

Pflegefamilie oder Heim?

Wann und für wen ist ein Leben ausserhalb der eigenen Familie sinnvoll?

Wenn Kinder oder Jugendliche nicht in ihren Ursprungsfamilien aufwachsen können, oder wenn aus ärztlicher Sicht eine Gefährdung innerhalb der Ursprungsfamilie besteht oder droht, kann es indiziert sein, Kontakt zu Behörden mit dem Ziel einer Fremdplatzierung aufzunehmen. Die Kenntnis der Grundlagen und Strukturen von Platzierungsprozessen sowie der Faktoren, die zu einem Gelingen der Fremdplatzierung aus Sicht aller Beteiligten beitragen können, erleichtert den Umgang mit den betroffenen Kindern und ihren Familien enorm.

Romana I. Friedrich und Marc Schmid

Wohl jedem Pädiater sind Fälle bekannt, bei denen man den Eindruck hat, dass das betroffene Kind und seine Eltern von einer vorübergehenden Entlastung durch Fremdplatzierung profitieren könnten oder diese aufgrund einer akuten Gefährdungssituation dringlich indiziert ist. Körperliche Verletzungen führen in pädiatrischen oder kinderchirurgischen Notfallambulanzen zu gravierenden Verdachtsmomenten. Aber nicht nur direkte Gewalt gegenüber dem Kind, sondern auch Gewalt zwischen dem Elternpaar, die das Kind miterlebt, sowie Vernachlässigung und emotionale Misshandlung gelten als gesundheitliche Risikofaktoren für die exponierten Kinder. Der Einfluss familiärer Gewalt auf die psychische und physische Gesundheit des Kindes kann nicht mehr infrage gestellt werden (1).

Kinderärzte als erste Ansprechpartner

Nicht selten sind es gerade die vertrauten Kinderärzte, denen sich Eltern öffnen und denen sie ihre Überforderung und Erziehungsdefizite als Erste mitteilen. Zuzugeben, dass man seinen Erziehungsaufgaben nicht mehr gerecht wird und bemerkt, dass die Kinder zunehmend an ihren Entwicklungsaufgaben scheitern, ist für Eltern oft sehr schambesetzt. Häufig bestehen auch Ängste, sich an die staatlichen Stellen zu wenden, da die Familien Eingriffe in ihr Obhutsrecht befürchten oder dass sie von ihren Kindern getrennt würden und in der weiteren Hilfeplanung nicht mehr partizipieren könnten (2). Deshalb ist es wichtig, transparent und fallbezogen über die Hilfen informieren zu können und eine gute Balance zwischen Unterstützung für die Eltern und klarer Positionierung für das Kindeswohl zu schaffen.

Das Gespräch sollte aus einer konsequenten Mehrge-

nerationenperspektive heraus geführt werden. Dies bedeutet, dass die Öffnung der Eltern und ihre Bemühungen um das Wohl des Kindes wertgeschätzt und die Bedeutung der Eltern für ihre Kinder betont wird, aber auch die kindlichen Bedürfnisse, der pädagogische Bedarf und anstehende Entwicklungsaufgaben klar benannt werden.

Fremdplatzierungen gelingen besser und erweisen sich als längerfristig zuverlässig, wenn sie im Konsens mit der Familie, insbesondere den Eltern, gewählt werden (3–5). Sorgen und Hindernisse aus Sicht der Eltern sollten erfragt und ernst genommen werden. Die biologische Elternschaft als solche muss vom Helfersystem zu jeder Zeit respektiert und mit Wertschätzung behandelt werden, da von einer guten Kooperation zwischen helfender Einrichtung und der Ursprungsfamilie das Gelingen und der Erfolg einer Platzierung wesentlich abhängt (6).

Je besser es gelingt, die Eltern und die Kinder bei der Indikationsstellung wertzuschätzen, zu beteiligen und sich gemeinsam darüber einig zu werden, warum die Fremdplatzierung für die Familie und alle Personen in der Familie ein schwieriger, aber notwendiger und entlastender Schritt ist, desto stabiler und erfolgreicher verläuft die Platzierung. Schwierige Gespräche können zu zweit mit einer klaren Aufteilung der jeweiligen Rollen, zum Beispiel mithilfe einer Behörde, manchmal leichter geführt werden.

Eine überzeugende «Coverstory» ist wichtig

Die betroffene Familie ist von Anfang an transparent in den Entscheidungsprozess miteinzubeziehen, und Überlegungen und Argumente sollten offen angesprochen und diskutiert werden. Ein gemeinsames Narrativ für Kind und Eltern kann in offener Zusammenarbeit entstehen, sodass sowohl für die eigene

Die biologische Elternschaft ist immer zu respektieren.

Es braucht eine einfach formulierte wertschätzende Begründung für das Leben im Heim.

