

Evaluation des Projektes „Hometreatment Aargau – Familienarbeit im Kanton Aargau“ Jahresbericht 2016

Verfasser(innen):
Dr. Paula Krüger und Patrick Zobrist
Institut Sozialarbeit und Recht, Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Luzern, April 2017



Management Summary

Hometreatment Aargau (HotA) richtet sich mit seinem Angebot der aufsuchenden Familienarbeit an Familien in Multiproblemsituationen, insbesondere an Familien mit psychisch erkrankten Eltern und/oder Kindern. Die aufsuchende Familienarbeit ist fachärztlich geleitet/koordiniert und interdisziplinär ausgestaltet. Die im Rahmen des Pilotprojektes bis 2014 gestartete Evaluation durch die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit wird kontinuierlich und im reduzierten Umfang weitergeführt. Es wurden die Leistungen, der Nutzen, die Akzeptanz sowie die Effektivität der Angebote untersucht. Im vorliegenden Evaluationsbericht werden die Befunde für das Jahr 2016 präsentiert. Die Daten wurden mit standardisierten Instrumenten aus unterschiedlichen Perspektiven erhoben. Im Mittelpunkt der Evaluation stand die Untersuchung der psychosozialen Problemlagen der Familien vor und nach der Intervention. Die wichtigsten **Kennzahlen** für 2016:

- HotA hat 127 Familien aufgenommen, davon 8 aus dem Kanton Solothurn; 121 Fälle konnten abgeschlossen werden und Ende 2016 hatte HotA einen „Bestand“ von 136 Familien, von denen 6 im Langzeitprojekt betreut wurden und 10 im Migrationsprojekt. Für die Evaluation lagen Daten von 140 Familien bei Fallaufnahme, 88 Familien bei Fallabschluss und von 62 Familien zu beiden Zeitpunkten vor. Die Zuweisungen erfolgten zu 66 % aus dem medizinischen System, 21 % aus dem sozialen System und 10 % aus dem schulischen Umfeld. Die Indexpatient(inn)en waren in knapp 60 % der Fälle die Kinder der Familien.
- In 45 % der von HotA aufgenommenen Familien war ein Elternteil alleinerziehend, ein hoher Teil der Eltern erwerbstätig, aber gut 1/4 der Mütter und 1/5 der Väter verfügten nur über eine geringe Bildung. Ca. 20 % der Familien bezogen Sozialhilfe. In knapp 1/4 der neu aufgenommenen Familien wurde eine andere Muttersprache als Deutsch gesprochen.
- Die Kinder waren mehrheitlich im Primarschulalter, in 40 % der Familien hatte ein Elternteil und in 16 % ein Kind körperliche Erkrankungen, Behinderungen oder Beeinträchtigungen. Bei 59 % der Familien war mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt, meisten waren dies die Mütter. Mehrheitlich wurden affektive Störungen diagnostiziert. In ebenfalls 59 % der Familien litten die Kinder an einer psychischen Störung, mehrheitlich waren dies hyperkinetische Störungen. In knapp einem Viertel der Familien waren sowohl die Elternteile als auch die Kinder von einer psychischen Störung betroffen. Alkohol- und Drogenprobleme waren nur bei einem geringen Teil der Eltern zu beobachten (3 % resp. 6 %). In 29 % der Familien war es zu Vorfällen von häuslicher Gewalt gekommen. In 30% der Fälle bestand eine Kinderschutzmassnahme.
- Das Verhalten der Kinder wurde bei der Aufnahme durch die Eltern als auffällig eingeschätzt (SDQ-Gesamtscore 18,64), das familiäre Funktionieren gesamthaft ebenfalls als deutlich problematisch (FB-A-Gesamtscore 65,82). Auch die Fachleute von HotA haben das familiäre Funktionieren durchschnittlich als deutlich dysfunktional eingeschätzt (90 % der Fälle).
- Die Interventionen dauerten durchschnittlich zwischen 10-12 Monaten, wobei nur zu wenigen Fällen entsprechende Angaben vorlagen. Die häufigsten Interventionsziele betrafen die Bewältigung und Strukturierung des Alltages, die Stärkung des Erziehungsverhaltens, die Einhaltung von Regeln/Grenzen sowie die Stärkung der Elternrolle. Die Beurteilung der Zielerreichung aus verschiedenen Perspektiven war bei rund 90 % „sehr gut“ bis „gut“. Während die Problembelastung der Kinder aus Sicht der Eltern bei Fallabschluss tendenziell etwas geringer war, war das Bild in Bezug auf das familiäre Funktionieren uneinheitlich. Aufgrund der geringen Fallzahlen sind die Veränderungen in der Selbsteinschätzung der Familien bezüglich des familiären Funktionierens (FB-A) jedoch als Tendenzen zu verstehen.

Luzern, 11. April 2017

Seite ii

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

Die Befunde für das Jahr 2016 werden von den Evaluatoren positiv beurteilt, insbesondere ist es gelungen, den im Vergleich zum Pilotzeitraum 2015 deutlich erhöhten Anteil psychisch erkrankter Kinder zu halten. Die Empfehlungen betreffen in erster Linie methodische Aspekte. Darüber hinaus wird vorgeschlagen, weiterhin auf die sorgfältige Dokumentation der Verlaufsbeobachtungen zu achten.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	v
Abbildungsverzeichnis.....	v
Abkürzungsverzeichnis.....	vi
Vorbemerkungen: Ausgangslage und Auftrag.....	1
1. Evaluationsgegenstand: Das Projekt „Hometreatment Aargau“.....	2
1.1. Zusammenfassung der Ergebnisse der Evaluation des Pilotprojektes (2012-2014) und des Jahresberichts 2015.....	4
2. Evaluationsfragen und methodische Herangehensweise.....	6
2.1. Evaluationsfragen.....	6
2.2. Evaluationsdesign.....	6
2.3. Methoden und Instrumente.....	7
2.3.1. Verlaufs- und Leistungsdokumentation (Basisdokumentation).....	7
2.3.2. Standardisierte Befragung der Familien.....	8
2.3.3. Grundlage der Auswertungen.....	8
3. Ergebnisse.....	9
3.1. Aufgenommene Fälle.....	9
3.2. Sozio-demografische Merkmale der Familien.....	10
3.3. Psychosoziale Problemlage und Ziele der Familien vor und nach der Intervention.....	11
3.3.1. Körperliche und psychische Gesundheit der Familienmitglieder.....	11
3.3.1.1. Körperliche und psychische Gesundheit der Familienmitglieder vor der Intervention.....	11
3.3.1.2. Körperliche und psychische Gesundheit der Familienmitglieder nach der Intervention...	14
3.3.2. Finanzielle Situation der Familien vor und nach der Intervention.....	15
3.3.3. Funktionsniveau der Familien vor und nach der Intervention nach Einschätzung der HotA-Mitarbeitenden.....	16
3.3.4. Häusliche Gewalt und Delinquenz vor und nach der Intervention.....	17
3.3.5. Ressourcen, Probleme und Funktionalität der Familien (Selbstbeurteilung).....	17
3.3.5.1. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).....	17
3.3.5.2. Funktionalität der Familien: Allgemeiner Familienbogen (FB-A).....	19
3.4. Ziele der Familien vor der Intervention und Zielerreichung nach Abschluss.....	20
3.4.1. Zielerreichung nach der Intervention.....	21

Luzern, 11. April 2017

Seite iv

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

3.5. Subjektive Wirkfaktoren und hinderliche Faktoren für die aufsuchende Familienarbeit aus Sicht der beteiligten Akteure.....	22
3.6. Gründe für die Beendigung der Familienarbeit.....	23
3.7. Zivilrechtliche Kindesschutzmassnahmen vor und nach der Intervention.....	23
3.8. Fremdplatzierungen vor und nach der Intervention	24
3.9. Nutzen, Zufriedenheit und Akzeptanz von HotA aus Sicht der Familien.....	24
3.10. Limitationen.....	25
4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	26
4.1. Leistungen von HotA	26
4.1.1. Ambulante Versorgung von Multiproblemfamilien	26
4.2. Zufriedenheit, Nutzen und Akzeptanz – Sicht der Betroffenen.....	28
4.3. „Effektivität“ der Familienarbeit: Verbesserung der psychosozialen Problemlagen der Familien	28
5. Fazit	29
6. Literatur	30

Anhang: Ergänzende Tabellen

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1: Datengrundlage Auswertungen Abschlussbericht	9
Tabelle 3.1: Psychische Erkrankungen der Eltern in den Familien bei Fallaufnahme ([Verdachts-] Diagnosen)	12
Tabelle 3.2: ICD-10-Diagnosegruppen „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kindseltern, prä) 12	
Tabelle 3.3: ICD-10-Diagnosegruppen „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kinder, prä, n = 66)	13

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1: Alter der minderjährigen Kinder im Haushalt (N = 153)	11
Abbildung 3.2: GARF-Werte vor und nach der Intervention	16
Abbildung 3.3: Verhaltensauffälligkeiten und -stärken (SDQ-Elternbogen prä-post; N = 20)	19
Abbildung 3.4: Funktionalität der Familien (Selbsteinschätzung, FB-A, prä-post; N = 9).....	20
Abbildung 3.5: Zielerreichungsgrad (N=20-25)	21

Abkürzungsverzeichnis

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

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

Vorbemerkungen: Ausgangslage und Auftrag

Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit wurde mit der formativen und summativen Evaluation des Projektes „Hometreatment Aargau – Familienarbeit im Kanton Aargau“ (HotA) während der dreijährigen Projektdauer von November 2011 bis Oktober 2014 beauftragt. Als Auftraggeber zeichnet die Firma „Hometreatment Organisation HTO GmbH“ mit Sitz in Aarau, die Trägerschaft von HotA. Grundlage der Evaluation ist die Offerte der Hochschule Luzern vom 08. April 2011 und die Vereinbarung zwischen dem Auftraggeber und der Hochschule Luzern vom 16. November 2011. Im Juli 2013 wurde ein ausführlicher Zwischenbericht erstattet, der im Sinne einer Baseline-Erhebung die von HotA adressierte Zielgruppe ausführlich beschrieben und die Stärken und Schwächen des Projektes identifiziert hat (Krüger & Zobrist, 2013). Der Schlussbericht des Pilotzeitraumes wurde im April 2015 erstattet. Gleichzeitig wurde zwischen HotA und der Hochschule Luzern eine kontinuierliche externe Evaluation der Angebote vereinbart, die in Form eines jährlichen Berichtes die wichtigsten evaluationsbezogenen Aspekte ausweisen soll. Im Fokus steht die Dokumentation der Leistungen von HotA sowie die Effektivität der aufsuchenden Familienhilfe. Der Bericht dient sowohl der internen Standortbestimmung für die Geschäftsleitung von HotA als auch der externen Legitimation.

Der vorliegende Bericht wurde von den Evaluatoren in Orientierung an den einschlägigen Standards der Evaluationsforschung verfasst und berücksichtigt insbesondere die Ansprüche an Korrektheit, Genauigkeit und Vollständigkeit der Aussagen. Die Evaluatoren sind vom Auftraggeber und weiteren Akteuren im Umfeld von HotA unabhängig und ohne Interessenbindungen. Die im Bericht aufgeführten Ergebnisse stützen sich auf die von HotA erhobenen Daten und eingereichten Materialien sowie auf die durch die Evaluatoren durchgeführte telefonische Nachbefragungen von Familien. Im Zusammenhang mit der Datenerhebung und -auswertung von schützenswerten Personendaten haben sich sämtliche an der Evaluation beteiligten Personen gegenüber dem Auftraggeber schriftlich zum strikten Stillschweigen und Schutz der verarbeiteten Daten verpflichtet. Die betroffenen Personen wurden von HotA schriftlich und mündlich über die Rahmenbedingungen der Evaluation, Datenschutzaspekte sowie über die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Evaluation informiert; sie haben der Verarbeitung ihrer Daten schriftlich zugestimmt. Die Rohdaten der telefonischen Familienbefragung verbleiben im Besitz der Hochschule Luzern und werden weder dem Auftraggeber noch Dritten zugänglich gemacht. Die Ethikkommission der Nordwest- und Zentralschweiz hat am 21. Juli 2014 festgehalten, dass die Evaluationsanlage des Pilot-Projektes nicht dem neuen Humanforschungsgesetz (ab 01. Januar 2014) unterstellt und prüfungspflichtig ist und festgestellt, dass die eingereichten Unterlagen den einschlägigen ethischen Grundsätzen entsprechen. Die vorliegende kontinuierliche Evaluation geht methodisch nicht über das ursprünglich bei der Ethikkommission eingereichte Design hinaus.

Der vorliegende Schlussbericht ist in fünf Kapitel gegliedert. Nach einer kurzen Darstellung des Projektes HotA, der zentralen Ergebnisse der Evaluation des 3-jährigen Pilotprojektzeitraums sowie des Jahresberichts 2015 (Kap. 1), werden das Evaluationsdesign sowie die verwendeten Methoden und Instrumente vorgestellt (Kap. 2). Anschliessend folgen die Darstellung und Diskussion der Ergebnisse (Kap. 3) sowie Schlussfolgerungen und die aus den Befunden abgeleiteten Empfehlungen (Kap. 4). Der Jahresbericht schliesst mit einem kurzen Fazit (Kap. 5).

Luzern, 11. April 2017

Seite 2

Krüger & Zobrist: „Hometreatment Aargau“ (Jahresbericht)

1. Evaluationsgegenstand: Das Projekt „Hometreatment Aargau“

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

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

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

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

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

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

- ambulante aufsuchende Versorgung von Multiproblemfamilien,
- professionelle Indikationsstellung,
- qualitativ hoch stehende aufsuchende Interventionen für Multiproblemfamilien und deren Koordination,
- „schlanke“ und effiziente Strukturen und Abläufe,
- Unterstützung der professionellen Akteure bei der Indikationsstellung,
- Entlastung der professionellen Akteure,
- verbesserte Wirkungen durch Kooperation,
- Verbesserung der Versorgungssituation im psychiatrischen/sozialpädagogischen Übergangsbereich,

Luzern, 11. April 2017

Seite 3

Krüger & Zobrist: „Hometreatment Aargau“ (Jahresbericht)

- Verbesserung der psychosozialen Lage der Familien und psychisch kranken Menschen in ihren Familien,
- Verminderung der Kindeswohlgefährdung,
- Vermeidung von Fremdplatzierungen (vgl. HotA, 2011; www.hota.ch).

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

- Familien mit Migrationshintergrund: spezifisches Behandlungskonzept, welches die sprachlichen Barrieren und die kulturspezifischen Bedürfnisse abdecken will¹
- Dauerbegleitung bei ausgeprägten chronisch-psychiatrischen Erkrankungen: weitergehende Interventionen als lösungs- und kurzfristige Ausrichtung der bestehenden Familienarbeit – in Abstimmung mit weiteren ambulanten Betreuungsangeboten
- ADHS-betroffene Familien: spezifische Interventionsansätze
- Familien mit depressiv erkrankten Müttern: ressourcen- und kooperationsorientierte Interventionen, Einsatz von Videofeedback
- Mütter mit emotional instabiler Persönlichkeit: Fokus auf Beziehungsgestaltung und Krisenstabilität
- Mütter mit psychotischen Erkrankungen: konstante Begleitung, soziale Vernetzung und Reduktion von Stressoren
- Eltern mit begrenzten intellektuellen Ressourcen

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

Methodisch positioniert sich HotA mit seinen Leistungen seitdem wie folgt:

„Die gemeinsame Grundhaltung der Therapeuten bei HotA ist gekennzeichnet durch therapeutische Werteneutralität, durch situative methodische Flexibilität, durch Ressourcen- und Resilienzorientierung. Daraus resultiert eine systemisch-lösungsorientierte Denk- und Handlungsweise, die von allen Mitarbeitern von HotA angewandt wird. Massgeschneiderte Interventionen sollen beim Kind und bei den Eltern eine Reduktion von dysfunktionalen Mustern bewirken, indem sie auf Interaktionen und Dynamiken in der Familie fokussieren und vor Ort umsetzbar werden. Die Behandlung von Kindern und Erwachsenen erfolgt durch dieselbe Therapeutin bzw. denselben Therapeuten und auch die fallbegleitende Leitungsperson bleibt in der Regel die gleiche. Das Methodenrepertoire der Mitarbeitenden ist multimodal. Die prozess- und motivationsorientierte Arbeit erfolgt unter partnerschaftlichem Einbezug der Inpatienten und ihrer Familien. Die Diagnostikphase erfolgt transparent unter Einbezug der Familie und führt zur Formulierung der individuellen Behandlungsziele. Diese werden in Standortbestimmungen regelmässig evaluiert und angepasst. Die FamilienarbeiterInnen von HotA werden mit fachärztlich-psychotherapeutischer Fallbegleitung und mit systemisch-lösungsorientierter Supervision angeleitet“ (HotA, 2013a, S. 1).

