

Therapeutisches Heim Sankt Joseph im SKF

**Evaluation
Therapeutischer
Heimerziehung**

Würzburger Studie zur Evaluation (WÜSTE)

Version 3 | 2008 bis 2018

Evaluation Therapeutischer Heimerziehung
WÜrzburger STudie zur Evaluation (WÜSTE)
Version 3: 2008 - 2018

© Therapeutisches Heim Sankt Joseph (THSJ)
Wilhelm-Dahl-Str. 19
97082 Würzburg

Tel.: 0931/41904-30
FAX: 0931/416430
Mail: thsj@skf-wue.de
www.skf-wue.de

Verantwortlich:
Dr. phil. Norbert Beck, Einrichtungsleiter

Würzburg, 2020

Bildnachweis: © Dreaming Andy - Fotolia.com

Einleitung.....	9
1. Kurzportrait der Einrichtung.....	10
2. Die computergestützte Begleitevaluation WÜSTE: Würzburger Studie zur Evaluation.....	12
2.1 Design und Instrumentarium.....	13
2.1.1 Design der Begleitevaluation.....	13
2.2 Eingesetzte Verfahren.....	14
2.2.1 Statusdiagnostik zu Beginn der Maßnahme.....	14
2.2.1.1 Aufnahmebogen.....	14
2.2.1.2 Assoziierte abnorme psychosoziale Umstände.....	14
2.2.1.3 Risikofaktoren.....	15
2.2.1.4 Zieldefinition.....	16
2.2.2 Verlaufserhebung.....	17
2.2.2.1 Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus.....	17
2.2.2.2 Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ.....	17
2.2.2.3 Marburger Symptomrating: MSR.....	18
2.2.2.4 Kompetenzanalyseverfahren: KANN.....	18
2.2.3 Spezifische Verfahren zum Ende der Maßnahme.....	19
2.2.3.1 Erfassung der Interventionen.....	19
2.2.3.2 Beendigung der Maßnahme.....	19
2.2.3.3 Zielerreichungsskalierung.....	19
2.2.3.4 Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung: FBB.....	20
2.2.3.5 Erfolg der Maßnahme.....	21
2.2.3.6 Rückmeldung der Jugendämter.....	21
2.3 Statistische Verfahren.....	22
3. Deskriptive Analyse der Klientel.....	22
3.1 Psychosoziale Rahmenbedingungen.....	22
3.1.1 Alters- und Geschlechtsverteilung.....	22
3.1.2 Geburtskonstellation und familiärer Hintergrund.....	23
3.1.3 Schulische Situation vor der Aufnahme.....	23
3.1.4 Psychosoziale Risikofaktoren.....	24
3.2 Vorinterventionen und Rechtsgrundlage der Aufnahme.....	26
3.2.1 Vorinterventionen.....	26
3.2.2 Rechtsgrundlage für die Aufnahme.....	27
3.2.3 Diagnosegruppen.....	28
3.3 Interventionen während der Maßnahme.....	30
3.3.1 Heilpädagogische und therapeutische Angebote.....	30
3.3.2 Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung.....	32
3.3.3 Schulische Laufbahn während des Aufenthaltes.....	33

3.4	Abschluss der Maßnahme	34
3.4.1	Aufenthaltsdauer und Art der Beendigung	34
3.4.1.1	Exkurs: Analyse der Abbrüche	35
3.4.2	Nachfolgende Maßnahmen	36
3.4.3	Beschulung bzw. beruflicher Weg nach Entlassung	37
3.5	Veränderungen der Problematik/Symptomatik und Zielerreichung.....	38
3.5.1	Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ	38
3.5.2	Marburger Symptomrating (MSR)	39
3.5.3	Achse VI: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung	41
3.5.4	Kompetenzanalyseverfahren KANN	42
3.5.5	Zielerreichung	44
3.5.6	Erfolg der Maßnahme	46
3.5.7	FBB: Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung	47
3.5.8	Rückmeldung durch die Jugendämter	49
4.	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	51
4.1	Zentrale Ergebnisse zur Klientel	51
4.2	Zentrale Ergebnisse zur Behandlung und Betreuung	52
4.3	Zentrale Ergebnisse zur Ergebnisqualität	53
Literatur	56

Einleitung

Für die Durchführung von erzieherischen Hilfen gemäß § 27 SGB VIII in Verbindung mit §34 oder Eingliederungshilfen für Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) seelischen Behinderung gemäß § 35a SGB VIII formulieren die Entgeltvereinbarung, die Leistungsvereinbarung und die Qualitätsentwicklungsvereinbarung die zentralen Rahmenbedingungen der Hilfestaltung.

Insbesondere die Qualitätsentwicklungsvereinbarung und damit die Fragestellung nach verlässlichen qualitativen Behandlungs- und Betreuungsstrukturen spielen für die zielgerichtete Zuweisung zu einer passgenauen Hilfe eine zentrale Rolle. Angesichts knapper öffentlicher Mittel unterliegen Maßnahmen der erzieherischen Hilfen und der Eingliederungshilfe immer stärker einem Rechtfertigungsdruck. Dies fordert auf, die Hilfeprozesse transparent zu gestalten und die Hilfeverläufe hinsichtlich der Prozess- und Ergebnisqualität zu evaluieren. Diese Herausforderung wird in unterschiedlichsten Zusammenhängen, oft motiviert durch monetäre Aspekte, wiederholt zum Ausdruck gebracht, zuletzt auch im 14. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Hier wird formuliert, dass „...die Kinder- und Jugendhilfe politisch zunehmend aufgefordert (wird), ihre fachliche Wirksamkeit und ihr Kosten-Nutzen-Verhältnis auszuweisen und die Wirkungen ihrer Leistungen systematisch zu evaluieren.“ (BT-Drs. 17/12200, S. 517)

Die Evaluation dient damit keinem Selbstzweck oder der reinen Befriedigung eines sozialpolitischen Anspruches, sondern der reflexiven fachlichen Weiterentwicklung einer Hilfemaßnahme zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen für besonders belastete und gefährdete junge Menschen.

Mit dem vorliegenden Band kommt das Therapeutische Heim Sankt Joseph (in der Folge: THSJ) dieser Herausforderung nach und stellt eine quantitative Analyse der Klientel der letzten 10 Jahre vor. Basis hierfür ist eine umfangreiche computergestützte Begleitevaluation, in die neben deskriptive Merkmale auch die Ergebnisse standardisierter Verfahren einfließen.

Bei der quantitativen Analyse einer Hilfeform muss immer berücksichtigt werden, dass auf dem Hintergrund der Komplexität und der Intensität psychosozialer Problemlagen, wie sie im THSJ zur Betreuung und Behandlung kommen, bestimmte Qualitätsmerkmale wie die Wertschätzung der Klientel, die Akzeptanz von Lebensentwürfen, die Beziehungsgestaltung, Werthaltungen u.v.m. kaum quantitativ erfasst werden können. Sie finden lediglich als Gesamtrahmenbedingung ihren Niederschlag – vielleicht zu bezeichnen als „Firmenphilosophie“. In der Qualitätsnomenklatur würden diese Aspekte vorrangig unter die Strukturqualität fallen. Diese Rahmenbedingungen können – so hoffen wir – von den Kindern und Jugendlichen, deren Familien und den Partnern der öffentlichen Jugendhilfe erlebt werden, auch wenn sie nur schwer zähl- und messbar sind.

Bei der vorliegenden Auswertung handelt es sich um das Ergebnis einer dritten Auswertungswelle, eine erste Auswertung wurden bereits 2013 erstellt, eine zweite 2015, mit der dritten Welle wird ein 10-Jahreszeitraum markiert.

Die Daten der vorgestellten Evaluation bilden primär Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität ab. Die Evaluation begleitet den pädagogischen und therapeutischen Prozess kontinuierlich und erfordert von allen MitarbeiterInnen zusätzlichen Einsatz.

Dafür danke ich dem gesamten Kollegium.

Kurzportrait der Einrichtung

Das THSJ ist eine stationäre Einrichtung der Erziehungshilfe. Die Einrichtung bietet 61 Plätze für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit schwergradigen Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen wie z.B. Störungen des Sozialverhaltens, hyperkinetischen Störungen, tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, Ausscheidungsstörungen, Lern- und Leistungsstörungen, depressiven Störungen, Angststörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsentwicklungsstörungen o.ä.

Konkrete Angebote

- Therapeutische Gruppen (3) mit einer Außenwohngruppe für Kinder und Jugendliche (26 Plätze)
- Therapeutische Intensivgruppe (6 Plätze)
- Therapeutische Gruppe für jugendliche Mädchen (7 Plätze)
- Therapeutische City-Wohngruppe für jugendliche Mädchen und junge Frauen (6 Plätze)
- Therapeutische Gruppe für Jugendliche mit einer Psychose oder Asperger-Autismus (6 Plätze)
- Betreute Wohngemeinschaft für Jugendliche/Betreutes Außenwohnen (10 Plätze)
- Ambulante Nachbetreuung

Integrierte Fachleistungen

- Diagnostik und Therapie durch die Integration unterschiedliche heilpädagogischer und psychotherapeutischer Angebote im Gruppen- und Einzelsetting
- Intensive Eltern- und Familienarbeit
- Kinder- und jugendpsychiatrische Betreuung und fachärztliche Behandlung durch den regelmäßigen kinder- und jugendpsychiatrischen Konsiliardienst
- Schulische Förderung und Begleitung durch die Möglichkeit zur konzeptionell und räumlich eingebundenen Beschulung in den Heimklassen der trägereigenen Schule, Förderschwerpunkt soziale und emotionale Entwicklung, sowie durch die Kooperation mit weiterführenden Schulen

MitarbeiterInnen:

- Erzieher*innen
 - Diplom-Psycholog*innen/Pschotherapeut*innen
 - Diplom-(Sozial-)Pädagog*innen
 - Heilpädagog*innen
 - Konsiliarztstätigkeit von Kinder- und Jugendpsychiater*innen
-

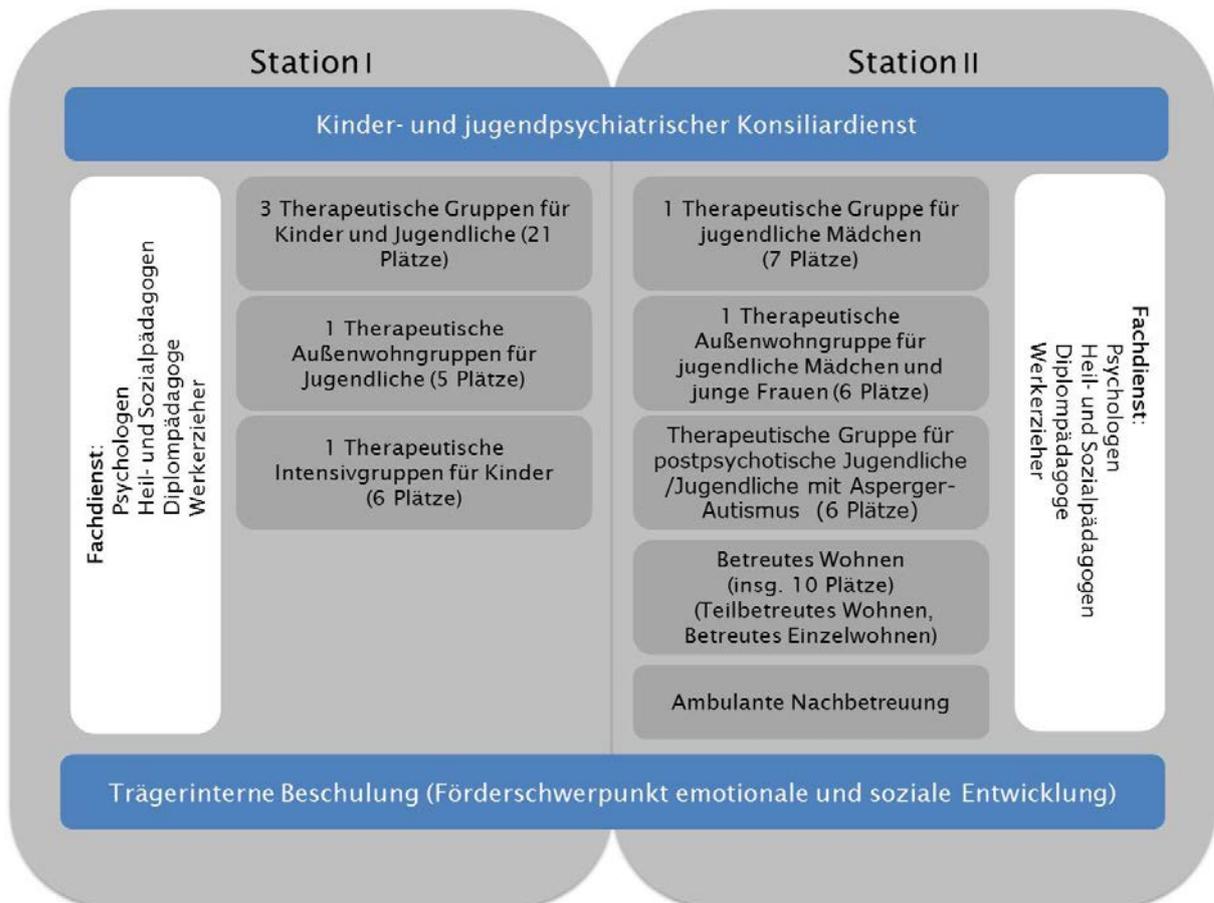


Abb. 1: Struktur des Therapeutischen Heims Sankt Joseph (THSJ)

Abbildung 1 verdeutlicht die Struktur des THSJ. Eingebettet ist die stationäre Einrichtung in den Jugendhilfeverbund ÜBBZ (Überregionales Beratungs- und Behandlungszentrum) Würzburg. Das ÜBBZ integriert neben dem THSJ den Psychotherapeutischen Beratungsdienst (Erziehungsberatungsstelle), eine Heilpädagogische Tagesstätte, ein Förderzentrum mit Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung, eine Mutter-Kind-Einrichtung sowie ambulante Jugendhilfe zu einem Verbund unterschiedlicher Settings erzieherischer Hilfen mit schulischer Förderung, ergänzt durch eine praxisorientierte Vollzeitausbildung zum/zur Heilpädagogen/in.

Träger der Einrichtung ist der Sozialdienst katholischer Frauen (SkF) e.V. Würzburg.

(Siehe auch: www.skf-wue.de)

Die computergestützte Begleitevaluation WÜSTE: Würzburger Studie zur Evaluation

Bereits mit seiner retrospektiven Würzburger Jugendhilfeevaluation (WJE; Überregionales Beratungs- und Behandlungszentrum Würzburg, 2000) hat das THSJ die Selbstverpflichtung zur Evaluation der Hilfeverläufe in der Einrichtung zum Ausdruck gebracht. Diese Aktenanalyse von knapp 290 Verläufen hat primär deskriptive Aussagen zur Indikation, sozioökonomischen Rahmenbedingungen der Klientel, Behandlungsansätzen und Erfolgskriterien ermöglicht.

Mit der computergestützten Evaluation WÜSTE findet diese Selbstverpflichtung ihre Fortführung. Methodisch wurde aber von der retrospektiven projektbezogenen Analyse der Fokus auf eine kontinuierliche Begleitevaluation gelegt.

Zielsetzung der Entwicklung und Initiierung des Evaluationsprogramms WÜSTE ist es, die Datenerfassung kontinuierlich in den Gesamthilfeprozess zu integrieren und damit eine aus „Bordmitteln“ leistbare Erfassung zentraler Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität unserer Einrichtung aus unterschiedlichen Datenquellen zu ermöglichen. Die Evaluation ist dabei ein Modul der gesamten computergestützten Dokumentation des THSJ.

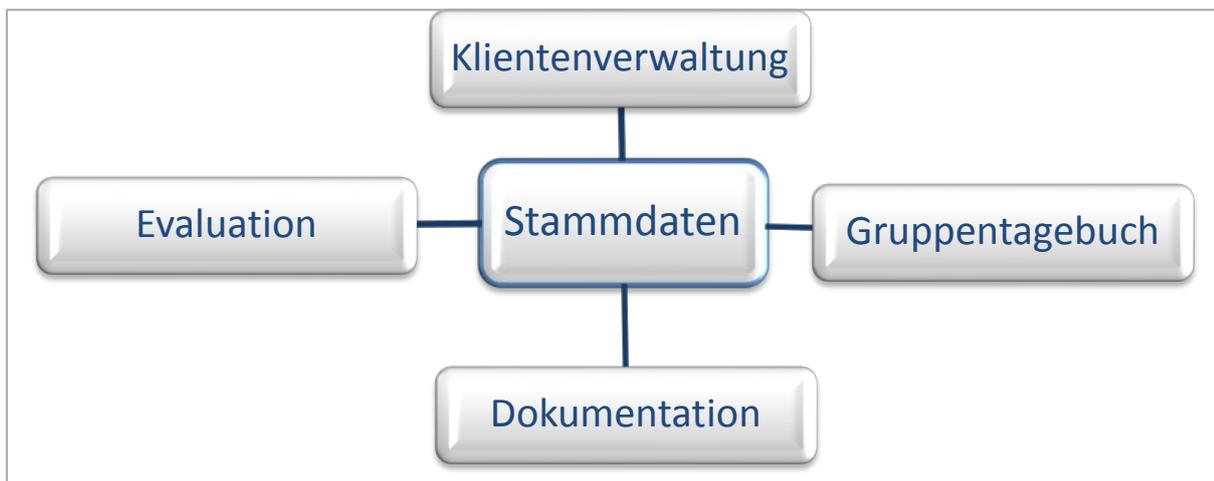


Abb. 2: Das Gesamtdokumentationssystem des THSJ

Das Evaluationsprogramm WÜSTE greift dabei auf zu Beginn der Hilfe angelegte Stammdaten zurück. Diese Stammdaten bilden gleichzeitig die Grundlage für die gesamte Klientenverwaltung und für die Dokumentation, die das Gruppentagebuch, die Medikationsverwaltung, die Erziehungsplanung und weitere Dokumentationsaspekte umfasst.

Die Erfassung der Daten mit dem vorgestellten System konnte 2008 beginnen, so dass wir aktuell (12/2018) auf eine Laufzeit von 10 Jahren zurückblicken.

In der hier vorgestellten Auswertung werden 216 Hilfeverläufe berücksichtigt, wobei insbesondere bei den Fragebogenverfahren nicht von allen Verläufen Daten vorliegen (z.B. bei Verweigerung). Nach einer Laufzeit von zwei Jahren und erneut nach 5 Jahren wurde eine Anpassung des Instrumentariums vorgenommen, so dass für bestimmte Daten nur die Hilfeverläufe der letzten zwei Jahre einfließen.

1.1 Design und Instrumentarium

1.1.1 Design der Begleitevaluation

In das Evaluationsdesign fließen sowohl Einmalerhebungen als Stuserhebung sowie Verlaufserhebungen zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Entlassung mit ein. Zum Einsatz kommen neben der strukturierten Stammdatendokumentation standardisierte Verfahren (SDQ, MSR, KANN, FBB...), die z.T. eine Anpassung an das spezielle Jugendhilfesetting erfuhren, sowie selbstentwickelte Fragebogen (Rückmeldung Jugendamt) bzw. standardisierte Dokumentationsformen (Zielformulierung).

Datenquellen sind die pädagogischen Fachkräfte, die Kinder und Jugendlichen, die Eltern, die der jeweiligen Familie zugeordneten Eltern- und Familienberater und die Fachkräfte des Jugendamtes.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme werden die Stammdaten und die Daten aus dem Vorfeld der Aufnahme erhoben. Bis maximal vier Wochen nach dem Aufnahmetage erfolgt die Erhebung mit den Fragebogenverfahren.

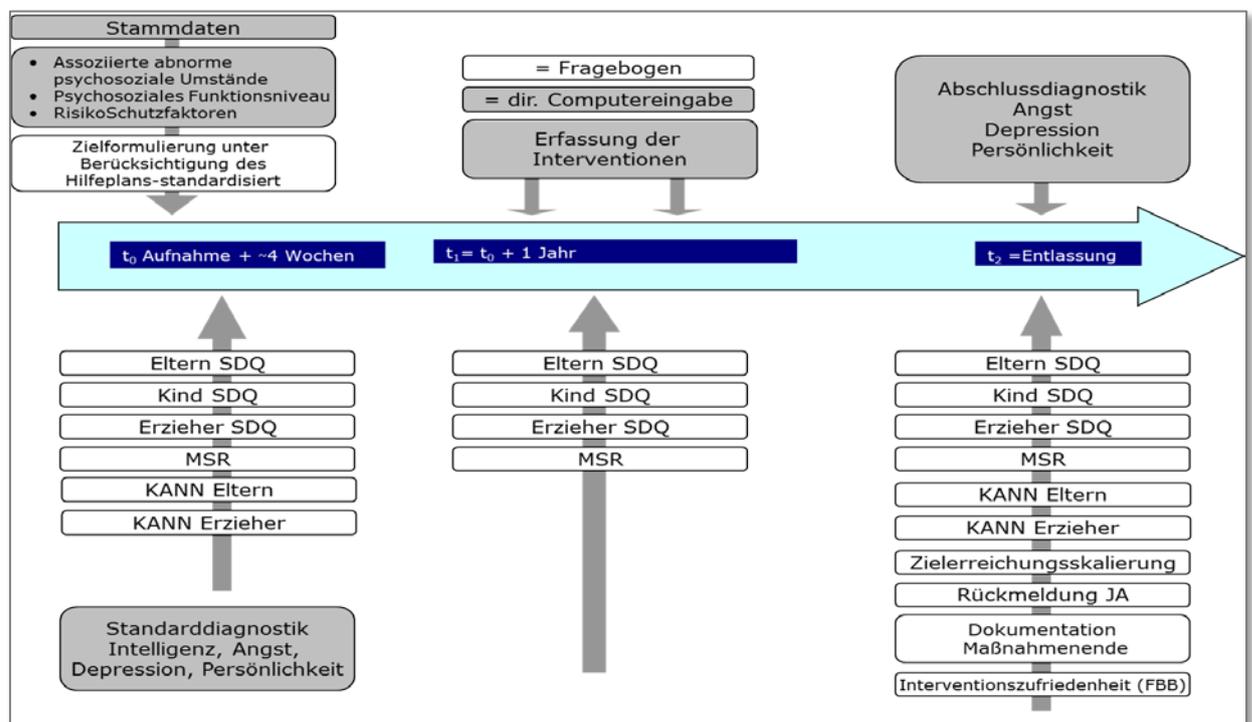


Abb. 3: Design der WÜSTE

Zum Abschluss des Aufenthaltes erfolgt die Zweiterhebung der Verlaufsdaten und die spezifischen Abschlusserhebungen. Weiter werden die Interventionen während der Betreuung standardisiert dokumentiert.

Der Rückmeldebogen für das Jugendamt wird mit dem Entlassbericht (letzter Entwicklungsbericht) verschickt.

Die Eingabe der Daten erfolgt über eine selbst entwickelte Datenbank. Für die statistische Aufarbeitung werden die Daten in SPSS (Statistical Package for Social Sciences) übertragen.