Biografie als auch gegenüber fragenden aussenstehenden Personen eine klare und sichere Einordnung der Platzierung möglich wird.
Für Kinder und Eltern ist es oft wichtig, eine «Cover-story», das heisst einen klaren Satz zu haben, mit dem die Heimplatzierung erklärt werden kann. Diesen Satz

kann das Kind auf Nachfrage den Mitschülern in der neuen Klasse oder können die Eltern den Nachbarn sagen. Er schützt einerseits vor einer ungewollten Öffnung und vor Verletzungen, während er andererseits klar, offen und selbstbewusst wirkt. Ein Beispiel: «Mit meiner Scheidung hatte ich schwer zu kämpfen und habe gemerkt, dass ich Kevin in seiner Entwicklung nicht mehr so unterstützen konnte, wie ich das selbst wollte; nun lebt er in einer Wohngruppe in XY und wird dort unterstützt; wir sehen uns jedes Wochenende.» Viele Einrichtungen und Behörden machen gute Erfahrungen damit, solche Sätze mit den Familien zu erarbeiten.

Tabelle 1:

Merkmale von Pflegefamilien und Heimen

Pflegefamilie	Heimerziehung
Konkurrenzproblematik: Vergleich mit der Herkunftsfamilie liegt nahe	Geringe Konkurrenzproblematik: Heim wird als «etwas ganz anderes als eine Familie» erfahren.
Divergierende Loyalitätserwartungen an das Kind führen zu Loyalitätskonflikten.	Geringere Gefahr von Loyalitätsproblematik; Heim wird als komplementär zur Familie verstanden.
geringe Erfahrung von Anderssein	Erfahrung von Anderssein
grössere Kindorientierung	grössere Orientierung an der Gruppe und an pädagogischen Konzepten
Kündbarkeit des Pflegeverhältnisses als Unsicherheitsfaktor	Das Heim versteht sich als Heim auf Zeit; Kündbarkeit wird weniger existenziell erlebt.
geringere stigmatisierende Zuschreibungen	institutionelle Erziehung mit ihren Nebenwirkungen
Soziale Einbindung: Beziehung zwischen Personen, das Kind ist Familienmitglied.	Soziale Verwaltung: Beziehungen zwischen Funktionsrollen, das Kind ist Klientin, Klient.
Engere Bindung möglich, dies fördert die Erwartung von Nähe und erschwert eine Distanzierung.	Mehr Distanzierung ist möglich wegen der Zahl erwachsener Bezugspersonen; deren Wechsel und deren professionelles Handlungsverständnis erschweren Bindung, können aber auch ein Netz hoffnungsvoller, nicht überfordernder Bindungen darstellen.
Pflegefamilien haben ein soziales Umfeld, an dem das Pflegekind teilhaben kann.	Heime haben ein institutionelles Umfeld. Die Teilhabe des Kindes ist durch «Aufträge» und «Zuständigkeiten» geregelt.
eher flexible, individuell angepasste Regeln	eher starre, allgemeingültige, für alle Kinder einer Wohngruppe gültige Regeln
geringere Einflüsse durch Gleichaltrige mit Verhaltensproblemen	Risiko ungünstiger Lernprozesse unter Gleichaltrigen
Begrenzte Tragfähigkeit bei nach aussen gerichteten Problemen; die Tragfähigkeit steigt, wenn Pflegeeltern therapeutisch qualifiziert sind und/oder fachlich eng begleitet werden.	hohe Tragfähigkeit bei nach aussen gerichteten Problemen
Pflegeeltern fühlen sich in Krisen oft allein und müssen sich ihr Unterstützungssystem teilweise selbst aufbauen.	institutionelles Unterstützungssystem für die Erziehenden
Übertragungs-, Gegenübertragungsphänomene konzentrieren sich auf wenige Personen. Beziehungsprobleme müssen zwischen den Beteiligten gelöst werden, sonst akkumulieren die Belastungen.	Probleme der Übertragung und Gegenübertragung und Beziehungsprobleme «verteilen» sich auf mehrere Personen im Team und können dort diskutiert und reflektiert werden.
Pflegeeltern sind fast immer im Dienst, Erholungs- und Auszeiten müssen selbst organisiert werden.	Ein Dienstsysteem sichert Erholungs- und Auszeiten und ermöglicht einen Neuanfang nach problematischen Interaktionen.
Kontaktfrequenz der Eltern tendenziell abnehmend: Dies kann Rückkehrwahrscheinlichkeit in Herkunftsfamilie verschlechtern.	Kontaktfrequenz der Eltern stabil: Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit der Rückführung in die Herkunftsfamilie.
unklare und komplexe Motive der Erziehenden, geringere Kosten für das Gemeinwesen	klare Motive der Erziehenden: Berufsausübung, vergleichsweise höhere Kosten für das Gemeinwesen
hohes Potenzial zur Entwicklung einer langfristig guten Bindungserfahrung mit grosser Gefahr der Enttäuschung im Falle eines Abbruchs	geringes Potenzial zur Entwicklung langfristig überdauernder Bindungserfahrungen mit vergleichsweise niedriger Gefahr der Enttäuschung im Falle eines Abbruchs

Tabelle mit Adaptionen nach Blülle S: Platzierung als Lösung. In: Leitfaden Fremdplatzierung. 2013; Ingetras Fachverband Sozial- und Sonderpädagogik; mit freundlicher Genehmigung (dort nach Aldgate, Schnurr, Kindler et al.)