HotA wird fachärztlich und pädagogisch in Co-Leitung geführt, und die Leistungen werden von einem interdisziplinären Team erbracht. Dieses setzt sich aus Fachpersonen der Medizin, Psycholo-

¹ Das Teilprojekt für Migrantenfamilien ist per Ende 2016 ausgelaufen.

Luzern, 11. April 2017
Seite 4
Krüger & Zobrist: „Hometreatment Aargau“ (Jahresbericht)

gie, Sozialen Arbeit sowie der Heilpädagogik zusammen. Sie erbringen die Kernleistungen. Diese Fachpersonen verfügen über spezifische Aus- und Weiterbildungen sowie über Erfahrung in der Arbeit mit Familien.² Die administrativen Supportprozesse bei HotA werden von Fachpersonen mit juristischem und betriebsökonomischem Berufshintergrund geleistet.

Die Kosten der Leistungen von HotA werden durch die Krankenversicherung und durch Beiträge aus dem Lotteriefonds getragen. Die Trägerschaft von HotA ist wirtschaftlich selbständig und als gemeinnützige GmbH ausgestaltet. Die fachliche Vernetzung erfolgt über die Begleitgruppe, in der die wichtigsten Anspruchsgruppen von HotA vertreten sind. HotA hat eine Leistungsvereinbarung mit dem Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau abgeschlossen (www.hota.ch).³

Seit 2016 können zudem Familien aus bestimmten Gemeinden der Kantone Solothurn und Basellandschaft das Angebot von HotA nutzen. Hier werden die Kosten nach Überweisung durch die bzw. den behandelnde(n) Psychiater(in) teilweise durch die Grundversicherung getragen (www.hota.ch).

1.1. Zusammenfassung der Ergebnisse der Evaluation des Pilotprojektes (2012-2014) und des Jahresberichts 2015⁴

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

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

Die vor der Familienarbeit von HotA standardisiert erhobenen Problemindikatoren in den Familien zeigten durchschnittlich als problematisch zu beurteilende Werte (GARF-Gesamtscore: 42,58; SDQ-Gesamtscore: 16,94; FB-A-Gesamtscore: 59,28). Nach der durchschnittlichen Interventionszeit von neun Monaten hatten sich diese Werte statistisch signifikant verbessert (GARF-

² Zum methodischen Selbstverständnis der HotA-Mitarbeitenden siehe Krüger & Zobrist (2015).

³ Zur Einordnung von HotA in den sozialpolitischen Kontext des Kantons Aargau vgl. Krüger & Zobrist (2015, Anhang A).

⁴ Die Zusammenfassung wurde dem Management Summary aus Krüger & Zobrist (2015) bzw. Krüger & Zobrist (2016) entnommen.

Luzern, 11. April 2017

Seite 5

Krüger & Zobrist: „Hometreatment Aargau“ (Jahresbericht)

Gesamtscore: 63,88; SDQ-Gesamtscore: 12,85; FB-A-Gesamtscore: 50,83). Die gefundenen Effekte waren mehrheitlich moderat. Darüber hinaus konnten die Kindeswohlgefährdung und Fremdplatzierungswahrscheinlichkeit in der Zeit der Familienarbeit signifikant reduziert werden. In 65 % der Fälle sind die Ziele erreicht worden, in weiteren 18 % wurden sie teilweise erreicht. Die subjektive Zufriedenheit der Familien mit den Leistungen von HotA war hoch.

Insgesamt konnten die gesetzten Projektziele nach Einschätzung der Evaluatoren erreicht, die adressierte Zielgruppe adäquat versorgt werden. Der Bedarf ist ausgewiesen. Auch nach Abschluss der Pilotphase des Projektes sollten jedoch weitere konzeptionell-methodische Anpassungen vorgenommen werden, insbesondere erschien die Einbettung von HotA in übergeordnete Versorgungssysteme notwendig. Dabei sollte jedoch der interdisziplinäre Charakter und die Position von HotA zwischen dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystem nicht aufgegeben werden (vgl. Krüger & Zobrist, 2015).

Im ersten Jahr nach Abschluss der Pilotphase hat HotA 114 Familien aufgenommen, 50 Fälle abgeschlossen und hatte Ende 2015 einen „Bestand“ von 130 Familien, von denen 11 im Migrations- und 9 im Langzeitprojekt betreut wurden. Für die Evaluation lagen Daten von 72 Familien bei Fallaufnahme, 46 Familien bei Fallabschluss und von 39 Familien zu beiden Zeitpunkten vor. Die Zuweisungen erfolgten zu 60 % aus dem medizinischen System, 22 % aus dem sozialen System und 12 % aus dem schulischen Umfeld. Die Indexpatient(inn)en waren in ca. 2/3 der Fälle die Kinder der Familien. 2015 konnte der Anteil der Einelternfamilien auf 50 % erhöht werden, ein hoher Teil der Eltern war erwerbstätig, aber ca. 1/3 der Mütter und ca. 1/5 der Väter verfügten nur über eine geringe Bildung. Ca. 20 % der Familien bezogen Sozialhilfe. In 19 % der neu aufgenommenen Familien wurde eine andere Muttersprache als Deutsch gesprochen. Die Kinder waren weiterhin mehrheitlich im Primarschulalter, ungefähr 1/3 der Elternteile und 19 % der Kinder hatten körperliche Erkrankungen, Behinderungen oder Beeinträchtigungen. Bei 52 % der Familien war mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt, meisten waren dies die Mütter. Mehrheitlich wurden affektive Störungen diagnostiziert. Der Anteil der Familien mit einem psychisch erkrankten Kind konnte deutlich erhöht werden (57 %); sie litten fast ausschliesslich an hyperkinetischen Störungen. In einem Viertel der Familien waren sowohl die Elternteile als auch die Kinder von einer psychischen Störung betroffen. Alkohol- und Drogenprobleme waren nur bei einem geringen Teil der Eltern zu beobachten (14 % resp. 6 %). In 32 % der Familien war es zu Vorfällen von häuslicher Gewalt gekommen. In 30 % der Fälle bestand eine Kinderschutzmassnahme. Das Verhalten der Kinder wurde bei der Aufnahme durch die Eltern als auffällig eingeschätzt (SDQ-Gesamtscore 17,76), das familiäre Funktionieren gesamthaft ebenfalls als deutlich problematisch (FB-A-Gesamtscore 66,49). Auch die Fachleute von HotA haben das familiäre Funktionieren durchschnittlich als deutlich dysfunktional eingeschätzt (94 % der Fälle). Die Interventionen dauerten durchschnittlich zwischen sechs und sieben Monaten. Die häufigsten Interventionsziele betrafen die Bewältigung und Strukturierung des Alltages, die Stärkung des Erziehungsverhaltens, die Einhaltung von Regeln/Grenzen sowie die Stärkung der Elternrolle. Die Beurteilung der Zielerreichung aus verschiedenen Perspektiven war bei rund 80% „sehr gut“ bis „gut“. Während die Problembelastung der Kinder aus Sicht der Eltern bei Fallabschluss etwas geringer war, war das Bild in Bezug auf das familiäre Funktionieren uneinheitlich, in der Gesamttendenz jedoch positiv. Aufgrund der geringen Fallzahlen sind die Veränderungen in der Selbsteinschätzung der Familien als Tendenzen zu verstehen.

Die Befunde für das Jahr 2015 wurden von den Evaluatoren positiv beurteilt, insbesondere war es HotA gelungen, erheblich mehr psychisch erkrankte Kinder als im Pilotprojektzeitraum anzusprechen. Die Empfehlungen betrafen die spezifische Adressierung bei der Aufnahme sowie methodische Aspekte. Darüber hinaus wurde vorgeschlagen, die Datengrundlage für die Verlaufsbeobachtung zu verbessern.

2. Evaluationsfragen und methodische Herangehensweise

2.1. Evaluationsfragen

Hometreatment allgemein und HotA im Besonderen ist aufgrund des vielfältigen Angebotes und der verschiedenen beteiligten Akteure ein komplexer Evaluationsgegenstand. Nach Beendigung der Pilotphase von HotA (2012-2014) soll jährlich eine Auswertung der aufgenommenen und abgeschlossenen Fälle Aufschluss über die Anzahl der betreuten Familien und zentrale Merkmale derselben (Frage 1), über die Zufriedenheit der betreuten Familien (Frage 2) sowie über die Effektivität der aufsuchenden Familienarbeit (Frage 3) geben. Diese Analysen dienen der weiteren Qualitätssicherung der Arbeit von HotA. Im Einzelnen sollen die folgenden Fragestellungen beantwortet werden, die sich jeweils auf bestimmte Ziele von HotA beziehen.

Evaluationsfragen	Projektziele HotA
1. Leistungen von HotA: Wie viele Familien wurden während des vergangenen Jahres von HotA betreut? Wie lassen sich diese charakterisieren?	✓ Ambulante aufsuchende Versorgung von Multiproblemfamilien
2. Wie wird der Nutzen der Leistungen durch die Familien beurteilt? Sind sie mit den Leistungen zufrieden ? Inwieweit wird das Angebot von HotA von den betreuten Familien akzeptiert bzw. als sinnvoll erachtet ?	✓ Verbesserung der psychosozialen Lage der Familien und von psychisch erkrankten Menschen in Familien
3. Effektivität : Wie hat sich die psychosoziale Problemlage der Familien verändert?	✓ Verbesserung der psychosozialen Lage der Familien

2.2. Evaluationsdesign

Zur Beantwortung der genannten Evaluationsfragen empfahl sich ein multiperspektivischer Zugang, bei dem die Sicht aller beteiligten Akteure berücksichtigt wird (HotA, Zuweiser[innen], betroffene Familien). Ferner waren – zur Beantwortung der Frage nach der Effektivität der Intervention – Erhebungen zu mehr als einem Untersuchungszeitpunkt notwendig. Für den vorliegenden Jahresbericht wurden die Daten von HotA im Laufe des Jahres erfasst und den Evaluatoren zur Verfügung gestellt.

Die Analyse der Wirksamkeit von Interventionen wie der aufsuchenden Familienarbeit ist immer mit verschiedenen ethischen und methodischen Problemen verbunden. Um Aussagen über kausale Zusammenhänge zwischen der Intervention und den beobachteten Veränderungen in den Familien treffen zu können, müssen „störende“ Einflüsse, beispielsweise die Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote, besondere Problemlagen einiger Familien etc., ausgeschlossen werden. Eine Möglichkeit der „Neutralisierung“ derartiger störender Einflüsse ist die zufällige Zuordnung der Klient(inn)en zu einer Interventions- und einer Kontrollgruppe (vgl. Bortz & Döring, 2003). Dies erschien aus finanziellen und ethischen Gründen im vorliegenden Projekt nicht vertretbar. Ein weiteres Problem ist die bereits angesprochene uneinheitliche konzeptionelle und methodische Ausrichtung. Aufgrund dieser Schwierigkeiten war die Wirkungsbestimmung unter Alltagsbedingungen, die Untersuchung der „Effektivität“ (*effectiveness*) von HotA möglich⁵, nicht jedoch seiner

⁵ Einflüsse durch andere involvierte Fachpersonen/-stellen oder andere Faktoren können hierbei nicht ausgeschlossen werden.

Luzern, 11. April 2017

Seite 7

Krüger & Zobrist: „Hometreatment Aargau“ (Jahresbericht)

Wirksamkeit unter idealen Bedingungen (*efficacy*) (Schwartz, Bitzer, Dörning & Walter, 2006). Ziel war daher die Überprüfung der Zielerreichung in der Arbeit mit den Familien aus der Perspektive der Zuweiser(innen), der Behandelnden und der Klient(inn)en selbst sowie eine Beschreibung und Analyse der Veränderungen in den Familien. Das hierzu gewählte Studiendesign entsprach einem Ein-Gruppen-Pretest-Posttest-Design mit zwei Erhebungszeitpunkten: Beginn und Ende der Massnahme.

2.3. Methoden und Instrumente

Vor dem Hintergrund der Evaluation des Pilotprojektes und den dort entwickelten bzw. eingesetzten Instrumenten (Krüger & Zobrist, 2015) wurden für den Jahresbericht ausschliesslich standardisierte Instrumente verwendet, die jedoch zumindest zum Teil offene Fragen enthielten; die Antworten auf Letztere wurden dann im Rahmen der Analysen kategorisiert. Im Einzelnen kamen die folgenden Instrumente bzw. Verfahren zum Einsatz, die im Folgenden näher beschrieben werden:

- Verlaufs- und Leistungsdokumentation (Basisdokumentation) (Evaluationsfragen 1, 3),
- standardisierte Befragung der Familien (Evaluationsfrage 2).

2.3.1. Verlaufs- und Leistungsdokumentation (Basisdokumentation)

Im Rahmen der Evaluation der Pilotphase von HotA (Krüger & Zobrist, 2015) war für die Analyse der von HotA erbrachten Leistungen sowie der psychosozialen Problemlagen der Familien eine standardisierte Verlaufs- und Leistungsdokumentation erstellt worden. Diese wurde für den Jahresbericht gekürzt und zu beiden Erhebungszeitpunkten eingesetzt. Die Basisdokumentation umfasst neben einem Deckblatt mit den wichtigsten Informationen zu den Klient(inn)en zwei Module: Im ersten Modul werden allgemeine Angaben zur Familie gemacht (soziodemografische Angaben zu den Familienmitgliedern). Im zweiten Modul werden Informationen zu aktuellen Problemstellungen und Themen der Familie festgehalten (Gesundheitssituation der Familienmitglieder, Alltagsbewältigung und Fertigkeiten in der Familie, Strukturierung des Familiensystems, emotionales Klima in der Familie, Gewalt und delinquentes Verhalten, finanzielle Situation der Familie, Kinderschutz, Fremdplatzierung und Ziele).

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

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

Die Funktionalität der Familien wurde zum einen aus Sicht der HotA-Mitarbeitenden mit Hilfe des Global Assessment of Relational Functioning (GARF) nach Yingling, Miller, McDonald und Galloway (1998) bewertet, das analog ist zur Achse V des Diagnostic Statistic Manual IV (DSM-IV; Global Assessment of Functioning). Zum anderen wurde sie aus der Perspektive der Eltern mit Hilfe des Allgemeinen Familienbogens (FB-A; Cierpka & Frevert, 1994) erhoben.

Ebenfalls aus Sicht der Familien wurden mit Hilfe des Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ) (u. a. Goodman, 1997, 1999) die Stärken und Schwierigkeiten der Familien erfragt. Der SDQ ist ein Kurzfragebogen zu Verhaltensauffälligkeiten und -stärken von Kindern und Jugendlichen (Alter: 4-16 Jahre), der in seiner erweiterten Version auch Fragen zur Belastung des Kindes enthält (nähere Informationen zu den ausgewählten Instrumenten siehe Krüger & Zobrist, 2015).

In der Version der Basisdokumentation zum Fallabschluss wurden Veränderungen in den jeweiligen Themenbereichen abgefragt sowie die Zielerreichung aus Sicht der Familien, von HotA und zum Zeitpunkt des Fallabschlusses auch der anmeldenden Stellen. Darüber hinaus wurde – aus Sicht der

Familien, der Zuweiser, der Familienarbeiter(innen) und der Koordinator(inn)en – nach Gründen für den Abschluss der Intervention gefragt; ferner sollten sie subjektive Wirkfaktoren angeben. Daneben kamen erneut die genannten standardisierten Instrumente zum Einsatz.

