

Vorläufiger Abschlussbericht zum Forschungsprojekt „Systemische SPFH – Eine vergleichende Studie zur Wirksamkeit bei massiven Erziehungsschwierigkeiten mit Kindeswohlgefährdung“ (DGSFI-7)

Juli 2017

1 Ursprüngliche Antragsteller_innen und Ansprechpartner_innen

*Fachhochschule Kiel, FB Soziale Arbeit und
Gesundheit*
Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Joseph Richter-
Mackenstein
*Lehrstuhl für psychosoziale Beratung und
Diagnostik*
Sokratesplatz 2
24149 Kiel

*Jugendhilfezentrum „Käthe-Kollwitz“ Rehna
e.V.*
Dipl.-Psych. Anke Baumgarten
Pädagogisch-therapeutische Leitung
Goethestr. 7
19217 Rehna

Salus-Gesellschaft (Salus-Jugendhilfe)
Dipl.-Soz.päd (FH)/Dipl.-Soz.arb. (FH) Josha
Eisenhuth
Geschäftsführung
Adolf-Göbel-Straße 24
64521 Groß-Gerau

2 Ursprüngliches Vorhaben

Spätestens mit der Veröffentlichung der Inhalte der Koordinierungssitzung der A –Staatssekretäre (sozialdemokratisch regierter Bundesländer) vom 13.05.2011 ist offensichtlich, dass Kostendruck und politisches Kalkül über den Wert sozialpädagogischer Arbeit zu entscheiden im Stande sind. Die wissenschaftliche Expertise und die Vernunft werden dabei, anders als anzunehmen wäre, fast völlig vernachlässigt. Der geführte Diskurs um die zunehmende Verschwendung fiskaler Ressourcen im Bereich der ambulanten Hilfen zur Erziehung und der hieran geknüpften Vorschlag zur Gesetzesänderung erweckt zwar im Ansatz den Eindruck von Wissenschaftlichkeit, bei genauerer Analyse wird jedoch deutlich, dass es sich um interessengeleitete Sprachspiele handelt. So fußt die Argumentation zu Gunsten sozialraumorientierter Angebote gegenüber sozialpädagogischen Hilfen zur Erziehung auf Tatsachenbehauptungen ohne wissenschaftliche Substanz. Ein Beispiel dafür ist folgende Aussage: „Sozialraumorientierte Alternativen zu Sozialpädagogischen Familienhilfen und Einzelfallhilfen sind kostengünstiger und effektiver“ (neue Praxis, 2011, S. 556), oder auf Schiefbahn-Argumenten, wie z.B. bei folgender Aussage: „zugleich gibt es zahlreiche fachliche Hinweise, dass die Angebotsform, die im Regelfall dazu führt, dass Familien zuhause durch sozialpädagogische

Fachkräfte eines freien Trägers aufgesucht werden, um deren Erziehungskompetenz zu stärken, in vielen Fällen ins Leere läuft“ (ebd.). Solche Diskursbeiträge haben den faden Beigeschmack, jene angesprochenen Hilfen seien zumeist wirkungslos. Aus wissenschaftlicher Perspektive ist die erste Aussage jedoch schlichtweg falsch – bzw. nicht zulässig – und die zweite Aussage ein Täuschungsversuch in Form einer Blendung. Nichtsdestotrotz stehen nun sozialpädagogisch erbrachte ambulante Hilfen zu Erziehung (kurz HzEs), besonders in Form von Sozialpädagogischen Familienhilfen (SPFHs) in Gefahr politisch wegrationalisiert zu werden, schlicht da das empirische Fundament der HzEs zu Effektivität und Effizienz nicht breit und tief genug gesetzt ist um stichhaltige Argumente für – oder auch gegen – deren Nutzen zu liefern und damit die jährlich anwachsenden finanziellen Aufwendungen für HzEs zu rechtfertigen.

Aus wissenschaftlicher Perspektive ist aktuell also festzuhalten, dass die vorhandene und viel zu dünne Datenlage es schlicht nicht gestattet, etwas Substantielles über Wirkung und Wirtschaftlichkeit ambulanter HzEs auszusagen, schon gar nicht über die konzeptionell spezifisch systemisch ausgerichteten Formen; da es hierzu keinerlei empirische Basis gibt. Allerdings deuten die bisherigen Erkenntnisse zur Wirkung von HzEs allgemein etwas vollkommen anderes an, als das Papier zur Koordinierungssitzung es suggeriert (siehe unter 2.), auch wenn es sich bei den Daten um Ergebnisse von Untersuchungen mit Ein-Gruppen-Design handelt.

Zielsetzung und Fragestellung der Studie

In einer ersten prospektiven Vergleichsgruppenstudie sollte die Wirksamkeit Sozialpädagogischer Familienhilfen (kurz SPFHs) auf die elterliche Erziehungskompetenz, sowie die psychosoziale Entwicklung des Kindes und die soziale Teilhabe der Familie untersucht werden. Zudem sollte untersucht werden, ob es bedeutsame Wirksamkeitsunterschiede gibt, zwischen eher klassisch eklektisch im Feld durchgeführter SPFH und systemischer SPFH. Zuletzt sollte untersucht werden, ob die deutlich positiven Befunde zur SPFH aus der Jugendhilfe-Effekte-Studie (Schmidt, Schneider, Hohm, Pickartz, Macsenaere, Petermann, Flosdorf, Hölzl & Knab, 2002) als robust anzusehen sind und ob systemische SPFH hierzu einen inkrementellen Beitrag zu leisten im Stande sind.

Bisheriger Forschungsstand zur Wirksamkeit systemischer SPFH und aufsuchender Familientherapie

Auch Stand 2017 ist, wie oben bereits angedeutet, eine Wirksamkeitsforschung ambulanter HzEs entwicklungsbedürftig. Zwar existieren einige Arbeiten – mitunter auch namenhafter Vertreter des Fachs – in welchen Ergebnisse zur Wirksamkeit von HzEs präsentiert werden, allerdings genügen diese Arbeiten, bis auf die aufzuzählenden wenigen Ausnahmen, nicht annähernd international anerkannten Standards zur Wirksamkeitsforschung. Noch drastischer steht es um die Wirksamkeitsforschung explizit systemischer HzEs. Hier liegen keinerlei Daten vor.

Studien zur Wirksamkeit von Hilfen zur Erziehung

Alle im deutschsprachigen Raum durchgeführten Studien zur Wirksamkeit von HzEs untersuchen – mit einer Ausnahme – voll- und teilstationäre Hilfen. So untersuchten Rücker, Petermann, Büttner & Petermann (2009 und 2010) die Wirksamkeit von Tagesgruppen und psychologischen Praxen (einer Tagesgruppen ähnlichen Institution mit verhaltenstherapeutischen Fokus); Petermann, et al. (2008) ein verhaltenstherapeutisches Training im Rahmen teilstationärer Jugendhilfen und Büttner, Rücker, Petermann & Petermann (2011) die Notwendigkeit von Anschlusshilfen bei teilstationären Jugendhilfen. Zu erwähnen ist zudem noch eine Studie zur Wirtschaftlichkeit vollstationärer Hilfen von Roos (2002).

