

# **Evaluation des Projektes „Hometreatment Aargau – Familienarbeit im Kanton Aargau“ Jahresbericht 2017**

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

**Luzern, Mai 2018**



## 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 seit 2015 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 2017 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 2017:

- HotA hat 95 Familien aufgenommen, davon 6 aus dem Kanton Solothurn und 7 aus dem Kanton Basel-Landschaft; Ende 2017 hatte HotA einen „Bestand“ von 131 Familien. Für die Evaluation lagen Daten von 128 Familien bei Fallaufnahme, 62 Familien bei Fallabschluss und von 61 Familien zu beiden Zeitpunkten vor. Die Zuweisungen erfolgten zu 61 % aus dem medizinischen System, 25 % aus dem sozialen System und 9 % aus dem schulischen Umfeld. Die Indexpatient(inn)en waren in 64 % der Fälle die Kinder der Familien.
- In 43 % der von HotA aufgenommenen Familien war ein Elternteil alleinerziehend, ein hoher Teil der Eltern erwerbstätig, aber etwa 30 % der Mütter und 1/5 der Väter verfügten nur über eine geringe Bildung. 25 % der Familien bezogen Sozialhilfe. In etwa 30 % der Familien wurde eine andere Muttersprache als Deutsch gesprochen.
- Die Kinder waren mehrheitlich im Primarschulalter, in gut einem Drittel der Familien hatte ein Elternteil und in gut einem Fünftel ein Kind körperliche Erkrankungen, Behinderungen oder Beeinträchtigungen. Bei 57 % der Familien war mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt, meisten waren dies die Mütter. Mehrheitlich wurden affektive Störungen diagnostiziert. In 56 % der Familien litten die Kinder an einer psychischen Störung, mehrheitlich waren dies hyperkinetische Störungen. In gut 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 (7 % resp. 6 %). In 38 % der Familien war es zu Vorfällen von häuslicher Gewalt gekommen. In 32 % der Fälle bestand eine Kinderschutzmassnahme.
- Das Verhalten der Kinder wurde bei der Aufnahme durch die Eltern als auffällig eingeschätzt (SDQ-Gesamtscore 19,26), das familiäre Funktionieren gesamthaft ebenfalls als deutlich problematisch (FB-A-Gesamtscore 63,30). Auch die Fachleute von HotA haben das familiäre Funktionieren durchschnittlich als deutlich dysfunktional eingeschätzt (76 % der Fälle).
- Die Interventionen dauerten durchschnittlich zehn Monate. 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 88-92 % „sehr gut“ bis „gut“. Während die Problembelastung der Kinder aus Sicht der Eltern bei Fallabschluss in fast allen Bereichen geringer war, hatte sich das familiäre Funktionieren nach Einschätzung der Eltern kaum verändert.

Die Befunde für das Jahr 2017 werden von den Evaluatoren insgesamt positiv beurteilt, insbesondere ist es weiterhin gelungen, den seit 2015 deutlich erhöhten Anteil psychisch erkrankter Kinder zu halten. Die Empfehlungen betreffen in erster Linie die weitere Optimierung von methodischen Aspekten. Darüber hinaus wird vorgeschlagen, weiterhin auf die sorgfältige Dokumentation der Verlaufsbeobachtungen zu Evaluationszwecken zu achten.

## Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis .....	iv
Abbildungsverzeichnis .....	iv
Abkürzungsverzeichnis .....	v
Vorbemerkungen: Ausgangslage und Auftrag .....	1
1. Evaluationsgegenstand: Das Projekt „Hometreatment Aargau“ .....	2
1.1. Zusammenfassung der Ergebnisse der Evaluation des Pilotprojektes (2012-2014) und der Jahresberichte 2015, 2016 .....	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 .....	9
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 .....	12
3.3.1. Körperliche und psychische Gesundheit der Familienmitglieder .....	12
3.3.1.1. Körperliche und psychische Gesundheit der Familienmitglieder vor der Intervention ....	12
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 .....	17
3.3.3. Funktionsniveau der Familien vor und nach der Intervention nach Einschätzung der HotA- Mitarbeitenden .....	17
3.3.4. Häusliche Gewalt und Delinquenz vor und nach der Intervention .....	18
3.3.5. Ressourcen, Probleme und Funktionalität der Familien (Selbstbeurteilung) .....	19
3.3.5.1. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) .....	19
3.3.5.2. Funktionalität der Familien: Allgemeiner Familienbogen (FB-A) .....	22
Ziele der Familien vor der Intervention und Zielerreichung nach Abschluss .....	23
3.3.6. Zielerreichung nach der Intervention .....	24

Luzern, 15. Mai 2018

Seite iii

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

3.4. Subjektive Wirkfaktoren und hinderliche Faktoren für die aufsuchende Familienarbeit aus Sicht der beteiligten Akteure.....	25
3.5. Gründe für die Beendigung der Familienarbeit.....	26
3.6. Zivilrechtliche Kindesschutzmassnahmen vor und nach der Intervention .....	27
3.7. Fremdplatzierungen vor und nach der Intervention .....	27
3.8. Nutzen, Zufriedenheit und Akzeptanz von HotA aus Sicht der Familien .....	28
3.9. Limitationen .....	29
4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	30
4.1. Leistungen von HotA.....	30
4.1.1. Ambulante Versorgung von Multiproblemfamilien .....	30
4.2. Zufriedenheit, Nutzen und Akzeptanz – Sicht der Betroffenen.....	32
4.3. „Effektivität“ der Familienarbeit: Verbesserung der psychosozialen Problemlagen der Familien .....	33
5. Fazit .....	34
6. Literatur .....	35

## **Anhang: Ergänzende Tabellen**

Luzern, 15. Mai 2018  
Seite iv  
Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Jahresbericht)

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 2.1: Datengrundlage Auswertungen Jahresbericht .....	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) 13	
Tabelle 3.3: ICD-10-Diagnosegruppen „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kinder, prä, n = 62) .....	13
Tabelle 3.4: SDQ-Elternbogen 2-4-Jährige: Auswirkungen der Schwierigkeiten (n=3) .....	21

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 3.1: Alter der minderjährigen Kinder im Haushalt (N = 189).....	11
Abbildung 3.2: GARF-Werte vor und nach der Intervention.....	18
Abbildung 3.3: Verhaltensauffälligkeiten und -stärken (SDQ-Elternbogen 2-4-Jährige, prä; N=3) 20	
Abbildung 3.4: Verhaltensauffälligkeiten und -stärken (SDQ-Elternbogen 4-17-Jährige; prä-post; N=37-42).....	22
Abbildung 3.5: Funktionalität der Familien (Selbsteinschätzung, FB-A, prä-post; N=21) .....	23
Abbildung 3.6: Zielerreichungsgrad (N=40-50).....	25

## Abkürzungsverzeichnis

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

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

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

Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit wurde mit der formativen und summativen Evaluation des Projektes „Hometreatment Aargau – Familienarbeit im Kanton Aargau“ (HotA) während der dreijährigen Projektdauer von November 2011 bis Oktober 2014 beauftragt. Als Auftraggeber zeichnet die Firma „Hometreatment Organisation HTO GmbH“ mit Sitz in Aarau, die Trägerschaft von HotA. Grundlage der Evaluation ist die Offerte der Hochschule Luzern vom 08. April 2011 und die Vereinbarung zwischen dem Auftraggeber und der Hochschule Luzern vom 16. November 2011. Im Juli 2013 wurde ein ausführlicher Zwischenbericht erstattet, der im Sinne einer Baseline-Erhebung die von HotA adressierte Zielgruppe ausführlich beschrieben und die Stärken und Schwächen des Projektes identifiziert hat (Krüger & Zobrist, 2013). 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 Nachbefragung 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 der Jahresberichte zu den Folgejahren 2015 und 2016 (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).

## 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, erschwerte Lebensumstände (sozial, beruflich, finanziell), Sucht, Gewalt, Integrationsprobleme bei Migration, innerfamiliäre Konflikte, Sorgerechtskonflikte (vgl. [www.hota.ch](http://www.hota.ch)).

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

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

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

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

- ambulante aufsuchende Versorgung von Multiproblemfamilien,
- professionelle Indikationsstellung,
- 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, 15. Mai 2018

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 Konzeptweiterentwicklung 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:

- 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
- Seit 2017: HotA-F „Von Anfang an“ (Prävention für Familien mit Säuglingen)
- Seit 2017: HotA-STARK (systemische Therapie und Beratung bei ‘Ressourcenfamilien’ zur Krisen- und Konfliktbewältigung)
- Bis Ende 2016: Familien mit Migrationshintergrund: spezifisches Behandlungskonzept, welches die sprachlichen Barrieren und die kulturspezifischen Bedürfnisse abdecken will

(vgl. HotA, 2013b, S. 3f.; HotA, 2018).

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 Indexpatienten 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).

Luzern, 15. Mai 2018

Seite 4

Krüger & Zobrist: „Hometreatment Aargau“ (Jahresbericht)

HotA wird fachärztlich und pädagogisch in Co-Leitung geführt, und die Leistungen werden von einem interdisziplinären Team erbracht. Dieses setzt sich aus Fachpersonen der Medizin, Psychologie, Sozialen Arbeit sowie der Heilpädagogik zusammen. Sie erbringen die Kernleistungen. Diese Fachpersonen verfügen über spezifische Aus- und Weiterbildungen sowie über Erfahrung in der Arbeit mit Familien.<sup>1</sup> 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](http://www.hota.ch)).<sup>2</sup> 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](http://www.hota.ch)).

### **1.1. Zusammenfassung der Ergebnisse der Evaluation des Pilotprojektes (2012-2014) und der Jahresberichte 2015, 2016<sup>3</sup>**

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 Interventions-

---

<sup>1</sup> Zum methodischen Selbstverständnis der HotA-Mitarbeitenden siehe Krüger & Zobrist (2015).

<sup>2</sup> Zur Einordnung von HotA in den sozialpolitischen Kontext des Kantons Aargau vgl. Krüger & Zobrist (2015, Anhang A).

<sup>3</sup> Die Zusammenfassungen wurde den Management Summaries aus Krüger & Zobrist (2015, 2016, 2017) entnommen.

Luzern, 15. Mai 2018

Seite 5

Krüger & Zobrist: „Hometreatment Aargau“ (Jahresbericht)

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

Insgesamt konnten die gesetzten Projektziele nach Einschätzung der Evaluatoren erreicht, die adressierte Zielgruppe adäquat versorgt werden. Der Bedarf ist ausgewiesen. Auch nach Abschluss der Pilotphase des Projektes sollten jedoch weitere konzeptionell-methodische Anpassungen vorgenommen werden, insbesondere 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).

In den ersten beiden Jahren nach Abschluss der Pilotphase hat HotA 241 Familien aufgenommen, 171 Fälle abgeschlossen und hatte Ende 2016 einen „Bestand“ von 136 Familien, von denen 10 im Migrations- und 6 im Langzeitprojekt betreut wurden. Für die Evaluation der beiden Jahre 2015, 2016 lagen Daten von 72 bzw. 140 Familien bei Fallaufnahme, 46 bzw. 88 Familien bei Fallabschluss und von 39 bzw. 62 Familien zu beiden Zeitpunkten vor. Die Zuweisungen erfolgten in beiden Jahren mehrheitlich aus dem medizinischen System (2015: 60 %; 2016: 66 %), zu gut einem Fünftel aus dem sozialen System und zu etwa 10 % aus dem schulischen Umfeld (2015: 12 %; 2016: 10 %). Die Indexpatient(inn)en waren in beiden Jahren in ca. 2/3 der Fälle die Kinder der Familien und die psycho-soziale Situation der Familien stellte sich in beiden Jahren ähnlich dar: Etwa die Hälfte der Familien waren Einelternfamilien (2015: 50 %; 2016: 45 %), ein hoher Teil der Eltern war erwerbstätig, aber ein relativ hoher Anteil der Mütter und Väter verfügte nur über eine geringe Bildung. Ca. 20 % der Familien bezogen Sozialhilfe. In etwa 20-25 % der neu aufgenommenen Familien wurde eine andere Muttersprache als Deutsch gesprochen. Die Kinder waren – wie bereits während der Pilotphase – mehrheitlich im Primarschulalter. Ein erheblicher Teil der Eltern (ca. 1/3-2/5) und etwa 1/5 der Kinder (2015: 19 %; 2016: 16 %) hatten körperliche Erkrankungen, Behinderungen oder Beeinträchtigungen. Bei über der Hälfte der Familien war mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt (2015: 52 %; 2016: 59 %), meisten waren dies die Mütter. Mehrheitlich wurden affektive Störungen diagnostiziert. Der Anteil der Familien mit einem psychisch erkrankten Kind konnte im Vergleich zur Pilotphase deutlich erhöht werden und lag sowohl 2015 als auch 2016 deutlich über 50 % (2015: 57 %; 2016: 59 %); sie litten fast ausschliesslich an hyperkinetischen Störungen. In jeweils etwa 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 (2015: 14 % resp. 6 %; 2016: 3 % resp. 6 %). In etwa 30 % der Familien war es zu Vorfällen von häuslicher Gewalt gekommen (2015: 32 %; 2016: 29 %) und in ebenfalls 30 % der Fälle bestand eine Kinderschutzmassnahme. Das Verhalten der Kinder wurde bei der Aufnahme durch die Eltern als auffällig eingeschätzt (SDQ-Gesamtscore: 2015: 17,76; 2016: 18,64), das familiäre Funktionieren gesamthaft ebenfalls als deutlich problematisch (FB-A-Gesamtscore: 2015: 66,49; 2016: 65,82). Auch die Fachleute von HotA haben das familiäre Funktionieren durchschnittlich als deutlich dysfunktional eingeschätzt (2015: 94 % der Fälle; 2016: 90 % der Fälle). Die durchschnittliche Interventionsdauer war 2016 gestiegen, wobei nur zu wenigen Fällen entsprechende Angaben vorlagen (2015: 6-7 Monate; 2016: 10-12 Monate). 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 in beiden Jahren erfreulich, 2016 jedoch noch höher (2015: ca. 80% „sehr gut“ bis „gut“; 2016: ca. 90 % „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. Aufgrund der geringen Fallzahlen sind die Veränderungen in der Selbsteinschätzung der Familien als Tendenzen zu verstehen.