Die Daten wurden von HotA in einer Excel-Datenmatrix erhoben und für die Analysen in IBM® SPSS® Version 23 übertragen. Die folgenden deskriptiven und inferenzstatistischen Auswertungen erfolgten unter Verwendung dieses Statistikpaketes. Mittelwertsvergleiche zwischen abhängigen Stichproben dienten der statistischen Prüfung der gefundenen Unterschiede vor und nach der Intervention (t-Test für abhängige Stichproben, Wilcoxon Signed Ranks Test). Informationen über die praktische Bedeutsamkeit der gefundenen Unterschiede und Zusammenhänge lieferte die Berechnung von Effektstärken (z. B. d , r) (Bortz & Döring, 2003; Sedlmeier & Renkewitz, 2008).^{6,7}

2.3.2. Standardisierte Befragung der Familien

Die Bewertung des Nutzens und der Akzeptanz von sowie der Zufriedenheit mit HotA durch die Familien erfolgte mit dem im Rahmen der Evaluation der Pilotphase von HotA entwickelten standardisierten Fragebogen (Krüger & Zobrist, 2015). Mit diesem konnten insgesamt 18 zufällig ausgewählte Familien im Zeitraum März-April 2017 telefonisch befragt werden, die die Intervention bei HotA bereits abgeschlossen hatten.⁸ Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. Unter Berücksichtigung der Situation der Familien sollte die Befragung nicht länger als 15 Minuten dauern. Aus diesem Grund umfasste der Fragebogen insgesamt nur 13 Fragen. Von diesen bezogen sich sieben Fragen auf den wahrgenommenen Nutzen von HotA, im Sinne einer selbstwahrgenommenen Verbesserung der Bewältigung des Familienalltags, vier Fragen bezogen sich auf die Zufriedenheit der Befragten, definiert als positive Bewertung der Leistungen und keine oder eine geringe Abweichung von den vorherigen Erwartungen; eine Frage bezog sich auf die selbstwahrgenommene Akzeptanz der Unterstützung durch die/den Familienarbeiter(in). Den Befragten wurde jeweils eine 3-5-stufige Antwortskala vorgegeben. Um zumindest die Hintergründe bei eher negativen Antworten miterheben zu können, wurde in diesen Fällen in Form einer offenen Frage nach diesen gefragt. Abschliessend hatten die Befragten die Möglichkeiten, Ergänzungen zu HotA oder der Befragung zu machen. Die Rohdaten wurden in eine Datenmatrix übertragen, die statistische Auswertung erfolgte unter Verwendung von IBM® SPSS® Version 23.

2.3.3. Grundlage der Auswertungen

Zum Zeitpunkt der Berichtslegung lagen den Evaluatoren zu 140 Familien Basisdokumentationen bei Fallaufnahme und zu 62 auch bei Fallabschluss vor. Nicht zu jedem der Fälle, zu denen eine Basisdokumentation vorlag, lagen auch die ausgefüllten separaten standardisierten Selbstauskunftsinstrumente vor (SDQ, FB-A). Die folgende Tabelle 2.1 gibt einen Überblick über die Datengrundlage der Auswertungen.

⁶ Bei der Interpretation der Effektstärken wurden die Konventionen nach Cohen (1992, nach Sedlmeier & Renkewitz, 2008) zugrunde gelegt. Hiernach gilt: kleiner Effekt: $d \geq 0,20$, $r \geq 0,10$; mittlerer Effekt; $d \geq 0,50$, $r \geq 0,30$; grosser Effekt: $d \geq 0,80$, $r \geq 0,50$

⁷ Die optimalen Stichprobenumfänge zur Absicherung der Ergebnisse bei einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ und einer Teststärke von $1-\beta = 0,80$ betragen für ein- (bzw. zwei-)seitige t-Tests für abhängige Stichproben für kleinere Effekte $N = 156$ ($N = 199$), mittlere Effekte $N = 27$ ($N = 34$) und grosse Effekte $N = 12$ ($N = 15$). Für den Wilcoxon Signed Ranks Test liegen die benötigten Stichprobenumfänge etwas höher: kleinere Effekte $N = 164$ ($N = 208$), mittlere Effekte $N = 28$ ($N = 35$), grosse Effekte $N = 12$ ($N = 15$). Die optimalen Stichprobenumfänge wurden mit Hilfe von G*POWER Version 3.1.9.2 berechnet (vgl. auch: Bortz & Döring, 2003).

⁸ Die Familien wurden nach dem Zufallsprinzip aus einer Liste von 33 Familien ausgewählt, die HotA den Evaluatoren zur Verfügung gestellt hat.

Tabelle 2.1: Datengrundlage Auswertungen Abschlussbericht

Instrument	Fallaufnahme	Fallabschluss	Vollständige Fälle (prä, post)
Basisdokumentation (Anzahl Familien)	140	88	62
SDQ (Anzahl Bögen)	118	27	20
FB-A (Anzahl Bögen)	114	28	20

3. Ergebnisse

Mit Blick auf die zugrunde liegenden Evaluationsfragen wurden für den Jahresbericht die Daten zu den im Jahr 2016 aufgenommenen Familien und zu Fällen analysiert, die Ende 2016 noch nicht abgeschlossen worden waren. Bei der folgenden Darstellung der Ergebnisse wird zunächst auf die Frage nach den erbrachten Leistungen im Sinne von aufgenommenen Familien sowie der Beschaffenheit der Zielgruppe eingegangen (Frage 1), im Anschluss auf die Frage nach der Effektivität der aufsuchenden Familienarbeit bzw. nach den Veränderungen der psychosozialen Problemlagen der von HotA begleiteten Familien (Frage 3). Abschliessend werden die Ergebnisse der Familienbefragung zu Nutzen, Akzeptanz und Zufriedenheit von bzw. mit HotA dargestellt (Frage 2).

3.1. Aufgenommene Fälle

Es lagen Angaben zu 140 Familien vor. Diese Familien sind zwischen dem 10.09.2012 und 19.09.2016 aufgenommen worden⁹, wobei 32 Familien in 2016 neu aufgenommen worden waren (22,86 %). 39 Fälle konnten zwischen dem 31.01.2016 und 31.01.2017 abgeschlossen werden. Die durchschnittliche Interventionsdauer betrug hier zehn bis zwölf Monate ($M=12,50$; $Mdn=10,00$; $SD=7,28$), in einem Fall dauerte die Intervention einen Monat, die längste Intervention ging über 27 Monate.¹⁰ Da die Interventionsdauer des Hometreatments nicht festgelegt ist und somit variieren kann, können jedoch auch Fälle mit relativ kurzer Interventionsdauer hier nicht als klassische „Drop-outs“ betrachtet werden. Zu den Gründen für die Beendigung der Familienarbeit siehe Kapitel 3.6.

In den wenigen Fällen, zu denen Informationen zur Interventionsdauer vorlagen, machte es statistisch keinen signifikanten Unterschied, ob ein Elternteil ($p=1.00$; $n=13$) und/oder ein Kind psychisch erkrankt war ($p=.240$; $n=12$).

Knapp zwei Drittel der Anmeldungen erfolgte durch Institutionen des medizinisch-psychiatrischen Versorgungssystems (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie etc.) ($n=77$; 65,81 %).¹¹ Aus dem sozialen Versorgungssystem gingen 25 Anmeldungen ein (21,37 %), aus dem schulischen 12 (10,26 %) sowie 3 Anmeldungen aus anderen Versorgungssystemen (2,56 %). In-dexpatient(inn)en waren mehrheitlich Kinder der Familie ($n=59$; 58,42 %)¹².

⁹ $N = 94$

¹⁰ $N = 16$

¹¹ $N = 117$

¹² $N = 101$

3.2. Sozio-demografische Merkmale der Familien

Die Kindsmütter waren zum Zeitpunkt der Fallaufnahme zwischen 23 und 62 Jahre alt; das durchschnittliche Alter der Mütter betrug 38 Jahre ($M=38,40$; $SD=7,44$).¹³ Die Kindsväter waren etwas älter. Der jüngste Kindsvater war bei Fallaufnahme 26 Jahre alt, der älteste 63. Im Durchschnitt waren die Väter der Kinder 43 Jahre alt ($M=43,40$; $SD=8,58$).¹⁴ Die Mehrheit der Mütter¹⁵ ($n=101$; 78,29 %) und der Väter¹⁶ waren Schweizer Staatsbürger(innen) ($n=87$; 78,38 %), wobei nicht erhoben wurde, ob Familienmitglieder Doppelbürger(innen) waren. 28 Mütter (21,71 %) und 24 Väter waren Ausländer(innen) (21,62 %), die mehrheitlich über eine Niederlassungsbewilligung verfügten ($n_{KM} = 20$; $n_{KV} = 17$). Insgesamt lag die Ausländerquote damit bei 22 %. Für knapp 70 % der Mütter ($n=79$)¹⁷ und für ebenso viele Väter ($n=66$)¹⁸ war Deutsch die bzw. eine der Muttersprachen.

Etwa zwei Drittel der Eltern war verheiratet (KM: 63,43%; KV: 67,72 %) und etwa ein Viertel geschieden ($n_{KM} = 36$; $n_{KV} = 31$).¹⁹ 13 Mütter und 10 Väter waren ledig. In 45 % der Familien war zum Triagezeitpunkt ein Elternteil alleinerziehend ($n=53$),²⁰ mehrheitlich waren dies die Mütter. Die Quote der Alleinerziehenden lag damit etwas über der während der Pilotphase (42 %; Krüger & Zobrist, 2015).

60 % der Mütter ($n=78$)²¹ und gut drei Viertel der Kindsväter war erwerbstätig (76,64 %; $n=82$)²². Dabei hatte die überwiegende Mehrheit der Väter eine Vollzeitstelle ($n=76$), dies traf nur auf 10 der 68 erwerbstätigen Mütter zu. Der Anteil der erwerbstätigen Mütter lag somit deutlich über dem der Familien der Pilotphase (51 %), der Anteil der Väter war mit 77 % hingegen sowohl im Vergleich zur Pilotphase als auch dem Vorjahr deutlich geringer (89 % bzw. 84 %) (Krüger & Zobrist, 2015; 2016). Mehrheitlich hatten sowohl die Mütter als auch die Väter eine abgeschlossene Berufsausbildung (KM: $n=95$, 77,87 %; KV: $n=99$, 90,83 %), wobei 8 Mütter und 13 eine Anlehre/Attestausbildung abgeschlossen hatten.²³ Im Vergleich mit den Vätern wiesen die Mütter etwas geringere Bildung auf. So hatten gut ein Viertel nur einen Volksschulabschluss ($n=25$; 20,49 %) oder eine Attestausbildung absolviert ($n=8$; 6,56 %). 7 Mütter hatten eine höhere Fachschule besucht (5,74 %), 15 eine Fachhochschule oder Universität (12,30 %). Bei den Vätern betrug der Anteil, die eine höhere Fachschule ($n=8$), Fachhochschule oder Universität ($n=14$) besucht hatten, ein Fünftel (20,18 %). Lediglich einen Volksschulabschluss ($n=9$) oder eine abgeschlossene Attestausbildung ($n=13$) wiesen „nur“ gut ein Fünftel der Väter auf (20,18 %). Im Vergleich zu den Familien im Jahresbericht 2015 waren die Mütter somit etwas besser ausgebildet, während die Väter etwas schlechter ausgebildet und seltener erwerbstätig waren (vgl. Krüger & Zobrist, 2016).

Bei Fallaufnahme gab es insgesamt 287 Kinder in den Familien, zu 161 wurden Angaben zum Alter gemacht, wonach 8 Kinder bereits volljährig waren. In den Haushalten der Familien lebten zwischen einem und vier Kinder. Mit 164 Jungen (57,14 %) waren es mehr Jungen als Mädchen (42,86 %; $n=123$). Die Kinder waren zum Zeitpunkt der Fallaufnahme zwischen 0 und 43 Jahre alt, im Durchschnitt waren sie zehn Jahre alt ($M=9,31$; $SD=5,44$)²⁴; betrachtet man nur die minderjähri-

¹³ $N = 77$

¹⁴ $N = 72$

¹⁵ $N = 129$

¹⁶ $N = 111$

¹⁷ $N = 114$

¹⁸ $N = 95$

¹⁹ Zivilstand Kindsmütter $N = 134$, Kindsväter $N = 127$.

²⁰ In 118 Fällen lagen Angaben zum Alleinerziehendenstatus von mindestens einem Elternteil vor.

²¹ $N = 129$

²² $N = 107$

²³ $N_{KM} = 122$; $N_{KV} = 109$

²⁴ $N = 161$

gen Kinder, lag das Durchschnittsalter bei acht Jahren ($M=8,57$; $SD=4,08$)²⁵. Den grössten Anteil der minderjährigen Kinder machten die 6- bis unter 12-Jährigen mit 47 % aus ($n=72$) (vgl. Abb. 3.1).

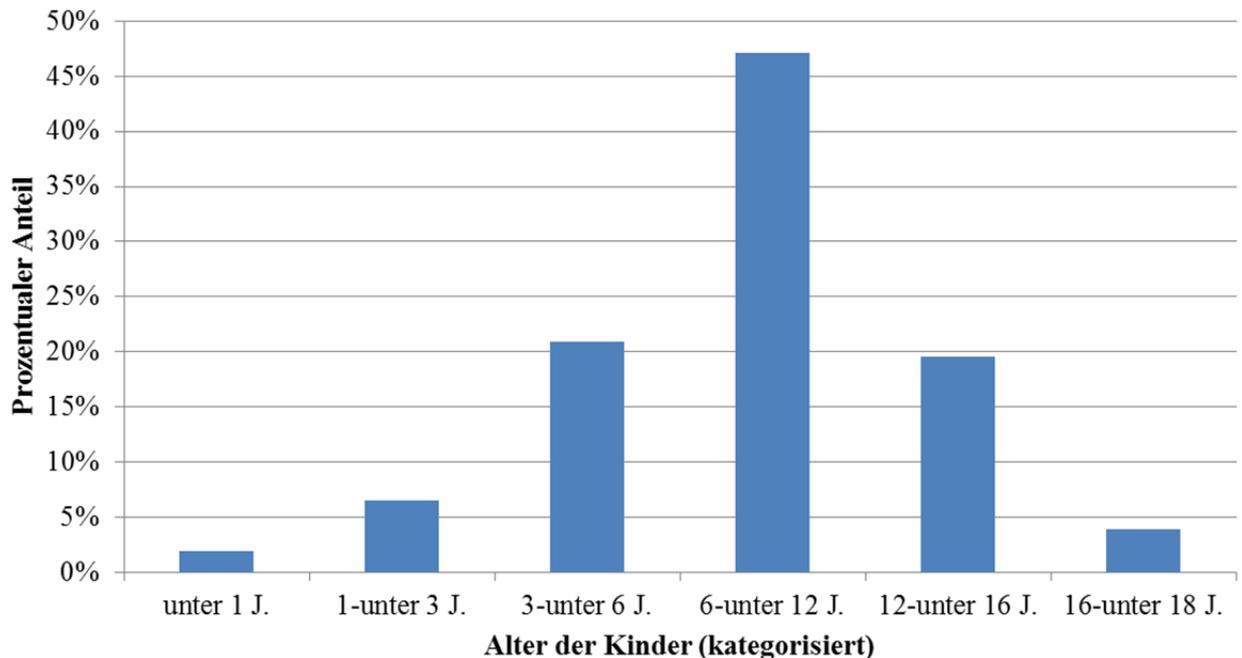


Abbildung 3.1: Alter der minderjährigen Kinder im Haushalt ($N = 153$)

3.3. Psychosoziale Problemlage und Ziele der Familien vor und nach der Intervention

3.3.1. Körperliche und psychische Gesundheit der Familienmitglieder

3.3.1.1. Körperliche und psychische Gesundheit der Familienmitglieder vor der Intervention

In knapp 40 % der Fälle lag eine körperliche Erkrankung, Beeinträchtigung und/oder Behinderung eines Elternteils vor ($n=51$)²⁶, in 21 Fällen die eines Kindes (16,28%)²⁷. Angaben dazu, um welche Erkrankungen, Beeinträchtigungen und/oder Behinderungen es sich handelte, lagen nicht vor. Damit war der Anteil der Familien mit einem körperlich erkrankten bzw. beeinträchtigten/behinderten Familienmitglied ähnlich hoch wie zuvor (2015: Elternteil: 32 %; Kind: 19 %; Pilotphase: Elternteil: 36 %; Kind: 22 %; Krüger & Zobrist, 2015; 2016).