1.2 Eingesetzte Verfahren

1.2.1 Statusdiagnostik zu Beginn der Maßnahme

1.2.1.1 Aufnahmebogen

Mittels des Aufnahmebogens werden folgende Daten erfasst:

- Stammdaten (Anschrift, Alter, Aufnahmedatum, Kontaktdaten des Sozialleistungsträgers)
- Daten zur schulischen Entwicklung
- Sozioökonomischer und familiärer Status
- Daten zum Leistungsträger
- Vorinterventionen
- Diagnosen
- Achse IV: Somatische Störungen
- Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen

1.2.1.2 Assoziierte *abnorme psychosoziale Umstände*

Hier werden gemäß Achse V des Multiaxialen Klassifikationssystems (Remschmidt et al., 2006) relevante psychosoziale Umstände dokumentiert.

Folgende Gruppen stehen zur Auswahl:

- **Abnorme intrafamiliäre Beziehungen**
Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung, Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen, feindliche Ablehnung/Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind, körperliche Kindesmisshandlung, sexueller Missbrauch (innerhalb der Familie)
 - **Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie**
psychische Störung/abweichendes Verhalten eines Elternteils, Behinderung eines Elternteils, Behinderung der Geschwister
 - **Inadäquate/verzerrte intrafamiliäre Kommunikation**
Widersprüchliche Botschaften, Tendenz, über längere Zeit zu niemand Bestimmten zu sprechen, unangebrachte Zurückhalten von familiären Schlüsselfunktionen, regelmäßige Verleugnung familiärer Schwierigkeiten
 - **Abnorme Erziehungsbedingungen**
elterliche Überfürsorge, unzureichende elterliche Aufsicht/Steuerung, Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt, unangemessene Anforderungen/Nötigungen durch Eltern
 - **Abnorme unmittelbare Umgebung**
Erziehung in einer Institution, abweichende Elternsituation, isolierte Familie, Lebensbedingungen mit mögl. psychosozialer Gefährdung
 - **Akute belastende Lebensereignisse**
Verlust einer Liebes- oder engen Beziehung, bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung, negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder, Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen, sexueller Missbrauch (außerhalb der Familie), unmittelbare, beängstigende Erlebnisse
 - **Gesellschaftliche Belastungsfaktoren**
Verfolgung oder Diskriminierung, Migration oder soziale Verpflanzung
 - **Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit**
abnorme Streitbeziehungen mit Schülern/Mitarbeitern, Sündenbockzuweisung durch Lehrer/Ausbilder, allgemeine Unruhe in Schule/Arbeitssituation
-

- Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes
institutionelle Erziehung, bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung, abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen

1.2.1.3 Risikofaktoren

Die Risikofaktoren stellen eine Zusammenstellung der aus der Fachliteratur extrahierten Faktoren für kindliche Entwicklung dar. Die Risikofaktoren bilden im Wesentlichen die in der Mannheimer Risikokinderstudie (Laucht et al, 2000) zusammengestellten Faktoren ab. Bewertet wurde dichotom, also vorhanden/nicht vorhanden.

Risikofaktoren
<ul style="list-style-type: none">■ Niedriges Bildungsniveau der Eltern (mindestens ein Elternteil keine abgeschlossene Berufsausbildung)■ Beengte Wohnverhältnisse (>1 Person/Raum bzw. ≤50 qm Wohnfläche)■ Psychische Störung der Mutter■ Psychische Störung des Vaters■ Delinquenz/Herkunft aus zerrütteten familiären Verhältnissen■ Disharmonische Partnerschaft (häufig und anhaltender Streit, Trennung, emotionale Distanz)■ Frühe Elternschaft (Alter der KM ≤ 18 Jahre bei Geburt des Kindes bzw Dauer der Partnerschaft < 6 Monate bei Konzeption)■ Ein-Eltern-Familie bei Geburt des Kindes■ Unerwünschte Schwangerschaft (seitens der Mutter und/oder des Vaters)■ Mangelnde soziale Integration und Unterstützung (wenig soziale Kontakte und wenig Unterstützung bei der Betreuung des Kindes)■ Ausgeprägte chronische Schwierigkeiten (mit einer Dauer von > 1 Jahr wie z.B. Arbeitslosigkeit, chronische Erkrankungen)■ Mangelnde Bewältigungsfähigkeiten (im Umgang mit belastenden Lebensereignissen des letzten Jahres wie z.B. Verleugnung, Rückzug, Resignation)■ Körperlicher Kindesmissbrauch■ Sexueller Kindesmissbrauch

1.2.1.4 Zieldefinition

Die durch die Kinder/Jugendlichen, die Eltern und durch das Jugendamt formulierten Zielsetzungen für den Aufenthalt werden in eine strukturierte Zieldefinition überführt. Zur Dokumentation der fallbezogenen Ziele stehen folgende Kategorien zur Verfügung:

- **Verhaltensexzesse: Abbau von...**
 - Dissozialität (Stehlen, Zündeln, Zerstörungen; Dominanzstreben, aktive Verwahrlosung, sich vernachlässigen)
 - Reaktive Aggressivität (bei Frustration, Impulsivität, geringe Frustrationstoleranz)
 - Aktive Aggressivität („social power“; zielgerichtet, gesteuert; Mittelpunktstreben, Regelverletzungen)
 - Aufmerksamkeitsstörung (motorische Unruhe, Umtriebigerkeit, Zappeligkeit, Aufmerksamkeitsstörung, Impulskontrollstörung)
 - Reduktion/Veränderung eines spezifischen Symptoms/Symptomkomplexes
 - Angststörungen
 - Depressionen
 - Zwänge
 - Andere (offene Kategorie)
 - Funktionale Störungen (Enuresis, Enkopresis..)
 - Andere:
- **Verhaltensdefizite: Aufbau von...**
 - entwicklungsentsprechenden sozialen Kompetenzen/prosozialem Verhalten (Soziale Integration, Gruppenfähigkeit, Kooperationsfähigkeit im Spiel, Kommunikationsfähigkeit, Einhaltung kommunikativer Regeln, Kompromissfähigkeit, Konfliktfähigkeit...)
 - Lern- und Leistungsverhalten, altersentsprechende Motivation und Anstrengungsbereitschaft, Aufbau von angemessenen Lernstrategien, Integration in angemessenen Schulform (Förderschule, weiterführende Schule, Regelschule)
 - Bewältigung altersadäquater Entwicklungsaufgaben (altersadäquate Freizeitgestaltung, Lebenspraktische Fertigkeiten, Selbständigkeit, Hygieneverhalten, Verbindlichkeit, Zuverlässigkeit, altersadäquate Beziehungsgestaltung)
 - Verhaltenstransfer in die Familie
 - Andere: _____ (offene Kategorie)
- **Eltern**
 - Reintegration in die Familie
 - Steigerung erzieherischer Kompetenzen (Entwicklung einer altersgemäßen Aufsicht und Kontrolle, Autonomieentwicklung), Erlernen von Basisfertigkeiten von Verhaltenssteuerung, Erlernen angemessener Kommunikationsmuster, Reduktion overprotektiver/verwöhnender Erziehungsstrategien
 - Entwicklung von Möglichkeiten einer altersgemäßen Freizeitgestaltung und Interessensbildung, Unterstützung bei der Integration in soziale Bezüge (Vereine...)
 - Adäquate schulische Förderungsmöglichkeiten
 - Beratung und Klärung von Paar- und Beziehungsproblemen (Mediation gelungen, Partnerschaft stabilisiert...)
 - Andere: _____ (offene Kategorie)

1.2.2 Verlaufserhebung

1.2.2.1 Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

Die Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus folgt der Achse VI der Multiaxialen Klassifikation. Hier wird das Funktionsniveau in folgenden acht Stufen klassifiziert:

0 Herausragende/gute soziale Funktionen in allen sozialen Bereichen

Gute zwischenmenschliche Beziehungen mit Familie, Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der Familie. Kann sich mit allen üblichen sozialen Situationen effektiv auseinandersetzen und verfügt über ein gutes Spektrum an Freizeitaktivitäten und Interessen

1 Mäßige soziale Funktion

Insgesamt mäßige soziale Funktion, aber mit vorübergehenden oder geringeren Schwierigkeiten in nur ein oder zwei Bereichen

2 Leichte soziale Beeinträchtigung

Adäquates Funktionsniveau in den meisten Bereichen aber leichte Schwierigkeiten in mindestens ein oder zwei Bereichen (wie z.B. Schwierigkeiten mit Freundschaften, gehemmte soziale Aktivitäten/Interessen, Schwierigkeiten mit innerfamiliären Beziehungen, wenig effektive soziale Coping-Mechanismen oder Schwierigkeiten in den Beziehungen zu Erwachsenen außerhalb der Familie)

3 Mäßige soziale Beeinträchtigung

Mäßige Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen

4 Ernsthafte soziale Beeinträchtigung

Ernsthafte Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen (wie z.B. erheblicher Mangel an Freunden, Unfähigkeit mit neuen sozialen Situationen zurecht zu kommen oder Schulbesuch nicht mehr möglich)

5 Ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung

Ernsthafte Beeinträchtigung in den meisten Bereichen

6 Funktionsunfähig in den meisten Bereichen

Benötigt ständige Aufsicht oder Betreuung zur basalen Alltagsbewältigung, ist nicht in der Lage für sich selbst zu sorgen

7 Schwere und durchgängige soziale Beeinträchtigung

Manchmal unfähig für eine minimale Körperhygiene zu sorgen oder braucht zeitweise strenge Beaufsichtigung um Gefahrensituationen für sich selbst oder andere zu verhüten oder schwere Beeinträchtigung in allen Bereichen der Kommunikation

8 Tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung

Ständige Unfähigkeit für die eigene Körperhygiene zu sorgen oder ständige Gefahr sich selbst oder andere zu verletzen oder völliges Fehlen von Kommunikation

1.2.2.2 Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ

Das SDQ (Goodman, 1997) stellt einen standardisierten Fragebogen zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und Stärken dar. Insgesamt 25 Items bilden mit je 5 Items die Skalen *Emotionale Probleme*, *Verhaltensauffälligkeiten*, *Hyperaktivität*, *Probleme mit Gleichaltrigen* und *Prosoziales Verhalten* ab. Aus den ersten vier Skalen wird ein Gesamtbelastungswert errechnet. Das Verfahren liegt als Fremdeinschätzung (Eltern, Lehrer) und als Selbsteinschätzung (für Kinder ab 11 Jahre) vor.

Die einzelnen Items werden dreistufig (unzutreffend=0; teilweise zutreffend=1; eindeutig zutreffend=2) geratet. Die erreichten Rohwertpunkte werden in Normwertgruppen überführt. Die Kategorie *unauffällig* repräsentiert im Vergleich zu einer Normpopulation einen Prozentrang <80, die Kategorie *grenzwertig* einen Prozentrang 80 bis ≤90 und die Kategorie *auffällig* einen Prozentrang >90. Die Faktorenstruktur und die Normwertgruppen für die Elternversion wurden für den deutschen Sprachraum (Wörner et al., 2002) bestätigt. Für die pädagogischen Fachkräfte wurde die Elternversion eingesetzt.

1.2.2.3 Marburger Symptomrating: MSR

Beim Marburger Symptomrating handelt es sich um ein standardisiertes Interview zur Erfassung der psychopathologischen Symptomatik von Kindern und Jugendlichen (Mattejat et al., 2005). Auf 22 Ratingskalen werden psychopathologische Symptomkomplexe fünfstufig (0=keine Belastung; 1=minimale/nicht bedeutsame Belastung; 2=leichte Belastung; 3=deutliche Belastung; 4=schwere Belastung) bewertet. Aus den Symptomwertsummen errechnet sich ein Gesamtbelastungswert.

Für das Verfahren liegen Normierungen (Prozentrangwerte) für eine klinische Stichprobe und eine gesunde Referenzstichprobe vor. Für die Auswertung im Rahmen der WÜSTE wurde auf die Prozentrangnormierung der gesunden Stichprobe zurückgegriffen.

Das MSR dient ursprünglich als Interviewverfahren mit den Eltern als Informationsquelle. Nach mündlicher Absprache mit dem Erstautoren, Herrn Prof. Mattejat, konnte das Verfahren durch die pädagogischen MitarbeiterInnen in Form eines „Teaminterviews“ zur Einschätzung der Ausprägung der psychopathologischen Symptombelastung eingesetzt werden.

1.2.2.4 Kompetenzanalyseverfahren: KANN

Das Kompetenzanalyseverfahren (Petermann et al., 2012) ist ein aus der Jugendhilfe-Effektstudie (JES) entwickeltes Fragebogenverfahren zur Fremdbeurteilung personenbezogenen Ressourcen bei Kindern und Jugendlichen. Eine Normierung liegt für die Altersspanne 6- bis 18-jährige junge Menschen vor, wobei es zwei Normierungsgruppen, 6-12-jährige und 13-18-jährige, gibt.

Die Einschätzung erfolgt auf einer Ratingskala von 1 (trifft gar nicht zu) bis 6 (trifft voll zu) und umfasst folgende Skalen

- Skala 1: Empathie und Fitness
- Skala 2: Freizeitverhalten und Gleichaltrige
- Skala 3: Leistungsverhalten
- Skala 4: Selbständigkeit im Alltag
- Gesamtwert

Das Verfahren orientiert sich am Ressourcenmodell als aktuell verfügbare Merkmale und Bedingungen zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben. Nach den Autoren handelt es sich bei Kompetenzen um einen Teilbereich von Ressourcen im Sinne selbst hervorgebrachter Fähigkeiten (in Abgrenzung zu genetisch angelegten Ressourcen), die erlernbar und trainierbar sind.

Folgende Einordnung der Ergebnisse wird von den Autoren vorgeschlagen

Prozentrang	Interpretation	T-Wert-Äquivalent Gesamtskala
>- 90 %	Stark überdurchschnittliche Kompetenzen	>- 63
75 – 89 %	Leicht überdurchschnittliche Kompetenzen	57-62
26 – 74 %	Durchschnittliche Kompetenzen	44 - 56
11 – 25 %	Leicht unterdurchschnittliche Kompetenzen	38 - 43
>- 10 %	Stark unterdurchschnittliche Kompetenzen	<- 37

1.2.3 Spezifische Verfahren zum Ende der Maßnahme

1.2.3.1 Erfassung der Interventionen

Über die Datenbank erfolgt die Dokumentation der heilpädagogischen, therapeutischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Interventionen anhand vorgegebener Kategorien.

Inhaltlich wird unterschieden in

- Kind/Jugendlichenbezogene Interventionen
 - Heilpädagogische Einzelstunden
 - Lern-Leistungsförderung/Einzel
 - Lern-Leistungsförderung/Gruppe
 - Störungsspezifische Gruppenangebote
- Elternbezogene Interventionen
 - Erziehungsberatung
 - Trennung-, Scheidungs- und Paarberatung
 - Eltern-Kind-Gruppe
- Kinder- und -jugendpsychiatrische Behandlung

Die Intensität wird kategorisiert (je in Stunden/Einheiten)

- 1-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- >20

1.2.3.2 Beendigung der Maßnahme

Hier werden folgende Aspekte dokumentiert

- Art der Beendigung der Maßnahme sowie Ort des Aufenthaltes nach der Maßnahme
- Anschlussmaßnahmen
- Schullaufbahn während der Maßnahme und im Anschluss
- Globalbeurteilung des Erfolges

1.2.3.3 Zielerreichungsskalierung

Die Zielerreichung der individuellen Zielsetzungen, die aus dem in Kapitel 2.2.1.4 beschriebenen Zielkatalog ausgewählt wurden, wird bei der Entlassung skaliert.

Folgende Skalierungsmöglichkeiten stehen zur Auswahl:

Verschlechtert =-1; unverändert =0; Zielerreichung 25 % =1; Zielerreichung 50 % =2; Zielerreichung 75 % =3; Zielerreichung 100 % =4

Aus der Zielerreichungsbewertung einzelner Ziele wird ein Gesamtzielerreichungsindex pro Klient errechnet. Dieser Index errechnet sich folgendermaßen:

$$\text{Gesamtzielerreichungsindex} = \frac{\text{Summe aller Zielerreichungsskalierungen}}{\text{Anzahl der definierten Ziele}}$$

Der Gesamtzielerreichungsindex kann damit einem Wert von -1 (insgesamt verschlechtert) bis max. 4 (alle Ziele zu 100 % erreicht) annehmen.

1.2.3.4 Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung: FBB

FBB-T

- Skala 1: Therapieerfolg hinsichtl. Klient
- Skala 2: Therapieerfolg hinsichtl. Familie
- Skala 3: Kooperation mit Klient
- Skala 4: Kooperation mit Mutter
- Skala 5: Kooperation mit Vater
- Skala 6: Therapeut gesamt

FBB-E

- Skala 1: Erfolg der Behandlung
- Skala 2: Verlauf der Behandlung
- Skala 3: Eltern gesamt

FBB-K

- Skala 1: Erfolg der Behandlung
- Skala 2a: Beziehung zum Therapeuten
- Skala 2b: Beziehung zu Betreuern
- Skala 3: Gesamtwert

Beim FBB handelt es sich um ein im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Qualitätssicherung entwickeltes Instrumentarium (Mattejat und Remschmidt, 1998).

Zielsetzung ist die Evaluation der Qualität kinder- und jugendpsychiatrischer oder psychotherapeutischer ambulanter oder (teil-)stationärer Behandlung.

In Absprache mit dem Erstauto- ren wurde das Fragebogenverfahren, das aus der Perspektive der Kinder/Jugendlichen, der Eltern und der Therapeuten bearbeitet werden kann, an das Setting einer stationären therapeutischen Jugendhilfemaßnahme angepasst.

Tab. 1: Subskalenstruktur des FBB

In der vorgestellten Evaluation wurden ebenfalls die drei Perspektiven berücksichtigt (FBB-T=Therapeutenversion; FBB-E=Elternversion; FBB-K=Kinder-/Jugendlichenversion (ab dem 12. Lbj.).

Die einzelnen Versionen beinhalten eine Subskalenstruktur, die sich in der angepassten Form für unser Setting wie in Tab.1 darstellt.

Die Skalierung erfolgt 5-stufig mit den Bewertungen:

0=stimmt überhaupt nicht; 1=kaum/selten; 2=teilweise/manchmal;
3=überwiegend/meistens; 4=ganz genau/immer)

In die Auswertung werden im Wesentlichen nur die Gesamtwerte der jeweiligen Verfahren einbezogen.

Für die Interpretation der Gesamtbeurteilung einer Intervention wird folgende Klassifikation durch die Autoren vorgeschlagen.

Itemwert	0	1	2	3	4
	überhaupt nicht/niemals	kaum/selten	teilweise/manchmal	überwiegend/meistens	ganz genau/immer
Wertebereich	$0 \leq x \leq 0,5$	$0,5 < x \leq 1,5$	$1,5 < x \leq 2,5$	$2,5 < x \leq 3,5$	$3,5 < x \leq 4$
Gesamturteil	schlecht	unzureichend	mäßig	gut	sehr gut

Als Referenzwerte für die Interpretation der Ergebnisse wird Bezug genommen auf eine Stichprobe, für die im Rahmen eines Qualitätssicherungsprojektes der FBB erhoben wurde (N=114).

1.2.3.5 Erfolg der Maßnahme

Als Maß für den Erfolg der Maßnahme wurde ein Index gebildet aus:

- Gesamtzielerreichungsindex (min. = -1; max. =4)
- Form der Beendigung der Maßnahme (0=Abbruch; 1=regelmäßige Beendigung)
- Globalbeurteilung des Behandlungserfolges durch die Eltern- und Familienberater (min.=0; max.=1)
 - 0=ohne wesentlichen Erfolg
 - 0,25=nur in Teilen erfolgreich
 - 0,5=zufriedenstellend
 - 0,75=erfolgreich
 - 1=sehr erfolgreich

Der Index für den Erfolg kann damit einen Wert von 0 bis max. 6 (alle Ziele voll erreicht, Behandlung regelmäßig abgeschlossen; Globalbeurteilung der Behandlung ist sehr erfolgreich) erreichen.

1.2.3.6 Rückmeldung der Jugendämter

Mit dem Rückmeldebogen, der zum Ende der Maßnahme allen Jugendämtern zugeschickt wird, wird zunächst eine Bewertung der Qualität der Hilfeplanung und der Begleitprozesse (Kooperation, Entwicklungsberichte) eingeholt:

Der Bogen enthält folgende Fragen:

- Wie beurteilen Sie ...
 - ... die Einleitung der Hilfeleistung (Kontaktaufnahme, Indikationsgespräch...)
 - **Qualität der Hilfeeinleitung**
 - ... die Gestaltung des Hilfeplanverfahrens hinsichtlich der Fachlichkeit (Gesprächsführung, Klarheit der Zielformulierung...)
 - **Fachlichkeit des Hilfeplanverfahrens**
 - ... die Gestaltung des Hilfeplanverfahrens hinsichtlich der strukturellen Rahmenbedingungen (Teilnehmer, zeitliche Terminierung, Regelmäßigkeit...)
 - **Struktur des Hilfeplanverfahrens**
 - ... die Qualität der Entwicklungsberichte (Fachlichkeit, Gliederung, zeitliche Organisation)
 - **Qualität der Entwicklungsberichte**
 - ... die Qualität der Kooperation (Klarheit in der Zuständigkeit, Erreichbarkeit der Einrichtung, Klima in den Gesprächen) zwischen der Einrichtung und Ihnen
 - **Qualität der Kooperation Einrichtung-Jugendamt**
 - ... die Qualität der Kooperation zwischen der Einrichtung und dem Klienten sowie dessen Familie (Partizipation im Hilfeplan, Wertschätzung, Berücksichtigung der Zielsetzungen der Familie...)
 - **Qualität der Kooperation Einrichtung-Klienten**

Die Bewertung erfolgt fünfstufig:

sehr positiv; eher positiv; weder noch; eher negativ, sehr negativ

Weiter erfolgt eine Globalbeurteilung des Hilfeverlaufens.

- Wie bewerten Sie die Erreichung der im Hilfeplan formulierten Ziele...
 - ... hinsichtlich des Kindes/des/der Jugendlichen
 - ... hinsichtlich der Eltern/Familie

Die Bewertung erfolgt fünfstufig:

Ziele voll erreicht; Ziele etwas erreicht; keine Veränderung;
Geringe Verschlechterung; deutliche Verschlechterung

Ergänzt wird der Bogen durch zwei offene Kategorien

- Besonders positiv habe ich erlebt ...
- Besonders negativ habe ich erlebt ...

1.3 Statistische Verfahren

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt weitgehend deskriptiv und ist damit selbsterklärend (Häufigkeiten, Prozentanteile...).

Bei Gruppenvergleichen für nominalskalierte Werte erfolgt die inferenzstatistische Auswertung mittels des χ^2 -Testes, für Rangfolgen durch den Wilcoxon-Test und für metrisch skalierte Daten über den T-Test. Die Signifikanzprüfung erfolgt je auf dem 5 %-Niveau.

Die statistischen Berechnungen wurden mit dem Programm SPSS (Bühl et al., 1996) durchgeführt.