Die Befunde für die beiden Jahre 2015 und 2016 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. <b>Leistungen</b> 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 <b>Nutzen</b> der Leistungen durch die Familien beurteilt? Sind sie mit den Leistungen <b>zufrieden</b> ? Inwieweit wird das Angebot von HotA von den betreuten Familien <b>akzeptiert bzw. als sinnvoll erachtet</b> ?	✓ Verbesserung der psychosozialen Lage der Familien und von psychisch erkrankten Menschen in Familien
3. <b>Effektivität</b> : 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

Luzern, 15. Mai 2018

Seite 7

Krüger & Zobrist: „Hometreatment Aargau“ (Jahresbericht)

treffen zu können, müssen „störende“ Einflüsse, beispielsweise die Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote, besondere Problemlagen einiger Familien etc., ausgeschlossen werden. Eine Möglichkeit der „Neutralisierung“ derartiger störender Einflüsse ist die zufällige Zuordnung der Klient(inn)en zu einer Interventions- und einer Kontrollgruppe (vgl. Bortz & Döring, 2003). Dies erschien aus finanziellen und ethischen Gründen im vorliegenden Projekt nicht vertretbar. Ein weiteres Problem ist die bereits angesprochene uneinheitliche konzeptionelle und methodische Ausrichtung. Aufgrund dieser Schwierigkeiten war die Wirkungsbestimmung unter Alltagsbedingungen, die Untersuchung der „Effektivität“ (*effectiveness*) von HotA möglich<sup>4</sup>, nicht jedoch seiner Wirksamkeit unter idealen Bedingungen (*efficacy*) (Schwartz, Bitzer, Dörning & Walter, 2006). Ziel war daher die Überprüfung der Zielerreichung in der Arbeit mit den Familien 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-Elternbogen 2-4-Jährige, SDQ-Elternbogen 4-17-Jährige).

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 Ga-

---

<sup>4</sup> Einflüsse durch andere involvierte Fachpersonen/-stellen oder andere Faktoren können hierbei nicht ausgeschlossen werden.

lewlner (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 & Frevort, 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). Seit 2017 wird für Familien mit Kindern zwischen 2-4 Jahren eine angepasste Version des SDQ-Elternbogens verwendet. In dieser Version wurde die Formulierung von vier Items leicht angepasst, auch die Normwerte weichen leicht von denen für ältere Kinder und Jugendliche ab (vgl. <http://www.sdqinfo.com/>). Die Bögen für die 2-4-Jährigen werden daher separat ausgewertet.

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(innen), 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 24 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 [abhängige Stichproben]). Informationen über die praktische Bedeutsamkeit der gefundenen Unterschiede und Zusammenhänge lieferte die Berechnung von Effektstärken (z. B.  $d$ ,  $r$ ) (Bortz & Döring, 2003; Sedlmeier & Renkewitz, 2008).<sup>5,6</sup>

### 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 30 zufällig ausgewählte Familien im März 2018 telefonisch befragt werden, die die Intervention bei HotA bereits abgeschlossen hatten.<sup>7</sup> 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

---

<sup>5</sup> Bei der Interpretation der Effektstärken wurden die Konventionen nach Cohen (1992, nach Sedlmeier & Renkewitz, 2008) zugrunde gelegt. Hiernach gilt: kleiner Effekt:  $d \geq 0,20$ ,  $r \geq 0,10$ ; mittlerer Effekt;  $d \geq 0,50$ ,  $r \geq 0,30$ ; grosser Effekt:  $d \geq 0,80$ ,  $r \geq 0,50$

<sup>6</sup> Die optimalen Stichprobenumfänge zur Absicherung der Ergebnisse bei einem Signifikanzniveau von  $\alpha = 0,05$  und einer Teststärke von  $1 - \beta = 0,80$  betragen für ein- (bzw. zwei-)seitige t-Tests für abhängige Stichproben für kleinere Effekte  $N = 156$  ( $N = 199$ ), mittlere Effekte  $N = 27$  ( $N = 34$ ) und grosse Effekte  $N = 12$  ( $N = 15$ ). Für den Wilcoxon Signed Ranks Test liegen die benötigten Stichprobenumfänge etwas höher: kleinere Effekte  $N = 164$  ( $N = 208$ ), mittlere Effekte  $N = 28$  ( $N = 35$ ), grosse Effekte  $N = 12$  ( $N = 15$ ). Die optimalen Stichprobenumfänge wurden mit Hilfe von G\*POWER Version 3.1.9.2 berechnet (vgl. auch: Bortz & Döring, 2003).

<sup>7</sup> Die Familien wurden nach dem Zufallsprinzip aus einer Liste von 65 Familien ausgewählt, die HotA den Evaluatoren zur Verfügung gestellt hat. 4 Familien haben eine Teilnahme abgelehnt, 15 Familien sind nicht erreicht worden und weitere 3 Personen konnten nach dem Erstkontakt nicht mehr erreicht werden.

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 24.

### 2.3.3. Grundlage der Auswertungen

Zum Zeitpunkt der Berichtslegung lagen den Evaluatoren zu 128 Familien Basisdokumentationen bei Fallaufnahme und zu 61 auch bei Fallabschluss vor. Nicht zu jedem der Fälle, zu denen eine Basisdokumentation vorlag, lagen auch die ausgefüllten separaten standardisierten Selbstausskunftsinstrumente vor (SDQ, FB-A). Die folgende Tabelle 2.1 gibt einen Überblick über die Datengrundlage der Auswertungen.

Tabelle 2.1: Datengrundlage Auswertungen Jahresbericht

Instrument	Fallaufnahme	Fallabschluss	Vollständige Fälle (prä, post)
<b>Basisdokumentation</b> (Anzahl Familien)	128	62*	61
<b>SDQ</b> (Anzahl Bögen)	49	49	42
<b>FB-A</b> (Anzahl Bögen)	51	52	21

\* In einem Fall lagen nur Angaben zum Fallabschluss vor.

## 3. Ergebnisse

Mit Blick auf die zugrunde liegenden Evaluationsfragen wurden für den Jahresbericht die Daten zu den im Jahr 2017 aufgenommenen Familien und zu Fällen analysiert, die Ende 2017 noch nicht abgeschlossen worden waren. Zwei Fälle waren bereits 2016 abgeschlossen worden, da die Daten aber im Jahresbericht 2016 nicht berücksichtigt werden konnten, wurden sie in die folgenden Analysen eingeschlossen. 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 129 Familien<sup>8</sup> vor. Diese Familien sind zwischen dem 10.09.2012 und 29.08.2017 aufgenommen worden<sup>9</sup>, wobei 14 Familien, zu denen Aufnahmedaten vorlagen, in 2017 neu aufgenommen worden waren. 52 Fälle konnten zwischen dem 30.08.2016 und 31.12.2017 abgeschlossen werden. Die durchschnittliche Interventionsdauer betrug zehn Monate ( $M=10,27$ ;  $Mdn=10,00$ ;  $SD=5,81$ ), in einem Fall dauerte die Intervention zwei Monate, die längste Intervention ging über 24 Monate.<sup>10</sup> Da die Interventionsdauer des Hometreatments nicht festgelegt ist und so-

<sup>8</sup> Basisdokumentationen bei Fallaufnahme zu 128 Familien und zu einer Familie nur bei Fallabschluss.

<sup>9</sup>  $N = 106$

<sup>10</sup>  $N = 49$

mit 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. Statistisch machte es keinen signifikanten Unterschied, ob ein Elternteil ( $p=.325$ ;  $n=41$ ) und/oder ein Kind psychisch erkrankt war ( $p=.614$ ;  $n=36$ ).

Knapp zwei Drittel der Anmeldungen erfolgte durch Institutionen des medizinisch-psychiatrischen Versorgungssystems (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie etc.) ( $n=73$ ; 61,34 %).<sup>11</sup> Aus dem sozialen Versorgungssystem gingen 30 Anmeldungen ein (25,21 %), aus dem schulischen 11 (9,24 %) sowie 5 Anmeldungen aus anderen Versorgungssystemen (4,20 %). Indexpatient(inn)en waren mehrheitlich Kinder der Familie ( $n=69$ ; 63,89 %)<sup>12</sup>.

### 3.2. Sozio-demografische Merkmale der Familien

Die Kindsmütter waren zum Zeitpunkt der Fallaufnahme zwischen 21 und 62 Jahre alt; das durchschnittliche Alter der Mütter betrug 38 Jahre ( $M=38,87$ ;  $SD=7,62$ ).<sup>13</sup> Die Kindsväter waren nur geringfügig älter. Der jüngste Kindsvater war bei Fallaufnahme 23 Jahre alt, der älteste 63. Im Durchschnitt waren die Väter der Kinder 42 Jahre alt ( $M=42,65$ ;  $SD=7,84$ ).<sup>14</sup> Die Mehrheit der Mütter<sup>15</sup> ( $n=90$ ; 72,00 %) und der Väter<sup>16</sup> waren Schweizer Staatsbürger(innen) ( $n=82$ ; 75,23 %), wobei nicht erhoben wurde, ob Familienmitglieder Doppelbürger(innen) waren. 35 Mütter (28,00 %) und 27 Väter waren Ausländer(innen) (24,77 %), die mehrheitlich über eine Niederlassungsbewilligung verfügten ( $n_{KM} = 26$ ;  $n_{KV} = 20$ ). Insgesamt lag die Ausländerquote damit bei 26,50 %. Für 70 % der Mütter ( $n=85$ )<sup>17</sup> und für knapp drei Viertel der Väter ( $n=75$ )<sup>18</sup> war Deutsch die bzw. eine der Muttersprachen.

Etwa 62 % der Eltern war verheiratet (KM: 62,20 %; KV: 61,67 %) und etwa 30 % geschieden ( $n_{KM} = 38$ ;  $n_{KV} = 37$ ).<sup>19</sup> Zehn Mütter und neun Väter waren ledig. In 43 % der Familien war zum Triagezeitpunkt ein Elternteil alleinerziehend ( $n=50$ ),<sup>20</sup> mehrheitlich waren dies die Mütter. Die Quote der Alleinerziehenden entsprach damit in etwa der während der Pilotphase (42 %; Krüger & Zobrist, 2015) und der Folgejahre (44 % bzw. 45 %; Krüger & Zobrist, 2016; 2017).

Die Hälfte der Mütter ( $n=61$ )<sup>21</sup> und gut drei Viertel der Kindsväter war erwerbstätig (78,64 %;  $n=81$ )<sup>22</sup>. Dabei hatte die überwiegende Mehrheit der Väter eine Vollzeitstelle ( $n=74$ ), dies traf nur auf 9 der 61 erwerbstätigen Mütter zu. Der Anteil der erwerbstätigen Mütter entsprach somit ungefähr wieder dem der Familien der Pilotphase (51 %) und war damit deutlich geringer im Vergleich zu den Jahren 2015 (63 %) und 2016 (60 %). Der Anteil der erwerbstätigen Väter entsprach mit 79 % hingegen in etwa dem des Vorjahres und war damit sowohl im Vergleich zur Pilotphase sowie dem Jahr 2015 deutlich geringer (89 % bzw. 84 %) (Krüger & Zobrist, 2015; 2016). Mehrheitlich hatten sowohl die Mütter als auch die Väter eine abgeschlossene Berufsausbildung (KM:  $n=93$ , 79,49 %; KV:  $n=95$ , 89,62 %), wobei 14 Mütter und 10 Väter eine Anlehre/Attestausbildung abgeschlossen hatten.<sup>23</sup> Im Vergleich mit den Vätern wiesen die Mütter eine etwas geringere Bildung auf: So hatten gut 30 % nur einen Volksschulabschluss ( $n=24$ ) oder eine Attestausbildung absol-

<sup>11</sup>  $N = 119$

<sup>12</sup>  $N = 108$

<sup>13</sup>  $N = 93$

<sup>14</sup>  $N = 89$

<sup>15</sup>  $N = 125$

<sup>16</sup>  $N = 109$

<sup>17</sup>  $N = 121$

<sup>18</sup>  $N = 101$

<sup>19</sup> Zivilstand Kindsmütter  $N = 127$ , Kindsväter  $N = 120$

<sup>20</sup> In 116 Fällen lagen Angaben zum Alleinerziehendenstatus von mindestens einem Elternteil vor.