Bei der besagten Ausnahme handelt es sich um die Jugendhilfe-Effekte-Studie (JES-Studie) von Schmidt et al. (2002). Sie ist in der Verantwortung des Deutschen Caritasverbands e.V. und des

Bundesverbands katholischer Einrichtungen und Dienste der Erziehungshilfen e.V. in den Jahren 1995 - 2000 durchgeführt worden. Untersucht wurden 233 Hilfen zur Erziehung an fünf verschiedenen Standorten über ganz Deutschland verteilt (multizentrische Studie). Es zeigte sich, dass die fünf untersuchten Hilfearten (Erziehungsberatung, Erziehungsbeistand, Sozialpädagogische Familienhilfe, Tagesgruppe und Heimunterbringung) „eine Reduktion des Ausgangswertes der Gesamtauffälligkeit des Kindes um -35,3%“ erreichten, „was etwas mehr als einer halben Standardabweichung (SD) entspricht. Diese Quoten übertreffen Heime (-46,2% bzw. -1,01 SD) und Sozialpädagogische Familienhilfen (-52,0% bzw. -0,72 SD). Die Veränderungsquoten der Tagesgruppen liegen in etwa auf einer Höhe der mittleren Quoten, während Erziehungsberatung (-26,4% bzw. -0,37 SD) etwas niedrigere und Erziehungsbeistandschaften (-11,3 bzw. -0,17 SD) deutlich niedrigere Quoten aufweisen“ (ebd., S. 305). Das Funktionsniveau der Kinder konnte deutlich verbessert werden, wobei sich hier zeigte, dass es bei den ambulanten Hilfen mittlere (Sozialpädagogische Familienhilfe [20,7% bzw. 0,77 SD] und Erziehungsbeistandschaft [12,8% bzw. 0,57 SD]) bis starke Effekte (Erziehungsberatung [21,5% bzw. 0,96 SD]) gab, bei den voll- und teilstationären Hilfen (Heimunterbringung [39,8% bzw. 1,31 SD] und Tagesgruppe [31,8% bzw. 1,10 SD]) hingegen nur starke. Allerdings sind die schwierigeren Ausgangslagen der stationär untergebrachten Kinder zu berücksichtigen, welche einen Teil des stärkeren Zuwachses erklären. Zuletzt wurde die Veränderung der psychosozialen Belastung des Umfeldes dokumentiert. „Am höchsten sind die Veränderungsquoten von Erziehungsberatung (Abbau der Belastung um 38,8% bzw. um 0,70 SD) und Sozialpädagogischer Familienhilfe (-28,9% bzw. -0,78 SD), gefolgt von Heim (-18,2% bzw. -0,41 SD), Erziehungsbeistandschaft (-15,1% bzw. -0,42 SD) und Tagesgruppe (-9,5% bzw. -0,16 SD)“ (ebd., S. 308). Zudem gemessen an den Signifikanzen sind SPFHs bezüglich aller drei Differenzwerte als höchst erfolgreich zu vermuten.

Zusammenfassung der Datenlage zur Wirkung (systemischer) sozialpädagogischer Familienhilfen und aufsuchender Familientherapie

Eine einzige Studie (die besagte JES-Studie) untersucht SPFHs im deutschsprachigen Raum und kommt hierbei zu sehr vielversprechenden Ergebnissen. Allerdings hat diese Studie eine Reihe methodischer Mängel wie z.B.

- Verzicht auf Vergleichsgruppendesign
- Verzicht auf Manualisierung bzw. Dokumentation der durchgeführten Hilfen und ihrer Interventionen
- Verzicht auf Kontrolle unterschiedlichster Einflussvariablen wie bspw. Geschlecht, Alter, Berufsjahre usw. der intervenierenden Sozialarbeiter.

Darüber hinaus ist abschließend festzustellen, dass faktisch keinerlei Erkenntnisse zu systemisch durchgeführten SPFHs vorliegen. Damit ergaben sich folgende Hypothesen, welche geprüft werden sollten.

1. (systemische) SPFH führt
 - a. zur Verbesserung elterlicher Erziehungskompetenz,
 - b. zu verbesserter sozialer Teilhabe der Familienmitglieder und
 - c. zur psychosozialen Symptomreduktion bei kindlichem Problemverhalten.
2. Es zeigen sich Wirksamkeitsunterschiede zwischen systemischer SPFH und eklektischer SPFH, welche sich auf die konzeptionellen Unterschiede zurückführen lassen.

Beschreibung der systemischen Intervention, deren Wirksamkeit untersucht werden sollte

Systemische SPFH (Salus-Jugendhilfe). Systemisch-sozialpädagogische Familienhilfe (systemische SPFH) speist sich einerseits aus klassisch sozialarbeiterischem Wissen über Lebensweltkonzept und

Netzwerkorientierung. Andererseits bilden spezifisch systemisches und lösungsorientiertes Wissen und Können die wesentlichen Eckpfeiler sozialpädagogischen Tuns der SPFH.

Interventionsschwerpunkte stellen hierbei – neben klassischen Haltungsprinzipien wie Allparteilichkeit bzw. Neutralität und Kundenorientierung:

1. systemisch-konstruktivistisches Denken
 - Menschliche Beziehungen aus systemischer und systemtheoretischer Sicht, Beratungssystem, und Rückkopplungssysteme
 - Berufsethische Grundsätze in der Führung professioneller Beziehungen, z.B. Nähe und Distanz-Regulieren,
2. lösungs- und ressourcenorientiertes Handeln
 - Prozesssteuerung: Aufnahme, Regulation und Beendigung einer professionellen Beziehung
 - systemische Visualisierungstechniken z.B. Visualisierung mit Stift und Papier (nach Prior und Görzen), VIP Karte, Familienkarte (nach Minuchin) und Metaplanarbeit
 - Genogrammarbeit, z.B. als sozialpädagogisches Diagnostik-Instrument, Arbeit mit Hypothesen und Lösungsansätzen aus dem Genogramm usw.
 - Techniken zum Joining und Contracting (z.B. Auftragsdreieck, positive Konnotation, Reframing)
 - andere systemische Techniken, wie paradoxes Intervenieren, zirkuläres Fragen, Zukunftsfragen, Skalierungsfragen, Dramatisierungen, Telearbeit
3. und lebensweltliches Verstehen
 - z.B. systemische Perspektive im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten des Kindes und Jugendalters: Frage nach der Funktion des Verhaltens im Familiensystem und in alternativen Lebenswelten, Umgang mit der Idee, dass Kinder und Jugendliche oft als Symptomträger eines sozialen Systems erscheinen

dar. Der wöchentliche Stundenumfang und die Gesamtdauer der Hilfen orientiert sich am individuellen Bedarf der Familien. Nach Möglichkeit wird zudem mit der gesamten Familie gearbeitet, es kann aber auch – je nach Bedarf – einzeln interveniert werden.