Deskriptive Analyse der Klientel

1.4 Psychosoziale Rahmenbedingungen

1.4.1 Alters- und Geschlechtsverteilung

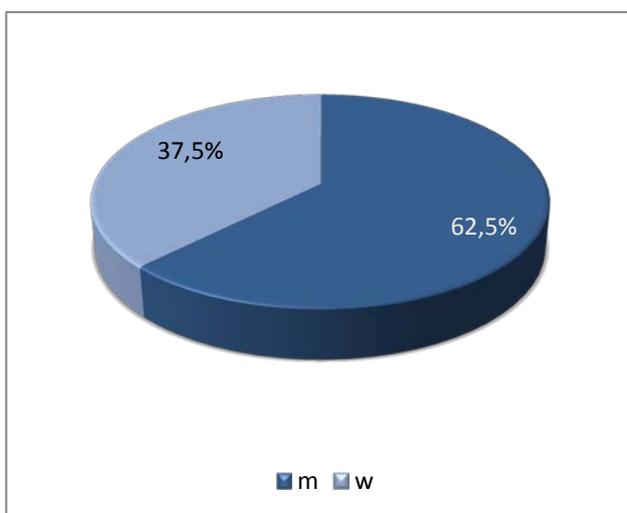


Abb. 4: Geschlechtsverteilung der Klientel

Die Struktur des Therapeutischen Heimes mit spezifischen Gruppenangeboten für jugendliche Mädchen und junge Frauen schlägt sich in der Geschlechts- und Altersverteilung nieder. Bei 37,5 % der Klientel handelte es sich um jugendliche Mädchen, 62,5 % waren Jungs.

Das durchschnittliche Alter der männlichen Klientel betrug 12;6 Jahre (sd=2,4), das der jugendlichen Mädchen 15;2 Jahre (sd=2,2). Zu berücksichtigen ist, dass 13 (=23 %) der insgesamt 56 Plätze des THSJ nur für jugendliche Mädchen und junge Frauen ab dem ca. 14. Lebensjahr zur Verfügung stehen.

Insgesamt unterscheidet sich das Aufnahmealter der männlichen und der weiblichen Klientel signifikant ($T=7,3$; $p \leq 0,01$). Über beide Geschlechter lag das durchschnittliche Alter bei 13,6 Jahren ($sd=2,7$).

1.4.2 Geburtskonstellation und familiärer Hintergrund

Geburtsstatus		n/%
ehelich	158	(75 %)
unehelich	53	(25 %)
Familienkonstellation		
Vollständige Familie	79	(37 %)
KM/KV allein erziehend	72	(33 %)
KM mit neuem Partner/Stiefvater	44	(20 %)
KV mit neuer Partnerin/Stiefmutter	9	(4 %)
Sonstiges (Pflegefamilie, Großeltern...)	14	(6 %)
Sorgerecht		
Eltern	126	(61 %)
Mutter	63	(30 %)
Vater	7	(3 %)
Sonstiges	12	(6 %)

Die Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten bildet einen zentralen konzeptionellen Baustein des Therapeutischen Heimes. Somit kommt auch der Familienkonstellation eine besondere Bedeutung zu.

Die häufigste Familienkonstellation – und das ist für eine stationäre Jugendhilfeeinrichtung eher ungewöhnlich – stellt die vollständige Familie dar. 37 % der im THSJ betreuten jungen Menschen kommen aus einer kompletten Familie. Weitere 33 % leben im Vorfeld der stationären Aufnahme bei einem allein erziehenden Elternteil, vorwiegend der Mutter.

Jedes fünfte Kind (20 %) lebte in einer neuen Familienkonstellation mit einem neuen (Ehe-)Partner.

Das Sorgerecht lag bei 61 % aller Kinder und Jugendlichen bei beiden Elternteilen.

Tab. 2: Geburts- und Familienkonstellation

1.4.3 Schulische Situation vor der Aufnahme

Zu den zentralen Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen gehört die schulische Integration. Die Sicherung der schulischen Laufbahn und die Ermöglichung eines Schulbesuches gehört entsprechend zu den häufigen Zielsetzungen bei der Aufnahme, zumal durch die trägereigene Schule oft genau die Kombination einer intensiven therapeutischen Betreuung und Behandlung mit sonderpädagogischer Förderung die Indikation für das THSJ darstellt.

Die Berücksichtigung der schulischen Situation vor der Aufnahme in das Heim zeigt, dass es sich keineswegs nur um SchülerInnen mit einem Förderbedarf emotionale-soziale Entwicklung handelt, sondern die Herkunft aus weiterführenden Schulen eine besondere Herausforderung für die Beschulung im Rahmen des Aufenthaltes darstellt.

46 % aller Kinder und Jugendlichen besuchten im Vorfeld der Aufnahme eine weiterführende Schule (Realschule/Gymnasium), knapp jedes dritte Kind besuchte im Vorfeld der Behandlung die Grund- oder Hauptschule (Abbildung 5).

Zu berücksichtigen ist, dass viele Kinder und Jugendliche direkt aus Kliniken in die Einrichtung übernommen wurden und dementsprechend direkt vor der Aufnahme eine Schule für Kranke besucht haben.

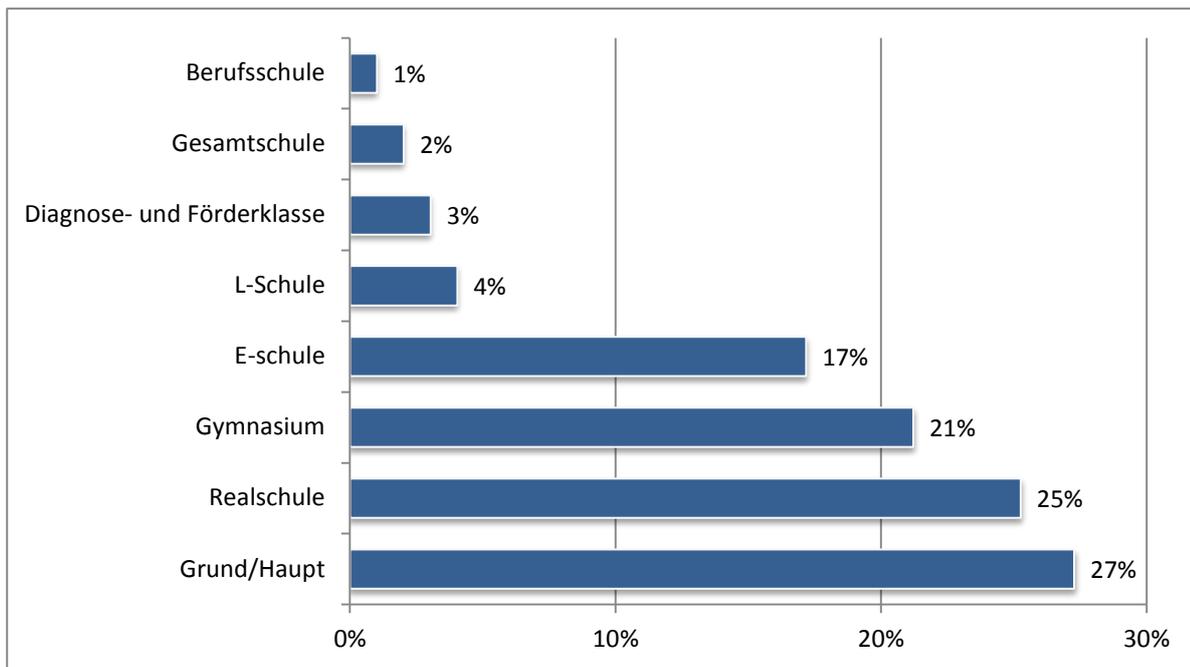


Abb. 5: Schulischer Status vor der Aufnahme

1.4.4 Psychosoziale Risikofaktoren

Die Erfassung der psychosozialen Anpassung und der Risikofaktoren erfolgt über unterschiedliche Instrumente und sowohl als Status- und als Veränderungsmessung. Die Daten der Veränderungsmessung werden im Unterkapitel **Abschluss der Maßnahme** dargestellt.

Im Sinne der Multiaxialen Klassifikation (Remschmidt et al., a.a.O) wurden die *Assoziierten aktuellen abnorme psychosozialen Umstände* nach der Systematik der Achse V des MAS erfasst. Die Achse V kodiert belastende psychosoziale und soziokulturelle Umstände und Faktoren vor der Aufnahme in die Einrichtung und bildet damit ein Maß für die Belastung durch die mit der Problematik assoziierten Risikofaktoren.

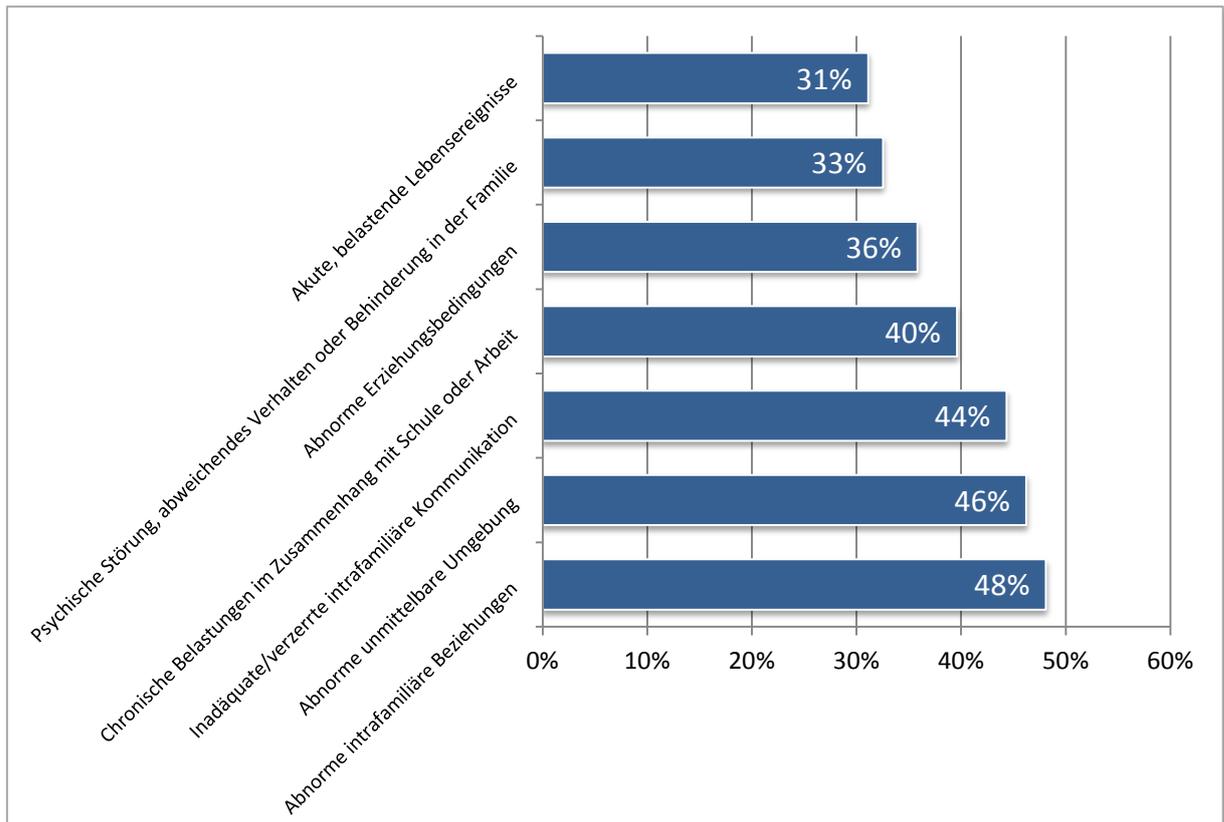


Abb. 6: Abnorme psychosoziale Umstände gemäß Achse V MAS

Die Abbildung 6 verdeutlicht die Reihenfolge der Häufigkeit der abnormen psychosozialen Umstände. Am häufigsten sind die Kinder und Jugendlichen durch familiär assoziierte Faktoren belastet. Bei knapp der Hälfte aller im THSJ betreuten Kinder und Jugendlichen wurde *Abnorme intrafamiliäre Beziehungen*, konkretisiert als Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung, Disharmonie in der der Familie zwischen Erwachsenen, feindliche Ablehnung/Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind oder Missbrauch innerhalb der Familie als Faktor psychosozialer Belastung benannt. Bei 46 % bzw. 44 % wurde der Faktor *Abnorme unmittelbare Umgebung bzw. inadäquate/verzerrte intrafamiliäre Kommunikation* als Belastungsfaktoren benannt.

Besonders zu berücksichtigen ist der Faktor einer psychischen Störung in der Familie. Bei jedem 3. Kind/Jugendlichen (33 %) lag eine diagnostizierte psychiatrische Störung bei mindestens einem Elternteil vor.

Neben der Achse V wurden die Risikofaktoren nach dem Verständnis der Mannheimer Risikokinderstudie klassifiziert. Die Abbildung 7 stellt die Risikofaktoren nach der Häufigkeit der Nennungen dar.

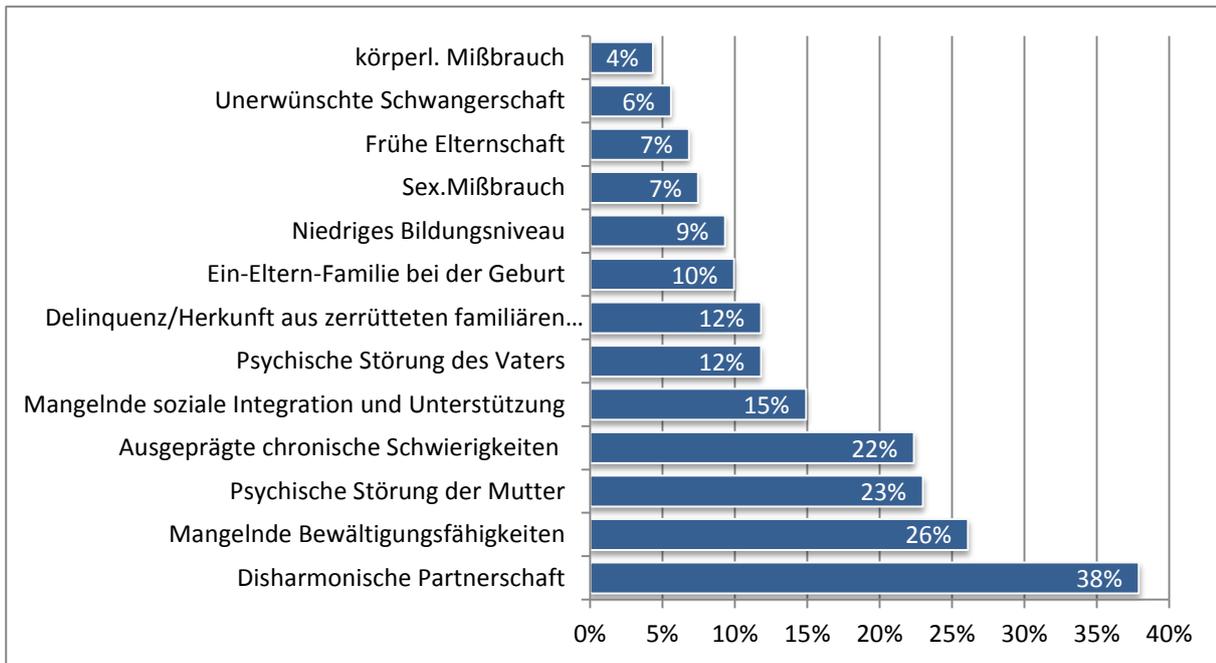


Abb. 7: Häufigkeit psychosozialer Risikofaktoren

Bezüglich der Risikofaktoren verdeutlicht sich hier insbesondere die hohe Belastung mit familiären Risikofaktoren wie der disharmonischen Partnerschaft (38 %), mangelnden psychosozialen Bewältigungsstrategien (26%) sowie erneut die hohe Belastung durch die psychische Störung mindestens eines Elternteils. Weiter zeigt sich, dass bei 11 % der Kinder und Jugendlichen ein Missbrauchserlebnis (körperlicher oder sexueller Mißbrauch) in der Kindheit vorlagen..

1.5 Vorinterventionen und Rechtsgrundlage der Aufnahme

1.5.1 Vorinterventionen

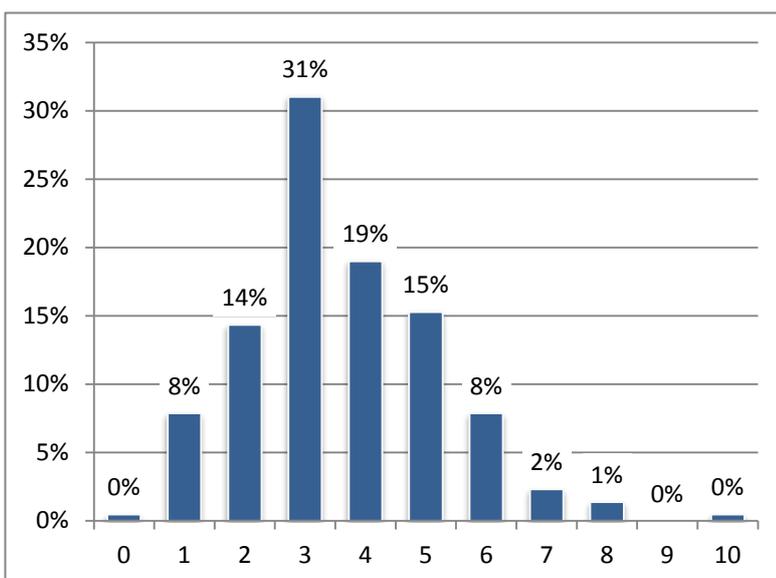


Abb. 8: Zahl der Interventionen vor der Aufnahme

Im Therapeutischen Heim Sankt Joseph werden häufig Kinder und Jugendliche mit chronifizierten Störungen und vielfältigen Vorinterventionen aufgenommen. Bei lediglich einem Kind handelte es sich um die erste Hilfsmaßnahme bzgl. der Problematik. Bei knapp der Hälfte aller Kinder und Jugendlichen (45 %) hatten bereits mindestens vier Vorinterventionen stattgefunden (Abbildung 8).

Die Art der Vorinterventionen (Abbildung 9) verdeutlicht dabei, dass es sich bei den Aufnahmen in das THSJ in ausgeprägtem Maße um Jugendhilfeanschlussmaßnahmen nach einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung handelt. 97 % alle Kinder und Jugendlichen hatten im Vorfeld der Aufnahme mindestens eine kinder- und jugendpsychiatrische Vorintervention, bei 75 % der Klientel handelte es sich um stationäre Behandlungen. Die Übernahme in das THSJ erfolgt dann in der Regel direkt im Anschluss an die klinische Behandlung. In 17 % der Fälle erfolgte die Übernahme in das Therapeutische Heim aus einer anderen stationären Jugendhilfeeinrichtung, in der Regel dann, wenn die Betreuungs- und Behandlungsintensität auf dem Hintergrund der psychischen Störung in der Vorgängereinrichtung nicht als ausreichend eingeschätzt wurde.

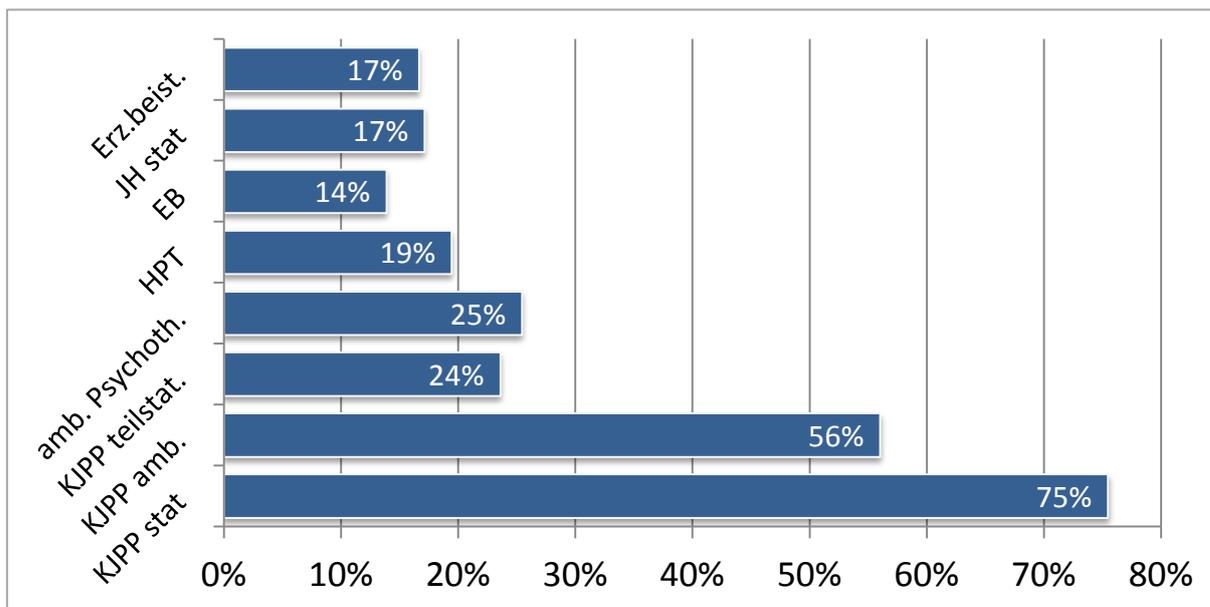


Abb. 9: Art der Vorintervention vor der Aufnahme

1.5.2 Rechtsgrundlage für die Aufnahme

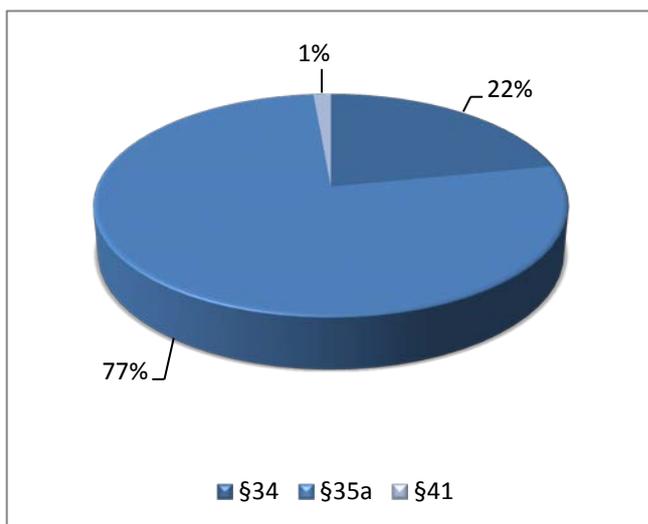


Abb. 10: Rechtsgrundlage für die Aufnahme

In dieser besonderen konzeptionellen Ausrichtung als intensive therapeutische stationäre Einrichtung für Kinder und Jugendliche mit schwergradigen Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen bildet der § 35a SGB VIII, Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) seelischen Behinderung, die weitaus häufigste Rechtsgrundlage. 77 % der Hilfen im therapeutischen Heim erfolgen auf diesem Hintergrund.

Eine vergleichsweise geringe Rolle spielt dagegen der § 41 SGB VIII, Hilfe für junge Volljährige. (Abbildung 10).

1.5.3 Diagnosegruppen

Da bis auf zwei Jugendliche alle Kinder und Jugendlichen aus kinder- und jugendpsychiatrischen Vorinterventionen in das Therapeutische Heim Sankt Joseph aufgenommen wurden, lagen auch die Diagnosen gemäß ICD 10 vor.

Die Abbildungen 11 und 12 verdeutlichen die Diagnoseverteilung allgemein und geschlechtsdifferenziert. Berücksichtigt wurden hier nur die Erstdiagnosen. Insgesamt 70 % aller KlientInnen hatten Mehrfachdiagnosen, 37 % zwei, 22% drei Diagnosen.