Zum Zeitpunkt der Fallaufnahme war in 49 Familien *kein* Elternteil psychisch erkrankt (41,18 %), in weiteren 70 Familien war zumindest ein Elternteil psychisch erkrankt bzw. es bestand ein entsprechender Verdacht (58,82 %). In 9 dieser Familien waren beide Elternteile (vermutlich) erkrankt, in 53 war alleine die Kindsmutter, in 8 alleine der Kindsvater betroffen (vgl. Tab. 3.1).

²⁵ $N = 153$

²⁶ Eindeutige Informationen lagen in insg. 130 Fällen vor.

²⁷ Eindeutige Informationen lagen in insg. 129 Fällen vor.

Tabelle 3.1: Psychische Erkrankungen der Eltern in den Familien bei Fallaufnahme ([Verdachts-] Diagnosen)

		Psychische Störung (Kindsmutter)			Total
		ja	nein	k. A./unklar	
Psychische Störung (Kindsvater)	ja	9	7	1	17
	nein	36	49	0	85
	k. A./unklar	17	6	15	38
Total		62	62	16	140

Die Kindsmütter wiesen häufiger eine psychische Störung auf als die Kindsväter, bzw. es wurde häufiger angenommen, dass dies der Fall ist. So waren 62 der 124 Kindsmütter, zu denen entsprechende Angaben vorlagen, bei Fallaufnahme (vermutlich) psychisch krank (50,00 %). zwei Kindsmütter wiesen mehr als eine psychische Störung auf. Die Mehrheit der Kindsväter wies vor der Intervention hingegen (vermutlich) keine psychische Störung auf ($n=85$; 83,33 %), hier waren es 17 Männer, die (vermutlich) psychisch krank waren (16,67 %). Der überwiegende Teil der psychisch kranken Kindsmütter und -väter litt (vermutlich) an einer affektiven Störung (mehrheitlich Depressionen) (vgl. Tab. 3.2).

Tabelle 3.2: ICD-10-Diagnosegruppen „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kindseltern, prä)

Psychiatrische Diagnosen (ICD-10-Diagnosegruppen)	KM ($n=62$)	KV ($n=17$)
F0: Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	2	0
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	0	0
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	2	1
F3: Affektive Störungen	33	4
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	7	0
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1	0
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	4	2
F7: Intelligenzstörung	2	0
F8: Entwicklungsstörungen		0
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	3	2
Substanzmissbrauch	0	1
Andere nicht näher definierte Störung	0	0
Mehr als eine psychiatrische Diagnose	2	0
Keine Angaben	11	7
In Abklärung	0	0

In über der Hälfte der Familien war mindestens ein Kind psychisch erkrankt bzw. es bestand der Verdacht ($n=58$; 58,59 %).²⁸ Knapp zwei Drittel der Kinder wies eine hyperkinetische Störung auf (65,15 %); vier Kinder wiesen mehr als eine psychische Störung auf (vgl. Tab. 3.3).²⁹

Zu 105 Familien lagen eindeutige Informationen zu psychischen Erkrankungen bei den Eltern und den Kindern vor. In 16 dieser Familien waren weder Eltern noch Kinder psychisch erkrankt

²⁸ $N = 99$

²⁹ Insgesamt lagen zu 66 Kinder eindeutige Angaben vor.

(15,24 %); in 24 Familien war bei Fallaufnahme sowohl mindestens ein Elternteil als auch ein Kind psychisch erkrankt (22,86 %). In 30 Familien war mindestens ein Kind, aber kein Elternteil psychisch erkrankt (28,57 %), in 35 Familien war es genau umgekehrt (33,33 %).

Tabelle 3.3: ICD-10-Diagnosegruppen „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kinder, prä, n = 66)

Psychiatrische Diagnosen Kinder (ICD-10-Diagnosegruppen)	Anzahl Diagnosen
F3: Affektive Störungen	2
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	6
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1
F7: Intelligenzstörung	2
F8: Entwicklungsstörungen	5
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	43
Mehr als eine psychiatrische Diagnose	4
Keine Angaben	11

Damit war in mehr Familien mind. ein Elternteil psychisch erkrankt als 2015 (52 %) und etwa genauso viele wie während der Pilotphase von HotA (58 %); der Anteil der Familien mit einem psychisch erkrankten Kind war mit 59 % hingegen etwa genauso hoch wie 2015 (57 %) und damit deutlich höher als während der Pilotphase (33 %). Bemerkenswerterweise hat der Anteil der Kinder mit einer hyperkinetischen Störung 2016 abgenommen (Krüger & Zobrist, 2015).

Regelmässiger Medikamentenkonsum von Familienmitgliedern

Vor dem Hintergrund der aufgeführten physischen und psychischen Erkrankungen bzw. Behinderungen ist es nicht verwunderlich, dass in der Hälfte der Fälle mindestens ein Elternteil regelmässig ein verordnetes Medikament bei Fallaufnahme einnahm ($n=65$; 50,00 %).³⁰ Die Kinder nahmen in der Mehrheit der Fälle *kein* verordnetes Medikament regelmässig ein ($n=84$; 64,62 %), in immerhin gut einem Drittel der Fällen war dies jedoch der Fall ($n=46$; 35,38 %). Zu den Medikamenten selbst lagen keine Informationen vor.

Substanzmissbrauch durch Familienmitglieder

Neben der Einnahme verschriebener Medikamente wurde in der Basisdokumentation auch der Konsum weiterer psychotroper Substanzen festgehalten: Rauchen (Tabak), Alkohol, weitere Drogen (sofern nicht bei Medikamenteneinnahme aufgeführt). 42 % der Eltern rauchten ($n=54$).³¹ Vier Kindsmütter oder -väter hatten zum Zeitpunkt der Fallaufnahme laut Angaben der HotA-Mitarbeitenden ein Alkoholproblem (3,05 %).³² Drogenkonsum eines Elternteils bildete ebenfalls den Ausnahmefall. In acht Fällen konsumierte zumindest ein Elternteil illegale Drogen (6,11 %).³³

Von den Kindern waren bei Fallaufnahme sieben Raucher(innen) (5,34 %)³⁴, ein Kind hatte nach Einschätzung der HotA-Mitarbeitenden ein Alkoholproblem (0,78 %)³⁵. Drei Kinder konsumierten zu diesem Zeitpunkt illegale Drogen (2,31 %).³⁶ Um welche Kinder es sich dabei handelte, war den Daten nicht zu entnehmen.

³⁰ $N = 130$

³¹ $N = 130$

³² $N = 131$

³³ $N = 131$

³⁴ $N = 131$

³⁵ $N = 129$

³⁶ $N = 130$

Damit ist sowohl der Anteil der Raucher(innen) im Vergleich zum Vorjahr zurückgegangen als auch der Anteil der Eltern mit einem Alkohol- oder Drogenproblem (vgl. Krüger & Zobrist, 2016).

3.3.1.2. Körperliche und psychische Gesundheit der Familienmitglieder nach der Intervention

Die Situation der Familien in Bezug auf ihre körperliche und psychische Gesundheit hat sich in der Zeit der Betreuung erwartungsgemäss kaum verändert, weil die Interventionen auf die Veränderung von sozialen Faktoren und die Bewältigung von Problemen in der Familie hinarbeiten und keine „Heilung“ auf der somatischen oder psychischen Ebene anstreben. In elf Familien wiesen die Eltern immer noch eine körperliche Erkrankung bzw. Beeinträchtigung oder Behinderung auf (18,97 %).³⁷ Es war zu sechs Neuerkrankungen gekommen. D. h., bei insgesamt 17 Familien war bei Fallabschluss mind. ein Elternteil körperlich erkrankt und/oder beeinträchtigt bzw. behindert (29,31 %). In neun Familien, in denen bei Fallaufnahme ein Elternteil körperlich erkrankt bzw. beeinträchtigt/behindert gewesen war, war dies bei Fallabschluss nicht mehr der Fall; in zwei Fällen, in denen bei Fallabschluss keine Informationen zu körperlichen Erkrankungen und/oder Beeinträchtigungen eines Elternteils vorlagen, lagen zum Zeitpunkt des Fallabschluss keine Erkrankungen und/oder Beeinträchtigungen vor.

In 24 Familien, in denen bei Fallaufnahme mind. ein Elternteil psychisch erkrankt gewesen war, war dies auch bei Fallabschluss noch der Fall (42,11 %), in vier Fällen bestand die Erkrankung bei Fallabschluss nicht mehr, in zwei Fällen waren hierzu keine Angaben gemacht worden. In drei Fällen war es zu einer Neuerkrankung gekommen (5,26 %), in vier Fällen lagen hierzu keine Angaben vor.³⁸ Dass der Anteil der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil unter den abgeschlossenen Fällen mit 51 % geringer war als in der Gruppe der aufgenommenen Fälle (59 %), hängt vermutlich u. a. damit zusammen, dass diese Familien laut des Konzepts von HotA länger betreut werden (vgl. Krüger & Zobrist, 2016).

Ähnlich stellte sich die Situation in Bezug auf die körperliche Gesundheit der Kinder dar: So war in 3 der 58 Familien, zu denen entsprechende Informationen vorlagen, mind. ein Kind bei Fallabschluss immer noch körperlich erkrankt bzw. beeinträchtigt/behindert (5,17 %)³⁹; nur in zwei Familien war es zu einer Neuerkrankung gekommen. In vier Familien, in denen zuvor mind. ein Kind erkrankt bzw. beeinträchtigt gewesen war, war dies bei Fallabschluss nicht mehr der Fall (6,90 %); in drei Fällen, in denen bei Fallaufnahme keine Informationen zu körperlichen Erkrankungen und/oder Beeinträchtigungen der Kinder vorgelegen hatten, lagen bei Fallabschluss keine Erkrankungen und/oder Beeinträchtigungen vor.

In 21 Familien, in denen mind. ein Kind bei Fallaufnahme psychisch erkrankt gewesen war, war dies auch bei Fallabschluss noch der Fall (37,50 %). In zwei Fällen lag die Erkrankung des Kindes bei Fallabschluss nicht mehr vor bzw. der Verdacht hatte sich nicht erhärtet.⁴⁰ In fünf Fällen war es zu einer Neuerkrankung gekommen (8,93 %), in drei Fällen waren hierzu keine Angaben gemacht worden. In 15 Fällen lagen bei Fallaufnahme keine Informationen zu psychischen Erkrankungen eines Kindes vor; in 12 dieser Fälle lag bei Fallabschluss eine vor, in 3 Fällen lag keine vor.

³⁷ N = 58

³⁸ N = 57

³⁹ N = 58

⁴⁰ N = 56

Regelmässiger Medikamentenkonsum von Familienmitgliedern

Der prozentuale Anteil von Familien, in denen mind. ein Elternteil ($n=27$; 46,55 %) ⁴¹ ein Medikament regelmässig einnehmen muss, war bei Fallabschluss etwas geringer als bei Fallaufnahme. Dies ist aber vermutlich darauf zurückzuführen, dass der Anteil der Familien, in denen ein Elternteil physisch oder psychisch erkrankt war, bei Fallabschluss geringer war als in der Gruppe der Familien, zu denen kein Fallabschluss vorlag. Der Anteil der Familien, in denen mind. ein Kind regelmässig ein Medikament einnehmen muss, war hingegen etwas erhöht (43,10 %) ⁴², was vermutlich auf den höheren Anteil von Familien mit einem psychisch erkrankten Kind unter den Fallabschlüssen zurückzuführen ist.

Substanzmissbrauch durch Familienmitglieder

In Bezug auf den Konsum weiterer psychotroper Substanzen war der Anteil der Raucher(innen) unter den Eltern mit 35 % geringer als Fallaufnahme ($n=20$), ⁴³ wobei in neun Familien die Eltern aufgehört hatten zu rauchen und sie in fünf Familien begonnen hatten. Der Anteil der Eltern, die nach Einschätzung der HotA-Mitarbeitenden aktuell oder zuvor ein Alkoholproblem gehabt hatten, lag bei Fallabschluss bei 9 %, wobei es sich um lediglich 5 von 56 Familien handelte; der Anteil der Eltern, die illegale Drogen konsumierten oder zuvor konsumiert hatten, lag bei ebenfalls 9 % ($n=5$). Damit war der Anteil der Familien, in denen mind. ein Elternteil ein Alkoholproblem hat und/oder illegale Drogen konsumiert, bei Fallabschluss im Vergleich zur Fallaufnahme höher. Diese Unterschiede sind dadurch zu erklären, dass die HotA-Mitarbeitenden bei Eltern in jeweils drei Familien zwar nicht bei Fallaufnahme, aber bei Fallabschluss Alkohol- bzw. Drogenprobleme angenommen haben.

Von den Kindern war bei Fallabschluss eines Raucher(in) (1,72 %) ⁴⁴, zwei Kinder hatten ein Alkoholproblem und eines konsumierte illegale Drogen. ⁴⁵ Im Vergleich mit den Angaben bei Fallaufnahme hatte eben das eine Kind angefangen zu rauchen, vier hatten damit aufgehört; bei zwei Kindern wurde erst bei Fallabschluss ein Alkoholproblem, bei einem anderen ein Drogenproblem angenommen.

3.3.2. Finanzielle Situation der Familien vor und nach der Intervention

Mehrheitlich handelte es sich bei den Familien *nicht* um Sozialhilfebezüger(innen) (78,13 %) ⁴⁶ und es gab auch *keine* laufenden Betreibungen oder Pfändungen (79,37 %) ⁴⁷. Zum Zeitpunkt des Fallabschlusses waren 87 % der Familien *nicht* von der wirtschaftlichen Sozialhilfe abhängig ($n=53$) ⁴⁸, und 82 % hatten *keine* laufenden Betreibungen oder Pfändungen ($n=51$) ⁴⁹. Diese leichte Verschlechterung der finanziellen Verhältnisse lässt sich nicht damit erklären, dass drei Familien bei Fallabschluss neu Sozialhilfe bezogen und acht neu betrieben wurden, da acht Familien von der Sozialhilfe abgelöst werden konnten und elf nicht mehr betrieben wurden.

⁴¹ $N = 58$

⁴² $N = 58$

⁴³ $N = 57$

⁴⁴ $N = 58$

⁴⁵ $N = 58$

⁴⁶ $N = 128$

⁴⁷ $N = 126$

⁴⁸ $N = 61$

⁴⁹ $N = 62$

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

Mit Hilfe des GARF schätzten die HotA-Mitarbeitenden die Funktionalität der Familien in den Bereichen Interaktion (Alltagsbewältigung, Kommunikation) und Organisation (Strukturierung des Familiensystems) vor der Intervention bzw. zum Zeitpunkt des ersten Standortgesprächs durchschnittlich als offensichtlich und ernsthaft dysfunktional ein, das emotionale Klima in den Familien hingegen als etwas besser: deutlich dysfunktional, gelegentlich zufriedenstellend (vgl. Abb. 3.2). In Bezug auf alle drei Bereiche waren jedoch auch Familien darunter, die laut GARF zu dysfunktional waren, um Kontinuität in Kontakt und Bindung aufrechtzuerhalten. Als „zufriedenstellend“ wurde lediglich das emotionale Klima in einer Familie eingeschätzt. Insgesamt mussten 27 Familien laut GARF-Gesamtscore als deutlich dysfunktional oder schlechter bezeichnet werden (90,00 %).

Nach Einschätzung der HotA-Mitarbeitenden war es nach der Intervention zu einer statistisch signifikanten Verbesserung der Funktionalität des Familiensystems gekommen (vgl. Abb. 3.2; Tab. A.1 im Anhang). Dabei zeigten sich in Bezug auf alle Bereiche moderate Effekte ($d_z = 0,55-0,76$; vgl. Tab. A.1 im Anhang).