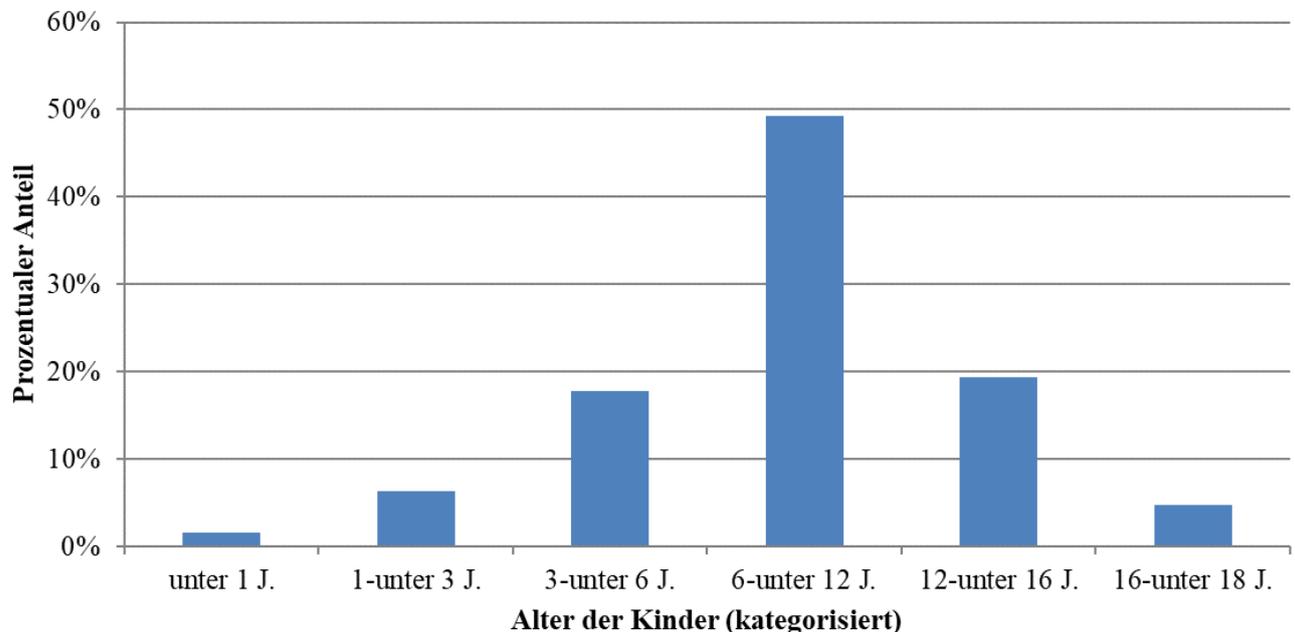
<sup>21</sup>  $N = 122$

<sup>22</sup>  $N = 103$

<sup>23</sup>  $N_{KM} = 117$ ;  $N_{KV} = 106$

viert ( $n=14$ ). 9 Mütter hatten eine höhere Fachschule besucht (6,84 %), 13 eine Fachhochschule oder Universität (11,11 %). Bei den Vätern betrug der Anteil, der eine höhere Fachschule ( $n=7$ ), Fachhochschule oder Universität ( $n=18$ ) besucht hatte, knapp ein Viertel (23,58 %). Lediglich einen Volksschulabschluss ( $n=11$ ) oder eine abgeschlossene Attestausbildung ( $n=10$ ) wiesen „nur“ knapp ein Fünftel der Väter auf (19,81 %). Der Bildungsstand der Eltern hat sich somit im Vergleich zu den Familien im Vorjahr kaum verändert, allerdings ist der Anteil erwerbstätiger Mütter erneut deutlich zurückgegangen (vgl. Krüger & Zobrist, 2016; 2017).

Bei Fallaufnahme lagen Angaben zu insgesamt 269 Kindern in den Familien vor, zu 198 wurden Angaben zum Alter gemacht, wonach 9 Kinder bereits volljährig waren. In den Haushalten der Familien lebten zwischen einem und drei Kinder. Mit 149 Jungen (55,39 %) waren es mehr Jungen als Mädchen (44,61 %;  $n=120$ ). Die Kinder waren zum Zeitpunkt der Fallaufnahme zwischen 0 und 43 Jahre alt, im Durchschnitt waren sie neun Jahre alt ( $M=9,66$ ;  $SD=5,67$ )<sup>24</sup>; betrachtet man nur die minderjährigen Kinder, lag das Durchschnittsalter bei acht Jahren ( $M=8,89$ ;  $SD=4,08$ )<sup>25</sup>. Den grös-



ten Anteil der minderjährigen Kinder machten die 6- bis unter 12-Jährigen mit 49 % aus ( $n=94$ ) (vgl. Abb. 3.1).

Abbildung 3.1: Alter der minderjährigen Kinder im Haushalt ( $N = 189$ )

<sup>24</sup>  $N = 198$

<sup>25</sup>  $N = 189$

### 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 gut einem Drittel der Fälle lag eine körperliche Erkrankung, Beeinträchtigung und/oder Behinderung eines Elternteils vor ( $n=43$ )<sup>26</sup>, in 26 Fällen die eines Kindes (21,49 %) <sup>27</sup>. 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 Elternteil etwas geringer als im Jahr zuvor, der Anteil von Familien mit einem körperlich erkrankten bzw. beeinträchtigten/behinderten Kind hingegen deutlich höher (2016: Eltern: 39 %, Kinder: 16 %). Die Zahlen entsprechen aber in etwa der der Pilotphase und von 2015 (Elternteil: 32 %; Kind: 19 %; Pilotphase: Elternteil: 36 %; Kind: 22 %; Krüger & Zobrist, 2015; 2016; 2017).

Zum Zeitpunkt der Fallaufnahme war in 50 Familien *kein* Elternteil psychisch erkrankt (43,48 %), in weiteren 65 Familien war zumindest ein Elternteil psychisch erkrankt bzw. es bestand ein entsprechender Verdacht (56,52 %). In 9 dieser Familien waren beide Elternteile (vermutlich) erkrankt, in 42 war alleine die Kindsmutter, in 12 alleine der Kindsvater betroffen (vgl. Tab. 3.1).

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	11	1	21
	nein	34	50	0	84
	k. A./unklar	8	4	8	20
Total		51	65	9	125

Die Kindsmütter wiesen häufiger eine psychische Störung auf als die Kindsväter, bzw. es wurde häufiger angenommen, dass dies der Fall ist. So waren 53 der 118 Kindsmütter, zu denen entsprechende Angaben vorlagen, bei Fallaufnahme (vermutlich) psychisch krank (44,92 %). Eine Kindsmutter wies mehr als eine psychische Störung auf. Die Mehrheit der Kindsväter wies vor der Intervention hingegen (vermutlich) keine psychische Störung auf ( $n=84$ ; 80,00 %), hier waren es 21 Männer, die (vermutlich) psychisch krank waren (20,00 %). Der überwiegende Teil der psychisch kranken Kindsmütter und -väter litt (vermutlich) an einer affektiven Störung (mehrheitlich Depressionen) (vgl. Tab. 3.2).

<sup>26</sup> Eindeutige Informationen lagen in insg. 121 Fällen vor.

<sup>27</sup> Eindeutige Informationen lagen in insg. 121 Fällen vor.

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

Psychiatrische Diagnosen (ICD-10-Diagnosegruppen)	KM (n=53)	KV (n=21)
F0: Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	1	0
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	0	0
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	1	3
<b>F3: Affektive Störungen</b>	<b>26</b>	<b>4</b>
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	6	1
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1	0
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	3	3
F7: Intelligenzstörung	0	0
F8: Entwicklungsstörungen	0	0
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	5	6
Substanzmissbrauch	0	1
Andere nicht näher definierte Störung	0	0
Mehr als eine psychiatrische Diagnose	1	0
Keine Angaben	9	3
In Abklärung	1	0

In über der Hälfte der Familien war mindestens ein Kind psychisch erkrankt bzw. es bestand der Verdacht ( $n=58$ ; 55,77 %).<sup>28</sup> 76 % der Kinder wiesen eine hyperkinetische Störung auf; vier Kinder wiesen mehr als eine psychische Störung auf (vgl. Tab. 3.3).<sup>29</sup>

Zu 99 Familien lagen eindeutige Informationen zu psychischen Erkrankungen bei den Eltern und den Kindern vor. In 17 dieser Familien waren weder Eltern noch Kinder psychisch erkrankt (17,17 %); in 27 Familien war bei Fallaufnahme sowohl mindestens ein Elternteil als auch ein Kind psychisch erkrankt (27,27 %). In 26 Familien war mindestens ein Kind, aber kein Elternteil psychisch erkrankt (26,26 %), in 29 Familien war es genau umgekehrt (29,29 %).

Tabelle 3.3: ICD-10-Diagnosegruppen „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kinder, prä,  $n = 62$ )

Psychiatrische Diagnosen Kinder (ICD-10-Diagnosegruppen)	Anzahl Diagnosen
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	9
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1
F7: Intelligenzstörung	1
F8: Entwicklungsstörungen	7
<b>F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend</b>	<b>47</b>
Mehr als eine psychiatrische Diagnose	4

<sup>28</sup>  $N = 104$

<sup>29</sup> Insgesamt lagen zu 62 Kindern eindeutige Angaben vor.

Damit wurde der hohe Anteil von Familien mit mind. einem psychisch erkrankten Elternteil und/oder Kind gehalten; in beiden Fällen schwankt der Anteil seit Abschluss der Pilotphase zwischen 50 % und 60 %. Bemerkenswerterweise hat der Anteil der Kinder mit einer hyperkinetischen Störung im Vergleich zu 2016 (65 %) wieder zugenommen, liegt aber immer noch deutlich unter dem während der Pilotphase (89 %) und 2015 (92 %) (Krüger & Zobrist, 2015; 2016; 2017).

### **Regelmässiger Medikamentenkonsum von Familienmitgliedern**

Vor dem Hintergrund der aufgeführten physischen und psychischen Erkrankungen bzw. Behinderungen ist es nicht verwunderlich, dass fast in der Hälfte der Fälle mindestens ein Elternteil regelmässig ein verordnetes Medikament bei Fallaufnahme einnahm ( $n=56$ ; 46,28 %).<sup>30</sup> Die Kinder nahmen in der Mehrheit der Fälle *kein* verordnetes Medikament regelmässig ein ( $n=73$ ; 60,33 %), in immerhin 40 % der Fällen war dies jedoch der Fall ( $n=48$ ). Zu den Medikamenten selbst lagen keine Informationen vor.

### **Substanzmissbrauch durch Familienmitglieder**

Neben der regelmässigen Einnahme verschriebener Medikamente wurde in der Basisdokumentation auch der Konsum weiterer psychotroper Substanzen festgehalten: Rauchen (Tabak), Alkohol, weitere Drogen (sofern nicht bei Medikamenteneinnahme aufgeführt). 45 % der Eltern rauchten ( $n=55$ ).<sup>31</sup> Acht Kindsmütter oder -väter hatten zum Zeitpunkt der Fallaufnahme laut Angaben der HotA-Mitarbeitenden ein Alkoholproblem (6,56 %).<sup>32</sup> Drogenkonsum eines Elternteils bildete ebenfalls den Ausnahmefall. In sieben Fällen konsumierte zumindest ein Elternteil illegale Drogen (5,74 %).<sup>33</sup>

Von den Kindern waren bei Fallaufnahme acht Raucher(innen) (6,56 %)<sup>34</sup>, vier Kinder hatten nach Einschätzung der HotA-Mitarbeitenden ein Alkoholproblem (3,28 %)<sup>35</sup>. Sechs Kinder konsumierten zu diesem Zeitpunkt illegale Drogen (4,92 %).<sup>36</sup> Das Alter der Kinder war den Daten nicht zu entnehmen.

Damit schwankt der Anteil von Eltern, die regelmässig Medikamente einnehmen müssen, und derer, die rauchen, seit Beginn von HotA zwischen gut 40 % und 50 %. Der Anteil derer, die ein Alkohol- oder Drogenproblem haben bleibt seit 2016 konstant bei unter 10 %. Auch der Anteil von Kindern, die psychotrope Substanzen (ohne verschriebene Medikamente) konsumieren, bleibt seit dem Beginn der Familienarbeit konstant bei unter 10 %. Allerdings ist der Anteil der Kinder, die regelmässig Medikamente einnehmen müssen, mit 40 % im Berichtsjahr am höchsten, zuvor lag er zwischen 27-35 % (vgl. Krüger & Zobrist, 2015; 2016; 2017).

### **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 neun Familien wiesen die Eltern immer noch eine körperliche Erkrankung bzw. Beeinträchtigung oder Behinderung auf

---

<sup>30</sup>  $N = 121$

<sup>31</sup>  $N = 122$

<sup>32</sup>  $N = 122$

<sup>33</sup>  $N = 122$

<sup>34</sup>  $N = 122$

<sup>35</sup>  $N = 122$

<sup>36</sup>  $N = 122$

Luzern, 15. Mai 2018

Seite 15

Krüger & Zobrist: „Hometreatment Aargau“ (Jahresbericht)

(14,75 %).<sup>37</sup> Es war zu sieben Neuerkrankungen gekommen. D. h., bei insgesamt 16 Familien war bei Fallabschluss mind. ein Elternteil körperlich erkrankt und/oder beeinträchtigt bzw. behindert (26,23 %). In elf Familien, in denen bei Fallaufnahme ein Elternteil körperlich erkrankt bzw. beeinträchtigt/behindert gewesen war, war dies bei Fallabschluss nicht mehr der Fall; in 31 Familien war weder bei Fallaufnahme noch bei Fallabschluss ein Elternteil körperlich erkrankt und/oder beeinträchtigt (50,82 %). In drei Fällen, in denen bei Fallaufnahme keine Informationen zu körperlichen Erkrankungen und/oder Beeinträchtigungen eines Elternteils vorlagen, lagen zum Zeitpunkt des Fallabschlusses keine Erkrankungen und/oder Beeinträchtigungen vor. In 23 Familien, in denen bei Fallaufnahme mind. ein Elternteil psychisch erkrankt gewesen war, war dies auch bei Fallabschluss noch der Fall (38,33 %), in sieben Fällen bestand die Erkrankung bei Fallabschluss nicht mehr. In sieben Fällen war es zu einer Neuerkrankung gekommen (11,67 % der Familien).<sup>38</sup>

Ähnlich stellte sich die Situation in Bezug auf die körperliche Gesundheit der Kinder dar: So war in 7 der 62 Familien, zu denen entsprechende Informationen vorlagen, mind. ein Kind bei Fallabschluss immer noch körperlich erkrankt bzw. beeinträchtigt/behindert (11,29 %)<sup>39</sup>; in weiteren sieben Familien war es zu einer Neuerkrankung gekommen. In drei Familien, in denen zuvor mind. ein Kind erkrankt bzw. beeinträchtigt gewesen war, war dies bei Fallabschluss nicht mehr der Fall (4,84 %). In 26 Familien, in denen mind. ein Kind bei Fallaufnahme psychisch erkrankt gewesen war, war dies auch bei Fallabschluss noch der Fall (48,15 %).<sup>40</sup> In sieben Fällen war es zu einer Neuerkrankung gekommen (12,96 %).

### **Regelmässiger Medikamentenkonsum von Familienmitgliedern**

Der prozentuale Anteil von Familien, in denen mind. ein Elternteil ( $n=29$ ; 46,77 %)<sup>41</sup> ein Medikament regelmässig einnehmen muss, entsprach bei Fallabschluss in etwa dem bei Fallaufnahme. Der Anteil der Familien, in denen mind. ein Kind regelmässig ein Medikament einnehmen muss, war hingegen deutlich geringer ( $n=16$ ; 26,23 %)<sup>42</sup>, was weder durch einen geringeren Anteil von Familien mit einem psychisch erkrankten Kind unter den Fallabschlüssen zu erklären ist, noch durch eine längere Interventionsdauer bei diesen Familien.

