurden. Kritisch merkten sie in diesem Kontext an, dass das Engagement von Bezugspersonen, die sich für sie im Alltag einsetzten, vom System her oftmals nicht ausreichend anerkannt wurde. Aus ihrer Perspektive führte das nicht selten in der Konsequenz dazu, dass engagiertes Personal aufgrund von pädagogischen Differenzen frühzeitig die Institutionen verliessen, was für die jungen Menschen eine erneuten Beziehungsabbruch bedeutete (vgl. Kapitel 8.3.2).

8.2.5 Beziehungen nach aussen

Neben den Beziehungen, welche die JAEL-Teilnehmenden in ihrer institutionellen Lebenswelt aufbauen konnten, erachteten die jungen Menschen es als essenziell, auch ausserhalb der Institution tragende Beziehungen erleben zu können. Die Platzierungen stellten für sie jedoch oftmals eine Zäsur

in ihrer Biografie dar und hatten nicht selten auch einen Wohnortswechsel zur Folge. Das Aufrechterhalten haltgebender sozialer Kontakte, nicht nur zu Familie, sondern insbesondere auch zu Peers, wurde im Zuge dessen oftmals stark beschränkt.

„Du hast gewusst, du gibst deine ganzen sozialen Kontakte, die du gehabt hast, gibst du auf, du gehst nicht mehr in den Sportclub, wo du gegangen bist, du gehst nicht mehr in die Klasse, in die du gegangen bist, du hast nicht mehr die gleichen Nachbarn, das ist alles weg gewesen, also es ist nichts geblieben.“ 87(w/26/pos)

Dabei hielten sie fest, dass es aus ihrer Perspektive vor allem die institutionellen Strukturen waren, die das Aufrechterhalten von zentralen Kontakten erschweren. So zeigte sich, dass der zuvor beschriebene haltgebende Rahmen innerhalb der heiminternen Gruppe gleichzeitig auch das Risiko mit sich brachte, wenig zeitliche Ressourcen für Beziehungspflege ausserhalb aufbringen zu können.

„Es ist relativ mühsam, soziale Beziehungen ausserhalb des Heims zu haben, wenn du wirklich nur zur Schule gehen darfst. Und dann zurückkommst. Und nicht wirklich nach draussen kannst. Du kannst dich nicht verabreden, [...] Zeit hättest du, eigentlich. Nach der Schule oder so. Aber du darfst nicht wirklich.“ 60(m/24/neu)

Im oft straffgetakteten Alltag erlebten sie ausserdem, dass ein starres gesetztes Regelwerk hinderlich sein konnte, um die Bedürfnisse nach sozialem Kontakt ausserhalb der Institution ausleben zu können. Viele der JAEL-Teilnehmenden berichteten davon, wie sich in Zuge dessen ein Gefühl von Fremdbestimmung etablierte.

„Muss ich sagen, das ist idiotisch, man kann – man kann nicht den Jugendlichen etwas wegnehmen – wo man nachher gar nicht mehr – wo man Kontakt nach draussen hat. So verbietet man ja sozusagen, wie den Kontakt zu den Freundinnen und Freunden die man ausserhalb des Heims hat. [...] Dass man sogar noch die Freizeit hat, in der man das Handy haben kann und – dann halt auch den Kontakt zur Familie besser halten kann und zu den Freundinnen, Freunden. Partner, Partnerin, je nachdem, ja. Das wäre vielleicht sicher eine Erleichterung für Jugendliche. Ja.“ 144(w/28/neu)

Die Unterbringung selbst wurde so oft zur elementaren Belastungsprobe für bestehende Freundschaften.

„Was mit den Freunden – war dort sowieso gerade die Zeit, wo man so ein wenig ins Erwachsenwerden reinkommt, dann langsam. Und dort kristallisierte dann schon auch raus, wer dass Freunde sind und wer nicht. Also man merkt dann, wer bei einem bleibt und wer nicht.“ 53(m/33/pos)

„Ich hab ja nicht mehr mit ihnen so mitmachen können wie vorher weil ja äh kommst du mal raus, kannst du mal das, kannst du mal jenes, und ja ist einfach nicht mehr gegangen, wegen den Pflichten im Heim und alles und dann haben halt ein paar gefunden, [...] weil sie nicht verstanden haben, warum ich im Heim bin. Und darum habe ich mich auch so darüber aufgeregzt, weil mir ist die Freundschaft wichtig gewesen aber ich konnte sie nicht aufrecht erhalten, weil eben ich halt so eingebunden gewesen und an die Regeln und wenn ich das nicht mache, hätte ich die Konsequenz gehabt.“ 139(w/25/neu)

Die Interviewten merkten kritisch vor diesem Hintergrund an, dass sie sich im Vergleich zu nicht platzierten jungen Menschen als benachteiligt erlebten. Denn die Zeit, die während der Platzierung nicht zur Beziehungspflege mit Peers genutzt werden konnte, konnte nicht mehr aufgeholt werden. Die Bindung an die Institution konnte daher einen folgenreichen Einschnitt für bestehende Beziehungen bedeuten, wenn die institutionellen Bedingungen es ihnen nicht ermöglichten, Kontakt zu zentralen Bezugspersonen ausserhalb des Hilfesystems aufrechtzuerhalten.

„Und eben was eigentlich gefehlt hat, waren einfach die Eltern oder halt einen Bezug zu den alten Kollegen. Ich meine, als ich im Heim – als ich im Heim war, habe ich auch einfach eigentlich meinen ganzen alten Freundeskreis, meine Schulkollegen und so, die habe ich alle verpasst [...] nach viereinhalb Jahren – dann sind die Schulen – sind fertig, man fing an zu arbeiten, [...] dann ist die Zeit weg. Dann ist diese Zeit verloren. Das ist halt so. Ja.“ 504(m/24/neu)

Besonders herausfordernd wurde dies bei Mehrfachplatzierungen beschrieben, die dann oftmals damit verbunden waren, dass die jungen Menschen sich immer wieder in neuen Kontexten einleben mussten.

„Ich wechselte im Schnitt etwa jedes Jahr das Heim. Da ist es noch so ein bisschen schwierig, wenn Sie –Sie brauchen ja schon mal ein paar Monate, bis Sie sich mit jemandem anfreunden, oder.“ 90(m/29/neg)

Im Gegensatz dazu wurde es von den JAEL-Teilnehmenden sehr wertgeschätzt, wenn die Institutionen es ermöglichten, bestehende, stabilisierende Freundschaften aufrechtzuerhalten.

„Und von der Beziehung zu Kollegen, ich sage mal, man konnte es immer irgendwie organisieren, wenn man ein bisschen mit den Leuten geredet hat, also eben wenn man zum Sozi ging, und gesagt hat 'hey, der hat Geburtstag, kann man das einrichten, dass ich dort auch hin kann?' da gab es dann mehr oder weniger schon immer einen Weg.“ 136(m/26/pos)

Darüber hinaus beschrieben sie, wie der Zugang zu externen Freizeitaktivitäten, externen Beschulungen oder die Förderung von Arbeitserfahrung ausserhalb der Institutionsstrukturen sich positiv auf ihr eigenes Selbstwirksamkeitserleben auswirkten.

„Aber einfach, dass man denen sozusagen die Normalität gibst, weil eben das ist wirklich etwas, wenn ich das nicht gelernt hätte, die FMS nicht gemacht hätte, wäre ich in der Lehre versunken [...] wenn du ein normales Leben willst, finde ich musst du die Aussenschule haben, sonst schaffst du es wahrscheinlich nicht.“ 87(w/26/pos)

Diese Kontakte nach aussen waren für die jungen Menschen rückblickend wichtig, um den Anschluss an Peergroups ausserhalb der Institution zu knüpfen, Selbstständigkeit einzuüben und Normalitätserfahrungen im Alltag zu erfahren. Diejenigen, die solche Erfahrungen sammeln konnten, berichteten in Folge weniger häufig von Schwierigkeiten, sich im Anschluss an ihren Austritt im neuen sozialen Umfeld zu orientieren.

8.2.6 Einbezug des Herkunftssystems

Auch wenn der Schutzraum der Institution geschätzt wurde, äusserten die JAEL-Teilnehmenden, dass nachhaltig positiv erlebte Hilfen auch die sozialen Gefüge berücksichtigen sollten, aus welchen die jungen Menschen kamen und in welche sie oft zurückkehrten.

Oftmals wurden gerade elterliche Beziehungen von den JAEL-Teilnehmenden zu Beginn der Platzierungen als belastet oder beeinträchtigend erlebt. In vielen Fällen stellten sie auch während der Unterbringungen nach wie vor eine Gefährdung für die jungen Menschen dar.

„Du bist trotzdem irgendwie alleine. Auch wenn du den ganzen Tag so viele Leute hast [...] aber trotzdem redest du nie über die Familie, wir haben glaub ich nie mit jemandem über die Familie geredet oder warum man überhaupt im Heim ist, man hat einfach –nein das haben wir wirklich nicht gemacht [...] Man [...] hat einfach über den Ausgang geredet, nie über Probleme.“
18(w/25/pos)

Diese Beziehungen hätten den Schilderungen der Interviewten daher pädagogisch-therapeutisch begleitet reflektiert, biografisch aufgearbeitet oder auch zum Schutz der Betroffenen abgebrochen werden müssen.⁴⁷ In diesem Kontext sprachen sie davon, dass sie sich mehr Unterstützung und Zeit mit der Bezugsperson gewünscht hätten, um dies adäquat aufarbeiten zu können.

⁴⁷ Auch in Fällen in denen die jungen Menschen den Wunsch nach Kontakt zu ihrer Mutter und/oder ihrem Vater wünschen, kann es auch Sicht des Kinderschutzes nötig sein, diesen nicht aufrechtzuerhalten. Abzubrechende bzw. abgebrochene Beziehungen sind für die jungen Menschen trotzdem oft emotional wichtig besetzt, weshalb es aus (trauma)pädagogischer Sicht angebracht ist, einen (eventuell zum Schutz notwendigen) Beziehungsabbruch in einem geschützten Rahmen zu reflektieren. So können aufkommende Gefühle oder auch Strategien zur Beziehungswiederaufnahme besprochen und integriert werden.

Ferner wurde der Aufenthalt in der Institution vor diesem Hintergrund von den JAEL-Teilnehmenden auch als Chance beschrieben, sich von problematischen Beziehungen distanzieren oder den Aufenthalt als wichtige Pause nutzen zu können, um diese im geschützten Rahmen wieder behutsam aufnehmen zu können. Ein zentraler Schlüsselfaktor bildete dabei die Frage danach, wie die Institution den Kontakt zur Familie konzeptionell gestaltete und deren Rolle in den Hilfeprozess integrierte.

„Also mein Vater wusste immer Bescheid, was läuft. Und die- die Standortbestimmungen – dort hat man ja be – dabei sein können als Elternteil, wenn man wollte. Und es gab dort schon einen sehr regen Austausch zwischen dem Vater und den – den Sozialpädagogen.“ 53(m/33/pos)

Hierbei wurde eine dialogische Miteinbeziehung der Eltern wertschätzend hervorgehoben. Im Kontrast hierzu äusserten sie, dass z. B. die Phase des Übergangs in die Selbstständigkeit nachhaltig dadurch beeinträchtigt werden konnte, wenn der Kontakt und die Beziehungsgestaltung zu den Eltern während des Aufenthalts nicht gefördert wurden.

Dennoch ist an dieser Stelle bemerkenswert, dass die JAEL-Teilnehmenden es als besonders einprägsam erlebten, wenn sich ihre Eltern aus eigenen Ambitionen heraus für sie während der Unterbringung einsetzten und die Beziehungskontinuität nicht nur auf den aktiven Part der Institution zurückgeführt wurde. Im Zuge dessen brachten die Interviewten zum Ausdruck, dass sie sich für alle Betroffenen eine dezidiertere Kooperation zwischen Familiensystem und Institution wünschten, die es ermöglicht, stabilisierende Beziehungen nachhaltig zu stärken. Dies schloss aus ihrer Sicht zudem ein, dass eine solche systemisch ausgerichtete Perspektive genauso auch andere Familienmitglieder in den Blick nehmen konnte. So wurden neben Grosseltern vor allem auch Geschwisterbeziehungen thematisiert, die zwar als zentrale soziale Ressourcen erlebt wurden, aber oftmals durch den institutionellen Aufenthalt derart beschränkt wurde, dass sie ihr förderliches Potential nicht entfalten konnten.

„Und der [Kontakt] ging auch ein bisschen verloren natürlich, wenn ich – wo – ich bin ja insgesamt mit – im R. (Heim) war ich dreieinhalb Jahre und dann war ich noch ein Jahr in einer betreuten WG. Und das sind einfach viereinhalb Jahre, in denen du abgeschnitten bist von der Familie und das hat auch am Anfang viel – also mit meiner Schwester hatte ich auch lange den Draht ein bisschen verloren und so.“ 504(m/24/neu)

Wenn Geschwister ebenfalls und in einer anderen Institution platziert worden waren, dann berichteten die JAEL-Teilnehmenden dies oft als einschneidend schwierige Erlebnisse. Gemeinsame Platzierungen oder zumindest ein ermöglichen von weiterführender Beziehungsgestaltung trotz Unterbringung wurden hingegen meist positiv und als grosse Unterstützung beschrieben.⁴⁸ So wurden Geschwisterbeziehungen als wertvolle, vertraute Ankerbeziehungen erinnert, die das Einleben und Durchhalten in der neuen Umgebung deutlich erleichterten.

„Also meine Zwillingsschwester ist eigentlich immer die wo mich gestärkt hat und da habe ich mich halt wirklich nie allein gefühlt, ich wusste immer, ich habe jemandem zum reden. [...] Und zu zweit fühlt man sich halt schon ein bisschen stärker wie halt allein da –oh ich kann es mir gar nicht vorstellen wie es wäre –es wäre mega hart gewesen das ganze alleine durchzustehen. Ja.“ 590(w/28/pos)

„Also ich denke, dass die Sozialpädagogen waren schon die, wo uns halt wie ein bisschen in die richtige Richtung angestossen haben und durch das, dass ich meine Schwester hatte, ja, wir haben halt schnell gemerkt, so oder so wenn wir mit den Leuten sind und dann widmen wir uns denen nicht so, ja. Und dann ging das eigentlich noch gut. Aber halt wirklich durch das, dass ich meine Schwester hatte, sonst kannst du dich schnell mal beeinflussen lassen ja.“ 590(w/28/pos)

⁴⁸ Aus den quantitativen Fragebögen wissen wir, dass von denjenigen JAEL-Teilnehmenden mit einem Geschwister dieses bei 28.6% ebenfalls platziert worden war – davon knapp die Hälfte (45.0%) am selben Ort. Von denjenigen, die mehrere Geschwister haben, gaben 16.5% an, dass alle Geschwister ebenfalls platziert wurden. Bei einem Drittel (33.3%) wurden alle am selben Ort platziert. Rund ein Viertel (26.6%) hatte angegeben, dass nur einzelne Geschwister platziert worden waren. Von diesen waren 22.2% am selben Ort.

EXKURS: Geschwister in der Fremdunterbringung

[276-279]

Geschwister haben eine einzigartige und vielfältige Beziehungsstruktur: sie ist intim, intensiv, familiär, vertraut, ambivalent. Geschwister haben einen ähnlichen Hintergrund, sie teilen viele prägende Erlebnisse. Sie sind ein Übungsfeld der sozialen Entwicklung – so prägen Gefühle, Denkmuster und Handlungsstrategien, die im familialen Zusammenleben ausgebildet werden, das Selbstverständnis und die Geschwister sind gleichzeitig die Personen, die am meisten Konflikte oder Gefühle der Rivalität auslösen können. Dabei ist es oftmals nicht entscheidend, um welche Form von Geschwistern es sich handelt (leiblich, Halb-, Stief-, Adoptivgeschwister o.ä.), sondern welche Bedeutung von den Beteiligten der jeweiligen Geschwisterbeziehung zugeschrieben wird.

In einem längeren Beitrag widmet sich das Team vom SOS-Kinderdorf der besonderen Frage von Geschwistern in Fremdunterbringung und fasst einige Chancen und Belastungen zusammen:

Chancen	Belastungen
Geschwister sind oft die einzigen verlässlichen Bezugspersonen aus dem Herkunftssystem	In belastenden Lebensverhältnissen entwickelten sich Überlebensstrategien, Rollen und Dynamiken, welche durch die Beziehung zu Geschwistern aufrechterhalten werden können (z.B. Fürsorge/Erziehung durch ältere Geschwister)
Geschwister können sich in neuen Situationen Halt geben	Problematische Verhaltensweisen wie z.B. Rivalität, Aggression oder Dominanz können sich fortsetzen
Die gemeinsame Lebensgeschichte hilft das Erlebte zu verarbeiten und zu verstehen	Ein unterschiedlicher Wunsch nach Kontakt zur Familie und Umgang mit dieser kann zu Konflikten führen
Geschwister bieten eine Gruppenzugehörigkeit und helfen die eigene Identität vor dem biografischen Hintergrund zu klären – sie sind eine Orientierungsperson	Trennungserfahrungen entweder zum Zeitpunkt der Platzierung oder wenn eines der Geschwisterkinder austritt, können sehr belastend sein

Es gibt noch weitere Aspekte, wie Geschwister sich gegenseitig positiv beeinflussen können. Eine lindernde Wirkung auf Gefühle von Angst, Trauma, Trauer, Schuld und Identitätsverlust bei Eintritt in das Jugendhilfesystem. Stärkere Geschwisterbeziehungen hingen zudem mit einem höheren Mass an sozialer Unterstützung, Selbstwertgefühl, Einkommen und fortbestehenden Geschwisterbeziehungen im Erwachsenenalter zusammen.

Detailliertere Informationen rund um dieses Thema können im SOS Dialog- Fachmagazin des SOS-Kinderdorf e.V. 2012 nachgelesen werden.

8.3 Die Wechselwirkung zwischen Struktur und Pädagog:innen

Für die JAEL-Teilnehmenden stellten sich die persönliche Begegnung mit Bezugspersonen, Peers und einem stabilen sozialen Umfeld in ihren Berichten als zentrale Faktoren für eine gelingende Hilferfahrung dar. Nichtsdestotrotz soll an dieser Stelle auch den Reflektionen, die sie in Bezug auf die strukturellen Bedingungen äusserten, ausreichend Raum gegeben werden.

So führten sie insbesondere Defizite in der Betreuungssituation auf strukturelle Einschränkungen zurück. Die Struktur einer Institution konnte aus der Perspektive der jungen Menschen demnach nicht nur positives Verhalten der Mitarbeitenden fördern, sondern im Extremfall auch schädliches Verhalten wie Vernachlässigung bis hin zu psychischer und körperlicher Gewalt begünstigen. Anhand der Schilderungen der JAEL-Teilnehmenden lässt sich somit nachvollziehen, dass auch die Mitarbeitenden der Institution einen sicheren Ort brauchten, an dem sie sich soweit professionell entfalten und entwickeln konnten, dass sie eine individuelle, flexible und kontinuierliche Betreuung gewährleisten konnten.

In der Zusammenschau der Erläuterungen war zudem bemerkenswert, wie häufig die JAEL-Teilnehmenden die mangelnden Ressourcen der Pädagog:innen durch die Institution thematisierten.

8.3.1 Zeitliche Ressourcen

Denn für eine gelingende Teamarbeit wäre es aus der Perspektive der jungen Menschen wichtig gewesen, dass nicht nur konstante personelle, sondern auch zeitliche Ressourcen in der Institution zur Verfügung gestanden hätten. Viele JAEL-Teilnehmende betonten jedoch, dass die Pflege des gemeinsamen Alltags aus ihrer Sicht ein sehr ressourcen- und zeitintensives Unterfangen darstelle und sich dies oftmals nicht mit den zeitlichen Ressourcen des Teams vereinbaren liess.

„Ich habe das Gefühl, es ist – es gab schon auch Momente, wo, also ich den Eindruck hatte, dass auch diese Sozialpädagoginnen überfordert waren. Vielleicht auch wie zu wenig Personen dort oder ich weiss nicht. Und eben durch das halt auch gewisse Sachen dann untergehen.“

157(w/27/pos)

Auch einige junge Menschen, die ihre Bezugspersonen als wenig hilfreich erlebten, führten dies auf mangelnde zeitliche Ressourcen zurück, sodass diese nicht in der Lage waren, sie ihren Bedürfnissen entsprechend zu versorgen. Bezugspersonen, welche als besonders engagiert und aufbauend beschrieben wurden, zeichneten sich hingegen dadurch aus, dass sie entweder konzeptionell genügend Raum und Zeit zur Verfügung gestellt bekommen hatten, um wertvolle Beziehungszeit zu investieren oder dadurch, dass sie sich trotz knapp zugeteilter Ressourcen die Zeit irgendwie nahmen.

„Dass man zuhört und sich Zeit nimmt. Und auch – mal zwischendurch – seine Arbeit, die auch wichtig wäre, auf die Seite legt und sagt, 'Komm, jetzt gehen wir mal eine Runde laufen'.“

144(w/28/neu)

Vor diesem Hintergrund wurde in den Äusserungen der JAEL-Teilnehmenden deutlich, dass Pädagog:innen, welche sich individuell Zeit einteilten, keine Selbstverständlichkeit darstellten. Vielmehr erkannten die Interviewten, dass die Pädagog:innen in ihren Möglichkeiten oftmals strukturell beschränkt waren. Ferner erachteten sie es als notwendig, dass die Mitarbeitenden ausreichend durch die Institution versorgt wurden, sodass auch auftretenden Überlastungen im Team entgegengewirkt werden konnte.

Ein Faktor, der auch aus der Perspektive der JAEL-Teilnehmenden eine grosse Auswirkung auf das Ausmass der zeitlichen Ressourcen hatte, war eine ausreichende personelle Besetzung, die wiederum häufig durch Personalmangel und -wechsel innerhalb der Institutionen eingeschränkt gewesen sein konnte.

8.3.2 Personalfluktuation

Die JAEL-Teilnehmenden selbst hoben eine hohe Personalfluktuation, mangelnde gegenseitige Unterstützung und ein fehlendes gemeinsames Konzept im Team als kritische Marker hervor, die den Alltag in der Institution elementar beeinträchtigen konnten. Ebenso wurde von ihnen bemängelt, wenn sie den Eindruck hatten, das Team wäre als solches nicht aufeinander abgestimmt. Im Kontrast dazu wurde wertschätzend festgehalten, wenn in der Personalpolitik der Institution sich ergänzende Charaktere berücksichtigt wurden, um den vielfältigen Herausforderungen des Alltags und der Zielgruppe gerecht zu werden. Dies schloss aus Sicht der JAEL-Teilnehmenden ein, dass Teams interdisziplinär aufgestellt werden.

Beeindruckend war, wie oft insbesondere die hohe Personalfluktuation in den Institutionen als zentrales Problem benannt wurde.

„Sie haben auch extrem viele Wechsel, dort. Sie haben sehr viele Wechsel [...]. Die kommen und gehen. Und das ist nicht nur gut [...] man baut eine Beziehung auf und dann geht der. Dann bekommst du irgendjemanden Neues. Es ist glaube ich für die auch nicht gut. Aber man kann es nicht ändern.“ *26(m/33/pos)*

„Das ist auch so etwas. Die guten gehen. Das war praktisch immer so [...] du lernst ja diese Leute ein bisschen kennen, wenn du dort wohnst, oder. [...] Und mit allen denen, wo ich fand, doch das

ist ein guter. Fast alle von denen sind nach einer Zeit –sind sie gegangen. Das sagt auch etwas. Weisst du, sorry, die schlechten bleiben, die guten [...]. Es ist immer das Gleiche.“ 236(m/28/neg)

„Ich sage jetzt mal, die zwei drei guten Mitarbeiterinnen [...], die blieben ja leider auch nicht lange. Die bleiben meistens so fünf, sechs Monate, und gingen, weil sie einfach im Team selber nicht ankamen, weil sie untergingen unter diesen menschlichen Maschinen, sage ich jetzt mal.“ 223(w/25/neu)

„Ich schrieb ja dann selber auch ein bisschen meine Statistiken auf, und alles Drum und Dran, oder. [...] Mir fiel auf, dass jedes Jahr wechselten die Pädagogen sich aus. Es gab immer ein paar, die blieben, aber es gab viele, die gingen. [...] Und es ist wirklich so, dass die meisten halt wirklich einfach gehen, weil sie das nicht aushalten. Und deswegen kündigen.“ 59(m/28/neg)

Die Interviewten äusserten den Eindruck, dass solche Wechsel und die teaminternen Belastungen oftmals mit unzureichender finanzieller, zeitlicher und vor allem personeller Ausstattung der Institution verknüpft zu sein schienen.

„Ich habe das Gefühl, es ist – es gab schon auch Momente, wo, also ich den Eindruck hatte, dass auch diese Sozialpädagoginnen überfordert waren. Vielleicht auch wie zu wenig Personen dort oder ich weiss nicht. Und eben durch das halt auch gewisse Sachen dann untergehen. Also was ja völlig logisch ist, wenn- ja oder wenn jemand am randallieren ist, dann wird man sich zuerst um sie kümmern, ja.“ 157(w/27/pos)

Das Gefühl von Kontinuität und Sicherheit, das durch stabile Beziehungen zu Betreuenden oder Pädagogengeschaffen werden kann, schien aufgrund dieser strukturellen Probleme in der Institution oft verlorenzugehen.

„Es sind Sozialpädagogen wie Unterhosen gekommen und gegangen und –ja eigentlich auch zu der Bezugsperson –man konnte nie wirklich – für mich – also ich konnte nie wirklich eine Bindung aufbauen und wollte es auch nicht. Was war für mich einfach ein 'Gangalari' wie jeder andere, der dort herumspazierte. Ich wusste einfach nur, der ist jetzt für mich zuständig. Mehr war das für mich nicht.“ 206(m/22/neu)

Die JAEL-Teilnehmenden betonten ferner, dass ihrem Bedürfnis nach kontinuierlichen, verlässlichen und vertrauensvollen Beziehungen zu Bezugspersonen unter diesen Bedingungen kaum entsprochen werden konnte.

EXKURS: Personalfluktuation in der stationären Kinder- und Jugendhilfe

[237, 280, 281]

In der stationären Kinder- und Jugendhilfe ist eine hohe Personalfluktuation bekannterweise weit verbreitet. Dies kann auf eine Vielzahl von Gründen zurückgeführt werden. Zu den Hauptfaktoren gehören die hohe Arbeitsbelastung, die geringe Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit, unzureichende Unterstützung und Ressourcen, begrenzte Entwicklungsmöglichkeiten sowie belastende Arbeitszeiten. Hinzu kommen herausfordernde Verhaltensweisen von belasteten Kindern und Jugendlichen, zu welchen auch Grenzverletzungen gegenüber den Mitarbeitenden gehören können. Alle diese Herausforderungen können dazu führen, dass Sozialpädagog:innen und Erzieher:innen sich unzufrieden fühlen und den Beruf verlassen oder nach alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten suchen.

Um die Personalfluktuation in der Heimerziehung zu verringern, könnten folgende Lösungsansätze verfolgt werden:

1. Verbesserung der Arbeitsbedingungen: Durch die Schaffung einer unterstützenden und respektvollen Arbeitsumgebung, die angemessene Supervision, Weiterbildungsmöglichkeiten und Ressourcen bietet, könnten Sozialpädagog:innen und Erzieher:innen besser unterstützt werden.

2. Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit: Eine verstärkte Anerkennung und Wertschätzung der Arbeit von Fachkräften in der Heimerziehung seitens der Gesellschaft, der Arbeitgeber und der Behörden könnte dazu beitragen, die Motivation und Zufriedenheit der Mitarbeitenden zu steigern.

3. Förderung von Entwicklungsmöglichkeiten: Durch die Bereitstellung von Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb der Organisation könnten die Fachkräfte dazu ermutigt werden, langfristig in ihrem Berufsfeld zu bleiben und sich weiterzuentwickeln.

4. *Work-Life-Balance unterstützen: Massnahmen zur Förderung einer ausgewogenen Work-Life-Balance, wie flexible Arbeitszeitmodelle und Unterstützung bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, könnten dazu beitragen, die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden zu erhöhen und damit die Personalfluktuation zu verringern.*

5. *Förderung von Teamarbeit und Zusammenarbeit: Die Stärkung des Teamgeists und die Förderung einer unterstützenden und kooperativen Arbeitskultur können dazu beitragen, das Arbeitsklima zu verbessern und die Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitenden zu fördern.“*

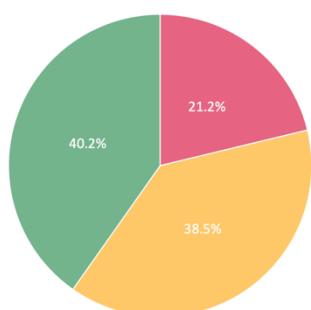
9 ERGEBNISSE: Das Erleben des Übergangs Leaving Care

Es liess sich also feststellen, dass die Zeit während der Unterbringung für die JAEL-Teilnehmenden eine wichtige Zeit der Stabilisierung sein konnte. Beziehungen nach innen und aussen spielten dabei eine grundlegende Rolle, ebenso die Rahmenbedingungen, unter welchen diese stattfinden konnten.

Für die weitere Hilfeplangestaltung bildete die Zeit in der Institution die Basis für den letzten Abschnitt der Hilfeerfahrung: den Prozess bis zum Austritt aus der Institution.

Ein zentrales Ziel der Hilfeplangestaltung war es im Zuge dessen, die JAEL-Teilnehmenden in der Entwicklung aller notwendigen Fertigkeiten und Kompetenzen so zu unterstützen, dass sie ihren Alltag auch nach Hilfeende möglichst selbstständig gestalten zu konnten.

Vor diesem Hintergrund soll nun näher betrachtet werden, wie aus der Perspektive der jungen Menschen diese Übergangszeit, auch Leaving Care genannt, erlebt und gestaltet werden konnte. Welche Chancen, aber auch welche Hürden sich im Verlauf für sie ergaben. Dabei wird zunächst betrachtet, welches Resümee sich auf quantitativer Ebene zu den Unterstützungsbedarfen während dieser Phase erschliessen lässt, bevor im Detail auf qualitativer Ebene illustriert werden kann, wie die Austrittsphase von den Interviewten wahrgenommen wurde.



Bei den Analysen der qualitativen Interviews wurde in diesem Teil zudem darauf geachtet, ob sich in den Erzählungen Unterschiede zwischen denjenigen Teilnehmenden mit einem "positiven" und denjenigen mit einem "negativen Verlauf" zeigten. Diese Unterscheidung basiert auf unseren globalen Einschätzungen der sozialen Teilhabe zum Zeitpunkt unserer Untersuchungen (vgl. Kapitel 10.1).

Diejenigen Textpassagen, die sich auf diese – manchmal sehr feinen – Unterschiede beziehen, werden durch die Grafik links (die in Gross als Abbildung 18 auf Seite 90 zu finden ist) kenntlich gemacht.

9.1 In Zahlen: Welche Unterstützung gab es und welche Bedarfe blieben unversorgt?

In fast allen relevanten Bereichen gab ca. die Hälfte der JAEL-Teilnehmenden an, ausreichend Unterstützung erhalten zu haben und somit ausreichend auf ein selbstständiges Leben resp. Leben ausserhalb der stationären Kinder- und Jugendhilfe vorbereitet worden zu sein. Am meisten Bedarf äusserte sich im Bereich Umgang mit Geld und Finanzen, gefolgt von Umgang mit Behörden und Formularen und dem Finden von Ausbildung bzw. Beruf. In Bezug auf diese Kategorien sowie bei der Stellen- und Wohnungssuche gaben auch zwischen 30% und 40% an, zu wenig Unterstützung erhalten zu haben (Abbildung 16).

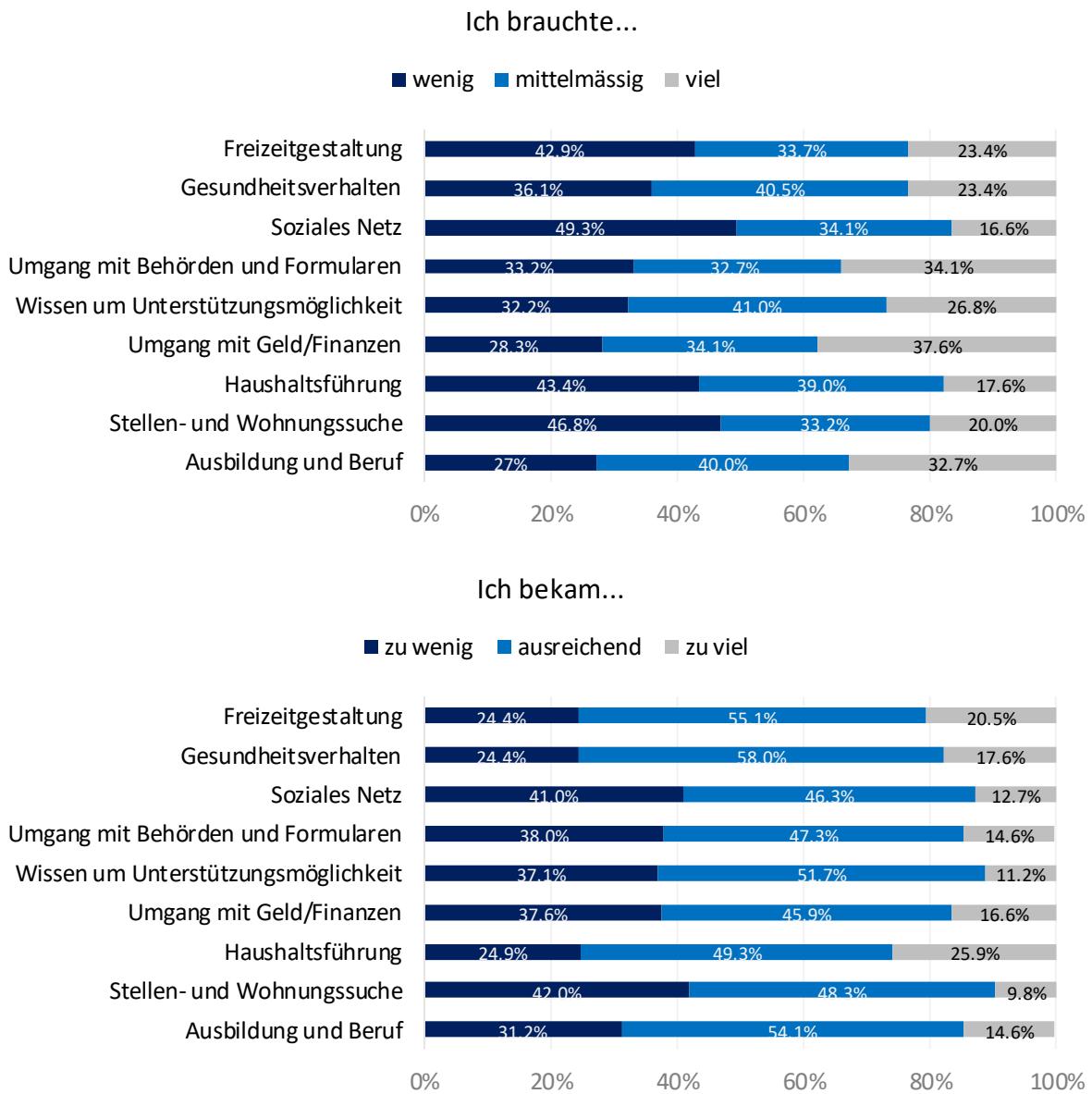


Abbildung 16: Einschätzung der benötigten und erhaltenen Unterstützung für den Übergang Leaving Care (N=221)

Bei allem, was die Gestaltung des persönlichen, privaten Lebens betrifft – von Gesundheit, Freizeit bis hin zu sozialen Kontakten – gab es ihren Angaben zufolge wenig Unterstützungsbedarf. Ein Viertel der JAEL-Teilnehmenden empfand die Unterstützung bezüglich Haushaltsführung, 20% bezüglich der Freizeitgestaltung sogar als zu viel.

9.2 Vorbereitung auf den Übergang

Betrachtet man die qualitativen Erläuterungen hierzu, wird deutlich, dass zwar viel Unterstützung im Erwerb von alltagspraktischen Fähigkeiten stattgefunden zu haben scheint. Jedoch betonten die JAEL-Teilnehmenden, dass der Fokus für sie im Rückblick nicht ausreichend auf ihre nach der Unterbringung tatsächlich bestehenden Lebensumstände ausgerichtet waren.

„Du bist halt 18, aber dir wird halt nichts beigebracht, wie es denn ist, Welche Institutionen gibt es? Wo –wie macht man eine Steuererklärung? Was ist halt das, und –Krankenkasse: Was ist eine

Zusatzversicherung? Und, und, und, oder. Du hast halt so viele Aspekte beim Erwachsenwerden [...] Ich musste es halt selbst für mich herausfinden“ 60(m/24/neu)

Der Transitionsprozess brachte dabei grosses Spannungspotential mit sich. Gerade auch, weil verschiedene Übergänge gleichzeitig bewältigt werden mussten: Erwachsenwerden und Identitätsentwicklung, Übergang in die Arbeitswelt, Übergang in eigenständiges Wohnen und einen selbstständig organisierten Alltag. Ausserdem stand der Ablöseprozess von der Institution, den Pädagog:innen sowie den Peers in der Institution an – ein eingeübter Alltag musste zurückgelassen werden und ein neuer erarbeitet werden.

„Ich musste eine eigene Wohnung suchen, ich musste einen Job suchen. Ich hatte mit dem Sozialamt zu kämpfen. Ich hatte niemanden, der mir- der mir- der mir dort geholfen hat“ 23(m/33/neu)

Die mit der Transition verknüpften Belastungen brachten dabei ein erhöhtes Risiko für psychische Krisen mit sich. Als besonders herauffordernd beschrieben die JAEL-Teilnehmenden sich überschneidende Überforderungssituationen im Übergang.

„Dann kam irgendwann mein Chef, 'Das Betreibungsamt will den Lohn pfänden' [...], dann wurde meine Freundin schwanger [...] ich fing wieder an zu kiffen. [...] Und dann hörte ich auf dort zu arbeiten [...] Führerschein weg. [...] Die Frau schwanger. Kein Job [...] und dann ging alles den Bach runter.“ 23(m/28/neg)

So zum Beispiel eine ungeplante Schwangerschaft, Arbeitslosigkeit, Schulden, Rückfälle im Drogenkonsum und die Platzierung der eigenen Kinder. Mit einer solchen Kumulierung verschiedenster Problemlagen, ging ein tiefgreifendes Ohnmachtsgefühl einher, was von ihnen als sehr belastend erinnert wurde.



Dabei war bemerkenswert, dass vor allem junge Menschen mit negativeren Verläufen mit mehreren solchen destabilisierenden Erfahrungen gleichzeitig konfrontiert waren. Sie konnten im Vergleich zu positiveren Verläufen weniger häufig auf professionelle oder soziale Unterstützung im näheren Umfeld zurückgreifen. Auch intrapsychisch sowie finanziell fühlten sie sich häufiger schlecht oder gar nicht auf mögliche Herausforderungen im Alltag vorbereitet. Dies hatte zur Folge, dass sie ein sehr präsentes Gefühl der Fremdbestimmung und Ohnmacht im Übergang äusserten. Anhand ihrer Erläuterungen liess sich vor diesem Hintergrund nachvollziehen, dass die jungen Menschen sich häufiger in einer Negativ-Spirale wiederfanden, die nicht nur Misstrauen in externe Kräfte, sondern auch in die eigenen Fähigkeiten zur Folge hatte.

Konnten JAEL-Teilnehmende im Gegenzug dazu ein positiv besetztes Selbstkonzept entwickeln und damit einhergehend auf eine gute Selbstwirksamkeitserwartung zurückgreifen, fühlten sie sich eher handlungsfähig im Übergang. Um einen solchen Bezug zu sich selbst und den eigenen Fähigkeiten aufzubauen zu können, erachteten sie es als sehr hilfreich, wenn sie die Möglichkeit erfuhren, gezielt Selbstreflexion einzuüben und Raum zum gemeinsamen Reflektieren von aufkommenden Gefühlen, Herausforderungen und Veränderungen zu haben.

„Abchecken, wie geht's mir, fehlt etwas [...] ja ist noch spannend, wenn ich mich selber vergleiche mit anderen Leuten. Das hat mir bis heute geholfen, also – [so die Selbstreflexion?] Ja. [...] Und das ist genau das, wo ich der Meinung bin, das habe ich in der Zeit schon gelernt“ 102(m/28/pos)

Konnte auf diese Fähigkeit zurückgegriffen werden, fiel es ihnen auch leichter sich anderen anzuvertrauen und so auch notwendige Hilfe im Übergang aktivieren zu können.

„Die Führerscheinprüfung, zum Beispiel, hatten die nie unterstützt. Und das bekam ich hin, dass sie das unterstützten. [...] Ein Maler braucht ein Auto. [...] Ist ein Muss, [...] wenn man sich bewirbt. [...] Und darum änderten sie es dann. [...] ging gut“ 26(m/33/pos)



In der Kontrastierung der Verläufe liess sich dabei nachvollziehen, dass es den jungen Menschen aus den positiveren Verläufen besser gelang, sich auf diese Auseinandersetzung mit

sich selbst einzulassen. Ihnen schien bewusster zu sein, dass die Möglichkeit sich anzuvertrauen und Unterstützung einzufordern, genutzt werden durfte. Ebenso deutlich wurde, dass es ihnen leichter fiel zu benennen, was sie für einen gelingenden Übergangsprozess brauchten. Als dahinterliegendes, nicht zu vernachlässigendes Thema liess sich aus der Perspektive der Interviewten die Arbeit mit der eigenen Biografie identifizieren.

„Wegen dem Reflektieren von der eigenen Kindheit und über die Zeit was – was ist in diesem ganzen Heim passiert? Was wären Sachen gewesen, die ich irgendwie noch gerne Rücksprache gehalten hätte halten wollen. [...] Weil selbst haltet man ja nicht einfach an, wenn man in ein Heim kommt. Selber geht dann erst wirklich los. So. Weil dann geht es endlich mal um dich, oder.“ 545(w/24/neu)

Eine solche Biografiearbeit erlaubte eine integrierende Auseinandersetzung mit Zugehörigkeit und Selbstverortung. Hierbei wurde aber deutlich, dass die jungen Menschen sich mehr Unterstützung in diesem Findungsprozess seitens der Institution gewünscht hätten.

9.3 Zugänge zu Bildung und finanzieller Unterstützung

Vor allem zur Erreichung finanzieller Unabhängigkeit bildet zunächst die schulische und berufliche Ausbildung einen zentralen Ankerpunkt für die Zeit während der Unterbringung. Ihre Bildungskarrieren beschrieben die jungen Menschen jedoch oftmals als von Diskontinuitäten geprägt. Zudem äusserten sie den Eindruck, von pädagogischem Personal in ihren schulischen Fähigkeiten nicht ausreichend gefördert und ernstgenommen zu werden.

„Sie lassen dich einfach den Schulabschluss machen, so quasi [...]. Dass du fertig mit der Schule bist. Aber du hast gar keine Schule gemacht, keine Mathe, du hattest Goldatelier. Textil. [...] noch ein anderes Atelier, ich weiss gar nicht mehr was –ein Koch – glaube ich, oder so. Und das ist dein Schulabschluss, dann“ 163(w/24/neg)

Darüber hinaus schilderten sie, dass ihnen meist wenig Optionen zur Gestaltung ihrer individuellen Bildungskarriere geboten wurden und Förderung über die obligatorische Bildung hinaus meist schwer erreichbar schien. Bezogen auf die berufliche Bildung wurde zudem beschrieben, dass die Logik der gebotenen Förderung sich meist eher an schneller Arbeitsmarktintegration in bestimmten Berufsgruppen orientierte und weniger an den individuellen Fähigkeiten und Neigungen ausgerichtet schien.

Es ist vor diesem Hintergrund festzuhalten, dass in der analysierten Stichprobe durchaus auch einzelne junge Menschen höhere Bildungs- und Berufsabschlüsse erreichen konnten. Diese berichteten jedoch weniger, durch die Institution spezifisch dahingehend unterstützt worden zu sein. Das Erreichen ihres schulischen sowie beruflichen Erfolgs schrieben sie vielmehr ihren eigenen Anstrengungen zu, auch ohne institutionelles und soziales Unterstützungsnetz das eigene Potenzial entfalten zu wollen.

Entsprechend wertschätzend hielten die JAEL-Teilnehmenden fest, wenn die Institution Kontinuität und Stabilität von schulischer sowie beruflicher Förderung ermöglichte, insbesondere wenn nicht nur obligatorische Bildung, sondern individuell auf ihre Neigungen bezogene Förderung stattfand und Brüche in der Bildungsbiografie vermieden werden konnte.

Zudem ist festzuhalten, dass die jungen Menschen von vielseitigen finanziellen Benachteiligungserlebnissen berichteten. Als zentraler Hinderungsfaktor wurde dabei zunächst beschrieben, dass die JAEL-Teilnehmenden oftmals auf nur geringe finanzielle Mittel zurückgreifen konnten, die nicht ausreichten, um ihren Lebensunterhalt zu sichern. Von finanzieller Unterstützung berichteten die jungen Menschen hingegen nur selten. Wenn diese erfahren wurde, dann in Form von elterlicher Unterstützung und durch einzelne vertraute Personen. Seltener berichteten sie spontan von Stipendien oder Sozialhilfebezug. Dies lag den Berichten der JAEL-Teilnehmenden folgend zum einen

in einer verbreiteten subjektiven Abwehrhaltung gegenüber einer Inanspruchnahme von Sozialleistungen begründet. Ferner explizierten sie eine behördliche Logik der Antragsstellung, die durch hohe bürokratische Hürden den Zugang zu Unterstützung erschweren.

„Die ersten beiden Jahre waren mega heavy. Also ich hatte mich immer auch dazu – wie soll ich sagen. Also – ich bezog nie Sozialhilfe oder RAV-Gelder. [...] Weil ich einfach den Stolz hatte. So Das mache ich einfach nicht. [...] Lieber verhungere ich, als irgendwie von irgendjemandem Geld zu haben.“ 10(m/28/pos)

*„Diese Stipendien wurden nicht bewilligt, weil mein Vater Geld hat [...] das ist eben – das ist eben wieder ein System – oder ein Systemfehler, was kann ich dafür, dass mein Vater Geld hat?“
23(m/33 /neu)*

Auch beschrieben die JAEL-Teilnehmenden, wie bei der Beantragung von finanzieller Unterstützung im Rahmen der Ausbildung (zum Beispiel durch Stipendien), zur Begutachtung Daten von den Eltern herangezogen werden mussten. Von Seiten der Behörden nicht berücksichtigt wurde, dass auf elterliche Unterstützung in vielen Fällen aus diversen Gründen nicht zurückgegriffen werden konnte. Ergänzend dazu liess sich in den Schilderungen der jungen Menschen nachvollziehen, dass der Kontakt mit Behörden oftmals als langwieriger Prozess mit vielfältigen Ohnmachtserfahrungen erlebt wurde. Insbesondere dann, wenn Zuständigkeiten in der Übergangsphase unklar und die Kommunikation zwischen behördlichen Akteur:innen und den jungen Menschen als intransparent erfahren wurden. Das hatte den Schilderungen der Interviewten folgend unter anderem zur Konsequenz, dass Mittel, für die eigentlich Anspruch bestanden hätte, nicht beansprucht werden konnten.

*„Also sagen wir es mal so, ich habe – das erste Mal, als ich mit der IV in Kontakt gekommen [...] nach diesem Zeitpunkt, also vom ersten Treffen bis zum Punkt, wo ich Geld – bis ich wusste, ich bekomme Geld von der IV, ging wahrscheinlich etwa ein Jahr oder so. Geht relativ lange.“
236(m/28/neg)*

Auch wurden Anträge teilweise nicht weiterverfolgt oder die jungen Menschen fanden sich in sehr langwierigen, zermürbenden Verfahren wieder. In der Zwischenzeit mussten sie wiederum mit sehr geringen Mitteln oder mittellos ihren Alltag bewältigen.

Darüber hinaus bewerteten die JAEL-Teilnehmenden es als hinderlich, wenn sie aufgrund ihrer Hilferfahrung gesondert entlohnt wurden bzw. teilweise grosse Teile ihres Lohnes an das Hilfesystem zur Weiterfinanzierung ihrer Unterbringung abgeben mussten.

„Und ich bekam halt einfach 200 Franken im Monat. Ja das drückte recht noch auf die Motivation acht Stunden am Tag zu arbeiten für 200 Franken, damit man dann das Busbillet – damit zahlen kann.“ 206(m/23/neu)

Dieses Entlohnungs- und Refinanzierungssystem wurde von den jungen Menschen in der Folge als ungerecht und intransparent beschrieben, da es nur schwer nachzuvollziehen war, warum sie für die gleiche Arbeit im Vergleich zu Peers aus der Allgemeinbevölkerung einen geringeren Nettolohn erhielten. Zudem erklärten sie, dass sie sich in ihrer Arbeitsleistung weniger anerkannt fühlten und ihre Motivation zur Arbeit dadurch beeinträchtigt wurde.

Im Kontext der Arbeit bemängelten die JAEL-Teilnehmenden zudem, dass ihnen bestimmte Schlüsselqualifikationen aufgrund geringer finanzieller Mittel nicht zugänglich wurden. Dies betraf vor allem den Erwerb des Führerscheins. Vor dem Hintergrund, dass die JAEL-Teilnehmenden oftmals innerhalb oder ausserhalb der Einrichtungen Berufe erlernten, die im späteren Berufsleben eine gewisse Mobilität voraussetzten (beispielsweise Handwerksberufe), ergab sich hieraus eine klare Benachteiligung durch die Platzierung. Das hatte auch Folgen für die Stellensuche nach Hilfeende bzw. nach erfolgtem Lehrabschluss.

„Ein Heim sollte ja da sein, um einen wieder zu integrieren, und wieder gut rauschicken, oder. Und das wäre genau etwas gewesen, das ich gebraucht hätte. Und jetzt habe ich das scheiss Ding nicht, oder.“ 59(m/28/neg)

Es liess sich also festhalten, dass es für die JAEL-Teilnehmenden im Anschluss an die Unterbringung oftmals schwer war durch die eigene Erwerbstätigkeit ihre Existenzabsichern zu können. Auch externe finanzielle Unterstützung stellte sich schwer zugänglich dar. In Folge berichteten sie davon bereits im frühen Erwachsenenalter mit Schulden und Betreibungen konfrontiert worden zu sein (vgl. Kapitel 10.4.3). Neben den sowieso schon geringen finanziellen Mitteln waren diese Belastungen auch auf eine unzureichende Vorbereitung in Bezug auf eine ökonomische Selbstverwaltung zurückzuführen.

9.4 Soziale Unterstützung

Insgesamt liess sich feststellen, dass die jungen Menschen vor allem auf die Unterstützung von Vertrauenspersonen, d.h. Personen, die nicht der Familie oder dem Hilfesystem angehörten, zurückgriffen.



Kontrastierend betrachtet ist dabei zu beobachten, dass die JAEL-Teilnehmenden mit negativeren Verläufen tendenziell eher auf Menschen, zu denen sie bisher vertrauensvolle Beziehungen aufbauen konnten – oft Partner:innen –, zurückgriffen, wohingegen die jungen mit positiveren Verläufen sich auch auf Menschen, zu denen sie noch keine Beziehung aufgebaut hatten, einlassen konnten. JAEL-Teilnehmende mit positiveren Verläufen konnten zudem auf ein breiteres soziales Netzwerk zurückgreifen, welchem auch Peers angehörten.

„Er [der Partner] gab dann noch so den Rest, um herauszukommen. [...] Weil er ist wirklich strikte gegen alles, was das anbelangt, und sagte, Entweder ich – [...] oder dann kannst du sehen, wo du bleibst.“ 22(w/27/pos)



Vor dem Hintergrund, dass Peerbeziehungen von jungen Menschen mit negativeren Verläufen kaum benannt wurden, lässt sich vermuten, dass bestehende Peerbeziehungen entweder eher als nicht förderlich erlebt wurden oder kein sozialer Anschluss an Peergroups erschlossen werden konnte.

Als besonders prägnant konnte darüber hinaus die Stellung der Lehrmeister identifiziert werden, die neben einer fachlichen Orientierung auch als sozial stabilisierender Faktor zur Lebensweltorientierung insgesamt geschätzt wurden.

„Ganz – menschlich wie –unterstützend, im Beruf, und alles [...]. Ja, der auch Erfahrung hatte. [...] Alle mögen ihn. Das – er hat ein gut – er ist auch streng, aber er hat – er hat – hat ein gutes Herz [...]. Ich gehe auch ab und zu mal zum Abendessen oder so.“ 26(m/33/pos)

In Kontrast zu der geschilderten Unterstützung wurde die fehlende Unterstützung von Familienmitgliedern im Übergangsprozess beschrieben. Hierbei ist relativierend zu berücksichtigen, dass oftmals familiensystemeigene Problemstellungen/Krisensituationen zur Platzierung geführt hatten und diese (auch mangels gemeinsamer Aufarbeitung) oft über das Hilfeende hinaus fortbestanden. Nichtsdestotrotz liess sich festhalten, dass die Familie trotz ihres Belastungspotentials von den Interviewten als wichtiger Bezugspunkt benannt wurde, von dem sie sich Unterstützung erhofften, aber oftmals nicht erhalten konnten.



Im Vergleich der Verläufe war dabei zu beobachten, dass zunächst eine Benennung der fehlenden, insbesondere auch fehlenden emotionalen Unterstützung durch die Eltern mehrheitlich bei JAEL-Teilnehmenden mit positiveren Verläufen stattfand. Diese lässt eine Reflexion des eigenen Bedarfs auf emotionale Unterstützung sowie deren Versorgung, vermuten. Im Gegensatz

dazu wurde bei jungen Menschen mit negativeren Verläufen die fehlende elterliche Unterstützung auf die Aussenseiter-Stellung innerhalb des familiären Systems zurückgeführt.

„Eifach uf mich zue koh, mit mir rede, ganz eifach. Luege wiener mir könnnt helfe, aber ich bi halt s schwarze Schoof vode Familie gseh. De hani nüd könne mache. De het sich eifach Null interessiert und de het eifach –de het für sich selbr eifach denkt, das ichs ellei muess schaffe, aber zu dere Ziit hanis nid ellei gschafft.“ 64(m/26/neg)⁴⁹

ESKURS: Komplexität der Herkunftsfamilien und Bedeutung von Mentoring

Care Leaver:innen weisen häufiger Probleme in der Beziehungsgestaltung auf. Die Beziehung zwischen Care Leaver:innen und ihren Herkunftsfamilien ist oft komplex [8], zumal Probleme in der Herkunftsfamilie bei einem Teil der Fälle zur ausserfamiliären Platzierung geführt haben (z.B. [9]). Es scheint bei ausserfamiliär Platzierten sowie Care Leaver:innen eine grosse Ambivalenz gegenüber der Herkunftsfamilie zu geben, mit einerseits vielen negativen Emotionen, die insbesondere auf mangelnde positive Bindung und negative Kindheitserfahrungen (Vernachlässigung, Misshandlung) zurückgeführt werden können, und andererseits einer grossen Loyalität der Familie gegenüber. Oft blieben die Beziehungen der ausserfamiliär untergebrachten jungen Menschen zu ihren Eltern oder die Lebensumstände ihrer Eltern über die Zeit hinweg derart problematisch, dass Care Leaver:innen beim Verlassen der Fremdunterbringung nicht zu ihre Herkunftsfamilien zurückkehren wollen [10]. Dabei fehlte es den jungen Care Leaver:innen insbesondere an der Unterstützung des Familiensystems (aber auch von pädagogischen Mitarbeitenden und institutionellen Gremien) [11]. Viele erleben diese durchaus begrenzte Unterstützungserfahrung als eine der grössten Herausforderungen nach dem Austritt aus der Erziehungseinrichtung [12]. Nichtsdestotrotz scheint sich das schwierige Verhältnis zwischen Care Leaver:innen und deren Herkunftsfamilien, insbesondere ihren Eltern, im Laufe der Jahre oftmals etwas zu verbessern [13, 14].

Trotz der oft schwierigen Familienverhältnisse kehrten in der Studie von Courntey und Kollegen 31% der Care Leaver:innen zurück zu ihren Familien [10, 15]. Fast Dreiviertel berichteten über eine ziemlich enge oder eine sehr enge Beziehung zu mindestens einem biologischen Familienmitglied –meistens zu den Geschwistern oder der leiblichen Mutter. Die Beziehung zum leiblichen Vater wurde hingegen als am wenigsten eng beschrieben [10, 13, 16]. Der Grad der familiären Kontakte stand im Zusammenhang mit dem Ausmass der nach dem Austritt erhaltenen familiären Unterstützung sowie mit einer stärkeren Einbindung in das globale Familiennetzwerk. Das Vorhandensein familiärer Unterstützung stand jedoch in keinem grossen Zusammenhang mit anderen Aspekten, obwohl die jungen Erwachsenen über ein grösseres Selbstvertrauen und ein besseres Selbstwertgefühl berichteten [13]. Darüber hinaus drückten sich sowohl die familiäre als auch die soziale Unterstützung in einer grösseren Lebenszufriedenheit aus [8].

Trotz der Tatsache, dass eine gute Beziehung zur Herkunftsfamilie eine wichtige Unterstützungsquelle darstellen kann, scheint es, dass während des Leaving Care-Prozesses der systemischen Arbeit mit der Herkunftsfamilie oftmals zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird (möglicherweise auch gerade deswegen, weil darüber hinaus auch viele andere Bereiche, wie z.B. Wohnen, Bildung/Arbeit und Finanzen im Leaving Care-Prozess berücksichtigt werden müssen) [13]. Dennoch ist es wichtig, dass auch die systemische Arbeit mit der Herkunftsfamilie einen Platz im Leaving Care-Prozess erhält. Diese sollte bestenfalls bereits während des Aufenthaltes in der Erziehungseinrichtung in die Wege geleitet werden [13, 14].

Nebst einer familiären Beziehung unterhalten viele Care Leaver:innen eine positive Beziehung zu einer anderen wichtigen Bezugsperson –in der internationalen Literatur wird eine solche Bezugsperson oft als Mentor:in bezeichnet. Von denjenigen, die eine/n Mentor:in hatten, berichteten etwa die Hälfte über einen wöchentlichen Kontakt. Dreiviertel fühlten sich den Mentor:innen sehr oder ziemlich eng verbunden [16]. Die Dauer und Funktion des Mentorings (z.B. Mentor:in als "Vorbild", "Elternfigur" und/oder "Unabhängigkeitsförderer") trugen wesentlich zur Vorhersage von Lebensfertigkeiten in Bildung, Arbeit und Vermeidung von Risikoverhalten bei [17]. Care Leaver:innen berichteten dabei, dass von zentraler Bedeutung sei, dass Mentor:innen authentisch wirken und Ähnlichkeiten mit ihnen aufweisen [18, 19]. Obwohl die Care Leaver:innen klare Vorteile darin sahen, beim Austritt aus der Fremdunterbringung Mentor:innen zu haben, wollten die meisten, die (kurz) vor der Transition in ein selbständiges Leben standen, oftmals selbst keine/n Mentor:in [18]. Aufgrund des enormen Unterstützungsbedarfs und der geringen Inanspruchnahme von Nachbetreuungsdiensten könnte es also ein Weg sein, dass Care Leaver:innen die Möglichkeit geboten wird, von Mentor:innen begleitet zu werden [14].

⁴⁹ Sinngemäss übersetzt: "Einfach auf mich zukommen, mit mir reden ganz einfach. Schauen, wie er mir helfen könnte, aber ich war halt das schwarze Schaf der Familie. Da konnte ich nichts machen. Er hat einfach null Interesse gezeigt und für sich selbst gedacht, dass ich es alleine schaffen muss, aber zu der Zeit habe ich es nicht alleine geschafft."



In diesem Kontext wurde zudem das Diskrepanzerleben im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung beschrieben, welches von den JAEL-Teilnehmenden mit negativeren Verläufen dahingehend reflektiert wurde, dass die Eltern selbst keine Ressourcen zur Unterstützung ihrer Kinder aktivieren konnten.

„Es war nicht so, dass meine Eltern mich nicht unterstützen wollten oder so, aber es ist immer eine Frage wie man das tut. Also wie man zum Ziel kommt. [...] Meine Eltern tun das eher mit einer Strenge und ja. Und eher mit einer Wut sprechen anstatt, ja halt so wie es die Pädagogen eben gemacht haben. Einfach sachlich geblieben und wirklich eine Lösung zu finden und auch nicht aufgeben, bis eine Lösung gefunden worden ist, das ist es natürlich. Und es hat mir dann dort schon ein bisschen gefehlt.“ 529(m/26/neu)

„Also ich meine, eigentlich hat man ja dann noch die Mutter. Klar, man wohnt wahrscheinlich nicht mehr bei ihr, und so, aber – [...] Ich weiss auch nicht, aber ich hatte halt einfach –musste halt alles selber machen.“ 59(m/28/neg)



Junge Menschen mit positiveren Verläufen merkten jedoch kritisch an, dass diese Unterstützung aus ihrer Perspektive eigentlich zu erwarten gewesen wäre.

„Dass sie [die Partnerin] –dass sie jemanden hat. Das heisst, wenn sie irgendeine Frage hat wegen den Steuern, sie konnte noch die Eltern anrufen. 'Du Papi, ich habe da eine Frage' und so, 'wie funktioniert das genau?' Was kann ich abziehen? [...] Das sind solche Sachen! Die ich nicht hatte!“ 10(m/28/pos)

Diese Unterstützung nicht einholen zu können, wurde in diesem Kontext explizit als Erfahrung greifbar, die abweichend von ihren gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen von familiärer Unterstützung, oftmals auch als schmerzlich erinnert wurde. In den wenigen Fällen, in denen die JAEL-Teilnehmenden über elterliche Unterstützung berichten konnten, zeigte sich, dass diese als sehr hilfreich bewertet wurde. Hauptsächlich wurde dabei die elterliche Unterstützung im administrativen Bereich beschrieben.

„In dieser Hinsicht machte –machte er es wirklich gut. Also mich –mich –mich diesbezüglich auf das Leben vorbereiten, mit –auch, was –was es heisst, wenn man jetzt auf die Einwohnerkontrolle geht, und wann, und –und Prämienverbilligung und solches Zeug, oder so –so –das kleine Zeug [...], und das vermittelte er mir auch gut. Ja.“ 533(m/29/neu)

Analog zur elterlichen Unterstützung, fielen auch die Geschwisterbeziehungen als potenzielle Ressourcen wenig auf. Dies kann dadurch erklärt werden, dass geschwisterliche Beziehungen durch die Unterbringung in ihrer Gestaltung beschnitten und damit als unterstützende Bezugspersonen weniger oft in den Fokus rücken konnten. Die Kontinuität von Geschwisterbeziehungen wurde im Kontext der Platzierung dabei oft auch durch Altersunterschiede, räumliche Distanz und Kontaktbeschränkungen sowie eine separierte Unterbringung erschwert, sodass mögliches stabilisierendes Potential dieser Beziehungen oft nicht ausgeschöpft werden konnten.

„Und schade ist halt, durch das Auseinanderziehen, oder, von diesem – ist es halt so, dass wir die Verbindung, wie wir sie früher hatten, so krass, schon ein Stück weit auch verloren, oder. [...] Eben das fand ich ein bisschen schade beim Auseinanderziehen. Das ist halt im Prinzip der einzige Bezug, den du wirklich- den du wirklich gernhattest, als du aufwächst, und [...] der wurde dann halt auch weg genommen in dem Sinne, oder.“ 60(m/24/neu)

Neben dem konkreten Zugriff auf soziale Unterstützung durch einzelne Vertrauenspersonen, wurde auch das Bedürfnis geäussert, sich als Teil eines grösseren Ganzen fühlen zu können und in einer Gemeinschaft Anerkennung zu erfahren.



Wenige JAEL-Teilnehmende mit positiveren Verläufen berichteten davon, in soziale Zusammenhänge wie Vereine oder grössere Freundeskreis involviert gewesen zu sein.

„Dass man dann vielleicht einfach gesagt hätte, hey such dir irgendeinen Verein, [...] weil dann hast du wieder die Leute ähm wo du mal gekannt hast oder einen Teil von den Leuten, die du mal gekannt hast um dich rum und kannst wieder irgendwie soziale Bindungen aufbauen, weil mir ist

das einfach, das R. (Heim) ist für mich so ein Cut. Es gibt vor dem R. Und es gibt nach dem R. Leute.“ 87(w/26/pos)

Für die jungen Menschen bedeutete der Austritt aus der Institution oftmals auch den Verlust ihrer einzigen sozialen Bezugsgruppe. Insgesamt liess sich folglich feststellen, dass es eine grosse Lücke gab, was solche grösseren sozialen Bezugsgruppen anging. Dies wurde von den JAEL-Teilnehmenden auch mehrfach kritisch bemerkt, insbesondere wenn eine solche Eingebundenheit vor der Platzierung vorhanden gewesen war.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass in Bezug auf die Transition aus der Jugendhilfe in ein selbständiges Leben wenige soziale Beziehungen bzw. Beziehungsräume benannt werden konnten. Es wurde zwar insgesamt eine breite Palette von sozialen Beziehungen beschrieben, aber in der Einzelfallbetrachtung konnte nur ein Bruchteil dieser gesamthaft beschriebenen Möglichkeiten wahrgenommen werden.



Insbesondere in den Schilderungen der jungen Menschen mit negativeren Verläufen zeigte sich, dass diese oft auf nur auf sehr wenig Unterstützung innerhalb und ausserhalb der Familie zur Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben zurückgreifen konnten.

9.5 Pädagogische Begleitung während der Transition

Wie auch schon in der Zeit während der Unterbringung wurden die bereits erläuterten Aspekte des sicheren Ortes während des Übergangs zum Thema (siehe Kapitel 8). Insbesondere erinnerten die JAEL-Teilnehmenden eine institutionelle Fehlerkultur sowie eine gelebte Kultur der Partizipation als förderlich für ihren Transitionsprozess. So konnte nachvollzogen werden, dass je mehr Einbezug und Dialog zwischen Pädagog:innen und den jungen Menschen stattfand, desto selbstwirksamer und erfolgreicher konnten diese ihre Übergangsphase bestreiten.

Der haltgebende Rahmen der Institution war zwar eine erste tragende Säule. Gelingende Übergangserfahrungen stellten sich aber vor allem dann ein, wenn die individuelle Begleitung und ein zutrauendes gemeinsames Aushandeln der Übergangsgestaltung gewährleistet werden konnten.

„Dass wir so Wochenziele gemacht haben [...] ja es war halt wie fast ein Tagebuch, du hast dir alles aufgeschrieben, 'was habe ich heute gemacht? was ist weniger gut gelaufen? wie kann ich es besser machen?' Das ist wirklich etwas, wo ich mega positiv finde, und da haben sich die Sozialpädagogen sich auch mega eingesetzt dafür [...] eben zu Beispiel mal eine Wochenendplanung, dass man auch mal mit einkaufen konnte, das heisst man konnte selbst entscheiden, was wird in der Woche gegessen [...].“ 590(w/29/pos)

Innerhalb der konzeptionellen Rahmenbedingungen nahm für die jungen Menschen wiederum die Beziehung zu ihren sozialpädagogischen Bezugspersonen auch während der Transition eine wichtige Rolle ein. Sie waren ihre zentralen Ansprechpartner:innen für alle Belange, die sich in der Übergangsgestaltung stellten, mit denen gemeinsam Pläne erstellt und Entscheidungen getroffen werden sollten. Kritisch wurde in diesem Zusammenhang berichtet, wenn keine dialogische Prozessgestaltung stattfand und Entscheidungen über den Kopf der jungen Menschen hinweg getroffen wurden.

Es liess sich ferner rekonstruieren, dass ein gemeinsames Prozessmanagement, welches die jungen Menschen mit ihren spezifischen Bedarfen und ihren gleichzeitig zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben adressierte, für sie hilfreich erinnert werden konnte. Entsprechend wurde eine fehlende Planung des Austrittsprozesses durch sie scharf kritisiert.

Hier wurde wiederum das bereits aufgegriffene Diskrepanzerleben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung am Beispiel des systemimmanen Zeitdrucks und daraus resultierend eine fehlende Flexibilität sowie eine mangelnde Berücksichtigung des persönlichen Reifungsprozesses

verdeutlicht. So beschrieben die JAEL-Teilnehmenden ferner wie die Hilfegestaltung aus ihrer Perspektive nicht an individuellen Bedürfnissen und biografisch bedingten Problemlagen, sondern an einer institutionellen Logik der Ökonomie und Fertigkeitenausbildung ausgerichtet wurde.



Insbesondere bei jungen Menschen mit negativeren Verläufen schien auf, dass diese nicht den Eindruck hatten, dass auf ihren individuellen Reifungsprozess eingegangen wurde. Hieraus resultierte unter anderem auch die Forderung der JAEL-Teilnehmenden nach einer Verlängerung der Hilfe über das 18. Lebensjahr hinaus. Wie die jungen Menschen selbst ausführten, würde eine entsprechende Anpassung des Hilfeanspruchs nicht zu einer Sonderbehandlung führen, sondern eine Gleichstellung gegenüber der Allgemeinbevölkerung bedeuten.

„Schlussendlich, die Reife wäre nicht da gewesen, aber ich dachte, Das Problem ist, ich –ich bin nun mal auf dem Pass jetzt dann erwachsen [...]. Dann sagte die IV eben, 'also, dann zahlen wir Ihnen noch eine einzige Lehre. Geben Ihnen noch diese Chance, und fertig'. Dann kam ich in die G. [Betrieb] und dann brachen sie aber ab, weil sie –sie wahrscheinlich selber merkten, dass ich nicht reif genug bin.“ 61(w/24/neg)

Ferner wurde ergänzt, dass neben einer zeitlichen Strukturierung und auch eine mentale Vorbereitung auf das Leben ausserhalb der Institution vermisst wurde. Analog zum begleiteten Ankommen in der Eintrittsphase hätten sie sich im Kontext der Austrittsplanung eine engmaschige, emotionale und alltagspraktische Begleitung gewünscht. So auch einen begleiteten Abschied vom Lebensort stationäre Jugendhilfe.



Dabei ist anzumerken, dass sämtliche Aspekte der emotionalen Vorbereitung häufiger von jungen Menschen mit positiveren Verläufen berichtet wurden. Bemerkenswert ist wie ein so gestalteter emotionaler Abschied als etabliertes Element der Prozessgestaltung wertgeschätzt und als erwartbar dargelegt wurde. So wurde von diesen JAEL-Teilnehmenden von Ritualen berichtet und die Annahme geäussert, dass ein solcher Abschied in dieser Form in „allen Heimen“ stattfände. Eine bewusste Gestaltung des Austrittsprozesses schien vor diesem Hintergrund für die jungen Menschen ein elementarer Bestandteil einer gelingenden Übergangserfahrung zu sein. Allerdings äusserten mehrere JAEL-Teilnehmende, dass ihnen oftmals Orientierung im Übergangsprozess fehlte und sie sehr abrupt aus der Institution entlassen wurden.

„Und es war so wie [...] 'Hei E. [Name], du hast die Lehre bestanden, tschüss. Merci. Hat uns gefreut. [...] Du hast noch bis September Zeit, um auszuziehen.' [...] Und die hatten mich auch nicht vorbereitet [...] Und dann nach dem dritten Lehrjahr sagten sie mir, 'Ja. Du musst deine Sachen packen und gehen. In dieser Wohnung kannst du nicht bleiben, weil die gehört dem Heim.'“

10(m/28/pos)

Bestärkend hingegen sei gewesen, wenn eine schrittweise Verantwortungsübernahme sowie schrittweisen Ablösung von der Institution im Dialog mit der Bezugsperson geplant wurde. Insbesondere, wenn eine solche Planung nicht am starren Erreichen der Volljährigkeit, sondern an der individuellen Entwicklung der betreffenden heranwachsenden Person ausgerichtet war, konnte ein solches Vorgehen positiv erinnert werden.

EXKURS: Schlüsselkomponenten der Transition, Mein Weg – Dein Weg (EQUALS)

In einer qualitativen, australischen Studie über die Transition heraus aus dem Jugendhilfesystem unterscheiden Mendes und Kollegen [282] zwischen der nötigen Vorsorge/Vorbereitung und der tatsächlichen Planung des Austritts. Diese zwei Komponenten sind entscheidend, um die Überforderung und ein Gefühl der Hilflosigkeit von den jungen Menschen auf ein Minimum zu reduzieren. Bei der Vorbereitung geht es um das Bereit-Sein, die Unterkunft zu verlassen. Dies bezieht sich auf Grad der emotionalen, psychologischen und kognitiven Fähigkeiten und Kenntnisse – also die Kompetenzen, die für einen Auszug notwendig sind und somit eine grundlegende ontologische Sicherheit bieten können (u.a. Fähigkeiten zur selbstständigen Lebensführung in den Bereichen Haushaltsführung, Kochen und Putzen; Kenntnisse in Bereichen wie Mietverpflichtungen, verfügbare Dienstleistungen und Gesundheitskompetenz). Daran anschliessend ist die Planung genauso

wichtig. Sie beinhaltet die nötigen praktischen Aktivitäten, die mit einem Verlassen der Institution verbunden sind. Dazu gehört beispielsweise die Kommunikation mit Behörden, Dienstleistern, Verwandten oder Freunden. Mendes schreibt: „Dies kann die Entwicklung von Plänen für den Auszug aus der Pflegefamilie, die Überweisung an Agenturen (z.B. Pflegedienste oder Wohnungsämter), die Bereitstellung und/oder Vermittlung finanzieller Unterstützung, die Bereitstellung von Informationen (z.B. über Mietverpflichtungen, Gesundheit, Beziehung und Elternschaft), die Erbringung von Dienstleistungen (z.B. Beratung, Wohnen, Bildung und Beschäftigung) und die Vermittlung von Fertigkeiten (z.B. Haushaltsführung, Kochen, Putzen, Mietverwaltung und Umgang mit wichtigen Diensten wie Medicare, Steuern, Versorgungsleistungen usw.) umfassen.“

Auch für EQUALS (siehe Exkurs auf Seite 16) haben wir entsprechende Überlegungen aufgegriffen und während JAEL zwei neue Tools für die Praxis entwickelt: "Mein Weg" ist ein Fragebogen zur Reflexion der Zeit in der zu Ende gehenden Unterbringung kurz vor dem Austritt durch die jungen Menschen. Durch das umfängliche Bearbeiten von Fragen über Eintritt bis hin zu Austritt sollen einprägsame und hilfreiche Komponenten zu Fortschritten und Zielerreichung wie auch die Zukunftsperspektive, mit der die Betroffenen die Institutionen verlassen, ersichtlich werden, wodurch eine Möglichkeit, einige Schwierigkeiten oder Sorgen nochmals konkret aufzugreifen entstehen kann. Daneben soll die Bearbeitung – im Sinne der Biografiearbeit – fördern, in die Zeit der ausserfamiliären Unterbringung einen ins persönliche Erleben integrierbaren 'roten Faden' entwickeln zu können. In "Dein Weg" wird mit dem „Ausblick/Prognose“ die Einschätzung der Fachperson erfasst, wie leicht bzw. schwer gewisse Bereiche für die jungen Menschen nach Austritt sein werden (z.B. Freizeit, Alltagsstruktur, der berufliche Werdegang, Aufrechterhaltung eines sozialen Netzwerks etc.). Diese Fremdeinschätzung kann der Selbsteinschätzung aus "Mein Weg" gegenübergestellt und als Grundlage für austrittsvorbereitende Gespräche genutzt werden (<https://www.equals.ch/blog/neue-instrumente-schwerpunkt-austritt>).

Auf den Umgang mit Behörden, deren Abläufe und Systemlogiken fühlten sich die jungen Menschen im Alltag nach den Unterbringungen gemäss deren Aussagen in den Interviews wenig bis unzureichend vorbereitet (vgl. Abbildung 16). Auch wenn sie nach eigenen Aussagen grundlegende Fertigkeiten zur Haushaltsführung beherrschten, mangelte es ihren Erläuterungen folgend an weiterreichenden Kompetenzen, sich alltäglich und in herausfordernde Situation zu orientieren. Sie bemängelten in diesem Zusammenhang, nicht frühzeitig in der Institution in die alltäglichen administrativen Abläufe eingebunden worden zu sein. Sie schätzten die Institution also zwar als wertvollen Schutzraum, merkten jedoch auch kritisch an, dass ein solcher Ort auch ein gewisses Risiko mit sich brachte, sich von der Umwelt abzukapseln und wenig Öffnung nach aussen zu ermöglichen. Das war aus der Perspektive der jungen Menschen vor allem dann der Fall, wenn sie nicht ausreichend darin gefördert wurden, schrittweise selbst Verantwortung für ihr alltägliches Leben zu übernehmen und sich mit förderlichen Lebenswelten ausserhalb der Institution auseinanderzusetzen. Im Kontrast dazu lobten sie, wenn frühzeitig eine Vernetzung nach aussen erfolgte und sie so in ihrer Entwicklung zum selbstständigen jungen Erwachsenen gefordert wurden. Diese Vorgehensweise bildete in ihrer Erinnerung eine solide Vorbereitung auf das Leben nach der Platzierung.

„Vor allem die letzten zwei Jahre –aus der Wohngruppe lernt man eben eigentlich das wesentliche also eigentlich sich um Sachen kümmern wie –also Steuererklärungen, ich war dort auch schon achtzehn und habe dort das erste Mal eine Steuererklärung gemacht und habe es angeschaut und dachte 'okay [...] was ich mit dem Einzahlungsschein [machen soll]? Muss ich das Zahlen?“

74(m/25/neu)

„Man hatte irgendwie glaub ich 80 Franken pro Monat [...] einfach dieses Haushaltsgeld oder sowas und da musste man halt immer selbst alles –also Waschmittel, Zahnpasta, keine Ahnung, Handrechnung und so musste man selbst bezahlen [...]. Man hat das gelernt. Ich habe während der Zeit im Heim 4000 Franken zusammengespart. Davon –also ich habe sehr sparsam gelebt. Davon habe ich mir dann auch die Mietkaution bezahlt und die ersten Möbel, die ich mir gekauft habe in der Wohnung.“ 239(w/26/pos)

9.6 Nachbetreuung und Vorbereitung der Familien



Vor allem die JAEL-Teilnehmenden mit positiveren Verläufen betonten, dass sie sich mehr Unterstützung in Form einer Nachbetreuung gewünscht hätten. Bemerkenswert war, dass ein solches Bedürfnis von jungen Menschen mit negativeren Verläufen kaum benannt wurde. Ein möglicher Erklärungsansatz hierfür könnte sein, dass diese häufiger berichteten, dass die erfahrene Unterstützung während der Transition als nicht zielführend erinnert wurde. Vor diesem Hintergrund liegt die Annahme nahe, dass dadurch auf weitere Hilfen lieber verzichtet wurde bzw. der Gedanke daran nicht mehr zum Thema wurde.

„Wissen Sie was, das, was Sie bis jetzt geleistet haben, das war nichts. Ich hatte zwei Lehrabbrüche, eben das ganze Drum und Dran. Ich verzichte auf diese Zusammenarbeit. Wenn Sie das für richtig halten, können Sie mich für die restliche Zeit in Haft stecken, interessiert mich nicht, ich gehe dieses Risiko ein.“ Und seit dann habe ich nichts mehr von ihnen gehört.“

23(m/33/neu)

Eine hilfreich beschriebene sozialpädagogische Nachbetreuung hingegen konnte als freiwilliges Angebot gut angenommen werden. Als notwendig erachteten es die Interviewten in diesem Zusammenhang jedoch, dass Nachbetreuungsangebote zeitunabhängig von Fristen zugänglich sein sollten, um auch immer dann Ansprechpartner:innen zu haben, wenn akuter Unterstützungsbedarf aufkommt.

Im Hinblick darauf, dass viele JAEL-Teilnehmenden vor, während und auch nach den Unterbringungen mit psychischen Belastungen und Krisen konfrontiert waren, stellte sich auch die Frage danach, wie eine therapeutische Begleitung nach Leaving Care gestaltet bzw. genutzt werden konnte.



Im Bezug zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Nachbetreuung zeigte sich insbesondere bei den jungen Menschen mit positiveren Verläufen, dass eine selbstbestimmte Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Hilfe als hilfreich erinnert werden konnte.

„Und bei ihr stimmte einfach die Wellenlänge [...] Ich habe jetzt noch [...] sporadisch Kontakt zu ihr [...]. Und sie begleitete mich dann so ein bisschen durch die Ausbildung. [...] Und eben auch danach, im Nachhinein, so zum Teil, als ich einfach wie so –Ja, es gab halt trotzdem diese Momente, wo ich halt in dem Sinne in ein Loch fiel (lächelt) [...] Ab und zu [...] rief ich sie mal an, und sagte, ‘ja, hast du mal Zeit?’“ 533(m/29/neu)

Dahingegen wurde eine von der Invalidenversicherung (IV) obligatorisch verordnete Therapie von den JAEL-Teilnehmenden als nicht hilfreich, sondern lediglich als „Mittel zum Zweck“ bewertet. Dementsprechend beschrieben JAEL-Teilnehmenden ihre so extern initiierten Therapieerfahrungen eher als negativ, fremdbestimmt oder bewerteten diese als „Zeitverschwendungen“.

„Früher hätte ich mir eben gewünscht, einen Therapeuten zu haben, der herztechnisch dabei ist. [...] Er ist –böse ausgedrückt, so ein bisschen Mittel –Mittel zum Zweck. Für mich. [...] IV-technisch.“ 223(w/26/neu)

Neben der konkreten sozialpädagogischen und psychotherapeutischen Nachversorgung wurde zudem unabhängig von Rückführung oder Nicht-Rückführung in das Familiensystem, die nicht erfolgte Vorbereitung der Eltern bzw. der Familiensysteme auf den anstehenden Übergangsprozess des Kindes, bemängelt.

„Also eben wenn es jetzt zurück heim wäre, wäre vielleicht eben so ein Ding mit meiner Mami wäre gut gewesen [...] ähm einfach die Mami auch etwas darauf vorbereiten, das hätte ich gut gefunden. Weil sie muss sich ja vorstellen – ich bin gegangen als ich 13 war, ein Kind, wo ich gekommen bin, bin ich 17 gewesen [...] fast erwachsen, und dann kannst du, also ihr fehlen einfach die drei Jahre, du kannst dich nicht mit einem 17jährigen gleich unterhalten, wie du dich mit einem 13jährigen unterhältst und auch so, also das Ganze Familienleben hätte einfach anders geregelt werden sollen.“ 87(w/26/pos)

So berichteten die JAEL-Teilnehmenden, dass sie oftmals völlig unvorbereitet in ein unverändertes Familiensystem zurückkehrten. Diese Rückkehr brachte dabei ihren Schilderungen folgend das Potential mit sich, dass alte, unbearbeitete familiäre Beziehungsschwierigkeiten und damit das Gefährdungspotential, welches zur Platzierung geführt hatte, reaktiviert wurden. Eine in diesem Sinne nicht erfolgte Eltern- bzw. Familienarbeit hatte dabei die Tendenz die Verantwortung für einen guten Outcome der stationären Hilfe alleine auf das platzierte Kind zu übertragen, anstatt die Eltern in die Transition miteinzubeziehen.

10 ERGEBNISSE: Soziale Teilhabe nach der Zeit in der Kinder- und Jugendhilfe

Ein Ansatz, um zu beschreiben, inwieweit den JAEL-Teilnehmenden der Übertritt in die Selbstständigkeit gelungen ist, resp. wie diese als junge Erwachsene im Leben stehen, ist die Einschätzung der sozialen Teilhabe. Diese umfasst die aktive Beteiligung von Menschen am politischen, sozialen, ökonomischen und kulturellen Leben.

Soziale Teilhabe wird häufig über die Erwerbstätigkeit, die Bildung oder das Einkommen definiert, welche genauen Aspekte unter dem Begriff der sozialen Teilhabe zusammengefasst werden sollen, ist aber nicht einheitlich festgelegt. So wird soziale Benachteiligung beispielsweise auch als "eine ungerechtfertigte Vorenthaltung von Chancen und Gütern" bezeichnet, welche eine gelingende Lebensbewältigung deutlich erschwert. Gerade mit dieser Art der Benachteiligung sind Care Leaver:innen oft konfrontiert [283].

Junge Menschen, die einige Zeit in einer ausserfamiliären Platzierung verbracht haben, haben ein deutlich erhöhtes Risiko, eine Form von sozialer Ausgrenzung zu erleben. So erleben Betroffene etwa Benachteiligung aufgrund geringer materieller Ressourcen und finanzieller Mittel oder gesellschaftliche Marginalisierung. Viele Faktoren wie niedrigere Bildungsabschlüsse, junge Elternschaft, Obdachlosigkeit, erhöhte Arbeitslosigkeit, straffälliges Verhalten und psychische Probleme können zu solchen Erfahrungen sozialer Ausgrenzung von Care Leaver:innen beitragen [z.B. 284, 285-291].

Wie die MAZ.-Studie [49], unser Kapitel 6 sowie weitere Studien [3, 292-294] gezeigt haben, hatten die JAEL-Teilnehmenden im Vorfeld ihrer Aufnahme in die stationäre Jugendhilfe häufig eine Vielzahl an belastenden Kindheitserfahrungen durchgemacht, wie zum Beispiel das Aufwachsen in chronisch belasteten Familienverhältnissen, Erlebnisse von Trennung und Verlust, psychische Erkrankungen in der Herkunftsfamilie, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit einer Bezugsperson und nicht selten Vernachlässigung und Missbrauch. Alle diese Ereignisse stellen Hochrisikofaktoren für eine gesunde sozio-emotionale Entwicklung dar und gehen oft mit anhaltenden psychischen Belastungen und mehr Problemen in anderen Lebensbereichen einher. Zudem hat sich gezeigt, dass die Transitionen in die und aus der Unterbringung oft schwierig verlaufen, und viele JAEL-Teilnehmende angaben, in dieser Zeit nicht ausreichend unterstützt worden zu sein, was zu einer eigenen Belastung zu Beginn einer neuen Lebensphase werden kann.

Copeland und Kolleg:innen haben in ihrer prospektiven, populationsbezogenen Great Smoky Mountains-Langzeitstudie⁵⁰ [295] die soziale Teilnahme in folgende Kategorien aufgegliedert: (1) Gesundheit, (2) Delinquenz, (3) Sozio-ökonomische Lage und (4) Beziehungen. Sie fanden heraus, dass frühe psychosoziale Probleme im Kindesalter mit einer beeinträchtigten Transition ins Erwachsenenalter einhergehen – unabhängig davon, ob die Probleme im späteren Verlauf noch anwesend sind oder nicht [195, 296].

Tabelle 6: Operationalisierung der Domänen der sozialen Teilhabe und Anteil JAEL-Teilnehmende mit Problemen (N=172)

Domäne	Definition	Prävalenz
Gesundheit	<i>mind. 1 untenstehendes Problem vorhanden</i>	44.9%
Multiple psychische Probleme	Erfüllung aller Kriterien für ≥ 2 verschiedene aktuell vorliegende psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen in den klinischen Interviews (exkl. den Substanzgebrauchsstörungen)	30.4%
Schwerwiegender Substanzmissbrauch	Erfüllung aller Kriterien für ≥ 2 DSM5-Substanzgebrauchsstörungen (\geq Schweregrad mittel) in den klinischen Interviews	6.5%
Suizidalität	Klinischer Cut-off für aktuelle Suizidgedanken aus dem "Massachusetts Youth Screening Instrument- Version 2" (MAYSI-2) überschritten	23.9%
Lebensbedrohliche Verletzung oder Krankheit	Lebensbedrohliche Verletzung oder Krankheit erfasst mit Hilfe der "Life-Events Checklist-Revised" (LEC-R)	8.3%
Delinquenz	<i>mind. 1 untenstehendes Problem vorhanden</i>	32.0%
Schwerwiegende Kriminalität	Ein Vergehen oder Verbrechen begangen nach Vollendung des 18. Lebensjahres. Aus den offiziellen Strafurteils-Statistiken des Schweizerischen Bundesamtes für Statistik (BFS)	30.5%
Haftstrafe	Eine Verurteilung zu einer Haftstrafe nach Vollendung des 18. Lebensjahres aus den offiziellen Strafurteils-Statistiken des BFS	10.6%
Sozioökonomische Lage	<i>mind. 1 untenstehendes Problem vorhanden</i>	55.5%
Keine nachobligatorische Bildung	Teilnehmende berichteten in anamnestischen Befragungen keine Berufsausbildung oder weiterführende schulische Bildung über die Vollendung der obligatorischen Bildung hinaus	32.6%
Berufliche Instabilität	Teilnehmende berichteten in den anamnestischen Befragungen von ≥ 3 Anstellungen entlassen worden zu sein	11.6%
Staatliche Unterstützung	Teilnehmende berichteten in den anamnestischen Befragungen monatliche Zahlungen der Invalidenversicherung (IV) oder Sozialhilfe zu erhalten	42.1%
Beziehungen	<i>mind. 1 untenstehendes Problem vorhanden</i>	45.5%
Frühe oder ungewollte Elternschaft	Teilnehmende berichteten in den anamnestischen Befragungen von erstmaliger Elternschaft vor Vollendung des 18. Lebensjahres oder von einer ungewollten Elternschaft bei Geburt des ersten Kindes	10.7%
Wenig soz. Unterstützung durch Freund:innen	Teilnehmende berichteten von keiner hohen Unterstützung durch Freund:innen in der "Multidimensional scale of perceived social support (MSPSS)"	32.8%
Wenig soz. Unterstützung durch Partner:in	Teilnehmende berichteten von keiner hohen Unterstützung durch Partner:in oder sehr wichtige Bezugspersonen in der MSPSS	20.4%

Die Ergebnisse zur sozialen Teilhabe der JAEL-Teilnehmenden orientieren sich in der Folge an der Operationalisierung der sozialen Teilhabe, wie sie Copeland und Kolleg:innen vornahmen. Dabei liegt

⁵⁰ Die Great Smoky Mountain-Studie ist für die entwicklungspsychopathologische Forschung von zentraler Bedeutung, da sie eine der ganz wenigen Studien ist, die eine grosse bevölkerungsbasierte Stichprobe auch unter Erfassung der Psychopathologie und verschiedenen psychosozialen und biologischen Risiko- und Schutzfaktoren bis ins mittlere Erwachsenenalter nachverfolgt hat.

der Fokus bedeutsame Schwierigkeiten in den Lebensbereichen. In Tabelle 6 sind die Definitionen der vier Domänen und jeweiligen Prävalenzraten aus JAEL ersichtlich.

Neben der Art der Probleme liefert auch die Anhäufung der Probleme für ein besseres Verständnis der Situation der JAEL-Teilnehmenden. Wie in Abbildung 12 dargestellt, hatten nur 13.9% der Teilnehmenden in keiner der Domänen Schwierigkeiten und mehr als die Hälfte wies in zwei oder mehr Domänen Probleme auf.

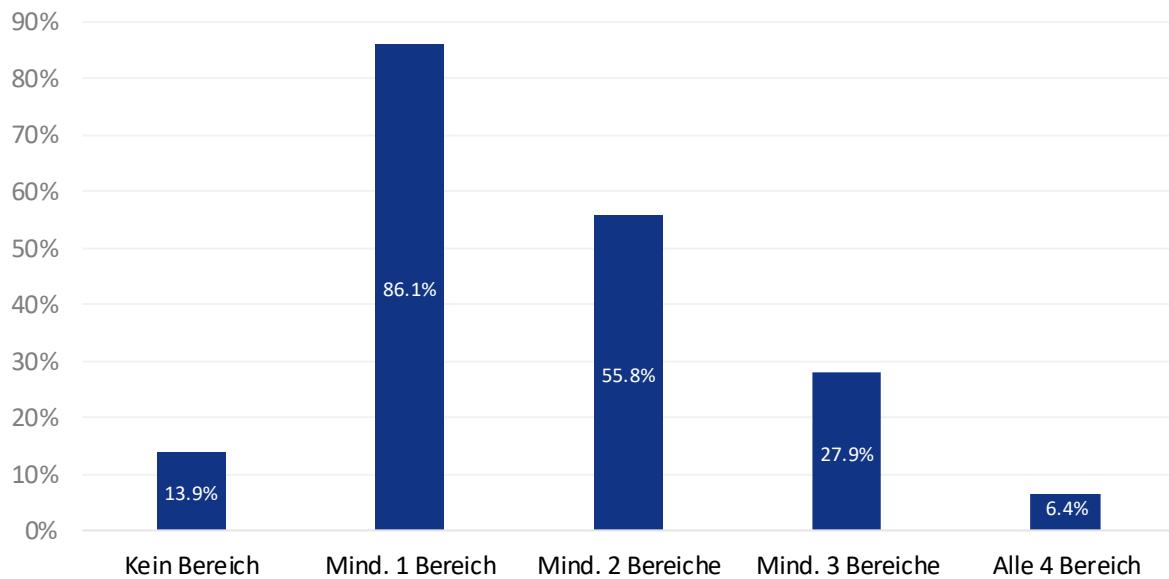


Abbildung 17: Anteil JAEL-Teilnehmende mit Schwierigkeiten nach der Anzahl unterschiedlicher Domänen (N=171)

10.1 Globale Einschätzungen der sozialen Teilhabe

Für weitere Auswertungen im Sinne der JAEL-Ziele brauchte es aus unserer Sicht eine Differenzierung in positive und negative Verläufe, da rein statistische Urteile, wie die Beschreibung der Schwierigkeiten in den Domänen der sozialen Teilhabe, den Komplexitätsgrad der biografischen Wege nicht ausreichend abbilden. Es sollten auch "weiche" Faktoren wie z.B. subjektive Zufriedenheit und Beziehungsqualität sowie die frühere Ausgangslage eingehen. Bei den vielen heterogenen Outcomevariablen und derart komplexen Verläufen ist es nicht einfach, eine Gesamteinschätzung zu machen. Das JAEL-Team hat viele statistische Scores und Gewichtungen diskutiert und letztlich bemerkt, dass man unterschiedliche Merkmale braucht, aber sich auch auf die klinische Erfahrung und Eindrücke nach den intensiven Befragungen verlassen sollte. Deshalb wurde jedes Interview im Team analysiert und diskutiert, um eine Einordnung entsprechend einer Ampel zu treffen. Grün eingeschätzte Teilnehmende kamen zum Erhebungszeitpunkt gut in der Gesellschaft zurecht (z.B. stabile Lebensverhältnisse, abgeschlossene Ausbildung, stabiler Beruf, aktuell zufrieden). Bei gelb liessen sich nur in einzelnen Lebensbereichen oder nur leichte Schwierigkeiten feststellen (z.B. gewisse Stabilität, aber teilweise noch auf soziale Unterstützung angewiesen, ungeregelter Alltag, keine klaren Zukunftspläne). Rot bedeutete, dass die JAEL-Teilnehmenden in mehreren Lebensbereichen bedeutsame, teilweise bereits chronifizierte Probleme aufwiesen (z.B. chronisch delinquent, zweimal im Gefängnis, keine Berufsausbildung, keine berufliche Perspektive, relativ isoliert, drogenabhängig). Ein solches Ampelsystem hat somit den Vorteil, dass es intuitiv ist, nicht nur statische Daten, sondern auch die Ausgangslage, Entwicklungen und klinische Eindrücke berücksichtigt. Abbildung 18 zeigt die Einteilung aufgrund der interdisziplinären klinischen Expert:innenurteile anhand des Ampelsystems.

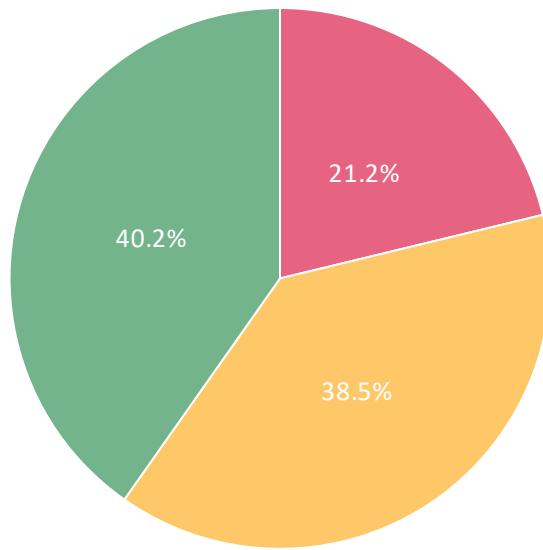


Abbildung 18: *Globale Einschätzungen der sozialen Teilhabe der JAEL-Teilnehmenden basierend auf interdisziplinären klinischen Expertenurteilen (N=179)*

Im Ergebnis fanden sich 40.2% der Teilnehmenden in der grünen, 38.5% in der gelben und ein Fünftel (21.2%) in der roten Kategorie.



Abbildung 19. *Mittlere z-Scores⁵¹ der Domänen zur sozialen Teilhabe im Vergleich zu den globalen Expert:innenurteilen (N=166)*

Wenn man diese globalen Einschätzungen zur sozialen Teilhabe mit den in Tabelle 6 dargestellten statistischen Daten (d.h. Gesundheit, Delinquenz, Sozioökonomische Lage und Beziehungen) verknüpft, werden die Unterschiede zwischen den Gruppen genauso sichtbar. Abbildung 19 macht deutlich, dass die rote Gruppe in allen Domänen unterdurchschnittlich abschneidet, während die

⁵¹ Z-Scores sind standardisierte Verteilungen mit einem Mittelwert von 0 und einer Standardabweichung von 1. Eine solche Standardisierung dient dazu, um Skalen mit unterschiedlichen Ausprägungen miteinander vergleichbar zu machen.

grüne Gruppe in allen Bereichen überdurchschnittlich gut zurechtkommt und sich die gelbe Gruppe recht nah am Durchschnitt bewegt.

Diese Ergebnisse unterstreichen die Aussagekraft des Ampelsystems und weisen darauf hin, dass die globalen Einschätzungen der Expert:innen auch durch die quantitativen Daten überaus gut gestützt werden.

Im Weiteren wird im Kapitel zur sozialen Teilhabe der JAEL-Teilnehmenden näher auf die einzelnen Domänen und weitere mögliche Problemfelder innerhalb dieser Lebensbereiche eingegangen. Diese können sich dabei von den bisher benannten Subkategorien (vgl. Tabelle 6) unterscheiden oder Themen bearbeiten, die über diese hinausgehen.

10.2 Psychische Gesundheit

10.2.1 Potenziell traumatische Erfahrungen

Im Kapitel zu den familiären Hintergründen wurde bereits über die Misshandlungserfahrungen in der Kindheit beschrieben, welche die JAEL-Teilnehmenden berichteten. Darüber hinaus wurden sie bei den Onlinebefragungen nach weiteren potenziell traumatischen Lebensereignissen befragt. Diese wurden mit der LEC-R (Life-Events Checklist) erhoben, in der bei 19 unterschiedlichen Ereignissen (vgl. Abbildung 3) abgefragt wird, ob diese selbst erlebt oder direkt bezeugt wurden. Ausser bei zwei Fragen (körperlicher resp. sexueller Missbrauch in der Kindheit) wird nicht vorgeben, auf welchen Zeitpunkt im Leben sich diese beziehen.

Im Ergebnis berichten 88.4% aller JAEL-Teilnehmenden von mindestens einem potenziell traumatischen Erlebnis (siehe Abbildung 20). Im Schnitt erlebte oder bezeugten sie 4.5 (± 3.1) solche Ereignisse. Rund 10% der Teilnehmenden berichteten von mehr als acht potenziell traumatischen Erfahrungen. In Anbetracht des noch jungen Alters der Teilnehmenden ist eine solche Kumulation von unterschiedlichen traumatischen Erlebnissen besorgniserregend, gerade wenn man berücksichtigt, dass repetitive Traumata des gleichen Typus nur einmal in diese Statistik einfließen.

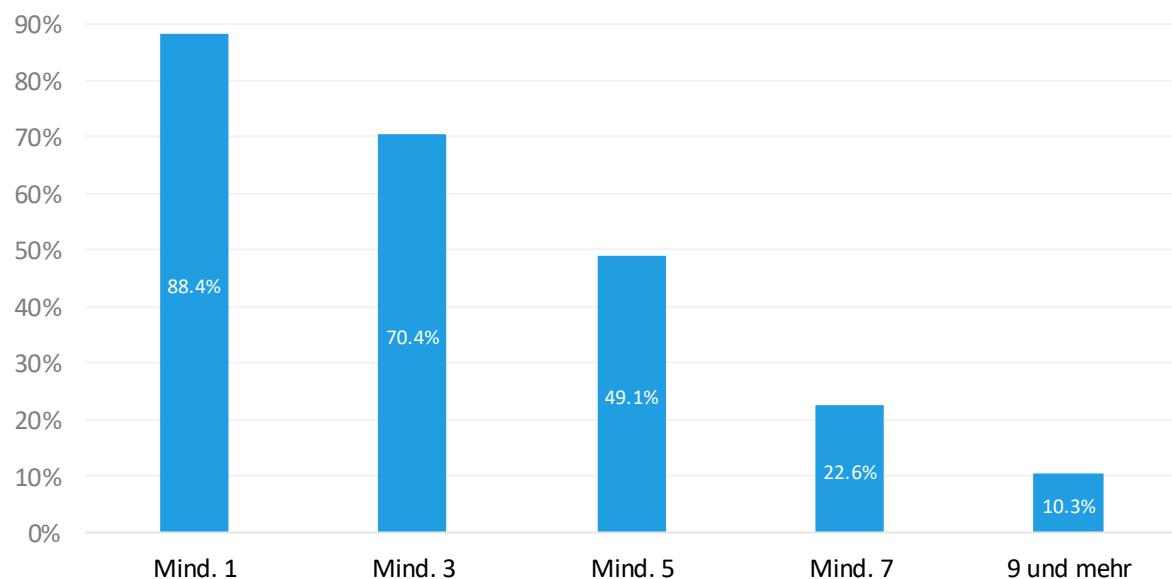


Abbildung 20: Anzahl an unterschiedlichen, selbst erlebten sowie persönlich bezeugten potenziell traumatischen Erlebnissen aus der Life-Events Checklist (N=211)

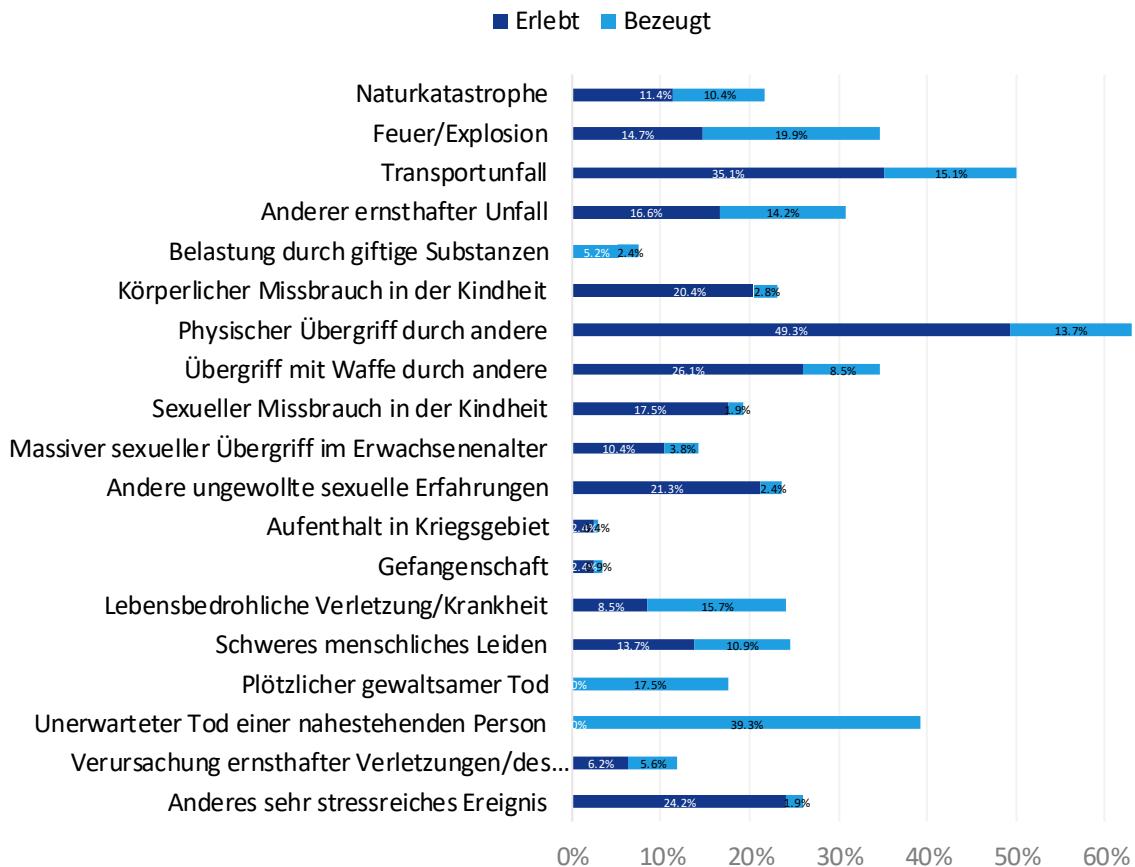


Abbildung 21: Prävalenzen der erlebten und bezeugten potenziell traumatischen Ereignisse berichtet in der Life-Events Checklist (N=211)

In der Betrachtung der Häufigkeit der einzelnen Erlebnisse in Abbildung 3 zeigt sich, dass das Miterleben oder Erleben körperlicher Angriffe das häufigste Ereignis war (64.0%), gefolgt von Verkehrsunfällen (50.2%), und dem Bezeugen des Todes einer nahestehenden Person (39.9%).

Es wurde kein signifikanter Geschlechtsunterschied in der Summe der Lebensereignisse festgestellt. Weibliche Teilnehmende berichteten jedoch signifikant häufiger über körperliche Misshandlung⁵² und sexuelle Vikiemisierung in der Kindheit und im Erwachsenenalter⁵³, während männliche Teilnehmende häufiger Brände, Explosionen⁵⁴ sowie Unfälle ausserhalb des Straßenverkehrs⁵⁵ angegeben hatten.

EXKURS: Prävalenzen traumatischer Erfahrungen aus (anderen) Care Leaver:innen-Studien

Traumatische Erfahrungen in der Kindheit sind ein sehr grosses und komplexes Thema, das in der Literatur viel beforscht wird. In einer Studie, welche traumatische Ereignisse bei Care Leaver:innen untersuchte, berichteten 97% der Teilnehmenden von mindestens einem traumatischen Erlebnis; 70% gaben mindestens fünf traumatische Ereignisse an und 33% berichteten von 8 traumatischen Ereignissen [297]. Rebbe und Kolleg:innen [298] haben Care Leaver:innen auf Grund ihrer traumatischen Erlebnisse in drei unterschiedliche Gruppen eingeteilt: Die erste Gruppe ("Complex Adversity") bezeichnet dabei mehrheitlich komplexe Traumata. Dabei handelt es sich um eine Reihe von miteinander verknüpften, sequenziellen traumatischen Erfahrungen, welche vorwiegend durch nahestehende Personen über einen längeren Zeitraum verübt wurden. Während in

⁵² $\chi^2(1) = 20.541, p < .001$

⁵³ Sexuelle Vikiemisierung in der Kindheit: $\chi^2(1) = 29.294, p = <.001$; Opfer von massiven sexuellen Übergriffen im Erwachsenenalter: $\chi^2(1) = 30.182, p < .001$; Andere ungewollte oder unbehagliche sexuelle Erfahrungen: $\chi^2(1) = 33.423, p < .001$

⁵⁴ $\chi^2(1) = 15.540, p < .001$

⁵⁵ $\chi^2(1) = 5.230; p < .05$

dieser Gruppe 96% der Teilnehmenden emotionale Vernachlässigung erfuhren, waren knapp 84% missbraucht worden und 62% wurden Opfer häuslicher Gewalt. Die zweite Gruppe ("Environmental Adversity") bezeichnet dabei vorwiegend Traumata, welche sich im Umfeld der jungen Care Leaver:innen ereignet haben. Knapp 85% dieser jungen Erwachsenen waren demnach in körperliche Gewalthandlungen verwickelt, 84% waren Zeuge eines lebensbedrohlichen Unfalls und 80% haben miterlebt, wie ein geliebter Mensch schwer verletzt oder gar umgebracht wurde. Die letzte Gruppe ("Lower Adversity") bezeichnet beide Arten der soeben beschriebenen Traumata, jedoch in einem deutlich geringeren Ausmass. Mit einer Prävalenz von 58% gehörte die Mehrzahl der untersuchten Care Leaver:innen letzterer Gruppe an, wobei immerhin 29% mindestens ein komplexes Trauma erlebt hatten und 12% von mindestens einem traumatischen Erlebnis innerhalb ihres Umfeldes berichteten [298].

Darüber hinaus konnten anhand des MACE (Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure) die Prävalenzen von Missbrauchs- oder Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit für jedes Lebensjahr abgefragt werden. Um etwaige Belastungen auffangen zu können, wurde dieser Fragebogen nicht online vorgegeben, sondern während der Interviewtermine ausgefüllt.

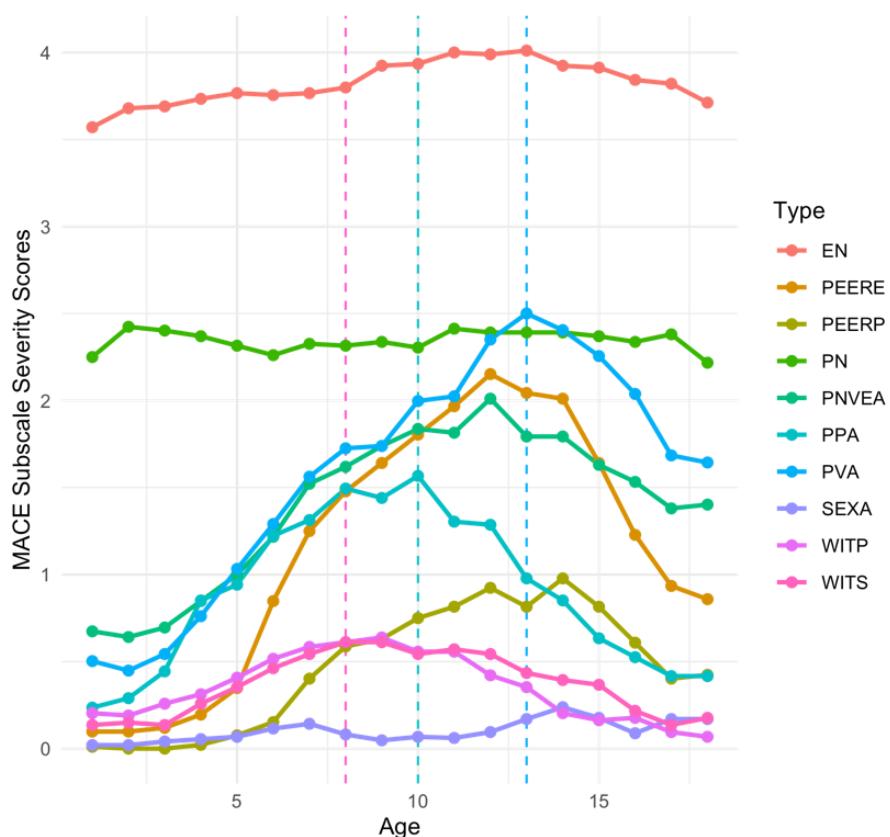


Abbildung 22: Verläufe der MACE-Subskalen

(Es werden Mittelwerte pro Alter angezeigt, vertikale Linien zeigen das Jahr mit der höchsten Prävalenz an. EN [Emotional neglect] = Emotionale Vernachlässigung, PEERE [Peer emotional abuse] = Emotionaler Missbrauch durch Peers, PEERP [Peer physical abuse] = Physischer Missbrauch durch Peers, PN [Physical neglect] = Physische Vernachlässigung, PNVEA [Parental non-verbal emotional abuse] = Nonverbaler emotionaler Missbrauch durch die Eltern, PPA [Parental physical abuse] = Physischer Missbrauch durch die Eltern, PVA [parental verbal abuse] = Verbaler Missbrauch durch die Eltern, SEXA [Childhood sexual abuse] = Sexueller Missbrauch in der Kindheit, WITP [Witnessed interpersonal violence to parents] = Bezeugen von zwischenmenschlicher Gewalt gegenüber Eltern, WITS [Witnessed interpersonal violence to siblings] = Bezeugen von zwischenmenschlicher Gewalt gegenüber Geschwistern) (N=180)

Abbildung 22 kann entnommen werden, wie die verschiedenen widrige Kindheitserfahrungen bei den JAEL-Teilnehmenden in ihren Verläufen über das Alter hinweg variierten. Es hat sich beispielsweise gezeigt, dass physische und emotionale Vernachlässigungen die höchste Stabilität aufwiesen. Außerdem konnte der Höhepunkt vom Bezeugen innerfamiliärer Gewalt im Alter von acht beobachtet werden, während Missbrauch durch Peers zwischen 12 und 14 Jahren gehäuft vorkam.

Zudem zeigte sich, dass die Verläufe nach Alter – in Betrachtung des zusammenfassenden Masses für den Schweregrad der Misshandlungen – für die weiblichen und männlichen Teilnehmenden mit einem Höhepunkt im Alter von zwölf parallel verliefen, wobei weibliche Teilnehmende über alle Altersgruppen höhere Werte aufwiesen.

In der Literatur ist mittlerweile mehrfach belegt worden, dass solche potenziell traumatische Erfahrungen die psychische Gesundheit beeinträchtigen können [299, 300]. Auch in der JAEL-Stichprobe zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen allen Typen widriger Kindheitserfahrungen und Problemen mit der psychischen Gesundheit [301].

10.2.2 Prävalenzen psychischer Störungen insgesamt

Im Rahmen von JAEL konnten 180 Teilnehmende mit vertiefter Diagnostik im persönlichen Kontakt untersucht werden. Die standardisierte Diagnostik von psychischen Störungen nach DSM-5⁵⁶ (exklusive Persönlichkeitsstörungen) erfolgte mit dem SCID-5-CV⁵⁷. Die erhobenen DSM-5-Diagnosen wurden anschliessend mit den assoziierten ICD-10-Codes⁵⁸ verknüpft. Die Persönlichkeitsstörungen als spezifische Kategorie innerhalb der psychischen Störungen wurden mit dem SCID-II⁵⁹ erfasst (detaillierte Beschreibungen der Verfahren sind dem Anhang zu entnehmen).

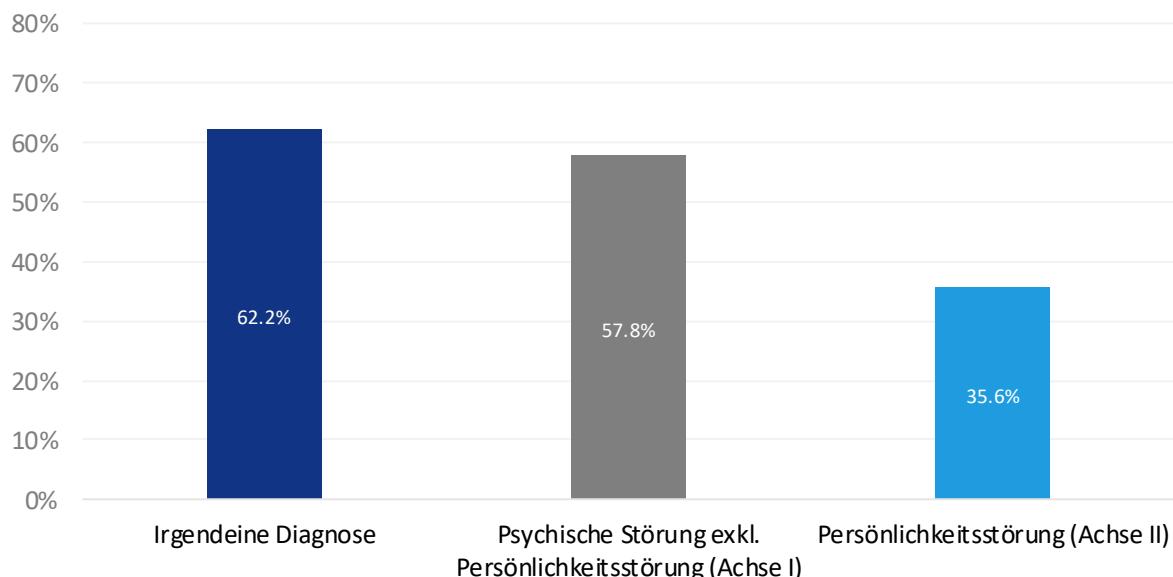


Abbildung 23: *Prävalenzen der zum Zeitpunkt der Erhebungen vorliegenden psychischen Störungen, der psychischen Störungen exkl. Persönlichkeitsstörungen (ehemals Achse I) und der Persönlichkeitsstörungen (ehemals Achse II) (N=180)*

⁵⁶ Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 5. Auflage: Diagnostisches Handbuch für psychische Störungen, herausgegeben von der American Psychiatric Association.

⁵⁷ Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders

⁵⁸ Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision): Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen, von der WHO entwickelt.

⁵⁹ Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version

Abbildung 23 zeigt die Prävalenzen aller psychischen Störungen der Teilnehmenden. Insgesamt erfüllten 62.2% der Teilnehmenden die Kriterien für eine aktuelle Diagnose; hierbei wurden sowohl die psychischen Störungen (aus dem SCID-5-CV, ehemals Achse I) als auch die Persönlichkeitsstörungen (aus dem SCID-II, ehemals Achse II) zusammengefasst. Bei 57.8% der Teilnehmenden waren die Kriterien für eine aktuelle psychische Störung im SCID-5 erfüllt. Zudem wiesen 35.6% der JAEL-Teilnehmenden gemäss dem SCID-II die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung auf.

10.2.3 Prävalenzen einzelner Diagnosen

Zur übersichtlichen Darstellung einzelner Diagnosen sowie zur Vergleichbarkeit mit Studien aus der Allgemeinbevölkerung wurden diejenigen Störungsbilder mit vergleichbarer Ätiologie und Symptomatik in Oberkategorien zusammengefasst. Für die Auswertung der psychischen Störungen exkl. Persönlichkeitsstörungen (ehemals Achse I) wurden die den ICD-10-Codes zugeordneten DSM-5-Diagnosen nach den entsprechenden Oberkategorien der F-Kapitel des ICD-10 geclustert.

Mit einer Prävalenz von 37.2% waren die Substanzgebrauchsstörungen die am häufigsten vergebenen Diagnosen. Mit einer Prävalenz von 20.0% war die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) die nächsthäufigste Diagnose. Ähnlich häufig litten die JAEL-Teilnehmenden an affektiven Störungen (z.B. eine depressive Episode) oder an Angststörungen (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Prävalenzen psychischer Störungen exkl. Persönlichkeitsstörungen (ehemals Achse I) (N=180)

	JAEL (N)	Allgemeinbevölkerung [302-305]
Aktuelle psychische Störung (SCID-5)	57.8% (104)	17.6% ^a
Cluster Substanzgebrauch (F10-F19)	37.2% (67)	3.8% ^a
Cluster Psychotische Störungen (F20-F29)	1.7% (3)	0.6% ^b
Cluster Affektive Störungen (F30-F39)	18.9% (34)	5.4% ^a
Cluster Posttraumatische Belastungsstörung (F43.10)	Lebenszeit: 20.6% (37) Aktuell: 3.9% (7) Früher: 16.7% (30)	2.8% ^c
Cluster Angststörungen (F40-F48)	16.7% (31)	6.7% ^a
Cluster ADHS (F90.*)	20.0% (36)	6.4% ^d

^a Die Prävalenzen sind von der Meta-analyse von Steel et al. (2014) entnommen und sind 12-Monatsprävalenzen.

^b Die 12-Monatsprävalenz für psychotische Störung in der Allgemeinbevölkerung ist von der Meta-Analyse von Moreno-Küstner et al. (2018) entnommen worden.

^c Die Lebenszeit-Prävalenz für Posttraumatische Belastungsstörung in der Allgemeinbevölkerung wurde aus der Meta-Analyse von Koenen et al. (2017) entnommen.

^d Die Punkt-Prävalenz für ADHS in der Allgemeinbevölkerung wurde aus der Meta-Analyse von Song et al. (2021) entnommen.

Bei sieben Teilnehmenden (3.9%) wurde eine aktuelle posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) diagnostiziert, bei 16.7% eine PTBS in der Vergangenheit. Ein Fünftel 20.6% erfüllte jemals die Kriterien für eine PTBS. Die Prävalenz der aktuellen PTBS könnte im Kontext der berichteten potenziell

traumatischen Erlebnisse zunächst eher niedrig erscheinen.⁶⁰ Betrachtet man jedoch die Ergebnisse aus dem SkPTBS-Fragebogen (Screening zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung), welcher Symptome der komplexen PTBS (neu eingeführt im ICD-11⁶¹) prüft, so zeigt sich, dass fast ein Drittel der JAEL-Stichprobe ein hohes bis sehr hohes Risiko für das Vorliegen einer komplexen PTBS aufwies (siehe Abbildung 24).