Geplantes Studiendesign: Stichprobe und Stichprobengröße; Behandlungs- und Kontrollgruppen; Zeitpunkte, zu denen die Wirksamkeit untersucht werden sollte

Bei der Studie sollte es sich um eine quasiexperimentelle Felduntersuchung im Vergleichsgruppendesign mit vier Messzeitpunkten handeln (1. Messzeitpunkt [MZP] vor Hilfeplangespräch [ca. zwei bis sechs Wochen nach Beginn der SPFH], 2. MZP nach einem Jahr, 3. MZP nach 1.5 Jahren, 4. MZP [Katamnese] ½ Jahr nach Beendigung der SPFH) mit zwei Standorten (Kreis Groß-Gerau und Umgebung und Nord-West-Mecklenburg).

Neben klassisch im Feld durchgeführter (eklektischer) SPFH (Gruppe 1) sollte systemische SPFH (Gruppe 2) untersucht werden. Jede Gruppe sollte sich aus mindestens 20 Familien zusammensetzen, was eine Gesamtstichprobengröße von $n = 40$ Familien bedeutet und die Arbeit mit parametrischen Tests erlaubt hätte. Als Fälle aufgenommen sollten Familien werden bei deren Eltern (bzw. primären Bezugspersonen) erhebliche Erziehungsschwierigkeiten vorliegen. Kontrolliert werden sollten zudem folgende Variablen: (1) Anzahl der Indexklienten pro Familie [max. zwei als Einschlussvariablen], (2) Alter der Indexklienten [2 bis 18 Lebensjahre], (3) Migration [Ausschluss], (4) geistige Behinderung [Ausschluss] und (5) Intensität der Hilfen [zwei bis vier Stunden pro Woche]) um Bedingungen relativ homogen zu halten.

Entscheidungsträger für die Anwendung von SPFH sollte der ASD des Jugendamtes sein.

Die Hilfen sollten von Sozialarbeiter_innen (Diplom, BA oder MA) oder mehrfachqualifizierten Pädagog_innen durchgeführt werden (Groß-Gerau: 10 systemische SPFH; Rehna: 8 SPFH), wobei die

Sozialarbeiter_innen (SA) der Gruppe 2 eine mindestens einjährige Weiterbildung zum systemischen Berater bzw. systemischen Jugendhelfer durchlaufen haben sollten.

Zur Gewährleistung methodischer Treue wurde erstens ein softwarebasiertes Dokumentationssystem (Darwin-QM-Center) angedacht, darüber hinaus finden sollten monatliche Konzeptsupervision für je 1.5 Stunden (pro Jahr ca. 15 Stunden pro SPFH) über den gesamten Zeitraum der Datenerhebung stattfinden.

Erhebungsmethoden, mit denen die Wirksamkeit überprüft werden sollte

Als Erhebungsinstrumente sollten neben der (1) Child-Behavior-Check-List ([CBCL 4-18 alternativ CBCL 1.5 bis 5] zur Erhebung des psychosozialen Problemverhaltens bei Kindern) und des (2) Erziehungsstil-Inventars (ESI) zur Erhebung der elterlichen Erziehungscompetenz) ein diagnostisches Instrument der sozialen Arbeit zur Anwendung kommen: (3) Netzwerkkarten (easyNWK); zur Erhebung sozialer Teilhabe der Familienmitglieder. Die Verfahren im Einzelnen:

- (1) Die Child-Behavior-Check-List ist ein Elternfragebogen und bildet über sieben Problemskalen (Emotionale Reaktivität; Ängstlich/Depressiv; Körperliche Beschwerden; Sozialer Rückzug; Schlafprobleme; Aufmerksamkeitsprobleme und Aggressives Verhalten) sowie drei übergeordnete Skalen externalisierende Auffälligkeiten, internalisierende Auffälligkeiten und die Gesamtauffälligkeit ab. Das Verfahren liegt in zweifacher Ausführung vor (CBCL 1.5 bis 5 Jahre [Achenbach, T.M. & Rescorla L.A., 2000] und CBCL 4-18 Jahre [Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD)]) ist sehr gut evaluiert und gilt als Standardverfahren in der Interventionsforschung des Kindes- und Jugendalters.
- (2) Erziehungsstil-Inventar liefert Hinweise auf problematisches Erziehungsverhalten der Mutter, des Vaters oder beider Eltern. Es dient der Suche nach den Ursachen von Verhaltensproblemen von Kindern, der Unterstützung bei der Exploration sowie der Interpretation weiterer Testdaten und der Erfolgskontrolle von modifikatorischen Interventionen. Das ESI besteht aus einer Mutter- (M) und einer Vaterversion (V). Der erste Teil des Inventars misst den Erziehungsstil in Form erziehungskonsistenten und -konsequenten Verhaltens, der zweite Teil erfasst die elterliche Strafintensität.
- (3) easyNWK (<http://www.easynwk.com/joomla/index.php>) ist ein softwarebasiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung und Analyse individueller sozialer Netzwerke, abgebildet über vier Quadranten (kollegiale Beziehungen, familiäre Beziehungen, freundschaftliche Beziehungen, professionelle Helferbeziehungen) in drei Sektoren (Pantuček 2012, S. 186). Die Software ermöglicht mathematische Analysen zur Errechnung relevanter Kennzahlen wie bspw. Netzwerkgröße und Netzwerkdichte und zwar quadrantenspezifisch. So erlaubt das Instrument Aussagen über die Quantität und Qualität sozialer Netzwerke (z.B. bezüglich Partizipation).

Die Daten sollten während der ersten drei MZP von den SAs selbst erhoben werden. Hierzu sollte eine einmalige Einarbeitung in die Untersuchungsmethoden und in das oben genannte Dokumentationssystem (einen vollen Tag im Block mit 7 Stunden) stattfinden. Die Katamnesen sollten von den Antragsteller_innen durchgeführt werden.

