

Damit es auf Dauer gelingt

**Ambulante Familienarbeit und
stationäre Therapeutische Übergangshilfe
des Caritas-Kinder- und Jugendheimes
Rheine im Vergleich**



caritas rheine

... weil es um Menschen geht.



Impressum

Herausgeber	Caritas-Kinderheim gemeinnützige Gesellschaft mbH Lingener Straße 11 48429 Rheine Telefon: 05971 862-0 Telefax: 05971 862-410 E-Mail: info@caritas-rheine.de Internet: www.caritas-rheine.de
Institution	Caritas-Kinder- und Jugendheim Heilpädagogische Jugendhilfeeinrichtung Unlandstraße 101 48431 Rheine Telefon: 05971 4002-0 Telefax: 05971 4002-60 E-Mail: kinderheim@caritas-rheine.de Bankverbindung: Stadtsparkasse Rheine Konto 70 46 410 (BLZ 403 500 05) IBAN: DE65403500050007046410 BIC: WELADED1RHN Darlehenskasse Münster Konto 40 47 500 (BLZ 400 602 65) IBAN: DE44400602650004047500 BIC: GENODEM1DKM
Forschungsinstitut	IKJ Institut für Kinder und Jugendhilfe gGmbH, Mainz Saarstraße 1 55122 Mainz Telefon: 06131 947970 Telefax: 06131 / 9479777 E-Mail: institut@ikj-mainz.de
Forschungsinstrumente	Institut für Kinder- und Jugendhilfe, Mainz Bindungsfragebogen, Fragebogen zur Bindungsstärke und zur Klassifikation von Bindungsstörungen Martin Janning, Anke Wischnewski, Beate Grotendorst-Hölscher Caritas-Kinder- und Jugendheim Rheine Zusatzfragen zu Eltern und Familie, Verweildauerdokumentation, Katamnesefragebogen Claudia Meyer, Rainer Pelster Caritas-Kinder- und Jugendheim Rheine
Satz und Gestaltung	Pressestelle Caritas Rheine, Stefan Gude
Druck	Lammert Druck, Hörstel-Riesenbeck

Rheine, November 2014

Das Forschungsteam

Institut für Kinder- und Jugendhilfe, Mainz

Timo Herrmann, Diplom Psychologe, Projektleitung

Prof. Dr. Michael Macsenaere, Diplom Psychologe, Geschäftsführender Direktor

Caritas-Kinder- und Jugendheim in Rheine

Martin Janning, Diplom Psychologe

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Projektleitung

Susanne Beckmann *, Diplom Sozialpädagogin

Karin Berlekamp *, Diplom Sozialpädagogin

Ane Bertels *, Erzieherin

Sarah Brüning *, Sozialpädagogin bc.

Norbert Dörnhoff, Diplom Sozialarbeiter, Heimleiter/Geschäftsführer (bis 30.06.2014)

Sandra Elling *, Heilpädagogin B. A.

Brigitte Erben, Sozialpädagogin, stellv. Heimleiterin / Erziehungsleiterin

Cornelia Goecke *, Sozialpädagogin bc.

Katharina Heckmanns, Diplom Psychologin

Beate Grotendorst-Hölscher, Diplom Heilpädagogin

Sabrina Hundrup, Diplom-Psychologin

Jaqueline Krieger, Verwaltungsangestellte

Chris-Dominic Lammert *, Diplom Pädagoge

Marlis Leuker-Assendelft *, Diplom Sozialpädagogin

Stephanie Lischke *, Diplom Sozialpädagogin

Annette Lütke-meier *, Erzieherin

Claudia Meyer *, Diplom Sozialpädagogin

Rainer Pelster *, Diplom Sozialpädagoge

Lea Rathmer *, Diplom Sozialpädagogin

Nicole Ritter *, Diplom Sozialpädagogin

Carsten Runge *, Sozialpädagoge

Nina Schütte-Brinkmann *, Diplom Sozialpädagogin

Elisabeth Steinmetz *, Diplom Sozialpädagogin

Regina Stutzer *, Erzieherin

Werner Tigges *, Diplom Sozialarbeiter

Kerstin Tübing *, Diplom Sozialarbeiterin / Pädagogin

Vanessa Voigt *, Sozialpädagogin

Nuria Walden *, Diplom Sozialpädagogin

Lena Waterkamp *, Diplom Sozialarbeiterin

Annette Wilp *, Erzieherin

Britta Winkler *, Diplom Sozialarbeiterin

Esther Winkler *, Diplom Sozialpädagogin

(Die mit * gekennzeichneten Personen führten die Erhebung durch)

Dank

Die vorliegende Studie konnte nur durch erheblichen Einsatz der Fachkräfte aus dem Institut für Kinder- und Jugendhilfe in Mainz und dem Caritas-Kinder- und Jugendheim in Rheine erstellt werden. Vorbereitende Konzeptdiskussionen, Anpassung und Entwicklung der Forschungsinstrumente, vorbereitende Schulungen, die Durchführung der Erhebung und auch die Zusammenfassung der Ergebnisse nahmen alle zur kritischen Distanz verpflichteten Akteure sehr in Anspruch.

Die Caritas-Kinderheim Gesellschaft bedankt sich bei den Mitwirkenden des Forschungsteams, den Verwaltungsfachkräften und allen weiteren Beteiligten für ihr Engagement.

Namens des Trägers, der Geschäftsführung und der Heimleitung bedanken sich Winfried Hülsbusch und Ludger Schröer.

Inhalt

Damit es auf Dauer gelingt

Ambulante Familienarbeit und stationäre Therapeutische Übergangshilfe des Caritas-Kinder- und Jugendheimes Rheine im Vergleich

Das Richtige richtig tun Zur Intention der Forschung	Seite 5
Damit es auf Dauer gelingt Die Konzeptionen der Ambulanten Familienarbeit (AFA) und der stationären Therapeutischen Übergangshilfe (TÜ)	Seite 6
Die Studie Ambulante Familienarbeit und stationäre Therapeutische Übergangshilfe im Vergleich	Seite 10
Design und Stichprobe	Seite 11
Forschungsergebnisse	Seite 14
• Klientelbeschreibung	
• Situation zum Hilfeende und Effekte der Hilfen	
• Stabilität der Anschlussperspektive	
Zusammenfassung	Seite 41

Das Richtige richtig tun

Zur Intention der Forschung

Norbert Dörnhoff, Caritas-Kinderheim Gesellschaft, Rheine

Die erzieherische Hilfe der Caritas-Kinderheim Gesellschaft für Kinder und Familien einer fundierten und kritischen Betrachtung zu unterziehen, um Möglichkeiten der Qualitätsverbesserung aufzuspüren, war und ist das Anliegen von Fachkräften und Leitung.

Der vorliegende Forschungsbericht vermittelt eine Übersicht zu den wichtigsten Daten einer wissenschaftlichen Erhebung, die Ausgangslagen junger Menschen und ihrer Familien darstellt, Veränderungen im Hilfeprozess und Effekte beschreibt und katamnestic die jeweils gewählten Perspektiven und deren Stabilität überprüft.

Nachdem bereits in den Jahren 1999/2000 eine ermutigende, retrospektive wissenschaftliche Untersuchung zu 127 Kindern der stationären Therapeutischen Übergangshilfe, die zu diesem Zeitpunkt bereits 10 Jahre aktiv war, durchgeführt wurde, war allen Beteiligten klar, dass eine erneute Beforschung Sinn macht.

Das Caritas-Kinder- und Jugendheim in Rheine schloss sich dem Evaluationsverfahren EVAS (Evaluation erzieherischer Hilfen des Instituts für Kinder- und Jugendhilfe (IKJ) in Mainz) an. Das IKJ war bereits mit dem vorherigen Forschungsprojekt beauftragt worden. Zudem wurden eigene Instrumente, wie Bindungsfragebogen und Verweildauerdokumentation entwickelt und dauerhaft eingesetzt.

Wieder 10 Jahre später begann ein neuer Forschungsabschnitt, mit dem erneut das IKJ in Mainz beauftragt wurde. Mit Hilfe eines prospektiven Längsschnittdesigns wurden die Daten begleitend im Hilfeprozess erhoben. Eine besondere Herausforderung ergab sich durch die Hinzunahme der ambulanten Hilfen für Kinder und Familien in das Forschungskonzept. Damit war die Möglichkeit eröffnet, den Fragen zur Unterscheidung der jeweils untersuchten Personengruppen nachzugehen und Kriterien zur Hilfeplanentscheidung, also zu Art und Umfang der angemessenen Hilfe, herauszufiltern. Außerdem lässt sich nun klarer erkennen, welche Effekte die jeweilige Hilfe für Kinder und Familien erbringt.

Zwei Schlaglichter aus der Forschung vorab:

- Die Kompetenz der Eltern entscheidet im Wesentlichen über Hilfeart und anschließende Perspektive.
- In enger Verbindung zur elterlichen Kompetenz steht das Ausmaß von Bindungsstörungen, Kindeswohlgefährdung und Traumatisierung.

Traumatisierung und Bindungsstörungen sind seit langen Schwerpunktthemen in den vielfältigen Angeboten erzieherischer Hilfe der Caritas-Kinderheim Gesellschaft in Rheine. Ausgefeilte Verfahren der Psychodiagnostik, Heilpädagogischen Förderung und Therapie richten sich hierauf in unmittelbarer Kombination des Heilpädagogischen und Psychologischen Dienstes mit den Wohngruppen und ambulanten Hilfen.

Der Schutz von Kindern geriet in den letzten Jahren zunehmend in den Focus der Öffentlichkeit, nachdem einige Aufsehen erregende Vorfälle unter offensichtlicher Missachtung kindlicher Schutzbedürfnisse, zum Teil mit Todesfolge, bekannt gemacht wurden. Die Bedeutung des staatlichen Wächteramtes und breiter angelegte Initiativen zur Förderung präventiver Ansätze bestimmten darauf hin die gesetzgebende und gesellschaftliche Diskussion. Auch über die angemessenen Betreuungsformen, zum Beispiel für die kleineren Kinder, über stationäre, ambulante und familienorientierte Hilfen, entstand ein vielfältiger Disput. Oftmals schien die Bereitschaftspflegefamilie das Mittel der Wahl zu sein. Aus Sicht einer heilpädagogischen und therapeutischen Jugendhilfeeinrichtung, die sowohl ambulante als auch stationäre Hilfen vorhält, ist es zwingend erforderlich, alle Konzepte einer konsequenten fachlichen Betrachtung unter Berücksichtigung der Auswirkungen kindlicher Traumatisierung und Bindungsstörungen und der Entwicklungsmöglichkeiten von Eltern zu unterziehen.

Der vorliegende Forschungsbericht lässt unmittelbare Rückschlüsse über die Eignung, Qualität und Wirkung der Therapeutischen Übergangshilfe und der Ambulanten Familienarbeit der Caritas-Kinderheim Gesellschaft Rheine zu.

Damit es auf Dauer gelingt

Die Konzeptionen der Ambulanten Familienarbeit (AFA) und der stationären Therapeutischen Übergangshilfe (TÜ)

Martin Janning, Heilpädagogischer und Psychologischer Dienst der Caritas-Kinderheimgesellschaft, Rheine

Die Ambulante Familienarbeit und die stationäre Unterbringung in der Therapeutischen Übergangshilfe sind vorübergehende Hilfen für Kinder von 0 bis zu etwa 12 Jahren und deren Familien.

Was auch immer Fachleute in der Kinder- und Jugendhilfe tun. Sie handeln im Auftrag des Kindeswohls. Solange ein Kind bei seinen Eltern sicher ist und es berechtigte Hoffnung gibt, dass es in der Familie verbleiben kann, sollte alles getan werden, um die Familie in dieser oft sehr schweren und manchmal auch überfordernden Aufgabe zu unterstützen. Diesen Auftrag übernimmt die Ambulante Familienarbeit.

Und wenn ein Kind bei seinen Eltern nicht sicher ist und sich bedroht fühlt oder wenn es keine Hoffnung gibt, dass die Eltern einen ausreichend sicheren und passenden Platz bereiten, sollte ein Kind die Chance bekommen, bei anderen gut ausgewählten elterlichen Personen groß zu werden. In unserer Therapeutischen Übergangshilfe wird das geprüft, wenn die Familie auch mit ambulanter oder sogar stationärer Familienarbeit nicht in der Lage ist, die für das Kind erforderlichen Rahmenbedingungen sicher zu stellen. Damit es auf Dauer gelingt, brauchen Kinder rechtzeitig die richtige Hilfe.

Die Ambulante Familienarbeit

Struktur und Methoden

Anfang 2000 gab es von Jugendämtern zunehmend Anfragen an die Fachkräfte im Caritas Kinder- und Jugendheim, ob sie nicht ihr fachliches Know How in schwierigen Fällen der Ambulanten Familienarbeit einsetzen könnten. So wurde die Ambulante Familienarbeit im Sommer 2003 realisiert. Sie betreut heute an zwei Standorten etwa 45 Familien mit 10 diplomierten Fachkräften mit Zusatzausbildungen in systemischer Therapie, Mediation, Video-Home-Training, Krisenhilfe, Schuldnerberatung und anderen Hilfeverfahren.

Welche Familien?

Hoch belastete Familien, oft Multiproblemfamilien, sind oft unmotivierte Familien. Und das aus einem guten Grund. Sie sagen: Wir haben schon so viele Probleme, jetzt nicht auch noch Hilfe! Das ist bekannt als „negatives Hilfeparadox“. Sie haben Angst, sich noch mehr mit Problemen beschäftigen zu müssen. Dann ist eines klar: Eine Hilfe kann nicht mit Problemfocussierung starten. „Auf dem Weg zu neuen Lösungen“ Das ist das Motto und Konzept der Ambulanten Familienarbeit. Das beinhaltet Kraft, Motivation und Hoffnung.

Konkret: Eine Familie mit Schulden beim Energieversorger, drohender Wohnungslosigkeit und Arbeitslosigkeit, mit erheblichem Kräfteverschleiß in Paarproblemen, mit Eltern, die selber wenig Trost und Unterstützung von eigenen Eltern erfahren haben und nur noch wenig Kraft für die Versorgung, Unterstützung und Begrenzung ihrer eigenen Kinder haben, - diese Eltern haben nun das Ziel, das Jugendamt bald wieder los zu werden. Und das ist ein gutes Ziel. Es heißt übersetzt: Ich möchte stark werden, damit ich kein Jugendamt mehr brauche. Die Mitarbeiter der Ambulanten Familienarbeit setzen häufig bei dieser Motivation an und helfen, wieder der eigene Herr der Geschichte zu werden, das eigene Leben in die Hand zu nehmen und wieder Eltern, Vater oder Mutter zu werden. Die Mitarbeiter des Jugendamtes achten bei der Hilfeplanung darauf, dass die Eltern auf Dauer ohne Hilfe auskommen.

Setting als Methode und besondere Beziehungsanforderungen

In der aufsuchenden Familienarbeit nutzen die Fachkräfte die Privaträume zur Unterstützung, zur Kontrolle (begrenzt möglich bei Kindeswohlgefährdung), zum Halt im sozialen Netzwerk und zum Schutz (z. B. vor dem aggressiven Vater). Die Beziehung muss von Offenheit, Transparenz, Akzeptanz, Verlässlichkeit und Berechenbarkeit geprägt sein, damit die ohnehin misstrauischen Familien Vertrauen üben können.

Sieben Jugendhilfeaufträge und Ziele

1. Erreichen von Kooperation mit den Eltern und Kooperation mit allen beteiligten Helfern
2. Klärung und aussagekräftige Diagnostik: Sind wir die richtige Hilfe? Gibt es berechtigte Hoffnung für einen Verbleib des Kindes in der Familie?
3. Stärkung der Hauptbezugspersonen nach dem Motto: Elternwohl stärkt Kindeswohl!
4. Hilfe, verantwortliche Entscheidungen für sich und das Kind zu treffen
5. Verbesserung der Lernfähigkeit und Erziehungskompetenz
6. Hilfe, das Kind glaubhaft zu schützen, zu verstehen und zu führen
7. Hilfe zur Selbsthilfe (wie auch im § 31 SGB VIII formuliert)

Forschungsfragen

1. Mit welcher Klientel arbeitet diese Hilfe „Ambulante Familienarbeit“?
2. Wie unterscheidet sich die „Ambulante Familienarbeit“ von anderen EVAS-Stichproben nach § 31?
3. Wie unterscheidet sich die „Ambulante Familienarbeit“ von einer stationären Intensivhilfe, untersucht wurde die „Therapeutische Übergangshilfe“?
4. Wie effektiv und nachhaltig ist die Hilfe auch nach einem Jahr?