Zahlen und Fakten

Derzeit verfügt die Schweiz noch nicht über eine auf Bundesebene gültige Statistik zur Anzahl der fremdplatzierten Kinder und Jugendlichen. Die Zuständigkeit für Angebote und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe liegt weitgehend bei den Kantonen und Gemeinden, was zu einer Heterogenität in Bezug auf Dienste und Leistungen führt.

Die Pflegekinder-Aktion Schweiz und der Fachverband Sozial- und Sonderpädagogik Integras schätzen, dass 22 000 bis 30 000 Kinder in der Schweiz nicht bei ihren Eltern leben, davon rund 14 500 als Pflegekinder, wobei diese Zahlen nicht statistisch belegt sind. In Deutschland leben 0,7 Prozent der Kinder unter 18 Jahren in Heimen oder Pflegefamilien, in Italien sind es rund 0,4 Prozent und in Dänemark und Frankreich je rund 1 Prozent (7). Nach Schmid und Fegert (20) ist die eingeschränkte Erziehungskompetenz der Eltern und die damit einhergehende Überforderung mit den Erziehungsaufgaben der häufigste Grund für eine Fremdplatzierung (43%), danach folgen kindliche Verhaltensauffälligkeiten, die einen besonderen pädagogischen Bedarf begründen (35%). Weitere wichtige Gründe für eine Platzierungsmassnahme sind die Sicherstellung der schulischen und beruflichen Teilhabe (24%) und eine Gefährdung des Kindeswohles (22%). Die Faktoren interagieren, und meist führt eine Kombination mehrerer Gründe zur Fremdplatzierung.

Vielfältig belastete Kinder und Jugendliche

Fremdplatzierte Kinder gehören einer psychisch und psychosozial extrem belasteten Population an. 80 Prozent der Jugendlichen und jungen Erwachsenen einer repräsentativen Stichprobe fremdplatzierter Kinder und Jugendlicher in der Schweiz berichteten von mindestens einem, fast die Hälfte der Jugendlichen von mehr als drei traumatischen Erlebnissen.

Trennungen der Eltern, psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen der Eltern, Tod eines Elternteils und niedriger sozialer Status sind weit überdurchschnittlich häufig in den Biografien fremdplatzierter Jugendlicher zu finden. Sie gelten als Risikofaktoren für eine psychische Auffälligkeit der Kinder, insbesondere wenn mehrere dieser Risikofaktoren akkumulieren (8, 9). Später fremdplatzierte Kinder werden überdurchschnittlich häufig von ledigen Müttern und von Müttern im Teenageralter geboren (10).

Neben vielseitigen psychosozialen Belastungen finden sich bei fremdplatzierten Kindern häufig auch akkumulierte biologische Risikofaktoren: Mütter von später fremdplatzierten Kindern rauchen weit überdurchschnittlich oft während der Schwangerschaft, die Kinder kommen überdurchschnittlich häufig zu früh zur Welt (vor der 37. SSW), haben ein geringeres Geburtsgewicht und einen schlechteren Allgemeinzustand (10). Fremdplatzierte Kinder sind überdurchschnittlich häufig bereits pränatal mütterlichem Alkoholkonsum ausgesetzt (11).

Viele Eltern fremdplatzierter Kindern leiden unter psychischen Erkrankungen und/oder Abhängigkeitserkrankungen. Eine psychische Erkrankung der Eltern bedeutet zum einen auch ein genetisch höheres Risiko für das Kind, zum anderen führt sie häufig zu psychosozialen Risikofaktoren wie eingeschränkter Erziehungsfähigkeit und gesellschaftlicher Teilhabe der Eltern (12, 13).

Vielfältige psychosoziale und biologische Risikofaktoren hängen mit der Entwicklung späterer psychischer Erkrankungen zusammen (14). So ist es nicht verwunderlich, dass 74 Prozent der Heimjugendlichen unter mindestens einer psychischen Erkrankung nach ICD-10/DSM-IV leiden und 44 Prozent die Diagnosekriterien für mehr als eine erfüllen, wobei es sich um ein breites Spektrum psychischer Erkrankungen handelt (8, 15). Am häufigsten waren hierbei externalisierende Störungen, oft in Kombination mit anderen psychischen Erkrankungen.