Erwartungskonform stehen die expansiven Störungen (F 90: Hyperkinetische Störungen; F 91: Störung des Sozialverhaltens; F 92: Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen) mit zusammen 42 % der Diagnosen im Vordergrund. Insgesamt verdeutlicht sich aber ein ausgesprochen breites Diagnosespektrum, das zur Behandlung und Betreuung in das THSJ kommt. Hier sind insbesondere auch die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen, die Essstörungen und die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen zu beachten.

Dies akzentuiert sich noch einmal bei einer geschlechtsdifferenzierten Betrachtung der Diagnosegruppen. Für die weibliche Klientel bilden die neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen, die affektiven Störungen und die Essstörungen die stärksten Diagnosegruppen.

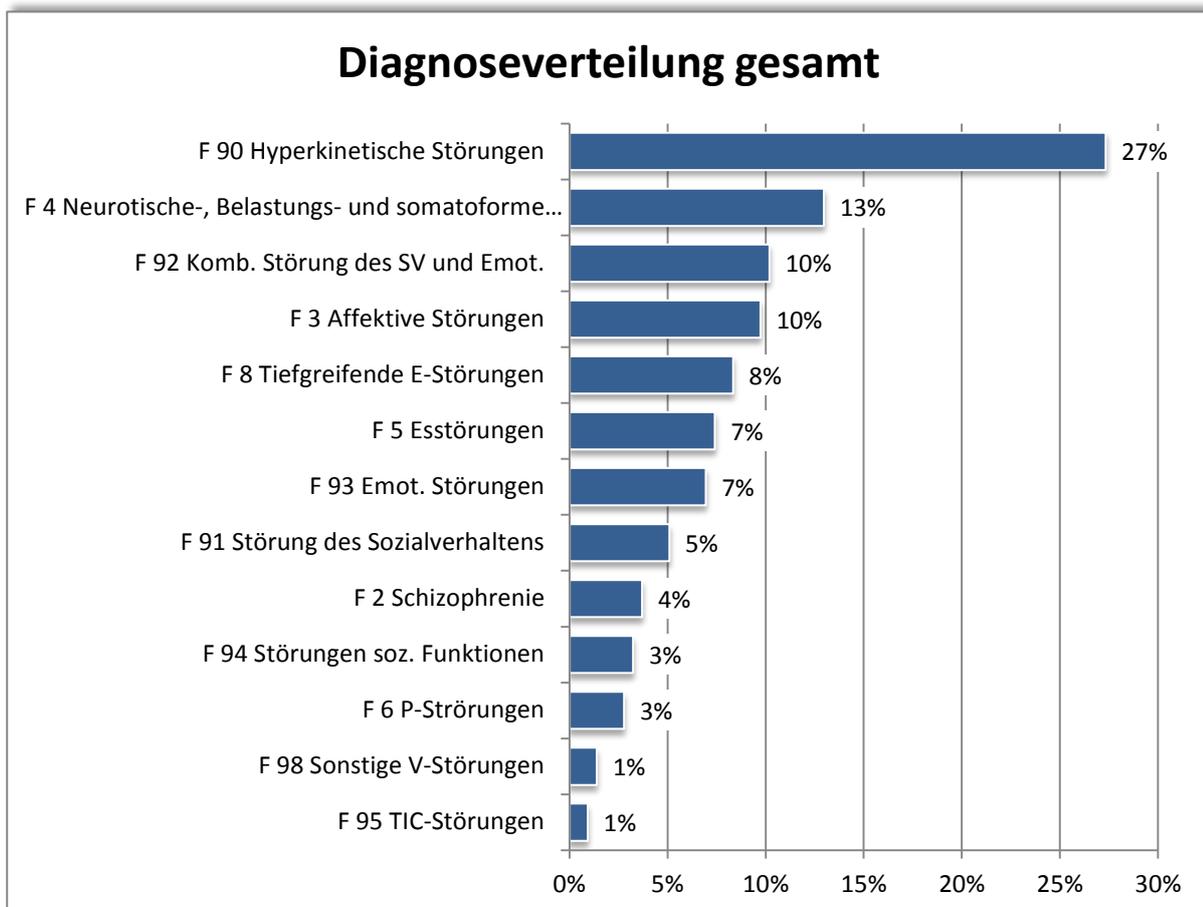


Abb. 11: Häufigkeit der Diagnosegruppen über alle Kinder und Jugendlichen

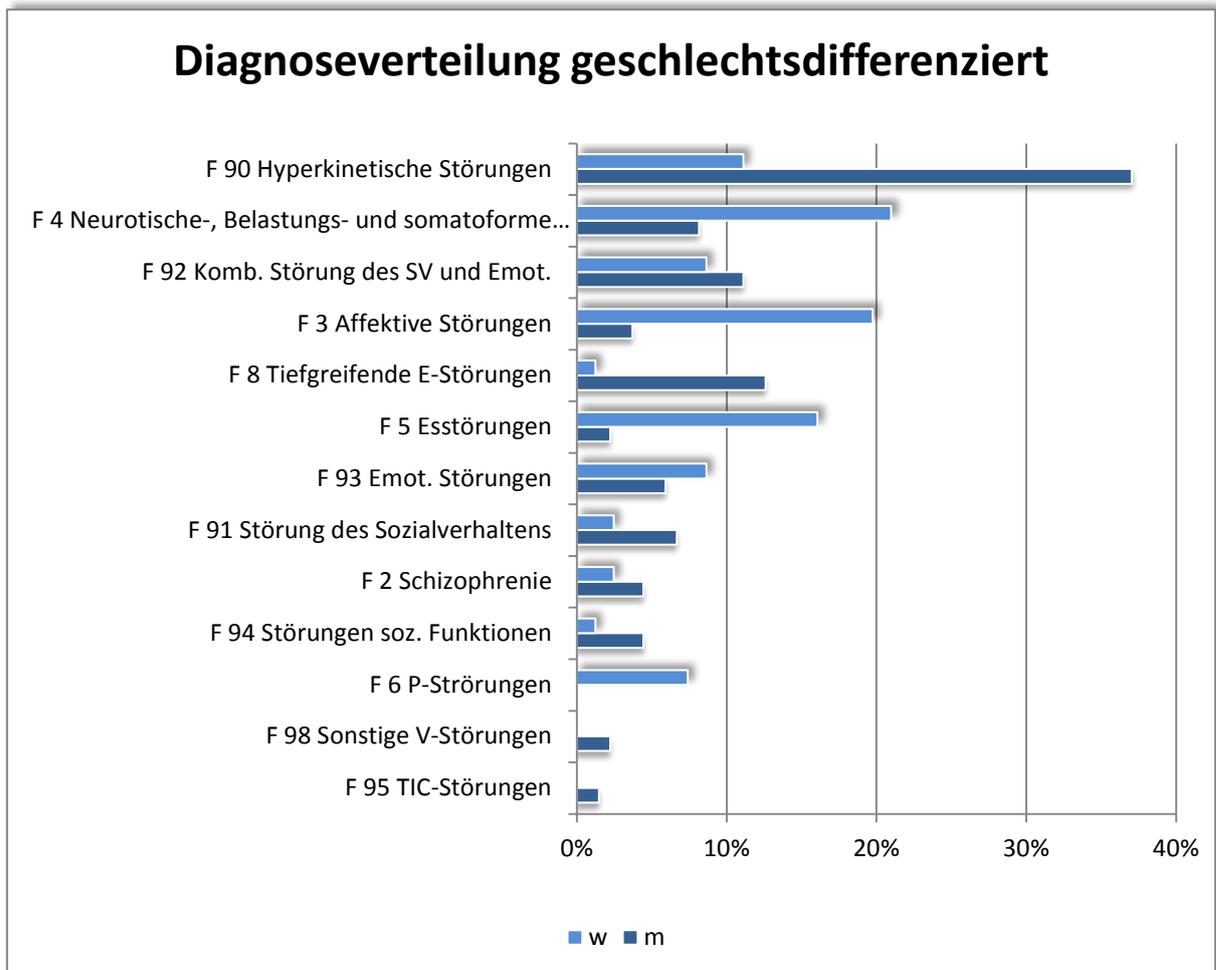


Abb. 12: Häufigkeit der Diagnosegruppen geschlechtsdifferenziert

Neben den Achse I-Diagnosen werden auch Achse 2-Diagnosen, umschriebene Entwicklungsstörungen, nach der Systematik des Multiaxialen Klassifikationssystems erfasst. Hier zeigt sich, dass 14 % aller Kinder und Jugendlichen neben einer Hauptdiagnose eine solche Diagnose hatte. Jungen sind diesbezüglich mit 20 % deutlich höher belastet als Mädchen (5 %). Bei den Mädchen liegt die Häufigkeit von umschriebenen Entwicklungsstörungen damit nur unwesentlich über der Gesamtprävalenz dieser Störungen bei Kindern und Jugendlichen allgemein, wobei die Rate bei den Jungen gegenüber der Gesamtprävalenz ca. um das 2-3-fache erhöht ist. Bei den umschriebenen Entwicklungsstörungen handelt es sich primär um Leserechtschreibstörungen (7 %), gefolgt von Sprachentwicklungsstörungen (4 %).

1.6 Interventionen während der Maßnahme

1.6.1 Heilpädagogische und therapeutische Angebote

Im Verständnis des Therapeutischen Milieus werden in der Behandlung und Betreuung der Kinder und Jugendlichen gruppenpädagogische, heilpädagogische, psychotherapeutische und medizinisch-kinder- und jugendpsychiatrische Interventionen zu einem Gesamtbehandlungskonzept mit einem individuellen Behandlungsplan verschaltet. Im Rahmen der Begleitevaluation wurden dabei auch quantitativ spezifische heilpädagogische und therapeutische Einzel- und Gruppenangebote sowie Interventionen mit den Eltern erfasst. Die Tabelle 3 gibt die Häufigkeit solcher Interventionen, differenziert nach Kind-/Jugendlichen-Maßnahmen und Elternmaßnahmen sowie nach Intensität (siehe Kap 2.3.2.1) wieder.

80 % aller Kinder und Jugendlichen erhielten im Rahmen des Gesamtbehandlungsplanes heilpädagogische Einzelstunden, davon ca. die Hälfte im Umfang von mehr als 10 Stunden. An zweiter Stelle standen störungsspezifische Angebote wie Impulskontrolltraining, Assertivness-Training o.ä. Hiervon profitierten 60 % aller Kinder und Jugendlichen. Einen weiteren breiten Raum in den Förderansätzen nimmt die Lern- und Leistungsförderung im Einzel- oder Gruppenbezug ein, 55 % bzw. 44 % erhielten in diesem Bereich besondere Förderung.

Ein Blick auf die elternbezogenen Interventionen verdeutlicht die intensive Beratungstätigkeit mit den Eltern im Rahmen der stationären Hilfe. Thematisch standen hier v.a. die Steigerung erzieherischer Kompetenzen, aber auch in einem geringeren Umfang Trennungs-, Scheidungs- und Paarberatung im Mittelpunkt.

Kind-/jugendlichen-bezogene Maßnahmen	Prozent. Häufigkeit	Intensität in Stunden (je in %)
Heilpädagogische und therapeutische Einzelstunden	82 %	
	1-5	16
	6-10	18
	11-15	25
	16-20	8
	>20	16
Lern-Leistungsförderung/Einzel	52 %	
	1-5	5
	6-10	16
	11-15	13
	16-20	7
	>20	11
Lern-Leistungsförderung/Gruppe	40 %	
	1-5	4
	6-10	4
	11-15	13
	16-20	8
	>20	11
Störungsspezifische therapeutische Gruppenangebote (z.B. Assertive-Gruppe, Impulskontrollgruppe..)	56 %	
	1-5	6
	6-10	14
	11-15	28
	16-20	5
	>20	3
Elternbezogene Maßnahmen		
Erziehungsberatung	94 %	
	1-5	17
	6-10	27
	11-15	9
	16-20	18
	>20	23
Trennungs-, Scheidungs-, Paarberatung	20 %	
	1-5	11
	6-10	7
	11-15	1
	16-20	1
	>20	
Eltern-Kind-Gruppe	9 %	
	1-5	8
	6-10	1

Tab. 3: Intensität heilpädagogischer und therapeutischer Einzel- und Gruppenangebote

1.6.2 Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung

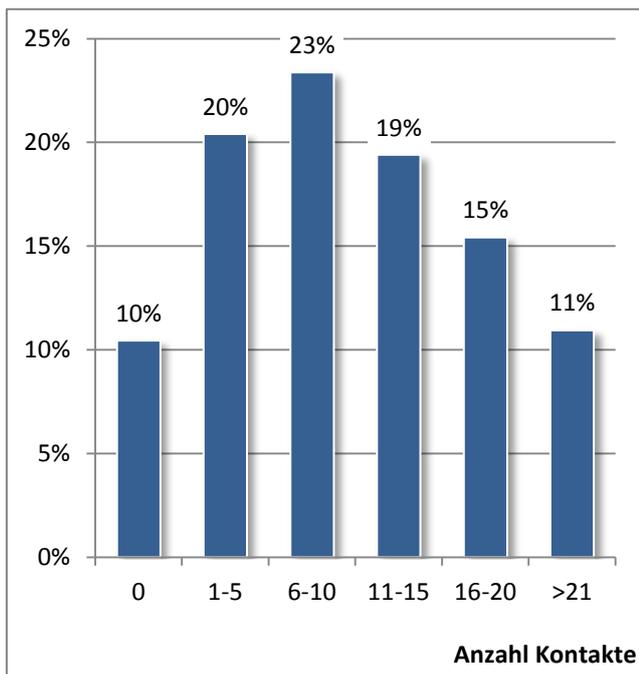


Abb. 13: Häufigkeit kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungskontakte

In der Konzeption des Therapeutischen Heimes bildet die enge Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie einen festen Baustein eines multimodalen Behandlungskonzeptes. Dieser Baustein wird durch einen regelmäßigen wöchentlichen kinder- und jugendpsychiatrischen Konsiliardienst gesichert.

90 % aller in der Einrichtung betreuten und behandelten Kinder und Jugendlichen wurden durch diesen Konsiliardienst fachärztlich betreut.

Die Intensität der fachärztlichen Begleitung hängt dabei vom Störungsbild, der Gesamtentwicklung und eventuell psychopharmakologischen Ein- und Umstellungsfragen ab. 45 % der Klientel hatten dabei mehr als 10 Konsiliarkontakte während des Aufenthaltes.

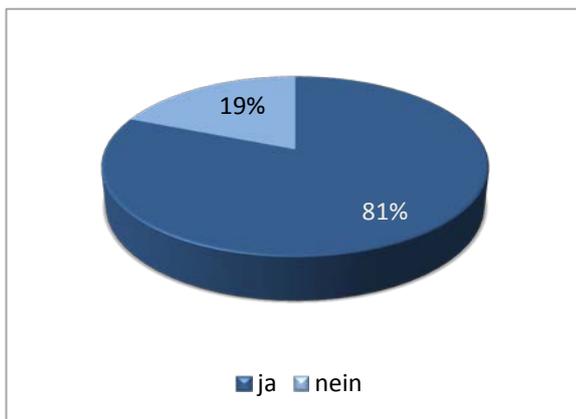


Abb. 14: Häufigkeit psychopharmakologischer Behandlung

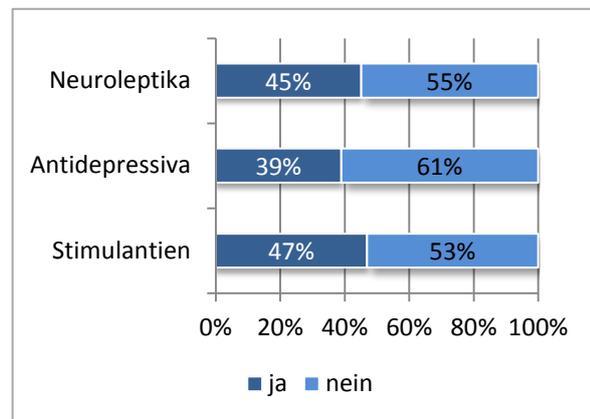


Abb. 15: Eingesetzte Stoffgruppen

Mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung ist nahezu regelhaft auch die psychopharmakologische Behandlung verbunden. Drei von vier der im THSJ betreuten Kinder und Jugendlichen wurden durch den Konsiliardienst psychopharmakologisch behandelt. Hinsichtlich der pharmakologischen Stoffgruppen standen die Stimulantien an erster Stelle, sie wurden bei 47 % aller Kinder und Jugendlichen verordnet. Aber auch die beiden anderen Stoffgruppen, die Antidepressiva und die Neuroleptika, wurden fast ebenso häufig erordnet. Bei gut jeder dritten Behandlung (37 %) es sich um Kombinationsbehandlungen mit unterschiedlichen Stoffgruppen.

In der Regel handelt es sich um eine Fortführung und Anpassung der aus den klinischen Vorinterventionen verordneten Medikamente, eher selten findet eine Neuverordnung im Rahmen der Maßnahme statt.

1.6.3 Schulische Laufbahn während des Aufenthaltes

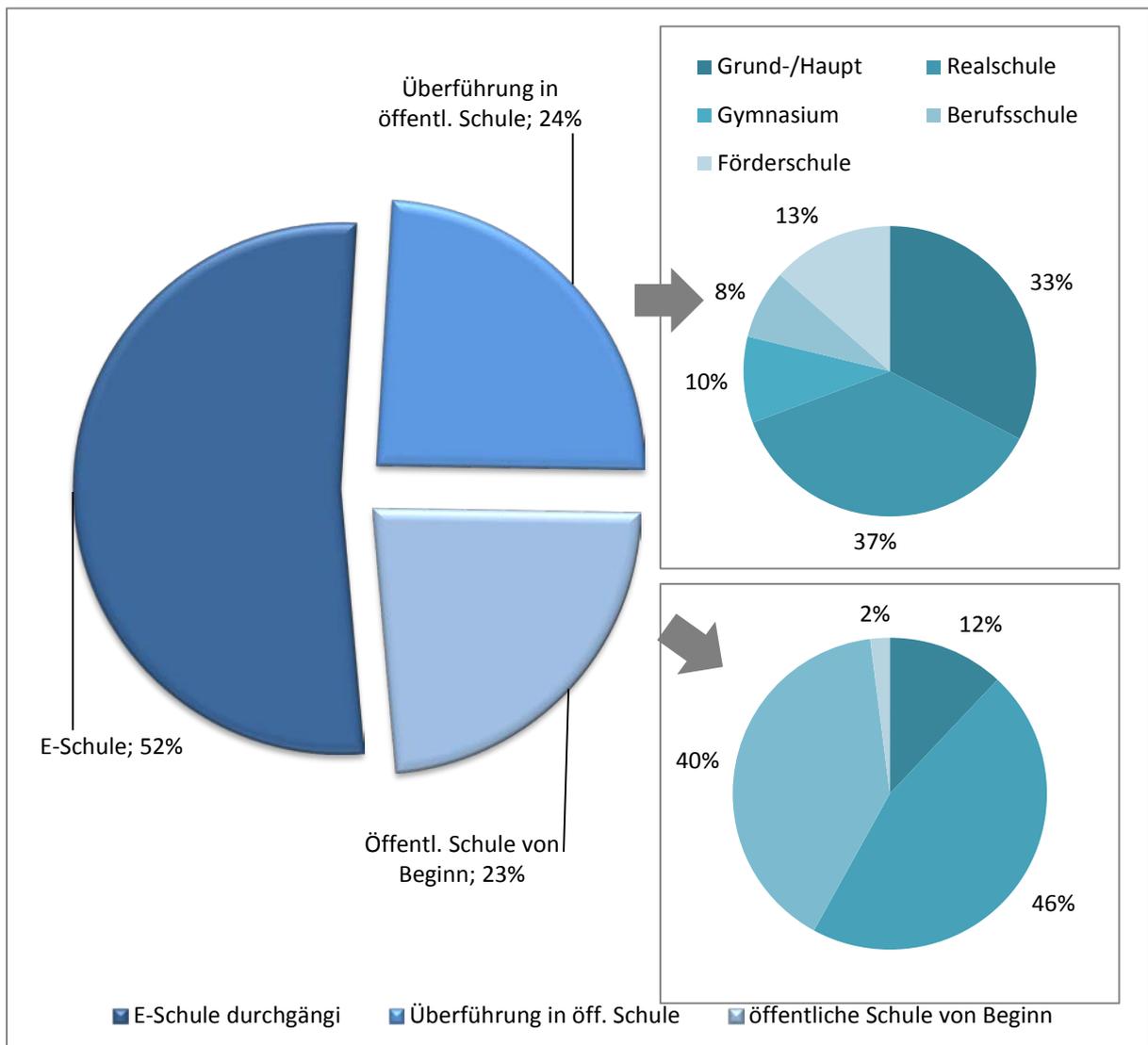


Abb. 16: Schulische Laufbahn während des Aufenthaltes

Die Abbildung 5 in Kap.3.1.3 wird die schulische Situation vor der Aufnahme dargestellt. Hier wurde deutlich, dass ein hoher Anteil im Vorfeld der Aufnahme eine weiterführende Schule besucht hatte. Häufig wird, auch bei guten kognitiven Voraussetzungen, diese Schulform auf dem Hintergrund der psychischen Störung oder Verhaltensauffälligkeit im weiteren Verlauf nicht oder nur unter besonderen Bedingungen realisiert. Durch das trägereigene Förderzentrum mit Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung erfolgt eine intensive Verzahnung heilpädagogisch-therapeutischer Hilfe mit sonderpädagogischer Förderung. 76 % aller Kinder und Jugendlichen wurden zunächst in diese eng in das Gesamtkonzept integrierte Schulform beschult. 20 % aller in der Einrichtung aufgenommenen jungen Menschen besuchten von Beginn an eine öffentliche Schule, dann fast regelhaft eine weiterführende Schule.

Bei knapp einem Viertel der Kinder gelang die Überführung von der trägereigenen E-Schule in eine öffentliche Schule. Auch hier spielen die weiterführenden Schulen wieder eine große Rolle. Knapp die Hälfte aller im Laufe des Aufenthaltes umgeschulten Kinder und Jugendlichen wurden auf eine weiterführende Schule übergeführt.

1.7 Abschluss der Maßnahme

1.7.1 Aufenthaltsdauer und Art der Beendigung

Das Therapeutische Heim ist konzeptionell als mittelfristige intensiv-therapeutische Maßnahme mit der Zielsetzung der Rückführung in die Familien oder die Verselbständigung angelegt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt bei 1;9 Jahre (sd=1,02). Die beiden Geschlechter zeigen dabei keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Aufenthaltsdauer.

Bezüglich der Art der Beendigung verdeutlicht sich in 82 % der Fälle eine geplante Beendigungen der Maßnahme. In der Regel geschieht dies in Übereinstimmung des Klienten, der Einrichtung und des Sozialleistungsträgers. In Einzelfällen wird eine Maßnahme auch regelhaft beendet, obwohl die Einrichtung eine Weiterbetreuung empfiehlt oder der Klient dies wünscht. Diese Fälle werden aber nicht als Abbrüche gewertet, da es im Rahmen der Hilfeplanung zu einer strukturierten und vorbereiteten Entlassung gekommen ist. Abbrüche nach dem Verständnis von Arnold et al (2012) lagen bei 18 % der Klientel vor. Eher selten (6 %) wurde die Maßnahme auf Initiative des Jugendamtes vorzeitig beendet. 62% der Abbrüche wurde durch die Jugendlichen selbst bzw. durch die Eltern initiiert. Die Einrichtung selbst beendete die Maßnahme nicht hilfeplankonform bei 1/3 aller Abbrüche.