### **Substanzmissbrauch durch Familienmitglieder**

In Bezug auf den Konsum weiterer psychotroper Substanzen entsprach der Anteil der Raucher(innen) unter den Eltern mit 47 % in etwa dem bei Fallaufnahme ( $n=28$ ),<sup>43</sup> wobei in sieben Familien die Eltern aufgehört hatten zu rauchen und sie in sechs Familien begonnen hatten. Der Anteil der Eltern, die nach Einschätzung der HotA-Mitarbeitenden aktuell oder zuvor ein Alkoholproblem gehabt hatten, lag bei Fallabschluss bei 5 %, wobei es sich um lediglich 3 von 59 Familien handelte; der Anteil der Eltern, die illegale Drogen konsumierten oder zuvor konsumiert hatten, lag bei 3 % ( $n=2$ )<sup>44</sup>. Damit entsprach auch der Anteil der Familien, in denen mind. ein Elternteil ein Alkoholproblem hat und/oder illegale Drogen konsumiert hat, bei Fallabschluss in etwa dem bei Fallaufnahme. In vier Familien bestand das Alkoholproblem nach Einschätzung der HotA-Mitarbeitenden bei Fallabschluss nicht mehr, in zwei Familien bestand es neu. In jeweils einer Familie war der Konsum illegaler Drogen durch ein Elternteil bekannt geworden bzw. das Elternteil hatte den Konsum im Verlauf der Intervention eingestellt.

---

<sup>37</sup>  $N = 61$

<sup>38</sup>  $N = 60$

<sup>39</sup>  $N = 62$

<sup>40</sup>  $N = 54$

<sup>41</sup>  $N = 62$

<sup>42</sup>  $N = 61$

<sup>43</sup>  $N = 59$

<sup>44</sup>  $N = 59$

Luzern, 15. Mai 2018  
Seite 16  
Krüger & Zobrist: „Hometreatment Aargau“ (Jahresbericht)

Von den Kindern waren bei Fallabschluss zwei Raucher(innen) (3,39 %) <sup>45</sup>, ein Kind hatte ein Alkoholproblem, keines konsumierte illegale Drogen. <sup>46</sup> Im Vergleich mit den Angaben bei Fallaufnahme hatte ein Kind angefangen zu rauchen, zwei hatten damit aufgehört; eines der Kinder hatte nach Einschätzung der HotA-Mitarbeitenden kein Alkoholproblem mehr, zwei Kinder konsumierten keine illegalen Drogen mehr. In keiner Familie hat ein Kind während der Intervention begonnen, Drogen zu konsumieren.

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

Mehrheitlich handelte es sich bei den Familien *nicht* um Sozialhilfebezüger(innen) (75,00 %) <sup>47</sup> und es gab auch *keine* laufenden Betreibungen oder Pfändungen (77,31 %) <sup>48</sup>. Zum Zeitpunkt des Fallabschlusses waren 76 % der Familien *nicht* von der wirtschaftlichen Sozialhilfe abhängig ( $n=59$ ) <sup>49</sup>, und 82 % hatten *keine* laufenden Betreibungen oder Pfändungen ( $n=64$ ) <sup>50</sup>.

### 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 deutlich dysfunktional ein, das emotionale Klima in den Familien hingegen als etwas besser: irgendwie unbefriedigend (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, bzw. die offensichtlich und ernsthaft dysfunktional waren. Als „zufriedenstellend“ wurde lediglich das emotionale Klima in vier Familien sowie die Organisation einer Familie eingeschätzt. Insgesamt mussten 28 der 37 Familien laut GARF-Gesamtscore als deutlich dysfunktional oder schlechter bezeichnet werden (75,68 %).

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 starke Effekte ( $r = 0,47-0,77$ ; vgl. Tab. A.1 im Anhang).

---

<sup>45</sup>  $N = 59$

<sup>46</sup>  $N = 59$

<sup>47</sup>  $N = 124$

<sup>48</sup>  $N = 119$

<sup>49</sup>  $N = 78$

<sup>50</sup>  $N = 78$

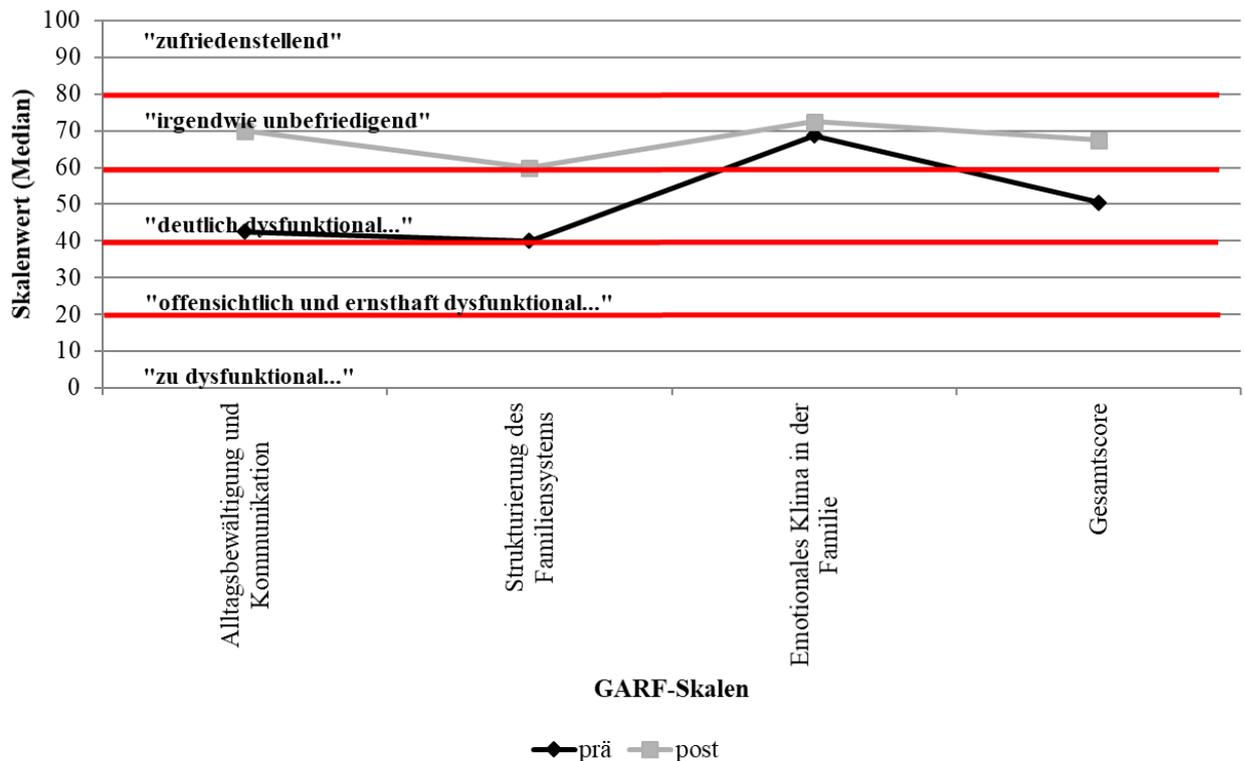


Abbildung 3.2: GARF-Werte vor und nach der Intervention<sup>51</sup>

### 3.3.4. Häusliche Gewalt und Delinquenz vor und nach der Intervention

In 46 Familien hatte es im Jahr vor der Fallaufnahme Vorfälle häuslicher Gewalt gegeben (37,70 %).<sup>52</sup> Nähere Angaben zu diesen Vorfällen lagen nicht vor. In 28 Familien war ein Familienmitglied bereits straffällig geworden (22,76 %)<sup>53</sup>; in 16 Fällen hatte es sich um ein Gewaltdelikt gehandelt.<sup>54</sup> Damit war der Anteil von Familien, in denen es zu häuslicher Gewalt gekommen war, 2017 deutlich höher als in den Jahren zuvor (Pilotphase: 26 %; 2015: 32 %; 2016: 29 %). Der Anteil von Familien mit einem straffälligen Familienmitglied ist seit Beginn von HotA relativ stabil (19-23 %) (Krüger & Zobrist, 2015; 2016; 2017).

In einer Familie, in der es bereits zuvor zu Vorfällen häuslicher Gewalt gekommen war, ist dies auch während der Intervention von HotA geschehen; in 27 Familien war es zu keinen weiteren Vorfällen gekommen. Mehrheitlich hatte es in den Familien auch bei Fallabschluss *keinen* Vorfall häuslicher Gewalt gegeben ( $n=75$ ; 96,15 %)<sup>55</sup>. Damit war der Anteil von Familien, in denen es zu keinen entsprechenden Vorfällen gekommen war, im Vergleich zum Zeitpunkt der Fallaufnahme deutlich höher. Dies lässt sich nicht mit einer längeren Interventionsdauer in Fällen von gewaltbelasteten Familien erklären.

In drei Familien, in denen ein Familienglied zuvor bereits straffällig geworden war, ist dies während der Intervention von HotA erneut geschehen; kein Familienmitglied ist jedoch während der

<sup>51</sup> Interaktion  $N = 22$ ; Organisation  $N = 20$ ; Emotionales Klima  $N = 20$ , Gesamtscore  $N = 18$

<sup>52</sup>  $N = 122$

<sup>53</sup>  $N = 123$

<sup>54</sup>  $N = 122$

<sup>55</sup>  $N = 78$

Intervention zum ersten Mal straffällig geworden. Mit 4 %<sup>56</sup> lag der Anteil von Familien mit einem straffällig gewordenen Familienmitglied deutlich unter dem bei den Familien zu Fallaufnahme (23 %). Eine Erklärung bietet die tendenziell längere Interventionsdauer in Familien mit einem straffälligen Elternteil ( $M_{mit} = 12,40$  Monate;  $M_{ohne} = 9,39$  Monate).

### 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 49 durch 47 Familien ausgefüllte SDQ vor. In zwei Fällen hatten die Eltern einen Bogen für zwei Kinder ausgefüllt. Drei Kinder waren zwischen zwei und vier Jahren alt, hier haben die Eltern die entsprechende Version des SDQ ausgefüllt. Die Befunde zu den Kleinkindern werden im Folgenden separat dargestellt.

Aus Sicht der Eltern wiesen ihre **4-17-jährigen Kinder** vor der Intervention Verhaltensprobleme (Wutanfälle, häufige Streitereien, Lügen, Stehlen etc.;  $M=4,80$ ;  $SD=2,30$ ) und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ (Einzelgänger, wird häufig gehänselt etc.;  $M=3,98$ ;  $SD=2,37$ ) auf; zudem hatten sie eine Tendenz zu „emotionalen Problemen“ (häufige Kopfschmerzen, viele Sorgen, oft unglücklich etc.;  $M=4,47$ ;  $SD=2,45$ ) und Hyperaktivität (unruhig, zappelig, leicht ablenkbar etc.;  $M=6,02$ ;  $SD=2,41$ ). Mit einem durchschnittlichen Gesamtproblemwert von 19,26 ( $SD=6,08$ ) war auch dieser auffällig. Alleine in Bezug auf „prosoziales Verhalten“ (rücksichtsvoll, hilfsbereit etc.) lag der Durchschnittswert gradeso im Normalbereich ( $M=5,98$ ;  $SD=1,61$ ).

Nach Ansicht der befragten Eltern hatten ihre Kinder tendenziell deutliche Probleme in mindestens einem der Bereiche Stimmung, Konzentration, Verhalten und Umgang mit anderen ( $Mdn=2,00$ ), nur ein Kind habe keine Probleme in diesen Bereichen gehabt. In Bezug auf die anderen Kinder bestanden diese Schwierigkeiten den Eltern zufolge in der Regel seit über einem Jahr ( $Mdn=3,00$ ) und die Kinder litten nach Einschätzung der Eltern deutlich darunter ( $Mdn=2,00$ ). Diese Schwierigkeiten beeinträchtigten den Alltag zu Hause, im Unterricht, mit Freunden und in der Freizeit im Schnitt deutlich (jeweils  $Mdn = 2,00$ ). Insgesamt gaben die Eltern an, dass diese Schwierigkeiten der Kinder eine deutliche Belastung für die Familie darstellten ( $Mdn=2,00$ ).

Alle drei **Kleinkinder (2-4-Jährige)** wiesen aus Sicht der Eltern vor der Intervention Verhaltensprobleme auf; zwei wiesen zudem Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen auf. Der Gesamtproblemwert dieser beiden Kinder war ebenfalls im problematischen Bereich (vgl. Abb. 3.3).