Indikationsstellung

Die ärztliche oder psychotherapeutische Empfehlung einer Fremdplatzierung beruht in der Regel darauf, dass das Kind in seinem Wohlbefinden und/oder seiner Entwicklung gefährdet ist, dass es in seiner Familie nicht ausreichend gefördert wird beziehungsweise seine Bedürfnisse nicht ausreichend gedeckt werden können, oder dass von seinem Umfeld eine aktive Gefahr (Misshandlung, Missbrauch, Gewalt in der Familie) ausgeht und das Kind geschützt werden muss. Häufig besteht eine Kombination aus einem einerseits erhöhten pädagogischen Bedarf des Kindes und einem andererseits aufgrund eigener Belastungen eingeschränkt erziehungsfähigen elterlichen System. Gerade aus kinder- und jugendpsychiatrischer Perspektive muss aber auch festgestellt werden, dass es Kinder gibt, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung derart in ihrer Teilhabe eingeschränkt sind, dass sie eine spezifische Förderung benötigen, die in einer Familie nicht geleistet werden kann. Diese Kinder benötigen eine spezifische sozialpädagogische und/oder heilpädagogische Förderung in einer Institution, nicht selten in Kombination mit einer Beschulung. Rund ein Viertel der stationär in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie-/psychotherapie behandelten Patienten müssen nach der Behandlung in einer sozialpädagogischen Einrichtung betreut werden – sei es, um sie spezifisch zu fördern, die Eltern zu entlasten oder vor maladaptiven, die Erkrankung aufrechterhaltenden Milieueinflüssen zu schützen (16).

Aus juristischer Sicht gibt es zum einen die Möglichkeit einer sogenannt freiwilligen Platzierung mithilfe

der Behörde, bei der die Eltern mit der Platzierungsmassnahme einverstanden sind. Zum anderen gibt es die Möglichkeiten einer strafrechtlichen Einweisung nach dem Jugendstrafgesetzbuch oder einer zivilrechtlichen Einweisung zum Kinderschutz auf Grundlage des Zivilgesetzbuches.

Wann ist der beste Zeitpunkt?

Jede Form der Hilfe, auch die Heimerziehung, hat eine spezifische Indikation, und diese sollte rechtzeitig gestellt werden. Die Heimerziehung darf nicht als Ultima Ratio nach einer Kette gescheiterter ambulanter und weniger intensiver stationärer Hilfsformen betrachtet werden. Sie ist vielmehr eine eigenständige, hocheffiziente Unterstützung für viele schwer belastete Kinder und Jugendliche.

Der optimale Zeitpunkt für eine Fremdplatzierung muss individuell diskutiert werden. Selbstverständlich muss es, wann immer möglich, das Ziel sein, das Kind im Rahmen seiner Familie bei einer guten Entwicklung ambulant und interdisziplinär zu unterstützen. Die engmaschige und zuverlässige Beobachtung der Entwicklung durch das Helfersystem und beständige Kontrolle sind wichtig, auch wenn ambulante Hilfen abgebrochen oder abgeschlossen werden.

Zu warten, bis eine familiäre, schulische oder strafrechtliche Eskalation eingetreten ist, kann weitreichende Folgen haben und die Prognose beeinflussen. Es sind Risikofaktoren bekannt, deren Vorliegen eine später notwendige Fremdplatzierung im Verlauf ambulanter begleitender Massnahmen wahrscheinlicher macht und die bei einer Entscheidung rechtzeitig berücksichtigt werden sollten (17). Dazu gehören zum Beispiel soziale Isolation der Familie, psychosoziale Belastungsfaktoren der Eltern und des Kindes, Suchterkrankungen und mangelnde Feinfühligkeit und Mentalisierungsfähigkeit der Eltern.

Ambulante Therapieangebote frühzeitig anbieten

Familien zusammenzuhalten, ist ein hohes Gut. Darum ist es wichtig, Familien frühzeitig ambulante Hilfen anzubieten.

Unzureichend entwickelte Erziehungskompetenz ist ein häufiger Grund für eine Fremdplatzierung.

Traumatische Erfahrungen sind häufig.

Tabelle 2:

Einrichtungstypen gemäss Schweizer Bundesamt für Justiz

- Aufnahme-/Durchgangsstation
- Beobachtungsstation
- Erziehungseinrichtung für schulpflichtige Kinder mit Grundschule
- Erziehungseinrichtung für schulpflichtige Kinder ohne Grundschule
- Erziehungseinrichtung für schulentlassene Jugendliche mit internem Beschäftigungs- und Ausbildungsangebot
- Erziehungseinrichtung für schulentlassene Jugendliche ohne internes Beschäftigungs- und Ausbildungsangebot
- Massnahmenzentrum für junge Erwachsene
- Freiheitsentzug
- begleitetes Wohnen
- teilbetreut

Für die Wahl der Hilfeform spielt neben dem Alter die Bindungsfähigkeit des Kindes eine Rolle.

