

# **Evaluation des Projektes „Hometreatment Aargau – Familienarbeit im Kanton Aargau“ Abschlussbericht**

Verfasser(innen):

Dr. Paula Krüger und Patrick Zobrist

Institut Sozialarbeit und Recht, Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Weitere Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter:

Yasemin Sen, Gabriela Lüthi-Schenk, Manuela Thomi, Benjamin Jenny, Daniela Gisler,  
Bruno Stalder und Katinka Gomez-Bugari



**Luzern, April 2015**



Luzern, 21. April 2015

Seite i

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

## Management Summary

Hometreatment Aargau (HotA) richtet sich mit seinem Angebot der aufsuchenden Familienarbeit an Familien in Multiproblemsituationen, insbesondere an Familien mit psychisch erkrankten Eltern und/oder Kindern. Die aufsuchende Familienarbeit ist fachärztlich geleitet/koordiniert und interdisziplinär ausgestaltet. Im Rahmen der Evaluation durch die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit wurden die Leistungen, der Nutzen, die Akzeptanz sowie die Effektivität der Angebote untersucht. Dabei wurde beurteilt, ob die gesetzten Projektziele in der 3-jährigen Pilotphase erreicht, insbesondere ob die definierte Zielgruppe versorgt werden konnte. Zu diesem Zweck wurde ein multiperspektivisches Evaluationsdesign gewählt, bei dem im Sinne der Methoden- und Datentriangulation eine Kombination von quantitativen (Basisdokumentation, Fragebögen, standardisierte Testverfahren) und qualitativen Verfahren (Experten- und Fokusgruppeninterviews) zum Einsatz gekommen ist. Im Mittelpunkt der Evaluation stand die Untersuchung der psychosozialen Problemlagen der Familien vor und nach der Intervention. Gestützt wurde sich dabei auf die Daten von betroffenen Familien, die zwischen Januar 2012 und Ende Oktober 2014 aufgenommen worden waren.

Im Laufe der 3-jährigen Pilotphase sind insgesamt 629 Anmeldungen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen bei HotA eingegangen, rund die Hälfte dieser Familien ist aufgenommen worden. Bei 42 % der betreuten Familien handelte es sich um Einelternfamilien, die Ausländerquote lag bei 25 %, und die Familien hatten mehrheitlich Kinder im Primarschulalter. Insgesamt waren in den Familien sich überlagernde Mehrfachproblematiken festzustellen: In 53 % der Familien war zumindest ein Elternteil psychisch erkrankt (inkl. Suchterkrankungen), in 33 % mindestens ein Kind. Insgesamt war in 71 % der Familien mind. ein Elternteil und/oder Kind psychisch erkrankt. 36 % der Eltern und 22 % der Kinder litten unter körperlichen Erkrankungen und/oder Behinderungen. Vorfälle häuslicher Gewalt waren in gut einem Viertel der Familien aufgetreten, und in 33 % war es zu mindestens einer Form der Kindesmisshandlungen gekommen bzw. es bestand ein entsprechender Verdacht. In 23 % der Familien bestand eine kriminelle Vorgeschichte (meistens des Kindsvaters).

Die vor der Familienarbeit von HotA standardisiert erhobenen Problemindikatoren in den Familien zeigten durchschnittlich als problematisch zu beurteilende Werte (GARF-Gesamtscore: 42,58; SDQ-Gesamtscore: 16,94; FB-A-Gesamtscore: 59,28). Nach der durchschnittlichen Interventionszeit von neun Monaten hatten sich diese Werte statistisch signifikant verbessert (GARF-Gesamtscore: 63,88; SDQ-Gesamtscore: 12,85; FB-A-Gesamtscore: 50,83). Die gefundenen Effekte waren mehrheitlich moderat. Darüber hinaus konnten die Kindeswohlgefährdung und Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit in der Zeit der Familienarbeit signifikant reduziert werden. In 65 % der Fälle sind die Ziele erreicht worden, in weiteren 18 % wurden sie teilweise erreicht. Die subjektive Zufriedenheit der Familien mit den Leistungen von HotA war hoch.

Insgesamt konnten die gesetzten Projektziele nach Einschätzung der Evaluatoren erreicht, die adressierte Zielgruppe adäquat versorgt werden. Der Bedarf ist ausgewiesen. Auch nach Abschluss der Pilotphase des Projektes sollten jedoch weitere konzeptionell-methodische Anpassungen vorgenommen werden, insbesondere erscheint die Einbettung von HotA in übergeordnete Versorgungssysteme notwendig. Dabei sollte jedoch der interdisziplinäre Charakter und die Position von HotA zwischen dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystem nicht aufgegeben werden.

## Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis .....	v
Abbildungsverzeichnis .....	vi
Abkürzungsverzeichnis .....	vii
Vorbemerkungen: Ausgangslage und Auftrag .....	1
1. Evaluationsgegenstand: Das Projekt „Hometreatment Aargau“ .....	2
2. Theoretische Eingrenzungen des zu evaluierenden Projektes: Was ist „Hometreatment“? .....	5
2.1. „Hometreatment“ – eine klinisch-psychiatrische Interventionsform .....	5
2.2. „Sozialpädagogische Familienbegleitung“ – eine sozialpädagogische Intervention .....	6
2.2.1. Problemstellungen, Leistungen und Ziele .....	7
2.2.2. Konzeptionell-methodische Ausrichtung von aufsuchender Familienarbeit .....	7
2.3. Forschungsstand: Studien zur Wirksamkeit bzw. Effektivität von Hometreatment und Sozialpädagogischer Familienhilfe .....	8
2.4. Indikationen .....	11
2.5. Zusammengefasste Ergebnisse des Zwischenberichts vom Juli 2013 .....	12
2.5.1. Aufnahmequote, soziodemografische Merkmale und psychosoziale Problemlagen der unterstützten Familien (Baseline-Erhebung zu Projektbeginn) .....	12
2.5.2. Verläufe aufsuchender Familieninterventionen bis März 2013 .....	13
2.5.3. Nutzen, Zufriedenheit und Akzeptanz von HotA bis März 2013 .....	13
2.5.4. Beurteilung und Empfehlungen (Stand: Juli 2013) .....	14
3. Evaluationsfragen und methodische Herangehensweise .....	14
3.1. Evaluationsfragen .....	14
3.2. Evaluationsdesign .....	15
3.3. Methoden und Instrumente .....	16
3.3.1. Verlaufs- und Leistungsdokumentation (Basisdokumentation) .....	16
3.3.2. Expertenaudit, standardisierte Befragung der Familien und Mitarbeitendenbefragung .....	20
4. Ergebnisse .....	21
4.1. Anmeldungen und aufgenommene Fälle .....	21
4.1.1. Grundlage der quantitativen Auswertungen .....	25
4.2. Sozio-demografische Merkmale der Familien .....	26
4.3. Involvierte Fachstellen und -personen .....	28
4.4. Psychosoziale Problemlage und Ziele der Familien vor und nach der Intervention .....	28

4.4.1.	Körperliche und psychische Gesundheit der Familienmitglieder .....	28
4.4.1.1.	Körperliche und psychische Gesundheit der Familienmitglieder vor der Intervention ....	28
4.4.1.2.	Körperliche und psychische Gesundheit der Familienmitglieder nach der Intervention ..	32
4.4.2.	Finanzielle Situation der Familien vor und nach der Intervention .....	35
4.4.2.1.	Funktionsniveau der Familien vor und nach der Intervention nach Einschätzung der HotA-Mitarbeitenden .....	37
4.4.2.2.	Gewalt und Delinquenz vor und nach der Intervention .....	38
4.4.2.3.	Ressourcen der Familien vor und nach der Intervention nach Einschätzung der HotA-Mitarbeitenden .....	40
4.4.2.4.	Ressourcen, Probleme und Funktionalität der Familien (Selbstbeurteilung) .....	41
4.4.3.	Ziele der Familien vor der Intervention und Zielerreichung nach Abschluss .....	45
4.5.	Potentielle Einflussfaktoren in der aufsuchenden Familienarbeit von HoTA .....	48
4.6.	Kindeswohlgefährdung vor und nach der Intervention nach Einschätzung der Akteure (Zuweiser[innen], HotA) .....	53
4.7.	Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit vor und nach der Intervention nach Ansicht der Akteure (Zuweiser[innen], HotA) .....	55
4.8.	Konzeptevaluation des Angebots für Migrantenfamilien .....	57
4.9.	Nutzen, Zufriedenheit und Akzeptanz von HotA: Beurteilung durch die Anspruchsgruppen, Expert(inn)en und HotA selbst .....	64
4.9.1.	Beurteilung der aufsuchenden Familienarbeit durch die betroffenen Familien .....	64
4.9.2.	Beurteilung der aufsuchenden Familienarbeit durch ausserkantonale Expert(inn)en .....	66
4.9.3.	Selbstbeurteilung der aufsuchenden Familienarbeit durch die HotA- Familienarbeiter(innen) .....	67
4.10.	Limitationen .....	69
5.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen .....	70
5.1.	Leistungen von HotA .....	70
5.1.1.	Ambulante Versorgung von Multiproblemfamilien .....	70
5.1.2.	Professionelle Indikationsstellung .....	71
5.1.3.	Qualitativ hochstehende aufsuchende Interventionen für Multiproblemfamilien und deren Koordination .....	72
5.1.4.	„Schlanke“ und effiziente Strukturen und Abläufe .....	73
5.2.	Zufriedenheit, Nutzen und Akzeptanz .....	74
5.2.1.	Unterstützung und Entlastung der professionellen Akteure, verbesserte Wirkung durch Kooperation sowie Verbesserung der Versorgungssituation .....	74
5.2.2.	Verbesserung der psychosozialen Lage der Familien – Beurteilung der Zufriedenheit mit, des Nutzens sowie der Akzeptanz von HotA durch die Betroffenen .....	75

Luzern, 21. April 2015

Seite iv

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

5.3. „Effektivität“ der Familienarbeit: Verbesserung der psychosozialen Problemlagen der Familien, Verminderung von Kindeswohlgefährdungen, Vermeidung von Fremdplatzierungen .....	75
6. Fazit .....	76
7. Literatur .....	77

**Anhang A: Arbeitspapier Departement Gesundheit und Soziales, Fachstelle Familie und Gleichstellung vom 18. Juli 2013**

**Anhang B: Ergänzende Tabellen**

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1: Methodisches Selbstverständnis der HotA-Mitarbeitenden (Stand: Sommer 2013) .....	4
Tabelle 4.1: Anmeldungen 2012-2014 (ohne pendente Fälle) .....	22
Tabelle 4.2: Logistische Regression „Fallaufnahme“ .....	24
Tabelle 4.3: Datengrundlage Auswertungen Abschlussbericht .....	25
Tabelle 4.4: Psychische Erkrankungen der Eltern in den Familien bei Fallaufnahme .....	28
Tabelle 4.5: ICD-10-Diagnosegruppen „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kindseltern, prä) .....	29
Tabelle 4.6: ICD-10-Diagnosegruppen „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kinder, prä, n = 82) .....	30
Tabelle 4.7: ICD-10-Diagnosegruppen „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kindseltern, post) .....	33
Tabelle 4.8: ICD-10-Diagnosegruppen „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kinder, post) .....	34
Tabelle 4.9: Zielerreichungsgrad (N = 121) .....	46
Tabelle 4.10: Potentielle „Einflussfaktoren“ der Familienbegleitung .....	49
Tabelle 4.11: Parameterschätzungen der signifikanten $\beta$ -Pfadkoeffizienten .....	52
Tabelle 4.12: Durchschnittlicher Grad der Kindeswohlgefährdung nach Einschätzung der Melder(innen) und der HotA-Mitarbeitenden (Kind 1-Kind 3) .....	54

Luzern, 21. April 2015  
Seite vi  
Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1: Kontraindikationen für Sozialpädagogische Familienhilfe (Blüml et al. 1994; Grafik nach Helming, 2002, S. 71).....	11
Abbildung 3.1: Evaluationsdesign.....	18
Abbildung 4.1: Alter der minderjährigen Kinder im Haushalt (N = 430).....	27
Abbildung 4.2: GARF-Werte vor und nach der Intervention.....	38
Abbildung 4.3: Einschätzung der Ressourcen der Familien durch die HotA-Mitarbeitenden vor und nach der Intervention .....	41
Abbildung 4.4: Verhaltensauffälligkeiten und -stärken (SDQ-Elternbogen prä, post; ohne prosoziales Verhalten; N = 41) .....	43
Abbildung 4.5: Verhaltensauffälligkeiten und -stärken (SDQ-Elternbogen post, follow-up; N = 11).....	44
Abbildung 4.6: Familienfunktionalität im FB-A Elternurteil (prä, post; N = 50-51).....	45
Abbildung 4.7: Pfadmodell „GARF-Gesamtscore-Differenz (prä, post)“ .....	51



## Abkürzungsverzeichnis

d	Effektgrösse d (unabhängige Stichproben)
$d_z$	Effektgrösse $d_z$ (abhängige Stichproben)
FB-A	Allgemeiner Familienbogen
FC	Familiencoaching
GARF	Global Assessment of Relational Functioning
HotA	Hometreatment Aargau
KE	Kindseltern
KM	Kindsmutter
KOFA	Kompetenzorientierte Familienarbeit
KV	Kindsvater
M	Arithmetisches Mittel
Mdn	Median
n, N	Absolute Anzahl
OR	Odds Ratio
p	Signifikanzwert (Angaben beziehen sich immer auf den 2-seitigen Signifikanzwert)
Phi, $\Phi$	Assoziationsmass für nominalskalierte Merkmale
r	Korrelationskoeffizient r
RR	Relative Risk
SD	Standardabweichung
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SpF	Sozialpädagogische Familienbegleitung
SPFH	Sozialpädagogische Familienhilfe

## **Evaluation des Projektes „Hometreatment Aargau – Familienarbeit im Kanton Aargau“**

### **Vorbemerkungen: Ausgangslage und Auftrag**

Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit wurde mit der formativen und summativen Evaluation des Projektes „Hometreatment Aargau – Familienarbeit im Kanton Aargau“ (HotA) während der dreijährigen Projektdauer von November 2011 bis Oktober 2014 beauftragt. Als Auftraggeber zeichnet die Firma „Hometreatment Organisation HTO GmbH“ mit Sitz in Aarau, die Trägerschaft von HotA. Grundlage der Evaluation ist die Offerte der Hochschule Luzern vom 08. April 2011 und die Vereinbarung zwischen dem Auftraggeber und der Hochschule Luzern vom 16. November 2011. Im Juli 2013 wurde ein ausführlicher Zwischenbericht erstattet, der im Sinne einer Baseline-Erhebung die von HotA adressierte Zielgruppe ausführlich beschrieben und die Stärken und Schwächen des Projektes identifiziert hat (Krüger & Zobrist, 2013). Die zusammengefassten Erkenntnisse des Zwischenberichts finden sich im Kapitel 2.5.

Der vorliegende Schlussbericht konzentriert auf die Aussagen zu den Leistungen von HotA sowie der Effektivität der aufsuchenden Familienhilfe. Das Evaluationsprojekt dient sowohl der internen Standortbestimmung für die Geschäftsleitung von HotA als auch der externen Legitimation.

Die Evaluation wurde von den Autor(inn)en unter der Mitarbeit von Yasemin Sen, Gabriela Lüthi-Schenk und Manuela Thomi (studentische Mitarbeiterin resp. Projektpraktikantinnen Zwischenbericht 2013), Daniela Gisler und Bruno Stalder (studentische Mitarbeitende resp. Projektpraktikant[inn]en Schlussbericht) sowie Katinka Gomez-Bugari und Benjamin Jenny (Projektmitarbeitende Schlussbericht) durchgeführt. Der vorliegende Bericht wurde von den Evaluatoren in Orientierung an den einschlägigen Standards der Evaluationsforschung verfasst und berücksichtigt insbesondere die Ansprüche an Korrektheit, Genauigkeit und Vollständigkeit der Aussagen. Die Evaluatoren sind vom Auftraggeber und weiteren Akteuren im Umfeld von HotA unabhängig und ohne Interessenbindungen. Die im Bericht aufgeführten Ergebnisse stützen sich auf die von HotA eingereichten Materialien sowie auf die durch die Evaluatoren durchgeführten Befragungen (telefonische Nachbefragung der Familien, Gruppeninterview mit ausserkantonalen Expert[inn]en). Im Zusammenhang mit der Datenerhebung und -auswertung von schützenswerten Personendaten haben sich sämtliche an der Evaluation beteiligten Personen gegenüber dem Auftraggeber schriftlich zum strikten Stillschweigen und Schutz der verarbeiteten Daten verpflichtet. Die betroffenen Personen wurden von HotA schriftlich und mündlich über die Rahmenbedingungen der Evaluation, Datenschutzaspekte sowie über die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Evaluation informiert; sie haben der Verarbeitung ihrer Daten schriftlich zugestimmt. Die Rohdaten der Expertenbefragung aus den Anspruchsgruppen von HotA verbleiben im Besitz der Hochschule Luzern und werden weder dem Auftraggeber noch Dritten zugänglich gemacht. Die Ethikkommission der Nordwest- und Zentralschweiz hat am 21. Juli 2014 festgehalten, dass das Projekt nicht dem neuen Humanforschungsgesetz (ab 01. Januar 2014) unterstellt und prüfungspflichtig ist und festgestellt, dass die eingereichten Unterlagen den einschlägigen ethischen Grundsätzen entsprechen.

Der vorliegende Schlussbericht ist in sechs Kapitel gegliedert. Nach einer einführenden Darstellung des Projektes HotA (Kap. 1), der Einbettung desselben in die aktuelle Fachdiskussion sowie der zusammengefassten Darstellung des Kurzberichtes (Kap. 2) werden das Evaluationsdesign sowie die verwendeten Methoden und Instrumente vorgestellt (Kap. 3). Anschliessend folgen die Darstellung und Diskussion der Ergebnisse (Kap. 4) sowie Schlussfolgerungen und die aus den Befunden abgeleiteten Empfehlungen (Kap. 5). Der Schlussbericht schliesst mit einem kurzen Fazit (Kap. 6).

## 1. Evaluationsgegenstand: Das Projekt „Hometreatment Aargau“

„Die psychosoziale Versorgung von Multiproblemfamilien ist im Kanton Aargau nicht befriedigend gelöst. [...] Aufsuchende Familienarbeit wird vielerorts als neue vielversprechende Behandlungsform an der Schnittstelle zu ausserfamiliären Lösungen propagiert. [...] Ziel ist erstens eine unabhängige, schlank und rasch funktionierende Triage- und Leitungsstelle aufzubauen und zweitens unter deren Dach mehrere ergänzende Formen aufsuchender Familienarbeit zu vereinen“ (HotA, 2011, S. 1).

„HotA bietet ein Hometreatment im Übergangsbereich zwischen Sozialpsychiatrie und Sozialpädagogik an. Einerseits werden die IndexpatientInnen mit psychiatrischer Erkrankung im aufsuchenden Kontext mit spezifischen therapeutischen Interventionen unterstützt, andererseits profitieren gleichzeitig auch die Angehörigen, insbesondere die Kinder, von begleitenden sozialpädagogischen Hilfestellungen. Die spezifischen Bedürfnisse der Familie werden genau erfasst, und die vorhandenen Ressourcen aktiviert. Die Arbeit erfolgt bei Hometreatment ausgesprochen transdisziplinär: Diagnostik, Zielerarbeitung und Behandlung erfolgt in Zusammenarbeit mit bereits involvierten Fachstellen. Die Arbeit von HotA selbst umfasst multimodal psychiatrische, sozialpädagogische, heilpädagogische sowie psychologische Interventionsformen“ (HotA, 2013a, S. 1).

Laut des Grobkonzepts erfolgte die Gründung von HotA in der Absicht, für Familien mit mehrfachen psychosozialen Belastungen nach einer gezielten Triage und Indikation verschiedene Formen von fachärztlich/pädagogisch koordinierter aufsuchender Familienarbeit anzubieten (vgl. HotA, 2011). Laut Konzept werden primär Kinder und Jugendliche sowie Eltern in ihren Familiensystemen adressiert, wobei die psychosozialen Probleme sowohl auf Kinder- als auch auf Elternebene vorliegen können. Im Fokus der aufsuchenden ambulanten Interventionen stehen psychische Erkrankungen von Kindern oder eines Elternteils, erzieherische Überforderung, Kindswohlgefährdung, Konflikte mit Schulen/Behörden/sozialem Umfeld, Rückgliederung nach Fremdplatzierung, erschwerten Lebensumständen (sozial, beruflich, finanziell), Sucht, Gewalt, Integrationsprobleme bei Migration, innerfamiliäre Konflikte, Sorgerechtskonflikte (vgl. [www.hota.ch](http://www.hota.ch)).

Das Konzept sieht vor, dass durch die Leistungen von HotA psychiatrische, pädagogische und soziale Felder abgedeckt werden und eine enge Vernetzung mit den Institutionen des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesens bestehen soll. Die Position von HotA in der Versorgungskette wurde als „intermediär“, zwischen den ambulanten und stationären Angeboten verortet. Die Leistungen von HotA sollen erst dann zum Einsatz gelangen, wenn die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft worden sind.

Als Kontraindikationen für die aufsuchenden Interventionen in den Familien hat HotA die folgenden Problemstellungen umrissen:

- Familienarbeit, obwohl eine Fremdplatzierung indiziert wäre,
- HotA als Kindes- und Erwachsenenschutzrechtliche Abklärung,
- fehlende Kooperation der Familie,
- fehlende Deutschkenntnisse,
- schwere Delinquenz oder schwere Suchterkrankungen,
- akute psychiatrische Erkrankungen (Psychosen), Selbst-/Fremdgefährdung.

Auf übergeordneter Ebene will HotA durch seine Angebote zusammengefasst die folgenden Ziele bei den zu versorgenden Familien und im Gesamtsystem erreichen:

- ambulante aufsuchende Versorgung von Multiproblemfamilien,
- professionelle Indikationsstellung,

Luzern, 21. April 2015

Seite 3/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

- qualitativ hoch stehende aufsuchende Interventionen für Multiproblemfamilien und deren Koordination,
- „schlanke“ und effiziente Strukturen und Abläufe,
- Unterstützung der professionellen Akteure bei der Indikationsstellung,
- Entlastung der professionellen Akteure,
- verbesserte Wirkungen durch Kooperation,
- Verbesserung der Versorgungssituation im psychiatrischen/sozialpädagogischen Übergangsbereich,
- Verbesserung der psychosozialen Lage der Familien und psychisch kranken Menschen in ihren Familien,
- Verminderung der Kindeswohlgefährdung,
- Vermeidung von Fremdplatzierungen (vgl. HotA, 2011; www.hota.ch).

Während in der ersten Projektphase die Angebote von HotA in die drei verschiedenen Formen „Familiencoaching“, „Sozialpädagogische Familienbegleitung“ und „Kompetenzorientierte Familienarbeit (KOFA)“ getrennt worden waren, versteht HotA seine Leistungen seit einer Konzeptentwicklung als Folge des Zwischenberichts der Evaluatoren seit Herbst 2013 als „transdisziplinäres Hometreatment“ mit multimodalen psychiatrischen, sozialpädagogischen, heilpädagogischen und psychologischen Interventionen. Anstelle der vorangehenden Angebotskategorisierung hat HotA das Profil der Leistungen für verschiedene Gruppen ausdifferenziert und zielgruppen- sowie störungsspezifische Angebote entwickelt:

- Familien mit Migrationshintergrund: spezifisches Behandlungskonzept, welches die sprachlichen Barrieren und die kulturspezifischen Bedürfnisse abdecken will
- Dauerbegleitung bei ausgeprägten chronisch-psychiatrischen Erkrankungen: weitergehende Interventionen als lösungs- und kurzfristige Ausrichtung der bestehenden Familienarbeit – in Abstimmung mit weiteren ambulanten Betreuungsangeboten
- ADHS-betroffene Familien: spezifische Interventionsansätze
- Familien mit depressiv erkrankten Müttern: ressourcen- und kooperationsorientierte Interventionen, Einsatz von Videofeedback
- Mütter mit emotional instabiler Persönlichkeit: Fokus auf Beziehungsgestaltung und Krisenstabilität
- Mütter mit psychotischen Erkrankungen: konstante Begleitung, soziale Vernetzung und Reduktion von Stressoren
- Eltern mit begrenzten intellektuellen Ressourcen

(vgl. HotA, 2013b, S. 3f.).

Methodisch positioniert sich HotA mit seinen Leistungen ab Halbzeit des Projektes wie folgt:

„Die gemeinsame Grundhaltung der Therapeuten bei HotA ist gekennzeichnet durch therapeutische Werteneutralität, durch situative methodische Flexibilität, durch Ressourcen- und Resilienzorientierung. Daraus resultiert eine systemisch-lösungsorientierte Denk- und Handlungsweise, die von allen Mitarbeitern von HotA angewandt wird. Massgeschneiderte Interventionen sollen beim Kind und bei den Eltern eine Reduktion von dysfunktionalen Mustern bewirken, indem sie auf Interaktionen und Dynamiken in der Familie fokussieren und vor Ort umsetzbar werden. Die Behandlung von Kindern und Erwachsenen erfolgt durch dieselbe Therapeutin bzw. denselben Therapeuten und auch die fallbegleitende Leitungsperson bleibt in der Regel die gleiche. Das Methodenrepertoire der Mitarbeitenden ist multimodal. Die prozess- und motivationsorientierte Arbeit erfolgt unter partnerschaftlichem Einbezug der Inexpatienten und ihrer Familien. Die Diagnostikphase erfolgt transparent unter Einbezug der Familie und führt zur Formulierung der individuellen Behandlungsziele. Diese werden in Standortbestimmungen regelmässig evaluiert

Luzern, 21. April 2015  
Seite 4/82  
Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

und angepasst. Die FamilienarbeiterInnen von HotA werden mit fachärztlich-psychotherapeutischer Fallbegleitung und mit systemisch-lösungsorientierter Supervision angeleitet“ (HotA, 2013a, S. 1).

HotA wird fachärztlich und pädagogisch in Co-Leitung geführt, und die Leistungen werden von einem interdisziplinären Team erbracht. Dieses setzt sich aus Fachpersonen der Medizin, Psychologie, Sozialen Arbeit sowie der Heilpädagogik zusammen. Sie erbringen die Kernleistungen. Diese Fachpersonen verfügen über spezifische Aus- und Weiterbildungen sowie über Erfahrung in der Arbeit mit Familien. Die administrativen Supportprozesse bei HotA werden von Fachpersonen mit juristischem und betriebsökonomischem Berufshintergrund geleistet. Die folgende Tabelle 1.1 gibt einen Überblick über das breite fachliche und methodische Selbstverständnis der HotA-Mitarbeiter(innen), die direkt mit den Familien arbeiten.

*Tabelle 1.1: Methodisches Selbstverständnis der HotA-Mitarbeitenden (Stand: Sommer 2013)*

<b>Professionelle und theoretische Hintergründe:</b>	Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Heilpädagogik, Psychologie (teilweise in Kombination)
<b>Grundvariablen und Haltungen:</b>	Werteneutralität Situative methodische Flexibilität Ressourcen- und Lösungsorientierung Resilienzorientierung
<b>Methoden und Techniken:</b>	Systemisch-lösungsorientierte Beratung Marte-Meo-Methodik (Video) Verhaltenstherapeutische Interventionen Konfrontative Pädagogik Psychotherapeutische Techniken Familientherapeutische Techniken Psychoedukation Heilpädagogische Interventionen
<b>Spezifisch adressierte Problemstellungen:</b>	Psychisch erkrankte Eltern Psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche, ADHS
<b>Supervision:</b>	Fachärztliche Fallsupervision und stetige Begleitung der Fälle Systemisch-lösungsorientierte und psychotherapeutische Supervision

Die Kosten der Leistungen von HotA werden durch die Krankenversicherung und durch Beiträge aus dem Lotteriefonds getragen. Die Trägerschaft von HotA ist wirtschaftlich selbständig und als gemeinnützige GmbH ausgestaltet. Die fachliche Vernetzung erfolgt über die Begleitgruppe, in der die wichtigsten Anspruchsgruppen von HotA vertreten sind. HotA hat eine Leistungsvereinbarung mit dem Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau abgeschlossen ([www.hota.ch](http://www.hota.ch)).<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Zur Einordnung von HotA in den sozialpolitischen Kontext des Kantons Aargau vgl. das Arbeitspapier des Departements Gesundheit und Soziales, Fachstelle Familie und Gleichstellung vom 18. Juli 2013 im Anhang A.

## 2. Theoretische Eingrenzungen des zu evaluierenden Projektes: Was ist „Hometreatment“?

### 2.1. „Hometreatment“ – eine klinisch-psychiatrische Interventionsform

Bei „Hometreatment“ handelt es sich – aus gesundheitsbezogener Sicht – um aufsuchende, im Wohnumfeld der Familie erbrachte ambulante Behandlungsleistungen. Diese Behandlungsform geht auf gemeindepsychiatrische Pilotprojekte zurück, die in Zusammenhang mit Psychiatriereformen stehen (vgl. Briner & Erlinger, 2013, S. 163). Hometreatment wird (sofern man es begrifflich eng fasst) in der Medizin als Ersatz für eine stationäre Akutbehandlung verstanden, wobei der Begriff „Hometreatment“ im psychiatrischen Verständnis nicht kontinuierlich stattfindet, sondern sich auf Krankheitsepisoden und Krisensituationen bezieht (vgl. ebd.). Hometreatment kommt jedoch nicht nur im psychiatrischen Feld zum Einsatz, in der Literatur wird auch die Indikation bei somatischen Problemen diskutiert (vgl. u. a. Balaguer & González de Dios, 2012). Die aufsuchenden Interventionen sollen die stationären Aufenthaltstage reduzieren oder ganz verhindern (Becker, Hoffmann, Puscher & Weinmann, 2008, S. 127). Dabei scheint es für die Wirkung von Bedeutung zu sein, dass regelmässige Besuche stattfinden und die medizinische und soziale Hilfe nicht aufgeteilt wird (vgl. Briner & Erlinger 2013, S. 165).

Wie sich die „Behandlung zu Hause“ inhaltlich-methodisch gestaltet, bleibt bei dieser Begriffseingrenzung offen. Es ist davon auszugehen, dass mit Hometreatment primär ein Behandlungssetting definiert wird, dessen methodischer Zugang darin besteht, dass die Behandelnden die Patient(inn)en zu Hause aufsuchen und als prozessbezogenes Ziel die stationären Aufenthaltstage reduziert oder verhindert werden sollen. Ein Kennzeichen von Hometreatment ist, dass es durch ein multiprofessionelles Team durchgeführt wird (vgl. Briner & Erlinger, 2013, S. 164). Nach Schmidt, Lay, Göpel, Naab und Blanz (2006), kann Hometreatment als Alternative zu einer stationären Behandlung eingesetzt oder im Anschluss an eine stationäre Behandlung zur Aufrechterhaltung der Stabilität genutzt werden. Die Autor(inn)en benennen die folgenden Prinzipien als Bestandteile eines *kinder-/jugendpsychiatrischen* Hometreatment-Programms:

- Die massgeschneiderten Interventionen versuchen, beim Kind eine Reduktion der Symptome zu erreichen, sie fokussieren auf die Interaktionen und Dynamiken in der Familie und sie finden zu Hause statt.
- Die Symptome werden im systemischen Sinne verstanden und behandelt; das Methodenrepertoire ist multimodal.
- Die Behandlung von Kindern und Erwachsenen erfolgt durch dieselbe Therapeutin bzw. denselben Therapeuten, die therapeutische Kontinuität ist von Bedeutung (ebd.).

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz wird der Begriff „Hometreatment“ sowohl für psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen als auch für beraterische und sozialpädagogische Interventionen bei Kindern, Jugendlichen und Familien an ihrem Wohnort verwendet. Zum Angebot des kinder- und jugendpsychiatrischen Hometreatments zählen beispielsweise im Kanton Thurgau „[t]herapeutische Gespräche und Interventionen (Eltern, Kinder, ganze Familie), Hilfestellungen in Erziehungsfragen, Unterstützung im Strukturieren der Familienarbeit (Tages-/Wochenablauf), Begleitung im Kontakt zum Umfeld (Schule, Kindergarten, Behörde), Hilfe im Umgang mit psychischer Erkrankung“. Diese Angebote werden unter dem Begriff „aufsuchende Familientherapie (Hometreatment)“ geführt (vgl. <http://www.stgag.ch/psychiatrische-dienste-thurgau/angebot-finder/kinder-jugendpsychiatrie/aufsuchend/aufsuchende-familientherapie-hometreatment.html>). Im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Kantons Solothurn wird der Fokus auf die Bewältigung des Alltags bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung des Kindes gelegt. Diese Interventionsform unterscheidet sich von der sozialpädagogischen Familienbegleitung, weil der erwähnte Bewältigungsfokus im Vordergrund stehe (vgl. <https://www.so-h.ch/psychiatrische-dienste/institute/kinder-und-jugendpsychiatrie/ambulantes-angebot/hometreatment.html>). Diese An-

Luzern, 21. April 2015

Seite 6/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

gebotscharakterisierungen zeigen, dass durch den Begriff Hometreatment weder die „Störungs- und Problempalette“ präzise eingegrenzt wird noch die eingesetzten Methoden eindeutig bezeichnet sind. Ebenfalls bleibt unklar, inwiefern sich ein Hometreatment von einer sozialpädagogischen Familienbegleitung unterscheiden lässt. Ein übergeordnetes Kennzeichen ist jedoch der Ort der Behandlung: Die Interventionen finden aufsuchend, d. h. im sozialen Nahraum der betroffenen Patient(inn)en und ihrer Angehörigen statt.

Das Projekt „Hometreatment Aargau“ positioniert sich institutionell und bezogen auf das Versorgungssystem, wie bereits ausgeführt, in den „Zwischenräumen“ des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystems. Die ärztliche Leitung und die Finanzierung über die Krankenkasse koppelt HotA jedoch primär an das Gesundheitswesen. Das inhaltlich-methodische Angebot von HotA beinhaltet einerseits die psychiatrische Indikationsstellung und andererseits die Durchführung von sozialpädagogisch/therapeutisch ausgerichteten und fachärztlich/pädagogisch geleiteten aufsuchenden Familieninterventionen. Gemäss dem methodischen Selbstverständnis der HotA-Mitarbeitenden sind die bei den Familien durchgeführten Leistungen nicht nur im kinder- und jugendpsychiatrischen sowie sozialpsychiatrischen Versorgungsfeld zu lokalisieren, sondern auch sozialarbeiterisch/sozialpädagogisch fundiert (vgl. Tab. 1.1). Aus diesem Grund bietet es sich an, die Angebote von HotA in theoretischer Hinsicht nicht ausschliesslich medizinisch-therapeutisch, sondern auch (sozial-)pädagogisch/sozialarbeiterisch einzuordnen.

## **2.2. „Sozialpädagogische Familienbegleitung“ – eine sozialpädagogische Intervention**

„Sozialpädagogische Familienbegleitung“ zählt laut einem Expertenbericht zu den Grundleistungen der Kinder- und Jugendhilfe in der Schweiz und versteht sich als ambulante Leistung, „die in der Wohnung [...] von Familien stattfinde[t] und primär auf eine Unterstützung der elterlichen Erziehungs- und Kommunikationsfähigkeiten“ ausgerichtet ist (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2012, S. 82 mit weiteren Verweisen). In der Schweiz wird diese Hilfeform als „Sozialpädagogische Familienbegleitung“ (neuerdings auch „Familienarbeit“, vgl. Cassée, Los-Schneider & Spanjaard, 2009) bezeichnet, während in Deutschland von „Sozialpädagogischer Familienhilfe“ gesprochen wird. Inhaltlich-konzeptionell sind beide Ansätze identisch (ebd.). Die Ursprünge dieser Interventionsform liegen in Deutschland in den Bestrebungen um die De-Institutionalisierung der Kinder- und Jugendhilfe und Psychiatrie am Ende der 1960er Jahre (Schattner, 2007, S. 595). In der Schweiz wurde die Sozialpädagogische Familienbegleitung in der Mitte der 1980er Jahre eingeführt ([www.spf-fachverband.ch](http://www.spf-fachverband.ch)). Allerdings bestehen in der Umsetzung prozessuale und strukturelle Unterschiede zwischen den beiden Ländern: In Deutschland werden nach Einschätzungen von Petko (2004, S. 24) im Rahmen der Sozialpädagogischen Familienhilfe intensivere und längerfristige Einsätze geleistet als dies in der Schweiz der Fall ist, wobei er sich in Bezug auf die Situation in der Schweiz auf keine Statistik stützen konnte. Laut der deutschen Kinder- und Jugendhilfestatistik beträgt der wöchentliche Zeitaufwand in den Familien durchschnittlich 10 Stunden pro Woche (2-20 h wöchentlich), die Intervention dauert durchschnittlich 16 Monate, die Hälfte wird in den ersten zwölf Monaten beendet, ein Fünftel dauert über 24 Monate (vgl. Schattner 2007, S. 594, 603). Zur Situation in der Schweiz berichtet der Fachverband Sozialpädagogische Familienbegleitung mit 2,35 Stunden pro Woche von einer deutlich kürzeren durchschnittlichen Einsatzzeit in den Familien. Die Laufzeit der Intervention wurde hier nicht genannt.

Rechtlich ist die Sozialpädagogische Familienhilfe in Deutschland als eigenständige und formal durch die Kinder- und Jugendhilfe zu finanzierende Hilfeform definiert. In der Schweiz ist die Sozialpädagogische Familienbegleitung (wie ähnliche Interventionsformen) in verschiedenen rechtlichen Ausgangskonstellationen und entsprechenden juristischen und finanziellen Rahmenbedingungen denkbar (Sozialhilfe, Jugendstrafrecht, zivilrechtlicher Kinderschutz, Bildungsgesetzgebung, öffentliche Gesundheitsversorgung etc.).

### **2.2.1. Problemstellungen, Leistungen und Ziele**

Als Indexprobleme bei aufsuchenden Familieninterventionen werden meistens destabilisierende Familiensituationen genannt, die durch Krankheiten, Trennung/Scheidung, soziale Probleme, problematische Kommunikationsformen in der Familie, mangelnde Erziehungskompetenzen der Eltern und/oder Gewaltsituationen gekennzeichnet sind (vgl. Schweizerische Eidgenossenschaft, 2012). Sozialpädagogische Familienbegleitung adressiert vorwiegend Familien in sogenannten „Multi-problemlagen“ (Schuster, 1997, S. 39ff.; Schattner, 2007, S. 595). In Deutschland richtet sich die Sozialpädagogische Familienhilfe laut Statistik primär an Alleinerziehende sowie Familien mit mehreren Kindern (Richter, 2013, S. 388). Auch die durch Mitglieder des Schweizerischen Fachverbands SpF betreuten Familien sind mehrheitlich alleinerziehende Mütter (vgl. SpF, 2013). Die in Deutschland in diesen Familien am häufigsten festgestellten Probleme sind Erziehungsschwierigkeiten und Entwicklungsauffälligkeiten der Kinder sowie Beziehungsprobleme (Petko, 2004, S. 93; Schattner, 2007, S. 595). Der schweizerische Fachverband SpF schätzt Probleme bei der Erziehung, Tagesstruktur und Schulprobleme als die häufigsten Anlässe ein, weshalb eine sozialpädagogische Familienbegleitung eingesetzt wird.

Zu den Leistungen der Sozialpädagogischen Familienhilfe gehören nach Rothe (2011, S. 107):

- Stärkung der elterlichen Kompetenzen,
- Entdeckung gemeinsamer Interessen und Ziele in der Familie,
- Selbstkompetenzstärkung,
- Umgang mit Benachteiligung sowie soziale Integration,
- Förderung der Autonomie und Selbsthilfe,
- Stärkung des Verantwortungsbewusstseins der Eltern,
- Vermeiden stationärer Interventionen.

Das übergeordnete Ziel liege darin, „die Bedingungen des Aufwachsens junger Menschen durch die Entwicklung der Erziehungs- und Lebensführungskompetenzen der Eltern (Sorgeberechtigten) zu verbessern. Eine fühlbare Entlastung und die Anerkennung der von den Eltern erbrachten Bewältigungsleistungen sind dazu oft wichtige Voraussetzungen“ (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2012, S. 83). Eine Fremdunterbringung soll durch die Intervention vermieden werden (ebd.).

### **2.2.2. Konzeptionell-methodische Ausrichtung von aufsuchender Familienarbeit**

Von ihrer konzeptionell-methodischen Ausrichtung her versucht aufsuchende Familienarbeit, „vorwiegend Entwicklungsdefizite zu kompensieren, deren Ursache in der Regel in einem Mangel an sozialer Nähe und/oder sozialer Verantwortung in der Familie und Gemeinwesen liegen“ (Rothe, 2011, S. 15f.). Zu unterscheiden ist (1) zwischen mehrheitlich offen strukturierten und methodisch flexibel durchgeführten Leistungen, wie beispielsweise der Sozialpädagogischen Familienbegleitung, und (2) den eher strukturierten und modularisierten Angeboten; zu Letzteren zählen z. B. die Kompetenzorientierte Familienarbeit (KOFA) von Cassée et al. (2009) oder eher therapeutisch ausgerichtete aufsuchende Interventionskonzepte wie das Programm für Kinder psychisch kranker Eltern von Lenz (2010) oder die hoch strukturierte „Multisystemische Familientherapie“ (MST) von Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland und Cunningham (2009), welches sich an Jugendliche und ihre Familien richtet, bei denen starke externalisierende Verhaltensauffälligkeiten vorliegen.

Die Interventionen von HotA sind konzeptionell eher im methodisch offenen Modus einzugliedern, wenn auch Elemente aus modularisierten Methoden erkennbar sind. Aus methodischer Perspektive kann konstatiert werden, dass keine Einheitlichkeit darüber besteht, welche Methoden im Rahmen von offen strukturierten Interventionen eingesetzt werden sollen. In der Literatur wird meistens darauf verwiesen, dass systemische, ressourcenorientierte und ggfs. lerntheoretisch fundierte Me-



Luzern, 21. April 2015

Seite 8/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

thoden zum Einsatz gelangen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ], 1998). Petko (2004, S. 44) hält fest, dass die Handlungstechniken aus therapeutischen Disziplinen übernommen werden und eine hohe methodische Breite und Flexibilität, die auch als „Unsicherheit“ bezeichnet werden könnte, beobachtet wird (ebd.). „Die Hilfsansätze von SPFH reichen [...] von lebenspraktischer Haushaltshilfe bis zu quasi-therapeutischer Intervention“ (Petko, 2004, S. 26). Diese konzeptionelle Anlage der Sozialpädagogischen Familienbegleitung bedingt eine Aushandlung und methodische Indikation im Einzelfall:

„Beschäftigt man sich mit dem inhaltlichen Stand der Entwicklung der Sozialpädagogischen Familienhilfe heute, so wird klar, dass trotz aller Orientierung an systemischen Ansätzen, an Ressourcenorientierung und Empowerment in dieser Hilfeform, bedingt durch die Intensität der Hilfe, etliche Ambivalenzen und Widersprüche entstehen, die im Grunde nicht lösbar sind, sondern nur jeweils im Einzelfall ausgehandelt und balanciert werden können“ (Helming, 2000, zit. nach Petko, 2004, S. 25f.).

Ergänzt man die skizzierten kinder- und jugendpsychiatrischen sowie sozialpädagogischen Verständnisse von Hometreatment durch Formen der aufsuchenden Psychotherapie im Rahmen der gemeindepsychiatrischen Versorgung und/oder mit aufsuchender Familientherapie (vgl. z. B. Reiner, Scholz, Joos & Ritscher, 2005), so wird noch einmal deutlich, dass im Arbeitsfeld Hometreatment keine einheitliche konzeptionelle und methodische Ausrichtung festgestellt werden kann und geradezu methodischer „Wildwuchs“ vermutet werden darf. Pothmann und Trede (2014, S. 199) weisen auf „sehr unterschiedliche Konzeptqualitäten für eine relativ grosse Bandbreite familiärer Problemlagen von ‚Kontrollaufträgen‘ in Kinderschutzfällen bis zu ‚Clearingaufträgen‘ für personell unterbesetzte Soziale Dienste [...]“ hin. Insofern sind Studien zur Wirkung und Wirksamkeit von Hometreatment und Sozialpädagogischer Familienbegleitung kritisch daraufhin zu prüfen, unter welchen zeitlichen Rahmenbedingungen, welche Zielgruppen mit welchem (einheitlichen!) Methodenrepertoire durch welche Fachpersonen behandelt/beraten/betreut worden sind.

### **2.3. Forschungsstand: Studien zur Wirksamkeit bzw. Effektivität von Hometreatment und Sozialpädagogischer Familienhilfe**

Mittlerweile liegen einige Studien zur Wirksamkeit bzw. Effektivität von Hometreatment vor. Im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich gilt Hometreatment heute bei der Adressierung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen als Indexpatient(inn)en als wirksam. Den Autor(inn)en zufolge können Hometreatments im Vergleich mit stationären Behandlungen identische Wirkungen erzielen (Winsberg, Bialer, Kupietz, Botti & Balka, 1980; Mattejat, Hirt, Wilken, Schmidt & Remschmidt, 2001; Schmidt et al., 2006), wobei aus den Studien die genauen Behandlungsmodalitäten und -methoden nicht eindeutig hervorgehen. Boege, Copus & Schepker (2014) berichten von vergleichbaren Wirkungen von kinder- und jugendpsychiatrischen stationären „Normalbehandlungen“ im Vergleich zu kurzen stationären Behandlungen und nachfolgenden Hometreatments und empfehlen, die kinder- und jugendpsychiatrischen stationären und aufsuchenden Angebote zu verzahnen.

Als Erfolgsfaktoren haben Schmidt et al. (2006) die Aspekte „Motivation und Compliance“ der Kinder und Eltern sowie hohe (methodische) Kompetenzen der Behandelnden hervorgehoben. Ebenfalls als wirksam gelten die Interventionen in Form der bereits erwähnten hochstrukturierten „Multisystemischen Therapie“ (MST). Bei dieser aufsuchenden Familienintervention handelt es sich vermutlich um das am besten evaluierte Programm in diesem Feld. MST spricht allerdings – im Vergleich zur Sozialpädagogischen Familienhilfe und anderen aufsuchenden Ansätzen – die spezifische Zielgruppe von verhaltensauffälligen und abweichenden Jugendlichen an (vgl. Henggeler et al., 2009), sie gehören nicht zur primären Zielgruppe von HotA. Die ersten Evaluationen von

Luzern, 21. April 2015

Seite 9/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

MST in der Schweiz deuten darauf hin, dass mit MST positive Resultate erzielt werden können (Rehberg, Fürstenau & Rhiner, 2011).

Auch in der sozialpädagogischen Kinder- und Jugendhilfeforschung wurde die Sozialpädagogische Familienhilfe auf ihre Wirksamkeit hin untersucht: Nielsen, Nielsen und Müller (1986, zit. nach Schattner, 2007, S. 598) haben herausgearbeitet, dass die Sozialpädagogische Familienhilfe schlechter wirkt, wenn chronische Problematiken bearbeitet werden sollen, dieser Befund wurde jedoch später revidiert. Eindeutige Arbeitsaufträge und die Bereitschaft der Familie zur Zusammenarbeit, eine gemeinsame Lösungssuche und Toleranz für die Lebensentwürfe der Eltern galten als förderlich. Als kontraproduktiv stellten sich Fremdbestimmungen durch die Fachkräfte und „Konkurrenzsituationen“ mit den Eltern heraus. Etwa zwei Drittel der Fälle in dieser Studie konnten erfolgreich abgeschlossen werden.