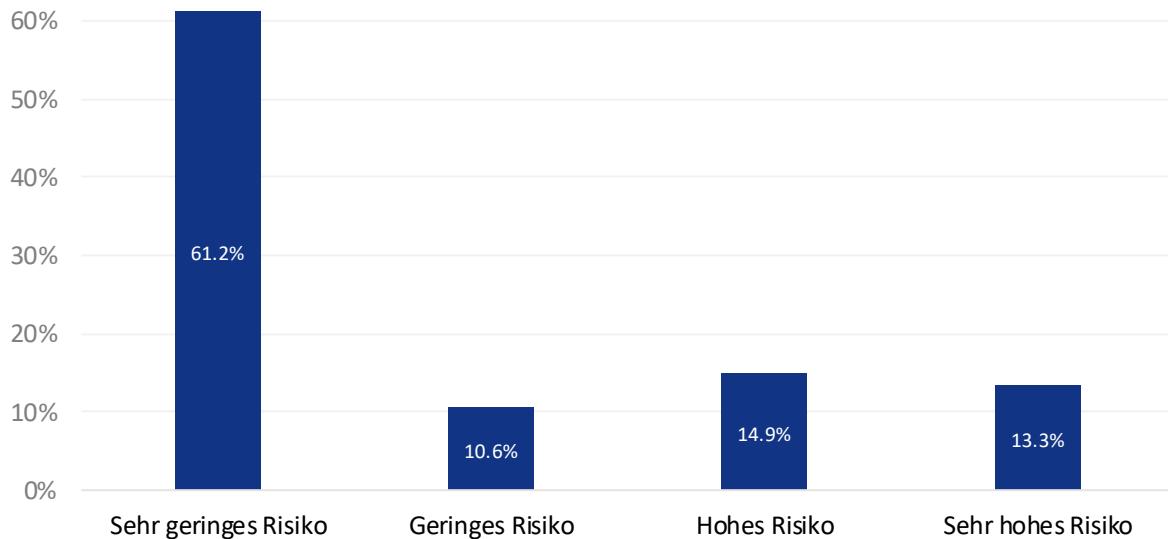


Abbildung 24: Anteil Teilnehmende mit Risiko zum Vorliegen der komplexen PTBS (N=188)

Zur Differenzierung der Substanzgebrauchsstörungen, die am häufigsten diagnostiziert worden waren, wurde der Konsum von psychotropen Substanzen der JAEL-Teilnehmenden näher betrachtet. Dazu wurden die Angaben aus den Onlinebefragungen mittels der Fragebögen Alcohol Use Disorders Identification Test (A.U.D.I.T.) und Severity of Dependence Scale (SDS: Cannabinoide, Kokain, Opate und Amphetamine) analysiert.

Insgesamt hatten 41.2% der Teilnehmenden schon während MAZ. angegeben, in ihrer Zeit in der ausserfamiliären Unterbringung Alkohol und/oder illegale Substanzen konsumiert zu haben. Mit 46.2% waren es schliesslich etwas mehr, welche zum Erhebungszeitpunkt von JAEL noch konsumierten. Ein persistierender Alkoholkonsum war dabei am häufigsten [306].

So war auch Alkohol die meistkonsumierte Substanz der JAEL-Teilnehmenden. Fast alle (94.4%) haben jemals in ihrem Leben Alkohol konsumiert; davon hatten auch 77.0% im letzten Monat konsumiert. Alkohol war auch die Substanz mit dem höchsten Risikokonsum, 28.7% aller Teilnehmenden zeigten einen risikoreichen Alkoholkonsum. Diese Zahlen sowie diejenigen für die weiteren Substanzen sind Tabelle 8 zu entnehmen. Dort finden sich ebenfalls die Angaben, auf welche Substanzen, die Substanzgebrauchsstörung zurückgehen. Am häufigsten war dies wegen Cannabis (25.6%).

⁶⁰ Ein Grund hierfür liegt in der eher komplexen und vielschichtigen Geschichte der JAEL-Teilnehmenden an kumulierten belastenden Kindheitserfahrungen und traumatischen Erlebnissen, oft interpersoneller Natur. Theoriegeleitet lassen sich zwei Klassen traumatischer Erlebnisse unterscheiden. Typ-I-Traumata sind Erlebnisse von eher akzidentieller und apersonaler Natur (Transportunfall, Naturkatastrophe) und Typ-II-Traumata von chronischer interpersoneller Natur (körperlicher oder sexueller Missbrauch). Typ-I-Traumata scheinen dabei eher mit den klassischen Symptomen der PTBS zusammenzuhängen (Wiedererleben, Vermeiden und Übererregung). Typ-II-Traumata scheinen dabei über die Kernsymptomatik der PTBS hinaus mit zusätzlichen Schwierigkeiten hinsichtlich der Affektregulation, des Selbstkonzepts und der Beziehungsfähigkeit einherzugehen, auch komplexe Traumasymptome genannt.

⁶¹ Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 11. Revision): Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen, von der WHO entwickelt.

Tabelle 8: Prävalenzen Substanzkonsum und Substanzgebrauchsstörungen

	Jemals	Letzte 30 Tage	Risikokonsum
Substanzkonsum			
Alkohol (N=216)	94.4% (204)	77.0% (157)	28.7% (62)
Cannabis (N=207)	82.1% (170)	46.9% (97)	19.3% (40)
Kokain (N=207)	49.8% (103)	16.4% (34)	14.0% (29)
Opiate (N=207)	15.0% (31)	2.9% (6)	1.9% (4)
Amphetamine (N=207)	36.2% (75)	8.2% (17)	1.9% (4)
Diagnose vorhanden			
Substanzgebrauchsstörung (N=180)	37.2% (67)		
Alkohol	17.8% (32)		
Cannabis	25.6% (46)		
Kokain	5.6% (10)		
Opiode	1.7% (3)		
Amphetamine	1.1% (2)		
Andere Substanzen	4.4% (8)		
Substanzinduzierte Störung ⁶²	13.3% (24)		

Für eine genauere Betrachtung der Persönlichkeitsstörungen (ehemals Achse II) wurden diese entsprechend dem DSM-IV⁶³ in die drei unabhängigen Cluster A, B und C unterteilt:

- Im Cluster A werden die paranoide, schizoide und schizotypische Persönlichkeitsstörung zusammengefasst, welche alle mit sonderbarem und exzentrischem Verhalten einhergehen.
- Im Cluster B werden die Borderline-, histrionische, narzisstische und antisoziale Persönlichkeitsstörung zusammengefasst. Bei diesen Persönlichkeitsstörungen steht eine übermäßig starke Verhaltensaktivierung im Vordergrund, und es kommt gehäuft zu dramatischen, emotionalen oder launischen Verhaltensweisen.
- Schliesslich werden im Cluster C die selbstunsichere, dependente und zwanghafte Persönlichkeitsstörung zusammengefasst, welche sich vor allem durch soziale Unsicherheit, Angst und Furcht vor Zurückweisung charakterisieren [307].
- Da die depressiven und negativistischen Persönlichkeitsstörungen aus dem aktuellen DSM-5 gestrichen wurden, werden beide Persönlichkeitsstörungen im Folgenden in das zusätzliche Cluster "Andere" unterteilt.
- Die Persönlichkeitsstörung nicht näher bezeichnet (NNB) stellt hingegen eine eigene diagnostische Gruppe dar und wird dann vergeben, wenn die Kriterien zur Diagnose einer spezifischen Persönlichkeitsstörung nicht gänzlich erfüllt werden, jedoch eine Reihe von einzelnen klinischen Merkmalen mehrerer Persönlichkeitsstörungen vorliegen [308].

Die Prävalenzen von Persönlichkeitsstörungen der JAEL-Teilnehmenden sind Tabelle 9 zu entnehmen. Hierbei ist zu beachten, dass in dieser Übersicht Personen mit mehreren Störungen mehrfach genannt werden können. Es finden sich wiederum ebenfalls Vergleichswerte aus der Allgemeinbevölkerung.

Im Hinblick auf die einzelnen Persönlichkeitsstörungen, war die antisoziale Persönlichkeitsstörung mit einer Prävalenz von 19.4% die am häufigsten vergebene Diagnose. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung war mit einer Prävalenz von 10.0% am zweithäufigsten.

⁶² Substanzinduzierte Störungen treten auf, wenn der Konsum oder Entzug von Substanzen wie Alkohol oder Drogen zu psychischen Problemen führt. Beispiele sind Angststörungen, Stimmungsstörungen, psychotische Störungen und Schlafprobleme.

⁶³ Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, vierte Auflage: Diagnostisches Handbuch für psychische Störungen, herausgegeben von der American Psychiatric Association.

Tabelle 9: Prävalenzen von Persönlichkeitsstörungen (ehemals Achse II) (N=180)

	JAEL (N)	Allgemeinbevölkerung [309] ⁶⁴
Cluster A	10.0% (18)	7.2%
Paranoide	5.0% (9)	3.0%
Schizotypische	2.2% (4)	3.0%
Schizoide	5.0% (9)	2.8%
Cluster B	23.9% (43)	5.5%
Narzisstische	1.1% (2)	1.2%
Borderline	10.0% (18)	1.9%
Antisoziale	19.4% (35)	3.1%
Cluster C	10.6% (19)	6.7%
Selbstunsichere	3.9% (7)	2.8%
Dependente	1.1% (2)	0.8%
Zwanghafte	7.2% (13)	4.3%
Cluster Andere	9.4% (17)	
Negativistische	3.9% (7)	
Depressive	6.1% (11)	
NNB: Nicht anders bezeichnet	4.4% (8)	1.6%

10.2.4 Komorbiditäten

Die Komorbidität, also das gemeinsame Vorkommen von mehreren, voneinander abgrenzbaren Störungen, ist ein Phänomen, das in seinen Auswirkungen auf die psychiatrische Forschung und Behandlung von psychischen Erkrankungen oft unterschätzt wird [310-312]. Gerade bei Menschen mit kumulierten belastenden oder gar traumatischen Kindheitserfahrungen wird häufig eine besonders ausgeprägte Komorbidität beobachtet [313-316]. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen ist, dass sich zentrale Aspekte der Beziehungs- und Selbstregulation nicht adäquat entwickeln konnten, was wiederum das Risiko für die Entstehung von psychischen Erkrankungen in verschiedenen Entwicklungsphasen erheblich erhöht. Insgesamt sollte die Unabhängigkeit beim zeitgleichen Vorkommen von mehreren psychischen Erkrankungen hinterfragt werden, und es ist notwendig, einen individuellen Behandlungsplan zu entwickeln, der berücksichtigt, wie die Störungsbilder bzw. Symptombereiche im Einzelfall zusammenhängen [312, 317, 318]. In klinischen Stichproben, aber auch in Heimpopulationen oder im Strafvollzug, sind komorbide Störungen eher die Regel als die Ausnahme [6, 18, 314, 319, 320].

Abbildung 25 verdeutlicht die hohe Komorbidität unter den JAEL-Teilnehmenden. Bei 43.3% wurden mindestens zwei Diagnosen vergeben (im Maximum wurden bei zwei Teilnehmenden neun Störungen diagnostiziert).

⁶⁴ Bei leeren Zellen sind keine Vergleichswerte vorhanden.

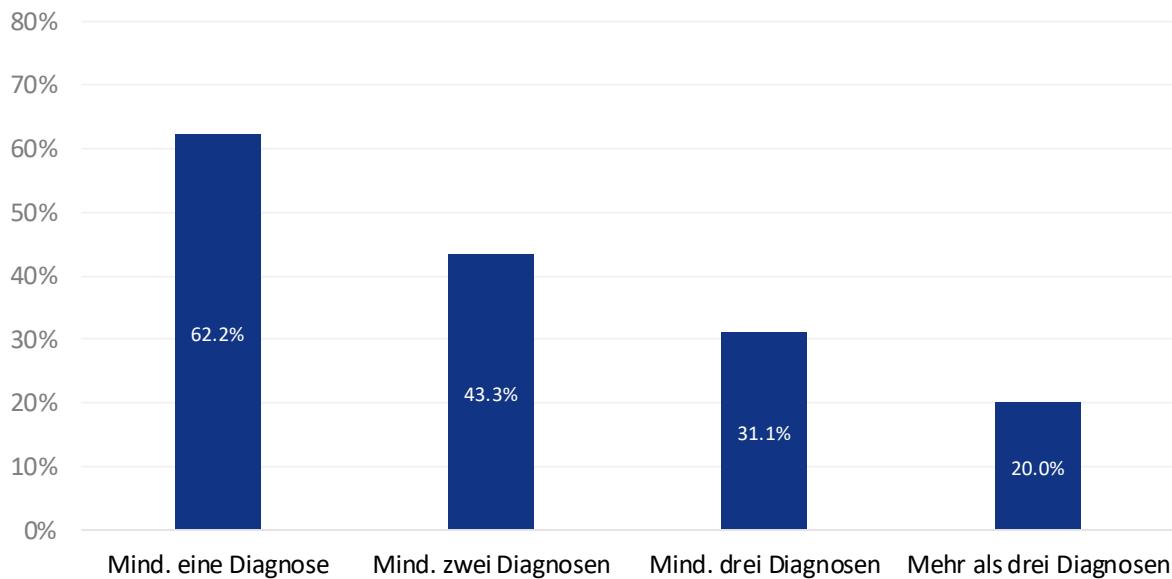


Abbildung 25: Anteil Teilnehmende nach Anzahl aktueller psychischen Störungen inkl. Persönlichkeitsstörungen (N=180)

EXKURS: Prävalenzen und Komorbiditäten bei Care Leaver:innen: Eine Übersicht über internationale Studie

Die "Northwest Alumni Study" (Northwest-Studie), welche die langfristigen Ergebnisse von 479 Care Leaver:innen in den Vereinigten Staaten untersuchte, zeigte, dass 54% der Teilnehmenden im Alter von 20 bis 33 Jahren die Kriterien mindestens einer psychischen Störung erfüllten; 20% erfüllten gar die Kriterien von mindestens zwei Störungen. Mit einer Prävalenz von 43% waren Angststörungen die am häufigsten vergebene Diagnose, gefolgt von einer PTBS (26%) und einer Depression (20%). Rund 12% der Teilnehmenden wiesen eine Suchterkrankung auf [321]. Die umfassende Midwest-Kohortenstudie zeigte zudem signifikante Geschlechtsunterschiede bezüglich verschiedener Störungen auf. Während 18% der Frauen an einer PTBS litten, waren es bei den jungen Männern nicht einmal halb so viele (7%). Auch bei der Depression waren Frauen (11%) deutlich häufiger betroffen als Männer (5%). Letztere machten hingegen bei den Suchterkrankungen den größeren Anteil aus (5% gegenüber 3%) [322].

Insgesamt leiden schätzungsweise zwischen 33% und 54% aller Care Leaver:innen an mindestens einer psychischen Störung [321, 323-326]. Die Lebenszeitprävalenz - d.h. das Auftreten mindestens einer psychischen Störung in der bis zum Erhebungszeitpunkt verstrichenen Lebenszeit - beläuft sich gar auf 63% [327]. Im Vergleich: In MAZ erfüllten 74% die Kriterien für mindestens eine psychische Störung, 60% der Betroffenen erfüllten die Kriterien für mindestens eine weitere psychische Störung [17]. In beispielsweise deutschen oder französischen Heimpopulationen liegt die Prävalenz für psychische Störungen mit 49% bis 76% der jungen Menschen ähnlich hoch. Es zeigten sich ebenso hohe Komorbiditäten [238, 328]. Das sind, im Vergleich zur weltweit geschätzten Prävalenz psychischer Störungen bei Jugendlichen von 13%, erschreckend hohe Zahlen [329]. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weisen sowohl junge Menschen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe als auch Care Leaver:innen demnach ein rund zwei- bis vierfach erhöhtes Risiko auf, an einer psychischen Störung zu erkranken und ein dreifach erhöhtes Risiko, an mindestens zwei komorbid Störungen zu leiden [321, 324, 330].

10.2.5 Psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung

In den Online-Befragungen waren die JAEL-Teilnehmenden gefragt worden, ob sie schon in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung waren. Insgesamt gaben 74.6% der Teilnehmenden an, irgendwann einmal in ihrem Leben in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung gewesen zu sein. Ein Drittel 33.5% hatte bereits Erfahrungen mit einem stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik - mehr als die Hälfte (55.7%) davon in einer geschlossenen Abteilung. Insgesamt war auffällig, wie viele (zusätzliche) Beziehungswechsel die jungen Erwachsenen

auch im therapeutischen Setting machten (siehe Abbildung 26).⁶⁵ Bei 60.3% waren Behandlungen schon abgebrochen worden.

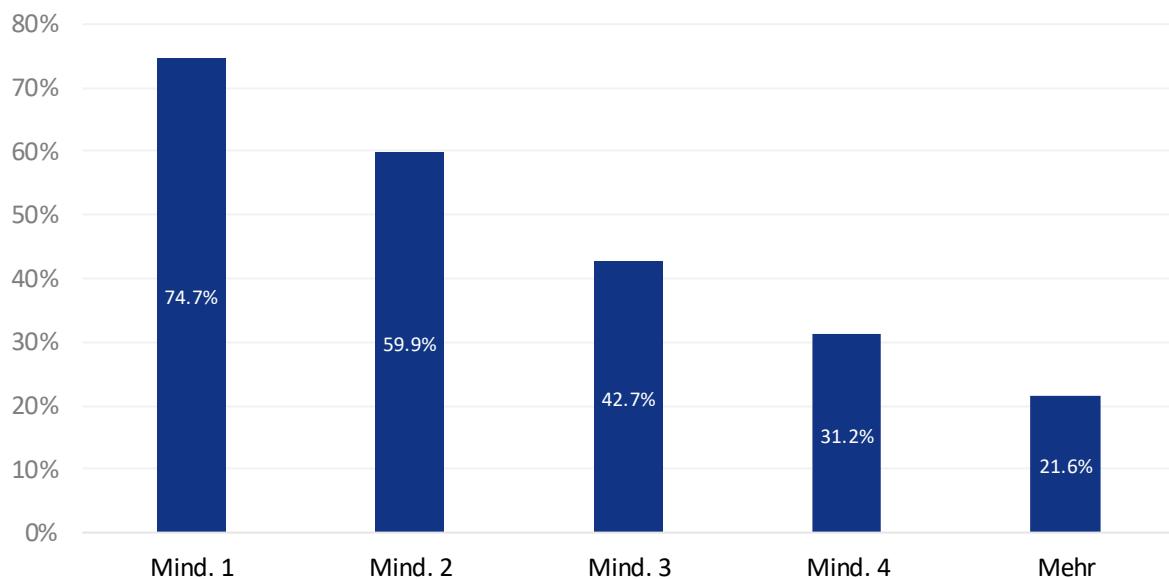


Abbildung 26: Anzahl unterschiedliche Psychotherapeut:innen/Psychiater:innen (N=209)

Zum Zeitpunkt der JAEL-Erhebungen befanden sich nur 23.4% in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung, obwohl mehrere JAEL-Teilnehmende in den Interviews deutlich betont hatten, wie wertvoll die Beziehungserfahrungen im therapeutischen Kontext für sie gewesen waren.

"Das muss ich auch noch sagen. Ich hatte drei vier Therapeuten in dieser Heimzeit, aber ich weiss jetzt eben nicht mehr, wie sie heisst, sie ist nicht mehr da, sie ist [...] Aber eine der besten Therapeutinnen, die ich je hatte. [...] Also wirklich. Sie gab mir das Gefühl, dass sie- dass sie mir auch zuhört [...] und dass sie sich auch vertieft ins Thema hinein und gab auch Tipps und – es war nicht einfach nur ein Psychologe, der dir zuhörte und sich eine Meinung daraus bildete, sondern auch ein bisschen komische Fragen stellte, aber dadurch sich selbst und mich auch auf den Punkt brachte, wo ich dachte, Ah ja, aus diesem Aspekt habe ich das nie so angeschaut." 71(m/24/neu)

"Mein Psychologe war F., wirklich, das tönt jetzt lustig, der war für mich alles. [...] Ja, wenn ich mit etwas Probleme hatte, dann ging ich zu ihm. Der hatte für mich immer einen guten Tipp, immer. Und wenn er – er hat nie gesagt ich weiss nicht, ich kann dir nicht helfen, das hat er nie gesagt." 135(m/28/neu)

"Die hat es voll gepackt, ja. Weil – eigentlich war das so, dass ich mir die Chance nicht gegeben habe, selber zu trauern. Und die I. (Name) war nicht so ein Mensch, weisst du. Die war nicht ähm kritikvoll. Alle Menschen wollten Kritik ausüben an mir, ne. Und keiner hat irgendwie verstanden, dass ich aber auch Leid erfahren habe in meinem Leben. Dass mir auch etwas zugestossen ist." 506(m/35/neu)

EXKURS: Herausforderungen bei der Nutzung von psychischen Gesundheitsdiensten durch Care Leaver:innen

Beunruhigend ist, dass unter Care Leaver:innen die Nutzung von psychischen Gesundheitsdiensten bis ins junge Erwachsenenalter stetig abnimmt, wobei die Bedürftigkeit an Unterstützung deutlich bestehen bleibt [331, 332]. Die Studie von McMillen und Kolleg:innen [332], welche 325 Care Leaver:innen untersuchte, zeigte beispielsweise, dass sich die Inanspruchnahme von psychologischen Dienstleistungen insbesondere in der Zeit kurz nach dem Verlassen der stationären

⁶⁵ Im Schnitt waren es 3.0 (SD = 3.4) unterschiedliche Behandler:innen.

Jugendhilfe um 60% reduzierte. Während im Alter von 17 Jahren noch 21% der Jugendlichen über eine medikamentöse Behandlung und 15% über eine stationäre Behandlung berichteten, waren es im Alter von 19 Jahren nur noch 3% resp. 1%. Ein Viertel gab als Grund dafür den fehlenden Nutzen der Behandlung an, 18% waren der Ansicht, keine Behandlung zu benötigen und 17% berichteten über unerwünschte Nebenwirkungen. Weitere 4% der Teilnehmenden konnten sich die anfallenden Kosten einer weiterführenden Behandlung nicht leisten und 2% waren mit den damit einhergehenden administrativen Tätigkeiten überfordert [332].

10.3 Delinquenz

„Ich glaub mit 12, 11 habe ich meine erste Zigarette gehabt, mit 12 den ersten Joint und 12 1/2 sind so die ersten Delikte gekommen, mit 13 ist es nachher schon größer geworden und mit 13 1/2 ist nachher schon die U-Haft gekommen bis 14 und dann bin ich nachher eigentlich schon in der (Institution) gewesen so gesagt ja, aber es ist wirklich Delikte, Gewalttätigkeit, das gewesen.“ 103(m/28/pos)

In Anlehnung an die Domänen von Copeland und Kolleg:innen [296] wird in diesem Kapitel auch das delinquente Verhalten der JAEL-Teilnehmenden zur Beschreibung deren sozialen Teilhabe berichtet. Dazu konnten die offiziellen Verurteilungsdaten des Bundesamtes für Statistik (BfS) abgerufen werden. Diese Daten können als objektives Mass der Delinquenz angesehen werden und beinhalten sowohl die Verurteilungen nach Jugend- als auch Erwachsenenstrafrecht. Berücksichtigt wurden Verbrechen und Vergehen, welche bis Ende 2017 registriert wurden. Verbrechen sind definiert als schwerwiegende Straftaten, die mit einer Freiheitsstrafe von mehr als drei Jahren bedroht sind. Vergehen sind weniger schwerwiegende Taten, die mit einer Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren oder mit einer Geldstrafe bedroht sind.⁶⁶ Übertretungen, welche im Schweizerischen Ordnungsbussengesetz (OBG) geregelt werden, wurden ausgeschlossen.

10.3.1 Prävalenzen

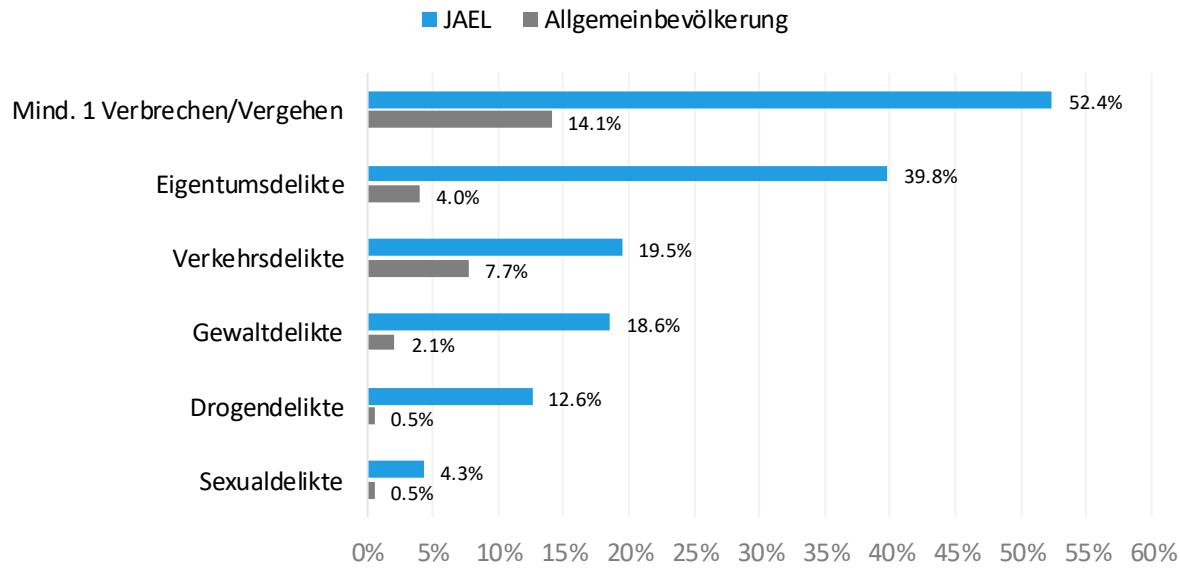


Abbildung 27: Prävalenz delinquenter Verhaltens der JAEL-Teilnehmenden insgesamt (N=231) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (N=843)⁶⁷

⁶⁶ Schweizerisches Strafgesetzbuch (StGB). (Stand: 1. Januar 2024). SR 311.0. Verfügbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19370083/index.html>

⁶⁷ Alle Unterschiede sind statistisch hochsignifikant. Eigentumsdelikte: $\chi^2 = 224.32, p < .001$; Gewaltdelikte: $\chi^2 = 98.79, p < .001$; Verkehrsdelikte: $\chi^2 = 23.84, p < .001$, Drogendelikte: $\chi^2 = 88.84, p < .001$; Sexualdelikte: $\chi^2 = 20.94, p < .001$

Betrachtet man zunächst die Verurteilungen über die gesamte Lebensspanne der JAEL-Teilnehmenden, so zeigte sich, dass über die Hälfte der JAEL-Teilnehmenden jemals ein Verbrechen oder Vergehen begangen hat. Das ist deutlich mehr als bei Gleichaltrigen aus der Allgemeinbevölkerung.⁶⁸

EXKURS: Kriminelles Verhalten bei Care Leaver:innen: Eine internationale Perspektive

Neben gesundheitlichen Problemen sind Care Leaver:innen auch häufiger in kriminelle Tätigkeiten verstrickt als Gleichaltrige aus der Allgemeinbevölkerung (vgl. [327]). Ergebnisse der Midwest-Studie zeigten zum Beispiel, dass 68% der männlichen und 42% der weiblichen 26jährigen Care Leaver im Erwachsenenalter verhaftet worden waren. Dies im Gegensatz zu 22% der Männer und 5% der Frauen aus der Allgemeinbevölkerung. Auch die Verurteilungsrate und die Anzahl der Inhaftierungen waren bei Care Leavern deutlich höher [333]. Größere internationale Geburtskohortenstudien, wie z.B. die „1970 British Birth Cohort (BSC70)“-Studie oder die „1987 Finnish Birth Cohort (FBC-87)“-Studie, zeigen ein ähnliches Bild [324, 334-338]. Die BSC70 verdeutlichte beispielsweise, dass ehemalig ausserfamiliär platzierte Jugendliche im Alter von 30 Jahren eine dreimal höhere Wahrscheinlichkeit haben, im (jungen) Erwachsenenalter verurteilt worden zu sein, als Gleichaltrige ohne frühere Unterbringungen [336]. Nicht nur im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, sondern auch in Bezug auf andere Hochrisikogruppen haben junge Erwachsene mit einem ausserfamiliären Platzierungshintergrund ein erhöhtes Risiko, straffälliges Verhalten zu zeigen [324, 334, 339]. In der Studie von Coté und Kolleg:innen hatten Care Leaver:innen beispielsweise ein zweifach erhöhtes Risiko, strafrechtlich verurteilt zu werden, als die nicht ausserfamiliär platzierten jungen Erwachsenen mit einem ähnlichen sozio-ökonomischen Hintergrund (Coté et al., 2018).

Um die Delinquenz als wichtigen Aspekt der sozialen Teilhabe zu beschreiben, sind in erster Linie hingegen die Verbrechen und Vergehen der JAEL-Teilnehmenden nach deren Austritt aus der stationären Kinder- und Jugendhilfe relevant. Im Ergebnis wurde deutlich, dass nur noch ein Anteil von leicht über einem Viertel nach Leaving Care verurteilt worden war. Eigentums- und Verkehrsdelikte waren auch hier am häufigsten (siehe Abbildung 7).

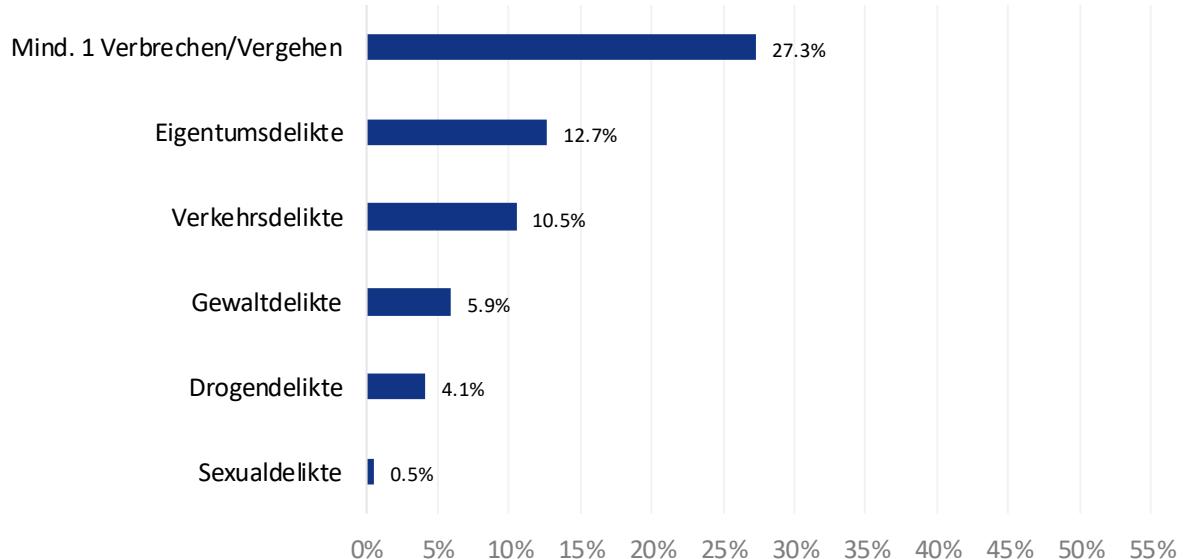


Abbildung 28: Prävalenz delinquenter Verhaltens nach Verlassen der stationären Kinder- und Jugendhilfe (N=220)

⁶⁸ Schon während MAZ. konnte eine repräsentative schweizerischen Schulstichprobe (N=843) aus 18 Schulen aus unterschiedlichen Schulniveaus (Gymnasien, Gewerbeschulen, kaufmännische Schulen, Mittelschulen und Brückengeschenk) gewonnen werden, welche uns ebenfalls einen Abgleich mit ihren Strafregisterauszügen erlaubt hat. Damals waren sie in einem vergleichbaren Alter wie die MAZ.-Teilnehmenden ($M = 17.18$, $SD = 1.19$); 43% waren weiblich, 88% waren in der Schweiz geboren, 84% waren Schweizer.

10.3.2 Merkmale für kriminelles Verhalten nach Leaving Care

Im Vergleich denjenigen Teilnehmern, die nach ihrer Zeit in der stationären Kinder- und Jugendhilfe keine Straftaten begangen haben, waren diejenigen mit Verurteilungen häufiger männlich als weiblich. Sie berichteten im Schnitt über höhere interpersonelle (Grandios, manipulativ) und affektive (Gefühlkalt, Unemotional) psychopathische Persönlichkeitszüge und hatten häufiger Persönlichkeitsprobleme – sowohl in selbstbezogenen Persönlichkeitsfunktionen (Identität, Selbstkontrolle) als auch im interpersonalen Bereich (Empathie, Nähe). Außerdem waren sie häufiger verschuldet und hatten häufiger in ihrem Leben schon mal keinen festen Wohnsitz (siehe Tabelle 10).

In Bezug auf Missbrauchserfahrungen in der Kindheit⁶⁹ oder aktuelle psychische Belastungen⁷⁰ gab es keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 10: Vergleich der bei JAEL erhobenen Merkmale der JAEL-Teilnehmenden mit und ohne kriminellem Verhalten (verurteilte Vergehen oder Verbrechen) nach Leaving Care (N=220)

	Ja (N=60)	Nein (N=160)	Test; p-Wert
	% (N)	% (N)	χ^2 = 16.62; $p < 0.001$
Geschlecht			
Männlich	88.3% (53)	59.4% (95)	
Weiblich	11.7% (7)	40.6% (65)	
Persönlichkeitsprobleme			
<i>LoPF</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	
Gesamtwert	51.9 (12.5)	50.7 (10.8)	n.s.
Identität	50.6 (13.3)	51.4 (11.5)	n.s.
Selbststeuerung	51.5 (12.4)	50.6 (11.4)	n.s.
Empathie	49.7 (10.3)	46.4 (8.9)	$F = 5.01; p < .05$
<i>STIP5.1</i>			
Gesamtwert	1.4(1.2)	1.0 (1.0)	$F = 5.98; p < .05$
Selbstfunktion	1.4 (1.2)	0.9 (1.0)	$F = 9.96; p < .01$
Identität	1.3 (1.1)	0.9 (1.0)	$F = 5.25; p < .05$
Selbststeuerung	1.2 (1.2)	0.8 (1.1)	$F = 6.92; p < .01$
Zwischenmenschliches Funktionieren	1.2 (1.0)	0.9 (0.9)	$F = 5.01; p < .05$
Empathie	1.1 (1.0)	0.8 (0.8)	$F = 4.91; p < .05$
Psychopathische Persönlichkeitszüge			
<i>YPI</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	
Gesamtwert	10.8 (1.8)	10.2 (1.6)	$F = 6.14; p < .05$
Interpersonal	9.8 (2.3)	8.9 (2.2)	$F = 6.52; p < .05$
Affektiv	10.4 (2.3)	9.6 (2.0)	$F = 5.89; p < .05$
Behavioral	12.2 (2.6)	12.0 (2.4)	n.s.
Sozioökonomische Lage			
Jemals ohne festen Wohnsitz	% (N)	% (N)	$\chi^2 = 4.31; p < .05$
Ja	43.3% (26)	28.5% (43)	
Nein	56.7% (34)	71.5% (108)	
Schulden			$\chi^2 = 8.52; p < .01$
Ja	72.9% (43)	50.7% (76)	
Nein	27.1% (16)	49.3% (74)	

⁶⁹ basierend auf den Angaben aus dem Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

⁷⁰ erhoben mit den Selbstbeurteilungen aus dem Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)

Insgesamt lässt sich auch aufgrund unserer Ergebnisse festhalten, dass delinquentes Verhalten nicht nur ein Problem von jungen Menschen in ausserfamiliären Unterbringungen ist (teils als Indikation für die Fremdunterbringung, teils als Verhalten während der Platzierungen), sondern auch von Care Leaver:innen. Erwartungsgemäß ist dies bei Männern häufiger der Fall als bei Frauen. Darüber hinaus scheint delinquentes Verhalten mit intrapersonellen (in der Person selbst) und interpersonellen (im Umgang mit anderen Personen) Problemen sowie mit Instabilität in verschiedenen Lebensbereichen (wie z.B. Wohnen und Finanzen) zusammenzuhängen.

Bis hierhin wurde jedoch nur gezeigt, mit welchen Problemen die JAEL-Teilnehmenden mit delinquentem Verhalten häufiger konfrontiert waren, als diejenigen, welche strafrechtlich nicht auffällig wurden. Im Weiteren wurde überprüft, welche Risiko- und Schutzfaktoren bereits während MAZ. identifiziert werden konnten, die mit dem delinquenden Verhalten nach Leaving Care zusammenhingen. Darauf wird in Kapitel 11.3 näher eingegangen.

10.4 Sozioökonomische Lage

Daten zur Einschätzung der sozioökonomischen Lage der JAEL-Teilnehmenden wurden mit Hilfe des Online-Anamnese-Fragebogens erfasst. Das Interesse lag vor allem auf den Variablen zur Ausbildung, der Erwerbstätigkeit, der finanziellen – und der Wohnsituation.

Angefangen mit der Ausbildung und dem Beruf werden die Bildungsabschlüsse der befragten Teilnehmenden vorgestellt und diese in einem nächsten Kapitel in Bezug zur Arbeitslosigkeit und zur Zufriedenheit in der Arbeitswelt gesetzt. Danach wird die finanzielle Situation dargestellt. Dabei wurde das subjektive Empfinden der Teilnehmenden punkto Einkommen und Zufriedenheit der finanziellen Situation erfragt und inwiefern sie auf Sozialhilfe und andere Transferleistungen angewiesen waren. Den letzten Interessenspunkt bildete die Wohnsituation der JAEL-Teilnehmenden dargestellt

10.4.1 Ausbildung

Der Erwerb formaler Bildung in Form von schulischen Leistungen, beruflichen Ausbildungen und weiterführenden Bildungsgängen stellt in der heutigen Gesellschaft ein erhebliches Mass für die soziale Teilhabe im (jungen) Erwachsenenalter dar, da diese die Grundlage für eine spätere Erwerbstätigkeit und die damit einhergehende finanzielle Sicherheit bildet [340].

Aus Abbildung 29 geht hervor, dass acht der 210 JAEL-Teilnehmenden, welche den online-Anamnesebogen bearbeitet hatten, weniger als acht Jahre die Schule besucht hatten. Rund 28% gaben die obligatorische Schule als höchsten Bildungsabschluss an. Der Grossteil hatte sich nach der obligatorischen Schule jedoch weitergebildet: Im Einzelnen hatten auf Sekundarstufe 33.8% eine Berufslehre abgeschlossen, 20.0% eine Anlehre gemacht und 5.2% erlangten einen Abschluss an einer Maturitätsschule/Diplommittelschule. Einige wenige konnten bis zum Erhebungszeitpunkt ihre Bildung auf der tertiären Stufe erweitern: Fünfzehn (7.1%) hatten eine höhere Fach- oder Berufsausbildung abgeschlossen, vier Teilnehmende (1.9%) hatten einen universitären oder einen Fachhochschulabschluss erreicht.

Wie in der Abbildung weiter zu sehen ist, fanden sich Unterschiede zur Gleichaltrigen aus der Allgemeinbevölkerung vor allem bei weiterführenden Bildungsabschlüssen im tertiären Bereich, vor allem Hochschulabschlüsse waren bei den JAEL-Teilnehmenden eine Seltenheit. So wiesen die JAEL-Teilnehmenden im Vergleich also zwar insgesamt weniger gute und hohe Abschlüsse auf, vergleicht man sie jedoch mit Gleichaltrigen, deren Eltern einen bildungsfernen Hintergrund aufweisen, scheinen deutlich mehr einen erfolgreichen Abschluss in einer Ausbildung auf Sekundarstufe erlangt zu haben.

Zusammengenommen erreichten zwei Drittel (68.0%) einen Abschluss, der über die obligatorische Schule hinausgeht. Letztlich kann man in Anbetracht der Vorbelastungen vieler ausserfamiliär platziert Kinder und Jugendlichen also feststellen, dass die Heime ihren Bildungsauftrag gut umsetzen und fast alle Jugendlichen die Schule und sehr viele auch Berufsausbildungen erfolgreich abschliessen.

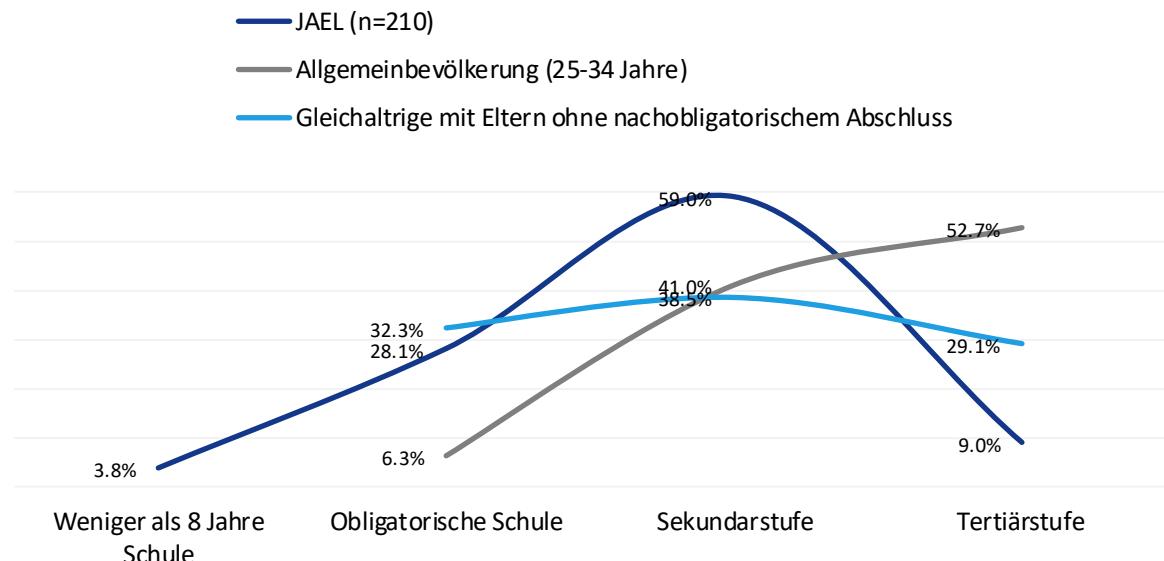


Abbildung 29: Höchster Bildungsabschluss⁷¹ der JAEL-Teilnehmenden im Vergleich zur gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung⁷² und Gleichaltrigen aus einem Elternhaus mit geringer Bildung⁷³

EXKURS: Bildungsabschlüsse bei Care Leaver:innen

[284, 341-350]

Weltweit zeigen sich grosse Unterschiede in den Bildungsergebnissen und -abschlüssen zwischen Care Leaver:innen und Gleichaltrigen aus der Allgemeinbevölkerung. Viele Care Leave:innen weisen im Vergleich ein dreifach erhöhtes Risiko für schlechtere Schulleistungen auf [334] und gehen in der Folge den Übergang ins Erwachsenenalter mit erheblichen Bildungsdefiziten ein. Die Übersichtsarbeit von Gypen und Kolleg:innen [327] verdeutlicht diese Annahme, indem die Schulabschlussquote je nach Studie zwischen 40 und 97% variierte. Diese grosse Heterogenität lässt sich möglicherweise vor allem dadurch erklären, dass die in den Studien verwendeten Stichproben unterschiedliche Altersgruppen aufwiesen und die Schulabschlussquote mit zunehmendem Alter steigt. Der Ergebnisvergleich der Midwest-Studie wies beispielsweise auf, dass wenngleich im Alter von 19 Jahren lediglich 64% der Care Leave:innen über einen Schulabschluss verfügten, sich – im Vergleich zu 91% der Allgemeinbevölkerung – der prozentuale Wert im Alter von 25 Jahren auf 85% erhöhte [351].

Einerseits sind massive Probleme in der Schule und Brüche in der Schulkarriere mit teilweise sehr langen Phasen ohne Schulbesuch wichtige Indikationen für ausserfamiliäre Platzierungen [352, 353]. Viele Jugendliche werden aufgrund von Lernschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten in der Schule fremdplatziert, und Schulheime kompensieren diese Lerndefizite durch heil- und sonderpädagogische Förderung. Gleichzeitig konnte genauso gezeigt werden, dass die Instabilität durch Platzierungen mit dem späteren beruflichen Status und dem Bildungserfolg zusammenhängt. In diesem Sinne brechen junge Menschen mit hoher Platzierungsinstabilität häufiger die Schule frühzeitig ab und sammeln von Anfang an wenig Berufserfahrung, was alles in allem deren Berufsperspektiven deutlich einschränkt [340]. Andererseits spielen familiäre Faktoren eine Rolle: In vielen Herkunftsfamilien besteht kein grosses Interesse an Bildung und die Eltern besitzen selbst oft

⁷¹ Primar- bis Sekundarstufe I: Obligatorische Schule (mit Abschluss der 9. Klasse); Sekundarstufe II: Berufliche Grundbildung (Anlehre oder Grundausbildung mit Attest, Berufslehre) und Allgemeinbildende Schulen (Fachmaturität, Gymnasiale Maturität); Tertiärstufe: Höhere Berufsbildung (höhere Fach- und Berufsausbildung) und Hochschulen (Universität/Fachhochschule)

⁷² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/bildungsindikatoren/indicators/bildungsstand.html>

⁷³ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/bildungsindikatoren/indicators/bildungsmobilitaet.html>; <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/bildungsindikatoren/themen/wirkung/bildungsmobilitaet.html>

keine höheren Bildungsabschlüsse. Deren Kinder wurden daher von ihnen häufig nicht adäquat gefördert und weisen wegen Defiziten im Bereich der exekutiven Funktionen und Teilleistungsschwächen einen besonderen Förderbedarf auf [353]. So verringert sich die Wahrscheinlichkeit einen höheren Abschluss zu erlangen in Haushalten mit nur einem Elternteil, in Familien, die bereits auf Sozialhilfen angewiesen waren bzw. sind, die schonmal mit dem Gesetz in Konflikt geraten sind oder die Migrationshintergründe haben. In Elternhäusern mit psychisch kranken oder alkohol -und substanzabhängigen Eltern(teilen) übernehmen die Kinder zudem oftmals viel Verantwortung für die Eltern oder Geschwister (Parentifizierung), sodass kaum Zeit und Kapazität übrigbleibt, um Schulsachen zu erledigen.

Die Anteile an Care Leaver:innen, welche an einer postsekundären Bildung teilnehmen sind gering. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (10 bis 23%) hat unter Care Leaver:innen nur ein kleiner Anteil (2 bis 8%) einen weiterführenden Hochschulabschluss an [327]. Es gilt in dieser Zeit des Überganges viele Hürden, wie finanzielle Schwierigkeiten oder benötigte und mangelnde Unterstützung bzw. Beratung, zu überwinden, die es oftmals für ausserfamiliär untergebrachte Jugendliche gar unmöglich machen, eine solche höhere Bildung anzustreben. Laut Brady und Gilligan [354] gehörte der Grossteil der untersuchten Care Leaver:innen vor allem zwei Gruppen an: (1) „kurzfristig unterbrochener Bildungsweg“ oder (2) „langfristig unterbrochener Bildungsweg. Die Gruppe des „kurzfristig unterbrochenen Bildungsweges“ bezeichnete diejenigen, die ihre akademische Laufbahn aufgrund von Drogenkonsum, Obdachlosigkeit oder Elternschaft kurzfristig unterbrechen mussten, bevor sie wieder allmählich Fuss fassten. Schliesslich bestand die Gruppe des „langfristig unterbrochenen Bildungsweges“ aus Care Leaver:innen, die besonders viele Schwierigkeiten aufwiesen, ihren Bildungsverlauf deshalb frühzeitig abgebrochen haben und sich eine Rückkehr im Nachhinein deutlich schwieriger gestaltete.

Dem entgegen spielt die Hochschulbildung gerade für das langfristige Überwinden von Armut und weiteren benachteiligenden Faktoren, die zu einer Fremdplatzierung führten, eine entscheidende Rolle. Schule kann zu einer Art sicherem Hafen für benachteiligte Kinder und Jugendliche werden. Sie trägt das Potential in sich, ein Ort zu sein, der Strukturen bietet, ein Ort, an dem die Betroffenen eine Art von Normalität erleben dürfen, weil sie eine/r von vielen sind und Gleichaltrige an einem unbelasteten Ort treffen können. Sie können dort auch Zeit mit Freund:innen verbringen, selbst wenn sie diese nicht mit „nach Hause“ nehmen können. Und langfristig ist Bildung eine zentrale Grundlage für gesellschaftliche und soziale Teilhabe. Sie verbessert nicht nur den materiellen Wohlstand, sondern geht häufig auch mit besserer Gesundheit einher. Sie stellt damit eine der wichtigsten und richtungsweisenden Faktoren der Transition in das Erwachsenwerden und in die Selbstständigkeit dar. Diesem Übergang stehen Care Leaver:innen früher als andere und auf sich allein gestellt gegenüber. Gleichzeitig gestaltet sich der Prozess für sie oftmals abrupt und muss in kürzester Zeit bewältigt werden.

10.4.2 Erwerbstätigkeit

In Bezug auf die Erwerbstätigkeit zum Zeitpunkt der JAEL-Erhebungen ging hervor, dass 57.1% der Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Untersuchung erwerbstätig waren (siehe Abbildung 30). Davon befanden sich 11.4% in Ausbildung. Knapp 5% machten eine Ausbildung ohne zusätzliches Einkommen. Fast 40% der Teilnehmenden war zum Erhebungszeitpunkt weder erwerbstätig noch in Ausbildung.

In weiterführenden Analysen zeigte sich, dass die zuletzt erwähnte Gruppe (weder erwerbstätig noch in Ausbildung) zu ca. zwei Dritteln aus Männern (66.3%) bestand und die zugehörigen Personen zum grössten Teil ledig waren (92.8%). Über die Hälfte (54.4%) der Erwerbslosen waren während der Zeit der JAEL-Untersuchungen auf Jobsuche, wovon aber nur ein Drittel (31.3%) angab dabei Unterstützung zu erhalten.

Vergleicht man die Gruppe, die weder in Ausbildung noch erwerbstätig war mit den übrigen Teilnehmenden anhand weiterer Variablen, so zeigten sich weitere Unterschiede: Sie waren beispielsweise statistisch signifikant häufiger von Substanzgebrauchsstörungen⁷⁴ und Depressionen⁷⁵ betroffen und waren häufiger von Transferleistungen seitens der Arbeitslosenversicherung⁷⁶ oder Sozialhilfe⁷⁷ abhängig.

⁷⁴ $\chi^2(1) = 7.073, p < .05$

⁷⁵ $\chi^2(1) = 12.065, p < .001$

⁷⁶ $\chi^2(1) = 9.025, p < .01$

⁷⁷ $\chi^2(1) = 40.808, p < .001$

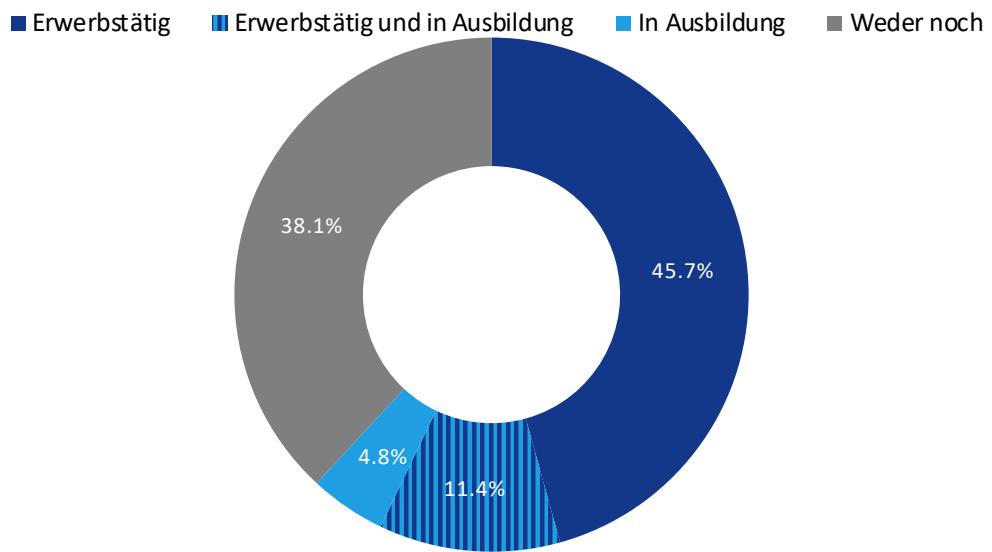


Abbildung 30: *Anteil der Erwerbstäigen und der Teilnehmenden in Ausbildung (N=210)*

Von allen JAEL-Teilnehmenden hatte gut ein Drittel (38.6%) angegeben, jemals länger als ein Jahr arbeitslos gewesen zu sein. Auch wurde fast der Hälfte der Teilnehmenden (45.7%) mindestens einmal ein Arbeitsverhältnis gekündigt. Dies ist auch mit der Aussage, dass fast die Hälfte der Teilnehmenden (48.6%) zwei bis fünf verschiedene Stellen hatten, kongruent. Diese relativ häufigen Wechsel und Misserfolgserlebnisse sind für psychisch belastete junge Menschen leider nicht untypisch [195, 355-357]. Die Ungewissheit und die häufigen Wechsel innerhalb des Arbeitsmarktes waren vermutlich wesentliche Gründe für die diversen Meinungen bezüglich der Zufriedenheit in der aktuellen beruflichen Situation (siehe Abbildung 31).

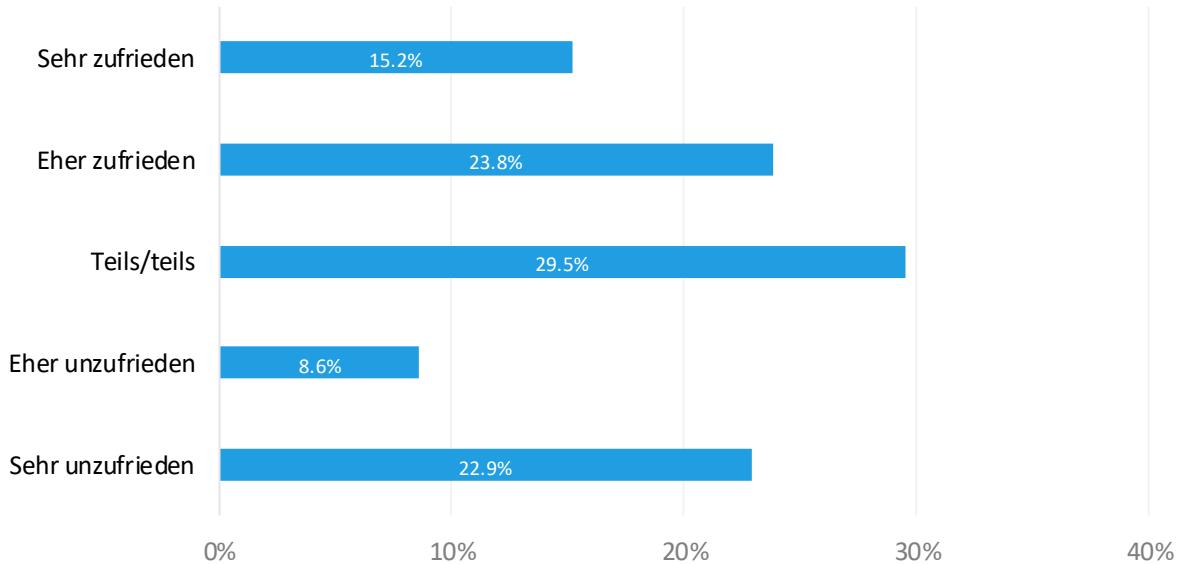


Abbildung 31: *Zufriedenheit mit der aktuellen beruflichen Situation (N=210)*

EXKURS: Erwerbstätigkeit unter Care Leaver:innen

Aufgrund ihrer häufig vorkommenden Bildungsdefiziten sowie ihrer psychischen Belastungen haben Care Leaver:innen deutlich geringere Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Dies führt dazu, dass nur wenige von ihnen später erwerbstätig sind, welches sich, je nach Studie, in einer Arbeitslosenquote zwischen 15% und 80% widerspiegelt, wobei diejenigen, die erwerbstätig sind, zudem oft instabile Arbeitsverhältnisse mit niedrigen Einkommensquellen aufweisen [327]. Verglichen mit der Jugendarbeitslosigkeit in der Schweizer Bevölkerung ist ein bedeutender Unterschied zu vermerken. Im Bericht des Staatssekretariats für Wirtschaft SECO wurde 2018 eine Arbeitslosenquote der 15- bis 24-Jährigen von 2.5% ermittelt [358].

Die Studie von Hook und Courtney [359] zeigte beispielsweise, dass im Alter von 24 Jahren lediglich die Hälfte der von ihnen untersuchten Care Leaver:innen erwerbstätig waren. Weitere 30% waren zum Zeitpunkt der Untersuchung auf Jobsuche. Diejenigen, die arbeitslos waren, hatten dabei einen signifikant niedrigeren Bildungsstand als die Erwerbstätigen, wobei ein Drittel dieser jungen Erwachsenen über keinen Schulabschluss verfügte. Ein weiterer Grund, welcher zu der erhöhten Arbeitslosigkeit der untersuchten Care Leaver:innen führte, war womöglich die hohe Delinquenz unter den männlichen Teilnehmenden. So waren zum Zeitpunkt der Studie viele inhaftiert (16%) oder waren seit ihrem 18. Lebensjahr mindestens einmal verurteilt worden (58%). Dabei haben ehemalige Verurteilte generell deutlich geringere Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Unter den jungen Frauen stellte hingegen die frühzeitige Mutterschaft mit einem Prozentsatz von 78% ein erhebliches Hindernis für eine erfolgreiche Arbeitsintegration dar [359]. Während sich die Befunde dieser Studie auf die Erwerbstätigkeit von Care Leaver:innen in den Vereinigten Staaten beziehen, ermöglicht die Studie von Cameron und Kolleg:innen [360] eine verlässliche Auskunft über die Arbeitsintegration von Care Leaver:innen in Europa. Die Studie verglich dabei die Daten drei umfassender Kohortenstudien aus Grossbritannien (BCS70), Finnland (FBC-87) und Deutschland („Sozio-ökonomisches Panel (SOEP)“). In Grossbritannien waren 66% der Care Leaver:innen im Alter von 30 Jahren erwerbstätig (gegenüber 82% in der Allgemeinbevölkerung), in Deutschland knapp 50% (gegenüber 56% in der Allgemeinbevölkerung) und in Finnland 42% (gegenüber 73% in der Allgemeinbevölkerung). Entsprechend gross fielen daher die Arbeitslosenquoten aus: 45% in Deutschland, 34% in Grossbritannien und knapp 23% in Finnland. Die restlichen Care Leaver:innen waren zum Zeitpunkt der Erhebung entweder auf Jobsuche oder kümmerten sich um den Haushalt [360]. Die Ergebnisse dieser Studien verdeutlichen, dass, wenngleich die verschiedenen Länder unterschiedliche Sozialleistungen aufzeigen, Care Leaver:innen auf dem Weg in die Erwerbstätigkeit länderübergreifend gleichermassen benachteiligt sind.

10.4.3 Finanzielle Situation

Zusammengenommen gaben nur rund 20% der Teilnehmenden an, mit ihrer finanziellen Situation zufrieden zu sein. Während die Aussage „sehr zufrieden“ mit nur 5% eindeutig am seltensten angegeben wurde, wurden die anderen Kategorien ähnlich häufig genannt. Diese homogene Verteilung deutet darauf hin, dass die Teilnehmenden ihre finanzielle Situation sehr unterschiedlich wahrgenommen und sich diese vielseitig gestaltet haben (siehe Abbildung 32). Zu einer niedrigen bzw. hohen finanziellen Zufriedenheit können verschiedene Aspekte beitragen, wie z.B. das Ausreichen des monatlichen Einkommens, der Bezug von Transferleistungen oder auch Schulden.

Das monatliche Einkommen wurde weiter unter dem Gesichtspunkt beurteilt, ob dieses zum Leben ausreicht. Zusammengenommen war es beinahe die Hälfte der Teilnehmenden, die angab, dass das monatliche Einkommen nicht ausreicht – auch wenn die Kategorien insgesamt recht gleichmässig verteilt waren. Auf einer 5-stufigen Skala von „mit dem Einkommen lässt sich sehr gut leben“ bis hin zu „Ende Monat ist das Geld knapp“ wurde jede Aussage mit einer ungefähr 20 bis 30%-Rate als zutreffend beurteilt. Mit Ausnahme der Aussage „mit dem Einkommen lässt sich sehr gut leben“, die einen deutlich tieferen Anteil aufzeigte (siehe Abbildung 33).⁷⁸

⁷⁸ Ca. 60% der 18- bis 24-Jährigen in der Allgemeinbevölkerung hat eine hohe bis sehr hohe Zufriedenheit in Bezug auf die finanzielle Situation. Jeweils 51.5% finden es "einfach oder sehr einfach über die Runden zu kommen" und nur 8.8% finden dies "schwierig oder sehr schwierig" (Bundesamt für Statistik. Subjektive Einschätzung der finanziellen Situation des Haushalts nach verschiedenen soziodemografischen Merkmalen. 2023 [20.10.2023]: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/soziale-situation-wohlbefinden-und-armut/subjektives-wohlbefinden-und-lebensbedingungen/subjektive-bewertung-der-finanziellen-situation.assetdetail.26905678.html>).

Schlussbericht Modellversuch JAEL

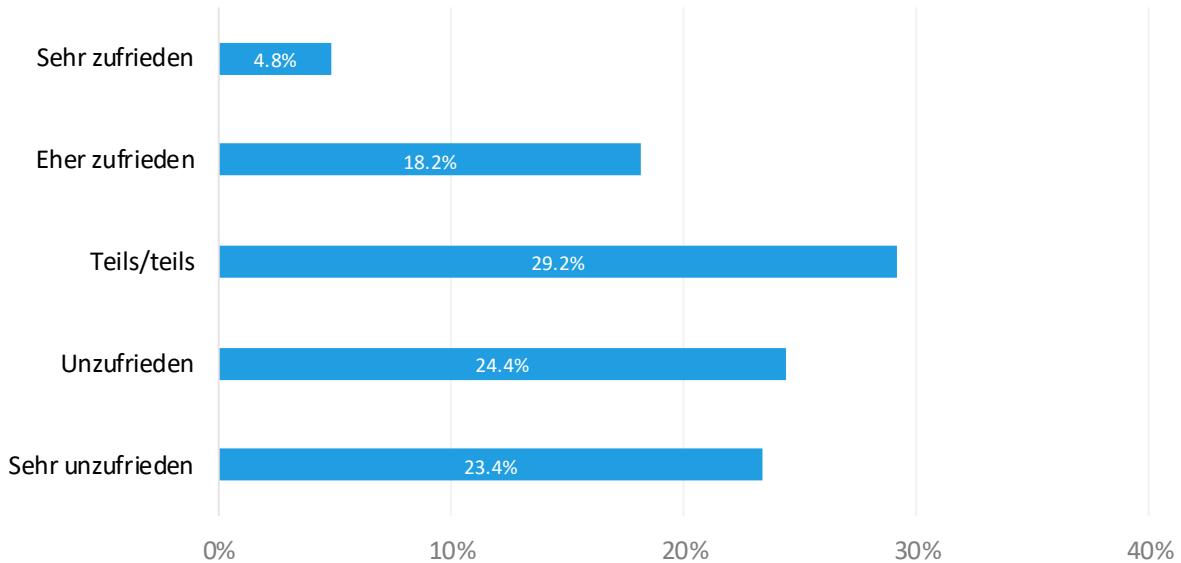


Abbildung 32: *Beurteilung der Zufriedenheit mit der aktuellen finanziellen Situation (N=209)*

Unter den Teilnehmenden, die erwerbstätig waren (und nicht in Ausbildung) waren es immer noch 29.2%, die meinten, dass das Geld Ende Monat mind. Knapp sei oder nicht zum Leben ausreiche, 20.8% verdienten weniger als 1500 CHF im Monat.



Abbildung 33: *Einschätzungen des monatlichen Einkommens (N=209)*

Fast die Hälfte der JAEL-Teilnehmenden (46.9%) gab an, dass ihr Einkommen zum Zeitpunkt der Befragungen durch Transferleistungen unterstützt würde (siehe Abbildung 34). Am häufigsten wurden Sozialhilfen bezogen, gefolgt von der Invalidenversicherung (IV).

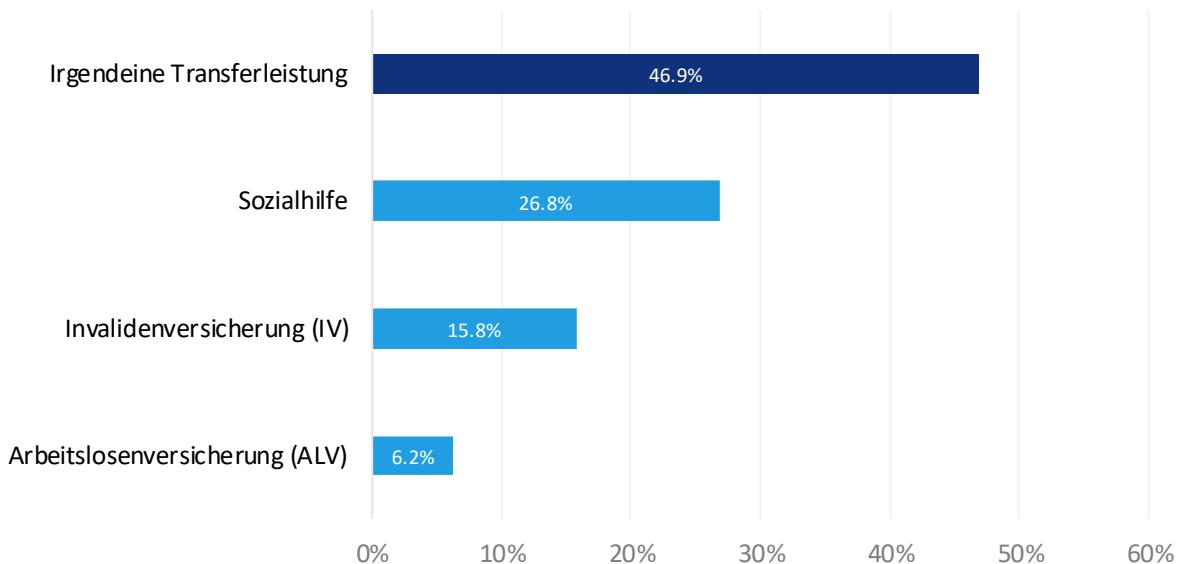


Abbildung 34: Häufigkeit der bezogenen Transferleistungen der JAEL-Teilnehmenden (N=209)

Ein weiterer potenziell belastender Faktor ist, dass 56.9% der JAEL-Teilnehmenden von Schulden berichteten⁷⁹, was wiederum in einem statistisch hochsignifikanten Zusammenhang⁸⁰ mit ihren sehr häufig vorhandenen finanziellen Sorgen stand. Nur etwas weniger als ein Drittel der Teilnehmenden hatte weder Schulden, noch waren sie über ihre finanzielle Lage besorgt. Demgegenüber berichteten 55.6% von finanziellen Sorgen, darunter war der grösste Anteil verschuldet – nur wenige Teilnehmende sorgten sich über ihre Finanzen, obwohl sie keine Schulden hatten (siehe Abbildung 35).

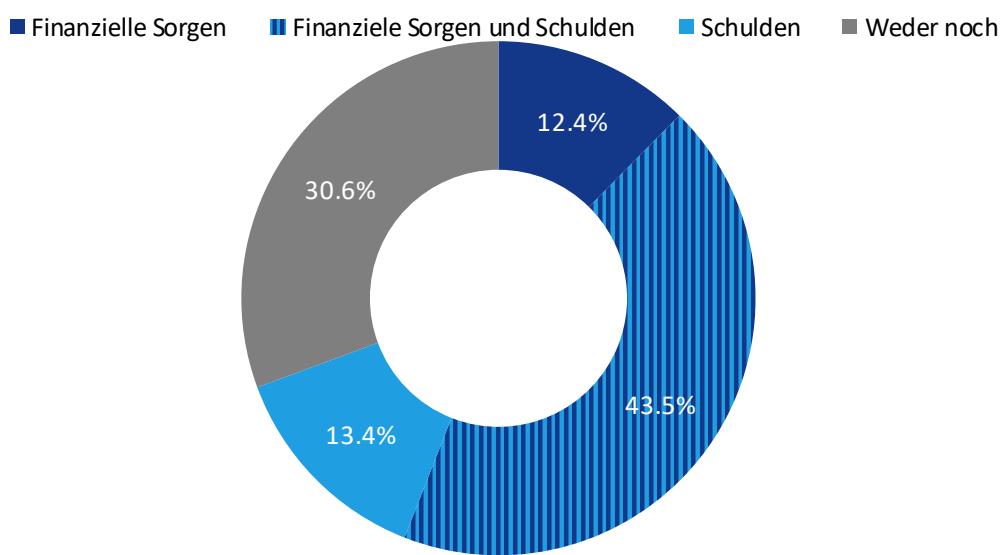


Abbildung 35: Schulden und aktuelle finanzielle Sorgen der JAEL-Teilnehmenden (N=209)

⁷⁹ In der allgemeinen Schweizer Bevölkerung leben mehr als 40% in einem Haushalt mit mindestens einer Art von Schulden (Bundesamt für Statistik 2020): <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/einkommen-verbrauch-vermoegen/verschuldung.html>.

⁸⁰ $\chi^2(1) = 47.081, p < .001$

Wie Abbildung 36 zeigt, hatte über die Hälfte der JAEL-Teilnehmenden mind. CHF 1'000 Schulden, über 40% mind. CHF 5'000 und fast ein Drittel mind. CHF 10'000. Insgesamt umfasste die Spanne der Schulden zwischen 50 CHF und 700'000. Obwohl der Durchschnittswert 38'799 CHF betrug, lagen drei Viertel der Schulden unterhalb von CHF 30'000 CHF. Die ungleiche Verteilung ist also auf vereinzelte Teilnehmende zurückzuführen, die sehr hohe Schulden hatten. Dabei ist zu beachten, dass es sich in diesen Fällen oft um eine Hypothek handelte, was im Allgemeinen zu hohen „Schulden“ führt.

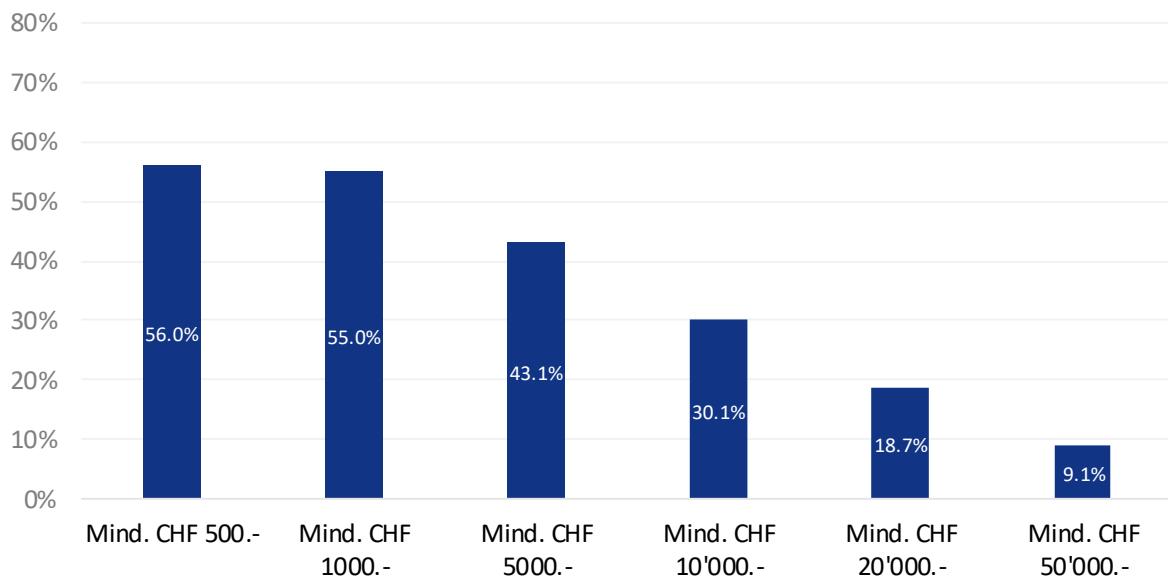


Abbildung 36: Anteil Teilnehmende nach Höhe ihrer finanziellen Schulden (N=209)⁸¹

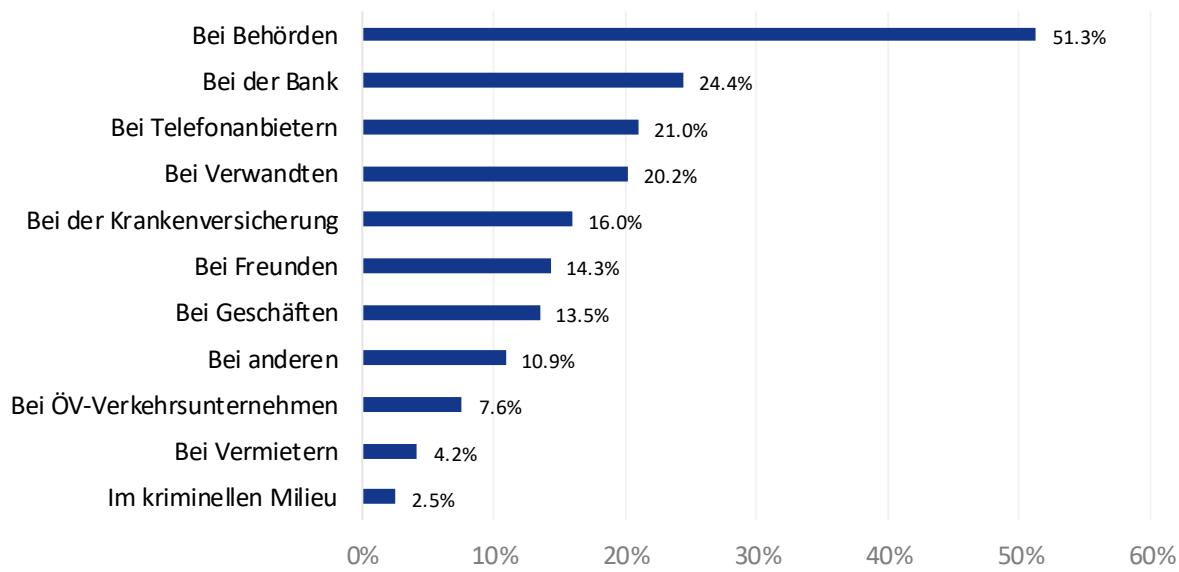


Abbildung 37: Schuldenquellen unter den derzeit Verschuldeten (Mehrfachnennungen möglich) (N=119)

Jede/r Zweite, der Schulden hatte (49.6%), hatte diese bei unterschiedlichen Instanzen (siehe Abbildung 37). Die Hälfte (51.3%) hatte Schulden bei Behörden. Dabei ging es vor allem um

⁸¹ Vier Teilnehmende berichteten über CHF 200'000 oder mehr Schulden. Diese wurden in dieser Abbildung nicht berücksichtigt.

ausstehende Steuern, aber auch Gerichtskosten oder unbezahlter Militärpflichtersatz wurden beispielsweise in dieser Kategorie benannt.

EXKURS: Finanzielle Herausforderungen unter Care Leaver:innen: Eine internationale Perspektive

Die Mehrzahl der berücksichtigten Studien in der Übersichtsarbeit von Gypen und Kolleg:innen [327] ergab, dass Care Leaver:innen gerade einmal die Hälfte des durchschnittlichen Einkommens in der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung verdienen. Besonders gross fiel der Unterschied in der Midwest-Studie in den USA aus: Care Leaver:innen mussten mit USD 8'000 im Jahr über die Runden kommen, die Vergleichsstichprobe verfügte über rund USD 18'300. Mehr als die Hälfte (56%) der Care Leaver:innen lebten im Alter von 24 Jahren unter der Armutsgrenze. Selbst unter den Erwerbstätigen galten weiterhin 22% aufgrund niedriger Einnahmen als benachteiligt.

Demnach ist auch nicht verwunderlich, dass auch gemäss anderer Studien ein Grossteil der Care Leaver:innen (zwischen 17% und 33%) auf Sozialhilfe angewiesen ist [327]. In Schweden lag die Invalidenrente beispielsweise bei 10%, was die 2%-Rate der Allgemeinbevölkerung deutlich überschritt. Die schulische Leistung sowie der Schulerfolg wurden im Übrigen dort als stärkste Prädiktoren für den Bezug von Invalidenrenten beschrieben [361]. Darüber hinaus bezogen in Finnland 87% der Care Leaver:innen im Alter von 28 Jahren Einkommensbeihilfen – im Vergleich zu 30% in der Allgemeinbevölkerung. In Grossbritannien gaben hingegen lediglich 8% der Care Leaver:innen im Alter von 30 Jahren an, Einkommensbeihilfen zu beziehen (im Vergleich zu 2% der Allgemeinbevölkerung). Dieser Unterschied lässt sich womöglich, nebst den unterschiedlichen Wohlfahrtpolitiken, auf die unterschiedliche Erfassungsmethoden der beiden Studien zurückführen: Während die Daten aus Grossbritannien auf Selbstberichten beruhen, stammen die Daten aus Finnland aus offiziellen Melderegistern. Dennoch gaben in Grossbritannien lediglich 35% der Care Leaver an, keine Sozialhilfe zu beziehen [360].

10.4.4 Wohnsituation

Zum Zeitpunkt der Befragung lebten noch sechs (2.8%) der JAEL-Teilnehmenden in einer sozialpädagogischen Institution und zwei in einer Pflegefamilie (0.9%). Die meisten der JAEL-Teilnehmenden hatten jedoch die Unterbringung in der Jugendhilfeeinrichtung verlassen und wohnten selbstständig. Der Grossteil gab an, mit dem/der Partner:in zusammen zu leben (35.5%), gefolgt von 35.1%, die alleine wohnten. Die dritthäufigste Wohnform bildete die Wohngemeinschaft mit 12.3% (siehe Abbildung 38).

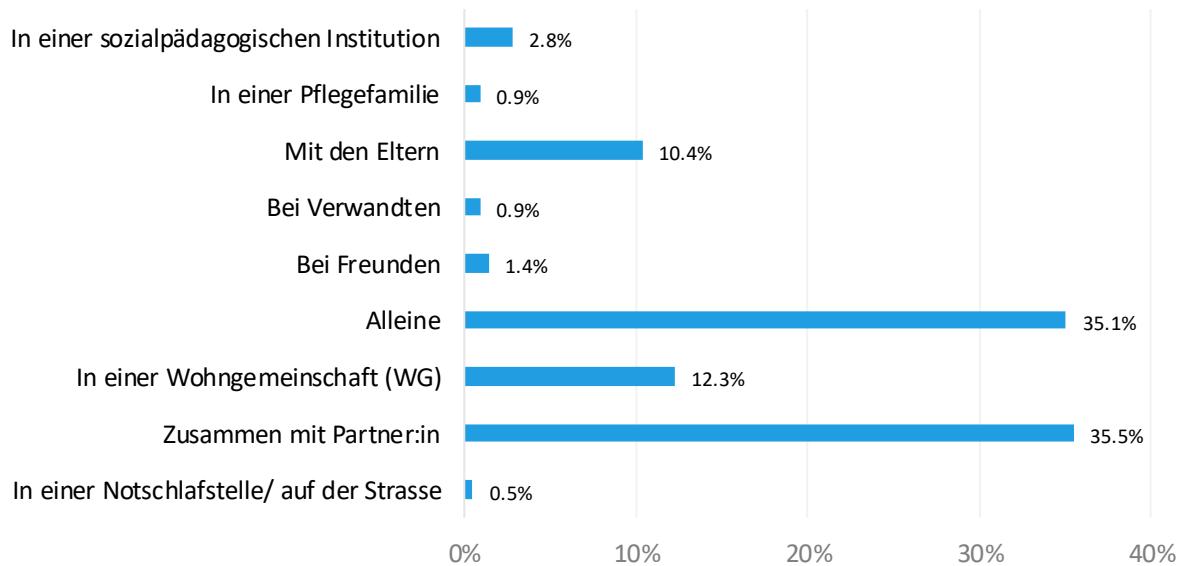


Abbildung 38: Wohnsituation der JAEL-Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Befragung (N=211)

Wie in Kapitel 7.1 erwähnt, hatten 50.2% berichtet, dass sie direkt nach dem Austritt aus der letzten stationären Unterbringung erstmal in ihr Elternhaus zurückgekehrt waren. Zum Zeitpunkt der JAEL-Erhebungen waren es noch 10.4%, die angegeben hatten, immer noch bei ihren Eltern zu wohnen.

Ausserdem gab es sechs männliche Teilnehmende, die berichteten, dass sie direkt nach Austritt aus der stationären Kinder- und Jugendhilfe gezwungen waren, in einer Notfallschlafstelle zu übernachten, während dies zum Zeitpunkt der Befragung nur noch ein männlicher Teilnehmer war. Generell war jedoch rund ein Drittel (32.7%) der JAEL-Teilnehmenden mindestens einmal zwischenzeitlich ohne festen Wohnsitz ("*Waren Sie jemals in der Situation, dass Sie nach einem Schlafplatz suchen mussten, weil Sie keinen festen Wohnsitz hatten?*").

Schliesslich gaben zwei – wiederum männliche – Teilnehmer an, direkt nach Austritt aus der letzten ausserfamiliären Unterbringung im Gefängnis gewesen zu sein, während einer von diesen zum Zeitpunkt der Befragung allein und der andere mit dem/der Partner:in zusammenwohnte.

EXKURS: Die Wohnungsunsicherheit von Care Leaver:innen: Risikofaktoren für Obdachlosigkeit

Generell bringen die finanziellen Schwierigkeiten und die damit einhergehende existentielle Unsicherheit von Care Leavern:innen erhebliche Schwierigkeiten für ihre Wohnsituation mit sich. Dabei ist nicht nur das Finden einer passenden Wohnung eine Herausforderung, sondern insbesondere auch das Halten dieser Unterkunft. Studien aus den USA haben beispielsweise gezeigt, dass ein Grossteil der Care Leaver:innen zumindest vorübergehend obdachlos war [362-364]. Konkret zeigte die Studie von Wade und Dixon [364] auf, dass zum Zeitpunkt der Befragung nur rund ein Drittel (31%) untersuchten Care Leaver:innen in einer Mietwohnung lebten. Fast zwei Fünftel (38%) lebten aufgrund weiterer Schwierigkeiten in einer betreuten Wohnung; 14% waren bei einem Familienangehörigen untergekommen; 6% lebten erneut in einer Pflegefamilie und weitere 12% lebten in vorübergehenden, oft instabilen Unterkünften. Dazu gehörten Unterbringungen bei Freund:innen, in einem Hotel oder in Haft. Des Weiteren berichtete mehr als ein Drittel (35%) davon, nach Beendigung ihrer Fremdplatzierung mindestens einmal vorübergehend obdachlos gewesen zu sein [364]. Eine vergleichbare Situation lässt sich auch in Europa wiederfinden: Care Leaver:innen in Grossbritannien erlebten nach Beendigung ihrer Fremdunterbringung ein dreifach und in Finnland gar ein sechsfach erhöhtes Risiko, obdachlos zu werden.

Genauso war schon zu beobachten, dass nicht nur ehemals fremdplatzierte junge Menschen häufiger eine Phase der Obdachlosigkeit erfahren, sondern auch, dass unter registrierten Obdachlosen ein grosser Anteil aus jungen Menschen mit Jugendhilfeerfahrungen besteht. Beispielsweise leben in Deutschland etwa 37'000 junge Menschen unter 27 Jahren auf der Strasse. Zwei Drittel von ihnen sind junge Erwachsene, 20% sind minderjährig. Die meisten von ihnen kommen aus zerrütteten Familienverhältnissen und haben als Kinder und Jugendliche in Erziehungseinrichtungen gelebt. Dabei gibt es in der Jugendhilfe für schwerwiegende Fälle oft nicht die richtigen Lösungsansätze, wodurch viele Heimjugendliche bereits früh in sogenannte „Massnahmen-Karrieren“ abtauchen, Misstrauen gegenüber sozialpädagogischen Institutionen entwickeln und schliesslich an den Massnahmen der Jugendhilfe scheitern [365].

So zeigen auch Forschungen zu den möglichen Risikofaktoren für eine Obdachlosigkeit nach Beendigung der Fremdunterbringung, dass die wiederholte Flucht aus der Fremdunterbringung sowie die häufigen Wechsel der Fremdunterbringung dabei vor allem auf institutioneller Ebene eine grosse Rolle spielen. Auch eine Vorgeschichte körperlicher Misshandlungen, Delinquenz und psychischer Probleme trugen zu einem erhöhten Risiko der Obdachlosigkeit bei [366]. Im Gegensatz dazu scheinen Schutzfaktoren gegen eine Obdachlosigkeit nach Beendigung einer Fremdunterbringung vor allem auf einer engen Beziehung zu einem Erwachsenen, einer langfristig stabilen Fremdunterbringung bis mindestens zum 21. Lebensalter sowie einem Schulabschluss und einer aktuellen Schul- oder Arbeitseinbindung zu beruhen [367].

10.5 Beziehungen

Ein zentraler Aspekt der sozialen Teilhabe ist das Aufbauen und Aufrechterhalten von Beziehungen. Die Analysen der Daten, welche über den Fragebogen "Multidimensional Scale of Perceived Social Support" (MSPSS) erhoben wurden, zeigten, dass etwas zwei Drittel der JAEL-Teilnehmenden ein hohes Mass an sozialer Unterstützung wahrnahmen. Sie erfuhren diese vor allem von ihren

Partner:innen und ihren Freund:innen, dafür aber nur in geringerem Masse von ihrer Herkunfts Familie (siehe Abbildung 39).

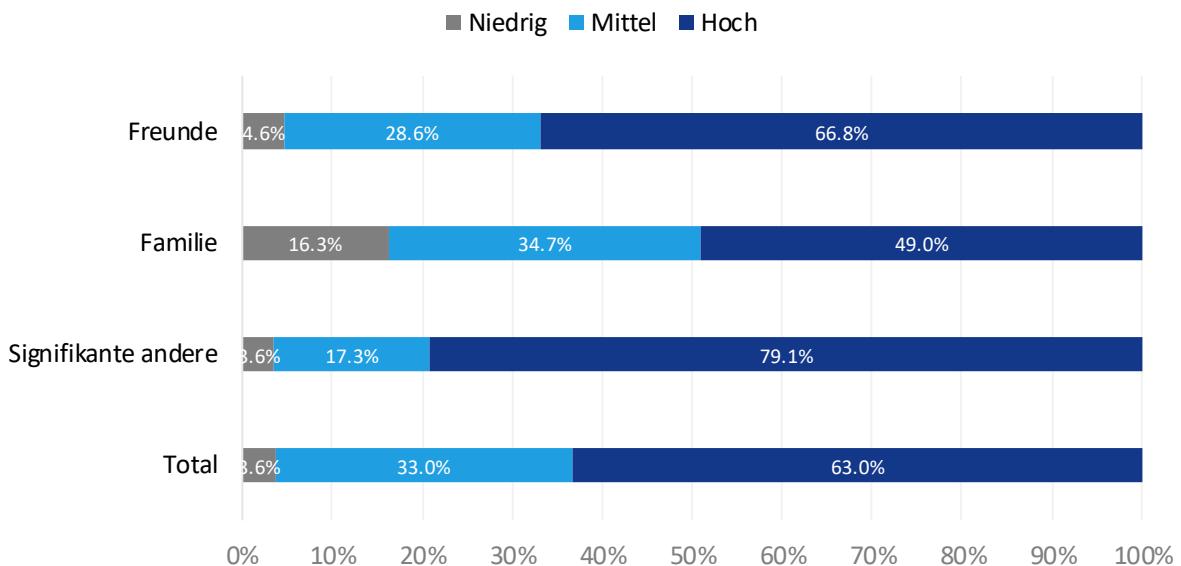


Abbildung 39: Anteil erfahrener sozialer Unterstützung (MSPSS) (N=196)

EXKURS: Die Bedeutung von Beziehungen

[368, 369]

„Die Kinder von Kauai“ ist eine langjährige, berühmte Studie, die in den 1950er Jahren unter der Leitung von Emmy Werner auf der hawaiianischen Insel Kauai durchgeführt wurde. Sie hatte das Ziel, die Entwicklung von Kindern von ihrer Geburt bis ins Erwachsenenalter zu verfolgen, um Faktoren zu identifizieren, die zu Resilienz und positiver Entwicklung führen. Auch wenn viele Faktoren genannt wurden, die sich auf wichtige Kompetenzen und Entwicklungsschritte in der Kindheit auswirken, wurde ein Aspekt deutlich, der sich auf die Zeit als Säugling bezieht und somit außerhalb der Kontrolle des Individuums liegt: Kinder, die sich später vorteilhaft und eigenständig entwickelten, hatten mindestens eine Bezugsperson, die ihnen viel Aufmerksamkeit und Wohlwollen entgegenbrachte. Später bekamen genauso Personen außerhalb der Familie (z.B. Lehrer) eine zentrale Bedeutung, die als Vorbilder dienten oder die den jungen Menschen mit Rat und Tat zur Seite stehen konnten.

„Was macht unser Leben glücklicher und gesünder?“ dies ist eine der zentralen Fragen in der „Harvard Study of Adult development“ – auch bekannt als die Glücksstudie, welche das Leben von zwei Generationen von Männern 75 Jahre lang begleitet, ohne zu wissen, wie deren Lebensentwürfe und Ausgänge sein würden. Darauf fanden sie eine Antwort, die uralt zu sein scheint: Beziehungen. In ihren Ergebnissen präsentierten sie drei Hauptergebnisse. Erstens, Personen, die eine starke soziale Verbundenheit erlebten, lebten länger und waren gesünder. Zweitens, dabei kam es nicht auf die Anzahl der Beziehungen an, sondern deren Qualität. Besonders das Verbleiben in konfliktbesetzten Beziehungen erwies sich als sehr ungünstig für die Gesundheit. Und schliesslich wurde sogar festgestellt, dass Menschen, die in guter sozialer Verbundenheit leben und starke zwischenmenschliche Beziehungen pflegen, tendenziell eine bessere kognitive Gesundheit und Gedächtnisleistung im späteren Leben aufweisen als solche, die sozial isoliert sind oder wenig Unterstützung haben.

Gerade wenn man die JAEL-Teilnehmenden mit studentischen Stichproben vergleicht, zeigt es sich, wie die erfahrene soziale Unterstützung durch die Familie abfällt (siehe Abbildung 40).⁸² Dazu passend hatten 21.5% in der Anamnese angeben, keinen regelmässigen Kontakt zu ihren Geschwistern zu haben. Mehr als ein Viertel (28.7%) hatte zur leiblichen Mutter und fast die Hälfte (45.0%) zu ihrem

⁸² Leider lassen sich kaum andere Studien mit Stichproben aus vergleichbaren Kulturen finden, welche die MSPSS verwendet haben.

leiblichen Vater keinen Kontakt. In den vielen Fällen wurden als Gründe dafür Todesfälle benannt. Etwas seltener (gegenseitiges) Desinteresse oder dass die Personen ihnen gänzlich unbekannt seien.⁸³

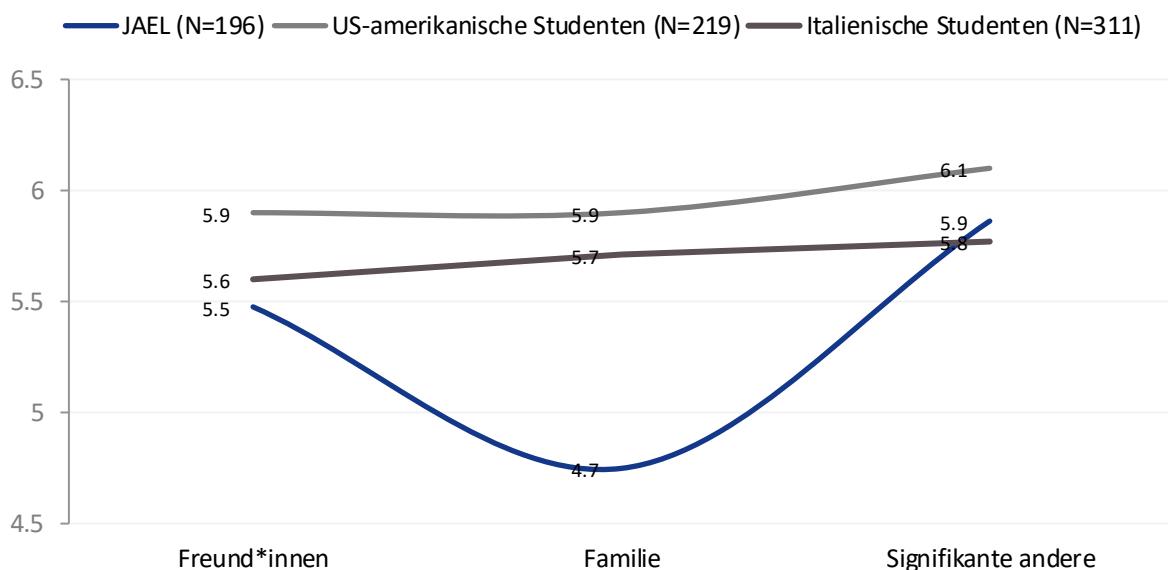


Abbildung 40: Soziale Unterstützung (Skalenmittelwerte des MSPSS) der JAEL-Teilnehmenden im Vergleich zu anderen Stichproben [370, 371]

Die soziale Unterstützung durch Freund:innen schien gemäss der MSPSS (siehe Abbildung 40) zwar auch nicht maximal hoch auszufallen, zusammenfassend war der grösste Anteil der JAEL-Teilnehmenden mit ihrem Freundes- und Bekanntenkreis jedoch zufrieden (siehe Abbildung 41). Fast alle (96.2%) hatten weiter angegeben, mindestens eine/n enge/n Freund:in zu haben, 87.1% berichteten über mindestens zwei, zwei Drittel (67.0%) über drei und mehr enge Freund:innen.

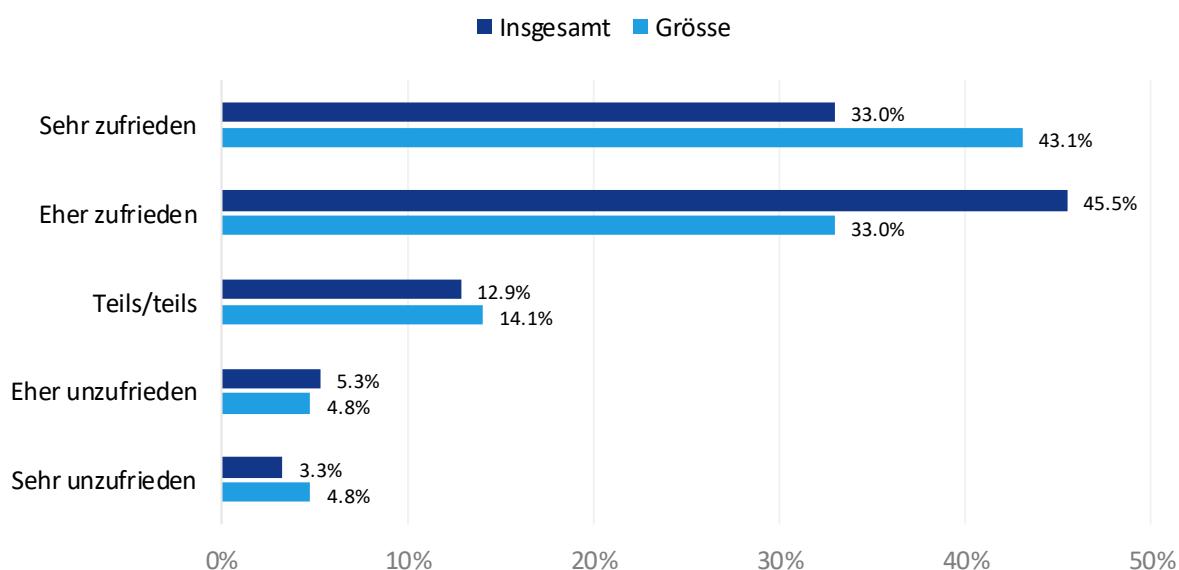


Abbildung 41: Zufriedenheit mit Freundes- und Bekanntenkreis (N=209)

⁸³ Aufgrund vieler unverständlicher Freitextangaben auf diese offen gestellte Frage lassen sich hier keine genauen Zahlen berechnen.

Wie Abbildung 40 weiter zeigt, befanden sich die JAEL-Teilnehmenden in der Kategorie "signifikante andere" an recht hoher Stelle, was auf die Beziehungen zu ihren Partner:innen, potenziell aber auch zu früheren Sozialpädagog:innen oder anderen wichtigen Bezugspersonen hindeuten könnte, die sie sich teilweise als "Ersatz" für die Herkunftsfamilie gesucht haben könnten. Ein entsprechend interessantes von Beziehungen im Kontext von Care Leaver:innen ist also die Frage, wie sich Beziehungen über den Austritt hinaus gestalten, welche Kontakte gehalten wurden und längerfristig eine wichtige Rolle im weiteren Leben der jungen Menschen spielen. Damit sind einerseits Familie und Freund:innen aus der Zeit vor der Platzierung gemeint, zu welchen die Beziehung über die Dauer der ausserfamiliären Unterbringung(en) und darüber hinaus aufrechterhalten werden konnte, wie auch Peers, mit denen man erst neue Freundschaften innerhalb der Institution knüpfte.

Weit über die Hälfte (59.5%) der JAEL-Teilnehmenden berichtete, dass sie auch nach ihrem letzten Austritt weiterhin zu Personen aus der Zeit der Unterbringung(en) Kontakt hielten. Rund ein Viertel hielt über den Austritt hinweg Kontakt zu Sozialpädagog:innen, der grösste Anteil (42.9%) blieb mit ehemaligen Mitbewohner:innen in Beziehung (siehe Abbildung 42).

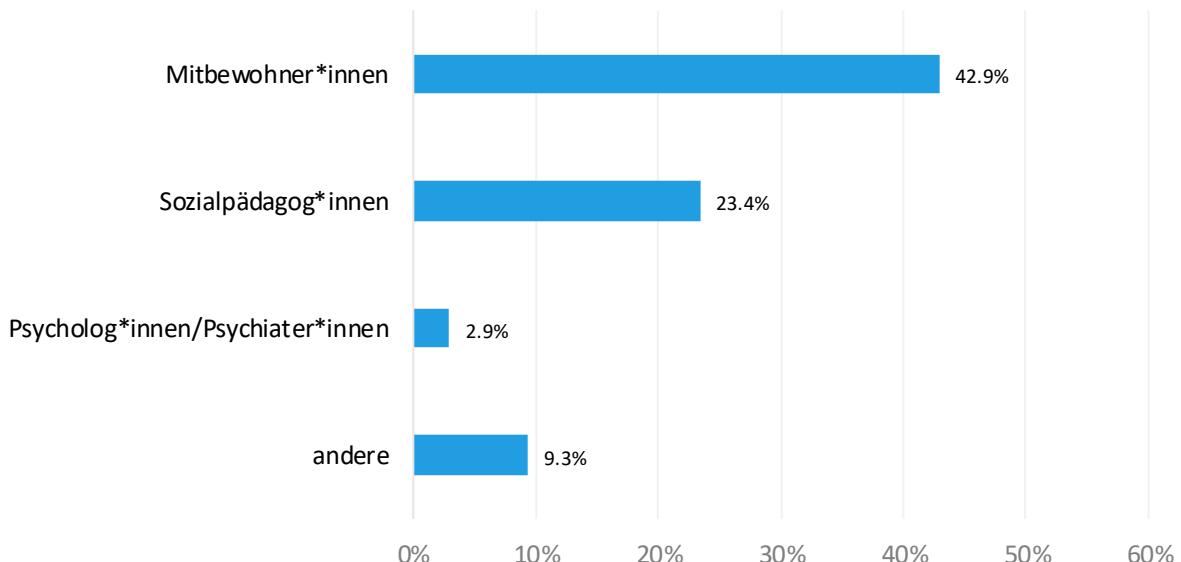


Abbildung 42: Anteile der Personengruppen, zu welchen die JAEL-Teilnehmenden über den Austritt aus den Unterbringungen hinaus noch Kontakt hielten (N=205)

EXKURS: Die Bedeutung von formellen Netzwerken: Die Rolle ehemaliger pädagogischer Mitarbeiter

Neben der Unterstützung durch das informelle Netzwerk kann für Care Leaver:innen auch die Unterstützung durch das formelle Netzwerk, wie zum Beispiel Mitarbeitende der ehemaligen Erziehungseinrichtung oder ehemalige Sozialarbeiter im jungen Erwachsenenalter eine zentrale Rolle spielen [372-374]. Obwohl einige Studien vermuten lassen, dass es Care Leaver:innen beim Austritt oft auch an der Unterstützung von pädagogischen Mitarbeitenden und institutionellen Gremien fehlt [375], berichten oft sehr viele Care Leaver:innen, dass sie während der ausserfamiliären Fremdunterbringungen wichtige Mitarbeitende hatten, mit welchen sie auch nach dem Übergang in die Selbständigkeit häufig noch in Kontakt standen [376, 377]. Dabei scheint es für Care Leaver:innen besonders wichtig zu sein, dass sie die Möglichkeit erhalten, sich selbstständig weiterzuentwickeln, aber für einen (emotionalen und/oder praktischen) Rat und Unterstützung jederzeit auf z.B. ihre ehemalige Bezugsperson in der Erziehungseinrichtung oder ihren aktuellen Zuständigen des Sozialdienstes zurückgreifen zu können [377-379]. Besonders für Care Leaver:innen mit einem begrenzten familiären Netzwerk scheint diese Unterstützungsmöglichkeit im Hinblick auf eine bessere Lebenskompetenz im jungen Erwachsenenalter von zentraler

Bedeutung zu sein [376]. Dies könnte sehr dafür sprechen, dass die Rolle der ehemaligen Betreuer:innen in der Nachbetreuung stärker anerkannt werden sollte [376, 379].

10.5.1 Eigene Familie, eigene Kinder

Deutlich über die Hälfte (60.3%) der Teilnehmenden war zum Zeitpunkt der JAEL-Erhebungen in einer festen Beziehung, 6.5% waren verheiratet⁸⁴. Etwas mehr als ein Fünftel (21.5%) hatte eigene Kinder. Unter diesen hatten allerdings 46.7% angegeben, dass die erste Schwangerschaft ungewollt gewesen seien. Vier Teilnehmende (8.8%) waren bei der Geburt des ersten Kindes noch minderjährig, über die Hälfte (53.3%) war 21 Jahre alt oder jünger.

EXKURS: Frühe Schwangerschaften

[99-118]

Es ist bekannt, dass Care Leaver:innen häufiger bereits in jungen Jahren Eltern werden als Gleichaltrige aus der Allgemeinbevölkerung. In Schweden sind es beispielsweise 16-19% der Frauen und 5-6% der Männer, die Eltern werden bevor sie 20 Jahre alt werden. In Australien sind es unter 21 Jahren 20% der Frauen. Faktoren, die in der Literatur als Prädiktoren für frühe Schwangerschaften betrachtet werden sind vor allem Instabilität der Unterbringung, Straftaten, Drogenmissbrauch, Kurvengänge⁸⁵ und Nichtteilnahme am Arbeitsmarkt. Besonders der Verbleib in der Schule oder der Ausbildung wird in der Literatur hingegen als starker Faktor betrachtet, um frühen Schwangerschaften vorzubeugen.

Spannenderweise scheinen viele dieser jungen Menschen – vermutlich in gewissen Ländern/Regionen stärker als in anderen⁸⁶ – eine Schwangerschaft zu planen. In der Midwest-Studie wurde herausgefunden, dass 22% der Teilnehmenden mit 17 oder 18 Jahren und 35% im Alter vom 19 Jahren ihre Schwangerschaft „wahrscheinlich“ oder „definitiv“ wollten. Eine weitere Studie konnte zudem zeigen, dass der Gebrauch von Verhütungsmitteln unter jungen Menschen in der Jugendhilfe bis zu einem Alter von 18-19 Jahren höher war als in der Allgemeinbevölkerung, dieser Trend sich nach Leaving Care aber umkehrte. Dies könnte auch darauf hindeuten kann, dass die Schwangerschaften beabsichtigt waren.

Dafür kann es verschiedene Gründe geben. Die Theorie des unklaren Verlustes von Pauline Boss geht beispielsweise davon aus, dass es bei Kindern und Jugendlichen, die in das Jugendhilfesystem eintreten zu einem unklaren Verlust kommt. Ein solcher tritt auf, wenn es zu einer gleichzeitigen An- und Abwesenheit eines geliebten Menschen kommt – d.h. wenn die Familienmitglieder zwar nicht gestorben, aber auch nicht verfügbar und anwesend sind. Eine solche nicht adressierte Trauer kann in anhaltenden Verlustgefühlen und Schwierigkeiten im Aufbau von Beziehungen resultieren. Diese Verwirrungen in der Ausgestaltung von Beziehungen kann sich ebenso auf sexuelle Verhältnisse übertragen, wodurch Sex leicht mit Liebe und Zuneigung verwechselt werden kann. Hinzu kommt, dass frühe sexuelle Aktivität unter ausserfamiliär untergebrachten Jugendlichen häufig ist. Ein starker Motivator ist zudem der Wunsch, eine „emotionale Leere“ zu füllen – geliebt und nicht verlassen zu werden. Die mit dem Verlassen der Jugendhilfe drohende Einsamkeit lässt diesen Wunsch nur noch grösser werden. Genauso gross ist aber oftmals die Motivation, sehr gute Eltern zu sein. Elternschaft in diesem Kontext kann einen „positiven Wendepunkt“ darstellen, der das Streben danach ein stabiles und sicheres Leben zu führen verstärkt.

Häufige Folgen von so frühen Schwangerschaften sind langfristige Isolation, Schulabbruch und Arbeitslosigkeit. Dies resultiert leider nicht selten darin, dass die Kinder der Care Leaver:innen wiederum von den Kinderschutzbehörden betreut (z.B. 34% in Wales) oder in Obhut genommen werden (z.B. 26% in Wales).

Auch die "JAEL-Eltern⁸⁷" wurden mit 21.6 Jahren im Durchschnitt früher Eltern als die Eltern aus der Allgemeinbevölkerung (vgl. obiger Exkurs)⁸⁸ Die Anzahl leiblicher Kinder lag im Schnitt bei 1.8 pro

⁸⁴ Fünf weitere Teilnehmende (2.3%) waren bereits geschieden.

⁸⁵ Weglaufen oder das Verlassen einer Einrichtung ohne Genehmigung

⁸⁶ Je nach Verfügbarkeit von Programmen und Unterstützungsdiensste für junge Eltern und werdende Mütter, wozu es ohne eigene Kinder keinen Zugang gibt.

⁸⁷ Ab hier werden 3 weitere JAEL-Teilnehmende mit Kindern in die Berechnungen miteinbezogen, die nicht beim Modellversuch MAZ teilgenommen hatten.

⁸⁸ Gemäss BFS sind Mütter in der Schweiz beim ersten Kind im Durchschnitt 32.3 Jahre alt, Väter 35.2 Jahre (Bundesamt für Statistik 2022): <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/fruchtbarkeit.html>.

Elternteil, 11.0% hatten mehrere Kinder, sieben Teilnehmende (3.3%) hatten mindestens drei, ein männlicher Teilnehmender berichtete über sieben eigene Kinder.

Die Wohnsituation dieser Kinder zum Zeitpunkt der JAEL-Erhebungen war unterschiedlich. Fast zwei Drittel (64.6%) der JAEL-Eltern lebten mit ihren Kindern zusammen, bei 10.5% waren Kinder ausserfamiliär untergebracht worden (siehe Abbildung 43), 72.1% der JAEL-Eltern hatten das Sorgerecht inne. Die meisten bewerteten die Beziehung zu ihren Kindern als sehr gut (67.4%) und nur ein kleiner Anteil bewertet ihre Beziehung als sehr schlecht (4.7%).

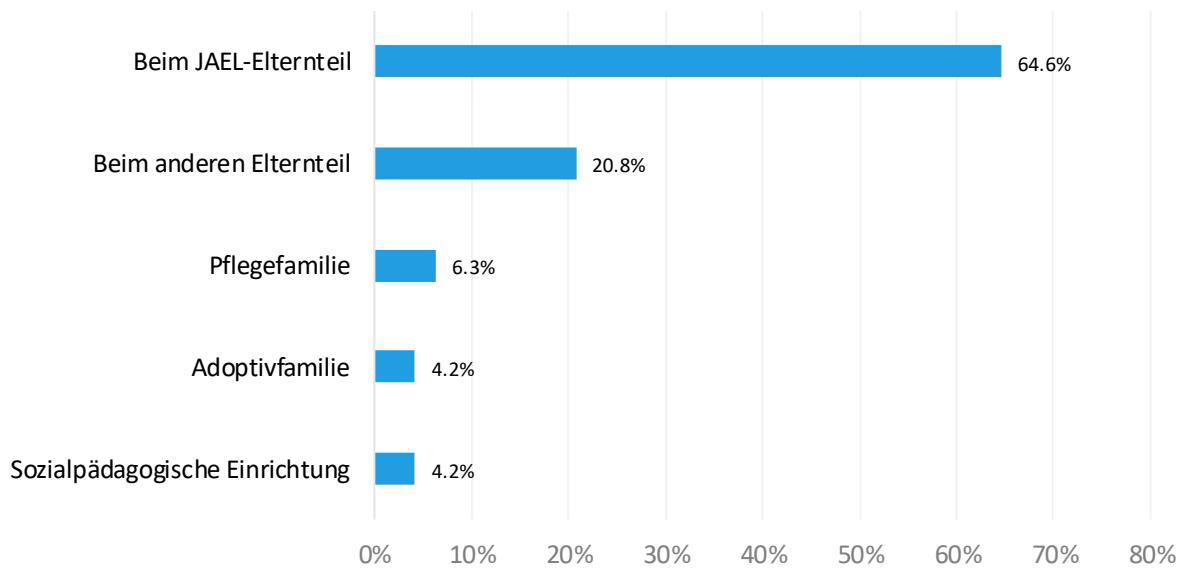


Abbildung 43: *Wohnsituation der Kinder der JAEL-Eltern (N=48)*

Im Folgenden werden einige ausgewählte Ergebnisse bezüglich der Eltern im Vergleich zu den Nicht-Eltern aus der JAEL-Studie dargestellt: Die Eltern waren zum Zeitpunkt der Erhebungen statistisch signifikant älter ($M = 28.7, SD = 3.6$) als die Nicht-Eltern ($M = 25.9, SD = 3.1$)⁸⁹, es waren häufiger weibliche Teilnehmer (33.3%) als männliche (16.9%)⁹⁰ und die Eltern waren bei ihrer eigenen ersten Unterbringung älter ($M = 13.9, SD = 4.2$) gewesen als die Nicht-Eltern ($M = 11.5, SD = 4.2$).⁹¹

Eher besorgniserregend waren dabei hingegen die fehlenden Unterschiede: So unterschieden sich die Eltern von den Nicht-Eltern unter anderem nicht signifikant voneinander, was die eigenen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit⁹², ihre Ausbildung, die selbstberichteten aktuellen psychischen Belastungen⁹³ oder den selbstberichteten Substanzkonsum⁹⁴ anbelangte. Insbesondere diese Ergebnisse unterstreichen die besonderen Herausforderungen, mit welchen diese "JAEL-Familien" konfrontiert scheinen.

⁸⁹ $t(62.6) = -4.6, p < .001$

⁹⁰ $\chi^2(1) = 6.5, p < .05$

⁹¹ $t(42.6) = -2.4, p < .05$

⁹² basierend auf den Angaben aus dem Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

⁹³ erhoben mit den Selbstbeurteilungen aus dem Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)

⁹⁴ gemäss Angaben aus dem Alcohol Use Disorders Identification Test (A.U.D.I.T.) und der Severity of Dependence Scale (SDS)

EXKURS: Care Leaver:innen-Familien und die JAEL-Kids Studie

Ein systematisches Review von unserer Arbeitsgruppe hatte zum Ziel, die Auswirkungen der elterlichen Fremdplatzierung auf die Elternschaft, die Fremdplatzierung sowie Entwicklung der eigenen Kinder sowie die damit verbundenen Risiko- und Schutzfaktoren zu untersuchen [380]. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass spezifisch Kinder von Care Leaver:innen ein erhöhtes Risiko haben, selbst fremdplatziert zu werden oder mit dem Kinderschutzsystem einbezogen zu werden, insbesondere wenn beide Elternteile ehemalig fremdplatziert waren. Aus den Ergebnissen der qualitativen Studien zeigte sich, dass insbesondere die soziale Unterstützung vom Umfeld, die eigene Bindung und Erziehungserfahrung der Care Leaver:innen als Hauptschutzfaktoren berichtet worden waren. Wichtige Risikofaktoren waren z.B. Armut, Arbeitslosigkeit, strafrechtliche Verurteilung, Drogenkonsum. Insgesamt scheinen jedoch mehr als die Hälfte der Kinder weiterhin bei ihren Eltern zu leben.

Wie unsere Übersichtsarbeit zeigte, ist, dass es weltweit Studien an fehlte, welche die Entwicklung der Kinder von ehemaligen Care Leaver:innen untersucht haben. Deshalb hatte unsere Studie "JAEL-Kids" das Ziel, erstmalig ein Protokoll zur Erhebung von elterlichem Verhalten, Eltern-Kind Interaktionen und dem Entwicklungsstand von JAEL-Eltern und ihren Kindern zu pilotieren.

Das JAEL-Kids Pilotprojekt wurde vom 01.09.2020 bis 31.08.2021 als Kollaboration der Klinik für Kinder und Jugendliche der Universitären Psychiatrischen Kliniken und der Abteilung Persönlichkeits- und Entwicklungspsychologie der Fakultät für Psychologie (Universität Basel) durchgeführt (Projektleitung: Dr. Lena Jäggi und Projektkoordination: Dr. Süheyla Seker). Diejenigen JAEL-Teilnehmenden, welche Eltern waren, wurden für diese Pilotstudie angefragt und rekrutiert (N = 48). Die Erhebungen fanden bei den Familien zu Hause statt. Eine Studienleiterin führte Interviews und die Fragebogen mit den Eltern durch, wobei parallel dazu eine andere Studienleiterin die Kindertestungen durchführte. Die Eltern wurden umfassend zu ihrer Familie, Elternschaft, eigenes Wohlbefinden, und sozio-emotionale Entwicklung des Kindes mit validierten psychometrischen Fragebogen abgefragt. Die Kinder wurden mit einer standardisierten Testbatterie auf den allgemeinen Entwicklungsstand anhand spielerischer Aufgaben getestet. Insgesamt konnten wir insgesamt 16 Eltern zu 22 Kindern im Alter von 3 bis 12 Jahren befragen (mittleres Alter = 7.45 Jahre, 5 Mädchen) und 12 von den Kindern (3 Mädchen) wurden direkt getestet.

Die ersten JAEL-Kids Ergebnisse deuteten darauf hin, dass die benutzen Erhebungsinstrumente in dieser Population gut umsetzbar sind und die Eltern generell motiviert waren, an der Studie als Familie teilzunehmen. Ähnliche Ergebnisse wurden bei den Kindertestungen erzielt, wo ebenfalls die standardisierten Verfahren gute Variabilität erzielten. Unsere Ergebnisse bestätigen deshalb die Umsetzbarkeit der Verfahren in unserem Studienprotokoll in der Stichprobe von Care Leaver:innen-Eltern und deren Kindern. Es wurde jedoch festgestellt, dass eine Testbatterie von über 2 Stunden sehr umfangreich und anstrengend für die Teilnehmenden war. Daher empfehlen wir für zukünftige epidemiologische Studien in dieser Stichprobe, die Testbatterie zu kürzen und einzelne Hauptmarker/gut validierte Testverfahren für die Konstrukte einzusetzen. Die JAEL-Kids Studie wurde vom Forschungsfonds der Universität Basel finanziert. Aktuell bereiten Dr. Lena Jäggi und Dr. Süheyla Seker in Zusammenarbeit mit dem JAEL-Kids Team eine internationale Publikation für die detaillierte Ergebnisse der JAEL-Kids Studie, welche im Verlauf vom Jahr 2024 eingereicht wird.

Es bedarf in Zukunft an weiteren epidemiologischen Studien, welche die intergenerationalen Mechanismen der Fremdplatzierung und deren Risiko- und Schutzfaktoren für die Eltern und ihre Kinder untersuchen. Studien in diesem Forschungsgebiet können somit helfen, Hilfsangebote zu optimieren und Versorgungslücken für Care Leaver:innen-Familien zu schliessen.

10.6 Korrelative Zusammenhänge

Um abschliessend darzustellen, dass und wie die in JAEL erfassten Aspekte zur sozialen Teilhabe miteinander zusammenhängen könnten, bietet Abbildung 44 eine Übersicht über die Korrelationen zwischen den Variablen, welche eingangs des Kapitels in Anlehnung an die Smoky Mountains Studie operationalisiert wurden (siehe Tabelle 6 auf Seite 88).

- Der stärkste Zusammenhang zeigte sich erwartungsgemäss zwischen "schwerwiegende Kriminalität (SCA)" und "Hafstrafe (IMP)".⁹⁵

Im Weiteren ergaben sich folgende schwache, aber statistisch signifikante positive Korrelationen⁹⁶:

⁹⁵ $r = .58$, $p > .001$

⁹⁶ Die p -Werte wurden mit der sequentiellen Bonferroni-Korrektur nach Holm (1979) geprüft.

- "Multiplen psychische Probleme (MPP)" und "Suizidalität" (SUI)⁹⁷
- "Multiple psychischen Probleme (MPP)" und "staatliche Unterstützung (GA)"⁹⁸
- "Multiple psychische Probleme (MPP)" und "Wenig soziale Unterstützung durch Freund:innen (LSF)"⁹⁹
- "Suizidalität" (SUI) und "staatliche Unterstützung (GA)"¹⁰⁰
- "Wenig soziale Unterstützung durch Freund:innen" (LSF) und "Wenig soziale Unterstützung durch Partner:innen" (LSP)¹⁰¹

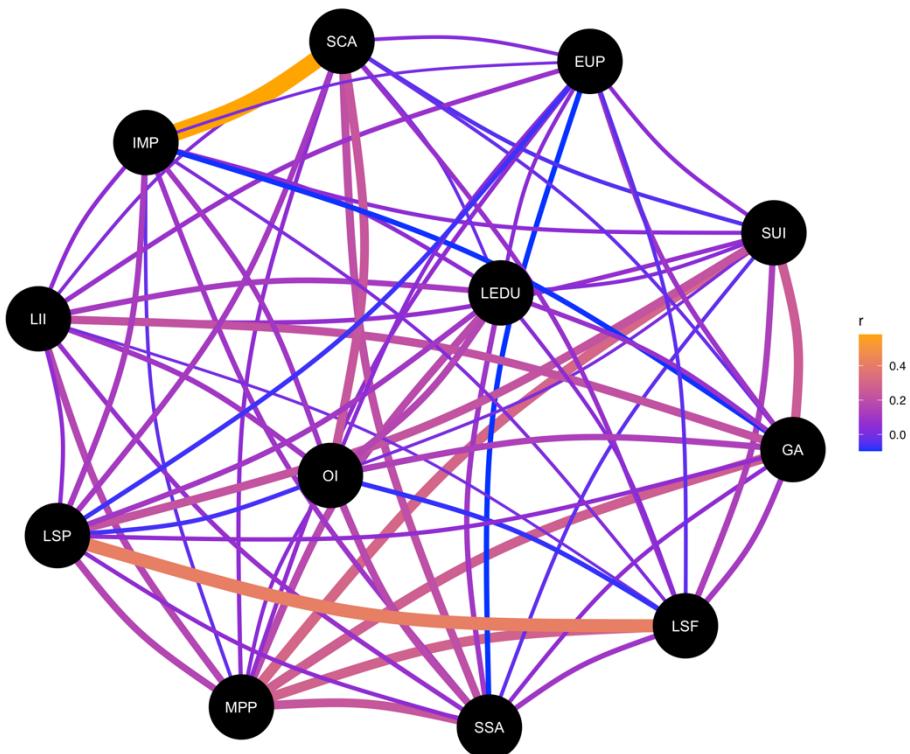


Abbildung 44: Korrelationen zwischen den Aspekten zur sozialen Teilhabe

(MPP [Multiple psychological problems] = multiple psychische Probleme, SSA [Severe substance use] = schwerwiegender Substanzmmissbrauch, SUI [Suicidality] = Suizidalität, LII [Life-threatening injury or illness] = lebensbedrohliche Verletzung oder Krankheit, SCA [Serious criminal activity] = schwerwiegende Kriminalität, IMP [Imprisonment] = Haftstrafe, LEDU [Lack of post-compulsory education] = keine nachobligatorische Bildung, OI [Occupational instability] = berufliche Instabilität, GA [Government assistance] = staatliche Unterstützung, EUP [Early or unintended parenthood] = Frühe oder ungewollte Elternschaft, LSF [Limited social support from friends] = Wenig soziale Unterstützung durch Freund:innen, LSP [Limited social support from partner] = Wenig soziale Unterstützung durch Partner:innen) (N=169)

Selbstverständlich hat JAEL nicht alle möglichen Faktoren, welche zur Beschreibung der sozialen Teilhabe beitragen könnten, in ihrer gänzlichen Komplexität erfasst. Außerdem kann es sein, dass gewisse korrelative Zusammenhänge aufgrund von verzerrten Verteilungen statistisch nicht signifikant

⁹⁷ $r = .30, p < .01$

⁹⁸ $r = .27, p < .05$

⁹⁹ $r = .28, p < .05$

¹⁰⁰ $r = .26, p < .05$

¹⁰¹ $r = .41, p < .001$

waren. Nichtsdestotrotz sprechen die Ergebnisse aus diesem Modell insbesondere für die grosse Bedeutung der psychischen Gesundheit, welche diese für andere Bereiche der sozialen Teilhabe (der JAEL-Teilnehmenden) innehalt.