Ein vielversprechendes, hochintensives und gut evaluiertes Behandlungsprogramm für schwer belastete Familien, in denen das Wohl des Kindes gefährdet ist, ist die multisystemische Therapie Kinderschutz MST-CAN (multisystemic therapy for child abuse and neglect). Diese Therapie ist ein aufsuchendes hochintensives familientherapeutisches Programm mit Rufbereitschaft rund um die Uhr. Dabei werden alle für den Jugendlichen im Alltag wichtigen Systeme und Bezugspunkte wie Familie, Schule und Freunde in die Therapie einbezogen (18). Darüber hinaus wird ein hochstrukturierter Sicherheitsplan mit der Familie entwickelt, die Eltern übernehmen ihre Verantwortung und entschuldigen sich für die erfolgten Misshandlungen in Form eines therapeutischen Briefes. Bei entsprechender Indikation werden auch verhaltenstherapeutische Trauma- und Suchtbehandlungen im Rahmen des MST-CAN-Programms durchgeführt. MST-CAN wurde in den letzten Jahren im Rahmen von Pilotprojekten Erfolg versprechend auch in der Schweiz eingeführt (19).

Durch den positiven und fortschrittlichen Ausbau psychosozialer und medizinischer Hilfsangebote können heute viele Familien ambulant in unterschiedlicher Intensität begleitet werden. Der Ausbau der ambulanten Hilfe führt aber auch dazu, dass die stationären Jugendhilfemassnahmen mit immer schwierigeren und psychisch stärker belasteten Jugendlichen konfrontiert sind, da nur noch solche Kinder und Jugendliche in die Fremderziehung gelangen, bei denen ambulante Hilfe von vornherein als wenig Erfolg versprechend gilt oder bereits gescheitert ist (20, 21).

Welche Platzierungsmassnahme ist die richtige?

Durch die Wahl einer möglichst an die Situation und Problematik angepassten und entsprechend tragfähigen Institution sollte Abbrüchen und Wechseln im Jugendhilfesystem bereits vorgebeugt werden.

Die Wahl der optimalen pädagogischen Massnahme für jedes einzelne betroffene Kind ist angesichts der grossen Bandbreite verschiedener Möglichkeiten der Pflege- und Heimplatzierung eine grosse Herausforderung. Hierzu gibt es noch kaum validierte Kriterien oder Standards, sodass persönliche Erfahrung, finanzieller Druck und praktische Verfügbarkeit im Alltag eine entscheidende Rolle spielen. Geeignete Instrumente zur Befunderhebung im Rahmen der Entscheidungsfindung und zur passgenauen Auswahl eines passenden Pflege- oder Platzierungsverhältnisses existieren derzeit nicht, werden aber dringend gefordert (22), ebenso wie die altersadaptierte Partizipation des Kindes im Prozess der Fremdplatzierung (15, 20). Eine grössere Traumasensitivität bei Pflegeeltern und Fachkräften in Institutionen wäre angesichts des hohen Anteils traumatisierter Kinder sinnvoll und sollte entsprechend vorbereitet werden (siehe *Kasten*).

Ob eine Pflege- oder eine Heimplatzierung eingeleitet wird, hängt auch vom Alter des Kindes ab. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes von 2011 werden sehr junge Kinder häufiger in einer Pflegefamilie untergebracht, während ältere Kinder und vor allem Jugendliche vermehrt in Heimen platziert werden.

Jüngere Kinder sollen in besonderem Masse von den familienähnlichen Strukturen und kontinuierlichen Bindungsangeboten profitieren. Kinder mit wiederholten Beziehungsabbrüchen in der Vorgeschichte und durch frühkindliche Erfahrungen in ihrem individuellen Bindungsverhalten eingeschränkte Kinder können aber auch durch ein Netz von Bindungen in einer Wohngruppe gefördert werden, da die Fokussierung auf wenige Bindungspersonen für Kinder und Bindungspersonen nicht selten in eine Überforderung mündet. Neben dem Alter sollte bei der Entscheidung für eine bestimmte Form der Platzierung die Bindungsfähigkeit des Kindes berücksichtigt werden und inwiefern diese gefördert werden kann. Eine mögliche Spezialisierung der Einrichtung auf bestimmte Auffälligkeiten oder Probleme kann zum Gelingen eines Heimaufenthaltes wesentlich beitragen.

Ein Vergleich der typischen Merkmale von Pflegefamilien und Heimen ist in *Tabelle 1* zusammengefasst. Das Schweizer Bundesamt für Justiz unterscheidet eine ganze Reihe verschiedener Einrichtungstypen (*Tabelle 2*). Schmid und Fegert (20) unterscheiden bei Vollzeitpflegeverhältnissen folgende Formen:

- traditionelle Pflegefamilie
- Bereitschaftspflegefamilien, SOS-Pflegefamilien
- 5-Tages-Pflegefamilie
- sozialpädagogische Pflegefamilien/Erziehungsstellen
- auf psychisch belastete Kinder spezialisierte Gastfamilien/Organisationen.