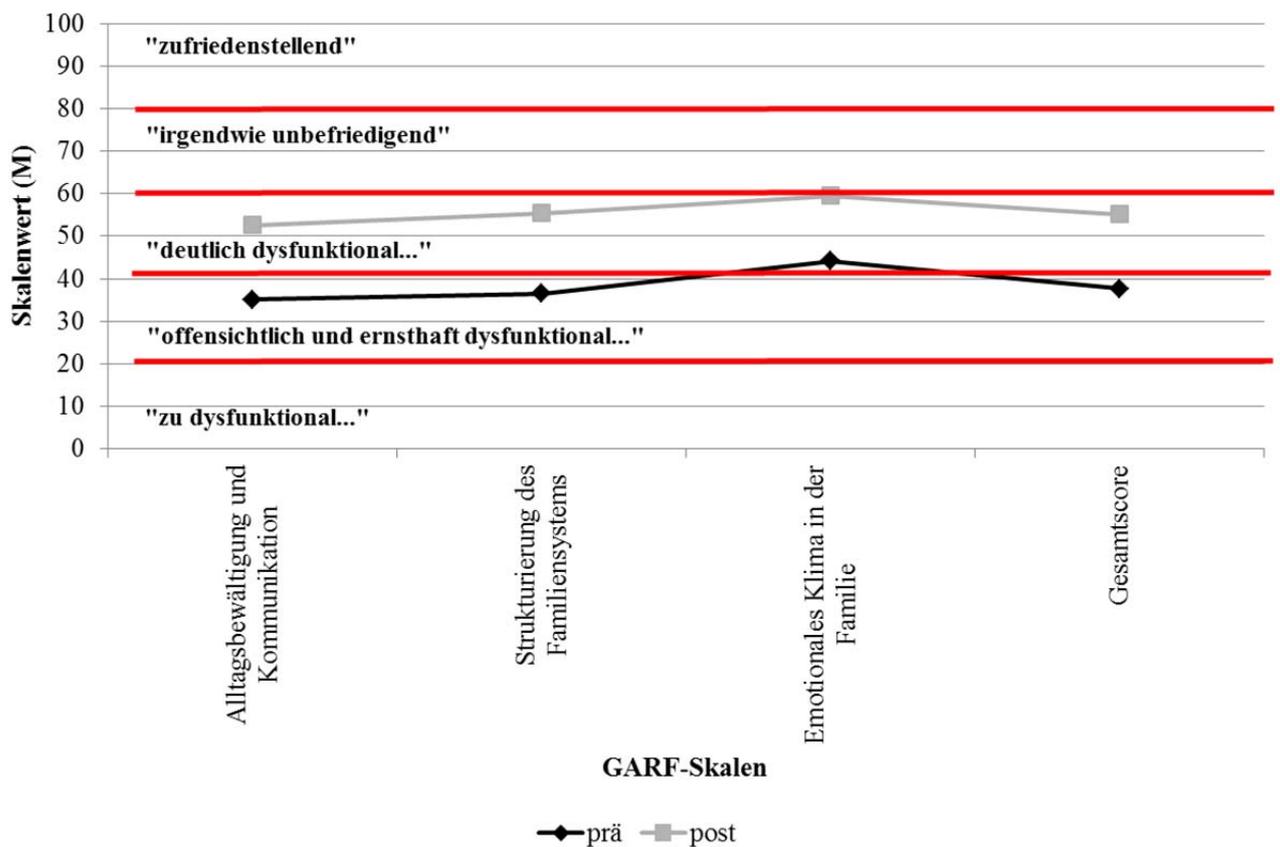


Abbildung 3.2: GARF-Werte vor und nach der Intervention⁵⁰

⁵⁰ Interaktion $N = 18$; Organisation $N = 17$; Emotionales Klima $N = 15$, Gesamtscore $N = 15$

3.3.4. Häusliche Gewalt und Delinquenz vor und nach der Intervention

In 37 Familien hatte es im Jahr vor der Fallaufnahme Vorfälle häuslicher Gewalt gegeben (28,91 %).⁵¹ Nähere Angaben zu diesen Vorfällen lagen nicht vor. In 24 Familien war ein Familienmitglied bereits straffällig geworden (18,60 %); in 16 Fällen hatte es sich um ein Gewaltdelikt gehandelt.⁵² Damit war der Anteil von Familien, in denen es zu häuslicher Gewalt gekommen war, 2016 geringer als 2015 (32 %), jedoch etwas höher als unter den Familien der Pilotphase von HotA (26 %). Der Anteil von Familien mit einem straffälligen Familienmitglied war mit 19 % hingegen geringer als 2015 (25 %) und während der Pilotphase (Krüger & Zobrist, 2015; 2016).

In drei der Familien, in denen es bereits zuvor zu Vorfällen häuslicher Gewalt gekommen war, ist dies auch während der Intervention von HotA geschehen; in zehn Familien war es zu keinen weiteren Vorfällen gekommen, und in einem Fall lagen hierzu keine Angaben vor. Mehrheitlich hatte es in den Familien auch bei Fallabschluss *keinen* Vorfall häuslicher Gewalt gegeben ($n=58$; 93,55 %)⁵³. Damit war der Anteil von Familien, in denen es zu keinen entsprechenden Vorfällen gekommen war, im Vergleich zum Zeitpunkt der Fallaufnahme deutlich höher. Dies kann vermutlich u. a. darauf zurückgeführt werden, dass die Interventionsdauer bei Familien, in denen es zu häuslicher Gewalt gekommen war, deutlich höher ist als bei Familien, in denen dies nicht der Fall war. So lag die durchschnittliche Interventionsdauer 2015 in den Fällen, in denen es zu keinen Vorfällen häuslicher Gewalt gekommen war, bei knapp 6 Monaten, bei den Familien, in denen dies der Fall gewesen war, bei etwas über 11 Monaten (Krüger & Zobrist, 2016). 2016 lag nur zu einem Fall mit häuslicher Gewalt Informationen zur Interventionsdauer vor.

Zwar war in keiner der Familien, in denen ein Familienglied zuvor straffällig geworden war, dies während der Intervention von HotA erneut geschehen; in zwei Familien war ein Familienmitglied jedoch während der Intervention zum ersten Mal straffällig geworden. Mit 3 %⁵⁴ lag der Anteil von Familien mit einem straffällig gewordenen Familienmitglied deutlich unter dem bei den Familien zu Fallaufnahme (19 %). Inwieweit sich die Interventionsdauer in diesen Fällen unterschieden hat, kann nichts gesagt werden, da alleine zu zwölf Familien ohne ein straffällig gewordenes Mitglied entsprechende Informationen vorlagen.

3.3.5. Ressourcen, Probleme und Funktionalität der Familien (Selbstbeurteilung)

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

3.3.5.1. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Für den ersten Erhebungszeitpunkt lagen 118 durch 106 Familien ausgefüllte SDQ vor. In jeweils sechs Fällen hatten die Eltern einen Bogen für zwei Kinder ausgefüllt bzw. es lagen zwei Bögen für ein Kind vor (Fallaufnahme).

Aus Sicht der Eltern wiesen ihre Kinder vor der Intervention Verhaltensprobleme auf (Wutanfälle, häufige Streitereien, Lügen, Stehlen etc.; $M=4,54$; $SD=2,24$) und hatten eine Tendenz zu „emotionalen Problemen“ (häufige Kopfschmerzen, viele Sorgen, oft unglücklich etc.; $M=4,63$; $SD=2,62$), Hyperaktivität (unruhig, zappelig, leicht ablenkbar etc.; $M=5,86$; $SD=2,52$) und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ (Einzelgänger, wird häufig gehänselt etc.; $M=3,59$; $SD=2,37$). Mit einem durchschnittlichen Gesamtproblemwert von 18,64 ($SD=6,54$) war auch dieser auffällig.

⁵¹ $N = 128$

⁵² $N = 129$

⁵³ $N = 62$

⁵⁴ $N = 62$

Luzern, 11. April 2017
Seite 18
Krüger & Zobrist: „Hometreatment Aargau“ (Jahresbericht)

Alleine in Bezug auf „prosoziales Verhalten“ (rücksichtsvoll, hilfsbereit etc.) lag der Durchschnittswert im Normalbereich ($M=6,24$; $SD=2,11$).

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

Für 20 Kinder lagen sowohl Angaben zum Zeitpunkt vor als auch nach der Intervention vor. Nach Einschätzung der Eltern wiesen die Kinder nach Abschluss der Intervention immer noch eine Tendenz zu emotionalen Problemen ($M=3,90$; $SD=2,34$), Verhaltensproblemen ($M=3,55$; $SD=1,88$) sowie Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen auf ($M=3,70$; $SD=2,34$); allein die Hyperaktivitätswerte lagen im Normalbereich ($M=5,25$; $SD=1,62$) (vgl. Abb. 3.3). Der durchschnittliche Gesamtproblemwert war von 18,70 auf 16,40 gesunken und lag damit ebenfalls im Grenzbereich (vgl. Tab. A.2 im Anhang). Zu einer statistisch signifikanten Verbesserung war es allein bezüglich der emotionalen Probleme gekommen ($t[19] = 2,265$; $p = .035$).

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

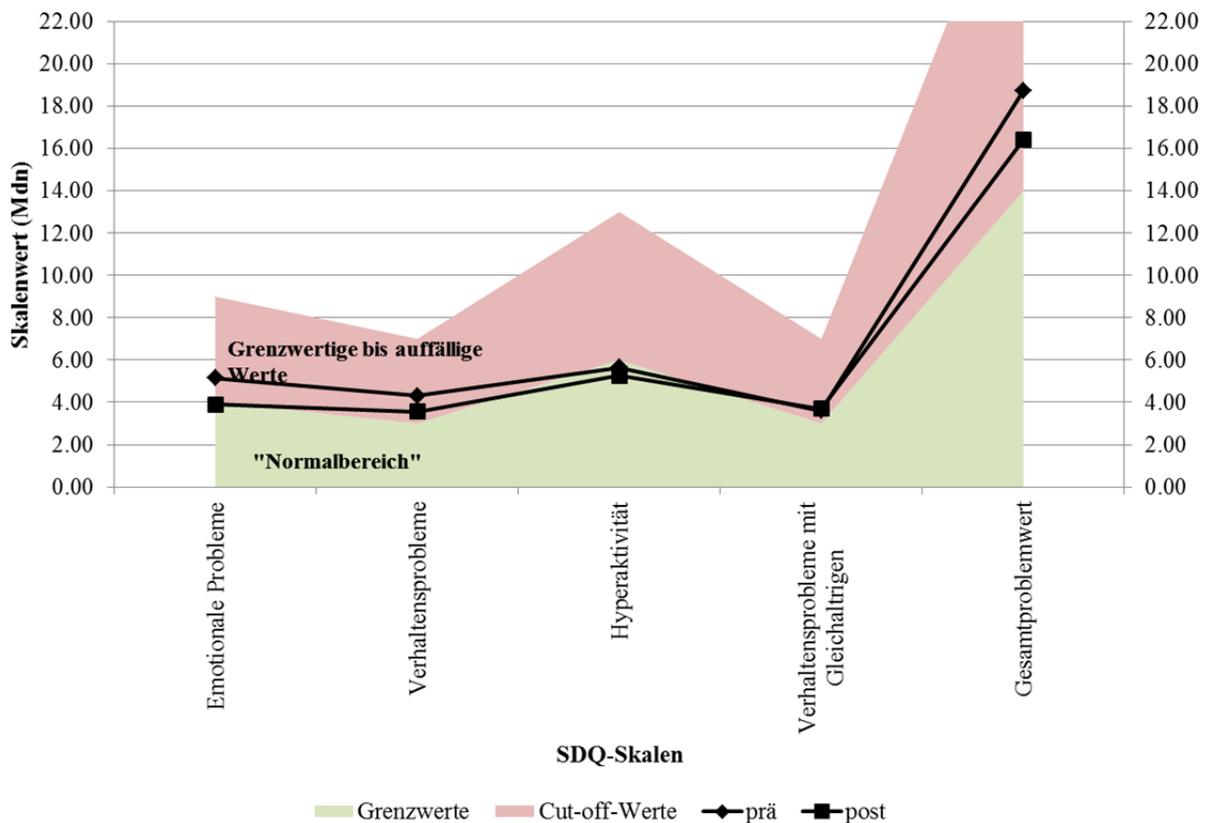


Abbildung 3.3: Verhaltensauffälligkeiten und -stärken (SDQ-Elternbogen prä-post; N=20)

3.3.5.2. Funktionalität der Familien: Allgemeiner Familienbogen (FB-A)

Für den Zeitpunkt vor der Intervention lagen insgesamt 114 ausgefüllte FB-A von 109 Familien vor; fünf Familien hatten zwei Bögen ausgefüllt. 34 Bögen mussten wegen T-Werten von 60 oder mehr für Soziale Erwünschtheit und/oder Abwehr ausgeschlossen werden.

Vor der Intervention bewerteten die Eltern die Funktionalität ihrer Familien insgesamt als eher problematisch ($M=65,82$; $SD=7,73$). Besonders problematisch erwiesen sich die Dimensionen Affektive Beziehungen ($M=72,41$; $SD=9,97$), Kommunikation ($M=70,38$; $SD=11,29$) und Kontrolle ($M=69,75$; $SD=14,39$). In den anderen Dimensionen schnitten die Familien etwas besser, jedoch immer noch im Grenzbereich zur Dysfunktionalität ab:

- Werte und Normen: $M=60,44$; $SD=13,03$;
- Emotionalität: $M=58,86$; $SD=11,36$;
- Aufgabenerfüllung: $M=55,54$; $SD=7,26$;
- Rollenverhalten: $M=50,34$; $SD=6,96$.

Nur für neun Familien konnte die Einschätzung ihrer Funktionalität vor und nach der Intervention von HotA verglichen werden; elf Familien mussten aufgrund von T-Werten über 60 auf der Abwehrskala ausgeschlossen werden. Während sich die Einschätzung der Stärken und Probleme der Kinder im SDQ leicht verbessert hatte, war dies bei der Einschätzung der Funktionalität der Familien durch diese selbst nicht der Fall. So hatte sich die Funktionalität insgesamt leicht verschlechtert (Gesamtscore: $Mdn_{prä} = 63,14$; $Mdn_{post} = 64,18$), wie auch die Funktionalität in den Bereichen Kommunikation, affektive Beziehungen und Kontrolle (vgl. Abb. 3.4); allein in Bezug auf Werte und Normen ist es zu einer deutlichen Verbesserung gekommen ($Mdn_{prä} = 68,39$; $Mdn_{post} = 58,86$) (vgl. Abb. 3.4). Für sechs Fälle waren die Gründe für den Abschluss dokumentiert worden; hier-nach waren die Ziele erreicht worden.