11 ERGEBNISSE: Verläufe, Risiko- und Schutzfaktoren

In diesem Kapitel wird darauf eingegangen, welche "Verläufe" von den MAZ.-Untersuchungen (in den ausserfamiliären Unterbringungen) bis hin zu JAEL sich aus quantitativer Sicht abbilden liessen. Im Wesentlichen sind die Verläufe operationalisiert anhand der Veränderungen in den psychischen Belastungen der Teilnehmenden. Diese wurden sowohl bei MAZ. als auch bei JAEL methodisch sehr ausführlich erhoben.

In einem zweiten Schritt wurde nach Einflussfaktoren gesucht, welche mit diesen Verläufen assoziiert sein könnten. Hierbei wurde –neben anderen Zusammenhängen –untersucht, welche Variablen, die bereits bei MAZ. erfasst wurden, eine signifikante Vorhersage für die Ergebnisse etwa 10 Jahre später ermöglichen.

Das Vorhaben ist jedoch in mehrfacher Hinsicht herausfordernd. Zunächst sind die Analysemöglichkeiten mit dem Datensatz vielfältig und werden uns auch nach Abschluss des Modellversuchs noch über Jahre hinweg beschäftigen. Die Auswahl der folgenden Ergebnisse ist daher keinesfalls als abschliessend zu betrachten.

Des Weiteren ist die Frage, was als entscheidender Outcome der Risiko- und Schutzfaktoren zu betrachten ist, nicht einfach zu beantworten. Es stellt sich die Frage, ob der Verlauf der psychischen Gesundheit (z.B. von psychisch belastet zu psychisch unbelastet) oder doch die soziale Teilhabe (global oder spezifisch) als primäres Outcome-Kriterium betrachtet werden sollte.

Im Folgenden werden verschiedene Beispiele dieser Aspekte dargestellt. Dabei ist zu beachten, dass sich zusätzliche Fragestellungen manchmal aufgrund zu kleiner Stichprobengrössen interessanter Subgruppen nicht mit ausreichender statistischer Power beantworten lassen, wodurch Zusammenhänge aus statistischen Gründen unentdeckt bleiben könnten. Es wäre daher unangebracht, über nicht signifikante Ergebnisse zu berichten, wenn diese auf einer mangelnden statistischen Power beruhen.

Weiterhin muss eingeschränkt werden, dass bei MAZ. möglicherweise nicht alle relevanten Informationen zu den Risiko- und Schutzfaktoren erfasst wurden. Unser Fokus lag in der ersten Querschnittsuntersuchung neben der Erfassung von psychologischer und psychiatrischer Auffälligkeit vor allem auf den Risikofaktoren (wie z.B. belastenden Kindheitserlebnissen), während Schutzfaktoren möglicherweise zu kurz gekommen sind. Abschliessend ist anzumerken, dass das Leben nicht durch einzelne Faktoren determiniert wird. Die möglichen richtungsweisenden Erlebnisse in einer jeden Biografie sind beinahe unendlich (vgl. Exkurs). „Prognosen sind schwierig, insbesondere wenn sie die Zukunft betreffen.“

EXKURS: 'Prognosen sind schwierig, insbesondere wenn sie die Zukunft betreffen' – ein Exkurs durch die Philosophie und Psychologie

Schon Heraklit von Ephesus war im 6. Jahrhundert vor Christus bekannt für seine Lehre vom ständigen Wandel, die bis heute Einfluss auf verschiedene philosophische und psychologische Strömungen hat [381]. Er propagierte, dass das Leben keine vorherbestimmte Route hat und voller Veränderungen ist. Heraklit argumentierte, dass alles im Fluss sei und dass

Veränderung die einzige Konstante im Universum sei. Sein berühmtes Fragment lautet: "Alles fliesst." Darüber hinaus betonte Heraklit auch die Bedeutung des Widerspruchs und des Konflikts als treibende Kräfte des Wandels. Er formulierte die Idee, dass "Krieg der Vater aller Dinge" sei, was darauf hinweist, dass Konflikte und Gegensätze nicht nur unvermeidlich, sondern auch notwendig sind, um Entwicklung und Veränderung zu ermöglichen.

Die Ideen von Heraklit fanden sich später beispielsweise bei existentialistischen Philosophen wie Jean-Paul Sartre [382] und Friedrich Nietzsche [383] wieder, die ebenfalls die Dynamik des Wandels und die Bedeutung des Konflikts betonten. In der humanistischen Psychologie, insbesondere vertreten durch Carl Rogers [384] und Abraham Maslow [385], wurden Heraklits Konzepte ebenfalls aufgegriffen und erweitert, wobei auch die persönliche Freiheit und Verantwortung sowie die Selbstverwirklichung eine zentrale Rolle spielen. Niklas Luhmanns [386] Systemtheorie rückt ebenfalls die Dynamik des Lebens in den Vordergrund, ergänzt durch die Betrachtung bedingender Interaktionen und Wechselwirkungen.

Nicht zuletzt betont auch der umgangssprachliche Ausdruck "Das Leben ist keine Einbahnstrasse", dass das Leben keine geradlinige Reise, sondern voller Wendungen, Überraschungen und Herausforderungen ist. Oder eben auch das Zitat, das im Titel dieses verwendet wurde und auf mehrere berühmte Menschen, unter anderem auch Winston Churchill, zurückgehen soll.

11.1 Verläufe der psychischen Probleme

Um die Verläufe der psychischen Probleme abzubilden, wurden in MAZ. und JAEL die Fragebogenverfahren YSR für minderjährige Jugendliche und YASR für die Heranwachsenden ab 18 Jahren – im Weiteren Selbstbeurteilungen der ASEBA-Fragebögen genannt – verwendet.¹⁰²

Etwas mehr als ein Drittel der JAEL-Teilnehmenden (36.1%) wies während der MAZ.-Studie einen Wert im auffälligen Bereich (T -Wert ≥ 60) auf, wobei rund 20% der Teilnehmenden sogar einen T -Wert über 70 erreichten und somit Werte im hochauffälligen Bereich aufwiesen (siehe Tabelle 11). Zum Zeitpunkt der JAEL-Studie zeigten hingegen lediglich 22.1% der Teilnehmenden einen T -Wert grösser gleich 60 auf und nur 7.9% erreichten einen T -Wert über 70. Somit zeigte sich, dass gesamthaft weniger Teilnehmende im jungen Erwachsenenalter erhebliche psychopathologische Symptome beschrieben als während der Zeit der ausserfamiliären Unterbringung (bei MAZ.).

Verglichen mit der Normpopulation [387] war der Anteil der Teilnehmende mit (hoch) auffälligen Werten, sowohl während MAZ. als auch während JAEL, deutlich grösser, näherte sich jedoch im Erwachsenenalter der Normpopulation an.

Tabelle 11: Anteile mit auffälligen Werten in den Selbstbeurteilungen der ASEBA-Fragebögen (YSR/YASR) (N=182)

T-Werte	Klinisch auffällig (≥ 60)	Hoch auffällig (≥ 70)
Normpopulation [387]	15.7%	2.3%
MAZ.	36.1%	20.0%
JAEL	22.1%	7.9%

Die Anteile der JAEL-Teilnehmenden mit klinisch auffälligen Werten während MAZ. und JAEL sowie deren Überschneidung zu beiden Messzeitpunkten wird in Abbildung 45 ersichtlich. Insgesamt zeigten 24.7% der Teilnehmenden sowohl bei MAZ. als auch bei JAEL auffällige Werte, was auf einen chronischen Verlauf mit Auffälligkeiten zu beiden Messzeitpunkten hindeutet. Knapp ein Drittel der JAEL-Teilnehmenden (31.3%) zeigten ausschliesslich während MAZ. klinisch auffällige Belastungswerte

¹⁰² In der MAZ.-Untersuchung waren zusätzlich zu den Selbsturteilen auch die entsprechenden Fremdurteile eingesetzt worden, im Rahmen von JAEL war das Einholen eines Fremdurteils jedoch leider nicht möglich. Zur Untersuchung des Verlaufs können somit nur die Selbsturteile herangezogen werden.

und verbesserten sich im Verlaufe der Zeit bezüglich ihrer Symptomatik, sodass sie sich zum Zeitpunkt der JAEL-Studie im unauffälligen Bereich befanden. Im Gegensatz dazu zeigten 6.0% der Teilnehmenden, die während der MAZ.-Studie im unauffälligen Bereich waren, in der JAEL-Studie klinisch auffällige Werte. Gesamthaft wiesen 37.9% der Teilnehmenden zu keinem der beiden Messzeitpunkte auffällige Werte auf.

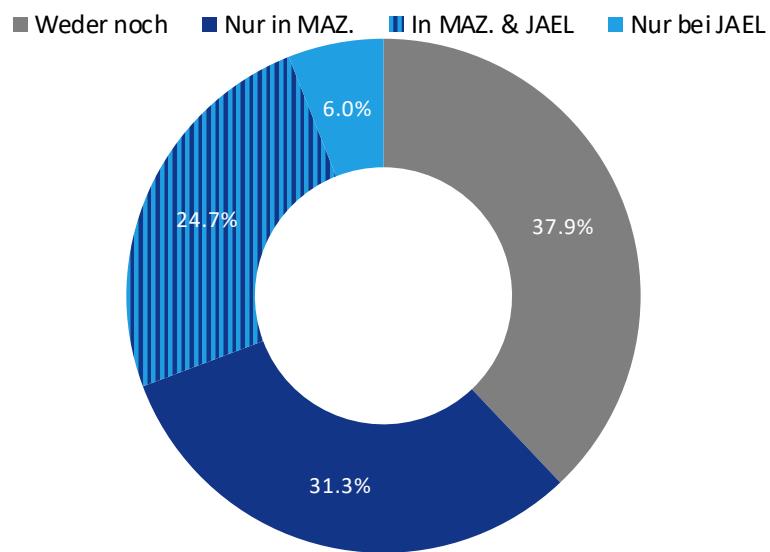


Abbildung 45: Anteil Teilnehmende mit klinisch auffälligen Werten in den Selbstbeurteilungen der ASEBA-Fragebögen (T -Wert ≥ 60) in MAZ. und bei JAEL ($N=182$)

Betrachtet man die Mittelwerte der psychischen Probleme über alle drei Messzeitpunkte¹⁰³ hinweg, so zeigte sich, dass diese im Verlauf signifikant abgenommen hatten (siehe Abbildung 46). Bezogen auf den Gesamt T -Wert zeigten sich sowohl zwischen T0 und T1¹⁰⁴, als auch zwischen T0 (MAZ.) und T2 (JAEL)¹⁰⁵ signifikante Unterschiede². Die psychische Belastung nimmt zwischen MAZ. und JAEL in bemerkenswerten Umfang ab, worauf die grosse Effektstärke hinweist.¹⁰⁶

Betrachtet man die Unterskalen der externalisierenden und internalisierenden Belastung, so ergab sich, dass sich die Werte der internalisierenden Belastung in der Gesamtstichprobe¹⁰⁷ nur von T0 bis T2 signifikant unterschieden¹⁰⁸, die externalisierenden Belastungen hingegen zu beiden Zeitintervallen signifikant abnahmen¹⁰⁹. Insgesamt war die Abnahme der externalisierenden Belastungen¹¹⁰ bis zu den JAEL-Erhebungen deutlich stärker als im internalisierenden Bereich.¹¹¹

¹⁰³ Während MAZ. gab es eine Verlaufserhebung, welche durchschnittlich nach 9 Monaten durchgeführt worden war.

¹⁰⁴ mittlerer Unterschied = 1.99, 95% CI [0.12, 3.86], $t(106) = 2.11$, $p = .037$

¹⁰⁵ mittlerer Unterschied = 6.91, 95% CI [5.22, 8.60], $t(181) = 8.07$, $p < .001$

¹⁰⁶ Cohen's $d = 1.20$

¹⁰⁷ Der Unterschied von T0 zu T1 erreichte dabei nur knapp keine statistische Signifikanz ($p = .082$). Betrachtet man nur die weiblichen Teilnehmenden, so war deren Verlauf von T0 zu T1 durchaus deutlich ($t(32) = 2.90$, $p < .01$). Ansonsten waren in den Verläufen keine signifikanten Geschlechterunterschiede zu erkennen.

¹⁰⁸ mittlerer Unterschied = 4.4, 95% CI [2.52, 6.29], $t(181) = 1.13$, $p < .001$

¹⁰⁹ mittlerer Unterschied_{T1-T2} = 1.89, 95% CI [0.09, 3.68], $t(181) = 2.09$, $p = .039$; mittlerer Unterschied_{T0-T2} = 8.13, 95% CI [6.45, 9.80], $t(181) = 9.58$, $p < .001$

¹¹⁰ Cohen's $d = 1.42$

¹¹¹ Cohen's $d = 0.69$

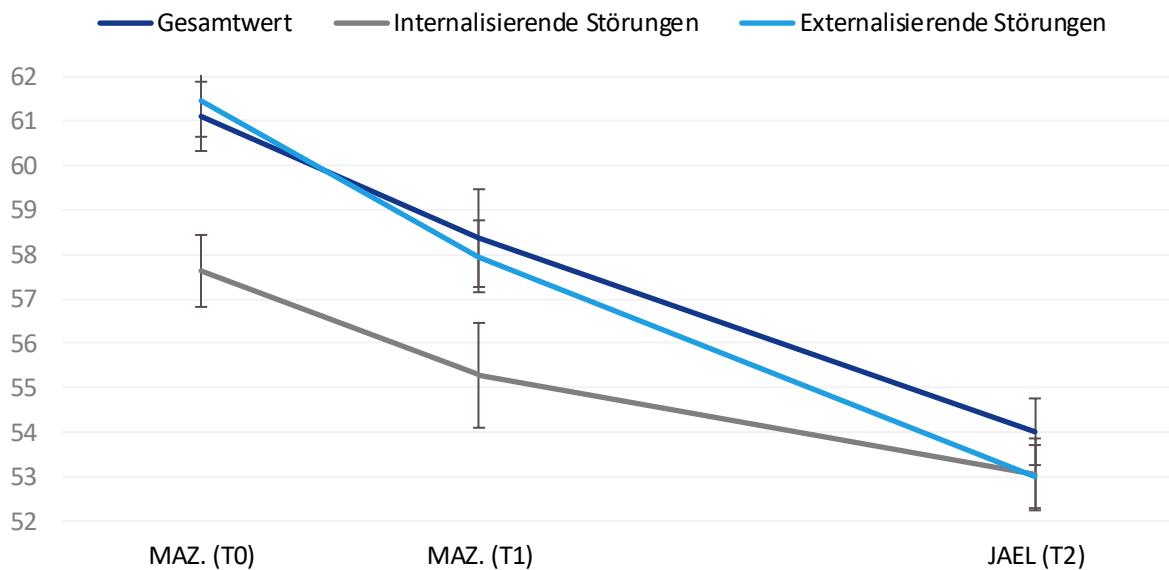


Abbildung 46: Mittlere T-Werte der Oberskalen aus den Selbsturteilen der ASEBA-Fragebögen für die MAZ.- und JAEL-Teilnehmenden über alle drei Messzeitpunkte (die Fehlerbalken beziehen sich auf die Standardfehler) (N=182)

Neben dem Verlauf der dimensionalen psychischen Belastungen hat uns der Datensatz zudem erlaubt, die langfristigen Verläufe der psychischen Störungen der Teilnehmenden vom Zeitpunkt der Erhebungen bei MAZ. bis zu JAEL zu untersuchen. In Abbildung 47 ist die Prävalenz der psychischen Störungen während der Untersuchungen und deren Überschneidung zu beiden Messzeitpunkten gemäss den Diagnosekriterien des Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM) abgebildet.

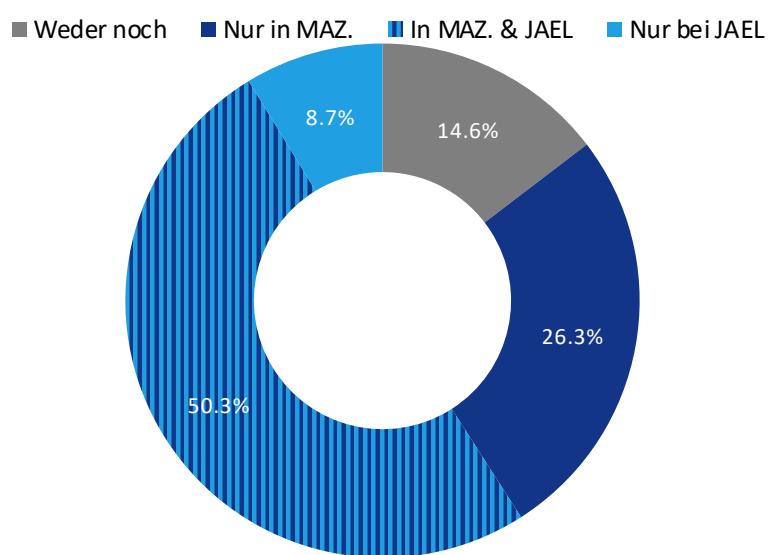


Abbildung 47: Diagnose mind. einer psychischen Störung in MAZ. (K-SADS und SCID-II) und bei JAEL (SCID-5-CV und SCID-II) (N=137)

Insgesamt erfüllten 14.6% der Teilnehmenden weder während der Fremdplatzierung (MAZ.) noch im Erwachsenenalter (JAEL) die Kriterien einer psychiatrischen Diagnose, wobei etwa die Hälfte der

Teilnehmenden (50.4%) zu beiden Messzeitpunkten mind. eine Diagnose aufwiesen. Rund ein Viertel der Teilnehmenden (26.3%) erfüllte ausschliesslich während MAZ. die Kriterien für eine Störung, wobei nur bei 8.8% der Teilnehmenden ausschliesslich bei JAEL eine Diagnose gestellt wurde.

Vergleicht man die Ergebnisse des Verlaufs der psychischen Belastungen mit den Ergebnissen des Verlaufs der psychischen Störungen, scheint es auf den ersten Blick, dass die psychischen Belastungen weitaus weniger stabil sind als die Störungen. Zudem wurde ersichtlich, dass sich die Teilnehmenden im Erwachsenenalter im Selbsturteil deutlich weniger auffällig empfanden, als dies die Diagnosen vermuten liessen. Es gilt jedoch zu beachten, dass die psychischen Belastungen anhand von Selbstbeurteilungsfragebögen, welche die Teilnehmenden bequem von zu Hause aus ausfüllen konnten, erfasst wurden, die Diagnosen hingegen mittels semi-strukturierter klinischer Interviews von geschulten Psycholog:innen vor Ort in einem unserer Studienzentren gestellt wurden. Während die klinischen Interviews eine nuancierte, qualifizierte Erforschung und Interpretation der Symptome ermöglichen, geben Selbstbeurteilungsfragebögen Einblicke in das subjektive Empfinden einer Person wieder. Die Berücksichtigung beider Ansätze aber führt zu einer ganzheitlicheren und womöglich zutreffenderen Bewertung.

Wie sich spezifische Diagnosen bei den JAEL-Teilnehmenden über die Zeit hinweg seit MAZ. verändert haben, wurde im Rahmen von Publikationsbeiträgen des JAEL-Teams veröffentlicht (siehe Exkurs).

EXKURS: Verlauf von psychischen Störungen, Substanzkonsum- und Persönlichkeitsstörungen

Im Rahmen ihrer Promotion untersuchte Sühelya Seker et al. [326] die Prävalenzen sowie die Stabilität von psychischen Störungen vom Kindes- und Jugendalter bis ins junge Erwachsenenalter bei insgesamt 70 JAEL-Teilnehmenden (35.7% Frauen). Die Einteilung der klassifizierten psychischen Störungen erfolgte gemäss dem Modell der hierarchischen Taxonomie der Psychopathologie (HiTOP; [388-390]). Der Vorteil des HiTOP Modells ist es, die Komorbiditäten zwischen einzelnen Störungen zu berücksichtigen, die basierend auf gemeinsamen Symptomen und Merkmalen in sechs Spektren (internalisierende und externalisierende Störungen, Denkstörungen, somatoforme Störungen, Ablösungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen) eingeteilt werden. Zudem wird gemäss dem HiTOP Modell davon ausgegangen, dass es einen einzigen Faktor, den p-Faktor gibt, welcher allen Störungsbildern zugrunde liegt und die allgemeine Anfälligkeit für eine psychische Erkrankung darstellt. Eine hohe Ausprägung des p-Faktors geht demnach, gemäss der Anzahl der erfüllten Symptome, mit einer geringeren oder höheren Funktionsbeeinträchtigung, und somit letztlich mit einer geringeren bzw. höheren psychischen Belastung einher. Die Ergebnisse zeigten, dass der p-Faktor über die Zeit hinweg stabil blieb. Somit wurde gezeigt, dass fremdplatzierte Personen bereits im Kindes- und Jugendalter eine hohe psychische Belastung aufzeigen, welche bis ins junge Erwachsenenalter stabil bleiben kann.¹¹²

Nina Kind et al. [306] untersuchten die Stabilität von risikoreichem Substanzkonsum der JAEL-Teilnehmenden vom Kindes- und Jugendalter bis ins junge Erwachsenenalter und beschrieb dabei unterschiedliche Verläufe. Ein weiteres Ziel bestand darin zu untersuchen, wie die unterschiedlichen Verläufe mit Beeinträchtigungen der psychosozialen Funktionsfähigkeit im jungen Erwachsenenalter zusammenhängen. Hierzu konnten die Daten von 181 JAEL-Teilnehmenden berücksichtigt werden. Es stellten sich vier unterschiedliche Substanzkonsumverläufe heraus: Die Teilnehmenden, die weder im Jugendalter noch im jungen Erwachsenenalter einen risikoreichen Substanzkonsum aufzeigten (37.9%), jene die lediglich im Jugendalter einen risikoreichen Substanzkonsum aufwiesen (15.9%), jene die über die Zeit hinweg neu einen risikoreichen Substanzkonsum entwickelten (20.9%) und schliesslich jene, die sowohl während des Jugendalters als auch während des Erwachsenenalters einen risikoreichen Substanzkonsum zeigten (25.3%). Ein anhaltender risikoreicher Substanzkonsum war mit grösseren Beeinträchtigungen der psychosozialen Funktionsfähigkeit im jungen Erwachsenenalter assoziiert.

Delfine d'Huart et al. [391] legten ein besonderes Augenmerk auf die Persönlichkeitsstörungen (PS) bei den JAEL-Teilnehmenden. Aufgrund anhaltender Kritik an der mangelnden Reliabilität und Validität von PS-Diagnosen, wurde seit

¹¹² Wenngleich dieses Ergebnis im Rahmen der zuvor genannten JAEL-Befunde etwas überraschend erscheint, gilt es zu beachten, dass die in dieser Auswertung verwendete Stichprobe um einiges geringer ist, da Teilnehmende welche zum Zeitpunkt der MAZ.-Studie über 18 Jahre ausgeschlossen wurden. Vor allem ist aber darauf hinzuweisen, dass es sich hierbei um die Stabilität des allgemeinen p-Faktors handelt und nicht, wie zuvor, um die Stabilität der mittels semi-strukturierter Interviews erfassten Diagnosen. Die hohe Stabilität des p-Faktors lässt sich demnach durch die einzige Dimension dieses Faktors erklären, welche möglicherweise die Unspezifität der psychischen Erkrankung erklären vermag.

Jahren darüber diskutiert, ob sich PS, welche bisher als nosologisch voneinander abgrenzbare Diagnosen konzeptualisiert wurden, sich nicht besser als dimensionale Störungen klassifizieren liessen, welche auf einem Spektrum von ungestörter bis zu sehr schwer gestörter Persönlichkeit reichen würden. Mit der Einführung der 11. Ausgabe der Internationalen Klassifikation von Erkrankungen (ICD-11) Anfang 2022 wurde den wissenschaftlichen Erkenntnissen der letzten Jahren Rechnung getragen und der Schritt zum dimensionalen Verständnis von PS letztendlich vollzogen. Dennoch wird die Stabilität von PS, vor allem vom Jugendalter bis ins junge Erwachsenenalter weiterhin kritisch diskutiert. Ziel des Artikels war es somit, die Prävalenz sowie die kategoriale und dimensionale Mittelwertsstabilität von PS vom Jugendalter bis ins junge Erwachsenenalter bei den JAEL-Teilnehmenden zu untersuchen.¹¹³ Da das Hauptziel dieser Studie darin bestand, die Stabilität der PS explizit vom Jugendalter bis ins junge Erwachsenenalter zu untersuchen, wurden nur JAEL-Teilnehmenden berücksichtigt, welche vollständige Daten aus dem SKID-II zu beiden Messzeitpunkten aufwiesen. Darüber hinaus wurden Teilnehmenden, die bei MAZ. jünger als 12 Jahre oder älter als 18 Jahre waren, ausgeschlossen. Die Stichprobe umfasste somit 115 JAEL-Teilnehmende (39.1% Frauen). Entgegen früheren Annahmen (aber im Einklang mit anderen Befunden der letzten Jahre im Sinne einer mangelnden Stabilität von PS über die Zeit hinweg) deuteten die Ergebnisse schliesslich auf eine geringe bis mässige Stabilität von PS-Diagnosen bei fremdplatzierten Kindern und Jugendlichen bis ins junge Erwachsenenalter hin. Dies unterstreicht die dringende Notwendigkeit, sich in Zukunft von dem hartnäckigen Vorurteil zu lösen, PS mit einem lebenslangen und unveränderbaren Schicksal gleichzusetzen.

11.1.1 Zusammenhänge mit dem Verlauf psychischer Probleme

Wie anhand der berichteten Daten zu erkennen ist, ist der Verlauf psychischer Störungsbilder ausgesprochen vielfältig. Um mögliche Bedingungen für das Entstehen eines chronifizierten oder günstigen Verlaufs bei den JAEL-Teilnehmenden zu identifizieren, wurden multinominale logistische Regressionen durchgeführt (siehe Tabelle 12).

Die grösste Verlaufsgruppe (N=69) bildeten jene Teilnehmenden, welche zu beiden Messzeitpunkten (MAZ. und JAEL) die Kriterien für eine psychische Störung erfüllten. Im Vergleich zur Referenzgruppe, also zu jenen Teilnehmenden, die zu keinem der beiden Messzeitpunkten eine Diagnose erfüllten (N=20), hatten Teilnehmende mit durchgehenden psychischen Störungen eineinhalbmal häufiger in Kindheit und Jugend deutlich mehr Fremdplatzierungen durchlaufen. Zudem hatten sie ein fast viermal so hohes Risiko im Erwachsenenalter arbeitslos zu sein, und ein rund neunmal höheres Risiko, im Erwachsenenalter mit Schulden leben zu müssen. Schliesslich wiesen Teilnehmende mit kontinuierlichen psychischen Störungen im Vergleich zur Referenzgruppe signifikant häufiger beeinträchtigte Persönlichkeitsfunktionen, eine geringere Lebensqualität sowie eine tiefere Selbstwirksamkeit auf.

Einschränkend muss erwähnt werden, dass es bei einigen Faktoren nicht ganz klar ist, ob sie als tatsächliche Risikofaktoren oder nicht auch als Folgezustände der andauernden psychischen Belastungen angesehen werden könnten. Dies betrifft z.B. die Schulden, die eingeschränkte Lebensqualität oder die geringere Selbstwirksamkeitserwartung. Bei solchen Faktoren bestehen Korrelationen oder Assoziationen zu den Outcome-Variablen, wobei die Richtung einer möglichen Wirkung bidirektional sein kann.

Die kleinste Verlaufsgruppe (N=12) bildeten jene JAEL-Teilnehmenden, welche lediglich zum Zeitpunkt der JAEL-Studie die Kriterien für eine psychische Störung erfüllten und bei denen es somit seit MAZ. zu einer Verschlechterung kam. Auch diese Gruppe zeigt im Vergleich zur Referenzgruppe ein deutlich höheres Risiko eine geringere Lebensqualität sowie eine tiefere Selbstwirksamkeit zu empfinden.

Im Gegensatz dazu zeigten Teilnehmende (N=36), welche lediglich zum Zeitpunkt der MAZ.-Studie die Kriterien einer Diagnose erfüllten – und somit eine Verbesserung verzeichneten – im Vergleich zur

¹¹³ Als kategoriale Mittelwertsstabilität wird die Stabilität der Mittelwerte einer bestimmten PS (z.B., Borderline PS) zwischen zwei Messzeitpunkten verstanden, wobei die dimensionale Mittelwertsstabilität die Stabilität der Mittelwerte eines bestimmten PS-Merkmales (z.B., Impulsivität) über die Zeit hinweg bezeichnet.

Referenzgruppe kein erhöhtes Risiko für eine geringere soziale Teilhabe bzw. geringere Lebensqualität im Erwachsenenalter auf.

Etwas überraschend schien weder die Anzahl der durchlebten Kindheitsmisshandlungen noch die Anzahl potenziell traumatischer Erfahrungen bis zum Erwachsenenalter die Zugehörigkeit der Verlaufsgruppen zu beeinflussen. Eine mögliche Erklärung dafür könnte die generell sehr hohe Prävalenz der Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen unter den JAEL-Teilnehmenden sein (80%), sodass sich der Effekt über die Gruppen hinweg aufgelöst hat (Deckeneffekt). Wie das nächste Kapitel zeigt, liegt es aber auch in der hier verwendeten kategorialen Betrachtung der psychischen Belastungen. Werden die psychischen Belastungen dimensional betrachtet, so zeigte sich der Einfluss von früheren belastenden (Kindheits-)Erfahrungen darauf deutlich (siehe Kapitel 11.1.2).

Tabelle 12: Zusammenhänge mit dem Verlauf psychischer Probleme

	Remittiert (N = 36)	Neu erfüllte Diagnose (N = 12)		Durchgehend erfüllte Diagnose (N = 69)		
	RR (95% CI)	p-Wert	RR (95% CI)	p-Wert	RR (95% CI)	p-Wert
Sozidemografische Variablen						
Alter (in Jahren)	1.03 (0.83-1.27)	0.801	1.12 (0.87-1.45)	0.368	1.06 (0.88-1.28)	0.532
Geschlecht (weiblich)	1.50 (0.47-4.86)	0.495	0.84 (0.16-4.30)	0.834	1.13 (0.38-3.35)	0.828
Anzahl Platzierungen	1.30 (0.93-1.80)	0.121	1.23 (0.82-1.82)	0.315	1.40 (1.02-1.91)	0.0383*
Zeit in der Jugendhilfe (in Jahren)	1.01 (0.89-1.14)	0.909	1.08 (0.94-1.25)	0.288	1.00 (0.90-1.12)	0.934
Risikofaktoren, negative Zusammenhänge						
Suizidgeudenken (MAZ.)	0.73 (0.17-3.04)	0.665	3.02 (0.60-15.3)	0.182	2.57 (0.76-8.76)	0.130
körperliche Beschwerden	0.95 (0.69-1.31)	0.382	1.04 (0.69-1.57)	0.844	1.31 (0.98-1.74)	0.0656
Arbeitslosigkeit	1.46 (0.39-5.50)	0.654	2.09 (0.40-10.8)	0.380	3.91 (1.17-13.00)	0.026*
Finanzielle Schulden	2.04 (0.59-7.12)	0.262	1.29 (0.26-6.52)	0.755	9.13 (2.80-29.8)	<0.001***
Potenziell traumatische Ereignisse ¹¹⁴	1.11 (0.82-1.51)	0.775	0.99 (0.65-1.48)	0.944	1.18 (0.89-1.56)	0.864
Misshandlung in der Kindheit ¹¹⁵	1.01 (0.97-1.05)	0.532	1.01 (0.96-1.06)	0.794	1.02 (0.98-1.06)	0.325
Schutzfaktoren, positive Zusammenhänge						
Gesunde Persönlichkeitsfunktionen	0.30 (0.03-2.79)	0.289	0.50 (0.03-9.06)	0.643	0.05 (0.00-0.43)	0.006**
Klinische Behandlung	1.43 (0.25-8.17)	0.687	1.81 (0.22-15.0)	0.581	4.49 (0.96-21.1)	0.057
Soziale Unterstützung	0.64 (0.19-2.10)	0.457	4.92 (0.51-47.5)	0.169	0.67 (0.22-2.02)	0.480
Lebensqualität	0.75 (0.16-3.46)	0.718	0.14 (0.02-0.77)	0.024*	0.16 (0.04-0.62)	0.008**
Selbstwirksamkeit	0.96 (0.90-1.02)	0.215	0.90 (0.82-0.98)	0.021*	0.93 (0.88-0.99)	0.024*
Intime Beziehung	1.34 (0.42-4.20)	0.621	1.13 (0.25-5.02)	0.877	1.59 (0.56-4.51)	0.383

Anmerkungen: RR = Relatives Risiko. ***<0.001 Signifikanzniveau; **<0.01 Signifikanzniveau; *<0.05 Signifikanzniveau. Die Referenzgruppe bildet die Teilnehmenden, die zu keinen der beiden Messzeitpunkten (MAZ. und JAEL) eine Diagnose erfüllten.

Auch die soziale Unterstützung schien keinen massgeblichen Einfluss auf den Verlauf der psychischen Störungen der JAEL-Teilnehmenden zu haben. Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass der

¹¹⁴ erfasst mit der LEC-R

¹¹⁵ erfasst mit dem CTQ

Grossteil der Teilnehmenden angab, zumindest eine mässige Form an sozialer Unterstützung erfahren zu haben, so dass es sich wiederum um einen Deckeneffekt handeln könnte. Zuletzt ist bemerkenswert, dass sich in diesen Analysen kein Zusammenhang zwischen Remission und der selbstberichteten Lebensqualität finden liess.

11.1.2 Einfluss früherer belastender Erfahrungen auf die aktuelle psychische Gesundheit

Für dieses Kapitel wurden die Zusammenhänge von früheren belastenden Erfahrungen auf die psychische Gesundheit der JAEL-Teilnehmenden Belastungen noch einmal spezifisch anhand dimensionaler Masse resp. mehrerer graderter Kategorien überprüft.

Die früheren belastenden Erfahrungen wurden mithilfe der Skala "Belastende Kindheitserfahrungen" aus den MACE (Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure) betrachtet (vgl. Anhang). Für die folgenden Analysen wurde der Summenscore angewendet. Der Summenscore (im Bereich von 0 bis 100, als Schweregrad-Score) repräsentiert die kumulative Belastungsschwere über zehn Skalen hinweg, welche die Schwere, der während der Kindheit und Jugend erlebten Belastungen, zusammenfasst. Dazu haben wir die Punktzahl der Summenscores in vier Kategorien aufgeteilt¹¹⁶:

- 0 bis 20 (32.4% der Teilnehmenden)
- 20 bis 40 (36.8% der Teilnehmenden)
- 40 bis 60 (25.4% der Teilnehmenden)
- 60 bis 80 (5.4% der Teilnehmenden)

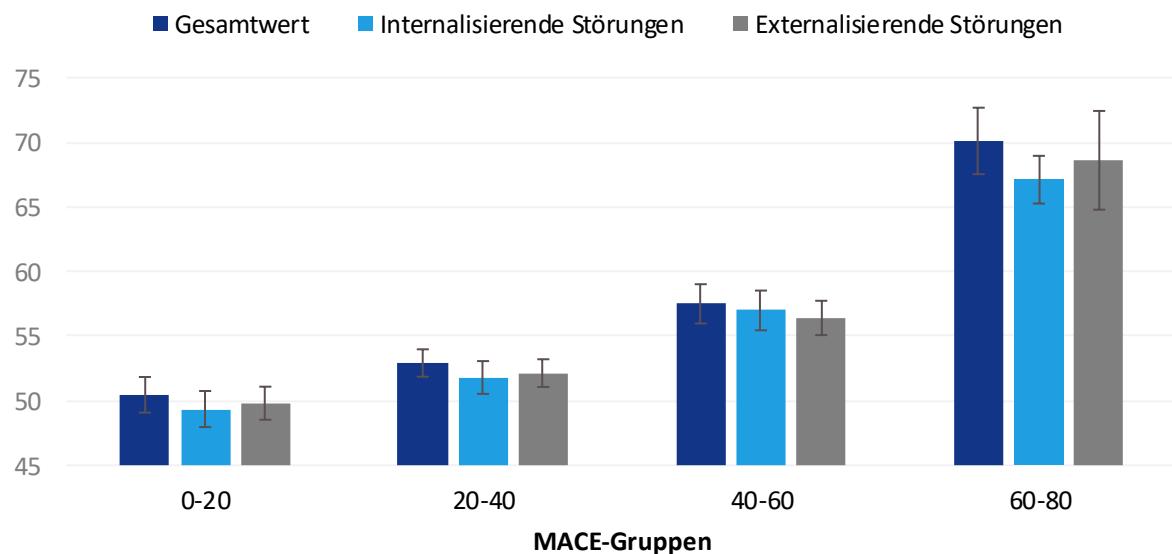


Abbildung 48: Mittlere T-Werte der Oberskalen aus den Selbsturteilen der ASEBA-Fragebögen nach Schweregrad belastender Kindheitserfahrungen gemäss MACE (die Fehlerbalken beziehen sich auf die Standardfehler) (N=185)

¹¹⁶ Die Geschlechterverteilung auf die Gruppen war dabei statistisch signifikant unterschiedlich ($\chi^2(3) = 26.08, p < .001$): In der Gruppe mit dem geringsten Schweregrad waren die männlichen Teilnehmer übervertreten, in der Gruppe mit dem grössten Schweregrad waren signifikant mehr weibliche Teilnehmerinnen.

Die dimensionalen Masse zur aktuellen psychischen Gesundheit bezieht sich auf die Oberskalen der ASEBA-Fragebögen (Gesamtwert, internalisierende und externalisierende Probleme). Zusätzlich wurden klinische Symptombereiche, die mit dem Fragebogen MAYSI-2 (Massachusetts Youth Screening Instrument – Version 2) erhoben wurden, verwendet (Alkohol- und Drogengebrauch, ärgerlich-reizbare Stimmung, depressiv-ängstliche Symptome, somatische Beschwerden).

Abbildung 48 bildet den Zusammenhang von belastenden Kindheitserfahrungen und den aktuellen psychischen Belastungen der JAEL-Teilnehmenden ab. Dabei zeigten sich in allen Bereichen – nahezu identische – statistisch signifikante Zusammenhänge, sowohl insgesamt als auch nach Geschlecht getrennt betrachtet.¹¹⁷

EXKURS: Traumatische Kindheitserfahrungen bei fremdplatzierten Kindern und Jugendlichen

Belastende Kindheitserfahrungen (auf Englisch: Adverse Childhood Experiences, ACEs) beziehen sich auf potenziell traumatische Erfahrungen, die vor dem 18. Lebensjahr stattfinden. Zu diesen gehören verschiedene Arten von negativen Erfahrungen wie emotionaler, körperlicher und sexueller Missbrauch, dazu kommen dysfunktionale Familienkonstellationen, wie Drogenmissbrauch, psychische Erkrankungen, Gewalt, Scheidung der Eltern und Inhaftierung. Eine der ersten longitudinalen Studien im Rahmen der Trauma-Forschung, war die „Adverse Childhood Experiences“-Studie. Diese Studie, die in der San Diego Health Appraisal Clinic von Kaiser Permanente angesiedelt war, untersuchte retrospektiv, sowie prospektiv, langfristige Auswirkungen von Missbrauch und häuslicher Dysfunktion in der Kindheit. Diese Auswirkungen wurden auf die Bereiche von Krankheiten, Lebensqualität, Gesundheitsversorgung und Sterblichkeit im Erwachsenenalter untersucht. Die Resultate unterstrichen, dass früh erlebte traumatische Erfahrungen mit diversen Risikofaktoren für Todesursachen im Erwachsenenalter zusammenhängen. Krankheiten wie chronische Lungenerkrankungen, Lebererkrankungen oder auch eine schlechte Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit zeigten einen Zusammenhang mit dem Ausmass der Exposition an negativen Erfahrungen in der Kindheit [392]. Zusätzlich sind früh erlebte traumatische Erfahrungen auch mit der Entwicklung von Traumafolgestörungen, wie die posttraumatische Belastungsstörung assoziiert. Darüber hinaus erhöhen sie das Risiko für die Entwicklung einer breiten Palette psychischer Störungen, wie zum Beispiel Depression [393], Verhaltensstörungen [394] und Substanzgebrauchsstörungen [395].

Ungünstige Kindheitserfahrungen kommen auf globaler Ebene häufiger vor, als man sich vorstellen kann. Emotionaler und körperlicher Missbrauch sind darunter die häufigsten [396]. Auf Schweizer Ebene berichtet eine repräsentative Studie, dass mehr als die Hälfte der untersuchten Adoleszenten eine traumatische Erfahrung erlebt hat [397]. Bei ehemalig fremdplatzierten Erwachsenen handelt es sich um eine Hochrisikopopulation, welche sehr hohe Prävalenzen und negative Folgen von kumulierten Misshandlungserfahrungen zeigen. In einer Publikation mit JAEL-Daten konnten wir zeigen, dass diese mit signifikant mehr Problemen in gesundheitlichen, finanziellen und sozialen Lebensbereichen assoziiert sind [398]. Außerdem sind ungünstige Kindheitserlebnisse bei ehemalig fremdplatzierten Erwachsenen mit einer erhöhten psychischen Belastung und vermehrten Einsamkeitsgefühlen verbunden [399].

In der Betrachtung der einzelnen mit dem MAYSI-2 erfassten Symptombereiche zeigte sich ein analoges Bild. In allen Skalen waren die belastenden Kindheitserfahrungen mit dem Ausmass an Symptomen statistisch signifikant assoziiert und was wiederum – mit Ausnahme der somatischen Beschwerden, wo nur bei den weiblichen Teilnehmerinnen ein signifikanter Zusammenhang zu finden war – für beide Geschlechter gleichermaßen zutraf (siehe Abbildung 49).¹¹⁸

¹¹⁷ Gesamtwert: Insgesamt: $\beta = 0.393$, T -Wert = 5.784, 95% CI = 3.132 – 6.375, $p < .001$; bei männlichen Teilnehmern: $\beta = 0.338$, T -Wert = 3.952, 95% CI = 2.029 – 6.103, $p < .001$; bei weiblichen Teilnehmerinnen: $\beta = 0.398$, T -Wert = 3.357, 95% CI = 2.215 – 8.747, $p = .001$) / Internalisierende Störungen: Insgesamt: $\beta = 0.372$, T -Wert = 5.416, 95% CI = 2.976 – 6.387, $p < .001$; bei männlichen Teilnehmern: $\beta = 0.291$, T -Wert = 3.343, 95% CI = 1.510 – 5.983, $p = .001$; bei weiblichen Teilnehmerinnen: $\beta = 0.381$, T -Wert = 3.189, 95% CI = 1.971 – 8.606, $p = .002$ / Externalisierende Störungen: Insgesamt: $\beta = 0.388$, T -Wert = 5.700, 95% CI = 2.948 – 6.069, $p < .001$; bei männlichen Teilnehmern: $\beta = 0.294$, T -Wert = 3.388, 95% CI = 1.472 – 5.611, $p < .001$; bei weiblichen Teilnehmerinnen: $\beta = 0.432$, T -Wert = 3.709, 95% CI = 2.479 – 8.284, $p < .001$

¹¹⁸ Alkohol-/ Drogengebrauch: Insgesamt: $\beta = 0.239$, T -Wert = 3.316, 95% CI = 0.250 – 0.985, $p = .001$; bei männlichen Teilnehmern: $\beta = 0.272$, T -Wert = 3.102, 95% CI = 0.300 – 1.359, $p = .002$; bei weiblichen Teilnehmerinnen: $\beta = 0.324$, T -Wert = 2.651, 95% CI = 0.180 – 1.286, $p = .010$ / Ärgerlich-reizbar: Insgesamt: $\beta = 0.352$, T -Wert = 5.071, 95% CI = 0.694 – 1.579, $p < .001$; bei männlichen Teilnehmern: $\beta = 0.278$, T -Wert = 3.167, 95% CI = 0.366 – 1.586, $p = .002$; bei weiblichen Teilnehmerinnen: $\beta = 0.427$, T -Wert = 3.655, 95% CI = 0.638 – 2.179, $p < .001$ / Depressiv-ängstlich: Insgesamt: $\beta = 0.417$, T -Wert = 6.181, 95% CI = 0.744 – 1.441, $p < .001$; bei männlichen Teilnehmern: $\beta = 0.367$, T -Wert =

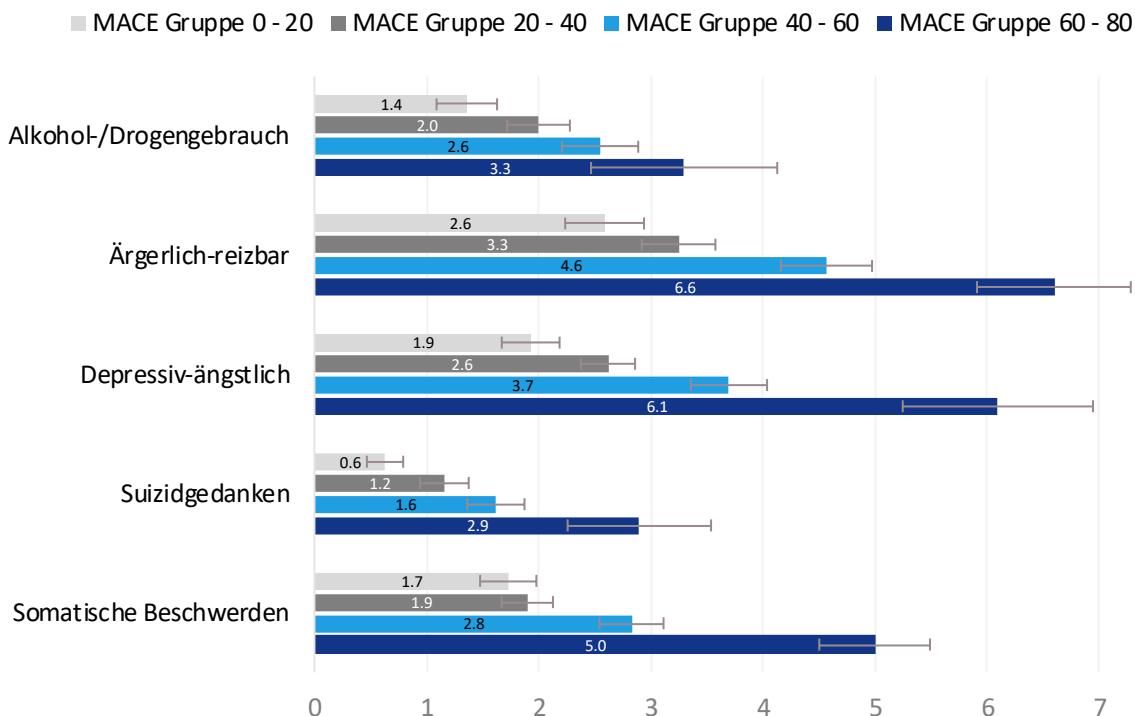


Abbildung 49: Mittlere Skalenwerte aus dem MAYSI-2 nach Schweregrad belastender Kindheitserfahrungen gemäss MACE (die Fehlerbalken beziehen sich auf die Standardfehler) (N=184)

11.2 Risiko- und Schutzfaktoren für die soziale Teilhabe im Erwachsenenalter

11.2.1 Psychische Belastungen und risikoreicher Substanzkonsum während MAZ.

Die psychischen Belastungen, welche während MAZ., also während der Zeit der ausserfamiliären Unterbringungen der JAEL-Teilnehmenden, erhoben wurden, hingen mit den globalen Expert:innenurteilen zur sozialen Teilhabe während JAEL signifikant zusammen (siehe Abbildung 50).¹¹⁹ Eine hohe psychische Belastung während der Zeit in der ausserfamiliären Unterbringung kann somit als Risikofaktor für die langfristige soziale Teilhabe angesehen werden. Vor allem all jene, die als rot eingeteilt wurden, wiesen schon vor rund 10 Jahren äusserst hohe Werte in den mit den Selbsturteilen der ASEBA-Fragebögen gemessenen dimensionalen psychischen Belastungen auf. Diese Unterschiede zeigen sich sowohl für internalisierende (emotionale) Belastungen als auch für externalisierende (Verhaltens-)Probleme.

4.316, 95% CI= 0.505 – 1.361, $p < .001$; bei weiblichen Teilnehmerinnen: $\beta = 0.360$, T -Wert = 2.991, 95% CI = 0.352 – 1.772, $p = .004$ /

Suizidgedanken: Insgesamt: $\beta = 0.312$, T -Wert = 4.426, 95% CI = 0.333 – 0.867, $p < .001$; bei männlichen Teilnehmern: $\beta = 0.271$, T -Wert =

3.090, 95% CI = 0.185 – 0.844, $p = .002$; bei weiblichen Teilnehmerinnen: $\beta = 0.255$, T -Wert = 2.043, 95% CI = 0.012 – 1.102, $p = .045$ /

Somatische Beschwerden: Insgesamt: $\beta = .338$, T -Wert = 4.841, 95% CI = 0.460 – 1.092, $p < .001$; bei männlichen Teilnehmern: $\beta = 0.196$, T -

Wert = 2.193, 95% CI = 0.045 – 0.881 $p = .030$; bei weiblichen Teilnehmerinnen: $\beta = 0.363$, T -Wert = 3.014, 95% CI = 0.285 – 1.408, $p = .004$

¹¹⁹ Internalisierende Störungen: $F(2,158) = 4.09$, $p = .019$; Externalisierende Störungen: $F(2,158) = 4.80$, $p = .01$; Gesamtwert: $F(2,158) = 5.78$, $p = .004$

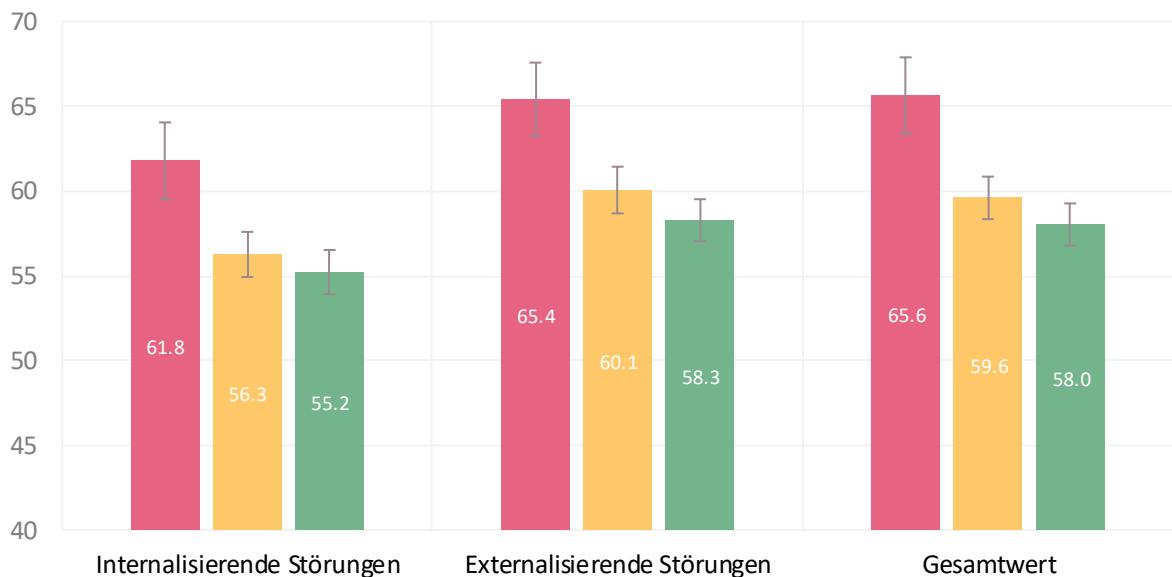


Abbildung 50: Durchschnittliche psychische Belastungen (T-Werte aus den Selbstbeurteilungen der ASEBA-Fragebögen) während MAZ. und globale Expert:innenurteile zur sozialen Teilhabe bei JAEL (N=159)

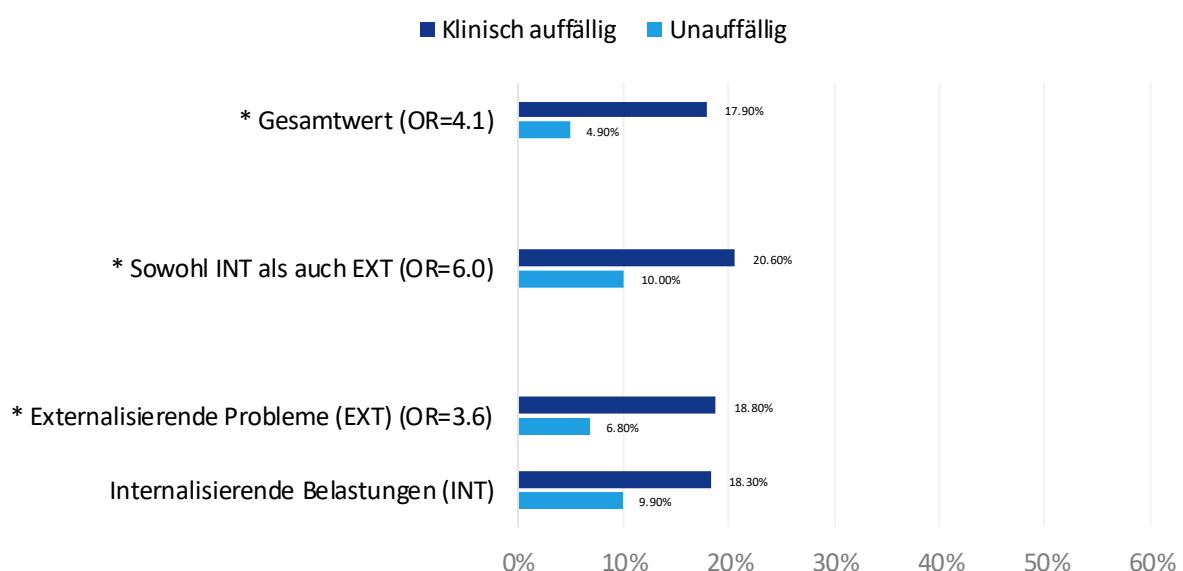


Abbildung 51: Psychische Belastungen während MAZ. (Fremdurteile der ASEBA-Fragebögen) und Risiko für Mehrfachabbrüche der Unterbringungen (* $p < .05$, OR=Odds Ratio/Quotenverhältnis) (N=196)

Weitere prospektive Auswertungen zeigten, dass die fremdberichteten psychischen Belastungen¹²⁰ zum Zeitpunkt der Heimerziehung (MAZ.) sehr eng mit der Zahl der subjektiv als frühzeitig erlebten Abbrüche der Unterbringungen zusammenhingen. So lag das Risiko für psychisch besonders auffällige Kinder und Jugendliche über viermal höher, mehrfache Abbrüche erlebt zu haben als für solche, die durch ihre sozialpädagogischen Bezugspersonen als unauffällig beurteilt worden waren (siehe Abbildung 51). Bei Kindern und Jugendlichen, bei welchen sowohl internalisierende als auch externalisierende Auffälligkeiten wahrgenommen worden waren, war das Risiko für Mehrfachabbrüche um ein Sechsfaches erhöht.

¹²⁰ erfasst mit den Fremdbeurteilungen der ASEBA-Fragebögen (CBCL, YABCL, ABCL)

EXKURS: Psychiatrisch-psychologische Versorgung von ausserfamiliär untergebrachten Kindern und Jugendlichen: Bedeutung, Herausforderungen und Implikationen für die Praxis

Ausserfamiliäre Unterbringungen nicht bei allen Kinder und Jugendlichen gleich gut auszuwirken: So wurde beispielsweise auch schon während der MAZ.-Studie beobachtet, wie über 20% der Unterbringungen während des ungefähr einjährigen Untersuchungszeitraumes ungeplant beendet wurden [3, 25]. Vor allem Kinder und Jugendliche mit limitierten prosozialen Fertigkeiten erreichten ihre Ziele seltener und hatten ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko, dass die Unterbringung frühzeitig beendet wurde [25].

In früheren Studien wurde bereits gezeigt, dass die psychiatrisch-psychologische Versorgung einen wichtigen Einfluss auf die psychosoziale Entwicklung von ausserfamiliär untergebrachten Kindern und Jugendlichen haben kann. Besonders diejenigen, welche psychisch stark belastet sind, sollten eine enge und möglichst evidenzbasierte Behandlung erhalten, damit einer Chronifizierung der Problematiken vorgebeugt werden kann [400, 401]. Die Reduktion der Psychopathologie wird wiederum zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen führen [24].

In einer Studie aus Deutschland konnte zudem gezeigt werden, dass psychiatrische Liaisdienste¹²¹ für Kinder und Jugendliche in stationären Jugendhilfen effektiv sind [402]. Eine traumapädagogische oder traumainformierte Betreuung kann zudem dazu beitragen, die psychischen Belastungen der Betroffenen weiter reduzieren [403].

Aus klinischer Sicht ist jedenfalls die Tatsache, dass ungefähr zwei Drittel der JAEL-Teilnehmenden eine psychische Störung aufwiesen (siehe Kapitel 10.2.2), eine wichtige Erinnerung an die Herausforderung, kontinuierliche Angebote für psychisch belastete junge Menschen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe als auch für Care Leaver:innen weiterzuentwickeln. Dabei ist beispielsweise auch der Ausbau von adoleszenzpsychiatrischen Angeboten zu fordern. Diese Angebote konzentrieren sich auf die Behandlung von psychischen Problemen während des Zeitraums vom Beginn der Pubertät bis zum Erwachsenenalter und berücksichtigen die einzigartigen Herausforderungen und Bedürfnisse dieser Entwicklungsphase.

Praktiker:innen sollten zudem darauf abzielen, die Hürden für angehende Care Leaver:innen bei der Suche und Annahme von Unterstützung zu senken, indem sie diese motivieren, weitere Hilfen anzunehmen.

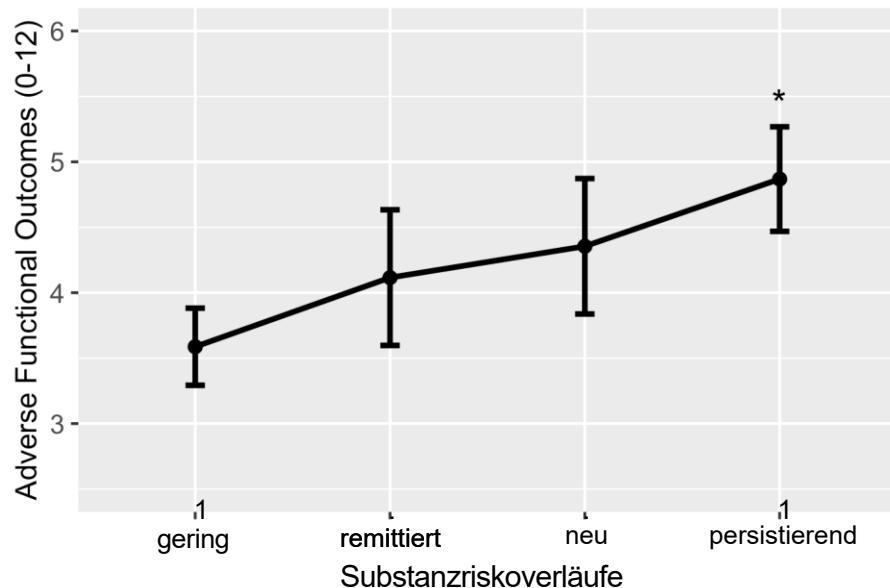


Abbildung 52: Substanzrisikoverläufe und Probleme der sozialen Teilhabe (Adverse Functional Outcomes) (N=182)

Weiter hatten die psychischen Belastungen während MAZ. auch einen signifikanten Einfluss auf die (späteren) Bildungsabschlüsse der JAEL-Teilnehmenden. Dies wird jedoch erst in Kapitel 11.2.2

¹²¹ Psychiatrische Liaisdienste in der stationären Kinder- und Jugendhilfe zielen allgemein gesprochen darauf ab, eine Verbindung zwischen der Betreuungseinrichtung und der psychiatrischen Versorgung herzustellen. Ihr Ziel ist es, Kinder und Jugendliche mit psychischen Gesundheitsproblemen zu unterstützen, indem sie umfassende psychiatrische Abklärungen, Beratungen und Behandlungen innerhalb des stationären Umfelds anbieten. Diese Dienste fördern eine enge, interdisziplinäre Zusammenarbeit, um eine integrative und ganzheitliche Versorgung für die betroffenen Kinder und Jugendlichen sicherzustellen.

aufgenommen und vertieft, da dem Niveau des Bildungsabschlusses auch als Mediator für weitere andere Outcomes eine besondere Funktion zukommt.

Neben der eher allgemeinen psychischen Belastung zeigte sich ein Zusammenhang zwischen einem risikoreichen Substanzkonsum während der Fremdunterbringung (Cut-Off Schwelle in gängigen Substanz-Screenings überschritten) und einer niedrigeren sozialen Teilhabe im jungen Erwachsenenalter [404]. Im Längsschnitt konnten vier Substanzrisikoverläufe ermittelt werden: geringes Risiko (niedriges Risiko in MAZ. und JAEL: 37.9%), remittiertes Risiko (hohes Risiko in MAZ., niedriges Risiko in JAEL: 15.9%), neu entstandenes Risiko (niedriges Risiko in MAZ., hohes Risiko in JAEL: 20.9%) und anhaltendes und persistierendes Risiko (hohes Risiko in MAZ. und JAEL: 25.3%). Gerade ein persistierender risikoreicher Substanzkonsum ging mit einer geringeren sozialen Teilhabe im jungen Erwachsenenalter respektive einer höheren Rate an Problemen in Bereichen der sozialen Teilhabe einher (siehe Abbildung 52). Dieses Ergebnis wurde auch in einer Fachpublikation veröffentlicht [306].

11.2.2 Intelligenz und Bildung

Während MAZ. konnten wir bei 423 MAZ.-Teilnehmenden einen sprach- und kulturfreie Intelligenztests durchführen (Culture Fair Test (CFT-20) in der Deutschschweiz, Raven's Progressive Matrices (RPM) in der Romandie und im Tessin). Der darüber erfasste Intelligenzquotient (IQ) hatte keinen statisch signifikanten Zusammenhang¹²² mit dem globalen Expert:innenurteil zur späteren sozialen Teilhabe während JAEL (siehe Abbildung 53).

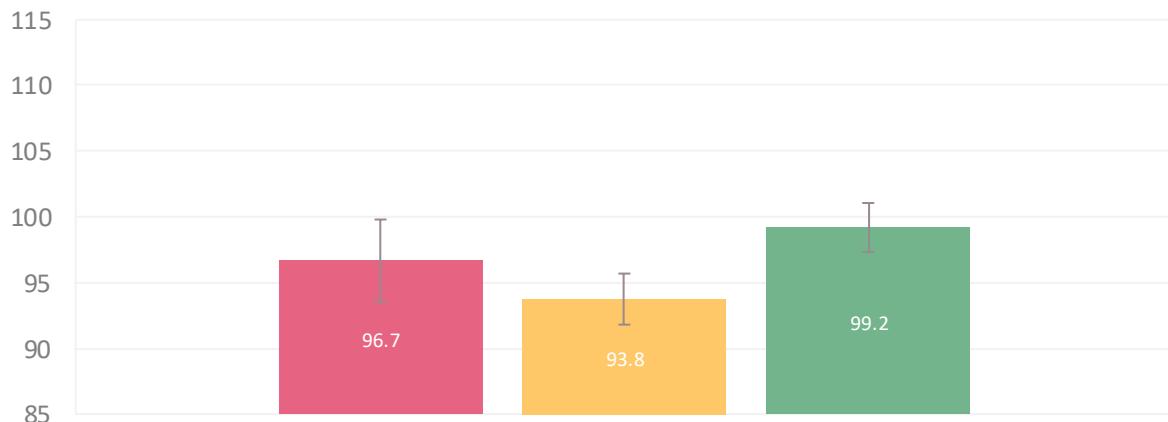


Abbildung 53: Durchschnittlicher IQ während MAZ. nach globalen Expert:innenurteilen zur sozialen Teilhabe bei JAEL (N=128)

Im Gegensatz zur Intelligenz spielte Bildung jedoch eine grosse und mediierende Rolle. Das heisst, dass die Bildung der JAEL-Teilnehmende den Zusammenhang zwischen ihren früheren psychischen Belastungen und Variablen zur sozialen Teilhabe vermittelt und damit eine wichtige Funktion eingenommen hat. Die diesbezüglichen Ergebnisse sind in Abbildung 54 dargestellt und lassen sich folgendermassen zusammenfassen:

- Erstens sagten psychische Probleme in allen Modellen signifikant schlechtere Bildungsergebnisse voraus.¹²³

¹²² $F(2,138) = 1.93, p = .150$

¹²³ $\beta = -0.637, p < .001$

- Zweitens sagten Bildungsergebnisse signifikant psychische Probleme bei JAEL¹²⁴, die finanzielle¹²⁵ und die soziale Situation¹²⁶ voraus.
- Drittens wurden signifikante direkte Effekte für psychische Probleme bei JAEL¹²⁷ und die soziale Situation¹²⁸ gefunden.
- Viertens wurden signifikante Gesamteffekte für alle Domänen der sozialen Teilhabe im Erwachsenenalter gefunden, ausser für die finanzielle Situation.
- Fünftens zeigten Bildungsergebnisse signifikante indirekte Effekte (d.h. medierte Effekte) für psychische Probleme im Erwachsenenalter¹²⁹, die finanzielle¹³⁰ und die soziale Situation¹³¹.

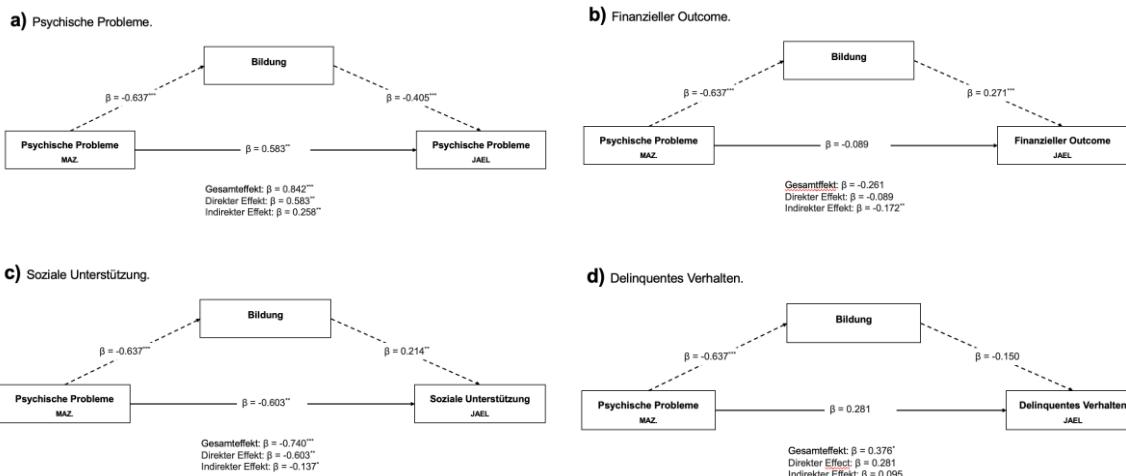


Abbildung 54: Vermittelndes Modell der Bildungsergebnisse im Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen bei MAZ. und funktionalen Ergebnissen in JAEL. (Standardisierte β -Koeffizienten, kontrolliert für Geschlecht, Alter und IQ, werden berichtet. Zur Vereinfachung werden indirekte Effekte durch gestrichelte Linien dargestellt * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$) (N=231)¹³²

Diese Ergebnisse bedeuten, dass Bildung nicht nur direkt mit bestimmten Outcomes zur sozialen Teilhabe (wie z.B. psychische Probleme, finanzielle und soziale Situation) verbunden ist, sondern auch einen Einfluss darauf hat, wie sich diese entwickeln, indem sie den Zusammenhang zwischen psychischen Problemen und den anderen Outcomes vermittelt. Daher kann man sagen, dass Bildung eine wichtige Rolle als Vermittler zwischen psychischen Problemen und anderen Aspekten der längerfristigen sozialen Teilhabe spielt. Dies legt nahe, dass Bildung nicht nur ein eigenständiger Faktor ist, der die soziale Teilhabe beeinflusst, sondern auch als Mechanismus wirkt, der den Einfluss anderer Faktoren, wie psychische Gesundheit, moduliert.

¹²⁴ $\beta = -0.405$, $p < .001$

¹²⁵ $\beta = 0.271$, $p < .001$

¹²⁶ $\beta = 0.214$, $p < .01$

¹²⁷ $\beta = 0.583$, $p < .01$

¹²⁸ $\beta = -0.603$, $p < .01$

¹²⁹ ($\beta = 0.258$; $p < 0,01$)

¹³⁰ ($\beta = -0.172$; $p < 0,01$)

¹³¹ ($\beta = -0.137$; $p < 0,05$)

¹³² Für die Modelle wurden fehlende Werte imputiert, d.h. methodisch und statistisch begründet geschätzt. Daher entspricht das N (die zugrundeliegende Stichprobengröße) der gesamten JAEL-Stichprobe.

EXKURS: Bildung als entscheidender Faktor für die Lebenschancen von Kindern in Fremdunterbringung

Auch gemäss zahlreicher anderer Quellen gilt Bildung als eine der wichtigsten Quellen individueller Möglichkeiten, in modernen Gesellschaften zu funktionieren und über die Art des Lebens entscheiden zu können [405]. Bildung kann auch einen Ausweg aus benachteiligten Kindheitssituationen darstellen. Dies ist besonders wichtig für Kinder mit einer Geschichte der Fremdunterbringung, die ein hohes Risiko für negative Ergebnisse in der Zukunft haben.

Forsman und Kolleg:innen untersuchten den vermuteten kausalen Effekt der schlechten schulischen Leistung von Pflegekindern auf spätere psychosoziale Probleme, in diesem Fall definiert als illegaler Drogenkonsum, psychische Probleme und wirtschaftliche Härten im jungen Erwachsenenalter [406]. Die Ergebnisse deuteten darauf hin, dass Pflegekinder mit einer schlechten schulischen Leistung eher häufig negative Entwicklungen aufweisen.

Montserrat und Casas führten eine Längsschnittstudie durch, um die Bildung von ausserfamiliär untergebrachten Kindern und Jugendlichen zu untersuchen [407]. Sie stellten fest, dass nur etwa 34.7% dem schulischen Jahr entsprachen, das zu ihrem Alter passte. Fantuzzo und Perlman [408] fanden heraus, dass Kinder mit einer Geschichte der Fremdunterbringung signifikant höhere Levels von Verhaltensproblemen in der Schule aufwiesen und dort häufiger bestraft wurden als die anderen Kinder. Kääriälä und Kolleg:innen [409] berichteten darüber hinaus, dass ausserfamiliär untergebrachte Kinder und Jugendliche auch eine signifikant höhere Gefahr eines frühzeitigen Schulabbruchs hatten. Selbst nach Anpassung an den mütterlichen Hintergrund war es unter Care Leaver:innen 24 bis 39 Prozentpunkte wahrscheinlicher, dass sie die Sekundarschule nicht abgeschlossen hatten als Gleichaltrigen ohne Fremdunterbringungserfahrungen. Eine weitere Studie [410] untersuchte die potenziell mildernde Rolle des Bildungserfolgs im Zusammenhang zwischen Erfahrungen der Fremdunterbringung und vorzeitigem Tod. Menschen mit Erfahrungen der Fremdunterbringung hatten mehr als ein doppeltes Risiko für einen vorzeitigen Tod, was ungefähr einem Jahrzehnt des verlorenen Lebens im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung entspricht. Glücklicherweise berichtete die Studie aber auch, dass dieses erhöhte Sterberisiko für die Betroffenen nicht unvermeidlich ist. Auch Ferguson und Wolkow fanden in ihrer Untersuchung heraus, dass ausserfamiliär untergebrachte Kinder und Jugendliche deutliche Bildungsnachteile aufweisen [411]. Sie konzentrierten sich auf die Feststellung, dass Schulversagen mit vielen langfristigen Gefahren verbunden ist (z. B. Arbeitslosigkeit, Involvierung in Sozialdienste oder Justizsysteme). Auch diese Ergebnisse zeigten, wie wichtig es ist, dass Kinder in Fremdunterbringung Bildungsunterstützung und positive Erwartungen erhalten. Wenn mehr erwartet wird, gibt es auch die Möglichkeit für mehr. Daher kann die Verbesserung der Bildungsergebnisse einen gangbaren Weg für diejenigen darstellen, die daran interessiert sind, die allgemeinen Lebenschancen von Care Leaver:innen zu verbessern [406].

11.2.3 Abbrüche

Wie bereits gezeigt wurde, hatten unter den JAEL-Teilnehmenden deren frühere psychischen Belastungen das Abbruchrisiko von ausserfamiliären Unterbringungen erhöht (siehe Kapitel 11.2.1). Wie sich weiter ergab, könnte dabei ein regelrechter Teufelskreis ausgelöst worden sein. Denn die subjektiv als frühzeitig berichteten Abbrüche schienen auch wiederum statistisch signifikante Auswirkungen auf die spätere soziale Teilhabe der JAEL-Teilnehmenden zu haben. Je schlechter unser globales Expert:innenurteil zur globalen sozialen Teilhabe eingeschätzt worden war, desto mehr solche Abbrüche waren in der Vorgeschichte berichtet worden.¹³³ In Richtung der Gesamtzahl an Unterbringungen zeigte sich noch ein statistischer Trend¹³⁴, die Gesamtdauer in der stationären Kinder- und Jugendhilfe (durchschnittliche Dauer zwischen Eintritt der ersten und Austritt der letzten Unterbringung) machte jedoch keine signifikanten Unterschiede¹³⁵ zwischen den Expert:innenurteilen zur sozialen Teilhabe im jungen Erwachsenenalter. Schon diese Ergebnisse allein unterstreichen die Wichtigkeit einer Versorgungskontinuität, welche gewissen Risiken als Schutzfaktor entgegenwirken kann.

¹³³ $F(2, 176) = 12.82, p = .017$

¹³⁴ $F(2, 176) = 37.91, p = .057$

¹³⁵ $F(2, 170) = .60, p = .442$

Schlussbericht Modellversuch JAEL

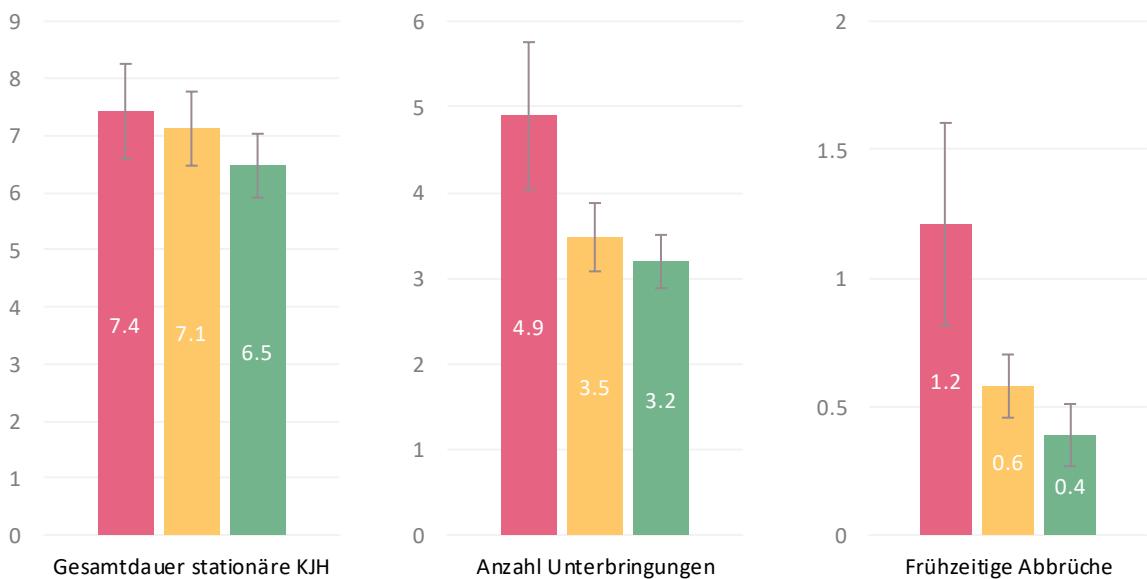


Abbildung 55: *Dauer in der stationären Kinder- und Jugendhilfe¹³⁶, Anzahl und frühzeitige Abbrüche der ausserfamiliären Unterbringungen und globale Expert:innenurteile zur sozialen Teilhabe bei JAEL (N=179)*

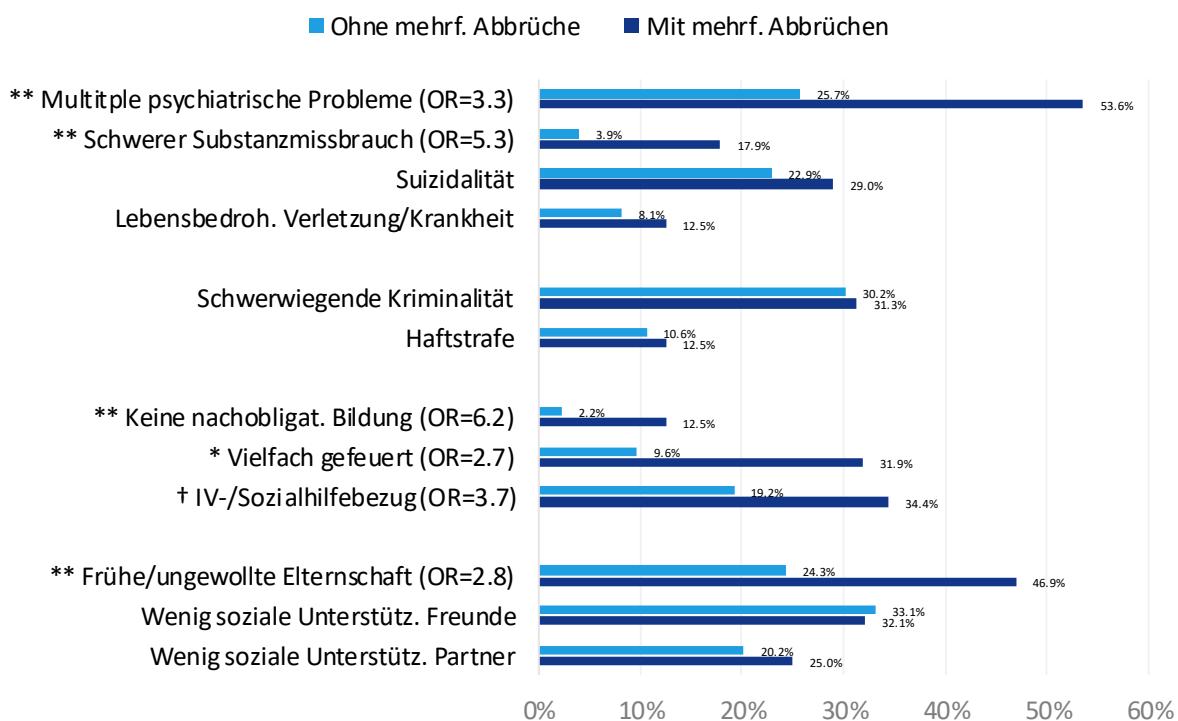


Abbildung 56: *Funktionale Outcomes und Abbrüche (**p < .01, *p < .05, †p < .1, OR=Odds Ratio/Quotenverhältnis)¹³⁷*

Auch in einer differenzierteren Betrachtung zur sozialen Teilhabe (vgl. Tabelle 6 auf Seite 88) verdeutlichte sich die Problematik: Diejenigen JAEL-Teilnehmenden mit mehrfachen Abbrüchen hatten signifikant mehr finanzielle Schwierigkeiten und mehr Probleme in ihrer Legalbewährung als

¹³⁶ Diese Variable bezieht sich auf den Abstand zwischen der ersten und letzten ausserfamiliären Unterbringung der JAEL-Teilnehmenden. Dabei kann nicht ausgeschlossen werden, dass Teilnehmende in diesem Zeitraum auch zwischenzeitlich an anderen Orten gelebt haben.

¹³⁷ Je nach betrachteter Variable variiert die Stichprobengröße zwischen N=180 und N=211.

die übrigen Teilnehmenden, Sie waren vergleichsweise häufiger arbeitslos und arm, bezogen öfters IV-Renten oder Sozialhilfe, waren eher sozial isoliert oder wurden früh oder ungewollt Eltern, littten häufiger unter psychischen Erkrankungen oder schwerem Substanzmissbrauch (siehe Abbildung 56). Zuletzt soll nicht unerwähnt bleiben, dass Abbrüche auch zu Selbstinsuffizienzgefühlen im gesamten Helfersystem führen und auch die Fachkräfte belasten können.

11.3 Risikofaktoren für delinquentes Verhalten

In Kapitel 10.3.2 konnte bereits beschrieben werden, dass diejenigen Teilnehmenden, die nach ihrer Zeit in der stationären Kinder- und Jugendhilfe wegen Straftaten verurteilt worden waren, häufiger männlich als weiblich waren und über mehr Auffälligkeiten verschiedener Aspekte in ihrer Persönlichkeit berichteten (siehe Seite 103). Im Folgenden wurde nun überprüft, welche Variablen, die bereits während MAZ. erhoben werden konnten, die mit delinquentem Verhalten nach Leaving Care assoziiert waren.

Schon zum Zeitpunkt der MAZ.-Erhebungen unterschieden sich Teilnehmende mit späterem delinquentem Verhalten von Teilnehmenden ohne delinquentem Verhalten nach Leaving Care. Dahinter verbergen sich 4 Gruppen:

- Teilnehmende ohne kriminellem Verhalten nach Leaving Care:
 - "Non-Offenders" (Nicht-Straffällige): Teilnehmende, die gemäss Strafregister noch nie eine Straftat (d.h. Verbrechen oder Vergehen) begangen haben. Diese Gruppe machte fast die Hälfte der Stichprobe aus (49.5%).
 - "Desisters" (Besserungstäter): Teilnehmende, die vor oder während ihrer Zeit in der stationären Kinder- und Jugendhilfe straffällig waren, aber seither straffrei geblieben sind (23.2%)
- Teilnehmende mit kriminellem Verhalten nach Leaving Care:
 - "Late Starters" (Spätbeginner): Teilnehmende, die erst nach der Kinder- und Jugendhilfe verurteilt wurden (7.7%)
 - "Persisters" (Dauerhaft Kriminelle): Teilnehmende, welche sowohl vor/während als auch nach den ausserfamiliären Unterbringungen straffällig waren (19.5%).

Teilnehmende mit kriminellem Verhalten nach Leaving Care waren auch während MAZ. häufiger männlich. Ferner waren sie häufiger strafrechtlich und seltener zivilrechtlich oder freiwillig/sonstig untergebracht gewesen, berichteten häufiger über (gewalttägliches) delinquentes Verhalten, Alkohol- und Drogenprobleme und psychopathische Persönlichkeitszüge und wiesen weniger Probleme im Bereich Suizidgedanken auf. Zudem wurden ihnen im Fremdurteil durch ihre sozialpädagogischen Bezugspersonen (CBCL/YABC/ABCL) mehr Verhaltensauffälligkeiten zugeschrieben (siehe Tabelle 13). Wie zu erwarten, fielen auch im Vergleich der vier Subgruppen (Non-Offenders, Desisters, Late Starters, Persisters) die jeweiligen Ausprägungen bei fast allen Risiken unter den "Persisters" am deutlichsten und bei den "Non-Offenders" am geringsten aus¹³⁸.

¹³⁸ Bereits zum Zeitpunkt von MAZ. hatten die Persisters über mehr delinquentes Verhalten ($\chi^2 = 15.63, p < .001$), mehr interpersonelle (grandios, manipulativ; $H = 15.67, p < .001$) und affektive psychopathische Persönlichkeitszüge (gefühlskalt, unemotional, $H = 16.16, p < .001$) sowie mehr Substanzprobleme ($H = 18.13, p < .001$) berichtet als die Non-Offenders. Darüber hinaus hatten die späteren Desisters in den Selbstbeurteilungen der ASEBA-Fragebögen weniger emotionale Probleme angegeben als Non-Offenders ($H = 9.90, p < .05$).

Schlussbericht Modellversuch JAEL

Tabelle 13: Vergleich der bei MAZ. erhobenen Merkmale der JAEL-Teilnehmenden mit und ohne kriminellem Verhalten (verurteilte Vergehen oder Verbrechen) nach Leaving Care (N=220)

	Ja (N=60)	Nein (N=160)	Test; p-Wert
	% (N)	% (N)	
Geschlecht			$\chi^2 = 16.62; p < 0.001$
Männlich	88.3% (53)	59.4% (95)	
Weiblich	11.7% (7)	40.6% (65)	
Sprachregion	% (N)	% (N)	n.s.
Deutschschweiz	76.7% (46)	68.1% (109)	
Romandie	18.3% (11)	14.4% (23)	
Tessin	5.0% (3)	17.5% (28)	
Platzierungsgrundlage	% (N)	% (N)	$\chi^2 = 18.52; p < .001$
Strafrechtlich	45.8% (27)	19.0% (27)	
Zivilrechtlich	44.1% (26)	56.7% (85)	
Freiwillig/anderes	10.6% (6)	25.3% (38)	
Psychische Gesundheit			
<i>YSR/YASR/ASR</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	
Gesamtwert	61.5 (9.5)	60.8 (11.5)	n.s.
Externalisierende Störungen	63.4 (9.8)	60.5 (11.5)	n.s.
Internalisierende Störungen	56.9 (10.4)	57.8 (11.9)	n.s.
<i>CBCL/YABCL/ABCL</i>			
Gesamtwert	64.4 (8.7)	64.2 (8.2)	n.s.
Externalisierende Störungen	65.7 (8.3)	62.8 (8.8)	$F = 4.38; p < .05$
Internalisierende Störungen	59.2 (9.7)	62.0 (10.3)	n.s.
<i>MAYSI-2</i>			
Alkohol-/Drogengebrauch	3.2 (2.5)	2.3 (2.6)	$F = 4.17; p < .05$
Ärgerlich-reizbar	4.6 (2.6)	4.8 (2.7)	n.s.
Depressiv-ängstlich	2.7 (2.2)	3.3 (2.6)	n.s.
Somatische Beschwerden	1.8 (1.8)	2.3 (1.8)	n.s.
Suizidgefährdungen	1.2 (1.7)	1.9 (1.9)	$F = 4.80; p < .05$
Psychopathische Persönlichkeitszüge			
<i>YPI</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	
Gesamtwert	12.3 (2.4)	11.1 (2.2)	$F = 11.52; p < .001$
Interpersonal	11.5 (2.7)	10.3 (2.5)	$F = 8.69; p < .01$
Affektiv	12.1 (3.1)	10.6 (2.5)	$F = 12.59; p < .001$
Behavioral	13.4 (2.7)	12.5 (2.7)	$F = 4.25; p < 0.05$
Straffälliges Verhalten vor MAZ.			
Jemals delinquentes Verhalten	% (N)	% (N)	$\chi^2 = 4.89; p < .05$
Ja	94.5% (52)	82.2% (111)	
Nein	5.5% (3)	17.8% (24)	
Jemals Gewaltdelikt			$\chi^2 = 4.14; p < .05$
Ja	67.3% (37)	51.1% (69)	
Nein	32.7% (18)	48.9% (66)	

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass vor allem das männliche Geschlecht, Verhaltensprobleme, Substanzkonsumprobleme sowie psychopathische Persönlichkeitszüge mit späterem (und

persistenter) delinquentem Verhalten in Verbindung standen. Insgesamt weisen unsere Ergebnisse in Übereinstimmung mit metaanalytischen Befunden [412-414] und früheren Forschungsergebnissen (siehe Exkurs) auf wichtige dynamische Risikofaktoren hin, die bei der Behandlung von jugendlichen Straftätern, aber auch bei der Betreuung von gefährdeten jungen Menschen in der stationären Jugendhilfe berücksichtigt werden sollten. Dabei legen unsere Ergebnisse besonders nahe, dass die Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen (und -funktionen) in die Diagnostik einbezogen werden sollte, um effektivere Interventionen zu ermöglichen.

EXKURS: Risikofaktoren und Schutzfaktoren für delinquentes Verhalten bei Care Leaver:innen

Care Leaver:innen mit und ohne kriminelles Verhalten scheinen sich voneinander zu unterscheiden. Vor allem sind männliche Care Leaver besonders gefährdet mit dem Gesetz in Konflikte zu geraten [327, 338, 376]. Was das Alter der Erstplatzierungen anbelangt, sind die Ergebnisse uneinheitlich [336, 338, 415].

Weitere zentrale Risikofaktoren beinhalteten eine Misshandlungsvorgeschichte, Verhaltensprobleme als Grund der Platzierung, delinquentes Verhalten während der Platzierung, Substanzmissbrauch, Kurvengänge, Abbruch der Hilfsmassnahme, Bildungserfolg, Schulschwänzen und Schulverweise [338, 376]. Zudem haben Care Leaver:innen aus Pflegefamilien ein niedrigeres Risiko, im jungen Erwachsenenalter straffällig zu werden, als Care Leaver:innen aus einer Erziehungseinrichtung [376].

Die für die Schweiz bisher bedeutsamsten Studien in Bezug auf delinquentes Verhalten nach sozialpädagogischen Massnahmen, sind die Rückfallstudien der Massnahmenzentren Uitikon und Arxhof: Urbaniok und Kollegen [416] fanden eine Rückfallquote von 71% (Follow-up Zeit 17-29 Jahre). Der Anteil der Straftäter, die anhand eines Gewalt- oder Sexualdelikts rückfällig wurden, betrug 29%. Die statistischen Analysen ergaben zudem, dass die Art des Deliktes keinen Einfluss auf die Rückfallwahrscheinlichkeit hatte. Müller und Rossi [417] ermittelten eine Rückfallrate von 63% (Follow-up-Zeit 4-13 Jahre)¹³⁹, wobei 45% mit einem beliebigen und 16% mit einem gewalttätigen Delikt rückfällig wurden. Zudem zeigte sich, dass bei rund 60% die Rückfalldeliktschwere signifikant geringer war als die Indexdeliktschwere.

Diese Ergebnisse der Massnahmenzentren sind jedoch kaum mit strafrechtlich platzierten Jugendlichen in anderen Erziehungseinrichtungen in der Schweiz zu vergleichen, da die Jugendlichen in den „normalen“ Erziehungsheimen oft leichtere Vergehen begangen haben, was die Rückfallgefahr generell verringert. Ebenso ist es schwierig, die Ergebnisse internationalen Studien gegenüberzustellen, da es sich um eine spezifische Subgruppe handelt, die aufgrund der Schwere der Straftat nach schweizerischem Strafgesetzbuch in ein Massnahmenzentrum platziert wurde, und es in den meisten anderen europäischen Ländern zu einer Freiheitsstrafe in einer Jugendstrafanstalt geführt hätte. Viele europäische Länder differenzieren aber ihre strafrechtlichen Massnahmen inzwischen stärker und führen auch Modelle mit offenem, eher pädagogisch orientiertem Strafvollzug ein. In der Regel wählen sie hierfür aber oft Jugendliche mit besonders guter Prognose oder solche, die unter dem klassischen Jugendstrafvollzug besonders leiden könnten, aus. Ein Vergleich mit verschiedenen europäischen Ländern bezüglich Rückfälligkeit muss daher sehr sorgfältig ausgearbeitet und auch das jeweilige Strafrechtssystem und Deliktschwere adäquat berücksichtigen.

Wie bei vielen anderen Themen, werden uns die wertvollen Daten aus JAEL sowie deren vielfältigen Analysemöglichkeiten zur Delinquenz und Rückfälligkeit noch über Jahre hinaus beschäftigen. Es ist zu erwarten, dass weitere Publikationen in internationalen, forensisch ausgerichteten Fachzeitschriften folgen werden.

¹³⁹ In dieser Studie ist nicht beschrieben worden, bis wann die Verurteilungsinformationen angefragt wurden. Wir sind davon ausgegangen, dass es Daten bis Ende 2007 betrifft (Bericht veröffentlicht im Mai 2009). Da es sich um eine Stichprobe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen handelt, die die Massnahmenzentren zwischen 1994 und 2003 verlassen haben, gehen wir von einer Nachbeobachtungszeit von 4 bis 13 Jahren aus.

12 Vorüberlegungen zur Entwicklung einer webbasierten Weiterbildung aus JAEL

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Ulm haben sehr viel Erfahrung mit der Konzeption von verschiedenen E-Learning-Programmen im Kinderschutz und haben sich kontinuierlich weiterentwickelt [418]. Die meisten ihrer erfolgreichen E-Learnings sind ähnlich aufgebaut und haben einen theoretischen Teil, der über Fachtexte und Interviews mit Expert:innen verfügt, um dort relevante Inhalte und Forschungsbefunde praxisnah zu vermitteln. Demgegenüber steht ein anderer Teil, der mit einer Art Falltrainer über konkrete Beispiele aus der Praxis einen Bezug zum Arbeitsalltag und zum emotionalen Lernen herstellt. Damit wird gefördert, dass das theoretische Wissen auch auf Praxisbeispiele angewendet wird. Zudem gibt es dort Reflexionsaufgaben, in welchem die eigene Haltung vor dem Hintergrund des neu Gelernten reflektiert werden kann.

Inhaltlich erschien es uns wichtig, die potenziellen Stärken von E-Learning pragmatisch zu nutzen und bisherige didaktische Erkenntnisse zum Aufbau von E-Learnings zu berücksichtigen [419, 420]. Letztlich sind E-Learnings immer dann besonders erfolgreich, wenn sie „träges Wissen“¹⁴⁰ der Nutzer:innen ansprechen, diese mit neuen Lerninhalten verknüpfen und dadurch wieder stärker ins Bewusstsein befördern.

Das JAEL-E-Learning sollte sich an bereits sehr gut ausgebildete und praxiserfahrene Fachkräfte, die wie die MAZ.- und JAEL-Daten zeigen, bereits täglich mit Risiko- und Schutzfaktoren konfrontiert sind. Es war folglich nicht möglich, sinnvoll oder notwendig, diese Zielgruppe mit gänzlich neuem Wissen zu versorgen. Es sollte eher darum gehen, die Anwender:innen in ihrem Wissen zu bestätigen und ihr Wissen mit ihnen gemeinsam nochmal neu zu ordnen oder eben etwas andere Aspekte und Perspektiven zu betonen. Mit dem neu aktivierten Wissen sollten sie sich also in den Dingen, die sie bereits erfolgreich in ihrem Alltag umsetzen, bestätigt fühlen und für die Bereiche, mit welchen sie noch unzufrieden sind, neue Handlungsoptionen bekommen. Sie sollten durch das E-Learning auch Ihre Strategien, die sie in ihrer Praxis bereits erfolgreich anwenden, besser empirisch begründen können. Die Motivation sich und seine Zeit in einem E-Learning zu investieren, steigt deutlich an, wenn man sich in seinem Handeln betätigt fühlt und konkrete Unterstützung für die Herausforderung im Alltag bekommt. Hingegen sinkt die Motivation eher, wenn man belehrt, ständig mit seinem Nichtwissen konfrontiert oder auf Unzulänglichkeiten in seiner Arbeit hingewiesen wird.

*“Die meisten Menschen sind bereit zu lernen, aber nur die wenigsten, sich belehren zu lassen.”
(Sir Winston Churchill)*

Neben dem, dass das Vorwissen der Fachkräfte aufgegriffen und mit neuen Aspekten kombiniert wird, ist es wichtig, dass ein E-Learning abwechslungsreich, technisch leicht zu bedienen ist und die Materialien ansprechend und gut auf die Bedürfnisse der Zielgruppe ausgerichtet sind [419, 420]. Die Herausforderung bestand folglich darin, die Fachkräfte einerseits in ihrer Expertise anzusprechen und andererseits praxisnah, aber auch auf einem hohen Niveau, neue Gedanken zu vermitteln. Neues Fachwissen muss entsprechend attraktiv präsentiert werden und die Aufgaben müssen so konzipiert werden, dass sie einen hohen Aufforderungscharakter und eine echte Praxisrelevanz für möglichst viele Fachkräfte, aus recht heterogenen psychosozialen Arbeitsfeldern haben.

Neben den bis hier benannten Aspekten, die wir bei der Konzeptionalisierung der webbasierten Weiterbildung berücksichtigten, verfolgten wir folgende Prämissen:

¹⁴⁰ In der Vergangenheit gelernte Informationen, die im Gedächtnis verblasst sind und nur noch schwer aktiv abgerufen werden können.

- Der erfolgreiche Grundaufbau der E-Learning-Programme aus Ulm sollte aufgegriffen und beibehalten werden, um die bewährten technischen Möglichkeiten aufzugreifen und damit Programmierkosten zu sparen resp. den Rahmen unserer finanziellen Möglichkeiten nicht zu sprengen.
- Im E-Learning aus JAEL sollten die wichtigsten starren Risikofaktoren für schlechte Verläufe adressiert werden und konkrete Hinweise für die Identifikation dieser Risikofaktoren sowie Strategien für den Umgang mit ihnen im pädagogischen Alltag und der interdisziplinären Hilfeplanung vermittelt werden:
 - Sucht
 - Internalisierende psychische Probleme (inkl. Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten)
 - externalisierende psychische Probleme (inkl. Delinquenz)
 - Persönlichkeitsstörungen
- Es sollten zentrale dynamische Gelingensfaktoren für positive Verläufe beschrieben und entsprechende Risikofaktoren für schlechte Verläufe in positive Handlungsstrategien überführt werden. Dieses ressourcenorientierte Vorgehen erschien uns für den Praxistransfer als erfolgsversprechender und motivierender für die Anwender:innen. Dies bedeutet z.B., dass wir, wenn die Zahl der Abbrüche ein bedeutsamer Risikofaktor ist, das Thema der Versorgungskontinuität aufgenommen haben.

Wenngleich wir dankenderweise auf die Expertise aus Ulm zurückgreifen konnten, blieb die Entwicklung unserer webbasierten Weiterbildung jael-elearning.ch sehr aufwändig. Sie wurde in vielen Arbeitsschritten und unter Beteiligung von vielen engagierten Personen ausgearbeitet und sorgfältig evaluiert. Dies wird im nächsten Kapitel deutlich.

13 Vorstellung und Evaluation der webbasierten Weiterbildung jael-elearning.ch

Dieser Abschnitt des Schlussberichts befasst sich nun eingehender mit der Vorstellung und der Evaluation der im Zuge des Modellversuchs entwickelten webbasierten Weiterbildung "JAEL - Jugendhilfeverläufe: Aus Erfahrung Lernen. Ein Online-Kurs zur Sensibilisierung für Risiko- und Schutzfaktoren im sozialpädagogischen Alltag." (<https://jael-elearning.ch>).

> 1'300

Mehr als 1'300 Kursteilnehmende haben bisher auf die webbasierte Weiterbildung zugegriffen. Die Hälfte davon hat den Kurs erfolgreich absolviert, bei einem Teil der Absolvent:innen wurde die Effektivität des Kurses wissenschaftlich evaluiert. All diese Erfahrungen werden in der Evaluation berücksichtigt.

13.1 Ziele der webbasierten Weiterbildung

Eines der Ziele des Modellversuchs war zu einer Verbesserung der langfristigen Wirkung von stationären sozialpädagogischen Massnahmen beizutragen, indem Fachkräfte in der Praxis gestärkt werden. Zu diesem Zweck wurde eine webbasierte Weiterbildung entwickelt, die auf den wissenschaftlichen Erkenntnissen aus JAEL basiert. Anhand dieser Weiterbildung sollten Fachkräfte niederschwellig für Risiko- und Schutzfaktoren von positiven sowie negativen Entwicklungsverläufen ausserfamiliär untergebrachter Kinder und Jugendlicher sensibilisiert werden.

Der entwickelte Online-Kurs, der in der hier vorgestellten Version aktuell noch besteht und dessen weitere Verfügbarkeit zum Zeitpunkt der Berichtslegung konzipiert wird (siehe Kapitel 13.6), bietet Fachkräften Hilfestellungen, um mit den unterschiedlichen Herausforderungen im Umgang mit ausserfamiliär untergebrachten Kindern und Jugendlichen noch besser zurechtzukommen. Durch die webbasierte Weiterbildung sollen Fachkräfte Anregungen erhalten, um letzten Endes die Fähigkeiten zur Problembewältigung Kinder und Jugendlichen zu stärken und diese optimaler auf ein selbständiges Leben nach den Unterbringungen vorbereiten zu können. Der Online-Kurs geht dabei verstärkt auf Fragen im Abklärungsprozess ein und zeigt konkrete pädagogische Interventionsmöglichkeiten für ähnlich gelagerte Situationen auf.

In Tabelle 1 sind alle Ziele des E-Learning-Projekts zusammengefasst.

Tabelle 14: Ziele und Unterziele des E-Learnings

Ziele	Unterziele
Kursentwicklung	Entwicklung des evaluierten Online-Kurses „Jugendhilfeverläufe: Aus Erfahrung Lernen“
Vermittlung von theoretischem Wissen	<ul style="list-style-type: none"> - Wiedergabe des aktuellen Wissensstandes durch die Lerninhalte des Kurses - Erhöhung des subjektiven sowie objektiven Wissen von sozialpädagogischen Fachkräften zu Risiko- und Schutzfaktoren in der stationären Jugendhilfe
Vermittlung von Handlungskompetenz	Erhöhung der Handlungssicherheit von sozialpädagogischen Fachkräften im Umgang mit ausserfamiliär untergebrachten Kindern und Jugendlichen
Praktischer Nutzen	<p>Persönlicher und institutioneller Nutzen der webbasierten Fortbildung für Arbeitswelt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transfer des Gelernten in die sozialpädagogische Praxis - Zuwachs an Selbstwirksamkeit im Arbeitsverhalten - Steigerung der Arbeitszufriedenheit

13.2 Kooperation

Die webbasierte Weiterbildung wurde in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Ulm unter Leitung von Prof. Jörg Fegert entwickelt. Die 2010 an der Ulmer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie formierte Arbeitsgruppe "Wissenstransfer, Dissemination, E-Learning"¹⁴¹ verfügt über einen enormen Erfahrungsschatz und Expertise im Bereich des webbasierten Wissenstransfers. Seit Bestehen der Arbeitsgruppe erarbeitete diese mehr als 25 E-Learning-Angebote für Fachkräfte zu Themen des Kinderschutzes und der Unterstützung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Auch die Evaluation des entwickelten Online-Kurses fand durch den Ulmer Kooperationspartner statt.

Für die technische Umsetzung bestand eine Zusammenarbeit mit der Firma Soon-Systems GmbH (<https://soon-systems.de>) mit spezifischen Software-Tools sowie Kompetenzen in den Bereichen Konzeption und Produktion von Inhalten, Servertechnologie und -hosting und Schulungen zur eingesetzten Software.

Für gefilmte Interviews und Fachtexte konnten viele Expert:innen und Kolleg:innen gewonnen werden. Sehr bereichernd war zudem auch die Zusammenarbeit mit den Theaterschaffenden, die zu den sehr realistischen und lebhaften Filmclips, welche als Best-Practice und Worst-Case-Beispiele im Anwendungsbereich zu finden sind, geführt haben. Alle Kooperationspartner:innen werden im weiteren Text aufgeführt.

¹⁴¹ vormals unter dem Namen "Familie, Zeitpolitik & E-Learning"

13.3 Entwicklung

Mit der Planung und Konzipierung der webbasierten Weiterbildung und der Lernplattform wurde parallel zu den Erhebungen mit den JAEL-Teilnehmenden begonnen. Seit April 2020 konnte auf die Projektseite <https://jael-elearning.ch> (siehe Abbildung 57) zugegriffen werden. Dort fanden sich allgemeine Informationen zum Projekt, zum Team, zum Online-Kurs und der Teilnahme am Online-Kurs sowie zur Begleitforschung. Darüber hinaus waren Verweise auf die Interessent:innenliste und bei Möglichkeit zum Registrierungsformular integriert.

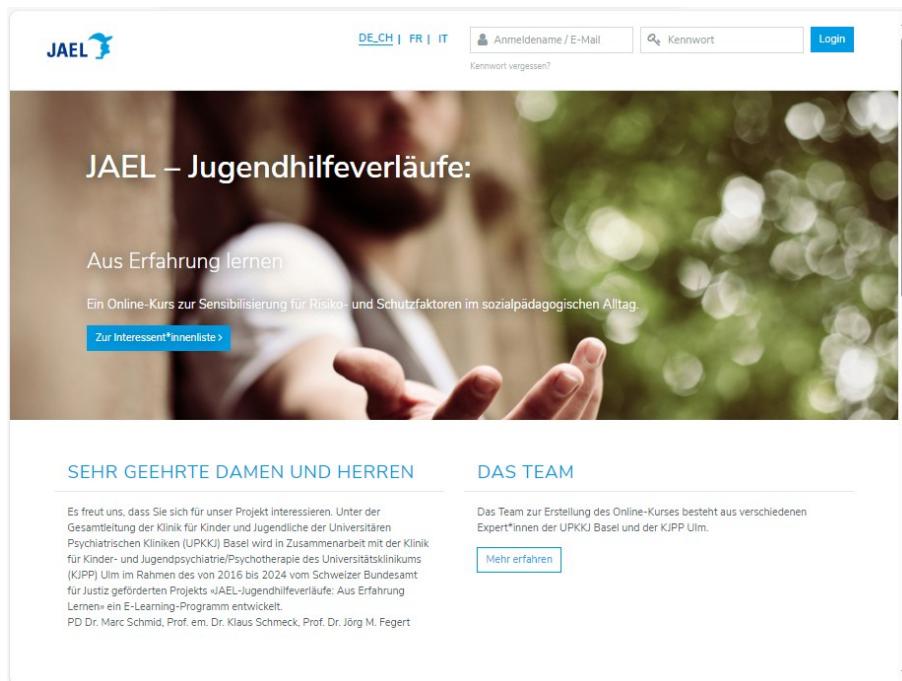
The screenshot shows the homepage of the JAEL e-learning website. At the top, there is a navigation bar with language links (DE, CH, FR, IT), a login form, and a 'Login' button. The main header reads 'JAEL – Jugendhilfeverläufe: Aus Erfahrung lernen'. Below the header, a sub-header states: 'Ein Online-Kurs zur Sensibilisierung für Risiko- und Schutzfaktoren im sozialpädagogischen Alltag.' A blue button labeled 'Zur Interessent*innenliste >' is visible. The main content area is divided into two sections: 'SEHR GEEHRTE DAMEN UND HERREN' on the left and 'DAS TEAM' on the right. The 'SEHR GEEHRTE DAMEN UND HERREN' section contains a text block about the project's purpose and the team involved, with a 'Mehr erfahren' button. The 'DAS TEAM' section contains a text block about the team's composition and a 'Mehr erfahren' button.

Abbildung 57: Startseite <https://jael-elearning.ch>

Die Kursstruktur und die Lernmaterialien des Kurses wurden bis zum ersten Kursstart im März 2021 didaktisch und inhaltlich entwickelt. Externe und interne Autor:innen wurden zur Erstellung der Lernmaterialien beauftragt. Expert:innen-Interviews wurden durchgeführt und gefilmt, und das Filmmaterial für die Lernplattform aufbereitet. Zusätzliche Videoclips und weitere Materialien wie Anwendungsaufgaben wurden konzeptualisiert. Sämtliche Lernmaterialien wurden lektoriert und grafisch aufbereitet. Darüber hinaus erfolgte die Erstellung von Prüfungsfragen.

Anhand der Rückmeldungen der ersten Testkohorte wurde das Kurskonzept und die Lernmaterialien evaluiert und weiterentwickelt. Nach Überarbeitung und Finalisierung des Online-Kurses startete im Frühjahr 2022 die zweite, im Herbst 2022 die dritte Testkohorte. Zeitgleich zu diesen Kursdurchläufen fanden die aufwändigen Übersetzungen der Projektseite, der Lernmaterialien und der Lernplattform ins Französische und Italienische statt. Die webbasierte Weiterbildung wurde im April 2023 ein viertes Mal angeboten. An diesem Kursdurchlauf konnten nun erstmals neben deutsch-, auch französisch- und italienischsprachige Fachkräfte teilnehmen (vgl. Abbildung 60).

13.3.1 Aufbau der Weiterbildung

Der Online-Kurs wird über eine zentrale Homepage aufgerufen (<https://jael-elearning.ch>).¹⁴² Den dort eingeloggten Kursteilnehmenden dient zur Navigation der Menübalken, über welchen der Lernbereich, die Mediathek, das Vernetzungstool und der Hilfebereich aufgerufen werden können (siehe Abbildung 58). Nachfolgenden wird jeder dieser Bestandteile der Lernplattform vorgestellt und Näheres zur Kursbearbeitung erläutert.

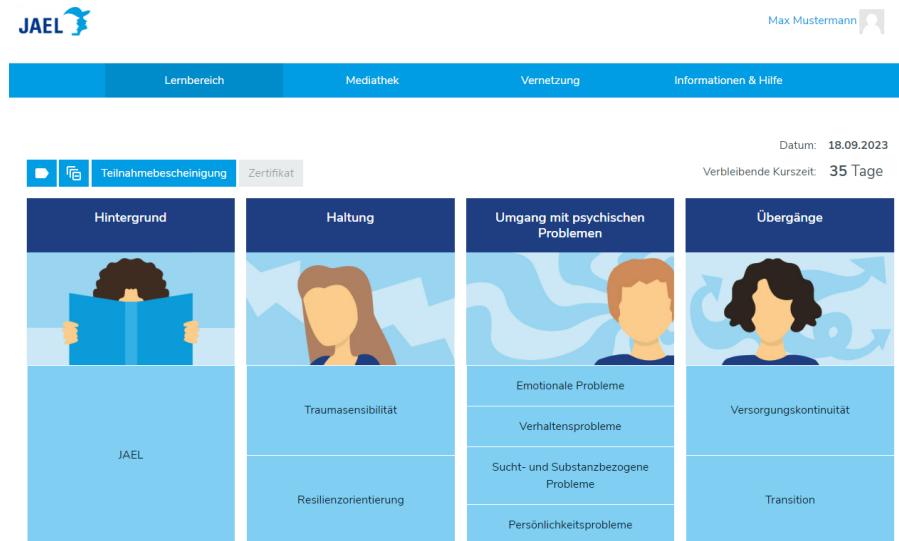


Abbildung 58: *Der Lernbereich mit Modulgrafik*

Lernbereich

Der Lernbereich ist modular aufgebaut und so konzipiert, dass Veränderungen und Ergänzungen möglich sind. Er besteht aus neun Lerneinheiten, die den vier Modulen "Hintergrund", "Haltung", "Umgang mit psychischen Problemen" und "Übergänge" zugeordnet sind (siehe Abbildung 58). Diese Module speisen sich aus den Erkenntnissen von JAEL. Anstatt sich dabei auf eine Defizit-orientierte Sichtweise der Risikofaktoren zu beschränken, wurde der Online-Kurs gezielt unter einer Ressourcen-aktivierenden Betrachtungsweise konzipiert. So werden beispielsweise nicht Abbrüche beschrieben, sondern wie Übergänge gestaltet und Kontinuität in der Hilfeplanung sichergestellt werden können.

Die modulare Kursstruktur ermöglicht eine thematische Strukturierung sowie ein Lernen in kleineren Einheiten. Eine feste Reihenfolge der Bearbeitung von Lernmaterialien wird nicht vorgegeben. Durch die Aufbereitung der Modulgrafik wird den Teilnehmenden jedoch eine optimale Bearbeitungsreihenfolge nahegelegt.

Innerhalb der neun Lerneinheiten werden sorgfältig erarbeitete Inhalte zu den spezifischen Risiko- und Schutzfaktoren für gelingende Entwicklungsverläufe in der stationären Jugendhilfe bereitgestellt. Dazu finden sich in jeder Einheit entsprechende Materialien in Form von Fachtexten, Videos, Anwendungsaufgaben, Zitaten sowie einer Fundkiste. Der vielfältige Mix aus Lernmaterialien reflektiert das ausgewogene didaktische Konzept und zielt darauf ab, den Praxistransfer zu erleichtern sowie Handlungskompetenzen bestmöglich zu fördern.

¹⁴² Als Contentmanagement-Technologie wurde Moodle bzw. die moodlebasierte Soon-Community der Firma Soon-Systems eingesetzt.

Abbildung 59: *Lernmaterialien am Beispiel der Lerneinheit „Traumasensibilität“*

Die einzelnen Lernmaterialien sind übersichtlich in den Lerneinheiten in Form von Kacheln angeordnet (vgl. Abbildung 3). Während der Kurslaufzeit hatten Teilnehmende die Möglichkeit, Lernmaterialien zu kommentieren und Hinweise für Überarbeitungen zu geben.

Fachtexte: In jeder Lerneinheit finden sich Fachtexte zur Wissensvermittlung als E-Book sowie als PDF-Dokument zum Download. Hier werden neben Grundlagen des Modellversuchs die theoretischen Grundlagen zu Risiko- und Schutzfaktoren gelungener Entwicklungsverläufe in der stationären Jugendhilfe aufgegriffen. Neben theoretischen Grundlagen finden sich in den Fachtexten mit Informationen zu Interventionen auch Hinweise für die sozialpädagogische Praxis. Folgende Auflistung beinhaltet die externen Autor:innen der Fachtexte (in alphabetischer Reihenfolge): [Dr. Marcel Aebi](#), [Dr. Ulrike Amann](#), [Dr. Marc Birkhölzer](#), [PD Dr. Isabel Böge](#), [Prof. Dr. Michael Kölch](#), [Lena Lincke](#), [Dr. Matthias Luther](#), [Prof. Dr. Paul Plener](#), [Prof. Dr. Wolfgang Schröer](#), [PD Dr. Ulrike Schulze](#), [Prof. Dr. Inge Seiffge-Krenke](#).

Zitate: Ergänzt werden die Fachtexte durch Originalzitate aus den qualitativen Interviews der JAEL-Studie. Hierdurch sollte eine praxisrelevante Brücke zur Lebensrealität der Betroffenen geschlagen werden.

Videos: In jeder Lerneinheit finden sich vertiefende Informationen zur jeweiligen Thematik in Form von gefilmten Expert:innen-Interviews. Indem von eigenen Haltungen, Meinungen aber auch von wertvollen Erfahrungen berichtet wird, dienen diese Videos neben einer Wissensvermittlung der

Förderung von Handlungskompetenzen. Durch Fachexpert:innen als Rollenmodelle wird es ermöglicht, eine ergänzende Perspektive zu erlangen und zu verstehen. Auf diese Weise wird eine Erweiterung des eigenen Blickwinkels angeregt. Folgende Expert:innen ausserhalb unserer Arbeitsgruppe in Basel oder Ulm wirkten mit: *Lukas Baumgartner, Monique Breithaupt-Peters, Prof. Dr. Christina Stadler, Prof. Dr. med. Alain di Gallo, Eric Fancescotti, Regula Fierz, Marco Galli, Manuela Gärtner, Dr. Ronald Gramigna, Lukas Höfler, Béatrice Knecht Krüger, Dr. Patrick Köck, Lucas Maissen, Lorenz Meier, Prof. Dr. Günther Opp, Dr. med. Christian Perler, Gabriele Rauscher, Dr. Heidi Simoni, Prof. Dr. Tina In-Albon, Prof. Dr. Kerstin von Plessen, Pamela Wersin, André Woodtli, Prof. Dr. Maren Zeller.*

Anwendungsbereich: Im Anwendungsbereich finden sich Fallbeispiele mit interaktiven Anwendungsaufgaben. Dadurch werden Abklärung und Interpretation des Hilfebedarfs sowie die Selbstwirksamkeit der Fachkräfte durch die Anwendung von Abklärungsinstrumenten und den Umgang mit Abklärungsergebnissen unterstützt. Darüber hinaus erfolgt eine Förderung emotionaler Kompetenzen im Sinne einer Sensibilisierung für Risiko- und Schutzfaktoren. Mit Hilfe von Reflexionsaufgaben können eigene Annahmen, Vorurteile und Verhaltensweisen hinterfragt sowie eigene Erfahrungen reflektiert werden. Wir danken: *Martine Abogso, Sascha Bitterli, Nadja Brandenberger, Sean Douglas, Benedikt Greiner, Luzius Heydrich, Pelin Ipek Kir, Sebastian Jobst, Nina Kind, Matthias Luther, Sybille Mumenthaler, Ryan C. Paget, Kathrin Scheib, Eva Schneider, Christina Stadler.*

Fundkiste: In der Fundkiste der einzelnen Lerneinheiten finden sich vertiefende Materialien in Form von Checklisten, Arbeitsblättern, Verweise zu Videoclips, Literaturtipps oder Handlungsleitfäden.

Hilfebereich

Der Hilfebereich enthält Anleitungen für und Auskunft über die Kursbearbeitung. Eingeloggte Teilnehmende finden hier Informationen über den Aufbau der Lernplattform, zur Bearbeitung der Kursinhalte, zu den Prüfungen sowie Hilfe und Unterstützungsangebote für sich selbst (z.B. Kontaktdaten der Dargebotenen Hand).

Mediathek

In diesem Bereich finden eingeloggte Teilnehmende gesammelt alle Fachtexte sowie Videoclips des Online-Kurses und sämtliche Materialien der Fundkiste.

Vernetzung

Im Kurs ist ein Vernetzungstool integriert. Über dieses können am Austausch interessierte Teilnehmende ihre Kontaktdaten teilen. Diese Daten sind nur für Kursteilnehmende sichtbar, die ebenfalls ihre Kontaktdaten geteilt haben.

Kursbearbeitung

Die Kursteilnehmenden mussten sich elektronisch für die Teilnahme registrieren. Durch eine anfangs notwendige E-Mail-Verifikation wurde eine personifizierte Rückverfolgung der Teilnehmenden gewährleistet. Die Einhaltung und Überwachung datenschutz- und personenschutzrechtlicher Bestimmungen erfolgte durch die Projektleitung.

Die Kurslaufzeit betrug sechs Monate. Das heisst, die Teilnehmenden hatten maximal sechs Monate Zeit, die Kursinhalte zu bearbeiten und die Prüfungen zu absolvieren. Jede der neun Lerneinheiten

konnte mit einer Prüfung abgeschlossen werden. Nach erfolgreichem Abschluss aller Prüfungen (eine Prüfung galt als erfolgreich abgeschlossen, wenn mindestens 70% der Fragen richtig beantwortet wurden) erhielten die Absolvent:innen ein Zertifikat über ihre erfolgreiche Teilnahme am Online-Kurs. Zudem konnte jederzeit eine Teilnahmebescheinigung heruntergeladen werden.

Teilnehmende konnten während ihrer Kursteilnahme die Lernmaterialien selbstbestimmt und flexibel in beliebiger Reihenfolge bearbeiten. Diese Flexibilität sollte das selbstgesteuerte und selbstbestimmte Lernen fördern und unterstützen. Die Kursbearbeitung konnte somit für verschiedenste Tagesabläufe angepasst werden und ist für eine berufsbegleitende Bearbeitung geeignet.

Die Teilnehmenden wurden während ihrer Kursbearbeitung fortlaufend inhaltlich und technisch vom Projektteam betreut, um die Nutzerzufriedenheit zu gewährleisten und den Dropout gering zu halten. Vor diesem Hintergrund wurden die Teilnehmenden zu definierten Zeitpunkten auf ihren Bearbeitungsstand hingewiesen und zur Fortsetzung des Online-Kurses motiviert.

13.4 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Um die späteren Ausführungen zur Kursevaluation besser einordnen zu können, wird zunächst das Studiendesign des Gesamtprojekts vorgestellt.