Blüml, Helming und Schattner (1994) haben im Rahmen einer Studie des Deutschen Jugendinstituts die Sozialpädagogische Familienhilfe in Bayern evaluiert ( $N = 330$ ). Sie kamen zu dem Schluss, dass bei einem Drittel der Fälle die Intervention als hoch wirksam und bei einem Viertel als niedrig wirksam eingestuft werden konnte. Die Drop-out-Quote lag bei 20 %. Die Verbesserung der Familiendynamik (Arbeit auf Eltern-/Paarebene, Rollen, Grundlagen des Familienlebens etc.) galt als Problembereich, bei dem die grössten Erfolge erzielt werden konnten. Zu dieser Studie ist anzumerken, dass bei ca. 50 % der Familienmitglieder eine psychische Problematik vorlag.

Schmidt et al. (2002) haben in Deutschland verschiedene Interventionsformen der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. Heimplatzierungen) verglichen und festgehalten, dass bei der Sozialpädagogischen Familienhilfe das höchste Risiko von Fehlzuweisungen bestehe. Im Gesamtresümee legen die Autor(inn)en dar, dass die Sozialpädagogische Familienhilfe im Vergleich zur stationären und teilstationären Heimerziehung schlechtere Wirkungen erziele, allerdings die Effekte noch immer im guten bis mittleren Bereich lägen (ebd., S. 206). Die Strukturqualität dieser Interventionen wurde eher als schwach eingeschätzt (fehlende Standardisierung, eingeschränktes Leistungsspektrum, ungenügende klinische Orientierung). Bei psychisch auffälligen Kindern sei durch die klinisch-behandlungsorientierte Erweiterung des Ansatzes eine Steigerung der Effekte denkbar (ebd., S. 543f.).

Erzberger (2008) hat sozialpädagogische Familienhilfeangebote bei 108 Familien in Bremen evaluiert und festgestellt, dass mehrheitlich Alleinerziehende durch diese Hilfeform unterstützt wurden. Die Interventionen dauerten zwischen sechs Monaten und zwei Jahren. 16 % der Fälle wurden abgebrochen. 80 % der Familien hatten bereits Interventionen der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe erhalten. Bei zwei Drittel der Fälle fanden neben der Familienarbeit weitere Kinder- und Jugendhilfeinterventionen statt. Bei 40 % der Familien lagen psychische Probleme, Drogenkonsum oder Behinderungen vor. Die am häufigsten festgesetzten Ziele der untersuchten Familien lauteten „Strukturierung des Alltags“, „Hilfe zur Lösung von familiären Beziehungskonflikten“ und „Stärkung der Erziehungskompetenz“. Die Ziele wurden primär für die Erwachsenen festgelegt. In Bezug auf 80 % der festgelegten Ziele konnte eine Verbesserung erreicht werden, bei den restlichen 20 % gab es keine oder negative Beurteilungen der Zielerreichung. Die Zielerreichung wurde von den Familien positiver bewertet als von den Fachkräften. 40 % der Fälle wurden von den Fachkräften als instabil beurteilt, ca. 65 % der Fälle konnten erfolgreich abgeschlossen werden. Als kritisch für den Erfolg sieht Erzberger (2008) Familien mit psychischen Problemen/Sucht und Gewalt sowie fehlender Kooperation und gleichzeitig fehlendem Zwangskontext an. Demgegenüber seien Familien mit praktischen Problemen, die Unterstützung bei der innerfamiliären Kommunikation oder beim konsequenten Erziehungsverhalten in Anspruch nahmen, erfolgreicher gewesen. Sie hätten bislang keine Hilfen erhalten, waren motiviert zur Mitarbeit und es lag kein Zwangskontext vor.

Frindt (2011) hält in ihrer Übersichtsarbeit zur Sozialpädagogischen Familienhilfe in methodischer Hinsicht fest, dass eine selektive Direktivität gegenüber einer non-direktiven Gesprächsführung

Luzern, 21. April 2015

Seite 10/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

effektiver sei, da die Familien durch konkrete Handlungsanweisungen neue Erfahrungen machen könnten. Allerdings bedinge dies eine stabile Arbeitsbeziehung. Die Passung von Familie und Fachkraft sowie Partizipation – insbesondere gemeinsam ausgehandelte und von der Familie und den Auftraggebern getragene Ziele – wurden von ihr als Wirkfaktoren identifiziert. Sie ortet die folgenden Entwicklungsfelder:

- Erweiterung des Handlungsrepertoires bei Migrantenfamilien,
- bessere Einbindung von Vätern/Männern/Lebenspartnern,
- Ausdifferenzierung der Interventionen (spezifische Indikationen/Interventionen),
- laufende Neubestimmung der Aufgaben von Professionellen und Laien sowie
- Ausbau der Resilienzförderung.

Al et al. (2012) haben in ihrer Metaanalyse von 20 (mehrheitlich amerikanischen) Kontrollgruppenstudien, in welchen verschiedene aufsuchende Familienprogramme mit insgesamt über 30'000 Teilnehmenden evaluiert worden waren, herausgearbeitet, dass aufsuchende Familieninterventionen einen mittleren positiven Effekt besonders im Hinblick auf das „familiäre Funktionieren“ haben, allerdings in genereller Hinsicht Fremdplatzierungen durch diese Interventionsform nicht verhindert werden können. Besonders bei Familien, bei denen bereits viele Risikofaktoren für eine Kindeswohlgefährdung vorlagen, zeigten die Interventionen kaum Wirkung. Zudem verschlechterten sich die Effekte mit zunehmendem Alter der Kinder. Positiv waren intensive Interventionen und eine angemessene Fallbelastung der Fachkräfte.

Macsenaeere und Esser (2012, S. 124-130) fassen bei ihrer Übersichtsarbeit zu Wirkfaktoren in der Kinder- und Jugendhilfe auf der Grundlage von Kontrollgruppenstudien zusammen, dass bei der Sozialpädagogischen Familienhilfe ein bewusster Umgang mit Hilfe und Kontrolle, Ermutigungen der Eltern, ihre Aktivierung und Autonomieförderung sowie die Verbesserung der Erziehungs Kompetenzen als Ziel der Intervention erfolgsversprechend seien. Programme, die nur auf die Kinder zielen, und solche, die Eltern und die sozialen Netzwerke ausblenden, hätten keine oder negative Wirkungen. Als zentral bezeichnen sie zudem die Qualifikation der Fachkräfte (vgl. zu diesem Punkt auch BMFSFJ, 1998; Rothe, 2011; Schweizerische Eidgenossenschaft, 2012). Wie auch bei den anderen Interventionen der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. der Heimplatzierung) konnte ein positiver Zusammenhang zwischen der Effektivität und der Hilfedauer nachgewiesen werden: Nach einem Jahr gab es bedeutsame Effekte, optimal waren diese nach ca. 2,5 Jahren.

Die Sozialpädagogische Familienbegleitung in der Schweiz wurde – soweit ersichtlich – nicht systematisch auf ihre Wirkung hin untersucht (zur Gesprächsführung in der Familienbegleitung in der Schweiz vgl. Petko, 2004). Die den sozialwissenschaftlichen Minimalansprüchen nicht genügende Statistik des Fachverbands Sozialpädagogische Familienbegleitung Schweiz weist für 2011 eine Abbruchquote von 8,75 % aus ( $n = 325$ ), für 2013 von 12,75 %. Wie viele Familien ihre Ziele erreicht haben, ist nicht ersichtlich (vgl. <http://www.spf-fachverband.ch/statistik.html>).

Eine spezifische, hoch strukturierte Form der Sozialpädagogischen Familienbegleitung, die Kompetenzorientierte Familienarbeit (KOFA), wurde von Cassée, Los-Schneider, Baumeister und Gavez (2010) entwickelt, implementiert und evaluiert. Etwa ein Drittel der betroffenen Eltern wiesen psychische Probleme auf (der Anteil der erkrankten Kinder wurde nicht erhoben), 44 % waren Alleinerziehende ( $n = 125$ ). Die Abbruchquote der Familienarbeit lag bei ca. 12 %, die Ziele wurden bei ungefähr der Hälfte der Familien erreicht, bei etwa der anderen Hälfte nur teilweise und nur bei einem geringen Anteil gar nicht erreicht.

## 2.4. Indikationen

Bezogen auf die Indikation für Sozialpädagogische Familienhilfe finden sich – über die oben vorgestellten Erkenntnisse hinaus – in der Literatur keine einheitlichen Empfehlungen. Während Rothe (2011, S. 17) die Indikation bei familiären Krisensituationen vorschlägt und gleichzeitig darauf hinweist, dass möglicherweise auch längerfristige Unterstützungen zu leisten sind, sprechen sich die Autor(inn)en des deutschen Handbuchs zur Sozialpädagogischen Familienhilfe gegen feste Indikationskriterien aus, „da sich in der Praxis, je nach den örtlichen Möglichkeiten und Anforderungen und im Rahmen einer verantwortlichen fachlichen Kontrolle und Reflexion, die Indikation und Kriterien (in Grenzen) verändern“ (BMFSFJ, 1998). In der Studie von Blüml et al. (1994) wurden die folgenden in Abbildung 2.1 aufgeführten Kontraindikationen festgestellt.

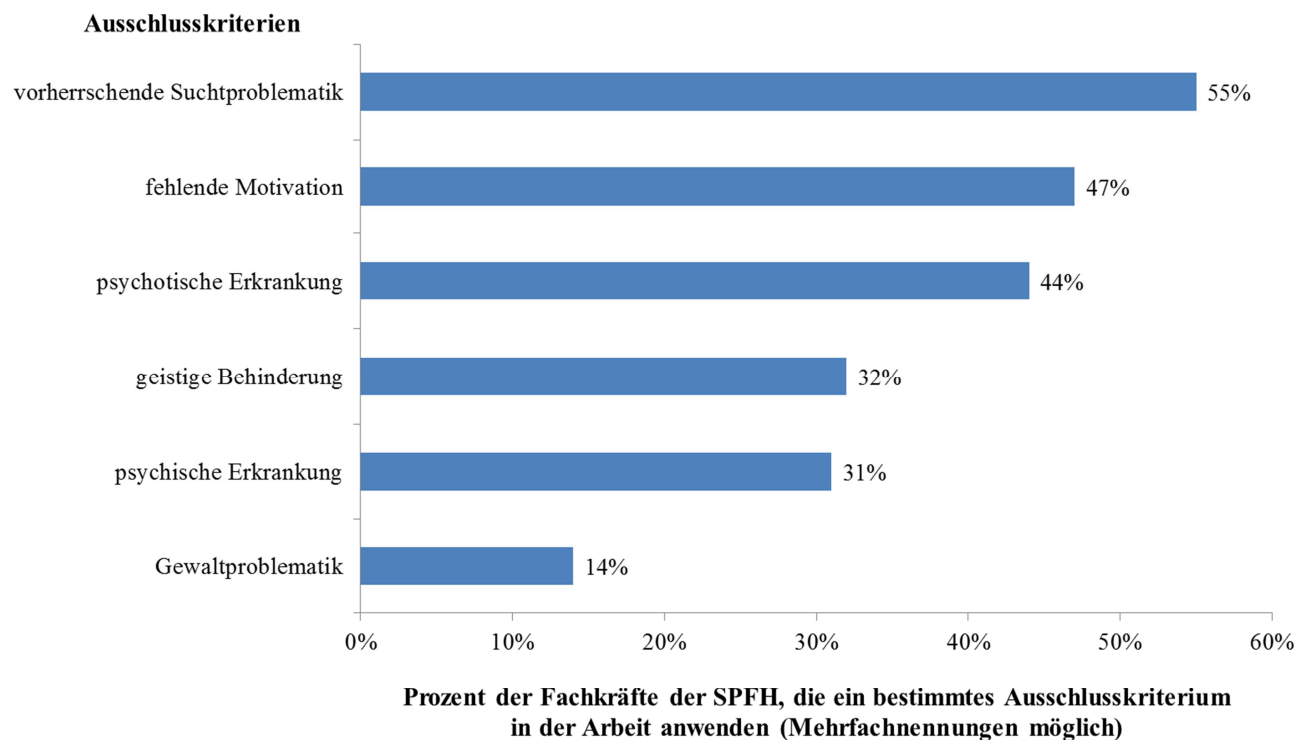


Abbildung 2.1: Kontraindikationen für Sozialpädagogische Familienhilfe (Blüml et al. 1994; Grafik nach Helming, 2002, S. 71)

Zu dieser „Kontra-Indikationsliste“ ist allerdings kritisch anzufügen, dass sie sich auf Projekte bezieht, die nicht fachärztlich geleitet und/oder koordiniert, sondern im Bereich der sozialpädagogischen Kinder- und Jugendhilfe angesiedelt waren. Ausserdem ist davon auszugehen, dass im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe psychisch kranke Eltern und/oder Kinder zu schlecht versorgt werden (vgl. Jud et al., 2012, S. 42ff.). Im oben genannten Handbuch wird eine kritische Prüfung bei Suchtproblemen und psychischen Störungen in der Familie sowie die Klärung der Kooperationsbereitschaft und Motivation der Familien empfohlen (BMFSFJ, 1998). Dazu Rothe (2011, S. 21f.): „Gegen den aktiven Willen der Eltern ist Familienhilfe nicht sinnvoll. Dann sind für die Kinder Hilfen außerhalb des Elternhauses angezeigt“. Wolf (2014) weist darauf hin, dass sozialpädagogische Familienhilfe nicht für Kontrollzwecke missbraucht werden dürfe und sieht hier eine Kontraindikation.

## **2.5. Zusammengefasste Ergebnisse des Zwischenberichts vom Juli 2013**

Der Zwischenbericht war im Schwerpunkt als formative Evaluation ausgerichtet, darüber hinaus wurden die Merkmale der von HotA angesprochenen Zielgruppe im Sinne einer Ausgangslage (Baseline) systematisch erhoben. Methodisch war bis zum Frühjahr 2013 eine Kombination quantitativer (Basisdokumentation, Fragebögen, standardisierte Testverfahren) und qualitativer Verfahren (Einzelfallstudie, Fokusgruppen-/Experteninterviews) zum Einsatz gekommen, zum genauen Studiendesign siehe Kap. 3. Die Zwischenevaluation stützte sich auf die dokumentierten Fallsituationen in 90 Familien mit insgesamt 193 minderjährigen Kindern, die im Zeitraum vom 01. Januar 2012 bis 30. März 2013 aufgenommen worden waren. Zu 19 Fällen lagen zudem Daten nach Abschluss der Familienarbeit vor. Zusätzlich waren telefonische Befragungen von 32 Familien im November 2012, ein Fokusgruppeninterview sowie telefonische Einzelinterviews mit Expert(inn)en im Mai und Juni 2013 durchgeführt worden (vgl. Krüger & Zobrist, 2013).

### **2.5.1. Aufnahmequote, soziodemografische Merkmale und psychosoziale Problemlagen der unterstützten Familien (Baseline-Erhebung zu Projektbeginn)**

Bei HotA waren bis zum Zeitpunkt des Zwischenberichts insgesamt 254 Anmeldungen eingegangen; von diesen Familien waren ca. 40 % aufgenommen worden, etwa 19 % der Anmeldungen waren pendent. Der grösste Teil der Zuweisungen erfolgte aus dem psychiatrischen Versorgungssystem, die Wahrscheinlichkeit der Aufnahme einer Familie bei HotA war bei diesen Anmeldungen 1,5-mal höher als bei Anmeldungen aus dem Sozial- oder Bildungswesen. Daneben wurden eher Fälle aufgenommen, in denen bereits mehr als zwei andere Fachpersonen/-stellen involviert waren. Die ausländische Staatsbürgerschaft der Mutter reduzierte hingegen die Aufnahmewahrscheinlichkeit. Insgesamt entsprach der Ausländeranteil bei den Eltern der aufgenommenen Familien mit 23 % jedoch in etwa dem in der aargauischen Wohnbevölkerung, wobei Deutsche überrepräsentiert waren. In immerhin 17 % der Fälle zählte Deutsch nicht zu den Familiensprachen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass HotA die anvisierte Zielgruppe – sog. Multi-problemfamilien mit einem hohen Anteil an Familien mit einem psychisch erkrankten Kind und/oder Elternteil – erreicht hat. So lag der Anteil der alleinerziehenden Eltern bei 46 %. Der Bildungsstand der Eltern lag unter dem aargauischen Durchschnitt und war bei Müttern mit ausländischer Nationalität tiefer als bei Schweizerinnen. Die Erwerbsquote der Familien lag hingegen über dem aargauischen Durchschnitt, wobei erwerbstätige Männer in den untersuchten Familien über-, erwerbstätige Frauen unterrepräsentiert waren. Dennoch wurde die finanzielle Situation der Familien mehrheitlich als problematisch eingeschätzt. Parallel zu den Interventionen von HotA waren in der Hälfte der Familien weitere psychiatrische Fachpersonen involviert; dies galt insbesondere für Familien mit mindestens einem psychisch erkrankten Familienmitglied. Zum Zeitpunkt der Aufnahme bei HotA lebte in etwa der Hälfte der Familien mindestens ein Familienmitglied mit einer somatischen Erkrankung, in knapp 90 % der Familien war mindestens ein Kind und/oder Elternteil psychisch krank. Bei den Eltern war meistens eine affektive Störung, bei den Kindern eine hyperkinetische Störung diagnostiziert worden. Vor diesem Hintergrund überrascht nicht, dass in etwa der Hälfte der Familien mindestens ein Elternteil regelmässig verordnete Medikamente einnahm, und ungefähr ein Drittel der Kinder medikamentös behandelt wurde. Während ein grosser Teil der Eltern Nikotin konsumierte und bei immerhin 16 % aktuell von einem Alkoholproblem gesprochen wurde, war der Konsum von illegalen Substanzen eher die Ausnahme.

Insgesamt beurteilten die HotA-Mitarbeitenden die psychosoziale Ressourcenlage der Familien als eher schlecht, insbesondere bei verschuldeten oder alleinerziehenden Eltern. Auch das familiäre Funktionieren (Kommunikation, Struktur, Emotionalität) schätzten sie als problematisch ein, dies galt erwartungsgemäss besonders für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Diese Sichtweise der HotA-Mitarbeitenden wurde von den Familien weitgehend geteilt; auch die Verhal-

Luzern, 21. April 2015

Seite 13/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

tensweisen der Kinder wurden in der Hälfte der Fälle von den Eltern als problematisch eingestuft. In 23 % der Familien war ein Familienmitglied bereits strafrechtlich in Erscheinung getreten. In einem Viertel der Familien wurden Fälle von häuslicher Gewalt festgestellt, in fünf Fällen waren auch Kinder direkt davon betroffen. Körperliche und psychische Kindesmisshandlung, sexueller Missbrauch und/oder Vernachlässigung wurde in 38 Familien festgestellt oder es bestand der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung. In einem Fünftel der Fälle bestanden bereits zivilrechtliche Kinderschutzmassnahmen. Entsprechend wurde der Grad der Kindeswohlgefährdung von den Zuweiser(inne)n in gut einem Viertel der Fälle als „hoch“ bis „sehr hoch“ eingeschätzt. Die Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit wurde hingegen durchschnittlich als eher gering eingestuft. In immerhin ca. 15 % der Fälle wurde sie von den Zuweiser(inne)n jedoch als (sehr) hoch eingestuft.

### **2.5.2. Verläufe aufsuchender Familieninterventionen bis März 2013**

Die Interventionen von HotA dauerten 2-11 Monate, die durchschnittliche Interventionsdauer lag bei 5,39 Monaten. Die häufigsten Ziele betrafen die elterlichen Erziehungs Kompetenzen, die Interaktionen und Beziehungen innerhalb der Familie sowie die Verbesserung der Alltagsbewältigung. Aufgrund der geringen Zahl von nur 19 dokumentierten Fallabschlüssen und teilweise unvollständiger Dokumentation zum Zeitpunkt der Zwischenevaluation liessen sich nur vorsichtige Schlüsse zur Effektivität der Interventionen<sup>2</sup> ableiten. In den meisten Lebensbereichen war es nach Abschluss der Familienarbeit nicht zu strukturellen Verbesserungen gekommen (was auch nicht geplant war), allerdings wurden das familiäre Funktionsniveau und die Ressourcen nach der Familienarbeit von den Mitarbeitenden besser beurteilt. Die vereinbarten Ziele konnten mehrheitlich erreicht werden. In einigen Familien war es jedoch zu Verschlechterungen gekommen und/oder die Ziele konnten nicht erreicht werden. Die vertiefende fallvergleichende qualitative Analyse von abgeschlossenen Fällen zeigte, dass die Familienarbeit positive Wirkungen erzielen konnte, sofern bestimmte Faktoren gegeben waren. Zu diesen zählten: Fokussierung auf das familiäre Funktionieren, keine eskalierten Problemsituationen, geringe Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit, ausreichend Handlungsspielräume sowie Ressourcen der Familien. Darüber hinaus schienen sich die Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit der Familien sowie eine hohe Veränderungsmotivation positiv auf die Fallverläufe auszuwirken. Während die Kindeswohlgefährdung nach Einschätzung der Zuweiser(innen) und HotA-Mitarbeitenden nach der Intervention geringer war, war es zu keiner Veränderung in der Einschätzung der Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit gekommen; dieser Befund entspricht dem aktuellen Stand der Fachdiskussion zu aufsuchender Familienarbeit.

### **2.5.3. Nutzen, Zufriedenheit und Akzeptanz von HotA bis März 2013**

Die Befragung von Expert(inn)en aus dem Umfeld von HotA zeigte insgesamt, dass die Angebote auf eine grosse Nachfrage stiessen, die Projektidee grundsätzlich als positiv beurteilt wurde und die von HotA versorgte Zielgruppe als sehr anspruchsvoll und „schwierig“ galt. Die befragten Fachpersonen hatten verschiedene Verbesserungs- und Weiterentwicklungsvorschläge geäussert, u. a. bestand in den Bereichen „Nachvollziehbarkeit der Indikationsstellung“, „Kooperation im Versorgungssystem“ und „spezifische Adressierung von Migrantenfamilien“ aus Sicht der Expert(inn)en Handlungsbedarf. Zudem wurde angeregt, die Familien in „chronisch“ schwierigen Situationen noch gezielter anzusprechen und das Methodenrepertoire von HotA im klinischen Bereich zu ergänzen. Die Befragung hatte zudem ergeben, dass – in der Wahrnehmung der Expert(inn)en – die „intermediäre“ Position von HotA und die strukturelle Einbettung des Projektes zwischen den verschiedenen Versorgungssystemen im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich dem Projekt einer-

---

<sup>2</sup> Effektivität im Sinne der Wirkung unter Alltagsbedingungen (vgl. Schwartz et al., 2006), wobei Einflüsse durch andere involvierte Fachpersonen oder andere Faktoren nicht ausgeschlossen werden können.

seits eine innovative Unabhängigkeit und hohe Flexibilität ermöglichte, andererseits jedoch eine allseitige „Anschlussfähigkeit“ an die Systeme vorausgesetzt wurde. Zu diesen Zweck seien spezifische Kommunikations- und Kooperationsleistungen, ggfs. der Einbezug in übergeordnete gesundheits- und sozialpolitische Planungsprozesse notwendig.

Die telefonische Befragung von 32 Familien zum Nutzen und zur Akzeptanz von sowie ihrer Zufriedenheit mit HotA ergab, dass sie mehrheitlich mit den Leistungen von HotA zufrieden waren, die Ziele erreicht wurden und die Erwartungen zumindest teilweise erfüllt waren. Die Intensität des Angebotes wurde mehrheitlich als „genau richtig“ eingestuft, die Familien fühlten sich respektvoll behandelt und mehrheitlich im Veränderungsprozess unterstützt. Bei einer Minderheit der befragten Familien, die mit den Leistungen von HotA nicht vollumfänglich zufrieden waren oder bei denen sich Konflikte o. Ä. ergeben hatten, zeigte sich, dass Faktoren wie die subjektive Sinnhaftigkeit der Familienbegleitung, die Passung zwischen HotA-Mitarbeitenden und Familie sowie Zusammenarbeitsprobleme zu negativen Beurteilungen geführt hatten.

#### 2.5.4. Beurteilung und Empfehlungen (Stand: Juli 2013)

Im Sinne eines vorläufigen und formativen Evaluationsbefundes konnte im Sommer 2013 festgehalten werden, dass der Start des Projektes HotA gelungen war. HotA hatte die gesetzten Projektziele bereits damals mehrheitlich erreicht und leistete einen wichtigen Beitrag zur Versorgung von Familien in erheblichen Multiproblemlagen, insbesondere von Familien mit einem psychisch kranken Kind und/oder Elternteil. Die von HotA versorgte Zielgruppe gilt in Fachkreisen als sehr anspruchsvoll. Es war nach Einschätzung der Evaluatoren besonders positiv, dass diese Familien trotz erheblicher Schwierigkeiten durch dieses Projekt erreicht werden konnten. HotA war in der Lage, einen ausgewiesenen Bedarf zu decken. Besonders hervorzuheben war die in kurzer Zeit erreichte Aufnahmekapazität von 90 Familien, der Professionalitätsgrad sowie die erreichte Zufriedenheit der Familien. Die ersten Befunde und die Einzelfallanalysen wiesen daraufhin, dass HotA unter bestimmten Bedingungen effektiv sein und positive Wirkungen erzielen kann. Als Verbesserungs- und Entwicklungsmöglichkeiten empfahlen die Evaluatoren in den Bereichen „nachvollziehbare Indikation“, „Adressierung von Migrantenfamilien“, „methodische Profilschärfung für die Zielgruppe psychisch erkrankte Kinder und/oder Eltern“ sowie „Vernetzung und Kooperation im Versorgungssystem“.

### 3. Evaluationsfragen und methodische Herangehensweise

#### 3.1. Evaluationsfragen

Vor dem Hintergrund der Ausführungen zu Hometreatment allgemein und HotA im Besonderen kann somit festgehalten werden, dass das Projekt HotA aufgrund des vielfältigen Angebotes und der verschiedenen beteiligten Akteure ein komplexer Evaluationsgegenstand ist. Mit Blick auf den Pilotcharakter und die Ziele des Projektes stellten sich im Rahmen der Evaluation die folgenden übergeordneten Fragen:

Evaluationsfragen	Projektziele HotA
1. Welche <b>Leistungen</b> hat das Projekt HotA während des Pilotzeitraumes in welcher Qualität und Quantität erbracht?	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ambulante aufsuchende Versorgung von Multiproblemfamilien</li> <li>✓ Professionelle Indikationsstellung</li> <li>✓ Qualitativ hoch stehende aufsuchende Interventionen für Multiproblemfamilien und deren Koordination</li> </ul>

Luzern, 21. April 2015

Seite 15/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

	✓ „Schlanke“ und effiziente Strukturen und Abläufe
2. Wie wird der <b>Nutzen</b> der Leistungen durch die Anspruchsgruppen beurteilt? Sind sie mit den Leistungen <b>zufrieden</b> ? Inwieweit wird das Angebot von HotA von den beteiligten Akteuren <b>akzeptiert bzw. als sinnvoll erachtet</b> ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Unterstützung der professionellen Akteure bei der Indikationsstellung</li> <li>✓ Entlastung der professionellen Akteure</li> <li>✓ Verbesserte Wirkungen durch Kooperation</li> <li>✓ Verbesserung der Versorgungssituation im psychiatrisch/sozialpädagogischen Übergangsbereich</li> <li>✓ Verbesserung der psychosozialen Lage der Familien und von psychisch erkrankten Menschen in Familien</li> </ul>
3. <b>Effektivität:</b> Wie hat sich die psychosoziale Problemlage der Familien verändert? Wird die Kindeswohlgefährdung und die Wahrscheinlichkeit einer Fremdplatzierung nach der aufsuchenden Familienarbeit geringer eingeschätzt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Verbesserung der psychosozialen Lage der Familien</li> <li>✓ Verminderung der Kindeswohlgefährdung</li> <li>✓ Vermeidung von Fremdplatzierungen</li> </ul>

### 3.2. Evaluationsdesign

Zur Beantwortung der genannten Evaluationsfragen empfahl sich ein multiperspektivischer Zugang, bei dem die Sicht aller beteiligten Akteure berücksichtigt wird (HotA, Zuweiser[innen], betroffene Familien). Ferner waren – je nach Fragestellung – Erhebungen zu mehr als einem Untersuchungszeitpunkt notwendig. Für die formative Evaluation, die der Weiterentwicklung des Angebotes dient, wurden gut ein Jahr nach Projektstart im Mai 2013 Daten zu den erbrachten Leistungen von HotA und den Bewertungen derselben durch die Anspruchsgruppen erhoben, analysiert und in einem Zwischenbericht festgehalten (Krüger & Zobrist, 2013). Für den vorliegenden Abschlussbericht wurden die Daten im November 2014 erfasst.

Die Analyse der Wirksamkeit von Interventionen wie der aufsuchenden Familienarbeit ist immer mit verschiedenen ethischen und methodischen Problemen verbunden. Um Aussagen über kausale Zusammenhänge zwischen der Intervention und den beobachteten Veränderungen in den Familien treffen zu können, müssen „störende“ Einflüsse, beispielsweise die Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote, besondere Problemlagen einiger Familien etc., ausgeschlossen werden. Eine Möglichkeit der „Neutralisierung“ derartiger störender Einflüsse ist die zufällige Zuordnung der Klient(inn)en zu einer Interventions- und einer Kontrollgruppe (vgl. Bortz & Döring, 2003). Dies erschien aus finanziellen und ethischen Gründen im vorliegenden Projekt nicht vertretbar. Ein weiteres Problem ist die bereits angesprochene uneinheitliche konzeptionelle und methodische Ausrichtung. Aufgrund dieser Schwierigkeiten war die Wirkungsbestimmung unter Alltagsbedingungen, die Untersuchung der „Effektivität“ (*effectiveness*) von HotA möglich<sup>3</sup>, nicht jedoch seiner Wirksamkeit unter idealen Bedingungen (*efficacy*) (Schwartz, Bitzer, Dörning & Walter, 2006). Ziel war daher die Überprüfung der Zielerreichung in der Arbeit mit den Familien sowie eine Beschreibung und Analyse der Veränderungen in den Familien aus der Perspektive der Zuweiser(innen), der Behandelnden und der Klient(inn)en selbst. Darüber hinaus sollte überprüft werden, ob das Ausmass der Kindeswohlgefährdung sowie die Wahrscheinlichkeit einer Fremdplatzierung aus Sicht der Zuweiser(innen) reduziert werden konnte. Das hierzu gewählte Studiendesign ent-

<sup>3</sup> Einflüsse durch andere involvierte Fachpersonen/-stellen oder andere Faktoren können hierbei nicht ausgeschlossen werden.



sprach einem Ein-Gruppen-Pretest-Posttest-Design mit drei Erhebungszeitpunkten: Beginn und Ende der Massnahme sowie ca. 10 Monate<sup>4</sup> nach Abschluss der Intervention (vgl. Abb. 3.1).

Bis zum Zeitpunkt des Abschlussberichts lagen Informationen zu 223 aufgenommenen Familien bei Fallaufnahme sowie zu 116 dieser Familien bei Fallabschluss und 24 bei der Nachbefragung vor.

Die Abbildung 3.1 gibt einen Überblick über das Evaluationsdesign. Sie ist zweigeteilt und am zeitlichen Verlauf der Evaluation orientiert. Im oberen Teil A der Abbildung sind die Schritte abgetragen, die der Untersuchung der Fragen 1 und 2 (Leistungen, Zufriedenheit/Nutzen/„Akzeptanz“) in Bezug auf das gesamte Angebot von HotA dienen. Teil B fasst die Schritte zur Evaluation der Familienarbeit in Bezug auf die Bewertung der Zufriedenheit, des Nutzens und der „Akzeptanz“ durch die Familien zusammen sowie in Bezug auf die Frage der Effektivität der Intervention (Frage 3). Der Zeitplan richtet sich hier nach dem Verlauf der Familienarbeit (vor, direkt nach der Intervention, „follow-up“ nach ca. zehn Monaten). Dabei sind auch die Abweichungen vom ursprünglich geplanten Design aufgeführt. So sind aus praktischen Gründen auf der einen Seite zwei ursprünglich geplante Studienelemente nicht umgesetzt worden (Festlegung der Qualitätskriterien zu Beginn des Projektes, standardisierte Expertenbefragung), auf der anderen Seite wurden zusätzliche Elemente aufgenommen (qualitative Einzelfallanalysen, Mitarbeitendenbefragung, Konzeptevaluation „Migration“), durch die weitere Perspektiven auf den Evaluationsgegenstand HotA eingeholt werden konnten. Die Anpassung des Studiendesigns und der gewählten Methoden entspricht dabei dem Pilotcharakter des Projektes HotA. Der Wegfall der beiden genannten Elemente wurde inhaltlich durch die durchgeführten Experteninterviews und das Expertenaudit aufgefangen.

### 3.3. Methoden und Instrumente

Methodisch bedurfte es zur Untersuchung der Evaluationsfragen einer Kombination qualitativer und quantitativer Verfahren. Hierdurch wurden nicht nur die Vorteile beider Zugänge genutzt, die verschiedenen Methoden ergänzten sich und boten die Möglichkeit der Validierung der Ergebnisse („Methoden- und Datentriangulation“; vgl. Flick, 2008). Wie der Abbildung 3.1 zu entnehmen ist, kamen die folgenden Instrumente bzw. Verfahren zum Einsatz, die im Folgenden näher beschrieben werden:

- Verlaufs- und Leistungsdokumentation (Basisdokumentation) (Fragen 1, 3)
- Fokusgruppeninterview, Expertenaudit, Mitarbeitendenbefragung (Frage 2) sowie
- standardisierte Befragung der Familien (Frage 2).

Auf die Konzeptevaluation der Teilprojektes „Migration“ wird in Kapitel 4 eingegangen, das Vorgehen beim Fokusgruppeninterview und den qualitativen Einzelfallanalysen wurde im Zwischenbericht ausführlich dargestellt (Krüger & Zobrist, 2013).

#### 3.3.1. Verlaufs- und Leistungsdokumentation (Basisdokumentation)

Für die Analyse der von HotA erbrachten Leistungen sowie der psychosozialen Problemlagen der Familien zu allen drei Erhebungszeitpunkten wurde eine standardisierte Verlaufs- und Leistungsdokumentation erstellt. Unabhängig von der externen Evaluation kann sie auch künftig der systematischen Qualitätssicherung der erbrachten Leistungen dienen. Die Basisdokumentation umfasst neben einem Deckblatt mit den wichtigsten Informationen zu den Klient(inn)en drei Module: Im ersten Modul werden allgemeine Angaben zur Familie gemacht (Familienstruktur, frühere und aktuelle Hilfekontakte/Therapien, soziodemografische Angaben zu den Familienmitgliedern). Im

---

<sup>4</sup> Die Nachbefragung von Familien zu einem einheitlichen Zeitpunkt nach Abschluss der Intervention war nicht möglich. Die Familien wurden 7-16 Monate nach Abschluss der Intervention befragt ( $M = 10,25$  Monate;  $Mdn = 10,00$  Monate;  $SD = 2,83$ ).

Luzern, 21. April 2015

Seite 17/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

zweiten Modul werden Informationen zu aktuellen Problemstellungen und Themen der Familie festgehalten (Gesundheitssituation der Familienmitglieder, Alltagsbewältigung und Fertigkeiten in der Familie, Strukturierung des Familiensystems, emotionales Klima in der Familie, Gewalt und delinquentes Verhalten, finanzielle Situation der Familie, Kinderschutz, Fremdplatzierung, Einschätzung der Ressourcen der Familie, Veränderungsmotivation, Ziele). Im dritten Modul der Basisdokumentation kann schliesslich festgehalten werden, wer die Intervention initiiert hat (Familie selbst, behördlicher Auftrag, Druck von anderen), welche Ziele die Klient(inn)en haben und was der Auftrag an die aufsuchende Familienarbeit ist. Abschliessend ist Platz für weitere Bemerkungen der HotA-Mitarbeitenden.

Zur Erhebung der Informationen im zweiten Modul wurden zudem die folgenden standardisierten und bereits evaluierten Instrumente in die Basisdokumentation integriert:

- Global Assessment of Relational Functioning (GARF),
- Allgemeiner Familienbogen (FB-A),
- Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

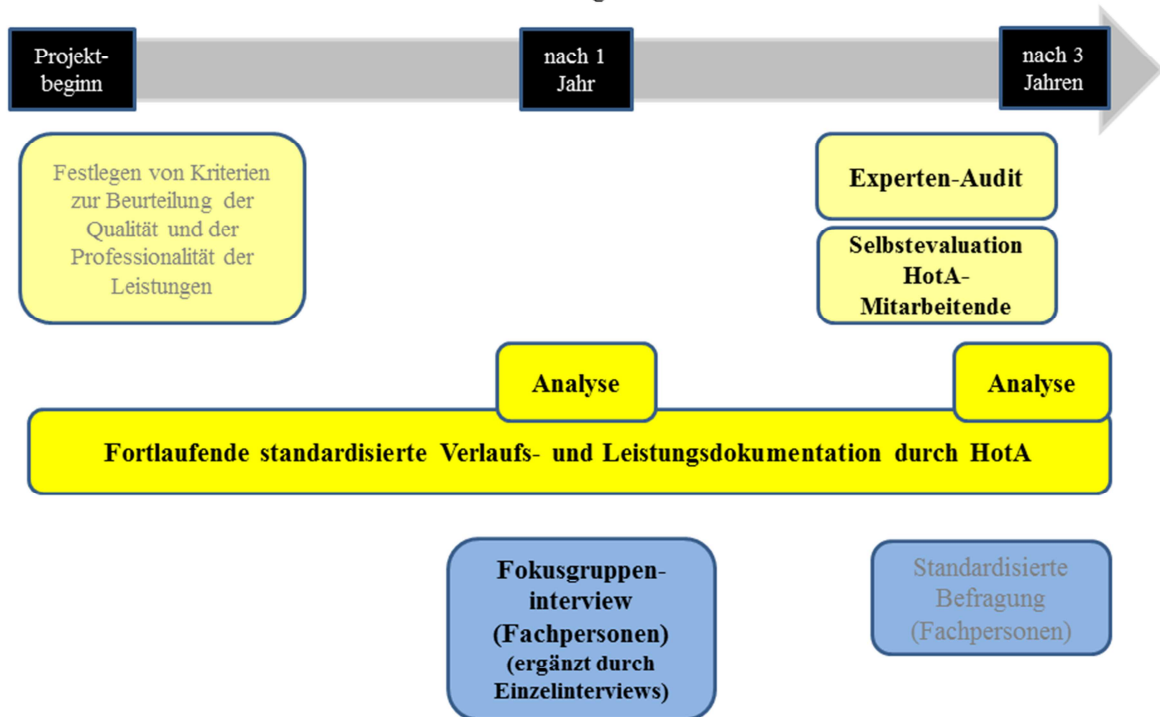
Die Funktionalität der Familien wurde zum einen aus Sicht der HotA-Mitarbeitenden mit Hilfe des Global Assessment of Relational Functioning (GARF) nach Yingling, Miller, McDonald und Gallowler (1998) bewertet, das analog ist zur Achse V des Diagnostic Statistic Manual IV (DSM-IV; Global Assessment of Functioning). Zum anderen wurde sie aus der Perspektive der Eltern mit Hilfe des Allgemeinen Familienbogens (FB-A; Cierpka & Frevert, 1994) erhoben. Die Skala des GARF reicht von 0 bis 100 und erhebt die Funktionalität der Familie in den Bereichen Interaktion, Organisation und emotionales Klima. Sie ist in fünf umschriebene Kategorien unterteilt: „zufriedenstellend“ (81-100), „irgendwie unbefriedigend“ (61-80), „deutlich dysfunktional, gelegentlich zufriedenstellend“ (41-60), „offensichtlich und ernsthaft dysfunktional, selten zufriedenstellend“ (21-40), „zu dysfunktional, um Kontinuität in Kontakt und Bindung aufrechtzuerhalten“ (1-20). Ein Wert von Null bedeutet, dass nur unzureichende Informationen vorlagen. Den Familienbögen von Cierpka und Frevert (1994) liegt das Prozessmodell der Familienfunktionalität von Steinhauer et al. (1984, nach Cierpka, 2003) zugrunde. Die 28 Items des FB-A erfassen Probleme und Ressourcen der Familien in den Dimensionen Aufgabenerfüllung, Rollenverhalten, Kommunikation, Emotionalität, affektive Beziehungsaufnahme, Kontrolle sowie Werte und Normen, die zu einem Gesamtindex zusammengefasst werden. Darüber hinaus umfasst die Skala 12 Kontrollitems (Soziale Erwünschtheit, Abwehr).<sup>5</sup> Für den FB-A liegen deutsche Normwerte vor (Cierpka & Frevert, 1994).<sup>6</sup> Die Rohwerte können in T-Werte transformiert werden, die eine vergleichende Interpretation der Ergebnisse über Tests hinweg ermöglichen. Ein T-Wert von unter 50 indiziert eine Ressource, T-Werte über 60 Problembereiche und Werte zwischen 50 und 60 bilden den Grenzbereich. Werte zwischen 60 und 100 in den Skalen Soziale Erwünschtheit und Abwehr deuten auf deutliche Antwortverzerrungen hin, die eine sinnvolle Interpretation der übrigen Werte fraglich machen. Zwar gilt der FB-A als reliables Instrument, kritisch anzumerken ist jedoch, dass allein die Skala Rollenverhalten sowie die beiden Kontrollskalen befriedigende Reliabilitätswerte aufweisen (.75-.80), während die Werte der anderen Skalen eher gering sind (.46-.66) (ebd.).

---

<sup>5</sup> Bei einem fehlenden Wert in einer Skala wurde der Skalenwert durch das Hochrechnen der mindestens drei vorhandenen Werte berechnet.

<sup>6</sup> Im Rahmen der Evaluation wird unterstellt, dass die deutschen Normwerte auf die Verhältnisse im Kanton Aargau übertragen werden können.

A: Gesamtes Angebot von HotA



B: Hometreatment

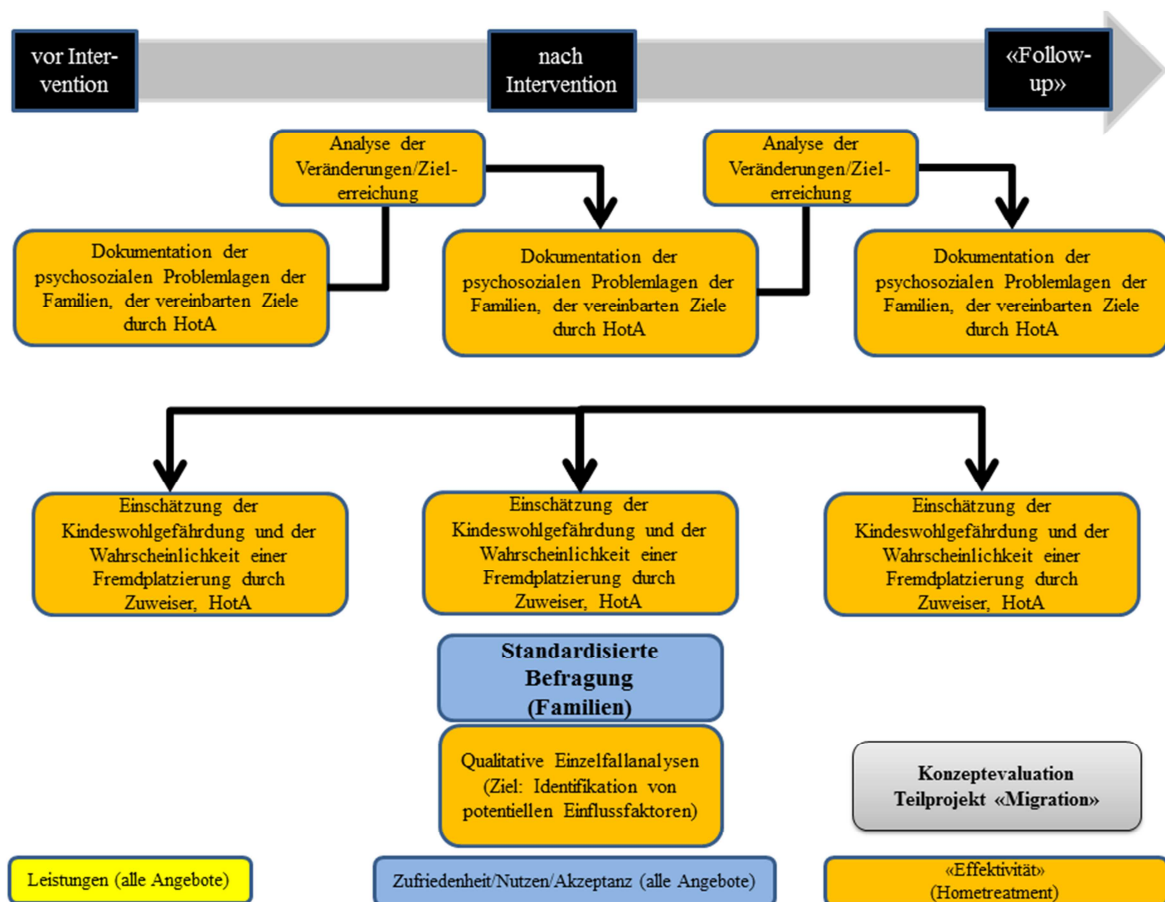


Abbildung 3.1: Evaluationsdesign

Luzern, 21. April 2015

Seite 19/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

Ebenfalls aus Sicht der Familien wurden mit Hilfe des Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ) (u. a. Goodman, 1997, 1999) die Stärken und Schwierigkeiten der Familien erfragt. Der SDQ ist ein Kurzfragebogen zu Verhaltensauffälligkeiten und -stärken von Kindern und Jugendlichen (Alter: 4-16 Jahre), der in seiner erweiterten Version auch Fragen zur Belastung des Kindes enthält. Der erste Teil des Bogens umfasst 25 Items, von denen 10 als Stärken und 14 als Schwächen des Kindes interpretiert werden; das Item „Kommt besser mit Erwachsenen aus...“ ist hingegen neutral. Die 25 Items lassen sich gleichmässig den folgenden fünf Subskalen zuordnen: Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen und prosoziales Verhalten. Die jeweiligen Skalenwerte werden durch das Aufsummieren der Werte der jeweiligen Items berechnet; der „Gesamtproblemwert“ ist schliesslich als Summe der vier Problemsubskalen (ohne „prosoziales Verhalten“) definiert.<sup>7</sup> Der SDQ wurde mittlerweile in eine Vielzahl von Sprachen übersetzt und liegt sowohl in einer Version für Eltern und Lehrkräfte als auch als Selbstbericht vor. Der SDQ gilt als reliables und valides Instrument (u. a. Achenbach et al., 2008), dies gilt auch für die deutschsprachige Version SDQ-Deu, die hier zum Einsatz gekommen ist (Klassen, Woerner, Rothenberger & Goodman, 2003) und für die deutsche Normwerte vorliegen (Woerner et al., 2002).<sup>8</sup>

Ebenfalls in der Basisdokumentation enthalten war die Skala zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung durch die Anmelder(innen) und die Mitarbeitenden von HotA; diese wurde von Ziegenhain et al. (2010) übernommen, wobei die HotA-Mitarbeitenden die Kindeswohlgefährdung vor dem Hintergrund ihrer Angaben in den vorhergehenden Abschnitten des Moduls 2 der Basisdokumentation vornehmen sollten und damit bekannten Risikofaktoren für eine Kindeswohlgefährdung (u. a. Deegener & Körner, 2006):

- Gesundheitssituation der Familienmitglieder,
- Alltagsbewältigung und Fertigkeiten in der Familie,
- Strukturierung des Familiensystems,
- emotionales Klima in der Familie,
- Gewalt und delinquentes Verhalten,
- finanzielle Situation der Familie,
- Kinderschutzmassnahmen.