Die Therapeutische Übergangshilfe

Passendes Betreuungssystem

Die 1989 gegründete Therapeutische Übergangshilfe ist ein Intensivangebot für traumatisierte Kinder von 0 bis 10 Jahren, die verwaist, vernachlässigt oder den Aggressionen der eigenen Eltern oft schutzlos ausgeliefert waren. Sie entwickeln zunächst rätselhafte Symptome, um zu überleben. Die insgesamt 25 Plätze verteilen sich auf 2 Gruppen mit 7 Kindern sowie eine mit 6 und eine mit 5 Kindern. Kinder unter 3 Jahren werden in Therapeutischen Übergangsfamilien untergebracht. Pro 10 Kinder steht eine ganze Stelle des Heilpädagogischen und Psychologischen Dienstes für Diagnostik, Therapie, Förderung und Beratung zur Verfügung.

Alle Kinder leben vorübergehend so kurz wie möglich und so lange wie nötig im Kinderheim,

- bis sie wieder einen Wunsch nach Eltern entwickelt haben,
- bis Symptome verstanden und Wunden geheilt sind,
- bis der dauerhafte Verbleib geklärt ist und
- bis passende Hauptbezugspersonen gefunden sind.

Vorteile der Heimunterbringung gegenüber Bereitschaftspflege bestehen darin,

- dass Kinder nicht die Phantasie haben müssen, Elternerwartungen erfüllen zu müssen und die Erlaubnis erhalten, authentisch zu sein,
- dass Kinder wissen: Hier bleibt kein Kind auf Dauer und sie erleben Solidarität mit anderen Kindern,
- dass versierte Fachleute zusammen rätselhafte Symptome der Kinder besser verstehen und beantworten können,
- dass Kinder Nähe und Distanz leichter selber bestimmen können,
- dass am Ende ein Abschied ohne Trauma erfolgen kann.

Neben dem passenden Betreuungssystem kennzeichnen 4 weitere Konzeptbausteine die Therapeutische Übergangshilfe:

1. Diagnostik und Hilfe bei der Klärung
Diagnostik kommt aus dem Griechischen „Dia“, das heißt „durch, hindurch“ und „gignoskein“, das heißt „erkennen“. Diagnostik heißt also „hindurcherkennen“. Oder: Kinder hintergründig verstehen. Durch Untersuchungen der Eltern und des Kindes in den „Kennenlernstunden“ wird geklärt, wo ein Kind auf Dauer leben kann, welche guten Gründe es für seine rätselhaften Symptome hat und welche Erziehungsbedingungen, Therapie- und Fördermaßnahmen es braucht. Dazu werden Entwicklung, Bindungen, Kindeswille, Elternwille, Ängste, Bedürfnisse und Ressourcen des Kindes mit projektiven und nicht projektiven Methoden untersucht und in einem aussagekräftigen Bericht nach wissenschaftlichen Kriterien beschrieben.
2. Heilpädagogische und Therapeutische Unterstützung
In einem heilpädagogisch-therapeutischen Milieu der Gruppe erfährt das Kind Schutz und Sicherheit, individuell abgestimmte Beziehungsangebote, Hilfe, eigenes Verhalten besser zu verstehen, Nähe und Distanz zu regulieren, neue und korrigierende Erfahrungen mit Erwachsenen zu machen. Daneben erhält jedes Kind Kinderpsychotherapie und nach Bedarf psychomotorische Entwicklungsbegleitung und schulische Sonderförderung.
3. Eltern und Familienarbeit
In der klärenden und begleitenden Elternarbeit wird Eltern ermöglicht, die Signale des Kindes zu verstehen und gemeinsam die Perspektive zu klären. Es tut Kindern gut, wenn die Eltern mitspielen. Daher ist Kooperation mit den Eltern von entscheidender Bedeutung. Eltern lernen, Verantwortung zu übernehmen.
4. Perspektiventwicklung
Nach Möglichkeit werden Kinder in die Herkunftsfamilie integriert und die Eltern in ihrer Kompetenz gestärkt. Bei dauerhafter Fremdunterbringung in einer Pflegefamilie oder einer dauerhaften Heimunterbringung wird der Abschiedsprozess zwischen Eltern und Kindern begleitet. Kinder und Eltern werden auf eine passende Perspektive vorbereitet. Der Übergang wird in kleinen Schritten meist im Tempo des Kindes gestaltet.

Sieben Jugendhilfeaufträge und Ziele

1. Kind im Übergang begleiten und unterstützen
2. Diagnostik unter Beteiligung des Kindes und der Eltern
3. Hintergründiges Verstehen des Kindes und Beantworten seiner Grundbedürfnisse
4. Akzeptanz von Veränderung im Tempo des Kindes
5. Kooperation und Klärung mit den Eltern
6. Hilfe, tragfähige Entscheidungen zum Kindeswohl zu treffen
7. Finden einer geeigneten Anschlussperspektive mit engagierter und fachlicher Beratung und Gestalten der Vermittlung

In einer retrospektiven Längsschnittuntersuchung mit 127 Kindern sind Ende der 90er Jahre bereits die „Effekte der Therapeutischen Übergangshilfe“ in Zusammenarbeit mit dem IKJ in Mainz untersucht worden. Nach durchschnittlich etwa 14-monatiger Unterbringungsdauer konnten die schwer vernachlässigten und misshandelten Kinder in den Bereichen „Psychosoziale Belastung“, „Störungen und Symptome“, „Bindung“ und „Ressourcen“ eine deutlich positive Entwicklung

aufweisen. Die Kontinuität der Anschlussperspektiven „Rückführung“, „Stationäre Unterbringung“ und „Pflegevermittlung“ betrug 79 %. Von den 59 Kindern, die in eine Pflegefamilie untergebracht wurden, lebten zum Ende des Untersuchungszeitraums noch knapp 90 % (89,3 %) in der Familie. Zum Vergleich wurde in der hier vorgestellten Forschung systematisch auch eine Einjahres-, eine Dreijahres- und eine Fünfjahreskatamnese durchgeführt.

Forschungsfragen

1. Mit welcher Klientel arbeitet die „Therapeutische Übergangshilfe“?
2. Wie unterscheidet sich die „Therapeutische Übergangshilfe“ von anderen EVAS Stichproben nach § 34?
3. Wie unterscheidet sich die „Therapeutische Übergangshilfe“ von der „Ambulanten Familienarbeit“? Insbesondere in Bezug auf Bindung, Traumatisierung, Symptome und Ressourcen, Kindeswohlgefährdung und Elternkompetenzen.
4. Wie effektiv und nachhaltig ist die Hilfe, auch nach 1, 3 oder 5 Jahren?

Und übergeordnet:

5. Für welche Klientel ist „Ambulante Arbeit“ die richtige Hilfe? Für welche Klientel ist „Stationäre Arbeit“ die richtige Hilfe?

Die Studie

Ambulante Familienarbeit und stationäre Therapeutische Übergangshilfe im Vergleich

(Timo Herrmann, IKJ)

1. Design und Stichprobe

1.1 Zielsetzung und Zeitrahmen

Nachdem in den Jahren 1999 / 2000 das Angebot der Therapeutischen Übergangshilfe (TÜ) im Caritas-Kinder- und Jugendheim in Rheine Gegenstand einer wissenschaftlichen Begleitforschung war, sollte neben diesem Hilfesystem in der aktuellen Forschung auch die Ambulante Familienarbeit (AFA) des Trägers nach §§ 31 und 27 SGB VIII in den Fokus genommen werden.

Dementsprechend wurden mit dem Projekt verschiedene Ziele verfolgt:

- Darstellung der Ausgangslagen der jungen Menschen und ihrer Familien zu Beginn der Hilfen und Herausarbeiten der Unterschiede der Hilfeadressaten in den beiden Systemen.
- Beschreibung der Situation zum Ende der Maßnahmen und der Effekte der pädagogischen Arbeit.
- Aussagen zur Art der Anschlussperspektive und deren Stabilität.

Nach der Abstimmung des Designs, der Stichproben und vor allem der Fragebögen zwischen dem Caritas-Kinder- und Jugendheim und dem Institut für Kinder- und Jugendhilfe (IKJ) war der Start der Datenerhebung am 1. Januar 2009. Das Caritas-Kinder- und Jugendheim in Rheine als Auftraggeber brachte von vorneherein die große Flexibilität mit, das Ende der Studie nicht über einen bestimmten Zeitpunkt zu definieren, sondern es von einer ausreichend großen Fallzahl zur zuverlässigen Bestimmung von Effekten der Hilfen abhängig zu machen. Dafür sollten mindestens 30 Hilfeverläufe mit dokumentierten Informationen zu Hilfebeginn und Hilfeende in jedem System vorliegen. Somit endete die Datenerhebung am 31. Juli 2013.

1.2 Design

Im Gegensatz zur ersten Forschung wurde für die vorliegende Untersuchung ein prospektives Längsschnittdesign gewählt, d. h. die Datenerhebung erfolgte nicht nach dem Ende der Hilfe, sondern begleitend im Hilfeprozess. Insgesamt gab es bis zu fünf Erhebungszeitpunkte (vgl. Abb. 1):

- Aufnahmezeitpunkt bzw. Beginn der ambulanten Arbeit mit der Familie
- Hilfeende
- Katamnestische Erhebung nach einem Jahr
- Katamnestische Erhebung nach drei Jahren
- Katamnestische Erhebung nach fünf Jahren

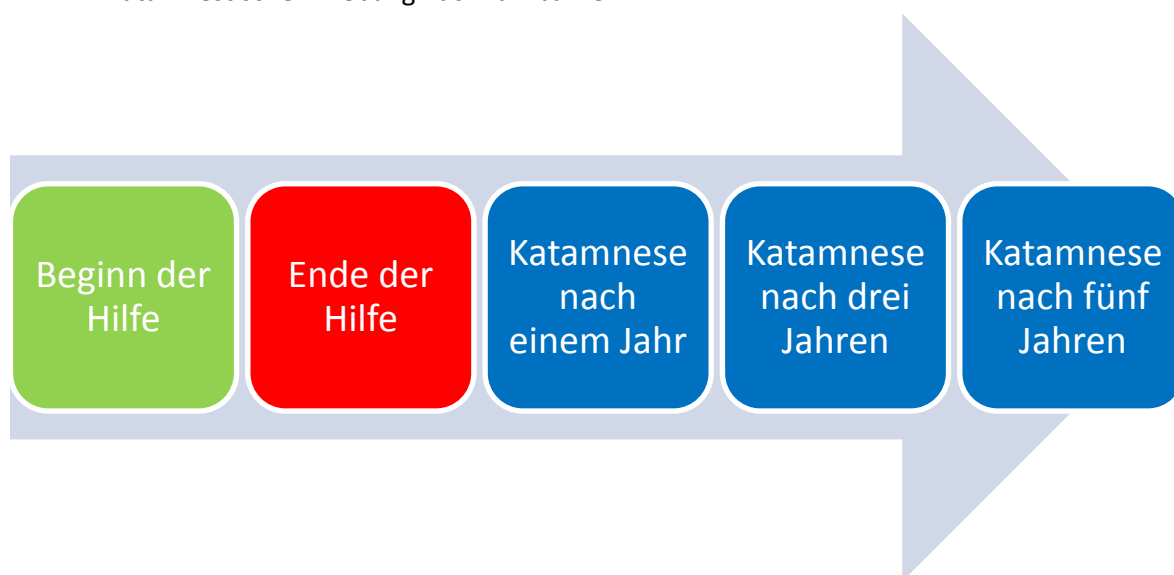


Abbildung 1: Erhebungszeitpunkte im prospektiven Längsschnittdesign

Alle mit der Datenerhebung beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der TÜ und der AFA wurden zu Beginn von den pädagogischen und psychologischen Fachkräften, die in der internen

Forschungsgruppe des Caritas-Kinder- und Jugendheims zusammen mit dem IKJ intensiv an der Erstellung der Fragebögen gearbeitet hatten, im Einsatz der verschiedenen Instrumente geschult.

Die Weitergabe aller erhobenen Daten zur Auswertung an das IKJ erfolgte in pseudonymisierter Form.

1.3 Erhebungsinstrumente

Um die mit dem Projekt formulierten Zielsetzungen erreichen zu können, wurde ein umfangreiches Instrumentarium erarbeitet, das in unterschiedlicher Zusammensetzung zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten im Einzelfall bearbeitet werden musste. Diese Bearbeitung erfolgte jeweils über die fallzuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und wurde ergänzt mit Informationen aus dem Heilpädagogischen und Psychologischen Dienst des Kinderheims.

Die Entwicklung der Forschungsinstrumente orientierte sich an den zentralen Aspekten, die die Arbeit in der Tü und der AFA im Alltag bestimmen: Traumatisierung, Bindung sowie Ressourcen und Defizite bei Kind/Jugendlichem, Mutter, Vater sowie dem gesamten Familiensystem. Die einzelnen Instrumente zu den verschiedenen Zeitpunkten sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Erhebungsinstrumente zu den verschiedenen Zeitpunkten

Hilfebeginn	Hilfende	Katamnese
Bindungsfragebogen	Bindungsfragebogen	
Fragebogen zur Bindungsstärke	Fragebogen zur Bindungsstärke	
Klassifikation von Bindungsstörungen	Klassifikation von Bindungsstörungen	
Fragen zur familiären Situation	Fragen zur familiären Situation	
Fragen zur Mutter	Fragen zur Mutter	
Fragen zum Vater	Fragen zum Vater	
Semistrukturiertes Interview zur PTBS		
Zusatzfragen zur Traumatisierung		
	Fragebogen zur Hilfedauer (nur in der Tü)	
	Fragen zur Anschlussperspektive	
		Fragen zum Verlauf der Anschlussperspektive

Beim Bindungsfragebogen handelt es sich um ein Instrument, das im Caritas-Kinder- und Jugendheim selbst entwickelt wurde und im Verlauf der ersten Forschung einer Reliabilitätsanalyse mit guten Ergebnissen unterzogen wurde. Mit diesem Fragebogen werden das Bindungsverhalten beschrieben und Aussagen zum Ausmaß der vier in der Literatur genannten Bindungsmuster (sicher, unsicher-vermeidend, unsicher-ambivalent, desorganisiert) getroffen.

Die Klassifikation von Bindungsstörungen lehnt sich an die Systematik von Brisch an und umfasst verschiedene Bereiche, in denen sich auffälliges Bindungsverhalten manifestieren kann.

Zur Diagnose einer vorliegenden posttraumatischen Belastungsstörung wurde ein semistrukturiertes Interview von Scheeringa und Zeanah (1994, in der Version vom 1. April 2005) in einer Übersetzung von Irblich (2006) eingesetzt. Der Vorteil dieses Verfahrens besteht darin, dass es auch für jüngere Kinder, bei denen eine Diagnose über DSM-Kriterien nicht möglich ist, eingesetzt werden kann.

Schließlich wurde ein Instrument entwickelt, mit dem Problemlagen in der Familie sowie Erziehungsfähigkeiten und Risiken bei den Müttern und Vätern erfasst werden können.

Neben diesen speziell für die Fragestellungen im Projekt entwickelten bzw. zusammengestellten Instrumenten nimmt das Caritas-Kinder- und Jugendheim an dem Dokumentations- und Evaluationsverfahren EVAS (Evaluation erzieherischer Hilfen) teil. Mit diesem Verfahren wurden bisher ca. 40.000 Hilfeverläufe erfasst und in ihrer Entwicklung beschrieben. Somit konnten aus EVAS heraus ebenfalls Aussagen zur Arbeit in den beiden Systemen TÛ und AFA gemacht werden und darüber hinaus einer parallelisierten Stichprobe der EVAS-Gesamtdaten gegenübergestellt werden.

1.4 Stichprobe

Im Verlauf der Forschung wurden insgesamt Daten von 240 jungen Menschen und deren Familien erhoben. Ziel war es, mindestens 30 Hilfen in der TÛ und der AFA zu erhalten, bei denen das Instrumentarium sowohl zu Hilfebeginn als auch zum –ende bearbeitet wurde, um eine möglichst verlässliche Grundlage für die Bestimmung von Effekten zu bekommen.

Darüber hinaus versuchten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Angaben zu den drei Katamnesezeitpunkten von allen jungen Menschen, deren Hilfe in der TÛ ab 2009 beendet wurde, zu sammeln. Erfreulicherweise wurden in fast allen Fällen entsprechende Angaben gemacht, sodass eine Positivselektion ausgeschlossen werden kann. Für die AFA konnten leider nur Angaben zum ersten Katamnesezeitpunkt in die Auswertung einfließen.

Die einzelnen Stichprobenumfänge zu den verschiedenen Zeitpunkten sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 2: Stichprobengröße zu den verschiedenen Zeitpunkten

Zeitpunkt	TÜ	AFA
Hilfebeginn	55	42
Hilfeende	41	38
1-Jahres-Katamnese	73	63
3-Jahres-Katamnese	65	
5-Jahres-Katamnese	45	

1.5 Auswertung

Die Eingabe und statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte im IKJ. Nach der Eingabe der Daten wurde der Datensatz einer umfassenden Plausibilitätsprüfung unterzogen. Durch Rückmeldung verschiedener Unstimmigkeiten an die Einrichtung war es möglich, Implausibilitäten zu klären.