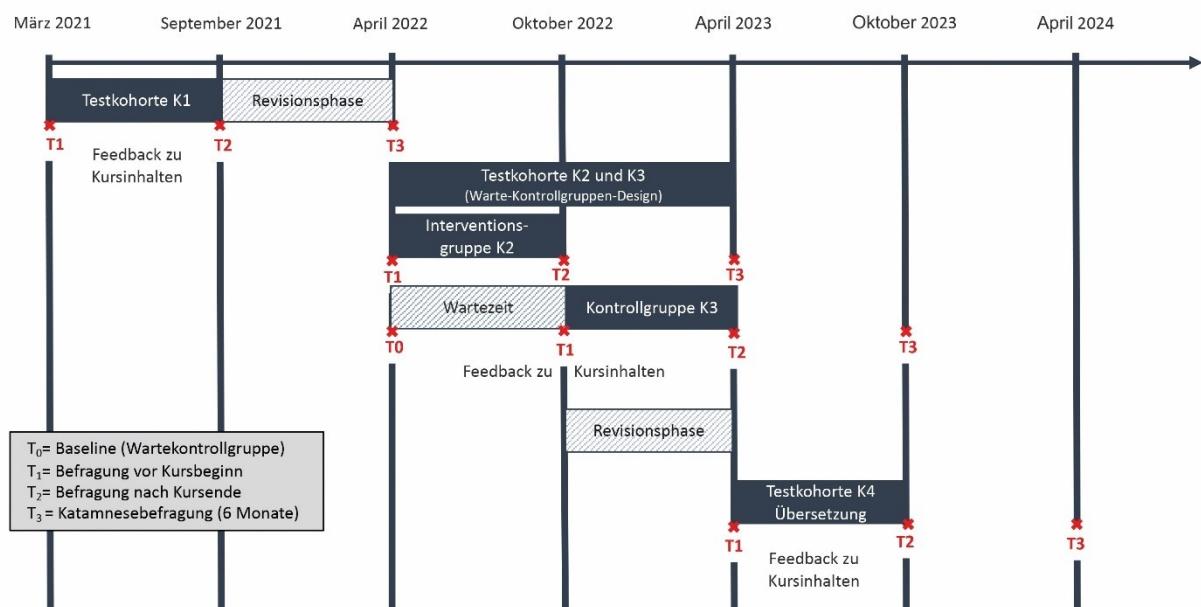


Abbildung 60: Überblick über das Forschungsdesign mit den einzelnen Testkohorten und Befragungszeitpunkten

Im Rahmen der Projektlaufzeit gab es vier Testkohorten (siehe Abbildung 60). Fokus der ersten Testkohorte lag darauf, die erste Version der entwickelten Lernplattform bewerten zu lassen, um Rückschlüsse über die Qualität und den Überarbeitungsbedarf zu ziehen. Der Durchlauf der zweiten und dritten Testkohorte zielte darauf ab, die Effektivität des Online-Kurses zu bestimmen. Dies wurde anhand eines Warte-Kontrollgruppen-Designs realisiert. Bei der vierten Testkohorte sollte schwerpunktmäig die französisch- und italienischsprachige Version des Online-Kurses evaluiert werden.

Zur Evaluation der webbasierten Weiterbildung ist für alle vier Kohorten eine Befragungsbatterie entwickelt worden, die sowohl die Effektivität des Online-Kurses, die Einschätzung zur Qualität der Lernmaterialien und der Lernplattform umfasst, als auch die Zufriedenheit mit dem Online-Kurs

abbildet. Die Teilnehmenden stimmten der Teilnahme an den Datenerhebungen¹⁴³ im Rahmen des Kursdurchlaufes bei der Registrierung für den Online-Kurs zu.

Zu Kursbeginn erfolgte eine Prä-Befragung (T1), nach erfolgreichem Kursabschluss eine Post-Befragung (T2). Sechs Monate nach dem erfolgreichen Abschluss des Kurses fand eine Katamnese-Befragung (T3) statt. Bei der Wartekontrollgruppe war zusätzlich eine Baseline-Erhebung nach Randomisierung (T0) angesetzt. Die Teilnahme an der Prä-Befragung war verpflichtend, um auf die Inhalte des Online-Kurses zugreifen zu können. Die vollständige Beantwortung der Post-Befragung stellte die Voraussetzung für den Erhalt eines Teilnahmezertifikats dar. Die Katamnese-Befragung beruhte auf freiwilliger Basis. Die Ausfüllzeit pro Befragung (Baseline-Erhebung, Prä-Befragung, Post-Befragung, Katamnese-Erhebung) betrug ca. 30 – 45 Minuten.

Personen, die den Kurs nicht in der vorgegebenen Kurslaufzeit von maximal sechs Monaten vollständig bearbeitet hatten wurden zu einer Dropout-Befragung eingeladen.

Nachfolgenden werden in Tabelle 15 die Befragungsinhalte aufgeschlüsselt und Angaben gemacht, zu welchen Zeitpunkten die jeweiligen Inhalte abgefragt wurden.

Tabelle 15: Auflistung der erhobenen Merkmale von Teilnehmenden am JAEL-Online-Kurs

Merkmale	Beschreibung	Erhebungszeitpunkt
Berufliche Qualifikation	Berufsgruppe, Berufssetting, Berufserfahrung und Zusatzqualifikationen	T0, T1
Subjektives Wissen	Einschätzung des subjektiven Wissens zu Risiko- und Schutzfaktoren in der stationären Jugendhilfe	T0, T1, T2, T3*
Objektives Wissen	Wissenstest zu zentralen Themen des Online-Kurses	T0, T1, T2, T3*
Handlungskompetenzen	Einschätzung der eigenen Handlungskompetenzen im Umgang mit Risiko- und Schutzfaktoren in der stationären Jugendhilfe	T0, T1, T2, T3*
Selbstwirksamkeit	Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung [90]	T0, T1, T2, T3*
Pädagogische Selbstwirksamkeit	Einschätzung der Selbstwirksamkeit im pädagogischen Alltag	T0, T1, T2, T3*
Arbeitszufriedenheit	Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastungen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ¹⁴⁴ (Schmid et al., 2012)	T0, T1, T2, T3*
Transfer in die Praxis	Einschätzung, inwieweit die Lerninhalte im beruflichen Alltag Anwendung finden	T2, T3*
Revisionsbefragung	Beurteilung der Qualität und Akzeptanz des Online-Kurses	T2
Dropout*	Erfassung der Gründe, warum der Kurs nicht abgeschlossen wurde	T2

Anmerkung: *Die Teilnahme an diesen Befragungen war nicht verpflichtend.

Über Hinweise zum Online-Kurs bei Tagungsbeiträgen sowie durch den Versand von Mailings an Kontakte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe wurden interessierte Fachkräfte zur Teilnahme rekrutiert. Für die Kurs-Evaluation wurden die erhobenen Daten der Teilnehmenden über die verschiedenen Zeitpunkte betrachtet und verglichen. Alle deskriptiven und induktiven statistischen Berechnungen wurden mit der Statistik- und Analysesoftware SPSS© (Version 28) durchgeführt.

¹⁴³ Die Begleitforschung erfolgte über Online-Fragebögen, welche durch das Befragungssystem Limesurvey (<https://www.limesurvey.org/de>) realisiert wurden.

¹⁴⁴ Schmid, M., Lang, B., Weber, J., Künster, A., & Döllitzsch, C. (2012). Fragebogen zur traumapädagogischen Arbeitszufriedenheit. Unveröffentlicht, Universität Basel.

13.5 Evaluation

13.5.1 Kursteilnehmende

Über alle Kurse hinweg nahmen insgesamt 1349 Personen an der webbasierten Fortbildung teil. Der Grossteil davon (78.2%) waren Frauen. Im Durchschnitt waren die Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Kursbearbeitung 39.7 Jahre alt. Mehr als die Hälfte (55.2%) gehörte der Berufsgruppe der Sozialpädagog:innen oder Erzieher:innen an. Darüber hinaus zählten sich jeweils etwa 10% zur Berufsgruppe der Sozialarbeiter:innen oder Psycholog:innen (siehe Tabelle 16).

Im Mittel hatten die Teilnehmenden 13.5 Jahre Berufserfahrung, durchschnittlich 6.6 Jahre im aktuellen Berufssetting. Etwa die Hälfte der Teilnehmenden (48.1%) war zum Zeitpunkt der Kursbearbeitung in Teilzeit tätig, annähernd gleich viele (45.8%) Vollzeit beschäftigt. Arbeitssuchend waren 16 (1.2%) Personen, 31 (2.3%) im Mutterschutz bzw. in Elternzeit. Die restlichen 2.6% der Teilnehmenden – hauptsächlich Studierende – ordneten sich keiner dieser Kategorien zu. Von den teilnehmenden Personen gaben 381 (28.2%) an, eine Leitungsfunktion innezuhaben.

Tabelle 16: Demografische Angaben zu allen Teilnehmenden am Online-Kurs (N=1349)

	<i>M (SD)</i>	Spannweite
	N	%
Alter	39.67 (10.46)	18 – 71
Berufserfahrung	13.46 (9.82)	0 – 48
im aktuellen Setting	6.59 (6.60)	0 – 48
Geschlecht		
weiblich	1055	78.2
männlich	289	21.4
divers	5	0.4
Berufsgruppe		
Sozialpädagoge:in / Erzieher:in	744	55.2
Sozialarbeiter:in	145	10.7
Psychologe:in	141	10.5
Erziehungswissenschaftler:in	53	3.9
Heilpädagoge:in	39	2.9
Lehrer:in	28	2.1
Pflegefachkraft	22	1.6
Arbeitspädagoge:in	20	1.5
(Kinder- und Jugend-)Psychiater:in	17	1.2
Pädiater:in	5	0.4
Ausbilder:in/Lehrmeister:in	5	0.4
Sonstige ¹⁴⁵	130	9.6
Land		
Schweiz	493	36.5
Deutschland	754	55.9
Österreich	49	3.6
Luxemburg	45	3.3
Sonstige ¹⁴⁶	8	0.7

¹⁴⁵ Beispiele: Rehabilitationspädagogin, Studentin, Assistenzkraft Eingliederungshilfe, Sozialanthropologin/Kunsttherapeutin

¹⁴⁶ Z.B. einzelne Personen aus Dänemark, Kroatien, Frankreich oder Italien.

13.5.2 Etablierung der webbasierten Weiterbildung

Über die Betrachtung der Anmeldezahlen im zeitlichen Verlauf wird die erfolgreiche Etablierung des Online-Kurses ersichtlich (siehe Abbildung 61). So zählte jede weitere Kohorte deutlich mehr Registrierungen als die vorherige. Ein unverkennbarer Zuwachs an Akzeptanz war besonders bei den Teilnehmenden aus der Schweiz zu verzeichnen. So stieg die Nutzung des E-Learning Programms durch Schweizer im Verlauf der Projektzeit drastisch. Während die erste Kohorte (K1) im März 2021 fast ausschliesslich aus Teilnehmenden aus Deutschland bestand¹⁴⁷, setzten sich alle nachfolgenden Kohorten aus ebenso vielen Schweizern wie Deutschen zusammen.

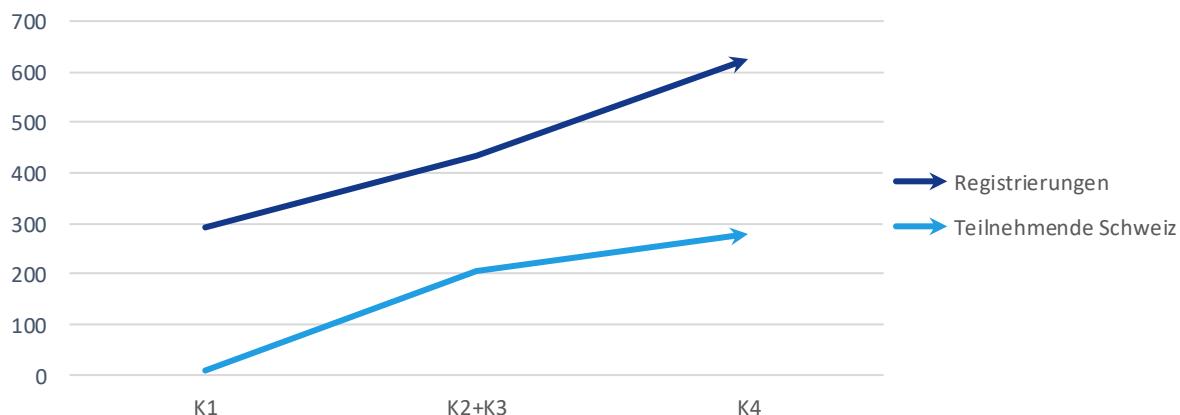


Abbildung 61: Anmeldezahlen der jeweiligen Kurse im zeitlichen Verlauf

Als weiterer Marker der Etablierung können die Eintragungen der Interessent:innenliste herangezogen werden. Während die Interessent:innenliste des ersten Kursdurchlaufs etwa 150 Eintragungen zählte, verzeichnet jene für den zweiten Kursdurchlauf fast 500 Eintragungen.

Ich nehme an diesem Programm teil, weil ich für meinen Berufsalltag mehr Wissen in diesem Bereich benötige.

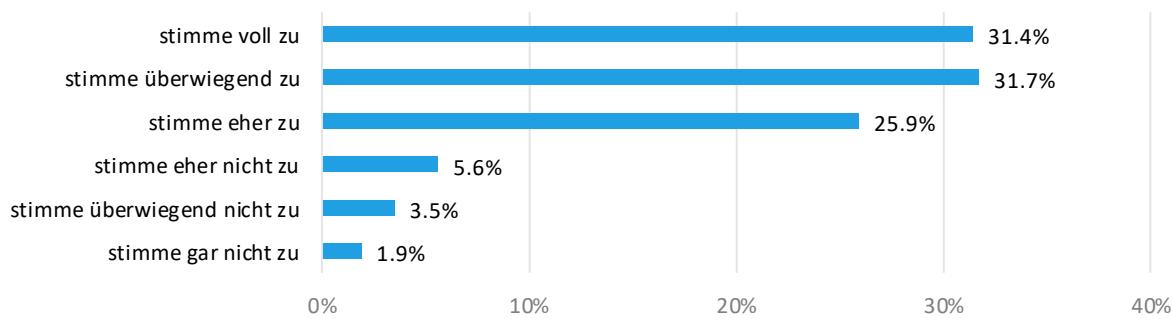


Abbildung 62: Beurteilte Relevanz der Lerninhalte für den Berufsalltag (N=1349)

Zu Beginn des Kursdurchlaufes urteilten etwa 90% aller Teilnehmenden, dass sie an dem Programm teilnehmen wollten, weil sie in ihrem Berufsalltag mehr Wissen zu Risiko- und Schutzfaktoren ausserfamiliär untergebrachter Kinder und Jugendlicher benötigten (siehe Abbildung 62). Diese

¹⁴⁷ Für K1 wurde der Online-Kurs gezielt noch nicht in der Schweiz beworben, um möglichst wenige potenzielle Teilnehmende aus der Schweiz für die folgenden Durchgänge an diese erste Testphase zu verlieren.

subjektiv eingeschätzte Relevanz der Lerninhalte in Kombination mit der hohen Zufriedenheit der Nutzenden mit dem Online-Kurs (für einen detaillierten Überblick der Zufriedenheitsbeurteilung siehe Kapitel 13.5.7) beflogelte wahrscheinlich die stetig anwachsende Nachfrage.

In den zahlreichen E-Learning-Projekten des Ulmer Projektpartners wurde wiederholt die Erfahrung gemacht, dass die wertvollste Ressource zur Akquirierung neuer Teilnehmer:innen zufriedene Teilnehmende sind. Vermutlich findet seit Abschluss des ersten Kursdurchlaufes eine mündliche Bewerbung durch zufriedene Teilnehmende statt und bescherte den Weiterbildungsprogramm kontinuierlich steigende Registrierungszahlen.

13.5.3 Inhaltliches Niveau und Kurs-Bearbeitungsdauer

Um die Güte des inhaltlichen Niveaus bestimmen zu können, wurden die Absolvent:innen des Online-Kurses in der Post-Befragung (T2) darum gebeten, eine Einschätzung diesbezüglich abzugeben.¹⁴⁸ Die überwiegende Mehrheit (88.7%) der Absolvent:innen stuften das inhaltliche Niveau der webbasierten Weiterbildung als angemessen ein. Jeweils etwa fünf Prozent empfanden das inhaltliche Niveau als etwas zu niedrig bzw. etwas zu hoch (siehe Abbildung 12). Diese Bewertungen sprechen dafür, dass es im Rahmen des Projektes gelungen ist, die gewonnenen Erkenntnisse aus der JAEL-Studie zielgruppengerecht aufzubereiten.

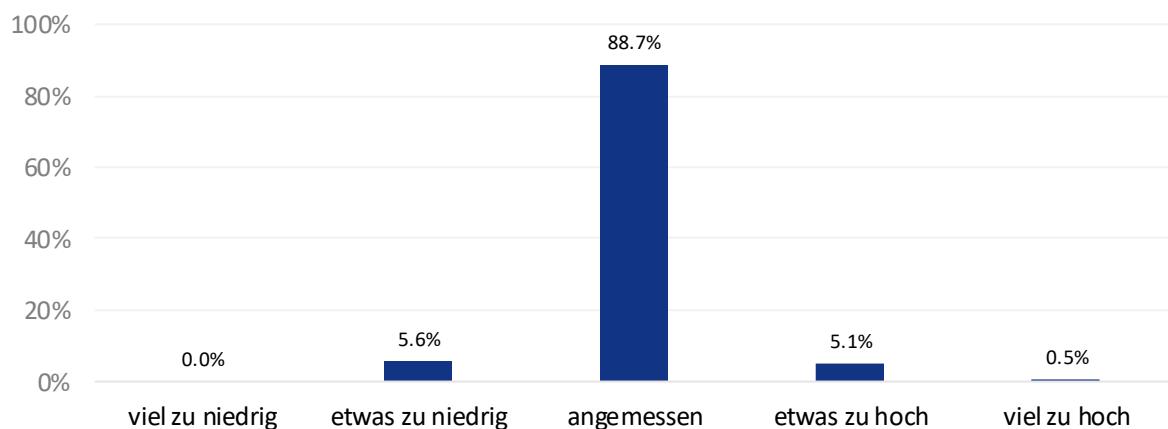


Abbildung 63: Beurteilung des inhaltlichen Niveaus des Online-Kurses durch Absolvent:innen (N=372)

Ebenso sollten die Absolvent:innen des Kurses einschätzen, wie viel Zeit sie für die Bearbeitung der Kursmaterialien benötigt hatten. Vom Projektteam wurden für den Online-Kurs 40 Stunden Bearbeitungszeit erwartet. Die Mehrheit der Absolvent:innen (42.2%) benötigte laut eigenen Angaben zwischen 26 – 40 Stunden, um den Online-Kurs zu bearbeiten. Etwa ein Drittel der Absolvent:innen schätzte ihren zeitlichen Bearbeitungsumfang geringer ein und etwas mehr als 27% gaben über 40 Stunden Bearbeitungsdauer an (siehe Abbildung 64).

¹⁴⁸ Zum Zeitpunkt der Berichtserstellung war die vierte Kohorte noch in Kursbearbeitung. In diesem Abschnitt werden somit die Ergebnisse der Absolvent:innen der Kohorten 1 – 3 vorgestellt.

Wie lange haben Sie für die Bearbeitung des Online-Kurses benötigt?

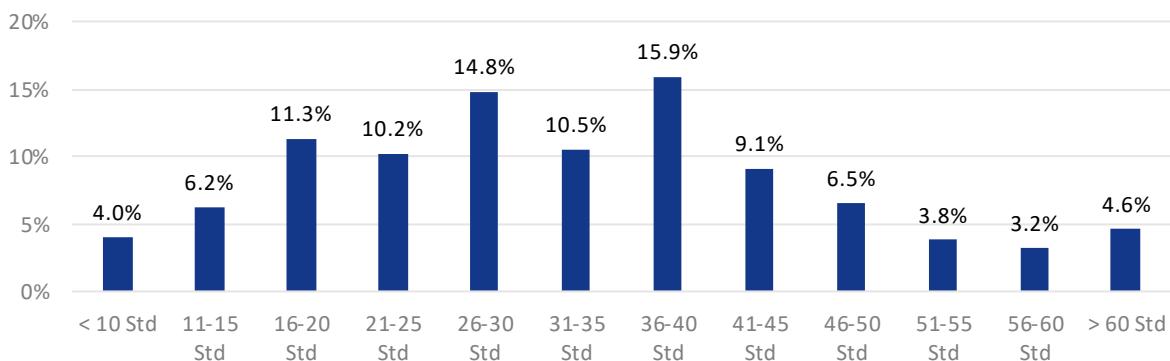


Abbildung 64: Einschätzung der benötigten Stunden zur Bearbeitung des Online-Kurses durch Absolvent:innen (N=372)

13.5.4 Pilotierung

Ziel der Evaluation der ersten Testkohorte (K1) war es, die entwickelte Lernplattform auf Qualität, Nutzerakzeptanz und Effektivität an der Zielpopulation zu überprüfen. Es wurde eine möglichst grosse Stichprobe sozialpädagogischer Fachkräfte angestrebt und der Kurs wurde vor allem in Deutschland beworben. Im März 2021 startete die Politkohorte, an der 292 Personen aktiv am Kursdurchlauf teilnahmen. Im Rahmen der zur Verfügung stehenden Kurslaufzeit von sechs Monaten schlossen 141 Personen (48.3 % von 292 „Kursstartern“) den Online-Kurs mit Zertifikat ab.¹⁴⁹

Anhand Auswertung der Prä-Post-Befragung (T1, T2) sowie Katamnese-Erhebung (T3) fand die Qualitätskontrolle der Erstversion des Online-Kurses statt. Die Absolvent:innen der webbasierten Weiterbildung waren im Allgemeinen hochzufrieden mit der Lernplattform, sowohl was die Lerninhalte als auch deren Aufbereitung betrifft. Auch wenn die Zufriedenheit bereits hoch ausfiel, konnte dennoch aus den Rückmeldungen der Teilnehmenden wertvolles Optimierungspotential für den Online-Kurs herausgearbeitet werden. Basierend auf den Rückmeldungen der ersten Testkohorte wurde das Design der Lernplattform überarbeitet und die Strukturierung der Lerneinheiten und Module angepasst. Es wurde eine zusätzliche Lerneinheit ("Traumasensibilität") hinzugefügt sowie Zitate der JAEL-Teilnehmenden eingeführt. Ebenso wurden bestehende Videos optimiert und weitere Expert:innen-Interviews integriert.

Die Hinweise zur Effektivität des Online-Kurses, die durch die Evaluation des ersten Kursdurchlaufs gewonnen werden konnten, konnten anschliessend im methodisch aussagekräftigeren Warte-Kontrollgruppen-Design bestätigt werden. Diese Ergebnisse werden im nächsten Kapitel detailliert vorgestellt.

13.5.5 Effektivitätsüberprüfung anhand des Warte-Kontrollgruppen-Designs

Die zweite und dritte Testkohorte (K2 und K3) stand im Fokus der Begleitforschung, da für die Teilnehmenden dieser Kohorten die finale und überarbeitete Lernplattform zur Verfügung stand und ein Warte-Kontrollgruppen-Design zur Überprüfung der Effektivität des Kursangebots umgesetzt wurde. Beim Warte-Kontrollgruppen-Design wurden die selbstberichteten Angaben zu interessierenden Merkmalen bzw. die Ergebnisse des Wissenstests der Interventionsgruppe (Kohorte 2) mit jenen der Wartekontrollgruppe (Kohorte 3) verglichen. Da die Wartekontrollgruppe zeitlich versetzt an der

¹⁴⁹ Die Absolvent:innenrate entspricht der Erfahrungen aus anderen in Ulm entwickelten E-Learning-Programmen.

webbasierten Weiterbildung teilnahm, kann die Ursächlichkeit etwaiger Effekte durch den Kontrollgruppenvergleich abgesichert werden, d.h. kausale Aussagen zur Effektivität des Online-Kurses können getroffen werden. Genau hierin liegt die methodische Stärke des Forschungsdesigns.

Betrachtet und verglichen wurden insgesamt drei Messzeitpunkte:

- T1 (April 2022): dies ist für die Interventionsgruppe die Befragung unmittelbar vor Kursstart und für die Wartekontrollgruppe die Befragung sechs Monate vor Kursstart
- T2 (Oktober 2022): die Interventionsgruppe liefert hier Daten nach Absolvierung des Kurses und die Wartekontrollgruppe unmittelbar vor deren Kursstart
- T3 (April 2023): für die Wartekontrollgruppe ist dies die Befragung direkt nach Kursende

In Abbildung 65 wird das Warte-Kontrollgruppen-Design veranschaulicht.

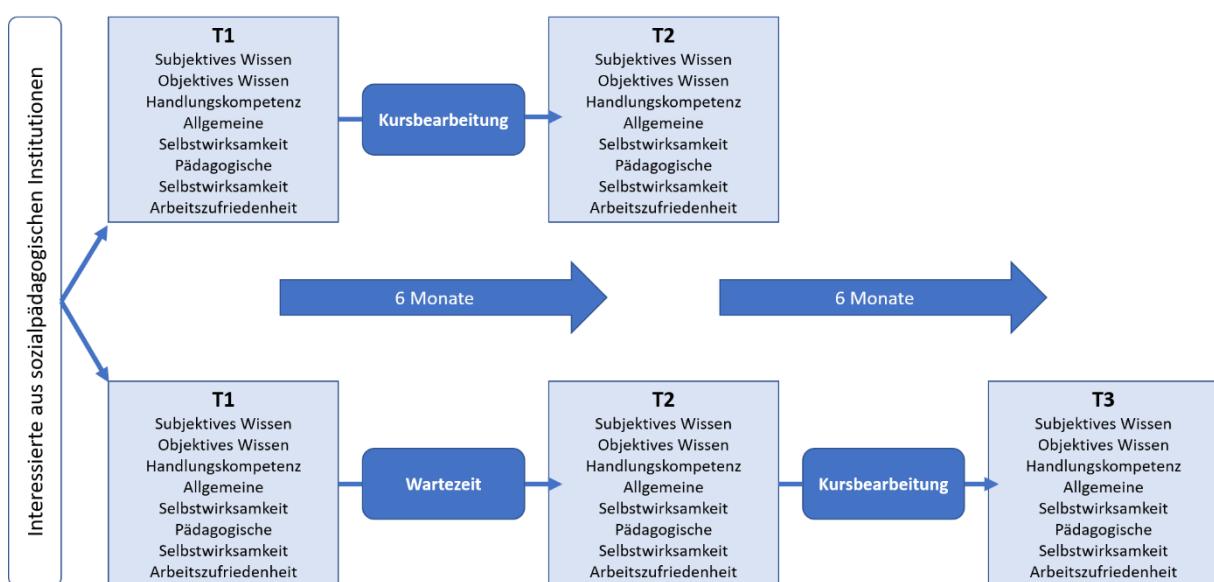


Abbildung 65: *Warte-Kontrollgruppen-Design*

13.5.5.1 Stichprobe

Insgesamt registrierten sich 568 Personen für die Kursdurchläufe im Warte-Kontrollgruppen-Design. Die Zuweisung zu der Interventions- bzw. Wartekontrollgruppe erfolgte zufällig. Für die Interventionsgruppe wurden 282 Personen randomisiert ausgewählt, von denen 234 aktiv in den Kurs starteten und 125 Personen (53.4%) den Kurs erfolgreich abschlossen. Der Wartekontrollgruppe wurden 286 Personen per Zufall zugewiesen, von welchen 203 in den Kurs starteten und 106 Personen (52.2%) erfolgreich abschlossen.

Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und der Wartekontrollgruppe hinsichtlich sämtlicher entscheidender demografischer Variablen (z.B. Alter, Geschlecht, Berufserfahrung). Beide Gruppen waren daher uneingeschränkt miteinander vergleichbar und stellten eine geeignete Ausgangsbasis für die Effektivitätsüberprüfung des Online-Kurses dar.

13.5.5.2 Effektivität der webbasierten Weiterbildung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Effektivitätsüberprüfung der Gesamtstichprobe dargestellt, da sich bei sämtlichen Analysen keine Länderunterschiede gezeigt haben.

Zur statistischen Analyse des Warte-Kontrollgruppen-Designs wurde eine Mixed ANOVA¹⁵⁰ durchgeführt. Bei der Auswertung war insbesondere die Interaktion zwischen Zeit und Gruppe von Interesse. Dieser Interaktionseffekt liefert Antwort dazu, ob sich die Gruppen unterschiedlich über die Zeit verändern. Wie Tabelle 17 zu entnehmen, verändern sich die beiden Gruppen bezüglich jedes der erfassten Merkmale signifikant unterschiedlich über die Zeit. In der Interventionsgruppe konnte nach Beendigung des Kurses (T1 zu T2) ein signifikanter Anstieg des jeweiligen Masses erreicht werden. Die Wartekontrollgruppe, die in dieser Zeit auf den Start des Kurses wartete, zeigte keinen signifikanten Zuwachs auf den entsprechenden Skalen. Nach Beendigung des Kurses (T2 zu T3) wies die Wartekontrollgruppe ebenfalls einen signifikanten Zuwachs auf den entsprechenden Skalen auf, welcher vergleichbar mit dem Zuwachs der Interventionsgruppe ist. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass der Zuwachs an Wissen und Kompetenzen durch die Bearbeitung des Online-Kurses begründet werden kann.

Tabelle 17: Überblick sämtlicher Interaktionseffekte und deren Effektstärken

Merkmal	Interaktionseffekt ^a (Zeit*Gruppe)	Effektstärke (η^2)	
Subjektives Wissen*	$F(1.67,388.55) = 59.13; p < .001$	.205	Starker Effekt
Objektives Wissen	$F(1.76,402.50) = 23.43; p < .001$	.124	Mittelstarker Effekt
Handlungskompetenz*	$F(1.66,379.08) = 58.00; p < .001$	.202	Starker Effekt
Allg. Selbstwirksamkeit	$F(1.51,346.15) = 6.24; p = .005$	.027	Schwacher Effekt
Pädagogische Selbstwirksamkeit	$F(1.78,406.73) = 13.50; p < .001$	.056	Schwacher Effekt
Arbeitszufriedenheit	$F(1.74;398.07) = 6.68; p = .002$	.028	Schwacher Effekt

*Anmerkungen: *Da hier eine Verletzung der Voraussetzung der Sphärizität (die Homogenität der Fehlervarianzen zwischen den Gruppen war gemäss dem Levene-Test nicht erfüllt), wurde eine Greenhouse-Geisser Korrektur der Freiheitsgrade vorgenommen.*

Nachfolgend wurden die konkreten Ausprägungen der erhobenen Masse getrennt nach Interventions- und Wartekontrollgruppe zu den Messzeitpunkten T1, T2 & T3 grafisch dargestellt. In den Abbildungen ist zu jedem Messzeitpunkt das dazugehörige 95%-Konfidenzintervall abgetragen¹⁵¹. Zur grafischen Verdeutlichung und besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Interventions- und Wartekontrollgruppe wurden die Daten des zweiten Messzeitpunktes (T2) der Interventionsgruppe für den dritten Messzeitpunkt (T3) übernommen ("last observation carried forward"), sodass der dritte Messzeitpunkt für beide Gruppen die Messung unmittelbar nach Beendigung des Kurses darstellt.

Zur Einschätzung, wie umfangreich Teilnehmende ihren Wissensstand zu Risiko- und Schutzfaktoren ausserfamiliär untergebrachten Kinder und Jugendlichen beurteilten, dienten sieben Selbstschätzungsfragen (Beispiel: "Wie schätzen Sie Ihr Wissen ein zur Förderung der Resilienz von Kindern und Jugendlichen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe?"). Die Fragen wurden mittels sechsstufiger Antwortskala (1 = "sehr gering", bis 6 = "sehr umfangreich") beantwortet. Durch die Kursabsolvierung fand eine statistisch signifikante Aufwertung der Beurteilung des eigenen Wissens statt¹⁵². Im Mittel stuften sich Absolvent:innen vor Kursbeginn um einen gesamten Skalenpunkt niedriger ein als nach Kursabschluss (siehe Abbildung 66).

¹⁵⁰ Die Mixed ANOVA wird verwendet, um auf Unterschiede zwischen zwei oder mehreren unabhängigen Gruppen zu testen, wobei die Teilnehmer:innen wiederholten Messungen unterzogen werden.

¹⁵¹ Das 95%-Konfidenzintervall umfasst den Bereich, in dem der wahre Erwartungswert im Mittel zu 95% liegt. Wenn die Konfidenzintervalle nicht überlappen, kann auf einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Interventions- und Wartekontrollgruppe geschlossen werden.

¹⁵² Interventionsgruppe: $t(124) = 12.52, p < .001$, Cohens' $d = 1.12$; Kontrollgruppe: $t(105) = 9.95, p < .001$, Cohens' $d = .97$

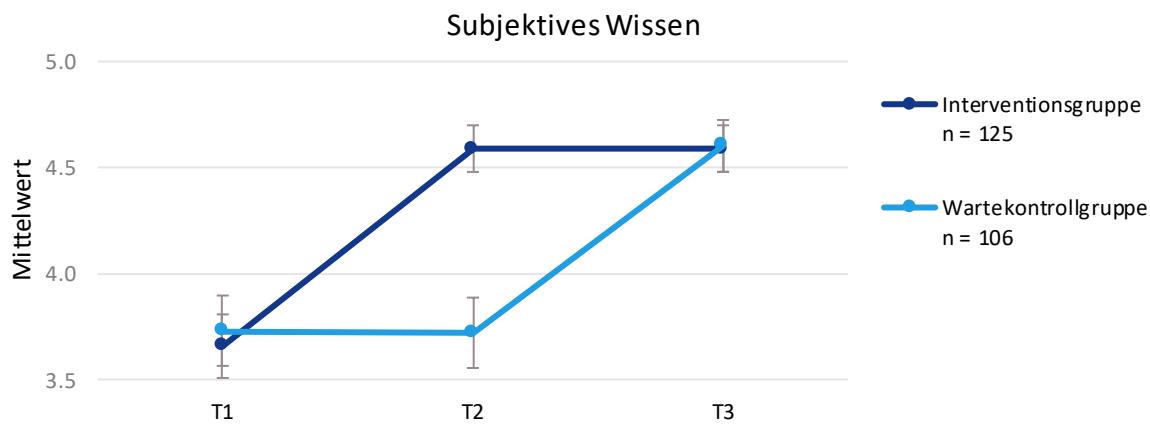


Abbildung 66: *Ergebnisse zu subjektiv eingeschätztem Wissen zu Risiko- und Schutzfaktoren im Wartekontrollgruppendesign*

Um die subjektive Wahrnehmung der Teilnehmenden durch ein objektives Mass zu überprüfen, wurde ein Wissenstest vorgegeben. Der Test bestand aus 18 Multiple-Choice-Fragen mit jeweils fünf Antwortoptionen, von welchen eine bis fünf richtig sein konnten. Während bei der Wartekontrollgruppe der Wissensscore im Zeitraum T1 zu T2 auf dem gleichen Level blieb, stieg der Wissensscore der aktiv Teilnehmenden statistisch signifikant von 73% richtigen Antworten auf 78.5% an (siehe Abbildung 67). Nachdem die Kontrollgruppe den Kurs durchlief, stieg auch bei dieser die Anzahl der richtigen Antworten statistisch signifikant an¹⁵³. Somit konnten Teilnehmende aufgrund der Kursabsolvierung im Wissenstest im Durchschnitt 5.5% mehr richtige Antworten geben.

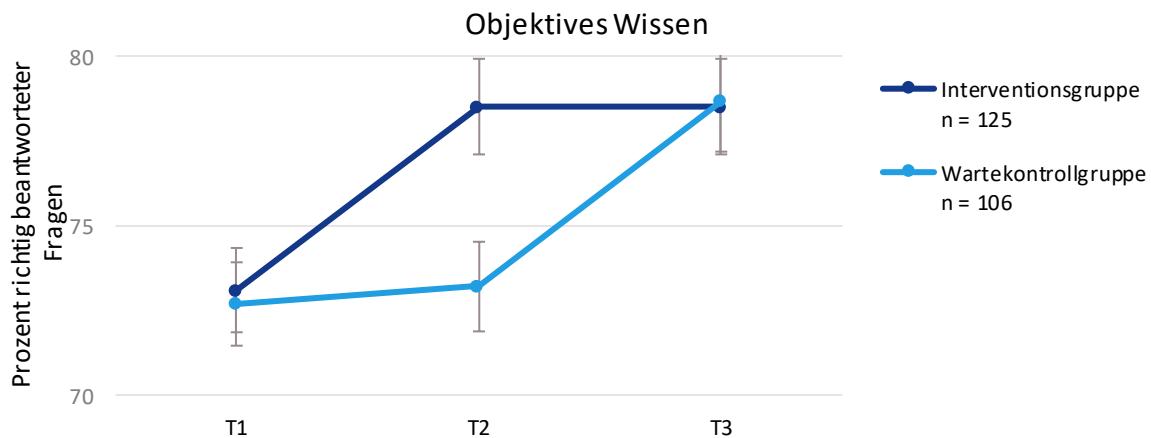


Abbildung 67: *Ergebnisse des Wissenstest zu zentralen Inhalten des Online-Kurses im Wartekontrolldesign*

¹⁵³ Interventionsgruppe: $t(124) = 8.81, p < .001$, Cohens' $d = .79$; Kontrollgruppe: $t(105) = 8.50, p < .001$, Cohens' $d = .83$

Dieser Zuwachs des objektiven Wissens mag zwar gering anmuten, behält man das hohe Ausgangs-Wissensniveau der Teilnehmenden im Blick, ist eine Wissenssteigerung in diesem Ausmass jedoch keinesfalls unbedeutsam. Zusätzlich wurde das individuelle gute Ergebnis im Wissentest im Verlauf der Zeit fast ausnahmslos gehalten (d.h. niemand wurde schlechter). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass nur ein Deckeneffekt einen noch grösseren Wissenszuwachs ausgebremst haben kann. In diesem Zusammenhang ist auch erneut an die subjektive Beurteilung des Wissens zu erinnern: obwohl Teilnehmende bereits vor Kursantritt ein ausgeprägtes objektives Wissen vorwiesen, erfuhr die subjektive Einschätzung des eigenen Wissens nach Kursabsolvierung einen beachtenswerten Zuwachs.

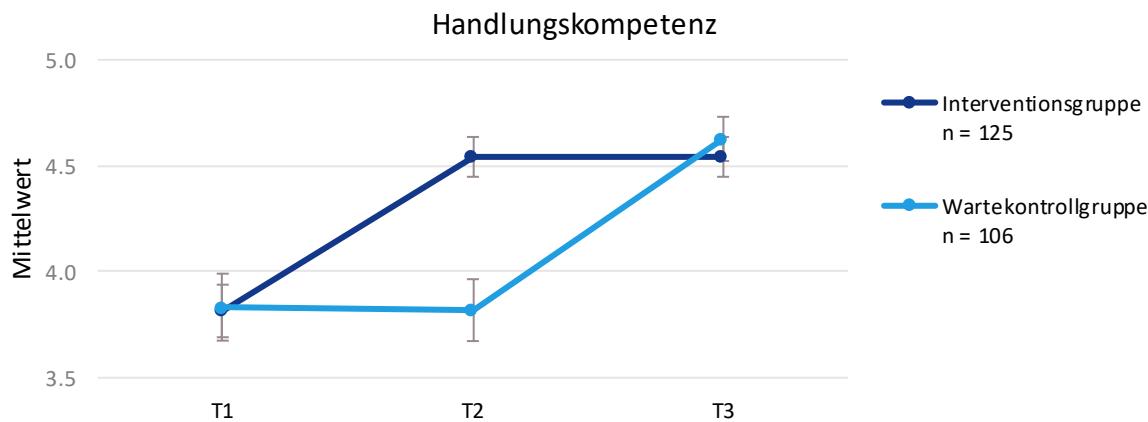


Abbildung 68: Ergebnisse der Einschätzung der eigenen Handlungskompetenzen im Umgang mit Risiko- und Schutzfaktoren im Wartekontrolldesign

Eine statistisch signifikante Steigerung erlebten die Teilnehmenden ebenso in der Wahrnehmung ihrer Handlungskompetenz¹⁵⁴. Diese wurde anhand sieben Selbsteinschätzungsfragen (Beispiel: "Wie sicher fühlen Sie sich dabei, die Resilienz von Kindern und Jugendlichen zu fördern?") mit sechsstufiger Antwortskala (1 = "sehr unsicher", bis 6 = "sehr sicher") ermittelt. Während vor Kursbeginn die Einschätzung der eigene Handlungskompetenz bei durchschnittlich 3.8 lag, stieg die Einschätzung der Absolvent:innen auf durchschnittlich 4.5 an (siehe Abbildung 68).

Bei den Merkmalen der allgemeine Selbstwirksamkeit¹⁵⁵ (siehe Abbildung 69), der pädagogischen Selbstwirksamkeit¹⁵⁶ (siehe Abbildung 70) und der Arbeitszufriedenheit¹⁵⁷ (siehe Abbildung 71) bildeten sich nach Kursabsolvierung ebenfalls statistisch signifikant erhöhte Werte ab. Wie an den Grafiken ersichtlich wird, aber in einem nicht so ausgeprägten Mass wie das subjektive Wissen und die Handlungskompetenz. Bei solch Globalmassen sind keine vergleichbar grossen Veränderungen zu erwarten wie bei Fragen, die sich spezifisch auf den Erwerb von Wissen und Handlungskompetenz beziehen. Dass dennoch eine statistisch signifikante Veränderung dieser Merkmale feststellbar war, spricht dafür, dass hier – wenn auch in geringerem Ausmass – über die webbasierte Weiterbildung eine Entwicklung und Förderung stattfinden konnte.

¹⁵⁴ Interventionsgruppe: $t(124) = 11.61, p < .001, Cohens'd = 1.04$; Kontrollgruppe: $t(105) = 11.56, p < .001, Cohens'd = 1.12$

¹⁵⁵ Interventionsgruppe: $t(124) = 4.00, p < .001, Cohens'd = .36$; Kontrollgruppe: $t(105) = 4.81, p < .001, Cohens'd = .47$

¹⁵⁶ Interventionsgruppe: $t(124) = 5.37, p < .001, Cohens'd = .48$; Kontrollgruppe: $t(105) = 5.49, p < .001, Cohens'd = .53$

¹⁵⁷ Interventionsgruppe: $t(124) = 2.92, p = .002, Cohens'd = .26$; Kontrollgruppe: $t(105) = 3.81, p < .001, Cohens'd = .37$

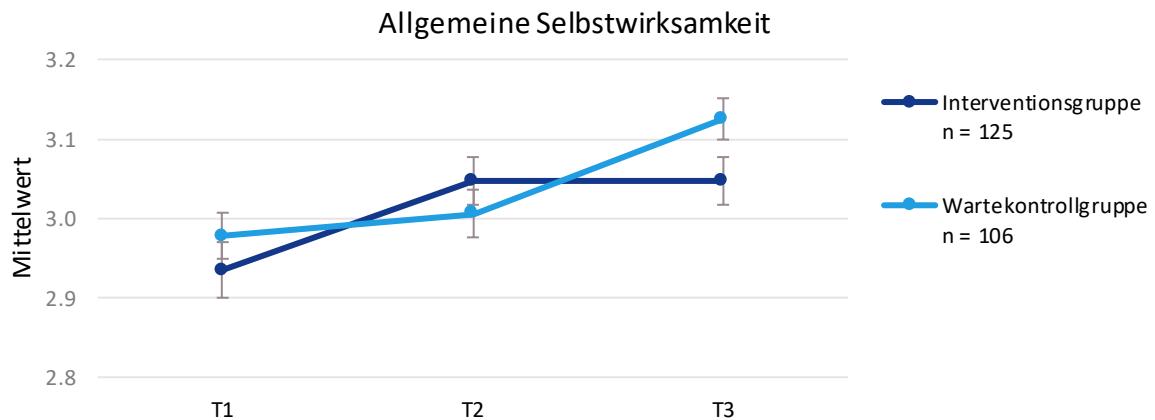


Abbildung 69: Ergebnisse der subjektiven Einschätzung der allgemeinen Selbstwirksamkeit im Wartekontrolldesign

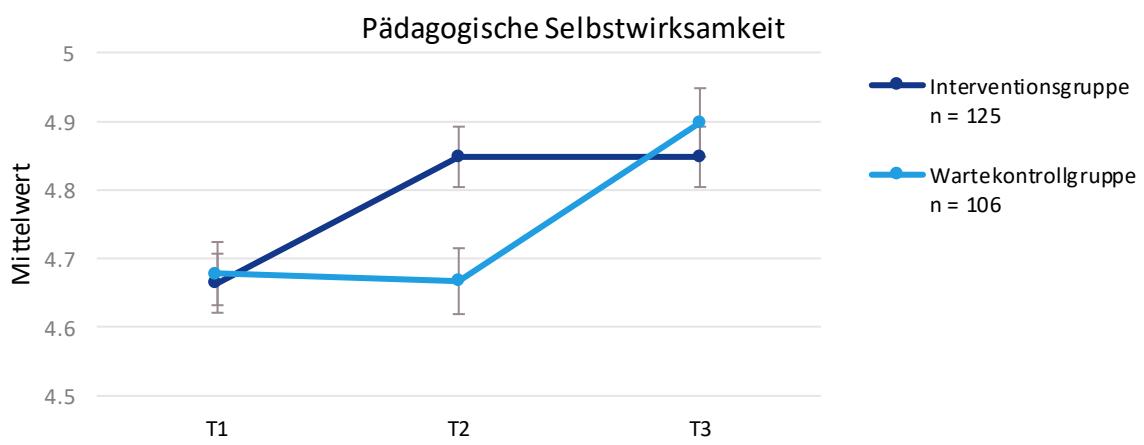


Abbildung 70: Ergebnisse der Einschätzung der pädagogischen Selbstwirksamkeit im Wartekontrolldesign

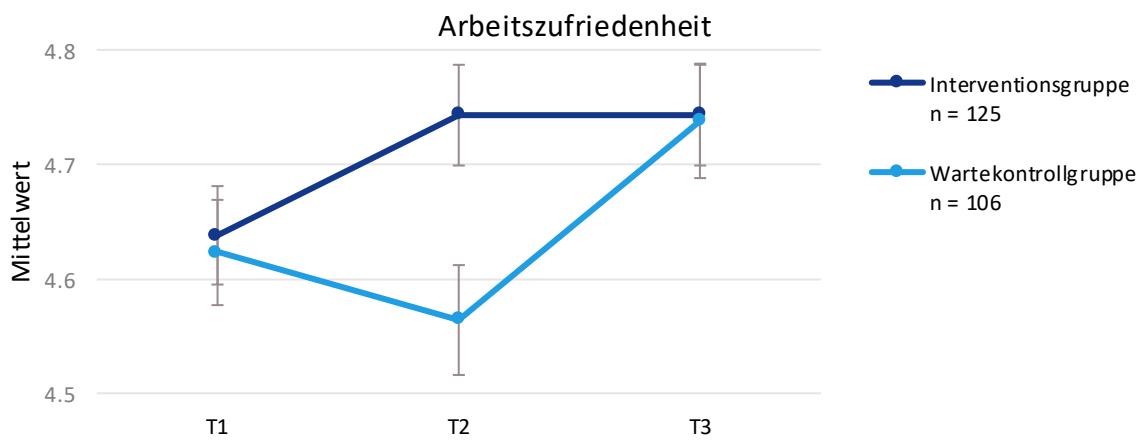


Abbildung 71: Ergebnisse der Einschätzung der Arbeitszufriedenheit im Wartekontrolldesign

13.5.6 Praxistransfer

Die Kursabsolvent:innen wurden um ihre Einschätzung gebeten, inwieweit das durch den Online-Kurs angeeignete Wissen im beruflichen Alltag Anwendung fand. Um den Praxistransfer, der vermutlich erst in Nachgang des Kursdurchlaufes sein volles Potential freisetzte, möglichst präzise zu erfassen, wurde

dieser sowohl in der verpflichteten Befragung nach Kursabschluss als auch in der freiwilligen Katamnese-Befragung sechs Monate danach erhoben.¹⁵⁸

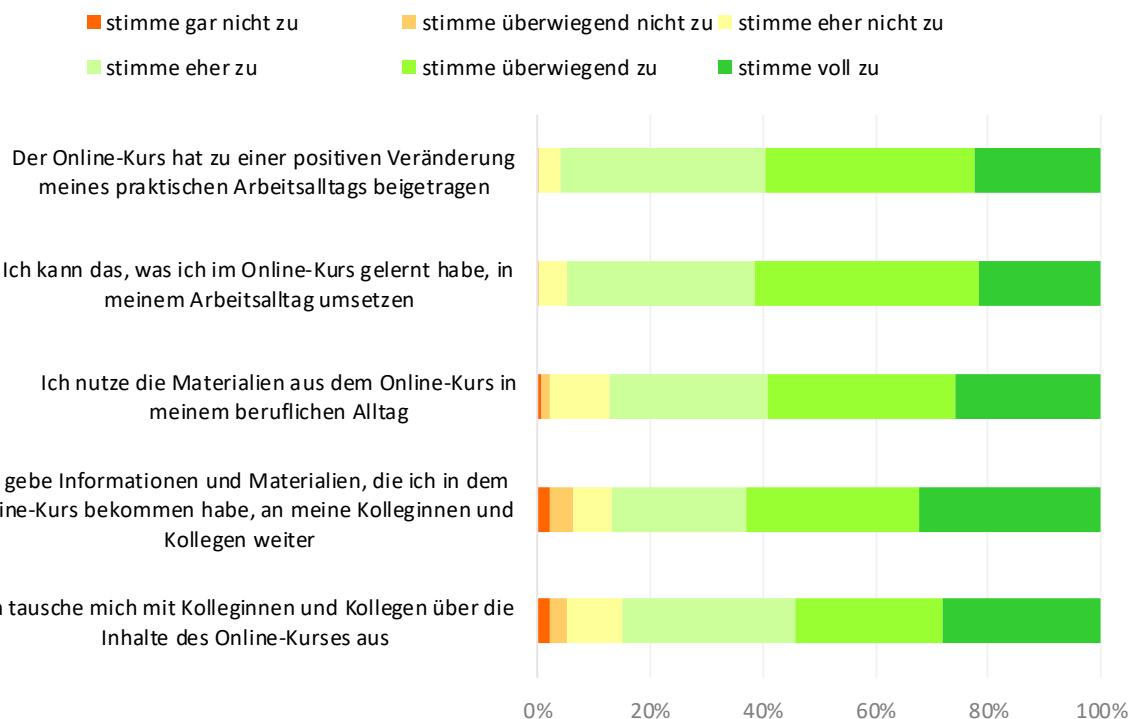


Abbildung 72: Beurteilung des Praxistransfers direkt nach Kursabschluss (N=372)

Direkt nach Kursabschluss waren über 95% der Absolvent:innen davon überzeugt, dass die webbasierte Weiterbildung zu einer positiven Veränderung ihres praktischen Arbeitsalltags beigetragen habe. Vergleichbar viele gaben ihre Zustimmung, das Gelernte im Berufsalltag umsetzen zu können. Der Grossteil der Absolvent:innen nutzte die Lernmaterialien im Berufsalltag und teilt diese im Kolleg:innenkreis. Generell bestand nach Kursabschluss auch ein reger Austausch mit Kolleg:innen zu den Kursinhalten (siehe Abbildung 72).

Bis zum Zeitpunkt der Berichtserstellung nahmen 116 Personen an der freiwilligen Katamnese-Befragung (entspricht 31.2% der Absolvent:innen der Testkohorten 1 – 3) teil. Das Urteil über Praxistransfer fiel dabei ähnlich jenem direkt nach Kursabschluss aus. Auch sechs Monate nach Kursabsolvierung war die Zustimmung ungebrochen hoch, dass der Online-Kurs zu einer positiven Veränderung des praktischen Arbeitsalltages beigetragen habe (über 90% Zustimmung)¹⁵⁹. Auch die Umsetzung des Gelernten im Berufsalltag sei weiterhin gelungen (über 95% Zustimmung)¹⁶⁰. Im Vergleich zum Zeitpunkt direkt nach Kursabsolvierung wurden die Materialien allerdings signifikant

¹⁵⁸ Zum Zeitpunkt der Berichtserstellung war die vierte Kohorte noch in Kursbearbeitung. In diesem Abschnitt werden somit die Ergebnisse der Absolvent:innen der Kohorten 1 bis 3 vorgestellt.

¹⁵⁹ Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der durchschnittlichen Bewertung bei Kursabschluss und zum Zeitpunkt der Katamnese-Befragung.

¹⁶⁰ Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der durchschnittlichen Bewertung bei Kursabschluss und zum Zeitpunkt der Katamnese-Befragung.

seltener genutzt¹⁶¹ und seltener an Kolleg:innen weitergegeben¹⁶². Auch der Austausch über die Inhalte des Online-Kurses mit den Kolleg:innen fand seltener statt¹⁶³.

Da die Teilnahme an der Katamnese-Befragung auf Freiwilligkeit beruhte, wurde um Stichprobenselektivität in Hinblick auf generelle Zufriedenheit mit dem Online-Kurs kontrolliert. Es wurde überprüft, ob vor allem besonders zufriedene Absolvent:innen an der freiwilligen Erhebung teilnahmen und damit einhergehend eine mögliche Verzerrung der Ergebnisse stattgefunden hat. Diese Bedenken konnten ausgeräumt werden: Absolvent:innen, die an der Katamnese-Befragung teilnahmen, unterschieden sich in ihrer Zufriedenheit mit dem Online-Kurs nicht von jenen Absolvent:innen, die nicht an der Katamnese-Befragung teilgenommen hatten.

13.5.7 Zufriedenheit der Absolvent:innen mit dem Online-Kurs

In diesem Abschnitt werden die Rückmeldungen der Revisionsbefragung vorgestellt. Fokus der Revisions-Befragungen lag bei der Einschätzung der Absolvent:innen in Bezug auf die Qualität, Nutzerfreundlichkeit und Akzeptanz des Online-Kurses.¹⁶⁴

Das Gesamturteil der Absolvent:innen über das E-Learning Programm fiel hervorragend aus. Nur 3 Personen (1.3%) von insgesamt 231 sagte die Online-Weiterbildung nicht zu (siehe Abbildung 73). Weitere Analysen ergaben, dass die eigene Berufserfahrung keine Rolle in der Zufriedenheitsbeurteilung spielt. Sowohl Berufsanfänger als auch erfahrene Fachkräfte waren hochzufrieden mit der webbasierten Weiterbildung. Auch die verschiedenen Berufsgruppen zum selben positiven Gesamturteil. Männer und Frauen unterschieden sich ebenso nicht, beide Geschlechter bewerten den Online-Kurs gleich positiv. Der einzige Unterschied, der hinsichtlich des Gesamtbeurteilung festgestellt werden konnte: Kursteilnehmende aus Deutschland waren verglichen zu Kursteilnehmenden aus der Schweiz noch begeisterter vom E-Learning.

Ich war mit dem Online-Kurs insgesamt zufrieden.

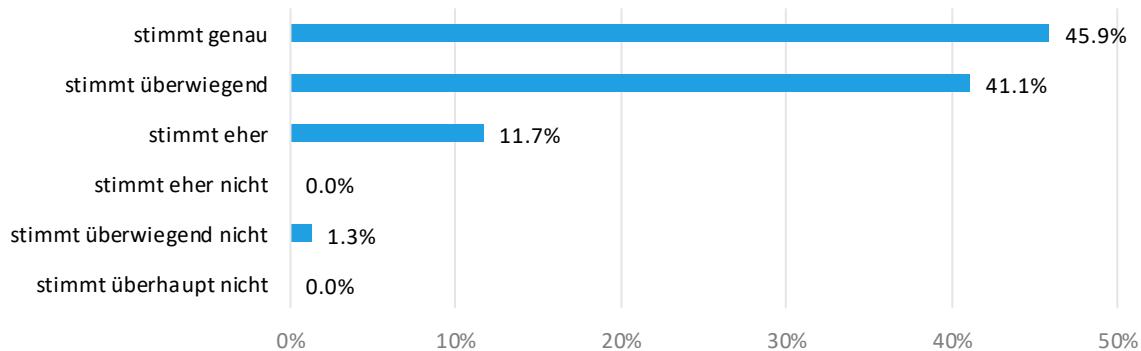


Abbildung 73: Gesamtbeurteilung des Online-Kurses durch Absolvent:innen (N=231)

Die detaillierten Zufriedenheits-Rückmeldungen können Abbildung 74 entnommen werden. Die Absolvent:innen des Kurses waren sehr zufrieden mit dem Design der Plattform, fanden sich gut auf

¹⁶¹ $p < .001$

¹⁶² $p < .001$

¹⁶³ $p < .001$

¹⁶⁴ Für diese Kapitel wurden nur die Kohorte 2 und 3 ausgewertet, da der Online-Kurs in diesen Durchläufen in seiner finalen Form vorlag. Kohorte 4 wurde nicht berücksichtigt, da diese sich zum Zeitpunkt der Berichtserstellung noch in Kursbearbeitung befand.

der Webseite zurecht und empfanden den inhaltlichen Aufbau stimmig. Die Nutzerbetreuung wurde positiv beurteilt.

Insgesamt sprechen die Rückmeldungen auch für eine hohe Zufriedenheit mit den Lernmaterialien. Im relativen Vergleich wurden die Fachtexte etwas hilfreicher empfunden als die restlichen Lernmaterialien (Filmclips, Anwendungsaufgaben sowie das zusätzliche Material in der Fundkiste). Die Relevanz der Lerninhalte für die berufliche Tätigkeit wurde hoch bewertet und E-Learning in diesem Zusammenhang als geeignete Form zur Weiterbildung angesehen.

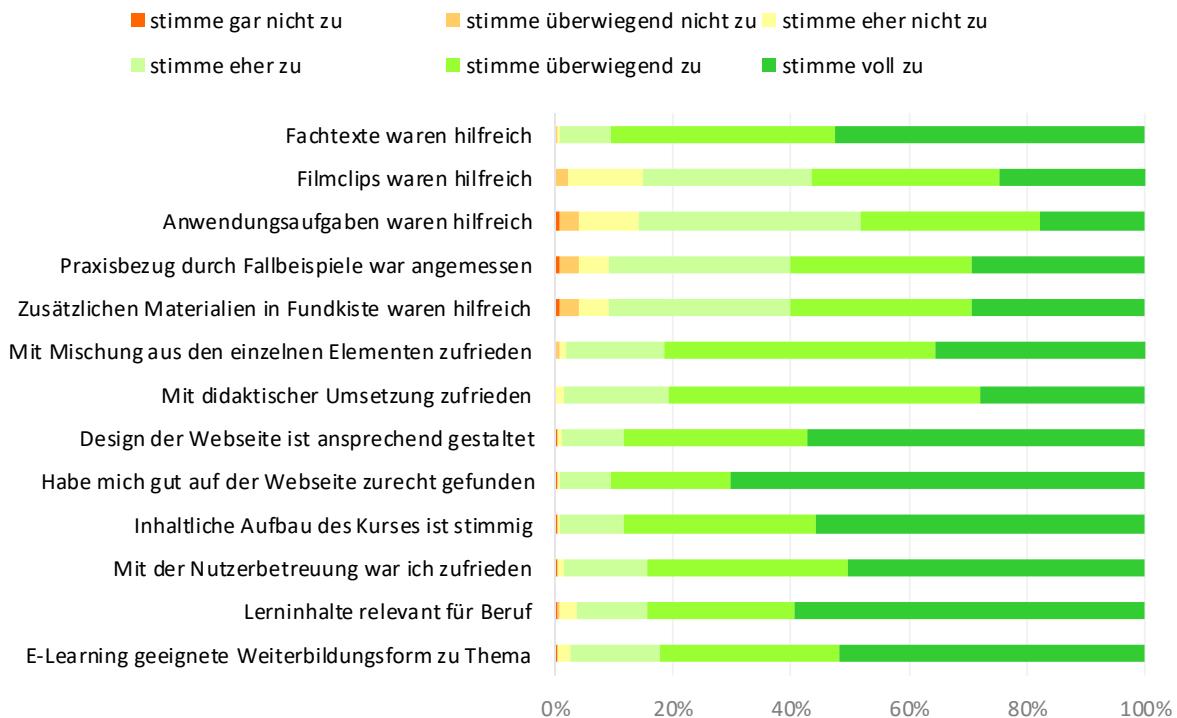


Abbildung 74: Ergebnisse der Revisionsbefragung (N=231)

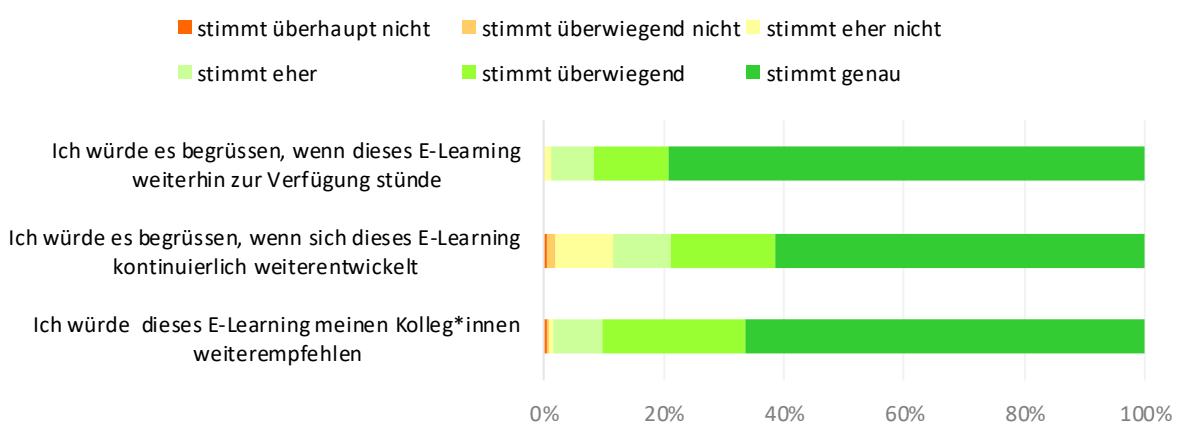


Abbildung 75: Langzeitinteresse der Absolvent:innen am Online-Kurs (N=231)

Darüber hinaus fanden beinahe alle Absolvent:innen eine Weiterführung des E-Learnings auch nach Ende des Modellversuchs begrüssenswert. Weit über 80% würden sich eine kontinuierliche Weiterentwicklung dieses webbasierten Lernangebotes wünschen. Die mitunter aufschlussreichste

Frage zur Beurteilung der Qualität und Akzeptanz ist jene nach der Weiterempfehlung: 98.2% aller Absolvent:innen hatten angegeben, dass sie die webbasierte Weiterbildung JAEL ihren Kolleg:innen weiterempfehlen würden (siehe Abbildung 75).

13.5.8 Analyse der Dropouts

In diesem Abschnitt wird auf die Teilnehmenden eingegangen, welche nicht alle Prüfungen im Online-Kurs absolviert und diesen daher auch nicht mit Zertifikat abgeschlossen hatten – die sog. "Dropouts".

Über alle betrachteten Kursdurchläufe¹⁶⁵ hinweg zeigt sich in Hinblick auf die Abschlussrate ein ähnliches Bild. Im Mittel schloss etwa die Hälfte der Teilnehmenden mit Zertifikat ab. Die resultierende Dropout-Rate von durchschnittlich 50% entspricht den Erfahrungswerten aus anderen Ulmer Online-Kurs-Projekten. Eine detailliertere Zusammenfassung der Abbrüche der jeweiligen Kursdurchläufe kann Tabelle 18 entnommen werden.

Tabelle 18: Dropout der Kohorten 1 bis 3

Kohorte	In den Kurs gestartet	Mit Zertifikat abgeschlossen (%)	Dropout (%)
K1	292	141 (48.3%)	151 (51.7%)
K2	234	125 (53.4%)	109 (46.6%)
K3	203	106 (52.2%)	97 (47.8%)
Gesamt	729	372 (51.0%)	357 (49.0%)

Bei genauerer Analyse der Personen, die den Kurs nicht mit Zertifikat abgeschlossen hatten, zeigten sich hinsichtlich der demografischen Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht, Berufserfahrung, Berufsgruppe) keine signifikanten Unterschiede zu den Kursabsolvent:innen.

Tabelle 19: Vergleich der Absolvent:innen (N=372) und Dropouts (N=357) zu Kursbeginn

Merkmal	Absolvent:innen <i>M (SD)</i>	Dropouts <i>M (SD)</i>	Unterschied
Motivation Kursteilnahme ^a	5.06 (1.18)	4.75 (1.14)	<i>p</i> < .001; Cohens'd = .26
Subjektives Wissen ^b	3.65 (0.88)	3.63 (0.85)	n.s.
Objektives Wissen ^c	72.12 (7.57)	70.97 (7.83)	<i>p</i> = .023; Cohens'd = .15
Handlungskompetenz ^d	3.77 (0.79)	3.72 (0.77)	n.s.
Allgemeine Selbstwirksamkeit ^e	2.97 (0.34)	2.99 (0.37)	n.s.
Selbstwirksamkeit pädagogisch ^f	4.67 (0.55)	4.64 (0.59)	n.s.
Arbeitszufriedenheit ^g	4.61 (0.55)	4.56 (0.65)	n.s.

Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; n.s. = nicht signifikant; ^a1 Item: 1 „sehr unmotiviert“ bis 6 „sehr motiviert“; ^bSkala 7 Items (Cronbach's α = .89) 1 „sehr gering“ bis 6 „sehr umfangreich“; ^cProzent der richtigen Antworten; ^dSkala 7 Items (Cronbach's α = .87) 1 „sehr unsicher“ bis 6 „sehr sicher“; ^eSkala 10 Items (Cronbach's α = .84) 1 „stimmt nicht“ bis 4 „stimmt genau“; ^fSkala 18 Items (Cronbach's α = .93) 1 „stimme gar nicht zu“ bis 6 „stimme voll zu“; ^gSkala 11 Items (Cronbach's α = .86) 1 „stimme überhaupt nicht zu“ bis 6 „stimme voll und ganz zu“

Kursabrecher:innen und Kursabsolvent:innen unterschieden sich allerdings in ihrer selbstberichteten Motivation und in ihrem objektiven Wissen voneinander. Im Vergleich zu den Absolvent:innen hatten die späteren Dropouts beim Wissentest zu Kursbeginn ein statistisch signifikant schlechteres Ergebnis und eine statistisch signifikant niedrigere Motivation zur Kursteilnahme angegeben. In absoluten

¹⁶⁵ Betrifft die Kohorten 1 bis 3. Kohorte 4 war zum Zeitpunkt der Auswertungen noch in der Kursbearbeitung.

Werten hatten die späteren Absolvent:innen im Wissenstest im Schnitt ein um 2% besseres Ergebnis, was einem kleinen Effekt (*Cohens'd*=.15) entspricht. Auch bei dem Motivationsunterschied handelt es sich um einen kleinen Effekt (*Cohens'd*=.26), der sich in 0.31 Skalenpunkten ausdrückte (siehe Tabelle 19).

An der freiwilligen Dropout-Befragung hatten 91 Personen teilgenommen (25.2% der Abbrecher:innen). Anhand der Rückmeldungen liess sich feststellen, dass das Abbrechen des Online-Kurses zum grössten Teil beruflichen und privaten Gründen geschuldet war. Eine geringere Rolle hatte der Aspekt gespielt, dass Inhalte bereits bekannt waren. Alle anderen Faktoren wie z.B. emotionale Belastung der Lerninhalte oder nicht-ansprechende Aufbereitung der Lernmaterialien spielten nahezu keine Rolle (siehe Abbildung 76).

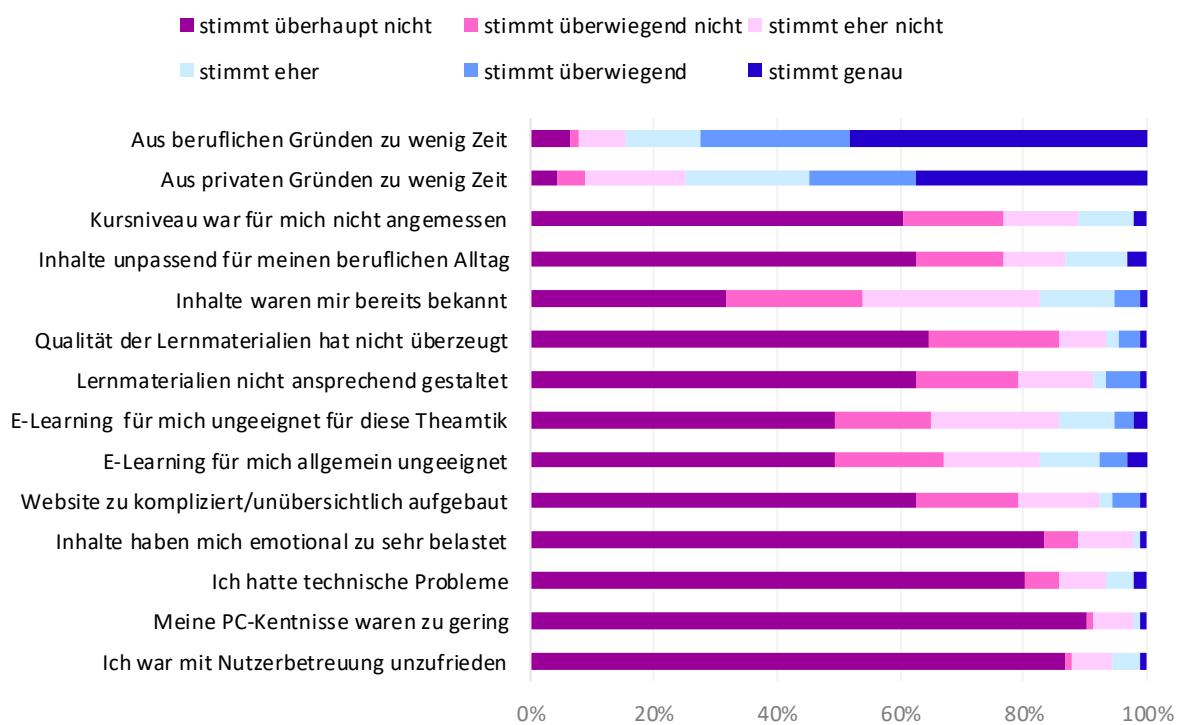


Abbildung 76: Gründe für den Abbruch der Kursbearbeitung (N=91)

13.5.9 Einblicke in den Kursdurchlauf der vierten Testkohorte

Ende Oktober 2023 kam der vierte Kursdurchlauf, an dem neben deutsch-erstmalig auch französisch- und italienischsprachige Fachkräfte teilnehmen konnten, zum Abschluss. Daher sollen an dieser Stelle erste Einblicke dazugegeben werden. Die vorgestellten Ergebnisse und Zahlen sind nicht ganz final, da zur Zeit der Berichtserstellung noch ein paar wenige Absolvent:innen beim Ausfüllen des Post-Fragebogens waren. Aus diesem Grund wurde diese Kohorte auch nicht in die vorherigen, ausführlichen Evaluationsergebnisse aufgenommen.¹⁶⁶

Der vierte Kursstart zählte insgesamt 620 aktive Teilnehmende. In Tabelle 20 sind die konkreten Teilnehmendenzahlen nach Sprache zu finden.

¹⁶⁶ Um den Kurs auch noch während des Zeitpunkts der Berichtslegung und bis zur geplanten Verstetigung weiterhin anbieten zu können, gab es sogar noch eine fünfte Kohorte mit 312 Personen, von welchen 106 den Kurs im November 2024 erfolgreich mit Zertifikat abgeschlossen haben. Auch diese Zahlen und die Daten von diesen Teilnehmenden wurden im Bericht nicht berücksichtigt.

Sofort ersichtlich sind die stark unterschiedlichen Zahlen der aktiv am Kurs Teilnehmenden. Im Vergleich zum deutschsprachigen Kursdurchlauf, für dessen Interessent:innen dies bereits der vierte angebotene Kursdurchlauf war, war dies der aller erste Kursstart für französisch- und italienischsprachige Interessent:innen. Die Etablierung eines webbasierten Fortbildungsangebotes benötigt erfahrungsgemäß Zeit und spiegelte sich in den hier vorzufinden Zahlen wider. An den Absolvent:innenzahlen wurde ebenso ersichtlich, dass im Vergleich zu den deutschsprachigen Kursteilnehmenden, französisch- und italienischsprachige Teilnehmende eine höhere Dropout-Rate aufwiesen. Den Überprüfungen zufolge lag dies allerdings nicht an Qualitätsaspekten des Kurses. Sowohl alle französischsprachigen als auch italienischsprachigen Absolvent:innen gaben an, dass der Online-Kurs zu einer positiven Veränderung ihres Arbeitsalltages beigetragen habe. Bei Betrachtung der Aussagen zur allgemeinen Zufriedenheit mit der webbasierten Weiterbildung war die Zustimmung ebenfalls einstimmig positiv. Ebenso hätten alle – ausgenommen einer Person – den Online-Kurs ihren Kolleg:innen weiterempfehlen wollen.

Tabelle 20: Teilnehmende der vierten Testkohorte nach Sprache

	In den Kurs gestartet	Mit Zertifikat abgeschlossen (%)	Dropout (%)
Deutsch	496	249 (50.2)	247 (49.8)
Französisch	57	20 (35.1)	37 (64.9)
Italienisch	67	23 (34.3)	44 (65.7)

Überdies deuteten die Überprüfungen zur Effektivität des französischen und italienischen Kurses darauf hin, dass sich nach erfolgreichem Durchlaufen des Online-Kurses – trotz der geringen Stichprobengröße – statistisch signifikante (Kompetenz-)Steigerungen in derselben Richtung zeigten, wie bei den bisher berichteten Effekten unter den deutschsprachigen Teilnehmenden (siehe Tabelle 21).

Tabelle 21: Effektivität des Online-Kurses bei nicht-deutschsprachigen Teilnehmenden unter (N=42)

	franz. & ital. sprachige Absolvent:innen		
	t-Test bei verbundenen Stichproben	M vor Kursbeginn (SD)	M nach Kursabsolvierung (SD)
Subjektives Wissen ^a	$t(41) = 8.37, p < .001$, <i>Cohens'd</i> = 1.29	3.70 (.66)	4.45 (.56)
Objektives Wissen ^b	$t(41) = 6.47, p < .001$, <i>Cohens'd</i> = 1.00	59.90 (9.60)	72.38 (8.51)
Handlungskompetenz ^c	$t(41) = 7.62, p < .001$, <i>Cohens'd</i> = 1.18	3.38 (.86)	4.43 (.55)
Allgemeine Selbstwirksamkeit ^d	n.s.	2.99 (.39)	3.05 (.35)
Pädagogische Selbstwirksamkeit ^e	$t(41) = 5.70, p < .001$, <i>Cohens'd</i> = .88	4.38 (.53)	4.73 (.63)
Arbeitszufriedenheit ^f	n.s.	4.58 (.66)	4.67 (.73)

Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; n.s. = nicht signifikant; ^aSkala 7 Items, 1 „sehr gering“ bis 6 „sehr umfangreich“; ^bProzent der richtigen Antworten; Skala 7 Items, 1 „sehr unsicher“ bis 6 „sehr sicher“; ^cSkala 10 Items, 1 „stimmt nicht“ bis 4 „stimmt genau“; ^dSkala 18 Items, 1 „stimme gar nicht zu“ bis 6 „stimme voll zu“; ^eSkala 11 Items, 1 „stimme überhaupt nicht zu“ bis 6 „stimme voll und ganz zu“

Letztlich betonten auch die Wortmeldungen der französisch- und italienischsprachigen Absolvent:innen die Praxisrelevanz als auch -tauglichkeit der im Kurs aufbereiteten Inhalte. Im nächsten Abschnitt sind veranschaulichende Beispiele zu Rückmeldungen – auch von französisch- und italienischsprachigen Teilnehmenden – zu finden.

13.5.10 Persönliche Fazits der Absolvent:innen

Zum Abschluss der Evaluation sollen die Kurs-Teilnehmenden selbst zu Wort kommen. Die hier angeführten Wortmeldungen wurden exemplarisch für die zahlreichen Rückmeldungen ausgewählt, die über alle Kursdurchläufe hinweg eingegangen sind.

"Super Weiterbildungsangebot! Viele relevanten Themen der Kinder und Jugendhilfe sehr verdichtet, praxisnahe und mit wissenschaftlichem Hintergrund zusammengetragen und ansprechend aufbereitet. Dieses Wissen ist für alle, die in diesem Bereich arbeiten, zwingend notwendig. Vielen Dank für dieses tolle Angebot!" (Sozialpädagoge, 39, aus der Schweiz)

"Ich fühle mich bestärkt in meiner Haltung. Viel Bauchgefühl kann ich jetzt in Worte und Argumente fassen." (Hebamme, 58, aus Deutschland)

"Mein 'Schlüsselerlebnis' in diesem Kurs war die Frage nach dem 'guten Grund', welchen ich bislang so nicht präsent hatte. Mir fällt auf, dass ich seit dieser Fortbildung sehr viel offener in Gespräche mit Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen gehe und hier verständnisvoller agieren kann. Die im Kurs erhaltenen Unterlagen nutze ich aktiv in meinem beruflichen Alltag und konnte bereits viele erlernte und erfahrene Inhalte in meinem Berufsalltag einsetzen. Vielen Dank dafür!" (Sozialpädagogin, 28, aus Deutschland)

"Ich fand es toll, dass mir der Forschungsstand zu den behandelten Themen so kompetent dargelegt wurde!" (Sozialpädagogin, 60, aus der Schweiz)

"Für mich war es eine sehr spannende Mischung an Themen. Im Sonderschulinternat sind alle Themen sehr präsent, wodurch ich sehr viel Bezug zur Praxis herstellen konnte. Vielen Dank!" (Sozialpädagoge, 40, aus der Schweiz)

"Ich nehme viel ergänzendes Wissen mit. Vieles wurde durch aktuelle Theorien wieder aufgefrischt. Bei einigen Themen bin ich wieder achtsamer unterwegs. Die Fachtexte fand ich sehr gelungen, das Wissen aufs Zentrale zu reduzieren und es mit der Praxis zu verbinden. Es braucht mehr solche Studien bzw. Umsetzung der Studien mit dem Transfer zurück in den Arbeitsalltag." (Erziehungswissenschaftlerin, 44, aus der Schweiz)

"Als ehemaliger Jugendlicher, der in einer geschlossenen Einrichtung untergebracht war und derzeit Sozialarbeiter in derselben Einrichtung ist, in der ich untergebracht war, danke ich Ihnen für diese Ausbildung, die für mich sehr spannend, interessant und fruchtbar war. PS: Ich hätte für diese Ausbildung bezahlt. (aus dem Französischen übersetzt; Sozialarbeiter, 40, aus Luxemburg)

"Sehr zufriedenstellend und sehr eng mit unserer Berufspraxis verbunden. Endlich eine Fortbildung, die konkrete Werkzeuge vermittelt und die Bedeutung unserer Arbeit unterstreicht." (aus dem Französischen übersetzt; Sozialpädagogin, 38, aus der Schweiz)

"Ich habe gerade ein CAS in Kinderpsychiatrie [...] absolviert, das Fr. 5000. gekostet hat – ich muss sagen, dass mir das JAEL-Studium mehr gebracht hat als das CAS. Ich fand wichtige theoretische Inputs und Tipps und Strategien, um im Alltag zu handeln. Die Texte sind sehr gut geschrieben und leicht zu verstehen. Ich fand den Kurs sehr umfassend." (aus dem Italienischen übersetzt; Erzieherin, 47, aus der Schweiz)

"Das Gelernte gibt mir mehr Sicherheit im Umgang mit "kritischen" Situationen, die im Laufe meiner beruflichen Tätigkeit auftreten können." (aus dem Italienischen übersetzt; Lehrerin, 45, aus der Schweiz)

13.6 Verstetigung

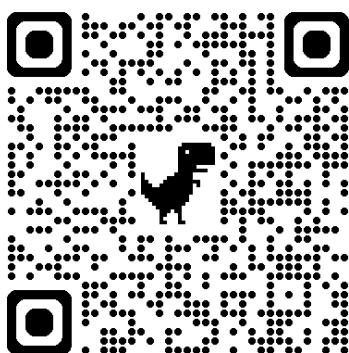
Wie geht es weiter mit der entwickelten webbasierten Weiterbildung, die sich als dermassen erfolgreich herausstellen konnte?

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichtes entstand die Idee, die webbasierte Weiterbildung analog der Struktur von EQUALS (siehe Exkurs auf Seite 16) – d.h. in Kooperation mit dem Fachverband Integras (www.integras.ch) – direkt und kostengünstig interessierten sozialpädagogischen Einrichtungen anzubieten.¹⁶⁷ Im Prinzip, genauso, wie es sich folgende Absolventin gewünscht hat:

Ich würde nachträglich auf jeden Fall etwas für diesen Kurs bezahlen. Im Vorfeld hätte ich das jedoch niemals getan, weil E-Learning mir erst mal nicht so liegt. Für die Institution, in der ich arbeite, bietet der Kurs eine gute Grundlage. Es wäre wünschenswert, dass es für Institutionen einen "Einstiegerkurs" gäbe, den sie neuen Mitarbeitenden zur Verfügung stellen könnten.
(Sozialpädagogin, 34, aus der Schweiz)

Daneben wird es auch eine Lösung geben, dass Einzelpersonen den Kurs buchen können.

Zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts wird die Online-Plattform auf das Vorhaben adaptiert und das Angebot wird ab 2026 zur Verfügung stehen.



Über <https://jael-elearning.ch> bleiben Sie informiert. Dort finden Sie auch einen zusammenfassenden Filmclip.

14 Diskussion

14.1 Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse

Letztlich bestätigen die zentralen Erkenntnisse der JAEL-Studie die Ergebnisse von anderen nationalen und internationalen Studien zu Care Leaver:innen. Wie die meisten anderen Studien (z.B. Stein [284], Courtney & Nolan [421], Courtney [422], Klein et al. [423], Jarczok et al. [424] oder Strahl et al. [425]) zeigt JAEL, dass ein Teil von ehemals ausserfamiliär untergebrachten jungen Menschen sich langfristig sehr gut und die Mehrheit sich ausreichend gut in die Gesellschaft integriert, aber auch, dass ein doch besorgniserregender hoher Anteil noch erhebliche Schwierigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen hat und in seiner gesellschaftlichen Teilhabe teils massiv beeinträchtigt ist. Es stellt sich auch heraus, dass ein Teil der Teilnehmenden sich in der Übergangsphase nicht gut begleitet gefühlt hat, wobei aber erneut darauf hingewiesen werden muss, dass die meisten in der JAEL-Studie untersuchten jungen Menschen bereits vor dem sehr erfreulichen Ausbau der Angebote im Bereich Leaving Care in der Schweiz ausgetreten sind [426-429]. Eine schöne Studie mit amerikanischen jungen Erwachsenen die in Pflegefamilien leben und die Verselbständigt in den 2000er und heute verglichen hat, fand bei den jungen Menschen heute eine wesentlich besser Anpassung und bessere Unterstützungsstrukturen [430].

¹⁶⁷ Der Vorteil einer solchen Struktur ist, dass genau so wie bei EQUALS eine gemeinsame Weiterentwicklung im direkten Austausch mit der Praxis erfolgen könnte und dadurch deren Bedürfnisse berücksichtigt werden.

Wie in vielen anderen Studien zeigte sich auch in der JAEL-Studie eine hohe Prävalenz für ungewollte Schwangerschaften, Armut, psychische Erkrankungen, Substanzabhängigkeit, Überschuldung, Arbeitslosigkeit, Verlust von Wohnungen und Kriminalität [284, 360, 431-434]. Bei der Interpretation dieser Befunde ist aber immer zu bedenken, welche Vergleichsgruppen sinnvollerweise heranzuziehen sind. Ein Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung ist am einfachsten zu realisieren aber denkbar ungeeignet. Letztlich muss man Vergleichsgruppen mit ähnlichen Ausgangsbedingungen und familiären Belastungen suchen, um Aussagen über die Wirkung der Heimerziehung und die Integrationsleistung der jungen Menschen mit diesem Ausmass an familiären Belastungen treffen zu können. Letztlich sollten die Ergebnisse insbesondere vor dem Hintergrund von anderen Care Leaver:innen-Studien diskutiert und interpretiert werden. Dabei muss man aber beachten, dass in der JAEL-Stichprobe auch strafrechtlich platzierte junge Menschen waren, die in anderen Ländern mit weniger innovativem Jugendstrafrecht als in der Schweiz im Strafvollzug untergebracht gewesen wären.

Ebenso wie die anderen Studien hat die JAEL-Studie die Probleme und Herausforderungen der Care Leaver:innen in verschiedenen Lebensbereichen sehr spezifisch aufgrund von Selbstberichten beschreiben können. Die MAZ.-Studie hatte den grossen Vorteil, zu beiden Messzeitpunkten auch auf Expertenurteile und während MAZ.-Untersuchung sogar auf Fremdurteile der sozialpädagogischen Bezugspersonen zurückgreifen zu können. Ein wichtiger Unterschied und eine besondere Stärke der JAEL-Studie liegt darin, dass viele Studien immer sehr begrenzt einzelne Problembereiche analysiert haben, wohingegen die JAEL-Studie sich bemüht hat ein Gesamtbild und auch die Zusammenhänge der Schwierigkeiten aufzuzeigen. Sie hat diese in einer ausreichend grossen Stichprobe untersucht und dabei sowohl psychische als auch psychotraumatologische Belastungen systematisch mit einer wissenschaftlich weltweit anerkannten Methodik erfasst.

Die zentralen Erkenntnisse des JAEL-Projektes lassen sich folgendermassen auflisten¹⁶⁸: Die Punkte werden im Anschluss in einzelnen Unterkapiteln weiter ausgeführt.

- 1. Erhebliche Integrationsleistung der Heimerziehung.** Diese trägt erheblich zur sozialen Teilhabe hoch belasteter Jugendlicher bei. Zwei Fünftel der JAEL-Stichprobe sind heute gut integriert, weitere zwei Fünftel sind ausreichend gut integriert, haben aber in einzelnen Lebensbereichen bereits oder noch Probleme, die sie aber kompensieren können.
- 2. Eine besonders belastete Gruppe von 20% der jungen Menschen hat Schwierigkeiten in fast allen Lebensbereichen und wird von der aktuellen interdisziplinären Hilfeplanung noch nicht ausreichend erreicht.**
- 3. Die Platzierungskontinuität ist noch zu optimieren und sollte gefördert werden:** Die jungen Erwachsenen aus der JAEL-Stichprobe durchliefen bis zur Verselbständigung im Schnitt 3.7 ausserfamiliäre Betreuungen. Eine höhere Platzierungskontinuität geht mit einer wesentlich höheren Teilhabe einher und Abbrüche behindern diese. Langfristig sollte in kontinuierlichen Verläufen mit unterschiedlichen Hilfen und nicht mehr nur mit einzelnen Hilfen geplant werden.
- 4. Pädagogische Erfahrungen, die Resilienzfaktoren ansprechen, gehen mit besseren Verläufen einher:** Deutlich bessere Verläufe weisen jene jungen Erwachsenen in der JAEL-Stichprobe auf, die positiver und kohärenter von ihren Erfahrungen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe berichten. Insbesondere mehr Selbstwirksamkeitserfahrungen und positive Beziehungen zu Fachkräften zeigen sich in den qualitativen Interviews der Teilnehmenden mit einer höheren sozialen Teilhabe. Es kann nicht final geklärt werden, ob die besser integrierten Care Leaver:innen bereits vor dem Beginn der Hilfen mehr Resilienzfaktoren aufwiesen, oder ob sie diese in der Zeit der Hilfen vermittelt bekommen haben – vermutlich zeigt sich häufig eine Kombination beider

¹⁶⁸ Natürlich wäre es möglich, noch viele weitere Punkte aufführen.

Effekte. Insbesondere die Integration des Verlaufs der Heimerziehung in die eigene Biografie über ein erfolgreiches Narrativ scheint mit einem besseren Verlauf assoziiert zu sein.

5. **Arbeit und Finanzen:** Besondere Unzufriedenheit gibt es mit der sozioökonomischen Situation und den Bereichen der Arbeit und der Finanzen, in denen die Teilhabe stark eingeschränkt ist, womit die JAEL-Teilnehmenden auch selbst mit Abstand am unzufriedensten sind.
6. Junge Menschen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe akkumulieren sehr viel (bio-) psychosoziale Risikofaktoren. **Schon in der frühen Kindheit sind sie vielen Misshandlungen und Vernachlässigung ausgesetzt**, die auch stark mit der späteren Teilhabe assoziiert sind. Deshalb müssen diese Erlebnisse im pädagogischen Prozess adäquat beachtet werden, auch um eine transgenerationalen Weitergabe dieser Belastungen und der Erziehungsbedingungen an die eigenen Kinder vermeiden zu können.
7. **Gewalterfahrungen in der Heimerziehung:** Nicht wenige, also zu viele junge Menschen berichten auch von sehr belastenden, ihre persönlichen Grenzen verletzenden Erfahrungen während ihrer Zeit in der stationären Kinder- und Jugendhilfe.
8. **Ehemalige „Heimjugendliche“ bleiben eine Hochrisikogruppe für psychische Erkrankungen:** Die Prävalenz psychischer Erkrankungen ist sehr hoch bei den Care Leaver:innen, auch wenn sich die psychische Belastung der jungen Erwachsenen seit ihrer Zeit in der stationären Kinder- und Jugendhilfe deutlich reduziert hat.
9. **Substanzgebrauchsstörungen sind die häufigsten Diagnosen bei den JAEL-Teilnehmenden.** Gerade ein problematischer Substanzkonsum geht oft mit schlechteren Verläufen und der Abhängigkeit von sozialen Hilfssystemen und Delinquenz einher.
10. **Mit über 40% berichten zu viele JAEL-Teilnehmende, dass sie sich nicht ausreichend auf die Transition vorbereitet gefühlt haben**, den Übergang als relativ abrupt erlebt haben und die Herausforderung des Alleinlebens mit allen Facetten unterschätzt wurde und es für sie schwer war, niederschwellig und zeitnah die notwendigen Hilfen zu bekommen und sich ein entsprechendes Netzwerk aufzubauen. **Dies schliesst z.B. die Klärung der Situation mit der Herkunfts-familie mit ein.** Diese Klärung ist notwendig, um Verstrickungen mit dem Herkunftssystem nach der Transition vorzubeugen.
11. **Chancen des E-Learnings stärker nutzen:** Eine webbasierte Weiterbildung wird von den Fachkräften in der stationären Kinder- und Jugendhilfe gut angenommen und unterstützt diese unmittelbar in ihrer Arbeit.
12. **Fachpolitische Beteiligung:** Die Erfahrungen von Care Leaver:innen werden bei der Ausgestaltung von Gesetzen und der Fachpolitik noch viel zu wenig von der Gesellschaft, den Institutionen, den Verbänden und der Politik aufgenommen und berücksichtigt.

14.1.1 Erhebliche Integrationsleistung der Heimerziehung

Circa zwei Fünftel der JAEL-Teilnehmenden kommen im jungen Erwachsenenalter gut zurecht. Weitere zwei Fünftel haben in einzelnen Bereichen zwar Probleme und weisen teilweise auch noch einen spezifischen Unterstützungsbedarf auf, können ihr Leben aber selbstständig meistern. Die Heimerziehung leistet folglich einen wichtigen Beitrag zur sozialen Teilhabe, da ein Grossteil der ehemals platzierten jungen Menschen trotz ihrer hohen Belastung gut oder zumindest ausreichend gut in die Gesellschaft integriert ist. Diese Ergebnisse decken sich mit anderen Studienergebnissen zu Care Leaver:innen und zur Wirkung der Heimerziehung [284, 423, 424]. Es ist beeindruckend, dass fast alle JAEL-Teilnehmenden die obligatorische Schule beendet haben.

Während der Zeit in der Heimerziehung (vgl. Kapitel 1.1.1) konnten die JAEL-Teilnehmenden Kompetenzgewinne verzeichnen. Neun von zehn haben damals mindestens ein individuelles Ziel erreicht [435]. Auch die Lebensqualität und die subjektive, persönliche Zufriedenheit der jungen Erwachsenen aus der JAEL-Stichprobe sind relativ gut, insbesondere in Anbetracht ihrer vorgängigen

Belastungen und Ausgangslagen. Dies zeigt sich auch in anderen Studien zu erzieherischen Hilfen [436-438]. Zieht man die Daten aus epidemiologischen Studien mit Stichproben mit ähnlich hoher Traumabelastung und einem vergleichbaren Ausmass an psychischen Erkrankungen heran, sieht man, dass die gesellschaftliche Teilhabe der Care Leaver:innen deutlich besser ist als bei jungen Menschen aus der Allgemeinbevölkerungen mit ähnlichen Belastungen [439-443].

Gerade in Zeiten, in denen Kosten für die Kinder- und Jugendhilfe kontinuierlich steigen [444, 445] und immer mehr junge Menschen psychisch stark belastet sind und tendenziell intensivere Hilfen benötigen [446], ist es wichtig, die positive Wirkung des Kinderschutzes und der Kinder- und Jugendhilfe und ihren Beitrag aufzuzeigen. Letztlich wird es hierfür wichtig sein, die Kosten-Nutzen-Effekte der Heimerziehung viel deutlicher zu machen; zeigten doch die Analysen der Jugend-Hilfe-Effekte Studie, dass der Staat für jeden investierten Franken in die Heimerziehung drei Franken durch folgende Einsparungen in den sozialen Hilfssystemen zurückbekommt [241]. Inzwischen sind diese Untersuchungen aber auch schon 20 Jahre alt. Seither hat sich die Arbeitswelt sowie die psychische Belastung der Kinder und Jugendlichen in den Heimen deutlich verändert [447-449], sodass solche Kosten-Nutzen-Analysen repliziert werden sollten. Vermutlich sind die Herausforderungen sich in unsere Gesellschaft zu integrieren für psychisch belastete junge Menschen eher gestiegen, sodass auch die Anforderungen an eine Unterstützung durch soziale Hilfssysteme gewachsen sind.

Einige Volkswirtschaftler:innen und Sozialpädagog:innen haben die Nachhaltigkeit von Investitionen in Interventionsprogrammen untersucht. Sehr bekannt ist die Studie von Heckman [450], die zeigt, dass der "Return of Investment" am höchsten ist, wenn man in die jüngsten Kinder mit indizierten Programmen investiert, weshalb gerade der Kinderschutz und die Prävention gestärkt werden sollten. Ein aktuelles Review konnten zeigen, dass intensive Hilfe im Jugendalter, wenn entsprechend evidenzbasiert aufgestellt, ähnliche hohe Effekte und Kostensparnisse aufweist [451].

Letztlich scheint es wichtig zu sein, die Ergebnisqualität der Massnahmen im Auge zu behalten. Insbesondere ein effektiverer Kinderschutz und intensive Kinder- und Jugendhilfemassnahmen haben wegen den gravierenden, langfristigen Folgen von Misshandlung und Vernachlässigung in der frühen Kindheit ein erhebliches Potential langfristig Kosten einzusparen [452]. Aktuelle Metaanalysen mit 21 und 28 Studien können – bei allen methodischen Herausforderungen – den erheblichen Nutzen von Erziehungshilfen zeigen, wobei sich die grösste Wirkung auch im Bezug der Kostensparnisse bei den gut evaluierten Interventionen zeigte [453, 454].

14.1.2 Eine besonders belastete Gruppe wird aktuell noch nicht gut genug erreicht

Ein Fünftel der JAEL-Stichprobe weist chronische Probleme in fast allen Lebensbereichen auf. Diese jungen Menschen haben oft gleichsam Schwierigkeiten bei der Arbeitsintegration, den Finanzen, mit dem Gesetz, der Gesundheit und der sozialen Einbindung. Dies bedeutet, es gibt eine Untergruppe, die von der Heimerziehung und der damit momentan einhergehenden interdisziplinären Hilfeplanung noch nicht ausreichend profitiert bzw. nicht adäquat erreicht wird. Diese Gruppe akkumuliert oft mehrere erfolgslose Kinder - und Jugendhilfemassnahmen, hat noch belastendere Kindheitserfahrungen und leidet häufiger unter psychischen Erkrankungen und Suchtstörungen. Der Befund, dass circa 20% der Care Leaver:innen besonders belastet und in ihrer weiteren Entwicklung gefährdet sind, deckt sich mit den Befunden anderer internationaler Studien, die auch durchgehend zwischen 10% und bis zu 40% der Care Leaver:innen mit multiplen Problemen identifiziert haben [434,

455-457]. Studien an sogenannten "Systemsprenger:innen"¹⁶⁹ [458-460] oder an jungen Menschen, die geschlossene Unterbringungen benötigen [461], zeigen ähnliche Risikofaktoren. Wenn eine Gruppe nicht ausreichend erreicht wird, ist es wichtig, sehr genau in die Analyse ihres Bedarfes zu gehen und sowohl sozialpädagogische Angebote als auch die interdisziplinäre Hilfeplanung stärker an diesem auszurichten [462]. Es darf nicht sein, dass so viele nicht ausreichend erreicht werden und so oft mehrere erfolgslose Massnahmen akkumulieren. Zum Beispiel sollten Suchterkrankungen, besonders starke psychische Belastung, ausgeprägte Traumatisierung und höhere Delinquenz in der interdisziplinären Hilfeplanung viel früher, besser und spezifischer adressiert werden. Relativ deutlich wird, dass die Hochrisikofaktoren für negative Verläufe bereits früh während einer stationären Massnahme mit überschaubarem diagnostischem Aufwand identifizierbar sind. Es gibt eigentlich viele wissenschaftliche Erkenntnisse und klinische Erfahrungen, aus welchen man relativ gut ableiten kann, welche Kinder und Jugendlichen in ihrem Verlauf stärker gefährdet sind, einen schlechten Verlauf zu haben oder ein vorzeitiges ungeplantes Ende zu erleben. Jetzt stellt sich die Frage, warum diese Möglichkeiten nicht häufiger genutzt werden und warum es so schwer ist, hier effektiv entgegenzusteuern, wenn sich erste gravierende Probleme im Verlauf bereits zeigen. Aus den MAZ- und JAEL-Ergebnissen wissen wir, dass diejenigen jungen Menschen mit schlechteren Verläufen und Abbrüchen eine höhere psychische Belastung, mehr Traumatisierungen und auffällige Persönlichkeitsmerkmale aufweisen [463].

Einerseits ist es sicherlich ethisch problematisch und sehr unangenehm ein Problem genau zu benennen, wenn man dafür momentan noch keine konkrete Lösung hat. Selbsterfüllende Prophezeiungen sollten vermieden werden und es wäre schon schwierig, das Problem einfach zu beschreiben, ohne daraus konkrete Interventionen abzuleiten. Letztlich wäre es sehr wichtig, über mehr Forschung und eine kontinuierliche Begleitung unterschiedlicher Verläufe in der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe, zu noch elaborierten Erkenntnissen über die Dynamik von Abbrüchen zu kommen. Es sollten, wie in der JAEL-Studie, prospektive und retrospektive Forschungsdesigns effektiv kombiniert werden, um die Entwicklung von Abbrüchen und insbesondere wiederholten Abbrüchen besser zu verstehen. Sehr interessant wäre, zu analysieren, was mit Kindern und Jugendlichen nach den ersten, nicht erfolgreichen Massnahmen passiert. Aus welchen guten Gründen waren diese Massnahmen nicht erfolgreich? Welche Lehren und Schlussfolgerung können daraus für die weitere interdisziplinäre Hilfeplanung gezogen werden? Wie hätte die Massnahme für diesen Fall erfolgreich verlaufen können? Nur durch mehr Forschung in diesem Bereich, liesse sich eine empirische Grundlage für eine passgenauere Bedarfsplanung für jene jungen Menschen, die im Moment noch nicht ausreichend gut erreicht werden, realisieren. Zum Beispiel könnte man daraus ableiten, wie man Übergänge in nachfolgende Einrichtungen begleiten könnte, wie hoch der Bedarf an intensivpädagogischen Einrichtungen wirklich ist und welche spezifischen Profile solche intensivpädagogischen Einrichtungen aufweisen müssten, um den bisher noch nicht ausreichend gut erreichten gerecht zu werden und dadurch weitere Abbrüche zu verhindern wären.

Daneben wäre es wichtig, noch besser zu verstehen, welche Rolle die Teamdynamik zu einer steigenden Ausstossungstendenz beiträgt. Es zeigt sich immer wieder, dass der Moment indem die Lösungsversuche eines Teams scheitern und sich erstmals ein Gefühl von Ohnmacht und Überforderungen einstellt entscheidend ist, ob eine Dynamik in Richtung Ausstossung einsetzt oder

¹⁶⁹ Der Begriff wird gelegentlich verwendet, um Kinder und Jugendliche zu beschreiben, die durch ihre Verhaltensweisen stark herausfordern und von bestehenden Unterstützungs- und Fördersystemen als schwer erreichbar wahrgenommen werden. Allerdings ist dieser Begriff problematisch, da er stigmatisierend wirken und suggerieren kann, dass der junge Mensch allein das Problem sei. Dadurch werden die komplexen Wechselwirkungen zwischen individuellen Bedürfnissen, Umweltfaktoren und möglichen Schwächen der unterstützenden Systeme ausgebendet.

ob nochmal interne und externe Ressourcen für eine neues Fallverständnis aktiviert werden [464, 465]. Ein wichtiger Aspekt dabei ist, dass wiederholte Erfahrungen, schwierige Situationen mit Kindern und Jugendlichen durchzustehen, die Haltefähigkeit erhöhen [463, 466-469].

Eine andere relevante Frage ist, wie die psychischen Belastungen, Suchterkrankungen und psychiatrischen Krisen zu Abbrüchen und schlechten Verläufen beitragen. Diese scheinen eine grosse Rolle zu spielen [470-472]. Es stellt sich aber immer wieder die Frage, ob es einfach die generelle psychische Belastung ist oder eher einzelne Symptome, welche die Fachkräfte herausfordern und zu hochbelasteten Interaktionen führen [468, 469, 473, 474]. Vermutlich sind es eher einzelne Symptome und sehr konkrete Verhaltensweisen im Alltag, welche die Teams sich selbstunwirksam fühlen lassen und den Wunsch nach einer Verlegung in das psychiatrische System oder eine Spezialeinrichtung auslösen oder verstärken. Wenn die Überforderung und die Ausstossungstendenzen einmal benannt und ausgesprochen sind, ist es oft sehr schwierig, wieder eine ausreichend gute Basis für eine Zusammenarbeit mit dem jungen Menschen zu generieren [465, 467, 474]. Deshalb wurde bei der Konzeption von jael-elearning.ch auf den Umgang mit Themen, welche die Selbstwirksamkeit der Fachkräfte oft untergraben und letztlich auch häufig zu Abbrüchen führen, besonderen Wert gelegt (vgl. Kapitel 12).

Eventuell könnten sehr viele Hochbelastete allein durch eine enge(re) Kooperation der stationären Wohngruppe mit den kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten gehalten, erfolgreich integriert und eher kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt werden [473, 475]. Vermutlich gibt es aber auch eine Subgruppe, die auch die Kliniksysteme "sprengt" und für die es sehr spezifische, individuelle Lösungen in der interdisziplinären Zusammenarbeit im gesamten Helfersystem braucht [462, 476, 477].

Für noch stärker psychisch belastete Heranwachsende, bei denen solche Konzepte nicht ausreichen, braucht es eventuell intensivere mischfinanzierte Strukturen an der Nahtstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Bildung und Schule, wie zum Beispiel die Modellstation Somosa (<https://www.somosa.ch>) in Winterthur [478] oder die Leppermühle (<https://www.leppermuehle.de>) in Deutschland [479, 480], die eine ausreichend intensive jugendpsychiatrische Rehabilitationsbehandlung durchführen können und die jungen Menschen nach einer ersten Stabilisierung ohne weiteren Wechsel der Bezugspersonen in der Kinder- und Jugendhilfe weiter betreuen, in ihrer Lebenswelt und bei Schul- und Berufsausbildung unterstützen können.

Auf Basis der JAEL-Erkenntnisse liessen sich am ehesten ein besonderer Bedarf für junge Menschen mit Persönlichkeitsstörungen (insbesondere für die Borderline und die Antisoziale Persönlichkeitsstörung), schweren Aufmerksamkeitsstörungen, aggressiv-dissozialem Verhalten, komplexen Traumafolgestörungen und substanzgebundenen Störungen ableiten.

14.1.3 Platzierungskontinuität fördern und Abbrüche vermeiden

Die Tatsache, dass die jungen Erwachsenen aus JAEL-Studie durchschnittlich 3.7 Platzierungen akkumuliert und teils mehr als zehn Stationen durchlaufen haben, wobei ambulante und interdisziplinäre Hilfen noch gar nicht miteinberechnet wurden, zeigt, dass die Vorstellung von der Wirksamkeit einzelner Massnahmen sprechen zu können, letztlich nicht zu halten ist. Bei den komplexen Hilfeverläufen kann die Wirkung einzelner Hilfen auf den langfristigen Verlauf kaum differenziert werden. Vielleicht müsste generell der Fokus weg von einzelnen Hilfen und mehr auf langfristige und nachhaltige Verläufe und das Zusammenspiel einzelner interdisziplinärer Hilfeformen verschoben werden. Der Fokus auf einzelne Hilfen resultiert daraus, dass die Gewährung der einzelnen Hilfen immer auch ein Verwaltungsakt ist. Die realen Verläufe zeigen schon lange, dass belastete

Familien in der Regel mehrere verschiedene Hilfen durchlaufen und oft mehrere Kinder einer Familie unterschiedliche Hilfen durchlaufen. Für den nachhaltigen und langfristigen Erfolg der Massnahmen wird es somit sehr wichtig sein, die Übergänge zwischen den Massnahmen besser zu begleiten und verschiedene Hilfen, insbesondere ambulante und stationäre Kinder- und Jugendhilfemassnahmen viel effektiver miteinander zu kombinieren [262, 438, 481, 482].

Insbesondere ist es entscheidend, eine Kontinuität in der Hilfeplanung zu erreichen und Abbrüche zu vermeiden, indem eine möglichst hohe Passung zwischen dem Bedarf der Adressat:innen, der Struktur und Prozessqualität der Hilfen schon bei der Indikationsstellung angestrebt wird. Es sollte verhindert werden, dass Familien mit einem hohen Hilfebedarf phasenweise ganz ohne Hilfen dastehen und die erneute Gewährung von Hilfen dann immer sehr aufwendig, personal intensiv und hochschwellig ist. Insbesondere sollten Kinder und Jugendliche, die in Einrichtungen nicht zu tragen sind, in der Not nicht für Wochen nach Hause in ihr Herkunftssystem entlassen werden. Ein wesentliches Problem hierbei ist, dass die Steuerung der Massnahmen und die Erstreaktion auf Krisen oft aus dem Kinderschutzsystem erfolgen muss, einem System, dass in den letzten Jahren bereits vor der "Corona-Krise" an seine Belastungsgrenzen gestossen ist. Zudem sind die Zuweisungsprozesse und Abklärungswege in der Schweiz nicht nur kantonal, sondern teils in den Zuständigkeitsgebieten einzelner Erwachsenen- und Kinderschutzbehörden unterschiedlich organisiert. Die Arbeitsbelastung ist im Kinderschutz an den Stellen, an welchen die Indikationen gestellt werden, aber auch an jenen, wo die Abklärung einer Kindeswohlgefährdung vorgenommen wird, extrem hoch [483-485]. Eventuell wäre es hilfreich ein Case Management für gewisse "Heavy User:innen" oder "Systemsprenger:innen" einzuführen, um für diese besonders herausfordernden Fälle ausreichend viel Zeit für die Vor- und Nachbereitung von Hilfen zu haben und zu vermeiden, dass sie zu lange ohne Hilfen dastehen. Eventuell könnte man dadurch auch enger mit den Einrichtungen, Eltern und weiteren Helfer:innen zusammenarbeiten und die Einrichtungen noch gezielter unterstützen.

Auch wenn uns aus der klinischen Erfahrung und vielen Studien bekannt ist, wie hoch die Zahl der Abbrüche in der stationären Kinder- und Jugendhilfe ist [486, 487], ist es schon erschreckend, die Anzahl an Abbrüchen sowie deren gravierenden negativen Auswirkungen schwarz auf weiss zu sehen. Bereits bei der MAZ.-Studie haben wir die vielen Abbrüche reflektiert und mit einer höheren psychischen Belastung, Persönlichkeitsstörungen und schlechteren langfristigen Verläufen in Verbindung gebracht [463]. Auch international enden 35% der Platzierungen ungeplant [488]. Weitere längsschnittliche Care Leaver:innen-Studien belegen, dass Abbrüche mit deutlich schlechteren Verläufen zusammenhängen und die Platzierungskontinuität der Schlüssel zu guten Outcomes darstellt [489, 490]. Jede abgebrochene Kinder- und Jugendhilfemassnahme erhöht das Risiko, dass auch nachfolgende Massnahmen nicht zum gewünschten Erfolg führen und ihrerseits wieder in einem Abbruch enden [437, 491]. Eine höhere Platzierungskontinuität geht, neben einer besseren sozialen Teilhabe im Erwachsenenalter, wenig überraschend auch mit einer höheren Zufriedenheit und positiveren Berichten der Care Leaver:innen über ihre Unterbringung einher [492, 493]. Verschiedenen Autor:innen leiten aus ihren Daten ab, dass zwischen 5% und 10% der jungen Menschen sogenannte "Systemsprenger:innen" sind, also Kinder und Jugendliche, die in relativ kurzer Zeit sehr viele Hilfen durchlaufen [450, 460, 491, 494-498]. Viele dieser extrem hoch belasteten Kinder und Jugendlichen erhalten ihre erste Hilfe erst relativ spät und bleiben vermutlich viel zu lange in dysfunktionalen, potenziell vernachlässigenden und misshandelnden Familiensystemen [498].

Eventuell werden ausreichend intensive Hilfen nicht zur rechten Zeit konsequent genug eingeleitet und die Herkunftssysteme nicht genügend und nachhaltig überzeugt [262]. Die Stärke der Assoziation von Abbrüchen mit den Outcomes ist in der JAEL-Studie sehr eindrücklich und besorgniserregend. So zeigt

diese, dass die Abbrüche eindeutig mit schlechteren Verläufen und einer viel deutlicher eingeschränkten sozialen Teilhabe in fast allen Lebensbereichen zusammenhängen. Es zeichnet sich gar ein regelrechter Teufelskreis ab, in dem eine höhere psychische Belastung zu mehr Abbrüchen und diese wiederum zu einer noch höheren psychischen Belastung führen. Daher sollte die Herstellung und Sicherung einer höheren Platzierungskontinuität und die Vermeidung der Abbrüche die absolute Kernfrage für die Weiterentwicklung der Heimerziehung und der interdisziplinären Hilfeplanung für hoch belastete Kinder- und Jugendliche sein. Das Thema der Abbrüche ist ein Problem, welches aber nicht "nur" die stationäre Kinder- und Jugendhilfe allein betrifft, sondern in einem multisystemischen Netzwerk adressiert werden muss. Um die Zahl der Abbrüche zu reduzieren, müssen alle an der Hilfeplanung beteiligten Professionen gemeinsam die Verantwortung für eine stabile und möglichst nachhaltige Lösung übernehmen. Langfristig kann kein System allen sogenannten "Systemsprenger:innen" gerecht werden, weshalb es eine gemeinsame Verantwortungsübernahme aller Beteiligten (Justiz, Kinder- und Erwachsenenschutz, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Schule/Berufsintegration etc.) und effektivere und effizienten Strukturen für die Zusammenarbeit in der Hilfeplanung braucht. Auch bei den juristischen Entscheidungen der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden muss die langfristige Platzierungskontinuität und die Nachhaltigkeit der Hilfen zum Beispiel durch eine gezielte Verknüpfung von ambulanten und stationären Hilfen viel besser beachtet werden [499, 500].

Auch bei der interdisziplinären Ausrichtung der Versorgungssysteme in der stationären Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie sollte die Stärkung der Platzierungskontinuität das wichtigste Ziel sein. Häufige Wechsel der sozialpädagogischen Institutionen sollten unterbrochen werden und Aufenthalte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollten vermieden werden. Wichtig ist viel mehr, eine engere kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten mit einzelnen Wohngruppen mit dem Ziel, die Platzierungsverläufe von hochbelasteten Kindern und Jugendlichen erfolgreich zu gestalten und die Wohngruppe darin zu unterstützen, diese jungen Menschen "zu halten". Es ist wegen des Leids für die betroffenen Menschen, für die Selbstwirksamkeit der Fachkräfte und wegen der immensen gesellschaftlichen Folgekosten absolut entscheidend verschiedene Massnahmen zu ergreifen, um die Zahl der Abbrüche signifikant zu reduzieren. Hierfür sind neben einer besseren interdisziplinären Hilfeplanung insbesondere eine strukturell verankerten "Unterstützung der Fachkräfte im Umgang mit herausfordernden Interaktionen mit psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen", eine bessere Vor- und Nachbereitung der Platzierungen (insbesondere der Abbrüche) sowie eine einfachere und bessere Verknüpfung von stationären und evidenzbasierten ambulanten Hilfen notwendig.

14.1.4 Resilienzorientierung in der Sozialpädagogik

Positive authentische Beziehungen mit Fachkräften und Mitbewohnenden, Sicherheitsgefühl, Selbstwirksamkeitserfahrungen und Kohärenzerleben zählen: Junge Erwachsene, die sich an die Heimerfahrungen positiver erinnern und dort das Gefühl hatten, an einem guten Platz mit fürsorglichen Menschen, die sich für sie emotional engagierten und bei welchen sie das Gefühl hatten ihnen auch als Mensch wichtig gewesen zu sein, kommen besser zurecht. Sie fühlen sich als Menschen mit ihren Bedürfnissen gesehen und erlebten, dass ihnen die Fachkräfte etwas zutrauten. Einige berichten auch, dass das Sicherheitsgefühl, dass sie in der Einrichtung getragen werden, auch wenn sie Problemverhalten nicht sofort in den Griff bekamen, für sie und ihre Entwicklung wichtig war ("Wir werden Dich hier nicht rauschmeissen, wenn Du Probleme hast, bin ich für Dich da."). Letztlich war es der Kontakt zu authentischen Menschen und die Erfahrung, dass sich die Fachkräfte emotional für die

jungen Menschen engagieren, der mit positiven Verläufen assoziiert war und als Erfolgsfaktor benannt wurde.

"Ich glaube daran, dass das grösste Geschenk, das ich von jemandem empfangen kann, ist, gesehen, gehört, verstanden und berührt zu werden.

Das grösste Geschenk, das ich geben kann, ist, den anderen zu sehen, zu hören, zu verstehen und zu berühren. Wenn dies geschieht, entsteht Beziehung"
(Virginia Satir)

Sie berichten auch über mehr Partizipation und Transparenz im gesamten Hilfeprozess. Bei jenen jungen Menschen mit erfolgreicheren Verläufen werden im Rahmen der Heimerziehungen vermutlich zentrale Resilienzfaktoren besonders gut angesprochen und besonders tragfähige Beziehungs- und Gruppenerfahrungen sowie Selbstwirksamkeitserfahrungen erlebt. Demgegenüber zeigt sich, dass die jungen Erwachsenen mit weniger erfolgreichen Verläufen insgesamt nur selten von positiven Erfahrungen und Beziehungen berichteten, sich weniger beteiligt und wertgeschätzt fühlten und wohl auch mit ihrem Verhalten schon im Verlauf der Heimerziehung mehr Probleme hatten. Sehr auffällig ist dabei, dass sie bei den Berichten weniger Verantwortung für ihr Problemverhalten und die schwierigen Interaktionen mit den Fachkräften übernehmen. Sie konnten die Heimerziehung auch weniger als Entwicklungschance ansehen, fühlten sich im ganzen Hilfeprozess weniger selbstwirksam und erlebten sich fremdbestimmter – fast als ein Opfer des Prozesses. Wohingegen die jungen Menschen mit den positiven Verläufen viel häufiger beschrieben haben, wie sie selbst von der Heimerziehung profitierten und durch deren Einleitung entlastet waren. Sie konnten auch eher beschreiben, welchen Anteil sie selbst an den Schwierigkeiten hatten, die zur Fremdplatzierung führten oder im Verlauf der Heimerziehung entstanden. Sie beschrieben die Probleme mit Fachkräften eher als Interaktionsprobleme zwischen zwei sich respektierenden Parteien und weniger als ein Machtgefälle.

Die JAEL-Teilnehmenden mit den besseren Verläufen fühlten sich von den sozialpädagogischen Fachkräften besser verstanden, unterstützt und erleben, dass ihnen diese Fachkräfte auch etwas zutrauen, was sie in ihrer Selbstwirksamkeit stärkt. Sie waren offener, reflektierter und emotional schwingungsfähiger. In den Interviews berichten sie häufiger von konkreten Beispielen, bei welchen sie sich in den Beziehungen zu den Fachkräften wertgeschätzt, respektiert und emotional unterstützt fühlten. In vielen Aspekten spiegelt sich hier das Konzept der "Gabe" als zentrale Wirkfaktor für die Entwicklung von Menschen und Gesundheit wider [501]. Die Gabe ist der humanistische Faktor in den unterschiedlichen Prozessen von Heilung und Hilfeleistung; der emotional engagierte, respektvolle, selbstlose Einsatz eines Menschen für einen anderen Menschen in der Not [501]. Die Gabe ist eine freiwillige, absichtslose Handlung und Ausdruck einer Anerkennung und einer Wertschätzung des Menschen und seiner Würde in seinem Leid und stiftet eine gleichwürdige Beziehung. Die Unterstützung wird nicht gegeben, um etwas bewusst zu erreichen – sie ist kein Tausch und frei von Selbsterhöhung – sie kann auch nicht eingefordert werden. Sie ist unbestimmt, kein pflichtgemäßes Handeln und kann nicht mit einem System von Prozessen und Abläufen erfasst oder gar vorgeschrieben werden. Sie entzieht sich jeder Regelanwendung. Eine Gabe ist immer das Überfließende, Grosszügige, das mehr als das, was erwartet werden kann, was in einer emotional engagierten Beziehung entsteht. Die Qualität der menschlichen Gabe spiegelt sich nicht in dem "was", sondern "wie" etwas gegeben wird wider. Sie kann geschenkte Zeit, Wohlwollen, besondere Aufmerksamkeit oder Engagement sein.

Die Gabe besteht aus einem besonderen Einsatz mit dem sich ein:e psychosoziale:r Helfer:in als Mensch und nicht nur in der professionellen Rolle einbringt. Es ist dieser Einsatz, der etwas mehr ist als es die Rolle verlangt, auf dem Erkennen des Leids und eine Wertschätzung der anderen Person mit

ihren Bedürfnissen und Ressourcen wirkt. In den Beschreibungen, was eine:n guten Sozialpädagog:in ausmacht, findet man viele Aussagen der JAEL-Teilnehmenden, die genau solche Verhaltensweisen abbilden und eine besondere Wirkung bei den Interviewten hinterliessen. Die Gabe entzieht sich aber weitestgehend allen Strukturierungsversuchen, weil sie in der Interaktion zweier Menschen entsteht [501] und ein Gegenwartsmoment ist, in dem man sich mit seiner Not als Mensch gesehen fühlt [502]. Für pädagogische Konzepte stellt sich daher das Problem, dass man diesen Wirkfaktor nicht direkt adressieren kann, sondern nur durch Konzepte und fest etablierte Strukturen günstige Voraussetzungen dafür schaffen kann, dass die Fachkräfte die Sicherheit haben, solche Interaktionen proaktiv zu gestalten.

Offenbar ist es für den Verlauf entscheidend, ob es den Fachkräften gelingt, mit den Kindern und Jugendlichen eine Beziehung aufzubauen und etwas zu finden, bei dem die junge Menschen Erfolgserlebnisse hatten und sich als selbstwirksam erlebten. Wenn die Fachkräfte es schaffen, gemeinsam mit den jungen Menschen in deren Interaktion mit ihrer Lebenswelt wichtige Resilienzfaktoren zu bemerken und zu fördern [503, 504], entwickeln sich diese besser. Vermutlich hatten die JAEL-Teilnehmenden mit besser Verläufen tendenziell bereits vor der stationären Massnahme ein höheres Potenzial in manchen Bereichen, verfügten über mehr Kapazitäten vertrauensvolle Beziehungen eingehen zu können und sie hatten bereits im Verlauf der stationären Massnahmen und in der Transitionsphase mehr Erfolgserlebnisse, was sie wiederum in ihrer Selbstwirksamkeit stärkte. Gleichzeitig sind die Erfolge der Kinder und Jugendlichen wiederum eine Ermutigung für die Fachkräfte, was zu einer Stärkung der helfenden Beziehung und zu mehr Unterstützung führen wird.

Deshalb ist es wichtig zu verstehen, dass sich hier in den Verläufen auch sich selbstverstärkenden Teufels- und Engelskreise zwischen den Fähigkeiten der Beziehungs- und Selbstregulation und dem daraus resultierenden (Problem-)Verhalten der Jugendlichen und der Qualität der helfenden Beziehungen entwickeln können. Je weniger ein junger Mensch anderen Menschen/Fachkräften vertrauen kann und je schlechter er sich regulieren kann, desto mehr werden die Beziehungen zu den Professionellen herausgefordert. Dies ist aber auch die Voraussetzung für jede erfolgreiche pädagogische Massnahme und eine Veränderung eines Problemverhaltens, weshalb es entscheidend ist, das Vertrauen der jungen Menschen durch eine beziehungsorientierte Pädagogik zu unterstützen.