In der Version der Basisdokumentation zum Fallabschluss und zur Nachbefragung („follow-up“) wurden Veränderungen in den jeweiligen Themenbereichen abgefragt sowie die Zielerreichung aus Sicht der Familien, von HotA und zum Zeitpunkt des Fallabschlusses auch der anmeldenden Stellen. Daneben kamen erneut die genannten standardisierten Instrumente zum Einsatz.

Die so erhobenen Daten wurden anonymisiert in eine Datenmatrix übertragen. Die folgenden deskriptiven und inferenzstatistischen Auswertungen erfolgten unter Verwendung des Statistikpaketes IBM® SPSS® Version 20. Mittelwertsvergleiche zwischen abhängigen Stichproben dienten der statistischen Prüfung der gefundenen Unterschiede vor und nach der Intervention (t-Test für abhängige Stichproben, Wilcoxon Signed Ranks Test). Informationen über die praktische Bedeutsamkeit der gefundenen Unterschiede und Zusammenhänge lieferte die Berechnung von Effektstärken (z. B.  $d$ ,  $r$ ) (Bortz & Döring, 2003; Sedlmeier & Renkewitz, 2008).<sup>9,10</sup>

---

<sup>7</sup> Bei 1-2 fehlenden Werten in einer Skala wird der Skalenwert durch das Hochrechnen der mindestens drei vorhandenen Werte berechnet; fehlten mehr als drei Werte in einer Skala wurde auf die Berechnung eines Skalenwertes verzichtet.

<sup>8</sup> Im Rahmen der Evaluation wird unterstellt, dass die deutschen Normwerte auf die Verhältnisse im Kanton Aargau übertragen werden können.

<sup>9</sup> Bei der Interpretation der Effektstärken wurden die Konventionen nach Cohen (1992, nach Sedlmeier & Renkewitz, 2008) zugrunde gelegt. Hiernach gilt: kleiner Effekt:  $d \geq 0,20$ ,  $r \geq 0,10$ ; mittlerer Effekt;  $d \geq 0,50$ ,  $r \geq 0,30$ ; grosser Effekt:  $d \geq 0,80$ ,  $r \geq 0,50$

Luzern, 21. April 2015

Seite 20/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

### 3.3.2. Expertenaudit, standardisierte Befragung der Familien und Mitarbeitendenbefragung

Die Bewertung des Nutzens und der Akzeptanz von sowie der Zufriedenheit mit HotA erfolgte auch in der zweiten Phase der Evaluation aus verschiedenen Perspektiven: ausserkantonale Expert(inn)en, Anspruchsgruppen und HotA-Mitarbeitenden selbst. Dabei haben sich je nach Zielgruppe unterschiedliche Zugänge angeboten: Für das Expertenaudit wurden drei ausserkantonale Expert(inn)en aus den Bereichen Sozialpädiatrie/Kinderschutz, aufsuchende Sozialpsychiatrie und aufsuchende Familienarbeit<sup>11</sup> von der Hochschule Luzern gebeten, gestützt auf eine Grundlegendokumentation und eine dreistündige Fachauditsitzung mit der Leitung von HotA, moderiert durch den Evaluator, das Projekt in qualitativer Hinsicht zu beurteilen. Im Fokus standen Fragen zur qualitativen Umsetzung der Leistungen, zur Einhaltung professioneller Standards und zur Effizienz der Strukturen und Abläufe. Die mündlichen Einschätzungen der Expert(inn)en wurden transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet (vgl. Gläser & Laudel, 2010).

Ergänzend zum Expertenaudit wurden zwölf Familienarbeiter(innen) von HotA im Rahmen eines Gruppeninterviews zu ihrer Einschätzung der inhaltlichen und konzeptionellen Ausrichtung der Arbeit von HotA und damit von ihnen selbst befragt. Die Audioaufnahme des Interviews wurde transkribiert und in Anlehnung an Gläser und Laudel (2010) inhaltsanalytisch ausgewertet. Das Gruppeninterview fand in Abwesenheit der Leitungspersonen von HotA statt, und sie erhielten auch keine Einsicht in die Rohdaten. Thematisiert wurden im Interview mehrheitlich Aspekte, die im Vorfeld von den ausserkantonalen Expert(inn)en angesprochen worden waren.

Die Zufriedenheit mit der Familienbegleitung und seine Akzeptanz durch die betroffenen Familien wurde im Rahmen eines studentischen Forschungsprojektes unter Anleitung der Evaluatoren im November 2012 (Zwischenbericht) untersucht ( $n = 32$ ); in der zweiten Phase der Evaluation im Jahr 2014 konnten weitere 22 Familien befragt werden ( $N = 54$ ).<sup>12</sup> Während die Familien in der ersten Phase bestimmten Kriterien entsprechen sollten (Familienbegleitung lief seit einigen Monaten oder war bereits abgeschlossen, ausreichend Deutschkenntnisse und keine schwere psychische Erkrankung des zu befragenden Elternteils), wurden die Familien in der zweiten Phase nach dem Zufallsprinzip ausgewählt (abgeschlossene Fälle).<sup>13</sup>

Die Familien wurden telefonisch mit Hilfe eines standardisierten Kurzfragebogens befragt. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. Der Fragebogen wurde von Studentinnen der Hochschule Luzern 2012 unter Anleitung der Evaluatoren und in Absprache mit HotA entwickelt. Unter Berücksichtigung der Situation der Familien sollte die Befragung nicht länger als 15 Minuten dau-

---

<sup>10</sup> Die optimalen Stichprobenumfänge zur Absicherung der Ergebnisse bei einem Signifikanzniveau von  $\alpha = 0,05$  und einer Teststärke von  $1 - \beta = 0,80$  betragen für ein- (bzw. zwei-)seitige t-Tests für abhängige Stichproben für kleinere Effekte  $N = 156$  ( $N = 199$ ), mittlere Effekte  $N = 27$  ( $N = 34$ ) und grosse Effekte  $N = 12$  ( $N = 15$ ). Für den Wilcoxon Signed Ranks Test liegen die benötigten Stichprobenumfänge etwas höher: kleinere Effekte  $N = 164$  ( $N = 208$ ), mittlere Effekte  $N = 28$  ( $N = 35$ ), grosse Effekte  $N = 12$  ( $N = 15$ ). Die optimalen Stichprobenumfänge wurden mit Hilfe von G\*POWER Version 3.1.7 berechnet (vgl. auch: Bortz & Döring, 2003).

<sup>11</sup> Franziska Beer, Abteilungsleiterin, Fachstelle Kinderbetreuung, Kriens; Dr. med. Kurt Albermann, Chefarzt, Sozialpädiatrisches Zentrum Kantonsspital Winterthur und Dr. med. Harald Franz, leitender Arzt, Ambulante Dienste, Luzerner Psychiatrie

<sup>12</sup> Wir bedanken uns an dieser Stelle bei Gabriela Lüthi-Schenk und Manuela Thomi für die wertvolle Mitarbeit in der ersten Projektphase. Für die zweite Familienbefragung danken wir Benjamin Jenny.

<sup>13</sup> Eine vergleichende Analyse der beiden Stichproben hat gezeigt, dass die Familien, die 2013 befragt worden sind, sich von den ein Jahr später befragten Familien weder in relevanten sozio-demografischen/gesundheitlichen Merkmalen unterschieden (Alter und Nationalität der Familienmitglieder, Anteil Alleinerziehender und Erwerbstätiger, Anzahl minderjähriger Kinder im Haushalt, Vorliegen einer psychischen Erkrankungen bei einem Familienmitglied) noch in Bezug auf andere relevante Merkmale (Interventionsdauer, Anzahl involvierter Fachpersonen/-stellen, Grad der Kindeswohlgefährdung, Funktionalität der Familien [GARF], eingeschätztes Gewaltpotential). Und auch in Bezug auf die Angaben in der Befragung selbst liessen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Teilstichproben finden. Aus diesem Grund wurden die Daten der beiden „Familienstichproben“ gemeinsam ausgewertet (vgl. Kap. 4.9).

ern. Aus diesem Grund umfasste der Fragebogen insgesamt nur 13 Fragen. Von diesen bezogen sich sieben Fragen auf den wahrgenommenen Nutzen von HotA, im Sinne einer selbstwahrgenommenen Verbesserung der Bewältigung des Familienalltags, vier Fragen bezogen sich auf die Zufriedenheit der Befragten, definiert als positive Bewertung der Leistungen und keine oder eine geringe Abweichung von den vorherigen Erwartungen; eine Frage bezog sich auf die selbstwahrgenommene Akzeptanz der Unterstützung durch die/den Familienarbeiter(in). Den Befragten wurde jeweils eine 3-5-stufige Antwortskala vorgegeben. Um zumindest die Hintergründe bei eher negativen Antworten miterheben zu können, wurde in diesen Fällen in Form einer offenen Frage nach diesen gefragt. Abschliessend hatten die Befragten die Möglichkeiten, Ergänzungen zu HotA oder der Befragung zu machen. Die Rohdaten wurden in eine Datenmatrix übertragen, die statistische Auswertung erfolgte unter Verwendung von IBM® SPSS® Version 20.

#### 4. Ergebnisse

Mit Blick auf die zugrunde liegenden Evaluationsfragen wurden die bis zum Zeitpunkt des Abschlussberichts im November 2014 vorliegenden Daten analysiert. Bei der folgenden Darstellung der Ergebnisse wird dabei zunächst auf die Frage nach den erbrachten Leistungen im Sinne von Anmeldungen und aufgenommenen Familien sowie der Beschaffenheit der Zielgruppe eingegangen (Frage 1), im Anschluss auf die Frage nach der Effektivität der aufsuchenden Familienarbeit bzw. nach den Veränderungen der psychosozialen Problemlagen der von HotA begleiteten Familien (Frage 3). Abschliessend werden die Ergebnisse der Befragung der verschiedenen Anspruchsgruppen zu Nutzen, Akzeptanz und Zufriedenheit von bzw. mit HotA dargestellt (Frage 2). Einzelne Unterkapitel werden durch eine kurze Zusammenfassung und Diskussion abgeschlossen.

##### 4.1. Anmeldungen und aufgenommene Fälle

In den drei Jahren der Pilotphase des Projektes (2012-2014) gingen einer internen Statistik von HotA zufolge insgesamt 629 Anmeldungen ein. Die Anmeldezahlen waren über die drei Jahre relativ konstant mit 187-209 Anmeldungen im Jahr. Von den angemeldeten Familien wurden in etwa gleich viele angenommen und abgelehnt oder zurückgezogen ( $n_{angenommen} = 299$ ; 47,54 %;  $n_{abgelehnt} = 288$ ; 45,79 %), 42 Fälle blieben pendent (6,68 %). Gut ein Viertel der nicht pendenten Anmeldungen erfolgte durch eine Sozialstelle (Sozialdienste, Jugend- und Familienberatung u. a.) ( $n = 168$ ; 28,62 %), jeweils ca. ein Fünftel von Vertreter(inne)n der Kinder- und Jugendpsychiatrie ( $n = 128$ ; 21,81 %), aus dem schulischen Bereich ( $n = 114$ ; 19,42 %) oder durch andere (Mütter- und Väterberatung, Caritas, Ärzte/-innen u. a.) ( $n = 102$ ; 17,38 %). 75 Anmeldungen erfolgten durch die Erwachsenenpsychiatrie (12,78 %). Bei den angenommenen Fällen handelte es sich mehrheitlich um eine medizinische Indikation, in ca. einem Viertel der Fälle lag eine psychosoziale Indikation zur Aufnahme bei HotA vor ( $n = 71$ ; 23,83 %).

Die folgende Tabelle 4.1 gibt einen Überblick über die Anmeldungen bei HotA in den drei Jahren der Pilotphase des Projektes.

Tabelle 4.1: Anmeldungen 2012-2014 (ohne pendente Fälle)

Anmelder(innen)	Angenommen	Abgelehnt/ zurückgezogen	Anmeldungen insgesamt
Sozialstellen	78	90	168
Vertreter(innen) der Kinder- und Jugendpsychiatrie	82	46	128
Vertreter(innen) der Erwachsenen- psychiatrie	38	37	75
Schulischer Bereich	49	65	114
Andere	52	50	102
<b>Gesamt</b>	<b>299</b>	<b>288</b>	<b>587</b>

Wie zum Zeitpunkt des Zwischenberichts war die Wahrscheinlichkeit abgelehnt zu werden insgesamt für Familien, die *nicht* durch eine psychiatrische Einrichtung oder eine(n) niedergelassene(n) Psychiater(in) angemeldet worden waren, etwas höher als für Familien, bei denen dies der Fall gewesen war ( $RR = 1,29$ ). Allerdings war dieses „relative Risiko“ im Vergleich zum Sommer 2013 gesunken (zuvor:  $RR = 1,51$ ). Insgesamt ist diese leichte „Bevorzugung“ von Familien, die von einer/einem Vertreter(in) des psychiatrischen Versorgungssystems angemeldet werden, vor dem Hintergrund zu erklären, dass HotA insbesondere Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil und/oder Kind ansprechen möchte.

Neben diesen Anmeldungen gab es in den drei Jahren 186 festgehaltene Telefonkontakte. Zu den drei häufigsten Institutionen bzw. Personen, die HotA telefonisch kontaktierten, zählten Institutionen aus dem schulischen Bereich (Schulleitung, Schulpsychologischer Dienst, Schulsozialarbeit etc.) (23 %), Soziale Dienste oder Gemeindevertreter(innen) (17 %) sowie die Familien selbst (15 %).

Zur Untersuchung der Frage, welche Merkmale der angemeldeten Familien die Wahrscheinlichkeit einer Aufnahme bei HotA erhöhen, wurden 195 Familien, zu denen Anmeldebögen vorlagen<sup>14</sup>, mit 223 aufgenommenen Familien verglichen, zu denen ausgefüllte Basisdokumentationen vorlagen ( $N = 418$ ). Vor dem Hintergrund des von HotA gesetztes Zieles, insbesondere auch Familien mit einem psychisch erkrankten Kind und/oder Elternteil anzusprechen, aufgrund einer qualitativen Analyse der Ablehnungsschreiben sowie den Ergebnissen aus dem Zwischenbericht (Krüger & Zobrist, 2013) wurde angenommen, dass die folgenden Merkmale hierauf einen Einfluss haben:

- Staatsangehörigkeit (Schweizer[innen], Ausländer[innen]),
- Deutschkenntnisse (wenig/gering, gut/sehr gut) und
- Konfession der Kindsmütter (konfessionslos, christlich, nicht-christlich),
- Vorliegen einer psychischen Störung bei einem Familienmitglied (ja, nein),
- Höhe der von den Anmelder(inne)n eingeschätzten Kindeswohlgefährdung und
- Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit (jeweils keine-eher gering, eher hoch-sehr hoch) sowie
- die Anzahl der involvierten Fachpersonen/-stellen (0-2; > 2 Fachpersonen/-stellen).

Der obige Befund lässt zudem die Vermutung zu, dass die Herkunft des Anmelders einen Einfluss hat; da diese Information für die angenommenen Fälle zum Zeitpunkt des Berichts nicht vorlagen, konnte dieses „Fallmerkmal“ nicht berücksichtigt werden.

<sup>14</sup> Vier Familien wurden zweimal angemeldet, daher gingen in die Analysen 195 Anmeldungen von 191 Familien ein. Die Anmeldungen erfolgten im Zeitraum vom 13.01.2012-05.11.2014; in einem Fall war das Datum der Anmeldung nicht angegeben.

Luzern, 21. April 2015

Seite 23/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

Zu bedenken war bei den Analysen zudem die Lancierung des internen Projektes „HotA Migration“ im Herbst 2013 (siehe Kap. 1). Da zuvor nicht nur die Anzahl der bereits involvierten Fachpersonen/-stellen einen Einfluss auf die Aufnahme der Familie hatte (Krüger & Zobrist, 2013), sondern auch die Nationalität der Kindsmütter, war davon auszugehen, dass das neue Angebot einen Einfluss auf die Annahmewahrscheinlichkeit von Familien mit einer ausländischen Kindsmutter hat. Aus diesem Grund wurde der Umstand, ob die Familie vor bzw. nach dem Beginn des Migrationsprojektes angemeldet/angenommen worden war, mit in den Analysen berücksichtigt. Letztlich war davon auszugehen, dass einige der ausgewählten Merkmale nicht unabhängig voneinander sind, weshalb explizit die Interaktionen zwischen den folgenden Familienmerkmalen in den Berechnungen berücksichtigt wurden:

- Nationalität der Kindsmutter \* ihre Deutschkenntnisse,
- Nationalität der Kindsmutter \* ihre Konfession,
- Deutschkenntnisse der Kindsmutter \* Existenz des Projektes „HotA Migration“ bei Anmeldung,
- Vorliegen einer psychischen Erkrankung in der Familie \* Anzahl der involvierten Fachpersonen sowie
- Vorliegen einer psychischen Erkrankung in der Familie \* Höhe der Kindeswohlgefährdung nach Ansicht der Melder(innen).

Überprüft wurde dieses Modell mit Hilfe einer binären logistischen Regressionsanalyse (Agresti & Finlay, 2009). In das Modell aufgenommen wurden die Anzahl der involvierten Fachpersonen/-stellen sowie die Interaktionsterme „Psychische Erkrankung eines Familienmitglieds \* Kindeswohlgefährdung“ und „Nationalität der Kindsmutter \* Konfession der Kindsmutter(2)“ (vgl. Tab. 4.2).<sup>15</sup>

Die Wahrscheinlichkeit, bei HotA aufgenommen zu werden, war hiernach für Familien höher, in denen bereits mehr als zwei Fachpersonen oder -stellen involviert waren sowie für Familien mit einer Schweizer Kindsmutter nicht-christlichen Glaubens im Vergleich zu Familien mit einer ausländischen Kindsmutter nicht-christlichen Glaubens. Für Familien, in denen keine psychische Erkrankung eines Familienmitglieds bei Anmeldung vorlag, sank hingegen die Aufnahmewahrscheinlichkeit, wenn die Kindeswohlgefährdung von den Zuweiser(inne)n als (eher) gering eingestuft worden war im Vergleich zu entsprechenden Familien mit einer hohen Kindeswohlgefährdung (vgl. Tab. 4.2).

Weitere Merkmale, deren Einfluss jedoch nur auf dem 10 %-Niveau statistisch signifikant wurde, waren: das Vorliegen einer psychischen Erkrankung eines Familienmitglieds, der Umstand, ob das Projekt „HotA Migration“ bereits bei Anmeldung existierte sowie die Interaktionsterme „Deutschkenntnisse der Kindsmutter \* Existenz des Projekts „HotA Migration““ und „Nationalität der Kindsmutter \* Konfession der Kindsmutter(1)“. Hiernach stieg die Wahrscheinlichkeit der Aufnahme der Familien bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung eines Familienmitglieds sowie für Familien mit einer ausländischen, konfessionslosen Kindsmutter im Vergleich zu Familien mit einer schweizerischen, konfessionslosen Kindsmutter; für Kindsmütter mit geringen Deutschkenntnissen war die Aufnahmewahrscheinlichkeit vor Einführung des Projektes „HotA Migration“ hingegen geringer als für Frauen mit guten Deutschkenntnissen, nach Einführung des Projektes hatten Erstere hingegen eine höhere Aufnahmewahrscheinlichkeit (vgl. Tab. 4.2), wobei dies vor allem für ausländische Kindsmütter zugetroffen haben dürfte<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Diese „Fallmerkmale“ zusammen erklärten 20,4 % der Varianz des Kriteriums Fallaufnahme auf. Das Ergebnis des Hosmer-Lemeshow-Tests wies auf eine gute Passung des Modells hin ( $p = .504$ ). 69 % der Familien wurden korrekt zugeordnet.

<sup>16</sup> Die Fallzahlen reichten leider nicht für eine Prüfung dieser Annahme.



Die restlichen Merkmale hatten keinen signifikanten Einfluss auf die Aufnahmewahrscheinlichkeit der Familien. Der Anteil der aufgeklärten Varianz betrug 20 %.

Während der Einfluss der Anzahl involvierter Fachpersonen/-stellen sowie des Vorliegens einer psychischen Erkrankung eines Familienmitglieds zusammen mit der Höhe der Kindeswohlgefährdung dem Konzept von HotA entspricht (vgl. Kap. 1), muss der Einfluss der Staatsangehörigkeit zusammen mit der Konfession der Kindsmutter vermutlich mit der Annahme kultureller Unterschiede und daraus folgender Schwierigkeiten bei der Familienarbeit zurückgeführt werden. Erfreulich ist jedoch, dass sich in der Tendenz zeigt, dass die Einführung des Projektes „HotA Migration“ HotA für Migrantenfamilien tatsächlich zugänglicher gemacht hat.<sup>17</sup>

Tabelle 4.2: Logistische Regression „Fallaufnahme“

Prädiktoren	Regressionskoeffizient B	Geschätzter Standardfehler (S. E.)	OR	95 %- Konfidenzintervall für OR	
				Unterer Wert	Oberer Wert
Anzahl involvierter Fachleute/-stellen	1,382**	0,441	3,98	1,68	9,46
Psychische Erkrankung eines Familienmitglieds * Kindeswohlgefährdung	-1,293*	0,633	0,28	0,79	0,95
Nationalität der Kindsmutter * Konfession derselben(2)	1,796*	0,874	6,03	1,09	33,42
<i>Psychische Erkrankung eines Familienmitglieds</i>	<i>0,867<sup>+</sup></i>	<i>0,502</i>	<i>2,38</i>	<i>0,89</i>	<i>6,37</i>
<i>Angebot Projekt „HotA Migration“</i>	<i>1,864<sup>+</sup></i>	<i>1,008</i>	<i>6,45</i>	<i>0,89</i>	<i>46,51</i>
<i>Nationalität der Kindsmutter * Konfession derselben(1)</i>	<i>2,282<sup>+</sup></i>	<i>1,215</i>	<i>9,79</i>	<i>0,91</i>	<i>106,01</i>
<i>Deutschkenntnisse der Kindsmutter * Angebot Projekt „HotA Migration“</i>	<i>-2,050<sup>+</sup></i>	<i>1,050</i>	<i>0,13</i>	<i>0,02</i>	<i>1,01</i>

<sup>+</sup> p < .10, \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

Aus methodischer Sicht ist einschränkend anzumerken, dass in die Analysen auf der einen Seite Informationen aus den Anmeldungen der abgelehnten Familien und auf der anderen Seite vermutlich genauere Informationen aus den Basisdokumentationen der aufgenommenen Familien eingegangen sind. Darüber hinaus müssen die zum Teil weiten Konfidenzintervalle berücksichtigt werden (vgl. Tab. 4.2). Mit Blick auf das Modell ist zudem zu berücksichtigen, dass zwar 90 % der aufgenommenen Fälle korrekt zugewiesen werden, es jedoch eine Falsch-Negativ-Rate von 66 % aufweist. Dennoch deuten die Analysen auf (implizite) Mechanismen bei der Auswahl der Familien hin und zeigen, wie es HotA in relativ kurzer Zeit gelungen ist, Migrantenfamilien besser zu erreichen.

<sup>17</sup> Hierfür spricht auch, dass die Ausländerquote vor September 2013 bei 23 %, nach September 2013 bei 25 % lag.

In Übereinstimmung mit dem Konzept von HotA hatten Familien, die aus dem psychiatrischen Versorgungssystem angemeldet wurden, sowie Familien, in denen bereits mehr als zwei Fachpersonen/-stellen involviert waren, während der Pilotphase eine höhere Aufnahmewahrscheinlichkeit, wobei die Tendenz, eher Familien anzunehmen, die von einer/einem Vertreter(in) des psychiatrischen Versorgungssystems angemeldet worden waren, im Vergleich zum Zeitpunkt des Zwischenberichts leicht zurückgegangen war. Die Bevorzugung von Familien, in denen bereits mehrere Fachpersonen/-stellen involviert sind, stimmt zudem mit dem in den Antwortschreiben häufig angegebenen Ablehnungsgrund überein, die Möglichkeit der Hilfe durch ambulante Massnahmen sei noch nicht ausgeschöpft. Angenommene kulturelle Unterschiede aufgrund einer ausländischen Staatsangehörigkeit in Kombination mit einer nicht-christlichen Konfession der Kindsmutter scheinen hingegen zur Antizipation von Schwierigkeiten in der Familienarbeit zu führen und infolge die Aufnahmewahrscheinlichkeit entsprechender Familien zu verringern. Seit der Lancierung des Projektes „HotA Migration“ im Herbst 2013 scheint sich HotA Migrantenfamilien gegenüber jedoch weiter geöffnet zu haben, wofür auch der gestiegene Ausländeranteil unter den versorgten Familien spricht (siehe unten).

#### 4.1.1. Grundlage der quantitativen Auswertungen

Zum Zeitpunkt des Abschlussberichts lagen zu 223 Familien Basisdokumentationen bei Fallaufnahme, zu 116 auch bei Fallabschluss vor; in 16 Fällen lagen Basisdokumentationen zu allen drei Erhebungszeitpunkten vor. Die Familien waren zwischen dem 25. Januar 2012 und dem 20. Oktober 2014 aufgenommen worden. Der erste Fall, zu dem entsprechende Angaben vorlagen, wurde am 08. Mai 2012 abgeschlossen, der letzte am 30. November 2014. Die kürzeste Intervention dauerte dabei 1, die längste 21 Monate; durchschnittlich wurden die Familien über einen Zeitraum von neun Monaten von HotA betreut ( $M = 9,01$ ;  $SD = 5,08$ ).<sup>18</sup> Trotz der zum Teil geringen Interventionsdauer können diese Fälle hier nicht als klassische „Drop-outs“ betrachtet werden, da die Interventionsdauer des Hometreatments nicht festgelegt ist und somit variieren kann. Auf Abbrüche der Familienarbeit wurde im Zwischenbericht im Rahmen vertiefter Einzelfallanalysen eingegangen (Krüger & Zobrist, 2013).

Nicht zu jedem der Fälle, zu denen eine Basisdokumentation vorlag, lagen auch die ausgefüllten separaten standardisierten Selbstauskunftsinstrumente vor (SDQ, FB-A). Wie der folgenden Tabelle 4.3 zur Datengrundlage der Auswertungen zum Zeitpunkt des Abschlussberichts zu entnehmen ist, war hier insbesondere der Rücklauf für die Nachbefragung so gering, dass auf eine statistische Prüfung der Signifikanz der Veränderungen seit Fallabschluss oder über alle drei Erhebungszeitpunkte hinweg verzichtet wurde.

Tabelle 4.3: Datengrundlage Auswertungen Abschlussbericht

Instrument	Fallaufnahme	Fallabschluss	Follow-up	Vollständige Fälle (prä, post)	Vollständige Fälle (prä, post, follow-up)
<b>Basisdokumentation</b> (Anzahl Familien)	223	116	24	116	16
<b>SDQ</b> (Anzahl Bögen)	162	63	21	41	5
<b>FB-A</b> (Anzahl Bögen)	168	67	2	51	1

<sup>18</sup> Die Interventionsdauer konnte für 120 Fälle berechnet werden, da die Abschlussdaten für vier Fälle bekannt waren, zu denen keine ausgefüllten Abschluss-Basisdokumentationen vorlagen.

#### 4.2. Sozio-demografische Merkmale der Familien

Die Kindsmütter waren zum Zeitpunkt der Fallaufnahme zwischen 23 und 52 Jahre alt; das durchschnittliche Alter der Mütter betrug 38 Jahre ( $M = 37,90$ ;  $SD = 6,80$ ).<sup>19</sup> Die Kindsväter waren etwas älter. Der jüngste Kindsvater war bei Fallaufnahme 27 Jahre alt, der älteste 61. Im Durchschnitt waren die Väter der Kinder 41 Jahre alt ( $M = 41,36$ ;  $SD = 6,81$ ).<sup>20</sup> Die Mehrheit der Mütter<sup>21</sup> ( $n = 166$ ; 78,85 %) und der Väter<sup>22</sup> waren Schweizer Staatsbürger(innen) ( $n = 144$ ; 72,73 %), wobei 14 Frauen und 8 Männer Doppelbürger(innen) waren und bei 7 Schweizer(inne)n unklar war, ob sie noch eine weitere Staatsangehörigkeit hatten. 50 Mütter (23,15 %) und 54 Väter waren Ausländer(innen) (27,27 %). Insgesamt lag die Ausländerquote damit bei 25 %.

In 101 Fällen waren die Kindseltern miteinander verheiratet (46,54 %), in weiteren 9 Fällen war ein Elternteil verheiratet, das andere nicht.<sup>23</sup> Damit waren gut die Hälfte der Kindseltern verheiratet (51,46 %), 42 waren ledig (10,24 %) und 157 getrennt oder geschieden (38,29 %). In 94 Familien war zum Triagezeitpunkt ein Elternteil alleinerziehend (42,15 %). Etwas mehr als die Hälfte der Kindsmütter (50,91 %;  $n = 111$ )<sup>24</sup> und die überwiegende Mehrheit der Kindsväter war erwerbstätig (88,72 %;  $n = 173$ )<sup>25</sup>.

Insgesamt lebten 430 minderjährige Kinder in den Familien, darüber hinaus wurden Angaben zu 61 volljährigen Kindern gemacht, die zum Teil noch im Haushalt lebten ( $N = 491$ ). In den Haushalten der Familien lebten zwischen einem und sechs *minderjährige* Kinder, durchschnittlich waren es zwei minderjährige Kinder ( $M = 2,13$ ;  $SD = 0,91$ ).<sup>26</sup> Mit 256 Jungen (53,67 %) waren es etwas mehr Jungen als Mädchen (46,33 %;  $n = 221$ ), das Geschlecht von 14 Kindern war nicht dokumentiert. Die Kinder waren zum Zeitpunkt der Fallaufnahme zwischen 0 und 40 Jahre alt, im Durchschnitt waren sie acht, fast neun Jahren alt ( $M = 8,93$ ;  $SD = 5,53$ )<sup>27</sup>; betrachtet man nur die minderjährigen Kinder, lag das Durchschnittsalter bei acht Jahren ( $M = 8,14$ ;  $SD = 4,48$ )<sup>28</sup>. Den grössten Anteil der minderjährigen Kinder machten die 6- bis unter 12-Jährigen mit 41,40 % aus ( $n = 178$ ) (vgl. Abb. 4.1).

---

<sup>19</sup> Alter der Kindsmütter  $N = 202$ .

<sup>20</sup> Alter der Kindsväter  $N = 178$ .

<sup>21</sup> Keine Angaben zur Staatsbürgerschaft der Kindsmütter in 7 Fällen ( $N = 216$ ).

<sup>22</sup> Keine Angaben zur Staatsbürgerschaft der Kindsväter in 25 Fällen ( $N = 198$ ).

<sup>23</sup>  $N = 217$

<sup>24</sup>  $N = 218$

<sup>25</sup>  $N = 195$

<sup>26</sup>  $N = 222$

<sup>27</sup>  $N = 456$ ; Kinder, die z. B. im Ausland lebten und von der Intervention von HotA nicht betroffen waren, wurden nicht aufgenommen. Aus demselben Grund wurden in die folgenden Analysen nur die minderjährigen Kinder berücksichtigt, die in dem Haushalt lebten, in dem HotA tätig war.

<sup>28</sup>  $N = 430$

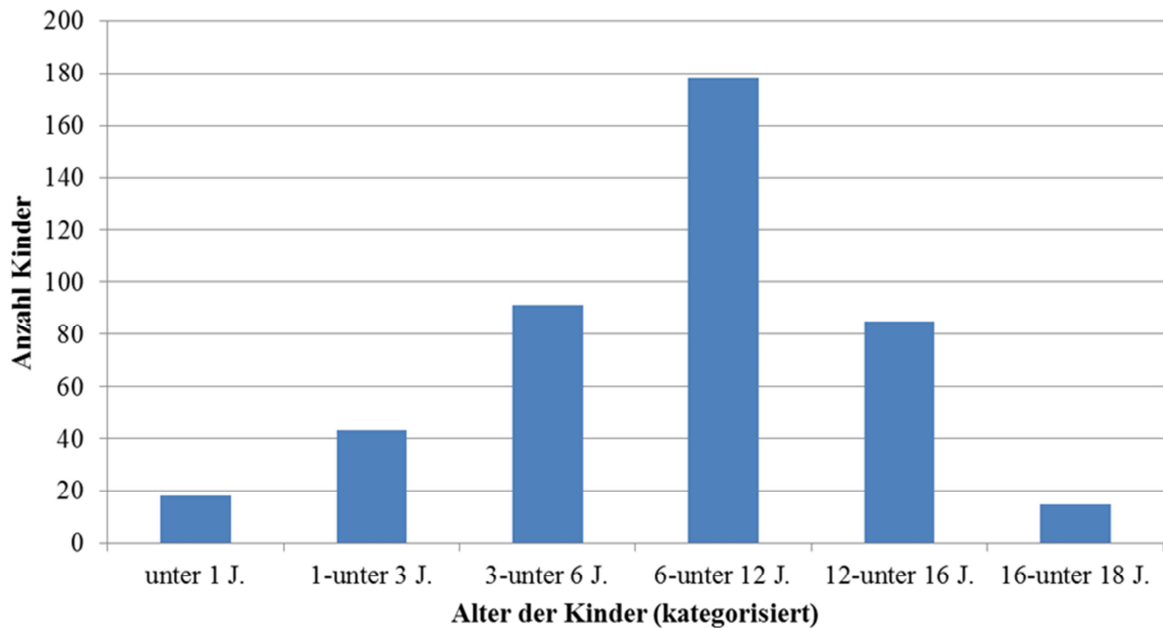


Abbildung 4.1: Alter der minderjährigen Kinder im Haushalt (N = 430)

Gut die Hälfte Eltern war verheiratet, knapp 40 % getrennt lebend oder geschieden. 9 % der Kindsväter und 12 % der Kindsmütter waren ledig. Der Anteil der Alleinerziehenden in den Familien war entsprechend hoch und lag bei über 40 %. Dies entspricht den Daten zur Inanspruchnahme aufsuchender Familienhilfe in Deutschland und der Schweiz, wonach diese gerade von Alleinerziehenden genutzt werde (Richter, 2013; SpF, 2013).

Der Ausländeranteil bei den Eltern lag insgesamt bei 25 % und damit leicht über dem der Gesamtbevölkerung des Kantons Aargau 2010 mit 22 % (Gieré, 2013). Entsprechend den Verhältnissen in der Gesamtbevölkerung stammten die meisten ausländischen Elternteile aus Deutschland oder Italien, wobei der Anteil der Deutschen mit 21 % in etwa den der Gesamtbevölkerung mit 20 % entsprach (ebd.). Im Vergleich zu den Befunden des Zwischenberichts war der Ausländeranteil unter den HotA-Familien leicht gestiegen; dies ist vermutlich auf die Lancierung des Projektes „HotA Migration“ im Herbst 2013 zurückzuführen.

Der Anteil der Erwerbstätigen lag mit 69 % leicht über dem der Gesamtbevölkerung mit 66 %, wobei Letzterer alle Erwerbstätigen ab dem 15. Lebensjahr umfasst (inkl. Lehre) und bei HotA allein die erwerbstätigen Eltern berücksichtigt wurden; damit wird der Unterschied zwischen den beiden Quoten vermutlich noch unterschätzt. Insgesamt ist die hohe Erwerbstätigenquote in den Familien auf den hohen Anteil der erwerbstätigen Männer zurückzuführen. Ihr Anteil lag mit 89 % deutlich über dem in der Gesamtbevölkerung (73 %), während erwerbstätige Frauen in den Familien unterrepräsentiert waren (51 % statt 60 %) (Gieré, 2013).

### 4.3. Involvierte Fachstellen und -personen

Fast alle Familien hatten zum Zeitpunkt der Fallaufnahme Kontakt zu Fachpersonen oder Fachstellen. Nur in 18 Fällen (8,07 %) war dies nicht der Fall. Die restlichen 105 Familien hatten Kontakt zu 1-7 Fachpersonen oder -stellen, wobei durchschnittlich zwei Fachpersonen und/oder -stellen in die Fälle involviert waren ( $M = 1,95$ ;  $SD = 1,31$ ). Mehrheitlich handelte es sich dabei um Psychiater(innen) oder psychiatrische Einrichtungen sowie um Ärzte/-innen und Therapeut(inn)en. Des Weiteren waren häufig Psycholog(inn)en oder der Schulpsychologische Dienst involviert.

Vor dem Hintergrund, dass eine Aufnahme bei HotA voraussetzt, dass entsprechende ambulante Massnahmen ausgeschöpft sind, verwundert es nicht, dass in die Mehrheit der Fälle, die von HotA betreut wurden, bereits andere Fachpersonen und/oder -stellen involviert waren.

### 4.4. Psychosoziale Problemlage und Ziele der Familien vor und nach der Intervention

#### 4.4.1. Körperliche und psychische Gesundheit der Familienmitglieder

##### 4.4.1.1. Körperliche und psychische Gesundheit der Familienmitglieder vor der Intervention

In gut einem Drittel der Fälle lag eine körperliche Erkrankung, Beeinträchtigung und/oder Behinderung eines Elternteils vor (36,24 %;  $n = 79$ )<sup>29</sup>, in 48 Fällen eine eines Kindes (22,12 %)<sup>30</sup>. Bei den Eltern handelte es sich dabei mehrheitlich um Rückenprobleme oder (chronische) Schmerzen. Fünf Erwachsene litten an einem Burnout.<sup>31</sup> Bei den Kindern überwogen Neurodermitis, Allergien und Asthma (vgl. Tab. A.1 im Anhang B).

#### Psychische Erkrankungen der Eltern

In mehr als der Hälfte der Familien war zumindest ein Elternteil bei Fallaufnahme oder einem früheren Zeitpunkt psychisch erkrankt (gewesen) ( $n = 124$ ; 57,94 %), in 90 Familien war dies nicht der Fall.<sup>32</sup>

Zum Zeitpunkt der Fallaufnahme war in 94 Familien kein Elternteil psychisch erkrankt (47,00 %), in 106 Familien war zumindest ein Elternteil psychisch erkrankt (53,00 %).<sup>33</sup> In 12 dieser Familien waren beide Elternteile erkrankt, in 27 war alleine die Kindsmutter, in 2 alleine der Kindsvater betroffen; in Bezug auf 71 Familien lagen nur zu einem Elternteil Informationen zur psychischen Störung vor (vgl. Tab. 4.4).

Tabelle 4.4: Psychische Erkrankungen der Eltern in den Familien bei Fallaufnahme

		Psychische Störung (Kindsmutter)			Total
		ja	nein	k. A./unklar	
Psychische Störung (Kindsvater)	ja	12	2	11	25
	nein	27	94	1	122
	k. A./unklar	54	5	17	76
Total		93	101	29	223

<sup>29</sup> Eindeutige Informationen lagen in insg. 218 Fällen vor.

<sup>30</sup> Eindeutige Informationen lagen in insg. 217 Fällen vor.

<sup>31</sup> In der ICD-10 wird Burnout zu den Faktoren gezählt, die den Gesundheitszustand beeinflussen und die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Kap. XXI), genauer: zu den Problemen mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Z73).

<sup>32</sup>  $N = 214$ ; in 7 Fällen waren keine Angaben gemacht worden und in 2 Fällen war unklar, ob ein Elternteil in der Familie psychisch erkrankt war.

<sup>33</sup>  $N = 200$

Die Kindsmütter wiesen häufiger eine psychische Störung auf als die Kindsväter. So waren 93 der 194 Kindsmütter, zu denen entsprechende Angaben vorlagen, bei Fallaufnahme psychisch krank (47,94 %). 20 Kindsmütter wiesen mehr als eine psychischen Störung auf. Die Mehrheit der Kindsväter wies vor der Intervention hingegen keine psychische Störung auf ( $n = 122$ ; 82,99 %), hier waren es 25 Männer, die psychisch krank waren (17,01 %).<sup>34</sup> 40 Kindseltern litten eindeutig sowohl an einer psychischen als auch an einer physischen Erkrankungen bzw. Behinderung, 23 wiesen mehr als eine psychische Erkrankung auf.

Der überwiegende Teil der psychisch kranken Kindsmütter litt an einer affektiven Störung (mehrheitlich Depressionen) (vgl. Tab. 4.5), wobei es sich in sechs Fällen um eine Verdachtsdiagnose<sup>35</sup> handelte. 13 Mütter hielten sich zum Zeitpunkt der Fallaufnahme in einer Klinik auf; drei Kindsmütter waren bei Fallaufnahme suizidal, in 48 Fällen lagen hierzu jedoch keine Angaben vor. Auch die psychisch erkrankten Kindsväter litten meist an einer affektiven Störung (vgl. Tab. 4.5). In zwei Fällen handelte es sich dabei um eine Verdachtsdiagnose.<sup>36</sup> Vier Kindsväter befanden sich bei der Fallaufnahme in einer Klinik in Behandlung. Laut den vorhandenen Informationen war ein Kindsvater bei der Fallaufnahme suizidal.

Tabelle 4.5: ICD-10-Diagnosegruppen „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kindseltern, prä)

Psychiatrische Diagnosen (ICD-10-Diagnosegruppen)	KM ( $n = 93$ )	KV ( $n = 25$ )
F0: Psychische und Verhaltensstörung		
• Leichte kognitive Störung (F06.7)	0	1
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen		
• Schizophrenie (F20.-)	8	2
F3: Affektive Störungen	52	8
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	9	3
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	22	1
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen		
• Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60.-; $n = 17$ )		
• Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63.-; $n = 1$ )	13	5
F7: Intelligenzstörung	2	0
F8: Entwicklungsstörungen		
• Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	0	1
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend		
• Hyperkinetische Störungen (F90.-; $n = 13$ )	9	5
• Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F94.-; $n = 1$ )		
Substanzmissbrauch	4	3
Andere nicht näher definierte Störung	1	0
Mehr als eine psychiatrische Diagnose	20	3

<sup>34</sup>  $N = 147$ , in 73 Fällen wurden keine Angaben gemacht, in 3 Fällen lagen keine eindeutigen Angaben vor („unklar“).

<sup>35</sup> Verdachtsdiagnose: hyperkinetische Störung, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (jeweils  $n = 1$ ) sowie affektive Störung ( $n = 6$ ).

<sup>36</sup> Verdachtsdiagnosen: affektive Störung, hyperkinetische Störung (jeweils  $n = 2$ ), leichte kognitive Störung, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen und keine Angaben zur Störung (jeweils  $n = 1$ ).

## Psychische Erkrankungen der Kinder

In einem Drittel der Familien war mindestens ein Kind psychisch erkrankt bzw. es bestand der Verdacht ( $n = 74$ ; 33,18 %). Die überwiegende Mehrheit der Kinder wies eine hyperkinetische Störung auf, 20 eine Entwicklungsstörung; 25 Kinder wiesen mehr als eine psychische Störung auf, 16 sowohl mindestens eine psychische als auch eine physische Erkrankung (vgl. Tab. 4.6).<sup>37</sup> Bei 14 Kindern handelte es sich um eine Verdachtsdiagnose.<sup>38</sup>

Zu 200 Familien lagen eindeutige Informationen zu psychischen Erkrankungen bei den Eltern und den Kindern vor. In 29 % dieser Familien waren weder Eltern noch Kinder psychisch erkrankt ( $n = 58$ ); in 29 Familien war bei Fallaufnahme sowohl mindestens ein Elternteil als auch ein Kind psychisch erkrankt (14,50 %). In 36 Familien war mindestens ein Kind, aber kein Elternteil psychisch erkrankt (18,00 %), in 77 Familien war es genau umgekehrt (38,50 %).

Tabelle 4.6: ICD-10-Diagnosegruppen „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kinder, prä,  $n = 82$ )

Psychiatrische Diagnosen (ICD-10-Diagnosegruppen)	Anzahl Diagnosen
F3: Affektive Störungen	5
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	9
F7: Intelligenzstörung	3
F8: Entwicklungsstörungen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80.-; <math>n = 4</math>)</li> <li>• Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81.-; <math>n = 2</math>)</li> <li>• Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen (F82.-; <math>n = 1</math>)</li> <li>• Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörung (F83.-; <math>n = 6</math>)</li> <li>• Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84.-; <math>n = 4</math>)</li> <li>• Wahrnehmungs(-verarbeitungs-)störungen (<math>n = 2</math>)</li> <li>• Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung (F89.-; <math>n = 1</math>)</li> </ul>	20
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hyperkinetische Störungen (F90.-; <math>n = 56</math>)</li> <li>• Störungen des Sozialverhaltens (F91.-; <math>n = 3</math>)</li> <li>• Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.-; <math>n = 2</math>)</li> <li>• Emotionale Störungen des Kindesalters (F93.-; <math>n = 4</math>)</li> <li>• Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F94.-; <math>n = 3</math>)</li> <li>• Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98.-; <math>n = 5</math>)</li> </ul>	73
Mehr als eine psychiatrische Diagnose	25
Mind. eine psychische und eine physische körperliche Krankheit	16

<sup>37</sup> Insgesamt lagen zu 312 Kinder eindeutige Angaben vor.

<sup>38</sup> Verdachtsdiagnosen in den Fällen, in denen entsprechende eindeutige Angaben vorlagen: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend ( $n = 5$ ), davon drei Fälle von hyperkinetischen Störungen; neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen ( $n = 2$ ), kombinierte umschriebene Entwicklungsstörung ( $n = 2$ ), affektive Störungen, umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten und tiefgreifende Entwicklungsstörungen (jeweils  $n = 1$ ).

### **Regelmässiger Medikamentenkonsum von Familienmitgliedern**

Vor dem Hintergrund der aufgeführten physischen und psychischen Erkrankungen bzw. Behinderungen ist es nicht verwunderlich, dass in gut der Hälfte der Fälle mindestens ein Elternteil regelmässig ein verordnetes Medikament bei Fallaufnahme einnahm ( $n = 110$ ; 51,16 %).<sup>39</sup> Hierbei nahmen 29 Kindsmütter und 10 Kindsväter mehr als ein Medikament ein. Insgesamt waren es aber überwiegend die Kindsmütter, die ein Medikament regelmässig einnehmen mussten. Die Kinder nahmen in der Mehrheit der Fälle kein verordnetes Medikament regelmässig ein ( $n = 151$ ; 68,95 %), in 68 Fällen war dies jedoch der Fall (31,05 %).<sup>40</sup> Neun Kinder nahmen mehr als ein Medikament regelmässig ein.

Mehrheitlich nahmen die Kinseltern Psychopharmaka und dabei ein Antidepressivum und/oder ein Neuroleptikum ein. Die Kinder nahmen hingegen mehrheitlich ein methylphenidathaltiges Präparat ein.