---

<sup>56</sup>  $N = 78$

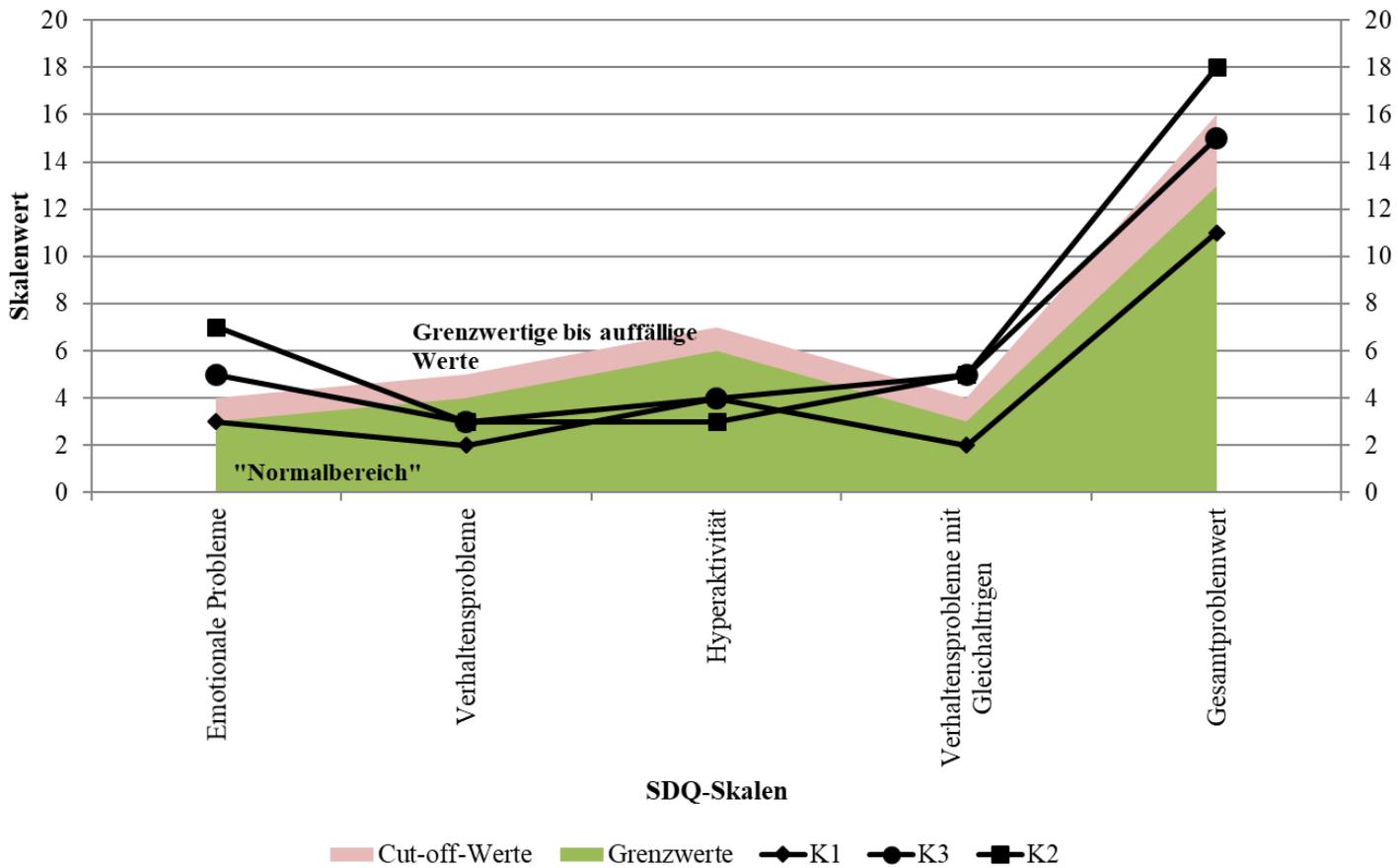


Abbildung 3.3: Verhaltensauffälligkeiten und -stärken (SDQ-Elternbogen 2-4-Jährige, prä; N=3)

Diese unterschiedlichen Profile zeigen sich auch in Bezug auf Probleme in den Bereichen Stimmung, Konzentration, Verhalten und Umgang mit anderen und deren Auswirkungen. Die Antworten der Eltern zu diesen Fragen sind in Tabelle 3.4 wiedergegeben.

Tabelle 3.4: SDQ-Elternbogen 2-4-Jährige: Auswirkungen der Schwierigkeiten (n=3)

Item	Kind 1	Kind 2	Kind 3
<b>Schwierigkeiten in einem der Bereiche Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen?</b>	ja, leichte	ja, leichte	ja, deutlich
<b>Seit wann?</b>	weniger als einen Monat	1-5 Monate	6-12 Monate
<b>Leidet Kind unter Schwierigkeiten?</b>	kaum	deutlich	kaum
<b>Beeinträchtigung im Alltagsleben</b>			
<b>...zu Hause</b>	kaum	deutlich	deutlich
<b>...mit Freunden</b>	kaum	kaum	kaum
<b>...beim Erlernen neuer Dinge</b>	k. A.	gar nicht	deutlich
<b>...in der Freizeit</b>	kaum	deutlich	deutlich
<b>Sind Schwierigkeiten Belastung für die gesamte Familie?</b>	leichte Belastung	leichte Belastung	deutliche Belastung

Für 42 Kinder zwischen 4 und 17 Jahren 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 Verhaltensprobleme auf ( $M=3,85$ ;  $SD=2,16$ ) sowie Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen ( $M=3,55$ ;  $SD=2,12$ ); die Hyperaktivitätswerte ( $M=5,32$ ;  $SD=2,38$ ) und die bezüglich emotionaler Probleme lagen im Normalbereich ( $M=3,02$ ;  $SD=2,55$ ) (vgl. Abb. 3.4). Der durchschnittliche Gesamtproblemwert war von 18,92 auf 15,38 gesunken und lag damit im Grenzbereich (vgl. Tab. A.2 im Anhang). Zu einer statistisch signifikanten Verbesserung war es bezüglich der emotionalen Probleme, der Verhaltensprobleme, der Hyperaktivität sowie des Gesamtproblemwerts gekommen. Dabei zeigten sich in Bezug auf diese Bereiche geringe bis moderate Effekte ( $d_z = -0,23$  -  $-0,67$ ; vgl. Tab. A.2 im Anhang).

Nach Ansicht der befragten Eltern hatten die Kinder – mit Ausnahme von 7 Kindern – nach Abschluss der Intervention noch leichte Probleme in mindestens einem der Bereiche Stimmung, Konzentration, Verhalten und Umgang mit anderen ( $Mdn=1,00$ ), wobei diese Schwierigkeiten in der Regel seit über einem Jahr bestünden ( $Mdn=3,00$ ) und die Kinder nach Einschätzung der Eltern kaum darunter litten ( $Mdn=1,00$ ). Diese Schwierigkeiten beeinträchtigten den Alltag zu Hause, im Unterricht, mit Freunden und in der Freizeit kaum (jeweils  $Mdn=1,00$ ). Insgesamt gaben die Eltern an, dass diese Schwierigkeiten der Kinder kaum eine Belastung für die Familie darstellten ( $Mdn=1,00$ ).

Da nur zu einem Kleinkind Werte nach der Intervention vorlagen, wurde auf eine Auswertung verzichtet.

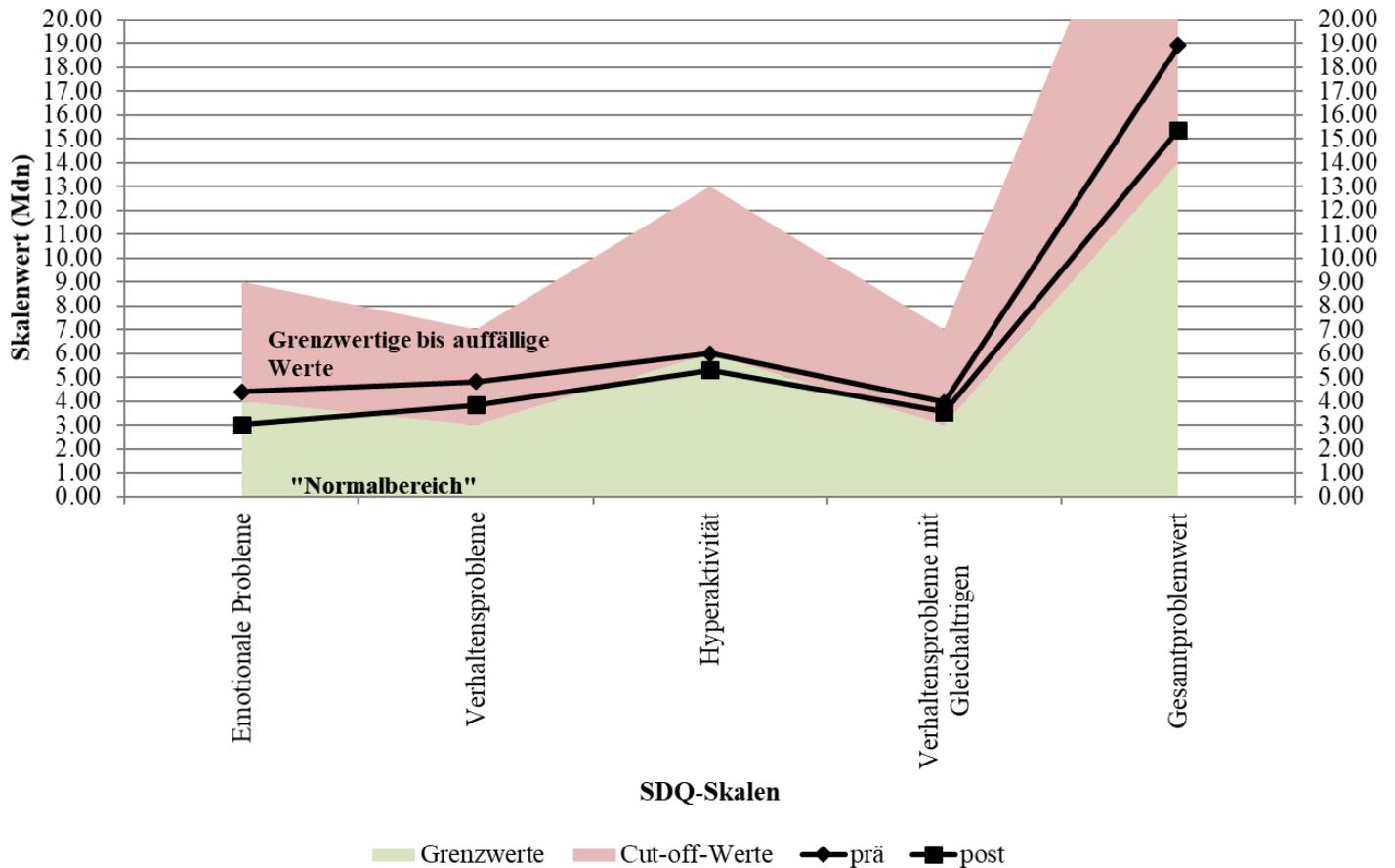


Abbildung 3.4: Verhaltensauffälligkeiten und -stärken (SDQ-Elternbogen 4-17-Jährige; prä-post; N=37-42)

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

Für den Zeitpunkt vor der Intervention lagen insgesamt 51 ausgefüllte FB-A von 50 Familien vor; eine Familie hatten zwei Bögen ausgefüllt. 18 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 ( $M=63,30$ ;  $SD=6,53$ ); als besonders problematisch erwiesen sich die Dimensionen Affektive Beziehungen ( $M=71,45$ ;  $SD=10,31$ ), Kontrolle ( $M=68,08$ ;  $SD=12,76$ ) und Kommunikation ( $M=67,66$ ;  $SD=8,39$ ). In den anderen Dimensionen schnitten die Familien etwas besser ab, lagen jedoch immer noch im Grenzbereich zur Dysfunktionalität. Alleine das Rollenverhalten stellte eine Ressource dar ( $M=48,52$ ;  $SD=5,79$ ),

- Werte und Normen:  $M=57,38$ ;  $SD=11,14$ ;
- Emotionalität:  $M=57,21$ ;  $SD=10,55$ ;
- Aufgabenerfüllung:  $M=53,36$ ;  $SD=6,43$ .

Für 21 Familien konnte die Einschätzung ihrer Funktionalität vor und nach der Intervention von HotA verglichen werden. Während sich die Einschätzung der Stärken und Probleme der Kinder im SDQ verbessert hatte, war dies bei der Einschätzung der Funktionalität der Familien durch diese selbst kaum der Fall (Tab. A.3 im Anhang). So hatte sich die Funktionalität insgesamt kaum verändert (Gesamtscore:  $M_{prä} = 63,87$ ;  $M_{post} = 63,89$ ), wie auch die Funktionalität in den Bereichen Auf-

gabenerfüllung, Kommunikation, Emotionalität, affektive Beziehungen sowie Werte und Normen (vgl. Abb. 3.4); allein in Bezug auf Rollenverhalten ( $M_{prä} = 50,04$ ;  $M_{post} = 46,57$ ) und Kontrolle ( $M_{prä} = 69,92$ ;  $M_{post} = 75,06$ ) ist es zu einer deutlicheren Verbesserung gekommen (vgl. Abb. 3.5), die allerdings alleine im Falle des Rollenverhaltens statistisch signifikant war ( $z = -2,485$ ,  $p = .013$ ).

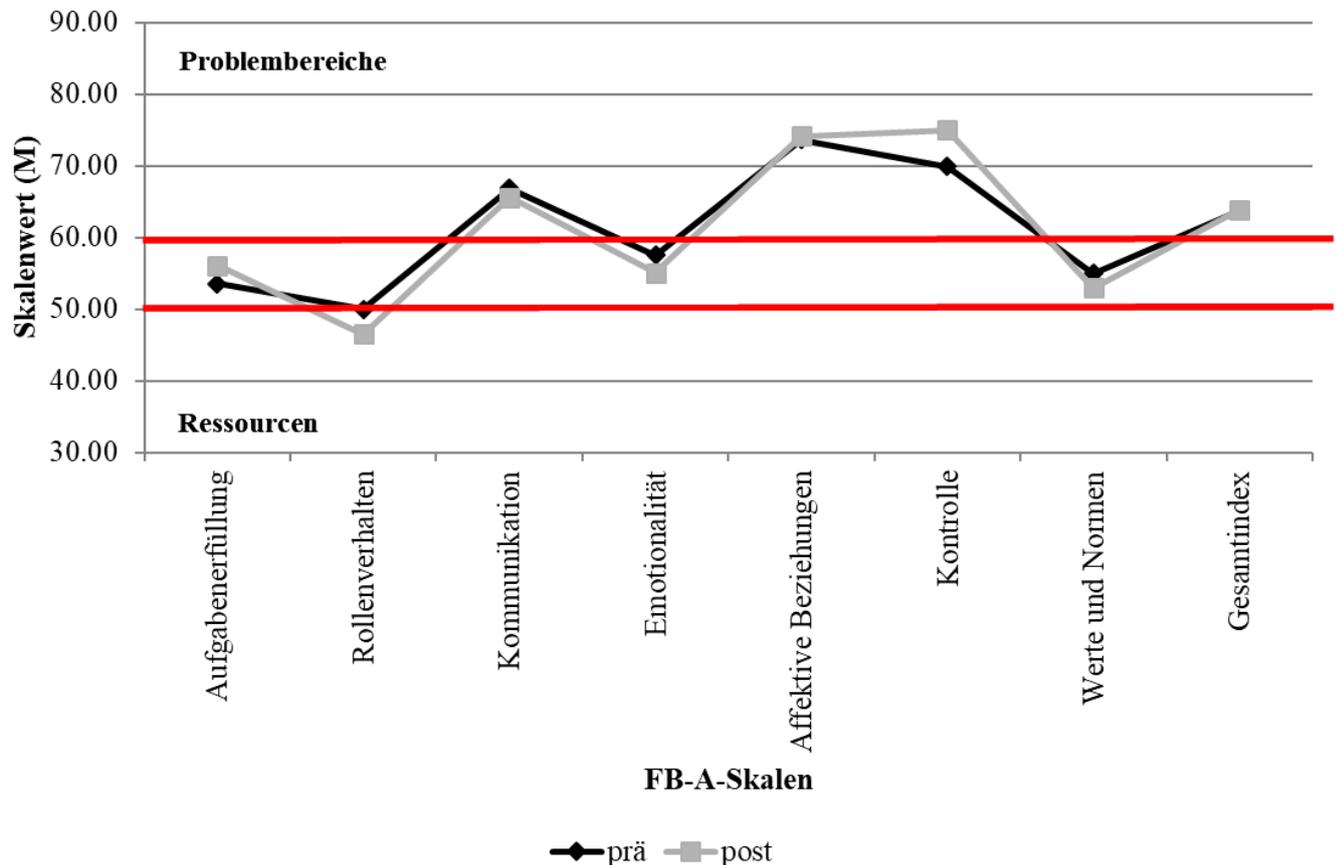


Abbildung 3.5: Funktionalität der Familien (Selbsteinschätzung, FB-A, prä-post;  $N=21$ )