Zur anschließenden Datenanalyse wurden verschiedene statistische Methoden und Verfahren angewandt. Überwiegend werden bei den nachfolgend beschriebenen Ergebnissen Verfahren der deskriptiven Statistik eingesetzt. In Abhängigkeit vom jeweiligen Skalenniveau werden die Daten in absoluten oder relativen Häufigkeiten (in Prozent) bzw. Mittelwerten beschrieben.

2. Forschungsergebnisse

Die in dieser Veröffentlichung dargestellten Befunde orientieren sich im Wesentlichen an den auf der Fachtagung „Damit es auf Dauer gelingt ...“ (in Rheine am 19. März 2014) präsentierten Ergebnissen. So werden zunächst die Situation zu Hilfebeginn (Klientelbeschreibung), danach Aspekte zum Hilfeende, gefolgt von den Effekten der Maßnahmen und abschließend zur Anschlussperspektive und deren Nachhaltigkeit dargestellt. An einzelnen Stellen werden die Ergebnisse aus den beiden Hilfesystemen den Daten aus der Evaluation erzieherischer Hilfen (Stand Juni 2013) gegenübergestellt. Für die AFA wurde der hilfeartspezifische Gesamtbericht § 31 SGB VIII zum Vergleich herangezogen, für den Vergleich der TÜ-Fälle wurde die EVAS-Stichprobe der vollstationären Maßnahmen gefiltert nach Alter (nur Kinder, die zum Beginn der Hilfe höchstens 11 Jahre alt waren) und nach Aufnahmejahr (Aufnahme ab 2009).

Detailliertere Auswertungen des Datenmaterials, die über die dargestellten Ergebnisse hinaus für eine einrichtungsinterne Qualitätssicherung und -entwicklung geeignet sind, werden dem Caritas-Kinder- und Jugendheim Rheine in einem separaten Datenbericht zur Verfügung gestellt.

1.2.1 Klientelbeschreibung

Neben den verständlicherweise im Mittelpunkt stehenden Effekten der pädagogischen Arbeit ging es in der vorliegenden Studie auch darum, die Unterschiede zwischen den jungen Menschen und ihren Familien in den beiden Hilfesystemen herauszuarbeiten und sich ein Bild zu verschaffen, unter welchen Bedingungen die Hilfen in Anspruch genommen werden.

Bei der Inanspruchnahme der Hilfen durch öffentliche Träger wird das hochspezialisierte Angebot der Therapeutischen Übergangshilfe sowohl von regionalen Trägern aus Rheine, Ahaus, Steinfurt und Borken (30,2 % der Fälle) als auch in 69,8 % von Städten und Landkreisen in Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen belegt. Ganz anders sieht das für die Inanspruchnahme des ambulanten Angebotes des Caritas-Kinder- und Jugendheims aus, was aber auch aufgrund des sich daraus ergebenden Einsatzgebietes der Fachkräfte zu erwarten war: 92,7 % der Hilfen wurden mit regionalen öffentlichen Trägern vereinbart.

Initiator oder „treibende Kraft“ für eine stationäre Hilfe in der Tü waren in 80,8 % der Maßnahmen die Jugendämter, die in den Familien einen unmittelbaren Handlungsbedarf wahrnahmen. In 25,0 % ging die Initiative von den Eltern selbst aus und in 13,5 % von einem ambulanten Dienst, der vorher schon in der Familie tätig war. Darüber hinaus gibt es viele weitere Einzelnennungen (da hier Mehrfachantworten möglich waren, liegt die Summe der Angaben über 100 %). Bei der AFA waren es am häufigsten die Eltern, die für einen Unterstützungsbedarf aktiv wurden (58,5 %) und in 41,5 % der Maßnahmen das Jugendamt. Weitere Initiatoren, die bei der Belegung der Tü keine Rolle spielten, dafür aber in der AFA, waren die Schule und das Gericht mit einer Häufigkeit von jeweils 14,6 %.

Tabelle 3:

Merkmale	EVAS § 34	TÜ	EVAS § 31	AFA
Alter (Mittelwert)	5,8 Jahre	6,2 Jahre	8,1 Jahre	8,1 Jahre
Geschlecht (♂/♀)	64,7%/35,3%	62,0%/38,0%	56,7%/43,3%	48,5%/51,5%
Deutsche Nationalität	91,4%	92,0 %	91,0%	100,0 %
Wohnungswechsel	2,6	2,5	1,3	1,0
Betreuungsaufwand (h/Woche)	168	168	6,1	5,4

Anmerkung: Für den Vergleich mit der TÛ wurde die EVAS Stichprobe für § 34 gefiltert nach einem Alter von maximal 11 Jahren und einem Hilfebeginn ab 2009. Die EVAS-Fälle für § 31 wurden nicht gefiltert.

Im Vergleich der TÛ und der AFA fällt zunächst auf (siehe Tabelle 3), dass die Kinder im ambulanten Setting zu Beginn der Maßnahme fast zwei Jahre älter sind. Das war bei der Intention der TÛ als Hilfe für junge Kinder aber auch so zu erwarten. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass bei der ersten Forschung zur TÛ der Altersdurchschnitt bei Hilfebeginn bei 5,4 Jahren (also 0,8 Monate niedriger) lag, die Kinder mittlerweile also später aufgenommen werden.

Trotz des jungen Alters haben die Kinder in der TÛ schon relativ viele Wohnungswechsel hinter sich. Dies könnte ein möglicher Indikator nicht nur für Orts-, sondern auch für Personenwechsel darstellen und der damit verbundenen Herausforderung für das Kind, sich wieder auf neue Personen und Beziehungen einzulassen.

Interessante Unterschiede ergeben sich bei der Betrachtung des vorwiegenden Aufenthaltes der Kinder vor dem Beginn der aktuellen Hilfe in der TÛ oder der AFA (Tabelle 4). Nur 6,3 % der Kinder der TÛ leben mit beiden Eltern zusammen, in der AFA sind es immerhin noch 36,4 %. Die höchsten Anteile in der TÛ finden sich für den Aufenthalt mit einem alleinerziehenden Elternteil (27,1 %) oder in einer Pflegefamilie (22,9 %), die entsprechenden Werte für die AFA liegen bei 30,3 % bzw. 6,1 %. Diese Befunde korrespondieren mit der Verteilung des Sorgerechts. Im ambulanten Setting haben noch mehr als die Hälfte (57,5 %) beider Eltern das Sorgerecht inne, der vergleichbare Wert liegt im spezialisierten stationären Setting nur bei 18,0 %. Bei etlichen Familien der TÛ kam es bereits zum Sorgerechtsentzug und zu einer Übertragung auf einen Amtsvormund (36,0 %). Dieser Wert ist gegenüber der ersten TÛ-Forschung weiter gestiegen, er lag in den 1990er Jahren noch bei 28,3 %.

Tabelle 4: Sorgerecht und vorwiegender Aufenthalt im Halbjahr vor Beginn der Hilfe

	TÜ	EVAS § 34	AFA	EVAS § 31
Vorwiegender Aufenthalt				
• Familie mit beiden Eltern	6,3 %	17,2 %	36,4 %	32,0 %
• Alleinerziehendes Elternteil	27,1 %	36,0 %	30,3 %	46,6 %
• Elternteil mit neuem Partner	14,6 %	15,1 %	3,0 %	12,5 %
• Großeltern, Verwandte	10,4 %	2,8 %	9,1 %	1,6 %
• Pflegefamilie	22,9 %	8,5 %	6,1 %	2,4 %
• Stationär im Heim	6,3 %		0,0 %	
Sorgerecht				
• Beide Eltern	18,0 %	33,0 %	57,5 %	50,3 %
• Mutter alleine	40,0 %	44,2 %	30,3 %	41,8 %
• Vater alleine	6,0 %		0,0 %	
• Vormund	36,0 %	16,4 %	9,1 %	1,9 %
• unbekannt	0,0 %		3,0 %	

Unterschiede finden sich auch in Bezug auf die Art des Familieneinkommens: Der Anteil der TÜ-Familien, die ihr Einkommen ausschließlich über Arbeitseinkommen bestreitet, ist mit 36,0 % zwar sehr niedrig, liegt aber bei der Ambulanten Familienarbeit mit nur 27,3 % noch weit darunter. Fast die Hälfte (48,5 %) der ambulant betreuten Familien bestreitet ihren Lebensunterhalt ausschließlich mit öffentlichen Transferleistungen. Die restlichen Familien (24,3 %) sind neben dem Arbeitseinkommen noch auf weitere Unterstützungsleistungen angewiesen.

Die ökonomische Situation in den Familien, deren Kinder in die Therapeutische Übergangshilfe aufgenommen werden, hat sich im Vergleich zur ersten Untersuchung stark gewandelt. Damals verfügten nur 20,5 % über ein regelmäßiges Einkommen, 55,2 % waren abhängig von öffentlichen oder privaten Transferleistungen. Dies sind in der aktuellen Stichprobe noch 44,0 %.

Bisherige Hilfen bzw. Maßnahmen

Für ca. die Hälfte (48,4 %) der Kinder ist die AFA die erste Jugendhilfe oder Maßnahme, bei den restlichen Kindern waren es überwiegend ambulante, niedrigschwellige Maßnahmen, die bisher gewährt wurden (12,9 % Erziehungsberatung, 16,1 % SPFH und andere Einzelnennungen), das teilstationäre Angebot einer Tagesgruppe wurde von nur 3,2 % in Anspruch genommen, kein Kind

war bisher in einem Heim stationär untergebracht, 12,9% befinden/befanden sich in einer Pflegefamilie.

Tabelle 5: Bisherige Hilfen und Maßnahmen

Bisherige Hilfen (wichtigste Kategorien)	TÜ	EVAS § 34	AFA	EVAS § 31
Keine	0,0 %	0,0 %	48,4%	33,1 %
Erziehungsberatung	2,2 %	8,2 %	12,9 %	10,8 %
SPFH	65,2 %	44,9 %	16,1 %	26,5 %
Tagesgruppe	17,4 %	19,2 %	3,2 %	9,3 %
Inobhutnahme	19,6 %	18,6 %	6,5 %	4,9 %
Pflegefamilie	37,0 %	15,7 %	12,9 %	4,9 %
Heim	10,9 %	20,8 %	0,0 %	8,7 %
Stationäre Psychiatrie	10,9 %	24,4 %	0,0 %	5,6 %

Völlig anders fallen diese Zahlen für die Kinder in der Therapeutischen Übergangshilfe aus. Besonders auffällig ist der große Anteil an Kindern, die offensichtlich zuvor in Pflegeverhältnissen oder familienanalogen Strukturen lebten (37,0 %).

Weiterhin waren in fast 2/3 der Familien (65,2 %) pädagogische Mitarbeiter in Form einer ambulanten Hilfe nach § 31 SGB VIII tätig. Es liegt die Vermutung nahe, dass zunächst eine Herausnahme des Kindes vermieden werden sollte. Unter Umständen wäre es aber sinnvoller gewesen, zum Wohl des Kindes, gleich eine intensivere Hilfe zu gewähren.

In der ersten Forschung wurde festgestellt, dass die Unterbringung in der TÜ damals für 17,3 % der Kinder die erste Jugendhilfe war, in der aktuellen Stichprobe gab es kein Kind ohne Hilfe oder Maßnahme im Vorfeld. Möglicherweise könnte auch das auf eine veränderte Zuweisungspraxis der belegenden Jugendämter zurückgeführt werden.

Bindung

Das Angebot der Therapeutischen Übergangshilfe des Caritas-Kinder- und Jugendheimes in Rheine versteht sich als ein hochspezialisiertes Angebot für Kinder mit Bindungsproblemen und Traumatisierungen.

Sowohl auf Symptom- als auch auf Diagnoseebene liegt der Anteil der Kinder mit entsprechender Symptomatik bzw. Diagnose höher, als in der parallelisierten EVAS-Vergleichsgruppe (vgl. Abb. 2). Um „mangelndes Bindungsverhalten“ in EVAS codieren zu können, muss das Verhalten der folgenden Definition entsprechen: „Das Kind/der Jugendliche zeigt diffuses Bindungsverhalten, indem es unkritisch zutraulich zu fremden Personen ist oder undifferenziert die Bezugspersonen auswählt. Außerdem zeigt sich eine übermäßig gehemmte, überaus wachsame oder stark ambivalente und widersprüchliche Reaktion im Kontakt mit Betreuungskräften/Pflegepersonal. Entweder reagiert das Kind mit einer starken Annäherung oder mit Abwehr“.

Demnach zeigen mehr als doppelt so viele Kinder in der Tü entsprechende Symptome als in der EVAS-Parallelstichprobe (86,0 % vs. 43,2 %), bei den Diagnosen fällt der Unterschied absolut gesehen viel niedriger aus, aber relativ sind es 50 % mehr Kinder mit einer diagnostizierten Bindungsstörung.

Interessanterweise findet sich für die Symptomatik ein ähnliches Muster beim Vergleich der Kinder in der Ambulanten Familienarbeit mit denen aus anderen ambulanten Maßnahmen nach § 31 SGB VIII anhand von EVAS. Zwar bewegen sich die prozentualen Anteile auf einem niedrigeren Niveau als in den stationären Hilfen, aber auch hier fällt der Unterschied mehr als doppelt so hoch aus (36,4 % vs. 15,3 %).

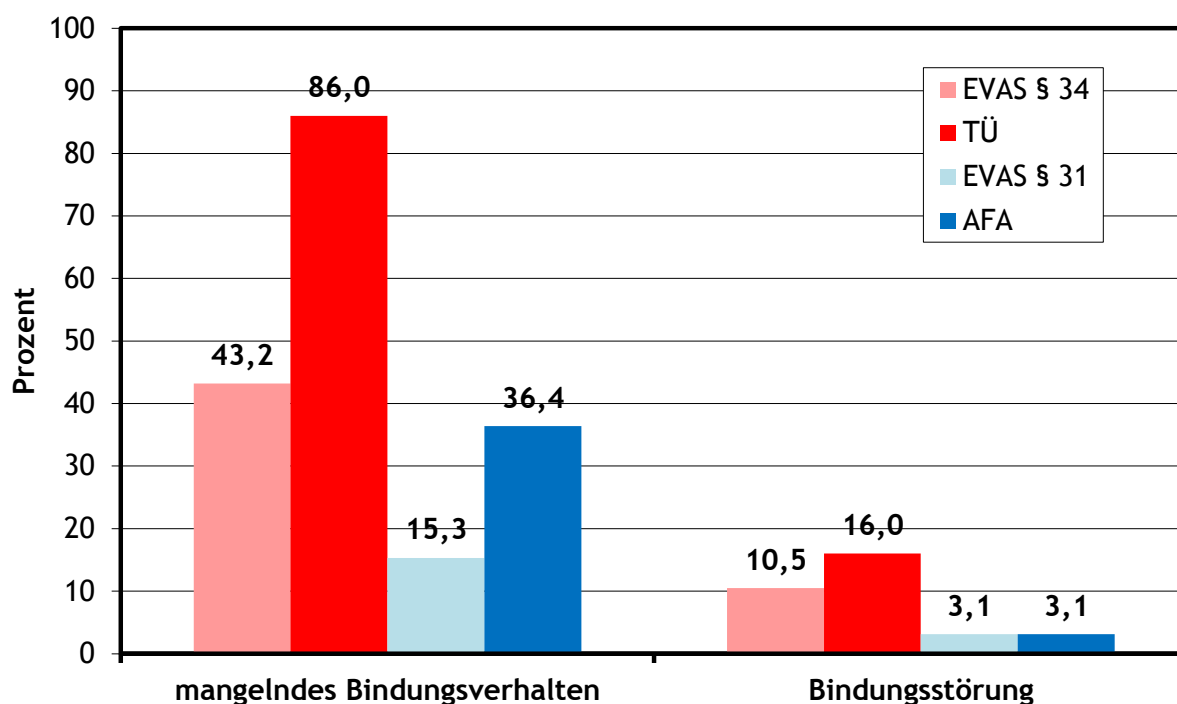


Abbildung 2: Vorliegen von mangelndem Bindungsverhalten (Symptom) und einer diagnostizierten Bindungsstörung

Zum Bereich „Bindung“ kamen in der Begleitforschung spezielle Instrumente zum Einsatz. Leider liegen dafür keine Vergleichsdaten aus EVAS vor, sodass es vor allem darum geht, die Unterschiede zwischen der Klientel der TÛ und der AFA herauszuarbeiten.