### **Substanzmissbrauch durch Familienmitglieder**

Neben der Einnahme verschriebener Medikamente wurde in der Basisdokumentation auch der Konsum weiterer psychotroper Substanzen festgehalten: Rauchen (Tabak), Alkohol, weitere Drogen (sofern nicht bei Medikamenteneinnahme aufgeführt). Etwa gleich viele Eltern waren Raucher(innen) ( $n = 105$ ; 48,61 %) bzw. Nichtraucher(innen) ( $n = 111$ ; 51,39 %).<sup>41</sup> 22 Kindsmütter oder -väter hatten zum Zeitpunkt der Fallaufnahme laut Angaben der HotA-Mitarbeitenden ein Alkoholproblem, 8 hatten zuvor eines gehabt ( $n = 30$ ; 13,89 %); in weiteren drei Fällen wies ein Mitglied der Herkunftsfamilien der Kinseltern ein Alkoholproblem auf. Somit hatte in 186 Fällen<sup>42</sup> kein erwachsenes Familienmitglied ein Alkoholproblem. Drogenkonsum eines Elternteils bildete den Ausnahmefall. In elf Fällen konsumierte zumindest ein Elternteil illegale Drogen, in weiteren zehn Fällen wies ein Elternteil eine Drogenvergangenheit auf, war zum Zeitpunkt der Fallaufnahme jedoch „clean“ ( $n = 21$ ; 9,72 %).<sup>43</sup>

Von den Kindern waren bei Fallaufnahme 17 Raucher(innen) (7,87 %)<sup>44</sup>, weitere 7 Kinder hatten nach Einschätzung der HotA-Mitarbeitenden ein Alkoholproblem (3,27 %)<sup>45</sup>. Sechs Kinder konsumierten zu diesem Zeitpunkt illegale Drogen (2,79 %).<sup>46</sup> Nicht in allen Fällen war angegeben, um welches Kind es sich handelte. Von den Kindern, die rauchten und/oder Alkohol tranken, waren zumindest sieben Kinder unter 16 Jahre und insgesamt neun unter 18 Jahre alt, in zwei Fällen hat es sich um ein volljähriges Kind gehandelt. Drogen konsumierten mind. drei minderjährige und zwei volljährige Kinder.

---

<sup>39</sup>  $N = 215$

<sup>40</sup>  $N = 219$

<sup>41</sup>  $N = 216$

<sup>42</sup> Hierzu zählen ebenfalls die Familien, in denen ein Mitglied der Herkunftsfamilie eines Elternteils ein Alkoholproblem hatte.

<sup>43</sup> In sieben Fällen lagen keine (eindeutigen) Informationen zum Konsum illegaler Drogen der Eltern vor ( $N = 216$ ).

<sup>44</sup>  $N = 216$

<sup>45</sup>  $N = 214$

<sup>46</sup>  $N = 215$



#### 4.4.1.2. Körperliche und psychische Gesundheit der Familienmitglieder nach der Intervention

Die Situation der Familien in Bezug auf ihre körperliche und psychische Gesundheit hat sich in der Zeit der Betreuung erwartungsgemäss kaum verändert. 35 % der Eltern wiesen (immer noch) eine körperliche Erkrankung auf ( $n = 40$ ),<sup>47</sup> in drei dieser Familien war zuvor kein Elternteil erkrankt gewesen, in zweien waren bei Fallaufnahme hierzu keine Angaben gemacht worden. D. h., in 3 der 70 Familien, in denen bei Fallaufnahme kein Elternteil körperlich erkrankt gewesen war und zu denen entsprechende Informationen bei Fallabschluss vorlagen, war es zu einer Neuerkrankung eines Elternteils gekommen (4,29 %). In sieben Familien, in denen bei Fallaufnahme mind. ein Elternteil physisch erkrankt gewesen war, war dies bei Fallabschluss nicht mehr der Fall (16,67 %); in einem Fall waren keine Angaben gemacht worden.

Besser stellte sich die Situation in Bezug auf die körperliche Gesundheit der Kinder dar: Hier war zwar mind. ein Kind aus 17 der 112 Familien, zu denen entsprechende Informationen vorlagen, bei Fallabschluss erkrankt (15,18 %); allerdings war es auch hier „nur“ in 3 der 84 Familien, in denen zuvor kein Kind erkrankt gewesen war und zu denen ein Fallabschluss vorlag, zu einer Neuerkrankung gekommen (3,57 %). In 10 der 27 Familien, in denen zuvor ein Kind körperlich erkrankt gewesen war und zu denen ein Fallabschluss vorlag, war dies nach der Intervention explizit nicht mehr der Fall (37,04 %), zu weiteren drei Familien lagen keine entsprechenden Angaben bei Fallabschluss vor.

Zum Zeitpunkt der Nachbefragung war mind. ein Elternteil in drei Familien immer noch erkrankt (12,50 %). In fünf Familien war mind. ein Kind körperlich erkrankt (20,83 %), wobei in einer von zwei Familien kein Kind mehr erkrankt war und es in 2 von 13 Familien, in denen direkt nach Fallabschluss kein Kind physisch erkrankt gewesen war, es zu einer Neuerkrankung gekommen war.

#### Psychische Erkrankungen

In 40 Familien war bei Fallabschluss mind. ein Elternteil psychisch erkrankt (38,83 %),<sup>48</sup> das gleiche traf auf mind. ein Kind in der Hälfte der Familien zu ( $n = 53$ ; 50,00 %)<sup>49</sup>.

Zu 44 Kindsmüttern und 17 Kindsvätern lagen eindeutige Informationen zur psychischen Gesundheit vor und nach der Intervention vor. Mehrheitlich war es zu keiner Veränderung gekommen. Sechs zuvor psychisch erkrankte Kindsmütter und fünf Kindsväter wiesen nach Fallabschluss keine psychische Störung mehr auf<sup>50</sup>; zwei Frauen, die zuvor als psychisch gesund galten, wiesen eine Neuerkrankung auf. Bei sechs Kindsmüttern und drei Kindsvätern war nach der Intervention eine andere oder weitere Diagnosen gestellt worden.<sup>51</sup>

Insgesamt wiesen die Kindseltern weiterhin in erster Linie eine affektive Störung auf, dies galt insbesondere für die psychisch erkrankten Kindsmütter, von ihnen wiesen 60 % eine affektive Störung auf. 16 Kindseltern wiesen mehr als eine psychische Störung auf (vgl. Tab. 4.7). Zum Zeitpunkt der Nachbefragung wiesen fünf Kindseltern eine affektive Störung auf, drei eine hyperkinetische, weitere drei eine Schizophrenie bzw. eine schizotype und wahnhafte Störung und jeweils zwei wiesen eine Persönlichkeitsstörung bzw. eine andere psychische Störung auf. In einer der neun

---

<sup>47</sup>  $N = 115$

<sup>48</sup>  $N = 103$

<sup>49</sup>  $N = 106$

<sup>50</sup> In einem Fall wies der Kindsvater zu Beginn der Intervention eine affektive Störung auf, bei Fallabschluss keine Störung und zum Zeitpunkt der Nachbefragung litt er wieder an einer affektiven Störung.

<sup>51</sup> Insgesamt wiesen die Eltern in 9 der 52 Familien, in denen zuvor mind. ein Elternteil erkrankt gewesen war, nach Fallabschluss keine psychische Erkrankung mehr auf (17,31 %); in 2 der 43 Familien, in denen bei Fallaufnahme kein Elternteil psychisch erkrankt gewesen war, war es hingegen zu Neuerkrankungen gekommen (4,65 %).

Familien, in denen direkt nach Fallabschluss keine Erkrankung eines Elternteils vorgelegen hatte, war es zu einer Neuerkrankung gekommen; in einer der sechs Familien, in denen zuvor ein Elternteil erkrankt gewesen war, war dies hingegen bei der Nachbefragung nicht mehr der Fall.

Tabelle 4.7: ICD-10-Diagnosegruppen „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kindseltern, post)

Psychiatrische Diagnosen (ICD-10-Diagnosegruppen)	KM (n = 40)	KV (n = 15)
F0: Psychische und Verhaltensstörung	0	1
• Leichte kognitive Störung (F06.7)		
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	4	1
• Schizophrenie (F20.-)		
F3: Affektive Störungen	24	5
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	9	2
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	3	0
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	5	2
F7: Intelligenzstörung	1	0
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend		
• Hyperkinetische Störungen (F90.-; n = 10)	6	5
• Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F94.-; n = 1)		
Substanzmissbrauch	5	2
Andere nicht näher definierte Störung	1	0
Mehr als eine psychiatrische Diagnose	13	3

58 Kinder, zu denen entsprechende Angaben vorlagen, wiesen nach Abschluss der Intervention noch immer eine psychische Störung auf bzw. bei Fallaufnahme waren hierzu keine Angaben gemacht worden oder es war noch unklar, ob eine psychische Störung vorliegt oder nicht. Fast alle dieser Kinder wiesen eine Verhaltens- oder emotionale Störung auf, mehrheitlich eine hyperkinetische Störung (vgl. Tab. 4.8). 16 Kinder wiesen mehr als eine psychische Störung auf. In 2 der 41 Familien, in denen zuvor ein Kind psychisch erkrankt gewesen war, war dies bei Fallabschluss nicht mehr Fall (4,88 %); in 10 der 75 Familien, in denen zuvor keine Erkrankung eines Kindes bekannt gewesen war, war es hingegen zu einer Neuerkrankung gekommen (13,33 %).

Drei Kinder, zu denen entsprechende Informationen vorlagen, wiesen zum Zeitpunkt der Nachbefragung ausschliesslich eine hyperkinetische Störung auf; 38 Kinder wiesen keine psychische Störung auf. Insgesamt war es in keiner Familie, zu denen entsprechende Informationen vorlagen, zu einer Neuerkrankung gekommen, und in fünf der acht Familien, in denen zuvor ein Kind erkrankt gewesen war, war dies zum Zeitpunkt der Nachbefragung nicht mehr der Fall.

Tabelle 4.8: ICD-10-Diagnosegruppen „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kinder, post)

Psychiatrische Diagnosen (ICD-10-Diagnosegruppen)	Anzahl
F3: Affektive Störungen	4
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	2
F7: Intelligenzstörung	4
F8: Entwicklungsstörungen	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80.-; <math>n = 3</math>)</li> <li>• Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81.-; <math>n = 6</math>)</li> <li>• Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen (F82.-; <math>n = 2</math>)</li> <li>• Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörung (F83.-; <math>n = 4</math>)</li> <li>• Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84.-, <math>n = 3</math>)</li> <li>• Wahrnehmungs(-verarbeitungs-)störungen (<math>n = 1</math>)</li> </ul>	19
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hyperkinetische Störungen (F90.-; <math>n = 35</math>)</li> <li>• Störungen des Sozialverhaltens (F91.-; <math>n = 3</math>)</li> <li>• Emotionale Störungen des Kindesalters (F93.-; <math>n = 4</math>)</li> <li>• Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F94.-; <math>n = 2</math>)</li> <li>• Ticstörungen (F95.-; <math>n = 2</math>)</li> <li>• Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98.-; <math>n = 4</math>)</li> </ul>	50
Mehr als eine psychiatrische Diagnose	16

### Regelmässiger Medikamentenkonsum von Familienmitgliedern

Vor dem Hintergrund des weiterhin hohen Anteils physischer und psychischer Erkrankungen der Familienmitglieder verwundert nicht, dass auch zu den Zeitpunkten des Fallabschlusses und der Nachbefragung in einem grossen Teil der Familien mind. ein Familienmitglied regelmässig ein oder mehrere Medikamente einnahm. Dies traf zum Zeitpunkt des Fallabschlusses auf 48 % der Kindseltern zu ( $n = 53$ ),<sup>52</sup> zum Zeitpunkt der Nachbefragung auf 11 der 24 Familien. Zu beiden Zeitpunkten nahmen die Kindseltern mehrheitlich Psychopharmaka und dabei ein Antidepressivum und/oder ein Neuroleptikum ein. Daneben nahm bei Fallabschluss in 30 % der Familien mind. ein Kind regelmässig ein oder mehrere Medikament ein ( $n = 34$ ),<sup>53</sup> hierbei handelte es sich jedoch mehrheitlich um ein methylphenidathaltiges Präparat. Zum Zeitpunkt der Nachbefragung nahm in 8 der 24 Familien mind. ein Kind ein Medikament regelmässig ein, wobei es sich auch hier mehrheitlich um ein methylphenidathaltiges Präparat handelte.

### Substanzmissbrauch durch Familienmitglieder

In Bezug auf den Konsum weiterer psychotroper Substanzen blieb der Anteil der Raucher(innen) unter den Eltern mit 48 % stabil ( $n = 54$ ).<sup>54</sup> Der Anteil der Eltern, die nach Einschätzung der HotA-Mitarbeitenden aktuell oder zuvor ein Alkoholproblem gehabt hatten, lag bei Fallabschluss bei 8 % ( $n = 9$ ); der Anteil der Eltern, die illegale Drogen konsumierten oder zuvor konsumiert hatten, lag

<sup>52</sup>  $N = 111$

<sup>53</sup>  $N = 113$

<sup>54</sup>  $N = 113$

Luzern, 21. April 2015

Seite 35/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

mit 9 % ähnlich hoch ( $n = 10$ ). Mehrheitlich wiesen die Kindseltern somit auch zum Zeitpunkt des Fallabschlusses weder ein Alkohol- noch ein Drogenproblem auf ( $n_{Alkohol} = 109$ ;  $n_{Drogen} = 105$ ).<sup>55</sup>

Ähnlich stellte sich die Situation zum Zeitpunkt der Nachbefragung dar: Hier rauchten Eltern in 11 der 24 Familien, in jeweils einer Familie lag ein Alkoholproblem vor bzw. hatte zuvor vorgelegen und in wieder einer Familie wies ein Elternteil Drogenprobleme auf.

Von den Kindern waren bei Fallabschluss 11 Raucher(in) (9,57 %)<sup>56</sup>, jeweils weitere 3 Kinder hatten ein Alkohol- (2,65 %)<sup>57</sup> bzw. ein Drogenproblem (2,63 %)<sup>58</sup>. Zum Zeitpunkt der Nachbefragung rauchte ein Kind, keines konsumierte Alkohol oder Drogen. Nicht in allen Fällen war angegeben, um welche Kinder es sich handelte. Unter den Raucher(inne)n befanden sich zum Zeitpunkt des Fallabschlusses vier Kinder unter 16 Jahren und insgesamt sechs minderjährige Kinder; Alkohol und Cannabis wurde u. a. von zwei 14-Jährigen konsumiert.

#### 4.4.2. Finanzielle Situation der Familien vor und nach der Intervention

Die Mehrheit der Familien hat ihren Lebensunterhalt mit Hilfe des Einkommens eines Elternteils oder beider Eltern bestritten ( $n = 164$ ; 77,00 %). In 67 Familien zählten (zusätzlich) Alimente zum Einkommen (31,46 %), in 27 eine Rente (12,68 %), und 38 Familien erhielten Sozialhilfe (17,84 %). 34 Familien erhielten (zusätzlich) andere finanzielle Mittel (z. B. Mieteinnahmen, Versicherungsleistungen) (15,96 %).<sup>59</sup> Zwar konnte die überwiegende Mehrheit der Familien ihre monatlichen Fixkosten durch dieses Einkommen abdecken ( $n = 171$ ; 78,44 %)<sup>60</sup>, in 80 % dieser Familien reichte das Geld jedoch nur geradeso aus, lediglich 35 Familien standen mehr finanzielle Mittel zur Verfügung als an monatlichen Fixkosten anfielen. Diesen wiederum standen 47 Familien entgegen, die ihre Fixkosten nicht mit dem monatlichen Einkommen decken konnten (21,56 %). 104 Familien (48,37 %)<sup>61</sup> hatten zum Zeitpunkt der Fallaufnahme Schulden zwischen 400 und 1'400'000 SFr.; in bis zu 50 % der Familien betragen die Schulden nicht mehr als 20'000 SFr. 111 Familien waren nicht verschuldet, und in 8 Fällen lagen hierzu keine Informationen vor. Bei 23 der verschuldeten Familien gab es laufende Pfändungen.

Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass die HotA-Mitarbeitenden die finanziellen Probleme der Familien im Schnitt als eher hoch einschätzten ( $M = 2,59$ ;  $SD = 1,50$ ).

Zum **Zeitpunkt des Fallabschlusses** stellte sich die finanzielle Situation der Familien ähnlich dar wie bei Fallaufnahme. Knapp 80 % der Familien bestritt ihren Lebensunterhalt mit Hilfe des Einkommens eines oder beider Elternteile ( $n = 86$ ),<sup>62</sup> etwas mehr als ein Drittel erhielt (zusätzlich) Alimente ( $n = 38$ ) und jeweils 17 % erhielten eine Rente und/oder Sozialhilfe (jeweils  $n = 19$ ). 12 Familien erhielten (zusätzlich) andere finanzielle Mittel (11,01 %). Der Anteil der Familien, die ihre monatlichen Fixkosten durch dieses Einkommen abdecken konnten, lag mit 89 % höher als bei Fallaufnahme ( $n = 100$ )<sup>63</sup>, bei 74 % dieser Familien reichte das Geld jedoch nur gerade so aus. Der Anteil der Familien, denen im Monat mehr Geld zur Verfügung stand als zur Deckung der monatlichen Kosten notwendig, lag bei 23 % ( $n = 26$ ). Zwar hatte bei Fallabschluss immer noch knapp die

---

<sup>55</sup>  $N_{Alkohol} = 110$ , eines der neun Elternteile hatte früher ein Alkoholproblem gehabt.  $N_{Drogen} = 112$ , drei der zehn Elternteile hatten früher ein Drogenproblem gehabt.

<sup>56</sup>  $N = 115$

<sup>57</sup>  $N = 113$

<sup>58</sup>  $N = 114$

<sup>59</sup>  $N = 213$

<sup>60</sup>  $N = 218$

<sup>61</sup>  $N = 215$

<sup>62</sup>  $N = 109$

<sup>63</sup>  $N = 112$

Luzern, 21. April 2015

Seite 36/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

Hälfte der Familien Schulden ( $n = 50$ ; 46,73 %),<sup>64</sup> dennoch stellte sich die finanzielle Situation der Familien nun insgesamt signifikant besser dar als noch zu Beginn der Intervention ( $z = -2,496$ ,  $p = .013$ , *Wilcoxon Signed Ranks Test*), wobei elf Familien nun besser mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln auskamen und nur zwei Familien schlechter. Entsprechend schätzten auch die HotA-Mitarbeitenden das Ausmass der finanziellen Probleme der Familien bei Fallabschluss als signifikant geringer ein, auch wenn sie es immer noch als eher hoch einschätzten ( $M_{prä} = 2,68$ ,  $SD_{prä} = 1,55$ ;  $M_{post} = 2,54$ ,  $SD_{post} = 1,50$ ).<sup>65</sup>

Bei der Nachbefragung wurden keine Informationen zur finanziellen Situation der Familien erfragt.

### **Zusammenfassung: Psychosoziale Problemlagen der Familien vor und nach der Intervention (Teil 1)**

Die von HotA betreuten Familien zählten mehrheitlich zu den sogenannten Multiproblemfamilien, bei denen eine „Häufung von Unterversorgungslagen“ (Helming, 2004, S. 136), eine Kumulation von sozialen Benachteiligungen vorliegt. Beispielsweise können eine mangelhafte Schul- und Berufsausbildung zu Schwierigkeiten im Erwerbsleben, zu prekären Einkommensverhältnissen, Beziehungsproblemen in der Familie und gehäuften körperlichen und psychischen Problemen führen (vgl. u. a. Matter, 1999).

In Deutschland wird Richter (2013) zufolge die Sozialpädagogische Familienhilfe insbesondere von Familien in ökonomisch prekären Lagen in Anspruch genommen. Entsprechend war auch die finanzielle Situation der „HotA-Familien“ mehrheitlich problematisch. Da die Verbesserung der finanziellen Lage nicht explizites Ziel der Familienbegleitung ist, überrascht es nicht, dass das Ausmass der finanziellen Probleme der Familien auch bei Fallabschluss von den HotA-Mitarbeitenden immer noch als „eher hoch“ eingeschätzt wurden, auch wenn sich die finanzielle Lage der Familien scheinbar etwas verbessert hatte.

Laut dem Monitoring des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) fühlten sich 2009 17,1 % der Schweizer Bevölkerung mittel bis stark psychisch belastet, wobei der Anteil der Frauen überwog. In der Grossregion Nordwestschweiz war der Anteil der Personen, die sich mittel bis stark psychisch belastet fühlten, etwas geringer; hier lag er bei 15,4 % (Schuler & Burla, 2012, S. 25). Die Autor(inn)en gehen dabei davon aus, dass bei „einer mittleren psychischen Belastung [...] das Vorliegen einer psychischen Störung aus klinischer Sicht wahrscheinlich, bei einer starken Belastung sogar sehr wahrscheinlich“ sei (Schuler & Burla, 2012, S. 24). Baer (2009) geht davon aus, dass im Zeitraum von einem Jahr 25-30 % der erwachsenen Schweizer Bevölkerung und 20 % der Minderjährigen an einer psychischen Störung (inkl. Suchterkrankungen) erkrankten. Zwar liegen keine konkreten Zahlen für den Kanton Aargau vor, dennoch kann vor diesem Hintergrund davon ausgegangen werden, dass sowohl psychisch erkrankte Erwachsene als auch Kinder in den begleiteten Familien deutlich überrepräsentiert waren. Dies entspricht der Zielsetzung von HotA, insbesondere Familien mit einem psychisch erkrankten Kind und/oder Elternteil anzusprechen. Auffällig war dabei der hohe Anteil an psychisch erkrankten Kindsmüttern (48 %) im Gegensatz zum Anteil psychisch erkrankter Kinder (26 %).<sup>66</sup> In Übereinstimmung mit den Befunden des Obsan litten die Eltern am häufigsten unter einer affektiven Störung und dabei mehrheitlich unter einer Depression. Auch wenn die in der Befragung des Obsan berichteten depressiven Symptome nicht mit einer klinischen Diagnose gleichzusetzen sind, kann man sie als Anzeichen einer depressiven Verstimmung verstehen (Schuler & Burla, 2012, S. 26).

<sup>64</sup>  $N = 107$

<sup>65</sup>  $t(99) = 2,050$ ,  $p = .043$

<sup>66</sup> Hierbei wurden nur die Mütter ( $n = 93$ ) und Kinder ( $n = 82$ ) gezählt, zu denen entsprechende Angaben vorlagen; es handelt sich also um Angaben auf Personen-, nicht auf Familienebene.

Luzern, 21. April 2015

Seite 37/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

Vor dem Hintergrund des hohen Anteils physisch und/oder psychisch erkrankter Familienmitglieder ist der hohe Anteil von Personen zu verstehen, die regelmässig ein verordnetes Medikament einnahmen. Daneben erscheinen zumindest im Vergleich mit der Schweizer Gesamtbevölkerung der Raucheranteil sowie der von Personen mit einem Alkoholproblem relativ hoch. So rauchte laut Gesundheitsstatistik 2012 im Jahr 2007 28 % der Bevölkerung, und 6 % der Männer und 5 % der Frauen konsumierten Alkohol in einem Masse, das ein mittleres bis hohes Gesundheitsrisiko darstellte. In den begleiteten Familien rauchten hingegen knapp die Hälfte der Eltern und bei ca. 15 % wurde von einem Alkoholproblem gesprochen. Drogenkonsumierende Eltern („illegale Drogen“) bildeten hingegen eher die Ausnahme. In Bezug auf die Angaben zum Alkoholkonsum muss jedoch einschränkend angemerkt werden, dass die Einschätzung, wann ein Alkoholproblem vorliegt, sicherlich unterschiedlich ist.

Zum Zeitpunkt des Fallabschlusses war es kaum zu Veränderungen der gesundheitlichen Situation der Familien gekommen, die Behandlung der Erkrankungen zählt auch nicht zu den Inhalten der Familienbegleitung.

#### 4.4.2.1. Funktionsniveau der Familien vor und nach der Intervention nach Einschätzung der HotA-Mitarbeitenden

Mit Hilfe des GARF schätzten die HotA-Mitarbeitenden die Funktionalität der Familien in den Bereichen Interaktion (Alltagsbewältigung, Kommunikation) und Organisation (Strukturierung des Familiensystems) vor der Intervention durchschnittlich als offensichtlich und ernsthaft dysfunktional ein, das emotionale Klima in den Familien hingegen als etwas besser: deutlich dysfunktional, gelegentlich zufriedenstellend (vgl. Abb. 4.2). In Bezug auf alle drei Bereiche waren jedoch auch Familien darunter, die laut GARF zu dysfunktional waren, um Kontinuität in Kontakt und Bindung aufrechtzuerhalten, sowie Familien, deren Funktionalität als „zufriedenstellend“ eingestuft worden war. Insgesamt mussten bis zu 75 % der Familien laut GARF-Gesamtscore als deutlich dysfunktional oder schlechter bezeichnet werden.

Nach Einschätzung der HotA-Mitarbeitenden war es nach der Intervention zu einer statistisch hoch signifikanten Verbesserung der Funktionalität des Familiensystems gekommen. Auch der Gesamtscore hatte sich nach Fallabschluss nach Ansicht der HotA-Mitarbeitenden statistisch signifikant verbessert (vgl. Abb. 4.2; Tab. A.2 im Anhang B). Dabei zeigten sich in Bezug auf alle Bereiche grosse Effekte ( $d_z = 0,97-1,19$ ; vgl. Tab. A.2 im Anhang B). Insgesamt wiesen noch bis zu 25 % einen Gesamtscore auf, der für eine deutliche Dysfunktionalität oder eine schlechtere Funktionalität der Familie sprach.

In der Zeit bis zur Nachbefragung blieb die Situation in den Familien stabil; so stellte sich das Bild in den Fällen, zu denen entsprechende Informationen vorlagen, insgesamt ähnlich dar wie zum Zeitpunkt direkt nach Abschluss der Intervention, da es jeweils in etwa der Hälfte der Fälle zu einer leichten Verschlechterung, in der anderen Hälfte zu einer leichten Verbesserung gekommen war.<sup>67</sup>

<sup>67</sup> Interaktion:  $z = -0,171$ ,  $p = .864$ , *Wilcoxon Signed Ranks Test*; Organisation:  $z = -0,504$ ,  $p = .615$ , *Wilcoxon Signed Ranks Test*; Emotionales Klima:  $z = -0,031$ ,  $p = .975$ , *Wilcoxon Signed Ranks Test*; Gesamtscore:  $z = -0,031$ ,  $p = .975$ , *Wilcoxon Signed Ranks Test*. Interaktion: In 7 von 15 Fällen sind negative Differenzen zwischen den beiden Zeitpunkten aufgetreten, in 8 Fällen positive. Organisation: In 8 von 16 Fällen sind negative Differenzen zwischen den beiden Zeitpunkten aufgetreten, in 6 Fällen positive, und in 2 Fällen gab es Nulldifferenzen. Emotionales Klima: In 6 von 15 Fällen sind negative Differenzen zwischen den beiden Zeitpunkten aufgetreten, in 8 Fällen positive, und in einem Fall gab es Nulldifferenzen. Gesamtscore: In jeweils 7 von 14 Fällen sind negative bzw. positive Differenzen zwischen den beiden Zeitpunkten aufgetreten.

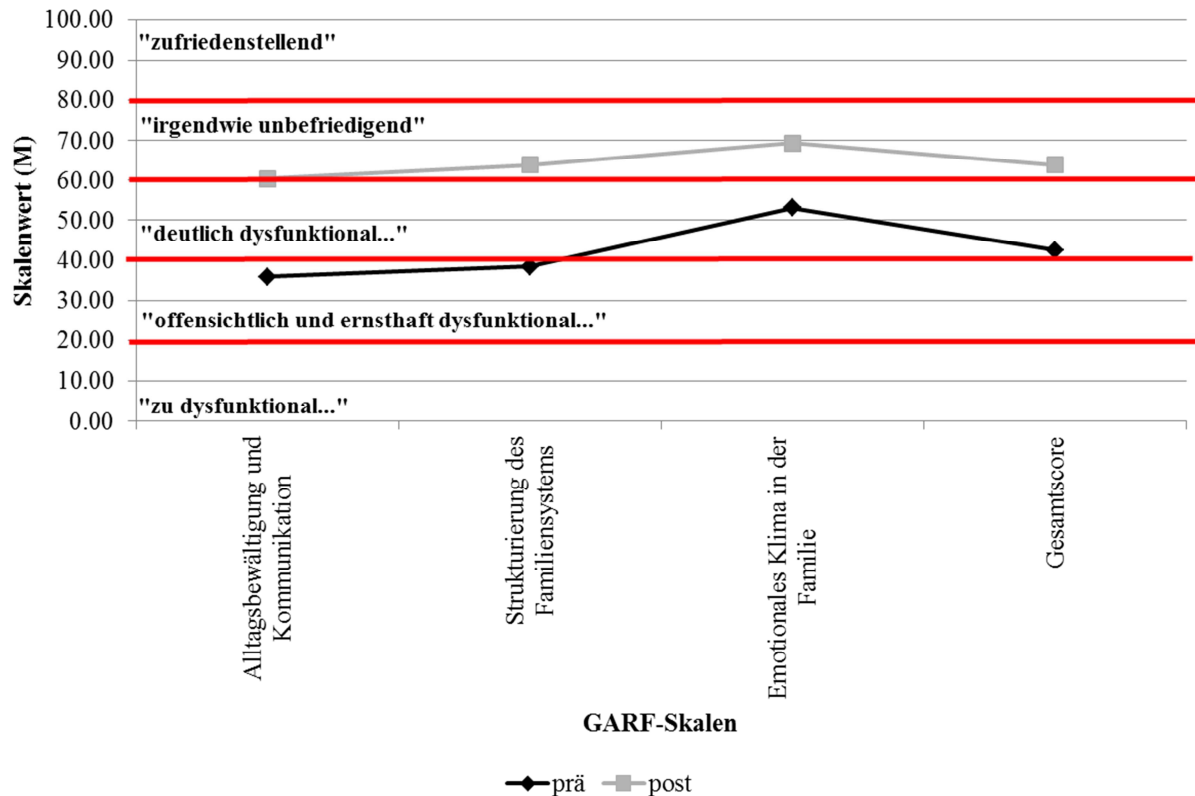


Abbildung 4.2: GARF-Werte vor und nach der Intervention<sup>68</sup>

#### 4.4.2.2. Gewalt und Delinquenz vor und nach der Intervention

In 56 Familien hatte es im Jahr vor der Fallaufnahme Vorfälle häuslicher Gewalt gegeben (25,69 %).<sup>69</sup> Soweit es den Beschreibungen zu entnehmen war, handelte es sich dabei mehrheitlich um Gewalt durch den Kindsvater gegen die Kindsmutter; in zwölf Fällen wurde (auch) Gewalt gegen die Kinder ausgeübt.

In 73 Familien war mindestens eine bekannte Form der Kindesmisshandlung (physisch, psychisch, sexuell, Vernachlässigung) bzw. der Verdacht hierauf dokumentiert (32,74 %). In 25 Familien wurden die Kinder vernachlässigt bzw. der Verdacht bestand, in 41 Familien wurden Kinder körperlich, in 24 psychisch misshandelt bzw. es bestand der Verdacht, dass dies der Fall war. In acht Familien bestand zumindest der Verdacht des sexuellen Kindesmissbrauchs.<sup>70</sup> In 53 dieser Fälle lag nach Angaben von HotA eine Form der genannten Formen der Kindesmisshandlung vor, in 20 eine Kombination von 2-3 Misshandlungsformen, mehrheitlich von physischer und psychischer Misshandlung.

In 213 Fällen lagen Angaben dazu vor, ob ein Familienmitglied bereits straffällig geworden war. In knapp einem Viertel dieser Familien war dies der Fall ( $n = 50$ ; 23,47 %); in einem Fall war der Sohn der Familie des sexuellen Missbrauchs verdächtigt worden, der Verdacht konnte jedoch nicht erhärtet werden. Mehrheitlich handelte es sich um Gewalt- ( $n = 20$ ) und/oder Drogendelikte ( $n = 17$ ). Darüber hinaus waren von den Familienmitgliedern folgende Delikte begangen worden:

<sup>68</sup> Interaktion  $N = 106$ ; Organisation  $N = 103$ ; Emotionales Klima  $N = 106$ , Gesamtscore  $N = 96$

<sup>69</sup> Zu fünf Familien lagen keine Angaben vor ( $N = 218$ ).

<sup>70</sup> Vernachlässigung  $N = 203$ ; körperliche Misshandlung  $N = 207$ ; psychische Misshandlung  $N = 206$ ; sexueller Missbrauch  $N = 198$ .

Luzern, 21. April 2015

Seite 39/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

- Diebstahl ( $n = 7$ )
- Fahren im angetrunkenen Zustand ( $n = 4$ )
- Andere ( $n = 11$ )

Die Gewalttaten wurden überwiegend von den Kindsvätern begangen ( $n = 16$ ), in fünf Fällen war die Kindsmutter, in jeweils zwei ein Kind bzw. eine andere Person handgreiflich geworden. Auch die übrigen Delikte wurden mehrheitlich von den Kindsvätern begangen ( $n = 16$ ), in drei Fällen waren beide Elternteile und in weiteren fünf Fällen die Kindsmütter straffällig geworden; in vier Fällen waren es die Kinder, die ein Delikt begangen hatten, und in zwei Fällen eine andere Person. In zwei Fällen waren die straffällig gewordenen Kinder (Gewalt- und keine Gewaltdelikte) zum Zeitpunkt der Fallaufnahme bereits volljährig, die anderen beiden waren 15 bzw. 17 Jahre alt.

Vor dem Hintergrund der Angaben zu häuslicher Gewalt, Fällen von Kindesmisshandlung, Verletzungen der Kinder durch die Misshandlung sowie der Straffälligkeit von Familienmitgliedern haben die HotA-Mitarbeitenden das Gewaltpotential in den Familien mit Hilfe einer 6-stufigen Skala von „keines“ (0) bis „sehr hohes“ (5) Gewaltpotential bewertet. Durchschnittlich schätzten sie dieses bei Fallaufnahme als gering ein ( $M = 1,93$ ;  $SD = 1,18$ ).

In 7 der 116 abgeschlossenen Fälle war es zu Vorfällen häuslicher Gewalt nach dem Erstkontakt mit HotA gekommen (6,03 %). Seit Erstkontakt war es in sieben Familien zu einer psychischen und in zweien zu einer körperlichen Misshandlung eines Kindes gekommen, in fünf wurde(n) das Kind bzw. die Kinder vernachlässigt bzw. der Verdacht bestand; dabei lagen in zwei Familien (vermutlich) zwei Misshandlungsformen vor. In vier Familien war ein Mitglied seit Erstkontakt mit HotA erneut straffällig geworden. In einem Fall handelte es sich um ein Drogendelikt, in einem anderen um unbezahlte Bussen. In einem weiteren Fall hatte der Kindsvater verschiedene, nicht näher benannte Delikte begangen und im vierten Fall hatte der 12-jährige Sohn der Familie Ladendiebstahl, Sachbeschädigung und Körperverletzung begangen.

Für 95 Familien konnte ein Vergleich der Einschätzung des Gewaltpotentials durch die HotA-Mitarbeitenden bei Fallaufnahme und -abschluss vorgenommen werden. Der Unterschied zwischen beiden Zeitpunkten war statistisch höchst signifikant ( $t[94] = 5,023$ ,  $p = .000$ ), wobei das durchschnittliche Gewaltpotential in diesen Familien bei Fallaufnahme als gering ( $M = 1,93$ ;  $SD = 1,06$ ) und bei Fallabschluss als sehr gering eingestuft worden war ( $M = 1,38$ ;  $SD = 1,11$ ). Neben einer möglichen tatsächlichen Verringerung des Gewaltpotentials in den Familien liegt eine weitere Erklärung für die gefundenen Unterschiede auch in der besseren Kenntnis der Familien nach Abschluss der Zusammenarbeit.

In 2 der 24 Fälle war es seit Abschluss der Intervention zu einem Vorfall häuslicher Gewalt gekommen; in einem Fall handelte es sich um die körperliche Misshandlung eines Kindes durch die Kindsmutter,<sup>71</sup> daneben war es in einer weiteren Familie zur körperlichen Misshandlung eines Kindes gekommen bzw. der Verdacht bestand. In keiner der 24 Familien wurde ein Kind seit Abschluss der Intervention vernachlässigt, psychisch oder sexuell missbraucht bzw. es bestand nicht der Verdacht, dass dies geschehen ist. In zwei Familien war ein Familienmitglied seit Abschluss der Intervention straffällig geworden, in einem Fall handelte es sich um den genannten Vorfall häuslicher Gewalt durch einen Kindsvater gegen die Kindsmutter. In dem anderen Fall war der Kindsvater sexuell übergriffig geworden, ohne Angaben wem gegenüber. Das Gewaltpotential schätzten die HotA-Mitarbeitenden in 15 Fällen bei der Nachbefragung ein. Durchschnittlich schätzten sie dieses

---

<sup>71</sup> Im anderen Fall ist der Kindsvater der Kindsmutter gegenüber handgreiflich geworden.



als sehr gering ein ( $M = 0,57$ ;  $SD = 0,76$ )<sup>72</sup>, in keiner der Familien wurde das Gewaltpotential höher als „gering“ eingeschätzt.

#### 4.4.2.3. Ressourcen der Familien vor und nach der Intervention nach Einschätzung der HotA-Mitarbeitenden

Vor dem Hintergrund der Informationen, die ihnen zu den Familien vorlagen, schätzten die HotA-Mitarbeitenden deren Ressourcen auf einer 10-stufigen Skala von „sehr schlecht“ (1) bis „sehr gut“ (10) ein. Die Einschätzung der Ressourcen variierte je nach Thema.<sup>73</sup> In Bezug auf die Alltags- und Wohnsituation schätzten die HotA-Mitarbeitenden die Ressourcen durchschnittlich als „weder gut noch schlecht“ ein ( $M = 5,58$ ;  $SD = 2,14$ ). Das gleiche traf auf die Arbeits- und Ausbildungssituation ( $M = 4,93$ ;  $SD = 2,58$ ), den körperlichen Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Familien ( $M = 4,76$ ;  $SD = 2,47$ ) sowie auf deren finanzielle und rechtliche Situation zu ( $M = 4,69$ ;  $SD = 2,72$ ). Als schlecht schätzten sie die Ressourcen der Familien in Bezug auf

- deren psychische Situation (Selbstwertgefühl etc.) ( $M = 3,61$ ;  $SD = 1,91$ ),
- die Beziehungssituation ( $M = 3,91$ ;  $SD = 2,11$ ) sowie
- ihre soziokulturelle Situation (Vereine etc.) ein ( $M = 4,50$ ;  $SD = 2,17$ ).

Nach Abschluss der Intervention schätzten die HotA-Mitarbeitenden die Ressourcen der Familien in allen Bereichen signifikant besser ein als bei Fallaufnahme (vgl. Abb. 4.3); die gefundenen Effekte ( $d_z$ ) waren gering bis moderat (vgl. Tab. A.3 im Anhang B). Die grössten Effekte wurden in Bezug auf die psychische, die soziokulturelle, die Beziehungssituation sowie die Arbeits- und Ausbildungssituation erzielt. Dabei wurden die Ressourcen in den meisten Bereichen als „weder gut noch schlecht“ beurteilt, die einzigen Ausnahmen bildete die Alltags- und Wohnsituation sowie der Gebrauch psychotroper Substanzen. Hier wurden die Ressourcen durchschnittlich als „gut“ beurteilt.

Zum Zeitpunkt der Nachbefragung erwies sich die Ressourcenlage der Familien nach Einschätzung der HotA-Mitarbeitenden insofern als stabil, als dass in den 13-16 Familien, zu denen entsprechende Informationen zu beiden Zeitpunkten vorlagen, es zu keiner signifikanten Veränderung gekommen war.<sup>74</sup> Betrachtet man alle 20-24 Fälle, in denen eine Beurteilung der Ressourcen zum Zeitpunkt der Nachbefragung vorlagen, wurde die Situation in allen Bereichen als „gut“ beurteilt (vgl. Tab. A.4 im Anhang B).

---

<sup>72</sup> Da nur in 8 Fällen eine Einschätzung bei Fallabschluss und zum Zeitpunkt der Nachbefragung vorlag, wurde auf eine statistische Prüfung des Unterschieds verzichtet.

<sup>73</sup>  $N = 208-214$

<sup>74</sup> Alltags- und Wohnsituation:  $z = -0,984$ ,  $p = .325$ , *Wilcoxon Signed Ranks Test*; finanzielle und rechtliche Situation:  $z = -0,948$ ,  $p = .343$ , *Wilcoxon Signed Ranks Test*; Arbeits- und Ausbildungssituation:  $z = -1,067$ ,  $p = .286$ , *Wilcoxon Signed Ranks Test*; körperliche Situation:  $z = -0,509$ ,  $p = .611$ , *Wilcoxon Signed Ranks Test*; Gebrauch psychotroper Substanzen:  $z = -1,543$ ,  $p = .123$ , *Wilcoxon Signed Ranks Test*; psychische Situation:  $z = -1,523$ ,  $p = .128$ , *Wilcoxon Signed Ranks Test*; Beziehungssituation:  $z = -1,276$ ,  $p = .202$ , *Wilcoxon Signed Ranks Test*; soziokulturelle Situation:  $z = -0,158$ ,  $p = .874$ , *Wilcoxon Signed Ranks Test*.

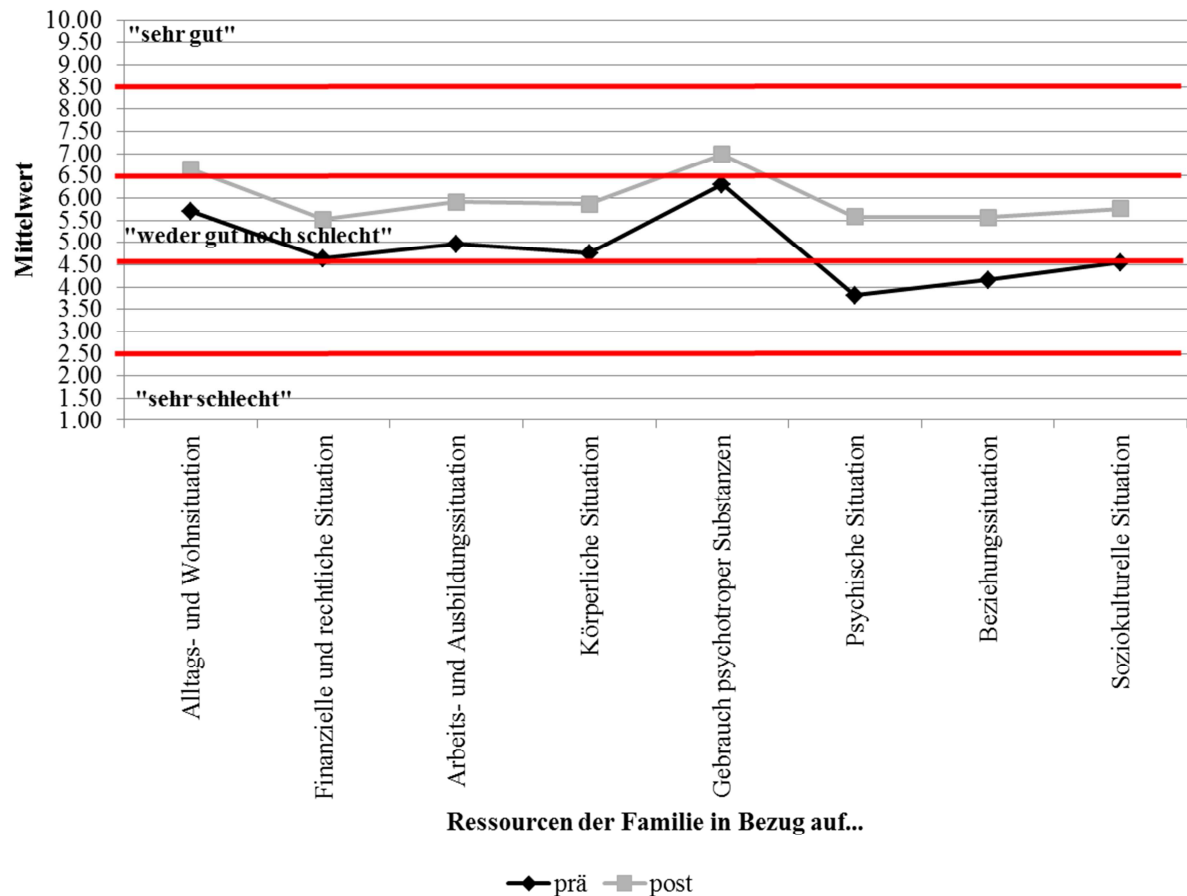


Abbildung 4.3: Einschätzung der Ressourcen der Familien durch die HotA-Mitarbeitenden vor und nach der Intervention<sup>75</sup>

#### 4.4.2.4. Ressourcen, Probleme und Funktionalität der Familien (Selbstbeurteilung)

Neben den HotA-Mitarbeitenden schätzten auch die Familien selbst ihre Stärken und Schwierigkeiten sowie ihre Funktionalität mit Hilfe des SDQ bzw. FB-A ein.

##### Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Für den ersten Erhebungszeitpunkt lagen 162 durch 149 Eltern bzw. Familien (66,82 %) ausgefüllte SDQ vor und vier durch die Kinder selbst ausgefüllte Bögen (SDQ-Selbstbericht). In sieben Fällen hatten die Eltern einen Bogen für zwei, in drei für drei Kinder ausgefüllt. In einem Fall lag für denselben Erhebungszeitpunkt sowohl ein Elternbogen als auch ein SDQ-Selbstbericht vor.<sup>76</sup>

Aus Sicht der Eltern wiesen ihre Kinder vor der Intervention Verhaltensprobleme auf (Wutanfälle, häufige Streitereien, Lügen, Stehlen etc.;  $M = 4,29$ ;  $SD = 2,17$ ) und hatten eine Tendenz zu „emotionalen Problemen“ (häufige Kopfschmerzen, viele Sorgen, oft unglücklich etc.;  $M = 4,14$ ;  $SD = 2,48$ ), Hyperaktivität (unruhig, zappelig, leicht ablenkbar etc.;  $M = 5,81$ ;  $SD = 2,61$ ) und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ (Einzelgänger, wird häufig gehänselt etc.;  $M = 3,38$ ;  $SD = 2,40$ ). Mit einem durchschnittlichen Gesamtproblemwert von 17,62 ( $SD = 6,67$ ) war auch

<sup>75</sup>  $N = 105-110$

<sup>76</sup> Vier Kinder und sechs Mütter haben den SDQ-Selbstbericht zu Beginn der Intervention ausgefüllt. Da der SDQ für Kinder und Jugendliche ausgerichtet ist, wurde auf eine Auswertung der Angaben der Mütter verzichtet. Die Analyse der Selbstberichte der Kinder ist dem Zwischenbericht zu entnehmen (Krüger & Zobrist, 2013).