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

In der Basisdokumentation wurden die Ziele der Familien bei der Fallaufnahme festgehalten. Am häufigsten wurde „konstruktives Erziehungsverhalten erlernen“ als Ziel angegeben ( $n=75$ ; 66,37 %) <sup>57</sup>, gefolgt von den Zielen „Regeleinhaltung, Grenzen setzen“ ( $n=68$ ; 60,71 %) und „Stärkung der Elternrolle und der Rollen in der Familie“ ( $n=67$ ; 59,29 %) <sup>58</sup>. Die „Bewältigung des Alltags und die Schaffung von Strukturen“ ( $n=66$ ; 58,93 %), „Stressbewältigung, Umgang mit Überforderung und problematischen Gefühlen“ ( $n=40$ ; 35,71 %) <sup>59</sup> sowie „Umgang mit der Erkrankung der Kinder“ ( $n=34$ ; 30,09 %) <sup>60</sup> waren ebenfalls häufig formulierte Ziele der Familienarbeit. Weitere Ziele waren:

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

<sup>58</sup>  $N = 112$  bzw. 113

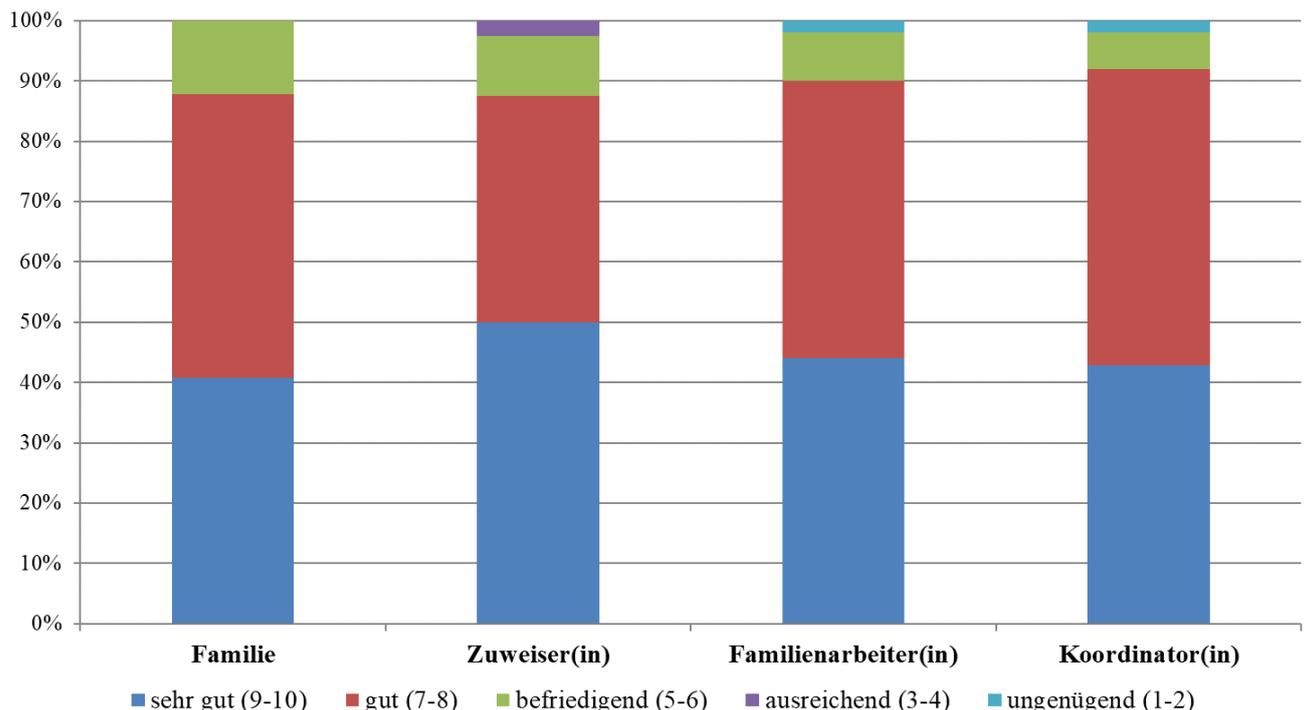
<sup>59</sup> Jeweils  $N = 112$

<sup>60</sup>  $N = 113$

- Kommunikation innerhalb der Familie und der Umgang miteinander verbessern ( $n=33$ ; 29,46 %)
- Kooperation zwischen den Eltern ( $n=32$ ; 28,57 %) <sup>61</sup>
- Bedürfnisse/Wohlbefinden der Kinder verbessern ( $n=25$ ; 22,12 %) <sup>62</sup>
- Umgang mit der Erkrankung eines Elternteils ( $n=19$ ; 16,96 %)
- Kooperation mit Helfer(inne)n/Ärzt(inn)en/Schule ( $n=12$ ; 10,71 %) <sup>63</sup>
- Verzicht auf Gewaltanwendung ( $n=11$ ; 9,91 %) <sup>64</sup>
- Klärung/Unterstützung bei Kindergarten, Schule, Ausbildung ( $n=8$ ; 7,14 %)
- Freizeitgestaltung/soziale Kontakte ( $n=4$ ; 3,57 %) <sup>65</sup>

### 3.3.6. 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, <sup>66</sup> und die Beteiligten schätzten die Ziele überwiegend als (sehr) gut erreicht ein ( $M_{\text{Familie}} = 8,29$ ,  $SD = 1,43$ ;  $M_{\text{Zuweiser(innen)}} = 8,30$ ,  $SD = 1,47$ ;  $M_{\text{Familienarbeiter(innen)}} = 8,24$ ,  $SD = 1,48$ ;  $M_{\text{Koordinator(innen)}} = 8,25$ ,  $SD = 1,44$ ) (vgl. Abb. 3.6). Abbildung 3.6 zeigt jedoch auch Unterschiede in den Bewertungen der verschiedenen Akteure. So beurteilten alleine die Familienarbeiterinnen und die Koordinator(inn)en die Zielerreichung in jeweils



einer Familie als ungenügend.

<sup>61</sup> Jeweils N = 112

<sup>62</sup> N = 113

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

<sup>64</sup> N = 111

<sup>65</sup> Jeweils N = 112

<sup>66</sup> Familie:  $n=49$ ; Zuweiser(innen):  $n=40$ ; Familienarbeiterinnen:  $n=50$ ; Koordinationsperson:  $n=49$

*Abbildung 3.6: Zielerreichungsgrad (N=40-50)*

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).

### **3.4. 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 ( $n=45$  Fälle):

- Gute Tipps/Ratschläge/Impulse der Familienarbeiterin/Aufklärung/Informationen ( $n=13$ )
- Bestärkung des Verhaltens/der Rolle, Bestätigung, Rückenstärken, Sicherheit erhalten, Rollenklärung ( $n=8$ )
- Gespräche, Beratung ( $n=6$ )
- Kompetente Familienarbeiterin, Blick für gute Augenblicke, professioneller Umgang ( $n=4$ )
- Strukturierung, Ruhe durch Familienbegleiterin, Beruhigung der Mutter, klare Regeln ( $n=4$ )
- Arbeit/Hilfe vor Ort ( $n=4$ )
- Gute Kooperation/Zusammenarbeit ( $n=3$ )
- Guter Einbezug der Kinder, konkret auf Kinder eingegangen ( $n=3$ )
- Offenheit ( $n=3$ )
- Ausprobieren, konkrete Umsetzung ( $n=3$ )
- Aussenperspektive ( $n=3$ )
- Reflexionsmöglichkeit ( $n=2$ )
- Neutrale Beobachtung, Entscheidungen überlassen ( $n=2$ )
- Eigene Einsicht, Nase voll, Wille zur Veränderung ( $n=2$ )
- Anderes (z. B. Durchhalten, „richtiges Knöpfli drücken“, neues Medikament) ( $n=7$ )

Mehrheitlich beziehen sich die genannten Faktoren somit auf die Arbeitsweise der Familienarbeiterin ( $n=53$ ); andere Faktoren beziehen sich ihre Kompetenz ( $n=7$ ), eigene Anteile der Familien ( $n=5$ ), die Beziehung zwischen ihnen selbst und der Familienarbeiterin ( $n=4$ ) sowie externe Einflüsse ( $n=3$ ; neues Medikament, stationärer Aufenthalt, Mutter weniger Zuhause). Die von den **Familienarbeiterinnen** ( $n=41$  Fälle) genannten Faktoren bezogen sich hingegen überwiegend auf Eigenschaften der Familien ( $n=37$ ) sowie die gute Zusammenarbeit und Vertrauen ( $n=6$ ). Im Einzelnen liessen sich die genannten Wirkfaktoren den folgenden Kategorien zuordnen:

- Offenheit ( $n=15$ )
- Bereitschaft, Themen anzusprechen, zu reflektieren, auszuprobieren/Beteiligung/Veränderungsbereitschaft ( $n=6$ )
- Ausdauer, Dranbleiben, Motivation, Wille ( $n=5$ )
- Kompetenzen der Eltern, Reflexionsfähigkeit ( $n=5$ )
- Ehrlichkeit der Eltern ( $n=4$ )
- Genug Zeit, Tempo der Eltern ( $n=3$ )
- Gute Kooperation ( $n=3$ )
- Vertrauen, konstanter Vertrauensaufbau ( $n=3$ )
- Anwesenheit des Vaters, gemeinsam mit Kind ( $n=2$ )
- Rahmen, verschiedene Settings ( $n=2$ )

- Anderes (z. B. Informationen, Regeln, Trennung der Eltern) ( $n=14$ )

Und auch die Zuweiser(innen) und Koordinationspersonen hielten in erster Linie die Kooperation, Offenheit und Bereitschaft der Familie, aktiv mitzuarbeiten für ausschlaggebend. Aus Sicht der **Zuweiser(innen)** war zudem die Stärkung der Eltern in verschiedener Hinsicht zentral. Im Einzelnen nannten sie die folgenden Wirkfaktoren ( $n=36$  Fälle):

- Stärkung der Eltern (erhöhte Sicherheit durch Begleitung, Selbstwirksamkeit, Bestätigung Kompetenz als Mutter/konstruktive Unterstützung/durch Depression nicht an Ressourcen geglaubt) ( $n=8$ )
- Kooperation/gegenseitiges Vertrauen ( $n=6$ )
- Aktive Mitarbeit Eltern, Bereitschaft, Engagement und Teilhabe der Eltern ( $n=6$ )
- Aufsuchende Hilfe, Privatrahmen ( $n=4$ )
- Kontinuität, Zeit/mehrere Besuche ( $n=3$ )
- Gute Beratung, Informationen ( $n=2$ )
- Offenheit der Familienarbeiterin ( $n=2$ )
- Anderes (z. B. kritische Fragen, Sprache der Mutter, Strukturen) ( $n=11$ )

Darüber hinaus nannten die Zuweisenden die folgenden Faktoren, die ihres Erachtens eine positive Wirkung der Familienarbeit verhindert haben: Hilfe kann nicht angenommen werden/wird verweigert ( $n=2$ ), zu starke Einschränkungen der Eltern ( $n=1$ ).

Die **Koordinationspersonen** nannten die folgenden Wirkfaktoren ( $n=32$  Fälle):

- Gute Kooperation ( $n=7$ )
- Offenheit/offene Werthaltung/offen, etwas auszuprobieren ( $n=5$ )
- Bereitschaft, Unterstützung anzunehmen, sich einzulassen, mitzumachen/ohne Wut ( $n=5$ )
- Reflektieren, Reflexionsfähigkeit ( $n=4$ )
- Alle Faktoren zusammen ( $n=3$ )
- Aussenperspektive ( $n=2$ )
- Andere (z. B. Zeit, Wertschätzung durch Familienarbeiterin, Ressourcen der Eltern) ( $n=17$ )

Dass die Familien die Wirkung der Intervention in erster Linie der Arbeitsweise und Eigenschaften der Familienarbeiterinnen zugeschrieben haben, die Familienarbeiterinnen hingegen Eigenschaften der Familien und die Zuweisenden und Koordinator(inn)en letztlich beiden Akteuren sowie der Arbeitsweise, lässt sich neben dem Mehr an Fachwissen bei den Fachpersonen mit den unterschiedlichen Wahrnehmungsfokussen erklären. So beurteilten Zuweisende und Koordinatorinnen den Fallverlauf aus einer gewissen Distanz und hatten dadurch neben den beteiligten Akteuren auch eher situative Faktoren im Blick. Die Familien und die Familienarbeiterinnen versuchten hingegen den Erfolg oder Misserfolg ihrer gemeinsamen Arbeit zu erklären, ihr Wahrnehmungsfokus lag dabei vor allem auf dem Gegenüber.