Auffallend ist zudem, dass die JAEL-Teilnehmenden mit schlechteren Verläufen eher inkohärenter von ihren Hilfeverläufen berichten und mehr Konflikte anführen. Eine stärkere Ausprägung von Problemverhalten führt zwangsläufig zu mehr Stress und häufigeren belastenden Interaktionen mit den Fachkräften, was wiederum bedeutet, dass die zentralen Resilienzfaktoren weniger effektiv adressiert werden können. Junge Menschen, die keine vertrauensvolle Beziehung zu den Fachkräften eingehen können und sich selbst nicht gut regulieren können, zeigen vermutlich mehr Problemverhalten und ungünstigeres Interaktionsverhalten, was den Verlauf der Massnahmen negativ beeinflusst. Deshalb besteht die zentrale Herausforderung für die Fachkräfte darin, dieses Interaktionsverhalten [466, 505, 506] zu verstehen und ihren Stress und Gegenübertragungsfähigkeit soweit versorgen zu können, um dennoch pädagogisch förderlich reagieren zu können.

Inwiefern die Assoziation zwischen der aktuellen Lebenssituation, dem Erleben und der Narrative über die Zeit in der stationären Kinder- und Jugendhilfe auch ein Ergebnis von Erinnerungs- und Attributionseffekten sind, kann mit dem Studiendesign nicht final beantwortet werden. Es ist möglich, dass die Teilnehmenden mit schlechteren Verläufen ihre Hilfen retrospektiv auch als weniger hilfreich beurteilen, um ihren Selbstwert zu schützen, da es emotional zu belastend wäre, die Verantwortung

für ihre aktuell schwierige Lebenssituation zu übernehmen und es entlastend sein kann, externe Erklärungen für diese zu finden.

Letztlich scheinen sich die Geschichten von positiveren Verläufen im Sinne eines narrativen Ansatzes auch kohärenter und ressourcenorientierter in ihre Biografien und Identitäten integrieren zu lassen [507] – oder aber die gemeinsame Erzählung von positiven Geschichten helfen auch erfolgreichere Verläufe zu generieren. Im Sinne des salutogenetischen Ansatzes scheint es eine logische Konsequenz zu sein, viel Wert auf die Kohärenz der Geschichten zu legen mit der die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen über die Heimerziehung berichten. Entscheidend ist es, wie gut die Betroffenen ihre Belastungen, ihre kritischen Lebensereignisse und insbesondere die Einleitung und den Verlauf einer Fremdplatzierung in die eigene Biografie einbauen können. Wenn es ihnen gelingt, diese Ereignisse kohärent und nicht stigmatisierend in die eigene Lebensgeschichte zu integrieren, werden sie die zukünftigen Aufgaben gestärkt und mit einer höheren Selbstwirksamkeitserwartung angehen können.

Insgesamt bedeutet dies für die Heimerziehung auch, dass man den Sinn und den „guten Grund“ für die Notwendigkeit der Massnahme schon zu Beginn der Hilfe ausreichend intensiv vermitteln soll und die Kinder und Jugendlichen und ihre Familien in dieser Übergangsphase gut unterstützen muss, so dass diese die Übergänge als handhabbar erfahren. Zudem sollte darauf geachtet werden, dass die jungen Menschen für wichtige Ressourcen, wie zum Beispiel das Erlernen von neuen Fertigkeiten, helfende Beziehungen in ihrer Zeit in der Heimerziehung erleben und darüber eine schlüssige Geschichte erzählen können. Die Care Leaver:innen, die am klarsten beschreiben können welche Probleme sie aus welchem guten Grund haben, wie sie diese mit Hilfe der Fachkräfte überwinden und bewältigen konnten, werden auch auf dem weiteren Lebensweg erfolgreicher sein und sich besser in die Gesellschaft integrieren können. Sehr wichtig ist es, dass man den Hilfeprozess mit den jungen Menschen versteht, reflektiert und eine förderliche Narration über den Hilfeverlauf auch unterstützt. Auch andere Autor:innen verweisen darauf, wie wichtig solche Hilfenarrative für den Erfolg von Kinder- und Jugendhilfemassnahme und die Transition sind [508-512].

14.1.5 Arbeit und Finanzen

Besonders viel Unzufriedenheit gibt es bei den JAEL-Teilnehmenden mit ihrer aktuellen sozioökonomischen Situation in den Lebensbereichen Arbeit und Finanzen, welche die gesellschaftliche Teilhabe besonders stark einschränken kann. Die Heimerziehung arbeitete zwar sehr erfolgreich im Bereich der schulischen- und Arbeitsintegration: ein Grossteil der Care Leaver:innen verfügt über berufliche Grundqualifikationen und fast alle haben die obligatorische Schule durchlaufen. Dennoch hat ein beachtlicher Anteil Schwierigkeiten, sich auf dem ersten Arbeitsmarkt dauerhaft zu integrieren. Relativ viele verlieren ihre Arbeitsperspektive, die sie beim Übertritt hatten oder geben diese aus unterschiedlichen Gründen wieder auf [431, 513, 514], wobei in anderen Studien auch schon auf schulische und berufliche Defizite beim Austrittsprozess hingewiesen wird [423, 431, 515]. Es ist erwiesen, dass psychisch belastete junge Menschen ihre Jobs in Krisen von Unternehmen oder Wirtschaftskrisen besonders häufig und schneller verlieren als weniger belastete Gleichaltrige [516].

Über 30% der JAEL-Teilnehmenden ist nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt integriert und über 30% haben mehr als drei Arbeitsstellen verloren. Noch mehr benötigen für ihren Lebensunterhalt eine Form von staatlicher Unterstützung durch IV oder Sozialhilfe. Die Befunde decken sich mit vielen anderen internationalen und ländervergleichenden Studien, die zeigen, dass die Bildung und die Etablierung auf dem ersten Arbeitsmarkt eine der grössten Herausforderungen sind [421, 517, 518]. In der

Untersuchung von Klein et al. 2021 [423] waren ebenfalls vierzig Prozent von Transferleistung abhängig. Auch die Schweizer Studien zeigten, dass der Bereich der Arbeitsintegrationen zu den grössten Einschränkungen in der Lebenszufriedenheit der Care Leaver:innen führte [28, 519]. Und grosse internationale Untersuchungen zeigen ebenfalls die Relation an Abhängigkeiten von staatlichen Unterstützungsleistungen auf [513, 520].

Die Zahl der jungen Erwachsenen aus der JAEL-Studie, die ganz ohne Schulabschluss dastehen, ist im Vergleich zu Studien aus anderen Ländern erfreulicherweise gering. In Studien aus den USA zeigte sich, dass 30% der Care Leaver:innen keinen Highschool Abschluss erreichten[359].

Wie in anderen Studien war der Zugang, trotz im Schnitt fast durchschnittlichem IQ, zur Hochschulbildung fast allen Care Leaver:innen verbaut. Die wenigen jungen Menschen, die es aus der JAEL-Stichprobe an eine Hochschule oder Universität schafften, haben dies fast immer auf dem zweiten Bildungsweg mit grossem Fleiss und Ehrgeiz lange nach dem Heimaufenthalt geschafft. Dies deckt sich auch mit Studien aus Deutschland und Grossbritannien, die berichten, dass nur wenig Care Leaver:innen höhere Bildungsabschlüsse erreichen. Wenn, dann geschieht das auf dem zweiten Bildungsweg, was vielleicht einfach an der geringeren Unterstützung dieser Bildungsziele auf dem Lebensweg liegt und sich viele Care Leaver:innen erst später, wenn sie sich stabilisiert haben und in einer sicheren Lebenssituationen sind, auf Bildung konzentrieren und dann auch vieles nachholen müssen und können [359, 515, 518, 520]. Eine schöne Untersuchung von Courtney & Hook [521] konnte bei ehemaligen Pflegekindern zeigen, dass jedes weitere Jahr über das 18 Lebensjahr hinaus, das Bildungsniveau der Pflegekinder erhöhte. Interessant ist aber, dass dies auch oft diese Care Leaver:innen waren, die irgendwann positive Lernerfahrungen gemacht haben und eine Bildungsidentität entwickelt haben [522]. Dies spricht sehr dafür, dass es entscheidend ist, den Unterricht so individuell zu gestalten, dass jede:r noch so belastete Schüler:in auf dem entsprechenden Niveau gefördert wird und Selbstwirksamkeitserfahrungen im Kontext von Schule machen kann, da diese auch langfristig die Bildungsbiografie positiv beeinflussen. Insgesamt zeigen die Ergebnisse einmal mehr, wie wichtig es ist, das Thema Schule und Bildung schon vor und vor allem während der Heimerziehung gezielt zu adressieren.

Sehr viele fremdplatzierte Kinder und Jugendliche besuchten vor der Fremdplatzierung sehr unregelmässig die Schule und haben sehr negative Erfahrungen in der Schule gemacht. Schon in der MAZ.-Stichprobe zeigte sich, dass fast die Hälfte der Stichprobe multiple Schulwechsel aufwies [435]. Oft sind schulische Probleme ein wichtiger Grund für die Einleitung einer Heimerziehung. Bei Eintritt in die stationären und teilstationäre Kinder und Jugendhilfe weist die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen erhebliche schulische Lücken auf die aufgeholt werden müssen[523]. Ihre Einstellung zur Schule und ihr akademisches Selbstvertrauen hat unter ständiger Überförderung, Scheitern und Schulausschlüssen derart gelitten, sodass die Schule für viele ein unsicherer Ort ist, an dem sie viel Kritik und Demotivation erfahren haben. Deshalb haben sie einen sehr individuellen Nachholbedarf und benötigen viel Motivation. Somit ist es von entscheidender Bedeutung, dass mit der Fremdplatzierung auch die schulische Situation stabilisiert wird und die Defizite schnell aufgearbeitet werden können. Gleichzeitig ist vermutlich ein gutes Ankommen in der Wohngruppe die Voraussetzung für eine erfolgreiche Integration in der Schule und es ist wichtig, in dieser Übergangsphase erstmal Sicherheit zu vermitteln und nicht zu schnell einen Druck aufzubauen, sondern eher Selbstwirksamkeit und Freude im Zusammenhang mit Schule zu vermitteln. Es scheint sehr entscheidend zu sein, dass alle Beteiligten auch eine gemeinsame Verantwortung dafür übernehmen, um zu schulischen Erfolgserlebnissen zu kommen und entsprechend individuelle Förderungen zu entwickeln [524, 525].

Bei hochbelasteten Kindern und Jugendlichen akkumulieren sich hingegen oft viele Probleme, die ihren Schulerfolg behindern. Zum einen führen ihre belastenden Lebenserfahrungen und psychosozialen Belastungen zu verschiedenen Schwierigkeiten im Bereich der exekutiven Symptome, die den Schulerfolg extrem beeinträchtigen [441, 526-528]. Es ist nicht verwunderlich, dass *'ich mich nicht auf schulische Belange konzentrieren und langfristige Ziele verfolgen kann, wenn man zu Hause mit Gewalt, Leid, Armut und Krankheit konfrontiert ist und von Tag zu Tag (über-)lebt'*. Es ist wichtig zu verstehen, dass der Schulerfolg sich nur einstellen wird, wenn sich die Kinder und Jugendlichen sicher fühlen und dort positive Beziehungserfahrungen sammeln [529, 530].

Zum anderen können die hochbelasteten Eltern, die oft dazu noch einen niedrigen sozialen Status, ein geringes Bildungsniveau und teilweise auch keine ausreichenden Sprachkenntnisse aufweisen, ihren Kindern keine ausreichend gute, nicht schulische Lernumwelten gestalten [531, 532] und sie bei konkreten schulischen Fragen und Problemen nicht ausreichend unterstützen. Gerade "Heimkinder" und Care Leaver:innen sind hier deshalb im Vergleich zu Kindern, die in Familien aufwachsen, in vielfacher Weise benachteiligt, haben wesentlicher schlechtere Bildungschancen [436, 533] und fordern zurecht eine höhere Bildungsgerechtigkeit ein. Viele Care Leaver:innen haben das Gefühl nicht optimal gefordert worden zu sein, da in der Kinder- und Jugendhilfe oft bereits ein gelingender Schulabschluss als Erfolg gesehen wird und der Besuch von höheren Schulen mit der damit verbunden höheren Belastung oft gar nicht so stark angestrebt und unterstützt wird, wie dies in viel Familien des Bildungsbürgertums erfolgt.

Zum Glück gibt es ein recht differenziertes Zusammenspiel zwischen Schule, Heimen und Schulheimen, in welchen Kleinklassen beschult werden können. Schulheime bedauern oft, dass sie viele Kinder und Jugendliche zu spät zugewiesen bekommen, die schulischen Defizite dadurch sehr stetig gewachsen sind und deren Selbstwert und Motivation dadurch stark beeinträchtigt wurden. Gerade für sehr tragfähige Wohngruppen ohne integrierte Schule ist die Integration in die Schule und die Kooperation mit der Schule oft eine grosse Herausforderung. Oft sind sie auch darauf angewiesen, dass individuelle sonder schulische Settings parallel zur Heimplatzierung finanziert werden. Es ist insbesondere sehr problematisch, wenn es zu Abbrüchen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe kommt, "nur" weil keine schulische Lösung im Sozialraum der Wohngruppen implementiert werden konnte [534, 535]. Sicher kann man nicht davon ausgehen, dass jede Regelschule und das Lehrerkollegium dort einen sehr "verhaltensauffällige:n Schüler:in" immer im Regelverband integrieren kann. Aber man sollt es doch schaffen, eine individuelle schulische Lösung und eine ausreichend gute Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie aufzugleisen, um den Betroffenen weitere Wechsel der (sozialpädagogischen) Bezugspersonen zu ersparen. Zudem werden oft die Möglichkeiten für psychotherapeutische Interventionen, z.B. ein Coaching der Lehrpersonen [463, 536, 537] gar nicht ausgeschöpft, obwohl diese auch gemäss guter Metastudien nachweislich sehr wirksam sein können [538-540]. Letztlich brauchen die Lehrer:innen eine niederschwellige Unterstützung und Entlastung, wenn sie sehr herausfordernde Schüler:innen begleiten und in ihre Klassenverbände zu integrieren versuchen. Essenziell ist es, bei allen Kindern und Jugendlichen längere Phasen, in denen sie die Schule nicht besuchen, zu vermeiden [541].

Die Kinder und Jugendlichen brauchen zudem weitere niederschwellige Unterstützung, um schulische Defizite aufzuholen. Was die Wohngruppen selbst nicht leisten können, muss eventuell auch durch zusätzliche schulische und ausserschulische Unterstützung kompensiert werden. Gerade auch ambulante Hilfen müssen unbedingt einen zuverlässigen Schulbesuch sicherstellen und in den Heimen muss eine gute Zusammenarbeit zwischen der Schule und den sozialpädagogischen Bereichen praktiziert werden [533, 542-544].

Im Bereich der schulischen und beruflichen Integration zeichnen sich aber auch diverse gesamtgesellschaftliche Probleme ab. Die immer höhere Bedeutung von Bildungsabschlüssen führt zu einem grösseren Druck im gesamten Schulsystem. Oft wird suggeriert, dass die Bildungsabschlüsse sehr stark vom Einsatz und den Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen abhängig sind. Gleichzeitig zeigen sehr viele Untersuchungen, wie abhängig der Schulerfolg in der Schweiz und in den meisten westlichen Ländern vom sozioökonomischen Status und der Bildung der Eltern und derer Unterstützung ist [545-547]. Ironischerweise führt die stärkere Betonung der Bildungsabschlüsse dazu, dass die Schere zwischen bildungsaaffinen und eher bildungsfernen Elternhäusern eher noch weiter aufgeht, weil die einen ihre Kinder noch mehr fördern und die anderen es einfach nicht mehr können. Eine schöne Studie hat gezeigt, dass der Unterschied des höheren sozioökonomischen Status von den ärmeren Familien selbst mit besonderem Engagement der Eltern nicht kompensiert werden kann. Insbesondere schwächere Schüler:innen mit hohem sozioökonomischem Status und Eltern, die auf Bildung Wert legen, profitieren von der intensiven Förderung [548]. Auch bei der Berufsfundung spielt die Unterstützung durch das Elternhaus eine entscheidende Rolle und hochbelastete Eltern können dort oft keine Unterstützung leisten [549].

Die Anforderungen auf dem ersten Arbeitsmarkt wachsen stetig und es gibt immer weniger Nischen in unseren Arbeitswelten, in denen weniger leistungsfähige Menschen mitgetragen werden können. Gerade in westlichen Hochlohnländern werden einfache Tätigkeiten immer weiter automatisiert oder ausgelagert. Auch öffentliche Arbeitgeber suchen gewisse Bereiche mit einfachen Tätigkeiten (Raumreinigung, Logistic, Security) aus Kostengründen an Subunternehmer aus, was den Druck auf diese Jobs erhöht und hoch belastete Menschen zunehmend überfordert. Die Bereitschaft, jemand weniger leistungsfähiges mitzutragen sinkt auch, wenn das ganze Team und man selbst unter Druck ist, bestimmte Arbeitsergebnisse zu erzielen. Schul- und Ausbildungsabbrüche sind bei psychisch belasteten jungen Menschen mehr als doppelt so häufig [550] als bei gesunden jungen Menschen. Es werden auch immer mehr junge Menschen wegen ihrer psychischen Erkrankungen berentet. Seit den 1990ern sind die Zahlen lange Zeit um 6% jährlich gestiegen und verharren nun auf sehr hohem Niveau, wohingegen die Zahl der Neuberentungen in den anderen Altersgruppen und bei anderen Ursachen, also andere Krankheiten, die zur Arbeitsunfähigkeit führen, sinken [550, 551].

Eine gelingende Arbeitsintegration kann sehr viel zu einer Stabilisierung der Lebenssituation beitragen, da eine Arbeit ja viel mehr als nur das verdiente Geld ist, sondern auch eine Tagesstruktur, prosoziale Kontakte, Sinn und Erfolgsergebnisse geben kann [552, 553]. Hier zeigt sich oft ein Teufelskreis zwischen der Überförderung im Arbeitsleben und einer Verstärkung der psychischen Erkrankung. Eine psychische Erkrankung kann zu Leistungsdefiziten führen. Diese Leistungsdefizite führen zu einer Überforderung und zunehmenden Stress. Aus diesem Stress resultiert wiederum eine Verstärkung der psychischen Erkrankung, die zu einer noch geringeren Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz und letztlich zu erneuten Misserfolgserlebnissen oder gar einem Scheitern der Arbeitsintegration führt. Dies untergräbt den Selbstwert und die Selbstwirksamkeit weiter und trägt zur Chronifizierung der psychischen Belastung und der Teilhabebeeinträchtigung bei. Rund 70% der arbeitslosen Schweizer:innen [554, 555] und deutschen Jugendlichen [544] beschreiben sich in standardisierten psychiatrischen Screeningverfahren selbst als psychisch belastet.

Obwohl die Mehrzahl aller befragten Lehrmeister:innen und ArbeitgeberInnen bereits Erfahrung mit psychisch kranken Angestellten hat, fühlen sie sich oft selbstunwirksam im Umgang mit psychischen Erkrankungen und wünschen sich mehr fachliche Unterstützung und Informationen [556-558]. Bereits eine bessere Information der Beteiligten, eine regelmässige Beachtung des Zusammenspiels von Arbeit und psychischer Gesundheit und eine bessere Kooperation der Professionen haben einen sehr

deutlichen Effekt auf die erfolgreiche Reintegration am Arbeitsplatz [550, 557, 559, 560]. Alle Experten empfehlen dementsprechend eine intensivere interdisziplinäre Zusammenarbeit im Feld der Arbeitsintegration. Diese scheitert im Alltag jedoch oft an zu knappen Ressourcen [557, 559, 560], weshalb Kooperationsstrukturen und Liaisonmodelle gefördert werden sollten. Die Heimerziehung leistet da bereits viel, tut sich aber auch schwer sich den Veränderungen am Arbeitsmarkt anzupassen. Die Frage, wie es gelingt psychisch belastete Menschen und kranke Menschen in den Arbeitsmarkt und die Gesellschaft zu integrieren, wird eine der Hauptherausforderungen für unsere ganze Gesellschaft werden, in der einerseits die Anforderungen an Produktivität stetig zunehmen, aber auch das Gefühl der Überförderung, die Zahl der psychisch belasteten jungen Menschen und die gesellschaftlichen Folgekosten von psychischen Erkrankungen ebenfalls steigen [561].

Gemäss Meta-Analysen sind für die langfristige Arbeitsintegration von Menschen, die unter psychischen Erkrankungen leiden, Modelle, bei denen eine sozialpädagogische, psychiatrische/-psychotherapeutische Beratung des Arbeitsumfeldes direkt am Arbeitsplatz in sogenannten "Job Coach Placement" Modellen erfolgen, am erfolgreichsten [562-566]. Der wesentliche Aspekt daran ist aber, dass man ein Netzwerk von interessierten Firmen aufbaut. Hierfür wäre es notwendig entsprechende Anreize für Firmen zu schaffen (Steuervergünstigungen, Subventionen, Geld). Es ist vermutlich langfristig für den Staat und die psychisch belasteten Menschen besser, das Geld für eine IV-Rente in einen supportenden Arbeitsplatz zu investieren. Eine solche konkrete Unterstützung über das Job Coaching hat auch langfristige Effekte und die mit dieser Massnahme unterstützte junge Menschen haben noch Jahre später eine besser berufliche und soziale Integration [567].

Vermutlich müsste man, um dies erfolgreich umzusetzen, die ganze Zielsetzung der Arbeitsintegration in der Heimerziehung verändern und nicht mehr "nur" den Berufsabschluss, sondern die mittelfristige Integration in den Arbeitsmarkt als Hauptziel der Integrationsmassnahmen definieren. Selbstkritisch sollten die Heime auch überprüfen, ob die Angebotspalette ihrer Ausbildungen diese langfristige Integration überhaupt noch unterstützt und ob sie höhere Bildungsabschlüsse bei ihren begabten Jugendlichen ausreichend unterstützen. Sind die Berufsausbildungen, in welchen sie ausbilden auch die, in denen hochbelastete junge Menschen sich langfristig im Arbeitsmarkt integrieren und halten können? Eine Ausbildung gerade in den handwerklichen Berufen ist zwar nach wie vor sehr wertvoll und der hohe Stand an abgeschlossener Ausbildung ist eine grosse Leistung, diese reicht aber nicht immer aus, um sich auf dem Arbeitsmarkt zu halten.

Die Partizipation bei der Ausbildung und die Attraktivität der Wahloptionen wurden insbesondere von den weiblichen JAEL-Teilnehmerinnen teils kritisch angemerkt. Einige Heime haben bereits darauf reagiert und bieten vermehrt attraktivere Ausbildungen und Arbeitstrainings an (Druck, IT, Gastronomie, Nagelstudio, Autolackiererei, Forstwirtschaft, etc.). Eventuell wäre es sinnvoll, zu analysieren, in welchen Arbeitsfeldern die höchste Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche langfristige Arbeitsintegration erfolgt, um dafür dann die Qualifizierungen auf diese Jobs auszurichten. Vielleicht bieten die Heime der Zukunft Lieferdienste, Catering, Gastronomische Angebote, Facility Management und Sicherheitsdienstleistungen an. Gerade für die "Job Coach Placements" wäre es vielleicht auch für einige seriöse Arbeitgeber in diesen Bereichen attraktiv, integrative Jobs anzubieten, wenn man in Ausschreibungen konkurrenzfähig zu Firmen, die eher prekäre Arbeitsbedingungen anbieten, bleibt.

Mit in den Komplex der Arbeitsintegration und der Finanzen muss auch die besorgniserregende Verschuldung von einem beachtlichen Teil der JAEL-Teilnehmenden eingehen. Über 30% haben mehr als CHF 10'000 Schulden. Es ist nicht verwunderlich, dass die jungen Care Leaver:innen relativ viele Konsumwünsche haben. Es ist aus soziologischen Studien bekannt, dass Konsum und teure Statussymbole wie Mobiltelefone und Markenklamotten oft ein Mittel sind, sich eine Form von

Zugehörigkeitsgefühl in der Gesellschaft zu sichern [568-572]. Diese Bedürfnisse und ihre Finanzierung sollten gerade in der Zeit der Heimerziehung und vor der Transitionsphase reflektiert werden. Insgesamt braucht es eine bessere Ausbildung im Umgang mit Geld und Finanzierungsmodellen. Es braucht eine grössere, kritische, gesellschaftliche Debatte um die Geschäftsmodelle derentwegen relativ viele sozial benachteiligte (junge) Menschen in die Armut rutschen [573-576]. Warum darf man damit werben, dass ein Natel/Smartphone nur CHF 49 kostet, wenn jemand einen Vertag mit einem Volumen über mehrere tausend Franken abschliesst? Wieso kann ein:e 18jährige:r "mit wenigen Klicks" Luxus-Sneaker, die das Mehrfache des verfügbaren Monatseinkommens kosten, auf Raten kaufen?

Leider ist das Thema Geld und Schulden für die Betroffenen eher schambesetzt, weshalb es oft in Gesprächen mit psychosozialen Fachkräften vermieden wird. Sozialpädagogische Fachkräfte sprechen das Thema oft zu spät an und unterschätzen die Problematik und sehen die Zuständigkeit und Expertise oft bei anderen Behörden. Es ist aber wichtig, dass psychosoziale Fachkräfte in allen Handlungsfeldern insbesondere in der Arbeitsintegration, Psychiatrie, Kinderschutz und Heimerziehung diese Überschuldungsrisiken frühzeitig erkennen und sich selbstwirksam fühlen mit ihren KlientInnen über Geld zu sprechen. Einige Kommunen haben deshalb schon Qualifizierungsprogramme für ihre Fachkräfte aufgelegt [577]. Aber auch im Bereich der Heimerziehung und der Nachbetreuung sollte eine Sensibilisierung für diese Risiken erfolgen.

14.1.6 Akkumulation von Risikofaktoren, Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen

Auch die Untersuchungen der JAEL-Teilnehmenden zeigen nochmals, dass Kinder und Jugendliche, bei denen eine Heimplatzierung eingeleitet wird, sehr viele psychosoziale und auch biologische Risikofaktoren akkumulieren, weswegen sie auch eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung psychischen Erkrankungen sind, die leider auch nicht selten chronifizieren. Über 80% berichten von belastenden Erfahrungen, von Vernachlässigung und Misshandlung und über 40% berichten von mehreren solchen Erfahrungen. Über die Hälfte wuchs mit Eltern in psychiatrischer Behandlung auf. Ein Viertel mit einem Elternteil, dass strafrechtlich verurteilt wurde. Die Ergebnisse bestätigen die Befunde aus der MAZ.-Studie und dem Modellversuch Traumapädagogik [435, 578] und entsprechen internationalen Befunden in der zivilrechtlichen [292, 579, 580] und strafrechtlichen Heimerziehung [581].

Die Tatsache, dass so viele junge Menschen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe von sehr vielen traumatischen Erfahrungen bereits in früher Kindheit berichten und diese derart mit einer negativen gesellschaftlichen Teilhabe [440, 582, 583], einer Chronifizierung der psychischen Belastungen und schlechteren Verläufen in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen [584-587] assoziiert sind, zeigt, wie wichtig Investitionen in Prävention, einen früheren, effektiveren und effizienteren Kinderschutz und traumasensible Konzepte in der stationären Jugendhilfe sind [468, 588-591].

Gerade vor dem Hintergrund, dass 20% der JAEL-Teilnehmenden bereits eigene Kinder haben, sollte man auch im Blick haben, wie stark sich traumatische Erfahrungen auf die Erziehungsfähigkeit [592, 593] und die Entwicklung der Kinder auswirken können [594]. Die Fähigkeiten zur Selbst- und Beziehungsregulation sind sehr zentral für die Erziehungskompetenzen, da die Bedürfnisse des Kindes erkannt, eigene zurückgestellt werden müssen und man ein Portfolio von wirkungsvollen Erziehungsstrategien selbst kennen gelernt haben sollte. Die Zahl der Care Leaver:innen mit Kindern ist vergleichbar mit anderen Studien aus dem deutschsprachigen Raum und liegt etwas unter denen in

Grossbritannien [595, 596]. Wegen dieses Wissens wäre es wichtig, über sexualpädagogische Prävention ungewollte Schwangerschaften zu vermeiden und in der Leaving Care Arbeit auch auf die besondere Herausforderung der Elternschaft und die sehr effektiven Interventionsmöglichkeiten im Bereich der frühen Hilfe hinzuweisen.

14.1.7 Gewalterfahrungen in der Heimerziehung

Nicht unterschlagen werden darf, dass mehrere der jungen Erwachsenen in der JAEL-Studie in den qualitativen Interviews und in standardisierten Fragebögen von Grenzverletzungen in der Zeit der Heimerziehung berichten. Sie geben an, in den sozialpädagogischen Wohngruppen teils Erfahrungen von Mobbing und persönlichen und sexuellen Grenzverletzungen erlebt zu haben, vor allem von anderen Jugendlichen aber auch durch das Personal der Einrichtung. Über ein Viertel berichtet von Erfahrungen von physischer oder psychischer Gewalt. In 75% der Fälle wurde diese durch Gleichaltrige ausgeübt. Etwas mehr als ein Viertel (27%) erlebte die Gewalt durch Angestellte der Einrichtung. Acht Teilnehmende erlebten sexuelle Grenzverletzungen im Heim, fünf davon durch das Personal.

Sämtliche Aussagen beziehen sich auf die gesamte Zeit in der institutionellen Erziehung, was bei der JAEL-Stichprobe mit im Schnitt 3.7 stationären Aufenthalten in verschiedenen sozialpädagogischen Institutionen bedeutet. Dies ist bei der Interpretation der Daten zu beachten – die Grenzverletzungen erfolgten also nicht zwingend in den MAZ.-Institutionen, sondern könnten sich auch in den vorherigen oder späteren Fremdplatzierungen ereignet haben.

Um die Daten interpretieren zu können, muss man diese mit anderen internationalen Forschungsbefunden vergleichen (vgl. Exkurs auf Seite 54). Aktuelle Überblicksarbeiten berichten, dass 40% der jungen Menschen in Heimen sexuell belästigt worden seien, 14% seien sexuell übergriffig von anderen Jugendlichen aus der Institution berührt worden [227, 228, 597]. Diese Zahl ist niedriger als in den sozialpädagogischen Institutionen und Internaten in Deutschland, wo über 60% der Bewohnenden von verbaler, körperlicher oder sexueller Gewalt durch Peers ausgesetzt waren [598, 599]. Eine niederländische Studie kommt zum Schluss, dass das relative Risiko, in einem Heim oder einer Pflegfamilie physische oder psychische Gewalt zu erfahren dreimal höher ist als in der Allgemeinbevölkerung [600]. Sexuelle Gewalt in Institutionen erlebten in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe 4.8%, dabei waren aber auch ältere Menschen die in den 50 und 60 er Jahren, also vor der Heimreform, fremdplatziert waren [601].

Gerade bei sexueller Gewalt ist von einer erheblichen Dunkelziffer auszugehen, da vermutlich bei weitem nicht alle Grenzverletzungen angegeben werden [215, 225, 228, 602]. Auch methodische Limitationen können zu einer Unterschätzung des wahren Wertes führen. So ist es denkbar, dass Menschen, die wiederholt Opfer von Grenzverletzungen waren, diese im Selbsturteil gar nicht angeben, da sie das Gefühl für ihre Grenzen bereits verloren haben und gar kein Bild einer "gesunden Sexualität" entwickeln konnten. Zudem ist es ethisch herausfordernd, Kinder und Jugendliche während ihres Heimaufenthaltes anonym oder pseudonymisiert zu befragen. Wie sollen die Forschungsteams mit einer anonymisierten Information umgehen, dass ein junger Mensch momentan sexuellem Missbrauch erfährt? Es ist ethisch weder möglich, die Betroffenen ihrem Schicksal zu überlassen, noch alle teilnehmenden Einrichtungen unter Generalverdacht zu stellen. Viele Studien, wie auch die JAEL-Studie, befragen deshalb oft erst nach dem Austritt aus dem Heim, was aber ebenfalls zu einer Unterschätzung der wahren Prävalenz führen wird, weil vermutlich gerade jene Care Leaver:innen mit extrem schlechten und belasteten Erfahrungen im Heim solche katamnestische Befragungen vermeiden. Nach aktuellem Wissensstand der Autor:innen sind solche Selektionseffekte und Dunkelfeldanalysen in der Heimerziehung noch nicht gut untersucht worden.

Bei physischer und psychischer Gewalt bzw. Mobbing/ Bullying ist die Studienlage deutlich besser. Die Reviews berichten durchgängig davon, dass im Schnitt 60-80% der platzierten Kinder und Jugendlichen Gewalterfahrung durch Gleichaltrige in ihren Institutionen berichten. Rund 40% geben auch an, Gewalt gegen andere auszuüben. Studien die auch kürzere Erhebungszeiten erfassten zeigten, dass 20% bis 25% im letzten Monat psychische oder physische Gewalt erlebt haben [229]. Physische oder psychische Grenzverletzungen durch das Personal werden von über 25% bis 29%.

Um die Grenzverletzungen gegenüber den Gleichaltrigen in den Heimen richtig einordnen zu können, muss man wissen, dass Metaanalysen zu Mobbing bzw. Bullying in der Allgemeinbevölkerung, die 46 bzw. 80 Originalarbeiten und tausende Probanden:innen einschliessen konnten, recht durchgehend Prävalenzraten von 15-25% [603, 604] berichten. So ist das Risiko auch bei jungen Menschen in der Allgemeinbevölkerung hoch, und dort, in Gruppen mit niedrigerem sozioökonomischem Status und niedrigeren Bildungsambitionen, noch höher. Aufgrund der dramatischen Folgen von Mobbing [605-607] und der Tatsache, dass es sich in der Heimerziehung um eine Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit einer besonderen Vulnerabilität handelt, die leichter zum Opfer und Täter werden können, ist es notwendig, diese Prozesse besonders im Auge zu haben und diese besonders zu schützen.

Die Zahl der Grenzverletzung ist auch in der Schweiz noch erschreckend hoch. Auch wenn diese niedriger ist als in den anderen Ländern, muss festgehalten werden, dass jede Grenzverletzung, insbesondere von den Fachkräften, eine zu viel ist! Es ist deshalb wichtig, alles zu tun, um die Kinder und Jugendlichen in staatlicher Obhut effektiv und effizient vor Gewalt zu schützen. Gerade auch dort, wo die Aufarbeitung der Schweizer Heimvergangenheit und des Verdingwesens [222] eigentlich zu einer Sensibilisierung hätte führen sollen, ist es beunruhigend, wie viele Kinder und Jugendliche in Heimen immer noch von Gewalterfahrungen berichten. Es ist davon auszugehen, dass einige Massnahmen und Initiativen, die in den letzten Jahren erfolgt waren, zu einer Verbesserung der Situation geführt haben, wovon die ehemaligen MAZ.-Teilnehmenden aber leider noch nicht im vollen Ausmass profitiert haben. Gleichzeitig muss man davon ausgehen, dass weiterhin viel zu viele Kinder und Jugendliche in sozialpädagogischen Institutionen Gewalt erfahren und vom ganzen System noch viel effektiver geschützt werden müssen. Jede Institution muss ein Schutzkonzept vorhalten und dessen Funktionalität immer wieder überprüfen, weshalb auch regelmässig strukturierte Befragungen bei den Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden sollten und diese auch bei den Fragen nach dem optimalen Schutz und ihrem Sicherheitserleben beteiligt werden sollten.

Dass es in einem Heim eskalierende Dynamiken geben kann und die Tatsache, dass die Fachkräfte auch sehr häufig Opfer von Gewalt durch die Kinder und Jugendlichen werden, können in diesem Zusammenhang lediglich eine Erklärung, aber keine Entschuldigung sein [608, 609]. Eine Wohngruppe muss ein sicherer Ort, sowohl für die Fachkräfte als auch die Kinder und Jugendlichen sein und es ist essenziell, dass Grenzverletzungen mit allen Beteiligten aufgearbeitet und sichere Orte rekonstruiert werden [468, 608]. Letztlich ist der Schutz vor Gewalt, Vernachlässigung und Misshandlung die Legitimation für eine Fremdplatzierung. Wenn es nicht gelingt, die jungen Menschen in der Kinder- und Jugendhilfe ausreichend vor solchen Erfahrungen zu schützen, untergräbt dies das ganze Vertrauen in den Kinderschutz und letztlich die staatliche Autorität.

In den qualitativen Interviews zeigen sich teilweise die Dynamiken der Grenzverletzungen. Die Grenzverletzungen unter den Kindern und Jugendlichen haben einen unterschiedlichen Charakter von typischen Mobbingdynamiken, teils aber auch von sadistischen Aufnahmeritualen mit den "neuen Jugendlichen". Bezuglich der grenzverletzenden Fachkräfte zeigen sich Hinweise von Machtmissbrauch und unethischem-grenzverletzenden, willkürlichen Umgang mit Sanktionen und einem Blosstellen

vor der Wohngruppe. Hier kann man durchaus Dynamiken erkennen, die aus sozial-psychologischen Experimenten wie dem Stanford Prison Experiment [610] oder dem Milgram Experiment [611] zum Umgang mit Macht und Autoritäten gefunden wurden (siehe Exkurs auf Seite 66). Deshalb ist gerade in Situationen, in denen der Staat auch fürsorglich die Rechte von Menschen einschränken muss, besonders traumasensibel vorzugehen und das Verhalten der Fachkräfte sollte hier regelmässig besonders selbtkritisch reflektiert werden [612, 613]. Letztlich ist es wichtig, dass gewisse ethische Standards in den Teams immer wieder diskutiert werden.

Die hohe Prävalenz an Gewalterfahrungen in der Heimerziehung zeigt einmal mehr, wie wichtig es für sozialpädagogische Institutionen ist, in Beschwerdesysteme und Schutzkonzepte [230, 614, 615] zu investieren, diese zu implementieren und auch zu pflegen (siehe auch Kapitel 14.3.5). Ein Schutzkonzept funktioniert immer nur so gut, wie es die Menschen in der Institution in ihrem Alltag leben. Das Wichtigste ist, dass es in einer Institution für die jungen Menschen Vertrauenspersonen und niederschwellige Kontaktmöglichkeiten zu verschiedenen Menschen ausserhalb des engeren Systems einer Wohngruppe gibt, denen man sich anvertrauen könnte. Die Forschung zur Eröffnung und zu Erstberichten von Gewalterfahrungen zeigt, dass dies zumeist bei Personen geschieht, zu denen man Vertrauen hat, die verfügbar sind und denen die Betroffenen die Macht und Kompetenz zuschreiben, damit sensibel und erfolgreich umgehen zu können [616, 617]. Eine kritische Phase für Gewalterfahrungen ist deshalb auch der Beginn einer stationären Massnahme, wenn es oft noch keine Vertrauenspersonen in der Einrichtung gibt und die "Neuen" noch unsicher und ein vermeintlich noch eher leichtes Opfer sind.

Absolut entscheidend im Setting, in dem sehr vielen Menschen bereits selbst Grenzverletzungen erlebt haben, ist, dass diese über ihre Rechte informiert sind, sie ihre Grenzen kennen und dafür sensibilisiert werden und wissen, wann und wie sie Schutz einfordern können. Es ist wichtig, dass ganz klar benannt wird, dass es Grenzverletzungen geben kann und dass man über diese sprechen kann und soll. Es macht Sinn, das Wohlbefinden und das Erleben von Sicherheit für die eigenen Grenzen, mit Vertrauenspersonen im Verlauf der Massnahmen immer wieder zu thematisieren – lieber einmal zu viel als zu wenig gefragt. Es kann auch einen sehr positiven Effekt haben, wenn die Heimleitung sich regelmässig für das Wohlergehen der Kinder und Jugendlichen interessiert und ihre Haltung, dass man über Gewalterfahrungen in der Institution sprechen darf, immer wieder vermittelt wird. Funktionierende Beschwerdesysteme müssen gelebt werden, d.h. man muss sich recht oft vermeintlich triviale Beschwerden anhören, um auch besorgniserregende Beschwerden mitzubekommen. Aus diesem Grunde ist es wichtig, dass die zuständige Heimaufsicht nicht nur die Heimleitung fragt, ob es ein Schutzkonzept gibt, sondern die Fachkräfte und vor allem auch die Kinder und Jugendlichen, wie gut es im Alltag funktioniert.

Sozialpädagogische und medizinische Institutionen sollten die Grenzverletzungen auch systematisch erfassen und dadurch eine Sensibilisierung für diese in ihrer Einrichtung erreichen. Z.B. mit dem „Bündner Standard“ [618, 619]. Was natürlich auch beinhaltet, Konzepte für die Aufarbeitung von Grenzverletzungen zu entwickeln und vorzuhalten [608, 619]. Eine intensive Aufarbeitung von Grenzverletzungen in einer Institution ist der beste Schutz vor weiteren Grenzverletzungen bei den anderen Kindern und Jugendlichen. Im Übrigen ist es auch auf individueller Ebene ein Schutzfaktor, wenn die biographischen Grenzverletzungen nicht unbearbeitet bleiben, da das Risiko von weiteren Grenzverletzungen in Abhängigkeit von Gewalterfahrungen in der Kindheit ganz erheblich ansteigt [620, 621].

Die Qualität einer sozialpädagogischen Einrichtung zeigt sich vermutlich eher in der Sensibilität für jede Form von Grenzverletzung und den professionellen Umgang mit Grenzverletzungen als darin, dass es

solche gar nicht gibt bzw. geben darf. Diese schambesetzten Themen lösen bei fast allen Menschen erstmal den Impuls aus, sich damit nicht so intensiv auseinanderzusetzen und das alles möglichst weit weg zu schieben und schnell zu vergessen. Am meisten Scham und Schuld empfinden aber die Betroffenen. Deshalb sind sie darauf angewiesen, dass ihnen die Institutionen einen guten Umgang mit diesen Themen vorleben und sie erleben, dass man über grenzverletzende Erfahrungen sprechen darf und soll. Deshalb ist es auch wichtig, die Gruppendynamik der jungen Menschen so zu beeinflussen, dass eine maladaptive Gruppenatmosphäre und ein Umgang, der nicht sensibel und rücksichtsvoll ist, frühzeitig angesprochen wird. Als Schutz vor Aggression unter Gleichaltrigen bietet es sich an, traumapädagogische Methoden wie die Ampelrunde [578, 622] aber auch Konzepte einer positiven Peerkultur zu etablieren [623-625]. Diese Ansätze haben gemeinsam, dass sie für die eigenen Grenzen und die Grenzen der Mitbewohner:innen sensibilisieren und die Gruppen sich selbst klare Regeln zum Umgang miteinander geben, die dann etabliert und regelmäßig gemeinsam evaluiert werden. Somit fühlt sich die ganze Gruppe für deren Einhaltung verantwortlich und Mobbingdynamiken, die von einzelnen aggressiven Gruppenmitgliedern ausgehen, werden gemeinsam unterbunden.

14.1.8 Ehemalige "Heimjugendliche" bleiben eine Hochrisikogruppe für psychische Erkrankungen

Die psychische Belastung im Selbsturteil reduziert sich zwar in der Zeit von MAZ. zu JAEL hoch signifikant, aber die Prävalenz von psychischen Belastungen und Erkrankungen ist auch bei den jungen Erwachsenen mit einer Geschichte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe noch sehr hoch. Über 60% der ehemaligen "Heimjugendlichen" leiden unter mindestens einer psychischen Erkrankung, über 40% unter mehreren. Dabei zeigt sich auch in der JAEL-Studie eine hohe Stabilität der Erkrankungen vom Jugendalter ins junge Erwachsenenalter. Diese Befunde decken sich mit gängigen Metaanalysen zur Prävalenz von psychischen Erkrankungen in der Heimerziehung [475, 626, 627] und bei Care Leaver:innen [628].

Dass psychische Störungen sich oft vor dem 25. Lebensjahr manifestieren und nicht selten chronifizieren, zeigen ebenfalls viele aktuelle Studien. In einer Meta-Analyse von 192 Studien manifestieren sich 62% aller psychischer Erkrankungen vor dem 25. Lebensjahr [629]. Gerade in westlichen Ländern sind psychische Erkrankungen einer der wesentlichen Gründe für eine geringere Lebensqualität und Teilhabe [440, 630-633]. Die Studien zum Verlauf von psychischen Erkrankungen und deren Zusammenhang mit Problemen zeigen aber auch, dass die Verläufe und die Teilhabe besonders schlecht sind, wenn zentrale Entwicklungsaufgaben, wie zum Beispiel ein Schulabschluss oder eine Berufsausbildung, nicht erreicht wurden. In diesen Fällen kommt den sozialpädagogischen Institutionen eine entscheidende Rolle für die langfristige Integration psychisch belasteter junger Menschen zu, indem sie ihre Stärken in den Bereichen der beruflichen und gesellschaftlichen Integration ausspielen. Dennoch bleiben schwere psychische Belastungen auch für den weiteren Verlauf ein Risikofaktor.

Auch andere Untersuchungen an Care Leaver:innen zeigen, dass die psychischen Erkrankungen eines der Haupthindernisse für eine ausreichende Teilhabe in der Gesellschaft sind [489, 634, 635], mit mehr Abbrüchen einhergehen und zum Anspruch von staatlichen Hilfen im Erwachsenenalter führen. Insbesondere gibt es grosse Probleme in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Care Leaver:innen. So war auch die Mehrzahl der JAEL-Teilnehmenden zwar durchaus im Kontakt mit dem psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungssystem, oft sogar in Form von stationären Kriseninterventionen, aber nur knapp ein Drittel mit psychiatrischen Störungen erhält

momentan eine Behandlung. Offenbar besteht das Problem weniger im Zugang zum (kinder- und jugend-)psychiatrischen System, sondern im Initiieren und Aufrechterhalten eines dauerhaften, ausreichend tragfähigen Behandlungsangebots an der Schnittstelle zwischen der stationären Kinder- und Jugendhilfe und dem psychiatrisch-psychotherapeutischen System. Dieses Problem zeigte sich bereits in den MAZ.-Ergebnissen [435], wird aber auch von vielen anderen internationalen Autor:innen beschrieben [634, 636]. Ein erfreuliches und gleichzeitig besorgniserregendes Ergebnis von MAZ. war, dass sich die Lebensqualität eigentlich nur verbesserte, wenn sich auch die Psychopathologie reduzierte [637]. In der MAZ.-Stichprobe und nochmal mehr von MAZ. zu JAEL reduzierte sich die dimensionale Psychopathologie deutlich, sowohl im internalisierenden als auch im externalisierenden Bereich, was dafürspricht, dass eine stabile und erfolgreiche Heimplatzierung sich auch sehr positiv auf die psychische Gesundheit auswirkt. Andere Studien zeigen, dass sich im Langzeitverlauf der Heimerziehung externalisierende Störungen mehr verändern als internalisierende. Vermutlich, weil diese im Heimalltag oft nicht erkannt und folglich auch nicht ausreichend bei der Hilfeplanung beachtet werden [469, 473]. Das zentrale Problem ist, dass mit dem Heimaustritt oft auch die Behandlungskontinuität im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich unterbrochen wird und es deswegen wichtig wäre, die Behandlungskontinuität im Austrittsprozess sicherzustellen. Entweder dadurch, dass die bisherige psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung weitergeführt wird oder das frühzeitig am neuen Lebensmittelpunkt ein Behandlungsnetzwerk implementiert wird. Problematisch wird es insbesondere, wenn quasi gleichzeitig mit dem Austritt auch ein Wechsel in das erwachsenenpsychiatrische Versorgungssystem erfolgt und es plötzlich ganz neue Ansprechpartner:innen und veränderte Behandlungskonzepte gibt. Die Transition von der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Erwachsenenpsychiatrie ist ein relevantes Problem für die Versorgungskontinuität, viel zu viele Patient:innen fallen durch diesen Wechsel aus dem Versorgungssystem und stehen trotz eines hohen Risikos für chronifizierende Erkrankungen oft allein da. Deshalb gibt es schon lange die Forderung nach adoleszenzpsychiatrischen Versorgungsstrukturen, in welchen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie zusammenarbeiten, um die Stärken von beiden Disziplinen zu kombinieren, die Behandlungskontinuität in dieser sensiblen Lebensphase sicherzustellen und den besonderen Bedarfen dieser Altersgruppe gerechter zu werden [638-643]. Dies bedeutet sowohl die Stärken der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie in der systemischen Arbeit und in der Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe als auch die Stärken der Erwachsenenpsychiatrie in der störungsspezifischen, psychotherapeutischen und pharmakologischen Behandlung gezielt zu nutzen.

Gerade für die Care Leaver:innen in britischen Studien wird eine massive Unterversorgung mit gravierenden Folgen für die gesellschaftliche Teilhabe angeprangert [634, 636, 644]. Auch problematisch sei, dass die Sozialarbeiter:innen der Sozial- und Arbeitsämter in der Nachbetreuung die psychischen Erkrankungen oftmals unterschätzen, dass das soziale Umfeld daran scheitert, diese zuzuweisen, weil zu wenig Behandlungskapazitäten vorhanden sind und die Care Leaver:innen hierbei weniger Unterstützung haben als Familien aus der Mittelschicht [645, 646]. Problematisch ist dabei, dass die Care Leaver:innen, die intensive Unterstützung und die Motivationsarbeiten durch das sozialpädagogische Team der Institution und gegebenenfalls etablierte und niederschwellige Versorgungswege in der Institution verlieren. Deshalb bricht die Versorgungskontinuität nach dem Austritt aus dem Heim oft ein, wenn die jungen Erwachsenen selbst für die Organisation der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung verantwortlich sind. Auch ambulante Nachsorgeangebote können diese Intensität kaum leisten, weshalb mehrere Studien zeigen, dass sich der Versorgungsgrad deutlich reduziert [644, 647].

Eine bessere Information der Fachkräfte über psychische Erkrankungen, ihre Behandlung und/oder den sozialpädagogischen Umgang damit [542], ist auch ein wesentlicher Ansatzpunkt von jael-elearning.ch. Solche Weiterbildungen und eine Verbesserung des praxisbezogenen Fachwissens der Fachkräfte haben empirisch erwiesen bereits einen Effekt auf die Kinder und Jugendlichen in der Heimerziehung, vermutlich weil die Fachkräfte das Verhalten der jungen Menschen besser verstehen und selbstwirksamer mit den psychopathologischen Symptomen umgehen können [648-651]. Zentral ist es, in den Weiterbildungen und vermutlich zunehmend auch E-Learnings zu beschreiben, welche Herausforderungen bestimmte Symptome für den pädagogischen Alltag bedeuten und wie man diesen im Gruppenalltag und der Hilfeplanung begegnen kann.

Die Tatsache, dass das Ausmass der traumatischen Erfahrungen und psychischen Belastung sehr stark mit der sozialen Teilhabe und der Abhängigkeit von staatlichen Leistungen assoziiert ist, zeigt wie wichtig es ist, die psychischen Erkrankungen in der interdisziplinären Hilfeplanung sowohl während der Heimerziehung als auch in der Transitionsphase ausreichend gut zu beachten. Um einer Chronifizierung vorzubeugen, ist es essenziell, diese möglichst früh zu erkennen und effizient und effektiv zu behandeln [652-655]. Es gibt Hinweise darauf, dass die psychische Belastung der fremdplatzierten Kinder und Jugendlichen eher nochmal zugenommen hat [448, 449, 475, 656]. Wenn man die besorgniserregende Entwicklung hin zu einer stärkeren psychische Belastung von jungen Menschen nicht nur in der Kinder- und Jugendhilfe sondern auch in der Allgemeinbevölkerung sieht [657-659] wird deutlich, dass die lebensweltorientierte, sozialpädagogische Unterstützung der stationären Kinder- und Jugendhilfe eine immer bedeutsamerer Rolle bei der Rehabilitation und indizierten Prävention spielen wird und muss [657, 660-663]. Da viele psychisch belastete junge Menschen ohne eine gezielte Unterstützung an wichtigen Entwicklungsaufgaben scheitern und auf ihrem gesamten Lebensweg in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe schwer beeinträchtigt bleiben werden, müssen rechtzeitig ausreichend intensive Behandlungen niederschwellig eingeleitet werden, um eine Chronifizierung zu vermeiden oder zumindest einen Teil der negativen Folgen auf die Teilhabe abzufedern [657].

Die Zusammenarbeit mit der Psychiatrie und Psychotherapie sollte deshalb bereits in den Heimen strukturell gut verankert werden, um einen niederschweligen, nicht stigmatisierenden und effektiven Zugang der jungen Menschen zu ermöglichen und auch über die Transitionsphase hinaus einen Zugang sicherzustellen. Es braucht gemeinsame und mischfinanzierte innovative Versorgungskonzepte an der Schnittstelle zwischen dem Gesundheitssystem und der Kinder- und Jugendhilfe auf breiter Basis. Auf einer breiten Basis bedeutet, dass nicht nur die Kinder- und Jugendlichen auf den stationären Wohngruppen, sondern auch die jungen Menschen, die bereits im Arbeitsleben stehen und auf Verselbständigungsguppen oder eigenen Wohnungen leben, in die Versorgungsmodelle integriert werden, was vermutlich auch von allen beteiligten Fachkräften eine höhere Flexibilität und einen höheren Organisationsaufwand abverlangt. Für schwer belastete Kinder und Jugendliche wäre vermutlich auch eine Form des Case Managements relativ sinnvoll, welches sicherstellt, dass die ehemaligen "Heimjugendlichen" bei den Nachbehandelnden ankommen, ihre Termine wahrnehmen und abklären, ob es ihnen gelingt, die Behandlungsempfehlungen einzuhalten [664-666] und sie vor allem auch motiviert, wieder hinzugehen, falls sie mal einen Termin versäumen.

14.1.9 Substanzgebrauchsstörungen sind die häufigste psychische Erkrankung in der JAEL-Stichprobe

Die häufigste Diagnose unter den JAEL-Teilnehmenden sind Substanzgebrauchsstörungen, was aus mehreren Gründen sehr besorgniserregend ist. Mehr als ein Drittel leidet unter einer

substanzgebundenen Störung, vor allem Alkohol und Cannabis werden missbräuchlich und abhängig konsumiert. Aber auch alle anderen illegalen Substanzen (Opiate, synthetische Drogen (z.B. MDNA) und Kokain) werden viel häufiger konsumiert als in der Allgemeinbevölkerung. Ein Grossteil hat bereits zum ersten Untersuchungszeitpunkt im Heim während MAZ. einen auffälligen Konsum gezeigt [667]. Diese Prävalenzzahlen entsprechen auch dem Niveau von problematischem Drogenkonsum in Gefängnissen wie Metaanalysen zeigen [668, 669]. Die JAEL-Teilnehmenden mit einem chronischen Konsum zeigen auch eine aktuell schlechtere soziale Teilhabe. Auch andere Untersuchungen aus der Heimerziehung und bei Care Leaver:innen berichten, dass Substanzmissbrauch ein grosses Problem ist [284, 455, 514, 644, 670, 671], wobei es wenig Studien wie JAEL gibt, die das so detailliert auf einem Niveau von Diagnosen mit standardisierten Interviews erhoben haben. Auffallend ist, dass die meisten der untersuchten jungen Menschen schon sehr früh in Kontakt mit Drogen kamen und diese viel häufiger ausprobierten als in der Allgemeinbevölkerung [672].

Das zentrale Problem für die JAEL-Teilnehmenden ist, dass ein krankheitswertiger Substanzkonsum sehr eng mit negativen Verläufen und einer geringeren sozialen Teilhabe assoziiert ist. Die JAEL-Teilnehmenden, denen es am schlechtesten ging, waren fast alle auch drogenabhängig, was mit einer noch deutlicheren ausgeprägteren Psychopathologie, vielen komorbidien Störungen, Beschaffungskriminalität und Prostitution verbunden sein kann.

Die hohe Vulnerabilität für Substanzen vieler "Heimjugendlicher" speist sich einmal aus einer biologischen-genetischen Disposition, da ihre Eltern oft schon einen auffälligen Substanzkonsum haben, dann aus dem Modelllernen im familiären Umfeld und aber auch durch das oft relativ geringe Monitoring sowie die viele unstrukturierte Freizeit [673, 674]. Gerade die genetische Disposition spielt bei einer Suchtentwicklung eine relativ starke Rolle wie verschiedenen Metaanalysen zu unterschiedlichen Substanzen eindrücklich belegen [675-677].

Ein grosses Problem bei der Entwicklung von Substanzkonsum und Delinquenz ist die unstrukturierte Zeit, die vulnerable Jugendliche oft mit anderen belasteten Jugendlichen, die nichts Sinnvolles zu tun haben, zubringen. International sehr bekannt sind die Konzepte die in Island in den 1990er Jahren eingeführt wurden, als das Land den problematischsten Substanzkonsum von Jugendlichen in Europa aufwies und diesen mit positiven Peerkontakten, klar geregelten Ausgangszeiten, Prävention und Kompetenzerleben in Sport und Kultur sehr deutlich reduzieren konnte [678, 679]. Gerade bei der Entwicklung eines problematischen Substanzkonsums kommt der Peergruppe eine entscheidende Bedeutung zu [680, 681]. Die Dynamik und Verstärkungsbedingungen sind natürlich auch im Kontext von Wohngruppen zu beachten. Es kann schnell ein konsumfreundliches Milieu entstehen, was von Beginn an unterbunden werden sollte.

Viele Patient:innen mit Suchtproblemen berichten, dass sie eigentlich eher einen geringen Peerstatus haben und sich von den Klassenkameraden nicht akzeptiert fühlen. Deshalb fasziniert sie dann auch die Gruppe der substanzkonsumierenden Jugendlichen und es ist attraktiv für sie, zu dieser Gruppe dazuzugehören [681]. Generell steigt die Vulnerabilität für Gruppeneinflüsse, wenn man nur wenige Gruppen zur Auswahl hat. Sozial gut integrierte Jugendliche, die jedes Wochenende abwägen müssen, ob sie mit den Klassenkameraden, den Sportfreunden, anderen Jugendlichen oder mit den eigenen, vielseitig interessierten Familien, etwas unternehmen, werden die Peergruppe einfach wechseln, wenn der Substanzkonsum dort "unangenehm" wird. Für sozial isolierte Jugendliche aus hoch belasteten Familien ist das nicht so einfach möglich, da oft Alternativen fehlen und sie sich oft auch wohler und angenommener fühlen in Peergruppen mit ähnlichen Problemen und Hintergründen, als in den prosozialeren Gruppen, die auch viel mehr von den Jugendlichen fordern. Teilweise können die Familiensysteme aber auch die Integration in die Peergruppe mit Einladungen und Kindergeburtstagen

nicht ausreichend unterstützen – nicht wenig Kinder und Jugendliche feiern im Heim ihren ersten Kindergeburtstag! Nicht selten ist gerade der Umgang und die Erfahrung mit Drogen etwas, was den konsumierenden Adoleszenten in gewisser Hinsicht einen gewissen Peerstatus sichert. Sie wissen, wie das mit den Drogen läuft und wie man an Stoff kommt, was sie auch für gelegentlich konsumierende Jugendliche attraktiv macht. Deshalb können sie den Drogenkonsum auch oft erst aufgeben, wenn sie in anderen Bereichen ähnliche Erfahrungen von Kompetenzerleben, Anerkennung und Zugehörigkeit machen [682, 683].

Nicht zu unterschätzen ist daneben die ständige Übererregung, die gerade bei den Menschen mit Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen als Folge sehr häufig ist und Drogen wie Alkohol und Cannabis, die eher dämpfend und beruhigend wirken, im Sinne einer Selbstmedikation attraktiv machen [684, 685].

Cannabiskonsum erhöht die Wahrscheinlichkeit, auf dem weiteren Lebensweg weitere psychische Erkrankungen zu entwickeln [686-688]. Die Hypothese, dass Menschen, die Cannabis konsumieren, lediglich vulnerabler sind und sowieso erkrankt wären ist nicht mehr zu halten. Stattdessen scheint eher so zu sein, dass das Cannabis direkte Auswirkungen auf das Zusammenspiel der Neurotransmitter und neuroplastische Strukturen im Gehirn hat [689], woraus eine sehr viel höhere Vulnerabilität für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen resultiert. Das relative Risiko weitere Erkrankungen zu entwickeln, verdoppelt sich fast [686, 688]. Gerade auch für die Erhöhung des Risikos für schizophrene Erkrankungen gibt es klare Hinweise aus einer Vielzahl von Studien [690, 691]. Nicht zu unterschätzen ist, dass Cannabis nach wie vor eine Einstiegsdroge ist und der Cannabiskonsum das Risiko für den Konsum von Opioiden, Kokain und synthetischen Drogen auf dem weiteren Lebensweg erhöht [692]. Dies gilt auch in Ländern mit liberaleren Drogengesetzen [693].

Diverse Studien belegen die gravierenden, maladaptiven Auswirkungen von Cannabis auf die Motivation, Konzentrationsfähigkeit und andere exekutive Funktionen wie Arbeitsgedächtnis, schlussfolgerndes Denken und planerisches Vorgehen [694-696]. Insbesondere scheinen sich die negativen Effekte nach einer längeren Abstinenz auch nicht einfach wieder zu regenerieren, weshalb die Auswirkungen auf die soziale Teilhabe auch so absolut beängstigend sind [697]. Für Jugendliche die im Bereichen der Konzentrationsfähigkeit und exekutiven Funktionen bereits Schwierigkeiten und deshalb schon massive Probleme in der Schule und Ausbildung haben, ist der missbräuchliche Konsum von Cannabis daher besonders gefährlich und selbstschädigend, weil die maladaptive Wirkung auf die kognitive Leistungsfähigkeit ihre Chancen auf eine erfolgreiche Ausbildung und Integration in den Arbeitsmarkt nochmals deutlich reduziert und gar nicht selten verunmöglich. Es ist daher essenziell, dass Heime Suchtkonzepte jenseits einfacher Kontroll-, Verbots- und Sanktionssystemen haben und Kooperationen mit Suchtberatungsstellen oder über Liaisonmodelle Zugang zu adoleszenzpsychiatrischen Suchtabteilungen von Kliniken aufbauen und fest in ihre institutionellen Abläufe und Konzepte integrieren können. Letztlich haben Heime mit ihren Chancen bezüglich strukturierter Freizeitgestaltungen auch die Möglichkeiten Aspekte viele Ansatzpunkte umzusetzen [678, 698]. Sicher ist es sinnvoll, evidenzbasierte Konzepte zu nutzen, um gefährdete Jugendliche noch viel gezielter in positive Peergruppen einzubinden und ihnen die Gefahren des "Kiffens" im Allgemeinen und die Verstärkerbedingungen in bestimmten Gruppen im Besonderen zu vermitteln. Speziell ausgebildete Fachkräfte können diese Muster mit den Jugendlichen und auch Drogen verherrlichenden Sprache, Kleidung oder Poster kritisch reflektieren und diese dann mit viel Überzeugungsarbeit sehr konkret in prosozialen Peergruppen einbinden in denen nicht problematisch konsumiert wird [599, 699-702].

Eine solche Intervention hat sich insbesondere bei chronischen Cannabiskonsument:innen als sehr erfolgreich erwiesen [701]. Auch eine Metaanalyse von mehreren Originalarbeiten kommt zum Schluss, dass Peerinterventionen im Jugendalter besonders wirkungsvoll sind, weil sie die zentralen Verstärkungsmuster in diesem Alter adressieren [703]. Ein zentrales Problem sind oft die Diskussionen um die Kontrollen mit Drogenscreening (Wenn kontrolliere ich wann, wie und warum? Wen möchte ich erwischen und wann schauen wir lieber nicht so genau hin?). Allgemein sollte beim Umgang mit Substanzen und Drogenscreening mehr darauf geachtet werden, den Nicht-Konsum bzw. die Abstinenz zu verstärken, anstelle die Jugendlichen, die man erwischt bzw. erwischen möchte, zu sanktionieren. Aus einer Aussenperspektive entsteht gelegentlich der Eindruck, dass ein Konsum recht lange toleriert wird und dann, wenn es bei einem jungen Menschen zum Problem erklärt wird, plötzlich relativ schnell mit Ultimaten sanktioniert wird, was dann zum Ausschluss führt, obwohl man, wenn man alle Jugendlichen konsequent in der gleichen Frequenz testen würde, vermutlich viele auffällige Drogenscreenings und viel zu sanktionieren hätten.

Bereits die simple Verstärkung von Abstinenz mit Geld ist empirisch als Suchtbehandlung sehr gut belegt [704, 705]. Vermutlich braucht es in der Schweiz spezialisierte Einrichtungen, die sehr eng mit adoleszenzpsychiatrischen Suchtstationen zusammenarbeiten, um bereits abhängigen Jugendlichen eine realistische Chance auf eine erfolgreiche Integration in die Gesellschaft zu geben. Diesbezüglich könnte vielleicht auch das erhebliche Potential von Selbsthilfegruppen (NA, AA, etc.) von den sozialpädagogischen Institutionen effektiver genutzt werden [706]. Deren Wirkung ist auch in Reviews und Metaanalysen gut belegt [707]. Junge Menschen tun sich anfangs manchmal schwer alleine in Selbsthilfegruppen mit sehr vielen wesentlich Älteren zu gehen, können aber wenn sie sich darauf einlassen extrem profitieren [708]. Jugendlichen aus Heimen könnten den Vorteil haben, dort gemeinsam hingehen zu können.

Eine Legalisierung von Cannabis wird das Problem für die Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere in der Transitionsphase für Volljährige, noch wesentlich stärker auf die fachliche Agenda heben werden, da dann sehr schnell Konzepte entwickelt werden müssen, um zum Beispiel einen noch tolerierbaren und problematischen Konsum zu definieren.

14.1.10 Transition und Übergänge besser vorbereiten und partizipativer gestalten

In der JAEL-Stichprobe geben über 40% an, sich nicht ausreichend auf den Austritt und den Transitionsprozess vorbereitet gefühlt zu haben. Insbesondere sei der Prozess nicht gut mit ihnen gemeinsam geplant worden und sie hätten nicht ausreichend mitbestimmen können. Sie hätten sich teilweise auch unter Druck gesetzt gefühlt, die Einrichtungen zu verlassen und Lösungen, die sie nicht als optimal erachteten, annehmen zu müssen, teilweise auch trotz Ambivalenz zurück zu den Eltern zu gehen. Den grössten Unterstützungsbedarf sahen die JAEL-Teilnehmenden in der Arbeits- und Wohnungssuche und im Aufbau eines sozialen (Helfer:innen-)Netzes. In diesen Bereichen gaben ebenfalls über 40% an, dass sie sich nicht ausreichend unterstützt gefühlt hatten.

Eine andere Gruppe berichtet, sehr gut auf den Transitionsprozess vorbereitet gewesen zu sein. Immerhin ca. 20% der JAEL-Teilnehmenden waren mit der Organisation ihres Übergangs in die Selbständigkeit und dem Grad der Partizipation in diesem Prozess sehr zufrieden. Die qualitativen Befunde unterstreichen die sehr grossen Unterschiede, die es in der Gestaltung der Transitionsprozessen gibt, eindrücklich – von sehr abrupten, für die Betroffenen teils überraschenden Beendigungen, bis hin zu sehr partizipativen abgestuften Verselbständigungssprozessen, bei denen die jungen Menschen noch sehr lange in einem engen Austausch mit den Wohngruppen standen. Dieser

Befund, dass es eine sehr hohe Varianz in der Qualität und Intensität bei den Verselbständigungsprozessen gibt und sich circa 40% der Care Leaver:innen retrospektiv mehr Unterstützung gewünscht hätten, deckt sich gut mit anderen internationalen Befunden und den Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum [28, 374, 425, 709-711].

In einer Schweizer Untersuchung [28] geben 60% einen Unterstützungsbedarf an, wovon 26% aber gar keinen bekamen. Dies ist fast identisch mit den Ergebnissen der JAEL-Studie, in der in den einzelnen Bereichen zwischen 25% bis 40% angaben, zu wenig Hilfe in diesen Bereichen im Transitionsprozess bekommen zu haben. In einer Deutschen Studie von Klein und Kolleg:innen [423] waren die Proband:innen etwas zufriedener mit der Nachbetreuung und es gaben nur 17% an, ungenügend vorbereitet worden zu sein, wobei hier vermutlich Effekte der Methodik und der Rekrutierung dafür verantwortlich sein könnten. In der internationalen Vergleichsstudie von Cameron, Schröer und internationalen Kolleg:innen [360] hatten allerdings nur 29% überhaupt eine Form von "After Care" einen Support, womit sie weit hinter der Inanspruchnahme von Hilfen Finnland und Grossbritannien lagen.

Recht interessant und erfreulich ist, dass doch 40% der JAEL-Teilnehmenden angeben, noch regelmässig Kontakt zu anderen, die sie in ihren Wohngruppen kennengelernt haben, zu pflegen. Ein Viertel gab an, noch regelmässig Kontakt zu den sozialpädagogischen Fachkräften haben. Es sind wohl Bindungen und Freundschaften entstanden, die nachwirken. Oft auch über feste Gefässe, wie Ehemaligentreffen oder andere Feierlichkeiten und Rituale, die von Einrichtungen und Trägerschaften unterstützt werden.

Die Bedürfnisse und Bedarfe der Care Leaver:innen scheinen sehr unterschiedlich in diesen Transitionsprozessen zu sein. Vor allem muss man leider feststellen, dass die Phase der Verselbständigung sich über mehrere Jahre zieht und sich die Rahmenbedingungen sehr plötzlich verändern können. Diverse Studien zeigen [431, 634, 712, 713], dass die Adaptation der meisten Care Leaver:innen unmittelbar nach Entlassung bezüglich Wohnung und Arbeit am besten ist, sich dann aber für einen Teil wieder verschlechtert. Dieser Befund kann aus den JAEL-Daten nicht einfach abgeleitet werden, aber auch hier zeigen sich, dass nicht wenige JAEL-Teilnehmende in recht stabilen Perspektiven bezüglich Berufsperspektive, Beziehung und Wohnung entlassen wurden, sich dann im weiteren Prozess aber doch nicht als ausreichend stabil erwiesen. Insbesondere der Verlust der Arbeit und der Wohnung können von den jungen Erwachsenen oft nicht mehr ausreichend kompensiert werden.

In Phasen von persönlichen Krisen können sich recht schnell prekäre Lebenssituationen entwickeln und so zuspitzen, dass die soziale Teilhabe leidet und der Arbeitsplatz und die Wohnung gefährdet sind. Die Prozesse der Integration verlaufen nur selten linear und es geht oft darum, wie die jungen Menschen die Probleme allein lösen können oder Zugang zu Hilfen haben, die sie dabei unterstützen. In dieser Lebensphase kann es ohne ausreichendes soziales Netz schnell passieren, dass sich ein Problembereich auf andere Problembereiche überträgt. Problematisch ist es vor allem, wenn nicht schnell genug gegengesteuert werden kann und so das Helfersystem nicht schnell genug aktiviert wird und reagieren kann. Eine persönliche Krise kann dann schnell gravierende Folgen haben. Zum Beispiel kann ein Rückfall in den Drogenkonsum oder in die Depression dazu führen, dass jemand einen Tag nicht Arbeiten konnte und weil sich der junge Mensch schämt, geht er dann mehrere Tage nicht zum Arbeiten und meldet sich dort nicht ab. Dies kann zu einem Verlust des Jobs und Lohns führen, dann zum Verlust der Tagesstruktur und zu weiterem Konsum. Wenn er dann das mit der Bürokratie bezüglich Sozialhilfe und Wohngeld nicht allein hinkriegt, kann er seine Wohnung wegen Mietverzugs verlieren.

Trotz den vielen problematischen Verläufen gibt es eine wachsende Zahl qualitativer Forschung, die sich nicht nur auf die Herausforderungen konzentriert mit denen Care Leaver:innen konfrontiert sind, sondern darauf, wie diese es schaffen, die Herausforderungen der Integration zu bewältigen [710, 714-717]. Es hat sich gezeigt, dass die beschriebenen Resilienzfaktoren, die Beziehungen und die Selbstwirksamkeit und das "Erarbeiten" einer sicheren Identität auch in anderen Studien mit erfolgreicheren Hilfeverläufen und Übergängen verbunden sind [718-721] und sich die Beteiligung im Ablöseprozess und an Entscheidungen über das Leben extrem positiv auswirkt [720].

Die verschiedenen Konzepte, wie man Care Leaver:innen gut unterstützen kann, werden zunehmend besser evaluiert [722]. Feather und Kollegen:innen [711] haben ein systematisches Review über die Unterstützungsprozesse zu Interventionen im Transitionsprozess geschrieben und 36 Studien detailliert ausgewertet und festgesetzt, dass folgende Punkte von entscheidender Bedeutung sind:

1. Eine Verlängerung und ein langsamer Übergang der stationären Hilfe und der Pflegeverhältnissen hat sich in vielen der analysierten Studien als günstig erwiesen, da es der stufenweise Übergang erlaubt, wichtige Fertigkeiten aufzubauen und allfällige Entwicklungsaufgaben noch erfolgreich abzuschliessen. Zudem ermöglicht dieser gut vorbereitete, langsamere Transitionsprozess ein Helfer:innennetz aufzubauen, was den Druck von den Jugendlichen und dem:r einzelnen verantwortlichen Sozialarbeiter:in nimmt.
2. Sehr zentral ist es, im Transitionsprozess niederschwellige, vertraute Ansprechpersonen zu haben denen die Care Leaver:innen vertrauen – was bedeutet, dass die Fachkräfte in der Lage sind, empathische und wertschätzende Beziehungen aufzubauen.
3. Klärung der zukünftigen Kontakte und Unterstützungsmöglichkeiten und potenziell auftretenden Belastungen durch das Herkunftssystem – eventuell ist es notwendig ergänzenden Hilfen für Eltern und Geschwister zu installieren um zu verhindern, dass die Care Leaver:innen ihre, während der Heimerziehung wiedergewonnen Autonomie, nicht gleich wieder verlieren und mit Problemen überhäuft werden.
4. Gezielte Unterstützung bei der Arbeitssuche und Arbeitsintegration und bei der Wohnungssuche und bei den Kontakten mit der Hausverwaltung.

Andere (Überblicks-)arbeiten zur Unterstützungssystemen [723-725] berichten sehr ähnliche Gelingensfaktoren und Stolpersteine¹⁷⁰. Durchgängig wird in vielen Studien die Diskontinuität der professionellen Ansprechpartner:innen und der relativ hohe bürokratische Aufwand, neue Hilfen zu beantragen, als Hindernis genannt [709, 711, 726], aber auch eine verlässliche, emotional engagierte Beziehung eingefordert. Gerade die Personalfluktuation bei den Ansprechpartner:innen macht es schwer, eine ausreichende Sicherheit ins Helfer:innensystem zu bringen und die Niederschwelligkeit der Hilfen zu etablieren. Viele junge Menschen tun sich schwer mit verschiedenen Rollen und Funktionen, haben aber ein Gefühl dafür welche Menschen ihnen jetzt helfen können. Deshalb ist es gerade in der Transitionsphase in die Verselbständigung wichtig, feste vertraute Ansprechpartner:innen zu etablieren und dort bei allfälligen Personalwechseln gute Übergaben zu machen. Vermutlich verzögern sich viele Hilfsprozesse allein dadurch, dass junge Menschen auf einer Behörde anrufen und man ihnen dann mitteilt, dass die gesuchte Person nicht mehr hier arbeitet und sie dann, statt nach einem:r Nachfolger:in zu fragen, den Hörer wiederauflegen und mit ihren Problemen alleine bleiben.

Eine sehr aufwendige aktuelle Übersichtsarbeit von Prendergast und KollegenInnen [709] überprüfte 93 internationale Studien und analysierte 18 qualitative Studien zu Transitionsprozessen von fremdplatzierten jungen Menschen sehr detailliert und wertete diese mit dem Fokus auf potenzielle Hindernisse und ermögliche Faktoren aus (vgl. Abbildung 77).

¹⁷⁰ Die Effekte sind in diesen Studien sind zwar klein aber durchgehend statistisch bedeutsam.

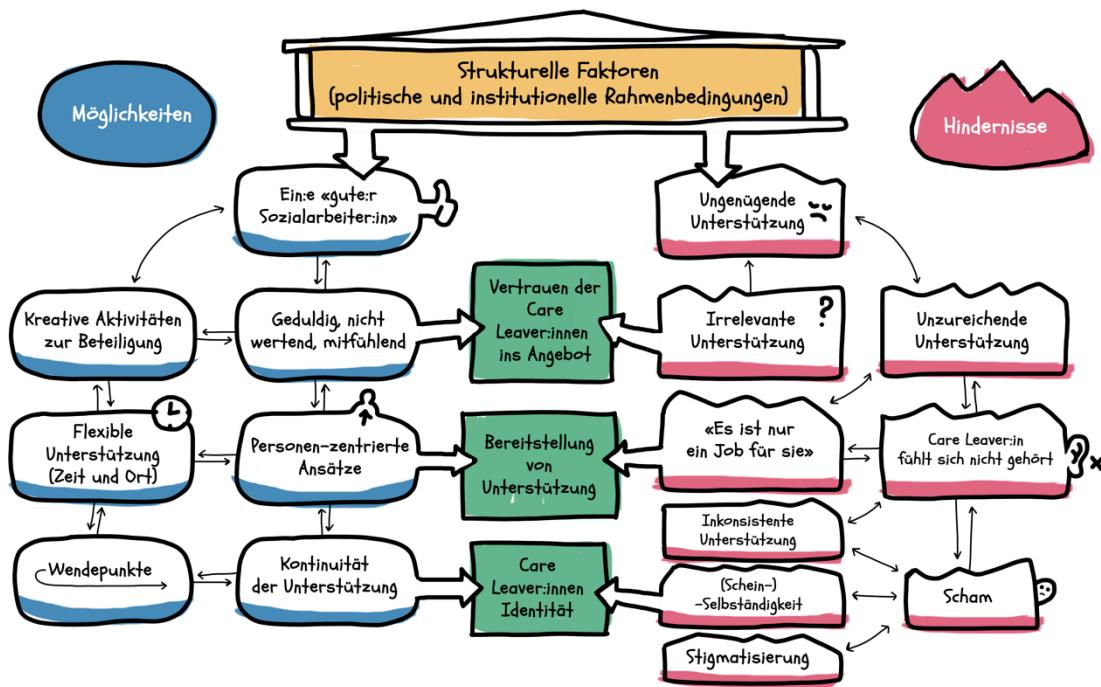


Abbildung 77: Gelingens- und Hinderungsfaktoren in der Transition von der Heimerziehung auf Basis eines Review von 18 analysierten Studien (Prendergast et al. 2024)

Diese umfassende Übersichtsarbeit zeigt sehr eindrücklich, wie der für die Heimerziehung beschriebene Engels- resp. Teufelskreis bezüglich des Erfolgs der Hilfe und der Beziehungsentwicklung zu den Fachkräften sich bei der Nachsorge noch deutlicher manifestiert. Die Hilfe wird im Ablöseprozess sehr viel flexibler und heterogener, da die Anforderungen an den Ablöseprozess sehr vielschichtig sind und die Sozialarbeitenden daher sehr darauf angewiesen sind, die Problembereiche rechtzeitig zu erkennen um dann auch gezielt intervenieren zu können. In diesem Transitionsprozess sind die Sozialarbeitenden auf das Vertrauen und die Informationen der Care Leaver:innen angewiesen. Wenn diese sich schämen, weil sie wieder Probleme bekommen und es daher zu lange vermeiden, diese Dinge anzusprechen oder sich erneut Hilfe zu holen, untergräbt dies die Transitions- und Hilfeprozesse und deren Erfolg. Die Autor:innen der Übersichtsarbeit betonen deshalb, wie wichtig die Kontinuität der Hilfen, ausreichend Ressourcen aber auch die fachliche Qualifikation, Erfahrung und das Wissen und Können der Fachkräfte sind. Nur erfahrene Fachkräfte können die ersten Anzeichen für Probleme und deren Folgen erkennen und gemeinsam mit den jungen Menschen Lösungen suchen und mit ihren Interventionen auch die richtigen Bereiche erfolgreich adressieren. In vielen Studien werden wohl auch Ressourcen für irrelevanten Hilfen (z.B. feste Kurse zu bestimmten Themen) verschwendet und andere zentrale Dinge nicht erkannt oder gezielt erfragt, teils heikle Themen auch vermieden. Hier werden mehr Individualisierung und Bedarfsorientierung gefordert.

Es zeigt sich der typische Dreiklang einer helfenden Beziehung in der es neben Vertrauen und Empathie Einigkeit in Zielen und Methoden [727] benötigt. Erfolgreiche Fachkräfte im Leaving Care Prozess haben die Fähigkeit, einerseits eine helfende Beziehung aufzubauen mit echtem Interesse und Engagement, verfügen über gute diagnostische Fähigkeiten und einen gewissen Instinkt, wann etwas nicht gut läuft und haben die Kreativität und Flexibilität, schnell auf neue Situationen zu reagieren.

Die Autor:innen weisen explizit auch auf förderliche Rahmenbedingungen hin. Es scheint insbesondere sehr wichtig zu sein, dass die Fachkräfte in ein Team eingebunden sind, Informationen dort fliessen und sie über ein breites Netzwerk mit anderen spezialisierten Helfer:innen im Sozialraum (z.B. Firmen, Suchtberatung, Psychiatrie und Psychotherapie, Schuldnerberatung etc..) verfügen.

Als Erfolgsfaktoren identifizierten die AutorenInnen

- den Aufbau einer tragfähigen Beziehung,
- regelmässige Kontakte/Treffen zwischen den Care Leaver:innen und der Fachkraft
- eine hohe Flexibilität und Niederschwelligkeit der Unterstützung durch die Fachkräfte, insbesondere braucht es eine gewisse zeitliche und räumliche Flexibilität
- Kreative Strategien in der Beratung und Beteiligung der Care Leaver:innen
- eine gute Zusammenarbeit im Helfer:innensystem mit verschiedenen Stellen

Durch diese Massnahmen sollte es gelingen,

- die Partizipation bei der Hilfeplanung zu erhöhen
- die Isolation der Care Leaver:innen zu reduzieren
- das Wohlbefinden aller Beteiligten fördern
- Über- oder Unterforderung zu vermeiden
- die Zufriedenheit und das Vertrauen in das Hilfsangebot aufzubauen
- die jungen Erwachsenen auf ihre Rechte zu sensibilisieren
- gemeinsame Erfolgserlebnisse zu feiern, Hoffnung und Kontrolle zu vermitteln
- Rechte, Anspruchsberechtigungen und Unterstützungsmöglichkeiten für Care Leaver:innen zu beachten

Entscheidend für den Erfolg der Begleitung der Sozialarbeiter:innen sind nach Predergast und Kollegen:innen [709] vor allem die formalen Rahmenbedingungen unter denen die Hilfe realisiert werden kann.

- Sichere Finanzierung für eine dauerhafte Unterstützung bis die Entwicklungsaufgaben und eine ausreichende Stabilität erreicht wurden.
- Behördliche und juristische Prioritäten und Entscheide, die die Unterbringung und Hilfen unterstützen.
- Ein institutionelles System, dass die Fähigkeiten und Fertigkeiten der begleitenden Fachkraft im Einsatz für eine effektive Ausgestaltung der Hilfe möglichst gut unterstützt und keinesfalls behindert – insbesondere nicht durch personelle Diskontinuität und insuffiziente Fallübergaben.

Diese Faktoren spiegeln die Erkenntnisse aus JAEL fast eins zu eins wider, zeigen sie einerseits die Erfahrungen im eigentlich Transitionsprozess aber auch die Bedeutung der Resilienzfaktoren wie Selbstwirksamkeit und der Fähigkeit, vertrauensvolle Beziehungen und Bindungen zu Fachkräften eingehen zu können. Relativ interessant ist, dass offensichtlich ausreichend Zeit der Sozialarbeiter:innen nur eine notwendige und keine hinreichende Bedingung für einen gelingenden Transitionsprozess ist und gar nicht so wenig Teilnehmende angeben, sie hätten zwar Unterstützung gehabt, diese sei aber teils an ihren Problemen und Bedürfnissen vorbeigegangen und als wenig wirksam erlebt worden [726, 728]. Dabei scheint es eine Beziehungsebene zu geben, aber auch eine fachliche Ebene, in der die Fachkräfte die zentralen Probleme nicht ausreichend gut bemerkten und ansprechen konnten bzw. es nicht gelang, eine solche Atmosphäre zu schaffen, in welcher die jungen Menschen ihre Sorgen frühzeitig mit den Fachkräften teilen können. Vermutlich ist es vor allem dieser emotionale Support und das Wissen, dass es Bindungen zu Fachkräften aus meiner ehemaligen Institution gibt, denen mein Fortkommen wichtig ist, und bei welchen man Hilfe bekommen kann [729,

730]. Dieses umfassende subjektive Sicherheitsgefühl und das Vertrauen in ein soziales Netzwerk mit vertrauten Personen wird auch von anderen Autor:innen betont [731]. Vermutlich ist der „sicherer Ort“ im Transitionsprozess ganz entscheidend um diese Entwicklungsaufgabe zu bewältigen. Das ist wieder die Balance aus Bindung und Entwicklung und man kann die Schritte in Richtung Selbstständigkeit leichter gehen, wenn man einen sicheren Hafen bzw. eine sichere Basis hat, bei der ich mich zur Not auch melden kann. Gerade auch informelle Unterstützung durch Freund:innen und Verwandte spielen eine protektive Rolle. Viele Care Leaver:innen erfahren da aber keine ausreichende Unterstützung [723].

Die zentrale Bedeutung einer Vertrauensperson besteht vermutlich vor allem darin, die "Scham" schon im Vorfeld des Hilfeprozesses durch ein gewachsenes Vertrauensverhältnis abzuräumen und somit eine niederschwellige Anlaufstelle zu einer Person zu schaffen, der man vertraut, sich schwach und bedürftig zeigen und Fehler eingestehen kann. Für viele junge Menschen, die von der Heimerziehung in die Verselbständigung austreten sind, ist der sehr schnelle Rückzug des Hilfssystems und der Verlust an Tagesstruktur ein Belastungsfaktor. Nicht unterschätzt werden darf dabei, wieviel Struktur einem eine Wohngruppe im Alltag gibt. Ebenfalls darf nicht unterschätzt werden, dass immer jemand da ist und man nie alleine müde in eine dunkle Wohnung kommt, was für viele Care Leaver:innen eine grosse Herausforderung ist. Dies wird in Anbetracht der Tatsache, dass sich sowieso immer mehr junge Menschen einsam fühlen [659, 732, 733], immer wichtiger. Gerade hoch belastete Menschen mit Misshandlung- und Vernachlässigungserfahrungen und „komplizierten“ Beziehungen zu ihren Partner:innen und Familien scheinen besonders gefährdet zu sein, sich stärker und häufiger einsam zu fühlen [734, 735]. Zudem ist bei diesen vulnerablen Personen die Einsamkeit stärker mit psychischen Erkrankungen assoziiert [734, 736]. Viele dieser Risikofaktoren treffen auf die Mehrzahl der Care Leaver:innen zu, weshalb der Umgang mit Einsamkeit einen wichtigen Aspekt in der emotionalen und fachlichen Vorbereitung auf einer Transitionsprozess einnehmen sollte [737]. Erfreulicherweise liegen inzwischen mehrere evidenzbasierte Interventionen vor, die teilweise gut im sozialpädagogischen Bereich angewendet werden können. Eine Meta-Analyse trug 128 Studien zusammen, die Gefühle von Einsamkeit deutlich reduzieren und dabei zumeist mittlere Effekte erzielen konnten [738]. Falls Einsamkeit im Austrittsprozess eine Rolle spielt, sollte man diese folglich auch gezielt mit wirkungsvollen Interventionen adressieren.

Wegen den komplexen Emotionen und den vielen fachlichen Aspekten, die man braucht, um ein stabiles Netzwerk und eine gewisse Struktur um die ehemals ausserfamiliär untergebrachten jungen Menschen aufzubauen, ist es einfach wichtig, sich zu verdeutlichen, dass ein Auszug in die erste eigene Wohnung ein grosser Schritt ist. Diese Transition ist folglich ein längerer Prozess, den man fachlich gut begleiten und entsprechend vor- und nachbereiten muss. Die sozialpädagogischen Fachkräfte müssen bei den Ablöseprozessen deshalb eine schwierige Balance halten, in dem sie den austretenden jungen Menschen einerseits Mut zusprechen und deren Vorfreude unterstützen, andererseits aber auch mit ihnen klar die Herausforderungen der Aufgabe besprechen. Auch die Sorgen und Ängste, die alle Beteiligten haben, müssen angesprochen werden. In dieser Phase muss rechtzeitig klar benannt werden, was der junge Mensch für ein selbstständiges Leben gegebenenfalls noch lernen muss oder worauf besonders zu achten ist. Ein Abschiedsprozess besteht immer aus dem Respekt und der Vorfreude auf etwas Neues und der Verabschiedung und dem Betrauern von dem, was man hatte. Ebenso gehört dazu, eine Rückschau zu halten, was man in den Jahren erreicht und gelernt hat. Gerade die Trauer hat auch die wichtige Funktion, uns Menschen zu zeigen, was man hat, braucht und für was man dankbar sein darf und zu signalisieren, dass man Trost von anderen Menschen braucht. Der Respekt vor etwas Neuem zeigt, wofür man sich gegebenenfalls wappnen und vorbereiten muss. Beide Prozesse brauchen ihren Raum und Zeit.

Durch die gewisse Reglementierung des Heimalltags sehen die jungen Menschen vor ihrem Austritt tendenziell vor allem die Freude und die Erwartung an neue Freiheiten und weniger die Probleme und Herausforderungen, die oft noch sehr abstrakt und schwer zu antizipieren sind. Oft wachsen sie ja auch etwas aus der Wohngruppe heraus und merken, dass ihre Generation nach und nach geht und sind eher ungeduldig und stolz. Es liegt in der Natur dieser Lebensphase, dass beim Gedanken an die Entlassung aus dem System der Hilfe erstmal Autonomiebedürfnisse vorherrschen und die jungen Menschen in dieser Phase ungern an potenziell auftretende Probleme und den eventuell später einmal notwendigen Unterstützungsbedarf denken möchten. Aber diese Vorbereitung auf die Herausforderung ist eine wichtige Aufgabe für die abgebende Wohngruppe, die kreativ angegangen werden muss. Hinzu kommt, dass viele der fremdplatzierten Kinder und Jugendlichen eine lange Geschichte mit unguten Abschieden und Beziehungsabbrüchen haben und sich deswegen oft eigene Strategien für diesen Prozess angeeignet haben, die oft eine Auseinandersetzung mit emotionalen Themen erschweren.

Trotz den viele Untersuchungen, die es inzwischen gibt, die alle auf diese Lücke hinweisen und belegen konnten, dass eine intensivere und standardisiertere Unterstützung die Outcomes von Care Leaver:innen signifikant verbessern, muss man immer noch konstatieren, dass es noch recht grosse Wissenslücken gibt, welche Form der Begleitung nun für welche jungen Menschen mit welchen Bedarfen die optimale ist. Viele intentionale Studien zeigen recht ähnliche Gelingensfaktoren und Stolpersteine. Die Ergebnisse aus der JAEL-Studie korrespondieren sehr gut mit diesen Befunden, dennoch ist es sehr schwer, konkrete Handlungsideen/-anweisungen für die einzelnen jungen Menschen mit einem spezifischen Profil abzuleiten. Alderson und Kolleg:innen [739] drückten es schön aus: Wir müssen viel mehr dahinkommen, dass das von dem wir wissen, dass es gut hilft auch in der Praxis umgesetzt wird bzw. werden kann und die Barrieren für die Umsetzung gezielt aus dem Weg geräumt werden.

14.1.10.1 Beschleunigte Verselbständigung

Recht deutlich zeigt sich in JAEL auch der bereits bekannte Befund, dass eine ausserfamiliäre Unterbringung insbesondere in der stationären Kinder- und Jugendhilfe die Verselbständigung akzeleriert und die jungen Menschen deutlich schneller selbstständig werden müssen als Gleichaltrige, die in Familien, insbesondere Familien aus der Mittel- und Oberschicht aufwachsen [425, 740]. Nicht wenige JAEL-Teilnehmende geben an, dass sie sich etwas gedrängt gefühlt haben und den Eindruck hatten, diesen Prozess schneller durchlaufen zu müssen als Gleichaltrige. In der englischsprachigen Care Leaver:innen-Literatur hat Rogers den Begriff der „Instant Adulthood and fast Transition“ eingeführt, für den Druck der bei Care Leaver:innen auf diesem Prozess des Erwachsenwerdens und der Verselbständigung auch gerade im Vergleich zu privilegierteren jungen Menschen mit einem breiten familiären Unterstützungssystem lastet.

Abgesehen davon, dass dieser Übergang früher im Leben und in kürzerer Dauer als bei jungen Menschen im Allgemeinen erfolgt [425, 431, 741], findet dieser unter vulnerableren Bedingungen bei zumeist psychisch und psychosozial hoch belasteten jungen Menschen mit einem Familiensystem statt, das sie in diesem Prozess nicht unterstützen kann, weshalb diese Prozesse eigentlich viel stärker unterstützt werden müssten. In der Schweiz leben über 30% der jungen Männer und 18% der Frauen mit 25 Lebensjahren noch zu Hause bei ihren Eltern [446]. Im Allgemeinen findet der Übergang von der Jugend zum Erwachsenenalter innerhalb von "kulturellen Zeitplänen" statt, die angeben, wann im Leben er stattfinden soll [640, 742]. Zum Beispiel mit den "fünf grossen Entwicklungsaufgaben": Schulabschluss, Arbeitssuche, Auszug von zu Hause, Suche nach einem:r Ehepartner:in und Gründung

einer Familie [743]. In der westlichen Gesellschaft werden diese von der Gesellschaft vorgegebenen Zeitpläne durch einen Wandel hin zu einer viel individualisierten Gesellschaft [743] und langsameren Übergangsprozess aufgeweicht. Die Frage einer Familiengründung und der endgültigen Berufsfundung verschieben sich tendenziell von der Adoleszenz hin in höhere Lebensalter, was einerseits auf höhere Bildungsanforderungen, ökonomische Zwänge und andere Familienmodelle, aber auch auf eine höhere Akzeptanz, sich in dieser Lebensphase zu finden und persönlich weiterzuentwickeln, zurückzuführen ist [640, 742, 744-746].

Die Jugendhilfe hat auf die gesellschaftliche Entwicklung der Adoleszenz mit eher längeren Ausbildungen und späteren Familiengründung und einer längeren Phase der Orientierung noch nicht konsequent genug reagiert [747, 748]. Interessanterweise gibt es rechtlich bereits jetzt die Möglichkeiten, Hilfen weit über das 18 Lebensjahr hinweg fortzusetzen, insbesondere das Deutsche Kinder- und Jugendhilfegesetz hat dies eigentlich gut geregelt. Es wird aber in der Praxis oft noch nicht konsequent genug angewendet [428, 745, 748, 749]. Auch in der kantonalen Gesetzgebung in der Schweiz ist ein Bezug der Leistungen für junge Volljährige eigentlich geregelt (z.B. SG 415.100 BS, 852.2 Kinder- und Jugendheimgesetz ZH). Es ist somit schon recht paradox, dass die Gesellschaft von den belastetsten jungen Erwachsenen mit der wenigsten Unterstützung aus dem Elternhaus Entwicklungsschritte verlangt, die man den stärksten jungen Menschen mit der meisten Unterstützung aus ihren Familiensystem und Umfeld noch nicht zumuten möchte. Die meisten Studierenden mit oft sehr guten Kompetenzen und viel Unterstützung durch Ihre Eltern sind mit Mitte 20 noch von ihren Familien abhängig und wohnen recht oft noch zu Hause – manche Universitäten bieten inzwischen Elternabende an!?

Vermutlich unterschätzt die Breite der Gesellschaft, welche immense Sicherheit eine "ganz normale Familie" für einen solchen Ablöseprozess bietet. Wie gut es ist, einfach einen Ort zu haben, wo man immer willkommen ist, stets emotional und mit Rat und Tat unterstützt wird und bei unvorhergesehenem finanziellem Bedarf auch zusammengelegt oder gar gesponsort wird, wenn z.B. das Notebook oder Kühlschrank kaputtgeht. Um die Bedeutung dieser emotionalen Sicherheit besser wertschätzen zu können, und um die Einsamkeit und fehlende Sicherheit vieler Care Leaver:innen zu begreifen, muss man sich einmal mit ihnen richtig austauschen und deren Nöte anhören.

Es ist auch nicht gut nachvollziehbar, dass man für strafrechtlich platzierte junge Menschen einen längeren Hilfebedarf vorsieht als für zivilrechtlich platzierte, unabhängig von deren Bedarfen [427, 428]. Gerade die Argumentation aus der Anwendung des Jugendstrafrechts oder aus der Adoleszenzpsychiatrie [640, 750], dass eben auch viele zentrale neurobiologische Prozesse im Gehirn erst mit Ende 20 abgeschlossen sind [751-754], gelten natürlich für zivilrechtlich Platzierte in identischer Art und Weise. Warum sollen junge Menschen, die Gewalt ausüben und Delikte begangen haben, mehr und länger staatlich Unterstützung bekommen als welche, die zivilrechtlich platziert werden mussten? Die Bereiche, in denen die jungen Menschen einen Unterstützungsbedarf haben sind dieselben, teils leben diese sogar in denselben Institutionen.

Es erscheint wichtig, dass Care Leaver:innen den Zeitpunkt des Abschiedes, ähnlich wie die Gleichaltrigen in ihren Familien, selbst bestimmen können und er mit dem erfolgreichen Erreichen von Entwicklungsaufgaben und nicht mit dem biologischen Alter verbunden wird. Gerade bei guten Verläufen, in denen die Care Leaver:innen in der Regel auch emotional bedeutsame Beziehungen zu den Fachkräften (natürlich gegebenenfalls insbesondere auch zu ihren Pflegeeltern) aufgebaut haben, scheint es sehr wichtig zu sein, dass man diese Übergänge sanft gestaltet, die Heime/Pflegefamilien auch weiterhin nach dem Auszug eine Unterstützung anbieten dürfen, dafür auch ein offizielles Mandat haben und auch noch einen finanzielle Aufwandsentschädigung bekommen würden, um den

Verlauf weiter begleiten und positiv beeinflussen zu können. Auch für die Heime wäre es sehr gut, wenn die Nachbetreuung adäquat und fair vergütet werden würde, was es auch ermöglichen würde, diese Prozesse zu professionalisieren und in die Arbeitszeit der Fachkräfte zu verlagern. Dies hätte einige zentrale Vorteile: Erstens könnte man die Betreuung in der Transitionsphase bei den Personen ansiedeln, zu denen der junge Mensch am meisten Vertrauen hat. Zudem können die Schutzkonzepte des Heimes auch auf diese After Care Prozesse angewendet werden und es ist möglich, die Kontakte in das professionelle Feld der Institution zu holen und nicht in einem weniger reglementierten Raum zwischen beruflicher Verantwortung und Freizeit zu belassen. Vermutlich sind diese Kontakte und ein zufälliges oder geplantes Treffen von Jugendlichen mit Ehemaligen in den meisten Fällen völlig unproblematisch, aber in jenen Fällen, in denen aus diesen Kontakten schwierige persönliche Abhängigkeiten und verstickte Beziehungen und Gegenübertragungen entstehen, die vielleicht auch zu persönlichen Grenzverletzungen führen können, ist es wichtig, die jungen Menschen und die Fachkräfte durch einen professionellen Rahmen zu schützen [232].

Letztlich zeigt sich leider in der ganzen Debatte um die Leaving Care Gesetzgebung einmal mehr, wie schwer es unserer Gesellschaft fällt, einen natürlichen Umgang mit Leid und dem Herstellen von Gerechtigkeit und ähnliche Startbedingungen für alle Menschen zu erreichen [428, 755]. Dabei ist der Begriff des Leaving Care hierfür einerseits sehr klug gewählt, weil er weniger stigmatisierend ist und auch die Nebenwirkungen und immer noch bestehende Stigmatisierung von psychosozialen Hilfen entsprechend beachtet und berücksichtigt [756]. Insbesondere auch die Notwendigkeit der Partizipation der Betroffenen und der stetigen weiteren Optimierung der Jugendhilfe und Transitionsprozesse werden betont und den Betroffenen keine explizite Opferrolle auferlegt. Andererseits hat der Begriff "Care Leaver:in" dadurch aber auch etwas Beschönigendes, Vereinheitlichendes, weil dieser Begriff "nur" die Art der Hilfe betont und nicht die oft sehr prekären Bedingungen des Aufwachsens, belastenden Lebenserfahrungen und die unzureichende Förderung beschreibt. Wegen des fachpolitischen Fokus' und des Erfolges des Begriffes sollte man diesen auch unbedingt nutzen, es scheint aber wichtig zu sein, über Studien wie diese, auch auf für psychischen und traumatischen Belastungen dieser Gruppe zu sensibilisieren und auch jenen Care Leaver:innen eine Stimme zu geben, denen es zu schlecht geht um sich politisch zu beteiligen oder gar zu engagieren. Es ist vielleicht die gravierendste soziale Ungerechtigkeit und Beeinträchtigung der Teilhabechancen, in ein Elternhaus geboren zu werden, dass aus verschiedenen Gründen nicht ausreichend für ein Kind sogen kann und es dort gegebenenfalls vernachlässigt und misshandelt wird. Der entscheidende Vorteil an einer Verlängerung der Hilfen und eines Rechtstatus Leaving Care besteht insbesondere darin, dass die Hilfen nicht alle paar Monaten wieder in Frage gestellt werden und der "sicherer Ort" nicht ständig wieder hinterfragt wird. Besonders problematisch bei einem unsicherer Rechtsstatus ist, dass der Verbleib oft nicht mit einer günstigen Entwicklung und dem Wohlfühlen des jungen Menschen begründet werden kann, sondern eine Verlängerung oft nur über den Nachweis von gravierenden Defiziten oder dem Auftreten von Problemen oder Verschlechterungen begründet werden müssen. Dadurch vermittelt man den jungen Menschen das Gefühl, dass mit ihnen etwas nicht in Ordnung ist, dass sie mit 18 noch nicht selbstständig und unabhängig sind, obwohl es in unserer Gesellschaft eigentlich eher unnormal wäre, in diesem Alter bereits ganz auf eigenen Beinen zu stehen [640, 742]. Ausserdem ist kaum zu vermeiden, dass sich die Charakteristik der Hilfe und die Art der helfenden Beziehungen verändert, wenn keine Planungssicherheit mehr besteht. Die Beziehungsgestaltung verändert sich sowohl von Seiten des jungen Menschen als auch von der der Fachkräfte, wenn man sich auf einen Abschied und Übergänge vorbereitet [504]. Demgegenüber fällt es schwer, neue Projekte und Ziele zu verfolgen, wenn unklar ist, ob man diese zu Ende führen kann. Mehrere Studien zeigen, dass die Transitionsprozesse

wesentlich erfolgreicher verlaufen, wenn sie gemeinsam langfristiger geplant sind [709, 741, 757]. Gerade die langfristige Planung gibt Sicherheit und ermöglicht es überhaupt sich mit seinen Problemen zu öffnen und diese auch anzugehen.

Gerade die Überlegungen über die resilienzorientierte Narration über die Heimerziehung sollten daher auch bei der Beendigung von Hilfen gezielter genutzt werden. Es sollte anerkannt werden, dass es sich bei der Beendigung einer Hilfe um einen längeren auch emotionalen Prozess handelt, in dem man einerseits nochmal zurückschaut und reflektiert, was alles gewesen ist. Dass man sich verabschiedet, gegebenenfalls auch bedankt und man andererseits mit Respekt und Vorfreude auf eine neue Lebensphase blickt und sich auf die Herausforderung vorbereiten muss. Die Bedeutung dieses Prozesses wurde im Rahmen von EQUALS@WeAskYou (siehe Exkurs auf Seite 16) aufgegriffen. Im Sinne einer Unterstützung und Qualitätssicherung für den Austrittsprozess wurde auf der Online-Plattform zusammen mit den teilnehmenden Institutionen ein Tool entwickelt, dass es erlaubt, den Austrittsprozess passgenau zu begleiten und sowohl zurück als auch nach vorne zu schauen, welches eine gute Grundlage zur Vorbereitung der Transitionsprozesse darstellt und wichtige Gespräche über diese Prozesse zwischen den begleitenden Fachkräften und dem bald austretenden jungen Menschen anstoßen kann.

Letztlich ist es ein ziemliches Problem, dass junge Menschen mit der Heimentlassung und der Volljährigkeit oft das Hilfssystem verlassen und Beistandschaften aus dem Kinderschutz fast zeitgleich beendet werden. Mit der Volljährigkeit ändert sich auch die Verwaltungslogik für die Hilfe die ursprünglich über die Eltern und als Hilfe zu Erziehung eingeleitet wurden. Eine Wiederaufnahme von Hilfen ist dann oft relativ schwierig, mit viel Bürokratie verbunden und erfolgt in einem neuen System in einer anderen juristischen Logik und ganz neuen Ansprechpartner:innen. Zusätzlich ist die Wiederaufnahme von Hilfen für viele der jungen Erwachsenen mit Schuld- und Schamgefühlen verbunden, da diese die Belastungen und den Hilfebedarf unterschätzt haben.

14.1.10.2 Situation mit der Herkunftsfamilie klären

Viele JAEL-Teilnehmende geben an, durch ihre Eltern deutlich weniger Support zu haben als die heranwachsende Allgemeinbevölkerung. Über die Hälfte hat gar keinen Kontakt zum leiblichen Vater und über ein Viertel keinen Kontakt zur biologischen Mutter. Die Herkunftssysteme werden von den jungen Erwachsenen der JAEL-Stichprobe als extrem belastend beschrieben. Über 40% der Eltern haben keine Ausbildung, die Hälfte der Eltern wurden schon psychiatrisch behandelt und ein Viertel strafrechtlich verurteilt.

Insgesamt ist es wichtig, bei den Care Leaver:innen zwischen denjenigen zu differenzieren, die zu ihren Familien zurückgeführt wurden und denjenigen, die direkt ausgetreten sind. Die jungen Menschen, die noch zurückgeführt wurden, geben auch in JAEL eine höhere soziale Unterstützung an, als die, die direkt ausgetreten sind. Dabei ist allerdings zu beachten, dass über die Hälfte der jungen Menschen nicht in dasselbe System zurückgeführt wurden aus dem sie ausgetreten sind, da sich die Familienkonstellationen oft ändern und Rückführungen oft erfolgen, wenn die Mutter einen neuen Partner hat [262, 758]. Mit der Beziehung zur Familie und der geringen Unterstützung durch diese sind die JAEL-Teilnehmenden neben der finanziellen und beruflichen Situation am unzufriedensten. Auch in den qualitativen Interviews zeigt sich, dass viele keinen bzw. einen eher sehr losen Kontakt mit ihren biologischen Eltern und Geschwistern haben, was die Care Leaver:innen sehr von der Allgemeinbevölkerung unterscheidet [424, 759].

Die meisten jungen Erwachsenen in der Allgemeinbevölkerung bleiben noch weit über ihr 20. Lebensjahr hinaus von ihren Eltern abhängig. Diese Phase hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich

verlängert. Das geht von der finanziellen Unterstützung bei Engpässen, wenn die Waschmaschine oder Computer kaputt geht, über das Obdach, wenn man Ärger in der Beziehung hat oder sich die studentische Wohngemeinschaft auflöst, bis zur administrativen, fachlichen und emotionalen Unterstützung bei wichtigen Entscheidungen rund um Ausbildungen, Studium, Beziehungen oder Wohnungssuche [760, 761]. Die meisten jungen Menschen in der Allgemeinbevölkerung haben eine "Homebase", wo sie immer willkommen sind, dazugehören und unterstützt werden. Die Zeit der Ablösung aus der Familie führt häufig zu einer Neudefinition ihrer familiären Beziehungen [761] und kann die Ressourcen auch herausfordern. In dieser Lebensphase werden die gesellschaftlichen und sozioökonomischen Unterschiede nochmals besonders deutlich, da es junge Menschen gibt, die in dieser Zeit sehr viel Unterstützung von ihren Eltern bekommen können und andere Familien dies schlicht nicht leisten können. Wenn Familien nicht in der Lage sind, umfassende Unterstützung zu leisten, sind junge Menschen bei der Bewältigung des Übergangsprozesses auf ihre eigenen Ressourcen angewiesen [759, 762, 763]. Dies trifft besonders auf Care Leaver:innen zu [360, 425, 748, 759, 764]. Die internationalen Befunde bestätigen somit auch hier die JAEL-Resultate. Die im Vergleich zu geringe soziale Unterstützung wird von den Care Leaver:innen durchaus problematisiert und als ungerecht erlebt. Sie beschreiben in den qualitativen Interviews oft ein eher ambivalentes Verhältnis zu ihren Eltern und haben mit Gefühlen von Sorge, Wut, Scham, Schuld und Ohnmacht zu tun. Oft scheinen sich beide Parteien füreinander verantwortlich zu fühlen und überfordern sich.

Selbst in problematischen Familienkonstellationen gibt es folglich weiterhin ein "allgemeines Angebot an gegenseitig zu unterstützen" [760, 765]. Ebenso gibt es in sozial benachteiligten Kontexten den Wunsch "gute Eltern/Kinder zu sein und zu haben und sich umeinander zu sorgen", auch wenn diese nicht immer mit vorherrschenden sozialen Normen übereinstimmen [763, 765]. Deshalb wenden sich viele Care Leaver:innen auch nach dem Austritt an ihre Eltern, auch wenn sie in Schwierigkeiten sind [766]. Auch Grosseltern können oft eine nicht unwesentliche Ressource darstellen [767].

Für junge Menschen mit einer Vorgeschichte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe ist mit dem Eintritt und dem Austritt jeweils eine Neudefinition der Beziehungen zu ihrem Familiensystem verbunden [761]. Deshalb ist es eine wichtige Aufgabe in der Transitionsphase, zu klären, wie die Kontakte zum Familiensystem aussehen, wie dieses gestaltet sein muss, um für alle Beteiligten förderlich zu sein. Aus epidemiologischen Längsschnittstudien [768] weiss man, dass viele psychisch belastete Menschen, obwohl sie sehr belastete ambivalente Beziehungen zu ihren Eltern seit der frühesten Kindheit hatten und auch Vernachlässigung und Misshandlung erlebten, im jungen Erwachsenenalter einen sehr engen Kontakt mit ihren Eltern pflegen. Zudem weiss man, dass diejenigen mit dem engsten Kontakt in der sozialen Teilhabe schlechter dastehen als die mit einer gelungenen Ablösung. Nicht wenige Care Leaver:innen brauchen folglich zu ihrem eigenen Schutz auch einen gewissen Abstand von ihren Eltern und brauchen für sich dafür aber oft auch eine Erlaubnis. Im günstigsten Fall erfolgt diese durch die Eltern selbst oder zumindest durch die Fachkräfte, die auch effektive Hilfen für die Eltern installieren können.

Leider werden solche systemischen Aspekte im Transitionsprozess in die Verselbständigung oft nicht ausreichend beachtet und die Zusammenarbeit mit dem Herkunftssystem gerade bei den älteren Jugendlichen, die nach Beurlaubungen in der Regel allein in die Institution kommen und von dort auch alleine in das Wochenende gehen, oft auch nicht mit der gleichen Intensität verfolgt wie bei den jüngeren Kindern. Oft haben auch weder die Eltern noch die jungen Menschen eine ausreichend konkrete Idee davon, wie sie davon profitieren könnten. Dennoch ist die Klärung der Beziehung zum Herkunftssystem derart wichtig, dass sie nicht dem Zufall und allein der Dynamik des Familiensystems überlassen werden darf, da sie den Verlauf des Transitionsprozesses sehr wesentlich beeinflusst. Es ist

wichtig, sich einen diagnostischen Eindruck von dem Herkunftssystem zu verschaffen, um einerseits die Ressourcen der Familie im Transitionsprozess nutzen zu können, aber auch die potenziellen Gefahren zu erkennen, gegebenenfalls Grenzen zu setzen und gegensteuern zu können. Es ist auch wichtig nicht automatisch immer eine Rückführung vorauszusetzen, da es sich ja um eine Hilfe zur Erziehung handelt. Eine der Hauptforderungen der deutschsprachigen und internationalen Care Leaver:innen-Organisationen ist es, dass die jungen Menschen selbst entscheiden können, ob sie in der stationäre Hilfe bleiben oder ob sie rückgeführt werden oder in eine andere Form der individuellen Hilfe überführt werden wollen.

Zudem darf bei über 18jährigen die Notwendigkeit einer Fremdplatzierung und die frühere forcierte Trennung von den Eltern nicht dazu führen, dass sie sich viel früher verselbstständigen müssen und ihnen notwendige Hilfen vorenthalten werden oder sie zurück in ihre Familien, zu der sie oft ein sehr ambivalentes Verhältnis haben, gedrängt werden. Insbesondere dürfen sie nicht doppelt für die Belastung und Überforderung ihrer Eltern und deren Armut und geringere gesellschaftliche Teilhabe bestraft werden, indem sie von diesen nicht nur keine Unterstützung bekommen, sondern für den ganz normalen Unterstützungsbedarf, den sie in der Adoleszenz haben, auch noch selbst aufkommen müssen. Der Wechsel der Finanzierung von einer Erziehungshilfe zu einer selbst beantragten Hilfe ist nicht selten mit sehr hohen finanziellen Belastungen und Verschuldung verbunden, da ein Teil der Leistungen selbst finanziert werden soll. Junge hilfsbedürftige Volljährige sollten, selbst wenn sie allein die verantwortlichen Antragsteller:innen für ihre Hilfe sind, nicht für diese bis zum Abschluss ihrer beruflichen Integration bezahlen müssen, da dies eine systematische Benachteiligung darstellt. Schliesslich unterstützen die Familien ihre Kinder auch bis dahin und werden von der Gesellschaft über Steuervorteile und Familienzulagen auch gezielt gefördert.

Letztlich wäre es wichtig, schon in der Zeit der Heimerziehung eine wesentlich intensivere und evidenzbasierte Elternarbeit zu machen und die kindzentrierte, stationäre Massnahme mit ambulanten, familienzentrierten Interventionen zu kombinieren. Eine erfolgreiche Intervention mit Kindern und Jugendlichen sollte immer die Kinder und Jugendlichen, die Eltern und die Eltern-Kind-Interaktion adressieren, da die Eltern-Kind-interaktion für die langfristiger Entwicklung der Familie am wichtigsten ist. Sowohl um die Platzierung zu unterstützen und gegebenenfalls eine Rückführung vorzubereiten aber eben auch um die Beziehung nach der Verselbständigung zu definieren. Es ist leider aus verschiedenen Studien bekannt, dass die stark belasteten Eltern durch die Heimerziehung zwar entlastet sind, aber kaum zusätzliche erzieherische Kompetenzen aufbauen oder in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe gestärkt werden [262, 437, 491, 769, 770]. Dabei ist die Einleitung einer Heimerziehung auch für die Eltern ein sehr kritisches Lebensereignis, die oft zwischen der Hoffnung auf Entlastung und Entwicklungschancen und Trauer, Wut und Schuldgefühlen schwanken und leiden [771]. Es wäre sehr wichtig, in der Elternarbeit ein gemeinsames Narrativ für die "guten Gründe" der Heimerziehung zu erarbeiten. Wenn die Eltern nicht überzeugt sind und die Massnahmen nicht unterstützen, werden diese scheitern und die Kinder und Jugendlichen unter Loyalitätskonflikten leiden [261, 262, 772]. Viele Befunde und Meta-Analysen belegen, dass die Beteiligung der Eltern ein wesentlicher Wirkfaktor für den Verlauf der Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen darstellt [773, 774]. Die Kinder und Jugendlichen wünschen sich auch eine solche stärkere Beteiligung ihrer Eltern; und ein positiver Kontakt führt auch zu erfolgreicherer Hilfen und früheren Rückführungen [775-778]. Kürzere Aufenthaltsdauern sind mit geringeren Kosten verbunden, weshalb sich Investitionen in eine professionellere, evidenzbasierte Elternarbeit auch aus Perspektive der staatlichen Steuerung der Kinder- und Jugendhilfe lohnen sollten.

Daneben werden die Möglichkeiten von evidenzbasierten, systemischen Therapieangeboten in der Heimerziehung oft noch zu wenig genutzt [612, 779, 780]. Es wird zwar immer gesagt man arbeite systemisch, aber die Qualität, die Art der Interventionen und die Intensität entspricht oft nicht dem, was wissenschaftlich erwiesen die grösste Wirkung zeigt. Die Einstellung der Fachkräfte und das Fachwissen zur Elternarbeit entscheidet darüber, wie intensiv diese praktiziert und im Alltag dauerhaft gelebt wird [781], weshalb es sicher wichtig ist, die Einrichtungen diesbezüglich weiter zu qualifizieren. Die Tatsache, dass viele Familie ähnliche Erfahrungen machen, würde auch die Konzepte der Multifamilien-Therapie [782] und des Elterntrainings in der Gruppe [783-786], deren Wirkung auch in Meta-Analysen gut belegt ist, nahelegen – auch wenn man die besonders hohe Belastung der Eltern berücksichtigen sollte und man im Behandlungsprozess vermutlich auf jedes Elternteil sehr individuell eingehen muss, um die optimale Wirkung zu erzielen [612, 787, 788]. Auch ein Einbezug der Väter scheint einen zusätzlichen Effekt zu haben, wenn diese vorhanden sind. Effektive, familientherapeutische Programme insbesondere die multisystemische Therapie Kinderschutz (MST-CAN) können auch die elterliche Psychopathologie und den elterlichen Stress reduzieren und dadurch auch das Ausmass an Vernachlässigung sehr deutlich verringern [789-792]. Deshalb könnte sich die MST auch anbieten, Kinder und Jugendliche nach einer Krisenintervention in einer sozialpädagogischen Institution nachhaltig und sicher zurückzuführen [481].

Die familientherapeutischen Interventionen sollten sehr gezielt die Struktur und offene Kommunikation in der Familie unterstützen und soziale Problemlösestrategien einbringen und natürlich die Ressourcen in den Familien aktivieren und sie aus der relativen Isolation herausführen [612].

EXKURS: MST Standard und MST-CAN

Die Multisystemische Therapie (MST) ist eine lizenzierte, manualisierte und hoch intensive Form der aufsuchenden Familientherapie. Sie wurde entwickelt für Familien mit Jugendlichen, die externalisierendes Problemverhalten aufweisen. Die Behandlung findet gemäss der multisystemischen Perspektive innerhalb des betroffenen Systems statt, denn Störungen des Sozialverhalten werden als Problem des gesamten Umfelds des Jugendlichen verstanden, nicht nur als Problem des Jugendlichen oder der Familie. Der Fokus liegt auf der Befähigung der Eltern und Bezugspersonen sowie der Ressourcenaktivierung im sozialen Umfeld der Familie. MST zeichnet sich durch eine hohe Behandlungsintensität und dem Einsatz von vergleichsweise vielen Ressourcen über einen genau definierten Zeitraum aus. Ein/e MST-Therapeut:in behandelt nur drei bis vier Familien für einen Behandlungszeitraum von sechs bis neun Monaten. Mit jeder Familie werden im Schnitt mindestens drei Termine realisiert, zudem sind die MST-Teams 365 Tage im Jahr und 24 Stunden am Tag erreichbar. Durch die Behandlung vor Ort können familiäre Verhaltensmuster durchbrochen und sehr nachhaltige Veränderungen erzielt werden [793].

MST-CAN (Multisystemische Therapie – Child Abuse and Neglect) ist eine Adaption von MST für Familien, bei denen das Kindeswohl aufgrund von Misshandlung oder Vernachlässigung gefährdet ist und bei denen weniger intensive Behandlungsangebote nicht vielversprechend sind, eine Fremdplatzierung jedoch noch nicht klar indiziert ist. Der Fokus liegt hier mehr auf dem Verhalten der Eltern. MST-CAN Fälle sind grundsätzlich schwerer belastet und beanspruchen eine längere Behandlung [793]. Ziel ist es, die Fremdplatzierung von Kindern zu verhindern und die Familie zu einem entwicklungsfördernden Zusammenleben zu befähigen [794].

Zu Beginn der Behandlungen in MST werden gemeinsame Therapieziele definiert. Auslösende und aufrechterhaltende Faktoren für die Problematiken werden identifiziert und anhand systemischer und verhaltenstherapeutischer Interventionen behandelt. Bei Therapiestart wird auch ein Familiensicherheitsplan erstellt, in dem geregelt ist, was Eltern oder Kind tun können, wenn das Risiko für Gefährdungen steigt und wen sie zu Hilfe rufen können. Die Therapie wird abgeschlossen, wenn die zu Beginn gemeinsam vereinbarten Therapieziele erreicht sind [795].