Zur Bestimmung der Stärke der Bindung wurden verschiedene Kriterien abgefragt. Diese wurden auf einer 5-stufigen Skala mit den Extremwerten „sehr schwach“ und „sehr stark“ bewertet. Zur Veranschaulichung wurden – wie bei allen anderen folgenden Skalen auch – die Werte auf einen Bereich von 0 bis 100 linear transformiert.

Bei allen Kriterien zeigt sich eine durchgehend um ca. 50 % höhere Bindungsstärke bei den Kindern der Ambulanten Familienarbeit im Vergleich zu den Kindern, die in der Therapeutischen Übergangshilfe betreut werden. Im Einzelnen betrifft dies die „Stärke der Bindung an die Hauptbezugsperson“ (33,2 vs. 59,0), die „Interaktion mit der Hauptbezugsperson“ (45,3 vs. 68,8), das „Suchen nach Nähe der Hauptbezugsperson“ (40,6 vs. 64,4) und die „Identifikation mit der Hauptbezugsperson“ (45,3 vs. 68,8). Nicht in Abbildung 3 dargestellt ist die Frage, wie distanzlos das Kind ist (44,8 vs. 29,5), diese Darstellung hätte aufgrund der inhaltlich unterschiedlichen Polung verwirrend sein können.

Alle Mittelwertunterschiede sind trotz der relativ geringen Fallzahl auf dem Niveau von 0,05 signifikant.

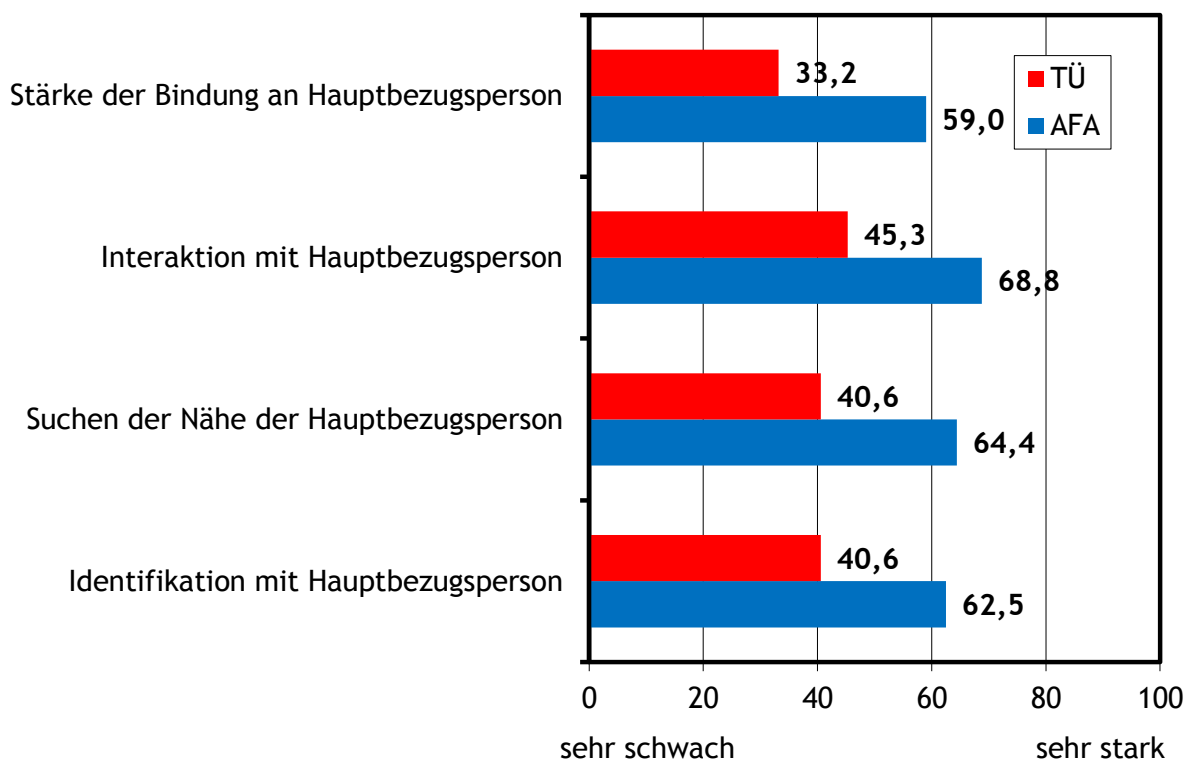


Abbildung 3: Aspekte von Bindungsstärke

Ein nicht ganz so einheitliches Bild zeichnet sich bei Aspekten von Bindungsstörungen ab (vgl. Abb. 4). Von insgesamt neun Aspekten wurden vier Mittelwertunterschiede signifikant (0,05-Niveau): „Kein Anzeichen von Bindungsverhalten“ (42,3 vs. 14,4), „Distanzlosigkeit“ (44,8 vs. 18,1), „Unfall-Risiko-Verhalten“ (32,1 vs. 18,1) und „gehemmtes Bindungsverhalten“ (52,4 vs. 27,5).

Die restlichen Aspekte („Exzessives Klammern“ (17,9 vs. 11,9), „aggressive Symptomatik“ (34,0 vs. 36,2), „Bindungsverhalten mit Rollenumkehr“ (33,5 vs. 30,0), „Wachstumsretardierungen“ (9,9 vs. 3,2) und „Ess-, Schrei-, Schlafstörungen“ (30,0 vs. 25,0)) zeigten keine Unterschiede zwischen den beiden Hilfesystemen oder waren z. T. von ihrer absoluten Höhe inhaltlich nicht relevant.

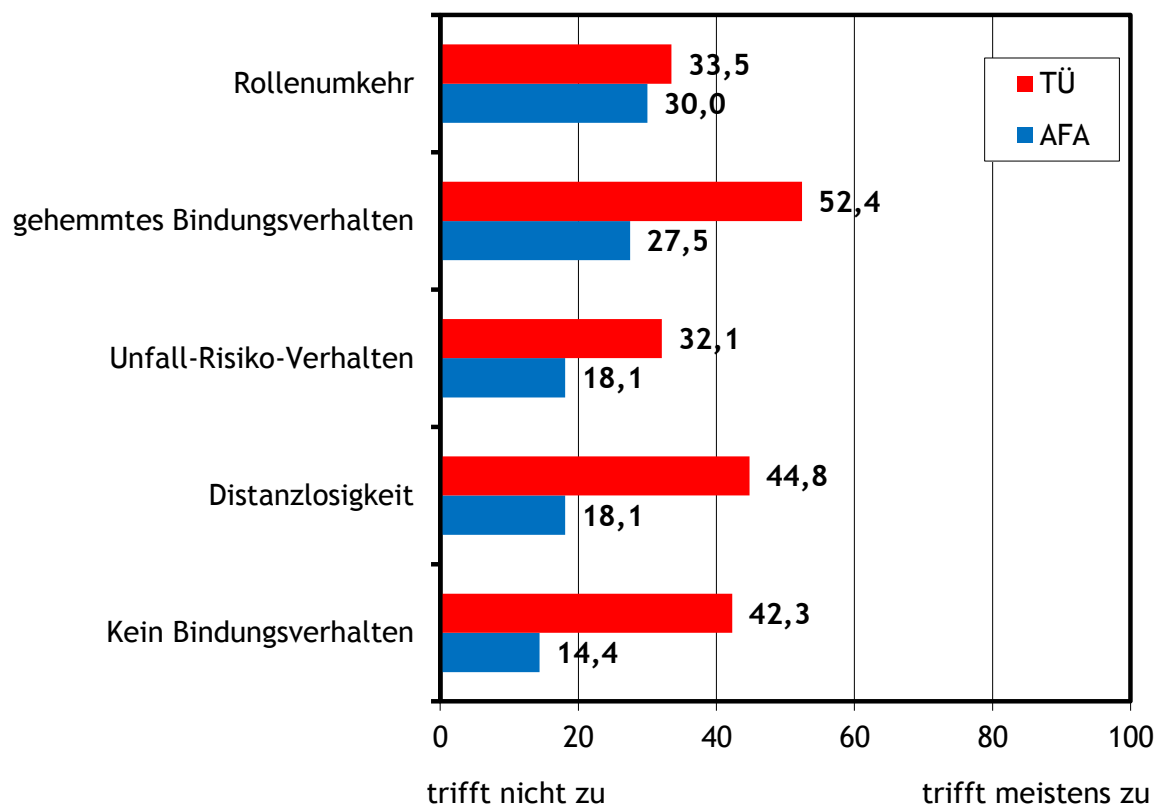


Abbildung 4: Aspekte von Bindungsstörung nach Brisch

Bei der Betrachtung der Bindungsmuster wurde ein Instrument verwendet, das Ausprägungen der vier Bindungsmuster erhebt. Dazu werden sowohl Kriterien auf Seiten des Kindes als auch getrennt davon Kriterien auf Seiten der Eltern betrachtet. Im Einzelnen werden folgende vier Bindungsmuster unterschieden:

- A: unsicher-vermeidend
- B: sicher
- C: unsicher-ambivalent
- D: desorganisiert

Zu Hilfebeginn war unter ausschließlicher Berücksichtigung der Kindkriterien in der AFA Bindungsmuster B stärker ausgeprägt als in der TÛ (7,3 vs. 10,3). Bei den Elternkriterien gab es zusätzlich noch einen Unterschied bei der Ausprägung von Bindungsmuster D. Die Werte für Muster B liegen bei 5,9 vs. 9,7 und für Muster D bei 8,5 vs. 4,5. Das desorganisierte Bindungsmuster ist stärker in der TÛ-Stichprobe zu finden. Die Mittelwertunterschiede sind alle auf einem Niveau von 0,05 statistisch signifikant.

Zusammenfassend kann zum Bereich „Bindung“ konstatiert werden, dass sich die Kinder in den beiden Hilfesystemen deutlich voneinander unterscheiden.

Die Kinder, die in der ambulanten Arbeit betreut werden, weisen eine stärkere, sicherere Bindung auf und zeigen weniger Anzeichen einer Bindungsstörung.

Traumatisierung

Neben speziellen Erhebungsinstrumenten zum Themenkomplex „Bindung“ wurde in der Begleitforschung ein zweiter Schwerpunkt auf den Aspekt der „Traumatisierung“ gelegt.

Dabei zeigte sich für die Kinder in der TÛ, dass fast alle (94,5 %) einem traumatisierenden Erlebnis ausgesetzt waren. Doch auch in der AFA sind 42,9 % der jungen Menschen traumatisiert (vgl. Abb. 5). In beiden Hilfesystemen handelte es sich bei den traumatisierenden Erlebnissen vor allem darum, dass die Kinder Zeuge einer Gewalttat in der Familie, verwaorlost oder physisch misshandelt wurden. Eine sexuelle Misshandlung lag immerhin auch bei acht Kindern aus der TÛ vor, bei der AFA war dies in einem Fall.

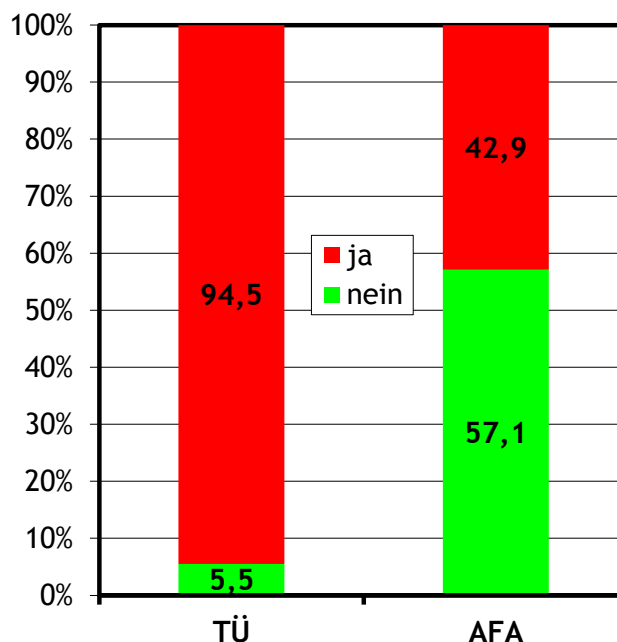


Abbildung 5: Anteil traumatisierter Kinder

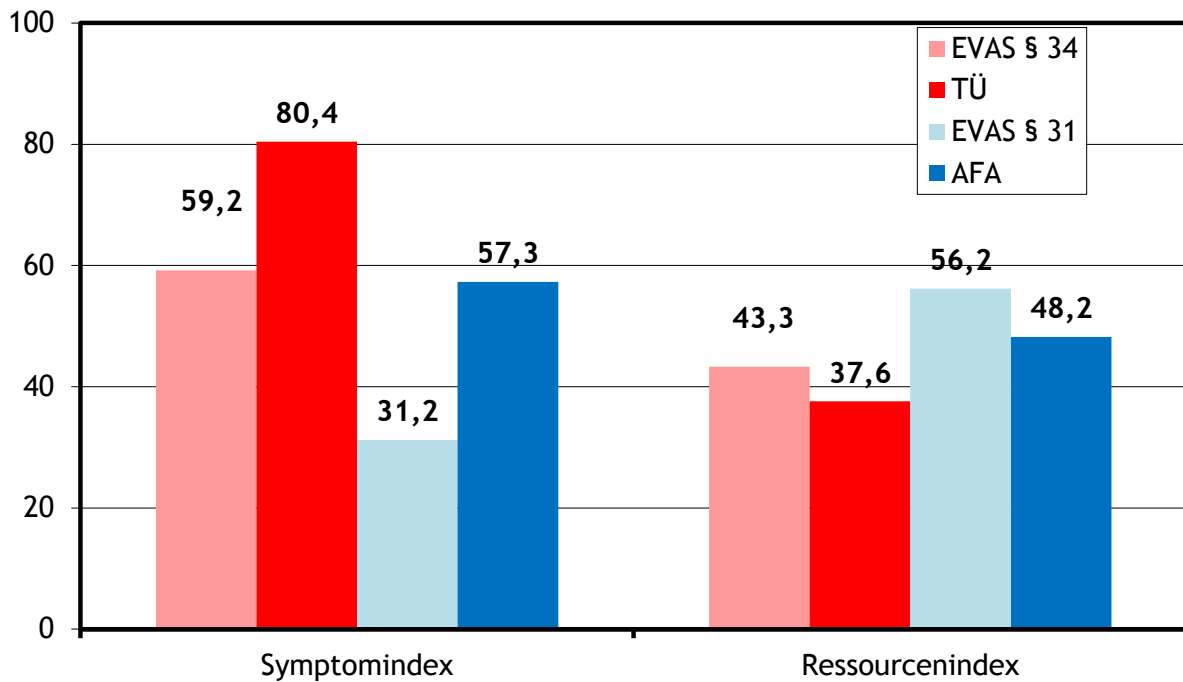
Besondere Relevanz erhalten diese Daten, wenn man sich anschaut, wie lange die Kinder diesen Verhältnissen ausgesetzt waren, bis es zur Installation der aktuellen Hilfe kam. Zeuge von Gewalttätigkeiten waren die Kinder durchschnittlich 2,2 Jahre (TÜ) bzw. 1,5 Jahre (AFA). Noch höher liegen diese Mittelwerte bei Kindern, die verwahrlost wurden. Hier dauerte es bis zur Aufnahme in die TÜ 2,7 Jahre und 4,4 Jahre bis die Ambulante Familienarbeit in die Familie kam. Kinder, die physisch misshandelt wurden, mussten diese traumatisierenden Erlebnisse 3,1 Jahre bzw. 2,6 Jahre ertragen.

Auf Diagnoseebene wurden zu Hilfebeginn bei fast der Hälfte der Kinder (46,9 %) in der Therapeutischen Übergangshilfe eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) festgestellt, in der AFA lag der Anteil der Kinder mit diagnostizierter PTBS bei 21,1 %.

Eine Analyse der Angaben zum Täter ergab, dass diese fast immer innerhalb der Familie zu finden waren, bzw. immer noch zu finden sind und die emotionale Nähe der Kinder zum Täter in der TÜ in 67,7 % und in der AFA in 93,8 % der betroffenen Fälle stark oder sehr stark war. Die Kinder lebten im Durchschnitt seit der ersten Traumatisierung 20,1 (TÜ) bzw. 46,6 Monate mit dem Täter in der Familie zusammen. Man kann sich gut vorstellen, dass diese hochproblematische Konstellation insbesondere die Fachkräfte in der Ambulanten Familienarbeit vor enorme Herausforderungen stellt.

Ressourcen und Defizite

Neben diesen beiden vertieft betrachteten Aspekten wurden in der Begleitforschung mit EVAS weitere Symptome und vor allem auch Ressourcen erfasst. Zur Veranschaulichung werden diese beiden Bereiche zu Indices verdichtet (vgl. Abb. 6). Diese können jeweils Werte zwischen 0 (minimale Symptomatik bzw. Ressourcen) und 100 (maximale Symptomatik bzw. Ressourcen) annehmen.