Geplante Auswertungsmethoden

Between-Subjects. Mit den Daten sollten 2x4-faktorielle Messwiederholungsmodelle, mit den Faktoren Treatment (zwei Hilfeformen), Zeit (vier Messzeitpunkte) und dem Interaktionsfaktor berechnet werden. Der Treatmentfaktor besteht dabei aus einer quasi-Experimental- und einer Kontrollgruppe. Der Zeitfaktor besteht aus „Prätest-“, „Peritest-“, „Posttest-“ und „Follow-up-“ Zeitpunkten.

Die auf den Treatmentfaktor getesteten abhängigen Variablen ergeben sich aus den Erhebungsmethoden, deren Skalen bzw. Variablen (siehe oben).

Within-Subjects. Im Anschluss an die 2x4 ANOVA sollten einfache Variationsanalysen für abhängige Stichproben pro Gruppe und sich anschließende paarweisen Mittelwertvergleiche durchgeführt (mit Bonferroni Adjustierung der Kontraste) werden. Als abhängigen Variablen gelten wiederum die oben formulierten.

Effektstärken. Zum Schluss sollten korrigierte Effektstärken (d_{diff}) nach Klauer (1993) und einfache Effektstärken in Form von standardisierten Mittelwertdifferenzen (d) nach Hager & Hasselhorn (2000, 223) berechnet werden. Dies sollte für jeden einzelnen Messzeitpunkt im Vergleich zur Ausgangssituation geschehen, wobei d_{diff} den Interaktionseffekt widerspiegelt und d den Effekt zwischen den Messzeitpunkten innerhalb der Gruppen. Ein d von 1.0 meint eine Differenz zwischen Mittelwerten von einer (korrigierten) Standardabweichung. Nach Bortz & Döring (1995) liegen schwache Effekte zwischen $d = .2$ bis $.4$, mittlere liegen bei $d = .5$ bis $.7$ und als stark gelten Effekte ab $d = .8$.

Intent-to-treat. Die Daten der Klienten, welche nach einer bestimmten Zeit die Interventionen abbrechen, sollten ebenfalls in die Auswertung einfließen (Einschluss von drop-out-Variablen) um einen Beschönigungseffekt zu minimieren.

Vorgesehene Art der Darstellung der Ergebnisse

Nach Abschluss der Studie und Auswertung der Ergebnisse sollten die Daten der Fach-Öffentlichkeit in Form von Zeitschriften-Publikationen zur Verfügung gestellt werden. Zur Veröffentlichung der wissenschaftlichen Erkenntnisse in Reinform bieten sich z.B. Organe wie „Kindheit und Entwicklung“, „Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“, „Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie“ oder „Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit“, „Child & Family Social Work“, „European Journal of Social Work“ an.

Um die Ergebnisse aber auch einer breiteren Fachöffentlichkeit zugänglich zu machen, bieten sich aufbereitete Veröffentlichungen in Zeitschriften wie „Kontext“, „Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung“, „Neue Praxis“, „Soziale Arbeit“, „Forum Sozial“, „Forum Sozialarbeit“, „klinische Sozialarbeit“ an.

Angedachter Zeitplan

- Juli 2014 bis Februar 2015 Start; erste Erhebungsphase und Beginn der Intervention (Aufnahme der Familien)
- Juli 2015 bis Februar 2016 zweite Erhebungsphase
- Januar 2016 bis August 2016 dritte Erhebungsphase
 - durchschnittlich zu erwartende Helfedauer der SPFHs liegt bei 1.5 bis 2.5 Jahren
- Januar 2017 bis Mitte 2017 vierte Erhebungsphase (Katamnesen von SPFH, welche im Dezember 2016 noch nicht abgeschlossen waren, werden auch nach Bewilligungszeitraum erhoben).

3 Veränderungen während des Projektverlaufs Stand Mai 2015

Am ursprünglichen Plan wurden weitestgehend festgehalten, allerdings ergaben sich einige unvorhergesehen Veränderungen und zeitliche Verzögerungen, sodass das Projekt zum damaligen Zeitpunkt noch immer in der ersten Erhebungsphase war. Gründe hierzu waren

a) die Schulung der Verfahren in beiden Gruppen hatte deutlich mehr Zeit beansprucht (mehrere Nachschulungen waren nötig) als im Ursprung vermutet
b) die SPFHler_innen der Gruppe 1 waren bis in den Dezember 2014 hinein mit Fällen ausgelastet
c) bei den SPFHler_innen der Gruppe 1 kam es zu einer massiven Unzufriedenheit, da diese bezüglich Implementierung des Projekts nicht partizipieren konnten und sie sich durch einen Personalwechsel der verantwortlichen Ansprechpartnerin und Verantwortlichen des Projekts beim Jugendhilfezentrum Käthe-Kollwitz e.V. (Rehna) ungenügend im Prozess begleitet erlebten.

Dies und verschiedene Gespräche mit den SPFHler_innen führten schließlich zu der Erkenntnis, dass eine Modifikation der Erhebungsfenster sinnvoll erscheint. Geplant war ab hier, dass nun grundsätzlich alle halbe Jahr – abweichend bei Beendigung oder Abbruch der Hilfen – die Instrumente zur Anwendung zu bringen und Fälle kontinuierlich aufzunehmen sind.

Zeitraster Mai 2015 für offizielle Projektdauer

- Januar 2015 bis Oktober 2015 erste Erhebungsphase (A)
- November 2015 bis Juni 2016 erste Erhebungsphase (B)
- Juli 2015 bis April 2016 zweite Erhebungsphase (A)
- Mai 2016 bis Dezember 2016 zweite Erhebungsphase (B)
- Januar 2016 bis Oktober 2016 dritte Erhebungsphase (A)
- November 2016 bis Juni 2017 dritte Erhebungsphase (B)
 - durchschnittlich zu erwartende Helfedauer der SPFHs liegt bei 1.5 bis 2.5 Jahren
- Juli 2016 bis April 2017 vierte Erhebungsphase (A)(Katamnesen von SPFH)
- Mai 2017 bis Dezember 2017 vierter Erhebungszeitpunkt (B)(Katamnesen von SPFH)

Hilfen welche nach Ablauf des Bewilligungszeitraums noch nicht abgeschlossen sind, sollen weitergeführt und die Daten auch weiterhin erhoben werden. Darüber hinaus war es geplant auch nach der ersten Erhebungsphase (B) weiterhin aufgenommene Fälle in den oben beschriebenen Zeitfenstern und mit denselben Instrumenten fortlaufend zu „evaluieren“.

Installation, Schulung und Anwendung von Daarwin-QM-Center

Die Installation von Daarwin-QM-Center fand im Jugendhilfezentrum Rehna e.V. (SPFHler_innen der Gruppe 1) im September 2014 statt. Die Schulungen der SPFHler_innen hierzu wurden im Oktober 2014 von einem Mitarbeiter Daarwins selbst durchgeführt; wobei eine Schulung der Leitungskräfte (Einführungsberatung) bereits im Juli 2014 stattfand. Für alle SPFHler_innen in Gruppe 1 wurden zudem mobile Computer angeschafft und im Juli 2014 hierauf easyNWK sowie im September 2014 Daarwin installiert. Die eigentliche Arbeit mit Daarwin und easyNWK begann also erst zum Dezember des Jahres 2014.