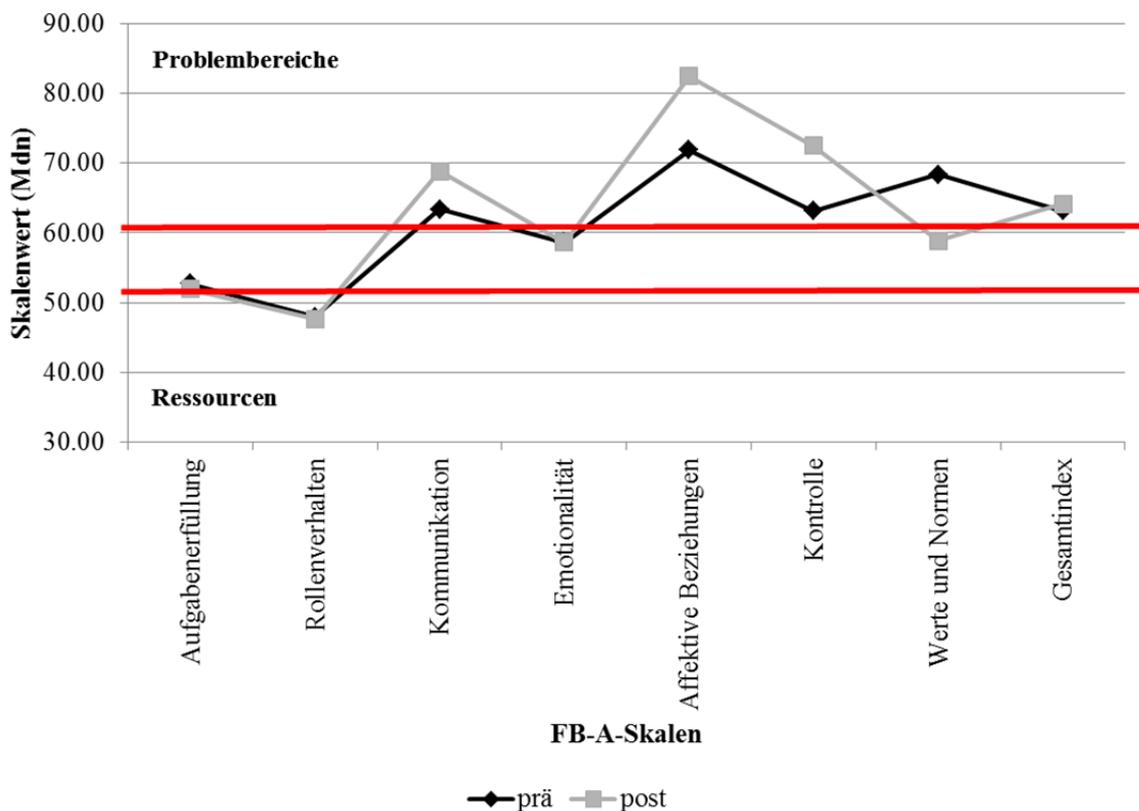


Abbildung 3.4: Funktionalität der Familien (Selbsteinschätzung, FB-A, prä-post; N=9)

3.4. Ziele der Familien vor der Intervention und Zielerreichung nach Abschluss

In der Basisdokumentation wurden die Ziele der Familien bei der Fallaufnahme festgehalten. In 97 Fällen lagen eindeutige Angaben hierzu vor. Am häufigsten wurde „konstruktives Erziehungsverhalten erlernen“ als Ziel angegeben ($n=66$; 68,04 %), gefolgt von den Zielen „Regeleinhaltung, Grenzen setzen“ und „Stärkung der Elternrolle und der Rollen in der Familie“ (jeweils $n=61$; 62,89 %). Die „Bewältigung des Alltags und die Schaffung von Strukturen“ ($n=49$; 50,52 %), „Stressbewältigung, Umgang mit Überforderung und problematischen Gefühlen“ ($n=34$; 35,05 %), „Kommunikation innerhalb der Familie und der Umgang miteinander verbessern“ ($n=31$; 31,96 %) und „Kooperation zwischen den Eltern“ ($n=30$; 30,93 %) waren ebenfalls häufig formulierte Ziele der Familienarbeit. Weitere Ziele waren:

- Umgang mit der Erkrankung der Kinder ($n=27$; 27,84 %)
- Bedürfnisse/Wohlbefinden der Kinder verbessern ($n=25$; 25,77 %)
- Umgang mit der Erkrankung eines Elternteils ($n=16$; 16,49 %)
- Kooperation mit Helfer(inne)n/Ärzt(inn)en/Schule ($n=13$; 13,40 %)
- Klärung/Unterstützung bei Kindergarten, Schule, Ausbildung ($n=8$; 8,25 %)
- Verzicht auf Gewaltanwendung ($n=8$; 8,25 %)
- Freizeitgestaltung/soziale Kontakte ($n=4$; 4,12 %)

3.4.1. Zielerreichung nach der Intervention

Die Zielerreichung wurde nach Beendigung der Intervention aus vier Perspektiven erhoben: den Familien, den Familienarbeiter(inne)n, Zuweiser(inne)n und Koordinator(inn)en. Diese schätzten den Zielerreichungsgrad auf einer Skala von 1 („sehr schlecht“) bis 10 („sehr gut“) ein. Dabei stimmten die Einschätzungen mehrheitlich überein,⁵⁵ und die Beteiligten schätzten die Ziele überwiegend als (sehr) gut erreicht ein ($M_{\text{Familie}} = 8,32$, $SD = 1,28$; $M_{\text{Zuweiser(innen)}} = 8,30$, $SD = 0,98$; $M_{\text{Familienarbeiter(innen)}} = 8,24$, $SD = 1,71$; $M_{\text{Koordinator(innen)}} = 8,13$, $SD = 1,14$) (vgl. Abb. 3.5). Abbildung 3.5 zeigt jedoch auch Unterschiede in den Bewertungen der verschiedenen Akteure. So beurteilten alleine die Familienarbeiterinnen die Zielerreichung in 4 % der Familien als ungenügend.

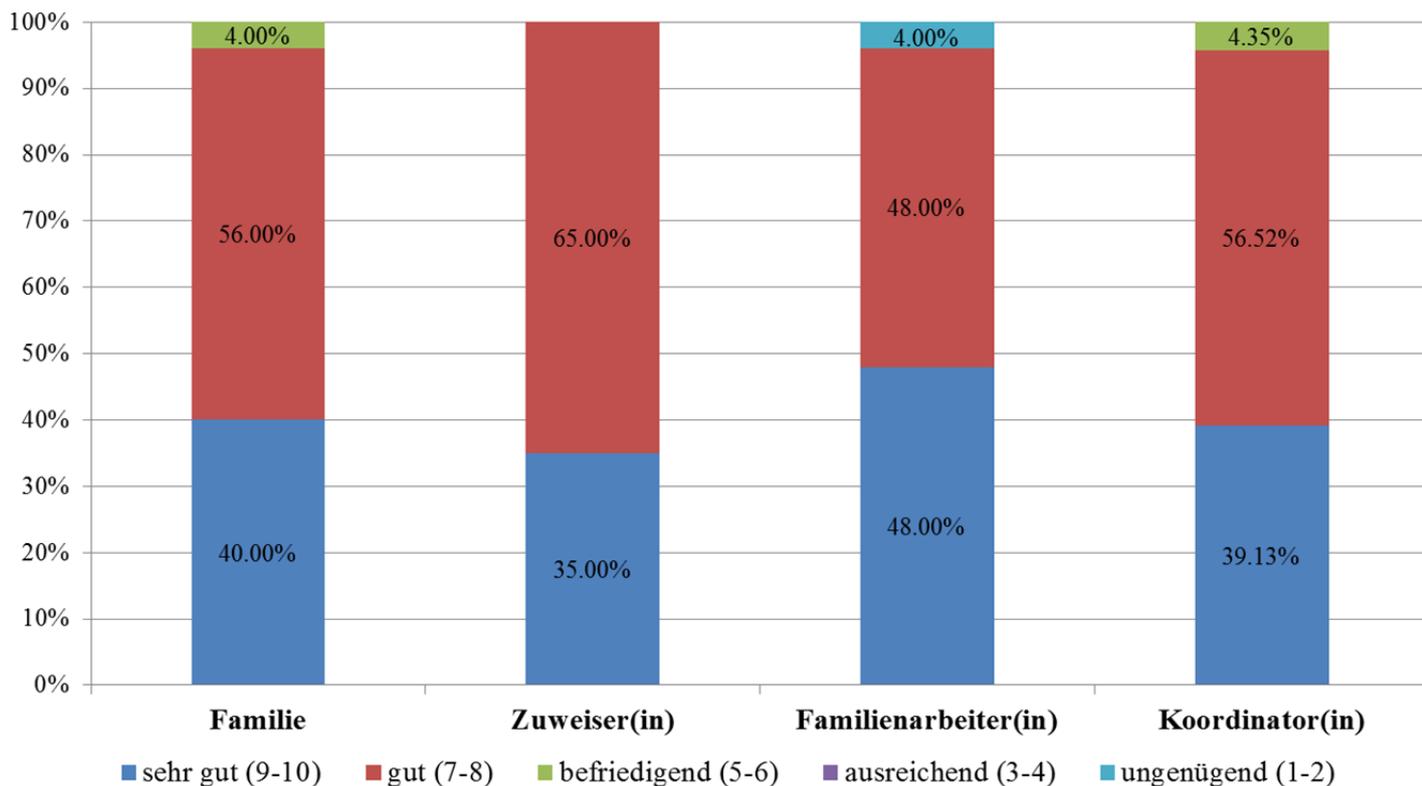


Abbildung 3.5: Zielerreichungsgrad ($N=20-25$)

⁵⁵ Familie: $n=25$; Zuweiser(innen): $n=20$; Familienarbeiterinnen: $n=25$; Koordinationsperson: $n=23$

Luzern, 11. April 2017

Seite 22

Krüger & Zobrist: „Hometreatment Aargau“ (Jahresbericht)

Zu beachten ist, dass die Zielerreichung *nicht* in der „Lösung“ des Problems bestehen musste. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn die Anschlusslösung in der Beantragung einer Erziehungsbeistandschaft besteht oder wenn die Zielerreichung nicht mit dem Abschluss der Familienarbeit einhergeht (vgl. Krüger & Zobrist, 2015).

3.5. Subjektive Wirkfaktoren und hinderliche Faktoren für die aufsuchende Familienarbeit aus Sicht der beteiligten Akteure

Bei Fallabschluss wurden die Familien, Zuweiser(innen), Familienarbeiter(innen) und Koordinator(inn)en gebeten, Faktoren der Familienarbeit zu nennen, die ihres Erachtens in dem jeweiligen Fall wirksam gewesen sind. Die von den Familien angegebenen Wirkfaktoren liessen sich den folgenden Kategorien zuordnen ($n=24$ Fälle):

- Gute Tipps/Ratschläge/Impulse der Familienarbeiterin ($n=7$)
- Bestärkung des Verhaltens/der Rolle, Sicherheit erhalten, Rollenklärung ($n=7$)
- Gute Beziehung/Sympathie zwischen Familie und Familienarbeiterin ($n=6$)
- (Gute) Unterstützung durch Familienarbeiterin ($n=3$)
- Offenheit ($n=1$)
- Kompetente Familienarbeiterin ($n=1$)
- Anderes (z. B. Aussensicht, Flexibilität) ($n=7$)

Mehrheitlich beziehen sich die genannten Faktoren auf die Arbeitsweise der Familienarbeiterin ($n=17$), ihre Kompetenz ($n=4$) sowie die Beziehung zwischen ihnen selbst und der Familienarbeiterin ($n=6$). Entsprechend bezogen sich die von den Familienarbeiterinnen genannten Faktoren überwiegend auf Eigenschaften der Familien ($n=20$) sowie die gute Zusammenarbeit ($n=4$). Im Einzelnen liessen sich die genannten Wirkfaktoren den folgenden Kategorien zuordnen:

- Bereitschaft zur Veränderung/Ausprobieren von Neuem/Offenheit/sich hinterfragen lassen ($n=8$)
- Kompetente/motivierte/(belastbare) Eltern ($n=6$)
- Gute Zusammenarbeit ($n=4$)
- Kooperation ($n=2$)
- Engagement ($n=2$)
- Anderes (z. B. mehr Struktur, Kreativität der Mutter) ($n=6$)

Die Zuweiser(innen) und Koordinationspersonen hielten hingegen in erster Linie die Kooperation und Offenheit der Familie für ausschlaggebend. Aus Sicht der Zuweiser(innen) waren im Einzelnen die folgenden Faktoren wirksam ($n=16$ Fälle):

- Kooperation/Offenheit/Vertrauensbasis/erwünschte Zusammenarbeit ($n=8$)
- Klarheit (über Möglichkeiten) ($n=2$)
- (Ausreichend) Hilfe für Familie ($n=2$)
- Externe Einflüsse (schulische Situation der Kinder habe sich verbessert) ($n=1$)
- Anderes (Bestechung, Rückmeldungen, Problemeinsicht) ($n=3$)

Die Koordinationspersonen nannten die folgenden Faktoren ($n=19$ Fälle)⁵⁶:

- Kooperation ($n=5$)
- Offenheit/Einlassen der Eltern auf Familienarbeit ($n=3$)
- Gutes Tempo und Zeit aufgewendet ($n=2$)
- Klarheit ($n=2$)
- Gute Zusammenarbeit ($n=1$)

⁵⁶ In drei Fällen waren die angegebenen Faktoren nicht interpretierbar.

Luzern, 11. April 2017

Seite 23

Krüger & Zobrist: „Hometreatment Aargau“ (Jahresbericht)

- Professionalität ($n=1$)
- Passung Familienarbeiterin und Familie ($n=1$)
- Anderes (z. B. Umgang mit Krankheit, Familienarbeiterin konnte Sicherheit geben) ($n=6$)

3.6. Gründe für die Beendigung der Familienarbeit

In der Basisdokumentation wurden die Gründe für die Beendigung der aufsuchenden Familienarbeit durch HotA festgehalten – für reguläre Fallabschlüsse, Überweisungen und Abbrüche. Zu den Gründen für den Abschluss der Arbeit bei den regulären Fallabschlüssen zählte mehrheitlich, dass die Unterstützung durch HotA nicht mehr gebraucht wurde (Eltern wüssten genug, Familiensituation habe sich verbessert, keine weiteren Indikationen) bzw. die Ziele erreicht worden sind ($n=33$; 89,19 %) ⁵⁷; zum Teil wurden hier die Fortschritte der Familien oder einzelner Familienmitglieder genannt. In einem Fall war das Kind platziert worden, und in einem weiteren Fall wurde „Pause“ vermerkt. In zwei Fällen sei die Mutter wenig bzw. überhaupt nicht motiviert gewesen, wobei sie in einem dieser Fälle stationär in einer Klinik aufgenommen worden sei. In jeweils einem Fall war es zu einer Überweisung an die kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste bzw. zu keiner Wiederaufnahme gekommen.

In 14 Fällen war es zu einem **Abbruch der Familienarbeit** gekommen. Als Gründe wurden hier aufgeführt:

- Mangelnde Kooperation ($n=3$),
- Abbruch von Seiten der Familie (kein Bedarf bzw. wegen Suizids eines Kindes; $n=2$),
- Fremdplatzierung eines Kindes ($n=2$),
- Umplatzierung der Kinder aus Pflegefamilie zurück zur Mutter ($n=1$),
- „Fassadäres Verhalten“ der Mutter ($n=1$),
- Unzufriedenheit der Eltern wegen mangelnder administrativer Unterstützung ($n=1$),
- Keine Ressourcen auf Seiten der Mutter ($n=1$),
- Kein Auftrag nach Probezeit ($n=1$),
- Abbruch von Seiten HotAs ohne Angabe weiterer Gründe ($n=1$),
- Keine Gründe ($n=1$).

3.7. Zivilrechtliche Kindesschutzmassnahmen vor und nach der Intervention

In der Mehrheit der Familien bestand bei Fallaufnahme *keine* Kindesschutzmassnahme ($n=89$; 70,08 %) ⁵⁸. In 37 Familien bestand eine Beistandschaft (Art. 308 ZGB), in einer eine Vormundschaft (Art. 311 ZGB). Dies entspricht in etwa den Verhältnissen in den Familien während der Pilotphase von HotA (Krüger & Zobrist, 2015). Zwar ist ein direkter Vergleich mit der Kindesschutzstatistik für den Kanton Aargau nicht möglich, da hier die Massnahmen pro Kind und nicht pro Familie festgehalten werden, dennoch kann vor dem Hintergrund, dass per 31. Dezember 2011 bzw. 2012 1,63 % bzw. 1,43 % der minderjährigen Kinder im Kanton Aargau verbeiständet oder bevormundet waren, ⁵⁹ davon ausgegangen werden, dass diese Fälle bei den „HotA-Familien“ überrepräsentiert waren. ⁶⁰

⁵⁷ $N = 37$

⁵⁸ $N = 127$

⁵⁹ Schweizerische Statistik der Massnahmen im Kindes- und Erwachsenenschutz 2011, in: *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz* 6/2012, S. 447-454; Schweizerische Statistik der Massnahmen im Kindes- und Erwachsenenschutz 2012, in: *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz* 1/2014, S. 83-92

⁶⁰ Der Kanton Aargau publiziert keine aktuellen Fallzahlen.

Luzern, 11. April 2017

Seite 24

Krüger & Zobrist: „Hometreatment Aargau“ (Jahresbericht)

Eine Kindesschutzmassnahme bestand zum Fallabschluss in acht dieser Fälle (12,70 %).⁶¹ In allen Fällen handelte es sich um eine Beistandschaft gemäss Art. 308 ZGB. In 14 dieser Fälle wurde die Massnahme seit Fallaufnahme neu errichtet (22,22 %). In neun Fällen wurde eine Kindesschutzmassnahme im Laufe der Intervention hingegen aufgehoben, wozu auch die bei Fallaufnahme bestehende Vormundschaft zählte (14,29 %). In insgesamt 29 Fällen bestand bei Fallabschluss keine Kindesschutzmassnahme (46,03 %), wobei in 5 dieser Fälle keine Angaben zu Kindesschutzmassnahmen bei Fallaufnahme vorlagen. In weiteren zwei Fällen, in denen keine Informationen zu Kindesschutzmassnahmen bei Fallaufnahme vorlagen, bestand bei Fallabschluss eine Beistandschaft. In einem Fall lagen keine Angaben vor, ob die Beistandschaft zum Zeitpunkt des Fallabschlusses noch bestand.