0 = minimale Symptome/Ressourcen, 100 = maximale Symptome/Ressourcen

Abbildung 6: Symptome und Ressourcen anhand der entsprechenden EVAS-Indices

Die Kinder in der Therapeutischen Übergangshilfe weisen eine sehr hohe Symptombelastung bei ihrer Aufnahme auf (80,4). Dieser Wert ist sehr viel höher als der Wert der Kinder in den Familien (57,3), die ambulant betreut werden, aber er ist auch deutlich höher, als der Wert der parallelen EVAS-Vergleichsstichprobe (59,2). Dieser Vergleich zwischen Einrichtung und EVAS ist auch für die ambulanten Hilfen hochinteressant. Daraus wird zweierlei deutlich: Zum einen sind die Kinder der AFA viel stärker belastet als Kinder in anderen sozialpädagogischen Familienhilfen (57,3 vs. 31,2), sie erreichen sogar tatsächlich das Niveau von Kindern, die bundesweit stationär untergebracht werden.

Für die kindbezogenen Ressourcen finden sich keine so deutlichen Unterschiede, von der Richtung her sind sie allerdings durchaus vergleichbar: Die Kinder in der Tü haben weniger Ressourcen als vergleichbare Kinder in der EVAS-Stichprobe (37,6 vs. 43,3) und auch für das ambulante Setting finden wir einen ähnlichen Unterschied zwischen der Einrichtung und der entsprechenden Gesamtdatenbasis (48,2 vs. 56,2).

Familie / Eltern

Zusätzlich zur Situation der jungen Menschen wurden auch Probleme in der Familie bzw. Kompetenzen und Risiken der Eltern in die Forschung einbezogen. Dabei wurden anhand verschiedener Fragestellungen vier Bereiche für die Eltern in den Fokus genommen: „Vernetzung“, „Lernfähigkeit/-motivation“, „Kompetenzen im Erziehungspotential“ und „Risiken im Erziehungspotential“ (jeweils getrennt für Mutter und Vater). Außerdem wurde nach Störungen oder Problemen in der Familie gefragt.

Alle Antwortskalen waren fünfstufig mit den Abstufungen „sehr gering“, „gering“, „mittel“, „hoch“ und „sehr hoch“. Zur besseren Veranschaulichung wurden – wie bereits weiter oben beschrieben – den Abstufungen Werte zwischen 0 und 100 zugewiesen (0, 25, 50, 75 und 100).

Die Familien der Therapeutischen Übergangshilfe sind stärker belastet, als die ambulant betreuten Familien. Diese stärkere Belastung begründet vermutlich auch eine Herausnahme des Kindes und die damit einhergehende Fremdunterbringung. Im Einzelnen handelt es sich vor allem um Paarkonflikte, unterschiedliche Erziehungsvorstellungen und Gefährdung eines Partners durch Gewalt oder Erniedrigung durch den anderen Partner. Störungen durch Personen von Außen bewegen sich eher auf einem mittleren Niveau und unterscheiden sich kaum zwischen den beiden Hilfesystemen (vgl. Tab. 6).

Tabelle 6: Familiäre Belastungen

	TÜ	AFA
Paarkonflikte	78,7	51,6
Unterschiedliche Erziehungsvorstellungen	69,2	55,5
Gewalt/Erniedrigung eines Partners durch den anderen Partner	70,6	45,7
Störung durch getrennt lebenden Elternteil	49,1	55,7
Störung durch andere Personen im erweiterten Familiensystem	48,3	46,9
Störung durch Nicht-Familienzugehörige	38,3	40,6

Anmerkung: Es sind die Mittelwerte einer fünfstufigen Skala angegeben (0 = sehr gering, 25 = gering, 50 = mittel, 75 = hoch und 100 = sehr hoch)

Was die Eltern im Einzelnen angeht, gibt es bei den Müttern, deren Kinder in die TÜ aufgenommen wurden, einen hohen Anteil an Frauen ohne Schulabschluss (38,9 % gegenüber 11,1 % in der AFA). Dazu kommen in der TÜ 13,9 %, die einen Abschluss an einer Sonder- oder Förderschule erreichen konnten. Bei den Vätern liegen diese Daten etwas niedriger: 29,2 % sind ohne Schulabschluss (in der AFA 6,9 %), 8,3 % haben einen Sonder- bzw. Förderschulabschluss (in der AFA hat keiner einen solchen Abschluss).

In Bezug auf die oben genannten Erziehungskompetenzen und –risiken als Überkategorien zeigen sich starke Unterschiede zwischen den Müttern und Vätern der Familien aus TÜ und AFA. Die

Kategorien setzen sich aus verschiedenen Kriterien zusammen, für die in der folgenden Aufstellung einige Beispiele aufgeführt sind:

- Erziehungspotential Risiken: Gewalt, Erniedrigung, Vernachlässigung
- Erziehungspotential Kompetenzen: Struktur gewährleisten, Versorgung, Aufmerksamkeitsverteilung, Empathie, Begrenzen
- Lernfähigkeit/-motivation, z. B. Zustimmung zur Hilfe, Offenheit, Entwickeln von Lösungen, Durchhaltevermögen
- Vernetzung, z. B. zum erweiterten Familiensystem, zu Nachbarschaft und Freunden, zu öffentlichen Einrichtungen

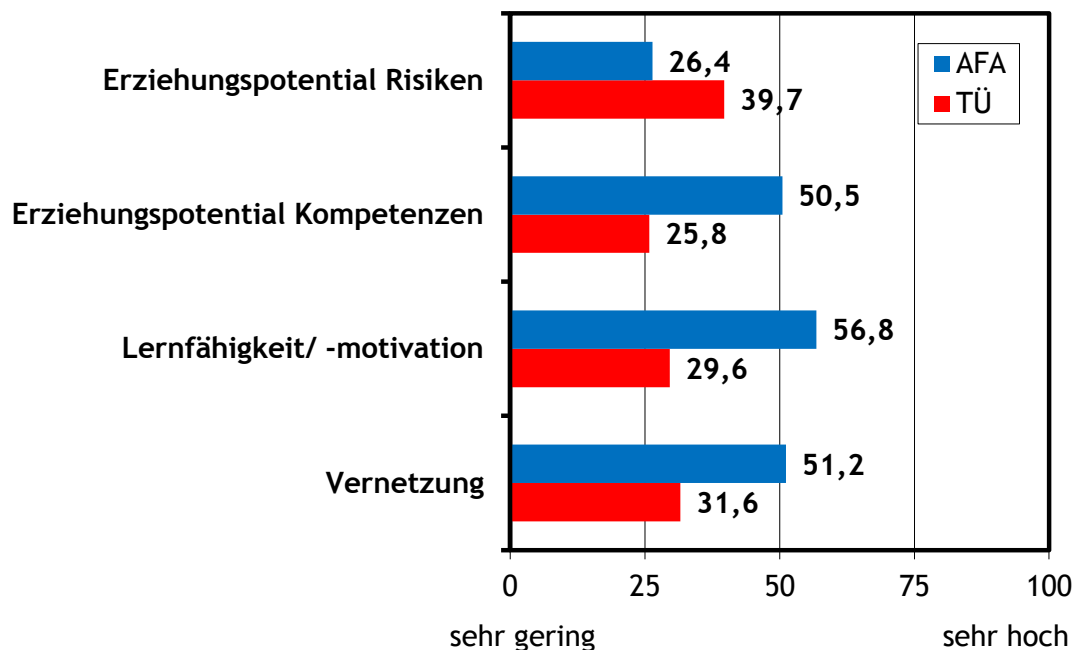


Abbildung 7: Kompetenzen und Risiken der Mütter

Die Mütter der TÛ-Kinder verfügen vor Beginn der Hilfe im Mittel nur über geringe Ressourcen, was die Bereiche Vernetzung, Lernfähigkeit/-motivation und Erziehungspotential Kompetenzen betrifft (vgl. Abb. 7). Bei den Müttern in den AFA-Familien fallen diese Werte durchgängig höher aus, erreichen aber absolut auch kein hohes Niveau, sondern werden eher als „mittel“ von den Fachkräften eingestuft. Immerhin scheinen mehr Ressourcen vorhanden zu sein, auf die in der Arbeit mit den Familien zurückgegriffen werden kann. In Bezug auf die Risiken lässt sich feststellen, dass diese für die Mütter der TÛ-Stichprobe zwischen „gering“ und „mittel“ angesehen werden und in der AFA-Stichprobe eindeutig als „gering“ eingestuft werden, sodass der Schwerpunkt der pädagogischen Arbeit in der AFA nicht auf einer weiteren Reduzierung der Risiken liegen muss, sondern gezielt an der Förderung und Weiterentwicklung der Kompetenzen gearbeitet werden kann.

Bei den Vätern zeigt sich ein durchaus vergleichbares Bild mit etwas höheren Risiken in beiden Hilfearten und geringeren Kompetenzen in der TÛ. Die Väter in der TÛ sind geringer vernetzt als die Mütter. In der AFA zeigen sich die Väter etwas besser vernetzt, aber alle nur im Bereich „gering“ bis „mittel“.

Als ein Ergebnis dieser hohen Belastungen in den Familien, deren Kinder in der Therapeutischen Übergangshilfe aufgenommen wurden, wurde von den Fachkräften in 74,0% der Fälle eine starke bis sehr starke Kindeswohlgefährdung wahrgenommen, die es letztlich unumgänglich machte, das Kind aus der Familie zu nehmen und fremd zu platzieren. Naturgemäß ist die Einschätzung der Kindeswohlgefährdung in den ambulant betreuten Familien sehr viel niedriger. Es ist eher bedenklich, dass bei 14,3 % der Familien noch eine starke Gefährdung angegeben wurde. Hier ist die Frage angebracht, ob eine ambulante Hilfe mit nur wenigen Wochenstunden die adäquate Hilfe darstellt und nicht eine intensivere Maßnahme hätte installiert werden müssen.

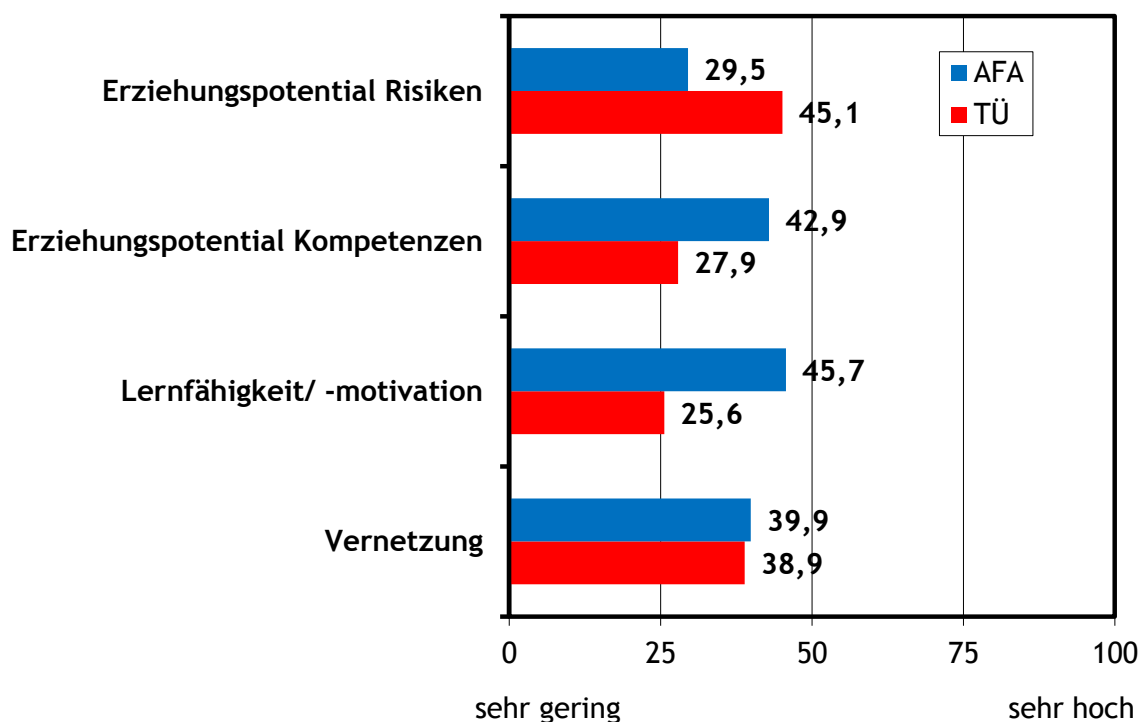


Abbildung 8: Kompetenzen und Risiken der Väter.

Zusammenfassung zur Ausgangssituation:

Sowohl die Kinder in der TÛ als auch in der AFA weisen eine starke Bindungsproblematik auf, die deutlich über den Werten bundesweiter Vergleichsstichproben aus der Evaluation erzieherischer Hilfen (EVAS) liegen. In der TÛ sind fast alle Kinder traumatisiert, bei der Hälfte der Kinder wurde eine PTBS diagnostiziert. Die traumatisierten Kinder in der AFA haben eine starke bis sehr starke emotionale Nähe zum Täter, der teilweise noch in der Familie lebt. Im bundesweiten EVAS-Vergleich haben Kinder in beiden Systemen eine höhere Symptombelastung und verfügen über geringere Ressourcen.

In Bezug auf die Eltern haben Mütter und Väter der AFA-Familien mehr Ressourcen als die Eltern der TÛ-Kinder.

2.2 Situation zum Hilfeende und Effekte der Hilfen

Neben der Veränderung von Ressourcen und Defiziten bei Eltern und jungen Menschen im Verlauf einer Hilfe, wird sehr häufig die Art der Beendigung der Maßnahme als ein Erfolgsfaktor der pädagogischen Arbeit herangezogen. Eine planmäßige Beendigung, die für die Forschung anhand der EVAS-Kriterien operationalisiert wurde, wurde definiert als ein Ende, dem alle am Hilfeprozess beteiligten Akteure zustimmen.

In den bundesweiten EVAS-Stichproben (und auch anderen Untersuchungen) findet sich ein Anteil von etwa 60 % für planmäßige Beendigungen, konkret liegt er für die zur TÜ parallelisierten EVAS-Stichprobe bei 60,9 % und für ambulante Hilfen nach § 31 SGB VIII bei 56,8 %. In den beiden untersuchten Hilfesystemen des Caritas-Kinder- und Jugendheims in Rheine werden sehr viel höhere Werte erreicht, in der TÜ liegt der Anteil der planmäßigen Beendigung bei 88,6 %, in der AFA bei 88,2 %. Dieser Befund ist ein wichtiger Indikator dafür, dass es den Fachkräften extrem gut gelingt, jungen Menschen, Sorgeberechtigte und Jugendamt in den Prozess der Hilfe einzubinden, sie an Entscheidungen zu beteiligen und auf diesem Hintergrund die Hilfe erfolgreich und für alle Beteiligten zufriedenstellend (im sehr positiven Sinne zu verstehen!) zu gestalten.

Es stellt sich die Frage, ob dieses äußerst positive Ergebnis evtl. auf eine längere Helfedauer zurückzuführen ist, also mehr Zeit dafür gebraucht wird, um die anderen Akteure für eine Kooperation zu gewinnen. Beim Vergleich mit den bundesweiten EVAS-Daten lässt sich diese Hypothese nicht bestätigen. Stationäre Maßnahmen bei Kindern bis zu einem Alter von 11 Jahren dauern im Durchschnitt 21,7 Monate, die Verweildauer in der TÜ liegt dagegen im Mittel bei 18,6 Monaten. Beim ambulanten Setting liegen diese Werte bei 15,2 Monaten (EVAS) und 16,0 Monaten (AFA).

Für die Therapeutische Übergangshilfe dokumentieren die pädagogischen Fachkräfte schon seit längerer Zeit verschiedene Kriterien bezüglich der Verweildauer der Kinder in der Hilfe. Dabei geben sie aufgrund ihrer Erfahrungen u. a. an, wie lange es dauern wird, bis die weitere Perspektive für das Kind geklärt ist und wie lange es im Anschluss dauern wird, bis die Überleitung in diese Perspektive vollzogen werden kann.

Durch einen Soll-Ist-Abgleich werden diese Einschätzungen der tatsächlichen Dauer gegenüber gestellt und Gründe für mögliche Verzögerungen (egal ob intern oder extern bedingt) festgehalten. Demnach könnte nach dieser Einschätzung/Prognose eine durchschnittliche Helfedauer von 13,1 Monaten ausreichen, um die Perspektive zu klären und deren Umsetzung abzuschließen. Die Differenz von 5,5 Monaten zur tatsächlichen Verweildauer ist in 25 von 41 während der Forschung beendeten Fällen auf Verzögerungen oder Probleme bei der Suche nach einem konkreten Platz in der fachlich passenden Perspektive begründet (vgl. Tabelle 7).