Luzern, 21. April 2015

Seite 42/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

dieser auffällig. Alleine in Bezug auf „prosoziales Verhalten“ (rücksichtsvoll, hilfsbereit etc.) lag der Durchschnittswert im Normalbereich ( $M = 6,61$ ;  $SD = 2,39$ ).

Nach Ansicht der befragten Eltern hatten ihre Kinder tendenziell deutliche Probleme in mindestens einem der Bereiche Stimmung, Konzentration, Verhalten und Umgang mit anderen ( $Mdn = 2,00$ ), wobei diese Schwierigkeiten in der Regel seit über einem Jahr bestünden ( $Mdn = 3,00$ ) und die Kinder nach Einschätzung der Eltern deutlich darunter litten ( $Mdn = 2,00$ ). Diese Schwierigkeiten beeinträchtigten den Alltag zu Hause und im Unterricht im Schnitt deutlich (jeweils  $Mdn = 2,00$ ), den Alltag der Kinder mit Freunden oder in der Freizeit jedoch kaum (jeweils  $Mdn = 1,00$ ). Insgesamt gaben die Eltern an, dass diese Schwierigkeiten der Kinder eine deutliche Belastung für die Familie darstellten ( $Mdn = 2,00$ ).

Für 41 Kinder lagen sowohl Angaben zum Zeitpunkt vor als auch nach der Intervention vor. Nach Einschätzung der Eltern wiesen die Kinder nach Abschluss der Intervention allein eine Tendenz zu Verhaltensproblemen auf, obwohl sich auch hier die Werte statistisch signifikant verbessert hatten (vgl. Tab. A.5 im Anhang B); alle anderen Werte lagen im Normalbereich (vgl. Abb. 4.4). Auch in Bezug auf die anderen Problembereiche war es zu einer statistisch signifikanten Verbesserung gekommen, einzige Ausnahme bildeten die Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen (vgl. Abb. 4.4; Tab. A.5 im Anhang B). Der durchschnittliche Gesamtproblemwert war von 16,94 ( $SD = 6,52$ ) auf 12,85 ( $SD = 7,16$ ) gesunken und lag damit geradeso im Normalbereich. Die Effektstärken zeigten geringe Effekte in Bezug auf emotionale Probleme ( $d_z = 0,42$ ), Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen ( $d_z = 0,20$ ) und prosoziales Verhalten ( $d_z = 0,37$ ), moderate Effekte zeigten sich in Bezug Verhaltensprobleme ( $d_z = 0,58$ ), Hyperaktivität ( $d_z = 0,67$ ) sowie den Gesamtproblemwert ( $d_z = 0,71$ ).

Nach Ansicht der befragten Eltern hatten 62 Kinder nach Abschluss der Intervention leichte Probleme in mindestens einem der Bereiche Stimmung, Konzentration, Verhalten und Umgang mit anderen ( $Mdn = 1,00$ ), wobei diese Schwierigkeiten in der Regel seit über einem Jahr bestünden ( $Mdn = 3,00$ ) und die Kinder nach Einschätzung der Eltern deutlich darunter litten ( $Mdn = 2,00$ ). Diese Schwierigkeiten beeinträchtigten den Alltag zu Hause und im Unterricht im Schnitt deutlich (jeweils  $Mdn = 2,00$ ), den Alltag der Kinder mit Freunden oder in der Freizeit jedoch kaum (jeweils  $Mdn = 1,00$ ). Insgesamt gaben die Eltern an, dass diese Schwierigkeiten der Kinder eine leichte Belastung für die Familie darstellten ( $Mdn = 1,00$ ).

Im Vergleich zur Einschätzung der Eltern vor der Intervention hatten damit signifikant weniger Kinder Schwierigkeiten in mindestens einem der genannten Bereiche ( $z = -2,800$ ,  $p = .005$ , *Wilcoxon Signed Ranks Test*)<sup>77</sup>, wobei diese Schwierigkeiten, wenn sie vorlagen, immer noch in der Mehrheit der Fälle seit über einem Jahr bestanden ( $z = -1,890$ ,  $p = .059$ , *Wilcoxon Signed Ranks Test*). Das Leiden der Kinder unter den Schwierigkeiten schätzten die Eltern nach der Intervention signifikant geringer ein ( $z = -2,055$ ,  $p = .040$ , *Wilcoxon Signed Ranks Test*), auch wenn sie im Schnitt immer noch deutlich darunter litten ( $Mdn = 2,00$ ). In Bezug auf die Beeinträchtigung der Kinder durch die Schwierigkeiten in verschiedenen Bereichen des Alltags kam es nach Ansicht der Eltern zu keiner statistisch signifikanten Veränderung.<sup>78</sup> Die Belastung für die gesamte Familie wurde hingegen signifikant geringer eingestuft ( $z = -2,996$ ,  $p = .003$ , *Wilcoxon Signed Ranks Test*).

---

<sup>77</sup>  $N = 41$

<sup>78</sup> Zu Hause:  $z = -1,758$ ,  $p = .079$ , *Wilcoxon Signed Ranks Test*; mit Freunden:  $z = -1,807$ ,  $p = .071$ , *Wilcoxon Signed Ranks Test*; im Unterricht:  $z = -1,000$ ,  $p = .317$ , *Wilcoxon Signed Ranks Test*; in der Freizeit:  $z = -1,908$ ,  $p = .056$ , *Wilcoxon Signed Ranks Test*. Testet man die gerichtete Hypothese, dass es im Verlauf der Intervention zu einer Verringerung der Beeinträchtigung der Kinder durch die Schwierigkeiten in den verschiedenen Bereichen des Alltags gekommen ist, dann sind die Unterschiede (prä, post) auch in Bezug auf die Schwierigkeiten zu Hause, mit Freunden und in der Freizeit statistisch signifikant.

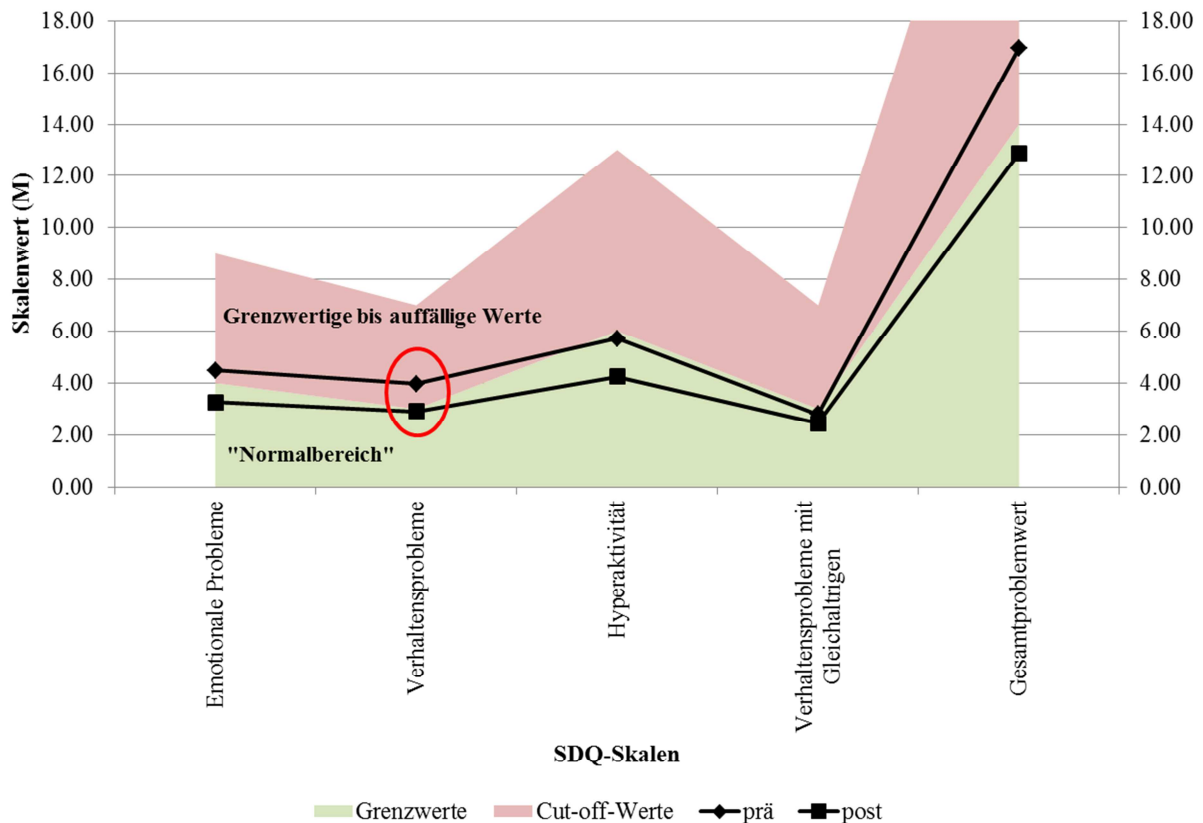


Abbildung 4.4: Verhaltensauffälligkeiten und -stärken (SDQ-Elternbogen prä, post; ohne prosoziales Verhalten; N = 41)

Zu elf Kindern lagen Angaben zur Situation direkt und 7-16 Monate nach Abschluss der Intervention vor („follow-up“). Wie die folgende Abbildung 4.5 zeigt, blieb die Einschätzung der Eltern stabil.<sup>79</sup> Allerdings wiesen die Kinder in dieser Teilstichprobe nach Einschätzung der Eltern Verhaltensprobleme sowie Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen auf, der durchschnittliche Gesamtproblemwert war hier „grenzwertig“ (vgl. Abb. 4.5). Die Einschätzung des Ausmasses der Schwierigkeiten in verschiedenen Bereichen des Alltags sowie die Belastung für das Kind und die gesamte Familie unterschied sich nicht signifikant von der direkt nach Abschluss der Intervention,<sup>80</sup> obwohl die elf Kinder nun nicht mehr deutlich, sondern im Schnitt nur noch kaum unter den Schwierigkeiten litten und auch die Einschätzung des Ausmasses der Beeinträchtigung durch die Schwierigkeiten zu Hause und im Unterricht nun ebenfalls nicht mehr als deutlich, sondern (eher) als kaum eingeschätzt worden waren (zu Hause:  $Mdn_{post} = 2,00$ ,  $Mdn_{follow-up} = 1,00$ ; im Unterricht:

<sup>79</sup> Die Unterschiede zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten waren nicht statistisch signifikant: Emotionale Probleme:  $z = -0.360$ ,  $p = .719$ , Wilcoxon Signed Ranks Test; Verhaltensprobleme:  $z = -0.496$ ,  $p = .620$ , Wilcoxon Signed Ranks Test; Hyperaktivität:  $z = -0.108$ ,  $p = .914$ , Wilcoxon Signed Ranks Test; Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen:  $z = 0.000$ ,  $p = 1.000$ , Wilcoxon Signed Ranks Test; Prosoziales Verhalten:  $z = -0.990$ ,  $p = .322$ , Wilcoxon Signed Ranks Test; Gesamtproblemwert:  $z = -0.357$ ,  $p = .721$ , Wilcoxon Signed Ranks Test.

<sup>80</sup> Schwierigkeiten in mind. einem der Bereiche Stimmung, Konzentration, Verhalten und Umgang mit anderen:  $z = -1.342$ ,  $p = .180$ , Wilcoxon Signed Ranks Test; Dauer der Schwierigkeiten:  $z = -1.000$ ,  $p = .317$ , Wilcoxon Signed Ranks Test; Leiden des Kindes:  $z = -1.732$ ,  $p = .083$ , Wilcoxon Signed Ranks Test; Beeinträchtigung durch Schwierigkeiten zu Hause:  $z = -0.378$ ,  $p = .705$ , Wilcoxon Signed Ranks Test; ...mit Freunden:  $z = -1.134$ ,  $p = .257$ , Wilcoxon Signed Ranks Test; ...im Unterricht:  $z = -0.000$ ,  $p = 1.000$ , Wilcoxon Signed Ranks Test; ...in der Freizeit:  $z = -1.414$ ,  $p = .157$ , Wilcoxon Signed Ranks Test; Belastung der gesamten Familie:  $z = -1.414$ ,  $p = .157$ , Wilcoxon Signed Ranks Test.

$Mdn_{post} = 2,00$ ,  $Mdn_{follow-up} = 1,50$ ). Die Beeinträchtigung der Kinder durch die Schwierigkeiten in der Freizeit habe hingegen leicht zugenommen ( $Mdn_{post} = 1,00$ ,  $Mdn_{follow-up} = 2,00$ ). Diese Unterschiede können jedoch lediglich als Tendenz aufgefasst werden, da sie auf den Angaben zu nur elf Kindern beruhen.

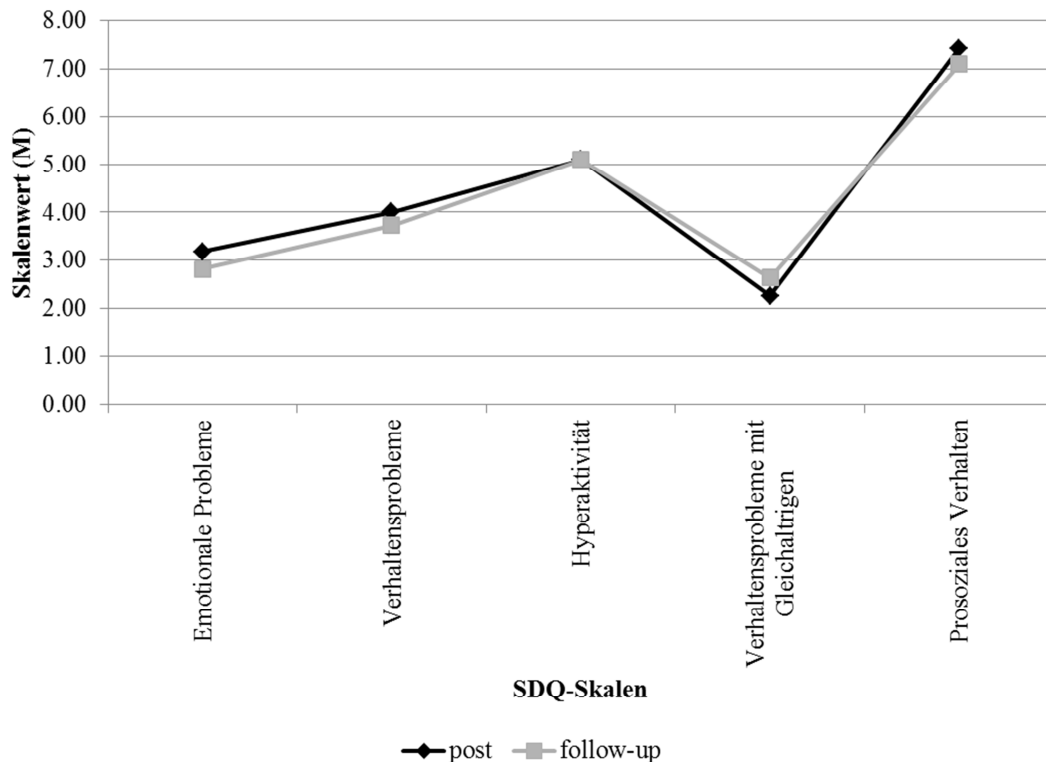


Abbildung 4.5: Verhaltensauffälligkeiten und -stärken (SDQ-Elternbogen post, follow-up;  $N = 11$ )

Da nur zu fünf Kindern Daten zu allen drei Erhebungszeitpunkten vorlagen, wurde auf eine Analyse über alle drei Zeitpunkte hinweg verzichtet.

### **Funktionalität der Familien: Allgemeiner Familienbogen (FB-A)**

Für den Zeitpunkt vor der Intervention lagen zum Zeitpunkt des Abschlussberichts insgesamt 168 ausgefüllte FB-A von 164 Familien vor (73,54 %). Fünf Bögen wurden ausgeschlossen, da die T-Werte für Soziale Erwünschtheit und/oder Abwehr bei 60 oder darüber lagen und die Ergebnisse somit nicht eindeutig interpretierbar waren, so dass 163 Bögen in die Analysen eingeschlossen wurden. Im Durchschnitt waren die Werte in den beiden Kontrollskalen mit  $T < 50$  unproblematisch.

Vor der Intervention bewerteten die Eltern die Funktionalität ihrer Familien insgesamt als eher problematisch ( $M = 63,30$ ;  $SD = 13,63$ ). Besonders problematisch erwiesen sich die Dimensionen Kommunikation ( $M = 66,81$ ;  $SD = 17,02$ ) und Affektive Beziehungen ( $M = 60,19$ ;  $SD = 14,53$ ); in den anderen Dimensionen schnitten die Familien etwas besser, jedoch immer noch im Grenzbereich zur Dysfunktionalität ab:

- Aufgabenerfüllung:  $M = 59,77$ ,  $SD = 11,03$ ;
- Emotionalität:  $M = 58,53$ ,  $SD = 12,13$ ;
- Kontrolle:  $M = 57,55$ ,  $SD = 14,21$ ;
- Rollenverhalten:  $M = 57,07$ ,  $SD = 8,97$ .

Für 50-51 Familien konnte die Einschätzung ihrer Funktionalität vor und nach der Intervention von HotA verglichen werden. Die Ergebnisse zeigen, dass es in allen Dimensionen zu einer statistisch signifikanten Verbesserung gekommen war (vgl. Tab. A.6 im Anhang B). Die Werte in allen Dimensionen lagen nun im Grenzbereich zur Dysfunktionalität oder sogar im Bereich der Ressourcen (vgl. Abb. 4.6). Die Effektstärken ( $d_z$ ) können mehrheitlich als moderat bezeichnet werden; geringe Effektstärken zeigten sich in Bezug auf die Dimensionen Kommunikation, Emotionalität sowie Werte und Normen (vgl. Tab. A.6 im Anhang B).

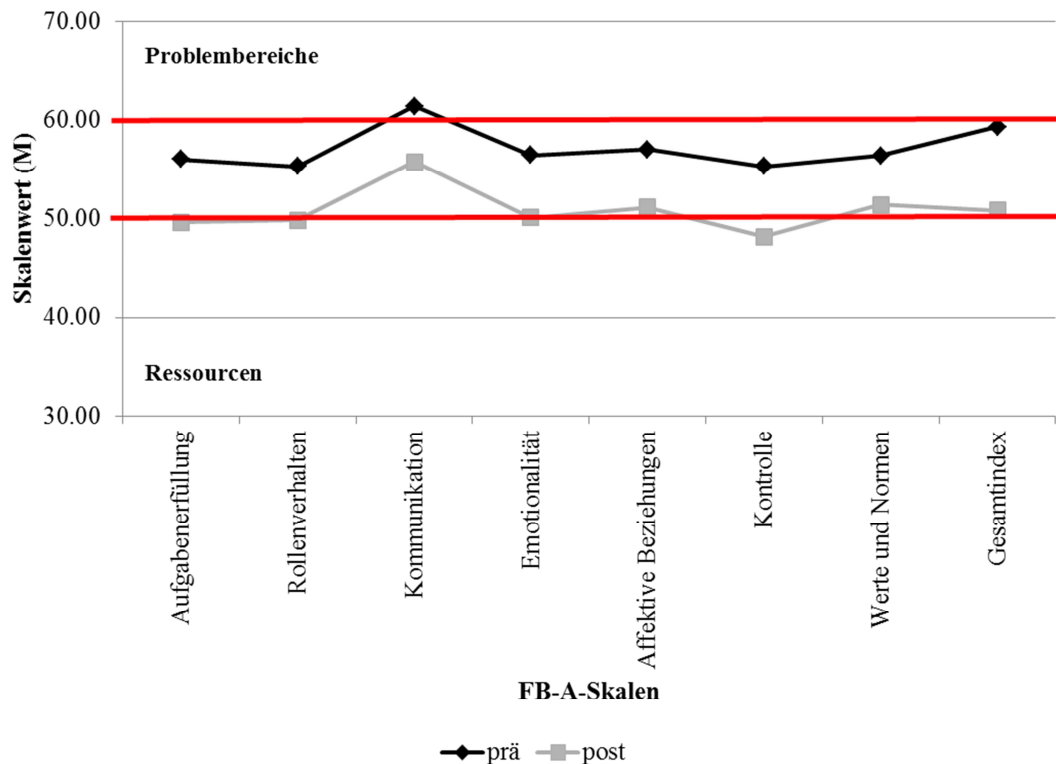


Abbildung 4.6: Familienfunktionalität im FB-A Elternurteil (prä, post; N = 50-51)

Da nur zu zwei Familien Informationen zur Einschätzung ihrer Funktionalität zum Zeitpunkt der Nachbefragung vorlagen, wurde auf eine entsprechende Analyse verzichtet.

#### 4.4.3. Ziele der Familien vor der Intervention und Zielerreichung nach Abschluss

In der Basisdokumentation wurden die Ziele der Familien bei der Fallaufnahme festgehalten. In 181 Fällen lagen eindeutige Angaben hierzu vor. Am häufigsten wurde die „Bewältigung des Alltags und die Schaffung von Strukturen“ als Ziel angegeben ( $n = 71$ ; 39,23 %), gefolgt vom Ziel, dass es Eltern gelingt, ein „konstruktives Erziehungsverhalten zu erlernen“ ( $n = 67$ ; 37,02 %). Die „Einhaltung von Regeln und Grenzen in der Familie“ ( $n = 56$ ; 30,94 %) sowie die „Stärkung der Elternrolle und der Rollen in der Familie“ ( $n = 54$ ; 29,83 %) waren ebenfalls häufig formulierte Ziele der Familienarbeit. Ebenso sollte im Rahmen der Familienarbeit die Kommunikation innerhalb der Familie und der Umgang miteinander verbessert werden ( $n = 47$ ; 25,97 %). Weitere Ziele waren:

Luzern, 21. April 2015

Seite 46/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

- Stressbewältigung, Umgang mit Überforderung und problematischen Gefühlen ( $n = 28$ ; 15,47 %)
- Kooperation zwischen den Eltern ( $n = 27$ ; 14,92 %)
- Umgang mit der Erkrankung der Kinder ( $n = 27$ ; 14,92 %)
- Bedürfnisse/Wohlbefinden der Kinder verbessern ( $n = 25$ ; 13,81 %)
- Kooperation mit Helfer(inne)n/Ärzt(inn)en/Schule ( $n = 17$ ; 9,39 %)
- Klärung/Unterstützung bei Kindergarten, Schule, Ausbildung ( $n = 17$ ; 9,39 %)
- Freizeitgestaltung/soziale Kontakte ( $n = 12$ ; 6,63 %)
- Umgang mit der Erkrankung eines Elternteil ( $n = 11$ ; 6,08 %)
- Verzicht auf Gewaltanwendung ( $n = 5$ ; 2,76 %)

Die Ausgestaltung der Ziele und ihre Themen entsprechen dem aktuellen Stand der Forschung (vgl. Kap. 2) und sind adäquat gewählt.

### Zielerreichung nach der Intervention

Die Zielerreichung wurde nach Beendigung der Intervention aus drei Perspektiven erhoben: den Familien, HotA und den Anmelder(inne)n. Dabei stimmten die Einschätzungen mehrheitlich überein<sup>81</sup> und die Beteiligten zeigten sich in der Regel mit der Zielerreichung zufrieden (vgl. Tab. 4.9).

Tabelle 4.9: Zielerreichungsgrad ( $N = 121$ )

Zielerreichungsgrad (Gesamteinschätzung aus Sicht der Evaluatoren)	Anzahl (prozentualer Anteil)
Ziele erreicht	79 (65,29 %)
Ziele teilweise erreicht	22 (18,18 %)
Ziele nicht erreicht	20 (16,53 %)
<b>Total</b>	<b>121 (100,00 %)</b>

Zu beachten ist, dass die Zielerreichung *nicht* in der „Lösung“ des Problems bestehen musste. Dies war beispielsweise in Familien der Fall, in der als Anschlusslösung eine Erziehungsbeistandschaft beantragt wurde (z. B. Fall I) oder wenn die Zielerreichung nicht mit dem Abschluss der Familienarbeit einherging: „Die wichtigsten Ziele sind erfüllt, Kindsmutter wünscht sich dennoch Fortsetzung der Familienarbeit“ (Fall J). Oder aber im Prozess der Familienbegleitung war ein Ziel formuliert worden, wonach eine Platzierung als geeignete Intervention evaluiert werden sollte und die Familienbegleitung mit der Familie daraufhingearbeitet hat, diese neue Lösung umzusetzen: „Ziele erreicht – trotz oder gerade mit Platzierung von X.“ (Fall K).

Mit Blick auf den Forschungsstand zu den Effekten von aufsuchender Familienarbeit kann festgehalten werden, dass eine Quote von 65 % bei der Zielerreichung dem Erfolg ähnlicher Projekte entspricht. Allerdings ist anzumerken, dass die von HotA versorgte Zielgruppe durch den hohen Anteil von psychisch erkrankten Kindern und/oder Eltern einen höheren Belastungsgrad aufweist als Familien in herkömmlichen Familienbegleitungsangeboten, diese spezifische Zielgruppe als schwieriger gilt oder eine psychische Erkrankung in der Literatur gar als Kontraindikation für aufsuchende Familienarbeit diskutiert wird (vgl. Blüml et al., 1994). Vor diesem Hintergrund kann eine Quote von 65 % von Familien, die ihre gesetzten Ziele erreicht haben, sogar als besonders positiv bewertet werden.

<sup>81</sup> Aus diesem Grund wurde eine Gesamteinschätzung des Zielerreichungsgrades durch die Evaluatoren über alle drei Perspektiven hinweg vorgenommen. Bei allfälligen Abweichungen zwischen den Perspektiven galt folgende Hierarchie der Einschätzungen: 1. Zuweisende, 2. HotA, 3. Familien.

Luzern, 21. April 2015

Seite 47/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

## **Zusammenfassung: Psychosoziale Problemlagen und Ziele der Familien vor und nach der Intervention (Teil 2)**

Die Funktionalität der Familien schätzten die Mitarbeitenden mehrheitlich als dysfunktional ein. Diese Sichtweise der HotA-Mitarbeitenden wurde von den Eltern weitgehend geteilt. Auch diese bewerteten die Funktionalität ihrer Familien mit Hilfe des FB-A überwiegend als eher problematisch. Insbesondere die Kommunikation in der Familie wurde negativ bewertet.

In der Mehrheit der Familien waren keine Fälle von Gewalt oder delinquentem Verhalten eines Familienmitglieds bekannt und entsprechend gering schätzten die HotA-Mitarbeitenden das durchschnittliche Gewaltpotential in den Familien ein. In knapp einem Viertel der Familien war jedoch ein Familienmitglied bereits straffällig geworden, meist wegen eines Gewalt- oder Drogendelikt. In der Regel handelte es sich dabei um den Kindsvater. In gut einem Viertel der Familien war es zu häuslicher Gewalt, in etwa einem Drittel zu mindestens einer Form der Kindesmisshandlung gekommen bzw. der Verdacht bestand; mehrheitlich handelte es sich um körperliche Misshandlungen. Leider liegen für die Schweiz ausschliesslich Zahlen zur Prävalenz sexuellen Kindesmissbrauchs vor (Schmid, 2012). Da diese Daten – wie auch die aus anderen Ländern – im Rahmen einer retrospektiven Befragung potentieller Opfer erhoben wurden, ist zudem ein Vergleich mit den vorliegenden Daten nur bedingt möglich. Zieht man dennoch die Zahlen der „Optimus-Studie“ sowie die einer deutschen Studie von Häuser, Schmutzer, Brähler und Glaesmer (2011) heran, scheinen Opfer von Kindesmisshandlung (emotional, körperlich, sexuell, Vernachlässigung) in den von HotA betreuten Familien nicht überrepräsentiert zu sein. So berichteten laut Schmid (2012, S. 29) knapp 15 % der befragten Schweizer Schüler(innen) von sexuellen Übergriffen mit Körperkontakt, und 68 % der von Häuser et al. (2011) in Deutschland befragten 14-90-Jährigen berichteten, dass sie mindestens eine Form des Missbrauchs bzw. der Misshandlung in Kindheit und Jugend erfahren haben, knapp 15 % berichteten von mindestens einer schweren Form des Missbrauchs.

Die Ressourcen der Familien schätzten die Mitarbeitenden insgesamt als eher gering ein.

Die Kinder zeigten ihren Eltern zufolge mehrheitlich Schwierigkeiten in unterschiedlichen Bereichen: Verhalten, Emotionen, Hyperaktivität, Verhalten mit Gleichaltrigen. Stärken der Kinder wurden hingegen eher im Bereich des prosozialen Verhaltens gesehen. Die Eltern berichteten zudem von der Belastung der Kinder und der gesamten Familie durch diese Schwierigkeiten.

Häufig genannte Ziele der Familien lagen – dem Forschungsstand entsprechend (u. a. Erzberger, 2008; vgl. Kap. 2) – in der Bewältigung des Alltags und der Schaffung von Strukturen, dem Erlernen eines konstruktiven Erziehungsverhaltens, dem Einhalten von Regeln und Grenzen sowie der Stärkung der Elternrolle bzw. der Rollen in den Familien allgemein.

Nach der Intervention war es zu einer statistisch hoch signifikanten Verbesserung der Funktionalität des Familiensystems gekommen; in Bezug auf alle Dimensionen des GARF konnten dabei starke Effekte erreicht werden, die Werte waren jetzt „nur“ noch „irgendwie unbefriedigend“. Auch die Ressourcen der Familien wurden nun signifikant besser eingeschätzt, wobei die gefundenen Effekte gering bis moderat waren. Die Familien selbst teilten den Eindruck der HotA-Mitarbeitenden – auch ihren Angaben im SDQ und FB-A zufolge war es zu einer signifikanten Verbesserung der Funktionalität ihrer Familien bzw. der Schwierigkeiten der Kinder gekommen, wobei sich hierbei geringe bis moderate Effekte zeigten. Dieser Befund entspricht dem heutigen Forschungsstand, nach dem mit aufsuchenden Familieninterventionen positive mittlere Effekte erzielt werden können (Al et al., 2012).

Seit Erstkontakt war es in unter 10 % der Familien zu einem Vorfall häuslicher Gewalt oder Kindesmisshandlung gekommen. In vier Fällen war ein Familienmitglied erneut straffällig geworden. Vor dem Hintergrund dieser Informationen wurde das Gewaltpotential in den Familien nach Abschluss der Familienarbeit als „sehr gering“ eingeschätzt.



65 % der Familien konnten ihre Ziele vollständig erreichen, weitere 18 % teilweise. Dies entspricht den Befunden Erzbergers (2008), in dessen Studie ebenfalls 65 % der 108 Fälle erfolgreich abgeschlossen werden konnten (vgl. Kap. 2). Zu beachten ist hierbei jedoch, dass bei Erzberger „nur“ bei 40 % der Familien psychische Probleme, Drogenkonsum oder eine Behinderung vorlag. Die von HotA betreuten Familien wiesen diesbezüglich jedoch einen deutlich höheren Belastungsgrad auf (vgl. Kap. 4.4.1).

#### 4.5. Potentielle Einflussfaktoren in der aufsuchenden Familienarbeit von HoTA

Zur Annäherung an die formativ ausgerichtete Frage nach möglichen Einflussfaktoren der Interventionen von HotA wurden im Rahmen des Zwischenberichts 2013 zwanzig Dossiers zu Fällen, die bis Ende März 2013 abgeschlossen worden waren, einer vertieften Einzelfallanalyse unterzogen. Diese Untersuchung der Fallverläufe sollte dazu dienen, mögliche Faktoren zu identifizieren, die in den untersuchten Einzelfällen die Wirkung der aufsuchenden Interventionen beeinflusst haben könnten. Das Vorgehen orientierte sich forschungsmethodisch an den Strategien qualitativer Sozialforschung, insbesondere wurden durch ein systematisches Vergleichen und Kontrastieren der Fälle die differenzierenden Merkmale herausgearbeitet (vgl. Kelle & Kluge, 2010). Die erkenntnisleitende Frage lautete: Wie unterscheiden sich die abgeschlossenen Fälle hinsichtlich positiver und negativer Verläufe? Welche Merkmale lassen sich aufgrund der Vergleiche herausarbeiten?

Das untersuchte Datenmaterial bestand aus den fallbezogenen Basisdokumentationen (inkl. standardisierter Instrumente GARF, FB-A, SDQ), teilweise ergänzt durch Protokolle von Standort- oder Abschlussgesprächen. Das untersuchte Material wies zwei Einschränkungen auf: Zum einen ist die fallbezogene Dokumentation in qualitativer Hinsicht nur von bescheidener Dichte und nicht zu vergleichen mit ausführlichen qualitativen Interviews oder umfassenden Aktennotizen, diagnostischen Berichten o. Ä. Die Informationen setzten sich weitgehend aus standardisierten anamnestisch-diagnostischen Variablen und aus Stichworten in Freitextfeldern zusammen. Zum anderen musste festgestellt werden, dass die Dokumentationen nicht vollständig waren. Darüber hinaus muss darauf hingewiesen werden, dass es sich bei den abgeschlossenen Fällen um eine selektierte Gruppe handelte. Es ist davon auszugehen, dass „negative“<sup>82</sup> Verläufe und Fälle mit Fehlindikationen für aufsuchenden Familienarbeit in dieser Gruppe überrepräsentiert waren. Eine ausführliche Beschreibung der Analysen und von deren Ergebnissen ist dem Zwischenbericht zu entnehmen; hier wird auch auf weitere methodische Einschränkungen eingegangen (Krüger & Zobrist, 2013).

Aus dieser vergleichenden Betrachtung von zwanzig abgeschlossenen Fällen liessen sich die folgenden potentiellen Einflussfaktoren herausarbeiten. Sie werden in der folgenden Tabelle 4.10 als „eher günstige“ und „eher ungünstige“ Faktoren einander gegenübergestellt. Es handelt sich dabei um Tendenzen, die keinesfalls als „harte“ Einflussfaktoren eingeordnet werden dürfen (vgl. Krüger & Zobrist, 2013).

---

<sup>82</sup> An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass unter „negativen“ Verläufen nicht zwingend „negative“ Folgen für die Familien verstanden werden dürfen. Führt beispielsweise die inhaltliche Klärung der Möglichkeiten und Grenzen aufsuchender Familienarbeit dazu, dass ein Kind fremdplatziert wurde, so kann durchaus davon ausgegangen werden, dass die „richtige“ Intervention (Heimplatzierung) stattgefunden hat, weil eine fachliche Indikation dafür bestand (vgl. dazu auch Schattner, 2007). „Negativ“ bedeutet im Zusammenhang mit der Betrachtung der Fallverläufe „nicht erreichte ursprüngliche Ziele im Rahmen der Intervention von HoTA“. Darüberhinaus ist anzumerken, dass soziale Dienstleistungen in „Co-Produktion“ erbracht werden: Die Familien „produzieren“ ihren „Erfolg“ oder „Misserfolg“ selbst, die professionellen Helfer(innen) agieren als „Co-Produzent(innen)“ (Oelerich & Schaarschuch, 2005).

Tabelle 4.10: Potentielle „Einflussfaktoren“ der Familienbegleitung

Eher günstige „Einflussfaktoren“	Eher ungünstige „Einflussfaktoren“
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fokussierung auf das familiäre Funktionieren und eingegrenzte, nicht eskalierte Problemstellungen</li> <li>• Geringe oder mässige Gefährdungssituationen</li> <li>• Geringe Platzierungswahrscheinlichkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multiproblemlagen mit hohem Problemausmass und Problemeskalation</li> <li>• Ausgeprägte Gefährdungssituationen</li> <li>• Hohe Platzierungswahrscheinlichkeit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausreichende Handlungsspielräume der Familien – bedingt durch ausreichende sozioökonomische Ressourcenverhältnisse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eingeschränkte Handlungsspielräume der Familien – bedingt durch prekäre Lebenslagen und soziale Desintegration</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persönliche Ressourcen/Kompetenzen der Eltern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauerhaft eingeschränkte persönliche Ressourcen und Kompetenzen (z. B. aufgrund einer geistigen Behinderung)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemeinsicht und Problemazeptanz, insbesondere auf der Elternebene und im „systemischen“ Selbstverständnis</li> <li>• Ausreichende Veränderungsmotivation</li> <li>• Verständnis für die Arbeitsweise von HotA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemexternalisierung, Negierung eigener Problemanteile auf der Elternebene</li> <li>• Mangelnde Veränderungsmotivation</li> <li>• Unverständnis für die Arbeitsweise von HotA</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperationsbereitschaft und tragfähige Beziehung mit den Fachpersonen von HoTA (und weiteren Akteuren)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problematische Kooperation, fehlendes Vertrauen, Erleben von „Einmischung“ in Alltag</li> </ul>

Aus Studien zur aufsuchenden Familienarbeit sind darüber hinaus weitere Einflussfaktoren bekannt (vgl. Kap. 2). Hierzu gehören vor allem die Interventionsdauer sowie das Alter der Kinder, wobei sich eine längere Dauer der Hilfe positiv auf den Erfolg der Intervention auswirke, ebenso wie es vorteilhaft sei, wenn die Kinder in den Familien jünger sind (u. a. Al et al., 2012; Macsenaere & Esser, 2012). Da mit Hilfe des vorliegenden Datenmaterials nicht alle der in Tabelle 4.10 aufgeführten Einflussfaktoren im Rahmen der vorliegenden Studie statistisch geprüft werden konnten, wurden die folgenden potentiellen Einflussfaktoren ausgewählt:

- Ausmass der Gefährdungssituationen – operationalisiert über das von HotA eingeschätzte Gewaltpotential in den Familien bei Fallaufnahme sowie der von ihnen eingeschätzten Kindeswohlgefährdung;
- Ausmass der Platzierungswahrscheinlichkeit – operationalisiert über die von HotA bei Fallaufnahme eingeschätzte Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit;
- Handlungsspielräume der Familien, bedingt durch ausreichende sozioökonomische Ressourcenverhältnisse – operationalisiert über die von HotA bei Fallaufnahme eingeschätzten Ressourcen der Familien im soziokulturellen Bereich sowie dem Ausmass der finanziellen Probleme der Familien;
- Persönliche Ressourcen/Kompetenzen der Eltern – operationalisiert über die von HotA bei Fallaufnahme eingeschätzten körperlichen und psychischen Ressourcen der Familien;
- Interventionsdauer – operationalisiert über die Differenz zwischen dem Datum der Fallaufnahme und des Fallabschlusses;
- Alter der Kinder – operationalisiert über das Alter des ältesten Kindes der Familie.

Als abhängige Variable wurde beispielhaft die Differenz der standardisierten Fremdbeurteilung der Funktionalität der Familien (GARF-Gesamtscore) vor und nach der Intervention gewählt.

Zur Überprüfung der Annahme, dass die genannten Faktoren einen Einfluss auf die Veränderung der Funktionalität der Familien vor und nach der aufsuchenden Familienarbeit durch HotA haben, wurde aufgrund der bisherigen Erkenntnisse zur aufsuchenden Familienarbeit das folgende Kausalmodell aufgestellt (vgl. Abb. 4.7) und mit Hilfe einer Pfadanalyse<sup>83</sup> überprüft (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2003; Bortz & Döring, 2003). Im Einzelnen lauten die dem Modell zugrunde liegenden Kausalhypothesen:

- i. Je länger die Intervention dauert, desto höher die Differenz des GARF-Gesamtscores zwischen der Prä- und Post-Erhebung.
- ii. Je älter das älteste Kind bei Fallaufnahme, desto geringer die GARF-Gesamtscore-Differenz.
- iii. Je höher das Gewaltpotential in den Familien von HotA bei Fallaufnahme eingeschätzt wurde, desto geringer die GARF-Gesamtscore-Differenz.
- iv. Je höher die Kindeswohlgefährdung des Indexpatienten/der Indexpatientin (bzw. höchster Wert) von HotA bei Fallaufnahme eingeschätzt wurde, desto geringer die GARF-Gesamtscore-Differenz.
- v. Je höher die Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit von HotA bei Fallaufnahme eingeschätzt wurde, desto geringer die GARF-Gesamtscore-Differenz.
- vi. Je höher die Ressourcen der Familien im soziokulturellen Bereich bei Fallaufnahme, desto höher fällt die GARF-Gesamtscore-Differenz aus.
- vii. Je höher die finanziellen Probleme der Familien durch HotA bei Fallaufnahme eingeschätzt wurden, desto geringer fällt die GARF-Gesamtscore-Differenz aus.
- viii. Je höher die Ressourcen der Familien im körperlichen Bereich bei Fallaufnahme, desto höher fällt die GARF-Gesamtscore-Differenz aus.
- ix. Je höher die Ressourcen der Familien im psychischen Bereich bei Fallaufnahme, desto höher fällt die GARF-Gesamtscore-Differenz aus.

Darüber hinaus wurde im Modell berücksichtigt, dass nicht alle ausgewählten Faktoren unabhängig voneinander sind (vgl. Abb. 4.7).

Der Modellfit ist gut ( $\chi^2 = 19,725$ ,  $df = 16$ ,  $p = .233$ ;  $CMIN/DF = 1,233$ ;  $TLI = .970$ ;  $CFI = .991$ ;  $RMSEA = .032$ ).<sup>84</sup> Die standardisierten Regressionskoeffizienten ( $\beta$ ) geben Auskunft darüber, wie stark die unabhängigen Variablen mit der abhängigen Variablen korrelieren (vgl. Tab. 4.11). Sie können damit zur Prüfung der genannten Einzelhypothesen herangezogen werden.<sup>85</sup> Hiernach wurden die Hypothesen i, ii und vi in Bezug auf die Dauer der Intervention, das Alter des ältesten Kindes sowie der Ressourcen der Familien im soziokulturellen Bereich bestätigt, wobei die gefundenen direkten Effekte als gering bis moderat bezeichnet werden können. In Bezug auf den Einfluss des wahrgenommenen Gewaltpotentials in den Familien sowie der Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit auf die Verbesserung der Funktionalität der Familien zeigten sich hingegen der Annahme entgegengesetzte signifikante Effekte. So gilt: Je höher das Gewaltpotential in den Familien bzw. die Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit von HotA bei Fallaufnahme eingeschätzt wurde, desto *höher* die GARF-Gesamtscore-Differenz. Die gefundenen Effekte sind auch hier gering bis moderat (vgl. Tab. 4.11). Die Korrelationen zwischen der GARF-Gesamtscore-Differenz und der wahrgenommenen Kindeswohlgefährdung, den körperlichen Ressourcen, den psychischen Ressourcen bzw. dem

---

<sup>83</sup> Schätzmedthode: Maximun-Likelihood-Methode; rekursives Modell mit manifesten Variablen.

<sup>84</sup> Zur Güte des Modellfits siehe Backhaus et al. (2003, S. 372ff.).

<sup>85</sup> Neben diesen direkten Beeinflussungseffekten werden bei den Analysen auch die indirekten Effekte zwischen den Variablen erfasst, „die dadurch entstehen, daß eine Variable über eine oder mehrere Zwischenvariable[n] auf eine andere wirkt“ (Backhaus et al., 2003, S. 399). Im vorliegenden Modell finden sich keine indirekten Effekte.

Luzern, 21. April 2015  
Seite 51/82  
Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

Ausmass der finanziellen Probleme der Familien vor der Intervention waren hingegen nicht statistisch signifikant (vgl. Tab. 4.11).

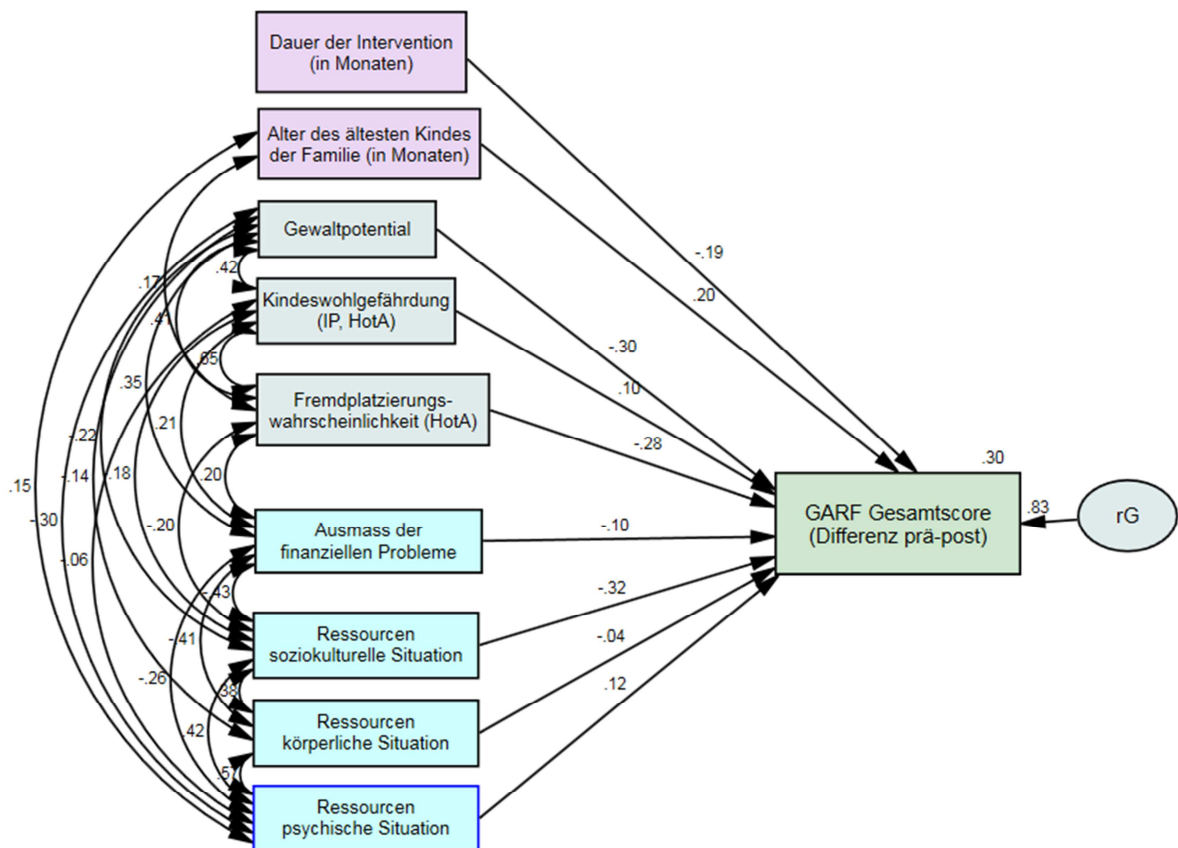


Abbildung 4.7: Pfadmodell „GARF-Gesamtscore-Differenz (prä, post)“<sup>86</sup>

Die Prädiktoren erklären insgesamt 30,5 % der Varianz der Differenz zwischen den Werten des GARF-Gesamtscores vor und nach der Intervention. Zur Bestimmung der prädiktiven Leistung des Modells für die Differenz des GARF-Gesamtscores zwischen Prä- und Postmessung, wurde die Effektstärke  $f^2$  berechnet. Bei einem  $R^2$  von .31 ergab sich ein  $f^2$  von .45, was als moderater Effekt bezeichnet werden kann.<sup>87</sup>

<sup>86</sup> Im dargestellten Pfadmodell sind links die potentiellen Einflussfaktoren als unabhängige Variablen abgetragen, rechts mit der GARF-Gesamtscore-Differenz die abhängige Variable. Die gerichteten Pfeile stehen für angenommene asymmetrische Kausalbeziehungen zwischen den Variablen, die Stärke der Beziehung zwischen zwei Merkmalen wird durch den Pfadkoeffizienten ausgedrückt, der wie ein standardisierter Regressionskoeffizient ( $\beta$ ) interpretiert wird. Die Doppelpfeile symbolisieren angenommene ungerichtete Korrelationen zwischen den jeweiligen Merkmalen, die hier abgetragen Zahlen zeigen die Stärke und Richtung der jeweiligen Zusammenhänge an. Bei „rG“ handelt es sich um das sog. Residuum, es steht für die nicht explizit im Modell aufgenommenen Einflüsse auf die abhängige Variable.