Mehrere Studien bezeugen die Wirksamkeit von MST Standard und MST-CAN unter anderem in Bezug auf das Verhindern von Fremdplatzierung. Van der Stouwe und Kolleg:innen [796] fanden in einer Meta-Analyse zur Wirksamkeit von MST signifikante Behandlungseffekte auf Delinquenz, Psychopathologie, Fremdplatzierung, Substanzmissbrauch sowie weitere Familien- und

Peerfaktoren. In einer anderen Meta-Analyse untersuchten Euser und Kolleg:innen [797] Interventionsprogramme, die alle darauf abzielten, Kindsmisshandlung zu reduzieren und zu verhindern. Von den 20 untersuchten Programmen zeigten sich signifikante Interventionseffekte für fünf davon, darunter MST-CAN. Eine Studie von Swenson und Kolleg:innen [798] verglich MST-CAN mit einer Kontrollbedingung, wobei sich herausstellte, dass Kinder in MST-CAN weniger häufig fremdplatziert wurden – und wenn sie doch fremdplatziert wurde, sie weniger Platzierungswechsel erlebten. Diese Kinder wiesen auch eine deutliche Verbesserung der internalisierenden Symptome auf. Außerdem empfanden die Eltern in MST-CAN eine verbesserte soziale Unterstützung und zeigten eine stärkere Reduktion ihrer eigenen psychischen Auffälligkeiten und von mit Misshandlungen verbundenen Erziehungsverhalten.

Untersuchungen aus der Schweiz zeigten ebenfalls eine deutliche Reduktion der Psychopathologie der Kinder und der Eltern sowie eine deutliche Reduktion des Vernachlässigungsriskos [789] und des elterlichen Stresses [790, 791]. Die zuweisenden Behörden benannten unterschiedliche Wirkfaktoren, unter diesen aber vor allem die Intensität, Fachlichkeit und Klarheit in der Therapieplanung [795].

Ein relevantes Problem für die langfristige Entwicklung der Beziehung zu den Eltern ist sicherlich, dass die Geschichte und die Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Heimerziehung oft relativ tabuisiert werden und implizit davon ausgegangen wird, dass die Zeit die Wunden schon heilen. Das ist aber nicht so. Ohne gezielte Intervention werden die Geschehnisse und die Gefühle insbesondere Schuld und Scham immer die Beziehungen belasten [592, 799-804]. Eine aktuelle Metaanalyse von 26 methodisch guten Studien schlussfolgerte, dass therapeutisch angeleitete Gespräche zwischen Eltern und Kindern über Ereignisse wie Missbrauch und Misshandlung [805] eine positive Wirkung auf den weiteren Entwicklungsverlauf haben. Es gibt empirisch überprüfte familientherapeutische Verfahren, die mit den Eltern die Vernachlässigungs- und Missbrauchsgeschichte in einem recht aufwendigen Prozess aufarbeiten und über einen Brief und ein Ritual die Eltern dann um Verzeihung bitten lassen [806, 807]. Dieses sehr emotionale, aber schöne Verfahren kann helfen, alte Wunde zu heilen und schafft somit eine Möglichkeit für eine Neudefinition der Beziehung, ohne die Vergangenheit zu negieren und sensibilisiert die Eltern auf die Bedürfnisse ihrer Kinder. Es bleibt leider oft recht diffus, inwiefern die sozialpädagogischen Institutionen im Rahmen der Elternarbeit mit den Verletzungen und traumatischen Erfahrungen arbeiten. Hier wäre es sehr wünschenswert und notwendig, dass man die Auswirkungen der Misshandlungsgeschichte auf die Eltern-Kind-Interaktion mehr reflektiert und nicht davon ausgeht, dass die Beziehung sich dadurch bessert, dass das Kind fremdplatziert ist. Es braucht eine begleitete Neudefinition der Beziehungen in der die Vergangenheit ihren Platz hat und eine neue ausreichend sichere Beziehung definiert wurde. Viele Care Leaver:innen leiden darunter, dass sie von ihren Familien in der wichtigen Transitionsphase wenig Unterstützung bekommen, weshalb es verschiedene Initiativen gibt zu versuchen, diese Form von Unterstützung durch eine intakte Familie so gut es geht zu kompensieren. Insbesondere Kinderdörfer, die ihre KlientInnen oft viele Jahre betreuen, versuchen mit "Doing Family Konzepten" die Ablösungsprozesse langfristig in familienähnlichen Strukturen zu begleiten [808, 809].

Nicht wenige Care Leaver:innen wünschen sich aber auch ein Recht auf eine "Scheidung" von ihren Eltern, weil sie, nach dem sie Opfer von Vernachlässigung und Misshandlung durch die Eltern geworden sind, von ihren Eltern nie die ausreichende Betreuung erhalten haben. Durch dies kann es für Kinder, die von ihren Eltern nicht versorgt und unterstützt wurden und die ihnen nicht primär dankbar sind, sehr schwierig werden, für ihre Eltern dann im Alter emotional und finanziell verantwortlich zu sein und deren Pflege oder die Kosten für eine Pflegeheim übernehmen zu müssen. In den Vorstößen zum "Rechtsstatus Leaving Care" [747] wird deshalb auch explizit darauf hingewiesen, dass die Care Leaver:innen sich rechtlich von den Eltern lösen dürfen und weder für die Beantragung ihrer Hilfen auf die Eltern angewiesen, noch weiter rechtlich für Eltern und deren Notlagen herangezogen werden können. Im Gegensatz zu Grossbritannien und vielen ehemaligen

britischen Kolonien wurde dies aber im gesamten deutschsprachigen Raum noch nicht final und rechtskräftig umgesetzt [425, 810, 811].

14.1.11 Chancen des E-Learnings stärker nutzen

E-Learning kann ein beliebtes Element für die Weiterbildung von Fachkräften aus der Heimerziehung sein. [jael-elearning.ch](#) wird von diesen auch als sehr hilfreich und unterstützend für den beruflichen Alltag empfunden. Die Stärke und Nachhaltigkeit der Effekte auf die Arbeitszufriedenheit, die arbeitsbezogene Selbstwirksamkeit und allgemeine Selbstwirksamkeit sind sehr bedeutsam für eine einfache Weiterbildung. Diese Effekte sind aber eigentlich nicht überraschend, zeigen doch auch aktuelle Meta-Analysen für E-Learning grosse Effekte sowohl auf das Wissen als auch berufliche Fertigkeiten [812]. Die ausgeprägten Effekte von [jael-elearning.ch](#) auf das Fachwissen und den Kompetenzgewinns sind natürlich sehr erfreulich. Andere E-Learnings im Kinderschutz berichten aber ähnliche grosse Effekte [813-815].

Offensichtlich gelingt es mit den Filmen, Fallbeispielen und Reflexionsaufgaben auch recht gut ein emotionales Lernen zu ermöglichen. Natürlich bietet das E-Learning viele der bekannten Vorteile. Man kann von überall mit Internetverbindung her lernen und sich seine Lernzeiten selbst festlegen. Das Potential von E-Learnings wird im psychosozialen Bereich noch zu wenig genutzt, könnte aber gerade für Fachkräfte in der Heimerziehung mit den Schichtdiensten und teilweise, selbst in der Schweiz, recht langen Fahrtzeiten zu den Weiterbildungsstätten interessant sein. Nicht zu unterschätzen ist auch die Möglichkeit, über E-Learning Fachkräfte aus anderen psychosozialen Bereichen anzusprechen und für das Arbeitsfeld der Heimerziehung neugierig zu machen. Man kann sich mit dem Arbeitsfeld der Heimerziehung und den Entwicklungen in diesem Bereich auseinandersetzen. Gerade das Potential von Quereinsteigern aus anderen psychosozialen Berufen oder auch das Zurückholen von in der Heimerziehung erfahrenen Fachkräfte wird zunehmend an Bedeutung gewinnen, um den Fachkräftemangel im sozialen Bereich zu kompensieren. Die Evaluationsergebnisse aus JAEL zeigen eindrücklich, dass die Fachkräfte die [jael-elearning.ch](#) absolvierten, einen unmittelbaren Nutzen für ihre eigene Praxis berichteten. Der berichtete direkte Nutzen legt nahe, dass es bei [jael-elearning.ch](#) offenbar gut gelingt, einen Transfer vom Gelernten in den Arbeitsalltag zu realisieren. Dies ist sicher auf die praxisnahen Materialien und die aufwendig hergestellten Filme und Fallarbeiten, mit realistischen Fällen mit einem expliziten Praxisbezug, zurückzuführen. Eventuelle wäre es wertvoll, solche Methoden bereits stärker in die grundständige Ausbildung von Fachkräften einzubinden und Aus- und Weiterbildungen mit einer Kombination aus E-Learning und Präsenzveranstaltungen ("Blended Learning") zu realisieren. Daneben würden sich E-Learnings auch für alle Menschen aus unterschiedlichen Professionen oder zur (Weiter-)Qualifizierung von interessierten und gut geeigneten Laien wie zum Beispiel Vertrauenspersonen im Leaving Care Prozess eignen. Immer wenn man eine grosse Gruppe mit einer qualitativ hochwertigen Ausbildung einheitlich, ökonomisch und möglichst standardisiert aus- oder weiterbilden möchte, sind E-Learnings besonders wertvoll.

Die signifikanten Effekte von [jael-elearning.ch](#) auf die Selbstwirksamkeit und Arbeitszufriedenheit als ein sehr globales Konstrukt sind sehr erfreulich, aber auch relativ aussergewöhnlich und zeigen, dass es gelungen ist, nicht nur Wissen zu vermitteln, sondern auch tiefergehende Reflexionsprozesse anzustossen. Diese Effekte auf die Selbstwirksamkeit konnte beispielsweise bei der Evaluation des "EQUAT E-Learnings Traumapädagogik" nicht so stark nachgewiesen werden, weil diese dort stärker auf personelle Ressourcen und die Unterstützung der Teams zurückzuführen waren [280]. [jael-elearning.ch](#) wurde wegen diesen Erfahrungen stärker auf das Verhalten und die Reflexion der einzelnen Fachkraft ausgelegt, was diese grösseren Effekte erklären könnte. Sehr erfreulich ist auch,

dass sehr viele der Fachkräfte, die das E-Learning absolvierten, ihre Erfahrungen und Erkenntnisse und Materialien mit ihren Kolleg:innen teilten. Dies spricht dafür, dass die Inhalte in die Praxis der Wohngruppen einfließen und dort nicht auf Widerstand stoßen.

14.1.12 Fachpolitische Beteiligung von Care Leaver:innen und Rechtsstatus Leaving Care

Die Erfahrungen von Care Leaver:innen werden noch viel zu wenig von der Gesellschaft, den Institutionen, den Verbänden und der Politik aufgenommen und berücksichtigt. Gerade die Aussagen der Care Leaver:innen und die Ergebnisse der JAEL-Studie zeigen, welch bedeutsamen Beitrag die jungen Menschen selbst leisten können und wie differenziert sie die Gelingensfaktoren und Stolpersteine im Verlauf des Transitionsprozesses beschreiben können. Bei der Ausgestaltung von Gesetzen sowie der Fachpolitik und Forschung in der Jugendhilfe sollte auch in der Schweiz stärker auf ihre Expertise Wert gelegt werden [816]. Im internationalen Vergleich zu den skandinavischen sowie den Commonwealth Ländern, insbesondere Grossbritannien und Kanada, besteht hier ein erheblicher Nachholbedarf [425, 811, 817]. Es zeigen sich Unterschiede, die auf rechtliche Regelungen und eine andere Schwerpunktsetzung in der fachpolitischen Praxis zurückzuführen sind. Gleichzeitig wird auch festgestellt, dass ein Rechtsanspruch allein nicht ausreicht, sondern es auch darauf ankommt, ausreichend viele Ressourcen für die jungen Menschen, welche die Heime verlassen, vorzuhalten [818-820]. Es wäre zum Beispiel wünschenswert, dass ihre Stimme in der Jugendhilfegesetzgebung sowie der kantonalen Ausgestaltung der ambulanten und stationären Kinder- und Jugendhilfe, aber auch in anderen sozialpolitischen Bereichen (sozialer Wohnungsbau, Arbeitsintegration, Stadtentwicklung, etc.) einen festen Platz hätte. Dabei wäre es zudem wichtig, dass die organisierten Care Leaver:innen neben den eigenen Bedürfnisse auch die Bedürfnis jener Care Leaver:innen vertreten, die dazu nicht in der Lage sind, weil sie dafür viel zu belastet sind und dabei auch die Bedürfnisse nicht gegeneinander ausgespielt werden. Gerade aus einer sozialen Gerechtigkeitsperspektive und im Sinne der Demokratieförderung wäre es wichtig, hier Strukturen zu schaffen, die eine Beteiligung der besonders benachteiligten Menschen in unserer Gesellschaft sichern [821, 822].

Die Frage der Unterstützung in der Adoleszenz gewinnt zudem immer stärker an Bedeutung, weil es gesellschaftliche Entwicklungen gibt, die den Übergang in ein selbständiges Leben immens erschweren. Die immer spätere Verselbständigung ist eine Reaktion auf die steigenden Lebenshaltungskosten, insbesondere Wohnungskosten in den Ballungszentren, sowie auf die zunehmenden Anforderungen an die berufliche Qualifikation. Diese immer spätere Verselbständigung stellt insofern ein soziales und ethisches Problem dar, als sie die sozialen Unterschiede in unserer Gesellschaft weiter verschärft. Schon die Frage der Wohnsituation von Familien verdeutlicht, welch immense Unterschiede in dieser Lebensphase für junge Erwachsene bestehen. Die Frage, wer für den Führerausweis aufkommt oder wer die Kosten trägt, wenn man nach der Erstausbildung doch noch studieren oder eine andere Ausbildung machen möchte, kann gerade in dieser Lebensphase den weiteren Lebensweg und die soziale Teilhabe erheblich beeinflussen – ganz zu schweigen von der Möglichkeit, eigene Kinder bei der schulischen oder beruflichen Integration sowie im Studium inhaltlich zu unterstützen oder durch ein eigenes berufliches Netzwerk zu fördern. Junge Menschen, die ohnehin schon stark benachteiligt sind, erhalten in dieser immens wichtigen Lebensphase deutlich weniger Unterstützung. Deshalb ist es besonders wichtig, dass diejenigen, die so stark benachteiligt sind, dass staatliche Institutionen sich bis zu ihrer Volljährigkeit um sie kümmern mussten, in dieser Übergangszeit ausreichend Unterstützung erhalten, um eine realistische Chance auf ein "selbstbestimmtes gutes Leben" zu bekommen [747, 821, 823]. Die Frage der Stigmatisierung von Care Leaver:innen kann auch nicht unabhängig von den dafür zur Verfügung gestellten Ressourcen

diskutiert werden. Eine weitere Entstigmatisierung von Care Leaver:innen ist nur möglich, wenn der Zugang zu Ressourcen sehr niederschwellig sichergestellt ist. Je höherschwelliger die Hilfe ist und je mehr man seinen Bedarf nachweisen muss, desto grösser und ausgeprägter wird das Stigma nicht nur für die Hilfeempfänger:innen sondern für die ganze Gruppe [824-826]. Wirklich frei von Stigma sind Sozialleistungen erst, wenn sie allgemein als ganz selbstverständlich akzeptiert werden.

Gerade im Bereich der politischen Vertretung hat sich in der Schweiz in den letzten Jahren durch die sehr engagierte Arbeit viele Care Leaver:innen und zahlreicher sehr kompetenter Fachkräften in den Fachverbänden sowie im Kompetenzzentrum Leaving Care (<https://leaving-care.ch>) viel getan [428, 816]. Auch politische Vorstösse auf kantonaler und Bundesebene konnten realisiert werden.

Neben der politischen Beteiligung ist die Absicherung des Rechtsstatus, wie er auch von den Fachverbänden gefordert wird, von grosser Bedeutung. Die zentrale Herausforderung liegt darin, eine sozialpädagogische Hilfe, die stets auch ein juristischer Verwaltungsakt ist, von einer Hilfe zur Erziehung, die als Unterstützung von den Eltern beantragt wird, in eine Hilfe für eine volljährige Person zu ändern, die selbst Unterstützung benötigt. Diese Person muss selbst den Antrag für diese Hilfen stellen. Damit ändert sich die juristische Person, die Logik der Hilfe und die administrative Zuständigkeit. Insbesondere ist es plötzlich, wenn der junge Mensch nun selbst der Antragsteller wird, sehr entscheidend, dass dieser ein möglichst gutes Bild von seinem Hilfebedarf hat und weiss, welche Voraussetzungen es für diese Hilfe gibt. Durch den Wechsel der Zuständigkeiten und die Volljährigkeit kommt nun ein junger Mensch, der an sich einen guten Verlauf hatte, in die Situation, sich auf einmal als psychisch krank, hilfsbedürftig oder seelisch behindert bezeichnen zu müssen, nur weil er sonst keine Hilfe für junge Erwachsene, die an Notlagen gebunden sind, beantragen kann. Dieser Prozess ist sehr stigmatisierend und widerstrebt gerade Menschen in der Adoleszenz, die frei und wie die anderen jungen Menschen sein wollen, besonders sensibel für Stigmatisierung und Ausgrenzung sind. Deshalb ist es entscheidend, dass junge Erwachsene bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres (dem Alter, bis zu welchem in den westlichen Ländern die meisten jungen Menschen noch abhängig sind) weiterhin selbst Hilfe zur Erziehung beantragen können – weil sie keine anderen Menschen haben, die sie ausreichend gut unterstützen können, sind sie ja auf professionelle Helfer angewiesen. Natürlich machen gerade deswegen auch die emotionale Unterstützung und Peeransätze sehr viel Sinn und sind auch so erfolgreich [816, 827, 828]. Gerae die emotionale Unterstützung und informellen Netzwerke sind in dieser Lebensphase so wichtig, weil sie die Sicherheit für die Exploration der Erwachsenenwelt geben [504, 723, 730, 829]. Vermutlich sind informelle Netzwerke, die man rund um die Ressourcen der Care Leaver:innen unmittelbar in der Lebenswelt aufbaut, nicht nur niederschwelliger, sondern es gibt auch ein höhere Bereitschaft, diese zu nutzen und enger mit ihnen zusammenzuarbeiten [830]. Um die Peers vor Überförderung zu schützen, sollte allerdings um diese Freiwilligen herum ein professionelles Unterstützungssystem aufgebaut werden, welches auskömmlich und sicher finanziert ist.

Sehr gut ist es, dass sich auch Ausbildungen sowie Beratungs- und Supervisionssettings für diese Peers entwickelt haben und es jetzt schweizweit Anlaufstellen gibt, bei welchen sich Care Leaver:innen melden können. Aus fachlicher Sicht würde es vielleicht Sinn machen, je nach Indikation, unterschiedlichen Intensitäten bei der Peerbegleitung anzubieten: Von der Selbsthilfe bis hin zur Begleitung durch ein Netzwerk von Peers und professionellen, gut ausgebildeten Care Leaver:innen. Einerseits könnten rein informelle, freiwillige und sehr niederschwellige Peersysteme existieren, die auf Ehrenamtlichkeit basieren und über den Zusammenhalt und die Familienähnliche Struktur wirken. Bei gewissen Indikationen und Konstellationen und höherem Unterstützungsbedarf, wäre wiederum eine Kombination von Peerarbeit mit professionellen Fachkräften vermutlich sehr hilfreich [709]. In

einem sehr schönen Review von Okland und Oterholm [831], für das über 70 Arbeiten im Volltext gesichtet und 12 vertieft analysiert wurden, extrahierten diese fünf Aspekte, in welchen man politisch und fachlich den Support für Care Leaver:innen unterschiedlich organisieren kann. Sie beschreiben (1) Selbsthilfegruppen, (2) natürliche bzw. informelle Mentor:innenprogramme, (3) formelle, angebahnte Mentor:innenprogramme und (5) Programme, die sich darauf fokussieren, in der Familie eine verlässliche und unterstützende Ressource in Form einer erwachsenen Person zu finden und aufzubauen. Diese Arbeit zeigt gut, wie unterschiedlich und individuell die Wege sind, und dass fast alle einen positiven Effekt haben. Es gibt gerade auch Studien, die zeigen, dass das Suchen und Wiederfinden von einer unterstützenden und stabilen erwachsenen Person aus dem erweiterten Familiensystem mit der Hilfe von Fachkräften einen positiven Einfluss auf die gesellschaftliche Teilhabe und den Erfolg der Transition hat [832], dabei ist natürlich die Klärung der Beziehungen zum Herkunftssystem zu beachten (siehe Kapitel 14.1.10.2).

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass man den genauen Hilfebedarf in der Transitionsphase noch gar nicht so gut antizipieren kann, da man mit dem Austritt aus dem Heim zumeist in eine stabile Situation entlassen wird, die aber oft recht fragil sein kann. Wegen der grossen Herausforderung und der Notwendigkeit, den Hilfebedarf sehr schnell, flexibel und unbürokratisch anzupassen, wäre eine generelle Ausrichtung von Hilfen auf eine lose aber gegebenenfalls nachgehende Begleitung durch eine Vertrauensperson, die die Hilfen im Bedarfsfall dann auch schnell intensivere Hilfen unbürokratisch einleiten kann, sehr hilfreich und sinnvoll. Im günstigsten Verlaufsfall führen die Sozialarbeiter:innen und die Care Leaver:innen jeden Monat ein ressourcenorientiertes "Alles läuft gut"-Gespräch. Für den, wie wir in JAEL leider sehen, gar nicht so seltenen Fall, dass Schwierigkeiten auftreten könnten. So könnte ein:e gute:r Sozialarbeiter:in sehr niederschwellig und schnell helfen und die jungen Menschen in Not durch ein komplexes Helfer:innennetzwerk mit unterschiedlichen Zuständigkeiten begleiten.

Gerade unsere Ergebnisse zeigen nochmals deutlich, dass über die Hälfte der Care Leaver:innen einen gewissen und 20% einen sehr grossen Unterstützungsbedarf haben. Teilweise wird wegen des zunehmenden Ausbaus von Angeboten für junge Volljährige bereits argumentiert, man könne auf eine gesetzliche Regelung verzichten, da es ja etablierte Wege in die Angebote gebe. Aus fachlicher Perspektive kann man auf Basis der Evidenz aber klar feststellen, dass der Zugang zu den Hilfen nur durch eine Rechtsgrundlage nachhaltig abgesichert werden kann. Internationale vergleichende Studien belegen, welchen immensen positiven Effekt die Schaffung einer Rechtsgrundlage auf eine bessere Versorgung hat [425, 749, 823, 833, 834]. Letztlich ist es angesichts der vielen Entwicklungsaufgaben, die sich im Sinne einer "Emerging Adulthood" [742, 744] von den frühen in die späten 20er oder gar 30er Lebensjahre verschieben, auch dringend notwendig, die gesellschaftliche Entwicklung auch in der Kinder- und Jugendhilfepolitik und in der Versorgung von Care Leaver:innen juristisch adäquat abzubilden.

Insbesondere für die Schweiz wäre es notwendig – und nicht nur wünschenswert –, dass neben einem Standard oder idealerweise einem Rechtsstatus auf Bundes- oder Kantonsebene zumindest ähnlichere Behandlungsstandards für die Nachbetreuung kantonsübergreifend definiert und entsprechend regelt werden. Die wichtige Frage der Nachbetreuung von vulnerablen (jungen) Menschen sollte unabhängig von ihrem Wohnort/-kanton sein und es sollten gemeinsame fachliche Standards umgesetzt werden können. Es kann auch nicht sein, dass ehemals fremdplatzierte jungen Erwachsene bei einem Umzug, zum Beispiel um eine neue Stelle anzutreten, plötzlich wichtige Unterstützungsleistungen verlieren. Besonders unlogisch ist auch, wenn ein junger Mensch aus einem "fortschrittlicheren" Kanton in einem anderen Kanton eine ausserfamiliäre Hilfe erhält und er die Hilfe mit Eintreten der Volljährigkeit verliert oder nicht verlängern kann, weil er in dem Kanton, in dem er jetzt lebt, keine Hilfen für junge

Volljährige beantragen kann, da dieser Kanton dies nicht unterstützt oder dafür noch keine verlässliche Rechtsgrundlage geschaffen hat. Gerade wegen der hohen Mobilität in der Adoleszenz und jungen Erwachsenenalter wäre es sehr wünschenswert, hier eine Lösung zu finden, die in allen Kantonen einfach umgesetzt und beantragt werden kann. Ideal wäre es, wenn man die ambulanten After Care Leistungen in die Bundessubventionen mit aufnehmen könnte, die ursprünglichen Heime diese Nachbetreuung anbieten könnten/müssten und dafür auch Ressourcen definiert werden. Letztlich rechnet sich eine bessere Unterstützung für Care Leaver:innen in der heiklen Transitionsphase immens, zeigen sich doch deutlich bessere Ergebnisse in fast allen Lebensbereichen, insbesondere aber auch in der für eine langfristige Teilhabe entscheidenden Berufsintegration sehr deutlich [712, 833-835]. Man muss die dafür entstehenden Kosten als eine Versicherung der im Vorfeld sehr viel höheren Investitionen in die Heimerziehung sehen, die sich mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit durch Einsparung in anderen sozialen Sicherungssystemen amortisieren. Es macht keinen Sinn, Hunderttausende von Franken in eine Heimerziehung zu investieren und dann im Übergang durch eine nicht ausreichende ambulante oder stationäre Begleitung, die nur einen Bruchteil der vorherigen Hilfen kosten würde, die ganze bis dahin erfolgreich geleistete Arbeit wieder zu riskieren.

Die Übergänge scheinen auch bei uns im internationalen Vergleich mit Ländern, die einen Rechtstatus Leaving Care definitiv eingeführt haben [821, 836] weniger vorbereitet und partizipativ zu sein, zumindest kritisieren Care Leaver:innen dies in qualitativen Studien immer wieder [360, 425, 811, 823]. Aus fachlicher Perspektive wäre es also notwendig, ähnlich wie in anderen Ländern, eine eindeutige rechtliche Regelung zu erlassen und sicherzustellen, dass der Staat, der vorübergehend Erziehungsaufgaben übernommen hat, auch für das Ergebnis dieses Erziehungsprozess inklusive der erfolgreichen Ablösung mitverantwortlich ist.

Recht zentral in diesem Zusammenhang der Transition ist auch die Frage wie gut die Biografie eines jungen Menschen gepflegt wird und wer bei Menschen, die ganz ohne Eltern oder mit zu hoch belasteten Eltern aufwachsen, solche Aufgaben übernimmt. Kinder aus Familien können in ihren Familien oft Fotos von sich finden, von der Einschulung, von Geburtstagen, dem Schulabschluss, den sportlichen und musikalischen Erfolgen, etc. Diese Erinnerungen ermöglichen es ihnen, ihr Leben zu rekonstruieren. Es wäre sehr wichtig, dass der Aufenthalt und Schlüsselerlebnisse auch in den Institutionen entsprechend dokumentiert, aufbewahrt, den austretenden jungen Menschen zur Verfügung gestellt und vielleicht auch zu einem viel späteren Zeitpunkt nochmal angefordert und eingesehen werden können. Nicht selten kommen die Ehemaligen mit ihren eignen Kindern nochmal zurück ins Heim und wollen ihnen zeigen, wo sie früher gewohnt haben. In einigen Ländern wurde die Verantwortung für diese Unterlagen ebenfalls gesetzlich geregelt [837, 838]. Eine gute Idee ist es auch, dieses zu digitalisieren. Dann könnten auch ganze "Jugendhilfekarrieren" nachverfolgt und Lücken ergänzt werden [839].

14.2 Methodische Stärken und Schwächen des Modellversuchs

Die Stärken des Modellversuches liegen sicher im Methodenmix aus qualitativen, quantitativen und klinisch psychologischen Methoden. Die Kombination aus einem prospektiven und retrospektiven Forschungsdesign ist ebenfalls sehr wertvoll. Durch die Verwendung von standardisierten Testverfahren und strukturierten klinischen Interviews können die Ergebnisse gut international verglichen werden. Durch die psychotraumatologische und kinder- und jugendpsychiatrische Perspektive werden auch Aspekte betont, die in vielen anderen Care Leaver:innen-Studien zwar erwähnt, in der Forschung aber eher vernachlässigt wurden. Diese Themen wurden konsequent und mit Methoden, die den höchsten Standards der epidemiologischen Forschung in der Psychiatrie und

klinischen Psychologie entsprechen, aufgegriffen. Eine weitere Stärke der Studie ist die konsequente Digitalisierung der Datenerhebung und der Online-Weiterbildung für die Fachkräfte. Die Tatsache, dass durch das E-Learning die Dissemination der Erkenntnisse aus der Längsschnittstudie gleich sehr konsequent eingeplant und professionell umgesetzt wurde, ist auch ein Aspekt, den kaum eine Studie in Bezug auf die stationäre Kinder- und Jugendhilfe und/oder Leaving Care so konsequent mitberücksichtigt und umgesetzt hat.

Zudem wurde auf die Kontinuität der Testverfahren und erfassten Konstrukte viel Wert gelegt, was über einen so langen Zeitraum in drei Sprachregionen eine erhebliche Herausforderung darstellt (z.B. änderte sich das psychiatrische Klassifikationssystem in dieser Zeit). Bei jeder Längsschnittstudie ergibt sich das Problem, dass sich die Konstrukte mit der Entwicklung verändern und man deswegen psychometrische Testverfahren auswählen muss, die diese Entwicklung adäquat abbilden. Im Falle der MAZ./JAEL-Studie war es wichtig, Testverfahren auszuwählen, welche die zentralen Konstrukte sowohl für das Jugend- als auch das Erwachsenenalter valide und reliabel erheben, wobei sich diese Konstrukte ja im Altersverlauf auch verändern. Impulsivität bei einem Vorschulkind ist etwas ganz Anderes als bei einem Teenager oder Erwachsenen und muss deshalb auch anders erfasst werden. Dies ist recht gut gelungen, weil in der MAZ.-Studie ja auch schon junge Erwachsene befragt wurden und die Verfahren damals schon klug ausgewählt wurden, um Jugendlichen und junge Erwachsenen zu befragen. Und auch im Vorfeld von JAEL wurde nochmals ein ziemlicher Aufwand betrieben, um zu überprüfen, ob manche Verfahren im jungen Erwachsenenalter noch auf demselben Niveau einsetzbar waren. So war es in der Regel möglich, Verläufe mit den gleichen oder sehr ähnlichen Verfahren ausreichend gut abzubilden. Dort, wo im Erwachsenenalter andere Testverfahren den Goldstandard darstellen, wurde die JAEL-Testbatterie um zusätzliche Testverfahren ergänzt.

Die Große und für die Schweizer Jugendhilfe repräsentative Stichprobe ist eine besondere Stärke, insbesondere da alle drei Sprachregionen adressiert wurden. Besonders hervorzuheben ist dabei auch, dass es gelungen ist, sowohl für MAZ. als auch für JAEL ein Drittel weibliche Probandinnen zu gewinnen.

Eine weitere Stärke sind die hohen ethischen Standards, die das Team umsetzte und damit die Anforderungen des Ethikvotums sogar eher übererfüllte und jedem:r Proband:in auch ein individuelles Feedback gab und auf Hilfsmöglichkeiten am Heimatkanton hinwies.

Limitationen sind bei einer so grossen Studien unvermeidlich: Wie bei fast allen Care Leaver:innen-Studien ist die fehlende Kontrollgruppe ein Problem. Die Repräsentativität der Stichprobe ist zwar eine Stärke, kann aber „lediglich“ auf Basis der Ausgangsdaten in den MAZ.-Ergebnisse überprüft werden. Es kann folglich nicht gänzlich ausgeschlossen werden, dass auch wenn es zum Zeitpunkt von MAZ. keine systematischen Unterschiede gab, sich in der Folgezeit nicht spezifische Unterschiede entwickelt haben. Die schiere Zahl der rekrutierten Proband:innen und die Tatsache, dass die grösste Gruppe, die nicht untersucht werden konnte, bereits zum Zeitpunkt von MAZ. eine erneute Teilnahme ausgeschlossen hatte und sich damals nicht von den JAEL-Teilnehmenden unterschied, spricht aber sehr für die Repräsentativität der Stichprobe. Ebenso, dass die Rekrutierungswege so heterogen waren.

Bedauerlich ist, dass in JAEL nur das Selbsturteil und keine Fremdurteile erhoben werden konnten. Diese Perspektive war bei der Heterogenität der Wohnformen der jungen Menschen nicht möglich. Die Erhebung von mehreren Perspektiven war eine der Stärken der MAZ.-Studie, die auch sehr deutliche Unterschiede gezeigt hatte, so dass es bedauerlich ist, dass die Perspektive der Fachkräfte nicht weiterhin berücksichtigt werden konnte.

Die von uns gewählte kinder- und jugendpsychiatrische Perspektive ist einerseits eine Stärke, hat aber auch den Nachteil, dass bei den von uns oft verwendeten multivariaten statistischen Methoden diese sehr starken Variablen andere feinere Variablen aus dem pädagogischen Bereich dominieren, da sie einfach sehr viel Varianz in der Stichprobe aufklären. Selbstkritisch muss man zudem einräumen, dass einfach zu viele ähnliche Variablen erhoben wurden. Dies lag aber auch am Design der Längsschnittstudie.

Das Potential der MAZ.-Verläufe konnte in den JAEL-Analysen noch nicht gut genug genutzt werden. Dies liegt vor allem daran, dass das an sich schöne Mass der individuellen Zielerreichung in MAZ. letztlich nicht gut genug differenzierte. Die Erfassung über eine standardisierte, individuelle Zielerreichungsskala war in MAZ. – und ist in EQUALS (siehe Exkurs auf Seite 16) – sehr aussagekräftig. Als valides Vorhersageinstrument kann eine solche Zielerreichungsskala aber offenbar nur schwer herangezogen werden. Zumindest konnte die individuelle Zielerreichung in der Zeit in der stationären Kinder- und Jugendhilfe im Längsschnitt nicht ausreichend gut zwischen guten und schlechten Verläufen im jungen Erwachsenenalter differenzieren. Vielleicht ist die einfache Skala des Masses der Summe der erreichten, individuellen Ziele, die uns sonst bei anderen Auswertungen in MAZ. gute Dienste erwiesen hatte, nicht spezifisch genug. Die individuellen Ziele sind vielleicht auch zu heterogen, um über einen solch langen Zeitpunkt eine Wirkung zu erzielen. Die Ziele rangieren von Konsumwünschen, über das Erreichen in die nächste Stufe auf dem Stufenplan, bis zu sehr elaborierten pädagogischen Zielen wie dem Wiederaufbau des Kontaktes mit den Eltern oder konkrete Fortschritte bei der Berufsintegration. So überrascht es nicht, dass diese Ziele in multivariaten Analysen im Vergleich zur Stabilität einer psychischen Erkrankung nicht „reüssieren“ können.

Schade ist auch, dass die grossen Fortschritte und der Effekt der Strukturen, die im Bereich des Leaving Care in den letzten Jahren aufgebaut werden konnten, mit JAEL noch nicht ausreichend abgebildet werden konnten. Die meisten JAEL-Teilnehmenden sind hierfür zu früh ausgetreten. Hier wäre es eventuell klug, eine solche Studie nochmals durchzuführen, um Aussagen darüber treffen zu können, ob sich die Care Leaver:innen heute im Transitionsprozess unterstützter fühlen als früher. Eine solche Untersuchung wäre sehr wertvoll, insbesondere, wenn man die Bedarfe bei der Konzeption der Unterstützungssysteme konsequent adressiert und belegen könnte, dass diese Veränderungen auch die gewünschte Wirkung zeigen. Neben der Leaving Care Bewegung sowie der Aufarbeitung des Verdingkinderwesens, erschwert in gewisser Hinsicht auch der Erfolg der MAZ.-Studie die Interpretation der JAEL-Ergebnisse, da diese in den letzten Jahren zu vielen Veränderungen und einer deutlichen Sensibilisierung der Heimlandschaft geführt hat, die sich in unseren Ergebnissen noch nicht niederschlagen konnten.

Wenngleich die Stichprobengrösse als Stärke benannt werden kann, so muss einschränkend erwähnt werden, dass die Stichprobe für manche spezifische Analysen von Subgruppen dann doch recht schnell zu klein wird. So konnten aufgrund der Gruppengrössen oft gar nicht alle relevanten Variablen, die eventuell aussagekräftig gewesen wären, in komplexere Analysen einfließen und man musste priorisieren. Auswertungen mit Geschlecht und Diagnosegruppen waren nur sehr eingeschränkt möglich.

Eine relative Schwäche der webbasierten Weiterbildung jael-elearning.ch ist, dass man ihm anmerkt, dass es zuerst für die Deutschschweiz konzipiert und anschliessend auf die anderen Sprachregionen adaptiert wurde. Dies liess sich aber im Aufbau dieses Modellversuches kaum vermeiden, da das Studienzentrum in der Deutschschweiz liegt. Vielleicht wäre es bei der Entwicklung von weiteren E-Learnings für die gesamte Schweiz sinnvoll, diese gemeinsam mit einem Studienzentrum für jede Region zu entwickeln oder bei weiteren Ergänzungen von jael-elearning.ch mit Adaptionen oder

Angeboten für den französischen oder italienischen Sprachraum zu beginnen. Fast unvermeidbar ist es, dass, trotz dem Aufbau von Kooperationen und dem grossen Aufwand den das JAEL-Team in die Dreisprachigkeit und internationalen Publikationen in englischer Sprache investierte, das Interesse an dieser Studie im deutschsprachigen Raum und am deutschsprachigen Online-Kurs grösser bleibt, weil wir im deutschsprachigen Raum vernetzter sind als in Frankreich, Kanada und Italien.

14.3 Fachpolitische Empfehlungen

Aus der Diskussion der Ergebnisse vor dem Hintergrund der Forschungsbefunde anderer internationaler Studien zeigt sich, dass unsere Erkenntnisse im Einklang mit anderen internationalen Forschungsbefunden stehen und sich daher auch die fachpolitischen Forderungen, die man daraus ableiten kann, nicht grundlegend von den Empfehlungen aus internationalen Studien unterscheiden. Viele dieser Forderungen wurden bereits vom Kompetenzzentrum Leaving Care und anderen Fachverbänden aufgenommen, ausformuliert [428] und teilweise auch schon in die Politik eingebracht. JAEL unterstreicht aber die Bedeutung und Notwendigkeit dieser Forderungen sowohl bezüglich der quantitativen Erkenntnisse als auch anhand der Aussagen der Teilnehmenden aus den qualitativen Interviews.

Insgesamt muss man gerade bei der Formulierung der fachpolitischen Empfehlungen nochmals betonen, dass, wenngleich sich im Zeitintervall zwischen der Transition der JAEL-Teilnehmenden und der Nachuntersuchung insbesondere bei der Sensibilisierung der Fachwelt, aber auch in der Ausgestaltung der Angebote viel getan hat, weiterhin die Notwendigkeit besteht, die Situation kontinuierlich zu verbessern. Es bleibt von grosser Bedeutung, die Teilhabechancen für Care Leaver:innen kontinuierlich weiter zu erhöhen und deren schlechteren Startbedingungen ins Leben so gut wie irgendwie möglich auszugleichen.

14.3.1 Sicherung der Platzierungskontinuität

Die Befunde der JAEL-Studie zeigen leider, ähnlich wie andere Studien mit ehemals fremdplatzierten jungen Menschen, sehr deutlich, dass eine Platzierungskontinuität statistisch sehr stark mit einer geringeren sozialen Teilhabe und mehr Problemen in den verschiedenen Lebensbereichen assoziiert ist. Deshalb ist der Förderung der Platzierungskontinuität und der Vermeidung von leichtfertigen Abbrüchen eine extrem hohe Priorität in der ganzen Hilfeplanung einzuräumen. Hier sind sowohl die Zuweisenden, die Institutionen als auch deren interdisziplinären Kooperationspartner:innen gefordert, diese besser sicherzustellen. Um die Platzierungskontinuität zu verbessern, sollte man an verschiedenen Punkten in der Hilfeplanung ansetzen und nicht einfach eine zu geringe "Haltefähigkeit" der Institutionen monieren. Der Begriff der sogenannten "Haltefähigkeit" von sozialpädagogischen Institutionen wird oft in der Fachöffentlichkeit diskutiert. Dieser Begriff ist jedoch an sich problematisch, da er leicht als Vorwurf verstanden werden kann, nicht haltefähig zu sein. Sinnvoller wäre es, auch wissenschaftlich genauer zu schauen, was Einrichtungen wirklich haltefähiger macht und gezielt dort anzusetzen. Der Schlüssel zur Haltefähigkeit liegt zwangsläufig in der Sicherheit und Selbstwirksamkeit des betreuenden Teams. Ausstossungstendenzen und Verschiebebahnhöfe [230, 262] entstehen immer dann, wenn sich ein Team in der Begleitung eines Kindes oder Jugendlichen nicht mehr ausreichend sicher fühlt, sich relativ allein gelassen sieht und den Eindruck hat, dem jungen Menschen nicht mehr gerecht werden zu können. Daher ist eine höhere Haltefähigkeit immer auch mit einem besseren und belastbaren Netzwerk verbunden, das ein Team mit hoher Teamkohäsion und präsenter Leitung unterstützt.

Die Unsicherheit entsteht dann am schnellsten und gravierendsten, wenn Kinder oder Jugendliche die Sicherheit, Gesundheit und körperliche Unversehrtheit der Fachkräfte bedrohen oder aber sich selbst z.B. durch Drogenkonsum, Weglaufen oder Selbstverletzung/Suizidalität massiv gefährden. In solchen Fällen sind die Teams oft nicht mehr bereit, die Verantwortung für die jungen Menschen zu tragen. Daher ist es entscheidend, dass haltefähige Institutionen Konzepte für den Umgang mit diesen Symptomatiken entwickeln und ebenso Konzepte bereitstellen, um mit den besonderen Belastungen, die mit diesen Situationen einhergehen, umzugehen.

Im Sinne der Sicherung der Platzierungskontinuität sehen wir folgende Ansatzpunkte:

1. Bessere Ausbildung der Fach- und Leitungskräfte über die Entstehung von Dynamiken in Teams, die Abbrüche begünstigen [608, 840, 841].
2. Stärkung der Sicherheit und Selbstwirksamkeit der Fachkräfte im Umgang mit herausfordernden jungen Menschen und deren Verhalten – die fachliche und emotionale Unterstützung der Fachkräfte sollte strukturell in den Institutionen verankert werden.
3. Übergänge statt Abbrüche – konsequente Aufarbeitung von Abbrüchen vor der nächsten Platzierung einfordern, um Wiederholungen derselben "Dynamik von Eskalationen bis hin zum Abbruch" zu vermeiden und gegebenenfalls fachliche Unterstützung. Eine gute Übergabe von einer abgebenden zu einer aufnehmenden Einrichtung durch die Zuweisenden.
4. Bessere emotionale Vor- und Nachbereitung der ersten resp. früheren Fremdplatzierung mit dem gesamten Familiensystem, um Loyalitätskonflikte zu vermeiden [261, 262, 842, 843]
5. Die jungen Menschen und auch die Eltern brauchen eine Coverstory über die guten Gründe der vorgeschlagenen Fremdplatzierungen, die sie auch in ihrem Umfeld erzählen können, ohne sich schämen oder lügen zu müssen und/oder eine Kaskade von neugierigen Nachfragen auszulösen [843, 844]. Sie sollten sich möglichst bewusst und informiert für die Fremdplatzierung entscheiden, wenn dies möglich ist.
6. Stärkung der Ressourcen der platzierenden Behörden, um ausreichend Zeit für die Vor- und Nachbereitung bis hin zum Case Management für "Systemsprenger:innen".
7. Ein:e Case Manager:in in den platzierenden Behörden, die ausreichend Zeit hätte, Abbrüche aufzuarbeiten, die Kooperationen im Helfer:innennetz zu pflegen und zu koordinieren und geeignete Folgeinstitutionen zu suchen. Es gibt Hilfeverläufe, die so viel Energie und Zeit ziehen, dass man diese nicht gemeinsam mit teils über 50 anderen Mandaten für hochbelastete Familien führen kann. Hier wäre es vielleicht hilfreich, über Organisationsformen nachzudenken, wie die Beiständ:innen und Zuweisenden bei besonders komplexen Fällen unterstützt werden können. Z.B. wäre es denkbar, dass jeder grössere Dienst eine:n Sozialarbeiter:in hat, der:die keine eigenen Fälle führt und bei diesen Fällen dazu geholt wird. Dies könnte auch den Vorteil haben, dass Vertretungen mit einer höheren personellen Kontinuität abgedeckt werden.
8. Besonders tragfähige "Spezialinstitutionen oder Intensivgruppen" für Kinder und Jugendliche mit einem besonders hohen Abbruchrisiko und besonders ausgeprägter psychiatrischen Symptomatik (Sucht, Persönlichkeitsstörungen, Komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung, Autismus-Spektrum-Störungen, Psychosen, Depressionen, schwere Angststörungen).
9. Schnellere Hilfe für "ambivalente" Institutionen, die mit jungen Menschen an ihre Grenzen stossen, die Massnahme aber eigentlich fortsetzen wollen. Dies bedingt eine fachliche und emotionale Unterstützung mit einer Aussenperspektive, die eine gute Fallreflexion anregt. Dies wäre eventuell durch eine niederschwellige Unterstützung für Teams, z.B. durch eine standardisierte Fallreflexion und Onlinesupervision, zu erreichen.
10. Die Institutionen und zuweisende Behörden brauchen flexiblere Möglichkeiten, gemeinsam schneller auf schwierige Krisen mit einer Anpassung der Struktur- und Prozessqualität zu reagieren (z.B. durch eine Begleitung in die Schule oder eine "Eins-zu-eins-Betreuung"). Es ist für alle Beteiligten frustrierend, wenn man eine gute Idee hat, die mit meist überschaubaren, aber doch signifikanten Mehrkosten verbunden ist und man dann lange warten muss, bis die

Kostengutsprachen für diesen Mehraufwand gesprochen werden und die Hilfe umgesetzt werden kann.

11. Mehr Forschung dazu, wie sich Abbrüche in der Dynamik zwischen einem jungen Menschen und einem sozialpädagogischen Team entwickeln und wie diese von den Beteiligten erlebt werden. Für die Relevanz dieses Themas ist es sehr erschreckend, wie wenig man über diese Dynamiken weiss und wie sehr dieses Thema tabuisiert und in der Forschung vernachlässigt wird.

14.3.2 Beziehungs- und Resilienzorientierung in der Pädagogik

Die qualitativen JAEL-Ergebnisse belegen eindrücklich, dass ein wesentlicher Gelingensfaktor der Platzierungen in der authentischen emotional engagierten Beziehungsgestaltung und der authentischen persönlichen Begegnung mit Fachkräften liegt. Diese zwischenmenschliche "Gabe" [501], also das emotionale Engagement aus Mitgefühl für einen anderen gleichwürdigen Menschen, ohne diesen deswegen blosszustellen und ihm als Menschen aufrichtig zu begegnen und ihm Zeit, emotionales Engagement, Aufmerksamkeit, Güte zu schenken, zählt. Die Gabe lebt gerade davon, dass sich dieses besondere Engagement nicht verordnen und in einem Konzept fassen lässt, sondern in der helfenden Beziehung entsteht. In den Aussagen der jungen Menschen mit Heimerfahrungen, waren es gerade solche Begegnungen mit engagierten Fachkräften, die Ihnen Hoffnung gaben und ihnen teilweise das erste Mal im Leben das Gefühl gaben, Kompetenzen zu haben und anerkannt und gemocht zu werden. Letztlich waren es diese Formen von persönlichen Begegnungen mit den Fachkräften, die sich für sie engagierten und ihnen etwas zutrauten, die von den JAEL-Teilnehmenden als besonders wertvoll und hilfreich betrachtet wurden.

Zur weiteren Förderung einer Beziehungs- und Resilienzorientierung sind diese Aspekte wichtig:

1. Sensibilisierung und Betonung der Bedeutung der pädagogischen Beziehung, des emotionalen Engagements und das Zutrauen in die Fähigkeiten und Kompetenzen der jungen Menschen und Unterstützung der Entwicklung deren Selbstwirksamkeit.
2. Festhalten an den hohen fachlichen Standards für Bundessubventionen bezüglich Personalausstattung und Qualifikation der Fachkräfte.
3. Stärkung der Partizipationsstrukturen der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern in der Ausgestaltung der Hilfe.
4. Mehr Forschung, welche Verhalten im Hilfeverlauf die jungen Menschen stabilisiert und partizipieren lässt und wodurch sie sich unterstützt und verstanden fühlen. Zum Beispiel mit Online-Tagebuch-Einträgen und kurzen Fragebogen zum Erleben des Alltags.
5. Qualitätssicherung in Heimen, indem man jeden einzelnen Verlauf mit standardisierten psychometrischen Verfahren dokumentiert bezüglich der Lebensqualität, Zufriedenheit mit dem Aufenthalt und der (Reduktion der) psychischen Belastung. Diese sollte mit den jungen Menschen gemeinsam auswertet und in die weitere Hilfeplanung aufgenommen werden, so dass man Erfolge feiern oder gezielt umplanen kann [845, 846].
6. Herstellen eines sicheren Ortes, an dem die Kinder und Jugendlichen vor Gewalt durch die Eltern, Mitbewohner:innen und andere geschützt sind.
7. Noch stärkere Vermittlung von Beziehungsfertigkeiten in der Aus- und Weiterbildung von Fachkräften – stärkere Integration von Selbsterfahrungselementen in die Ausbildung und Praxis und Vermittlung der Bedeutung von Sicherheitserleben. Selbstreflexion und Selbstfürsorge im beruflichen Alltag.
8. Aufbau von institutionellen Strukturen, die eine emotional engagierte Beziehungsgestaltung ermöglichen, die Selbstfürsorge und die Selbstwirksamkeit der Fachkräfte in der Interaktion mit den jungen Menschen fordern und fördern, ohne die Fachkräfte zu überfordern. Strukturen und

Konzepte die das Risiko von Burnout oder Mitgefühlserschöpfung gezielt adressieren (z.B. regelmässige Screenings, kollegiale Feedbackstrukturen) [466, 504, 847].

9. Wichtige pädagogische Schlüsselprozesse im Alltag der Wohngruppe (z.B. das Ankommen, die Standortsitzung, Umgang mit Verhalten X, etc.) sollten konsequent mit dem Blick auf die Förderung der emotionalen Unterstützung und Selbstwirksamkeit der jungen Menschen und Fachkräfte ausgerichtet werden.
10. Konsequente Umsetzung des Konzeptes der Vertrauensperson in der Institution.
11. Mehr Zeit für die einzelnen sozialpädagogischen Fachkräften mit den einzelnen Kindern und Jugendlichen. Inselzeiten oder Resilienzstunden konzeptionell fest in die Wochen oder Monatsabläufe einplanen, wobei die Stunden positiv besetzten Aktivitäten und nicht problemorientierten Gesprächen dienen sollen. Diese Qualitätszeiten waren zum Beispiel auch Teil des Modellversuches Traumapädagogik [578, 848-850].
12. Die Gruppengrösse sollten mit Blick für eine beziehungs- und resilienzorientierte Pädagogik überdacht und gegebenenfalls angepasst werden, was das Verhältnis von Fachkräften zu den Kindern und Jugendlichen betrifft. Rein empirisch ist die Befundlage recht eindeutig: Eine kleinere Gruppengrösse führt zu einem intensiveren Austausch und engeren Beziehungen, mehr positiven und weniger punitiven Erziehungsmethoden und mehr positiven Interaktionen und mehr Lob und Ermutigung [851-854]. Die Gruppengrösse sollte aber auch ausreichend gross sein, um in der Gruppe auch positive Gruppenerfahrungen sammeln zu können und diese noch wirtschaftlich betrieben werden kann. Die Reduktion der Gruppengrösse ist ein heikler Punkt, weil dieser Punkt die Fremdplatzierung nochmals deutlich verteuern könnte. Gleichzeitig sind mehr Kontakte mit jedem jungen Menschen aber etwas, was wesentlich zur Gestaltung eines beziehungsorientierten pädagogischen Milieus im Alltag beitragen und auch den Schutz vor z.B. Mobbing verbessern kann, da die Fachkräfte viel weniger Interaktionen in der Peergruppe "einschätzen bzw. überwachen" müssen (bei 6 Kindern/Jugendlichen sind es 36 bei 8 sind es schon 64 und bei 10 sind es 100). Eine Verringerung der Gruppengrösse von Wohngruppen hätte nicht nur mit dem Blick auf die Sicherheit und den Erfolg der Massnahmen Vorteile, sondern könnte vermutlich auch einen gewissen Schutz bezüglich des stetig zunehmenden Fachkräftemangels in der Heimerziehung darstellen. Ein zentraler Punkt, warum gerade auch sehr gute Fachkräfte den sozialen Bereich verlassen ist das Delta zwischen dem, wie man gerne arbeiten würde und wie man unter den aktuellen Rahmenbedingungen arbeiten kann [855]. Hier ist das Gefühl, dass man im Alltag immer zu wenig Zeit für die Probleme des einzelnen jungen Menschen hat, ein wichtiger Faktor, der sowohl die pädagogische Qualität beeinträchtigt aber auch die Fachkräfte belastet [856, 857]. Eine Reduktion der Gruppengrösse und Verbesserung der Arbeitsbedingungen könnte sicher dazu beitragen, dass die Fluktuation der Fachkräfte geringer wird und auch gut ausgebildete Sozialpädagog:innen wieder zurück in die diese schöne, wertvolle Beziehungsarbeit in den Wohngruppen wechseln, da man in kaum einem anderen Beruf so viel für andere Menschen bewirken kann.

14.3.3 Bessere Vorbereitung und Begleitung der Übergänge

1. Stärkere Beachtung des Endes der Hilfe während der gesamten Hilfeplanung – anerkennen, dass es sich um einen längeren partizipativen Transitionsprozess handelt, der gemeinsam gut geplant und vor- und nachbereitet werden muss.
2. Ein Abschied auf der Wohngruppe und ein Neuanfang in der Familie oder in der eigenen Wohnung hat immer eine fachliche aber auch eine emotionale Komponente – dieser Reflexionsprozess und die Narration über die Hilfe muss gezielt unterstützt werden. Dies könnte man zum Beispiel mit dem EQUALS-Tool zur Vorbereitung des Austritts gut realisieren (<https://www.equals.ch/blog/neue-instrumente-schwerpunkt-austritt>). Dieses Tool unterstützt eine ressourcenorientierte Reflexion des bisherigen Verlaufs und regt einen Ausblick auf bestehende Herausforderungen und den gegebenenfalls dafür benötigten Unterstützungsbedarf an. Gerade die ressourcenorientierte Narration des Verlaufs mit wichtigen Begegnungen,

unterstützenden Menschen, Meilensteinen und Schlüsselerlebnissen und einer Beschreibung der Erfolge und des Gelernten nährt die jungen Menschen und das betreuende Team der Wohngruppe.

3. Kontinuität in der Betreuung mit sanften Übergängen, die durch eine Vertrauensperson begleitet werden – Kontakte zur Wohngruppe werden gemeinsam geplant und locker ausgeschlichen. Diese nachstationären Kontakte der Wohngruppe sollten auch adäquat vergütet werden, in der Arbeitszeit stattfinden und entsprechend dokumentiert werden.
4. Es sollte ein ausreichend grosses und ausreichend ausdifferenziertes Angebot an betreuten Wohnformen zum Ausschleichen der stationären Hilfen geben. Dieses sollte unterschiedliche Intensitäten der Betreuung und der Zusammenarbeit mit psychiatrisch und psychotherapeutischen Angeboten oder der Begleitung bei der Berufsintegration beinhalten.
5. Die Qualität der ambulanten Betreuung in der Transitionsphase sollte mit standardisierten psychometrischen Verfahren gesichert werden und entsprechend dokumentiert werden.
6. Entscheidend wäre es, dass junge Menschen auch, wenn die ursprüngliche Hilfe einmal beendet ist, eine "Coming-Back"-Option haben. D.h., dass man, auch wenn man einmal aus dem Kinder- und Jugendhilfesystem ausgetreten ist, relativ niederschwellig unbürokratisch wieder hineinkommt.
7. Für einige junge Menschen könnte auch eine Rückkehroption in dieselbe Wohngruppe hilfreich sein, wenngleich diese durch die Subjektfinanzierung der Kinder- und Jugendhilfe nur schwer zu realisieren ist. Es ist jedoch sehr problematisch, wenn sich junge Menschen in einer Wohngruppe gut entwickelt haben und in der Transitionsphase „Heimweh“ bekommen. In solchen Fällen wäre es wunderbar, wenn es Optionen gäbe, bei denen die jungen Menschen, nachdem sie ausgezogen sind, wie zu einer Familie zurückkehren könnten. Dort könnten sie an einem Wochenende in ihrem Jugendzimmer und im Kreise ihrer alten Wohngruppe Kraft für die folgende Woche schöpfen.
8. Ein Wechsel der Beiständ:innen und Sozialarbeiter:innen gerade bei jungen Erwachsenen in der Transitionsphase ist besonders heikel. Sie brauchen nicht viel, sollten sich aber jederzeit niederschwellig bei einer bekannten und vertrauten Person melden können, weshalb es sehr wichtig ist, dass Zuständigkeiten bewusst übergeben werden können und immer sichergestellt wird, dass ein Care Leaver:in die zuständige Person kennt. Es ist gerade für Care Leaver essentiell das eine qualifizierte Übergabe und mindestens ein persönliches Gespräch mit dem neuen Beistand stattgefunden hat, wenn dieser die Verantwortung für den jungen Menschen übernimmt.
9. Langfristige Ziele für die Integration in ein neues Lebensumfeld setzen und nachhaltig mit kleinen konkreten Zwischenzielen verfolgen, die man frühzeitig aus dem Heimsetting bereits vorbereiten kann. Aufbau eines sozialen Netzwerkes und gegebenenfalls professionellen Helper:innensystems in der neuen Lebenswelt.
10. Gezieltere und konsequenter Vorbereitung auf einige Hochrisikothemen wie z.B. dem Umgang mit Geld, Schulden und Konsumwünschen, sicherer Sexualität, Partner- und Elternschaft, Umgang mit Behörden und Leitungskräften.
11. Bessere und gezieltere Unterstützung bei der Berufsintegration und Berufserhaltung – Wohnungssuche, Schutz vor Überschuldung.
12. Regelmässige "Alles läuft gut Gespräche" mit den Vertreter:innen der Behörden oder einer ausgewählten qualifizierten und mandatierten Vertrauensperson.
13. Ausgebildete Vertrauenspersonen mit ausreichend Kompetenzen als feste Ansprechpartner:innen implementieren. Vertrauenspersonen sollten nach Möglichkeit auch sehr niederschwellige, ergänzende Hilfen initiieren und gewisse Dinge, die mit Kosten verbunden sind, unbürokratisch und schnell einleiten bzw. beantragen können, so dass im weiteren Hilfeverlauf auch zeitnah Entscheidungen getroffen und umgesetzt werden können.
14. Niederschwelliger, nicht stigmatisierender Zugang zum Hilfesystem für junge Erwachsene. Es wäre essenziell, dass die Hilfen für junge Erwachsene nicht zwingend an Behinderungsformen oder Defizite geknüpft wären, sondern einfach aufgrund des relativen Ausfalls der Unterstützung durch

die Eltern in der wichtigen Transitionsphase, verlängert beziehungsweise neu eingeleitet und/oder wieder gewährt werden könnten. Es ist wenig selbstwertfördernd seine Bedürftigkeit immer wieder neu belegen zu müssen und entwertet oft die erheblichen Fortschritte der jungen Menschen.

14.3.4 Bessere therapeutische Versorgung in der Transitionsphase

Letztlich spricht die hohe Stabilität der psychischen Erkrankungen, die wir in JAEL belegen konnten, und die grosse Bedeutung, welche diese Erkrankungen für die Verläufe und die Teilhabe im jungen Erwachsenenalter haben - und vermutlich noch lange darüber hinaus – sehr dafür, die Forderungen, die bereits im MAZ.-Abschlussbericht formuliert wurden, nochmals dick zu unterstreichen und um den Aspekt der "doppelten" Behandlungskontinuität in der Transitionsphase mit folgenden Punkten zu ergänzen:

1. Ausbau von adoleszenzpsychiatrischen Liaisonkonzepten zwischen Psychiatrien und sozialpädagogischen Institutionen. Es müssen Strukturen für eine intensive Zusammenarbeit auf breiter Ebene aufgebaut werden. Seit dem Modellversuch Abklärung und Zielerreichung gab es in vielen Kantonen Ansätze das Potential einer intensiveren Zusammenarbeit wird aber immer noch nicht im vollen Umfang ausgereizt.
2. Ermöglichungen von Kassenzulassungen von vom BAG und den Kantonen anerkannten Psychotherapeut:innen in Heimen, so dass diese Leistung dort gewisse Qualitätsstandards haben und über die Krankenkassen abgerechnet werden können. Es wäre auch möglich Patienten mit einer höheren Belastung und mehr sozialpsychiatrischen Koordinationsbedarf besser zu vergüten. Es muss für niedergelassene Psychotherapeutinnen einfacher attraktiver werden schwerer belastete, weniger motivierte und in der Vernetzung aufwendigere Patienten:innen zu behandeln.
3. Stärkere Beachtung der psychischen Belastungen im Rahmen der Ausbildung von sozialpädagogischen Fachkräften – im Sinne einer "psychiatriebezogenen Sozialpädagogik" [858]. Sensibilisierung der Fachkräfte für psychische Erkrankungen und der Auswirkungen auf die Pädagogik und die soziale Teilhabe auf breiter Ebene.
4. Insgesamt sollte auch viel mehr geforscht werden, welche pädagogische Prozesse und Interventionen eine soziale Teilhabe trotz psychischer Erkrankungen effizient und effektiv fördern.
5. Die Zusammenarbeit mit der Psychiatrie könnte auch in die Strukturqualität der Institutionen aufgenommen werden. Jedes Heim könnte ähnlich wie in Norwegen eine spezialisierte Fachkraft für die Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie benennen müssen. Diese ist dafür verantwortlich gute regionale Kooperationsstrukturen aufzubauen, Weiterbildungen zu organisieren und Screeningverfahren anzuwenden sowie die Jugendlichen dann gegebenenfalls für eine Erstvorstellung zu motivieren.
6. Implementierung von effizienten und effektiven psychiatrischen Screeningverfahren in die Eingangsdagnostik in den sozialpädagogischen Institutionen, um psychisch hochbelastete junge Menschen rechtzeitig zu identifizieren und frühzeitig einer kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Abklärung oder Behandlung zuzuführen. Diese sollten auch in den spezifischen sozialpädagogischen Angeboten für die Verselbständigungssphase angewendet werden.
7. Mehr evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen für Kinder und Jugendliche in sozialpsychologischen Institutionen [859-861]. Es ist empirisch nachgewiesen, dass evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen die Wirkung der Kinder- und Jugendhilfe nachhaltig verstärken [451, 859]. Auch bei familientherapeutischen Interventionen könnten die Kinder und die Jugendhilfe sehr von einer weiteren Verbreitung von evidenzbasierten Interventionen profitieren [612].
8. Wissenschaftlich wäre es sehr interessant, sich in einer grösseren Stichprobe in einem prospektiven Forschungsdesign von Care Leaver:innen, die Teilhabe und die Übersterblichkeit auch

mit dem Fokus auf traumatische Erlebnisse und psychische Belastung genauer im Verlauf anzuschauen und zu analysieren, wann und aus welchen Gründen sie sich positiv oder negativ entwickeln.

9. Konzepte der Mischfinanzierung von therapeutischen Intensivgruppen für psychisch höchst belastete Jugendliche und junge Erwachsene, die zwischen den medizinischen Systemen und der Jugendhilfe sonst ständig wechseln, im Sinne einer adoleszenzpsychiatrischen Rehabilitationseinrichtung (vgl. Somosa, Leppermühle, Gutenhalde [478, 479]).

14.3.5 Umsetzung des Schutzauftrags in den Institutionen

Die beunruhigend hohe Zahl von Grenzverletzungen zeigt, dass es essenziell ist, die Kinder und Jugendlichen in staatliche Obhut besser zu schützen. Dieser Schutz ist eine Aufgabe die vor allem, aber nicht nur die Institutionen verantworten müssen. Es ist wichtig, dass das gesamte System der Kinder- und Jugendhilfe sich dem Thema stärker annimmt. Dies betrifft, dass auch die Zuweisenden danach fragen, dass die Leitungen und die für die Heimaufsicht zuständigen Behörden Dokumentationssysteme implementieren bzw. vorschreiben. Es ist wichtig, Schutzkonzepte im Rahmen der Zulassung von Einrichtungen vorzuschreiben. Letztlich ist die Einführung von Schutzkonzepten und Dokumentationssystemen keine Raketenwissenschaft, aber es braucht Ressourcen, die sich kontinuierlich und verantwortlich um dieses Thema kümmern können.

Diese Punkte können vermutlich helfen, den Schutz der Kinder- und Jugendlichen vor Gewalt zu verbessern:

1. Etablierung von belastbaren und funktionierenden Schutzkonzepten in den Institutionen – diese sind explizit von den Aufsichtsbehörden bei den Genehmigungen einzufordern und bei ihren Überprüfungen zu evaluieren. Es ist sehr erfreulich, dass der Bund diese im Rahmen des Anerkennungsverfahren bereits einfordert.
2. Jedes Schutzkonzept ist nur so gut, wie es auch mit den Kindern und Jugendlichen gemeinsam gelebt wird, weshalb die Partizipation und Expertenschaft der jungen Menschen in der Ausgestaltung der Konzepte und deren Evaluation ein wichtiger Erfolgsfaktor ist. Für die Qualität eines Schutzkonzeptes ist entscheidend, dass es bei allen Kindern und Jugendlichen im Alltag ankommt und genutzt werden kann.
3. Institutionen sollten Ressourcen für die Umsetzung und Pflege von Schutzkonzepten und die Dokumentation von Grenzverletzungen bekommen und dafür verantwortliche Fachkräfte benennen und vorhalten müssen.
4. Etablierung von positiver Peerkultur, evidenzbasierten Mobbingprävention/-intervention in der Heimerziehung [862-864]. Die aktuelle Forschung legt nahe, dass es vor allem wichtig ist, irgendein Programm ein- und umzusetzen, welches das ganze System insbesondere die Unbeteiligten sensibilisiert und hilft die Scham und Schuld der Opfer zu überwinden. Was genau gemacht wird unterscheidet sich dann in der Wirkung gar nicht mehr so stark [865]. Machen, nicht nur reden!
5. Starke Sensibilisierung der Fachkräfte auf die Häufigkeit von Grenzverletzung unter den Peers. Regelmässig im Team und in Gruppen mit den Jugendlichen thematisieren, wie sicher sich, die einzelnen Kinder und Jugendlichen in der Wohngruppe erleben.
6. Konsequente Dokumentation und gemeinsame Aufarbeitung von Grenzverletzungen zwischen den jungen Menschen und den jungen Menschen und den Fachkräften [608, 618].
7. Grenzverletzungen von Mitarbeitenden und die Bereitschaft bei der Aufarbeitung mitzuarbeiten, müssen auch explizit in Zeugnissen benannt werden, um eine Wiederholung von Grenzverletzungen oder unprofessionellem Handeln in anderen Institutionen und Arbeitsfeldern zu vermeiden.

8. Regelmässiges explizites Ansprechen und Nachfragen, ob es belastende Ereignisse in der Gruppe gibt durch die zuweisenden Sozialarbeiter:Innen bei allen gemeinsamen Gesprächen, z.B. zur Standortbestimmung («Einzelne meiner Jugendlichen aus anderen Institutionen haben schon erzählt, dass Sie von anderen Jugendlichen gemoppt wurden, wie geht es Dir hier mit den anderen Jugendlichen?»).

14.3.6 Stärkere Beachtung der Suchtgefährdung

Suchtstörungen sind eine der häufigsten Diagnosen von Care Leaver:innen und sehr eng mit ausgesprochen schlechten Verläufen, Abbrüchen und einer stark beeinträchtigten sozialen Teilhabe assoziiert. Deshalb ist es wichtig ist, dieses Problem anzuerkennen und gezielt anzugehen. Letztlich ist es ein Problem, dass die Institutionen wegen des Verbots des Konsums von illegalen Drogen eigentlich oft in einem Dilemma sind. Insbesondere muss man es schaffen, dass Substanzkonsum und -abhängigkeit nicht dazu führen, dass junge Menschen letztlich aus allen Hilfssystemen fallen und in der Obdachlosigkeit oder wiederholt ingeschlossene Settings landen, da viele Studien zeigen, dass sich diese Gruppen gerade durch ihre Isolation und den mangelnden Zugang zu unterstützenden Angeboten weiter in ihrer sozialen Integration und Lebensqualität verschlechtern [866]. Wichtig ist:

1. Akzeptanz der Verbreitung des Problems in der Kinder- und Jugendhilfe – nur was es geben darf, kann auch mit gezielten interdisziplinären Interventionen adressiert und behandelt werden. Sensibilisierung und Fortbildung der sozialpädagogischen Fachkräfte zu Suchtmitteln, Suchtentwicklung und zum pädagogischen Umgang damit.
2. Erlernen von motivierenden Gesprächsführungstechniken, um bei konsumierenden jungen Menschen eine Veränderungsmotivation erzielen zu können. Ergründung für den Konsum (Entspannung, Peerkontakte, Zugehörigkeitsgefühl, Beenden von Anspannung, Grübeln, etc.).
3. Psychometrische Screenings für Substanzmissbrauch und Suchtanamnese bei jeder Aufnahme.
4. Starke Beachtung von Suchtentwicklung im pädagogischen Alltag – suchtsensible pädagogische Konzepte und gezielte Prävention und Aufklärung und einer kritischen Auseinandersetzung mit dem Konsum.
5. Falls mit Drogenscreenings gearbeitet wird, sollte man offen und transparent damit umgehen – eine Kontrolle sollte den jungen Menschen unterstützen, ein gemeinsames Ziel zu erreichen. Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass eine kontinuierliche Verstärkung von Abstinenz statt einer Sanktionierung des Konsums wesentlich erfolgsversprechender ist, trotzdem wird es kaum praktiziert. Eine konsequente Verstärkung der Abstinenz bzw. von negativen Drogenscreenings wäre vergleichsweise leicht umzusetzen und nachweislich hoch wirksam wie mehrere grosse Meta-Analysen mit über 70 Originalarbeiten eindrücklich belegen [864-865].
6. Erlebnispädagogische Konzepte der alternativen, positiven Erlebnisse zum Suchtverhalten sollten umgesetzt werden. Gerade suchtgefährdete junge Menschen brauchen positive selbstwerkstärkende Erfahrungen für sich und in der Gruppe. Ein grosses Problem ist, dass der Substanzkonsum oft einer der wenigen Lebensbereiche ist in denen sich die Jugendlichen kompetent und zu einer Gruppe zugehörig erlernen, weshalb sie dies nur aufgeben können wenn sie sich andere Kompetenzbereiche und Selbstwertquellen erschliessen.
7. Implementierung und Evaluation von Peerinterventionen zur Kontrolle der Verstärkerbedingungen für Konsumverhalten im Heim und zum Aufbau von prosozialen Kontakten und Freizeitaktivitäten, die den Konsum unwahrscheinlicher machen. Es ist sehr entscheidend, dass die jungen Menschen gezielt in nicht konsumierende Peergruppen und Freizeitaktivitäten eingebunden werden (s.o.).
8. Liaisonkonzepte mit Suchtberatungsstellen und adoleszenzpsychiatrischen Suchtbehandlungsangeboten; insbesondere in der Transitionsphase sollten suchtgefährdete Jugendliche engmaschig sozialpädagogisch und suchtmedizinisch/psychotherapeutisch begleitet werden um ein ableiten in die Sucht ohne Tagesstruktur bei gleichzeitigen unkontrolliertem Konsum in einer eigenen Wohnung zu vermeiden.

9. Spezialisierte Institutionen für abhängige junge Menschen, die lebensweltorientierte und evidenzbasierte psychotherapeutische Konzepte mit Suchtbehandlungsangeboten direkt in der Kinder- und Jugendhilfe kombinieren (z.B. das CANDIS-Programm, Programme die mit der Verstärkung des Nichtkonsums arbeiten [867]).

14.3.7 Klärung der Zusammenarbeit mit dem Herkunftssystem

Es gibt viele Hinweise darauf, dass die Heimerziehung deutlich besser wirkt, wenn sie mit den Eltern gemeinsam partizipativ eingeleitet und gestaltet wird [262, 437, 868-871]. Im Bereich des Leaving Cares muss bedacht werden, dass die Eltern in der Adoleszenz eine wichtige Ressource aber auch eine Gefahr für einen Rückfall darstellen können, und man durch gute Elternarbeit die Ressourcen soweit stärken soll, dass wenig Gefahr davon ausgeht und sie den Transitionsprozess im Rahmen ihrer Möglichkeiten gegebenenfalls mit Support von Fachkräften unterstützen können.

Für die Klärung der Zusammenarbeit mit dem Herkunftssystem ergeben sich diese Ansätze:

1. Intensivere Begleitung und Partizipation der Eltern bei der Einleitung der Hilfe.
2. Erarbeiten eines gemeinsamen Narrativs und der guten Gründe für die stationären Massnahmen mit der gesamten Familie.
3. Betonung der Bedeutung, die die Eltern für den erfolgreichen Verlauf der Massnahmen und die Entwicklung ihres Kindes haben.
4. Beachtung der psychischen und psychiatrischen Probleme und sozialen Teilhabe der Eltern in den interdisziplinären Hilfeprozessen – Stärkung der Elternebene durch intensive Elternarbeit und Auflösen der Isolation.
5. Förderung der Kontakte zwischen Eltern und dem Kind im Heim, wenn von den Eltern keine Gefahr ausgeht. Möglichst viele natürliche Kontakte, in denen die Eltern stolz auf ihre Kinder sein können und am Leben ihrer Kinder teilhaben können (Geburtstage, Feste, Sportveranstaltungen, Aufführungen, Elternabende, etc.).
6. Ausreichend Ressourcen für die Elternarbeit, Verknüpfung von ambulanten, familientherapeutischen und stationären Massnahmen und gezieltere, langfristig geplante Rückführungen.
7. Austausch mit anderen Eltern anregen, um die Eltern aus der Isolation, der Scham und Schuldgefühlen herauszuholen.
8. Evidenzbasierte familientherapeutische und verhaltenstherapeutische Interventionen zur Verbesserung der Eltern-Kind/Jugendlichen-Beziehung [612].
9. Konsequenter Analyse der Unterstützungs möglichkeiten durch die Eltern in der Transitionsphase und Unterstützung der Eltern in dieser Rolle, den jungen Erwachsenen zu unterstützen.
10. Konsequente Klärung der Beziehung zu den Eltern. Dies bedeutet auch eine Aufarbeitung der Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Eltern-Kind-Beziehung, wenn die jungen Menschen dies nicht völlig ablehnen und dazu zu motivieren sind [806, 872, 873]. Es gibt viel Evidenz dafür, dass sich die Beziehung gerade nach schweren Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrung nur verbessern, wenn man diese Erfahrungen und Auswirkungen fachlich gut begleitet am besten mit empirisch überprüften Interventionen aufarbeitet. Die leider oft praktizierte Praxis, dass sich die Eltern-Kind-Beziehung einfach durch die Zeit der Fremdplatzierung, die vergeht und die man später mit Besuchen miteinander verbringt regeneriert ist empirisch nicht zu halten. Nicht ausreichend aufgearbeitete Belastung in der Familie belasten die Jugendhilfeverläufe eine erfolgreiche Ausarbeitung kann ein Katalysator für viele andere positive Prozesse sein.
11. Den Care Leaver:innen sollte wegen der potenziell hohen Belastungen des Herkunftssystems auch eine Verselbständigungsoption angeboten werden. Sie sollten nicht zurück in ihr Familiensystem gedrängt werden.

12. Falls sich Care Leaver:innen für eine Rückkehr in ihr Herkunftssystem entscheiden, sollte dieses System auch wenn die Volljährigkeit bereits nahegerückt entsprechend unterstützt werden. Auch erwachsene Menschen leben in Systemen, die ihr Wohlbefinden und Entwicklung beeinflussen. Vermutlich wäre es sinnvoll gerade jene Care Leaver, die mit 17 oder 18 Jahren nochmal zu ihrer Familie zurückkehren, anzubinden und später bei der Ablösung ihrer Familie gegebenenfalls dann nochmals intensiver zu begleiten, da eine Rückkehr in die Familie nicht automatisch bedeutet, dass die Verselbständigung dann später erfolgreich realisiert werden kann.

14.3.8 Verbesserung der Zusammenarbeit mit Schule und Arbeitsintegration

Es zeigt sich leider wie in anderen Studien auch, dass Care Leaver grosse Probleme haben, sich langfristig auf dem ersten Arbeitsmarkt zu integrieren, obwohl die Heime sich sehr erfolgreich um Schul- und Berufsausbildung kümmern. Ein Ausbildungsabschluss ist offensichtlich nur eine notwendige und noch keine hinreichende Bedingung für eine erfolgreiche Berufsintegration. Interessant und dringend zu verbessern ist auch die Tatsache, dass Care Leaver:innen im Vergleich zu ihrer Intelligenz wesentlich seltener höhere Bildungsabschlüsse erreichen und studieren. Teilweise brauchen jugendliche Care Leaver:innen länger, wegen den Belastungen, Wissenslücken und einer unzureichenden schulischen Förderung in ihren Familien, um sich schulisch und beruflich zu orientieren, sind dann aber oft auch erfolgreich. Eine gelungene Arbeitsintegration ist in der Regel der Schlüssel zu einem insgesamt guten Verlauf, da eine stabile Arbeitssituation, neben den finanziellen Mitteln, auch eine Tagesstruktur und prosoziale Kontakte, selbstwertstützende Erfahrungen und Erfolge mit sich bringen. Care Leaver:innen, die an der Arbeitsintegration scheitern, kumulieren daher oft viele Risikofaktoren und aus der fehlenden Tagesstruktur resultieren dann noch weitere Gefahren. Deshalb ist es sehr wichtig, die Bedürfnisse der ehemaligen fremdplatzierten Jugendlichen im Arbeitsintegrationsprozess gut zu adressieren und möglichst schon im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen Schule und Heimerziehung im Blick zu haben.

1. Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen internen und externen Schulen und Heimen – mehr Ressourcen für die schulische Bildung in den Heimen. Dies beinhaltet insbesondere, dass man wieder Freude am Lernen und an schulischen Themen findet, Selbstwirksamkeitserfahrung auch im schulischen Bereich macht und sich die Heimkinder im schulischen Kontext sicher fühlen und ausreichend Zeit bekommen.
2. Gezielte Förderung von höheren Bildungsabschlüssen von begabten jungen Menschen auf dem ersten und zweiten Bildungsweg. Die sozialpädagogischen Fachkräfte in den Heimen haben, auch durch den Vergleich mit den vielen Jugendlichen mit schulischen Problemen, oft wenig Ehrgeiz ihren Jugendlichen möglichst hohe Bildungsabschlüsse zu ermöglichen. Sie meinen es gut und möchten den Jugendlichen Druck, potenzielle Misserfolgerlebnisse und eine Sonderrolle in der Wohngruppe ersparen. In der Bedeutung, denen man einem Bildungserfolg beimisst, unterschieden sich die Heime aber sicher von klassischen bildungsorientierten Mittelschichtsfamilien. Viele Heime sind nicht darauf ausgerichtet die Jugendlichen wirklich schulisch zu fördern und zu fordern und auch Nachhilfe oder Anfahrtswege sind nicht auf den Besuch eines Gymnasiums oder den Start eines Studiums ausgelegt. Neben einer besseren Unterstützung der Bildung, während des Aufenthaltes, wäre es aber vor allem wichtig, dass es bessere und fairere Fördermöglichkeiten für den zweiten Bildungsweg für Care Leaver geben könnte. Es wäre wichtig, dass die Gesellschaft und die Hochschulen und Universitäten diese anerkennen und zum Beispiel Care Leaver bei der Aufnahme eines Studiums gezielter unterstützen könnten (z.B. mit Stipendien, Peersupport, Mentorenprogrammen etc.)
3. Überprüfung und gegebenenfalls Reform der agogischen Angebote in den Heimen hin zu den realistischen Berufsaussichten. Die Ausbildungsangebote von vielen Heimen entsprechen nicht mehr ganz den langfristigen Chancen für Care Leaver:innen auf dem ersten Arbeitsmarkt und man sollte sich überlegen, ob die Institutionen nicht gezielter auf die Arbeit in den «Branchen», in denen

die ehemaligen Heimjugendlichen häufiger arbeiten, vorbereiten sollten (z.B. «Sicherheit», «Logistik», «Kosmetik», «Facility Management»). Auch wenn der Wert einer abgeschlossenen Ausbildung nach wie vor sehr hoch ist, sollten die Heime ihr Angebot stärker am Arbeitsmarkt ausrichten. Letztlich hat ein/e Jugendliche/r, die/er mit Freude in einem Nagelstudio, in einem Sicherheitsunternehmen, als Fahrradkurier oder im Service arbeitet, sich dort wohl und wertgeschätzt fühlt, vermutlich langfristig bessere Chancen sich beruflich zu integrieren, als jemand der/die zwar einen Berufsabschluss hat, aber mit anderen Gesellen, mit weniger Problemen und besseren Ausbildungsergebnissen, auf dem Arbeitsmarkt um weniger offene Stellen konkurrieren muss.

4. Finanzierung der Heime für Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt und nicht «nur» für das Erreichen des Berufsabschlusses. Es wäre wichtig, das ganze «Mindset» der Institutionen, weg von der internen Ausbildung, hin zur erfolgreichen Integration auf dem Arbeitsmarkt zu verändern. Wohlwissend, dass dies auch eine Verlängerung der stationären Hilfe oder eine Intensivierung der ambulanten Nachsorge bedeuten kann – aber in diesem Bereich könnte man mit so wenig, einen so grossen Nutzen erzielen und der Gesellschaft so viele vermeidbare Folgekosten einsparen.
5. Dies bedeutet, dass die sozialpädagogischen Institutionen den Übertritt von der Ausbildung in einen ersten Arbeitsplatz noch begleiten und den Lehrbetrieb dort im Umgang mit dem sozialpädagogisch betreuten Lehrling gezielt vor Ort so lange unterstützen bis der Betrieb und der junge Mensch diese Unterstützung nicht mehr benötigen.
6. Es wäre auch gut, die Hindernisse für manche Berufe und Arbeitsstellen gezielt auszuräumen, so wäre zum Beispiel gerade für viele Berufschancen von Vorteil, wenn die Care Leaver:innen relativ schnell einen Führerschein machen könnten, was man ja von Seiten der Einrichtung und Behörden vielleicht auch gezielt unterstützen könnte (z.B. mit einem Darlehen, über Stiftungen).
7. Eine Fahrerlaubnis hilft einerseits auch Stellen in ruralen Gebieten annehmen zu können und ist für viele Betriebe im Handwerk, Service immer noch eine wichtige Voraussetzung. Auch diesbezüglich sind Care Leaver:innen oft, im Vergleich zu jungen Menschen, die in Familien aufwachsen bzw. von diesen gut unterstützt werden, benachteiligt.
8. Job-Coach-Placement Programme für Adoleszente an der Schnittstelle zur Heimplatzierung sind sehr wirksam und es wäre daher sehr wünschenswert die Jugendlichen und die Lehrbetriebe arbeitsweltorientiert gezielt, niederschwellig in der Begleitung, zu unterstützen und vor Ort zu trainieren, allfällige Konflikte zu lösen und therapeutisch anzugehen. Es gibt viel internationale Evidenz dafür, dass eine interdisziplinäre Begleitung der jungen Menschen, in den ausgewählten Betrieben, sich sehr positiv, sowohl auf die Arbeitsintegration, als auch auf den Verlauf der psychischen Störung auswirkt [547-549].
9. Gezielte Unterstützung und Förderung von Lehrbetrieben, psychisch belastete Jugendliche zu integrieren und mit Heimen zusammenzuarbeiten. Z.B. In Form von Lohnzuschüssen oder Steuererleichterungen. Es wäre wünschenswert, dass jedes Heim, welches Transitionsprozesse in die Verselbständigung anbietet, über ein breites Netzwerk an geeigneten Ausbildungsbetrieben und potenziellen Arbeitsstellen verfügt. Vermutlich könnte man hier auch Synergien schaffen und die einzelnen Heime von diesen Arbeiten entlasten und die Ressourcen gezielter bündeln. Evtl. wäre es sinnvoll eine Koordinationsstelle zwischen den Heimen, Arbeitslosenversicherung, Interessierten und gezielt auch finanziell unterstützten Lehrbetrieben auf kantonaler Ebene zu schaffen. Dadurch könnte man die doch sehr grosse Lücke zwischen einer Ausbildung auf dem ersten Arbeitsmarkt und einer auf dem zweiten Arbeitsmarkt wesentlich durchlässiger machen und den Selbstwert vieler jungen Menschen schützen, deren Integrationsprobleme ja oft eher im Bereich der Aufmerksamkeits-, Emotions-, Beziehungs-, Selbstwerts- und Frustrationsregulation liegen und weniger an einer grundlegenden Demotivation, intellektuellen Defiziten oder einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Es ist deshalb davon auszugehen, dass sie im richtigen, für ihre Probleme sensibilisierten, Arbeitssetting mit ausreichend Geduld immer bessere Arbeitsergebnisse erzielen werden.

14.3.9 Antizipation des ständig zunehmenden Fachkräftemangels

Der Fachkräftemangel wird auch die Schweizer Jugendhilfe fast zwangsläufig immer stärker treffen und es wird eine immense Herausforderung werden die aktuellen hohen Standards zu halten. Für die Jugendlichen ist auch gar nicht nur der absolute Fachkräftemangel, sondern vor allem der häufige Wechsel innerhalb eines Betreuungsverhältnisses, also der Wechsel einer Vertrauensperson, das zentrale Probleme. Jugendlichen verbinden die Hilfen und Unterstützung, die sie erhalten, in der Regel nicht mit einer abstrakten Funktion im Helpersystem, wie einem Beistand, sondern mit einem Menschen, mit dem sie Beziehungserfahrungen gemacht haben.

Eine relativ grosse Gefahr besteht darin, dass man mit zunehmendem Fachkräftemangel und der damit einhergehenden Zeitnot, gerade an der Beziehungskontinuität in den laufenden Betreuungsverhältnissen und Beistandschaften zu sparen beginnt, da die Krisen und die neu aufgenommenen Fälle den Alltag dominieren und man am ehesten bei den Bestandskunden Zeit einsparen kann [845-847].

1. Akzeptanz: Das Problem muss akzeptiert und seine Folgen antizipiert werden und man muss entsprechende Gegenmassnahmen möglichst schnell initiieren. Insbesondere müssen eine Werbekampagne für die soziale Arbeit, attraktive Arbeitsbedingungen und ausreichend neue Studien- und Ausbildungsplätze geschaffen werden. Zentral ist es die Abwanderung aus den sozialen Berufen, insbesondere der Heimerziehung, zu reduzieren (evtl. könnte man über familienfreundlichere Arbeitszeitmodelle nachdenken und versuchen, besser planbare Arbeitszeiten zu garantieren z.B. durch die Anstellung fester Nachtwachen und einer Reduktion der Schichtdienste). Vielleicht wäre es für grössere Träger in den Ballungsräumen auch sinnvoll, Wege zu suchen, die ihre Attraktivität als Arbeitgeber erhöhen könnten, z.B. günstigere Wohnungen auch für die Mitarbeitenden vorzuhalten, etc.
2. Belastungen reduzieren und Erfolge mehr visualisieren und dokumentieren: Es ist sicher auch wichtig, die stärkere Sensibilisierung für die Belastung der sozialen Arbeit in einer förderlichen Art und Weise aufzugreifen und zum Beispiel Konzepte zur Aufarbeitung von Grenzverletzungen, Selbstfürsorge und Teamresilienz auf- und auszubauen. Extrem wichtig für die Gewinnung und das Halten von Fachkräften ist, eine konsequenterere Dokumentation und Visualisierung von den Erfolgen und der Freude an der Arbeit auf einer Wohngruppe oder in den zuweisenden Behörden. Die Fachkräfte müssen im Alltag mehr erleben, welche Erfolge sie haben und welchen Unterschied Sie für die Menschen machen. In der JAEL-Studie gab es viele Hinweise und Zitate, die diese Bedeutung der einzelnen Fachkräfte für das weitere Leben eines Menschen aufzeigten. Solch dokumentierte Erfolge steigern die Motivation der Fachkräfte dann ganz erheblich.
3. Ausdifferenzierung der Hilfelandschaft und Alternativen zur Heimplatzierung ausbauen, wenn abzusehen ist, dass es schwierig wird, ausreichend viele Fachkräfte für die stationäre Jugendhilfe finden und langfristig binden. Man sollte versuchen den Bedarf an stationären Plätzen konstant zu halten oder zu reduzieren, zum Beispiel indem man gezielt in die Prävention und frühen Hilfen für Hochrisikofamilien investiert und auch hochintensive, evidenzbasierte, aufsuchende, therapeutisch ausgerichtete Therapieprogramme, wie die Multisystemische Therapie oder die funktionale Familientherapie ausbaut. Diese hoch intensiven Programme wirken nachweislich nicht nur kompensatorisch, sondern verändern das Funktionsniveau der Familien nachhaltig, indem sie den elterlichen Stress, die Psychopathologie und das Vernachlässigungsrisko so signifikant reduzieren, dass die Jugendlichen auch Jahre später noch zu Hause wohnen und in eine Tagesstruktur eingebunden sind und es keine neuen strafrechtlichen Anzeigen oder Gefährdungsmeldungen gibt [745-751]. Es braucht einfach ausreichend intensive und wirksame lebensweltorientierte, aber auch evidenzbasierte Behandlungen als Alternativen zur Heimerziehung, um einen weiteren Anstieg der Zahl der Fremdplatzierungen in Zeiten eines stetig zunehmenden Fachkräftemangels zu vermeiden. Ein Ausbau von rein kompensatorischen, weniger intensiven, ambulanten Angeboten wird nicht ausreichen, um die Zahl der Heimplatzierungen signifikant zu reduzieren, sondern führt eher zu verzögernden Zuweisungen von höheren

belasteten, älteren Jugendlichen [6, 30, 37, 221; 419]. Auch durch eine höhere Platzierungskontinuität liesse sich die Zahl der benötigten heimplatze reduzieren. Vermutlich braucht es zukünftig eine stärker ausdifferenzierte spezialisiertere Heimerziehung und kein «one size fits it all».

4. Inhaltlich attraktive Arbeitsbedingungen, in denen die Fachkräfte selbstwirksam und erfolgreich arbeiten können – erhöhen auch die Motivation, weshalb es schon wichtig ist, die Rahmenbedingungen für erfolgreiche Heimerziehung zu schaffen und die Konzepte entsprechend auf gesellschaftliche Veränderungen anpassen zu können. Mehrere Studien zeigen, dass Fachkräfte vor allem dann fluktuieren [845, 846], wenn sie sich unsicher und selbstunwirksam erleben, die eigenen Ansprüche an ihre Arbeit nicht mehr erfüllen können und man den Eindruck hat, dass man den Klienten:innen unter den aktuellen Arbeitsbedingungen nicht mehr gerecht werden kann. Insbesondere wenn die aus dieser Differenz und Unzufriedenheit resultierende emotionale Not von den Vorgesetzten nicht gesehen und emotional validiert wird [845, 784]. Dies spricht auch für eine ausdifferenzierte Jugendhilfelandchaft mit möglichst passgenauen Platzierungen und Settings, in denen die meisten Jugendlichen auch erfolgreich begleitet werden können. Die Tatsache, dass fast 30% der stationären Hilfen vorzeitig beendet werden, fördert gerade auch nicht die Selbstwirksamkeit der Fachkräfte und resultiert oft aus einer unzureichenden Passung des pädagogischen Bedarfs zu der realen Struktur- und Prozessqualität einer Wohngruppe. Oft werden Platzierungsentscheidungen auf der Grundlage der theoretischen Konzepte und Stellenpläne getroffen. Der Stress der Fachkräfte resultiert aber aus der realen Arbeitssituation und der Differenz zwischen den pädagogischen Konzepten und der Gruppenrealität, unter Berücksichtigung von Personalmangel/-ausfällen. Die Teams leiden sehr darunter, wenn die Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit immer weiter auseinander zu driften beginnen, weshalb es letztlich wichtig wäre, es den Institutionen zu ermöglichen, den Personalbedarf bei den Konzepten der realen Personalsituation anzupassen und zum Beispiel für die durchschnittlichen Krankheits- und Ferientage zusätzliche, flexibel einsetzbare Fachkräfte zur Kompensation einzuplanen. Letztlich müsste es möglich sein, dass grössere Träger bei der Personalbemessung die finanziellen Möglichkeiten und Freiheiten haben, das Personal soweit mit aufzustocken, das kurzfristige Personalausfälle und Situationen in denen man neue Fachkräfte rekrutiert werden von Team ohne Stress kompensiert werden kann. Letztlich würde sich auf drei Wohngruppen eine 100% flexible Fachkraft bereits lohnen, da 4 Monate pro Wohngruppe allein schon wegen der Ferien nicht voll pädagogisch besetzt sind.
5. Kommunikation über die Arbeitssituation in der Jugendhilfe und den zuweisenden Behörden könnte man optimieren. Das Image, dass die soziale Arbeit in der Öffentlichkeit vermittelt, ist sicher nicht immer von Vorteil für die Rekrutierung von jungen Menschen für dieses Berufsfeld. Gerade die Ergebnisse der JAEL-Studie zeigen doch auch wie sinnstiftend und erfüllend die Arbeit in der Heimerziehung sein kann und welche grosse Bedeutung man für das weitere Leben eines jungen Menschen haben kann. Dieser Aspekt, die Erfolge der Arbeit und die Freude an der Arbeit sollte viel stärker betont und in der Öffentlichkeit vermittelt werden. Es wäre doch attraktiver ein Mensch und eine hochspezialisierte Fachkraft zu sein, der für einen anderen Menschen einen Unterschied machen kann, als ein leidensfähiger Gutmensch, der seine Arbeitszeit damit verbringt, diesen in ihrem Leid beizustehen. Es braucht eine positive Imagekampagne für die soziale Arbeit mit entsprechenden Bildern. Es geht dabei aber nicht nur um Hochglanz-Werbekampagnen, sondern auch um eine andere Wahrnehmung der Fachkräfte, auf ihre Arbeit, in der die Freude, die Erfolge und der Sinn der Arbeit auch im Alltag (wieder) einen höheren Stellenwert bekommen.
6. Standards für Übergaben bei Personalwechsel definieren. In der Heimerziehung ist es noch relativ leicht, aber auch dort werden eigentlich logische Mindeststandards, wie eine persönliche, gute Verabschiedung und die Erarbeitung eines gemeinsamen Narrativs über die gemeinsame Zeit oft verpasst bzw. nicht konsequent genutzt, abgesetzt. Abschiede sind etwas sehr Persönliches und geprägt von den eigenen Erfahrungen mit Abschieden, weshalb viele Fachkräfte sich hier oft von ihren eigenen Gefühlen leiten lassen. Die Abschiede werden teilweise nicht professionell genug gestaltet, was im Alltag und mit vielen Unklarheiten, wie Überstunden, Resturlauben und dem

Verlauf der Massnahmen der Jugendlichen oft auch sehr herausfordernd sein kann. Es liegt aber in der Verantwortung der Institution, dass ein guter Abschied der Fachkraft von den Jugendlichen erfolgen kann, oder wenn dieser nicht möglich ist, der Abschied vom verbleibenden Team, mit den anderen Jugendlichen nochmal nachgearbeitet wird. Vielleicht wäre es auch eine Aufgabe der Fachverbände sich diesem Thema Abschiede in der Jugendhilfe einmal zu widmen und hier Standards zu definieren und sich über Kreative Rituale auszutauschen.

7. Problematischer sind die Abschiede der Beistandspersonen, die nicht so regelmässig im Kontakt mit ihren Klienten:innen sind. Auch wenn es unrealistisch ist, wäre es inhaltlich sehr hilfreich und eigentlich notwendig, dass es bei jedem Wechsel der Beistandschaft ein Übergabegespräch oder zumindest ein Kennenlerngespräch mit dem neuen Beistand gäbe, bevor man vielleicht in einer Krisensituation zum ersten Mal zusammentrifft und gleich schwierige Entscheidungen (hoffentlich gemeinsam) treffen muss. Die meisten Jugendlichen, die auf dem Amt anrufen oder vorbeikommen, um den Beistand Herr oder Frau Mustermann zu sprechen, werden, auch wenn sie ein Problem haben, einfach wieder enttäuscht abziehen, wenn Sie die Information bekommen er/sie arbeitet nicht mehr hier.
8. Letztlich kann man eine Beistandschaft ohne gute Kenntnis der Familie nicht ausfüllen und die Familien verlieren auch den Respekt, wenn sie in hoher Frequenz mit neuen Beiständen konfrontiert werden, die nicht ausreichend in die Biographie und die Herausforderungen ihrer Familie eingearbeitet sind und es zumeist gar nicht sein können, da ihnen schlicht die Zeit fehlte die Familie richtig kennen zu lernen. Es ist vielleicht auch ein gutes Zeichen dafür, dass die Zahl der Betreuungsverhältnisse insgesamt zu hoch ist, wenn es hoch motivierten Fachkräfte während ihrer Einarbeitungszeit gar nicht mehr möglich ist, alle Menschen für deren zukünftiges Leben die neuen Beistände eine Mitverantwortung tragen, kennen zu lernen. Auch hier braucht es Standards für die Übergaben, die mehr sind als ein Formbrief. Der Mehraufwand wird sich mit hoher Wahrscheinlichkeit lohnen, da die Verläufe gerade von dieser Verbesserung Planungskontinuität profitieren werden.
9. Am Fachkräftegebot sollte festgehalten werden und die Arbeit inhaltlich eher weiter aufgewertet werden, auch um ein attraktives Lohnniveau zu halten oder besser sogar in der Relation zu anderen Berufen auf diesem Qualifikationsniveau (Hochschulstudium, höhere Fachschule) in der freien Wirtschaft anzugeleichen, d.h. eher noch erhöhen. Auch wenn es kurzfristig eine verlockende Strategie sein könnte motivierte Quereinsteiger, ohne ausgewiesene sozialpädagogische Qualifikation, für die soziale Arbeit zu rekrutieren, darf nicht übersehen werden, dass dies indirekt die soziale Arbeit und die Qualifikation entwertet. Im Rahmen der Imagekampagnen sollten aber durchaus gezielt Menschen angesprochen werden, die sich beruflich umorientieren wollen, sich zur sozialen Arbeit hingezogen fühlen und sich entsprechend qualifizieren wollen. Evtl. könnte man für qualifizierte Quereinsteiger auch mit Stipendien arbeiten oder spezielle berufsbegleitende duale Studiengänge mit viel Praxisbezug anbieten, die auch für Menschen attraktiv sind, die bereits ein regelmässiges Einkommen benötigen. Eine solche Entwicklung, mit immer mehr Quereinsteigern, wird es mittelfristig eher erschweren attraktivere Arbeitsbedingungen für die gut ausgebildeten Fachkräfte zu schaffen. Gerade für die Schweiz ist das gezielte Anwerben von Fachkräften und die Möglichkeit in die Ausbildung und Werbung zu investieren vermutlich für die Sicherung der Qualität in der Jugendhilfe der bessere und erfolgversprechendere Weg. Eine Senkung der Standards könnte demotiviernd auf die etablierten Fachkräfte wirken.
10. Konsequent auf das Konzept der Vertrauensperson setzen. In Anbetracht der grossen Schwierigkeiten eine Beziehungskontinuität zu den Fachkräften sicher zu stellen sowie die, auch von den Jugendlichen in JAEL als belastend beschriebene, sehr hohe Personalfluktuation bei den Beistandspersonen, wäre es eigentlich logisch, dass die jungen Menschen eine Fachperson ihres Vertrauens wählen können und diese als erster Ansprechpartner für den weiteren Hilfeprozess fungiert. Natürlich sind diese Vertrauenspersonen auch nicht vor Personalfluktuation gefeit, aber es bringt nochmal mehr personelle Kontinuität, da die offizielle Wahl ja auch die Bedeutung der Beziehung betont. Die Professionalität sollte aber gewährleistet sein und auch Fachkräfte sollten gut auf diese Rolle als Vertrauensperson vorbereitet werden, zudem sollten die Kompetenzen gut

geklärt werden und eine sichere, belastbare Struktur für den Austausch mit den Behörden etabliert werden.

14.3.10 Verbesserung der fachpolitischen, rechtlichen und gesellschaftlichen Teilhabe der Care Leaver:innen

Im Sinne der weiteren Entstigmatisierung wäre es wichtig, dass die rechtliche Situation der Care Leaver:innen angepasst wird und eine Angleichung der Praxis in den einzelnen Kantonen erfolgt. Zudem wäre es begrüssenswert, wenn die politische Beteiligung der Care Leaver:innen in der Breite vorangetrieben werden könnten und wenn die Initiativen, die sich in den letzten Jahren entwickelt haben, ausgebaut und finanziell abgesichert werden könnten.

Insgesamt ergeben sich folgende Forderungen:

1. Anspruch auf Hilfen für junge Volljährige bis zur Vollendung des 25. Lebensjahrs.
2. Rückkehroption in das System der Kinder- und Jugendhilfe, auch wenn der Hilfeprozess einmal abgeschlossen wurde. Bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres sollte jederzeit wieder eine Hilfe möglich sein.
3. Rechtsstatus Leaving Care – mit bundesweit klar definierten und finanzierten ambulanten und stationären Leistungen. Die Praxis in den Kantonen sollte dadurch angeglichen werden.
4. Realistische Bedarfsplanung in den Kantonen unter Berücksichtigung der zunehmenden Herausforderungen in dieser Lebensphase (insbesondere der Berufsfindung) und der Zahl der fremdplatzierten jungen Menschen – Kooperationen sollten dabei von Anbeginn an mitgedacht werden. Ausserkantonale Zuweisungen müssen ähnlich wie im stationären Bereich einfach realisiert werden können, falls innerhalb eines Kantons kein geeignetes Angebot vorgehalten werden kann, so dass der Wohnort nicht zu einer systematischen Benachteiligung führt.
5. Care Leaver:innen sollten einfach und ohne lange Begründungen von der rechtlichen und finanziellen Verantwortung von Ihren Eltern entbunden werden können.
6. Gegenfinanzierte, ambulante Leistungen der Nachbetreuung für Care Leaver:innen – diese sollten als nachstationäre Leistungen eingestuft werden und über die Kantone und möglichst auch mit Hilfe von Bundessubventionen finanziert werden.
7. Konsequente Umsetzung des Konzeptes der Vertrauensperson.
8. Annäherung/-gleichung der rechtlichen Rahmenbedingungen in den Kantonen, um einen einheitlichen Standard zu erreichen. Die Unterstützung sollte nicht vom Wohnort/-kanton abhängen.
9. Keine finanzielle Beteiligung der Care Leaver:innen an den Kosten der Unterbringung bis zum Abschluss ihrer beruflichen Integration.
10. Keinen impliziten Druck für eine Rückführung zu den Eltern, bevor der explizite Wille der Care Leaver:innen im Vorfeld nicht abgeklärt wurde. Dabei immer auch alternative Verselbständigungsoptionen aufzeigen.
11. Fachpolitische Stärkung der Peeransätze und der damit verbundenen Unterstützungssysteme.
12. Chancengleichheit und Unterstützung bei der Berufswahl mit Unterstützung einer zweiten Ausbildung, z.B. durch spezifische Stipendien für Care Leaver:innen.
13. Ausbau der Weiterbildungen für die Fachkräfte und Peers und Vertrauenspersonen, die Care Leaver:innen begleiten wollen. Es ist schön, dass die Fachhochschulen hier bereits Curricula entwickelt haben und es mit Sicherheit gelingen wird, das jael-elearning.ch zu verstetigen und sehr niederschwellig über einen direkten Onlinezugang gegen eine geringe Aufwandsentschädigung anzubieten. Wünschenswert wäre es, dass auch viele Einrichtungen jael-elearning.ch nutzen, um gemeinsame Standards in ihren Teams zu haben, einen einheitlichen Umgang mit gewissen Symptomen aber auch einheitliche Haltungen zu Übergängen sicherzustellen.

15 Fazit und Ausblick

Letztlich bestätigen die Ergebnisse der JAEL-Studie, die Ergebnisse von anderen deutschsprachigen und internationalen Studien zum Transitionsprozess und zur Lebenssituation/-realität von ehemals ausserfamiliär platzierten Kindern und Jugendlichen. Die JAEL-Studie ist aber eine der wenigen Studien, die auch Verläufe mit psychometrischen Testverfahren und sogar standardisierten klinischen diagnostischen Interviews zur Erfassung der psychischen Gesundheit durchführen konnte. Auch andere Studien zeigten, dass circa 2/5 gut zurechtkommen, 2/5 ausreichend gut zurechtkommen und 20% sehr schlecht zurechtkommen und in allen Lebensbereichen Schwierigkeiten haben. Auch bezüglich der Risikofaktoren gab es wenig grosse Überraschung, aber eine Bestätigung der klinischen Erfahrung und erster Studienergebnisse, auch mit den hohen methodischen Standards der JAEL-Studie. Die JAEL-Ergebnisse zeigten einmal mehr die fatale Wirkung von chronischen psychischen Erkrankungen, Substanzkonsum, traumatischen Erlebnissen und mangelnder Partizipation und Beziehungsabbrüchen. Auf der anderen Seite zeigte sich, dass gute Kooperationen, sichere gute Beziehungen zu den Fachkräften sowie eine hohe Platzierungskontinuität und Beteiligung der Eltern mit einem guten Verlauf und einer höheren gesellschaftlichen Teilhabe einhergingen. Diese wichtigen Schutzfaktoren sollten in den Hilfsprozessen besonders gut adressiert werden. All diese Schutz- und Risikofaktoren wurden im JAEL-Projekt erkannt und gezielt in dem E-Learning für die Fachkräfte aufgegriffen, wobei sowohl der Umgang mit den zentralen Risikofaktoren vermittelt, als auch für die eigenen Ressourcen und Gelingensfaktoren für einen erfolgreichen Verlauf sensibilisiert wird. Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass das E-Learning sehr gut umgesetzt wurde und von den Fachkräften als extrem hilfreich für ihre berufliche Praxis und Selbstwirksamkeit im Umgang mit den Risikofaktoren erlebt haben. Die Ergebnisse sind für eine E-Learning in ihrer Wirkung auf die konkrete Arbeitspraxis aussergewöhnlich gut, was für eine sehr praxisnahe und gute didaktische Umsetzung des E-Learnings spricht. Die grössten Sorgen, bei denen es neben fachlichem Wissen auch innovative und erprobte Konzepte, sowie gegebenenfalls auch strukturelle Anpassungen in der Heimerziehung braucht, sind Konzepte für Jugendliche mit Persönlichkeitsstörungen, Substanzkonsumstörungen und die Vermeidung von Abbrüchen bzw. Sicherstellung von Platzierungskontinuität.

Die qualitativen Ergebnisse zeigen auch, dass der Faktor von informeller sozialer Unterstützung durch andere Menschen prosoziale Freundeskreise und Liebesbeziehungen, nicht unterschätzt werden darf, und diese indirekten Faktoren den Care Leaver:innen im Transitionsprozess Halt und Orientierung geben können. In dieser Phase könnten auch Peerkonzepte der Leaving Care Initiativen einen wichtigen Beitrag leisten, weshalb es sehr wichtig ist, dass die sozialpädagogischen Institutionen diese Effekte wahrscheinlicher machen, sich noch weiter öffnen und die sozialpädagogischen Fachkräfte sich sehr stark in den Aufbau von prosozialen Peergruppen und Freizeitaktivitäten investieren. Gerade auch das kohärente ressourcenorientierte, die Identität stärkende, und daher nicht stigmatisierende, Narrativ über den Aufenthalt scheint sehr wichtig zu sein und sollte leitend für jeden professionell geplanten Translationsprozess sein, da diese ja auch die «Expertenschaft» und Partizipation der jungen Menschen betont und hilft den Prozess nach ihren Bedürfnissen auszurichten. Es ist schon recht ernüchternd, dass sich je nach Bereich 20 -40% der JAEL -Stichprobe nicht ausreichend auf den Austritt vorbereitet fühlten, was zeigt, wie sehr das Thema unterschätzt wurde und vermutlich immer noch wird.

Es zeigt sich, dass es essenziell ist, die Transitionsprozesse von gut ausgebildeten, vertrauten Fachkräften begleiten zu lassen und, dass der Austritt bereits in der Zeit der Wohngruppe, gut vorbereitet werden muss, in dem eine stabile und belastbare berufliche Perspektive, aber auch

Freizeitaktivitäten, ein prosozialer Freundeskreis und ein «zu Hause» am zukünftigen Lebensort aufgebaut werden können. Die begleitenden Fachkräfte müssen ein solches Vertrauensverhältnis zu den jungen Erwachsenen haben, so dass sich die Care Leaver:innen bei Problemen schnell von sich aus melden und so viel Erfahrung haben, dass sie die jungen Menschen, wenn es nicht gut läuft, früh- oder zumindest rechtzeitig empathisch konfrontieren und aus einem breiten Netzwerk schnell passgenaue Hilfen organisieren können. Im Idealfall gibt es kompetente Vertrauenspersonen, die die ambulante nachstationäre Betreuung weiter leisten könnten. Letztlich wäre es ideal, wenn die Wohngruppen in diesen nachstationären Betreuungszeiten, noch lange als ambulante Leistungen oder betreutes Jugendwohnen mit den Kostenträgern abrechnen und die gewachsenen Vertrauensbeziehungen genutzt werden könnten. Es wäre gut Standards für die Struktur und Prozessqualität der Nachbetreuung zu definieren, diese als Leistung attraktiv auszustalten und als zentralen Teil der Qualität eines Heimes zu verstehen, ausreichend gut auszustatten und zu finanzieren/ subventionieren.

Auch wenn bei der Interpretation der JAEL-Ergebnisse zu bedenken ist, dass in den letzten Jahren eine erhebliche Sensibilisierung für die Bedürfnisse der Care Leaver:innen und die Verlängerung der Adoleszenz und das Phänomen der Emerging Adulthood stattgefunden hat. In vielen Kantonen wurden die Angebote im Bereich der nachstationären Begleitung, des betreuten Jugendwohnens und Peerberatungsprogramme für Care Leaver:innen zur Unterstützung einer Verselbständigung erst nach dem Ende der JAEL-Studie stärker auf- und ausgebaut. Trotzdem gibt es hier sicher noch sehr viel zu tun, zumal die Anforderung im Bereich der Arbeitsintegration und der Wohnungssuche in den letzten Jahren grösser geworden sind und zukünftig eher noch zunehmen werden. Von der JAEL-Studie geht für die Trägerschaften und die zuweisenden Behörden hoffentlich ein wichtiger Impuls aus, diese Transitionsprozesse noch besser und professioneller vorzubereiten, die nachsorgenden Angebote zu verbessern und diese Angebote, in dieser für die Care Leaver:innen so wichtigen Zeitspanne, der Verselbständigung noch besser aufzustellen. Insbesondere sollte die Nachbetreuung für jene junge Menschen, die viele Risikofaktoren akkumulieren und ein hohes Risiko für schlechte Verläufe haben noch nachgehender, tragfähiger und belastbarer gestaltet werden und auch interdisziplinär ausgestattet werden. Diese nachsorgenden Angebote sollten stärker ausdifferenziert werden und als wichtigster Teil der langfristigen Hilfeplanung angesehen werden, in das man nochmal gezielt Geld und Energie investieren muss – es ist durch nichts zu rechtfertigen, dass junge Erwachsene, in die der Staat über Jahre hinweg Geld und Energie investiert hat, ohne stabile Zukunftsperspektive verselbständigt werden – man sollte sehr gezielt in das gute Ende von Hilfen investieren – Ende gut alles gut!

Die JAEL-Studie stellt ein ungeheuren Datenschatz und wichtige Vergleichspopulation dar, weshalb es sehr wünschenswert wäre, wenn die Situation von ehemaligen fremdplatzierten Kindern regelmässig mit einer ähnlichen Methodik untersucht werden könnte und man auch die JAEL-Stichprobe in einigen Jahren nochmals befragen könnte oder eine neue aktuelle Care Leaver:innen Stichprobe aufbauen könnte, um die Entwicklungen der letzten Jahre abbilden zu können und auch unterschiedliche evidenzbasierte Programme für die Unterstützung der Verselbständigung evaluieren könnte. Letztlich wäre es auch recht leicht möglich, dass die einzelnen Trägerschaften eigene kleine Katamnesestudien realisieren, woraus sie unmittelbar für die Ausgestaltung ihrer eigenen Transitionsprozesse profitieren könnten.

Mit dem sehr erfolgreichen E-Learning und dem EQUALS-Tool zur Vorbereitung des Austritts (<https://www.equals.ch/blog/neue-instrumente-schwerpunkt-austritt>) konnten durch den Modellversuch JAEL bereits konkrete Tools erarbeitet und verstetigt werden, sodass es auch

unabhängig vom Erkenntnisgewinn konkrete greifbare Ergebnisse des JAEL-Projektes gibt, die von und in der Praxis zukünftig genutzt werden können. Hoffentlich kann die JAEL-Studie und deren Erkenntnisse sowie der grosse Einsatz des JAEL-Teams einen wertvollen Beitrag dazu leisten, dass viele junge Menschen, die eine prägende Zeitspanne ihres Lebens in Kinder- und Jugendhilfeinstitutionen leben, diese Zeit besser in ihre Biographie integrieren können und sich Dank der professionellen Betreuung in den Heimen und eines gut begleiteten Verselbstständigungs- oder Rückführungsprozesses sicherer und selbstwirksamer den weiteren Herausforderungen des Lebens stellen, mit sich und ihrem Leben zufrieden sein können und sich in die Gesellschaft integriert erleben.

Literatur

1. Munro, E.R. and E. Manful, *Safeguarding children: a comparison of England's data with that of Australia, Norway and the United States*. 2012.
2. Seiterle, N., *Schlussbericht Bestandesaufnahme Pflegekinder und Heimkin - der Schweiz 2015-2017*. 2018, PACH Pflege- und Adoptivkinder Schweiz und Integras, Fachverband Sozial- und Sonderpädagogik: Zürich.
3. Schmid, M., et al., *Abschlussbericht für den Fachausschuss für die Modellversuche und das Bundesamt für Justiz. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen (MAZ)*. 2013, Basel: Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel.
4. Bronsard, G., et al., *The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system: a systematic review and meta-analysis*. Medicine, 2016. **95**(7).
5. Colins, O., et al., *Psychiatric disorders in detained male adolescents: a systematic literature review*. The Canadian Journal of Psychiatry, 2010. **55**(4): p. 255-263.
6. Schmid, M., *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. 2007: Juventa.
7. Garcia, A.R., et al., *Adverse childhood experiences among youth reported to child welfare: Results from the national survey of child & adolescent wellbeing*. Child Abuse & Neglect, 2017. **70**: p. 292-302.
8. Döllitzsch, C., et al., *Ability of the Child Behavior Checklist-Dysregulation Profile and the Youth Self Report-Dysregulation Profile to identify serious psychopathology and association with correlated problems in high-risk children and adolescents*. J Affect Disord, 2016. **205**: p. 327-334.
9. Döllitzsch, C., et al., *Diagnostic performance and optimal cut-off scores of the Massachusetts youth screening instrument-second version in a sample of Swiss youths in welfare and juvenile justice institutions*. BMC Psychiatry, 2017. **17**(1): p. 61.
10. Leenarts, L.E.W., et al., *Relationship between Massachusetts Youth Screening Instrument-second version and psychiatric disorders in youths in welfare and juvenile justice institutions in Switzerland*. BMC Psychiatry, 2016. **16**(1): p. 340.
11. Pihet, S., et al., *Assessing Callous-Unemotional Traits in Adolescents: Validity of the Inventory of Callous-Unemotional Traits Across Gender, Age, and Community/Institutionalized Status*. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 2014. **37**(3): p. 407-421.
12. Pihet, S., et al., *Factor structure of the Youth Psychopathic Traits Inventory using the total score, three scale scores, and/or 10 subscale scores*. Criminal Justice and Behavior, 2014. **41**(10): p. 1214-1231.
13. Singer, H., et al., *Wirkungsmessung pädagogischer Interventionen: Anpassung eines Zielerreichungsinstruments an jugendforensische Anforderungen*. 2013.
14. Jenkel, N., M. Schröder, and M. Schmid, *Vom Modellversuch zum Gemeinschaftsprojekt - EQUALS: Ergebnisorientierte Qualitätssicherung in sozialpädagogischen Einrichtungen*. Sozial Aktuell, 2012. **12**: p. 24-26.
15. Schröder, M., N. Jenkel, and M. Schmid, *13 EQUALS-ein teilstandardisiertes Instrument zur interdisziplinären Zielvereinbarung und Unterstützung des Hilfeplanverfahrens in der Kinder- und Jugendhilfe*. Biopsychosoziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe: Interprofessionelle und interdisziplinäre Perspektiven, 2013.
16. Schmid, M., M. Schröder, and N. Jenkel, *Traumatisierte Kinder zwischen Psycho, in Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der soziale Dienste*, S.B. Gahleitner and H.G. Homfeld, Editors. 2012, Beltz Juventa: Weinheim. p. 133-158.
17. Döllitzsch, C., et al., *Mehrfachdiagnosen bei Schweizer Heimjugendlichen*. Kindheit und Entwicklung 2014.
18. Döllitzsch, C., et al., *Mehrfachdiagnosen bei Schweizer Heimjugendlichen*. Kindheit und Entwicklung, 2014. **23**(3): p. 140-150.
19. Fischer, S., et al., *Interpersonal trauma and associated psychopathology in girls and boys living in residential care*. Children and Youth Services Review, 2016. **67**: p. 203-211.
20. Lüdtke, J., et al., *Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents Placed in Youth Welfare and Juvenile Justice Group Homes: Associations with Mental Disorders and Suicidality*. J Abnorm Child Psychol, 2018. **46**(2): p. 343-354.
21. Seker, S., et al., *Substance-use disorders among child welfare and juvenile justice adolescents in residential care: The role of childhood adversities and impulsive behavior*. Children and Youth Services Review, 2021. **121**: p. 105825.

22. Dölitzsch, C., et al., *Professional caregiver's knowledge of self-reported delinquency in an adolescent sample in Swiss youth welfare and juvenile justice institutions*. Int J Law Psychiatry, 2016. **47**: p. 10-7.
23. Barra, S., et al., *Adverse Childhood Experiences, Personality, and Crime: Distinct Associations among a High-Risk Sample of Institutionalized Youth*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2022. **19**(3): p. 1227.
24. Gander, T., et al., *Predictive factors for changes in quality of life among children and adolescents in youth welfare institutions*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2019. **54**(12): p. 1575-1586.
25. Schmid, M., et al., *Welche Faktoren beeinflussen Abbrüche in der Heimerziehung—welche Bedeutung haben limitierte prosoziale Fertigkeiten?* Kindheit und Entwicklung, 2014.
26. Schmid, M., et al., *Was wird aus Care Leavern?* Kindheit und Entwicklung, 2022.
27. Sievers, B., S. Thomas, and M. Zeller, *Jugendhilfe—und dann? Zur Gestaltung der Übergänge junger Erwachsener aus stationären Erziehungshilfen*. . 2015, Frankfurt a. M: IGFH.
28. Jarczok, M., et al., *Care leaver needs and accessibility: Findings from the first large-scale project in Switzerland*. Child & Family Social Work, 2021. **26**(1): p. 11-25.
29. Schaffner, D., *Übergänge von Care Leavers—auch ein Thema in der Schweiz?: Referat anlässlich der Plattform Fachtagung Fremdunterbringung—Übergangsbegleitung: roots to grow and wings to fly*. www.integras.ch, 2017.
30. Schmid, M., et al., *Psychosoziale Hilfssysteme für Adoleszente mit psychischen Erkrankungen*., in *Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz*., J.M. Fegert, A. Streeck-Fischer, and G. Freyberger, Editors. 2009, Schattauer.: Stuttgart. p. 824-842.
31. Klöngeter, S., W. Schröer, and M. Zeller, *Germany*, in *Young People's Transitions from Care to Adulthood. International Research and practice book*. 2008, Jessica Kingsley.: London. p. 63-77.
32. Klöngeter, S. and M. Zeller, *Lost in Transition-Jugendliche und junge Erwachsene mit biographischen Krisen im Übergang*. Diskurs Kindheits-und Jugendforschung, 2011. **6**(1): p. 5-16.
33. Schröer, W., et al., *Handbuch Übergänge*. 2013: Beltz Juventa.
34. Arnett, J.J., *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. 2014: Oxford University Press, USA.
35. Seiffge-Krenke, I. and N.F. Schneider, *Familie—nein danke?!*: Familienglück zwischen neuen Freiheiten und alten Pflichten. 2012: Vandenhoeck & Ruprecht.
36. Munro, E.R. and D. Simkiss, *Transitions from care to adulthood: messages to inform practice*. Paediatrics and Child Health, 2020. **30**(5): p. 175-179.
37. Schmid, M. and J.M. Fegert, *Fremdplatzierte Kinder in Pflegefamilien und stationärer Jugendhilfe*. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, 2012: p. 63-74.
38. Schröder, M., et al., *Bindungsauffälligkeiten und psychische Belastung bei Kindern aus der Pflegekinderhilfe und Heimerziehung*. Kindheit und Entwicklung, 2017. **26**(2): p. 118-126.
39. Schleiffer, R., *Fremdplatzierung und Bindungstheorie*. 2014: Beltz Juventa.
40. Stein, M., *Resilience and young people leaving care: Overcoming the odds*. 2005.
41. Mahdiani, H. and M. Ungar, *The dark side of resilience*. Adversity and Resilience Science, 2021. **2**(3): p. 147-155.
42. Gilligan, R., *Positive turning points in the dynamics of change over the life course*. Pathways of human development: Explorations of change, 2009: p. 15-34.
43. Refaeli, T. and B. Strahl, *Turning point processes to higher education among care leavers*. Social Work & Society, 2014. **12**(1).
44. Biehal, N., et al., *Moving on: Young people and leaving care schemes*. 1995.
45. Rutter, M., *Resilience concepts and findings: Implications for family therapy*. Journal of family therapy, 1999. **21**(2): p. 119-144.
46. Newman, T. and S. Blackburn, *Transitions in the Lives of Children and Young People: Resilience Factors*. Interchange 78. 2002.
47. Giddens, A., *Self-identity and Modernity*. Cambridge: Polity, 1991.
48. Beck, U., *Risk society: Towards a new modernity*. Vol. 17. 1992: sage.
49. Schmid, M., et al., *Abschlussbericht für den Fachausschuss für die Modellversuche und das Bundesamt für Justiz*. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen (MAZ.). Basel: Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, 2013.
50. Achenbach, T., *Adult self-report for ages 18–59*. Burlington, VT: University of Vermont, 2003.
51. Achenbach, T.M., *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. (No Title), 1991.
52. Achenbach, T.M., *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile*. (No Title), 1991.