Schulungen in diagnostischen Instrumenten

Die Schulungen mussten inhaltlich und damit auch formal-umfänglich ausgedehnt werden, da erstens neben der Unterrichtung in diagnostischen Instrumenten, auch im diagnostischen Vorgehen unterrichtet werden musste. Darüber hinaus mussten mehrere Einheiten darauf verwendet werden, in der methodisch-didaktische Aufbereitung sozialarbeiterischen Tuns zu schulen (Praxis-/Fallreflexion in den eigentlichen Konzeptsupervisionen).

Hierzu gesellten sich auch personelle Umgestaltungen. So sollten die Schulungen ursprünglich ausschließlich von Dipl.-Soz.Arb. Dipl.-Soz.Päd. Josha Eisenhuth und Dipl.-Psych. Annette Dögow durchgeführt werden. Da der Bedarf gerade für die SPFHler_innen der Gruppe 1 nach vertiefter

Schulung deutlich und gewünscht wurde, fanden diese zunehmend ausschließlich und schließlich zusätzlich begleitend mit Prof. Dr. Joseph Richter-Mackenstein statt. Die Einführungsschulung in die diagnostischen Instrumente in Gruppe 2 wurde ebenfalls von Prof. Dr. Joseph Richter-Mackenstein in Kooperation mit Dipl.-Soz.Arb. Dipl.-Soz.Päd. Josha Eisenhuth übernommen und später begleitet durch erst zwei und schließlich eine im Haus angestellte Psycholog_innen.

Umfang reiner Schulungen Gruppe 1 (JHZ Rehna/Kreis Nord-West-Mecklenburg)

- Juli 2014 (7 Stunden Schulung in diagnostischen Verfahren und Vorgehen) – Geld noch nicht abgerufen
- August 2014 (1,5 Stunden Schulung in Konzeptsupervision)
- September 2014 (1,5 Stunden Schulung in diagnostischen Verfahren und Vorgehen – kostenlose Nachschulung Prof. Dr. Joseph Richter-Mackenstein)
- September 2014 (1,5 Stunden Schulung in Konzeptsupervision)
- Oktober 2014 (1,5 Stunden Schulung in Konzeptsupervision)
- November 2014 (1,5 Stunden Schulung in Konzeptsupervision)
- Dezember 2014 (1,5 Stunden Schulung in Konzeptsupervision – kostenlose Nachschulung Prof. Dr. Joseph Richter-Mackenstein)

Umfang reiner Schulungen Gruppe 2 (Salus-Jugendhilfe/Kreis Groß-Gerau)

- September 2014 (7 Stunden Schulung in diagnostischen Verfahren und Vorgehen) – Geld noch nicht abgerufen
- Nachschulungen vereinzelt, nach Bedarf und mit den einzelnen Mitarbeiter_innen durch zwei im Haus angestellte Psycholog_innen.

Konzeptsupervisionen

Die Konzeptsupervisionen fanden wie geplant einmalig im Monat für je 1,5 Stunden statt, wobei es mit Aufnahme der ersten Fälle (Gruppe 1 im März 2015, Gruppe 2 im August 2014) für Gruppe 1 erst zu zwei klassischen Konzeptsupervisionen (Februar und März) und für Gruppe 2 zu fünf Konzeptsupervisionen seit November 2014 gekommen war. Die Konzeptsupervisionen für Gruppe 1 werden seitdem von Prof. Dr. Joseph Richter-Mackenstein übernommen, die Konzeptsupervisionen in Gruppe 2 von Dipl.-Soz.-Päd./Dipl.-Soz.-Arb. Josha Eisenhuth.

Die Supervisionen folgen seitdem einem konkret ausgearbeiteten Schema, wobei individuelle konzeptionelle Anpassungen bei Gruppe 2 vorgenommen wurden.

Tab. 1 Grund-Schema Konzeptsupervision

Was habe ich gemacht (pro Kontakt)

- **Interventions-Feld** – mit wem (Familie, Einzel, Kind, Mutter-Vater, Geschwister, andere Verwandte oder Bekannte, professionelles Umfeld (Therapeuten, Lehrer, Ärzte etc.)
- **Interventionsmedium** – wie (Gespräch, [symbolisches/therapeutisches]Spiel, Reise, Einkauf ... [System-/Brett]Aufstellung usw.)
- **Inhalt (Was)** – Thema (Konfliktverarbeitung, Gefühlsverarbeitung, kommunikative Missverständnisse, Selbstständigkeitsentwicklung, Selbstwertgefühl ... elterliche Erziehungs-Kompetenz, Empathie ...)
- **Interventionsziel:** Wo wollen wir hin (partizipativ)
- **Methodisch-Didaktische Hinweise:** Techniken und deren Art sie zu verwenden (aktives Zuhören, Spiegeln, Modelllernen, Ratschläge, Direktiven [direkte Ansagen], unmittelbare Begleitung [z.B. beim Behördengang])
- **Meine Grundhaltungen:** Empathie, Authentizität usw.

4 Veränderungen während des Projektverlaufs Stand Mai 2016

Am Prinzip der kontinuierlichen Neuaufnahme und halbjährlichen Erhebung hat sich nichts geändert. Allerdings zeigte sich für Gruppe 1, dass in drei Fällen nach einem Jahr erst die zweite Erhebung stattfand. In Gruppe 2 wurden seit dem letzten Zwischenbericht zudem keine neuen Fälle aufgenommen.

Stichprobe

Die Stichprobe in Gruppe 1 setzte sich aus 14 gedacht verwertbaren Fällen zusammen. Dabei war ein Fall bereits abgeschlossen und zwei Fälle wurden abgebrochen..