<sup>87</sup>  $f^2 = R^2 / (1 - R^2)$

Tabelle 4.11: Parameterschätzungen der signifikanten  $\beta$ -Pfadkoeffizienten

Abhängige Variable	Prädiktor	b	$\beta$	S. E.	C. R.
<b>GARF Gesamtscore (Differenz prä-post)</b>	Gewaltpotential (HotA)	-4.726	-.301*	1.810	-2.610
	Alter des ältesten Kindes	.056	.204*	.027	2.044
	<i>Kindeswohlgefährdung (HotA)</i>	1.759	.095	2.635	.668
	<i>Ausmass finanzieller Probleme (HotA)</i>	-1.177	-.096	1.381	-.853
	Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit (HotA)	-5.101	-.275*	2.502	-2.039
	Ressourcen der Familien in Bezug auf die soziokulturelle Situation (HotA)	-2.726	-.320*	.960	-2.840
	<i>Ressourcen der Familien in Bezug auf die körperliche Situation (HotA)</i>	-.281	-.038	.824	-.341
	<i>Ressourcen der Familien in Bezug auf die psychische Situation (HotA)</i>	1.195	.123	1.048	1.141
	Interventionsdauer	-.671	-.186*	.310	-2.165

b = unstandardisierte Pfadkoeffizienten;  $\beta$  = standardisierte Pfadkoeffizienten; S. E. = Standardfehler<sup>88</sup>; C. R. = Critical Ratio<sup>89</sup>; \* =  $p < .05$

Methodisch ist darauf hinzuweisen, dass Pfadanalysen nicht geeignet sind, ein Kausalmodell eindeutig zu bestätigen. Es ist nicht auszuschliessen, dass es andere Modelle gibt, die die Zusammenhänge erklären können (Bortz & Döring, 2003). Im vorliegenden Kontext bleibt beispielweise die Frage nach der Position von HotA in der Versorgungskette und deren Auswirkungen auf die Verläufe unklar (Intervention vor einer Platzierung vs. Intervention nach einer Platzierung) ebenso wie die Auswirkungen der Problemeinsicht und Veränderungsmotivation der Familien; darüber hinaus wurden bei den obigen Analysen ausschliesslich die Fremdeinschätzungen durch HotA berücksichtigt. Pfadanalysen sind allerdings geeignet, Kausalhypothesen zu widerlegen. D. h., die durchgeführten Analysen zeigen, dass es statistisch bedeutsame Zusammenhänge zwischen den einbezogenen Einflussfaktoren und der Veränderung in der Funktionalität der Familien vor und nach der Intervention gibt. Die Analysen und das entworfene und getestete Modell können nun in einer Folgeuntersuchung überprüft werden, die eine höhere interne Validität aufweist als Zusammenhangsanalysen (Bortz & Döring, 2003, S. 522). Darüber hinaus sind noch weitere Modelle zu prüfen (z. B. in Bezug auf die Veränderungen in den Unterskalen des GARF sowie den Selbsteinschätzungen der Familien [FB-A, SDQ]). Diese Analysen sind nicht Teil des Abschlussberichtes und werden an anderer Stelle publiziert.

<sup>88</sup> Hohe Standardfehler deuten daraufhin, dass die Parameter im Modell wenig zuverlässig sind (Backhaus et al., 2003, S. 371).

<sup>89</sup> Ein Critical Ratio von über 1,96 ist laut Backhaus et al. (2003, S. 377) ein Indiz dafür, dass der jeweilige „Parameter einen gewichtigen Beitrag zur Bildung der Modellstruktur“ leistet.

Luzern, 21. April 2015

Seite 53/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

Die erste Prüfung eines aufgrund des bisherigen Kenntnisstandes erstellten Kausalmodells, in dem die Zusammenhänge zwischen ausgewählten potentiellen Einflussfaktoren und Veränderungen in der Funktionalität der Familien vor und nach der Intervention (GARF Gesamtscore) überprüft wurden, deutet daraufhin, dass die aufsuchenden Interventionen von HotA die Familien erwartungsgemäss besser erreichen können, wenn die Familien über genügend Ressourcen im soziokulturellen Bereich (z. B. Vereine) verfügen, die Kinder jünger sind und die Intervention länger dauert. Dabei erreichten Familien mit einer Interventionsdauer von ca. 9-unter 13 Monaten bzw. mit Kindern im Alter von unter 6;6 Jahren die höchsten GARF-Gesamtscore-Differenzen (prä, post).<sup>90</sup> Entgegen den Erwartungen stieg die Funktionalität der Familien auch mit zunehmender Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit und einem steigenden wahrgenommenen Gewaltpotential in den Familien. Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass die durchschnittliche Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit bei den aufgenommenen Familien von vornherein als „eher gering“ eingeschätzt worden war (siehe unten) ebenso wie das durchschnittliche Gewaltpotential (siehe Kap. 4.4.2.2). Dies ist u. a. auf entsprechende Selektion der Familien durch HotA zurückzuführen (vgl. Kap. 1). Insgesamt sind weitergehende Analysen nötig, um einen genaueren Überblick über potentielle Einflussfaktoren auf Veränderungen der Funktionalität der Familien im Laufe der Intervention von HotA zu erhalten. Die so gewonnenen Modelle können dann im Rahmen einer Folgeuntersuchung überprüft werden, die eine höhere interne Validität aufweist als die vorliegenden Zusammenhangsanalysen (z. B. Studie mit Kontrollgruppendesign).

#### 4.6. Kindeswohlgefährdung vor und nach der Intervention nach Einschätzung der Akteure (Zuweiser[innen], HotA)

In den Familien hatte es vor der Fallaufnahme mehrheitlich noch keine Abklärungen bezüglich des Kindeswohls gegeben ( $n = 146$ ; 66,97 %); in immerhin einem Drittel der Familien hatten jedoch zuvor bereits Abklärungen stattgefunden ( $n = 72$ ; 33,03 %).<sup>91</sup> In einem Fall liefen die Abklärungen noch zum Zeitpunkt der Fallaufnahme. Entsprechend bestand in der Mehrheit der Familien bei Fallaufnahme keine Kinderschutzmassnahme ( $n = 158$ ; 72,15 %), in 61 bestand eine oder mehrere Massnahmen (27,85 %), wobei diese in zwei Fällen nicht näher benannt worden war. In 56 Familien bestand eine Beistandschaft (Art. 308 ZGB), in einer eine Vormundschaft (Art. 311 ZGB), in vier Fällen bestand ein Obhutentzug (Art. 310 ZGB) und in einem weiteren Fall nutzte die Familie eine freiwillige Beratung.<sup>92</sup> Zwar ist ein direkter Vergleich mit der Vormundschaftsstatistik für den Kanton Aargau nicht möglich, da hier die Massnahmen pro Kind und nicht pro Familie festgehalten werden, dennoch kann vor dem Hintergrund, dass per 31. Dezember 2011 bzw. 2012 1,63 % bzw. 1,43 % der minderjährigen Kinder im Kanton Aargau verbeiständet oder bevormundet waren,<sup>93</sup> davon ausgegangen werden, dass diese Fälle bei den „HotA-Familien“ überrepräsentiert waren.

Seit dem Erstkontakt mit HotA war es in zwölf Fällen zu Abklärungen bezüglich des Kindeswohls gekommen bzw. diese waren beantragt worden (12,07 %). Eine Kinderschutzmassnahme bestand zum Fallabschluss in 33 Fällen (28,45 %). Mehrheitlich handelte es sich dabei immer noch um eine Beistandschaft gemäss Art. 308 ZGB. In drei dieser Fälle wurde die Massnahme seit Fallaufnahme

<sup>90</sup> Für die Berechnung wurden die Dauer der Intervention und das Alter des ältesten Kindes in der Familie anhand der Quartile in jeweils vier etwa gleich grosse Gruppen geteilt. Interventionsdauer: bis unter 5 Monate ( $Mdn_{GARFDiff} = -12,50$ ), 5-unter 9 Monate ( $Mdn_{GARFDiff} = -19,79$ ), 9-unter 13 Monate ( $Mdn_{GARFDiff} = -27,50$ ), 13 Monate und mehr ( $Mdn_{GARFDiff} = -19,17$ ). Alter des ältesten Kindes: bis unter ca. 6;6 Jahre ( $Mdn_{GARFDiff} = -27,92$ ), ca. 6;6-unter ca. 10;6 Jahre ( $Mdn_{GARFDiff} = -17,50$ ), ca. 10;6-ca. 14 Jahre ( $Mdn_{GARFDiff} = -20,83$ ), über 14 Jahre ( $Mdn_{GARFDiff} = -20,00$ ).

<sup>91</sup>  $N = 218$

<sup>92</sup>  $N = 219$

<sup>93</sup> Schweizerische Statistik der Massnahmen im Kindes- und Erwachsenenschutz 2011, in: *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz* 6/2012, S. 447-454; Schweizerische Statistik der Massnahmen im Kindes- und Erwachsenenschutz 2012, in: *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz* 1/2014, S. 83-92



neu errichtet. In weiteren drei Fällen wurde eine Kindesschutzmassnahme im Laufe der Intervention jedoch aufgehoben. Nach Abschluss der Intervention war es in 2 der 24 Fälle zu Abklärungen gekommen, und in 3 Fällen bestand zum Zeitpunkt der Nachbefragung eine Kindesschutzmassnahme. In einem Fall bestand zum Zeitpunkt der Fallaufnahme eine Kindesschutzmassnahme, zum Zeitpunkt der Nachbefragung war diese jedoch aufgehoben.

Vor dem Hintergrund der Informationen zum Gesundheitszustand der Familienmitglieder, der Einschätzung der Funktionalität der Familien, des Gewaltpotentials in den Familien, ihrer finanziellen Situation sowie den Angaben zu durchgeführten Abklärungen und der Einrichtung von Kinderschutzmassnahmen schätzten die HotA-Mitarbeitenden die Kindeswohlgefährdung der einzelnen Kinder auf einer 5-stufigen Skala von „sehr niedrig“ (0) bis „sehr hoch“ (4) ein. Bei Anmeldung der Fälle wurden die Melder(innen) gebeten, das Gleiche zu tun. Der Vergleich der durchschnittlichen Einschätzungen von Melder(innen) und Mitarbeitenden zeigte, dass Letztere die Gefährdung bei Kind 1 und 2<sup>94</sup> durchschnittlich etwas geringer, bei den 3. Kindern hingegen etwas höher eingeschätzt haben (vgl. Tab. 4.12). Dabei lagen sie durchschnittlich immer bei „niedrig“. Betrachtet man die durchschnittliche Einschätzung der Kindeswohlgefährdung der Indexpatient(inn)en oder – war ein Elternteil Indexpatient(in) – des Kindes mit dem höchsten „Gefährdungswert“, so zeigte sich, dass dieses höher lag. Beide Gruppen schätzten diese als „eher hoch“ ein (vgl. Tab. 4.12). Eine hohe oder sehr hohe Kindeswohlgefährdung sahen die Melder(innen) bei insgesamt 67 Kindern (15,69 %) <sup>95</sup>; die HotA-Mitarbeitenden bei 49 Kindern (11,14 %) <sup>96</sup>.

Tabelle 4.12: Durchschnittlicher Grad der Kindeswohlgefährdung nach Einschätzung der Melder(innen) und der HotA-Mitarbeitenden (Kind 1-Kind 3)<sup>97</sup>

In Bezug auf...	Melder(innen)		HotA-Mitarbeitende	
	M	SD	M	SD
<b>Kind 1</b>	1,40	1,05	1,32	0,96
<b>Kind 2</b>	1,34	1,11	1,28	1,04
<b>Kind 3</b>	1,15	1,00	1,19	1,00
<b>IP-Kind oder Kind mit Gefährdungswert</b>	1,60	1,07	1,52	1,00

\* Auf die Angabe der Mittelwerte für die Kinder 4 ( $n_{\text{Melder(innen),HotA}} = 12$ ), 5 ( $n_{\text{Melder(innen)}} = 2$ ;  $n_{\text{HotA}} = 3$ ) und 6 ( $n_{\text{Melder(innen),HotA}} = 1$ ) wurde aufgrund der geringen Fallzahlen verzichtet.

Nach der Intervention schätzten die Melder(innen) die Kindeswohlgefährdung des Indexpatient(inn)en bzw. des Kindes mit dem höchsten Gefährdungsgrad in 109 Fällen durchschnittlich etwas geringer ein als zuvor ( $M_{\text{prä}} = 1,57$ ;  $M_{\text{post}} = 1,07$ ); die Unterschiede zwischen den beiden Zeitpunkten waren statistisch hoch signifikant ( $t[108] = 4,844$ ,  $p = .000$ ). Das gleiche galt für die Einschätzung der HotA-Mitarbeitenden ( $M_{\text{prä}} = 1,48$ ;  $M_{\text{post}} = 0,91$ ) ( $t[108] = 5,213$ ,  $p = .000$ ); in beiden Fällen sank sie von „eher hoch“ auf „niedrig“. Die gefunden Effekte waren gering bis moderat (Melder[innen]:  $d_z = 0,50$ ; HotA:  $d_z = 0,46$ ). Allerdings schätzten zum Zeitpunkt des Fallabschlusses sowohl die Melder(innen) als auch die HotA-Mitarbeitenden die Kindeswohlgefährdung

<sup>94</sup> Die Kinder der Familien wurden für die Dateneingabe „durchnummeriert“, die Reihenfolge entsprach dabei der von den HotA-Mitarbeitenden gewählten.

<sup>95</sup>  $N = 427$

<sup>96</sup>  $N = 440$

<sup>97</sup> Melder(innen): Kind 1:  $n = 203$ , Kind 2:  $n = 157$ , Kind 3:  $n = 52$ , IP/höchster Wert:  $n = 204$ ; HotA-Mitarbeitende: Kind 1:  $n = 208$ , Kind 2:  $n = 163$ , Kind 3:  $n = 53$ , IP/höchster Wert:  $n = 209$

in immerhin noch etwa 10 % der Fälle als „hoch“ oder „sehr hoch“ ein (Melder[innen]: 10,62 %; HotA: 9,57 %).<sup>98</sup>

Für die Familien, die an der Nachbefragung teilgenommen hatten, schätzten die HotA-Mitarbeitenden die Kindeswohlgefährdung als durchschnittlich „sehr gering“ ein ( $M = 0,33$ ;  $SD = 0,61$ )<sup>99</sup>, nur in einem der 20 Fälle schätzten sie den Grad der Kindeswohlgefährdung als „(sehr) hoch“ ein. Bemerkenswert ist, dass es in sechs der zwölf Fälle, zu denen eine Einschätzung der Kindeswohlgefährdung zum Zeitpunkt des Fallabschlusses und der Nachbefragung vorlag, zu einer weiteren Verringerung der geschätzten Kindeswohlgefährdung gekommen war, in fünf Fällen ist sie auf demselben Niveau geblieben.

Die Befunde zeigen, dass es in der Einschätzung der Akteure nach der Intervention zu einer bedeutenden Verringerung der Kindeswohlgefährdung gekommen ist. Die Befunde aus der Nachbefragung deuten daraufhin, dass sich die Gefährdungslage auch nach Abschluss der Intervention weiter verbessern bzw. stabilisieren kann. Aufgrund der geringen Fallzahlen kann Letzteres jedoch nicht als gesicherter Befund gelten. Insgesamt entsprechen die Ergebnisse der Einschätzung Richters (2013, S. 34), dass der Sozialpädagogischen Familienhilfe – bzw. hier aufsuchender Familienarbeit – eine nicht zu unterschätzende Bedeutung bei der Minimierung von Kindeswohlgefährdungen zukommt, auch wenn eine Kausalität aufgrund des Studiendesigns nicht abgeleitet werden kann. Die gefundenen Unterschiede zwischen den Zuweiser(inne)n und den Mitarbeitenden kann neben der vermutlich stärkeren Überzeugung von der Wirksamkeit der Massnahme Letzterer auch auf ihre intensivere Zusammenarbeit mit den Familien zurückgeführt werden.

#### **4.7. Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit vor und nach der Intervention nach Ansicht der Akteure (Zuweiser[innen], HotA)**

Kinder aus 49 Familien waren vor der Intervention bereits einmal fremdplatziert worden (22,37 %).<sup>100</sup> 30 dieser Kinder wurden in einer Institution untergebracht, 6 bei der erweiterten Familie (z. B. Grosseltern); zu den restlichen Kindern wurden keine Angaben zum Aufenthaltsort gemacht. Dabei waren die Kinder in der Regel für einen längeren Zeitraum untergebracht (länger als ein Jahr, mehrere Monate). Gründe für die Fremdplatzierungen waren in acht Fällen eine (psychiatrische) Hospitalisation eines Elternteils, in vier Fällen war es aufgrund von Gewalt in der Familie<sup>101</sup> zur Platzierung gekommen und in einem Fall weil beide Elternteile verstorben waren. In acht Fällen lagen andere Gründe vor (z. B. Wunsch der Eltern, Verhaltensauffälligkeiten des Kindes) und in den restlichen Fällen lagen hierzu keine Angaben vor.

Zum Zeitpunkt der Fallaufnahme wurde in 46 Familien über eine Fremdplatzierung eines Kindes oder der Kinder gesprochen (21,80 %).<sup>102</sup> Hierfür wurden die folgenden Gründe aufgeführt:

- wenn die Situation nicht besser/stabiler wird ( $n = 8$ ),
- Entlastung wegen Überforderung ( $n = 5$ ),
- schulische Massnahmen/Gründe (z. B. Internat) ( $n = 4$ ),
- Gewalt ( $n = 3$ ),
- wenn keine Hilfe/Unterstützung kommt ( $n = 2$ ),
- sollte ein Elternteil hospitalisiert werden ( $n = 2$ ),
- falls Kindesschutzmassnahme nicht greift ( $n = 1$ ).

<sup>98</sup> Melder(innen):  $n = 113$ ; HotA:  $n = 115$

<sup>99</sup>  $N = 20$

<sup>100</sup>  $N = 219$

<sup>101</sup> In einem dieser Fälle lagen neben der Gewalt noch weitere Gründe für die Platzierung vor: Delinquenz und Drogenkonsum des Kindsvaters.

<sup>102</sup>  $N = 211$



In den restlichen Fällen wurden keine Gründe für die Thematisierung einer Fremdplatzierung genannt.

Melder(innen) und HotA-Mitarbeitende haben vor und nach der Intervention die Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit der Kinder auf einer 5-stufigen Skala von „(sehr) gering“ (0) bis „sehr hoch“ (4) eingeschätzt. Melder(innen) und Mitarbeitende schätzten dabei die durchschnittliche Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit sehr ähnlich ein. Beide Gruppen meinten, diese sei im Schnitt „eher gering“ (Melder[innen]:  $M = 1,19$ ;  $SD = 1,04$ ; Mitarbeitende:  $M = 1,17$ ;  $SD = 1,00$ ).<sup>103</sup> In jeweils etwa 10 % der Fälle schätzten die Melder(innen) und die HotA-Mitarbeitenden die Wahrscheinlichkeit einer Fremdplatzierung jedoch als (sehr) hoch ein (Melder[innen]: 10,78 %; HotA: 9,35 %).

Zum Zeitpunkt des Fallabschlusses waren Kinder aus 16 Familien platziert (14,04 %).<sup>104</sup> Acht Kinder waren in einer Institution, eines bei der erweiterten Familie untergebracht, zu den restlichen Kindern lagen hierzu keine Angaben vor. Darüber hinaus wurde in 24 Familien konkret über eine Fremdplatzierung gesprochen (21,24 %).<sup>105</sup> Zu den Gründen zählten:

- Schulische Massnahmen/Gründe (z. B. Sonderschulmassnahme) ( $n = 3$ ),
- Gewalt ( $n = 1$ ),
- Unterstützung durch HotA nicht ausreichend ( $n = 1$ ),
- Entlastung der Kindsmutter ( $n = 1$ ),
- Kind gefährdet andere und sich selbst ( $n = 1$ ),
- Wunsch des Kindes ( $n = 1$ ).

Zwischen Abschluss der Intervention und der Nachbefragung wurden Kinder in 2 der 24 befragten Familien fremdplatziert. In keinem Fall ist über eine Fremdplatzierung konkret gesprochen worden.

Zum Zeitpunkt des Fallabschluss schätzten sowohl die Melder(innen) als auch HotA die Fremdplatzierungswahrscheinlich durchschnittlich als „eher gering“ ein ( $M_{\text{Melder(innen)}} = 0,94$ ,  $SD_{\text{Melder(innen)}} = 1,18$ ;  $M_{\text{HotA}} = 0,86$ ,  $SD_{\text{HotA}} = 1,22$ ). In etwa 12 % der Fälle schätzten beide Gruppen die Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit als (sehr) hoch ein (Melder[innen]: 11,50 %; HotA: 11,71 %).<sup>106</sup> In Bezug auf die Einschätzung der Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit in 107 Familien durch die Anmelder(innen) zeigte sich ein statistisch hoch signifikanter Unterschied im Vergleich zum Zeitpunkt der Fallaufnahme ( $t[106] = 3,351$ ,  $p = .001$ ), wobei diese zu beiden Zeitpunkten als durchschnittlich niedrig eingeschätzt wurde ( $M_{\text{prä}} = 1,29$ ;  $M_{\text{post}} = 0,92$ ). Der Unterschied zwischen der Einschätzung der Fremdplatzierungswahrscheinlich in 108 Familien durch die HotA-Mitarbeitenden vor und nach der Intervention war ebenfalls statistisch hoch signifikant ( $t[107] = 4,079$ ,  $p = .000$ ), wobei sie diese ebenfalls zu beiden Zeitpunkten als gering eingeschätzt worden waren ( $M_{\text{prä}} = 1,25$ ;  $M_{\text{post}} = 0,81$ ). Die gefunden Effekte waren in beiden Fällen gering (Melder[innen]:  $d_z = 0,32$ ; HotA:  $d_z = 0,39$ ). Zum Zeitpunkt der Nachbefragung wurde keine Einschätzung der Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit vorgenommen.

---

<sup>103</sup> Melder(innen):  $N = 204$ ; HotA-Mitarbeitende:  $N = 214$

<sup>104</sup>  $N = 114$

<sup>105</sup>  $N = 113$

<sup>106</sup> Melder(innen):  $N = 113$ ; HotA-Mitarbeitende:  $N = 111$

Wie im Falle der Kindeswohlgefährdung war es nach Einschätzung der Zuweiser(innen) und der HotA-Mitarbeitenden zu einer statistisch signifikanten Reduktion der Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit gekommen. Inhaltlich wurde sie jedoch zu beiden Zeitpunkten als gering eingestuft, was u. a. auf die Aufnahmekriterien von HotA zurückzuführen ist (vgl. Kap. 1). Die gefundenen Effekte waren entsprechend gering. Dieses Bild entspricht insofern dem Forschungsstand zu Hometreatments bzw. zur Sozialpädagogischen Familienhilfe/-arbeit, als dass Fremdplatzierung durch diese Interventionsform nicht verhindert werden könnten (vgl. Kap. 2). Entsprechend ist es in Einzelfällen auch dazu gekommen, dass HotA selbst die Platzierung eines Kindes bzw. entsprechende Abklärungen angeregt hat.

#### 4.8. Konzeptevaluation des Angebots für Migrantenfamilien

Selbst wenn die Migration sehr gut geplant ist, könne laut Weiss (2003) der soziokulturelle Übergang für die Migrant(inn)en mit physischem und psychosozialen Stress verbunden sein, hinzu kommen häufig belastende Lebensbedingungen aufgrund eines niedrigen sozioökonomischen Status, drohenden Arbeitsplatzverlustes und/oder schlechten Wohnverhältnissen. Diese Unsicherheiten sowie Verlusterfahrungen, nicht selten in Kombination mit fehlender Unterstützung, führten häufig zu psychiatrischen Störungen (Bundesamt für Gesundheit, 2008; Weiss, 2003). Entsprechend wird in der psychiatrisch-psychosozialen Versorgungsforschung seit einiger Zeit darauf hingewiesen, dass die Zielgruppe der Migrantenfamilien höher belastet sei als die psychiatrisch oder psychosozial belastete einheimische Bevölkerung. Darüber hinaus würden Migrant(inn)en durch die konventionellen Angebote im psychiatrischen und psychosozialen Sektor schlechter erreicht als die übrige Bevölkerung (vgl. z. B. Weiss, 2003). Insbesondere mangelnde Sprachkenntnisse verringern nicht nur die Bildungs- und Arbeitsmarktchancen der Migrant(inn)en (u. a. Esser, 2006), sie versperren ihnen auch den Zugang zu öffentlichen Institutionen und damit zu öffentlichen Dienstleistungen (u. a. Eppenstein & Kiesel, 2008), und Therapeut(inn)en haben in der Arbeit mit Migrant(inn)en ebenfalls nicht selten mit sprachlichen Problemen zu kämpfen. Nicht zuletzt spielen auch bei HotA selbst die Sprachkenntnisse der Kindsmütter eine Rolle bei der Frage der Aufnahme der Familien (Krüger & Zobrist, 2013); darüber hinaus scheinen antizipierte Schwierigkeiten bei der Familienarbeit aufgrund angenommener kultureller Unterschiede von Familien mit einer ausländischen Kindsmutter nicht-christlichen Glaubens die Aufnahmewahrscheinlichkeit bei HotA zu verringern (vgl. Kap. 4.1). Durch die Leitung von HotA wurden aufgrund des Zwischenberichts der Evaluation daher einige Konzeptanpassungen zur Verbesserung der Erreichbarkeit von Migrantenfamilien vorgenommen.

Um im Sinne einer Konzeptevaluation zu klären, inwieweit die vorgenommenen Modifikationen den fachlichen Ansprüchen genügen und dem aktuellen Wissensstand entsprechen, wurde im Rahmen einer studentischen Projektarbeit an der Hochschule Luzern der Forschungsstand zur Beratung von Migrantenfamilien und aufsuchender Familienarbeit aufgearbeitet und die so gewonnenen Erkenntnisse im Sinne einer *best practice* der Praxis von HotA gegenübergestellt. Entsprechende Informationen zur Arbeit von HotA mit Migrantenfamilien haben die Autor(inn)en dabei in erster Linie mit Hilfe eines halb-strukturierten Experteninterviews (Mayer, 2009) mit der für das Thema Migration organisationsintern zuständigen Fachperson gewonnen, daneben über eine Analyse relevanter externer und interner Materialien zum Thema sowie einer qualitativen Inhaltsanalyse von zwei Fallverlaufsakten nach Kuckartz (2012) (vgl. Gisler & Stalder, 2014). Gisler und Stalder (2014) haben in ihrer Arbeit die folgenden elf „best practice-Kriterien“ herausgearbeitet und aufgrund des Abgleichs mit der Praxis von HotA Empfehlungen abgeleitet.<sup>107</sup> Im Rahmen des Abschlussberichtes werden die Ausführungen der Autor(inn)en im Folgenden zum Teil von den Evaluatoren ergänzt.

---

<sup>107</sup> Für eine ausführliche Darstellung siehe Gisler und Stalder (2014).

### **Best practice-Kriterium 1: Interkulturell zusammengesetzte Teams**

Interkulturell zusammengesetzte Teams schaffen laut Gisler und Stalder (2014) eine gute Vertrauensbasis zwischen dem Klientensystem und den Professionellen, sie würden ein Signal der Offenheit der Institution gegen aussen senden und reduzierten die Zugangsbarrieren für Klientinnen und Klienten. Zudem werde der interkulturelle Austausch im Team erleichtert. Hegemann (2010) meint in diesem Zusammenhang, es sei nichts so effektiv und ökonomisch wie die Einstellung von Fachpersonen mit Migrationshintergrund.

Im mehr als 10-köpfigen Team von HotA<sup>108</sup> arbeiteten im Sommer 2014 zwei Personen mit Migrationshintergrund (Türkei, Italien), die beide in der Schweiz geboren und aufgewachsen sind. Sie besuchten die türkischen bzw. italienischen Familien, wobei die Beratungen in deutscher Sprache stattfanden. Gisler und Stalder (2014) nehmen an, dass sie bereits durch ihre Nachnamen einen erleichterten Zugang zu den entsprechenden Familien fänden. Bei der Anstellung habe die familiäre Herkunft der Mitarbeiterinnen jedoch scheinbar nur eine untergeordnete Bedeutung gespielt.

*Vor diesem Hintergrund empfehlen Gisler und Stalder (2014), bei der Anstellung von neuen Mitarbeitenden darauf zu achten, Fachpersonen mit Migrationshintergrund zu berücksichtigen. Dabei gilt es allerdings zu beachten, dass die Beschäftigung von Mitarbeitenden mit einem sog. Migrationshintergrund nicht automatisch eine interkulturelle Öffnung für alle Migrantengruppen oder eine nachhaltige Steigerung der interkulturellen Kompetenz des gesamten Teams bedeutet (Körner et al., 2013, S. 29).*

### **Best practice-Kriterium 2: Orientierung am Konzept der „Lernenden Organisation“<sup>109</sup>**

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass mit Blick auf die Arbeit mit Migrant(inn)en strukturelle Veränderungen der Organisation von grösserer Bedeutung sind als inhaltlich-fachliche Fragestellungen (Hegemann & Salman, 2010 nach Gisler & Stalder, 2014). Soziale Organisationen mit Migrant(inn)en als Zielgruppe könnten von einer Orientierung am Konzept der „Lernenden Organisation“ profitieren (Hegemann, 2004). Dies ermögliche den Austausch innerhalb des Teams, Feedbackprozesse und Weiterbildungen. Zudem sei der fachliche Austausch mit vergleichbaren Organisationen wichtig (Gisler & Stalder, 2014).

Bei HotA findet Gisler und Stalder (2014) zufolge der Austausch im Team zu migrationspezifischen Themen noch zu wenig statt. Die spezifischen Problemstellungen zur Thematik „Migration“ könnten mit der internen Koordinatorin für Migrationsthemen besprochen werden. Der Umstand, dass nicht alle Mitarbeitenden Migrantenfamilien betreuen, wirke hemmend auf den Austausch untereinander, da – zumindest auf den ersten Blick – nur einzelne Mitarbeitende direkt von der Thematik betroffen seien. Allerdings pflege HotA Kontakt zu Organisationen im Migrationsbereich: So finde zum einen eine Zusammenarbeit mit verschiedenen staatlichen und privaten Organisationen im Kanton Aargau statt, die für Migrationsthemen zuständig sind, zum anderen arbeite HotA mit zwei sozialen Organisationen im Aargau zusammen, die Dolmetscher(innen) und kulturelle Übersetzer(innen)<sup>110</sup> vermitteln. Ein Erfahrungsaustausch mit einer mit HotA vergleichbaren

---

<sup>108</sup> Exklusive Geschäftsführung und Administration.

<sup>109</sup> „Die Lernende Organisation stellt auf die Veränderung und Entwicklung des organisatorischen Regelwerks ab, welches durch Eingliederung von Lernprozessen einen neuen Sinn bekommen kann. Entwicklung wird zudem gefördert, wenn ein System einen höheren Entwicklungsstand erreicht, welcher wiederum durch ein erhöhtes Verhaltenspotenzial und durch eine verbesserte Lern- und Wahrnehmungsfähigkeit gekennzeichnet ist“ (vgl. Klimecki, Probst & Eberl 1991: 133). Auf diese Weise sollen Strukturen und Kulturen eines Unternehmens (einer Organisation) derart umgestaltet werden, dass eine aktive Auseinandersetzung mit den sich dynamisch verändernden Umweltbedingungen stattfindet, so dass Krisen frühzeitiger wahrgenommen werden und das Handeln darauf abgestimmt werden kann“ (Koptelzewa, 2004, S. 15f).

<sup>110</sup> Unter interkulturellem Übersetzen wird Dolmetschen „unter Berücksichtigung des sozialen und kulturellen Hintergrunds der GesprächsteilnehmerInnen“ (von Glutz, 2012, S. 60) verstanden.

Organisation zum Thema Migrant(inn)en habe zum Zeitpunkt der Evaluation jedoch nicht stattgefunden. Auch seien in dieser Zeit keine spezifischen Weiterbildungsangebote von HotA-Mitarbeitenden, die Migrantenfamilien betreuen, in Anspruch genommen worden.

*Gisler und Stalder (2014) empfehlen, dass alle Mitarbeitenden von HotA bei den spezifischen Angeboten für Migrant(inn)en mitwirken, um einen verstärkten Austausch im Team und ein internes Angebot mit Weiterbildungen zu rechtfertigen. Zudem empfehlen sie, den Kontakt zu vergleichbaren Organisationen herzustellen, um von Erfahrungen und Ressourcen gegenseitig profitieren zu können.*

*Zu ergänzen ist in diesem Zusammenhang allerdings, dass insbesondere vor dem Hintergrund des hohen Anteils deutscher Staatsbürger(innen) unter den Migrantenfamilien von HotA davon auszugehen ist, dass bereits (fast) alle Familienarbeiter(innen) mit Migrantenfamilien arbeiten, auch wenn ein nicht unbeträchtlicher Anteil dieser Familien aufgrund der problemlosen sprachlichen Verständigung nicht im Teilprojekt „HotA Migration“ betreut wird.*

### **Best practice-Kriterium 3: Vermeidung der Kulturalisierung von Problemursachen**

Sowohl die Problemlagen in Familien als auch Kommunikationsprobleme zwischen den Familienarbeiter(inne)n und den migrantischen Klient(inn)en haben verschiedene Ursachen (Knapp, 2010; Pavkovic, 2001 nach Gisler & Stalder, 2014). Es gilt, migrationsspezifische, kulturelle, psychologische und soziale Faktoren zu unterscheiden. In der Praxis besteht die Gefahr von Erklärungsreduktionismen wie Kulturalisierungen, z. B. wenn Fachpersonen einen bestimmten Erziehungsstil auf kulturelle Merkmale zurückführen, obwohl auch psychologische Faktoren oder der Bildungsstand der Eltern eine Rolle spielen kann. Aus diesem Grund sollten alle vier der genannten Ebenen bei der Hypothesenbildung im Rahmen der Arbeit mit den Klient(inn)en berücksichtigt werden (Pavkovic, 2001 nach Gisler & Stalder, 2014). Ein anderer Ansatz stellt das Diversity-Konzept von Auernheimer (2005, nach Bierwirth & Amadou, 2013) dar, nach dem Kommunikationssituationen dadurch interkulturell werden,

„dass sich die beteiligten Gesprächspartner als Zugehörige verschiedener Gruppen wahrnehmen. Neben den differenten Kulturmustern im engeren Sinne betrachtet dieser Ansatz drei weitere Dimensionen im Umgang mit Irritationen in der Kommunikation, die zur (Er-)Klärung herangezogen werden: Machtasymmetrien, Kollektiverfahrungen und gegenseitige Fremdbilder“ (Bierwirth & Amadou, 2013, S. 83).

Im Interview habe die für Migrationsthemen zuständige Mitarbeiterin von HotA in diesem Zusammenhang hervorgehoben, dass bei der Analyse von Problemlagen die Ursachen differenziert betrachtet würden. Besonders scheine die Unterscheidung zwischen migrationsspezifischen und sozialen Faktoren gemacht zu werden. Organisationsbedingt erhalte dabei die psychische Gesundheit ein besonderes Augenmerk. Bei psychischen Erkrankungen seien allerdings kulturelle Unterschiede nicht zu erkennen. Eine Berücksichtigung aller vier genannten Ebenen werde in der psychosozialen Diagnostik bei HotA jedoch nicht systematisch vorgenommen (Gisler & Stalder, 2014).

Hinzu kommt, dass bei der Entscheidung, ob eine Familie vom spezifischen Angebot für Migrant(inn)en profitieren soll, vorwiegend die folgenden beiden Auswahlkriterien herangezogen würden: mangelnde Deutschkenntnisse und vermutete Integrationsprobleme. Hierfür sprachen auch die Analysen im Zwischenbericht (Krüger & Zobrist, 2013, S. 31f.). Hierbei besteht auf der einen Seite die Gefahr, dass sozialstrukturelle Problemlagen wie Arbeitslosigkeit und prekäre Wohnverhältnisse von den HotA-Mitarbeitenden als kulturelle Integrationsprobleme interpretiert werden; auf der anderen Seite könnten tatsächlich migrationsbedingte Schwierigkeiten von Familien übersehen werden, bei denen die Eltern keine sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten haben.

*Gisler und Stalder (2014) regen daher an, im Prozess der psychosozialen Diagnostik zwischen sozialen, kulturellen, psychologischen, medizinisch-psychiatrischen und migrationsspezifischen Erklärungsvariablen von Problemlagen explizit zu unterscheiden. Zu ergänzen ist, dass das Team von HotA für ethnopsychiatrische Fragestellungen sowie für das Problem von Reduktionismen wie Kulturalisierungen sensibilisiert werden sollte.*

#### **Best practice-Kriterium 4: „Interkulturelle Kompetenz“**

Interkulturelle Kompetenz wird in der Literatur beschrieben als „dauerhafte Fähigkeit, mit Angehörigen anderer Kulturen erfolgreich und kultursensibel interagieren zu können,“ bzw. als die ‚Fähigkeit zur erfolgreichen Bewältigung kultureller Überschneidungssituationen‘ (vgl. Leenen & Grosch (1998: 29) [u. a. m. PK]“ (Koptelzewa, 2004, S. 64). Unter diese allgemeine Definition fallen im Einzelnen wiederum verschiedene Konzepte interkultureller Kompetenz, die wesentliche Eigenschaften einer interkulturell kompetenten Person beinhalten (z. B. Ambiguitätstoleranz, Empathie, Toleranz). Interkulturelle Kompetenz wird in der Literatur als Schlüsselkompetenz zur Professionalisierung und Qualitätssicherung von interkultureller Arbeit angesehen (Simon-Hohm, 2004, S. 241).

Bei HotA werde nach Gisler und Stalder (2014) davon ausgegangen, dass interkulturelle Kompetenzen bei den Mitarbeitenden vorhanden sind, dies vor allem aufgrund einer entsprechenden Ausbildung. Aus Sicht der organisationsinternen Fachperson zum Thema Migration zeige sich die interkulturelle Kompetenz vor allem in der Haltung, mit der den Migrantenfamilien begegnet wird. Sie habe eine klare Vorstellung, wie diese Haltung sein soll: Es müsse eine positive Einstellung gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund vorhanden sein, um Familien bei „HotA Migration“ begleiten zu können. Dabei sollten eigene Wertvorstellungen den Familien nicht aufgezwungen, sondern zurückgestellt werden. Die inhaltliche Zielsetzung der Angebote von HotA für Migrantenfamilien unterschieden sich ihres Erachtens nicht von den Zielsetzungen der von HotA betreuten Familien allgemein, es werde jedoch ein anderer methodischer Weg gewählt.

*Die Evaluatoren des Teilprojektes „HotA Migration“ empfehlen, dass sich HotA mit dem Fachdiskurs zur interkulturellen Kompetenz auseinandersetzt und die Relevanz für die migrationsspezifischen Angebote von HotA erkennt.*

#### **Best practice-Kriterium 5: Methodenvielfalt**

Aufgrund ihrer Literaturanalyse kommen Gisler und Stalder (2014) zu dem Schluss, dass die gewählten Methoden in der Arbeit mit Migrantenfamilien um migrationsspezifische Themen erweitert bzw. entsprechend angepasst werden sollten. Bei HotA sei allerdings das methodische Repertoire, das bei migrantischen und nicht-migrantischen Familien zum Einsatz kommt, als identisch beschrieben worden. Die Methodenwahl werde den spezifischen Familien angepasst. Jede(r) Mitarbeiter(in) bringe ihre/seine eigenen Methoden mit, die je nach Aus- und Weiterbildung unterschiedlich seien.

*Von Gisler und Stalder (2014) wird ein fachlicher Austausch zur Methodenindikation und -anwendung innerhalb des Teams empfohlen. Dabei sollten auch potentielle migrationsspezifische Erweiterungen diskutiert werden. Darüber hinaus schlagen sie vor, dass bestehende Methodenrepertoire stetig zu erweitern.*

### **Best practice-Kriterium 6: Sensibilität für Stereotype**

Grundsätzlich sollten sich die Fachpersonen der Bildung und Anwendung von Stereotypen bewusst sein; dies gilt nicht allein für die Arbeit mit Migrant(inn)en, allerdings besteht insbesondere hier die Gefahr der unberechtigten Verallgemeinerung und Komplexitätsreduktion mit Hilfe (national-) kultureller Stereotype. In diesem Zusammenhang weist Eberding (2004, S. 98) zurecht daraufhin, dass nicht das Haben von Stereotypen selbst das Problem sei,<sup>111</sup> vielmehr sei es wichtig, sich ihrer und ihrer Herkunft bewusst zu werden. Von Schlippe, El Hachimi und Jürgens (2013, S. 89 zit. nach Gisler & Stalder, 2014, S. 57) schlagen vor, sich an der folgenden supervisorischen Faustregel zu orientieren: „Wenn etwas ähnlich wird, ist es besonders wichtig, auf die Unterschiede zu achten“.

Die im Interview befragte Fachperson sei sich Gisler und Stalder (2014) zufolge der Bildung von Stereotypen bewusst, auch für sie sei der Umgang damit entscheidend. So habe sie gemeint, dass es wichtig sei, sich von den eigenen Gedanken, von der ersten getroffenen Einschätzung lösen zu können.

*Die Evaluatoren des Teilprojektes empfehlen, sich im Team über Stereotype und ihre Auswirkungen auf die eigene Arbeit auszutauschen und sich hierfür zu sensibilisieren.*

### **Best practice-Kriterium 7: Reflexion des eigenen Migrations- und Kulturverständnisses**

„Professionelle setzen sich kritisch mit ihrem persönlichen Verständnis von Migration/Kultur auseinander. Diese Haltungen werden innerhalb der Organisation diskutiert und ausgetauscht“ (Gisler & Stalder, 2014, S. 57). Die bei HotA durchgeführten Supervisionen bieten Gisler und Stalder (2014) zufolge den Mitarbeitenden die Möglichkeit, sich miteinander auszutauschen; Fallbesprechungen fänden häufig statt. Allerdings seien Haltungsfragen und persönliche Ansichten zu Migration und Kultur bisher kaum thematisiert worden. In der direkten Fallarbeit und dem Fachaus-tausch zwischen Koordinatorin und Familienarbeiterin würden jedoch divergierende Haltungen thematisiert, ohne diese zu bewerten.

*Sie empfehlen daher, in Inter- und Supervisionen (oder anderen fachlichen Austauschgefässen) gemeinsam das jeweilige persönliche Verständnis von Migration/Kultur sowohl im Allgemeinen als auch fallbezogen zu reflektieren.*

### **Best practice-Kriterium 8: Analyse der Familienstruktur/-kultur unter Migrationsgesichtspunkten**

In der Therapie und Beratung mit Migrantenfamilien sei es von Bedeutung, die unterschiedlichen familialen Strukturen auch unter dem Aspekt der Migrationserfahrung zu beleuchten (Gisler & Stalder, 2014). Dabei seien Aspekte der Familienkultur (hierarchisch, partnerschaftlich oder individualistisch), der Bedeutungszuschreibung von angeborenen menschlichen Merkmalen in der Familiendynamik, der Vorstellung über die Steuerbarkeit des familiären Zusammenlebens sowie der Perspektivenorientierung der Familie (Vergangenheits-, Gegenwarts- oder Zukunftsoptik) zu berücksichtigen (ebd.).

HotA rekonstruiert in ihrer Arbeit mit den Familien zu Beginn die Familienstruktur mit Hilfe eines Genogramms (vgl. Kap. 3.3.1). Die Dynamiken innerhalb der Familien würden nach den Erfahrungen der befragten Mitarbeiterin jedoch erst im Laufe der Zeit sicht- und spürbar. Familiäre Strukturen würden als sehr unterschiedlich wahrgenommen. Die noch wenigen Erfahrungen mit Familien,

---

<sup>111</sup> Stereotypisierung kann als „Gesetz der geringsten Anstrengung“ (Aronson, Wilson & Akert, 2004, S. 486) verstanden werden. „In Anbetracht unserer begrenzten Kapazität zur Informationsverarbeitung ist es vernünftig, sich wie ‚kognitive Geizhalse‘ zu verhalten“ (ebd., S. 486) – Stereotype stellen im Grunde nichts anderes als kognitive Abkürzungen dar, um andere Menschen zu verstehen.



die das spezifische Angebot für Migrantenfamilien nutzen, liessen noch keine weitergehenden Schlussfolgerungen zu. Zum Zeitpunkt der Konzeptevaluation hätten die HotA-Mitarbeitenden vorwiegend Unterschiede in der Scheidungsrate, der Kinderzahl, dem Verständnis von „Familie“, bei Genderaspekten sowie dem Stellenwert der Familie vermutet.<sup>112</sup>

*Vor diesem Hintergrund wird in Anlehnung an Gisler und Stalder (2014) empfohlen, die jeweils relevanten migrationsspezifischen strukturellen und kulturellen Aspekte in den Familien im Rahmen des Aufnahmeverfahrens deutlicher herauszuarbeiten.*

### **Best practice-Kriterium 9: Dolmetscher(innen) und interkulturelle Übersetzer(innen)**

In der Arbeit mit fremdsprachigen Klient(inn)en greifen heute Fachpersonen in unterschiedlichen Institutionen des Justiz-, Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereichs auf Dolmetscher(innen) oder interkulturelle Übersetzer(innen) zurück. Zum Teil existieren Standards für die Aus- und Weiterbildung der „Mittelpersonen“ (z. B. durch INTERPRET, 2002) oder für ihren Einsatz (vgl. Huber, 2010). Sie können zum einen Entlastung bieten, zum anderen erhöht ihr Beizug die Chancen auf Gleichbehandlung der Migrant(inn)en, auch wenn ein(e) Dolmetscher(in) nicht in der Lage ist, die fremdsprachige Person in die Position einer nicht-fremdsprachigen Person zu versetzen (Kadrić, 2009; Stanek, 2011).