53. Achenbach, T.M., *Manual for the young adult self-report and young adult behavior checklist*. 1997: University of Vermont, Department of Psychiatry.
54. Achenbach, T.M., *Adult Behavior Checklist for Ages 18-59*. ASEBA, 2003.
55. Achenbach, T.M. and L. Rescorla, *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: Child behavior checklist for ages 6-18, teacher's report form, youth self-report*. An integrated system of multi-informant assessment, 2001.
56. Grisso, T., Barnum, R., Famularo, R., & Kinscherff, R., *The Massachusetts Youth Screening Instrument - Version 2 (MAYSI-2)-Questionnaire*. 1998, Univeristy of Massachusetts Medical School.
57. Grisso, T. and R. Barnum, *Massachusetts youth screening instrument-Second version: User's manual and technical report*. 2000: University of Massachusetts Medical School.
58. Grisso, T., et al., *Massachusetts Youth Screening Instrument for mental health needs of juvenile justice youths*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2001. **40**(5): p. 541-548.
59. Grisso, T. and R. Barnum, *Massachusetts youth screening instrument, version 2: MAYSI-2: User's manual and technical report*. 2006: Professional Resource Press.
60. (InForSANA), I.F.S.a.A.N.F.A., *Massachusetts Youth Screening Instrument-Version 2 (MAYSI-2). International Standard Mini-Manual (English Version)*. 2012, Professional Resource Press.
61. (WHO), W.H.O., *World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0. 36-item version, self-administered*. 2001, WHO.
62. Üstün, T.B., et al., *Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0*. 2010: WHO.
63. Goth, K. and K. Schmeck, *Das Junior Temperament und Charakter Inventar (JTCI)*. Manual. 2009: Hogrefe.
64. Andershed, H., et al., *Psychopathic traits in non-referred youths: Initial test of a new assessment tool*. In E. Blaauw & L. Sheridan (Eds.), *Psychopaths: Current international perspectives* 2002, Elsevier. p. 131-158.
65. Goth, K. and K. Schmeck, *Persönlichkeitsfunktionen: Fragebogen LoPF-Q (Levels of Personality Functioning)*. 2017, Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel, Klinik für Kinder und Jugendliche (UPKKJ).
66. Berstein, D.P. and L. Fink, *Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report*. The Psychological Corporation: San Antonio, 1998.
67. Gray, M.J., et al., *Psychometric properties of the life events checklist*. Assessment, 2004. **11**(4): p. 330-341.
68. Gray, M.J., et al., *Life Events Checklist-Revised (LEC-R) (Revised version of the LEC by N. Roberts, N. Cloitre J. Bisson & C. Brewin, n.d.)*. 2004, National Center for Mental Health (NCMH) PTSD Registry.
69. Dorr, F., et al., *Entwicklung und Prüfung eines Screenings zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (SkPTBS)*. PPmP-Psychotherapie- Psychosomatik- Medizinische Psychologie, 2016: p. 441-448.
70. Babor, T.F., et al., *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (First Edition)*. 1989, World Health Organisation (WHO).
71. Babor, T.F., et al., *AUDIT: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care (Second Edition)*. 2001, World Health Organization (WHO).
72. Fagerström, K.-O., *Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment*. Addictive behaviors, 1978. **3**(3-4): p. 235-241.
73. Heatherton, T.F., et al., *The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire*. British journal of addiction, 1991. **86**(9): p. 1119-1127.
74. Gossop, M., et al., *The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users*. Addiction, 1995. **90**(5): p. 607-614.
75. Kiernan, M., et al., *The Stanford Leisure-Time Activity Categorical Item (L-Cat): a single categorical item sensitive to physical activity changes in overweight/obese women*. International Journal of Obesity, 2013. **37**(12): p. 1597-1602.
76. Blackburn, E. and E. Epel, *The telomere effect: A revolutionary approach to living younger, healthier, longer*. 2017: Orion Spring.
77. Buysse, D.J., et al., *The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research*. Psychiatry research, 1989. **28**(2): p. 193-213.
78. Mattejat, F. and H. Remschmidt, *Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)*. The inventory of life quality in children and adolescents ILC, 1998. **1**.
79. Mattejat, F. and H. Remschmidt, *ILK-Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen: Ratingbogen für Kinder, Jugendliche und Eltern: Manual*. 2006: Verlag Hans Huber.

80. Keller, F., et al., *Prozessaspekte der Zufriedenheit von Jugendlichen in stationär-psychiatrischer Behandlung*. Nervenheilkunde, 2003. **1**(01): p. 40-46.
81. Lutz, K., F. Keller, and J.M. Fegert, *Fragen zur Zufriedenheit. Unveröffentlichtes Manuskript*. 2004, Universität Ulm.
82. MAZ.-Team, *Fragen zur Zufriedenheit - Fremdeinschätzung (basierend auf F. Keller, L. Konopka, J.M. Fegert & A. Naumann, 2003; K. Lutz, F. Keller & J.M. Fegert, 2004)*. 2007, Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel, Klinik für Kinder und Jugendliche (UPKKJ).
83. (WHO), W.H.O., *WHO (Five) well-being index (1998 version)*. 1998, Frederiksberg General Hospital, Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health.
84. (WHO), W.H.O., *WHOQOL User Manual*. 1998, WHO.
85. Group, W., *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment*. Psychological medicine, 1998. **28**(3): p. 551-558.
86. Skevington, S.M., M. Lotfy, and K.A. O'Connell, *The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group*. Quality of life Research, 2004. **13**: p. 299-310.
87. Zimet, G.D., et al., *The multidimensional scale of perceived social support*. Journal of personality assessment, 1988. **52**(1): p. 30-41.
88. Norton, R., *Measuring marital quality: A critical look at the dependent variable*. Journal of Marriage and the Family, 1983: p. 141-151.
89. Schwarzer, R., *Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung*. 1999.
90. Jerusalem, M. and R. Schwarzer, *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen*. in *Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin. 1999.
91. Boers, K. and J. Reinecke, *Delinquenz im Jugendalter: Erkenntnisse einer Münsteraner Längsschnittstudie*. Vol. 3. 2007: Waxmann Verlag.
92. Doreleijers Th, A., et al., *BARO: standaardisering en protocollering Basisonderzoek strafzaken Raad voor de Kinderbescherming [BARO: standardization and protocolling of basic research in criminal proceedings for the Child Protection Board]*. 1999, Utrecht: Raad voor de Kinderbescherming.
93. Kaufman, J., et al., *Kiddie-SADS—Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), version 1.0 of October*. 1996, University of Pittsburgh School of Medicine, Department of Psychiatry.
94. First, M.B., et al., *Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders: SCID-II*. 1997, American Psychiatric Press.
95. First, M.D., et al., *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV)*. 2016, American Psychiatric Association.
96. First, M.B., et al., *User's guide for the SCID-5-CV Structured Clinical Interview for DSM-5® disorders: Clinical version*. 2016: American Psychiatric Publishing, Inc.
97. Hutsebaut, J., et al., *Semi-gestructureerd Interview voor Persoonlijkheidsfunctioneren DSM-5 (STIP-5.1)*. 2015, Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen.
98. Hutsebaut, J., et al., *Handleiding Semi-gestructureerd Interview voor Persoonlijkheidsfunctioneren DSM-5*. 2015, Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen.
99. Hutsebaut, J., et al., *Semi-Structured Interview for Personality functioning DSM-5 (STIP 5.1)*. 2015, Center of Expertise for Personality Disorders.
100. Hutsebaut, J., et al., *Manual Semi-structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STIP 5.1)*. 2016, Center of Expertise for Personality Disorders.
101. George, C. and M.L. West, *The adult attachment projective picture system: Attachment theory and assessment in adults*. 2012: Guilford Press.
102. Tagay, S., et al., *Essener Trauma-Inventar (ETI)*. LVR-Klinikum Essen, Universität Duisburg-Essen, 2004. **11**.
103. Teicher, M. and A. Parigger, *Modified adverse childhood experience scale, version 0.9; inspired by the ACE scale*. Narrative Exposure Therapy (NET). A Short-Term Intervention for Traumatic Stress, 2011. **2**: p. 80-90.
104. Teicher, M.H. and A. Parigger, *The 'Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure'(MACE) scale for the retrospective assessment of abuse and neglect during development*. PLoS one, 2015. **10**(2): p. e0117423.
105. Roberts, N., et al., *PTSD & complex PTSD diagnostic interview schedule for ICD-11*. Test Version, 2016. **2**.
106. McLellan, A.T., et al., *The fifth edition of the Addiction Severity Index*. Journal of substance abuse treatment, 1992. **9**(3): p. 199-213.

107. Kokkevi, A. and C. Hartgers, *EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence*. European addiction research, 1995. **1**(4): p. 208-210.
108. Cattell, R.B., *A culture-free intelligence test. I*. Journal of Educational Psychology, 1940. **31**(3): p. 161.
109. Organization, W.H., *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Vol. 1. 1992: World Health Organization.
110. Guy, W., *ECDEU assessment manual for psychopharmacology*. 1976: US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service
111. Wing, J., et al., *Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): research and development*. The British Journal of Psychiatry, 1998. **172**(1): p. 11-18.
112. Douglas, K.S., et al., *HCR-20V3: Assessing risk for violence: User guide*. 2013: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
113. de Vogel, V., et al. *SAPROF. Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag. Dutch version*. in Utrecht: Forum Educatief. 2007.
114. De Vogel, V., et al. *SAPROF. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk. English version*. in Forum Educatief. 2009.
115. Witzel, A., *Das problemzentrierte Interview*, Forum Qualitative Sozialforschung. Theories, Methods, Applications, 2000. **1**: p. 19.
116. Helfferich, C., *Leitfaden-und Experteninterviews*. In. N. Baur, J. Blasius (Hg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. 2014, Wiesbaden: Springer Fachmedien.
117. Mayring, P., *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, 12. Aufl. Beltz. 2015, Weinheim.
118. Mayring, P. *Qualitative content analysis: Demarcation, varieties, developments*. in Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research. 2019.
119. Bildungsberichterstattung, A., *Bildung in Deutschland 2020: Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung in einer digitalisierten Welt*. 2020: wbv Media GmbH & Co. KG.
120. Rauschenbach, T., et al., *Prekäre Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen-Herausforderungen für die Kinder-und Jugendhilfe. Expertise zum 9. Kinder- und Jugendbericht des Landes Nordrhein-Westfalen*. 2009: Dortmund; München: TU Dortmund; Forschungsverbund DJI.
121. Bien, W., *Aufwachsen in Deutschland. AID: A-Der neue DJI-Survey*. 2012, Weinheim/Basel.
122. Heintz-Martin, V.K. and A.N. Langmeyer, *Economic situation, financial strain and child wellbeing in stepfamilies and single-parent families in Germany*. Journal of Family and Economic Issues, 2020. **41**: p. 238-254.
123. Laubstein, C., G. Holz, and N. Seddig, *Armut folgen für Kinder und Jugendliche: Erkenntnisse aus empirischen Studien in Deutschland*. 2016: Bertelsmann Stiftung.
124. Binder, K. and U. Bürger, *Zur Bedeutung des Aufwachsens junger Menschen in spezifischen Lebenslagen für die Inanspruchnahme erzieherischer Hilfen*. 2013.
125. Barrera Jr, M., et al., *Pathways from family economic conditions to adolescents' distress: Supportive parenting, stressors outside the family, and deviant peers*. Journal of community psychology, 2002. **30**(2): p. 135-152.
126. Beardslee, W.R., et al., *A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change*. Pediatrics, 2003. **112**(2): p. e119-e131.
127. Brooks-Gunn, J. and G.J. Duncan, *The effects of poverty on children*. The future of children, 1997: p. 55-71.
128. Costello, E.J., et al., *Psychiatric disorders among American Indian and white youth in Appalachia: the Great Smoky Mountains Study*. American journal of public health, 1997. **87**(5): p. 827-832.
129. Council, N.R., *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. 2000.
130. Dearing, E., *Psychological costs of growing up poor*. Annals of the New York Academy of Sciences, 2008. **1136**(1): p. 324-332.
131. Dearing, E., K. McCartney, and B.A. Taylor, *Within-child associations between family income and externalizing and internalizing problems*. Developmental psychology, 2006. **42**(2): p. 237.
132. Duncan, G.J., et al., *How much does childhood poverty affect the life chances of children?* American sociological review, 1998: p. 406-423.
133. Elder Jr, G.H. and A. Caspi, *Economic stress in lives: Developmental perspectives*. Journal of Social issues, 1988. **44**(4): p. 25-45.
134. Evans, G.W., *The environment of childhood poverty*. American psychologist, 2004. **59**(2): p. 77.
135. Farkas, G., C. Lleras, and S. Maczuga, *Does oppositional culture exist in minority and poverty peer groups?* American Sociological Review, 2002. **67**(1): p. 148-155.
136. Holzer, H.J., et al., *The economic costs of poverty in the United States: Subsequent effects of children growing up poor*. Washington, DC: Center for American Progress, 2007.

137. Leadbeater, B., W. Hoglund, and T. Woods, *Changing contexts? The effects of a primary prevention program on classroom levels of peer relational and physical victimization*. Journal of Community Psychology, 2003. **31**(4): p. 397-418.
138. Leventhal, T. and J. Brooks-Gunn, *The neighborhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes*. Psychological bulletin, 2000. **126**(2): p. 309.
139. Ludwig, J. and I. Sawhill, *Success by Ten: Intervening Early, Often, and Effectively in the Education of Young Children. Discussion Paper 2007-02*. Hamilton Project, 2007.
140. Luthar, S.S. and S.J. Latendresse, *Children of the affluent: Challenges to well-being*. Current directions in psychological science, 2005. **14**(1): p. 49-53.
141. McLeod, J.D. and M.J. Shanahan, *Trajectories of poverty and children's mental health*. Journal of health and social behavior, 1996: p. 207-220.
142. Mistry, R.S., et al., *Economic well-being and children's social adjustment: The role of family process in an ethnically diverse low-income sample*. Child development, 2002. **73**(3): p. 935-951.
143. Najman, J.M., et al., *Family poverty over the early life course and recurrent adolescent and young adult anxiety and depression: a longitudinal study*. American journal of public health, 2010. **100**(9): p. 1719-1723.
144. Pianta, R.C., et al., *The relation of kindergarten classroom environment to teacher, family, and school characteristics and child outcomes*. The elementary school journal, 2002. **102**(3): p. 225-238.
145. Smith, J.R., J. Brooks-Gunn, and P.K. Klebanov, *Consequences of living in poverty for young children's cognitive and verbal ability and early school achievement*. Consequences of growing up poor, 1997. **132**: p. 189.
146. Zaneva, M., et al., *The impact of monetary poverty alleviation programs on children's and adolescents' mental health: A systematic review and meta-analysis across low-, middle-, and high-income countries*. Journal of Adolescent Health, 2022. **71**(2): p. 147-156.
147. Fegert, J., D. Harsch, and M. Kölch, *Poverty hits children first?* Die Psychiatrie, 2017. **14**(02): p. 67-74.
148. Bartelsmann and Stiftung, *Factsheet: Kinderarmut in Deutschland*. 2020: p. 18.
149. Kendig, S.M., M.J. Mattingly, and S.M. Bianchi, *Childhood Poverty and the Transition to Adulthood*. Fam Relat, 2014. **63**(2): p. 271-286.
150. Kamis, C., *The long-term impact of parental mental health on children's distress trajectories in adulthood*. Society and Mental Health, 2021. **11**(1): p. 54-68.
151. Meadows, S.O., S.S. McLanahan, and J. Brooks-Gunn, *Parental depression and anxiety and early childhood behavior problems across family types*. Journal of Marriage and Family, 2007. **69**(5): p. 1162-1177.
152. Schepman, K., et al., *Do changes in parent mental health explain trends in youth emotional problems?* Social science & medicine, 2011. **73**(2): p. 293-300.
153. Hosman, C.M., K.T. van Doesum, and F. van Santvoort, *Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach*. Australian e-Journal for the Advancement of Mental health, 2009. **8**(3): p. 250-263.
154. van Santvoort, F., et al., *Children of mentally ill parents participating in preventive support groups: Parental diagnoses and child risk*. Journal of Child and Family Studies, 2014. **23**: p. 67-75.
155. Van Loon, L.M., et al., *The relation between parental mental illness and adolescent mental health: The role of family factors*. Journal of Child and Family Studies, 2014. **23**: p. 1201-1214.
156. Downey, G. and J.C. Coyne, *Children of depressed parents: an integrative review*. Psychological bulletin, 1990. **108**(1): p. 50.
157. Reupert, A.E., et al., *Intervention programs for children whose parents have a mental illness: a review*. Medical Journal of Australia, 2013. **199**: p. S18-S22.
158. Dube, S.R., et al., *Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction*. Child abuse & neglect, 2001. **25**(12): p. 1627-1640.
159. Clark, D.B., L. Kirisci, and R.E. Tarter, *Adolescent versus adult onset and the development of substance use disorders in males*. Drug and alcohol dependence, 1998. **49**(2): p. 115-121.
160. Dean, K., et al., *Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder*. Archives of general psychiatry, 2010. **67**(8): p. 822-829.
161. Weissman, M.M., et al., *Offspring of depressed parents: 20 years later*. American journal of Psychiatry, 2006. **163**(6): p. 1001-1008.
162. Gladstone, B.M., et al., *Children's experiences of parental mental illness: a literature review*. Early intervention in psychiatry, 2011. **5**(4): p. 271-289.

163. BEARDSELEE, W.R., E.M. Versage, and T.R. GIADSTONE, *Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1998. **37**(11): p. 1134-1141.
164. Hinshaw, S.P., *Parental mental disorder and children's functioning: Silence and communication, stigma and resilience*. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 2004. **33**(2): p. 400-411.
165. Kinsella, K.B., R.A. Anderson, and W.T. Anderson, *Coping skills, strengths, and needs as perceived by adult offspring and siblings of people with mental illness: A retrospective study*. Psychiatric Rehabilitation Journal, 1996. **20**(2): p. 24.
166. Stjernwärd, S. and M. Östman, *Whose life am I living? Relatives living in the shadow of depression*. International Journal of Social Psychiatry, 2008. **54**(4): p. 358-369.
167. Aldridge, J. and S. Becker, *Children caring for parents with mental illness: Perspectives of young carers, parents and professionals*. 2003: Policy Press.
168. Elgar, F.J., et al., *Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: The mediating role of parental behavior*. Journal of abnormal child psychology, 2007. **35**: p. 943-955.
169. Wilson, S. and C.E. Durbin, *Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: A meta-analytic review*. Clinical psychology review, 2010. **30**(2): p. 167-180.
170. Hanington, L., et al., *Parental depression and child outcomes—is marital conflict the missing link?* Child: care, health and development, 2012. **38**(4): p. 520-529.
171. Duncan, G. and J. Browning, *Adult attachment in children raised by parents with schizophrenia*. Journal of Adult Development, 2009. **16**(2): p. 76-86.
172. Caton, C.L., et al., *Childhood experiences and current adjustment of offspring of indigent patients with schizophrenia*. Psychiatric Services, 1998. **49**(1): p. 86-90.
173. Petermann, U. and F. Petermann, *Erziehungskompetenz*. Kindheit und Entwicklung, 2006. **15**(1): p. 1-8.
174. Hefti, S., et al., *Welche Faktoren beeinflussen, ob psychisch belastete Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil Hilfen erhalten?* Kindheit und Entwicklung, 2016.
175. Bernstein, D.P., et al., *Childhood trauma questionnaire*. Assessment of family violence: A handbook for researchers and practitioners., 1998.
176. Witt, A., et al., *Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population*. Child and adolescent psychiatry and mental health, 2017. **11**: p. 1-9.
177. Dudeck, M., et al., *Factorial validity of the short form of the childhood trauma questionnaire (CTQ—SF) in German psychiatric patients, inmates, and university students*. Psychological reports, 2015. **116**(3): p. 685-703.
178. Russotti, J., et al., *Child maltreatment and the development of psychopathology: The role of developmental timing and chronicity*. Child Abuse & Neglect, 2021. **120**: p. 105215.
179. VanMeter, F., E.D. Handley, and D. Cicchetti, *The role of coping strategies in the pathway between child maltreatment and internalizing and externalizing behaviors*. Child Abuse & Neglect, 2020. **101**: p. 104323.
180. McLaughlin, K.A., et al., *Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: a transdiagnostic model of risk and resilience*. BMC medicine, 2020. **18**(1): p. 1-11.
181. Lazarus, R.S. and S. Folkman, *Coping and adaptation*. The handbook of behavioral medicine, 1984. **282325**: p. 282-325.
182. Jackson, Y., et al., *Coping styles in youth exposed to maltreatment: Longitudinal patterns reported by youth in foster care*. Child abuse & neglect, 2017. **70**: p. 65-74.
183. Compas, B.E., et al., *Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research*. Psychological bulletin, 2001. **127**(1): p. 87.
184. Compas, B.E., et al., *Getting specific about coping: Effortful and involuntary responses to stress in development*. Soothing and stress, 1999: p. 229-256.
185. Seiffge-Krenke, I. and N. Klessinger, *Long-term effects of avoidant coping on adolescents' depressive symptoms*. Journal of youth and adolescence, 2000. **29**(6): p. 617-630.
186. Wadsworth, M.E., *Development of maladaptive coping: A functional adaptation to chronic uncontrollable stress*. Child development perspectives, 2015. **9**(2): p. 96-100.
187. Jaffee, S.R. and A.K. Maikovich-Fong, *Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2011. **52**(2): p. 184-194.
188. Manly, J.T., et al., *Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype*. Development and psychopathology, 2001. **13**(4): p. 759-782.
189. Copeland, W.E., et al., *Diagnostic transitions from childhood to adolescence to early adulthood*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2013. **54**(7): p. 791-799.

190. Cicchetti, D., *Developmental psychopathology: Reactions, reflections, projections*. Developmental review, 1993. **13**(4): p. 471-502.
191. Sroufe, L.A., *The concept of development in developmental psychopathology*. Child development perspectives, 2009. **3**(3): p. 178-183.
192. Cicchetti, D. and S.L. Toth, *Child maltreatment*. Annu. Rev. Clin. Psychol., 2005. **1**: p. 409-438.
193. Groh, A.M., et al., *The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta-analytic study*. Child development, 2012. **83**(2): p. 591-610.
194. Habetha, S., et al., *A prevalence-based approach to societal costs occurring in consequence of child abuse and neglect*. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2012. **6**(1): p. 35.
195. Copeland, W.E., et al., *Association of Childhood Trauma Exposure With Adult Psychiatric Disorders and Functional Outcomes*. JAMA Network Open, 2018. **1**(7).
196. Mulder, T.M., et al., *Risk factors for child neglect: A meta-analytic review*. Child abuse & neglect, 2018. **77**: p. 198-210.
197. Lorenz, S., et al., *Wie viele Familien in Deutschland sind in welchem Ausmaß psychosozial belastet?* Kindheit und Entwicklung, 2020.
198. Lee, S.-Y. and M. Villagrana, *Differences in risk and protective factors between crossover and non-crossover youth in juvenile justice*. Children and Youth Services Review, 2015. **58**: p. 18-27.
199. Aebersold, P., *Schweizerisches Jugendstrafrecht*. 2017: Stämpfli Verlag.
200. Averdijk, M., D. Ribeaud, and M. Eisner, *The long-term effects of out-of-home placement in late adolescence: A propensity score matching analysis among Swiss youths*. Longitudinal and Life Course Studies, 2018. **9**(1): p. 30-57.
201. Aebi, M., et al., *Detained male adolescent offender's emotional, physical and sexual maltreatment profiles and their associations to psychiatric disorders and criminal behaviors*. Journal of abnormal child psychology, 2015. **43**: p. 999-1009.
202. Stewart, A., M. Livingston, and S. Dennison, *Transitions and turning points: Examining the links between child maltreatment and juvenile offending*. Child abuse & neglect, 2008. **32**(1): p. 51-66.
203. Vaughn, M.G., J.J. Shook, and J.C. McMillen, *Aging out of foster care and legal involvement: Toward a typology of risk*. Social Service Review, 2008. **82**(3): p. 419-446.
204. Friedrich, R.I. and M. Schmid, *Pflegefamilie oder Heim*. Pädiatrie, 2014. **1**(14): p. 25-30.
205. Leathers, S.J., *Placement disruption and negative placement outcomes among adolescents in long-term foster care: The role of behavior problems*. Child abuse & neglect, 2006. **30**(3): p. 307-324.
206. Schubert, C.A., E.P. Mulvey, and C. Glasheen, *Influence of mental health and substance use problems and criminogenic risk on outcomes in serious juvenile offenders*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2011. **50**(9): p. 925-937.
207. Herz, D., et al., *Identifying and responding to criminogenic risk and mental health treatment needs of crossover youth*. Manuscript submitted for publication, 2009.
208. Abram, K.M., et al., *Posttraumatic stress disorder and trauma in youth in juvenile detention*. Archives of general psychiatry, 2004. **61**(4): p. 403-410.
209. Dierkhising, C.B., et al., *Trauma histories among justice-involved youth: Findings from the National Child Traumatic Stress Network*. European journal of psychotraumatology, 2013. **4**(1): p. 20274.
210. Halemba, G., et al., *Arizona dual jurisdiction study*. 2004: National Center for Juvenile Justice Pittsburgh, PA.
211. Jäggi, L., et al., *Shared residential placement for child welfare and juvenile justice youth: current treatment needs and risk of adult criminal conviction*. Child and adolescent psychiatry and mental health, 2021. **15**: p. 1-13.
212. Antonovsky, A., *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. 1987, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
213. Schröder, M., et al., *Wie zufrieden sind die jungen Menschen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe mit ihren Partizipationsmöglichkeiten?*, in *Partizipation in stationären Erziehungshilfen*, S. Eberitzsch, S. Keller, and J. Rohrbach, Editors. 2023, Beltz Juventa: Weinheim. p. 111-124.
214. Läntzsch, S., et al., *Wirksamkeit und Herausforderungen bei der Implementierung von Biografiearbeit als Standardangebot in der Betreuung fremduntergebrachter Kinder und Jugendlicher*. unsere jugend, 2023. **75**(2): p. 67-76.
215. Euser, S., et al., *The prevalence of child sexual abuse in out-of-home care: A comparison between abuse in residential and in foster care*. Child maltreatment, 2013. **18**(4): p. 221-231.
216. Euser, S., et al., *Out of home placement to promote safety? The prevalence of physical abuse in residential and foster care*. Children and youth services review, 2014. **37**: p. 64-70.

217. Timmerman, M.C. and P.R. Schreuder, *Sexual abuse of children and youth in residential care: An international review*. Aggression and violent behavior, 2014. **19**(6): p. 715-720.
218. Carr, A., H. Duff, and F. Craddock, *A systematic review of the outcome of child abuse in long-term care*. Trauma, Violence, & Abuse, 2020. **21**(4): p. 660-677.
219. Hobbs, G.F., C.J. Hobbs, and J.M. Wynne, *Abuse of children in foster and residential care*. Child abuse & neglect, 1999. **23**(12): p. 1239-1252.
220. Witt, A., et al., *The prevalence of sexual abuse in institutions: Results from a representative population-based sample in Germany*. Sexual Abuse, 2019. **31**(6): p. 643-661.
221. Gabriel, T., S. Keller, and C. Bombach, *Vulnerability and well-being decades after leaving care*. Frontiers in psychology, 2021. **12**: p. 577450.
222. Lengwiler, M., et al., *Bestandsaufnahme der bestehenden Forschungsprojekte in Sachen Verding- und Heimkinder*. Bericht zuhanden des Bundesamts für Justiz EJPD. 2013.
223. Hölzge, J., et al., *Childhood adversities and thriving skills: Sample case of older Swiss former indentured child laborers*. The American journal of geriatric psychiatry, 2018. **26**(8): p. 886-895.
224. Thoma, M.V., A.N. Salas Castillo, and A. Maercker, *Älter werden vor dem Hintergrund einer traumatischen Kindheit*. Die Psychotherapie, 2023. **68**(6): p. 405-411.
225. Euser, S., et al., *Out of home placement to promote safety? The prevalence of physical abuse in residential and foster care*. Children and Youth Services Review, 2014. **37**: p. 64-70.
226. Uliando, A. and D. Mellor, *Maltreatment of children in out-of-home care: A review of associated factors and outcomes*. Children and youth services review, 2012. **34**(12): p. 2280-2286.
227. Konstantopoulou, F. and I. Mantziou, *Maltreatment in residential child protection care: A review of the literature*. Dialogues in Clinical Neuroscience & Mental Health, 2020. **3**(2): p. 99-108.
228. Attar-Schwartz, S., *Experiences of Sexual Victimization by Peers among Adolescents in Residential Care Settings*. Social Service Review, 2014. **88**(4): p. 594-629.
229. Attar-Schwartz, S., *Experiences of Victimization by Peers and Staff in Residential Care for Children at Risk in Israel from an Ecological Perspective*, in *Child Maltreatment in Residential Care*, A.V. Rus and S.R. Parris, Editors. 2017, Springer. p. 269–299.
230. Fegert, J., et al., *Schutz vor sexueller Gewalt und Übergriffen in Institutionen*. 2018, Berlin Heidelberg: Springer. 544.
231. Eßer, F. and T. Rusack, *Schutzkonzepte und Sexualkulturen in Institutionen*, in *Perspektiven auf sexualisierte Gewalt: Einsichten aus Forschung und Praxis*. 2020, Springer. p. 13-28.
232. Wolff, M., W. Schröer, and J.M. Fegert, *Schutzkonzepte in Theorie und Praxis*. Ein beteiligungsorientiertes Werkbuch, 2017.
233. MacGinley, M., J. Breckenridge, and J. Mowll, *A scoping review of adult survivors' experiences of shame following sexual abuse in childhood*. Health & social care in the community, 2019. **27**(5): p. 1135-1146.
234. Tang, S.S.S., J.J. Freyd, and M. Wang, *What do we know about gender in the disclosure of child sexual abuse?* Journal of Psychological Trauma, 2008. **6**(4): p. 1-26.
235. Azzopardi, C., et al., *A meta-analysis of the prevalence of child sexual abuse disclosure in forensic settings*. Child abuse & neglect, 2019. **93**: p. 291-304.
236. De Winter, M., et al., *Onvoldende beschermd: Geweld in de Nederlandse jeugdzorg van 1945 tot heden*. 2019, Commissie Onderzoek naar Geweld in de Jeugdzorg
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
237. Steinlin, C., et al., *Pädagogische Arbeit in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, eine gefahrgeneigte Tätigkeit*. Trauma & Gewalt, 2015. **9**(1): p. 22-33.
238. Schmid, M., et al., *Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions*. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2008. **2**(1): p. 1-8.
239. Schmid, M. and Integras, *Psychisch belastete Kinder in der Heimerziehung eine kooperative Herausforderung*. Integras (Hrsg.), Leitfaden Fremdplatzierung, 2013: p. 142-160.
240. Winokur, M., A. Holtan, and K.E. Batchelder, *Kinship care for the safety, permanency, and well-being of children removed from the home for maltreatment*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014(1).
241. Roos, K. and F. Petermann, *Kosten-Nutzen-Analyse der Heimerziehung*. Kindheit und Entwicklung, 2006. **15**(1): p. 45-54.
242. Pérez, T., et al., *Zusammenhang zwischen interpersoneller Traumatisierung, auffälligem Bindungsverhalten und psychischer Belastung bei Pflegekindern*. Kindheit und Entwicklung, 2011.
243. Ryan, J.P. and M.F. Testa, *Child maltreatment and juvenile delinquency: Investigating the role of placement and placement instability*. Children and youth services review, 2005. **27**(3): p. 227-249.
244. Rubin, D.M., et al., *Placement stability and mental health costs for children in foster care*. Pediatrics, 2004. **113**(5): p. 1336-1341.

245. Odgers, C.L., et al., *Predicting prognosis for the conduct-problem boy: can family history help?* Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2007. **46**(10): p. 1240-1249.
246. Horwitz, S.M., et al., *Predictors of placement for children who initially remained in their homes after an investigation for abuse or neglect.* Child Abuse & Neglect, 2011. **35**(3): p. 188-198.
247. Fegert, J.M. and T. Besier, *Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem. Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung.* 2009.
248. Moffitt, T.E., *Childhood exposure to violence and lifelong health: Clinical intervention science and stress-biology research join forces.* Development and psychopathology, 2013. **25**(4pt2): p. 1619-1634.
249. Aarons, G.A., et al., *Behavior problems and placement change in a national child welfare sample: A prospective study.* Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2010. **49**(1): p. 70-80.
250. Domann, S., *Die Zeit des Ankommens in der Wohngruppe.* Sozial Extra, 2015. **39**(5): p. 28-30.
251. Christiansen, Ø., T. Havik, and N. Anderssen, *Arranging stability for children in long-term out-of-home care.* Children and Youth Services Review, 2010. **32**(7): p. 913-921.
252. McCoy, H., J.C. McMillen, and E.L. Spitznagel, *Older youth leaving the foster care system: Who, what, when, where, and why?* Children and Youth Services Review, 2008. **30**(7): p. 735-745.
253. Tornow, H., H. Ziegler, and J. Sewing, *Abbrüche in stationären Erziehungshilfe (ABiE). Praxisforschungs- und Praxisentwicklungsprojekt. Analysen und Empfehlungen.* 2012.
254. Kerr, J. and J. Finlay, *Youth running from residential care" the push" and" the pull".* 2006.
255. Macsenaere, M. and J. Arnold, *Verselbstständigung in der Heimerziehung: oft angestrebt–selten erreicht?* unsere jugend, 2012(1): p. 12-19.
256. Ferguson, L., et al., *Residential childcare workers' knowledge of reactive attachment disorder.* Child and Adolescent Mental Health, 2011. **16**(2): p. 101-109.
257. Wagenblass, S., *Vertrauen als Basis für Beziehungsarbeit.* Jugendhilfe, 2016. **54**(1): p. 27-32.
258. Brown, R., et al., *"There are carers, and then there are carers who actually care"; Conceptualizations of care among looked after children and care leavers, social workers and carers.* Child Abuse & Neglect, 2019. **92**: p. 219-229.
259. Schwabe, M., *Eskalation und De-Eskalation in Einrichtungen der Jugendhilfe - Konstruktiver Umgang mit Aggression und Gewalt in Arbeitsfeldern der Jugendhilfe.* 2019, Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
260. Atwool, N., *Life Story Work: Optional Extra or Fundamental Entitlement?* Child Care in Practice, 2017. **23**(1): p. 64-76.
261. Baker, A.J.L., N. Mehta, and J. Chong, *Foster Children Caught in Loyalty Conflicts: Implications for Mental Health Treatment Providers.* The American Journal of Family Therapy, 2013. **41**(5): p. 363-375.
262. Schmid, M. and J.M. Fegert, *Heimerziehung und andere betreute Wohnformen, in Empirische Grundlagen der familienrechtlichen Begutachtung.* R. Volbert, et al., Editors. 2019, Hogrefe: Göttingen. p. 333-357.
263. Kühn, M., *Wieso brauchen wir eine Traumapädagogik?* Trauma & Gewalt, 2008. **2**(4): p. 318-327.
264. Haney, C., et al., *A study of prisoners and guards in a simulated prison.* 1973.
265. Haney, C., C. Banks, and P. Zimbardo, *Interpersonal dynamics in a simulated prison.* International Journal of Criminology & Penology, 1973. **.1**(1): p. pp.
266. Haney, C. and P. Zimbardo, *The past and future of U.S. prison policy. Twenty-five years after the Stanford prison experiment.* Am Psychol, 1998. **53**(7): p. 709-27.
267. Zimbardo, P.G., *The psychology of evil: A situationist perspective on recruiting good people to engage in anti-social acts.* The Japanese Journal of Social Psychology, 1995. **.11**(2): p. pp.
268. Zimbardo, P.G., C. Maslach, and C. Haney, *Reflections on the Stanford prison experiment: Genesis, transformations, consequences, in Obedience to authority.* 1999, Psychology Press. p. 207-252.
269. Le Texier, T., *Debunking the Stanford Prison Experiment.* Am Psychol, 2019. **74**(7): p. 823-839.
270. Haslam, S.A., S.D. Reicher, and J.J. Van Bavel, *Rethinking the Nature of Cruelty: The Role of Identity Leadership in the Stanford Prison Experiment.* American Psychologist, 2019.
271. Zimbardo, P.G. and C. Haney, *COMMENT Continuing to Acknowledge the Power of Dehumanizing Environments: Comment on Haslam et al. (2019) and Le Texier (2019).* American Psychologist, 2020. **75**(3): p. 400-402.
272. Reicher, S.D., J.J. Van Bavel, and S.A. Haslam, *REPLY Debate Around Leadership in the Stanford Prison Experiment: Reply to Zimbardo and Haney (2020) and Chan et al. (2020).* American Psychologist, 2020. **75**(3): p. 406-407.
273. Milgram, S., *Behavioral Study of obedience.* Journal of Abnormal and Social Psychology, 1963. **67**(4): p. 371-378.

274. Milgram, S., *Liberating effects of group pressure*. Journal of Personality and Social Psychology, 1965. **1**(2): p. 127-134.
275. Milgram, S., *Group pressure and action against a person*. Journal of Abnormal and Social Psychology, 1964. **69**(2): p. 137-143.
276. McDowall, J., *Sibling placement and contact in out-of-home care*. 2015.
277. Davidson-Arad, B. and A. Klein, *Comparative well being of Israeli youngsters in residential care with and without siblings*. Children and Youth Services Review, 2011. **33**(11): p. 2152-2159.
278. Herrick, M.A. and W. Piccus, *Sibling connections: The importance of nurturing sibling bonds in the foster care system*. Children and Youth Services Review, 2005. **27**(7): p. 845-861.
279. McCormick, A., *Siblings in foster care: An overview of research, policy, and practice*. Journal of Public Child Welfare, 2010. **4**(2): p. 198-218.
280. Hähnle, S., et al., *Der Einfluss von personalen Ressourcen auf die Arbeitszufriedenheit bei Fachkräften in der stationären Betreuung von belasteten Kindern und Jugendlichen*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2020. **69**(8): p. 720-736.
281. Steinlin-Danielsson, C., *Belastungen und Schutzfaktoren bei pädagogischen Mitarbeitenden in der stationären Kinder- und Jugendhilfe*. 2016, University_of_Basel.
282. Mendes, P., et al., *An analysis of the intersecting factors and needs that informed the experiences of young people transitioning from out of home care in the Australian states of Victoria and Western Australia*. Children and Youth Services Review, 2023. **149**: p. pp.
283. Matthes, L.-M., *Das gelingende Leben. Die soziale Benachteiligung der Care Leaver am Übergang von der stationären Jugendhilfe in die Selbstständigkeit*. Soziale Innovationen: Erkenntnisse aus der Praxis für die Handlungstheorie der Sozialen Arbeit, 2021: p. 71-87.
284. Stein, M., *Research Review: Young people leaving care*. Child & Family Social Work, 2006. **11**(3): p. 273-279.
285. Festinger, T., *No one ever asked us--: a postscript to foster care*. (No Title), 1983.
286. Stein, M., *8c Carey, K.(1986). Leaving care*. Oxford: Blackwells.
287. Hill, M., et al., *Moving the participation agenda forward*. Children & society, 2004. **18**(2): p. 77-96.
288. Dixon, J. and M. Stein, *Leaving care: Throughcare and aftercare in Scotland*. 2005: Jessica Kingsley Publishers.
289. Courtney, M.E., et al., *Foster youth transitions to adulthood: A longitudinal view of youth leaving care*. Child welfare, 2001: p. 685-717.
290. Hall, C., *Midwest evaluation of the adult functioning of former foster youth: Outcomes at age 19*. Chicago: Author, 2005.
291. Stein, M. and J. Wade, *Helping care leavers: Problems and strategic responses*. 2000.
292. Briggs, E.C., et al., *Trauma Exposure, Psychosocial Functioning, and Treatment Needs of Youth in Residential Care: Preliminary Findings from the NCTSN Core Data Set*. Journal of Child & Adolescent Trauma, 2012. **5**(1): p. 1-15.
293. van Vugt, E., et al., *Girls in residential care: from child maltreatment to trauma-related symptoms in emerging adulthood*. Child Abuse Negl, 2014. **38**(1): p. 114-22.
294. Leenarts, L.E.W., et al., *Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review*. European Child & Adolescent Psychiatry, 2013. **22**(5): p. 269-283.
295. Costello, E.J., W. Copeland, and A. Angold, *The Great Smoky Mountains study: developmental epidemiology in the southeastern United States*. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 2016. **51**: p. 639-646.
296. Copeland, W.E., et al., *Adult Functional Outcomes of Common Childhood Psychiatric Problems: A Prospective, Longitudinal Study*. JAMA Psychiatry, 2015. **72**(9): p. 892-9.
297. Bruskas, D. and D.H. Tessin, *Adverse childhood experiences and psychosocial well-being of women who were in foster care as children*. Perm J, 2013. **17**(3): p. e131-41.
298. Rebbe, R., et al., *Adverse Childhood Experiences among Youth Aging out of Foster Care: A Latent Class Analysis*. Child Youth Serv Rev, 2017. **74**: p. 108-116.
299. Hughes, K., et al., *The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis*. The Lancet public health, 2017. **2**(8): p. e356-e366.
300. Kessler, R.C., et al., *Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative*. International journal of methods in psychiatric research, 2010. **19**(S1): p. 4-22.
301. d'Huart, D., et al., *Personality functioning and the pathogenic effect of childhood maltreatment in a high-risk sample*. Child and adolescent psychiatry and mental health, 2022. **16**(1): p. 1-13.

302. Steel, Z., et al., *The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013*. International journal of epidemiology, 2014. **43**(2): p. 476-493.
303. Koenen, K., et al., *Posttraumatic stress disorder in the world mental health surveys*. Psychological medicine, 2017. **47**(13): p. 2260-2274.
304. Moreno-Küstner, B., C. Martin, and L. Pastor, *Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses*. PloS one, 2018. **13**(4): p. e0195687.
305. Song, P., et al., *The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis*. Journal of global health, 2021. **11**.
306. Kind, N., et al., *High-risk substance use and psychosocial functioning in young adult care leavers: Findings from a 10-year follow-up study*. Children and Youth Services Review, 2023. **155**: p. 107290.
307. Schmeck, K. and S. Schlüter-Müller, *Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter*. 2009, Berlin: Springer.
308. Johnson, B.N. and K.N. Levy, *Personality Disorder Not Otherwise Specified (PDNOS)*, in *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. 2017. p. 1-11.
309. Volkert, J., T.-C. Gablonski, and S. Rabung, *Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis*. The British Journal of Psychiatry, 2018. **213**(6): p. 709-715.
310. Caspi, A. and T.E. Moffitt, *All for One and One for All: Mental Disorders in One Dimension*. Am J Psychiatry, 2018. **175**(9): p. 831-844.
311. Fried, E.I., et al., *Mental disorders as networks of problems: a review of recent insights*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2017. **52**(1): p. 1-10.
312. Bastine, R., *Komorbidität: Ein Anachronismus und eine Herausforderung für die Psychotherapie*, in *Die Zukunft der Psychotherapie*. 2012, Springer. p. 13-25.
313. Luyten, P. and P. Fonagy, *Mentalizing and trauma*. Handbook of mentalizing in mental health practice, 2019: p. 79-88.
314. Schmid, M., J.M. Fegert, and F. Petermann, *Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra*. Kindheit und Entwicklung, 2010. **19**(1): p. 47-63.
315. van Der Kolk, B., J.D. Ford, and J. Spinazzola, *Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: findings from the DTD field trial*. Eur J Psychotraumatol, 2019. **10**(1): p. 1562841.
316. Teicher, M.H. and J.A. Samson, *Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect*. J Child Psychol Psychiatry, 2016. **57**(3): p. 241-66.
317. Fiedler, P., *Psychotherapie in der Entwicklung*. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 2006. **38**(2): p. 269-282.
318. Fiedler, P., *Die Zukunft der Psychotherapie*. 2012: Springer.
319. Lüdtke, J., et al., *Komorbide Angststörungen bei Störungen des Sozialverhaltens*. Kindheit und Entwicklung, 2017.
320. Fazel, S., H. Doll, and N. Langstrom, *Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and metaregression analysis of 25 surveys*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2008. **47**(9): p. 1010-9.
321. Pecora, P.J., et al., *Mental health of current and former recipients of foster care: a review of recent studies in the USA*. Child & Family Social Work, 2009. **14**(2): p. 132-146.
322. Courtney, M.E., et al., *Midwest evaluation of the adult functioning of former foster youth: Outcomes at age 21*. 2007.
323. Courtney, M.E., et al., *Findings from the California Youth Transitions to Adulthood Study (CalYOUTH): Conditions of foster youth at age 17*. Chicago, IL: Chapin Hall at the University of Chicago, 2014.
324. Côté, S.M., et al., *Out-of-home placement in early childhood and psychiatric diagnoses and criminal convictions in young adulthood: a population-based propensity score-matched study*. The Lancet Child & Adolescent Health, 2018. **2**(9): p. 647-653.
325. Villegas, S. and P.J. Pecora, *Mental health outcomes for adults in family foster care as children: An analysis by ethnicity*. Children and Youth Services Review, 2012. **34**(8): p. 1448-1458.
326. Seker, S., et al., *Mental disorders into adulthood among adolescents placed in residential care: A prospective 10-year follow-up study*. European Psychiatry, 2022. **65**(1): p. e40.
327. Gypen, L., et al., *Outcomes of children who grew up in foster care: Systematic-review*. Children and Youth Services Review, 2017. **76**: p. 74-83.
328. Bronsard, G., et al., *Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System*. Children and Youth Services Review, 2011. **33**(10): p. 1886-1890.

329. Polanczyk, G.V., et al., *Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents*. Journal of child psychology and psychiatry, 2015. **56**(3): p. 345-365.
330. Zlotnick, C., T.W. Tam, and L.A. Soman, *Life course outcomes on mental and physical health: the impact of foster care on adulthood*. Am J Public Health, 2012. **102**(3): p. 534-40.
331. Jones, L., *Health care access, utilization, and problems in a sample of former foster children: a longitudinal investigation*. J Evid Based Soc Work, 2014. **11**(3): p. 275-90.
332. McMillen, J.C. and R. Raghavan, *Pediatric to adult mental health service use of young people leaving the foster care system*. J Adolesc Health, 2009. **44**(1): p. 7-13.
333. Courtney, M.E., et al., *Midwest evaluation of the adult functioning of former foster youth: Outcomes at age 26*. Chicago, IL: Chapin Hall, 2011.
334. Berlin, M., B. Vinnerljung, and A. Hjern, *School performance in primary school and psychosocial problems in young adulthood among care leavers from long term foster care*. Children and Youth Services Review, 2011. **33**(12): p. 2489-2497.
335. Dregan, A., J. Brown, and D. Armstrong, *Do adult emotional and behavioural outcomes vary as a function of diverse childhood experiences of the public care system?* Psychol Med, 2011. **41**(10): p. 2213-20.
336. Dregan, A. and M.C. Gulliford, *Foster care, residential care and public care placement patterns are associated with adult life trajectories: population-based cohort study*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2012. **47**(9): p. 1517-26.
337. Viner, R.M. and B. Taylor, *Adult health and social outcomes of children who have been in public care: population-based study*. Pediatrics, 2005. **115**(4): p. 894-9.
338. Vinnerljung, B. and M. Sallnäs, *Into adulthood: a follow-up study of 718 young people who were placed in out-of-home care during their teens*. Child & Family Social Work, 2008. **13**(2): p. 144-155.
339. von Borczyskowski, A., B. Vinnerljung, and A. Hjern, *Alcohol and drug abuse among young adults who grew up in substitute care — Findings from a Swedish national cohort study*. Children and Youth Services Review, 2013. **35**(12): p. 1954-1961.
340. Goyette, M., et al., *The role of placement instability on employment and educational outcomes among adolescents leaving care*. Children and Youth Services Review, 2021. **131**: p. 106264.
341. Zeira, A., N. Achdut, and R. Benbenishty, *Predicting Educational Attainments and Enrollment to Higher Education: A Longitudinal Study of Care Leavers in Israel*. Research in Higher Education, 2023: p. 1-26.
342. Shafiq, M.N., R.K. Toutkoushian, and A. Valerio, *Who Benefits from Higher Education in Low-and Middle-Income Countries?* The Journal of Development Studies, 2019. **55**(11): p. 2403-2423.
343. Ma, J., M. Pender, and M. Welch, *Education Pays 2016: The Benefits of Higher Education for Individuals and Society*. Trends in Higher Education Series. College Board, 2016.
344. Hojer, I., et al., *The educational pathways of young people from a public care background in five EU countries*. London: Thomas Coram Research Unit. Institute of Education, University of London, 2008.
345. Harrison, N., *Patterns of participation in higher education for care-experienced students in England: why has there not been more progress?* Studies in Higher Education, 2020. **45**(9): p. 1986-2000.
346. Wade, J. and J. Dixon, *Making a home, finding a job: investigating early housing and employment outcomes for young people leaving care*. Child & family social work, 2006. **11**(3): p. 199-208.
347. Höjer, I. and H. Johansson, *School as an opportunity and resilience factor for young people placed in care*. European Journal of Social Work, 2013. **16**(1): p. 22-36.
348. Jackson, S. and C. Cameron, *Leaving care: Looking ahead and aiming higher*. Children and Youth Services Review, 2012. **34**(6): p. 1107-1114.
349. MacBeath, J.E., et al., *The impact of study support: A report of a longitudinal study into the impact of participation in out-of-school-hours learning on the academic attainment, attitudes and school attendance of secondary school students*. 2001.
350. Desforges, C. and A. Abouhaar, *The impact of parental involvement, parental support and family education on pupil achievement and adjustment: A literature review*. Vol. 433. 2003: DfES London.
351. Pecora, P.J., et al., *Educational and employment outcomes of adults formerly placed in foster care: Results from the Northwest Foster Care Alumni Study*. Children and Youth Services Review, 2006. **28**(12): p. 1459-1481.
352. Schmid, M., et al., *Psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen in Schulen für Erziehungshilfe*. Zeitschrift für Heilpädagogik, 2007. **58**(8): p. 282-290.
353. Schmid, M., J.M. Fegert, and G. Opp, *Schule als besondere Herausforderung für psychisch belastete Kinder und Jugendliche – Sozialpädagogische und kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Überlegungen*. Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik (S. 457-472). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2012.

354. Brady, E. and R. Gilligan, *Exploring diversity in the educational pathways of care-experienced adults: Findings from a life course study of education and care*. Children and Youth Services Review, 2019. **104**(104379): p. 11.
355. Baer, N., *Was ist schwierig an schwierigen Mitarbeitern*. Swiss Archives of Neurology and Psychiatry, 2013. **164**(4): p. 123-131.
356. Baer, N., *Arbeitsintegration und Arbeitsplatzerhalt bei psychisch kranken Menschen*., in *Handbuch Sozialwesen Schweiz*, A. Riedi, M., et al., Editors. 2014, Haupt: Bern. p. 349-359.
357. Baer, N., *Erfahrungen von Arbeitgebern mit psychisch auffälligen Mitarbeitenden*, in *Handbuch Berufliche Integration und Rehabilitation*, I. Plössli and J. Storck, Editors. 2015, Psychiatrie Verlag: Köln. p. 133-141.
358. Staatssekretariat für Wirtschaft SECO, *Arbeitslosigkeit 15- bis 24-Jährige*. n.d., Eidgenössiges Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF): Bern.
359. Hook, J.L. and M.E. Courtney, *Employment outcomes of former foster youth as young adults: The importance of human, personal, and social capital*. Children and Youth Services Review, 2011. **33**(10): p. 1855-1865.
360. Cameron, C., et al., *Care leavers in early adulthood: How do they fare in Britain, Finland and Germany?* Children and Youth Services Review, 2018. **87**: p. 163-172.
361. Vinnerljung, B., L. Brannstrom, and A. Hjern, *Disability pension among adult former child welfare clients: A Swedish national cohort study*. Children and Youth Services Review, 2015. **56**: p. 169-176.
362. Dworsky, A. and M.E. Courtney, *Homelessness and the transition from foster care to adulthood*. Child Welfare, 2009. **88**(4): p. 23-56.
363. Stewart, C.J., et al., *Former foster youth: Employment outcomes up to age 30*. Children and Youth Services Review, 2014. **36**: p. 220-229.
364. Wade, J. and J. Dixon, *Making a home, finding a job: investigating early housing and employment outcomes for young people leaving care*. Child & Family Social Work, 2006. **11**(3): p. 199-208.
365. Hoch, C., *Straßenjugendliche in Deutschland-eine Erhebung zum Ausmaß des Phänomens*. Zwischenbericht-zentrale Ergebnisse der, 2016. **1**.
366. Dworsky, A., L. Napolitano, and M. Courtney, *Homelessness during the transition from foster care to adulthood*. Am J Public Health, 2013. **103 Suppl 2**: p. S318-23.
367. Kelly, B., et al., *"I haven't read it, I've lived it!" The benefits and challenges of peer research with young people leaving care*. 2020. **19**.
368. Waldinger, R. and M. Schulz, *The Good Life: Lessons from the World's Longest Scientific Study of Happiness*. 2023: Simon and Schuster.
369. Werner, E.E., *Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study*. Development and psychopathology, 1993. **5**(4): p. 503-515.
370. Tartaglia, S., *Different predictors of quality of life in urban environment*. Social Indicators Research, 2013. **113**: p. 1045-1053.
371. Schneider, E. and K. Chesky, *Social support and performance anxiety of college music students*. Medical Problems of Performing Artists, 2011. **26**(3): p. 157-163.
372. Marion, E., V. Paulsen, and M. Goyette, *Relationships Matter: Understanding the Role and Impact of Social Networks at the Edge of Transition to Adulthood from Care*. Child and Adolescent Social Work Journal, 2017. **34**(6): p. 573-582.
373. Sulimani-Aidan, Y. and E. Melkman, *Risk and resilience in the transition to adulthood from the point of view of care leavers and caseworkers*. Children and Youth Services Review, 2018. **88**: p. 135-140.
374. Refaeli, T., R. Benbenishty, and A. Zeira, *Predictors of life satisfaction among care leavers: A mixed-method longitudinal study*. Children and Youth Services Review, 2019. **99**: p. 146-155.
375. Haggman-Laitila, A., P. Salokekila, and S. Karki, *Transition to adult life of young people leaving foster care: A qualitative systematic review*. Children and Youth Services Review, 2018. **95**: p. 134-143.
376. Dixon, J., et al., *Young people leaving care: A study of costs and outcomes*. London: Department of Education and Skills, 2006.
377. Sulimani-Aidan, Y., *In between formal and informal: Staff and youth relationships in care and after leaving care*. Children and Youth Services Review, 2016. **67**: p. 43-49.
378. Schofield, G., B. Larsson, and E. Ward, *Risk, resilience and identity construction in the life narratives of young people leaving residential care*. Child & Family Social Work, 2017. **22**(2): p. 782-791.
379. Sulimani-Aidan, Y., *Social networks during the transition to adulthood from the perspective of Israeli care leavers and their social workers*. Children and Youth Services Review, 2020. **115**.

380. Jäggi, L., et al., *Child welfare involvement and adjustment among care alumni and their children: A systematic review of risk and protective factors*. Child abuse & neglect, 2022. **131**: p. 105776.
381. Diels, H., *Die Fragmente der Vorsokratiker* (Berlin, 1922). Auflage. Verbesserte Auflage von W. Kranz, 1951.
382. Sartre, J.-P., *Existentialism is a Humanism*. 2007: Yale University Press.
383. Nietzsche, F.W., *Beyond good and evil: Prelude to a philosophy of the future*. 1989: Vintage.
384. Rogers, C.R., *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. 1995: Houghton Mifflin Harcourt.
385. Maslow, A., *A theory of human motivation*. 2013: Lulu. com.
386. Luhmann, N., *Soziale Systeme: Grundriss einer allgemeinen Theorie* Frankfurt: Suhrkamp; 1984. Kuhn T: The structure of scientific revolutions. Chicago: University of Chicago, 1962.
387. Döpfner, M., et al., *Zur Reliabilität und faktoriellen Validität der Child Behavior Checklist—eine Analyse in einer klinischen und einer Feldstichprobe*. 1994.
388. Kotov, R., et al., *The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies*. Journal of abnormal psychology, 2017. **126**(4): p. 454.
389. Ruggero, C.J., et al., *Integrating the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) into clinical practice*. Journal of consulting and clinical psychology, 2019. **87**(12): p. 1069.
390. Ringwald, W.R., M.K. Forbes, and A.G. Wright, *Meta-analysis of structural evidence for the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) model*. Psychological medicine, 2023. **53**(2): p. 533-546.
391. d'Huart, D., et al., *Prevalence and 10-year stability of personality disorders from adolescence to young adulthood in a high-risk sample*. Frontiers in Psychiatry, 2022. **13**: p. 840678.
392. Felitti, V.J., et al., *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*. American journal of preventive medicine, 1998. **14**(4): p. 245-258.
393. Chapman, D.P., et al., *Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood*. Journal of affective disorders, 2004. **82**(2): p. 217-225.
394. McLaughlin, K.A., *Future directions in childhood adversity and youth psychopathology*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2016. **45**(3): p. 361-382.
395. Mersky, J.P., J. Topitzes, and A. Reynolds, *Impacts of adverse childhood experiences on health, mental health, and substance use in early adulthood: A cohort study of an urban, minority sample in the US*. Child abuse & neglect, 2013. **37**(11): p. 917-925.
396. Stoltenborgh, M., et al., *The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses*. Child Abuse Review, 2015. **24**(1): p. 37-50.
397. Landolt, M.A., et al., *Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in Adolescents: A National Survey in Switzerland: Trauma Exposure and PTSD in Swiss Adolescents*. Journal of Traumatic Stress, 2013. **26**(2): p. 209-216.
398. Schmid, M., et al., *Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit: Ein Risikofaktor für die soziale Teilhabe ehemals außерfamiliär platziert junger Erwachsener*. Kindheit und Entwicklung, 2022.
399. Melkman, E.P., *Childhood adversity, social support networks and well-being among youth aging out of care: An exploratory study of mediation*. Child Abuse & Neglect, 2017. **72**: p. 85-97.
400. James, S., *What works in group care?—A structured review of treatment models for group homes and residential care*. Children and youth services review, 2011. **33**(2): p. 308-321.
401. James, S., *Implementing evidence-based practice in residential care: How far have we come?* Residential Treatment for Children & Youth, 2017. **34**(2): p. 155-175.
402. Besier, T., J.M. Fegert, and L. Goldbeck, *Evaluation of psychiatric liaison-services for adolescents in residential group homes*. European Psychiatry, 2009. **24**(7): p. 483-489.
403. Leenarts, L.E., et al., *Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review*. European child & adolescent psychiatry, 2013. **22**: p. 269-283.
404. Kind, N., et al., *High-risk substance use and psychosocial functioning in young adult care leavers: Findings from a 10-year follow-up study*. submitted.
405. Buchmann, C. and E. Hannum, *Education and stratification in developing countries: A review of theories and research*. Annual review of sociology, 2001. **27**(1): p. 77-102.
406. Forsman, H., et al., *Does poor school performance cause later psychosocial problems among children in foster care? Evidence from national longitudinal registry data*. Child abuse & neglect, 2016. **57**: p. 61-71.

407. Montserrat, C. and F. Casas, *The education of children and adolescents in out-of-home care: A problem or an opportunity? Results of a longitudinal study*. European Journal of Social Work, 2018. **21**(5): p. 750-763.
408. Fantuzzo, J. and S. Perlman, *The unique impact of out-of-home placement and the mediating effects of child maltreatment and homelessness on early school success*. Children and Youth Services Review, 2007. **29**(7): p. 941-960.
409. Kääriälä, A., et al., *Early school leaving by children in out-of-home care: A comparative study of three Nordic countries*. Children and Youth Services Review, 2018. **93**: p. 186-195.
410. Almquist, Y.B., et al., *A decade lost: does educational success mitigate the increased risks of premature death among children with experience of out-of-home care?* J Epidemiol Community Health, 2018. **72**(11): p. 997-1002.
411. Ferguson, H.B. and K. Wolkow, *Educating children and youth in care: A review of barriers to school progress and strategies for change*. Children and Youth Services Review, 2012. **34**(6): p. 1143-1149.
412. Gendreau, P., T. Little, and C. Goggins, *A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works!* Criminology, 1996. **34**(4): p. 575-608.
413. Cottle, C.C., R.J. Lee, and K. Heilbrun, *The prediction of criminal recidivism in juveniles: A meta-analysis*. Criminal justice and behavior, 2001. **28**(3): p. 367-394.
414. Assink, M., et al., *Risk factors for persistent delinquent behavior among juveniles: A meta-analytic review*. Clinical psychology review, 2015. **42**: p. 47-61.
415. Lindquist, M.J. and T. Santavirta, *Does placing children in foster care increase their adult criminality?* Labour Economics, 2014. **31**: p. 72-83.
416. Urbaniok, F., et al., *Legalbewährung junger Straftäter nach Entlassung aus Arbeitserziehungsmaßnahmen*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2007. **56**(2): p. 109-122.
417. Müller, D. and D. Rossi, *Rückfall nach Massnahmenvollzug*. Eine Studie zur Rückfälligkeit von jungen Erwachsenen aus den Massnahmencentren Arxhof und Uitikon. Zugriff <http://www.basel.land.ch/fileadmin/basel.land/files/docs/jpd/axhof/rueckfallstudie.pdf>, 2009.
418. Fegert, J., et al., *Wissenstransfer, Dissemination, E-Learning. 10 Jahre webbasiert Wissenstransfer an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm*. 2017.
419. Kerres, M. and C. De Witt, *Quo vadis Mediendidaktik? Zur theoretischen Fundierung von Mediendidaktik*. MedienPädagogik: Zeitschrift für Theorie und Praxis der Medienbildung, 2002. **6**: p. 1-22.
420. Ehlers, U.-D., *Erfolgsfaktoren für E-Learning: die Sicht der Lernenden und mediendidaktische Konsequenzen*. Was macht E-Learning erfolgreich? Grundlagen und Instrumente der Qualitätsbeurteilung, 2004: p. 30-49.
421. Courtney, J.A. and R.D. Nolan, *Touch in Child Counseling and Play Therapy: An Ethical and Clinical Guide*. 2017, New York, NY: Routledge.
422. Courtney, M.E., E.J. Valentine, and M. Skemer, *Experimental evaluation of transitional living services for system-involved youth: Implications for policy and practice*. Children and Youth Services Review, 2019. **96**: p. 396-408.
423. Klein, J., M. Macsenaere, and S. Hiller, *Care Leaver: Stationäre Jugendhilfe und ihre Nachhaltigkeit*. Vol. 48. 2021: Lambertus-Verlag.
424. Jarczok, M., et al., *Care leaver needs and accessibility: Findings from the first large-scale project in Switzerland*. Child & Family Social Work, 2020. **26**(1): p. 11-25.
425. Strahl, B., et al., *A multinational comparison of care-leaving policy and legislation*. Journal of International and Comparative Social Policy, 2021. **37**(1): p. 34-49.
426. Ahmed, S., A. Rein, and D. Schaffner, *Careleaver*. 2020, Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Hochschule für Soziale Arbeit.
427. Hofer, M.-T., B. Knecht Krüger, and N. Marty, *Argumentarium Leaving Care*. 2020.
428. Hofer, M.-T., B. Knecht Krüger, and N. Marty, *Chancen- und Rechtsgleichheit für Care Leaver*innen*. 2022.
429. Hofer, M.-T., B. Knecht Krüger, and N. Marty, "Un cadre approprié sur la voie de l'autonomie". 2024.
430. Reilly, T. and D. Schlinkert, *Transition from Foster Care: A Cross Sectional Comparison of Youth Outcomes Twenty Years Apart*. Child and Adolescent Social Work Journal, 2022. **41**(4): p. 485-498.
431. Stein, M., *Supportive pathways for young people leaving care: Lessons learned from four decades of research*. Therapeutic residential care for children and youth, 2014: p. 189-202.
432. Glynn, N. and P. Mayock, *Housing after care: understanding security and stability in the transition out of care through the lenses of liminality, recognition and precarity*. Journal of Youth Studies, 2021. **26**(1): p. 80-97.

433. Glynn, N. and P. Mayock, "I've changed so much within a year": Care leavers' perspectives on the aftercare planning process. *Child Care in Practice*, 2019. **25**(1): p. 79-98.
434. van Breda, A.D., *Research review: Aging out of residential care in South Africa*. *Child & Family Social Work*, 2018. **23**(3): p. 513-521.
435. Schmid, M., et al., *Abschlussbericht Modellversuch Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen*. Zugriff unter: <https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/sicherheit/smv/modellversuche/evaluationsberichte/maz-schlussbericht-d.pdf>. 2013.
436. Gabriel, T., S. Keller, and T. Studer, *Wirkungen erzieherischer Hilfen - Metaanalyse ausgewählter Studien*. Wirkungsorientierte Jugendhilfe, ed. S.d.l.z.Q.d.H.z. Erziehung. Vol. 03. 2007, Münster: ISA Planung und Entwicklung GmbH.
437. Schmidt, M.H., et al., *Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Vol. 219. 2002, Stuttgart: Kohlhammer.
438. Macsenae, M. and K. Esser, *Was wirkt in der Erziehungshilfe? Wirkfaktoren in Heimerziehung und anderen Hilfarten*. 2012, München: Reinhardt.
439. Bürgin, D., et al., *Adverse childhood experiences increase the risk for low perceived social participation and health-related quality of life in a large-scale population-based study in Germany*. *Child Abuse & Neglect*, 2023. **144**: p. 106382.
440. Copeland, W.E., et al., *Association of Childhood Trauma Exposure With Adult Psychiatric Disorders and Functional Outcomes*. *JAMA Network Open*, 2018. **1**(7): p. e184493.
441. Schmid, M., *Auswirkungen von Misshandlung und Vernachlässigung in der Kindheit auf dem weiteren Lebensweg*. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie*, 2022. **3/2022**: p. 2-8.
442. Nurius, P.S., et al., *Life course pathways of adverse childhood experiences toward adult psychological well-being: A stress process analysis*. *Child Abuse & Neglect*, 2015. **45**: p. 143-53.
443. Ford, E., C. Clark, and S.A. Stansfeld, *The influence of childhood adversity on social relations and mental health at mid-life*. *Journal of Affective Disorders* 2011. **133**(1-2): p. 320-7.
444. Statistisches Bundesamt (Destatis), *Ausgaben für Kinder- und Jugendhilfe von 2009 bis 2019 verdoppelt. Ausgaben bei 54,9 Milliarden Euro, Einnahmen bei 3,5 Milliarden Euro*. 2020.
445. Destatis. *Öffentliche Hand gab 2021 rund 62 Milliarden Euro für Kinder- und Jugendhilfe aus*. 2022.
446. (BFS), B.f.S., *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2022: Veränderungen bei den psychischen Belastungen*. 2023: admin.ch.
447. Jenkel, N., S.C. Güneş, and M. Schmid, *Die Corona-Krise aus der Perspektive von jungen Menschen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe (CorSJH) - Erste Ergebnisse*. 2020: https://www.integras.ch/images/aktuelles/2020/20200902_CorSJH_DE.pdf.
448. Jenkel, N., et al., *EQUALS als empirische Grundlage für fachpolitische Themen: Kinder und Jugendliche bei der ersten Fremdplatzierung – Stets älter? Stets belasteter?* Integras - EQUALS Ergebnisorientierte Qualitätssicherung in sozialpädagogischen Einrichtungen, 2018: p. 6-7.
449. Rau, T., et al., *Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten bei Mädchen und Jungen in stationären Jugendhilfeinrichtungen zwischen den Jahren 2008 und 2020*. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 2023. **51**(2): p. 127-138.
450. Heckman, J.J., *Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children*. *Science*, 2006. **312**(5782): p. 1900-1902.
451. Roshholm, M., et al., *Are Impacts of Early Interventions in the Scandinavian Welfare State Consistent with a Heckman Curve? A Meta-Analysis*. *Journal of Economic Surveys*, 2021. **35**(1): p. 106-140.
452. Bellis, M.A., et al., *Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis*. *Lancet Public Health*, 2019. **4**(10): p. e517-e528.
453. Le, D.Q., et al., *Cost effectiveness of interventions to prevent the occurrence and the associated economic impacts of child maltreatment: A systematic review*. *Child Abuse Negl*, 2024: p. 106863.
454. El-Banna, A., et al., *Systematic review of economic evaluations of children's social care interventions*. *Children and Youth Services Review*, 2021. **121**: p. 105864.
455. del Valle, J.F., et al., *Adult self-sufficiency and social adjustment in care leavers from children's homes: A long-term assessment*. *Child and Family Social Work*, 2008. **13**: p. 12-22.
456. Mann-Feder, V.R. and M. Goyette, *Leaving Care and the Transition to Adulthood: International Contributions to Theory, Research, and Practice*, ed. V.R. Mann-Feder and M. Goyette. 2019: Oxford University Press.
457. Mendes, P. and P. Snow, *Young people transitioning from out-of-home care: International research, policy and practice*. 2016: Springer.

458. Kölch, M., M. Schmid, and S. Bienioschek, *Systemsprenger*innen – Kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Perspektive zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie*, in *Systemsprenger*innen. Ressourcenorientierte Ansätze zu einer defizitären Begrifflichkeit*, D. Kieslinger, M. Dressel, and R. Haar, Editors. 2021, Lambertus: Freiburg. p. 231-250.
459. Macsenaere, M., "Systemsprenger" in den Hilfen zur Erziehung: welche Wirkungen werden erreicht und welche Faktoren sind hierfür verantwortlich? Jugendhilfe, 2018. **56**(3): p. 310-314.
460. Baumann, M., *Kinder, die Systeme sprengen*. 2014.
461. Jenkel, N. and M. Schmid, *Jugendhilfeverläufe und Zielerreichung in freiheitserziehenden Massnahmen*. unsere jugend, 2018. **70**(9): p. 365-375.
462. Freyberger, H.J., et al., [At the border of social psychiatric care systems--a study of "high utilizers" in Mecklenburg-Vorpommern]. Fortschr Neurol Psychiatr, 2008. **76**(2): p. 106-13.
463. Schmid, M., et al., *Welche Faktoren beeinflussen Abbrüche in der Heimerziehung – welche Bedeutung haben limitierte prosoziale Fertigkeiten?* Kindheit und Entwicklung, 2014. **23**(3): p. 161-173.
464. Schwabe, M., M. Stallmann, and D. Vust, *Freiraum mit Risiko Niedrigschwellige Erziehungshilfen für sogenannte Systemsprenger*. 2021.
465. Schwabe, M., T. Evers, and D. Vust, *Kernthesen aus dem Forschungsprojekt Settings mit besonderen Interventionsformen (Systemsprenger-Projekt)*. 2006: Eckart (Ev. Fachverband für Erziehungshilfen in Westfalen-Lippe).
466. Schmid, M. and B. Lang, *Die traumapädagogische Interaktionsanalyse als Mittel der Fallreflexion*. Trauma & Gewalt, 2015. **9**(1): p. 48-65.
467. Schmid, M., *Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: "Traumasensibilität" und "Traumapädagogik"*, in *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung*, J.M. Fegert, U. Ziegenhain, and L. Goldbeck, Editors. 2013, Juventa: Weinheim. p. 36-60.
468. Schmid, M., *Traumasensibilität und traumapädagogische Konzepte in der Jugendhilfe*, in *Handbuch Psychotraumatologie*, G.H. Seidler, H.J. Freyberger, and A. Maercker, Editors. 2019, Klett-Cotta: Stuttgart. p. 778-806.
469. Schmid, M., *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. 2007, Weinheim: Juventa. 224.
470. Knorth, E.J., et al., *Under one roof: A review and selective meta-analysis on the outcomes of residential child and youth care*. Children and Youth Services Review, 2008. **30**(2): p. 123-140.
471. de Soet, R., et al., *Drop-out and ineffective treatment in youth with severe and enduring mental health problems: a systematic review*. European Child & Adolescent Psychiatry, 2023.
472. Baker, A.J., C. Ashare, and B.J. Charvat, *Substance use and dependency disorders in adolescent girls in group living programs: Prevalence and associations with milieu factors*. Residential Treatment for Children & Youth, 2009. **26**(1): p. 42-57.
473. Schmid, M., *Psychisch belastete Kinder und Jugendliche in der stationären Kinder- und Jugendhilfe - eine kooperative Herausforderung*, in *Leitfaden Fremdplatzierung*, Integras, Editor. 2013, Integras: Zürich. p. 142-160.
474. Schmid, M., *Fremdplacierte psychisch belastete Kinder und Jugendliche - Eine kooperative Herausforderung für sozialpädagogische Einrichtungen und kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Angebote*, in *Psychische Erkrankung und Sucht* Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e. V., Editor. 2017, Die Kinderschutz-Zentren: Köln. p. 57-76.
475. Westlake, M.F., et al., *A systematic review and meta-analysis of the type and prevalence of mental health disorders and symptoms among children living in residential care*. Developmental Child Welfare, 2023. **5**(4): p. 223-246.
476. Freyberger, H.J., et al., *Woran scheitert die Integration in das psychiatrische Versorgungssystem? Qualitative Ergebnisse einer Untersuchung zur „Systemsprengerproblematik“ in Mecklenburg-Vorpommern*. 2004: p. 15.
477. Giertz, K. and T. Gervink, „Systemsprenger“ oder eher PatientInnen mit einem individuellen und komplexen Hilfebedarf? Psychotherapie Forum, 2017. **22**(4): p. 105-112.
478. Bilke, O. and M. Nielsen, *Intersystemische Intervention bei komorbider Sucht - das SOMOSA-Konzept* 2014.
479. Werner, M., et al., *Querschnittsuntersuchung von Bewohnern einer stationären Eingliederungsmaßnahme mit der Diagnose einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2018.

480. Werner, W. and M. Martin, *Die Rehabilitation schizophrener erkrankter Kinder und Jugendlicher – Konzepte und Erfahrungen in der Leppermühle*. Schizophrene Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter-Klinik, Ätiologie, Therapie und Rehabilitation. Schattauer, Stuttgart, 2004: p. 95-104.
481. Oezdirek, M., M. Hoegger, and M. Schmid, *Das Konzept der sozialen Nachhaltigkeit und seine Bedeutung für die (stationäre) Kinder- und Jugendhilfe*. unsere jugend, 2024. **76**(3): p. 98-111.
482. Gabriel, T. and R. Stohler, *Abbrüche von Pflegeverhältnissen im Kinder- und Jugendalter : eine thematische Einführung*, in *Abbrüche von Pflegeverhältnissen im Kindes- und Jugendalter*, T. Gabriel and R. Stohler, Editors. 2020, Beltz Juventa: Weinheim. p. 9-26.
483. Seckinger, M., et al., *Arbeitssituation und Personalbemessung im ASD. Ergebnisse einer bundesweiten Online-Befragung*. 2008, Deutschland München. 60 S.
484. Blüml, H., *Wie können längerfristige Überlastungen von ASD-Kräften entstehen, wie zeigen sie sich und wie lassen sie sich vermeiden*, in *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach*. 2006. p. 1-6.
485. Gissel-Palkovich, I., *Der Allgemeine Soziale Dienst an seinen Leistungsgrenzen. Rahmenbedingungen und Fachlichkeit - zunehmend eine Paradoxie?* Sozialmagazin, 2007. **32**(Nr. 9): p. S. 12-23.
486. van Santen, E., *Determinanten der Abbrüche von Pflegeverhältnissen - Ergebnisse auf der Basis der Einzeldaten der Kinder- und Jugendhilfestatistik*. Neue Praxis, 2017. **47**(2): p. 99-123.
487. Tornow, H., H. Ziegler, and J. Sewing, *Ursachen und Begleitumstände von Abbrüchen stationärer Erziehungshilfen (ABiE)*, in *Schriftenreihe 3/2012: Abbrüche in der statinären Erziehungshilfen (ABiE)* Evangelischer Erziehungsverband e.V. (EREV), Editor. 2012, SchöneworthVerlag: Hannover. p. 11-118.
488. Maaskant, A.M., et al., *The wellbeing of foster children and their relationship with foster parents and biological parents: a child's perspective*. Journal of Social Work Practice, 2015. **30**(4): p. 379-395.
489. Power, L. and M. Hardy, *Predictors of care leavers' health outcomes: A scoping review*. Children and Youth Services Review, 2024. **157**: p. 107416.
490. Gypen, L., et al., *The longitudinal outcomes of mental health for Flemish care leavers*. Developmental Child Welfare, 2023. **5**(3): p. 112-137.
491. Macsenaere, M. and K. Esser, *Was wirkt in der Erziehungshilfe? Wirkfaktoren in Heimerziehung und andere Hilfearten*. 2 ed. 2015: Ernst reinhardt.
492. Mabille, G., et al., *Placement stability and satisfaction with foster home as predictors of life satisfaction for young adults raised in foster care*. Child & Family Social Work, 2021. **27**(2): p. 267-277.
493. Melendro, M., et al., *Young People's Autonomy and Psychological Well-Being in the Transition to Adulthood: A Pathway Analysis*. Frontier in Psychology, 2020. **11**: p. 1946.
494. Heckman, J.J., *Schools, Skills, and Synapses*. Economic Inquiry, 2008. **46**(3): p. 289-324.
495. Heckman, J., *Comment on "New Evidence on the Heckman Curve" by David Rea and Tony Burton*. Journal of Economic Surveys, 2020.
496. Heckman, J.J. and S. Mosso, *The Economics of Human Development and Social Mobility*. Annu Rev Econom, 2014. **6**: p. 689-733.
497. Heckman, J., R. Pinto, and P. Savelyev, *Understanding the Mechanisms Through Which an Influential Early Childhood Program Boosted Adult Outcomes*. Am Econ Rev, 2013. **103**(6): p. 2052-2086.
498. Macsenaere, M. and M. Feist-Ortmanns, *"Systemsprenger" in der Jugendhilfe aus empirischer Sicht*, in *Systemsprenger*innen Ressourcenorientierte Ansätze zu einer defizitären Begrifflichkeit*. 2021, Lambertus. p. 91-98.
499. Forslund, T., et al., *Attachment goes to court: child protection and custody issues*. Attach Hum Dev, 2022. **24**(1): p. 1-52.
500. Schmid, M. and J.M. Fegert, *Posttraumatische Belastungsstörung in Kindheit und Jugend*, in *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. 2024, Springer Berlin Heidelberg: Berlin Heidelberg. p. 1-28.
501. Maio, G., ed. *Ethik der Gabe: Humane Medizin zwischen Leistungserbringung und Sorge um den Anderen*. 2014, Herder: Freiburg.
502. Stern, D., *Der Gegenwartsmoment*. 2023: Brandes & Apsel.
503. Lou, Y., E.P. Taylor, and S. Di Folco, *Resilience and resilience factors in children in residential care: A systematic review*. Children and Youth Services Review, 2018. **89**: p. 83-92.
504. Schmid, M., *Sichere Orte auf Zeit? Theoretische Überlegungen zur traumapädagogische Krisenintervention in Übergangssettings: Wo liegen die zentralen Unterschiede?* Trauma & Gewalt, 2021. **15**(1): p. 4-17.
505. Gahleitner, S.B., *Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen. The therapeutic milieu in the work with children and adolescents. Trauma and relationship work in inpatient facilities*. 2011, Bonn: Psychiatrie-Verlag. 141.

506. Gahleitner, S.B., *Bindungstheorie(n) als Schlüssel zum Verstehen und Handeln in der Kinder- und Jugendhilfe*, in *Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe*. 2022, Reinhardt: München. p. 184-192.
507. Antonovsky, A., *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. 1997, Tübingen: dgvt-Verlag.
508. Keller, S., T. Gabriel, and C. Bombach, *Narratives on leaving care in Switzerland: Biographies and discourses in the 20th century*. Child & Family Social Work, 2021. **26**(2): p. 248-257.
509. Völter, B., *12 Biografieorientiertes Verstehen und Verständigen als ganzheitlich, lebensweltlich und dialogisch orientierte Fallarbeit—ein rekonstruktiver Zugang in der Kinder- und Jugendhilfe*. Biopsychosoziale Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe: Interprofessionelle und interdisziplinäre Perspektiven, 2013: p. 159.
510. Keller, A., *Life after residential care: A narrative life-course case study*. Scottish Journal of Social Work, 2021. **20**(2): p. 1.
511. Kessler, Z., S. Levy, and M. Smith, *Working Together to Create Meaning: Narratives of Care Leavers in Eastern Europe*. The British Journal of Social Work, 2024. **54**(4): p. 1459-1476.
512. Buchanan, A., *The experience of life story work: reflections of young people leaving care*. 2014, Cardiff University.
513. Johansson, H., et al., *Exploring care leavers' agency in achieving entry into the world of work: A cross-national study in six countries*. International Journal of Social Welfare, 2024. **33**(1): p. 309-319.
514. Dixon, J., *Young people leaving care: health, well-being and outcomes*. Child & Family Social Work, 2008. **13**(2): p. 207-217.
515. Köngeter, S., W. Schröer, and M. Zeller, *Statuspassage "Leaving Care". Biografische Herausforderungen nach der Heimerziehung. Status passage "leaving care". Biographical challenges after leaving residential care*. Diskurs Kindheits- und Jugendforschung, 2012. **7**(3): p. 261-276.
516. Sehmi, R. and H. Slaughter, *Double trouble Exploring the labour market and mental health impact of Covid-19 on young people*. 2021.
517. Werner, K. and R. Stohler, *Care Leavers auf dem Weg zum Beruf: Herausforderungen aus der Perspektive von Fachpersonen aus dem Berufsbildungskontext*. unsere jugend, 2021. **73**(7+8): p. 331-337.
518. Göbel, S., et al., *Agency and the school-to-work transition of care leavers: A retrospective study of Luxembourgish young people*. Children and Youth Services Review, 2021. **122**: p. 105636.
519. Bombach, C., et al., *Die ungeplante Austrittsgestaltung aus Pflegefamilien*, in *Forum Erziehungshilfen*. 2018, Beltz Juventa: Weinheim. p. 47-52.
520. Harrison, N., et al., *Care leavers' transition into the labour market in england*. 2023.
521. Courtney, M.E. and J.L. Hook, *The potential educational benefits of extending foster care to young adults: Findings from a natural experiment*. Children and Youth Services Review, 2017. **72**: p. 124-132.
522. Gilligan, R. and E. Brady, *What helps adult care leavers return to education? exploring the relevance of learner identity and the life course perspective*. Journal of Youth Studies, 2022. **26**(10): p. 1373-1386.
523. Schmid, M., et al., *Psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen in Schulen für Erziehungshilfe*. Zeitschrift für Heilpädagogik, 2007(08): p. 282-290.
524. Hummrich, M. and G. Graßhoff, *Lieben, Zeigen, Helfen—eine Verhältnisbestimmung von Familie, Schule und Jugendhilfe*. Kinderschutz in gemeinsamer Verantwortung von Jugendhilfe und Schule, 2011: p. 17-34.
525. Henschel, A., et al., *Jugendhilfe und Schule*. 2008: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
526. Lund, J.I., et al., *Adverse Childhood Experiences and Executive Function Difficulties in Children: A Systematic Review*. Child Abuse & Neglect, 2020. **106**: p. 104485.
527. Kraaijenvanger, E.J., et al., *Impact of early life adversities on human brain functioning: A coordinate-based meta-analysis*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 2020. **113**: p. 62-76.
528. Evans, G.W., M.J. Farah, and D.A. Hackman, *Early childhood poverty and adult executive functioning: Distinct, mediating pathways for different domains of executive functioning*. Dev Sci, 2021. **24**(5): p. e13084.
529. Eidemann, J., *Beziehungsarbeit in Schule Und Jugendhilfe*, in *Schulsozialarbeit im Kontext jugendlicher Lebenswelten und Problembewältigung: Eine qualitative Nutzer* innenforschung auf Basis offener Leitfadeninterviews*. 2022, Springer. p. 89-104.
530. Möhrlein, G. and E.-M. Hoffart, *Traumapädagogische Konzepte in der Schule*, in *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik*, S.B. Gahleitner, et al., Editors. 2014, Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen. p. 91-102.
531. Walper, S. and M. Grgic, *Verhaltens- und Kompetenzentwicklung im Kontext der Familie. Zur relativen Bedeutung von sozialer Herkunft, elterlicher Erziehung und Aktivitäten in der Familie*. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 2013. **3**(16): p. 503-531.

532. Walper, S., C. Thönnissen, and P. Alt, *Einflüsse von akademischer Sozialisation und der Verbundenheit mit den Eltern auf die schulischen Leistungen von Kindern und Jugendlichen*. Zeitschrift fuer Familienforschung, 2015. **2**(27): p. 152-172.
533. Köngeter, S., K. Mangold, and B. Strahl, *Bildung zwischen Heimerziehung und Schule. Ein vergessener Zusammenhang*. 2016: Beltz Verlag.
534. Kannicht, V. *Erfahrungen mit Abbrüchen im System Schule und Jugendhilfe*. in *Forum Erziehungshilfen* 5/2020. 2020. Beltz Juventa.
535. Baumann, M., *Kinder, die Systeme sprengen? Die Dynamik scheiternder Hilfeverläufe und (ver-)störender Verhaltensweisen*. unsere jugend, 2017. **70**(1): p. 2-10.
536. Frölich, J., et al., *Effects of a teacher training program on symptoms of attention deficit hyperactivity disorder*. International Journal of Special Education, 2012. **27**(3): p. 76-87.
537. Hanisch, C., et al., *Schulbasiertes Coaching bei Kindern mit expansivem Problemverhalten (SCEP)*: *Handbuch zum Coaching von Lehrkräften*. 2018: Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.
538. Noltemeyer, A., et al., *School-Wide Positive Behavioral Interventions and Supports (SWPBIS): A synthesis of existing research*. International Journal of School & Educational Psychology, 2018. **7**(4): p. 253-262.
539. Waschbusch, D.A., R.P. Breaux, and D.E. Babinski, *School-Based Interventions for Aggression and Defiance in Youth: A Framework for Evidence-Based Practice*. School Mental Health, 2018. **11**(1): p. 92-105.
540. Sanchez, A.L., et al., *The effectiveness of school-based mental health services for elementary-aged children: A meta-analysis*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2018. **57**(3): p. 153-165.
541. Knollmann, M., et al., *Schulvermeidendes Verhalten aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht: Erscheinungsbild, Entstehungsbedingungen, Verlauf und Therapie*. Deutsches Ärzteblatt, 2010: p. 74.
542. Schmid, M., J.M. Fegert, and G. Opp, *Schule als besondere Herausforderung für psychisch belastete Kinder und Jugendliche - Sozialpädagogische und kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Überlegungen*, in *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik*, M. Schmid, et al., Editors. 2012, Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen. p. 457-472.
543. Deinet, U., *Kooperation von Jugendhilfe und Schule*. 1 ed. 2001: VS Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden.
544. Reissner, V., et al., *School absenteeism in adolescents from families receiving unemployment benefits: Results from an outpatient liaison counseling for school absenteeism*. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 2017. **11**: p. 133-140.
545. Walper, S., *Eltern und Schule – Chancen der Zusammenarbeit besser nutzen!* DDS – Die Deutsche Schule, 2021. **113**(3): p. 336-347.
546. Dumont, H., et al., *Der Übergangsprozess von der Grundschule in die Sekundarstufe I vor und nach der Schulstrukturreform in Berlin: Die Rolle primärer und sekundärer Herkunftseffekte*, in *Die Berliner Schulstrukturreform: Bewertung durch die beteiligten Akteure und Konsequenzen des neuen Übergangsverfahrens von der Grundschule in die weiterführenden Schulen*. 2013, Waxmann. p. 133-207.
547. Bundeszentrale für politische Bildung, K.M. *Soziale Ungleichheiten in den einzelnen Bildungsbereichen*. 2020.
548. Benner, A.D., A.E. Boyle, and S. Sadler, *Parental Involvement and Adolescents' Educational Success: The Roles of Prior Achievement and Socioeconomic Status*. J Youth Adolescence, 2016. **45**(6): p. 1053-64.
549. Steiner, C., *Ausgelernt! Übergänge Jugendlicher und junger Erwachsener im Bildungs- und Erwerbssystem*, in *Erwachsenwerden heute. Lebenslagen und Lebensführung junger Menschen*. 2022, W. Kohlhammer: Stuttgart. p. 156-169.
550. OECD, *Fit Mind, Fit Job - From evidence to practice in mental health and work*. 2015.
551. OECD, *Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz*, in *Bericht im Rahmen des zweiten mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP2-IV)*. 2014, Schweizerische Eidgenossenschaft / Eidgenössisches Departement des Innern EDI: Bern.
552. Baur, J., *Arbeit: Warum unser Glück von ihr abhängt und wie sie uns krank macht*. 2013: Blessing Verlag.
553. Brieger, P. and S. Menzel, *Arbeit und psychische Erkrankung*. Nervenheilkunde, 2019. **38**(7): p. 470-473.
554. Kühnis, R., et al., *Zwischen Stuhl und Bank - Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2016. **65**(4): p. 249-265.
555. Sabatella, F. and A. von Wyl, *Jugendliche im Übergang zwischen Schule und Beruf*. 2018, Berlin Heidelberg: Springer.
556. Schmocke, B., et al., *Umgang mit psychisch belasteten Lernenden. Eine Befragung von Berufsbildner*innen in der Deutschschweiz*. 2022.

557. Baer, N., et al., „*Der tägliche Wahnsinn*“. *Psychisch auffällige Mitarbeitende und ihr Problemverlauf aus Sicht von Deutschschweizer Führungskräften*. 2017.
558. Baer, N., B. Schmocke, and T. Kuhn, *Wie soll man mit psychisch belasteten Lernenden umgehen?: Befragung von Berufsbildnerinnen und Berufsbildnern*. Transfer. Berufsbildung in Forschung und Praxis, 2023(1).
559. Rossler, W. and R.E. Drake, *Psychiatric rehabilitation in Europe*. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 2017. **26**(3): p. 1-7.
560. Baer, N., et al., *Beruflich-soziale Eingliederung aus Perspektive von IV-Versicherten: Erfolgsfaktoren, Verlauf und Zufriedenheit*. 2018: Bundesamt für Sozialversicherungen.
561. Gilbert, R., et al., *Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries*. *The lancet*, 2009. **373**(9657): p. 68-81.
562. Modini, M., et al., *Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis of the international evidence*. *The British Journal of Psychiatry*, 2016. **209**(1): p. 14-22.
563. Frederick, D.E. and T.J. VanderWeele, *Supported employment: Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support*. *PLoS One*, 2019. **14**(2): p. e0212208.
564. Hoffmann, M., et al., *Bericht und Empfehlungen der unabhängigen Kommission zur Untersuchung der Einrichtungen der Haasenburg GmbH*. 2013, Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg: Potsdam.
565. Richter, D., M. Hunziker, and H. Hoffmann, *Supported Employment im Routinebetrieb: Evaluation des Berner Job Coach Placement-Programms 2005 - 2006*. Psychiatrische Praxis, 2019. **46**(6): p. 338-341.
566. Zurcher, S.J., et al., *Job Retention and Reintegration in People with Mental Health Problems: A Descriptive Evaluation of Supported Employment Routine Programs*. Administration and Policy in Mental Health Services, 2023. **50**(1): p. 128-136.
567. Pichler, E.M., et al., *Long-Term Effects of the Individual Placement and Support Intervention on Employment Status: 6-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial*. *Frontiers in Psychiatry*, 2021. **12**: p. 709732.
568. Lange, E. and E. Lange, *Zur Verschuldung der Jugendlichen*. Jugendkonsum im 21. Jahrhundert: Eine Untersuchung der Einkommens-, Konsum- und Verschuldungsmuster der Jugendlichen in Deutschland, 2004: p. 147-165.
569. Lange, E. and K.R. Fries, *Jugend und Geld 2005: eine empirische Untersuchung über den Umgang von 10-17-jährigen Kindern und Jugendlichen mit Geld*. 2006: IJF Institut für Jugendforschung.
570. Lange, E., *Zur Verschuldung von Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 24 Jahren –Ambivalenzen in der Sozialisation zum marktkonformen Verbraucher*. Ambivalenzen des Konsums und der werblichen Kommunikation, 2007: p. 141-160.
571. Meier Magistretti, C., et al., *Wirkt Schuldenprävention? Empirische Grundlagen für die Praxis mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen*, Schlussbericht. 2013.
572. Tully, C.J. and W. Krug, *Konsum im Jugendalter: Umweltfaktoren, Nachhaltigkeit, Kommerzialisierung*. 2011: Wochenschau-Verlag.
573. Studer, T., S. Güneş, and G. Hauss, *Erziehung durch und zur Arbeit? Männlichkeit, Integration und Arbeit in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe*. 2014.
574. Felser, G., *Konsum als Problem? Verschuldung aus psychologischer Perspektive*. Das Soziale in der Schuldenberatung, 2022. **45**: p. 239.
575. Peters, S., *Armut und Überschuldung*. 2019: Springer.
576. Engelbrecht, L., P. Krahnhof, and A. Zureck, *"Buy now, pay later" - Kritische Analyse der potenziellen Schuldenfalle*. 2024.
577. Hansestadt Hamburg Behörde für Soziales, F., Gesundheit und Verbraucherschutz, *Reden wir über Geld. Informationen für Fachkräfte der Sozialen Arbeit* 2011: Hamburg.
578. Schmid, M., et al., *Abschlussbericht Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs „Implementierung, Evaluation und Verfestigung von traumapädagogischen Konzepten in sozialpädagogischen Institutionen des stationären Massnahmenvollzuges“*. 2017, Universitäre Psychiatrische Kliniken: Basel.
579. Coll, K.M., et al., *An Exploration of Adverse Childhood Experiences, Treatment Types, and Strengths in Adolescent Therapeutic Residential Care*. *International Journal on Child Maltreatment: Research, Policy and Practice*, 2021. **4**(1): p. 35-48.
580. Fernandez-Garcia, O., M.D. Gil-Llario, and R. Ballester-Arnal, *Sexual Victimization of Adolescents in Residential Care: Self-Reported and Other-Reported Prevalence*. *The Journal of Sex Research*, 2024. **61**(3): p. 389-398.

581. Baglivio, M.T., et al., *The Prevalence of Adverse Childhood Experiences (ACE) in the Lives of Juvenile Offenderes*. Journal of Juvenile Justice, 2014. **3**(2).
582. Schmid, M., et al., *Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit: Ein Risikofaktor für die soziale Teilhabe ehemals außfamiliär platziert junger Erwachsener*. Kindheit und Entwicklung, 2022. **31**(1): p. 22-39.
583. Ford, J.D., et al., *Clinical significance of a proposed developmental trauma disorder diagnosis: Results of an international survey of clinicians*. Journal of Clinical Psychiatry, 2013. **74**(8): p. 841-849.
584. Zanarini, M.C., et al., *Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder*. The American Journal of Psychiatry, 2006. **163**(5): p. 827-832.
585. Nowak, J., et al., *Adverse childhood experiences lead to slower symptom improvement during psychotherapy of patients with anxiety disorders*. 2023.
586. Kindermann, D., et al., *Direct and indirect effects of adverse and protective childhood experiences on symptom improvement in psychotherapy*. Psychotherapy Research, 2023: p. 1-16.
587. Schmid, M., et al., *Trauma - ein psychosoziales Geschehen: Die Bedeutung traumapädagogischer Konzepte für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe*, in *Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 3*, S.B. Gahleitner and G. Hahn, Editors. 2010, Psychiatrie-Verlag: Bonn. p. 238-249.
588. Forkey, H., et al., *Trauma-Informed Care*. Pediatrics, 2021. **148**(2).
589. Schmid, M., K. Purtcher-Penz, and K. Stellermann-Strehlow, *Traumasensibilität und traumapädagogische Konzepte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie*, in *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik*, S.B. Gahleitner, et al., Editors. 2017, Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen. p. 174-191.
590. Schmid, M., J.M. Fegert, and M. Kölch, *Komplex traumatisierte Kinder, Jugendliche und Heranwachsende*, in *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*, M. Kölch, M. Rassenhofer, and J.M. Fegert, Editors. 2020, Springer: Berlin. p. 311-328.
591. Schmid, M., *Traumapädagogische Resilienzförderung im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe*, in *Was Kinder stärkt - Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*, G. Opp and M. Fingerle, Editors. 2020, Ernst Reinhardt: München. p. 128-155.
592. Greene, C.A., et al., *Intergenerational effects of childhood maltreatment: A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence*. Clinical psychology review, 2020. **80**: p. 101891.
593. Widom, C.S. and H.W. Wilson, *Intergenerational Transmission of Violence*, in *Violence and Mental Health*, J. Lindert and I. Levav, Editors. 2015, Springer Netherlands. p. 27-45.
594. Folger, A.T., et al., *Parental adverse childhood experiences and offspring development at 2 years of age*. Pediatrics, 2018. **141**(4): p. 1-9.
595. Purtell, J., P. Mendes, and B.J. Saunders, *Care leavers, ambiguous loss and early parenting: explaining high rates of pregnancy and parenting amongst young people transitioning from out-of-home care*. Children Australia, 2020. **45**(4): p. 241-248.
596. Roberts, L., N. Maxwell, and M. Elliott, *When young people in and leaving state care become parents: What happens and why?* Children and Youth Services Review, 2019. **104**: p. 104387.
597. Indias, S., I. Arruabarrena, and J. De Paúl, *Child maltreatment, sexual and peer victimization experiences among adolescents in residential care*. Children and Youth Services Review, 2019. **100**: p. 267-273.
598. Rau, T., et al., *Kindheitserlebnisse von Jugendlichen in Internaten. Ein Vergleich mit Jugendlichen aus Jugendhilfeeinrichtungen und der Allgemeinbevölkerung* 2018: p. 31-47.
599. Allroggen, M., et al., *Lifetime prevalence and incidence of sexual victimization of adolescents in institutional care*. Child Abuse & Neglect, 2017. **66**(Supplement C): p. 23-30.
600. Euser, S., et al., *A gloomy picture: a meta-analysis of randomized controlled trials reveals disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment*. BMC Public Health, 2015. **15**: p. 1068.
601. Witt, A., et al., *The Prevalence of Sexual Abuse in Institutions: Results From a Representative Population-Based Sample in Germany*. Sexual Abuse, 2019. **31**(6): p. 643-661.
602. Fegert, J.M. and M. Wolff, *Sexueller Missbrauch durch Professionelle in Institutionen*. 2 ed. 2006, Weinheim: Juventa.
603. Jadambaa, A., et al., *Prevalence of traditional bullying and cyberbullying among children and adolescents in Australia: A systematic review and meta-analysis*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2019. **53**(9): p. 878-888.
604. Modecki, K.L., et al., *Bullying prevalence across contexts: a meta-analysis measuring cyber and traditional bullying*. Journal of Adolescent Health, 2014. **55**(5): p. 602-611.

605. Copeland, W.E., et al., *Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence*. JAMA Psychiatry, 2013. **70**(4): p. 419-426.
606. Wolke, D., et al., *Impact of bullying in childhood on adult health, wealth, crime, and social outcomes*. Psychological Science, 2013. **24**(10): p. 1958-1970.
607. Moore, S.E., et al., *Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis*. World journal of psychiatry, 2017. **7**(1): p. 60-76.
608. Schmid, M. and N. Kind, *Folgen von Grenzverletzungen an sozialpädagogischen Fachkräften in stationären Settings - „Bekomme ein dickes Fell und bewahre dir ein empfindsames Herz“*. unsere jugend, 2018. **70**(1): p. 11-20.
609. Steinlin, C., et al., *Pädagogische Arbeit in Kinder- und Jugendhilfeinrichtungen, eine gefahrgeneigte Tätigkeit*. Trauma & Gewalt, 2015. **9**(1): p. 22-33.
610. Zimbardo, P.G., *Das Stanford Gefängnis Experiment. Eine Simulationsstudie über die Sozialpsychologie der Haft*. 2005: Santiago Verlag.
611. Milgram, S., *Das Milgram-Experiment: zur Gehorsamsbereitschaft gegenüber Autorität*. 20 ed. 1982, Reinbek: Rowohlt. 256.
612. Schmid, M., *Systemische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*, in *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. 2024, Springer Berlin Heidelberg: Berlin, Heidelberg. p. 1-24.
613. Schmid, M., *Zur Diskussion: Traumapädagogik und geschlossene Unterbringung - ein Widerspruch?* Unsere jugend, 2018. **70**(9): p. 376-385.
614. Wolff, K.T., M.T. Baglivio, and A.R. Piquero, *The Relationship Between Adverse Childhood Experiences and Recidivism in a Sample of Juvenile Offenders in Community-Based Treatment*. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 2017. **61**(11): p. 1210-1242.
615. Fegert, J.M., et al., *COVID-19-Pandemie: Kinderschutz ist systemrelevant*. Deutsches Ärzteblatt International, 2020. **117**(4): p. A-703.
616. Foynes, M.M., J.J. Freyd, and A.P. Deprince, *Child abuse: betrayal and disclosure*. Child Abuse & Neglect, 2009. **33**(4): p. 209-217.
617. Jernbro, C., L. Beckman, and C. Bonander, *The association between disability and unintentional injuries among adolescents in a general education setting: Evidence from a Swedish population-based school survey*. Disability & Health, 2019. **13**(1).
618. Leeners, J., "Bündner Standard" regelt den Umgang mit grenzverletzendem Verhalten: *Gemeinsame Kultur des Hinnehens*. Curaviva: Fachzeitschrift, 2013. **6**.
619. Leeners, J., M. Bässler, and M. Schmid, *Management von grenzverletzendem Verhalten in sozialpädagogischen Institutionen für Kinder und Jugendliche: Der Bündner Standard*. Zeitschrift für Heilpädagogik, 2013(6): p. 237-248.
620. Fereidooni, F., J.K. Daniels, and M.J. Lommen, *Childhood maltreatment and revictimization: A systematic literature review*. Trauma, Violence, & Abuse, 2024. **25**(1): p. 291-305.
621. Walker, H.E. and R. Wamser-Nanney, *Revictimization Risk Factors Following Childhood Maltreatment: A Literature Review*. Trauma Violence Abuse, 2023. **24**(4): p. 2319-2332.
622. Bausum, J., *Ressourcen der Gruppe zur Selbstbemächtigung. "Ich bin und ich brauche euch"*, in *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis*, J. Bausum, et al., Editors. 2009, Juventa: Weinheim. p. 179-187.
623. Brendtro, L.K., W. Steele, and M. Freado, *Beyond community and school violence: Providing environments where children thrive*, in *Children in the social environment: Linking social policy and clinical practice*, N. Phillips and S. Straussner, Editors. 2017, Charles C. Thomas: Springfield, IL.
624. Opp, G. and N. Unger, *Kinder stärken Kinder. Positive Peer Culture in der Praxis*. 2006, Hamburg: körber edition.
625. Brendtro, L.K. and M. Caslor, *The Effectiveness of Positive Peer Culture with Youth at Risk*. global Journal of human-social science, 2019. **19**(10).
626. Jozefiak, T., et al., *Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care*. European child & adolescent psychiatry, 2016. **25**: p. 33-47.
627. Borschmann, R., et al., *The health of adolescents in detention: a global scoping review*. The Lancet Public Health, 2020. **5**(2): p. e114-e126.
628. Seker, S., et al., *Der Verlauf von psychischen Problemen bei fremdplatzierten Kindern und Jugendlichen bis in deren Erwachsenenalter*. Kindheit und Entwicklung, 2022. **31**(1): p. 9-21.
629. Solmi, M., et al., *Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies*. Mol Psychiatry, 2022. **27**(1): p. 281-295.

630. Copeland, W.E., et al., *Associations of Childhood and Adolescent Depression With Adult Psychiatric and Functional Outcomes*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2021. **60**(5): p. 604-611.
631. Dixon, L., et al., *The Impact of Health Status on Work, Symptoms, and Functional Outcomes in Severe Mental Illness*. The Journal of Nervous and Mental Disease, 2001. **189**(1): p. 17-23.
632. Menzies, R.E., et al., *The 'revolving door' of mental illness: A meta-analysis and systematic review of current versus lifetime rates of psychological disorders*. Br J Clin Psychol, 2024. **63**(2): p. 178-196.
633. Organization, W.H., *The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health*. 2019.
634. Butterworth, S., et al., *Transitioning care-leavers with mental health needs: 'they set you up to fail!'*. Child and Adolescent Mental Health, 2017. **22**(3): p. 138-147.
635. Care, D.o.H.a.S. *Angebot des Care Leaver Covenant*. 2022.
636. Sanders, R., *Care experienced children and young people's mental health*. Iriss, 2020.
637. Gander, T., et al., *Predictive factors for changes in quality of life among children and adolescents in youth welfare institutions*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2019: p. 12.
638. Karow, A., E. Möhler, and F. Resch, *Transitionspsychiatrische Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 2022: p. 1-14.
639. Banaschewski, T., et al., *Transitionspsychiatrie - Herausforderungen und Lösungsansätze*, in *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*. 2019, Thieme.
640. Fegert, J.M. and H.J. Freyberger, *Adoleszenz-eine Lebensphase weitet sich aus*. PiD-Psychotherapie im Dialog, 2017. **18**(2): p. 16-22.
641. Driessen, M., et al., *Transitionspsychiatrie-eine aktuelle Herausforderung*. Psychiatrische Praxis, 2019. **46**(03): p. 125-127.
642. Fegert, J.M. and H.J. Freyberger, *Neue Entwicklungen in der Adoleszenzpsychiatrie und -psychotherapie*. 2015, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.
643. Fegert, J.M. and H.J. Freyberger, *Borderline between adolescence and adulthood: Psychotherapeutic aspects*. 2017, Springer. p. 1-2.
644. Smith, N., *Neglected Minds*. 2017, Barnardo's.
645. Olasoji, M., P. Maude, and K. McCauley, *Not sick enough: Experiences of carers of people with mental illness negotiating care for their relatives with mental health services*. Journal of Psychiatric Mental Health Nursing, 2017. **24**(6): p. 403-411.
646. Schmid, M., et al., *Wie unterscheiden sich Kinder aus Tagesgruppen von Kindern aus der stationären Jugendhilfe?* Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2006. **55**(7): p. 544-558.
647. Anderson, J.K., et al., *A scoping literature review of service-level barriers for access and engagement with mental health services for children and young people*. Children and Youth Services Review, 2017. **77**: p. 164-176.
648. Everson-Hock, E.S., et al., *The effectiveness of training and support for carers and other professionals on the physical and emotional health and well-being of looked-after children and young people: a systematic review*. Child: Care, Health and Development, 2012. **38**(2): p. 162-74.
649. York, W. and J. Jones, *Addressing the mental health needs of looked after children in foster care: the experiences of foster carers*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2017. **24**(2-3): p. 143-153.
650. Santos, L., M.D.R. Pinheiro, and D. Rijo, *Fostering an affiliative environment in residential youth care: A cluster randomized trial of a compassionate mind training program for caregivers enrolling youth and their caregivers*. Child Abuse Negl, 2023. **139**: p. 106122.
651. Anderson, R., J. Treger, and A. Lucksted, *Youth Mental Health First-Aid: Juvenile Justice Staff Training to Assist Youth with Mental Health Concerns*. Juvenile and Family Court Journal, 2020. **71**(1): p. 19-30.
652. Kaess, M. and M. Cavelti, *Frühintervention psychischer Störungen*, in *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. 2021, Springer. p. 1-11.
653. Klosterkötter, J., *Frühdiagnostik und Frühbehandlung psychischer Störungen*. Vol. 13. 2013: Springer-Verlag.
654. Karow, A., et al., *Früherkennung und Frühintervention bei psychotischen Störungen in der Transitionsphase*, in *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*. 2019, Thieme.
655. Karow, A., et al., *Mental Diseases in Adolescence - Approaches of Treatment and Clinical Insights*. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr, 2022. **71**(7): p. 658-676.
656. Jenkel, N., S.C. Güneş, and M. Schmid, *Der erste Lockdown aus der Perspektive von Heimjugendlichen*. Jugendhilfe, 2021. **59** 2/2021.

657. McGorry, P.D., et al., *The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health*. The Lancet Psychiatry, 2024. **11**(9): p. 731-774.
658. Unicef, *Child and adolescent mental health. The state of Children in the European Union 2024*. 2024: UNICEF. 8.
659. BAG, *Veränderungen bei den psychischen Belastungen*, in *Schweizerische Gesundheitsbefragungen*. 2023, Bundesamt für Statistik.
660. McGorry, P.D., et al., *Designing and scaling up integrated youth mental health care*. World Psychiatry, 2022. **21**(1): p. 61-76.
661. McGorry, P.D. and C. Mei, *Clinical staging for youth mental disorders: Progress in reforming diagnosis and clinical care*. Annual Review of Developmental Psychology, 2021. **3**(1): p. 15-39.
662. Van Weeghel, J., et al., *Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses*. Psychiatric rehabilitation journal, 2019. **42**(2): p. 169.
663. Nooteboom, L.A., et al., *Towards integrated youth care: a systematic review of facilitators and barriers for professionals*. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 2021. **48**: p. 88-105.
664. Fegert, J.M., et al., *Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionpsychiatrie*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2017. **45**(1): p. 80-85.
665. Golay, P., et al., *Patterns of Service Use in Intensive Case Management: A Six Year Longitudinal Study*. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 2022. **49**(5): p. 798-809.
666. Golay, P., et al., *Rate and predictors of disengagement in an early psychosis program with time limited intensification of treatment*. Journal of psychiatric research, 2020. **131**: p. 33-38.
667. Kind, N., et al., *High-risk substance use and psychosocial functioning in young adult care leavers: Findings from a 10-year follow-up study*. Children and Youth Services Review, 2023.
668. Fazel, S., P. Bains, and H. Doll, *Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review*. Addiction, 2006. **101**(2): p. 181-191.
669. Fazel, S., I.A. Yoon, and A.J. Hayes, *Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women*. Addiction, 2017. **112**(10): p. 1725-1739.
670. Ward, J., Z. Henderson, and G. Pearson, *One problem among many: drug use among care leavers in transition to independent living*. 2003: Home Office. Research, Development and Statistics Directorate.
671. Barn, R. and J.-P. Tan, *Foster youth and drug use: Exploring risk and protective factors*. Children and Youth Services Review, 2015. **56**: p. 107-115.
672. Schu, M., et al., *Suchtmittelkonsum und suchtbezogene Problemlagen von Kindern und Jugendlichen in stationärer Jugendhilfe*. Forum Sucht, ed. Landschaftsverband Westfalen-Lippe and LWL-Koordinationsstelle Sucht. 2014.
673. Hoeben, E.M. and K.J. Thomas, *Peers and offender decision-making*. Criminology & Public Policy, 2019. **18**(4): p. 759-784.
674. Hoeben, E.M. and F.M. Weerman, *Why is Involvement in Unstructured Socializing related to Adolescent Delinquency?* Criminology, 2016. **54**(2): p. 242-281.
675. Deak, J.D. and E.C. Johnson, *Genetics of substance use disorders: a review* Psychol Med, 2021. **52**(4): p. 800.
676. Gelernter, J. and R. Polimanti, *Genetics of substance use disorders in the era of big data*. Nat Rev Genet, 2021. **22**(11): p. 712-729.
677. Hatoum, A.S., et al., *Multivariate genome-wide association meta-analysis of over 1 million subjects identifies loci underlying multiple substance use disorders*. Nature Mental Health, 2023. **1**(3): p. 210-223.
678. Milkman, H.B. and G.K. Jonsson, *Perspective — Iceland Succeeds at Preventing Teenage Substance Use*, in *Future Governments*. 2019, Emerald Publishing Limited. p. 315-324.
679. Milkman, H.B. and S. Sunderwirth, *Craving for ecstasy and natural highs. A positive approach to mood alteration*. 2009: Sage.
680. Giletta, M., et al., *A Meta-Analysis of Longitudinal Peer Influence Effects in Childhood and Adolescence*. 2021.
681. Prinstein, M.J. and K. Dodge, *Understanding peer influence in children and adolescents*. Guilford Press, 2008.
682. Kanfer, F.H., H. Reinecker, and D. Schmelzer, *Selbstmanagement-Therapie*. 2006: Springer Berlin.
683. Musalek, M., *Ressourcenorientierte Suchttherapie*. 2024: Kohlhammer.

684. Brodbeck, J., et al., *Motives for cannabis use as a moderator variable of distress among young adults*. Addict Behav, 2007. **32**(8): p. 1537-45.
685. Wallis, D., et al., *Predicting Self-Medication with Cannabis in Young Adults with Hazardous Cannabis Use*. 2022.
686. Copeland, J., S. Rooke, and W. Swift, *Changes in cannabis use among young people: impact on mental health*. Current Opinion in Psychiatry, 2013. **26**(4): p. 325-329.
687. Copeland, W.E., et al., *Cannabis Use and Disorder From Childhood to Adulthood in a Longitudinal Community Sample With American-Indians*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2016.
688. Hall, W. and L. Degenhardt, *Adverse health effects of non-medical cannabis use*. The Lancet, 2009. **374**(9698): p. 1383-1391.
689. Zehra, A., et al., *Cannabis Addiction and the Brain: a Review*. Journal of Neuroimmune Pharmacology, 2018. **13**(4): p. 438-452.
690. Moore, T.H., et al., *Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review*. The Lancet, 2007. **370**(9584): p. 319-328.
691. Hasan, A., et al., *Cannabis use and psychosis: a review of reviews*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2020. **270**(4): p. 403-412.
692. Olfson, M., et al., *Cannabis Use and Risk of Prescription Opioid Use Disorder in the United States*. The American journal of psychiatry, 2018. **175**(1): p. 47-53.
693. Balon, R., *Illegal or Legal, Marijuana Remains a Gateway Drug*. Focus (American Psychiatric Publishing), 2018. **16**(4): p. 2s-3s.
694. Oomen, P.P., H.H. van Hell, and M.G. Bossong, *The acute effects of cannabis on human executive function*. Behavioural Pharmacology, 2018. **29**(7): p. 605-616.
695. Crean, R.D., N.A. Crane, and B.J. Mason, *An Evidence Based Review of Acute and Long-Term Effects of Cannabis Use on Executive Cognitive Functions*. Journal of Addiction Medicine, 2011. **5**(1): p. 1-8.
696. Scott, J.C., et al., *Association of Cannabis With Cognitive Functioning in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis*. JAMA Psychiatry, 2018. **75**(6): p. 585-595.
697. Brook, J.S., et al., *Adult Work Commitment, Financial Stability, and Social Environment as Related to Trajectories of Marijuana Use Beginning in Adolescence*. Substance Abuse, 2013. **34**(3): p. 298-305.
698. Milkman, H.B. and K.W. Wanberg, *Pathways to Self-Discovery and Change: Criminal Conduct and Substance Abuse Treatment for Adolescents*. 2005: Sage.
699. Mason, W.A., et al., *Comorbid Alcohol and Cannabis Use Disorders Among High-Risk Youth at Intake Into Residential Care*. Journal of Adolescent Health, 2013. **53**(3): p. 350-355.
700. Mason, M.J., R. Sabo, and N.M. Zaharakis, *Peer Network Counseling as Brief Treatment for Urban Adolescent Heavy Cannabis Users*. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 2017. **78**(1): p. 152-157.
701. Mason, M., et al., *Peer Network Counseling with Urban Adolescents: A Randomized Controlled Trial with Moderate Substance Users*. J Subst Abuse Treat, 2015. **58**: p. 16-24.
702. Mason, M.J., A. Brown, and M. Moore, *The accuracy of young adult cannabis users' perceptions of friends' cannabis and alcohol use*. Addictive Behaviors, 2019. **95**: p. 28-34.
703. MacArthur, G.J., et al., *Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11-21 years: a systematic review and meta-analysis*. Addiction, 2016. **111**(3): p. 391-407.
704. Austin, A.M., M.J. Macgowan, and E.F. Wagner, *Effective Family-Based Interventions for Adolescents With Substance Use Problems: A Systematic Review*. Research on Social Work Practice, 2005. **15**(2): p. 67-83.
705. Bagley, S.M., et al., *Engaging the Family in the Care of Young Adults With Substance Use Disorders*. Pediatrics, 2021. **147**(Supplement 2): p. S215-S219.
706. Kelly, J.F., K. Humphreys, and M. Ferri, *Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder*. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2020(3).
707. White, W., et al., *"We Do Recover" Scientific Studies on Narcotics Anonymous*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2020. **3**.
708. Kelly, J.F. and M.G. Myers, *Adolescents' participation in Alcoholics Anonymous and Narcotics Anonymous: review, implications and future directions*. Journal of Psychoactive Drugs, 2007. **39**(3): p. 259-69.
709. Prendergast, L., et al., *Barriers and enablers to care-leavers engagement with multi-agency support: A scoping review*. Children and Youth Services Review, 2024. **159**: p. 107501.
710. Bengtsson, M., Y. Sjöblom, and P. Öberg, *'Well, it's up to me now' – young care leavers' strategies for handling adversities when leaving out-of-home care in Sweden*. Nordic Social Work Research, 2018. **8**(sup1): p. 8-18.

711. Feather, J., et al., *Transitional support interventions for care leavers: A scoping review*. Children & Society, 2024. **38**(5): p. 1579-1601.
712. Dixon, J., et al., *Young People Leaving Care: A Study of Costs and Outcomes. Report to the Department for Education & Skills*. 2006, University of York: York.
713. Viner, R.M. and B. Taylor, *Adult health and social outcomes of children who have been in public care: population-based study*. Pediatrics, 2005. **115**(4): p. 894-899.
714. Aaltonen, S., 'Trying to push things through': forms and bounds of agency in transitions of school-age young people. *Journal of Youth Studies*, 2013. **16**(3): p. 375-390.
715. Bakkeiteig, E. and E. Backe-Hansen, *Agency and flexible support in transition from care: learning from the experiences of a Norwegian sample of care leavers doing well*. *Nordic Social Work Research*, 2018. **8**(sup1): p. 30-42.
716. Bakkeiteig, E., et al., *Deconstructing doing well; what can we learn from care experienced young people in England, Denmark and Norway?* *Children and Youth Services Review*, 2020. **118**: p. 105333.
717. Hedin, L., *Support and challenges in the process of leaving care: A Swedish qualitative follow-up study of foster youths' lived experiences*. *Qualitative Social Work*, 2017. **16**(4): p. 500-514.
718. Munford, R. and J. Sanders, *Negotiating and Constructing Identity: Social Work with Young People Who Experience Adversity*. *British Journal of Social Work*, 2015. **45**(5): p. 1564-1580.
719. Côté, J.E. and C.G. Levine, *Identity, formation, agency, and culture: A social psychological synthesis*. 2014: Psychology Press.
720. Munford, R. and J. Sanders, *Harm, opportunity, optimism: Young people's negotiation of precarious circumstances*. *International Social Work*, 2019. **62**(1): p. 185-197.
721. Côté, J.E. and S.J. Schwartz, *Comparing psychological and sociological approaches to identity: Identity status, identity capital, and the individualization process*. *Journal of adolescence*, 2002. **25**(6): p. 571-586.
722. Lynch, A., et al., *An inter-disciplinary perspective on evaluation of innovation to support care leavers' transition*. *Journal of Children's Services*, 2021: p. 214-232.
723. Stubbs, A., S. Baidawi, and P. Mendes, *Young people transitioning from out-of-home care: their experience of informal support. A scoping review*. *Children and Youth Services Review*, 2023. **144**: p. 106735.
724. O'Donnell, R., et al., *The impact of transition interventions for young people leaving care: a review of the Australian evidence*. *International Journal of Adolescence and Youth*, 2020. **25**(1): p. 1076-1088.
725. Kanninen, T., et al., *An integrative review on interventions for strengthening professional governance in nursing*. *Journal of Nursing Management*, 2021. **29**(6): p. 1398-1409.
726. Atkinson, C. and R. Hyde, *Care leavers' views about transition: a literature review*. *Journal of Children's Services*, 2019. **14**(1): p. 42-58.
727. Bordin, E.S., *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 1979. **16**(3): p. 252.
728. Ehlke, C., W. Schröer, and S. Thomas, *Leaving Care in kommunalen Infrastrukturen – Kinder- und Jugendhilfe kann sich der Verantwortung für junge Volljährige nicht entziehen*. *Jugendhilfe*, 2019. **57**(4): p. 373-380.
729. Trout, A.L., et al., *On the Way Home: Promoting Caregiver Empowerment, Self-Efficacy, and Adolescent Stability during Family Reunification following Placements in Residential Care*. *Residential Treatment For Children & Youth*, 2019. **37**(4): p. 269-292.
730. Adley, N. and V. Jupp Kina, *Getting behind the closed door of care leavers: understanding the role of emotional support for young people leaving care*. *Child & Family Social Work*, 2017. **22**(1): p. 97-105.
731. Cashmore, J. and M. Paxman, *Predicting after-care outcomes: the importance of 'felt' security*. *Child & Family Social Work*, 2006. **11**(3): p. 232-241.
732. Luhmann, M., S. Buecker, and M. Rusberg, *Loneliness across time and space*. *Nat Rev Psychol*, 2023. **2**(1): p. 9-23.
733. Neu, C., et al., *Extrem einsam*. Die demokratische Relevanz von Einsamkeitserfahrungen unter Jugendlichen in Deutschland, 2023.
734. Lin, W.H. and C. Chiao, *Adverse childhood experience and young adult's problematic Internet use: The role of hostility and loneliness*. *Child Abuse & Neglect*, 2024. **149**: p. 106624.
735. Lasgaard, M., K. Friis, and M. Shevlin, "Where are all the lonely people?" A population-based study of high-risk groups across the life span. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2016. **51**: p. 1373-1384.
736. Kovacic, M., S.V. Schnepf, and Z. Blaskó, *Childhood Experiences, Health and Loneliness, in Loneliness in Europe: Determinants, Risks and Interventions*. 2024, Springer Nature Switzerland Cham. p. 71-92.