Im Durchschnitt verzögert das den Aufenthalt der Kinder in der TÜ um 5,0 Monate. In 21 Fällen tragen Eltern eine Verantwortung für die längere Helfedauer (Verzögerung von 4,2 Monaten), aber auch anhängige gerichtliche Klärungen oder Warten auf Gutachten bringen in 9 Fällen eine durchschnittliche Verlängerung von 3,8 Monaten.

Tabelle 7: Gründe für verlängerte Hilfedauer in der TÜ

	Anzahl	Durchschnittliche Monate
Suche nach Anschlussperspektive	25	5,0
Eltern	21	4,2
Richter/Gutachter	9	3,8
Sonstige Gründe (Einzelnennungen)	12	3,6

Veränderungen bei den Kindern

Die Veränderungen, die im Verlauf der Hilfe erzielt wurden, werden anhand der verschiedenen Kriterien zum Thema Bindung dargestellt und anhand der EVAS-Indices, bei denen wieder ein Vergleich zur bundesweiten EVAS-Stichprobe gezogen werden kann.

In Bezug auf die Bindungsstärke, die anhand verschiedener Aspekte erhoben wurde, ergaben sich im Verlauf der Hilfe bei den Kindern der Therapeutischen Übergangshilfe teilweise starke positive Effekte. Die größten Veränderungen fanden sich für „Suchen der Nähe der Hauptbezugsperson“ (eine Verbesserung von 11,6 Skalenpunkten) und für „Interaktion mit der Hauptbezugsperson“ (Verbesserung von 9,2 Skalenpunkten).

Die Kinder in den Familien der Ambulanten Familienarbeit zeigten bei diesen beiden Aspekten keine Veränderung. Es ist aber zu bedenken, dass das Ausgangsniveau deutlich höher war als in der TÜ. Weitere positive Ergebnisse gab es für „Identifikation mit der Hauptbezugsperson“, hier sogar in beiden Hilfesystemen (4,3 bzw. 4,5 Skalenpunkte). Die Stärke der Bindung an die Hauptbezugsperson wiederum verbesserte sich nur bei den Kindern in der AFA mit 4,6 Skalenpunkten (vgl. Abbildung 9).

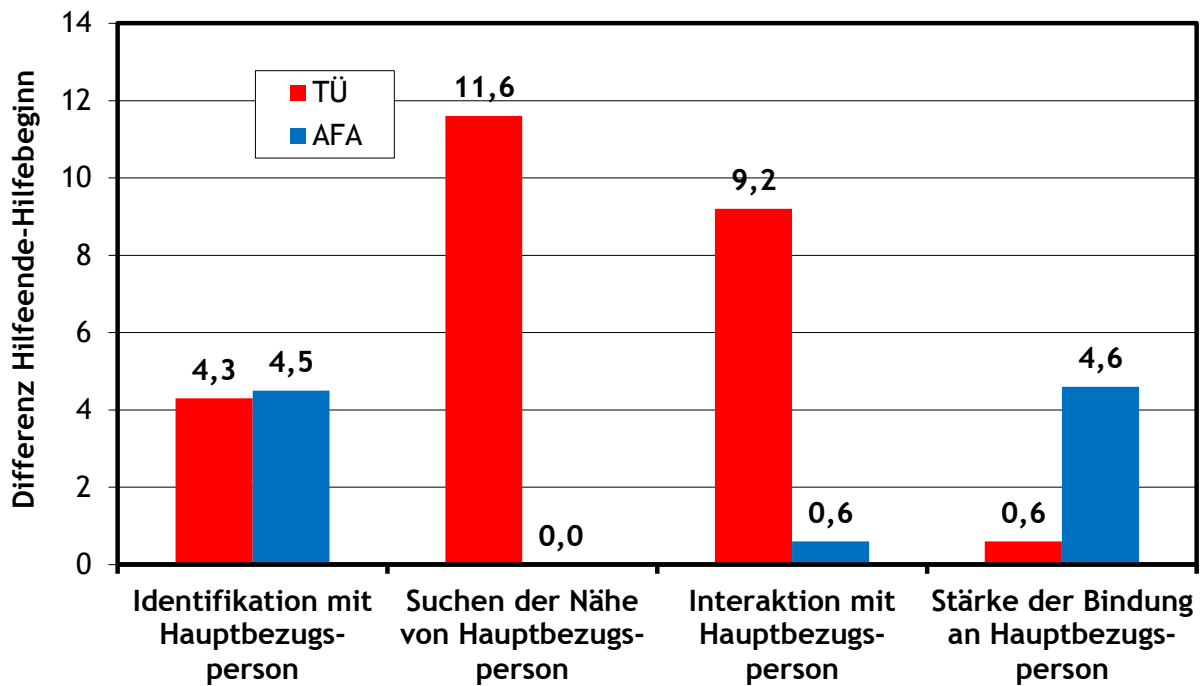


Abbildung 9: Veränderung der Bindungsstärke zwischen Hilfebeginn und Hilfeende

Auch in Bezug auf die Aspekte von Bindungsstörung nach Brisch gab es z. T. starke positive Veränderungen bei den Kindern. Aufgrund des höheren Ausgangsniveaus und der intensiven Arbeit an der Bindungsproblematik im stationären Setting, waren es vor allem wieder die Kinder in der Therapeutischen Übergangshilfe, die die stärksten Effekte aufzuweisen haben (vgl. Abbildung 10).

So nahmen die beiden Aspekte „Keine Anzeichen von Bindungsverhalten“ und „Distanzlosigkeit“ um ca. 20 Punkte ab (die entsprechenden Werte für die AFA Kinder liegen bei 4,7 bzw. 3,3). In Bezug auf ein „gehemmtes Bindungsverhalten“ profitierten die Kinder in beiden Hilfesystemen gleichermaßen, hier sank der zugehörige Wert um 12,2 bzw. 13,5 Punkte. Bei der „Rollenumkehr“ war der Rückgang sogar bei den AFA-Kindern stärker (10,4 Punkte) als bei den TÜ-Kindern (3,6)

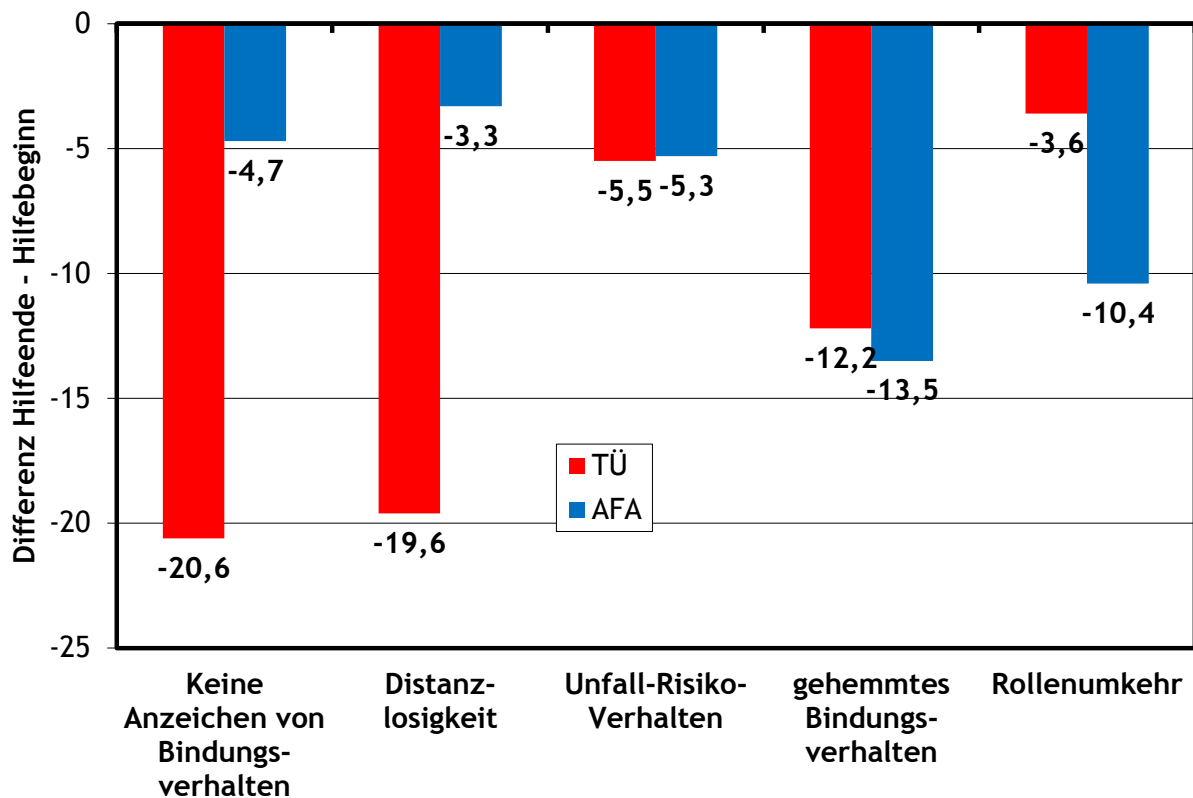


Abbildung 10: Veränderung bei Aspekten von Bindungsstörung zwischen Hilfebeginn und Hilfeende

Doch nicht nur bei diesen Aspekten von Bindungsstörung und Bindungsstärke ließen sich Verbesserungen erreichen, sondern auch die Ausprägungen der Bindungsmuster veränderten sich. Besonders auffallend ist die Abnahme von Bindungsmuster D (desorganisiert) bei den stationär untergebrachten Kindern in der TÜ (vgl. Abbildung 11). Dies ist insofern hochinteressant, da dieses Muster als ein Kennwert für das Verhalten nach einer erfolgten Traumatisierung angesehen werden kann und somit entsprechende Erfolge im Hinblick auf die starken Traumatisierungen der Kinder erzielt werden konnten. Ebenso erfreulich ist die gleichzeitige höhere Ausprägung von Verhaltensweisen einer sicheren Bindung (also Bindungsmuster B). Ähnliche Effekte, allerdings auf einem niedrigeren Niveau, ließen sich auch für die Kinder in den ambulant betreuten Familien nachweisen.

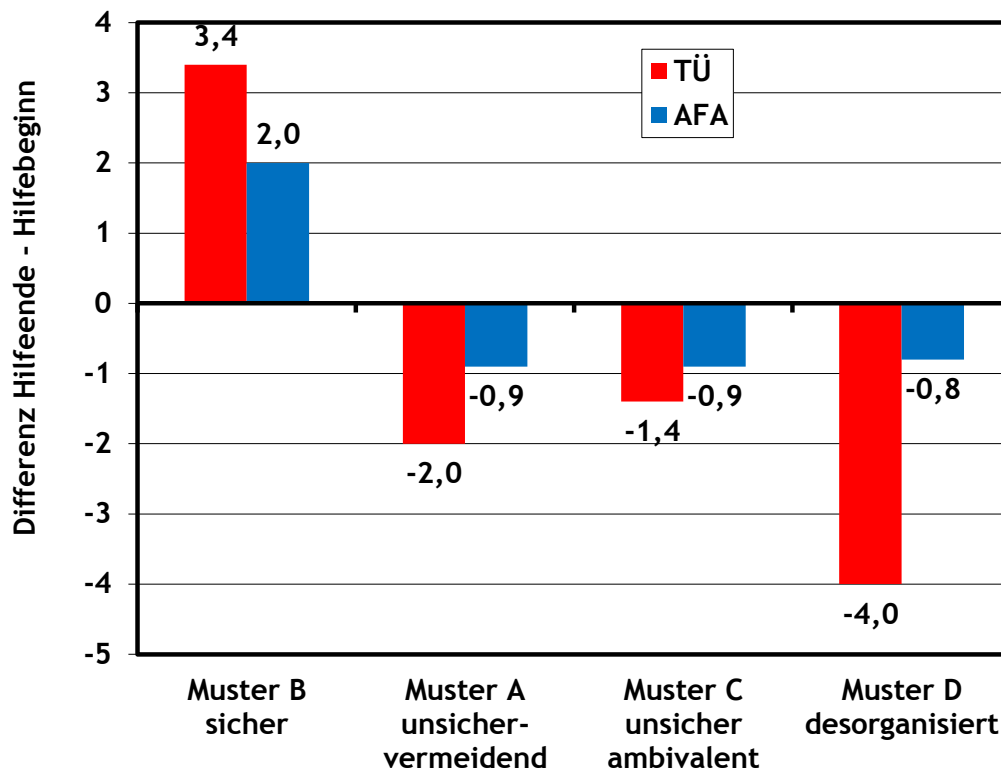


Abbildung 11: Veränderung der Bindungsmuster zwischen Hilfebeginn und Hilfeende

Wie erfolgreich die Arbeit der pädagogischen Fachkräfte in der Therapeutischen Übergangshilfe und der Ambulanten Familienarbeit ist, lässt sich ermessen, wenn man die Ergebnisse mit den entsprechenden Stichproben aus EVAS vergleicht.

In Bezug auf die Veränderungen von Symptomen und Defiziten gelten Verbesserungen von zehn Punkten auf den entsprechenden Indizes als hohe Effekte. Für den Bereich junger, stationär untergebrachter Kinder sinkt in der EVAS-Stichprobe der Wert für Symptome im Hilfeverlauf um 1,3 Punkte, gleichzeitig findet ein Ressourcenaufbau statt, der sich in einem Anstieg des Index um 5,1 Punkte ausdrückt. Die vergleichbaren Unterschiede zwischen Hilfebeginn und –ende in der Tü liegen um ein Mehrfaches darüber, die Symptomatik verringert sich im Mittel um 13,1 Punkte, die Ressourcen steigen um 14,1 Punkte (vgl. Abbildung 12).

Noch extremere Werte werden im ambulanten Setting erreicht. Liegt der Abbau von Symptomen bundesweit in der Sozialpädagogischen Familienhilfe bei guten 4,4 Punkten und der Aufbau von Ressourcen bei 5,3 Punkten, so kann die Ambulante Familienarbeit des Caritas-Kinder- und Jugendheimes Verbesserungen von 23,1 Punkten bei der Symptomatik und 23,6 Punkten bei den Ressourcen erreichen. Da der Fokus der pädagogischen Arbeit in der AFA auf der Arbeit mit den Eltern beruht, scheint es in vorbildlicher Weise gelungen zu sein, entsprechende Befähigungen bei den Müttern und Vätern zu aktivieren, die durch ein möglicherweise geändertes Erziehungsverhalten, die positive Entwicklung ihrer Kinder fördern.

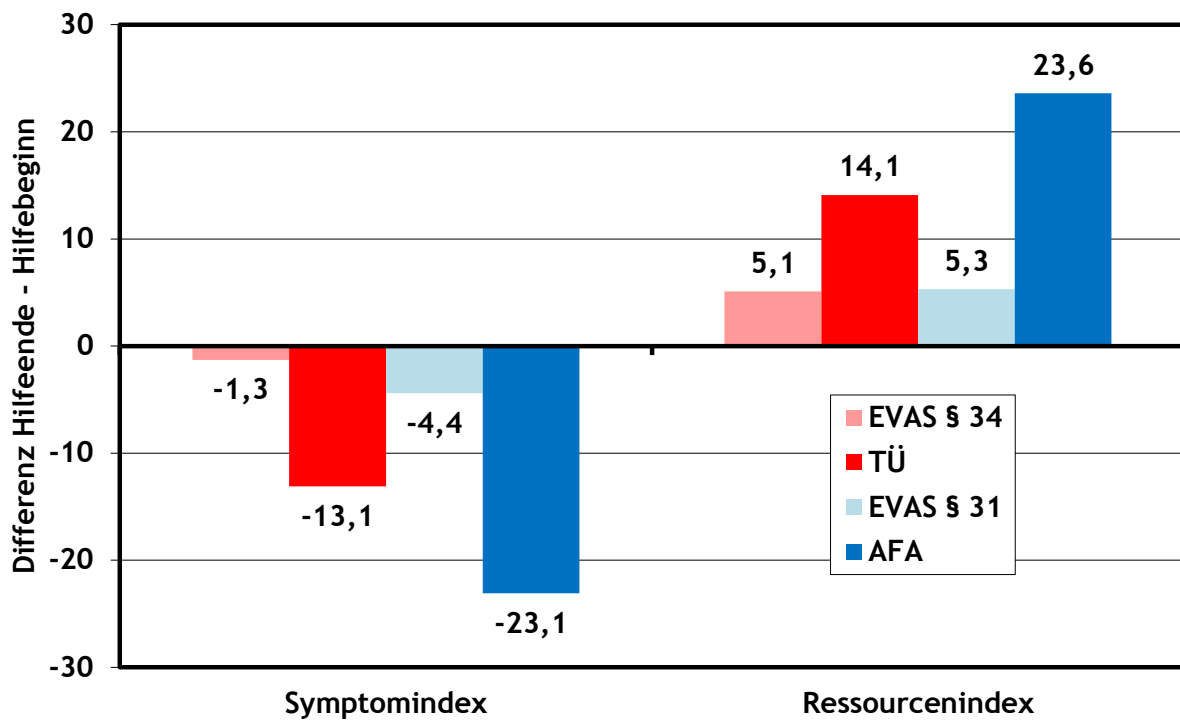


Abbildung 12: Veränderung des EVAS-Symptom- und –Ressourcenindex zwischen Hilfebeginn und Hilfeende

Veränderungen in der Familie und bei den Eltern

Interessant war es nun zu sehen, ob die aufgestellte Vermutung, dass die positive Entwicklung bei den Kindern in der AFA durch eine Veränderung bei den Eltern bewirkt sein könnte, sich auch bei den entsprechenden Kennwerten für Eltern und Familie nachweisen lässt.