Die Vollzeitpflege ist heute einschliesslich einer hohen geschätzten Rate nicht offiziell registrierter Pflegeverhältnisse die häufigste Form der Fremdunterbringung (22). Nicht selten stammen Pflegeeltern aus dem Verwandten- oder Bekanntenkreis einer Familie.

Die Rolle der Ursprungsfamilie während eines Pflegeverhältnisses trägt dabei entscheidend zum Gelingen bei. Eine eindeutige Bindung an die Pflegeeltern oder eine enge Kooperation mit der Ursprungsfamilie ist jeweils prognostisch deutlich günstiger als eine ungeklärte Rollenübernahme von biologischen und Pflegeeltern mit nicht eindeutiger Klärung der Frage «Ergänzungs- oder Ersatzfamilie» (23).

Für die Auswahl einer geeigneten Institution wird zum Beispiel in Betracht gezogen, ob der Jugendliche in der Lage ist, eine öffentliche Schule zu besuchen, oder ob das Vorhandensein einer internen (Sonder-) Beschulungsmöglichkeit vorausgesetzt werden muss. Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten für ältere Jugendliche, interne Therapiemöglichkeiten, Milieunähe und Sozialraumorientierung sind weitere Kriterien, welche eine Entscheidung beeinflussen. Die mögliche Betreuungsintensität in den einzelnen Heimen sowie die Spezialisierung auf bestimmte Probleme der Kinder, auf ein Geschlecht oder eine bestimmte Altersgruppe sind klare Kriterien für oder gegen eine bestimmte Institution.

Die Intention einer Fremdplatzierung ist, wann immer möglich, die Rückführung in die Herkunftsfamilie oder eine Begleitung des Jugendlichen in die Selbständigkeit. In den Institutionen bestehen teilweise klare Altersbeschränkungen, teilweise auch langjährig begleit-

tende Stufenmodelle bis hin zum selbständigen Wohnen. So kann eine individuelle Lösung für das betroffene Kind gefunden werden (15).

Nutzen und Risiko der Fremdplatzierung

Fremdplatzierte Kinder werden häufiger in Notfallambulanzen vorstellig, und Instabilität in der Platzierung geht mit erhöhten Gesundheitskosten einher (24). Diese Tatsache, neben gehäuft auftretenden Entwicklungsauffälligkeiten der fremdplatzierten Kinder gegenüber ihren Altersgenossen, trägt zu häufigeren Kontakten mit dem medizinischen Helfersystem bei, sodass fremdplatzierte Kinder im pädiatrischen Alltag anteilig überrepräsentiert sein dürften. Auch ist bekannt, dass Kinder mit ADHS, die in Institutionen aufwachsen, medizinisch tendenziell unterversorgt sind (25, 26).

Die Fremdplatzierung geht entsprechend den Ergebnissen internationaler Studien mit einer deutlichen Entlastung und Reduktion des Misshandlungsrisikos einher und beeinflusst die Entwicklung der Kinder sehr positiv (27). Im Modellversuch «Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen» in der Schweiz zeigte sich bei den fremdplatzierten Jugendlichen innerhalb des Beobachtungszeitraumes eine signifikante Verbesserung in allen allgemeinen Kompetenzen, über 80 Prozent der Jugendlichen erreichten zudem ihre individuellen Ziele, und die psychische Belastung reduzierte sich in der Fremd- und der Selbstbeurteilung hochsignifikant (8).

Nicht jede Kinderhilfsmassnahme führt zum gewünschten Erfolg. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes von 2012 liegt die Abbruchrate in der stationären Jugendhilfe bei 15 bis 30 Prozent (8). Es ist dabei durch empirische Studien belegt, dass sich jeder Institutionswechsel, der zwangsläufig mit Beziehungsabbrüchen einhergeht, negativ auf die Prognose des Kindes oder Jugendlichen auswirkt und sich die Bindungsproblematik mit jedem weiteren Beziehungsabbruch verschärft (6, 22, 28). Die Zahl der Beziehungsabbrüche geht mit höherer Delinquenz (29) sowie stärkerer Teilhabebeeinträchtigung einher (28), und sie führt zu höheren medizinischen Folgekosten (24).

In welche Richtung Beziehungsabbrüche und emotionale beziehungsweise Verhaltensauffälligkeiten sich gegenseitig bedingen, wurde leider noch viel zu wenig untersucht. Es besteht aber ein enger Zusammenhang zwischen Verhaltensauffälligkeiten, Psychopathologie und Grenzverletzungen sowie Massnahmeabbrüchen (30, 31). Im Modellversuch «Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen» zeigte sich, dass psychopathische Persönlichkeitszüge und eine ausgeprägte Psychopathologie mit mehreren psychischen Erkrankungen mit einem wesentlich höheren Abbruchrisiko einhergingen (8). Viele Beziehungsabbrüche müssen als unbewusste Wiederholung innerfamiliärer Beziehungserfahrungen betrachtet werden (31, 32), und sie belasten nicht nur die Kinder und Jugendlichen, sondern auch die pädagogischen Fachkräfte.