Die Stichprobe aus Gruppe 2 von vormals acht begonnenen Fällen wurde seit dem letzten Zwischenbericht nicht erweitert. Darüber hinaus wurden seit diesem Bericht auch keine weiteren Erhebungen mit den acht Fällen durchgeführt, so dass es aktuell für die Gruppe 2 keine verwertbaren Fälle gibt. Grund für diese höchst unerfreuliche Entwicklung ist der notwendige Schwerpunktwechsel des Tätigkeitsfelds bei Salus. So hatten die enormen Flüchtlingsbewegungen ab Sommer 2015 zur Folge, dass eine Vielzahl von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in den am Forschungsprojekt beteiligten Salus Regionen von den örtlichen Jugendämtern in Obhut genommen wurden. Diese minderjährigen Flüchtlinge konnten nicht in klassischen stationären Jugendhilfeeinrichtungen aufgenommen werden, da diese bereits völlig ausgelastet wurden. Die Salus Jugendhilfe betreute seit Juni 2015 insgesamt 150 minderjährige Flüchtlinge, welche in Hotels und Pensionen durch die örtlichen Jugendämter untergebracht und ambulant bis teilstationär durch die Salus Jugendhilfe versorgt wurden und werden. Der Betreuungsaufwand durch diese Entwicklung gestaltete sich derart hoch, dass die klassischen Felder der ambulanten erzieherischen Hilfen, in welchen die Salus- Jugendhilfe bisher tätig war, stark in ihrer Entwicklung beeinträchtigt wurden. Dazu kam, dass die örtlichen Jugendämter ebenfalls derart mit der Bewältigung der Herausforderungen durch minderjährige Flüchtlinge beschäftigt waren, dass es zu nur spärlichen Neubeauftragungen generell im klassischen Kontext der SPFH kam.

Neufälle der SPFH wurden nur beauftragt, wenn diese als akute Krisenfälle gewertet wurden oder es zu Situationen der Kindeswohlgefährdung kam. Diese akuten Fälle sind jedoch auf Grund der Schwierigkeiten der Führung einer Hilfebeziehung im Zwangskontext nicht in das Forschungsprojekt aufnehmbar gewesen, da Kindeseltern nicht dazu kooperativ zu bewegen waren, an den Erhebungen im Rahmen des Forschungsprojektes teilzunehmen.

Neufälle der Salus Jugendhilfe erstreckten sich weiterhin im o.g. Zeitraum fast ausschließlich auf Familien mit Migrationshintergrund und konnten darum ebenfalls nicht in die Stichprobe des Forschungsprojektes aufgenommen werden.

Durch eine Neustrukturierung innerhalb der Einrichtung und durch strategische Maßnahmen, sollten innerhalb der kommenden zwei bis drei Monate nach Verfassen des Berichts die Voraussetzungen geschaffen sein, in kürzester Zeit möglichst viele Fälle der Studie zufließen zu lassen und damit die Arbeit wieder aufzunehmen.

Konzeptsupervisionen

Die Konzeptsupervisionen fanden für Gruppe 1 wie geplant einmalig im Monat für je 1,5 Stunden statt und wurden wie im letzten Bericht beschrieben durchgeführt. Die Konzeptsupervisionen in Gruppe 2 waren aus den oben formulierten Gründen ausgesetzt, sollen aber bis zum Spät-Sommer des Jahres 2016, mit Wiederaufnahme der Arbeit im Rahmen dieser Studie, in geplanter Weise stattfinden.

5 Stand Juli 2017

Am Prinzip der kontinuierlichen Neuaufnahme und halbjährlichen Testungen sollte festgehalten werden. Allerdings zeigt sich beim Besehen der vorhandenen Daten, dass die halbjährliche Testung nur in drei Fällen konsequent realisiert wurde. In den anderen Fällen fand die Erhebung unregelmäßig statt, teils nur jährlich.

Stichprobe

Die zum zweiten Zwischenbericht optimistische Entwicklung in Gruppe 1 konnte nicht weiter fortgesetzt werden. Ja es zeigt sich bei aktueller Datenlage ein eher ernüchterndes Bild. So liegen bei aufgenommenen 20 Fällen aktuell nur 17 Fälle vor, bei welchen auch die angedachten Instrumente zum Einsatz kamen (siehe Tabelle 2). Allerdings wurden weder alle Instrumente eingesetzt, noch wurde über alle angedachten Testzeitpunkte hinweg erhoben. Von den begonnen 20 Fällen sind aktuell nur 3 noch in SPFH, 9 wurden beendet und 5 wurden abgebrochen. Nacherhoben konnten nur 4 Fälle werden.

Da die SPFHler_innen in Gruppe 1 auch nicht mehr bereit sind, noch weitere Fälle zur Studie beizusteuern, ist davon auszugehen, dass es bei einer Basline von schätzungsweise 13 bis 15 Fällen bleiben wird, wobei voraussichtlich nur 6 bis 8 Fälle im angedachten und oben formulierten Sinne statistisch verwertbar wären.

Tabelle 2. Aktuelle Fälle und erhobene Instrumente zu unterschiedlichen Testzeitpunkten in Gruppe 1

Klient	CBCL	ESI	NWK
D. M.	xxII	IIII	Ixxx
J. W.	III	III	Ixx
A. J.	I	I	X
J. B/D	I(v)I(v)I(v)	Xxx	xxx
A-L. W.	I	I	I
K.S.	III	III	III
B.R.	I	X	I
J-F.W.	II	II	II
M.S.	I	I	I
K.V.	II	II	xx
R.	III	III	Ixx
M.R.	I	I	x
J.H.	I	I	x
K.St.	II	Ix	xx
A.C.			II
M.Sch.	I	X	x
F.Sch.	xI	xI	Ix

V = Vorschulversion, X = nicht erhoben, I = erhoben

Für die Gruppe 2 zeigen sich aktuell 6 potentiell auswertbare Fälle, welche in die Studie aufgenommen wurden, wobei nur bei zweien aktuell eine zweite Erhebung und noch keine dritte stattgefunden hat. Allerdings sollen, Stand Juli 2017, weiterhin Fälle aufgenommen und ausgewertet werden. Darüber hinaus hat Salus von März bis Mai 2017 30 weitere Fachkräfte in den Instrumenten geschult.

Konzeptsupervisionen

An den Konzeptsupervisionen wurde festgehalten. In Gruppe 1 wurden und werden diese auch weiterhin in geplanter Weise durchgeführt. Allerdings kam nicht in allen Fällen das angedachte Schema in Gänze zum Einsatz. Mithin wurden und werden auch Fälle supervidiert, welche nicht Teil der Studie waren bzw. sind. Darüber hinaus wurde zum Teil neben der Konzept- auch Fallsupervision geleistet. Für Gruppe zwei gilt mit Wiederaufnahme der Supervision Ähnliches.

6 Diskussion möglicher Gründe des aktuellen Stands

Die Gründe für die Schwierigkeiten sind umfänglich und reichen je nach Gruppe mitunter weit in die Anfänge der Projektrealisierung zurück. Neben den bereits oben nachgezeichneten Gründen, welche für Gruppe 2 u.a. in der Migrationsbewegung zu finden sind (Kapitel 4), zeigt sich, dass die mit der Implementierung des Projektes einhergehenden Konsequenzen organisationaler Veränderungen z.B. von Routinen unterschätzt wurden. So haben einzelne Organisationsteile selbst Widerstände gegenüber der Veränderung von Organisationsroutinen aufgebaut und so die Durchführung des Forschungsprojektes nachhaltig erschwert, bzw. gestört.