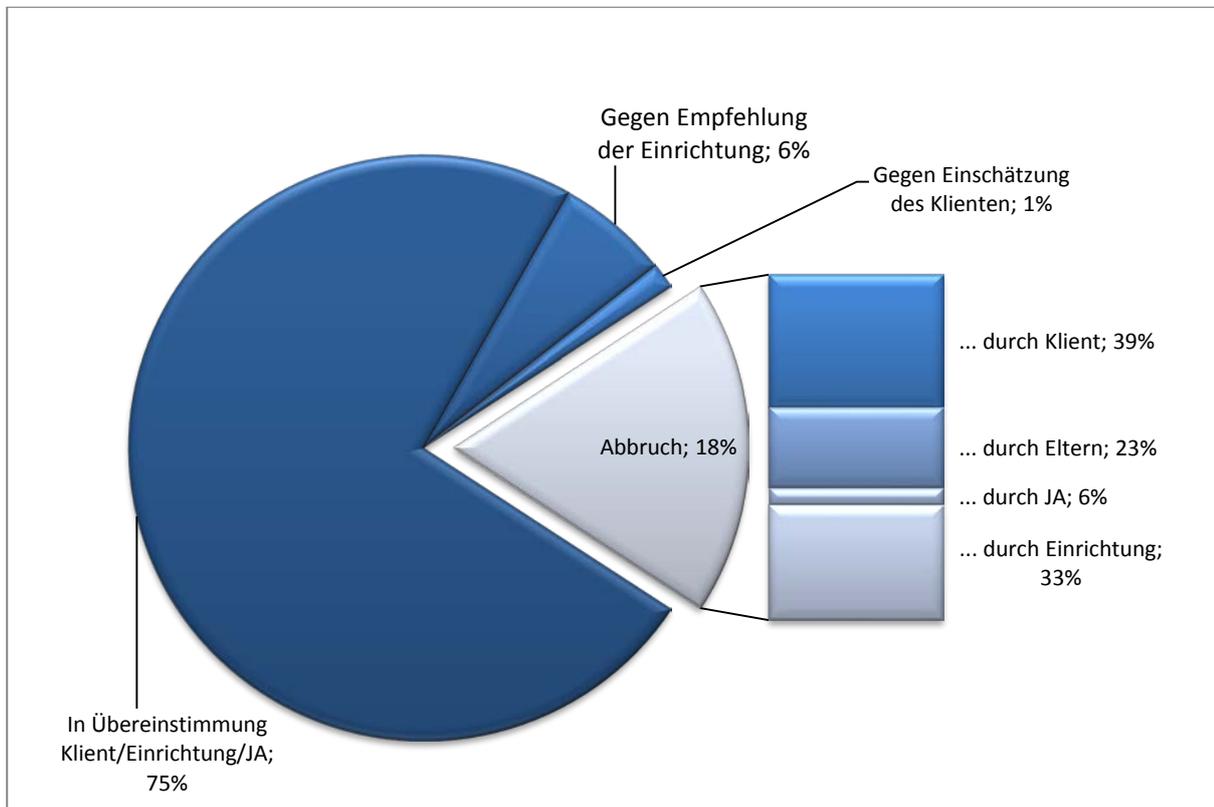


Abb. 17: Art der Entlassungen

1.7.1.1 Exkurs: Analyse der Abbrüche

Bezüglich der Abbrüche ist zunächst festzustellen, dass die Abbruchquote einer hohen Altersabhängigkeit unterliegt. Während die Rate der Abbrüche bei den Kindern und Jugendlichen unter 14 Jahren bei 6,6 % lag, betrug sie bei den Jugendlichen ab 14 Jahre 28 %. Das Durchschnittsalter in der Gruppe der Abbrüche liegt mit 15;4 Jahren ($sd=2,3$) signifikant über dem der Gruppe der regelhaften Beendigungen ($m=13;1$; $sd=2,7$) ($T=4,67$; $p<0,01$). Die Quote der männlichen Klientel (16 %) und der weiblichen Klientel (22 %) unterscheiden sich, die Differenz ist allerdings statistisch nicht signifikant..

Die Diagnosegruppierung in internalisierende und externalisierende Störungen zeigt weiterhin eine signifikant höhere Abbruchquote bei den eher nach innen gerichteten Störungen ($\chi^2=8,7$; $p<0,05$). In der Interpretation muss hier berücksichtigt werden, dass Alter und Diagnosegruppierung zusammenhängen, eher internalisierende Störungen sind in der älteren Altersgruppe häufiger vertreten.

Gründe für die Abbrüche	n (%)
Akzentuierung der Problematik teilweise nach einer kurzen Stabilisierungsphase mit intensiver Selbst- oder Fremdgefährdung, meist ältere Jugendliche (zwischen 16 und 18 Jahren) oder besonderem Bedarf (Intensivbetreuung mit geschlossener Führung)	16 (41 %)
Stagnation der Veränderung bzw. rückläufige Entwicklung nach zunächst positivem Verlauf, keine weitere Mitarbeitsmotivation	10 (26 %)
Chronifizierung der Negativsymptomatik mit Überforderung durch das Setting des THSJ	4 (10 %)
Besondere Vorkommnisse (z.B. sex. Übergriffe gegenüber anderen Kinder/ Jugendliche)	3 (8 %)
Keine weitere Mitarbeit der Eltern bzw. Abbruch wegen zu hoher finanzieller Eigenbeteiligung	3 (8 %)
Veränderung der familiären Rahmenbedingungen (z.B. Trennung der Eltern, Umzug in anderes Zuständigkeitsgebiet)	2 (5 %)
Vollendung des 18. Lbj. und kein eigener Antrag auf Hilfe nach §41 SGB VIII	1 (3 %)

Tab. 4: Klassifizierung und Häufigkeit der Gründe für Abbrüche

Bei einer Klassifikation der Abbrüche (siehe Tabelle 4) wird deutlich, dass es sich bei der Mehrzahl der Abbruchsfälle

- um ältere weibliche Jugendliche, die auf dem Hintergrund einer Persönlichkeitsstörung oder einer Depression intensive selbstdestruktive Verhaltensweisen zeigen oder
- nach einem längeren Aufenthalt im THSJ sich die Symptomatik akzentuiert, keine weiteren Veränderungen zu verzeichnen sind oder die weitere Motivation für den Aufenthalt fehlt,

handelt.

Neben dieser Hauptgruppe liegen Einzelgründe für Abbrüche vor, die sich nicht zu Gruppen zusammenfassen lassen, die indikationsrelevant wären.

Für die erstbeschriebene Gruppe mit prognostisch chronifizierten Störungen finden sich insgesamt wenig adäquate Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten. Diese Jugendlichen befinden sich bezüglich der Zuständigkeiten der Versorgungssysteme am Übergang zu den Strukturen der Erwachsenenversorgung einerseits und am Übergang Jugendhilfe – überörtliche Sozialhilfe andererseits.

1.7.2 Nachfolgende Maßnahmen

Die stationäre Maßnahme im THSJ zielt auf die Rückführung in die Familien oder auf die Verselbstständigung ab. Dies gelingt, wie Abbildung 18 verdeutlicht, auch zu einem hohen Anteil.

70 % aller Kinder und Jugendlichen wurden nach Hause entlassen, 11 % verselbständigten sich. Aber auch nach der Entlassung in das Elternhaus oder der Verselbstständigung erfolgen noch weitere Anschlussmaßnahmen.

Die Tabelle 5 verdeutlicht die im Anschluss an die Betreuung und Behandlung im THSJ initiierten Anschlussmaßnahmen.

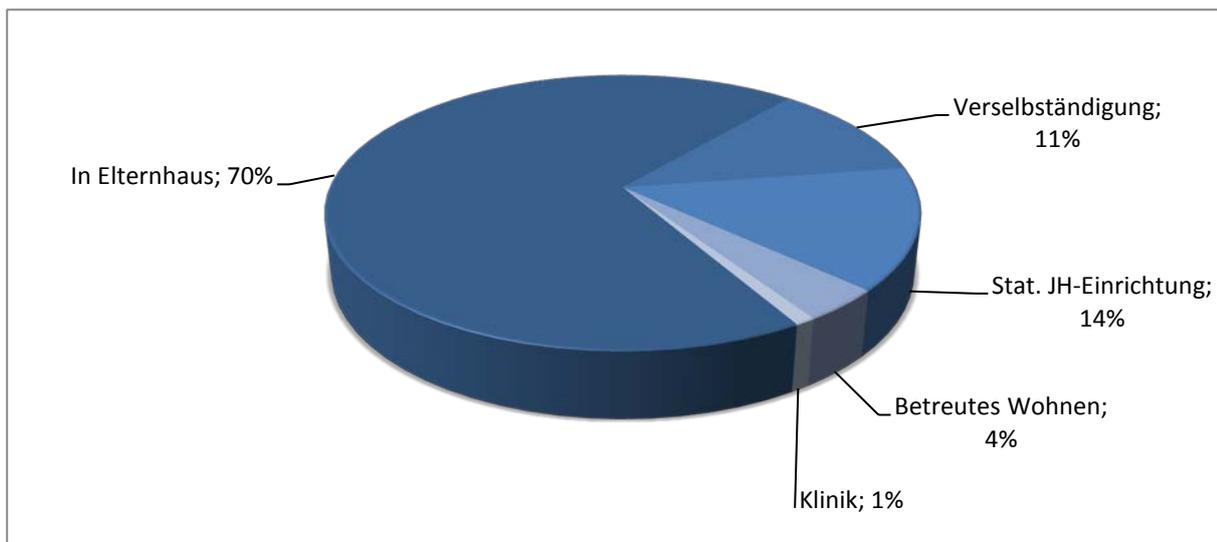


Abb. 18: Der Weg nach der Entlassung

Anschlussmaßnahme	
nein	62 (29 %)
ja	151 (71 %)
Form der Anschlussmaßnahmen	
Nachbetreuung durch Einrichtung	19 (9 %)
Betreutes Wohnen	8 (4 %)
SPFH	11 (7 %)
Erziehungsbeistandschaft	29 (14 %)
Tagesgruppe	10 (6 %)
Stationäre Jugendhilfe	30 (14 %)
Internat	10 (5 %)
Sonstige	27 (13 %)

Bei 29 % erfolgte die Beendigung der Maßnahme ohne weiteren Jugendhilfebefehl. Bei einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung während des Aufenthaltes wird eine solche Weiterbehandlung regelhaft empfohlen.

Die häufigsten Anschlussmaßnahmen (je 14 %) waren eine stationäre Folgeeinrichtung oder eine Erziehungsbeistandschaft. Eine stationäre Folgeeinrichtung ist meist dann der Fall, wenn sich im Laufe der Maßnahme im therapeutischen Heim die Rückführungs- oder Verselbständigungsoption nicht realisieren lässt.

Tab. 5: Anschlussmaßnahmen nach dem Aufenthalt

1.7.3 Beschulung bzw. beruflicher Weg nach Entlassung

Nach der Entlassung aus der Einrichtung besuchten insgesamt noch 62 % der Kinder und Jugendlichen eine Schule. 38 % hatten die Schulpflicht erfüllt. Knapp die Hälfte derer, die die Schulpflicht erfüllt hatten, konnten in eine Berufsausbildung überführt werden, eine weitere Hälfte nahm eine berufliche Reha-Maßnahme oder eine vergleichbare Hilfe in Anspruch.

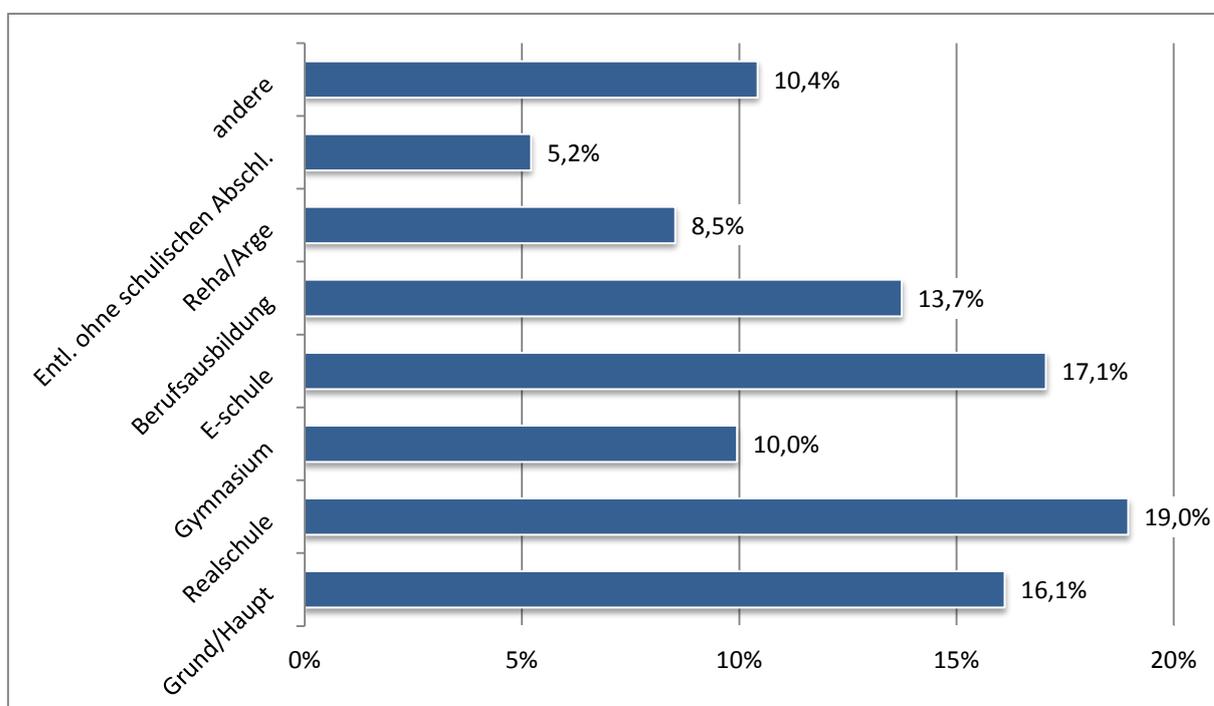


Abb. 19: Schulischer und beruflicher Weg nach der Entlassung

Bei den nach der Entlassung weiterhin beschulten Kinder und Jugendlichen besucht 28 % eine E-Schule und 26 % eine Grund-oder Hauptschule.

Fast die Hälfte (46%) der Kinder und Jugendlichen, die nach der Entlassung weiter beschult wurden, konnten in der Folge der Maßnahme eine weiterführende Schule, davon wiederum 66 % eine Realschule und 34 % ein Gymnasium.

1.8 Veränderungen der Problematik/Symptomatik und Zielerreichung

Die Ergebnisqualität der Maßnahmen wurde mit unterschiedlichen Instrumentarien erfasst. Zum einen spiegeln die unter Punkt 3.4 aufgeführten Aspekte der Art der Entlassung, der Anschlussmaßnahmen und der weiteren schulischen und beruflichen Entwicklung bereits Kriterien für die Effekte der Maßnahme.

Einen zentralen Aspekt der Ergebnisqualität bildet weiter die Erreichung der zu Maßnahmenbeginn definierten Zielsetzungen. Hierfür wurden die Zielsetzungen für die Maßnahme in einem strukturierten Zielbogen erfasst und die Zielerreichung fünfstufig (siehe Kap. 2.3.2.3) durch den fallführenden Eltern- und Familienberater erfasst.

Weiter wurden im Sinne einer Verlaufsmessung mit standardisierten Instrumentarien die Entwicklung der Symptombelastung (MSR) und die Ausprägung der Verhaltensproblematik und der Stärken (SDQ) erfasst. Unter Berücksichtigung der multiaxialen Klassifikation bildet weiter die Achse VI das psychosoziale Funktionsniveau ab.

Diese Zielerreichungs- und Veränderungsmaße werden im Folgenden dargestellt.

1.8.1 Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ

Bezüglich des SDQ (siehe Kap. 2.3.1.2) wird an dieser Stelle der Gesamtscore der Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Entlassung dargestellt.

Die Abbildung 20 stellt die jeweiligen prozentualen Anteile in den Prozentranggruppen zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Entlassung unter Berücksichtigung der drei Informationsquellen Eltern, Kinder und Jugendlichen und Erzieher*innen gegenüber.

Die deutlich höchste Problembelastung beschreiben die Eltern zu Beginn des Aufenthaltes. Durch die Eltern wurden 63 % aller Kinder und Jugendlichen im Vergleich zu einer Normpopulation als auffällig beschrieben. Durch die Erzieher*innen wurden 54 % als auffällig beschrieben und 51 % der Kinder und Jugendlichen beschreiben sich selbst als auffällig.

Zum Zeitpunkt der Entlassung beschreiben noch 35 % der Eltern Ihre Kinder als weiterhin auffällig, die Rate der als unauffällig beschriebenen Kinder und Jugendlichen wächst von 25 % zu Beginn der Maßnahme auf 47% zum Ende der Maßnahme.

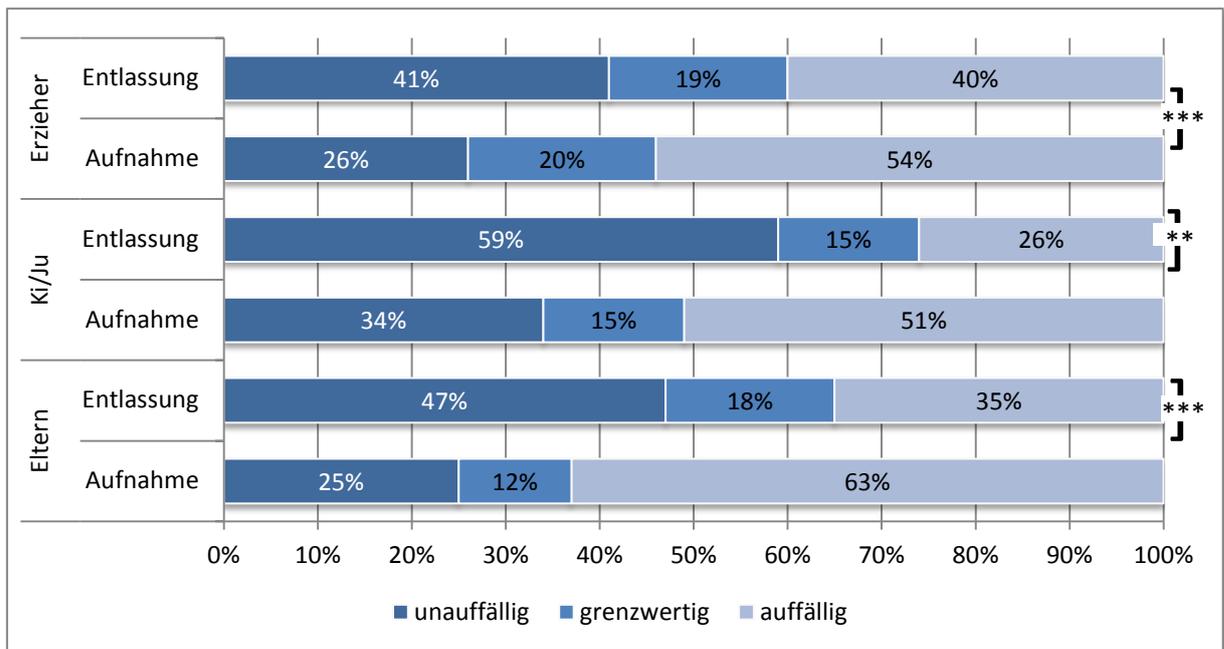


Abb. 20: SDQ zu Beginn und zum Ende der Maßnahme

Eine insgesamt hochsignifikante Verbesserung zum Zeitpunkt der Entlassung gegenüber der Aufnahme wird durch die pädagogischen Fachkräfte ($\chi^2=29,0$; $p<0,01$) und die Eltern ($\chi^2=17,9$; $p<0,01$), während die Selbstbeschreibung der Kinder und Jugendlichen ein signifikantes Ausmaß, aber nur auf dem 5%-Niveau, erreicht ($\chi^2=6,2$; $p<0,05$).

Folgende Aspekte lassen sich bezüglich des SDQ herausstreichen:

- Insbesondere die Eltern beschreiben im SDQ eine intensive Verhaltensproblematik bei den Kindern und Jugendlichen. 2/3 der Kinder und Jugendlichen werden bezüglich des Gesamtwertes als stärker belastet beschrieben als die 10 % am stärksten belasteten Kinder und Jugendlichen der Normgruppe
- Sowohl die Eltern als auch die pädagogischen Fachkräfte beschreiben eine hochsignifikante Verbesserung der Problematik während des Aufenthaltes im THSJ
- Die Kinder und Jugendlichen schildern bei sich selbst eine weniger ausgeprägte Veränderung über den Aufenthalt. Dies ist insbesondere auf die im Vergleich zu Eltern und pädagogischen Fachkräften eher gering beschriebene Belastung mit Verhaltensproblemen zum Beginn der Maßnahme zurück zu führen.

1.8.2 Marburger Symptomrating (MSR)

Das Marburger Symptomratings (MSR) (siehe Kap.2.3.1.3) erfasst die Ausprägung der psychopathologischen Symptome. In der Abbildung 21 werden die Häufigkeiten von gruppierten Prozentrangklassen zu Beginn und am Ende der Maßnahme dargestellt. Als Referenzpopulation wurde eine gesunde Vergleichsstichprobe zugrunde gelegt (Mattejat et al., 2010).

Zum Beginn der Maßnahme wurde bei 48 % aller Kinder und Jugendlichen die Ausprägung der psychopathologischen Belastung stärker als bei 85 % der Vergleichsstichprobe bewertet. Dieser Anteil sinkt im Laufe der Behandlung auf 34 %. Inse-

samt lässt sich eine signifikante Veränderung der psychopathologischen Symptombelastung zwischen der Aufnahme und der Entlassung feststellen ($Z=5,1$; $p<0,01$).