3.8. Fremdplatzierungen vor und nach der Intervention

Kinder aus 26 Familien waren vor der Intervention bereits einmal fremdplatziert worden (20,00 %), in 104 Familien war dies nicht der Fall. Zum Zeitpunkt des Fallabschlusses waren Kinder aus zwei dieser Familien platziert (3,17 %).⁶² In sieben Familien war mind. ein Kind während der Intervention platziert worden (11,11 %). In acht Fällen konnten die Kinder rückplatziert werden (12,70 %). In 41 Familien waren die Kinder weiterhin nicht platziert, in einem Fall lagen hierzu keine Angaben vor. In vier Fällen lagen keine Informationen zu Fremdplatzierungen von Kindern vor. In einem dieser Fälle war ein Kind bei Fallabschluss platziert, in dreien war dies nicht der Fall.

Damit ist der Anteil der Familien, in denen ein Kind fremdplatziert war, im Vergleich zu den Familien, die 2015 betreut wurden, gestiegen (12 %; Krüger & Zobrist, 2016). Zwar zeigt der Forschungsstand zur Sozialpädagogischen Familienbegleitung bzw. -hilfe, dass diese nicht geeignet ist, Fremdplatzierungen zu verhindern (zusammenfassend: Krüger & Zobrist, 2015); HotA arbeitet jedoch zum einen mit Familien, bei denen die Fremdplatzierung eines Kindes thematisiert wird, daraufhin, dass sie diesen Schritt akzeptieren können; zum anderen begleitet HotA Familien, wenn ein Kind rückplatziert wird. Insofern widerspricht die erhöhte Quote an Fremdplatzierungen weder dem Kenntnisstand zur Sozialpädagogischen Familienbegleitung bzw. -hilfe noch dem Konzept von HotA (vgl. Kap. 1).

3.9. Nutzen, Zufriedenheit und Akzeptanz von HotA aus Sicht der Familien

Im Rahmen der Familienbefragung wurden 18 Familien, die nach dem Zufallsprinzip ausgewählt werden konnten, telefonisch gestützt auf einen standardisierten Fragebogen durch die Mitarbeitenden der Hochschule nach ihrer subjektiven Beurteilung der abgeschlossenen Familienarbeit befragt. Gesamthaft zeigt sich, dass bei knapp zwei Drittel der Familien ($n = 13$) die Leistungen von HotA den Erwartungen „voll entsprochen“ haben. Bei zwei Familien wurde ihnen „teilweise entsprochen“, bei dreien gar nicht. Eine befragte Person gab an, nur wenige Kontakte mit der Familienarbeiterin gehabt zu haben. Nach Ansicht von 14 Familien wurden die vereinbarten Ziele „vollständig“ oder „teilweise erreicht“. Aus Sicht von vier Familien wurden die Ziele allerdings „gar nicht“ erreicht. Für alle 18 Familien war die Intensität der Hilfeleistungen „genau richtig“.

Der subjektive Nutzen der Familienbegleitungen von HotA wurde in den folgenden Bereichen wahrgenommen: Die Hälfte der befragten Familien könne nun aus ihrer Sicht in der Familie mehr (oder eher mehr) Eigenverantwortung übernehmen, die andere Hälfte beurteilte dies kritisch ($n =$ jeweils 9). Sieben Familien gaben an, dass ihnen die Strukturierung des Familienalltags besser (oder eher besser) gelinge, die Mehrheit konnten dieser Aussage jedoch „(eher) nicht“ zustimmen ($n=11$). Die bessere Wahrnehmung der Verantwortung gegenüber den Kindern erlebten nur 5 Fami-

⁶¹ $N = 63$

⁶² $N = 63$

Luzern, 11. April 2017

Seite 25

Krüger & Zobrist: „Hometreatment Aargau“ (Jahresbericht)

lien (eher) positiv, 13 Familien hingegen (eher) nicht. In zwölf Familien hat sich der Umgang mit Konflikten (eher) verbessert, in sechs Familien war dies weniger der Fall. Für fast alle Familien ($n=13$) hat sich die Bewältigung des Erziehungsalltags (eher) verbessert, vier Familien schätzten dies kritischer ein; eine Person hatte hierzu keine Angaben gemacht. Bei elf der interviewten Familien hat sich die Sicherheit in der Elternrolle (eher) verbessert, von sieben Familien wurde dies unverändert wahrgenommen. Alle befragten Familien haben den Umgang der Familienbegleiter(innen) mit der Familie als respektvoll empfunden. 15 der 18 Familien haben sich in ihrem Veränderungsprozess „immer“ unterstützt gefühlt. Drei Familien haben dies jedoch „nie“ erlebt. Die Hilfeakzeptanz war bei 15 Familien „sehr gut“ oder „gut“; eine Person gab an, sie habe die Begleitung nur schlecht annehmen können, zwei konnten sie nie annehmen.

Neben der Beantwortung der standardisiert gestellten Fragen konnten die Familien zusätzliche Bemerkungen oder Einschätzungen zu HotA angeben. Die Familien, welche das Angebot von HotA geschätzt haben, äusserten sich in diesen ergänzenden, offen gestellten Fragen vor allem positiv zu den Mitarbeitenden von HotA: Diese wurden als sympathisch, unterstützend und respektvoll wahrgenommen. Besonders hervorgehoben wurde die Erreichbarkeit, das gute Verständnis und Einfühlungsvermögen, die Kompetenz und die eigenen Erfahrungserfahrungen, aber auch das Vermeiden von negativen Zuschreibungen, Einmischung und moralischen „Zeigefingern“. Wenn HotA in einem Zwangskontext durchgeführt wurde, haben das die Eltern anfänglich kritisch erlebt, waren zurückhaltend oder gar misstrauisch. Die Vorerfahrungen mit Behörden und Sozialdiensten waren eher negativ. Diese Familien wurden durch HotA positiv überrascht, weil es gelungen war, mit dem behördlichen Druck konstruktiv umzugehen.

Bei den Familien, die weniger oder gar nicht von HotA profitieren konnten, wurde deutlich, dass ein systemisches Problemverständnis der Eltern eine Voraussetzung darstellt, um sich auf die Familienarbeit einzulassen. Je individuums- und kinderbezogener, aber auch pathologischer ihr subjektives Problem- und Lösungsverständnis war, desto schwieriger war es für die befragten Eltern nachzuvollziehen, weshalb nicht direkt mit dem Kind gearbeitet wurde, sondern primär mit den Eltern. Die Einschätzungen der Eltern zu den erreichten Kompetenzen wurden während der Befragung teilweise in einer Weise kommentiert, wie wenn sie betonen wollten, wie kompetent sie bereits vor der Intervention durch HotA gelebt haben. Einige Male wurde herausgestrichen, dass es sicher noch schwierigere Fälle gebe, die Intervention vermutlich nicht nötig gewesen sei etc. Diese Beobachtungen und einige offene Antworten könnten als Ausdruck von Scham über die familiären Schwierigkeiten verstanden werden, zumal mehrfach erwähnt wurde, dass es nicht einfach sei, eine fremde Person in die Familien hineinschauen zu lassen und dieser Autonomieverlust mit hoher Kompetenz der Mitarbeitenden kompensiert werden muss. Erfreulich ist, dass auch diejenigen Familien, welche die Ziele subjektiv nicht erreicht haben oder die von den Angeboten weniger profitieren konnten, den Kontakt mit HotA dennoch als respektvoll empfunden haben.

Auch wenn subjektive Zufriedenheitseinschätzungen von Adressat(inn)en im Gesundheits- und Sozialwesen bezogen auf ihre Validität stets vorsichtig eingeschätzt werden müssen, sind insgesamt hohe Zustimmungswerte zu verzeichnen. Die kritischen Aspekte betreffen vorwiegend das Problemverständnis der Familien sowie das Verständnis der Arbeitsweise von HotA.

3.10. Limitationen

Neben den in Kapitel 3 bereits diskutierten Einschränkungen, müssen bei der Interpretation der Daten weitere Aspekte berücksichtigt werden, die sich auf die Aussagekraft der Daten auswirken. So fehlten teilweise relevante Informationen wie das Datum der Fallaufnahme oder die Einschätzung des familiären Funktionierens aus der Perspektive der Familienarbeiter(innen) (GARF). Darüber hinaus zeigte ein hoher Anteil der von den Familien ausgefüllten Allgemeinen Familienbögen auffällige Werte auf den Skalen „Soziale Erwünschtheit“ und/oder „Abwehr“ und mussten daher

aus den Analysen ausgeschlossen werden. Vor dem Hintergrund der Befunde aus den Telefoninterviews liegt die Vermutung nahe, dass dies (zumindest zum Teil) auf die Scham der Familien über die familiären Schwierigkeiten zurückgeführt werden kann.

Ferner handelt es sich bei den Angaben zu den Familien, ihrer psychosozialen Situation und den beobachteten Veränderungen nicht um „objektive“ Daten, sondern um Einschätzungen der Mitarbeitenden von HotA und den Familien selbst; bei einem Vergleich der Werte vor und nach der Intervention ist daher mit einer Überschätzung der Effekte zu rechnen.⁶³ In Bezug auf wesentliche Aspekte können jedoch die Sichtweisen der verschiedenen Akteure gegenübergestellt werden, wodurch sich die Möglichkeit der gegenseitigen Validierung der Perspektiven bietet. Dies betrifft insbesondere die Zielerreichung, die Gründe für die Beendigung der Familienarbeit und mögliche Wirkfaktoren; hier liegen neben den Einschätzungen der HotA-Mitarbeitenden auch die der Zuweiser(innen), Familien und Koordinator(inn)en vor.

4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die in diesem Bericht dargestellten Ergebnisse werden im Folgenden hinsichtlich der übergeordneten Evaluationsfragen und der von HotA gesetzten Projektziele (vgl. Kap. 2.1) diskutiert. Anschliessend werden jeweils Empfehlungen formuliert.

4.1. Leistungen von HotA

4.1.1. Ambulante Versorgung von Multiproblemfamilien

2016 konnten HotA 127 Familien aufnehmen, davon 8 aus dem Kanton Solothurn; 121 Fälle konnten abgeschlossen werden und Ende 2016 hatte HotA einen „Bestand“ von 136 Familien, von denen 6 im Langzeitprojekt betreut wurden und 10 im Migrationsprojekt. Für den Bericht konnten Daten zu 140 Familien bei Fallaufnahme und zu 62 auch bei Fallabschluss ausgewertet werden.

HotA hat auch im Berichtsjahr 2016 die anvisierte Zielgruppe erreicht: Familien mit biopsychosozialen Mehrfachproblematiken. Dieser „Typus“ ist durch sich überlagernde sozioökonomische und psychosozial problematische Merkmale charakterisiert. Die durch HotA adressierten Zielgruppe weist (konzeptgemäss) eine sehr hohe gesundheitliche Belastung der Familienmitglieder auf, die sich sowohl auf der somatischen und psychischen Ebene manifestiert als auch in einer dysfunktionalen Familiendynamik äussert, die beispielsweise in 30 % der Familien mit häuslicher Gewalt assoziiert ist. Die standardisierten Beurteilungen der Familiendynamik durch die Eltern und die Fachleute zeigten ebenfalls auffällige Werte. Die Kinder in den Familien werden von ihren Eltern als sehr problematisch wahrgenommen, in etwa 60 % der Fälle wurde bei den Kindern dementsprechend eine psychische Störung diagnostiziert. Der Anteil der psychisch erkrankten Kinder war bereits 2015 im Vergleich zum Pilotzeitraum erheblich gestiegen; 2016 konnte dieses Niveau gehalten werden. Darüber hinaus war in ebenfalls ca. 60 % der Fälle ein Elternteil psychisch erkrankt, in knapp einem Viertel der Fälle waren sowohl Eltern als auch Kinder psychisch erkrankt. Der hohe Anteil an psychisch kranken Kindern sowie die im Vergleich zum Vorjahr wieder angestiegene Quote an psychisch erkrankten Müttern und Vätern ist erfreulich und vermutlich (u. a.) mit dem höheren Anteil an Anmeldungen aus dem medizinisch-psychiatrischen Versorgungssystem zu erklären. Dies spricht für die Akzeptanz von HotA.

Die Interventionen von HotA setzen bei der dysfunktionalen Familiendynamik an, was die mit den Familien ausgehandelten Zielsetzungen illustrieren: Es geht mehrheitlich darum, den Familienalltag

⁶³ Zur Nützlichkeit und Sinnhaftigkeit von Zufriedenheitsbefragungen von Klient(inn)en im Kinderschutz siehe auch Trotter (2008).

Luzern, 11. April 2017

Seite 27

Krüger & Zobrist: „Hometreatment Aargau“ (Jahresbericht)

zu strukturieren, ein konstruktives Erziehungsverhalten umzusetzen, Regeln und Grenzen wiederherzustellen und die Eltern in ihrer Rolle zu stärken. Diese familiendynamischen Faktoren sind für eine gelungene Entwicklung von Kindern und Jugendlichen von sehr hoher Bedeutung.

Erfreulich ist zudem, dass der hohe Anteil an Einelternfamilien gehalten werden konnte; HotA folgt damit weiterhin der Expertenempfehlung aus der Pilotphase, insbesondere auch Alleinerziehende anzusprechen (Krüger & Zobrist, 2015). Der Ausländeranteil ist im Vergleich zum Vorjahr nicht weiter gesunken; zu prüfen ist, wie sich die Beendigung des Migrationsprojektes auf den Anteil ausländischer Familien auswirkt. Für Migrantenfamilien ist immer noch der Zugang zu vielen (psychosozialen) Unterstützungsangeboten erschwert (u. a. Eppstein & Kiesel, 2008). Es wäre verhängnisvoll, wenn dies künftig auch auf das Angebot von HotA zutreffen würde.

In 30 % der Fälle bestanden Kinderschutzmassnahmen, dies verdeutlicht die Relevanz der Intervention von HotA zur Reduktion der behördlich festgestellten Kindeswohlgefährdungen. Aber auch die weiteren dokumentierten Merkmale der Familien, wie psychische Erkrankungen der Familienmitglieder, Behinderungen und somatische Erkrankungen, Gewalt, Kriminalität und Suchtmittelkonsum sowie familiäre Konflikte gelten als Risikofaktoren für Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung von Kindern (vgl. Deegener & Körner, 2006, S. 45). HotA gelingt es hier, eine gesundheits-, bildungs-, sozial- und kriminalpolitisch sowohl präventiv als auch kurativ hoch bedeutsame Zielgruppe (vgl. Deegener & Körner, 2011) unmittelbar mit Leistungen zu versorgen. Entgegen einzelner Befunde in der Forschung, wonach Sozialpädagogische Familienbegleitung für psychisch erkrankte Eltern/Kinder nicht geeignet erscheint (zusammenfassend: Krüger & Zobrist, 2015), kann festgehalten werden, dass es HotA auch im zweiten Jahr nach der Pilotphase geschafft hat, diese Familien mit ihrem Angebot zu erreichen und dabei den hohen Anteil von Familien mit mindestens einem psychisch erkranktem Familienmitglied zu halten. Die Altersgruppe der erreichten Kinder entspricht der üblichen Ausrichtung familienaufsuchender Angebote, die durchschnittliche Interventionsdauer wirkt angemessen. Ebenfalls erscheint es weiterhin als sinnvoll, die familiendynamischen Einflüsse, Ursachen und Folgen von somatischen und psychischen Beeinträchtigungen methodisch auf der Ebene der Familienarbeit anzugehen (als Alternative und/oder Ergänzung zur Psychotherapie) und für diese Zielgruppe ein spezifisches Angebot bereitzustellen. Die Konfiguration der Merkmale der Familien deutet darauf hin, dass spezifisches Wissen zu medizinisch-psychiatrischen Problemstellungen bei gleichzeitig hohen Fähigkeiten zur Arbeit mit Familien vorhanden sein muss. Insofern können die Leistungen von HotA nicht durch andere Angebote substituiert werden, wenn diese eher psychiatrisch-therapeutisch (sowohl für Kinder/Jugendliche als auch für Erwachsene) oder ausschliesslich sozialpädagogisch-familienbezogen ausgerichtet sind. Gerade die Kombination der beiden Perspektiven zeichnet das Konzept von HotA für diese Zielgruppe aus.