Das Vorgehen des Forschungsprojektes sah u.a. vor, die Anwendung der Messinstrumente in einem Vorlauf von wenigen Monaten an ausgewählte Fachkräfte zu vermitteln, um dann mit den Messungen direkt zu beginnen. Dabei jedoch wurde nicht ausreichend berücksichtigt, dass die damit einhergehenden Veränderungen der Organisationsroutinen, bzw. der Veränderungsprozesse eine sehr umfängliche Dynamik aufweist, die die Organisation und Mitglieder (Stakeholder) im hohen Maß betrifft und ihre Strukturen und ihre Arbeit verändert. Die am Veränderungsprozess Beteiligten haben ein berechtigtes Interesse am Veränderungsprozess selbst und dessen Realisierung zu partizipieren. Alle Beteiligten müssen somit in unterschiedlicher Weise in den Veränderungsprozess mit einbezogen werden.

Von fünf Dimensionen möglicher Veränderungsprozesse, angelehnt an Orthey & Orthey (2013), die es in einer Organisation zu gestalten gilt (Aufgabe, Organisation, Kultur, Person und Beziehung), erscheinen zunächst nur „Aufgabe“ und „Organisation“ direkt betroffen von der Einführung des Forschungsprojektes in Form einer Wirksamkeitsmessung – eben durch die damit einhergehenden Veränderungen der Arbeitsabläufe und Organisationsroutinen. Bei näherer Betrachtung jedoch lassen sich rückblickend auch die anderen drei Dimensionen der Organisation als deutlicher betroffen als angenommen beobachten.

So hat die Einführung der Messinstrumente des Forschungsprojektes und der Tatsache, dass valide und skalierbar nach Wirksamkeit von erzieherischen Hilfen gefragt wird, nicht nur Auswirkungen auf „harte Faktoren“ der organisationalen Abläufe und Routinen, sowie veränderte Aufgaben der Fachkräfte. Die Einführung von Messbarkeit von Effekten hat auch Wirkungen auf die „weichen“ Dimensionen Person, Kultur und Beziehungen der Organisation. So auch sind Befürchtungen und damit einhergehende Widerstände zu verstehen (in der nachfolgenden Tabelle verdeutlicht am Beispiel der fallführenden Fachkräfte und Führungskräfte), welchen begegnet werden muss um erfolgreich forschen zu können.

Tabelle 3. Beobachtbare Befürchtungen und Widerstände beteiligter Stakeholdergruppen am Beispiel fallführenden Fachkräfte und Führungskräfte.

Stakeholder	Beobachtbare Befürchtungen	Beobachtbarer Widerstand
Fallführende Fachkräfte	<ul style="list-style-type: none">Fachkräfte sehen sich mit der Anwendung mehrerer ihnen (fach-) fremden Instrumente konfrontiertFachkräfte befürchten in ihrer Arbeit	<ul style="list-style-type: none">Fachkräfte führen die Messungen nicht durch und argumentieren mit einer prekären Beziehungslage

	bewertet zu werden, dadurch dass ihre Arbeit messbar gemacht wird <ul style="list-style-type: none"> • Es kann zu Mehrarbeit kommen in einer Situation, in denen Fachleistungsstunden für SPFH generell gekürzt werden, bzw. Hilfen mit sehr wenigen Stunden vergeben werden • Fachkräfte befürchten, dass ihre Arbeit durch die zusätzlichen Messinstrumente • „fremdgesteuert“ wird • - Fachkräfte befürchten, dass ihre eigene Sozialpädagogische Diagnostik und der Aufbau der Hilfebeziehung durch die Messinstrumente besonders am ersten Messpunkt zu Beginn der Hilfe empfindlich gestört wird 	zum Klientel, Vertrauensaufbau werde durch die Messungen gestört <ul style="list-style-type: none"> • Fachkräfte nutzen technische Schwierigkeiten bei der Durchführung des easyNWK als Argument, die Messung nicht durchzuführen • Fachkräfte verpassen den zweiten Messpunkt oder lehnen diesen aus fachlichen Gründen ab • - Fachkräfte wehren sich generell gegen die Anwendung von Messinstrumenten, diese seien fachfremd und stünden im Gegensatz zur sozialarbeiterischen Profession
Führungskräfte der Teams	<ul style="list-style-type: none"> • Zusätzlicher Arbeitsaufwand durch Unterstützung der fallführenden Fachkräfte • Imageverlust durch mangelndes eigenes Verständnis der Inhalte zur Studie oder durch, den fallführenden Fachkräften gegenüber, gegenteilige Identifikation mit Projekt • Sinn und Zweck der Studie werden nicht erkannt • Die eigene Führungsqualität könnte konterkariert werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Siehe oben • Konspirative Stimmungsmache

Ähnlich wie der Aufbau eines QM mit Auditierung und Skalierung im Hinblick auf die Einhaltung von Prozessen, Erreichung von Kennzahlen oder Zielen, versetzt die Wirksamkeitsmessung die Organisation also auf allen Dimensionen der Organisation in „Unruhe“.

An dieser Stelle benötigt es u.a. eine vertrauensvolle Leitfigur in Form einer sehr geschätzten Führungskraft (Person, Beziehung), welche als dauernde Ansprechperson bei Sorgen, Nöten usw. zur Verfügung steht und darüber hinaus, eng angebunden an die fallführenden Mitarbeiter_innen, motiviert und an die Datenerhebung sowie Dokumentation erinnert (ebd. und Kultur).

Dies schien besonders dadurch realisiert, da mit Josha Eisenhuth (Gruppe 2) und Anke Baumgarden (Gruppe 1) zwei zentrale Führungskräfte sehr stark mit dem Projekt, seinen Zielen und Ideen identifiziert waren bzw. sind und damit eine ideale Brücke zwischen Idee und Realisierung herzustellen im Stande waren. Durch den Verlust (Arbeitgeberwechsel) letzterer und dem veränderten Aufgabenfeld ersterer jedoch gestaltete sich dies zusehend immer schwieriger. Für Gruppe 1 gilt dabei, dass alle folgenden angedachten Koordinatorinnen vor Ort ausschließlich formale Ansprechpartnerinnen waren, sich also weder mit dem Projekt identifizierten, noch inhaltlich einen Beitrag zum Projekt leisten konnten bzw. wollten. Diese Veränderungen äußerten sich rückblickend dann z.B. in folgenden Aussagen der fallführenden Fachkräfte: „Als Anke vorstellte, war ein gewisser Reiz da teilzunehmen. Als sie weg war haben wir uns alleingelassen gefühlt“. „Ankes Weggang, auch wenn ich sie verstehen kann, hat meine Motivation in den Keller gehen lassen.“ „Dann war niemand mehr da. Sie hat uns immer mitgezogen. Und da das gleich zu Beginn passierte sind wir nicht mehr reingekommen.“