Der Einsatz von „Mittelpersonen“ stellt jedoch nicht nur eine Entlastung für die Beteiligten dar, er stellt sie auch vor neue Herausforderungen. So handelt es sich bei gedolmetschten Gesprächen nicht mehr um einen Dialog, sondern einen „Trialog“, der zusätzliche Gesprächskompetenzen von den Beteiligten verlangt (z. B. angepasste Strukturierung der Gesprächsbeiträge). Darüber hinaus können die Fachpersonen aufgrund der Sprachbarriere das Gespräch nicht auf die gleiche Weise steuern, wie dies in monolingualen Gesprächen der Fall ist (Nachfragen, Rückführung auf zentrales Thema etc.). Insbesondere im Kontext von Therapie und Beratung kommt hinzu, dass

„Sprache nicht nur Kommunikationsmittel ist, sondern auch diagnostisches Mittel: Sprache dient also zum Informationsaustausch, ermöglicht es aber darüber hinaus der Psychotherapeutin [oder Beraterin, PK], sich ein umfassendes Bild über den Klienten zu machen, über seinen Bildungshintergrund, seine Ausdrucksweise, sein Gesprächsverhalten. Daher sind DolmetscherInnen in der Psychotherapie [und Beratung, PK] angehalten, möglichst genau zu dolmetschen, um so den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung zu ermöglichen“ (Dabić, 2009, S. 101).<sup>113</sup>

Beide Parteien – Fachperson, Klient(in) – sind demnach auf die „Mittelperson“ angewiesen und müssen ihr und ihrer „Neutralität“ vertrauen; Dolmetscher(innen) und interkulturelle Übersetzer(innen) haben in diesen Situationen eine einflussreiche Position inne, da sie beide Sprachen verstehen und somit als Einzige einen Gesamtüberblick über das Gesagte haben (vgl. auch Ehret, 2012). Erschwerend kommen sowohl auf Seiten der Fachpersonen als auch auf Seiten der Klient(inn)en falsche Erwartungen an die Mittelpersonen und ihre Rolle hinzu: So gehen Auftraggeber(innen) u. a. häufig davon aus, dass Dolmetschende unsichtbare Mittler(innen) seien und das Gesagte nicht verstehen, sondern nur übersetzen müssten (Pöllabauer, 2006); auf der anderen Seite sehen die Klient(inn)en in den Dolmetscher(inne)n als „Landsmänner“ nicht selten einen Verbündeten, der sich für ihre Interessen einsetzen soll (u. a. Redmann, 2009), oder aus der Vertrautheit entsteht Misstrauen oder Scham (u. a. Bierwirth & Amadou, 2013). Letztlich muss sich aber die/der Dolmetscher(in) ihrer/seiner Rolle als Mittler(in) bewusst sein und nicht die Rolle der Therapeutin oder des Beraters übernehmen (ebd.). Entsprechend gilt es, den Einsatz der „Mittelpersonen“ gut

<sup>112</sup> Eindrücke, die zumindest zum Teil durch amtliche Statistiken bestätigt werden (z. B. zur Geburtenrate: [http://www.auslaenderberatung-basel.ch/Fragen\\_und\\_Antworten.html](http://www.auslaenderberatung-basel.ch/Fragen_und_Antworten.html), Stand: 15.03.2015), zum Teil aber sicherlich auch auf entsprechenden Stereotypen beruhen.

<sup>113</sup> Daher ist es wichtig, dass sich Berater(innen) oder Therapeut(inn)en der Verzerrungs- und Filterprozesse bei Übersetzungen bewusst sind (u. a. auch Bierwirth & Amadou, 2013).

Luzern, 21. April 2015  
Seite 63/82  
Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

zu planen und sich genügend Zeit für Vor- und Nachbesprechungen mit den Dolmetscher(inne)n zu nehmen. Ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den Beteiligten entstanden, sei Bierwirth und Amadou (2013) zufolge (soweit möglich) die Sicherung der personellen Kontinuität relevant.

Mit Blick auf den Einsatz von „kulturellen Übersetzer(inne)n“ ist zudem zu bedenken, dass Sprach- und „Kulturkompetenz“ nicht gleichzusetzen sind. So fragt Dabić (2009, S. 102) zurecht, wie gerechtfertigt es beispielsweise ist, „von einem professionellen und umfassend informierten Russisch-Dolmetscher [...] Hintergrundinformationen über die tschetschenische Kultur einholen zu wollen?“<sup>114</sup>

Interkulturelle Übersetzer(innen) werden Gisler und Stalder (2014) zufolge bei HotA in Familien mit geringen Deutschkenntnissen nur dann eingesetzt, wenn die Gespräche auf der Geschäftsstelle stattfinden. Dies ist jeweils bei den Indikations- und Standortgesprächen der Fall. Die Atmosphäre in diesen Gesprächen liesse es eher zu, dass etwas wiederholt oder erklärt werden kann. Dabei werde durch validierende Rückfragen versucht, Übersetzungsfehler zu minimieren. Die Beeinflussung des Beratungsprozesses durch kulturelle Übersetzer(innen) werde als erheblich empfunden. In der Beratung zu Hause werde daher grundsätzlich auf deren Einsatz verzichtet, es sei denn, es seien gar keine Deutschkenntnisse vorhanden. In diesen Situationen werde darauf geachtet, dass die interkulturellen Übersetzer(innen) nur sporadisch eingesetzt werden, um den Beratungsverlauf möglichst wenig zu beeinflussen oder zu stören. Meistens gehe es bei den Übersetzungen um sprachliche Probleme, „kulturelle Erklärungen“ stünden selten im Vordergrund.

*Abweichend von Gisler und Stalder (2014) empfehlen die Evaluatoren zu prüfen, inwieweit eine bessere Einbindung von Dolmetscher(inne)n erzielt werden kann und inwieweit die Familienarbeiter(innen) von Erläuterungen zum sozialen und kulturellen Hintergrund der Familien profitieren können, wobei auch hier die Gefahr der Kulturalisierung der Problemlagen der Familien bedacht werden muss.*

### **Best practice-Kriterium 10: Migration als Ressource**

Der Blick auf Migration ist in der Regel ein defizitärer (u. a. Körner, Irdem & Bauer, 2013). Es gilt daher, die Migrationserfahrung der Klient(inn)en auch als Ressource zu erkennen, die genutzt werden kann, sei dies zum Beispiel durch familiäre Netzwerke, Mehrsprachigkeit oder Religion als Bewältigungsstrategie (vgl. dazu Gisler & Stalder, 2014).

Die Adressierung von Migrantenfamilien und die Zuweisung zu den spezifischen Angeboten von HotA führe laut Gisler und Stalder (2014) zu einer Negativselektion: Es würden Familien angesprochen, bei denen aufgrund ihrer Migrationsthematik ein schwieriger Zugang für die Familienarbeit vermutet wird. So seien mangelnde Deutschkenntnisse und vermutete Integrationsschwierigkeiten ein Hauptkriterium für die Aufnahme in das Teilprojekt „Migration“ (siehe oben). Hier bestehe die Gefahr, dass Migration als Ressource vernachlässigt wird. Allerdings hätten die HotA-Mitarbeitenden den Eindruck, dass in den Migrantenfamilien weniger Bindungsstörungen zu beobachten seien und positive Anpassungsleistungen erbracht würden.

*Vor diesem Hintergrund wird in Anlehnung an Gisler und Stalder (2014) angeregt, auf die migrationspezifische Ressourcenlage der Familien noch besser zu achten und diese für die Familienarbeit nutzbar zu machen.*

---

<sup>114</sup> Für eine ausführlichere Darstellung der Problematik von Dolmetscher(inne)n als „Kulturexpert(inn)en“ siehe Dabić (2009).



### **Best practice-Kriterium 11: Relevanz der „Kennlernphase“**

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse ihrer Literaturanalyse kommen Gisler und Stalder (2014) zu dem Schluss, dass insbesondere in der Beratung von Migrant(inn)en genügend Zeit für die Kennlernphase einzuplanen sei. In der Startphase des Teilprojektes „HotA Migration“ sei noch von einer drei- bis sechsmonatigen Begleitzeit ausgegangen. In der Zwischenzeit sei jedoch festgestellt worden, dass diese Zeitplanung den zu begleitenden Familien nicht gerecht wird. Inzwischen würden die Familien durchschnittlich sechs bis neun Monate begleitet. In Einzelfällen werde die Interventionszeit noch erhöht.<sup>115</sup>

*Gisler und Stalder (2014) weisen in ihren Empfehlungen daraufhin, dass der Kennlernphase genügend Zeit einzuräumen sei. Die mittlerweile längere Begleitungszeit sehen sie als Anhaltspunkt dafür, dass HotA dem Anspruch gerecht zu werden scheint.*

Die Empfehlung der Evaluatoren im Zwischenbericht, wonach Familien mit Migrationshintergrund noch besser anzusprechen seien, wurde von HotA aufgenommen. Konzeptionell wurde ein spezifisches Angebot für Migrantenfamilien geschaffen und es hat eine Sensibilisierung der HotA-Mitarbeitenden für diese Zielgruppe stattgefunden. Die Auseinandersetzung mit *best practice*-Kriterien wurde eingeleitet, weitere konzeptionelle und methodische Verbesserungen sowie eine fachlich angemessenere Adressierung dieser vulnerablen und unterversorgten Zielgruppe sind weiterhin möglich.

## **4.9. Nutzen, Zufriedenheit und Akzeptanz von HotA: Beurteilung durch die Anspruchsgruppen, Expert(inn)en und HotA selbst**

### **4.9.1. Beurteilung der aufsuchenden Familienarbeit durch die betroffenen Familien**

In der zweiten Phase der Evaluation wurden zusätzlich zu den bereits für den Zwischenbericht befragten Elternteilen weitere 22 Familien, die nach dem Zufallsprinzip ausgewählt werden konnten, telefonisch gestützt auf einen standardisierten Fragebogen durch die Mitarbeitenden der Hochschule nach ihrer subjektiven Beurteilung der abgeschlossenen Familienarbeit befragt ( $N_{\text{Gesamt}} = 54$ ).<sup>116</sup> Gesamthaft zeigt sich, dass bei knapp zwei Drittel der Familien (64,81 %,  $n = 35$ ) die Leistungen von HotA den Erwartungen „voll entsprochen“ haben. Bei 24 % der Familien ( $n = 13$ ) wurde ihnen „teilweise entsprochen“ und bei 11 % der Familien ( $n = 6$ ) gar nicht. Nach Ansicht fast aller Familien (94,34 %,  $n = 50$ ) wurden die vereinbarten Ziele „vollständig“ oder „teilweise erreicht“. Nur aus Sicht dreier Familien (5,66 %) wurden die Ziele „gar nicht“ erreicht. Für die überwiegende Mehrheit (86,79 %,  $n = 46$ ) war die Intensität der Hilfeleistungen „genau richtig“. Allein für drei (5,66 %) resp. vier Familien (7,55 %) waren es zu wenige bzw. zu viele Kontakte.

Der subjektive Nutzen der Familienbegleitungen von HotA wurde in den folgenden Bereichen wahrgenommen: Knapp drei Viertel der Familien (74,00 %,  $n = 37$ ) können nun aus ihrer Sicht in der Familie mehr (oder eher mehr) Eigenverantwortung übernehmen, 26 % ( $n = 13$ ) der Familien beurteilen das (eher) kritisch. 79 % der Familien ( $n = 38$ ) gab an, dass ihnen die Strukturierung des Familienalltags besser (oder eher besser) gelinge, 21 % der Familien ( $n = 10$ ) konnten dieser Aussage „(eher) nicht“ zustimmen. Die bessere Wahrnehmung der Verantwortung gegenüber den Kindern erlebten 64 % der Familien ( $n = 30$ ) positiv oder eher positiv, 36 % der Familien ( $n = 17$ ) hin-

<sup>115</sup> Zum Zeitpunkt des Abschlussberichts konnte nur zu 2 der 10 Familien, die im Teilprojekt „HotA Migration“ waren und zu denen Informationen vorlagen, die Interventionsdauer berechnet werden. Diese betrug zwei bzw. drei Monate.

<sup>116</sup> Zur Begründung der Auswertung über beide Erhebungszeitpunkte (2013, 2014) hinweg siehe Kapitel 3.

Luzern, 21. April 2015

Seite 65/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

gegen (eher) nicht. In 78 % der Familien ( $n = 40$ ) hat sich der Umgang mit Konflikten (eher) verbessert, in 22 % der Familien ( $n = 11$ ) war dies weniger oder nicht der Fall. Für fast alle Familien (92,16 %,  $n = 47$ ) hat sich die Bewältigung des Erziehungsalltags (eher) verbessert, allein vier Familien (7,84 %) schätzten dies kritischer ein. Bei 83 % der interviewten Familien ( $n = 44$ ) hat sich die Sicherheit in der Elternrolle (eher) verbessert, von 17 % der Familien ( $n = 9$ ) wurde dies unverändert oder sogar negativ wahrgenommen. Praktisch alle befragten Familien (96,15 %,  $n = 50$ ) haben den Umgang der Familienbegleiter(innen) mit der Familie als respektvoll empfunden und 89 % der Familien ( $n = 47$ ) hat sich in ihrem Veränderungsprozess „immer“ oder „oft“ unterstützt gefühlt. 11 % der Familien ( $n = 6$ ) habe dies jedoch nur „gelegentlich“, „selten“ oder „nie“ erlebt. Die Hilfeakzeptanz war bei 51 von 53 befragten Familien „sehr gut“ oder „gut“.

Neben der Beantwortung der standardisiert gestellten Fragen konnten die Familien zusätzliche Bemerkungen oder Einschätzungen zu HotA angeben. Die positiven Bemerkungen und Ergänzungen betonten, wie „wertvoll“, „positiv“ oder „super“ das „sehr gute“ Angebot von HotA wahrgenommen wurde und dass die Dienstleistungen von HotA geholfen hätten. Ebenfalls positiv wurden die Mitarbeitenden von HotA erlebt, und es wurde geäußert, wie freundlich der Kontakt erlebt wurde und wie konstruktiv er war. Es sei „zentral, dass es zwischenmenschlich gut funktionier[e]“. Positiv wurde die gute Erreichbarkeit und die Vernetzung von HotA mit anderen Stellen erlebt. Kritisch hielten die Familien Faktoren fest, welche die Familienarbeit offenbar behindert haben, wie die fehlende Motivation zur Mitarbeit eines Kindes, bestehende Beziehungsprobleme oder die begrenzte Zeitdauer des Angebotes. Aus den kritischen Rückmeldungen zeigt sich vor allem die Notwendigkeit einer guten Auftrags- und Rollenklärung und der ausführlichen Information über die Arbeitsweisen und das Problemlöseverständnis von HotA. Ebenfalls kritisch wurde der Transfer von neu erlernten Erziehungsverhaltensweisen in die Praxis beurteilt. Diese Aspekte verdienen es, methodisch noch besser bearbeitet zu werden.

Auch wenn subjektive Zufriedenheitseinschätzungen von Adressaten im Gesundheits- und Sozialwesen bezogen auf ihre Validität stets vorsichtig eingeschätzt werden müssen, sind über alle Bereiche hinweg hohe Zustimmungswerte zu verzeichnen.

Insgesamt waren die befragten Eltern mit den Leistungen von HotA und insbesondere mit der aufsuchenden Familienarbeit zufrieden, insofern...

- ✓ ...die Leistungen den Erwartungen der Befragten zumindest teilweise entsprachen,
- ✓ ...die vereinbarten Ziele in ihren Augen erreicht worden waren,
- ✓ ...die Zahl der wöchentlichen Besuchsstunden in ihren Augen „genau richtig“ war,
- ✓ ...der Umgang der/des Familienarbeiterin/-s mehrheitlich als respektvoll wahrgenommen wurde und
- ✓ ...sie sich mehrheitlich in ihrem Veränderungsprozess unterstützt fühlten.

Der Nutzen für die Befragten zeigte sich in der selbstwahrgenommenen verbesserten Bewältigung des Familienalltags (Eigenverantwortung übernehmen, Strukturierung des Alltags, Bewältigung des Erziehungsalltags, Verantwortungsübernahme für die Kinder, Umgang mit Konflikten, Sicherheit in Rolle als Mutter/Vater). Darüber hinaus sprechen die Ergebnisse für eine hohe selbstwahrgenommene Akzeptanz der Familienarbeit durch die befragten Familien.

Insgesamt wurde das Angebot von HotA von den Familien somit ausgesprochen positiv beurteilt. Verbesserungsmöglichkeiten ergeben sich im Bereich der guten Auftrags- und Rollenklärung sowie der ausführlichen Information der Familien über die Arbeitsweise von HotA.

#### **4.9.2. Beurteilung der aufsuchenden Familienarbeit durch ausserkantonale Expert(inn)en**

Drei ausserkantonale Expert(inn)en aus den Bereichen Sozialpädiatrie/Kindesschutz, aufsuchende Sozialpsychiatrie und aufsuchende Familienarbeit<sup>117</sup> wurden durch die Hochschule gebeten, gestützt auf eine Grundlegendokumentation und eine dreistündige Fachauditsitzung mit der Leitung von HotA, moderiert durch die Hochschule Luzern, das Projekt in qualitativer Hinsicht zu beurteilen. Im Fokus standen Fragen zur qualitativen Umsetzung der Leistungen, zur Einhaltung professioneller Standards sowie zur Effizienz der Strukturen und Abläufe. Die mündlichen Einschätzungen der Expert(inn)en wurden transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet (vgl. Gläser & Laudel, 2010). Die Anlage dieser Expertensicht versteht sich als kritische Aussenperspektive, bei der es vorwiegend darum geht, Verbesserungsmöglichkeiten eines Projektes zu identifizieren.

Als grundsätzlich positiv wurde die Innovation des Projektes sowie seine quantitative Leistungsfähigkeit bewertet, weil in kurzer Zeit sehr viele Familien aufgenommen werden konnten. Ebenfalls als Stärke wurde die interdisziplinäre Ausrichtung von HotA wahrgenommen. Die fachärztliche Steuerung der Leistungen und die Zusammenarbeit mit den zuweisenden Stellen wurden ebenfalls als günstig eingestuft. Angesichts des sehr hohen Anteils psychiatrisch indizierter Fälle ist es nach Einschätzung der Expert(inn)en eine hohe Qualität, wenn es gelingt, die Direktzuweisungsquote der Fachärzte/-innen zu halten und auszubauen. Die Expert(inn)en gingen davon aus, dass im Kanton Aargau eine Versorgungslücke bestand und HotA hier eine besonders herausfordernde Zielgruppe erreichen kann. Kritisch wurde angemerkt, dass eine gesamtantonale Versorgungsplanung nicht ersichtlich sei und sich vor allem die Frage stelle, was mit den problembelasteten Familien geschieht, die nicht von HotA versorgt werden können und abgewiesen werden mussten. Die Expert(inn)en empfahlen, HotA im Rahmen von übergeordneten gesundheitlichen und sozialen Finanzierungs- und Versorgungsnetzen zu verankern.

Die interdisziplinäre Ausrichtung und die intermediäre Positionierung von HotA wurde als Stärke des Projektes angesehen, da die Kompetenzen im Team von HotA direkt vorhanden seien, und weil aufsuchende Interventionen erfahrungsgemäss einen vielversprechenden Zugang zu den betroffenen Familien ermöglichten, der im Rahmen von ambulanten oder stationären Angeboten weniger gut zu erreichen sei. Sowohl bezogen auf das Selbstverständnis der Mitarbeitenden als auch bei der Ausendarstellung der Leistungen solle deutlicher gemacht werden, welche methodischen Zugänge von HotA als psychiatrisch-psychotherapeutisch und welche als sozialpädagogisch einzustufen sind. Auch solle deutlicher werden, wie das interdisziplinäre Wirken begrifflich und konzeptionell gefasst werden kann. Obwohl die methodische Flexibilität begrüsst wurde, empfahlen die Expert(inn)en, die Art des jeweiligen methodischen Vorgehens und die konkreten Leistungen noch expliziter zu begründen. Das Konzept von HotA wurde als pragmatisch begrüsst, gleichzeitig schlugen die Expert(inn)en vor, die Theoriebasierung und Evidenz der eingesetzten Methodik noch deutlicher herauszustreichen. Die Erörterung des Spannungsfeldes von „freiwilligen“ und „unfreiwilligen“ (in behördlichen Kontexten zugewiesenen) Familien habe gezeigt, dass HotA die interne und externe Diskussion über ihre fachliche Positionierung weiterführen sollte, weil sich damit gegebenenfalls spezifische Zielgruppen leichter erreichen liessen. Die Expert(inn)en empfahlen, für die Diagnostik noch stärker auf validierte Instrumente zu setzen, die den fachlichen Standard verbessern und eine Vergleichbarkeit der Patientengruppen mit anderen Angeboten erleichtern. Ausserdem wurde vorgeschlagen, für die längerfristige Evaluation ein Kontrollgruppendesign zu prüfen.

---

<sup>117</sup> Franziska Beer, Abteilungsleiterin, Fachstelle Kinderbetreuung, Kriens; Dr. med. Kurt Albermann, Chefarzt, Sozialpädiatrisches Zentrum Kantonsspital Winterthur und Dr. med. Harald Franz, leitender Arzt, Ambulante Dienste, Luzerner Psychiatrie

Luzern, 21. April 2015

Seite 67/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

Die Expert(inn)en regten an, das Abschlussprozedere konzeptionell weiter auszufeilen und dabei die bereits begonnenen konzeptionellen Überlegungen zum Umgang mit Familien, die längerfristig eine Unterstützung benötigen, auch mit dem Ziel, „verpasste Abschlüsse“ möglichst zu verhindern, weiterzuführen. Bezogen auf die Zielgruppen von HotA stellten die Expert(inn)en fest, dass eine störungsspezifische Ausrichtung (beispielsweise bei Elternteilen mit Schizophrenie, Kindern mit ADHS) Sinn mache, sofern das Einzelfallverständnis gewährt bleibe und eine methodische Offenheit bestehe. Sie regten auch an, die „abwesenden“ Väter sowie Alleinerziehende als besonders vulnerable und dem hohen Risiko der gesundheitlichen und sozialen Desintegration ausgesetzte Gruppe gezielter anzusprechen.

Die Qualifikationen der Mitarbeitenden wurden als sehr gut eingeschätzt. Mit einem möglichen Übergang des Projektes von der Pionier- in eine Etablierungsphase empfahlen die Expert(inn)en, die Fortbildung der Mitarbeitenden konzeptionell zu regeln, aber auch weitere mit der Organisationsentwicklung verbundenen Aspekte aufzunehmen, wie beispielsweise die Einführung von betriebswirtschaftlichen Controlling-Instrumenten, damit die Effizienz der Organisation beurteilt werden könne. Die Schlussevaluation des Projektes solle zum Anlass genommen werden, Konzepte und Arbeitsweisen zu prüfen und die Angebote gegebenenfalls weiter zu schärfen.

Insgesamt zeigt die externe Beurteilung der Expert(inn)en eine positive Gesamteinschätzung des Projektes. Die Empfehlungen zur methodischen Weiterentwicklung setzen an dem im Rahmen des Pionierprojektes entwickelten Konzeptes an und empfehlen hauptsächlich eine Konkretisierung und weitere Ausdifferenzierung auf der Stufe der Methodik und Organisation, derweil auf übergeordneter Ebene der Versorgungsplanung angeregt wird, HotA in gesundheitlich-sozialen Versorgungssystemzusammenhängen einzuplanen und zu finanzieren.

#### **4.9.3. Selbstbeurteilung der aufsuchenden Familienarbeit durch die HotA-Familienarbeiter(innen)**

Als Ergänzung zur Beurteilung der qualitativen Aspekte von HotA durch ausserkantonale Expert(inn)en wurden die Mitarbeitenden von HotA, die direkt mit den betroffenen Familien aufsuchend arbeiten, im Rahmen eines Gruppeninterviews zu ihren inhaltlich-konzeptionellen Einschätzungen befragt. Das Gruppeninterview fand ohne Anwesenheit von Leitungspersonen statt und die Rohdaten standen den Leitungspersonen nicht zur Verfügung. Im Gruppeninterview wurde vorwiegend nach Themen gefragt, die im Vorfeld von den ausserkantonalen Expert(inn)en eingebracht worden waren.

Zum Aufnahmeverfahren hielten die Mitarbeitenden fest, dass sie das ausführliche und differenzierte Anmelde- und Aufnahmeverfahren als sehr sinnvoll erachten, weil damit den Klärungen der Erwartungen der Zuweisenden und der betroffenen Familien die notwendige Aufmerksamkeit geschenkt werde, was verhindere, dass „wir [...] nachher in eine Begleitung einsteigen, die viel Energie kostet, und man nachher wieder aufhören muss, weil es schwammig ist.“ Ausserdem könne die Veränderungsmotivation der Familien geklärt und gegebenenfalls aufgebaut werden, was einen erfolgreichen Start der Familienarbeit ermögliche. Ebenfalls wichtig sei die Auseinandersetzung mit allfälligen Abklärungs- und Kontrollwartungen der Zuweisenden, die nicht dem Konzept von HotA entsprechen würden. Es sei ein Erfolgsfaktor in der täglichen Arbeit, dass die Familien einen Veränderungswunsch hätten und dieser unterstützt werden könne. Schwieriger sei es, wenn Dritte die Veränderungen in der Familie veranlassen wollten. Die Mitarbeitenden müssten immer wieder eine parteiliche Haltung zu Gunsten der Familien einnehmen. Dies sei besonders bei denjenigen Familien, die wiederholte negative Erfahrungen mit Institutionen gemacht hätten, ein wichtiger Erfolgsfaktor. Die Familienarbeiter(innen) waren überzeugt, dass der Auftrag für die Familienarbeit von den Familien selbst kommen müsse und äusserten sich skeptisch zur Effektivität der Familienarbeit, wenn sie im Rahmen eines Zwangskontextes erfolge. Die Mitarbeitenden von HotA sahen

Verbesserungsmöglichkeiten bei der Information der Zuweisenden über die Indikationskriterien von HotA, ansonsten führe der aufwändige Anmeldevorgang bei den Zuweiser(inne)n zu Frustrationen, wenn die Familien nicht aufgenommen würden. Als Kontraindikationen für die aufsuchende Familienarbeit von HotA zeige sich in der täglichen Arbeit ein ungenügendes Problembewusstsein der Eltern oder eine bereits diskutierte Fremdplatzierung von Kindern. Wenn in diesen Fällen trotzdem eine aufsuchende Familienarbeit gemacht werde, sei dies „meistens nur eine Zeitverzögerung und keine Lösung.“ Ebenfalls problematisch sei es, wenn ein behandlungsbedürftiger Elternteil die psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention abbreche, weil HotA alleine die Problemlage nicht bewältigen könne. Eine Stärke liege eindeutig im Zusammenspiel der verschiedenen Berufsgruppen. Eine schwierige Konstellation und tendenziell als Kontraindikation einzustufen sei die Situation, wenn Eltern ihren eigenen Anteil an der Problemdynamik der Kinder ausblenden und der Familienarbeiterin konkrete Nacherziehungsaufträge geben würden. Die Einsicht der Eltern, Teil des Problems bei auffälligen Kindern zu sein, wurde von den Familienarbeiter(inne)n als wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Familienarbeit erachtet. Die Mitarbeitenden waren der Ansicht, dass die im Vergleich mit anderen Familienbegleitungsorganisationen als hoch eingeschätzte Ablehnungsquote von HotA durchaus Sinn mache. Der Selektionsprozess verhindere auf der einen Seite die Aufnahme von Familien, deren Familiensituation aufgrund der hohen Problemausprägung mit Familienarbeit nur ungenügend bewältigt werden könnte; auf der anderen Seite werde auch die Aufnahme von Familien mit „kleineren“ Problemen vermieden, deren Probleme bereits durch bestehenden Hilfestrukturen bearbeitet würden (Jugend- und Familienberatung, Familientherapie, Erziehungsberatung, Schulpsychologischer Dienst etc.) und für die eine aufsuchende Arbeit nicht notwendig sei. Die konzeptionelle Eingrenzung von HotA auf die primäre Zielgruppe „psychisch kranke Eltern und/oder Kinder“ wurde als sehr sinnvoll erachtet, es bleibe noch immer ein sehr breites Spektrum mit Problemkonstellationen, auf die mit unterschiedlichen Methoden reagiert werden müsse. Eine Ausweitung der Zielgruppe sei sicher nicht sinnvoll. Die Mitarbeitenden äusserten, dass die konzeptionelle Aufteilung zwischen „psychiatrisch indizierten und psychosozial indizierten Fällen“ für die Alltagsarbeit eher unwichtig und vermutlich dem Finanzierungsmodus geschuldet sei. Die Problemstellungen seien teilweise vergleichbar. Als Verbesserungsmöglichkeit sahen die Mitarbeitenden eine nachvollziehbare Regelung der Kostenbeteiligung der Familien. Es sei nicht ganz klar, ob hier „psychiatrische“ und „psychosoziale“ Familien ungleich behandelt würden. Als positiv wurde die Organisationsstruktur von HotA eingestuft. Das System mit den Koordinator(inn)en gebe in der täglichen Arbeit eine gute Sicherheit, diese Steuerung der Fälle mit den regelmässigen Standortgesprächen mit allen Beteiligten wurde als „Rückendeckung“ wahrgenommen.

Die von den externen Expert(inn)en kritisierte methodische indifferente Ausrichtung von HotA wurde von den Mitarbeitenden unterschiedlich bewertet: Einerseits sahen sie einen klaren Bedarf, gegenüber den Anspruchsgruppen präziser zu beschreiben, wie sie methodisch vorgehen; andererseits berichteten die Mitarbeitenden, dass sie im Alltag eklektisch vorgehen würden, ihre Methoden und Konzepte intuitiv und situativ auswählten und es anspruchsvoll sei, die eingesetzten Interventionen rückwirkend methodisch zu reflektieren und einzuordnen. Die entsprechenden Felder im Klientendokumentationssystem würden deshalb nur summarisch ausgefüllt. Einer weitergehenden Standardisierung des Methodenrepertoires standen die Mitarbeitenden skeptisch gegenüber, sie gaben zu bedenken, dass die methodische Stärke von HotA vor allem in der methodischen Vielfalt und den unterschiedlichen Beratungskompetenzen der Mitarbeitenden liege. Wichtig sei es allerdings, innerhalb der Organisation die bestehenden methodischen Kompetenzen noch deutlicher darzustellen, voneinander lernen zu können und den methodischen Zugang durch den Austausch mit anderen zu erweitern. Das bestehende Erfahrungswissen der Mitarbeitenden sollte noch besser konsolidiert werden. Ebenfalls sei es notwendig, die individuelle Weiterbildung der Mitarbeitenden zu fördern, was im Rahmen des Pilotprojektes nicht möglich gewesen sei, weil nur Kollektivfortbildungen in der Organisation stattgefunden hätten. Ebenfalls sei es wichtig, das diagnostische In-

Luzern, 21. April 2015

Seite 69/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

strumentarium auszufeilen. Die von den externen Expert(inn)en kritisch festgestellte professionsbezogene und konzeptionell-methodische Unschärfe zwischen psychotherapeutisch-ärztlichen und psychosozialen Positionierungen sahen die Mitarbeitenden im Arbeitsalltag als weniger problematisch an: „Wenn ich jetzt einen AHDSler habe und schaue, wie kann er Strategien entwickeln, um damit umzugehen, kann man sich fragen, ist eine Therapie, ist eine Verhaltenstherapie, ist es ein Coaching, ist es eine Beratung oder ist es sozialpädagogisch [...]?“ Allerdings wurde eingewandt, dass gerade im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen zu klären sei, „wie weit man sich auf das Glatteis hinauswagen“ solle. Wie psychische Störungen, Erziehungsverhalten der Eltern, Familiendynamiken und soziale Probleme in der Familie zusammenhängen könnten, d. h. auf welches „Störungsverständnis“ sich die Mitarbeitenden in ihrer Arbeit beziehen, konnte nicht expliziert werden. Grundsätzlich wurde betont, dass sich das Feld der aufsuchenden Familienarbeit in einem Professionalisierungsprozess befinde und es ein wichtiger Teil davon sei, noch besser darzulegen, wie und weshalb man mit bestimmten Konzepten und Methoden arbeite. Ein offenes Thema seien auch die Abschlüsse der Fälle und die Kriterien für die Abschlüsse. Während der Eingangsprozess im Alltag konzeptionell sehr detailliert gefasst worden sei, finde man im Konzept nur wenige Festlegungen zum Vorgehen beim Abschluss von aufsuchender Familienarbeit.

Es zeigt sich, dass die Mitarbeitenden die Konzeption von HotA grundsätzlich als sinnvoll erachten und insbesondere das ausführliche Aufnahmeverfahren, die Organisationsstrukturen von HotA mit den Koordinator(inn)en sowie das Zielgruppenkonzept als richtig und für die tägliche Arbeit bedeutsam einschätzen. Auch die konzeptionelle Bedeutung der Veränderungsmotivation der Familie unabhängig der Interessen Dritter erkennen die Mitarbeitenden an. Entwicklungsmöglichkeiten sahen sie vor allem in der Konsolidierung des bestehenden Methodenrepertoires und dessen externer Darstellung sowie im Bereich der individuellen Weiterbildung. Ebenfalls orteten die Mitarbeitenden einen Optimierungsbedarf bei der Information der Zuweisenden sowie der Transparenz über die Kostenbeteiligung der Familien. Das von den externen Expert(inn)en kritisierte „Ineinandergehen“ von psychotherapeutischen und beraterischen Methoden wurde von den Familienarbeiter(inne)n als wenig praxisrelevant eingestuft. Ein eigentliches biopsychosoziales „Störungsverständnis“ würde allerdings die Integration von psychotherapeutischen, beraterischen und sozialpädagogischen Elementen unterstützen.

#### 4.10. Limitationen

Neben den in Kapitel 3 bereits diskutierten Einschränkungen, müssen bei der Interpretation der Daten weitere Aspekte berücksichtigt werden, die sich auf die Aussagekraft der Daten auswirken. Auch wenn sich die Qualität der Daten im Vergleich zum Zwischenbericht deutlich gebessert hat, fehlten noch vergleichsweise viele Informationen. Dies ist sicherlich kein HotA-spezifisches Problem und wohl darauf zurückzuführen, dass die Erhebung der Daten neben der Arbeit mit den Familien erfolgt und insofern eine zusätzliche Belastung für die Mitarbeitenden darstellt. Daneben handelt es sich bei den Angaben zu den Familien, ihrer psychosozialen Situation und den beobachteten Veränderungen nicht um „objektive“ Daten, sondern um Einschätzungen der Mitarbeitenden von HotA und den Familien selbst; bei einem Vergleich der Werte vor und nach der Intervention ist daher mit einer Überschätzung der Effekte zu rechnen.<sup>118</sup> In Bezug auf wesentliche Aspekte können jedoch die Sichtweisen der verschiedenen Akteure gegenübergestellt werden, wodurch sich die Möglichkeit der gegenseitigen Validierung der Perspektiven bietet. Dies betrifft insbesondere die Zielerreichung, den Grad der Kindeswohlgefährdung und die Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit; hier liegen neben den Einschätzungen der HotA-Mitarbeitenden auch die der Zuweiser(innen) vor,

---

<sup>118</sup> Zur Nützlichkeit und Sinnhaftigkeit von Zufriedenheitsbefragungen von Klient(inn)en im Kinderschutz siehe auch Trotter (2008).

in Bezug auf die Zielerreichung darüber hinaus die der Familien selbst. Für eine Absicherung der gefundenen geringen Effekte bedarf es zudem weiterer Analysen mit einer grösseren Stichprobe.<sup>119</sup>

## **5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen**

Die in diesem Schlussbericht dargestellten Ergebnisse werden im Folgenden hinsichtlich der übergeordneten Evaluationsfragen und der von HotA gesetzten Projektziele (vgl. Kap. 3.1) diskutiert. Dabei werden die Daten der verschiedenen methodischen Zugängen zusammengeführt, um die zugrunde liegenden Evaluationsfragen zu beantworten und zu klären, inwieweit die von HotA gesetzten Ziele im Pilotzeitraum erreicht werden konnten. Anschliessend werden jeweils Empfehlungen formuliert.

### **5.1. Leistungen von HotA**

#### **5.1.1. Ambulante Versorgung von Multiproblemfamilien**

In der 3-jährigen Pilotphase sind bei HotA einer internen Statistik zufolge 629 Anmeldungen eingegangen, von denen 299 angenommen worden sind; die Aufnahmequote betrug somit 48 %. Insgesamt zählten die von HotA begleiteten Familien zur Gruppe der Familien mit biopsychosozialen Mehrfachproblematiken. Dieser „Typus“ ist durch sich überlagernde sozioökonomische und psychosozial problematische Merkmale charakterisiert: So waren über 40 % der Familien Einelternfamilien mit überwiegend alleinerziehenden Müttern. Das familiäre Zusammenleben wurde vor Beginn der Intervention sowohl von den Fachpersonen als auch von den Familien selbst als dysfunktional eingestuft, besonders die innerfamiliäre Kommunikation wurde als sehr problematisch wahrgenommen. Die Familien hatten vielfältige, miteinander verwobene Probleme bei der Erziehung der Kinder, der Existenzsicherung, mit häuslicher Gewalt, Kindesmisshandlung, körperlichen Erkrankungen und Behinderungen u. a. m. Darüber hinaus wies die von HotA versorgte Personengruppe einen hohen Anteil an Familien mit einem psychisch erkrankten Kind und/oder Elternteil auf: In mehr als der Hälfte der Familien war zumindest ein Elternteil psychisch erkrankt und in einem Drittel der Familien mindestens ein Kind. Insgesamt war in 71 % der Familien mindestens ein Familienmitglied psychisch erkrankt.

Insbesondere diese von HotA explizit als Zielgruppe definierte Klientel gilt als unterversorgt und es ist besonders erfreulich, dass es HotA gelingt, sie mit einem professionellen Angebot anzusprechen. In gut einem Viertel der Familien, zu denen entsprechende Angaben vorlagen, handelte es sich um einen behördlichen Auftrag bzw. der Druck zur Anmeldung ging von anderen Dritten aus. Methodisch wäre gestützt auf die Experteneinschätzung (vgl. Kap. 4.9.2) zu überprüfen, ob und wie diese „unfreiwilligen“ Familien noch besser erreicht werden können, um hier Versorgungslücken zu schliessen. Gleichzeitig ist gestützt auf den Stand der Fachdiskussion davon abzuraten, HotA als Abklärungs- oder Kontrollinstrument in Kindesschutzfällen einzusetzen (u. a. Erzberger, 2008). Auch wenn es HotA gelungen ist, Migrantenfamilien im Vergleich zum Stand im Sommer 2013 besser zu erreichen, und ihr Anteil erhöht werden konnte, besteht weiterhin die Gefahr, dass aufgrund von sprachlichen Hindernissen oder kritischer Prognosen diese Zielgruppe zu wenig bei HotA aufgenommen wird. Die bereits unternommenen Massnahmen zur besseren Versorgung dieser Gruppe sollten unbedingt fortgeführt und weiterentwickelt werden (vgl. Kap. 4.8). Als weitere zu beachtende Themen sind die in der Expertenbeurteilung betonte Wichtigkeit von besonderen Angeboten für Alleinerziehende sowie das gezielte Ansprechen der Väter zu nennen.

---

<sup>119</sup> Zum optimalen Stichprobenumfang siehe Fussnote 10 in Kap. 3.



Luzern, 21. April 2015

Seite 71/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die von HotA erreichte Zielgruppe „Multiproblemfamilien“ dem Konzept entspricht und diese Zielgruppe aufgrund ihrer Problemkumulation als besonders herausfordernd und schwierig zu erreichen und zu versorgen gilt. Gesundheits- und sozialpolitisch, aber auch aus Gründen der Kriminalprävention ist es sinnvoll, für diese Personengruppe ein aufsuchendes Angebot bereitzustellen (u. a. Deegener & Körner, 2011). Entgegen einzelner Befunde, wonach sozialpädagogische Familienbegleitung für psychisch erkrankte Eltern/Kinder nicht geeignet erscheint (vgl. Kap. 2.4), kann festgehalten werden, dass es HotA dennoch geschafft hat, diese Familien mit ihrem Angebot zu erreichen. Es ist zu vermuten, dass dies aufgrund der fachärztlichen Leitung/Koordination sowie der interdisziplinären Zusammenarbeit gelingt.

**Einschätzung der Evaluatoren:** HotA ist es gelungen, eine grössere Anzahl von Familien in Multiproblemlagen anzusprechen und mit aufsuchender Familienarbeit zu versorgen. HotA adressiert komplexe Problemstellungen und betreut eine Zielgruppe, die als anspruchsvoll und schwierig zu erreichen gilt. Die „HotA-Familien“ sind insbesondere durch einen hohen Anteil psychisch erkrankter Eltern und/oder Kindern charakterisiert. Es ist besonders positiv zu bewerten, dass HotA diese Zielgruppe erreichen kann. Die diesbezüglichen Zielgruppenstrategien und konzeptionellen Ziele wurden durch HotA erreicht. Im Vergleich zum Stand im Sommer 2013 ist es HotA zudem gelungen, sich stärker für Migrantenfamilien zu öffnen, auch wenn diesen Familien der Zugang zu HotA weiterhin erschwert ist.

**Empfehlungen:** Es wird empfohlen, die Aufnahmepraxis weiterhin kritisch daraufhin zu beobachten, ob Migrantenfamilien mit Multiproblemlagen ausreichend erreicht werden können. Die Aufmerksamkeit für Alleinerziehende sowie das gezielte Ansprechen von Vätern sollte weiter ausgebaut werden.

### 5.1.2. Professionelle Indikationsstellung

Die Relevanz einer professionellen Indikation bei Angeboten der aufsuchenden Familienhilfe wird in der Fachliteratur zur Sozialpädagogischen Familienbegleitung immer wieder betont und wurde in der empirischen Kinder- und Jugendhilfeforschung vielfach belegt (vgl. Kap. 2). Die Analyse der Indikationspraxis von HotA zeigt, dass HotA der ausführlichen Indikationsstellung ihrer Dienstleistungen einen hohen Stellenwert beimisst. Ein Vergleich der Analysen zum Zeitpunkt des Zwischenberichtes mit den vorliegenden deutet daraufhin, dass die Indikationspraxis von HotA über die drei Jahre relativ konstant geblieben ist, HotA mit dem Teilprojekt „HotA Migration“ nun aber offener für Migrantenfamilien geworden ist.

Insbesondere bei der Klientengruppe von HotA erscheint eine differenzierte Indikationsstellung notwendig. Gerade weil sich HotA an Familien in Multiproblemlagen richtet, ist es unabdingbar zu prüfen, ob die Problemstellungen tatsächlich durch aufsuchende Familienarbeit (und in Kombination mit weiteren ambulanten Angeboten des Versorgungssystems) gelöst werden können oder ob nicht andere Interventionen angezeigt wären (bspw. eine Heimplatzierung). Für die von HotA durchgeführte differenzierte Indikationsstellung sprechen darüber hinaus die sehr hohe Vulnerabilität der betroffenen Kinder, Jugendlichen und Eltern, die zumeist längere Behandlungs- und Betreuungsvorgeschichte sowie das bereits involvierte Helfernetz. Eine oberflächliche Indikation wäre hier fachlich nicht zu verantworten. Für die Richtigkeit der Indikationsstellung von HotA spricht, dass die mit den Familien bearbeiteten Ziele den in der Fachdiskussion besprochenen Indikationen für aufsuchende Familienarbeit entsprechen (vgl. Kap. 4.4.3).

Die Akzeptanz der Indikationspraxis von HotA bei den Zuweiser(inne)n und weiteren Anspruchsgruppen im Umfeld von HotA muss weiterhin durch geeignete Informationsmassnahmen und nachvollziehbare Indikationsentscheidungen aufrechterhalten bleiben. Im Zwischenbericht vom Sommer 2013 hat sich gezeigt, dass die Zuweiser(innen) auf für sie nicht nachvollziehbare Indikationen



Luzern, 21. April 2015

Seite 72/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

zum Teil mit Unverständnis reagieren. Die von HotA im Anschluss an den Zwischenbericht getroffenen Massnahmen (ausführlichere Indikationsgespräche, Klärungen mit Zuweiser[inne]n) sollten unbedingt weitergeführt werden. Auf der strukturellen Ebene (kantonale Versorgungsplanungen) erscheint es hilfreich, die Zuständigkeiten und Indikationen im Gesamtsystem (resp. den Gesamtsystemen) Kinder- und Jugendhilfe resp. Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Bildungssystem übergeordnet zu definieren. Dies würde zur Klarheit über Indikation und Zuständigkeiten auf der Einzelfallebene bei sämtlichen beteiligten Akteuren führen.

**Einschätzung der Evaluatoren:** Die von HotA durchgeführte differenzierte Indikationsstellung entspricht dem aktuellen Stand der Fachdiskussion und ist unbedingt notwendig, um Fehlmaßnahmen zu verhindern. Das Projektziel ist erreicht.

**Empfehlungen:** Es wird empfohlen, die verbesserten Kommunikationsmassnahmen mit den Zuweiser(inne)n über die Indikation weiterzuführen. Auf übergeordneter, struktureller Ebene wird angeregt, die Zuständigkeiten und Indikationen den Gesamtversorgungssystemen noch deutlicher zu bezeichnen.

### **5.1.3. Qualitativ hochstehende aufsuchende Interventionen für Multiproblemfamilien und deren Koordination**

Die Angebote von HotA reihen sich in die bereits bekannten Ansätze der aufsuchenden Familienarbeit bzw. sozialpädagogischen Familienbegleitung ein und bewegen sich methodisch ebenfalls im fachlich diskutierten Rahmen (vgl. Kap. 2), wobei aufgrund der Ergebnisse aus der Expertenbefragung und der Selbsteinschätzung der Familienarbeiter(innen) deutlich wird, dass darüber hinaus u. a. Elemente aus der Psychotherapie und Heilpädagogik in die Arbeit von HotA einfließen und die fachärztliche Leitung/Koordination die Praxis im erheblichen Masse durchdringt (vgl. Kap. 1, 4.9.2, 4.9.3). Vor dem Hintergrund der Beschaffenheit der Zielgruppe erscheint dies angemessen.

Die beigezogenen ausserkantonalen Expert(inn)en kamen insgesamt zu dem Schluss, dass das fachliche Konzept sehr positiv einzuschätzen ist und den gängigen Standards entspricht. Die nach dem Zwischenbericht vorgenommene Konzeptüberarbeitung, insbesondere die Fokussierung auf verschiedene Kliententeilgruppen wurde von den Expert(inn)en als sehr sinnvoll erachtet und sollte nach Ansicht der Evaluatoren weiter verfolgt werden. Nach der Pilotphase erscheint es sinnvoll, das bestehende methodische Repertoire nochmals zu überprüfen und insbesondere dem methodischen Zusammenspiel von psychotherapeutischen, beraterischen, sozialpädagogischen und anderen Interventionen im interdisziplinären Arbeitsfeld weiterhin eine hohe Aufmerksamkeit zu schenken. Aus Sicht der Evaluatoren bietet sich beispielsweise ein gemeinsames, interdisziplinäres, biopsychosoziales Störungsverständnis an. Die gewählten Interventionen können umso nachvollziehbarer begründet werden, je deutlicher die Interaktionen zwischen psychischer Störung, Erziehungsverhalten der Eltern, Verhalten der Kinder und interfamiliärer Dynamiken auf der einen Seite sowie dem Zusammenwirken derselben mit den jeweiligen sozialen Kontexten der Familien auf der anderen Seite (Schule, soziale Netzwerke, sozioökonomische Handlungsspielräume etc.) im Einzelfall konzeptionalisiert werden können. Die Selbstbeurteilung der Familienarbeiter(innen) deutet zudem daraufhin, dass die Bezeichnung der gewählten Techniken und Interventionen, ihre Indikation sowie ihre theoretische und empirische Herleitung noch verbessert werden können. Damit könnte zudem auf eine im gesamten Arbeitsfeld schon länger geäusserte Kritik reagiert werden (vgl. Kap. 2.3).