Dabei ist nicht allein die interdisziplinäre Zusammensetzung des Teams relevant. Bei HotA sind beide Zugänge zudem auf Leitungsebene vertreten. Dies ist zum einen mit Blick auf die bisherige und weitere konzeptionelle Entwicklungen relevant, da auf diese Weise sichergestellt ist, dass sowohl medizinisch-psychiatrisches als auch sozialarbeiterisches/sozialpädagogisches Fachwissen gleichberechtigt berücksichtigt wird. Zum anderen kann sich dies vorteilhaft auf die HotA-interne interdisziplinäre Zusammenarbeit auswirken, indem keine Statusunterschiede zwischen den Disziplinen gemacht werden. Dies ist insbesondere bei der Zusammenarbeit von Vertreter(inne)n sog. traditioneller Professionen (z. B. Medizin) und sog. Semi-Professionen (z. B. Soziale Arbeit) der Fall (vgl. u. a. Fegert & Schraper, 2004; Krüger & Niehaus, 2016).

Einschätzung der Evaluatoren: Auch im zweiten Jahr nach der Pilotphase adressiert HotA eine aus gesundheits-, bildungs-, sozial- und kriminalpolitischer Perspektive als hoch relevant einzuschätzende Zielgruppe, die durch eine Überlagerung von biopsychosozialen Mehrfachbelastungen

gekennzeichnet ist. HotA versorgt insbesondere eine Zielgruppe, die aus Sicht des Kindesschutzes und der Vorbeugung und Bewältigung von Kindeswohlgefährdungen von grosser Bedeutung ist.

Empfehlungen: Die konzeptionelle Zielgruppenausrichtung, die strukturelle Position und die transdisziplinäre Arbeitsweise von HotA sollten unbedingt beibehalten werden; sie kennzeichnen das Konzept von HotA und tragen wesentlich zum Erfolg des Angebotes bei. Dabei ist den Faktoren der Kindeswohlgefährdung weiterhin hohe Aufmerksamkeit zu schenken, hierzu zählt auch das in der Population anzutreffende Phänomen der häuslichen Gewalt, die ebenfalls eine Form der Kindeswohlgefährdung darstellt. Vor dem Hintergrund, dass der Zugang zu vielen (psychosozialen) Unterstützungsleistungen für Migrantenfamilien immer noch erschwert ist und HotA gezeigt hat, dass es diese Zielgruppe mit seinem Angebot erreichen kann, ist zu prüfen, inwieweit es HotA künftig gelingt, dies zu tun.

4.2. Zufriedenheit, Nutzen und Akzeptanz – Sicht der Betroffenen

Die Befragung der betroffenen Familien ergab wieder ein sehr positives Bild bezogen auf die Zufriedenheit mit, der Akzeptanz von sowie den subjektiven Nutzen der Familienarbeit. Im Vergleich zum Vorjahr wurde jedoch der subjektive Nutzen von den befragten Familien kritischer bewertet. Die Äusserungen in den Interviews deuten daraufhin, dass dies – zumindest zum Teil – auf ein mangelndes systemisches Problemverständnis der Familien zurückzuführen ist. Unabhängig davon haben jedoch alle Befragten den Umgang von HotA mit ihnen als respektvoll erlebt. Insbesondere ist es HotA bei Durchführung in einem Zwangskontext gelungen, dass die Familien nach anfänglichem Misstrauen und negativen Erfahrungen mit Behörden mit dem behördlichen Druck konstruktiv umgehen konnten. Auch wenn das Kriterium „Klientenzufriedenheit“ in Kindesschutzkontexten kritisch zu betrachten ist, ist sie dennoch für den Erfolg einer Massnahme wichtig (Trotter, 2008) und die Befunde sehr erfreulich.

Einschätzung der Evaluatoren: Die subjektive Zufriedenheit der Familien mit HotA ist hoch, was als positiver Indikator für die Qualität der Arbeit zu werten ist. Dies gilt insbesondere für den Befund, dass es HotA gelingt, das Vertrauen von Familien zu erlangen, bei denen die Intervention in einem Zwangskontext erfolgt.

Empfehlungen: HotA ist zu empfehlen, das systemische Problem- und Lösungsverständnis in der Auftrags- und Rollenklärungsphase noch deutlicher herauszuarbeiten und die Eltern noch besser zu informieren, dass nicht primär mit den Kindern und individuumsbezogen gearbeitet wird, sondern das familiäre Funktionieren und die Erziehungsarbeit der Eltern im Vordergrund der Intervention steht. Ebenfalls scheint es wichtig zu sein im Kontakt auf Schamgefühle einzugehen und weiterhin auf den Selbstwert der Eltern positiv einzuwirken.

4.3. „Effektivität“ der Familienarbeit: Verbesserung der psychosozialen Problemlagen der Familien

Die Problemlagen der von HotA betreuten Familien haben sich während der Zeit der aufsuchenden Familienarbeit verbessert oder zumindest stabilisiert. Dies zeigt sich sowohl in den standardisierten Einschätzungen der Fachleute von HotA als auch in den Befragungen der Familien. Die Verbesserungen in Bezug auf die Funktionalität der Familien aus Sicht der Fachpersonen ist statistisch signifikant und die Effektgrössen sind moderat. Die Bewertung der Stärken und Schwierigkeiten der Kinder durch die Familien zeigt tendenzielle Verbesserungen nach der Intervention; die Bewertung der Funktionalität der Familie ist aufgrund der geringen Fallzahlen hingegen kaum aussagekräftig, was auf den hohen Anteil von Fragebögen zurückzuführen ist, die aufgrund vermutlich sozial erwünschter Antworten ausgeschlossen werden musste. Kombiniert man die Befunde jedoch mit der

Auswertung der Zielerreichung (auch aus Sicht der Familien), die in über 90 % der Fälle erfolgreich war (96-100 % sehr gut/gute Zielerreichung), so ergibt sich ein positives Bild der „Effektivität“ der Familienarbeit durch HotA. Umso mehr, als dass die von HotA versorgte Zielgruppe durch den hohen Anteil von psychisch erkrankten Kindern und/oder Eltern einen höheren Belastungsgrad aufweist als Familien in herkömmlichen Familienbegleitungsangeboten, diese spezifische Zielgruppe als schwieriger gilt oder eine psychische Erkrankung in der Literatur gar als Kontraindikation für aufsuchende Familienarbeit diskutiert wird (vgl. Blüml et al., 1994). Auch die Abschlüsse und Abbrüche der Familienbegleitungen erscheinen mit Blick auf die Zielgruppe und die üblichen drop-outs im psychosozialen Arbeitsfeld als angemessen und nachvollziehbar. Die Abbruchquote ist gering, was für einen sehr guten Aufnahmeprozess und eine sinnvolle Indikationsstellung durch HotA spricht.

Bezogen auf die im sozialpolitischen Feld stets diskutierte Vermeidung von Fremdplatzierungen durch ambulante Angebote muss bemerkt werden, dass diese Thematik durch HotA fachgerecht behandelt wird: Ist eine Platzierung indiziert, dann unterstützte HotA diesen Schritt, gleichzeitig konnten Rückplatzierungen in die Herkunftsfamilie dank HotA ermöglicht werden. Ob durch ambulante Angebote eine direkte Entlastung der stationären Einrichtungen erreicht werden kann, ist Teil einer kritischen Fachdiskussion, zumal ambulante und stationäre Angebote unterschiedliche Indikationen mit sich bringen und stationäre Leistungen nicht durchgehend substituieren können. Zur Thematik der Platzierungen und allfälligen Entlastungen durch ambulante Massnahmen liegen – gerade im Kinderschutzbereich – in der Schweiz keine zuverlässigen Daten vor (vgl. Jud, 2014). Unabhängig davon kann festgehalten werden, dass HotA eine von Kindeswohlgefährdung erheblich betroffene Zielgruppe ambulant versorgt und dieses ambulante Feld im Sinne der Subsidiarität von hoher Wichtigkeit ist (vgl. ebd.).

Einschätzung der Evaluatoren: Die Reduktion und/oder Stabilisierung der Problemstellungen auf den Ebenen der Familiendynamik und des familiären Funktionierens sowie die überwiegende Zielerreichung zeigen, dass die Familien in der Zeit der aufsuchenden Familienarbeit bedeutende positive Veränderungen erreichen konnten. Dieser Befund ist angesichts der vorhandenen Multi-problemlagen der Familien als besonders erfreulich einzustufen.

Empfehlungen: Wir empfehlen, die standardisierte Erfassung der Veränderung der Problemindikatoren zu Zwecken der Qualitätssicherung weiterzuführen. Der Dokumentation der Problemsituationen durch die standardisierten Instrumente vor und nach der Intervention sollte weiterhin eine hohe Aufmerksamkeit geschenkt werden, damit die Aussagekraft der Verlaufsmessungen noch weiter erhöht werden kann. Dies gilt ebenso für die Basisdokumentation.

5. Fazit

Zusammengefasst zeigt sich aus Sicht der Evaluatoren ein positives Bild der Leistungen von HotA im Berichtsjahr 2016, was an die Erfolge der Pilotphase und des Vorjahres anschliesst. Die teilweise bei Pilotprojekten zu beobachtenden „Leistungseinbrüche“ nach Überführung in einen regulären Betrieb konnten auch zwei Jahre nach Abschluss der Pilotphase nicht vorgefunden werden. Im Gegenteil: Es ist HotA gelungen, den erhöhten Anteil psychisch erkrankter Kinder zu halten und die verfügbaren Daten zeigen eine stabile Entwicklung der Leistungen und Effekte von HotA, die Ziele werden zu einem hohen Grad erreicht und die subjektive Zufriedenheit ist hoch. Insgesamt ist HotA somit aus fachlicher Sicht ein positives Zeugnis auszustellen.

6. Literatur

- Al, C. M. W., Stams, G. J. J. M., Bek, M. S., Damen, E. M., Asscher, J. J. & van der Laan, P. H. (2012). A meta-analysis of intensive family preservation programs: Placement prevention and improvement of family functioning. *Children and Youth Services Review*, 34, 1472–1479.
- Blüm, I. H., Helming, E. & Schattner, H. (1994). *Sozialpädagogische Familienhilfe in Bayern. Abschlussbericht*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (3 Aufl.). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Cierpka, M. & Frevert, G. (1994). *Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen*. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe.
- Deegener, G. & Körner, W. (2006). *Risikoerfassung bei Kindsmisshandlung und Vernachlässigung*. Lengerich: Pabst.
- Deegener, G., & Körner, W. (2011). (Hrsg.). *Gewalt und Aggression im Kindes- und Jugendalter*. Weinheim/Basel: Beltz.
- Eppstein, T. & Kiesel, D. (2008). *Soziale Arbeit interkulturell*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Erzberger, C. (2008). *Evaluation der „Sozialpädagogischen Familienhilfe“ im Caritasverband Bremen und der Hans-Wendt-Stiftung. Abschlussbericht*. Bremen: Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung (GISS).
- Fegert, J.-M. & Schrapper, C. (2004). Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe zwischen Kooperation und Konkurrenz. In J.-M. Fegert & Schrapper, C. (Hrsg.), *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation* (S. 15– 25). Weinheim/München: Juventa.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Goodman, R. (1999). The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a Guide to Child Psychiatric Caseness and Consequent Burden. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 791-799.
- Helming, E. (2002). Indikation in der Sozialpädagogischen Familienhilfe. In K. Fröhlich-Gildhoff (Hrsg.), *Indikation in der Jugendhilfe. Grundlagen für Entscheidungsfindung in Hilfeplanung und Hilfeprozess* (S. 53-76). Weinheim: Juventa.
- Helming, E. (2004). Sozialpädagogische Familienhilfe. In J. M. Fegert & C. Schrapper (Hrsg.), *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation* (S. 135-142). Weinheim/München: Juventa.
- Hota (2011). *Pilotprojekt HTO – Aufsuchende Familienarbeit*. Unveröffentlichter Bericht. Aarau.
- Hota (2013a). *Transdisziplinäres Hometreatment*. http://hota.ch/docs/transdisziplinaraeres-hometreatment_hota.pdf, 15.03.2015
- Hota (2013b). *Halbzeit des Pilotprojektes HotA, Hometreatment Aargau. Konzeptentwicklung*. http://hota.ch/docs/konzeptentwicklung-hota_2013.pdf, 15.03.2015.
- Jud, A. (2014). Fallzahlen im Kindes- und Erwachsenenschutz in den Jahren 2002-2011: Eine ständige Zunahme? *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz* (5), S.373-393.

Luzern, 11. April 2017

Seite 31

Krüger & Zobrist: „Hometreatment Aargau“ (Jahresbericht)

- Krüger, P. & Zobrist, P. (2013). *Evaluation des Projektes „Hometreatment Aargau – Familienarbeit im Kanton Aargau“*. Zwischenbericht: Baseline-Erhebung und vorläufige Ergebnisse. Unveröffentlichter Zwischenbericht. Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Krüger, P. & Zobrist, P. (2015). *Evaluation des Projektes „Hometreatment Aargau – Familienarbeit im Kanton Aargau“*. Abschlussbericht. Unveröffentlichter Bericht. Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Krüger, P. & Niehaus, S. (2016). Zusammenarbeit von öffentlicher Jugendhilfe und Strafjustiz bei Sexualdelikten gegen Kinder in Deutschland und der Schweiz. *Jugendhilfe* 54(3), 1-8.
- Krüger, P. & Zobrist, P. (2016). Evaluation des Projektes „Hometreatment Aargau – Familienarbeit im Kanton Aargau“. *Jahresbericht 2015*. Unveröffentlichter Bericht. Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Schwartz, F. W., Bitzer, E. M., Dörning, H. & Walter, U. (2006). Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (4. Aufl., S. 1169-1200). Weinheim/München: Juventa.
- Sedlmeier, P. & Renkewitz, F. (2008). *Forschungsmethoden und Statistik in der Psychologie*. München: Pearson Studium.
- SpF, Fachverband Sozialpädagogische Familienbegleitung Schweiz (2014). *Statistik 2013*. <http://www.spf-fachverband.ch/statistik.html>, 15.03.2015.
- Trotter, C. (2008). What Does Client Satisfaction Tell Us About Effectiveness? *Child Abuse Review*, 17, 262-274.
- Yingling, L. C., Miller, J. E. E., McDonald, A. L. & Galewler, S. T. (1998). *GARF assessment sourcebook: Using the DSM-IV Global Assessment of Relational Functioning*. New York: Brunner-Routledge.

**Anhang zum
Jahresbericht Evaluation „Hometreatment Aargau“:**
Ergänzende Tabellen

Tabellenverzeichnis

Tabelle A.1: Funktionalität der Familien vor und nach der Intervention (GARF).....	A2
Tabelle A.2: Verhaltensauffälligkeiten und -stärken vor und nach der Intervention (SDQ- Elternbogen; N = 20).....	A2



Luzern, 11. April 2017
Seite A2
Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Jahresbericht)

Tabelle A.1: Funktionalität der Familien vor und nach der Intervention (GARF)

GARF-Skala	Zeitpunkt				df	t	d _z
	prä		post				
	M	SD	M	SD			
Interaktion	35,14	14,56	52,64	22,60	17	-3,040**	0,72
Organisation	36,47	16,06	55,44	22,93	16	-3,133**	0,76
Emotionales Klima	44,17	20,63	59,50	23,93	14	-2,118*	0,55
Gesamtscore	37,67	16,01	55,22	22,70	14	-2,650*	0,68

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

Tabelle A.2: Verhaltensauffälligkeiten und -stärken vor und nach der Intervention (SDQ-Elternbogen; N = 20)

SDQ-Skala	Zeitpunkt				t	p
	prä		post			
	M	SD	M	SD		
Emotionale Probleme	5,15	2,06	3,90	2,34	2,265	.035
Verhaltensprobleme	4,30	2,30	3,55	1,88	1,831	.083
Hyperaktivität	5,65	2,58	5,25	1,62	0,653	.522
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	3,60	2,44	3,70	2,34	-0,138	.892
Prosoziales Verhalten	6,68	2,08	6,89	1,91	-0,340	.738
Gesamtproblemwert	18,70	6,13	16,40	5,10	1,501	.150

Df = 19