Fazit

Letztlich handelt es sich bei der Fremdplatzierung um eine Form der Unterstützung, die sehr zuverlässig das Wohl des Kindes sichert und das Kind bei seinen Entwicklungsaufgaben unterstützt. Die meisten Jugendlichen in stationären Massnahmen erreichen ihre Ziele und zeigen hoch signifikante Anstiege in den allgemeinen Kompetenzen und eine Reduktion ihrer psychischen Belastung (8); auch Studien aus Deutschland belegen dies eindrücklich (6).

Der Zugewinn an sozialer Teilhabe wirkt sich auch langfristig sehr positiv aus, weshalb sich Fremdplatzierungen trotz der vergleichsweise hohen Kosten für den Staat als günstige Investition erweisen. Für jeden investierten Franken können langfristig mehr als 3 Franken an gesellschaftlichen Folgekosten wieder eingespart werden (34). In Anbetracht des Leids und der Bedürftigkeit, die diese Kinder haben, sollte es aber eigentlich gar nicht nötig sein, mit gesellschaftlichem Nutzen und finanziellem Einsparungspotenzial argumentieren zu müssen.

Korrespondenzadresse:

Dr. Romana Friedrich, Assistenzärztin Liaison

Dr. Marc Schmid, Leitender Psychologe Forschung und Liaison

Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik Basel

Schanzenstrasse 13, 4056 Basel

E-Mail: marc.schmid@upkbs.ch

Kasten:

Unterstützung des Helfersystems

Um dem hohen Anteil traumatisierter Kinder in der stationären Jugendhilfe gerecht zu werden, wurden spezielle traumapädagogische Konzepte entwickelt. Die Kinder sollen sich im Hier und Jetzt stabilisieren und an einem für sie «sicheren Ort» zuverlässig auf allen Ebenen vor möglichen Retraumatisierungen geschützt werden (31). Damit Pädagogen intensiv traumapädagogisch arbeiten können, gehören Sicherheit und Unterstützung für die Teams zum Konzept, wie auch Sensibilisierung und Schulung der sozialpädagogischen Mitarbeiter, um das Verhalten des Kindes als individuelle Folge einer Traumatisierung einordnen zu können (31). Traumafolgestörungen können sich individuell und je nach Alter symptomatisch sehr unterschiedlich darstellen. Formen der intensiven Betreuung und Unterstützung von Pflegekindern und ihren Familien unter Einbezug anderer psychosozialer Hilfssysteme helfen, Beziehungsabbrüche in der Jugendhilfe zu vermeiden (15, 31).

Niederschwellige Kontaktmöglichkeiten zu Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten beeinflussen die Prognose der Kinder positiv und reduzieren die kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungstage (15, 33). Ein mögliches Konzept der Liaisonarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrien und pädagogischen Heimen basiert zum einen auf dem unkomplizierten Zugang für Jugendliche zu Psychiatern und Therapeuten mit einem Screening durch diese, aber auch auf Unterstützung der sozialpädagogischen Teams durch Psychiater und Therapeuten und enge Zusammenarbeit der professionellen Helfersysteme. Die hohe Prävalenz psychischer Auffälligkeiten unter fremdplatzierten Kindern fordert interdisziplinäre Faldefinitionen und enge Kooperation der verschiedenen Helfersysteme (15). Bei Eltern, die selbst unter psychischen Erkrankungen leiden, besteht ein bedeutsamer Bedarf an Zusammenarbeit zwischen den Fachpersonen des Versorgungssystems der Erwachsenen und dem Versorgungssystem der Kinder, um einerseits die Situation adäquat einschätzen und andererseits gemeinsam nach sinnvollen systemorientierten Lösungsansätzen suchen zu können (13).

Literatur:

1. Bair-Merritt MH, Blackstone M, Feudtner C. Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review. *Pediatrics* 2006; 117 (2): e278–e290.
2. Kölich M, Schmid M. Eterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen. *Praxis Kinderpsychol Kinderpsych* 2008; 57 (10): 774–788.
3. Schmidt MH et al. Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 2002; Vol 219; Kohlhammer, Stuttgart.
4. Wolff M, Hartig S. Gelingende Beteiligung in der Heimerziehung. Ein Werkbuch für Jugendliche und ihre BetreuerInnen. 2013. Beltz Juventa, Weinheim.
5. Arnold C et al. Pflegefamilien- und Heimplatzierungen. Eine empirische Studie über den Hilfeprozess und die Partizipation von Eltern und Kindern. Nationales Forschungsprogramm 52. 2008; Rüegger, Zürich/Chur.
6. Macsenaere M, Knab E. Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen (EVAS). Eine Einführung. 2004; Lambertus, Freiburg.
7. Thoburn J. Globalisation and child welfare: some lessons from a cross-national study of children in out-of-home care. *Social Work Monograph*. 2007; School of Social Work and Psychosocial Sciences, Norwich.
8. Schmid M et al. Abschlussbericht Modellversuch Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen. www.ejpd.admin.ch/ejpd/de/home/themen/sicherheit/ref_straf-_und__massnahmevollzug/ref_modellversuche/ref_evaluationsberichte.html; 2013.
9. Wille N, Bettge S, Ravens-Sieberer U. Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *Eur Child Adoles Psych* 2008; 17 (Suppl 1): 133–147.
10. Kalland M et al. Maternal smoking behavior, background and neonatal health in Finnish children subsequently placed in foster care. *Child Abuse & Neglect* 2006; 30 (9): 1037–1047.
11. Astley SJ et al. Application of the fetal alcohol syndrome facial photographic screening tool in a foster care population. *J Pediatrics* 2002; 141 (5): 712–717.
12. Vostanis P et al. Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health — findings from the GB national study. *Soc Psych and Psych Epidemiol* 2006; 41 (7): 509–514.
13. Roth B, Bailey B, Schmid M. Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Versorgungssituation in der Schweiz. *Psychologie & Erziehung* 2012; 1 (38): 9–16.
14. Copeland WE et al. Childhood psychiatric disorders and young adult crime: a prospective, population-based study. *Am J Psychiatry* 2007; 164 (11): 1668–1675.
15. Schmid M. Psychisch belastete Kinder in der Heimerziehung eine kooperative Herausforderung. In: *Integras: Leitfaden Fremdplatzierung*. 2013; Integras, Zürich: 142–160.
16. Beck N, Warnke A. Jugendhilfebedarf nach stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* 2009; 37 (1): 57–67.
17. Mccue Horwitz S 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): 188–198.
18. Swenson CC et al. Multisystemic therapy for child abuse and neglect: A randomized effectiveness trial. *J Fam Psychol* 2010; 24 (4): 497–507.
19. Rhiner B, Schmid M, Fürstenau U. MST CAN — Multisystemische Therapie Child Abuse and Neglect. Ein evidenzbasiertes Therapieverfahren im Bereich Kinderschutz. *Zeitschrift Kindesmisshandlung und Vernachlässigung* 2012; 15 (2): 112–125.
20. Schmid M, Fegert JM. Fremdplatzierte Kinder in Pflegefamilien und stationärer Jugendhilfe. In: Eggers, Fegert, Resch (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. 2012; Springer, Heidelberg: 63–74.
21. Conn AM et al.: Trends in child protection and out-of-home care. *Pediatrics* 2013; 132 (4): 712–719.
22. Pérez T et al. Zusammenhang zwischen interpersoneller Traumatisierung, auffälligem Bindungsverhalten und psychischer Belastung bei Pflegekindern. *Kindheit und Entwicklung* 2011. 20 (2): 72–82.
23. Gassmann Y. Pflegeeltern und ihre Pflegekinder. Empirische Analysen von Entwicklungsverläufen und Ressourcen im Beziehungsgeflecht. In: Rost DH (Hrsg.): *Pädagogische Psychologie und Entwicklungspsychologie*. 2009, Waxmann, Münster.
24. Rubin, DM et al. Placement stability and mental health costs for children in foster care. *Pediatrics* 2004; 113 (5): 1336–1341.
25. Schmid M. Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. 2007; Juventa, Weinheim.
26. Schmid M, Di Bella N. Sozialpädagogische Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in (teil-)stationären Settings. In: Schmid M et al. (Hrsg.): *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik*. 2012; Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen; 278–293.
27. Macdonald GM, Turner W. Treatment foster care for improving outcomes in children and young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; CD005649.
28. Gahleitner SB, Schleiffer R. Bindung und Trauma. In: Gahleitner, Hahn (Hrsg.): *Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfen*. Serie: Klinische Sozialarbeit, Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Band 3, 2010; Psychiatrie-Verlag, Bonn; 28–41.
29. Ryan J, Testa MF. Child maltreatment and juvenile delinquency: Investigating the role of placement and placement instability. *Children and Youth Services Review* 2005; 27 (3): 227–249.
30. Aarons GA et al. Behavior problems and placement change in a national child welfare sample: a prospective study. *J Am Acad Child & Adoles Psych* 2010; 49 (1): 70–80.
31. Lang B et al. Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. 2013; Beltz Juventa, Weinheim.
32. Schmid M. Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: «Traumasensibilität» und «Traumapädagogik». In: Fegert, Ziegenhain, Goldbeck (Hrsg.): *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung*. 2010; Juventa, Weinheim; 36–60.
33. Besier T, Fegert JM, Goldbeck L. Evaluation of psychiatric liaison-services for adolescents in residential group homes. *Eur Psych* 2009; 24 (7): 483–489.
34. Roos K, Petermann F. Kosten-Nutzen-Analyse der Heimerziehung. *Kindheit und Entwicklung* 2006; 15 (1): 45–54.