Veränderungsprozesse in Organisationen haben zudem eine gewisse „Tiefe“ und „Breite“ bezüglich ihrer Wirkung auf die Organisation, bzw. auf die Dynamik in der Organisation. Vor diesem Hintergrund sind einige der oben aufgeführten Widerstände gut zu verstehen und hätten ggf. gemindert werden können, wenn eine viel früher ansetzende und mit den fallführenden Fachkräften deutlich partizipativer stattfindende Implementierung der Projektabläufe (Diagnostik [Datenerhebung, Auswertung], Interventionsplanung und Dokumentation) in die Alltags-Routinen und zwar auf und mit allen Ebenen betroffener Organisationsteile realisiert worden wäre. So auch hätte am Ende gar der Verlust der oben angesprochenen Koordinator_innen ggf. kompensiert werden können. Für Gruppe 1 zeigt sich das Misslingen besonders in der letztlichen Nicht-Verwendung von Darwin – und aktuell in der Hälfte der Fälle gar der Laptops – als Dokumentationssystem durch die fallführenden Fachkräfte. „Alle Rahmenbedingungen und strukturellen Probleme von Anfang an (Angefangen mit Weggang von Anke), Misstrauen von Leitungseben und innerhalb des ganzen Teams.“ „Die Leitung hat uns sehr lange warten lassen auf die PCs und auf die Handys. Dann haben sie uns allein gelassen damit.“ „Was sollte ich nun damit machen? Kein Netz gehabt, dann konnte ich immer zuhause arbeiten? Nein!“ „Ich wusste nicht, wie wir damit arbeiten sollen. Und keiner war da, außer dir, der uns hilft.“ Am Ende gestaltete es sich für Gruppe 1 so, dass die eigentliche Projektbegleitung vor Ort durch den externen und späteren Konzeptsupervisor Joseph Richter-Mackenstein versucht wurde zu kompensieren. Somit liefen alle Aufgaben (eigentliche Supervision, Unterrichtung, Begleitung im Umgang mit den Instrumenten, der Dokumentation, Softwareprobleme usw.) an einem einzigen Termin im Monat zusammen und überluden diesen erheblich: „Gut waren dann die Fallsupervisionen/Konzeptsupervisionen.“ „Die Reflexion der Fälle waren gut inklusive der Fallsupervision“. „Wir werden das Konzept nicht vermissen, aber dich und deine Arbeit.“ Alles ist am Ende hier gelandet, nirgendwo sonst ist Platz.“

7 Wie es weitergehen soll

Wie bereits in den vorgehenden Berichten formuliert, wird das Forschungsprojekt auch nach dem eigentlichen Bewilligungszeitraum weitergeführt. Dabei gilt, dass die in Gruppe 1 noch nicht abgeschlossenen Fälle weiterbegleitet (erhoben und supervidiert) werden (voraussichtlich bis Ende des Jahres). Darüber hinaus sollen keine weiteren Fälle aufgenommen werden. Es ist allerdings mit den fallführenden Fachkräften vereinbart, dass die Dokumentationen der Fälle zur Verfügung gestellt werden um ggf. hieraus noch Nutzen zu ziehen.

Für Gruppe 2 gilt, dass die Studie nach den bisherigen Regeln, inklusive intensiver Dokumentation, weitergeführt wird, mit dem Ziel 20 bis 30 auswertbare Fälle zu erhalten und der potentiellen Baseline aus Gruppe 1 gegenüberzustellen.

Geld soll in diesem Rahmen kein weiteres verbraucht werden, sodass der gesamte, seit dem letzten Zwischenbericht unverändert gebliebene, Restbetrag in Höhe von 4.549,03 € nicht verbraucht wird. Der Projektkontostand in Höhe von 2.494,53 € wird auf das Konto der DGSG überwiesen.

Literatur

- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Büttner, P.; Rücker, S.; Petermann, U. & Petermann, F. (2011). Anschlusshilfen als Parameter für die Wirksamkeit teilstationärer Jugendhilfe-Maßnahmen. Eine Vergleichsstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 39 ,5, 313–321.
- Hager, W., Hasselhorn, M. (2000). Einige Gütekriterien für Kriteriumsmaße bei der Evaluation von Interventionsprogrammen. In: W. Hager, J.-L. Patry & H. Brezing (Hrsg.). *Handbuch Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. Standards und Kriterien* (S. 169-179). Bern: Huber.
- Klauer, K. (1993). *Denktraining für Jugendliche. Ein Programm zur intellektuellen Förderung Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.

- Neue Praxis (2011). Dokumentation zur aktuellen Diskussion einer neuen Tendenz in der Kinder- und Jugendhilfe. *Neue Praxis* 41, 5, 555-566.
- Orthey, F.M. & Orthey, O. (2013). *Systemisch Führen: Grundlagen, Methoden, Werkzeuge (Systemisches Management)*. Stuttgart: Schäffer Poeschel.
- Petermann, U., Petermann, F., Büttner, P., Krause-Leipoldt, K. & Nitkowski, D. (2008). Effektivität kinderverhaltenstherapeutischer Maßnahmen in der Jugendhilfe: Das Training mit aggressiven Kindern. *Verhaltenstherapie* 18, 101–108.
- Pleyer, K.H. (2003). Parentale Hilflosigkeit. Ein systemisches Konstrukt für die therapeutische und pädagogische Arbeit mit Kindern. *Familiendynamik* 28, 4, 467-491.
- Richter, J. & Siegmund, A. (2011). Systemisch-psychomotorische und systemisch gesprächsorientierte Beratung bei Familien mit psychisch gestörten Kindern. Eine vergleichende Pilotstudie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 60,12, 789-804.
- Roos, K. (2002). *Kosten-Nutzen-Analyse von Jugendhilfemaßnahmen*. Landau: Jugendwerk St. Josef.
- Rücker, S.; Petermann, U.; Büttner, P. & Petermann, F. (2010). Ambulante und teilstationäre Jugendhilfe-Maßnahmen. Aussagen zur langfristigen Wirksamkeit. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 38, 6, 429–437.
- Rücker, S.; Petermann, U.; Büttner, P. & Petermann, F. (2009). Zur Wirksamkeit ambulanter und teilstationärer Jugendhilfemaßnahmen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 37, 6, 551–558.
- Schmidt, M.; Schneider, K.; Hohm, E.; Pickartz, A.; Macsenaere, M.; Petermann, F.; Flosdorf, P.; Hölzl, H. & Knab, E. (2002). *Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe*. Stuttgart: Kohlhammer.