### 3.5. 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 Ziele (weitgehend) erreicht worden seien ( $n=39$ ) und die Eltern die notwendigen Strategien und Fähigkeiten erlernt hätten ( $n=2$ ) (80,39 %).<sup>67</sup> Des Weiteren war der Ablauf des zeitlichen Rahmens bzw. der Finanzierung ein häufiger genannter Grund für die Beendigung der Familienarbeit ( $n=4$ ) ebenso wie Veränderungen in den Lebensumständen der Familien (z. B. Trennung, Wegzug, viele

---

<sup>67</sup>  $N = 51$

äussere Veränderungen) ( $n=4$ ). Die Übergabe der Familie an Dritte bzw. die Empfehlung für eine Therapie wurde in zwei Fällen genannt, die Krankheit der Mutter, die eine Zusammenarbeit verhindern in einem Fall.

In drei Fällen wurden Gründe für eine **Überweisung der Familie** genannt:

- Ambulante Weiterbetreuung
- Finanzielle Beteiligung der Mutter unklar
- Viele Ressourcen der Mutter konnten gestärkt werden

In zwölf Fällen wurden Gründe für den **Abbruch der Familienarbeit** genannt:

- Keine Einsicht der Eltern, keine Zusammenarbeit mit Kind möglich ( $n=3$ )
- Überweisung/Übernahme an/von Dritte/n (Mutter in Entzugsklinik; Tochter steht vor stationärem Aufenthalt; Eltern wollen sich auf Paartherapie konzentrieren) ( $n=3$ )
- Wechsel der Familienarbeiterin ( $n=2$ )
- Eltern sehen keinen Bedarf
- Abbruch von Seiten HotAs
- Gesundheit der Mutter verhindert Zusammenarbeit
- Therapieerfolg (jeweils  $n=1$ )

### 3.6. Zivilrechtliche Kindesschutzmassnahmen vor und nach der Intervention

In der Mehrheit der Familien bestand bei Fallaufnahme *keine* Kindesschutzmassnahme ( $n=84$ ; 67,74 %).<sup>68</sup> In 39 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 und den beiden Folgejahren (Krüger & Zobrist, 2015; 2016; 2017). 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,<sup>69</sup> davon ausgegangen werden, dass diese Fälle bei den „HotA-Familien“ überrepräsentiert waren.<sup>70</sup>

Eine Kindesschutzmassnahme bestand zum Fallabschluss in 26 dieser Fälle (33,33 %).<sup>71</sup> In allen Fällen handelte es sich um eine Beistandschaft gemäss Art. 308 ZGB. In fünf dieser Fälle wurde die Massnahme seit Fallaufnahme neu errichtet (6,41 %). In sieben Fällen wurde eine Kindesschutzmassnahme im Laufe der Intervention hingegen aufgehoben, wozu auch die bei Fallaufnahme bestehende Vormundschaft zählte (8,97 %). In insgesamt 51 Fällen bestand bei Fallabschluss keine Kindesschutzmassnahme (65,38 %); in einem Fall lagen keine Informationen zu Kindesschutzmassnahmen bei Fallabschluss vor.

### 3.7. Fremdplatzierungen vor und nach der Intervention

Kinder aus 26 Familien waren vor der Intervention bereits einmal fremdplatziert worden (21,14 %), in 97 Familien war dies nicht der Fall. Zum Zeitpunkt des Fallabschlusses waren Kinder aus 11 dieser Familien platziert (14,10 %).<sup>72</sup> In fünf Familien war mind. ein Kind während der Intervention platziert worden (6,41 %). In ebenfalls 11 Fällen konnten die Kinder rückplatziert werden (14,10

---

<sup>68</sup>  $N = 124$

<sup>69</sup> Schweizerische Statistik der Massnahmen im Kindes- und Erwachsenenschutz 2011, in: *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz* 6/2012, S. 447-454; Schweizerische Statistik der Massnahmen im Kindes- und Erwachsenenschutz 2012, in: *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz* 1/2014, S. 83-92

<sup>70</sup> Der Kanton Aargau publiziert keine aktuellen Fallzahlen.

<sup>71</sup>  $N = 78$

<sup>72</sup>  $N = 78$

%). In 56 Familien waren die Kinder weiterhin nicht platziert (71,79 %). Damit ist der Anteil der Familien, in denen ein Kind fremdplatziert war, im Vergleich zu den Familien, die während der Pilotphase und 2016 betreut wurden, konstant geblieben; allein 2015 war der Anteil von Familien mit einem fremdplatzierten Kind mit 12 % deutlich geringer (Krüger & Zobrist, 2015; 2016; 2017). 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 diese relativ hohe Quote an Fremdplatzierungen weder dem Kenntnisstand zur Sozialpädagogischen Familienbegleitung bzw. -hilfe noch dem Konzept von HotA (vgl. Kap. 1).

### **3.8. Nutzen, Zufriedenheit und Akzeptanz von HotA aus Sicht der Familien**

Im Rahmen der Familienbefragung wurden 30 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 gut drei Viertel der Familien ( $n = 23$ ) die Leistungen von HotA den Erwartungen „voll entsprochen“ haben. Bei den restlichen sieben Familien wurde ihnen „teilweise entsprochen“. Fünf Familien kommentierten ihre Bewertung. Drei dieser Kommentare zeigen, dass die Familien andere Erwartungen an die Arbeit von HotA hatten, in einem Fall betraf dies explizit die Häufigkeit der Anwesenheit der Familienarbeiterin zu Zeitpunkten, an denen die gesamte Familie anwesend ist; dies sei selten der Fall gewesen. Eine andere Familie, die andere Erwartungen gehabt hatte, ergänzte, das Angebot sei dennoch gut gewesen und ihre Lebenssituation schwierig. Eine Familie kritisierte, die Familienarbeiterin sei teilweise unmotiviert gewesen und sie hätten selbst auf Lösungen kommen müssen; eine weitere Familie gab an, die Familienarbeiterin sei bei der Terminfindung zu unflexibel gewesen.

Nach Ansicht von 27 der 30 Familien wurden die vereinbarten Ziele „vollständig“ oder „teilweise erreicht“. Aus Sicht der restlichen drei Familien wurden die Ziele allerdings „gar nicht“ erreicht. Für ebenfalls 27 Familien war die Intensität der Hilfeleistungen „genau richtig“, für 2 waren es zu viele und für eine Familie zu wenig Besuchsstunden.

Der subjektive Nutzen der Familienbegleitungen von HotA wurde in den folgenden Bereichen wahrgenommen: Gut drei Viertel der befragten Familien könne nun aus ihrer Sicht in der Familie mehr (oder eher mehr) Eigenverantwortung übernehmen ( $n=23$ ), die restlichen 7 Familien beurteilten dies kritisch. 18 Familien gaben an, dass ihnen die Strukturierung des Familienalltags besser (oder eher besser) gelinge, 12 Familien konnten dieser Aussage jedoch „(eher) nicht“ zustimmen. Die bessere Wahrnehmung der Verantwortung gegenüber den Kindern erlebten zwei Drittel der Familien (eher) positiv, zehn Familien hingegen (eher) nicht. In 23 Familien hat sich der Umgang mit Konflikten (eher) verbessert, in 7 Familien war dies weniger der Fall. Für fast alle Familien ( $n=26$ ) hat sich die Bewältigung des Erziehungsalltags (eher) verbessert, vier Familien schätzten dies kritischer ein. Bei 24 der interviewten Familien hat sich die Sicherheit in der Elternrolle (eher) verbessert, von 6 Familien wurde dies unverändert wahrgenommen. Alle befragten Familien haben den Umgang der Familienbegleiter(innen) mit der Familie als respektvoll empfunden. 25 der 30 Familien haben sich in ihrem Veränderungsprozess „immer“ unterstützt gefühlt. Drei Familien haben dies „oft“, zwei „gelegentlich“ erlebt. Die Hilfeakzeptanz war bei 25 Familien „sehr gut“, bei den restlichen 5 „gut“. Vier Familien ergänzten in diesem Zusammenhang spezifische Schwierigkeiten bei der Unterstützung durch die Familienarbeiterin:

Luzern, 15. Mai 2018

Seite 29

Krüger & Zobrist: „Hometreatment Aargau“ (Jahresbericht)

- Unterstützung hätte immer zur selben Tageszeit in verschiedenen Situationen stattfinden sollen, so dass z. B. andere Probleme mit dem Kind hätten bearbeitet werden können;
- Klientin habe sich nicht immer verstanden gefühlt, man sei nur oberflächlich auf sie eingegangen;
- Familie habe Veränderung nicht umsetzen können;
- Veränderung sei aufgrund der problematischen Familiensituation schwierig gewesen.

Neben der Beantwortung der standardisiert gestellten Fragen konnten die Familien zusätzliche Bemerkungen oder Einschätzungen zu HotA angeben. 23 Familien nutzten diese Gelegenheit. 15 dieser Familien bezeichneten das Angebot als „gut“, „sinnvoll“, „wertvoll“, „genial“ oder „vielseitig“. Positiv hervorgehoben wurden zum einen die Kompetenzen der Familienarbeiterinnen (z. B. Kritik anbringen, Kontakt zum Kind aufbauen) sowie ihr Engagement ( $n=6$ ). Für zwei Familien war es besonders wichtig, sich jederzeit telefonisch melden zu können bzw. schnelle Hilfe in Krisensituationen erhalten zu haben. Als hilfreich wurden zudem die Tipps und die andere Sichtweise erlebt.

Allerdings nannten die befragten Familien zum Teil auch Bedingungen, die gegeben sein müssen, damit man vom Angebot profitieren kann. Hierzu zählten:

- Passung Problemlage und Angebot ( $n=2$ )
- richtiger Zeitpunkt
- gesundheitliche Verfassung dürfe nicht zu schlecht sein
- eigene Bereitschaft, Hilfe anzunehmen
- Anwesenheit der Familienarbeiterin in verschiedenen Situationen ( $n =$  jeweils 1).

Zwar habe das Kind einer Familie mehr Unterstützung gebraucht, HotA sei aber ein erster Schritt gewesen. Eine andere Familie kritisierte, dass die Hilfe von HotA in erster Linie für die Mutter gewesen sei. Weitere Kritikpunkte waren längere Zeiten ohne Besuche der Familienarbeiterin sowie die Komplexität des Anmeldeverfahrens ( $n=$  jeweils 1).

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 – trotz scheinbar gestiegenem Verständnis – immer noch vorwiegend das Verständnis der Arbeitsweise von HotA, insbesondere das lösungsorientierte, befähigende und systemisch ausgerichtete Aufgaben- und Rollenkonzept von HotA.

### 3.9. 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 etwa ein Drittel 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 2016 liegt die Vermutung nahe, dass dies (zumindest zum Teil) auf die Scham der Familien über die familiären Schwierigkeiten zurückgeführt werden kann. Angesichts der hohen Verbreitung von depressiven Erkrankungen könnte die hohe Erwünschtheit auch durch entsprechende dysfunktionale Überzeugungen erklärt werden.

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 Mitar-

beitenden von HotA und den Familien selbst; bei einem Vergleich der Werte vor und nach der Intervention ist daher mit einer Überschätzung der Effekte zu rechnen.<sup>73</sup> In Bezug auf wesentliche Aspekte können jedoch die Sichtweisen der verschiedenen Akteure gegenübergestellt werden, wodurch sich die Möglichkeit der gegenseitigen Validierung der Perspektiven bietet. Dies betrifft insbesondere die Zielerreichung, 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**

2017 konnten HotA 95 Familien aufnehmen, davon 13 aus den Kantonen Solothurn ( $n=6$ ) und Basel-Landschaft ( $n=7$ ); Ende 2017 hatte HotA einen „Bestand“ von 131 Familien. Damit waren deutlich weniger Familien als in den Jahren zuvor aufgenommen worden. In ihrem Geschäftsbericht geht HotA auf die rückläufigen Anmeldezahlen 2017 ein und erklärt dies über Verunsicherungen bezüglich der Finanzierung des Angebots (vgl. HotA, 2018).

Für den Bericht konnten Daten zu 128 Familien bei Fallaufnahme und zu 61 auch bei Fallabschluss ausgewertet werden. Die Analysen zeigen, dass HotA im Berichtsjahr 2017 die anvisierte Zielgruppe wieder erreicht hat: 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 mittlerweile 38 % 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 56 % der Fälle wurde bei den Kindern dementsprechend eine psychische Störung diagnostiziert. Der Anteil der psychisch erkrankten Kinder war seit 2015 erheblich gestiegen; HotA kann dieses Niveau seitdem halten. Darüber hinaus war in ebenfalls ca. 60 % der Fälle ein Elternteil psychisch erkrankt, in gut einem Viertel der Fälle waren sowohl Eltern als auch Kinder psychisch erkrankt. Der hohe Anteil an psychisch kranken Kindern und Eltern ist konzeptgerecht und vermutlich (u. a.) mit dem immer noch hohen Anteil an Anmeldungen aus dem medizinisch-psychiatrischen Versorgungssystem zu erklären. Dies spricht für die Akzeptanz von HotA. Hierfür spricht ebenfalls die Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Psychiatrischen Diensten des Kantons Aargau, die seit 2017 auch Familien an HotA überweisen, die nicht weiter vom Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst behandelt werden (vgl. HotA, 2018).

Die Interventionen von HotA setzen bei der dysfunktionalen Familiendynamik an, was die mit den Familien ausgehandelten Zielsetzungen illustrieren: Es geht mehrheitlich darum, den Familienalltag zu strukturieren, ein konstruktives Erziehungsverhalten umzusetzen, Regeln und Grenzen wieder-

---

<sup>73</sup> Zur Nützlichkeit und Sinnhaftigkeit von Zufriedenheitsbefragungen von Klient(inn)en im Kinderschutz siehe auch Trotter (2008).

herzustellen und die Eltern in ihrer Rolle zu stärken. Diese familiendynamischen Faktoren sind für eine gelungene Entwicklung von Kindern und Jugendlichen von sehr hoher Bedeutung.