Des Weiteren lassen sich sowohl in der Expertenbeurteilung als auch in der Selbstbeurteilung einige bereits von Frindt (2011) eingebrachte konzeptionelle und methodische Verbesserungsvorschläge für die aufsuchende Familienarbeit auch bei HotA erkennen:

Luzern, 21. April 2015

Seite 73/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

- Erweiterung des Handlungsrepertoires bei Migrantenfamilien,
- bessere Einbindung von Vätern/Männern/Lebenspartnern,
- Ausdifferenzierung der Interventionen (spezifische Indikationen/Interventionen),
- laufende Neubestimmung der Aufgaben von Professionellen und Laien sowie
- Ausbau der Resilienzförderung.

Diesen Aspekten ist anzufügen, dass auch das Abschlussprozedere methodisch noch weiter ausgebaut werden sollte und insbesondere eine zeitlich zu lange Begleitungszeit vermieden werden muss. Positiv zu werten ist, dass sich HotA im Sinne einer „Lernenden Organisation“ kontinuierlich mit der konzeptionellen und methodischen Weiterentwicklung des Projektes beschäftigt. Hierfür sprechen zum einen die laufenden Konzeptverbesserungen durch die Leitung, zum anderen die Aussagen der im Rahmen der Evaluation befragten Mitarbeiter(innen). Diese kontinuierlichen Verbesserungsprozesse sind zur Sicherung der Qualität unbedingt weiterzuführen.

**Einschätzung der Evaluatoren:** Die Einschätzungen der ausserkantonalen Expert(inn)en, die Selbstbeurteilung der Mitarbeitenden sowie die bereits vorgenommenen Konzeptverbesserungen durch die Leitung sprechen dafür, dass bei HotA ein hoher fachlicher Standard umgesetzt wird, und HotA im Sinne einer „Lernenden Organisation“ mit der kontinuierlichen konzeptionellen und methodischen Weiterentwicklung beschäftigt ist. Diese Entwicklungen sind sehr positiv zu werten.

**Empfehlungen:** Es wird empfohlen, die konzeptionellen und methodischen Anregungen der Expert(inn)en auf ihre Umsetzbarkeit zu prüfen und insbesondere der methodischen Ausdifferenzierung weiterhin eine hohe Beachtung zu schenken.

#### 5.1.4. „Schlanke“ und effiziente Strukturen und Abläufe

Die Frage, inwiefern die Organisation und die Prozesse von HotA als „schlank“ und „effektiv“ bezeichnet werden können, wie dies das HotA-Konzept festlegt, war nicht Teil der Evaluation und kann mit Hilfe der vorliegenden Daten nicht beurteilt werden. Ihr könnte jedoch im Rahmen einer betriebswirtschaftlichen Analyse nachgegangen werden, dabei müssten die Befunde zwingend hinsichtlich der Vergleichbarkeit der adressierten Zielgruppen eingeordnet werden. Ein einfacher „Vergleich“ mit anderen Organisationen wäre unsachgemäss. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Befunde ergeben sich aus Sicht der Evaluatoren jedoch keine Anhaltspunkte, die zwingend für eine Überprüfung der Effizienz der Strukturen und Abläufe sprechen würden.

**Einschätzung der Evaluatoren:** Offen, nicht Teil der Evaluation.

**Empfehlungen:** Offen, nicht Teil der Evaluation

## 5.2. Zufriedenheit, Nutzen und Akzeptanz

### 5.2.1. Unterstützung und Entlastung der professionellen Akteure, verbesserte Wirkung durch Kooperation sowie Verbesserung der Versorgungssituation

Die Komplexität und die jeweiligen Eigenlogiken des gesundheitlichen, sozialen und bildungsbezogenen Versorgungssystems im Kanton Aargau machen die fachliche Positionierung von HotA als Akteur im „intermediären“ Bereich sehr anspruchsvoll. Trotz der qualitativ hochstehenden Dienstleistungen besteht die Tendenz, dass HotA von den anderen Akteuren zum Typus „weder Fisch noch Vogel“ zugeordnet wird, weil es nicht ausschliesslich der jeweils eigenen Systemlogik zugehört. Diese „intermediäre“ Position erfordert somit eine höhere Kommunikationsleistung und eine Anschlussfähigkeit an verschiedene Systemlogiken. HotA gelingt dieser anspruchsvolle Spagat zwischen den Versorgungssystemen und ihren Logiken nach Einschätzung der Evaluatoren überwiegend. Dies zeigt sich vor allem an der Breite der Zuweiser(innen) und der hohen Nachfrage (vgl. Kap. 4.1). Die Dienstleistungen von HotA sind Zusatzangebote für ambulant versorgte Familien. Die im Zwischenbericht erkannten Kooperations- und Koordinationsthemen (Krüger & Zobrist, 2013) sollten auch nach Abschluss der Pilotphase weiterhin aufmerksam verfolgt werden.

Es ist offensichtlich, dass die Angebote von HotA im Kanton Aargau eine Versorgungslücke schliessen und es dabei gelingt, eine sehr anspruchsvolle Klientengruppe zu erreichen. Der Bedarf ist ausgewiesen und die Nachfrage nach den Dienstleistungen von HotA ist höher als die Versorgungskapazität. Auch die befragten ausserkantonalen Expert(inn)en gingen davon aus, dass im Kanton Aargau für die Zielgruppe von HotA eine Versorgungslücke bestand. HotA ist an verschiedenen „Stationen“ der Versorgungskette anschlussfähig, was sowohl den fachlichen als auch den aktuellen gesundheits-, bildungs- und sozialpolitischen Anforderungen entspricht.

Es erscheint den Evaluatoren wichtig, die Angebote von HotA auf struktureller, planungsbezogener Ebene einzugliedern (kantonale Kinder- und Jugendhilfeplanung, kantonale Psychiatrieplanung, kantonale Bildungsplanung). Dabei ist darauf zu achten, dass die strukturellen Vorteile von HotAs intermediärer Position nicht aufgegeben werden. Die Forschung zur Versorgungslage von psychisch erkrankten Eltern und ihrer Kinder zeigt, dass gerade solche intermediären und interdisziplinären Organisationsformen den Bedürfnissen der betroffenen Familien am besten gerecht werden (vgl. Cassée et al., 2008; Gurni et al., 2007; Lenz, 2008; Schone & Wagenblass, 2002). HotA überschreitet mit seinen Angeboten die traditionellen „Zuständigkeitsbereiche“ der Versorgungssysteme. Dies ist angesichts der vorhandenen Multiproblemlagen als sehr innovative Leistung anzusehen und als wegweisend zu betrachten.

**Einschätzung der Evaluatoren:** Die genannten Projektziele sind erreicht. HotA erbringt strukturell-organisatorisch eine innovative Leistung.

**Empfehlung:** Es wird empfohlen, die Angebote von HotA in eine (systemübergreifende) Gesamtplanung einzubinden und dabei darauf zu achten, die intermediäre und interdisziplinäre Position von HotA sowie die Anschlussfähigkeit an die verschiedenen Versorgungssysteme nicht aufzugeben. Die Position zwischen den Versorgungssystemen ist für die adäquate Versorgung von Familien mit psychisch erkrankten Kindern und/oder Eltern von hoher Wichtigkeit.

### **5.2.2. Verbesserung der psychosozialen Lage der Familien – Beurteilung der Zufriedenheit mit, des Nutzens sowie der Akzeptanz von HotA durch die Betroffenen**

Die Befragung der betroffenen Familien ergab ein sehr positives Bild bezogen auf die Zufriedenheit, die Akzeptanz und den subjektiven Nutzen der Familienarbeit. Es zeigt sich, dass die Zufriedenheit der Familien von der Kooperation und Arbeitsbeziehung, realistischen Erwartungen der Familien, der Passung von Bedürfnissen und Angeboten sowie von der Erfüllung subjektiver Wünsche und Hoffnungen beeinflusst wird. Besonders erfreulich ist die fast ausschliesslich hohe Zufriedenheit bezüglich des respektvollen Umgangs der HotA-Mitarbeitenden mit den Familien. Nur in wenigen konflikthaften Fällen ergaben sich hier abweichende Einschätzungen. Auch wenn das Kriterium „Klientenzufriedenheit“ in Kinderschutzkontexten kritisch zu betrachten ist, ist sie dennoch für den Erfolg einer Massnahme wichtig (Trotter, 2008) und die Befunde sehr erfreulich. Die Zufriedenheitsbefragungen sollten aus Gründen der Qualitätssicherung fortgesetzt werden.

**Einschätzung der Evaluatoren:** Das Projektziel wurde erfüllt.

**Empfehlungen:** Es wird empfohlen, der allseitigen Information über die Möglichkeiten von HotA weiterhin hohe Aufmerksamkeit zu schenken, um unrealistische Erwartungen zu vermeiden. Ebenfalls wird empfohlen, die Zufriedenheitsbefragung der Familien aus Gründen der Qualitätssicherung fortzuführen.

### **5.3. „Effektivität“ der Familienarbeit: Verbesserung der psychosozialen Problemlagen der Familien, Verminderung von Kindeswohlgefährdungen, Vermeidung von Fremdplatzierungen**

Die Problemlagen der von HotA betreuten Familien haben sich während der Zeit der aufsuchenden Familienarbeit erheblich verbessert oder zumindest stabilisiert. Dies zeigt sich sowohl in den standardisierten Einschätzungen der Fachleute von HotA als auch in den Befragungen der Familien. Die Verbesserungen der gemessenen Indikatoren sind durchgehend statistisch signifikant und die Effektgrössen liegen mehrheitlich im mittleren Bereich. Kombiniert man diese Befunde mit der Auswertung der Zielerreichung, die in über zwei Drittel der Fälle erfolgreich und in 18 % der Fälle teilweise erfolgreich war, so ergibt sich ein positives Bild der „Effektivität“ der Familienarbeit durch HotA.

Nach der Intervention von HotA schätzten sowohl die Zuweisenden als auch die HotA-Mitarbeitenden die Kindeswohlgefährdung signifikant geringer ein als noch vor der Intervention. Die Wahrscheinlichkeit einer Fremdplatzierung hatte sich nach Einschätzung beider Gruppen ebenfalls signifikant verringert. Diese Reduktion ist jedoch vor dem Hintergrund zu sehen, dass es bereits vor Fallaufnahme in 22 % der Familien zu Fremdplatzierungen gekommen war und in fast ebenso vielen Familien bei Fallaufnahme eine Fremdplatzierung thematisiert worden war. Zum Zeitpunkt des Fallabschlusses waren Kinder aus 16 Familien (14 %) platziert, in 21 % wurde konkret über eine Platzierung gesprochen. Dabei war es in sechs der Familien, in denen eingangs eine Fremdplatzierung thematisiert worden war, zu einer solchen während der Intervention von HotA gekommen, in 15 Familien wurde hingegen die angedachte Platzierung nicht vorgenommen. Aus Sicht der Evaluatoren ist es ein positiver Nebeneffekt, wenn die Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit reduziert werden kann. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die durchschnittliche Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit sowohl zu Beginn als auch nach Abschluss der Intervention bereits als gering eingestuft worden war; HotA somit – dem heutigen Forschungsstand zur aufsuchenden Familienarbeit entsprechend (Kap. 2) – nur wenige Fälle aufnimmt, in denen von einer hohen Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit ausgegangen werden muss (vgl. auch Kap. 1). In diesen Fällen wird zudem im Rahmen der Familienarbeit nicht selten auf eine Platzierung des Kindes/der Kinder hingearbeitet (vgl. Kap. 4.7). Dieser Befund unterstreicht somit noch einmal die Relevanz

Luzern, 21. April 2015  
Seite 76/82  
Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

einer guten Indikationsstellung für sämtliche ambulanten, aufsuchenden und stationären Interventionen.

**Einschätzung der Evaluatoren:** Die Reduktion und/oder Stabilisierung der Problemstellungen der Familien, die Verringerung des Grades der Kindeswohlgefährdung sowie die überwiegende Zielerreichung zeigen, dass die Familien in der Zeit der aufsuchenden Familienarbeit bedeutende positive Veränderungen erreichen konnten. Dieser Befund ist angesichts der vorhandenen Multiproblemlagen der Familien als besonders erfreulich einzustufen.

**Empfehlungen:** Wir empfehlen, die standardisierte Erfassung der Veränderung der Problemindikatoren zu Zwecken der Qualitätssicherung weiterzuführen.

## 6. Fazit

HotA ist es gelungen, innerhalb der 3-jährigen Pilotprojektzeit eine hohe Anzahl von Multi-problemfamilien, vorwiegend Familien mit psychisch erkrankten Eltern und/oder Kindern, anzusprechen und sie mit aufsuchenden interdisziplinären Leistungen zu versorgen. Die für diesen Zeitraum gesetzten konzeptionellen Ziele konnten nach Einschätzung der Evaluatoren erreicht werden. HotA deckt einen ausgewiesenen Bedarf und adressiert eine gesundheits- und sozialpolitisch besonders wichtige und anspruchsvolle Zielgruppe. Als besonders positiv ist die in kurzer Zeit erreichte Aufnahmekapazität, der Professionalitätsgrad und die subjektive Zufriedenheit der Familien zu bewerten. Auch die Veränderungen, welche die Familien in der Zeit der Familienarbeit erreichen konnten, sind erfreulich: Die Problemsituationen haben sich verbessert und/oder stabilisiert, die Ziele konnten überwiegend erreicht werden und der Grad der Kindeswohlgefährdung sowie die Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit sind gesunken. Insgesamt ist dem Projekt somit aus fachlicher Sicht der Evaluatoren ein positives Zeugnis auszustellen.

Auch nach Abschluss der Pilotphase sollte sich HotA weiterhin kontinuierlich weiterentwickeln. Im vorliegenden Schlussbericht finden sich einige entsprechende konzeptionelle und methodische Hinweise. Darüber hinaus ist HotA zu empfehlen, die Evaluation in eingeschränkter Form weiterzuführen und aus Gründen der Qualitätssicherung die standardisierten Verlaufsmessungen der Problemindikatoren der Familien sowie die Zufriedenheitsbefragung fortzusetzen.

## 7. Literatur

- Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H.-C. & Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 251-275.
- Agresti, A. & Finlay, B. (2009). *Statistical Methods for the Social Sciences* (4. Aufl.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Al, C. M. W., Stams, G. J. J. M., Bek, M. S., Damen, E. M., Asscher, J. J. & van der Laan, P. H. (2012). A meta-analysis of intensive family preservation programs: Placement prevention and improvement of family functioning. *Children and Youth Services Review*, 34, 1472–1479.
- Aronson, E., Wilson, T. D. & Akert, R. M. (2004). *Sozialpsychologie* (4. Aufl.). München u. a.: Pearson.
- Baer, N. (2009). Psychische Gesundheitsprobleme. In K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 211-230). Bern: Hans Huber.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2003). *Multivariate Analysemethoden* (10. Aufl.). Berlin u. a.: Springer.
- Balaguer, A. & González de Dios, J. (2012). Home versus hospital intravenous antibiotic therapy for cystic fibrosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3).
- Becker, T., Hoffmann, H., Puschner, B. & Weinmann, S. (2008). *Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bierwirth, J. & Amadou, A. (2013). Umgang mit Sprachbarrieren in der Psychotherapie. In W. Körner, G. Irtem & U. Bauer (Hrsg.), *Psycho-soziale Beratung von Migranten* (S. 75-84). Stuttgart: Kohlhammer.
- Blüm, I. H., Helming, E. & Schattner, H. (1994). *Sozialpädagogische Familienhilfe in Bayern. Abschlussbericht*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Boege, I., Copus, N. & Schepker, R. (2014). Behandelt zu Hause gesund werden. Hometreatment in Verzahnung mit Klinikelementen, Chancen und Herausforderungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42(1), 27-37.
- Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (3 Aufl.). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Briner, D. & Erlinger, U. (2013). Aufsuchende Hilfen. In W. Rössler & W. Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis*. Band 1 (S.162-171). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesamt für Gesundheit (2008). *Migration und Gesellschaft. Kurzfassung der Bundesstrategie Phase II (2008-2013)*. Bern: BAG.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ] (1998) (Hrsg.). *Handbuch Sozialpädagogische Familienhilfe* (2. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer. Online unter: <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/spfh/einleitung.html>, 15.03.2015.
- Cassée, K., Los-Schneider, B., Baumeister, B. & Gavez, S. (2008). *Kinder psychisch kranker Eltern: Interprofessionelle Kooperation und Unterstützungsbedarf. Forschungsbericht zum Modul II*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Quelle online unter:

Luzern, 21. April 2015

Seite 78/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

[http://www.sozialearbeit.zhaw.ch/fileadmin/user\\_upload/soziale\\_arbeit/Forschung/Forschungsberichte/abgeschlossen/KipEZH-Forschungsbericht\\_2\\_doc.pdf](http://www.sozialearbeit.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/soziale_arbeit/Forschung/Forschungsberichte/abgeschlossen/KipEZH-Forschungsbericht_2_doc.pdf), 13.08.2009

- Cassée, K., Los-Schneider, B. & Spanjaard, H. (2009). *KOFA-Manual. Handbuch für die kompetenzorientierte Arbeit mit Familien* (2. Aufl.). Bern: Haupt.
- Cassée, K., Los-Schneider, B., Baumeister, B. & Gavez, S. (2010). *Kompetenzorientierte Familienarbeit KOFA. Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines manualisierten Programms für die Arbeit mit belasteten Familien. Schlussbericht*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Cierpka, M. (2003). *Handbuch der Familiendiagnostik* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Cierpka, M. & Frevert, G. (1994). *Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen*. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe.
- Dabić, M. (2009). Wie „kulturell“ ist die transkulturelle Psychotherapie? – Dolmetschen als Dreh- und Angelpunkt in der Kommunikation zwischen Psychotherapeuten und Patienten. In S. Golsabahi, T. Stompe & T. Heise (Hrsg.), *Jeder ist weltweit ein Fremder* (S. 99-105). Berlin: VVB – Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Deegener, G., & Körner, W. (2006). *Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Theorie, Praxis, Materialien*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Deegener, G., & Körner, W. (2011). (Hrsg.). *Gewalt und Aggression im Kindes- und Jugendalter*. Weinheim/Basel: Beltz.
- Eberding, A. (2004). Bedeutung der Sprache in der systemischen Beratung und Therapie. In J. Radice von Wogau, H. Eimmermacher & A. Lanfranchi (Hrsg.), *Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln* (S. 92-103). Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Ehret, R. (2012). Fundierte Dolmetschkompetenz im kriegsversehrten Sierra Leone. *MIX – Die Migrationszeitung*, 22/2012, 9.
- Eppstein, T. & Kiesel, D. (2008). *Soziale Arbeit interkulturell*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Erzberger, C. (2008). *Evaluation der „Sozialpädagogischen Familienhilfe“ im Caritasverband Bremen und der Hans-Wendt-Stiftung. Abschlussbericht*. Bremen: Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung (GISS).
- Esser, H. (2006). *Sprache und Integration*. Frankfurt/New York: Campus.
- Flick, U. (2008). *Triangulation. Eine Einführung* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Frindt, A. (2010). *Entwicklungen in den ambulanten Hilfen zur Erziehung. Aktueller Forschungsstand und strukturelle Aspekte am Beispiel der Sozialpädagogischen Familienhilfe*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI).
- Gieré, A. (2013). *Bevölkerungs- und Pendlerstatistik 2010*. Aarau: Statistik Aargau.
- Gisler, D. & Stalder, B. (2014). „HotA, Hometreatment Aargau Migration – Familienarbeit mit Familien mit Migrationshintergrund im Kanton Aargau.“ Unveröffentlichte studentische Projektarbeit. Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Glutz, B. von (2012). *Interkulturelles Übersetzen im Sozialbereich*. Bern: INTERPRET.

Luzern, 21. April 2015

Seite 79/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Goodman, R. (1999). The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a Guide to Child Psychiatric Caseness and Consequent Burden. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 791-799.
- Gurny, R., Cassée, K. Gavez, S. Los, B. & Albermann, K. (2007). *Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie. Wissenschaftlicher Bericht*. Zürich: FH Zürich, Hochschule für Soziale Arbeit. Quelle online unter: [http://www.sozialearbeit.zhaw.ch/fileadmin/user\\_upload/soziale\\_arbeit/Forschung/Forschungsberichte/laufend/KiPEltern\\_WthurStudie.pdf](http://www.sozialearbeit.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/soziale_arbeit/Forschung/Forschungsberichte/laufend/KiPEltern_WthurStudie.pdf), 15.04.2009
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E. & Glaesmer, H. (2011). Misshandlungen in Kindheit und Jugend. *Deutsches Ärzteblatt*, 108(17), 287-294.
- Hegemann, T. (2004). Interkulturelle Kompetenz in Beratung und Therapie. In J. Radice von Wogau, H. Eimmermacher & A. Lanfranchi (Hrsg.), *Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln* (S. 79-91). Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Helming, E. (2002). Indikation in der Sozialpädagogischen Familienhilfe. In K. Fröhlich-Gildhoff (Hrsg.), *Indikation in der Jugendhilfe. Grundlagen für Entscheidungsfindung in Hilfeplanung und Hilfeprozess* (S. 53-76). Weinheim: Juventa.
- Helming, E. (2004). Sozialpädagogische Familienhilfe. In J. M. Fegert & C. Schrappner (Hrsg.), *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation* (S. 135-142). Weinheim/München: Juventa.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M., D. & Cunningham, P. B. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents* (2. Aufl.). New York: Guilford Press.
- Hota (2011). *Pilotprojekt HTO – Aufsuchende Familienarbeit*. Unveröffentlichter Bericht. Aarau.
- Hota (2013a). *Transdisziplinäres Hometreatment*. [http://hota.ch/docs/transdisziplinaraeres-hometreatment\\_hota.pdf](http://hota.ch/docs/transdisziplinaraeres-hometreatment_hota.pdf), 15.03.2015
- Hota (2013b). *Halbzeit des Pilotprojektes HotA, Hometreatment Aargau. Konzeptentwicklung*. [http://hota.ch/docs/konzeptentwicklung-hota\\_2013.pdf](http://hota.ch/docs/konzeptentwicklung-hota_2013.pdf), 15.03.2015.
- Huber, T. (2010). Drum prüfe, wer sich bindet. *MDÜ*, 4/2010, 24-26.
- INTERPRET (2002). *Ausbildungsstandards für SprachmittlerInnen und interkulturelle VermittlerInnen im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich. Schlussbericht*. Bern: INTERPRET.
- Jud, A., Ziegenhain, U., Anderer, K., Baumann, B., Gartenhauser, R., Künster, A. K. et al. (2012). *Veränderte Rahmenbedingungen für ein gelingendes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen. Analyse des gesellschaftlichen Umfeldes der Jugend- und Familienhilfe der Stadt Zürich*. Unveröffentlichter Bericht. Luzern/Ulm: Hochschule Luzern/Uniklinik Ulm.
- Kadrić, M. (2009). *Dolmetschen bei Gericht*. Wien: Facultas.
- Kelle, U. & Kluge, S. (2010). *Zum Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A. & Goodman, R. (2003). Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52(7), 491-502.



Luzern, 21. April 2015

Seite 80/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

- Knapp, A. (2010). Interkulturelle Kompetenz: eine sprachwissenschaftliche Perspektive. In G. Auerhainer (Hrsg.), *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität* (3. Aufl., S. 81-97). Wiesbaden: VS Verlag.
- Koptelzewa, G. (2004). *Interkulturelle Kompetenz in der Beratung*. Münster u. a.: Waxmann.
- Körner, W., Irdem, G. & Bauer, U. (2013). Migration und Beratung – Eine eröffnende Perspektive. In W. Körner, G. Irdem & U. Bauer (Hrsg.), *Psycho-soziale Beratung von MigrantInnen* (S. 15-38). Stuttgart: Kohlhammer.
- Krüger, P. & Zobrist, P. (2013). *Evaluation des Projektes „Hometreatment Aargau – Familienarbeit im Kanton Aargau“*. Zwischenbericht: Baseline-Erhebung und vorläufige Ergebnisse. Unveröffentlichter Zwischenbericht. Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Kuckartz, U. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Lenz, A. (2008). *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Massnahmen*. Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, A. (2010). *Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Macsenae, M. & Esser, K. (2012). *Was wirkt in der Erziehungshilfe? Wirkfaktoren in Heimerziehung und anderen Hilfearten*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Mattejat, F., Hirt, B. R., Wilken, J., Schmidt, M. H. & Renschmidt, H. (2001). Efficacy of inpatient and home treatment in psychiatrically disturbed children and adolescents. Follow-up assessment of the results of a controlled treatment study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10(S 1), 171-179.
- Matter, H. (1999). *Sozialarbeit mit Familien. Eine Einführung*. Bern/Stuttgart/Wien: Verlag Paul Haupt.
- Mayer, H. O. (2009). *Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Möbius, T. (2010). Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit. In T. Möbius & S. H. Friedrich (Hrsg.), *Ressourcenorientiert arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich* (S. 13-30). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Niklowitz, M. & Suter, C. (2002). Wenn viele Probleme zusammenkommen. Zusatzauswertungen zur nationalen Armutsstudie. In Bundesamt für Statistik (Hrsg.), *info:social. Fakten zur Sozialen Sicherheit (Vol. 7)*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Oelerich, G. & Schaarschuch, A. (2005). *Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert Sozialer Arbeit*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Petko, D. (2004). *Gesprächsformen und Gesprächsstrategien im Alltag der Sozialpädagogischen Familienhilfe*. Göttingen: Cuvillier-Verlag.
- Pöllabauer, S. (2006). Klarstellung einiger Mythen. In Bundesministerium für Inneres der Republik Österreich (Hrsg.), *Dolmetschen im Asylverfahren. Handbuch* (S. 53-55). Wien.
- Pothmann, J. & Trede, W. (2014). Wohin entwickeln sich erzieherische Hilfen? Befunde und Herausforderungen aus dem 14. Kinder- und Jugendbericht. *Unsere Jugend*, 66(1), 194-207.
- Redmann, T. (2009). *Interkulturelle Übersetzung und Vermittlung: die Zusammenarbeit zwischen nicht deutschsprachigen Eltern, Mittelspersonen und Fachpersonen im Sozial- und Bildungsbereich (Kurzbericht)*. Dübendorf: ZHAW Soziale Arbeit.

Luzern, 21. April 2015

Seite 81/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

- Rehberg, W., Fürstenau, U. & Rhiner, B. (2011). Multisystemic Therapy (MST) for youths with severe conduct disorders – economic evaluation of the implementation in a German-speaking environment. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39(1), 41-45.
- Reiner, A., Scholz, D., Joos, S. & Ritscher, W. (2005). Aufsuchende Familientherapie als ambulante Hilfe zur Erziehung. In W. Ritscher (Hrsg.), *Systemische Kinder- und Jugendhilfe. Anregungen für die Praxis* (S. 236-265). Heidelberg: Carl Auer.
- Richter, M. (2013). *Die Sichtbarmachung des Familialen. Gesprächspraktiken in der Sozialpädagogischen Familienhilfe*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Rothe, M. (2011). *Sozialpädagogische Familien- und Erziehungshilfe. Eine Handlungsanleitung* (6. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schattner, H. (2007). Sozialpädagogische Familienhilfe. In J. Ecarius (Hrsg.), *Handbuch Familie* (S. 593-613). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Schmid, C. (2012). *Sexuelle Übergriffe an Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. Formen, Verbreitung, Tatumstände*. Zürich: UBS Optimus Foundation.
- Schmidt, M. H., Lay, B., Göpel, C., Naab, S. & Blanz, B. (2006). Home treatment for children and adolescents with psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(5), 265-276.
- Schmidt, M. H., Schneider, K., Hohm, E., Pickartz, A., Macsenaere, M., Petermann, F. et al. (Hrsg.). (2002). *Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schone, R. & Wagenblass, S. (2002). *Wenn Eltern psychisch krank sind. Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster*. Münster: Votum.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012*. In Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (Hrsg.). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Schuster, E. M. (1997). *Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH). Aspekte eines mehrdimensionalen Handlungsansatzes für Multiproblemfamilien*. Frankfurt a. M.: Peter Lang.
- Schwartz, F. W., Bitzer, E. M., Dörning, H. & Walter, U. (2006). Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (4. Aufl., S. 1169-1200). Weinheim/München: Juventa.
- Schweizerische Eidgenossenschaft (2012). *Gewalt und Vernachlässigung in der Familie: notwendige Massnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und der staatlichen Sanktionierung. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats Fehr (07.3725) vom 5. Oktober 2007*. Bern.
- Sedlmeier, P. & Renkewitz, F. (2008). *Forschungsmethoden und Statistik in der Psychologie*. München: Pearson Studium.
- Simon-Hohm, H. (2004). Interkulturelle Öffnung Sozialer Dienste und interkulturelle Kompetenz. In A. Treichler & N. Cyrus (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit in der Einwanderungsgesellschaft* (S. 231-252). Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- SpF, Fachverband Sozialpädagogische Familienbegleitung Schweiz (2014). *Statistik 2013*. <http://www.spf-fachverband.ch/statistik.html>, 15.03.2015.
- Stanek, M. (2011). *Dolmetschen bei der Polizei. Zur Problematik unqualifizierter Dolmetscher*. Berlin: Frank & Timme.

Luzern, 21. April 2015

Seite 82/82

Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

- Tretter, F. (2005). *Systemtheorie im klinischen Kontext. Grundlagen – Anwendungen*. Lengerich: Pabst.
- Trotter, C. (2008). What Does Client Satisfaction Tell Us About Effectiveness? *Child Abuse Review*, 17, 262-274.
- Warschburger, P. (2009). *Beratungspsychologie*. Heidelberg: Springer.
- Weiss, R. (2003). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo Verlag.
- Winsberg, B. G., Bialer, I., Kupietz, S., Botti, E. & Balka, E. B. (1980). Home vs hospital care of children with behavior disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 37, 413-418.
- Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R. & Rothenberger, A. (2002). Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30(2), 105-112.
- Wolf, K. (2014). Zwischenruf: „Wie weiter, wenn die SPFH endgültig ruiniert ist?“ *Unsere Jugend* 66(5), 229-232.
- Yingling, L. C., Miller, J. E. E., McDonald, A. L. & Galewler, S. T. (1998). *GARF assessment sourcebook: Using the DSM-IV Global Assessment of Relational Functioning*. New York: Brunner-Routledge.
- Ziegenhain, U., Schöllhorn, A., Künster, A. K., Hofer, A., König, C. & Fegert, J. M. (2010). *Modellprojekt GUTER START INS KINDERLEBEN. Werkbuch Vernetzung*. [www.bzga.de/infomaterialien/fruehehilfen/werkbuch-vernetzung](http://www.bzga.de/infomaterialien/fruehehilfen/werkbuch-vernetzung), 10.07.2013.

Luzern, 21. April 2015  
Seite A1  
Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

**Anhang A zum  
Abschlussbericht Evaluation „Hometreatment Aargau“:**  
*Arbeitspapier Departement Gesundheit und Soziales, Fachstelle  
Familie und Gleichstellung vom 18. Juli 2013*

Aarau, 18. Juli 2013/CL

### **Ausgangslage Kanton Aargau – HotA**

Der Regierungsrat des Kantons Aargau hat im **Entwicklungsleitbild** 2009-2018 die Förderung des familiären und generationenübergreifenden Zusammenhalts als eine wichtige Voraussetzung für die Bewältigung der sozialen und demografischen Herausforderungen der Zukunft definiert und sie zur Handlungsmaxime erklärt.

Die 2008 vom Kanton in Auftrag gegebene **Situationsanalyse** (gfs.bern) zu den Familien im Aargau zeigte auf, dass Familien für die Gestaltung und Bewältigung des Alltags über entsprechende und geeignete Ressourcen verfügen. In Situationen, in denen Familien an ihre Grenzen stossen oder in schwerwiegenden Krisen geraten, werden professionelle Hilfen von aussen eher spät als früh aktiviert. Es stellt sich somit die Frage, wie Familien in prekären Lagen früher kontaktiert und über eine freiwillige Zusammenarbeit mit aufsuchender Familienbegleitung in ihren Ressourcen unterstützt und gefördert werden können. Im Schlussbericht zur Situationsanalyse wurde die Empfehlung formuliert, aufsuchende Angebote für Familien zu institutionalisieren und zu regionalisieren. Darüber hinaus ortete man in der Koordination und Vernetzung auch Synergie- und Optimierungspotenzial.

Daraufhin hat der Regierungsrat in der **Familienperspektive** Aargau 2010 die Handlungsstrategie "Ressourcen der Familiensysteme stützen" als prioritär verabschiedet. Das Departement Gesundheit und Soziales (DGS) wurde mit der Umsetzung der Massnahme "Aufsuchende Familienbegleitung" beauftragt. Für das diesbezügliche Handlungsfeld musste im Vorfeld noch beträchtliche konzeptuelle Arbeit geleistet werden. Erkenntnisse und Erfahrungen aus kantonalen Pilotprojekten sollen in die Gesamtkonzeption mit einfliessen.

Mit "Hometreatment Organisation" (HTO) wurde dem DGS 2010 ein von mehreren Fachpersonen entwickeltes Konzept eingereicht, welches die Schaffung eines Behandlungsangebots für Familien an der Grenze zu ausserfamiliären Lösungen zum Ziel hat. Im Auftrag des DGS wurde von den HTO-Fachleuten im ersten Quartal 2011 ein Vorprojekt durchgeführt, mit dem Ziel die Angebotslücke im Bereich der aufsuchenden Familienbegleitung im Hinblick auf Zielgruppen, Koordinationsbedarf, Prozesssteuerung, Finanzierung und Wirkung zu analysieren und zu quantifizieren. Auf der Grundlage der Ergebnisse wurde das **Pilotprojekt** Hometreatment Aargau (HotA) für die Dauer von 2011 bis 2014 konzipiert, welches durch Mittel des Swisslosfonds teilfinanziert wird.

Durch das Pilotprojekt sollen sich wichtige Erkenntnisse im Bereich der aufsuchenden Familienarbeit gewinnen lassen. Für die Schaffung einer diesbezügliche Fakten- und Zahlenbasis beauftragte das DGS die Leitung von HotA, durch die externe, wissenschaftliche **Evaluation** die Pilotphase begleiten zu lassen.

lic. phil. Christina Leimbacher  
Leiterin

lic. phil. Ottavio Diehl  
Praktikant

**Anhang B zum  
Abschlussbericht Evaluation „Hometreatment Aargau“:**  
*Ergänzende Tabellen*

**Tabellenverzeichnis**

Tabelle A.1: ICD-10-Diagnosegruppen .....	2
Tabelle A.1: ICD-10-Diagnosegruppen (Fortsetzung) .....	3
Tabelle A.1: ICD-10-Diagnosegruppen (Fortsetzung) .....	4
Tabelle A.1: ICD-10-Diagnosegruppen (Fortsetzung) .....	5
Tabelle A.2: Funktionalität der Familien vor und nach der Intervention (GARF).....	6
Tabelle A.3: Einschätzung der Ressourcen vor und nach der Intervention .....	6
Tabelle A.4: Einschätzung der Ressourcen zum Zeitpunkt der Nachbefragung .....	7
Tabelle A.5: Verhaltensauffälligkeiten und -stärken vor und nach der Intervention (SDQ-Elternbogen; N = 41) .....	7
Tabelle A.6: Funktionalität der Familien vor und nach der Intervention (FB-A; N = 50-51).....	8



Luzern, 21. April 2015  
Seite B2  
Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

Tabelle A.1: ICD-10-Diagnosegruppen

ICD-10-Diagnosegruppen	Eltern	Kinder
	<i>n</i>	<i>n</i>
<b>Neubildungen (C00-D48)</b>		
• Leukemie, Brustkrebs, Zungenkarzinom, unbestimmte Krebserkrankung	3	1
• Myome	1	0
<b>Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen (D65-D69)</b>		
• Gerinnungsstörung („Faktor-X-Gendefekt“)	1	1
• „Bluter“		
<b>Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)</b>		
<i>Krankheiten der Schilddrüse</i>		
• Schilddrüsenunterfunktion (E03)	1	0
• Hashimoto (E06)	1	0
<i>Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen (E20-E35)</i>		
• Hyperparathyreoidismus (E21)	1	0
• Adrenogenitales Syndrom (E25)	1	1
<i>Diabetes mellitus (E10-E14)</i>		
• Diabetes mellitus Typ II (E 11.-)	3	0
• Diabetes mellitus Typ I (E 10.-)	1	0
• ohne Angabe des Typs	0	2
<i>Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen (E20-E35)</i>		
• Hyperparathyreoidismus (E21)	1	0
<i>Adipositas und sonstige Überernährung (E65-E68)</i>		
• Adipositas (E66.-)	4	3
<b>Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)</b>		
<i>Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems (G35-G37)</i>		
• Multiple Sklerose (G35.-)	2	0
<i>Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems (G40-G47)</i>		
• Epilepsie (G40)	4	1
• Migräne (G43)	1	0
• Schlafapnoe (G47.3-)	4	0
• sonstige Schlafstörungen (Parasomnie) (G47.8)	1	0

Luzern, 21. April 2015  
Seite B3  
Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

Tabelle A.1: ICD-10-Diagnosegruppen (Fortsetzung)

ICD-10-Diagnosegruppen	Eltern	Kinder
	<i>n</i>	<i>n</i>
<i>Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus (50-G59)</i>		
• Plexusparese (rechte Hand) (G54)	1	0
• Karpaltunnel-Syndrom (G56)	2	0
<i>Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome (G80-G83)</i>		
• Hypotonische Zerebralparese	0	1
<b>Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)/Sonstige Krankheiten des Ohres (H90-H95)</b>		
<i>Glaukom (H40-H42)</i>		
	0	1
• leichte Schwerhörigkeit		
• Kurzsichtigkeit	2	2
• Seh- und Hörbehinderung		
• Sehbehinderung		
<b>Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)</b>		
• Bluthochdruck	4	0
• Herzinfarkt	1	0
• Herzkranzverengung	1	0
• Venenthrombose	1	0
<b>Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)</b>		
<i>Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47)</i>		
• Asthma bronchiale (J45.-)	4	7
<b>Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis (K50-K52)</b>		
• Morbus Crohn	1	0
<b>Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)</b>		
<i>Dermatitis und Ekzem (L20-L30)</i>		
• Neurodermitis	0	10
• Ekzeme	1	1
<i>Papulosquamöse Hautkrankheiten (L40-L45)</i>		
• Psoriasis (L40)	1	0



Luzern, 21. April 2015  
Seite B4  
Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

Tabelle A.1: ICD-10-Diagnosegruppen (Fortsetzung)

ICD-10-Diagnosegruppen	Eltern	Kinder
	<i>n</i>	<i>n</i>
<i>Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L80-L99)</i>		
• Lupus erythematodes (L93.-)	1	0
<b>Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)</b>		
<i>Arthropathien (M00-M25)</i>		
• Polyarthrit, Arthritis	2	2
• Arthrose		
<i>Spondylopathien (M45-M49)</i>		
• Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) (M45.-)	2	0
<i>Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40-M54)</i>		
• Spondylose (Arthrose der Wirbelsäule) (M47.-)	1	0
• Bandscheibenvorfall (M50.-/M51.-)	4	0
• Rückenschmerzen oder Hexenschuss (M54.-)	10	1
<i>Krankheiten der Weichteilgewebe (M60-M79)</i>		
• Fibromyalgie (M79.7-)	3	0
<i>Osteopathien und Chondropathien (M80-M94)</i>		
• Osteoporose	2	0
• Osteopenie		
<i>Nicht näher bestimmte Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes</i>		
• Rheuma	2	0
<b>Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)</b>		
• Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vermehrtem Gewebewachstum im frühen Kindesalter: Wiedemann-Beckwith-Syndrom (Q 87.3), offenes Foramen ovale (Q21), Makroglossie (Q38)	0	4
• Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte (Q37)		
• Kraniosynostose (Q75)		
• Silver-Russel-Syndrom		
• Dysostosis cleidocranialis (Q74.0)	1	2
<b>Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen (R25-R29)</b>		
• Linksseitige Spastik	0	1
<b>Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)</b>		
• Hirnblutung (S06.-) [nicht zum Zeitpunkt der Fallaufnahme, P. K.]	2	0
• Schleudertrauma (S13)	1	0
• Fraktur eines Lendenwirbels (S32.0-)	1	0

Luzern, 21. April 2015  
Seite B5  
Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

Tabelle A.1: ICD-10-Diagnosegruppen (Fortsetzung)

ICD-10-Diagnosegruppen	Eltern	Kinder
	<i>n</i>	<i>n</i>
<b>Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)</b>		
<i>Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen (Z70-Z76)</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Burnout) (Z73)</li> </ul>	5	0
<i>Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- oder Eigenanamnese und bestimmte Zustände, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z80-Z99)</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>(Teilweiser) Verlust der oberen Extremität, beidseitig (Z89.3) (beide Hände verloren)</li> <li>Verlust der linken Hand</li> <li>Verlust eines Fingers</li> </ul>	3	0
<b>Andere, nicht weitere bestimmte Krankheiten</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Halbseitige Lähmung</li> </ul>	1	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>Chronisches Müdigkeitssyndrom, Erschöpfung</li> </ul>	3	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gefühlsstörungen an Händen und Füßen</li> </ul>	1	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>Knochenbrüche (Zeh, komplizierter Armbruch)</li> </ul>	2	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gehbehinderung, Gehbehinderung seit Geburt wegen der Hüfte</li> </ul>	3	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>Knieprobleme</li> </ul>	2	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>verschiedene Erkrankungen (neben Burnout)</li> </ul>	1	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>Magenbypass, Magenband, Magenverkleinerung, Magenprobleme</li> </ul>	4	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>viel Kopfschmerzen, chronische Schmerzen, rezidivierende Bauchschmerzen</li> </ul>	11	1
<ul style="list-style-type: none"> <li>(diverse) Allergien</li> </ul>	5	9
<ul style="list-style-type: none"> <li>Unklare Behinderung des Zeigefingers</li> </ul>	0	1
<ul style="list-style-type: none"> <li>Status nach Operation wegen Klumpfuß, Klumpfüßen (bds.)</li> </ul>	0	2
<ul style="list-style-type: none"> <li>Körperliche Beschwerden nach Motorradunfall, Schulterschmerzen nach Unfall</li> </ul>	2	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>Grob-/Feinmotorik</li> </ul>	0	1
<ul style="list-style-type: none"> <li>Unklare Erkrankungen</li> </ul>	4	5

Luzern, 21. April 2015  
Seite B6  
Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

Tabelle A.2: Funktionalität der Familien vor und nach der Intervention (GARF)

GARF-Skala	Zeitpunkt				df	t	d <sub>z</sub>
	prä		post				
	M	SD	M	SD			
<b>Interaktion</b>	35,84	13,74	60,46	18,74	105	-12,277***	1,19
<b>Organisation</b>	38,37	15,94	63,90	19,26	102	-11,854***	1,17
<b>Emotionales Klima</b>	53,11	16,28	69,39	18,45	105	-10,000***	0,97
<b>Gesamtscore</b>	42,58	12,80	63,88	17,77	95	-11,688***	1,19

\* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001; n. s. = nicht signifikant

Tabelle A.3: Einschätzung der Ressourcen vor und nach der Intervention

Ressourcen	Vor der Intervention		Nach der Intervention		t	df	d <sub>z</sub>
	M	SD	M	SD			
<b>...in Bezug auf Alltags- und Wohnsituation</b>	5,70	2,23	6,65	2,09	-4,942***	109	0,47
<b>...in Bezug auf finanzielle und rechtliche Situation</b>	4,64	2,83	5,52	2,65	-5,114***	108	0,49
<b>...in Bezug auf Arbeits- und Ausbildungssituation</b>	4,96	2,63	5,91	2,50	-6,146***	108	0,59
<b>...in Bezug auf körperliche Situation (Gesundheitszustand und -verhalten)</b>	4,76	2,59	5,87	2,36	-5,168***	108	0,49
<b>...in Bezug auf den Gebrauch psychotroper Substanzen</b>	6,30	2,54	6,99	2,30	-3,687***	104	0,36
<b>...in Bezug auf psychische Situation</b>	3,81	2,01	5,58	2,22	-7,851***	109	0,75
<b>...in Bezug auf Beziehungssituation (Partnersituation etc.)</b>	4,16	2,16	5,57	2,38	-6,183***	108	0,59
<b>...in Bezug auf soziokulturelle Situation (Vereine etc.)</b>	4,55	2,14	5,76	2,32	-6,498***	104	0,63

\* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001; n. s. = nicht signifikant

Luzern, 21. April 2015  
Seite B7  
Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

Tabelle A.4: Einschätzung der Ressourcen zum Zeitpunkt der Nachbefragung<sup>120</sup>

Ressourcen...	M	SD
...in Bezug auf Alltags- und Wohnsituation	7,38	2,04
...in Bezug auf finanzielle und rechtliche Situation	6,65	2,53
...in Bezug auf Arbeits- und Ausbildungssituation	6,63	2,81
...in Bezug auf körperliche Situation (Gesundheitszustand und -verhalten)	6,88	2,07
...in Bezug auf den Gebrauch psychotroper Substanzen	8,00	2,22
...in Bezug auf psychische Situation	6,80	2,12
...in Bezug auf Beziehungssituation (Partnersituation etc.)	6,91	2,43
...in Bezug auf soziokulturelle Situation (Vereine etc.)	6,91	2,33

Tabelle A.5: Verhaltensauffälligkeiten und -stärken vor und nach der Intervention (SDQ-Elternbogen; N = 41)

SDQ-Skala	Zeitpunkt				df	t	d <sub>z</sub>
	prä		post				
	M	SD	M	SD			
Emotionale Probleme	4,48	2,78	3,27	2,89	40	2,702*	0,42
Verhaltensprobleme	3,96	1,89	2,90	1,83	40	3,688**	0,58
Hyperaktivität	5,71	2,68	4,24	2,49	40	4,268***	0,67
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	2,80	2,44	2,44	2,25	40	1,261 (n. s.)	0,20
Prosoziales Verhalten	6,66	2,98	7,56	2,34	40	-2,372*	0,37
Gesamtproblemwert	16,94	6,52	12,85	7,16	40	4,563***	0,71

\* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001; n. s. = nicht signifikant

<sup>120</sup> N = 20-24

Luzern, 21. April 2015  
Seite B8  
Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Abschlussbericht)

Tabelle A.6: Funktionalität der Familien vor und nach der Intervention (FB-A; N = 50-51)

FB-A-Skala	Zeitpunkt				df	t	d <sub>z</sub>
	prä		post				
	M	SD	M	SD			
<b>Aufgabenerfüllung</b>	56,03	11,27	49,64	8,85	50	4,632 <sup>***</sup>	0,65
<b>Rollenverhalten</b>	55,30	9,63	49,86	9,07	49	3,607 <sup>**</sup>	0,51
<b>Kommunikation</b>	61,39	16,11	55,79	12,63	50	2,526 <sup>*</sup>	0,35
<b>Emotionalität</b>	56,44	14,80	50,14	9,78	50	3,446 <sup>**</sup>	0,48
<b>Affektive Beziehungen</b>	57,02	13,52	51,18	13,14	50	3,623 <sup>**</sup>	0,51
<b>Kontrolle</b>	55,31	13,83	48,18	12,03	50	3,624 <sup>**</sup>	0,51
<b>Werte und Normen</b>	56,40	11,69	51,42	12,42	49	3,419 <sup>**</sup>	0,48
<b>Gesamtindex</b>	59,28	13,97	50,83	12,61	50	4,808 <sup>***</sup>	0,67

\* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001; n. s. = nicht signifikant