Für die Familie insgesamt ergaben sich bei einigen Problemen, die das Zusammenleben in der Familie zu Beginn der Hilfe belasteten, wichtige Verbesserungen. In der TÜ-Stichprobe gab es deutliche Entlastung hinsichtlich „Paarkonflikten“, „unterschiedlichen Erziehungsvorstellungen“, „Gewalt/Erniedrigung“ und „Störungen durch den getrennt lebenden anderen Elternteil“. Bei diesen Kennwerten kam es zu einer Abnahme zwischen 10 und 15 Punkten (vgl. Abbildung 13). Eine (zeitweise) Fremdplatzierung kann nicht nur zum Nutzen des Kindes, sondern auch zum Nutzen der Familie insgesamt sein. Die Familie entlastet es und hat möglicherweise mehr Kraft und Energie, um sich um die Bearbeitung anderer Probleme zu kümmern und bessere Bedingungen für eine mögliche Rückkehr des Kindes zu schaffen.

Bei den von der AFA betreuten Familien fruchtet die pädagogische Intervention ebenfalls, allerdings auf einem niedrigen Level für „Paarkonflikte“, „unterschiedliche Erziehungsvorstellungen“ und „Gewalt/Erniedrigung“. Dafür scheinen die Eltern/Familien besser dafür gestärkt zu werden, sich vor Störungen von außen, insbesondere vom anderen, getrennt lebenden Elternteil und durch Andere im Familiensystem, zu schützen.

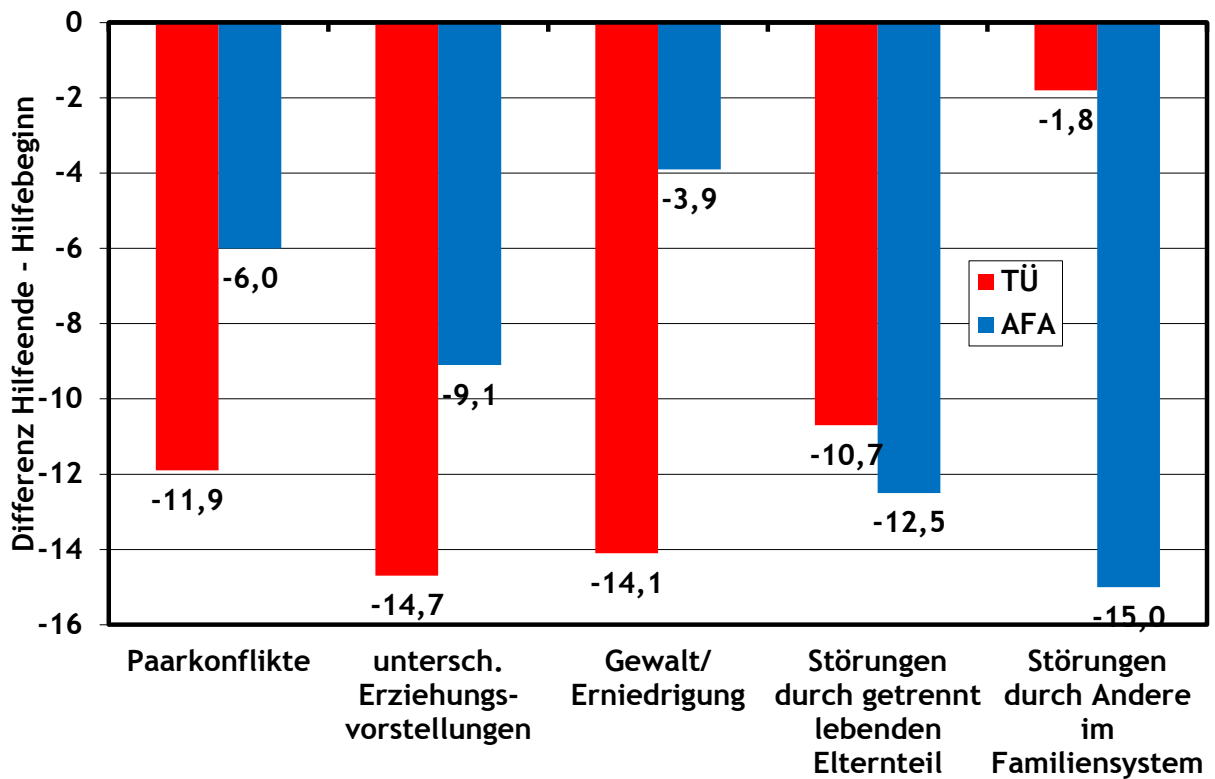


Abbildung 13: Veränderungen bei Problemen der Familie zwischen Hilfebeginn und Hilfeende

Betrachtet man die Veränderungen bezogen auf Mutter und Vater getrennt, ergibt sich im Vergleich zur familiären Problematik ein anderes Bild: Die Mütter, deren Kinder in der Tü fremdplatziert wurden, zeigen nur wenig Veränderungen hinsichtlich einzelner Erziehungs Kompetenzen, ein Indiz dafür, dass die entspanntere familiäre Situation nicht auf pädagogische Maßnahmen oder Interventionen zurückzuführen ist, sondern auf eine Beruhigung von Konflikten, bedingt durch die Herausnahme des Kindes. In der Praxis hat sich gezeigt, dass die pädagogischen Angebote der Tü für die Eltern nur in sehr geringem Umfang angenommen werden.

Ganz anders stellt sich das für die AFA dar. Anhand ausgewählter Indikatoren lässt sich deutlich machen, dass sich im Erziehungsverhalten durch gezielte Anleitung der Fachkräfte Einiges zum Guten hin verändert hat. So verstehen die Mütter nun viel besser den Zusammenhang zwischen eigenen Erfahrungen in ihrer Kindheit und ihrem heutigen Verhalten, sie verbringen mehr gemeinsame Zeit mit ihrem Kind/ihren Kindern und verteilen ihre Aufmerksamkeit nun besser. Sie haben außerdem gelernt, mehr Empathie zu zeigen, das Kind besser zu führen und auch Grenzen zu setzen (vgl. Abb. 14).

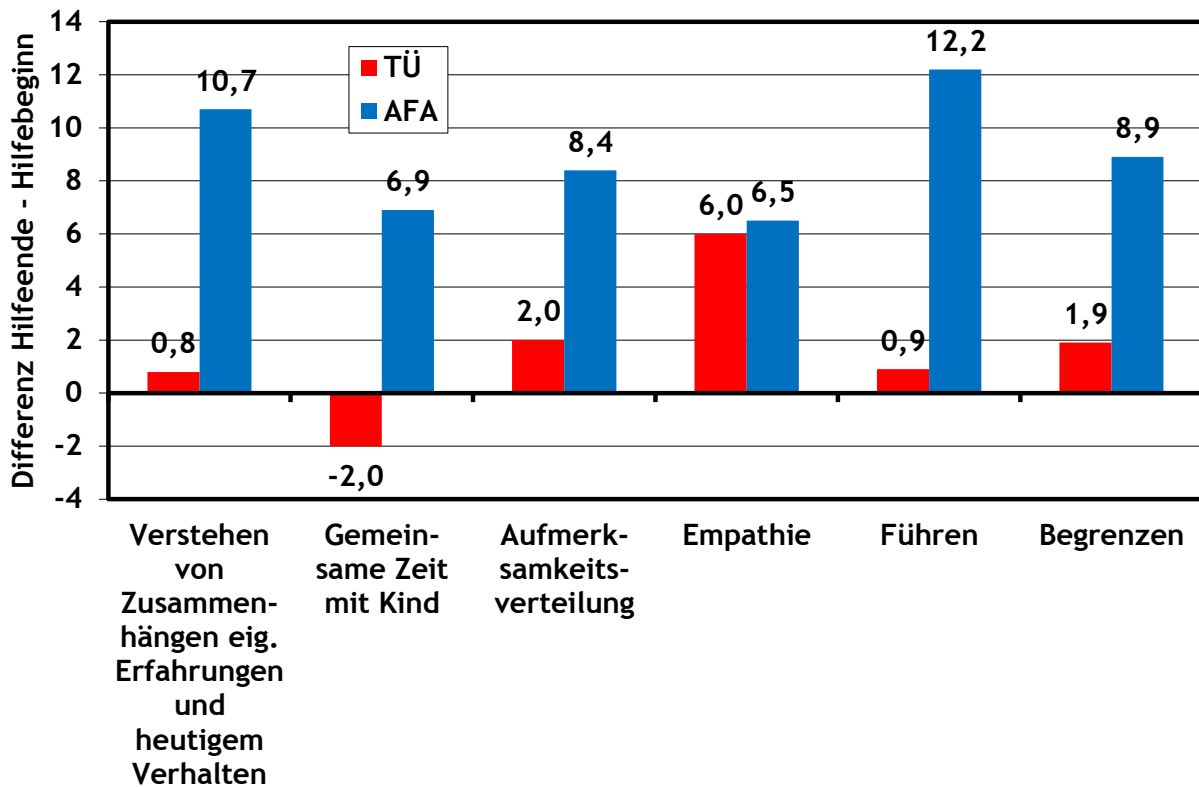


Abbildung 14: Veränderung der Erziehungskompetenzen der Mütter zwischen Hilfebeginn und Hilfeende

Was den Vater betrifft, können leider keine verlässlichen Aussagen zum Bereich der TÜ getroffen werden, da die Stichprobe mit Informationen zu den Vätern zu Hilfebeginn und Hilfeende zu klein war. Für die AFA lagen aber genügend Angaben zu den Vätern zu beiden Untersuchungszeitpunkten vor. Anhand dieser Daten wird offensichtlich, dass die Hilfe auch bei den Vätern angekommen ist. So sind es nicht nur Kompetenzen, die sich verbessern, sondern gleichzeitig nehmen Risiken wie Gewalt und Erniedrigung im Hilfeverlauf stark ab. Betrachtet man einzelne Erziehungskompetenzen beim Vater, so verbessert er sich vor allem hinsichtlich seines Durchhaltevermögen im Erziehungsalltag, der körperlichen Versorgung des Kindes und dem Verbringen von gemeinsamer Zeit. Weitere Faktoren, die sich bei ihm positiv entwickelten, sind die Strukturierung des Tages, das Zeigen von Empathie und, wenn nötig, das Begrenzen des Kindes (vgl. Abb. 15).

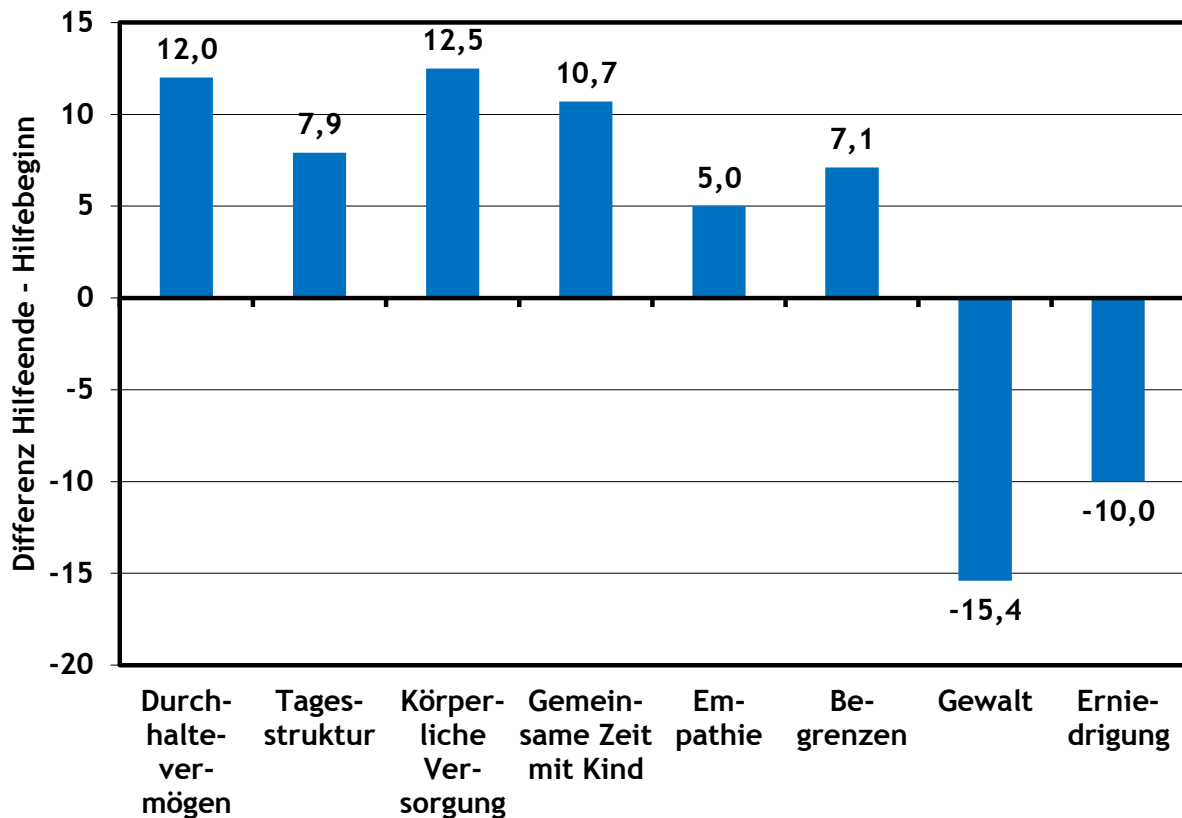


Abbildung 15: Veränderung der Erziehungskompetenzen und –risiken der Väter zwischen Hilfebeginn und Hilfeende

Zusammenfassung zum Hilfeende und den Effekten:

Der überwiegende Anteil der Hilfen wird planmäßig beendet, dies ist ein wichtiger Indikator für die hohe Fachlichkeit der pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in beiden Systemen. Im Vergleich mit anderen Jugendhilfemaßnahmen, anhand von EVAS, liegen die Kosten für die beiden Hilfeangebote in Rheine im bundesweiten Durchschnitt.

Insbesondere in der Tü nimmt die Bindungssicherheit der Kinder zu. In beiden Systemen gelingt ein weit überdurchschnittlicher Abbau von kindlichen Defiziten und Aufbau von Ressourcen (im Vergleich zu EVAS).

Sowohl in den Tü-Familien als auch in den AFA-Familien kommt es zu einem starken Abbau der familiären Problemlagen. Für die Therapeutische Übergangshilfe kann das vor allem mit der Herausnahme des Kindes aus der Familie erklärt werden, während es bei der Ambulanten Familienarbeit vorwiegend auf die intensive Arbeit mit den Eltern zurückzuführen ist. Dies kommt in der Stärkung der Erziehungsfähigkeit und in der hohen Zunahme elterlicher Ressourcen zum Ausdruck.

2.3 Stabilität der Anschlussperspektive

Der Fokus der fachlichen Arbeit in der Ambulanten Familienarbeit liegt naturgemäß darauf, die Eltern und damit die gesamte Familie so zu stärken, Ressourcen aufzubauen und Risiken zu minimieren, sodass die Kinder in der Familie verbleiben können.

Bei der Therapeutischen Übergangshilfe wird ebenfalls zunächst überprüft, inwieweit die Kinder nach der intensiven Maßnahme wieder in die Familie zurückgeführt werden können. Sollte dies aus fachlichen Gründen (hohe Wahrscheinlichkeit fortgesetzter Kindwohlgefährdung, Überlastung der Eltern, ...) nicht möglich sein, werden zunächst auf Dauer angelegte Pflegeverhältnisse (Pflegefamilien, Profi-Pflegefamilien mit besonderen Unterstützungsangeboten und fachlicher Qualifikation der Pflegeeltern und entsprechender Ausstattung), familienanaloge Unterbringungsmöglichkeiten oder schließlich andere stationäre Unterbringung in Betracht gezogen.