Aus sozialpolitischer Sicht ist zudem erfreulich, 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). Trotz der Einstellung des Migrationsprojektes per Ende 2016 ist der Ausländeranteil sowie der Anteil von Eltern mit einer anderen Muttersprache als dem Deutschen im Vergleich zum Vorjahr nicht weiter gesunken. Da für Migrantenfamilien der Zugang zu vielen (psychosozialen) Unterstützungsangeboten immer noch erschwert ist (u. a. Eppstein & Kiesel, 2008), sollten die Auswirkungen der Einstellung des Projektes jedoch weiter beobachtet werden. Es wäre verhängnisvoll, wenn Migrantenfamilien künftig der Zugang zu HotA zusätzlich erschwert würde.

In 32 % 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). Besonders positiv ist es daher, dass HotA 2017 einen deutlich höheren Anteil von Familien erreichen konnte, bei denen es zuvor zu häuslicher Gewalt gekommen war, sind Kinder bei häuslicher oder Paargewalt doch immer mitbetroffen (u. a. Deegener & Körner, 2006). HotA gelingt es hier somit weiterhin, eine gesundheits-, bildungs-, sozial- und kriminalpolitisch sowohl präventiv als auch kurativ hoch bedeutsame Zielgruppe (vgl. Deegener & Körner, 2011) unmittelbar mit Leistungen zu versorgen. Mit Blick auf den Kinderschutz ist zudem die Einführung des Präventionsprojektes HotA-F für Familien mit Säuglingen zu begrüssen. Damit wird HotA dem Befund gerecht, dass frühkindliche Risiken langfristige Folgen für die psychische Gesundheit der Kinder haben (Laucht, Esser & Schmidt, 2000). Darüber hinaus besteht für Säuglinge ein erhöhtes Risiko, Opfer von (tödlich verlaufender) Misshandlung oder Vernachlässigung zu werden (u. a. Deegener & Körner, 2006; Krüger, 2015).

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 dritten Jahr nach der Pilotphase geschafft hat, diese Familien mit ihrem Angebot zu erreichen und dabei den hohen Anteil von Familien mit mindestens einem psychisch erkrankten 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 bisherige und weitere konzeptionelle Entwicklungen relevant, da auf diese Weise sichergestellt ist, dass sowohl

Luzern, 15. Mai 2018

Seite 32

Krüger & Zobrist: „Hometreatment Aargau“ (Jahresbericht)

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 & Schrapper, 2004; Krüger & Niehaus, 2016). Es ist daher erfreulich, dass HotA auch weiterhin seinem Konzept folgen und es weiterentwickeln kann. Dafür, dass die Sinnhaftigkeit des Konzepts auch von externen Expert(inn)en anerkannt wird, spricht nicht zuletzt, dass HotA im Berichtsjahr von einer Fachjury des Bundesamtes für Gesundheit als eines der „Modelle guter Praxis Interprofessionalität“ ausgewählt worden ist (vgl. HotA, 2018).

**Einschätzung der Evaluatoren:** Auch im dritten 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 Kinderschutzes 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 weiterhin 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 auch der subjektive Nutzen von den befragten Familien wieder besser bewertet. Die Äusserungen in den Interviews deuten zwar zum einen daraufhin, dass die Familien jetzt ein besseres Verständnis von der Arbeitsweise von HotA zu haben scheinen, dennoch lassen die genannten Kritikpunkte noch auf unrealistische Erwartungen an die Leistungen der Familienarbeiterinnen schliessen (z. B. mit Blick auf deren Flexibilität oder der Arbeit mit dem Kind anstelle der sinnvollen Befähigung der Eltern). Unabhängig davon haben jedoch alle Befragten den Umgang von HotA mit ihnen als respektvoll erlebt. HotA gelingt es somit auch bei Durchführung in einem Umfeld von verschiedenen Erwartungen (Behörden, Familiengericht, Schule, Ärzteschaft) bis hin zu einem Zwangskontext, das Vertrauen und die Kooperationsbereitschaft der Familien zu erlangen. Auch wenn das Kriterium „Klientenzufriedenheit“ in Kinderschutzkontexten kritisch zu betrachten ist, ist sie dennoch für den Erfolg einer Massnahme wichtig (Trotter, 2008) und die Befunde sehr erfreulich.

**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 derjenigen Familien zu erlangen, bei denen die Intervention in einem Zwangskontext erfolgt.

**Empfehlungen:** HotA ist zu empfehlen, weiterhin das systemische Problem- und Lösungsverständnis in der Auftrags- und Rollenklärungsphase deutlich herauszuarbeiten und die Eltern zu informieren, dass nicht primär mit den Kindern und individuumsbezogen gearbeitet wird, sondern das familiäre Funktionieren und die Erziehungsarbeit der Eltern und ihre Befähigung im Vordergrund der Intervention steht.

#### **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 Effekte gross. Aus Sicht der Familien hatte sich ihre Funktionalität während der Intervention hingegen kaum verändert. Die Bewertung der Stärken und Schwierigkeiten der Kinder durch die Familien zeigt statistisch und praktisch bedeutsame Verbesserungen nach der Intervention; die gefundenen Effekte sind gering bis moderat. In Bezug auf die Bewertung der Funktionalität der Familie durch diese selbst ist jedoch anzumerken, dass der Anteil von Fragebögen, die aufgrund vermutlich sozial erwünschter Antworten ausgeschlossen werden musste, immer noch relativ hoch war. Kombiniert man die Befunde mit der Auswertung der Zielerreichung (auch aus Sicht der Familien), die in etwa 90 % der Fälle erfolgreich war (88-92 % 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 substituiert werden 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 Multiproblemlagen 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. Insbesondere sollten auch die Familien selbst auf den Nutzen und die Relevanz der Instrumente hingewiesen werden, so dass der Anteil sozial erwünschter Antworten reduziert werden kann. Dies gilt ebenso für die Basisdokumentation.

## 5. Fazit

Zusammengefasst zeigt sich aus Sicht der Evaluatoren auch 2017 ein positives Bild der Leistungen von HotA, was an die Erfolge der Pilotphase und der Folgejahre anschliesst. Die teilweise bei Pilotprojekten zu beobachtenden „Leistungseinbrüche“ nach Überführung in einen regulären Betrieb konnten auch drei 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 der Familien 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](http://hota.ch/docs/transdisziplinaraeres-hometreatment_hota.pdf), 15.03.2015
- Hota (2013b). *Halbzeit des Pilotprojektes HotA, Hometreatment Aargau. Konzeptentwicklung*. [http://hota.ch/docs/konzeptentwicklung-hota\\_2013.pdf](http://hota.ch/docs/konzeptentwicklung-hota_2013.pdf), 15.03.2015.
- Hota (2018). *Geschäftsbericht. Sechstes Geschäftsjahr, Januar – Dezember 2017*. Lenzburg: Hota.

Luzern, 15. Mai 2018

Seite 36

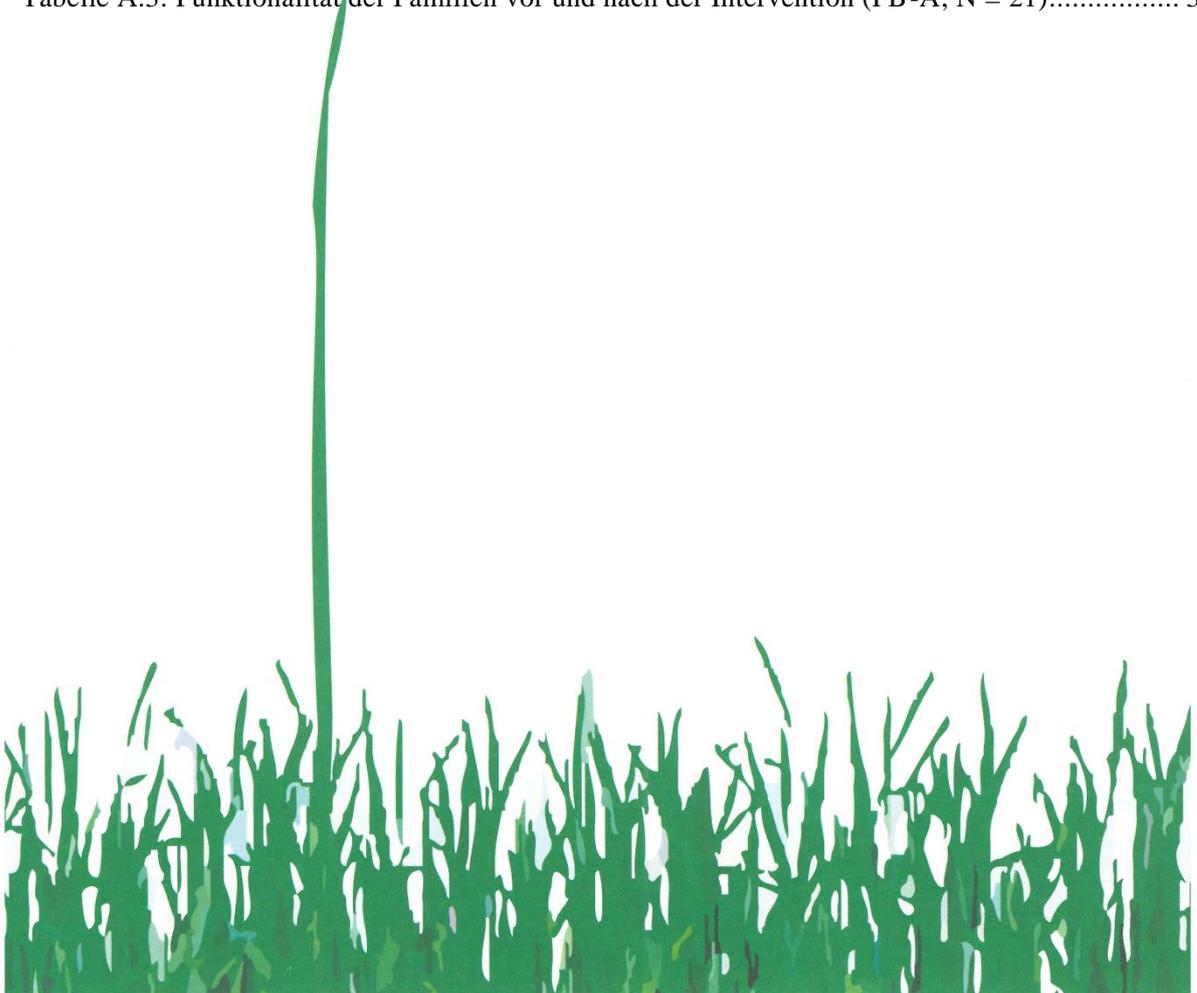
Krüger & Zobrist: „Hometreatment Aargau“ (Jahresbericht)

- 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.
- Krüger, P. (2015) Prevalence and phenomenology of neonaticide in Switzerland 1980-2010: A retrospective study. *Violence and Victims*, 30(2), 194-207.
- 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.
- Krüger, P. & Zobrist, P. (2017). Evaluation des Projektes „Hometreatment Aargau – Familienarbeit im Kanton Aargau“. *Jahresbericht 2016*. Unveröffentlichter Bericht. Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (2000). Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(4), 246-262.
- 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) (N = 18-22)..... 2  
Tabelle A.2: Verhaltensauffälligkeiten und -stärken vor und nach der Intervention (SDQ-  
Elternbogen 4-17-Jährige; N = 37-42)..... 2  
Tabelle A.3: Funktionalität der Familien vor und nach der Intervention (FB-A; N = 21)..... 3



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

Tabelle A.1: Funktionalität der Familien vor und nach der Intervention (GARF) (N = 18-22)

GARF-Skala	Zeitpunkt		n	z	r
	prä	post			
	Md	Md			
<b>Interaktion</b>	42,50	70,00	22	-3.624**	.77
<b>Organisation</b>	40,00	60,00	20	-2.803**	.63
<b>Emotionales Klima</b>	68,75	72,50	20	-2.096*	.47
<b>Gesamtscore</b>	50,42	67,50	18	-2.876**	.68

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

Tabelle A.2: Verhaltensauffälligkeiten und -stärken vor und nach der Intervention (SDQ-Elternbogen 4-17-Jährige; N = 37-42)

SDQ-Skala	Zeitpunkt				df	t	d <sub>z</sub>
	prä		post				
	M	SD	M	SD			
<b>Emotionale Probleme</b>	4,39	2,49	3,02	2,55	40	3,821***	-.61
<b>Verhaltensprobleme</b>	4,83	2,26	3,85	2,16	40	3,592**	-.55
<b>Hyperaktivität</b>	6,00	2,36	5,32	2,38	40	1,981 <sup>†</sup>	-.31
<b>Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen</b>	3,95	2,42	3,55	2,12	39	1,509	-.23
<b>Prosoziales Verhalten</b>	5,95	1,64	6,40	1,85	41	-1,711 <sup>†</sup>	.28
<b>Gesamtproblemwert</b>	18,92	6,25	15,38	6,76	36	3,915***	-.67

<sup>†</sup> p < .10; \* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001; n. s. = nicht signifikant

Luzern, 11. April 2017  
Seite A3  
Krüger & Zobrist: Evaluation „Hometreatment Aargau“ (Jahresbericht)

*Tabelle A.3: Funktionalität der Familien vor und nach der Intervention (FB-A; N = 21)*

FB-A-Skala	Zeitpunkt					
	prä		post		z	p
	M	SD	M	SD		
<b>Aufgabenerfüllung</b>	53,56	7,15	56,09	7,56	-1,021	.31
<b>Rollenverhalten</b>	50,04	4,42	46,57	6,17	-2,485	.01
<b>Kommunikation</b>	66,88	8,69	65,65	9,67	-0,910	.36
<b>Emotionalität</b>	57,56	11,52	55,07	8,38	-1,257	.21
<b>Affektive Beziehungen</b>	73,66	11,12	74,21	11,39	-0,089	.93
<b>Kontrolle</b>	69,92	13,35	75,06	14,04	-1,603	.11
<b>Werte und Normen</b>	55,02	12,09	52,98	13,95	-1,352	.18
<b>Gesamtindex</b>	63,87	7,08	63,89	7,18	-0,022	.98