737. Krieger, T. and N. Seewer, *Einsamkeit*. Vol. 85. 2022: Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.
738. Lasgaard, M., et al., *Are loneliness interventions effective in reducing loneliness? A meta-analytic review of 128 studies*. European Journal of Public Health, 2022. **32**(Supplement_3): p. ckac129. 266.
739. Alderson, H., et al., *Moving from 'what we know works' to 'what we do in practice': An evidence overview of implementation and diffusion of innovation in transition to adulthood for care experienced young people*. Child & Family Social Work, 2023. **28**(3): p. 869-896.
740. Thomas, J.F., et al., *The Use of Telepsychiatry to Provide Cost-Efficient Care During Pediatric Mental Health Emergencies*. Psychiatric Services, 2017. **69**(2): p. 161-168.
741. Bengtsson, M., Y. Sjöblom, and P. Öberg, *Transitional patterns when leaving care—Care leavers' agency in a longitudinal perspective*. Children and Youth Services Review, 2020. **118**: p. 105486.
742. Seiffge-Krenke, I., *Emerging adulthood*. Die Psychotherapie, 2023. **68**(1): p. 67-76.
743. Settersten, R.A., T.M. Ottusch, and B. Schneider, *Becoming adult: Meanings of markers to adulthood*. Emerging trends in the social and behavioral sciences, 2015. **26**: p. 667 - 692.
744. Arnett, J.J., *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. 2004, New York, NY: Oxford University Press; US.
745. Schweicheln, E.J. and T. Meysen, *Nachbetreuung nach § 41a SGB VIII und Leistungserbringungsrecht*. 2024.
746. Arnett, J.J., R. Žukauskienė, and K. Sugimura, *The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: Implications for mental health*. The Lancet Psychiatry, 2014. **1**(7): p. 569-576.
747. Thomas, S., et al., „*Rechtsstatus Leaving Care*“ etablieren und verwirklichen. Sozial Extra, 2023. **47**(2): p. 101-104.
748. Sievers, B., S. Thomas, and M. Zeller, *Jugendhilfe-und dann?: Zur Gestaltung der Übergänge junger Erwachsener aus stationären Erziehungshilfen*. 2018: Walhalla Fachverlag.
749. Raabe, B. and S. Thomas, *Handreichung Leaving Care: Rechte im Übergang aus stationären Erziehungshilfen ins Erwachsenenleben*. 2019: Universitätsverlag Hildesheim.
750. Banaschewski, T., et al., *Transitionspsychiatrie – Herausforderungen und Lösungsansätze*. Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie, 2019. **87**(11): p. 608-615.
751. Powell, K., *When personalities clash*. Nature, 2006. **439**(7077): p. 758-759.
752. Konrad, K., C. Firk, and P.J. Uhlhaas, *Brain development during adolescence*. Deutsches Arzteblatt International, 2013. **110**(25): p. 425-431.
753. Uhlhaas, P.J. and K. Konrad, *Das adoleszente Gehirn*. 2011: Kohlhammer Verlag.
754. Konrad, K. and J. König, *Biopsychologische Veränderungen*. Entwicklungspsychologie des Jugendalters, 2018: p. 1-21.
755. Thomas, S., et al., „*Rechtsstatus Leaving Care*“ etablieren und verwirklichen. Sozial Extra, 2023. **47**(2): p. 101-104.
756. Weinbach, H., et al., *Folgen sozialer Hilfen*. 2017: Weinheim: Beltz Juventa.
757. Lynch, A., et al., *An inter-disciplinary perspective on evaluation of innovation to support care leavers' transition*. Journal of Children's Services, 2021. **16**(3): p. 214-232.
758. Blandow, J. and M. Walter, *Bestandsaufnahme und strukturelle Analyse der Verwandtenpflege in der Bundesrepublik Deutschland. Kurzfassung des Untersuchungsberichtes*. 2004, München: Juventa.
759. Groinig, M. and S. Sting, *Care Leavers' Perspectives on the Family in the Transition from out-of-Home Care to Independent Living*. International Journal of Child, Youth and Family Studies, 2020. **11**(4.2): p. 140-159.
760. Menz, S., *Familie als Ressource: individuelle und familiale Bewältigungspraktiken junger Erwachsener im Übergang in Arbeit*. 2009: Beltz Juventa.
761. Arnett, J.J., V. Mann-Feder, and M. Goyette, *Leaving care and the transition to adulthood: International contributions to theory, research and practice*. 2019, New York: Oxford academic.
762. Ward, H., *Legal and policy frameworks*. Young people's transitions from care to adulthood, 2008: p. 258-278.
763. Collins, M.E., R. Paris, and R.L. Ward, *The permanence of family ties: implications for youth transitioning from foster care*. American Journal of Orthopsychiatry, 2008. **78**(1): p. 54-62.
764. Mendes, P., G. Johnson, and B. Moslehuddin, *Young People Transitioning From Out-of-home Care and Relationships with Family of Origin: An Examination of Three Recent Australian Studies*. Child Care in Practice, 2012. **18**(4): p. 357-370.
765. Narcisoa, I., et al., *Mapping the "good mother" - Meanings and experiences in economically and socially disadvantaged contexts*. Children and Youth Service Review, 2018. **93**: p. 418-427.
766. Wade, J., *The Ties that Bind: Support from Birth Families and Substitute Families for Young People Leaving Care*. British Journal of Social Work, 2008. **38**(1): p. 39-54.

767. Attar-Schwartz, S. and Y. Huri, *Grandparental support and life satisfaction among adolescents in residential care*. Children and Youth Services Review, 2019. **96**: p. 70-78.
768. Johnson, J.G., H. Chen, and P. Cohen, *Personality disorder traits during adolescence and relationships with family members during the transition to adulthood*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2004. **72**(6): p. 923-932.
769. Baur, D., et al., *Leistungen und Grenzen der Heimerziehung. Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Vol. 170. 1998, Stuttgart: Kohlhammer.
770. Gabriel, T. and S. Keller, *Was wirkt in der Kinder- und Jugendhilfe? Metaanalysen von quantitativen Studien zu den Hilfen zur Erziehung*, in *Forschungsdaten für die Kinder- und Jugendhilfe: Qualitative und quantitative Sekundäranalysen*, M.-C. Begemann and K. Birkelbach, Editors. 2019, Springer Fachmedien Wiesbaden: Wiesbaden. p. 425-445.
771. Buchbinder, E. and O. Bareqet-Moshe, *Hope and Siege: The Experiences of Parents Whose Children Were Placed in Residential Care*. Residential Treatment for Children & Youth, 2011. **28**(2): p. 120-139.
772. Cohen, J.A., A.P. Mannarino, and E. Deblinger, *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. 2006, New York: Guilford Press.
773. Huefner, J.C., et al., *Parental involvement in residential care: Distance, frequency of contact, and youth outcomes*. Journal of Child and Family Studies, 2015. **24**(5): p. 1481-1489.
774. Maltais, C., et al., *Identifying effective interventions for promoting parent engagement and family reunification for children in out-of-home care: A series of meta-analyses*. Child Abuse & Neglect, 2019. **88**: p. 362-375.
775. Sulimani-Aidan, Y. and Y. Paldi, *Youth perspectives on parents' involvement in residential care in Israel*. Journal of Social Work, 2020. **20**(1): p. 64-82.
776. McWey, L.M. and M. Cui, *More Contact with Biological Parents Predicts Shorter Length of Time in Out of Home Care and Mental Health of Youth in the Child Welfare System*. Child Youth Serv Rev, 2021. **128**.
777. McWey, L.M. and M. Cui, *Parent-Child Contact for Youth in Foster Care: Research to Inform Practice*. Family Relations, 2017. **66**(4): p. 684-695.
778. McWey, L.M., A. Acock, and B. Porter, *The Impact of Continued Contact with Biological Parents upon the Mental Health of Children in Foster Care*. Child Youth Serv Rev, 2010. **32**(10): p. 1338-1345.
779. Carbonell, A., J.J. Navarro-Perez, and M.V. Mestre, *Challenges and barriers in mental healthcare systems and their impact on the family: A systematic integrative review*. Health and Social Care Community, 2020. **28**(5): p. 1366-1379.
780. Carr, A., *The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems*. Journal of Family Therapy, 2014. **36**(2): p. 107-157.
781. Shalem, N. and S. Attar-Schwartz, *Good enough residential care setting: Child-parent contact and youth adjustment in the context of staff attitudes towards parent involvement*. Children and Youth Services Review, 2022. **143**: p. 106687.
782. van Es, C.M., et al., *The effect of multiple family therapy on mental health problems and family functioning: A systematic review and meta-analysis*. Family Process, 2023. **62**(2): p. 499-514.
783. Dekkers, T.J., et al., *Meta-analysis: which components of parent training work for children with attention-deficit/hyperactivity disorder?* Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2022. **61**(4): p. 478-494.
784. Leijten, P., G. Melendez-Torres, and F. Gardner, *Research Review: The most effective parenting program content for disruptive child behavior—a network meta-analysis*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2022. **63**(2): p. 132-142.
785. Beelmann, A., L.S. Arnold, and J. Hercher, *Parent training programs for preventing and treating antisocial behavior in children and adolescents: A comprehensive meta-analysis of international studies*. Aggression and violent behavior, 2023. **68**: p. 101798.
786. Ward, M.A., J. Theule, and K. Cheung, *Parent-child interaction therapy for child disruptive behaviour disorders: A meta-analysis*. in *Child & Youth Care Forum*. 2016. Springer.
787. Lundahl, B.W., J. Nimer, and B. Parsons, *Preventing Child Abuse: A Meta-Analysis of Parent Training Programs*. Research on Social Work Practice, 2006a. **16**(3): p. 251-262.
788. Lundahl, B.W., et al., *A Meta-Analysis of Father Involvement in Parent Training*. Research on Social Work Practice, 2008. **18**(2): p. 97-106.
789. Bauch, J., et al., *Multisystemic therapy for child abuse and neglect: Parental stress and parental mental health as predictors of change in child neglect*. Child Abuse & Neglect, 2022. **126**: p. 105489.

790. Buderer, C., et al., *Effects of Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect on severity of neglect, behavioral and emotional problems, and attachment disorder symptoms in children*. Children and Youth Services Review, 2020. **119**: p. 105626.
791. Buderer, C., et al., *Child and family characteristics in multisystemic therapy for child abuse and neglect (MST-CAN): Are there associations with treatment outcome?* Journal of Marital and Family Therapy, 2024.
792. Hefti, S., et al., *Multisystemic therapy for child abuse and neglect: Do parents show improvement in parental mental health problems and parental stress?* Journal of Marital and Family Therapy, 2020. **46**(1): p. 95-109.
793. Pérez, T., S. Hefti, and M. Schmid, *Multisystemische Therapie Basel - Projektbericht*. 2017, Universitäre Psychiatrische Kliniken: Basel.
794. Rhiner, B., M. Schmid, and U. Fürstenau, *MST CAN – Multisystemische Therapie Child Abuse and Neglect. Ein evidenzbasiertes Therapieverfahren im Bereich Kinderschutz*. Zeitschrift Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, 2012. **15**(2): p. 112-125.
795. Hefti, S., et al., *Mulitsystemische Therapie Kinderschutz (MST-CAN) - Wie erleben die zuweisenden Fachkräfte MST-CAN? - Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung*. Trauma & Gewalt, 2019. **13**(1): p. 62-77.
796. van der Stouwe, T., et al., *The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis*. Clinical Psychology Review, 2014. **34**(6): p. 468-481.
797. Euser, S., et al., *A gloomy picture: a meta-analysis of randomized controlled trials reveals disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment*. BMC Public Health, 2015. **15**: p. 1068.
798. Swenson, C.C., et al., *Multisystemic therapy for child abuse and neglect: A randomized effectiveness trial*. Journal of Family Psychology, 2010. **24**(4): p. 497-507.
799. Stuewig, J. and L.A. McCloskey, *The relation of child maltreatment to shame and guilt among adolescents: psychological routes to depression and delinquency*. Child Maltreatment, 2005. **10**(4): p. 324-36.
800. Deblinger, E. and M.K. Runyon, *Understanding and treating feelings of shame in children who have experienced maltreatment*. Child maltreatment, 2005. **10**(4): p. 364-376.
801. Deblinger, E., et al., *Child sexual abuse: A primer for treating children, adolescents, and their nonoffending parents*. 2015: Oxford University Press.
802. Runyon, M.K., E. Deblinger, and C. Schroeder, *Pilot Evaluation of Outcomes of Combined Parent-Child Cognitive-Behavioral Group Therapy for Families at Risk for Child Physical Abuse*. Cognitive and Behavioral Practice, 2009. **16**: p. 101-118.
803. Canale, C.A., *Understanding caregiver behaviors, adolescent distress, and conflict resolution in an economically disadvantaged sample*. 2022: University of Delaware.
804. van der Asdonk, S., C. Cyr, and L. Alink, *Improving parent-child interactions in maltreating families with the Attachment Video-feedback Intervention: Parental childhood trauma as a moderator of treatment effects*. Attach Hum Dev, 2021. **23**(6): p. 876-896.
805. Sloover, M., S. Stoltz, and E. van Ee, *Parent-Child Communication About Potentially Traumatic Events: A Systematic Review*. Trauma Violence Abuse, 2024. **25**(3): p. 2115-2127.
806. Lipovsky, J.A., et al., *The abuse clarification process in the treatment of intrafamilial child abuse*. Child Abuse Negl, 1998. **22**(7): p. 729-41.
807. DeMaio, C.M., J.L. Davis, and D.W. Smith, *The Use of Clarification Sessions in the Treatment of Incest Victims and Their Families: An Explorative Study*. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 2006. **18**(1): p. 27-39.
808. Maack, L., *Familienunterstützung ohne Familie?* Sozial Extra, 2013. **37**(9): p. 47-49.
809. Eßer, F. and S. Köngeter, *Doing family in der Heimerziehung*. Sozial Extra, 2012. **36**(7): p. 37-40.
810. Kochskämper, D., *International Care Leavers Convention*. Forum Erziehungshilfen, 2021: p. 44-46.
811. Ehlke, C., *Leaving Care International – Was kann die Kinder- und Jugendhilfe von anderen Ländern lernen?* unsere jugend, 2021. **73**(7+8): p. 290-301.
812. Fontaine, G., et al., *Efficacy of adaptive e-learning for health professionals and students: a systematic review and meta-analysis*. 2018.
813. Maier, A., U. Hoffmann, and J.M. Fegert, *Kinderschutz in der Medizin: E-Learning Curriculum zum Erwerb von Grundwissen und Handlungskompetenz*. MMW Fortschritte der Medizin, 2019. **161**(Suppl 4): p. 1-8.
814. Weber, J., et al., *Evaluation des E-Learning-Fortbildungskurses "Frühe Hilfen und Frühe Interventionen im Kinderschutz"*. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2012. **61**(10): p. 750-765.

815. Fegert, J.M., et al., "Wissenstransfer, Dissemination, E-Learning". Webbasierter Wissenstransfer an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm, in *E-Learning Kinderschutz*, K.f.K.-u.J.P. Ulm, Editor. 2017, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm: Ulm.
816. Rein, A., S. Ahmed, and D. Schaffner, «Care Leaver erforschen Leaving Care»: Projektergebnisse und fachliche Empfehlungen. 2020.
817. Montano, D., J.E. Schleu, and J. Hüffmeier, *A Meta-Analysis of the Relative Contribution of Leadership Styles to Followers' Mental Health*. Journal of Leadership & Organizational Studies, 2023. **30**: p. 90-107.
818. Backe-Hansen, E., et al., *Out of home care in Norway and Sweden—similar and different*. Psychosocial Intervention, 2013. **22**(3): p. 193-202.
819. Storø, J., Y. Sjöblom, and I. Höjer, *A comparison of state support for young people leaving care in Norway and Sweden: Differences within comparable welfare systems*. Child & Family Social Work, 2019. **24**(3): p. 393-399.
820. Van Breda, A.D., et al., *Extended care: Global dialogue on policy, practice and research*. Children and Youth Services Review, 2020. **119**: p. 105596.
821. Bond, S., *Care-leaving in South Africa: an international and social justice perspective*. Journal of International and Comparative Social Policy, 2018. **34**(1): p. 76-90.
822. Geisen, T., et al., *Soziale Arbeit und Demokratie*. 2013, Wiesbaden: Springer Verlag.
823. Schröer, W., et al., *National report*. 2016.
824. Link, B.G. and J. Phelan, *Stigma power*. Social science & medicine, 2014. **103**: p. 24-32.
825. Link, B.G. and J.C. Phelan, *Stigma and its public health implications*. The Lancet, 2006. **367**(9509): p. 528-529.
826. Link, B.G., et al., *Handbook of the sociology of mental health*. Handbooks of Sociology and Social Research, 2013. **2**: p. 525-541.
827. Mendes, P., J. Purtell, and J. Waugh, *Advancing the social rights of care leavers: Towards a new community-based social network and peer support model for supporting young people transitioning from out-of-home care in times of crisis*. New Community Quarterly, 2022. **20**(2): p. 58-62.
828. Häggman-Laitila, A., P. Salokekälä, and S. Karki, *Integrative review of the evaluation of additional support programs for care leavers making the transition to adulthood*. Journal of pediatric nursing, 2020. **54**: p. 63-77.
829. Sting, S. and M. Groinig, *Care leavers' perspectives on the family in the transition from out-of-home care to independent living*. International Journal of Child, Youth and Family Studies, 2020. **11**(4): p. 140-159.
830. Cox, K.F., *Examining the role of social network intervention as an integral component of community-based, family-focused practice*. Journal of Child and Family Studies, 2005. **14**: p. 443-454.
831. Oakland, I. and I. Oterholm, *Strengthening supportive networks for care leavers: A scoping review of social support interventions in child welfare services*. Children and Youth Services Review, 2022. **138**: p. 106502.
832. Landsman, M.J., S. Boel-Studt, and K. Malone, *Results from a family finding experiment*. Children and Youth Services Review, 2014. **36**: p. 62-69.
833. Taylor, D., et al., *Systematic Review and Meta-Analysis of Policies and Interventions that Improve Health, Psychosocial, and Economic Outcomes for Young People Leaving the Out-of-Home Care System*. Trauma Violence Abuse, 2024. **25**(5): p. 3534-3554.
834. Taylor, D.J., et al., *Systematic review and meta-analysis of policies, programmes and interventions that improve outcomes for young people leaving the out-of-home care system*. 2021.
835. Dixon, J., J. Ward, and S. Blower, "They sat and actually listened to what we think about the care system": the use of participation, consultation, peer research and co-production to raise the voices of young people in and leaving care in England. Child Care in Practice, 2019. **25**(1): p. 6-21.
836. Ehlke, C. and W. Schröer, *Fluid transitions – "weak" constellations of participation in the process of leaving care*. Children and Youth Services Review, 2023. **151**: p. 107036.
837. Golding, F., et al., *Rights in records: A Charter of lifelong rights in childhood recordkeeping in out-of-home care for Australian and Indigenous Australian children and care leavers*. The International Journal of Human Rights, 2021. **25**(9): p. 1625-1657.
838. Deitz, M., et al., *Digital Life Story Work: Linking Identity and Security for Young People in Out-of-Home Care*. Journal of Applied Youth Studies, 2024: p. 1-17.
839. Gray, S., et al., *Trove*. 2019: p. 458-463.
840. Schmid, M., *Kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Versorgung von psychisch belasteten und traumatisierten Pflegekindern und ihren Familien. Vorstellung des Konzeptes einer Spezialsprechstunde für Pflegefamilien und zuweisende Behörden*. Vortrag am 5. April 2013 beim Fachaustausch in Zürich, in *Fachaustausch in Zürich*. 2013: Zürich.

841. Schwabe, M., *Praxisbuch Fallverstehen und Settingkonstruktion: Hilfeplanung für krisenhafte Verläufe; mit E-Book inside*. 2021: Beltz Juventa.
842. Dansey, D., M. John, and D. Shbero, *How children in foster care engage with loyalty conflict: presenting a model of processes informing loyalty*. Adoption & Fostering, 2018. **42**(4): p. 354-368.
843. B., L., *Jedes fremduntergebrachte Kind braucht ein Narrativ!* FORUMsozial, 2022.
844. Schmid, M. and J.M. Fegert, *Welche Chancen birgt der Ampel-Koalitionsvertrag für belastete Kinder und Jugendliche? Was bedeutet dies für die Heilberufe und die psychosozialen Hilfssysteme?* unsere jugend, 2022. **5/2022**: p. 15.
845. Schmid, M. and L. Maissen, *Sichere Orte auf Zeit – Traumapädagogik in Übergangssettings*. Trauma & Gewalt, 2021. **15**(1): p. 1-1.
846. Jenkel, N., et al., *EQUALS in der Anwendung: Stärken und Belastungen von Kindern und Jugendlichen aufzeigen, Ziele gemeinsam verfolgen, Erfolge visualisieren*, in *Integras - EQUALS Ergebnisorientierte Qualitätssicherung in sozialpädagogischen Einrichtungen*. 2018, Integras: Zürich. p. 3-5.
847. Schmid, M. and B. Lang, *Was ist das Innovative und Neue an einer Traumapädagogik?*, in *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik*, M. Schmid, et al., Editors. 2012, Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen. p. 337-351.
848. Lang, B., D. Wiesinger, and M. Schmid, *Das traumapädagogische Konzept der Wohngruppe "Greccio" in der Umsetzung*. Trauma & Gewalt, 2009. **3**(2): p. 106-115.
849. Wiesinger, D., et al., *Das traumapädagogische Konzept der Wohngruppe "Greccio". Strukturelle Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Personalentwicklung und Leitungskultur*. Trauma & Gewalt, 2009. **3**(2): p. 98-104.
850. Wiesinger, D., et al., *Struktur- und Prozessmerkmale traumapädagogischer Arbeit*, in *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik*, S.B. Gahleitner, et al., Editors. 2014, Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen. p. 41-58.
851. Garcia Quiroga, M. and C. Hamilton-Giachritsis, *Attachment Styles in Children Living in Alternative Care: A Systematic Review of the Literature*. Child & Youth Care Forum, 2016. **45**(4): p. 625-653.
852. McCall, R.B. and C.J. Groark, *Research on Institutionalized Children: Implications for International Child Welfare Practitioners and Policymakers*. International Perspectives in Psychology, 2015. **4**(2): p. 142-159.
853. Morais, F., et al., *Facets of Care in Youth: Attachment, Relationships with Care Workers and the Residential Care Environment*. Residential Treatment for Children & Youth, 2023: p. 1-18.
854. Törrönen, M., *Social relationships and their connection to mental health for young people who have been in the care system*. The British Journal of Social Work, 2021. **51**(3): p. 927-944.
855. Aeschlimann, B., et al., *Teil der Studie zu den Ausbildungs- und Erwerbsverläufen von verschiedenen Berufsgruppen der Sozialen Arbeit in ausgewählten Berufsfeldern des Sozialbereiches*. 2018.
856. Eisenacher, H., *Wenn das Personal knapp wird – Die Jugendhilfe als (Mit-)Verantwortlicher für Bindungsstörungen. Wie wirkt sich der Fachkräftemangel auf die stationäre Kinder- und Jugendhilfe aus?* unsere jugend, 2024. **76**(5): p. 191-196.
857. Kahl, Y. and J. Bauknecht, *Psychische und emotionale Erschöpfung von Fachkräften der Sozialen Arbeit*. Soziale Passagen, 2023. **15**(1): p. 213-232.
858. Schmid, M., K. Purtscher, and K. Stellermann-Strehlow, *Traumasensibilität und traumapädagogische Konzepte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie*, in *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik*, S.B. Gahleitner, et al., Editors. 2014, Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen. p. 174-191.
859. De Swart, J.J.W., et al., *The effectiveness of institutional youth care over the past three decades: A meta-analysis*. Children and Youth Services Review, 2012. **34**(9): p. 1818-1824.
860. James, S., *Implementing Evidence-Based Practice in Residential Care - How Far Have We Come?* Resid Treat Child Youth, 2017. **34**(2): p. 155-175.
861. James, S., R.W. Thompson, and J.L. Ringle, *The implementation of evidence-based practices in residential care: Outcomes, processes, and barriers*. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 2017. **25**(1): p. 4-18.
862. Scheithauer, H. and M. Hess, *Maßnahmen und Programme zur Prävention und Intervention bei Mobbing und Viktimisierung*. Lern- und Verhaltensschwierigkeiten in der Schule: Erscheinungsformen-Entwicklungsmodelle-Implikationen für die Praxis, 2023: p. 218.
863. Franck, A., *Welche Maßnahmen und Strategien sind im Umgang mit Mobbing zu beachten?* Mobbing an Schulen: Maßnahmen zur Prävention, Intervention und Nachsorge, 2020: p. 151-168.
864. Fraguas, D., et al., *Assessment of School Anti-Bullying Interventions: A Meta-analysis of Randomized Clinical Trials*. JAMA Pediatrics, 2021. **175**(1): p. 44-55.

865. Gaffney, H., M.M. Ttofi, and D.P. Farrington, *What works in anti-bullying programs? Analysis of effective intervention components*. J Sch Psychol, 2021. **85**: p. 37-56.
866. Jenkel, N. and M. Schmid, *Lebensgeschichtliche und psychische Belastungen von jungen Menschen in freiheitserziehenden Massnahmen der Jugendhilfe*. unsere jugend, 2018. **70**(9): p. 354-364.
867. Hoch, E., et al., *Modulare Therapie von Cannabisstörungen. Das CANDIS-Programm (Therapeutische Praxis)*. 2011, Göttingen: Hogrefe.
868. Wolf, K., *Familie und Heimerziehung*. Handbuch Familie: Erziehung Bildung und pädagogische Arbeitsfelder, 2020: p. 1-19.
869. Schoemaker, N.K., et al., *A meta-analytic review of parenting interventions in foster care and adoption*. Dev Psychopathol, 2020. **32**(3): p. 1149-1172.
870. Schnurr, S., *Child removal proceedings in Switzerland*. Child welfare removals by the state: A cross-country analysis of decisionmaking systems, 2016: p. 117-145.
871. Knuth, N., *Dokumentation und Auswertung der Beteiligungsworkstatt mit Eltern und Fachkräften*. Frankfurt am Main: IGfH-Eigenverlag, 2020.
872. Russotti, J., et al., *Child maltreatment: An intergenerational cascades model of risk processes potentiating child psychopathology*. Child Abuse Negl, 2021. **112**: p. 104829.
873. Price, D.M., *Rebuilding shattered families: Disclosure, clarification and reunification of sexual abusers, victims, and their families*. Sexual Addiction & Compulsivity, 2004. **11**(4): p. 187-221.
864. Bolívar, H. A., Klemperer, E. M., Coleman, S. R., DeSarno, M., Skelly, J. M., & Higgins, S. T. (2021). Contingency management for patients receiving medication for opioid use disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, *78*(10), 1092-1102.
865. Prendergast, M., Podus, D., Finney, J., Greenwell, L., & Roll, J. (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: A meta-analysis. *Addiction*, *101*(11), 1546-1560.

Anhang

A) Liste der Testverfahren und Interviews (A bis Z)

AAP - ADULT ATTACHMENT PROJECTIVE PICTURE SYSTEM

ERHEBUNGEN:	Projektiver Test während des Interviews in JAEL (t2).
DAUER:	20-30 Minuten.
BESCHREIBUNG:	<p>Das AAP ist ein empirisch fundiertes, projektives Klassifikationssystem zur Erfassung des Bindungstyps.</p> <p>Die Serie von acht AAP-Bildern stellt Ereignisse dar (z.B. Erkrankung, Einsamkeit, Trennung und Missbrauch), welche die mentale Bindungsrepräsentation und ihre Abwehrprozesse aktivieren. Nach einer sorgfältigen Instruktion werden die Teilnehmenden gebeten, zu jedem Bild eine passende Geschichte zu erzählen.</p>
BEISPIELITEM:	Bild 2: Ein Kind steht am Fenster und schaut raus. Dazu soll berichtet werden: (1) was auf dem Bild passiert, (2) wie es zu dieser Szene kam und (3) wie die Geschichte weitergehen mag.
ANTWORTSKALA:	Freies Erzählen der Teilnehmenden.
AUSWERTUNG:	Die Auswertung erfolgt durch eine Transkription der Audioaufnahmen und eine anschliessende von einer aussenstehenden Fachperson durchgeföhrten Analyse der Erzählungen. Auf Basis von drei Dimensionen (Diskurs, Inhalt und defensive Verarbeitung) werden die vier Hauptklassifikationsgruppen bestimmt: Sichere Bindung (Typ B), unsicher-vermeidende Bindung (Typ A), unsicher-ambivalente Bindung (Typ C), und Desorganisiert/desorientierte Bindung (Typ D).
REFERENZEN:	ORIGINAL: George & West (2012).

ASEBA - ACHENBACH SYSTEM OF EMPIRICALLY BASED ASSESSMENT

ERHEBUNGEN:	Computerbasierte Selbst- und Fremdbeurteilungen in MAZ. (t0, t1) und Selbstbeurteilung in JAEL (t2).
	Für die Selbstbeurteilungen von unter 18-Jährigen werden der Youth Self-Report (YSR) und von über 18-Jährigen der Young Adult Self-Report (YASR) sowie Adult Self-Report (ASR) verwendet. In den Fremdbeurteilungen entsprechend die Child Behavior Checklist (CBCL) für unter 18-jährige und die Young Adult Behavior Checklist (YABCL) sowie Adult Behavior Checklist (ABCL) für über 18-jährige.
DAUER:	20 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Die ASEBA-Fragebögen sind die weltweit am meisten etablierten Breitbandverfahren zum Screening von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Sie umfassen 3 Oberskalen (Gesamtwert, Internalisierende Probleme, Externalisierende Probleme) und 8 Unterskalen (ängstlich/depressiv, sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, soziale Probleme oder aufmerksamkeitssuchend, schizoid/zwanghaft oder bizarres Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme, dissoziales Verhalten, aggressives Verhalten) mit Werten im klinisch unauffälligen Bereich, Grenzbereich und auffälligen Bereich.
BEISPIELITEMS:	Ich bin unglücklich, traurig oder niedergeschlagen/Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen. Ich streite häufig oder widerspreche/Streitet oder widerspricht viel.
ANTWORTSKALA:	0 = nicht zutreffend, 1 = etwas oder manchmal zutreffend, 2 = genau oder häufig zutreffend.
AUSWERTUNG:	Für die Ober- und Unterskalen werden jeweils alters- und geschlechtsnormierte T-Werte berechnet. Auffällige Werte von über 60 weisen auf mögliche Problempunkte hin, die einer weiteren Abklärung und Diagnostik bedürfen. Die Ausprägungen in den Selbst- und Fremdbeurteilungen können nach der Auswertung direkt miteinander verglichen werden.
REFERENZEN:	ORIGINAL: Achenbach (1991, 1997a, 2003a, 2003d), Achenbach & Rescorla (2001); DEUTSCH: Döpfner et al. (1994), Arbeitsgruppe Deutsche CBCL (1998a, 1998b),

Döpfner et al. (2003); FRANZÖSISCH: Achenbach (2001a, 2001c, 2003b, 2003e); ITALIENISCH: Achenbach (2001b, 2001d, 2003c, 2003f).

A.U.D.I.T. - ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST

ERHEBUNGEN:	Computerbasierte Selbstbeurteilung in MAZ. (t0, t1) und JAEL (t2).
DAUER:	5 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Das AUDIT ist ein kurzes Screeninginstrument zur Beurteilung von riskantem Gebrauchsmuster und Abhängigkeitssymptomen von Alkohol. Es wurde von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) entwickelt und umfasst 10 Items.
BEISPIELITEMS:	Wie oft trinken Sie 6 oder mehr alkoholische Getränke (Drinks) bei einer Gelegenheit? Wie oft können Sie nicht aufhören zu trinken, wenn Sie damit angefangen haben?
ANTWORTSKALA:	0 = nie, 1 = seltener als monatlich, 2 = monatlich, 3 = wöchentlich, 4 = täglich oder fast täglich.
AUSWERTUNG:	Die Punktewerte zu den Items werden aufsummiert und eingeordnet: Unauffälliger Bereich (0 bis 7 Punkte), Grenzbereich (8 bis 11 Punkte), Auffälliger Bereich (12 bis 40 Punkte).
REFERENZEN:	ORIGINAL: Babor et al. (1989; 2001); DEUTSCH: Weltgesundheitsorganisation (1992); FRANZÖSISCH: Gache et al. (2005); ITALIENISCH: Hôpitaux Universitaires de Genève (2007).

BARO - BASIS RAADSONDERZOEK

ERHEBUNGEN:	Interview für Jugendliche und Bezugspersonen in MAZ. (zwischen t0 und t1). Bei bekannten Sexualdelikten wurden die Interviews um das Sexualmodul zum BARO (S-BARO) erweitert.
DAUER:	60 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Das BARO ist ein semi-strukturiertes Interview, welches ursprünglich der standardisierten Ersterfassung von straffälligen Jugendlichen und als Entscheidungsgrundlage für das weitere Vorgehen dient (z.B. zur Notwendigkeit von weiteren Abklärungen oder therapeutischer Hilfe). In MAZ. wurde es bei allen Teilnehmenden – unabhängig von einer strafrechtlichen Platzierungsgrundlage – eingesetzt. Die Teilnehmenden und deren Bezugspersonen werden einzeln und voneinander getrennt zu neun Domänen befragt (Delikt, Soziale Situation, Funktionieren innerhalb der Familie, Schule/Arbeit, Freizeit/Freunde, Sucht, Gefühle, Verhalten, Entwicklung und Vorgeschichte).
BEISPIELITEM:	Ist es schon einmal vorgekommen, dass deine Eltern sich geschlagen haben oder sind deine Geschwister gegen deine Eltern gewalttätig geworden? Wenn ja, wie und warum?
ANTWORTSKALA:	Freies Erzählen der Teilnehmenden und derer Bezugspersonen.
AUSWERTUNG:	Auf Basis beider Quellen bewerten die geschulten Interviewer die Domänen nach dem Grad an besorgniserregenden Faktoren (Nicht zu bewerten, keine, einige, viele, sehr viele). Daneben werden zehn Indexfragen (Gewalt ausserhalb der Familie, Probleme in der Schule, Alkohol- und Drogenprobleme, Psychosomatische Beschwerden, Heimkarriere, Frühere Polizeikontakte, Psychiatrische Kontakte des Vaters, Probleme mit Lehrkräften, Stimmung und Risikofreudiges Verhalten) beurteilt (1 = keine, 2 = leichte, 3 = mässige, 4 = ernste Probleme).
REFERENZEN:	ORIGINAL: Doreleijers, Bijl, Van der Veldt & Van Loosbroek (1999), Doreleijers & Gutschner (2007a), Van Wijk, 't Hart, Doreleijers & Bullens (2005); DEUTSCH: Gutschner & Doreleijers (2007), Doreleijers & Gutschner (2007b), Van Wijk, Doreleijers, Bullens & Gutschner, (2007), Gutschner, Niklaus & Jäggi (2007a); FRANZÖSISCH: Gutschner, Niklaus & Jäggi (2007b), Equipé MAZ.-REO (2009), Van Wijk,

Doreleijers, Bullens & Gutschner (2007); ITALIENISCH: Doreleijers & Gutschner (2007b), Gutschner, Niklaus & Jäggi (2007c).

CFT-20-R – CULTURE FAIR TEST

ERHEBUNGEN:	Leistungstest in MAZ. (zwischen t0 und t1) für die Teilnehmenden aus der Deutschschweiz.
DAUER:	60 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Der CFT-20-R ist ein nonverbaler Intelligenztest. Er erfasst das allgemeine intellektuelle Niveau (Grundintelligenz) im Sinne der Fluiden Intelligenz nach Cattell (1940). Er besteht aus zwei gleichartig aufgebauten Testteilen mit je vier Untertests (Reihenfortsetzen, Klassifikationen, Matrizen und topologische Schlussfolgerungen). Da dies durch sprachfreie und anschauliche Testaufgaben geschieht, werden Personen mit schlechten und mangelhaften Kulturtechniken nicht benachteiligt. Nach Möglichkeit wurden die Tests im Gruppensetting durchgeführt.
BEISPIELITEM:	Aus einer Reihe von 5 Figuren auf der rechten Seite soll diejenige ausgewählt werden, die zu den 3 Figuren auf der linken Seite am besten passt.
ANTWORTSKALA:	Multiple-Choice (a, b, c, d oder e).
AUSWERTUNG:	Die Antworten werden gemäss den Normierungsskalen gewertet und ein Intelligenzquotient errechnet. Die Testauswertung ergibt einen Gesamtrohwert. Dieser wird mit den Alters- oder Schulnormen in Prozentränge bzw. T- oder IQ-Werte transformiert.
REFERENZEN:	ORIGINAL: Cattell (1940); DEUTSCH: Weiss (2006).

CGI - CLINICAL GLOBAL IMPRESSIONS

ERHEBUNGEN:	Expertenbeurteilung in JAEL (t2) nach Abschluss aller Interviews.
DAUER:	2 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Mit dem CGI wird die Krankheitsschwere, die Verbesserung durch die Behandlung und das Ansprechen auf Therapie bewertet. Im JAEL-Projekt wurde nur das erste Item (Schweregradurteil) eingesetzt und beurteilt.
ITEM:	Schweregrad der Krankheit: Ziehen Sie Ihren gesamten Erfahrungsschatz an dieser Art von Kranken in Betracht, und geben Sie an, wie hoch Sie den jetzigen Grad der seelischen Erkrankung des Patienten einschätzen.
ANTWORTSKALA:	0 = nicht beurteilbar; 1 = Patient ist überhaupt nicht krank; 2 = Patient ist ein Grenzfall psychatischer Erkrankung; 3 = Patient ist nur leicht krank; 4 = Patient ist mässig krank; 5 = Patient ist deutlich krank; 6 = Patient ist schwer krank; 7 = Patient gehört zu den extrem Schwerstkranken.
AUSWERTUNG:	Ausser der Bewertung erfolgt keine weitere Auswertung.
REFERENZEN:	ORIGINAL: Guy (1976); DEUTSCH: Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum (CIPS) (2015a).

CTQ-SF - CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE-SHORT FORM

ERHEBUNGEN:	Computerbasierte Selbstbeurteilung in JAEL (t2).
DAUER:	5 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Der CTQ und seine Kurzversion CTQ-SF sind die international am meisten verwendeten Fragebögen zur Erfassung von Misshandlungserfahrungen in der Kindheit. Die Kurzversion beinhaltet 28 Fragen aus fünf Skalen (Emotionaler Missbrauch, Körperlicher Missbrauch, Sexueller Missbrauch, Emotionale Vernachlässigung, Körperliche Vernachlässigung) mit je 5 Items und einer Offenheitsskala mit drei Items.
BEISPIELITEM:	Familienmitglieder sagten verletzende oder beleidigende Dinge zu mir.

ANTWORTSKALA:	1 = trifft gar nicht zu, 2 = trifft etwas zu, 3 = trifft ziemlich zu, 4 trifft stark zu, 5 = trifft vollkommen zu.
AUSWERTUNG:	Für die Skalen werden jeweils die Summen der Rohwerte und somit das Zutreffen der Traumata berechnet.
REFERENZEN:	ORIGINAL: Bernstein & Fink(1998); DEUTSCH: Bader, Hänni, Schäfer, Neuckel, & Kuhl (2009); FRANZÖSISCH: Paquette, Laporte, Bigras, & Zoccolillo (2004); ITALIENISCH: Bernstein & Fink (1996).

ETI - ESSENER TRAUMA INVENTAR

ERHEBUNGEN:	Selbst- und Fremdbeurteilungen in MAZ. (zwischen t0 und t1); in Ergänzung an die Interviews; auf Papier. Für die Selbstbeurteilungen von unter 18-Jährigen werden das ETI-KJ und von über 18-jährigen das ETI verwendet. In den Fremdbeurteilungen entsprechend das ETI-KJ-F für unter 18-jährige und das ETI-F für über 18-jährige.
DAUER:	10 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Das ETI ist ein Fragebogen zu belastenden Erfahrungen und deren Folgen. Es setzt sich aus 58 Items zusammen und besteht aus fünf Teilen: Im ersten Teil werden 14 mögliche Erlebnisse vorgegeben, von denen der Befragte angeben soll, ob er sie persönlich oder als Zeuge erlebt hat. Im zweiten Teil wird eine zeitliche Einordnung dieses Ereignisses vorgenommen. Anschliessend werden sechs Fragen zu den diagnostischen Kriterien von Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal und Dissoziation gestellt. Im vierten Teil werden Symptome zu körperlichen Beschwerden und Schwere der aktuellen Gesamtsymptomatik aufgenommen und der zeitliche Rahmen der posttraumatischen Symptomatik spezifiziert. Im fünften Teil werden acht Fragen zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen gestellt.
BEISPIELITEM:	Hatte das Geschehene belastende Gedanken oder Erinnerungen in Ihnen hervorgerufen, die ungewollt auftraten und Ihnen durch den Kopf gingen, obwohl Sie nicht daran denken wollten?
ANTWORTSKALA:	Traumata und Beeinträchtigung: Dichotom (ja/nein); Symptome: 0 = gar nicht, 1 = selten, 2 = häufig, 3 = sehr oft; Belastung: 1 = gar nicht, 2 = sehr wenig, 3 = wenig, 4 = stark, 5 = sehr stark, 6 = extrem.
AUSWERTUNG:	Die Auswertung liefert Hinweise auf das Spektrum an traumatischen Erlebnissen, einer allfälligen posttraumatischen Symptomatik und den Verdacht auf das Vorliegen einer akuten Belastungsreaktion oder Posttraumatischen Belastungsstörung.
REFERENZEN:	ORIGINAL (DEUTSCH): Tagay, Stoelk, Möllering, Erim & Senf(2004a), Tagay, Dülleman & Senf (2009a, 2009b), Tagay, Hermans, Dülleman & Senf (2007); FRANZÖSISCH: Tagay & Senf (2004), Tagay, Hermans, Dülleman & Senf (2009a, 2009b, 2009c); ITALIENISCH: Tagay, Stoelk, Möllering, Erim & Senf (2004b), Tagay, Dülleman & Senf (2009c).

EUROP-ASI - EUROPEAN ADDICTION SEVERITY INDEX

ERHEBUNGEN:	Interview für Jugendliche und Bezugspersonen in MAZ. (zwischen t0 und t1).
DAUER:	20 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Der Europ-ASI erfasst die Art und Schwere des Alkohol- und Drogenkonsums. Er besteht aus den folgenden Oberskalen zu Problembereichen: Körplicher Zustand, Arbeits- und Unterhaltssituation, Drogen- und Alkoholgebrauch, Rechtliche Probleme, Familie/Sozialbeziehungen, Psychischer Status.
BEISPIELITEM:	In MAZ. wurde nur die Skala zum Drogen- und Alkoholgebrauch verwendet.
ANTWORTSKALA:	Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen Alkohol- und Drogenverlangen gespürt? 0 = gar nicht, 1 = wenig, 2 = mittel, 3 = erheblich, 4 = extrem; Schweregrad: 0-1 = Keine Behandlung nötig, 2-3 = Leichtes Problem, Behandlung möglicherweise nicht

notwendig, 4-5 = Mittleres Problem, Behandlung empfohlen, 6-7 = Beträchtliches Problem, Behandlung notwendig, 8-9 = Extremes Problem, Behandlung absolut erforderlich.

AUSWERTUNG: Der Substanzgebrauch wird kategorisch nach Alter des ersten regelmässigen Gebrauchs (ab ca. 3x pro Woche), Jahre des Konsums insgesamt, Gebrauch in den letzten 30 Tagen und nach Art und Weise der Einnahme bewertet.

REFERENZEN: ORIGINAL: McLellan (1992), Kokkevi & Hartgers (1995); DEUTSCH: Gsellhofer, Fahrner, Weiler, Vogt, Hron & Platt (1997), MAZ.-Team (2007); FRANZÖSISCH: Fureman, Parikh, Bragg & McLellan (2000), Equipe MAZ.-REO (2009); ITALIENISCH: MAZ.-Team (2009).

FTNA - FAGERSTRÖM TEST FÜR NIKOTINABHÄNGIGKEIT

ERHEBUNGEN: Computerbasierte Selbstbeurteilung in MAZ. (t0, t1) und JAEL (t2).

DAUER: 2 Minuten.

BESCHREIBUNG: Der FTNA ist eine Selbsteinschätzung zur Messung der Nikotinabhängigkeit, bestehend aus 6 Fragen.

BEISPIELITEMS: Wie viele Zigaretten am Tag rauchen Sie? Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

ANTWORTSKALA: Multiple Choice (in den Beispielen 1-10, 11-20, 21-30, 31 und mehr sowie ja/nein).

AUSWERTUNG: Die Antworten ergeben eine Gesamtscore, welche zur Interpretation einer Nikotinabhängigkeit herangezogen wird (keine Abhängigkeit, Abhängigkeit, schwere Abhängigkeit, sehr schwere Abhängigkeit).

REFERENZEN: ORIGINAL: Fagerström (1978), Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerström (1991); DEUTSCH: Bleich, Havemann-Reinecke & Kornhuber (2002), <http://www.nicorette.ch/tests-beratung/wie-tabakabhaengig-sind-sie>; FRANZÖSISCH: <http://www.nicorette.ch/fr/tests-conseils/testez-votre-dependance-au-tabac>; ITALIENISCH: <http://www.fumo.it/fumatore/strumenti/>.

HCR-20 - HISTORICAL CLINICAL RISK MANAGEMENT

ERHEBUNGEN: Expertenbeurteilung in JAEL (t2) nach Abschluss aller Interviews.

DAUER: 25 Minuten.

BESCHREIBUNG: Das HCR-20 ist eines der ersten konzipierten Protokolle zur Erfassung des zukünftigen Gewaltrisikos. Es besteht aus insgesamt 20 Items und hat zum Ziel, Risikofaktoren strukturiert zu erfassen und deren Relevanz für das Gewaltrisiko eines Individuums (ab 18 Jahren) einzuschätzen, um ein Risikomanagements für die Risikominimierung ausarbeiten zu können.

BEISPIELITEM: Probleme in der Vorgeschichte im Bereich Gewalt/Gewalttätigkeit.

ANTWORTSKALA: x = nicht vorhanden, 0 = nein, 1 = vielleicht, 2 = ja.

AUSWERTUNG: Die abschliessende Gesamtbeurteilung besteht aus einer dreistufigen Skala Gewalttätigkeit (niedrig, mittel, hoch).

REFERENZEN: ORIGINAL: Douglas, Hart, Webster, & Belfrage (2013a); DEUTSCH: Douglas, Hart, Webster & Belfrage (2013b).

HONOS - HEALTH OF THE NATION OUTCOME SCALES

ERHEBUNGEN: Expertenbeurteilung in JAEL (t2) nach Abschluss aller Interviews.

DAUER: 15 Minuten.

BESCHREIBUNG: Das HoNOS ist ein Instrument, das zur Erfassung der Funktionsfähigkeit von Erwachsenen mit psychischen Störungen konzipiert wurde. Es besteht aus 12 Items, welche drei Skalen zur psychischen Gesundheit erfassen: Verhalten (überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten; Absichtliche Selbstverletzung; Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum), Beeinträchtigung (Kognitive Probleme, Probleme in Zusammenhang mit körperlicher

Erkrankung oder Behinderung), Symptome (Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen, Gedrückte Stimmung, Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme).

BEISPIELITEM:	Probleme mit störendem, asozialem oder aggressivem Verhalten.
ANTWORTSKALA:	0 = keines, 1 = geringes, 2 = leichteres, 3 = ernsteres, 4 = schwerwiegendes [Problem]. Im Beispiel: 0 = Kein Problem dieser Art während des Bewertungszeitraums; 1 = Reizbarkeit, Streitigkeiten, Ruhelosigkeit usw., ohne Handlungsbedarf; 2 = Beinhaltet aggressive Gesten, Schubsen oder Belästigen von Anderen; Drohungen oder verbale Aggression; 3 = Körperlich aggressiv gegenüber anderen Personen oder Tieren (im Ausmass Kodierung 4 unterschreitend); 4 = Mindestens ein schwerer körperlicher Angriff gegen andere Personen oder Tiere; Zerstörung von Eigentum (z.B. Brandstiftung); schwere Einschüchterung oder obszönes Verhalten.
AUSWERTUNG:	Neben den Bewertungen der einzelnen Items erfolgt keine weitere Auswertung.
REFERENZEN:	ORIGINAL: Wing, Beevor, Curtis, Park, Hadden & Burns (1998); DEUTSCH: Andreas, Harfst, Dirmaier, Kawski, Koch & Schulz (2007), ANQ - Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitäler und Kliniken (2012a); FRANZÖSISCH: ANQ - Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitäler und Kliniken (2012b); ITALIENISCH: ANQ - Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitäler und Kliniken (2012c).

ILHK - INVENTAR ZUR ERFASSUNG DER LEBENSQUALITÄT BEI HEIMKINDERN

ERHEBUNGEN:	Computerbasierte Selbst- und Fremdbeurteilung in MAZ. (t0, t1).
DAUER:	10 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Das ILHK basiert auf dem "Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)". Mit dem Instrument sollen objektive und subjektive Aspekte der Lebensqualität erfasst werden. Es umfasst die Bereiche Schule, Familie, Soziale Kontakte zu Gleichaltrigen, Interessen und Freizeitgestaltung, Körperliche Gesundheit, Psychische Gesundheit und eine Gesamtbeurteilung der Lebensqualität.
BEISPIELITEM:	Wie gut kommt das Kind mit den schulischen Leistungsanforderungen, die ihm gestellt werden, zurecht?
ANTWORTSKALA:	1 = sehr gut, 2 = eher gut, 3 = teils teils, 4 = eher schlecht, 5 = sehr schlecht.
AUSWERTUNG:	Die Auswertung der Lebensqualität auf den Bereichen erfolgt über die Summe der Punktewerte, die bei den Items entsprechend bewertet werden. Es handelt sich um eine beschreibende Auswertung der Bewertungen, über welche sich die Selbst- und Fremdeinschätzungen gegenüberstellen lassen.
REFERENZEN:	ORIGINAL (DEUTSCH): Mattejat, Jungmann, Meusers, Moik, Schaff, Schmidt, Scholz & Remschmidt (1998a,b), Mattejat & Remschmidt (2006); FRANZÖSISCH: Mattejat, Jungmann, Meusers, Moik, Schaff, Schmidt, Scholz & Remschmidt (1998c); ITALIENISCH: Mattejat, Jungmann, Meusers, Moik, Schaff, Schmidt, Scholz & Remschmidt (1998d).

JAEL-ANAMNESE

ERHEBUNGEN:	Computerbasierte Selbstbeurteilung in JAEL (t2).
DAUER:	60 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Die JAEL Anamnese ist ein Fragebogen, der Angaben zur Person, ausserfamiliärer Unterbringung und des Weiteren zu unterschiedlichen Lebensbereichen erfasst. Die JAEL Anamnese besteht aus den folgenden 9 Oberskalen: Angaben zur Person, Wohnsituation, ausserfamiliäre Unterbringung(en), Ausbildung & Beruf, Finanzielle Situation, Beziehungen, Gesundheit, Erfahrungen von Gewalt & Grenzverletzungen, Delinquenz, Militär und Zivildienst.
BEISPIELITEM:	Wieviel Unterstützung für ein selbständiges Leben brauchen Sie derzeit?
ANTWORTSKALA:	Ja/Nein oder Multiple-Choice-Antwortmöglichkeiten.

Schlussbericht Modellversuch JAEL

AUSWERTUNG:	Die Auswertung erfolgt über eine quantitative Analyse dieses Anamnesefragebogens durch Kodierungen der Antworten.
REFERENZEN:	ORIGINAL (DEUTSCH): Erb, Jenkel, Boonmann, Fegert, Schmeck & Schmid (2017a); FRANZÖSISCH: Erb, Jenkel, Boonmann, Fegert, Schmeck & Schmid (2017b); ITALIENISCH: Erb, Jenkel, Boonmann, Fegert, Schmeck & Schmid (2017c).

JAEL-INTERVIEW

ERHEBUNGEN:	Interview in JAEL (t2).
DAUER:	180 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Das qualitative Interview ist eine aus sechs Themenblöcken bestehende offene Befragung, welche auf einem Leitfaden die Vorgesichte der JAEL-Teilnehmenden in sechs Themenblöcken erfasst (Aktuelle Lebenssituation, Zeit vor der ausserfamiliären Unterbringung, Zeit während der ausserfamiliären Unterbringung, Zeit nach der ausserfamiliären Unterbringung, Psychiatrie/Psychotherapie, Berufliche Laufbahn).
BEISPIELITEM:	Haben Sie das Gefühl, während der Unterbringung ausreichend auf ein selbständiges Leben vorbereitet worden zu sein?
ANTWORTSKALA:	Freie Antworten der Teilnehmenden (Audioaufnahme).
AUSWERTUNG:	Die Audioaufnahmen des Qualitativen Interviews werden computerbasiert mit MAXQDATA transkribiert. Im Anschluss wird das Transkript gemäss der Inhaltsanalyse von Mayring (2010) ausgewertet.
REFERENZEN:	ORIGINAL (DEUTSCH): Erb et al. (2017a); FRANZÖSISCH: Erb et al. (2017b); ITALIENISCH: Erb et al. (2017c).

JTCI - JUNIOR TEMPERAMENT AND CHARACTER INVENTORY

ERHEBUNGEN:	Computerbasierte Selbstbeurteilung in MAZ. (t0, t1).
DAUER:	25 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Das JTCI ist ein Verfahren zur Selbsteinschätzung von Temperaments- und Charaktermerkmalen, welches aus der Originalversion für Erwachsene (Temperament and Character Inventory) für Kinder und Jugendliche adaptiert wurde. Das zugrundeliegende Persönlichkeitsmodell nach Cloninger geht von vier stärker biologisch fundierten Temperamentsdimensionen (Neugierverhalten, Schadensvermeidung, Belohnungsabhängigkeit, Beharrungsvermögen) und drei stärker umweltbedingten Charakterdimensionen (Selbstlenkungsfähigkeit, Kooperation, Selbsttranszendenz) aus.
BEISPIELITEM:	Wenn ich etwas will, will ich es meistens sofort.
ANTWORTSKALA:	0 = ja, 1 = eher ja, 2 = teilweise, 3 = eher nein, 4 = nein.
AUSWERTUNG:	Die Skalenwerte können aufgrund von Normwerten jeweils einem unterdurchschnittlichen, durchschnittlichen und überdurchschnittlichen Bereich zugeordnet werden.
REFERENZEN:	ORIGINAL (DEUTSCH): Goth & Schmeck (2009a); FRANZÖSISCH Goth & Schmeck (2009b); ITALIENISCH: Goth & Schmeck (2009c).

KRIMINOLOGISCHE FRAGEN

ERHEBUNGEN:	Computerbasierte Selbst- und Fremdbeurteilung in MAZ. (t0, t1) und Selbstbeurteilung in JAEL (t2).
DAUER:	10 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Die Kriminologischen Fragen erfassen die Deliktvergangenheit der Jugendlichen. Sie umfassen die Oberskalen Sachbeschädigung, Diebstahl/Raub, Gewalt, Drogenhandel, Konsum und Herstellung von Medien mit gewalttätigem/pornografischem Inhalt, Sexuelle Belästigung/Vergewaltigung.

BEISPIELITEM:	Hast du jemals etwas aus einem Supermarkt, einem Laden oder Kaufhaus mitgenommen, ohne es zu bezahlen? Wenn ja: Wie alt warst du, als du so etwas zum ersten Mal gemacht hast? Wie häufig hast du so etwas gemacht?
ANTWORTSKALA:	Dichotome Antwortmöglichkeit: Ja/Nein mit Alters- und Häufigkeitsangaben bei Ja.
AUSWERTUNG:	Neben den Bewertungen der einzelnen Items kann der Schweregrad der Delinquenz berechnet werden: 0 = keine Delikte, 1 = leichte Delikte, 2 = mittelschwere Delikte, schwere Delikte (bis 7 unterschiedliche Delikte begangen), 4 = schwere Delikte (über 7 unterschiedliche Delikte begangen).
REFERENZEN:	ORIGINAL (DEUTSCH): Boers & Reinecke (2007a); FRANZÖSISCH: Boers, & Reinecke (2007b); ITALIENISCH: Boers, & Reinecke (2007c).

K-SADS - KIDDIE SCHEDULE FOR AFFECTIVE DISORDERS AND SCHIZOPHRENIA

ERHEBUNGEN:	Interviews für Jugendliche und deren Bezugspersonen in MAZ. (zwischen t0 und t1).
DAUER:	90 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Das K-SADS ist ein klinisches Interview zur Diagnostik psychischer Störungen, das gegenwärtige oder zurückliegende Episoden psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen nach dem DSM-IV erfasst. Das K-SADS umfasst affektive Störungen, psychotische Störungen, Angststörungen, Verhaltensstörungen, Substanzmissbrauch und andere Störungen (Anorexie, Bulimie, Tic-Störungen).
BEISPIELITEM:	Hast du dich einmal besonders traurig gefühlt, niedergeschlagen, leer oder ganz am Boden?
ANTWORTSKALA:	Die Beurteilungen der Items zu den Störungsbildern erfolgt nach 0 = keine Angaben, 1 = nicht vorhanden, 2 = unterschwellig, 3 = überschwellig.
AUSWERTUNG:	Auf Basis beider Quellen bewerten die klinisch geschulten Interviewer, ob die Kriterien zur Diagnose einer psychischen Störung aktuell oder in der Vergangenheit vorliegt.
REFERENZEN:	Original: Kaufman, Birmaher, Brent, Rao, Ryan (1996); DEUTSCH: Delmo, Weiffenbach, Gabriel, Stadler & Poustka, (2000/2001); FRANZÖSISCH: Mouren-Siméoni, Cook, Flament, Nedey-Saiag, Nollet-Clémenton & Paillère-Martinot (2002); ITALIENISCH: Kaufman, Birmaher, Rao & Ryan (2004).

L-CAT - THE STANFORD LEISURE-TIME ACTIVITY CATEGORICAL ITEM

ERHEBUNGEN:	Selbstbeurteilung während der Interviews in JAEL (t2).
DAUER:	2 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Der L-CAT erfasst mit einem Item die körperliche Aktivität einer Person. Dazu gibt es sechs Antwortmöglichkeiten, welche sich auf die Häufigkeit und Intensität der üblich ausgeführten körperlichen Aktivität während des vergangenen Monats beziehen.
ITEM:	Welche Aussage beschreibt am besten die körperliche Aktivität, die Sie üblicherweise im vergangenen Monat ausgeübt haben?
ANTWORTSKALA:	(1) Ich habe mich nicht viel körperlich betätigt. Ich habe meistens Dinge wie ferngesehen, gelesen, Karten oder Computerspiele gespielt und habe ein oder zwei Spaziergänge gemacht. (2) Ein- oder zweimal in der Woche habe ich leichte Aktivitäten, wie z. B. an den Wochenenden draussen spazieren gehen, gemacht. (3) Ungefähr dreimal in der Woche habe ich mäßige Aktivitäten wie z. B. zügiges Gehen, Schwimmen oder Radfahren für jeweils etwa 15-20 Minuten gemacht. (4) Fast täglich (fünf oder mehr mal pro Woche) habe ich mäßige Aktivitäten wie zügiges Gehen, Schwimmen oder Radfahren für jeweils 30 Minuten oder mehr ausgeübt. (5) Ungefähr dreimal in der Woche habe ich intensive Aktivitäten wie Joggen oder schnelles Radfahren für 30 Minuten oder mehr ausgeübt. (6) Fast täglich (fünf oder mehr mal pro Woche) habe ich intensive Aktivitäten wie Joggen oder schnelles Radfahren für 30 Minuten oder mehr ausgeübt.
AUSWERTUNG:	Neben der Bewertung des Items erfolgt keine weitere Auswertung.

REFERENZEN: ORIGINAL: Kiernan et al. (2013a); DEUTSCH: Kiernan et al. (2013b); FRANZÖSISCH: Kiernan et al. (2013c); ITALIENISCH: Kiernan et al. (2013d).

LEC-R - LIFE EVENT CHECKLIST-REVISED

ERHEBUNGEN:	Computerbasierte Selbstbeurteilung in JAEL (t2).
DAUER:	3 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Der LEC-R ist ein Fragebogen, welcher die Erfahrungen von potenziell traumatisierenden Erlebnissen erfasst. Er enthält eine Liste von 19 schwierigen und stressvollen Ereignissen.
BEISPIELITEM:	Physischer Übergriff durch andere (z.B. angegriffen, geschlagen oder zusammengeschlagen werden).
ANTWORTSKALA:	a = ist mir persönlich passiert, b = wurde ich Zeuge von, c = habe gehört, dass es jemand Nahestehendem passiert ist, d = weiß nicht, e = trifft nicht zu.
AUSWERTUNG:	Es erfolgt keine weitere Auswertung als die Bewertung der einzelnen Items.
REFERENZEN:	ORIGINAL: Gray, Litz, Hsu & Lombardo (2004a); DEUTSCH: Gray, Litz, Hsu, & Lombardo (2004b); FRANZÖSISCH: Gray, Litz, Hsu, & Lombardo (2004c); ITALIENISCH: Gray, Litz, Hsu, & Lombardo (2004d).

LOPF-Q - LEVELS OF PERSONALITY FUNCTIONING QUESTIONNAIRE

ERHEBUNGEN:	Computerbasierte Selbstbeurteilung in JAEL (t2).
DAUER:	20 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Der LOPF-Q ist ein Instrument zur Selbsteinschätzung der Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Persönlichkeitsfunktionen. Es umfasst insgesamt 97 Items auf 4 Skalen (Identität, Selbstlenkung, Empathie und Intimität). Diese Ebenen der Persönlichkeitsfunktionen des LOPF-Q beziehen sich hierbei auf die Symptome, welche gemäss DSM-5 für Persönlichkeitsstörungen beschrieben wurden, und wurden mit Merkmalbestimmungen für Persönlichkeitsfunktionen ergänzt.
BEISPIELITEM:	Es bewegt mich sehr, wenn ich sehe, dass jemand weint oder Schmerzen hat.
ANTWORTSKALA:	0 = nein, 1 = eher nein, 2 = teils/teils, 3 = eher ja, 4 = ja
AUSWERTUNG:	Pro Skala wird ein Punktewert basierend auf den Antworten der entsprechenden Items berechnet. Anschliessend wird über einen Gesamtscore die globale Persönlichkeitsfunktion anhand der unterschiedlichen Ebenen des Instruments evaluiert.
REFERENZEN:	ORIGINAL (DEUTSCH): Goth & Schmeck (2017a); FRANZÖSISCH: Goth & Schmeck (2017b); ITALIENISCH: Goth & Schmeck (2017c).

MACE - MALTREATMENT AND ABUSE CHRONOLOGY OF EXPOSURE

ERHEBUNGEN:	Selbstbeurteilung während der Interviews in JAEL (t2).
DAUER:	30 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Das MACE ist ein Screeninginstrument zur Erfassung von interpersonalen Misshandlungen in der Kindheit bis hin zum Erreichen der Volljährigkeit. Es umfasst 10 Subskalen: Verbale Gewalt durch Eltern (bzw. im Haushalt lebende Erwachsene), Nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern (bzw. im Haushalt lebende Erwachsene), Emotionale Vernachlässigung, Körperliche Vernachlässigung, Bezeugte körperliche Gewalt zwischen Eltern (bzw. im Haushalt lebenden Erwachsenen), Bezeugte Gewalt an Geschwistern (bzw. im Haushalt lebenden Kindern), Emotionale Gewalt durch Peers (mit näherer Spezifikation Gewalt in Partnerschaft), Körperliche Gewalt durch Peers (mit näherer Spezifikation Gewalt in Partnerschaft), Sexuelle Gewalt, Verlust eines Elternteils. Wenn eine Erfahrung als erlebt angegeben wird, wird zusätzlich gefragt wie alt man war und wie über welchen Zeitraum die Misshandlung stattgefunden hat. In manchen Fällen wird zusätzlich die emotionale Reaktion auf das Erleben erfasst.

Auf Grund der sensiblen Fragen und deren möglichen belastenden Auswirkungen auf das Befinden der Teilnehmenden, wird der Fragebogen im JAEL-Projekt in Anwesenheit der klinisch erfahrenen InterviewerInnen durchgeführt.

BEISPIELITEM:	Manchmal tun Eltern, Stiefeltern oder andere mit im Haushalt lebende Erwachsene verletzende Dinge. Verfluchte(n) sie Sie, beschimpfte(n) sie Sie, sagte(n) sie beleidigende Dinge zu Ihnen, wie Sie seien, 'dick', 'hässlich', 'dumm', usw. mehr als nur wenige Male im Jahr?
ANTWORTSKALA:	Im Beispiel dichotome Antwortmöglichkeit: Ja/Nein.
AUSWERTUNG:	Die Summenwerte der einzelnen Subskalen ermöglichen einerseits eine kategoriale Auswertung (z.B. Emotionale Gewalt durch Peers ja/nein) als auch eine Aussage über die Belastungsschwere pro Subskala (dimensionaler Auswertungsansatz).
REFERENZEN:	ORIGINAL: Teicher & Parriger (2015); DEUTSCH: Teicher (n.d.a); FRANZÖSISCH: Teicher (n.d.b); ITALIENISCH: Teicher (n.d.c).

MAS ACHSE VI - MULTIAXIALES SYSTEM ACHSE VI

ERHEBUNGEN:	Fremdeinschätzung in MAZ. (t0, t1).
DAUER:	2 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Das MAS Achse VI ist die globale Beurteilung der psychischen, sozialen und schulischen/beruflichen Leistungsfähigkeit zum Zeitpunkt der klinischen Evaluation. Berücksichtigt werden soll dabei die Beziehung zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und Erwachsenen ausserhalb der Familie, Bewältigung von sozialen Situationen, schulische und berufliche Anpassung und Interessen und Freizeitaktivitäten.
ITEM:	Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus.
ANTWORTSKALA:	0 = Hervorragende oder gute soziale Anpassung auf allen Gebieten. 1 = Befriedigende soziale Anpassung mit vorübergehenden oder geringgradigen Schwierigkeiten in lediglich einem oder zwei Bereichen; 2 = Leichte soziale Beeinträchtigung mit leichten Schwierigkeiten in mindestens einem oder zwei Bereichen; 3 = Mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen; 4 = Deutliche soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen; 5 = Deutliche und übergreifende soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen; 6 = Tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen; 7 = Braucht beträchtliche Betreuung; 8 = Braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung). Neben der Bewertung erfolgt keine weitere Auswertung.
AUSWERTUNG:	
REFERENZEN:	ORIGINAL: Remschmidt & Schmidt (1994); DEUTSCH: Remschmidt, Schmidt & Poustka (2006); FRANZÖSISCH: Organisation mondiale de la Santé (OMS) (1992); ITALIENISCH: Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) (2001).

MAYSI-2 - MASSACHUSETTS YOUTH SCREENING INSTRUMENT – VERSION 2

ERHEBUNGEN:	Computerbasierte Selbstbeurteilung in MAZ. (t0, t1) und JAEL (t2).
DAUER:	15 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Der MAYSI-2 ist ein Screeninginstrument für spezifische klinische Symptome, die in einem stationären Aufenthalt frühzeitig erkannt und besonders beachtet werden sollten. In vielen Staaten der USA wird er flächendeckend in Jugendhilfeeinrichtungen und forensischen Institutionen eingesetzt, um über eine beschleunigte Vorstellung bei einem Kinder- und Jugendpsychiater zu entscheiden. Der MAYSI-2 besteht aus 52 Items und umfasst 7 Skalen: Alkohol/Drogenkonsum (AD), Ärger/Reizbar (ÄR), Depressiv-Ängstlich (DÄ), Somatische Beschwerden (SB), Suizidgefährdungen (SG), Gedächtnisstörungen (DS) und Traumatische Erfahrungen (TE).
BEISPIELITEM:	Hattest Du das Gefühl, dass Du keinen Spaß mit Deinen Freunden mehr erleben kannst? Wenn Du wütend warst, bliebst Du dann über längere Zeit wütend?
ANTWORTSKALA:	Dichotome Antwortmöglichkeit: Ja/Nein.

AUSWERTUNG: Die Antworten zu den Items ergeben Scores auf den 7 obengenannten Skalen. Für die Jungen werden alle Skalen und für die Mädchen nur sechs Skalen ausgewertet (die Skala DS wird ausgelassen). Für jede Skala können die Werte in die Bereiche „unauffällig“, „Grenzwert“ oder „auffällig“ eingeteilt werden.

REFERENZEN: ORIGINAL: Grisso & Barnum, Famularo, & Kinscherff (1998a); DEUTSCH: Grisso & Barnum, Famularo, & Kinscherff (2000); FRANZÖSISCH: Grisso & Barnum, Famularo, & Kinscherff (1998b); ITALIENISCH: Grisso & Barnum, Famularo, & Kinscherff (1998c).

MAZ.-ANAMNESE

ERHEBUNGEN: Computerbasierte Fremdbeurteilung in MAZ. (t0).

DAUER: 60 Minuten.

BESCHREIBUNG: In der MAZ.-Anamnese haben die Bezugspersonen die soziodemographischen Informationen der Jugendlichen sowie eine Reihe von Fragen zu deren Vorgeschichte erfasst (Lebenssituation vor der Massnahme, Schulische Informationen, Gutachten/Berichte, Belastende Lebensereignisse, Ursachen für die Massnahme, Auffälligkeiten in der Familie, Frühere Fremdunterbringungen, Kinder- und jugendpsychiatrischer Status).

BEISPIELITEMS: Gab es frühere Fremdunterbringungen? Psychiatrische Auffälligkeit des Vaters?

ANTWORTSKALA: Unterschiedlichste Formen von Multiple-Choice-Antworten. In den Beispielen ja/nein und ja/nein/unbekannt.

AUSWERTUNG: Neben der Bewertung der einzelnen Items erfolgt keine weitere Auswertung.

REFERENZEN: ORIGINAL: MAZ.-Team (2007a); FRANZÖSISCH: MAZ.-Team (2007b); ITALIENISCH: MAZ.-Team (2007c).

MSPSS - MULTIDIMENSIONAL SCALE OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT

ERHEBUNGEN: Computerbasierte Selbstbeurteilung in JAEL (t2).

DAUER: 5 Minuten.

BESCHREIBUNG: Der MSPSS richtet sich auf die subjektive Bewertung der Erfahrung an sozialer Unterstützung. Der Fragebogen enthält 12 Items zu den drei Skalen Familie, Freunde und bedeutsame Andere.

BEISPIELITEM: Es gibt eine besondere Person, die da ist, wenn ich sie brauche.

ANTWORTSKALA: 1 = Stimme ganz entschieden nicht zu, 2 = Stimme entschieden nicht zu, 3 = Stimme eher nicht zu, 4 = Stehe neutral gegenüber, 5 = Stimme eher zu, 6 = Stimme stark zu, 7 = Stimme sehr stark zu.

AUSWERTUNG: Die Rohwerte der einzelnen Items werden aufsummiert und in einer Gesamtskala zusammengefasst.

REFERENZEN: ORIGINAL: Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley (1988a); DEUTSCH: Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley (1988b); FRANZÖSISCH: Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley (1988c); ITALIENISCH: Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley (1988d).

NHQ - NUTRITION HABITS QUESTIONNAIRE

ERHEBUNGEN: Selbstbeurteilung während der Interviews in JAEL (t2).

DAUER: 5 Minuten.

BESCHREIBUNG: Der NTQ ist ein Fragebogen und wurde konzipiert, um das übliche Essverhalten (Menge und Art) zu erfassen. Die Fragen umfassen fünf Gruppen von Nahrungsmitteln: Omega3-Nahrungsmittel, Obst/Gemüse, Softdrinks/gesüßte Getränke, Verarbeitetes Fleisch, Vollwertkost).

BEISPIELITEM: Wie oft essen Sie folgendes: ...?

ANTWORTSKALA: 1 = ja, 0 = nein.

AUSWERTUNG:	Es wird ein Gesamtwert auf Grund der Menge an Nahrungsmitteln, welche angegeben werden zu essen, berechnet. Somit wird das Essverhalten eingeschätzt.
REFERENZEN:	ORIGINAL: Blackburn & Epel (2017a); DEUTSCH: Blackburn & Epel (2017b); FRANZÖSISCH: Blackburn & Epel (2017c); ITALIENISCH: Blackburn & Epel (2017d).

PSQI - PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX

ERHEBUNGEN:	Selbstbeurteilung während der Interviews in JAEL (t2).
DAUER:	5 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Der PSQI ist ein selbstbeurteilter Fragebogen, der die Schlafqualität und -störungen (Subjektive Schlafqualität, Schlaflatenz, Schlafdauer, Schlafeffizienz, Schlafstörungen, Schlafmittelkonsum und Tagesschläfrigkeit) über einen 1-monatigen Zeitraum erfasst.
BEISPIELITEM:	Wie oft hatten Sie in den letzten 30 Tagen Probleme mit dem Schlafen, weil Sie nicht innerhalb von 30 Minuten einschlafen konnten?
ANTWORTSKALA:	Unterschiedliche Formate je nach Item. Im Beispiel (1) Während der letzten vier Wochen gar nicht. (2) Weniger als einmal pro Woche. (3) Einmal oder zweimal pro Woche. (4) Dreimal oder häufiger pro Woche.
AUSWERTUNG:	Die Werte aus den 7 Unterskalen zum Schlafverhalten ergeben einen Gesamtwert zur Beurteilung der Schlafqualität.
REFERENZEN:	ORIGINAL: Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer (1989a); DEUTSCH: Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer (1989b); FRANZÖSISCH: Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer (1989c); ITALIENISCH: Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer (1989d).

PTSD & COMPLEX PTSD - PTSD AND COMPLEX PTSD INTERVIEW SCHEDULE FOR ICD-11

ERHEBUNGEN:	Interview in JAEL (t2).
DAUER:	60 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Das "PTSD & Complex PTSD Interview Schedule for ICD-11" ist ein strukturiertes, diagnostisches Interview zur Erfassung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und einer Komplexen PTBS. Das Interview gliedert sich in drei Teile. Teil 1 beinhaltet die Erfassung der PTBS-Symptome gemäss dem Vorschlag im kommenden ICD-11. Teil 2 beinhaltet die Erfassung der Symptome der Komplexen PTBS. Teil 3 erfasst die Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Zu Beginn des Interviews wird ein Index-traumatisches Ereignis für die Symptombefragung anhand der Life Events Checklist (LEC-R) oder anhand anderer Informationen identifiziert.
BEISPIELITEM:	Reagieren Sie übermäßig auf Dinge, die andere Personen weniger betroffen machen?
ANTWORTSKALA:	0 = nicht vorhanden, 1 = leicht/unterschwellig, 2 = mässig/überschwellig, 3 schwer/deutlich erhöht, 4 = extrem/ausser Gefecht setzend.
AUSWERTUNG:	Für jedes Symptom wird der entsprechende Punktewert bestimmt und nach Cut-off-Kriterien beurteilt. Dabei müssen sich die Symptome funktionell auf das Index-traumatische Ereignis beziehen: Eindeutig = das Symptom kann klar auf das Index-Trauma zurückgeführt werden, Wahrscheinlich = das Symptom hat wahrscheinlich mit dem Index-Trauma zu tun, aber eine eindeutige Verbindung kann nicht hergestellt werden, Unwahrscheinlich = das Symptom kann auf eine andere Ursache als das Index-Trauma zurückgeführt werden.
REFERENZEN:	ORIGINAL: Roberts, Cloitre, Bisson & Brewin (2016a); DEUTSCH: Roberts, Cloitre, Bisson & Brewin (2016b); FRANZÖSISCH: Roberts, Cloitre, Bisson & Brewin (2016c); ITALIENISCH: Roberts, Cloitre, Bisson & Brewin (2016d).

QMI - QUALITY MARRIAGE INDEX

ERHEBUNGEN:	Computerbasierte Selbstbeurteilung in JAEL (t2).
DAUER:	2 Minuten.

BESCHREIBUNG:	Der QMI ist ein Fragebogen, der die Qualität der Beziehung zur Partnerin oder zum Partner erfasst. Er besteht aus insgesamt sechs Items und evaluiert die Beziehung als Ganzes.
BEISPIELITEM:	Meine Beziehung mit meinem Partner ist sehr stabil.
ANTWORTSKALA:	Die ersten fünf Items werden anhand einer 7-stufigen Likert-Skala mit Punkten bewertet (von 1 = sehr starke Ablehnung bis 7 = sehr starke Zustimmung). Das sechste Item besteht aus einer Skala von 1-10, das die allgemeine Zufriedenheit mit der Partnerschaft einschätzt („Wie glücklich schätzen Sie auf einer Skala von 1 = sehr unglücklich bis 10 = perfekte Partnerschaft – über alles betrachtet – ein?“).
AUSWERTUNG:	Die eingeschätzten Punktbewertungen werden zu einer Gesamtpunktzahl zusammengefasst. Anhand eines Cut-Off-Werts wird die Qualität der Partnerschaft interpretiert.
REFERENZEN:	ORIGINAL: Norton (1983); DEUTSCH: Zimmermann, Lause, & Heinrichs (2015); FRANZÖSISCH: Norton, R. (1983a); ITALIENISCH: Norton, R. (1983b).

RPM - RAVEN'S PROGRESSIVE MATRICES

ERHEBUNGEN:	Leistungstest in MAZ. (zwischen t0 und t1) für die Teilnehmenden aus der Romandie und dem Tessin.
DAUER:	40 Minuten
BESCHREIBUNG:	Der RAVEN ist ein empirisch fundierter und oft eingesetzter Test zur Erfassung von kognitiven Fähigkeiten. Ähnlich wie der CFT-20-R soll er möglichst sprachfrei die allgemeine Intelligenz erfassen. Er besteht aus zwei Hauptkomponenten: Deduktive Fähigkeiten und reproduktive Fähigkeiten. Insgesamt gibt es 60 Items in fünf Sets (A, B, C, D, E) von jeweils 12 Items. Jedes Set besteht aus unterschiedlichen Prinzipien der Matrix Transformation und in welchen die Sets immer schwieriger werden. Nach Möglichkeit wurden die Tests im Gruppensetting durchgeführt.
BEISPIELITEM:	Aus einer Reihe von 8 Figuren unten soll diejenige ausgewählt werden, welche die 8 Figuren oben am besten ergänzt.
ANTWORTSKALA:	Multiple-Choice (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8).
AUSWERTUNG:	Die Testauswertung ergibt einen Rohwert von max. 60 Punkten. Dieser wird mit den Alters- oder Schulnormen in Prozentränge bzw. T- oder IQ-Werte transformiert.
REFERENZEN:	ORIGINAL: Raven (1938); FRANZÖSISCH: Raven (1998); ITALIENISCH: Raven (2009).

SAPROF - STRUCTURED ASSESSMENT OF PROTECTIVE FACTORS FOR VIOLENCE RISK

ERHEBUNGEN:	Expertenbeurteilung in JAEL (t2) nach Abschluss der Interviews.
DAUER:	15-30 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Das SAPROF ist ein Instrument zur Ergänzung der Einschätzung des zukünftigen Gewaltrisikos, indem es explizit auf vorhandene Schutzfaktoren fokussiert. Es hat somit zum Ziel, eine vollständige Beurteilung von gewalttätigem oder sexuell gewalttätigem Risikoverhalten zu ermöglichen und wird meist in Kombination mit einem anderen Risikoeinschätzungsinstrument, z.B. dem HCR-20, eingesetzt. Das SAPROF umfasst drei Dimensionen mit jeweiligen Unterskalen: Internale Items (Intelligenz, Sichere Bindung in der Kindheit, Empathie, Coping, Selbstkontrolle), Motivationale Items (Arbeit, Freizeitaktivitäten, Finanzmanagement, Behandlungsmotivation, Einstellung gegenüber Autoritäten, Lebensziele, Medikation) und Externale Items (Soziales Netzwerk, Intimbeziehung, Professionelle Hilfe, Wohnsituation, Aussicht).
BEISPIELITEM:	Internale Items: Intelligenz, Sichere Bindung.
ANTWORTSKALA:	Die Items der protektiven Faktoren werden auf einer dreistufigen Skala kodiert (x = nicht vorhanden, 0 = nein, 1 = vielleicht, 2 = ja).
AUSWERTUNG:	Bei der Beurteilung der Items wird zwischen protektiven Faktoren, deren Einfluss bereits aktuell vorhanden sind (Schlüssel), und Faktoren, deren protektive Wirkung

Interventionen entstehen können (Ziel), unterschieden. Die abschliessende Gesamtbeurteilung besteht aus einer dreistufigen Skala, in welchem Ausmass nach Meinung des Beurteilers „Schutz“ besteht (niedrig = wenig oder gar kein Schutz, mittel = gemässigter Schutz, hoch = hohes Mass an Schutz).

REFERENZEN: ORIGINAL: de Vogel, de Ruiter, Bouman & de Vries Robbé (2007, 2009); DEUTSCH: de Vogel, de Ruiter, Bouman & de Vries Robbé (2010).

SCID-5-CV - STRUKTURIERTES KLINISCHES INTERVIEW FÜR DSM-5-STÖRUNGEN – KLINISCHE VERSION

ERHEBUNGEN:	Interview in JAEL (t2).
DAUER:	75 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Das SCID-5-CV ist ein für die Forschung konstruiertes, halb-strukturiertes klinisches Interview, das auf den Störungsbildern aus dem DSM-5 für Erwachsene basiert. Es erfasst folgende 10 Dimensionen: Affektive Episoden, Psychotische und assoziierte Symptome, Differenzialdiagnose psychotischer Störungen, Differenzialdiagnose affektiver Störungen, Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen, Angststörungen, Zwangsstörung und posttraumatische Belastungsstörung, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Screening für andere Störungen, Anpassungsstörung.
BEISPIELITEM:	Während den letzten 4 Wochen, gab es da eine Zeitspanne, in der Sie sich fast jeden Tag nahezu durchgängig deprimiert oder niedergeschlagen fühlten?
ANTWORTSKALA:	Die dichotomen Antwortmöglichkeiten bestehen aus Bewertungen von (+) „vorhanden“ und (-) „nicht vorhanden“.
AUSWERTUNG:	Auf Basis aller Antworten und beider Quellen (Interviewer und Teilnehmende) bewerten die klinisch geschulten Interviewer, ob die Kriterien zur Diagnose einer psychischen Störung aktuell oder in der Vergangenheit vorliegen.
REFERENZEN:	ORIGINAL: First, Williams, Karg & Spitzer (2015); DEUTSCH: Wittchen (2017); FRANZÖSISCH: (im Prozess); ITALIENISCH: First, Williams, Karg & Spitzer (2017).

SCID-II - STRUKTURIERTES KLINISCHES INTERVIEW FÜR DSM-IV ACHSE-II-STÖRUNGEN

ERHEBUNGEN:	Interviews in MAZ. (zwischen t0 und t1) und JAEL (t2).
DAUER:	45 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Das SCID-II ist ein halb-strukturiertes Interview zur Diagnostik der zehn Achse-II und zwei im Anhang des DSM-IV und DSM-5 aufgeführten Persönlichkeitsstörungen: Selbstsicher, Dependent, Zwanghaft, Negativistisch, Depressiv, Paranoid, Schizotypisch, Schizoid, Histrionisch, Narzisstisch, Borderline, Antisozial.
BEISPIELITEM:	Vermeiden Sie berufliche Aufgaben oder Aufträge, bei denen Sie mit vielen Menschen zu tun haben?
ANTWORTSKALA:	1 = Kriterium nicht erfüllt, 2 = Kriterium teilweise (oder unterschwellig) erfüllt, 3 = Kriterium erfüllt, ? = Information nicht ausreichend.
AUSWERTUNG:	Das Interview bietet die Möglichkeit, die Ergebnisse als dimensionale Punktzahlen zu protokollieren. Die Punkte können als dimensionaler Ausprägungsgrad im Sinne entsprechender Persönlichkeitsmerkmale verstanden und interpretiert werden. Die Auswertung erfolgt anhand der Kodierung für die entsprechenden Items und die damit verbundenen Cut-Off-Werte für die Erfüllung von einzelnen Persönlichkeitsstörungen.
REFERENZEN:	ORIGINAL: First, Gibbon, Spitzer, Benjamin & Williams (1997a); DEUTSCH: Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen (1997); FRANZÖSISCH: First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin (1997b); ITALIENISCH: First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin (1997c).

SDS - SEVERITY OF DEPENDENCE SCALE

ERHEBUNGEN:	Computerbasierte Selbstbeurteilung in MAZ. (t0, t1) und JAEL (t2).
--------------------	--

DAUER:	3 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Der SDS ist ein kurzer Screening-Fragebogen, um das Ausmass an selbsterfahrener psychologischer Abhängigkeit von illegalen Drogen zu messen. Insbesondere befasst sich der SDS mit dem individuellen Gefühl über eine beeinträchtigte Kontrolle des Konsums und diesbezüglichen Sorgen und Ängsten. Der SDS besteht aus fünf Items für unterschiedliche Substanzen (Cannabinoide, Kokain, Opiate, Amphetamine).
BEISPIELITEM:	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten den Eindruck, dass Sie den Konsum von Cannabis nicht mehr unter Kontrolle haben?
ANTWORTSKALA:	0 = nie oder fast nie, 1 = manchmal, 2 = oft, 3 = immer.
AUSWERTUNG:	Die Punkte der bewerteten Items werden zu einer Gesamtpunktzahl summiert und anhand Cut-Off-Punkten der entsprechenden Droge auf das Abhängigkeitsausmass interpretiert.
REFERENZEN:	ORIGINAL: Gossop et al. (1995a); DEUTSCH: Gossop et al. (1995b); FRANZÖSISCH: Gossop et al. (1995c); ITALIENISCH: Gossop et al. (1995d).

SKPTBS - SCREENING ZUR KOMPLEXEN POSTTRAUMATISCHEN BELASTUNGSSTÖRUNG

ERHEBUNGEN:	Computerbasierte Selbstbeurteilung in JAEL (t2).
DAUER:	10 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Das SkPTBS ermöglicht ein erstes Screening für eine komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) anhand von 16 Items. Es prüft potenziell traumatische Erfahrungen, Risiko- und Schutzfaktoren sowie Symptome der kPTBS. Die Störung wird dabei als PTBS-Kernsymptomatik mit zusätzlichen Schwierigkeiten hinsichtlich Affektregulation, Selbstkonzept und Beziehungsfähigkeiten sowie fakultativ einer Dissoziationsneigung konzeptualisiert.
BEISPIELITEM:	Fällt es Ihnen schwer, sich selbst zu beruhigen, wenn Sie innerlich aufgewühlt sind?
ANTWORTSKALA:	0 = trifft überhaupt nicht zu bis 6 = trifft voll und ganz zu.
AUSWERTUNG:	Die Rohwerte werden mit Cut-Off-Punkten verglichen und beurteilt. Das SkPTBS erlaubt jedoch keine abschliessende Diagnosestellung.
REFERENZEN:	ORIGINAL: Dorr, Firus, Kramer & Bengel (2016); DEUTSCH: Dorr & Bengel (2017a); FRANZÖSISCH: Dorr & Bengel (2017b); ITALIENISCH: Dorr & Bengel (2017c).

STIP-5 – SEMI-STRUKTURIERTES INTERVIEW FÜR DIE FUNKTIONEN DER PERSÖNLICHKEIT NACH DSM-5

ERHEBUNGEN:	Interview in JAEL (t2).
DAUER:	45 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Das STIP-5 ist ein halb-strukturiertes Interview zur Erfassung des Niveaus von Persönlichkeitsfunktionen. Es erfasst vier Oberskalen mit entsprechenden Unterskalen: Identität (Einzigartigkeit/Grenzen, Selbstwert/Selbsteinschätzung, Emotionen), Selbststeuerung (Ziele, Massstäbe, Selbstreflexion), Empathie (Sichtweisen, Auswirkung), Nähe (Verbundenheit, Nähe, Gegenseitigkeit). Das Interview hat eine Trichterstruktur, welche mit offenen Fragen beginnt, die durch Hilfsfragen ergänzt werden, um spezifische Komponenten zu beleuchten. Wenn es aufgrund der ersten Antwort auf die offene Frage möglich ist, bereits einen Punktewert zuzuordnen, ist eine weitere Befragung nicht notwendig. Falls die Zuordnung einer Punktzahl nach der Überprüfungsfrage weiterhin schwierig bleibt, sollte eine Hilfsfrage gestellt werden.
BEISPIELITEM:	Wie würden Sie sich beschreiben? Was für eine Person sind Sie?
ANTWORTSKALA:	Die Skalen werden jeweils anhand einer Vier-Punkte-Skala mit entsprechenden Beurteilungen bewertet.
AUSWERTUNG:	Die Punktewerte werden zu den jeweiligen Teilaspekten der Funktionsniveaus eingeschätzt und nach der Durchführung werden zu den jeweiligen Skalen Globalbeurteilungen zugeordnet.

REFERENZEN:	ORIGINAL: Hutsebaut, Berghuis, De Saeger, Kaasenbrood & Ingenhoven (2015); DEUTSCH: Hutsebaut, Berghuis, De Saeger, Kaasenbrood & Ingenhoven (2017a); FRANZÖSISCH: Hutsebaut, Berghuis, De Saeger, Kaasenbrood & Ingenhoven (2017b); ITALIENISCH: Hutsebaut, Berghuis, De Saeger, Kaasenbrood & Ingenhoven (2017c).
--------------------	--

SWE - SKALA ZUR ALLGMEINEN SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG

ERHEBUNGEN:	Computerbasierte Selbstbeurteilung in JAEL (t2).
DAUER:	2 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Die SWE ist ein Selbstbeurteilungsverfahren mit 10 Items zur Erfassung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. Es handelt sich um eine eindimensionale Skala, welche die subjektive Überzeugung misst, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. Dabei wird an neue oder schwierige Situationen aus allen Lebensbereichen gedacht, die es zu überwinden gilt.
BEISPIELITEM:	Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.
ANTWORTSKALA:	1 = stimmt nicht, 2 = stimmt kaum, 3 = stimmt eher, 4 = stimmt genau.
AUSWERTUNG:	Der individuelle Testwert ergibt sich durch das Aufsummieren aller zehn Antworten, sodass ein Score zwischen 10 und 40 resultieren kann, welcher mit Normierungswerten verglichen werden kann.
REFERENZEN:	ORIGINAL (DEUTSCH): Jerusalem & Schwarzer (1999); FRANZÖSISCH: Dumont, Schwarzer & Jerusalem (2000); ITALIENISCH: Sibilia, Schwarzer & Jerusalem (1995).

WHO5 - FRAGEBOGEN ZUM WOHLBEFINDEN

ERHEBUNGEN:	Computerbasierte Selbstbeurteilung in JAEL (t2).
DAUER:	2 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Dieser kurze Fragebogen erfasst das Wohlbefinden der Befragten basierend auf Anzeichen einer Depression (Stimmung, Interesse und Energie) und zwei weiteren Items zum Gefühl der Entspannung und nächtlichen Erholung.
BEISPIELITEM:	In den letzten zwei Wochen... war ich froh und guter Laune.
ANTWORTSKALA:	von 0 = zu keinem Zeitpunkt bis 5 = die ganze Zeit
AUSWERTUNG:	Eine Gesamtpunktezahl von unter 13 indiziert mangelndes Wohlbefinden und ist eine Indikation dafür, das Vorliegen einer Depression weiter abzuklären.
REFERENZEN:	ORIGINAL: World Health Organization (WHO) (1998a); DEUTSCH: Weltgesundheitsorganisation (1998b); FRANZÖSISCH: Organisation mondiale de la Santé (OMS) (1999); ITALIENISCH Organizzazione mondiale della sanità (OMS) (1998c).

WHODAS 2.0 - WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2

ERHEBUNGEN:	Computerbasierte Selbstbeurteilung in JAEL (t2).
DAUER:	5 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Der WHODAS 2.0 ist eine Selbsteinschätzung bestehend aus insgesamt 36 Items, welche die Funktionsfähigkeit der Befragten in unterschiedlichen Domänen beurteilt: Verständnis und Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, Umgang mit anderen Menschen, Tätigkeiten des alltäglichen Lebens, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.
BEISPIELITEM:	Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie, aufgrund Ihrer Gesundheitsprobleme, in den letzten 30 Tagen bei der Bewältigung Ihres Arbeits-/ Schulalltags?
ANTWORTSKALA:	Die Items werden bezüglich der Schwierigkeiten in den letzten 30 Tagen anhand einer nicht-numerischen 5-stufigen Likert-Skala beurteilt (keine, geringe, mäßige, starke, sehr starke/nicht möglich).

AUSWERTUNG:	Die Gesamtpunktzahl über die Summierung alle Skalenwerte hinweg und repräsentiert die globale Funktionsfähigkeit.
REFERENZEN:	ORIGINAL: World Health Organization (WHO) (2001a); DEUTSCH: Weltgesundheitsorganisation (2001b); FRANZÖSISCH: Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2001c); ITALINISCH: Organizzazione mondiale della sanità (OMS) (2001d).

WHOQOL-BREF - THE WORLD HEALTH ORGANIZATION'S QUALITY OF LIFE ASSESSMENT

ERHEBUNGEN:	Computerbasierte Selbstbeurteilung in JAEL (t2).
DAUER:	10 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Der WHOQoL-BREF Fragebogen ist eine Kurzversion bestehend aus 26 Items zur körperlichen Gesundheit, sozialen Beziehungen und Umfeld des WHOQoL-100. Der Fragebogen basiert auf den Fragen des Quality of Life Fragebogens (QoL). Die WHO definiert Lebensqualität als die Wahrnehmung einer Person über ihre Position in ihrem kulturellen Kontext und kontextuellen Wertesystem und in Bezug zu den definierten Lebenszielen, Erwartungen und Standards.
BEISPIELITEM:	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?
ANTWORTSKALA:	1 = überhaupt nicht, 2 = eher nicht, 3 = halbwegs, 4 = überwiegend, 5 = völlig.
AUSWERTUNG:	Die Bewertungen werden auf einer Skala von 0 bis 100 transformiert, um Vergleiche zwischen den Skalen, welche aus uneinheitlichen Nummerierungen bestehen, zu ermöglichen.
REFERENZEN:	ORIGINAL: World Health Organization (WHO) (1998a); DEUTSCH: Weltgesundheitsorganisation (2000); FRANZÖSISCH: Organisation mondiale de la Santé (OMS) (1998b), www.performance-sante.fr ; ITALIENISCH: Organizzazione mondiale della sanità (OMS) (1998c).

YPI - YOUTH PSYCHOPATHIC TRAITS INVENTORY

ERHEBUNGEN:	Computerbasierte Selbstbeurteilung in MAZ. (t0, t1) und in JAEL (t2).
DAUER:	15 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Der YPI ist ein Selbstbeurteilungsbogen für Jugendliche ab 12 Jahren zur Erfassung von psychopathischen Persönlichkeitsmerkmalen. Er erfasst die Eigenschaften des Psychopathie-Konzeptes anhand von drei Faktoren (interpersonaler, affektiver und behavioraler Faktor). Die Autoren des YPI haben darauf geachtet, dass die Persönlichkeitszüge der Psychopathie den Jugendlichen mit diesen Eigenschaften eher als Stärke denn als Schwäche erscheinen, um die Durchschaubarkeit der Erfassung gering zu halten.
BEISPIELITEM:	Ich kann Menschen betrügen, indem ich meinen Charme und mein Lächeln einsetze.
ANTWORTSKALA:	1 = stimmt überhaupt nicht, 2 = stimmt kaum, 3 = stimmt ein wenig, 4 = stimmt genau.
AUSWERTUNG:	Die Auswertung erfolgt über Skalenrohwerte, Faktorwerte und den Gesamtwert. Die Faktorenmittelwerte wurden durch den Mittelwert der Summenwerte der Subskalen berechnet und der Gesamtmittelwert durch die Faktorenmittelwerte. Aufgrund der geringen Skalenreliabilität sollten nur die Faktorwerte verwendet und interpretiert werden.
REFERENZEN:	ORIGINAL: Andershed, Kerr, Stattin & Levander (2002a); DEUTSCH: Schmeck, Hinrichs & Fegert (2005); FRANZÖSISCH: Andershed, Kerr, Stattin & Levander (2002b); ITALIENISCH: Andershed, Kerr, Stattin & Levander (2002c).

ZIELERREICHUNGSMETHODEN

ERHEBUNGEN:	Computerbasierte partizipative Einschätzung von Bezugspersonen und Jugendlichen in MAZ. (t0, t1).
DAUER:	60 Minuten.

BESCHREIBUNG:	Das Zielerreichungsinstrument ist ein teilstrukturiertes Verfahren, das zur Erfassung von allgemeinen Kompetenzen und frei wählbaren individuellen Zielen dient. Zentrales Ziel ist es, die Wirkung von pädagogischen Prozessen alltagsnah abzubilden und wirklich das zu messen, woran im Alltag am intensivsten gearbeitet wird. Ein wichtiger Aspekt des Zielerreichungsinstrumentes ist, die Partizipation der Jugendlichen bei der Zieldefinition und der Ausgestaltung des pädagogischen Prozesses sicherzustellen und die pädagogische Zieldefinition zu einem gewissen Grad durch ein gemeinsames, lösungsorientiertes Zielerreichungsgespräch zu strukturieren.
BEISPIELITEM:	Kommunikationsfähigkeit: Der Jugendliche bringt sich in Gesprächen ein, nimmt mit unterschiedlichen Menschen Kontakt auf, bezieht in Gesprächen Stellung, lässt andere Meinungen gelten und äußert sich, ohne andere abzuwerten, hört zu, berichtet auch über sich selbst, teilt sich mit, nimmt Blickkontakt auf und hält ihn auch.
ANTWORTSKALA:	1 = Der Jugendliche zeigt so gut wie nie das Zielverhalten; 2 = Der Jugendliche zeigt selten das Zielverhalten; 3 = Der Jugendliche zeigt manchmal das Zielverhalten; 4 = Der Jugendliche zeigt öfter das Zielverhalten; 5 = Der Jugendliche zeigt häufig das Zielverhalten; 6 = Der Jugendliche zeigt meistens das Zielverhalten; 7 = Der Jugendliche zeigt immer das Zielverhalten.
AUSWERTUNG:	Der Grad der Zielerreichung wird anhand der Veränderung bei den Punktewerten zu den Items beurteilt.
REFERENZEN:	ORIGINAL: Lutz, Keller & Fegert (2004); DEUTSCH: EQUALS-Team (2011a); FRANZÖSISCH: Equipe EQUALS (2011b); ITALIENISCH: EQUALS-Team (2011c).

ZUFRIEDENHEIT

ERHEBUNGEN:	Computerbasierte Selbst- und Fremdbeurteilung in MAZ. (t0, t1).
DAUER:	5 Minuten.
BESCHREIBUNG:	Der Fragebogen ist eine kurze Befragung der eigenen und der von der Bezugsperson wahrgenommenen Zufriedenheit mit den Massnahmen/Institutionen.
BEISPIELITEMS:	Insgesamt bin ich hier zufrieden.
ANTWORTSKALA:	Die Einschätzungen werden auf einer 6-stufigen Skala angegeben, die von „stimmt nicht“ (1) bis „stimmt vollkommen“ (6) reicht.
AUSWERTUNG:	Neben der Bewertung der einzelnen Items erfolgt keine weitere Auswertung.
REFERENZEN:	ORIGINAL (DEUTSCH): Keller, Konopka, Fegert & Naumann (2003), EQUALS (2015); FRANZÖSISCH: Equipe MAZ.-REO (2009a); ITALIENISCH: MAZ.-Team (2009b).

B) Liste der wichtigsten MAZ.- und JAEL-Publikationen

(Stand: November 2025)

- Barra, S., Aebi, M., d'Huart, D., Schmeck, K., Schmid, M., & Boonmann, C. (2022). *Adverse Childhood Experiences, Personality, and Crime: Distinct Associations among a High-Risk Sample of Institutionalized Youth*. International Journal of Environmental Research and Public Health, **19**(3), 1227. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/3/1227>
- Boonmann, C., Bürgin, D., Jenkel, N., Schmeck, K., & Schmid, M. (2023). *Limited prosocial emotions (LPE) specifier in conduct disorder and offending behavior: findings from a 10-year prospective longitudinal study of juveniles in residential care*. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, **17**(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00676-x>
- Boonmann, C., Perez, T., Schmid, M., Fegert, J. M., Jauk, E., & Schmeck, K. (2020). *Psychometric properties of the German version of the Youth Psychopathic traits Inventory - short version*. BMC Psychiatry, **20**(1), 548. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02943-z>
- Bürgin, D., Clemens, V., Varghese, N., Eckert, A., Huber, M., Bruttin, E., Boonmann, C., Unternährer, E., O'Donovan, A., & Schmid, M. (2022). *Adverse and traumatic exposures, posttraumatic stress disorder, telomere length, and hair cortisol – Exploring associations in a high-risk sample of young adult residential care leavers*. Brain, Behavior, & Immunity - Health, **26**. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2022.100524>
- Bürgin, D., O'Donovan, A., d'Huart, D., di Gallo, A., Eckert, A., Fegert, J., Schmeck, K., Schmid, M., & Boonmann, C. (2019). *Adverse Childhood Experiences and Telomere Length a Look Into the Heterogeneity of Findings-A Narrative Review*. Front Neurosci, **13**, 490. <https://doi.org/10.3389/fnins.2019.00490>
- Bürgin, D., Varghese, N., Eckert, A., Clemens, V., Unternährer, E., Boonmann, C., O'Donovan, A., & Schmid, M. (2022). *Higher hair cortisol concentrations associated with shorter leukocyte telomere length in high-risk young adults*. Sci Rep, **12**(1), 11730. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-14905-4>
- Bürgin, D., Witt, A., Seker, S., d'Huart, D., Meier, M., Jenkel, N., Boonmann, C., Schmeck, K., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2023). *Childhood maltreatment and mental health problems in a 10-year follow-up study of adolescents in youth residential care: A latent transition analysis*. Dev Psychopathol, **1-16**. <https://doi.org/10.1017/S0954579423001426>
- d'Huart, D., Beck, K., & Schmid, M. (2025). Höhere Bildung und nachhaltige Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt von Care Leaver: innen: Eine große Herausforderung für die Jugendhilfe. unsere jugend, **77**(11+12), 484-497.
- d'Huart, D., Bürgin, D., Seker, S., Birkhölzer, M., Jenkel, N., Boonmann, C., Fegert, J. M., Schmid, M., & Schmeck, K. (2022). *Risikofaktoren für und Stabilität einer Persönlichkeitsstörung vom Jugendalter bis ins junge Erwachsenenalter in einer Hochrisikopopulation*. Kindheit und Entwicklung, **31**(1), 40-51. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000367>
- d'Huart, D., Bürgin, D., Seker, S., Gurri, L., Birkhölzer, M., Boonmann, C., Schmeck, K., & Schmid, M. (2025). *Persönlichkeitsstörungen: Eine unterschätzte und vernachlässigte Herausforderung in der stationären Jugendhilfe? PTT-Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, **29**(2), 168-197. DOI 10.21706/ptt-29-2-168
- d'Huart, D., Hutsebaut, J., Seker, S., Schmid, M., Schmeck, K., Burgin, D., & Boonmann, C. (2022). *Personality functioning and the pathogenic effect of childhood maltreatment in a high-risk sample*. Child Adolesc Psychiatry Ment Health, **16**(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00527-1>
- d'Huart, D., Seker, S., Burgin, D., Birkholzer, M., Boonmann, C., Schmid, M., & Schmeck, K. (2023). *The stability of personality disorders and personality disorder criteria: A systematic review and meta-analysis*. Clin Psychol Rev, **102**, 102284. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102284>
- d'Huart, D., Seker, S., Burgin, D., Birkholzer, M., Boonmann, C., Schmid, M., Schmeck, K., & Bach, B. (2023). *Key insights from studies on the stability of personality disorders in different age groups*. Front Psychiatry, **14**, 1109336. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1109336>
- d'Huart, D., Steppan, M., Seker, S., Burgin, D., Boonmann, C., Birkholzer, M., Jenkel, N., Fegert, J. M., Schmid, M., & Schmeck, K. (2022). *Prevalence and 10-Year Stability of Personality Disorders From Adolescence to Young Adulthood in a High-Risk Sample [Original Research]*. Front Psychiatry, **13**, 840678. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.840678>

- Döllitzsch, C., Fegert, J. M., Künster, A., Kolch, M., Schmeck, K., & Schmid, M. (2014). *Mehrfachdiagnosen bei Schweizer Heimjugendlichen. Kindheit und Entwicklung*, **23**(3), 140-150. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000140>
- Dolitzsch, C., Kolch, M., Fegert, J. M., Schmeck, K., & Schmid, M. (2016). *Ability of the Child Behavior Checklist-Dysregulation Profile and the Youth Self Report-Dysregulation Profile to identify serious psychopathology and association with correlated problems in high-risk children and adolescents*. J Affect Disord, **205**, 327-334. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.010>
- Dolitzsch, C., Leenarts, L. E., Schmeck, K., Fegert, J. M., Grisso, T., & Schmid, M. (2017). *Diagnostic performance and optimal cut-offscores of the Massachusetts youth screening instrument-second version in a sample of Swiss youths in welfare and juvenile justice institutions*. BMC Psychiatry, **17**(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1197-2>
- Dolitzsch, C., Schmid, M., Keller, F., Besier, T., Fegert, J. M., Schmeck, K., & Kolch, M. (2016). *Professional caregiver's knowledge of self-reported delinquency in an adolescent sample in Swiss youth welfare and juvenile justice institutions*. Int J Law Psychiatry, **47**, 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.026>
- Euler, F., Jenkel, N., Stadler, C., Schmeck, K., Fegert, J. M., Kolch, M., & Schmid, M. (2015). *Variants of girls and boys with conduct disorder: anxiety symptoms and callous-unemotional traits*. J Abnorm Child Psychol, **43**(4), 773-785. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9946-x>
- Fischer, S., Döllitzsch, C., Schmeck, K., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2016). *Interpersonal trauma and associated psychopathology in girls and boys living in residential care*. Children and Youth Services Review, **67**, 203-211. <https://doi.org/10.1016/j.chillyouth.2016.06.013>
- Gander, T., Boonmann, C., Fegert, J. M., Kolch, M., Schmeck, K., Di Gallo, A., Dolitzsch, C., & Schmid, M. (2019). *Predictive factors for changes in quality of life among children and adolescents in youth welfare institutions*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, **54**(12), 1575-1586. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01724-8>
- Habersaat, S., Boonmann, C., d'Huart, D., Bürgin, D., Schmeck, K., Fegert, J. M., Schmid, M., & Urben, S. (2025). *Influence of Psychopathic Traits on Desistance Factors From Criminal Behavior During Transition to Adulthood*. Journal of Forensic Psychology Research and Practice, 1-22. <https://doi.org/10.1080/24732850.2025.2543549>
- Habersaat, S., Boonmann, C., Schmeck, K., Stéphan, P., Francescotti, E., Fegert, J. M., Perler, C., Gasser, J., Schmid, M., & Urben, S. (2018). *Differences and Similarities in Predictors of Externalizing Behavior Problems Between Boys and Girls: A 1-Year Follow-Up Study*. Criminal Justice and Behavior, **45**(12), 1852-1870. <https://doi.org/10.1177/0093854818800364>
- Habersaat, S., Boonmann, C., Schmeck, K., Stéphan, P., Francescotti, E., Fegert, J. M., Perler, C., Schmid, M., & Urben, S. (2019). *Gender Differences in the Relationship between Strain, Negative Emotions and Delinquent Behaviors in Institutionalized Juveniles*. Deviant Behavior, **41**(9), 1113-1124. <https://doi.org/10.1080/01639625.2019.1596549>
- Habersaat, S., Ramain, J., Mantzouranis, G., Palix, J., Boonmann, C., Fegert, J. M., Schmeck, K., Perler, C., Schmid, M., & Urben, S. (2018). *Substance-use disorders, personality traits, and sex differences in institutionalized adolescents*. Am J Drug Alcohol Abuse, **44**(6), 686-694. <https://doi.org/10.1080/00952990.2018.1491587>
- Habersaat, S., Urben, S., Palix, J., Bürgin, D., Fegert, J. M., Schmeck, K., Boonmann, C., & Schmid, M. (2023). *Assessing the Gendered General Strain Theory Over Time in Individuals with a Residential Care History*. Deviant Behavior, **1-12**. <https://doi.org/10.1080/01639625.2023.2255918>
- Hachtel, H., Jenkel, N., Schmeck, K., Graf, M., Fegert, J. M., Schmid, M., Boonmann, C. (2025). *Long-term stability of self-reported psychopathic traits in former at-risk adolescents in youth welfare and juvenile justice institutions*. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. **16**; **19**(1):79. doi: 10.1186/s13034-025-00938-w. PMID: 40671133; PMCID: PMC12269100.
- Hachtel, H., Jenkel, N., Schmeck, K., Graf, M., Fegert, J. M., Schmid, M., & Boonmann, C. (2022). *Stability of self-reported psychopathic traits in at-risk adolescents in youth welfare and juvenile justice institutions*. Child Adolesc Psychiatry Ment Health, **16**(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00487-6>
- Jaggi, L., Schmid, M., Burgin, D., Saladin, N., Grob, A., & Boonmann, C. (2021). *Shared residential placement for child welfare and juvenile justice youth: current treatment needs and risk of adult criminal conviction*. Child Adolesc Psychiatry Ment Health, **15**(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00355-1>

- Jenkel, N., & Schröder, M. (2025). Ehemals außerfamiliär untergebrachte junge Erwachsene erzählen ihre Geschichte—was können wir Fachkräfte daraus lernen? Ausgewählte qualitative Ergebnisse aus der JAEL-Studie. *unsere jugend*, 77(11+ 12), 470-483.
- Jenkel, N., Neichl, D., Oezdirek, M., Hoffmann, U., & Schmid, M. (2025). www.jael-elearning.ch: Online lernen im Alltag wirken: Wie eine digitale Weiterbildung Fachpersonen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe stärkt. *unsere jugend*, 77(11+ 12), 498-508.
- Jenkel, N., Schröder, M., & Schmid, M. (2012). *Vom Modellversuch zum Gemeinschaftsprojekt - EQUALS: Ergebnisorientierte Qualitätssicherung in sozialpädagogischen Einrichtungen*. Sozial Aktuell, **12**, 24-26.
- Kind, N., Burgin, D., Clemens, V., Jenkel, N., & Schmid, M. (2020). *Disrupting the disruption cycle - A longitudinal analysis of aggression trajectories, quality of life, psychopathology and self-efficacy in closed youth residential care*. Children and Youth Services Review, **113**. <https://doi.org/ARTN 10501510.1016j.childyouth.2020.105015>
- Kind, N., Seker, S., d'Huart, D., Bürgin, D., Jenkel, N., Boonmann, C., Habersaat, S., Urben, S., Fegert, J. M., Clemens, V., Bürgin, D., & Schmid, M. (2023). *High-risk substance use and psychosocial functioning in young adult care leavers: Findings from a 10-year follow-up study*. Children and Youth Services Review, **155**. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.107290>
- Leenarts, L. E. W., Dolitzsch, C., Perez, T., Schmeck, K., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2017). *The relationships between gender, psychopathic traits and self-reported delinquency: a comparison between a general population sample and a high-risk sample for juvenile delinquency*. Child Adolesc Psychiatry Ment Health, **11**(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0202-3>
- Leenarts, L. E., Dolitzsch, C., Schmeck, K., Fegert, J. M., Grisso, T., & Schmid, M. (2016). *Relationship between Massachusetts Youth Screening Instrument-second version and psychiatric disorders in youths in welfare and juvenile justice institutions in Switzerland*. BMC Psychiatry, **16**(1), 340. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1032-1>
- Leiting, M., Beck, K., & Schmid, M. (2025). Fremdplatziert in der Kindheit, benachteiligt im Erwachsenenalter? Zur Bedeutung von Lebensqualität für junge erwachsene Care Leaver:innen. *unsere jugend*, 77(11+ 12), 509-520.
- Leiting, M., Beck, K., Buergin, D., Fegert, J. M., Jenkel, N., Boonmann, C., Schmeck, K., Grob, A., & Schmid, M. (2024). Adverse Childhood Experiences, Quality of Life and the Mediating Roles of Self-Efficacy and Self-Directedness in Youth Residential Care Leavers. *Applied Research in Quality of Life*, **19**(6), 3479-3499. <https://doi.org/10.1007/s11482-024-10392-z>
- Lüdtke, J., Boonmann, C., Dölitzsch, C., In-Albon, T., Jenkel, N., Kölch, M., Fegert, J. M., Schmeck, K., & Schmid, M. (2017). *Komorbide Angststörungen bei Störungen des Sozialverhaltens*. Kindheit und Entwicklung.
- Lüdtke, J., In-Albon, T., Schmeck, K., Plener, P. L., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2018). *Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents Placed in Youth Welfare and Juvenile Justice Group Homes: Associations with Mental Disorders and Suicidality*. *J Abnorm Child Psychol*, **46**(2), 343-354. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0291-8>
- Meier, M., Kantelhardt, S., Gurri, L., Stadler, C., Schmid, M., Clemens, V., O'Donovan, A., Boonmann, C., Bürgin, D., & Unternaehrer, E. (2024). Childhood trauma is linked to epigenetic age deceleration in young adults with previous youth residential care placements. *Eur J Psychotraumatol*, **15**(1), 2379144. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2379144>
- Palix, J., Habersaat, S., Boonmann, C., Nauta-Jansen, L., Schmeck, K., Fegert, J. M., Schmid, M., & Urben, S. (2023). *Examining the relationship between resting heart rate and callous-unemotional traits in juvenile delinquency*. *Journal of Criminal Justice*, **88**. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2023.102112>
- Pihet, S., Etter, S., Schmid, M., & Kimonis, E. R. (2014). *Assessing Callous-Unemotional Traits in Adolescents: Validity of the Inventory of Callous-Unemotional Traits Across Gender, Age, and Community/Institutionalized Status*. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, **37**(3), 407-421. <https://doi.org/10.1007/s10862-014-9472-8>
- Pihet, S., Suter, M., Meylan, N., & Schmid, M. (2014). *Factor structure of the Youth Psychopathic Traits Inventory using the total score, three scale scores, and/or 10 subscale scores*. *Criminal Justice and Behavior*, **41**(10), 1214-1231.
- Schmid, M., Fegert, J. M., Clemens, V., Seker, S., d'Huart, D., Binder, M., Schröder, M., Friden, L., Boonmann, C., Jenkel, N., Schmeck, K., & Bürgin, D. (2022). *Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen in der*

- Kindheit: Ein Risikofaktor für die soziale Teilhabe ehemals außerfamiliär plazierter junger Erwachsener. Kindheit und Entwicklung, 31(1), 22-39. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000366>*
- Schmid, M., Fegert, J. M., Schmeck, K., & Boonmann, C. (2022). *Was wird aus Care Leavern? Kindheit und Entwicklung, 31(1), 1-8.* <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000364>
- Schmid, M., Jenkel, N., Fegert, J. M., & Schmeck, K. (2025). Studiendesign und Erkenntnisse des Modellversuchs JAEL-Jugendhilfe aus Erfahrung lernen: Erkenntnisse zu psychischen, biografischen Belastungen und gesellschaftlicher Teilhabe. *unsere jugend, 77(11+ 12), 459-469.*
- Schmid, M., Kölch, M., Fegert, J. M., & Schmeck, K. (2013). *Abschlussbericht für den Fachausschuss für die Modellversuche und das Bundesamt für Justiz. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen (MAZ).* Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel.
- Seker, S., Boonmann, C., d'Huart, D., Burgin, D., Schmeck, K., Jenkel, N., Steppan, M., Grob, A., Forsman, H., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2022). *Mental disorders into adulthood among adolescents placed in residential care: A prospective 10-year follow-up study.* *Eur Psychiatry, 65(1), e40.* <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.30>
- Seker, S., Boonmann, C., Gerger, H., Jaggi, L., d'Huart, D., Schmeck, K., & Schmid, M. (2021). *Mental disorders among adults formerly in out-of-home care: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies.* *Eur Child Adolesc Psychiatry.* <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01828-0>
- Seker, S., Bürgin, D., Boonmann, C., d'Huart, D., Jenkel, N., Beck, K., Leiting, M., Crivelli, A., Bürgin, D., Fegert, J. M., Schmeck, K., & Schmid, M. (2025). [The Prevalence of Mental Disorders Among Care Leavers]. *Z KinderJugendpsychiatr Psychother, 53(3), 139-154.* <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a001012>
- Seker, S., Bürgin, D., d'Huart, D., Schmid, M., Schmeck, K., Jenkel, N., Fegert, J. M., Steppan, M., & Boonmann, C. (2022). *Der Verlauf von psychischen Problemen bei fremdplatzierten Kindern und Jugendlichen bis in deren Erwachsenenalter.* *Kindheit und Entwicklung, 31(1), 9-21.* <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000365>
- Seker, S., Habersaat, S., Boonmann, C., Palix, J., Jenkel, N., Fischer, S., Fegert, J. M., Kölch, M., Schmeck, K., & Schmid, M. (2021). *Substance-use disorders among child welfare and juvenile justice adolescents in residential care: The role of childhood adversities and impulsive behavior.* *Children and Youth Services Review, 121.* <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105825>
- Singer, H., Prestel, A., Schmid, M., Keller, F., Fegert, J. M., & Kölch, M. (2013). *Wirkungsmessung pädagogischer Interventionen: Anpassung eines Zielerreichungsinstruments an jugendforensische Anforderungen.*
- Urben, S., Habersaat, S., Palix, J., Fegert, J. M., Schmeck, K., Bürgin, D., Seker, S., Boonmann, C., & Schmid, M. (2022). *Examination of the importance of anger/irritability and limited prosocial emotion/callous-unemotional traits to understand externalizing symptoms and adjustment problems in adolescence: A 10-year longitudinal study.* *Frontiers in Psychiatry, 13.* <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.939603>
- Urben, S., Stephan, P., Habersaat, S., Francescotti, E., Fegert, J. M., Schmeck, K., Perler, C., Gasser, J., & Schmid, M. (2017). *Examination of the importance of age of onset, callous-unemotional traits and anger dysregulation in youths with antisocial behaviors.* *Eur Child Adolesc Psychiatry, 26(1), 87-97.* <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0878-6>
- Van Damme, L., Grisso, T., Vermeiren, R., Guy, L., Verbeke, L., De Clercq, B., Schmid, M., Vanderplasschen, W., & Colins, O. F. (2016). *Massachusetts Youth Screening Instrument for mental health needs of youths in residential welfare/justice institutions: identifying gender differences across countries and settings.* *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 27(5), 645-664.* <https://doi.org/10.1080/14789949.2016.1183034>
- Varghese, N., Buergin, D., Boonmann, C., Stadler, C., Schmid, M., Eckert, A., & Unternaehrer, E. (2023). *Interplay between stress, sleep, and BDNF in a high-risk sample of young adults.* *Scientific Reports, 13(1).* <https://doi.org/10.1038/s41598-023-47726-0>
- von Wendorff, C., Bürgin, D., Meier, M., Boonmann, C., d'Huart, D., Habersaat, S., Schmid, M., Fegert, J. M., & Clemens, V. (2025). *Psychological resilience and childhood maltreatment: The role of self-efficacy, personality functioning and social support in young adult residential care leavers.* *Child Abuse Negl, 163, 107317.* <https://doi.org/10.1016/j.chabu.2025.107317>