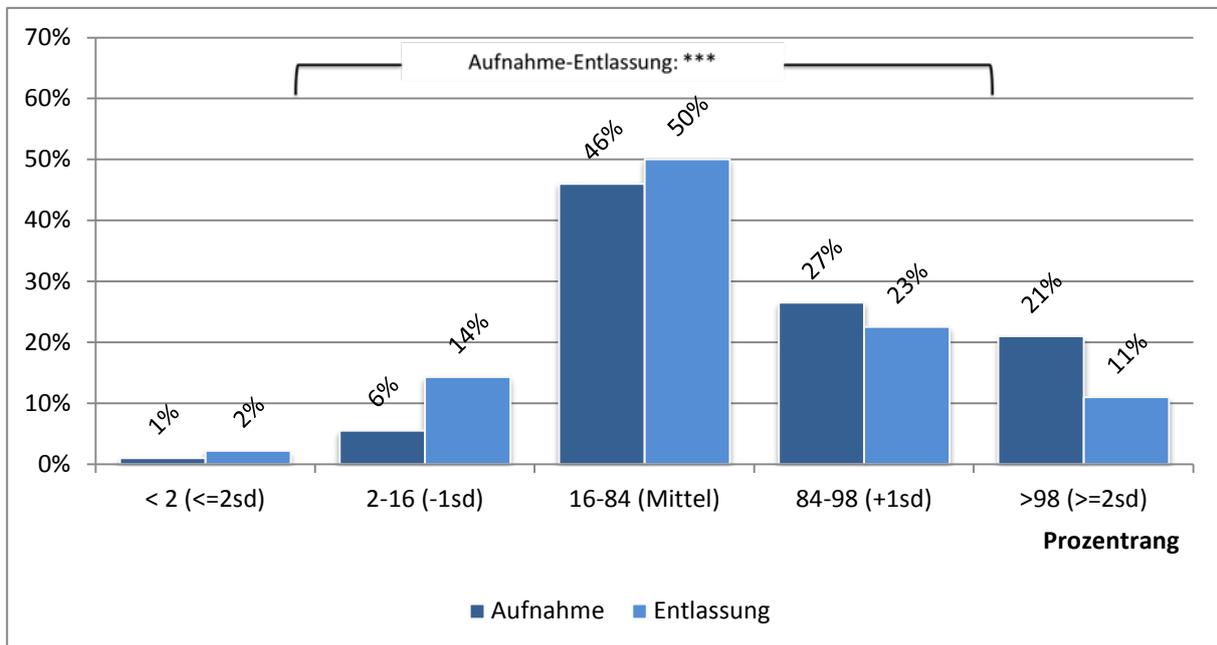


Abb. 21: Prozentränge des MSR zu Beginn und zum Ende der Maßnahme

1.8.3 Achse VI: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

Die Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung gemäß der Multiaxialen Klassifikation (MAS) (siehe Kap. 2.2.2.1) verdeutlicht, dass 69 % aller im Therapeutischen Heim aufgenommenen Kinder und Jugendlichen hinsichtlich ihrer psychosozialen Anpassung einen Beeinträchtigungsgrad ≥ 4 (Ernsthafte soziale Beeinträchtigung) erzielen. Ernsthafte Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen (wie z.B. erheblicher Mangel an Freunden, Unfähigkeit mit neuen sozialen Situationen zurecht zu kommen oder Schulbesuch nicht mehr möglich) erzielen. Dies bedeutet, dass hier eine mindestens ernsthafte psychosoziale Beeinträchtigung in zwei oder mehr Lebensbereichen vorliegt. Die Quote der ernsthaft beeinträchtigten Kinder und Jugendlichen reduziert sich über den Aufenthalt auf 25 %. Insgesamt nimmt auch die Verbesserung der psychosozialen Anpassung einen hochsignifikanten Wert ein ($Z=8,9$; $p<0,01$).

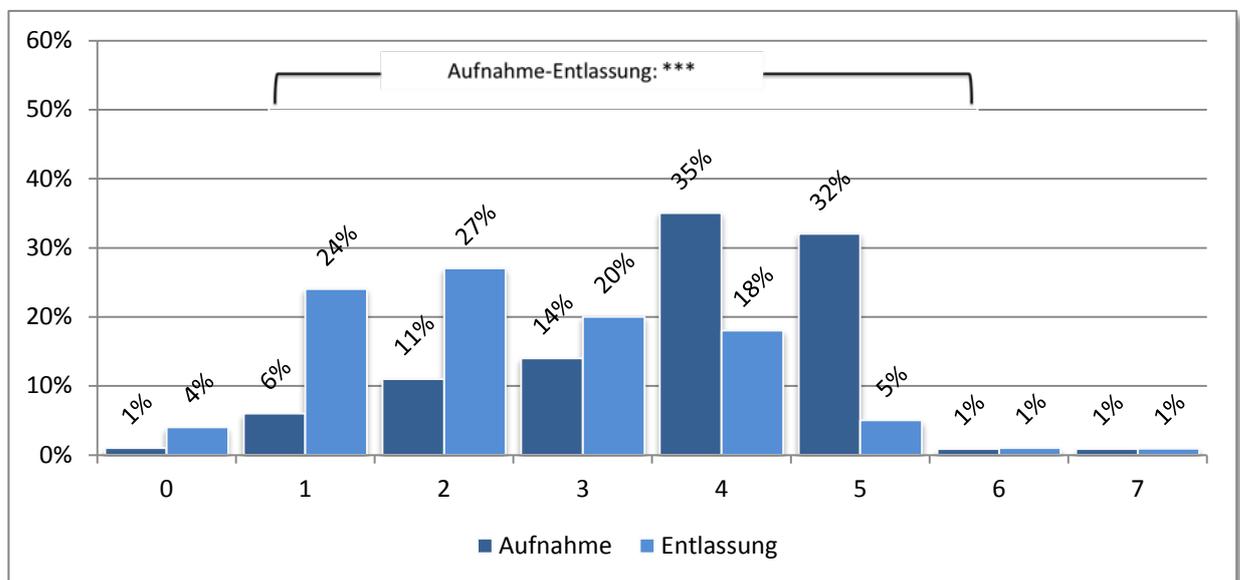


Abb. 22: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung zu Beginn und zum Ende der Maßnahme

1.8.4 Kompetenzanalyseverfahren KANN

Neben der Reduktion problematischen Verhaltens gehört der Aufbau sozialer Kompetenzen zu den zentralen Zielsetzungen stationärer Jugendhilfemaßnahmen.

In der Evaluation des THSJ wurde zur standardisierten Erfassung der Kompetenzen das Analyseverfahren kann KANN eingesetzt (siehe 2.2.2.4) eingesetzt zum Zeitpunkt T1 (Aufnahme) und T3 (Entlassung) je aus der Beurteilerperspektive ErzieherInnen und Eltern eingesetzt. Zu berücksichtigen ist, dass das Verfahren erst nachträglich in den Methodenpool eingefügt wurde und sich deshalb die Auswertung nur auf Kinder und Jugendlichen beziehen, die nach 2014 aufgenommen wurden.

Zur besseren Lesbarkeit der Grafiken wir hier noch einmal die Zuordnung der T-Werte zu den Prozenträngen und die Interpretation dargestellt.

Prozentrang	Interpretation	T-Wert-Äquivalent Gesamtskala
>- 90 %	Stark überdurchschnittliche Kompetenzen	>- 63
75 - 89 %	Leicht überdurchschnittliche Kompetenzen	57-62
26 - 74 %	Durchschnittliche Kompetenzen	44 - 56
11 - 25 %	Leicht unterdurchschnittliche Kompetenzen	38 - 43
>- 10 %	Stark unterdurchschnittliche Kompetenzen	<- 37

Es verdeutlicht sich, dass die Ausprägung der Kompetenzen durch die ErzieherInnen über alle Kompetenzbereiche als stark unterdurchschnittlich bewertet werden (T-Wert < 37). Es wurde am Ende des Aufenthaltes über alle Bereiche ein Zuwachs an Kompetenzen bewertet, im Vergleich zu einer Referenzgruppe bleiben aber die Kompetenzen im stark unterdurchschnittlich bis unterdurchschnittlichen Bereich. Der Zuwachs ist auf niedrigem Niveau signifikant ($T=2,1$; $p<0,05$).

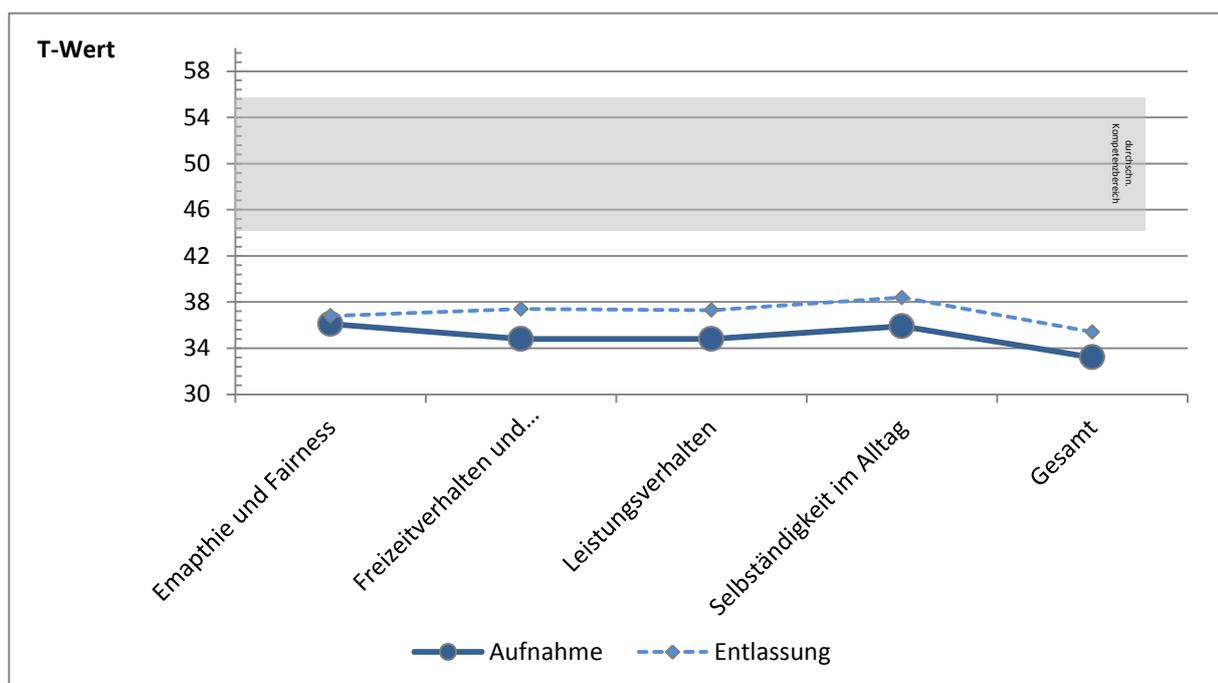


Abb. 23: T-Werte der Kompetenzbeurteilung durch die ErzieherInnen

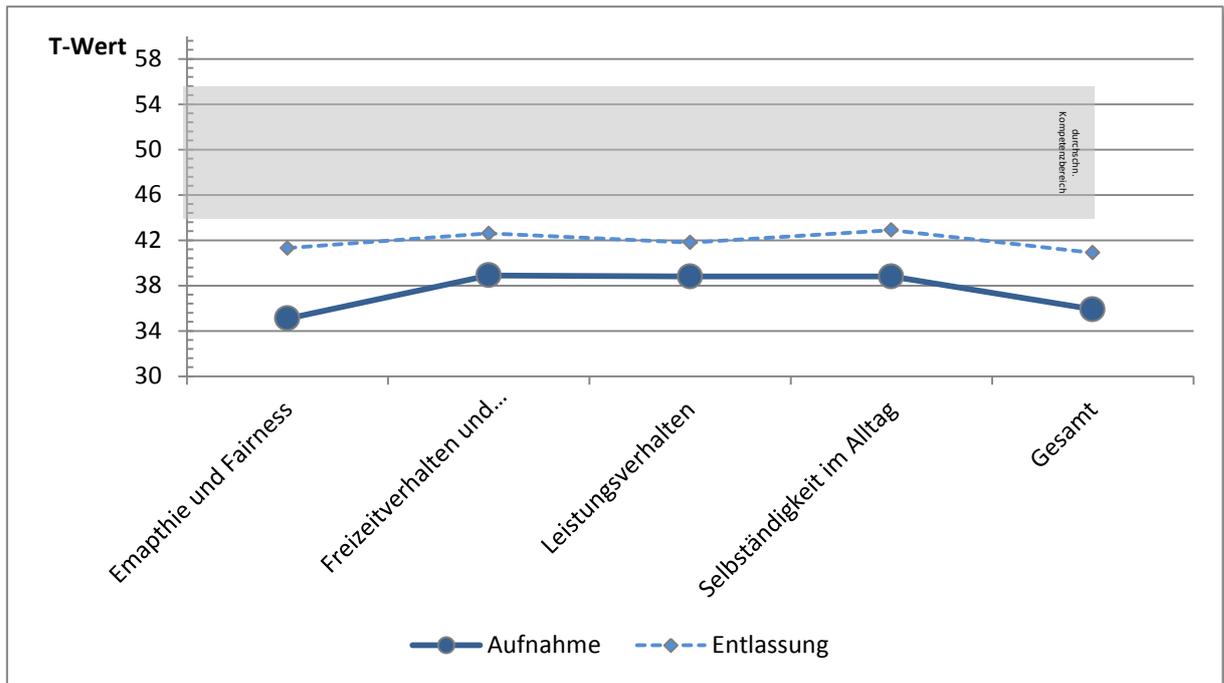


Abb. 24: T-Werte der Kompetenzbeurteilung durch die Eltern

In vergleichbarer Weise, aber auf einem etwas höheren Niveau, stellt sich dies in der Bewertung der Eltern dar. Auch die Eltern bewerten die Kompetenzen Ihrer Kinder durchgängig stark unterdurchschnittlich bis unterdurchschnittlich, erleben einen statistisch signifikanten Zuwachs ($T=2,3$; $p<0,05$), beschreiben aber die Kompetenzen auch am Ende des Aufenthaltes im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe als weiter unterdurchschnittlich.

1.8.5 Zielerreichung

Abbau von Verhaltensexzessen		Proz. Häufigkeit
Reaktive Aggressivität		59 %
Aufmerksamkeitsstörung		51 %
Depressivität		28 %
Angststörung		28 %
Dissozialität		25 %
Aktive Aggressivität		23 %
Zwänge		15 %
Funktionale Störung		7 %
Sonstige		30 %
Aufbau von Verhaltensaktiva		
Soziale Kompetenz		83 %
Verhaltenstransfer in die Familie		71 %
Lern-Leistungsverhalten		69 %
Altersadäquate Entwicklungsförderung		58 %
Sonstige		8 %
Eltern/Familie		
Reintegration in die Familie		73 %
Steigerung der Erz.-kompetenz		65 %
Unterstützung adäq. Freizeitgestaltung		40 %
Adäquate schulische Förderung		17 %
Beziehungsberatung		16 %
Sonstige		13 %

Tab. 6: Häufigkeit der formulierten Ziele

Die für die Kinder, Jugendlichen und Familien definierten Zielsetzungen wurden in drei Überkategorien unterteilt. Abbau von Verhaltensexzessen, Aufbau von Verhaltensaktiva und Zielsetzungen für die Eltern/Familien.

Tabelle 6 zeigt die prozentuale Häufigkeit der jeweiligen Zielsetzungen (Mehrfachnennungen möglich) in absteigender Reihenfolge.

Im Feld des Abbaus von Problemverhalten stehen expansive Problemverhaltensweisen wie aktive und reaktive Aggressivität, Dissozialität und Aufmerksamkeitsproblematiken im Vordergrund. Allerdings stehen auch bei ca. jedem vierten Betreuten Symptomkomplexe wie Depressivität, Ängste und Zwangsstörungen bzw. auch funktionale Störungen (Enuresie, Enkopresis) auf der Zielliste.

Die Liste der Verhaltensaktiva wird angeführt mit einem Aufbau sozialer Kompetenzen.

Diese Zielsetzung wird bei 83 % aller Klienten angeführt. Bei 69 % aller Kinder und Jugendlichen wird aber auch der Aufbau eines adäquaten Lern-Leistungsverhaltens in den Mittelpunkt gestellt.

Die Rückführung in die Familien und die Steigerung erzieherischer Kompetenzen stehen bei den Eltern im Vordergrund.

Die Zielerreichung am Ende der Maßnahme wurde für jedes zu Beginn definierte Ziel geratet, möglich war eine 5-stufige Bewertung (siehe Kap. 2.3.2.3) von verschlechtert bis 100 % der Zielsetzung erreicht.

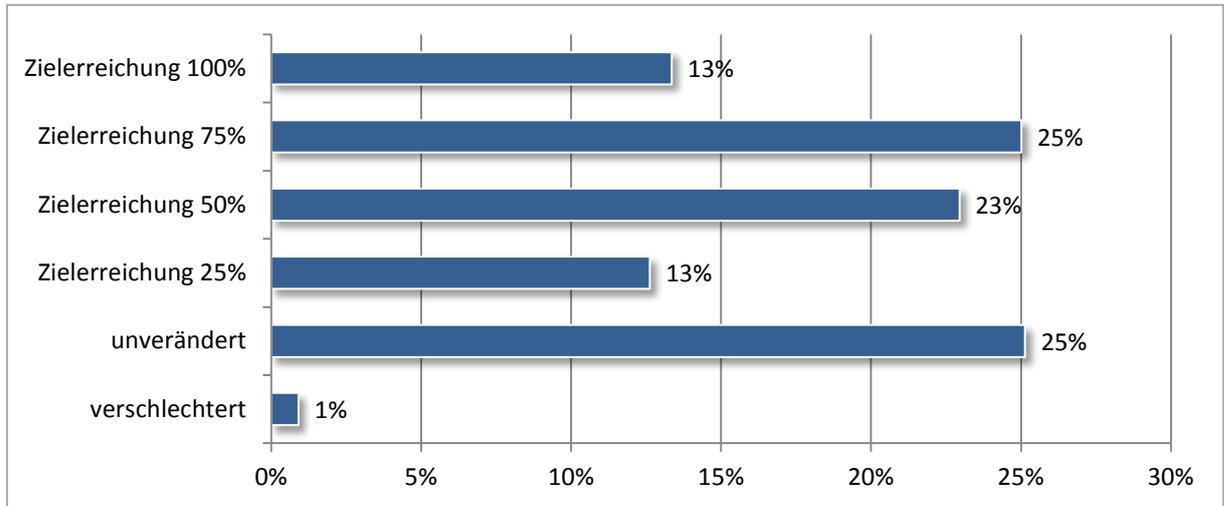


Abb. 25: Zielerreichung am Ende der Maßnahme

Die Abbildung 25 zeigt, dass die Zielerreichung über alle definierten Ziele in 25 % als unverändert und in 1 % der Fälle als verschlechtert bewertet wurde. In 61 % wurde die Zielerreichung als mindestens zu 50 % erreicht, in 13% in vollem Umfang erreicht gewertet.

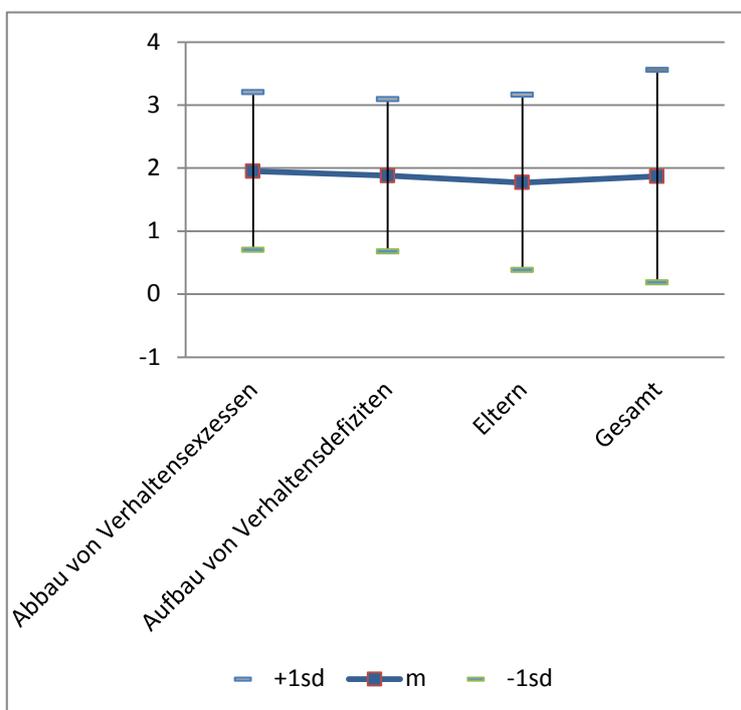


Abb. 26: Zielerreichungsindizes

Die Abbildung 26 stellt den Zielerreichungsindex dar.

Die Zielerreichung der weiblichen Klienten und der männlichen Klientel über alle Zielbereiche weitgehend unterscheiden sich nicht signifikant. Der Gesamtzielindex liegt bei für beide Geschlechter bei 1,87).

Für den Zielbereich des Abbaus von Verhaltensexzessen errechnet sich über beide Geschlechter ein Index von 1,95 (w=1,9; m=1,98) für den Aufbau von Verhaltensaktiva 1,88 (w=2,02; m=1,81).

Am geringsten wird die Zielerreichung für die Eltern berechnet, hier liegt der Index bei 1,77.

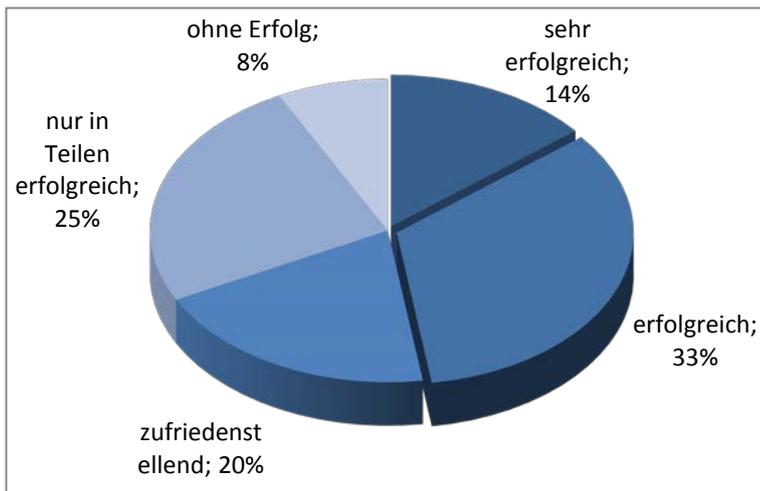


Abb. 27: Globalbeurteilung des Behandlungserfolges durch die Eltern- und Familienberater

Über die Erfolgsmessung durch die Zielerreichung gaben die fallführenden Eltern- und Familienberater am Ende der Maßnahme ein Globalurteil des Behandlungs- und Betreuungsverlaufes ab (Abbildung 27). Durch die Eltern und Familienberater wurden insgesamt 47 % der Verläufe als sehr erfolgreich (14 %) oder erfolgreich (33 %) bewertet. 8 % der Maßnahmen wurden als ohne Erfolg eingestuft.