Zunächst zu den AFA-Familien: Wie es die starken positiven Effekte bei Kind und Eltern schon nahe legen, kann aus der Sicht der Fachkräfte im allergrößten Teil das Kind in der Familie verbleiben. Durch den Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist es gelungen, verschiedenste Ressourcen und Kompetenzen so weit zu stärken, dass die Erziehungsfähigkeit der Eltern wiederhergestellt werden konnte. So können in 76,5 % der Fälle die Kinder mit beiden oder einem leiblichen Elternteil zusammenwohnen, weitere 5,9% leben bei einem leiblichen Elternteil und dessen neuem Partner und nur 5,9 % der Kinder müssen stationär fremdplatziert werden, d. h. es ist also leider nicht gelungen, die Eltern entsprechend zu stärken. Darüber hinaus gibt es verschiedene Einzelnennungen oder einen Fall, bei dem die Wohnsituation unbekannt ist.

Die entsprechenden bundesweiten EVAS-Zahlen für ambulante Hilfen nach § 31 SGB VIII sehen etwas anders aus: Hier können nur knapp 2/3 der Kinder bei beiden Eltern oder einem Elternteil wohnen bleiben, 13,0 % leben bei einem Elternteil und dessen neuem Partner und immerhin jedes zehnte Kind (9,8 %) muss aus der Familie genommen werden.

In der TÜ sieht die Situation naturgemäß anders aus, nur 14,8 % der Kinder konnten wieder in ihre Herkunftsfamilie zurückkehren, für 38,9 % wurde eine familienanaloge Hilfeform gefunden, der größte Teil (46,3 %) musste jedoch aus fachlichen Erwägungen heraus, stationär untergebracht werden.

In Abbildung 16 werden diese Zahlen dem Ergebnis der ersten wissenschaftlichen Begleitforschung der TÜ in der 1990er Jahren gegenüber gestellt.

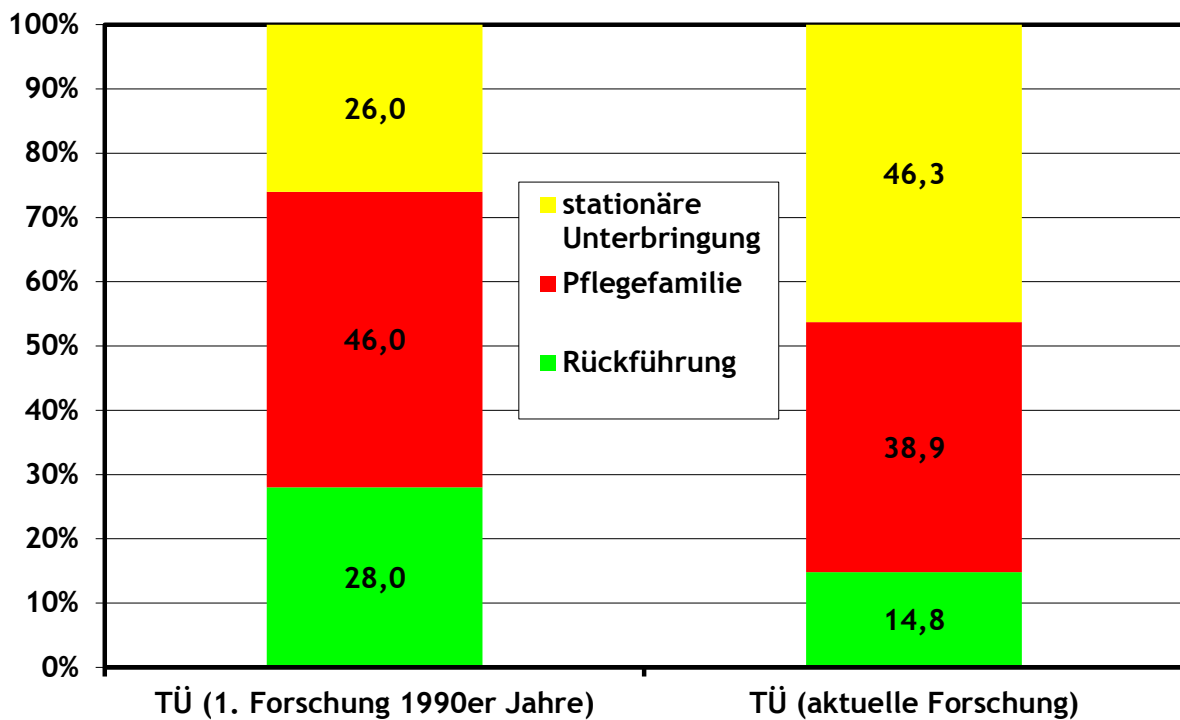


Abbildung 16: Vergleich der Verteilung der Anschlussperspektiven zwischen der 1. TÜ-Forschung in den 1990er Jahre und der aktuellen Forschung

Die Zunahme stationärer Anschlussperspektiven lässt sich – zumindest teilweise – mit dem höheren Alter der Kinder erklären. Dieses lag in der ersten Forschung 0,8 Jahre unter dem Mittelwert der aktuellen Stichprobe. Weiterhin fiel auf, dass für die Kinder mittlerweile schon mehr Hilfen in Anspruch genommen wurden, bevor sie in der TÜ aufgenommen wurden. Aufgrund einer unterschiedlichen Ausrichtung der Erhebungsinstrumente in den beiden Evaluationen, können leider keine direkten Aussagen dazu gemacht werden, ob es Unterschiede bei der Belastung oder der Ressourcenausstattung der Kinder zu Beginn der Hilfe gab und damit ein Anstieg der stationären Unterbringungen zu erklären sein könnte. Aber zumindest der Indikator der vorangegangenen Hilfen legt diese Interpretation nahe.

Der Anspruch, den die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der TÜ und auch die Fachkräfte in den anfragenden Jugendämtern haben, ist es, nach der intensiven Diagnostik, Therapie und Vorbereitung der Kinder auf die Zeit nach TÜ eine möglichst sichere und langfristige Perspektive für die Kinder zu finden. Insofern ist es von Interesse, wie viele der Kinder noch nach ein, drei oder fünf Jahren in den Anschlussperspektiven wohnen.

Aufgrund der internen Dokumentation im Caritas-Kinder- und Jugendheim, die schon unabhängig vom Forschungsprojekt durchgeführt wurde, war es möglich, eine relativ hohe Anzahl von Angaben zur Stabilität der Anschlussperspektive zu erhalten. Da ein entsprechendes Instrument für die AFA nicht vorliegt, konnte leider nur nach einem Jahr geschaut werden, ob sich die Kinder noch in der Wohnsituation wie zum Ende der AFA-Maßnahme befinden.

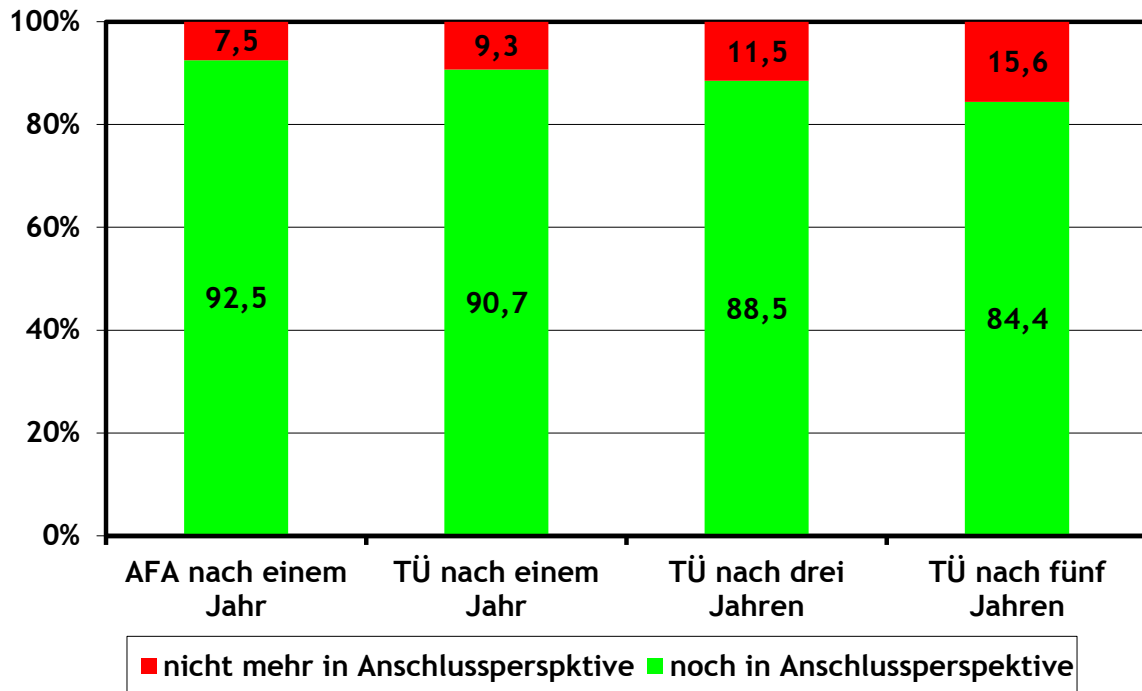


Abbildung 17: Stabilität der Anschlussperspektive nach einem Jahr (AFA und TÛ) bzw. nach drei und fünf Jahren (TÛ).

Der Verbleib in den Familien bzw. Anschlussmaßnahmen, die auf der Grundlage der während der Hilfe gesammelten Informationen und Erfahrungen gewählt wurden, weist zu allen Katamnese-Zeitpunkten eine hohe Stabilität auf (vgl. Abbildung 17). Nach einem Jahr liegt sie bei 90,7 % für die TÛ und sogar bei 92,5 % für die AFA. Nach drei Jahren befinden sich noch 88,5 % und nach fünf Jahren noch 84,4 % der Kinder aus der TÛ in den empfohlenen Anschlussperspektiven.

Aus Sicht der Forschung und wahrscheinlich auch der Praxis wäre es hochinteressant, den Aspekt der Nachhaltigkeit und der Stabilität der Anschlussperspektiven weiterhin standardisiert zu erfassen, um zu einem späteren Zeitpunkt vertiefte Aussagen machen zu können und evtl. die Art der Anschlussperspektive auch mit anderen Variablen zu Hilfebeginn oder aus dem Hilfeverlauf verknüpfen zu können.

Zusammenfassung zur Anschlussperspektive:

Ein sehr hoher Anteil der Kinder kann nach dem Ende der Ambulanten Familienarbeit in den Familien verbleiben. Dieses Ergebnis ist auch ein Jahr nach Hilfeende stabil.

Alle Anschlussperspektiven, die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Therapeutischen Übergangshilfe in Einvernehmen mit den Jugendämtern empfohlen wurden, weisen ebenfalls eine hohe Stabilität auf (sowohl ein, drei als auch fünf Jahre nach dem Ende der Hilfe).

Im Vergleich zur ersten TÜ-Forschung, Ende der 1990er Jahre, können mittlerweile weniger Kinder rückgeführt werden, sondern müssen in Pflegefamilien, Profi-Pflegefamilien, familienanaloge Wohnformen oder andere stationäre Settings vermittelt werden.



2. Zusammenfassung

(Timo Herrmann, IKJ)

In der vorliegenden prospektiven Studie über mehr als vier Jahre werden Hilfeverläufe von insgesamt 240 Kindern und deren Familien in den zwei Hilfesystemen Therapeutische Übergangshilfe (TÜ) und Ambulante Familienarbeit (AFA) des Caritas-Kinder- und Jugendheimes in Rheine dargestellt. Dabei werden Daten an bis zu fünf verschiedenen Zeitpunkten erhoben: Hilfebeginn, Hilfeende, ein Jahr, drei Jahre und fünf Jahre nach Hilfeende. Schwerpunkte der Erfassung liegen auf der Dokumentation der Ausgangssituation der jungen Menschen und deren Eltern, den im Hilfeverlauf erzielten Effekten sowie der Art und der Stabilität der Anschlussperspektive.

Wann kann ein Kind in der Familie bleiben?

Zum Vergleich der Ausgangssituation

Sowohl die Kinder in der TÜ als auch die in der AFA weisen zum Beginn der Hilfe eine höhere Symptombelastung auf als Kinder aus vergleichbaren Stichproben der Evaluation erzieherischer Hilfen (EVAS). Gleichzeitig sind weniger Ressourcen vorhanden, auf die im weiteren Hilfeverlauf aufgebaut werden könnte.

In der TÜ haben fast alle Kinder über einen längeren Zeitraum in traumatisierenden Verhältnissen gelebt, bei etwa der Hälfte der Kinder führte das zu einer vorliegenden posttraumatischen Belastungsstörung. Mangelndes Bindungsverhalten als Symptom ist ebenfalls häufiger vorhanden, als bei den vergleichbaren EVAS-Stichproben.

Die Bindungsproblematik hinsichtlich verschiedener Aspekte von Bindungsstörung, Bindungsmuster und Stärke der Bindung ist bei den TÜ-Kindern stärker ausgeprägt als bei den Kindern im ambulanten Setting.

Die Ressourcen der Eltern sind in den Familien der Ambulanten Familienarbeit höher als bei den Eltern der Kinder in der Therapeutischen Übergangshilfe. Die erheblichen familiären Probleme liegen unterhalb des Problemgrades der TÜ-Eltern.

Deutlich wird, dass nur schwerwiegende Gründe zu einer Unterbringung von Kindern in der stationären Therapeutischen Übergangshilfe führen. Diese sind vor allem:

1. „Elternlosigkeit“ im bindungspsychologischen Sinne, wenn ein Kind distanzlos agiert oder kein Bindungsverhalten zeigt
2. Akute oder starke Kindeswohlgefährdung
3. Mangelnde elterliche Ressourcen der Hauptbezugsperson, meist der Mutter, nach vielen vorangehenden ambulanten oder stationären Hilfen

Traumatisierungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, sonstige Bindungsproblematiken oder –störungen, geringe Ressourcen und viele Defizite auf der Seite der Kinder sind alleine keine eindeutigen Indikatoren für eine Fremdunterbringung von Kindern. Sie verlangen jedoch eine verantwortungsvolle diagnostische Gesamtbeurteilung und eine hoch fachliche Unterstützung der Familie.

Welche Hilfe erzielt welche Effekte?

Die Hilfen werden zu einem sehr hohen Anteil planmäßig beendet. Dies spricht für ein starkes Engagement der Fachkräfte im Kinderheim und im Jugendamt, denen es gelingt, die Kinder und Sorgeberechtigten für eine Kooperation zu gewinnen.

In der TÜ könnte die durchschnittliche Hilfedauer von 18,6 Monaten verkürzt werden, wenn es schneller gelänge, zusammen mit den Eltern, dem Jugendamt und ggf. Gerichten eine dauerhafte Lebensperspektive zu entwickeln und Plätze in passenden Anschlussperspektiven zu finden.

Die Kinder in beiden Hilfesystemen profitieren überdurchschnittlich stark in Bezug auf Abbau von Symptomen und Aufbau von Ressourcen, die Werte liegen teilweise um ein Mehrfaches über den Werten der parallelisierten EVAS-Stichprobe. Bindung und Bindungsbereitschaft entwickeln sich während der Unterbringung in der TÜ deutlich positiv. In der Ambulanten Familienarbeit zeigen die vor allem auf die Familie, insbesondere auf die Mutter, gerichteten Interventionen erkennbare positive Effekte für die Kinder.

Die familiäre Situation verbessert sich sowohl bei den TÜ- als auch bei den AFA-Familien. Die Herausnahme des Kindes bei einer kooperativen Zusammenarbeit mit den Fachkräften trägt bei den TÜ-Familien offensichtlich zu einer Entspannung in der Familie bei. Im ambulanten Setting führt die Intervention der Fachkräfte zum Kompetenzgewinn der Familie und zur Steigerung der Erziehungsfähigkeit der Mütter und Väter.

Art und Stabilität der Anschlussperspektive

In den ambulant betreuten Familien gelingt es, die Situation so weit zu verbessern, dass die Kinder trotz der massiven Ausgangsbelastung in der Familie verbleiben können. Dieses Ergebnis ist auch ein Jahr nach Ende der Hilfe weitestgehend stabil.

Bei den hoch belasteten TÜ-Kindern, deren Eltern über wenige Erziehungsressourcen verfügen, können 14,8 % in die Familie rückgeführt werden. Ein Anteil von 46,3 % wird im Anschluss stationär

untergebracht. 38,9 % der Kinder werden in Pflegefamilien oder familienanaloge Hilfesettings vermittelt.

Die Stabilität dieser Anschlussperspektiven ist auch nach fünf Jahren noch sehr hoch und liegt bei 84,4 %. Die Wahrscheinlichkeit der Stabilität nimmt nach einem Jahr zu.





Herausgegeben von:
Caritas-Kinderheim-Gesellschaft
Unlandstraße 101, 48431 Rheine
Telefon 05971 4002-0
Telefax 05971 4002-60
kinderheim@caritas-rheine.de
www.caritas-kinderheim-rheine.de