1.8.6 Erfolg der Maßnahme

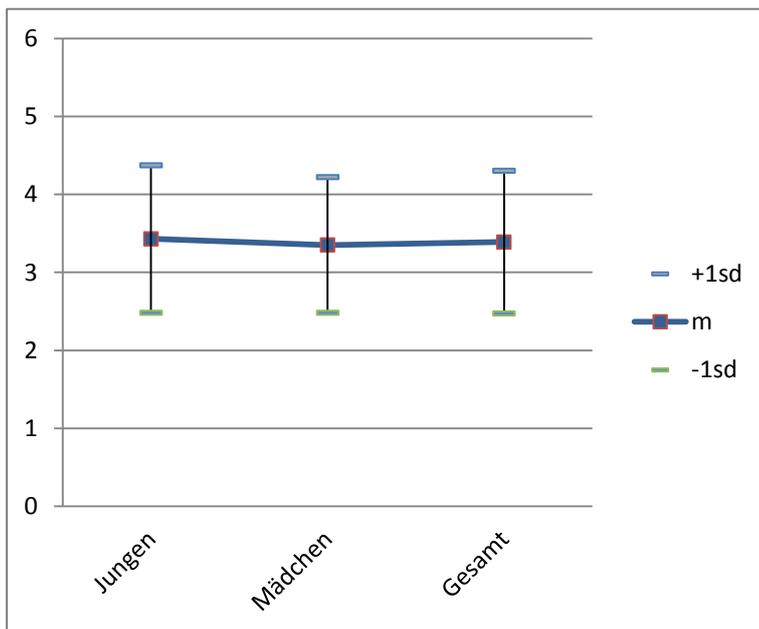


Abb. 28: Geschlechtsdifferenzierter Erfolgsindex

Aus dem Zielerreichungsindex, der Form der Beendigung der Maßnahme und der globalen Beurteilung des Maßnahmenenerfolges durch den Therapeuten (siehe Kap. 2.3.2.6) wurde als Gesamtmaß für den Erfolg ein Erfolgsindex generiert (Abbildung 28). Dieser Index kann einen max. Wert von 6 erreichen (alle Ziele zu 100 % erreicht =4; Beendigung regelhaft =1; Globalbeurteilung der Behandlung sehr positiv = 1)

Der Gesamterfolg der weiblichen Klientel lag mit $m=3,35$ ($sd=0,87$) leicht unter dem der männlichen Klientel ($m= 3,43$; $sd=0,95$). Dieser Unterschied erreicht

keinen signifikanten Wert ($T=6,08$; $p=0,1$). (Gesamterfolg: $m=3.4$; $sd=0,91$)

In einer anderen Darstellungsform (Abbildung 29) wurden für den Erfolgsindex Gruppen gebildet und der prozentuale Anteil in der jeweiligen Gruppe dargestellt. Der Index kann einen Wert von minimal 0 bis maximal 6 annehmen. Auf eine geschlechtsdifferenzierte Darstellung wird wegen der nichtsignifikanten Unterschiede verzichtet.

Für 61 % aller Hilfeverläufe gibt sich ein Erfolgsindex im oberen positiven Bereich jenseits der mittleren Erfolgskategorie, 24 % liegen in der medianen Kategorie.

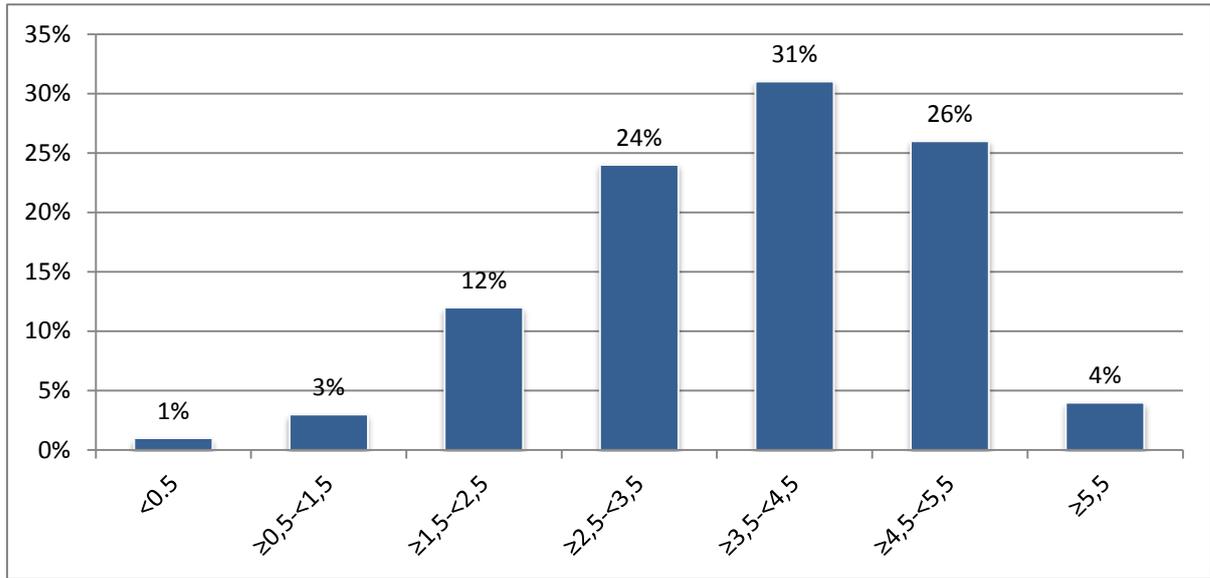


Abb.29: Prozentualer Anteil der Klientel pro gruppierten Erfolgsindex

1.8.7 FBB: Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung

Die Beurteilung der Behandlung wurde in standardisierter Form mittels des FBB (siehe Kap. 2.3.2.5) erfasst. Hier fließen als Datenquelle für die Beurteilung der Ergebnis- und der Prozessqualität die Bewertungen der Eltern, der Therapeuten und der Kinder/Jugendlichen ab dem 11. Lebensjahr ein. Die Abbildung 30 stellt die Ergebnisse hinsichtlich des Gesamtwertes gegenüber.

Folgt man dem Vorschlag der Klassifikation nach Mattejat et al. (1998), so bewerten die Therapeuten ($m=2,4$; $sd=0,6$) eher mäßig, die Kinder/Jugendlichen ($m=2,9$; $sd=0,88$) als gut und die Eltern ($m=3,3$; $sd=0,9$) an der Obergrenze der „Gut“-Kategorie.

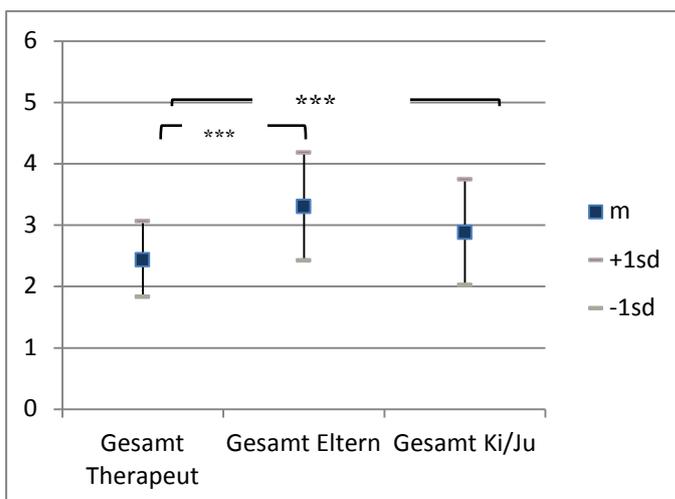


Abb. 28: Mittelwerte und Standardabweichungen des FBB

Wie in anderen Verfahren zeigt sich auch hier die Bewertung der Eltern hinsichtlich des Behandlungserfolges den Bewertungen der Therapeuten und der Kinder/Jugendlichen überlegen. Die Beurteilung des Behandlungserfolges durch die Eltern ist der Beurteilung der Therapeuten ($T=6,7$; $p<0,01$) als auch gegenüber den Kindern und Jugendlichen ($T=3,4$; $p<0,01$) signifikant überlegen.

In der Abbildung 31 sind die prozentualen Häufigkeiten für die einzelnen Beurteilungskategorien aufgetragen. 89 % der Eltern bewerten die Gesamtbehandlung

als gut oder sehr gut. Bei den Kindern waren diese 74 %, die Bewertung der fallführenden Therapeuten erfolgte dagegen deutlich zurückhaltender nur 42 % als gut oder sehr gut. Dagegen hielten in 53 % der Fälle die Therapeuten den Erfolg der Maßnahme als mäßig.

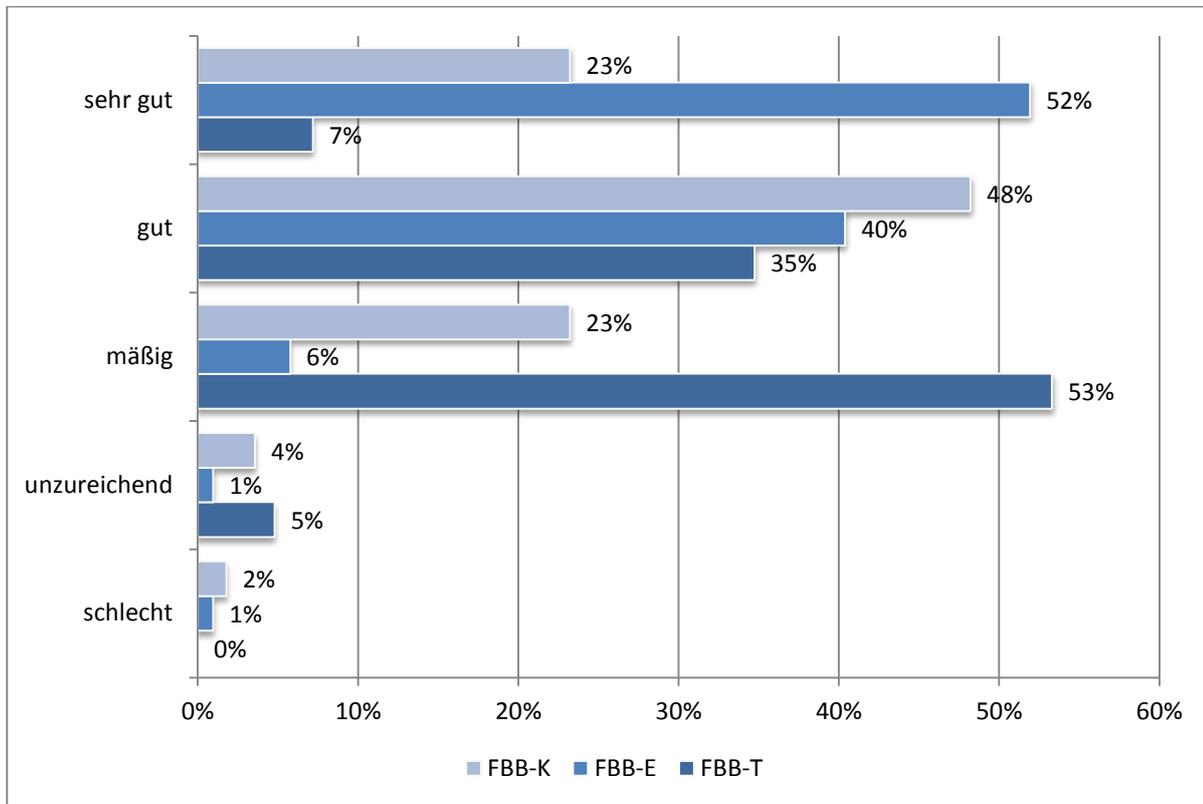


Abb. 29: Prozentualer Anteil an den jeweiligen Beurteilungskategorien des FBB (FBB-K = Kinderurteil; FBB-E = Elternurteil; FBB-T = Therapeutenurteil)

1.8.8 Rückmeldung durch die Jugendämter

Der kurze Fragebogen zur Rückmeldung durch die Jugendämter bezüglich der Qualität und der Strukturiertheit der Hilfeeinleitung, der Hilfeplangestaltung und der Kooperation mit dem Jugendamt sowie der Zusammenarbeit zwischen Einrichtung und Klienten wurde jeweils mit dem Entlassbericht verschickt. Der Rücklauf betrug lediglich 56 %, d.h. dass auch nur eine begrenzte Anzahl der JA-MitarbeiterInnen bereit waren, einen solchen Fragebogen zu bearbeiten (Abbildung 32).

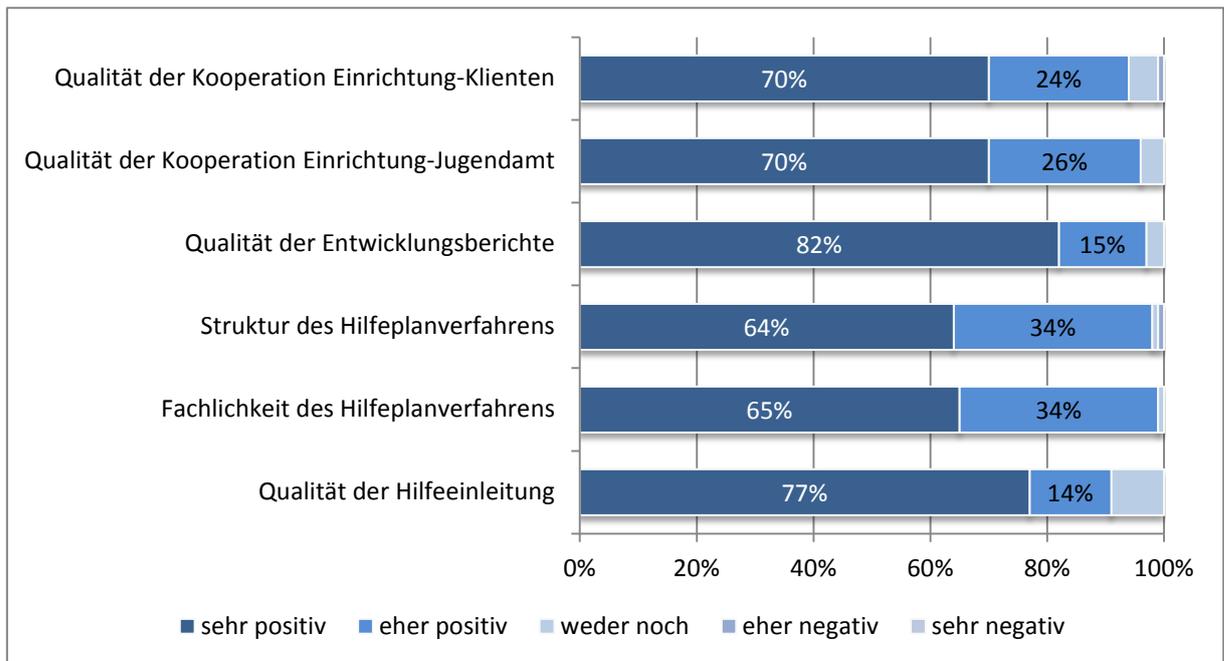


Abb. 32: Rückmeldungen der Jugendämter zur Qualität der Prozess- und Hilfeplangestaltung

Insgesamt ist eine durchaus positive Gesamtrückmeldung zu verzeichnen, die Kategorien eher negativ oder sehr negativ waren in keiner der abgefragten Kategorien besetzt. Am positivsten wurde durch die rückmeldenden Jugendämter die Qualität der Entwicklungsberichte bewertet, 82 % erteilten hier das Urteil sehr positiv. Auch die weiteren erfassten Kategorien wie die Hilfeeinleitung, die Kooperation mit dem Jugendamt und mit den Klienten und die Fachlichkeit des Hilfeplanes (Gesprächsführung, Klarheit der Zielformulierung...) wurden weitestgehend als sehr positiv oder eher positiv bewertet.

Die durch die rückmeldenden Jugendämter bewertete globale Zielerreichung hinsichtlich der im Hilfeplan für die Kinder und Jugendlichen und für die Eltern formulierten Ziele zeichnet eine hohe Zielerreichung insbesondere für die Kinder/Jugendlichen (Abbildung 31). Für 45 % der Kinder/Jugendlichen wurden die Ziele als voll erreicht, für weitere 45 % als etwas/teilweise erreicht bewertet. Etwas schlechter fällt die Bewertung der Zielerreichung für die Eltern aus. Immerhin bei 20 % stellte das Jugendamt hier keine Veränderung hinsichtlich der zu Beginn der Maßnahme formulierten Ziele fest. Aber auch hier definierten 37 % die Ziele als voll und 43 % als teilweise erreicht.

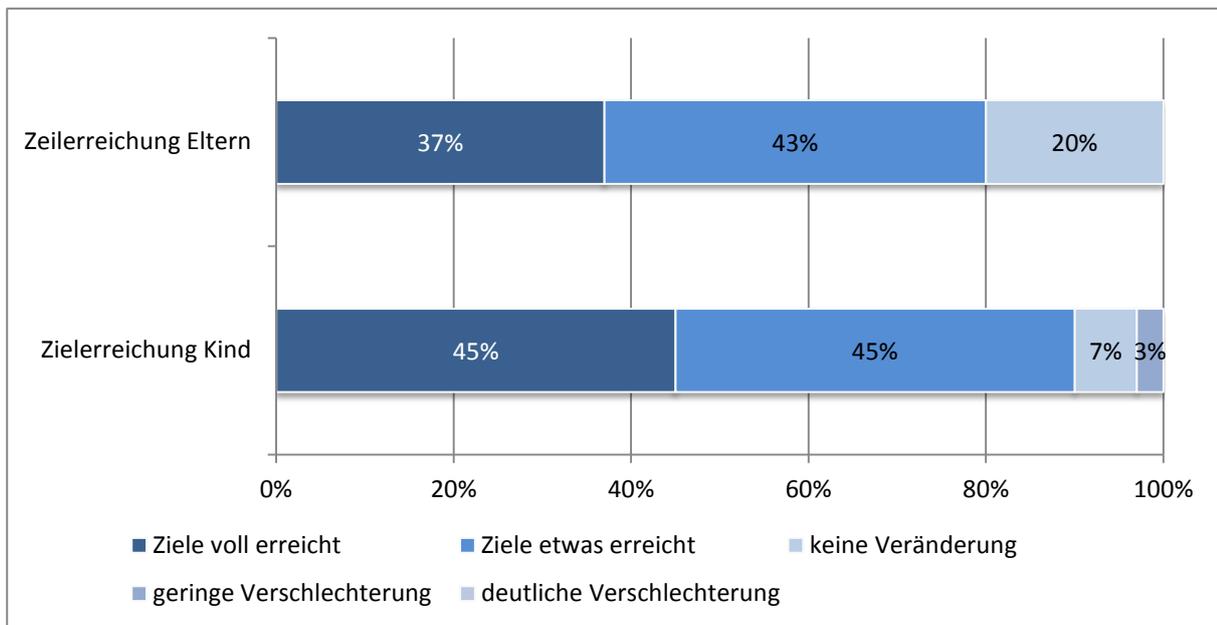


Abb. 31: Rückmeldung zur globalem Zielerreichung durch die Jugendämter

Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Evaluation in konzentrierter Form dargestellt und interpretiert, wo es möglich ist auch mit Daten der stationären erzieherischer Hilfen bundesweit in Bezug gesetzt.

Hier wird primär auf die Veröffentlichungen der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik: Monitor Hilfen zur Erziehung (Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik, 2012, 2014 und 2018) Bezug genommen. Diese Veröffentlichungen stellen wesentliche Kennzahlen der erzieherischen Hilfen und damit auch der stationären Hilfen zusammen.

1.9 Zentrale Ergebnisse zur Klientel

In die vorgestellte Evaluation therapeutischer Heimerziehung im THSJ wurden insgesamt 2016 Hilfeverläufe von September 2008 bis September 2018 aufgenommen. Die Überregionalität der Einrichtung verdeutlicht sich aus der Zahl der kooperierenden Jugendämter. Die Hilfeverläufe wurden von insgesamt über 50 unterschiedlichen Jugendämtern eingeleitet und begleitet.

Sowohl das **Geschlechtsverhältnis** als auch das **Altersverhältnis** sind primär auf die besondere konzeptionelle Ausrichtung des THSJ mit spezifischen Gruppen für jugendliche Mädchen und jungen Frauen zurückzuführen. Bei 38 % handelte es sich um weibliche Klientel mit einem Durchschnittsalter von 15 Jahren, 62 % waren Jungen mit einem Durchschnittsalter von 12;6 Jahren. Bundesweit handelt es sich bei allen stationären erzieherischen Hilfen um eine Geschlechtsverhältnis von m:w = 56:44, bei den Eingliederungshilfen 72:38 (Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik, 2018). Insgesamt lag das Durchschnittsalter 13,6 Jahren leicht unter dem Durchschnittsalter stationärer Hilfen bundesweit (15 Jahre)

37% der Kinder und Jugendlichen kommen aus einer kompletten Familie in unsere Einrichtung. Bei 33 % handelt es sich um einen alleinerziehenden Elternteil, bei weiteren 24 % lebt der alleinerziehende Elternteil mit einem neuen Partner zusammen. Bezüglich der **familiären Lebenssituation** unterscheidet sich die Klientel des THSJ deutlich vom bundesweiten Bild. Hier kommen nur 16 % aller stationär betreuten Kinder und Jugendlichen aus einer kompletten Familie (Statistisches Bundesamt, 2018).

Eine besondere Bedeutung zeigt sich in der **Rechtsgrundlage der Zuweisung** in das THSJ. 77% aller Hilfen in unserer Einrichtung erfolgte als Eingliederungshilfe in stationärer Form. Im bundesweiten Vergleich ist dies eine außergewöhnlich hohe Rate, Bundesweit handelt es sich bei knapp 12 % aller stationären Hilfen um eine Hilfe gemäß §35a SGB VIII (Statistisches Bundesamt, 2018). Damit verdeutlicht sich, wie intensiv sich das therapeutische Konzept mit der klinischen Ausrichtung und der engen Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch in der Zuweisungspraxis der öffentlichen Jugendhilfe niederschlägt.

Ein Blick auf die Vorintervention verdeutlicht, dass im Vorfeld der Aufnahme eine Vielzahl von **Vorinterventionen** zu verzeichnen ist. 45 % unserer Klientel hatten im Vorfeld vier oder mehr Vorinterventionen. Die Betreuung und Behandlung im THSJ folgt nahezu regelhaft als weiterführende Hilfe nach (stationärer) kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. 75 % aller aufgenommenen Kinder und Jugendlichen hatten eine stationäre, 24 % eine teilstationäre Behandlung im Vorfeld der Aufnahme in die Einrichtung. Insgesamt 97 % hatten mindestens eine kinder- und jugendpsychiatrische Intervention im Vorfeld der Aufnahme.

Daraus resultiert auch die hohe **klinisch-psychopathologische Belastung** der Klienten des THSJ. Über 70 % hatten Mehrfachdiagnosen gemäß ICD 10, z.T. auch drei und mehr.

Das **Diagnoseprofil** zeigt über alle Kinder und Jugendlichen hinweg einen hohen Anteil expansiver Störungen (Störung des Sozialverhaltens, Hyperkinetische Störungen, kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen). Insgesamt 42 % aller im THSJ aufgenommen Kinder/Jugendlichen hatten eine Diagnose aus diesem Störungsspektrum.

Allerdings – und dies akzentuiert sich noch stärker bei einer geschlechtsspezifischen Betrachtung – werden auch Kinder und Jugendliche mit völlig anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern in der Einrichtung betreut und behandelt. Hier sind vor allem Störungen aus dem Formenkreis der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (Angststörungen, Zwangsstörungen, Anpassungsstörungen, dissoziative Störungen, Somatisierungsstörungen) und Essstörungen zu nennen. 36 % aller weiblichen Jugendlichen kommen mit diesen Störungen in die Einrichtung. Als weitere Schwerpunkt-Diagnosegruppen sind tiefgreifende Entwicklungsstörungen (Asperger-Autismus) sowie bei den weiblichen Jugendlichen emotional-instabile Persönlichkeitsstörungen zu nennen. Insgesamt lässt sich feststellen, dass nahezu alle Kinder und Jugendlichen (98 %) mit einer diagnostizierten kinder- und jugendpsychiatrischen Störung in die Einrichtung kommen. Die Störungen decken ein breites Diagnosespektrum ab und fordern entsprechend zu störungsspezifischen pädagogisch-therapeutischen Handlungsstrategien heraus.

1.10 Zentrale Ergebnisse zur Behandlung und Betreuung

Die Gestaltung des **Betreuungs- und Behandlungsprozesses** in Form eines multi-professionellen Ansatzes zeigt ein Blick auf die heilpädagogisch-therapeutischen Behandlungsansätze. Hier werden gruppenpädagogische, heilpädagogisch-psychotherapeutische, kinder- und jugendpsychiatrische und sonderpädagogische Maßnahmen zu einem Gesamtbehandlungskonzept zusammengestellt.

Die Basis der Betreuung und Behandlung bildet die **gruppenpädagogische Arbeit** mit den Kindern und Jugendlichen. Diese Arbeit lässt sich nicht quantifizieren, muss als Grundlage des Gesamtbehandlungsprozesses an dieser Stelle aber explizit erwähnt werden.

Fest in das Gesamtbehandlungskonzept integriert ist der **kinder- und jugendpsychiatrische Konsiliardienst** durch die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Universität Würzburg. 90 % aller Kinder und Jugendlichen wurden durch diesen Konsiliardienst in unterschiedlicher Intensität betreut. Knapp ¼ hatten 6-10, 46 % mehr als 10, 11 % der Klientel sogar mehr als 21 Kontakte mit dem Konsiliardienst.

Weiter spielt die **heilpädagogisch-psychotherapeutische Behandlung** im Einzel- und Gruppensetting eine bedeutende Rolle. Gut 80 % aller Kinder- und Jugendlichen erhielten im Rahmen des Behandlungsplanes Einzelfördermaßnahmen, die Hälfte davon mehr als 10 Stunden. 56 % der Kinder und Jugendlichen nahmen an heilpädagogischen Gruppenangeboten teil, weiter erhielten über 50 % der Kinder und Jugendlichen Lern-Leistungsförderung im Einzel- oder Gruppenbezug.

Die **Zusammenarbeit mit den Eltern** und entsprechende Beratungsangebote bildet einen zentralen konzeptionellen Baustein der Arbeit des THSJ. Allen Eltern oder Elternteilen wird ein Kollege aus dem psychologisch-heilpädagogischen Fachdienst für die Beratungsangebote zur Seite gestellt. Wesentliche Inhalte sind Erziehungsbera-

tung (94 % der Fälle, zur Hälfte mehr als 10 Beratungstreffen) sowie seltener Trennungs-, Scheidungs- und Paarberatung (20 % der Fälle).

Die **schulische Integration** gehört zu den zentralen Entwicklungsaufgaben, gleichzeitig stellen schulische Problematiken in hohem Maße Indikationskriterien für Jugendhilfemaßnahmen dar. Deshalb spielt die schulische Laufbahn vor der Aufnahme, die schulische Begleitung während des Aufenthaltes und die schulische Weiterentwicklung eine zentrale Aufgabe für den Betreuungs- und Behandlungsprozess.

Fast regelhaft wird mit der intensiven heilpädagogisch-therapeutischen Betreuung das individuelle und in das Behandlungskonzept integrierte sonderpädagogische Unterstützungsangebot angefragt. 59 % aller Kinder und Jugendlichen besuchten vor der Aufnahme in die Einrichtung eine weiterführende Schule. Dies stellt auch eine besondere Herausforderungen an die schulische Begleitung durch die trägereigene Schule, Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung und an die kooperierenden Schulen dar. 76 % aller Kinder und Jugendlichen besuchten während des Aufenthaltes unsere trägereigene Schule. Bei knapp einem Drittel davon gelang eine Überführung in die öffentliche Schule. 23 % aller Betreuten besuchten von Beginn an eine öffentliche Schule, dann in der Regel auch eine weiterführende Schule.

1.11 Zentrale Ergebnisse zur Ergebnisqualität

Die **Aufenthaltsdauer** im THSJ betrug im Berichtszeitraum im Mittel 22 Monate. Damit liegt die Behandlungs- und Betreuungsdauer über der Helfedauer der stationären Hilfen bundesweit (17 Monate; Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik, 2018). Diese Differenz geniert aber vorwiegend aus der Rate der hilfeplankonform beendeten Hilfen bzw. der Abbrüche.

82 % der Hilfen wurden hilfeplankonform und regelhaft beendet, 18 % der Hilfen wurden abgebrochen. Die **Art der Beendigung der Maßnahme** unterliegt dabei einer Altersabhängigkeit, die Rate der Abbrüche bei der Klientel über 14 Jahre liegt mit 28 % deutlich über der von unter-14-jährigen (7 %). Diese Altersabhängigkeit wird auch im bundesweiten Vergleich skizziert, allerdings liegt die Abbruchrate bei stationären erzieherischen Hilfen bundesweit je nach Datenquelle bei 46 % bis 53 % (Arnold et al., 2012; Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik, 2018). Damit wird im THSJ eine wesentlich geringere Abbruchquote deutlich.

Die Analyse der **Abbrüche** zeigt, dass es sich hier zu einem hohen Anteil um älterer Jugendliche handelt, die auf dem Hintergrund einer schweren psychischen Störung bei einer Akzentuierung selbst- und fremdgefährdender Verhaltensweisen das offene Setting des THSJ überfordern oder keine (mehr) Veränderungsmotivation aufbauen können. Für diese Jugendlichen fehlen oft entsprechende Hilfestrukturen, zumal sie an den Übergängen zur Erwachsenenwelt und zur Sozialhilfe keinen Platz mehr in der Jugendhilfe und noch keinen Platz in anderen Versorgungsstrukturen finden.

Gut 80 % der Kinder und Jugendlichen konnten nach Hause entlassen werden (70 %) oder verselbständigten sich (11 %). 14 % der Fälle wurden im Rahmen der Betreuung im Anschluss in eine weitere stationäre Jugendhilfemaßnahme überführt.

Insgesamt waren für gut 70 % aller Kinder und Jugendlichen noch **Anschlussmaßnahmen** notwendig. Neben der schon erwähnten stationären Weiterbetreuung wurden ebenfalls zu 21 % ambulante Maßnahmen (SPFH, Erziehungsbeistandschaft) als Anschlussmaßnahme initiiert.

Der insgesamt sehr positive Weg in der Einrichtung hinsichtlich der **schulischen Integration** setzt sich auch nach der Entlassung fort. 46 % der Kinder und Jugendlichen, die nach der Entlassung noch die Schule besuchten, konnten diesen Besuch in

einer weiterführenden Schule fortsetzen. Damit zeigt sich das Konzept des THSJ mit seiner intensiven sonderpädagogischen Förderung und einem besonderen Kooperationsmodell mit weiterführenden Schulen insbesondere in diesem Segment der schulischen Förderung sehr erfolgreich.

Hinsichtlich der *psychopathologischen Symptomatik*, erfasst mit dem MSR, sowie der durch verschiedene Datenquellen beschriebenen Ausprägung der *Verhaltensproblematik*, erfasst mit dem SDQ, verdeutlicht sich zum Maßnahmenbeginn die ausgeprägte hohe Belastung der im THSJ aufgenommenen Kinder und Jugendlichen – zumindest wenn man die Fremdbeurteilungen berücksichtigt.

Knapp ein Drittel (48 %) aller Kinder und Jugendlichen in der Einrichtung werden im MSR im Vergleich zu einer gesunden Referenzstichprobe als hoch psychopathologisch belastet beschreiben (Prozentrang > 85). Über die Betreuung und Behandlung kann eine statistisch signifikante Reduktion der psychopathologischen Symptombelastung erzielt werden, festzuhalten bleibt aber, dass auch zum Ende der Maßnahme noch eine vergleichsweise hohe Belastung geschildert wird. So kann für eine Reihe von Kindern und Jugendlichen von einer Symptomreduktion, nicht aber zwingend von einer Normalisierung gesprochen werden.

In vergleichbarer Weise findet die schwergradige Belastung der Kinder und Jugendlichen ihren Niederschlag in den Fremdbeurteilungen des SDQ. Zum Maßnahmenbeginn beschreiben 75 % aller Eltern die Ausprägung der Verhaltensproblematik bei ihren Kindern als auffällig (63 %) oder zumindest grenzwertig (12 %) im Vergleich zu einer Normstichprobe. Demgegenüber schildern sich die Kinder und Jugendlichen selbst zu 66 % als auffällig (51 %) oder grenzwertig (15 %). Die Beschreibung durch die pädagogischen Fachkräfte ist dazwischen anzusiedeln, in 44 % der Fälle wurden Kinder und Jugendlichen als auffällig, in 20 % als grenzwertig beschrieben.

In der Bewertung über alle drei Datenquellen (Eltern, Kinder und Jugendlichen und pädagogisch Fachkräfte) erreicht die positive Veränderung zum Ende der Maßnahme je statistisch signifikante Ausmaße.

Verdichtet lässt sich feststellen, dass über eine Reihe von standardisierten Maßen der Erfassung der Symptombelastung und der Intensität der Verhaltensproblematik

- eine ausgesprochen hohe Belastung zu Beginn der Maßnahme sichtbar wird,
- die Belastung am intensivsten durch die Eltern geschildert wird,
- Fremd- und Selbsturteil deutlich auseinanderdriften,
- sich über eine Reihe von Veränderungsmaßen signifikante positive Entwicklungen abbilden,
- insbesondere hinsichtlich der psychopathologischen Symptombelastung für eine Reihe von Kindern und Jugendlichen von einer Verbesserung, nicht aber von einer Normalisierung gesprochen werden kann.

Insbesondere letzter Aspekt bildet die Erfahrung mit der Klientel des THSJ ab, die sich zum Teil aus schwer psychopathologisch beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen mit einem Chronifizierungsrisiko zusammensetzt. Legt man am Ende der Maßnahme eine gesunde Referenzgruppe zugrunde, so liegen 33 % der Kinder und Jugendlichen zur Entlassung hinsichtlich ihrer psychopathologischen Symptomausprägung im deutlich auffälligen Bereich (Prozentrang über 85) dieser Vergleichsstichprobe.

Ein vergleichbares Bild zeigt sich bei der Betrachtung *sozialer Kompetenzen*. Zwar gelingt über den Aufenthalt ein statistisch signifikanter Aufbau sozialer

Kompetenzen, im Vergleich zu einer Referenzpopulation bleiben die Kompetenzen aber im unterdurchschnittlichen Bereich.

Die **Zielerreichung** zeigt zunächst, dass der Abbau von Verhaltensexzessen etwas besser gelingt als der Aufbau von Verhaltensaktiva und die für die Kinder und Jugendlichen formulierten Ziele besser erreicht werden können als die für die Eltern formulierten Zielsetzungen. Insgesamt kann auf dem Hintergrund der schwergradigen Belastungen von einer positiven Zielerreichung gesprochen werden. 38 % der formulierten Ziele werden als sehr gut (Ziele zu 100 % erreicht: 13 %) oder gut (Ziele zu 75 % erreicht: 25 %) erreicht bewertet. Für 25 % wird bezüglich der definierten Ziele keine Veränderung angegeben.

Der Zielerreichungsindex, der einen Wert von -1 (verschlechtert) bis 4 (alle formulierten Ziele zu 100 % erreicht) liegt im Mittel bei 1,9 mit einer leichten, aber nicht signifikanten Überlegenheit bei der weiblichen Klientel. Berücksichtigt man neben der Zielerreichung noch die Art der Maßnahmenbeendigung (Abbruch oder regulär) und die Globalbeurteilung des Maßnahmeerfolges durch die Eltern- und Familienberater als Erfolgsmaße (berechnet zu einem Gesamterfolgsindex), so zeigt sich, dass gut 70 % aller Hilfeverläufe im mittleren (17 %) oder oberen (55 %) Bereich der Gesamterfolgsskala liegen.

In der **standardisierten Beurteilung der Behandlung und Betreuung** geben die Eltern sowohl gegenüber dem Urteil der Kinder und Jugendlichen selbst als auch gegenüber dem Urteil der Eltern- und Familienberater ein signifikant positiveres Urteil ab. 92 % der Eltern bewerten die Prozess- und Ergebnisqualität insgesamt als gut (40 %) oder als sehr gut (52 %). Bei den Kindern und Jugendlichen waren dies insgesamt 71 %, zu 23 % lautete die Bewertung sehr gut, zu 48 % gut. Demgegenüber vergleichsweise zurückhaltend bewerteten die Eltern- und Familienberater diese Qualitätsmerkmale, nur 42 % der Behandlungsverläufe wurden als gut (35 %) oder sehr gut (7 %) bewertet. Diese Tendenz einer eher negativeren Bewertung durch Therapeuten insgesamt und einer positiveren Bewertung der Eltern gegenüber den Kindern und Jugendlichen zeigt sich auch in einer klinischen Stichprobe (Mattejat et al., 1998). In dieser klinischen Stichprobe lagen die Bewertungen der Prozess- und Ergebnisqualität bei allen drei Datenquellen leicht unter den Ergebnissen der Evaluation des THSJ.

Die erzieherischen Hilfen und insbesondere die stationäre Hilfen werden gestaltet in gemeinsamer Verantwortung der öffentlichen und freien Jugendhilfe. Damit hat nicht nur die Zusammenarbeit mit den Eltern sondern auch die Kooperation mit den Jugendämtern eine hohe Bedeutung für den gesamten Hilfeverlauf. Die **Rückmeldungen der Jugendämter** hinsichtlich struktureller und inhaltlicher Qualitätsmerkmale fallen ausgesprochen positiv aus. Besonders positiv werden das Berichtswesen (82 % sehr positiv) und der Prozess der Hilfeeinleitung (73 % sehr positiv) bewertet. Aber auch die weiteren Parameter wie die Kooperation mit den Jugendämtern und den Eltern sowie die Gestaltung des Hilfeplanverfahrens erhält zu 60-80 % eine sehr positive Bewertung.

Auch hinsichtlich der Zielerreichung erfolgt eine durchaus positive Bewertung durch die rückmeldenden Jugendämter. Für die Kinder werden die Ziele zu 45 % als voll und zu 45 % als teilweise erreicht. Bezüglich der für die Eltern definierten Zielsetzungen fällt die Bewertung etwas zurückhaltender aus, hier werden die Ziele zu 37 % als volle und 43 % als teilweise erreicht bewertet.

Literatur

- Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (Hrsg.) (2012, 2014, 2018). Monitor Hilfen zur Erziehung. Eigenverlag Forschungsverbund DJI/TU Dortmund an der Fakultät 12 der Technischen Universität Dortmund.
- Arnold J., Macsenaere M., (2012). Abbrüche in der Erziehungshilfe: Häufigkeit, Relevanz und Vermeidung. *Evangelische Jugendhilfe*, 5, 284-293.
- BT-Drs. 17/12200 (Deutscher Bundestag, Drucksache vom 30.01.2013) (2013). Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 14. Kinder- und Jugendbericht Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin: Deutscher Bundestag.
- Bühl, A., Zöfel, P. (1996). SPSS für Windows, Version 6.1. Praxisorientierte Einführung in die moderne Datenanalyse. 3. Auflage. Bonn: Addison-Wesley-Longman.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2011). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 8. Überarbeitete Auflage. Bern: Huber.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire. A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M.H. (2000). Längsschnittforschung zur Entwicklungs-epidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Ergebnisse der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 246-262.
- Mattejat F., Remschmidt H. (2010). Marburger System zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation bei Kindern und Jugendlichen (MARSYS). Marburger Symptom-rating (MSR). Standardisiertes Elterninterview zur Erfassung psychopathologischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. Bern: Huber.
- Mattejat F., Remschmidt H. (1998). Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Göttingen, Hogrefe.
- Mattejat F., Remschmidt H. (2006). ILK: Inventar zur Erfassung der Lebensqualität. Bern: Huber.
- Petermann, F., Schmidt, M.H., Suing, M. (2012). KANN: Kompetenzanalyseverfahren. Fremdbeurteilung beobachtbarer personaler Ressourcen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen, Hogrefe.
- Remschmidt, H., Schmidt, M.H. & Pouska, F. (2006) (Hrsg.). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV: Bern: Huber.
- Statistisches Bundesamt (2018). Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, Hilfe für junge Volljährige. Zuletzt aufgerufen 30.08.2019. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kinderhilfe-Jugendhilfe/_inhalt.html#sprg234636
- Überregionales Beratungs- und Behandlungszentrum Sankt Joseph (2000). Würzburger Jugendhilfe-Evaluation (WJE). Die Wirksamkeit heilpädagogisch-therapeutischer Hilfen. Würzburg, City-Druck.
- Woerner W., Becker A., Friedrich C., Klasen H., Goodman R., Rothenberger A. (2002). Normierung und Evaluierung der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30 (2), 105-112.
-

Kontaktdaten

Dezember 2019

Sozialdienst katholischer Frauen e.V. Würzburg | info@skf-wue.de

Geschäftsstelle | 97082 Würzburg, Wilhelm-Dahl-Straße 19, Tel. 0931/41904-0, Fax 0931/416435

Vorstand | Dr. Anke Klaus, Vorsitzende | Ulrike Lang, stellv. Vorsitzende | Edeltraud Barth | Sigrid Maroske | Ruth Reinfurt, Spenden | vorstand@skf-wue.de

Geistlicher Berater | Pfarrer Werner Vollmuth

Geschäftsführer | Wolfgang Meixner, Tel. 0931/41904-20 | meixner.wolfgang@skf-wue.de

Stellvertreterin | Elke Dorsch, 0931/41904-23 | dorsch.elke@skf-wue.de

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und Ehrenamtskoordination | Claudia Jaspers, Tel. 0931/41904-28 | jaspers.claudia@skf-wue.de

AJH | Ambulante Jugendhilfe im SkF mit den Fachdiensten: **SPFH | Sozialpädagogische Familienhilfe / PSA | Pädagogisch Soziale Assistenz** [ÜBBZ] 97082 Würzburg, Frankfurter Straße 32a, Tel. 0931/451913 | spfh@skf-wue.de / psa@skf-wue.de

EWS | Elisabeth-Weber-Schule im SkF Förderzentrum, Förderschwerpunkt emotional-soziale Entwicklung [ÜBBZ]

97082 Würzburg, Friedrichstraße 28, Tel. 0931/45008-0, Fax 0931/45008-18 | ews@skf-wue.de

Außenstelle Heilpäd. Tagesstätte & Elisabeth-Weber-Schule, 97288 Theilheim, Bachstraße 18, Tel. 09303/9800313

FBS | Frauenberatungsstelle im SkF mit den Fachdiensten: **BTV | Betreuungsverein / FB | Frauenberatung / STRAFF | Straffälligenhilfe für Frauen**

97072 Würzburg, Huttenstraße 29 B, Tel. 0931/45007-0, Fax -19 | fbs@skf-wue.de

FH | Frauenhaus im SkF Tel. 0931/4500777, Fax 0931/45007-76 | fh@skf-wue.de

HPS | Heilpädagogisches Seminar im SkF (Fachakademie für Heilpädagogik) [ÜBBZ]

97082 Würzburg, Frankfurter Straße 24, Tel. 0931/41904-71, Fax. 0931/41904-77 | hps@skf-wue.de

HPT | Heilpädagogische Tagestätte im SkF [ÜBBZ] 97082 Würzburg, Friedrichstraße 28, Tel. 0931/45008-86 | hpt@skf-wue.de

97080 Würzburg, Berliner Platz 11, Tel. 0931/98081-11 | ff@fruehfoerderung-wuerzburg.de

JEB | Junge Eltern und Beruf im SkF 97070 Würzburg, Augustinerstraße 3, Tel. 0931-46079510 | jeb@skf-wue.de

JUFA | Kinder- und Jugendfarm e.V. im SkF (in Koop. mit dem Verein Kinder- & Jugendfarm e.V. und der Stadt Würzburg)

97082 Würzburg, Leistengrund, Tel. 0931/76399 | info@kinder-und-jugendfarm.de

JUZ | Jugendzentrum Zellerau im SkF (in Koop. mit der Pfarrei Heiligkreuz und der Stadt Würzburg)

97082 Würzburg, Weißenburgstraße 43, Tel. 0931/42370 | juz.zellerau@gmx.de

KSB | Katholische Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen im SkF mit Standorten in

97070 Würzburg, Augustinerstraße 3, Tel. 0931/13811, Fax 0931/13809 | ksb.wue@skf-wue.de

97318 Kitzingen, Moltkestraße 10, Tel. 09321/4683, Fax 09321/927910 | ksb.kt@skf-wue.de

97816 Lohr, Kirchplatz 8, Tel. 09352/7544, Fax 09352/508485 | ksb.lohr@skf-wue.de

MKE | Mutter/Vater-Kind-Einrichtung im SkF 97082 Würzburg, Moltkestraße 10, Tel. 0931/465525-10, Fax -14 | mke@skf-wue.de [ÜBBZ]

PTB | Psychotherapeutischer Beratungsdienst im SkF (Eltern-, Jugendlichen- und Erziehungsberatung EB) [ÜBBZ]

97082 Würzburg, Frankfurter Straße 24, Tel. 0931/41904-61 | ptb@skf-wue.de

Außenstelle in 97199 Ochsenfurt, Kellereistraße 8, Tel. 09331/804570 (AB), Fax 09331-804572

Außenstelle in 97232 Giebelstadt, Obere Kirchgasse 6, Tel. 09334/993242

Nebenstelle AEB | Aufsuchende Erziehungsberatung im Stadtteil Zellerau | 97082 Würzburg, Frankfurter Straße 32a, Tel. 0931/43775 | aeb@skf-wue.de

LAEB | Aufsuchende Erziehungsberatung im südl. Landkreis Tel. 0172 9728132

FSP | Familienstützpunkt Giebelstadt Obere Kirchgasse 6, 97232 Giebelstadt, Tel. 09334/9700440 | 0151/17996324 | familienstuetzpunkt-giebelstadt@skf-wue.de

FSP | Familienstützpunkt Ochsenfurt Kellereistraße 8, 97199 Ochsenfurt, Tel. 09331/804572 | 0175/7905436 | familienstuetzpunkt-ochsenfurt@skf-wue.de

FSP | Familienstützpunkt Zellerau Frankfurter Str. 32a, 97082 Würzburg, Tel. 0931/43775 | familienstuetzpunkt-zellerau@skf-wue.de

QUARTIER | Quartiersmanagement Zellerau im SkF 97082 Würzburg, Friedrichstraße 39 | 0179/4257837 | quartiersmanagement-zellerau@skf-wue.de

SPIELI | Kinderzentrum Zellerau im SkF 97082 Würzburg, Dr.-Maria-Probst-Str. 11, Tel. 0931/42663 | spieli@skf-wue.de

THSJ | Therapeutisches Heim Sankt Joseph im SkF [ÜBBZ]

97082 Würzburg, Wilhelm-Dahl-Straße 19, Tel. 0931/41904-31, Fax 0931/416435 | thsj@skf-wue.de

TOA | Täter-Opfer-Ausgleich im SkF (Außergerichtliche Konfliktregelung), Tel. 0931/7842062, Fax 0931/416435 | toa@skf-wue.de

WHG | Wohnverbund Haus Gertrud im SkF für psychisch kranke Menschen | whg@skf-wue.de mit den Modulen

LZW | Langzeitwohnheim Haus Gertrud / WOG | Wohngruppe im Haus Gertrud 97070 Würzburg, Pleicherpfarrgasse 11, Tel. 0931/18180

KHB | Kleinheim Bärengasse 97070 Würzburg, Bärengasse 11 a, Tel. 0931/3537700

ABW | Ambulant Betreutes Wohnen / BHP | Bürgerhaus Pleich 97070 Würzburg, Pleicherschulgasse 3, Tel. 0931/18180 | buergerhaus.pleich@skf-wue.de

Die mit [ÜBBZ] gekennzeichneten Einrichtungen bilden innerhalb des SkF den Jugendhilfeverbund Überregionales Beratungs- und Behandlungszentrum ÜBBZ Würzburg

Besuchen Sie uns im Internet unter www.skf-wue.de